Evaluationsbericht

„Gesunde Kommune – Gesund engagiert gegen Einsamkeit im Alter“

Maren Weiss, Natascha Karl, Anne Maier, Isabell Schuh und Leander Wirth

Kontakt:

Prof. Dr. Maren Weiss

SRH University Heidelberg, Campus Fürth

School of Psychology

Merkurstr. 19

90763 Fürth

maren.weiss@srh.de

15.09.2025

Zusammenfassung

Das Projekt untersucht Einsamkeitsprävention innerhalb der älteren Bevölkerungsgruppe, deren Anteil in Deutschland stetig steigt. So bietet das Freiwilligenzentrum Fürth (FZF) bereits seit vielen Jahren einen ehrenamtlichen Besuchsdienst für Senior*innen an. Diese beteiligten Personengruppen – Senior*innen und Ehrenamtliche - werden in den drei Teilstudien fokussiert.

Die erste dieser Teilstudien beschäftigt sich in 12 Interviews mit der Perspektive und den Erfahrungen der Senior*innen, die den Besuchsdienst nutzen. Über die Hälfte der Befragten erlebte zumindest phasenweise Gefühle der Einsamkeit und wünschte sich vom sozialen Umfeld mehr Nähe und Unterstützung. Unabhängig vom Einsamkeitsempfinden wurde der Besuchsdienst positiv bewertet. Er trug zur sozialen Integration, emotionalen Stabilität sowie Lebensqualität und zur Verringerung von Einsamkeit bei.

Der Fokus der zweiten Teilstudie liegt auf den Personen, die sich durch das Freiwilligenzentrum Fürth ehrenamtlich für den Besuchsdienst engagieren und somit die Besuche durchführen. 19 Freiwillige wurden zu ihrer ehrenamtlichen Arbeit, ihren Erfahrungen und allgemein zum Angebot des Besuchsdienstes befragt. Ein Großteil der Befragten gab an, soziale bzw. aktivierende Tätigkeiten mit den Senior*innen durchzuführen. Die Motivation für das Ehrenamt waren häufig persönliche und soziale Beweggründe, und die Tätigkeit wurde als sehr bereichernd erlebt. Dennoch erlebten mehr als zwei Drittel der Freiwilligen psychische Belastungen im Ehrenamt.

Die dritte Teilstudie arbeitet mit anonymisierten Protokollbögen von Vermittlungskontakten, bei denen keine Vermittlung zustande kam. Die Vermittlung scheiterte beispielsweise an Krankheit/Pflegebedürftigkeit/Versterben der Senior*innen, an Schwierigkeiten in der Kontaktgestaltung oder an falschen Vorstellungen davon, was der Besuchsdienst leisten kann. Die nicht vermittelten Senior*innen scheinen im Vergleich zu den erfolgreich laufenden Besuchstandems etwas stärker körperlich, kognitiv und psychisch eingeschränkt zu sein.

Die Ergebnisse werden zusammenfassend diskutiert und als Grundlage für die Neuausrichtung der Seniorenarbeit am FZF genutzt. Das Konzept dieser Neuausrichtung bildet den Abschluss des Berichts.

Inhalt

Zusammenfassung 2
Abbildungsverzeichnis 4
Einleitung und Forschungshintergrund 5
Einsamkeit im Alter 5
Ehrenamtliches Engagement in Deutschland 8
Ehrenamtliches Engagement für Senioren und Seniorinnen: Besuchsdienste 9
Der Besuchsdienst „Zeit für Nachbarn" des Freiwilligenzentrums Fürth 10
Projektziele und Fragestellungen 12
Methode und Ergebnisse der Studie 14
Teilstudie 1: Die Perspektive der Seniorinnen und Senioren 14
Teilstudie 2: Die Perspektive der Freiwilligen 21
Teilstudie 3: Protokolle „gescheiterter" Vermittlungen 34
Vergleich der Stichproben aus Teilstudie 1 und 3 37
Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse 38
Zu den Senior*innen im Besuchsdienst 38
Zu den Freiwilligen im Besuchsdienst 40
Ausblick: Konzeptentwicklung für die Seniorenarbeit des FZF 46
Ziele 46
Maßnahmen 47
Vermittlungscheck 47
Helfer-Community 48
Reflexionsjournal „Gutes getan" 50
Ü-70 Gruppenangebote ausbauen und betreuen 51
Fahrradkurs „Fit aufs Rad – mobil und sicher im Alter" 52
Mittagstische als Begegnungsorte im Stadtteil 54
Öffentlichkeitsarbeit 55
Literaturverzeichnis 56
Anhang 58
A. Interviewleitfaden Senior*innen 58
B. Interviewleitfaden Ehrenamtliche 60

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Empfehlungen zur Einsamkeitsprävention 17
Abbildung 2. Vorschläge zur Gesundheitsförderung im Besuchsdienst 18
Abbildung 3. Veränderung der Lebenssituation durch den Besuchsdienst.....19
Abbildung 4. Strukturelle und individuelle Barrieren (Mehrfachnennungen möglich) 29
Abbildung 5. Möglichkeiten der Gesundheitsförderung im Besuchsdienst 30
Abbildung 6. Ergebniszusammenfassung - Überblick.....45
Abbildung 7. Übersicht über die geplanten Maßnahmen der Seniorenarbeit des FZF.....47

Einleitung und Forschungshintergrund

Dieser Bericht behandelt das Thema Einsamkeitsprävention im Alter durch ehrenamtliche Besuchsdienste. Das Freiwilligenzentrum Fürth (FZF) bietet einen Besuchsdienst für Senior*innen an, der im Rahmen einer Bestandsaufnahme und Bedarfserhebung wissenschaftlich begleitet wurde. Konkret befasst sich der Bericht mit der Frage, wie ehrenamtliche Seniorenarbeit aussehen kann, sodass sie der Einsamkeit im Alter präventiv begegnen und gesundheitsfördernd wirken sowie zugleich die Gesundheit der Ehrenamtlichen stärken kann. Im Fokus des Berichts stehen also einerseits Senior*innen, die von Einsamkeit bedroht sind, andererseits die Freiwilligen, die ihr Ehrenamt möglichst lange und gesund ausüben sollen. Diese beiden Gruppen wurden in unterschiedlichen Teilstudien untersucht. Teilstudie 1 fokussiert Senior*innen, die von Einsamkeit bedroht oder betroffen sind. Möglichkeiten der Einsamkeitsprävention und die Bewertung des Besuchsdienstes werden im Rahmen einer Interviewstudie ausgeleuchtet. Teilstudie 2 nimmt die Bedürfnisse und Wahrnehmungen der Freiwilligen, die sich in der Seniorenarbeit einsetzen, in den Blick. Ehrenamtliche Tätigkeiten können vielfältige positive Effekte haben. Gerade Personen, die selbst zu Beginn der nachberuflichen Phase stehen, finden hier sinnvolle Alltagsgestaltung, Selbstwirksamkeitserleben, Selbstwertsteigerung und Ausbau sozialer Kontakte. Zugleich sind Abbrüche und „Scheitern" der Besuchstandems auch auf Seiten der Freiwilligen mit diversen Risiken verbunden, z. B. Frustration, Stress oder Kränkungserfahrungen. Die Interviewstudie erfasst die persönlichen Folgen dieses Ehrenamtes in allen Facetten. Zudem können die Freiwilligen als „Expert*innen" besonders gut über Gelingensfaktoren des Besuchsdienstes Auskunft geben und sind damit wertvolle Informationsquelle für die zukünftige Ausgestaltung der Seniorenarbeit. Eine dritte Teilstudie beleuchtet „gescheiterte" Vermittlungsversuche durch Analyse der Vermittlungsprotokolle. Gelingensfaktoren des Besuchsdienstes und Kriterien zur Optimierung zukünftiger Vermittlungen werden herausgearbeitet.

Einsamkeit im Alter

Einsamkeit beschreibt einen wahrgenommenen (subjektiven) Mangel an sozialen Beziehungen, entweder in quantitativer (soziale Einsamkeit) oder in qualitativer Hinsicht (emotionale Einsamkeit). Wichtig am Konzept „Einsamkeit" ist also die subjektive

Empfindung eines Mangels – Personen, die einsam sind, sind deshalb nicht zwangsläufig sozial isoliert, und sozial isolierte Personen sind nicht automatisch einsam (BMFSFJ, 2024). Einsamkeit ist ein Thema, das mit vielfältigen persönlichen und gesellschaftlichen Folgen verbunden ist: Einsame Menschen haben ein höheres Risiko, an körperlichen und psychischen Erkrankungen zu leiden (BMFSFJ, 2024; Entringer et al., 2025). Obwohl Einsamkeit selbst keine psychische Erkrankung ist, kann sie die Entwicklung von Depressionen, Angststörungen oder Suchterkrankungen fördern. Zudem steht Einsamkeit mit einem erhöhten Risiko für physische Erkrankungen wie Adipositas, koronare Herzerkrankungen und Typ-2-Diabetes in Verbindung. Einsamkeit kann also krank machen – zugleich kann Krankheit auch einsam machen, z. B. durch Antriebslosigkeit, Schwächegefühle und Mobilitätseinschränkungen. Einsamkeit und schlechte Gesundheit verstärken sich also gegenseitig. Einsame Menschen haben statistisch gesehen eine kürzere Lebenserwartung (Holt-Lunstad et al., 2010). Einsamkeitsprävention ist damit immer auch Gesundheitsprävention. Zudem hängt Einsamkeit mit geringerer politischer Partizipation und geringerem Vertrauen in demokratische und gesellschaftliche Strukturen zusammen (BMFSFJ, 2024). Somit kann Einsamkeitsprävention auch den gesellschaftlichen Zusammenhalt und die Stärkung demokratischer Kräfte fördern.

Insgesamt hat sich auch in der Politik die Erkenntnis durchgesetzt, dass Einsamkeit nicht als privates, sondern als gesamtgesellschaftliches Problem zu sehen und zu behandeln ist. Das Einsamkeitsbarometer, das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2024 herausgegeben wurde, ist indikativ für diese Entwicklung. Basis für das Einsamkeitsbarometer sind die Daten des Sozio-Ökonomischen Panels (SOEP, https://www.diw.de/de/diw_01.c.412809.de/sozio-oekonomisches_panel__soep.html), in dem Einsamkeit schon seit vielen Jahren repräsentativ erhoben wird.[1] Im Folgenden fassen wir zentrale Erkenntnisse zur Einsamkeit von in Deutschland lebenden Personen auf Basis der SOEP-Daten und anderer Publikationen zusammen.

Im langfristigen Verlauf waren seit den 1990er Jahren Personen über 75 Jahre die am stärksten von Einsamkeit betroffene Bevölkerungsgruppe. Über die 2000er und 2010er Jahre zeigte sich im Zeitverlauf eine positive Entwicklung: Die Einsamkeitsbelastungen bei den älteren Personen sind deutlich zurückgegangen. Diese positive Entwicklung wurde

[1] Die letzten SOEP-Daten, die dem Einsamkeitsbarometer zugrunde liegen, stammen aus dem Pandemiejahr 2021. Die Interpretation des aktuellen Einsamkeitsbarometers sollte also immer vor dem Hintergrund dieser massiven gesellschaftlichen Ausnahmesituation stattfinden.

durch die massiven Einschnitte, die die Coronapandemie für alle Bevölkerungsgruppen mit sich brachte, umgekehrt: Im Vergleich zum Jahr 2013 lag die Einsamkeitsbelastung 2021 bei Männern und Frauen deutlich höher (Frauen: 1993 9,2 %, 2021 12,8 %; Männer: 1993 6,6 %, 2021 9,8 %). Hiervon waren zunächst alte wie junge Menschen betroffen. Im Pandemiejahr 2020 war allerdings die Einsamkeitsbelastung bei jungen Menschen (18-29 Jahre) mit 31,8 % höher als die Einsamkeitsbelastung alter Menschen über 75 Jahre (22,8 %). Während nach Ende der pandemiebedingten Einschränkungen die Einsamkeit im Alter wieder zurückging, blieb sie bei den jungen Erwachsenen weiterhin erhöht (BMFSFJ, 2024). Neben hochaltrigen Personen sind also auch die jungen Menschen nun eine Risikogruppe, die in den Fokus der Einsamkeitsprävention rücken muss. Da die Gruppe der älteren Personen (älter als 75 Jahre) in den kommenden Jahrzehnten stark anwachsen und einen immer größeren Anteil der Gesamtbevölkerung ausmachen wird, ist es aber weiterhin von großer Bedeutung, die Entwicklung der Einsamkeitsbelastungen in dieser Gruppe genau zu beobachten und ihr präventiv zu begegnen. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass ältere Personen, wenn sie einmal einsam sind, mehr Schwierigkeiten haben, die Einsamkeit wieder hinter sich zu lassen als Personen im mittleren Erwachsenenalter. Auch dies spricht dafür, Einsamkeitsprävention bei älteren Personen weiterhin voranzutreiben (Huxhold & Henning, 2023).

Im Längsschnitt zeigte sich zudem, dass Frauen – vor, während und nach der Pandemie – eine höhere Einsamkeitsbelastung aufweisen als Männer. Angesichts der weiterhin höheren Lebenserwartung von Frauen im Vergleich zu Männern ist auch darin ein Anlass für Einsamkeitsprävention im Alter zu sehen (BMFSFJ, 2024).

Um den individuellen und gesellschaftlichen Folgen dieser „Einsamkeitsepidemie" zu begegnen, muss herausgearbeitet werden, welche Faktoren protektiv gegen Einsamkeitsgefühle wirksam sind. Entsprechend der Zielsetzung dieses Projekts gehen wir hier insbesondere auf ältere Personen ein.

Gerade im Alter ist die Einbindung in sogenannte Primärbeziehungen (Familie, Freunde und Freundinnen sowie Nachbarn und Nachbarinnen) zentral. Weiterhin einsamkeitspräventiv wirkt die gesellschaftliche Teilhabe über Sport- und Kulturveranstaltungen, politisches Engagement, Ehrenamt usw.. Dies setzt aber ein vor Ort vorhandenes soziales Netzwerk und ausreichende Mobilität und Gesundheit voraus. Personen, die bereits (altersbedingt)

mobilitätseingeschränkt sind, erste kognitive Einbußen spüren oder depressive Symptome aufweisen, können gesellschaftliche Teilhabe häufig nicht mehr aktiv leben.

Menschen, die in Heimen leben, leiden besonders oft unter erhöhter Einsamkeitsbelastung. Aber auch bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern hängt das Einsamkeitserleben von weiteren sozialen Randbedingungen ab, wie die Analyse der SOEP-Daten zeigt (BMFSFJ, 2024): Lebten die befragten Personen im Heim und hatten keinen Partner oder keine Partnerin, gaben sie zu 39,6 Prozent an, einsam zu sein. Hochaltrige Menschen, die in einer stationären Einrichtung lebten, aber einen Partner oder eine Partnerin hatten, gaben dagegen nur zu 14,8 Prozent an, einsam zu sein, was in etwa dem Anteil der Einsamen an den partnerlosen Hochaltrigen entspricht, die in einer privaten Wohnform leben (15,4 Prozent).

Dabei ist wichtig zu betonen, dass das hohe Alter selbst nicht als direkter Risikofaktor für Einsamkeitsbelastungen gilt (Huxhold & Henning, 2023). Vielmehr resultieren diese aus einer Ansammlung von Lebensereignissen, die mit zunehmendem Alter häufiger auftreten und Einsamkeit begünstigen (Luhmann & Bücker, 2022). Dazu zählen der Verlust von Lebenspartner oder Lebenspartnerin, nahestehenden Verwandten und engen Freunden oder Freundinnen, gesundheitliche Einschränkungen sowie gesellschaftliche Herausforderungen wie Altersarmut und Altersdiskriminierung.

Ehrenamtliches Engagement in Deutschland

Ehrenamtliche Tätigkeiten sind in Deutschland fest verwurzelt: So übten im Jahr 2019 fast 40 Prozent der Personen ab 14 Jahren in Deutschland mindestens ein Ehrenamt aus (Simonson et al., 2019). Die Zahl der ehrenamtlich Tätigen hat seit den 1990er Jahren sogar zugenommen. Dabei ist allerdings zu beobachten, dass der Zeitaufwand, den die einzelne Person in ihr Ehrenamt investiert, über die Jahrzehnte zurückgegangen ist (BMFSFJ, 2024; Simonson et al., 2019).

Personen im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter sind zu größeren Anteilen freiwillig engagiert als ältere Menschen. Während in der Vergangenheit die Ehrenamtsquote bei Männern stets höher lag, war im Jahr 2019 kein signifikanter Unterschied mehr in den Engagementquoten bei Männern und Frauen zu beobachten (Simonson et al., 2019). Bei Frauen ist eine Zunahme ehrenamtlichen Engagements in der zweiten Lebenshälfte erkennbar (Vogel & Gordo, 2019). Ehrenamt ist daneben auch abhängig von den

sozioökonomischen Ressourcen: Erwerbstätige und Personen mit höherem Einkommen sind häufiger freiwillig engagiert.

Als Motive für freiwilliges Engagement werden am häufigsten Spaß (93,9 %) sowie die Möglichkeit, anderen Menschen zu helfen (88,5 %), genannt. Bei älteren Menschen kommt als Motiv hinzu, selbst mit anderen Personen in Kontakt zu kommen (Simonson et al., 2019).

Ehrenamtliches Engagement für Senioren und Seniorinnen: Besuchsdienste

Ungefähr ein Drittel der Freiwilligen in Deutschland engagiert sich für ältere Personen (Simonson et al., 2019). Eine Möglichkeit, für Seniorinnen und Senioren ehrenamtlich tätig zu werden, sind Besuchsdienste. Diese werden von vielen Sozialverbänden[2] sowie Städten und Gemeinden[3] angeboten. Hier kommt der oder die Freiwillige zu den älteren Menschen nach Hause (auch in Wohn- und Pflegeeinrichtungen) und man verbringt Zeit miteinander, z. B. für Gespräche, Spiele, je nach Mobilität auch Spaziergänge oder Einkäufe. Diese regelmäßigen Besuche erlauben einen sehr persönlichen Kontakt und bieten die Grundlage für eine tragfähige, oft auch länger andauernde menschliche Beziehung zwischen den Beteiligten. Diese Besuchsdienste können die Lebensqualität der alten Menschen spürbar steigern (Koch & Hartwich-Koch, 2012). Am Beispiel des Besuchsdienstes des Seniorentreffs Ulm/Neu-Ulm zeigen Koch und Hartwich-Koch (2012), dass dies eine ehrenamtliche Tätigkeit ist, die häufig von Frauen nach Beendigung der Familienphase oder Berufstätigkeit begonnen und dann auch langfristig beibehalten wird. Neben altruistischen Motiven spielt die Suche nach sozialen Kontakten auch bei den Ehrenamtlichen selbst eine Rolle – so kann ein Ehrenamt auch bei den Freiwilligen selbst einsamkeitspräventiv wirken oder bestehende Einsamkeit reduzieren und das Wohlbefinden fördern (Koch & Hartwich-Koch, 2012; Ramos & Wehner, 2015). Eine ehrenamtliche Tätigkeit kann positive Effekte auf

[2] Beispiele: DRK (Besuchsdienst: Besuch gegen die Einsamkeit - DRK e.V.), Malteser (Ehrenamtlicher Alltagsbegleiter: Besuchsdienst für Senioren | Malteser), ASB (Seniorenbesuchsdienst ist für beide Seiten ein Gewinn), Johanniter (Johanniter-Besuchsdienst), Caritas (Besuchsdienst), Diakonie (Diakonie Hamburg | Besuchs- und Begleitdienste)

[3] Beispiele: Ehrenamtlicher Seniorenbegleitservice | dortmund.de, Alltagsbegleitung und Besuchsdienste der Volkssolidarität Leipzig, Stadt Regensburg - Ehrenamtliche Unterstützung - Besuchsdienst, Seniorenbesuchsdienst - Stadt Leipzig, Ehrenamtlicher Besuchsdienst in der „Wilmersdorfer Seniorenstiftung“ - Berlin.de

die psychische, soziale und körperliche Gesundheit der Freiwilligen haben, zum Beispiel durch die damit verbundenen positiven Emotionen, das Sinnerleben und die Kompetenzsteigerungen. Es gibt Belege, dass vor allem ältere Personen gesundheitlich profitieren, wenn sie sich ehrenamtlich betätigen (Ramos & Wehner, 2015).

