

Thomas Görgen Arthur Kreuzer Barbara Nägele Sandra Kotlenga

**Erkundung des Bedarfs für ein bundeseinheitlich erreichbares
telefonisches Beratungsangebot für ältere Menschen**

Bericht an das
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Justus-Liebig-Universität Gießen

2002

Inhalt

Zusammenfassung	6
1 Einführung und Überblick.....	7
2 Aufgaben und Ziele der Bedarfsanalyse.....	9
3 Methodisches Vorgehen	13
3.1 <i>Grundkonzepte und Methoden der Bedarfsanalyse</i>	13
3.2 <i>In der vorliegenden Studie eingesetzte Methoden.....</i>	14
3.3 <i>Entwicklung der Instrumente.....</i>	16
3.4 <i>Auswahl der Gruppen und Expertinnen und Experten.....</i>	17
3.5 <i>Durchführung und Auswertung der Befragungen.....</i>	20
4 Beratungsbedarf älterer Menschen und bundesweit einheitlich erreichbare telefonische Beratung: Ergebnisse der Bedarfsanalyse.....	23
4.1 <i>Das Telefon als Medium in Beratung und Kommunikation.....</i>	23
4.1.1 Spezifika telefonbasierter Beratung und Kommunikation.....	23
4.1.1.1 Beratung als Methode psychosozialer Arbeit: Grundlagen und Anforderungen.....	23
4.1.1.2 Das Telefon als Medium von Kommunikation	26
4.1.1.3 Der Einsatz des Telefons in der Telefonberatung.....	28
4.1.2 Organisationsformen telefonischer Beratung und Unterstützungsdienste und ihre technischen Voraussetzungen	34
4.1.2.1 Telefongestützte Beratungs- und Unterstützungsdienste	34
4.1.2.2 Die Kombination von Telefon- und Funktechnik in Hausnotrufdiensten.....	36
4.1.2.3 Der Einsatz des Telefons im Rahmen computerbasierter und anderer elektronischer Informations- und Kommunikationssysteme in Unterstützungs- und gesundheitlichen Versorgungsdiensten.....	38
4.2 <i>Bestandsaufnahme vorhandener telefonischer Beratungsdienste für ältere Menschen.....</i>	43
4.2.1 Beratung für ältere Menschen in der Bundesrepublik Deutschland: Rahmenbedingungen und Struktur	43
4.2.1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen	43
4.2.1.2 Altenhilfestruktur: Problematische Aspekte und Herausforderungen	45
4.2.1.3 Das geplante Altenhilfestrukturgesetz als Möglichkeit der Optimierung der Altenhilfestruktur	47
4.2.1.4 Lokale Beratungsstruktur.....	48
4.2.1.5 Telefonische Beratung und Unterstützung älterer Menschen.....	51
4.2.1.6 Beispielhafte Darstellung telefonischer Beratungsangebote für ältere Menschen.....	53
4.2.2 Ausländische und internationale Beratungs- und Informationsdienste.....	64
4.2.2.1 Überblick.....	64
4.2.2.2 Internationaler Zusammenschluss: IFOTES (International Federation of Telephonic Emergency Services)	64
4.2.2.3 Vereinigte Staaten von Amerika.....	65

4.2.2.4	Kanada	76
4.2.2.5	Europa.....	77
4.2.2.6	Asien.....	81
4.2.2.7	Charakteristische Merkmale der dargestellten ausländischen und internationalen Projekte.....	82
4.2.3	Resultierende Fragen und Entscheidungsoptionen für die mögliche Ausgestaltung eines bundesdeutschen Beratungsdienstes.....	85
4.3	<i>Beratungsbedarf älterer Menschen, Bedarfsdeckung und Defizite.....</i>	88
4.3.1	Beratungsbedarf älterer Menschen.....	89
4.3.1.1	Beratungssuchende und Beratungsbedürftige	89
4.3.1.2	Anliegen und Art der nachgefragten Unterstützung.....	89
4.3.2	Nachfrageseitige Bestimmungsfaktoren der Bedarfsdeckung und Inanspruchnahme von Diensten.....	97
4.3.2.1	Verfügbarkeit informeller Hilfen	102
4.3.2.2	Zugangsprobleme auf Seiten älterer Menschen	104
4.3.3	Angebotsseitige Bestimmungsfaktoren der Bedarfsdeckung und Inanspruchnahme von Diensten.....	107
4.3.3.1	Transparenz und Koordination der Angebote	107
4.3.3.2	Angebotsdichte.....	113
4.3.3.3	Qualität	115
4.4	<i>Das Telefon als Medium in der Beratung älterer Menschen.....</i>	117
4.4.1	Probleme und Grenzen telefongestützter Beratung älterer Menschen.....	117
4.4.2	Spezifische Erträge und Potenziale einer telefongestützten Beratung älterer Menschen .	118
4.5	<i>Zum Konzept eines bundeseinheitlich erreichbaren telefonischen Beratungsangebots.....</i>	120
4.5.1	Potenziale eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon für ältere Menschen.....	120
4.5.1.1	Einschätzungen zum möglichen Bedarf an einem bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon.....	120
4.5.1.2	Optimierung des Zugangs älterer Menschen zu Hilfe- und Unterstützungsdiensten....	121
4.5.1.3	Spezifisches Leistungsprofil eines bundesweit einheitlich erreichbaren telefonischen Beratungsangebots für ältere Menschen	129
4.5.1.4	Auswirkungen eines bundesweiten Seniorentelefon auf bestehende Angebotsstrukturen	133
4.5.2	Organisatorische Anforderungen an ein bundeseinheitlich erreichbares Beratungstelefon für Ältere.....	136
4.5.2.1	Organisatorische Modelle	136
	Exkurs: Kinder- und Jugendtelefon	139
4.5.2.2	Integration in bestehende Angebotsstrukturen.....	142
4.5.2.3	Arbeitsansätze und Beratungskompetenz	143
4.6	<i>Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse</i>	148
4.6.1	Fragestellungen, Ziele und Methoden der Bedarfsanalyse	148
4.6.2	Bundesweit einheitlich erreichbares Seniorentelefon: Ausgangspunkte und konzeptuelle Überlegungen.....	149
4.6.3	Darstellung und Diskussion wesentlicher Ergebnisse der Bedarfsanalyse.....	150
4.6.4	Zusammenfassende Darstellung der Grundmerkmale eines möglichen bundeseinheitlich erreichbaren Angebots.....	168

5 Empfehlungen 170

Literatur 178

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht präsentiert die Ergebnisse einer im Zeitraum von Dezember 2001 bis Juni 2002 von einem interdisziplinären Team der Universität Gießen durchgeführten Bedarfserkundung für ein bundesweit einheitlich erreichbares telefongestütztes Beratungsangebot zu Fragen des Alterns und des Alters. Es handelt sich zugleich um die empirisch gestützte Vorbereitung eines möglichen Praxisprojekts. Im Rahmen der Bedarfsanalyse wurden ausführliche Recherchen einschlägiger in- und ausländischer Publikationen, Einzel- und Gruppeninterviews mit Expertinnen und Experten aus verschiedenen relevanten Arbeitsfeldern (telefonische Beratung, Seniorenberatung, Seniorenvertretung, Altenarbeit allgemein) sowie Gruppeninterviews mit älteren Menschen durchgeführt.

Zentraler Ausgangspunkt der Bedarfsanalyse war die vielfach konstatierte, wesentlich mit der Fragmentierung des Handlungsfeldes der Altenhilfe und Altenarbeit in Verbindung stehende Intransparenz des komplexen Systems von Hilfe- und Unterstützungsangeboten für ältere Menschen. Die Ergebnisse der Bedarfsanalyse stützen die Arbeitshypothese der grundsätzlichen Eignung eines bundesweit unter einer einheitlichen Nummer erreichbaren Beratungstelefons zur Reduktion der aus dieser Intransparenz resultierenden Schwierigkeiten älterer Menschen und ihrer Angehörigen bei der Suche nach geeigneten Hilfen und der deshalb trotz vorhandener Angebote ungedeckt bleibenden Bedarfe. Sowohl die im Rahmen der Untersuchung befragten Seniorinnen und Senioren als auch die in die Studie einbezogenen Expertinnen und Experten befürworteten überwiegend das Konzept eines in ganz Deutschland unter einer einheitlichen Telefonnummer erreichbaren Beratungsangebotes für ältere Menschen. Als wesentliche Stärken eines solchen Zugangs werden die eindeutige Zielgruppenansprache, die Möglichkeit einheitlicher und flächendeckender Öffentlichkeitsarbeit und die gute Erinnerbarkeit gesehen.

Als zentrale, im Verlauf weiterer Planungsschritte zu konkretisierende Merkmale eines bundesweiten Seniorentelefons werden die folgenden herausgearbeitet: Das Beratungstelefon sollte thematisch offen angelegt sein und eine Vielzahl altersbezogener Anliegen aufgreifen; es sollte sich nicht nur an Ältere richten, sondern auch deren Angehörige sowie andere wichtige Kontaktpersonen ansprechen; die Beratung sollte weitgehend lokal verankert sein, das Seniorentelefon eine stark dezentral ausgerichtete Struktur haben; weitere grundlegende Merkmale sind die vor allem im Interesse qualitativ hochwertiger Vermittlungsarbeit erforderliche Vernetzung des Beratungstelefons mit lokalen Anbietern sowie der Anbieter untereinander, die Professionalität der angebotenen Beratung, die Entwicklung einheitlicher Qualitätsstandards und verbindlicher Regeln der Qualitätskontrolle sowie die Trägerneutralität bzw. Trägerunabhängigkeit von Beratung und Vermittlung.

Das Gutachten spricht sich dafür aus, das telefongestützte Beratungsangebot von Beginn an für die Verknüpfung mit moderner Kommunikations- und Datenbanktechnologie zu öffnen; dazu gehören die Nutzung des Internet als Kommunikations- und Informationsmedium sowie technische Hilfen, welche das Beratungstelefon auch für Menschen mit Behinderungen im Bereich der Hör- und Sprachfähigkeit zugänglich machen.

Es wird empfohlen, die weitere Ausgestaltung eines bundesweiten Beratungsangebots zunächst im Rahmen einer Phase der Konzeptentwicklung und Planung voranzutreiben und dabei in- wie ausländische Erfahrungen im Bereich der Konzeptualisierung und Implementation über die lokale Ebene hinausgehender telefonischer Beratungsdienste systematisch zu nutzen. Die erarbeiteten Konzepte und Lösungen sollten anschließend im Rahmen eines Modellprojekts erprobt und optimiert werden.

1 Einführung und Überblick

In der vorliegenden Studie wird der Bedarf für ein bundeseinheitlich erreichbares telefonisches Beratungsangebot für ältere Menschen untersucht. Ausgehend von der häufig konstatierten Unübersichtlichkeit der Angebote der Altenhilfe und –beratung und des diesbezüglich anzunehmenden Optimierungspotenzials werden Chancen und Grenzen eines bundesweit unter einer einheitlichen Nummer erreichbaren Beratungsdienstes zu Altersfragen ausgelotet. Eine solche Bedarfsanalyse muss stets beide Seiten in den Blick nehmen: die verfügbaren Angebote und die Nachfrage und Bedarfe der Zielgruppe. Wir untersuchen in der vorliegenden Studie zum einen die Struktur des vorhandenen Beratungsangebots für ältere Menschen, insbesondere bestehende telefonische Beratungsdienste, und fragen, wie die Bedürfnisse der Zielgruppe beschaffen sind und inwieweit die vorgehaltene Angebotsstruktur ihren Bedürfnissen und Vorstellungen entspricht. Zum anderen wird erkundet, inwieweit ein bundeseinheitlich erreichbares Beratungstelefon Möglichkeiten bietet, Diskrepanzen zwischen Bedarf und bestehenden Angeboten zu verringern. In Interviews mit älteren Menschen und mit Fachleuten aus dem Bereich der Altenarbeit und der telefonischen Beratung gehen wir den genannten Fragen nach. Die Erörterung eines eventuell zu installierenden Angebots ist ohne eine Vorstellung darüber, wie dieses aussehen könnte, nicht möglich. Die Befragten diskutieren die Vor- und Nachteile eines bundeseinheitlichen Beratungstelefons daher stets auf der Grundlage konkreter – wenngleich sehr grober – Konzepte und entwickeln diesbezügliche Präferenzen. Die vorliegende Bedarfsanalyse ermittelt somit nicht nur einen Bedarf, sondern stellt auch Grundmerkmale eines möglichen bundeseinheitlich erreichbaren Angebots vor.

Einige Erläuterungen zum Aufbau des Berichtes mögen die Orientierung erleichtern.

Im zweiten Kapitel werden Ziele und Aufgaben der Bedarfsanalyse vorgestellt; die Ausgangsüberlegungen und zentralen Fragestellungen der Untersuchung werden erläutert. Im dritten Kapitel folgen zunächst Ausführungen zu Grundkonzepten und Methoden von Bedarfsanalysen als sozialpolitischen Planungsinstrumenten. Weiter wird das methodische Vorgehen in der vorliegenden Untersuchung dargestellt. Wir erläutern unser Vorgehen und stellen die Befragungsinstrumente vor, mit denen in explorativen Expertengesprächen, Einzelinterviews und Gruppendiskussion ältere Menschen und Fachleute aus unterschiedlichen Bereichen befragt wurden.

Im vierten Kapitel werden die Ergebnisse der Bedarfsanalyse im Detail dargestellt. Im Kapitel 4.1 steht zunächst das Telefon als Medium in Beratung und Kommunikation im Mittelpunkt. Dabei werten wir die vorliegende Literatur im Hinblick auf die Spezifika telefonischer Beratung allgemein wie auch ihre Anwendungsbereiche, Funktionen und Organisationsformen aus. Einsatzmöglichkeiten des Telefons sowohl in rein telefongestützten Beratungs- und Unterstützungsdiensten als auch in funk-, computerbasierten und anderen elektronischen Informations- und Kommunikationssystemen zur Unterstützung alter und behinderter Menschen werden dargestellt.

Im Kapitel 4.2 nehmen wir eine Bestandsaufnahme bestehender telefonischer Beratungsdienste für ältere Menschen auf der Grundlage von Literatur und Internetrecherchen sowie explorativen Expertengesprächen vor. Zunächst erfolgt ein Überblick über rechtliche Rahmenbedingungen und Struktur von Beratung für ältere Menschen in Deutschland, im Anschluss werden Angebote zur telefonischen Beratung und Unterstützung exemplarisch vorgestellt. Der erweiterte Blick auf telefonische Beratungsdienste für ältere Menschen in anderen Ländern dient vor allem dem Ziel, Anregungen für die Gestaltung eines bundeseinheitlich erreichbaren telefonischen Beratungsangebots für ältere Menschen zu er-

halten. Exemplarisch vorgestellt und hinsichtlich ihrer relevanten Merkmale ausgewertet werden Praxisprojekte aus den USA, Kanada, Europa und Asien. Aus der Übersicht nationaler und internationaler Angebote ergeben sich zentrale Fragen und Entscheidungsoptionen für die Ausgestaltung eines bundesdeutschen Beratungsdienstes.

Der Darstellung der Struktur der Angebotsseite folgt in Kapitel 4.3 der Blick auf die Interessen der aktuellen und potenziellen KlientInnen von Beratungsdiensten für ältere Menschen. Von Interesse sind diesbezüglich die Bedürfnisse älterer Menschen und die Bewertung der vorgehaltenen Beratungsangebote im Verhältnis zu diesen Bedürfnissen. Hier werten wir Gruppendiskussionen und Interviews mit älteren Menschen, Fachleuten aus dem Bereich der Altenhilfe und Seniorenvertretungen aus und beziehen uns ergänzend auf Literaturrecherchen. Wir gehen zunächst den Fragen nach, welche Personengruppen altersbezogenen Beratungsbedarf haben, hinsichtlich welcher Themen und Anliegen Beratungsbedarf besteht und welche Art von Beratung gewünscht wird. Zu berücksichtigen sind auch Faktoren, die Nachfrage nach Beratung beeinflussen – seien es motivationale Hindernisse der Inanspruchnahme von Angeboten oder die Verfügbarkeit informeller Hilfen. Im nächsten Schritt wird aus der Sicht der Befragten die Transparenz, Koordination, Dichte und Qualität von bestehenden Beratungsangeboten dargestellt. In Kapitel 4.4 werden Potenziale und Grenzen telefonischer Beratung für ältere Menschen aus der Perspektive der Befragten geschildert.

Kapitel 4.5 widmet sich dem Konzept eines bundeseinheitlich erreichbaren telefonischen Beratungsangebots für ältere Menschen aus der Sicht der Befragten. Ihre Einschätzungen, Bewertungen, Bedenken und Anregungen werden im Einzelnen dargestellt und die Potenziale eines solchen Angebots, seine Chancen und Grenzen ausgelotet. Wichtige Aspekte diesbezüglich sind Fragen nach verbesserten Zugangschancen für die Zielgruppe, den Vor- und Nachteilen einer altersspezifischen Gestaltung eines solchen Angebots und seine thematische Zuständigkeit. Diskutiert werden das mögliche Leistungsprofil eines bundesweiten Seniorentelefons und die Auswirkungen auf bestehende Angebotsstrukturen. Im letzten Schritt werden schließlich die von den Befragten formulierten organisatorischen Anforderungen an ein bundeseinheitlich erreichbares Beratungstelefon für Ältere erörtert. Fragen der regionalen versus überregionalen Anbindung und Zuständigkeit, der Einbindung in lokale Altenhilfestrukturen, der Vernetzung und Koordination, der Qualifikation und Professionalität der Beschäftigten, der Trägerschaft und der Vereinheitlichung von Qualitätsstandards sind hier maßgeblich.

In Kapitel 4.6 fassen wir die wesentlichen Befunde der Bedarfsanalyse zusammen und stellen Grundmerkmale eines möglichen bundeseinheitlich erreichbaren Angebots vor. Im abschließenden Kapitel 5 formulieren wir Empfehlungen, die sich zum einen auf die Ausgestaltung eines telefonischen Beratungsangebots zu Altersfragen beziehen, zum anderen auf die bis zur Implementation eines solchen Dienstes erforderlichen Schritte der weiteren Konzeptentwicklung und Planung.

Unser herzlicher Dank gilt allen, die das Entstehen dieser Studie ermöglicht haben – vor allem dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für die finanzielle und ideelle Unterstützung sowie all denen, die bereit waren, mit uns in Einzel- und Gruppeninterviews über Beratungsbedarf älterer Menschen und die Idee eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefons für ältere Menschen zu sprechen.

2 Aufgaben und Ziele der Bedarfsanalyse

"Eigentlich kann es sich ja sehen lassen, welche durchaus beeindruckende Vielfalt an Maßnahmen, Diensten, Veranstaltungen, Trägern, Initiativen usw. entstanden ist, um auf die fachlich differenzierten Problemstellungen, unterschiedlichsten Interessenlagen und Lebenslagen älterer Menschen angemessen reagieren zu können. Es wird nur immer deutlicher, dass eine Mehrung von Diensten allein nur zu einer bloßen Addition führt. Wenn einzelne Dienste in einem weit fortgeschrittenen Differenzierungs- und Spezialisierungsprozess ohne Rückbindung an ganzheitliche und integrative Ansätze agieren und ihre Ressourcen weiter aufsplintern, dann droht eine (...) nicht mehr verantwortbare Minderung der Effizienz unseres Altenhilfesystems." (BRAUN, 1992, S. 9)

Entscheidend für eine hohe Lebensqualität im Alter ist für die meisten Menschen die Möglichkeit, gesund und bei hinreichender materieller Absicherung eingebettet in ein ihnen Vorstellungen entsprechendes soziales Umfeld so lange wie möglich ein eigenverantwortliches Leben führen zu können¹. Hilfe, Unterstützung und Beratung können dem möglichst langen Erhalt dieser Lebensqualität dienen. Die Zuspitzung von Problemsituationen kann so vermieden und die Bewältigung einmal eingetretener Krisen und schwieriger Lebenssituationen erleichtert werden. Voraussetzung dafür ist einerseits die Bereitschaft älterer Menschen zur Inanspruchnahme von Hilfen, andererseits die ausreichende Verfügbarkeit und leichte Zugänglichkeit qualitativ hochwertiger Hilfs- und Informationsmöglichkeiten.

Insbesondere hinsichtlich der Transparenz und Zugänglichkeit der Angebote im Altenhilfebereich werden nun allerdings gravierende Mängel ausgemacht. Einer im Kern begrüßenswerten Vielfalt und Vielzahl von Hilfe- und Unterstützungsangeboten steht keine einfach zugängliche Institution gegenüber, die die Angebotsvielfalt für die Zielgruppe erschließt. So verwundert es nicht, dass zuweilen von einem "Dschungel" der Angebote im Altenhilfebereich die Rede ist. So schreibt BOETTNER (1996, S.231):

"Nicht selten irren die Betroffenen von "Pontius zu Pilatus", außerstande, sich in dem Gewirr von Zuständigkeiten und Kostenträgern, Angeboten und Diensten zurechtzufinden. Auch die örtlichen MitarbeiterInnen kennen oftmals nur einen kleinen Ausschnitt des örtlichen Angebotsspektrums und sind nicht immer geneigt, KlientInnen über Trägergrenzen weiterzuverweisen"

Probleme und Defizite der Beratungs- und Hilfestruktur für ältere Menschen in Deutschland wurden zuletzt u.a. im dritten und vierten Bericht zur Lage der älteren Generation ausführlich behandelt. In beiden Berichten stimmt die Bundesregierung der Sachverständigenkommission zu, dass eine stärkere Vernetzung, Koordination und Transparenz der Angebote anzustreben ist (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2001b, 2002d).² Angemahnt werden von der Sachverständigenkommission im Dritten Altenbericht Verbesserungen in nahezu allen denkbaren Beratungsfeldern: im Verbraucherschutz für den Gesundheits- und Pflegebereich, in der Wohnberatung – insbesondere im Bereich des Betreuten Wohnens –, zu Möglichkeiten sozialen Engagements, in der Beratung für pflegende Angehörige sowie in der Beratung zu Anspruchsgrundlagen und Einrichtungen. Betont wird vor

¹ Zu Aspekten der Lebensqualität im Alter vgl. u.a. BALTES, MAAS, WILS & BORCHELT (1996), BRANDTSTÄDTER & GREVE (1992), BROWNE ET AL. (1994), FLIEGE & FILIPP (2000), KUNZMANN, LITTLE & SMITH (2000), LANG, RIECKMANN & SCHWARZER (2000), LAWTON (1991), NEWSOME & SCHULTZ (1996), SMITH (2000), SMITH, FLEESON, GEISELMANN, SETTERSTEN & KUNZMANN (1996) und STAUDINGER & FREUND (1998).

² In der Stellungnahme der Bundesregierung zum Dritten Altenbericht heißt es: "Um älteren Menschen und ihren Angehörigen bei Hilfebedürftigkeit, Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit die jeweils erforderliche Unterstützung anzubieten, ist es strukturell notwendig, (...) die jederzeitige und zuverlässige Erreichbarkeit von Hilfe und Unterstützung sicherzustellen, was eine qualifizierte, individuelle Information, Beratung sowie Koordination der erforderlichen Hilfen im Einzelfall einschließt." (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2001b, S. 22)

allein die Notwendigkeit einer übersichtlicheren Gestaltung der Angebotsstruktur. Transparente Informations- und Beratungsstrukturen sollten die Zugänglichkeit der Angebote optimieren und Verunsicherungen älterer Menschen angesichts des Pluralismus der Einrichtungen der Altenhilfe in Deutschland sowie der Finanzierungsmodalitäten entgegenzutreten (vgl. dazu SCHULTE, 2001). Ein zentrales Fazit des Dritten Altenberichts ist daher: "Information, Beratung und Auskunft älterer Menschen über bestehende Ansprüche und Hilfen müssen verbessert werden" (S. 288). Die Kommission empfiehlt entsprechend, "ein modernes, leicht zugängliches Informationsnetz über Hilfeangebote" für Familien und ihre älteren Angehörigen aufzubauen, das auch geeignet ist, die Vorsorge jüngerer Menschen für mögliche Risiken des Alterns zu unterstützen. Auch im Vierten Altenbericht ist – bezogen auf Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen – von unübersichtlichen Hilfestrukturen für ältere Menschen die Rede, und es wird eine "integrierte Beratung" unter kommunaler Trägerschaft "dringlich" gefordert. Plädiert wird gegen eine hochspezialisierte Beratungsstruktur:

"Die Vielzahl unterschiedlicher Beratungsangebote macht es für alle Beteiligten schwierig (um so älter, um so schwieriger), das jeweils adäquate Versorgungsangebot zu ermitteln. Nach Auffassung der Kommission wäre es unsinnig, für jede Hilfeart eigene Beratungsstellen einzurichten. Diese Vielfältigkeit würde den Zugang nur noch mehr erschweren. In einer "Integrierten Beratung" könnte allen Beratungsbedürfnissen unter einem Dach nachgekommen werden oder es wären die zuständigen Spezialisten in einem zweiten Schritt zu erreichen." (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2002d, S. 338)

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts "Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum" (vgl. GÖRGEN, KREUZER, NÄGELE & KRAUSE, im Druck) legen ähnliche Schlussfolgerungen nahe. Die Evaluation der Beratungsfälle zeigte, dass es inhaltlich sehr heterogenen Beratungsbedarf im Alter gibt, der offenbar durch vorhandene Beratungseinrichtungen nicht hinreichend gedeckt wird.

Es ist davon auszugehen, dass es älteren Menschen oft schwer fällt, die jeweils für ihre spezifische Problemlage zuständige oder am besten geeignete Informations- und Beratungseinrichtung ausfindig zu machen. Die "Landschaft" der heute existierenden Beratungseinrichtungen und Hilfsdienste für ältere Menschen ist u.a. gekennzeichnet durch

- die Existenz einer großen, für die Nutzerinnen und Nutzer nicht immer überschaubaren Zahl von Angeboten,
- eine starke Konzentration auf den Bereich der Pflege und damit verbundener Problemlagen,
- lokal und regional sehr unterschiedliche Anbieter und Angebotsstrukturen,
- ein Nebeneinander kaum miteinander vergleich- und harmonisierbarer, unterschiedliche Medien nutzender lokaler und regionaler Informationssysteme und
- die begrenzte zeitliche Erreichbarkeit lokaler Beratungsdienste.

Aus den genannten Merkmalen lassen sich verschiedene Veränderungspotenziale und Entwicklungsperspektiven einer alten- und alternsgerechten Informations- und Beratungsstruktur ableiten. So wären ein flächendeckender Ausbau einer auf Problemlagen des Alters zugeschnittenen Angebotsstruktur, die Orientierung der Angebote an einheitlichen und klar definierten Qualitätskriterien und die Optimierung der Zugänglichkeit der vorhandenen Angebote anzustreben.

Mit verschiedenen Modellvorhaben unterstützt die Bundesregierung eine bessere Vernetzung und transparentere Gestaltung der Beratungs- und Hilfestrukturen – z.B. durch die Modellprogramme *Alten-*

hilfstrukturen der Zukunft und *Selbstbestimmt Wohnen im Alter* (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2001a) sowie durch Erstellung und Publikation einer *Datenbank Migration* (GABMANN & GERLING, 2000).³

Überlegungen, welche die Aspekte der Angebotstransparenz und der Optimierung der Passung von Beratungsbedarf und Beratungsangeboten in den Mittelpunkt rücken, standen am Beginn der vorliegenden Untersuchung. Mit Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend konnten sowohl Defizite in der derzeitigen Beratungsstruktur für ältere Menschen erkundet als auch der Frage nachgegangen werden, inwieweit ein bundesweit einheitlich erreichbares Beratungstelefon für ältere Menschen und ihre Angehörigen geeignet wäre, bestehende Defizite zu beheben oder zu vermindern.

Eine bundesweit unter einer einheitlichen Telefonnummer erreichbare informierende, vermittelnde, im Bereich der Krisenintervention auch selbst beratende Stelle könnte – so die Ausgangsüberlegung – bei entsprechender Ausgestaltung in der Lage sein, Lücken zwischen Hilfebedarf und vorhandenen Hilfeangeboten zu verkleinern. Als mögliche positive Merkmale und Effekte eines solchen Angebotes wurden vorab ins Auge gefasst

- die Erhöhung der Transparenz der bestehenden Angebote für potenzielle Nutzer und Nutzerinnen,
- die Möglichkeit der Befriedigung eines inhaltlich sehr heterogenen Beratungsbedarfs,
- Niedrigschwelligkeit des Angebots (u.a. durch nahezu flächendeckende Zugangsmöglichkeiten älterer Menschen zu Telefonen in den eigenen Haushalten und die grundsätzlich gegebene Möglichkeit der Anonymität der Ratsuchenden gegenüber der Beratungseinrichtung),
- die Nutzbarkeit dieses Kommunikationsmediums auch für in ihrer Mobilität eingeschränkte Menschen sowie
- im Vergleich zu lokalen Angeboten deutlich bessere Möglichkeiten wirksamer Öffentlichkeitsarbeit.

Zentrale Ziele der vorliegenden Untersuchung waren die – in erster Linie qualitative – Analyse des durch vorhandene Beratungsangebote nicht oder nicht adäquat gedeckten Beratungs- und Hilfebedarfs zu Problemlagen im Alter, die Abschätzung des Bedarfs, der durch ein bundeseinheitliches telefonisches Beratungsangebot direkt gedeckt oder durch entsprechende Vermittlung an lokale Einrichtungen in angemessene Bahnen gelenkt werden könnte sowie eine Bestandsaufnahme und Analyse bestehender und für die Konzeption eines bundesweit erreichbaren telefonischen Beratungsangebots relevanter Einrichtungen.

³ Ziel des Modellprogramms *Altenhilfstrukturen der Zukunft* ist es, älteren Menschen soweit wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu erhalten und ihnen sowie ihren Angehörigen bei Hilfebedürftigkeit die jeweils benötigte Unterstützung anzubieten. Modellhaft erprobt werden der Aufbau eines engmaschigen und bedarfsgerechten Netzes von ambulanten, teilstationären und stationären Diensten und Einrichtungen, ein differenziertes und qualifiziertes Angebot an Hilfe und Unterstützung, das die Nutzer mit ihren Bedürfnissen in den Mittelpunkt rückt, die zuverlässige Erreichbarkeit von Hilfe und Unterstützung in Krisensituationen und das vernetzte und abgestimmte Handeln von Helfern und Kostenträgern des Gesundheits- und Sozialwesens, das die Hilfen voll zur Wirkung bringt (<http://www.altenhilfstrukturen.de/intro.htm>). Die *Datenbank Migration* ist eine zukünftig auch im Internet verfügbare Zusammenstellung beispielhafter Projekte von und für MigrantInnen in der Bundesrepublik und soll als praktischer Leitfaden vor allem für MultiplikatorInnen dienen (GABMANN & GERLING, 2000). Das Modellprogramm *Selbstbestimmt Wohnen im Alter* verfolgt vor allem mit den in zwölf Bundesländern geschaffenen Koordinierungsstellen unter anderem die Förderung von Wohnberatung, die Vernetzung der lokalen und regionalen Akteure und fördert die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Trägern der Altenhilfe, den Kommunen, den Pflegekassen und anderen Akteuren der Altenarbeit (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2001a, BUNDESGEMEINSCHAFT WOHNUNGSANPASSUNG E.V., 2000).

Sofern Beratungs-, Informations-, Vermittlungs- und sonstiger Hilfebedarf älterer Menschen ungedeckt bleibt, kann dies – vor jeder empirischen Analyse – in folgenden Grundkonstellationen begründet sein.:

1. Zur Bedarfsdeckung in Frage kommende Angebote sind nicht (oder nur in zu geringer Zahl oder in zu weiter Entfernung von den Hilfesuchenden) vorhanden.
2. Angebote sind nicht in der spezifischen Form vorhanden, auf die sich der Bedarf richtet.
3. Geeignete Angebote sind vorhanden. Es kommt jedoch nicht zu einer Nutzung durch den Ratsuchenden, weil es ihm an Wissen um die Existenz des Angebots bzw. um dessen konkrete Ausgestaltung mangelt, er also die grundsätzliche Passung von Nachfrage und Angebot nicht wahrnimmt bzw. weil ihm Mittel und Strategien fehlen, sich entsprechende Informationen über vorhandene Angebote zu beschaffen.
4. Geeignete Angebote sind vorhanden und den Ratsuchenden bekannt; jedoch stehen motivationale Hemmnisse einer Inanspruchnahme entgegen. Solche Hindernisse können z.B. darin liegen, dass der Hilfesuchende Stigmatisierungen vermeiden möchte oder den Anbieter für nicht vertrauenswürdig oder kompetent hält.
5. Geeignete Angebote sind vorhanden, eventuell auch den Zielgruppen bekannt; diese erleben sich jedoch nicht als hilfebedürftig.

Das Grundkonzept eines bundesweit einheitlich erreichbaren telefonischen Beratungsangebots für ältere Menschen zielt vor allem auf die unter 3. beschriebene Konstellation und auf die Verringerung der daraus resultierenden unzureichenden Bedarfsdeckung ab. Bei allen Überlegungen zur Ausgestaltung von Beratungsangeboten müssen selbstverständlich die unter 4. angesprochenen motivationalen Barrieren berücksichtigt werden. Mittel- und langfristig kann die Implementierung eines bundesweiten Dienstes aber auch dazu beitragen, Angebotsstrukturen zu optimieren (Konstellationen 1 und 2).

Defizit und Bedarf sind Größen, die sich im Verhältnis von Nachfrage und Angebot bestimmen lassen. Beide Perspektiven sind also für die Untersuchung maßgeblich: die der (potenziellen) Beratungssuchenden und die der Beratungsanbieter. Befragt werden sollten Seniorinnen und Senioren, die als potenzielle Nutzerinnen und Nutzer gelten können, insbesondere auch ältere Menschen, die sich in Seniorenvertretungen, -organisationen oder in der ehrenamtlichen Beratung älterer Menschen engagieren. Weiter sollten VertreterInnen von Einrichtungen der Altenarbeit – insbesondere von solchen, die in der Beratung älterer Menschen tätig sind – sowie von übergreifenden telefonischen Beratungsangeboten in die Studie einbezogen werden. Die letztgenannten Einrichtungen sollten vor allem zu ihrer Inanspruchnahme zu Altersfragen bzw. durch ältere Menschen und zur Organisation von übergreifenden Beratungstelefonen befragt werden.

Fragen zu Organisation und Konzeption konnten im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nur im Ansatz behandelt werden. Ihnen sollte in einem folgenden Untersuchungsschritt detailliert nachgegangen werden. Eine zu entwickelnde Konzeption wäre schließlich im Rahmen eines wissenschaftlich begleiteten Projekts zu erproben.

3 Methodisches Vorgehen

3.1 Grundkonzepte und Methoden der Bedarfsanalyse

Zu Methoden und Konzepten der Bedarfsanalyse findet sich – in der Regel unter der Bezeichnung *needs assessment* – im englischsprachigen Raum eine umfangreiche Literatur⁴, die in den deutschsprachigen Ländern allenfalls ansatzweise eine Entsprechung hat.⁵

Einer Bedarfsanalyse liegt immer die Annahme zugrunde, dass Gruppen von Personen unbefriedigte Bedarfe haben. Bedarfsanalysen erfolgen stets zukunfts- und handlungsorientiert; es geht um die Abschätzung der Diskrepanz zwischen einem Ist- und einem Soll-Zustand und um zur Beseitigung oder Reduzierung dieser Diskrepanz geeignete Maßnahmen. Die Begriffsbestimmung im Standardwerk von WITKIN & ALTSCHULD (1995, S. 4) bringt diese praxisnahe Ausrichtung zum Ausdruck; die Autoren definieren *Needs Assessment* folgendermaßen: "a systematic set of procedures undertaken for the purpose of setting priorities and making decisions about program or organizational improvement and allocation of resources. The priorities are based on identified needs." Es geht im Kern um wissenschaftlich gestützte sozialpolitische Prioritätensetzungen auf der Grundlage einer Analyse vorhandener relevanter Bedarfe und damit um eine Optimierung von Ressourcenverteilungsprozessen. Die Begriffsbestimmung macht auch deutlich, dass sich im Begriff des Bedarfs individuelle Bedürfnisse und politische Interessen und Schwerpunktsetzungen verknüpfen; Bedarf ist stets auch etwas, was politisch verhandelt und worüber politisch entschieden wird.

Die wesentlichen Ziele von Bedarfsanalysen bestehen dementsprechend darin, Bedarfe quantitativ und qualitativ zu erfassen und Strategien zu ihrer Deckung zu entwickeln. Da Bedarfsanalysen der Begründung politischer Entscheidungen dienen, gilt es ferner, potenziell kontroverse Themen bereits im Vorfeld zu ermitteln.

Das Konzept des Bedarfs erweist sich bei näherer Betrachtung als komplex. So unterscheidet BRADSHAW (1972) in einer in der Literatur weithin aufgegriffenen Taxonomie vier Klassen von "needs": zum Ausdruck gebrachte, empfundene, von Experten definierte normative sowie komparative, d.h. im sozialen Vergleich mit Anderen festgestellte Bedarfe⁶. STEVENS & GABBAY (1991) differenzieren im Hinblick auf Gesundheitsdienstleistungen zwischen Angebot (supply) auf der einen und den nicht bedeutungsgleichen Konzepten der Nachfrage (demand) und des Bedarfs (need) auf der anderen Seite. "Bedarf" kann – in einem subjektiven Verständnis – als etwas "Gewünschtes", in einem objektivierenden Sinne als etwas (aus Beobachter- oder Expertenperspektive) "Benötigtes" verstanden werden; oft ist auch von manifestem, dem betreffenden Individuum bewussten und von ihm geäußerten Bedarf auf der einen und latentem, der betreffenden Person nicht bewusstem, von ihr folglich auch nicht arti-

⁴ Vgl. u.a. ALTSCHULD & WITKIN (2000), BRADSHAW (1994), DOYAL & GOUGH (1991), ENDACOTT (1997), HEWITT (1993), GUPTA (1998), JOHNSON, MEILLER, MILLER & SUMMERS (1987), KAUFMAN (1988), KAUFMAN & ENGLISH (1979), KAUFMAN, ROGAS & MAYER (1993), KAUFMAN, STAKENAS, WAGER & MAYER (1981), MCARDLE (1998), MCKILLIP (1987; 1998), PETERSEN & ALEXANDER (2001), REVIERE, BERKOWITZ, CARTER & GERGUSAN (1996), ROSSETT (1987; 1991), ROTH (1990), SORIANO (1995), WITKIN (1984; 1994), WITKIN & ALTSCHULD (1995).

⁵ Zu Bedarfsanalysen im Hinblick auf Pflege- und Hilfebedürftigkeit im Alter vgl. GABMANN & ZÄNGL (1998) sowie GILBERG (2000); darüber hinaus werden Verfahren der Bedarfsanalyse verstärkt im Handlungsfeld Weiterbildung eingesetzt; vgl. u.a. BÜCHTER (1999), HARNEY (1995), JECHLE, KOLB & WINTER (1994); zum Bedarfskonzept in der Gesundheits- und Sozialpolitik vgl. KRÄMER (1981).

⁶ Diese Klassifikation ist nicht unumstritten. Uneinigkeit besteht etwa in der Frage, inwieweit grundlegende menschliche Bedürfnisse, wie sie im Modell von A. MASLOW beschrieben werden (vgl. u.a. MASLOW, 1981, 1985), eine gegenüber den oben genannten eigenständige Kategorie bilden. BRADSHAW selbst hat 1994 auf Weiterentwicklungen des *needs*-Konzeptes hingewiesen.

kuliertem Bedarf auf der anderen Seite die Rede. Der Begriff der Nachfrage deckt sich weitgehend mit BRADSHAWs Konzept des zum Ausdruck gebrachten Bedarfs,

Zielgruppen von Bedarfsanalysen können einerseits die unmittelbaren Nutzer der in Frage stehenden (bereits existierenden oder konzeptuell erwogenen) Dienste sein, andererseits auch diejenigen Personen und Institutionen, welche die Dienstleistungen erbringen. Beide Wege wurden in der vorliegenden Untersuchung beschritten.

Nach dem Konzept von WITKIN & ALTSCHULD (1995) umfasst eine Bedarfsanalyse u.a. folgende Elemente: das Ermitteln von Bedarfen, die Bestimmung von Prioritäten, die Entwicklung von Lösungen und die Prüfung von Alternativen, die Entwicklung eines Plans zur Implementation der Lösungen, die (selbst-)kritische Begutachtung der Analyse und die Kommunikation der Ergebnisse an die Öffentlichkeit bzw. den Auftraggeber. In Bedarfsanalysen werden (vgl. dazu MCKILLIP, 1987) sowohl Sekundärdaten (z.B. Behördenstatistiken) genutzt als auch eigene Erhebungen durchgeführt; letztere in der Regel als Befragungen von Zielpopulationen oder strukturierte Gruppenprozesse. Mit der Feststellung des Vorhandenseins eines oder mehrerer Bedarfe ist die Analyse nicht abgeschlossen. So fasst MCKILLIP (1998) unter dem Konzept des "needs assessment" u.a. das Erstellen einer Bedarfshierarchie und die Analyse der Vereinbarkeit bzw. Konflikthaftigkeit der verschiedenen Bedarfe zusammen.

Kritiker der vorherrschenden Forschungspraxis (vgl. DILL, 1993; SPICKER, 1987) weisen auf die Gefahr hin, dass Bedarf von denjenigen inhaltlich definiert wird, die eine Dienstleistung bereitstellen. Bedarfsanalysen sollten daher keinesfalls nur die Perspektiven von Professionellen und Experten in Betracht ziehen und starkes Gewicht auf die Sichtweisen der unmittelbaren Zielgruppen legen. "Without the incorporation of lay perspectives of need, the system does not have to justify its claim to legitimacy in any terms other than its own" (DILL, 1993, S. 459).

3.2 In der vorliegenden Studie eingesetzte Methoden

Für eine explorative Studie wie die vorliegende bieten sich vor allem qualitative Methoden an. Es galt zunächst das Forschungsfeld zu strukturieren und relevante Aspekte zu erkunden. Neben unterschiedlich stark strukturierten Expertengesprächen kamen zu diesem Zweck Gruppeninterviews zum Einsatz. Sie haben sich als effektive und zeitökonomische Methode zur Erfassung von Erfahrungen, Meinungen und Einschätzungen größerer Gruppen bewährt. Zudem wurden umfangreiche Literatur- und Internetrecherchen durchgeführt. Neben der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur wurden auf diese Weise vielfältige Informationen zu überörtlichen telefonischen Beratungsdiensten allgemein und zu Beratungsangeboten für ältere Menschen im Besonderen recherchiert.

Als zentrale Elemente umfasst die Bedarfsanalyse Gruppendiskussionen mit älteren Menschen als potenziellen NutzerInnen sowie mit ExpertInnen aus Seniorenorganisationen und Altenarbeit⁷, eine Analyse überörtlich tätiger oder aus anderen Gründen bedeutsamer telefonischer Beratungs- und Vermittlungsdienste durch Experteninterviews und die Auswertung einschlägiger Informationsmaterialien, ferner Literatur- und Internetanalysen und explorative Expertengespräche; das methodische Vorgehen in den genannten Bereichen wird nachfolgend skizziert.

⁷ Ist im folgenden von Expertengesprächen einerseits und Gruppendiskussionen andererseits die Rede, so ist damit vor allem eine Differenzierung hinsichtlich des methodischen Vorgehens und der Zahl der jeweils simultan befragten Personen angesprochen. Die Begriffe sind nicht trennscharf, da auch in den Gruppendiskussionen ExpertInnen befragt wurden. Auch eine exakte Differenzierung zwischen ExpertInnen einerseits und älteren Menschen andererseits ist nicht möglich, da z.B. auch die befragten Vertreter und Vertreterinnen bundesweit tätiger Seniorenorganisationen als ExpertInnen anzusehen sind.

Literaturanalyse:

Die Schwerpunkte der Beschaffung, Sichtung und Analyse des einschlägigen in- und ausländischen Schrifttums lagen auf Publikationen zu Fragen der telefonischen Beratung, der Beratung von Senioren sowie zu den Themenfeldern Selbsthilfe und Ehrenamt. Durch diese Recherchen konnten zunächst wichtige Hinweise für Fragestellungen und Untersuchungszugänge gewonnen werden. Die Literaturanalyse wurde ergänzt durch gezielte Internetrecherchen zu telefonischen Beratungsangeboten für ältere Menschen im deutschen Sprachraum sowie im englisch-, zum Teil auch französisch- und italienischsprachigen Ausland, zu Beratungsangeboten für ältere Menschen allgemein und zu übergreifenden telefonischen Beratungsangeboten für andere Zielgruppen in Deutschland. Auf diese Weise identifizierte und als relevant erachtete Beratungseinrichtungen wurden gegebenenfalls um Zusendung weiteren Informationsmaterials gebeten; bei in Deutschland gelegenen Einrichtungen wurden zum Teil zusätzliche Informationen im Rahmen von Interviews erhoben.

Die im Rahmen der Bedarfsanalyse geführten **Einzelinterviews** lassen sich zwei Kategorien zuordnen:

(a) Explorative Expertengespräche:

In der explorativ ausgerichteten ersten Phase der Bedarfsanalyse wurde eine Reihe von Expertengesprächen – meist telefonisch – geführt, bei denen es darum ging, einen Überblick über die Vielfalt der bestehenden Beratungsangebote für ältere Menschen in Deutschland zu gewinnen und die jeweiligen Anbieter zu Anliegen, Beratungsbedürfnissen und -defiziten älterer Menschen sowie zu Möglichkeiten der Reduzierung dieser Defizite zu befragen. Interviewt wurden VertreterInnen von in der Altenarbeit aktiven Organisationen, die selbst Beratung anbieten sowie solche, die in kulturellen Bereichen und in der politischen Seniorenvertretung tätig sind. Im Verlauf dieser Expertengespräche wurden auch Einschätzungen hinsichtlich des Bedarfs nach einem bundeseinheitlich erreichbaren telefonischen Beratungsangebot erfragt.

(b) Leitfadengestützte ExpertInneninterviews:

In leitfadengestützten Interviews wurden in der zweiten Phase der Bedarfsanalyse MitarbeiterInnen ausgewählter Einrichtungen intensiv und zumeist face-to-face befragt. Ziel war die detaillierte Analyse überörtlich tätiger telefonischer Beratungs- und Vermittlungsdienste im Hinblick auf die mögliche Ausgestaltung einer bundeseinheitlich erreichbaren telefonischen Seniorenberatung. Während oben genannte Expertengespräche häufig eher informellen Charakter hatten, sind diese Interviews als Experteninterviews im Sinne von MEUSER & NAGEL (1991) zu charakterisieren.

Gruppendiskussionen:

Neben Einzelinterviews kam in der Untersuchung die Methode der Gruppendiskussion zum Einsatz.⁸ Gruppendiskussionen bieten im Unterschied zu Einzelbefragungen die Möglichkeit, eine Vielzahl von Einschätzungen und Erfahrungen in relativ kurzer Zeit zu erfassen. Sie bieten sich an, wenn ein Thema aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet und viele Aspekte zusammengetragen werden sollen. Gruppendiskussionen werden – primär im Bereich der qualitativ ausgerichteten Sozialwissenschaft – als

⁸ Zu diesem Verfahren vgl. u.a. BOHNSACK (1996; 1997), BRILHART, GALANES & ADAMS, 2001), DREHER & DREHER (1995), KRÜGER (1983), LAMNEK (1998), LOOS & SCHÄFFER (2001), MANGOLD (1960), MUCCHIELLI (1973a; 1973b), NIESSEN (1977), POLLOCK (1955), SPÖHRING (1989, S. 212ff.).

Forschungsinstrumente eingesetzt (vgl. u.a. CHORHERR, 1994; LITTIG & WALLACE, 1998), kommen daneben aber vor allem und bereits seit langem als unmittelbar praktischen Zwecken dienende Verfahren in der Markt- und Meinungsforschung zum Einsatz (vgl. z.B. DAMMER & SZYMKOWIAK, 1998; MELCHERS, 1994a, 1994b). Im vorliegenden Fall liegen Anwendungszweck und Anwendungskontext im Überschneidungsbereich von Forschung und Anwendung. Gruppendiskussionen zeichnet ein hoher Grad an Naturalisizität aus; die Diskussion von Fragestellungen innerhalb von Gruppen ist den meisten Menschen vertraut (LAMNEK, 1998). Sie eignen sich besonders zur Erfassung von Erfahrungen, Meinungen, Einstellungen und Einschätzungen. Die Gruppendiskussion wurde in der vorliegenden Untersuchung als ermittelnde Methode zur Erlangung inhaltlich-thematischer Befunde eingesetzt. Einige, in sozialwissenschaftlichen Untersuchungen im Zusammenhang mit Gruppendiskussionen häufig bedeutsame Aspekte, u.a. das Herausbilden von Gruppenmeinungen und Meinungsführerschaften, waren dagegen kaum relevant.

Gruppendiskussionen wurden mit älteren Menschen, mit Vertreterinnen und Vertretern von Seniorenorganisationen, mit in der Altenarbeit professionell Tätigen und mit den ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eines regionalen telefonischen Beratungsangebots für Senioren geführt. Die dabei gewählte Vorgehensweise orientiert sich weitgehend am Modell der Fokusgruppe, einer Variante der Gruppendiskussion, bei welcher die Moderatoren die Themen und den Verlauf relativ stark vorgeben und strukturieren.⁹ Derartige Fokusgruppen lassen durch das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Erfahrungen, Wahrnehmungen und Einschätzungen und durch die sich in der Diskussion ergebende Notwendigkeit, Sichtweisen zu begründen, eine Intensivierung und Vertiefung individueller Überlegungen erwarten. Fokusgruppen eignen sich in besonderem Maße auch für explorative Studien wie die vorliegende, in denen es zunächst einmal darum geht, zentrale Problemdimensionen und Argumentationslinien herauszuarbeiten.

3.3 *Entwicklung der Instrumente*

Ein mittlerer Strukturierungsgrad erschien für die zu führenden **Interviews** ausreichend und dem Untersuchungsgegenstand, dem Untersuchungszweck und der Stichprobe angemessen. Der in diesem Sinne entwickelte Interviewleitfaden gibt einige Leitfragen verbindlich vor; darüber hinaus bestehen Handlungs- und Entscheidungsspielräume, jeweils flexibel auf Gesprächspartner und Gesprächsverläufe einzugehen. Bei der Interviewgestaltung berücksichtigt wurden einerseits die der Forschungsgruppe bereits vorliegenden Informationen und andererseits die spezifischen Charakteristika der zu befragenden Institution. Der Basis-Interviewleitfaden umfasste fünf Leitfragen:

- zum Informations-, Beratungs- und Hilfebedarf älterer Menschen,
- zur augenblicklichen Deckung des in der Antwort auf die erstgenannte Frage konstatierten Bedarfs und zu diesbezüglichen Defiziten,
- zu wahrgenommenen Ursachen und Entstehungsbedingungen unzureichender Bedarfsdeckung,
- zu wahrgenommenen Möglichkeiten der Beseitigung oder Verringerung der Lücke zwischen Bedarf und Bedarfsdeckung sowie

⁹ Zu Fokusgruppen vgl. u.a. DEBUS (1990), DÜRRENBARGER & BEHRINGER (1999), FERN (2001), GREENBAUM (1993), KRUEGER (1988; 1998), MORGAN (1988; 1993), MORGAN & KRUEGER (1998), PATTON (1987; 1990), STEWART & SHAMDASANI (1990).

- zu wahrgenommenen Möglichkeiten und Grenzen der Organisation von Informations-, Beratungs- und Hilfeangeboten für ältere Menschen in Form eines bundeseinheitlich erreichbaren telefonischen Dienstes.

Die in den Leitfragen angesprochenen Themenbereiche wurden bei Bedarf durch Vertiefungsfragen ausführlicher exploriert. Bei GesprächspartnerInnen, die überlokale und z.T. nicht oder nicht nur seniorspezifische Angebote repräsentierten, zielten zusätzliche Leitfragen auf die Exploration des jeweils praktizierten Modells im Hinblick auf bearbeitete Themenbereiche, Entstehung und Entwicklung des Beratungsangebots, Zuständigkeiten, Zielgruppen, Trägerschaft, Organisation und Finanzierung, Leistungsumfang, Personalstruktur, Nutzung (vor allem durch ältere Menschen), Erfolgskontrolle und Evaluation sowie Erfahrungen mit Kooperation, Konkurrenz und Kompetenzaufteilung zwischen Trägern zentraler und dezentraler Angebote.

Im Vergleich zu Einzelinterviews erlauben Gruppendiskussionen nur eine geringe Anzahl von Fragen. Die Diskussionsleitfäden mussten folglich kurz gehalten werden. Als Impulse, die zu Beginn der Gruppendiskussion das Gespräch anregen sollten, dienten – je nach Gruppenzusammensetzung – eine ambivalente Darstellung der aktuellen Beratungslandschaft oder ein Bericht über persönliche Erfahrungen mit der Suche nach Informationen über Beratungseinrichtungen. Die Gruppenmitglieder wurden ermutigt, sowohl über unmittelbare eigene Erfahrungen zu sprechen als auch ihre für das Diskussionsthema relevanten Einschätzungen und Beurteilungen zu äußern. Informations-, Beratungs- und Hilfebedarf sollte im Rahmen der Diskussion in einem inhaltlich weiten Sinne verstanden werden und bezog sich auf eine Vielzahl altersspezifischer Fragestellungen wie psychosoziale und medizinische Versorgung, Freizeitgestaltung, und Organisation des Lebensalltags.

Die Diskussionsleitfäden wurden der jeweils befragten Gruppe angepasst; sie deckten in unterschiedlicher Ausführlichkeit die folgenden Themenbereiche ab:

- Informations-, Beratungs- und Hilfebedarf älterer Menschen,
- Erfahrungen mit der Suche nach Informationen und passenden Beratungs- und Hilfeangeboten zu altersbezogenen Themen und Problemlagen,
- Wahrnehmungen von Defiziten hinsichtlich der vorhandenen Angebote und deren Zugänglichkeit,
- Beweggründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Diensten,
- Erfahrungen der Teilnehmenden mit und Einschätzungen zu telefonischer Beratung; Eignung des Telefons als Kommunikationsmedium für Information und Beratung,
- Einschätzungen der Gruppenteilnehmer zur Sinnhaftigkeit der Implementation eines bundesweit einheitlich erreichbaren telefonischen Angebots; Vorstellungen zur Ausgestaltung eines solchen Angebots und zu den Voraussetzungen einer Inanspruchnahme durch die Zielgruppen.

3.4 Auswahl der Gruppen und Expertinnen und Experten

Die Zusammenstellung der Gesprächspartner für Interviews und Gruppendiskussionen orientierte sich an dem Ziel, folgende Personengruppen in die Erhebung einzubeziehen:

- Seniorinnen und Senioren,
- Vertreterinnen und Vertreter von Seniorenorganisationen und Seniorenvertretungen aus Ost- und Westdeutschland,

- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lokaler Angebote der (telefonischen wie face-to-face) Beratung zu altersspezifischen Fragestellungen,
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lokaler Einrichtungen der Altenhilfe ohne eigene (explizite) Beratungsangebote aus Ost- und Westdeutschland¹⁰,
- Vertreterinnen und Vertreter übergreifender telefonischer Beratung zu altersspezifischen Fragestellungen,
- Vertreterinnen und Vertreter nicht seniorenspezifischer überregionaler Beratungstelefone.

Stichprobenrepräsentativität im engeren Sinne kann in kleinen qualitativen Studien wie der vorliegenden nicht hergestellt werden. Hingegen kommt der Heterogenität der in die Studie einbezogenen Personen und Personengruppen große Bedeutung zu; dies gilt insbesondere für die befragten Seniorinnen und Senioren. Zugleich mussten für die Stichprobenbildung aufgrund beschränkter personeller, finanzieller und zeitlicher Ressourcen jeweils pragmatische Lösungen gefunden werden. Die Auswahl der Befragungspersonen war getragen von dem Bestreben, bei begrenzten Ressourcen eine möglichst breite Vielfalt von Perspektiven zu erheben. Einige relevante Organisationen und Einrichtungen konnten aus Termin- oder Organisationsgründen nicht berücksichtigt werden.

Die Entscheidung, welche Befragungen als Gruppendiskussionen und welche als Einzelinterviews geführt werden sollten, war forschungstheoretisch wie auch pragmatisch bestimmt. Während die Gespräche mit älteren Menschen, die keine (für die Forschergruppe erkennbaren) Funktionen in Seniorenberatung oder –organisationen innehatten, von vorneherein als Gruppendiskussionen geplant waren, erwies sich im Untersuchungsverlauf diese Methode auch für die Befragung von ExpertInnen als geeignet. Auf diese Weise konnte eine größere Zahl von ExpertInnen in die Untersuchung einbezogen werden als zunächst geplant. Reisekosten und -zeiten der InterviewerInnen bzw. ModeratorInnen wurden durch räumliche Bündelung einiger Interviews und Gruppendiskussionen (in Göttingen und Umgebung) auf einem niedrigen Niveau gehalten. Die Gespräche mit MitarbeiterInnen von über ganz Deutschland verteilten telefonischen Beratungsdiensten wurden als Einzelinterviews geführt. Neben organisatorischen Gründen sprach vor allem die Notwendigkeit einer detaillierten Exploration des jeweiligen Angebots gegen eine Zusammenführung mit anderen Akteuren. Soweit die Struktur des Beratungsdienstes dies nahe legte, wurde neben der zentralen auch die lokale Ebene berücksichtigt; dies geschah durch telefonische oder face-to-face Interviews bzw. – wo dies hinreichend erschien – durch Auswertung einschlägiger Publikationen.

Die Auswahl der Befragten für die ExpertInneninterviews orientierte sich an der Relevanz organisatorischer oder inhaltlicher Charakteristika der jeweiligen Angebote für die Fragestellung der Untersuchung. Dabei wurden unter ExpertInnen Personen verstanden, die im Rahmen ihrer (beruflichen oder ehrenamtlichen) Arbeit in untersuchungsrelevanten Institutionen, Einrichtungen und Organisationen tätig sind. Sie wurden als RepräsentantInnen von Organisationen oder Institutionen angesprochen, die ihren inhaltlichen Schwerpunkt entweder in der Arbeit mit älteren Menschen oder in über die lokale Ebene hinausgehenden Formen telefonischer Beratung haben.

In der Auswahl der befragten ExpertInnen sollte die Situation älterer Menschen in den neuen Bundesländern in besonderem Maße berücksichtigt werden. Die Entscheidung, Interviews mit MitarbeiterInnen

¹⁰ Auch an Seniorenorganisationen und Institutionen der Altenarbeit, die nicht explizit Beratung anbieten, werden in beträchtlichem Umfang Beratungsanfragen von älteren Menschen und Angehörigen gestellt. Die Erfahrungen solcher Organisationen galt es in der vorliegenden Studie ebenfalls zu berücksichtigen.

in einem Stadtverband und der Bundesgeschäftsstelle der Volkssolidarität zu führen, geht darauf zurück, dass aus forschungspraktischen Gründen nur mit Seniorengruppen im Westen Deutschlands Gruppendiskussionen geführt wurden und die meisten im Rahmen dieser Bedarfsanalyse untersuchten seniorenspezifischen Beratungsangebote in den alten Bundesländern angesiedelt sind. Berücksichtigt wurde die Volkssolidarität dabei vor allem in ihrer Eigenschaft als allein im Osten Deutschlands angesiedelter traditionsreicher Mitgliederverband und wichtige Anbieterin von Dienstleistungen für ältere Menschen.¹¹

Die Ausweitung der Gruppendiskussionen über die zunächst vorgesehenen drei Diskussionen (mit Vertreterinnen und Vertretern lokaler und bundesweiter Formen der Senioren-Selbstorganisation sowie mit diesbezüglich nicht organisierten Seniorinnen und Senioren) hinaus erlaubte es, die Erhebung insgesamt auf eine breitere Datenbasis zu stellen. Auf lokaler Ebene wurden im Interesse einer größeren Erfahrungs- und Perspektivenvielfalt zwei Gruppengespräche mit Senioren geführt, je eines in städtisch-bildungsbürgerlichem und in ländlichem Milieu¹². Eine dritte Gruppendiskussion konnte mit der Arbeitsgemeinschaft "Aktuelle Fragen der Seniorenpolitik" der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO e.V.) vereinbart und durchgeführt werden. Zusätzliche Gruppendiskussionen wurden geführt mit MitarbeiterInnen eines auf ehrenamtlicher Basis betriebenen telefonischen Beratungsdienstes für ältere Menschen sowie mit einer Gruppe im Bereich der Altenarbeit tätiger Personen.

Die Gruppendiskussionen wurden dabei z.T. mit auch außerhalb der Untersuchungssituation existierenden Realgruppen geführt; in den übrigen Fällen zeichneten die Teilnehmer sich durch räumliche Nähe und den gemeinsamen Bezug zu einer Institution oder einem Arbeitsfeld aus und wurden auch auf der Basis dieses gemeinsamen Bezuges rekrutiert.

Der Rückgriff auf bereits bestehende Gruppen bietet verschiedene Vorteile. Die Organisation einer Gruppendiskussion ist erheblich erleichtert, da die Bindungskraft einer Gruppe ein wichtiger Motivationsfaktor ist und feste Termine und Versammlungsorte bestehen. Aufgrund feststehender Gruppenzusammensetzung können sich die DiskussionsleiterInnen vorab über die Gruppe informieren – dies erleichtert die Einstimmung auf die Gruppe und die Berücksichtigung der Interessen der Teilnehmenden. Die Gruppe bildet für die Mitglieder einen bekannten Kommunikationsrahmen; im günstigen Falle erleichtert das zwischen den Gruppenmitgliedern bestehende Vertrauen die Besprechung persönlicher Fragestellungen. Ein wichtiger Vorteil von Realgruppen ist zudem, dass die Phase der Fremdheit und Orientierung, die den inhaltlich ergiebigen Diskussionen meist vorausgeht, deutlich verkürzt ist (vgl. LAMNEK, 1998). Gruppendiskussionen in real existierenden Gruppen weisen allerdings auch Nachteile auf. Stabilität und Vertrautheit der Kommunikation in festen Gruppen können Diskussionen und Diskussionsbeiträge verkürzen. Die Meinungen der Einzelnen sind möglicherweise bekannt, zumindest aber der persönliche Hintergrund. Im schlechtesten Fall wagen Gruppenmitglieder nicht, von der Gruppenmeinung abweichende Positionen zu vertreten. Auch kann gerade die Nähe in dauerhaften Gruppen

¹¹ Die Volkssolidarität, gegründet 1946 in Dresden, war die einzige große Seniorenorganisation der DDR. Nach 1989 nahmen die Mitgliederzahlen ab; mittlerweile hat die Volkssolidarität etwa 450.000 Mitglieder, die zu etwa 80% über 60 Jahre alt sind. Die Volkssolidarität versteht sich als aktiver Mitgliederverband (Seniorenverband mit Angebot an Begegnungszentren, soziokulturellen Aktivitäten, Reiseveranstaltungen und regelmäßigen Mitgliedertreffen) und nimmt den Erwartungen der Mitglieder entsprechend die sozialpolitische Interessenvertretung der älteren Menschen im Osten Deutschlands wahr. Sie unterhält eigene Wirtschaftsbetriebe, vor allem Einrichtungen des Betreuten Wohnens, einen Hausnotrufdienst, medizinische Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen und Kindergärten. Insgesamt beschäftigt die Volkssolidarität 36.000 Hauptamtliche vor allem in Angeboten für ältere Menschen. (Interview Volkssolidarität, Bundesverband)

¹² Die befragten SeniorInnen kommen aus einem Flecken mit insgesamt 8.500 Einwohnern in 8 Dörfern.

Einzelne davon abhalten, persönliche Fragestellungen ausführlich zu besprechen. Feste Gruppen weisen in der Regel eine größere Homogenität auf, und auf die Zusammensetzung der Gruppe lässt sich zu meist kein Einfluss nehmen. Zudem können formelle und informelle Führerschaften und Statushierarchien Kommunikationsanteile und inhaltliche Beiträge einzelner Diskussionsteilnehmer beeinträchtigen.

Bei den älteren Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Gruppendiskussionen handelte es sich im Hinblick auf ihren Gesundheitszustand und den Grad der Teilnahme am sozialen Leben sicherlich um eine in Relation zur älteren Generation insgesamt positive Selektion. Dieser Effekt kennzeichnet die Methode der Gruppendiskussion weithin und hätte sich im vorliegenden Fall auch durch erheblichen methodischen Aufwand bei der Zusammenstellung der Diskussionsgruppen kaum beseitigen lassen. Mit kostenlosen Transportangeboten und gezielten Einladungen wurde im Vorfeld einer der Gruppendiskussionen ohne ersichtlichen Erfolg versucht, auch Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen für eine Teilnahme zu gewinnen.

3.5 Durchführung und Auswertung der Befragungen

Die im folgenden aufgeführten Gruppendiskussionen wurden in den Monaten März und April 2002 durchgeführt:

Gruppendiskussion mit SeniorInnen aus städtisch-bildungsbürgerlichem Milieu:

In Kooperation mit der Freien Altenarbeit Göttingen, einem bundesweit renommierten Akteur im Bereich der Altenarbeit¹³, wurde eine Gruppendiskussion durchgeführt. Die Veranstaltung fand im März 2002 statt. Zur Diskussion wurden potenziell interessierte TeilnehmerInnen von Veranstaltungen der Freien Altenarbeit Göttingen speziell eingeladen. Insgesamt nahmen 11 Personen (zwei Männer und neun Frauen) teil, davon zwei hauptamtliche Mitarbeiterinnen. Einige der TeilnehmerInnen waren hochaltrig.

Gruppendiskussion mit SeniorInnen aus ländlichem Milieu:

Die zweite Gruppendiskussion mit SeniorInnen wurde in Nörten-Hardenberg, einer etwa 10 km nördlich von Göttingen gelegenen ländlichen Gemeinde, durchgeführt. Dank der Kooperationsbereitschaft eines evangelischen Geistlichen konnte einer der zweiwöchentlichen Termine des dortigen Kirchenkreises für die Diskussion genutzt werden. Dieser Kreis wird überwiegend von über siebzigjährigen Menschen besucht. Das Gruppengespräch fand am 3. April 2002 statt. Es nahmen neben dem Pfarrer 19 Seniorinnen und ein Senior teil. Einige der TeilnehmerInnen waren hochaltrig, zwei von ihnen hatten das 90. Lebensjahr überschritten.

Gruppendiskussion mit VertreterInnen bundesweiter Seniorenorganisationen:

Im Rahmen eines Arbeitstreffens der BAGSO-Arbeitsgemeinschaft "Aktuelle Fragen der Seniorenpolitik" fand im März 2002 in Bonn eine Diskussion mit Vertreterinnen und Vertretern bundesweiter Seniorenorganisationen von Parteien, Kirchen und Verbänden statt. Es nahmen vier Frauen und fünf Männer an der Diskussion teil; sie repräsentierten die Bundesseniorenvertretung, die Arbeitsgemeinschaft 60+ der SPD, die Seniorenunion der CDU, die Liberalen Senioren, den Sozialverband VdK, den Sozialverband Deutschland und die Seniorenorganisation der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di. Vorsitz und Moderation der Arbeitsgemeinschaft lagen bei der Bundesarbeitsgemeinschaft katholisches Alterswerk und der Geschäftsführung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen.

¹³ Neben einer Wohngemeinschaft für ältere Menschen bietet die Freie Altenarbeit Veranstaltungen und Biographiegruppen im Rahmen eines "Zeitzeugenprojektes" sowie offene Gesprächsrunden zu aktuellen (senioren)politischen Fragen an. Zum Zeitzeugenprojekt vgl. MEYER & BOSSE (1998), zur "Alten-WG" vgl. GOTHE (2002).

Gruppendiskussion mit haupt- und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen des Berliner Seniorentelefons:

Es erwies sich als sinnvoll, in die Gruppendiskussionen nicht nur die potenziellen Nutzerinnen und Nutzer eines bundeseinheitlich erreichbaren Beratungstelefon einzubeziehen, sondern auch Personen, die aufgrund ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit bei einem telefonischen Beratungsangebot für SeniorInnen aus Beraterperspektive den vorhandenen Beratungsbedarf, bisherige Angebotsdefizite und die Möglichkeiten der Implementation eines bundeseinheitlich erreichbaren Angebots abschätzen können. Die Diskussion mit MitarbeiterInnen des Berliner Seniorentelefons bot dazu Gelegenheit. Sie fand im März 2002 im Rahmen der wöchentlichen MitarbeiterInnenbesprechung in Berlin statt. Es nahmen 16 Personen teil, drei Männer und 13 Frauen, davon zwei hauptamtliche Mitarbeiterinnen.

Gruppendiskussion mit lokalen AkteurInnen aus dem Bereich der Altenarbeit:

Explorative Gespräche mit VertreterInnen der lokalen Altenhilfestruktur in Göttingen legten eine intensivere Befragung dieser Personengruppe nahe, die aus lokaler Perspektive über Beratungsbedarf älterer Menschen und Erfahrungen mit der Beratung von SeniorInnen Auskunft geben kann. Im März 2002 konnte ein Gruppengespräch mit VertreterInnen aus den Bereichen stationäre Pflege, Sozialdienst des Gesundheitsamtes, ambulante Pflegeberatung und Gesprächskreise für Pflegenden, Seniorengenossenschaft, kommunale Seniorenberatung und Freie Altenarbeit durchgeführt werden. Es nahmen acht VertreterInnen von sechs Organisationen teil, vier Männer und vier Frauen.

Die Gruppendiskussionen dauerten zwischen 60 und 105 Minuten. Während der Durchführung der Gruppendiskussionen wurde der Diskussionsleitfaden flexibel gehandhabt. Die Moderation orientierte sich bei klarer thematischer Vorgabe hinsichtlich inhaltlicher Aspekte an nondirektiven Verfahrensweisen. Nach der Einleitungsphase beschränkte sich die Moderation möglichst darauf, die Diskussion in Gang zu halten sowie darauf zu achten, dass die vorgesehenen Themen im angestrebten Umfang behandelt wurden, die Diskussion beim Thema blieb und Gesprächsanteile nicht zu ungleich verteilt waren.

Explorative Expertengespräche

Mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern¹⁴ folgender Initiativen und Organisationen wurden in den Monaten Februar bis Mai telefonisch explorative Expertengespräche geführt.

Seniorenorganisationen und Sozialverbände

Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen, Bonn,
Sozialverband VdK Deutschland, Bundesgeschäftsstelle, Bonn

Telefonische Seniorenberatung

Seniorentelefon Köln
Seniorentelefon Frankfurt /M.
Solinger Seniorentelefon
Wegweiser Telefon für Senioren I.K.A.R.U.S. e.V. Hamburg

Seniorenselfthilfe

Seniorenbüro Gotha
Seniorenbüro Hamburg

Seniorenberatung

Beratungsstelle der Abteilung Altenhilfe der Landeshauptstadt München¹⁵

¹⁴ Befragt wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus unterschiedlichen Hierarchieebenen mit unterschiedlichen Funktionen und unterschiedlichen professionellen Hintergründen. Es handelte sich um ReferentInnen (für Öffentlichkeitsarbeit, für Sozialpolitik), BeraterInnen, KoordinatorInnen und GeschäftsführerInnen.

Allgemeine Beratung mit integrierter Seniorenberatung*Sorgentelefon für den ländlichen Raum Sachsen**Integrierte Familienberatungsstelle Thüringen, Trägerwerk Soziale Dienste in Thüringen e.V.***Einzelinterviews**

Einzelinterviews wurden geführt mit VertreterInnen der folgenden Initiativen und Organisationen:

Institution	Art des Interviews	Dauer (Min.)	Datum
<i>Kinder- und Jugendtelefon, Göttingen</i>	face-to-face	100	24.4.2002
<i>Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinder- und Jugendtelefone e.V., Wuppertal</i>	face-to-face	120	29.4.2002
<i>Telefonseelsorge, Dienststelle Göttingen</i>	face-to-face	80	29.4.2002
<i>Volkssolidarität Bundesverband e.V., Berlin</i>	face-to-face	120	30.4.2002,
<i>Volkssolidarität, Stadtverband Brandenburg</i>	face-to-face	90	30.4.2002
<i>Alzheimertelefon der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft Berlin e.V.</i>	face-to-face	90	2.5.2002
<i>Hausnotrufdienst des Frankfurter Verbandes für Alten- und Behindertenhilfe, Frankfurt /M.</i>	telefonisch	30	16.5.2002

Auswertung

Die Diskussionen wurden protokolliert, auf Band aufgezeichnet und nach einer ersten, aufgrund der Mitschrift und der Bandaufnahme vorgenommenen Analyse in Auszügen wörtlich verschriftet. Im nächsten Auswertungsschritt wurde jede Gruppendiskussion einzeln hinsichtlich der für die Untersuchung relevanten Informationen, der von den Gesprächsteilnehmern aufgeworfenen Themen und vorgebrachten Einschätzungen analysiert, bevor in einem weiteren Schritt auf der Grundlage der inhaltlichen Struktur der Einzelauswertungen dann eine Querschnittsanalyse durchgeführt wurde. Die Auswertung zielte auf eine inhaltsanalytische Konzentration und Reduktion des Materials ab; herauszuarbeiten waren wesentliche von den Teilnehmenden vorgebrachte Einschätzungen und Argumente, berichtete einschlägige Episoden, ferner Konsens und Dissens in Gruppen und über Gruppen hinweg.

In den Interviews bzw. Gruppendiskussionen vertretene Positionen werden in der Ergebnisdarstellung exemplarisch durch im Wortlaut zitierte Passagen veranschaulicht. Numerisch quantifizierende Aussagen über Häufigkeiten, mit denen bestimmte Meinungen vertreten wurden, werden nicht getroffen; dies ist aufgrund der relativ offenen Struktur der Interviews, der Komplexität mancher Argumentationsfiguren und der Tatsache, dass derartige Häufigkeiten für die Gruppendiskussionen, in denen sich längst nicht jeder zu allen Punkten äußert, nicht bestimmt werden können, auch nicht möglich. Bei wörtlichen Zitaten wird stets angegeben, welchem Interview bzw. welcher Gruppendiskussion sie entstammen, bei sinngemäß wiedergegebenen Aussagen erfolgt eine solche Zuordnung nur dann, wenn die Information für eine angemessene Interpretation erforderlich ist.¹⁶

¹⁵ Zusätzlich beantwortete das Team der Beratungsstelle die Leitfragen der Gruppendiskussion nach interner Diskussion schriftlich und sandte die Antworten zu.

¹⁶ Im Text sind Gruppendiskussionen mit GD und Interviews mit I gekennzeichnet.

4 Beratungsbedarf älterer Menschen und bundesweit einheitlich erreichbare telefonische Beratung: Ergebnisse der Bedarfsanalyse

4.1 Das Telefon als Medium in Beratung und Kommunikation

4.1.1 Spezifika telefonbasierter Beratung und Kommunikation

Im Folgenden wird zunächst in kurzer Form der Stellenwert der Beratung als Methode der sozialen Arbeit erörtert; anschließend werden Merkmale und Funktionen telefonbasierter Kommunikation dargestellt, um dann in einem dritten Schritt die Konsequenzen für den Einsatz des Telefons in Beratungs- und Unterstützungsdiensten im psychosozialen Bereich aufzuzeigen.

4.1.1.1 Beratung als Methode psychosozialer Arbeit: Grundlagen und Anforderungen

Beratung findet in verschiedenen Kontexten und in unterschiedlichen Formen statt. Grundsätzlich lässt sich zwischen einer stärker sach- und inhaltsbezogenen Beratung, in der vor allem Wissen weitervermittelt wird (z.B. Verbraucher- und Rechtsberatung), und einer stärker personenbezogenen Beratung, in der die ratsuchende Person sich selber zum Thema macht und der Prozess der Beratung im Vordergrund steht, unterscheiden (MENNE, 1995, S. 482).

Beratung wird vor allem als Methode der persönlichen Unterstützung und Hilfe für bestimmte Zielgruppen bzw. für Menschen in bestimmten Lebenslagen eingesetzt; sie kann als Individual- oder Gruppenberatung stattfinden, letztere vor allem in der systemisch orientierten Familien- und Paarberatung. Beratung wird weiterhin auch zur Unterstützung, Information und Begleitung von Personen, die selber in einer professionellen helfenden Beziehung zu anderen stehen, z.B. SozialarbeiterInnen und Pflegepersonen, eingesetzt. Zunehmende Bedeutung hat auch die Beratung von Institutionen, z.B. sozialpädagogischen Einrichtungen oder Schulen (THIEL, 1998b; KREFT & MIELENZ, 1996, S. 106). Besondere Formen der berufsbezogenen Beratung von Berufsgruppen und Einrichtungen sind die Supervision und die Organisationsberatung, die als längerfristig angelegte Prozesse die Reflexion und Entwicklung des beruflichen und organisatorischen Handelns fördern sollen (vgl. THIEL, 1998b).

Von der Art der Beratung hängt auch die Bedeutung der Beziehung zwischen Beratenden und KlientInnen ab. Je mehr es in der Beratung um die Bearbeitung persönlich bedeutsamer Fragen geht und je weniger um die Vermittlung von Information, desto größer ist der Stellenwert der Beziehungsdimension für die Beratung (FUHR, 1998, S. 31). Eine den kommunikativen Prozess und die Berater-Klient-Beziehung in den Vordergrund stellende Beratung definiert DIETRICH (1983) als

„jene Form einer interventiven und präventiven helfenden Beziehung, in der ein Berater mittels sprachlicher Kommunikation und auf der Grundlage anregender und stützender Methoden innerhalb eines vergleichsweise kurzen Zeitraums versucht, bei einem desorientierten, inadäquat belasteten oder entlasteten Klienten einen auf kognitiv-emotionale Einsicht fundierten aktiven Lernprozess in Gang zu bringen, in dessen Verlauf seine Selbsthilfebereitschaft, seine Selbststeuerungsfähigkeit und seine Handlungskompetenz verbessert werden können“. (S. 2)

Beratung in diesem Sinne findet vor allem Anwendung als Methode der sozialen Arbeit. Die vorgestellte Definition basiert auf der Vorstellung von Beratung als einem „aufklärerischen“ Verfahren: Beratung wird als ein ergebnisoffener Prozess verstanden, als ein Verfahren also, das keine vorgefertigten „richtigen“ Entscheidungen durchsetzen, sondern auf der Grundlage angenommener Problemlösungs-

kompetenzen der KlientInnen vielmehr als Orientierungs- und Entscheidungshilfe fungieren soll (KRAUSE, 1998, S. 10f; KREFT & MIELENZ, 1996, S. 103).

Nach TIERSCH (1991) umfasst Beratung konzeptionell

„den prozesshaften Zusammenhang der Erkenntnis (Wahrnehmung/Diagnose) der Schwierigkeiten, der Klärung und des Entwurfs der Hilfsmöglichkeiten und der Unterstützung und Hilfe in der Erschließung der Ressourcen.“ (S. 24)

THIEL (1998a) ordnet diese Elemente den drei Phasen der Klärung und Eruiierung des „Ist-Zustandes“; der Zielfindung durch den Entwurf eines „Sollzustands“ und schließlich der Ausarbeitung von Lösungsmöglichkeiten auf der Ebene des „Transfers“ zu (THIEL, 1998a, S. 24f). Die theoretischen und methodischen Grundlagen der Beratungspraxis sozialer Arbeit orientieren sich zumeist an nicht-direktiven und klientenzentrierten Ansätzen, insbesondere an dem Modell der „klientenzentrierten Gesprächsführung“ nach ROGERS (vgl. seine Ausführungen zur klientenzentrierten Psychotherapie in ROGERS, 1991). Dieses beinhaltet eine starke Betonung der Berater-Klient-Beziehung, die von Empathie, bedingungsloser Akzeptanz und Kongruenz geprägt sein soll, um KlientInnen in ihren Entwicklungsmöglichkeiten zu unterstützen und zu bestärken (WOLFERSDORF, BLATTNER, NELSON & DALTON-TAYLOR, 1986, S. 211; KREFT & MIELENZ, 1996, S. 104f).

