



Universität Zürich
Institut für Hausarztmedizin



Fachstelle Gesundheitswissenschaften, Dep. Gesundheit
Forschung & Entwicklung Soziale Arbeit, Dep. Soziale Arbeit

Gesundheitsnetz 2025

Projekt Salute (Kompetenzzentrum für Freiwilligeneinsätze zur sozialen Gesundheit)

Schlussbericht der wissenschaftlichen Evaluation

Projektleitung:

Thomas Gabriel², Thomas Rosemann³, Peter Rüesch¹

Verfasst von:

René Schaffert¹, Silvia Gavez², Anja Frei³, Dominik Robin¹

Unter Mitarbeit von:

Rahel Gügler¹, Nina Badertscher³, Carola Huber³, Samuel Keller², Sylvie Kobi²

- 1: Fachstelle Gesundheitswissenschaften, Departement Gesundheit,
ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
- 2: Forschung und Entwicklung Soziale Arbeit, Departement Soziale Arbeit,
ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
- 3: Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich

Inhalt

Zusammenfassung	1
1 Einleitung	5
1.1 Ausgangslage	5
1.2 Zielsetzungen, Fragestellungen	5
2 Methoden	7
2.1 Umgesetztes Studiendesign	7
2.2 Quantitativer Teil der Evaluation (erstes und drittes Studienmodul)	7
2.3 Qualitativer Studienteil (Einzelfallanalysen, drittes Studienmodul)	13
3 Ergebnisse	16
3.1 Inanspruchnahme von Salute	16
3.2 Beschreibung der Klienten/innen	21
3.3 Gegenwärtige und frühere Erfahrungen mit sozialen Diensten	25
3.4 Gesundheitszustand und psycho-soziale Situation der Betroffenen	26
3.5 Zielerreichung, Zufriedenheit und subjektives Erleben der Akteure	32
3.6 Qualitative Fallanalysen	40
3.7 Erfolg der Intervention	48
4 Diskussion und Schlussfolgerungen	51
4.1 Zentrale Befunde	51
4.2 Methodische Grenzen	53
4.3 Schlussfolgerungen	53
4.4 Empfehlungen	55
5 Literatur	56
6 Anhang	A1

Zusammenfassung

Ausgangslage

Der Städtärztliche Dienst des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich hat einer Arbeitsgemeinschaft bestehend aus dem Institut für Hausarztmedizin und Versorgungsforschung der Universität Zürich (IHAMZ) und der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) ein Mandat zur wissenschaftlichen Evaluation des Projekts Salute erteilt.

Das Projekt Salute verfolgt die Etablierung eines Angebots, in dem Personen mit gesundheitsbeeinträchtigenden sozialen Problemen von Freiwilligen geleistete Unterstützung ausserhalb von zielgruppenspezifischen Angeboten (Sozialdienste, Pro Senectute, Gesundheitsligen, usw.) erhalten. Im Rahmen der Interventionen wird angestrebt, gesundheitsbelastende soziale Faktoren positiv zu beeinflussen, vorhandene Ressourcen zu stärken und fehlende oder ungenügende Ressourcen zu ergänzen bzw. auszugleichen.

Die wissenschaftliche Projektevaluation durch die Arbeitsgemeinschaft aus ZHAW und IHAMZ dauerte zwei Jahre von Beginn des Pilotprojekts im März 2010 bis zum Abschluss der Datenerhebung im März 2012.

Fragestellung

Auf der Grundlage von verschiedenen Wirkungs- und Handlungszielen, die für das Projekt Salute formuliert wurden, sind für die Evaluation folgende Fragestellungen im Rahmen von Besprechungen mit den Projektverantwortlichen festgehalten worden:

- Inanspruchnahme von Salute?
Wie viele Klienten/innen wurden zugewiesen und wie viele wurden betreut?
Beschreibung der Klienten/innen?
- Welche Personen nehmen die Hilfestellung im Projekt Salute an, haben diese bereits eine Vorgeschichte in der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe?
Wie stellt sich die gesundheitliche und psycho-soziale Situation der Betroffenen vor und nach der Intervention dar?
- Inwieweit war die Intervention aus der Sicht der Betroffenen, der Freiwilligen und der Zuweisenden erfolgreich und wie zufrieden sind diese Beteiligten mit Salute und den umgesetzten Interventionen?
- Wie ist das subjektive Erleben und der Verlauf der Intervention aus der Sicht von Klienten/innen?
- Welche Wirkmechanismen von Salute können mit Blick auf den Zusammenhang von somatischen Erkrankungen, psychischer Verfassung und sozialer Lage differenziert werden?
- Sind die für das Projekt formulierten Wirkungs- und Handlungsziele erreicht worden?

Methodik

Die Evaluation von Salute nutzt qualitative und quantitative Forschungsmethoden und baut auf Daten auf, die zu verschiedenen Zeitpunkten der Salute-Interventionen von verschiedenen Akteuren erfasst werden. Genutzt wurden:

- Daten, die von Zuweisenden bei der Anmeldung angegeben wurden.
- Angaben, die im Zuge der ersten Interventionen bei den Klienten/innen von den freiwilligen Helfenden erfasst wurden.
- Antworten auf verschiedene Evaluationsfragen, die nach Abschluss der Intervention bei den Klienten/innen durch die Freiwilligen erhoben wurden.

- Erläuterungen zum Verlauf und zu den Folgen der Interventionen, die im Rahmen von Interviews mit einigen Klienten/innen sechs Monate nach Abschluss der Interventionen durch Mitarbeitende des Evaluationsteams aufgenommen wurden.

Die Auswertungen erfolgten bei den Daten aus quantitativen Studienteilen anhand von deskriptiven Analysen und Vergleichen mit Referenzpopulationen. Im qualitativen Studienteil wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Anschliessend erfolgte eine Typenbildung auf der Grundlage der Methode der Grounded Theory.

Datengrundlage

Im Zeitraum der Evaluation sind 106 Fälle aus einer Anzahl von rund 200 Anmeldungen in die Datenbank von Salute aufgenommen worden. In 79 Fällen ist es nach Abklärungen durch die für Salute verantwortliche Person zu Interventionen durch die freiwilligen Helfenden gekommen. Bei 63 Fällen konnte in der Folge eine Evaluation erfolgen, wobei bei kurzen Interventionen (nur 1-2 Hausbesuche) in 32 Fällen nur eine abgekürzte Evaluation erfolgte.

Ergebnisse

Zuweisende Stellen

Als wichtigste zuweisende Stellen an Salute erwiesen sich die Sozialen Dienste von Spitälern mit einem Anteil von 37% danach folgten niedergelassene Ärzte/innen aus den Bereichen Psychiatrie/Psychotherapie (23%) und Allgemeinmedizin (21%).

Beschreibung der Klienten/innen

Die von Salute betreuten Klienten/innen, bei denen eine Evaluation durchgeführt werden konnte, waren im Durchschnitt 55 Jahre alt und zu rund drei Fünfteln weiblich. Sie wurden hauptsächlich zugewiesen mit dem Ziel der Bearbeitung von finanziellen Problemen (51% der Ziele) und zur Lösung von Problemen im Zusammenhang mit dem Wohnen oder der Alltagsgestaltung (29% der Ziele). Entsprechend diesen Zielsetzungen handelte es sich auch bei den hauptsächlich nach ICPC kodierten Zuweisungsgründen mehrheitlich um die Diagnosen Armut/finanzielle Probleme (51%) und Wohnungs-/Nachbarschaftsprobleme (20%) sowie soziale Probleme (10%). Auffällig war, dass eine Mehrheit von drei Vierteln der Klienten/innen als erwartete Konsequenz der genannten Problemlagen von psychischen Beschwerden betroffen waren.

Lebensumstände der Klienten/innen

Die Klienten/innen lebten mehrheitlich in schwierigen Lebensumständen. So mussten rund ein Fünftel mit einem Netto-Haushaltseinkommen von unter 2000 Franken auskommen und weitere zwei Fünftel hatten zwar mehr, aber immer noch weniger als 3000 Franken zur Verfügung. Meist lebten die Klienten/innen ohne Partner/in und zu drei Vierteln lebten sie auch nicht mit eigenen Kindern zusammen. Viele nannten ein relativ kleines soziales Netzwerk: Ein Drittel gab an, keine Verwandten zu haben, mit denen sie sich verbunden fühlen und etwas mehr als ein Drittel gab an, keine nahestehende Freunde zu haben. Die Klienten/innen hatten relativ wenig soziale Kontakte und waren auch mehrheitlich nicht erwerbstätig, rund drei Viertel bezogen Rentenleistungen. Eine Mehrheit von rund drei Fünfteln der Klienten/innen hatte zum Zeitpunkt der Salute-Interventionen keinen Kontakt mit professionellen sozialen Diensten. Rund 80 % der Klienten/innen stufen sich zu Beginn der Intervention als krank ein. Sie nannten dabei neben verschiedenen somatischen Leiden auch häufig psychische sowie Abhängigkeitsproblematiken. Im Vergleich zu anderen Patientenpopulationen schätzten die Klienten/innen ihren Gesundheitszustand niedriger ein und sie waren auch deutlich stärker in ihren Tätigkeiten eines normalen Alltags eingeschränkt als die durchschnittliche Bevölkerung in der Schweiz.

Erfolg der Intervention, Rückmeldungen der Akteure

Im Rahmen der Evaluation der Salute-Interventionen äusserte sich die grosse Mehrheit der beteiligten Akteure sehr positiv. Eine überwiegende Mehrheit der Klienten/innen, der Freiwilligen und der Zuweisenden war mit den Interventionen zufrieden. Aus der Sicht der Klienten/innen wurde auch eine Mehrheit der gesetzten Ziele erreicht. Dieses durchwegs sehr positive Bild wurde teilweise in den offenen Bemerkungen und in den mündlichen Interviews eingeschränkt. Bei den Klienten/innen mit einer vollständigen Evaluation (n=31) zeigte sich auch eine Verbesserung bei einigen Aspekten der Einschätzung der Lebensqualität und der Gesundheit: Das physische und psychisches Wohlbefinden, die Einschätzung der Umwelt und die Lebensqualität wurden statistisch signifikant besser eingeschätzt. Einzig beim Aspekt der soziale Beziehungen war keine signifikante Verbesserung nachweisbar.

Wirkungsweisen der Interventionen

Die Wirkmechanismen von Salute können anhand der vier Typen aufgezeigt werden, die im Rahmen der der qualitativen Fallanalyse herausgearbeitet wurden:

- Der Typus des *pragmatischen Veränderers* zeichnet sich dadurch aus, dass die Klienten/innen mit Unterstützung durch eine freiwillige Person beachtliche Veränderungen erzielen können. Salute steht dabei für einen Start, der bei den Klienten/innen Veränderungen in Gang bringen kann bzw. deren Selbsthilfepotential unterstützt. Durch die Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit sowie das Abschwächen der Tendenz zur Vereinsamung kann dies zur Erhöhung der Lebensqualität führen.
- Beim Typus der *eigenständig Hilfesuchenden* nimmt Salute eine Brückenfunktion wahr. Die Klienten/innen sind dankbar um den Einsatz. Jedoch führen sie die Veränderung seit dem Salute-Einsatz nicht auf diesen zurück, sondern eher auf die Hilfe von Personen aus dem professionellen oder semiprofessionellen Umfeld.
- Von Bedeutung ist beim Typus des *überforderten Dankbaren* die emotionale Unterstützung durch die freiwillige Person. Der *überforderte Dankbare* ist mit seiner Situation jedoch derart überfordert, dass bezweifelt werden kann, ob mit einer kurzfristigen Unterstützung Veränderungen ermöglicht werden können. An Salute schätzt der *überforderte Dankbare* sehr, dass er nicht alleine ist und dass ihm jemand beisteht sowie Zuneigung, Interesse und Vertrauen schenkt.
- Beim Typus der anspruchsvollen Empörten wirkt sich der Einsatz von Salute negativ aus. Dies als Konsequenz eines nicht angemessenen bzw. ungenügenden Verhaltens seitens der Freiwilligen. Es drängt sich auf zu fragen, ob Salute überhaupt eine Versorgungslücke zu schliessen vermag und daher bei diesem Typus angebracht ist. Denn die Problemlage der *anspruchsvollen Empörten* ist komplex und durch ihre Erfahrungen mit professioneller Hilfe verfügt sie über hohe Ansprüche an diese.

Schlussfolgerungen

Anhand der Erkenntnisse aus der Evaluation können verschiedenen Chancen und Risiken der Salute-Interventionen identifiziert sowie Empfehlungen für eine Weiterführung des Projekts formuliert werden.

Chancen des Projekts Salute

Salute erreicht Klienten/innen mit ausgewiesenem Hilfebedarf, die bisher durch andere Hilfeeinstanzen nicht erreicht werden konnten und wird von allen beteiligten Akteuren sehr geschätzt. Sowohl die meisten Klienten/innen als auch eine deutliche Mehrheit der freiwilligen Helfenden und der Zuweisenden sind mit den Interventionen sehr zufrieden und erachten diese als die richtige Art von Intervention. Auch können die vor den Interventionen formulierten Ziele sowohl aus der Sicht der Klienten/innen als auch aus der Sicht der Zuweisenden und der Freiwilligen mehrheitlich erreicht oder übertroffen werden. Bei gewissen Typen von Klienten/innen, die in den

Fallanalysen identifiziert werden, können auch nachhaltige Veränderungen ausgelöst werden. Dies zeigt sich exemplarisch beim Typus des *pragmatischen Veränderers*, bei dem gewisse Voraussetzungen erfüllt sind.

Risiken von Salute

Bei Personen in komplexen Situationen, insbesondere auch im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, können die Interventionen durch freiwillige Helfende auch negative Reaktionen auslösen. Exemplarisch ist dies beim Typus der anspruchsvollen Empörten zu sehen. Aufgrund verschiedener Indikatoren fanden sich in der Evaluation auch Hinweise, dass einige der Klienten/innen in schwierigen und oftmals sehr komplexen sozialen und gesundheitlichen Lagen stecken. Diese komplexen Situationen können aber nur schwer nachhaltig verbessert werden. Im Rahmen einer begrenzten Zahl von Interventionen durch freiwillige Helfende können Veränderungsprozesse nur schwer angeregt werden und in gewissen Situationen droht auch eine Überforderung der Freiwilligen. So fanden sich im Rahmen der Evaluation auch Hinweise, dass es zumindest einzelnen Helfenden schwer gefallen ist, eine abgrenzende Distanz einzuhalten.

Sowohl seitens der Klienten/innen als auch der Zuweisenden und freiwilligen Helfenden kamen Aussagen, dass der Zeitraum von zehn Interventionen zu kurz war. Solche Einschätzungen könnten einerseits mit den komplexen und schwierigen Situationen der Klienten/innen zusammenhängen, oder mit der Tatsache, dass es sich bei einigen Interventionen um kurzfristige Hilfestellungen handelte, die Klienten/innen aufgrund ihrer schwierigen Lebenslage immer wieder nachfragen.

Empfehlungen

Im Projektverlauf fand ein Austausch zwischen dem Team der wissenschaftlichen Evaluation und den Projektverantwortlichen statt, weshalb ein Teil der Empfehlungen bereits umgesetzt werden konnte. Im Wesentlichen zielen die Anregungen darauf, schon zu Beginn der Interventionen die Erwartungen zu klären, die Freiwilligen stärker zu begleiten und das Projekt insbesondere bei Privatarztpraxen besser bekannt zu machen.

- Vor oder zu Beginn der Intervention sollte die Einschätzung des Problems durch eine Fachperson vorgenommen werden und darauf basierend die Intensität und das Ziel der Intervention transparent und verbindlich vereinbart werden.
- Die Freiwilligen selber sollten besser vor Überforderung durch die multiplen Problemlagen der Klienten/innen geschützt sowie in der Wahrung der Distanz unterstützt werden. Nach Abschluss der Intervention sollte klar sein, an wen sich die Klienten/innen bei erneutem Hilfebedarf wenden können.
- Darüber hinaus sollte geklärt werden, inwieweit gewisse Problemlagen und Entwicklungen bei den Klienten/innen durch freiwillige Personen mit spezifischen Kenntnissen passend abgedeckt werden können.
- Es sollte geprüft werden, wie Salute bei den verschiedenen Zuweisenden besser bekannt gemacht werden kann. Salute wurde von den Leistungserbringern nicht in dem Ausmass genutzt, wie dies vorgängig erwartet wurde, auch machten die als Hauptzielgruppe angesprochenen Privatarztpraxen nur knapp die Hälfte der Zuweisungen aus.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Mit dem Ziel, die Gesundheitsversorgung in der Stadt Zürich in Richtung einer integrierten Versorgung weiterzuentwickeln, sind im Rahmen des Gesundheitsnetz 2025 verschiedene Projekte lanciert worden. Das Projekt Salute ist Teil des Gesundheitsnetz 2025 und bezweckt die Begleitung von Patienten/innen, die in ihrem sozialen Netz nicht ausreichend Unterstützung zur Bewältigung von gesundheitsbelastenden sozialen Problemen finden.

Das Angebot wird vom Schweizerischen Roten Kreuz Kanton Zürich SRK und dem Städtischen Dienst der Stadt Zürich organisiert und getragen und nutzt den Einsatz von qualifizierten freiwilligen Helfenden zur Begleitung von Personen, die von Hausärzten/innen oder anderen Fachpersonen im Gesundheitswesen beim SRK angemeldet werden. Die Betreuung durch das Projekt Salute ist für die Betroffenen kostenlos und erfolgt ergänzend zu zielgruppenspezifischen Angeboten (Sozialdienste, Pro Senectute, Gesundheitsligen, usw.).

Im Rahmen von maximal zehn Interventionen durch freiwillige Helfende wird angestrebt, gesundheitsbelastende soziale Faktoren positiv zu beeinflussen, vorhandene Ressourcen zu stärken und fehlende oder ungenügende Ressourcen zu ergänzen bzw. auszugleichen.

Für die wissenschaftliche Evaluation des Projekts Salute hat der Städtische Dienst des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich einer Arbeitsgemeinschaft bestehend aus dem Institut für Hausarztmedizin und Versorgungsforschung der Universität Zürich (IHAMZ) und der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) ein Mandat erteilt.

Das Projekt Salute startete im März 2010 und wird bis Ende 2012 als Pilot-Projekt durchgeführt. Zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieses Berichts läuft der Entscheidungsprozess darüber, ob und in welcher Form das Projekt weitergeführt wird.

Die wissenschaftliche Projektevaluation durch die Arbeitsgemeinschaft aus ZHAW und IHAMZ dauert zwei Jahre und nutzt quantitative und qualitative Methoden. In zwei Zwischenberichten im Mai 2011 und im April 2012 sind erste Ergebnisse dargestellt worden. Der hier vorliegende Schlussbericht der wissenschaftlichen Evaluation basiert auf Daten zu Klienten/innen, die in den ersten beiden Projektjahren, vom März 2010 bis Ende Februar 2012 durch Salute betreut wurden.

1.2 Zielsetzungen, Fragestellungen

Bei der Ausarbeitung des Projekts Salute haben die Projektverantwortlichen des SRK und des Städtischen Dienstes auf verschiedenen Ebenen Ziele formuliert. Gemäss diesen Ausführungen verfolgt Salute die folgenden Wirkungs- und Handlungsziele (Schweizerisches Rotes Kreuz Sektion Zürich, 2009)

- Wirkungsziel 1: Einsätze im Rahmen von Salute beeinflussen die sozialen Faktoren positiv, die die Gesundheit von Menschen zu gefährden oder zu verschlechtern drohen.
- Wirkungsziel 2: Akteurinnen und Akteure im Gesundheitsnetz 2025, insbesondere Privatarztpraxen, erhalten wirksame Unterstützung darin, dass soziale Aspekte in den Problemstellungen von Patienten/innen¹ bearbeitet und nachhaltigen Lösungen zugeführt werden können.
- Handlungsziel 1: Patienten/innen mit ihre Gesundheit gefährdenden sozialen Defiziten erhalten adäquate Unterstützung zur Lösung von bestimmten Problemstellungen.
- Handlungsziel 2: Ressourcen der betroffenen Patienten/innen werden zur Problemlösung eingesetzt; die Betroffenen werden befähigt, eigenständig Lösungen für Problemstellungen anzustreben (Empowerment).

¹ Im vorliegenden Bericht wird an einigen Stellen die Bezeichnung Patienten/innen und an anderen Orten die Bezeichnung Klienten/innen gewählt. Auf eine einheitliche Formulierung wird bewusst verzichtet, da es sich bei den gleichen Personen aus der Sicht der zuweisenden Mediziner/innen um Patienten/innen handelt und aus der Sicht von Salute um Klienten/innen.

- Handlungsziel 3: Einsätze erfolgen integriert in die etablierten Strukturen des Sozial- und Gesundheitsbereichs in der Stadt Zürich.
- Handlungsziel 4: Motivierte Personen finden attraktive Freiwilligeneinsätze, in denen sie fachliche Kompetenzen (aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich) sowie soziale Kompetenzen einbringen und zur Geltung bringen können.

Abgeleitet aus diesen Zielen und aus Besprechungen mit den Projektverantwortlichen im Verlaufe der Evaluation fokussiert der vorliegende Bericht auf folgende Fragen:

- Inanspruchnahme von Salute?
Wie viele Klienten/innen wurden zugewiesen und wie viele wurden betreut?
Welches sind die primären zuweisenden Stellen und aus welchen Gründen werden Klienten/innen an Salute verwiesen?
- Beschreibung der Klienten/innen?
Welche Personen nehmen die Hilfestellung im Projekt Salute an, haben diese bereits eine Vorgeschichte in der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe?
Wie stellt sich die gesundheitliche und psycho-soziale Situation der Betroffenen vor und nach der Intervention dar?
- Inwieweit war die Intervention aus der Sicht der Betroffenen, den freiwilligen Helfenden und den Zuweisenden erfolgreich und wie zufrieden sind diese Beteiligten mit Salute und den umgesetzten Interventionen?
- Wie ist das subjektive Erleben und der Verlauf der Intervention aus der Sicht von Klienten/innen?
- Welche Wirkmechanismen von Salute können mit Blick auf den Zusammenhang von somatischen Erkrankungen, psychischer Verfassung und sozialer Lage differenziert werden?
- Sind die für das Projekt formulierten Wirkungs- und Handlungsziele erreicht worden?

Mit welchen Forschungsmethoden diesen Fragen in der Evaluation angegangen wurden, wird im nachfolgenden Kapitel dargelegt.

2 Methoden

2.1 Umgesetztes Studiendesign

Die wissenschaftliche Evaluation wurde in mehreren Teilstudien und in einer Kombination von quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden konzipiert. Wie bereits in den beiden Zwischenberichten im Mai 2011 und April 2012 beschrieben, musste das ursprünglich geplante Design im Verlauf der Evaluation angepasst werden. So wurde beispielsweise ein ganzes Studienmodul als eigenes Vergleichsprojekt ausgelagert (Gabriel, Rüesch, & Gavez, In Vorbereitung).

Nach diesen Anpassungen stützte sich die Evaluation von Salute auf die folgenden drei zentralen Studienmodule:

- **Das erste Modul** beinhaltete eine mit standardisierten Fragen durchzuführende Prä-Post-Messung (T1, T2) – bei Beginn und bei Beendigung der Intervention (d.h. Betreuung durch Salute-Freiwillige) – bei den teilnehmenden Klienten/innen.
- **Das zweite Modul** war geplant als Nacherhebung/Katamnese (T3) sechs Monate nach Beendigung der Intervention ebenfalls mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens.
- **Das dritte Studienmodul** beinhaltet eine qualitativ ausgerichtete Fallanalyse zur Rekonstruktion der subjektiven Sicht der Salute-Klienten/innen.

Bei den Studienmodulen 2 und 3 zeichnete sich schon am Ende des ersten Projektjahres ab, dass es schwierig würde, die vor Projektbeginn angestrebten Fallzahlen zu erreichen. So wurden die anfänglich für Salute anhand einer vorgängigen Bedürfnisabklärung bei Hausärzten erwartete Zahl von Klienten/innen nicht erreicht, und darüber hinaus gestaltete sich die Rekrutierung von Teilnehmenden für die Nachbefragung schwierig. Potenzielle Teilnehmende konnten nur sehr schwer kontaktiert werden, und oftmals waren diese gegenüber einer Nachbefragung relativ zurückhaltend. Aus diesem Grund war es nicht möglich, wie ursprünglich geplant, ein halbes Jahr nach Abschluss der Intervention anhand von quantitativen Daten die Nachhaltigkeit der Einsätze zu überprüfen.

Die qualitativ ausgerichtete Fallanalyse des dritten Studienmoduls konnte auf der Grundlage von zehn Interviews mit Klienten/innen des Salute-Programms trotz der Schwierigkeiten bei der Rekrutierung umgesetzt werden. Damit wird durch den Einbezug der subjektiven Sicht der Klienten/innen eine Bewertung der erfahrenen Hilfeleistung präzisiert.

Die drei Studienmodule verteilten sich auf verschiedene Zeitpunkte des Verlaufs der Betreuung von Klienten/innen durch Salute. Nachfolgend werden der Ablauf der Evaluation und anschliessend die zu verschiedenen Zeitpunkten eingesetzten Elemente des Fragebogens erläutert.

2.2 Quantitativer Teil der Evaluation (erstes und drittes Studienmodul)

2.2.1 Phasen der Datenerhebung und Elemente des Fragebogens

Die Daten für das erste quantitative Studienmodul wurden zu vier verschiedenen Zeitpunkten im Betreuungsverlauf erhoben (vgl. Abbildung 1; Tabelle 1). Erstens wurde bei der Erfassung der Anmeldung (Zeitpunkt T0) das Alter, das Geschlecht, die Zuweisungsgründe und die damit zusammenhängenden erwarteten medizinischen Konsequenzen der Klienten/innen sowie die angestrebten Ziele der Interventionen aufgenommen. Zusätzlich wurden auch Eckdaten der zuweisenden Hausärzte und Fachstellen erfasst (Alter, Geschlecht, Fachgebiet oder Art von anderen zuweisenden Stellen).

Durch die freiwilligen Helfenden des Projekts wurden dann im Zusammenhang mit den ersten Kontakten mit den Klienten/innen (Zeitpunkt T1) Daten zur Soziodemographie und Sozioökonomie (Familien- und Wohnsituation, Haushaltseinkommen, Einkommensquellen, Erwerbstätigkeit und Bildung), zu Erfahrungen mit sozialen Diensten, zum sozialen Netzwerk, zur Funktionalität im

Alltag (Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens IADL), zur Gesundheit, zur psychischen und physischen Lebensqualität sowie zu den durch die Interventionen angestrebten Zielen erfasst.

Beim Abschluss der Dienstleistung durch Salute (Zeitpunkt T2) wurde durch die freiwilligen Helfenden bei den Klienten/innen die Zielerreichung, die Zufriedenheit mit der Intervention, die psychische und physische Lebensqualität sowie der Gesundheitszustand erfasst. Ergänzend wurde bei den Zuweisenden ein Feedback zur Zufriedenheit und zur Einschätzung des Erfolgs der Intervention eingeholt sowie von den freiwilligen Helfenden eine systematische Einschätzung zum Einsatz dokumentiert.

Sechs Monate nach Abschluss der Interventionen (Zeitpunkt T3) wurde nochmals der Kontakt zu den Klienten/innen gesucht mit dem Ziel, sie für eine kurze Nachbefragung zu gewinnen. In der Nachbefragung wurde eine Auswahl von Fragen zur Lebenssituation, zum sozialen Netz, zum Haushaltseinkommen, zum Gesundheitszustand und zur Lebensqualität erhoben. Aufgrund der sich zeigenden Rekrutierungsschwierigkeiten wurde im Projektverlauf beschlossen, die standardisierte Nachbefragung angesichts der zu kleinen Fallzahlen nicht auszuwerten. Die Aussagen der befragten Klienten/innen wurden aber im Rahmen der Auswertungen der mündlichen Interviews genutzt.

