Reihe Nr. 10

Social Challenges in Social Sciences

Schriftenreihe der Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften an der Hochschule München

Zukunftsfähigkeit von Pflegestützpunkten

Herausforderungen für die Beratungsarbeit

Stefan Pohlmann, Paula Heinecker & Christian Leopold

ISSN 1866-153X

Impressum

Social Challenges in Social Sciences
Nr. 10 /Dezember 2010 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. Hintergrund **5**

1.1 Errichtung der Pflegestützpunkte 5

1.2 Aufgaben und Angebot der Pflegestützpunkte 7

2. Beratungsauftrag **10**

2.1 Qualifikationsanforderungen 10

2.2 Besondere Herausforderungen 12

3. Forschungsansätze **14**

3.1 Berücksichtung bestehender Expertise 14

3.2 Berücksichtigung der Lebensqualität in der Beratung 15

3.3. Aktuelles Forschungsprojekt an der Hochschule München 17

4. Implikationen **18**

Abstract

Der folgende Bericht beschreibt zusammenfassend das in der Pflegereform 2008 vorgestellte Konzept der kommunalen Pflegestützpunkte. Zunächst werden die Errichtungsmodalitäten der Pflegestützpunkte, ihre Aufgaben und ihr Angebot skizziert. Im Zusammenhang mit dem Beratungsauftrag der Pflegestützpunkte wird der Blick auf die Qualifikation der Berater in der Pflegeberatung sowie auf die Berücksichtigung der Lebensqualität in der Beratung gerichtet. Anschließend werden die besonderen Herausforderungen besprochen, mit denen die Pflegestützpunkte als zentrale Anlaufstellen in Fragen rund um die Pflegebedürftigkeit konfrontiert werden. Hierzu werden schließlich einige Standpunkte des Forschungsprojekts BELiA (Beratung zum Erhalt von Lebensqualität im Alter) erläutert sowie weiterführende Forschungsfragen gestellt.

1. Hintergrund

Die Betreuung eines pflegebedürftigen Angehörigen bedeutet nicht selten eine erhebliche Belastung für die Pflegenden. Zu den rein pflegerischen Tätigkeiten kommen parallel, meist aber schon im Vorfeld, vielfältige organisatorische Aufgaben hinzu, die oft sogar als mehr belastend erlebt werden als die eigentliche Pflege. Dies beruht laut Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf die Tatsache, dass bislang eine zentrale Anlaufstelle für Pflegefragen fehlte. Daher beinhalten die Maßnahmen der Pflegereform 2008 die Einrichtung von kommunalen Pflegestützpunkten, die eine effizientere Vernetzung und Nutzung aller Dienste, die von unterschiedlichen Trägern für Pflegebedürftige angeboten werden, ermöglichen sollen.

Manche Praktiker stehen den geplanten Pflegestützpunkten eher skeptisch gegenüber. Sie äußern Bedenken, dass die Pflegestützpunkte die Beratungslandschaft eher verwässern als konzentrieren könnten, während andere Experten für ein übergreifendes, einheitliches Case Management-Konzept zur Vermeidung einer unübersichtlichen und beliebigen Umsetzung der Pflegeunterstützung plädieren (vgl. Pohlmann, Heinecker & Leopold, 2010; Frommelt, Klie, Löcherbach, Mennemann, Monzer & Wendt, 2008).

Das erste, am Anfang der Diskussion um den Pflegestützpunkt von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt vorgeschlagene Konzept sah vor, dass ein Pflegestützpunkt je 20.000 Einwohner errichten werden sollte. Am 1. Oktober 2009 trat dementsprechend eine Verordnung der Kabinettsrunde in Kraft, die den Pflegeversicherungen vorschreibt, dass diese innerhalb einem halben Jahr Pflegestützpunkte aufbauen müssen - wenn es vor Ort eine Verständigung mit den Kommunen gibt. Die konkrete Umsetzung hat sich allerdings als schwierig erwiesen: die Kommunen stehen mit ihren unterschiedlichsten Strukturen der bereits bestehenden Beratungsangebote vor der schweren Aufgabe, diese in das Konzept der Pflegestützpunkte zu integrieren (oder eher umgekehrt), und die Pflegekassen als Kostenträger haben durchaus unterschiedliche Interessen (vgl. Pohlmann, Heinecker & Leopold, 2010; Trilling, 2009). Hinzu kommt die Tatsache, dass die Pflegestützpunkte aus der Pflegeversicherung finanziert werden und sich daher auf Belange um die Pflegebedürftigkeit konzentrieren sollen, wobei es ein Balanceakt wird, diese mit der allgemeinen Sozialberatung für Ältere unter einem Dach anzusiedeln. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob es sinnvoll ist, so eine „generelle Lotsenfunktion für ganz unspezifische Problemkonstellationen“ an eine für die spezifische Lebenslage „Pflegebedürftigkeit“ spezialisierte Beratung anzuhängen (vgl. Pohlmann, Heinecker & Leopold, 2010).

1.1 Errichtung der Pflegestützpunkte

Die Errichtung der Pflegestützpunkte obliegt den Pflege- und Krankenkassen, sobald sich das betreffende Bundesland für Pflegestützpunkte entscheidet und eine dementsprechende Allgemeinverfügung erlässt. Laut BMG müssen die Pflegestützpunkte unabhängig sein und eine umfassende Beratung anbieten. Bereits seit dem 1. Januar 2009 besteht für Betroffene und deren Angehörige ein gesetzlicher Anspruch auf Pflegeberatung (§7a SGB XI, s. unten), die auch in den Fällen, dass Pflegestützpunkte nicht gleich errichtet werden können, durch Pflegekassen oder andere jeweils zuständige Versicherungsunternehmen sichergestellt werden soll.

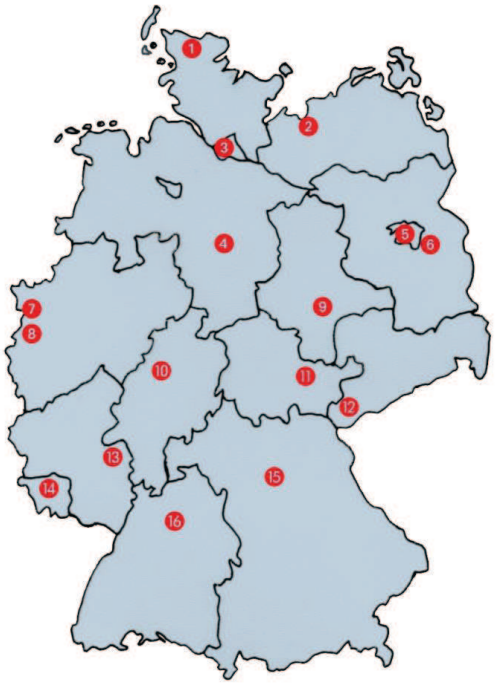
Laut dem SGB XI können bundesweit einheitliche Empfehlungen zur Arbeit und Finanzierung von Pflegestützpunkten in Zusammenarbeit der wichtigsten Akteure entwickelt und vereinbart werden. Diese Akteure sind der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände. Auf Landesebene können Rahmenverträge zwischen den entsprechenden Landesverbänden sowie „nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch“ vereinbart werden. Solche Verträge sollen sowohl die Bestimmung der obersten Landesbehörde zur Einrichtung von Pflegestützpunkten als auch die obengenannten Bundesempfehlungen berücksichtigen.

In der Errichtung der Pflegestützpunkte sollen vorhandene Räumlichkeiten und Strukturen nach Möglichkeit genutzt werden, sie sollen wohnortnah und damit leicht erreichbar sein. Die Betroffenen können frei wählen, welchen Pflegestützpunkt sie in Anspruch nehmen, da es keinen Zwang geben soll, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt aufzusuchen. Ein Pflegestützpunkt könnte z.B. neben einer Sozialsta-

tion oder einem Pflegedienst, bei Kranken- und Pflegekassen errichtet oder in einem Ärztehaus untergebracht werden. Dabei soll die Unabhängigkeit der Pflegeberatung gewährleistet werden. Die Pflegestützpunkte können auch in den bereits vorhandenen Servicestellen errichtet werden, um die bisher von solchen Stellen angebotene Beratung (v. a. bezüglich Rehabilitation und Teilhabe) sicherzustellen und mit den Belangen der Pflegebedürftigen zu verbinden. So sollen funktionierende Strukturen nicht ersetzt, sondern eher ausgebaut werden. Da es davon ausgegangen werden kann, dass die Mitarbeiter der bestehenden Beratungsstellen bereits wichtiges Know-how für die Koordinierung und Vernetzung von Leistungsträgern und -angeboten aufweisen, können und sollen sie in die Pflegeberatung eingebunden werden.