Eine besondere Form der Beratung stellt die Krisenintervention dar, die nach HELFFERICH, HENDEL-KRAMER, TOV & TROSCHKE (1997, S.122) dann angezeigt ist, wenn die Schwierigkeiten ein „mittleres Maß überschreiten“ und die KlientInnen sich in einer akuten Notlage befinden. Krisenintervention verlangt nicht nur ein Versorgungsangebot, sondern unter Umständen auch ein aktives Eingreifen von Seiten der BeraterInnen. Als Hilfe in akuten Notlagen soll Krisenintervention die Zuspitzung der Problematik und ihre Chronifizierung verhindern. Ziel ist zunächst die Stabilisierung der KlientInnen durch den Aufbau von Vertrauen und Schutz, auf deren Grundlage die anstehenden Probleme bearbeitet werden können. Als Beispiel für ein solches aktives Eingreifen führen HELFFERICH et al. (1997, S. 118f.) die Suizidprävention an, in der BeraterInnen mit den KlientInnen einen Vertrag abschließen, „sich nichts anzutun“. Die Rolle der beratenden Person in der Krisenintervention wirft die Frage nach der Anwendbarkeit klientenzentrierter, d.h. vor allem auch nicht-direktiver Methoden der Beratungsarbeit im Bereich der Krisenintervention auf. In seiner Auseinandersetzung mit der Kritik an der „Unbrauchbarkeit“ theoretischer, insbesondere klientenzentrierter Ansätze für die konkrete Krisenberatung betont BLATTNER (1988) jedoch die positiven Erfahrungen klientenzentrierter Beratungsarbeit auch im Bereich der Suizidprävention.

Auch die Abgrenzung von Beratung und Therapie ist nicht trennscharf zu vollziehen, zumal beraterische und therapeutische Arbeit teilweise auf den gleichen Methoden und professionellen Kompetenzen basieren. Während Therapie eher eingesetzt wird, um bei der Bewältigung chronifizierter Schwierigkeiten in der Lebensgestaltung zu helfen, kann Beratung als eine kurzfristige, oft einmalige Unterstützung bei akuten Schwierigkeiten aufgefasst werden. Beratung zeichnet sich in Abgrenzung zur Psychotherapie u.a. durch relative Nähe zu alltäglichen Interaktionsprozessen und durch Konzentration auf die Gegenwart aus. Anders als in den meisten psychotherapeutischen Prozessen findet demnach in der Beratung in der Regel keine aufdeckende Bearbeitung biografischer Erfahrungen und Konflikte statt. Beratungsarbeit hat zudem in der Regel nur solche Probleme zum Gegenstand, die nicht in psychiatrischen Erkrankungen begründet sind. Als weitere Kriterien der Unterscheidung zwischen Beratung und

Therapie gelten Dauer, Umfang, Intensität und die Stärke des vorhandenen Selbsthilfepotenzials, sowie die Verbindlichkeit des Arbeitsbündnisses (KRAUSE, 1998, S. 11f; HELFFERICH et al., 1997, S. 177).

Im Folgenden wird auf zwei Problemfelder von Beratung im Bereich der psychosozialen Arbeit eingegangen, zum einen widmen wir uns der Frage nach dem Zugang zu Beratung, zum anderen der Frage nach der Wirksamkeit von Beratung und ihren Grenzen.

Zugangs- bzw. Zugänglichkeitshindernisse¹⁷ können sowohl auf Seiten der potenziellen NutzerInnen – geringes Problembewusstsein, Scheu vor der Inanspruchnahme von Hilfe, keine positiven Erwartungen an Hilfe – als auch auf Seiten der Anbieter und der Angebote – mangelnde Transparenz, begrenzte Beratungszeiten, schlechte Erreichbarkeit – bestehen (GUSKI, 1988, S. 47f; zur Zugangsproblematik in der Altenarbeit (KARL, 1990, S. 16f; zu Beratung älterer Menschen und ihrer Familien allgemein vgl. BUIJSSEN & HIRSCH, 1997; DUFFY, 1996; HEINEMANN-KNOCH, KORTE & VOß, 1996; WEAKLAND & HERR, 1984; KLEIN & GALLIKER, 1991).¹⁸

Grundlegendes Merkmal der meisten Beratungsangebote ist die „Komm-Struktur“ des Zugangs, die ein aktives Aufsuchen und Kontaktieren der Beratungsdienste von Seiten der KlientInnen erforderlich macht. Diese in Hinblick auf die erforderlichen Kompetenzen und Ressourcen der Beratungsbedürftigen voraussetzungsvolle Struktur ist vor allem für das Inanspruchnahmeverhalten von sozial benachteiligten Gruppen sowie von Menschen in massiven Krisensituationen oftmals hinderlich (GUSKI, 1988, S. 40f; BECKER & SIMON, 1995, S. 7; KARL, 1990, S.16f; KREFT & MIELENZ, 1996, S. 103; KIPPER, 1993, S. 239).

Ausgehend von der Problematisierung des Zugangs zu Beratung kritisieren JALL (1996) und KREFT & MIELENZ (1996) die Verwendung des am Aufklärungs- und Problemlösungsgedanken orientierten klinischen Beratungsbegriffs medizinisch-psychologischer Arbeit innerhalb der sozialen Arbeit als unzureichend. Beratung – definiert als professionelles Handeln, das Problemlösungen durch Lernen und Wachstum anstrebt – habe „aufklärerischen Charakter“ (JALL, 1996, S. 226). Dieses Verständnis beinhaltet allerdings auch, so die Kritik, problematische Aspekte. Es gehe nämlich implizit davon aus, dass

- KlientInnen überhaupt eine Beratungsstelle aufsuchen,
- KlientInnen in der Lage sind, ihre Anliegen und Probleme zu reflektieren und darüber sachlich in einen Dialog einzutreten,
- KlientInnen sowohl die Möglichkeit als auch die Fähigkeit besitzen, sich zu entscheiden und ihre Lebensgestaltung zu verändern und
- dass die anstehenden Probleme tatsächlich durch Lernen und Veränderung allein auf KlientInnen-seite gelöst oder gemindert werden können (JALL, 1996, S. 227; KREFT & MIELENZ, 1996, S. 103).

Dieses in der klinischen Beratungspsychologie angewandte Beratungsverständnis wird von KritikerInnen als mittelschichtspezifisch und zudem einseitig effektivitätsorientiert für den Bereich der sozialen Arbeit abgelehnt, weil sozialpolitische und gesellschaftliche Dimensionen von Notlagen, wie sie gerade in der sozialen Arbeit relevant seien, unberücksichtigt blieben. Es sei nicht allgemein davon auszugehen, dass schwierige Lebenssituationen allein durch Veränderungen auf Seiten der Beratenen, z.B.

¹⁷ Zur Unterscheidung von Zugangs- und Zugänglichkeitshindernissen: „Zugang“ bezieht sich auf das Inanspruchnahmeverhalten potenzieller NutzerInnen, „Zugänglichkeit“ qualifiziert hingegen die Gestaltung und Erreichbarkeit der Angebote.

¹⁸ Zu Zugangs- und Zugänglichkeitsschwierigkeiten im Bereich der Altenarbeit siehe auch Kap. 4.3.

durch mehr Wissen, durch ein verändertes Bewusstsein, durch mehr Mut und Selbstvertrauen lösbar seien (KREFT & MIELENZ, 1996, S. 103; JALL, 1996, S. 228).

Ausgehend von dieser Kritik wird die Bedeutung zugehender und prophylaktisch eingreifender Arbeit gerade auch in Hinblick auf sozial benachteiligte Gruppen thematisiert. Insbesondere im Rahmen von (Jugend-)Sozialarbeit haben sich seit den 70er Jahren zunehmend Konzepte der sogenannten aufsuchenden Arbeit, insbesondere Streetwork-Ansätze, durchgesetzt. Diese Arbeitsansätze reagieren auf die Erfahrung, dass mit der „Komm-Struktur“ konventioneller einrichtungsgebundener Sozialarbeit vor allem sozial benachteiligte Menschen oder Menschen in besonderen Problemlagen nicht erreicht werden können. Die Kontaktaufnahme soll daher durch aktives Aufsuchen innerhalb der unmittelbaren Lebenswelt erleichtert werden (KREFT & MIELENZ, 1996, S. 103f; zur Jugendsozialarbeit BECKER & SIMON, 1995, S. 7; zur Altenhilfe KARL, 1990, S. 19f; zur Zugangsproblematik bei Hilfsangeboten für Suizidgefährdete und der Notwendigkeit zugehender Angebote vgl. KIPPER, 1993; zum Ansatz der „lebensweltorientierten sozialen Arbeit“ siehe TIERSCH, 2000).

JALL (1996) geht im Anschluss an die Auseinandersetzung um Zugangsvoraussetzungen und deren Implikationen auf die Frage nach der Wirkung von Beratungsprozessen ein. Beratung müsse die konkreten und möglicherweise veränderungsbegrenzenden Probleme und Lebensverhältnisse der Menschen berücksichtigen. Die Qualität sozialer Dienstleistungen könne daher nicht mit deren verändernder Wirkung gleichgesetzt werden (S. 230). Vor diesem Hintergrund könne „auch das Bekennen im Sinne von ‚So ist es‘ und ‚so bin ich‘ Erfolgscharakter“ haben und bereits die Erkenntnis über die Bedingungen der eigenen Lebensrealitäten als sinnvolles Ergebnis eines Beratungsprozesses gewertet werden (JALL, 1996, S. 231). JALL (1996) weist an dieser Stelle auf Untersuchungen hin, die die Befragung von KlientInnen zu ihrer Einschätzung des Beratungserfolgs zum Gegenstand haben. Der „Erfolg“ von Beratung wird den Ergebnissen zufolge von den Ratsuchenden nicht überwiegend anhand der erreichten Problemlösungen und Veränderungen beurteilt, sondern v.a. an dem Beratungsprozess und der Zufriedenheit mit dem Beratungsgespräch gemessen. Diese ergibt sich für die Ratsuchenden aus dem Vertrauen, der Verlässlichkeit und der Akzeptanz in der Beratungssituation. Darin, so JALL, kommt zum Ausdruck, dass die „Grundvariablen der helfenden Beziehung“, die als professionelle Kompetenzen und methodische Grundlage in der Beratungsarbeit eingesetzt werden, auch von den Beratenen selber als wichtig erachtet werden (1996, S. 229).

4.1.1.2 Das Telefon als Medium von Kommunikation

Da Beratung im wesentlichen ein kommunikativer Prozess ist, kommt auch den Besonderheiten des Kommunikationsmediums Telefon zentrale Bedeutung im Setting telefonischer Beratung zu. Ehe wir daher im Folgenden auf die Besonderheiten telefongestützter Beratung eingehen, werden zunächst grundlegende Merkmale und Funktionen des Kommunikationsmediums Telefon beschrieben, wie sie vor allem von HORNSCHUH (1990; 1995) und WALD & STÖCKLER (1991) herausgearbeitet wurden.

- Das auf verbal-auditive Kommunikation beschränkte Telefon kann räumliche Distanzen jedweder Größe überbrücken und innerhalb kürzester Zeit eine Verbindung zu einer Vielzahl potenzieller Kommunikationspartner herstellen. Es erlaubt Nähe bei Aufrechterhaltung von Distanz und Kontakt ohne körperliche Nähe (HORNSCHUH, 1990, S. 334; 1995, S. 133).
- Als "option good" bietet das Telefon das "Potenzial von vielen verschiedenen Kommunikationssituationen", die je nach Bedarf aktivierbar sind (HORNSCHUH, 1995, S. 127).

- Das Telefon ist gekennzeichnet durch auditive Intimität, es ermöglicht eine "selektive private Kommunikation zwischen zwei Personen" und durchaus auch physische Nähe, "weil die Lippen des Sprechenden – auf der Stufe der Sinnesempfindung – nur einige Millimeter von dem Ohr des Zuhörers sind" (MÜLLER, 1984, S. 98).
- Das Telefon ist für die meisten Menschen jederzeit und dauerhaft verfügbar. Dieses Merkmal telefonischer Kommunikation ist bei Mobiltelefonen noch ausgeprägter, weil Mobiltelefone eine unmittelbare telefonische Kontaktaufnahme zu jeder Zeit und an jedem Ort ermöglichen. Dadurch wird nach HORNSCHUH (1995) die "Entortung" der telefongestützten Kommunikation und damit die "Phantasie der ubiquitären Präsenz" noch verstärkt; die Ortsungebundenheit des Mediums wird als Eigenschaft an dessen Nutzer weitergegeben (S. 134f; HORNSCHUH, 1990, S. 335).¹⁹
- Durch den leichten Zugang zum Telefon sind die Schwellen der Kontaktaufnahme sehr niedrig; das Telefon erlaubt eine fast voraussetzungslose und im Vergleich zur face-to-face Kommunikation tendenziell unverbindliche Kommunikation, die in der Regel leichter beendet werden kann als persönliche Begegnungen (HORNSCHUH, 1990, S. 335).²⁰
- Die mit technischen Mitteln erzeugte Nähe bei gleichzeitiger Distanz macht nach HORNSCHUH (1990) die Ambivalenz des Telefons als Medium der Kommunikation aus (S. 334). Da der visuelle, der olfaktorische und der taktile Kanal der Kommunikation weitgehend wegfallen, beurteilt HORNSCHUH (1990) das Telefon als ein Medium „sozialer Entbehrung“, welches andere Wahrnehmungs- und Äußerungsmöglichkeiten des Menschen als Hören und Sprechen einerseits abspaltet, andererseits Kommunikation in vielen Situationen genau dadurch erst ermöglicht (S. 335).
- Durch das Telefon werden die Möglichkeiten analoger Kommunikation zugunsten der digitalen Kommunikation eingeschränkt, d.h. es werden Mitteilungen von Tatbeständen oder Inhalten, begünstigt und die Vermittlung von Beziehungsaspekten reduziert.²¹ Die in der üblichen face-to-face-Situation gegebenen Möglichkeiten der „Eindruckserweckung“ durch Körpersprache, Mimik, Kleidung, Raumgestaltung stehen nicht zur Verfügung und bergen ein Moment der Verunsicherung in der Kommunikationssituation, vor allem wenn der Mensch am anderen Ende der Leitung unbekannt ist. Die Einkanaligkeit der Kommunikation erfordert einen "komplizierten Prozess des Aushandelns" von Redebeiträgen, welcher in der face-to-face-Situation durch Körpersprache vollzogen wird. Unterbleiben z.B. intermittierende Signale der Aufmerksamkeit des Zuhörers und der Versicherung der Gesprächssituation, kann es zu Störungen der telefonischen Kommunikation kommen (HORNSCHUH, 1995, S. 130f).
- Das Telefon bewirkt eine "Spaltung zwischen dem Wahrnehmungs- und Kommunikationsraum der Telefonierenden" (HORNSCHUH, 1995, S. 133). Es ermöglicht damit eine weitgehend entsinnlichte Kommunikation und Abspaltung von Sinneswahrnehmungen, „der Hörsinn und das Sprechen werden vom restlichen Tun getrennt“ (HORNSCHUH, 1990, S. 336). Diese Reduzierung wird durch den

¹⁹ In Verbindung mit der zunehmenden Verbreitung von Mobiltelefonen wird telefonische Kommunikation immer wichtiger. Diese Veränderungen werden zudem durch technische Entwicklungen verstärkt, die eine Verknüpfung telefonischer Kommunikation mit visuellen und schriftlichen Übertragungsmöglichkeiten, sowie mit internetgestützten Diensten erlauben.

²⁰ Gleichzeitig kann festgestellt werden, dass die auf den auditiven Kanal beschränkte Kommunikation äußerst komplexen Kommunikationsregeln (dazu HORNSCHUH, 1995, S. 137f) folgt und dass viele Menschen stärkere Hemmungen haben, zu telefonieren als ein persönliches Gespräch zu führen.

²¹ Die Begriffe analog und digital werden hier im Sinne der psychologisch orientierten Kommunikationsforschung verwendet und beziehen sich nicht auf die Art der Kommunikationstechnik. Ausgearbeitet wurden diese Termini in Watzlawicks "axiomatischer Kommunikationstheorie" (vgl. WATZLAWICK, BEAVIN & JACKSON, 1980).

verstärkten Einsatz von Fantasie kompensiert, außerdem erfahren das Hören, die Nutzung der stimmlichen Ausdrucksmöglichkeiten, auch Merkmale des jeweiligen Geräuschhintergrundes größere Aufmerksamkeit (HORNSCHUH, 1990, S. 336).

- Telefonische Kommunikation verläuft, abgesehen von Konferenzschaltungen, zumeist dyadisch. Durch die Möglichkeit der Anonymität und Unverbindlichkeit aufgrund der räumlichen Distanz bietet das Telefon eine größere Chance für eine unter Aspekten der Machtverteilung symmetrische Kommunikation; dies zum einen, weil die Anrufenden selber bestimmen können, wie viel sie von sich preisgeben und damit die gegenseitigen Zugriffsmöglichkeiten verringern, zum anderen, weil sich das Gespräch leichter von beiden Seiten ohne Gesichtsverlust beenden lässt als face-to-face Gespräche (HORNSCHUH, 1990, S. 337).

Telefonische Kommunikation ist nach WALD & STÖCKLER (1991, S.24) also eine „direkte soziale Interaktion auf bequeme, distanzierte und diskrete Weise unter Überwindung von Raum und Zeit“. Sie enthält damit das

„Potenzial zur Erhaltung, Intensivierung und Erschließung neuer persönlicher und über die alltägliche Lebenswelt hinausreichender Kontakte, aber möglicherweise auch ein Potenzial zur Reduzierung von face-to-face Kontakten und insofern zur Isolierung in der unmittelbaren Lebenswelt“.

Das Medium Telefon wird zum einen zweckorientiert, zum anderen um der Kommunikation selbst Willen eingesetzt. Es bietet funktionale Organisationshilfe für das alltägliche berufliche und soziale Leben, erlaubt das schnelle Einholen von Informationen, fungiert aber auch als Medium verständigungsorientierter Kommunikation, des persönlichen Austauschs und damit der Aufrechterhaltung sozialer und emotionaler Beziehungen (WALD & STÖCKLER, 1991, S. 31). Während "sachbezogenes" Telefonieren mit einem klar umrissenen Handlungsziel verbunden ist, finden persönliche Beziehungen v.a. durch "personenbezogenes" Telefonieren Aktualisierung und Bestätigung (HORNSCHUH, 1995, S. 128). WALD & STÖCKLER (1991) machen in diesem Zusammenhang auf unterschiedliches Kommunikations- und Telefonierverhalten von Männern und Frauen aufmerksam. Der häufig von Männern gepflegte Kommunikationshabitus sei vor allem durch die Organisationsanforderungen im Beruf und in öffentlichen Betätigungsfeldern geprägt (S. 27). Männer, die sich oftmals ausschließlich über ihr berufliches Leben definierten, zeigten ein eher sachorientiertes Kommunikationsverhalten am Telefon und entwickelten erst im höheren (nachberuflichen) Alter einen personenorientierteren Telefonierstil. Frauen pflegen nach den von WALD & STÖCKLER (1991) angeführten Untersuchungen ein vielfältiges Nutzungsverhalten, was ihrer gesellschaftlichen Verortung sowohl im Berufs- als auch im Privatleben entspreche. Vor allem im Privatleben übten sie ein aktives und personenorientiertes Kommunikationsverhalten auch am Telefon (S. 29f). Da in privaten Haushalten zumeist Frauen für die Gestaltung und Aufrechterhaltung des sozialen Netzwerks zuständig seien, hätten sie zumeist auch die Kontrolle über das Telefon und somit über ein- und ausgehende Telefonanrufe (S. 30).

4.1.1.3 Der Einsatz des Telefons in der Telefonberatung

4.1.1.3.1 Die Merkmale telefonischer Kommunikation und ihre Bedeutung für den Einsatz des Telefons in Unterstützungs- und Beratungsdiensten

Die positiven und negativen Qualitäten der Merkmale des Telefons als Beratungsmedium werden in der ausgewerteten Literatur vor dem Hintergrund praktischer Beratungserfahrungen telefonischer Dienste dargestellt. Die Eigenschaften des Telefons in der Beratungsarbeit lassen sich dabei vor allem unter

Bezugnahme auf Arbeitsweise, Funktion und Erfahrungen der Telefonseelsorge herausarbeiten; dies zum einen, weil einige Merkmale bei dem bundesweit rund um die Uhr für die Anrufenden kostenfrei erreichbaren Dienst der Telefonseelsorge besonders gut deutlich werden, zum anderen, weil es zu keinem anderen telefonischen Beratungsdienst so zahlreiche Publikationen zu dieser Thematik gibt. Die Telefonseelsorge ist der älteste telefonische Beratungsdienst in der Bundesrepublik Deutschland mit der größten Anruferzahl (vgl. HORNSCHUH, 1990; KIPPER, 1993; WOLFERSDORF, KOROS & BLATTNER, 1990; KAPPESSER, 1985; KONRAD-VÖHRINGER, 1990; SCHMIDT, 1985b, 1987, 1990; STAUSS, 1990; vgl. auch die Darstellung der Telefonseelsorge in Kap. 4.2.1.6).

Die Möglichkeiten, die oben beschriebenen Probleme des Zugangs zu bzw. der Zugänglichkeit von Beratungsdiensten sowohl auf Seiten der NutzerInnen als auch auf Seiten der AnbieterInnen zu verringern, werden übereinstimmend als positive Elemente des Telefons als Medium in der Beratung hervorgehoben.

Zum einen lasse sich mithilfe des Telefons mit vergleichsweise weniger Aufwand als dies bei einem flächendeckenden Angebot institutionengebundener face-to-face-Beratungsdienste der Fall wäre, ein größerer geographischer Raum versorgen. Aufgrund seiner Reichweite könnten auch Angebote mit langen Sprechzeiten (bis hin zu einer Erreichbarkeit rund um die Uhr und an allen Tagen der Woche) mit ökonomisch vertretbarem Aufwand bereitgehalten werden (MORROW-HOWELL, BECKER-KEMPPAINEN & JUDY, 1998; HORNSCHUH, 1990, S. 338).

Das Telefon zeichne sich zum anderen für die potenziellen NutzerInnen aufgrund der gebotenen Anonymität und der durchgängigen Verfügbarkeit als besonders niedrigschwelliges Kontaktmedium aus. Für die NutzerInnen solcher Dienste bedeute dies, jederzeit einen leichten Zugang zu Beratung, Hilfe und Unterstützung haben zu können (HORNSCHUH, 1990, S. 339; KIPPER, 1993, S. 239). Die am Telefon mögliche Anonymität erleichtere die Kontaktaufnahme und reduziere Scham- und Angstgefühle, was sowohl bei der Aufnahme eines Telefonkontakts als auch im Telefongespräch selber von Bedeutung sei. Das Telefon lasse durch die Aufrechterhaltung gleichzeitiger Distanz eine abgesicherte und risikofreie Nähe zu und komme damit dem Schutzbedürfnis vieler KlientInnen entgegen. Dies bewirke eine größere Offenheit, die eigenen Probleme anzusprechen, so die übereinstimmende Erfahrung insbesondere der Telefonseelsorge (WOLFERSDORF, KOROS & BLATTNER, 1990, S. 44; BÜLOW, 1990, S. 309; HORNSCHUH, 1990, S. 339).

Anonymität und Unsichtbarkeit erlaubten ferner verbale und nicht-verbale Ausdrucksformen, die – zumindest nicht ohne dadurch die Beziehung zu gefährden – in der direkten Kommunikation nicht gewählt werden können oder dürfen, weil sie entweder mit der gesellschaftlichen Stellung oder der eigenen Selbsteinschätzung unvereinbar sind oder aber den Erwartungen des Gegenübers nicht gerecht werden würden. Ferner verweist BÜLOW (1990) darauf, dass die Anonymität der Beratungssituation die „Objektivierung und Versachlichung des Problems“ durch seine Übertragung in eine entpersönlichte und neutrale Beratungsbeziehung produktiv fördere (S. 309). Dieser Prozess befreie die soziale Beziehung, in der das Problem lokalisiert ist, vom Problemlösungsdruck und habe damit entlastende Funktion (BÜLOW, 1990, S. 310).

Unter Bezugnahme auf psychoanalytische Konzepte schreiben LESTER (1995) und HORNSCHUH (1990) dem Fehlen visueller Eindrücke einen weiteren positiven Aspekt zu. Es erlaube den Anrufenden, sich die beratende Person zu fantasieren und enthalte damit die konstruktive Möglichkeit der Übertragung. Einerseits würden dadurch zwar Tendenzen der Beziehungsunfähigkeit verstärkt, andererseits ermögli-

che dies dem/der Ratsuchenden, sich die beratende Person und damit die gerade benötigte Hilfe und Unterstützung positiv zu imaginieren. Dieser Prozess der Übertragung und direkten Spiegelung der eigenen Bedürfnisse eröffne möglicherweise auch Gestaltungsräume für neue Lebensentwürfe (LESTER, 1995, S. 62; HORNSCHUH, 1990, S. 339). Auch in psychoanalytischen Therapien sei die Reduzierung optischer Reize sowie der physischen Präsenz der TherapeutInnen üblich, damit sich die KlientInnen besser auf sich und ihr Problem konzentrieren können (LESTER, 1995, S. 64f).

Die Anonymität und die jederzeit vorhandene Möglichkeit das Telefonat abzubrechen, überlasse den KlientInnen darüber hinaus eine stärkere Kontrolle über die Beratungssituation und fördere damit möglicherweise die Bereitschaft, sich auf eine solche einzulassen. In Verbindung mit der Unsichtbarkeit von Statusmerkmalen, komme es in der telefonischen Beratungssituation demnach zu einer Statusegalisation und einem Machtausgleich zwischen Berater/in und Anrufer/in (WOLFERSDORF, KOROS & BLATTNER, 1990, S. 44; HORNSCHUH, 1990, S. 337; BÜLOW, 1990, S. 310; LESTER, 1995, S. 62). Der Aspekt des Machtausgleichs werde in der telefonischen Beratung verstärkt durch die geringere Abhängigkeit von einem/r einzelnen Berater/in, da es insbesondere bei Krisendiensten unwahrscheinlich sei, zweimal mit der gleichen Person ein Gespräch zu führen (LESTER, 1995, S. 63).²²

Dass dieser Machtausgleich gleichzeitig auch die Möglichkeit des Machtmissbrauchs gegenüber den BeraterInnen beinhaltet und auch als solcher erfahren wird, ist vor allem im Umfeld der Telefonseelsorge und dort insbesondere anhand von Schweigeanrufen und sexuell belästigenden Anrufen thematisiert worden. Nach KAPPESSER (1985) und SCHMIDT (1985b) sind die MitarbeiterInnen eines telefonischen Beratungsdienstes durch derartige Anrufe einer starken Missachtung ihrer Person ausgesetzt. Durch, die "Macht des Zutritts" auf Seiten des Anrufenden ist die angerufene Person "kommunikativ verletzbar" (HORNSCHUH, 1995, S. 136). Während die TelefonberaterInnen auf die Kontaktaufnahme durch den/die Anrufer/in angewiesen seien, sicherten sich diese bei gleichzeitiger Möglichkeit, sich selber jederzeit zurückzuziehen bzw. die Kontaktaufnahme gänzlich zu verweigern, die Verfügungsgewalt über die beratende Person am Telefon und „nutzten“ sie für ihre Zwecke. Auf diese Weise lösten vor allem beziehungsgestörte Menschen ihr alltägliches Leiden an dem Gefühl des Angewiesenseins und der Abhängigkeit zu Lasten des/r Berater/in auf. Indem der Anrufer seinen Leidensdruck auf diese Weise weitergebe, werde das sonst von ihm erlebte Macht-Ohnmachtgefälle umgekehrt (KAPPESSER, 1985, S. 164f; SCHMIDT, 1985b, S. 32f u. 348).

Auch andere für die telefonische Beratungsarbeit problematische Aspekte der grundsätzlich positiv zu bewertenden Merkmale der Anonymität und Verfügbarkeit des Telefons werden anhand der Erfahrungen der Telefonseelsorge thematisiert. Im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Funktion der Telefonseelsorge problematisieren HORNSCHUH (1990) und KONRAD-VÖHRINGER (1990) die "einkanälige" Kommunikation telefonischer Beratung. Ihres Erachtens treibt die Telefonseelsorge möglicherweise den 'Teufel mit dem Beelzebub' aus, wenn sie Menschen, die unter Einsamkeit und Beziehungslosigkeit

²² Dass genau diese Unmöglichkeit, eine einmal begonnene Beratungskommunikation zu einem anderen Zeitpunkt fortzusetzen, auch ein Schwachpunkt telefonischer Beratungsangebote sein kann, wurde insbesondere von MitarbeiterInnen des Kinder- und Jugendtelefons berichtet. Das Problem von MitarbeiterInnen, entgegen dem ausdrücklichen Wunsch vieler Kinder keine weiteren Gespräche vereinbaren zu können, stellt sich v.a. im Zusammenhang mit der Zunahme von Handyanrufen. Diese Anrufe, die ebenso wie die Festnetzanrufe unter einer bundesweit einheitlichen Nummer getätigt werden, können anders als die Anrufe aus dem Festnetz nicht in einem bestimmten Vorwahlbereich verortet und dementsprechend auch nicht zu der nächsten zuständigen Beratungsstelle weitergeleitet werden. Alle Handyanrufe werden daher in einen Ring eingespeist und an die nächste Beratungsstelle weitergeleitet, deren Telefonanschluss gerade frei ist. Bei technischen Störungen der Kommunikation, die bei Handys sehr oft vorkommen, wird das Gespräch abgebrochen und kann, da ein erneuter Anruf vermutlich bei einer anderen Stelle landet, nicht fortgesetzt werden (vgl. die Darstellung des Kinder- und Jugendtelefons und des sog. „Verkehrslitsystems“ in Kap. 4.5.2.1).

keit leiden, auf eine Weise helfen will, die diese wiederum auf eine „Teilperson“ (den auditiven Teil) reduziert und ihnen keine ganzheitliche Interaktion ermöglicht. Die Anonymität telefonischer Beratung berge die Gefahr, zur Anonymisierung der Gesellschaft, die gerade durch Gesprächsangebote wie die der Telefonseelsorge abgemildert werden soll, beizutragen (KONRAD-VÖHRINGER, 1990, S. 378; HORNSCHUH, 1990, S. 339).

Der Einsatz des Telefons in der Telefonseelsorge ermögliche nicht nur ihre Anonymität, sondern auch ihre "ubiquitäre Präsenz, permanente Repräsentanz, und unlimitierte Zuständigkeit"; zumindest werden diese Merkmale durch das Medium Telefon verstärkt (WIENERS, 1988, S. 295). Die ständige und an jedem Ort gegebene Erreichbarkeit der Telefonseelsorge für nahezu jedermann ermöglicht in Verbindung mit dem Merkmal der „einkanäligen Kommunikation“ Formen der Inanspruchnahme, mit denen sich MitarbeiterInnen der Telefonseelsorge im Zuge der sog. „Daueranruferdebatte“ auseinandergesetzt haben (vgl. SCHMIDT, 1985b; 1990). Im Unterschied zum ursprünglichen Konzept, eine rund um die Uhr verfügbare niedrigschwellige Krisenhilfe für Suizidgefährdete bereitzustellen, entwickelte sich die Telefonseelsorge zunehmend zu einem Angebot für unspezifische und dauerhafte Problemlagen bzw. wurde vor allem von kontaktarmen Menschen als ein solches dauerhaftes Gesprächsangebot genutzt (vgl. SCHMIDT, 1985b; STAUSS, 1990). Damit, so SCHMIDTS Kritik, habe sich die Telefonseelsorge von einem „Notverbandsplatz der Ersten Hilfe“ in eine „Pflegestelle chronischer Leiden“ verwandelt (SCHMIDT, 1985b, S. 367). Gegen diese – wie von KritikerInnen der Daueranruferdebatte eingewandt wird – stigmatisierende Bewertung der „Mehrfachanrufer“ wird darauf verwiesen, dass der Telefonseelsorge eine wichtige gesellschaftliche „Seismographenfunktion“ zukomme und in diesem Zusammenhang auch die unbefriedigten Kommunikations- und Kontaktbedürfnisse vieler Menschen als Ausdruck gesellschaftlicher Desintegration zu deuten seien. Indem die Telefonseelsorge aufdecke, „was in der Öffentlichkeit verschwiegen wird“, spiegele sie der Gesellschaft ihre Probleme wider und könne damit zu Veränderungen beitragen (ALTPETER, 1995, S. 106; vgl. auch „WIR SIND ANWÄLTE DER REALITÄT“, 1990). WIENERS (1988) merkt zudem kritisch an, dass die „Daueranruferdebatte“ in großen Teilen auf der Grundlage von statistischen Daten geführt werde, welche durch undifferenzierte und zudem unklare Kategorisierungen enorm hohe Anteile an „Daueranrufern“ produzierten.²³

Die Telefonseelsorge stellt, wie selbst SCHMIDT (1990, S. 836f) einräumt, für Menschen, die aus dem sozialen und therapeutischen Versorgungsnetz herausfallen, weil sie z.B. andere Formen von unterstützenden Klient-Berater-Kontakten nicht zulassen können, oftmals die einzig verbleibende Hilfsmöglichkeit dar (dazu auch WIENERS, 1988, S. 295).

Ein bundesweites telefonisches Beratungsangebot für ältere Menschen wird hinsichtlich seiner räumlichen Zuständigkeit, der einheitlichen, eventuell kostenfreien Telefonnummer und der thematischen Offenheit Parallelen zur Angebotsstruktur der Telefonseelsorge aufweisen. Dies wirft die Frage auf, inwiefern auch die Formen der Inanspruchnahme beider Beratungsangebote einander ähneln werden. Die Erfahrungen der Telefonseelsorge mit sogenannten „Mehrfachanrufern“ und die diesbezüglichen Auseinandersetzungen sollten bereits im Vorfeld der organisatorischen Ausgestaltung eines bundesweiten Seniorentelefons konzeptionell Berücksichtigung finden. Dies kann z.B. den beraterischen Umgang mit solchem Anrufverhalten und die Frage der kostenpflichtigen bzw. kostenfreien Gestaltung des Angebotes betreffen (vgl. Kap. 4.6.3).

²³ Mittlerweile sind nach Aussagen eines Telefonseelsorgemitarbeiters die Kategorisierungen in den Statistiken verändert worden.

4.1.1.3.2 Anwendungsbereiche und Funktionen telefonischer Beratung

Mit den vielfältigen Anwendungsgebieten und Einsatzmöglichkeiten telefonischer Beratung und auch Therapie beschäftigen sich u.a. KO & LIM (1996) und LESTER (1995); der Schwerpunkt telefonischer Beratung liege im Bereich der Suizidprävention und Krisenintervention. Entsprechende hotlines, die rund um die Uhr einen unmittelbaren und günstigen Zugang zu schnell verfügbarer Hilfe ermöglichen, werden in den USA und in Europa seit den 60iger Jahren großräumig angeboten (LESTER, 1995, S. 57). Sinnvoll sei der Einsatz des Telefons vor allem bei körperlich oder organisatorisch (z.B. durch Pflege eines Angehörigen) in ihrer Mobilität eingeschränkten und bei psychisch sehr schwer belasteten Menschen, die nicht in der Lage sind, face-to-face Beratungsangebote wahrzunehmen. Das Telefon könne zudem die Funktion sozialer Unterstützung für einsame und alleinlebende Personen haben; auch für die Vermittlung erster Informationen und zum Weiterverweisen an andere Dienste sowie zur Überbrückung von Wartezeiten auf Therapieplätze komme telefonischer Beratung eine wichtige Rolle zu (KO & LIM, 1996, S. 264f).

Telefonische Kommunikation wird insbesondere in den USA²⁴ auch als Medium therapeutischer Arbeit eingesetzt, die Diskussion über Vor- und Nachteile dieses Mediums in der Therapie verlaufen parallel zur Auseinandersetzung um Vor- und Nachteile von telefonischer Beratung (vgl. HAAS, BENEDICT & KOBOS, 1996). Telefonisch durchgeführte Therapie findet nach LESTER (1995) vor allem bei Personen mit körperlichen Einschränkungen und bei Menschen, die aufgrund von Abwehr und sozialen Phobien nicht zu persönlichen Kontakten fähig sind, statt. Telefonkontakte würden auch begleitend zu face-to-face Therapie angeboten, entweder als regelmäßig vereinbartes und unterstützendes Gespräch oder aber als Gesprächsangebot für plötzlich auftretende Krisen (S. 60f). Von LESTER (1995, S. 58) vorgestellte Untersuchungen zum Gebrauch des Telefons in Psychoanalyse und Verhaltenstherapie ergaben, dass das Telefon überwiegend zur Unterstützung und Hilfe in Notfällen, vor allem bei AngstpatientInnen zum Einsatz kommt, seltener zur Behandlung von Depressivität.

Das Telefon eigne sich, so die übereinstimmende ExpertInnenmeinung, wegen seiner leichteren Zugänglichkeit für NutzerInnen und seiner großen zeitlichen und räumlichen Reichweite vor allem für den Einsatz in niedrigschwelligen, rund –um die Uhr erreichbaren Diensten. Diesen Elementen kommt insbesondere im Bereich der Krisenintervention und der Suizidprävention eine entscheidende Bedeutung zu, also in Hilfsangeboten für Menschen, die sich in einer akuten und möglicherweise lebensbedrohlichen kritischen Phase befinden (vgl. HORNSCHUH 1990; KIPPER, 1993; MORROW-HOWELL, BECKER-KEMPPAINEN & JUDY, 1998). Ein solch niedrigschwelliges, thematisch umfassendes und jederzeit erreichbares telefonisches Beratungsangebot bietet in der Bundesrepublik Deutschland z.B. die Telefonseelsorge, deren Gründungsmotivation Suizidprävention war (vgl. RIEHL, MARCHNER & MÖLLER 1998; WOLFERSDORF, BLATTNER, NELSON & DALTON-TAYLOR, 1986; vgl. auch Darstellung der Telefonseelsorge in Kap. 4.2.1.6).

In der telefonischen Krisenhilfe der Telefonseelsorge kommen dem Medium Telefon nach STAUSS (1990, S. 349f) vier Funktionen zu, die sich an die Merkmale Erreichbarkeit und Anonymität anschließen:

- Das Telefon als beruhigende Versicherung für den Eventualfall: Das Tag und Nacht angebotene telefonische Gesprächsangebot wirkt schon allein durch seine Existenz beruhigend. Die Telefon-

²⁴ Dies lässt sich mit der räumlichen Situation in den USA erklären, die von der Größe des Landes, einer teilweise geringen Bevölkerungsdichte und – daraus resultierend – großen zu überbrückenden Distanzen geprägt ist.

seelsorge berichtet von entsprechenden „Vergewisserungsanrufen“, mit denen Betroffene sich lediglich versichern wollen, dass „jemand da ist“.

- Das Telefon in seiner „kathartischen“ Bedeutung: Gerade in einer Krisensituation kann die emotionale Entlastung durch das „Sich-Aussprechen“ entscheidend dafür sein, dass „in Phasen der Zuspitzung nicht innerhalb kurzer Zeit die Weichen gefährlich gestellt werden“.
- Das Telefon als Medium zur Einleitung pragmatischer Schritte der Unterstützung: Als zeitsparendes organisatorisches Hilfsmittel erlaubt das Telefon schnelle konkrete Hilfestellungen, wie z.B. die Vermittlung von Adressen anderer Einrichtungen.
- Das Telefon als Medium für das klärende Gespräch: Gerade durch die Bedingungen der anonymen Kommunikation ist es bei der Mehrzahl der Krisenanrufer möglich, mit „gezielten Impulsen zu einer psychischen Verarbeitung anzuregen“. Dies kann vor allem in Form eines „fokussierenden Krisengesprächs“ geschehen, mit dem der Berater „(...) die Aufmerksamkeit seines Gegenübers (...) auf die Brennpunkte seines Krisenerlebens (lenkt)“, in denen „der Schlüssel zur Krisenbewältigung liegt“.

Die konkreten Erfahrungen unterschiedlicher telefonischer Beratungsdienste und Kriseninterventionsdienste (AIDS-Telefon, Krebsinformationsdienst, Telefonseelsorge) zeigen, dass sie oft als erste niedrigschwellige Anlaufstellen fungieren, die die Anrufenden in der Klärung der eigenen Situation unterstützen und sie gegebenenfalls zielgenau an andere Dienste weitervermitteln. Telefonische Beratungsdienste bauen auch ihrem Selbstverständnis nach auf einem vorhandenen Versorgungsnetz zugehender und persönlicher Beratungs- und Hilfsangebote auf. Sie begreifen sich als Ergänzung, nicht als Ersatz für bestehende persönliche Beratungsangebote (SCHNOCKS, 1990, S. 29; HENKEL, 1991; zum Selbstverständnis der Telefonseelsorge siehe KONRAD-VÖHRINGER, 1990, S. 374f).

Der „Vorschlag, das Telefon weniger als Medium der Beratung sondern eher als Eingang zur Beratung zu benutzen“, ergibt sich für HORNSCHUH (1990) bereits aus der theoretischen Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen des Telefons als Medium beraterischer Kommunikation. Seines Erachtens sollte „die eigentliche Arbeit mit den AnruferInnen (...) nicht so sehr am Telefon als vielmehr in Settings des lebendigen Gegenübers in der Beratungsstelle oder auch in den Lebensräumen der KlientInnen geschehen, wo mehrkanalige Kommunikation möglich ist.“ (S. 340f)

Dass auch beim vorhandenem Angebot persönlicher Beratungsdienste dennoch häufig nur ein einmaliger telefonischer Beratungskontakt zustande kommt, unterstreicht nach HELFFERICH et al. (1997, S. 110f.) um so mehr die Notwendigkeit niedrigschwelliger telefonischer Beratungsangebote.

Auch die von MitarbeiterInnen verschiedener Beratungstelefone erfahrene geringe Konkretheit und Spezifität von Anruferanliegen unterstützt die Forderung nach der Vorhaltung niedrigschwelliger telefonischer Beratungsangebote. Unspezifische, d.h. von den AnruferInnen nicht klar formulierte bzw. formulierbare Anliegen können Ausdruck eines allgemeinen Redebedürfnisses und damit einer zum Vorschein kommenden sozialen Isolation sein (zu Aspekten der sozialen Isolation im Alter vgl. u.a. RUBINSTEIN, LUBBEN & MINTZER, 1994), aber auch auf weitgehender Unklarheit über die eigene Lebenssituation beruhen. Darüber hinaus bleiben viele Anliegen zunächst hinter unspezifischen oder auch vermeintlichen (Sach-) Fragen verborgen. TIMMERBRINK & MICHALAK (1999, S. 118f.) weisen darauf hin, dass im prozessorientierten Beratungsverständnis systemischer und auch klientenzentrierter An-

sätze das Anliegen der Anrufenden nicht wie ein "Ziel behandelt [wird], das es unbedingt zu erreichen gilt", sondern vielmehr als "Vehikel" für den Einstieg in einen Beratungsprozess im Sinne der Ratsuchenden fokussiert wird und sich im Laufe dieses Prozesses entsprechend wandelt.

Vor diesem Hintergrund können telefonische Beratungsangebote aufgrund ihrer Niedrigschwelligkeit – die sowohl auf der Ebene der Kontaktaufnahme als auch im Gespräch selber wirksam ist – die Funktion eines „Türöffners“ haben, welcher das Potenzial zur Initiierung weiterer Schritte der Öffnung, Reflexion und möglicherweise Veränderung bei den Beratungssuchenden beinhaltet. Unspezifische Beratungsanliegen, hinter denen oftmals eine Einsamkeitsproblematik zu vermuten ist, werden sowohl von Seiten thematisch breiter Beratungsangebote, wie der Telefonseelsorge, als auch von spezialisierten Krisen- und Interventionsdiensten, z.B. dem Hausnotrufsystem, als häufige Ereignisse berichtet (Interview Frankfurter Hausnotrufdienst, Gruppendiskussion lokale Altenarbeit, Interview Telefonseelsorge, lokal, STAUSS, 1990, S. 342; SCHNEPEL & SCHLOBOHM, 1994, S. 466). Auch auf der Grundlage von NutzerInnenbefragungen durchgeführte Untersuchungen zu telefonischen Beratungsdiensten und deren Klientel stimmen international darin überein, dass das Anliegen vieler AnruferInnen in erster Linie darin besteht, jemanden zum Aussprechen zu haben und soziale Unterstützung zu erhalten, während Information, fachlicher und psychologischer Rat von dieser Personengruppe nicht in gleichem Maße als hilfreich erlebt werden (GINGERICH, GURNEY & WIRTZ, 1988, S. 637; LAZAR & ERERA, 1998, S. 95).

4.1.2 Organisationsformen telefonischer Beratung und Unterstützungsdienste und ihre technischen Voraussetzungen

4.1.2.1 Telefongestützte Beratungs- und Unterstützungsdienste

Das Telefon findet Einsatz in verschiedenen Bereichen psychosozialer Beratung und Information, sowohl in Beratungsangeboten für sehr klar bestimmte Zielgruppen oder Problemfelder (Aidstelefon, Kinder- und Jugendtelefon, Notruftelefone für Frauen) als auch in thematisch breiten Angeboten mit einer großen Zielgruppe (z.B. Telefonseelsorge, regionale Sorgentelefone).²⁵ Telefonische Beratung wird zudem innerhalb verschiedener organisatorischer Kontexte angeboten: So gibt es Beratungsdienste, die ausschließlich telefonische Beratung anbieten. Beispiele dafür sind die Telefonseelsorge und das Kinder- und Jugendtelefon, die von den Anrufenden nur auf diesem Wege kontaktiert werden können und somit beiderseitige Anonymität gewährleisten. Häufig sind telefonische Beratungsangebote jedoch integriert in andere offene Beratungseinrichtungen oder sonstige Institutionen psychosozialer und gesundheitlicher Versorgung (z.B. Kliniken), welche Telefonberatung als einen eigenständigen Dienst neben anderen anbieten. Von einem eigenständigen telefonischen Beratungsangebot sprechen wir im folgenden dann, wenn die AnbieterInnen über die bloße Bekanntgabe der Telefonnummer hinaus das telefonische Beratungsangebot explizit als solches bewerben und eventuell auch eigene telefonische Sprechzeiten ausweisen (zur Definition „telefonische Beratungsangebote“ siehe Kap. 4.2.1.5). Darüber hinaus findet telefonische Beratung allerdings auch außerhalb eigens angebotener telefonischer Beratungsdienste statt. Da die meisten NutzerInnen von Beratungsangeboten die entsprechenden Dienste zunächst telefonisch kontaktieren, bleibt es häufig bei einem einmaligen telefonischen Beratungskontakt, mit dessen Hilfe der Anrufanlass bereits ausreichend bearbeitet und geklärt werden kann.

Auch wenn die Kontaktaufnahme zu telefonischen Beratungs- und Unterstützungsdiensten grundsätzlich ein aktives Zugehen von Seiten der KlientInnen voraussetzt, lassen sich proaktive Elemente der

²⁵ Vgl. die Darstellung der verschiedenen telefonischen Beratungsangebote im In- und Ausland in Kap. 4.2.

Beratung durchaus in dieses Medium integrieren. So arbeiten einige telefonische Beratungsdienste mit verbindlich vereinbarten und terminierten telefonischen Beratungsgesprächen, die von Seiten der BeraterInnen aufgenommen werden. Diese Form der zugehenden telefonischen Beratung bietet die Möglichkeit längerfristiger professioneller Begleitung und Krisenintervention und kombiniert damit die positiven Potenziale einer teilweise aufrechterhaltenen Anonymität und Niedrigschwelligkeit telefonischer Beratung mit dem Element der Verbindlichkeit, welches sonst vor allem in Form von Arbeitsbündnissen und Vereinbarungen zwischen KlientIn und TherapeutIn zum Einsatz kommt. Ein Beispiel für eine solche zugehende Beratung mit Hilfe des Telefons ist das Angebot der Telefonseelsorge Mülheim/Ruhr, Suizidgefährdete durch regelmäßige Anrufe zu unterstützen und zu stabilisieren (vgl. KIPPER, 1993; vgl. auch PAUL, WEITEMEYER & PUDEL, 1986, die über eine Pilotstudie zur telefonischen Beratung von Bulimiepatientinnen nach einem Klinikaufenthalt berichten; vgl. MORROW-HOWELL, BECKER-KEMPPAINEN & JUDY, 1998, zum Angebot von Link-Plus, dazu auch Kap. 4.2.2.3.3).

Das Telefon findet auch Einsatz in Unterstützungsdiensten, deren Ziel nicht die Beratung von einzelnen Anrufenden ist, sondern eher die Vermittlung und die Herstellung eines kommunikativen Netzwerks durch das Telefon. Innerhalb eines solchen Netzwerks sind die Anrufenden nicht EmpfängerInnen von Beratung, sondern nehmen aktiv an sozialen Strukturen teil.

Telefonketten

Für die Zielgruppe der SeniorInnen werden seit Anfang der 70er Jahre sogenannte Telefonketten angeboten, die von sozialen Diensten der Altenarbeit oder auch von SeniorInnen selbst initiiert und betreut werden (vgl. KAUL, 1979; KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE, 1983; 1985; SCHMIDT-BRÜCKEN, 1982; WALD & STÖCKLER, 1991). Ausgangspunkt und Motivation für die Einrichtung von Telefonketten ist das Bestreben, älteren Menschen durch ein gemeinsames Sicherheitsnetz gegenseitiger telefonischer Hilfs-, Unterstützungs- und Notfalldienste den Verbleib in ihrer häuslichen Umgebung zu ermöglichen.²⁶ Zwischen den TeilnehmerInnen einer solchen Telefonkette wird vereinbart, sich regelmäßig, meist täglich, reihum zu einer verabredeten Zeit anzurufen. Dieser Form der organisierten Selbsthilfe kommen unterschiedliche Funktionen zu: Zum einen kann ein Telefonkettenmitglied für den Fall, dass sich ein Gesprächsteilnehmer nicht meldet, unter Umständen rettende Hilfe organisieren. Dies kann älteren Menschen, die die Sorge haben, in der Wohnung zu verunglücken und tagelang nicht gefunden zu werden, ein Gefühl der Sicherheit vermitteln. Telefonketten werden darüber hinaus aber auch zur Kontaktaufnahme genutzt. Neben der Sicherheitsfunktion bieten sie damit die Möglichkeit der sozialen Integration (WALD & STÖCKLER, 1991, S. 42). Vor allem in den 80er Jahren war eine starke Zunahme der Nachfrage nach dieser Form des Selbsthilfedienstes zu verzeichnen (WALD & STÖCKLER, 1991, S. 39f). Auch heute noch werden Telefonketten angeboten und von älteren Menschen genutzt. Manche entstehen durch Initiative von Wohlfahrtsverbänden, andere aus privater Initiative (vgl. KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE, 1999). Voraussetzung für die Nutzung von Telefonketten ist zum einen eine prinzipiell gegebene Kommunikationsfähigkeit, um sich einer solchen Kette überhaupt anschließen und diese mit aufrecht erhalten zu können; zum anderen verlangt das Funktionieren der Kette ein bestimmtes Maß an Disziplin und Zuverlässigkeit (WALD & STÖCKLER, 1991, S. 41).

²⁶ Zu Unterschieden und Gemeinsamkeiten zwischen Telefonketten und Hausnotrufdiensten s. Kap. 4.1.2.2.

Telelink

Eine erweiterte Form der Telefonkette bietet der sogenannte „Telelink“ (zusammenfassende Darstellung bei WALD & STÖCKLER, 1991, S.42f; ALBERTSON, 1986), der durch Konferenzschaltung einer begrenzten Anzahl von GesprächsteilnehmerInnen eine zeitgleiche Kommunikation innerhalb einer festen Bezugsgruppe erlaubt. Telelinks wurden als organisierte Kommunikationsdienste in Deutschland v.a. in den 80er Jahren eingesetzt, um durch Krankheit, Behinderung oder auch psychische Beeinträchtigungen ans Haus gebundenen Menschen die Möglichkeit sozialen Austauschs zu bieten. Die Telelinktreffen wurden von sozialen Diensten initiiert und zumeist auch moderiert. Vor allem in den USA wurden Telelinks auch als Medium der Gruppentherapie genutzt. Nachweise über aktuelle Telelinkangebote ergaben weder Literatur- noch Internetrecherchen, so dass davon auszugehen ist, dass entsprechende Angebote, wenn überhaupt, nur noch vereinzelt existieren.

Telefontreff

Der Telefontreff, erstmalig 1987 in Köln angeboten, funktioniert ebenfalls wie der Telelink durch Konferenzschaltung und kann als medialer Vorläufer der heute üblichen Chat-Rooms im Internet gelten. Da es keine festen TeilnehmerInnen gibt, sondern jede/r sich in den Telefontreff einwählen kann, ist die Gruppenzusammensetzung wechselnd und zufällig. Entsprechend sind auch die Gesprächsinhalte unterschiedlich, die Gruppengespräche werden nicht moderiert. Bei den NutzerInnen handelt es sich überwiegend um Jugendliche und junge Erwachsene. Ältere Menschen nutzen diese Form der telefonischen Kontaktangebote im Unterschied zu den zielgruppenorientierten und sozial und zeitlich verbindlichen Angeboten der Telefonkette fast gar nicht (WALD & STÖCKLER, 1991, S. 42). Telefontreffs sind heute vor allem im kommerziellen Bereich von Erotik-Dienstleistungen verbreitet. Ein thematisch offener, nichtkommerzieller, u.a. auch explizit an Jugendliche adressierter Telefontreff wird in Nürnberg angeboten. Der „Telefontreff 24“ ist über eine Ortsnetznummer zu den üblichen Nah- und Ortsnetzgebühren erreichbar. Als „24-Stunden-Live-Chat“ richtet er sich u.a. explizit an Menschen ohne Computer und verzeichnet nach eigenen Angaben ca. 1000 Anrufe am Tag aus dem gesamten Bundesgebiet (WILLKOMMEN BEIM TELEFONTREFF 24, 2002).

4.1.2.2 Die Kombination von Telefon- und Funktechnik in Hausnotrufdiensten

Für ältere und kranke Menschen werden seit den 70er Jahren europaweit sog. „Hausnotrufsysteme“ eingerichtet (zusammenfassende Darstellung bei ERKERT, 1999a; WALD & STÖCKLER, 1991, S. 46-48; SCHNEPEL & SCHLOBOHM, 1994; Interview Hausnotrufdienst Frankfurt; vgl. auch ADAM, 1998; GRIESHABER, 1997; HOFMANN, 1993; ROSERY, 1996; SCHNABEL, 1997; WETZEL, 1999; WETZEL & CONSTIEN, 2002).

In der Bundesrepublik wurde die Idee des Hausnotrufdienstes erstmalig 1982 in einem Krankenhaus in Wilhelmshaven umgesetzt (WALD & STÖCKLER, 1991, S. 46; ERKERT, 1999a, S. 46). Hausnotrufdienste sollen älteren Menschen einen möglichst langen Verbleib in der häuslichen Umgebung in Selbstständigkeit und Sicherheit gewährleisten. Bei der Einrichtung von Hausnotrufdiensten spielt darüber hinaus oftmals die Überlegung eine Rolle, Kosten bei der persönlichen Betreuung von Alten und Behinderten einzusparen oder aber die durch Rationalisierungsprozesse entstehenden Versorgungslücken auszugleichen (Interview Frankfurter Hausnotrufdienst; WALD & STÖCKLER, 1991, S. 49f). Anbieter von Hausnotrufdiensten sind zumeist Träger von ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe.

Das Hausnotrufsystem erfordert auf Seiten der NutzerInnen eine technische Zusatzeinrichtung für den Telefonanschluss. Diese beinhaltet eine fest am Telefon installierte Basis- oder auch Teilnehmerstation sowie ein mobiles und am Körper getragenes Funkgerät („Funkfinger“), mit dem die NutzerInnen innerhalb ihrer Wohnung die Alarm- und Gegensprechanlagen einer rund um die Uhr besetzten Notrufzentrale auslösen können. Mit Hilfe dieser Technik können sowohl codierte Nachrichten vermittelt (Notrufalarm oder „Mir geht’s gut“- Meldungen) als auch Gesprächsverbindungen hergestellt werden. Im Anschluss daran werden dann gegebenenfalls weitere Maßnahmen durch die Notrufzentrale eingeleitet, z.B. der Ruf eines Rettungswagens, die Benachrichtigung von als Hausnotrufnachgängern tätigen Mitarbeitern oder einer privaten Kontaktperson. Hausnotrufeinrichtungen werden zumeist von alten und/oder kranken Menschen genutzt. In der Notrufzentrale sind die Daten der NutzerInnen, deren Krankheitsgeschichte, die Telefonnummern von ÄrztInnen, Angehörigen und anderen Kontaktpersonen gespeichert. Häufig wird auch der Wohnungsschlüssel in der Zentrale deponiert, wenn dieser nicht bei einer anderen der Notrufzentrale bekannten Kontaktperson, zumeist sind dies Nachbarinnen, hinterlegt ist. Für die Teilnahme am Hausnotrufsystem müssen eine monatliche Gebühr sowie einmalig die Kosten für die Anschaffung des Zusatzgerätes gezahlt werden (ERKERT, 1999a, S. 3; WALD & STÖCKLER, 1991, S. 46f). Eine erweiterte Form des Hausnotrufdienstes bietet der Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e.V. an: Damit sich ältere Menschen nicht nur in ihrer eigenen Wohnung, sondern auch auf der Straße sicher fühlen, gibt der Verband kostenlos gebrauchte Handys aus, die mit einer aktiven Notruffunktion ausgestattet sind und eine Alarmauslösung in der Hausnotrufzentrale auch von unterwegs ermöglichen (FRANKFURTER VERBAND FÜR ALTEN- UND BEHINDERTENHILFE E.V., 2002).

Das Grundkonzept von Hausnotrufsystemen war ursprünglich das einer reinen Notfalleinrichtung, die eine technische Direktverbindung zwischen NutzerIn und Notrufzentrale herzustellen vermag, um in (medizinischen) Notfällen schnelle Hilfe und unter Umständen die Einleitung lebensrettender Maßnahmen zu gewährleisten. Die konkrete Nutzung solcher Notrufsysteme – so die international geteilten Erfahrungen – geht mittlerweile weit über die Notfallhilfe hinaus, welche lediglich einen kleinen Anteil der Gesamtnutzung ausmacht. Dies ist zum einen das Ergebnis des Nutzungsverhaltens, zum anderen aber auch im Dienstleistungsangebot der Hausnotrufdienste selbst begründet. Diese begreifen sich teilweise explizit als Vermittler und Anbieter von allgemeinen Dienst- und Serviceleistungen, so dass sich der Hausnotruf zunehmend zum Servicruf entwickelt. Hausnotruf- bzw. Servicedienste werden zum Beispiel als Erinnerungsstütze zur rechtzeitigen Medikamenteneinnahme, als gesundheitliche Informationszentrale, aber auch für Veranstaltungshinweise genutzt (ERKERT, 1999a, S. 4; SCHNEPEL & SCHLOBOHM, 1994, S. 466). Darüber hinaus bieten Hausnotrufsysteme die – oftmals einzige – Möglichkeit sozialen Kontakts. (Medizinische) Notfälle und medizinische/gesundheitliche Anliegen machen, so die übereinstimmende Erfahrung, weit unter 10 % aller Benachrichtigungen der Zentrale aus; ERKERT (1999a, S. 4) geht nur von 3% medizinisch begründeter Notrufe aus. Mehreren Quellen zufolge (ERKERT, 1999a, S. 5; WALD & STÖCKLER, 1991, S. 47; Interview Hausnotrufdienst Frankfurt) haben ca. 90% der Anrufenden primär das Anliegen, sich zu unterhalten oder alltägliche Probleme zu besprechen. Darüber hinaus werden viele Notrufe als Test für den Ernstfall ausgelöst, was zum Teil ebenfalls auf Kontaktwünsche zurückgeführt werden kann. Damit erfüllen Hausnotrufsysteme sowohl die Funktion der Notfallsicherung als auch präventive medizinische und soziale Funktionen. Bei Hausnotrufsystemen und den im vorigen Kapitel beschriebenen Telefonketten handelt es sich dementsprechend zunächst um funktionale Äquivalente: Beide stellen in ihrem Ursprung Bewältigungsformen für als alterstypisch antizipierte medizinische Notfälle dar; bei beiden haben auch sozialer Kontakt und Kommunikation einen hohen Stellenwert – bei den Telefonketten ist dies programmatisch, bei den Hausnot-

rufen durch das faktische Nutzungsverhalten bedingt. Unterschiede zwischen beiden Hilfsangeboten bestehen in der Form und Organisation der gebotenen Unterstützung zum einen als weitgehend kostenfreie aktivierende Selbsthilfe innerhalb eines Gruppenzusammenhangs, zum anderen als kostenpflichtige professionell geleistete Hilfe eines Anbieters gegenüber einzelnen KundInnen. Telefonketten sind aufgrund fehlender technischer Notfallvorrichtungen nur sehr bedingt für das schnelle Organisieren von Hilfe geeignet. Hausnotrufdienste ermöglichen hingegen keine Peerkontakte älterer Menschen.

Das Hausnotrufsystem kann durch die Möglichkeit codierter Nachrichten- und Alarmmitteilungen mit einfachen Impulsgebungen, ohne hierzu das Telefon bedienen zu müssen, auch von Menschen mit Sprachproblemen und eingeschränkten motorischen Fähigkeiten genutzt werden. Allerdings liegt „die Grenze des Systems dort, wo neben physischen auch psychische Beeinträchtigungen auftreten“; z.B. bei altersverwirrten Menschen (ZAPF, MOLLENKOPF & HAMPEL, 1994, S. 57). Allerdings kann nach den Erfahrungen des befragten Leiters des Frankfurter Hausnotrufdienstes das Hausnotrufsystem bei Menschen in frühen Phasen dementieller Erkrankungen durchaus noch sinnvoll eingesetzt werden (Interview Hausnotrufdienst Frankfurt).

Bislang liegen keine gesicherten Daten zur Verbreitung von Hausnotrufen in der Bundesrepublik vor. Schätzungen gehen davon aus, dass im Jahr 1994 ca. 1% aller über 65-Jährigen an einem Hausnotrufdienst angeschlossen waren, eine damals im europäischen Vergleich niedrige Versorgungsquote (ERKERT, 1999a, S. 4f). Die relativ geringe Akzeptanz durch die Zielgruppen wurde einerseits mit der Kostenpflichtigkeit²⁷ der Angebote in Verbindung gebracht, andererseits mit Befürchtungen hinsichtlich einer möglichen Selbst- und Fremdstigmatisierung als schwach und hilfebedürftig, die insbesondere durch die Sichtbarkeit des mobilen Funkgerätes gefördert werde (SCHNEPEL & SCHLOBOHM, 1994, S.466; Interview Hausnotrufdienst Frankfurt). Auch die Scheu vor dem Umgang mit der Technik wird als Begründung geringer Inanspruchnahme angeführt (ZAPF, MOLLENKOPF & HAMPEL, 1994, S. 56).

Aus wissenschaftlicher und sozialpolitischer Perspektive wurden vor allem in den 80er Jahren Einwände gegen die flächendeckende Einführung von Hausnotrufsystemen vorgebracht. Diese betreffen zum einen datenschutzrechtliche Fragen, zum anderen aber auch die Kritik an den durch Hausnotrufsysteme unterstützten Rationalisierungstendenzen. Durch solche Einrichtungen würden – so die Kritiker damals – größer werdende Lücken in der Versorgung mit sozialen und gesundheitlichen Diensten ausgeglichen bzw. einem weiteren Abbau des Versorgungsnetzes sogar Vorschub geleistet. Auch wurden angesichts der flächendeckenden Ausbreitung von Hausnotrufdiensten in den 80er Jahren Befürchtungen geäußert, dass durch eine technische Versorgung die sozialen Netzwerke der Betroffenen möglicherweise weiter aus der Verantwortung entlassen und Vereinsamung und Isolation alter Menschen gefördert werden (WALD & STÖCKLER, 1991, S. 50).

4.1.2.3 Der Einsatz des Telefons im Rahmen computerbasierter und anderer elektronischer Informations- und Kommunikationssysteme in Unterstützungs- und gesundheitlichen Versorgungsdiensten

Kommunikationshilfen für hör-, sprach- und motorisch beeinträchtigte Menschen

Für Menschen mit schweren motorischen Einschränkungen wurden in Forschungsprojekten und auch von Privatfirmen verschiedene Modelle computerbasierter Telefonsysteme entwickelt, die durch die

²⁷ Inzwischen übernehmen bei Pflegebedürftigen vielfach die Pflegekassen die anfallenden monatlichen Kosten.

Module der Spracherkennung und der Sprachausgabe die Aufnahme telefonischer Kommunikation ohne Tasten- und Hörerbedienung, d.h. im Freisprechmodus, ermöglichen (ZAPF, MOLLENKOPF & HAMPEL, S. 59).

Die kommunikativen Möglichkeiten gehörloser und hörbehinderter Menschen haben sich in den letzten Jahren insgesamt stark verbessert. Kommunikationsmittel wie Fax, E-Mail, SMS, oder Chat-Programme stehen ihnen ebenso offen wie Hörenden. Darüber hinaus nutzen Hörbehinderte Schreib- und Bildtelefone und zahlreiche weitere Hilfen wie Sprachverstärker oder Blinkanlagen und Funk-Vibratoren, die eingehende Telefonate anzeigen (vgl. zu diesem Komplex u.a. BERGER, 2001; KAPLAN, 1996; KEPLER, TERRY & SWEETMAN, 1992; ROSS, 2001; TERRY et al., 1992). Viele technische Schwierigkeiten treten dabei auf; immer wieder wird etwa – insbesondere bei schnurlosen Telefonen – über Rückkopplungen beim gleichzeitigen Einsatz von Hörgeräten und Sprachverstärkern berichtet.

Aktuelle Forschungen und technische Weiterentwicklungen konzentrieren sich in starkem Maße darauf, die Kommunikation zwischen handelsüblichen Telefonen und speziell für die Bedürfnisse Gehörloser konstruierten Geräten zu ermöglichen bzw. zu optimieren. Sogenannte Schreibtelefone ermöglichen mit Hilfe eines Fernschreibers, der am normalen Telefon angeschlossen wird, auch Hörbeeinträchtigten die telefonische Kontaktaufnahme und Kommunikation. Da diese Art des Kontakts jedoch nur mit Personen möglich ist, die ebenfalls Zugang zu einem Schreibtelefon haben, wurden in verschiedenen Städten Vermittlungsstellen eingerichtet, die Dolmetscherdienste für die telefonische Kommunikation zwischen Gehörlosen und Hörenden ohne Schreibtelefon anbieten. In der Bundesrepublik werden zur Zeit insgesamt vier verschiedene Telefonvermittlungsdienste von unterschiedlichen Trägern und mit unterschiedlichem Dienstleistungsangebot – in einem Fall z.B. können Hörgeschädigte per Bildschirmtelefon in Gebärdensprache mit der Vermittlungszentrale Kontakt aufnehmen – betrieben bzw. befinden sich im Aufbau (vgl. die Zusammenstellung der verschiedenen Angebote in RELAY-SERVICES, 2002). Die Integration von Schreibtelefonen in Hausnotrufsysteme ist möglich (WALD & STÖCKLER, 1991, S. 53f). Im Rahmen des bereits seit längerem betriebenen Telescript-Gehörlosen-Telefons in der Schweiz (vgl. HOFER, 1999; KLEEB, 2001), welches geschriebenen Text über die normale Telefonleitung unmittelbar zu anderen Schreibtelefonen übermitteln kann, hat man sich für eine Vermittlung durch Personen entschieden. Die Telefonvermittlung *Procom* stellt die Verbindung zu 'normalen' Telefonen her; die vermittelnde Person liest dem hörenden Empfänger den gesendeten Text vor bzw. verschriftet die von dem hörenden Anrufer gesprochene Mitteilung.

In den Vereinigten Staaten wird im Rahmen des sog. Tele-Talk-Projekts (vgl. MIERZEJEWSKI et al., 1999) unter anderem durch Einsatz von Spracherkennungssoftware daran gearbeitet, Hörbehinderten eine weitgehend normale Kommunikation über das Telefon zu ermöglichen. Das multinationale, von der Europäischen Kommission geförderte Projekt WISDOM (*Wireless Information Service for Deaf people on the Move*; vgl. BAUER, 2001), an dem von deutscher Seite die RWTH Aachen mitwirkt, verfolgt derzeit das Ziel, ein auf die Bedürfnisse von Gehörlosen zugeschnittenes Mobiltelefon zu entwickeln, welches Gebärdensprache übermitteln und dekodieren kann.

Bildtelefongestützte Kommunikationssysteme als Dienstleistungsangebot für ältere Menschen

Die Vorläufer heutiger Bildschirmtelefontechnik wurden in Deutschland bereits vor dem Zweiten Weltkrieg entwickelt und eingesetzt, 1929 führte Krawinkel die erste funktionstüchtige Fern-Seh-Sprechanlage im Reichspostzentralamt in Berlin vor. Die erste öffentlich zugängliche und genutzte Fernseh-sprechverbindung wurde 1936 zwischen den Fernseh-sprechzellen in Berlin und in Leipzig für den Pub-

likumsverkehr geöffnet. Das kurz zuvor verlegte Fernseekabel zwischen Berlin und Leipzig diente als Übertragungsmedium²⁸ (BARNEKOW & BERNHARDT, 1995, S. 55f). Auch heute finden Bildtelefone Einsatz als Kommunikationshilfe für behinderte und insbesondere hörgeschädigte Menschen. Durch ISDN ist eine Übertragung von bewegten Bildern in einer auch für die Kommunikation in Gebärdensprache ausreichenden Bildqualität möglich (DEUTSCHE TELEKOM AG, 1999, S. 59).

Die Kombination aus telefonischer und Bildschirmkommunikation findet vor allem Einsatz in Projekten sog. „Haustele Dienste“ und des „Virtuellen Altenheims“ (zusammenfassende Darstellung bei ERKERT, 1999a; 1999b).²⁹ Haustele Dienste sind bildbasierte soziale Unterstützungsdienste für ältere Menschen. Das erste Pilotprojekt in der BRD wurde in Frankfurt vom Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e.V. durchgeführt. Von 1991 bis 1999 wurden im Rahmen des Pilotversuchs „TeleCommunity“ mehrere ältere und behinderte Menschen durch den Haustele Dienst, einen videofonbasierten sozialen Unterstützungsdienst, betreut. Ziel des Haustele Dienstes war es, älteren Menschen in ihrer Häuslichkeit durch regelmäßigen Kontakt zur Dienstzentrale Gesprächsmöglichkeiten zu bieten und ein qualitativ hochwertiges Beratungs- und Informationsangebot bereitzustellen, welches auch die Begleitung älterer Menschen bei der Erschließung weitergehender Hilfen beinhaltete. Das Angebot des Hausnotrufdienstes war ebenfalls integriert (ERKERT, 1999a, S. 5f).

BLOSSER-REISEN wies 1990 auf die Möglichkeiten der Förderung sozialer Teilhabe vor allem behinderter älterer Menschen durch den Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnik hin. In der pflegerischen Versorgung und bei grundlegenden Aktivitäten der Haushaltsführung seien – so ihre damalige Einschätzung – professionelle Dienste jedoch nicht durch Technik zu ersetzen. Inzwischen werden moderne Informations- und Kommunikationstechniken über die Förderung sozialer Kontakte hinaus durchaus auch im Bereich der pflegerischen Versorgung eingesetzt bzw. modellhaft erprobt, insbesondere in Form des sog. „virtuellen Altenheims“, welches eine Weiterentwicklung des Haustele Dienstes darstellt (vgl. ERKERT, 1999b; 1999c; ERKERT & VON BANDEMER, 1996; 1998; HILBERT, 1998). Dieses soll älteren Menschen auf der Grundlage eines modular abrufbaren Dienstleistungsangebots den gesamten Komfort und die Versorgungssicherheit eines Alten- und Pflegeheims bieten, wobei diese Leistungen nicht als physische Einheit, sondern dezentral erbracht werden. Auf der Basis der Kopplung von Bildtelefonen und Notrufsystemen können sich KundInnen ihr individuelles Dienstleistungspaket zusammenstellen, welches Notruf- und Pflegedienste, sowie soziale und hauswirtschaftliche Dienste und anderes enthalten kann. Technische Grundlage ist ein Netz von durch ISDN- und Kabelfernsehverbindung hergestellten Kommunikationswegen (BANDEMER & ERKERT, 1996; S. 33f.; ERKERT, 1999b, S. 1f). Das Home-Terminal wird derzeit v.a. als computerunabhängiges „Stand-Alone-Gerät“ konzipiert, da die Akzeptanz computerintegrierter Geräte bei der aktuellen Zielgruppe nicht zu erwarten ist (BANDEMER & ERKERT, 1996, S. 41).

Drei Formen der Kommunikation soll das virtuelle Altenheim bereitstellen:

- Seine wichtigste Funktion ist das persönliche Gespräch zwischen TeilnehmerIn und Dienstzentrale. Jede/r Ratsuchende erhält dort sofortige Hilfe oder aber weiterführende Unterstützung.

²⁸ Unter den ersten Teilnehmern befand sich bereits damals ein taubstummer Mann aus Leipzig, der durch diese neu geschaffene Verbindung in Lautsprache ein Gespräch mit seinem Jugendfreund führen konnte (vgl. BARNEKOW & BERNHARDT, 1995, S. 56).

²⁹ Die hier beschriebenen Projekte wurden von Empirica – Gesellschaft für Kommunikations- und Technologieforschung mbH – konzipiert und wissenschaftlich begleitet.

- Eine Sprech- und Kabelfernsehverbindung der Zentrale mit mehreren TeilnehmerInnen zugleich ermöglicht eine kostengünstige Erbringung von Informationsleistungen durch die Dienstzentrale.
- Die Dienstzentrale kann via Konferenzschaltung zwischen Dienstleistern und KundInnen direkt vermitteln. Dies ist eine Möglichkeit zur Vermittlung und Einleitung von Dienstleistungen insbesondere für Ratsuchende, die nicht allein in Gesprächskontakt mit dem Dienstleister treten möchten (BANDEMER & ERKERT, 1996, S. 38).

Das Konzept des „Virtuellen Altenheims“ wurde Ende der 90er Jahre in Bielefeld im Rahmen des Projekt „TESS“ (Entwicklung und Erprobung bildbasierter Telekommunikationsservices für Senioren) erprobt. Durchgeführt wurde das Projekt vom dort ansässigen Evangelischen Johanneswerk e.V. in Zusammenarbeit mit der Deutschen Telekom (ERKERT, 1999b, S. 3). Nach Beendigung des Modellversuchs Ende 1999 wurde das Angebot vom Evangelischen Johanneswerk aufrechterhalten. Laut HILBERT & SCHARFENORTH (o.J.) standen allerdings sowohl Akzeptanzprobleme als auch die hohen Anschaffungskosten für Bild- und Fernsehtelefone einer Ausweitung des Angebots entgegen.

Analog zur Kritik an Hausnotrufsystemen in den 80er Jahren sehen BAUER & HÜRTE (1996, S. 85) auch hier die Gefahr, dass „die skizzierten Visionen (..) in die Richtung gehen, mit multimedial erzeugten Kontakten direkte menschliche Kontakte zu ersetzen“. Insbesondere die bisher noch verbreitete technikablehnende Haltung von älteren Frauen, also potenziellen Nutzerinnen, werde dabei von den zumeist „männlichen Technikanbietern“ ignoriert. REIMANN (1990) bewertet hingegen die Nutzung "Neuer Medien" durch ältere Menschen als sinnvolle Möglichkeit zur Förderung ihrer Integration bzw. Re-Integration in die sog. "Informationsgesellschaft"; Medien können demnach alterskorrelierte Defizite und Desintegrationsprozesse partiell kompensieren.

Der Einsatz telefon- und datenbankgestützter Informations- und Kommunikationssysteme am Beispiel Telemedizin³⁰

Verschiedene Kombinationen von Informations- und Kommunikationstechniken finden seit den 80er Jahren vor allem in den USA, seit den 90er Jahren zunehmend auch in Deutschland unter dem Oberbegriff TeleHealth bzw. Telemedizin Anwendung bei der Erbringung medizinischer und gesundheitlicher Leistungen (ZIPPERER, 2001, S. 8). Mit Hilfe der vorhandenen Informations- und Kommunikationstechnologien (Telefon, Internet, Bildschirmübertragung) soll der Informationsfluss zwischen allen am Gesundheitswesen Beteiligten verbessert werden. Solche kombinierten Systeme finden sowohl in der direkten Kommunikation zwischen ÄrztInnen / Krankenhaus und PatientIn, z.B. in der Ferndiagnose Anwendung (Homecare) als auch zur verbesserten Kommunikation zwischen den an der gesundheitlichen Versorgung eines Patienten beteiligten ÄrztInnen, Krankenhäusern, Apothekern usw. (Vernetzung von Versorgungsabläufen). Schließlich werden Informations- und Kommunikationssysteme in offen zugänglichen gesundheitlichen Beratungs- und Informationsdiensten eingesetzt. In Abhängigkeit vom Anbieter (kommerzielle, öffentliche Gesundheitseinrichtungen) sind solche Angebote kostenfrei oder kostenpflichtig. Ungelöste Probleme der Telemedizin bestehen noch im Bereich Datenschutz und Qualitätssicherung, letztere vor allem bei offen zugänglichen Patienteninformationssystemen, sowie in der Frage rechtlicher Haftung (vgl. JÄCKEL, SCHOLLMAYER & DUDECK; 2000; WALD & STÖCKLER, 1991, S. 57ff). Die verschiedenen Systeme verlangen nicht alle die Nutzung eines eigenen Computers.

³⁰ Zusammenfassende Darstellungen bei ZIPPERER (2001) und JÄCKEL, SCHOLLMAYER & DUDECK (2000).

Vor allem im Bereich von Patienteninformationssystemen bieten mittlerweile CallCenter qualifizierte medizinische und gesundheitliche Informationen und Beratung über das Telefon an (ZIPPERER, 2001, S. 10).

Als telefonisch zugängliche Informationssysteme finden insbesondere sogenannte IVR-Dienste (Interactive Voice Response) Anwendung. Die IVR-Technologie benötigt als technische Ausstattung auf Seiten der NutzerInnen lediglich ein Tasten-Ton-Telefon.³¹ Die Nutzung von IVR-Diensten funktioniert auf Grundlage eines modularen Systems, mit dem parallel zur Aufnahme einer Hörverbindung durch Tastenwahl ein anonymer Zugang zu Informationssystemen hergestellt werden kann, welche die gewünschten Daten in akustischer Form, d.h. als gesprochene Sprache, bereitstellen. Mit Hilfe von IVR-Systemen können Informationsdatenbanken auch für Bevölkerungsgruppen zugänglich gemacht werden, die nicht über Computer- und Internetanschluss verfügen (MUNDT, KAPLAN & GREIST, 2001, S. 29).³² Die Nutzung der beschriebenen Systeme zur Information und Beratung von PatientInnen im Gesundheits- und Medizinbereich setzt ein relativ hohes Maß an kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten voraus (WALD & STÖCKLER, 1991, S. 59).

³¹ Einige dieser IVR-Dienste können mittlerweile auch auf der Grundlage von Spracherkennungsprogrammen mit Freisprechgeräten bedient werden.

³² Vgl. Kap. 4.2.2.3.3: Darstellung eines in den USA angebotenen kostenlosen IVR-Dienstes zu Demenzerkrankungen.

4.2 Bestandsaufnahme vorhandener telefonischer Beratungsdienste für ältere Menschen

4.2.1 Beratung für ältere Menschen in der Bundesrepublik Deutschland: Rahmenbedingungen und Struktur

Im Folgenden werden zunächst kurz die rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen für die Beratung älterer Menschen in Deutschland skizziert. Anschließend soll die Struktur der Beratung älterer Menschen in Deutschland allgemein und der telefonischen Beratung im Besonderen beschrieben und Beispiele für telefonische Seniorenberatungsangebote angeführt werden. Da von den Kommunen in der Regel die Beratung älterer Menschen im Rahmen des § 75 BSHG unter der Überschrift *Altenhilfe* geleistet wird, wird im folgenden die Beratung älterer Menschen unter das Konzept der *Altenhilfe* gefasst. "Unter *Altenhilfe* (...) versteht man die Gesamtheit aller Maßnahmen und Einrichtungen außerhalb der Sozialversicherung und der Versorgung zugunsten älterer Menschen, die das Ziel haben, jene wirtschaftlichen und sozialen Schwächen, die mit einem höheren Lebensalter verbunden sein können, soweit zu mildern bzw. auszugleichen, dass auch ältere Menschen die in unserer Gesellschaftsordnung verfolgten Lebenslageziele weitgehend erreichen können, insbes. das Ziel der Verwirklichung eines menschenwürdigen, wirtschaftlich gesicherten und eine Persönlichkeitsentfaltung ermöglichenden Lebens." (LAMPERT, 1998, S. 355).³³

Die Struktur der Angebote zur Beratung, Hilfe und Unterstützung älterer Menschen in Deutschland ist durch die Verteilung der Maßnahmen der Altenhilfepolitik auf unterschiedliche staatliche Regelungsebenen gekennzeichnet; der Querschnittcharakter der altersspezifischen Bedürftigkeit in den verschiedenen Lebensbereichen (Einkommen, Beschäftigung, Gesundheit, Wohnen, Kultur und Bildung) erschwert einen einheitlichen Problemzugang. So existiert bislang in Deutschland weder ein klar abgrenzbares Feld der Altenhilfepolitik noch ein die verschiedenen Formen der Altenarbeit und -hilfe zusammenführendes Gesetz. Ein Altenhilfestrukturgesetz, das die verschiedenen Bereiche bündeln soll, ist in Planung (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2002b).

4.2.1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Hilfe, Unterstützung und soziale Absicherung älterer Menschen in Deutschland werden im Rahmen der sozialen Hilfe, namentlich des Bundessozialhilfegesetzes, vor allem aber im Rahmen der verschiedenen Systeme sozialer Vorsorge (in erster Linie Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Rentenversicherung), z.T. auch im Rahmen von sozialer Förderung und sozialer Entschädigung geleistet. Damit verbunden sind jeweils unterschiedliche Rechtsstellungen der Leistungsempfänger. Im folgenden sollen einige Folgen dieser verschiedenen Systeme diskutiert werden. Vertieft werden sollen anschließend der Beratungsauftrag im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes und die rechtlichen Grundlagen der kommunalen Altenhilfe gemäß § 75 Bundessozialhilfegesetz.

Während die Altenhilfe als solche lediglich im BSHG verankert ist und eine Leistungspflicht, nicht jedoch einen Leistungsanspruch kennt (SCHULTE, 2001), zeichnet die Sozialversicherungssysteme hin-

³³ Unterteilt wird die Altenhilfe in stationäre, teilstationäre und offene Altenhilfe. Als Angebote der offenen Altenhilfe gelten Einrichtungen wie Altenclubs, ambulante und soziale Dienste und Altenberatungsstellen; sie dienen jeweils der Unterstützung von in Privathaushalten lebenden älteren Menschen (HOLZ, 1987, S. 26). Für die häufig in Ehrenamtlichkeit organisierten Angebotsformen, die auf die aktivere Gruppe der älteren Menschen ausgerichtet sind (z.B. Altenclubs, Altenbegegnungsstätten, Seniorenbüros) hat sich z.T. auch die Bezeichnung *Altenarbeit* durchgesetzt (ZEMAN & SCHMIDT, 1999).

sichtlich der Rechtsstellung von Leistungsempfängern ein hoher Grad der Verrechtlichung aus. Hilfe und Unterstützung sind hier gekennzeichnet durch eine starke Typisierung der Leistungen und das Wahl- und Wunschrecht in Bezug auf Leistungsträger, -inhalt und -erbringer. Damit einher geht allerdings die Fragmentierung der Bedarfslagen, d.h. diese setzen sich aus spezifischen Rechtsansprüchen auf unterschiedliche Leistungen zusammen, die gegenüber unterschiedlichen Leistungsträgern erhoben werden und von wiederum unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht werden. In der Folge wird von Anbietern weniger auf umfassende als auf je spezifische Bedarfslagen eingegangen und die Gesamtheit der Ansprüche und Angebote sowie deren rechtliche Grundlagen sind (nicht nur) für ältere Menschen kaum noch zu überblicken (SCHULTE, 2001, vgl. auch BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2001b, S. 288).

Hinsichtlich der beschriebenen Fragmentierung des Angebots ist allerdings darauf hinzuweisen, dass durch die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes bezogen auf eine Risikoart – die Pflegebedürftigkeit – ein thematisch sehr umfassender Beratungsauftrag formuliert wurde. In § 7 SGB XI³⁴ sind Aufklärung und Beratung der Versicherten über präventive, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Möglichkeiten der Lebensführung und gesundheitsfördernde Maßnahmen gefordert. Vorgeschrieben sind zudem fachliche Beratung und Information von Versicherten und Angehörigen in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen – hinsichtlich der Leistungen der Pflegekassen, der Voraussetzungen ihrer Inanspruchnahme aber auch hinsichtlich der Leistungen und Hilfen anderer Träger. Nach § 12 SGB XI sollen die Pflegekassen in Kooperation mit den Trägern der ambulanten und stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung die für die Versorgung von Pflegebedürftigen notwendigen Hilfen koordinieren und das störungsfreie Ineinandergreifen der verschiedenen Leistungsarten garantieren. Gefordert ist also im SGB XI eine umfassende Beratung, Aufklärung und Leistungsvermittlung, ohne dass im einzelnen festgelegt wäre, welche Institutionen die Leistungsträgerschaft eines solchen Beratungsangebotes übernehmen sollen. Einzelne Landespflegegesetze machen präzisere Vorgaben; so sieht das Nordrhein-Westfälische Landespflegegesetz in § 4 die in enger Kooperation der Träger zu gewährleistende trägerunabhängige Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen vor, aber auch von Personen, die von Pflegebedürftigkeit bedroht sind (HEINEMANN-KNOCH & KORTE, 2002).³⁵

Unter Prävention und Prophylaxe in diesem Sinne kann auch Beratung in Fragen des Wohnens und der Wohnanpassung, in allgemeinen Gesundheits- und Ernährungsfragen, in Fragen der Erholung, der Kommunikation, Freizeit und Bildung verstanden werden (HEINEMANN-KNOCH & KORTE, 2000, S. 38f.). Die Maßnahmen in letztgenanntem Bereich treten den durch Einsamkeit und soziale Isolation verursachten gesundheitlichen Störungen entgegen.

"Alle Leistungen in diesen Bereichen dienen sowohl der primären (Ausschalten von Faktoren, die Krankheiten, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit verursachen können) als auch der sekundären (Sicherstellung frühestmöglicher Diagnose und Therapie durch Vorsorgemaßnahmen) sowie der tertiären Prävention (Reduzierung bestehender Krankheiten, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bzw. Hinauszögern einer Verschlimmerung)." (HEINEMANN-KNOCH & KORTE, 2000, S. 39).

³⁴ SGB XI vom 26.5.1994 (BGBl. I. S. 1014).

³⁵ Entsprechende Vorschriften finden sich z.B. auch in den §§ 1 Abs. 4 und 16 des Landespflegegesetzes Baden-Württemberg (vom 11. September 1995). Die Beratung pflegebedürftiger Menschen und von Pflegebedürftigkeit Bedrohter, ihrer Angehörigen und Pflegepersonen soll alle sie betreffenden Angelegenheiten der Pflege sowie soziale und medizinische Maßnahmen der Pflegevermeidung sowie die Vermittlung von Leistungen umfassen und möglichst gemeinsam durchgeführt werden (Abs. 3, 4).

Die gesetzlichen Grundlagen der allgemeinen kommunalen Altenhilfe sind seit 1961 in § 75 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) festgelegt (KLIE, 1997³⁶). Das BSHG regelt individuelle nachrangige Hilfen als einseitige staatliche Leistungen ohne Gegenleistungen unabhängig vom Grund der Hilfebedürftigkeit. Es handelt sich dabei nicht um allgemeine Leistungen des Staates, sondern um Pflichtaufgaben im Rahmen der Sozialhilfe bei breitem Gestaltungsspielraum der Kommunen; individuelle Leistungsansprüche – wie sie z.B. KARL (1990) fordert – bestehen nicht (SCHULTE, 2001; ZEMAN & SCHMIDT, 1999). Formen der Sozialhilfe sind persönliche Hilfe, Geldleistung oder Sachleistung. Für die Altenhilfe als Hilfe in besonderen Lebenslagen schreibt der Gesetzgeber vor, sie solle dazu beitragen,

"Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen" (BSHG § 75 Abs. 1).

Das abzudeckende Spektrum reicht von Unterstützung in Belangen des Wohnens, der Heimübersiedlung, der eigenen (ehrenamtlichen) Betätigung bis hin zur Unterstützung bei der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste, sozialer Kontakte sowie kultureller und geselliger Veranstaltungen und Einrichtungen (Abs. 2). Hervorzuheben ist, dass die Hilfen auch der Vorbereitung auf das Alter dienen können und einkommensunabhängig zu gewähren sind (Abs. 3). Die Kommunen sollen einzelfallbezogene materielle und immaterielle Hilfen³⁷ wie auch Infrastrukturentwicklungsaufgaben leisten (ZEMAN & SCHMIDT, 1999). Die besondere Bedeutung der psychosozialen Beratung als Aufgabe der Sozialarbeit im Rahmen der kommunalen Altenhilfe wird zuweilen betont (MÜHLUM, 1989). Träger der Altenhilfe sind vor allem die kreisfreien Städte und Landkreise.

Für den Bereich der Beratung älterer Menschen ist neben § 75 BSHG auch § 8 BSHG relevant. Demzufolge erstreckt sich die Beratungspflicht der Kommunen nicht allein auf Fragen der Sozialhilfe, sondern auch auf "die Beratung in sonstigen sozialen Angelegenheiten, soweit letztere nicht von anderen Stellen oder Personen wahrzunehmen ist" (§ 8 Abs. 2). Teils erfüllen die Kommunen durch die kommunalen Seniorenberatungsstellen auch die Gewährleistungspflicht nach §§ 13 bis 15 SGB I (HEINEMANN-KNOCH & KORTE, 2002). Steuerungsinstrumente der Altenhilfe sind Altenhilfeplanungen der Kommunen sowie Bundes- und Landesaltenpläne.

Für die Altenhilfe gilt das Prinzip der Nachrangigkeit. Sozialhilfeträger und Träger der Freien Wohlfahrtspflege sollen sich gegenseitig ergänzen, die Sozialhilfeträger sollen die Verbände unterstützen und von eigenen Maßnahmen absehen, wenn Hilfe durch die freie Wohlfahrtspflege gewährleistet wird oder werden kann. Das Prinzip der Nachrangigkeit soll es Hilfebedürftigen ermöglichen, Leistungen von Organisationen ihrer Wahl in Anspruch nehmen zu können. Altenhilfe nach § 75 stellt eine Ergänzung zu allen sonstigen sozialhilferechtlichen Leistungen dar, die für alte Menschen in Betracht kommen.

4.2.1.2 Altenhilfestruktur: Problematische Aspekte und Herausforderungen

Aufgrund der sozialrechtlichen Struktur ist die deutsche Altenhilfe geprägt durch ein Nebeneinander von individuellen Ansprüchen und institutionellen Einrichtungen, von Daseinsvorsorge und Leistungs-

³⁶ Im folgenden wird auf das BSHG in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. März 1994 Bezug genommen. (BGBl. I S. 646, ber. S. 2975, BGBl. III 2170-1). Maßgebliche Änderungen des Altenhilfeparagraphen im BSHG, namentlich die präventive Ausrichtung, die Einkommensunabhängigkeit der Leistungen und die Umwandlung der Regelung von einer Kann- in eine Soll-Vorschrift, erfolgten 1969 und 1974 (HOLZ, 1987).

³⁷ Die einzelfallbezogenen Hilfen werden allerdings vergleichsweise selten gewährt. 1995 nahmen in Deutschland 9624 Menschen Altenhilfe im Sinne von § 75 BSHG in Anspruch, während 185 000 über 65-jährige Menschen Hilfe zum Lebensunterhalt beanspruchten (LAMPERT, 1998, S. 359).

anbietern (sog. *Welfaremix*, vgl. HOTTELET, 1998). So entsteht ein Pluralismus der Finanzierungsformen und Einrichtungen, der zu mehr Wahlmöglichkeiten für den Einzelnen beiträgt, jedoch zugleich die "Gefahr einer zusätzlichen Verunsicherung" birgt (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2001b, S. 287).

Kritisiert wird die Verankerung der Altenhilfe im Bundessozialhilfegesetz. So besteht kein Rechtsanspruch auf Hilfe und Vermittlung, und die Maßnahmen der offenen Altenhilfe in den Kommunen schöpfen die rechtlichen Möglichkeiten des § 75 nicht hinreichend aus (KARL, 1990).

Weiter wird von KARL (1990) die Kritik formuliert, dass Altenhilfe in Deutschland häufig zu spät einsetze und nur mehr reagieren könne, Prävention und Gestaltung dagegen zu kurz kämen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Altenhilfe kämen – so die Kritik – meist erst zum Einsatz, wenn die Selbsthilfekräfte der Betroffenen und ihrer Angehörigen bereits erschöpft seien und würden dann unter hohem Handlungsdruck tätig. Die Intervention greife in derartig zugespitzten Krisensituationen um so einschneidender in Alltag und Lebensbereiche der KlientInnen ein, die zunehmend Autonomie verlören und sich nicht mehr als Auftraggeber von Dienstleistungen, sondern nur noch als Hilfeempfänger sehen könnten. KARL (1990) plädiert daher dafür, der Prävention in der Altenarbeit einen höheren Stellenwert einzuräumen und fordert zugehende Hilfen im Rahmen einer offenen sozialen Altenarbeit und einen Rechtsanspruch auf Information und Hilfevermittlung.

Während die genannten Probleme die Altenhilfestruktur in Deutschland bereits seit langem prägen, bewirkten die Verabschiedung des SGB XI und die finanzielle Krise der Kommunen tiefgreifende Veränderungen. Die Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes führte, so SCHMIDT & KLIE (1999, S. 14), zu großen Irritationen in den Kommunen und zu einem "Niedergang" der konventionellen Altenhilfeplanungen; als Stichworte seien der Abbau staatlicher Förderung der freigemeinnützigen Dienste und Einrichtungen, die neue Dominanz medizinisch-pflegerischer Sichtweisen, das kooperative Verantwortungsmodell für Infrastruktur, Qualität und Sicherstellung der Pflege, eine Internationalisierung der Pflege durch die Expansion von internationalen Pflegekonzernen und ein sich weiter verschärfender Preiswettbewerb genannt. In der aktuellen Finanzkrise kommunaler Sozialpolitik geraten u.a. aufgrund der Ansiedlung der Altenhilfe im BSHG die Einrichtungen und Maßnahmen der sozialen Altenarbeit in wachsendem Maße in den Bereich der fiskalisch relativ ungesicherten sog. "freiwilligen Leistungen" der Kommunen und sind somit zunehmend von Kürzungen bedroht und betroffen (ZEMAN & SCHMIDT, 1999). Die Wurzel der krisenhaften Situation in der Altenhilfe sehen SCHMIDT & KLIE (1999, S. 17) "in der Verbindung kommunaler Einsparpolitik mit Logik betriebswirtschaftlichen Handelns der Träger". Zunehmend eingeschränkte Handlungsspielräume der freigemeinnützigen Anbieter und der Rückgang ihrer marktwirtschaftlich nicht konkurrenzfähigen und intern nicht refinanzierbaren Angebote seien eine Folge dieser Entwicklung; im Bereich der Pflege und des Betreuten Wohnens habe sich das Steuerungsprinzip der marktorientierten Organisation sozialer Dienstleistungen weitgehend durchgesetzt.

Aus den Problemlagen, welche aktuell die Struktur der Altenhilfe in Deutschland charakterisieren, erwachsen neue Aufgabenstellungen und nach SCHMIDT & KLIE (1999) ein Bedeutungszuwachs gestaltender kommunaler Sozialpolitik. Kommunen wie Länder könnten und sollten den Autoren zufolge durch finanzielles Engagement im pflegeflankierenden Spektrum (z.B. Sozialarbeit im Kontext ambulanter Pflege) wie auch im Feld der traditionellen offenen Altenarbeit bestehende und drohende Versorgungsdefizite ausgleichen. Auch ZILLER (1998) betont – die Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge von 1997 aufgreifend – die besondere Verantwortung der Kommunen,

die aus dem verfassungsrechtlichen Grundverständnis einer "Allzuständigkeit" der Kommunen für die Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft erwachsen. Die Schwerpunktaufgaben liegen ihm zufolge im Bereich der Bedarfserhebung, der Planung, der Koordinierung von Hilfen, Diensten und Einrichtungen für ältere Menschen und der fachqualifizierten Beratung. Die Zuständigkeit der Kommunen wird mit der mit zunehmendem Lebensalter wachsenden Bedeutung des unmittelbaren Lebensumfelds und ortsnaher Unterstützung und Hilfe begründet (ZILLER, 1998). Angesichts der konstatierten Unübersichtlichkeit der Altenhilfestruktur könnte Beratung durch die Kommunen – so die ähnliche Argumentation von EIFERT & ROTHGANG (1999, S. 460) – ihr besonderes Profil durch ein übergreifendes Themenspektrum entwickeln, das über den Pflegebereich hinausgeht und die Schnittstellen zu den anderen sozialen Sicherungssystemen einschließt.

Was bedeutet die zunehmende marktförmige Organisation sozialer Angebote nun konkret für die Beratung älterer Menschen? Anlässlich des 20jährigen Bestehens der kommunalen Seniorenberatungsstelle in München im Jahr 1999 wird eine Neubestimmung der Funktion von Seniorenberatung auf dem "Sozialmarkt" vorgenommen:

"Auf diesem Markt kann nicht von vornherein davon ausgegangen werden, dass die Anbieter sozialer Dienstleistungen aufgrund von Vereinbarungen oder qua "Berufsethos" die Qualität ihrer "Produkte" auch immer sicherstellen, zumal verbindliche Qualitätsstandards und Regelungen für deren Einhaltung bislang fehlen. Seniorenberatung ist also auch Verbraucherberatung; ihre Aufgabe ist es, das Angebot an sozialen Dienstleistungen transparent zu machen und dem "Kunden" eine rationale Entscheidung zu ermöglichen." (LANDESHAUPTSTADT MÜNCHEN, SOZIALREFERAT, ALTENHILFE, o.J., S. 2).

Seniorenberatung dürfe sich jedoch nicht auf die Vermittlung zwischen Angebot und Nachfrage beschränken, sondern müsse in Rechnung stellen, dass einer Anbieterseite, die sich auch an Fragen der Rentabilität orientiere, oftmals auf der Nachfrageseite nicht der Kunde als "mündiger Vertragspartner" gegenüberstehe. Dazu tragen auf Seiten älterer Menschen und ihrer Angehörigen bei Überforderung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen durch eine sich rasch verändernde Pflegelandschaft, Auslastung durch Anforderungen des Alltags, krisenhafte Lebenssituationen und akuter Handlungs- und Entscheidungsdruck bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit. Neben der Gewährleistung von Transparenz im Altenhilfesektor sieht die Beratungsstelle der Abteilung Altenhilfe der Landeshauptstadt München als zweite zentrale Aufgabe von Seniorenberatung das frühzeitige Erkennen von kontraproduktiven Entwicklungen in der Praxis und die Einspeisung der Informationen in sozialplanerische Prozesse (LANDESHAUPTSTADT MÜNCHEN, SOZIALREFERAT, ALTENHILFE, o.J., S. 2f.).

4.2.1.3 Das geplante Altenhilfestrukturgesetz als Möglichkeit der Optimierung der Altenhilfestruktur

Ausgehend von den genannten Problemfeldern wird seit einigen Jahren ein dem Kinder- und Jugendhilfegesetz vergleichbares Gesetz für den Altenhilfebereich gefordert und vorbereitet (z.B. ZILLER, 1992³⁸). Das Gesetz wurde unter den Bezeichnungen "Gesetz über Hilfen, Dienste und Einrichtungen für ältere Menschen" und "Seniorenförderungsgesetz" diskutiert (SCHULTE, 2001, BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2001b, S. 288, SCHMIDT & KLIE, 1999) und trägt mittlerweile den Arbeitstitel "Altenhilfestrukturgesetz" (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE,

³⁸ Vgl. die Ankündigung der Ministerin Dr. Christine Bergmann im März 2000 zur Eröffnung des dreijährigen Bundesmodellprogramms "Altenhilfestrukturen der Zukunft", dass an dessen Ende ein Altenhilfestrukturgesetz stehen solle (DAS HEIM DARF NICHT ZUM ALBTRAUM WERDEN, 2000).

SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2002b). Mit einem solchen Gesetz soll auf die Unübersichtlichkeit des Hilfesystems für ältere Menschen, die zunehmende Notwendigkeit von Koordination der unterschiedlichen Träger und Altenhilfefelder, die fehlenden Rechtsansprüche und die Systemwidrigkeit der Ansiedlung einer Altenhilfeverpflichtung im Bundessozialhilfegesetz reagiert werden (ZEMAN & SCHMIDT, 1999; KLIE, 1992). Die Praxis der Altenhilfe erhofft sich davon eine Konkretisierung der eigenen Aufgaben, eine einheitlichere Gestaltung und klarere Handlungsvorgaben. Die beiden zentralen Aufgabenfelder sind die Partizipation älterer Menschen zur Stärkung ihres bürgerschaftlichen Engagements und ihrer gesellschaftlichen Teilhabe einerseits und die Altenhilfe andererseits. Von wesentlicher Bedeutung werden die Themen Beratung, Begleitung und Case-Management sein (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2002b).

"Im Bereich der Altenhilfe soll ein Strukturangel behoben werden, der in einer schwer überschaubaren Gemengelage von Diensten, Hilfen und Einrichtungen mit jeweils spezifischer Aufgabenstellung und unterschiedlicher Trägerschaft besteht. In Deutschland gibt es eine Vielzahl guter und vorbildlicher Angebote, um älteren Menschen möglichst lange ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Dazu tragen beispielsweise Mahlzeitendienste, ambulante Pflegedienste oder organisierte Nachbarschaftshilfe bei. Diese Einrichtungen arbeiten zwar auf einem hohen Standard, erhebliche Defizite bestehen jedoch in der Koordination, Kooperation und Vernetzung der bestehenden Angebote. Folge dieses Mangels ist oftmals eine ineffiziente und unökonomische Nutzung dieser Hilfen. Durch eine bedarfsgerechte Abstimmung der verschiedenen Hilfeangebote, verbunden mit einer umfassenden Beratung über die bestehenden Angebote, sollen ältere Menschen die für sie jeweils optimale Hilfe zum richtigen Zeitpunkt erhalten." (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2002b)

4.2.1.4 Lokale Beratungsstruktur

Beratung und Information älterer Menschen werden im § 75 BSHG nicht ausdrücklich genannt – die Rede ist dort von *Hilfe*. Welche Arten von Hilfen vorgehalten werden, ist dem Gestaltungswillen der Kommunen überlassen. Beratung und Information als spezielle Formen von Hilfe, die neben präventiven Potenzialen und dem Effekt der Stärkung von Selbsthilfekompetenzen vor allem eine geringe Eingriffstiefe der Maßnahme auszeichnet, sind im Sinne des § 75 Aufgabe der Kommunen – die wiederum aufgefordert sind, das diesbezügliche Engagement freier Träger zu unterstützen.

Neben Beratungsstellen in kommunaler Trägerschaft gibt es eine kaum übersehbare Vielfalt von Einrichtungen vor Ort, die zum Teil ausschließlich, zum Teil neben ihrem sonstigen Leistungsspektrum Beratung für ältere Menschen anbieten.³⁹

Das Beratungsangebot für Seniorinnen und Senioren zeichnet sich gegenwärtig u.a. durch folgende allgemeine Merkmale aus:

- Seniorenberatung wird – so sie existiert – vor allem auf kommunaler Ebene vorgehalten und richtet sich an Seniorinnen und Senioren vor Ort, d.h. in den Städten und Landkreisen.
- Ob vor Ort ausgewiesene Seniorenberatungsstellen existieren und wie diese gegebenenfalls ausgestaltet sind, ist von Kommune zu Kommune verschieden. Die Ausstattung mit Seniorenbera-

³⁹ Ziel der vorliegenden Studie war es nicht, die Beratungslandschaft für ältere Menschen erschöpfend abzuhandeln. Es sei jedoch an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass in den vergangenen Jahren in den Ländern und Kommunen eine Vielzahl von unterschiedlichen Seniorenberatungskonzepten umgesetzt und erprobt wurden. Eine Zusammenschau dieser Konzepte und eine Auswertung ihrer Ergebnisse erscheint angeraten. So kritisiert HAEBERLE (1995), dass im Altenhilfebereich eine Vielfalt von Modellen und Konzepten erprobt wurde und wird, aber Defizite hinsichtlich der Transparenz und Zugänglichkeit der Konzepte und der Umsetzung der Modelle bestehen. Er fordert eine Datenbank für Modellprojekte in der Altenhilfe.

tungsstellen in ländlichen Regionen ist beispielsweise sehr viel schlechter als in Städten (KARL, 1990).

- Meist sind nicht nur Beratung und Information, sondern auch Koordination, Vernetzung, Problemanalyse, Vermittlung und bei Beratungsstellen in kommunaler Trägerschaft auch Infrastrukturentwicklung (Altenhilfeplanung) Aufgaben der Beratungseinrichtungen.
- Viele Beratungsangebote für ältere Menschen und ihre Angehörigen auf kommunaler Ebene informieren und beraten nur zu einem eng umrissenen Themenbereich; im Mittelpunkt stehen die Komplexe Pflege und Wohnen.⁴⁰
- Muttersprachliche Informations- und Beratungsangebote für ältere MigrantInnen sind bislang selten (EVERS, 2002)⁴¹.

Seniorenberatung wird von unterschiedlichen Trägern und in unterschiedlicher Trägerstruktur angeboten:

- Träger lokaler Seniorenberatungsstellen sind zum Teil die jeweiligen Kommunen. Angegliedert ist die Seniorenberatung im Bereich der sozialen Dienste, zumeist in Abteilungen für Altenhilfe⁴². Die kommunalen Seniorenberatungsstellen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer strukturellen Anbindung und des Aufgabenprofils der BeraterInnen⁴³.
- Kommunen sehen in der Regel die Gewährleistung eines Mindestmaßes an Transparenz der Altenhilfestrukturen vor Ort als eine ihrer Aufgaben. Dazu gehört das Erstellen von Übersichten über Beratungseinrichtungen vor Ort, z.B. in Form von sog. "Seniorenführern", "Seniorenwegweisern" oder "Seniorenratgebern". Gestaltung und Qualität dieser Zusammenstellungen sind bislang sehr unterschiedlich und nicht immer zufriedenstellend. In einigen Kommunen werden zur Unterstützung der Beratungstätigkeit umfangreiche Datenbanken zu Angeboten für ältere Menschen angelegt (so z.B. beim Seniorentelefon in Köln).
- Träger lokaler Seniorenberatung sind auch Kirchen und Wohlfahrtsverbände (z.B. die im Rahmen des Modellprojekts Seniorenberatung des Landes Nordrhein-Westfalen geförderten Seniorenberatungsstellen (vgl. HEINEMANN-KNOCH & KORTE, 2000).

⁴⁰ So bieten z.B. in Baden-Württemberg die 1992 landesweit eingerichteten IAV-Stellen Information, Anlauf und Vermittlung rund um das Thema Pflege; die Landesförderung für diese Stellen wurde 1998 eingestellt (vgl. GABMANN, 2000, S. 413, LÜCK, 2002); die Wohnberatungsstelle in München bietet sozialpädagogische und architektonisch-bautechnische Beratung und Hilfe zum Thema Wohnen im Alter an (zum Münchner Programm zur Wohnungsanpassung vgl. BRAUN, GEISSLER & WIEDEMANN, 1989), insbesondere zu Wohnungsanpassungen und anderen Maßnahmen, die einen Verbleib unterstützungsbedürftiger älterer Menschen in der eigenen Wohnung ermöglichen (KRONEWITER, 2002). Weiter ist auf die Wohnberatungsstellen in NRW zu verweisen und die entsprechende Internetseite des Düsseldorfer Sozialministeriums (<http://www.wohnberatung.nrw.de/index.html>).

⁴¹ 2001 wurde in Berlin die erste Beratungsstelle für türkische SeniorInnen durch den VDK eröffnet. Ähnliche Einrichtungen bestehen in Lünen, Hameln, Frankfurt und Bochum (LEIHS, 2002a, 2002b).

⁴² Die entsprechenden Abteilungen unterscheiden sich z.T. hinsichtlich der Namensgebung. Während die Bezeichnung *Altenhilfe* gegenwärtig noch gängig ist, wird z.B. in Hannover durch die Bezeichnung *Kommunaler Senioren Service* ein stärker dienstleistungs- als hilfebezogenes Selbstverständnis zum Ausdruck gebracht.

⁴³ Während einige Seniorenberatungsstellen ausschließlich Beratungsaufgaben haben, sind andere z.B. mit Begutachtungen für den Leistungsbezug nach dem BSHG und Aufgaben des Krankenhaussozialdienstes betraut. Kommunale Seniorenberatungsstellen können bei Altenbegegnungsstätten angegliedert sein, in der Abteilung Altenhilfe des Allgemeinen Sozialdienstes verankert oder den kommunalen Seniorenbeauftragten zugeordnet sein (HEINEMANN-KNOCH & KORTE, 2000, S. 35).

- Neben den Beratungsstellen einzelner Träger gibt es auch trägerübergreifende Beratungsangebote. So wurden z.B. ab 1999 in Hessen auf Initiative des Landes trägerübergreifende Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere und pflegebedürftige Menschen eingerichtet⁴⁴.
- Neben die genannte allgemeine Seniorenberatung durch Kommunen tritt die u.a. leistungsbezogene Beratung der (Kranken- und Pflege-)Kassen, der Rentenversicherungsträger und der Leistungsanbieter (so z.B. durch SozialarbeiterInnen in ambulanten Pflegediensten oder im Krankenhaussozialdienst).
- Weitere Beratungsangebote werden von den Sozialverbänden VdK⁴⁵ und Sozialverband Deutschland vorgehalten. Diese Verbände bieten für Mitglieder beispielsweise sozialrechtliche Beratung und Information sowie Übernahme fachgerechter Antragstellung auf Leistung bei entsprechenden Ämtern und Vertretung vor dem Sozialgericht an.
- Auch die politischen Vertretungen älterer Menschen – die lokalen Seniorenräte und Seniorenbeiräte – bieten teilweise Beratung für ältere Menschen an. Sie verstehen sich als Vertretung und Ansprechpartner der älteren Menschen in der Kommune und leisten Beratung ehrenamtlich.
- Weiter finden sich Informations- und Beratungsangebote für Seniorinnen und Senioren im Rahmen von Angeboten der offenen Altenarbeit in freier Trägerschaft. Zu nennen sind hier insbesondere die im Rahmen des vom damaligen Bundesministerium für Familie und Senioren 1994 aufgelegten Modellprogramms entstandenen Seniorenbüros. Diese verstehen sich unter anderem als allgemeine Anlauf- und Vermittlungsstellen für ältere Bürgerinnen und Bürger (CLAUSSEN, 1996) und werden in einzelnen Kommunen, wie die Offenburger Seniorenbefragung zur Nutzung der Angebote der Altenhilfe zeigte, auch von mehr SeniorInnen in Anspruch genommen als die einzelnen Angebote von kommunaler Verwaltung, Kirchen, Wohlfahrtsverbänden und Pflegediensten (MÄRMER & ALBERT, 1998). Mancherorts erfüllen die Seniorenbüros auch Clearing- und Koordinationsfunktionen (HELMBRECHT, 1998).⁴⁶ Es bestehen diesbezüglich allerdings deutliche Unterschiede zwischen Groß- und Kleinstädten. In Kleinstädten übernehmen die Seniorenbüros häufig – oft ehrenamtlich – Beratungs- und Vermittlungsfunktionen, die andernorts Angebote in kommunaler Trägerschaft innehaben; dies wird z.T. durch finanzielle Zuschüsse der Kommunen honoriert. Dagegen konzentrieren sich Seniorenbüros in Großstädten auf die Beratung zu und Vermittlung in nachberufliche Tätigkeitsfelder.⁴⁷

⁴⁴ Im Rahmen dieses Landesprogramms wurde nach zweijähriger Vorbereitung im Jahr 2000 z.B. in Gießen in gemeinsamer Trägerschaft von Kommunen und Wohlfahrtsverbänden eine Beratungsstelle für ältere Menschen eröffnet (WER KOMMT, WEIß NICHT MEHR WEITER, 2002, 19. April). Die Landesförderung für das Projekt wurde im Jahr 2000 von der neuen hessischen Landesregierung eingestellt (GABMANN, 2000).

⁴⁵ Weitere Informationen unter <http://www.vdk.de/> [6.6.2002]. Vom VdK Bayern wird mittlerweile ein neuer Telefon-Service angeboten; Montag bis Freitag von 9 bis 20 Uhr sind MitarbeiterInnen eines Callcenters mit Sitz in Chemnitz unter einer kostenpflichtigen Service-Nummer (0,41 Cent pro Minute) erreichbar (NEUER VDK-TELEFON-SERVICE. HEIBER DRAHT ZUM VDK, 2002).

⁴⁶ Beispielhaft sei hier auf die Seniorenbüros Gotha und Alfeld verwiesen. Das Seniorenbüro Gotha versteht sich als Anlauf- und Kontaktstelle für Senioren. Unter dem Leitmotiv "Senioren helfen Senioren" werden Gruppenangebote unterstützt, eigene Angebote (z.B. Sprachkurse) sowie eine Möbelsammel- und Tauschstelle organisiert. Zudem werden Beratung, Vermittlung und Information zu nachberuflichen Tätigkeitsfeldern und Seniorenhilfe angeboten. 80% der Anfragen, die das Seniorenbüro Gotha von älteren Menschen und ihren Angehörigen erhält, beziehen sich allerdings nicht auf den Wunsch nach ehrenamtlichem Engagement, sondern auf Fragen rund ums Wohnen und auf Probleme des täglichen Lebens (vgl. Expertengespräch mit dem Seniorenbüro Gotha). Das beim Seniorenbüro Alfeld angesiedelte Sorgentelefon wird von einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin betrieben, die unter ihrer privaten Telefonnummer "Tag und Nacht" erreichbar ist (vgl. <http://www.alfeld.de/vereine/seniorenbuero/nena-sorgentelefon.htm>) [20.7.2002].

⁴⁷ Expertengespräch Seniorenbüro Hamburg, 5.3.2002, vgl. auch <http://www.seniorenbuero-hamburg.de/> [20.7.2002].

4.2.1.5 Telefonische Beratung und Unterstützung älterer Menschen

Wie die Angebote der Seniorenberatung insgesamt sind auch die telefonischen Beratungs- und Unterstützungsangebote für ältere Menschen sehr heterogen. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der Zielsetzungen und Zielgruppen, der bedienten Themen und Anliegen, der Trägerschaften und Finanzierungsarten. Weitere Unterschiede betreffen räumliche Zuständigkeit, zeitliche Erreichbarkeit, Personalstruktur sowie das Verhältnis zu und die Kooperation mit anderen Angeboten.

Wie vielgestaltig und vielfältig die Struktur vor Ort sein kann, lässt sich exemplarisch anhand der telefonischen Beratungsangebote rund ums Alter einer deutschen Großstadt zeigen. In Hannover bildete sich 1999 ein Arbeitskreis "Telefonische Beratung im Alter" (vgl. dazu ausführlich GÖRGEN, KREUZER, NÄGELE & KRAUSE, im Druck). Dort waren allein acht Anbieter telefonischer Beratung für ältere Menschen vertreten. Dies waren das lokale telefonische Beratungsangebot der Alzheimergesellschaft Hannover, das Auskunft- und Beratungstelefon für Senioren des Kommunalen SeniorenService Hannover, die Telefonsprechstunde des Seniorenbeirats, das Pfliegetelefon eines freien Trägers, die Telefonberatung für Senioren und Angehörige eines Pflegeanbieters, das Notruftelefon für Pflegeprobleme des Sozialverbands Deutschland e.V., das telefonische Beratungsangebot des Bundesmodellprojekts (BMG) Ambulante Gerontopsychiatrische Zentren (AGZ) und das Krisen- und Beratungstelefon im Alter des Bundesmodellprojekts (BMFSFJ) "Gewalt gegen ältere Menschen im persönlichen Nahraum".

Im folgenden Abschnitt werden die wichtigsten Formen telefonischer Beratungs- und Unterstützungsangebote in Deutschland in einer Übersicht und exemplarisch vorgestellt.

Die Übersicht telefonischer Seniorenberatungsangebote in Deutschland wurde zunächst auf der Grundlage umfangreicher Internet- und Literaturrecherchen erstellt. Aus den so ermittelten Angeboten wurden Beispiele für die verschiedenen Angebotsarten ausgewählt. Die durch Recherchen gewonnenen Informationen wurden bei Bedarf durch telefonische oder face-to-face Interviews vertieft, um Zusendung von schriftlichen Informationsmaterialien wurde gebeten.

Nur ein quantitativ nicht bekannter Teil aller Beratungsstellen und -telefone für ältere Menschen wird im Internet präsentiert, und nur selten sind derartige Beratungsdienste Gegenstand wissenschaftlicher Publikationen. Schriftliches Material zu Beratungsangeboten für ältere Menschen liegt vielfach nur als "graue" Literatur vor – insbesondere in Form von Broschüren und Faltblättern – und war nur begrenzt zugänglich. Weitere Informationen über Beratungsangebote konnten über Recherchen in Presseorganen mit meist lokalem Bezug gewonnen werden.

Das genannte Auswahlverfahren und die Datenquellen begrenzen die Aussagefähigkeit der folgenden Ausführungen. Es wird nicht der Anspruch erhoben, eine erschöpfende Darstellung telefonischer Beratungsangebote rund ums Alter zu präsentieren; vielmehr geht es im Hinblick auf das Ziel der Untersuchung darum, die praktizierten Möglichkeiten der Ausgestaltung telefonischer Beratungsdienste auszuloten.

Die Auswahl war geleitet von zwei zentralen Kriterien. Zum einen sollte jede spezifische Form der telefonischen Seniorenberatung Berücksichtigung finden. D.h. es sollten Angebote in unterschiedlicher Trägerschaft (freie Träger, kommunale Träger und Zusammenschlüsse mehrerer Träger), mit unterschiedlicher Personalstruktur (ehrenamtliche und professionelle BeraterInnen) sowie mit unterschiedlicher regionaler und inhaltlicher Zuständigkeit vorgestellt werden. Zum anderen sollten die vorgestellten

Angebote die der jeweiligen Angebotsform inhärenten Potenziale möglichst weitreichend ausschöpfen⁴⁸.

Generell gilt, dass jegliche Seniorenberatungsstelle auch telefonisch erreichbar ist. Diese Erreichbarkeit allein qualifiziert die Angebote jedoch nicht automatisch als *telefonische* Beratungs- und Unterstützungsangebote. In der vorliegenden Auswertung werden nur solche Einrichtungen als telefonische Angebote gewertet, die ausdrücklich telefonische Beratung oder Unterstützung anbieten, d.h. im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit auf die Möglichkeit telefonischer Beratung und Unterstützung hinweisen, die Telefonnummer bewerben und in der Regel entsprechende Sprechzeiten ausweisen; es muss also ersichtlich sein, dass die Beratung per Telefon vorrangiges oder zumindest gleichberechtigtes Ziel der Einrichtung ist. Einrichtungen, die ihre Telefonnummer veröffentlichen und das Telefon lediglich als Medium zur ersten Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung verstehen, können in diesem Sinne nicht als telefonische Beratungsangebote gelten. Diese Abgrenzung ist sicher nicht in jedem Fall eindeutig vorzunehmen, erlaubt aber eine Klassifikation der Angebote. Weitere Differenzierungen sind erforderlich. So bestehen zwischen einem ausschließlich telefonisch erreichbaren Angebot und – um ein Beispiel zu nennen – einer kommunalen Seniorenberatung, die unter anderem telefonische Beratung anbietet, maßgebliche Unterschiede. Eine Sonderstellung nehmen die sogenannten Hausnotrufdienste ein, bei denen es sich primär um Unterstützungsangebote für Notfälle handelt, die aber in der Praxis von den KundInnen auch für Beratung und Information genutzt werden (SCHNEPEL & SCHLOBOHM, 1994).

Während Hausnotrufdienste in Deutschland mittlerweile weit verbreitet sind, gibt es nur in einigen – in der Regel größeren – Kommunen telefonische Beratungsangebote für Ältere. Diese werden meist entweder von den Kommunen (dort angegliedert an die Altenhilfeabteilungen) oder von freien Trägern angeboten. Zu unterscheiden sind Beratungsstellen mit hauptamtlichen Kräften und ehrenamtlich arbeitende Dienste, die sich neben der Seniorenberatung der Förderung bürgerschaftlichen Engagements verschreiben. Vor allem in großen Kommunen wie Berlin und Hamburg finden sich neben allgemeinen telefonischen Beratungsangeboten für SeniorInnen auch spezialisierte telefonische Angebote so z.B. zum Thema Pflege. Überregionale telefonische Beratung für ältere Menschen beschränkt sich bislang auf spezifische Fragestellungen (z.B. Pflege, Alzheimer). Derartige Angebote sind vor allem, aber nicht nur für die Zielgruppe der älteren Menschen und ihrer Angehörigen konzipiert. Pflegebezogene Beratungsangebote beispielsweise wenden sich genauso an jüngere Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Einzelne dieser überregionalen Angebote sind trägerübergreifend organisiert, andere an einen Träger gebunden.⁴⁹

Neben seniorenspezifischen Beratungstelefonen gibt es auf Bundes- wie auf Länderebene telefonische Beratungseinrichtungen, die sich nicht nur an die Altersgruppe der über 60jährigen und ihre Angehörigen wenden, aber gleichwohl auch von diesen genutzt werden. Dies sind sowohl thematisch offene Beratungsangebote wie z.B. die Telefonseelsorge, als auch sehr spezialisierte telefonische Beratungsdienste zu spezifischen Krankheiten.⁵⁰

⁴⁸ Zum Beispiel orientierte sich die Auswahl eines Beispiels für telefonische Seniorenberatung in kommunaler Trägerschaft daran, wie explizit telefonische Beratung angeboten wird und ob Beratung ausschließliche Aufgabe der Stelle oder eine unter vielen Aktivitäten ist.

⁴⁹ Die im nächsten Kapitel folgenden Beschreibungen der Beratungstelefone zu Gewalt, Misshandlung und Pflege gehen auf die Zusammenstellung in GÖRGEN, KREUZER, NÄGELE & KRAUSE (im Druck) zurück; dort findet sich eine umfangreiche Darstellung auch von hier nicht aufgenommenen Angeboten wie z.B. den Bonner und Siegener Initiativen Handeln statt Misshandeln, die ebenfalls telefonische Beratung anbieten (vgl. dazu auch HIRSCH & ERKENS, 1999).

⁵⁰ Zu nennen ist hier neben dem im folgenden Kapitel ausführlich vorzustellenden Alzheimer Telefon z.B. der telefonische onkologische Auskunftsdienst (<http://www.krebsinformation.de>), der unterstützt vom Bundesgesundheitsministerium und dem baden-württembergischen Sozialministerium seit 1986 am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg betrie-

Telefonische Beratungs- und Unterstützungsangebote für ältere Menschen verfolgen unterschiedliche Zielsetzungen. Einige sehen sich als reine Informationsvermittlungsangebote, andere bieten Beratung in Sachfragen, wieder andere Beratung in Krisensituationen an, und z.T. geht es den Beratungstelefonen auch darum, Einsamkeit und damit einhergehenden thematisch eher unspezifischen Gesprächsbedarf aufzugreifen. Vorrangiges Ziel der Hausnotrufdienste ist dagegen der schnelle Zugang zu Hilfe und Unterstützung in Notfällen im eigenen Haushalt⁵¹.

Weitere Ziele der kommunalen Angebote sind Bedarfs- und Defizitanalysen für sozialpolitische Planungsprozesse und – dies trifft für die durch ehrenamtliche Mitarbeit getragenen Projekte zu – die Unterstützung von Ehrenamtlichkeit und Sinnvermittlung durch nachberufliche Tätigkeit.

Hinsichtlich der räumlichen und thematischen Zuständigkeiten lässt sich das Angebot folgendermaßen gliedern

1. Beratungsangebote mit regional begrenzter Zuständigkeit

- allgemeine telefonische Seniorenberatung
- telefonische Beratung zu spezifischen Fragestellungen
- Hausnotrufdienste

2. Beratungsangebote mit überregionaler Zuständigkeit

- telefonische Beratung zu spezifischen Fragestellungen
- allgemeine telefonische Beratung

Im folgenden werden anhand dieser Klassifikation einige telefonische Beratungsangebote beispielhaft vorgestellt.

4.2.1.6 Beispielhafte Darstellung telefonischer Beratungsangebote für ältere Menschen

1. Beratungsangebote mit regional begrenzter Zuständigkeit

allgemeine telefonische Seniorenberatung

Seniorentelefon Frankfurt /M.

trägerübergreifende ehrenamtliche Information und Weitervermittlung im "Seniorenrathaus"

Träger des Seniorentelefons Frankfurt sind der "Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe", ein Träger vorwiegend ehemals städtischer Einrichtungen, und die Stadt Frankfurt. Das Seniorentelefon, wie der Sozialdienst für ältere Menschen angesiedelt im "Seniorenrathaus"⁵² der Stadt,

ben wird (HENKEL, 1991). Ein weiteres bundesweites telefonisches Angebot gibt es zum Thema Aids (vgl. DÜCKER, FRANKEN & THEILACKER, 1994, SCHNOCKS, 1989).

⁵¹ Wengleich sie sich über das technische Angebot hinaus zunehmend als Kommunikationsangebote und im Rahmen eines ganzheitlich-sozialarbeiterischen Ansatzes als erste Ansprechpartner für ältere und behinderte Menschen verstehen (HAEBERLE, 1995; vgl. Kap. 4.1.2.2).

⁵² Der Name "Seniorenrathaus" wurde gewählt, weil man durch eine positiv klingende Bezeichnung der eher negativen Besetzung des Begriffs „Sozialamt“ entgegenwirken wollte. (Interview Frankfurter Hausnotrufdienst).

versteht sich primär als Informations- und Vermittlungstelefon. Die Gespräche verfolgen das Ziel, den Zuständigkeitsbereich für das entsprechende Problem zu bestimmen und die Anrufenden an die jeweilige Einrichtung weiter zu verweisen. Das Seniorentelefon – erreichbar Montags bis Donnerstags zwischen 9 und 16 Uhr und Freitags zwischen 9 und 14 Uhr – und die ebenfalls im Seniorenratshaus angesiedelte Freizeitbörse sowie das dortige Internetcafe werden von einer Hauptamtlichen und 40 Ehrenamtlichen betrieben. Bekannt gemacht wird das Seniorentelefon vor allem über die vom Frankfurter Verband herausgegebene "Seniorenzeitschrift", die alle drei Monate erscheint und in allen Apotheken kostenlos ausliegt.⁵³

Seniorentelefon der Stadt Köln

hauptamtliche telefonische (und elektronische) Informationsvermittlung und Beratung durch die Kommune

Das Seniorentelefon der Stadt Köln besteht seit 1997. Es versteht sich als Beratungsangebot (primär telefonisch, jedoch auch persönlich) und Informationsvermittlungsstelle und ist Montags bis Freitags von 9 bis 13 Uhr und von 14 bis 16 Uhr erreichbar. Die Daten zu allen seniorenpezifischen Angeboten in Köln werden auf Anfrage kostenlos per E-mail oder ausgedruckt postalisch verschickt. Das Seniorentelefon Köln verfügt aktuell über 1.800 Datensätze zu den Themenschwerpunkten Freizeit, Bildung, Kultur, Gesundheit, Erholung, Sport, Hilfen zu Hause, Pflege, persönliche Hilfen und Beratung, Wohnen, finanzielle Hilfen, Rente und Vergünstigungen. Die regelmäßige Aktualisierung der Daten wird durch kontinuierliche Auswertung der lokalen Medienberichterstattung gewährleistet. Zwei Mitarbeiterinnen auf 1,5 Planstellen (eine Verwaltungsfachkraft und eine Sozialarbeiterin) sind für die Beratung zuständig. Die Datensätze stehen ab 2002 sowohl den MitarbeiterInnen in den Bezirkssozialämtern als auch den SeniorenberaterInnen der Wohlfahrtsverbände zu Verfügung. Als Besonderheit ist ein in unregelmäßigen Abständen organisiertes Expertentelefon zu nennen, in dessen Rahmen Fachleute an öffentlich angekündigten Terminen zu bestimmten Themen Auskunft geben. Im Mai 2001, d.h. nach etwa vier Jahren Betrieb, ging beim Seniorentelefon Köln der 10.000ste Anruf ein.⁵⁴

Berliner Seniorentelefon des Humanistischen Verbands, Landesverband Berlin

generationenübergreifendes bürgerschaftliches Engagement und Gesprächs- und Informationsangebot für Senioren

Das Berliner Seniorentelefon ging 1993 aus einem Projekt von Studierenden der Technischen Universität Berlin zum Thema Verständigung der Generationen hervor. Es wird von zwei hauptamtlichen und 25 in dreimonatiger Einarbeitungszeit geschulten ehrenamtlich Tätigen getragen. Die telefonischen Sprechzeiten sind mit jeweils zwei Ehrenamtlichen besetzt. Das Berliner Seniorentelefon will vor allem der Einsamkeit älterer Menschen in der Großstadt und Informationsdefiziten entgegenwirken, Hilfe zur Selbsthilfe bieten und den Anrufenden Entlastung vermitteln. Die BeraterInnen wollen AnsprechpartnerInnen in Krisensituationen und bei Gesprächsbedarf sein, sie verstehen sich erst in zweiter Linie als Stelle zur Information und Weitervermittlung an andere Einrichtungen. Das

⁵³ Expertengespräch Seniorentelefon Frankfurt /M., vgl. auch <http://www.frankfurter-verband.de/pages/Beratung/seniorentel.html> [6.6.2002].

⁵⁴ DAS SENIORENTELEFON DER STADT KÖLN (2002); vgl. auch <http://www.lebenswege.de/bettenboerse/krat.htm#Seniorentelefon> [6.6.2002].

Seniorentelefon Berlin will zudem einen Beitrag zum generationenübergreifenden bürgerschaftlichen Engagement leisten und entsprechend wird nicht nur die Bedeutung der beratenden Tätigkeit für die Beratungssuchenden, sondern auch für die BeraterInnen hervorgehoben. Für die 30- bis 80-jährigen Beratenden aus östlichen wie westlichen Stadtbezirken kann die ehrenamtliche Betätigung Kontaktmöglichkeiten bieten, Krisenbewältigung im Übergang in den Ruhestand leisten und zur Erschließung neuer Kompetenzen beitragen. Finanziert wird das Seniorentelefon aus Mitteln der Liga der Freien Wohlfahrtsverbände, aus Spendenmitteln und aus Mitteln der Arbeitsförderung. Die Sprechzeiten des Seniorentelefons sind Montag, Freitag und Sonntag 14 bis 16 Uhr und Mittwoch 12 bis 14 Uhr. Auswertungen der Beratungsarbeit aus den Jahren 1994 und 1995 zufolge gingen monatlich 30 bis 50 Anrufe ein mit den Hauptproblembereichen Einsamkeit, Soziale Lage, Gesundheit und Familie. Zwei Drittel der Anrufenden waren Frauen, das Durchschnittsalter lag bei 68 (Männer) und 71 Jahren (Frauen).⁵⁵

Solinger Seniorentelefon

geleitet ehrenamtlich durch den "Dschungel der Altenhilfe" – eingebettet in eine breite Palette von Unterstützungsleistungen für Pflegende und ältere Menschen

Das Solinger Seniorentelefon, ein Projekt der in Solingen ansässigen Busch-Stiftung "Seniorenhilfe", ist in eine Beratungsstelle für Senioren integriert. Dort werden neben Beratung ein ehrenamtlicher Besuchs- und Entlastungsdienst, Gesprächskreise, Schulungen und Vorträge angeboten. Das Beratungsangebot entstand auf der Grundlage einer Bedarfs- und Angebotsanalyse im Raum Solingen, die zeigte, dass SeniorInnen zum Teil über geringe Kenntnisse bestehender Angebote verfügen und niedrigschwellige Angebote ihren Zugang zu Beratung erleichtern würden. Das Seniorentelefon begreift sich als Wegweiser durch den "Dschungel der Altenhilfe", d.h. als eine erste Anlaufstelle und will zu weiteren Schritten ermutigen; Sprechzeiten sind nicht ausgewiesen. Betrieben wird das Telefon von einer hauptamtlichen Koordinatorin und zwölf Ehrenamtlichen (im Alter von 18 bis 65 Jahren), die zugleich in einem Besuchsdienst der Einrichtung tätig sind.⁵⁶

Seniorenberatungsstelle München

multiprofessionelle umfassende Beratung und Information zu allen Altersfragen als Angebot der Kommune

Die zentrale und kommunale Seniorenberatungsstelle München wurde 1979 als ein Fachbereich der Abteilung Altenhilfe des Sozialreferates der Landeshauptstadt München gegründet. Der Schwerpunkt der Arbeit ist die pflegerische, sozialpädagogische und psychologische Beratung und Information von KlientInnen und die Weitervermittlung an Dienste und Einrichtungen im Feld der Altenhilfe. "Das Angebot der Beratung ist dabei bewusst 'unspezifisch' bzw. 'offen' definiert, da sich die Beratungsstelle als Anlaufstelle für zunächst alle Fragen und Probleme, die das Alter bzw. alte Menschen betreffen, versteht."⁵⁷ Das interdisziplinär besetzte BeraterInnenteam (SozialpädagogInnen,

⁵⁵ EINSAMKEIT: VIELE GREIFEN DANN ZUM SENIORENTELEFON (2002); VEREIN ZUR FÖRDERUNG DER INTERGENERATIVEN VERSTÄNDIGUNG (1999); Informationsmaterial: Wirkungsbereiche des Berliner Seniorentelefons, 10 Thesen zur Arbeit des Berliner Seniorentelefons, (1996), Faltblatt, Einige Zahlen zum Berliner Seniorentelefon, Stand August 1995; Gruppeninterview.

⁵⁶ Solinger Seniorentelefon, Informationsmaterial: Faltblatt, Kurzbeschreibung; vgl. auch <http://www.busch-stiftung.de/seniorentelefon.html> [6.6.2002].

⁵⁷ So die Selbstdarstellung in <http://www.muenchner-pflegeboerse.bissnet.de/index3.asp1> [6.6.2002].

Psychologinnen und eine Krankenpflegerin) besteht aus 9 auf 4,75 Planstellen tätigen MitarbeiterInnen. Beratung kann telefonisch und persönlich stattfinden, postalische Anfragen und Anfragen per E-mail werden ebenfalls beantwortet. Sprechzeiten wurden für persönliche Beratung und telefonische Beratung eingerichtet. Im Jahr 1999 wurden 9907 Beratungen von 6014 KlientInnen durchgeführt. 81,4% der beratenen Personen waren ältere Menschen oder Personen aus deren sozialem Umfeld, und 18,6% waren MitarbeiterInnen anderer Dienste. 69,9% der älteren Menschen, um die es in der Beratung ging, lebten zuhause, 30,1% in einer Einrichtung (Heim, Krankenhaus, Rehabilitation) (LANDESHAUPTSTADT MÜNCHEN, SOZIALREFERAT, ALTENHILFE, o.J., S. 8f.). Knapp die Hälfte der Beratungsgespräche dauerte mindestens 30 Minuten. Die Beratung am Telefon nimmt nach Schätzung der Mitarbeiterinnen 80% der gesamten Arbeitszeit der Beratenden in Anspruch; die auf Wunsch anonyme Beratung wird sowohl für kurze Informationsabfragen als auch zur Krisenintervention genutzt. Sprechzeiten sind Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag von 9 bis 12 Uhr und Montag, Dienstag, Mittwoch und Donnerstag von 13 bis 16 Uhr. Es handelt sich um ein niedrighschwelliges Angebot.⁵⁸ Besonders wichtig für die Weitervermittlung und Information ist der Überblick der Beratenden über das jeweils aktuelle Angebot in (und um) München. Weitere Aufgaben der Beratungsstelle sind die Kooperation mit anderen Einrichtungen sowie Öffentlichkeits- und Gremienarbeit. Die Beratungsstelle begreift sich auch als Interessenvertretung für ältere Menschen und als "Frühwarnsystem" für soziale Fehlentwicklungen, welches für politische Entscheidungen nutzbar gemacht werden kann. So geht es letztlich darum, angemessene Rahmenbedingungen für die Altenhilfe zu schaffen. Praxiserfahrungen hinsichtlich neuer Bedürfnisse und Versorgungsdefizite werden in sozialpolitische Planungsprozesse eingespeist. (LANDESHAUPTSTADT MÜNCHEN, SOZIALREFERAT, ALTENHILFE, o.J)

telefonische Beratung zu spezifischen Fragestellungen

I.K.A.R.U.S. e.V., Hamburg

ehrenamtlicher Wegweiser zu nachberuflichen Tätigkeitsfeldern

Das Wegweisertelefon von I.K.A.R.U.S. e.V. wurde mit dem Ziel gegründet, Ruhestands- und Freizeitberatung für SeniorInnen anzubieten und diesbezügliche Informationen weiterzuleiten. Es versteht sich als zentrales Seniorentelefon für ältere Mitbürger und ihre Angehörigen und will diesbezüglich vor allem informieren und an die zuständigen Stellen weiterleiten. Informationen über 10.000 Angebote aus den Bereichen Freizeit, Bildung, ehrenamtliche Mitarbeit werden in einer Datenbank erfasst. Ausführliche Beratung wird dagegen nicht geleistet. Neben dem Vermittlungstelefon werden eigene Veranstaltungen, Schreibgruppen und Seminare vor allem zur Vorbereitung auf den Ruhestand angeboten. Das Wegweisertelefon wird seit 1995 von einer hauptamtlichen Mitarbeiterin koordiniert und von 16 ehrenamtlichen SeniorInnen bedient. Erreichbar ist das Angebot Montag bis Freitag von 10 bis 13 Uhr und Donnerstag von 14 bis 18 Uhr.⁵⁹

Berliner Krisentelefon: Pflege in Not

telefonische und persönliche Beratung durch ehren- und hauptamtliche MitarbeiterInnen bei Krisen und Gewalt in der Pflege

⁵⁸ Schriftliche Auskunft, Beratungsstelle München

⁵⁹ Wegweisertelefon Hamburg, weitere Informationen unter www.senioren-initiativen.de/initiativen/219.html. [6.6.2002].

Im Mittelpunkt der Arbeit des Berliner Krisentelefon – eines Projekts in Trägerschaft des Diakonischen Werks Stadtmitte – steht die telefonische Beratung zu Gewalt und Krisen in der häuslichen und stationären Pflege. Es richtet sich an pflegende Angehörige, ältere Menschen und Personen, die von Pflegekrisen erfahren und ist Montag bis Freitag von 10 bis 12 Uhr erreichbar. Weitere Angebote sind eine Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige, Gesprächsgruppen für Angehörige von HeimbewohnerInnen, die persönliche Beratung in der Sprechstunde und Fortbildungen für Pflegepersonal. Das Berliner Krisentelefon wird von zwei Hauptamtlichen und vier Ehrenamtlichen betrieben. Eine Auswertung der Anrufe beim *Berliner Krisentelefon* umfasst das erste Jahr vom 1. Juni 1999 bis 31. Mai 2000. In dieser Zeit erreichten das Beratungsangebot insgesamt 944 Anrufe. Als häufigste Anliegen wurden Heimprobleme und Überforderung in der Pflege genannt, weitere wichtige Themenbereiche waren Gewalt, ambulante Pflege und Pflegeversicherung. Die häusliche Pflege durch Angehörige oder Sozialstationen war in zwei Drittel aller Fälle der Grund für die Kontaktaufnahme, in etwa einem Drittel der Fälle ging es um stationäre Pflege.

Pflegetelefon Hamburg

trägerübergreifendes Beschwerde-, Beratungs- und Informationstelefon rund um das Thema Pflege

Das Pflegetelefon Hamburg ist ein Projekt des Landespflegeausschusses Hamburg und wird zu je einem Drittel über die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, die Hamburgischen Pflegeanbieter und die Pflegekassen finanziert. Die vier Mitglieder der Lenkungsgruppe des Pflegetelefons Hamburg – vertreten sind Pflegeanbieter, Pflegekassen, die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie der Landesseniorenbeirat – wurden vom Landespflegeausschuss bestellt (zur Mitgliederstruktur vgl. §92 SGB XI⁶⁰). Es handelt sich um ein primär telefonisches Angebot (Sprechzeiten Montag bis Freitag von 9 bis 13 Uhr), persönliche Beratung erfolgt nur nach Absprache. Beratung und Information zu Fragen, Problemen und Beschwerden im Bereich der Pflege werden von den vier hauptamtlichen MitarbeiterInnen aus den Bereichen Pflege, Pflegewissenschaft und Medizin geleistet. Beschwerden werden entgegengenommen, Ratsuchende werden unterstützt und ihre Interessen vertreten. Die Erfahrungen des Pflegetelefons werden als wichtige Informationen über Verbesserungsbedarf in der Pflege an die zuständigen Stellen weitergeleitet. Die quantitative Auswertung der Anrufe beim *Pflegetelefon Hamburg* im Zeitraum von Juli bis Dezember 1999 ergab folgende Verteilung: Von denjenigen Anrufen, die mit Bezug auf eine Einrichtung oder Institution erfolgten, waren 20% reine Beschwerden, 78% reine Informationsanfragen und 2% Kombinationen beider Anliegen. Die Anrufenden waren zu 53% Angehörige von Pflegebedürftigen, zu 16% Pflegebedürftige, zu 5% deren Freunde und zu 4% Institutionen für Pflegebedürftige. Nach Aussage der Mitarbeiterinnen des *Pflegetelefons* bezogen sich die eingegangenen Anfragen beispielsweise auf das Abrechnungssystem der Pflegedienste sowie auf die Frage "Wie finde ich den passenden Pflegedienst?". Bei den Beschwerden im ambulanten Bereich waren Anlässe u.a. als zu hoch empfundene Rechnungen,

⁶⁰ Als Mitglieder der Landespflegeausschüsse sind hier benannt Vertreter der Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen, des Medizinischen Dienstes, der Krankenversicherung, der zuständigen Landesbehörde, des Trägers der überörtlichen Sozialhilfe, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und der kommunalen Spitzenverbände.

ständig wechselndes Personal und Unzuverlässigkeit von Pflegediensten als Probleme. Vereinzelt gab es Anrufe von pflegenden Angehörigen, die einfach nur über ihre Belastungen reden wollten.⁶¹

Städtische Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege, München

Beratung und Unterstützung von BeschwerdeführerInnen im Bereich der professionellen Pflege

Auf der Grundlage langjähriger öffentlicher Konflikte um die Qualität der professionellen Pflege in München und eines einstimmigen Stadtratsbeschlusses wurde im Oktober 1997 in München eine "Städtische Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege" als Stabsstelle direkt beim Büro des Oberbürgermeisters eingerichtet⁶². Die Zielsetzungen der Beschwerdestelle in München sind einerseits das Aufgreifen, Weiterleiten und Unterstützen von Beschwerden und Problemen rund um die ambulante und stationäre Pflege. Die Mitarbeiterinnen stehen telefonisch (Montag von 9 bis 12 und Mittwoch von 15 bis 19 Uhr) und persönlich pflegebedürftigen Menschen, ihren Angehörigen und professionellen Pflegekräften zur Verfügung. Neben Beratungsarbeit und Beschwerdemanagement in konkreten Fällen wird auf eine grundsätzliche Verbesserung der professionellen Pflege hingearbeitet. Lösungen für strukturelle Mängel sollen gesucht und entwickelt werden. Die Münchner Beschwerdestelle ist eine Einrichtung im Vorfeld der staatlichen Heimaufsicht und anderer Aufsichts- und Kontrollinstitutionen (Kostenträger, Medizinischer Dienst der Krankenkassen) nach § 8 SGB XI⁶³; sie verfügt über keine Kontroll- und Auflagenerteilungskompetenzen, sondern kooperiert mit den Trägern der Einrichtungen auf der Grundlage freiwilliger Vereinbarungen. In der Beschwerdestelle München sind sieben Mitarbeiterinnen auf 5,5 Planstellen in den Bereichen ambulante und stationäre Pflege und im Sekretariatsbereich beschäftigt. Im Zeitraum von Mitte Oktober 2000 bis April 2001 wurden 722 Anrufe verzeichnet (BEAUFTRAGTE DES OBERBÜRGERMEISTERS FÜR DEN ALTENPFLEGEBEREICH, BESCHWERDESTELLE, 2001, S. 3). Die meisten Beschwerden wurden durch Angehörige vorgebracht.

Seniohr, Frankfurt /M.

präventive telefonische Beratung gegen Kriminalität, Gewalt und Konflikte

Die Initiative Seniohr, ein Projekt des Frankfurter Instituts für Sozialarbeit (ISS) und der Hertie-Stiftung, bietet Montag und Dienstag von 9 bis 12 und Donnerstag von 14 bis 17 Uhr unter einer kostenfreien Telefonnummer telefonische Beratung für ältere Menschen und pflegende Angehörige an, die Fragen zum Thema Sicherheit, Konflikte und Gewalt haben. Ziel der Beratung ist Prävention, damit Konflikte zwischen Angehörigen und Pflegebedürftigen vermieden oder Missstände in Altenheimen ausgeräumt werden können. Daneben werden Hinweise zum richtigen Verhalten gegenüber

⁶¹ Weitere Informationen unter http://www.hamburg.de/fhh/behoerden/behoerde_fuer_soziales_und_familie/pflege/pflegetelefon.htm [6.6.2002].

⁶² Eine Integration in die Sozialbehörde wurde damals verworfen, um die Handlungsfähigkeit der Beschwerdestelle zu verbessern.

⁶³ Im § 8 des Pflegeversicherungsgesetzes ist in Absatz zwei die gemeinsame Verantwortung und anzustrebende Kooperation der Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen geregelt: Sie wirken eng zusammen, um "eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten." Dort heißt es weiter: "Sie unterstützen und fördern darüber hinaus die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung durch hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte sowie durch Angehörige, Nachbarn und Selbsthilfegruppen und wirken so auf eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung hin."

Trickbetrüger vermittelt (EIN OFFENES OHR FÜR DIE PROBLEME VON UND MIT ALTEN MENSCHEN, 2000, 25. August). Zunächst stand bei Seniohr die Beratung zu solchen Sicherheitsfragen im Vordergrund. Mittlerweile geht es verstärkt um Pflegeprobleme und Konflikte in der Pflege. Seniohr versteht sich inzwischen mit Unterstützung von Trägerseite und dem Medizinischen Dienst der Pflegekassen auch als unabhängige Schlichtungsstelle für Konflikte in der Altenpflege (KRISENTELEFON "SENIOHR" FÜR ÄLTERE, 2001). Bei den Anrufen geht es meist um Konflikte zwischen älteren Menschen und professionellem Pflegepersonal im ambulanten und im stationären Bereich (IM GESPRÄCH KRISTALLISIEREN SICH DIE KONFLIKTE HERAUS, 2001).

Hausnotrufdienste

Hausnotrufdienst des Frankfurter Verbandes für Alten- und Behindertenhilfe, Frankfurt/M.

Alarmsystem für schnelle zugehende Hilfe bei Notfällen

Der Hausnotrufdienst⁶⁴ des Frankfurter Verbandes wurde 1982 als Modellversuch gegründet und gehörte damit bundesweit zu den Vorreitern. Ziel des Angebotes ist es, einen längeren sicheren Verbleib in Privatwohnungen bzw. Wohnanlagen zu ermöglichen. Der Frankfurter Hausnotrufdienst ist mittlerweile mit 6000 zumeist über 60jährigen Nutzerinnen und Nutzern⁶⁵ – überwiegend aus Altenwohnanlagen und ähnlichen Einrichtungen – einer der größten Anbieter in Deutschland. 12 Disponenten arbeiten in der Zentrale – überwiegend Pflegekräfte – und 60 geringfügig beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Krankenpflege, Rettungsassistenten und Sanitätsdiensten gehen den Notrufen vor Ort nach; pro Nacht sind 10 sog. "Notrufnachgänger" in allen Frankfurter Stadtteilen eingesetzt. In akuten Notfällen werden Rettungsdienste eingeschaltet. Der Hausnotrufdienst erhebt einen monatlichen Beitrag und trägt sich finanziell selbst. Das Selbstverständnis des Hausnotrufsystems betont mittlerweile weniger den Notruf- als den sozialen und Serviceaspekt, d.h. die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme und des kurzen Gesprächs im häuslichen Alltag einerseits und die Nutzung des Telefons als Medium, über welches für einen festen Nutzerkreis eine Vielzahl von Leistungen organisiert werden kann andererseits. Für den Außer-Haus-Betrieb werden kostenfreie Mobiltelefone mit Notruf-Funktion zur Verfügung gestellt. Die täglich etwa 250 bis 300 Anrufe sind überwiegend intern so genannte "Mir geht's gut"-Anrufe, häufig sind auch Fehlalarme.⁶⁶

2. Beratungsangebote mit überregionaler Zuständigkeit

telefonische Beratung zu spezifischen Fragestellungen

Pflegenottelefon Schleswig-Holstein

Trägerneutralität durch Kooperation vieler Träger: Landesweite telefonische Beratung zu Krisen in der Pflege

⁶⁴ Zur Funktionsweise von Hausnotrufdiensten vgl. Kap 4.1.2.2.

⁶⁵ Etwa 70% der NutzerInnen sind allein stehende Frauen.

⁶⁶ Interview Frankfurter Hausnotrufdienst, Informationsmaterial; DAS HAUSNOTRUFSYSTEM FEIERT GEBURTSTAG (2002, 3.Juni); vgl. die Selbstdarstellung unter <http://www.frankfurter-verband.de/pages/Dienste/Hausnotruf.html> [6.6.2002].

Das PflegeNotTelefon Schleswig Holstein ist ein in der Folge eines Landtagsbeschlusses zum Thema Gewalt in der Pflege durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein implementiertes landesweites Angebot in kooperativer Trägerschaft. Während ein Träger (der Landesverband der AWO) – verpflichtet zu trägerneutraler Ausführung der Funktionen – Koordination und Projektentwicklung betreut, wird das Gesamtprojekt von rund 45 Organisationen getragen. Das PflegeNotTelefon bietet Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag von 10 bis 12 Uhr und Montag und Mittwoch von 16 bis 19 Uhr telefonische Beratung in ganz Schleswig-Holstein zum Regionaltarif an. Beratungssuchende werden telefonisch informiert und beraten, und bei Bedarf wird an AnsprechpartnerInnen vor Ort weitervermittelt. Diese können im Anschluss auch Hausbesuche durchführen. Durch die aktuell flächendeckend eingerichteten neutralen Pflegeberatungsstellen, die in enger Kooperation mit dem PflegeNotTelefon arbeiten, besteht eine enge Anbindung an regionale Beratung.⁶⁷ Die MitarbeiterInnen des *PflegeNotTelefons Schleswig-Holstein* bilanzierten auf der Grundlage von vom 1.4 bis 31.12.1999 angefertigten 447 Gesprächsprotokollen, dass über die Hälfte der Anrufe von pflegenden Angehörigen, 11% von Pflegekräften, 8% von Pflegebedürftigen selbst und 23% von sonstigen Personen kamen. Die meisten Anrufe kamen von pflegenden Töchtern, vor allem Frauen zwischen 50 und 60 Jahren. Insgesamt gab es weniger Anfragen als Beschwerden über Behörden, MDK, Pflegekassen, Krankenhäuser, Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen (hier wurden die meisten Beschwerden verzeichnet) und Ärzte (LOHSE, 2000).

Notruftelefon Niedersachsen

landesweites Beratungs- und Beschwerdetelefon des SoVD bei Problemen in der Pflege

Das Notruftelefon Niedersachsen ist ein landesweites Angebot des Landesverbandes Niedersachsen des Sozialverbands Deutschland. Mit finanzieller Förderung des niedersächsischen Sozialministeriums bietet das Notruftelefon Montag bis Donnerstag von 9 bis 17 Uhr, Freitag von 9 bis 13 Uhr telefonische Beratung bei Problemen in der ambulanten und stationären Pflege an. Das Aufgabenprofil umfasst Beratung und Unterstützung, Vermittlung bei Konflikten, Einschaltung von Kontrollinstanzen (z.B. Informationsweitergabe an MDK, Heimaufsicht oder Pflegekassen), das Verweisen an andere Beratungsstellen und Hilfeangebote, sowie für Mitglieder des Reichsbundes telefonische Rechtsberatung. In den ersten 15 Monaten seit Gründung des *Notruftelefons Niedersachsen* gingen insgesamt 513 Anrufe ein. Probleme im Bereich der stationären Pflege standen bei den Anrufen im Vordergrund: Sie kamen mehr als doppelt so häufig vor wie Schwierigkeiten mit ambulanten Pflegediensten. Danach waren Anfragen zur Höhe und Berechnung von Heim- und Pflegekosten am häufigsten (SOZIALVERBAND DEUTSCHLAND, o.J., S. 8). Neben der Beratung bei Missständen in der Pflege wird mittlerweile mit zunehmender Tendenz beim Notruftelefon Unterstützung bei der Suche nach dem "richtigen" Pflegeheim oder zum Thema "Heim- und Pflegekosten" gesucht.⁶⁸

Alzheimertelefon der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft Berlin e.V.

bundesweites Beratungsangebot zur Alzheimerkrankheit

⁶⁷ Vgl. auch http://www.pflegenottelefon-sh.de/z_pfl_no/pflegnottel.htm [6.6.2002].

⁶⁸ Vgl. zum Notruftelefon Niedersachsen auch die Internetpräsentation <http://www.reichsbund.de/Pflegenotruf/index.php> [6.6.2002].

Das Alzheimertelefon der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft Berlin e.V.⁶⁹ nahm als auf drei Jahre angelegtes Modellprojekt des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Januar 2002 seinen Betrieb auf. Das kostenpflichtige Angebot (bundesweit kostet den Anrufer eine Minute 9 Cent, das Alzheimer-Telefon finanziert zusätzlich jede Gesprächsminute mit 3 Cent) richtet sich an Betroffene, d.h. Erkrankte im Frühstadium, primär aber an Angehörige und an Fachkräfte (Pflegekräfte, Ärzte, Apotheker etc.) in ganz Deutschland und bietet Montag bis Donnerstag von 9 bis 18 Uhr und Freitag von 9 bis 15 Uhr Informationen (auch auf der Grundlage einer Datenbank) und entlastende Gespräche zum Thema Alzheimererkrankung⁷⁰ an – insbesondere zu Krankheitsbildern, Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten, finanziellen und rechtlichen Fragen und dem persönlichen Umgang mit der Krankheit. Die MitarbeiterInnen führen auf Anfrage auch Recherchen durch und verschicken Informationsmaterial. Vier hauptamtliche MitarbeiterInnen auf 2 vollen Stellen und mehrere Honorarkräfte aus den Bereichen Sozialpädagogik, Pflege und Psychologie mit entsprechenden Zusatzqualifikationen und Erfahrungen in der Arbeit mit Alzheimererkrankten beantworten die Anrufe. Die ersten Erfahrungen beim Alzheimertelefon deuten auf eine große Nachfrage hin, die stark von Öffentlichkeitsarbeit abhängt. In den ersten zwei Tagen nach einem Fernsehbericht am 21.2.2002 wurden beispielsweise 3.000 Anrufversuche verzeichnet. Außerhalb von solchen Spitzenzeiten werden durchschnittlich 25 bis 40 Anrufe mit einer durchschnittlichen Gesprächsdauer von ca. 9 bis 15 Minuten pro Tag bearbeitet. Als Besonderheit ist zu erwähnen, dass außerhalb der Projektförderung durch das Bundesministerium eine Rechtsanwältin 14-tägig jeweils 2 Stunden zu sozialrechtlichen Fragen berät.⁷¹

Bürgertelefon "Rund um die Pflegeversicherung"

Informations- und Beratungsdienst des Bundesministeriums für Gesundheit

Beim Bürgertelefon "Rund um die Pflegeversicherung" handelt es sich um ein kostenfreies Informations- und Beratungstelefon des Bundesministeriums für Gesundheit. Montags bis Donnerstags von 8 bis 20 Uhr beantworten Expertinnen und Experten Fragen zum Pflegeversicherungsgesetz.

nicht altersspezifische telefonische Beratung

Telefonseelsorge

Laienhilfe in kirchlicher Trägerschaft – flächendeckende, rund um die Uhr erreichbare telefonische Beratung zu allen Krisen und Problemlagen

Die Telefonseelsorge ist in Deutschland das älteste und umfassendste telefonische Gesprächsangebot für Menschen in seelischer und sozialer Not. Die Telefonseelsorge wird durch die gemeinsame Kommission der Evangelischen Konferenz für Telefonseelsorge und der katholischen Konferenz für Telefonseelsorge und Offene Tür koordiniert (HABENICHT, 1995a). Die älteste Dienststelle der Telefonseelsorge besteht seit 1956 in Berlin. In den 80er Jahren erschloss die Telefonseelsorge zuneh-

⁶⁹ Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft wurde 1989 aus einem Zusammenschluss von Angehörigen, Selbsthilfegruppen und Fachleuten gegründet. Der Verein finanziert sich über Spenden, Beiträge und z.T. durch Projektförderung.

⁷⁰ Ähnliche telefonische Beratungsangebote existieren auch für andere Erkrankungen, so z.B. für Multiple Sklerose.

⁷¹ Interview Alzheimertelefon, Informationsmaterial: Faltblatt Alzheimer-Telefon, Faltblatt Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., BERNER (2002), Konzeption Alzheimer-Telefon (2001), HOTLINE FÜR ALZHEIMER-PATIENTEN (2002), BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2002a); vgl. die Selbstdarstellung unter http://www.deutsch-alzheimer.de/Right_PRO.htm [26.2.2002].

mend den ländlichen Raum, und nach 1989 entstanden auch in den neuen Bundesländern viele Dienststellen. 2001 gab es in Deutschland insgesamt 105 Stellen, davon 30 in evangelischer, 9 in katholischer und 66 in gemeinsamer Trägerschaft der evangelischen und der katholischen Kirche (EVANGELISCHE KONFERENZ FÜR TELEFONSEELSORGE UND OFFENE TÜR – KATHOLISCHE KONFERENZ FÜR TELEFONSEELSORGE UND OFFENE TÜR, 2002). Die einzelnen Dienststellen werden von den Kirchen und zum Teil durch staatliche Zuschüsse finanziert. Durchschnittlich arbeiten in jeder Stelle etwa 70-90 Ehrenamtliche und einige Hauptamtliche; insgesamt wirkten bei der Telefonseelsorge in Deutschland im Jahr 2001 7.195 Ehrenamtliche mit, davon waren 82,1% Frauen und 28% älter als 60 Jahre.

Die 1978 verabschiedeten Leitlinien für den Dienst der Telefonseelsorge vereinheitlichten das Angebot. Demnach gewährleisteten Dienststellen der Telefonseelsorge 24-stündige Erreichbarkeit, niedrige Kontaktschwelle und Anonymität sowie Verschwiegenheit. Das Selbstverständnis ist das einer Krisenhilfe mit gesellschaftskritischem Impetus. Nach wie vor ist für die Telefonseelsorge als kirchliches Angebot der biblische Auftrag, Menschen in Not zu helfen, konstitutiv. Die konkrete Ausgestaltung der Beratung hingegen orientiert sich nicht an Glaubensgrundsätzen; für den nicht einheitlich gestalteten Beratungsprozess werden Anleihen bei psychotherapeutischen Modellen gesucht, kirchlich-missionarische Aspekte spielen keine Rolle; großer Wert wird auf religiöse und weltanschauliche Unabhängigkeit bei Bezug auf ein christliches Menschenbild gelegt (HABENICHT, 1995b, S. 24, TIMMERBRINK & MICHALAK, 1999).

Die heutige Arbeit entspricht den Leitlinien nur noch bedingt. Vor allem ist die Telefonseelsorge nicht mehr in erster Linie ein Angebot der Krisenhilfe, sondern öffnete sich einem breiteren Problemspektrum und entwickelte sich von einem Instrument der Suizidprävention zunehmend zu einem Angebot zur Aussprache, welches auf die Kontaktbedürfnisse einsamer Menschen reagiert (STAUSS, 1990). "Telefonseelsorge ist: erste Hilfe, Krisenintervention, Vermittlungsstelle zu weiterführender Hilfe, Orientierungsraum für Problemfindung und Problemlösung" (KONRAD-VÖHRINGER, 1990, S. 375).⁷²

Die Telefonseelsorge in Deutschland erhielt im Jahr 2001 2.200.000 Anrufe und führte 1.490.000 Gespräche⁷³. Davon waren 44% Erstanrufe, 32% wiederholte Anrufe und 24% regelmäßige Anrufe. Der Anteil älterer Menschen an den Anrufenden ist geringer als ihr Anteil an der Bevölkerung. Im Jahr 2001 lag der Anteil der über 60-Jährigen mit 11,2% unter dem Anteil der Vorjahre. Der Anteil Hochaltriger über 80 ist mit 0,9% sehr gering. Die meisten älteren AnruferInnen sind zwischen 60 und 69 Jahren (EVANGELISCHE KONFERENZ FÜR TELEFONSEELSORGE UND OFFENE TÜR – KATHOLISCHE KONFERENZ FÜR TELEFONSEELSORGE UND OFFENE TÜR, 2002, vgl. auch CREFELD, 2001).

Telefonische Beratung wird nach wie vor als Kern des Beratungsangebots der Telefonseelsorge begriffen. Mit der Einrichtung verschiedener zusätzlicher und komplementärer Angebote reagierte die Telefonseelsorge auf spezifische Bedürfnisse von Anrufenden einerseits und sprach andererseits bisher wenig erreichte Zielgruppen an.

⁷² Zur Beratungsarbeit und zum Selbstverständnis der Telefonseelsorge vgl. auch von BRACHEL & SCHRAMM (1989), HABENICHT (1994), MAABEN, GROLL & TIMMERBRINK (1999) und WIENERS (1995).

⁷³ Im Vergleich zu 1999 ist ein Anstieg um 600 000 Anrufe zu verzeichnen. Der Anstieg wird vor allem auf die zunehmenden Anrufe von Mobiltelefonen zurückgeführt (Interview Telefonseelsorge lokal).

1988 reagierte die Telefonseelsorge Duisburg – Mülheim – Oberhausen auf die in Duisburg vergleichsweise hohen Suizidraten mit einer Erweiterung des Telefonseelsorgedienstes. Angelehnt an die Arbeitsweise der Samaritans in Großbritannien bekommt der gefährdete Mensch einen (ebenfalls ehrenamtlichen) persönlichen Begleiter oder eine Begleiterin auf Zeit (zum Befriending-Konzept vgl. auch ZELLER, 1991). Die Krisenbegleitung umfasst Hausbesuche, Erreichbarkeit der Beratenden außerhalb der Sprechzeit und praktische Unterstützung (KIPPER, 1993).⁷⁴ Für Menschen in Krisensituationen entwickelte auch die Telefonseelsorge Recklinghausen ein Angebot, das über die anonyme telefonische Beratung hinausgeht. Sie richtete einen wöchentlichen "Offenen Treff", ein offenes Gruppenangebot für alle Interessierten, ein⁷⁵.

Ein weiteres Angebot der Telefonseelsorge ist die psychologische internetgestützte Beratung (vgl. KNATZ, 2001). Dieses Angebot wurde zunächst in Köln⁷⁶ und Krefeld praktiziert und wird mittlerweile in 17 Telefonseelsorgestellen vorgehalten (vgl. TELEFONSEELSORGE IM NETZ, 2002). Die Bearbeitung von E-Mails in der Regel innerhalb von 48 Stunden wird zugesagt; bei Folgekontakten geht die Mail des Klienten jeweils wieder an die Person, die die erste Anfrage beantwortet hat. Mit internetgestützten Beratungsangeboten will man einerseits der Entwicklung des Mediums Internet Rechnung tragen, andererseits ein Angebot schaffen, welches Personengruppen zu erreichen in der Lage ist, die bisher der Beratung nicht oder nur in geringem Umfang zugänglich waren. Dazu gehören vor allem Hör- und Sprachbehinderte, aber auch Menschen mit Kontaktstörungen und starken Schwellenängsten; insgesamt sollen Männer und jüngere Personen stärker angesprochen werden⁷⁷. Während aktuell und in den nächsten Jahren die Inanspruchnahme von internetgestützten Beratungsangeboten durch ältere Menschen vermutlich eher gering ausfallen wird, werden mit dem Älterwerden der jetzigen Nutzergeneration in absehbarer Zeit zunehmend auch ältere Menschen Internetdienste in Anspruch nehmen⁷⁸.

Kirchlicher Dienst auf dem Lande in Sachsen: Sorgentelefon

telefonische Beratung im ländlichen Raum in Sachsen

Seit 1994 besteht das anonyme Sorgentelefon Sachsen, das von einer hauptamtlichen Mitarbeiterin und acht Ehrenamtlichen betrieben wird, seit 1996 gefördert durch das Sächsische Staatsministerium für Umwelt und Landwirtschaft. Die Kosten für die Anrufe innerhalb Sachsens übernimmt die Telekom. Das Telefon ist eingebunden in die Bundesarbeitsgemeinschaft der landwirtschaftlichen Familienberatungs- und Sorgentelefone. Es will für Menschen im ländlichen Raum, die Hilfe suchen, Be-

⁷⁴ Vgl. auch <http://www.ekir.de/an-der-ruhr/Rat+Hilfe/Telefonseelsorge/krisenbegleitung.htm>.

⁷⁵ Vgl. <http://www.rein-ins-leben.de/adressen/default.asp?plz=4>.

⁷⁶ Zu dem Kölner Modell vgl. CHRISTL (1998; 1999; 2000), VAN WELL (2000).

⁷⁷ KNATZ (2001) nennt für internetgestützte Beratungskontakte im Rahmen der Telefonseelsorge eine Nutzerzahl von 5.000 im Jahr 2000; der Männeranteil wird mit 55%, der Anteil der Anrufer bis 29 Jahre mit 69,4% angegeben.

⁷⁸ KUBICEK & WELLING (2000) kommen zu dem Ergebnis, dass sich augenblicklich die Internet-Nutzungsraten zwischen den Generationen (wie auch zwischen Bildungsschichten) sogar noch weiter voneinander entfernen. GRAJCZYK & KLINGLER (1999) berichten für das Jahr 1998 einen Anteil der ab 50jährigen von lediglich 9% an der Gruppe aller Onlinenutzer (mit deutlichem Schwergewicht auf der Altersgruppe der meist noch berufstätigen 50-59jährigen) und konstatieren eine weitgehende Ausgrenzung älterer Menschen von der Onlinenutzung. PEISER (1999) verweist darauf, dass die Internetnutzung vor dem Hintergrund der naturgemäß graduell sich vollziehenden Kohortensukzession zu betrachten sei und die mittelfristige Verbreitung neuer Medien in der älteren Generation oft überschätzt, die langfristige Verbreitung hingegen unterschätzt werde (zur Internetnutzung durch Ältere vgl. auch ERKERT, 1999d; LÜTTKE & BÖCKMANN, 1998; SALOMON, 1998; SCHLÖSSER, 2001; SCHOLL, 2000; STADELHOFER, 1998; 2000; THIMM & EHMER, 2000; VOLLMANN, 1997; 1998).

ratung in sach- oder fachbezogenen Problemen, familiären Notsituationen und Glaubensfragen anbieten sowie an spezialisierte Beratungsstellen weiter vermitteln. Es will Hilfen für Frauen und Männer aller Altersgruppen, für Landwirte, Hausfrauen, Gewerbetreibende und vor allem auch für Arbeitslose zur Verfügung stellen. Sprechzeiten sind Montag, Mittwoch und Freitag von 10 bis 12 und 16 bis 21 Uhr. Nach Auskunft der Koordinatorin des Dienstes erreichen das Sorgentelefon 1.500 bis 1.800 Anrufe pro Monat (Ergebnis der Impulzzählung), von denen 200 bis 450 beantwortet werden können. Anhand der Aufschlüsselung der Telekom lässt sich nachvollziehen, dass eine größere Anzahl von Anrufen auch aus "unzulässigen Ursprungsbereichen", d.h. aus anderen Bundesländern kommt (z.B. im Mai 2001 356 Anrufe).⁷⁹

4.2.2 Ausländische und internationale Beratungs- und Informationsdienste

4.2.2.1 Überblick

Eine Darstellung internationaler Telefonberatungsprojekte für Ältere im Rahmen der vorliegenden Untersuchung muss in mehrfacher Hinsicht auswahlhaft bleiben. Sie beschränkt sich auf Projekte, zu denen publiziertes Material – seien es nun Druckerzeugnisse oder Internetpräsentationen – verfügbar ist und konzentriert sich im Wesentlichen auf den englischsprachigen Raum bzw. auf in englischer Sprache verfasste Quellen.

Die folgende Übersicht enthält landesweit operierende Dienste, in den USA auch Projekte auf der Ebene von Bundesstaaten. Telefonische Beratungsdienste für Ältere unterhalb einer landes- oder bundesstaatenweiten Zuständigkeit wurden aufgenommen, wenn sie für die Zwecke der vorliegenden Studie relevante Merkmale erkennen ließen; dazu gehörten Besonderheiten der Arbeitsweise (z.B. die Kombination mit proaktiven, aufsuchenden Diensten), Spezifika der Zielsetzung und Thematik (z.B. Konzentration auf den Bereich der Suizidprävention), Nutzung innovativer Technik (z.B. Einsatz von Bildtelefonen) sowie das Vorliegen von über intern erzeugte Berichte hinausgehenden Evaluationsdaten. In Einzelfällen werden auch Projekte dargestellt, die statt des Telefons moderne Telekommunikations- und Datenbanktechnologie verwenden. Nicht alle Projekte sind ausschließlich auf Ältere konzentriert; dargestellt werden sie, soweit sie Merkmale aufweisen, die im Rahmen der Bedarfsanalyse Bedeutung haben können. Im Anschluss werden charakteristische Merkmale der untersuchten Projekte herausgearbeitet. Aus den dort realisierten Arbeitsweisen ergeben sich Fragestellungen und Handlungsoptionen für die mögliche Ausgestaltung eines bundesweit einheitlich erreichbaren telefonischen Angebots.

4.2.2.2 Internationaler Zusammenschluss: IFOTES (International Federation of Telephonic Emergency Services)

IFOTES, die *International Federation of Telephonic Emergency Services*, ist eine 1973 begründete internationale Dachorganisation telefonischer Notrufdienste⁸⁰ (INTERNATIONAL FEDERATION OF TELEPHONIC EMERGENCY SERVICES, 2002; vgl. zu IFOTES auch WERITSCH, 1999; WIENERS, 1992).

⁷⁹ Sorgentelefon für den ländlichen Raum Sachsen, Faltblatt.

⁸⁰ Weitere internationale Zusammenschlüsse telefonischer Notrufe, beide allerdings eindeutig auf den Bereich Suizidalität konzentriert, sind *Befrienders International* (<http://www.befrienders.org/>) mit Sitz in Großbritannien und *Life Line International* (<http://www.lifeline.org.za/>) mit Sitz in Südafrika.

Sie hat ihren Sitz in der Schweiz. Die derzeit 21 Vollmitglieder – unter ihnen die deutsche Telefonseelsorge – sind überwiegend europäische Organisationen.⁸¹

Inhaltliche Schwerpunkte von IFOTES und ihren Mitgliedsorganisationen sind Einsamkeit, psychische Krisensituationen und Suizidgefährdung. Die im 1973 entwickelten und 1994 überarbeiteten "internationalen Normen" (HABENICHT, 1995; INTERNATIONAL FEDERATION OF TELEPHONIC EMERGENCY SERVICES, 1994) legen u.a. fest, dass die Dienste jederzeit für jede Person zugänglich sein müssen und dass jeder Mensch unabhängig von seinen individuellen Einstellungen und Überzeugungen das Recht hat, gehört und respektiert zu werden. Die Gesprächsinhalte sind streng vertraulich; die Berater sind stets anonym, die Klienten können auf Wunsch anonym bleiben. Die geschulten, regelmäßig fortgebildeten und supervidierten ehrenamtlichen Berater sollen die Ratsuchenden willkommen heißen, ihnen offen gegenüber treten und nichts aufdrängen. Die Beratung ist – abgesehen von etwaigen Telefongebühren – für die Klienten kostenlos.

WIENERS (1992) hebt hervor, dass die an IFOTES beteiligten Dienste sich hinsichtlich Finanzierung und Trägerschaft voneinander unterscheiden, dass die Anliegen der Anrufer jedoch länderübergreifend ähnlich seien und "die Bevölkerung in den verschiedensten Mitgliedsländern von IFOTES in sehr ähnlicher Weise Gebrauch von den TES⁸² macht" (S. 159). HABENICHT (1995) verweist auf die die Arbeit der nationalen Beratungstelefone vereinheitlichende Wirkung des internationalen Zusammenschlusses und der gemeinsam verabschiedeten Arbeitsrichtlinien.

4.2.2.3 Vereinigte Staaten von Amerika

4.2.2.3.1 Projekte auf Bundesebene

Eldercare Locator

"Eldercare Locator" ist ein seit 1991 bestehender, für jedermann zugänglicher Dienst der *Administration on Aging*, der USA-weit unter einer einheitlichen Nummer ältere Menschen und ihre Angehörigen beim Auffinden geeigneter lokaler Pflege- und Hilfsdienste unterstützt (ADMINISTRATION ON AGING, 1995). Vorrangiges Ziel ist es, Seniorinnen und Senioren den Verbleib in ihrer eigenen Wohnung zu ermöglichen. Der Telefondienst beschränkt sich nicht auf den Pflegebereich; in einer Selbstdarstellung (ADMINISTRATION ON AGING, 1995) werden potenziellen Nutzern Informationen über Mahlzeiten-, Transport- und Reparaturdienste, Wohnmöglichkeiten im Alter, Freizeitgestaltung und soziale Aktivitäten, Rechtsberatung und andere kommunale Dienstleistungen in Aussicht gestellt.

Eldercare Locator ist Montags bis Freitags jeweils von 9 Uhr bis 20 Uhr Eastern Time erreichbar⁸³. Die Anrufer sollen die Region, in der sie leben bzw. in der sie Hilfe suchen, benennen und ihr Problem beschreiben. Sie werden dann an Informationsdienste auf lokaler Ebene bzw. der Ebene der Einzelstaaten vermittelt; zu diesem Zweck bestehen enge Verzahnungen der Administration on Aging mit Behörden

⁸¹ Zu den Vollmitgliedern gehören neben den Telefonseelsorgen in Deutschland und Österreich S.O.S. Amitié (Frankreich), Die Dargebotene Hand (Schweiz), SOS Telefonische Hulpdiensten (Niederlande), Telefono Amico Italia (Italien), Teléfono de la Esperanza (Spanien) und ERAN (Israel), ferner Telefondienste in Belgien, Estland, Finnland, Litauen, Norwegen, Polen, Portugal, Slowenien, Schweden und Ungarn sowie – im außereuropäischen Raum – in der Dominikanischen Republik, Singapur und Kolumbien.

⁸² TES = Telephonic Emergency Services.

⁸³ Ursprünglich – so die Informationen in ADMINISTRATION ON AGING (1995) – war der Dienst sogar bis 23 Uhr erreichbar; dabei sind allerdings die Zeitzonendifferenzen innerhalb der USA zu berücksichtigen.

auf kommunaler bzw. regionaler Ebene (National Association of Area Agencies on Aging) sowie auf der Ebene der Bundesstaaten (National Association of State Units on Aging). Die durchschnittliche Zahl der Anrufe wird für das Jahr 2000 mit 9.043 Anrufen pro Monat angegeben; im Jahr 2001 stieg dieser Wert auf 10.425 (ELDERCARE LOCATOR PROVIDES CRITICAL SERVICE FOR CAREGIVERS, FAMILIES, 2002).

Die Administration on Aging ließ 1995 und 2001 Evaluationen des Eldercare Locator vornehmen. Ein jeweils 14 Tage nach Inanspruchnahme des Eldercare Locator durchgeführter Telefonsurvey unter Nutzerinnen und Nutzern (ADMINISTRATION ON AGING, 2001) kam zu dem Ergebnis, dass 75% der Nutzer nicht in eigener Sache, sondern für Familienmitglieder und Freunde anriefen. Personen, die für sich selbst Rat suchten, hatten vor allem Fragen zu Finanzangelegenheiten, Versicherungen, Rechtsfragen und medizinischer Versorgung; diejenigen, die für Dritte anriefen, richteten an den Eldercare Locator primär Fragen zu Wohnen im Alter, Pflegeheimen, Einrichtungen des Betreuten Wohnens sowie zu häuslichen Pflege- und Unterstützungsdiensten. 96% der Untersuchungsteilnehmer bezeichneten sich als zufrieden mit den Leistungen des Eldercare Locator. 62% der befragten Personen kontaktierten die von Eldercare Locator vermittelten Dienste. 60% dieser Personen gaben an, durch die Vermittlung exakt den von ihnen gesuchten Dienst gefunden zu haben. blieb die Weitervermittlung erfolglos, so meist wegen (lokaler) Nichtverfügbarkeit des gesuchten Dienstes.

Inzwischen unterhält die Administration on Aging unter www.eldercare.gov auch eine Internet-Version des Eldercare Locator. Nach Eingabe des Bundesstaates und des Zipcodes des gesuchten Ortes nennt die Datenbank die für Weitervermittlung des Ratsuchenden einschlägigen Behörden auf lokaler und Staatsebene mit Postanschrift, Telefonnummer, E-mail-Adresse und Website. Es sei geplant – so ein Bericht (ELDERCARE LOCATOR PROVIDES CRITICAL SERVICE FOR CAREGIVERS, FAMILIES, 2002) –, nach und nach auch Informationen über alle lokalen Dienste online verfügbar zu machen.

Nursing Home Compare-Datenbank

Die im Internet für jedermann unter <http://www.medicare.gov/nhcompare/home.asp> zugängliche Datenbank "Nursing Home Compare" (NHC) hält Daten zu allen Medicare- und Medicaid-zertifizierten stationären Pflegeeinrichtungen in den Vereinigten Staaten bereit. NHC wurde 1998 von der damaligen Health Care Financing Administration (HCFA; jetzt: Centers for Medicare and Medicaid Services – CMS) ins Leben gerufen. Sie umfasst Daten zu mehr als 16.000 Heimen und verzeichnet rund 100.000 Zugriffe pro Monat.

Die Datenbank enthält keine vollständigen Prüfberichte, sondern zusammengefasste Mängellisten. Vollständige Berichte sind verfügbar über die zuständigen Behörden der Bundesstaaten; auch die Einrichtungen selbst müssen sie auf Anfrage in vollständiger Form öffentlich zugänglich machen.

"Nursing Home Compare" stützt sich auf zwei Datenquellen. Die Datenbank OSCAR (Online Survey, Certification, and Reporting) enthält Daten der jeweils letzten Inspektion⁸⁴ durch State Survey Agencies. Es werden bei der Prüfung festgestellte Mängel berichtet, ferner wesentliche Heimcharakteristika und Bewohnermerkmale. Die Prüfberichte sind hinsichtlich der von den Mängeln betroffenen Personen anonymisiert. Daten zu Heim- und Bewohnermerkmalen beruhen auf Angaben der Heime. Bewohner- und Personalcharakteristika werden jeweils mit den Durchschnittswerten im Bundesstaat und in den Vereinigten Staaten insgesamt verglichen. Zertifizierte Heime müssen in regelmäßigen Abständen für

⁸⁴ Prüfungen vor Ort sollen mindestens alle 15 Monate erfolgen.

jeden Bewohner eine Bestandsaufnahme seiner aktuellen Fähigkeiten und seines Hilfebedarfs vornehmen. Die entsprechenden Informationen werden in eine *Minimum Data Set*-Datenbank (MDS) eingelesen. In die *Nursing Home Compare*-Datenbank gehen daraus Informationen zur Häufigkeit von Dekubiti, Inkontinenz und mechanischen Bewegungseinschränkungen ein (vgl. CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES AND DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2002). Nachdem ein Gutachten (vgl. HHS "NURSING HOME COMPARE" WEBSITE HAS MAJOR FLAWS, 2002) darauf hingewiesen hatte, dass NHC zwar die Ergebnisse der regelmäßigen Inspektionen erfasst, nicht aber die – oftmals schwerwiegenden – Mängelfeststellungen aufgrund von Beschwerden⁸⁵, werden seit Mai 2002 auch auf Beschwerden beruhende Mängelfeststellungen erfasst und über das Internet zugänglich gemacht (CMS CITES NURSING HOMES COMPLAINTS ON WEB SITE, 2002).

National Telemarketing Victim Call Center

AZIZ, BOLICK, KLEINMAN & SHADEL (2000) schätzen, dass bis zu 10% aller in den Vereinigten Staaten tätigen Telemarketing-Unternehmen⁸⁶ betrügerische Geschäfte betreiben. Das FBI veranschlagt die tägliche Zahl einschlägiger Delikte in den USA auf 14.000 (NATIONAL FRAUD INFORMATION CENTER, 2002b). Telemarketing Fraud wird u.a. oft in Zusammenhang mit Preisausschreiben, dem Verkauf von Kreditkarten und Zeitschriften sowie der Vergabe von Krediten berichtet; es werden wertlose Produkte verkauft, drastisch überhöhte Preise verlangt, den Opfern erhöhte Gewinnchancen bei Preisausschreiben im Falle des Kaufs eines Produkts vorgetäuscht. Der jährliche Schaden in den USA wird auf 40 Milliarden Dollar geschätzt (ANDERS, 1999; zur Viktimisierung Älterer in diesem Deliktsbereich vgl. auch WEILER, 1995).

Das NATIONAL FRAUD INFORMATION CENTER (2002a) schätzt auf der Basis dort bekannt gewordener Beschwerden den Anteil von Opfern ab 60 Jahren in den USA auf 26% aller Betroffenen. Eine Befragung von 745 älteren Telemarketing-Opfern ab 50 Jahren (AMERICAN ASSOCIATION OF RETIRED PERSONS & PRINCETON SURVEY RESEARCH ASSOCIATES, 1996) kam zu dem Ergebnis, dass die Betroffenen relativ wohlhabend, gebildet und sozial aktiv waren. Sie wurden von den in Frage stehenden Firmen oftmals wieder und wieder angerufen und zum Kauf eines Produkts animiert; ihnen fehlte schließlich die Fähigkeit, derartige Telefongespräche rechtzeitig zu beenden. Viele Menschen werden wiederholt Opfer solcher Verkaufspraktiken. AZIZ et al. (2000) und NERENBERG (1999, S.8) berichten, dass Adressen "erfolgreich viktimisierter" Personen in einschlägigen Kreisen für bis zu 200 \$ gehandelt werden. Viele Opfer betrügerischer telefongestützter Verkaufspraktiken fühlen sich unfair behandelt, nehmen aber nicht wahr, dass ihnen kriminelles Unrecht widerfahren ist.

Das im Jahre 1998 begründete National Telemarketing Victim Call Center (NTVCC) wurde mit Hilfe von WISE Senior Services (einer wohltätigen Altenhilfeorganisation in Kalifornien), des Federal Bureau of Investigation sowie von AT&T Wireless ins Leben gerufen. Geschulte Ehrenamtliche nehmen telefonisch Kontakt mit von *telemarketing fraud* betroffenen oder bedrohten Personen auf, weisen sie auf Warnsignale hin, informieren über potenzielle Folgen und über Hilfemöglichkeiten. Bei der Auswahl der kontaktierten Personen spielen Adressenlisten, die bei einschlägig in Erscheinung getretenen Straftätern gefunden wurden, eine zentrale Rolle. Im ersten Betriebsjahr des NTVCC wurden auf diese

⁸⁵ Innerhalb von 15 Monaten verzeichnet der Bericht rund 52.000 Beschwerden und 25.000 daraus resultierende Mängelfeststellungen. Durch die Unzulänglichkeit in der Erfassungspraxis sind 59% der behördlicherseits bekannten Missstände in der Kategorie "immediate jeopardy" und 41% in der Kategorie "actual harm" nicht in der Datenbank erfasst.

⁸⁶ Der Begriff bezeichnet üblicherweise Firmen, die Konsumentenkontakte über das Telefon betreiben und Verkäufe über dieses Medium abwickeln.

Weise in den gesamten USA annähernd 20.000 Personen erreicht. AZIZ et al. (2000) bewerten NTVCC als ein gelungenes Beispiel der Kriminalprävention durch gemeinsames Vorgehen einer Wohltätigkeitsorganisation, eines Wirtschaftsunternehmens und einer Strafverfolgungsbehörde.

4.2.2.3.2 Projekte auf der Ebene einzelner Bundesstaaten

Rechtsberatungsdienste für Ältere auf der Ebene von US-Staaten

Nach Informationen der ADMINISTRATION ON AGING (2002) wurden Anfang 2002 in 21 US-Bundesstaaten, in Washington D.C. und in Puerto Rico unter Bezeichnungen wie "Elder Law Hotline" oder "Senior Legal Hotline" telefonische Rechtsberatungsdienste für Seniorinnen und Senioren angeboten. Diese Dienste richten sich an Personen ab 60 Jahren bzw. ihre Vertreter. Sie bieten Gespräche mit Rechtsanwälten über das jeweilige Rechtsproblem; Vertretung vor Gericht gehört nicht zum Leistungsumfang, z.T. kann jedoch an entsprechende Organisationen vermittelt werden. Die Beratung ist in der Regel kostenfrei; einige Hotlines verlangen für bestimmte Leistungen geringe Entgelte.

Florida Elder Helpline

Unter allen US-Bundesstaaten weist der "sunshine state" Florida den höchsten Anteil Älterer an der Gesamtbevölkerung auf. Waren 1996 13 Prozent der US-Bevölkerung älter als 65 Jahre, so lag dieser Anteil in Florida bei rund 19 Prozent (WIENER & STEVENSON, 1998, S. 9). Für die politischen Entscheidungsträger bringt der hohe Anteil Älterer einen gewissen Druck mit sich, ein extensives System von Angeboten und Einrichtungen für Ältere zu schaffen und dieses so auszugestalten, dass der besonders kostenträchtige Anteil stationärer Langzeitpflege möglichst gering gehalten wird. In mancher Hinsicht stellt Florida daher heute ein "Musterland" hochentwickelter Angebote für Ältere dar; zu der vorhandenen Palette gehören auch telefonische Beratungs- und Unterstützungsdienste, von denen einige nachfolgend vorgestellt werden.

Als Reaktion auf eine als verwirrend eingeschätzte Vielfalt von Angeboten für Ältere wurde vom *Department of Elder Affairs* (DEA) des Staates Florida die *Florida Elder Helpline* entwickelt (FRIEBEL & MARSHALL, 1995); wesentliches Ziel der Elder Helpline war es, in allen Städten und Gemeinden des Staates einen einheitlichen Zugangspunkt für Ratsuchende zu schaffen.

Die in ganz Florida unter einheitlicher Nummer erreichbare Florida Elder Helpline arbeitet mit sogenannter Call Routing Technologie. Die Anrufe werden jeweils zu einem lokalen "Information and Referral (I&R) Specialist" weitergeleitet, der mit den örtlichen Angeboten und Gegebenheiten vertraut ist. Als wesentliche Vorzüge dieses Call Routing-Systems nennen FRIEBEL & MARSHALL (1995), dass die einheitliche Nummer gut erinnert wird und wirksam beworben werden kann und dass Anrufer unmittelbar mit einem örtlichen Spezialisten verbunden werden.

Die Florida Elder Helpline ist auch für Gehörlose und Hörbehinderte erreichbar und benutzbar, sofern sie über die entsprechenden technisch-apparativen Mittel verfügen (vgl. INFORMATION AND REFERRAL 1-800-96-ELDER, 2000).

Florida: Finder-Datenbank der Mid-Florida Area Agency on Aging

Die Mid-Florida Area Agency on Aging unterhält unter der Bezeichnung "Finder" eine über das Internet zugängliche Datenbank, in der Ratsuchende selbst recherchieren können.⁸⁷ Die Datenbank kann über <http://www.mfaaa.org/finder/index.html> erreicht werden.

Sie bietet im wesentlichen drei Suchstrategien, nämlich nach Themenbereichen, nach geographischer Lokalisierung (im vorliegenden Fall auf der Ebene von Counties) sowie nach Trägerorganisationen von Angeboten. Die beiden erstgenannten Suchkriterien sind dabei miteinander kombinierbar.

Das Menü für die Suche nach Themenbereichen listete Ende März 2002 insgesamt 86 Schlüsselbegriffe auf. Die Komplexe Gesundheit und Pflege nehmen eine zentrale Rolle ein, *Finder* hält aber auch darüber hinaus Informationen zu einer Vielzahl von Lebensbereichen bereit. Zu den Themenbereichen der Datenbank gehören die Felder *Krankheit / Gesundheit / medizinische Versorgung, Pflege / Pflegedienste / Pflegeeinrichtungen, Verbraucherfragen / Verbraucherschutz, Wohnen, Freizeit, Bedrohung durch Gewalt und Kriminalität, Recht, Hilfe in finanziellen Problem- und Notlagen, Seniorenpolitik / Interessenvertretung / Interessengruppen, Erwerbstätigkeit / Beruf / Rente / Bildung, einschlägige Ämter, Krisen- und Hilfsdienste* sowie *allgemeine Dienste* (wie Behörden, Bibliotheken, Transportwesen, Müllabfuhr).

Massachusetts: Elder Hotline des Attorney General

Die Elder Hotline des Attorney General des amerikanischen Bundesstaates Massachusetts (vgl. OFFICE OF THE MASSACHUSETTS ATTORNEY GENERAL, 2001) ist von Montag bis Freitag jeweils von 10.00 bis 17.00 erreichbar. Sie richtet sich an ältere Bürgerinnen und Bürger, deren Familien und allgemein an Personen, die nach Informationen zu altersbezogenen Themen und Programmen suchen. Die Beratung erfolgt durch ehrenamtlich tätige Senioren; es ist von ca. 500 Anrufen pro Monat die Rede. Die Massachusetts Elder Hotline umfasst eine breite Themenpalette; die zitierte Broschüre nennt u.a. die Bereiche stationäre und häusliche Pflege, Alzheimererkrankungen, Kranken- und Pflegeversicherung, Medicare, Gewalterfahrungen, Lotterien, betrügerische Verkaufspraktiken, Rechtsberatung, gesetzliche Betreuung, Rentenfragen sowie Kredite und Finanzplanung.

New Jersey: NJ EASE (New Jersey Easy Access, Single Entry)

Im Bundesstaat New Jersey operiert unter der Bezeichnung NJ EASE (New Jersey Easy Access, Single Entry; vgl. NEW JERSEY DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES, 2001) ein gebührenfrei erreichbarer Dienst für ältere Menschen und ihre Angehörigen. NJ EASE wird vom Department of Health and Senior Services des Staates betrieben. Der Dienst bietet Informationen zu einer Vielzahl von altersbezogenen Themen, ferner Vermittlung an lokale Dienste, arrangiert aber auch Hausbesuche (u.a. zur Feststellung des Hilfebedarfs einer Person, aber auch konkrete Hilfen beim Ausfüllen von Formularen und Formulieren von Anträgen). Als Ausgangspunkt für die Einrichtung von NJ EASE wird auch hier die Intransparenz des Hilfesystems für ältere Menschen genannt: "Seniors and their family members have complained that New Jersey' s senior services system is too fragmented, confusing and frustrating.

⁸⁷ Die einschlägigen Aktivitäten der *Mid-Florida Area Agency on Aging* beschränken sich nicht auf diese Datenbank. Eine ihrer Untergliederungen, das *Center for Aging Resources*, betreibt u.a. einen gebührenfreien Telefondienst für ältere Menschen und ihre Pflegepersonen; bei dieser *Elder Help Line* gingen im Jahr 2000 ungefähr 10.000 Anrufe ein (vgl. Informationen unter http://www.mfaaa.org/plans/prg_full.html [30.03.2002]). Die Website der Mid-Florida Area Agency on Aging (www.mfaaa.org) verzeichnete im Jahr 2000 ca. 100.000 Zugriffe.

To get services they need, they have had to call or visit many different agencies where they answer the same set of questions over and over again." (NEW JERSEY DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES, 2001). Das Department of Health and Senior Services bestimmt in jedem der 21 Counties des Bundesstaates eine Institution, welche die Verantwortung dafür übernimmt, dass älteren Menschen und ihren Familienangehörigen die bestmöglichen Entscheidungsgrundlagen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Hilfen zur Verfügung gestellt werden; NJ EASE wurde County für County implementiert.

COYNE, POTENZA & BROKEN NOSE (1995) berichten über einen Vorläufer von NJ EASE, einen gebührenfreien telefonischen Informationsdienst für familiäre Pflegepersonen von Demenzkranken in New Jersey. Dieser Dienst bot vor allem Information, Beratung und Weitervermittlung. Die Autoren analysieren einen Modellversuch zur Integration proaktiver Elemente in die Arbeit des Telefondienstes. Eine Gruppe von Ratsuchenden (n = 23) wurde über zwei Monate hinweg in 14-Tages-Abständen von Mitarbeitern der Helpline kontaktiert ("erweiterter Kontakt"); COYNE et al. vergleichen diese Gruppe mit einer Gruppe von "Nur-Anrufern" (n=28). Die Gruppe mit erweitertem Kontakt zeichnete sich dadurch aus, dass sie am Ende der Untersuchungsphase mehr Hilfsdienste in Anspruch nahm als die Vergleichsgruppe. Auch nahm die subjektiv erlebte Belastung hier ab, in der Vergleichsgruppe hingegen zu; das Ausmaß depressiver Symptome wurde durch den erweiterten Kontakt nicht signifikant beeinflusst.

4.2.2.3.3 Lokale und regionale Projekte

San Francisco: Friendship Line for the Elderly und Geriatric Outreach Program

FISKE & ARBORE (2000-2001) berichten über zwei Programme des *Center for Elderly Suicide Prevention* (CESP) in San Francisco. Es handelt sich zum einen um die "Friendship Line for the Elderly", einen rund um die Uhr erreichbaren telefonischen Notruf, der Krisenintervention und emotionale Unterstützung, aber auch Sachinformation und Vermittlung an andere Dienste bietet, zum anderen um das "Geriatric Outreach Program", ein proaktives Angebot, bei dem Kontakte zwischen Beratern und Klienten sowohl über zuvor terminlich vereinbarte Telefongespräche als auch über Hausbesuche stattfinden.

FISKE & ARBORE (2000-2001) evaluierten die Effekte dieser Programme. Die Stichprobe bestand aus 148 Personen mit einem Durchschnittsalter von 76.9 Jahren, die über ein Jahr hinweg Dienste des Center for Elderly Suicide Prevention – vor allem die erwähnten vereinbarten Telefonkontakte – in Anspruch nahmen. Als Kontrollgruppe diente ein nicht parallelisiertes Sample von 70 Nicht-Klienten mit einem Durchschnittsalter von 73.6 Jahren. Abhängige Variablen waren vor allem Depressivität, Hoffnungslosigkeit und Lebenszufriedenheit. FISKE & ARBORE fanden, dass die Hoffnungslosigkeit in der Gruppe der Programmteilnehmer zurückging, dass sich in Bezug auf Depressivität und Lebenszufriedenheit jedoch keine signifikanten Effekte zeigten. Hoffnungslosigkeit sei ein charakteristisches Merkmal von Alterssuizidalität, die sich außerdem durch schwächer ausgeprägte Warnsignale und einen höheren Anteil tödlich verlaufender Fälle auszeichne und vielfach mit Depressivität und physischer Krankheit einhergehe.

Atlanta (Georgia): December Holiday Hotline

LORING, SMITH & THOMAS (1994) beschreiben die Arbeit einer im Großraum Atlanta (Georgia) tätigen *December Holiday Hotline*. Ziel dieser von mehreren Organisationen gesponserten und von professionellen Kräften und geschulten ehrenamtlichen Mitarbeitern betriebenen Einrichtung war es, Hilfen für Menschen anzubieten, die in der Ferienzeit um Weihnachten besonders unter Einsamkeit und Trauer litten. Innerhalb von 7 Tagen (18.-24.12.1992) gingen (bei einer täglichen Erreichbarkeit zwischen 15 und 19 Uhr) insgesamt 1.532 Anrufe ein. 306 Anrufer waren 55 Jahre und älter. Viele ältere Anrufer thematisierten Verlusterfahrungen, vor allem den Tod des Ehepartners, daneben aber auch den Tod eines erwachsenen Kindes sowie den Tod oder die Inhaftierung von Enkeln. Alle älteren Anrufer wurden institutionell weiter verwiesen, in 37 Fällen (darunter 12 Fälle mit suizidalen Tendenzen) an psychiatrische Einrichtungen. Follow-up-Interviews zeigten, dass rund die Hälfte der 55- bis 74jährigen und mehr als ein Drittel der Klienten ab 75 Jahren zu den Institutionen, an die sie vermittelt wurden, tatsächlich Kontakt aufnahmen.

St. Louis: Link Plus

MORROW-HOWELL, BECKER-KEMPPAINEN & JUDY (1998) beschreiben und evaluieren die Arbeit von Link Plus, einem telefonischen Beratungsdienst für ältere Menschen in der Trägerschaft einer Hotline für Suizidprävention in St. Louis. Die primäre Zielgruppe von Link Plus sind ältere Menschen mit Depressionen, Problemen hinsichtlich sozialer Kontakte und unbefriedigtem Hilfebedarf.

Link Plus bietet ein umfassendes telefongestütztes Case-Management. Neben einer fundierten Diagnostik zielt das Programm darauf ab, die Versorgung mit sozialen Diensten allgemein und sozial-psychiatrischer Versorgung im Besonderen sicherzustellen, am Abbau von Hindernissen der Inanspruchnahme dieser Dienste zu arbeiten und zusätzlich unterstützende Therapiegespräche anzubieten. Klientenkontakte erfolgen ausschließlich über das Telefon. Für den Nutzer fallen nur Telefonkosten an; es kann ein großes geographisches Gebiet abgedeckt werden. Der Zugang zu Link Plus erfolgt entweder über ein Krisentelefon oder er wird über Professionelle oder Familienmitglieder vermittelt. Eine Sozialarbeiterin nimmt in der Regel einmal pro Woche telefonisch Kontakt zu den Klienten auf. Sie spricht Probleme an, erarbeitet gemeinsam mit den Klienten Lösungen, begleitet sie bei der Umsetzung und versucht, ihre Ressourcen zu mobilisieren. Die Beratung dauerte in den untersuchten Fällen durchschnittlich 8 Monate.

MORROW-HOWELL, BECKER-KEMPPAINEN & JUDY (1998) verglichen eine Gruppe von 30 in das Beratungsprogramm aufgenommenen Personen mit 31 Personen, die – randomisiert – auf eine Warteliste gesetzt wurden; das Durchschnittsalter der Stichprobe lag bei 76 Jahren. Nur in der Treatmentgruppe fanden sie nach vier Monaten eine reduzierte Depressionssymptomatik und leicht verbesserte soziale Kontakte; nach acht Monaten zeigte sich in der behandelten Gruppe eine Tendenz zum Rückgang der unbefriedigten Hilfebedarfe. Insgesamt bewerteten MORROW-HOWELL et al. (1998) Link Plus als moderat wirksam bei der Behandlung von depressiven Symptomen, als Mittel gegen soziale Isolation und zur Deckung unbefriedigten Hilfebedarfs älterer Menschen. Die Autoren weisen darauf hin, dass es bei derart schwerwiegendem Hilfebedarf nicht ausreicht, einer Person lediglich Informationen über einschlägige Dienste zukommen zu lassen und sie dorthin zu vermitteln. Die motivationalen Hindernisse auf Seiten der Klienten seien oft hoch, und hier sei – wie bei Link Plus praktiziert – eine unterstützende telefonische Beratung ein niedrigschwelliger und kostengünstiger Weg, die Motivation des Klienten zur Inanspruchnahme von Hilfen zu stärken.

Portland (Oregon): Aging & Disability Services Helpline

1992 wurde in Portland eine "Senior Helpline" ins Leben gerufen, die zunächst nur für die Stadt Portland zuständig war, dann aber rasch auf das gesamte Multnomah County ausgedehnt wurde (vgl. PORTLAND MULTNOMAH COMMISSION ON AGING, 1994). Der nun von den *Aging & Disability Services* (ADS) des Multnomah County betriebene Dienst umfasst ein rund um die Uhr erreichbares telefonisches Kriseninterventionsangebot und verbindet telefonische Hilfe mit aufsuchenden Diensten. Die ADS-Helpline richtet sich an ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen (sowie jeweils an deren Angehörige).

Wesentliche Ziele bei der Gründung der Helpline bestanden darin, einen Notruf für Ältere in Krisensituationen zu schaffen, die Vermittlung an geeignete Dienste in Krisensituationen zu optimieren sowie unangemessene und vermeidbare Krankenhauseinweisungen zu reduzieren; zudem griff man damit Forderungen aus den Reihen von Polizei und Justiz auf, ein professionelles Hilfesystem zu etablieren, welches sich um ältere Menschen kümmert, die unmittelbarer Unterstützung bedürfen (PORTLAND MULTNOMAH COMMISSION ON AGING, 1994). Aktuelle Informationen zufolge (MULTNOMAH COUNTY AGING AND DISABILITY SERVICES, 2002) hat die Helpline inzwischen in verstärktem Maße auch jüngere Menschen mit Behinderungen als Zielgruppe ins Auge gefasst und bietet neben Krisenintervention Hilfe und Unterstützung in vielen alltagspraktischen Fragen (z.B. häusliche Pflege, Transport, "Essen auf Rädern", Betreuung); die Zahl der Anrufer wird mit mehr als 50.000 jährlich angegeben.

Helpline der Alzheimer's Disease and Related Disorders Association of Eastern Massachusetts

SILVERSTEIN, KENNEDY & MCCORMICK (1993) berichten über eine Helpline der Alzheimer' s Disease and Related Disorders Association of Eastern Massachusetts und analysieren 210 im November 1991 eingegangene Anrufe; die Daten basieren auf Angaben von 12 Beratern und 190 Klienten.

Die Anrufer waren zu 70% Familienangehörige und Freunde von Demenzkranken. Das Durchschnittsalter aller Anrufer lag bei 45 Jahren; 83% waren weiblich. Die meisten Anrufer wandten sich nicht wegen akuter Krisen, sondern wegen andauernder Belastungen und Probleme (familiäre Konflikte über pflegerische Verantwortlichkeiten, finanzielle Belastungen, belastende Verhaltensmuster der Demenzkranken etc.) an die Helpline. Viele Anrufer schienen über eher schwach ausgebildete informelle Netzwerke zu verfügen; die Nachfrage nach Selbsthilfegruppen für Familienangehörige war groß. SILVERSTEIN et al. (1993) regen an, die Ratsuchenden in einem telefonischen Unterstützungsnetzwerk miteinander zu verbinden.

SILVERSTEIN & FLAHERTY (1994) befragten 49 Personen – überwiegend Sozialarbeiter -, die im Herbst 1992 die Helpline aus beruflichen Gründen kontaktiert hatten. Etwa zwei Drittel der Befragten äußerten sich "sehr zufrieden" über die Helpline. Auf der Grundlage der von den Befragten ausgesprochenen Empfehlungen wurde die Kapazität der Helpline um 25% erhöht, es wurden Expertennetzwerke ins Leben gerufen, welche die Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen für Afroamerikaner optimieren sollen, und es wurde ein Verzeichnis von Ärzten erstellt, die im Hinblick auf Alzheimerkranke und ihre Familien von der Alzheimer' s Disease and Related Disorders Association of Eastern Massachusetts positiv beurteilt wurden.

Richmond Senior Hotline

LOSEE, AUERBACH & PARHAM (1988) berichten über die Einrichtung eines Krisennotrufdienstes für Ältere in Richmond (Virginia). Die von älteren Ehrenamtlichen (55 bis 77 Jahre) betriebene *Senior Hotline* wurde in einen bereits bestehenden, von der Freiwilligen- und Wohltätigkeitsorganisation *United Way of America* unterhaltenen Informations- und Vermittlungsdienst für Ältere integriert. Die ehrenamtlichen Kräfte erhielten ein achtstündiges Training zur Beratung in Krisensituationen (vgl. LOSEE, PARHAM, AUERBACH & TEITELMAN, 1988). Wesentliche Beratungsziele waren die Stabilisierung der Anrufer und die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen. Bei 70 innerhalb von sechs Monaten eingegangenen Anrufen gelang eine Nachbefragung der Hilfesuchenden. LOSEE, AUERBACH & PARHAM (1988) berichten, dass die Integration der Hotline in die Leistungspalette des Informations- und Vermittlungsdienstes die Zahl der Nutzer insgesamt stark erhöhte. Die meisten kontaktierten Klienten bewerteten die Hotline positiv. Das subjektive Zufriedenheitsgefühl der Nutzer war vor allem dann hoch, wenn die Berater über Kenntnisse im klinischen Bereich verfügten; der 'objektive' Fallausgang war davon jedoch unberührt.

County im nördlichen Mittleren Westen: Interactive Voice Response-Dienst zu Demenzerkrankungen

MUNDT, KAPLAN & GREIST (2001) beschreiben einen gebührenfreien telefonischen Informationsdienst zu Demenzerkrankungen in einem ländlich geprägten County im nördlichen mittleren Westen der USA (rund 100.000 Einwohner). Die Einrichtung des Dienstes fußte auf den Annahmen, dass die Verbreitung von Wissen über Demenzerkrankungen in der Allgemeinbevölkerung von großer Bedeutung für die Früherkennung ist, dass Angehörige von Demenzkranken aber oft aus Verlegenheit oder aufgrund von Informationsdefiziten einem Krankheitsverdacht nicht weiter nachgehen.

Der auf der Basis einer *Interactive Voice Response* (IVR)-Technologie operierende Dienst ermöglicht es dem Nutzer, durch Tastendruck spezifische Themengebiete auszuwählen und Informationen zu Demenzerkrankungen, etwa zu Symptomen, Behandlungsmöglichkeiten, Prävalenz und Risikofaktoren sowie zu lokalen Hilfeangeboten für Kranke und Pflegende abzurufen.

Im November 1999 gingen 193 Anrufe mit einer durchschnittlichen Länge von knapp 10 Minuten ein, ein Drittel davon außerhalb üblicher Geschäftszeiten. 25% der Nutzer riefen in eigener Sache an, 51% aus Sorge um Familienmitglieder. Das größte Interesse bestand an Informationen über Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten. 72% der Anrufer hörten sich nur den Text eines Moduls an. Zehn Prozent riefen Informationen zu lokalen Unterstützungsmöglichkeiten ab, aber nur eine Person ließ sich direkt weiter vermitteln. MUNDT, KAPLAN & GREIST (2001) folgern aus den gesammelten Erfahrungen, dass IVR-Technologie (zu IVR-Systemen vgl. u.a. STENTIFORD & POPAY, 1999) Informationen auch für diejenigen Bevölkerungsgruppen rund um die Uhr kostengünstig verfügbar machen kann, die das Internet nicht nutzen, die also jenseits dessen leben, was im englischen Sprachraum als "digital divide" bezeichnet wird (zur Diskussion um die sog. *digital divide* vgl. BERNHARDT, 2000; CARVIN, 2000; LIPKE, 2000; RAO, BHANDARI, IQBAL, SINHA & SIRAJ, 1999; WILLS, 1999); dazu gehören heute noch insbesondere Ältere und Angehörige der Unterschicht.

4.2.2.3.4 Im Rahmen wissenschaftlicher Studien initiierte Projekte

Peer-Telefondyaden für in Privathaushalten lebende ältere Frauen (HELLER et al., 1991)

HELLER, THOMPSON, TRUEBA, HOGG & VLACHOS-WEBER (1991) beschreiben und analysieren ein Projekt unterstützender Peer-Telefondyaden für in Privathaushalten lebende ältere Frauen aus der Unterschicht, die sich durch geringe soziale Einbindung bzw. ein hohes Maß an erlebter Einsamkeit auszeichnen.

Nach einer Eingangsdiagnostik (face-to-face-Interviews, die zu Hause geführt wurden) erhielt eine zufällig ausgewählte Gruppe von 238 Frauen zehn Wochen lang – zunächst zweimal, dann einmal wöchentlich – Telefonkontakte durch Projektmitarbeiter; die Kontrollgruppe (n = 53) wurde nicht weiter kontaktiert. Nach diesen zehn Wochen wurde die Treatmentgruppe wiederum zufällig aufgeteilt: In Gruppe 1 wurden die telefonischen Kontakte durch Projektmitarbeiter fortgeführt, in Gruppe 2 wurden die älteren Frauen zu Paaren gruppiert, die untereinander telefonische Kontakte pflegen sollten. Diese zweite Untersuchungsphase dauerte 30 Wochen; im Abstand von 10 Wochen wurden – auch in der Kontrollgruppe – Daten zu wahrgenommener sozialer Unterstützung, Depressivität, Einsamkeit und zur allgemeinen psychischen Verfassung erhoben.

Alle Gruppen zeigten im Projektverlauf Verbesserungen ihres psychischen Gesundheitszustandes; es gab im Hinblick auf wahrgenommene soziale Unterstützung, Depressivität, Einsamkeit und allgemeine psychische Verfassung weder signifikante Unterschiede zwischen den beiden Interventionsgruppen noch zwischen ihnen und der Kontrollgruppe. HELLER et al. (1991) ziehen aus der Studie den Schluss, dass die bloße Teilnahme und die im Zuge der Eingangsdiagnostik geführten Gespräche die psychische Verfassung der Teilnehmenden verbessert haben, dass weitere Telefonkontakte diese Effekte hingegen nicht mehr zu verstärken in der Lage waren. Sie formulieren die Hypothese, dass Peer-Kontakte sich möglicherweise deshalb als unwirksam erwiesen, weil die psychische Gesundheit älterer Menschen vor allem unter als unzureichend wahrgenommener Unterstützung durch Mitglieder der Familie leidet, die durch (beliebige) Peers nicht zu kompensieren ist.

Zahlreiche Kommentare zu dieser Arbeit (GOTTLIEB, 1991; SCHIAFFINO, 1991; STEIN, 1991; VAUX, 1991; WILLS, 1991) kritisieren Untersuchungsdesign und Schlussfolgerungen und zeigen Schwierigkeiten sowohl bei der Gestaltung unterstützender Interventionen als auch bei der Erfassung und Deutung ihrer Effekte auf. Sie weisen u.a. auf das Problem hin, "Freundschaftsbeziehungen" experimentell zu erzeugen bzw. experimentell generierte Beziehungen als Freundschaftsbeziehungen zu interpretieren. Das Untersuchungsdesign bot den Teilnehmerinnen keinerlei Wahlmöglichkeiten hinsichtlich ihrer Kontaktpersonen; erfolgversprechender erschienen hier z.B. Telefonketten, die zunächst einen pragmatischen Zweck (sich umeinander kümmern, einander Sicherheit geben) verfolgen und nebenbei das unverbindliche Angebot enthalten, sich näher kennen zu lernen und Freundschaften zu schließen.

Telefonische Unterstützung für familiäre Pflegepersonen von Demenzkranken (Telecare: STRAWN, HESTER & BROWN, 1998; Caregiver Interventions via Telecommunications: WRIGHT, BENNET & GRAMLING, 1998; telefonischer Unterstützungsdienst der University of Alabama: DAVIS, 1998)

STRAWN, HESTER & BROWN (1998) beschreiben ein Programm, in dem das Telefon als Instrument zur Unterstützung familiärer Pflegepersonen von Demenzkranken genutzt wurde. Die insgesamt 14 Telecare-Nutzer wurden über einen Zeitraum von rund drei Monaten hinweg wöchentlich von einem dafür geschulten Psychologiestudenten kontaktiert. Diese Anrufe sollten soziale Unterstützung bieten und im Bedarfsfalle Hilfen vermitteln. Zu fünf Messzeitpunkten wurde zudem mittels des Conversational Symptom Assessment (CSA; vgl. MURDOCK, OORDT, LIPSKER & BROWN, 1991) das jeweils aktuelle Stressniveau der familiären Pflegepersonen ermittelt. STRAWN et al. (1998) fanden während der Treatment-Phase eine signifikante Abnahme des Stressniveaus der Teilnehmenden. Im Nachhinein beurteilten die meisten Telecare sehr positiv und äußerten ihre Bereitschaft, für derartige Leistungen auch zu zahlen. Die Autoren bewerten Telecare als zeit- und kostengünstiges Mittel, um die aus familiärer Demenzpflege erwachsenden Belastungen abzumildern.

WRIGHT, BENNET & GRAMLING (1998) stellen (unter der Bezeichnung *Caregiver Interventions via Telecommunications* – CIT) ein darüber hinausgehendes Konzept zur Unterstützung der familiären Pflegepersonen Demenzkranker dar, das sich technisch sowohl auf das Telefon wie auf Videokonferenzen stützen kann und im Kern die Unterstützung der familiär Pflegenden durch professionelle Pflegekräfte zum Gegenstand hat. Das Konzept umschließt face-to-face-Kontakte zu Beginn und zum Ende der Maßnahme. WRIGHT et al. (1998) gehen davon aus, dass die Demenzerkrankung eines Familienmitglieds Entwicklungsanreize schafft, die durch professionelle Interventionen via Telekommunikation positiv stimuliert und kanalisiert werden können. Die telefonische Betreuung von Pflegenden wird als kostengünstig, flexibel, der Lebenssituation der Pflegenden angemessen und wenig stigmatisierend beschrieben.

DAVIS (1998) beschreibt einen telefonischen Beratungs- und Begleitdienst für Pflegende von Demenzpatienten mit einführendem Training und einem ein- bis zweistündigen Reflexionsgespräch pro Woche. Nach 12 Wochen war eine starke Zunahme der Inanspruchnahme sozialer Unterstützung und ein Rückgang depressiver Symptome zu verzeichnen, auch wenn die Zahl der Probleme in der Pflege und deren konkrete Handhabung sich nicht verändert hatten.

4.2.2.3.5 Projekt mit Zugangsbeschränkung: Legal Services Network (LSN) der American Association of Retired Persons

BOLING (1999) beschreibt das *Legal Services Network* der *American Association of Retired Persons*. AARP bietet ihren Mitgliedern (Jahresbeitrag 10 US-\$) eine – telefonisch oder über das Internet zugängliche – Liste von Rechtsanwälten, die AARP-Standards erfüllen; dazu gehören mindestens vierjährige Berufserfahrung und die Bereitschaft, AARP-Mitgliedern Nachlässe in der Größenordnung von 20% zu gewähren. Eine halbstündige telefonische oder face-to-face-Beratung durch den ausgewählten Anwalt ist für AARP-Mitglieder kostenlos. Das AARP Legal Services Network war im Herbst 2001 in 46 US-Staaten verfügbar und sollte im Frühjahr 2002 in den gesamten USA zugänglich sein (GREENE, 2001).

4.2.2.4 Kanada

Manitoba: Medication Information Line for the Elderly (MILE)

GRYMONPRÉ & STEELE (1998; vgl. auch GRYMONPRÉ, STEELE & SCHULTZ, 1987) präsentieren eine Analyse von mehr als 12.000 Anrufen, die zwischen 1985 und 1992 bei der *Medication Information Line for the Elderly* (MILE) eingingen. MILE operierte zunächst nur in Winnipeg und ist seit 1987 gebührenfrei für Einwohner von Manitoba zugänglich. Der Dienst wird betrieben vom Fachbereich Pharmazie der University of Manitoba und ist Montags bis Freitags von 9 bis 15 Uhr erreichbar. MILE wird sowohl aus öffentlichen Finanzquellen (Universität, Provinz Manitoba) als auch von einer Vielzahl von Sponsoren aus dem Bereich der pharmazeutischen Industrie gefördert.

GRYMONPRÉ & STEELE (1998) berichten, dass MILE ganz überwiegend von Frauen genutzt wird. Anrufe kommen sowohl von Senioren als auch von familiären Pflegepersonen. Die Fragen der Ratsuchenden haben Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und den therapeutischen Nutzen von Medikamenten zum Gegenstand. Die Analyse zeigte ferner, dass die meisten Anrufer zwar angaben, ihre Medikamente stets in der gleichen Apotheke zu kaufen, zugleich jedoch die dort arbeitenden Fachkräfte nicht um Rat fragten.

British Columbia: STEPS-Hotline zu Sturzgefahren

GALLAGHER & SCOTT (1997) berichten über das von der University of Victoria (British Columbia) durchgeführte Projekt STEPS⁸⁸, welches darauf abzielt, die Sicherheit besonders sturzgefährdeter Personen im öffentlichen Raum zu erhöhen. Eine Studie von GALLAGHER & BRUNT (1994) wies darauf hin, dass rund zwei Drittel aller Stürze älterer Menschen sich außerhalb des Hauses auf Wegen ereignen, die der betroffenen Person vertraut sind. Über eine vorübergehend eingerichtete Hotline wurden innerhalb von 9 Monaten 791 Berichte über Stürze und in Bezug auf Stürze risikoreiche Situationen von 533 Personen gesammelt. Die Anrufer waren zu 80% weiblich und im Durchschnitt 65 Jahre alt; 35% waren nach eigenen Angaben körperlich behindert. 75% der Anrufer hatten bei Stürzen Verletzungen davon getragen, 55% sich in ärztliche Behandlung begeben. Als Hauptursachen für Stürze wurden Hindernisse sowie unebene und glatte Oberflächen im Bereich von Bürgersteigen und Fußgängerüberwegen benannt. GALLAGHER & SCOTT (1997) verbanden das Projekt mit Expertengesprächen vor Implementation der Hotline und einem Symposium nach Beendigung der Modellphase. Das Symposium sowie aus dem Projekt erwachsende Publikationen (GALLAGHER & SCOTT, 1996) verfolgten den Zweck, Stadtplanern, Architekten und anderen relevanten Berufsgruppen konkrete Hinweise zur Reduktion von Stürzen und Sturzgefahren zu geben. Die Autorinnen berichten, dass als unmittelbare Folge des Projekts etwa ein Drittel der von den Anrufern benannten Gefahrenstellen beseitigt und viele weitere mit Leuchtfarbe markiert und dadurch entschärft wurden. GALLAGHER & SCOTT (1997) betonen die Notwendigkeit der Einbeziehung von Betroffenenperspektiven in planerische Maßnahmen. Seit 1999 arbeitet – quasi als Ableger von STEPS – das Expertennetzwerk AIMNet (Adult Injury Management Network) in der Provinz British Columbia (vgl. GALLAGHER, SCOTT & MILLS, 1999; PITTS, 2001); in diesem Verbund sind Vertreter von Senioren- und Behindertenorganisationen, Wissenschaftler, Praktiker aus dem Bereich des Gesundheitswesens und Behördenvertreter mit dem Ziel einer besseren Unfallprävention im öffentlichen Bereich zusammengeschlossen.

⁸⁸ Die Abkürzung STEPS wird sowohl mit Studies to Promote Environmental Safety als auch mit Seniors Task Force for Environments which Promote Safety erläutert.

4.2.2.5 Europa

Frankreich: ALMA: *Allô Maltraitance des Personnes Âgées*

In Grenoble entstand 1992 ein telefonisches Beratungsangebot für ältere Menschen und ihre Pflegenden, welches sich speziell der Problematik der Misshandlung annahm. Im Jahr 1992 gingen lediglich 32 Anrufe ein, für die Organisatoren eine enttäuschend geringe Anzahl. Trotz dieser wenig ermutigenden Erfahrungen kam es im Jahr 1995 unter der Bezeichnung *ALMA (Allô Maltraitance des Personnes Âgées)* zur Gründung eines nationalen Notrufnetzwerks zum Thema Gewalt gegen ältere Menschen. Die Gründung ging von Robert HUGONOT (HUGONOT & BUSBY, 1999) aus, der eine der ersten Untersuchungen zum Thema in Frankreich durchgeführt hatte (HUGONOT, 1990a; 1990b). In einer zweijährigen Pilotphase wurden lokale Beratungstelefone in Bordeaux, Limoges, Mulhouse, Reims und Saint-Étienne eingerichtet, in den Folgejahren kamen weitere Städte und Kommunen hinzu (u.a. Strasbourg, Montpellier, Marseille, Avignon, Cannes). Die Website der Organisation ALMA verzeichnete im April 2002 ALMA-Beratungstelefone in 23 französischen Festlandsdepartements sowie auf der Insel Réunion (ALMA: ALLÔ MALTRAITANCE DES PERSONNES ÂGÉES, 2002); die geographischen Schwerpunkte liegen bislang in Süd- und Ostfrankreich.

ALMA hat seinen Sitz in Grenoble und ist organisatorisch angebunden an die *Fondation Nationale de Gérontologie*. Es handelt sich bei ALMA um ein koordiniertes Netzwerk aus jeweils ähnlich arbeitenden, streng anonymen telefonischen Beratungsangeboten, sogenannten *Antennes* (vgl. BUSBY, 1997). Die lokalen Dienste sind verpflichtet, vierteljährlich der Zentrale statistische Daten über die eingegangenen Anrufe zu melden. Das Beratungsangebot wendet sich an ältere Menschen, ihre Angehörigen sowie an Personen, die von Gewalthandlungen gegen ältere Menschen erfahren. Es ist für den häuslichen und den institutionellen, für den pflegerischen und nicht-pflegerischen Bereich zuständig. Die Beratung am Telefon wird von Ehrenamtlichen im Ruhestand durchgeführt, die möglichst ehemals im Sozialbereich, in Gesundheits-, Verwaltungs- oder Erziehungsberufen tätig waren. Sie werden durch Fortbildungen mit ihrer Aufgabe vertraut gemacht und übernehmen zweimal wöchentlich einen halben Tag die telefonische Beratung. Die Adresse des Beratungstelefons und die Namen der Beratenden werden nicht veröffentlicht. Die BeraterInnen werden durch Fachleute aus gerontologischen Professionen (*référénts*) unterstützt. Die BeraterInnen nehmen also Fälle und Beschwerden entgegen, dokumentieren diese und leiten sie an die *référénts* weiter, die über notwendige Schritte entscheiden. Diese wiederum ziehen im Zweifelsfall ein Beratergremium⁸⁹ zu Rate, um ihr Vorgehen zu überprüfen oder Fälle zu diskutieren. Anrufe kommen nur selten von den unmittelbaren Opfern, häufiger von Angehörigen, NachbarInnen, FreundInnen sowie von MitarbeiterInnen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen. Melden sich ältere Menschen, so handelt es sich vielfach um Personen mit Wahn- oder anderen psychotischen Erkrankungen. In den Jahren 1995 bis 1998 gingen bei ALMA rund 3.500 Anrufe ein, die Viktimisierungen älterer Menschen zum Gegenstand hatten, zumeist psychische Gewalt, finanzielle Ausbeutung, weniger häufig physische Gewalt und Vernachlässigung. 75% der Opfer waren Frauen, zumeist Witwen, die im Haushalt ihrer Familien lebten. Die Gewalt ging in über 50% der Fälle von Familienmitgliedern, vor allem von Söhnen, aus. Oft waren die Gewaltausübenden arbeitslos. In etwa 20% der berichteten Fälle wurden professionelle Pflegekräfte als TäterInnen benannt.

⁸⁹ Bei jeder *Antenne* gibt es einen Steuerungsausschuss (*comité technique de pilotage*), der interdisziplinär und mit relevanten VertreterInnen der örtlichen Sozialverwaltung, von Polizei, Justiz und Wohlfahrtsverbänden besetzt ist. Dieser Ausschuss tritt einmal im Quartal zusammen und nimmt die Funktion eines Beratergremiums ein, das den *référénts* hinsichtlich der Beratung in schwierigen Fällen Unterstützung bietet.

Großbritannien: CANDID (*Counselling and Diagnosis in Dementia*)

Counselling and Diagnosis in Dementia (CANDID) ist ein seit Februar 1995 operierender britischer Unterstützungsdienst für jüngere Demenzkranke⁹⁰, ihre Angehörigen und professionellen Helfer. Betreiber von CANDID ist das *National Hospital for Neurology and Neurosurgery* in London. CANDID gibt vor allem telefonischen Rat und Unterstützung; Anfragen sind aber auch postalisch, per E-Mail oder persönlich direkt vor Ort möglich; geboten werden emotionale Unterstützung und fachliche Information. CANDID hat einerseits registrierte Programmteilnehmer, steht aber für Anfragen auch der allgemeinen Öffentlichkeit zur Verfügung. Die Berater sind geschulte Pflegekräfte; sie werden von einem Neurologen und einem Psychiater supervidiert und arbeiten eng mit den Hausärzten der betroffenen Patienten zusammen. HARVEY, ROQUES, FOX & ROSSOR (1998) berichten über die ersten zwei Jahre von CANDID. In diesem Zeitraum gingen 1.121 Anrufe ein, davon 547 Anrufe mit Bezug zu insgesamt 241 registrierten Programmteilnehmern und 574 Anrufe aus der allgemeinen und der Fachöffentlichkeit. Die Anrufe werden von HARVEY et al. den Kategorien "allgemeine Information", "Rat in klinischen Fragen" und "Rat in sozialen Fragen" zugeordnet. Bei den registrierten Nutzern überwogen Fragen zu klinischen Aspekten (50.1%) und hier vor allem zu diagnostischen Aspekten (29.1% aller Anrufe), bei den nicht registrierten Nutzern die allgemeinen Informationsanfragen (68.3%). In 67 Fällen nahmen CANDID-Mitarbeiter aufgrund von Anrufen brieflich Kontakt zu den Hausärzten der Betroffenen auf, um z.B. bedeutsame Fallinformationen zu übermitteln oder den Hausarzt hinsichtlich der Medikation zu beraten.

Großbritannien: SeniorLine (*Help the Aged*)

SeniorLine ist ein kostenloser und vertraulicher telefonischer "welfare rights advice service" für ältere Menschen und ihre Pflegepersonen und Betreuer (vgl. SENIORLINE: FREE WELFARE RIGHTS ADVICE SERVICE, 2001). Die Beratung ist für die Anrufer kostenlos, der Dienst ist zu üblichen Bürozeiten (Mo bis Fr 9 bis 16 Uhr) erreichbar. Träger der Helpline ist *Help the Aged*, eine 1961 gegründete nationale Wohlfahrtsorganisation für ältere Menschen in Not. *SeniorLine* ist in ganz Großbritannien (inkl. Nordirland) erreichbar. Es besteht ein sog. Textphone-Angebot, welches gehörlosen bzw. hör- oder sprachbehinderten Ratsuchenden die Möglichkeit gibt, ihre Anfrage über eine Tastatur einzugeben. *SeniorLine* bietet den Anrufern an, telefonisch ihre sozialen Rechte und Ansprüche zu klären und das weitere Vorgehen zur Durchsetzung von Ansprüchen zu erörtern. Zu den zentralen Themen des Beratungsdienstes gehören der gesamte Bereich der Pflege, Sozialleistungen für Senioren und Behinderte, Wohnangelegenheiten, Unterstützung bei der Wahrung eines selbstständigen Lebensstils sowie die Vermittlung an lokale Stellen. Vorrangiges Ziel von *SeniorLine* ist Hilfe zur Selbsthilfe; erscheint dies nicht realisierbar, wird an geeignete Instanzen weitervermittelt. *Help the Aged* weist darauf hin, dass man keine über telefonische Beratung hinausgehende Fallbearbeitung übernehmen könne, dass die MitarbeiterInnen von *SeniorLine* keine ausgebildeten BeraterInnen (trained counsellors) seien und dass man weder in medizinischen noch in rechtlichen Fragen beraten könne.

Großbritannien: Age Concern Information Line

Die britische Wohlfahrtsorganisation *Age Concern* unterhält mit der *Age Concern Information Line* ein telefonisches Informationsangebot für ältere Menschen, deren Angehörige und Freunde, familiäre Pfl-

⁹⁰ Diagnostizierter Beginn der Erkrankung vor dem 65. Lebensjahr.

gepersonen und Professionelle aus dem Bereich der Altenarbeit (vgl. AGE CONCERN, 2002). Das Telefon ist täglich von 7 bis 19 Uhr besetzt; die Anrufe sind für die Ratsuchenden kostenlos. Auch diese Information Line ist über Textphone erreichbar; briefliche Anfragen sind möglich. Age Concern hält vielfältige Informationsmaterialien bereit, die auf Anfrage zugesandt werden. Wesentliche Themenbereiche sind finanzielle Angelegenheiten, Rechtsfragen, Gesundheit, Pflege, Wohnen und Heizkosten, Transport, Freizeit und Bildung. Age Concern betrachtet Einsamkeit als großes Problem vieler älterer Menschen; die Organisation bietet daher einen sogenannten "Befriending"-Dienst an, in dessen Rahmen Ehrenamtliche zunächst telefonisch, dann aber auch persönlich Kontakt zu sozial isolierten Älteren aufnehmen.

Irland: Senior Help Line

Ein von der *Summerhill Active Retirement Association* betriebener Telefondienst versteht sich vor allem als Einrichtung, die Gesprächsangebote für einsame ältere Menschen in ganz Irland macht. Die Sprechzeiten erstrecken sich auf sechs Stunden an jedem der sieben Wochentage. Als Gesprächspartner stehen geschulte und zur Verschwiegenheit verpflichtete ehrenamtlich tätige Seniorinnen und Senioren bereit. Der Mitarbeiterstab umfasste im Jahr 2001 rund 160 Personen. Die Anrufenden müssen lediglich die Kosten eines Ortsgesprächs tragen. Zu den Problemfeldern, deren Bedeutung wachse, gehörten Einsamkeit, Misshandlung und das Abfassen von Testamenten. Eine Evaluation des Programms nach einjährigem Betrieb habe die Notwendigkeit aufgezeigt, den Dienst aufrecht zu erhalten und zu erweitern (NATIONAL COUNCIL ON AGEING AND OLDER PEOPLE; 2001; weitere Informationen: AGE & OPPORTUNITY, 2002; HELP FOR LONELINESS ON-LINE FROM ' SENIOR SERVICE' 2001).

Italien: Filo d'Argento von AUSER

Filo d'Argento arbeitet seit 1990. Es versteht sich als ein Telefon gegen Einsamkeit und Ausgrenzung älterer Menschen, für gesellschaftliche Solidarität und für die Rechte von Seniorinnen und Senioren (vgl. AL TELEFONO IL FILO D'ARGENTO DELL' AUSER, 2002; FILO D' ARGENTO AUSER: UN TELEFONO AMICO AL SERVIZIO DEGLI ANZIANI E DELLE FAMIGLIE, 2001; UN TELEFONO AMICO PER RISPONDERE AI BISOGNI DEGLI ANZIANI, 2001). Träger des *Filo d'Argento* ist die 1989 gegründete Organisation AUSER (*Associazione per l'autogestione dei servizi e la solidarietà*), ein Zusammenschluss von Personen, die im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements, der Selbst- und Nachbarschaftshilfe tätig sind (Homepage: <http://www.cgil.it/auser/Main.htm>).

Filo d'Argento ist ein kostenfreies, in ganz Italien unter einer einheitlichen Nummer erreichbares, dabei aber dezentral organisiertes, auf die lokalen Gliederungen von AUSER zurückgreifendes Angebot. 5000 Ehrenamtliche, davon 60% Frauen, engagieren sich im Bereich dieses Telefondienstes, dessen wesentliches Ziel die Bekämpfung sozialer Isolation ist. Etwa 50.000 Anrufe pro Jahr werden verzeichnet. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstützen Klienten auch über die Telefonate hinaus, indem sie sie z.B. zum Arzt begleiten. Ausweitungen und Optimierungen der gegenwärtigen Leistungen sind geplant hinsichtlich der Anzahl der lokalen Dienste, der Ausbildung der Ehrenamtlichen, der

Erreichbarkeit des Dienstes, des Aufbaus und Einsatzes von Datenbanken und zugehender Hilfen in den Wohnungen der Klienten.⁹¹

Italien: Suizidprävention durch "Tele-Help/Tele-Check" (Veneto)

DE LEO, CAROLLO & DELLO BUONO (1995; vgl. auch DE LEO, HICKEY, NEULINGER & CANTOR, 2001) berichten über suizidpräventive Effekte eines in der Region Veneto praktizierten telefongestützten Hilfesystems für in Privathaushalten lebende ältere Menschen. Tele-Help ist ein tragbares Alarmsystem, das der Nutzer im Notfall alarmieren kann, um schnell Hilfe herbeizurufen. Über Tele-Check wird der Nutzer zweimal wöchentlich kontaktiert; die Berater erkundigen sich nach seiner Befindlichkeit und seinen Bedürfnissen und können emotionale Unterstützung vermitteln. Darüber hinaus können die Teilnehmer den Dienst jederzeit von sich aus anrufen. Die Rekrutierung von Klienten erfolgt vor allem über Sozialarbeiter und Hausärzte. Unter mehr als 12.000 Nutzern des Dienstes gab es im Zeitraum von Januar 1988 bis Dezember 1991 nur einen als solchen erkannten Suizid; auf der Basis bekannter Suizidraten wären in dieser Altersgruppe 7,5 vollendete Selbsttötungen zu erwarten gewesen. DE LEO et al. (1995) interpretieren dies als Indiz für die präventive Wirkung des Tele-Help/Tele-Check-Dienstes; sie verweisen darauf, dass die Nutzer kein repräsentatives Abbild der älteren Generation darstellen, dass sich in dieser Gruppe vielmehr Risikofaktoren für suizidales Verhalten in besonderem Maße konzentrieren. DE LEO, ROZZINI, BERNARDINI & ZUCCHETTO (1992) berichten auf der Grundlage von Telefoninterviews mit Nutzern des Dienstes einerseits und einer Kontrollgruppe andererseits, dass bei den Nutzern weniger Krankenhauseinweisungen und Arztbesuche erforderlich waren und sie hinsichtlich einer Reihe vorwiegend kognitiver und emotionaler Aspekte von Lebensqualität und Zufriedenheit positivere Werte aufwiesen.

Slowenien: Community Social Alarm Service

Die Arbeitsgruppe um RUDEL und PREMIK berichtet in einer Reihe von Arbeiten (PREMIK & RUDEL, 1996; PREMIK, RUDEL & LICER, 1998; RUDEL & PREMIK, 1999; RUDEL, PREMIK & HOJNIK-ZUPANC, 1995; RUDEL, PREMIK & LICER, 1999) über den slowenischen *Community Social Alarm Service*., welcher als Hausnotruf- und Servicedienst fungiert und eine entsprechende technische Ausstattung erfordert.⁹² Das erste Community Social Alarm Center wurde 1992 in der slowenischen Hauptstadt Ljubljana (ca. 250.000 Einwohner) eingerichtet und in der Folge auf weitere slowenische Kommunen ausgedehnt. Wesentliches Ziel ist es, soziale, pflegerische und medizinische Dienstleistungen für in Privathaushalten lebende ältere und behinderte Menschen zu arrangieren und so Übersiedlungen in stationäre Pflegeeinrichtungen zu vermeiden oder zu verzögern.

In rund 4 Jahren wurden im Community Social Alarm Center Ljubljana 18.500 Anrufe von 160 registrierten, weitere 14.800 Anrufe (über die normale Telefonverbindung) von nicht-registrierten Nutzern verzeichnet. Den Nutzern ging es meist um das Einholen von Informationen und Ratschlägen, aber auch um sozialen Kontakt; Notfalleinrufe waren relativ selten. Die nicht registrierten Anrufer suchten vor allem nach Informationen über verfügbare Dienste. Obwohl lediglich 395 (2,1%) der 18.500 Anrufe gesundheitsbezogen waren, betonen die Autoren, dass der *Community Social Alarm Service* auch als

⁹¹ Unter <http://www.comune.firenze.it/comune/organi/q5/aprile01/03.pdf> findet sich ein Bericht über Straftäter, die sich (im Raum Florenz) als vermeintliche AUSER-Freiwillige in Wohnungen älterer Menschen einschleichen (AUSER E FILO D' ARGENTO LANCIANO UN ALLARME!, 2001).

⁹² Vgl. Darstellung von Hausnotrufdiensten und ihrer Funktionsweise in Kap. 4.1.2.

medizinisches Notrufsystem dienen könne, dass jedenfalls angesichts der vorhandenen Infrastruktur die Installation eines parallelen medizinischen Notrufs sich erübrige.

4.2.2.6 Asien

Japan: Versuch zum Einsatz von Bildtelefonen bei Personen, die häuslicher Pflege bedürfen

NAKAMURA, TAKANO & AKAO (1999; vgl. auch TAKANO, NAKAMURA & AKAO, 1995) berichten über den Einsatz von ISDN-Bildtelefonen (Videophones) bei Personen, die – wegen sehr unterschiedlicher Krankheitsbilder – häusliche Pflege benötigten; diese Videophones waren jeweils bei den Pflegebedürftigen und den Leitungen der zuständigen Pflegedienste installiert. NAKAMURA et al. (1999) verglichen zwei parallelisierte Gruppen mit und ohne Videophone (jeweils $n = 16$, davon jeweils 11 Frauen; Durchschnittsalter 72 bzw. 73 Jahre) mittels des *Functional Independence Measure* (KEITH, GRANGER, HAMILTON & SHERWIN, 1987; vgl. auch GRANGER, HAMILTON, LINACRE, HEINEMANN & WRIGHT, 1993; HEINEMANN, LINACRE, WRIGHT, HAMILTON & GRANGER, 1993; OTTENBACHER, HSU, GRANGER & FIEDLER, 1996) miteinander. Nach 3 Monaten zeigten sich in der Videophone-Gruppe, nicht aber in der Kontrollgruppe Verbesserungen hinsichtlich kognitiver, kommunikativer und alltagspraktischer Fertigkeiten; die Unterschiede zwischen den Gruppen waren signifikant. Auch die Mitarbeiter der Pflegedienste äußerten sich zufrieden über die neue Technik. NAKAMURA et al. (1999) ziehen aus ihren Daten den allgemeinen Schluss, dass die Qualität häuslicher Pflege durch den Einsatz moderner Kommunikationstechnologie verbessert werden kann. TSUJI, TESHIMA & MIYAHARA (1999) weisen darauf hin, dass tele-medizinische Maßnahmen seit 1998 von der Krankenversicherung getragen werden; sie heben vor allem auf die Einsparungspotenziale durch den Einsatz von Telemedizin ab.

Japan: Hotline des Japan Elder Abuse Prevention Center

YAMADA (1999) berichtet über eine erste Auswertung der bei einem Tokioter Beratungstelefon für ältere Misshandlungs- und Vernachlässigungsoffer zwischen März 1996 und September 1997 eingegangenen Anrufe. Das vom *Japan Elder Abuse Prevention Center* initiierte Telefon stand Anrufenden wöchentlich lediglich drei Stunden (jeweils an Montagnachmittagen) zur Verfügung. 209 Anrufe gingen innerhalb von 18 Monaten ein; rund drei Viertel davon wurden als thematisch einschlägig gewertet. In nahezu der Hälfte der einschlägigen Fälle wurden Eigentums- und Vermögensdelikte gegenüber älteren Menschen angesprochen ($n=74$); ähnlich häufig waren Berichte über psychische Misshandlung ($n=69$). Anrufer waren vor allem die Opfer selbst (37%) sowie ihre Töchter (36%), seltener andere Familienmitglieder. Als Täter wurden in erster Linie Söhne (36%) und Schwiegertöchter (25%) der Betroffenen genannt.

Singapur: Helpline der Singapore Action Group of Elders

KO & LIM (1996) berichten über eine gebührenfreie Helpline der *Singapore Action Group of Elders* (SAGE) für alle Problemlagen des Alters. SAGE ist eine ehrenamtliche Wohlfahrtsorganisation, die soziale und Erholungsaktivitäten für ältere Menschen organisiert. Der von Ehrenamtlichen und Sozialarbeitern durchgeführte telefonische Beratungsdienst wurde 1991 eingerichtet. Das Beratungstelefon ist an Werktagen während üblicher Arbeitszeiten erreichbar. Durchschnittlich gehen pro Monat rund 150 Anrufe ein, etwa die Hälfte davon von Mehrfachanrufern. Neben persönlicher Beratung werden auch Informationen weitergegeben. KO & LIM (1996) stellen eine prospektive Studie zur Effizienz die-

ses Beratungsangebots vor. 34 von 100 aufeinanderfolgenden Anrufern (28 Klientinnen und 6 Klienten) konnten im Verlaufe eines Monats zu insgesamt drei Terminen mittels der *Hospital Anxiety and Depression Scale* (ZIGMOND & SNAITH, 1983) im Hinblick auf ihre erlebte psychische Belastung untersucht werden. Die telefonischen Interviews wurden von den BeraterInnen durchgeführt. Die Ratsuchenden waren durchschnittlich 55 Jahre alt. Im Vordergrund standen psychische (73,5% aller Anrufer) und zwischenmenschliche Probleme (41.2%), ferner Gesundheitssorgen (44.1%), finanzielle (26.5%) und soziale (26.5%) Not- und Problemlagen. KO & LIM (1996) fanden im Untersuchungszeitraum signifikante Rückgänge der mittels der *Hospital Anxiety and Depression Scale* gemessenen Ängstlichkeits- und Depressivitätswerte; sie werten dies als Beleg dafür, dass telefonische Beratung durch geschulte Ehrenamtliche in der Lage ist, psychische Belastungen zu reduzieren. Diese Schlussfolgerung ist sowohl wegen des Fehlens einer Kontrollgruppe als auch im Hinblick auf die Befragung der Klienten durch die Berater mit großen Vorbehalten zu betrachten.

4.2.2.7 Charakteristische Merkmale der dargestellten ausländischen und internationalen Projekte

Zahlreiche Merkmale der in die Analyse einbezogenen Projekte weisen als realisierte Möglichkeiten der Ausgestaltung telefonischer Beratung für Ältere bzw. ihre Angehörigen auf Handlungs- und Entscheidungsoptionen eines künftig in Deutschland zu implementierenden bundesweiten Beratungstelefon hin. In der folgenden Übersicht sind Besonderheiten der dargestellten Dienste tabellarisch dargestellt. Im Anschluss werden einige der daraus resultierenden Fragen benannt.

Institution / Dienst / Projekt	Land	Spezifische Merkmale
International Federation of Telephonic Emergency Services (IFOTES)	international	<ul style="list-style-type: none"> • internationaler Zusammenschluss auf ehrenamtlichem Engagement basierender telefonischer Beratungsdienste (zu deren Klientel auch Seniorinnen und Senioren gehören) • Verpflichtung der nationalen Mitgliedsorganisationen auf einen Grundkanon gemeinsamer Arbeitsweisen
Eldercare Locator	USA	<ul style="list-style-type: none"> • landesweit unter einheitlicher Telefonnummer betriebener Dienst, der ältere Menschen und ihre Angehörigen beim Auffinden geeigneter Pflege- und Hilfsdienste unterstützt • betrieben von Bundesbehörde; enge Zusammenarbeit mit lokalen Institutionen • neben dem Telefon auch via Internet zugänglich
Nursing Home Compare-Datenbank	USA	<ul style="list-style-type: none"> • im Internet frei zugängliche Datenbank mit Ergebnissen von Prüfberichten stationärer Altenpflegeeinrichtungen; Daten der jeweils letzten regelmäßigen Inspektion durch State Survey Agencies; ab 2002 Ergänzung um Mängelfeststellungen, die auf Beschwerden zurückgehen
National Telemarketing Victim Call Center	USA	<ul style="list-style-type: none"> • auf engen thematischen Bereich (betrügerische telefongestützte Verkaufspraktiken) zugeschnittener USA-weiter telefonischer Dienst • proaktive Arbeitsweise: als gefährdet geltende Personen werden aktiv per Telefon kontaktiert • Zusammenarbeit zwischen Wohltätigkeitsorganisation, Strafverfolgungsbehörde und Telefongesellschaft
Senior Legal Hotlines und ähnliche Dienste	USA	<ul style="list-style-type: none"> • (in der Regel) kostenlose Rechtsberatung für ältere Bürgerinnen und Bürger durch Rechtsanwälte
Florida Elder Helpline	USA	<ul style="list-style-type: none"> • thematisch breites Angebot • einheitliche Rufnummer für alle seniorenpezifischen Anliegen • dezentrale Organisation: Anrufe werden zu lokalen Vermittlern geleitet, die an geeignete örtliche Dienste vermitteln
Finder-Datenbank (Mid-Florida Area Agency on Aging)	USA	<ul style="list-style-type: none"> • internetgestützte Datenbank zu einer Vielzahl seniorenpezifischer Themen; thematisch sehr breit gefasst; kein telefonisches Angebot
Elder Hotline (Attorney General von Massachusetts)	USA	<ul style="list-style-type: none"> • thematisch breites Angebot • Beratung durch ehrenamtlich tätige Senioren
NJ EASE (New Jersey Easy Access, Single Entry)	USA	<ul style="list-style-type: none"> • einheitliche Rufnummer für den gesamten Staat • verantwortliche Institutionen auf County- Ebene • breite Dienstleistungspalette: Information, Vermittlung, Hausbesuche
Friendship Line for the Elderly und Geriatric Outreach Program	USA	<ul style="list-style-type: none"> • spezifisches Angebot für Bereich Suizidprävention • Kombination eines 'klassischen Notrufs' mit einem proaktiven Angebot (u.a. verabredete Telefonkontakte zwischen Beratern und Klienten)
Link Plus	USA	<ul style="list-style-type: none"> • konzentriert auf Suizidprävention und damit einhergehende Prob-

		<p>lembereiche (Depression, Kontaktstörungen etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • proaktive telefonbasierte Intervention: Sozialarbeiter nehmen wöchentlich Kontakt zu Klienten auf; keine face-to-face-Kontakte
Aging & Disability Services Helpline	USA	<ul style="list-style-type: none"> • telefonische und aufsuchende Dienste • Senioren und Behinderte als Zielgruppen
Richmond Senior Hotline	USA	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung durch ältere Ehrenamtliche • Integration der Hotline in bestehenden Informations- und Vermittlungsdienst für Ältere
Alzheimer-Helpline in Massachusetts	USA	<ul style="list-style-type: none"> • Befragung professioneller Nutzer der Helpline, Aufgreifen der daraus sich ergebenden Optimierungsvorschläge
Interactive Voice Response-Dienst zu Demenzerkrankungen	USA	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsdienst zu Demenzerkrankungen • Informationen menügesteuert über Telefon abrufbar • kein persönlicher Kontakt mit Berater
Legal Services Network (LSN) der American Association of Retired Persons	USA	<ul style="list-style-type: none"> • Zugang über Telefon oder Internet • Dienst nur für Mitglieder der AARP zugänglich • benennt geeignete Anwälte; kostenlose anwaltliche Eingangsberatung und Preisnachlässe bei weiterer Inanspruchnahme
Peer support telephone dyads	USA	<ul style="list-style-type: none"> • im Rahmen eines Forschungsprojekts • Einsamkeit / soziale Isolation als explizites Thema • gelenkte Kontaktaufnahme zwischen Teilnehmerinnen
Telefonische Unterstützungsdienste für familiäre Pflegepersonen von Demenzkranken	USA	<ul style="list-style-type: none"> • proaktiv (Berater ruft Klienten an); teilweise Verbindung mit face-to-face-Kontakten • fester Teilnehmerkreis • Verweis auf Kostenersparnis gegenüber alternativen Beratungsformen • Bedeutung sozialer Unterstützung • Vereinbarkeit des Mediums und der Art der Dienstleistungen mit der Lebenssituation familiärer Pflegepersonen
Medication Information Line for the Elderly	Kanada	<ul style="list-style-type: none"> • thematisch beschränkt auf Fragen zu Medikamenten • Beratung durch ausgebildete Pharmazeuten
STEPS-Hotline zu Sturzgefahren	Kanada	<ul style="list-style-type: none"> • temporäre Hotline als Instrument zum Ermitteln und Beseitigen von Missständen und Gefährdungssituationen • Rückkopplung der Ergebnisse an die Kommunalpolitik
ALMA: Allô Maltraitance des personnes âgées	Frankreich	<ul style="list-style-type: none"> • thematisch beschränkt auf Misshandlung und Vernachlässigung • Netzwerk mit Berichtspflichten der lokalen Stellen gegenüber einer Zentrale • telefonische Beratung durch ältere Ehrenamtliche, bevorzugt Personen mit einschlägiger beruflicher Vorerfahrung • strenge Anonymität der Beratenden • Unterstützung durch lokale Experten und Beratergremium
CANDID (Counselling and Diagnosis in Dementia)	UK	<ul style="list-style-type: none"> • enge Zielgruppenbegrenzung: früh dementiell Erkrankte und ihre Kontaktpersonen • registrierte Nutzer; zugleich öffentlich zugänglich • hinsichtlich der registrierten Nutzer enge Kooperation mit Hausärzten • Beratung durch geschulte Pflegekräfte
SeniorLine (Help the Aged)	UK	<ul style="list-style-type: none"> • thematischer Schwerpunkt: soziale Belange

		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Textphone</i>-Technik für gehörlose bzw. hör- oder sprachbehinderte Ratsuchenden
Age Concern Information Line	UK	<ul style="list-style-type: none"> • breite Zielgruppendefinition, darunter auch Professionelle aus dem Bereich der Altenarbeit • Einsamkeit als zentrales Problem; "Befriending"-Dienst mit persönlicher Kontaktaufnahme durch Ehrenamtliche
Senior Help Line	Irland	<ul style="list-style-type: none"> • Zielgruppe: sozial isolierte / einsame ältere Menschen • Beratung durch geschulte Ehrenamtliche
Filo d' Argento	Italien	<ul style="list-style-type: none"> • Bindung an große Freiwilligenorganisation • thematische Schwerpunkte: Einsamkeit / Ausgrenzung einerseits; Rechte älterer Menschen andererseits • ortsnahe, niedrigschwelliges Angebot • Verbindung mit aufsuchenden Diensten
Tele-Help/Tele-Check	Italien	<ul style="list-style-type: none"> • Hausnotrufsystem; zugleich regelmäßige aktive Kontaktaufnahme zu den Klienten • Suizidprävention und Steigerung der Lebensqualität werden als Effekte berichtet
Community Social Alarm Service	Slowenien	<ul style="list-style-type: none"> • medizinisches und soziales Hausnotrufsystem; zugleich umfassendere Vermittlung von Dienstleistungen und Hilfen • geringer Anteil unmittelbar gesundheitsbezogener Anfragen
ISDN-Bildtelefone in der häuslichen Pflege	Japan	<ul style="list-style-type: none"> • ISDN-Bildtelefone bei in Privatwohnungen lebenden Pflegebedürftigen • Verbesserungen kognitiver, kommunikativer und alltagspraktischer Fertigkeiten • Einsparung von Pflegekosten
Hotline des Japan Elder Abuse Prevention Center	Japan	<ul style="list-style-type: none"> • spezifisches Thema (Gewalt gegen Ältere) • sehr eingeschränkte zeitliche Erreichbarkeit (3 h / Woche)
Helpline der Singapore Action Group of Elders	Singapur	<ul style="list-style-type: none"> • thematisch sehr breit gefasst • Beratung durch geschulte Ehrenamtliche und Professionelle

Die Betrachtung ausländischer Projekte eröffnet zahlreiche Perspektiven. Dies betrifft insbesondere die Nutzung moderner Kommunikationstechnologie und die Integration proaktiver Arbeitsweisen in einen telefonbasierten Dienst. In beiden Bereichen geben die dargestellten Beratungs-, Hilfe- und Informationsdienste Anregungen, die dazu beitragen können, die etwaige Ausgestaltung eines bundeseinheitlich erreichbaren Dienstes in Deutschland zu optimieren. In Kapitel 4.6 erläutern wir die Folgerungen, die sich aus der Betrachtung ausländischer Beratungs-, Informations- und Vermittlungsdienste ergeben.

4.2.3 Resultierende Fragen und Entscheidungsoptionen für die mögliche Ausgestaltung eines bundesdeutschen Beratungsdienstes

Die Darstellung der im In- und Ausland praktizierten Beratungs-, Hilfe- und Informationssysteme zeigt hinsichtlich der möglichen Ausgestaltung eines telefongestützten Beratungsdienstes für Seniorinnen und Senioren eine Vielzahl von Möglichkeiten und Fragen auf.

Zielgruppen

- An welche Zielgruppen soll das Angebot sich richten? Inwieweit ist die Kombination mit Beratungsdiensten für Behinderte und jüngere Pflegebedürftige möglich und sinnvoll? Inwieweit werden neben älteren Menschen und ihren Angehörigen auch Personen angesprochen, die professionell im Bereich der Altenhilfe und Altenpflege tätig sind?
- Soll das Beratungsangebot für jedermann unmittelbar zugänglich sein? Inwieweit erscheint es sinnvoll, bestimmte Leistungen hinsichtlich des Adressatenkreises zu beschränken bzw. an Bedingungen (z.B. eine Vereinbarung zwischen Beratungseinrichtung und Klient oder die Mitgliedschaft in einer Organisation) zu knüpfen?

Leistungsspektrum und Beratungskonzepte

- Wie sollte das Leistungsangebot eines telefongestützten Beratungsdienstes ausgestaltet werden? Welchen Stellenwert haben Informationsweitergabe, Vermittlung, Beratung und Krisenintervention?
- Wie soll das Verhältnis von reaktiven und proaktiven Elemente in der telefonischen Beratung beschaffen sein? Sollen Strategien des aktiven "Zugehens" auf Klienten in den Leistungsumfang integriert werden? Sofern die Frage grundsätzlich bejaht wird: Gilt dies auch für Erstkontakte oder nur für Klienten, die ihrerseits zuvor Kontakt zum Telefon aufgenommen hatten? Inwieweit soll die telefonische Beratung mit face-to-face-Kontakten und Elementen aufsuchender Arbeit verknüpft werden? Gibt es spezifische Problemfelder, die für solche Erweiterungen in besonderem Maße in Frage kommen?

Themen und Inhalte der Beratung

- Inwieweit sollte das Beratungsangebot thematisch offen sein? Welche Vor- und Nachteile hat eine Spezifikation auf einzelne Problemfelder?
- Inwieweit können Verbraucherinformationen (insbesondere zu Bereichen wie Pflege und Gesundheit) systematisch zugänglich gemacht werden?
- Welchen Stellenwert haben Einsamkeitsprobleme, Isolation und fehlende soziale Unterstützung im Konzept eines Beratungsdienstes? Wie wird mit thematisch unspezifischem Gesprächsbedarf umgegangen, der primär aus dem Motiv der Kontaktsuche erwächst? Welche Wege sind angemessen, um entsprechenden Bedürfnissen der Anrufer gerecht zu werden? Inwieweit kann es diesbezüglich sinnvoll sein, Kontakte von Klienten untereinander zu fördern?

Qualifikation von Beratenden

- Welche Qualifikationen und Fachkenntnisse sind auf Seiten der Beratenden erforderlich? Inwieweit kann die Beratung von ehrenamtlich tätigen Personen geleistet werden? Welche Ausbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen sind für diese Gruppe erforderlich? Inwieweit empfehlen sich Modelle der "Seniorenberatung durch Senioren"? Wie kann aktuelles Expertenwissen fortlaufend nutzbar gemacht werden?

Trägerschaft, Organisation, Vernetzung und regionaler Bezug

- Wie kann die Trägerschaft einer bundesweit operierenden Beratungseinrichtung am besten organisiert werden? Wie sollte eine bundesweite und zugleich lokal verankerte Organisation aufgebaut sein? Auf welcher Ebene und bei welchen Institutionen ist sie lokal anzusiedeln? Wie soll das Verhältnis zwischen lokalen / regionalen Gliederungen und Zentrale oder Dachverband gestaltet werden? Wie stark sind die zentralistischen und dezentralen Elemente? Wie kann ein lokal verankertes System am besten implementiert werden?
- Werden Vernetzungen auf internationaler Ebene angestrebt? Wo könnten entsprechende Bemühungen ansetzen? Was kann eine internationale Vernetzung leisten? Wie kann sie ausgestaltet werden?

Technische Optionen – Erschließung neuer Zielgruppen

- Inwieweit können die Dienste eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon auch via Internet zugänglich gemacht werden? Wie sinnvoll ist der Einsatz von Technologien, die unterhalb der Schwelle der Internet-Nutzung den systematischen Abruf von Informationen ohne unmittelbare Inanspruchnahme eines Beraters ermöglichen?
- Welche technischen Möglichkeiten können genutzt werden, um einen telefonischen Beratungsdienst auch für Personen mit Hör- und Sprachbehinderungen nutzbar zu machen?

Kosten – Finanzierung – Einsparpotenziale

- Sollen die Angebote für die Nutzer kostenfrei oder kostenpflichtig sein?
- Welche Kosten sind für Aufbau und Betrieb eines Beratungsdiensts zu veranschlagen? Welche direkten und indirekten Einsparpotenziale bietet er andererseits?

Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung

- Welche Maßnahmen zur Evaluation und Qualitätssicherung können ergriffen werden? Inwieweit ist es möglich und sinnvoll, Rückmeldungen von Nutzern systematisch in die weitere Ausgestaltung eines Beratungsangebots einfließen zu lassen? In welchem Maße ist beim Aufbau eines Beratungstelefon eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluation realisierbar? Inwieweit kann ein Beratungstelefon systematisch auch als Instrument zum Sammeln von Informationen über bestehende Probleme und Missstände genutzt werden?

In der zusammenfassenden Diskussion der Untersuchungsergebnisse in Kapitel 4.6. sowie in den in Kapitel 5 formulierten Empfehlungen kommen wir auf Fragen der hier aufgeworfenen Art zurück. Zu einem Teil der Fragen lassen sich bereits nach Abschluss dieser Bedarfserkundung Richtungen benennen, in die die weitere Konzeptentwicklung sich orientieren sollte; andere setzen über den Rahmen der vorliegenden Studie hinausgehende Analysen und Konzeptualisierungen voraus.

4.3 *Beratungsbedarf älterer Menschen, Bedarfsdeckung und Defizite*

Im komplexen Konzept des Bedarfs ist stets einerseits die Vorstellung eines Problems, andererseits die von potenziellen Wegen seiner Abhilfe enthalten. Unter Bedarf im Kontext von Beratung, Hilfe und Unterstützung zu Altersfragen verstehen wir im folgenden Qualität und Quantität von Problemen und Krisen rund um Fragen des Alters, die durch bestimmte psychosoziale Leistungen vermindert oder gelöst werden oder werden könnten.

Beratungsbedarf älterer Menschen lässt sich – wie in Kapitel 3.1 ausgeführt – differenzieren in

1. manifesten Bedarf, der einerseits in der Inanspruchnahme von bestehenden Angeboten deutlich wird und andererseits formulierte Bedürfnisse von potenziell Hilfesuchenden umfasst (unabhängig davon, ob diese von bestehenden Einrichtungen tatsächlich befriedigt werden können) und
2. latenten Bedarf, d.h. eine von Außenstehenden aufgrund beobachteter Notlagen konstatierte Bedürftigkeit.

Defizite lassen sich in Relation von Bedarf im oben genannten Sinne und Inanspruchnahme von bestehenden Angeboten ermessen. Dieses Verhältnis ist komplex und von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Die Faktoren lassen sich in angebotsseitige und nachfrageseitige Faktoren unterscheiden. Nachfrageseitige Faktoren bestimmen die subjektiven Potenziale der Inanspruchnahme; so ist der Grad der Inanspruchnahme von Angeboten von motivationalen Faktoren auf Seiten potenzieller NutzerInnen, von subjektiv wahrgenommenen Bedürfnislagen und Problembewusstsein, aber auch von physischen Zugangsmöglichkeiten bestimmt. Die nachfrageseitigen Faktoren lassen sich unterscheiden in tendenziell angebotsunabhängige Faktoren und solche, die in der Gestaltung von Angeboten aufgegriffen und hierdurch in ihrer Wirkung relativiert werden können. Stärker angebotsseitig wirksame Faktoren beziehen sich auf Gestaltung, Zugänglichkeit und Verfügbarkeit von Angeboten, d.h. auf die Qualität, Dichte und Transparenz der Angebote. Es handelt sich dabei um relative Größen, die sich nur anhand der Anforderungen der Zielgruppe bestimmen lassen und die den Grad der Passung von Angeboten an den Bedarf beschreiben.

Im Anschluss an diese Vorüberlegungen gliedert sich die Bedarfsanalyse in folgende Abschnitte:

- Zunächst wird der Beratungsbedarf zu altersbezogenen Fragestellungen umrissen; diesbezüglich relevant ist, bei welchen Personengruppen entsprechender Beratungsbedarf vorliegt (4.3.1.1) und um welche Arten von Anliegen es sich handelt (4.3.1.2).
- Im nächsten Schritt werden nachfrageseitige Bestimmungsfaktoren für die tatsächliche Inanspruchnahme von Diensten betrachtet. Dabei wird zum einen analysiert, welche Bedarfe durch informelle Hilfen abgedeckt werden und wie das Verhältnis von informellen und formellen Hilfen beschaffen ist (4.3.2.1), und zum anderen werden motivationale Hindernisse der Inanspruchnahme untersucht (4.3.2.2).
- Schließlich werden angebotsseitige Faktoren einer Betrachtung unterzogen. Dabei geht es um Transparenz und Koordination von Angeboten (4.3.3.1), Angebotsdichte (4.3.3.2) und -qualität (4.3.3.3).

Beratungsbedarf kann aus verschiedenen Perspektiven geschildert werden; aus der Sicht derer, die Beratung in Anspruch nehmen würden oder in Anspruch nehmen, aus der Sicht derer, die in der Beratung tätig sind und aus der Sicht von Außenstehenden, die aus schwierigen Lebenssituationen älterer Men-

schen oder ihrer Angehörigen auf bestehenden Beratungsbedarf schließen. Wir beziehen uns in der folgenden Analyse auf die Aussagen der in der Untersuchung befragten professionell und ehrenamtlich in der Altenarbeit Tätigen, der älteren Menschen selbst und der in Seniorenorganisationen oder Seniorenvertretungen Engagierten. Ergebnisse der Literaturlauswertungen werden ergänzend herangezogen.

4.3.1 Beratungsbedarf älterer Menschen

4.3.1.1 Beratungssuchende und Beratungsbedürftige

Beratungsbedarf zu Altersfragen besteht bei einer Vielzahl von Personengruppen. Genannt werden an erster Stelle ältere Menschen selbst und ihre Angehörigen. Alle Einrichtungen betonen die große Bedeutung, einige auch eine starke Zunahme der Anfragen von Angehörigen. Auch NachbarInnen und VermieterInnen älterer Menschen benötigen AnsprechpartnerInnen für Fragen und Probleme. Schließlich nehmen auch MitarbeiterInnen von Einrichtungen und Projekten, die mit älteren Menschen zu tun haben, die Beratung zu Altersfragen in Anspruch.

Zunehmend – so berichtet die Mitarbeiterin eines Seniorenbüros aus dem Osten Deutschlands – suchen auch zumeist erwerbslose Menschen über 50 Kontakt zu Selbsthilfeeinrichtungen. Behinderte alte Menschen wenden sich mit spezifischen Anliegen an Beratungsstellen. Während die Befragten von weit geringerer Inanspruchnahme von Beratung und Information durch ältere Männer berichten – eine Ausnahme ist hier das Seniorenbüro Hamburg, das von Männern wie Frauen gleichermaßen Anfragen erhält -, sehen sie jedoch die Bedarfe bei beiden Geschlechtern gleichermaßen.

Hilfe und Unterstützung werden meist von älteren Personen gesucht, deren Schwierigkeiten bereits manifest geworden sind. Menschen, denen es noch gut geht, suchen selten Beratung, sie verdrängen möglichen Unterstützungsbedarf und das eigene Altern. Dabei wird von SeniorInnen selbst wie auch von in der Altenhilfe Tätigen betont, dass es für junge Menschen notwendig sei, sich um Fragen des Alters zu kümmern und *"langsam hinein(zu)wachsen"* <GD SeniorInnen/Freie Altenarbeit>. Durch präventive Beratung dieser Personengruppe könnten Krisen und Problemlagen verringert werden.

Zwischen der beratungssuchenden Personengruppe und den vorgebrachten Anliegen besteht ein enger Zusammenhang. Dazu folgen genauere Ausführungen im nächsten Kapitel (4.3.1.2).

4.3.1.2 Anliegen und Art der nachgefragten Unterstützung

Informations-, Beratungs- und Hilfebedarf älterer Menschen und ihrer Angehöriger – wo besteht der heute vor allem? Die Frage zielt zunächst auf die inhaltlichen Problembereiche, in denen Bedarf besteht. MENNE (1995) differenziert diesbezüglich zwischen inhaltsbezogener vs. personenbezogener Beratung (vgl. Kap. 4.1.1.1). Zugleich bezieht sich die Frage auch auf die Arten der nachgesuchten oder benötigten Unterstützung; diese kann in Form von Information, Beratung, Vermittlung und fallbezogener Kooperation geleistet werden (HEINEMANN-KNOCH & KORTE, 2000). In der folgenden Auswertung interessieren primär die Anliegen bezüglich Beratung, Information und Vermittlung.

Diesbezügliche Aussagen von Personen, die in der Beratung älterer Menschen tätig sind, sind stets geprägt durch die Spezifität des Angebots: So unterscheiden sich beispielsweise die Anliegen, die an das Alzheimertelefon herangetragen werden, substantiell von den Anliegen, mit denen sich ältere Menschen an die Telefonseelsorge oder an das Seniorentelefon Berlin wenden. Beratungsthemen und nachgefragte Unterstützungsarten sind nicht unabhängig voneinander. Sachbezogene Anfragen – z.B. zum

Antragsverfahren für einen Behindertenausweis – ziehen häufig kürzere Auskünfte nach sich als Beratungsanfragen, bei denen es um die Klärung von Wohn- und Lebensperspektiven geht oder Gespräche, deren Ursache Einsamkeit und Gesprächsbedürfnisse der Anrufenden sind. Tatsächlich jedoch – so die Erfahrung der Befragten, die in der Beratung älterer Menschen tätig sind – ist im einzelnen Beratungsgespräch die Differenzierung nach Information und Beratung schwierig und die Übergänge von inhalts- zu personenbezogener Beratung fließend. Die Beratungsverläufe variieren entsprechend.

Die Beratungsanliegen älterer Menschen und ihrer Angehörigen werden von den Befragten aus dem Bereich der Altenarbeit unterschieden in

- konkrete themenbezogene Anfragen,
- zunächst unspezifische Anfragen, die im Beratungsverlauf konkretisiert werden,
- Beratungsbedarf in akuten Krisensituationen und
- Beratungsbedarf zu Lebensperspektiven, Sinnfragen und Einsamkeit.

Die professionell in der Altenarbeit Tätigen sehen Beratungsbedarfe in allen vier benannten Bereichen. Im Unterschied dazu thematisieren die in den Gruppendiskussionen befragten älteren Menschen psychosoziale Probleme kaum. Im Sinne der Problemlösepsychologie sprechen die älteren TeilnehmerInnen vor allem über sog. gut definierte Probleme mit klarer Vorgabe von Problemstellungen und einfacher Bestimmung von Erfolgskriterien; die im menschlichen Alltag typischen schlecht definierten Probleme, bei denen der Ausgangszustand, der Zielzustand oder die Operationen, die von ersterem zu letzterem führen können, unklar sind, spielen eine untergeordnete Rolle. Soweit die befragten Seniorinnen und Senioren Beratungsbedarf bekunden, geht es ihnen im Wesentlichen um Informationsbeschaffung, um das Schließen von Wissenslücken, nicht um interpersonale Zuwendung, Konflikte und ähnliche komplexe Belange (zu den Konzepten der gut und schlecht definierten Probleme und Problembe- reiche vgl. u.a. ALLAIRE & MARSISKE, 2002; GRUBER & MANDL, 1996, S. 585; MUMFORD, BAUGHMAN, THRELFALL & UHLMAN, 1993; SCHRAW, DUNKLE & BENDIXEN, 1995).

Hinsichtlich der themenbezogenen Anfragen stehen den meisten Befragten aus der Altenhilfe zufolge die Bereiche Wohnen im Alter, Gesundheit und Pflege im Vordergrund. Bei langsam zunehmendem oder akut eintretendem Hilfe- und Pflegebedarf werden von Beratungssuchenden zunächst Informationen zu allgemeinen Unterstützungsangeboten und pflegerischen Hilfen zum Verbleib in der eigenen Häuslichkeit abgefragt; wenn absehbar der Verbleib in der Häuslichkeit auch durch ambulante und teilstationäre Maßnahmen nicht gewährleistet werden kann, wird nach stationären Wohn- und Pflegeangeboten gesucht, die den Wünschen der älteren Menschen und den Vorstellungen der Angehörigen gerecht werden und deren Inanspruchnahme mit den verfügbaren materiellen Ressourcen vereinbar ist. Die Anliegen konzentrieren sich auf die genannten Themen, dabei sind jedoch sehr unterschiedliche Aspekte relevant; nachgefragt werden Informationen zu Finanzierungsmöglichkeiten, Versicherungsleistungen, spezifischen Krankheitsbildern und dem Umgang mit den Krankheiten, Informationen über bestehende Hilfe- und Unterstützungsangebote und psychosoziale Beratung in Krisen- und Belastungsphasen sowie zur Klärung von Lebenssituation und Perspektiven.

Die meisten altersbezogenen Beratungsanliegen stehen im Kontext von gesundheitlichen und sozialen Einschränkungen. Daneben gibt es jedoch eine Vielzahl davon unabhängiger Anliegen und Fragen. Daraus ergibt sich – so die Sicht einer Mitarbeiterin des Alzheimertelefons in Berlin – eine deutliche Zweiteilung hinsichtlich altersbezogener Beratung.

"Das klafft schon immer sehr weit auseinander, die gesunden Senioren und die kranken Senioren bzw. ihre Angehörigen". <I AlzheimerTelefon>

Die Bandbreite und Komplexität der Themen und Fragestellungen über Personen hinweg aber auch intraindividuell ist sehr groß. Hilferufe, so die Erfahrung der BAGSO, gehen *"vom Hundertsten ins Tausendste und noch weiter"* und entsprechend umfassend muss die Kompetenz der Beratenden sein – weil *"man (...) alles und jedes für die beantworten können"* muss <GD BAGSO>.

Wenden sich ältere Menschen und ihre Angehörigen mit konkretem Informationsbedarf an Beratungsstellen, so ist es den Erfahrungen der Befragten zufolge hilfreich, möglichst problemspezifische Informationen zu geben, schriftliches Informationsmaterial zuzusenden und auf bewährte schriftliche Ratgeber und andere Bücher zu verweisen.

Geht es um Wohnen im Alter, so wird sowohl von älteren Menschen selbst als auch von ihren Angehörigen nach Wohnformen allgemein, nach Wohnmöglichkeiten außerhalb von Einrichtungen, nach Wohnraumanpassung, alternativen Wohnformen, Umzugsfragen⁹³ und häufig nach Angeboten des Betreuten Wohnens gefragt – so die Aussage der in der Altenhilfe Tätigen. Nicht immer ist der Ausgangspunkt der Beratung zu Wohnfragen Anpassungsbedarf an Altersdefizite, sondern zum Teil stehen Fragen der aktiven Lebensgestaltung im Vordergrund: *"Wie will ich leben und mein Leben evtl. verändern?"* <Seniorenbüro Hamburg>.

Im Bereich Pflege geht es primär um Informationen zu ambulanter und stationärer Pflege, ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen, so dies im Leistungsspektrum der jeweiligen Angebote vorgesehen ist auch um die Vermittlung von Kurzzeitpflegeplätzen und Pflegeplatzangeboten, Antragsverfahren im Rahmen der Pflegeversicherung und Möglichkeiten der Finanzierung von Pflegemaßnahmen. Immer wieder vorgebrachte Anliegen beziehen sich auf Widerspruchsverfahren gegen Pflegebedürftigkeitseinstufungen und auf Unzufriedenheit mit Leistungen von ambulanten Diensten. Unklar ist häufig auch, welche Leistungen von Anbietern erwartet werden können.

Weitere Anfragen beziehen sich auf altersgerechte Versorgungsmöglichkeiten (z.B. Essen auf Rädern, Hausnotruf), gesetzliche Betreuung (hier geht es z.B. auch um das Vorgehen bei der Einrichtung einer Betreuung, aber auch um Beschwerden gegenüber Betreuern), das Schwerbehindertenrecht, Antragsverfahren für Behindertenausweise sowie Vollmachten und Patientenverfügungen. Verwirrung besteht bei älteren Menschen teilweise hinsichtlich der Begrifflichkeit: So werden z.B. häufig rechtliche und soziale Betreuung verwechselt.

Beratungsbedarf älterer Menschen besteht auch bei der Suche nach nachberuflichen Tätigkeitsfeldern. Lokale Seniorenberatungsstellen und Seniorenbüros berichten ferner, dass an sie auch Probleme und *"Kleinigkeiten"* des alltäglichen Lebens herangetragen werden, so z.B. Anfragen zur Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen <Seniorenbüro Gotha>.

Bedarf besteht – so einige MitarbeiterInnen aus dem Altenhilfebereich – an sich auch an präventiver Beratung, d.h. an Vorbereitung und Vorbeugung für den Fall eigener Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Diese Art von Beratung wird jedoch nicht in ausreichendem Maße nachgefragt. Einige der in der Altenarbeit tätigen Befragten benennen darüber hinaus Problemfelder, die üblicherweise von den Betroffenen

⁹³ Eine (falsche) Zeitungsmeldung, der zufolge die BAGSO eine Checkliste für den Umzug im Alter herausgegeben habe, führte zu Hunderten von diesbezüglichen Anfragen aus ganz Deutschland. Auch ein (ebenfalls falscher) Bericht über eine Liste von nachberuflichen Handlungsfeldern führte zu einer Fülle von Anfragen.

nicht als Anliegen vorgebracht werden, aus der Perspektive der BeraterInnen aber durchaus Beratung und Unterstützung erfordern, so z.B. der Bereich Gewalt gegen ältere Menschen.

Auch die in den Gruppendiskussionen befragten älteren Menschen nennen als wichtigste Beratungsanliegen Wohnen und Pflege. Darüber hinaus sind für sie Fragen zu Erbschaft, Patientenverfügungen, gesetzlichen Betreuungen, Selbsthilfe im Gesundheitsbereich und Alterssicherung von Belang. Für die befragten älteren Menschen, die auf dem Lande leben, stehen pflege- und gesundheitsbezogene Probleme deutlich im Vordergrund. Wichtiges Thema ist hier die Beantragung von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz und vor allem die Finanzierung stationärer pflegerischer Leistungen.

"Die Hauptfrage besteht ja dann auch immer, wenn wir Älteren dann doch mal ins Altersheim müssen, bzw. Pflegeheim, wo bringen wir das Geld überall her, nech. Denn meistens ist es ja so, dass unsere Rente gar nicht reicht für die (...) zweitausend Euro, die man jetzt bezahlen muss, nech. Das sind dann auch Fragen, wer hilft uns dabei, nech, um einmal zu hören, an wen kann ich mich jetzt wenden, um da überhaupt reinzukommen, weil ich nicht genug Geld habe, nech."
<GD SeniorInnen/Kirchenkreis>

Viele der altersspezifischen Beratungsanliegen sind mit gesellschaftsstrukturellen Rahmenbedingungen verknüpft. Besonders deutlich wird dies insbesondere an dem nach Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes gestiegenen diesbezüglichen Beratungsbedarf, aber auch bei Betrachtung von Beratungsanliegen älterer Menschen aus Ostdeutschland. Auch längerfristig sind hier nach Einschätzungen der befragten MitarbeiterInnen der Volkssolidarität zumindest teilweise Unterschiede zu Beratungsanliegen in den alten Bundesländern zu erwarten. Einerseits sind die häufig unterbrochenen eigenen Erwerbsbiographien, der erlebte Wechsel der Gesellschaftssysteme und damit einhergehende Verunsicherungen in Rechnung zu stellen, zum anderen wirkt sich auf die Lebenssituation der älteren Menschen die Veränderung der Familien- und Versorgungsstrukturen durch arbeitsplatzbedingten Wegzug jüngerer Familienangehöriger in stärkerem Maße als in den alten Ländern aus.

Große Verunsicherung und deutlicher Beratungsbedarf werden im Bereich der Alterssicherung gesehen. Insbesondere in den neuen Bundesländern bestehen hinsichtlich der nicht absehbaren Anpassung von ost- an westdeutsches Rentenniveau, der seit 1989 zumeist gebrochenen Erwerbsbiographien (und entsprechend zu erwartenden Einbrüche bei den zukünftigen Renteneinkünften) und der staatlich geförderten privaten Zusatzversicherung viele Unklarheiten und Ängste: *"Das beschäftigt die Leute sehr"* <I Volkssolidarität, Bundesverband>.

"Hilfebedarf fängt profan an bei der sozialen Kälte" <I Volkssolidarität, Bundesverband>. Eine Wirkung dieser Unsicherheiten und Ängste, aber auch eine Folge der nach wie vor nicht zur Gänze vollzogenen und perspektivisch nicht absehbaren Angleichung von Lebensverhältnissen in Ost und West ist, so ein Mitarbeiter der Volkssolidarität,

"...dass sich diese Menschen ungerecht behandelt fühlen, dass sie sich an den Rand der Gesellschaft gestellt fühlen und nicht den Platz einnehmen, den ihnen die Gesellschaft nicht zubilligt, sondern ihre Lebensleistung ist in Frage gestellt (...), auf sie wird nicht gehört, sie haben keinen Einfluss mehr." <I Volkssolidarität, Bundesverband>

Beratungseinrichtungen aus dem Osten Deutschlands berichten über vermehrte Anfragen von Menschen ab 50, die für sich keine beruflichen Perspektiven mehr sehen. Die überproportionale Betroffen-

heit älterer Menschen von Erwerbslosigkeit⁹⁴ führt zu aktuellen Notlagen und materiellen Einbußen einerseits und großen Verunsicherungen und Ängsten hinsichtlich des zukünftig zu erwartenden Lebensstandards andererseits. Vor diesem Hintergrund und angesichts der Tendenz zum Abbau von staatlichen und Versicherungsleistungen – so die MitarbeiterInnen der Volkssolidarität – erhalten Fragen bzgl. der Finanzierbarkeit von medizinischen, pflegerischen und anderen Dienstleistungen (so z.B. Bestattungskosten und Friedhofsgebühren) im Alter allgemein einen hohen Stellenwert. Dies trifft für ältere Menschen aller Altersgruppen zu:

"Das zweite ist natürlich, dass es ausgesprochen schwer ist, jetzt in Heime gehen zu können, oder eben Betreutes Wohnen zu bezahlen, ganz einfach, weil die finanziellen Grundlagen nicht da sind, weil die Kinder oftmals entweder nicht können oder nicht wollen oder beides." <I Volkssolidarität, Bundesverband>

"Das wird dann das, was in fünf Jahren eskaliert, dieser Widerspruch zwischen dem, was kann ich noch in Anspruch nehmen und was kann ich mir dann noch leisten. Also wenn ich mir den Krankenhausaufenthalt nicht mehr leisten kann oder wenn ich ihn nicht mehr ermöglicht kriege, kann ich mir dann überhaupt die ambulante Pflege leisten?" <I Volkssolidarität, lokal>

In den Bereichen Wohnen im Alter, Renten- und Sozialfragen wird folglich für den Osten Deutschlands ein *"riesengroßer Bedarf"* an Beratung konstatiert: *"Da müssen wir was tun."* <I Volkssolidarität, lokal>.

Sicherheit und Vorsorge sind nicht nur in finanzieller Hinsicht maßgebliche Anliegen älterer Menschen. Es geht daneben auch um Fragen der sozialen Einbindung, der Versorgung und Geborgenheit, der Stabilität und Entwicklung des Wohnumfeldes, aber ebenso um Viktimisierungsängste älterer Menschen. Die Attraktivität von Betreutem Wohnen – so eine Mitarbeiterin der Volkssolidarität – sei auch aus diesen Ängsten zu erklären; ältere Menschen versprechen sich von den Angeboten soziale Einbindung, Sicherheit und Versorgung bei Unterstützungsbedarf. Angst und Verunsicherung würden verstärkt durch Medienberichte über *"schwarze Schafe"* bei den Anbietern verschiedener Dienste, insbesondere im Bereich der stationären Pflege <I Volkssolidarität, lokal>. Die Nachfrage bei Opferberatungsstellen und nach Vortragsveranstaltungen zu Kriminalität, z.B. betrügerischen Haustürgeschäften, deute auf diesbezüglichen Beratungsbedarf hin.

Großer Beratungs- und Aufklärungsbedarf ist im Bereich gerontopsychiatrischer Erkrankungen (z.B. Alzheimer-Krankheit, Altersdepressionen) vorhanden. Dabei – so die Erfahrung des Alzheimertelefons der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft Berlin e.V. – besteht großer Beratungsbedarf bei den Angehörigen von dementiell Erkrankten. Im Zentrum steht die Suche nach einer Aussprachemöglichkeit über die Belastungen in der Pflege, das Bedürfnis *"einfach mal über die Situation (zu) reden"* <I AlzheimerTelefon>, die Suche nach Anerkennung der eigenen Leistungen in der Pfl egetätigkeit, nach Zuspruch seitens der BeraterInnen und Verständnis für die belastende Lebenssituation; die Pflegenden *"sorgen seit Jahren rund um die Uhr rührend für ihre Partner und kriegen überhaupt keine Anerkennung"* und können so irrationale Unzulänglichkeitsgefühle entwickeln, die im Gespräch relativiert werden können. Daneben bestehen im Einzelfall ein hohes Maß an Unwissenheit und Informationsbedarf hinsichtlich der Alzheimer-Krankheit; offene Fragen bestehen z.B. zu Veränderungen im Verhalten der Erkrankten und Behandlungsmöglichkeiten. Es werden Sachfragen gestellt und Hinweise auf einschlägige Literatur

⁹⁴ "Zehn Jahre nach der politischen Einheit Deutschlands gehört es zu den bitteren Erfahrungen 50- bis 60-Jähriger in den neuen Bundesländern, dass sie ein Alter haben, welches in hohem Maße aus dem Erwerbsleben ausgrenzt." (WINKLER & HAUPT, 2000, S. 71).

erbeten. Angehörige erkundigen sich häufig nach kompetenten Angeboten vor Ort. Sie sind auf der Suche nach regionalen Ansprechpartnern, *"weil sie sich allein gelassen fühlen"* <I AlzheimerTelefon>.

In Anfragen von Angehörigen werden neben Fragen zu Wohn- und Pflegeproblemen ihrer älteren Verwandten, so die Erfahrung der Akteure der Altenarbeit, die Probleme Isolation und Einsamkeit von älteren Verwandten konkret benannt; z.B. fragen Angehörige, ob Einrichtungen Hausbesuche bei ihren einsamen Eltern durchführen würden. Weitere Anliegen von jüngeren Angehörigen sind Rechtsanfragen zu Vertragsabschlüssen älterer Menschen.

NachbarInnen und VermieterInnen alter Menschen wenden sich häufig an zuständige Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft, wenn sie soziale Isolation sowie gesundheitliche Eigen- oder Fremdgefährdung aufgrund von psychischen Auffälligkeiten älterer Menschen in ihrem Sozialen Umfeld wahrnehmen und diesbezüglich nicht gedeckten Handlungsbedarf sehen.

Neben der Vermittlung von Sachinformationen dient ein erster Kontakt bei einer Beratungsstelle – so einige der befragten Akteure der Altenarbeit – auch als *"Türöffner"* zur Einleitung eines Prozesses der Bedürfnisartikulation und Problemkonkretisierung; Beratungsverläufe sind entsprechend häufig unspezifisch und thematisch allgemein <GD BAGSO>. Aufgrund von sozialer Isolation sind viele Menschen nicht in der Lage, ihre Situation und Bedürfnisse zu erkennen und zu artikulieren. Die Beratenden haben dann zunächst die Aufgabe, das eigentliche Problem herauszufinden.

Einsamkeit älterer Menschen wird von einigen Befragten als großes und zunehmendes Problem gesehen; das große Interesse an Begegnungsmöglichkeiten, Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen, Besuchsdiensten, kulturellen Veranstaltung und Bildungsangeboten wird als Indikator dafür gewertet. Isolation, Einsamkeit und Kommunikationsbedürfnisse älterer Menschen liegen häufig thematisch unspezifischen Beratungsgesprächen zugrunde. *"Manche wollen ja auch einfach nur reden"* <GD BAGSO>.

Allerdings sind hier die Erfahrungen der befragten Beratungsanbieter recht unterschiedlich. Beim thematisch sehr spezifischen Angebot Alzheimer Telefon z.B. gehen nur wenig Anrufe ein, hinter denen primär unspezifischer Gesprächsbedarf einsamer Menschen vermutet werden kann; insbesondere die Anliegen von Angehörigen von demenzerkrankten Personen werden deutlich vorgebracht. Ähnlich sind die Erfahrungen des Seniorentelefons Frankfurt, das in der Außendarstellung besonderen Wert darauf legt, zu vermitteln, dass es ein Informations- und Vermittlungstelefon ist; die vorgebrachten Anliegen sind entsprechend konkret, unspezifische Einsamkeits- und Kontakthanrufe eher selten.

Die Erfahrung des Hausnotrufdienstes des Frankfurter Verbandes für Alten- und Behindertenhilfe dagegen bestätigt ein allgemeines Kommunikationsbedürfnis. 90% der täglich 250 bis 300 Anrufe sind "soziale Notrufe", d.h. die KlientInnen rufen an, weil sie einsam sind und Gesprächsbedarf haben. Sie melden sich dann, um zu bestätigen, dass es ihnen gut geht oder geben oft an, die Notruftaste irrtümlich gedrückt zu haben.⁹⁵

Eine Erfahrung des Seniorentelefons Berlin ist, dass z.T. erst am Ende von Beratungsgesprächen deutlich wird, dass der Gesprächsanlass Einsamkeit und das Hauptanliegen Kommunikationsbedarf war. Gesprächsverläufe bei Beratungen mit dem Grundproblem Einsamkeit sind typischerweise dadurch gekennzeichnet, dass der Gesprächseinstieg über einen konkreten Anlass erfolgt. Im Gesprächsverlauf

⁹⁵ Auch WALD & STÖCKLER (1991) zufolge dienen 90% der Notrufe bei Hausnotrufdiensten der Aufnahme sozialer Kontakte (S. 47). Ebenso fand ADAM (1995) bei einer Erhebung in Nordrhein-Westfalen, dass die meisten Notrufe nicht auf medizinische Notfälle zurückgehen, sondern auf Situationen sozialer Isolation oder auf Alltagsprobleme, die subjektiv als Notfall empfunden werden.

wird dann aber deutlich, dass es nicht primär um die zu Anfang vorgebrachte Fragestellung geht, sondern um ein allgemeines Kommunikationsbedürfnis aufgrund von Einsamkeit.

"Ich denke, dass man auch mit ganz vielen Leuten spricht, wo (...) sich (...) dann nachher nach dem Reden herausstellt, dass da so eine Einsamkeit ist, dieses Alleingelassen sein, einsam. Und nehmen dann eigentlich mehr oder weniger oft auch einen Grund, der sie auch bewegt, aber hinterher, wenn man dann (...) ein Schlussgespräch mit ihnen macht, stellt sich schon heraus, wenn man richtig hinhört: ' Ich danke Ihnen für dieses Gespräch' , und es gibt sogar auch, dass man eben hört, ' Ach, ganz nett, dass ich mal mit jemandem wieder doch so sprechen konnte' ." <GD Seniorentelefon Berlin>

Ältere Menschen – so die Erfahrung der in der Seniorenberatung Tätigen – nehmen Beratung auch in schwierigen Lebenssituationen in Anspruch, so z.B. bei schweren Erkrankungen, dem Tod ihnen nahestehender Personen und bei Problemen mit der Familie und in der Nachbarschaft. Auch Suizidgedanken können in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen⁹⁶. Teilweise geht es älteren Menschen auch darum, im Gespräch Sinnfragen und nach der Verrentung verbleibende Lebensperspektiven auszuloten und Möglichkeiten von Betätigung, Perspektive und Begegnung zu suchen: *"Zwischen Kaffeefahrt und Bettlägerigkeit gibt es ja vielleicht noch was."* <I Telefonseelsorge, lokal>

Die Anliegen, die ältere Menschen an die Telefonseelsorge herantragen, hängen häufig mit familiären Schwierigkeiten, persönlichen Verlusten und fehlenden Kontakten zusammen:

"..viele bleibt im Bereich von Beziehungen, Beziehungen zu den Nachfolgenden, also zu den Kindern und Enkelkindern (...). Ältere melden sich bei uns nach Todesfällen von Partnern, sehr zurückgezogen und isoliert gelebt und jetzt ist nichts mehr da, eben und dann klappt der Kontakt zu Kindern nicht (...)." <I Telefonseelsorge, lokal>

Das Gefühl von "Ausgeschlossenheit" aus dem Leben der Kinder und Enkel und das Gefühl eigener Wertlosigkeit ist für manche älteren Menschen im Alltag prinzipiell bewältigbar, verdichtet sich aber an Feiertagen. Dann besteht größere Nachfrage nach Beratung und Entlastung.

Auch bei den geschilderten Anliegen kann es zunächst ein anderer Anlass sein, aufgrund dessen sich die Beratungssuchenden melden. Beispielsweise besteht ein unerwartet hoher Anteil der Anrufenden beim Alzheimertelefon aus Personen (z.T. auch aus der mittleren Generation), die befürchten, sie seien selbst an Alzheimer erkrankt. Unter den 15% Anrufenden, die sich als möglicherweise direkt von der Krankheit Betroffene betrachten, sind – so die Vermutung einer Mitarbeiterin des Alzheimertelefons – dann allerdings nur *"minimalst"* positive Alzheimer-Diagnosen zu erwarten. Diesen Anrufen liegen zum Teil ganz andere Probleme zu Grunde: schwierige Lebenssituationen, Trennung, Suizidalität, familiäre Todesfälle etc. Eine Befragte macht in der Beratung von Senioren die Erfahrung, dass es häufig länger dauert und zum Teil mehrerer Kontakte und "vorgeschobener" Anlässe bedarf, bis ältere Menschen psychosoziale Probleme vorbringen. Reine Sachfragen werden weniger vorsichtig gestellt.⁹⁷

Ältere Menschen – so die Erfahrung in der Telefonseelsorge – streben in Beratungsgesprächen nicht unbedingt die Lösung ihrer Probleme und Klärung ihrer Anliegen an, sondern im Gespräch wird primär Entlastung gesucht.

"Also man hat irgendwie das Gefühl, man muss was sagen, man muss sich entlasten, und man ruft an und man kann das bei der Telefonseelsorge gut tun, aber es ist eher nicht so dieser Im-

⁹⁶ Zu Suizid und Suizidprävention bei älteren Menschen vgl. ERLÉNMEIER (2002).

⁹⁷ Ältere Menschen stellen Informationsanfragen häufig als Türöffner für grundlegendere Situationserörterungen und bei psychologischen Problemlagen (RÖNNECKE, 1988).

puls, ich habe ein Problem, ich möchte etwas lösen; und wenn Lösungsansätze kommen, werden sie schneller verworfen. Eine der Älteren, die dann häufig anruft, und sagt: ' Es müsste mich mal jemand besuchen, können Sie nicht mit mir rausgehen? Ich gehe so gerne ins Grüne.' Dann überlegt man, wie das denn sein könne, wie das geht und das wird dann alles verworfen und man merkt schließlich, (...) es (...) ist noch mal so ein Aufleuchten, was jetzt so kommuniziert wird und was jetzt geredet wird und eigentlich geht es darum, dass jemand da ist: ' Ach ja, nun, jetzt reden sie ja gerade mit mir, aber ja, vielleicht, ja und es zieht auch wieder zu' und ' Es ist ja vielleicht doch nicht so schön draußen.' und ' Ach, ja, letztens, das ist auch immer so umständlich, ach na ja, vielleicht später mal.' und so, aber jetzt, jetzt geredet, ja? Das ist eher so der Punkt, gar nicht mehr so mit Planen und Angehen, das ist nicht mehr das Thema." <I Telefonseelsorge, lokal>

In einer Vielzahl von Publikationen wird auf praktizierte und erforderliche Beratung älterer Menschen eingegangen. Die meisten der oben genannten Themenfelder werden auch in der einschlägigen Literatur als maßgebliche Anliegen gewertet, einige zusätzliche werden genannt. In der Fachliteratur werden aufgeführt die Bereiche Gesundheitsverhalten (vgl. DÖHNER, 2001; EAKIN, 2001; RESNICK, 2000; VISSER, 2000), Ernährung (vgl. FINN, 2000), Sexualität (vgl. DAVIES, ZEISS, SHEA & TINKLENBERG, 1998; STEINKE, 2000; VON SYDOW, 1995), Umgang mit Tod, Sterben, Trauer (vgl. AIKEN, 2000; KASTENBAUM, 2001; LANGENMAYR, 1999), Suizidalität und Depressivität (vgl. FISKE & ARBORE, 2000-2001; MORROW-HOWELL, PROCTOR, RUBIN, LI & THOMPSON, 2000), Lebenskonflikte (vgl. WOLF, 2001), Gewalterfahrungen (vgl. HIRSCH & ERKENS, 1999), Lebensplanung und Lebensgestaltung nach Beendigung der Erwerbstätigkeit (vgl. SCHELLER, 1991), bürgerschaftliches Engagement im Alter (vgl. OTTO, 1997), Verhalten im Straßenverkehr, insbesondere Führen von Kfz (vgl. DINGEL, 1991; DRICKAMER & MAROTTOLI, 1993), Sturzprävention (vgl. AMINZADEH & EDWARDS, 1998), altersgerechte Gestaltung der Wohnumwelt (vgl. STOLARZ, 1998; TYLL, 1998; WILD, 1994), Altern in der Migration (vgl. BRANDENBURG & ROTT, 1994) sowie Pflegeberatung und Unterstützung pflegender Angehöriger (vgl. BRAUN, 1998; BRUDER, 1998; COOKE, MCNALLY, MULLIGAN, HARRISON & NEWMAN, 2001; LARSEN, 1998).

In einigen Publikationen finden sich Informationen hinsichtlich der Verteilung der Anliegen im Beratungsaufkommen bestimmter Beratungsstellen und hinsichtlich spezifischer Problemlagen von älteren MigrantInnen.

Im Rahmen des Modellprojekts "allgemeine Seniorenberatung in Nordrhein-Westfalen" wurden 14 lokale Beratungs- und Vermittlungsstellen für alte Menschen und ihre Angehörige evaluiert. Über drei Monate dokumentierten die MitarbeiterInnen jeden Erstkontakt und alle weiteren Kontakte innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten. Die Beratungskontakte mit 178 Personen und 36 Institutionen wurden auf diese Weise ausgewertet; Hauptanliegen aus Sicht der Beratenden wie der NutzerInnen waren Heimplatzvermittlung, Antragswesen und Rechtsinformationen, Entlastung pflegender Angehöriger, Vermittlung von Haushaltshilfen und Fragen bezüglich der Pflegeversicherung. Aus der Sicht der Beratenden hat der Wunsch nach allgemeiner Aussprache bei den Beratungssuchenden höhere Bedeutung als aus der Sicht der NutzerInnen selbst (HEINEMANN-KNOCH & KORTE, 2000, S. 82-86). Das Ergebnis zeigt, dass längerfristige Beratung von älteren Menschen und ihren Angehörigen vor allem bei Anliegen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit benötigt wird (HEINEMANN-KNOCH & KORTE, 2000, S. 85). Bei denjenigen, die Beratung in Anspruch nehmen, lassen sich drei Nutzergruppen mit je spezifischen Anliegen identifizieren. Dies sind zum einen ältere und sehr alte Menschen und ihre Angehörigen; sie nehmen Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes und bei der Vermittlung pflegerischer Dienstleistungen sowie in Finanzierungsfragen und Fragen der Rehabilitation in Anspruch; jüngere "rüstige" Senio-

rInnen hingegen nehmen Angebote im Bereich von Kommunikation, Freizeit und Bildung in Anspruch; Träger und Einrichtungen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens schließlich suchen fallbezogene Kooperation, Beratung bei besonderen Problemen und Unterstützung bei der Bedarfsplanung (HEINEMANN-KNOCH & KORTE, 2000, S. 3).

Die von älteren Menschen bei der Telefonseelsorge vorgebrachten Anliegen unterscheiden sich maßgeblich von denen, die an die genannten Beratungsstellen für Senioren herangetragen werden. Diesbezüglich liegt eine Auswertung von 11 413 innerhalb eines Jahres eingegangenen Anrufen bei der Telefonseelsorge der Stadt Köln vor (SCHMIDT, 1985a). Bei 39,9% der Anrufe von Personen ab 65 Jahre waren die besondere Lebenssituation, bei 29,5% psychische Probleme der Anrufenden Anlass des Telefonats (SCHMIDT, 1985a, S. 86). Das Gespräch wurde vor allem wegen Problemen gesucht, die bei Alleinstehenden im hohen Alter auftauchen⁹⁸. Einsamkeitsgefühle, reale soziale Isolierung, Kontaktmangel und Zuwendungsdefizite wurden von den Anrufenden zurückgeführt auf das Fehlen und den Verlust von Partnerschafts- und Familienbindungen. Weitere Gesprächsanlässe waren depressive psychische Störungen, persönliche Glaubensfragen, Schwierigkeiten bei der Suche nach neuen PartnerInnen und Angstzustände. SCHMIDT (1985a) folgert daraus, dass das wichtigste Anliegen älterer AnruferInnen die Suche nach Gespräch und Kontakt ist und sieht hier eine Ursache dafür, dass zwar der Anteil älterer Menschen an der Gesamtklientel der Telefonseelsorge geringer ist als ihr Anteil an der Bevölkerung, ihr Anteil aber an denjenigen, die häufig bei der Telefonseelsorge anrufen⁹⁹, überproportional hoch ist.

Spezifischen Beratungsbedarf sehen verschiedene AutorInnen bei älteren MigrantInnen und ihren Angehörigen (BULTAN, 1992; DILL, 1989; EVERS, 2002; zur Lebenssituation und zu spezifischen Problemlagen älterer Zuwanderer in Deutschland vgl. u.a. BRAUN & DIETRICH, 1996; BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2000, S. 117-128; DIETZEL-PAPAKYRIAKOU, 1999; EGGEN, 1997; KULBACH, 1999; SAAKE, 1997). Erhebliche Defizite bestehen bei den Kenntnissen älterer MigrantInnen und ihrer Familien hinsichtlich des deutschen Sozialleistungsrechts, insbesondere hinsichtlich der Renten- und Pflegeversicherung. Spezifische Anliegen sind zudem aufenthaltsrechtliche Fragen, Probleme von Entwurzelung, Entfremdung und Vereinsamung, vergleichsweise schlechte Wohnverhältnisse, geringere Renteneinkünfte und spezifische gesundheitliche Probleme aufgrund von Belastungen im Erwerbsleben.

4.3.2 Nachfrageseitige Bestimmungsfaktoren der Bedarfsdeckung und Inanspruchnahme von Diensten

Im folgenden werden zunächst einige Forschungsbefunde zur Inanspruchnahme von altersbezogener Hilfe und Beratung vorgestellt. In den Kapiteln 4.3.2.1 und 4.3.2.2 werden sodann die im Rahmen der vorliegenden Bedarfserkundung durchgeführten Befragungen im Hinblick auf die Bedeutung motivationaler Faktoren einerseits und der Verfügbarkeit informeller Hilfen andererseits ausgewertet.

Beratung für ältere Menschen und ihre Angehörigen wird nicht in dem Maße in Anspruch genommen, wie Fachleute dies für notwendig erachten (FRENZEL-ALTMANN, 1995). Für Deutschland wurde beispielsweise gezeigt, dass über 60 Jahre alte Ehefrauen von pflegebedürftigen Ehemännern nur zu einem

⁹⁸ Zu Einsamkeitserfahrungen im Alter vgl. u.a. VAN BAARSEN, SNIJDERS, SMIT & VAN DUIJN (2001); FEES, MARTIN & POON (1999); KRIMMER (2000); MARTIN, HAGBERG & POON (1997); MULLINS (1996); ROKACH (2000); STEVENS (2001); TESCH-RÖMER (2000); WAGNER, SCHÜTZE & LANG (1996) und WITTRAHM (1996).

⁹⁹ Zur Kritik am Konstrukt der Daueranrufer in der Diskussion über die Telefonseelsorge vgl. WIENERS (1988), der die These vertritt, dass sich die Telefonseelsorge "durch die Einführung, inhaltliche Füllung und Verfestigung des Begriffs "Daueranrufer" an der Stigmatisierung von Unangepassten beteiligt" (S. 295f., vgl. auch Kap. 4.1.1.3.1).

Drittel gut über die unterschiedlichen Hilfsmöglichkeiten informiert sind und nur zu einem sehr geringen Anteil Gesprächskreise für pflegende Angehörige und psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch nehmen (FISCHER et al., 1995, S. 119). Auch die Inanspruchnahme von sozialen Diensten durch Pflege- und Hilfebedürftige wurde auf der Datengrundlage von 1995 als nicht ausreichend gewertet (SCHNEEKLOTH, POTTHOFF, PIEKARA & VON ROSENBLADT, 1996). Nach allgemeiner Einschätzung werden auch ältere suizidgefährdete Menschen von ambulanten Beratungs- und Therapieangeboten zur Suizidprävention kaum erreicht (ERLENMEIER, 2002). Ein hoher Anteil älterer Menschen an den SuizidantInnen steht einem nur geringen Anteil älterer Menschen an den Hilfesuchenden in Kriseninterventionsdiensten gegenüber. Der Anteil von über 60-jährigen an den Ratsuchenden bei Suizidpräventionstelefonen und Kriseninterventionszentren wird in verschiedenen Ländern mit 1-5% angegeben (MORROW-HOWELL, BECKER-KEMPPAINEN & JUDY, 1998; ADAMEK & KAPLAN, 1996; DASCHER et al, 1993). Eine im Vergleich zu ihrem Anteil an der Bevölkerung geringere Nutzung wird auch für allgemeine telefonische Beratungsangebote wie die Telefonseelsorge konstatiert (SCHMIDT, 1985a).

Das Hilfesuchverhalten Älterer ist keine unwandelbare Größe, sondern zeit-, milieu-, kultur- und personabhängig. Welche Faktoren die Inanspruchnahme von Diensten beeinflussen, wurde in verschiedenen Studien untersucht. Daten und Forschungsbefunde liegen vor allem für den Aspekt der Inanspruchnahme ärztlicher und pflegerischer Hilfen vor. Die Ergebnisse einiger einschlägiger in- und ausländischer Untersuchungen werden im Hinblick auf Bestimmungsvariablen der Inanspruchnahme von formellen Diensten und Hilfen vorgestellt. Intransparenz des Hilfesystems spielt in den vorliegenden Studien in aller Regel bereits von der Anlage der Untersuchung her keine Rolle; der Blick richtet sich primär auf Merkmale der (potenziell) Hilfesuchenden und ihres Lebensumfeldes.

Variablen, die bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfen als bedeutsam diskutiert werden sind

- Geschlecht

RÜCKERTS (1991) Untersuchung der Inanspruchnahme von stationären und nicht stationären Formen der Altenhilfe auf der Basis amtlicher Statistiken für den Zeitraum 1910 bis 1987 zufolge nehmen Frauen diese Dienste häufiger in Anspruch als Männer. HESSEL, GEYER & BRÄHLER (2000) stellen auf der Grundlage einer Bevölkerungsbefragung (N = 2.179; 16 bis 96 Jahre) einen ähnlichen Effekt bei der Inanspruchnahme medizinischer Dienste fest. Geringen Einfluss der Variable Geschlecht auf die Nutzung verschiedener Dienste konstatieren hingegen HESSEL, GUNZELMANN, GEYER & BRÄHLER (2000), ZINTL-WIEGAND & BICKEL (1992) und GRÄBEL (1998).

- Alter

Mit fortgeschrittenem Lebensalter nimmt HESSEL, GEYER & BRÄHLER (2000) zufolge die Inanspruchnahme von medizinischen Hilfen zu (vgl. dagegen ZINTL-WIEGAND & BICKEL, 1992). Für die Inanspruchnahme psychosozialer Beratung durch die jetzige ältere Generation wird allerdings ein umgekehrter Effekt konstatiert, der sich, so vermutet SICKENDIEK (1996), in kommenden Generationen – insbesondere bei Frauen – nivellieren wird. Auch in einer von RODRIGUEZ & O' DONNELL (1995) durchgeführten Befragung von rund 1.000 im Großraum New York lebenden Puertoricanern und Puertoricanerinnen war die Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen für den Bereich emotionaler Probleme mit dem Alter der Befragten negativ korreliert.

- **Haushaltsgröße**

Für die Inanspruchnahme von Hilfen ist unter anderem relevant, ob die Person in einem Ein- oder Mehrpersonenhaushalt lebt. LINDEN, GILBERG, HORGAS & STEINHAGEN-THIESSEN (1996) berichten über die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfen in einer Stichprobe von 516 Personen im Alter zwischen 70 und 103 Jahren. Sie fanden u.a. heraus, dass informelle häusliche Hilfen vor allem von den Älteren in Anspruch genommen werden, die keinen Lebenspartner haben, bei denen aber erwachsene Kinder vorhanden sind. Übersiedlungen in stationäre Pflegeeinrichtungen finden vor allem dann statt, wenn die betroffenen Personen bei eintretender Pflegebedürftigkeit alleine gelebt haben.

- **Verfügbarkeit informeller sozialer Netzwerke**

NETZ, STEINKAMP & WERNER (1996) zufolge ist neben institutionellen Bedingungen die Verfügbarkeit von informellen (insbesondere familiären) sozialen Netzwerken bei psychisch gestörten älteren Menschen eine wichtige Variable der Inanspruchnahme von Diensten. Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommt GRÄBEL (1998) auf der Grundlage einer Befragung von 1.911 familiären Pflegepersonen hinsichtlich der Bereitschaft zur Inanspruchnahme von pflegerischen und anderen Hilfen; die Inanspruchnahme professioneller Hilfe durch familiäre Pflegepersonen lässt sich demnach unter anderem zurückführen auf das Vorhandensein bzw. Fehlen sonstiger familiärer Unterstützung (vgl. auch GARMS-HOMOLOVA & HÜTTER, 1990). Die Untersuchung von RODRIGUEZ & O' DONNELL (1995) ergab, dass die Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen negativ korreliert mit sozialer Unterstützung. Die Autoren folgern aus ihren Daten, dass die Verfügbarkeit sozialer Netzwerke psychisches Leiden reduziere und damit zu einer geringeren Inanspruchnahme einschlägiger Hilfeangebote führe.

- **körperlicher und psychischer Gesundheitszustand**

Der zweite Faktor, der GRÄBEL (1998) zufolge neben der Verfügbarkeit von informellen Hilfen die Inanspruchnahme von Diensten beeinflusst, ist das Ausmaß der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. ZINTL-WIEGAND & BICKELS (1992) Untersuchung von rund 3.700 Patienten ab 65 Jahren in 24 allgemeinärztlichen Praxen in Mannheim zeigte, dass auch die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen primär durch den jeweiligen individuellen Versorgungsbedarf der Patienten bestimmt ist. HESSEL, GUNZELMANN, GEYER & BRÄHLER (2000) kommen auf der Grundlage einer Stichprobe von 394 Personen über 60 Jahren zu dem Ergebnis, dass die Inanspruchnahme von Ärzten positiv mit der Anzahl gleichzeitig bestehender Erkrankungen korreliert. Auch LINDEN, GILBERG, HORGAS & STEINHAGEN-THIESSENS (1996) Untersuchung von Hochbetagten ergibt, dass die körperliche und psychische Gesundheit einer Person eine zentrale Determinante der Inanspruchnahme von Hilfen ist.

Umgekehrt wurden in einer Untersuchung des Hilfesuchverhaltens von 84 Patienten in vier allgemeinärztlichen Praxen in London auch gesundheitliche Einschränkungen als Faktoren identifiziert, die die Inanspruchnahme von Hilfen verhinderten. Dies waren Inkontinenz, Einschränkungen der Mobilität sowie verminderte Hör- und Sehfähigkeit. (WALTERS, ILIFFE & ORRELL, 2001)

- **subjektive Sicht auf gesundheitliche und andere Einschränkungen**

Als wichtige Variablen wurden auch gesundheits- und krankheitsbezogene Einstellungen identifiziert (LINDEN, GILBERG, HORGAS & STEINHAGEN-THIESSEN, 1996). Die Inanspruchnahme von

Ärzten korreliert HESSEL, GUNZELMANN, GEYER & BRÄHLER (2000) zufolge positiv mit einer subjektiven Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes als schlecht und der eigenen Anfälligkeit gegenüber Krankheiten als hoch sowie dem Ausmaß der im Alltag erlebten Beeinträchtigungen durch den Gesundheitszustand.

In einer Studie von DUGAN et al. (2001) nannten die befragten 149 älteren US-amerikanischen Patientinnen und Patienten mit Harninkontinenz als wesentliche Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme ärztlicher Hilfen die Einschätzung, dass es sich in ihrem Falle (noch) nicht um ein schwerwiegendes Problem handle und dass Harninkontinenz eine "normale" Begleiterscheinung des Alterns sei. In einer britischen Untersuchung von rund 500 an Harninkontinenz leidenden Personen ab 37 Jahren fanden auch ROE, DOLL & WILSON (1999) als einen wesentlichen Grund für die Nicht-Inanspruchnahme von Hilfen die Einschätzung der Symptomatik als nicht schwerwiegend.

VAN DEN BRINK, WIT, KEMPEN & VAN HEUVELEN (1996) fanden, dass in einer Stichprobe von 144 Personen mit Beeinträchtigungen des Hörvermögens die Inanspruchnahme von Hörhilfen gering war, wenn die betroffenen Personen ihre Beeinträchtigung als wenig schwerwiegend erlebten und sie als unvermeidbare Alterungsfolge passiv hinnahmen.

- **Wirksamkeitserwartungen**

Auch die Wahrnehmungen bzw. Einstellungen hinsichtlich der grundsätzlichen Veränderbarkeit eines Problems beeinflussen die Inanspruchnahme von Diensten (HESSEL, GUNZELMANN, GEYER & BRÄHLER, 2000). In der Studie von VAN DEN BRINK, WIT, KEMPEN & VAN HEUVELEN (1996) verminderten geringe Erfolgserwartungen die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Hörhilfen.

- **psychische Hemmungen**

Neben Hindernissen auf der institutionellen Ebene identifiziert BEHRMANN (1990) hinsichtlich des Phänomens nicht in Anspruch genommener Sozialleistungen durch Ältere vor allem psychische Hemmungen als Hindernisse der Inanspruchnahme. ROE, DOLL & WILSON (1999) zufolge gaben zwei Drittel der Befragten, die bei Harninkontinenz keine Hilfe in Anspruch genommen hatten, an, die Erkrankung sei ihnen zu peinlich gewesen, um sie gegenüber Dritten zu offenbaren. Nach den Befunden von DUGAN et al. (2001) spielten dagegen Gefühle der Peinlichkeit für die Inanspruchnahme von Hilfen bei Harninkontinenz keine zentrale Rolle.

- **Sprachkenntnisse / Ethnizität / kultureller Hintergrund**

Hindernisse im Zugang zu spezialisierten medizinischen und pflegerischen Leistungen in der Versorgung von psychisch kranken älteren Migranten werden vor allem in Informationsdefiziten und Sprachbarrieren gesehen (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2001b, S. 104). RODRIGUEZ & O' DONNELL (1995) zufolge korreliert bei einer Stichprobe von PuertoricanerInnen in New York mangelnde Beherrschung der englischen Sprache negativ mit der Inanspruchnahme von psychiatrischen Diensten. MOON & EVANS-CAMPBELL (1999) identifizieren bei einem Vergleich von europäisch- und koreanisch-stämmigen älteren Menschen neben Einkommen Ethnizität als wichtige Variable für die Kenntnis und die Inanspruchnahme von Hilfeangeboten nach Gewalterfahrungen. Kulturspezifisches Hilfesuchverhalten Älterer zeigte sich auch in einer qualitativen Studie unter 41 älteren Afroamerikanern (JETT, 2002).

- externer Druck

Personen mit Hörbehinderungen, so ein Ergebnis der Studie von VAN DEN BRINK, WIT, KEMPEN & VAN HEUVELEN (1996), die keinen oder nur schwachen sozialen Druck verspürten, etwas gegen die Behinderung zu unternehmen, nahmen seltener Hörhilfen in Anspruch.

Die hier in aller Kürze referierten Forschungsergebnisse zeigen, dass die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen ein komplexes, von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusstes Verhalten ist. Nicht hinsichtlich aller Faktoren sind die Ergebnisse eindeutig. Der Einfluss der Variablen Alter wird als unterschiedlich groß und je nach Leistungsart (medizinisch versus psychosozial) als unterschiedlich gerichtet eingeschätzt. Dem Geschlecht wird im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Diensten nicht von allen Autoren Bedeutung beigemessen. Der negative Zusammenhang zwischen psychischen Hemmungen und der Inanspruchnahme von Hilfen wird in Bezug auf Sozialleistungen eindeutig, in Bezug auf Hilfen bei Harninkontinenz unterschiedlich bewertet. Die Variable "Sprachkenntnisse" macht deutlich, wie unterschiedlich die praktischen Konsequenzen sind, die aus der konstatierten Bedeutung für die Nicht-Inanspruchnahme von Hilfen resultieren. Je nach Blickwinkel wird man die defizitären Sprachkenntnisse der Beratungsbedürftigen oder die nicht an die Zielgruppe angepassten sprachlichen Angebote der Hilfsdienste in den Mittelpunkt der Betrachtung rücken.

Deutlich wird angesichts dieser Zusammenstellung, dass für die Inanspruchnahme von Hilfen durch ältere Menschen im medizinischen und pflegerischen Bereich einerseits der objektive Gesundheitszustand und Unterstützungsbedarf¹⁰⁰, andererseits auch subjektive Einschätzungen und Wahrnehmungen eine maßgebliche Rolle spielen. So spielt eine Rolle, wie stark die gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag empfunden werden, wie anfällig sich die Betroffenen für Krankheiten erleben und als wie schwerwiegend sie die Symptomatik werten. Auch wenn Veränderungen als unvermeidbare "normale" Altersfolgen interpretiert werden und geringe Erfolgserwartungen an Interventionen gestellt werden, vermindert sich die Inanspruchnahme von Hilfen. Ein Faktor, der ebenfalls die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Hilfen vermindert, ist die Verfügbarkeit informeller Hilfen; dies ist in engem Zusammenhang mit der Haushaltsgröße zu sehen.

Gerade die subjektiven Faktoren wie Wirksamkeits- und Zukunftserwartungen, psychische Hemmungen und Einstellungen zu Hilfe und Unterstützung beeinflussen sich wechselseitig und sind ausgesprochen vielschichtig. FRENZEL-ALTMANN (1995) analysiert das Inanspruchnahmeverhalten älterer Menschen auf der Grundlage langjähriger Erfahrungen in der Beratung älterer Menschen. Ihrer Erfahrung zufolge hängt die Akzeptanz von Hilfen und Beratung durch die "älteren Alten" als besonders schwer erreichbarer Zielgruppe von Altenhilfe oftmals nicht vom vorhandenen Bedarf, den finanziellen Ressourcen und der Verfügbarkeit von adäquater Hilfe ab. Sie identifiziert als Hindernisse der Inanspruchnahme geringen Informationsstand in Bezug auf Hilfeangebote, die Selbsteinschätzung von potenziellen NutzerInnen sowie eine Tendenz älterer Menschen zur Verslossenheit und dem Beharren auf Alltagsgewohnheiten; Veränderungen von Routinen und Gewohnheiten lösen demnach zunächst Belastungen und diffuse Ängste aus. Ein Hindernis für die Inanspruchnahme von Hilfen besteht, wenn den Betroffenen die Rolle der Hilfebedürftigen (deren Reflektion und Akzeptanz die Voraussetzung der Inanspruchnahme von Hilfe ist) nicht akzeptabel erscheint. Hilfe wird auch dann nicht in Anspruch genommen, wenn der erkennbare Nutzen geringer ist als der (vermeintliche) Aufwand. Damit im Zu-

¹⁰⁰ Eine Größe, die sich etwa über ADL-Skalen (KATZ, FORD & MOSKOWITZ, 1963) erfassen lässt. Demgegenüber erweist sich eine über entsprechende Bekundungen der in Frage stehenden Personen hinausgehende Operationalisierung und standardisierte Erfassung von "Beratungsbedarf" als äußerst schwieriges Unterfangen.

sammenhang steht auch die Frage der Perspektive, d.h. ob die Hilfebedürftigen das Gefühl haben, dass sich Bemühungen noch "lohnend" (FRENZEL-ALTMANN, 1995). Auch WALTERS, ILIFFE & ORRELL (2001) kamen zu dem Ergebnis, dass Rückzug, Resignation und ein geringes Erwartungs- und Anspruchsniveau dominante Themen im Zusammenhang mit ungedecktem Hilfebedarf von PatientInnen von allgemeinärztlichen Praxen waren.

Genannte Einstellungen mögen auch generationenspezifische und in der jeweiligen Generation geschlechtsspezifische Dimensionen aufweisen. In einer aktuell am Institut für Kriminologie durchgeführten Studie zu Misshandlung und Vernachlässigung in stationären Altenpflegeeinrichtungen wurde gerade in Interviews mit älteren Frauen eine lebensgeschichtlich gewachsene Autoritätshörigkeit und Bedürfnislosigkeit sichtbar. Bewohnerinnen brachten wiederholt zum Ausdruck, dass sie den Pflegekräften nicht zur Last fallen wollten; sie fühlten sich offensichtlich nicht als Konsumentinnen, die eine Dienstleistung in Anspruch nahmen, sondern waren dankbar, dass ihnen ein 'Dach über dem Kopf' und Hilfe bei grundlegenden Lebensverrichtungen geboten wurde.

"...und da bin ich aufgenommen worden, und, also ich kann's nur sagen. Schwestern tun alles, was sie können, sie sind lieb und nett zu einem, und ich mein, ich würde dann Unrecht tun, und das, ich bin mit allem zufrieden. und das könne Sie auch schon verstehen, das werden Sie auch merken, (...) und bin mit allem zufrieden, und bin auch froh, dass ich hier bin, und dass ich ein Zuhause habe"

Genügsamkeit, Nicht-Aussprechen eigener Bedürfnisse, Nicht-Einmischung in private Angelegenheiten Dritter sind Leit motive in einer ganzen Reihe von Interviews mit Heimbewohnerinnen. HÖRL (1998), der den Lebensstilansatz für die Altersforschung nutzbar macht, beschreibt vor allem die Lebensstile der "sparsam-häuslichen bescheidenen Älteren" und der "konservativ-(klein-) bürgerlichen Älteren". In den Interviews finden sich zahlreiche Merkmale, die HÖRL (1998, S. 75) als Charakteristika des "sparsam-häuslichen bescheidenen" Stils beschreibt: "passiv und relativ isoliert", "besondere Bereitschaft zu Entbehrungen", "niedrige Erlebnisorientierung", "kaum Streben nach persönlicher Selbstverwirklichung und Unabhängigkeit, wohl aber nach Harmonie". In einem ähnlichen Sinne beschreibt eine Infratest-Studie (RISTAU & MACKROTH, 1994) den Typus der "pflichtbewusst-häuslichen" Älteren, die sich u.a. durch Selbstbeschränkung, Harmoniestreben, Konfliktabwehr und Anpassung an tradierte Normen auszeichnen (vgl. dazu HÖRL, 1998, S. 76f.). Die z.B. von GRÜN (1995; 1998) als charakteristisch für die 'Neuen Alten' konstatierte Kundensouveränität und das Anspruchsverhalten "lebenslanger Mitglieder einer Konsumgesellschaft" sind bei diesen Bewohnerinnen kaum feststellbar.

4.3.2.1 Verfügbarkeit informeller Hilfen

Der Aspekt der Verfügbarkeit informeller Hilfen wird im folgenden Kapitel anhand der im Rahmen der Bedarfserkundung durchgeführten Befragungen vertiefend analysiert.

Insbesondere für die befragten älteren Menschen wird der Bedarf an professionellen Hilfeangeboten durch Qualität und Quantität der verfügbaren informellen Hilfen bestimmt. Je geringer die diesbezüglichen Ressourcen sind – z.B. wenn keine nahen Angehörigen vor Ort leben –, desto größere Bedeutung kommt professionellen Hilfen zu. Umgekehrt sind ältere Menschen bei fehlenden Angeboten und Diensten stärker von informeller Unterstützung abhängig. Die Prioritäten sind für die Befragten klar: Professionelle Unterstützung ist die zweite Wahl, wenn Unterstützung durch Familie und Freunde geleistet werden kann.

Die Verfügbarkeit von informeller Unterstützung auf dem Lande und in der Stadt wird sehr verschieden eingeschätzt und bewertet. Während die SeniorInnen auf dem Land betonen, dass sie aufgrund ihrer informellen Netzwerke keine oder weniger professionelle Dienste brauchen, wird der Zusammenhang von den SeniorInnen in der Stadt umgekehrt dargestellt: Weil es auf dem Land so wenig professionelle Dienste gebe, seien die dort lebenden Älteren stärker auf informelle Hilfen angewiesen.

In den Ausführungen wird auf Vorstellungen vom Leben in der Stadt und auf dem Lande Bezug genommen, bei denen unklar ist, ob sie auf tradierten Vorstellungen beruhen oder den Lebensrealitäten gerecht werden. (*"Auf dem Dorf ist es vielleicht doch noch ein bisschen anders wie in der Stadt"*, <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>). Diesbezügliche Differenzen zwischen den beiden befragten Seniorengruppen müssen auch als Ausdruck von unterschiedlichen Sozial- und Bildungsstrukturen interpretiert werden.

Große Bedeutung haben insbesondere für die befragten älteren Menschen in der Stadt soziale Netzwerke mit *"realen Menschen"* <GD SeniorInnen/Freie Altenarbeit>. Diese werden allgemein als wichtig erachtet, im Ruhestand jedoch in besonderem Maße. Ob solche Netzwerke bestehen, hängt im wesentlichen von der eigenen Initiative ab. So ist es notwendig, sich frühzeitig in solche Netze einzubringen und daran zu *"arbeiten"* <GD SeniorInnen/Freie Altenarbeit>.

Von älteren Menschen aus dörflichem Milieu wird ebenfalls die Bedeutung informeller Unterstützungssysteme betont; in diesem Zusammenhang wird auf den ländlichen Charakter des Lebensraumes und auf die damit verbundene spezifische Ausgestaltung des Lebens im Alter verwiesen. Dabei wird zum einen das Unterstützungs-, Kontakt und Kontrollpotenzial dörflicher Strukturen thematisiert.

"Wenn bei uns die Rollläden bis zehn unten wären, dann wäre schon längst einer an der Tür, entweder würde jetzt geklingelt (...) oder gesagt 'Was ist mit Dir los?'" <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>

Zum anderen wird die intensivere Unterstützung und konkrete Hilfe durch Angehörige, zumeist Töchter, betont – ein Aspekt der bei den TeilnehmerInnen der Gruppendiskussion in der Stadt nicht zur Sprache kommt. In beiden Zusammenhängen wird als Bedingung die Gegenseitigkeit von Hilfe und Freundlichkeit genannt. Sowohl innerhalb der Familie als auch im dörflichen Zusammenleben könne – so die Sicht der Befragten – Entgegenkommen und Hilfe erwartet werden, wenn man selbst dazu bereit sei oder – so bei den eigenen Kindern – diese früher entsprechend behandelt habe.

"Töchter, die für uns sorgen. Großkinder, wenn man zu denen gut ist, kommen die auch, ne." <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>

"Wenn man freundlich ist, wird man immer geholfen (...), man muss auch auf Menschen zugehen." <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>.

Wenn familiäre und nachbarschaftliche Unterstützungssysteme ausreichend funktionieren, so die Argumentation, haben ältere Menschen Hilfe und Beratung durch professionelle Dienste und Einrichtungen kaum nötig.

"So bin ich in meiner Familie. Ich werde beobachtet, aufgepasst und bin soweit auch noch fit und möchte ich behalten solange es geht." <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>

Dabei ist nicht immer das Zusammenleben in einem Haushalt von entscheidender Bedeutung; wichtig ist aber eine gewisse räumliche Nähe der Haushalte, die eine rasche und im Hinblick auf Wegezeiten und –kosten unaufwändige Hilfe ermöglicht (*"Nichte wohnt gegenüber"*, <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>). Die Hilfe und Unterstützung, die Angehörige leisten, reicht von Hilfe bei der Be-

antragung von Pflegegeld über das Erkennen von und die Unterstützung in Notfällen bis zu allgemeiner Versorgung und Fürsorge; eine Befragte gebraucht in diesem Zusammenhang sogar den Begriff der Seelsorge (*"Die Seelsorge ist meine Familie"*, <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>).

Diese Lebenssituation trifft allerdings nicht für alle zu – und auch ältere Menschen, die in funktionierenden familiären Unterstützungssystemen leben, räumen ein, dass nicht alle Älteren derartige Möglichkeiten zur Verfügung haben. Ältere Menschen haben z.T. keine unterstützenden Angehörigen, oder diese leben weit entfernt und können weder Wohnmöglichkeiten bieten noch im Notfall schnell zur Stelle sein.

Die informelle dörfliche Struktur wird nicht als ungebrochen positiv erlebt. So wird von einer Befragten darauf verwiesen, dass sie auch in der dörflichen Struktur phasenweise länger keine Nachbarn sehe (*"Ich sehe manchmal fünf Tage keine Nachbarn."* <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>); diese differentielle Kontaktdichte hängt nicht nur mit Eigeninitiative und der Qualität nachbarschaftlicher Beziehungen zusammen, sondern z.B. auch mit dem individuellen Grad der Mobilität.

Auch auf innerhalb eines Dorfes variierende Siedlungsstrukturen und Nachbarschaftsbeziehungen wird hingewiesen.

"Das ist nicht überall so, das würde ich nicht so verallgemeinern, das ist nicht überall so. Da oben, wo die ganzen Neubauten und die ganzen andern wohnen, da sieht das ganz anders aus."
<GD SeniorInnen/Kirchenkreis>

Eine eher kritische Einschätzung der informellen Unterstützungsmöglichkeiten auf dem Dorf nehmen auch die befragten Fachkräfte aus der Altenhilfe vor. Sie weisen darauf hin, dass entgegen der allgemeinen Vorstellung die Nachbarschaftsstruktur gerade in den Städten ausgeprägt sei, wohingegen in den Dörfern die soziale Kontrolle im Mittelpunkt stehe und eher zur Verheimlichung von Problemen führe. Zudem würden soziale Strukturen und Netzwerke auf dem Land immer brüchiger, da Orte, die Begegnung ermöglichen, an denen Menschen das, was sie bewegt, besprechen können, in den Dörfern immer mehr abgebaut würden.

4.3.2.2 Zugangsprobleme auf Seiten älterer Menschen

Trotz einer Fülle an Angeboten und an Information über diese Angebote sehen die meisten Befragten ungedeckten Beratungsbedarf und Informationsdefizite. Als Ursachen für die Diskrepanz zwischen Bedarf und Inanspruchnahme werden neben institutionellen Faktoren, die im Kapitel 4.3.3 behandelt werden, geringe oder fehlende Kompetenzen bei der Informationsbeschaffung und Kontaktaufnahme sowie Zugangsprobleme aufgrund von physischen Einschränkungen und motivationalen Hindernissen veranschlagt. Motivationale Hindernisse bestehen bei fehlender oder geringer subjektiver Bedürftigkeitseinschätzung und Ablehnung der Inanspruchnahme von Angeboten aufgrund von Schamgefühlen und Stigmatisierungsängsten. Motivationale Hindernisse der Inanspruchnahme von Diensten auf Seiten älterer Menschen werden von den meisten Befragten – den in der Altenarbeit Tätigen wie den älteren Menschen selbst – als sehr groß eingeschätzt.

Die erste Zugangshürde zu Beratungsangeboten ist, dass viele der bestehenden Angebote den Betroffenen nicht bekannt sind. So vermuten die befragten SeniorInnen, dass der Großteil der älteren Menschen über bestehende Hilfeangebote schlecht informiert ist. Nur bei einer Minderheit älterer Menschen ist demnach die Fähigkeit, sich über Hilfe- und Unterstützungsangebote zu informieren, vorhanden. Dies liegt zumindest zum Teil daran, dass sich viele *"nicht zu helfen wissen"* und auch nicht zum Telefonie-

ren in der Lage sind <GD SeniorInnen/Freie Altenarbeit>. Insofern sehen die befragten SeniorInnen sich selbst hinsichtlich ihrer Informationskompetenzen in einer privilegierten Situation.

Die individuellen Zugriffsmöglichkeiten hängen eng mit dem eigenen Informationsverhalten zusammen: Auch ein gutes und umfassendes Altenhilfeangebot erschließt sich nur denjenigen, die sich gezielt informieren. Neben der Fähigkeit, sich zu informieren, spielt auch die Bereitschaft hierzu eine maßgebliche Rolle. Und so verhindern auch motivationale Hindernisse die Aufnahme von Informationen zu altersspezifischen Beratungsangeboten. Ein derartiges Hindernis besteht darin, dass die Inanspruchnahme von altersspezifischen Angeboten stigmatisierend wirken kann; ältere Menschen vermeiden häufig die Inanspruchnahme von Angeboten, die eine Selbstidentifizierung als "alt" erfordern, sie verdrängen das Tabuthema Alter und setzen sich erst spät damit auseinander. Auch anderen gegenüber möchten sie eigenen Hilfebedarf nicht zu erkennen geben: Zum Beispiel berichtet ein Mitarbeiter des Frankfurter Hausnotrufs, dass er an einem Informationsstand Zeuge wurde, wie eine ihm persönlich bekannte Kundin gegenüber einer anderen Frau erklärte, sie habe von diesen Diensten "*schon mal gehört*" <Frankfurter Hausnotrufdienst>; sie empfand es offensichtlich als ein beschämendes Eingeständnis, diesen Dienst in Anspruch zu nehmen. Insgesamt stellen die befragten Fachkräfte eine starke Abwehr gegenüber der Auseinandersetzung mit dem eigenen Altern fest. Einige der in der Altenhilfe Tätigen vermuten allerdings, dass dies auch eine Generationenfrage sei und sich zukünftig ändern könne.

Neben dieser thematischen Abwehr führt ein weiterer motivationaler Faktor zur Ablehnung von kostenpflichtigen Unterstützungsleistungen bzw. solchen Leistungen, bei denen Kosten befürchtet werden. So berichten einige der Befragten aus der Altenhilfe, dass ältere Menschen sich teilweise weigern, eigene finanzielle Mittel für Unterstützungsdienste auszugeben. Dabei spielt zum einen eine Rolle, dass viele nicht gelernt haben, der Befriedigung ihrer eigenen Bedürfnisse Priorität einzuräumen. Zum anderen wird versucht, ohne Berücksichtigung der aktuellen Bedürfnisse die finanziellen Reserven für möglicherweise kommende (als gravierender eingeschätzte) Notlagen zu erhalten. Eine in der Altenhilfe Tätige berichtet beispielsweise von einem 80-jährigen Klienten, der trotz aktuellem Hilfebedarf nicht bereit ist, die Kosten für einen häuslichen Hilfsdienst aufzubringen unter Verweis darauf, dass er das Geld noch für "*das Alter*" brauche <GD lokale Altenarbeit>. Daraus lässt sich folgern, dass einige ältere Menschen Art und Ausmaß ihrer aktuellen Bedürftigkeit anders einschätzen als dies externe Fachkräfte tun.¹⁰¹

Scheu, Hemmungen und Schwellenangst sind für viele ältere Menschen Hindernisse der Inanspruchnahme von Hilfen. So erfordert allein die Benennung von Problemen anderen gegenüber die Überwindung großer Hemmungen. Private Probleme – so der generationenspezifische Umgang mit persönlichen Schwierigkeiten – werden möglichst innerhalb der Familie geklärt, Hilfe von außen wird nicht gezielt gesucht. Das Alzheimer Telefon als ein Beratungstelefon, das Angehörige als Hauptzielgruppe anspricht, macht die Erfahrung, dass die motivationalen Hindernisse der Inanspruchnahme geringer sind als bei Angeboten, die sich an SeniorInnen selbst richten. Eine Mitarbeiterin vermutet, dass es unter Umständen leichter ist, "*für jemanden Informationen einzuholen als für sich selbst*".

Besondere Scheu, so eine Mitarbeiterin der Volkssolidarität, besteht gegenüber Ämtern; ältere Menschen möchten die eigene Bedürftigkeit nicht offenbaren und zum "Sozialfall" werden. Eine der be-

¹⁰¹ Dies mag auch mit unterschiedlichen gewählten Vergleichsmaßstäben zusammenhängen (zum sozialen Vergleich in der Selbstevaluierung der Lebenssituation durch ältere Menschen vgl. WESTERHOF, 2001, FILIPP & FERRING, 1998, DITTMANN-KOHLI, 1990).

fragten Seniorinnen erläutert die auch generationsspezifische Scham hinsichtlich der Inanspruchnahme von Sozialleistungen

"Gibt's ja ganz viele Leute, die 'ne ganz kleine Rente haben und die wirklich einen Anspruch auf Sozialgeld hätten, ne, oder auf (...) Zuschuss hätten, oder auf Mietzuschuss, oder irgend so was, ne, die scheuen sich einfach (...) aus Schamgefühl, das ist gerade (für) unsere Generation so. Wir haben ja ein ganz anderes Schamgefühl wie die heutige Jugend (...), wir gehen einfach aus Schamgefühl einfach nicht hin und fummeln dann mit dem bisschen Geld, dass sie da haben, fummeln sie halt zurecht, ne, ob sie damit zurecht kommen oder mehr recht als schlecht, aber das ist ihnen irgendwie -. Ja, das tun wir einfach." <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>

Allerdings spielt im Hinblick auf die Inanspruchnahme von finanzieller Unterstützung – insbesondere von Sozialhilfe – auch die Angst vor finanzieller Abhängigkeit und finanziellen Belastungen der Angehörigen eine Rolle.

Das Wort "Beratung", so der Eindruck eines befragten Pfarrers, ist bei manchen Leuten "mit Angst besetzt". Eine Inanspruchnahme von Beratung wird als persönliches Versagen interpretiert:

"Beratung in Anspruch nehmen bedeutet: Ich schaffe es selber nicht, eigentlich möchte ich es aber selber schaffen'." <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>

Die Befragten identifizieren Gruppen von älteren Menschen, die besonders große Zugangsprobleme zu Angeboten von Beratung und Information haben. Das gilt für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen, wie z.B. dementiell erkrankte Menschen, für hochbetagte ältere Menschen und für die Gruppe der isolierten älteren Menschen. Auch die "verschämten Armen", die "einfachen" älteren Menschen, denen es schlecht geht und "die sich nicht mehr wehren können", haben Hemmungen Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen <GD BAGSO>. Menschen, "die sich nicht wehren können", seien dann auch diejenigen, die zum Beispiel in Pflegeheimen schlecht behandelt würden.

Sozial isolierte ältere Menschen sind schlecht über bestehende Angebote informiert und nehmen Hilfen nur selten in Anspruch. Von den in der Altenhilfe Tätigen wird diese Zielgruppe als in hohem Maße bedürftig, aber für Hilfen schwer erreichbar eingeschätzt. Die Fachkräfte sehen als ein maßgebliches Hindernis, dass diese Menschen nicht in der Lage sind, ihre Lebenssituation und ihre Bedürfnisse zu erkennen und zu artikulieren. Vor allem Alleinstehende und Menschen, die schon sehr lange sozial isoliert leben, verfügen aufgrund vielfältiger sozialer Ängste weder über das Bewusstsein eigener Bedürfnisse noch über die für eine Kontaktaufnahme notwendige Gesprächsführungskompetenz.

"Die können kein Gespräch mehr führen, weil sie immer in Einsamkeit leben." <GD lokale Altenarbeit>

Zwei der Befragten leisten aufsuchende Arbeit (als Mitarbeiterin bei einem städtischen Gesundheitsamt und als Pflegeberaterin einer Krankenkasse) und kommen häufig in Kontakt mit älteren Menschen, die die gängigen Altenhilfeangebote aufgrund ihrer Kommstruktur nur selten nutzen. Die beiden Fachkräfte berichten über unterschiedlich große Schwierigkeiten, einen ersten Kontakt herzustellen. Der Anlass Pflegeversicherung erleichtert den Zugang. Ist der Erstkontakt einmal hergestellt, kann der weitere Beratungsprozess eingeleitet werden; der offene Zugang ist besonders wichtig, "denn die Leute können oftmals ihre Bedürfnisse gar nicht formulieren." <GD lokale Altenarbeit> Besteht einmal der Kontakt, sind die Menschen meist froh über die erfahrene Unterstützung.

Auf die Bedeutung präventiver Beratung weisen die Befragten wiederholt hin. Bereits als junger Mensch – so die Forderung – solle man sich um Fragen des Alters kümmern und "langsam hineinwach-

sen" <GD SeniorInnen/Freie Altenarbeit>, da ein zeitlicher und emotionaler Abstand wichtig sei, um Hilfsmöglichkeiten sehen und wahrnehmen zu können. Die Mehrzahl derer, die sich zu präventiver Beratung äußern, vertreten die Einschätzung, dass eine ausreichende Vorbereitung auf das Alter deutlich zu wenig und nicht rechtzeitig geschehe und das Thema verdrängt werde. Vor allem Männer sind demnach sehr schlecht auf ihr Rentenalter vorbereitet. Man muss – so formuliert eine der befragten Fachkräfte eine Aufgabe für die Altenhilfe – den genannten "*Beratungsbedarf schaffen*" <Sozialverband VdK>. Um die Akzeptanz von präventiven Angeboten rund ums Alter zu erleichtern, müsse jedoch die stigmatisierende Wirkung der klassischen Altenhilfe aufgehoben werden. Dies kann unter anderem geschehen, indem den Angeboten ein realistisches und positives Altersbild zugrunde gelegt wird. Ein rein problemorientierter Ansatz, der Alter mit Krankheit gleichsetze, erhöhe daher keineswegs die Attraktivität von Angeboten und ihre Inanspruchnahme.

Allerdings wird auch zu bedenken gegeben, dass sich die Struktur der Altenhilfe dem beschriebenen Nutzerverhalten anpassen sollte; es müsste nicht Nachfrage nach Beratung geweckt werden, die aus der Sicht der Menschen nicht besteht, sondern umgekehrt müssten die Angebote in der Lage sein, auch bei akuten Krisenfällen ausreichend transparente Hilfen zur Verfügung zu stellen, so dass optimale Entscheidungen der Betroffenen auch kurzfristig möglich sind.

4.3.3 Angebotsseitige Bestimmungsfaktoren der Bedarfsdeckung und Inanspruchnahme von Diensten

Angebotsseitige Bestimmungsfaktoren der Bedarfsdeckung und Inanspruchnahme von Diensten sind wesentlich durch den Grad der Anpassung der Altenhilfeangebote an die Nachfrage und die formulierten Hindernisse der Inanspruchnahme geprägt. Einige Hindernisse der Inanspruchnahme von Diensten auf Seiten älterer Menschen können entsprechend durch die Gestaltung von Angeboten vermindert oder abgebaut werden (so z.B. Sprachbarrieren, geringer Informationsgrad, Scheu vor Stigmatisierung). Als wichtige Zugangsbedingungen sind die Transparenz und Koordination der Angebote zu nennen (Kap. 4.3.3.1). Relevant sind weiter die Angebotsdichte (Kap. 4.3.3.2) und die Qualität der vorgehaltenen Angebote (4.3.3.3).

4.3.3.1 Transparenz und Koordination der Angebote

Die Begriffe Transparenz / Intransparenz werden in Zusammenhang mit dem Handlungsfeld Altenhilfe in mehreren Bedeutungsvarianten gebraucht; damit benannt wird primär der Grad der Überschaubarkeit der Angebotsstruktur (Ist bekannt, welche Angebote es überhaupt gibt und welche für einen konkreten Bedarf einschlägig sind?), zudem die Möglichkeiten zur Abschätzung der Qualität vorhandener Angebote (Nach welchen Kriterien und auf welcher Urteilsgrundlage kann ein potenzieller Nutzer zwischen mehreren konkurrierenden Angeboten entscheiden?) und schließlich die Nachvollziehbarkeit der Preisgestaltung (Inwiefern hat ein Kunde die Möglichkeit, die Angemessenheit in Rechnung gestellter Beträge zu beurteilen?). Während aus der Sicht der professionellen oder ehrenamtlichen Altenhilfe ein umfassender Überblick über die bestehenden Angebote wichtig ist, steht für die potenziellen NutzerInnen nicht dieser erschöpfende Überblick, sondern die Verfügbarkeit von bedarfsbezogenen Informationen im Vordergrund; für sie stellt sich die Frage, ob sich Transparenz der Angebote im Bedarfsfall schnell und unproblematisch herstellen lässt. So ist es z.B. bei Bedarf an ambulanter Pflege wichtig, schnell einen Überblick über die regional verfügbaren Anbieter, ihr Leistungsspektrum, ihre Kosten und die Qualität ihrer Leistung zu erhalten.

Transparenz über die bestehenden Angebote der Altenhilfe kann gewährleistet werden, indem

1. alle einzelnen Anbieter, an die sich Beratungssuchende wenden, über das gesamte Netz an Hilfeeinrichtungen informiert sind und ihre Informationen an NutzerInnen bei Bedarf weitergeben können,
2. ein Anbieter existiert und hinreichend bekannt ist, bei dem NutzerInnen wie auch andere Beratungseinrichtungen bei Bedarf die erforderlichen Informationen erhalten können und
3. die potenziellen NutzerInnen über Informationsveranstaltungen, Informationsbroschüren oder Datenbanken selbst die Möglichkeit erhalten, sich die benötigten Informationen zu verschaffen.

Hinsichtlich der Transparenz und Übersichtlichkeit der Struktur der Altenhilfeangebote kommen die Befragten zu differenzierten Einschätzungen. Von den Befragten, die im Altenhilfebereich professionell oder ehrenamtlich tätig sind, wird die Unübersichtlichkeit der Angebote stark problematisiert. Ältere Menschen selbst sehen dagegen recht gute Möglichkeiten, sich zu informieren. Hier ist zu berücksichtigen, dass ein Mindestmaß an Überblick über ein Arbeitsfeld notwendig ist, um eine sinnvolle Einschätzung hinsichtlich seiner Transparenz oder Intransparenz treffen zu können. Zum anderen gilt es zu bedenken, dass ältere Menschen sich bei den in der Altenhilfe Tätigen informieren – d.h. bei denen, die bezüglich der Angebote Intransparenz problematisieren. Allgemein wird sowohl von älteren Menschen selbst wie von den in der Altenarbeit Tätigen konstatiert, dass die bestehenden Informationsmöglichkeiten nicht für alle älteren Menschen gleichermaßen leicht zugänglich sind.

Die befragten älteren Menschen bezeichnen die Möglichkeiten, sich vor Ort über bestehende Hilfe- und Beratungsangebote zu informieren, im allgemeinen als gut. Als gute, wenngleich nicht ausreichend verbreitete Informationsmöglichkeiten werden die von den Kommunen herausgegebenen Seniorenratgeber genannt. Befragt danach, an wen sie sich wenden würden, wenn sie altersspezifische Informationen benötigten, nennen ältere Menschen potenzielle AnsprechpartnerInnen in verschiedenen Berufsgruppen und Einrichtungen vor Ort. Genannt werden kommunale Verwaltung, Sozialamt, ambulante und stationäre Pflegeanbieter, Wohlfahrtsverbände, Sozialverbände, (Haus-)ÄrztInnen, Polizei, Kirche und Apotheken. Die Aussagen der befragten SeniorInnen sind vor dem Hintergrund zu bewerten, dass es sich bei den in die Bedarfserkundung einbezogenen Seniorinnen und Senioren sicherlich um eine positive Auswahl gegenüber der älteren Generation insgesamt und den hilfe- und unterstützungsbedürftigen Älteren insbesondere handelt. Es ist anzunehmen, dass die befragten Personen Aufgaben wie das Beschaffen von Informationen über Hilfen dementsprechend mit vergleichsweise geringen Schwierigkeiten bewältigen.

Wird versucht, ohne die Vermittlung von AnsprechpartnerInnen die Telefonnummer eines Angebots zu finden, so kann dies allerdings erhebliche Probleme bereiten. Das Telefonbuch hilft diesbezüglich nicht weiter; am Beispiel eines konkreten Angebots zeigt ein Befragter, dass der Zugang über die üblichen Begriffe am Wortanfang wie ' Alte' oder ' Senioren' nicht unbedingt zum Ziel führt. Da in den meisten Fällen die Anfangsbuchstaben der Angebote nicht bekannt sind, wird man im Telefonbuch kaum fündig. Man muss also zunächst den Namen eines Angebotes kennen, bevor man seine Telefonnummer finden kann.

"Denn wenn Sie sich vorstellen, jemand hat ein Problem, was mach ich? Dann schlägt er (...) zuerst das örtliche Telefonbuch auf, nicht die gelben Seiten, sondern das örtliche Telefonbuch. Und wenn Sie das (...) Telefonbuch aufschlagen, dann sehen sie darin eine ganze Anzahl von Nummern, die mit den drei Buchstaben ALT beginnen. Das ist also schon sehr gut, wenn jemand sich an eine Stelle wenden will, wo er weiß, die fängt mit dem Wort ALT an. Aber was ist, wenn

solche Organisationen eine andere Buchstabenfolge haben?" <GD SeniorInnen/Freie Altenarbeit>

Die in der Altenhilfe Tätigen merken an, dass das für ältere Menschen vorliegende Informationsmaterial für einige Zielgruppen nicht geeignet sei. Viele könnten mit dem vorhandenen Informations- und Übersichtsmaterial, in dem Angebote aufgelistet werden, nicht umgehen. Sie stellen immer wieder fest

"dass also Informationen gar nicht nutzbar gemacht werden können, weil sie z.B. nicht gewohnt sind, die Inhaltsangaben zu lesen und sich danach zu orientieren." <GD lokale Altenarbeit>

Die Qualität von Seniorenratgebern und anderen Informationsbroschüren wird zudem als lokal und von Themengebiet zu Themengebiet sehr unterschiedlich beurteilt. So sind Informationen insbesondere über die Pflegeversicherung und Betreutes Wohnen zwar zugänglich, aber zum Teil nicht altersgemäß aufbereitet.

Insbesondere kritisieren Fachkräfte, wenn sich Kommunen ihrer Verantwortung für die Herausgabe solcher Übersichten entziehen. Unter privatwirtschaftlicher Federführung herausgegebene Übersichten berücksichtigten nur solche Angebote, die bereit seien, die Kosten für Anzeigen für das eigene Angebot zu übernehmen. Die Transparenz der Hilfeleistungen erhöhten solche Übersichten nicht.

Defizite werden hinsichtlich der Bekanntheit überregionaler Beratungsangebote gesehen. In den neuen Bundesländern seien die Telefonseelsorge, das Pflgetelefon des Bundesgesundheitsministeriums und das Alzheimertelefon vielen älteren Menschen nicht bekannt. Aus Sicht der BeraterInnen wäre es sinnvoll, eine Zusammenstellung der diesbezüglich wichtigsten Telefonnummern in schriftlicher Form weitergeben zu können.

Wie die älteren Menschen, so benennen auch die in der Altenarbeit Tätigen eine Vielzahl von Institutionen und Einrichtungen, bei denen sich ältere Menschen informieren können. Die Beratungsstelle München beispielsweise listet auf: Alten- und Servicezentren¹⁰², Sozialamt und Allgemeinen Sozialdienst, Landratsamt, Beratungsstellen der Inneren Mission, der Arbeiterwohlfahrt und des DPWV, Krankenhaussozialdienst, gerontopsychiatrische Beratungsstellen, Wohnungsamt, Seniorenbeirat und Krankenkassen. Zudem werden die Möglichkeit der Internetrecherche, des Nachschlagens im Telefonbuch und Vorträge in Alten- und Servicezentren und der Volkshochschule genannt.

Das Beratungsangebot, so vermuten die in der Altenarbeit Tätigen, ist trotz dieser Bandbreite an Informationsquellen nicht für alle älteren Menschen gleichermaßen zugänglich. Für MigrantInnen werden diesbezüglich aufgrund von sprachlichen Zugangsproblemen massive Einschränkungen gesehen. Auch die Gruppe der finanziell unterprivilegierten und besonders bedürftigen älteren Menschen hat größere Zugangsprobleme.

"Und es gibt viele solche Dinge, nur die Frage ist immer, ob die älteren Menschen, (...) die nicht die soziale Oberschicht bilden, Schwierigkeiten vieler Art haben, nun an diese Dinge ranzukommen." <GD lokale Altenarbeit>.

Viele der Befragten arbeiten in Einrichtungen, die den Anspruch haben, bei der Suche nach den zuständigen Diensten hilfreich zu sein. Sie wollen – wie z.B. das Solinger Seniorentelefon es formuliert – Wegweiser durch den "Dschungel der Altenhilfe" sein. Gleichwohl sind es gerade die in diesen Einrichtungen tätigen Fachkräfte, die die Schwierigkeit beklagen, sich über die Vielzahl und Vielfalt von Angeboten einen Überblick zu verschaffen und diesbezüglich auf dem neuesten Stand zu bleiben. Die

¹⁰² Zum Münchner Konzept der Alten- und Servicezentren vgl. BRAUN (1995).

mangelnde Transparenz erschwert den Fachkräften den Zugang und die Information über adäquate Angebote; sie vermuten daher, dass es für Betroffene erst recht nicht möglich ist, sich zurechtzufinden:

"...und da fällt mir auch immer auf, dass es, dass es ein ganz vielfältiges Beratungsangebot gibt, aber dass es schon als Fachkraft in diesem Bereich schwer ist, da einen Überblick zu behalten, ne. Wenn ich zu Tagungen, zu allen möglichen Sachen gehe und dann denke, 'Oh, hier ist ja wieder was Neues', ne. (...) Für die Betroffenen ist es natürlich schier unmöglich, sich da einen Überblick zu verschaffen." <GD lokale Altenarbeit>

"Was mich schon immer stört, ist (...) das Chaos im Angebot. (...) Ich halte das für rein zufällig, dass derjenige die entsprechende Nummer findet, die er in dem Moment braucht." <GD Seniorentelefon Berlin>

Eine Folge dieser Unübersichtlichkeit ist, dass bei vorhandenen Beratungseinrichtungen Sachverhalte z.T. falsch dargestellt werden. Dies führt – so eine Erfahrung – auch dazu, dass Beratungssuchende zunächst an nicht zuständige Stellen vermittelt werden und in der Folge verunsichert sind:

"Es kommen schon oft auch Angehörige, die dann sagen: ' wir haben schon da angerufen und da, (...), sind wir denn nun wirklich richtig?' " <GD lokale Altenarbeit>

Werden Beratungssuchende zum wiederholten Male weitervermittelt und erhalten keine kompetente Auskunft, so verunsichert dies und führt zu Frustrationen. So berichtet eine Mitarbeiterin der BAGSO, die im Monatsdurchschnitt etwa 100 schriftliche und telefonische Beratungsanfragen aus dem ganzen Bundesgebiet bearbeitet, von vorsorglicher Abwehr der Beratungssuchenden, die bereits mit verschiedenen Stellen in Kontakt waren.

"Aber sagen Sie mir jetzt bloß nicht: ' Wenden Sie sich an den VDK...' " <Expertengespräch BAGSO>

Das Weitergeben von Telefonnummern allein, so die Erfahrung, wird von den Beratungssuchenden nicht als hilfreich erlebt. Die bei der BAGSO zuständige Mitarbeiterin recherchiert daher im Anschluss an einen solchen Anruf, wer zuständig sein könnte, nimmt Kontakt zu der Person auf und ruft dann bei den Beratungssuchenden zurück, nennt Telefonnummer und Namen der Ansprechperson und berichtet, dass sie bereits in der Sache dort angerufen habe und die Beratungssuchenden auf sie verweisen könnten.

Aus der Sicht einiger Fachkräfte ist der Zugang zu den – z.T. ja ausreichend vorhandenen – Angeboten der Altenarbeit auch deshalb nicht einfach, weil diesbezüglich zu wenig Informationen verbreitet werden. Optimierungspotenziale werden z.T. bei den Krankenkassen gesehen, die umfassender aufklären bzw. informieren könnten, und Kritik richtet sich z.T. an die Kommunen, die nicht ausführlich genug beraten und zu wenig Informationen über bestehende Beratungsangebote weitergeben – allgemein, aber auch in konkreten Beratungsgesprächen.

"Na, ich habe festgestellt, dass die öffentlichen Behörden, so Bürgerämter und so was alles, nicht so ausführlich unser Klientel beraten müssen, wie wir das versuchen zu machen. Denn (...) es (...) wird immer wieder gesagt: ' Ach, da kann ich mich auch hinwenden? So was gibt es auch noch?' Das wird also in der Öffentlichkeit, sprich Bürgeramt oder weiß ich was, hier Sozialamt oder so, gar nicht hervorgeholt, da wird das so nullachtfünfzehn abgehandelt." <GD Seniorentelefon Berlin>

"Die Informationen werden einfach nicht so an den Mann gebracht. Das ist auch eine finanzielle Sache." <I Volkssolidarität, lokal>

Die Einschätzungen bzgl. der gewährleisteten Transparenz sind allerdings unterschiedlich. Positiv hervorgehoben werden die vielfältigen Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit in einigen Städten, in denen auf zahlreichen Informationsveranstaltungen im Rahmen der offenen Altenarbeit über die existierenden Angebote informiert wird und zudem auf eine kommunale Seniorenberatungsstelle verwiesen werden kann.

In bestimmten Themenfeldern wird Transparenz besonders vermisst. Dies sind die Bereiche Pflegeversicherung und Betreutes Wohnen. Informationsdefizite und -differenzen bestehen hinsichtlich der Frage, wo diesbezüglich Informationen kompetent erteilt werden. Im Bereich der Pflegeversicherung wird die mangelnde Transparenz auch auf die gesetzlichen Vorgaben zurückgeführt. Durch die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes entstand im Pflegesektor ein Markt mit verringerter Übersichtlichkeit von Leistungen und Kosten.

Hinsichtlich der Transparenz der Dienste wird von älteren Menschen und in der Altenhilfe Tätigen als Defizit benannt, dass es keine Stelle gibt, die älteren Menschen Plätze in qualitativ hochwertigen Heimen vermitteln kann. An der Bewertung der Qualität der Angebote zur stationären Pflege möchte sich *"niemand die Zunge verbrennen"* <GD SeniorInnen/Freie Altenarbeit>. Problematisch bei der Weitervermittlung (insbesondere bei überregionaler Zuständigkeit) sei, führen die Mitarbeiterinnen des Alzheimertelefons und der BAGSO aus, dass die Qualität der vorhandenen Angebote oftmals nicht abgeschätzt werden könne und folglich darüber auch keine Informationen weitergegeben werden könnten.

Intransparenz und doppelte Angebote sind auch Resultate mangelnder Vernetzung und Koordination der Angebote. Defizite hinsichtlich der Kooperation und Koordination und der Bereitschaft zur Weitergabe von Informationen über die eigenen Angebote machen insbesondere die MitarbeiterInnen des Berliner Seniorentelefons bei anderen sozialen Angeboten aus.

"Ich denke, es gibt sehr viele Beratungsangebote, ´ne ganze Menge unterschiedlicher Träger, Projekte und was weiß ich was, aber die sind alle nicht so richtig vernetzt. (...) Viele machen das selbe so für ihre Klientel, (...) und die kennen sich untereinander nicht. (...) die Struktur ist irgendwie gar nicht so richtig (...) organisiert, (...) für Leute selbst sich zu informieren, das ist ungeheuer schwer, weil es irgendwo nicht organisiert ist." <GD Seniorentelefon Berlin>

Die Beratungsstelle München sieht durch die Vernetzung der Kooperationspartner auf Stadtebene und Stadtteilebene Verbesserungsmöglichkeiten im Hinblick auf eine Abstimmung von Informations- und Hilfebedarf einerseits und entsprechenden Angeboten andererseits.

Die meisten der in der Untersuchung befragten Einrichtungen sind – so die Einschätzung der MitarbeiterInnen – in ein zufriedenstellendes Kooperationsnetz mit anderen Einrichtungen eingebunden¹⁰³ und vermitteln selbst an viele andere Einrichtungen. Wo diesbezüglich Verbesserungsmöglichkeiten gesehen werden, wird auf knappe personelle Kapazitäten verwiesen, welche die Beteiligung an Fachgruppen erschweren oder verhindern. Indikatoren für gute Vernetzung sind z.B. Verweise anderer Einrichtungen an das eigene Angebot. Es wird allgemein und insbesondere von den Beratungsstellen mit Weitervermittlungsfunktion als wesentlich erachtet, sich über die Angebote von anderen Einrichtungen auf dem Laufenden zu halten, und die Befragten berichten über diesbezügliche Aktivitäten. So werden z.T. regelmäßig andere Einrichtungen eingeladen, sich im Beratungsteam vorzustellen, umgekehrt wird die eigene Arbeit systematisch bei relevanten Professionen, wie z.B. Hausärzten bekannt gemacht. Öffent-

¹⁰³ Als Beispiele von Einrichtungen, mit denen kooperiert wird, werden genannt: Kliniken, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Gesundheitsamt, Sozialdienst, Ärzte, sozialpsychiatrischer Dienst, städtische Beratungs- und Vermittlungsstellen.

lichkeitsarbeit allgemein und besonders in der Fachöffentlichkeit ist ein Schwerpunkt der Tätigkeit der verschiedenen Einrichtungen.

Vermittlungs- und Koordinierungsfunktionen übernehmen häufig die Kommunen und die kommunalen Seniorenberatungsstellen. Bei medizinischen Notfällen sind Hausärzte erste Ansprechperson und Vermittlungsinstanz an weiterführende Hilfen.

"Erst gehe ich zum Hausarzt. Dann rufe ich den Hausarzt an, ne. Ich bin umgefallen und dann (...) bin ich umgefallen, da sagt [meine Schwester]: ' Ruf den Hausarzt an, ne, der kommt.' , sag´ ich: ' Ja und denn tut der weiterleiten, nich.' Der hat mich ins Krankenhaus gebracht. Das ging ganz schnell". <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>

Auf das für die Struktur der Altenhilfe in Deutschland zentrale Problem der mangelnden Transparenz wurde in Kap. 4.2.1 bereits ausführlich eingegangen. Demnach herrscht in der Literatur weitgehend Einigkeit dahingehend, dass die Vielfalt themenspezifischer und allgemeiner Beratungsmöglichkeiten für ältere Menschen zu zunehmender Unübersichtlichkeit der Hilfeeinrichtungen (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2001b; 2002; SCHULTE, 2001; CLAUSSEN, 1996; vgl. auch HELMBRECHT, 1998; HEINEMANN-KNOCH & KORTE, 2000, S. 16; MENNE, 1995, S. 2) und Schwerfälligkeit des deutschen Altenhilfesystems führt (HOLZ, 1995). Auf zwei besonders problematische Einzelaspekte wird im folgenden noch eingegangen: auf unzureichendes Vermittlungswissen von Ärzten und besondere Intransparenz im gesamten Bereich der Wohnangebote.

So ist lt. HAEBERLE (1995, S. 28) die Mehrzahl der niedergelassenen Ärzte, "die wie keine andere Berufsgruppe ständig mit pflegebedürftigen alten Menschen konfrontiert sind und die deshalb eine unschätzbare Multiplikatorenfunktion wahrnehmen können", unzureichend über das spezifische Dienstleistungsspektrum der Altenhilfe informiert und kann daher auch kaum für neue Angebote zuweisende Funktion übernehmen.

In einer Publikation der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen wird die Situation von älteren Kunden im Bereich der Wohnangebote für ältere Menschen mit dem Titel "Allein im Dschungel der Wohnangebote" charakterisiert. Die Situation auf dem Markt der Wohnangebote für ältere Menschen ist demnach aktuell davon gekennzeichnet, dass eine vergleichende Bewertung der Angebote unmöglich ist (NEUBAUER, 1999). Auch der Pflegemarkt wird für ältere Menschen als schwer überschaubar eingeschätzt.

"Besonders ältere Nutzer aber sind von den mit der Einführung von Marktelementen entstandenen Zugangswegen überfordert. Sie können das Marktangebot oftmals nicht überschauen." (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2001b, S. 112)

Kritisch wird die Information und Beratung durch Alten- und Pflegeheime beurteilt. Lt. Stiftung Warentest erhalten Interessierte auf Anfragen bei einer Auswahl von untersuchten Alten- und Pflegeheimen nur mangelhafte Vorinformationen; im Informationsmaterial finden sich z.T. keine Kosten oder Kostenaufschlüsselungen, der Heimvertrag wird gar nicht oder nur zögerlich herausgegeben (LÜCKENHAFT BIS ÄRGERLICH, 1997). Positive Veränderungen bezüglich der Informationslage im Sektor der stationären Pflege sind von dem seit 1.1.2002 novellierten neuen Heimgesetz (Drittes Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes) zu erwarten. Wesentliches erklärtes Ziel der Gesetzes ist es, die rechtliche Stellung und den Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen zu verbessern; zu den Schwerpunkten der Novelle gehört (neben der Stärkung der Mitwirkungsrechte von Bewohnern, der Verbesserung der Eingriffsinstrumente der Heimaufsicht und der Optimierung der Zusammenarbeit

zwischen der Heimaufsicht und den Kostenträgern, insbesondere dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen) auch die Erhöhung der Transparenz von Heimverträgen.

4.3.3.2 Angebotsdichte

Die Befragten bewerten die Versorgung mit Informations- und Beratungsmöglichkeiten zu altersbezogenen Fragen insgesamt als gut. Von einzelnen werden umfassende Defizite, ebenfalls von einzelnen ein Überangebot ausgemacht. Spezifische Defizite werden in ländlichen Regionen und hinsichtlich einzelner Beratungs- und Hilfearten gesehen.

Insgesamt wurde die Vielzahl vorhandener Beratungsangebote betont und auf die gute gestufte Beratungsinfrastruktur hingewiesen, in der sowohl mitgliederbezogene Beratung in Verbänden als auch allgemein zugängliche meist lokale Beratungsangebote bereitgehalten werden. So steht eine dem Beratungsbedarf angemessene, reichliche und vielfältige Angebotspalette zur Verfügung. Diese Einschätzung wird von den befragten SeniorInnen für ihre jeweiligen Wohnorte geäußert.

Die Angebotsdichte in der Stadt und die Möglichkeiten, sich zu informieren und beraten zu lassen, werden von vielen TeilnehmerInnen der Gruppendiskussion als gut und *"umfassend"* <GD SeniorInnen/Freie Altenarbeit>, die Situation vor Ort, d.h. in einer Universitätsstadt mittlerer Größe, als *"privilegiert"* charakterisiert <GD SeniorInnen/Freie Altenarbeit>. Auch die TeilnehmerInnen an der Gruppendiskussion in der ländlichen Gemeinde bewerten im allgemeinen das Angebot an Hilfs- und Beratungsdiensten vor Ort als gut¹⁰⁴. Eine ältere Frau bewertet es positiv, dass es nicht nur für Jugendliche, sondern auch für Ältere viele Angebote gibt. In früheren Generationen war das ihrer Aussage nach nicht der Fall: Die Menschen sind *"weggestorben und weg war' n se"* <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>.

Diese Bewertung wird jedoch nicht von allen geteilt. Einige der Befragten identifizieren grundsätzliche Defizite in der Beratungsstruktur.

"Es ist zu wenig da und es ist zu wenig erreichbar". <I Volkssolidarität, Bundesverband>

Sie berichten, dass bestehende Angebote (so z.B. die Altenhilfezentren in Brandenburg) einen großen Andrang verzeichnen und aufgrund personeller und finanzieller Restriktionen nicht genügend Zeit haben, um den Anliegen und der Nachfrage nach Dienstleistungen gerecht zu werden – sie seien alle *"völlig überfordert"* <I Volkssolidarität, lokal>.

"Die Grenzen bei Beratung, bei Hilfe sind relativ schnell definierbar. Nämlich genau dann, wenn ich weiß, ich bräuchte die Sozialarbeit dreimal, hab' sie aber nur einmal (...) Es ist sehr viel mehr, als wir zu leisten vermögen. (...) Defizite in der Versorgung bestehen ganz massiv." <I Volkssolidarität, lokal>

Insbesondere bei einem Vergleich zur Dichte von jugendspezifischen Angeboten werden allgemeine Defizite in der Seniorenarbeit ausgemacht.

Zum Teil sehen die Befragten allerdings auch ein Überangebot. Die Angebote überlappen sich, stehen in Konkurrenz zueinander und werden nicht gut genutzt:

"Die ganze Welt wimmelt vor Beratungsangeboten, nur: Es ruft keiner an." <GD BAGSO>

¹⁰⁴ Als Angebote vor Ort werden genannt: Gemeindegewerkschaften, Arbeiter Samariter Bund, Rotes Kreuz, Altenheim, Sozialstation, (Haus-)Ärzte, Sozialamt, Polizei, Kirche und Apotheken. Weiter werden die Sozialverbände (ehem. Reichsbund, VDK – insbes. Hilfe bei Rentenfragen und bei der Ausstellung von Behindertenausweisen) und die Betreuungsstelle der Bahn als Ansprechpartner und Institutionen für eine große Bandbreite von Fragestellungen genannt.

Es sei, so ein Einwand, *"Quatsch, in jeder Stadt vier oder fünf oder sechs Notruftelefone zu haben und jede Stadt praktiziert das gleiche Schema"* <GD BAGSO>. Ein Mitarbeiter des Berliner Seniorentelefons schildert seinen Eindruck für Berlin:

"Manch Einwohner weiß nicht, wohin er gehört und gestern war in der Berliner Zeitung, (...) dass es nunmehr in Berlin sechzig Bürgerbüros gibt und in diesen Bürgerbüros sind also große Wände nur mit Papier, wo man also sich hinwenden kann. Seniorensport und Kieztreffen und Tanzveranstaltungen und so weiter. Es ist recht schwierig, und man kommt manchmal auch zu der Erkenntnis, es ist ein Überangebot." <GD Seniorentelefon Berlin>

Hinsichtlich der Angebotsdichte differenzieren die befragten Fachkräfte und die älteren Menschen in der Stadt zwischen der Situation in städtischen und ländlichen Regionen. Während die Versorgung mit Angeboten in städtischen Regionen den Befragten zufolge positiv zu bewerten ist, sei die Beratungsinfrastruktur auf dem Land schwach entwickelt.

"Stell Dir vor Du lebst im Eichsfeld¹⁰⁵ und hast Beratungsbedarf, wohin wendest Du Dich dann? Was ist mit den ländlichen Gebieten?" <GD lokale Altenarbeit>

Auffällig ist die von den SeniorInnen wechselseitig stets schlechtere Einschätzung der Versorgungslage auf dem Land und in der Stadt. Während die SeniorInnen in der Stadt die dortige Versorgungslage aufgrund einer größeren Angebotsdichte formeller Dienste als besser als auf dem Land einschätzen, bewerten die BewohnerInnen der ländlichen Gemeinde die Versorgungslage in der Stadt aufgrund von Anonymität und geringerer familiärer Versorgung als schlechter.

Von den Befragten werden auch bei allgemein guter Bewertung der Angebotsdichte bestimmte Themenbereiche und Angebotsarten genannt, in denen Defizite bestehen. Defizite werden im Bereich der Rechts- und Rentenberatung für die neuen Bundesländer gesehen. Auch bei den Gesprächsmöglichkeiten für ältere Menschen werden Defizite konstatiert. Demnach gibt es für ältere Menschen zu wenig Leute, die zuhören bzw. haben die in der professionellen Altenhilfe Tätigen zu wenig Zeit für Gespräche. Ungedeckter Bedarf an Kommunikation bestehe in der Stadt, wird aber aufgrund spezifischer Einsamkeitsprobleme in besonderem Maße auf dem Land diagnostiziert.

"Die Alten sitzen dann irgendwo da in irgendeiner Wohnung ' rum, und die haben einen extrem großen Bedarf – auch auf dem Lande heutzutage – für Kommunikation mit anderen Menschen. (...) Ich hätte sonst früher immer gesagt, ja, so ein Telefon, ja, für Hamburg, für München, für Stuttgart, vielleicht Köln kann auch noch sein, aber dann hat 's sich so ziemlich, nich, aber ich bin der Meinung, so was sollte man auch auf das Land beziehen." <GD Seniorentelefon Berlin>

Die Mitarbeiterinnen des Berliner Seniorentelefons sehen allgemein einen Mangel an Kontakttelefonen in Deutschland – das Interesse von Senioren aus anderen Regionen Deutschlands am Aufbau von Seniorentelefonen spricht ihnen zufolge für einen diesbezüglichen Bedarf.

Spezifische Defizite in der Angebotsstruktur bestehen im Hinblick auf Informations- und Beratungsmöglichkeiten zu Demenzerkrankungen. *"Es fehlt an kompetenten Ansprechpartnern in den verschiedenen Stadien der Krankheit"* und an systematischen Ratgebern, auf die verwiesen werden kann; damit ist nicht nur ein Mangel an Wissen um geeignete Hilfen gemeint; die Hilfen sind vielfach nicht vorhanden: *"Da verwalten wir so' n Defizit <I Alzheimer Telefon>".* Auch diesbezüglich ist die vorhandene Angebotsdichte regional sehr unterschiedlich. Vor allem in ländlichen Gebieten mangelt es an Infrastruktur, an die weiterverwiesen werden könnte.

¹⁰⁵ Das Eichsfeld ist eine ländlich geprägte Region im Osten Südniedersachsens.

Weitere Defizite werden von den Befragten im Hinblick auf Notruftelefone für Gewalterfahrungen älterer Menschen, die Versorgung mit hauswirtschaftlichen Hilfen nach einem Unfall und generell Lobbyarbeit für ältere Menschen gesehen. <Beratungsstelle München>

4.3.3.3 Qualität

Als Kriterien für gute Beratung werden Professionalität, Lebensweltnähe und menschliche Nähe genannt. Wichtig sei zudem die Verknüpfung mit entsprechenden konkreten Hilfeangeboten. Beratung und Vermittlung ohne entsprechende Hilfefazilitäten, Ressourcen und Befugnisse habe – darauf wiesen einige Befragte hin – nur eingeschränkten Wert; Vermittlung könne vor allem insofern mit Erfolg geleistet werden, als sie auf eine gute Hilfeinfrastruktur aufbaue und die Hilfesuchenden mit entsprechenden gesetzlich abgesicherten Ansprüchen ausgestattet seien.

Von Seiten der in der Altenarbeit Tätigen werden unterschiedliche Qualitätsmängel im Bereich der Altenhilfe benannt. Kritisch angemerkt wurde, dass bei einer Vielzahl von sozialen Angeboten eine dauerhafte und qualitativ stabile Tätigkeit aufgrund befristeter Personalmittel und ungewisser Finanzierung nicht möglich sei. Auch aufgrund begrenzter finanzieller Ressourcen, so die Einschätzung von einigen Befragten, ist die Qualifikationsstruktur der bestehenden Angebote zum Teil verbesserungswürdig. Der Anteil der MitarbeiterInnen in den verschiedenen Bereichen der Altenhilfe, die für Beratung und den Umgang mit Problemen geschult sind, ist zu gering. Es wird also vor allem vermisst, dass aufgrund von Qualifikationsdefiziten Beratungsbedarf nicht an den Stellen aufgefangen werden kann, an denen er an die Einrichtungen herangetragen wird – und das sind eben häufig nicht die spezialisierten Beratungsstellen, sondern die alltägliche Hilfeleistungen rund ums Alter und die Angebote im soziokulturellen Bereich. Als problematisch wird von Anbieterseite erachtet, dass sich die sozialen Dienstleistungsangebote der Altenhilfe am Markt orientieren müssen und sich die Preisgestaltung daher mit dem sozialen Anliegen *"beißt"* <I Volkssolidarität, Bundesverband>. Mängel wurden auch im Umgang von Ärzten mit dem Informationsbedarf von Angehörigen Alzheimererkrankter ausgemacht.

Besonders schwierig ist der Zugang zu Beratungsangeboten für die Gruppe der Hochbetagten.

Die geringe Zugänglichkeit von Angeboten der Altenhilfe hängt auch mit ihrer Komm-Struktur zusammen. Eigentlich – so eine Fachkraft aus der Seniorenarbeit – müsste die Beratung dahin, wo die Leute leben, in die Wohngebiete. Dies geschehe jedoch deutlich zu wenig. Der Ausbau der aufsuchenden Arbeit in der Altenhilfe wird entsprechend als notwendig erachtet. In den Einrichtungen der Altenhilfe gebe es zwar die Antworten, die Fragen entstünden aber im alltäglichen Lebensumfeld der Älteren.

Zum Teil wurde die von Anbietern behauptete Professionalität von Beratungsangeboten in Frage gestellt und auf die – nicht zuletzt aufgrund des seltenen Einsatzes von Evaluationsinstrumenten – mangelnde Nachprüfbarkeit von Nachfrage und Beratungsqualität hingewiesen:

"Jeder rühmt sich: ' Mein Dienst wird in Anspruch genommen und exzellent bedient' . Ja, wenn das alles stimmt, dürfte es gar keine Probleme geben in der BRD. Deswegen, es stimmt alles nicht so, was da so erzählt wird." <GD BAGSO>

Kritisch wurde angemerkt, dass nicht allein die Zufriedenheit der Beratenen Kriterium für die Qualität von Beratungsdiensten sein dürfe, sondern Beratung auch lösungsorientiert erfolgen sollte.

"Was folgt dann aus einer Beratung – außer ein bisschen Zufriedenheit für den Augenblick? (...) Wollen wir Zufriedenheit oder Lösungen? Das kann sich überschneiden, das sollte möglichst beides sein." <GD BAGSO>.

Als wenig hilfreich werden von älteren Menschen BeraterInnen empfunden, die wenig oder nicht mehr wissen als die Anrufenden.

"...im Laufe meines Lebens irgendwo angerufen hab' , wollt' wissen, wie das weitergeht, dann bin ich gewöhnlich auf Menschen gestoßen, die auch nicht mehr wussten als ich sowieso schon wusste." <GD SeniorInnen/Freie Altenarbeit>

Auf besondere Vorbehalte treffen bei einigen älteren Menschen Anrufbeantworter:

"Dann hat man erst mal die Technik vor sich und auf der anderen Seite dieses Telefonhörers ist ein Anrufbeantworter und dann machen die meisten alten Menschen schon – sagen, nee, sag ich erst gar nichts." <GD SeniorInnen/Freie Altenarbeit>

Als unbefriedigend wird von einigen SeniorInnen auf dem Land die Art, wie sie von Behördenmitarbeitern behandelt werden, wahrgenommen. Sie fühlen sich nicht gut beraten und sehen sich mit schikanösen bürokratisch-formalistischen Hindernissen konfrontiert. Bemängelt werden fehlende Kulanz, Flexibilität, Freundlichkeit und Menschlichkeit. Eine Befragte kritisiert, dass Bedürftige in der Formulierung von Bedürfnissen und in der Durchsetzung ihrer Ansprüche nicht bestärkt würden. Als Ursache werden Ausbildungsdefizite bei MitarbeiterInnen von Behörden vermutet.

"Die Leute, die dort in dem Büro sitzen, die sind meiner Ansicht nach nicht genügend ausgebildet, um wirklich auf jede einzelne Person – wir sind ja alle verschieden – auch wirklich einzugehen, nech. Die sind dann froh, wenn derjenige, der jetzt Hemmungen hat, gar nicht alles anbringen kann, was er vielleicht im Kopf hat, aber es nicht rausbringt. Dass man den Mann oder die Frau dann dementsprechend anspricht: Haben sie nicht noch die und diese Möglichkeiten (...)? Also, die Ausbildung der Leute, die dort sitzen und die die Bearbeitung machen da, ne, die müssten etwas mehr kulanter sein, menschlicher kann man bald sagen, denn man liest ja immer wieder, wie teilweise die Leute dann abgefertigt werden, (...). Schnell weg, schnell fertig". <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>

Auch seitens des Berliner Seniorentelefons wird kritisiert, dass Ämter häufig nicht ausführlich, sondern "nullacht-fünfzehn" beraten. Eine der befragten Seniorinnen fühlt sich als Witwe von männlichen Behördenmitarbeitern herabgesetzt und berichtet von ihren Gegenstrategien:

"Also, bei Behördengängen wird man als Witwe an die Wand gedrückt, oft, von verschiedenen Herren, ne. Also dann, das musste ich erst lernen, dass man sich durchbeißen muss, ne. Ich meine, das geht nicht nur mir – ich hör' das so im Bekanntenkreis auch, nech. Das ist manchmal nicht schön." <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>

Weitere Kritik der SeniorInnen richtet sich gegen mangelhafte Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung, die Verfahrensweise des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit (Dauer und Art des Antragsverfahrens, Angemessenheit der Pflegeeinstufungen) sowie gegen als nicht adäquat empfundene Leistungen der Pflegeversicherung.

Bei der Kritik am Medizinischen Dienst und an den Behörden geht es zum Teil auch um die von diesen Institutionen zur Anwendung gebrachten gesetzlichen Vorgaben. Ein Befragter kritisiert ausdrücklich Regelungen im Pflegeversicherungsgesetz und drängt auf diesbezügliche Veränderungen. Eine andere Befragte äußert sich unzufrieden mit rechtlichen Vorgaben für die Beantragung eines Behindertenpark-

ausweises (*"da sollt' ich zu ' zig Ärzten hin, da kann ich auch zu Hause bleiben."* <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>).

Neben deutlicher Kritik werden die Aktivitäten der kommunalen Verwaltung auch positiv bewertet. Die Fürsorge der Gemeindeverwaltung wird aufgrund des dörflichen Charakters des Ortes als gut bezeichnet. (*"Die Gemeinde tut ja auch viel, nicht."* <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>).

Ausdrücklich positive Bewertungen erhalten von befragten älteren Menschen einzelne Dienste, so neben Apotheken und Sozialverbänden auch die Telefonseelsorge.

"Ich finde das gut. Ich hab' das auch schon ein paar mal gebraucht. (...) Ich habe leider ein alkohkrankes Kind gehabt, hab' manchmal überhaupt nicht mehr weitergewusst und dann öfters mal angerufen, (...) es hat mir viel gegeben." <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>

4.4 Das Telefon als Medium in der Beratung älterer Menschen

Das Telefon als Medium in der Beratung älterer Menschen weist aus der Sicht der Befragten einerseits problematische Aspekte auf, bietet andererseits besondere Möglichkeiten.

4.4.1 Probleme und Grenzen telefongestützter Beratung älterer Menschen

Telefonberatung ist lebensraumferner und Telefonieren ist eine unpersönlichere Kommunikationsart als die direkte Begegnung. Bei der Beurteilung telefonischer Beratungsangebote sind die Befragten daher zum Teil skeptisch. Die Bedeutung von face-to-face Kontakten wird hervorgehoben:

"Also zunächst einmal, wenn man ein alter Mensch ist, dann braucht man eigentlich, weil man aus einer anderen Epoche stammt, einen Menschen, den man angucken kann." <GD SeniorInnen/Freie Altenarbeit>

Fachkräfte aus der Altenarbeit benennen ebenfalls Grenzen telefonischer Beratung. Demnach kann durch ein Telefonat die Situation von KlientInnen nur in Ausschnitten erfasst werden. Die MitarbeiterInnen der Seniorenberatungsstelle in München versuchen daher stets, sich im Rahmen einer persönlichen Begegnung (Hausbesuch, Sprechstunde) einen umfassenden Eindruck von der Person zu verschaffen.

Einige Befragte vertreten die Einschätzung, dass die Akzeptanz von telefonischer Beratung durch ältere Menschen gering sei. Diese wollten sich nicht anonym beraten lassen, sondern gingen dorthin, wo sie sich auskennen und wohlfühlen. Erst auf der Grundlage von Vertrautheit können dann Probleme und Fragen vorgebracht werden.

"Es kommt nicht anonym zu anonym und sagt: ' Ich hab' ein Problem, berat' mich mal.' Da ist die Hemmschwelle bei den alten Menschen viel größer." <I Volkssolidarität, lokal>

Das Telefon wird vereinzelt als *"Hürde"* eingeschätzt, weil ältere Menschen *"Scheu"* <GD SeniorInnen/Freie Altenarbeit> oder Angst davor haben, zu telefonieren, wenn es ihnen schlecht geht. Besondere Schwellenängste haben den Befragten zufolge MigrantInnen.

Eine befragte Seniorin berichtet von ihrer eigenen Reserviertheit gegenüber modernen Technologien insgesamt und insbesondere Kommunikationstechnologien.

"Ich z.B. sage immer, ich will mit dem ganzen neuen Kram nichts zu tun haben." <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>

Der Zwang der modernen Lebenswelt, neue Technologien zu nutzen, (am Beispiel der Chipkarten für Geldautomaten) ist eine *"große Umstellung für uns Alte, sich da überall wieder reinzufinden"* <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>.

Aus der Sicht älterer Menschen sind die Grenzen telefonischer Kommunikationsmöglichkeiten auch durch motorische und sensorische Einschränkungen bestimmt. Die Nutzung des Telefons wird z.B. eingeschränkt durch motorisch bedingte Bedienungsprobleme bei Tastentelefonen. Allerdings sind auch Lösungsmöglichkeiten bekannt: So hat sich eine der befragten SeniorInnen ein Telefon mit Wählscheibe gekauft.

"Telefon ist bei mir auch schon schwierig, ich habe mir extra dieses Rundtelefon angeschafft, wo ich drehen kann." <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>

Als weiteres Hindernis der Inanspruchnahme wird von einer befragten Seniorin ihre Schwerhörigkeit genannt. Für sie ist das Telefon ein wenig geeignetes Medium.

"Ich bin schwerhörig, dafür wäre das für mich schlecht." <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>

Eine Gruppe älterer Menschen, für die aus Sicht der Fachkräfte telefonische Kommunikation nicht mehr in Frage kommt, sind Alzheimerkranke in fortgeschrittenen Stadien der Krankheit. Für diese Personen sind Angebote wie Hausnotrufe nicht mehr geeignet.

Als Argument gegen einen Hausnotruf als eine besondere Form eines telefonischen Unterstützungsangebots wurde genannt, dass dieser Kosten verursache.

4.4.2 Spezifische Erträge und Potenziale einer telefongestützten Beratung älterer Menschen

Als wichtigster Vorteil der telefonischen Beratung wird von den meisten Befragten die Niedrigschwelligkeit benannt. Die Hemmschwelle der Inanspruchnahme ist bei einem telefonischen Angebot niedriger als bei persönlicher Beratung. Erfahrungsgemäß werden offene Sprechstunden kaum genutzt: *"Es ist leichter, ein Telefon zu bedienen"* <GD Seniorentelefon Berlin>. Wichtig ist dabei, dass telefonische Angebote eine anonyme und unverbindliche Kontaktaufnahme ermöglichen. Beides bietet den Anrufenden Schutz und erleichtert es, über heikle persönliche Probleme zu sprechen. Telefonische Anfragen zu krankheitsbezogenen Selbsthilfegruppen, berichtet eine Koordinatorin von Selbsthilfegruppen, werden z.B. häufig anonym vorgebracht. Die Berührungsängste sind diesbezüglich recht ausgeprägt.

Auch die befragten älteren Menschen können sich vorstellen, dass die Möglichkeit der Anonymität ein Gespräch für manche AnruferInnen erleichtert:

"wenn se keinem gegenüber sitzen müssen. Ist anonym die Sache, nech, per Telefon." <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>

Bei aller Distanz bietet die telefonische Kommunikation die Möglichkeit, über sehr persönliche Anliegen zu sprechen. Diese Mischung – so eine Erfahrung beim Frankfurter Hausnotrufdienst – wird von den Kunden wertgeschätzt. Die generellen Vorbehalte älterer Menschen gegenüber telefonischer Kommunikation sind nicht mehr sehr ausgeprägt und werden aus der Sicht der Befragten zunehmend weniger. Dies trifft auch auf die neuen Bundesländer zu¹⁰⁶.

¹⁰⁶ In den neuen Bundesländern besteht inzwischen auch in kleinen Gemeinden keine Unterversorgung mit Telefonanschlüssen mehr (WINKLER & HAUPT, 2000, S. 78).

Im Rahmen des Hausnotrufdienstes wurde die Nutzbarkeit der telefonischen Kommunikation für KlientInnen mit physischen Einschränkungen erprobt. Auch potenziell problematische Klientengruppen können mit Hilfe von technischer Ausstattung und vereinbarten Bedeutungen von Lauten oder Lautfolgen demnach von dem Angebot profitieren. Dies gilt für Hörgeschädigte, Sprachbehinderte und demenziell Erkrankte im frühen Krankheitsstadium. Telefonieren sei eine *"eingeübte Form des Verhaltens"* mit der *"normal Demente (...) ganz gut"* umgehen können <Frankfurter Hausnotrufdienst>.

Besondere Potenziale telefonischer Beratung liegen im präventiven Bereich. Viele Probleme älterer Menschen ließen sich – so die MitarbeiterInnen des Seniorentelefon Berlin – theoretisch im Vorfeld lösen; die öffentliche Hand könnte hierdurch Kosten reduzieren.

"Es ließe sich da auch viel an Problemen in den Anfangszeiten abpassen oder, na ja, verhindern, was nachher später bei viel höher eingebundenen Instanzen anläuft und sehr viel Geld kostet."
<GD Seniorentelefon Berlin>

In der einschlägigen Literatur wird ein Aspekt betont, der von den Befragten nicht angesprochen wird: Das Telefon bietet auch bei eingeschränkter Mobilität Kommunikationsmöglichkeiten und ist daher insbesondere für ältere Menschen eine wichtige Option zum Ausgleich altersbedingten Rückgangs und zur Ergänzung von direkten persönlichen Kommunikationsmöglichkeiten (MOLLENKOPF & FLASCHENTRÄGER, 2001, S. 73f.). Die Bedeutung von Kommunikationsmöglichkeiten im Alter wird von WALD & STÖCKLER (1991) als sehr hoch eingeschätzt werden – und damit erhält auch die telefonische Kommunikation im Alter zunehmende Bedeutung:

"Identität bis ins hohe Alter kann nur aufrecht erhalten werden und sich fortentwickeln im sozialen Prozess der Interaktion und Kommunikation mit anderen." (WALD & STÖCKLER, 1991, S. 31)

Das Telefonieren bietet somit Ersatz und Ergänzungsmöglichkeiten für direkte Kommunikation, kommt dabei aber auch dem Bedürfnis Älterer nach geringerer Intensität und Einbindung in Beziehungen entgegen. Es "erzeugt die häufig vermisste Nähe und wahrt doch gleichzeitig die Distanz" (WALD & STÖCKLER, 1991, S. 41). Telefonieren dient der Kommunikation, der Lebensorganisation und als Informationsmedium. Die wichtigsten Anliegen älterer Menschen am Telefon sind einer Berliner Studie zufolge (in der Reihenfolge der häufigsten Nennungen) die Aufrechterhaltung von Kontakt, der Austausch von Neuigkeiten und die Diskussion und Lösung von Problemen (WALD & STÖCKLER, 1991, S. 36).

Technische Sonderausstattungen für ältere Menschen erleichtern auch bei körperlichen Einschränkungen die telefonische Kommunikation (besonders große Tasten) und die inzwischen weit verbreiteten schnurlosen Telefone ermöglichen die Inanspruchnahme des Telefons in der gesamten Wohnung (ZAPF, MOLLENKOPF & HAMPEL, 1994).

4.5 Zum Konzept eines bundeseinheitlich erreichbaren telefonischen Beratungsangebots

4.5.1 Potenziale eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon für ältere Menschen

4.5.1.1 Einschätzungen zum möglichen Bedarf an einem bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon

Die meisten der befragten SeniorInnen und ExpertInnen gehen davon aus, dass – zunächst einmal unabhängig von noch zu klärenden organisatorischen Fragen¹⁰⁷ – ältere Menschen einen Bedarf an einem thematisch umfassenden und leicht zugänglichen telefonischen Beratungsangebot haben; dabei wird sowohl auf die zunehmenden Komplexitätsanforderungen "modernen" Lebens, als auch auf die Intransparenz der vorhandenen Angebote verwiesen:

"Ich würd' s wirklich richtig gut finden, weil ich denke, dieser Beratungsbedarf, der Bedarf ist da, weil, wer kennt sich heute schon noch aus auf dieser Welt?" <I Volkssolidarität, lokal>

Die befragte Mitarbeiterin einer lokalen Altenbegegnungsstätte skizzierte die Einrichtung eines solchen Angebotes vor dem Hintergrund angenommener Entwicklungen in den Lebenslagen älterer Menschen und sich zuungunsten älterer Menschen verändernder Strukturen sozialer Versorgung als eine besonders für die Zukunft dringliche Aufgabe:

"Vor dem Hintergrund, dass Vereinsamung immer mehr wird, Fragen immer größer oder auch immer mehr werden, halte ich es für notwendig. Ich halte es schlicht und einfach für notwendig (...) für diese Generation, die jetzt Rentner ist oder für die, die jetzt kommt oder kurz davor steht. Weil die sind noch einsamer und die werden dann wieder unsicherer. Wissen Sie, in zehn Jahren ist der Rentner nicht mehr so gut aufgehoben wie heut. Heute funktioniert es noch. In zehn Jahren tritt Altersarmut ein, es wird ein Problem." <I Volkssolidarität, lokal>

In einer Gruppendiskussion mit SeniorInnen wurde auf den Bedarf an einem solchen Beratungsangebot insbesondere in der Gruppe älterer Menschen mit einem geringen Maß an informeller sozialer Unterstützung, d.h. ohne in der Nähe wohnende Angehörige und ohne intensiven Kontakt zu NachbarInnen, hingewiesen:

"Ja, so für (...) Alleinstehende, da ist es gut, ne. In meinem Fall, meine Tochter wohnt zwischen Hannover und Bremen, also die wäre gar nicht so schnell greifbar. Ist auch berufstätig, ne. Also für mich wäre das gut, wenn ich so eine Nummer hätte, wo man dann versucht, Hilfe zu bekommen, nich". <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>

ExpertInnen verwiesen auch auf bestehende Lücken in der Versorgung in ländlichen Gebieten. An dieser Stelle sei

"...eben die Regierung, denk ich, durchaus gefordert und das Ministerium auch, dass man jetzt unabhängig von Konfession und Parteien und von Organisationen und so weiter, dass man für Ältere etwas schafft, wo sie beraten werden können." <I Volkssolidarität, Bundesverband>

Der befragte Mitarbeiter der Bundesgeschäftsstelle der Volkssolidarität erwähnte, dass innerhalb seines Verbandes angesichts eigener Angebotslücken in einigen Bundesländern ebenfalls erwogen worden sei, ein solches Seniorentelefon einzurichten.

¹⁰⁷ Vgl. dazu Kap. 4.5.2.

Aus der Trägerperspektive von in der Beratung tätigen Einrichtungen ergibt sich die Notwendigkeit eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon für die MitarbeiterInnen der Volkssolidarität schließlich auch dadurch, dass sie sich – zukünftige Entwicklungen antizipierend – außerstande sehen, den vorhandenen Bedarf an Beratung und Information unter möglicherweise ungünstigeren Rahmenbedingungen in ausreichendem Maße decken zu können:

"Ich bin davon überzeugt, es würde Sinn machen. (...) Wie lange wir den Atem haben werden, das so zu leisten, weiß man ja nun nicht. Wir werden es bestimmt nicht wesentlich ausbauen können; wer anders wird mit Freiwilligkeit in dieser Größenordnung kaum mehr anfangen oder es nicht mehr tun." <I Volkssolidarität, Bundesverband>

"Wenn ich jetzt mal so allein die letzten zehn Jahre Entwicklung in Wohlfahrtsarbeit sehe, was können wir denn eigentlich heute noch unter welchen Rahmenbedingungen, was konnten wir damals unter welchen Rahmenbedingungen und wie wird es in zehn Jahren sein, dann halte ich es für unheimlich notwendig." <I Volkssolidarität, lokal>

Ein thematisch offenes bundesweit einheitlich erreichbares Beratungstelefon wurde in Bezug auf die vorhandene Beratungslandschaft von VertreterInnen der Seniorenorganisationen als etwas qualitativ "Neues" bewertet.

Dass es einen Bedarf an einer überregionalen und thematisch breiten Beratungseinrichtung gibt, wurde durch die Erfahrungen von MitarbeiterInnen verschiedener Einrichtungen bestätigt. Auch wenn diese Einrichtungen gar kein explizites Beratungsangebot – wie die Bundesgeschäftsstelle der BAGSO oder der Volkssolidarität – oder aber – so im Falle des Berliner Seniorentelefon – kein bundesweites Angebot vorhalten, bekommen sie aus dem gesamten Bundesgebiet telefonische Anfragen zu Fragen des Alters.

"Als dieses da bundesweit in dieser Apothekenrundschau und da in der Seniorenzeitschrift war, (...) das war so Januar, Februar – also, das Telefon stand ja wirklich überhaupt gar nicht still. Und da kam dann aber eigentlich auch so rüber von diesen Leuten, die eben aus anderen Bundesländern anriefen, ja, das finden wir ja toll, das es so was gibt (...) Das ist ja schön, dass es das gibt, aber bei uns hier (...). Ja, und dann waren die ganz glücklich darüber, dann anrufen zu können." <GD Seniorentelefon Berlin>

Auch WALD & STÖCKLER (1991) vermuten in ihrer Studie zu "Telekommunikation und ältere Menschen" ausgehend von den Erfahrungen der Telefonseelsorge und anderen telefonischen Beratungseinrichtungen mit älteren AnruferInnen einen Bedarf "an einem sozialarbeiterischen, sozialpädagogischen Service per Telefon" (S. 38), dessen Aufgabenbereich die Vermittlung sozialer Dienste, die akute Krisenintervention und die längerfristige telefonische Begleitung in Krisenzeiten umfassen könnte (S. 67). Sie befürworten daher in Übereinstimmung mit SCHMIDTS Analyse der Rolle älterer Menschen als Telefonseelsorgeklientel "die Installation eines Sorgentelefon für Ältere" (S. 56; vgl. SCHMIDT, 1985a, S. 87).

4.5.1.2 Optimierung des Zugangs älterer Menschen zu Hilfe- und Unterstützungsdiensten

In den Gruppendiskussionen und Interviews sowohl mit ExpertInnen als auch mit SeniorInnen verortete die ganz überwiegende Mehrheit der Befragten die positiven Potenziale eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon einerseits in der vereinheitlichten und damit vereinfachten Öffentlichkeitsarbeit und einem damit einhergehenden erleichterten Zugang, andererseits in der Niedrigschwellig-

keit des Angebots aufgrund seiner geringen thematischen Einengung und der den KlientInnen gebotenen Anonymität.

4.5.1.2.1 Verbesserung der Zugangschancen durch eine einheitliche Nummer

Eine einheitliche Nummer mit dem Angebot kompetenter Erstinformation, Beratung und Vermittlung könne möglicherweise den Weg für ältere Menschen und für Menschen aus deren sozialem Umfeld zu Beratung und Unterstützung erleichtern.

In der Altenarbeit tätige ExpertInnen verwiesen auf die für ältere Menschen erforderliche Vereinfachung des Zugangs zu passenden Angeboten vor allem vor dem Hintergrund, dass es erfahrungsgemäß selbst für Fachkräfte schwer sei, *"durch das Angebot durchzusteigen und dann das richtige rauszufinden."* <GD lokale Altenarbeit>

Mit Hilfe eines vereinheitlichten Zugangs könnten häufig erlebte fehlgeschlagene Weitervermittlungsversuche vermieden werden:

"Also das könnte wirklich für die Bürger, die Rat suchen, schon eine Vereinfachung sein." <GD lokale Altenarbeit>

Ein bundesweit vereinheitlichter telefonischer Zugang zu Beratung und Information wurde von den meisten der befragten ExpertInnen als hilfreiches Instrument gewürdigt, um Ratsuchenden einen Überblick über vorhandene Angebote zu verschaffen; viele Menschen wüssten gar nichts von der Existenz von Beratungsangeboten. Dies sei u.a. auf die Schwierigkeit vieler Älterer zurückzuführen, vorhandenes schriftliches Informationsmaterial zu nutzen.

"So z.B. der Seniorenratgeber, ich frag dann immer mal im Haushalt 'Haben Sie den?' und so. Gar nicht! Und wenn man den dann mitbringt und ihnen gibt, dann blättern sie drin rum, aber können damit gar nicht umgehen. Und das finde ich dann auch immer schlimm, dass also Informationen gar nicht nutzbar gemacht werden können, weil sie nicht gewohnt, weil sie z.B. nicht gewohnt sind, die Inhaltsangaben zu lesen und sich danach zu orientieren und solche Sachen. (...) Und da (...) sehe ich so diese einheitliche Nummer für 'n Beratungstelefon. Oh, das wäre, glaube ich, ein Segen, ehrlich." <GD lokale Altenarbeit>

Eine allgemein verfügbare Telefonnummer würde älteren Menschen unabhängig von der Art ihrer Anliegen jederzeit einen unmittelbaren Zugriff auf vorhandenen Angebote ermöglichen:

"Dass auch das soweit verallgemeinert wird, dass eben der ältere Mensch nicht erst lange überlegen muss, wo könnte ich denn jetzt eigentlich anrufen, sondern dass er das eben soweit verinnerlicht, wenn mir mal so ist, kann ich eben die und die Nummer wählen, genauso gut wie wenn mir mal irgendwas passiert, dass ich die 112 oder die 110 wähle." <GD Seniorentelefon Berlin>

"Dann bräuchten diese älteren Leute, egal was sie für ein Problem haben, erst einmal nur eine Nummer." <GD BAGSO>

Eine jederzeit verfügbare Nummer könne den Entschluss fördern, in einer Notsituation Hilfe zu suchen.

Auch angesichts der zunehmenden Mobilität von SeniorInnen und ihren Kindern bedeute ein bundeseinheitlicher Zugang zu Informationen und zur Vermittlung an örtliche Beratungs- und Hilfestrukturen eine organisatorische Vereinfachung und einen leichteren Zugang, u.a. auch für auswärts lebende Angehörige.

"Egal wo man hinzieht, eine Nummer zu haben, ist durchaus attraktiv." <I Volkssolidarität, lokal>

Neben dem vereinfachten und erleichterten Zugang zu Beratung und Information durch eine einheitliche Nummer wurde als weiterer positiver Aspekt insbesondere die durch ein telefongestütztes Beratungsangebot gegebene Möglichkeit der Anonymität von den befragten ExpertInnen wie auch von einigen SeniorInnen als relevanter Aspekt der Inanspruchnahme von Hilfe gewertet:

"In dem Augenblick, wo ich anonym Fragen stellen kann, bin ich bereiter, die Fragen zu stellen." <I Volkssolidarität, lokal>

Die Anonymität erlaube den Anrufenden eine gewisse Unverbindlichkeit und stelle in diesem Sinne ein wichtiges Element von Niedrigschwelligkeit dar. Das "Privileg" des Telefons gegenüber face-to-face Angeboten bestünde weiterhin darin, dass es ein persönliches Zweiergespräch ermögliche, ohne eine Beratungsstelle aufsuchen zu müssen. Auch die Erfahrungen von MitarbeiterInnen des Kinder- und Jugendtelefons verdeutlichen die (Zugangs-) Chancen, die im Telefon als Beratungsmedium liegen, auch wenn möglicherweise der direkte Kontakt als erfolgversprechender zu bewerten sei¹⁰⁸:

"Ich würde auch davon ausgehen, wenn es Hilfe bedarf, ist Direktkontakt wesentlich wichtiger. (...) Trotzdem hat es die wahnsinnigen Vorteile der Niedrigschwelligkeit und der Unmittelbarkeit und es besteht deswegen darin eine Chance, etwas zu lenken, also jemandem das Gefühl zu geben, es ist gut, ich werde angehört." <I Kinder- und Jugendtelefon, lokal>

Viele der befragten SeniorInnen und ExpertInnen wiesen darauf hin, dass eine einheitliche Nummer möglichst einfach, zugänglich und gut mit dem Thema "Alter" assoziierbar sein sollte, um sie leichter erinnern zu können.

"Eine Nummer, die wirklich auch uns alten Herrschaften noch im Kopf behält. (...) Dass man nicht erst suchen muss." <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>

"Wichtig ist tatsächlich die einfachste Nummer, die es gibt." <GD SeniorInnen/Freie Altenarbeit>

Die Telefonnummer sollte nach Möglichkeit kürzer sein als die der Telefonseelsorge. Konkret vorgeschlagen wurden im Rahmen der Gruppendiskussionen die Rufnummern 0800-808080 und 113:

"113 ist noch frei, (...). Von wegen das dritte Lebensalter." <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>

"Wenn man das macht, dann muss das ´ne sehr gute Nummer haben, z.B. 80 80 80 80, oder so was. Fällt jedem ein: ´Wenn ich 80 bin...´. (...) Und dann irgendein schönes Wort, was jeder behält. Dann könnte das gar nicht so schlecht sein. Was man zur Not, wenn man irgendwo unterwegs ist oder was (...). Also meine Idee wäre eben ein sehr gutes Wort, unter dem man sucht und eine sehr gute Nummer, das würde, glaube ich, viel ausmachen." <GD SeniorInnen/Freie Altenarbeit>

In der Gruppendiskussion mit MitarbeiterInnen des Berliner Seniorentelefons wurde von einer Teilnehmerin die Einrichtung einer bundesweit einheitlichen Nummer nicht als zentrale Voraussetzung zur Zugangerleichterung gewertet, sondern vielmehr die Notwendigkeit einer flächendeckenden Versorgung mit thematisch offenen ersten Anlaufstellen zu Fragen des Alter(n)s hervorgehoben. Erfolgreiche und gute Öffentlichkeitsarbeit sei eine Frage der Finanzierung, nicht der einheitlichen Telefonnummer.

¹⁰⁸ Dass die Vorhaltung persönlicher Beratungsangebote, v.a. auch in Verbindung mit proaktiven Elementen, auch nach Implementation eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon erforderlich bleibe und zudem die Grundlage einer niedrigschwelligen ersten Anlaufstelle darstelle, wird von fast allen befragten ExpertInnen und SeniorInnen betont. Vgl. dazu Kap. 4.5.1.2

Größere Bedeutung als eine einheitliche Telefonnummer habe ein überregional einheitlicher Name für diese ersten Anlaufstellen.

"Warum muss im Endeffekt ein Senior in München die gleiche Telefonnummer anwählen können wie ein Senior in Berlin? Da sehe ich an sich nicht so unbedingt 'nen Sinn da drin. Mich würde vielmehr interessieren ein einheitlicher Name (...), dass eben halt ein einheitlicher Name dieses 'Seniorentelefon' ist und davor kommt der Ort: Münchner Seniorentelefon, Hamburger, Kieler, Kölner Seniorentelefon. Unter welcher Nummer die zu finden sind, das ist Öffentlichkeitsarbeit und das ist eben das Problem des Geldes." <GD Seniorentelefon Berlin>

In Erwiderung auf das Argument, Öffentlichkeitsarbeit sei eine Frage des Geldes, wurde darauf hingewiesen, dass eine einheitliche Nummer die Öffentlichkeitsarbeit erleichtern und damit insgesamt Kosten sparen würde.

Nach einem im Sinne der Zielgruppenerreichbarkeit sinnvollen Namen eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon wurde vor allem in der Gruppendiskussion mit SeniorInnen der freien Altenarbeit gesucht. Nicht nur die Zielgruppe der SeniorInnen, sondern auch die der Angehörigen sollten dadurch angesprochen werden. Außerdem müsse deutlich sein, dass alle Fragen rund ums Alter bedient werden. Positiver und ansprechender als "Seniorentelefon" empfanden die SeniorInnen den Namen des italienischen Seniorentelefons "Filo d' argento" – Silberner Draht.

Die Bedeutsamkeit eines expliziten Beratungstelefon mit einer einheitlichen und öffentlichkeitswirksam beworbenen Nummer für die Gestaltung des Zugangs wird auch durch die Erfahrungen des seit Januar 2002 angebotenen Alzheimertelefons der Deutschen Alzheimergesellschaft¹⁰⁹ bestätigt. Bereits vor der Eröffnung des Alzheimertelefons erhielt die Geschäftsstelle der Alzheimergesellschaft Anrufe aus dem gesamten Bundesgebiet und hat in diesem Sinne telefonische Beratung geleistet. Bis zu diesem Zeitpunkt riefen jedoch vor allem solche Personen an, die sich bereits eingehender informiert hatten und denen die Alzheimergesellschaft bekannt war. Seit der Inbetriebnahme des Beratungstelefon im Januar 2002 rufen dagegen vor allem Menschen an, die spezifisch von diesem Telefondienst erfahren haben. Der Zugang zu Information und Beratung zum Thema Alzheimererkrankungen ist nach Einschätzung der Mitarbeiterinnen durch den explizit als solchen beworbenen Telefondienst breiter geworden. Die direkte Vermittlung von Informationen am Telefon habe zudem vielfach eine größere Wirkung als schriftliche Informationsvermittlung in Form von Broschüren, da sie von den Ratsuchenden als eindringlicher erlebt werde:

"Manches muss man einfach fünfmal hören." <I Alzheimer Telefon>

In ihrer Stellungnahme zum Dritten Altenbericht betont auch die Bundesregierung (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2001b) die Notwendigkeit, die Erleichterung und Vereinheitlichung des Zugangs zu vorhandenen Versorgungsangeboten aktiv voranzutreiben:

"Belastende und kostenintensive (Irr-) Wege durch das Versorgungswesen zu vermeiden, die Zugänglichkeit zu den für alte Menschen tauglichen Versorgungsangeboten zu erleichtern und die Erreichbarkeit pflegerischer Leistungsangebote zu erhöhen, muss hohe Priorität der Gesundheits- und Altenpolitik haben." (S. 282)

Für die Herausforderung, die sich aus dem Problem der "Unübersichtlichkeit des Versorgungssystems" vor allem für ältere Menschen ergibt, seien "jüngst vermehrt diskutierte und erprobte Maßnahmen, wie (Verbraucher) Beratungs- und Koordinationsstellen ein erster Schritt zur Beantwortung." (S. 282).

¹⁰⁹ Vgl. die Darstellung des Alzheimertelefons in Kap. 4.2.1.6

4.5.1.2.2 "Türöffnerfunktion" durch thematische Breite

Vor allem die in der Beratung älterer Menschen tätigen ExpertInnen betonten die mögliche Türöffnerfunktion eines thematisch offenen telefonischen Beratungsangebots.¹¹⁰ Diese beinhalte angesichts der oft zum Vorschein kommenden Vielschichtigkeit von Problemlagen älterer Menschen einerseits die Möglichkeit der Situationsklärung und der kompetenten Weitervermittlung, andererseits – auf einer emotionalen Ebene – die Chance zur Ermutigung und Anregung weiterer Schritte im Hilfesuchprozess.

Gerade weil die Probleme älterer Menschen komplex sind, könne eine Anlaufstelle mit umfassenden Kompetenzen zum Thema Alter ("*Da kriegst du die breite Palette*", I Volkssolidarität, lokal) eine sinnvolle Einrichtung sein. Ein thematisch offengehaltenes und leicht zugängliches Angebot biete sich insbesondere vor dem Hintergrund häufig erfahrener unspezifischer Beratungsanliegen älterer Menschen an. In solchen thematisch zunächst unspezifischen Beratungsprozessen sollte vor allem die Problemdiagnose im Mittelpunkt stehen. Ein bundesweites Beratungstelefon könne entsprechend insbesondere in Situationen, die lediglich von dem Wissen und der Motivation geprägt sind, "dass was passieren muss", eine Orientierungshilfe bieten:

"Ja. Es geht ihnen einfach schlecht, aber sie können nicht sagen: ' Ich möchte das und das, ich vermisste das und das, wo gibt es Hilfe?' Wenn es doch eine einheitliche Nummer gäbe mit nem Beratungsangebot. Wo Leute einfach anrufen können und sagen können: ' Mir geht es schlecht'. Und am anderen Ende sitzt jemand, der fragend mit demjenigen sich durchwurschtelt: ' Woran liegt es denn? Das ist eine äußerst mühselige Angelegenheit, bis man überhaupt zum Kern der Sache kommt.'" <GD lokale Altenarbeit>

An dieser Stelle – so die einhellige Meinung – könne einem thematisch breiten und leicht zugänglichen Beratungstelefon eine Türöffnerfunktion auch für weitergehende spezifischere Beratungsprozesse zukommen.

"Ein Beratungstelefon (kann) auch mit erschließen helfen (...), was Leute sich möglicherweise wünschen. Also ich hab mir mal aufgeschrieben: Funktion, Dooropener, Türöffner zu sein." <GD lokale Altenarbeit>

"Und dann differenziert sich das Problem und dann muss eben weitergeleitet werden. Aber zunächst mal dieser spontane Entschluss, der muss gesichert sein." <GD BAGSO>

Die Niedrigschwelligkeit eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefons beinhaltet nach Ansicht der befragten ExpertInnen also vor allem die Chance zu einer ermutigenden Erstberatung. Ein solches Angebot könne den Ratsuchenden einen ersten Schub geben, weitere Angebote vor Ort aufzusuchen. Die psychische Relevanz einer solchen Ermutigung für den weiteren Hilfesuchprozess wird auch von dem befragten Mitarbeiter der Telefonseelsorge Göttingen beschrieben. Die Unterstützung auf emotionaler Ebene ist seines Erachtens noch wichtiger als die Möglichkeit einer kompetenten Weitervermittlung:

"Also, meine Unterstützung in dem Gespräch so aufzubauen, dass er emotional das Gefühl hat, das schaffe ich, ist viel wichtiger als ihm eine Telefonnummer zu sagen, denn wenn er emotional stabilisiert ist, hat er eine Chance, übers Gesundheitsamt wirklich was zu erreichen." <I Telefonseelsorge, lokal>

¹¹⁰ Diese Türöffnerfunktion ist ein wichtiges Element des unter 4.5.1.2 detaillierter beschriebenen Leistungsprofils. Da diesem Aspekt im Hinblick auf die Verbesserung von Zugangsmöglichkeiten besondere Bedeutung zukommt, wird er bereits an dieser Stelle herausgearbeitet.

Die Notwendigkeit eines thematisch breiten Unterstützungs- und Beratungsangebots für ältere Menschen wird nicht nur durch die praktischen Erfahrungen in der Beratungsarbeit mit älteren Menschen, sondern auch in der Fachliteratur bestätigt. So weist z.B. RÖNNECKE (1988) darauf hin, dass gerade bei älteren Menschen multiple Problemlagen üblich seien, zu den körperlichen Veränderungen kommen berufliche, familiäre und soziale Veränderungen hinzu. Diese sich überlagernden Situationsgehalte erforderten ein multidisziplinäres Hilfesystem, vor allem auch im Hinblick auf die Möglichkeit, psychosoziale Problemlagen älterer Menschen zu bearbeiten (S. 11). Auch FRENZEL-ALTMANN (1995, S. 102) benennt die thematische Offenheit als ein wichtiges Element der Ausgestaltung von Beratungs- und Gesprächsangeboten vor allem angesichts der besonders schwer erreichbaren Zielgruppe der "älteren Alten". SCHULTE (2001, S. 216f) verweist in seinem Bericht über Altenhilfestrukturen in Europa auf die "Wegweiserfunktion" von Beratung, die in der Bündelung von und dem Zugang zu vorhandenen Angeboten und Hilfen bestehe. Auf die besonderen Chancen von Formen "integrierter Beratung" weist schließlich die Bundesregierung im aktuellen Vierten Altenbericht hin. Diese liegen darin, dass "allen Beratungsbedürfnissen unter einem Dach nachgekommen werden" könnte bzw. "die zuständigen Spezialisten in einem zweiten Schritt zu erreichen" wären (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2002c, S. 338).

4.5.1.2.3 Zielgruppenansprache durch ein bundesweites Beratungstelefon: Chancen und Grenzen

4.5.1.2.3.1 Zielgruppenerreichbarkeit eines altersspezifischen Angebots

Die Beurteilung einer gezielten Ansprache älterer Menschen als "Ältere" in der Öffentlichkeitsarbeit eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefons fiel bei den ExpertInnen ganz überwiegend positiv aus. Es sei notwendig, ältere Menschen als Ältere anzusprechen, damit sie sich gemeint fühlen:

"Ich bin der Meinung, dass Ältere sich als Ältere gemeint fühlen müssen, sonst sind sie wieder so unter vielen anderen, und das wollen Ältere nicht." <GD BAGSO>

Dementsprechend müsse ein Angebot deutlich herauszustellen, dass es sich speziell an Senioren wende:

"Es geht immer um dieses Seniorentelefon, und ich denke, das ist so ein ganz wichtiger Aspekt, das da rauszuholen: 'Es geht hier um Senioren!'" <GD Seniorentelefon Berlin>

Der interviewte Mitarbeiter der Telefonseelsorge verweist auf die zunehmende Differenzierung telefonischer Beratungsangebote für eine immer größer werdende Zahl von Zielgruppen, welche Ausdruck und Folge der großen und gewachsenen Bedeutung des Telefons für die Kommunikation sei. Eine eindeutige Zielgruppenansprache habe insgesamt positive Wirkung auf die Inanspruchnahme von Angeboten, insbesondere für das bundesweit einheitlich erreichbare Beratungstelefon vermutet er ein entsprechendes Nachfrageverhalten:

"Als alter Mensch: Hier gibt es ein Beratungstelefon für alte Menschen, wenn ich irgendeinen Impuls habe zu sagen 'Ich muss etwas für mich tun' oder 'Die Situation ist unerträglich' und diese Stelle kriegt ein Profil, dann werden doch Leute anrufen, da bin ich ganz sicher. Es muss deutlich sein in der Öffentlichkeit, dass sich in diesem Altenbereich einiges tut." <I Telefonseelsorge, lokal>

In einer Gruppendiskussion wurde zugleich auf möglicherweise stigmatisierende Wirkungen altersspezifischer Angebote hingewiesen, die auch bei einem Beratungstelefon möglich wären.

Die Gefahr solcher Effekte liegt vor allem in der Kombination von Zielgruppenansprache und Problemorientierung. Diese Vermutung wird durch entsprechende Erfahrungen von Hausnotrufdiensten, auch des hier untersuchten Frankfurter Hausnotrufdienstes, gestützt.¹¹¹ Demnach entsteht die stigmatisierende Wirkung in der Assoziation von "Alter" mit Gefahr bzw. "Alter" mit Bedürftigkeit. So wie andere Hausnotrufdienste strebt der Frankfurter Verband daher eine Imageänderung des Notrufs hin zu einem "Service-Dienst" an. Ein solcher Dienst sollte sich auch an Jüngere richten und nicht schon im Titel signalisieren, dass sich aus der Inanspruchnahme des Angebots die – vielfach offenbar schwer einzuzustehende – Bedürftigkeit der NutzerInnen ablesen lässt.

Ein wichtiger Aspekt in der Auseinandersetzung mit den Potenzialen und Grenzen eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon war sowohl bei den SeniorInnen als auch den ExpertInnen die Frage, ob und wie eine überregionale telefongestützte Beratung hinsichtlich der Zielgruppe der älteren Menschen sinnvoll gestaltet werden könne. Von einigen SeniorInnen und ExpertInnen wurde die Notwendigkeit des örtlichen Bezugs und der direkten Ansprache gerade für ältere Menschen betont, da sich deren Aktionskreis im Alter verringere. Insbesondere bei den heutigen Hochaltrigen, die als eine sehr beratungsbedürftige Gruppe betrachtet werden, sei daher möglicherweise nur eine eingeschränkte Inanspruchnahme einer anonymen, überregionalen und nicht in der unmittelbaren Lebenswelt verankerten Beratungs- und Aussprachemöglichkeit zu erwarten.¹¹² Die Frage sei daher, welches Profil ein bundesweit einheitlich erreichbares Beratungstelefon haben sollte und was es besser leisten könne als bereits vorhandene örtliche Angebote. Möglicherweise sei es sinnvoller, die vorhandenen örtlichen Angebote zu stärken. Gegen diese auch in anderen Gruppendiskussionen von einzelnen TeilnehmerInnen vertretene Auffassung wurde an mehreren Stellen eingewandt, dass sich die Unterscheidung und Alternative zwischen örtlichen Angeboten und einem bundesweiten Telefon in ländlichen Gebieten gar nicht stelle, weil es dort enorme Versorgungslücken gebe bzw. die Beratungsinfrastruktur wenig ausgeprägt sei. Dies mache den Einsatz eines einheitlich erreichbaren telefonischen Beratungsangebots vor allem aus der Perspektive der Zielgruppe älterer Menschen auf dem Land sinnvoll. Ein solches Angebot hätte damit auch die Funktion, vorhandene Versorgungslücken zu schließen. Entgegen der weitverbreiteten Ansicht, dass ältere Menschen auf dem Land keine Zielgruppe für Beratungsangebote seien, da sie über ausgeprägte soziale Netzwerke verfügten, auf die sie in schwierigen Lebenslagen zurückgreifen könnten, wurde darauf hingewiesen, dass gerade in ländlichen Gebieten aus Angst vor Gesichtsverlust und wegen der starken sozialen Kontrolle "viel mehr mit sich selber verhandelt" werde, um die "Fassade" aufrechtzuerhalten. Daher sei die Vorhaltung von Beratungsmöglichkeiten gerade auch in ländlichen Gebieten wichtig.

Um die Zielgruppe der älteren Menschen zur – vor allem auch präventiven – Annahme eines bundesweiten telefonischen Beratungsangebotes anzuregen, müsse durch das Angebot ein positives und dennoch realistisches Altersbild vermittelt werden:

"...wenn das Beratungstelefon sozusagen Information nur gäbe in Bezug auf höhere Lebensalter, in Bezug auf Krise 1, 2, 3, 4; sie können dement werden, sie können krank werden, können multimorbid werden, sie können alles werden. Alle Scheiße aufgezählt, dann ist das sozusagen nicht besonders erotisch. (...) Wenn aber ein Beratungstelefon vom Profil her sagt, dieses ist ein Beratungstelefon für ältere, älter werdende Menschen, (...) das eröffnet vielfältige Perspektiven, zu denen auch Probleme und Krisen gehören können, aber nicht mal schwerpunktmäßig. Also wenn

¹¹¹ Vgl. Kap. 4.1.2 und 4.2.1.6

¹¹² Zur Diskussion der hinsichtlich alter Menschen zu bewertenden Zielgruppenangemessenheit des Mediums Telefon vgl. Kap. 4.4.

man diese Balance, die wir in der Gerontologie lange schon kennen, also für ein realistisches, auch positives Altersbild zu stehen, das müsste im Beratungstelefon auch sein. (...) Wenn sozusagen Alter gleich Krankheit gesetzt wird, dann wirst Du keine präventive Beratung machen können." <GD lokale Altenarbeit>

4.5.1.2.3.2 Zugang zu schwer erreichbaren Zielgruppen

Die befragten ExpertInnen und auch SeniorInnen haben sich im Rahmen der Gruppendiskussionen an verschiedenen Stellen mit der Frage auseinandergesetzt, inwieweit der vereinfachte Zugang zu Beratung und Information möglicherweise auch bisher schwer erreichbare Personengruppen zu einer Inanspruchnahme von Unterstützung und Beratung veranlassen könnte. Bei telefonischen Beratungsangeboten handelt es sich in der Regel durch die "Komm-Struktur" um reaktive Angebote¹¹³, weil *"ein Telefon nicht zu den Leuten geht"* <GD lokale Altenarbeit>. Manche bisher schwer zugänglichen Personengruppen könnten, so eine in den Befragungen vertretene Einschätzung, möglicherweise auch durch ein bundesweit einheitlich erreichbares Beratungstelefon mit einer einheitlicher Nummer nicht im angestrebten Umfang erreicht werden. Ein bundesweites Beratungstelefon könne gerade in seiner Funktion als Vermittlungsangebot – deren Erfüllung bei den NutzerInnen bereits ein prinzipielles Wissen über die Existenz von Beratungsangeboten voraussetzt – diejenigen, *"die einen hohen Beratungsbedarf haben und wo es wirklich Feuerwehrstufe schon ist"*, nicht erreichen <GD lokale Altenarbeit>.

Zu diesen schwer erreichbaren Personengruppen gehören u.a. sozial isolierte Menschen, die, so die Einschätzung einer Gruppendiskussionsteilnehmerin, nicht bei einem einheitlich und leicht zugänglichem Beratungstelefon anrufen, sondern sich die Menschen *"krallen"*, die ins Haus kommen, z.B. den Zivildienstleistenden, den Postboten oder die Krankengymnastin. Diese Gruppe gehöre zur Klientel aufsuchender Sozialarbeit, für sie sei es *"schon zu hoch"*, sich aktiv an ein Beratungstelefon zu wenden. Es wurde vermutet, dass vor allem unterprivilegierte und besonders hilfsbedürftige Menschen aus Hemmungen ein solches Telefon nicht nutzen bzw. das Angebot erst gar nicht als für sie relevant wahrnehmen würden.

"Ne Putzfrau beispielsweise, die wird auch nie anrufen, die kommt gar nicht auf den Gedanken, die hat viel zu viel Hemmung. Ja, die einfachen Menschen werden sich nicht an diese Nummer gewöhnen, werden sie überhaupt nicht aufnehmen, und das sind oftmals diejenigen, die Hilfe am meisten brauchen." <GD BAGSO>

Wenn ein Beratungssuchender sich an ein zielgruppenspezifisches Beratungsangebot wendet, *"dann hat der die Situation schon gecheckt"* <I Telefonseelsorge, lokal>

Gegen diese in Bezug auf die Erreichbarkeit der genannten "Problemgruppen" pessimistische Einschätzung wurde in der Gruppendiskussion mit AkteurInnen der Altenarbeit eingewandt, dass die sog. "schwer erreichbaren Zielgruppen" zwar auch durch ein niedrighwelliges Telefonangebot nicht *"formatfüllend"* zu erreichen seien, aber dass durch eine verbesserte und einheitliche Öffentlichkeitsarbeit, durch die Türöffnerfunktion und die Niedrighwelligkeit eines bundesweiten Beratungstelefons diesen Menschen ein *"erster Anker"* angeboten werde, der möglicherweise von einem Teil der bisher nicht erreichten Menschen angenommen werde. Das Angebot eines solchen *"ersten Ankers"* sei dann im Vergleich zur aktuellen Situation ein großer Erfolg:

"Was ich mir vorstellen kann ist, dass – angenommen, es gäbe dann so ganz einfache Buttons mit 'nem Ticket und der Nummer -, das in jedem Hausflur hängt, dass es also weit verbreitet ist, dass

¹¹³ Vgl. die in Kap. 4.1.2 beschriebenen Möglichkeiten der Integration proaktiver Elemente in der telefonischen Beratung.

stärker als bislang auch schwer erreichbare Zielgruppen einen ersten Anker hätten. (...) (Wenn) von diesen schwer erreichbaren Zielgruppen, wo ja Leute häufig in und mit sich befangen sind (...) vielleicht fünf oder zehn Prozent (...) wäre doch schon Wahnsinn. Das wäre deutlich mehr als wir durch intensivste Arbeit bislang erreichen können. (...) mit der sehr niedrigschwelligen, möglichst kostenfreien 0800er Nummer, da seh' ich Ressourcen." <GD lokale Altenarbeit>

Auch in einer Gruppendiskussion mit SeniorInnen wurde angesichts der bei vielen Älteren auftretenden kognitiven und physischen Schwierigkeiten, vorhandenes Informationsmaterial in Schriftform zu lesen und zu verstehen, die mögliche Verbesserung der Zielgruppenerreichbarkeit durch ein leicht zugängliches Beratungstelefon hervorgehoben:

"Ich denke auch, das Telefon ist ganz wichtig auch für Leute, die etwa im Heim sind und gar nicht mehr groß lesen können. Es gibt ja auch Leute, die Schwierigkeiten haben, so was durchzulesen, die ganz schlechte Augen haben." <GD SeniorInnen/Freie Altenarbeit>

Auch für die Mehrzahl der älteren Menschen, die nicht gut informiert sind über bestehende Angebote wäre ein bundesweit einheitlich zugängliches thematisch breites Beratungstelefon interessant:

"Ich könnte mir denken, dass viele wenig wissen. Dass denen das schon gut tut, eine zentrale Auskunftsstelle zu haben, wo man weiter dann kommen kann. Dass es aber wirklich nur erst mal ein erster Anlauf ist und dass man dann gute Informationen erhält, wie es weitergehen kann." <GD SeniorInnen/Freie Altenarbeit>

4.5.1.3 Spezifisches Leistungsprofil eines bundesweit einheitlich erreichbaren telefonischen Beratungsangebots für ältere Menschen

An die ganz überwiegend positive Bewertung der Grundidee eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefons schloss sich vor allem bei den in der professionellen Beratungsarbeit mit älteren Menschen tätigen ExpertInnen die Forderung an, das genaue Leistungs- und Zuständigkeitsprofil eines solchen Telefons auch im Unterschied zu vorhandenen Beratungsangeboten zu definieren und den Bezug zu diesen bestehenden Diensten zu explizieren.

Das höhere Lebensalter ist nach Ansicht der Befragten durch eine große inhaltliche Vielfalt möglicher Problemlagen und resultierender Beratungsanliegen gekennzeichnet. Vor diesem Hintergrund stellt sich insbesondere die Frage nach einem geeigneten Profil eines Beratungstelefons. Ein rein problemorientierter Ansatz, der Alter gleich Krankheit setzt, sei unbedingt zu vermeiden.¹¹⁴ Ein realistisches und positives Altersbild könne hingegen eine vielfältige thematische Beratungsperspektive eröffnen und sollte alle Fragen rund ums Altern berücksichtigen. Auch sind sich die befragten SeniorInnen und ExpertInnen darin einig, dass nicht nur ältere Menschen Zielgruppe eines solchen Angebots sein dürfen, sondern auch Angehörige und andere Personen des sozialen Umfelds.

Die Frage nach dem Profil eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefons – d.h. nach seiner inhaltlichen Zuständigkeit und der Art der geleisteten Beratung wurde vor dem Hintergrund teilweise unterschiedlicher Vorstellungen über die organisatorische Gestaltung eines solchen Telefons beantwortet.¹¹⁵ Als zwei Pole möglicher Organisationsformen eines bundeseinheitlich erreichbaren telefonischen Beratungsangebots lassen sich einerseits ein weitgehend zentralisiertes Modell – eine Beratungseinrichtung an einem zentralen Ort, die selbst berät, Informationen bereithält und soweit erforderlich an lokale Einrichtungen weitervermittelt – und eine vollständig dezentrale Variante mit mög-

¹¹⁴ Vgl. in Kap. 4.5.1.2 die Diskussion der Zielgruppenerreichbarkeit eines überregionalen telefonischen Beratungsangebots.

¹¹⁵ Vgl. auch die Ausführungen zu zentralen und dezentralen Gestaltungsmodellen in Kap.4.5.2.1.

lichst in bestehende Angebote integrierten Beratungsdiensten, die lediglich durch eine gemeinsame Telefonnummer und einen einheitlichen Namen verbunden sind, festmachen.

Da es sich bei einem bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon um ein noch nicht ausgearbeitetes Konzept handelt, konnten den Befragten vorab keine detaillierten Vorgaben zur organisatorischen Ausgestaltung – insbesondere zur Wahl eines zentralisierten oder dezentral organisierten Modells – gemacht werden. Daher sind auch die Aussagen der Befragten zum möglichen Leistungsprofil eines solchen Angebots vor dem Hintergrund sehr unterschiedlicher und zudem innerhalb dieses thematischen Kontextes meist nicht explizit formulierter Grundannahmen über die sinnvolle Ausgestaltung eines solchen Angebots nur schwer den verschiedenen "Wunsch"-Modellen (zentral –dezentral) zuzuordnen. Dies erschwert einerseits die Zusammenfassung des Gesagten in konsistente Positionen, ist allerdings für die weitere Konzeptentwicklung durchaus als produktiv zu bewerten, da eine Vielfalt von zu berücksichtigenden Aspekten und Argumentationslinien entwickelt werden konnte.

In den Gruppendiskussionen wie in den Interviews stimmten SeniorInnen und ExpertInnen weitgehend darin überein, dass die Hauptfunktion eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefons in der Weitervermittlung, der Information zu Sachthemen sowie in einer kompetenten Erstberatung liegen sollte. Ein bundesweit einheitlich erreichbares Beratungstelefon könne in diesem Sinne eine erste Anlaufstelle sein, von der aus die Ratsuchenden an andere Beratungsangebote und – dieser Aspekt wurde vor allem in einer Gruppendiskussion mit SeniorInnen eingebracht – damit an "reale" Personen weiterverwiesen werden.

"Man könnte ein Angebot wie unseres noch (...) vielmehr ausweiten, und das wäre meines Erachtens auch sehr sinnvoll, um dann auf diese vielen, vielen Spezialangebote zu verweisen, die es ja in jeder Stadt gibt." <GD Berliner Seniorentelefon>

"und wie eben schon das Thema war, nur mal zu hören, wo kann ich mich hinwenden." <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>

In einer Gruppendiskussion mit SeniorInnen skizzierte ein Befragter die Weitervermittlung von Informationen und zu vorhandenen Diensten als die zentrale Aufgabe eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefons, betonte jedoch, dass dort im engeren Sinne keine Beratung stattfinden sollte. Ein solches Angebot könne in diesem Sinne aber als "Relaisstation" dienen:

"Diese Telefonstelle sollte also nicht eigentlich beraten, sondern sollte Ansprechpartner vermitteln." <GD SeniorInnen/Freie Altenarbeit>

Der Großteil der befragten InterviewpartnerInnen und GruppendiskussionsteilnehmerInnen geht jedoch davon aus, dass ein bundesweit einheitlich erreichbares Beratungstelefon auch in einem engeren (psychozialen Sinne) beraten könnte und sollte. Die Chance zu einer "ermutigenden Erstberatung" zur Klärung der persönlichen Situation sei aufgrund des vergleichsweise einfachen Zugangs gerade bei einem solchen Beratungstelefon gegeben und müsse daher im Sinne des "Türöffners" als wichtiges Aufgabenfeld begriffen werden. (vgl. Kap. 4.5.1.1.2). Das mögliche Profil eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefons liege in diesem Sinne nicht in einer "spezifischen Beratung", sondern in dem Angebot einer Orientierungshilfe:

"So eine Orientierung, rausfinden – mit Empathie, mit den gängigen Qualitäten von Beraterinnen und Beratern -: ' Was ist Ihre Situation, was höre ich, was wollen Sie?' und dann zum Beispiel, allgemeine Informationen geben." <GD lokale Altenarbeit>

Durch diesen ersten Klärungs- und Orientierungsprozess könnten ältere Menschen und deren Angehörige ermutigt werden, sich vor Ort selber stärker auf die Suche zu begeben und zugleich konkrete weitere Schritte veranlasst werden. Darin lägen die eigentliche Chance und das Profil eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon.

Ein anderer Interviewpartner beschreibt die Aufgaben eines bundesweiten Telefons als allgemeine *"Lebensberatung für ältere Menschen"*, wie es sie bereits für jüngere Menschen gibt. Diese könne sowohl die Klärung juristischer Fragen als auch eine schnell verfügbare Aussprachemöglichkeit in Situationen, die als ausweglos empfunden werden sowie Beratung bei alltäglichen Problemen älterer Menschen beinhalten.

"Ich finde, mit den Problemen, die im Alter zunehmen, dass das schon gut wäre, dass man also schnell reagieren könnte. Dass man dann eben, wenn man gerade eingekauft hat und man stellt irgendwas fest, ja, war wieder in der Apotheke und der Kamm schwillt wieder, dass man da alleine schon durch 'nen Anruf irgendwas ' Ist das rechtens oder muss ich oder wie ist das mit der Zuzahlung?' oder was weiß ich nicht. Da kann jemand eine erste Frage und auch Ärger loswerden und sich aussprechen. Das hilft ja für die Befindlichkeit, wenn man auch am Fakt nichts ändern kann. Aber allein, es ist jemand da und es hört jemand zu. Das wäre gut, so rund um die Uhr ansprechbar." <I Volkssolidarität, Bundesverband>

"Da könnte ich mir vorstellen, dass jemand einfach in einer Situation ist, wo er keinen Ausweg weiß, Gründe gibt es ja viele, und dann mal da anruft." <GD BAGSO>

Von einigen ExpertInnen wurde die Frage aufgeworfen, ob ein bundesweit einheitlich erreichbares Beratungstelefon auch Krisenintervention leisten könne und sollte, und darauf verwiesen, dass es für akute Krisen bereits spezifische Angebote gebe.

Neben der Definition des Zuständigkeitsbereichs und der Funktion eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon nannten die von uns befragten SeniorInnen und ExpertInnen auch konkrete Themenbereiche: Inhaltlich sollte das Angebot demnach für alle Fragen rund ums Alter offen sein. Als konkrete Themenfelder von Vermittlung, Beratung und Information wurde von SeniorInnen wie ExpertInnen eine breite Themenpalette aufgezählt: dazu gehören die Bereiche Seelsorge, Lebenshilfe, familiäre und soziale Probleme, Einsamkeit, Fachfragen zu Rente, Pflege, Freizeit, Wohnen, nachberufliche Tätigkeiten, Betreuungsfragen, Erbschaft und Gesundheit.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die meisten der befragten ExpertInnen und SeniorInnen das bundesweit einheitlich erreichbare Beratungstelefon als ein thematisch breites und offenes Angebot skizzieren, das einerseits Lebenshilfe und Aussprachemöglichkeiten für die Befindlichkeiten älterer Menschen, andererseits aber auch Informationen zu Fachfragen umfassen soll. Ein in diesem Sinne eingerichtetes Angebot würde damit sach- wie personenbezogene Formen der Beratung integrieren, die entweder die Weitergabe von Fachwissen und Information oder aber die KlientInnen und den Beratungsprozess selber in den Mittelpunkt rücken (zur Unterscheidung dieser beiden Aspekte vgl. Kap. 4.1.1). Einige der Befragten wollen das bundesweit einheitlich erreichbare Beratungstelefon allerdings auf ein eher sachbezogenes Informations- und Vermittlungsangebot konzentriert wissen. Allerdings liegt dieser Funktionsbeschreibung zumeist implizit ein zentrales Gestaltungsmodell zu Grunde.

Aspekte der Organisation eines bundeseinheitlich erreichbaren telefonischen Beratungsangebots wurden von den Befragten meist nicht explizit in Zusammenhang mit der Auseinandersetzung um mögliche Themen- und Funktionsbereiche erörtert. Einige ExpertInnen verwiesen allerdings darauf, dass bei der Frage nach einem möglichen Leistungsprofil eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstele-

fons zwischen Themen, die überregional und Themen, die lokal besser bearbeitet werden können, unterschieden werden sollte.¹¹⁶

Die Einschätzungen zu Chancen und Grenzen regionaler und überregionaler Beratung bieten sowohl innerhalb der einzelnen Gruppendiskussionen als auch zwischen den Diskussionen und Interviews ein heterogenes Bild. Im Folgenden werden zunächst die in den einzelnen Interviews und Gruppendiskussionen explizierten Vorstellungen darüber, was regional und überregional sinnvoll geleistet werden kann, aufgezeigt, um in einem weiteren Schritt die unterschiedlichen und teilweise gegensätzlichen Argumentationslinien herauszuarbeiten.

In zwei Gruppendiskussionen und in einem Interview mit ExpertInnen wurde die Ansicht vertreten, dass die Information über und die Vermittlung an weitergehende Hilfen, ebenso wie die persönliche und unter Umständen zugehende Beratung wegen der dafür nötigen örtlichen Kenntnisse und Lebensweltnähe nur lokal erfolgen sollten. Zugleich wurden bundeseinheitlich geregelte Sachverhalte (z.B. Rentenversicherung) als sinnvolle Themenbereiche überregionaler Beratungsangebote bewertet. Eine weitere Aufgabe überregionaler Beratung für ältere Menschen wurde darin gesehen, im Hinblick auf die Problematik sozialer Isolation älterer Menschen Möglichkeiten der Aussprache zu schaffen.

"Ja, und das andere, diese örtliche Information, das ist der zweite wichtige Teil, und den kann man natürlich nur lokal befriedigen. Diese Einsamkeitsgespräche, die könnte man auch praktisch auf weite Distanz führen, denn diese Probleme sind ja doch überall ziemlich ähnlich." <I Seniorentelefon Berlin>

In einigen Gruppendiskussionen und Interviews mit Expertinnen und SeniorInnen wurde die Einschätzung vertreten, dass eine thematisch offene Erstberatung als Orientierungshilfe mit der Möglichkeit der Vermittlung auch überregional erfolgen könne, dass es sich dabei aber nicht um eine "spezifische" (im Sinne von längerfristiger und weiterführender) Beratung handeln solle. Entgegen der Vorstellung, persönliche Beratung sei besser vor Ort zu leisten, wurde von einigen SeniorInnen und in der Altenarbeit tätigen ExpertInnen hervorgehoben, dass gerade persönliche, i.e.S. psychosoziale Beratung, überregional möglicherweise besser geleistet werden könne, weil viele Menschen persönlich bedeutsame, als privat oder intim empfundene Themen nur anonym vorbringen würden. Die beschriebene Anonymität der Beratungssituation wurde sowohl mit dem Medium Telefon als auch mit der Ortsferne einer überregionalen Beratungseinrichtung in Verbindung gebracht, durch die sichergestellt sei, in der Beratungssituation nicht mit einem Berater aus der "Nachbarschaft" konfrontiert zu werden. So berichtete z.B. eine Mitarbeiterin des Berliner Seniorentelefons von ihren Erfahrungen mit Ratsuchenden, die aus dem gesamten Bundesgebiet anriefen, nachdem das Angebot des Seniorentelefons über eine kostenlos in Apotheken ausgelegte Zeitung bundesweit bekannt gemacht worden war:

"Und die haben gesagt: ' Ach, schön, dass wir mit Berlin reden können, hier bei uns im Ort, das kann zu Schwierigkeiten führen, ich weiß nicht, ob das so anonym bleibt, aber wenn ich mit Ihnen rede, kann mir nichts passieren in meinem Ort.' oder so. Und viele machen das auch gerne, um wirklich anonym zu bleiben, selbst wenn sie uns den Namen sagen, das sagt uns ja überhaupt nichts hier in Berlin. Die fühlten sich da relativ sicher, ne. Die haben uns Sachen erzählt, die hätten sie vielleicht jemand, der bei ihnen um die Ecke wohnt, nicht erzählt." <GD Seniorentelefon Berlin>

¹¹⁶ Die Unterscheidung der Möglichkeiten örtlicher versus überregionaler Beratung wurde in den Diskussionen von der Frage nach Chancen und Grenzen des Telefons in der Beratung älterer Menschen überlagert (z.B. wurde die Anonymität eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefons teilweise auf die Ortsferne, teilweise auf die Verwendung des Mediums Telefon zurückgeführt). Zur Bedeutung und Bewertung des Telefons als Medium in der Beratung älterer Menschen vgl. Kap. 4.4.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die ExpertInnen und SeniorInnen darin übereinstimmten, dass ein Angebot zur Aussprache und Kommunikation in Hinblick auf die weit verbreitete Einsamkeitsproblematik bei älteren Menschen sinnvoll durch ein überregionales Beratungsangebot bereitgestellt werden kann.

In Bezug auf die Organisation längerfristig angelegter Beratung und eventuell zugehender Hilfen waren sich SeniorInnen und ExpertInnen darin einig, dass diese nur auf der Grundlage örtlicher Kompetenzen lokal erbracht werden können.

Differenziert fiel dagegen die Bewertung eines bundesweiten Beratungsangebotes in Hinblick auf seine Möglichkeiten *kompetenter Informations- und Vermittlungsarbeit* aus. Die überwiegende Mehrheit sah in dieser Weitervermittlungskompetenz das zentrale Element eines bundesweit operierenden Beratungstelefonats. Einige Befragte betonten jedoch, dass Vermittlung zu lokalen Angeboten auch Kenntnisse der örtlichen Infrastruktur erfordere und daher nicht von zentraler Stelle aus bundesweit, sondern allenfalls auf Länderebene erfolgen sollte.

Auch die in lokalen und überregionalen Angeboten gegebenen Möglichkeiten *psychosozialer Beratung* schätzen die befragten Seniorinnen und ExpertInnen verschieden ein: Einigkeit herrschte insofern, dass die meisten die Wichtigkeit lokal verankerter Unterstützungsmöglichkeiten und die darin liegenden Kompetenzvorteile der Beratung betonten. Unterschiedliche Ansichten wurden darüber vertreten, ob eine persönliche Beratung überhaupt überregional sinnvoll erfolgen könne. Auf der einen Seite wurde gerade in Bezug auf ältere Menschen und deren "verringerten Aktionsradius" die Verankerung von Beratung in der unmittelbaren Lebenswelt und in ein örtliches Netzwerk gefordert. Auf der anderen Seite wurde in einem überregionalen niedrigschwelligem Beratungsangebot die Chance einer ermutigenden Erstberatung gesehen, die als Türöffner der Situationsklärung und Planung weiterer Schritte fungieren könne und durchaus als psychosozialer Beratungsprozess zu begreifen sei. Vor allem die durch Telefon und Ortsferne ermöglichte Anonymität eines solchen überregionalen Angebots erlaube eine größere Offenheit, gerade persönlich Bedeutsames anzusprechen.

4.5.1.4 Auswirkungen eines bundesweiten Seniorentelefons auf bestehende Angebotsstrukturen

In den Gruppendiskussionen und Interviews wurde neben den bisher angesprochenen Potenzialen eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefonats, bei denen die Perspektive künftiger NutzerInnen im Vordergrund stand, auch reflektiert, welche Auswirkungen die Implementation eines solchen Telefons für die bestehende Angebotslandschaft im Bereich der Altenhilfe haben könnte. Die Bewertung fiel von Seiten der Expertinnen überwiegend positiv aus, vor allem wurden die in der Einrichtung eines einheitlichen Zugangs liegenden Chancen für eine bessere Kooperation und Systematisierung der bestehenden Angebote hervorgehoben.

MitarbeiterInnen der BAGSO wie der Bundesgeschäftsstelle eines Wohlfahrtsverbandes verwiesen darauf, dass sie Anrufe aus dem gesamten Bundesgebiet zu allen Fragen des Alterns erhielten, ohne ein explizites Beratungsangebot vorzuhalten. So erreichten die Volksolidarität sehr viele Anrufe über Alltagsprobleme und Rentenfragen. Die Einrichtung eines Seniorentelefons böte hier Entlastungsmöglichkeiten:

"Das wäre, denke ich, 'ne gute und nützliche Sache. Und es würde mir ganz konkret die Arbeit sehr erleichtern, weil ich mit diesen Anrufen stark konfrontiert bin." <I Volkssolidarität, Bundesverband>

Ein bundesweit einheitlich erreichbares Beratungstelefon könne Vorsortierungsaufgaben übernehmen und auch eine zwischen den örtlichen Beratungsangeboten vermittelnde und aufwertende Funktion haben. Vor allem die dafür erforderliche Verbesserung der Vernetzung und Kooperation bestehender Angebote wurde von den meisten ExpertInnen positiv hervorgehoben.

"Man würde damit sich 'nen Gefallen tun, indem man vieles vereinheitlicht, indem man alles auf ein Niveau stellt, was dann auch gut ist. (...) (In diesem Sinne) passt (dieses Telefon) eben genau auch in die Landschaft hinein". <I Volkssolidarität, Bundesverband>

Dadurch könnte die Vielzahl der bestehenden Angebote sowohl für die Einrichtungen als auch für die NutzerInnen systematisiert und effizienter gestaltet werden. Dies wäre hilfreich, um – auch zugunsten der Vielfalt – Doppelangebote zu vermeiden:

"Der Nebeneffekt wäre voraussichtlich, wenn man das dann unter eine Nummer kategorisiert, dass man (...) das Angebot systematisieren kann und sichten kann und vielleicht auch so organisieren kann, dass Doppelleistungen verhindert werden, dafür aber eine Vielfalt erzielt wird." <GD Seniorentelefon Berlin>

Die Flankierung bestehender Beratungsangebote durch eine bundeseinheitliche "hotline" wurde von den meisten ExpertInnen als prinzipiell sinnvoll und erstrebenswert betrachtet, die Realisierungsmöglichkeiten jedoch recht unterschiedlich eingeschätzt (vgl. dazu Kap. 4.5.2.2). Es wurde von mehreren ExpertInnen betont, dass ein bundesweit einheitlich erreichbares Beratungstelefon nicht als "fünfhundertstes Zusatztelefon (...), was wieder allen anderen Konkurrenz macht" gestaltet werden sollte, sondern bestehende Angebote integrieren sollte. Dementsprechend solle das Beratungstelefon auf keinen Fall ein weiteres Themensegment besetzen, sondern thematisch einen breiten Zugang zum Thema Altern eröffnen.

Neben diesen positiven Auswirkungen auf die bestehenden Beratungsangebote wurde auf die starke Konkurrenz unter den bestehenden Diensten hingewiesen, insbesondere im Hinblick auf Kürzungen im sozialen Bereich und eine damit einhergehende prekäre Finanzsituation der Einrichtungen. Die Auswirkungen der Einrichtung eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefons müssten daher auch unter Verteilungsaspekten bewertet werden.

Eine Mitarbeiterin der Freien Altenarbeit hob hervor, dass die Investition in ein bundesweit einheitlich erreichbares Beratungstelefon nicht zu Lasten der örtlichen Infrastruktur gehen dürfe.

"Wenn aber ein Telefon wiederum einen so hohen Aufwand nach sich zieht, dass da Millionen rein verschlungen werden, dann Sorge ich doch lieber, dass die kommunalen Aufgaben, dass die Vereine, die gekürzt werden, besser ausgestattet werden anstatt in so ein bundesweites Telefon zu investieren." <GD lokale Altenarbeit>

Eine Seniorin lehnte das Angebot ausdrücklich ab, weil für sie subjektiv drängendere Probleme, wie z.B. der Krankentransport, im Vordergrund stehen:

"Wenn Sie im Fernsehen hören, die Hubschrauber dürfen nicht mehr die Leute wegholen, nicht über die Grenze, was nützt mir 'ne große Telefonnummer, wenn sie mich nicht holen dürfen? (...) Das nützt gar nichts, diese Telefonnummer." <GD SeniorInnen/Kirchenkreis>

Von Seiten eines Vertreters der kommunalen Seniorenberatung wurde zudem eingewandt, dass man mit einem bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon möglicherweise die Landkreise aus ihrer Verantwortung entlasse, eine eigene Versorgungsstruktur einzurichten.

Gegen die geäußerte Befürchtung, dass die Einrichtung eines überregionalen telefonischen Beratungsangebotes den auf örtlichen Einrichtungen lastenden finanziellen Druck verstärken könnte, wurde eingewandt, dass ein solcher Dienst die örtlichen Beratungsstellen keineswegs überflüssig mache, sondern vielmehr Chancen für deren stärkere Inanspruchnahme böte. Damit könne es gelingen, *"das Angebot (...) zu den Leuten hin zu kriegen"* <GD lokale Altenarbeit>.

"Also ich hab auch eher so im Kopf, dass schon eine einheitliche Nummer sehr wichtig ist, und dass dann aber genau diese Leute, die da sitzen, in der Lage sind, herauszufinden, was braucht derjenige und dann genau die örtlichen Sachen nutzen. Nicht dass die überflüssig werden oder dass denen was aus der Hand genommen wird, sondern dass überhaupt die Chance besteht, dass sie tätig werden können." <GD lokale Altenarbeit>

Von Konkurrenzerfahrungen – nicht in Bezug auf Finanzierungsaspekte, sondern hinsichtlich der Zielgruppen – angesichts der zunehmenden Ausdifferenzierung der telefonischen Beratungslandschaft berichtet auch der interviewte Mitarbeiter der Telefonseelsorge. Er betont, dass diese Ausdifferenzierung nicht als Bedrohung bewertet werden sollte, sondern einerseits aus der größer werdenden Bedeutung des Telefons als Medium folge und andererseits auf eine reale Ausdifferenzierung der Beratungsbedürfnisse treffe.

"Früher hat die Telefonseelsorge hin und wieder gedacht, mein Gott, jetzt machen sie alle Telefone, die machen uns ja Konkurrenz, da guckt man ja auch drauf. Ich glaube, das stimmt nicht, es muss sich notwendigerweise ausdifferenzieren, heute gehen alle Kontakte über das Telefon (...) und ich denke, es ist sinnvoll, dass es die Schuldnerberatung gibt, (...), dass es das Kinder und Jugendtelefon gibt, es ist überhaupt keine Konkurrenz zu uns, sondern es ist etwas anderes." <I Telefonseelsorge, lokal>

Die Einrichtung eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefons könnte durch die verbesserte Transparenz bestehender Angebote und den sich daraus ergebenden leichteren Zugang auch der oft eingeforderten "Kundenorientierung" von Beratung dienen. Seniorenberatung als Kundenberatung kommt die Funktion zu, "das Angebot an sozialen Dienstleistungen transparent zu machen und dem ‚Kunden‘ eine rationale Entscheidung zu ermöglichen" (LANDESHAUPTSTADT MÜNCHEN, o.J., S. 2). Darüber hinaus wird auch auf die politisch und gesellschaftlich gestalterische Funktion von (Senioren-)Beratung, hingewiesen. Über die Kundenberatung hinaus habe Seniorenberatung die Aufgabe, "kontraproduktive Entwicklungen in der Praxis frühzeitig zu erkennen und in sozialplanerische Prozesse einfließen zu lassen (LANDESHAUPTSTADT MÜNCHEN, SOZIALREFERAT, ALTENHILFE, o.J., S. 3). Auch dem Selbstverständnis einiger Beratungseinrichtungen nach kommt der Beratungsarbeit die Funktion politischer und struktureller Einflussnahme zu (vgl. dazu GÖRGEN, KREUZER, NÄGELE & KRAUSE, im Druck)¹¹⁷

¹¹⁷ Auch BLIESENER (1990) verweist in seiner Diskussion über telefonische AIDS-Beratung auf die gesamtgesellschaftliche Dimension von Beratung, die über konkrete Durchführung von Beratung mit Hilfe des "gesprochenen Worts" hinausgeht. Die bloße Existenz eines (telefonischen) Beratungsangebotes habe gesellschaftspolitische Integrationsfunktion, weil es als solches schon Ausdruck "eines sozialen Klimas, in dem es sich leben lässt" sei. (S. 260).

4.5.2 Organisatorische Anforderungen an ein bundeseinheitlich erreichbares Beratungstelefon für Ältere

4.5.2.1 Organisatorische Modelle

Als zwei mögliche Modelle der organisatorischen Gestaltung eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefons zu Fragen des Alter(n)s sind, wie bereits dargestellt, zum einen eine bundesweit zentral eingerichtete Beratungseinrichtung, zum anderen ein vollständig dezentrales Konzept, welches bereits bestehende und für die Aufgaben eines bundesweit einheitlichen Beratungsangebots geeignete lokale Beratungsangebote durch eine gemeinsame Nummer, einen gemeinsamen Namen und mit einem abgestimmten Profil integriert, vorstellbar. Hierbei handelt es sich um Pole, zwischen denen die reale Ausgestaltung eines bundesweit unter einer einheitlichen Nummer erreichbaren Telefons letztendlich anzusiedeln ist. Die Bewertung der möglichen Gestaltungsformen durch die Befragten hing teilweise auch von den Vorstellungen darüber ab, welche Art der Beratungs- bzw. Informationsarbeit regional bzw. überregional geleistet werden kann, jedoch bestand diese Verbindung keinesfalls zwingend. So wurde z.B. von einem Experten, der die psychosoziale Beratung nicht als sinnvolle Aufgabe eines überregionalen Angebots betrachtete, dennoch ein zentralisiertes Modell eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefons favorisiert – mit einer entsprechenden Anpassung des möglichen Leistungsprofils im Sinne einer Reduzierung des Zuständigkeitsbereichs auf Sachfragen und Vermittlungstätigkeiten. Als Beispiele für dezentral beratende, aber durch Telefonnummer und Logo bundesweit vereinheitlichte telefonische Beratungsdienste sind die Telefonseelsorge und das Kinder- und Jugendtelefon zu nennen. Die Funktionsweise dieser Angebote basiert kommunikationstechnisch auf einem sogenannten Verkehrsleitsystem, welches die eingehenden Anrufe in einem Vorwahlbereich verortet und an die entsprechend zuständigen telefonischen Beratungsdienste vor Ort weiterleitet¹¹⁸. Wenn der eingehende Anruf nicht an die eigentlich zuständige Stelle vermittelt werden kann, weil der Anschluss gerade belegt oder der Dienst nicht besetzt ist, wird er automatisch zur nächsten Telefondienststelle weitergeleitet.

In den Diskussionen und Interviews mit ExpertInnen und SeniorInnen wurden die Vor- und Nachteile der entsprechenden Modelle abgewogen. Nicht immer wurden in den Gruppendiskussionen und Interviews mit den SeniorInnen und ExpertInnen eindeutige Positionen bzgl. einer wünschbaren Ausgestaltung formuliert, die Gespräche dienten eher der Exploration von Argumentationslinien, nicht so sehr der Bildung von klaren Standpunkten. Dennoch waren Urteilstendenzen deutlich erkennbar.

Von der Mehrheit der befragten SeniorInnen und ExpertInnen wurde das Modell einer einheitlichen Nummer bei gleichzeitiger Anbindung an lokale Stellen grundsätzlich positiv beurteilt. Einige, vor allem aus dem Kreise der SeniorInnen, formulierten deutliche Ablehnung gegenüber einer zentralen Beratungsstelle für die gesamte Bundesrepublik. Als Hauptargument für die örtliche bzw. regionale Anbindung wurden die Kompetenzvorteile bestehender Beratungsangebote vor Ort, die in der genauen Kenntnis der lokalen Gegebenheiten, insbesondere der sozialen Infrastruktur liegen, benannt. Lokale Angebote seien in ein – u.a. auch personelles – Netz von Unterstützung und Hilfe eingebunden und könnten daher bessere Vermittlungsarbeit leisten, sowie gegebenenfalls auch zugehende Hilfen organisieren. Sie seien zudem für ältere Menschen, die sich sehr viel stärker als Jüngere über lokale Bezüge definierten, lebensweltnäher und greifbarer. Die örtlich vorhandene Infrastruktur sollte beim Aufbau eines bundesweit vereinheitlichten Angebots auf jeden Fall genutzt werden.

¹¹⁸ Zur Problematik der nicht verortbaren Handyanrufe für die Beratungsarbeit siehe Kap. 4.1.1.2.

Auf der Grundlage derartiger Überlegungen wurden von den Befragten konzeptionelle Anforderungen an ein bundesweit vereinheitlichtes Angebot formuliert. Unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer sollte in jeder Stadt, zumindest aber in jedem Bundesland, eine Stelle erreichbar sein, die als eine Art Relaisstation gegebenenfalls auch direkt an die von den Ratsuchenden benötigten Dienste durchstellen kann. Gleichwohl bietet, so die einhellig geteilte Meinung, eine bundesweit vereinheitlichte einfache Telefonnummer Vorteile hinsichtlich der Zugangsmöglichkeiten. Daher gelte es, die Vorteile der beiden prototypischen Elemente – zentral und dezentral organisierte Beratung- in der beschriebenen Weise zu verbinden und durch diese Synthese ihre jeweiligen Schwächen zu minimieren:

"Deshalb meine ich, dass so eine örtliche Stelle, die also unter derselben Nummer im ganzen Bundesgebiet zu erreichen ist, aber eben dann örtlich, denn wenn Sie hier 110 anrufen, dann meldet sich ja auch nicht Northeim oder Kassel, sondern die Göttinger Dienststelle. Und ich meine dann, an dieser Stelle, wo man dann anruft, da müsste man dann die Gewissheit haben, dass dort dann weitergereicht werden könnte an die entsprechenden einzelnen Organisationen, die sich mit den einzelnen gelagerten Fällen dann befassen." <I SeniorInnen/Freie Altenarbeit>

Auch angesichts regional divergierender Problemlagen sei eine Anbindung des bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon an örtliche bzw. regionale Stellen anzustreben.

"Es müsste regionalisiert werden, weil sich doch die Probleme in den verschiedenen Regionen unterschiedlich auf tun." <I Volkssolidarität, Bundesebene>

Der Mitarbeiter der Volkssolidarität verwies dabei u.a. auf Unterschiede in den materiellen Lebensbedingungen zwischen den Bundesländern und auf die in den Ländern unterschiedlich geregelten Rechtsbereiche, u.a. z.B. die Ausführungsbestimmungen der Länder zum Pflegeversicherungsgesetz. Eine Minderheit der befragten ExpertInnen bewertete eine Implementation des bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon bereits auf Länderebene als ausreichend, um Fragen sachgerecht beantworten und auf der Grundlage genauer Kenntnis der Altenhilfestrukturen des Landes gute Vermittlungsarbeit leisten zu können; eine Anbindung an die lokale Ebene wurde von dieser Gruppe für verzichtbar erachtet.

Als wesentlicher Vorteil eines dezentralen Modells wurde der im Vergleich zur Organisation eines zentralen Telefondienstes geringere Kostenaufwand hervorgehoben, weil eine solche Variante auf bestehende Einrichtungen zurückgreifen könne und weitgehend ohne Einrichtung neuer Stellen auszukommen in der Lage sei. Anbieter bestehender Beratungsdienste beurteilten zudem das dezentrale Modell als das einzig durchsetzbare Konzept. Gegenüber einer Telefonzentrale ohne lokale Anbindung seien aufgrund des zunehmenden Wettbewerbsdrucks Widerstände und mangelnde Kooperationsbereitschaft bestehender Einrichtungen zu erwarten, die Realisierung und die Arbeitsfähigkeit eines solchen Modells dadurch gefährdet.¹¹⁹ Vor dem Hintergrund der von einem großen Teil der SeniorInnen und ExpertInnen hervorgehobenen, eine kompetente Beratungsarbeit begrenzenden Faktoren des zentralen Modells wurde die Ansiedlung der Beratungs- und Vermittlungsaktivitäten bei bestehenden Einrichtungen als mögliche Option skizziert, welche die positiven Elemente der Niedrigschwelligkeit einer bundeseinheitlichen Angebotsform mit örtlicher Beratungskompetenz verbindet. Grundsätzlich können die auf diese Weise integrierten Einrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft sein; genannt wurden kommunale Seniorenberatungen, Beratungseinrichtungen gemeinnütziger Träger, andere Altenhilfeeinrichtungen sowie Institutionen der Seniorenselbstorganisation.

¹¹⁹ Gegen dieses Argument wurden die für lokale Beratungsstellen erwachsenden Vorteile eines zentralen bundesweit tätigen Beratungs- und Informationsangebots betont, vgl. Kap. 4.5.2.2.

Gegen die Implementation eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon innerhalb bestehender Einrichtungen wurde immer wieder eingewandt, dass dieses Modell nicht ohne weiteres mit der Forderung nach einer neutralen und trägerunabhängigen Beratungsarbeit vereinbar sei. Wegen des steigenden Wettbewerbsdrucks unter den Anbietern der Regelversorgung sei eine neutrale Beratung und Information gerade zu Einrichtungen der Altenarbeit dann schwer möglich.

"Ich denke, es funktioniert nicht, weil da, wo es angedockt wird, die haben zuallererst die ureigenen Interessen und dann erst die allgemeinen Interessen. Bei aller Ehrenerklärung, (...), es ist aber dann doch nicht so unparteiisch wie man es unbedingt erwarten müsste, (...) Andocken bringt in der Regel nicht den Effekt, wenn es für die ganze Allgemeinheit sein soll. (...) Es bleibt doch gar nicht aus, wissen Sie, der Markt ist doch verdammt hart geworden. Entweder es soll genau das sein, nämlich, ich sag mal, das bundesweite unparteiische und auf Mensch orientierte Beratungszentrum, oder es wird irgendwo angedockt und dann wird es wieder verkommerzialisiert, und dann ist es nicht mehr das, was es sein soll." <I Volkssolidarität, lokal>

Die Frage, wie ein für die NutzerInnen vorteilhaftes dezentrales Modell bei gleichzeitiger Beratungsneutralität ökonomisch vertretbar ausgestaltet werden könnte, wurde vor allem von Seiten der ExpertInnen als ein zentraler und lohnenswerter Bereich weiterer Planungen und Konzeptentwicklungen gesehen.

Als Argument gegen ein dezentrales Beratungskonzept nach dem Vorbild der Telefonseelsorge wurde von einem jahrelang in der Telefonseelsorge tätigen Seniorenvertreter vorgebracht, dass es enorm aufwändig gewesen sei und einen sehr langen Zeitraum in Anspruch genommen habe, die Telefonseelsorge zu einem umfassenden kostenfreien und jederzeit erreichbarem Gesprächsangebot zu entwickeln und dass ein vergleichbarer Aufwand in einem überschaubaren Zeitraum nicht noch einmal geleistet werden könne. Der Gesprächspartner verwies in diesem Zusammenhang auch auf die sich nach seinen Erfahrungen zunehmend schwieriger gestaltende Gewinnung ehrenamtlich tätiger MitarbeiterInnen.

Von einigen ExpertInnen wurde daher das Modell einer zentralen Beratungs- und Weitervermittlungseinrichtung als sinnvolles Konzept eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon zu Grunde gelegt. Organisatorisch sei dieses mit weniger Aufwand verbunden als eine dezentrale Implementation in bestehende Angebote. Der Vorteil sei gerade, dass man nur wenige qualifizierte Kräfte zur Erfassung der Problemlage und zur kompetenten Weitervermittlung an einem Ort benötige. Zwar wurden auch von diesen GesprächspartnerInnen die Kompetenzvorteile standortbezogener Beratungseinrichtungen hervorgehoben, die in einem zentralen Modell besser zu gewährleistende Qualität der Beratung, die sich durch Qualifikation, Supervision, Motivation und hohe Professionalität der BeraterInnen auszeichne, habe demgegenüber allerdings größere Bedeutung. Eine zentrale Beratungseinrichtung könnte verschiedene Professionen (z.B. Sozialarbeiter / Sozialpädagogen, Seelsorger, Psychologen, Anwälte, Ärzte) auf hohem Niveau bündeln. Eine multiprofessionelle Besetzung des Seniorentelefon sei dagegen flächendeckend, d.h. innerhalb eines dezentralen Modells nicht leistbar.

Als Nachteil eines zentralen Modells wird von einigen in der telefonischen Beratung tätigen ExpertInnen die Schwierigkeit hervorgehoben, dass kompetente Vermittlung von KlientInnen an Beratungseinrichtungen vor Ort einen hohen und bei einer zentralen Einrichtung möglicherweise nicht zu gewährleistenden Rechercheaufwand nach sich ziehe bzw. voraussetze. Die Vermittlung an qualitativ nicht zu bewertende unbekannte Einrichtungen sei aus eigener Erfahrungen nicht sinnvoll. So berichtet z.B. der Mitarbeiter der Telefonseelsorge:

"Wenn ich jemanden, der eigentlich zu zögerlich anruft, und dann auf einen Apparat [Anrufbeantworter] trifft oder das ein Angebot ist, und der geht da hin und es ist genau die falsche Adresse für ihn, dann wird er mich dafür verantwortlich machen und dann heißt es, die taugen ja alle nichts und dann ist die Demotivation groß. Deshalb sage ich den Mitarbeitern immer, was wir hier haben, ist sehr vorläufig, nicht zu früh kommen damit, solche Angeboten weiterzusagen, wenn wir es nicht genau wissen. Und da haben wir, denke ich mal, das Gesundheitsamt, wir haben die Lebensberatungsstelle, Kinder- und Jugendtelefon, diverse psychologische Dienste an der Uni, Landeskrankenhaus usw.(...). Gut, die sind verlässlich, da können wir hin verweisen, aber alles andere ist schon schwierig." <I Telefonseelsorge lokal>

Derartige Einwände waren auch im Vorfeld der Einrichtung des Alzheimertelefons relevant. Die Mitarbeiterinnen berichteten im Interview von der ursprünglichen Überlegung, das Alzheimertelefon als dezentrales Angebot einzurichten. Da die Alzheimergesellschaft noch nicht in allen Bundesländern über Landesverbände verfügt und zugleich die Beratungs- und Vermittlungsqualität verbindlich gewährleistet werden sollte, wurde von dieser Idee abgesehen.

In dem Interview mit MitarbeiterInnen einer örtlichen Kinder- und Jugendtelefon-Stelle wurde die Kooperation mit lokalen Anbietern anderer Beratungseinrichtungen als Grundlage guter Vermittlungsarbeit hervorgehoben. Die Weitervermittlung an andere Dienste nehme zwar insgesamt keinen sehr großen Raum ein, sei aber vor allem in schwerwiegenden Fällen besonders wichtig. Bevor Kinder und Jugendliche dorthin vermittelt würden, versuche man durch gezielte Kontaktaufnahme zu den örtlichen Anbietern herauszufinden, inwieweit themenspezifische Angebote, z.B. Schwangerenberatung oder der psychologische Dienst, auch auf die Zielgruppe der Jugendlichen eingestellt sind. Diese Form der Kooperation funktioniere teilweise sehr gut; viele professionellen Anbieter hätten Vertrauen zur Arbeit des Kinder- und Jugendtelefons, weil sie die MitarbeiterInnen als kompetent und zugleich um ihre beraterischen Grenzen wissend einschätzten. Andere Einrichtungen wiederum sind gegenüber Ehrenamtlichen prinzipiell skeptisch eingestellt.

Die Relevanz der Auseinandersetzung um eine zentrale oder dezentrale Ausgestaltung des Seniorentelefons schlägt sich auch in den Erfahrungsberichten des Kinder- und Jugendtelefons nieder. Das Kinder- und Jugendtelefon hat durch den Zusammenschluss örtlicher Gruppen in eine Bundesarbeitsgemeinschaft einen Prozess der Zentralisierung und Professionalisierung bei gleichzeitiger Beibehaltung einer dezentralen Anbindung der Beratung vollzogen. Anhand der Interviews mit einer Mitarbeiterin der Bundesarbeitsgemeinschaft und mit ehrenamtlichen MitarbeiterInnen einer örtlichen Kinder- und Jugendtelefon-Stelle lassen sich auch für die mögliche organisatorische Ausgestaltung eines Seniorentelefons relevante Elemente und wertvolle Anregungen herausarbeiten.

Exkurs: Kinder- und Jugendtelefon

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinder- und Jugendtelefone wurde 1980 als Zusammenschluss und Netzwerk der verschiedenen Kinder- und Jugendtelefone gegründet und besteht seit 1994 als gemeinnütziger Verein. In der Bundesarbeitsgemeinschaft wurden im Laufe der Jahre zunehmend einheitliche Standards geschaffen, was auch Ziel des Zusammenschlusses war. Die Bundesarbeitsgemeinschaft ist ein Dachverband, in dem die Träger der regionalen Kinder- und Jugendtelefone zusammenarbeiten, um ein bundesweites Beratungsangebot mit verbindlichen Qualitätsstandards für Kinder- und Jugendliche und seit 2001 auch für Eltern zu gewährleisten und gemeinsam zu bewerben. Im Dachverband arbeiten insgesamt 92 regionale Kinder- und Jugendtelefone mit; diese werden überwiegend (n=78) vom Deut-

schen Kinderschutzbund getragen, sind z.T. aber auch in freier Trägerschaft oder bei Wohlfahrtsverbänden angesiedelt (AWO, ASB, Kirchen).

Verhältnis von zentraler Koordination und dezentraler Beratung

Die Vor- und Nachteile zentraler und dezentraler Organisation von Beratung wurden sowohl in dem Interview mit MitarbeiterInnen einer Kinder- und Jugendtelefon-Ortsgruppe als auch in dem Interview mit einer Mitarbeiterin der Bundesarbeitsgemeinschaft – deutlich.

Als positive Aspekte des Zusammenschlusses von Ortsgruppen innerhalb der Bundesarbeitsgemeinschaft wurden von Seiten der OrtsgruppenmitarbeiterInnen hervorgehoben:

- Die Ortsgruppen profitieren von der bundesweiten Verbands- und Lobbyarbeit und dem dadurch erreichten Bekanntheitsgrad des Kinder- und Jugendtelefons, z.B. bei der Sponsorensuche vor Ort.
- Die Bundesarbeitsgemeinschaft akquiriert Sponsoren, z.B. die Telekom, welche die kostenlose Telefonnummer zur Verfügung stellt.
- Die kostenlose und bundeseinheitliche Servicenummer steht allen zur Verfügung.
- Die lokalen Stellen profitieren von bundesweiten Werbeaktionen und nutzen zentral erstellte Bildungs- und Werbungsmaterialien.
- Die Ortsgruppen erhalten kostenlose Informationen zu Beratungsmethoden .
- Die Bundesarbeitsgemeinschaft bietet ein bundesweites Forum zum Erfahrungsaustausch über die eigene Arbeit und den Umgang mit problematischen Aspekten der Beratung.

Dagegen stünden allerdings – so die InterviewpartnerInnen – auch problematische Aspekte der bundesweiten Vernetzung. Diese lägen in dem in allen Verbänden üblichen Lobbyismus der darin vertretenen Vereine und Unterorganisationen, wodurch interne und informell wirkende Hierarchien gefördert würden, die das Mitspracherecht der Ortsgruppen faktisch einschränkten. Die Verpflichtung auf einheitliche Standards fördere zwar insgesamt die Beratungsqualität, überlasse den einzelnen Gruppen aber wenig Gestaltungsraum. Problematisch sei auch, dass Kinder- und Jugendtelefone, welche die bundesweit beworbene Mindestberatungszeit nicht gewährleisten können, aus dem Verband ausgeschlossen werden.

Auch die Mitarbeiterin der Bundesarbeitsgemeinschaft berichtete von einem teilweise schwierigen Verhältnis zwischen zentralen und dezentralen Strukturen. Sie erwähnte z.B. das Bedürfnis einiger Ortsgruppen, sich gegenüber dieser Struktur zu profilieren. Eine solche Tendenz manifestiere sich darin, dass von Seiten der entsprechenden Gruppen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit nicht immer deutlich gemacht werde, dass die örtliche Beratungseinrichtung Teil eines bundeseinheitlichen Angebots ist. Die bundesweit einheitlichen Werbematerialien würden dann nicht genutzt, weil darin der eigene Träger nicht ersichtlich wird. In der lokalen Pressearbeit werde entsprechend das Beratungsangebot lediglich als Angebot der jeweiligen Ortsgruppe bekannt gemacht. Die Ortsgruppen hätten das nachvollziehbare Interesse, als solche erkennbar zu sein. Viele Gruppen fragten sich, welchen Vorteil sie von einer einheitlichen Werbung haben. Dies werde insbesondere dann ein Problem, wenn eine entsprechende Gruppe auch in der überregionalen Presse für ein Beratungsangebot werbe, welches hinsichtlich der Beratungszeiten über die Standards der Bundesarbeitsgemeinschaft hinausgehe. Aufgrund der einheitlichen Nummer und des Verkehrsleitsystems werden Anrufe aus anderen Städten an die für sie zustän-

dige Regionalstelle geleitet, die jedoch evtl. nur die Mindestzeit abdeckt. Daher sei die Vereinbarung getroffen worden, dass Ortsgruppen nur in „ihrer“ Region Öffentlichkeitsarbeit betreiben.

Vor- und Nachteile zentraler und dezentraler Angebotsformen

Die Mitarbeiterin der Bundesarbeitsgemeinschaft berichtete auch über die Organisation des Kinder- und Jugendtelefons in Großbritannien. Dort werde die Beratungsarbeit zentral von einem Call Center erbracht. Wegen der unterschiedlichen Dialekte wurden in Wales, London, Schottland und York je ein Beratungszentrum eingerichtet, in denen jeweils 10 bis 15 professionelle hauptamtliche BeraterInnen parallel Anrufe entgegennehmen. Dabei werden sie während ihrer Arbeit von zwei Supervisoren begleitet und unterstützt. Im Unterschied zu dieser Organisationsform professioneller Beratung könne in der BRD die Einhaltung von Qualitätsstandards nicht in gleichem Maße gewährleistet werden. Es gebe zwar explizite Standards; inwieweit diese jedoch von den Ortsgruppen eingehalten werden können, sei mangels entsprechender Kontrollmechanismen unklar; innerhalb der Bundesarbeitsgemeinschaft sei lediglich eine Mitarbeiterin für die sog. Mitgliederbetreuung zuständig. Den Ortsgruppen bleibe diesbezüglich viel Entscheidungsspielraum; so sei z.B. jeder Ortsgruppe eine für alle verpflichtende Supervision pro Monat vorgeschrieben, die konkrete Umsetzung variere jedoch von Ort zu Ort sehr stark. Ein zentrales Modell wie in Großbritannien biete dagegen die Chance garantierter Beratungsqualität und größerer Effektivität. Die Vermittlung an Stellen vor Ort sei selten erforderlich, so dass für die angesprochenen Anliegen auch eine Zentrale zuständig sein könnte. Zudem sei eine Organisation mit hauptamtlichen MitarbeiterInnen wie in Großbritannien nicht zwangsläufig kostenintensiver als die Aufrechterhaltung der komplizierten dezentral-zentralen Vernetzung und Struktur des bundesdeutschen Kinder- und Jugendtelefons. Letztlich gebe es aber vor dem Hintergrund der Geschichte der Kinder- und Jugendtelefone und der Bundesarbeitsgemeinschaft, die ja ein Prozess des Zusammenwachsens vorhandener dezentraler Strukturen und Initiativen sei, keine Alternative zur Beibehaltung des dezentralen Modells.

Zu der Idee, Beratungsarbeit gänzlich in Form von Call-Centern zu zentralisieren äußerten sich auch die OrtsgruppenmitarbeiterInnen. Als entscheidenden Vorteil eines Call-Centers betonten auch sie die Möglichkeit einer besseren Ausbildung und Weiterbildung der Beratenden.

"Aber was die Qualität der Beratung betrifft, würde ich sagen, könnte ein Callcenter sicherlich genauso gut arbeiten; vielleicht müsste man das noch ein bisschen regional aufteilen, (...), die Leute, die da tiefes Sächsisch oder Alemannisch sprechen, die verstehe ich nicht, und das ist dumm am Telefon, die fühlen sich dann nämlich nicht verstanden und legen irgendwann auf." <I Kinder- und Jugendtelefon, lokal>

Andererseits bietet die dezentral erbrachte Beratungsarbeit Vorteile hinsichtlich der Möglichkeit verbindlicher weiterer Gesprächsvereinbarungen:

"Also, ich denke, es hat auch einen Vorteil, wenn man es lokal zuschalten kann, bei den Kindern ist es manchmal schon so, die möchten gerne den einen noch mal erreichen, und das passiert sonst eben nicht. Da kann man sagen, also dann und dann bin ich wieder da, oder man macht mit denen eben so was aus und das geht eben sonst nicht. Oder die haben ganz konkrete Fragen auch nach Einrichtungen oder so was und dann kann man gucken, also was kennt man vor Ort, (...) oder man muss dann am Anfang immer sagen, also ich bin jetzt hier in Göttingen und wenn du jetzt aus München anrufst, dann ist es also nicht möglich oder kaum möglich, dass wir noch mal miteinander reden". <I Kinder- und Jugendtelefon, lokal>

4.5.2.2 Integration in bestehende Angebotsstrukturen

Die befragten SeniorInnen und ExpertInnen waren sich einig, dass ein bundesweit organisiertes Beratungstelefon, unabhängig von seiner organisatorischen Ausgestaltung, nur in Bezug auf und unter Berücksichtigung lokaler Angebote sinnvoll sei. Ein bundesweit einheitlicher Beratungsdienst sollte kein zusätzliches neues Themensegment besetzen. Die Mehrheit der Befragten kam dabei tendenziell zu der Auffassung, dass man diesen Anforderungen eher durch eine dezentrale Anbindung an vorhandene Einrichtungen gerecht werden könne. Die ExpertInnen setzten sich mit den organisatorischen Möglichkeiten und Grenzen einer dezentralen Implementation des bundesweiten Beratungstelefons innerhalb bestehender Angebotsstrukturen kritisch auseinander.

Die Einrichtung eines dezentral verankerten bundesweit einheitlich erreichbaren Seniorentelefons könne nur auf der Grundlage bereits vorhandener „Kommunikationsschienen“ und Netzwerke erfolgen, vor allem auch, um dessen Zuständigkeitsbereich im Unterschied zu und in Bezug auf andere Angebote konkretisieren zu können. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen und die kommunalen Seniorenbeiräte wurden als mögliche neutrale Anlaufstellen und Ansprechpartner für den Aufbau eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefons genannt. Neben der Frage nach der Beratungsneutralität eines dezentral in bestehende Einrichtungen implementierten bundeseinheitlichen Telefonberatungsdienstes wurde auf eine weitere Schwierigkeit in der Umsetzung eines solchen Konzeptes hingewiesen. Das dezentrale Modell erfordere auf Seiten der Träger enorme „Netzwerkkompetenzen“, die möglicherweise nicht immer und überall in ausreichendem Maße gegeben seien. Die verschiedenen Wohlfahrtsverbände und freie Organisationen in einem Kooperationsmodell zu beteiligen, sei ein „bombastisches Unternehmen“, weil „jeder (..) erst mal seinen Erbhof (verteidigt)“ <GD BAGSO>

In diesem Zusammenhang erwähnten die in einer Gruppendiskussion befragten AkteurInnen der Altenarbeit ein geplantes Vorhaben der Bildungsvereinigung „Arbeit und Leben“, die bereits vor einigen Jahren in der Stadt und im Landkreis Göttingen ein übergreifendes und integrierendes Beratungsangebot für ältere Menschen initiieren wollte und dabei – vermutlich wegen des starken Konkurrenzdrucks – auf massive Bedenken bei den lokalen Anbietern gestoßen seien. Von ähnlichen Erfahrungen in einem thüringischen Landkreis berichtete auch die für den Altenbereich tätige Mitarbeiterin einer Familienberatungsstelle. Ein Seniorentelefon beim Seniorenbüro des Landkreises sei geplant gewesen, die Umsetzung scheiterte allerdings an der Kritik der anderen Träger von Altenhilfeeinrichtungen.

Gegen diese in Bezug auf Kooperations- und Integrationsmodelle sozialer Arbeit pessimistische Einschätzung wurde vorgebracht, dass es nicht sinnvoll sei, verschiedene Seniorentelefone parallel in einer Stadt oder Region zu betreiben, vielmehr liege eine gemeinsame Nummer als gemeinsame Leistung und zugleich Repräsentation der verschiedenen Anbieter im Interesse aller.

"Wir stehen alle hinter diesen einen Telefonnummer und wir beschicken die alle gemeinsam, miteinander." <GD BAGSO>

Die Anbindung an bestehende Einrichtung in Form regionaler Netzwerke bewirke sogar eine Aufwertung der örtlichen Angebote:

"Man guckt in jeder Region, wer wäre am besten geeignet, diese Nummer zu übernehmen. Und dann – man kann sich vorstellen ein Netz. Man nimmt fünf Einrichtungen pro Region, und die teilen sich dann diese Beratungsleistungen und versuchen ein möglichst rundum besetztes Telefon zu gewährleisten. Dann habe ich eine Aufwertung der vorhandenen Angebote." <GD lokale Altenarbeit>

Die Auseinandersetzungen über Möglichkeiten der konkreten Umsetzung eines dezentralen Konzepts eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon machen deutlich, dass die Frage der Kooperation und Integration verschiedener Anbieter als zentrale Herausforderung im Rahmen der organisatorischen Ausgestaltung eines solchen Beratungsangebots begriffen werden muss.

4.5.2.3 Arbeitsansätze und Beratungskompetenz

Möglichkeiten in der Gestaltung von Vermittlungsarbeit und der Organisation zugehender Hilfen

In der Beratung tätige ExpertInnen berichteten, dass ältere Menschen frustriert und abweisend reagierten, wenn Vermittlung sich auf das Nennen einer Telefonnummer beschränkte. Vielen alten Menschen falle es schwer, Vertrauen zu BeraterInnen schöpfen, sie ließen sich nur mit Mühe überhaupt auf einen Unterstützungsprozess ein und seien nicht bereit, sich im Hilfesuchprozess auf weitere Personen einzustellen. Da es gerade sozial isolierten Menschen schwer falle, sich auf neue Personen einzulassen, müssten personelle Wechsel im Beratungsprozess, die durch die Vermittlung an andere Einrichtungen entstehen, mit Hilfe von „Übergangsbrücken“ verbindlich begleitet werden.

"Und dann kommt es auch noch so, wenn man dann sagt, ' da gibt es noch jemanden' , dann wollen sie meist auch nicht, weil das dann wieder eine andere Person ist, ja. Dass sie sagen, was, noch jemand Neues und nein und können Sie das nicht und so. Und dann muss man wieder eine Überleitung schaffen, d.h. mit der neuen Person reingehen, damit die Brücke geschaffen wird, damit die überhaupt Zutritt bekommen." <GD lokale Altenarbeit>

Z.B. könnten die Hürden für den weiteren Beratungsprozess durch die gezielte Weitervermittlung an namentlich und persönlich bekannte Ansprechpersonen gesenkt werden, so die Erfahrung einer Pflegeberaterin. Die ExpertInnen waren sich darin einig, dass es gerade wegen der Zugangsschwierigkeiten besonders beratungsbedürftiger Menschen wichtig sei, das telefonische Beratungsangebot mit zugehender Arbeit zu flankieren bzw., dass die Möglichkeit aufsuchender Arbeit in Anschluss an einen Erstkontakt zu einem bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon verbindlich gewährleistet sein müsste. Es sei daher zu überlegen, inwieweit ein solcher Beratungsdienst die Herstellung weiterer Beratungskontakte evtl. als zugehende Kontaktaufnahme durch die zuständigen Einrichtungen veranlassen könnte.

Die ExpertInnen verwiesen auf die Bedeutung eines guten Informationsmanagements als Grundlage für Vermittlungstätigkeiten. Durch Informations- und Kommunikationstechnologien sei die Gestaltung aktueller detaillierter Informationen über vorhandene Angebote auch bundesweit prinzipiell möglich. Die MitarbeiterInnen des Berliner Seniorentelefon berichteten von der Schwierigkeit, bei Anrufen aus anderen Bundesländern an entsprechende Stellen weiterzuvermitteln. Grundproblem sei dabei vor allem die Aktualität der vorhandenen Informationen.

"Problematisch ist es natürlich, weil auch in Berlin die Berliner Institutionen die Umzüge lieben und in Folge dessen wir häufig nicht genau wissen, ob die im Augenblick gegebene Auskunft wirklich auch die richtige ist. Manchmal kriegen wir fünf Minuten später den Anruf, es stimmt ja nicht." <GD Seniorentelefon Berlin>

Auch Mitarbeiterinnen des Alzheimertelefons erwähnten die Schwierigkeit, die Qualität der vorhandenen und in die Vermittlungstätigkeit einzubeziehenden Angebote einzuschätzen. Es sei geplant, die bei der Alzheimergesellschaft geführte Datenbank diesbezüglich zu erweitern und zu aktualisieren.

In der Gruppendiskussion mit VertreterInnen der BAGSO wurde darauf hingewiesen, dass es – wie von vielen telefonischen Beratungsangeboten bereits praktiziert – möglich sei, bei nicht unmittelbar zu klärenden Fragen einen Rückruf anzubieten. Es sei daher nicht nötig, alle Informationsfragen sofort beantworten zu können; entscheidend sei die Kompetenz der Informationsbeschaffung.

Beratungsneutralität

Beratung sollte generell ein von Trägern und Institutionen unabhängiges Angebot sein – so die von allen Befragten geteilte Forderung. „Neutrale Beratung“ werde möglicherweise durch eine Trägeranbindung erschwert.¹²⁰

"Dass sie nicht sagen, ihr Problem, das kriegt man am besten bei der Caritas oder bei der Senioren-Union gelöst." <GD BAGSO>

Ein bundesweit einheitlich erreichbares Beratungstelefon sollte deshalb entweder von einem Träger betrieben werden, der selber keine Einrichtungen der Altenarbeit betreibt und somit keine eigenen (ökonomischen) Interessen verfolgt oder Organisation und Arbeit des Beratungstelefons sollten in die Hände eines aus VertreterInnen relevanter Organisationen besetzten Gremiums gelegt werden.

Professionalität und Ehrenamt

Die überwiegende Mehrheit der ExpertInnen plädierte für eine professionelle Besetzung des Beratungstelefons. Dies sei vor allem vor dem Hintergrund bedeutsam, dass ein bundesweit einheitlich erreichbares Beratungstelefon in seiner Funktion als Türöffner die Möglichkeit zur Eröffnung eines Beratungsprozesses bieten solle. Dies erfordere zum einen thematisch breites Sachwissen, zum anderen psychologische Kompetenz der BeraterInnen. Die Verbindung exakter Kenntnisse der bestehenden Infrastruktur im Bereich der Altenarbeit und Altenhilfe mit relevanten Rechtskenntnissen sei am ehesten durch professionelle Kräfte zu gewährleisten, die sich intensiv und dauerhaft mit dem Themenfeld „Alter“ beschäftigen. Als relevante Professionen wurden u.a. Pädagogik, Psychologie, Medizin und Sozialrecht genannt.

Allerdings könnten nach guter Einarbeitung auch Ehrenamtliche in die Beratungsarbeit einbezogen werden, wenn die Präsenz professionellen Kräfte gesichert sei.

Die Forderung nach professioneller Beratung in der Altenarbeit wird auch von SCHULTE (2001) unterstützt: „Die Erfüllung der bestehenden Aufklärungs-, Auskunft- und Beratungspflichten erfordert ein hinreichend qualifiziertes Personal“ (S. 216). Um der erforderlichen „Wegweiserfunktion“ von Beratung gerecht werden zu können, benötigten die eingesetzten Fachkräfte sowohl Wissen und Detailkenntnisse in Sach- und Rechtsfragen als auch sozialpsychologische (Gesprächsführungs-) Kompetenzen (SCHULTE, 2001, S. 217).

Von einzelnen SeniorInnen und auch ExpertInnen wurde vorgeschlagen, ein bundesweit einheitlich erreichbares Beratungstelefon – zumindest teilweise – mit ehrenamtlich arbeitenden SeniorInnen zu besetzen. Dies spare Kosten und sei nicht zuletzt aufgrund des Einfühlungsvermögens älterer Menschen zu Fragen des Alters sinnvoll. Für ehrenamtliche Beratungsarbeit spreche nach den Erfahrungen der MitarbeiterInnen des Kinder- und Jugendtelefons auch die gesellschaftliche Integration von Themenfel-

¹²⁰ Vgl. zum Problem der Beratungsneutralität bei gleichzeitiger Trägeranbindung Kap. 4.5.2.1.

dern, die um so eher leistbar sei, je mehr Menschen sich auch außerhalb ihres beruflichen Lebens mit den entsprechenden Fragen befassen.¹²¹

Unterschiedlich wurden von den – teilweise selber in der ehrenamtlichen Beratungsarbeit tätigen – ExpertInnen die belastenden Auswirkungen freiwilliger Beratungsarbeit eingeschätzt. Nach den Erfahrungen des Berliner Seniorentelefons können insbesondere Einsamkeitsanrufe für die Beratenden belastend sein; positive Rückmeldungen von AnruferInnen kompensierten dies jedoch. Als frustrierend werden gelegentliche Beschimpfungen durch die Anrufenden empfunden. Die Frustrationsschwelle bei solchen Anrufen sei bei Ehrenamtlichen niedriger aufgrund fehlender Vergütungen und nur minimaler Aufwandsentschädigungen:

"Wir haben auch mehrere Daueranruferinnen und da unter anderem eine, die war eigentlich zu Anfang als sie anrief – muss schon bestimmt drei oder vier Jahre her sein – recht deprimiert. Die hatte Kummer mit der Familie, mit ihrem Enkelsohn, mit ihrer Tochter und die ruft jetzt immer wieder mal an, wir haben ihr helfen können, wir haben ihr zugehört, wir haben mit ihr geredet und jetzt ruft sie eigentlich an, um Gutes zu berichten. Wenn sie mal Probleme hat auch, aber meist dann, um Gutes zu berichten, dass alles sich ein bisschen geändert hat und das ist schön und darüber freuen wir uns natürlich auch, das baut uns auf. Wenn man im Gegenteil dann auch mal beschimpft wird oder die Aggressionen bei uns abgelassen werden, das ist natürlich dann auch nicht schön, obwohl wir zu zweit sind, ist es dann doch nicht schön. Wir verbringen unsere Freizeit hier, wir kriegen nichts dafür, und wenn man dann beschimpft wird am Telefon oder man merkt, die Aggression kommt rüber, die wird an uns ausgelassen, das ist natürlich nicht schön."
<GD Seniorentelefon Berlin>

Nach Einschätzung von MitarbeiterInnen des Kinder- und Jugendtelefons hingegen setzt freiwillig geleistete Arbeit die Frustrationsschwelle, diese Arbeit überhaupt zu leisten, herauf: Sie vermuten, dass nur wenige Menschen eine solche Form der offenen Telefonberatung hauptamtlich über einen längeren Zeitraum leisten wollen. Auch die Mitarbeiterinnen des Alzheimertelefons verwiesen auf den Vorteil freiwilliger Beratungsarbeit, der darin bestehe, dass die Arbeit und die damit verbundenen Belastungen auf mehrere Schultern verteilt seien. In diesem Zusammenhang vertrat eine Mitarbeiterin des Berliner Seniorentelefons die Ansicht, dass ehrenamtliche BeraterInnen im Vergleich zu Hauptamtlichen über eine spezifische empathische Kompetenz verfügten.

Eine grundlegende Voraussetzung guter ehrenamtlicher Arbeit sei, so die einhellige Meinung, die Betreuung und Schulung durch Hauptamtliche, die allerdings eine ausreichende Finanzierung erfordere. Durch Ausbildung und Einarbeitung werde eine gemeinsame Arbeitsgrundlage für die Ehrenamtlichen geschaffen.

Bei der Auswahl freiwilliger BeraterInnen, so die Erfahrung des Kinder- und Jugendtelefons, sei es wichtig, die Motivation für die Übernahme einer freiwilligen Tätigkeit zu berücksichtigen. Ehrenamtliche Beratungsarbeit sollte keinesfalls wahllos von allen, die dazu bereit sind, geleistet werden können:

"Es gibt das Typische für Helferberufe, das Helfersyndrom. Es gibt halt Menschen (...), die möchten gerne helfen, weil ihnen eigentlich selber sehr viel geholfen gehört, und wenn das ein bestimmtes Level übersteigt, dann raten wir den Menschen ganz nett, (...) vielleicht etwas anderes zu machen. Hat sich soweit bewährt." <I Kinder- und Jugendtelefon, lokal>

¹²¹ Auch nach HUMMEL (1993, S. 108f.) kann die bessere Verzahnung formeller und gesellschaftlich breiter getragener informeller Hilfesysteme v.a. durch die verstärkte Integration von Freiwilligenarbeit in professionelle Dienstleitungen erreicht werden.

Zeitliche Erreichbarkeit

Ob ein bundesweit einheitlich erreichbares Beratungstelefon zeitlich rund um die Uhr erreichbar sein sollte, wurde von den Befragten unterschiedlich eingeschätzt. Es wurde darauf hingewiesen, dass gerade ältere Menschen sich auf verbindlich geregelte Zeiten einstellen könnten.

Mehrsprachigkeit

Von SeniorInnen und ExpertInnen wurde gleichermaßen gefordert, ein bundesweit einheitlich erreichbares Beratungstelefon auch für MigrantInnen zugänglich zu machen. Es sollte u.a. über Möglichkeiten nachgedacht werden, wie ein solches Telefon mehrsprachig nutzbar gemacht werden könnte:

"Wenn so ein Telefon eingerichtet wird, ist es ganz wichtig, dass man sagt, hier haben sie die Anlaufstelle, drücken sie Knopf eins, da kommt es in Türkisch, Knopf zwei, da kommt es in Russisch, Knopf drei, da kommt es in Arabisch." <GD SeniorInnen/Freie Altenarbeit>

Finanzierung

Vor- und Nachteile kostenpflichtiger bzw. kostenfreier Nutzung eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefons zu Fragen des Alter(n)s

Der überwiegende Teil der Befragten, insbesondere der SeniorInnen plädierte für eine kostenfrei mögliche Nutzung eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefons, da Telefonkosten für ältere Menschen ein wichtiger Faktor seien und einige der potenziellen NutzerInnen wenig Geld zur Verfügung hätten. Kostenfreiheit sei ein wichtiger Aspekt der Niedrigschwelligkeit. Andere ExpertInnen hingegen sprachen sich zwar grundsätzlich für die Kostenfreiheit eines solchen Angebote aus, diese sei aber nicht unabdingbar und müsse letztlich auch auf der Grundlage der gesamten Finanzsituation des Beratungsdienstes entschieden werden. Die MitarbeiterInnen des Alzheimertelefons berichteten ebenfalls von ihren Überlegungen im Vorfeld der Einrichtung des Telefons, das Angebot kostenfrei zur Verfügung zu stellen. Man habe sich darauf geeinigt, dass die Anrufenden aus dem gesamten Bundesgebiet 9 Cent pro Minute übernehmen (außer in Berlin, wo der Ortsnetztarif gilt). Das Angebot solle erkennbar etwas wert sein und dennoch bezahlbar bleiben. Einige Anrufende versuchen ihren Erfahrungen nach daher, das Telefonat möglichst kurz zu halten.

Die Frage nach der Kostenpflichtigkeit bzw. kostenfreien Nutzung eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefons ist besonders auch vor dem Hintergrund sog. „Scherzanrufe“ sowie sexuell belästigender Anrufe bei der Telefonseelsorge und beim Kinder- und Jugendtelefon relevant. Nach Einschätzung der befragten MitarbeiterInnen in den entsprechenden Beratungsdiensten trägt die Kostenfreiheit enorm zu der hohen Anzahl solcher Anrufe bei. Auf der anderen Seite sollte jedoch berücksichtigt werden, dass ein kostenpflichtiges Angebot als zeitliche Begrenzung möglicherweise gerade einen Erstberatungsprozess behindert. Eine von der TS in den achtziger Jahren praktizierte Zwischenlösung stellt die Zeittaktbefreiung dar, wodurch den Anrufenden unabhängig von der Gesprächslänge nur eine Einheit in Rechnung gestellt wird.

Mögliche Finanzierungskonzepte

Fragen nach der Finanzierung eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefons wurden in den Interviews und Gruppendiskussionen eher am Rande berührt. Ausgehend von der allgemein negativ eingeschätzten Finanzlage öffentlicher Haushalte wurde die Ankopplung eines solchen Beratungs-

dienstes an bestehende Einrichtungen als Vorteil des dezentralen Implementationsmodells gewertet. Die Angliederung dieses Beratungsdienstes an lokale Stellen erfordere allerdings eine finanzielle Ressourcenaufstockung der beteiligten Einrichtungen sowie finanzielle Mittel zur Koordination der in einem bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon integrierten Einrichtungen. Denkbar sei eine von Staat und Verbänden getragene Mischfinanzierung, die entweder über die Einzahlung in einen gemeinsamen Fond oder aber die zweckgebundene Einzelfinanzierung von Räumen, Stellen oder Sachmitteln durch die Beteiligten organisiert werden könnte.

4.6 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

4.6.1 Fragestellungen, Ziele und Methoden der Bedarfsanalyse

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, den Bedarf für ein bundesweit unter einer einheitlichen Nummer erreichbares telefonisches Beratungsangebot für ältere Menschen zu erkunden. Es handelt sich um den schwierigen Versuch der empirisch gestützten Analyse der Sinnhaftigkeit und Dringlichkeit eines noch nicht existenten sozialen Hilfeangebots sowie um erste Klärungen seiner möglichen Ausgestaltung.

Ein solcher Beratungsdienst hätte im Falle einer Implementation zwei zentrale Zielgruppen, die sich in ihrem Verhältnis zu dem Angebot grundsätzlich voneinander unterscheiden. Primäre Zielgruppe im Sinne der letztendlichen Nutzerinnen und Nutzer sind ältere Menschen, ihre Angehörigen, Freunde, gesetzlichen Betreuer etc. Da eine wesentliche Aufgabe in der Kanalisierung von Hilfebedarf an passende Hilfeangebote bestünde, sind Akteure im Bereich der Altenhilfe und Anbieter und Erbringer entsprechender Dienstleistungen ebenfalls als Zielgruppen zu betrachten, ohne deren Kooperation eine entsprechende übergreifende Institution nicht denkbar ist.

Das Konzept des Bedarfs ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit wesentlich unter qualitativen Gesichtspunkten zu betrachten; es geht vor allem um seine inhaltliche Ausrichtung und motivationale Fundierung. Zu fragen war nach aktuell vorhandenem und von der bestehenden Angebotsstruktur möglicherweise nicht gedecktem Beratungs- und Unterstützungsbedarf, aber auch nach Bedarf im Sinne einer antizipierten, erst im Falle der Implementation entsprechender Angebote verhaltenswirksam werdenden Nachfrage. Die Analyse richtete sich auf Beratungsbedarf zu bestimmten Themenbereichen wie auf solchen, der sich auf die Form der angebotenen Beratung bezieht. Es galt, Bedarf in einem subjektiven Sinne (als individuelles Bedürfnis) wie auch objektivierend als von außen wahrgenommene Bedürftigkeit zu thematisieren.

Die wesentlichen Fragestellungen der Bedarfserkundung lauteten: Inwieweit sehen Seniorinnen und Senioren einerseits, Erbringer sozialer Dienstleistungen insbesondere aus dem Bereich der Altenhilfe andererseits grundsätzlich Bedarf für ein telefonisches Beratungs- und Vermittlungsangebot für ältere Menschen, welches bundesweit unter einer einheitlichen Nummer zu erreichen ist? Welche Motive und Bedürfnisse liegen dem Bedarf zugrunde? Auf welche Aspekte eines bundesweiten Beratungsangebots richtet er sich vor allem? Wie müsste ein solcher Dienst in seinen Grundzügen beschaffen sein, damit er dem formulierten Bedarf gerecht wird? Darüber hinaus zielte die Studie darauf ab, vorhandene telefonische Beratungsformen im In- und Ausland zu analysieren und insbesondere Anregungen für die künftige Ausgestaltung eines bundesweiten Seniorentelefons zu gewinnen.

Angesichts der für die Bedarfserkundung verfügbaren personellen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen kam nur eine im Hinblick auf den Stichprobenumfang relativ kleine und qualitativ ausgerichtete Studie in Frage. Ein solcher methodischer Zugang wird zugleich dem sehr frühen Stand der Konzeptualisierung gerecht. Das Objekt, im Hinblick auf welches der Bedarf zu erkunden war, konnte nicht im Voraus im Detail beschrieben und den Untersuchungsteilnehmern zur Beurteilung vorgelegt werden; vielmehr sollte die Analyse auch ermitteln, wie denn ein solches Beratungsangebot in seinen Grundzügen beschaffen sein sollte, um vorhandenem Bedarf zu entsprechen; es besteht somit eine enge Interdependenz von erkundetem Bedarf und bedarfsdeckenden Strategien.

Die Bedarfserkundung stützt sich neben einer Analyse einschlägiger Publikationen und Materialien methodisch auf Gruppendiskussionen und Experteninterviews. In die Analyse einbezogen wurden ver-

schiedene Gruppen von Seniorinnen und Senioren sowie Personen, die in den Bereichen der Seniorenberatung, der telefonischen Beratung anderer Zielgruppen, der Altenarbeit und Altenhilfe sowie in Seniorenorganisationen tätig sind. Repräsentativität konnte im Rahmen dieser Studie nicht angestrebt werden; die Zusammensetzung der Befragten und Diskussionsteilnehmer war vornehmlich darauf ausgerichtet, ein breites Spektrum relevanter Erfahrungen und Einschätzungen in die Bedarfserkundung einfließen zu lassen.

4.6.2 Bundesweit einheitlich erreichbares Seniorentelefon: Ausgangspunkte und konzeptuelle Überlegungen

Fragmentierung und Intransparenz der Helfelandschaft für ältere Menschen

Im Hinblick auf die Strukturen der Altenhilfe wie auch der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen wird immer wieder (vgl. u.a. BLANKE et al., 2000, S. 91; BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2002c, 2002d; GEISER, 1996; SCHULZ-NIESWANDT, 1999) kritisch die Fragmentierung der bestehenden Systeme angemerkt. Erst jüngst hat der Vierte Altenbericht konstatiert, dass die Unübersichtlichkeit der Hilfestrukturen im Pflege- und Gesundheitsbereich ein Problem darstelle, zu dessen Lösung die Einrichtung von den Kommunen getragener integrierter Beratungsdienste vorgeschlagen wird. Die „Vielzahl unterschiedlicher Beratungsangebote“ ma che „es für alle Beteiligten schwierig (um so älter, um so schwieriger), das jeweils adäquate Versorgungsangebot zu ermitteln“. Die integrierten Beratungsdienste sollen in der Lage sein, „alle Beratungsbedürfnisse unter einem Dach“ zu befriedigen bzw. die Ratsuchenden an geeignete Spezialisten zu vermitteln; sie sollen darüber hinaus auch aufsuchende Arbeit leisten (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2002c, Empfehlung Nr. 56, S.337).

Wenngleich Fragmentierungen der beschriebenen Art weite Bereiche der Gesellschaft charakterisieren – KAUFMANN (1997, S. 23) beschreibt den modernen Sozialstaat als „mehr oder weniger fragmentierte Ansammlung spezifischer Dienstleistungssysteme, die ihre eigene Professionalität entwickeln“ – sind gerade die von Seniorinnen und Senioren in besonderem Maße in Anspruch genommenen Dienstleistungsbereiche durch einen hohen Grad an Spezialisierung und Zergliederung gekennzeichnet. Ein stark fragmentiertes System medizinischer, pflegerischer und sozialer Dienste behindert nicht nur die Kooperation zwischen den Anbietern; es erschwert für den Einzelnen die Suche nach für individuelle Problemlagen und Hilfebedarfe geeigneten Angeboten.

Ein klarer und für jeden älteren Menschen auch in einer akuten Krisensituation problemlos auffind- und begehbarer Zugangsweg zu Hilfeangeboten – vergleichbar etwa den weithin bekannten Notrufnummern 110 und 112 bei Polizei und Feuerwehr – existiert bislang nicht. Es ist davon auszugehen, dass Intransparenz dazu führt, dass vorhandene Angebote nicht in Anspruch genommen werden: Hilfesuchende finden keinen Zugang, wissen nichts von der Existenz für sie einschlägiger und potenziell hilfreicher Angebote und verfügen nicht über Strategien, um sich die benötigten Informationen zu verschaffen.

Ein bundesweit einheitlich erreichbares telefonisches Beratungsangebot für ältere Menschen als Ansatz zur Lösung des Problems der durch Intransparenz bedingten unzureichenden Bedarfsdeckung

Die Ausgangsdiagnose unzureichender Transparenz vorhandener Angebote führte zu der Überlegung, die daraus resultierende Lücke zwischen vorhandenem und befriedigtem Hilfebedarf durch ein bundesweit unter einer einheitlichen Nummer erreichbares telefonisches Beratungsangebot für Ältere zu schließen oder jedenfalls zu verkleinern.

Zu den wesentlichen Aufgaben eines solchen Dienstes würde die gezielte und kompetente Vermittlung der Rat- und Hilfesuchenden an für sie geeignete – vorzugsweise lokale – Stellen gehören. Daneben umfasst der anzustrebende Leistungsumfang des Beratungsangebots das Bereitstellen von Sachinformationen für Ratsuchende sowie telefonische Formen der Krisenintervention in dringenden Fällen, die eine Weitervermittlung als nicht angemessen oder nicht ausreichend erscheinen lassen.

Die Implementation eines bundesweit einheitlich erreichbaren telefonischen Beratungsangebots für altersbezogene Fragen setzt ein erhöhtes Maß an Kooperation zwischen bestehenden Einrichtungen sowie an strukturierter Datenerfassung und Datenaustausch voraus. Es eröffnet daher zugleich Perspektiven in den Bereichen der Vernetzung und des Qualitätsmanagements; anzustreben ist eine interdisziplinäre bzw. multiprofessionelle kooperative Qualitätsentwicklung und -sicherung, welche Konzepte, die derzeit unter Begrifflichkeiten wie integrierte Dienstleistungen und Case-Management diskutiert werden, in praktisches Handeln umsetzbar macht.

4.6.3 Darstellung und Diskussion wesentlicher Ergebnisse der Bedarfsanalyse

Bestandsaufnahme telefonischer Beratungsdienste im In- und Ausland

Teils anhand von Gesprächen, vor allem jedoch auf der Grundlage publizierter Materialien wurde eine Bestandsaufnahme telefonischer Beratungsdienste in Deutschland und in einer Reihe anderer Länder erarbeitet. Eine solche Sichtung musste selektiv bleiben; dies gilt bereits für Deutschland, mehr aber noch für den internationalen Bereich.

Die Zielrichtungen der Bestandsaufnahme waren für den in- und ausländischen Bereich unterschiedlich. Im Hinblick auf deutsche Beratungsdienste ging es vor allem um eine Erhebung des Ist-Zustandes, d.h. um Klärung der Fragen, welche telefonischen Dienste für Seniorinnen und Senioren bereits existieren, wie sie arbeiten und genutzt werden; die Analyse erfolgte auch unter dem Gesichtspunkt der Vernetzung mit einem noch zu schaffenden bundesweit einheitlich erreichbaren Dienst. Die Untersuchung im Ausland operierender Beratungsangebote diente vor allem dem Zweck, die Bandbreite dessen zu ermitteln, was im Bereich telefonischer Dienste für ältere Menschen möglich ist und erprobt wird und so Anregungen für die weitere Ausgestaltung entsprechender Dienste in Deutschland zu gewinnen.

Wesentliche Erträge und Ergebnisse der Bestandsaufnahme lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Deutschland:

- Ein bundesweit operierendes thematisch übergreifendes telefonisches Beratungsangebot, welches sich spezifisch an die Gruppe der Älteren richtet, existiert bislang nicht.
- Soweit telefonische Dienste für ältere Menschen bzw. für Fragen des Alters und Alterns eine bundesweite Zuständigkeit haben bzw. beanspruchen, handelt es sich in der Regel um thematisch eng

und klar umrissene Angebote (wie das Alzheimer-Telefon oder das Bürgertelefon zur Pflegeversicherung).

- Insgesamt bieten die derzeit in Deutschland existierenden telefonischen Beratungs-, Informations- und Vermittlungsdienste für ältere Menschen ein sehr heterogenes Bild. Sie unterscheiden sich in starkem Maße hinsichtlich der Trägerschaft und der finanziellen Ausstattung und Absicherung, des thematischen Schwerpunkts, der räumlichen Zuständigkeit, der Beratung durch haupt- oder ehrenamtliche Kräfte. Während alle einschlägigen Dienste Informationen für Ratsuchende bereithalten, gibt es Unterschiede hinsichtlich des Ausmaßes, in dem sie darüber hinaus Beratung und Weitervermittlung an geeignete Instanzen sowie Maßnahmen der Krisenintervention anbieten. Gemeinsam ist den speziell auf die Zielgruppe der Älteren ausgerichteten Diensten eine begrenzte zeitliche Erreichbarkeit.
- Lokale Seniorenberatungstelefone sind z.T. integriert in kommunale Seniorenberatungsstellen innerhalb der Abteilungen für Altenhilfe (so das Frankfurter Seniorentelefon, die Münchner Beratungsstelle und das Kölner Seniorentelefon). Diese arbeiten – mit Ausnahme des Frankfurter Angebots – meist mit hauptamtlichen Kräften und bieten umfassende Beratung zu Fragen des Alters. Daneben bestehen auf lokaler Ebene telefonische Seniorenberatungsangebote auf ehrenamtlicher Basis, die sich vor allem als Vermittlungsagenturen und Gesprächsangebote für ältere Menschen verstehen (Seniorentelefon Berlin, Solinger Seniorentelefon, Wegweisertelefon Hamburg).
- Aus den in Deutschland praktizierten Modellen lassen sich verschiedene Möglichkeiten der organisatorischen und institutionellen Verortung telefonischer Seniorenberatung ableiten.
 - Seniorenberatungstelefone können in die kommunal getragene Seniorenberatung integriert werden. Das Beispiel der Beratungsstelle der Abteilung Altenhilfe in München zeigt, wie durch die Integration eines explizit telefonischen Angebotes ein niedrighschwelliger Zugang zu Beratungseinrichtungen geschaffen werden kann; kurze Informationsanfragen sind genauso möglich wie Übergänge in zugehende Beratungsformen, lange Beratungsprozesse oder weiterführende Hilfen wie die Vermittlung von Pflegeplätzen; zudem bietet sich die Möglichkeit des gesteuerten Rückflusses der erhobenen Informationen in sozialpolitische Gestaltungsprozesse.
 - Integrationsmöglichkeiten telefonischer Seniorenberatung bestehen in die Infrastruktur der Seniorenbüros und anderer Einrichtungen, die sich der Förderung nachberuflichen Engagements verschrieben haben.
 - Telefonische Seniorenberatung kann selbst als nachberufliches ehrenamtliches Handlungsfeld konzipiert werden.
- Am Beispiel des Informationsangebotes des Seniorentelefons in Köln lässt sich zeigen, dass es datenbankbasierte Möglichkeiten der Kombination telefonischer, postalischer und internetgestützter Informationsdienstleistungen kommunaler Seniorenberatung gibt, die nachfragegerecht zu reagieren in der Lage sind.

Internationaler Bereich:

Wesentliche Impulse, die sich aus den in die Analyse einbezogenen ausländischen Ansätzen ergeben, sind die folgenden:

- Internet-gestützte Dienste sollten von Beginn an in die Konzeption eines bundeseinheitlich erreichbaren telefonischen Beratungsangebots einbezogen werden. Auch wenn heute der Anteil aktiver Internet-Nutzer in der älteren Generation noch vergleichsweise gering ist, wird sich dies zumindest langfristig ändern. Zu denken ist einerseits an online verfügbare Datenbanken (vgl. die Darstellungen des Eldercare Locator, der Finder-Datenbank der Mid-Florida Area Agency on Aging, der Nursing Home Compare-Datenbank in Kap. 4.2.2.), andererseits an die Nutzung von E-Mail, evtl. auch Formen des Online-Chat zur Abfrage bzw. Übermittlung von Informationen sowie auch im Bereich der Beratung.
- Ebenso sollten von Beginn an die Möglichkeiten des Einsatzes von Kommunikationstechnologien geprüft werden, welche dazu beitragen können, das Beratungsangebot auch für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderungen nutzbar zu machen.
- Die Analyse ausländischer Beratungsangebote zeigt deutlich, dass proaktive Elemente in genuin telefonische Dienste integrierbar sind bzw. mit diesen kombiniert werden können.¹²² Wesentliche Arbeitsansätze sind das proaktive telefonische Kontaktieren von Klienten seitens der Beratungsstelle sowie die Kombination telefonischer Beratung mit Hausbesuchen. Beispiele für den erstgenannten Zugang sind (vgl. wiederum Kap. 4.2.2.) das Programm Link Plus, in dessen Rahmen Sozialarbeiter wöchentlich telefonischen Kontakt zu den Klienten aufnehmen, das Geriatric Outreach Program, das einen Notrufdienst mit einem proaktiven Angebot kombiniert, welches vorher verabredete Telefonkontakte zwischen Beratern und Klienten umfasst, oder die aktive Herstellung eines Erstkontakts zu Personen, die als potenzielle Kriminalitätsoffer betrachtet werden, in der Arbeit des National Telemarketing Victim Call Center. Einige der dargestellten ausländischen Projekte (dies betrifft u.a. die Aging & Disability Services Helpline, die Age Concern Information Line und den italienischen Telefondienst Filo d'Argento) zeigen, dass telefonische Dienste, die klassischerweise lediglich auf Kontaktaufnahmen seitens der Klienten reagieren, sich mit Methoden aufsuchender Sozialarbeit (vgl. hierzu u.a. GABMANN, 2000; MENNEMANN & RIBBERT-ELIAS, 1999; THIELE, 2001; ZEMAN, 1998) verbinden lassen. Derartige Ansätze eignen sich vor allem für Zielgruppen, deren Fähigkeit oder Motivation, sich in einer Notlage oder Krisensituation eigenständig um Hilfe zu bemühen, eingeschränkt ist.
- Ein weiterer, eng mit der angesprochenen proaktiven Ausrichtung verknüpfter Aspekt fällt bei der Betrachtung der Bandbreite ausländischer Telefonberatungsprojekte ins Auge: Einsamkeit und soziale Isolation alter Menschen werden vielfach nicht als quasi unvermeidbare thematische Nebenprodukte aufgefasst, sondern als schwerwiegende Probleme begriffen, die explizit in das Konzept einer Beratungseinrichtung einzubeziehen sind. Die Erfahrungen aus dem Telefondyaden-Projekt von HELLER et al. (1991) weisen darauf hin, dass das bloße Initiieren relativ willkürlicher Kontaktsituationen hier keine hinreichende Abhilfe schafft. Besser geeignet erscheinen Initiativen wie der sog. „Befriending“-Dienst der britischen Organisation Age Concern, in dessen Rahmen Ehrenamtliche zunächst telefonisch, dann aber auch persönlich Kontakt zu in sozialer Isolation lebenden Älte-

¹²² Proaktive Ansätze der telefonischen Beratung gibt es auch in Deutschland; vgl. KIPPER (1993) zur telefonischen Unterstützung Suizidgefährdeter im Rahmen der Tätigkeit der Telefonseelsorge Mülheim/Ruhr; PAUL, WEITEMEYER & PUDEL (1986) zum Einsatz telefonischer Beratungskontakte in der nachklinischen Versorgung von Bulimiepatientinnen.

ren aufnehmen. Insgesamt sind in diesem Bereich in besonderem Maße Verbindungen mit proaktiven bzw. aufsuchenden Diensten sinnvoll und erforderlich.

- Schließlich weist vor allem das Beispiel von STEPS, einer auf die Problematik von Sturzgefährdungen für Ältere im öffentlichen Raum spezialisierten kanadischen Hotline, darauf hin, wie Beschwerdestellen und ähnliche Institutionen im Sinne einer ´Politikberatung von unten´ auch als Instrumente kommunalpolitischer Planung genutzt werden können.¹²³

Der Grundgedanke eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefans aus der Perspektive der Befragten

Der Grundgedanke eines bundesweit einheitlich erreichbaren, eindeutig auf die Gruppe der Seniorinnen und Senioren sowie ihrer Angehörigen abzielenden telefonischen Angebots wird von der überwiegenden Mehrheit der im Rahmen der Bedarfsanalyse befragten Personen und Gruppen eindeutig begrüßt, das Konzept für erprobenswert gehalten. Diese befürwortende Haltung war sowohl bei den befragten Senioren und Seniorenvertretern als auch bei den Expertinnen und Experten aus den Feldern der Beratung und der Altenhilfe zu konstatieren.

Ausgehend von der vielfach geäußerten Kritik an der Unübersichtlichkeit und mangelnden Zugänglichkeit bestehender Beratungsangebote werden als wesentliche Vorteile eines bundesweit einheitlich erreichbaren Seniorenberatungstelefans die eindeutige Zielgruppenansprache, die Möglichkeit einheitlicher und flächendeckender Öffentlichkeitsarbeit und – die Wahl einer entsprechend gestalteten Telefonnummer vorausgesetzt – die gute Erinnerbarkeit gesehen; als bedeutsam wird in diesem Zusammenhang auch ein einheitlicher, anschaulicher und einprägsamer Name betrachtet. Ein solches Beratungsangebot sollte – auch darüber herrschte weitestgehende Einigkeit – in jedem Fall thematisch breit konzipiert sein. Neben dem erleichterten Zugang eröffnet ein niedrighschwelliges und thematisch offen angelegtes Beratungsangebot die Chance, im Sinne einer „Türöffnerfunktion“ auch den häufig zunächst unspezifischen Beratungsanliegen älterer Menschen in stärkerem Maße gerecht zu werden als dies bislang der Fall ist.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bestehender Beratungsdienste hoben im Rahmen der Bedarfsanalyse hervor, der wesentliche potenzielle Gewinn eines bundesweiten Beratungstelefans rund ums Alter(n) liege in der Integration, Vernetzung und Flankierung bestehender (lokaler) Angebote; es solle hingegen nicht darum gehen, ein von bestehenden Strukturen unabhängiges zusätzliches spezialisiertes Beratungsangebot zu schaffen.

Wahrnehmung von Beratungsbedarf durch die befragten Personen und Gruppen

Altersbezogenen Beratungsbedarf haben nicht nur ältere Menschen selbst, sondern auch ihre Angehörigen, weitere Personen aus dem Lebensumfeld Älterer wie Bekannte, FreundInnen, NachbarInnen und VermieterInnen, aber auch MitarbeiterInnen einschlägiger Institutionen und Einrichtungen. Als hinsichtlich ihres Beratungsbedarfs zu aktivierende Gruppen wurden von den Befragten einerseits vor allem ältere Männer genannt, andererseits Personen im mittleren Lebensalter, bei denen durch rechtzeitige präventive Beratung altersbezogene Krisen und Notlagen bereits im Vorfeld verhindert werden könnten.

¹²³ Dies entspricht dem Grundsatz modernen Beschwerdemanagements (vgl. u.a. BIERMANN, 1996; GRAF, 1990; STAUSS & SEIDEL, 1998), wonach jede Beschwerde als kostenlose Beratung aufgefasst werden kann.

Hinsichtlich der Anliegen altersbezogener Beratung wird auf eine starke Zweiteilung verwiesen. Anliegen und Art des Hilfebedarfs von älteren Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen unterscheiden sich maßgeblich von denen der gesunden "Jungen Alten".

Telefonische Beratungsdienste für Ältere und für Fragen rund um das Alter treffen auf starke Nachfrage nach Information, Beratung, Vermittlung und ausführlichen Gesprächen vor allem zu den Themenkomplexen „Wohnformen im Alter“ und „Pflegebedürftigkeit, Behinderung, Pflege“ sowie „Gesundheit und Gesundheitsversorgung“:

Weitere Bereiche, in denen Seniorinnen und Senioren Beratung und Information suchen, sind nach den Ergebnissen der Bedarfserkundung die folgenden:

- Inanspruchnahme von Leistungen (Rente, Sozialhilfe, medizinische Leistungen etc.), allgemein auch der Umgang mit Ämtern,
- Altersvorsorge und materielle Absicherung,
- Abfassen von Testamenten, Vorsorgevollmachten und anderen Verfügungen für Fälle schwerer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit,
- Fragen der gesetzlichen Betreuung,
- Freizeitgestaltung, bürgerschaftliches Engagement und nachberufliche Tätigkeit, bei jüngeren Seniorinnen und Senioren auch Probleme im Verhältnis zum Arbeitsmarkt,
- Lebenskrisen und Lebenskonflikte; dazu gehören u.a. familiäre Konflikte, Gewalterfahrungen im Nahraum, Suizidalität und Depressivität, Verlusterfahrungen und Trauer,
- Sicherheit und Schutz vor Kriminalität und Gewalt.

Als weitere zentrale Thematik und Problematik in der telefonischen Beratung älterer Menschen kristallisierte sich in der Bedarfserkundung der Bereich Einsamkeit und soziale Isolation heraus. Viele Dienste berichten über thematisch relativ unspezifischen Gesprächsbedarf, über Anrufe, die vor allem dem Ziel dienen, einer als belastend empfundenen Situation sozialer Isolation wenigstens für die Dauer der Gesprächs zu entkommen. Entsprechende Anliegen werden von den Ratsuchenden vielfach nicht oder jedenfalls nicht zu Beginn der Beratungsgespräche offengelegt, sondern – etwa als Suche nach Information – in ein „sachliches Gewand“ gekleidet.¹²⁴ Abzugrenzen von dem dargestellten thematisch spezifizierbaren Beratungsbedarf ist daher ein allgemeiner Gesprächs- und Kontaktbedarf. Fassen wir „Beratung“ als eine auf Problemlösung und (über die unmittelbare Gesprächssituation hinausgehende) Veränderung abzielende Interaktion zwischen Berater und Ratsuchendem, so lassen sich längst nicht alle Anliegen von Nutzern telefonischer Beratungsdienste unter dieses Konzept subsumieren.

Die befragten Fachkräfte aus dem Bereich der Altenarbeit kritisierten die mangelnde Transparenz der Altenhilfestrukturen, welche den Zugang für einige Bevölkerungsgruppen in besonderem Maße erschwere; dazu gehören Hochbetagte, MigrantInnen und Personen, denen die Kompetenzen zum Umgang mit Informationsmaterialien fehlen. Verbesserungspotenziale sehen die Befragten in den Beratungsangeboten der Kommunen und Krankenkassen sowie in der Gestaltung von Seniorenratgebern und anderen Informationsmaterialien. Die Intransparenz der Altenhilfestruktur – insbesondere in den Berei-

¹²⁴ Gezielte Hilfen durch Beratung und Selbsthilfe für nach dem Tod des Partners oder der Partnerin unter Einsamkeit leidende hochaltrige Frauen und Männer fordert auch der Vierte Altenbericht (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2002c, Empfehlung Nr. 7, S. 333).

chen der Pflege und des Betreuten Wohnens – kann bei Ratsuchenden vor allem dann zu Verunsicherung und Frustration führen, wenn eine Weitervermittlung der anderen folgt. Besonders vermisst wurden Möglichkeiten, sich über die Qualität von Pflegeangeboten vorab hinreichend zu informieren.

Während für städtische Regionen meist eine zufriedenstellende Versorgung älterer Menschen mit Beratungsleistungen konstatiert wird, gehen vor allem die Fachkräfte von einer vergleichsweise schlechten Infrastruktur in ländlichen Regionen aus. Ebenso wurden hinsichtlich der neuen Bundesländer besonders ausgeprägte Defizite im Bereich der Seniorenberatung wahrgenommen.

Hinsichtlich der angebotenen Leistungen und der angesprochenen Themen wurden Defizite konstatiert im Bereich der Gesprächs- und Kontaktmöglichkeiten für Ältere sowie in den Themenfeldern Rente, Rechtsfragen, Demenzerkrankungen und Gewalt. Im Hinblick auf die Qualität der Angebote wurden Mängel hinsichtlich der Beratungskompetenzen von MitarbeiterInnen im Bereich der Altenhilfe gesehen; Kritik wurde formuliert an fehlender Professionalität von Beratung, die u.a. in unklaren Effektivitätskriterien und einer teilweise unbefriedigenden Datenlage hinsichtlich der Nutzung von Beratungsangeboten, der Aktivitäten der Beratenden und der Wirkungen und Wirksamkeit von Beratung zum Ausdruck komme.

Bestehende Beratungsdienste und Potenziale eines bundesweit einheitlich erreichbaren Angebots

Derzeit bestehende Telefon-Beratungsdienste, die sich speziell an Ältere wenden bzw. von dieser Altersgruppe genutzt werden, haben zum Teil zentralisierte (so z.B. das von der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft mit Unterstützung des BMFSFJ betriebene Alzheimer-Telefon und das Bürgertelefon zur Pflegeversicherung des Bundesministeriums für Gesundheit), zum Teil dezentrale Organisationsformen gewählt (so z.B. die Telefonseelsorge). Alle bestehenden Angebote treffen – soweit hierzu Erkenntnisse vorliegen – auf eine quantitativ bedeutsame Nachfrage. In den Bereichen „Wohnen“ und „Pflege / Behinderung / Krankheit / Gesundheit“ entspricht die manifest werdende Nachfrage thematisch weitgehend den erklärten Inhalten der Angebote. In anderen Feldern kommen thematisch unspezifische Anrufe dazu bzw. ist eine klare Grenzziehung zwischen einschlägigen und nicht einschlägigen Anrufen nicht in jedem Einzelfall möglich (vgl. diesbezüglich auch die Analyse des BMFSFJ-Modellprojekts „Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum von GÖRGEN, KREUZER, NÄGELE & KRAUSE, im Druck). Probleme existierender Beratungsdienste bestehen in einer z.T. sehr begrenzten zeitlichen Erreichbarkeit, in einzelnen Fällen auch in der fehlenden tragfähigen finanziellen Absicherung des Projekts insgesamt und der Beschäftigung der hauptamtlichen Kräfte im Besonderen.

Von dem ins Auge gefassten Projekt unterscheiden sich bislang bestehende bundesweit operierende telefonische Beratungsangebote vor allem durch die starke Beschränkung hinsichtlich der Themen (z.B. Demenz, Pflegeversicherung, Krankheit und Gesundheit allgemein¹²⁵) bzw. durch Organisationsform und Art der angebotenen Dienste (z.B. – wie im Falle der Telefonseelsorge – telefonische Unterstützung in kritischen Lebenssituationen durch geschulte Ehrenamtliche). Diese existierenden Strukturen

¹²⁵ Die Stiftung Warentest untersuchte im Sommer 2002 fünfzehn telefonische Service-Hotlines gesetzlicher und privater Krankenkassen sowie eine kommerzielle Gesundheits-Hotline (WISSENSLÜCKEN, 2002). In den meisten Fällen wurden die Dienste nicht unmittelbar von den Kassen, sondern von externen Dienstleistern über Callcenter betrieben. Während der Service – d.h. vor allem Erreichbarkeit, Schnelligkeit, Engagement, Freundlichkeit und Verständlichkeit als sehr gut beurteilt wurden, waren die Testergebnisse hinsichtlich der in den Antworten zum Ausdruck kommenden medizinischen Kompetenz lediglich befriedigend. Die Stiftung Warentest empfiehlt, dass die Mitarbeiter der Dienste den Anrufern ihre berufliche Qualifikation nennen und diese gegebenenfalls direkt an einen kompetenten bzw. zuständigen Ansprechpartner weitervermitteln, mindestens aber dessen exakte Telefonnummer zu nennen in der Lage sind.

wären mit einem neu zu schaffenden, thematisch breit angelegten und bundeseinheitlich erreichbaren Dienst zu vernetzen.

Hinsichtlich der Potenziale eines bundesweit einheitlich erreichbaren Angebots gegenüber den bestehenden Diensten ergeben sich auf der Grundlage der im Rahmen dieser Bedarfsanalyse mit Senioren und Experten geführten Gruppendiskussionen und Interviews folgende Schlussfolgerungen:

1. Grundsätzlich ist das Konzept eines bundesweit einheitlich erreichbaren telefonischen Beratungsangebots für Seniorinnen und Senioren geeignet, die Zugänglichkeit von Hilfeangeboten für Ratsuchende zu erhöhen. Es schafft einen in mehrfacher Hinsicht niedrigschwelligen ersten Zugangsweg:
 - Das Telefon als Medium der Kontaktaufnahme ist in praktisch jedem Haushalt vorhanden, leicht zu handhaben und ermöglicht Kontakt ohne Preisgabe der Identität. Die Verwendung des Telefons als Kommunikationsmittel kann Probleme lösen, die sich – im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Hilfen – aus nicht vorhandener oder stark eingeschränkter Mobilität des Hilfesuchenden ergeben; dies gilt sowohl für körperliche Beeinträchtigungen als auch für die von pflegenden Angehörigen erlebten Einschränkungen des Aktionsradius.
 - Ein thematisch offenes bundesweites Seniorentelefon kann Beratung und Vermittlung zu einer Vielfalt von Problemfeldern und grundsätzlich im Hinblick auf alle altersbezogenen Fragen leisten. In stärkerem Maße als thematisch enger gefasste Dienste kann es somit Überblicks- und Übersichtsfunktionen wahrnehmen.
 - Über die unmittelbare Beratung am Telefon hinaus besteht die Möglichkeit zur Weitervermittlung an geeignete Stellen bzw. zur Organisation weitergehender Hilfen – auch dies wiederum thematisch weit gefasst und vor dem Hintergrund einer verlässlichen Vernetzung der Beratenden mit den Stellen, an welche weitervermittelt wird.
 - Ein thematisch weit gefasster, eine Vielzahl von Fragen des Alters und rund um das Alter aufgreifender Beratungsdienst nimmt – entsprechende Öffentlichkeitsarbeit vorausgesetzt – den Ratsuchenden etwaige Zweifel, ob sie ihr jeweiliges Anliegen an richtiger Stelle vorbringen. Ein solches Angebot vermag somit eine kompetente, der Situations- und Problemeingrenzung dienende Erstberatung zu leisten.
 - Ein bundesweit erreichbarer Dienst kann effizient beworben werden; eine leicht erinnerbare Nummer und ein einprägsamer Name erhöhen die Salienz des Angebots in der Erinnerung und im Bewusstsein der angesprochenen Zielgruppen.
2. Bestehende lokale Beratungsangebote für Seniorinnen und Senioren haben vielfach stark eingeschränkte Zeiten der Erreichbarkeit. Hier kann eine bundesweite Vernetzung bzw. eine zentrale Organisation wenigstens zum Teil Abhilfe schaffen. Hinsichtlich der Frage der Notwendigkeit einer Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit von Beratungsdiensten an allen Tagen der Woche erbrachte die Bedarfsanalyse kein eindeutiges Bild; sowohl von Beratenden als auch von (potenziell) Ratsuchenden wurde zum Teil die Einschätzung geäußert, eine permanente Erreichbarkeit sei nicht unbedingt erforderlich. Eine Ausnahme bilden hier sicherlich Dienste im Bereich der Krisenintervention und der Suizidprophylaxe, bei denen die jederzeitige Zugänglichkeit angesichts der Schwere der in Frage stehenden Probleme und des akuten und krisenhaften Auftretens angestrebt werden muss. Durch die Telefonseelsorge ist dies für den Bereich der ehrenamtlichen Beratung gewährleistet. Diese und weitere Kriseninterventions- und Suizidpräventionsdienste sind unbedingt mit dem bun-

desweit einheitlich erreichbaren Angebot zu vernetzen; die jederzeitige Erreichbarkeit für Personen in akuten Krisen- und Notsituationen muss sichergestellt werden.

3. Die mit dem Aufbau eines bundesweit einheitlich erreichbaren telefonischen Beratungsangebots unabdingbar einhergehende stärkere Vernetzung von altersbezogenen Diensten lässt positive Effekte für die Ausgestaltung der Hilfelandschaft erwarten. Im Sinne von Qualitätsentwicklung können zumindest langfristig Angebote unterschiedlicher Träger besser aufeinander abgestimmt, verzichtbare Doppel- und Parallelangebote abgebaut, bestehende Lücken zuverlässiger erkannt und geschlossen werden. Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle sowie der Aus- und Weiterbildung von Beraterinnen und Beratern können systematisiert, Nutzerstatistiken in einer einheitlichen Weise geführt und zentral ausgewertet werden.

Fragen der Struktur und Organisation eines bundeseinheitlich erreichbaren Angebots

Denkbare Organisationsstrukturmodelle eines bundeseinheitlich erreichbaren telefonischen Beratungsangebots bewegen sich zwischen einer weitgehend zentralisierten Lösung – eine Beratungseinrichtung an einem zentralen Ort, die selbst berät, Informationen bereithält und soweit erforderlich an lokale Einrichtungen weitervermittelt – und einer vollständig dezentralen Variante, bei der eine Vielzahl lokaler Dienste lediglich durch eine gemeinsame Telefonnummer, möglicherweise auch einen einheitlichen Namen und ein entsprechendes Logo verbunden sind und Anrufe automatisch zu der nächstgelegenen bzw. der nächsten gerade erreichbaren Einrichtung innerhalb des Verbundes weitergeleitet werden.¹²⁶

Die im Verlauf der Bedarfsanalyse befragten Gruppen und Personen geben in der Tendenz dezentralen Modellen den Vorzug, bei denen der Schwerpunkt auf Vernetzung vorhandener Dienste und der kompetenten Vermittlung der Ratsuchenden liegt. Existierende Beispiele für bundesweit unter einer einheitlichen Nummer erreichbare, gleichwohl dezentral organisierte Beratungsdienste sind u.a. die Telefonseelsorge und die in der Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendtelefone¹²⁷ zusammengeschlossenen Einrichtungen.

Die Bedarfsanalyse machte deutlich, dass bei vielen Problemen, deretwegen ältere Menschen heute Beratungsdienste in Anspruch nehmen, qualitativ hochwertige und hilfreiche Beratung eine genaue Kenntnis der jeweiligen örtlichen Gegebenheiten bzw. umfassende, aktuelle, verlässliche und leicht abrufbare lokale Daten voraussetzt. Die „Ortskenntnis“ muss nicht in jedem Fall eine aus persönlicher Erfahrung gespeiste sein; eine solche ist – wenigstens soweit es um Vermittlung der Klienten an geeignete lokale Dienste geht – grundsätzlich weitgehend substituierbar durch eine Datenbank örtlicher Einrichtungen, welche die oben genannten Kriterien erfüllt.

Daneben gibt es Beratungsanliegen, die auf Seiten der Beratenden keine spezifische Ortskenntnis erforderlich machen und daher grundsätzlich auch für stärker zentralisierte, jedenfalls „klientenfernere“ Organisationsformen in Frage kommen; dazu gehören Problembereiche wie Einsamkeit, familiäre und Partnerschaftskonflikte einerseits sowie Informations- und Beratungsanliegen zu Sachangelegenheiten

¹²⁶ Weitere grundsätzliche Entscheidungen betreffen unter anderem Trägerschaft und Finanzierung, thematische Zuständigkeiten, den Leistungsumfang und die grundlegenden Arbeitsprinzipien des Beratungsangebots, geeignete Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung, Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung, den Stellenwert ehrenamtlichen Engagements, die Gewichtung und gegebenenfalls Verknüpfung reaktiver und proaktiver Ansätze sowie Fragen des Umgangs mit dem Problem der eingeschränkten bzw. an besondere Voraussetzungen geknüpften Erreichbarkeit von Teilen der älteren Generation (insbesondere Demenzkranke und in ihrer Sprech- oder Hörfähigkeit eingeschränkte Personen einerseits, in Deutschland lebende ältere Migrantinnen und Migranten andererseits).

¹²⁷ Vgl. die Darstellung des Kinder- und Jugendtelefons in Kap.4.5.2.1.

und zu finanziellen und rechtlichen Fragen, die auf Bundes- oder Länderebene einheitlich geregelt sind, auf der anderen Seite.

Über eine gemeinsame Telefonnummer der lokalen Institutionen hinaus empfiehlt sich aus unserer Sicht für ein dezentrales Beratungsmodell der Aufbau einer Verbandsstruktur. Zum Aufgabenspektrum eines solchen Verbandes sollten gehören: Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildung, Entwicklung von Qualitätsstandards und Implementation von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle. Der Verband sollte so ausgestaltet werden, dass die Gefahr einer Instrumentalisierung für die Zwecke einzelner Personen oder Institutionen (z.B. Träger von Altenhilfeangeboten) minimiert wird. Grundsätzlich ist für die lokal verankerten Beratungseinrichtungen an kooperative Trägerstrukturen zu denken, an denen die Träger von Altenhilfeeinrichtungen in Kooperation mit den Kommunen beteiligt sind. Bereits praktizierte Ansätze zu solchen kooperativen Trägerschaften – zu denken wäre etwa an das PflegeNot-Telefon Schleswig-Holstein oder die trägerübergreifenden Beratungs- und Koordinierungsstellen in Hessen¹²⁸ – sollten in einem nächsten Schritt der Konzeptualisierung eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungsangebots hinsichtlich der dort gesammelten Erfahrungen ausgewertet werden.

→ **Thematische Breite eines telefonischen Beratungsangebots**

Ein bundeseinheitlich erreichbares telefonisches Beratungsangebot für ältere Menschen sollte nach Auffassung der befragten Personen eine breite Palette von altersbezogenen Themen und Problematiken abdecken. Dass es nicht um die Etablierung eines eng gefassten Angebots gehen kann, ergibt sich bereits aus der Grundidee, die Vielfalt und Vielzahl bestehender Dienste für ältere Menschen transparenter und über einen unkomplizierten ersten Zugangsweg leichter verfügbar zu machen.

Für die thematische Breite eines Beratungstelefonats spricht auch die Komplexität individueller Problemlagen, die sich vielfach nicht eindeutig und nicht in einer den Bedürfnissen des Ratsuchenden gerecht werdenden Weise als Rechtsfrage, Beschwerde, soziale Notlage, psychische Krise, Beziehungsproblem etc. fassen und entsprechend institutionell kanalisieren lassen.

Ein thematisch breites, leicht zugängliches telefonisches Beratungsangebot böte insbesondere nach Auffassung der in der Beratungsarbeit tätigen ExpertInnen die Chance einer kompetenten Erstberatung, die unter Umständen als Türöffner eines weiteren Hilfesuch- und Beratungsprozesses fungieren kann.

Ein abschließender Themenkatalog kann und soll an dieser Stelle nicht festgeschrieben werden. Anhaltspunkte geben die oben genannten Bereiche, zu denen Beratungsbedarf konstatiert wurde.¹²⁹ Wesentlich erscheint es, zwei thematische Einengungen zu vermeiden; dabei handelt es sich zum einen um eine Begrenzung auf ´Probleme´, ´Sorgen´ etc., also auf grundsätzlich defizitäre Aspekte, zum ~~andere~~ um eine zu starke Konzentration auf den Bereich der (ambulanten und stationären) Pflege. Sicherlich ist davon auszugehen, dass die meisten Anrufer sich an das Telefon wenden werden, weil sie Hilfe bei Problemen und Notlagen suchen, auch werden voraussichtlich Fragen der Sicherstellung einer hochwertigen oder zumindest akzeptablen pflegerischen Versorgung älterer Menschen einen beträchtlichen Teil der Anrufer beschäftigen. Dies sollte jedoch nicht dazu führen, dass Themen wie bürgerschaftli-

¹²⁸ Vgl. dazu Hessisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung, Referat Öffentlichkeitsarbeit (1998), sowie Gaßmann (2000, S. 413).

¹²⁹ Im Hinblick auf die oben konstatierten Anliegen zu Rechtsfragen wäre dafür Sorge zu tragen, dass entsprechende Beratung ausschließlich durch hierzu rechtlich befugte Personen erfolgt; zu denken wäre sowohl an die (stundenweise) Einbindung von Rechtsanwältinnen als auch an Weitervermittlung an entsprechende Personen und Institutionen.

ches Engagement¹³⁰ und Bildung im Alter¹³¹ außerhalb des Blickwinkels einer solchen Einrichtung bleiben, noch sollte sie den Fehler begehen, Alter durch faktische inhaltliche Schwerpunktsetzungen implizit mit Pflegebedürftigkeit zu identifizieren und dadurch die nicht pflegebedürftige Mehrheit der älteren Generation aus dem Blickfeld zu verlieren. Entsteht bei Seniorinnen und Senioren erst der Eindruck entstanden, es handele sich um ein Beratungsangebot für „Gebrechliche, Kranke, Pflegebedürftige, Verwirrte“, ist das daraus resultierende selektive Nutzerverhalten – wenn überhaupt – nur mit großem Aufwand noch modifizierbar.

Weitere Annäherungen an den inhaltlichen Zuständigkeitsbereich eines bundeseinheitlich zu erreichenden telefonischen Beratungsdienstes ergeben sich aus einer Beschreibung der Adressatengruppen. Das in Frage stehende Seniorentelefon sollte grundsätzlich offen sein für Beratungs-, Informations- und Vermittlungsanliegen älterer Menschen¹³² sowie für deren Angehörige, Freunde, gesetzlichen Betreuer und sonstigen Interessenvertreter, soweit deren Anliegen sich auf einen älteren Menschen oder auf altersbezogene Probleme beziehen, schließlich auch für im Bereich der Altenarbeit und Altenhilfe tätige Personen.

Die thematische Enge oder Breite eines Beratungsangebots hat weitreichende Folgen für das Nutzerverhalten aber auch für die – via direkter Beratung oder durch Vermittlung – verfügbar zu haltenden Informationen und in die Vernetzung einzubeziehenden Dienste. Darüber hinaus sind folgende Effekte und Zusammenhänge zu berücksichtigen:

- Eng gefasste inhaltliche Zuständigkeiten führen (wie etwa im Falle des Alzheimer-Telefons) in Kombination mit einer über Namensgebung und Öffentlichkeitsarbeit vermittelten Erkennbarkeit dieser Beschränkung zu einer guten inhaltlichen Passung von Angebot und Nachfrage. Die Beschränkung auf einen Problembereich ist jedoch mit dem Grundgedanken eines niedrighschwelligsten Zugangspunktes zu einer Vielzahl von Hilfen nicht vereinbar; sie bietet sich ohnehin nur für einige klar benennbare Problemfelder (etwa: „Alzheimer“, „Rente“, „Pflegeversicherung“) an und büßt bereits im Hinblick auf komplexere bzw. begrifflich schwerer fassbare Problemlagen („Krisen“, „Konflikte“, „Gewalt“ etc.) den genannten Vorteil weitgehend wieder ein.
- Telefondienste für ältere Menschen, die – programmatisch oder in ihrer praktischen Arbeit – thematisch offen sind, werden vielfach von Menschen genutzt, die unter Einsamkeit und sozialer Isolation leiden und thematisch eher unspezifisch Gespräch und Kontakt suchen. Berichte und Schätzungen reichen für einzelne Dienste bis zu einem Anteil von 90% am gesamten Anrufaufkommen. Es sind daher Konzepte zu entwickeln, wie mit derartigen Anrufen und Anliegen in einer Weise umgegangen wird, welche zugleich den Problemen und Bedürfnissen der Klienten und der Arbeitsfähigkeit der beratenden Institutionen gerecht wird.
- Die thematische Breite eines Beratungsangebots und seine Offenheit für Anliegen und Probleme sehr unterschiedlichen Dringlichkeits- und Schweregrades (ein „Notruftelefon“ lässt hier etwas An-

¹³⁰ Vgl. hierzu das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend initiierte Modellprogramm „Seniorenbüro“ (dazu FACHINGER, 1999; zu ehrenamtlichem Engagement Älterer z.B. BACKES, 1992; BRAUN & BISCHOFF, 1999; HELMBRECHT, 1995; OTTO, 1997; REYLE, 1995; SCHUMACHER, STIEHR, LOTZ, RAUCH & RITTER, 1996).

¹³¹ Vgl. dazu u.a. ARNOLD (1992), EIRMBTER (1979), KAISER (1997), KRAUS (2001), MALWITZ-SCHÜTTE (1998), ZAHN (1993), ZEMAN (2001).

¹³² Eine untere Altersgrenze braucht nicht benannt zu werden; gegebenenfalls wäre sie eher niedrig (zwischen 50 und 60 Jahren) anzusetzen.

deres assoziieren als ein „Sorgentelefon“ oder ein „Seniorentelefon“) stehen in einem wenigstens latenten Spannungsverhältnis zu seiner jederzeitigen Zugänglichkeit für dringende Not- und Problemfälle. Es wird zu prüfen sein, inwieweit Maßnahmen zur Kanalisierung von Anrufen erforderlich und realisierbar sind; diesbezügliche Entscheidungen sollten erst vor dem Hintergrund erster Daten zum Nutzeraufkommen (z.B. in einer Modellregion) getroffen werden.

→ **Professionelle und ehrenamtlich tätige Beraterinnen und Berater**

Um ehrenamtliche Arbeit (bürgerschaftliches Engagement, Bürgerarbeit oder wie immer die gewählten Begrifflichkeiten lauten) sind vor allem im vergangenen Jahrzehnt intensive Debatten geführt worden. Während die eine Seite darin vielfältige Chancen zu einem durch mehr Solidarität gekennzeichneten Gemeinwesen erblickt, wenden Kritiker ein, der Staat versuche auf diesem Wege, die negativen Folgen einer neoliberal ausgerichteten Politik der Deregulierung und Privatisierung vormals öffentlicher Aufgaben abzufangen; es wird befürchtet, die derzeitige Förderung ehrenamtlichen Engagements werde sukzessive in Erwartungen oder gar Verpflichtungen zum Ableisten unbezahlter Arbeit übergehen. Insbesondere aus geschlechterdemokratischer Perspektive (vgl. z.B. NOTZ, 1998) wird eingewandt, dass die Förderung freiwilliger Arbeit vor allem im Bereich sozialer Dienstleistungen möglicherweise Deprofessionalisierungstendenzen fördere. Dies wirke sich negativ auf die Qualität der geleisteten Dienstleistungen aus und beinhalte die Gefahr einer ideellen und letztlich auch materiellen Abwertung vor allem von Frauen geleisteter Formen der Arbeit. Entsprechende Befürchtungen seien vor allem insoweit angebracht, als zuvor professionell erbrachte und entsprechend entlohnte soziale Arbeit durch ehrenamtliche Tätigkeiten substituiert würde.

Zugleich wird in den 90er Jahren ein Bedeutungswandel ehrenamtlicher Tätigkeit dahingehend konstatiert, dass diese subjektiv immer weniger nur als der Gesellschaft geschuldete Pflicht und in zunehmenden Maße auch als Möglichkeit individueller Entfaltung und Sinnfindung außerhalb des Erwerbslebens wahrgenommen wird; BRANDENBURG (1995) nennt als Charakteristika des "neuen Ehrenamts" u.a. eine verstärkte Reziprozität von Geben und Nehmen, einen höheren Qualifikationsgrad der Ehrenamtlichen und eine gewachsene Bedeutung finanzieller Gratifikationen.¹³³

Zum höheren Lebensalter hat das Ehrenamt insofern einen doppelten Bezug, als ehrenamtliche Arbeit einerseits vielfach von Personen nach Ende der Phase der Erwerbs- und Berufstätigkeit geleistet wird und andererseits auch im Bereich der Altenarbeit stattfindet. Auch Beratungsdienste für ältere Menschen arbeiten zum Teil mit ehrenamtlichem Personal. In die vorliegende Bedarfserkundung wurden sowohl auf derartigem Engagement basierende als auch professionell gestützte Dienste einbezogen. Dazu ist zu bemerken, dass „professionelle“ und „ehrenamtliche“ Beratung keine einander kategorial ausschließenden Begriffe sind. Auch Personen, die über eine sie für die in Frage stehende Beratungstätigkeit qualifizierende Ausbildung verfügen, können diese Tätigkeit im Rahmen ehrenamtlichen Engagements ausüben¹³⁴; solche „professionellen Ehrenamtlichen“ können abgegrenzt werden von „ehrenamtlichen Laien“, deren berufliche Qualifikation keinen unmittelbaren Bezug zu der Beratungstätigkeit aufweist.

¹³³ Zur aktuellen Diskussion um ehrenamtliche Arbeit vgl. außerdem BEHER, LIEBIG & RAUSCHENBACH (1999; 2000), BLANDOW (1998), BOEBENECKER (1999), ENGELS (1992), MÜLLER & RAUSCHENBACH (1988), NATIONALE KONTAKT- UND INFORMATIONSTELLE ZUR ANREGUNG UND UNTERSTÜTZUNG VON SELBSTHILFEGRUPPEN (1997), NÖRBER (1999), NOTZ (1998), WENDT, 1996).

¹³⁴ In diesem Zusammenhang ist auf ein neues Multiplikatorenprogramm des BMFSFJ zu verweisen. Das im Frühjahr 2002 gestartete Bundesmodellprogramm "Erfahrungswissen für Initiativen" (EFI) verfolgt das Ziel, "ältere Menschen in der Wertigkeit ihres Erfahrungswissens zu bestärken und dieses Wissen für die Gesellschaft besser zu nutzen" (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2002e, 2. April).

Auch jenseits grundsätzlicher ökonomischer und sozialpolitischer Fragen hinsichtlich des Stellenwerts ehrenamtlichen Engagements sind Vor- und Nachteile einer Beratung durch Ehrenamtliche gegeneinander abzuwägen. Chancen ehrenamtlicher Beratungsarbeit liegen nach Ansicht der in der Bedarfsanalyse befragten Personen u.a. in einer möglichen größeren Nähe der Lebenswelten von Ratsuchenden und Beratenden (hier ist an Formen der Beratung von Senioren für Senioren zu denken, wie sie etwa im Rahmen des Berliner Seniorentelefon praktiziert werden¹³⁵) und in einer breiteren gesellschaftlichen Befassung mit den Problemfeldern, zu deren Bearbeitung das Beratungstelefon installiert wurde. Probleme sehen insbesondere die im Rahmen der Bedarfserkundung befragten ExpertInnen im Bereich der Sicherstellung der Qualität der Beratung durch entsprechende fachliche Kompetenzen sowie der Dauerhaftigkeit und personellen Kontinuität der ehrenamtlichen Mitarbeit. Auch in der Fachliteratur werden ehrenamtliche Formen der Seniorenberatung unter Qualitätsaspekten kritisch hinterfragt. So vertritt MÜLLER (1996) den Standpunkt, dass qualitativ hochwertige Beratung keineswegs eine Alltagskompetenz sei und Beratung älterer Menschen eine Ausbildung in einem helfenden Beruf und entsprechendes Fachwissen, Gesprächsführungskompetenzen und Empathiefähigkeit sowie Kenntnisse der Lebenssituation älterer Menschen und der in Frage kommenden Hilfeangebote voraussetze.

Alle diese Einwände treffen selbstverständlich nicht die „professionellen Ehrenamtlichen“. Der Aufgabenkreis von ehrenamtlichen Mitarbeitern ohne einschlägige fachliche Qualifikation kann hingegen im Rahmen des ins Auge gefassten bundeseinheitlich erreichbaren Beratungsangebots nur ein begrenzter sein. Aufgabengebiete von ehrenamtlichen Kräften sind u.a. dort zu suchen, wo es um die Weitergabe abrufbarer Informationen geht, ferner um die in Einsamkeit und sozialer Isolation begründeten Gesprächs- und Kontaktanliegen.

Soweit Ehrenamtliche eingesetzt werden, so das eindeutige Votum der Befragten, sollte sichergestellt sein, dass diese Personengruppe vor Tätigkeitsbeginn eine qualifizierte Ausbildung erfährt und regelmäßig supervidiert wird; durch die ehrenamtliche Tätigkeit notwendig gewordene Aufwendungen müssen in angemessenem Umfang erstattet werden; im Rahmen der Bedarfserkundung berichtete Erfahrungen legen den Schluss nahe, dass dies in der Praxis bislang nicht immer der Fall ist.

→ **Mögliche motivationale Hindernisse einer Inanspruchnahme von Hilfeangeboten**

Ein bundesweit einheitlich erreichbares telefonisches Beratungsangebot zielt wesentlich darauf ab, aus Transparenz- und Informationsdefiziten resultierende Diskrepanzen zwischen vorhandenen Angeboten und bestehendem Hilfebedarf aufzulösen. Weitestgehende Einigkeit bestand unter den im Rahmen der Bedarfsanalyse befragten Personen und Gruppen, dass ein solches bundesweites Angebot prinzipiell zur Erreichung dieses Zieles geeignet ist. Zugleich machten die Gesprächspartner auf mögliche motivationale Hindernisse einer Inanspruchnahme aufmerksam, die bei der konkreten Ausgestaltung des bundesweiten Angebots in Rechnung zu stellen sind:

- Bei der Namensgebung und hinsichtlich der Öffentlichkeitsarbeit eines bundesweit einheitlich erreichbaren Seniorentelefon sollten mögliche negative Effekte einer expliziten Ausrichtung auf die Gruppe der „Alten“ bedacht werden. Selbstdefinitionen als „alt“ werden vielfach abgewehrt; entsprechende Benennungen können dazu führen, dass hilfebedürftige Personen aus den ins Auge gefassten Zielgruppen ein Angebot als für sich nicht einschlägig definieren.¹³⁶

¹³⁵ Zu einem weiteren Beispiel vgl. HORNEY (1998).

¹³⁶ Zur subjektiven Alterswahrnehmung vgl. BAUM (1983), BAUM & BOXLEY (1984a; 1984b), BRANDTSTÄDTER & GREVE (1992), BRANDTSTÄDTER & WENTURA (1994), BULTENA & POWERS (1978), FILIPP & FERRING (1989), MONTEPARE & LACHMAN (1989), PINQUARDT (1984).

- Die Notwendigkeit der Inanspruchnahme von Hilfen kann auf Hilfesuchende bzw. Hilfeempfangende beschämend wirken. Wenn es um „Hilfen für Ältere“ geht, ist daher mit einer doppelten Abwehr zu rechnen: ihre Inanspruchnahme kann signalisieren, dass die betreffende Person erstens „alt“ und zweitens ihre Probleme alleine zu lösen nicht bzw. nicht mehr in der Lage ist. Auch hier ist im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit darauf zu achten, dass die Nutzung des Dienstes nicht zwangsläufig mit einer Selbstdefinition als hilfebedürftig, schwach und mit unzureichenden eigenen Problemlösekompetenzen ausgestattet einhergeht.
- In Betracht zu ziehen sind ferner Hemmungen, als privat betrachtete Probleme nach außen zu tragen und damit verknüpfte Gefühle der Peinlichkeit und Beschämung. Hier ist die glaubhafte Zusage der Vertraulichkeit des gesamten Beratungsprozesses von ausschlaggebender Bedeutung.
- Möglicherweise – diese Einschätzung wurde im Rahmen der Bedarfsanalyse geäußert – suchen gerade ältere Menschen Hilfeangebote, die lokal oder regional bereitgehalten werden. Bei der Implementation eines bundesweit einheitlich erreichbaren Telefondienstes wäre es dann von Bedeutung, den potenziellen Nutzerinnen und Nutzern zu vermitteln, dass die eigentliche Beratungsleistung lokal erbracht wird bzw. dass es sich um Hilfen handelt, deren Qualität durch eine zentrale, dem Wohnort des Klienten möglicherweise ferne Organisationsform keinesfalls beeinträchtigt wird.

SICKENDIEK (1996) begreift die von ihr konstatierte aktuell geringe Inanspruchnahme psychosozialer Angebote durch alte Menschen im Sinne derartiger motivationaler Hemmnisse als Kohortenmerkmal. Sie geht davon aus, dass zukünftig vor allem ältere Frauen in steigendem Maße Beratung nachfragen werden.

Alle angesprochenen motivationalen Hindernisse sind mutmaßlich bereits weit im Vorfeld einer etwaigen aktiven Hilfesuche wirksam – dann nämlich, wenn Informationen über existierende Angebote nicht aufgenommen werden, weil Personen diese als für sich nicht einschlägig bzw. nicht akzeptabel dekodieren. Derartige Barrieren sind bei der Gestaltung von Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit in Rechnung zu stellen.

→ **Differentielle Zugangs- und Erreichbarkeitsprobleme**

Es ist davon auszugehen, dass ein bundesweit operierendes Seniorentelefon nicht alle Segmente der älteren Generation in gleichem Maße und mit gleichen Mitteln erreichen können.

Neben Personen mit starken motivationalen Hemmnissen gegenüber einer Inanspruchnahme von Hilfen überhaupt bzw. von Hilfen für Ältere im Besonderen verwiesen die befragten Personen auf folgende im Hinblick auf ihre Erreichbarkeit als besonders problematisch anzusehende Gruppen:

- an Demenzerkrankungen oder schwerwiegenden psychischen Störungen leidende Personen,
- Schwerstpflegebedürftige,
- Personen mit eingeschränkten kommunikativen Fähigkeiten (Hör- und / oder Sprachgeschädigte),
- Migrantinnen und Migranten, insbesondere Personen mit geringen Kenntnissen der deutschen Sprache,
- sozial isoliert lebende Personen.

Sind die Zugangs- und Erreichbarkeitsprobleme für die Gruppen der Sprach- und Hörbehinderten sowie der Zugewanderten grundsätzlich wenigstens zum Teil auf technischem Wege bzw. durch entspre-

chende Mehrsprachigkeit der Öffentlichkeitsarbeit und der Beratung behebbar, so sind vergleichbare Lösungen für schwerwiegend dementiell erkrankte ältere Menschen nicht in Sicht. Telefonische Beratungsangebote sind für diese in besonderem Maße hilfebedürftige und verletzte Personengruppe in der Regel nicht unmittelbar zugänglich; Entsprechendes gilt für psychisch Kranke.

Zweierlei wird an dieser Betrachtung spezifischer Teilpopulationen deutlich:

- Beratungsangebote für ältere Menschen alleine auf telefonischem Wege sind nicht ausreichend. Vielmehr sind Kombinationen mit proaktiven bzw. aufsuchenden Angeboten¹³⁷ sowie die Einbeziehung von Angehörigen und anderen Kontaktpersonen erforderlich.
- Die demographische Grobkategorie „Alte“ (wahlweise: „Ältere“, „Senioren“) untergliedert sich auch hinsichtlich ihres Beratungsbedarfs in sehr heterogene Subgruppen. Beratungs- und Hilfebedürfnisse der „Gesunden“ stellen sich anders dar als die der „Kranken“, im Hinblick auf „gesunde Ältere“ dürfte ein besonderer Beratungsbedarf von Angehörigen überhaupt nur in sehr beschränktem Maße zu konstatieren sein.

→ **Aspekte und Bedingungen der Niedrigschwelligkeit eines Beratungsangebots**

Dass es sich bei einem gegebenenfalls zu implementierenden Beratungsangebot um ein niedrigschwelliges handeln sollte, gehört zu den a priori feststehenden, keiner empirischen Analyse bedürftigen konzeptuellen Eckpfeilern, wird aber darüber hinaus auch von den Befragten als entscheidender Vorteil hinsichtlich einer breiten Zielgruppenerreichbarkeit gewertet. Die Bedarfserkundung kann dazu beitragen, die Rahmenbedingungen von Niedrigschwelligkeit im konkreten Fall eines bundesweit einheitlich erreichbaren Seniorentelefons weiter zu verdeutlichen.

Das bislang vor allem im Bereich der Drogen- (vgl. SCHMIDT, 1991) und Jugendarbeit (vgl. STICKELMANN, 1996) verwendete Konzept der Niedrigschwelligkeit¹³⁸ bedeutet im Kern, dass den definierten Zielgruppen die Inanspruchnahme eines Angebots möglichst leicht gemacht werden soll. In der Drogenarbeit als dem klassischen Feld der Diskussion um Notwendigkeit und Wirksamkeit niedrigschwelliger Angebote geht es vor allem darum, etwa im Rahmen sog. "Akzeptierender Drogenarbeit" Hilfeangebote zu schaffen, die auch von solchen Drogenkonsumenten angenommen werden, die durch 'klassische' Angebote – