

Social Challenges in Social Sciences

Schriftenreihe der Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften an der Hochschule München

Lebensqualität als Leitlinie für die Beratung
älterer Klienten

Ein Forschungsansatz

Stefan Pohlmann, Christian Leopold & Paula Heinecker



Impressum

Social Challenges in Social Sciences
Nr. 8 /Juni 09 Schriftenreihe der Fakultät für
Angewandte Sozialwissenschaften
Hochschule München
ISSN 1866-153X

Herausgeber:

Prof. Dr. Stefan Pohlmann (v.i.S.d.P.)
stefan.pohlmann@hm.edu
Hochschule München
Am Stadtpark 20
81243 München

Fragen zur Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Lothstr. 34
D-80335 München
Christina Kaufmann
Tel.: 089 1265-1367
Fax: 089 1265-1960
christina.kaufmann@hm.edu

Inhalt

Abstract	4
1. Einleitung	5
2. Hintergrund	6
2.1 Beratung als Wachstumsbranche	6
2.2 Zunahme älterer Klientinnen und Klienten.....	7
2.3 Lebensqualität als unzureichend genutzte Beratungsleitlinie.....	8
3. Ziele des Projekts BELiA	11
3.1 Grundlagenvermittlung.....	11
3.2. Methodische Umsetzung.....	12
3.3. Überprüfung des Beratungserfolgs	12
4. Stand der Wissenschaft und Forschung	13
4.1. Kooperationsverbund.....	14
4.2. Weitere Partner	14
5. Arbeitsplan	16
6. Implikationen	17
6.1. Wirtschaftliche Erfolgsaussichten	17
6.1. Wissenschaftliche Erfolgsaussichten.....	17
6.1. Anschlussfähigkeit	18
7. Tabellarische Übersicht	20
Angaben zu den Autoren	26

Abstract

Die folgenden Ausführungen skizzieren das Forschungsprojekt BELiA (Beratung zum Erhalt von Lebensqualität im Alter). Im Vordergrund steht das methodische Vorgehen, das zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Beratungskonzepts beiträgt. Dieses Konzept soll als nachhaltiges Instrument zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Klienten handlungsübergreifend eingesetzt werden. Das Forschungsvorhaben wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung über die Laufzeit von drei Jahren (Mai 2009 bis April 2012) an der Hochschule München gefördert. Der Beitrag beschreibt zunächst literaturgestützt die theoretische Ausgangssituation für das Projekt und die Forschungsmotivation sowie das kooperative Vorgehen und die erwarteten forschungsstrategischen und anwendungsbezogenen Implikationen. Angestrebt wird die Konzeption eines Instrumentariums, das in enger Zusammenarbeit mit der Praxis entwickelt und geprüft werden soll. Im Vordergrund steht eine gerontologisch fundierte Grundlagenvermittlung und methodische Qualifizierung von Beraterinnen und Beratern.

1. Einleitung

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung hat für das Jahr 2009 eine Ausschreibung mit dem Titel SILQUA – „Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter“ gestartet. Mit dieser Fördermaßnahme setzt das Ministerium einen Schwerpunkt im Bereich des demografischen Wandels. In den Vordergrund der zugehörigen Projektausschreibung hat die Bundesbehörde die vielfältigen Folgen einer alternden Gesellschaft gestellt. Diese sollen wissenschaftlich untersucht und Strategien entwickelt werden, um auf absehbare Veränderungen und Bedarfe rechtzeitig reagieren zu können.

Das Kernziel der Ausschreibung bestand darin, Konzepte und Strategien für die Verbesserung der Lebenssituation der älteren Generation zu entwickeln, die vor allem

- soziale Teilhabe erhalten,
- generationenübergreifende Solidarität und bürgerschaftliches Engagement initiieren,
- Angehörige entlasten und unterstützen,
- nachbarschaftliche/ehrenamtliche Unterstützungssysteme organisieren und Eigenverantwortlichkeit stärken,
- neue Formen der Planung und Steuerung von wohnortnahen Hilfeangeboten auf der regionalen Ebene erproben,
- integrierte, koordinierte Hilfeplanung und Beratungsangebote etablieren,
- eine Verbesserung der Kooperation und Vernetzung von ambulanten, teilstationären, stationären professionellen und nichtprofessionellen Akteurinnen und Akteuren herbeiführen,
- Managementkonzepte in der Sozialwirtschaft verbessern sowie
- Qualifizierungsangebote für Fachkräfte und Laien entwickeln und erproben.

Das hier beschriebene Projekt mit dem Titel BELiA (Beratung zum Erhalt von Lebensqualität im Alter) erhielt in der Pilot-Förderrunde den Zuschlag. Derzeit existiert in Deutschland eine Vielzahl von Beratungsstellen die konkrete Hilfestellungen zu Fragen des Alterns bieten sollen. Es gibt viele gute Ansätze aus der Praxis und wichtige Impulse aus der Altersforschung. Bisher fehlt es aber an einer systematischen und transparenten Nutzung und Überprüfung dieser Erfahrungen und Befunde.

Das Projekt soll dazu beitragen, diesen Mangel zu beseitigen. Es zielt darauf ab, einen empirisch gestützten Beratungsansatz zur Förderung von Lebensqualität im Alter zu entwickeln und in der Praxis zu prüfen. Beratungsangebote für ältere Menschen sind bislang vorrangig problem- oder auch defizitorientiert ausgerichtet. Ziel ist es, diese einseitige Herangehensweise durch die BELiA-Forschungsarbeiten in Zukunft durch Kriterien der objektiven und subjektiven Lebensqualität zu ergänzen. Gleichzeitig soll der wachsende Beratungsbedarf für ältere Klienten aufgegriffen und durch altersgerechte Leistungen unterfüttert werden. In diesem Sinne ist eine gerontologische Qualifizierung von Beraterinnen und Beratern vorgesehen, die zu einem fundierten Grundverständnis von Lebensqualität im Alter beiträgt.

Das Forschungsprojekt läuft über drei Jahre und ist mit zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterstellen ausgestattet. Als Kooperationspartner des BELiA-Projekts agieren neben der Universität Heidelberg die Bundesarbeitsgemeinschaft für Alten- und Angehörigenberatung und der Gesundheitsladen München. Darüber hinaus ist eine intensive Zusammenarbeit mit weiteren Praxispartnern vorgesehen. Unter der Leitung von Professor Dr. Pohlmann startete das Forschungsprojekt am 1. Mai 2009.

2. Hintergrund

2.1 Beratung als Wachstumsbranche

Vor dem Hintergrund des sozialen, technologischen, epidemiologischen und demografischen Wandels müssen sich Beratungsangebote neuen und sich verändernden Herausforderungen stellen. Eine wesentliche Anforderung besteht darin, passgenaue Hilfestellungen für neue Kohorten von Klienten zu entwickeln (vgl. Pohlmann, 2008a). Durch die gleichzeitige Zunahme gesellschaftlicher Komplexität ist mittlerweile ein steigender und zunehmend ausdifferenzierter Beratungsbedarf entstanden (vgl. Nestmann, Engel, Sickendiek, 2004).



Abb. 1: Beispiele für Beratungsanlässe

Als problematisch erweist sich allerdings die unzureichende Transparenz und das Nebeneinander unterschiedlicher Angebote sowie die überwiegend korporatistisch geprägte, facettenreiche, zugleich aber in hohem Maße unübersichtliche Angebotslandschaft. Oft sind die Hilfesuchenden genötigt, sehr gezielt Beratungsstellen anzulaufen und sich dort einer funktionalen Denklage folgend entweder als Patient oder als Angehöriger oder vielleicht als Wohnungssuchender zu positionieren, weil kaum eine Beratungsstelle alle Informations- und Beratungsangebote für ältere Menschen in gebündelter und integrierter Form – quasi aus einer Hand oder unter einem Dach – anbietet (vgl. Bamberger, 2005). Abbildung 1 illustriert diese Unübersichtlichkeit des Marktes für verschiedene Beratungsanlässe.

Im Sinne von Reichel und Rabenstein (2001, 7) umfasst Beratung eine „[...] komplexe zwischenmenschliche Interaktion, die aufgrund einer konkreten Nachfrage in Gang kommt, inhaltlich und zeitlich begrenzt ist und dem/der Ratsuchenden [...] Freiheit lässt.“ Trotz der Heterogenität von Beratungsangeboten lassen sich einige handlungsfeldübergreifende Merkmale ableiten, die in Abbildung 2 wiedergegeben werden.