Abbildung 1: Ablauf einer Salute-Intervention und darauf abgestimmte Messungen/Datenerhebungen der Evaluation

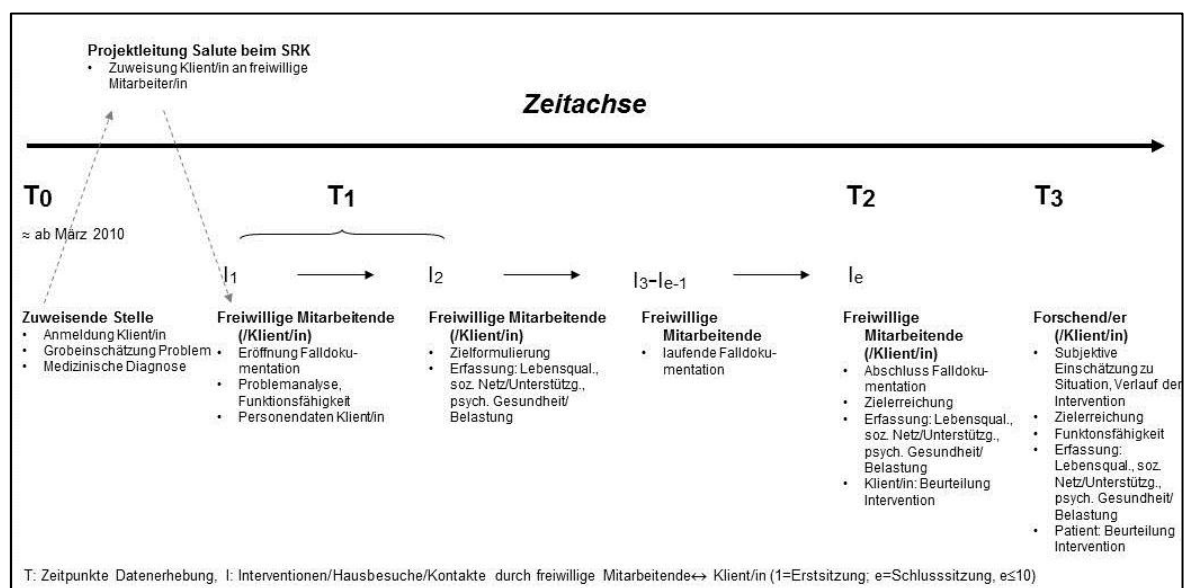


Tabelle 1: Befragungsmodule des quantitativen Studienteils

Befragungs-Modul	Informations-lieferanten	Verantwortliche für Erfassung	Zeitpunkt Erhebung
Modul A „Aufnahmeprotokoll“	Zuweisende	Projektleitung SRK	T0
Modul B „Sozio-Demographie und Ökonomie“	Klienten/innen	Freiwillige Mitarbeitende	T1 (teilweise auch T3)
Modul C „Erfahrung mit Sozialdiensten und Zielvorstellungen“	Klienten/innen	Freiwillige Mitarbeitende	T1 / (teilweise T2, T3)
Modul D-1 „Physische und psychische Lebensqualität vor der Intervention“	Klienten/innen	Freiwillige Mitarbeitende	T1
Modul D-2 „Physische und psychische Lebensqualität am Ende Der der Intervention“	Klienten/innen	Freiwillige Mitarbeitende	T2 (teilweise T3)
Modul E „Funktionalität im Alltag“	Klienten/innen	Freiwillige Mitarbeitende	T1
Modul F „Feedback für den Meldenden/Hausarzt“	Zuweisende	Einforderung der Rückmeldung durch Projektleitung SRK	Nach T2
Modul G „Patientenzufriedenheit“	Klienten/innen	Freiwillige Mitarbeitende	T2
Modul H „Zielerreichung für die Klienten/innen“	Klienten/innen	Freiwillige Mitarbeitende	T2
Modul I „Zufriedenheit und Zielerreichung für die Freiwilligen“	Freiwillige Mitarbeitende	Freiwillige Mitarbeitende	Nach T2
Modul J „Feedback zur nachhaltigen Zufriedenheit für den Meldenden/Hausarzt“ 6 Monate danach	Zuweisende	Einforderung der Rückmeldung durch Projektleitung SRK	T3

Die Fragen zu den einzelnen Modulen des Fragebogens wurden mehrheitlich aus bestehenden Instrumenten übernommen. Dabei handelt es sich um standardisierte, wissenschaftlich validierte Instrumente. Eine Eigenentwicklung von Fragen wurde nur in Ausnahmefällen beim Fehlen eines geeigneten Instruments umgesetzt. Informationen zur Herkunft der einzelnen Fragen finden sich zu Beginn der einzelnen Kapitel im Ergebnisteil.

2.2.2 Datengrundlage und Stichproben

Von der Meldung einer Person bei Salute bis hin zum Abschluss der Evaluation sind zu verschiedenen Zeitpunkten Daten aufgenommen worden. Abbildung 2 zeigt ein Flussdiagramm zwischen Anmeldung und Evaluation und die damit zusammenhängenden verschiedenen Stichproben der Evaluation.

Ein Teil der Fälle wurde schon zum Zeitpunkt der ersten Meldung von Zuweisenden an Salute weiterverwiesen oder abgelehnt. Beispielsweise, weil die im Projekt festgelegten Aufnahmekriterien (wie etwa ein Wohnsitz in der Stadt Zürich) nicht erfüllt waren, oder weil schon zu diesem frühen Zeitpunkt feststand, dass ein anderes GN 2025-Projekt oder eine andere soziale Dienstleistung zur Problemlösung besser geeignet war. In den ersten beiden Projektjahren sind zwischen dem 1.3.2010 und dem 29.2.2012 insgesamt 208 Meldungen von Zuweisenden eingegangen².

² In der Vergleichsstudie zwischen den Gesundheitsnetz 2025 Projekten (Gabriel., Rüesch & Gavez, in Vorbereitung) sind die Gründe für die Ab- oder Weiterverweisung von Fällen, die zwischen dem Projektstart

Von den 208 Meldungen sind in den beiden ersten Projektjahren bei 106 Fällen freiwillige Mitarbeitende eingeschaltet worden. Zu diesen 106 Fällen sind in der Dateneingabemaske der Evaluation zum Zeitpunkt T0 Daten aufgenommen worden. Diese Stichprobe von 106 Fällen wird in diesem Bericht als Erfassungs-Stichprobe bezeichnet. Bei zwei Klienten/innen sind zu verschiedenen Zeitpunkten Anmeldungen und anschliessende Interventionen erfolgt, deshalb entsprechen die 106 Fälle 104 verschiedenen Klienten/innen.

Bei einigen der 106 Fälle kam dann aus verschiedenen Gründen keine Intervention zustande. Einige der kontaktierten Personen lehnten beispielsweise eine Intervention durch Salute ab, oder bei anderen wurde erst zu diesem Zeitpunkt klar, dass eine Weiterverweisung an andere Stellen notwendig war. In 79 Fällen (zu 77 Klienten/innen) erfolgte dann eine eigentliche Intervention durch Salute, d.h. die Klienten/innen erhielten mindestens einen Hausbesuch durch freiwillige Mitarbeitende des SRK. Diese Stichprobe von 79 Fällen mit erfolgten Interventionen wird im Bericht als Interventions-Stichprobe bezeichnet.

Nicht bei all diesen Fällen war in der Folge einer Erfassung von Evaluationsdaten durch die freiwilligen Helfenden möglich. Einerseits lehnten verschiedene Personen eine Evaluation ab, und andererseits waren bei einigen Klienten/innen die Sprachkenntnisse zu wenig ausreichend für die Evaluation. Bei einigen Klienten konnten schliesslich nur unvollständige Evaluationsdaten erfasst werden. Diese unvollständigen Evaluationen sind nicht in die Analysen aufgenommen worden. Insgesamt liegen somit zu 63 Fällen bzw. zu 62 Klienten/innen Evaluationsdaten vor. In diesem Bericht wird diese Stichprobe als Evaluations-Stichprobe bezeichnet.

Im Projektverlauf zeigte sich, dass der Aufwand für die Erfassung einer vollständigen Evaluation bei einem Teil der Klienten/innen, insbesondere bei denjenigen, die nur ein bis zwei Hausbesuche in Anspruch nahmen, angesichts der kurzen Intervention zu aufwendig war. Damit aus diesem Grund nicht zu viele Klienten/innen für die Evaluation verloren gingen, wurde eine Kurzversion des Fragebogens kreiert und mit den Projektverantwortlichen abgesprochen. Von den 63 Fällen zu denen eine Evaluation gemacht wurde, sind 31 vollständige und 32 Kurz-Evaluationen erfasst worden. Ein/e Klient/in hatte zu zwei verschiedenen Zeitpunkten eine Anmeldung und anschliessende Interventionen. Bei dieser Person wurden einmal eine vollständige und einmal eine Kurzevaluation durchgeführt. Aus diesem Grund beziehen sich die 63 Fälle in der Evaluations-Stichprobe auf 62 verschiedene Personen.

Wie die Aufstellung der einzelnen Fragebogenteile in Tabelle 1 gezeigt hat, sind die Daten zur Evaluation von Salute von verschiedenen Personen zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfasst worden. Dies führt zusammen mit den in Abbildung 2 aufgezeigten Ausschlüssen oder Ausfällen von Klienten/innen zu einer uneinheitlichen Datengrundlage, die je nach Befragungsmodul und Fragestellung im Umfang variiert. Damit die vorhandenen Daten für die verschiedenen interessierenden Fragestellungen optimal genutzt werden können, sind Analysen in verschiedenen Stichproben sinnvoll. In Tabelle 2 sind deshalb die drei für die Auswertung zentralen Stichproben ausführlicher beschrieben.

Für eine optimale Ausnutzung der erhobenen Daten ist es sinnvoll, abhängig von den interessierenden Fragestellungen auf die drei verschiedenen Stichproben zuzugreifen. In den verschiedenen Kapiteln der Ergebnisse wird jeweils erläutert, auf welcher Datengrundlage die Auswertungen erfolgten.

1.3.2010 bis am 31.08.2011 gemeldet wurden, genauer aufgeschlüsselt. Bis zu diesem Zeitpunkt standen 163 Erstmeldungen 68 übernommene Aufträge gegenüber. Da in dieser Evaluation die betreuten Fälle im Fokus stehen, wird an dieser Stelle nicht detaillierter auf die Weiterverweisungsgründe eingegangen.

Abbildung 2: Verlauf der Klienten/innen im Projekt und verschiedene Stichproben der Auswertung

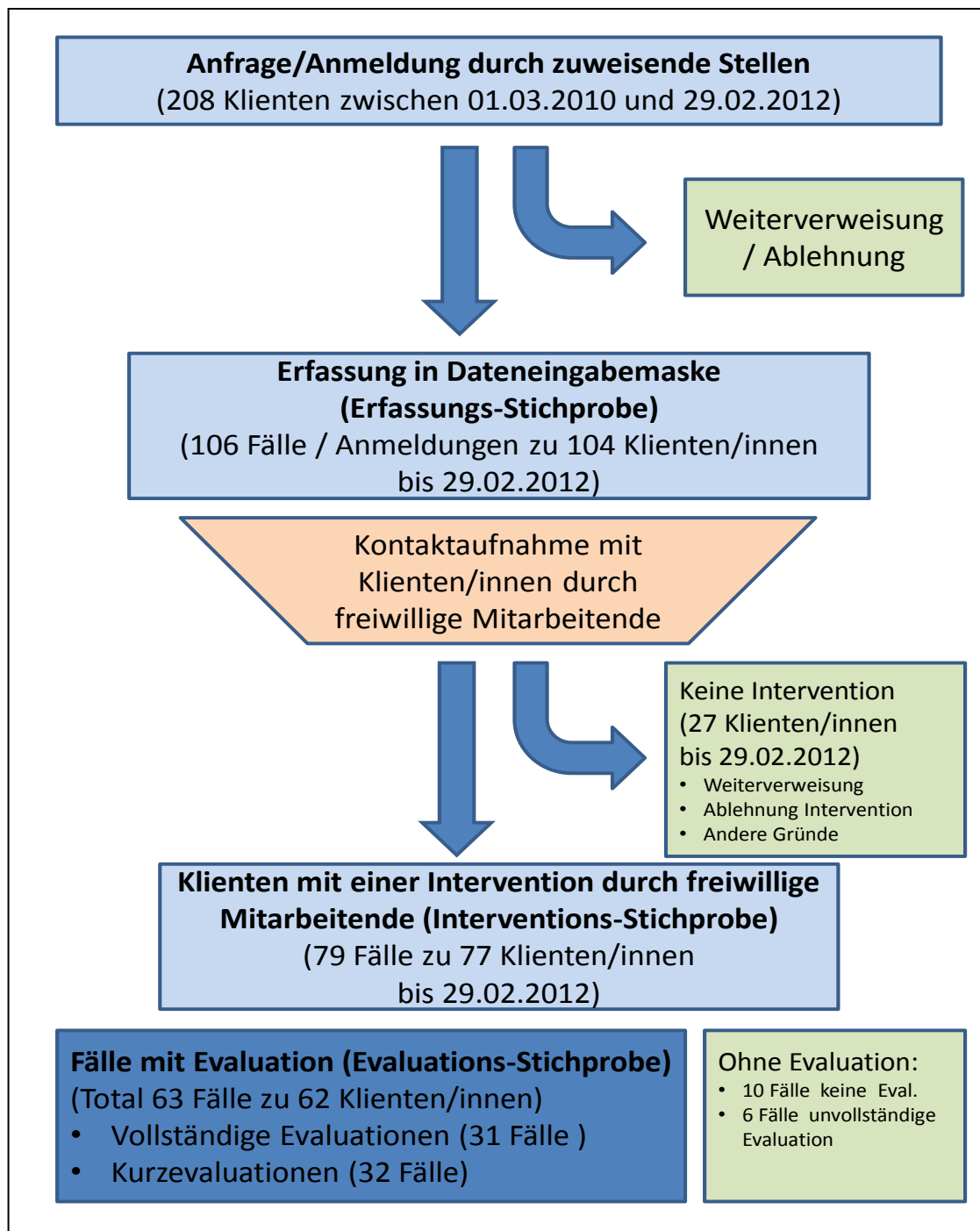


Tabelle 2: Angaben zu den Stichproben

Stichprobe (Bezeichnung)	Fall- Zahl	Vollständige / unvollständige ³ Befragungsmodule	Grundgesamtheit zur Stichprobe	Erklärungen / Bemerkungen
<u>Erfassungs- Stichprobe</u>	106	Vollständig: Aufnahmeprotokoll Unvollständig: Alle anderen Befragungsmodule	Vollerfassung aller Klienten, zu denen bei Salute eine definitive Anmeldung mit weiterführenden Abklärungen erfasst wurde.	Es sind keine eindeutigen Kriterien dokumentiert, bei welchen Fällen eine Meldung durch eine zuweisende Stelle auch zu einer Aufnahme in die Datenbasis führte ⁴ . Keine systematische Überprüfung auf Verzerrungen möglich zwischen der Grundgesamtheit und der Stichprobe.
<u>Interventions- Stichprobe</u>	79	Vollständig: Aufnahmeprotokoll, Feedback Freiwillige und Zuweisende Unvollständig: alle anderen Module	Grundgesamtheit sind alle Klienten/innen mit einer Intervention; Stichprobe ist eine Vollerfassung aller Klienten/innen mit einer Intervention durch Salute	Rund 25% fehlende Werte zu allen bei den Klienten/innen erfassten Modulen und substanzielle Rate von fehlenden Werten bei den Rückmeldungen durch Freiwillige und Zuweisende
<u>Evaluations- Stichprobe</u>	63 (31+3 2)		Grundgesamtheit sind alle 79 Klienten/innen mit einer Intervention;	Kaum fehlende Werte in den Fragen, die in Kurzevaluation erhoben wurden. Eine Kontrolle auf Verzerrungen ist eingeschränkt möglich (vgl. Kap. 2.2.3).
• Vollständige Evaluation	31	Vollständig zu allen Befragungsmodulen	Stichprobe ist eine selektive Stichprobe (mgl. Selektionskriterien: Teilnahmebereit- schaft, Sprachkenntnisse usw.)	
• Kurz- evaluation	32	Nur zentrale Fragen in den Modulen B, C, D, E D2 mehrheitlich nicht erfasst		

³ Als vollständig erhoben gelten Befragungsmodule, wenn diese in der Stichprobe systematisch erfasst wurden und nur einzelne fehlende Werte enthalten.

⁴ Aufgrund eines personellen Wechsels an der verantwortlichen Stelle kann nicht nachvollzogen werden, ob und inwieweit über den ganzen Projektverlauf die gleichen Kriterien für eine Erstbearbeitung durch Salute angewandt wurden.

2.2.3 Unterschiede zwischen den verschiedenen Stichproben

Einige wenige Variablen sind in allen drei Stichproben, die für die Auswertungen in diesem Bericht genutzt werden, vorhanden. Anhand dieser Angaben zu Alter und Geschlecht der Klienten/innen sowie zu den Zuweisungsgründen kann untersucht werden, ob es Hinweise auf relevante Unterschiede in den Stichproben gibt (vgl. Tabellen A1 - A3 im Anhang).

In Bezug auf das Geschlecht bewegen sich die Unterschiede zwischen den Stichproben im Bereich von wenigen Prozentpunkten. Gerundet beträgt der Anteil in allen drei Stichproben zu zwei Fünfteln Männer und drei Fünftel Frauen. Hinsichtlich des Alters zeigt sich eine Tendenz dahin, dass ältere Personen in der Evaluationsstichprobe im Vergleich zur Interventions- und zur Erfassungsstichprobe seltener vertreten sind. Dies drückt sich einerseits in der Altersspannweite in der Stichprobe und andererseits in den Mittelwerten aus. In der Erfassungsstichprobe ist die älteste angemeldete Person 94 Jahre alt. Bei den Fällen mit Intervention und mit Evaluation ist die älteste Person 90 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter der Personen liegt in der Erfassungsstichprobe mit 59 Jahren am höchsten. In der Interventionsstichprobe liegt der Altersdurchschnitt bei 57 Jahren und in der Evaluationsstichprobe bei 55 Jahren.

Kaum Unterschiede zeigen sich hingegen anhand der Gründe der Zuweisung. In allen drei Stichproben bleiben die Reihenfolge und die ungefähre Gewichtung der Zuweisungsgründe vergleichbar, die Differenzen betragen höchstens einige Prozentpunkte. Auch aus dem Vergleich der Verteilung der Zuweisenden zwischen den Erfassungen und den Fällen mit Interventionen lässt sich kein Muster hinsichtlich einer unterschiedlichen Übernahmepraxis von Fällen, die von unterschiedlichen Zuweisenden kommen, feststellen. Sowohl in der Erfassungs- wie auch in der Interventionsstichprobe stammen die Zuweisungen ungefähr je zur Hälfte von Institutionen (48 %) und Hausärzten/innen (52%).

Aufgrund der möglichen Vergleiche zwischen den Stichproben zeigen sich keine Hinweise auf für die Interpretationen relevante Unterschiede zwischen den Stichproben. Gleichwohl kann nicht ganz ausgeschlossen werden, dass die 16 Klienten/innen, bei denen eine Salute-Intervention erfolgte, aber keine Evaluation möglich war, sich in Aspekten, die nicht kontrolliert werden können, von den Klienten/innen unterscheiden, bei denen eine Evaluation möglich war. Trotz dieser Einschränkung kann davon ausgegangen werden, dass aus der Evaluationsstichprobe ein zuverlässiger Eindruck von allen Klienten/innen, die eine Salute-Intervention erhielten, gewonnen werden kann.

2.2.4 Analysen

Die Auswertungen des quantitativen Teils der Evaluation erfolgten hauptsächlich anhand der deskriptiven Darstellung von Häufigkeiten und Mittelwerten. Für den Vergleich zwischen einzelnen Gruppen oder für Vergleiche von Ausprägungen vor und nach der Intervention wurden inferenzstatistische Verfahren angewandt, die an den betreffenden Stellen ausgewiesen werden.

2.3 Qualitativer Studienteil (Einzelfallanalysen, drittes Studienmodul)

2.3.1 Leitfaden-Interviews

Mit qualitativen leitfadengestützten Interviews rückten die subjektiven Sichtweisen der Klienten/innen in den Mittelpunkt. Damit wurde eine Bewertung der erfahrenen Hilfeleistung präzisiert und zugleich Wissen zum Prozessverlauf der ehrenamtlichen Hilfe und ihrer Effekte generiert. Der Leitfaden enthält Fragen zu folgenden Themen: die aktuelle Situation zum Zeitpunkt der Befragung, allfällige Veränderungen innerhalb des letzten Jahres, die Unterstützung durch Salute, allfällige Erfahrungen mit vorherigen Hilfen, Vorgehen bei erneutem Hilfebedarf. Das Interview fand zwischen einem halben bis einem Jahr nach Beendigung der Salute-Intervention statt.

2.3.2 Sample/Auswahl der befragten Personen

Die Fallauswahl konnte nicht wie geplant vollständig gemäss dem Ansatz des „theoretical sampling“ (s.u., Abschnitt 2.3.3) durchgeführt werden, da das Interesse bei den Klienten/innen, an der Nachbefragung teilzunehmen, erheblich geringer war als erwartet. Die meisten Klienten/innen befanden sich zudem in schwierigen Lebenssituationen und wiesen multiple gesundheitliche, soziale und finanzielle Problemlagen auf, was zu einer niedrigeren Erreichbarkeits- und Rückmeldequote sowie Schwierigkeiten bei der Rekrutierung führte.

Bei der Auswahl der Interviewpartner/innen wollten wir zudem nur Klienten/innen einbeziehen, die eine Langzeitevaluation abgeschlossen und bei denen mindestens drei Einsätze stattgefunden haben. Personen, bei denen nur ein Einsatz bzw. zwei Einsätze stattfanden, wurden für die Nachbefragung nicht angefragt. Als weiteres Auswahlkriterium haben wir zudem nur Personen interviewt, die über gute Deutschkenntnisse verfügen. Personen ausländischer Herkunft, die kaum oder kein (Schweizer-)Deutsch sprechen, konnten nicht berücksichtigt werden. Die zehn interviewten Personen weisen folgende demographische Merkmale auf:

- 2 Personen sind männlich, 8 weiblich
- das Altersspektrum reicht von knapp 30 Jahren bis zu ca. 70 Jahren.

Das Problem der Datensättigung in der qualitativen soziologischen Forschung wird in der Literatur allgemein kritisch beurteilt und diskutiert, es soll hier aber nicht weiter vertieft werden. Wichtiger erscheinen uns für die Samplingstrategie die Merkmale der „Transparenz, Opportunität und Adäquanz“, wie sie von O'Reilly und Parker in einem renommierten soziologischen Journal vorgeschlagen wurden (O'Reilly & Parker, 2012). Unser Sample unterscheidet sich von einem „convenience sample“ durch die transparente Darlegung des Rekrutierungsprozesses. Wir gehen zudem davon aus, dass unser Sample bzw. die interviewten Personen uns eine „Fülle an Informationen“ (ebd. S. 3) zur Verfügung stellen können, um so den Wirkungszusammenhang von somatischen Erkrankungen, psychischer Verfassung und sozialer Lage, die Logik und Wirkung der Salute-Interventionen sowie nicht erwartete Effekte herausdestillieren zu können. Diese beiden Fragen wurden im qualitativen Studienmodul als Forschungsfragen definiert.

Mit unserer Stichprobenauswahl verfolgen wir zudem in Anlehnung an das „Opportunistic or Emergent Sampling“ (Suri, 2011) das Ziel, unser Sample opportunistisch dem Forschungsprozess anzupassen.

2.3.3 Analyse: Ansatz der Grounded Theory und Typenbildung

Im Rahmen der qualitativen Fallanalyse wurde in Anlehnung an die Richtung der Grounded Theory gearbeitet, die von Strauss und Corbin vertreten wird (vgl. Corbin & Strauss, 1990; Legewie & Scherver-Legewie, 2007; Strauss, 1998; Strauss & Corbin, 1996). Die konkrete Vorgehensweise richtete sich nach der Beschreibung von Hülst (2010, S. 284 - 288).

Im ersten Schritt wurden Absätze von wenigen Zeilen möglichst facettenreich erfasst. Es wurden Memos sowohl zu den thematisch erfassten Sinneinheiten, sogenannte Code-Memos, sowie übergreifende, auf den Fall bezogene Memos geschrieben. Memos beinhalten Assoziationen, Feststellungen, Beobachtungen sowie Fragen. Es wurden keine vordefinierten Kategorien an das Material getragen, sondern die Formulierungen der Befragten wurden aufgegriffen und deren Sinngehalt eruiert. Durch diese Vorgehensweise können neue, unvorhergesehene Themen und Aspekte im Material entdeckt werden. Ziel des offenen Kodierens ist, das untersuchte Material in Form von Konzepten und Kategorien begrifflich aufzubrechen und einzuteilen. Leitend für die begriffliche Einteilung waren die Forschungsfragen. Daneben wurde auch Augenmerk darauf gelegt, ob sich subjektive Wendepunkte in der Erzählung feststellen lassen und welcher Art diese sind.

Nach der ersten Anordnung von Konzepten und Kategorien folgte der nächste Schritt, indem daraus zentrale Themen eruiert und die Kategorien genauer herausgearbeitet wurden. Dabei wurden auch die logischen und inhaltlichen Beziehungen zwischen den Kategorien genauer untersucht und wenn möglich eine hierarchische Anordnung der Kategorien vorgenommen. Innerhalb der Kategorien wurde überprüft, ob sich Veränderungen finden. Während dem gesamten

Analyseverfahren wurden die während dem ersten Schritt erstellten Memos beigezogen, die weitere Anhaltspunkte zur allmählichen Verfertigung einer Kategorie geben können.

Die als Ergebnis einer Fallanalyse identifizierten Kategorien vereinigen mehrere Eigenschaften in sich, die nur für den einen untersuchten Fall gültig sind. Die Kategorien gehen über eine Beschreibung des Falles hinaus und deren Indikatoren sollten in der Erzählung häufig aufzufinden sein.

Später wurden die Kategorien durch gezieltes Aussuchen ähnlicher oder kontrastierender Fälle in einen allgemeineren Zusammenhang gestellt (siehe fallübergreifende Typenbildung).

Fallübergreifende Typenbildung

Methodisch wurden die Vergleichsdimensionen und Ausprägungen zwischen den Fällen erst im Laufe des Auswertungsprozesses anhand des Datenmaterials – sowie des theoretischen (Vor-) Wissens – erarbeitet und "dimensionalisiert": D.h. es wurden relevante Merkmalsausprägungen und Subkategorien bestimmt (zum Begriff der Dimensionalisierung vgl. Kelle, 1998; Strauss & Corbin, 1996). Kelle und Kluge (1999, S. 81 - 94) teilen den Prozess der Typenbildung in vier Teilschritte. Fälle, die einer Merkmalskombination zugeordnet waren, wurden miteinander verglichen, um die interne Homogenität der gebildeten Gruppen zu überprüfen. Des Weiteren wurden die Gruppen untereinander verglichen, um zu überprüfen, ob auf der "Ebene der Typologie" eine genügend hohe externe Heterogenität herrschte, d.h. ob die entstehende Typologie genügend Heterogenität bzw. Varianz im Datenmaterial abbildete. Die Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den Untersuchungselementen wurden erfasst und die ermittelten Gruppen und Typen detailliert charakterisiert.

3 Ergebnisse

Die Darstellung der Resultate der verschiedenen Studienmodule ist folgendermassen angelegt: In den Kapiteln 3.1 bis 3.5 werden quantitative Auswertungen der verschiedenen Teile des Fragebogens dargelegt. Kapitel 3.6 enthält die Erkenntnisse der qualitativen Einzelfallanalysen und im Kapitel 3.7 erfolgt eine Synthese der verschiedenen Studienmodule anhand der Wirkungs- und Handlungsziele des Projekts.

3.1 Inanspruchnahme von Salute

3.1.1 Zuweisende Stellen

Nachfolgend werden die zuweisenden Stellen zu Salute dargestellt. Da aus dieser Sichtweise die Erstanmeldungen im Zentrum stehen, stützen sich die Resultate in diesem Kapitel auf die Erfassungs-Stichprobe. Als die wichtigsten zuweisenden Stellen an Salute erweisen sich die niedergelassene Ärzte/innen der Fachgebiete Psychiatrie/Psychotherapie und Allgemeinmedizin, sowie die Sozialdienste von Spitälern. Die in der Erfassungs-Stichprobe dokumentierten und von Salute weiterbearbeiteten Fälle wurden zu je rund der Hälfte von niedergelassenen Ärzten/innen (46 %) und Institutionen (54 %) zugewiesen (siehe Tabelle 3). Aufgeteilt nach Fachgebiet der Ärzte/innen und/oder Art der Institutionen erwiesen sich die Sozialdienste von Spitälern als wichtigste Zuweisende (37% aller zugewiesenen Fälle). An zweiter und dritter Stelle folgen die Ärzte/innen mit Fachrichtung Psychiatrie/Psychotherapie (23 %) und die Allgemeinmediziner/innen (21 %). Bei den zuweisenden Ärzten/innen zeigt sich eine deutliche Übervertretung von Frauen (67 %) gegenüber den Männern (33 %).

Tabelle 3: Zuweisende Stellen von Fällen, die einer Erfassung zugeführt wurden

Zuweisende	Häufigkeit	Gültige Prozente
Niedergelassene Ärzte/innen	49	46%
Institutionen	57	54%
Gesamt Zuweisende	106	100%
Fachrichtung Ärzte/innen		
• Psychiatrie/Psychotherapie	24	23%
• Allgemeinmedizin	22	21%
• Innere Medizin	3	3%
Art der Institution		
• Sozialdienst Spital	39	37%
• Stadtärztlicher Dienst	7	7%
• Projekt Kompass	3	3%
• Projekt Leila	3	3%
• Tageszentrum SRK	2	2%
• Fachstelle präv. Beratung Spitex	2	2%
• Sozialdienst Krankenkasse	1	1%
Total Zuweisende	106	100%

3.1.2 Gründe für die Zuweisungen und erwartete medizinische Konsequenzen

Bei der Anmeldung durch die Zuweisenden wurden pro Fall maximal 3 verschiedene, nach Wichtigkeit abgestufte Gründe nach der ICPC-2 (International Classification of Primary Care-2) kodiert. Sortiert nach Anzahl der Nennungen und verglichen nach angemeldeten und bearbeiteten Fällen zeigt sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 4).

Sowohl bei den Anmeldungen (*Erfassungs-Stichprobe*) als auch bei den übernommenen Fällen (*Interventions-Stichprobe*) überwiegen finanzielle Probleme, die bei rund der Hälfte als Hauptproblem genannt wurden. An zweiter Stelle folgen mit etwas mehr als einem Fünftel der Fälle Wohnungs- und Nachbarschaftsprobleme. Bei rund einem Zehntel der Fälle wurde die Sammelkategorie „soziale Probleme“ kodiert. Das restliche knappe Fünftel der Fälle verteilt sich auf weitere 13 Kategorien, die meist nur vereinzelt auftreten.