Die Organisation der Pflege- und Altenberatung sollte sicherlich eine kommunale Aufgabe bleiben, da die Kommune die Neutralität der Beratung am ehesten gewährleisten kann: Es geht hier schließlich um Dienstleistungen, bei denen wirtschaftliche Interessen durchaus eine Rolle spielen. Durch das so genannte Subsidiaritätsprinzip sollen eventuelle strukturelle Schwächen oder Kapazitätsengpässe bei den Kommunen entgegengewirkt werden: Beispielweise kann ein kommunaler Berater in einem größeren Landkreis zentral im Gesundheitsamt sitzen und seine Klienten vor Ort besuchen, ohne den Ort und die dortigen Akteure, z.B. Pflegedienste, zu kennen. Hier könnten z.B. die freien Wohlfahrtsverbände mit ihren ortsnahen Strukturen deutlich besser aufgestellt sein. Konstruktionen, die von den Stärken der beiden Strukturen profitieren, wären ideal (Beispiele hierfür gibt es bereits), auch wenn das konkrete Zusammenwirken – u. a. aufgrund der Forderung nach Neutralität - sicherlich nicht leicht zu realisieren ist (vgl. Pohlmann, Heinecker & Leopold, 2010).

Das Bundesgesundheitsministerium hat im November 2007 dem Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) den Auftrag gegeben, pro Bundesland einen Modell-Pflegestützpunkt auszuwählen. Das Modellprojekt „Werkstatt Pflegestützpunkte“ begleitet die 16 Modell-Pflegestützpunkte (vgl. Abbildung 1) bis Juni 2010. Die Ziele des Modellprojekts sind die Evaluation der Erfahrungen von den Pilot-Pflegestützpunkten, die Bereitstellung praxistauglicher Instrumente zum Aufbau und zum Betrieb von Pflegestützpunkten sowie die Unterstützung beim Aufbau neuer Pflegestützpunkte.



1 Schleswig Holstein (Flensburg)
2 Mecklenburg-Vorpommern (Wismar)
3 Hamburg
4 Niedersachsen (Langenhagen)
5 Berlin (Kreuzberg /Köpenick)
6 Brandenburg (Erkner)
7 Nordrhein-Westfalen (Mönchengladbach)
8 Nordrhein-Westfalen (Moers)
9 Sachsen Anhalt (Hettstedt)
10 Hessen (Gladenbach)
11 Thüringen (Jena)
12 Sachsen (Plauen)
13 Rheinland-Pfalz (Ingelheim)
14 Saarland (St. Wendel)
15 Bayern (Nürnberg)
16 Baden-Württemberg (Denkendorf)

Abb. 1: Modellvorhaben-Pflegestützpunkte in Deutschland nach KDA 2009.

Die Vorteile der geplanten Pflegestützpunkte sind trotz aller der Umsetzung betreffender Skepsis nicht von Hand zu weisen. Laut KDA wird die Effizienz der gesetzlichen Pflegeberatung durch die Pflegestützpunkte wesentlich erhöht, da diese die Informationen über alle Dienstleitungen und Angebote sammeln und regelmäßig aktualisieren können und sollen (vgl. Abbildung 2). Außerdem können dort durch die Koordinierung und Vernetzung der vor Ort vorhandenen Hilfsangebote die Leistungen und deren Qualität transparent gemacht werden. Genau diese sind zwei der zentralen Themen des an der Hochschule München angesiedelten Forschungsprojekts BELiA (mehr zu dem Projekt im Kapitel 3.3. dieses Berichts).

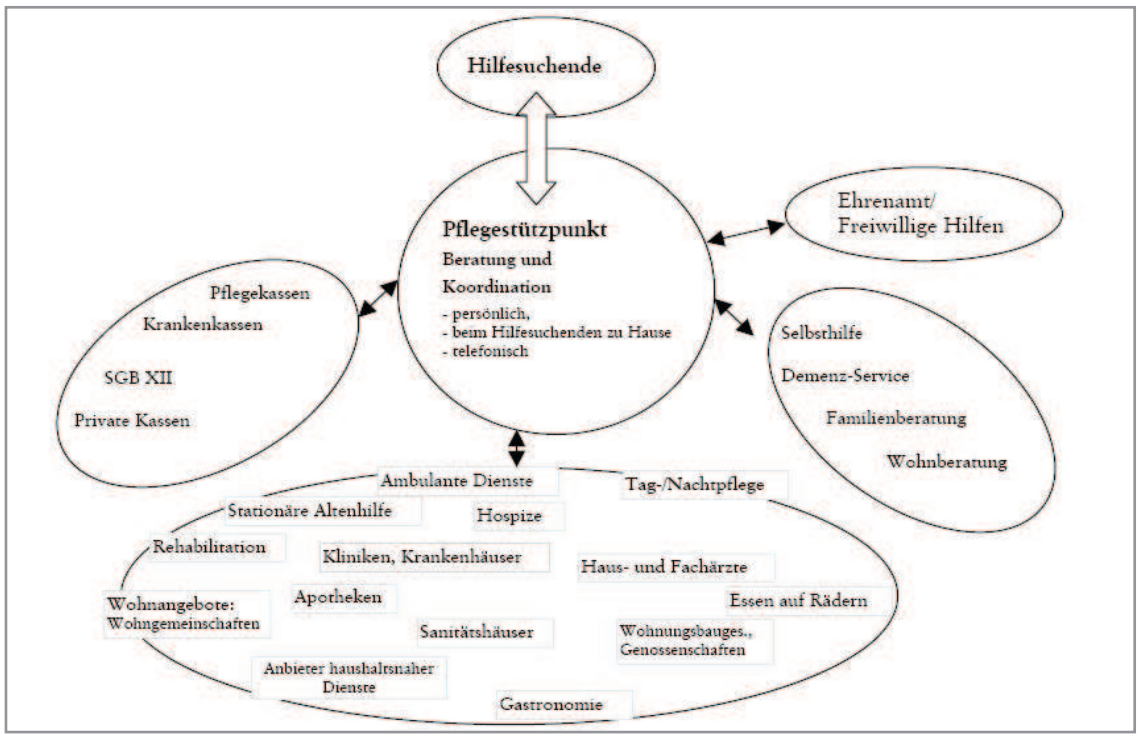


Abb. 2: Pflegestützpunkte im Kontext der Akteure im Wohnquartier (Quelle: Kuratorium Deutsche Altershilfe 2008.)

1.2 Aufgaben und Angebot der Pflegestützpunkte

Die Pflegestützpunkte sind als regional zentrale Anlaufstellen angedacht, die Beratung über alle pflegerischen, medizinischen und sozialen Leistungen anbieten und diese unter einem Dach vernetzen sollen. Die Bandbreite der Angebote rund um die Pflege soll alle Träger mit einbeziehen, von der örtlichen Altenhilfe über die Hilfe zur Pflege nach dem Sozialhilferecht bis hin zu ehrenamtlichen Angeboten. So werden die Rat- und Hilfesuchenden idealerweise fachkundig über Sozialleistungen informiert und zu den treffendsten Diensten weitervermittelt. Dies bedeutet außerdem, dass die Pflegestützpunkte als Vernetzungspunkte für Fachleute aus den Pflege- und Krankenkassen, der Altenhilfe und der Sozialhilfeträger dienen sollen, damit diese sich untereinander abstimmen und so ihre Hilfeleistungen passgenauer und kostengünstiger organisieren können. Laut dem SGB XI (2008) § 92c *Pflegestützpunkte*, Absatz 2, sind die Aufgaben der Pflegestützpunkte

- umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote,

- Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,
- Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

Laut Großjohann (2008) vom Kuratorium Deutsche Altershilfe verändert die Pflegebedürftigkeit die gesamte Lebenslage der Betroffenen und deren Angehörigen in solchem Maße, dass neben der reinen Vermittlung von Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung noch viele andere Aufgaben auf die Pflegestützpunkte zukommen. In diesem Zusammenhang unterscheiden die Autoren des KDA (2008) zwischen Pflegeberatung als Case Management und der Gesamtaufgabe der Pflegestützpunkte als Care Management:

> *Wichtig zur Erläuterung und zum Verständnis ist, dass die Pflegeberatung (Case-Management) nach § 7a in den Pflegestützpunkten angesiedelt ist, die Aufgaben der Stützpunkte aber auch weit darüber hinausgehen. Während die Pflegeberatung einen Begleitungsprozess mit einer individuellen Versorgungssteuerung lenkt, steht der Pflegestützpunkt zur persönlichen Beratung und zur Koordination der Leistungen der vor Ort vorhandenen Hilfsangebote auf den verschiedensten Versorgungsebenen zur Verfügung (Care-Management). Außerdem soll durch den Pflegestützpunkt das Ehrenamt nachhaltig eingebunden werden.*

So sollen Pflegebedürftige und deren Angehörige Informationen, Antragsformulare und konkrete Hilfestellungen in den Pflegestützpunkten erhalten. Das Spektrum des Service soll von der Vermittlung von Pflegediensten über Haushaltshilfen, von Wohnungsumbau bis zu Pflegeheimen und ehrenamtlichen Angeboten (wie z.B. Einkaufshilfen) reichen. Für die Koordination der individuellen Begleitung der Kunden sollen Pflegeberaterinnen und -berater direkt in den Pflegestützpunkten angesiedelt werden. So wird den Betroffenen der Weg zu unterschiedlichen Anlaufstellen erspart.

In einer aktuellen Zusammenfassung der Zwischenergebnisse zum Modellprojekt „Werkstatt Pflegestützpunkte“ formuliert das KDA die Leistungen der Pflegestützpunkte dahingehend, dass diese „pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen, aber auch allen anderen Rat- und Hilfesuchenden eine neutrale, kostenlose und umfassende Beratung und Begleitung in allen Fragen zur Pflege und darüber hinaus“ bieten sollen. Laut KDA ist dies nur realisierbar, wenn die Angebote im Sinne von Care Management vernetz sowie Kooperationsstrukturen aufgebaut und gepflegt werden (vgl. KDA 2009). Im Zwischenbericht zum Modellprojekt betonte das Kuratorium (2008), das Care Management einen kontinuierlichen Prozess mit den folgenden Punkten darstellt:

- Erhebung aller Hilfs- und Unterstützungsangebote im Quartier
- Erstellung und/oder Bereitstellung von Informationsmaterialen
- Aufbau von Koordinierungs- und Vernetzungsstrukturen
- Identifikation von Versorgungslücken
- Impulsgeber innovativer Versorgungskonzepte
- Transfer von Informationen zur Versorgungsqualität der Hilfs- und Unterstützungsleistungen zu den zuständigen Entscheidungsebenen
- Unterstützung ehrenamtlichen Engagements.

Nach den Ergebnissen einer Expertenbefragung ist ein gegenwärtiges Defizit an gering spezialisierter Sozialberatung für alle Altersgruppen erkennbar (mit der implizierten Frage, ob es sinnvoll ist, diese nur auf Ältere zu spezialisieren). In den Systemen des kommunalen Beratungsangebotes gibt es vermutlich viele „Irrläufer“ im Sinne von Menschen, die ein bestimmtes Beratungsbedarf haben aber nicht wissen, welche Fachstelle sie hierzu am besten beraten könnte. Vor allem Ältere wählen möglicherweise zunächst Beratungsstellen, mit deren Trägern sie vertraut sind, z.B. je nach konfessioneller Zugehörigkeit. Dabei sind diese unter Umständen für die spezifische inhaltliche Fragestellung nicht immer die treffendsten. So stellt sich die Frage, ob der Ratsuchende eine kompetente Verweisung zu einer anderen, besser passenden Stelle bekommt oder weiß die betreffende Fachkraft vielleicht auch nicht, wer der passende Ansprechpartner in dem spezifischen Fall ist. *„So, wie im innerstädtischen Verkehr der Großteil des Verkehrs Park-*

verkehr ist, stelle ich mir vor, dass in den Beratungsstellen ein Großteil Suchverkehr ist" (vgl. Pohlmann, Heinecker & Leopold, 2010).

In diesem Zusammenhang müssen also die folgenden Fragen gestellt werden, für die es noch keine systematisch erarbeiteten Antworten gibt:

- Wie wird Beratung für Ältere definiert?
- Welche sind die Kriterien, die ein Beratungsservice erfüllen muss, damit es in Pflegestützpunkten Präsenz erreicht?
- Wie sieht eine umfassende Klassifizierung / Taxonomie der unterschiedlichen Beratungsservices aus?

2. Beratungsauftrag

Die ehemalige Bundessozialhilfegesetz (BSHG) hat den Kommunen vorgeschrieben, dass diese allgemeine Altenberatzung anbieten müssen. In den meisten Kommunen sind entsprechende Beratungsstellen entweder beim Gesundheitsamt oder im allgemeinen Sozialdienst angesiedelt worden. Neben diesen existieren allerdings die unterschiedlichsten Strukturen in Deutschland.

Im Falle einer bestehenden oder drohenden Pflegebedürftigkeit besteht zudem seit dem 1. Januar 2009 der gesetzliche Anspruch auf freiwillige individuelle Beratung und Hilfestellung durch Pflegeberater (§7a SGB XI). Die Aufgaben der Pflegeberatung sind nach §7a die systematische Erfassung des Hilfebedarfs, die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, die Initiierung der erforderlichen Maßnahmen sowie die Überwachung und ggf. Anpassung des Versorgungsplans (vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe 2008a).

Für die Pflege gibt es tatsächlich einen spezifischen Beratungsbedarf. Pflegebedürftigkeit ist eine spezifische Lebenslage, die durch Folgendes gekennzeichnet wird:

- Betroffene, die in der Regel für diesen Fall nicht vorbereitet sind bzw. nicht vorgesorgt haben (Verdrängung)
- Angehörige, die die Pflege in der Regel organisieren müssen, ohne sich ihrerseits vorbereitet zu haben bzw. ohne sich im Vorfeld mit der Situation auseinandergesetzt zu haben
- eine Vielzahl von Anbietern von Altenpflegeeinrichtungen
- ein undurchsichtiges Förderrecht mit der Pflegeversicherung

Folglich muss schnell eine Lösung gefunden werden in einer Situation, in der man nicht überschaut, welche Anbieter gut / passend sind, wie die finanziellen Konditionen sind und welche Möglichkeiten insgesamt zur Verfügung stehen. In der Vergangenheit hatte diese ohnehin extrem schwierige Aufgabe auch ein Element von sozialer Ungleichheit: Diejenigen mit höheren Bildungsniveau und besseren sozialen Netzen konnten sich besser als diejenigen mit wenigeren Möglichkeiten zurechtfinden. Für diese spezifische Lebenslage und diese spezifischen Probleme bedarf es eine spezialisierte Beratung, die insbesondere auch dazu berät, wie man ambulante und stationäre Leistungen im Einzelfall sinnvoll miteinander kombinieren kann (vgl. Pohlmann, Heinecker & Leopold, 2010).

Die Aufgabe der gesetzlichen Pflegeberatung kann durch Mitarbeiter der Pflegekassen übernommen oder auf Dritte übertragen werden. Diese sollen über Wissen aus den Bereichen des Sozialrechts, der Pflege und der Sozialarbeit verfügen. So soll die Pflegeberatung eine unabhängige Hilfestellung für Pflegebedürftige und deren Angehörige bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten sein. Das Ziel ist, dass der gesamte Prozess der Hilfeleistung eines Betroffenen von dem einen und denselben Berater im Sinne von Case Management begleitet und koordiniert wird. Die Beratung soll nicht nur in den Pflegestützpunkten, sondern bei Bedarf auch zu Hause bei dem Betroffenen stattfinden (vgl. BMG 2009).

2.1 Qualifikationsanforderungen

Eine gerontologische Ausbildungsfundierung für die Beratung mit älteren Menschen ist heute dringend gefordert. Allerdings fehlt es an gesetzlichen Zulassungsregelungen, die die Qualifizierung von Beraterinnen und Beratern in der Praxis festschreiben würden (vgl. Haas 2007). Auch können die vielfältigen Beratungsangebote nur dann verglichen und im Hinblick auf ihre Seriosität überprüft werden, wenn es Standards in der Qualität der Beratungsleistungen bzw. in der Qualifizierung der Beratungsanbieter gibt. Was speziell die Pflegestützpunkte als bedarfsorientierte Beratungsstellen für ältere Menschen und ihrer Angehörigen betrifft, bleibt die Festlegung entsprechender Standards und Konzepte - zumindest für Bereiche jenseits der Pflegebedürftigkeit - noch weitgehend aus.