Handlungsfeldübergreifender Beratungsprozess

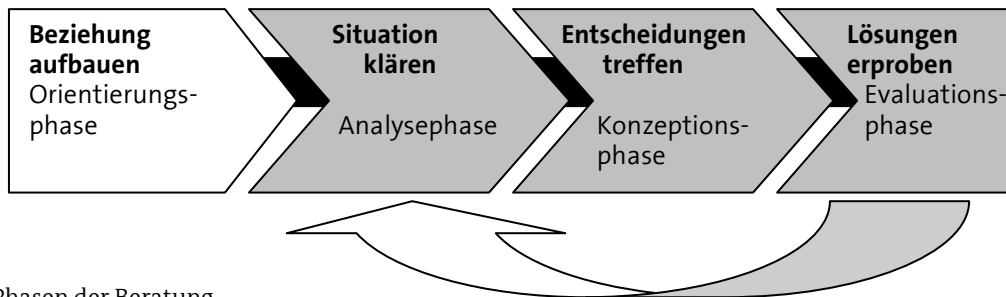


Abb. 2: Phasen der Beratung

Die Beratung als Prozess (vgl. Culley, 2002) umfasst damit unabhängig von den Beratungsinhalten vergleichbare Phasen. Dabei hat sich aus der Tradition der familienorientierten Ansätze ein zunehmend systemisches Vorgehen etabliert (vgl. Pfeifer-Schaupp, 1997). Diese Trendwende erlaubt eine stärkere Betonung der Ressourcen und Kompetenzen des jeweiligen zu beratenden Systems (vgl. Schweitzer & Schlippe, 2007) und hat eine so genannte „ressourcenorientierte Beratung“ als Zielgröße etabliert. Ob Beratungsstellen allerdings dieser Zielgröße entsprechen, bleibt in der Praxis vielfach unbelegt.

2.2 Zunahme älterer Klientinnen und Klienten

Beratungsangebote, die sich konsequent an den lebensweltlichen und alltäglichen Erfordernissen und sozialen Kontexten wie auch an den sich wandelnden Problem- und Bedarfslagen älterer Menschen orientieren, haben in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen (Belardi et al., 2005). Mittlerweile wird Beratung von den meisten Akteuren im Sozial- und Gesundheitssystem als selbstverständliches, flankierendes Leistungsangebot, immer öfter aber auch als eigentliche Kernaufgabe angesehen. Aus unterschiedlichen Perspektiven und mit zum Teil divergierenden Zielsetzungen bemühen sich die Akteure darum, dem Informations-, Beratungs- und Orientierungsbedürfnissen der wachsenden Gruppe älterer Menschen Rechnung zu tragen (vgl. Pohlmann, 2007; in Vorbereitung).

Neben einigen bundesweiten Angeboten gibt es heute zahlreiche kommunale oder subsidiär von Wohlfahrtsverbänden, von Selbsthilfe- und Betroffenenverbänden oder auch von Leistungsanbietern (z. B. Einrichtungen des betreuten Wohnens, Pflegeeinrichtungen etc.) getragene Beratungsangebote. Die Diversifizierung der Angebotsstrukturen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen (vgl. Nestmann, Engel & Sickendiek, 2007). Abbildung 3 gibt eine Übersicht über die Palette von Beratungsangeboten für ältere Menschen. Generell zielen diese Beratungsangebote auf die Unterstützung in und die Vermeidung von Krisen- und Belastungssituationen ab und bieten Hilfen bei schwierigen Entscheidungen, bei der Klärung von Lebensfragen und bei individuellen Entfaltungshemmnissen (vgl. Kruse, 2009; Backes & Kruse, 2008).

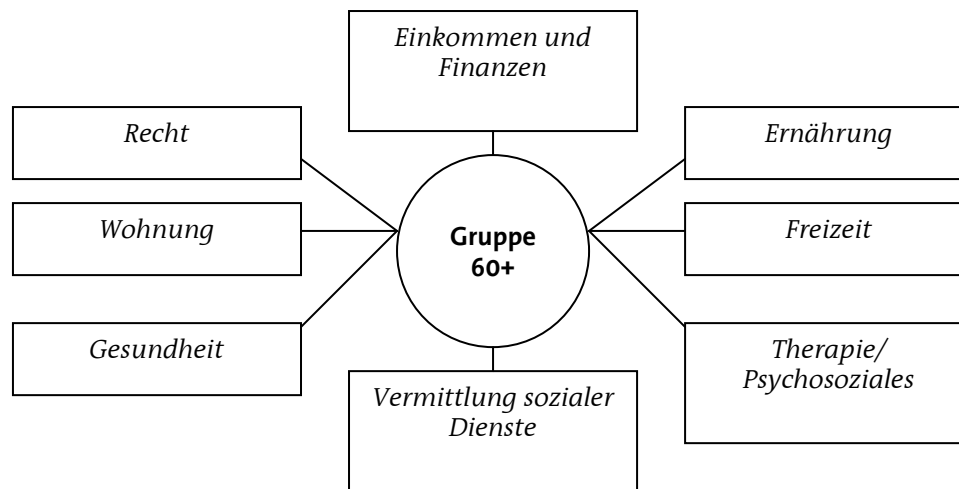


Abb. 3: Spektrum von Beratungsangeboten für ältere Menschen in Anlehnung an Amann (1994)

Neben klassischen personalkommunikativen und auf Face-to-Face-Interaktion angelegten Angeboten gibt es mittlerweile auch zahlreiche mediengestützte Beratungsmöglichkeiten, ob nun telefonisch oder im Internet. Neue und alte, anbietergebundene oder anbieterneutrale, interessen geleitete oder unabhängige Angebote bestehen nebeneinander und bieten älteren Menschen und ihren Angehörigen ein breites Spektrum an Beratungsmöglichkeiten. Angebote wie Alten- und Seniorenberatung, Angehörigenberatung, Wohn- und Wohnumfeldberatung, Patientenberatung oder neuerdings auch Pflegeberatung zeugen davon, dass der steigende und sich zunehmend ausdifferenzierende Informations-, Orientierungs- und Problemlösungsbedarf erkannt und durch innovative Angebotsstrukturen beantwortet wurde.

Abgesehen von der bereits jetzt zu beobachtenden Verbreiterung des Beratungsangebots für ältere Kunden ist zusätzlich von der Entwicklung völlig neuer Leistungsangebote auszugehen. Als problematisch erweist sich bei diesem Trend die fehlende Festlegung auf Standards in der Qualifizierung der Beraterinnen und Berater und die ausstehende Überprüfung des methodischen Vorgehens (vgl. dazu die Verlautbarungen der Deutschen Gesellschaft für Beratung, www.dachverband-beratung.de).

2.3 Lebensqualität als unzureichend genutzte Beratungsleitlinie

Der erfolgreiche Ausbau von Beratungsangeboten darf allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass der bislang größte Teil der vorgehaltenen Beratungsangebote für ältere Menschen oder auch deren Angehörige nach wie vor problem- oder auch defizitorientiert ausgerichtet und nach einer funktionalistischen Logik geordnet ist (vgl. Garms-Homolová, 2000, 2001).

Egal, ob es um sozialrechtliche Belange, Fragen der Haushaltsführung oder Wohnumfeldgestaltung, der gesundheitlichen oder der pflegerischen Versorgung, der Gewalt und des Missbrauchs in Pflegesituationen etc. geht – Anlass der Beratung ist in aller Regel ein spezifisches Problem des älteren Menschen oder seines sozialen Umfeldes, aus dem sich dann zwangsläufig ergibt, welches der vielen Beratungsangebote aufgesucht werden muss. Zwar wird in jüngster Zeit immer eindringlicher versucht, auch positiv gerichtete Akzente zu setzen und im Beratungsalltag beispielsweise gesundheitsförderliche Initiativen ebenso in den Vordergrund zu rücken wie Aktivitäten zur sozialen Integration (vgl. Schwerdt, 2002). Gemessen an den Notwendigkeiten und Möglichkeiten erfahren diese Zugriffsweisen aber noch immer viel zu wenig Aufmerksamkeit. Diese Feststellung gilt insbesondere, wenn Fragen der *Lebensqualität im Alter* ins Blickfeld rücken (vgl. Fernández-Ballesteros et al, 2007).

Seit den 1950er Jahren (z. B. Jahoda, 1958) gewinnt das Konzept der Lebensqualität stetig an Popularität (vgl. Alber, Fahey & Saraceno, 2008). Verschiedene Disziplinen haben mit unterschiedlichen Akzentsetzungen zu diesem Trend beigetragen (vgl. Rapley, 2003). Insbesondere in der Gerontologie konnte sich der Begriff als zentrale Bezugsgröße etablieren (vgl. Motel-Klingebiel, Kondratowitz & Tesch-Römer, 2002)

und hat einen sozial- und gesundheitspolitischen Paradigmenwechsel eingeleitet (vgl. BMFSFJ, 2002; WHO, 1999).

Grund dafür ist die Multidimensionalität und Vielseitigkeit dieses Ansatzes, der sich nicht nur auf Aspekte der objektiven Umwelt beschränkt, sondern auch die Verhaltenskompetenzen und die subjektive Bewertung durch das Individuum selbst einbezieht. Neben den äußeren Gegebenheiten wird damit auch eine sozial-normative Beurteilungsperspektive von Lebensqualität in den Vordergrund gerückt und als individuell wahrgenommene Lebensqualität unmittelbar berücksichtigt. Diese Sichtweise hat zu einem differenzierteren Verständnis geführt, warum Menschen hinsichtlich ihres somatischen Befunds und der äußeren Rahmenbedingungen starke Übereinstimmungen aufweisen und sich dennoch in Wohlbefinden und Zufriedenheit massiv unterscheiden können (vgl. Farquhar, 1995).