Immerhin gab in der Befragung von Koch und Hartwich-Koch (2012) ungefähr ein Drittel der Befragten an, durch ihr ehrenamtliches Engagement im Seniorenbereich (auch) belastet zu sein. Intensivere Begleitung, Supervision und Weiterbildung der Ehrenamtlichen werden als essenziell zur Reduktion der Belastungen angesehen (Koch & Hartwich-Koch, 2012). Grundsätzlich ist bekannt, dass das Ausmaß ehrenamtlicher Tätigkeit kurvilinear mit der Gesundheit zusammenhängt: Gesundheitsfördernd ist ein regelmäßiges freiwilliges Engagement in mittlerem Ausmaß, wohingegen sporadisches Engagement wenig Effekt hat und ein starkes Engagement sogar gesundheitsschädigend sein kann. Die Schwelle, ab wann man von einem (zu) starken Engagement ausgehen muss, ist allerdings nicht klar definiert (Ramos & Wehner, 2015). Auch die persönliche Motivation für das Ehrenamt kann eine Rolle für das Stresserleben spielen: Wie eine Studie von Ferrari et al. (2007) zeigt, sind Personen, die ihr Ehrenamt im Seniorenbereich eher aus selbstschützenden (z. B. um negative Gefühle zu vermeiden) oder karrierebezogenen Motiven heraus ausüben, stärker dadurch gestresst als Personen, bei denen Selbstbestimmungsmotive (z. B. Wertkongruenz, Sinnerfüllung, Wunsch nach Lernen und Sozialkontakten) vorherrschen.

Der Besuchsdienst „Zeit für Nachbarn" des Freiwilligenzentrums Fürth

Das Freiwilligenzentrum Fürth (FZF) hat seit 2013 einen Besuchsdienst für Senior*innen "Zeit für Nachbarn" mit Freiwilligen aufgebaut, um Einsamkeit im Alter entgegenzuwirken. Das FZF arbeitet mit Freiwilligen, die sich unentgeltlich engagieren. Die Freiwilligen besuchen die Senior*innen regelmäßig, gehen auf ihre Bedürfnisse und Wünsche ein und schenken ihnen Zeit, Aufmerksamkeit und Gemeinschaft. Die möglichen gemeinsamen Aktivitäten richten sich nach den Wünschen und Bedürfnissen der Beteiligten, z. B. gemeinsames Spielen, Spaziergänge und Gespräche. In manchen Fällen leisten die Freiwilligen zudem kleine Unterstützung im Alltag, beispielsweise bei Einkäufen oder beim Begleiten zum Arzt. Pflegerische oder haushaltsnahe Dienstleistungen erbringen sie jedoch nicht.

Die Vermittlung von Senior*in und Besuchsperson wird gründlich vorbereitet: Im Vorfeld werden die Senior*innen von FZF-Mitarbeitenden im Rahmen eines Hausbesuchs zu ihren Wünschen und ihrer Lebenssituation befragt. Anschließend wird eine möglichst passende Besuchsperson ausgewählt und auf den Senior bzw. die Seniorin vorbereitet. In einem ersten moderierten und unverbindlichen Kennenlerngespräch werden Besuchsperson und Senior*in einander vorgestellt.

Wenn das Besuchstandem sich gefunden hat, telefonieren hauptamtliche Mitarbeiter*innen des FZF regelmäßig mit den Senior*innen und den Freiwilligen. Bei Problemen und belastenden Situationen wird frühzeitig Beratung und Unterstützung angeboten. Zudem bietet das FZF den Freiwilligen Schulungen zu unterschiedlichen Themen des Alters sowie regelmäßige Austauschtreffen an (https://www.iska-nuernberg.de/fzf/zeitfuernachbarn.html).

Über die Jahre hat sich so ein Netzwerk an Freiwilligen aufgebaut und manche Besuchstandems bestehen schon seit vielen Jahren. Aktuell laufen beim FZF 23 Besuchstandems. Dennoch kommt es immer wieder zu Problemen bei der Vermittlung oder auch zu Überforderung der Freiwilligen, weshalb das aktuelle Konzept des Besuchsdienstes evaluiert und ggf. überarbeitet werden soll.

Projektziele und Fragestellungen

Das vorliegende Projekt dient dazu, die Potenziale und Vorzüge, aber auch Probleme und Herausforderungen des Besuchsdienstes abzubilden. Aufbauend auf dieser Ermittlung des Ist-Standes soll das Konzept des Besuchsdienstes kritisch hinterfragt und – eingebettet in die gesamte Seniorenarbeit des FZF – überarbeitet werden. Die allgemeine Forschungsfrage lautet:

Wie kann ehrenamtliche Seniorenarbeit aussehen, die Einsamkeit im Alter präventiv begegnet und gesundheitsfördernd wirkt und zugleich die Gesundheit der Ehrenamtlichen stärkt?

Im Fokus stehen also einerseits Senior*innen, die unter Einsamkeit leiden bzw. litten, andererseits die Freiwilligen, die ihr Ehrenamt möglichst lange und gesund ausüben sollen. Diese beiden Gruppen sollen in unterschiedlichen Teilstudien untersucht werden, die im Folgenden genauer beschrieben werden.

Die Fragestellungen von **Teilstudie 1** "Die Perspektive der Seniorinnen und Senioren" sind die folgenden:

1. Wie ausgeprägt ist das Einsamkeitserleben der Befragten und wie gut sind sie sozial integriert? Welche Strategien nutzen sie persönlich zum Umgang mit Einsamkeit und welche Empfehlungen zur Einsamkeitsprävention können sie geben?
2. Mit welchen gesundheitlichen Einschränkungen leben die Befragten und wie hängen diese mit dem Einsamkeitserleben zusammen? Welche Möglichkeiten der Gesundheitsförderung können im Rahmen ehrenamtlicher Seniorenarbeit eingesetzt werden?
3. Wie bewerten die Befragten den Besuchsdienst "Zeit für Nachbarn" des FZF? Wie zufrieden sind sie mit dem Besuchsdienst? Welche Veränderungen in ihrem Alltagsleben und Wohlbefinden beobachten sie, seit sie den Besuchsdienst in Anspruch nehmen?

Teilstudie 2 "Die Perspektive der Freiwilligen" verfolgt folgende Fragestellungen:

1. Wie gestalten Ehrenamtliche ihr Engagement im Besuchsdienst in Bezug auf Aufgaben, zeitlichen Umfang und Dauer?
2. Welche Zugangswege, persönlichen Motive und anfänglichen Bedenken prägen den Einstieg in den Besuchsdienst?

3. Welchen persönlichen Gewinn ziehen die Ehrenamtlichen aus ihrer Tätigkeit im Besuchsdienst?
4. Welche körperlichen und psychischen Belastungen oder Herausforderungen erleben oder erlebten Ehrenamtliche im Rahmen des Besuchsdienstes und wie gehen sie damit um?
5. Wie bewerten Ehrenamtliche die Erreichbarkeit unterstützungsbedürftiger Senior*innen und die gesundheitsfördernde Wirkung des Besuchsdienstes?
6. Welche Verbesserungsvorschläge sehen Ehrenamtliche für den Besuchsdienst und dessen Wirkung auf Senior*innen?
7. Welche Erfahrungen und Bedarfe haben Ehrenamtliche im Hinblick auf Vorbereitung, begleitende Unterstützung und gesundheitliche Entlastung im Besuchsdienst?

Da sowohl Teilstudie 1 als auch Teilstudie 2 mit "erfolgreichen", teilweise seit Jahren bestehenden Besuchstandems befasst sind, sind hier eher positive Bewertungen zu erwarten. Um ein umfassendes Bild zu erhalten, soll **Teilstudie 3** "Protokolle 'gescheiterter' Vermittlungen" daher die Probleme, die sich im Kontext der Vermittlung der Besuchstandems ergeben, mehr in den Fokus nehmen. Fragestellungen sind:

1. In welchem gesundheitlichen Zustand waren die älteren Personen, die letztendlich nicht in ein Besuchstandem vermittelt werden konnten?
2. Welche (vielleicht unrealistischen) Erwartungen und Wünsche hatten diese Personen an den Besuchsdienst geäußert?
3. Welche Gründe führten konkret dazu, dass die Personen nicht in den Besuchsdienst aufgenommen werden konnten?

Methode und Ergebnisse der Studie

Teilstudie 1: Die Perspektive der Seniorinnen und Senioren

Methode

Ablauf der Befragungen. Die Erhebungen fanden in Form von teilstrukturierten, leitfadengestützten Interviews statt. Diese bieten durch Leitfragen eine klare Struktur, zugleich aber genügend Flexibilität, um den Gesprächsverlauf individuell an das Gegenüber anzupassen. Das Interview umfasste folgende Themenbereiche: Lebenssituation und Gesundheit, persönliche Erfahrungen mit den Angeboten des Freiwilligenzentrums Fürth (FZF), Verbesserungswünsche an das FZF, Einsamkeitserfahrungen sowie Vorschläge/Wünsche zur Einsamkeitsprävention im Alter. Der detaillierte Interviewleitfaden findet sich in Anhang A. Die Interviews mit den Senior*innen fanden im November und Dezember 2024 in Form von Hausbesuchen statt. Die Kontakte zu den Befragten wurden über das FZF hergestellt und in jedem Fall wurde das explizite Einverständnis zur Befragungsteilnahme eingeholt, bevor die Interviewerin Namen und Adresse der Senior*innen erfuhr. Der Mitarbeiter des FZF war beim Erstkontakt persönlich anwesend, um den Befragten durch eine vertraute Person Sicherheit zu vermitteln. Die Befragten erhielten nach dem Interview ein kleines Dankeschön (z. B. Tee, Süßigkeiten).

Stichprobe. Insgesamt wurden 12 Interviews durchgeführt mit einer durchschnittlichen Dauer von ca. 26 Minuten (*M* = 25:56, *SD* = 9:46 Minuten). Die Seniorinnen und Senioren waren zwischen 68 und 98 Jahre alt, mit einem Durchschnittsalter von 83,33 Jahren (*SD* = 7,87). Zehn Befragte waren weiblich, zwei waren männlich. Nur eine Person war verheiratet, die restlichen 11 Befragten waren verwitwet, geschieden oder ledig. Zwei Befragte lebten im Seniorenheim, die restlichen lebten allein in Wohnung oder Haus.

Auswertung. Die Interviews wurden wörtlich transkribiert und im Anschluss mit Hilfe des Textanalyseprogramms MAXQDA inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring & Fenzl, 2019). Das den Auswertungen zugrundeliegende Kategoriensystem war in Anlehnung an den Interviewleitfaden zunächst deduktiv erstellt worden und wurde dann in einem ersten Materialdurchlauf induktiv erweitert und angepasst. Das Kategoriensystem enthielt folgende Hauptkategorien (Beispiele für Unterkategorien in Klammern):

- *Demographische Daten:* Alter, Geschlecht, Familienstand (z. B. verheiratet, verwitwet), Lebenssituation (z. B. Altersheim, Wohneinrichtung).
- *Gesundheitszustand* (z. B. Krebs, Gehbehinderung, Parkinson)
- *Alltag:* Alltagsgestaltung (z. B. Haushalt, Einkaufen, Mahlzeiten, Körperhygiene), Unterstützung in der Alltagsbewältigung (z. B. Haushaltshilfe, Besuchsdienst, Essen auf Rädern), Intensität sozialer Kontakte zu Freunden, Familienangehörigen oder Nachbarn, Zufriedenheit mit sozialen Kontakten, wichtige Bezugsperson
- *Besuchsdienst und Seniorenarbeit des FZF:* Erstkontakt (z. B. Broschüre, Empfehlung, Familie/Freunde/Bekannte), Zufriedenheit mit dem Besuchsdienst, Wissen über/Nutzung von weiteren Angeboten des FZF (z. B. Friedhofscafé, Handwerker), zusätzliche Wünsche an den Besuchsdienst (z. B. Spazierengehen, Hilfe im Haushalt), Veränderung der Lebenssituation durch den Besuchsdienst (z. B. Alltagsbewältigung, allgemeines Wohlbefinden), Vorschläge für die Seniorenarbeit des FZF (z. B. gemeinsames Kochen, Gedächtnistraining, Biographiearbeit)
- *Einsamkeit:* Ausmaß der Einsamkeit in den letzten 6 Monaten, Anlässe für Einsamkeitsgefühle (z. B. Jahreskreisfeste, gesundheitliche Einschränkungen), persönlicher Umgang mit Einsamkeit (z. B. Spazierengehen, kognitive Beschäftigung, Erinnerungen an früher), Vorschläge und Wünsche für die Verhinderung von Einsamkeit im Alter (z. B. mehr Angebote für alte Menschen, Kirche/Glaube, Gleichgesinnte finden, Vereine).

Drei Interviews wurden von einer Zweitkodiererin nach Einführung in das Kategoriensystem ausgewertet. Die Interkoderübereinstimmung ist mit einem Cohens Kappa von .78 als zufriedenstellend einzustufen.

Ergebnisse

Angesichts der kleinen Stichprobe von nur 12 Interviews werden die Ergebnisse im Folgenden nicht als Prozentwerte, sondern in Absolutzahlen der Fälle berichtet.

Soziale Einbindung und Einsamkeit. Da der Besuchsdienst in erster Linie ein einsamkeitspräventives Angebot ist, sollen zunächst die soziale Integration und die Einsamkeitsgefühle der Befragten betrachtet werden. 11 der 12 Befragten nannten bestehende Kontakte im näheren Umfeld (Familie: n = 7, Freunde: n = 7, Nachbarn: n = 3) und gaben zudem an, mit wichtigen Bezugspersonen im Kontakt zu stehen (Kinder: n = 5,

weitere Verwandte: *n* = 3, Freunde: n = 7). Eine einzelne Person konnte keine Kontakte und keine wichtige Bezugsperson nennen. Nach ihrer Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten befragt, äußerten sich sechs Personen (eher) unzufrieden und vier Personen (eher) zufrieden (keine Angabe: 2 Personen).

Von den 12 Befragten gaben sieben Personen an, sich zumindest phasenweise einsam zu fühlen. Anlässe für Einsamkeit waren insbesondere Feste im Jahreskreis wie Weihnachten, Jahrestage oder Geburtstage (*n* = 3), körperliche bzw. gesundheitliche Einschränkungen (*n* = 4), Nostalgie (*n* = 4) oder die Wahrnehmung sozialer Isolation (*n* = 4).

> *„Manchmal irgendwie hat man dann einsame Minuten. […] Wenn man oft in der Wohnung ist, dann möchte man raus. Ich kenne jetzt keine Leute, wo man sich mal im Café trifft. […] Und es ist ja bekannt, dass man im Alter keine Freundschaften schließt." (Interview 10)*

Zudem gaben die Befragten persönliche Strategien im Umgang mit Einsamkeitsgefühlen an. Diese waren in erster Linie kognitives Beschäftigen (TV, Musik, Kreuzworträtsel etc., *n* = 6) und aktive Kontaktpflege (*n* = 3); einzelne Personen nannten zudem Spazierengehen (*n* = 1), Schlafen (*n* = 2) und aktive Erinnerungen an früher (*n* = 1).

Im Rahmen der Befragung wurde erhoben, welche Empfehlungen und individuellen Strategien die Senior*innen zur Bewältigung von Einsamkeit formulieren und welche zusätzlichen Unterstützungsbedarfe aus Sicht der Betroffenen bestehen.

Abbildung 1 fasst die Empfehlungen zusammen, die die Befragten zur Verhinderung von Einsamkeit im Alter formuliert haben. Nur eine Person gab an, Einsamkeit im Alter sei einfach eine Tatsache und nicht zu verhindern.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass viele Betroffene bereits individuelle Ressourcen nutzen, um Einsamkeit zu begegnen, insbesondere durch aktive soziale Beziehungen, persönliche Haltung und Eigenaktivität. Gleichzeitig äußerten die Befragten den Wunsch nach mehr Unterstützung zur Förderung sozialer Kontakte: So nannten fünf Befragte den konkreten Wunsch, dass ihre sozialen Kontakte mehr Eigeninitiative zeigen, aktiver werden und selbst den Kontakt aufnehmen sowie gemeinsame Aktivitäten einbringen. Vier Personen wünschten sich mehr persönliche Besuche, während zwei Befragte betonten, dass es hilfreich sei, Gleichgesinnte zu finden. Nur drei Personen gaben an, keinen weiteren Unterstützungsbedarf zu sehen.

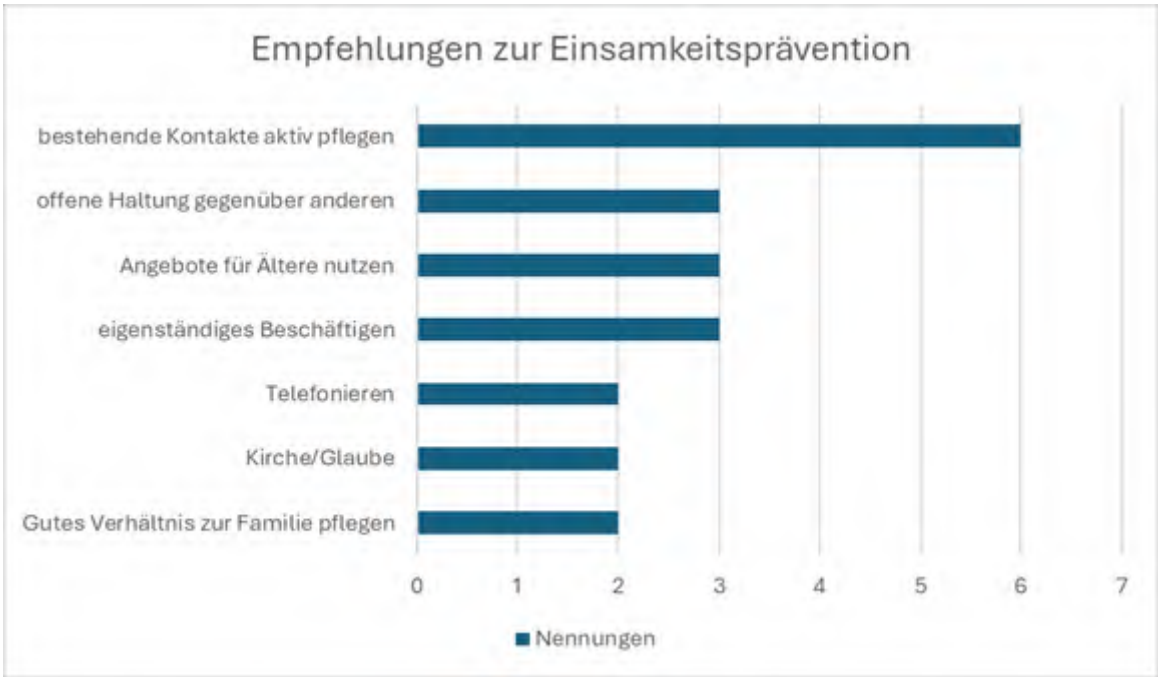


Abbildung 1. Empfehlungen zur Einsamkeitsprävention

Als mögliche Maßnahmen gegen Alterseinsamkeit machten die Befragten schließlich neben der persönlichen Kontaktpflege (*n* = 10) folgende Vorschläge: Anlaufstellen speziell für Senior*innen, beispielsweise in Form von Beratungs- und Begegnungsangeboten (*n* = 3), kognitive Beschäftigungsmöglichkeiten (*n* = 3), psychologische Unterstützung (*n* = 1) und aktive Vereinsbeteiligung (*n* = 1).