Tabelle 4: Hauptgründe der Zuweisung in der Erfassungs-Stichprobe

ICPC Kodierung	Angemeldete Fälle (Erfassungs-Stichprobe)		Fälle mit Interventionen (Interventions-Stichprobe)	
	Häufigkeit	Prozente	Häufigkeit	Prozente
Z01 Armut/finanzielle Probleme	50	47.2%	40	50.6%
Z03 Wohnungs-/Nachbarschaftsprobleme	26	24.5%	16	20.3%
Z29 Soziale Probleme	10	9.4%	8	10.1%
Z28 Funktionseinschr./Behinderung (Z)	4	3.8%	2	2.5%
Z04 Soziokulturelle Probleme	2	1.9%	2	2.5%
Z05 Probleme am Arbeitsplatz	2	1.9%	2	2.5%
Z06 Problem mit Arbeitslosigkeit	2	1.9%	1	1.3%
Z15 Problem mit Verlust/ Tod des Partners	2	1.9%	1	1.3%
N87 Morbus Parkinson	1	0.9%	1	1.3%
Z02 Probleme mit Ernährung/Wasser	1	0.9%	1	1.3%
Z08 Problem mit Sozialhilfe	1	0.9%	1	1.3%
Z10 Problem mit Gesundheitssystem	1	0.9%	1	1.3%
Z11 Problem mit Compliance/Kranksein	1	0.9%	0	0
Z14 Problem mit Erkrankung des Partners	1	0.9%	1	1.3%
Z18 Problem mit Erkrankung des Kindes	1	0.9%	1	1.3%
Z22 Problem mit Erkrankung Eltern/Familie	1	0.9%	1	1.3%
Total Nennungen	106	100.0%	79	100.0%

Werden alle genannten Gründe für die angemeldeten Fälle zusammengetragen und anhand der Häufigkeit sortiert, zeigt sich ein zu den Hauptgründen der Anmeldung leicht abweichendes Muster, denn bei dieser Form der Auswertung werden auch die als sekundär und tertiär eingestuftten Gründe erfasst (s. Tabelle 5). Für die 106 angemeldeten Fälle sind insgesamt 196 Gründe genannt worden. Armut und finanzielle Probleme schwingen auch in dieser Form der

Auswertung obenauf. Sie machen etwas mehr als ein Drittel aller genannten Gründe aus. An zweiter Stelle folgen auch hier Wohnungs- und Nachbarschaftsprobleme mit rund einem Fünftel aller Nennungen. An dritter und vierter Stelle finden sich in dieser Darstellung mit je etwas weniger als einem Zehntel der Gründe Probleme mit dem Kranksein und der Compliance sowie allgemeine soziale Probleme. Die restlichen rund drei Zehntel der aufgeführten Gründe verteilen sich auf insgesamt 16 Gründe, die meist nur vereinzelt auftreten.

Tabelle 5: 1. bis 3. Grund für Anmeldung zusammengefasst (Erfassungs-Stichprobe)

ICPC-2 Kodierung	Summe Nennungen	Anteil der Nennungen
Z01 Armut/finanzielle Probleme	67	34.2%
Z03 Wohnungs-/Nachbarschaftsprobleme	39	19.9%
Z11 Problem mit Compliance/Kranksein	18	9.2%
Z29 Soziale Probleme	17	8.7%
Z06 Problem mit Arbeitslosigkeit	11	5.6%
Z09 Rechtliches Problem	7	3.6%
Z05 Probleme am Arbeitsplatz	6	3.1%
Z28 Funktionseinschr./Behinderung	5	2.6%
Z08 Problem mit Sozialhilfe	4	2.0%
Z14 Problem mit Erkrankung des Partners	4	2.0%
Z27 Angst vor sozialen Problemen	4	2.0%
Z04 Soziokulturelle Probleme	3	1.5%
Z10 Problem mit Gesundheitssystem	3	1.5%
Z15 Problem mit Verlust/ Tod des Partners	2	1.0%
N87 Morbus Parkinson	1	0.5%
Z02 Probleme mit Ernährung/Wasser	1	0.5%
Z12 Beziehungsproblem Partner/Partnerin	1	0.5%
Z13 Problem durch Verhalten des Partners	1	0.5%
Z18 Problem mit Erkrankung des Kindes	1	0.5%
Z22 Problem mit Erkrankung Eltern/Familie	1	0.5%
Total der genannten Gründe*	196	100.0%
* Alle genannten Gründe; pro Klient wurden mindestens einer, maximal drei Gründe genannt.		

Bei der Anmeldung wurden die zuweisenden Stellen ebenfalls gebeten, bis zu drei mögliche medizinische Konsequenzen der genannten Zuweisungsgründe anzugeben. Auch dies erfolgte anhand der ICPC-2 Kodierungen (s. Tabelle 6). Auf der Grundlage der Auswertungen in der Erfassungs-Stichprobe zeigt sich, dass die Zuweisenden als Konsequenz der Probleme ihrer Patienten/innen in erster Linie psychische Beschwerden erwarteten. Mit rund einem Fünftel der Nennungen sind depressive Gefühle die häufigsten medizinischen Konsequenzen, gefolgt von Gefühlen von Angst/Unruhe/Spannung, die ein Sechstel der Nennungen ausmachen. Andere wichtige medizinische Konsequenzen waren akute Stressreaktionen, die ein Siebtel der Nennungen ausmachen sowie Schlafstörungen mit einem Zehntel der Nennungen. Medizinische Konsequenzen, die dem Bereich der Psychischen Beschwerden zugeordnet werden können, machen insgesamt rund drei Viertel aller erwarteten Konsequenzen aus.

Tabelle 6: Erwartete medizinische Konsequenzen des Hauptgrundes (alle genannten Konsequenzen) in der Erfassungs-Stichprobe

Konsequenz nach ICPC-2	Summe Nennungen	Anteil der Nennungen
P03 Depressives Gefühl	24	20.9%
P01 Gefühl Angst/Unruhe/Spannung	19	16.5%
P02 Akute Stressreaktion	16	13.9%
P06 Schlafstörung	12	10.4%
P04 Reizbares/ärgerl. Gefühl/Verhalten	9	7.8%
P29 Psych. Sympt., Beschwerden, andere	7	6.1%
A29 Allgemeinsympt./-beschw. Andere	3	2.6%
T05 Ernährungsproblem Erwachsener	3	2.6%
A01 Schmerz generalisiert/mehrere Stellen	2	1.7%
P16 Akuter Alkoholmissbrauch	2	1.7%
P25 Lebensphasenproblem Erwachsen	2	1.7%
P76 Depressive Störung	2	1.7%
A07 Koma	1	0.9%
A05 Unwohlsein	1	0.9%
A78 Infektiöse Erkrankung NNB, andere	1	0.9%
P17 Tabakmissbrauch	1	0.9%
P19 Drogenmissbrauch	1	0.9%
P20 Gedächtnisstörung	1	0.9%
P28 Funktionseinschr./Behinderung (P)	1	0.9%
P99 Psych. Störung/Erkrank., andere	1	0.9%
T08 Gewichtsverlust	1	0.9%
T11 Austrocknung	1	0.9%
T28 Funktionseinschränkung (T)	1	0.9%
Z01 Armut/finanzielle Probleme	1	0.9%
Z05 Probleme am Arbeitsplatz	1	0.9%
Z12 Beziehungsproblem Partner/Partnerin	1	0.9%
Total genannte Konsequenzen	115	100%

Für alle zugewiesenen Klientinnen und Klienten wurden bis zu drei Ziele für die Salute-Intervention in Stichworten formuliert. Für die Analyse sind diese Ziele anhand der Erfassungs-Stichprobe in verschiedene übergeordnete Kategorien eingeteilt worden. Auf dieser Grundlage konnte gezählt werden, wie häufig bestimmte Thematiken in den Zielen für die Salute-Interventionen aufgetreten sind. Wie der Zusammenstellung in Tabelle 7 entnommen werden kann, überwiegen die Themen „Existenz & Finanzen“ sowie „Wohnen & Alltag“ auch bei den Zielen für die Salute-Interventionen. Mit einem Anteil von mehr als der Hälfte der Nennungen finden sich Ziele, die dem Themenbereich Existenz & Finanzen zugeteilt werden können. Ziele zum Themenbereich Wohnen & Alltag machen einen Anteil von etwas weniger als einem Drittel der Nennungen aus. Deutlich seltener

genannt mit Anteilen von weniger als einem Zehntel folgen mit absteigender Relevanz Themenbereiche wie: einfache Administration, Vermittlung/Triage und soziale Beziehungen.

Weiter zeigt sich anhand der Analyse der festgehaltenen Ziele, dass diese in unterschiedlichem Ausmass konkretisiert wurden. Mehrheitlich wurden sie so formuliert, dass sie mit einem absehbaren Aufwand auch erreicht werden können. Als Beispiele hierzu gelten etwa „Suche eines Platzes in einem Altersheim“ oder „Unterstützung bei der Regelung von Finanzen wie Steuerschulden“. Es gibt aber auch weiterreichende Ziele, für deren Erfüllung unter Umständen auch eine grössere Anzahl an Interventionen nötig ist, weil diese eine umfassende und komplexe Problematik ansprechen. Beispiele hierfür wären z.B. „Soziales Netzwerk aufbauen“ oder „Tagesstruktur schaffen“. Neben dem unterschiedlichen Konkretisierungsgrad und dem Ausmass der angesprochenen Problematiken finden sich neben Zielen, die mit einigen Interventionen gelöst werden können auch Ziele, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass diese für die Klienten/innen wiederholt zum Thema werden. Beispiele dafür wären: „Unterstützung bei der Einrichtung der Wohnung“, „regelmässig nach draussen gehen“, „Krankenhausbesuch“, „Begleitung und Unterstützung bei der Wahrnehmung von Terminen“, „Unterstützung bei der Erledigung der Administration“ oder „monatliche Zahlungen erledigen“.

Tabelle 7: Typisierung der von den Zuweisenden bei der Anmeldung genannten Ziele

Rang	Thematik der Ziele	Anzahl der Nennungen	Anteil der Nennungen
1.	Existenz & Finanzen	75	51 %
2.	Wohnen & Alltag	42	29 %
3.	Einfache Administration	11	7 %
4.	Vermittlung/Triage	8	5 %
5.	Soziale Beziehungen	7	5 %
6.	Sonstiges	3	2 %
7.	Begleitung zu Terminen	2	1 %
	Total genannte Ziele*	148	100%

* Summer der Ziele zu 106 Fälle, davon 69 Fälle mit 1 Ziel, 32 mit 2 Zielen und 5 mit 3 Zielen

3.1.3 Fazit zur Inanspruchnahme

Zusammenfassend lassen sich in Bezug auf die Inanspruchnahme und die dazu formulierten Ziele für Salute folgende Punkte festhalten:

- Salute wurde nicht wie in den Zielen erwähnt hauptsächlich von Privatarztpraxen genutzt, sondern in wesentlichem Ausmass auch von Institutionen. Je ungefähr die Hälfte der erfassten Fälle im Projekt Salute wurden von niedergelassenen Ärzte/innen (46%) und Institutionen (54%) angemeldet. Bei den Fachgebieten der zuliefernden Ärzte/innen sind die Gebiete Allgemeinmedizin (21%) und Psychiatrie/Psychologie (23%) ungefähr gleich stark vertreten. Mehr als ein Drittel (37%) aller Anmeldungen stammte von Sozialdiensten von Spitälern und rund ein Achtel von anderen Institutionen. Rund jede sechzehnte Anmeldung (6 %) stammte aus einem anderen GN 2025 – Projekt.
- Der überwiegende Hauptgrund für eine Anmeldung bei Salute aus der Sicht der Zuweisenden sind Armut/finanzielle Probleme mit einem Anteil von mehr als der Hälfte der genannten Hauptzuweisungsgründe, vor Problemen mit Wohnen/Nachbarschaft mit einem Anteil von rund einem Fünftel und sozialen Problemen mit einem Anteil von einem Zehntel.
- Als erwartete medizinische Konsequenz aus diesen Problemen nennen die Zuweisenden in erster Linie psychische Beschwerden. Medizinische Konsequenzen, die dem Bereich der psychischen Beschwerden zugeordnet werden können, machen insgesamt rund drei Viertel aller erwarteten Konsequenzen aus.

- Die von den Zuweisenden genannten Ziele für die gewünschten Interventionen lassen sich rund zur Hälfte der Thematik Finanzen und zu rund einem Drittel der Thematik Wohnen zuordnen.
- Die formulierten Ziele haben ein unterschiedliches Niveau der Konkretisierung und sprechen Problematiken an, die mehr oder weniger komplex sind. Es finden sich Ziele, die in einigen Einsätzen erfüllt werden können, aber auch so umfassende Ziele wie beispielsweise der Aufbau eines sozialen Netzwerkes. Weiter finden sich Ziele, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass diese in gewissen Abständen nach einer erfolgreichen Hilfestellung wieder aktuell werden, da die angesprochenen Probleme regelmässig wiederkehren, wie zum Beispiel das Ziel: „monatliche Zahlungen erledigen“.

3.2 Beschreibung der Klienten/innen

In den nachfolgenden Darstellungen wird ein Überblick über die von Salute betreuten Klienten/innen gegeben. Die Auswertungen stützten sich dabei auf die *Evaluationsstichprobe*, da nur in dieser Stichprobe die relevanten Angaben vorliegen. Wie im Kapitel 2.2.3 bereits erwähnt wurde, gibt es aber anhand der vorliegenden Daten keine Hinweise auf systematische Verzerrungen in der Stichprobe in Bezug auf die Grundgesamtheit aller Klienten/innen mit einer Intervention. Wie im Kapitel 2.2.2 erläutert, sind nicht alle Fragen allen Klienten/innen gestellt worden. Ein Teil der nachfolgenden Angaben stützt sich auf die umfassende Evaluationsstichprobe, die von 63 Klienten/innen ausgefüllt wurde. Bei anderen Fragen umfasst die Datengrundlage nur 31 Klienten/innen, bei denen alle Fragen gestellt wurden. Die von Salute betreuten Klienten/innen, die an der Evaluation teilnahmen, sind zwischen 27 und 90 Jahren alt, das Durchschnittsalter liegt bei rund 55 Jahren. Die Klienten/innen sind zu drei Fünfteln Frauen (59%) und zu rund zwei Fünfteln Männer (41%).

3.2.1 Lebenssituation (Partnerschaft, Kinder und Wohnen)

Mehrheitlich leben die befragten Klienten/innen ohne Partner/in (68.3%) und haben keine Kinder (54.8%). In der vollständigen Evaluation wurden zudem weitere Fragen zur Lebenssituation erfasst. Dabei zeigt sich, dass bei den befragten Klienten/innen, die sich in einer Partnerschaft befinden (31.7%) nur 4 Personen (12.9%) zum Zeitpunkt der Befragung mit ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin zusammenleben. Von den 28 Klienten/innen mit einem oder mehreren Kindern, leben 8 Personen (25.8%) zum Befragungszeitpunkt mit einem oder zwei Kindern zu Hause.

Tabelle 8: Angaben zur Lebenssituation in umfassender Evaluations-Stichprobe (n=63)

	Häufigkeit	Prozente
Anzahl Kinder		
Keine Kinder	34	54.0%
1 Kind	14	22.2%
2 Kinder	9	14.3%
3 Kinder	2	3.2%
4 Kinder	3	4.8%
Fehlende Angabe	1	1.6%
Partnerschaft		
Ja	20	31.7%
Nein	43	68.3%

Tabelle 9: Angaben zur Lebenssituation nur bei vollständiger Evaluation (n=31)

	Häufigkeit	Prozente
Anzahl Kinder zu Hause		
Kein Kind	23	74.2%
1 Kind	4	12.9%
2 Kinder	4	12.9%
Zusammenleben mit Partner/in		
Ja	4	12.9%
Nein	27	87.1%

3.2.2 Bildungsstand

Die Bildung ist nur bei Klienten/innen mit einer Vollevaluation erfasst worden, wobei sich zeigt, dass etwas mehr als die Hälfte (54.8%) der Klienten/innen eine Vor- oder Berufslehre abgeschlossen hat. Ungefähr ein Sechstel (16.1%) hat höchstens die obligatorische Schule abgeschlossen und ein knappes Drittel (29.0%) hat mindestens einen Mittelschulabschluss.

Tabelle 10: Bildungsabschluss (vollständige Evaluation n=31)

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Höchster Bildungsabschluss		
• Höchstens obligatorische Schule abgeschlossen	5	16.1%
• Vor- oder Berufslehre abgeschlossen	17	54.8%
• Mindestens Mittelschulabschluss	9	29.0%

3.2.3 Erwerbstätigkeit

Zum Zeitpunkt der Salute-Intervention waren rund zwei Drittel der Klienten/innen (68.3%) nicht erwerbstätig. Die Erwerbstätigen arbeiteten mehrheitlich in einer Teilzeitanstellung (12 Personen), nur 3 Personen arbeiteten Vollzeit (s. Tabelle 11).

Alle Teilnehmenden, bei denen eine vollständige Evaluation erfolgte, sind in ihrem Leben schon einmal einer bezahlten Arbeit auf dem Arbeitsmarkt nachgegangen, wobei ihre letzte Erwerbstätigkeit zu 36% vor dem Jahr 2000, zu 20% zwischen 2000 und 2005 und zu 40% zwischen 2006 und 2010 geendet hatte (s. Tabelle 12). Diese letzte Erwerbstätigkeit dauerte durchschnittlich 36 Monate.

Tabelle 11: Beschreibung der Klienten/innen nach sozioökonomischen Merkmalen (n=63)

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Erwerbstätigkeit		
Voll erwerbstätig	2	3.2%
Teilzeit erwerbstätig	12	19.0%
Arbeitslos (vermittelbar)	6	9.5%
Nicht erwerbstätig	43	68.3%

Tabelle 12: Beschreibung der Klienten/innen nach sozioökonomischen Merkmalen (n=31)

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Früher erwerbstätig		
Ja	31	100%
Nein	0	0.0%
Ende der letzten Erwerbstätigkeit		
Vor 2000	10	40%
Zw. 2000 und 2005	5	20%
Zw. 2006 und 2010	10	40%
Im 2011	1	4%

Hinsichtlich der beruflichen Stellung der Klienten/innen bei ihrer jetzigen oder letzten Tätigkeit ist festzustellen, dass die Mehrheit der Befragten sich in einem Angestelltenverhältnis befand (64.5%). Einige der Befragten sind oder waren indessen auch als Hilfsangestellte/r, Hilfsarbeiter/in oder Gelegenheitsarbeiter/in tätig (s. Tabelle 13).

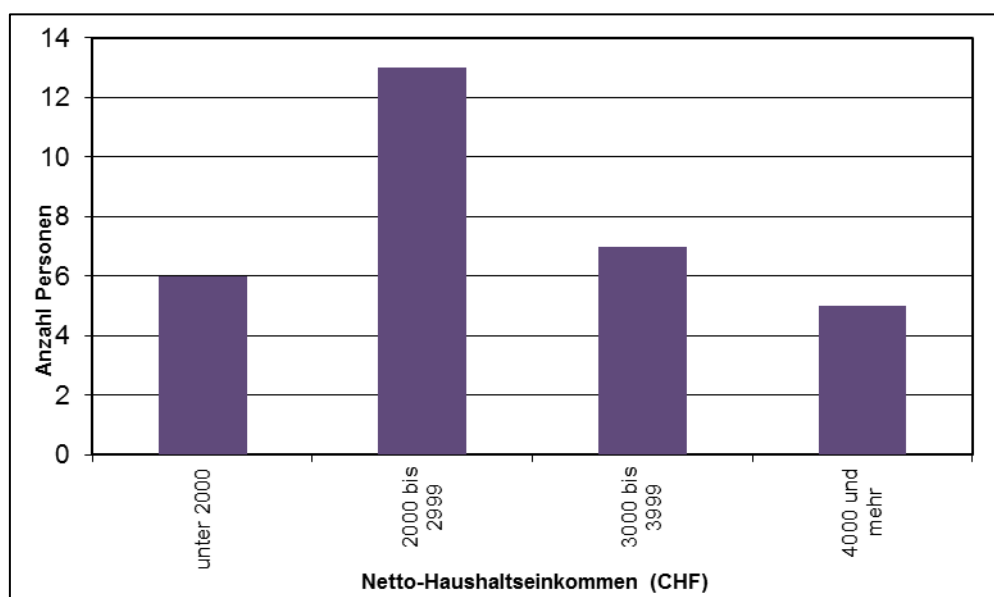
Tabelle 13: Beschreibung der Klienten/innen nach beruflicher Stellung (n=31)

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Berufliche Stellung (jetzige/letzte Tätigkeit)		
Selbstständig	3	9.7%
Angestellt als Lehrling/Lehrtochter (Lehre, Anlehre, Praktikum)	1	3.2%
Hilfsangestellte/r, Hilfsarbeiter/in, Gelegenheitsarbeiter/in	6	19.4%
Angestellt	20	64.5%
Angestellt in Kaderfunktion	1	3.2%

3.2.4 Einkommen und Einkommensquellen

Angaben zum monatlichen Netto-Haushaltseinkommen liegen von 31 Klienten/innen aus der Vollevaluation vor. Im Fragebogen wurde das monatliche Netto-Einkommen erfasst, indem nach der Summe aus Lohn, Gehalt, Rente, Pension oder sonstigen Unterstützungsbeiträgen gefragt wurde. Die Auswertungen zeigten, dass ein knappes Fünftel (19.4%) der Befragten mit einem Haushaltseinkommen von unter 2000 Schweizer Franken zurechtkommen musste. Weitere zwei Fünftel (41.9%) lebten von einem Einkommen zwischen 2000 und höchstens 2999 Schweizer Franken und 22.6% hatten im Monat zwischen 3000 und 3999 Schweizer Franken zur Verfügung. Lediglich einige wenige Befragte hatten ein monatliches Einkommen von 4000 Schweizer Franken oder mehr. Anhand der Daten aus der Vollerhebung zeigt sich, dass von den 31 Klienten/innen die Mehrheit (83.9%) in einem Haushalt mit nur einem Einkommen lebte.

Abbildung 3: Netto-Haushaltseinkommen (n=31)



Die befragten Teilnehmer/innen bezogen ihr Einkommen mehrheitlich über Unterstützungsbeiträge. Die Klienten/innen wurden gefragt, ob sie persönlich eine Rente (AHV, IV), Taggelder, Alimente, Stipendien, Arbeitslosenunterstützung oder sonstige finanzielle Unterstützung erhalten. Wie in der folgenden Tabelle zu sehen ist, beantworteten 48 Personen (76.2%) die Frage mit „ja“ und 7 Personen (11.1%) mit „nein“, wobei 8 Teilnehmende dazu keine Angabe machen wollten.

Tabelle 14: Unterstützungsbeiträge erhalten (n=63)

	Häufigkeit	Prozente
Rente		
Ja	48	76.2%
Nein	7	11.1%
Keine Angabe	8	12.7%

Die absoluten Häufigkeiten der verschiedenen Einnahmequellen sind in Tabelle 15 aufgezählt. Die Frage nach der Verschiedenartigkeit der erhaltenen finanziellen Unterstützung wurde allerdings nur in der Vollevaluation erhoben, wobei 5 Personen keine Angaben machten. Zu den am häufigsten genannten Quellen gehören Leistungen der IV oder der AHV, Ergänzungsleistungen und die Sozialhilfe, wobei einige Personen von mehreren Unterstützungsquellen gleichzeitig Beiträge beziehen.

Tabelle 15: Häufigkeiten der erhaltenen finanziellen Unterstützung

Art der erhaltenen finanziellen Unterstützung	Nennungen	% der Antwortenden
Invalidenrente (IV, Unfallvers., Militärvers., berufliche Vorsorge)	8	30.8%
Ergänzungsleistungen (EL)	7	26.9%
Sozialhilfe / Fürsorgeleistung / Wohngeld	7	26.9%
AHV-Rente (Altersrente)	6	23.1%
Altersrente der beruflichen Vorsorge, Pensionskasse (2. Säule)	4	15.4%
Taggelder (IV, Krankenversicherung, Unfallversicherung)	4	15.4%
Arbeitslosengeld	4	15.4%
Alimente / Unterhaltsbeiträge / Alimentenbevorschussung	3	11.5%
Altersrente der privaten Vorsorge, Lebensversicherung (3. Säule)	2	7.7%
Andere Rente	2	7.7%
Witwen/Witwer- und Waisenrente	1	3.8%
Unfallversicherungsrente (SUVA, private Versicherungen)	0	0.0%
<i>Fehlende Angaben</i>	5	19.2%
Total Antwortende ¹⁾	26	

1) Mehrfachantworten sind möglich

3.3 Gegenwärtige und frühere Erfahrungen mit sozialen Diensten

Zum Zeitpunkt der Befragung standen ca. drei Fünftel der Befragten (58.7%) nicht in Kontakt mit einem sozialen Dienst und nahmen für die Lösung ihrer sozialen Probleme keine professionelle Hilfe in Anspruch. Von den anderen zwei Fünfteln, die aktuell Kontakt mit einem sozialen Dienst hatten bzw. professionelle Hilfe in Anspruch nahmen, suchten die meisten ein Sozialzentrum (z.B. bei der Gemeinde), einen Sozialdienst eines Spitals oder ein Regionales Arbeitsvermittlungszentrum auf. In 10 Fällen wurde die Sozialhilfe während der Salute-Intervention in Anspruch genommen.

Von den nur in der Vollevaluation befragten 31 Teilnehmenden, hatten 35.5% bereits zu einem früheren Zeitpunkt einmal Erfahrung mit sozialen Diensten oder professioneller Betreuung gemacht, die meisten davon bei einem Sozialzentrum oder beim Sozialamt. Die Betreuung dauerte dabei in 7 Fällen länger als 2 Jahre.

Tabelle: 16 Gegenwärtiger Kontakt mit Sozialen Diensten und professioneller Hilfe (n=63)

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Gegenwärtig Kontakt Soz.-Dienst/prof. Hilfe		
Ja	26	41.3%
Nein	37	58.7%

3.4 Gesundheitszustand und psycho-soziale Situation der Betroffenen

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Klienten/innen, ihren subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand sowie ihre Funktionalität im Alltag. Zudem werden die sozialen Beziehungen der Klienten/innen anhand der Grösse und Qualität ihres sozialen Netzwerks beschrieben.

3.4.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Klienten/innen wurde durch das standardisierte Erhebungsinstrument WHOQOL-BREF erhoben, das die Lebensqualität mittels den Subskalen physisches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen, Umwelt und Global (Lebensqualität und Zufriedenheit mit Gesundheit) erfasst (Angermeyer, Kilian, & Matschinger, 2002; WHOQOL Group, 1994). Die Erhebung erfolgte in der vollständigen Evaluation zweimal, sowohl vor als auch nach der Intervention. Ausnahme bildeten die zwei Fragen der Subskala „Global“, die zum Zeitpunkt vor der Intervention auch in der Kurzevaluation erhoben wurde. Die Auswertungen beinhalteten einen Vergleich der von den Salute-Klienten/innen erzielten Subskalenwerte mit publizierten Normwerten für die deutsche Allgemeinbevölkerung sowie mit somatischen und psychiatrischen Patientenstichproben (Angermeyer, Kilian, & Matschinger, 2000). Zudem erfolgte ein statistischer prä-post-Vergleich der Subskalenwerte der Klienten/innen⁵.

Insgesamt füllten 31 Klienten/innen den gesamten WHOQOL-BREF zum Zeitpunkt vor und 28 (3 Missings) zum Zeitpunkt nach der Intervention aus. Die zwei Fragen der Subskala „Global“ zum Zeitpunkt vor der Intervention wurden von allen 63 Klienten/innen der Evaluationsstichprobe ausgefüllt⁶.

Tabelle 17 zeigt die Mittelwerte aller WHOQOL-Subskalen zu beiden Erhebungszeitpunkten im Vergleich zu den im Handbuch publizierten Normwerte der deutschen Allgemeinbevölkerung und Patienten-Vergleichsstichproben. Höhere Ausprägungen der Subskalen bedeuten eine bessere Lebensqualität.

Tabelle 17: Subskalenwerte WHOQOL-BREF, Salute-Klienten/innen und Vergleichsstichproben

Subskala	Klienten/innen vor Intervention n=31 (Global: n=63)		Klienten/innen nach Intervention n=28		Vergleichsstpr. Allgemeinbevölkerung n=2073 ¹⁾		Vergleichsstpr. Patienten somatisch n=261 ¹⁾		Vergleichsstpr. Patienten Psychiatrisch n=98 ¹⁾	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Physisch	42.6	20.6	47.4	17.6	76.9	17.7	53.4	20.3	58.5	17.7
Psychisch	46.2	23.4	49.2	17.7	74.0	15.7	62.7	16.3	52.0	19.5
Soziale Beziehungen	41.5	26.7	48.2	20.9	71.8	18.5	68.0	16.9	50.9	26.5
Umwelt	53.2	20.2	58.8	17.2	70.4	14.2	67.2	13.4	59.3	18.8
Global	36.1	22.1	43.3	16.1	67.8	16.7	46.8	16.8	50.8	23.2

¹⁾ WHOQOL Normwerte für die deutsche Allgemeinbevölkerung und Patientenstichproben aus Angermeyer et al. (2000), Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität

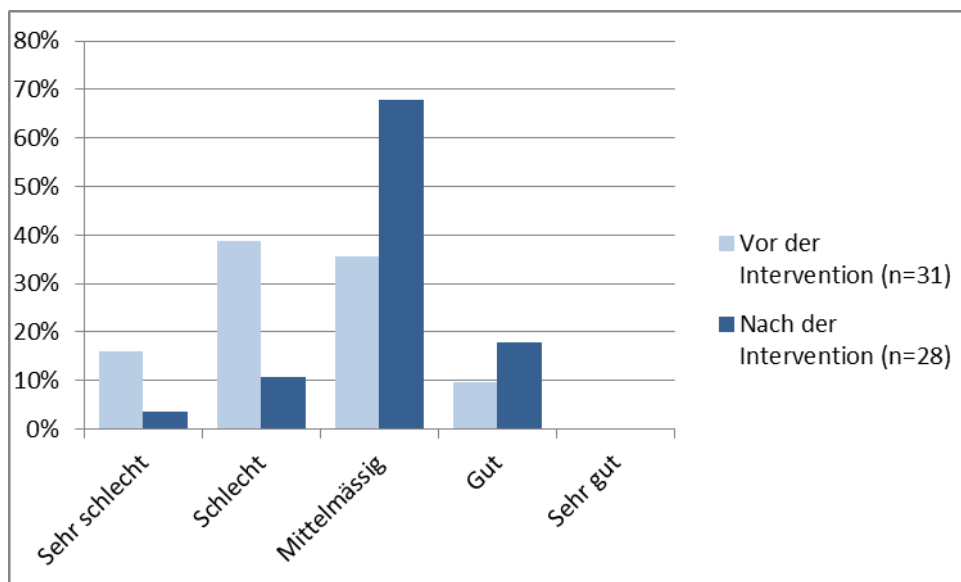
⁵ Statistikprogramm SPSS, Version 20.0., Wilcoxon Rang Test für abhängige Stichproben

⁶ Klienten/innen mit vollständiger Evaluation unterscheiden sich bei den zwei Fragen der Subskala „Global“ (Beurteilung der Lebensqualität, Zufriedenheit mit der Gesundheit) nicht signifikant von Klienten/innen mit Kurzevaluation.

Sowohl zum Zeitpunkt vor als auch zum Zeitpunkt nach der Intervention erzielten die Klienten/innen von Salute in allen Subskalen des WHOQOL tiefere Werte (bzw. beschreiben eine schlechtere Lebensqualität) im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung als auch zu somatischen und psychiatrischen Patientenstichproben.

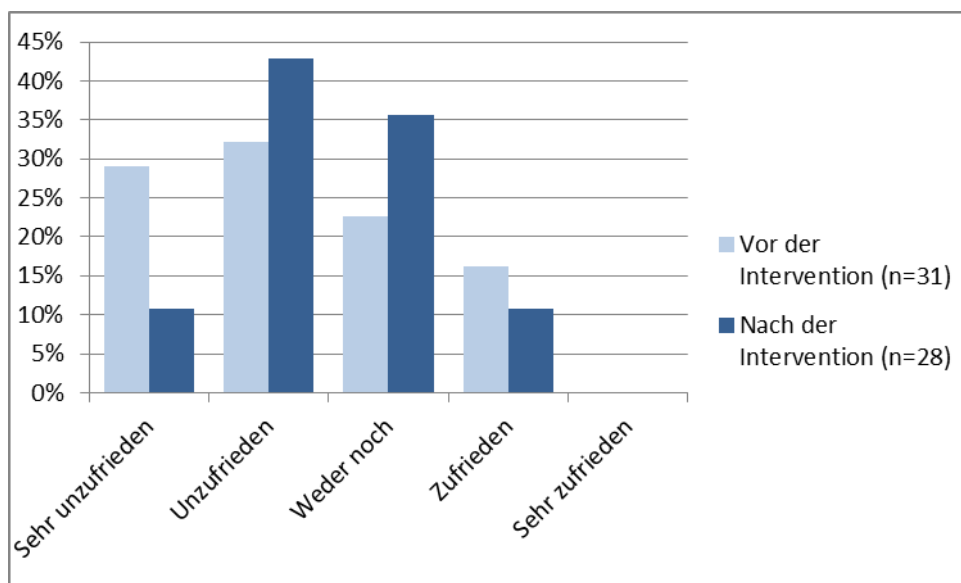
Alle Subskalenwerte der Salute Klienten/innen fielen nach der Intervention höher aus im Vergleich zu vor der Intervention, was auf eine verbesserte Lebensqualität hinweist. Der Wilcoxon-Rang-Test für verbundene Stichproben ergab signifikante Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten in den Subskalen Physisches Wohlbefinden ($p=0.009$), Psychisches Wohlbefinden ($p=0.010$), Umwelt ($p=0.005$) und Globalwert Lebensqualität ($p=0.001$), nicht aber für die Subskala Soziale Beziehungen ($p=0.104$). Die Klienten/innen schätzten demnach ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität nach der Intervention in 4 von 5 Bereichen als signifikant besser ein. Abbildungen 3 und 4 zeigen zur weiteren Illustration die Beantwortung der beiden Fragen der Subskala Global durch die Klienten/innen der vollständigen Evaluation ($n=31$ bzw. 28).

Abbildung 4: Beurteilung Lebensqualität¹⁾ vor ($n=31$) und nach ($n=28$) der Intervention



¹⁾ Frage: „Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?“

Abbildung 5: Zufriedenheit mit der Gesundheit¹⁾ vor ($n=31$) und nach ($n=28$) der Intervention



¹⁾ Frage: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?“

3.4.2 Subjektive Einschätzung der Krankheit bzw. des Gesundheitsproblems

Die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes erfolgte mittels der geschlossenen Frage „Sind Sie gegenwärtig krank? (ja/nein)“ sowie der offenen Frage: „Wenn etwas mit Ihrer Gesundheit nicht in Ordnung ist, was glauben Sie, was es ist?“. Vier Fünftel der Klienten/innen (n=51) fühlten sich zum Befragungszeitpunkt vor der Intervention krank, 19% (n=12) nicht. Tabelle 18 beschreibt, welche konkreten Krankheiten und/oder Gesundheitsprobleme die Klienten/innen im Freitext angegeben haben (n=52⁷), grob aufgeteilt in die Bereiche „Psychische Probleme und Abhängigkeit“ sowie „Körperliche Gesundheitsprobleme“.

Tabelle 18: Subjektiv eingeschätzte Gesundheitsprobleme und/oder Krankheiten der Klienten/innen, geordnet nach psychischen und physischen Problemen (n=52)

Psychische Probleme und Abhängigkeit	23
Bereich Depression	10
Allgemeine psychische Probleme	7
Bereich Substanzmittel und Abhängigkeit (Alkohol, Medikamente)	3
Weitere spezifische psychische Probleme (ADHS, Burnout, Schlafprobleme)	3
Körperliche Gesundheitsprobleme	29
Schmerzen (Arthrose, Rückenschmerzen, Rheuma, Krebs)	9
Lungenerkrankungen	5
Diabetes	4
Herzprobleme, hoher Blutdruck	3
Probleme nach Unfällen (Verletzungen, Schleudertrauma)	3
Diverse Altersbeschwerden	2
Immunschwäche	2
Sehschwäche	1

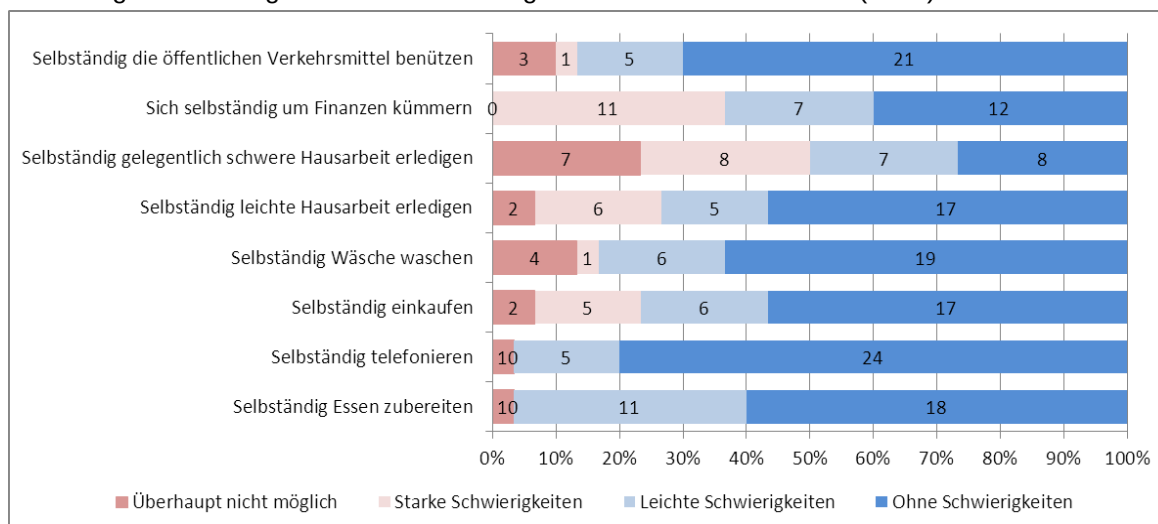
23 Klienten/innen gaben an, dass sie unter Problemen im psychischen Bereich und im Abhängigkeitsbereich litten. Am häufigsten nannten sie Depressionen und allgemeine psychische Probleme. Körperliche Gesundheitsprobleme wurden von 29 Klienten/innen angegeben, am häufigsten in den Bereichen Schmerzen und Lungenerkrankungen.

3.4.3 Funktionalität im Alltag

Die Funktionalität bzw. das Funktionieren im Alltag beschreibt die Fähigkeit und Möglichkeit einer Person, grundlegende Alltagsaktivitäten auszuführen und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Die Erhebung der Funktionalität im Alltag erfolgte zum Zeitpunkt vor der Intervention bei Klienten/innen mit einer vollständigen Evaluation und umfasste die Bereiche Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (8 Items), Beeinträchtigung bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens (2 Items), Informelle Hilfeleistungen (11 Items) und Organisierte Hilfeleistungen (1 Item). Abbildung 5 zeigt die acht instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens, bei denen die Klienten/innen angegeben haben, ob sie die Aktivität ohne, mit leichten oder starken Schwierigkeiten oder überhaupt nicht ausführen können (n=30, 1 Missing).

⁷ Eine Person hat im Freitext zwei unterschiedliche Gesundheitsprobleme genannt.

Abbildung 6: Schwierigkeiten bei Ausführung instrumenteller Aktivitäten (n=30)

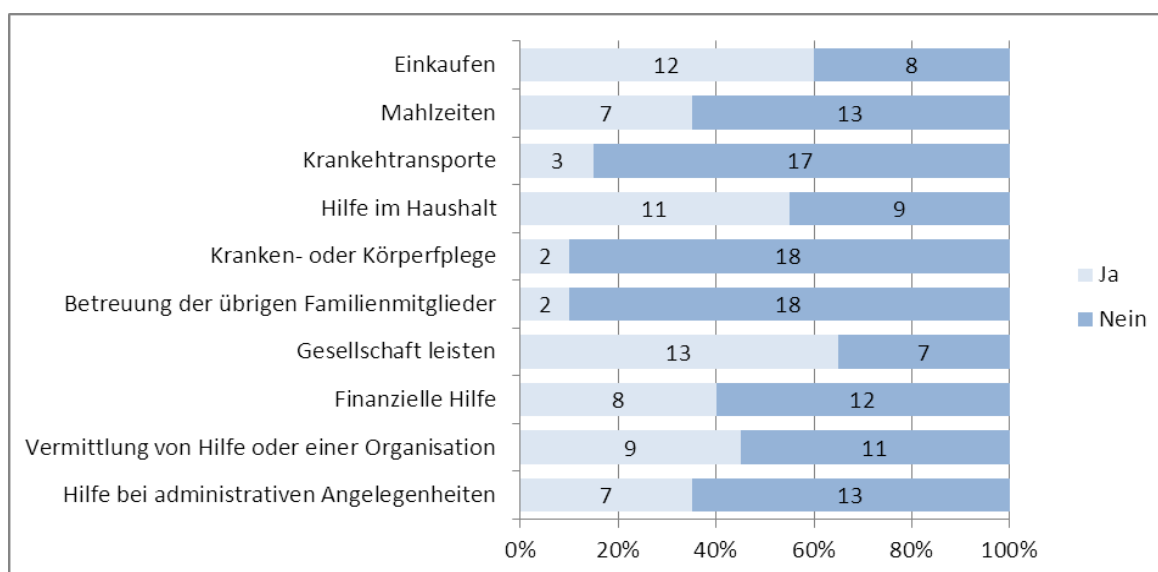


Über die Hälfte der Klienten/innen bekundete zumindest leichte Schwierigkeiten, selbständig schwere Hausarbeit zu erledigen oder sich selbständig um Finanzen zu kümmern, noch über 40% bei der selbständigen Erledigung von leichter Hausarbeit, beim Einkaufen und Essen zubereiten. Verglichen mit der Schweizer Allgemeinbevölkerung (Gazareth, 2009) gaben die Klienten/innen in einem deutlich höheren Masse an, Schwierigkeiten bei der Ausführung von instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens zu haben (20-70% im Vergleich zu 1.2-10.5%).

Von den 30 Klienten/innen gaben 20 (66.7%) an, stark und 9 (30%) etwas eingeschränkt zu sein durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens. 17 (56.7%) Klienten/innen meinten, aus gesundheitlichen Gründen nicht erwerbstätig sein zu können.

Zwei Drittel der Klienten/innen (n=20) nahmen aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 12 Monaten informelle Hilfeleistungen von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn an, am häufigsten wurde das Gesellschaft leisten genannt, gefolgt von einkaufen und Hilfe im Haushalt. Abbildung 6 zeigt die Art der empfangenen Hilfeleistungen detailliert:

Abbildung 7: Informelle Hilfeleistungen, die Klienten/innen aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 12 Monaten von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn erhalten haben (n=20)



6 Klienten/innen (20%) nahmen im letzten Jahr den SPITEX-Dienst für sich selbst in Anspruch.

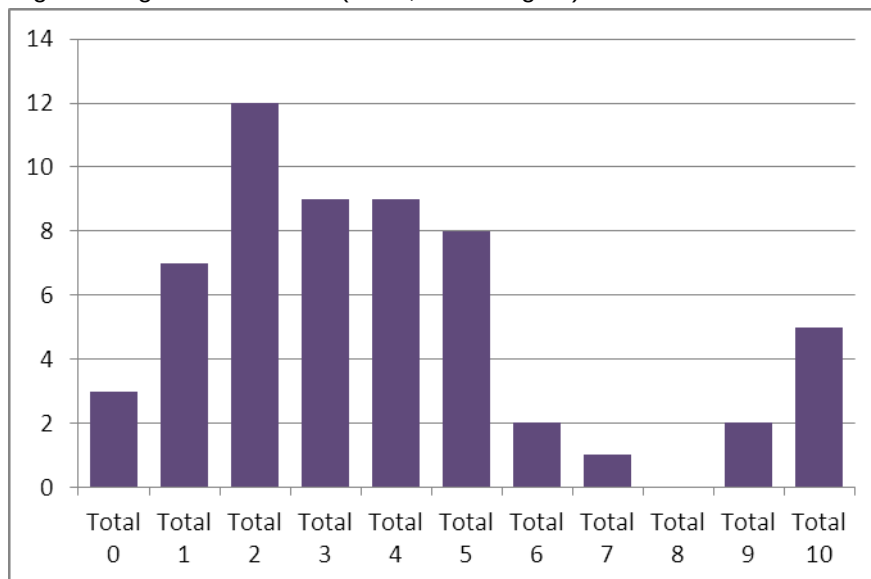
3.4.4 Soziale Beziehungen: Grösse und Qualität des sozialen Netzwerkes

Die Erhebung der sozialen Beziehungen orientierte sich am Sozialen-Netzwerk-Index (SNI) und erfasste die Kontakte der Klienten/innen mit Freunden und Verwandten sowie die Beteiligung an Aktivitäten in sozialen Gruppen. Die Erhebung erfolgte vor der Intervention, die Fragen zu Kontakten mit Freunden und Verwandten bei der gesamten Evaluationsstichprobe, die Fragen zu Aktivitäten in Gruppen nur bei Klienten/innen mit vollständiger Evaluation.

Die Fragen zu Kontakten mit Freunden und Verwandten wurden von 59 bzw. 60 Klienten/innen beantwortet (3 bzw. 4 Missings). Rund zwei Drittel (n=37) der Klienten/innen gaben an, keine erwachsenen Kinder zu haben mit denen sie sich eng verbunden fühlten, ein Fünftel (n=12) fühlte sich mit einem Kind, 18% (n=11) mit zwei oder drei Kindern eng verbunden.

Abbildung 8 zeigt die durchschnittliche Anzahl der Personen (Verwandte, Freunde etc.), mit denen die Klienten/innen in den letzten 6 Monaten regelmässig (mindestens einmal) Kontakt hatten. Durchschnittlich wurden 4 Kontaktpersonen angegeben (SD=3.4).

Abbildung 8: Anzahl Personen (Verwandte, Freunde etc.), zu denen die Klienten/innen regelmässig Kontakt hatten (n=59; 4 Missings ¹⁾)



¹⁾ Ein Totalwert (20) fehlt in der Tabelle

In Tabelle 19 sind die Kontakte mit Freunden und Verwandten dargestellt, gegliedert in die drei Kategorien keine, 1 bis 3 und 4 und mehr.

Tabelle 19: Anzahl Kontakte mit Freunden und Verwandten (n=59 bzw. 60)

Kontakte	N	Prozent
Anzahl der nahestehenden Verwandten ¹⁾		
Keine	20	33%
1 bis 3	32	54%
4 und mehr	8	13%
Anzahl der nahestehenden Freunde ²⁾		
Keine	21	36%
1 bis 3	33	56%
4 und mehr	5	8%
Kontakte mit Freunden und Verwandten pro Monat ³⁾		
Keine	16	27%
1 bis 3	34	58%
4 und mehr	9	15%

1) Frage: „Wie viele Verwandte haben Sie (abgesehen von Ihren Kindern), mit denen Sie sich eng verbunden fühlen?“

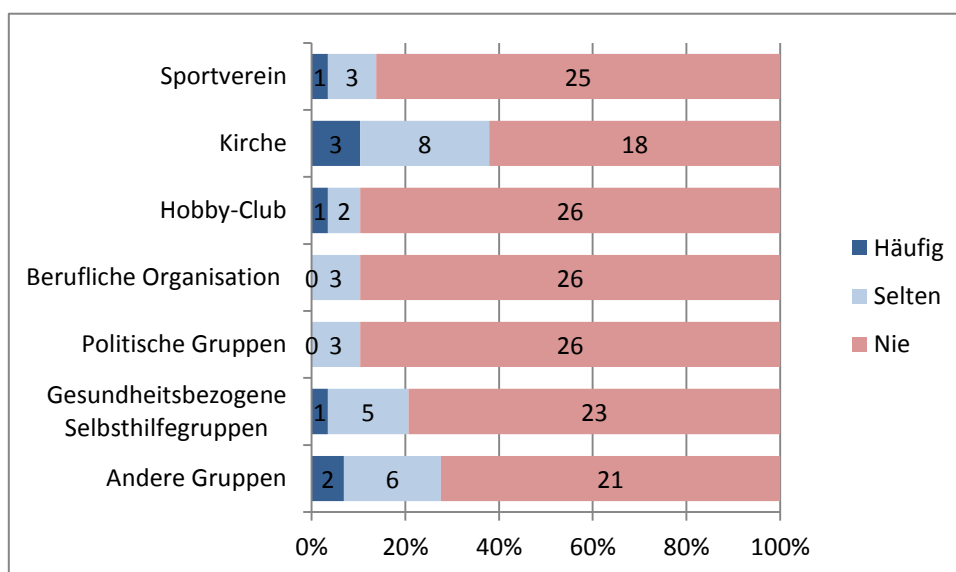
2) Frage: „Wie viele Freunde haben Sie, mit denen Sie sich eng verbunden fühlen und mit denen Sie auch persönliche Probleme besprechen können?“

3) Frage: „Wie viele Ihrer engen Freunde und Verwandten treffen Sie mindestens einmal im Monat?“

Ein Drittel der Klienten/innen gaben an, gar keine Kontakte zu nahestehenden Verwandten oder Freunden zu haben. Im Vergleich zu Daten einer deutschen Stichprobe (KORA-A-Studie, Diabetiker und Nicht-Diabetiker, 2006) gaben die Salute Klienten/innen deutlich weniger Kontakte an (27-33% geben an, gar keine Kontakte zu haben im Vergleich zu 3-15% der deutschen Vergleichsstichproben).

Abbildung 8 zeigt, wie häufig die Klienten/innen sieben verschiedene Gruppenaktivitäten ausführen. Die einzelnen Aktivitäten wurden von 10 bis 38% (n=3-11) der Klienten/innen zumindest selten durchgeführt. Zwei Fünftel (n=12) führten keine einzige der sieben befragten Gruppenaktivitäten jemals durch.

Abbildung 9: Häufigkeit von Gruppenaktivitäten (n=29. 2 Missings)



3.4.5 Fazit Gesundheitszustand und psycho-soziale Situation

Aussagen über die Wirkung der Intervention können nur für den Bereich gesundheitsbezogene Lebensqualität gemacht werden. Aufgrund der vorhandenen Daten konnten für diese

Auswertungen (prä-post-Wert vorhanden) nur 28 Klienten/innen eingeschlossen werden. Diese unterschieden sich jedoch zum Zeitpunkt vor der Intervention bei den zwei Items der Subskala Global, die bei allen 63 Klienten/innen erhoben wurden (Zufriedenheit mit Gesundheit, Beurteilung Lebensqualität), nicht signifikant von den 32, bei denen die vollständige Evaluation vorliegend war.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die Klienten/innen schätzten ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität im Vergleich zu somatischen und psychiatrischen Patientenstichproben in allen Subskalen als schlechter ein. Durch die Intervention verbesserte sich die Lebensqualität der Klienten/innen in vier von fünf Bereichen statistisch signifikant: physisches und psychisches Wohlbefinden, Umwelt und Globalwert Lebensqualität. Einzig bei der Subskala soziale Beziehungen war keine signifikante Verbesserung nachweisbar.

Subjektive Einschätzung der Krankheit / des Gesundheitsproblems

Eine grosse Mehrheit der Klientinnen fühlten sich zum Zeitpunkt vor der Intervention als krank. Oft wurden Probleme im psychischen Bereich angegeben, am häufigsten Depressionen und allgemeine psychische Probleme. Die Probleme im Bereich körperliche Gesundheit waren vielfältiger.

Funktionalität im Alltag

Die Klienten/innen sind eingeschränkt bei der Ausführung von instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens, wie z. B. selbständig schwere Hausarbeit durchführen und fühlen sich durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt. Sie nahmen aus gesundheitlichen Gründen Hilfeleistungen von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn an.

Soziale Beziehungen

Die Klienten/innen haben wenig soziale Kontakte und ein kleines Netzwerk.

3.5 Zielerreichung, Zufriedenheit und subjektives Erleben der Akteure

In diesem Kapitel werden die verschiedenen Sichtweisen der beteiligten Akteure auf die Salute-Interventionen beschrieben. Für die Evaluation wurde die individuelle Zielerreichung mit Hilfe der sogenannten Goal Attainment Scale (Kiresuk, Smith, & Cardillo, 1994) erfasst. Dazu wurden vor der Intervention bis zu drei Ziele der Klienten/innen mit Hilfe der freiwilligen Helfenden festgehalten. Nach Abschluss der Interventionen schätzen sowohl die Klienten/innen als auch von die freiwilligen Helfenden ein, inwieweit die gesetzten Ziele erreicht werden konnten. Weiter wurde die Zufriedenheit der Klienten/innen mit Salute mit einem bewährten Instrument zur Erfassung der allgemeinen bzw. generellen Patienten/innen-Zufriedenheit (Schmidt, Lamprecht, & Wittmann, 1989) erhoben. Für den Einsatz im Rahmen dieser Evaluation musste das Instrument leicht angepasst werden. Die Erfassung der Zufriedenheit der freiwilligen Helfer/innen mit ihren Einsätzen bei Salute erfolgte anhand von drei Fragen zur Zufriedenheit, zur Belastung und zur Einschätzung der Interventionen. Zudem hatten die Freiwilligen die Möglichkeit, in einem kurzen Freitext ihr subjektives Erleben zu beschreiben. Die zuweisenden Stellen konnten im Rahmen eines Feedbackbogens ihre Einschätzung zu den Interventionen angeben. Den Zuweisenden wurden die gleichen Fragen gestellt, die auch die Freiwilligen beantworteten. Auch die Zuweisenden hatten die Möglichkeit, in einem kurzen Freitext eine allgemeine Rückmeldung zu geben. Nachfolgend werden zuerst die Ergebnisse aus der Sicht der Klienten/innen und anschliessend die zu den freiwilligen Helfenden und den Zuweisenden dargelegt.

3.5.1 Zufriedenheit aus der Sicht der Klienten/innen

Wie aus Tabelle 20 ersichtlich wird, waren die meisten befragten Klienten/innen (sehr) zufrieden mit der Qualität sowie der Art der Unterstützung des Interventionsprogramms. Die meisten Befragten waren mit dem Angebot so zufrieden, dass sie Salute eindeutig oder vermutlich wieder in Anspruch nehmen würden, wenn sie Hilfe bräuchten.

Tabelle 20: Zufriedenheit der Klienten/innen bei der umfassenden Evaluations-Stichprobe (n=63)

	Häufigkeit	Prozente
Qualität der Freiwilligeneinsätze (Hausbesuche) ¹⁾		
Ausgezeichnet	27	42.9%
Gut	27	42.9%
Weniger gut	2	3.2%
Schlecht	0	0.0%
Fehlende Angaben	7	11.1%
Richtige Art der Unterstützung ²⁾		
Eindeutig nicht	1	1.6%
Eigentlich nicht	7	11.1%
Im Allgemeinen ja	22	34.9%
Eindeutig ja	26	41.3%
Fehlende Angaben	7	11.1%
Wiederholte Inanspruchnahme ³⁾		
Eindeutig nicht	0	0.0%
Ich glaube nicht	5	7.9%
Ich glaube ja	16	25.4%
Eindeutig ja	33	52.4%
Fehlende Angaben	9	14.3%

1) Wie würden Sie die Qualität der Freiwilligeneinsätze (Hausbesuche), welche Sie erfahren haben, beurteilen?

2) Haben Sie die Art der Unterstützung erhalten, die Sie wollten?

3) Würden Sie wieder unsere Freiwilligeneinsätze in Anspruch nehmen, wenn Sie Hilfe bräuchten?

Als zusätzliche Informationen wurde nur in der Vollevaluation zudem erhoben, ob die Teilnehmenden das Freiwilligenzentrum auch einem Freund/einer Freundin empfehlen würden, wenn er/sie ähnliche Hilfe benötigen würde. Bis auf eine Person würden alle Salute eindeutig oder vermutlich weiterempfehlen. Auch waren die meisten mit dem persönlichen Umgang – der Art und Weise wie sie u.a. von den Freiwilligen behandelt wurden – sehr oder weitgehend zufrieden. Details können der folgenden Tabelle entnommen werden.

Tabelle 21: Zufriedenheit der Klienten/innen (n=31)

	Häufigkeit	Prozente
Salute Weiterempfehlen ¹⁾		
Eindeutig nicht	0	0.0%
Ich glaube nicht	1	3.2%
Ich glaube ja	6	19.4%
Eindeutig ja	22	71.0%
Fehlende Angaben	2	6.4%
Zufriedenheit persönlicher Umgang ²⁾		
Sehr zufrieden	24	77.4%
Weitgehend zufrieden	5	16.1%
Leicht unzufrieden	0	0.0%
Ziemlich unzufrieden	0	0.0%
Fehlende Angaben	2	6.5%

1) Würden Sie einem Freund/einer Freundin unser Freiwilligenzentrum empfehlen, wenn er/sie ähnliche Hilfe benötigen würde?

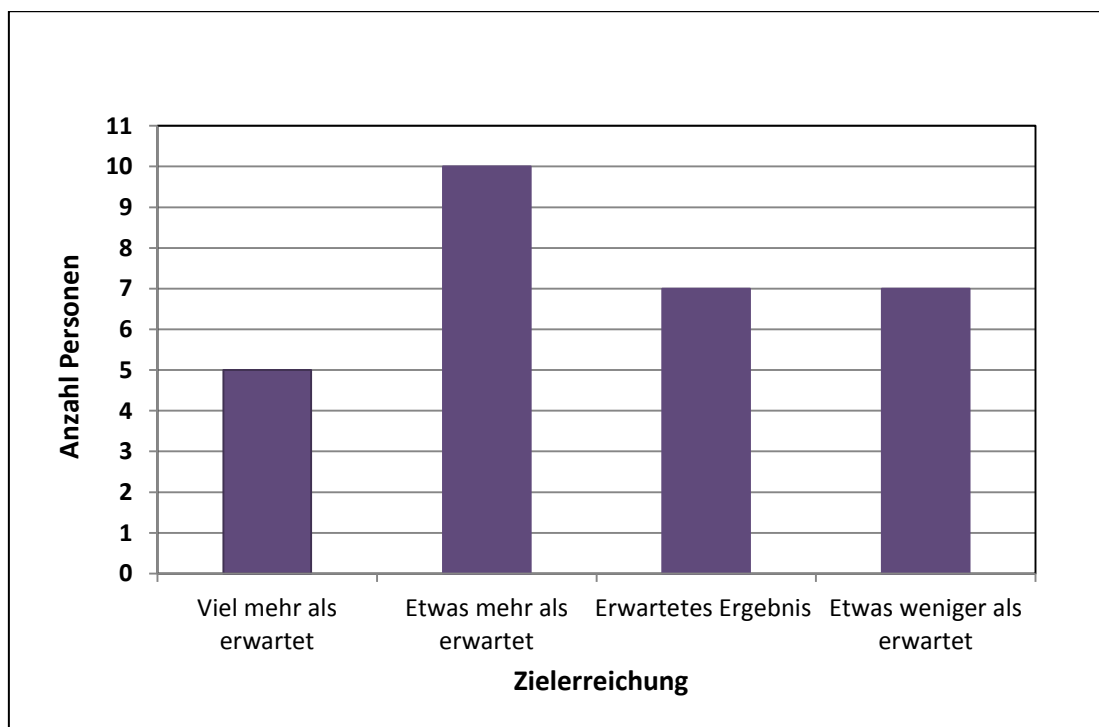
2) Wie zufrieden sind Sie mit dem persönlichen Umgang im Grossen und Ganzen?