Die Heterogenität erlebter Lebensqualität in spezifischen, objektiv vielleicht sogar sehr ähnlichen Lebenslagen wird insofern in wesentlichem Umfang durch die jeweiligen Einschätzungen moderiert. Die erlebte Lebensqualität wirkt als subjektive Konstruktion zugleich mittel- und langfristig auf die körperliche und seelische Gesundheit zurück und vermag die Funktionstüchtigkeit einer Person entscheidend zu beeinflussen (vgl. Likar et al., 2005).

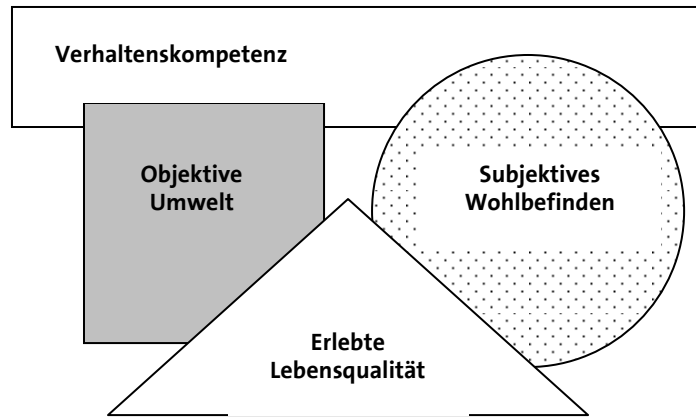


Abb. 4: Dimensionen von Lebensqualität nach Lawton (1991)

Folgt man der Argumentation von Lawton (1991), so umfasst Lebensqualität vier unterschiedliche Dimensionen (vgl. Abb. 4). Lawton unterscheidet zwischen

1. der sozial-normativen Beurteilung einer Person im Hinblick auf eine hierarchische Struktur ihrer Funktionstüchtigkeit (Verhaltenskompetenz),
2. den Strukturen der Umwelt, die der eigenen Verhaltenskompetenz Opportunitäten bietet bzw. Restriktionen auferlegt (objektive Umwelt),
3. dem Ausmaß erlebten Wohlbefindens (subjektives Wohlbefinden) sowie
4. der subjektiven Bewertung der eigenen Lebensumstände und Verhaltenskompetenzen mit Blick auf wichtige Bereiche des Lebens (erlebte Lebensqualität) (vgl. auch Venhooven, 1996).

Lebensqualität fungiert insgesamt als ein theoretisches Sammelbecken (vgl. Ryff, Magee, Kling & Wing, 1999) für eine Reihe empirisch gut untersuchter Konstrukte (z. B. Selbsteffizienzannahmen, Kontrollüberzeugungen, Coping) und ist gleichzeitig anschlussfähig an wesentliche Leitlinien der Altenhilfe (Autonomie, Partizipation, Empowerment, Resilienz u. a.). Trotz der recht guten Datenlage hat von wenigen Ausnahmen abgesehen (etwa Becker, Kruse, Schröder & Seidl, 2005) der Forschungsimpetus zum Thema Lebensqualität nur sehr marginal Eingang in die praktische Arbeit der Altenhilfe und Altenarbeit gefunden. Insbesondere der für die Soziale Arbeit mit älteren und für ältere Menschen zentrale Wachstumsbereich der psychosozialen Beratung (vgl. Pohlmann, 2006) nimmt auf diese Entwicklungen keinen nennenswerten Bezug, obwohl seit geraumer Zeit verschiedene Instrumente zur Messung von Lebensqualität existieren (u. a. Diener et al., 1985; McKee, Houston & Barnes, 2002; The WHOQOL Group, 1998).

3. Ziele des Projekts BELiA

Ziele des Forschungs- und Entwicklungsvorhabens BELiA sind die empirisch gestützte Entwicklung eines Beratungsansatzes und -konzepts zur Förderung von Lebensqualität im Alter sowie die Entwicklung und Durchführung eines darauf ausgerichteten Qualifizierungsangebots.

Im vorliegenden Forschungsprojekt geht es ausdrücklich nicht um den Aufbau weiterer Beratungsangebote oder Instanzen. Vielmehr ist intendiert, dieses Konzept als *diskreten Baustein* in die vorhandenen Angebotsstrukturen und Beratungsprozesse zu integrieren und die Aufmerksamkeit der verschiedenen Berater und Beraterinnen älterer Menschen für Fragen der Lebensqualität im Alter systematisch zu erhöhen. Basierend auf einer umfangreichen Literaturanalyse zum Thema und unter Rückgriff auf qualitative und quantitative Forschungsansätze steht zunächst die mit diversen Anbietern von Beratung für ältere Menschen kooperativ zu leistende empirisch gestützte Konzeptentwicklung im Zentrum des Vorhabens. Daneben soll in Verantwortung der Hochschule München ein differenziertes Qualifizierungsangebot für Beraterinnen und Berater entwickelt, durchgeführt und begleitend evaluiert werden. Das Ergebnis des Forschungsvorhabens wird abschließend in Form eines *BELiA-Beratungsmanuals* veröffentlicht.

Das Forschungsprojekt ordnet sich dem thematischen Schwerpunkt des SILQUA-Programms *Wandel und neue Methoden* zu. Für diesen vom Bundesministerium für Bildung und Forschung ausgelobten Förderbereich wird explizit die Notwendigkeit für innovative Beratungsangebote genannt. Das Forschungsprojekt ist als Reaktion auf bestehende Defizite und zu erwartende Probleme im Bereich der Beratung älterer Menschen zu verstehen. Es berücksichtigt die demografischen Entwicklungstrends und zeigt Wege für einen konstruktiven Umgang mit dem individuellen und kollektiven Altern auf. Zu diesem Zweck werden Perspektiven aus unterschiedlichen disziplinären Diskursen einbezogen und für verschiedene Handlungsfelder im Sozial- und Gesundheitswesen nutzbar gemacht.

Darüber hinaus verknüpft das Projekt bislang isoliert betrachtete Elemente aus der Gerontologie und Beratungsforschung miteinander und prüft sie empirisch. Angestrebt wird eine Qualifizierungsoffensive für Beraterinnen und Berater älterer Menschen einerseits und eine ressourcenorientierte Hilfestellung für ältere Klienten andererseits. Angesichts des zu erwartenden Anstiegs des Beratungsbedarfs für ältere Menschen ist nicht nur ein quantitativer Ausbau bisher bestehender, sondern auch die Entwicklung qualitativ neuer Beratungsangebote erforderlich. Die nachfolgend aufgeführten Arbeitsziele erscheinen insofern umso dringlicher.

Das Forschungsprojekt umfasst im Wesentlichen drei wissenschaftliche Subziele zur Verbesserung der Lebensqualität im Alter: die Grundlagenvermittlung (wovon?), die methodische Umsetzung (wovon) und die Überprüfung des Beratungserfolgs.

3.1 Grundlagenvermittlung

Anhand verschiedener Handlungsfelder wird ermittelt, inwieweit Beratungsstellen mit ihren bisherigen Angeboten das Konstrukt der Lebensqualität bereits berücksichtigen und in ihre Beratungstätigkeit integrieren. In den Bereichen, in denen eine Berücksichtigung dieses Konzepts bislang aussteht oder auf Einschränkungen stößt, werden Überlegungen für eine Integration der Lebensqualitätsdimensionen erarbeitet.

Haas (2007) weist darauf hin, dass es an gesetzlichen Zulassungsregeln fehlt, die die Art und Weise der Qualifizierung von Beraterinnen und Beratern festschreiben. Aufgrund dieser fehlender Vorgaben, ist eine gerontologische Ausbildungsfundierung für die Beratung mit älteren Menschen zwar dringend gefordert – in der Praxis allerdings nicht notwendig gegeben. Ältere Klientinnen und Klienten brauchen daher einen Schutz vor unsachgemäßer Beratung, die über die Vereinbarungen der verschiedenen beteiligten Berufsverbände hinausgehen. Das Forschungsprojekt trägt im Sinne einer Qualifizierungsoffensive diesem Umstand Rechnung und intendiert die Entwicklung eines alterswissenschaftlich untermauerten Ausbildungsplans, der zu einem besseren Verständnis von Lebensqualität im Alter führen soll. Besondere

Berücksichtigung finden an dieser Stelle die unterschiedlichen professionellen Perspektiven und Grundqualifikationen der Beraterinnen und Berater.

In der Literatur ist hinreichend belegt, dass das Alter eine zentrale soziale Beurteilungskategorie darstellt (vgl. dazu den derzeit in Vorbereitung befindlichen Bericht der Altenberichtscommission). Daher sind überdies die sozial-normativen Sichtweisen der Beraterinnen und Berater auf die soziale Kategorie „Alter“ zu prüfen und im Hinblick auf die Einschätzung von Lebensqualität älterer Menschen zu hinterfragen.