Die folgenden Zitate verdeutlichen abschließend den persönlichen Umgang mit und Empfehlungen gegen Einsamkeit im Alter:

> *„Ich finde ganz wichtig sind soziale Kontakte. […] Und dann was gemeinsam unternehmen." (Interview 4)*
>
> *„Ja, dass es halt mehr so Vereine gibt, wo man schon als jüngerer Mensch dazu gehen kann." (Interview 3)*
>
> *„Früh genug anfangen." (Interview 7)*
>
> *„Oder wenn man noch kann, kann man auch mal einen Hund ausführen. […] Oder wenn man ein Tierliebhaber ist, auf die Katze aufpassen." (Interview 9)*
>
> *„Ich finde zum Beispiel, finde das vollkommen verkehrt, wenn alte Leute sich dauernd mit alten Leuten zusammensetzen. […] Es muss jemand da sein, der mal ein bisschen frische Sprache reinbringt." (Interview 12)*

Gesundheitszustand und Gesundheitsförderung. Sechs der 12 Befragten gaben an, unter Mobilitätseinschränkungen zu leiden (Gehbehinderung, Nervenschmerzen, Arthrose, Parkinson). Kardiovaskuläre und pulmonale Erkrankungen betrafen drei Personen. Jeweils zwei Personen nannten sensorische Einschränkungen (Blindheit), psychische Erkrankungen und Krebserkrankungen. Weitere Erkrankungen wurden von je einer Person genannt (Schwindel, Lipödem, Diabetes mellitus). Vier Personen hatten Mehrfacheinschränkungen, während nur eine Person angab, keine gesundheitlichen Probleme zu haben. Diese (Mobilitäts-)Einschränkungen wurden teilweise mit Gefühlen der Einsamkeit und Depression in Verbindung gebracht:

> *„Ich habe mich das mal gefragt, warum bist du jetzt depressiv? Ich denke, das kommt von der Einsamkeit. […] Wenn es noch ginge, könntest du jetzt ins Café gehen oder einmal raus in den Park." (Interview 9)*

11 der 12 befragten Senior*innen äußerten Vorschläge, wie Besuchsdienste für Ältere auch gesundheitsförderliche Elemente enthalten können. Abbildung 2 fasst diese Vorschläge zusammen. Die genannten Vorschläge sind niederschwellig anwendbar und können auch von Freiwilligen (ggf. nach kurzer Schulung wie bei Sitzgymnastik und Gedächtnistraining) leicht umgesetzt werden. Die Senior*innen haben bei ihren Vorschlägen intuitiv die wichtigsten Gesundheitsdimensionen Bewegung (Sitzgymnastik, Spaziergänge), Ernährung (Einkaufen, Kochen), mentale Gesundheit (Gedächtnistraining) und soziale Integration (gemeinsame Aktivitäten, Kaffeetrinken) berücksichtigt.



Abbildung 2. Vorschläge zur Gesundheitsförderung im Besuchsdienst

Bewertung des Besuchsdienstes. Die Befragten gaben an, in erster Linie eigeninitiativ (*n* = 5) auf das FZF zugegangen zu sein. Zudem seien sie über Zeitungsannoncen/Broschüren auf den Besuchsdienst aufmerksam geworden (*n* = 3; weitere Angaben: Kontakt über Freunde/Bekannte *n* = 1, aktive Ansprache durch das FZF *n* = 1, Empfehlung *n* = 1). Als weiteres Angebot der Seniorenarbeit kannte man höchstens das Friedhofscafé (*n* = 3).
Keiner der Befragten äußerte sich unzufrieden mit dem Besuchsdienst, und die Option, den Besuchsdienst an andere ältere Personen weiterzuempfehlen, wurde ebenfalls durchweg positiv eingestuft.
Die teilnehmenden Personen wurden gebeten, die Veränderung ihrer Lebenssituation durch den Besuchsdienst zu bewerten. 11 der 12 Befragten konnten positive Effekte auf ihre Lebenssituation beschreiben (Abbildung 3). Insbesondere die Aussagen zur verbesserten Alltagsbewältigung deuten darauf hin, dass der regelmäßige soziale Kontakt im Rahmen des Besuchsdienstes nicht nur emotionale Unterstützung bietet, sondern auch dabei hilft, alltägliche Herausforderungen besser zu meistern, sei es durch gemeinsame Unternehmungen, Begleitung zu Terminen oder alltagspraktische Unterstützung beim Einkaufen.

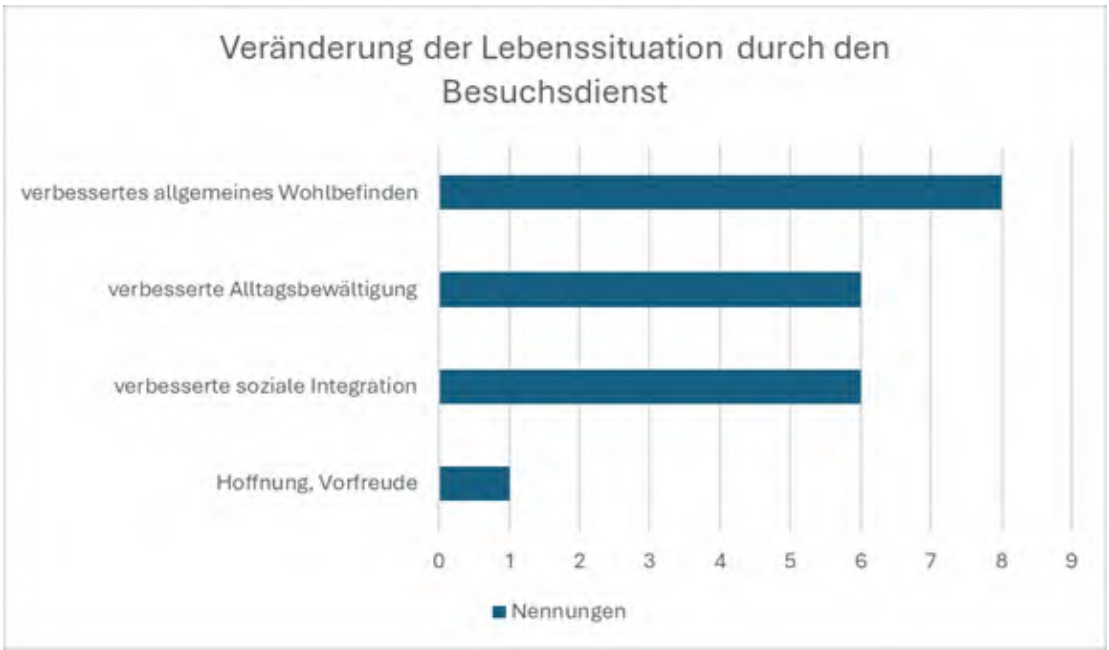


Abbildung 3. Veränderung der Lebenssituation durch den Besuchsdienst

Sechs der 12 befragten Senior*innen schilderten, dass sie die Ehrenamtlichen als praktische und emotionale Unterstützung im Alltag erleben, wie die folgenden Zitate belegen:

„Die ruft mich an und alles, ne? Und wenn ich was brauche, dann sagt sie, ach, wenn ich in die Norma gehe, ich bringe dir das mit." (Interview 2)

„Wenn die Sonntag kommt, ich war meistens bequem […] aber wenn die Frau K. kommt, dann sagt sie, ach das Wetter geht, gehen wir ein bisschen raus." (Interview 10)

Auch zur Verlässlichkeit äußerten sich sechs der zwölf Befragten positiv:

„Man weiß, dass jede Woche jemand kommt." (Interview 8)

„Aber die ist so zuverlässig – also so eine Nette." (Interview 1)

Neun der 12 Interviewten beschrieben eine positive Beziehung zu den Freiwilligen, wie die folgenden Zitate belegen:

„Und wir haben uns gesehen und es war wie ein Blitz. Und seitdem sagt sie immer, du bist meine Mutter. Und ich sage immer, du bist meine Tochter." (Interview 2)

„Der S. war ein wirklicher Glücksfall. Ein freundlicher Mann." (Interview 12)

„Mit der Frau K., da klappt das. […] Die Chemie muss stimmen." (Interview 10)

Als Verbesserungswünsche an den Besuchsdienst wurden folgende Ideen formuliert:

- Gemeinsam spazieren gehen (*n* = 5)
- Insgesamt mehr Zeit zusammen verbringen (*n* = 3)
- Zusätzliche Hilfe im Haushalt (*n* = 2)
- Gemeinsame Unternehmungen (*n* = 2)
- Gemeinsames Einkaufen (*n* = 2)

Teilstudie 2: Die Perspektive der Freiwilligen

Methode

Ablauf der Befragungen. Auch die Befragung der Freiwilligen fand in Form von teilstrukturierten, leitfadengestützten Interviews statt. Der Interviewleitfaden enthielt folgende Themenbereiche: Soziodemographische Daten, Tätigkeitsprofil im Ehrenamt, Einstieg in das Ehrenamt, persönlicher Gewinn durch das Ehrenamt, Belastungen durch das Ehrenamt, Zielgruppenerreichung des Besuchsdienstes, Verbesserungsmöglichkeiten des Besuchsdienstes sowie Vorbereitung und Supervision im Rahmen des Ehrenamts. Der vollständige Interviewleitfaden findet sich in Anhang B. Die Interviews mit den Freiwilligen fanden im November und Dezember 2024 in den Räumlichkeiten der SRH University for Applied Sciences Heidelberg, Campus Fürth, statt. Der Kontakt wurde über den Mitarbeiter des FZF hergestellt und das explizite Einverständnis zur Befragungsteilnahme im Vorfeld eingeholt. Die Befragten erhielten nach dem Interview ein kleines Dankeschön (z. B. Tee, Süßigkeiten). Die Interviews dauerten zwischen 32 Minuten und 1 Stunde und 37 Minuten.

Stichprobe. Insgesamt wurden 19 Interviews durchgeführt. 17 Befragte waren weiblich, zwei waren männlich. Die Befragten waren zwischen 39 und 81 Jahre alt (M = 63,47, SD = 11,35). 12 Personen waren verheiratet, drei ledig, zwei geschieden und eine Person war verwitwet. 12 Personen waren nicht mehr berufstätig bzw. nur im Ehrenamt tätig, vier Personen waren berufstätig, drei Personen waren im Studium.

Auswertung. Die Interviews wurden wörtlich transkribiert und im Anschluss mit Hilfe des Textanalyseprogramms MAXQDA inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring & Fenzl, 2019). Das den Auswertungen zugrundeliegende Kategoriensystem war in Anlehnung an den Interviewleitfaden zunächst deduktiv erstellt worden und wurde dann in einem ersten Materialdurchlauf induktiv erweitert und angepasst. Das Kategoriensystem enthielt folgende Hauptkategorien:

- *Soziodemographische Daten* (Alter, Geschlecht, Familienstand, beruflicher Status und Ausbildung, Wohnort)
- *Tätigkeitsprofil im Ehrenamt:* Dauer und Umfang der Mitarbeit im Besuchsdienst, Aufgaben im Besuchsdienst, weitere Ehrenämter
- *Einstieg in das Ehrenamt:* Zugang, Motivation, Entwicklung anfänglicher Bedenken

- *Persönlicher Gewinn aus dem Ehrenamt* (z. B. positive Erfahrungen, Veränderung der Sicht auf das Altern, Sozialkontakte)
- *Persönliche und gesundheitliche Belastungen durch das Ehrenamt*
- *Zielgruppenerreichung im Besuchsdienst:* Ausmaß der Zielgruppenerreichung, schwer erreichbare Gruppen, Gesundheitszustand der Senior*innen, Gesundheitsförderung im Ehrenamt
- *Verbesserungsvorschläge* für den Besuchsdienst, für die Gesundheit der Senior*innen, für Angebote und Aktivitäten, für die Erreichbarkeit der Zielgruppe, für organisatorische Aspekte
- *Beurteilung der Vorbereitung auf das Ehrenamt und der Supervision:* Beschreibung und Bewertung der Unterstützungsangebote, Vorschläge für zusätzliche Angebote, Gesundheitsförderung für Ehrenamtliche

Drei Interviews wurden von einer Zweitkodiererin nach Einführung in das Kategoriensystem ausgewertet. Die Interkoderübereinstimmung ist mit einem Cohens Kappa von .97 als ausgezeichnet einzustufen.

Ergebnisse

Von den 19 Befragten berichteten 16, aktuell im Besuchsdienst tätig zu sein. Drei der Befragten haben erwähnt, derzeit nicht aktiv im Besuchsdienst tätig zu sein. Als Gründe hierfür wurden eine hohe Belastung, die Beendigung des Studiums sowie der Tod des betreuten Senioren genannt.

Aufgaben. Als Aufgaben im Besuchsdienst werden am häufigsten (79 %, *n* = 15) soziale bzw. aktivierende Aktivitäten übernommen. Dazu zählen laut den Interviewaussagen insbesondere Spazierengehen/fahren, Kaffee trinken, Spiele spielen, Unterhaltung, Ausflüge und Essen gehen: *„Dann gehen wir ins Café […] trinken unseren Kaffee und dann machen wir Kreuzworträtsel oder Puzzle, also optimal." (Interview 11).* Etwas seltener (63 %, *n* = 12) wurden Unterstützungsleistungen genannt, die vor allem als alltagspraktische Unterstützung und medizinische Erledigungen beschrieben wurden: *„Also sag mal, die Hauptaufgabe ist da so ein bisschen helfen Müll runterbringen oder so und Kaffee kochen" (Interview 7)*, sowie *„(…) ich erledige auch so Arzttermine und Apotheke" (Interview 1)*. Am seltensten wurden Telefonate mit den Senior*innen als eigenständige Aufgabe angegeben (21 %, *n* = 4).

Die überwiegende Mehrheit der Befragten gab an, zwischen einer und drei Stunden pro Woche tätig zu sein (*n* = 15). Deutlich seltener wurde ein Umfang von fünf bis sechs Stunden pro Woche genannt (*n* = 3). Lediglich eine Person berichtete von einer wöchentlichen Einsatzzeit von höchstens einer Stunde. Die Besuche finden in der Regel einmal pro Woche statt. Deutlich seltener erfolgen die Besuche bei Bedarf, zweimal pro Woche oder alle zwei Wochen. Lediglich einmal wurde ein Besuchsintervall von zweimal im Monat genannt.

Motivation für das Ehrenamt. Die häufigste Motivation für das Ehrenamt bildeten persönliche Beweggründe (74 %, *n* = 14), beispielsweise:

- Persönliche Erfahrung: *„Und dann hier, also nachdem ich Altenpflege dann nochmal gelernt habe und auch im ambulanten Pflegedienst war, und dann habe ich gedacht, na ja, kenne ich mich eigentlich ganz gut aus" (Interview 14)*.
- Freizeitgestaltung: *„(…) zu dem Zeitpunkt bin ich aus dem Berufsleben ausgeschieden und habe halt gedacht, ich habe unheimlich viel Zeit und ich will die jetzt irgendwie sinnvoll nutzen" (Interview 12)*.
- Zielgruppenspezifische Motivation: *„Und dann habe ich halt so gemeint, also was ich nicht machen will, ist was mit Kindern. Ich möchte lieber was mit alten Leuten machen" (Interview 12).*
- Intergenerationale Weitergabe: *„Und jetzt mache ich es halt für jemand anderes, und die Dame hat zwei Enkeltöchter, und denk mir vielleicht, wenn die mal erwachsen sind und Rentnerin sind, denken sie dann daran, dass da mal jemand war, und sagen, ach, sowas könnte ich eigentlich auch mal für jemanden machen. Also dass das halt so weitergeht" (Interview 1).*

An zweithäufigster Stelle wurde eine altruistisch/gesellschaftlich motivierte Haltung hervorgehoben (68 %, *n* = 13). Diese zeigt sich beispielsweise in der Aussage *„einfach die Motivation zu helfen" (Interview 9)* oder in der Ergänzung *„also, einfach tatsächlich, um Menschen von meiner Zeit, die ich habe, und von meiner positiven Energie, einfach ein Stück zu schenken" (Interview 15)*. Eine weitere Teilnehmerin fasste dies so zusammen: *„Ja, ich wollte halt noch was Sinnvolles tun. Ich denke halt, dass in einer Gemeinschaft jeder irgendwie, ja, sich einbringen sollte" (Interview 1)*. Zwei Personen nannten eine berufliche Motivation, wie das folgende Beispiel zeigt: *„Und mir war wichtig, dann einfach ein bisschen in die Praxis zu gehen. Und zum anderen musste ich auch im Rahmen des Studiums ein*

Praktikum ableisten und ich hätte jetzt auch nicht gewusst, wie ich das mit Kind irgendwie hätte stemmen sollen" (Interview 6).

Neun Befragte gaben an, anfängliche Bedenken oder Zweifel gehabt zu haben, beispielsweise bezüglich des Umgangs mit einer demenziell erkrankten Person (*n* = 1), einer Rollstuhlsituation (*n* = 2), der „Stimmung der Chemie" zwischen Senior*innen und Ehrenamtlichen (*n* = 5), sowie Misstrauens der Senior*innen (*n* = 1). Im Hinblick auf die Entwicklung dieser Bedenken wurde in sechs Fällen berichtet, dass mittlerweile keine Bedenken oder Zweifel mehr bestehen.

Persönlicher Gewinn. Alle Befragten bis auf eine Person gaben an, aus dem Ehrenamt im Besuchsdienst etwas Positives für sich zu ziehen. Im Bereich des persönlichen Nutzens (78 %, *n* = 14) wurde beispielsweise die Sinnstiftung betont (*„Und wie gesagt, persönlich erstens, dass ich eine Aufgabe habe" (Interview 5)*). Der soziale Nutzen (78 %, *n* = 14) spiegelte sich für viele vor allem im Leisten von Hilfe wider, wie es eine Teilnehmende formulierte: *„Also ich glaube, allein die Motivation, dass ich dann aus dem Haus gehe, um jemandem irgendwie zu helfen, das bringt mir auch was zurück" (Interview 6)*. Häufig wurde auch die soziale Interaktion genannt, wie eine Ehrenamtliche betonte, die *„gerne mit anderen Leuten zusammen"* ist *(Interview 3)*. Ebenfalls häufig nannten die Befragten die positive Rückmeldung seitens der besuchten Personen, etwa *„zu sehen, dass man dem Menschen einfach guttut, dass der sich freut, wenn man kommt"* (Interview 4). Deutlich seltener als die beiden erstgenannten Bereiche wurde die persönliche Weiterentwicklung (33 %, *n* = 6) genannt, beispielsweise wenn die Ehrenamtliche beschrieb, *„wie das Umfeld so ist in den Seniorenheimen, wie der Umgang mit den Senioren ist, wie sie denn leben"* und dies als wichtig empfand, um abschätzen zu können, *„ob ich da später auch mal so leben möchte" (Interview 11)*.