Auch wenn es keine flächendeckenden gesetzlichen Regelungen für die Qualifizierung der Beratenden gibt, haben die verschiedenen beteiligten Berufsverbände diesbezügliche Vereinbarungen getroffen und verschiedene Qualifikationsstandards und -Empfehlungen erarbeitet. Als bindende Grundlage für die

Qualifikation der zukünftigen Pflegeberater im Bereich der Pflegestützpunkte hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen (2008) die folgenden Empfehlungen formuliert:

- Berufliche Grundqualifikation:
  eine abgeschlossene Berufsausbildung als Altenpfleger/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, Sozialversicherungsfachangestellte/r oder ein abgeschlossenes Studium der Sozialen Arbeit. Auch Personen mit anderen geeigneten Berufen oder Studienabschlüssen sind in der Pflegeberatung denkbar, z. B. Sozialpädagogen oder Heilpädagogen sowie Personen, die vor dem 1. Januar 2009 bereits seit mindestens drei Jahren in der Pflegeberatung der Pflegekassen nach § 7 SGB XI/§ 14 SGB I tätig sind und die die in einem der oben genannten Berufe für die Pflegeberatung erforderlichen Kenntnisse erworben haben.
- Qualifikationsanforderungen:
  Zusätzlich zu ihren Grundqualifikationen müssen Pflegeberaterinnen und Pflegeberater die für die Beratungstätigkeit erforderlichen Fertigkeiten und Kenntnisse durch Weiterbildungen sowie ein Pflegepraktikum nachweisen.
- Weiterbildungen:
  Die Weiterbildungen gliedern sich in die Module Pflegefachwissen, Case Management und Recht. Zulassungsvoraussetzungen sind nachweisbare Kenntnisse in Kommunikation und Gesprächsführung, Moderation sowie in Verhandlungstechniken mit anderen Sozialleistungsträgern und Leistungserbringern. Die Weiterbildungen müssen bis Ende Juni 2011 absolviert werden.

Allerdings sind diese Empfehlungen eher allgemein ausgelegt bzw. als Mindeststandard zu verstehen und überlassen damit die konkrete inhaltliche Ausgestaltung den Trägern der zu errichtenden Pflegestützpunkte. Hier wird es sicherlich Ausdifferenzierungen von Kasse zu Kasse geben (vgl. Pohlmann, Heinecker & Leopold, 2010). Auch die Bandbreite der Ausgangsqualifikationen der Pflegeberater wird laut Trilling (2009)kritisch diskutiert. Insbesondere den Einsatz von Sozialversicherungsfachangestellten in der Pflegeberatung sieht die Autorin als problematisch an: *„Angesichts der dramatischen Konsolidierungsprozesse bei den Kassen könnte diese neuartige Einsatzmöglichkeit schließlich als ein bequemes Auffangbecken für frei werdende Personalkapazitäten genutzt werden“*.

Für die Qualifizierung bzw. Weiterbildung von Pflege- und Altenberatern kann und sollte man Impulse aus der Praxis der bestehenden Beratungsangebote holen. Derzeit fehlen z.B. berufsanfangenden Sozialpädagogen (ohne Spezialisierung in Gerontologie) in der Regel grundlegende Kenntnisse der Altenhilfestrukturen und -angebote. Auch gerontopsychiatrische Kenntnisse (v. a. Demenz betreffend) und Kenntnisse über Wohnen im Alter sowie Alterssoziologie (z.B. typische Lebenslagen im Alter) sind zentrale Themen in der Beratung von älteren Menschen und deren Angehörige und durften in der Qualifizierung von Beratern nicht fehlen. Eine systematische Aus- bzw. Fortbildung in diesen Bereichen wäre demnach von Vorteil für die Beratungsstruktur bzw. für die Qualität der Beratung (vgl. Pohlmann, Heinecker & Leopold, 2010).

Außerdem bleiben bei den oben genannten Qualifikationsempfehlungen die folgenden Fragen offen:

- Die Zielgruppe der Pflegeberatung ist altersmäßig breit angelegt, da die Pflegestützpunkte Pflegebedürftigen jeden Alters sowie deren Angehörigen zur Seite stehen sollen. Wie wird die allgemeine Beratung für nicht-pflegebedürftige Ältere gewährleistet?
- Welche Indikatoren sind sinnvoll, um die Qualität der Beratung (besser) beurteilen zu können?
- In den vorgesehenen Weiterbildungsmodulen für Pflegeberater vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen kommen keine explizit gerontologischen Wissensbereiche vor (außer ansatzweise im Modul Pflegefachwissen unter der Rubrik „Besonderheiten der Pflege und Betreuung bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz infolge von Demenzerkrankungen, psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen“). Wie werden also die besonderen Bedürfnisse der Älteren in der Qualifikation der Berater berücksichtigt?
- Wie wird beim Aufbau von Pflegestützpunkten sichergestellt, dass neben spezifischer Pflegeberatung auch fachkundige, umfassende Beratung in anderen Lebensbereichen der Älteren Klienten im Sinne der im SGB XI § 92c festgelegten Aufgaben der Pflegestützpunkte angeboten wird? Wer wird diese Beratungsaufgaben übernehmen und wie wird die Qualifikation der Beratenden festgelegt und kontrolliert?

Als Annäherung an eine Antwort zu der letzten Frage können die von der Bundesarbeitsgemeinschaft Alten- und Angehörigenberatung (BAGA 2009) ausgearbeiteten Standards für die psychosoziale Beratung von alten Menschen und Angehörigen hinzugezogen werden. Laut BAGA setzt sich die Qualifizierung der Beratenden zusammen aus

- einer Grundausbildung in einem helfenden, z. B. einen sozialarbeiterischen/ sozialwissenschaftlichen, psychologischen, pflegerischen oder medizinischer Beruf,
- Fachwissen, psychosozialer Kompetenz, persönlichen Fähigkeiten und Erfahrung, insbesondere:
    - i. Fachwissen aus dem Bereich Pflege, Geriatrie/Gerontopsychatrie, Gerontologie, Sozialwissenschaften sowie Kenntnisse der Altenhilfeinfrastruktur,
    - ii. Kompetenz im beraterisch-psychotherapeutischen Bereich, d. h. die Fähigkeit zum reflektierten klientenorientierten Gespräch,
    - iii. persönliche Fähigkeiten und Erfahrungen im Umgang mit seelischen Belastungssituationen Älterer und Angehöriger,
- Qualitätssicherung durch ein multidisziplinäres Team, Fortbildung und Supervision.

- Es stellt sich weiterhin die Forderung zu untersuchen, wie die beiden Beratungsaufgaben (Pflegeberatung vs. psychosoziale Beratung von alten Menschen und deren Angehörigen) mit den jeweilig notwendigen gerontologisch fundierten Qualifikationen/Weiterbildungen in den Pflegestützpunkten zu realisieren und zu kombinieren sind.

2.2 Besondere Herausforderungen

Die Pflegestützpunkte sollen nach Möglichkeit innerhalb oder neben bereits vorhandenen Strukturen errichtet werden. Hier stellt zum einen das an sich notwendige Neutralitätsgebot eine besondere Herausforderung dar, wenn eine bereits vorhandene, gut funktionierende Service- oder Sozialberatungsstelle von einem Leistungserbringer (z.B. einem freien Wohlfahrtsverband) mit eigenen Hilfeangeboten getragen wird. So eine Stelle wäre zwar sicherlich für die Errichtung eines Pflegestützpunktes ideal, es bliebe aber die grundsätzliche Frage, wie die Unabhängigkeit der Pflegeberatung gewährleistet werden könnte - zumal die Mitarbeiter der bestehenden Beratungsstellen in die Pflegeberatung eingebunden werden sollten.

Zum anderen übernehmen die Pflegeversicherungen im Endeffekt die Federführung bei den Pflegestützpunkten, wenn auch eine enge Zusammenarbeit mit den Kommunen im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vorgesehen ist. Auch dies könnte in Kommunen, wo die vorhandenen Beratungs- und Servicestellen nach dem Subsidiaritätsprinzip durch Dritte geführt werden, zu einem Problem bei der Ausnutzung vorhandener Strukturen führen (vgl. Pohlmann, Heinecker & Leopold, 2010). Trilling (2009) äußert sich besonders skeptisch zu der Leitungsfunktion der Pflegekassen und sieht dies sogar als Hauptmangel in der Realisierung des Pflegestützpunkt-Konzeptes. Wiederum andere Autoren erkennen das Risiko, dass bei einer Monopolisierung der Sicherung der Pflege als eigene hoheitliche Aufgabe der Kranken- und Pflegekassen insbesondere die Kommunen sich dieser Aufgabe gegenüber defensiv verhalten könnten. Daher sollten die jeweils vor Ort bestehenden Strukturen bzw. infrastrukturellen Rahmenbedingungen entlang des Gesetzes gewürdigt und verbindlich in die Umsetzung der Pflegestützpunkte einbezogen werden, mit den Kranken- und Pflegekassen als zentrale, für die Ressourcenverteilung zuständige Vertragspartner (vgl. Frommelt, Klie, Löcherbach, Mennemann, Monzer & Wendt, 2008).

Für diese und ähnliche Fragen müssen die Kommunen individuelle Lösungen finden, je nach vorhandener Struktur und zur Verfügung stehender Finanzierung. Wie dies auf regionaler Ebene handgehabt wird, bleibt noch abzuwarten, zumal die Frage, ob und wie viele Pflegestützpunkte überhaupt errichtet werden, maßgeblich von den auf Landesebene getroffenen Vereinbarungen abhängt. Entsprechend heterogen fallen die Strategien zur Implementierung von Pflegestützpunkten aus: Diese reichen von einer flächendeckenden Lösung mit 135 Pflegestützpunkten in Rheinland-Pfalz (aufbauend auf die bereits vorhandenen Netzwerk der rheinland-pfälzischen Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKos)) bis hin zu - zumindest aktuell - kompletten Verzicht auf diese Institution in Sachsen bzw. Sachsen-Anhalt (vgl. KDA 2009). In Bayern hat das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen am 22. Oktober 2009 eine Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten erlassen. Diese sieht die Errichtung von bis zu 60 Pflegestützpunkten bis Ende 2010 vor; diese sollen in jedem Regierungsbezirk

sowohl in ländlich strukturierten Regionen als auch in städtischen Ballungsräumen eingerichtet werden. Allerdings gibt es selbst innerhalb des Freistaats sehr heterogene Beratungsstrukturen, so dass eine bayernweit gleichmäßige Verbreitung der Pflegestützpunkte eher unwahrscheinlich erscheint.

Darüber hinaus ist eine verbesserte Orientierung auf dem bislang unübersichtlichen Beratungsmarkt für Nutzer und Planer eine der zentralen Herausforderung bei der Errichtung von Pflegestützpunkten. Man muss über die Definition und Kriterien der angebotenen Beratungsleistungen im Klaren sein, um Überlappungen der örtlichen Angebote zu vermeiden und die Betroffenen zu den treffendsten Diensten und Einrichtungen zu verweisen. Als problematisch erweist sich bei der quantitativen Ausweitung von Beratung zudem die fehlende Festlegung auf Standards in der Qualifizierung der Beraterinnen und Berater und die ausstehende Überprüfung des methodischen Vorgehens bei der Beratung. So kann man die Frage der besseren Qualifikation erst beantworten, wenn man den Zweck des jeweiligen Beratungsangebots und die Qualitätskriterien dieser Beratung geklärt und festgelegt hat. Erst dann ist eine Diskussion über die jeweils erforderlichen Qualifikationen der Fachkräfte sinnvoll - so sollte auch eine Zusatzqualifikation dem Bedarf der jeweiligen Einrichtung entsprechen. Auf den Punkt gebracht: *„Nur mit einer klaren Qualitätsorientierung kann man eine vernünftige Qualifizierungspolitik betreiben“* (vgl. Pohlmann, Heinecker & Leopold, 2010).

Auch die KDA (2009) hat die Notwendigkeit von Qualitätssicherung in der Beratung erkannt: Einerseits ermöglichen die geplanten Pflegestützpunkte eine verbesserte Steuerung der Hilfeleistungen sowie eine Stärkung der Prävention und Rehabilitation, andererseits wird dies nur mit einer Qualitätssicherung der neuen Beratungsinfrastruktur gelingen. Das Kuratorium sieht die Pflegestützpunkte daher als eine besonders geeignete Institution für die Etablierung von Qualitätskonzepten bzw. für die Implementierung von qualitätsgesicherter Beratung in Deutschland.

Bevor man Qualitätssicherung ausüben kann, gilt es zu erfassen, um was für Kunden es sich handelt. „Die Älteren“ als Klientel sind eine der heterogensten sozialen Gruppen überhaupt, die sich nach Alter, Gesundheitszustand, sozioökonomischer Situation, Ort und Zweck der Beratung usw. sehr differenziert darstellen kann. Allerdings gibt es bislang auch für die Dokumentation von Beratung keine einheitlichen Standards. In der heutigen Praxis kann jede Beratungsstelle bzw. Trägerstruktur ihre eigenen Dokumentationsverfahren verwenden, die im schlimmsten Fall von gar nicht Dokumentieren - was heute faktisch nicht mehr geben dürfte, weil die Finanzierung der Leistungen von der Dokumentation abhängt - über Strichlisten bis hin zu Quartals- oder Jahresberichten reichen. Darüber hinaus gibt es die unterschiedlichsten EDV-Anwendungen, die nicht aufeinander abgestimmt sind. Es gibt keine Koordination und keine Standards dafür, wie man Beratung und Beratungsfälle erfassen sollte. Hinzu kommt, dass viele Beratungsstellen eine Mischfinanzierung haben und dadurch Datenanforderungen von verschiedenen Geldgebern erfüllen, beispielsweise mehrere unterschiedliche Jahresberichte über ihren Fallbestand erstellen müssen (vgl. Pohlmann, Heinecker & Leopold, 2010).

Dies ist tatsächlich auch bei den bereits gestarteten Pflegestützpunkten der Fall. Bei der Auswertung der Datenstrukturen und statistischen Auswertungsverfahren der Pilot-Pflegestützpunkte stellt das KDA (2009) fest, dass sehr unterschiedliche Dokumentationssysteme in den Pilot-Pflegestützpunkten verwendet wurden, und zwar gab es uneinheitliche Verwendung von Begrifflichkeiten und dazugehörigen Definitionen sowie unterschiedliche Dokumentationsinhalte und Schwerpunkte in der Dokumentation (eine Dokumentationsverpflichtung bestimmter Angaben gab es eher selten).

Die kommunalen Sozialleistungen sind in der Gesetzgebung festgelegt; die Planung der Beratungsangebote für Ältere obliegt der kommunalen Sozialplanung. Bei allen Unterschieden in der tatsächlichen Leistungserbringung wirken die Controlling-Vorgaben der Geldgeber im gewissen Maße standardisierend: Immer mehr Landesregierungen gehen z.B. dazu über, bestimmte Statistiken oder auch Bedarfsabschätzungen zur Voraussetzung der Förderung zu machen. Es werden im Wesentlichen einfach messbare Kennziffer erhoben, z.B. Beratungsdichten gemessen. Bislang beruhen solche Messungen jedoch nicht auf eine Verständigung der Träger darüber, was die Qualitätsmerkmale des Angebots sein sollten, eine vorausgehende Diskussion über Qualität bleibt also weitgehend aus (vgl. Pohlmann, Heinecker & Leopold, 2010). Dabei ist die Pflegeunterstützung an sich vor allem Schnittstellenarbeit zwischen verschiedenen formellen und informellen Akteuren und braucht als solche eine multidisziplinäre Verständigung auf gemeinsame Qualitätsmaßstäbe, um die umfangreiche und komplexe Aufgabengebiet der Pflege fachlich fundiert bedienen zu können (vgl. Frommelt, Klie, Löcherbach, Mennemann, Monzer & Wendt, 2008).

3. Forschungsansätze

3.1 Berücksichtung bestehender Expertise

Die Thematik „Alter“ bzw. „Alterung der Gesellschaft“ ist vielfältig in der wissenschaftlichen Forschung berücksichtigt worden. Das Alter wird demnach als eine etablierte Lebensphase anerkannt, wenn auch als eine, die an keine konkreten Altersgrenzen festgemacht werden kann und die sich auch sonst im konstanten Wandel befindet. Karl (2004) nennt die Verjüngung des Alters, Singularisierung, Feminisierung und Hochaltrigkeit als Stichworte für die Vielgestaltigkeit dieser Lebensphase und folgert daraus, dass solche Faktoren zwar unterschiedliche Kombinationen von Gefährdungsbereichen aber auch von Entwicklungspotentialen entstehen lassen. So müssen die Beratungsangebote für ältere Menschen auf äußerst ausdifferenzierte Beratungsbedürfnisse ausgerichtet und gleichzeitig ganzheitlich gebündelt werden.

Angesichts der Individualisierung und Pluralisierung der Lebensstile bzw. des „Strukturwandel des Alters“ (Karl 2004) reicht das Lebensalter der Klientel alleine nicht als Kriterium für die Altenberatung. Sozialwissenschaftler deuten darauf hin, dass der „Lebenslagen“-Ansatz immer dringender benötigt wird, weil die ganze Gesellschaft mit ihren sozialen Schichtungen und ihren sozialen Ungleichheitsstrukturen die Altersphase früher oder später erreicht. So unterscheiden sich die Beratungsbedarfe je nach Lebenslage: Z. B. ein vermögender Mensch, der älter wird, hat womöglich Bedarf nach Steuer- und Vermögensberatung, während jemand, der von Grundsicherung lebt, eher Beratung zur Geltendmachen seiner Ansprüche bzw. Bewältigung seiner materiellen Situation braucht (vgl. Pohlmann, Heinecker & Leopold, 2010).

In diesem Zusammenhang spricht Karl (2004) von einer zunehmenden Biographisierung der Altersphase und einer Prozesshaftigkeit des Alters, dem die Angebote der Altenarbeit und -beratung gerecht werden müssen. Außer solchen grundsätzlichen Beobachtungen bleibt in der Beratungsliteratur eine ausführliche Berücksichtigung der Vielfältigkeit von Lebenslagen älterer Klienten jedoch noch aus.

Ähnlich steht es mit dem Lebensqualität-Ansatz in der einschlägigen Beratungsliteratur, die bislang kaum Bezug auf eine Berücksichtigung von Lebensqualität in der Beratung nimmt. Nichtsdestotrotz deutet u. a. bestehende Expertise von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Schulen darauf hin, dass eine systematische Integration des Lebenslauf- bzw. Lebensqualitätskonzepts in die Beratung durchaus sinnvoll sein kann (vgl. Pohlmann, Leopold & Heinecker, 2009).

Für das Konzept der Lebensqualität gibt es in der Forschung wie in der Praxis vielfältige Definitionen, je nach Disziplin und Einsatzbereich. Es gibt zahlreiche Forschungsansätze aus den Bereichen der Philosophie, Soziologie, Medizin, Psychologie, Umwelt, Politik und Ökonomie. Eine klare Abgrenzung der Konzepte „Lebensqualität“, der im Kontext der Sozialwissenschaften und der Medizin entwickelt wurde, und „Wohlbefinden“, der aus der Psychologie stammt, ist kaum möglich, entweder weil diese teilweise synonym verwendet werden oder weil Lebensqualität mithilfe der Faktoren des Wohlbefindens definiert wird (vgl. Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003).

Im weitesten sinne kann man unter Lebensqualität alles verstehen, was ein Mensch braucht, um sich wohl zu fühlen, wie der finnische Soziologe und Wohlfahrtsforscher Erik Allardt bereits in den 1970er formuliert hat. In seinem viel zitiertem Konzept des Wohlbefindens (wellbeing) unterscheidet Allardt drei Komponenten von Lebensqualität: *having*, der primär auf materielle Bedürfnisse beziehende Lebensstandard; *loving*, das Bedürfnis nach sozialer Zugehörigkeit; *being*, das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung und Entwicklung. Alle drei Bereiche werden weiter differenziert nach objektiven Faktoren von Wohlfahrt und subjektiven, von dem Betroffenen erlebten Faktoren des Wohlbefindens (vgl. Allardt 1993, zitiert nach Schäfer, Nölting & Illge, 2003). Auch andere einschlägige Studien und Theorien unterscheiden zwischen objektiver Lebensqualität im Sinne von Funktionsfähigkeit, Lebensumständen, sozioökonomischer Lage usw. und subjektiv erlebter Lebensqualität im Sinne von Wohlbefinden, Glück, subjektiver Einschätzung der eigenen Lebenslage und Zufriedenheit damit. So fungiert Lebensqualität einerseits als ein Sammelbecken für eine Reihe theoretischer Konstrukte, ist aber andererseits anschlussfähig an wesentliche Leitlinien der Altenhilfe (z.B. Autonomie, Partizipation, Empowerment, Resilienz usw.; vgl. Pohlmann, Leopold & Heinecker, 2009).

Neben bzw. nach der Definition von Lebensqualität stellt sich die Frage nach ihrer Messbarkeit. Es liegen bereits umfangreiche Diagnostikinstrumente zur Messung von Lebensqualität vor, die jedoch bislang kaum systematisch in der praktischen Umsetzung der Altenhilfe verwendet werden. Nach dem BELiA-Ansatz könnte insbesondere die psychosoziale Beratung der Älteren von der Entwicklung der Lebensqualitätsforschung profitieren (vgl. Pohlmann, Leopold & Heinecker, 2009). Da die verschiedenen Dimensionen der Lebensqualität unterschiedliche Messmethoden bedürfen (z.B. kann der objektive Gesundheitszustand anhand medizinischer Indikatoren gemessen und beschrieben werden, während die subjektive Wahrnehmung und Bewertung des eigenen Wohlbefindens persönliche, teils standardisierte, teils qualitative Befragung erfordert), bleibt eine in der Praxis der Altenberatung anwendbare Methode / Methodenkombination jedoch noch aus.

Die vielen Dimensionen der Lebensqualität werden in der folgenden Abbildung recht ausführlich veranschaulicht. Speziell im Bezug auf Ältere Menschen kann konstatiert werden, dass die hier aufgelisteten Dimensionen solche sind, die mit adäquaten Maßnahmen der Altenhilfe und -beratung aufgegriffen und zumindest zum Teil beeinflusst werden können. Weniger greibare Faktoren wie Zufriedenheit oder Glück werden nicht dargestellt – diese liegen ja in dem subjektiven Erlebensbereich und können so im besten Falle indirekt über die konkreteren Dimensionen berührt werden.

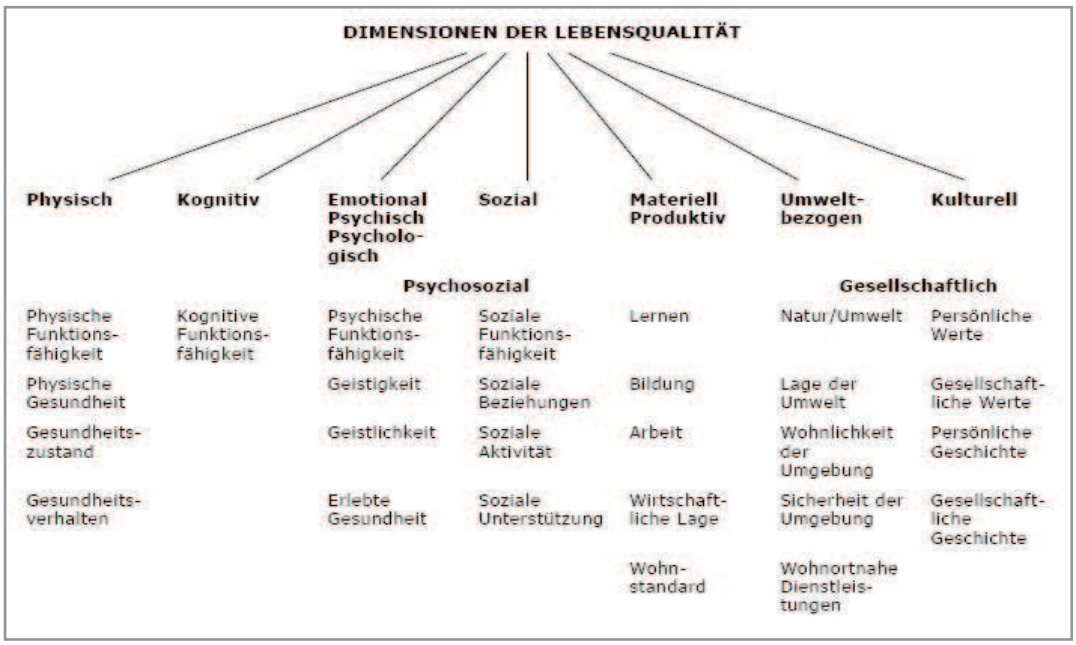


Abb. 3: Dimensionen von Lebensqualität nach Vaapio (2009)

3.2 Berücksichtigung der Lebensqualität in der Beratung

Auf Bundesebene wird das Konzept der Lebensqualität in seniorenpolitischen Schriften nicht konkret erwähnt. Allerdings versucht die Bundesregierung, mit bestimmten Programmen und Initiativen die Lebensqualität älterer Menschen zu verbessern. Z.B. hat das Kabinett Eckpunkte zur Initiative "Wirtschaftsfaktor Alter" beschlossen, damit die große Bevölkerungsgruppe der Senioren ihr Alter mit mehr Lebensqualität erleben kann. Die Initiative soll zum einen auf ein altersgerechtes Wohnumfeld, barrierefreies Bauen und barrierefreie Mobilität sowie auf seniorengerechte Dienstleistungen und Produkte hinweisen. Zum anderen will sie die Unternehmen für die Bedürfnisse älterer Menschen als eine wachsende Konsumentengruppe sensibilisieren.

Auf Landesebene werden im Seniorenpolitischen Konzept des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2006) folgende zentrale Leitlinien formuliert:

- *Die Heterogenität des Alters, die Unterschiede in der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, in den Lebensbedingungen und Lebensstilen, aber auch im sozialen Engagement bedingen eine Differenziertheit seniorenpolitischer Lösungen.*
- *Die vorhandenen Potenziale des Alters erlauben und erfordern eine Stärkung der Eigeninitiative und damit der Selbstverantwortung und Selbsthilfe.*
- *Der Selbstbestimmung und Selbsthilfe der Älteren muss Vorrang gegeben werden; damit kann eine Unterforderung, aber auch eine Überversorgung vermieden werden.*
- *Eine Qualitätsoffensive ist die Antwort auf verschärfte und neuartige Bedarfslagen mit der Betonung von Selbsthilfepotenzialen und Eigenverantwortung.*

Diese Leitlinien nennen zwar Lebensqualität nicht als einzelnen Begriff aber sie greifen verschiedene Dimensionen der Lebensqualität gesondert auf: Lebensbedingungen, Leistungsfähigkeit, Autonomie usw. Für die kommunale Seniorenpolitik hat das Staatsministerium gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden und dem Institut Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) Eckpunkte möglicher Seniorenpolitischer Gesamtkonzepte für die Landkreise und kreisfreien Städte sowie einen Leitfaden für die kreisangehörigen Städte und Gemeinden zur Umsetzung zukunftsorientierter kommunaler Seniorenpolitik entwickelt. In den Zielsetzungen werden die Erhaltung bzw. Erhöhung der Lebensqualität der Älteren, ihren Angehörigen und der örtlichen Bevölkerung im Allgemeinen in verschiedenen Bereichen (z.B. Pflege, medizinische bzw. palliative Versorgung, Wohnraumentwicklung, Barrierefreiheit, Verkehr) genannt. So ist der Begriff der Lebensqualität zwar in den Raum gestellt, ihre konkrete Definition und Berücksichtigung in der Praxis wird aber den regionalen Akteuren überlassen (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2006a).

Auch auf regionaler Ebene selbst wird Lebensqualität nicht als Oberbegriff in den seniorenpolitischen Leitlinien genannt, sehr wohl aber in Teilbereichen der Altenhilfe. Z.B. das Seniorenpolitische Konzept der Landeshauptstadt München betont die Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität u. a. im Zusammenhang mit der Förderung bestimmter Wohnformen und Wohnraumanpassung sowie im stationären und häuslichen Pflege, bei präventiven Hausbesuchen und in der gerontopsychiatrischen Versorgung bei Demenzwerkrankungen. Speziell bei den Angeboten der Münchener Alten- und Servicezentren lautet eines der Grundsatzziele „Lebensqualität und Selbstständigkeit im Alter erhalten".

Im internationalen Kontext ist Lebensqualität eine zentrale Dimension der Altenberatung. Das Prinzip der Förderung von Wohlbefinden und Gesundheit – d.h. Lebensqualität – wird z.B. in der finnischen Gesetzgebung festgelegt und soll damit in der Ausgestaltung aller Dienste für alle Altersgruppen berücksichtigt werden: *„Die Aufgabe von Beratung ist, Lebensqualität zu fördern und zu sichern. In unserer Arbeit wird statt des Begriffs „Lebensqualität" eher das Konzept „erfolgreiches Altern" verwendet. Dies umfasst u. a. Gesundheit, soziale Kontakte und sinnvolle Tätigkeiten".* (vgl. Pohlmann, Heinecker & Leopold, 2010).

So sollten in jeder Qualitätssicherung neben den „harten" Kriterien bzw. Kennzahlen auch Kriterien der Lebensqualität mit einbezogen werden, auch wenn diese alleine nicht als Standardverfahren für Qualitätssicherung ausreichen. Die bereits verbreiteten institutionalisierten Qualitätsstandards zielen auf ein anderes Niveau als Lebensqualität ab. In Ermangelung von differenzierten Qualitätskriterien greifen die Geldgeber nach solchen harten Kennzahlen, um überhaupt Qualität erfassen und sichern zu können. Eines der zentralen Anliegen des BELiA-Projekts ist, Lebensqualität als Dimension in der Altenberatung zu untersuchen und zu fördern. In diesem Zusammenhang können die folgenden Fragen gestellt werden:

- Wird das Konzept der Lebensqualität als eine relevante Dimension in der Arbeit der Pflegestützpunkte wahrgenommen? Wenn ja, wie wird es in der konkreten Beratungsarbeit berücksichtigt?
- Welche Methoden(-kombinationen) sind erforderlich, um die Lebensqualität der älteren Klienten messen und positiv beeinflussen zu können? Auf welcher Ebene des Beratungsprozesses sollen diese Methoden angewandt werden?

3.3. Aktuelles Forschungsprojekt an der Hochschule München

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung unterstützt Forschungsarbeiten, mit deren Hilfe die Lebensqualität im Alter durch soziale Innovationen gesteigert werden soll. Die unter dem Titel SILQUA (Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter) zusammengefassten Fördermaßnahmen tragen dazu bei, wissenschaftsbasierte Antworten auf veränderte Bedarfslagen in einer alternden Gesellschaft zu geben. Das ist auch der Ansatz des Projekts BELiA (Beratung zum Erhalt von Lebensqualität im Alter), welches an der Hochschule München durch das Ministerium finanziert wird.

Das Forschungsprojekt soll dazu beitragen, eine systematische Klassifizierung bzw. Strukturierung für bestehende Beratungsangebote für Ältere zu entwickeln, um sowohl den Klienten als auch den Fachleuten eine verbesserte und effizientere Orientierung in der bislang unübersichtlichen Beratungslandschaft zu ermöglichen. Daneben sollen Wege für eine gerontologisch fundierte Qualifizierung der Beraterinnen und Berater aufgezeigt und das Konzept der Lebensqualität systematisch in den Beratungsprozess integriert werden.

Da es im BELiA-Forschungsprojekt ausdrücklich nicht um den Aufbau weiterer Beratungsangebote geht sondern vielmehr darum, die oben genannten Ziele als diskrete Bausteine in die vorhandenen Angebotsstrukturen und Beratungsprozesse zu integrieren, erscheint der Einstieg in die in Vorbereitung befindenden Pflegestützpunkte als ein plausibler Weg, den Forschungsauftrag zu erfüllen und nachhaltige, gerontologisch fundierte Entwicklungen in der Altenberatung anzustoßen.

Am Ende des Projekts sollen alle gewonnenen Erkenntnisse in einem Beratungsmanual zusammen fließen. Das Manual soll Entscheidungshilfen und Handlungsoptionen umfassen, die zu einer Förderung der Lebensqualität beitragen.