3.2. Methodische Umsetzung

Neben einem grundsätzlichen Verständnis von Lebensqualität geht es bei der Qualifizierung von Beraterinnen und Beratern zudem darum, das methodische Rüstzeug zu vermitteln, damit in der Beratung die Lebensqualität älterer Menschen erhöht werden kann. Angestrebt wird in diesem Zusammenhang die Einbindung unterschiedlicher Forschungsfelder, die bislang für den Beratungsbereich zum Erhalt oder zur Verbesserung von Lebensqualität keine systematische Berücksichtigung gefunden haben. Einzu beziehen sind Erkenntnisse aus dem Bereich des *erfolgreichen Alterns* (vgl. Baltes & Baltes, 1990; Kruse, 2002) und Befunde zum Thema *Altersbilder* (vgl. Pohlmann, 2008b).

Da dem Aspekt der subjektiv erlebten Lebensqualität auch für die optimale ressourcenorientierte Nutzung vorhandener Verhaltenskompetenzen eine entscheidende Rolle zu kommt (vgl. Baltes und Montada, 1996), sollen – angelehnt an die kognitive Verhaltenstherapie und aus den Erfahrungen der Gerontopsychotherapie – Überlegungen angestellt werden, wie destruktive Einschätzungen von Klienten in Bezug auf Altersbilder und individuelle Lebensgestaltung aufgedeckt werden können. Dabei gilt es, Dissonanz auslösende Vergleiche mit jüngeren Menschen, oder der eigenen Lebensbilanz genauer zu untersuchen. Gleichzeitig geben theoretische Ansätze zum erfolgreichen Alter wichtige Hinweise auf ein effizientes Verlustmanagement (vgl. Allardt, 1993). Sie verweisen auf Merkmale der Weiterentwicklung im Alter (vgl. Levinson, 1986) sowie auf die optimale Nutzung bestehender Ressourcen (vgl. Baltes, Lang & Wilms, 1998). Zudem soll eine stetige Reduktion des Anspruchsniveaus als Strategie zur Vermeidung von negativen Vergleichen vermieden werden. Potenzialorientierte kognitive Umstrukturierungen stehen dabei als Interventionsstrategie im Fokus des Projektes. Das intendierte Beratungsmanual soll Entscheidungshilfen und Handlungsoptionen umfassen, die zu einer Förderung der Lebensqualität beitragen

3.3. Überprüfung des Beratungserfolgs

Durch die Entwicklung eines Beratungsmanuals sollen zum einen bislang unzureichend berücksichtigte Aspekte bei der Beratung älterer Menschen aufgegriffen und im Sinne eines Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramms in die praktische Beratungslandschaft integriert werden. Zum anderen gilt es anschließend, das auf diese Weise implementierte Beratungskonzept zu evaluieren und zu verfeinern. Angesichts der wenigen wissenschaftlichen Arbeiten, die sich mit der Beratung älterer Menschen auseinandersetzen und des deutlich wachsenden Beratungsbedarfs in diesem Bereich sind Forschungsansätze dieser Art gesellschaftspolitisch dringend geboten. Wenn bisherige Beratungsangebote eher auf ein „Defizit- bzw. Verlustmanagement“ ausgerichtet sind, so ist die diesem Projekt zugrunde liegende Überlegung einer ressourcenorientierten und an Lebensqualität ausgerichteten Beratungstätigkeit sowohl als hoch innovativ als auch im Sinne der optimalen Nutzung vorhandener Ressourcen als effektive Präventionschance zu bewerten (vgl. Kruse, 2007c). Die Forschungsarbeiten zu diesem Projekt berücksichtigen Beratungsangebote aus unterschiedlichen Handlungsfeldern und konzentrieren sich auf das Alterssegment 60 plus. Im Fokus stehen Beratungen, die sich möglichst nicht auf eine einzelne Sitzung beschränken und einen direkten Kontakt erfordern (*face to face*).

4. Stand der Wissenschaft und Forschung

Bislang ignoriert die einschlägige Beratungsliteratur das Konzept der Lebensqualität weitgehend. Dennoch finden sich aus einer anderen Tradition heraus wichtige Bezüge, die das Zusammenspiel von internen und externen Ressourcen im unmittelbaren Beratungskontext berücksichtigen und dabei zentrale Aspekte des Konstrukts der Lebensqualität erkennen lassen. Zu nennen sind hier insbesondere die Grundpositionen aus der kognitiven Verhaltenstherapie, die sich auch als gängige Orientierung im Beratungssektor finden (vgl. Rief, Exner & Martin, 2006; Wittchen & Hoyer, 2006). Angestoßen wurden diese im Rahmen der so genannten kognitiven Wende der 1960er und 1970er Jahre. Zu den bedeutendsten Ansätzen gehören u. a. die Rational-Emotive Verhaltenstherapie von Ellis oder die Kognitive Theorie nach Beck (vgl. Ellis, 1997; Beck & Freeman, 1995).

Dysfunktionale Kognitionen beeinträchtigen nach diesen theoretischen Ansätzen die mentale Gesundheit und führen längerfristig zu psychischen Störungen. Anders formuliert: Destruktive Gedanken beeinträchtigen die Lebensqualität. Therapeutische Interventionen machen diesen Prozess transparent und decken irrationale Kognitionen auf. Im Verlauf einer kognitiven Umstrukturierung werden dysfunktionale Gedanken in Frage gestellt, angemessene Alternativen aufgebaut und praktisch erprobt (vgl. Wilken, 2003). Vor diesem Hintergrund erscheint eine systematische Integration des Lebenslaufkonzepts in die Beratung unter besonderer Berücksichtigung bestehender kognitiv-verhaltenstherapeutischer Schulen äußerst sinnvoll.

Für den Beratungsbereich ist die fehlende Bezugnahme auf die Spannbreite von Lebenslagen und altersbedingten Besonderheiten älterer Klienten besonders auffällig. Wenngleich in den letzten Jahren im therapeutischen Bereich eine stärkere Fokussierung und Behandlung von Störungen im Alter zu beobachten ist (vgl. Heuft, Kruse & Radebold, 2006; Maercker, 2002; Schmidbauer, 2005; Wittchen & Hoyer, 2006) ist eine vergleichbare Berücksichtigung in der Beratungsliteratur nicht auszumachen. Eine Recherche bei GeroLit, dem Online-Katalogs des Deutschen Zentrums für Altersfragen, bestätigt diese Einschätzung. So finden sich keine substanziellen Beiträge, die den präventiven und gesundheitsfördernden Aspekt der Beratung im Alter explizit bearbeiten und sich von einer reinen Problemsicht auf das Alter und Altern abgrenzen. Lediglich ein einziger Beitrag liegt in der Datenbank in Bezug auf das Feld der Lebensqualität vor – allerdings mit dem sehr engen Fokus auf Fragen der Sexualität im Alter (Binder, 2008). Die in Kapitel 1 beschriebene Trendwende in Richtung einer ressourcenorientierten Beratung von älteren Klienten ist noch nicht zu erkennen und in der Forschung bislang sträflich vernachlässigt worden.

Außerhalb der Beratung finden sich hinsichtlich einer allgemeinen Berücksichtigung von Lebensqualität im Alter in den letzten Jahren empirische Arbeiten mit einem primär klinischen Fokus (Schulz, Winzer, Stump & Koch, 2001; Kane, 2001; Di Maio & Perrone, 2003). Hier wird in erster Linie das pathologische Altern aufgegriffen. Dieser Ansatz ist unbestritten verdienstvoll. Das vorliegende Projekt geht in diesem Punkt jedoch über eine krankheitsorientierte Perspektive hinaus und bezieht auch den Beratungsbedarf in Richtung des normalen und optimalen Alterungsprozesses mit ein und berücksichtigt damit auch die Bereiche Prävention, Gesundheitsförderung und soziale Teilhabe.

In den Gesundheitswissenschaften dient das Lebensqualitätskonzept dazu, den Gesamtlebenszusammenhang umfassend, mit klar zu benennenden Unterbereichen theoriegetrieben zu beschreiben und geeignete Messinstrumente zur Evaluation von Interventionen und Therapien zu entwickeln (vgl. Geyh, Cieza, Kollerits, Grimby & Stucki, 2007). Die Schwachstellen dieses Konzepts zeigen sich trotz der verdienstvollen Arbeiten vor allem in folgenden Punkten:

- In der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung besteht die Notwendigkeit, dass für jede Indikation speziell darauf zugeschnittene Messinstrumente entwickelt werden müssen.
- Dieses sehr differenzierte Vorgehen erzielt eine präzise Beschreibung für eine spezielle Erkrankung oder Störung, tut sich jedoch schwer mit einer generischen Beschreibung einer Lebenssituation – mit Bezug auf die Krankheit und darüber hinaus.
- Eine Beschreibung mit Hilfe eines Fragebogens eignet sich nicht wirklich zur guten Beschreibung eines Individuums, sondern hat seine Stärken im Gruppenvergleich.

- Darüber hinaus lassen sich aus den quantitativen Ergebnissen nicht unbedingt Therapie- oder Interventionsziele oder -präferenzen ablesen.

Angesichts dieser Probleme bedarf es zusätzlich qualitativer Forschungsansätze, die über einzelne Krankheitsbilder hinaus einen handlungsfeldübergreifenden Ansatz der Lebensqualität berücksichtigen.