In Bezug auf ihr Bild vom Altern gaben 53 % der Ehrenamtlichen an, dass sich ihre Sichtweise nicht verändert habe, während 47 % von einer Veränderung berichteten. Unter denjenigen mit veränderter Perspektive wurde am häufigsten die Reflexion über die eigene Altersperspektive erwähnt (78 %, *n* = 7). Dies zeigte sich in Aussagen wie: *„Seitdem ich das mache, sage ich nur, hoffentlich werde ich nicht so" (Interview 2)* oder *„was dann teilweise gerade in Heimen ist, (…) sehr erschreckend, wenn man sich dann vorstellt, das ist jetzt die eigene Zukunft" (Interview 4)*. Gleichzeitig wurde betont, *„dass es auch schön sein kann" (Interview 17)*. Jeweils eine Person sprach von einer Toleranzsteigerung gegenüber dem

Alter und beschrieb, dass sie heute ältere Menschen deutlich anders wahrnehme als früher (Interview 11), sowie von einem positiven Zugang durch Erfahrung, da sie inzwischen gut mit älteren Menschen umgehen könne (Interview 4).

Im Hinblick darauf, ob die Freiwilligen durch ihre ehrenamtliche Arbeit neue Freunde oder Kontakte knüpfen konnten, antworteten 74 % mit Ja (*n* = 14) und 26 % mit Nein (*n* = 5). Unter denjenigen, die dies bejahten, wurde berichtet, dass sowohl zu den Senior*innen selbst als auch zu anderen Ehrenamtlichen Kontakte entstanden seien. Zudem bestehe zu den Ansprechpersonen im Freiwilligenzentrum ein regelmäßiger Austausch. Von denjenigen, die keine Kontakte knüpfen konnten oder wollten, wurde teils angegeben, dass dies nicht das Ziel der ehrenamtlichen Tätigkeit gewesen sei. Eine Teilnehmerin gab außerdem an: *„Nein, das habe ich nicht knüpfen können. Das hätte ich gerne gemacht, aber da gehören immer zwei dazu" (Interview 18)*.

Bezüglich der Frage, ob das Ehrenamt (vorbeugend) gegen Einsamkeit wirke, äußerten neun Ehrenamtliche eine insgesamt (auf die Gesellschaft bezogen) positive Einschätzung. Zum Beispiel wurde betont, dass insbesondere Menschen, die allein leben oder Schwierigkeiten beim Knüpfen von Kontakten haben, durch das Ehrenamt profitieren könnten (Interview 12). Aus der persönlichen Perspektive, bei der die Befragten explizit auf sich selbst bezogen schilderten, ob und wie das Ehrenamt eigene Gefühle von Einsamkeit verringert oder ihnen vorbeugt, antworteten sechs Teilnehmende mit Ja und 13 mit Nein. Diejenigen, die dies verneinten, erklärten beispielsweise, dass sie auch ohne das Ehrenamt nicht vereinsamen würden (Interview 11), dass sie nicht einsam seien (Interview 12) oder dass sie keine Angst vor Einsamkeit hätten und gut allein zurechtkämen (Interview 1).

Belastungen im Ehrenamt. Im Hinblick auf das Erleben von Belastungen gaben 67 % (*n* = 12) der Befragten an, psychische Belastungen zu erfahren oder erfahren zu haben, während 17 % (*n* = 3) von körperlichen Belastungen berichtet haben. Keine Belastungen wurden von 33 % (*n* = 6) berichtet.

Bei den **psychischen Belastungen** standen soziale Konflikte und emotionale Belastungen im Vordergrund, die von 67 % (*n* = 8) der Teilnehmenden benannt wurden. Der Umgang mit Demenz wurde von vier Personen thematisiert. Eine Befragte schilderte dazu die Unsicherheit, wie sie reagieren solle, wenn die Seniorin nach bereits verstorbenen Angehörigen fragt und sie nicht wisse, welche Antworten in solchen Momenten passend seien (Interview 11). Zwei Ehrenamtliche berichteten von Erfahrungen mit Ausnutzung und

Undankbarkeit, z. B. *„Das war schon, ja, also bei mir teilweise ein bisschen grenzwertig, wo ich mir manchmal dachte, ja, es wäre schon schön, wenn da mal ein kleines Dankeschön käme. Also das wurde teilweise von ihr als sehr selbstverständlich angesehen" (Interview 4)* sowie *„Also das war jetzt schon so eine Herrin, eine Chefin, die dann so ihre Anweisungen erzählt hat, gegeben hat. Und man fühlte sich teilweise wie Personal" (Interview 4)*.

Von 33 % (*n* = 4) wurden kommunikative Herausforderungen genannt, die sich überwiegend auf eine Überforderung durch Gesprächsinhalte bezogen. Drei Teilnehmende schilderten dabei, dass bestimmte Themen von den Senior*innen als belastend erlebt wurden. Eine Ehrenamtliche berichtete: *„Also es hat sich eigentlich immer nur, ab einem gewissen Zeitpunkt, hat es sich nur um die Probleme im Haus gedreht" (Interview 12)*. Eine andere ergänzte: *„Ich bin da manchmal, wie gesagt, ein bisschen frustriert und sage dann hoffentlich werde ich nicht so. Aber vieles kann ich dann auch so nicht begreifen, weil man immer nur negativ denkt." (Interview 2)*. Darüber hinaus nannten 17 % (*n* = 2) institutionelle Rahmenbedingungen in Bezug auf das Altenheim, in welchem der/die Senior*in lebt, und eine Person berichtete von Belastungen durch den Verlust wegen des Todes des betreuten Senioren.

Körperliche Belastungen wurden von 17 % (*n* = 3) der Freiwilligen beschrieben und bezogen sich sowohl auf körperlich fordernde Hilfeleistungen als auch auf außerhäusige Aktivitäten:

„Sie ist öfters hingefallen, ein paar Mal habe ich sie aufgehoben. Dann habe ich gesagt, ich schaffe das auch nicht mehr, sie wieder aufzuheben. Das kann ich nicht mehr" (Interview 14).

„Und dann sind wir da hin und her in der Stadt. Und dann sind wir mit dem Bus wieder nach Hause gefahren. Und dann war ich dann drei Stunden unterwegs. Und das hat mich schon sehr angestrengt. Und sie selber war auch fix und fertig" (Interview 10).

Ressourcen im Umgang mit Belastungen. Hinsichtlich des Umgangs mit Belastungen und Herausforderungen gaben 92 % (*n* = 12) der Ehrenamtlichen psychische Bewältigungsstrategien wie Abgrenzung (*n* = 10), Akzeptanz der begrenzten Einflussmöglichkeiten (*n* = 4), Gebete/Religion (*n* = 2) oder Entspannungsverfahren (*n* = 1) an. Soziale Strategien wurden von sieben Personen genannt. Darunter wurden sechsmal persönliche Gespräche z. B. mit Ansprechpersonen des FZF oder sozialen Kontakten, genannt. Zwei der Versuchspersonen setzten „Notlügen" zum Schutz der Beziehung ein,

etwa indem eine Ehrenamtliche erklärte: *„(…) dann habe ich halt auch manchmal einfach ein bisschen zu Notlügen gegriffen und habe gesagt, ich habe da unterschrieben am Freiwilligenzentrum, was ich darf und nicht darf und das gehört nicht dazu. Da dachte ich mir, Notlügen sind manchmal erlaubt, weil in dem Fall bin ich so sehr gut da rausgekommen." (Interview 6)*. Jeweils eine Versuchsperson berichtete, das Gesprächsthema zu ändern oder sich auf schwierige Gesprächssituationen vorzubereiten.

Als Ressource, um ihr Ehrenamt auch in Zukunft gesund und zufrieden ausüben zu können, betonten die Befragten insbesondere psychosoziale Unterstützung (*n* = 9) innerhalb der Gruppe der Ehrenamtlichen: *„Und wenn dann jemand anruft, ich sage jetzt mal, die Frau V., wenn die mich anruft, das ist wie Sonntag und Feiertag zusammen, weil dann ist das ein längeres Gespräch und das tut mir, meiner Psyche, dann gut" (Interview 18)*. Darüber hinaus nannten die Ehrenamtlichen Feedback-Gespräche seitens des FZF (*n* = 2). Eine Probandin schlug vor, dass das Freiwilligenzentrum regelmäßig dazu auffordern solle, psychische Probleme oder Belastungen anzusprechen (Interview 5).

Auch die grundsätzliche Möglichkeit, den Besuchsdienst bei erhöhter Belastung zu beendigen, wurde thematisiert (*n* = 5): *„wenn man damit nicht klarkommt, (…) dann sollte man es lassen" (Interview 4).*

Bewertung der Vorbereitung und Begleitung durch das FZF. Insgesamt bewerteten 89% (*n* = 16) der Ehrenamtlichen die vorhandenen Unterstützungsangebote positiv, während 11% (*n* = 2) keine Beurteilung abgaben. Eine Teilnehmerin betonte: *„Also ich bin zufrieden. Ich weiß, ich kann ihn da fragen, wenn es Probleme gibt" (Interview 9)*, während eine andere erklärte: *„Ich kann es nicht beurteilen, weil ich wenig Unterstützung gebraucht habe" (Interview 5).*

In folgenden Bereichen wird Unterstützung seitens des FZF gewünscht und gegeben:

- Soziale und emotionale Unterstützung (78 %, *n* = 14) durch regelmäßige Kontakte (*n* = 9), Gruppengespräche (*n* = 4) und soziale Angebote (*n* = 3)
- Einführung und Begleitung beim Start (*n* = 8)
- Rechtliche oder formale Orientierung (*n* = 4), z. B. *„Mir hätte am Anfang geholfen, wenn man mir mehr sagt, was ich darf und was ich nicht darf" (Interview 5).*
- Weitere Themen: Besuch eines Erste-Hilfe-Kurses (*n* = 1), Wunsch nach einer Hilfsmittelliste mit relevanten Adressen oder Unterstützungsmaßnahmen (*n* = 1).

In Bezug auf zusätzliche Schulungen, Trainings und Vorbereitungen nannten 58 % (*n* = 7) der Befragten den Wunsch nach allgemeinen Fortbildungsformaten. Dabei wurden vor allem der Austausch und Praxisinput (*n* = 6) betont, beispielsweise *„dass man einfach so ein bisschen erzählen kann, sich anhört, was andere so erlebt haben und wie sie mit Situationen umgegangen sind oder eben vom Profi gesagt bekommt, wie man am besten reagiert" (Interview 9).* Ebenso wurde die Vermittlung theoretischen Wissens über das Alter (*n* = 3) gewünscht, *„dass man auch vielleicht so typische Sorgen oder Ängste des Alters nochmal aufgreift oder sagt, okay, oft kommt das und das vor, die und die Sorge oder das, wie man da vielleicht darauf reagieren kann" (Interview 6).* Des Weiteren äußerten 42% (*n* = 5) der Teilnehmer*innen Schulungsbedarf zu spezifischen Themen wie Gesprächsführung (*n* = 3), körperliche Aktivierung von Senior*innen (*n* = 1), Umgang mit Demenz (n = 1) und Umgang mit dem Verlust der betreuten Person (*n* = 1). Abschließend schlugen 33 % (*n* = 4) der befragten Freiwilligen Schulungen zur Selbstfürsorge vor, darunter Entspannungstechniken (*n* = 2), Resilienz-Schulungen (*n* = 1), Achtsamkeitstraining (*n* = 1) und emotionale Abgrenzung (*n* = 1). Weitere 33% (*n* = 4) gaben an, dass ein vielfältiges Schulungsangebot bereits vorhanden sei.

Zielgruppenerreichung. Die Befragten schätzten die Erreichung der Zielgruppe „von Einsamkeit bedrohte Senior*innen" gemischt ein. So kritisierten 71 % (*n* = 10) der Freiwilligen eine geringe Bekanntheit des Besuchsdienstes: *„Und ich war jetzt auf einem Stammtisch, Seniorenstammtisch, allgemein von Senioren, oder wie das heißt, in Fürth. Und da habe ich eben gesagt, dass ich beim Freiwilligenzentrum... Die kannten das Freiwilligenzentrum gar nicht" (Interview 3).* Ähnlich bemerkte eine weitere Person, dass *„die wenigsten wissen, dass es sowas gibt. Und dass sie es in Anspruch nehmen können" (Interview 5)*. 36 % (*n* = 5) der Proband*innen sprachen ein Missverhältnis von Angebot und Nachfrage an. So erklärte eine Ehrenamtliche*: „Man muss ja auch Leute haben, die man vermitteln kann. Also ich denke, es ist auch eine totale Gratwanderung, wenn ich da zu viel anbiete und ich habe gar keinen, ist das auch nur Frustration" (Interview 6)*. Vereinzelt wurde auch die Problematik einer „unpassenden Zielgruppe" angesprochen (7 %, *n* = 1): *„Es ist ja in häufigen Fällen so, dass der Besuchsdienst sich um Ältere kümmert, die wirklich einsam sind. Das ist jetzt in meinem Fall nicht so. Die Dame hat einen Herrn, der hat auch ihr Auto gekriegt, der fährt sie überall hin, der kauft für sie ein, wenn was fehlt. Ihre Schwiegertochter kauft ein, der Sohn telefoniert dreimal am Tag. Ja, kommt und macht vieles im Haus, wenn*

irgendwas ist. (…) Aber er ist da und dann hat sie eine ehemalige Zugehfrau, die immer wieder auch schaut. Und zweimal in der Woche ist sie in der Betreuung. Zweimal in der Woche kommt von Home Instead jemand. Und zweimal in der Woche bin ich da. Also ich würde nicht sagen, dass sie unbedingt einsam ist, aber sie meint, sie ist einsam. Und wenn man ihr erklärt, dass sie ja eigentlich doch sehr viele Kontakte hat, dann wird das nicht akzeptiert" (Interview 2).

Die Zielgruppenerreichung wird aus Sicht der Freiwilligen durch strukturelle (93 %, *n* = 14) und individuelle Barrieren (53 %, *n* = 8) beeinträchtigt (Abbildung 4).

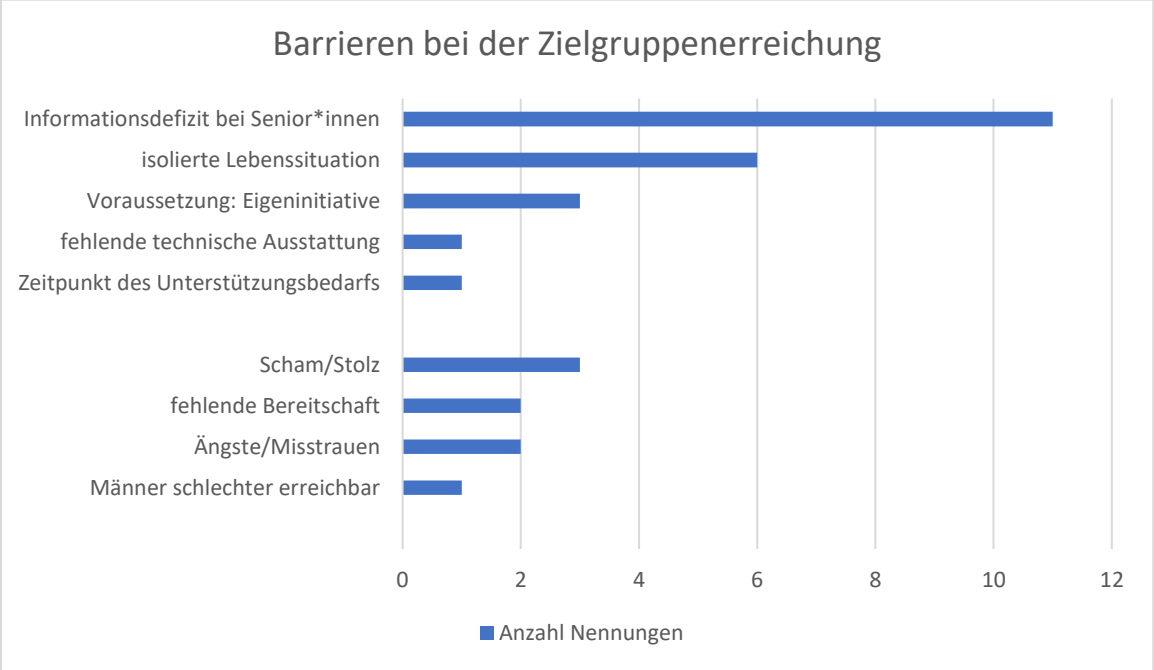


Abbildung 4. Strukturelle und individuelle Barrieren (Mehrfachnennungen möglich)

Als häufigste strukturelle Barriere wurden demnach Informationsdefizite bei Senior*innen und die isolierte Lebenssituation der alten Menschen genannt: *„Das ist das große Problem, viele leben alleine, die kennen das Angebot nicht" (Interview 7).* Zudem wurde betont, dass das Wichtigste daran ist, dass sich die Senior*innen, die Hilfe brauchen, melden (Interview 7). Eine Ehrenamtliche erläuterte zum Zeitpunkt des Unterstützungsbedarfes: *„Ich denke, das Problem ist auch mit dabei, dass die Senioren daran erst denken, wenn sie schon alleine daheim sitzen und eine Zeit lang allein waren und ihnen die Decke auf den Kopf fällt. Solange sie noch jemanden haben, einen Partner, oder dass die Kinder noch in der Nähe sind, wenn die dann plötzlich wegziehen und sie sitzen dann allein. Ich meine immer, die Leute fangen damit zu spät an" (Interview 12).*

Als individuelle Barrieren wurden Scham und Stolz thematisiert, beispielsweise hieß es: *„Und ich glaube, kann mir auch gut vorstellen, dass da vielleicht, also die von selber das ja auch sowieso nicht machen würden, selbst glaube ich, wenn die da einen Aushang sehen würden, weil die sich da glaube ich auch ein Stück weit schämen" (Interview 15).* Zwei Befragte sprachen Ängste und Misstrauen an: *„Man hört ja so viel Schlechtes und so und die sind ja total verängstigt zum Teil" (Interview 1).* Zwei weitere Ehrenamtliche betonten eine fehlende Bereitschaft: *„Es gibt auch ganz viele ältere Leute, die wollen das nicht. Die sind sehr sperrig oder möchten nicht, dass ein Besuchsdienst kommt oder dass generell jemand kommt" (Interview 16).* Außerdem wurde von einer Person hervorgehoben, dass Männer schwer zu erreichen seien: *„Wir Frauen sind es immer gewöhnt dann auch zu reden, Hilfe einzufordern, über Probleme reden und Männer, gerade auch diese ältere Generation, die sind es gewöhnt, alles mit sich auszumachen" (Interview 4).*

Gesundheit und Gesundheitsförderung im Besuchsdienst. Der Gesundheitszustand der betreuten Senior*innen war laut Angaben der Freiwilligen deutlich eingeschränkt: Am häufigsten wurden Einschränkungen der Mobilität genannt (89 %, *n* = 17), gefolgt von psychosozialen Einschränkungen (37 %, *n* = 7), Einschränkungen in Sensorik und Kommunikation (32 %, *n* = 5), kognitiven Einschränkungen (26 %, *n* = 5) sowie Einschränkungen durch organische Erkrankungen (26 %, *n* = 5) und Schmerzen (16 %, *n* = 3). Immerhin 79 % (*n* = 15) gaben an, die von ihnen besuchten Senior*innen seien geistig noch sehr fit, wohingegen nur zwei Befragte die körperliche Fitness hervorhoben.

Die Befragten äußerten sich dazu, wie der Besuchsdienst schon heute gesundheitsförderlich wirken kann, und wie die Gesundheit aller Beteiligten in Zukunft noch ausgebaut werden könnte. Abbildung 5 fasst zusammen, auf welche Weise der Besuchsdienst aus Sicht der Befragten für die Senior*innen gesundheitsförderlich wirkt.

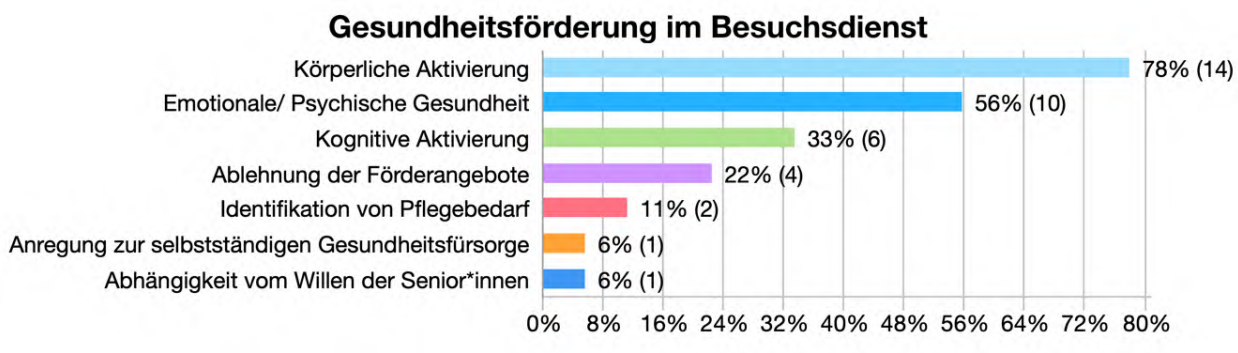


Abbildung 5. Möglichkeiten der Gesundheitsförderung im Besuchsdienst

Vorschläge für die weitere Gesundheitsförderung im Besuchsdienst betrafen in erster Linie die Förderung der psychischen und mentalen Gesundheit, z. B. durch gezielte Spiele mit kognitivem Anspruch (Gesellschaftsspiele, Frage-Antwort-Runden). Für die Förderung der körperlichen Gesundheit wurden neben Spaziergängen und Unternehmungen auch Sitzgymnastik oder tänzerische Übungen in Betracht gezogen, vorausgesetzt, die Motivation und körperlichen Voraussetzungen der Senior*innen lassen dies zu, ebenso wie die Qualifikation der Freiwilligen: *„Ja, so dieses Otago z.B. ist da eigentlich wirklich gut. Das sind speziell Übungen für eingeschränkte Personen am Stuhl, wo man sich immer wieder hinsetzen kann und so Sachen" (Interview 6).* Auch die Hilfe zur Selbsthilfe wurde thematisiert, z. B. indem die Freiwilligen aktiv auf Vorsorgeuntersuchungen ansprechen. Diese Vorschläge könnten aus Sicht der Befragten durch das Freiwilligenzentrum unterstützt werden, indem Räume, Materialien (z. B. Spiele und Übungsgeräte) und Informationen (z. B. zu Vorsorgeuntersuchungen, ärztlichen Angeboten) zur Verfügung gestellt werden.

Vorschläge für die zukünftige Ausrichtung des Besuchsdienstes. Die Verbesserungsvorschläge für den Besuchsdienst fokussierten primär (79 %, *n* = 11) den Bereich der Sichtbarkeit und Öffentlichkeitsarbeit, z. B. *„Ich finde, es müsste viel mehr öffentlich sein, weil ich denke schon, dass viel mehr Menschen bereit wären, sowas zu tun, wenn es irgendwie in der Gesellschaft ja, eine Info gäbe" (Interview 1).* Als konkrete Kanäle wurden Zeitung (33 %, *n* = 3), Werbung (36 %, *n* = 4), Facebook (9 %, *n* = 1), Website (9 %, *n* = 1) und Film (9 %, *n* = 1) genannt. Ergänzend äußerte eine Teilnehmerin den Wunsch nach mehr Wertschätzung für die Tätigkeit der Freiwilligen: *„Vielleicht, dass man das ab und zu mal so ein bisschen ehrt. Dadurch, denke ich, werden vielleicht auch ein paar Leute drauf aufmerksam, dass man sowas machen könnte" (Interview 1).* Von 43 % (*n* = 6) wurden Vorschläge zur strukturellen und personellen Weiterentwicklung des Besuchsdienstes genannt. Am häufigsten verwiesen die Teilnehmer*innen dabei auf den Bedarf nach mehr Ehrenamtlichen (67 %, *n* = 4). Außerdem haben zwei Proband*innen Besuche durch das FZF angesprochen: *„Also, ich könnte mir vorstellen, dass es vielleicht für alle Beteiligten einmal sinnvoll wäre, wenn sich jemand vom Freiwilligenzentrum sich da mal sehen lässt. Oder, es kommt jetzt darauf an, wenn man mit der Institution AWO zum Beispiel Seniorenheim kurzschließt und denen sagt, da kommt jemand ehrenamtlich zu der Frau So-und-So, dass die Mitarbeit klappt" (Interview 11).*

Andere Verbesserungsvorschläge betrafen Angebote und Aktivitäten wie gemeinsame Treffen und Ausflüge (63 %, *n* = 5) sowohl der Senior*innen als auch der Ehrenamtlichen selbst oder beider Gruppen gemeinsam. Eine Person schlug eine Flexibilisierung des Angebots vor: *„Also, was manchmal nicht schlecht wäre, Leute zu haben, die sagen, ich will nicht immer zu denen, aber ich gehe jetzt zwei, dreimal zu denen hin, und wir schauen, ob wir irgendwo miteinander hin können. Und die Seniorin kommt da an und kann dann alleine gehen" (Interview 17)*, eine weitere Person das Bereitstellen von Material und Tools: *„Oder im Freiwilligenzentrum eine Kiste bereithält mit so ein paar Sachen. Das kann ich mir auch vorstellen. Dass man die sich einfach mal holt und dann austauscht. (...) Oder Bücher, wo man sagt, okay, man hat doch immer Bücher abzugeben. Man macht so ein kleines Regalstück und da kann man dann das denen auch mal mitbringen oder so" (Interview 6).*

Zur Verbesserung der Erreichbarkeit von Senior*innen nannten 71 % (*n* = 10) der Ehrenamtlichen eine Kooperation mit sozialen und öffentlichen Einrichtungen, z.B. mit Alten- und Pflegeheimen (*n* = 6), Kirchen (*n* = 4), AWO/Caritas/Lebenshilfe" (*n* = 2) und dem Rathaus (*n* = 1). Außerdem haben 29 % (*n* = 4) der Freiwilligen eine Kooperation mit medizinisch-pflegerischen Akteur*innen vorgeschlagen, beispielsweise durch Ärzt*innen (*n* = 2), Pflegedienste (*n* = 2) oder Apotheken (*n* = 1).

Zusätzlich wurden auch organisatorische Änderungen angesprochen, z. B. häufigere Austauschtreffen (40 %, *n* = 2). Weitere 40% (*n* = 2) hoben die Barrierefreiheit des Freiwilligenzentrums als verbesserungswürdig hervor: *„ich begrüße die Austauschtreffen, auch mit den Senioren oder mit den Betreuten, aber da kann sie nicht hin, weil da gehen fünf Stufen hoch" (Interview 3)*. Des Weiteren wurde von einer Person angeregt, Austauschtreffen am Abend anzubieten, um auch berufstätigen Ehrenamtlichen die Teilnahme zu erleichtern.

Zusammengefasst betreffen die wichtigsten Erwartungen und Wünsche für die Zukunft des Besuchsdienstes:

- Den Ausbau und Erhalt des Angebots (65 %, *n* = 11*): „Also ich erwarte, dass der unbedingt weitergemacht wird" (Interview 5).*
- Die Verbesserung der Bekanntheit und Zugänglichkeit (41 % , *n* = 7): *„Das Wichtige ist, dass er ausgeweitet wird. Und dass er leichter zugänglich ist. Oder die Information darüber, über das Dasein dieser Art der Hilfe, dass die besser an die Senioren oder an die betroffene Gruppe gebracht wird" (Interview 12).*

- Die Optimierung von Rahmenbedingungen und Wahrung der Autonomie der Freiwilligen (29 %, *n* = 5): *„dass man mit so einer Ruhe das machen lässt, dass da keine Vorschriften kommen (…) dass man da völlig freie Hand hat, dass man sich auch die Termine selber aussucht" (Interview 7).*
- Die Professionalisierung und Qualitätssicherung und der damit verbundene positive Effekt (18 %, *n* = 3): *„Ich habe die Erwartung, dass mir das weiterhin Spaß macht, dass ich auch ein Ergebnis sehe, Zufriedenheit, zufriedene Miene sehe, dass ich weiß, es hat etwas geholfen, oder der einsame Tagesablauf ist ein bisschen unterbrochen worden, also das würde mir dann das Gefühl geben, es war nützlich" (Interview 11).*

Teilstudie 3: Protokolle „gescheiterter" Vermittlungen

Methode

Durch das Freiwilligenzentrum wurden anonymisierte Protokollbögen von Vermittlungskontakten mit *n* = 26 Senioren und Seniorinnen zur Verfügung gestellt. In diesen Fällen war die Vermittlung in den Besuchsdienst letztendlich schon vor Aufnahme oder frühzeitig nach der Vermittlung beendet worden. Diese „gescheiterten" Vermittlungen können aufschlussreich sein, um zukünftig den Personenkreis, für den der Besuchsdienst das geeignete Angebot ist, klarer zu definieren. Nicht alle Informationen sind für alle Fälle verfügbar, weshalb die folgenden Angaben auf schwankenden Stichprobengrößen basieren.

Ergebnisse

Die nicht vermittelten Personen waren beim Erstkontakt zwischen 55 und 85 Jahre alt (*M* = 74,00, *SD* = 8,86). Sie waren überwiegend weiblich (w: *n* = 19, m: *n* = 5). Die Personen litten unter einer Vielzahl von Einschränkungen (Tabelle 1), insbesondere in Bezug auf die Mobilität und körperliche Gesundheit, aber auch psychosoziale Einschränkungen (Trauer, Depressionen) wurden in 12 Fällen notiert.

Die Personen äußerten als Wunsch an den Besuchsdienst in erster Linie Spaziergänge und Unterhaltung, weiterhin menschliche Nähe/Freundschaft, Unterstützung beim Einkaufen und kulturelle Aktivitäten wie Theater, Vorlesen, TV oder Musik (Tabelle 2). Von 14 Personen wurde eine Präferenz bezüglich des Geschlechts der Besuchsperson genannt. In der Mehrheit wurden weibliche Personen gewünscht (*n* = 12), nur zwei Personen (beide männlich) wünschten sich explizit Besuche durch einen Mann.

Tabelle 1. Einschränkungen/Erkrankungen, die in den Protokollbögen notiert wurden (Mehrfachnennungen möglich)

Art der Einschränkung	**N**
Einschränkungen der Mobilität, davon:	**15**
Gangunsicherheit	4
Sitzt im Rollstuhl	2
Sturz/Unfall	3
Schwindel/Gleichgewicht	2
Weitere (z. B. Angst vor Autofahren, Parkinson, Schwäche)	7
Einschränkungen durch organische Erkrankungen, davon:	**14**
Neurologische Erkrankungen	4
Pulmonale Erkrankungen	4
Kardiovaskuläre Erkrankungen	2
Diabetes	2
Erkrankungen des Lymphsystems	2
Störungen des Immunsystems	2
Erkrankungen des Verdauungssystems	2
Psychosoziale Einschränkungen, davon:	**12**
Trauer	3
Allgemein schlechtes Wohlbefinden	3
Depressionen	2
Weitere (z. B. Angst, Energiemangel, Schlafstörungen)	5
Einschränkungen in Sensorik und Kommunikation, davon:	**6**
Sehbehinderung	4
Weitere (Schwerhörigkeit, Sprachstörung)	2
Einschränkungen durch Schmerzen (Arthrose, Fibromyalgie, Rückenschmerzen, Knieschmerzen, Schmerzen nicht näher spezifiziert)	**6**
Kognitive Einschränkungen (Demenz)	**2**

Tabelle 2. Aktivitätenwünsche an den Besuchsdienst (Mehrfachnennungen möglich)

Wünsche	***n***
Spaziergänge (ggf. mit Rollstuhl)	15
Unterhalten	11
Freundschaft, menschliche Nähe, allgemein gute Zeit verbringen	8
Gemeinsames Einkaufen	7
Kulturelle Aktivitäten (Theater, TV, Vorlesen, Musik)	6
Sport/Bewegung	3
Unterstützung im Alltag (Haushalt, Arztbesuche)	3

Tabelle 3. Gründe für Scheitern der Vermittlung (Mehrfachnennungen möglich)

Gründe für Scheitern	***n***
Krankheit/Pflege/gesetzliche Betreuung	5
Extremer Redebedarf/Umgang schwierig	4
Andere Besuchsmöglichkeit gefunden/kein Bedarf	4
Abbruch auf eigenen Wunsch	3
Falsche Vorstellungen	3
Verstorben	3

Zu der Frage, woran genau die Vermittlung gescheitert ist, liegen für *n* = 19 Fälle Informationen vor (

Tabelle 3). Die Gründe lagen teilweise in der körperlichen oder kognitiven Verfassung (Krankheit/Pflegebedürftigkeit/gesetzliche Betreuung); drei Personen waren verstorben. Einige Personen konnten privat einen regelmäßigen Besuch organisieren oder sahen aus anderen (nicht näher benannten) Gründen keinen Bedarf. In *n* = 4 Fällen wurde allerdings auch notiert, dass die Seniorinnen bzw. Senioren einen extremen Redebedarf hätten bzw. im Umgang „schwierig" seien, sodass die Besuche den Freiwilligen nicht zuzumuten gewesen wären. Umgekehrt hatten *n* = 3 Personen wohl falsche Vorstellungen davon, was der Besuchsdienst ihnen zu bieten hätte (insbesondere die Vorstellung, der Besuchsdienst sei für Dienstleistungen im Haushalt zuständig). Drei Personen brachen die

Inanspruchnahme auf eigenen Wunsch ab, ohne dass die Gründe in den Protokollbögen konkretisiert wurden.

Vergleich der Stichproben aus Teilstudie 1 und 3

Abschließend werden die Personen aus Teilstudie 1 („erfolgreiche Besuchstandems") und Teilstudie 3 („gescheiterte Vermittlungen") direkt bezüglich Soziodemographie und Gesundheitszustand verglichen, um weitere Ausschlüsse über Gelingensfaktoren der Vermittlung zu finden. Dabei ist zu beachten, dass die Datenerhebung beider Teilstichproben sich deutlich unterschied (Teilstudie 1: Interviews, Teilstudie 3: Protokollbögen), was sich natürlich auch in der Datenqualität niederschlagen kann. Aufgrund der geringen Stichprobengrößen soll der statistischen Signifikanz an dieser Stelle nur untergeordnete Bedeutung zukommen; stattdessen werden die Effektstärken betrachtet. Bezüglich Geschlechtsverteilung und Wohnsituation unterschieden sich die beiden Teilstichproben nicht.

Tabelle 4. Vergleich des Gesundheitszustands der Stichproben aus Teilstudie 1 (Interviews „erfolgreicher" Besuchstandems, N = 12) und Teilstudie 3 (Protokolle „gescheiterter" Vermittlungen, N_{max} = 26), Häufigkeitsangaben

	Teilstudie 1 ***N* =12**	**Teilstudie 3** ***N* = 26**	**Teststatistik** $\chi^2(1)$	**Effekt-stärke ϕ**
Psychische Einschränkungen	2 (17 %)	12 (46 %)	3,07 (*p* = .080)	.28
Mobilitätseinschränkungen	6 (50 %)	15 (58 %)	0,19 (*p* = .658)	.07
Sensorische Einschränkungen	2 (17 %)	6 (23 %)	0,20 (*p* = .652)	.07
Kognitive Einschränkungen	0 (0 %)	2 (8 %)	0,97 (*p* = .324)	.16
Schmerzen	3 (25 %)	6 (23 %)	0,02 (*p* = .897)	-.02
Weitere organische Erkrankungen	4 (33 %)	14 (54 %)	1,39 (*p* = .239)	.19

Tabelle 4 fasst die Unterschiede im Gesundheitszustand beider Teilstichproben zusammen. Gesundheitliche Unterschiede zeigten sich primär in Bezug auf die psychische Gesundheit (mittlerer Effekt ϕ = .28), kognitive Einschränkungen (kleiner Effekt ϕ = .16) und weitere organische Erkrankungen – hier scheinen die Personen, bei denen eine Vermittlung am Ende nicht zustande kam, stärker beeinträchtigt (kleiner Effekt ϕ = .19).

Mobilitätseinschränkungen, sensorische Probleme und Schmerzen waren hingegen in beiden Teilstichproben ähnlich häufig vertreten.

Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse werden zuerst mit Blick auf die Senior*innen, darauffolgend aus der Perspektive der Freiwilligen eingeordnet und diskutiert. Den Abschluss dieses Kapitels bildet das darauf aufbauende Konzept für die zukünftige Seniorenarbeit des FZF.

Zu den Senior*innen im Besuchsdienst

Einsamkeit. Die Senior*innen, die mit dem Besuchsdienst in Kontakt kommen, sind meist alleinlebend, aber dabei nicht komplett sozial isoliert – Primärbeziehungen zu engen Angehörigen und Freunden waren durchaus vorhanden. Dennoch war die Zufriedenheit mit der sozialen Einbindung eher mäßig. Die Senior*innen im Besuchsdienst sind also durch das Alleinleben und in vielen Fällen auch durch Mobilitätseinschränkungen durchaus einsamkeitsgefährdet. Sieben von zwölf Befragten haben explizit artikuliert, sich – zumindest punktuell – einsam zu fühlen.

Die Empfehlungen gegen Einsamkeit, die die Befragten aussprechen, zeigen, dass ihnen auf rationaler Ebene bewusst ist, dass Eigeninitiative und aktive Kontaktpflege mit Freunden und Angehörigen auch und gerade im Alter zentral sind. Dennoch besteht der Wunsch danach, dass andere die Initiative ergreifen und sich mehr „kümmern" mögen. Übertragen auf die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Einsamkeitsprävention im Alter lässt sich hier der Bedarf nach einer stärker aufsuchenden Angebotsstruktur ableiten. In unserer Studie hatte die Mehrzahl der Befragten angegeben, eigeninitiativ den Besuchsdienst kontaktiert zu haben. Personen, die größere Hemmungen haben könnten oder das Angebot des FZF (auch aufgrund sozialer Isolation) nicht kennen, könnten von einer persönlichen Vermittlung (z. B. durch behandelnde Ärzt*innen, Pflege- und Sozialeinrichtungen oder Personal der Physio- und Ergotherapie) profitieren.

Gesundheit und Gesundheitsförderung. Gesundheitliche Einschränkungen waren bei den Senioren, die mit dem FZF in Kontakt standen, eher die Regel als die Ausnahme. Insbesondere Mobilitätseinschränkungen und sensorische Schwierigkeiten können einsamkeitsverstärkend wirken, gerade bei alleinlebenden Personen, wie sie in unserer Stichprobe vertreten waren. Hier scheint der Besuchsdienst schon allein durch

niederschwellige Maßnahmen wie Einkaufen oder Spazierengehen zu einer Aktivierung vorhandener Bewegungsmöglichkeiten zu führen. Auch insgesamt haben die befragten Senior*innen niederschwellige und hilfreiche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Rahmen ehrenamtlicher Besuchsdienste vorgeschlagen. Am Beispiel des gemeinsamen Kochens (und Essens) lassen sich gesundheitsförderliche Effekte aufzeigen. Alleinstehende ältere Personen vernachlässigen die Nahrungszubereitung und -aufnahme häufig und ernähren sich ungesünder (Björnwall et al., 2021). Mangelernährung wiederum kann Gebrechlichkeit fördern (Verlaan et al., 2017). Gemeinsame Nahrungszubereitung und -aufnahme kann neben sozialen und emotionalen Zwecken (De Neve et al., 2025) also auch körperliche Gesundheitszwecke erfüllen. Auch die Vorschläge, gemeinsam kognitiv anspruchsvolle Aktivitäten durchzuführen, wirken nachvollziehbar vor dem Hintergrund, dass die Befragten ohnehin gerne kognitive Tätigkeiten wie Rätsellösen oder Lesen ausübten. Maßnahmen wie gemeinsames Kochen, Gehirnjogging oder Sitzgymnastik lassen sich auch von Freiwilligen ohne entsprechenden beruflichen Hintergrund leicht – gegebenenfalls nach entsprechender Schulung – umsetzen. Das Angebot gesundheitsförderlicher Maßnahmen sollte dabei immer an den körperlichen und geistigen Fähigkeiten der Senior*innen und an deren aktuellen Bedürfnissen ausgerichtet sein: Für einsame Personen können gemeinsames Kaffeetrinken und persönliche Gespräche langfristig gesundheitsförderlicher sein als eine unmotiviert durchgeführte Gymnastikeinheit.

Evaluation des Besuchsdienstes. Zur Bewertung des Besuchsdienstes durch die Senior*innen lässt sich ein sehr positives Fazit ziehen. Die Zufriedenheit mit dem Angebot war hoch, und die Senior*innen benannten einige Lebensbereiche, die sich seit Beginn des Besuchsdienstes positiv verändert hatten. Dabei zeigt sich, dass sie sich nicht nur weniger einsam fühlten, was als unmittelbarer Effekt sozialer Kontakte naheliegt; vielmehr nahmen sie auch Verbesserungen im allgemeinen Wohlbefinden wahr und schätzten zudem die Unterstützung in der Alltagsbewältigung. Verbesserungswünsche an den Besuchsdienst bestanden in erster Linie darin, mehr gemeinsame Zeit zu verbringen, spazieren zu gehen oder gemeinsame Unternehmungen anzugehen. Die Art und Weise der Unterstützung wird also als angemessen erlebt, nur im Umfang könnten sich die Senior*innen ein „Mehr“ vorstellen. Einschränkend ist anzumerken, dass retrospektive Befragungen ohne Kontrollgruppe zu Einschränkungen der internen Validität und einer Überschätzung des

tatsächlichen Erfolgs führen können (Döring & Bortz, 2016). Diese auf einer kleinen Stichprobe basierende, qualitative, retrospektive Befragung kann daher nur eine erste Näherung an das tatsächliche Potential eines Besuchsdienstes im Seniorenbereich bieten. Da die hier befragten erfolgreich vermittelten Besuchstandems vielleicht ein zu positives Bild auf den Besuchsdienst werfen könnten, wurde ergänzend eine Teilstichprobe „gescheiterter" Vermittlungen untersucht. Jede „gescheiterte" Vermittlung bedeutet einen Rückschlag für alle Beteiligten: die Senior*innen, die sich Hilfe und einen Weg aus der Einsamkeit erhoffen; die Freiwilligen, die einen positiven Beitrag leisten möchten; aber auch für die Mitarbeitenden des FZF, die auf eine möglichst gute Passung zwischen Freiwilligen und Senior*innen und erfolgreiche Vermittlungen hinarbeiten. Die Analyse der Vermittlungsprotokolle deutet darauf hin, dass Vermittlungsversuche eventuell insbesondere bei psychischen Störungen oder (beginnender) Demenz scheitern könnten, was bei den Mitarbeitenden des FZF manchmal mit dem Eindruck einer besonders „redebedürftigen" oder „schwierigen" älteren Person einherging. Auch Personen mit gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern können natürlich von ehrenamtlichen Besuchsdiensten profitieren (Kim, 2012) – aber übergeordnet sollte doch eine psychiatrische/psychotherapeutische Versorgung sein. Zudem bräuchten die Freiwilligen stärkere Unterstützung und intensivere Ausbildung, wenn sie ein Besuchstandem mit Senior*innen mit psychiatrischen Erkrankungen bilden. Auch insgesamt zeigten sich die Personen, die letztendlich nicht in den Besuchsdienst vermittelt werden konnten, körperlich noch stärker eingeschränkt – wobei Mobilitäts- und sensorische Probleme keine spezifische Hürde für den Besuchsdienst darzustellen scheinen, da sie auch bei erfolgreich laufenden Besuchstandems verbreitet sind. Vielmehr geht es um schwere körperliche Erkrankungen, die mit Pflegebedürftigkeit oder gar dem Tod der Betroffenen enden. Dass in einer derart schwierigen (und vielleicht sogar letzten) Lebensphase andere Bedürfnisse im Vordergrund stehen, für die der Besuchsdienst nicht die richtigen Voraussetzungen mitbringt, liegt auf der Hand.

Zu den Freiwilligen im Besuchsdienst

Tätigkeitsbild, Ressourcen und Belastungen. Die Freiwilligen berichteten, im Rahmen der Besuchstandems in erster Linie für Alltagsbegleitung und persönlichen Kontakt zur Verfügung zu stehen. Aber auch kleinere Unterstützungen im Haushalt oder bei Terminen

außer Haus sind regelmäßig Teil des Besuchsdienstes. Nicht immer scheinen die Grenzen zu echter Haushaltsdienstleistung klar gezogen zu sein, und einige Freiwillige gaben an, dass die besuchten Senior*innen recht fordernd (und wenig dankbar) seien. In Einzelfällen artikulierten die Ehrenamtlichen, dass die Senior*innen mit falschen Erwartungen in den Besuchsdienst starten. Dadurch entstehen bei den Freiwilligen auch Unsicherheiten im Umgang mit rechtlichen Fragen (z. B. wenn die Senior*innen ihnen Geld anvertrauen, bei Telefonaten mit medizinischen Einrichtungen, im Kontakt mit Personal des Seniorenheimes).

Wie in anderen Ehrenamtsbereichen (Simonson et al., 2019) zeigten auch die Freiwilligen des FZF eine hohe intrinsische Motivation für die Mitarbeit im Besuchsdienst. Es waren zum einen persönliche Beweggründe wie das sinnvolle Nutzen freier Zeit oder das Einbringen persönlicher Stärken, zum anderen altruistische Motive, die zu diesem gesellschaftlichen Engagement beitrugen. Nur zwei der Befragten nannten explizit karrierebezogene Motive. Das Überwiegen intrinsischer Motive kann sich positiv auf das Belastungserleben auswirken, wie die Studie von Ferrari et al. (2007) zeigt: Bei stärker karrierebezogenen Motiven stellt sich schneller Stress durch ein Ehrenamt im Seniorenbereich ein als bei Personen, die dieses Amt aus Selbstbestimmungsmotiven heraus antreten. Auch der Umfang des Ehrenamts mit meist einem ein- bis dreistündigen Besuch pro Woche scheint angemessen und nicht überfordernd (vgl. Ramos & Wehner, 2015).

Die Freiwilligen berichten aber auch von anfänglichen Zweifeln zum Umgang mit alterstypischen Themen wie Demenz, Mobilitätseinschränkungen oder Misstrauen. Erfreulicherweise konnten diese Zweifel in den meisten Fällen im Verlauf des Besuchsdienstes ausgeräumt werden. Nichtsdestotrotz erlebten zwei Drittel der Befragten Belastungen durch ihr Ehrenamt (vgl. Koch & Hartwich-Koch, 2012). Diese waren in erster Linie psychosozialer Natur. Beispielsweise wurde der Umgang mit dementiellen Entwicklungen als sehr belastend erlebt. Zudem berichteten die Freiwilligen in einem Teil der Fälle von negativer Kommunikation und pessimistischer Grundhaltung der besuchten Senior*innen, was im Kontakt auf Dauer als sehr belastend erlebt wurde. Die Freude der Senior*innen und das Gefühl, Gutes zu tun, waren ja als wichtige Motive zur Aufnahme dieses Ehrenamts genannt worden – in den berichteten Fällen wurde das Ehrenamt wahrscheinlich nicht langfristig als persönlicher Gewinn wahrgenommen. Auch in Teilstudie 3 waren schwierige Kommunikation und hoher Redebedarf ja Gründe gewesen, warum

einzelne Fälle nicht in den Besuchsdienst vermittelt werden konnten. Bei der Vermittlung dieser „anspruchsvollen" Fälle ist seitens des FZF besondere Sensibilität und intensivere Unterstützung der Freiwilligen gefragt, damit diese durch ihr Ehrenamt nicht über die Maßen gefordert werden. Inwiefern depressive Entwicklungen im Alter hinter dieser negativ-pessimistischen Grundhaltung einiger Senior*innen stehen, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden. Die psychische Gesundheit der Senior*innen insgesamt spielt aber eine bedeutende Rolle für das Gelingen oder Scheitern der Besuchstandems, wie auch die anderen Teilstudien zeigten. Körperliche Belastungen durch das Ehrenamt (z.B. Rollstuhl schieben, Aufhelfen nach Stürzen) waren gegenüber den eben geschilderten psychosozialen Stressoren eher selten, können aber im Rahmen des Besuchsdienstes nicht ausgeschlossen werden und sollten vor der Vermittlung thematisiert werden.

Wenn die Freiwilligen Belastungen durch den Besuchsdienst erleben, können sie auf persönliche und soziale Ressourcen zurückgreifen, die diese Belastungen abfedern. Wichtig erscheint hier das Bewusstsein um die eigene Rolle und die Grenzen der eigenen Einflussmöglichkeit sowie eine innerliche Distanz (z. B. auch indem man in der Kommunikation auf unverfängliche Themen lenkt). In der Grauzone zwischen „Dienstleistung" und „Freundschaft", in der sich der Besuchsdienst bewegt, ist eine klare Rollenabgrenzung von besonderer Bedeutung. Diese sollte optimalerweise schon im Vorfeld der Aufnahme des Besuchsdienstes gemeinsam mit FZF und anderen Freiwilligen thematisiert werden. Die Möglichkeit der Fallbesprechung mit dem FZF wurde als positive Ressource wahrgenommen, sei es durch regelmäßige Rückfragen seitens des FZF, Gruppengespräche unter Ehrenamtlichen oder gezielte Beratung bei problematischen Situationen.

Neben den Belastungen standen aber auch die lohnenden Elemente des Besuchsdienstes im Fokus der Befragung. Alle Befragten bis auf eine Person nannten einen oder mehrere Punkte, die sie als für sich gewinnbringend erlebten. Der Besuchsdienst erwies sich als sinnstiftend für die Befragten und bot zudem soziale „Belohnung" im Sinne besserer Vernetzung, Freude am Zusammensein und positiver Rückmeldung seitens der Senior*innen. Teilweise wurde die Teilnahme am Besuchsdienst auch als Mittel persönlicher Weiterentwicklung (Wissen, Kompetenzen) wahrgenommen. Auch ein persönlicher Gewinn ist sicher die wachsende Toleranz und Geduld mit älteren Menschen, die die Befragten bei sich selbst wahrnahmen. Sozialer Kontakt, Engagement für andere und persönliche

Weiterentwicklung sind nachweislich Aspekte eines erfüllten Lebens, die das Wohlbefinden steigern können (Aked et al., 2008). Leider hat sich das Bild vom Altern bei den Befragten aber nicht nur zum Positiven verändert – die Konfrontation mit den Zuständen im Heimbereich und den diversen Einschränkungen der besuchten Senior*innen weckte in manchen Befragten auch Sorgen vor dem eigenen Senium. Diese Belastung sollte in Gruppengesprächen thematisiert und reflektiert werden, da sie das seelische Wohlbefinden beeinträchtigen und die Motivation zum weiteren sozialen Engagement im Seniorenbereich reduzieren kann.

Dass die Ausübung eines Ehrenamts nicht nur bei den Empfängern, sondern auch bei den Freiwilligen selbst einsamkeitspräventiv wirken kann, wird durch die Interviews bestätigt. Die Mehrheit der Befragten gab an, durch das Ehrenamt neue soziale Kontakte geknüpft zu haben (nicht nur mit den Senior*innen, sondern auch durch die Anbindung an das FZF) (vgl. Koch & Hartwich-Koch, 2012; Ramos & Wehner, 2015). Der potenziell einsamkeitspräventive Aspekt des Besuchsdienstes wurde von den Befragten bejaht, wobei sie sich selbst grundsätzlich eher nicht als einsamkeitsgefährdet wahrnahmen und daher in dieser Hinsicht nicht so sehr profitierten. Hier bestätigt sich, dass ehrenamtlich engagierte Menschen häufig gute soziale Ressourcen haben (Simonson et al., 2019, 2024). Inwiefern auch ressourcenschwächere, evtl. einsamkeitsgefährdete Personen selbst stärker zu einem sozialen Ehrenamt motiviert werden könnten, wäre eine Fragestellung für zukünftige Forschung.

Zielgruppenerreichung und Bekanntheitsgrad. Die Befragung der Freiwilligen zeigte ebenso wie schon die Befragung der Senior*innen in Teilstudie 1, dass der Bekanntheitsgrad des Besuchsdienstes im Raum Fürth aus Sicht aller Beteiligten noch nicht hoch genug ist. Viele Verbesserungsvorschläge für den Besuchsdienst betrafen daher das Thema Sichtbarkeit und Öffentlichkeitsarbeit, z. B. durch Werbung auf analogen und digitalen Medien im Raum Fürth. Die Freiwilligen sehen bei den von Einsamkeit bedrohten älteren Menschen in Fürth einen deutlichen Informationsbedarf. Wie die Senior*innen selbst berichten auch die Freiwilligen, dass ältere Menschen Eigeninitiative zeigen müssen, um in Kontakt mit dem Besuchsdienst zu treten. Auch Personen, denen das Angebot des Besuchsdienstes bekannt ist, könnten Scham oder Angst empfinden oder falsche Erwartungen an den Besuchsdienst haben und daher vor einer Kontaktaufnahme zurückschrecken. Eine stärkere Einbindung von sozialen, pflegerischen und medizinischen

Einrichtungen kann dazu dienen, eine „Geh-Struktur" aufzubauen und die einsamkeitsgefährdeten Senior*innen gezielt in den Besuchsdienst zu vermitteln. Neben stark sozial isolierten Personen wäre es für die Zukunft ein Ziel, vor allem ältere Männer stärker in den Besuchsdienst einzubinden. Männer in allen Lebensphasen nehmen gesundheitliche und präventive Angebote seltener in Anspruch, obwohl der Bedarf durchaus vorhanden wäre (Robert-Koch-Institut, 2014). Dies resultiert in einem schlechteren Gesundheitszustand, sozialer Isolation und sogar einer geringeren Lebenserwartung. Mittlerweile entwickeln sich Ansätze, um Männer gezielter zur Teilnahme an gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu motivieren, beispielsweise durch männerspezifische Ansprache, Rekrutierung an Orten, an denen sich Männer bevorzugt aufhalten, Werbung bei männerspezifischen Aktivitäten etc. (Rausch et al., 2022). Inwiefern diese auf den Seniorenbereich übertragbar sind, müssen zukünftige Arbeiten klären.

Gesundheit und Gesundheitsförderung. Wie auch schon in Teilstudie 1 und Teilstudie 3 deutlich wurde, sind Mobilitätseinschränkungen und auch weitere gesundheitliche Probleme im Rahmen des Besuchsdienstes die Regel. Der Umgang mit Mobilitätseinschränkungen scheint aber für die Freiwilligen handhabbar zu sein; Spaziergänge oder -fahrten sind fester Bestandteil der Besuchskontakte. Psychosoziale Einschränkungen und insbesondere kognitive Probleme (Demenz) wirken wesentlich belastender für die Freiwilligen. Insgesamt entsteht bei den funktionierenden Besuchstandems der Eindruck körperlich beeinträchtigter, aber geistig fitter älterer Menschen. Die Gesundheitsförderung ist implizit ohnehin fester Bestandteil des Besuchsdienstes, sei es durch gemeinsame körperliche Aktivität, Begleitung zu Arztterminen oder kognitive Beschäftigungen wie gemeinsames Spielen oder Rätseln. Als mögliche weitere Maßnahmen nannten sie Sitzgymnastik oder -tanz sowie kognitive Förderungsmaßnahmen. Der Wunsch nach entsprechenden Materialien und Schulungen seitens des FZF wurde geäußert. Die Befragten machten dabei deutlich, dass die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen wesentlich davon abhängt, ob die betroffenen Senior*innen hierzu bereit sind. Umso erfreulicher ist es, dass gerade Sitzgymnastik und kognitives Training auch von den Senior*innen selbst in Teilstudie 1 als wünschenswerte Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung im Besuchsdienst genannt wurden. Die Gesundheit der Freiwilligen selbst wurde ebenfalls thematisiert. Hier wurde deutlich, dass insbesondere soziale Aspekte im Rahmen des Ehrenamts als relevant

wahrgenommen wurden. Um ihr Ehrenamt möglichst lange und gesund ausüben zu können, ist ihnen einerseits die Unterstützung des FZF (Feedbackgespräche, Problembesprechungen), anderseits das soziale Netz der Freiwilligen (gemeinsame Aktivitäten, Erfahrungsaustausch) wichtig.

Abbildung 6 fasst die wichtigsten Ergebnisse und Empfehlungen schlaglichtartig zusammen. Basierend auf den Ergebnissen dieser Studie wurde ein Konzept für die Verbesserung der Seniorenarbeit am FZF erstellt (Wirth, 2025), das im folgenden Abschlusskapitel in seinen Kernaspekten dargestellt wird.