3.5.2 Zielerreichung aus Sicht der Klient/innen

Das Fragebogenmodul zur Zielerreichung wurde nur bei einer vollständigen Evaluation erfasst und von 29 Studienteilnehmenden beantwortet. Die Antwortenden schätzten ein, inwieweit ihre Ziele, die zu Beginn der Intervention festgelegt wurden, aus ihrer Sicht erreicht wurden.

Rund drei Viertel der Klienten/innen sind der Meinung, dass ihre Ziele erreicht oder übertroffen worden sind. Wie aus Abbildung 10 ersichtlich wird, gaben 7 von 29 Klienten/innen (24.1%) an, dass ihr primäres Ziel exakt erreicht worden ist. Für weitere 10 Befragte (34.5%) wurde sogar etwas mehr als das primäre Ziel der Intervention erreicht, für 5 Klienten/innen (17.2%) wurde das Ziel sogar deutlich übertroffen. 7 Personen (24.1%) gaben an, dass ihr Ziel etwas weniger als erwartet erreicht wurde.

Abbildung 10: Zielerreichung nach Anzahl Klienten/innen (nach der Intervention)



3.5.3 Zufriedenheit aus Sicht der freiwilligen Helfenden

Nach der Intervention gaben die freiwilligen Helfer bei 61 der 63 Klienten/innen, die an der umfassenden Evaluation teilnahmen, eine Rückmeldung in den geschlossenen Fragen. Die offene Frage wurde 58-mal beantwortet.

Tabelle 22 zeigt die allgemeine Zufriedenheit mit der Intervention aus Sicht der Freiwilligen: Mehrheitlich waren die freiwilligen Helfer/innen weitgehend oder sehr zufrieden mit der Intervention. (81.0%) schätzten die Intervention als Bereicherung ein (82.5%) und empfanden Salute als das richtige Angebot, um die Situation ihrer Klienten/innen zu verbessern (77.8%). Nur Wenige (14.3%) empfanden die Intervention „eher als Belastung“.

Tabelle 22: Zufriedenheit mit der Intervention aus Sicht der Freiwilligen (n=63)

	Häufigkeit	Prozente
Zufriedenheit ¹⁾		
Sehr zufrieden	18	28.6%
Weitgehend zufrieden	33	52.4%
Leicht unzufrieden	7	11.1%
Ziemlich unzufrieden	3	4.8%
Fehlende Angaben	2	3.2%
Einschätzung der Intervention ²⁾		
Absolute Bereicherung	15	23.8%
Eher als Bereicherung	37	58.7%
Eher als Belastung	9	14.3%
Absolute Belastung	0	0.0%
Fehlende Angaben	2	3.2%
Salute als das richtige Angebot ³⁾		
Ja	49	77.8%
Nein	7	11.1%
Weiss nicht	5	7.9%
Fehlende Angaben	2	3.2%

1) Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Intervention?

2) Empfanden Sie die Intervention als Bereicherung oder Belastung?

3) Haben Sie das Gefühl, dass SALUTE die richtige Dienstleistung war, um die Situation des Patienten/Klienten zu bearbeiten?

Mögliche Gründe, Salute als Belastung zu betrachten, könnten z.B. komplexe Patientensituation sein, wie einige freiwilligen Helfende dies in der offenen Frage beschreiben.

Die schriftliche Rückmeldung des Fragebogens wurden teilweise dazu genutzt, um Anmerkungen zu machen oder um kritische Punkte zu ergänzen. In diesen Ergänzungen äusserte sich nur ca. ein Drittel explizit zufrieden mit den Interventionen. Es wurde auch darauf hingewiesen, welche (Teil-)Ziele der Intervention erfolgreich umgesetzt werden konnten. Zum Beispiel konnten finanzielle Leistungen geltend gemacht werden oder Weiterverweisungen für die andauernde Behandlung der Klienten/innen organisiert werden.

Einige Freiwillige beschrieben das Verhalten oder den Gesundheitszustand der Klienten/innen als zu komplex für Salute. Als Gründe dafür wurden schwerwiegende psychische Probleme genannt. Einige Freiwillige beschrieben auch das Verhalten der Klienten/innen als zu komplex, mühsam, zeitintensiv und unkooperativ. Aus diesen Gründen wurden die Klienten/innen deshalb in einigen

Fällen an einen sozialen Dienst, eine geeignete Fachstelle oder professionelle Einzelpersonen (z.B. Beistand) weiterverwiesen. In anderen Fällen konnte die Intervention trotz komplexem psychischen Zustand, schwieriger Ausgangslage oder fehlendem Interesse der Klienten/innen zur Zusammenarbeit zu Ende geführt werden, so dass aus Sicht der Freiwilligen mindestens Teilziele erreicht werden konnten. Ein/e Helfer/in beschrieb dies folgendermassen: *„Schwieriger Start - viele offene Probleme (...) Konnte Klientin aber soweit begleiten, dass sie weitere Schritte selbständig angehen kann.“*

Zeigten also gemäss Aussagen der Freiwilligen einige Klienten/innen zu Beginn der Intervention Mühe, eine Vertrauensbasis zu den freiwilligen Helfenden aufzubauen, konnten andere schnell Vertrauen und Offenheit entgegenbringen. Die Einschätzung, ob Salute das richtige Programm für Menschen mit einer komplexen psychischen Problematik darstellt, ist bei den Salute-Helfenden unterschiedlich. Einige Freiwillige erwähnten eher eine Weiterverweisung an andere Fachstellen, während andere sich für eine längere Betreuung durch Salute aussprachen, wie der folgende Kurzbericht eines Freiwilligen über einen Klienten mit einer chronischen Immunkrankheit zeigt, der wegen finanzieller Probleme zu Salute gelangte: *„Der Klient braucht aufgrund seiner Erkrankung eine Betreuung auf längere Zeit (...) In der Art und Form ist die Dienstleistung Salute für solche Klienten richtig, nur die zeitliche Begrenzung auf 10 Hausbesuche reicht dafür fast nicht aus.“*

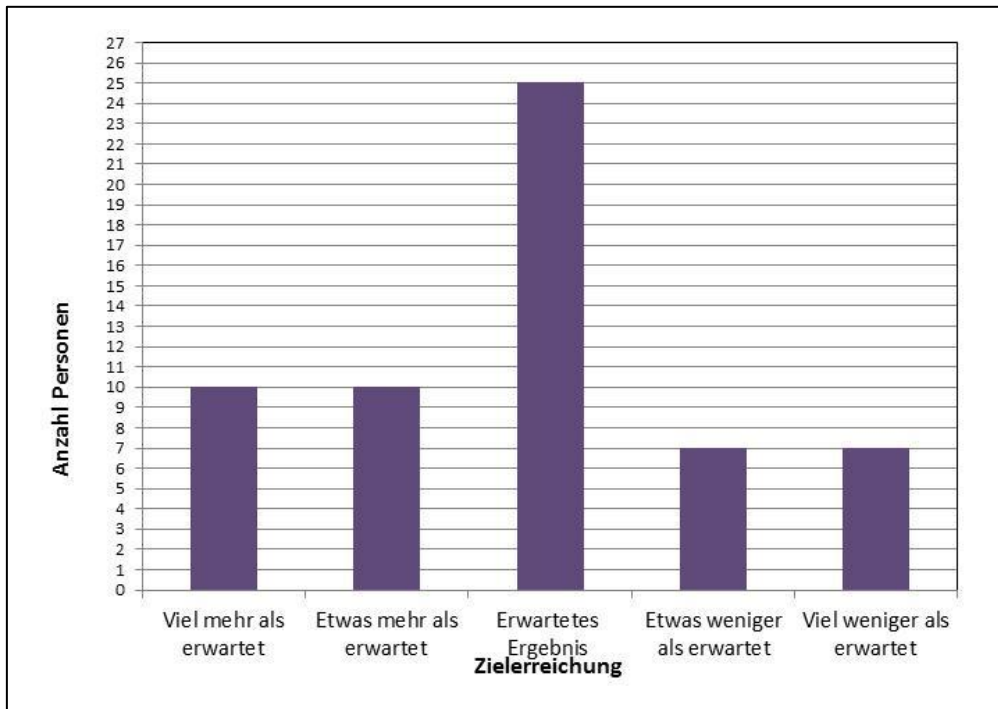
Zusammenfassend können wir Folgendes feststellen: Vergleicht man die Antworten der offenen Frage mit dem strukturierten Teil des Fragebogens, zeigt sich, dass die Einschätzungen der Freiwilligen darüber, ob Salute die richtige Hilfestellung für das betreffende Klientel ist, unterschiedlich sind. Während im strukturierten Teil über 80% der Helfenden Salute als das richtige Angebot erachten, bringt die Kodierung der offenen Frage diversifiziertere Resultate hervor – einige halten das Programm für die richtige Dienstleistung, andere wiederum erachten die Situationen als zu komplex.

3.5.4 Zielerreichung aus der Sicht der Freiwilligen

Die in der „Baseline“-Erhebung abgefragten Ziele wurden sowohl von den Freiwilligen als auch von den Klienten/innen selber auf einer Skala von „viel weniger als erwartet“ bis zu „viel mehr als erwartet“ beurteilt. Bei allen Klienten/innen der Evaluations-Stichprobe wurde mindestens ein erstes Ziel definiert. Ziel 2 wurde 23-mal, das 3. Ziel wurde 9-mal vereinbart. Die zwischen Klienten/innen und Freiwilligen vordefinierten Zielsetzungen zur Verbesserung der Lebenssituationen der Klienten/innen, die mittels Salute erreicht werden sollen, wurden aus Sicht der Freiwilligen mehrheitlich erreicht oder sogar übertroffen. Wie Abbildung 11 zeigt, beurteilen 20 Freiwillige (33.9%) das 1. Ziel als übertroffen und 25 Personen (76.3%) als erreicht. Für 14 Personen (23.8%) wurde das Ziel weniger respektive viel weniger als erwartet erreicht.

Die zwischen Klienten/innen und Freiwilligen vordefinierten Zielsetzungen zur Verbesserung der Lebenssituationen der Klienten/innen, die mittels Salute erreicht werden sollen, wurden aus Sicht der Freiwilligen mehrheitlich erreicht oder sogar übertroffen. Wie Abbildung 11 zeigt, beurteilen 20 Freiwillige (33.9%) das 1. Ziel als übertroffen und 25 Personen (76.3%) als erreicht. Für 14 Personen (23.8%) wurde das Ziel weniger respektive viel weniger als erwartet erreicht.

Abbildung 11: Zielerreichung nach Anzahl Freiwillige nach der Intervention (n=63)



3.5.5 Sicht der zuweisenden Stellen

Nach Abschluss der Intervention wurden einem Teil der Klienten/innen von den zuweisenden Stellen ein Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Intervention zugestellt. Bei Klienten/innen, die von anderen GN2025-Projekten oder beispielsweise von Angehörigen zugewiesen wurden, erfolgte keine Befragung der Zuweisenden. Insgesamt wurden 57 Anfragen um eine Rückmeldung versandt. Nachfolgend werden Rückmeldungen zu den Klienten/innen, von denen auch Evaluationsdaten vorliegen, gezeigt.

Zu den 63 Klienten/innen mit einer Evaluation haben 41 Zuweisende den Fragebogen zumindest teilweise beantwortet. Die meisten Zuweisenden (80.0%) hatten nochmals Kontakt, rund ein Fünftel hatte keinen Kontakt mehr zu den Klienten/innen. Die Fragen zur Zufriedenheit mit Salute sind von 36 Zuweisenden beantwortet worden. Drei dieser Zuweisenden hatten aber vor der Beantwortung der Rückmeldung keinen Kontakt mehr mit den Klienten/innen.

Tabelle 23: Rückmeldung der Zuweisenden zu Salute (n=63)

	Häufigkeit	Prozente
Zufriedenheit mit der Intervention ¹⁾		
Sehr zufrieden	18	50.0%
Weitgehend zufrieden	16	44.0%
Leicht unzufrieden	1	3.0%
Ziemlich unzufrieden	1	3.0%
Fehlende Angaben	27	
Einschätzung der Intervention ²⁾		
Absolute Bereicherung	23	64.0%
Eher als Bereicherung	11	31.0%
Eher als Belastung	2	5.0%
Fehlende Angaben	27	
Salute als das richtige Angebot ³⁾		
Ja	33	92.0%
Nein	1	3.0%
Weiss nicht	2	5.0%
Fehlende Angaben	27	

1) Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Intervention?

2) Empfanden Sie die Intervention als Bereicherung oder Belastung?

3) Haben Sie das Gefühl, dass SALUTE das richtige Angebot war, um die Situation des Patienten/Klienten zu bearbeiten?

Die meisten Zuweisenden, die eine Rückmeldung abgaben, waren sehr zufrieden (50.0%) mit dem Verlauf der Interventionen und mit Salute. Ebenfalls eine Mehrheit schätzte das Angebot als absolute Bereicherung ein (64.0%) und fast alle antwortenden Zuweisenden hatten das Gefühl, dass Salute das richtige Angebot war, um die Situation der Klienten/innen zu verbessern (92.0%).

In den offenen Fragen zur Rückmeldung zu Salute gingen die Meldenden teilweise darauf ein, warum Salute aus ihrer Sicht das richtige oder falsche Angebot für ihre Klienten/innen war. Einige Meldende haben schriftlich rückgemeldet, dass sie die Salute-Interventionen grundsätzlich als hilfreich oder unterstützend für die Patienten einschätzten. Einigen ihrer Patienten/innen konnte laut dieser Aussagen gezielt bei psychischen Problemen, Beschaffung finanzieller Mittel, Wohnungssuche oder administrativen Aufgaben geholfen werden.

Wie bereits die freiwilligen Helfenden, erwähnten auch die Zuweisenden Fälle, die aus ihrer Sicht zu komplex seien. Ein Hausarzt empfand bspw. die Anzahl von zehn Interventionen als zu gering, um eine komplexe Patientensituation nachhaltig zu verbessern. Er meinte, es sei in solchen Fällen schwierig, eine dauerhafte Hilfe zu installieren.

Betreffend der Koordination der Zuweisenden mit den anderen Beteiligten des Salute-Programms (Salute-Helfer, SRK, Klienten/innen) wurden auch einige Unklarheiten respektive offene Fragen im Ablauf und in der Organisation beschrieben. Eine Meldende schrieb Folgendes: „*Hätte noch gerne gewusst, ob und wenn ja welche weiteren sozialen Kontakte dem Patienten vermittelt wurden.*“ Andere Nennungen hier waren „*Unpräzise Rückmeldung des Patienten*“, „*Termin-Organisation*“ oder „*bürokratischer Aufwand*“.

Eine ähnliche Anzahl der Meldenden betonte aber auf der anderen Seite die Kompetenz, gute Zusammenarbeit sowie die effektive und schnelle Fallannahme durch Salute – einige Hausärzte/innen waren bspw. „erleichtert“, dass bestimmte Patienten/innen an Salute weitergegeben werden konnten, weil sie selber zu wenig zeitliche Ressourcen zur Verfügung hatten.

3.5.6 Meldungen von Zuweisenden sechs Monate nach Abschluss der Intervention

Von den 63 Fällen der Evaluationsstichprobe hatten insgesamt 16 Zuweisende den Feedbackbogen bezüglich nachhaltiger Zufriedenheit 6 Monate nach der Intervention ausgefüllt. Dabei hatten nur 11 Zuweisende nach 6 Monaten nochmals Kontakt mit den Klienten/innen.

Alle Zuweisenden waren 6 Monate nach dem Salute-Einsatz „sehr oder weitgehend zufrieden“ mit der Intervention und schätzten Salute als das richtige Angebot für die betreffenden Klienten/innen ein. Bis auf eine Person empfanden die Zuweisenden die Intervention als Bereicherung.

Tabelle 24: Zufriedenheit Zuweisende 6 Monate nach der Intervention (n=11)

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Zufriedenheit 6 Monate nach Intervention ¹⁾		
Sehr zufrieden	7	63.6%
Weitgehend zufrieden	4	36.4%
Leicht unzufrieden	0	0.0%
Ziemlich unzufrieden	0	0.0%
Einschätzung der Intervention ²⁾		
Absolute Bereicherung	9	81.1%
Eher als Bereicherung	1	9.1%
Eher als Belastung	1	9.1%
Absolute Belastung	0	0.0%
Salute als das richtige Angebot ³⁾		
Ja	11	100.0%
Nein	0	0.0%
Weiss nicht	0	0.0%

1) Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Intervention?

2) Empfanden Sie die Intervention als Bereicherung oder Belastung?

3) Haben Sie das Gefühl, dass SALUTE das richtige Angebot war, um die Situation des Patienten/Klienten zu bearbeiten?

Aus der Kodierung der offenen Frage betr. Zufriedenheit 6 Monate nach der Intervention ging ausserdem hervor, dass in ungefähr der Hälfte der Fälle die Salute-Interventionen als nützlich und bedarfsorientiert eingeschätzt wurden, wobei die Bedürfnisse der Patienten/innen angemessen berücksichtigt werden konnten. Ein Arzt war der Meinung, dass ein Feedback nach Auftragsabschluss reichen würde, da das zweite Feedback (6 Monate später) kaum Änderungen bringen würde. Ein anderer bedauerte es, dass die Klientin nicht kontinuierlicher durch Salute begleitet werden konnte, zumal die Patientin Mühe hatte, Vertrauen in die freiwillige Helferin zu fassen.

3.5.7 Fazit zur Zielerreichung und zur Einschätzung von Salute durch die Akteure

Anhand der Zielerreichung und der Rückmeldungen zu den Interventionen aus der Sicht der verschiedenen Akteure ergibt sich ein sehr positives Bild. Sowohl aus der Sicht der Klienten/innen wie auch aus der Sicht der freiwilligen Helfenden wurden die zu Beginn gesetzten Ziele mehrheitlich erreicht. Rund drei Viertel der Klienten/innen, die eine vollständige Evaluation hatten (n=31), waren der Meinung, ihre Ziele im Laufe der Interventionen erreicht zu haben. Zu einer ähnlichen Einschätzung kamen die freiwilligen Helfenden (n=63), die ebenfalls zu rund drei Vierteln die Ziele als erfüllt oder übertroffen einschätzten.

Sehr hoch war auch die Zufriedenheit mit den Interventionen aus der Sicht der Beteiligten. Mehr als drei Viertel der Klienten/innen waren der Ansicht, die Art von Unterstützung erhalten zu haben,

die sie wollten und rund sechs von sieben Klienten/innen beurteilten die Qualität der Freiwilligeneinsätze als gut oder ausgezeichnet.

Auch die freiwilligen Helfenden waren zu rund vier Fünfteln mit den Interventionen weitgehend oder sehr zufrieden und erachteten in einem ähnlichen Ausmass Salute als Bereicherung. Nur ungefähr eine von sieben Personen empfand die Interventionen eher als Belastung. Gewisse Einschränkungen dieser positiven Beurteilungen fanden sich in den subjektiven Berichten, in denen eine freie Textantwort gegeben werden konnte. Hier wurden auch kritische Anmerkungen gemacht, beispielsweise wurde erwähnt, dass die Beschränkung auf zehn Interventionen knapp sei, oder dass die erlebten Situationen komplex waren.

Ein sehr positives Feedback kam auch von den zuweisenden Stellen. Sie waren mehrheitlich sehr zufrieden mit den Interventionen und erachteten die Interventionen in der Mehrzahl als Bereicherung.

3.6 Qualitative Fallanalysen

3.6.1 Gemeinsame Merkmale der Klienten/innen der Nachbefragung

In diesem Kapitel folgt die Analyse und Darstellung der subjektiven Sichtweise der Klienten/innen. Im Rahmen der Nachbefragung konnten sich die zehn Befragten offen zu ihrer Lebenssituation äussern, das heisst, dass sie sich nicht an vorgegebene Antwortmöglichkeiten halten mussten. Aus der Perspektive der Klienten/innen geht hervor, dass sie mit einigen Problemen und Unsicherheiten konfrontiert sind, die nun näher beschrieben werden.

Alle Klienten/innen leben vorübergehend oder auf Dauer von Leistungen einer oder mehrerer Sozialversicherungen oder der Sozialhilfe. Durch körperliche oder psychische Erkrankungen sind sie in der Alltagsbewältigung vorübergehend oder auf Dauer eingeschränkt. Wie sich eine Einschränkung äussern kann, fasst eine Klientin mit Atemproblemen in folgende Worte:

„Und denked Sie, so, jetzt muess ich öppis erledige, denn göhnd Sie use und denn denkt mer, au, wie schaff ich jetzt das wieder?“

Unsicherheiten bezüglich physischem, psychischem oder finanziellem Zustand gehören zum Alltag der Klienten/innen. Ein Klient schildert eine Unsicherheit betreffend seiner physischen Gesundheit wie folgt:

„Es goht mir ebe eigentlich scho guet. Eso gseh. Nur ich weiss nie am Tag vorher, goht's mer am andere Tag guet. Das isch ebe by mer s'Blödi.“

Auch betreffend der beruflichen Situation treten Unsicherheiten auf. Den Umgang damit beschreibt eine Klientin, die sich zuversichtlich gibt, folgendermassen:

„Aber jo ich... im Moment find i's jetzt nonig ganz dramatisch, also ich denk, ich bi eifach zueversichtlich und finde, jo, es isch... es gyt denn scho en Weg.“

Zur Bewältigung der Probleme bzw. zum Umgang mit Unsicherheiten stehen den zehn befragten Personen wenige Ressourcen zur Verfügung. Dies kann sich darin äussern, dass keine finanziellen Mittel vorhanden sind, dass das soziale Umfeld – sofern vorhanden – die gewünschte Unterstützung nicht bieten kann oder dass das Wissen über den Zugang zu Hilfemöglichkeiten fehlt. Sind die Klienten/innen psychisch nicht belastbar oder fehlt die Energie bzw. Motivation für Veränderungen, trägt dies zur Verschärfung der Situation bei.

Auch die Nähe zur existenziellen Bedrohung wird von den Befragten thematisiert. Ein Klient beschreibt diese Bedrohung, die er vor dem Salute-Einsatz wahrnahm, wie folgt:

„Wyl s'Problem i de Schwyz isch ebe, wenn du selber nüme richtig fähig bisch, dänn warte sie eigentlich generell bis d'ines Heim muesch. Also, bis de... (...) Äh eigentlich uf de Stross landesch, oder. (...) Vorher findsch du eigentlich niene Hilf.“

Aus Sicht dieses Klienten wird einem in der Schweiz erst dann eine Hilfe zugestanden, wenn die Existenzsicherung nicht mehr gewährleistet ist, indem man „auf der Strasse“ landet.

Eine andere Klientin berichtet von einer Erfahrung, dass ohne den Einsatz von Salute das (soziale) Netz nicht gehalten hätte, indem sie „durch die Maschen gefallen“ wäre.

„Also, ich wär döt wirklich dur äh dur d'Masche gfalle.“

Auch nach dem Salute-Einsatz, wenn in einem oder mehreren Bereichen Ressourcen mobilisiert werden konnten, also eine Hilfestellung erreicht werden konnte, sind die Lebenslagen der Klienten/innen weiterhin belastend und belastet. Bei einigen Klienten/innen konnte die Belastung reduziert werden, während sie bei anderen unverändert bestehen bleibt.

3.6.2 Die vier Typen der Salute-Klienten/innen

Anhand der Analyse der zehn Interviews konnten vier Typen ermittelt werden, die sich hinsichtlich zweier Dimensionen unterscheiden. Eine Dimension bezieht sich auf die Veränderungen nach dem Salute-Einsatz, die andere darauf, in welchem Zusammenhang die Veränderungen zu Salute gesetzt werden. In Abhängigkeit davon, ob sich etwas an der Situation verändert hat und in welchem Zusammenhang diese mit dem Salute-Einsatz stehen, ergeben sich folgende Typen⁸:

1. *Der pragmatische Veränderer* berichtet von positiven Veränderungen seit dem Salute-Einsatz und stellt diese in direkten Zusammenhang mit diesem.
2. *Die eigenständig Hilfesuchende* stellt ebenfalls positive Veränderungen seit dem Salute-Einsatz fest, die sie jedoch damit nicht direkt in Verbindung setzt. Die Veränderungen werden vielmehr mit Hilfe von Dritten angestrebt bzw. die Probleme gelöst.
3. *Der überforderte Dankbare*, bei dem sich nach dem Salute-Einsatz nichts oder kaum etwas an der Problemlage verändert. Dabei besteht kein Zusammenhang zum Salute-Einsatz, dafür steht die emotionale Zuwendung durch die freiwilligen Helfenden im Vordergrund.
4. *Die anspruchsvolle Empörte* legt dar, dass sich als Folge des unangemessenen oder ungenügenden Verhaltens seitens der freiwilligen Person bei ihr kurzfristig negative Veränderungen ergeben haben.

⁸ Zur Einhaltung der gendergerechten Schreibweise werden betreffend der Typen je zwei in männlicher und zwei in weiblicher Form verwendet.

Tabelle 25: Dimensionen und Typenbildung

	Typus der pragmatische Veränderer	Typus die eigenständig Hilfesuchende	Typus der überforderte Dankbare	Typus die anspruchsvolle Empörte
Veränderungen nach Salute	positiv	positiv	kaum bzw. keine	negativ
Problembeschreibung	Fokussierung auf konkrete Probleme, Motivation vorhanden	vorübergehende Blockade, Probleme können eingegrenzt werden	die Probleme sind nicht zu bewältigen, fühlt sich hilflos ausgeliefert	viele Probleme, Erfahrung mit professioneller Unterstützung und hohe Erwartung an Hilfe
Charakter Salute-Einsatz	Salute ermöglicht einen Start	Salute dient als Überbrückung	Salute bietet vorübergehend positiv erlebte Zuwendung	Salute wirkt dysfunktional wegen unangemessenem oder ungenügendem Verhalten

Nun folgen die Beschreibungen der vier Typen. Die Beschreibung orientiert sich an den eben aufgeführten Merkmalen.

Der pragmatische Veränderer – „Tschutt in Arsch“

(positive Veränderungen, Fokussierung auf konkrete Probleme, Motivation vorhanden, Salute ermöglicht einen Start)

Der *pragmatische Veränderer* ist in einem funktionalen Sinn gegenüber Salute dankbar für begrenzte, aber konkrete Lösungen für konkrete Problemlagen. Die zwischenmenschliche Beziehung zur freiwilligen Person wird hingegen nicht gross erwähnt. Vor dem Salute-Einsatz führt ein Auslöser oder ein Wendepunkt im Leben des *pragmatischen Veränderers* zu einem Umdenken. Dieser Auslöser hat einen äusserlichen Charakter, d.h. der *pragmatische Veränderer* wird durch äussere Umstände (z.B. Spitalaufenthalt) oder andere Personen mit seinen Problemlagen konfrontiert („jetzt lueg doch emol endlich uf dich“). Der *pragmatische Veränderer* besitzt zwar ein kleines soziales Netzwerk, das ihm jedoch keine Unterstützung bieten kann: er muss (und will) seine Probleme selbst angehen.

Seine Problemlagen sind definier- und eingrenzbar. Sein Pragmatismus zeigt sich gerade darin, dass er fähig ist, bestimmte Bereiche zu fokussieren und damit einen potenziellen Fortschritt in Bezug auf seine Lebenslage erkennen kann. Er versucht auf seine Art und Weise Probleme anzugehen und geht dabei realistisch vor, d.h. er ist sich bewusst, dass er nicht die kompletten Probleme beseitigen kann. Er klammert in pragmatischer Manier die Problemfelder aus, die (vorerst) nicht gelöst werden können. Diese Fokussierung einzelner Bereiche (z.B. finanziell, gesundheitlich, sozial) bedeutet für ihn nicht, dass grössere Probleme in seinem Bewusstsein absent sind. Der *pragmatische Veränderer* relativiert sein allgemeines Wohlbefinden, seine Gesundheit oder die Zukunft, betont aber vor allem die positiven Veränderungen der letzten Zeit: „Jo eigentlich (...) eigentlich ich alles ok.“ In seiner Vorgehensweise orientiert er sich an kleinen, sichtbaren Fortschritten.

Bezeichnend für diesen Typus ist auch, dass er bis anhin keine professionelle Unterstützung für seine spezifischen Probleme in Anspruch genommen hat. Mit Salute wird der Zugang zur benötigten Unterstützung ermöglicht und begünstigt damit beim *pragmatischen Veränderer* Veränderungsprozesse.

In einem Beispiel konnte durch Salute ein Kurs organisiert werden und damit der Wunsch einer Klientin, den Geist „wach“ zu halten, umgesetzt werden. Dass die Klientin aber trotzdem körperliche Beschwerden hat, ist ihr durchaus bewusst. Dieser Kurs bewirkte aber dennoch einige positive Veränderungen im Leben der Klientin: Ihr Alltag wurde dadurch strukturierter, durch einen wöchentlichen sozialen Kontakt fühlt sie sich zudem weniger sozial isoliert.

„Aber mir isch es wichtig gsy, äh mit anderne Kontakt ha, au geistig äh irgendwie uf eme geistige Niveau. Oder, ich han gern eigentlich Kontakt.“

„Wenn ich scho körperlich nöd nüme so guet bin, dass wenigstens de Kopf echli voll do isch.“

Ein anderer Klient, der körperlich bedingt in seiner Mobilität eingeschränkt war, konnte sich die ihm zustehende Hilfe nicht organisieren. Auch aus seinem kleinen sozialen Umfeld konnte er keine Person aufbieten.