Das unter der Leitung von Professor Dr. Pohlmann bis Mai 2012 laufende Forschungsvorhaben wird mit den wissenschaftlichen Mitarbeitern Paula Heinecker und Dr. Christian Leopold umgesetzt. Als Kooperationspartner agieren die Universität Heidelberg, die Bundesarbeitsgemeinschaft für Alten- und Angehörigenberatung, die Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros und der Gesundheitsladen München. Darüber hinaus ist eine intensive Zusammenarbeit mit weiteren Praxispartnern auf kommunaler und auf Landesebene in die Wege geleitet worden.

4. Implikationen

Die heutige Beratungslandschaft ist geprägt von einer Vielfalt an Angeboten, die von unterschiedlichsten Trägern realisiert werden. Diese Beratungsangebote bieten sowohl Unterstützung bei konkreten Hilfebedarf als auch Hilfen bei schwierigen Entscheidungen bzw. Klärung von Lebensfragen sowie bei Erschließung individueller Ressourcen (Empowerment) an.

Allerdings folg der Zunahme der gesellschaftlichen Komplexität ein immer steigender und zunehmend ausdifferenzierter Beratungsbedarf. Dabei verursachen die Intransparenz und Unübersichtlichkeit der Angebotslandschaft gerade bei älteren Menschen Ratlosigkeit und Verwirrung, weil kaum eine Beratungsstelle alle Informations- und Beratungsangebote in gebündelter Form anbieten kann. Um dem gegenzusteuern beinhalten die Maßnahmen der Pflegereform 2008 die Einrichtung von kommunalen Pflegestützpunkten, die eine effizientere Vernetzung und Nutzung aller Dienste, die vor allem für Pflegebedürftige angeboten werden, ermöglichen sollen.

Das BELiA-Projekt stellt im Zusammenhang mit der Entwicklung neuer Beratungsangebote in den Pflegestützpunkten die folgenden Fragen:

1. Wie wird Beratung für Ältere definiert?
2. Welche Kriterien muss ein Beratungsservice erfüllen, um in das Angebot eines Pflegestützpunktes aufgenommen zu werden?
3. Wie können die unterschiedlichen Beratungsservices für Ältere in eine umfassende Klassifizierung überführt werden?
4. Wie wird die allgemeine (psychosoziale) Beratung für nicht-pflegebedürftige Ältere in den Pflegestützpunkten gewährleistet?
5. Welche Indikatoren sind sinnvoll, um die Qualität der Beratung (besser) beurteilen zu können?
6. Wie werden die besonderen Bedürfnisse der Älteren in der Qualifikation der Berater berücksichtigt?
7. Wer wird die fachkundige, umfassende Beratung der Älteren Klienten außerhalb spezifischer Pflegeberatung übernehmen und wie wird die Qualifikation der Beratenden festgelegt und kontrolliert?
8. Wie sind die beiden Beratungsaufgaben (Pflegeberatung vs. psychosoziale Beratung von alten Menschen und deren Angehörigen) mit den jeweilig notwendigen gerontologisch fundierten Qualifikationen/Weiterbildungen in den Pflegestützpunkten zu realisieren und zu kombinieren?
9. Wie wird das Konzept der Lebensqualität in der konkreten Beratungsarbeit berücksichtigt?
10. Welche Methoden(-kombinationen) sind erforderlich, um die Lebensqualität der älteren Klienten messen und positiv beeinflussen zu können?
11. Auf welcher Ebene des Beratungsprozesses sollen diese Methoden angewandt werden?

Literatur

Ärzte Zeitung (2010): Sieben Pflegestützpunkte starten im Südwesten. (29.03.2010). http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/596035/sieben-pflegestuetzpunkte-starten-suedwesten.html. Zugriffsdatum: 12.1.2010

Baltes, M. M. & Montada, L. (Hrsg.) (1996). Produktives Leben im Alter. Frankfurt: Campus.

Allardt, E. (1993). Having, Loving, Being: An Alternative to the Swedish Model of Welfare Research. Zitiert nach Schäfer, M.; Nölting, B.; Illge, L. (2003).

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2006). Seniorenpolitisches Konzept. München.

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2006a). Kommunale Seniorenpolitik. München.

Bundesgemeinschaft Alten- und Angehörigenberatung (BAGA) (2009). Qualitätsstandards http://www.baga.de/standard1.htm. Zugriffsdatum: 14.7.2009.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2008). Eckpunkte zur Initiative „Wirtschaftsfaktor Alter". Stand: 23. 04. 2008. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (2009). http://www.bmg.bund.de/cln_100/nn_1168248/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossarbegriff-Pflegest_C3_BCtzpunkt.html. Zugriffsdatum: 14.7.2009.

Frommelt, M.; Klie, T; Löcherbach, P.; Mennemann, H.; Monzer, M.; Wendt, WR (2008). Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management. Freiburg: FEL.

GKV-Spitzenverband (2008): Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29. August 2008.

Großjohann, K. (2008). Pflegestützpunkte - eine wirkliche Innovation? In Pro Alter 01/2008, S. 18-22.

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.

Karl, F (2004): Beratung für alte Menschen. In: Nestmann, F., Engel, F. & Sickendiek, U. (Hrsg.). Handbuch der Beratung. (S. 281-291). Tübingen: dgvt-Verlag.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (2008). Zwischenbericht zum Modellprojekt „Werkstatt Pflegestützpunkte" vom 27. Juni 2008. Bearbeitung: Dr. Peter Michell-Auli, Klaus Großjohann, Andreas Kutschke, Ralf Tebest und Harald Raabe.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (2008a). Pilot-Pflegestützpunkte. Aktueller Stand im Modellprojekt Werkstatt Pflegestützpunkte. Eine Powerpoint-Präsentation. Referent: Ralf Tebest.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (2009). Beratung und Begleitung durch Pflegestützpunkte. Zwischenergebnisse zum Modellprojekt. Präsentation bei ConSozial 2009, 12. November 2009. Nürnberg.

Penzlien, M. (2008). Streitfall Pflegestützpunkte. In Der Pflegebrief 01/2008, S. 2 vom 05. März 2008.

Nestmann, F., Engel, F. & Sickendiek, U. (2004) (Hrsg.). Handbuch der Beratung. Band 1 und 2. Tübingen: dgvt-Verlag.

Pohlmann, S.; Heinecker, P.; Leopold, C. (2010: in Vorbereitung): Altenberatung aus Sicht von Praxisexperten. Nationale und Internationale Perspektiven. Zwischenbericht BMBF-Projekt: BELIA. München.

Pohlmann, S.; Leopold, C.; Heinecker, P. (2009): Lebensqualität als Leitlinie für die Beratung älterer Klienten. Ein Forschungsansatz. Social Challenges in Social Sciences. Nr. 8/Juni 09 der Schriftenreihe der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften, Hochschule München. München.

Schäfer, M.; Nölting, B.; Illge, L. (2003): Zukunftsfähiger Wohlstand - Analyserahmen zur Evaluation nachhaltiger Wohlstandseffekte einer regionalen Branche. ZTG-Themenschwerpunkt: Nachhaltigkeit von sozio-ökologischen Systemen. Discussion paper Nr. 10/03. Zentrum Technik und Gesellschaft der Technischen Universität Berlin. Berlin.

Schumacher, J.; Klaiberg, A.; Brähler, E. (2003): Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung. In: Schumacher, J.; Klaiberg, A.; Brähler, E. (Hrsg.) (2003): Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen.

Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung (2008): http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/92c.html

Trilling, A. (2009): Beratung im Zeichen von Pflegestützpunkt und Case Management. In: Bäurle, P.; Kipp, J.; Peters, M.; Radebold, H.; Riehl-Emde, A.; Trilling, A.; Wormstall, H. (Hrsg.):Psychotherapie im Alter Nr. 21: Beratung, 6. Jahrgang, Nr. 21, 2009, Heft 1. Gießen: Psychosozial-Verlag. S. 21-30.

Vaapio, S. (2009): Quality of life and fall prevention among the aged. Institute of Clinical Medicine, Family Medicine, University of Turku. Annales Universitatis Turkuensis, Scripta Lingua Fennica Edita, Series C, Turku.

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 Alternswissenschaft 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.

Paula Heinecker ist 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 Teamleaders) 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.

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.