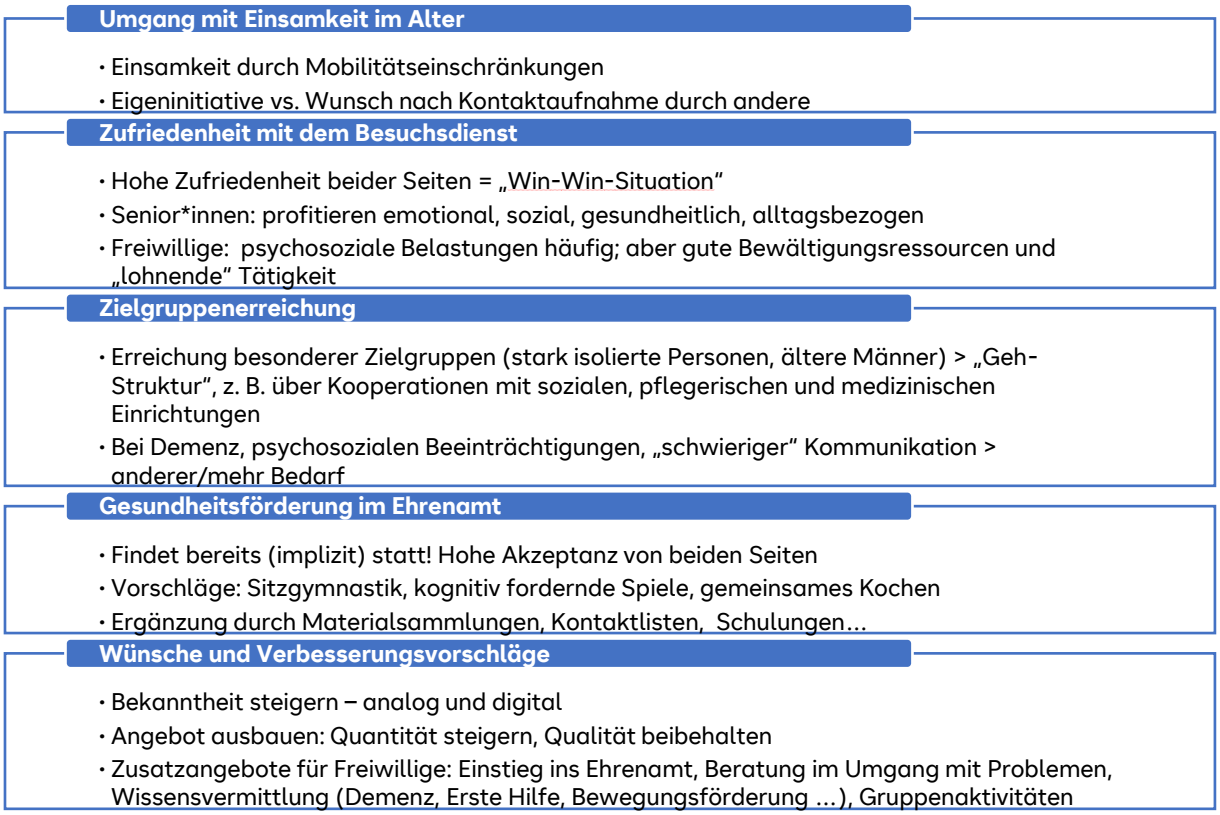


Abbildung 6. Ergebniszusammenfassung - Überblick

Ausblick: Konzeptentwicklung für die Seniorenarbeit des FZF

Ziele

Das Konzept verfolgt das Ziel, die Seniorenarbeit des FZF so weiterzuentwickeln, dass sowohl die Lebensqualität der betreuten Senior*innen als auch die Gesundheit, Motivation und Zufriedenheit der Ehrenamtlichen nachhaltig gefördert werden.

Förderung der Gesundheit und Gemeinschaft der Ehrenamtlichen

Stärkung der seelischen Gesundheit, Motivation und sozialen Einbindung der Freiwilligen durch die Integration wissenschaftlicher Erkenntnisse (z. B. aus der Positiven Psychologie), den Ausbau gemeinschaftsfördernder Strukturen sowie die Etablierung bedarfsorientierter Unterstützungsangebote wie Supervision, fachliche Begleitung und kollegialer Austausch.

Ausbau der Angebote für Senior*innen

Erweiterung des Angebots um zusätzliche Gruppen-, Bewegungs- und Teilhabeangebote sowie flexible Unterstützungsformen für Alltagssituationen, um soziale Teilhabe, Selbstständigkeit und Lebensqualität der Senior*innen zu fördern.

Ausbau der Freizeit- und Teilhabeberatung

Weiterentwicklung der individuellen Freizeitberatung für Senior*innen, um bestehende Angebote besser zugänglich zu machen, passgenaue Teilhabemöglichkeiten zu vermitteln und die Eigeninitiative der Zielgruppe zu stärken.

Erhöhung der Bekanntheit und Sichtbarkeit

Steigerung der öffentlichen Wahrnehmung des Besuchsdienstes und verwandter Angebote durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit, um mehr Senior*innen zu erreichen und neue Freiwillige zu gewinnen.

Optimierung der Vermittlungsprozesse

Weiterentwicklung der Vermittlungspraxis zwischen Freiwilligen und Senior*innen mit Fokus auf zwischenmenschliche Passung, realistische Rollenerwartungen und klare Absprachen, um stabile und entlastende Besuchstandems zu gewährleisten Ziel ist es, ein standardisiertes Vermittlungs- und Schutzkonzept zu entwickeln.

Stärkung der Kooperation mit professionellen Hilfen

Aufbau und Festigung von Schnittstellen zu professionellen Unterstützungs- und Hilfesystemen, um bei komplexen oder belastenden Fällen eine angemessene Versorgung sicherzustellen und Ehrenamtliche vor Überforderung zu schützen.

Maßnahmen

Die nachfolgenden Maßnahmen (zusammengefasst in Abbildung 7) setzen die abgeleiteten Bedarfe in praxistaugliche, prüffähige Bausteine um. Sie stärken soziale Teilhabe, entlasten und qualifizieren Freiwillige und verbessern die Vermittlungsqualität. Alle in den Maßnahmen enthaltenen Vorschläge zum Schutz der Freiwilligen, zur Förderung von Gemeinschaft und zur Weiterbildung gelten für alle Ehrenamtlichen in der Seniorenarbeit des FZF. Die Mittagstische und der Fahrradkurs sind zusätzliche Ideen für mögliche Projektmaßnahmen, die im Rahmen der Förderung aufgebaut und unter der Leitung von Partnerorganisationen umgesetzt werden.



Abbildung 7. Übersicht über die geplanten Maßnahmen der Seniorenarbeit des FZF

Vermittlungscheck

Ziel ist die Weiterentwicklung der Vermittlungspraxis zwischen Freiwilligen und Senior*innen mit Fokus auf zwischenmenschliche Passung, realistische Rollenerwartungen und klare Absprachen – um stabile und entlastende Besuchstandems zu gewährleisten. Kernziele: Fehlvermittlungen reduzieren, frühzeitige Absagen ermöglichen, Stopp-Kriterien etablieren sowie eine halbjährliche Supervision der Projektleitung zur Reflexion schwieriger Fälle und solcher, in denen nicht geholfen werden konnte.

Vermittlung

- Stopp-Kriterien: Pflege-/haushaltsnahe Aufgaben, akute Krisen-/Behandlungsbedarfe, schwierige Wohnumgebung (z. B. Messie), in diesen Fällen erfolgt keine Vermittlung; wenn möglich Überleitung an professionelle Hilfe
- Kennenlerntermin: Klare Erwartungsklärung; Aushändigung eines Merkblatts zu Rollen und Grenzen

Entscheidungslogik

- Frühere Absage: Ist Passung/Setting nicht gegeben, wird früh und wertschätzend abgesagt; zugleich erfolgt ein Hinweis auf geeignete Hilfen.
- Hausbesuche durch Projektleitung: Nur wenn nach Vorgespräch eine reale Chance auf positive Vermittlung absehbar ist; andernfalls Telefon-/Video-Screening und ggf. Überleitung.

Qualitätssicherung und Entlastung

- Halbjährliche Supervision der Projektleitung: Besprechung „schwieriger" und „nicht vermittelbarer" Fälle; Ableitung von Anpassungen an Stopp-Kriterien und Checklisten.
- Aufwandsersatz und Versicherung: Den Freiwilligen entstehen keine Kosten; Fahrt- und Sachkosten werden gemäß FZF-Regelung erstattet; der Versicherungsschutz wird zu Beginn transparent erläutert.
- Erreichbarkeit: Die Koordination ist zu definierten Zeiten erreichbar; Rückmeldungen erfolgen zeitnah, in der Regel innerhalb von 48 Stunden.
- Regelmäßige Gruppensupervision mit Fallbesprechungen für die Freiwilligen.
- Bei schwierigen Fällen können die Freiwilligen eine Supervision mit einer externen Fachperson buchen.

Helfer-Community

Die „Helfer-Community" ist eine neue Maßnahme des FZF, die im Rahmen des Projekts aufgebaut und strukturell verankert werden soll. Ziel ist es, eine flexible Einsatzgruppe zu schaffen, die Senior*innen bei kleineren Alltagsaufgaben unterstützt und gleichzeitig einen festen Gemeinschaftskern für die Freiwilligen bildet. Aus diesen niedrigschwelligen Begegnungen können sich auf sehr natürliche Weise auch neue Besuchstandems bilden.

Aufbau und Koordination. Der Aufbau erfolgt durch die Projektkoordination des FZF. Zu den Aufgaben gehören:

- Gewinnung und Einarbeitung von Helfer*innen
- Durchführung gezielter Öffentlichkeitsarbeit
- Einrichtung klarer Strukturen für Einsatzkoordination und Kommunikation
- Organisation und Moderation der monatlichen Treffen
- Planung und Durchführung von Fortbildungen

- Dokumentation aller Einsätze und Stundenaufwände anhand von Protokollen
- Evaluation der Maßnahme im Hinblick auf Wirkung und Bedarf

Der organisatorische Aufwand ist insbesondere in der Startphase hoch, da die Gruppe zunächst etabliert, Aufgabenbereiche klar definiert und Abläufe erprobt werden müssen.

Einsatzbereiche. Die Helfer-Community soll klar umrissene, zeitlich überschaubare Aufgaben übernehmen, die von den Senior*innen gezielt angefragt werden können:

- Botengänge (z. B. zur Apotheke, kleinere Einkäufe)
- Gemeinsames Einkaufen
- Gemeinsam Kochen mit anschließendem gemeinsamem Essen
- Kulturbegleitung (z. B. Museum, Konzerte)
- Begleitung zu Arztterminen (nur Hinweg, um den Zeitaufwand zu begrenzen)
- Begleitung zum Friedhof
- Spaziergänge
- Spaziergänge mit Hund

Die Einsatzkoordination erfolgt über das FZF-Büro: Anfragen werden aufgenommen, per E-Mail an die Gruppe gesendet und von interessierten Helfer*innen direkt übernommen. So bleibt das Engagement flexibel und verteilt sich auf viele Schultern. Durch die Begegnungen können sich bei guter Passung auch langfristige Tandems für den Besuchsdienst bilden. Während Botengänge zur Apotheke wichtige Unterstützung leisten, fördern gemeinsame Erledigungen in besonderem Maße Begegnung und Aktivität.

Gemeinschaft und Weiterbildung als zweiter Baustein. Ein zentrales Element der Maßnahme sind die monatlichen Community-Treffen.

Diese bestehen aus zwei Teilen:

- Alle Einsätze werden anhand von Protokollen besprochen, der Zeitaufwand wird dokumentiert und sowohl Herausforderungen als auch positive Erlebnisse werden geteilt.
- Geselliger Teil und Weiterbildung – Gemeinsames Frühstück, Brotzeit oder Kaffeetrinken, ergänzt durch Beiträge zu relevanten Themen wie z. B. Selbstfürsorge, Kommunikation oder typische Sorgen und Ängste des Alters.

Darüber hinaus werden selbstorganisierte Aktivitäten wie Wanderungen oder Stammtische angeregt, um Gemeinschaft und Zugehörigkeit unter den Freiwilligen zu fördern.

Anerkennung und Dank. Im FZF gibt es eine gelebte Anerkennungskultur. Diese Beinhaltet, Geburtstagswünsche, eine jährliche Dankeschön Feier und Betriebsausflüge. Wertschätzung und Anerkennung sind ein wichtiger Bestandteil der Kommunikation. Die Forschung zeigt: Schon ein einfaches „Danke" erhöht die Bereitschaft und Kontinuität prosozialen Handelns (Grant & Gino, 2010, S. 946–947).

Gesundheitsförderlicher Nutzen. Die Helfer-Community trägt in mehrfacher Hinsicht zur Gesundheitsförderung bei:

- Für Senior*innen: Die Unterstützung im Alltag reduziert Belastungen, erhöht Mobilität und stärkt soziale Teilhabe. Regelmäßige, auch kurze Kontakte wirken präventiv gegen Einsamkeit.
- Für Freiwillige: Die Gruppe bietet soziale Einbindung, gegenseitige Unterstützung und flexible Möglichkeiten, hilfebedürftigen Menschen in der Stadtgesellschaft zu helfen.

Studien belegen, dass Menschen, die regelmäßig anderen helfen, mehr Sinnhaftigkeit, Selbstvertrauen und soziale Verbundenheit erleben (Regan et al., 2023). Zudem sind Menschen mit stabilen sozialen Beziehungen nachweislich glücklicher und gesünder; kaum ein anderer Faktor hat einen vergleichbar starken Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden (Diener & Seligman, 2002). Durch die Helfer-Community entstehen neue Beziehungen – sowohl zwischen Freiwilligen und Senior*innen als auch unter den Freiwilligen selbst.

Reflexionsjournal „Gutes getan"

Als ergänzende Maßnahme sollen Freiwillige dafür begeistert werden, nach jedem Einsatz in wenigen Sätzen zu dokumentieren, was ihnen gelungen ist und wie sie anderen konkret helfen konnten. Das Ziel besteht darin, gelungene Situationen bewusst wahrzunehmen und zu benennen, um die eigene Wirksamkeit im Engagement zu festigen. Die Maßnahme ist niedrigschwellig, unmittelbar anschlussfähig an den Arbeitsalltag und fördert eine regelmäßige, ressourcenorientierte Selbstreflexion. Die Maßnahme bleibt freiwillig; eine Dokumentationspflicht wird nicht eingeführt. Empirische Befunde belegen, dass das bewusste Erinnern und Festhalten eigener hilfreicher Handlungen nicht nur kurzfristig positive Emotionen steigert, sondern auch zu einer langfristigen Stabilisierung eines höheren Glücksniveaus führt – insbesondere, wenn die Reflexion zeitnah nach dem Einsatz erfolgt (Otake et al., 2006). Zudem bleibt die emotionale Bedeutung von Hilfestellungen im

Alltag häufig unbemerkt. Erst die nachgelagerte Reflexion macht diese positiven Erfahrungen kognitiv zugänglich und emotional integrierbar (Sonnentag & Grant, 2012).

Kernidee

- Kompaktes Journal als Heft (handschriftlich) und als digitale Vorlage
- Angelehnt an Dankbarkeitstagebücher, mit Fokus auf eigene prosoziale Handlungen
- Leitfragen, z. B.: „Wem konnte ich heute helfen?", „Was ist mir gut gelungen?", „Wofür bin ich im Einsatz dankbar?"

Einführung und Nutzung

- Kurze Einführung (Hintergrund, Nutzen, Handhabung) im Rahmen der Community-Treffen und in einem Einführungskapitel des Journals
- Empfohlene Nutzung: fünf bis zehn Minuten nach Einsätzen oder am Abend

Material und Format

- Heft: handliches Format, Tagesseiten, 3–4 Leitfragen, Notizfelder
- Digital: ausfüllbares PDF oder Online-Template; auf Wunsch für alle Freiwilligen des FZF verfügbar
- Schlanke Gestaltung, damit das Ausfüllen leichtfällt; optional Platz für Monatsrückblick

Aufbau und Koordination

- Entwicklung einer praxistauglichen Erstversion durch das FZF, Pilotphase mit kleiner Freiwilligengruppe, anschließende Anpassung
- Vorstellung bei monatlichen Treffen der Helfer-Community; die digitale Version kann an alle Freiwilligen per E-Mail verschickt werden

Ü-70 Gruppenangebote ausbauen und betreuen

Die bestehenden Ü-70-Angebote des FZF haben gezeigt, dass gemeinschaftliche Aktivitäten ein wirksames Mittel gegen Einsamkeit im Alter sind. Aufbauend auf den erfolgreichen Projekten wie Plogging, Rummikub oder Wandergruppen sollen neue, selbstorganisierte Gruppenangebote entstehen.

Geplant sind:

- Ein regelmäßiger Ü-70-Stammtisch als offener Treffpunkt für Austausch und Geselligkeit.

- Ü-70-Seniorengymnastik mit einfachen Bewegungsübungen, die ohne Vorkenntnisse möglich sind und gemeinsam Freude an Bewegung fördern.

Aufbau und Koordination. Die neuen Angebote werden zunächst durch die Projektkoordination unterstützt, um geeignete Räumlichkeiten, Treffzeiten und Abläufe festzulegen. Ziel ist es, die Gruppen mittelfristig in die Selbstorganisation zu überführen.

- Bewerbung der neuen Angebote in der Stadtgesellschaft und im Netzwerk des FZF.
- Begleitung beim Start, z. B. durch Moderation der ersten Treffen oder Vermittlung von Übungsleiter*innen.
- Ideen und Initiativen: Senior*innen und Freiwillige können dem FZF jederzeit Vorschläge für weitere Ü-70-Gruppenangebote unterbreiten. Ist ein Vorschlag realistisch umsetzbar und als kostenfreies Angebot für Teilnehmende vorgesehen, unterstützt das FZF die Umsetzung im Rahmen seiner Möglichkeiten.
- Verknüpfung mit der Helfer-Community: Freiwillige aus der Seniorenarbeit sowie alle interessierten Freiwilligen des FZF können teilnehmen und so Gemeinschaft erleben.

Gesundheitsförderlicher Nutzen. Die Gruppenangebote fördern auf mehreren Ebenen die Gesundheit:

- Für die körperliche Fitness: Bewegungsangebote wie Seniorengymnastik stärken Kraft, Koordination und Mobilität.
- Für das seelische Wohlbefinden: Der Stammtisch und andere Treffpunkte schaffen regelmäßige Gelegenheiten, Kontakte zu pflegen und neue Freundschaften zu knüpfen.
- Für die Gemeinschaft: Die offene Teilnahme für alle Freiwilligen des FZF stärkt die Verbindung zwischen verschiedenen Engagementbereichen.

Fahrradkurs „Fit aufs Rad – mobil und sicher im Alter“

Der Fahrradkurs richtet sich an Senior*innen ab 65, die schon länger nicht mehr Fahrrad gefahren sind oder sich im Straßenverkehr unsicher fühlen. Ziel ist, dass die Teilnehmer*innen wieder Vertrauen in ihre Fähigkeiten bekommen, sich sicher auf dem Rad bewegen und dadurch mehr Freiheit und Teilhabe im Alltag gewinnen.

Aufbau und Koordination. Das FZF kann auf Erfahrungen aus dem beliebten Projekt „Fahrradkurs für Frauen" aufbauen. Neu ist, dass das Angebot auf ältere Menschen zugeschnitten wird:

- Gewinnung und Schulung von Trainer*innen, idealerweise selbst 70 Jahre und älter, um Vorbildwirkung zu erzielen.
- Planung und Organisation jährlicher Kursdurchgänge.
- Anpassung der Inhalte auf die Bedürfnisse älterer Menschen (z. B. Gleichgewicht, langsames Anfahren, sicheres Bremsen, Verhalten im Straßenverkehr).
- Abschlussveranstaltung mit gemeinsamer Ausfahrt.

Gesundheitsförderlicher Nutzen. Radfahren ist nicht nur Bewegung – es bedeutet auch Selbstständigkeit, Flexibilität und soziale Teilhabe. Wer sich wieder sicher auf dem Rad fühlt, kann selbst entscheiden, wann und wohin er oder sie unterwegs ist.