Die folgenden Zitate veranschaulichen, mit welchen Hürden er sich abmühte an die benötigte Hilfe zu gelangen und wie er die Aktivierung durch Salute erlebte:

„Darum ha-n-ich jo ufs Sozialamt aaglüete, aber die händ nöd emol gwüsst, wem ich söll aalüete. Sie händ doch sicher Kollege oder irgendöppis. Do ha-n-i gsait, nei, ich han ebe niemerts (...)“

„Also ich find's guet, ebe vor allem als Start (...) Ich find's au guet, wenn die ander Person, sie isch nöd eso... wie sait me? Uuh, ich weiss nöd, wie mer das definiere söll. Äh... wo jetzt, wenn's nötig wär, au emol en Tschutt in Arsch würd geh. Also, nöd wörtlich gmeint (...)“

Nach der Intervention relativiert der Klient seine Problemlage. Das heisst, dass der Klient sich nach der Intervention bewusst ist, dass er nicht seine komplette Problemlage ändern konnte (er hat z.B. immer noch gesundheitliche Probleme), sondern fokussiert sich auf die positiven Fortschritte, die er seit Salute erreichen konnte:

„gsundheitlich äh den Umständ entsprechend goht's jo fantastisch. Es chönnt mer scho no e bitzli besser goh.“

Die eigenständig Hilfesuchende – „wirklich es Nets gsy“

(positive Veränderungen, vorübergehende Blockade, Probleme können eingegrenzt werden, Salute dient als Überbrückung)

Im Gegensatz zum *pragmatischen Veränderer*, der aufgrund des Salute-Einsatzes etwas an seiner Situation verändern konnte, steht bei der *eigenständig Hilfesuchenden* der Salute-Einsatz für eine Überbrückung in einer belastenden Phase. Die *eigenständig Hilfesuchende* ist aufgrund der gesundheitlichen oder psychischen Verfassung vorübergehend nicht in der Lage, sich um ihre Belange zu kümmern oder kann sich aus finanziellen Gründen die Hilfe, die sie brauchen würde, nicht leisten. Die *eigenständig Hilfesuchende* schätzt die erhaltene Hilfe durch Salute und äussert sich positiv über die Freiwilligen.

Wie der *pragmatische Veränderer* ist sich die *eigenständig Hilfesuchende* ihrer Problemlagen bewusst und fokussiert sich auf bestimmte Bereiche, in denen sie Veränderungen anstrebt. Grundsätzlich verfügt sie über das Wissen, bei wem sie sich Hilfe holen könnte und lässt sich auch helfen. Meist kann sie aus finanziellen oder gesundheitlichen Gründen sich vorübergehend die Hilfe aber nicht selber organisieren. Die *eigenständig Hilfesuchende* fühlt sich aber grundsätzlich ihren Problemen nicht hilflos ausgeliefert.

Die Veränderungen, von denen sie berichtet, werden nicht direkt auf den Salute-Einsatz zurückgeführt. Vielmehr scheint nach dem Salute-Einsatz die Hilfe von Personen aus dem professionellen oder semiprofessionellen Umfeld massgeblich zu den Veränderungen beigetragen zu haben. Das soziale Umfeld hingegen wird nicht als potentielle Unterstützung wahrgenommen.

Für die *eigenständig Hilfesuchende* steht Salute für eine Überbrückung einer belastenden Phase, bis mit Hilfe Dritter die eigenständig Hilfesuchende das Probleme löst bzw. versucht eine Lösung zu finden.

Anhand eines Beispielen wird nun aufgezeigt, wie eine Klientin aus gesundheitlichen Gründen nicht fähig war, Informationen umzusetzen. Aus finanziellen Gründen hätte sie sich die benötigte Hilfe, einen Coach, nicht leisten können. Salute konnte in der belastenden Phase eine Unterstützung bieten, wie folgenden Zitaten zu entnehmen ist.

„Wenn ich Infos überchumm, Infos, Infos, Infos, aber ich bi gar nöd fähig zu dem, denn mit dem öppis azfange, mini Gsundheit und mini psychisch Verfassig das nöd erlaubt, oder, das isch sie händ dänn ihren Job gmacht i dem Sinn, oder.“

„(...) also vo dem her jo isch das würklich es Nets gsy, wo wo wo denn eifach do gsy isch. Also, ich hät mir en Coach nie chönne erlaube. Also, finanziell wär's gar nöd in Frog cho für mich, oder.“

Ein anderer Klient konnte wegen einer Erkrankung seine administrativen Tätigkeiten nicht regeln. Mit Hilfe von Salute konnte er seine Post bearbeiten, die sich während seiner Erkrankung zum „Berg“ getürmt hatte. Die freiwillige Person erteilte ihm dabei Ratschläge.

„ich han vor... vorher, wo-n-ich niemer gha ha, bin ich so lang chrank gsy, und do ha-n-ich... ha-n-ich d'Rechnige und alls eso höch gstaplet.“

„Und dänn no het'mer... er mit Rotschläg, hät er mer gholfe, dass ich's cha abbaue. Und det dure isch er also tipptopp gsy.“

Während dem Einsatz von Salute fand der Klient in seinem privaten Umfeld eine Person, die ihm fortan dabei unterstützt, seine Administration zu regeln.

Der überforderte Dankbare – „wyl's by mir nie ufhört“

(keine Veränderungen, die Probleme sind nicht zu bewältigen, Salute als positiv erlebte Zuwendung)

Trotz der nach wie vor quasi-unveränderten, schwierigen Lage, spricht der *überforderte Dankbare* sehr erfreut über das Salute-Projekt, da die freiwilligen Helfenden ihm durch die Besuche vorübergehend Freude bereiteten, Abwechslung sowie Entlastung brachten. Der Salute-Einsatz wird als willkommene und wohlwollende Hilfe wahrgenommen. An der belastenden Situation hat sich seit dem Salute-Einsatz nichts bzw. wenig verändert. Jedoch profitiert der *überforderte Dankbare* von Hilfestellungen im Alltag wie der Begleitung bei Einkäufen oder ins Spital, die in dankbarer Erinnerung bleibt. Die Dankbarkeit um die Salute-Hilfe ist auch auf der persönlichen Ebene angegliedert, indem der Salute-Person in ihrer Art eine hohe Bedeutung zukommt. Beispielsweise wird die Freiwillige „*wie-n-en älteri Schwöster*“ wahrgenommen. Die Beziehung zur freiwilligen Person erhält eine hohe emotionale Bedeutung, dies ganz im Gegensatz zum *pragmatischen Veränderer*.

Der *überforderte Dankbare* befindet sich in einer belastenden Situation, der gegenüber er sich ausgeliefert fühlt und selber keine Möglichkeiten sieht, etwas daran zu ändern. Er ist mit sich selbst, seinen Lebensumständen und/oder seiner Gesundheit beschäftigt. Gefühle, keine Kräfte mehr für die Alltagsbewältigung zu haben, prägen seine Stimmung.

Der *überforderte Dankbare* ist auf sich selbst gestellt. Entweder lebt er isoliert oder ein kleines soziales Umfeld ist vorhanden, das jedoch nicht zur Unterstützung beigezogen wird. Zur Bewältigung seiner Probleme kann der *überforderte Dankbare* auf die Unterstützung von Fachkräften zählen. Diese Unterstützung wird entweder nicht in Anspruch genommen oder falls doch, dann wird sie weder als entlastend noch förderlich empfunden.

Anhand von zwei Beispielen wird nun veranschaulicht, wie sich zwei Klientinnen abmühen, um ihren Alltag zu bewältigen und wie sie die Zuwendung und Begleitung durch die freiwillige Person

im Rahmen von Salute schätzen. Eine Klientin erhält durch die freiwillige Person Trost, was sie positiv bewertet.

„Und äh, dänn wird mer mängisch, mer chunnt i Depressione, wyl mer gar nüt meh, also ich kämpfe ständig, bin ich am kämpfe.“

„Ich ha chönne au brüelle bi ihre und ebe, psychologisch isch sie au guet gsy. Hät's mich au... ich ha mich au chönne echli löse.“

Eine andere Klientin ist auf sich selbst gestellt. Grosse Ängste plagten sie vor dem Gang ins Spital und die Klientin ist sehr dankbar, dass sie dabei begleitet wurde.

„Ich mag mit Müeh und Not s'Nötigschte, mit Müeh und Not. Mängisch tagelang schaff ich nüt.“

„Und ich bi so dankbar gsy, (...) Hät jo mir döte gholfte, wyl ich ha panischi Angscht gha zum go, wyl ich bi elleistehend, also mit zwei Hünd.“

Die anspruchsvolle Empörte – „Grenze überschritten“

(negative Veränderungen, viele Probleme, Erfahrung mit professioneller Unterstützung und hohe Erwartung an Hilfe, Salute wirkt dysfunktional wegen unangemessenem oder ungenügendem Verhalten)

Im Gegensatz zu den vorangegangenen Typen treten bei der *anspruchsvollen Empörten* aufgrund des Verhaltens der Freiwilligen (kurzfristig) negative Veränderungen auf. Die *anspruchsvolle Empörte* nimmt die Salute-Hilfe als dysfunktional wahr, da sie den Einsatz der Intervention in keinerlei Hinsicht als Unterstützung erfährt. Das Verhalten der freiwilligen HelferIn steht im Mittelpunkt, wobei die Klientin mit der herablassenden, unsensiblen Art der freiwilligen HelferIn überfordert ist. Die Erwartungen der *anspruchsvollen Empörten*, dass die Freiwillige ihr helfen kann, werden nicht erfüllt.

Die *anspruchsvolle Empörte* ist sich ihrer Problemlagen bewusst und verfügt bereits über ein breites Netzwerk an professioneller Hilfe. Sie verfügt über differenzierte Vorstellungen und Erfahrungen, in welchen Bereichen sie Hilfe braucht und wie die Hilfe sein muss, damit sie unterstützend ist. Sie ist dementsprechend anspruchsvoll, wenn es um die Erwartungen geht, die sie an die Hilfe von Salute hat. Die Komplexität ihrer Problemlage ist durchdringend, wobei die einzelnen professionellen Hilfen einzelne Problembereiche abdecken bzw. abzudecken versuchen.

Durch die Salute-Intervention kommt es zu einer kurzfristigen Verschlechterung der gesundheitlichen Situation der Klientin. Die Veränderungsdimension zeichnet sich also einerseits durch eine Thematisierung der Problemlage aus, andererseits durch eine Destabilisierung in ihrem Leben. Die *anspruchsvolle Empörte* ist überfordert mit dem Auftreten der Freiwilligen und empfindet deren Verhalten als übergriffig und respektlos. Der freiwilligen Person fehlt es aus der Sicht der *anspruchsvollen Empörten* an mangelndem Einfühlvermögen für ihre Lebens- und Problemsituation. Die freiwillige Person kann den Erwartungen u.a. auch deshalb nicht gerecht werden, weil sie „nicht ganz gesund“ ist. Die Erwartungsdimension dieses Typus war es aufgrund der eigenen Krankheit (psychische und gesundheitliche Problematiken), eine gesunde Person als Unterstützung vorzufinden. Die Empörung ist in diesem Sinn Folge des ungenügenden oder unangemessenen Verhaltens der Freiwilligen.

Aus ihrer Sicht wurde eine Grenze überschritten als die Freiwillige ohne Erlaubnis der Klientin ihre Ärztin⁹ kontaktiert hat, wie der folgende Auszug aus dem Interview zeigt:

„man vertraut ja diese Leute und ... man schickt ja auch diese Leute in Privat äh Bereich, also, dann die private Sphäre noch so zu respektieren irgendwie (...) ohne vielleicht

⁹ Die Berufsgruppe wurde aus Gründen der Anonymität verändert.

Erlaubnis fragen, ob äh ... äh diejenige jetzt im ... mit äh so meine Ärztin sprechen darf oder nicht, also (...) Also das ist Grenze überschritten, finde ich (...).“

Durch die Salute-Intervention entstehen also auch mögliche Risiken. Die *anspruchsvolle Empörte* ist durch die Art der freiwilligen Person überfordert und fühlt sich missverstanden. Eine Klientin drückt ihre Überforderung folgendermassen aus:

„Äh meine Leben äh so einigermaßen äh von dieser Chaos so in Ordnung zu bringen dann äh sie kam mit diese Sachen äh und ich war überfordert.“

Nach dem Einsatz von Salute würde die Klientin nicht mehr auf die Hilfe von freiwilligen Personen zurückgreifen wollen.

3.6.3 Fazit qualitative Fallanalysen

Das Fazit bezieht sich auf die drei Zielsetzungen betreffend der qualitativen Fallanalysen. Das erste Ziel ist, die Wirkmechanismen von Salute differenziert zu erfassen. Mit dem zweiten Ziel wird das Aufzeigen des im Programm Salute adressierten Zusammenhangs von somatischen Erkrankungen, psychischer Verfassung und sozialer Lage verfolgt. Das dritte Ziel des qualitativen Forschungszugangs geht darauf ein, theoretisch nicht erwartete Effekte zu erkennen und bisher unbekannte Handlungsbedingungen darzulegen.

Wirkmechanismen von Salute

Wie dem Kapitel 3.6.2 entnommen werden kann, unterscheiden sich die Wirkmechanismen von Salute je nach Typus und werden nachstehend bezogen auf den einzelnen Typus beschrieben.

Der Typus des *pragmatischen Veränderers* zeichnet sich dadurch aus, dass die Klienten/innen mit Unterstützung durch eine freiwillige Helfende beachtliche Veränderungen erzielen können. Salute steht dabei für einen Start, der bei den Klienten/innen Veränderungen in Gang bringen kann bzw. das Selbsthilfepotential der Klienten/innen unterstützt. Durch die Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit sowie das Abschwächen der Tendenz zur Vereinsamung kann dies dazu führen, dass die Lebensqualität der Klienten/innen erhöht wird.

Beim Typus der *eigenständig Hilfesuchenden* nimmt Salute eine Brückenfunktion wahr. Die Klienten/innen sind dankbar um den Einsatz. Jedoch führen sie die Veränderung seit dem Salute-Einsatz nicht auf diesen zurück, sondern eher auf die Hilfe von Personen aus dem professionellen oder semiprofessionellen Umfeld.

Von Bedeutung ist beim Typus der *überforderten Dankbaren* die emotionale Unterstützung durch die freiwillige Person. Der *überforderte Dankbare* ist mit seiner Situation jedoch derart überfordert, dass bezweifelt werden kann, ob mit einer kurzfristigen Unterstützung Veränderungen ermöglicht werden können. An Salute schätzt der *überforderte Dankbare* sehr, dass er nicht alleine ist, ihm jemand beisteht und Zuneigung, Interesse und Vertrauen schenkt.

Beim Typus der *anspruchsvollen Empörten* wirkt sich der Einsatz von Salute negativ aus. Dies als Konsequenz eines nicht angemessenen bzw. ungenügenden Verhaltens seitens der freiwilligen Person. Es drängt sich auf zu fragen, ob Salute überhaupt eine Versorgungslücke zu schliessen vermag und daher bei diesem Typus angebracht ist. Denn die Problemlage der *anspruchsvollen Empörten* ist komplex und durch ihre Erfahrungen mit professioneller Hilfe verfügt sie über hohe Ansprüche an diese.

Zusammenhänge zwischen (körperlicher, psychischer) Gesundheit und sozialer Situation

Wie dem Kap. 3.6.1 zu entnehmen ist, befinden sich die Klienten/innen in Lebenslagen, die sich durch multiple Problemlagen auszeichnen. Ein Problem in einem Bereich zieht eine Schwierigkeit bzw. eine Einschränkung in einem anderen Bereich nach sich. Die Gesundheit, die im umfassenden Sinne die körperlichen, geistigen und sozialen Aspekte einbezieht, beginnt sich wie eine Abwärtsspirale zu drehen. Die zunehmenden Beeinträchtigungen können die Klienten/innen kaum aus eigener Kraft aufhalten. Fehlende finanzielle Mittel, wenige intrapersonale und/oder soziale Ressourcen sind mögliche Gründe dafür.

Zum Beispiel geht aus einem Interview hervor, dass ein körperliches Leiden die Mobilität derart einschränken kann, dass die Pflege von sozialen Kontakten nur erschwert wahrgenommen werden kann bis dahin, dass dies verunmöglicht wird. Dies wirkt sich bei einer kontaktfreudigen Person wiederum negativ auf die Psyche aus. Ein anderes Beispiel legt dar, dass es aufgrund beschränkter finanzieller Mittel den Klienten/innen nicht möglich ist, die Leistungen zu beziehen, die sie zur Lösung ihrer Probleme benötigen würden. Im folgenden Zitat schildert dies ein Klient mit folgenden Worten:

„(...) ich weiss nümme wieviel, ich muss e Hufo Geld zahle. (...) Und do ha-n-i gsait, das lieti by mir gar nöd dine.“

Wie die Kumulation von mehreren Belastungen bzw. Einschränkungen wahrgenommen wird, beschreibt eine Klientin, die aufgrund von körperlichen Beschwerden ihre Stelle verliert und dadurch in eine finanzielle Notlage gerät, was sich auch auf die psychische Verfassung auswirkt.

„Ja, und durch das Finanzielle, körperlich isch's mir au psychisch denn halt/...(...) nöd so guet gange, jo. (...) Und das hät dänn auch... also s'tuet eigentlich alles eso chly mit... ähm... wenn's eim da nöd guet goht/...(...) .../dänn chunnt s'andere und... jo-o. Es isch au es schwierig gsy, eifach plötzlich eifach dass mer kei Arbet meh hät/...“

Diese Abwärtsspirale kann gestoppt werden bzw. in die andere Richtung gewendet werden. Beispielsweise konnte mit Salute bei einer kontaktfreudigen Klientin, die aufgrund von körperlichen Beschwerden in ihrer Mobilität eingeschränkt war, der Vereinsamungsprozess zumindest aufgehalten werden. Dadurch geht es der Klientin wieder besser, wie sie es wie folgt beschreibt:

„Wyl das isch mer sehr wichtig gsy, und das isch mer jetzt au, es goht mer au dodurch besser, oder. Stelled Sie sich vor, wenn Sie s'Gfühl händ, jo, ich bin jetzt schwer chrank und sitzed nur dihei und händ e kei Kontakt, denn gähnd Sie denn ab, oder. Wyl denn werded Sie no meh depressiv und ich mein, mer brucht eifach Kontakt, oder. Das brucht mer eifacht.“

„Oder. Ich han wieder äh äh wie soll-i säge, es Umfeld. Ich ha wieder Lüt kenne glernt, und das bringt mir natürlich au gsundheitlich, psychisch sehr viel, oder.“

Die Klientin konnte im Rahmen von Salute ihre sozialen Kontakte erweitern. Einmal in der Woche findet bei ihr zu Hause ein Kurs statt. Diese Verbesserung durch eine Erweiterung des sozialen Umfeldes bzw. der soziale Kontakte bringt bei dieser Klientin auch gesundheitliche Vorteile, indem sie nicht einfach „abgähnt“ würde sowie auch nicht „no meh depressiv“ werden würde.

Den eben aufgeführten Beispielen ist zu entnehmen, wie eng der Zusammenhang von somatischen Erkrankungen, psychischer Verfassung und sozialer Lage ist und wie sie einander bedingen. Eine punktuelle Hilfestellung wie es Salute vorsieht, reicht nicht bei allen Klienten/innen aus, um die Abwärtsspirale anzuhalten, allenfalls in die andere Richtung zu bewegen und damit Veränderungsprozesse einzuleiten.

Identifikation unerwarteter Wirkungen des Salute-Angebots

Nicht unterschätzt werden darf in diesem Zusammenhang die psychische Gesundheit bzw. Erkrankung der Klienten/innen. Art und Ausmass der Erkrankung kann ein wichtiger Faktor sein, ob und wie die Kontaktnahme zu den Freiwilligen gestaltet wird. Es kann sein, dass bedingt durch eine psychische Erkrankung die Klienten/innen tendenziell misstrauisch sind und dadurch die Kontaktnahme zur freiwilligen Person erschwert wird. Unter diesen Umständen kann eine Hilfe kaum wirksam sein.

Das Risiko eines nicht gelingenden Einsatzes besteht unseres Erachtens vor allem bei den Typen des *überforderte Dankbaren* sowie bei der *anspruchsvollen Empörten*. Der *überforderte Dankbare* misst der Beziehung zur freiwilligen Person eine hohe Bedeutung zu. Wird sie als „nett“ wahrgenommen? Gelingt es der freiwilligen Person das Vertrauen aufzubauen? Das Risiko besteht, dass die Freiwillige nicht als „nett“ oder nicht als „wie-n-e Vertrauensperson“ wahrgenommen wird. Die Dankbarkeit um die Hilfe kann dadurch, dass die Freiwillige keine Sympathie auslöst, in Empörung umschlagen. Die *anspruchsvolle Empörte* hat aufgrund ihrer

komplexen Problemlage und ihren Erfahrungen mit fachlicher Hilfe derart hohe Erwartungen, dass es für eine Freiwillige schwierig sein dürfte, diese zu erkennen und diesen gerecht zu werden.

Ein weiterer Aspekt, der nicht vernachlässigt werden sollte, ist, dass die Einsätze im Rahmen von Salute durch Personen auf freiwilliger Basis getätigt werden, die über unterschiedliche Kompetenzen verfügen. Dies birgt sowohl Vorteile als auch Nachteile. Als sehr vorteilhaft erweist sich das persönliche Engagement und das Interesse an den Klienten/innen sowie das individuelle Eingehen auf sie. Nachteile ergeben sich in folgender Hinsicht: Die Freiwilligen können durch unbedachte Äusserungen oder Andeutungen die Klienten/innen verletzen oder in ihrer Hilflosigkeit bestätigen. Auch karitativ wohlmeinende Taten, die über das vereinbarte Ziel hinausgehen, können zu einer Stigmatisierung oder Irritation seitens der Klienten/innen führen. Durch eine Begleitung der freiwilligen Personen könnten diese Nachteile minimiert werden.

Das Festhalten, über welche Fähigkeiten die einzelnen Freiwilligen verfügen, sowie die Zuteilung zu den Klienten/innen anhand dieser könnte die Unterstützung aufwerten.

3.7 Erfolg der Intervention

Für die Diskussion des Erfolgs des Salute-Projekts orientieren wir uns an den zum Projektbeginn formulierten Wirkungs- und Handlungszielen. Nachfolgend werden diese Ziele nochmals aufgeführt und anhand der Ergebnisse aus den quantitativen Analysen der verschiedenen Fragebogenmodule und anhand der Erkenntnisse aus der qualitativen Fallanalyse diskutiert.

Wirkungsziel 1: *Einsätze im Rahmen von Salute beeinflussen die sozialen Faktoren positiv, welche die Gesundheit von Menschen zu gefährden oder zu verschlechtern drohen.*

Die Ergebnisse lassen darauf schliessen, dass zumindest für diejenigen Klienten/innen, für die Daten vor und nach der Intervention vorliegen, die Gesundheitseinschätzung am Ende der Intervention besser ist als am Anfang der Intervention. Positive durchschnittliche Entwicklungen zeigten sich insbesondere in den Bereichen physisches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, gesundheitsbezogene Umwelt und allgemeine Lebensqualität. Keine Unterschiede zeigten sich hingegen im Bereich der sozialen Beziehungen. Einschränkend muss festgehalten werden, dass diese Erkenntnisse auf einer schwachen Datengrundlage von 28 Fällen, zu denen ein Prä-Post-Vergleich möglich war, beruhen. Anhand der vorhandenen Daten finden sich aber keine Hinweise auf eine systematische Verzerrung aufgrund der Selektion der Fälle mit zwei Erhebungszeitpunkten (nur bei Klienten mit einer vollständigen Evaluation umgesetzt).

Aus den bei der Anmeldung und in der Evaluation erfassten Daten kann gefolgert werden, dass durch Salute Menschen mit komplexen gesundheitlichen wie sozialen Problemen erreicht werden. So lebt eine Mehrheit von rund zwei Dritteln nicht in einer Partnerschaft und diejenigen, die eine/n Partner/in haben, leben gleichwohl mehrheitlich alleine. Rund ein Fünftel hat weniger als 2000 Fr Haushalts-Nettoeinkommen und weitere zwei Fünftel haben zwischen 2000 und 2999 Franken zur Verfügung. Dementsprechend ist der Hauptzuweisungsgrund bei mehr als der Hälfte aller Zuweisungen „Armut/finanzielle Probleme“. Weiter haben die Klienten/innen verschiedene gesundheitliche Probleme. Sie zeigen im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung deutlich stärkere Beeinträchtigungen bei den Tätigkeiten des normalen Alltagslebens und ihr selbst eingeschätzter Gesundheitszustand ist niedriger als der von Vergleichspopulationen von Patienten mit somatischen oder psychiatrischen Krankheiten. Zu Beginn der Intervention fühlten sich rund 80% gegenwärtig krank, wobei 23 von 63 Klienten psychische oder Abhängigkeits-Problematiken nannten und 29 Klienten/innen Probleme im Bereich der körperlichen Gesundheit aufführten. Als erwartete medizinische Konsequenzen aus den Zuweisungsgründen nannten die Meldenden zu rund drei Vierteln psychische Probleme.

Wie die Salute-Interventionen wirken, kann aus den Ergebnissen der qualitativen Fallanalysen gefolgert werden, in der vier Typen von Klienten/innen identifiziert wurden. Beim *pragmatischen Veränderer* funktioniert Salute als Aktivierung, wobei die Ressourcen der betroffenen Klienten/innen zur Problemlösung eingesetzt werden und die Betroffenen befähigt werden, eigenständig Lösungen für Problemstellungen anzustreben. Bei diesem Typus können die Effekte

beachtlich sein, indem sich die gesundheitliche Situation verbessert, sei es sozialer, geistiger und/oder körperlicher Art. Eine bestimmte biographische Entwicklung, z.B. vermehrt auf die eigene Gesundheit zu achten, oder zu sich selber zu schauen, kann im Rahmen von Salute begünstigt werden.

Bei den anderen drei Typen kann das Wirkungsziel 1 nicht erreicht werden. Wie beschrieben, kann der Salute-Einsatz eine Brückenfunktion haben, eher eine emotionale Unterstützung oder, entgegen den Zielen, zu einer Verschlechterung der Situation der Klienten/innen führen.

Grundsätzlich ist das Wirkungsziel 1 erreichbar, setzt aber seitens der Klienten/innen voraus, dass sie bestimmte Bedingungen erfüllen. Gemäss den Merkmalen des *pragmatischen Veränderers* sollte die Fokussierung auf konkrete Probleme vorhanden sein sowie eine Motivation für Veränderungen. Diese Merkmale weisen nicht alle Klienten/innen auf.

Wirkungsziel 2: *Akteurinnen und Akteure im Gesundheitsnetz 2025, insbesondere Privatarztpraxen, erhalten wirksame Unterstützung darin, dass soziale Aspekte in den Problemstellungen von Patienten/innen bearbeitet und nachhaltigen Lösungen zugeführt werden können.*

Salute wurde nicht primär von Privatarztpraxen, sondern auch wesentlich von Institutionen genutzt. Rund zur Hälfte erfolgten die Zuweisungen von niedergelassenen Ärzten/innen der Fachbereiche Psychiatrie/Psychotherapie und Allgemeinmedizin und zur anderen Hälfte von Institutionen wobei die Sozialdienste von Spitälern den überwiegenden Anteil ausmachten.

Eine Mehrheit der in Salute involvierten Akteure und Akteurinnen des Gesundheitsnetz 2025 beurteilten die Interventionen positiv. Nur zwei von 36 Zuweisenden, die eine Rückmeldung zu Salute gegeben haben, waren mit der Intervention nicht zufrieden und erlebten diese eher als Belastung. Die ganz grosse Mehrheit der Meldenden schätzte Salute als das richtige Angebot ein. Dazu muss aber einschränkend festgehalten werden, dass nicht überprüft werden kann, ob diejenigen 27 Zuweisenden, von denen keine Rückmeldung erfolgte, kritischer geurteilt hätten. Trotz dieser Einschränkungen aufgrund der fehlenden Rückmeldungen kann gefolgert werden, dass zumindest eine Mehrheit der Zuweisenden von Klienten/innen mit einer Evaluation (mindestens 36 von 63) mit der Intervention zufrieden war.

Die Beurteilung der Nachhaltigkeit der Salute-Interventionen ist abhängig von den Zielen der einzelnen Einsätze. So lassen sich einerseits alltagsbezogene Ziele im Rahmen der maximal zehn Interventionen Lösungen allenfalls abschliessend lösen. Andererseits ist es schwierig zu überprüfen, ob Ziele, die sich mehr auf die umfassende Lebenssituation beziehen, wie beispielsweise das für eine/n Klienten/in formulierte Ziel, „soziales Netzwerk aufbauen“, im Rahmen von wenigen Interventionen nachhaltig beeinflusst werden können. Anhand der in einer offenen Frage erfassten Bemerkungen gibt es Hinweise, dass sowohl Freiwillige als auch Zuweisende aufgrund gewisser Problemlagen der Klienten/innen in einigen Fällen eine längerfristige Begleitung wünschen.

Auch aus den qualitativen Analysen geht hervor, dass einige der Klienten/innen den Wunsch nach erneuter bzw. längerdauernder Begleitung geäussert haben. Auch wenn im Rahmen von Salute ein Problem nachhaltig gelöst werden konnte, bedeutet dies nicht, dass die Klienten/innen nicht mehr auf Hilfe angewiesen sind. Wie bereits beschrieben, weisen die Klienten multiple Problemlagen bzw. Einschränkungen in einigen Bereichen auf, was sich auf diverse Verrichtungen im Alltag auswirkt. Diese Klienten/innen leben damit, dass sie immer wieder vor einem Problem stehen bzw. eine Hilfestellung benötigen; sei dies eine (erneute) Begleitung ins Spital oder bei Einkäufen, sei diese eine Hilfe in administrativen Belangen.

Ein weiterer Aspekt betrifft die emotionale Zuwendung. Vor allem von den Klienten/innen des Typus der *überforderten Dankbaren* bleiben die Zuwendung der Freiwilligen, die guten Gespräche und das Interesse an einem selber in positiver Erinnerung. Diese Leistungen, die kaum etwas zur Veränderung an den Lebensbedingungen beitragen, sind in dem Sinne nachhaltig, dass sie in positiver Erinnerung bleiben. Fraglich bleibt, ob das auch dem Sinn und Zweck von Salute entspricht.