4.1. Kooperationsverbund

Die Umsetzung des BELIA-Projekts wird durch einen Kooperationsverbund realisiert. Wissenschaftlicher Partner der Hochschule München ist das *Institut für Gerontologie (IfG) an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg*. Das IfG steht unter Leitung von Prof. Dr. Andreas Kruse. Neben dem (Aufbau-)Studiengang Gerontologie bietet es einen Studiengang im Bereich Pflegewissenschaft an. Zu den Partnerorganisationen zählen u. a. die Vereinten Nationen (VN), die Welt-Gesundheits-Organisation (WHO), das Deutsche Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Institut der Deutschen Wirtschaft Köln (IW), die Stiftung Erinnerung, Verantwortung, Zukunft (EVZ), die Robert Bosch Stiftung sowie die Körber Stiftung. In enger Zusammenarbeit mit seinen nationalen und internationalen Partnern ist das IfG bestrebt, sich zu einem führenden akademischen Lehr- und Forschungszentrum der interdisziplinären Gerontologie zu entwickeln.

Darüber hinaus werden von Beginn an zwei Praxispartner in das Projekt eingebunden. Die 1991 gegründete *Bundesarbeitsgemeinschaft für Alten- und Angehörigenberatung (BAGA)* ist die einzige Arbeitsgemeinschaft auf Bundesebene, in der sich zirka 80 Alten- und Angehörigenberatungsstellen unterschiedlicher Trägerschaft zusammengeschlossen haben. Die BAGA versteht sich als deren Forum und Interessenvertretung. Mit jeweils unterschiedlichen methodischen Ansätzen liegt bei allen Einrichtungen der Schwerpunkt in der psychosozialen Alten- und Angehörigenberatung. Ein wesentliches Ziel der BAGA ist es, die Mitgliedseinrichtungen in ihrer Beratungstätigkeit zu unterstützen und den Informations- und Erfahrungsaustausch untereinander zu fördern sowie Qualitätsstandards und Leitlinien für die Alten- und Angehörigenberatung zu entwickeln. Darüber hinaus setzt sich die Organisation für die Stärkung der Handlungskompetenzen älterer Menschen ein. Diese Ziele entsprechen damit auch den wesentlichen Intentionen des vorliegenden Forschungsprojektes. Durch die Kooperation mit der BAGA kann das Projekt außerdem eine bundesweite Plattform altersbezogener Beratungen nutzen.

Der *Gesundheitsladen München e.V.* lässt sich demgegenüber als ein lokales gemeinnütziges Beratungs-, Informations- und Kommunikationszentrum kennzeichnen, das bereits seit 1980 eine Anlaufstelle auch für ältere Ratsuchende darstellt. Im Verbund mit der unabhängigen Patientenberatung kann der Gesundheitsladen München auf eine gute bundesweite Vernetzung zurückgreifen. Beide Praxispartner verfügen über eine langjährige Expertise bei der Entwicklung von Beratungsstandards. Der Verein bietet seit fast dreißig Jahren eine unabhängige Beratung im Gesundheitswesen. Die Beratungsstellen informieren, beraten und unterstützen Ratsuchende kostenlos und arbeiten mit qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die psychosoziale, sozialrechtliche und gesundheitliche Kompetenzen aufweisen. Der Gesundheitsladen München ist Mitglied in der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP). Hier werden Beratungsstandards erarbeitet, das politische Vorgehen abgestimmt und die Patientenbeteiligung mitorganisiert.

Durch die Wahl der Kooperationspartner werden sowohl das Gesundheits- als auch das Altenhilfesystem systematisch in die Projektarbeit einbezogen. Weitere Partner tragen zu einer möglichst breiten Berücksichtigung unterschiedlicher Beratungsangebote bei.

4.2. Weitere Partner

Aus dem Großraum München und Oberbayern haben sich im Vorfeld weitere wichtige Organisationen und Einrichtungen zur Zusammenarbeit bereit erklärt. Zu nennen sind an dieser Stelle:

- *REGSAM* – Regionale Netzwerke für Soziale Arbeit München. REGSAM ist die regionale Vernetzung für die Soziale Arbeit in München. Das Netzwerk wird von einem professionellen Moderationsteam in 16 Regionen unterstützt. Über die Jahre ist REGSAM zu einem tragenden und funktionierenden Netzwerk herangewachsen. REGSAM kooperiert mit freien und öffentlichen Trägern, die auch Beratungsangebote für ältere Menschen vorhalten.

- *DAHOAM e.V.* – Beratungsstelle für alte Menschen und ihre Angehörigen. DAHOAM e.V. berät kostenlos zur Versorgung von alten, pflege- und hilfebedürftigen Menschen. Er bietet älteren Menschen, ihren Angehörigen und Personen aus ihrem sozialen Umfeld sowie Hinterbliebenen Information und Aufklärung, Unterstützung und Hilfestellung bei allen Fragen der Alltagsbewältigung und in Krisensituationen an. Die zugehörige Beratungsstelle wird von der Landeshauptstadt München gefördert.
- *Caritasverband – Therapieverbund Sucht*. Der Therapieverbund Sucht bündelt die Therapieangebote des Caritasverbandes der Erzdiözese München und Freising e.V. In jüngster Zeit ist ein eigenes Beratungsangebot für ältere Menschen mit Suchtproblemen oder Suchtgefährdungen entstanden.

Mit weiteren Kooperationspartnern auf Landes- und Bundesebene aus den Bereichen Alten- und Angehörigenberatung, Wohn- und Wohnumfeldberatung sowie Patientenberatung laufen derzeit zudem Vorgespräche.

5. Arbeitsplan

Das Projekt BELiA besteht aus insgesamt zehn Arbeitspaketen. Es umfasst neben zwei Arbeitspaketen der Berichterlegung (Zwischen- und Endbericht) verschiedene Phasen des qualitativen und quantitativen Vorgehens. Nach einer Bestands- und Sozialraumanalyse von Beratungsangeboten für ältere Menschen schließt sich eine Konzept- und Strukturanalyse an, die die konkreten Rahmenbedingungen und Ansätze zur Verbesserung der Lebensqualität in den ausgewählten Einrichtungen der Studie prüft. In den Experten-, Klienten- und Interaktionsanalysen werden die Beraterinnen und Berater und die älteren Klienten getrennt und gemeinsam untersucht. Auf der Grundlage der so gewonnenen Daten erfolgt die Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Beratungskonzepts zur Förderung der Lebensqualität im Alter, das im Sinne eines Beratungsmanuals handlungsübergreifend für die Beratung älterer Menschen eingesetzt werden kann.

Bei dem empirischen Vorgehen werden qualitative und quantitative Verfahren miteinander kombiniert. Mithilfe der qualitativen Forschungsmethodik von Fokusgruppen (qualitative Gruppeninterviews) wird im Rahmen der Expertenanalyse in Arbeitsschritt 3 die Sichtweise der Beraterinnen und Berater erhoben. Bei der Befragung der Klienten (Klientenanalyse, Arbeitsschritt 4) werden hingegen quantitative Fragebögen entwickelt und eingesetzt. Die Interaktionsanalyse aus Arbeitsschritt 5 stellt demgegenüber eine qualitative Beobachtung des Beratungsgeschehens dar. Die Evaluation in Arbeitsschritt 9 legt darüber hinaus ein experimentelles Design zugrunde. Die Praxispartner stellen ihre Unterstützung vor allem in der Zusammenarbeit mit den zu untersuchenden Beratungsstellen und den Klienten zur Verfügung. Die Universität Heidelberg wird demgegenüber bei der Durchführung der empirischen Studien einbezogen. Die Hochschule München hat an dieser Stelle zusätzlich eine Koordinationsaufgabe, um die Beteiligung der Projektpartner ohne Reibungsverluste zu gewährleisten.

Das Forschungsprojekt berücksichtigt die ethischen Standards psychologischer und sozialwissenschaftlicher Forschung. Bei der Planung und Durchführung der Studie wird die vom Weltärztebund (WMA – World Medical Association, 1964) verabschiedete Deklaration in der heute gültigen und ergänzten Fassung beachtet. Zudem werden die datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Landes Bayern zu Grunde gelegt.

Die teilnehmenden Probanden (Klienten und Berater) werden vor der Teilnahme an der Studie über deren Sinn und Zweck umfassend aufgeklärt und gebeten, ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme zu geben. Sie werden darüber informiert, dass ihre Teilnahme freiwillig ist, ihnen bei einer Verweigerung keinerlei Nachteile insbesondere im Hinblick auf die Qualität der Behandlung entstehen und ein Widerruf der Einwilligung möglich ist.

Darüber hinaus erhalten die Klienten Informationen über die vorgesehene Verarbeitung ihrer Daten. Dazu gehört Art und Weise der Datenverarbeitung, Personenkreis, der von den personenbezogenen Daten Kenntnis erhält, Zeitpunkt der Löschung der personenbezogenen Daten sowie die Vermeidung von Hinweisen auf beteiligte Probanden bei Veröffentlichung der Ergebnisse.

6. Implikationen

6.1. Wirtschaftliche Erfolgsaussichten

Die wachsende Nachfrage an Beratungsangeboten für ältere Menschen und deren Angehörige stellt einen wichtigen Wirtschaftsfaktor dar. Dies gilt ebenso für staatlich subventionierte Dienstleistungen wie für kommerzielle Dienste. Damit entsprechende Angebote aber auch im Hinblick auf ihre Seriosität und Wirksamkeit überprüft werden können, braucht es Standards in der Qualifizierung der Beratungsanbieter und andererseits Indikatoren für den Erfolg der Beratungsleistungen. Das hier skizzierte Forschungsprojekt stellt den Grundstein für zukünftige Zertifizierungsmaßnahmen dar. An erster Stelle steht für das BELiA-Projekt nicht der wirtschaftliche Erfolg der Beratung an sich, sondern vielmehr die Reduktion weiterer Behandlungskosten. Es sind an dieser Stelle drei Kostengrößen zu berücksichtigen

- Die *direkten Kosten* umfassen den finanziellen Aufwand, der unmittelbar mit der Anwendung einer Beratung verbunden ist. Durch die gerontologische Qualifizierungsoffensive sollen an dieser Stelle Fehl-, Unter- oder auch Überversorgungen vermieden werden. Da ein Großteil der Kosten aus der Solidargemeinschaft getragen wird, ist die Vermeidung unnötiger Kosten eine wichtige gesellschafts-politische Aufgabe.
- Daneben sind die *indirekten Kosten* – etwa der Verlust von Arbeitspotenzial – einzubeziehen. Diese Kosten steigen mit einer unzureichenden oder gänzlich ausbleibenden Beratung und treten in besonderem Maße während der Erwerbsarbeit älterer Personen auf. Ebenso sind die Produktivitätsausfälle im Bereich der Familienarbeit oder des bürgerschaftlichen Engagements für das Gemeinwohl einzu-beziehen.
- Vielfach unbeachtet bleiben in ökonomischen Bilanzierungen die *intangiblen Kosten*. Darunter sind die monetär nicht messbaren Effekte der schlechteren Lebensqualität (Leid, Schmerzen, Angst, Trauer etc.) zu fassen, die durch eine passgenaue Beratung aufgefangen werden sollen. Dieser Aspekt steht im Zentrum des Forschungsprojekts.

6.1. Wissenschaftliche Erfolgsaussichten

Aufgrund der Einbeziehung wesentlicher Bedarfe, die von Seiten der im Beratungssektor beteiligten Professionen formuliert worden sind, hat das BELiA-Projekt ausgesprochen gute Erfolgsaussichten zur Umsetzung der empirischen Befunde. Dazu im Einzelnen:

Die demografische Entwicklung in der Gesellschaft und die damit verbundenen Veränderungen in der Altersstruktur stellen die Gesundheits- und Sozialsysteme vor große Herausforderungen. Die bereits begonnenen strukturellen Veränderungen bedeuten sowohl für die Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe als auch für die Institutionen des Gesundheitswesens neue Anforderungen. Aktuelles Beispiel dafür sind die jüngsten Gesetzesänderungen nach Inkrafttreten der Pflegereform zum 1. Juli 2008. In der Folge dieser gesetzgeberischen Anpassungsmaßnahmen werden in Verantwortung der Länder Pflege-stützpunkte aufgebaut. Derartige Pflegestützpunkte lassen sich aber nur dann als Chance einer bedarfs-orientierten Beratung älterer Menschen und ihrer Angehörigen nutzen, wenn es gelingt, entsprechende Standards und Konzepte zu erarbeiten. Bislang stehen diese jedoch noch aus. Das BELiA-Projekt gibt erste Antworten auf Fragen, die sich derzeit sehr akut bei der Entwicklung neuer Beratungsangebote in den Pflegestützpunkten stellen.

Die Behandlungs- und Versorgungsstrukturen für ältere Menschen sind aber auch deshalb in ihrer derzeitigen Form auf die Erfordernisse der Zukunft nur unzureichend ausgerichtet, weil die Bereiche Altenhilfe und Gesundheitswesen zu sehr voneinander abgegrenzt sind. Die Forderung, diese Trennung zu überwinden, um durch Kooperation und Vernetzung zu wirksamen Lösungskonzepten zu gelangen, wird durch die Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen seit geraumer Zeit eingebracht. Da das BELiA-Projekt im Schnittstellenbereich zwischen Gesundheitswesen und Sozialwesen angesiedelt ist, werden damit wesentliche berufsständische Zielsetzungen aufgegriffen.

Das Forschungsprojekt berücksichtigt darüber hinaus die bislang nicht hinreichend eingelösten Forderungen der Deutschen Gesellschaft für Beratung (DGfB). Vorrangiges Ziel der DGfB ist die Förderung der professionellen und wissenschaftlich fundierten Beratung. Die damit verbundenen Ziele zur Erstellung und Weiterentwicklung eines gemeinsamen Beratungsverständnisses, der Förderung und Koordination von Forschung, Theorie- und Praxisentwicklung, die Stärkung interdisziplinärer Vorgehensweisen und die Reflexion und Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen stehen auch im Zentrum des BELiA-Forschungsprojekts.

Bereits in Kapitel 2 wurde auf das Problem der fehlenden Marktübersichtlichkeit im Beratungssektor hingewiesen. Als Nebeneffekt trägt das Projekt zu einer intersektoriellen Kommunikation und Vernetzung verschiedener lokaler Beratungsanbieter bei und fördert die Bereitschaft der professionellen Akteure, sich auf wissenschaftlich fundierte Standards zu einigen. Der Bezug zum Lebensqualitätsansatz erscheint hier als sinnvolles handlungsfeldübergreifendes Konstrukt, das die Ressourcen älterer Klientinnen und Klienten zielgerichtet einbezieht.

Vor dem Hintergrund der hier genannten Aspekte ist von einer hohen Compliance der Beraterinnen und Berater bei der Einbeziehung von Lebensqualität als Qualifizierungsbestandteil auszugehen. Die methodische Berücksichtigung von Altersressourcen in der Beratung trägt zudem dazu bei, die Potenziale älterer Menschen für den Einzelnen und die Gemeinschaft stärker nutzbar zu machen (vgl. Kruse, 2007b). Die im Projekt vorgesehene handlungsfeldübergreifende Überprüfung der Beratungsqualität kann zunächst nur kleinräumig erprobt und evaluiert werden. In einer zweiten, zu einem späteren Zeitpunkt gesondert zu beantragenden Projektphase soll die systematische Implementierung und Evaluation der nutzerseitigen Wirkungen dieses neuartigen, auf die Förderung von Lebensqualität ausgerichteten Beratungskonzepts bzw. -ansatzes breiter geleistet werden. Ziel eines solchen Nachfolgeprojekts wäre es zudem, eine durch die DGfB vorzunehmende Zertifizierung zu erreichen.

6.1. Anschlussfähigkeit

Beispielhaft werden in diesem Kapitel drei Bereiche der BELiA-Anschlussfähigkeit aufgezeigt.

Das HILDE-Projekt

Unmittelbare Anknüpfungspunkte ergeben sich zunächst durch die Vorarbeiten im Rahmen des Heidelberger Projekts zur Entwicklung eines Instruments der Erfassung von Lebensqualität demenziell Erkrankter (kurz HILDE; vgl. Kruse, 2005; Böggemann et al., 2008). Die Kooperation mit dem HILDE-Projekt macht es möglich, auf fundierte Ergebnisse zur Lebensqualitätsforschung älterer Menschen, speziell auch demenzkranker Menschen zurückzugreifen, und diese für ihre Anwendung in der Beratungspraxis effizient nutzbar zu machen. Das HILDE-Projekt wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für den Zeitraum Juni 2003 bis Mai 2006 in einer ersten Phase gefördert. Aktuell befindet sich das Projekt in der zweiten Förderphase von Juni 2006 bis Februar 2009. Die erste Projektphase wurde gemeinsam vom Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg (Direktor: Prof. Dr. Andreas Kruse) und der Sektion Gerontopsychiatrie an der Psychiatrischen Universitätsklinik (Leitung: Prof. Dr. Johannes Schröder) durchgeführt. Die Durchführung der aktuellen Projektphase liegt ausschließlich in der Verantwortung des Instituts für Gerontologie. Gleichzeitig besteht dazu eine Forschungsk Kooperation mit dem Autor.

Im vereinbarten Zeitraum wurde ein Instrumentarium entwickelt, das die Erfassung der Lebensqualität psychisch veränderter Heimbewohner, speziell demenziell erkrankter Heimbewohner, ermöglicht. Dieses Instrumentarium ist nicht nur wissenschaftlich fundiert, sondern soll auch eine größtmögliche Akzeptanz in der Praxis der Pflege und Betreuung demenzkranker Heimbewohner in den Einrichtungen vor Ort finden.

ICF-Forschungsansätze

Internationale Anknüpfungsmöglichkeiten bestehen durch die von der Weltgesundheitsorganisation entwickelte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF vgl. WHO, 2001). Die ICF stellt einen konzeptuellen Rahmen und zugleich eine einheitliche, standardisierte Sprache zur Beschreibung von gesundheitsbezogenen Zuständen zur Verfügung. Das so genannte biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung bildet den konzeptuellen Rahmen der ICF

(vgl. Cieza & Stucki 2005). Dieses Modell integriert verschiedene Perspektiven der Funktionsfähigkeit und Gesundheit in einer einheitlichen, kohärenten Sichtweise. Sie verknüpft die Komponenten Gesundheit, Körperfunktionen- und -strukturen, Aktivitäten, Partizipation, Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren in einem komplexen dynamischen Interaktionsgeflecht miteinander. Dem Konzept der Lebensqualität wird dabei zunehmende Beachtung geschenkt.

Eine Übertragung auf den Beratungskontext wird mit Hilfe des BELiA-Projekts an dieser Stelle denkbar und sinnvoll. Bestrebungen, das ICF-System zur Optimierung der psychosozialen Beratung auch in der Geriatrie und Altenhilfe einzusetzen, lassen sich zum Beispiel bei der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) identifizieren. Eine Optimierung des Beratungsprozesses wäre dann auf dem Fundament eines gemeinsamen Beschreibungskonzepts in Anlehnung an die ICF anzustreben. Auf diese Weise ließen sich in Zukunft Daten über den alten Menschen auch im internationalen Kontext austauschen, übertragen und gegebenenfalls für den Erreichungsgrad der individuellen Beratungsziele messbar machen.

Curriculare Umsetzung

Das in dem Projekt zu entwickelnde Beratungsmanual für mehr Lebensqualität im Alter soll in Form von Modulbeschreibungen unmittelbar Eingang in die Lehre der Hochschule München finden. Eine Einbindung erfolgt hier in Sozial- wie in Gesundheitsdisziplinen (BA Soziale Arbeit, BA Pflegewissenschaft, MA Soziale Arbeit, MA Mental Health, MA Psychotherapie). Darüber hinaus sind in verschiedenen Arbeitspaketen des Projekts flankierende akademische Abschlussarbeiten vorgesehen. Potenzielle Themen und Zuordnungen sind im Folgenden aufgelistet:

7. Tabellarische Übersicht

Tab. 3: Projektübersicht BELiA

Projektteam	<p>Prof. Dr. Stefan Pohlmann (Forschungsleiter) Dr. Christian Leopold (Wissenschaftlicher Mitarbeiter) Paula Heinecker (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)</p> <p>Hochschule München Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften Am Stadtpark 20 81243 München</p>
Titel der Studie	BELiA – Beratung zum Erhalt von Lebensqualität im Alter
Untersuchungsziel	<p>Ziele des Forschungs- und Entwicklungsvorhabens sind die empirisch gestützte Entwicklung eines Beratungsansatzes und -konzepts zur Förderung von Lebensqualität im Alter sowie die Entwicklung und Durchführung eines darauf ausgerichteten Qualifizierungsangebots. Das BELiA-Projekt zielt auf der einen Seite auf eine gerontologische Qualifizierung von Beraterinnen und Beratern ab, um ein wissenschaftlich fundiertes Grundverständnis von Lebensqualität im Alter zu vermitteln. Auf der anderen Seite geht es um die Vermittlung eines methodischen Rüstzeugs, mit dem sich die Lebensqualität älterer Menschen durch die Beratungsarbeit erhöhen lässt. Das auf dieser Grundlage entwickelte Beratungsmanual wird nach seiner Implementierung evaluiert und angepasst.</p>
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> ○ Übersicht über bestehende Beratungsangebote ○ Grundlagenvermittlung zum Konzept der Lebensqualität ○ Methodische Umsetzung zur Verbesserung von Lebensqualität ○ Handlungsfeldübergreifende Überprüfung des Beratungserfolgs
Studientyp	Qualitative und quantitative Studien
Studiendauer	36 Monate
Kooperationspartner (mit geldwerten Leistungen)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Universität Heidelberg ○ Bundesarbeitsgemeinschaft für Alten- und Angehörigenberatung (BAGA) ○ Gesundheitsladen München e. V.
Kooperationspartner (ohne angegebene geldwerte Leistungen)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V. ○ DAHOAM e. V. ○ REGSAM – Regionale Netzwerke für Soziale Arbeit München

Literatur

- Alber, J., Fahey, T. & Saraceno, C. (2008). *Handbook of Quality of Life in the Enlarged European Union*. London, New York: Routledge.
- Allardt, E. (1993). Having, loving, being: An alternative to the Swedish model of welfare research. In: M. Nussbaum & A. Sen (Eds.), *The quality of life* (pp. 88-94). Oxford: Oxford University Press.
- Amann, A. (1994). Offene Altenhilfe – Ein Politikfeld im Umbruch. In: Reimann, H. & Reimann, H. (Hrsg.), *Das Alter. Einführung in die Gerontologie*. Stuttgart: Enke.
- Backes, G. M., & Kruse, A. (2008). Soziale Ressourcen älterer Menschen. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), *Alter neu denken. Gesellschaftliches Altern als Chance begreifen*, 71–100). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Baltes, M. M. & Montada, L. (Hrsg.) (1996). *Produktives Leben im Alter*. Frankfurt: Campus.
- Baltes, M. M., Lang, F. R. & Wilms, H.-U. (1998). Selektive Optimierung mit Kompensation: Erfolgreiches Altern in der Alltagsgestaltung. In: Kruse, A (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie, Band 1: Grundlagen*, 188–204. Göttingen: Hogrefe.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (Eds.). *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*, 1–33. New York: Cambridge University Press.
- Bamberger, G. G. (2005). *Lösungsorientierte Beratung. Praxishandbuch*. Weinheim: Beltz.
- Beck, A. T. & Freeman, A. (1995). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Becker, S., Kruse, A., Schröder, J., Seidl, U. (2005). Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei demenzkranken Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 38, 108–121.
- Belardi, N. et al. (2005). *Beratung – Eine sozialpädagogische Einführung*. Weinheim: Juventa.
- Binder, R. (2008). *Sexualität und Lebensqualität im Alter: der Bedarf adäquater Beratung*. Saarbrücken: VDM.
- BMFSFJ (2002). *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*, Bundestagsdrucksache 14/8822.
- Böggemann, M., Kaspar, R., Bär, M., Berendonk, C., Kruse, A., Re, S. (2008). Positive Erlebnisräume für Menschen mit Demenz – Förderung der Lebensqualität im Rahmen individuenzentrierter Pflege. In: Schaeffer, D., Behrens, J., Görres, S. (Hrsg.), *Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung*, 80–104). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Cieza, A. & Stucki, G. (2005). Content comparison of Health Related Quality of Life (HRQOL) instruments based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Quality of Life Research*, 14: 1225-1237.
- Culley, S. (2002). *Beratung als Prozess. Lehrbuch kommunikativer Fertigkeiten*. Weinheim: Beltz.

- Di Maio, M. & Perrone, F. (2003). Quality of Life in elderly patients with cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 44–53.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.
- Ellis, A. (1997): *Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie*. München: Pfeiffer.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: A taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 502–508.
- Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón, M. D., & Caprara, M. (2007). Quality of life, life satisfaction, and positive aging. In: Fernández-Ballesteros, R. (Hrsg.). *Geropsychology – European perspectives for an aging world*, 197–223. Cambridge MA: Hogrefe & Huber.
- Garms-Homolová, V. (2000). Die Idee der Patientenorientierung. In: Gold, C., Geene R. & Stölzer, K. (Hrsg.). *Patienten, Versicherte, Verbraucher. Möglichkeiten und Grenzen einer angemessenen Vertretung von Patienteninteressen*, 15–22. Berlin: b_books.
- Garms-Homolová, V. (2001). Unterstützungssysteme für Hilfe und Pflege im Alter. In: Pohlmann, S. (Hrsg.). *Das Altern der Gesellschaft als globale Herausforderung – Deutsche Impulse*, 83–109. Stuttgart: Kohlhammer.
- Geyh, S., Cieza, A., Kollerits, B., Grimby, G. & Stucki, G. (2007). Content comparison of health-related quality of life measures used in stroke based on the international classification of functioning, disability and health (ICF): a systematic review. *Qual Life Res.* Jun, 16(5):833–51.
- Haas, H. (2007) Berufsberatung in internationaler Sicht. In: Nestmann, F., Engel, F. & Sickendiek, U. (Hrsg.). *Das Handbuch der Beratung. Ansätze, Methoden und Felder*, Band 2, 919–931. Tübingen: DGVT.
- Heuft, G., Kruse, A., & Radebold, H. (2006). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. München: UTB.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Kane, R. A. (2001). Long-term care and a good quality of life: Bringing them closer together. *The Gerontologist*, 41, 293–304.
- Kruse, A. (2002). *Gesund Altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*. Baden-Baden: Nomos.
- Kruse, A. (2005). Lebensqualität demenzkranker Menschen. *Zeitschrift für Medizinische Ethik*, 51, 41–58.
- Kruse, A. (2005). Störungen im Alter: Intervention. In: Perez, M. & Baumann, U. (Hrsg.). *Klinische Psychologie*, 1087–1103. Bern: Huber.
- Kruse, A. (2006). *Das letzte Lebensjahr*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kruse, A. (2007a). *Alter*. Freiburg: Herder.
- Kruse, A. (2007b). Die Stärken des Alters erkennen und nutzen – ein wissenschaftliches und ethisches Plädoyer für den veränderten gesellschaftlichen Umgang mit dem Humanvermögen älterer Menschen. In: Brunn, F. M., Dietz, A., Polke, Ch., Rolf, S. & Siebert, A. (Hrsg.). *Theologie und Menschenbild, Reihe Marburger Theologische Schriften*, Band 100, 111–140. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.