- Für die Gesundheit: Regelmäßige Bewegung verbessert Kraft, Koordination und Ausdauer.
- Für das Selbstvertrauen: Die Teilnehmenden erleben sich als fähig, Herausforderungen zu meistern – ein wichtiger Faktor für Wohlbefinden und Lebensqualität.
- Für das Miteinander: Gemeinsam in der Gruppe zu üben und zu fahren, schafft Kontakte und beugt Einsamkeit vor.

Studien aus der Positiven Psychologie zeigen, dass körperliche Aktivität und Erfolgserlebnisse das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit stärken (Fox, 1999). Gerade Gruppenangebote steigern zusätzlich das Gefühl der Zugehörigkeit – ein wichtiger Schutzfaktor im Alter.

Anschlussmöglichkeiten nach dem Kurs. Nach Abschluss des Kurses erhalten die Teilnehmenden die Möglichkeit, an weiteren Angeboten des FZF teilzunehmen, z. B. durch:

- Engagement in der Helfer-Community
- Vermittlung in bestehende Freizeit- und Bewegungsangebote (z. B. organisierte Radtouren des Seniorenrats)
- Engagement in der Stadtgesellschaft

Auf diese Weise bleibt die neu gewonnene Mobilität erhalten, und es entstehen langfristige soziale Kontakte, die präventiv gegen Einsamkeit wirken.

Mittagstische als Begegnungsorte im Stadtteil

Ein Ergebnis unserer Befragung war der Wunsch nach gemeinsamen Mahlzeiten. Mehr als die Hälfte der über 85-Jährigen lebt allein (Statistisches Bundesamt, 2025), und internationale Daten belegen, dass bereits eine gemeinsame Mahlzeit pro Woche die Lebenszufriedenheit steigert (De Neve et al., 2025). Auf die Bedeutung gemeinsamer Mahlzeiten für den Erhalt der körperlichen Gesundheit und die Prävention von Gebrechlichkeit wurde ebenfalls bereits hingewiesen (Björnwall et al., 2021; Verlaan et al., 2017). Um diesem Bedarf zu begegnen, sollen in den Stadtteilen Mittagstische für Senior*innen etabliert werden.

Geplant ist:

- Finden von Partnerorganisationen in verschiedenen Stadtteilen für die Etablierung von Mittagstischen.
- Unterstützung dieser Organisationen bei der Suche nach Freiwilligen.
- Beratung und Begleitung beim Aufbau der Mittagstische.
- Koordination und Leitung der Mittagstische durch die Partnerorganisationen selbst.

Aufbau und Koordination. Beim Start der Mittagstische werden die Organisationen fachlich unterstützt, beispielsweise bei der Gewinnung von Freiwilligen oder der Organisation erster Abläufe. Nach der Einführungsphase übernehmen die Kooperationspartner die Leitung und Koordination eigenständig, sodass die Angebote nachhaltig im Stadtteil verankert werden können.

Gesundheitsförderlicher Nutzen

- Für das seelische Wohlbefinden: Gemeinsame Mahlzeiten beugen Einsamkeit vor und steigern die Lebenszufriedenheit.
- Für die soziale Teilhabe: Mittagstische schaffen Begegnungen und stärken Gemeinschaft im Stadtteil.
- Für die körperliche Gesundheit: Vorbeugung von Mangelernährung und Gebrechlichkeit.

Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit leitet sich direkt aus dem Bedarf „Sichtbarkeit steigern" ab. Ziel ist, passende Senior*innen zu erreichen und neue Freiwillige zu gewinnen und die Angebote sowie das FZF in der Stadtgesellschaft bekannter zu machen.

Geplant sind:

- Ein neuer Flyer für den Seniorenbereich (Auslage u. a. im FZF, Apotheken, Hausärzt*innen, Stadtteilbüros und bei allen Netzwerkerpartner*innen)
- Pressearbeit: kurze Beiträge in den Fürther Nachrichten und der Stadtzeitung.
- Kurzbeitrag beim lokalen Frankenfernsehen (Porträt des Besuchsdienstes bzw. der Helfer-Community)
- Infostände z. B. bei Stadt-/Stadtteilfesten und beim Friedhofs-Café
- Hinweise im Veranstaltungsprogramm „Tagaktiv" des Seniorenrats und der fübs.
- Projektvorstellung auf der Webseite des FZF
- Newsletter des FZF und Beiträge auf der Plattform nebenan.de

Literaturverzeichnis

Aked, J., Marks, N., Cordon, C., & Thompson, S. (2008). *Five ways to wellbeing*. New Economics Foundation.

Björnwall, A., Mattsson Sydner, Y., Koochek, A., & Neuman, N. (2021). Eating alone or together among community-living older people—A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(7), 3495. https://doi.org/10.3390/ijerph18073495

BMFSFJ. (2024). *Einsamkeitsbarometer 2024—Langzeitentwicklung von Einsamkeit in Deutschland*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

De Neve, J.-E., Dugan, A., Kaats, M., & Prati, A. (2025). *Sharing meals with others: How sharing meals supports happiness and social connections* (Version 1). University of Oxford. https://doi.org/10.18724/WHR-G119-BV60

Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, *13*(1), 81–84. https://doi.org/10.1111/1467-9280.00415

Döring, N., & Bortz, J. (2016). Evaluationsforschung. In N. Döring & J. Bortz, *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (S. 975–1036). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5_18

Entringer, T., Kumrow, L., & Stacherl, B. (2025). Einsamkeit in Deutschland: Die gefährdetste Gruppe sind Menschen mit niedrigem Einkommen. *DIW Wochenbericht*, *92*, S. 5967. https://doi.org/10.18723/DIW_WB:2025-5-1

Ferrari, J. R., Luhrs, T., & Lyman, V. (2007). Eldercare volunteers and employees: Predicting caregiver experiences from service motives and sense of community. *The Journal of Primary Prevention*, *28*(5), 467–479. https://doi.org/10.1007/s10935-007-0108-6

Fox, K. R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, *2*(3a), 411–418. https://doi.org/10.1017/S1368980099000567

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A Meta-analytic review. *PLoS Medicine*, *7*(7), e1000316. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316

Huxhold, O., & Henning, G. (2023). The risks of experiencing severe loneliness across middle and late adulthood. *The Journals of Gerontology: Series B*, *78*(10), 1668–1675. https://doi.org/10.1093/geronb/gbad099

Kim, S. H. (2012). Effects of a volunteer-run peer support program on health and satisfaction with social support of older adults living alone. *Journal of Korean Academy of Nursing*, *42*(4), 525. https://doi.org/10.4040/jkan.2012.42.4.525

Koch, H. J., & Hartwich-Koch, R. G. (2012). Motive, Einstellungen und Erwartungen im sozialen Ehrenamt – empirische Pilotstudie am Beispiel eines Besuchsdienstes für Senioren. *NeuroGeriatrie*, *9*(3), Article 3.

Luhmann, M., & Bücker, S. (2022). *Einsamkeit und soziale Isolation im hohen Alter*. Ruhr-Universität Bochum.

Mayring, P., & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 633–648). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42

Otake, K., Shimai, S., Tanaka-Matsumi, J., Otsui, K., & Fredrickson, B. L. (2006). Happy people become happier through kindness: A counting kindnesses intervention. *Journal of Happiness Studies*, *7*(3), 361–375. https://doi.org/10.1007/s10902-005-3650-z

Ramos, R., & Wehner, T. (2015). Hält Freiwilligenarbeit gesund? Erklärungsansätze und kontextuelle Faktoren. In T. Wehner & S. T. Güntert (Hrsg.), *Psychologie der Freiwilligenarbeit* (S. 109–127). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-55295-3_7

Rausch, S., Stenzl, A., & Altgelt, T. (Hrsg.). (2022). *Männermedizin* (1. Auflage). Elsevier. https://doi.org/10.1016/C2019-0-05268-5

Regan, A., Margolis, S., Ozer, D. J., Schwitzgebel, E., & Lyubomirsky, S. (2023). What is unique about kindness? Exploring the proximal experience of prosocial acts relative to other positive behaviors. *Affective Science*, *4*(1), 92–100. https://doi.org/10.1007/s42761-022-00143-4

Robert-Koch-Institut. (2014). *Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Robert-Koch-Institut.

Simonson, J., Kelle, N., & Bredereck, W. (2024). *Ehrenamtliches Engagement und soziale Exklusion in der zweiten Lebenshälfte – fühlen sich ehrenamtlich Engagierte seltener sozial ausgeschlossen?* (04/2024; dza aktuell Deutscher Alterssurvey). Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Simonson, J., Kelle, N., Kausmann, C., & Tesch-Römer, C. (2019). *Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2019*. Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Sonnentag, S., & Grant, A. M. (2012). Doing good at work feels good at home, but not right away: When and why perceived prosocial impact predicts positive affect. *Personnel Psychology*, *65*(3), 495–530. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2012.01251.x

Statistisches Bundesamt. (2025). *17 Millionen Menschen in Deutschland leben allein*. Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/07/PD25_N036_12.html

Verlaan, S., Ligthart-Melis, G. C., Wijers, S. L. J., Cederholm, T., Maier, A. B., & De Van Der Schueren, M. A. E. (2017). High prevalence of physical frailty among community-dwelling malnourished older adults – A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, *18*(5), 374–382. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.12.074

Vogel, C., & Gordo, L. R. (2019). Ehrenamtliches Engagement von Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In C. Vogel, M. Wettstein, & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte* (S. 113–132). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-25079-9_7

Wirth, L. (2025). *Glück und Gesundheit im Alter und im Ehrenamt: Entwicklung eines Konzepts für die Seniorenarbeit des Freiwilligen-Zentrums Fürth auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse und einer qualitativen Interviewanalyse* (IU Internationale Hochschule) [Masterarbeit].

Anhang

A. Interviewleitfaden Senior*innen

Hintergrundinformationen:
Alter:
Geschlecht:
Lebenssituation: (z.B. alleinlebend, mit Partner, in einer Gemeinschaft, etc.)
Familienstand: (ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden, etc.)
Wohnort: (städtisch, ländlich)

Allgemeine Fragen zur Lebenssituation und Gesundheit:
Wie sieht ihr Alltag aus?
Wie oft haben Sie Kontakt zu Familie, Freunden oder Nachbarn?
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren sozialen Kontakten?
Kontakt zur Familie etc.
Gibt es Personen, die Ihnen besonders wichtig sind und warum?
Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich?
Chronische Krankheiten, Einschränkungen in der Mobilität, Schmerzen?

Freiwilligen Zentrum Fürth (FZF):
Sie bekommen regelmäßigen Besuch von einer/einem Freiwilligen des Freiwilligenzentrums, wie kam es dazu?

- Erläutern Sie bitte, wie Sie von den Angeboten des FZF erfahren haben (z.B. durch Freunde, Familie, Werbung) und was Sie dazu bewegt hat, sich an das FZF zu wenden.

Das FZF hat ja noch andere Angebote, kennen Sie die?

- Welche Angebote des FZF nutzen Sie regelmäßig und warum? (z.B. die Handwerker, oder auch Freizeitangebote, wie die Spielgruppe oder das Friedhofs-Café)
- Erläutern Sie, warum Sie diese ausgewählt haben.

Gibt es zusätzliche Angebote oder Unterstützung, die Sie sich vom FZF wünschen würden?

- Beschreiben Sie bitte, welche weiteren Leistungen oder Verbesserungen Sie sich vorstellen könnten, um Ihre Bedürfnisse noch besser abzudecken.

Wie hat sich Ihre persönliche Lebenssituation durch den Besuchsdienst des FZF verändert?

- Bitte geben Sie an, in welchen Bereichen Ihres Lebens (z.B. soziale Kontakte, Alltagsbewältigung, Wohlbefinden) sich durch das FZF positive Veränderungen ergeben haben.

Gibt es etwas an den Angeboten des FZF, das Sie gerne anders hätten?

Würden Sie das FZF anderen älteren Menschen empfehlen? Falls ja, aus welchen Gründen?

Erklären Sie, warum Sie das FZF anderen Senioren empfehlen würden.
- Wie kann das FZF die Gesundheit von älteren Menschen noch besser fördern?

Welche gesundheitsförderlichen Aktivitäten würden sich die Senior*innen für den Besuchsdienst wünschen?
- (z. B. Spaziergang, Gedächtnistraining, Biographiearbeit, Sitzgymnastik, gemeinsam gesund Kochen)

Überleitung:
Nun möchten wir einmal das Thema wechseln und über Ihre Erfahrungen mit Einsamkeit im Alter sprechen. Ist das in Ordnung für Sie oder brauchen Sie eine kleine Pause?

Gefühle der Einsamkeit:
Haben Sie in den letzten sechs Monaten Gefühle der Einsamkeit erlebt?
- Wenn ja, wie oft?

Welche Situationen oder Ereignisse führen bei Ihnen zu Gefühlen der Einsamkeit?
Wie gehen Sie mit der Einsamkeit um?

Was hilft Ihnen, sich weniger einsam zu fühlen?

Präventionsmaßnahmen und Unterstützung:
Welche Maßnahmen könnten Ihrer Meinung nach dazu beitragen, Einsamkeit im Alter zu verhindern?
- Welche Unterstützung würden Sie sich wünschen, um Ihre sozialen Kontakte zu stärken?

Was denken Sie, könnten Angehörige oder Freunde tun, um Ihnen bei der Vermeidung von Einsamkeit zu helfen?

Persönliche Empfehlungen:
Gibt es persönliche Ratschläge, die Sie anderen älteren Menschen geben würden, um Einsamkeit vorzubeugen?

Was würden Sie gerne noch hinzufügen, dass Ihrer Meinung nach wichtig für die Vermeidung von Einsamkeit im Alter ist?

Abschluss:
Vielen Dank für Ihre Zeit, Ihre Gedanken und dass Sie mitgemacht haben.

B. Interviewleitfaden Ehrenamtliche

Persönliche Informationen:
Alter:
Geschlecht:
Familienstand:
Beruflicher Hintergrund:
Wohnort:
"Vielen Dank für diese Informationen. Nun würde ich gerne mehr über Ihr Tätigkeitsprofil im Ehrenamt sprechen."

1. Tätigkeitsprofil im Ehrenamt:
1.1 Sind Sie derzeit im Besuchsdienst tätig?
1.2 Haben Sie/ Üben Sie neben dem Besuchsdienst noch andere ehrenamtliche Tätigkeiten aus?
1.3 Wie lange sind Sie bereits als Ehrenamtliche/r im FZF tätig?
1.4 Welche Aufgaben übernehmen sie als Ehrenamtliche/r im Besuchsdienst?
1.5 Wie viele Stunden pro Woche sind Sie im Durchschnitt ehrenamtlich tätig?
1.6 Wieviele Besuche haben Sie schätzungsweise in Ihrer Ehrenamtlichen Tätigkeit ausgeübt?
1.7 Wieviele verschiedene Senior*innen haben Sie bereits besucht? (Wenn mehrere genannt, wie haben sich diese unterschieden?)

2. Einstieg in das Ehrenamt
2.1 Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit als Ehrenamtliche/r im Besuchsdienst gekommen?
(Was hat Sie motiviert, sich in diesem Bereich zu engagieren?)
2.2 Hatten Sie anfängliche Bedenken oder Zweifel? Wenn ja, wie sieht es inzwischen damit aus?
3. Persönlicher Gewinn
3.1 Was ziehen Sie persönlich aus Ihrer Tätigkeit als Ehrenamtliche/r?
(Gibt es bestimmte Erfahrungen oder Erlebnisse, die Ihnen positiv in Erinnerung geblieben sind?)
3.2 Wie hat sich Ihre Sichtweise auf das Altern und die Senior*innen verändert?
3.3 Haben Sie durch Ihre ehrenamtliche Arbeit neue Freunde oder Kontakte knüpfen können?
3.4 Wirkt das Ehrenamt bei Ihnen selbst auch (vorbeugend) gegen Einsamkeit? *(Hat Ihnen Ihre Tätigkeit im Besuchsdienst geholfen, sich weniger einsam zu fühlen? Wenn ja, auf welche Weise?*)

4. Persönliche und gesundheitliche Belastungen
4.1 Erleben Sie psychische oder körperliche Belastungen durch Ihre Tätigkeit im Besuchsdienst? (*Wenn ja, welche?*)
(Gibt es Situationen oder Aufgaben, die Sie als besonders herausfordernd empfinden?)
(Wie schätzen Sie die körperlichen und psychischen Anforderungen Ihrer Tätigkeit ein? Haben sie gesundheitliche Beeinträchtigungen bemerkt?)
4.2 Wie gehen Sie mit diesen Belastungen um?
(Haben Sie Strategien entwickelt, um stressige oder emotionale Situationen während des Besuchsdienstes zu bewältigen?)

6. Zielgruppenerreichung
6.1 Wie gut erreicht der Besuchsdienst Ihrer Meinung nach die Senior*Innen, die Unterstützung benötigen?
6.2 Gibt es Ihrer Meinung nach Gruppen von Senior*innen, die schwerer zu erreichen sind? (die Senior*innen die Unterstützung benötigen)
(Wenn ja, welche und warum?)
6.3 In welchem gesundheitlichen Zustand sind die Senior*innen, die Sie kennengelernt haben, die den Besuchsdienst in Anspruch nehmen?
6.4 Inwiefern findet im Rahmen des Besuchsdienstes auch Gesundheitsförderung im Seniorenbereich statt?

7. Verbesserungsmöglichkeiten
7.1 Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten für den Besuchsdienst?
(*Welche Möglichkeiten sehen Sie für den Besuchsdienst, die Gesundheit der Senior*innen zukünftig zu verbessern?*)
(Welche zusätzlichen Angebote und Aktivitäten würden Sie vorschlagen?)
*(Was könnte man Ihrer Ansicht nach tun, um mit dem Besuchsdienst noch mehr Senior*innen zu erreichen?*)
(Welche organisatorischen Änderungen fänden Sie gut?)

8. Vorbereitung und Supervision
8.1 Welche Unterstützung brauchen ihrer Meinung nach Ehrenamtliche, um optimal auf Ihre Tätigkeit im Besuchsdienst vorbereitet zu sein und langfristig tätig zu sein?
8.2 Wie beurteilen Sie die vorhandenen Unterstützungsangebote?
(Wie wurden Sie anfangs begleitet, was hilft ihnen in ihrer Tätigkeit im Besuchsdienst? Gibt es Schulungen oder Trainings, die als Vorbereitung hilfreich wären?)
(Fühlten Sie sich für ihre Aufgabe gut vorbereitet? Was hat Ihnen besonders geholfen?)
8.3 Welche zusätzlichen Schulungen oder Trainings würden Ihnen helfen, Ihre Aufgaben besser zu bewältigen?
8.4 Wie oft nehmen Sie an Austausch-Treffen seitens des FZF teil und wie hilfreich sind diese für Sie?
8.5 Gibt es bestimmte Themen oder Probleme, die mit dem FZF häufiger oder überhaupt besprochen werden sollten?
8.6 Was kann das FZ noch tun um die Gesundheit der Ehrenamtlichen in diesem (herausfordernden) Bereich zu fördern?

9. Zusammenfassung
9.1 Welche Erwartungen haben Sie an die zukünftige Entwicklung des Besuchsdienstes?
9.2 Gibt es noch etwas, das Sie hinzufügen möchten oder das Ihnen besonders wichtig erscheint?

Abschluss: Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, Ihre Erfahrungen, Gedanken und Vorschläge mit mir zu teilen.
Ihre Beiträge sind sehr wertvoll für das Verständnis und die Weiterentwicklung des Besuchsdienstes und der Unterstützung von Ehrenamtlichen.
Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Offenheit und Ihr Engagement!"