Handlungsziel 1: *Patienten/innen mit ihre Gesundheit gefährdenden sozialen Defiziten erhalten adäquate Unterstützung zur Lösung von bestimmten Problemstellungen.*

Aus der Sicht der Klienten/innen und der freiwilligen Helferinnen konnten die meisten zu Beginn der Interventionen festgelegten Ziele erreicht werden. Von den 29 Klienten/innen mit einer vollständigen Evaluation, die Angaben zur Zielerreichung machten, haben nur sieben das Ziel weniger als erwartet erreicht. Rund sieben Klienten/innen sahen ihr Ziel erreicht und 15 gaben an, das Ziel sei übertroffen worden. Gegenüber ihren Helfenden äusserten sich die Klienten/innen im Rahmen der Befragung zur Evaluation auch mehrheitlich zufrieden oder sehr zufrieden mit der Intervention. Nur zwei Personen beurteilten die Interventionen negativ, hingegen hielten sich sieben von 63 Befragten ein Antwort vor.

Aus der qualitativen Analyse geht hervor, dass im Rahmen von Salute vor allem Klienten/innen, die dem Typus des pragmatischen Veränderers oder der eigenständig Hilfesuchenden zugeordnet werden, eine adäquate Unterstützung erhalten. Hingegen ist bei den anderen Klienten/innen fraglich, ob die Unterstützung durch eine Freiwillige angemessen ist. Die Klienten/innen des Typus des überforderten Dankbaren sind mit ihrer Lebenssituation derart überfordert, dass ein Einsatz mit freiwilligen Personen kaum Veränderungen bewirken kann. Bei den Klienten/innen des Typus der anspruchsvollen Empörten, die bereits über ein professionelles Netz zur Bewältigung ihrer Probleme verfügen, ist es fraglich, ob eine Unterstützung durch Freiwillige angebracht ist und ob diese Unterstützung eine Versorgungslücke zu schliessen vermag.

Handlungsziel 2: *Ressourcen der betroffenen Patienten/innen werden zur Problemlösung eingesetzt; die Betroffenen werden befähigt, eigenständig Lösungen für Problemstellungen anzustreben (Empowerment).*

Gemäss der qualitativen Analyse können die Klienten/innen des Typus' des *pragmatischen Veränderers* aktiviert werden, eigenständige Lösungen für Problemstellungen anzustreben. Trotz beachtlicher Erfolge betreffend Veränderungen ist einschränkend festzuhalten, dass nicht erwartet werden kann, dass die Betroffenen fortan alle Probleme eigenständig lösen können.

Handlungsziel 3: *Einsätze erfolgen integriert in die etablierten Strukturen des Sozial- und Gesundheitsbereichs in der Stadt Zürich.*

In der vergleichenden Analyse der verschiedenen Projekte des Gesundheitsnetzes 2025 wird dieser Frage teilweise beantwortet. An dieser Stelle wird deshalb auf den Bericht: „Gesundheitsnetz 2025: Vergleichende Analyse der Projekte Kompass, Leila, Salute, SiL“ verwiesen, der aktuell überarbeitet wird.

Anhand der Daten der Evaluation von Salute kann ergänzend festgehalten werden, dass eine Mehrheit von drei Fünfteln der Klienten/innen zur Zeit der Evaluation nicht von anderen sozialen Diensten unterstützt wurden. Ein ähnlicher Anteil hatte auch vor der Salute-Intervention noch keine Erfahrung mit sozialen Diensten. Diese Ergebnisse könnten dahingehend interpretiert werden, dass Salute viele Klienten/innen erreicht, die noch nicht in professionelle Hilfsangebote eingebunden sind. Somit kann Salute möglicherweise eine Versorgungslücke abdecken.

Handlungsziel 4: *Motivierte Personen finden attraktive Freiwilligeneinsätze, in denen sie fachliche Kompetenzen (aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich) sowie soziale Kompetenzen einbringen und zur Geltung bringen können.*

Dieses Handlungsziel kann anhand der vorliegenden Evaluation nicht beantwortet werden. In einem frühen Stadium der Projektkonkretisierung ist festgelegt worden, dass diese Frage nicht Teil der Evaluation sein wird.

4 Diskussion und Schlussfolgerungen

4.1 Zentrale Befunde

Das Projekt Salute nutzt den Einsatz von qualifizierten freiwilligen Helfenden zur Begleitung von Klientinnen und Klienten, die in ihrem sozialen Netz nicht ausreichend Unterstützung zur Bewältigung von gesundheitsbelastenden sozialen Problemen finden. Im Rahmen von maximal zehn Interventionen (Hausbesuchen) wird dabei angestrebt, gesundheitsbelastende soziale Faktoren positiv zu beeinflussen, vorhandene Ressourcen zu stärken und fehlende oder ungenügende Ressourcen zu ergänzen bzw. auszugleichen.

Die wissenschaftliche Evaluation des Projekts orientierte sich an folgender Fragestellung: „Für welche der Personengruppen, die durch das Projekt Salute erreicht werden, sind welche Effekte in den folgenden Bereichen nachweisbar: Lebensqualität, psychische Gesundheit, soziale Integration, Aktivierung von Selbsthilfepotenzial, Initiierung von Hilfeprozessen“ (Rüesch & Gabriel, 2009, S. 4).

Diesbezüglich können aus der Evaluation des Salute-Projekts nachfolgende Erkenntnisse und Schlussfolgerungen abgeleitet werden:

Von Salute erreichte Personengruppen

Grundlage der Evaluation

Im Zeitraum der Evaluation sind 106 Fälle aus einer Anzahl von rund 200 Anmeldungen in die Datenbank von Salute aufgenommen worden. In 79 Fällen ist es dann nach Abklärungen durch die für Salute verantwortliche Person auch zu Interventionen durch die freiwilligen Helfenden gekommen. Bei 63 Fällen konnte in der Folge auch einer Evaluation erfolgen, wobei bei kurzen Interventionen (nur 1-2 Hausbesuche) in 32 Fällen nur eine abgekürzte Evaluation erfolgte.

Zuweisende Stellen

Als wichtigste zuweisende Stellen an Salute erweisen sich niedergelassenen Ärzte/innen der Fachgebiete Psychiatrie/Psychotherapie und Allgemeinmedizin, sowie die Sozialdienste von Spitälern. Die aufgenommenen Fälle wurden je zu rund der Hälfte von Hausärzten/innen und Institutionen zugewiesen. Bei den Hausärzten/innen waren die Fachrichtung Psychiatrie/Psychotherapie und Allgemeinmedizin ungefähr gleich stark vertreten, bei den Institutionen erwiesen sich die Sozialdienste von Spitälern als die wichtigsten Zuweisenden.

Beschreibung der Klienten/innen

Die von Salute betreuten Klienten/innen, zu denen eine Evaluation gemacht werden konnte, sind im Durchschnitt 55 Jahre alt und zu rund drei Fünfteln weiblich. Sie werden hauptsächlich mit dem Ziel der Bearbeitung von finanziellen Problemen (51% der Ziele) und zur Lösung von Problemen im Zusammenhang mit dem Wohnen oder der Alltagsgestaltung (29% der Ziele) zugewiesen. Entsprechend diesen Zielsetzungen handelt es sich auch bei den hauptsächlichsten, nach ICPC kodierten Zuweisungsgründen mehrheitlich um die Diagnosen Armut/finanzielle Probleme (51%) und Wohnungs-/Nachbarschaftsprobleme (20%) sowie soziale Probleme (10%). Auffällig ist, dass eine Mehrheit von drei Vierteln der Klienten/innen als erwartete Konsequenz der genannten Problemlagen von psychischen Beschwerden betroffen sind.

Lebensumstände der Klienten/innen

Die Klienten/innen leben mehrheitlich in schwierigen Lebensumständen. So müssen rund ein Fünftel mit einem Netto-Haushaltseinkommen von unter 2000 Franken auskommen und weitere zwei Fünftel haben zwar mehr, aber immer noch weniger als 3000 Franken zur Verfügung. Meist leben die Klienten/innen ohne Partner/in und zu drei Vierteln leben sie auch nicht mit eigenen Kindern zusammen. Viele haben ein relativ kleines soziales Netzwerk, ein Drittel gibt an, keine Verwandten zu haben, mit denen sie sich verbunden fühlen und etwas mehr als ein Drittel gibt an,

keine nahestehende Freunde zu haben. Etwas mehr als ein Viertel gibt an, keinen Freunde oder Verwandte zu haben, mit denen sie sich mindestens einmal pro Monat treffen. Nur ungefähr jede/r Siebente (15 %) gibt vier oder mehr Kontaktpersonen an. Mehr als zwei Drittel der Klienten/innen sind nicht erwerbstätig und rund drei Viertel geben an, dass sie Rentenleistungen beziehen. Eine Mehrheit von rund drei Fünfteln der Klienten/innen hatte zum Zeitpunkt der Salute-Interventionen keinen Kontakt mit professionellen sozialen Diensten. Auch in ihrer Vergangenheit hatten nur ungefähr ein Drittel schon Erfahrungen mit entsprechenden Angeboten.

Neben den schwierigen Lebensumständen äussern die Klienten/innen auch Einschränkungen in Bezug auf ihre Gesundheit. Rund 80% stufen sich zu Beginn der Intervention als krank ein, neben verschiedenen somatischen Leiden werden auch häufig psychische sowie Abhängigkeitsproblematiken genannt. Im Vergleich zu anderen Patientenpopulationen schätzen die Klienten/innen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität und ihren Gesundheitszustand als schlechter ein und sie sind auch deutlich stärker in ihren Tätigkeiten eines normalen Alltags eingeschränkt als die durchschnittliche Bevölkerung in der Schweiz.

Erfolg der Intervention, Rückmeldungen der Akteure

Bei den Klienten/innen mit einer vollständigen Evaluation (n=31) zeigt sich eine Verbesserung bei einigen Aspekten der Einschätzung der Lebensqualität und der Gesundheit: Das physische und psychische Wohlbefinden, die Einschätzung der Umwelt und die Lebensqualität sind statistisch signifikant besser eingeschätzt worden. Einzig beim Aspekt der soziale Beziehungen war keine signifikante Verbesserung nachweisbar. Die meisten beteiligten Akteure äussern sich sehr positiv zu den Salute-Interventionen. Eine überwiegende Mehrheit der Klienten/innen, der Freiwilligen und der Zuweisenden sind mit den Interventionen zufrieden. Aus der Sicht der Klienten/innen wird auch ein Mehrheit der gesetzten Ziele erreicht. Dieses durchwegs sehr positive Bild wird teilweise in den offenen Bemerkungen und in den mündlichen Interviews eingeschränkt. So wurde von einzelnen Zuweisenden und Freiwilligen erwähnt, dass die Beschränkung auf zehn Interventionen knapp sei und ein/e Klient/in sagte in einem Interview aus, in der Evaluation negative Punkte nicht erwähnt zu haben. Hinsichtlich der Beeinflussung des Gesundheitszustandes deuten die Daten darauf hin, dass verschiedene Aspekte der Gesundheit nach den Interventionen im Durchschnitt besser eingeschätzt werden.

Wirkungsweisen der Interventionen

Die qualitative Fallanalyse gibt Hinweise auf verschiedene Wirkmechanismen der Salute-Interventionen, die sich je nach Typus unterscheiden.

Der Typus des *pragmatischen Veränderers* zeichnet sich dadurch aus, dass die Klienten/innen mit Unterstützung durch eine freiwillige Person beachtliche Veränderungen erzielen können. Salute steht dabei für einen Start, der bei den Klienten/innen Veränderungen in Gang bringen kann bzw. deren Selbsthilfepotential unterstützt. Durch die Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit sowie das Abschwächen der Tendenz zur Vereinsamung kann dies zur Erhöhung der Lebensqualität führen.

Beim Typus der *eigenständig Hilfesuchenden* nimmt Salute eine Brückenfunktion wahr. Die Klienten/innen sind dankbar für den Einsatz. Jedoch führen sie die Veränderung seit dem Salute-Einsatz nicht auf diesen zurück, sondern eher auf die Hilfe von Personen aus dem professionellen oder semiprofessionellen Umfeld.

Von Bedeutung ist beim Typus des *überforderten Dankbaren* die emotionale Unterstützung durch die freiwillige Person. Der *überforderte Dankbare* ist mit seiner Situation jedoch derart überfordert, dass bezweifelt werden kann, ob mit einer kurzfristigen Unterstützung Veränderungen zu ermöglicht werden können. An Salute schätzt der *überforderte Dankbare* sehr, dass er nicht alleine ist und dass ihm jemand beisteht sowie Zuneigung, Interesse und Vertrauen schenkt.

Beim Typus der *anspruchsvollen Empörten* wirkt sich der Einsatz von Salute negativ aus. Dies als Konsequenz eines nicht angemessenen bzw. ungenügenden Verhaltens seitens der Freiwilligen. Es drängt sich auf zu fragen, ob Salute überhaupt eine Versorgungslücke zu schliessen vermag und daher bei diesem Typus angebracht ist. Denn die Problemlage der *anspruchsvollen Empörten*

ist komplex und durch ihre Erfahrungen mit professioneller Hilfe verfügt sie über hohe Ansprüche an diese.

4.2 Methodische Grenzen

Anhand der vorliegenden Evaluation des Projekts Salute können zuverlässige Aussagen zum Profil und zum Gesundheitszustand der betreuten Klienten/innen sowie zu den als Zuweisungsgründe genannten Problemlagen gemacht werden. Anhand der Interviews mit einigen Klienten/innen, die sechs Monate nach Abschluss der Interventionen geführt wurden, konnten exemplarisch verschiedene Muster der Wirkung und des Verlaufs der Salute-Interventionen herausgearbeitet werden.

Hinsichtlich der Beurteilung der Salute-Interventionen auf der Grundlage der Fragebogenbefragung müssen verschiedene Einschränkungen berücksichtigt werden. Einerseits erfolgte die Befragung der Klienten/innen aus praktischen und finanziellen Gründen durch die Freiwilligen, welche die Interventionen selbst ausgeführt hatten. Aufgrund des Effekts der sozialen Erwünschtheit kann dies zur Folge haben, dass die Klienten/innen bei der Befragung die Interventionen positiver beurteilten, als sie dies gegenüber einer unbeteiligten Person getan hätten. Aus den qualitativen Interviews gibt es diesbezüglich einen Hinweis: Ein Klient erzählte im Interview er hätte bei der Befragung angegeben, er sei zufrieden gewesen, im Interview äusserte er dann aber auch eine Kritik, die im Evaluationsbogen nicht aufgeführt war.

Eine weitere Einschränkung ergibt sich aus der Tatsache, dass nur bei rund der Hälfte der Klienten/innen mit einer Evaluation ausführliche Daten zum Gesundheitszustand vor und nach der Evaluation vorhanden sind. Auch wenn sich statistisch kein relevanter Unterschied im allgemeinen Gesundheitszustand zu Beginn der Intervention zwischen den Personen mit Angaben vor und nach der Intervention und den Personen ohne erfasste Angaben nach der Intervention zeigte, kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass die gefundenen positiven Unterschiede nicht auch zumindest teilweise verzerrungsbedingt sind. Auch wenn bei 28 von 79 Klienten/innen, die eine Salute-Intervention erhielten, Angaben vor und nach den Interventionen vorliegen, können die aus diesem Prä-Post-Vergleich gewonnenen Aussagen aufgrund der kleinen Grösse des Samples nicht uneingeschränkt verallgemeinert werden.

4.3 Schlussfolgerungen

Die wissenschaftliche Evaluation des Projekts Salute ermöglicht aufgrund der Grundlage von qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden eine differenzierte Einsicht aus verschiedenen Gesichtspunkten. Einerseits erlauben die Erkenntnisse aus den standardisierten Fragebogenerhebungen bei Klienten/innen, freiwilligen Helfenden und zuweisenden Stellen einen Überblick zur Zusammensetzung der Klientel, über deren Gesundheitszustand sowie über die Zielerreichung und die Zufriedenheit mit den Interventionen zu geben. In eingeschränktem Ausmass können anhand dieser Daten auch Aussagen zum Verlauf der gesundheitlichen Situation über den Zeitraum der Salute-Intervention gemacht werden. Andererseits ermöglicht die qualitative Fallanalyse sowohl einen Einblick in mögliche Wirkungsweisen von Salute als auch eine Differenzierung der Ergebnisse aus der quantitativen Fragebogenerhebung.

Anhand der Erkenntnisse aus der Evaluation können verschiedenen Chancen und Risiken der Salute-Interventionen identifiziert werden, woraus sich auch Empfehlungen für eine Weiterführung des Projekts ableiten lassen.

Chancen des Projekts Salute

Salute erreicht Klienten/innen mit ausgewiesenem Hilfebedarf, die bisher durch andere Hilfeinstanzen nicht erreicht werden konnten und wird von allen beteiligten Akteuren sehr geschätzt. Sie gehen zumindest bei jenen Klienten/innen, bei denen Angaben vor und nach den Interventionen vorliegen, mit einer Verbesserung der gesundheitsbezogene Lebensqualität und des Gesundheitszustands einher. Auch können die vor den Interventionen formulierten Ziele,

sowohl aus der Sicht der Klienten/innen, als auch aus der Sicht der Zuweisenden und der Freiwilligen mehrheitlich erreicht oder übertroffen werden.

In seiner Zielgruppe erreicht das Projekt Salute vielfach Personen, die (noch) nicht in bestehende professionelle soziale Dienste eingebunden sind. Rund 60% der Klienten/innen hatten noch keine Erfahrungen mit professionellen sozialen Diensten gemacht.

Bei gewissen Typen von Klienten/innen, die in den Fallanalysen identifiziert wurden, können auch nachhaltige Veränderungen ausgelöst werden. Dies zeigt sich etwa beim Typus des *pragmatischen Veränderers*: Wichtige Merkmale des *pragmatischen Veränderers* sind seine Fokussierungen auf einzelne, konkrete Probleme und der Wille, selbst etwas zu verändern. Bei diesen Klienten/innen kann Salute als Unterstützung eines biographischen Wandels wirken. Die Bemühungen der Klient/innen, die gesundheitliche Situation zu verbessern, sei es in sozialer, geistiger oder körperlicher Hinsicht, werden gefördert. Wie die Fallanalyse weiter zeigt, kann jedoch der hohe Anspruch, im Rahmen eines zeitlich beschränkten und von Freiwilligen geleisteten Einsatzes eine nachhaltige Verbesserung auszulösen, nur bei diesem Typus erreicht werden. Bei den anderen Typen, bei denen Salute keine Veränderungen bewirkte, werden die Interventionen aber gleichwohl mehrheitlich als Bereicherung oder Entlastung wahrgenommen. Dass es aber auch Situationen gibt, bei denen negative Veränderungen beschrieben werden, weist auf Grenzen und Risiken des Projekts hin.

Risiken von Salute

Bei Personen in komplexen gesundheitlichen und sozialen Situationen, insbesondere auch im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, können die Interventionen durch freiwillige Helfende auch negative Reaktionen auslösen. Exemplarisch ist dies beim Typus des *überforderten Dankbaren* zu sehen. Aufgrund verschiedener Indikatoren ergeben sich Hinweise, dass einige der Klienten/innen in schwierigen und oftmals sehr komplexen sozialen und gesundheitlichen Lagen stecken. Diese komplexen Situationen können kaum nachhaltig verbessert werden. Gerade in solchen schwierigen Situationen, in denen beispielsweise soziale Probleme wie Armut und schwache persönliche Netzwerke einhergehen mit komplexen, oftmals von psychischen Krankheiten geprägten Gesundheitslagen, entsteht eine Spannung zwischen der komplexen Situation und der auf wenige Interventionen ausgerichteten Dienstleistung von Salute. So können zwar die zu Beginn der Intervention formulierten Ziele, wenn diese auf konkrete kurzfristige Hilfestellungen hin fokussiert sind, erreicht werden. Indessen können im Rahmen der Intervention keine umfassenderen Veränderungsprozesse bei den Klienten/innen angeregt werden. Dies kann sowohl für die Klienten/innen als auch für die freiwilligen Helfenden schwierig sein. In den mündlichen Interviews finden sich Hinweise, dass es zumindest einzelnen Helfenden schwer gefallen ist, eine abgrenzende Distanz einzuhalten.

Weiter finden sich sowohl seitens von Klienten/innen als auch von Zuweisenden und freiwilligen Helfenden Aussagen darüber, dass der Zeitraum von zehn Interventionen als zu kurz erachtet wird. Über die Hintergründe dieser Einschätzungen können aus den Daten und den Interviews gewisse Rückschlüsse gezogen werden: Diese Einschätzungen können mit den komplexen und schwierigen Situationen der Klienten/innen zusammenhängen, die sich nur über eine länger anhaltende Betreuung beeinflussen lassen. Indessen finden sich auch Gründe für Salute-Interventionen, bei denen es kurzfristige Hilfestellungen adäquat sind: In den erfassten Zielen finden sich dazu verschiedene Beispiele, wie etwa Unterstützung bei der Einrichtung der Wohnung, regelmässig nach draussen gehen, Krankenhausbesuch, Begleitung und Unterstützung bei der Wahrnehmung von Terminen, Unterstützung bei der Erledigung der Administration, monatliche Zahlungen erledigen, Unterstützung beim Ausfüllen der Steuererklärung. Bei all diesen Zielen handelt es sich um Unterstützungen oder Begleitungen, die von den Klienten/innen immer wieder nachgefragt werden.

Im Zusammenhang mit solchen wiederkehrenden Hilfestellungen stellt sich die Frage nach der Positionierung von Salute: Inwieweit sind auch kurzfristige Hilfestellungen, die nicht nachhaltig wirken, im Rahmen des Projekts Salute als Ergänzung zu anderen sozialen Diensten gleichwohl sinnvoll? Aber auch: Inwieweit können Ziele, die auf die nachhaltige Verbesserung einer

gesundheitlichen Situation ausgerichtet sind, im vorgegebenen Rahmen des Projekts verwirklicht werden? Aus solchen Fragen und den bisherigen Erkenntnissen aus der Evaluation können einige Empfehlungen für eine Anpassung von Salute formuliert werden.

4.4 Empfehlungen

Bei der Studie handelt es sich um eine formative Evaluation, bei der während des Forschungsprozesses die Ergebnisse dem Praxispartner oder der Praxispartnerin laufend mitgeteilt werden. Einige der folgenden Empfehlungen sind bereits umgesetzt.

Erwartungen klären

Vor oder zu Beginn der Intervention sollte aufgezeigt werden, welche Ziele und Hilfestellungen im Rahmen von Salute angegangen werden können. Dabei sollte die Begrenzung der Intervention auf eine bestimmte Anzahl von Besuchen inhaltlich, nicht strukturell, begründet werden können.

Begleitung der freiwilligen Personen

Wir empfehlen eine engere Begleitung der Freiwilligen aus folgenden Gründen:

Vor oder zu Beginn der Intervention sollte die Einschätzung des Problems durch eine Fachperson vorgenommen werden und darauf basierend die Intensität und das Ziel der Intervention transparent und verbindlich vereinbart werden.

Nach Abschluss der Intervention sollte klar sein, an wen sich die Klienten/innen bei erneutem Hilfebedarf wenden können.

Die Freiwilligen selber sollten besser vor Überforderung durch die multiplen Problemlagen der Klienten/innen geschützt sowie in der Wahrung der Distanz unterstützt werden. Zudem sollte vermehrt darauf geachtet werden, dass während des Salute-Einsatzes keine karitativen Handlungen, die über das vereinbarte Ziel hinausgehen, erfolgen.

Darüber hinaus sollte geklärt werden, inwieweit gewisse Problemlagen und Entwicklungen bei den Klienten/innen durch freiwillige Personen mit spezifischen Kenntnissen passend abgedeckt werden können.

Bekanntheit verbessern

Es sollte geprüft werden, wie Salute bei den verschiedenen Zuweisenden besser bekannt gemacht werden kann. Die Evaluationsergebnisse weisen darauf hin, dass Salute von den Leistungserbringenden nicht in dem Ausmass genutzt wird, wie anhand von Vorabklärungen erwartet. Die angestrebten Fallzahlen sind nicht erreicht worden und die ursprünglich als Haupt-Zielgruppe anvisierten Privatpraxen machen nur etwas weniger als die Hälfte der Zuweisenden aus.

5 Literatur

- Angermeyer, M. C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutsche Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Angermeyer, M. C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2002). Deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. WHOQOL-100 und WHOQOL-BREFM. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 11, 44-48.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1990). Grounded Theory Research: Procedures, Canons and Evaluative Criteria. *Zeitschrift für Soziologie*, 19(6), 418 - 427.
- Gabriel, T., Rüesch, P., & Gavez, S. (In Vorbereitung). *Gesundheitsnetz 2025: Vergleichende Analyse der Projekte Kompass, Leila, Salute, SiL*. ZHAW. Winterthur.
- Gazareth, P. (2009). *Behinderung hat viele Gesichter. Definition und Statistiken zum Thema Menschen mit Behinderungen*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Hülst, D. (2010). Grounded Theory. In B. Frieberthäuser, A. Langer & A. Prengel (Eds.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (3., vollständ. überarbeit. ed.). Weinheim: Juventa.
- Kelle, U. (1998). *Empirisch begründete Theoriebildung. Zur Logik und Methodologie interpretativer Sozialforschung*. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Kelle, U., & Kluge, S. (1999). *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Kiresuk, T. J., Smith, A., & Cardillo, J. E. (1994). *Goal Attainment Scaling: Applications, theory and measurement*. New Jersey: Lawrence-Erlbaum.
- Legewie, H., & Scherver-Legewie, B. (2007). "Forschung ist harte Arbeit, es ist immer ine Stück Leiden damit verbunden. Deshalb muss es auf der anderen Seite Spass machen." Anselm Strauss im Interview mit Heiner Legewie und Barbara Schervier-Legewie. *Historische Sozialforschung, Supplement, No. 19*, 69 - 79.
- O'Reilly, M., & Parker, N. (2012). 'Unsatisfactory Saturation': a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. *Qualitative Research*, 1-8.
- Rüesch, P., & Gabriel, T. (2009). *Evaluation Projekt 'Salute', Kompetente Freiwillige im Gesundheitsnetz 2025: Offerte z.Hd. PD Dr. Albert Wettstein, Chefarzt Städtärztlicher Dienst, Zürich*. ZHAW Fachstelle Gesundheitswissenschaften, Departement Gesundheit & F&E, Departement Soziale Arbeit.
- Schmidt, J., Lamprecht, F., & Wittmann, W. W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 39, 248-255.
- Schweizerisches Rotes Kreuz Sektion Zürich, G.-u. U. d. S. Z. (2009). *Salute - Kompetente Freiwillige im Gesundheitsnetz 2025. Sozial kompetente MentorInnen unterstützen PatientInnen mit sozialen Problemstellungen in der Alltagsbewältigung (Projektantrag Entwurf V2)*. Schweizerisches Rotes Kreuz Sektion Zürich, Gesundheits- und Umweltsdepartement der Stadt Zürich. Zürich.
- Strauss, A. (1998). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung* (2. ed.). München: UTB.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1996). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Suri, H. (2011). Purposeful Sampling in Qualitative Research Synthesis. *Qualitative Research Journal*, 11(2), 63-75.
- WHOQOL Group. (1994). The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). In J. Orley & W. Kuyken (Eds.), *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Berlin: Springer.

6 Anhang

6.1 Vergleiche zwischen den Stichproben

Tabelle A1: Geschlecht und Alter in den verschiedenen Stichproben

Vergleichsvariablen	Erfassungs-Stichprobe	Interventions-Stichprobe	Evaluations-Stichprobe
Anteil Männer	39.6 %	41.8 %	41.3 %
Anteil Frauen	60.4 %	58.2 %	58.7 %
Mindestalter in Jahren	23	23	27
Maximales Alter in Jahren	94	90	90
Durchschnittliches Alter in Jahren	59.1	57.4	55.4

Tabelle A2: Hauptgründe der Zuweisung in verschiedenen Stichproben

ICPC Kodierung	Anteile Erfassungs-stichprobe (n=106)	Anteile Inter-ventions-stichprobe (n=79)	Anteile Evaluations-stichprobe (n=63)
Z01 Armut/finanzielle Probleme	47.2%	50.6%	50.8%
Z03 Wohnungs-/Nachbarschaftsprobleme	24.5%	20.3%	19.0%
Z29 Soziale Probleme NNB	9.4%	10.1%	9.5%
Z28 Funktionseinschr./Behinderung (Z)	3.8%	2.5%	3.2%
Z04 Soziokulturelle Probleme	1.9%	2.5%	3.2%
Z05 Probleme am Arbeitsplatz	1.9%	2.5%	3.2%
Z06 Problem mit Arbeitslosigkeit	1.9%	1.3%	1.6%
Z15 Problem mit Verlust/ Tod Partner	1.9%	1.3%	1.6%
N87 Morbus Parkinson	0.9%	1.3%	
Z02 Probleme mit Ernährung/Wasser	0.9%	1.3%	1.6%
Z08 Problem mit Sozialhilfe	0.9%	1.3%	1.6%
Z10 Problem mit Gesundheitssystem	0.9%	1.3%	1.6%
Z11 Problem mit Compliance/Kranksein	0.9%		
Z14 Problem mit Erkrankung Partner	0.9%	1.3%	1.6%
Z18 Problem mit Erkrankung Kind	0.9%	1.3%	1.6%
Z22 Problem mit Erkrankung Eltern/Familie	0.9%	1.3%	
Total Nennungen	100.0%	100.0%	100.0%

Tabelle A3: Zusammensetzung der Zuweisenden in den verschiedenen Stichproben

	Häufigkeit Erfassungs- stichprobe (n=106)	Anteile in Erfassungs- stichprobe	Häufigkeit in Interventions- stichprobe (n=79)	Anteile in Interventions- stichprobe
Hausärzte/innen (HA)	49	46%	41	51.9%
Institutionen (INST)	57	54%	38	48.1%
Gesamt Zuweisende	106	100%	79	100.0%
Fachrichtung HA	Häufigkeit	Anteile	Häufigkeit	Anteile
HA: Psychiatrie/Psychotherapie	24	23%	22	27.8%
HA: Allgemeinmedizin	22	21%	18	22.8%
HA: Innere Medizin	3	3%	1	1.3%
Art Instituion	Häufigkeit	Anteile	Häufigkeit	Anteile
INST: Sozialdienst Spital	39	37%	27	34.2%
INST: Stadtärztlicher Dienst	7	7%	2	2.5%
INST: Projekt Kompass	3	3%	3	3.8%
INST: Projekt Leila	3	3%	3	3.8%
INST: Tageszentrum SRK	2	2%	1	1.3%
INST: Fachstelle präv. Beratung Spitex	2	2%	2	2.5%
INST: Sozialdienst Krankenkasse	1	1%	0	0.0%
Gesamt Zuweisende	106	100%	79	100.0%

6.2 Interviewleitfaden qualitative Interviews (Nachbefragung)

Einleitung

Danke für Interesse und dass Sie Ihr Einverständnis für das Interview gegeben haben.

Uns interessieren Ihre Erfahrungen, die Sie seit der Unterstützung durch Salute erhalten haben. Dazu werde ich Ihnen einige offene Fragen stellen, bei denen Sie grundsätzlich einfach all das erzählen können, was für Sie wichtig ist. In einem zweiten Teil möchte ich noch einen Fragebogen ausfüllen, den Sie bereits kennen.

Für die spätere Auswertung möchten wir das Interview gerne aufnehmen. Dafür werde ich vor dem Interview das digitale Aufnahmegerät einschalten. Niemand wird erfahren, was Sie mir im Interview erzählen. Ihr Name wird in der Auswertung nicht vorkommen. Nach Abschluss des Projektes werden alle Aufnahmen gelöscht.

Einstiegsfrage
Können Sie mir aus Ihrem Leben erzählen, wie es heute aussieht?
Nachfragen: Welche Dinge beschäftigen Sie im Moment?

Leitfrage / Stimuli / Erzählaufforderung zur Geschichte des Problems
Wenn Sie zurückdenken, wie Ihr Leben vor einem Jahr war.... Was hat sich seither verändert?
Inhaltliche Aspekte: Prozess, Differenzen, Entwicklung

Leitfrage / Stimuli / Erzählaufforderung zur Intervention
Wenn Sie an die Unterstützung denken, die Sie durch SALUTE erhalten haben, was fällt Ihnen dazu ein?
Inhaltliche Aspekte: Freiwillige, Beziehung zur Freiwilligen bzw. zum Freiwilligen, Hilfsangebot, Qualität der Hilfe, was war hilfreich, was war nicht hilfreich

Leitfrage / Stimuli / Erzählaufforderung zu anderen Hilfen
Haben Sie zuvor Erfahrungen mit anderen Hilfen, mit Beratung, Betreuung oder Unterstützung gemacht?
Nachfragen: Wenn nein: Wieso haben Sie nicht um Hilfe nachgesucht? Wenn ja: Was sind die Unterschiede zu SALUTE?

Leitfrage / Stimuli / Erzählaufforderung zur Nachhaltigkeit
Was würden Sie machen, wenn das (Problem aufgreifen) wieder auftaucht?

Leitfrage / Stimuli / Erzählaufforderung
Gibt es noch etwas, das nicht zur Sprache gekommen ist und das Sie gerne zu Salute noch sagen möchten?

6.3 Fragebogen der standardisierten Erhebungsmodule

Modul A: Aufnahmeprotokoll

AUFNAHMEPROTOKOLL für das Kompetenzzentrum (ausgefüllt vom SALUTE-Mitarbeiter am Telefon zusammen mit dem Hausarzt/Zuweiser)

1. Personalien des Gemeldeten

1.1) Geschlecht:	☐ ₁ Mann ☐ ₂ Frau
s1.2) Alter (in Jahren):	_____

2. Personalien des meldenden Hausarztes / Angaben der meldenden Institution (Hausarzt → bitte 2.1a, 2.2a, 2.3a ausfüllen; Institution → bitte 2.1b, 2.2b ausfüllen)

Personalien des meldenden Hausarztes

2.1.1 ID vergeben:	__ - __ - __ - __
2.1.2 Geschlecht:	☐ ₁ Mann ☐ ₂ Frau
2.1.3 Fachausrichtung:	_____

Angaben der meldenden Institution

2.2.1 ID vergeben:	__ - __ - __ - __
2.2.2 Art der Institution:	_____

3. Grund für die Anmeldung

Bitte Anmeldungsgrund bzw. –gründe aus Kapitel Z oder einem anderen Kapitel, das für Sie entsprechend ist, mit Hilfe der ICPC-Klassifizierung angeben.
Mehrfachnennungen (max. 3) sind möglich.

3.1) Primärer Grund (Hauptgrund)	Code nach ICPC: _____
3.2) Sekundärer Grund	Code nach ICPC: _____
3.3) Tertiärer Grund	Code nach ICPC: _____

4. Medizinischer Hintergrund

Bitte geben Sie aus der ICPC-Klassifizierung die gesundheitliche Konsequenz des oben genannten Hauptgrundes an. Mehrfachnennungen (max. 3) sind möglich.

4.1) Konsequenz 1	Code nach ICPC : _____
4.2) Konsequenz 2	Code nach ICPC : _____
4.3) Konsequenz 3	Code nach ICPC : _____
4.4) Bemerkungen:	

5. Zielerreichung („goal attainment“)

Welche(s) Ziel(e) sollten mittels der Hilfe unseres Kompetenzzentrums erreicht werden?

5.1) 1. Ziel: _____	
5.1.1) Ausgangszustand	_____
5.1.2) Gewünschter Endzustand	_____
5.1.3) Freitext	_____

5.2) 2. Ziel:	
5.2.1) Ausgangszustand	_____
5.2.2) Gewünschter Endzustand	_____
5.2.3) Freitext	_____

5.3) 3. Ziel:	
5.3.1) Ausgangszustand	_____

5.3.2) Gewünschter Endzustand	
5.3.3) Freitext	

Modul B: Fragebogen zur Sozio-Demographie und Sozio-Ökonomie

ID-Nr. freiwilliger Mitarbeiter	__ - __ - __
---------------------------------	--------------

1.) Leben Sie in einer Partnerschaft?	
☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein

2.) Leben Sie mit Ihrer/Ihrem Partner/in in einer gemeinsamen Wohnung?	
☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein

3.) Kinder im Haushalt	
3.1) Wie viele Kinder haben Sie? Anzahl Kinder: _____	
3.2) Wie viele von Ihren Kindern leben noch bei Ihnen zuhause? Anzahl Kinder: _____	

4.) Höchste abgeschlossene Schule oder Berufsausbildung (nur 1 ankreuzen)	
☐ ₁ Obligatorische Schule (Primarstufe und Sekundarstufe I) <u>nicht</u> abgeschlossen ☐ ₂ Obligatorische Schule (Primarstufe und Sekundarstufe I) abgeschlossen ☐ ₃₁ Vorlehre (1-jährig), 10. Schuljahr, Haushaltslehrjahr ☐ ₃₂ Anlehre, Attestausbildung ☐ ₄ Berufslehre, Berufsmittelschule, Vollzeitberufsschule (auch mind. 3-jährige Handelsmittelschule und Lehrwerkstätte) ☐ ₅ Fachmittelschule FMS, Diplommittelschule DMS ☐ ₆ Lehrerseminar ☐ ₇ Berufsmaturität ☐ ₈ Gymnasiale Maturität ☐ ₉ Höhere Fachschule (z.B. HTL, HWV) ☐ ₁₀ Fachhochschule (FH) oder Pädagogische Hochschule (PH) ☐ ₁₁ Universität (inkl. ETH) ☐ ₁₂ Anderes, nämlich: _____ ☐ ₁₃ Weiss nicht	

5.) Erwerbstätigkeit

5.1) Sind Sie im Moment erwerbstätig?

- ☐₁ Voll Erwerbstätig
- ☐₂ Teilzeit erwerbstätig
- ☐₃ Arbeitslos (vermittelbar)
- ☐₄ Nicht erwerbstätig (Fürsorger, Mütter, Schüler, etc.)

5.2) Sind Sie schon einmal einer bezahlten Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgegangen? Waren Sie früher einmal erwerbstätig?

- ☐₁ Ja
- ☐₂ Nein

5.3) Wann endete Ihre letzte Erwerbstätigkeit?

Jahr: _____ Dauer der letzten Erwerbstätigkeit: _ _ _ (Monate)

5.4) Was ist/war ihre berufliche Stellung bei Ihrer jetzigen/letzten Erwerbstätigkeit?

- ☐₁ Selbständig
- ☐₂ Angestellt als Lehrling/Lehrtochter (Lehre, Anlehre, Praktikum)
- ☐₃ Hilfsangestellte/r, Hilfsarbeiter/in, Gelegenheitsarbeiter/in
- ☐₄ Angestellt, z.B. als Angestellte/r, Arbeiter/in
- ☐₅ Angestellt in Kaderfunktion
- ☐₆ Andere Stellung: _____

6.) Einkommenssituation6.1) Wie viele Personen in Ihrem Haushalt beziehen ein eigenes Einkommen, z.B. aus Berufstätigkeit, Rente oder anderem?☐₁
Eine Person☐₂
2 Personen☐₃
3 Personen☐₄
4 Personen
oder mehr

6.2) Einkommen aus Erwerbstätigkeit?

☐₁
Ja
-> weiter mit 6.5☐₂
Nein
-> weiter mit 6.3

6.3) Bekommen Sie persönlich eine Rente (AHV, IV), Taggelder, Alimente, Stipendien, Arbeitslosenunterstützung oder sonstige finanzielle Unterstützung?

☐₁
Ja
-> weiter mit 6.4☐₂
Nein
-> weiter mit 6.5

6.4) Welche Arten von finanzieller Unterstützung sind das?		
6.4.1) AHV-Rente (Altersrente)	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
6.4.2) Altersrente der beruflichen Vorsorge, Pensionskasse (2. Säule)	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
6.4.3) Altersrente der privaten Vorsorge, Lebensversicherung (3. Säule)	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
6.4.4) Invalidenrente (IV, Unfallvers., Militärvers., berufliche Vorsorge)	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
6.4.5) Unfallversicherungsrente (SUVA, private Versicherungen)	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
6.4.6) Taggelder (IV, Krankenversicherung, Unfallversicherung)	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
6.4.7) Arbeitslosengeld	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
6.4.8) Alimente / Unterhaltsbeiträge / Alimentenbevorschussung	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
6.4.9) Ergänzungsleistungen (EL)	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
6.4.10) Witwen/Witwer- und Waisenrente	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
6.4.11) Sozialhilfe / Fürsorgeleistung / Wohngeld	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
6.4.12) Überbrückungsrente vor dem offiziellen AHV-Alterseintritt (inkl. vorzeitiger Pensionierung)	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
6.4.13) Andere Rente	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein

6.5) Wie hoch ist das monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushaltes insgesamt? (Gemeint ist dabei die Summe, die sich ergibt aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu.)

☐₁ Unter 1100 CHF _____

☐₂ 1.000 bis unter 1.500 CHF _____

☐₃ 1.500 bis unter 2.000 CHF _____

☐₄ 2.000 bis unter 2.500 CHF _____

☐₅ 2.500 bis unter 3.000 CHF _____

☐₆ 3.000 bis unter 4.000 CHF _____

☐₇ 4.000 bis unter 5.000 CHF _____

☐₈ 5.000 bis unter 10.000 CHF _____

☐₉ 10.000 CHF und mehr _____

Modul C: Fragebogen zu Erfahrungen mit Sozialdiensten und Zielvorstellungen

ID-Nr. freiwilliger Mitarbeiter	__ - __ - __ - __
---------------------------------	-------------------

1. Erfahrungen mit Sozialdiensten

1.1) Stehen Sie gegenwärtig im Kontakt mit Sozial-Diensten (z.B. Sozialamt, RAV, etc.) oder nehmen Sie professionelle Hilfe zur Lösung von sozialen Problemen in Anspruch?

☐₁ Ja

☐₂ Nein

1.1.1) Falls ja, seit wann: __ - __ - __ und bei wem:

1.1.2) Falls ja, seit wann: __ - __ - __ und bei wem:

1.1.3) Falls ja, seit wann: __ - __ - __ und bei wem:

(Mehrfachnennungen sind möglich)

1.2) Haben Sie schon einmal Erfahrungen mit Sozial-Diensten bzw. professioneller Hilfe zur Lösung von sozialen Problemen gemacht?

☐₁ Ja

☐₂ Nein

1.2.1) Falls ja, seit wann: __ - __ - __ bis wann: __ - __ - __ und bei wem:

1.2.2) Falls ja, seit wann: __ - __ - __ bis wann: __ - __ - __ und bei wem:

1.2.3) Falls ja, seit wann: __ - __ - __ bis wann: __ - __ - __ und bei wem:

(Mehrfachnennungen sind möglich)

2. Zielerreichung („goal attainment“)

Welche(s) Ziel(e) sollten mittels der Hilfe unseres Kompetenzzentrums erreicht werden?

2.1) 1. Ziel: _____	
2.1.1) Ausgangszustand	_____
2.1.2) Gewünschter Endzustand	_____
2.1.3) Freitext	_____
2.2) 2. Ziel:	
2.2.1) Ausgangszustand	_____
2.2.2) Gewünschter Endzustand	_____
2.2.3) Freitext	_____

2.3) 3. Ziel: _____	
2.3.1) Ausgangszustand	_____
2.3.2) Gewünschter Endzustand	_____
2.3.3) Freitext	_____

3.) Soziale Beziehungen (Grösse und Qualität des sozialen Netzwerks):
<u>Grösse</u>
3.1) Zu wie vielen Personen (Verwandte, Freunde, etc.) haben Sie regelmässig Kontakt (d.h. mind. 1x in den letzten 6 Monaten)? Anzahl: __ __
<u>Qualität</u>
3.2) Wie viele erwachsene Kinder (ab 15 Jahren) haben Sie, mit denen Sie sich eng verbunden fühlen? Anzahl: __ __
3.3) Wie viele Verwandte haben Sie (abgesehen von Ihren Kindern), mit denen Sie sich eng verbunden fühlen? Anzahl: __ __
3.4) Wie viele Freunde haben Sie, mit denen Sie sich eng verbunden fühlen und mit

denen Sie auch persönliche Probleme besprechen können?

Anzahl: _ _

3.5) Wie viele Ihrer engen Freunde oder Verwandte treffen Sie mindestens einmal im Monat?

Anzahl: _ _

3.6) Gruppenaktivität: Wie häufig gehen Sie folgenden Gruppenaktivitäten nach?			
3.6.1) Sportverein oder andere sportliche Gruppe (z.B. Alpenverein, Wandergruppe, Tanzgruppe)	☐ ₁ Häufig	☐ ₂ Selten	☐ ₃ Nie
3.6.2) Kirche oder karitative Vereinigung	☐ ₁ Häufig	☐ ₂ Selten	☐ ₃ Nie
3.6.3) Hobby-Club (z.B. Schützenverein, Kegeln, Schach, Gesangsverein)	☐ ₁ Häufig	☐ ₂ Selten	☐ ₃ Nie
3.6.4) Berufliche Organisation oder Berufsverband	☐ ₁ Häufig	☐ ₂ Selten	☐ ₃ Nie
3.6.5) Politische Gruppe	☐ ₁ Häufig	☐ ₂ Selten	☐ ₃ Nie
3.6.6) Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppe (z.B. Rheumagruppe, Koronargruppe)	☐ ₁ Häufig	☐ ₂ Selten	☐ ₃ Nie
3.6.7) Andere Gruppen	☐ ₁ Häufig	☐ ₂ Selten	☐ ₃ Nie

Modul D: Fragebogen zu physischer und psychischer Lebensqualität

ID-Nr. freiwilliger Mitarbeiter	__ - __ - __ - __
---------------------------------	-------------------

Der WHOQOL-BREF (Deutsche Version)

Sind Sie gegenwärtig krank?	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
Wenn etwas mit Ihrer Gesundheit nicht in Ordnung ist, was glauben Sie, was es ist? Krankheit /Gesundheitsproblem:		

Instruktionen

In diesem Fragebogen werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens beurteilen. **Bitte beantworten Sie alle Fragen.** Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erstes in den Sinn kommt.

0.0 Einstieg (allgemein)

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
0. Bekommen Sie von anderen Menschen die Unterstützung, die Sie brauchen?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen sie, wie sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.

1.) Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	☐ ₁ Sehr schlecht	☐ ₂ Schlecht	☐ ₃ Mittel-mässig	☐ ₄ Gut	☐ ₅ Sehr gut
2.) Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	☐ ₁ Sehr unzufrieden	☐ ₂ Unzufrieden	☐ ₃ Weder zufrieden noch unzufrieden	☐ ₄ Zufrieden	☐ ₅ Sehr zufrieden

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie stark** Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel-mässig	Ziemlich	Äusserst
3.) Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
4.) Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
5.) Wie gut können Sie Ihr Leben geniessen?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
6.) Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
7.) Wie gut können Sie sich konzentrieren?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
8.) Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
9.) Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

In den folgenden Fragen geht es darum, in welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
10.) Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
11.) Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
12.) Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
13.) Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
14.) Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
15.) Wie gut können Sie sich fortbewegen?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

In den folgenden Fragen geht es darum, wie **zufrieden, glücklich oder gut** Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
16.) Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
17.) Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
18.) Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
19.) Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
20.) Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Beziehungen?					
21.) Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
22.) Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
23.) Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
24.) Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

In der folgenden Frage geht es darum, **wie oft** sich während der vergangenen zwei Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit.

	Niemals	Nicht oft	Zeitweilig	Oftmals	Immer
25.) Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Modul E: Fragebogen zur Funktionalität im Alltag

ID-Nr. Freiwilliger Mitarbeiter	__ - __ - __ - __
---------------------------------	-------------------

1.) IADL Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens

Ich lese Ihnen jetzt andere Aktivitäten rund um den Haushalt vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie das ohne Schwierigkeiten, mit leichten Schwierigkeiten, mit starken Schwierigkeiten oder überhaupt nicht machen können.

INT: Vorübergehende Gesundheitsprobleme nicht einbeziehen!

	Ohne Schwierigkeiten	Leichte Schwierigkeiten	Starke Schwierigkeiten	Überhaupt nicht
1.1) Selbständig Essen zubereiten	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
1.2) Selbständig telefonieren	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
1.3) Selbständig einkaufen	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
1.4) Selbständig Wäsche waschen	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
1.5) Selbständig leichte Hausarbeit erledigen	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
1.6) Selbständig gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
1.7) Sich selbständig um Finanzen kümmern	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
1.8) Selbständig die öffentlichen Verkehrsmittel benutzen	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄

2.) Beeinträchtigung bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens

2.1) Wie sehr sind Sie zumindest während der letzten 6 Monate durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt gewesen? Würden Sie sagen, Sie sind ... gewesen:

INT: Vorlesen!

☐ ₁ Stark eingeschränkt	☐ ₂ Etwas eingeschränkt	☐ ₃ Nicht eingeschränkt
--	--	--

2.2) Sind Sie aus gesundheitlichen Gründen nicht erwerbsfähig?

☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
---	---

3.) Informelle Hilfeleistungen

3.1) Haben Sie in den letzten 12 Monaten **aus gesundheitlichen Gründen** Hilfe von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn bekommen, z.B. Hilfe wie Einkaufen, Pflege, Essen zubereiten oder bringen, usw.?

☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
---	---

3.2) Um was für Hilfe hat es sich gehandelt? Handelte es sich um:

Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

3.2.1) Einkaufen	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
3.2.2) Mahlzeiten	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
3.2.3) Krankentransporte	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
3.2.4) Hilfe im Haushalt	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
3.2.5) Kranken- oder Körperpflege	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
3.2.6) Betreuung der übrigen Familienmitglieder	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
3.2.7) Gesellschaft leisten	☐ ₁	☐ ₂

	Ja	Nein
3.2.8) Finanzielle Hilfe	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
3.2.9) Vermittlung von Hilfe oder einer Organisation	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
3.2.10) Hilfe bei administrativen Angelegenheiten	☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein
3.3) Werden Sie von einer oder mehreren Personen, die mit Ihnen im selben Haushalt leben, bei den persönlichen Aktivitäten oder bei den Aktivitäten im Haushalt, bei denen Sie Mühe haben, unterstützt?		
☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein	
3.4) Werden Sie bei den persönlichen Aktivitäten oder bei den Aktivitäten im Haushalt, bei denen Sie Mühe haben, von Verwandten oder Freunden, die nicht mit Ihnen zusammenleben, unterstützt?		
☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein	

4.) Organisierte Hilfeleistungen

4.) Haben Sie in den letzten 12 Monaten für sich selber einen SPITEX-Dienst gebraucht, d.h. eine Krankenschwester, eine Hauspflegerin, eine Haushalt- oder Betagtenhilfe oder den Mahlzeiten- oder Fahrdienst?	
☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein

Modul F: Feedbackbogen für den Meldenden/Hausarzt (T2)

ID-Nr. Meldender/Arzt		-- - - - -	
1.) Hatten Sie nochmals Kontakt zum Patienten/Klienten (zur Patientin/Klientin), seit dessen Anmeldung für SALUTE?			
☐ ₁ Ja → weiter zu Fragen 2-4		☐ ₂ Nein → weiter zu Frage 5	
2.) Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Intervention?			
☐ ₁ Sehr zufrieden	☐ ₂ Weitgehend zufrieden	☐ ₃ Leicht unzufrieden	☐ ₄ Ziemlich unzufrieden
3.) Empfanden Sie die Intervention als Bereicherung oder Belastung?			
☐ ₁ Absolute Bereicherung	☐ ₂ Eher als Bereicherung	☐ ₃ Eher als Belastung	☐ ₄ Absolute Belastung
4.) Haben Sie das Gefühl, dass SALUTE das richtige Angebot war, um die Situation des Patienten/Klienten zu bearbeiten?			
☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein	☐ ₃ Weiss nicht	

Modul G: Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (T2)

1.) Wie würden Sie die <u>Qualität der Freiwilligeneinsätze (Hausbesuche)</u> , welche Sie erfahren haben, beurteilen?			
☐ ₁ Ausgezeichnet	☐ ₂ Gut	☐ ₃ Weniger gut	☐ ₄ Schlecht
2.) Haben Sie die <u>Art der Unterstützung</u> erhalten, die Sie wollten?			
☐ ₁ Eindeutig nicht	☐ ₂ Eigentlich nicht	☐ ₃ Im Allgemeinen ja	☐ ₄ Eindeutig ja
3.) In welchem Masse hat unser Freiwilligenzentrum <u>Ihren Bedürfnissen entsprochen</u> ?			
☐ ₁ Sie hat fast allen . . .	☐ ₂ den meisten . . .	☐ ₃ nur wenigen 2.Bedürfnissen entsprochen	☐ ₄ Sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen
4.) Würden Sie einem Freund/einer Freundin <u>unser Freiwilligenzentrum empfehlen</u> , wenn er/sie ähnliche Hilfe benötigen würde?			
☐ ₁ Eindeutig nicht	☐ ₂ Ich glaube nicht	☐ ₃ Ich glaube ja	☐ ₄ Eindeutig ja
5.) Wie <u>zufrieden sind Sie mit dem Ausmass der Hilfe</u> , welche Sie hier erhalten haben?			
☐ ₁ Ziemlich unzufrieden	☐ ₂ Leicht unzufrieden	☐ ₃ Weitgehend zufrieden	☐ ₄ Sehr zufrieden
6.) Hat die Unterstützung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei <u>geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen</u> ?			
☐ ₁ Ja, sie half eine ganze Menge	☐ ₂ Ja, sie half etwas	☐ ₃ Nein, sie half eigentlich nicht	☐ ₄ Nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht
7.) Wie <u>zufrieden sind Sie mit dem persönlichen Umgang</u> im Grossen und Ganzen?			
☐ ₁ Sehr zufrieden	☐ ₂ Weitgehend zufrieden	☐ ₃ Leicht unzufrieden	☐ ₄ Ziemlich unzufrieden
8.) Würden Sie <u>wieder unsere Freiwilligeneinsätze in Anspruch nehmen</u> , wenn Sie Hilfe bräuchten?			
☐ ₁ Eindeutig nicht	☐ ₂ Ich glaube nicht	☐ ₃ Ich glaube ja	☐ ₄ Eindeutig ja

Modul H: Zielerreichungsskala für den Klienten (T2)

Die folgende Skala dient dazu, zu überprüfen, inwieweit Ihre Ziele, die beim 1./2. Hausbesuch festgelegt wurden, aus Ihrer Sicht erreicht wurden.

1.) Ziel 1: _____ (aus „Baseline“-Erhebung)				
☐ ₁ „+2“: Viel mehr als erwartet	☐ ₂ „+1“: Etwas mehr als erwartet	☐ ₃ „0“: Erwartetes Ergebnis (Zielerreichung)	☐ ₄ „-1“: Etwas weniger als erwartet	☐ ₅ „-2“: Viel weniger als erwartet
2.) Ziel 2: _____ (aus „Baseline“-Erhebung)				
☐ ₁ „+2“: Viel mehr als erwartet	☐ ₂ „+1“: Etwas mehr als erwartet	☐ ₃ „0“: Erwartetes Ergebnis (Zielerreichung)	☐ ₄ „-1“: Etwas weniger als erwartet	☐ ₅ „-2“: Viel weniger als erwartet
3.) Ziel 3: _____ (aus „Baseline“-Erhebung)				
☐ ₁ „+2“: Viel mehr als erwartet	☐ ₂ „+1“: Etwas mehr als erwartet	☐ ₃ „0“: Erwartetes Ergebnis (Zielerreichung)	☐ ₄ „-1“: Etwas weniger als erwartet	☐ ₅ „-2“: Viel weniger als erwartet

Modul I: Bericht zur Zufriedenheit und Zielerreichungsskala (GAS) für die freiwillig tätige Person (T2)

1.) Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Intervention?			
☐ ₁ Sehr zufrieden	☐ ₂ Weitgehend zufrieden	☐ ₃ Leicht unzufrieden	☐ ₄ Ziemlich unzufrieden
2.) Empfinden Sie die Intervention als Bereicherung oder Belastung?			
☐ ₁ Absolute Bereicherung	☐ ₂ Eher als Bereicherung	☐ ₃ Eher als Belastung	☐ ₄ Absolute Belastung
3.) Haben Sie das Gefühl, dass SALUTE die richtige Dienstleistung war, um die Situation des Patienten/Klienten zu bearbeiten?			
☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein	☐ ₃ Weiss nicht	

4.) BERICHT Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Intervention? Wie war Ihr subjektives Erleben? <u>Bericht (bzgl. Zufriedenheit mit der Intervention und subjektivem Erleben):</u>
--

5.) Zielerreichungsskala:

Die folgende Skala dient dazu, zu überprüfen, inwieweit die in der „Baseline“-Erhebung abgefragten Ziele der Betroffenen erreicht wurden.

5.1.) Ziel 1: _____ (aus „Baseline“-Erhebung)				
☐ ₁ „+2“: Viel mehr als erwartet	☐ ₂ „+1“: Etwas mehr als erwartet	☐ ₃ „0“: Erwartetes Ergebnis (Zielerreichung)	☐ ₄ „-1“: Etwas weniger als erwartet	☐ ₅ „-2“: Viel weniger als erwartet
5.2.) Ziel 2: _____ (aus „Baseline“-Erhebung)				
☐ ₁ „+2“: Viel mehr als erwartet	☐ ₂ „+1“: Etwas mehr als erwartet	☐ ₃ „0“: Erwartetes Ergebnis (Zielerreichung)	☐ ₄ „-1“: Etwas weniger als erwartet	☐ ₅ „-2“: Viel weniger als erwartet
5.3.) Ziel 3: _____ (aus „Baseline“-Erhebung)				
☐ ₁ „+2“: Viel mehr als erwartet	☐ ₂ „+1“: Etwas mehr als erwartet	☐ ₃ „0“: Erwartetes Ergebnis (Zielerreichung)	☐ ₄ „-1“: Etwas weniger als erwartet	☐ ₅ „-2“: Viel weniger als erwartet

Modul J: Feedbackbogen bzgl. nachhaltiger Zufriedenheit für den Meldenden/Hausarzt (T3; nach 6 Monaten)

ID-Nr. Meldender/Arzt	__ - __ - __
-----------------------	--------------

1.) Hatten Sie nochmals Kontakt zum Patienten/Klienten (zur Patientin/Klientin), seit dessen Anmeldung für SALUTE?

☐ ₁ Ja → weiter zu Fragen 2-4	☐ ₂ Nein → weiter zu Frage 5
--	---

2.) Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Intervention?

☐ ₁ Sehr zufrieden	☐ ₂ Weitgehend zufrieden	☐ ₃ Leicht unzufrieden	☐ ₄ Ziemlich unzufrieden
---	---	---	---

3.) Empfanden Sie die Intervention als Bereicherung oder Belastung?

☐ ₁ Absolute Bereicherung	☐ ₂ Eher als Bereicherung	☐ ₃ Eher als Belastung	☐ ₄ Absolute Belastung
--	--	---	---

4.) Haben Sie das Gefühl, dass SALUTE das richtige Angebot war, um die Situation des Patienten/Klienten zu bearbeiten?

☐ ₁ Ja	☐ ₂ Nein	☐ ₃ Weiss nicht
---	---	--