- Kruse, A. (2007c). Präventions- und Trainingsansätze im höheren Alter. In: Brandtstädter, J. & Lindenberger, U. (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*, 624–655. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kruse, A. (2008). *Weiterbildung in der zweiten Lebenshälfte. Multidisziplinäre Antworten auf Herausforderungen des demografischen Wandels*. Schriftenreihe des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Kruse, A. (2009). *Coping*. In: Schaeffer, D. (Hrsg.). *Bewältigung chronischer Krankheiten im Lebenslauf*. Göttingen: Hogrefe. Im Druck.
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: Birren, J. E., Lubben, J., Rowe, J. C. & Deutchman, D. E. (Eds.). *The concept and measurement of quality of life* (pp. 3–27). New York: Academic.
- Lawton, M. P. (1994). *Quality of Life in Alzheimer Disease*. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 8, 138–150.
- Levinson, D. J. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41, 3–13.
- Likar, R., Bernatzky, G., Pipam, W., Janig, H. & Sadjak, A. (2005). *Lebensqualität im Alter*. Wien New York: Springer.
- Maercker, A. (2002) (Hrsg.). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Heidelberg: Springer.
- McKee, K. J., Houston, D. M. & Barnes, S. (2002). Methods for assessing quality of life and well-being in frail older people. *Psychology and Health*, 17, 737–751.
- Motel-Klingebiel, A., Kondratowitz, H.-J. & Tesch-Römer, C., (Hrsg.) (2002). *Lebensqualität im Alter: Generationenbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel*. Opladen: Leske und Budrich.
- Nestmann, F., Engel, F. & Sickendiek, U. (2007) (Hrsg.). *Das Handbuch der Beratung. Ansätze, Methoden und Felder, Band 2*. Tübingen: DGVT.
- Nestmann, F., Engel, F. & Sickendiek, U. (2004) (Hrsg.). *Handbuch der Beratung. Band 1 und 2*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Peters, M. (2004). *Klinische Entwicklungspsychologie des Alters: Grundlagen für psychosoziale Beratung und Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pfeifer-Schaupp, H.-U. (1997). *Jenseits der Familientherapie. Systemische Konzepte der Sozialen Arbeit*. Freiburg: Lambertus.
- Pohlmann, S. (2000). Agreement on recommendations in view of the process towards the revision of the UN International Plan of Action on Ageing. In: German Association for public and private welfare and Governors of Deutsche Altershilfe (Eds.). *Voluntary engagement by and for very old persons – A European comparison* (pp. 63–66 and 117–120). Köln: Moeker Merkur.
- Pohlmann, S. (2001) (Hrsg.). *Das Altern der Gesellschaft als globale Herausforderung. Band 201*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Pohlmann, S. (2002) (Ed.). *Facing an Ageing World – Recommendations and Perspectives*. Regensburg: Transfer Verlag.
- Pohlmann, S. (2003a) (Hrsg.). *Der demografische Imperativ*. Hannover: Vincentz Verlag.

- Pohlmann, S. (2003b). Gerontology and Social Policy. The influence of research on the international ageing policies of the United Nations. In: Spring Newsletter 2003 of the Research Committee (RC11) on the Sociology of Aging of the International Sociological Association (ISA), 13–15.
- Pohlmann, S. (2003c). Altern gestalten – Konstruktive Antworten auf Fragen der Bevölkerungsentwicklung. Regensburg: Transfer Verlag.
- Pohlmann, S. (2003d). Internationale politische Impulse. In: Reuter, U. (Hrsg.). Zukunft der Altenpflege: Neue Perspektiven – Neue Aufgaben; 17–38. Bremen: ESI.
- Pohlmann, S. (2004). Das Alter im Spiegel der Gesellschaft. Reihe: Soziale Gerontologie. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.
- Pohlmann, S. (2006). Gerontologie als neuer Hochschultrend? Voraussetzungen für ein alterswissenschaftliches Profil. In: Informationsdienst Altersfragen, Heft 2,33, 6–9.
- Pohlmann, S. (2007). Soziale Gerontologie und Soziale Arbeit – Eine Positionsbestimmung. In: Social Challenges in Social Sciences, Dezember, Vol. 2.
- Pohlmann, S. (2008a). Die neuen Alten – eine vielfältige Gruppe differenziert betrachtet. In: Der Paritätische Gesamtverband (Hrsg.). Familie im Wandel Anforderungen an eine Familienpolitik mit Zukunft. Berlin: Der Paritätische.
- Pohlmann, S. (2008b). Imagepflege – Korrektur verzerrter Altersbilder. Social Challenges in Social Sciences, Januar, Vol. 3.
- Pohlmann, S. (in Vorbereitung). Sozialgerontologie. München: UTB/Reinhardt.
- Rapley, M. (2003). Quality of Life Research. A Critical Introduction. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Reichel, R. & Rabenstein, R. (2001): Kreativ beraten. Münster: Ökotoxia.
- Rief, W., Exner, C. & Martin, A. (2006). Psychotherapie. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ryff, C. D., Magee, W. J., Kling, K. C. & Wing, E. H. (1999). Forging macro-micro linkages in the study of psychological well-being. In: Ryff, C. D. & Marshall, V. W. (Eds.). The self and society in aging processes (247–278). New York: Springer.
- Schmidbauer W. (2005). Psychotherapie im Alter. Stuttgart: Kreuz.
- Schulz, H., Winzer, A., Stump, S. & Koch, U. (2001). Beeinflussung der Lebensqualität von Tumorkranken durch psychoonkologische Interventionen. Onkologie, 7, 157–166.
- Schweitzer, J. & Schlippe, A. v. (2007). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I und II. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schwerdt, R. (2002) (Hrsg.). Gute Pflege. Pflege in der Beurteilung von Menschen mit Pflegebedarf. Stuttgart: Kohlhammer.
- The WHOQOL Group (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46, 1569–1585.
- Venhooven, R. (1996). Developments in satisfaction research. *Social Indicators Research*, 37, 1–46.

- WHO – World Health Organization (1999). The world health report 1999: Making a difference. Geneva: World Health Organization.
- WHO – World Health Organization (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: WHO.
- Wilken, B. (2003). Methoden der Kognitiven Umstrukturierung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2006) (Hrsg.). Klinische Psychologie und Psychotherapie. Heidelberg: Springer.
- WMA –World Medical Association (1964) Declaration of Helsinki. Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen, angenommen durch die 18. Generalversammlung in Helsinki, Finnland und ergänzt durch die 56. Generalversammlung in Tokio, Japan, 2004.

Angaben zu den Autoren

Prof. Dr. Stefan Pohlmann wurde 2004 für das Lehrgebiet der Gerontologie an die Hochschule München berufen. An der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften koordiniert er sowohl den Qualifizierungsbereich Life Span Development als auch den Studienschwerpunkt Gerontologie. Darüber hinaus ist er durch seine Studiengangsleitung maßgeblich an der Öffnung der Fakultät für den Gesundheitsbereich beteiligt. Als Mitglied ausgewiesener nationaler und internationaler Expertengremien setzt er sich auch außerhalb der Hochschule für Belange der Sozialpolitik und Alterswissenschaft ein. Stefan Pohlmann studierte Psychologie, Pädagogik, katholische Theologie und Kognitionswissenschaft an den Universitäten Münster und Hamburg. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen empirische Sozialforschung, Sozialpolitik, Altersbilder und Alterswissen, Solidarität und Partizipation im Alter, Altenhilfe sowie Demografie und Gesundheit. Er leitet das in diesem Beitrag beschriebene Forschungsprojekt.

Dr. Christian Leopold ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt BELiA an der Hochschule München. Der Psychologe und Gesundheitswissenschaftler war bereits im Vorfeld als Projektleiter für den Bereich psychosozialer Gesundheitsprojekte verantwortlich und führte u. a. ein vom BMBF gefördertes Projekt zur Entwicklung eines Dokumentationsprogramms für Schizophrenie-Patienten durch. Zudem beteiligte er sich am „Modellprojekt Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren im Entsorgungsbereich“. Er war außerdem wissenschaftlicher Mitarbeiter in verschiedenen DFG-Projekten und ist zudem für das Qualitätsmanagement von Organisationsstrukturen ausgewiesen.

Paula Heinecker ist ebenfalls als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt BELiA tätig. Als Geisteswissenschaftlerin war die gebürtige Finnin über lange Jahre am Internationalen Institut für empirische Sozialökonomie (INIFES) angestellt. In dieser Zeit hat sie u.a. an den Europäischen Gemeinschaftsprojekten Minority Elderly Care und EMPOWER (Building a First-class Workforce in the Public Sector: Mature-age Female Employees as Mentors, Coaches and Team leaders) mitgewirkt und war außerdem am Zweiten Bericht zur sozioökonomischen Lage Deutschlands beteiligt. Darüber hinaus verfügt sie über eine psychotherapeutische Zusatzausbildung und ist daher mit dem professionellen Beratungssektor gut vertraut.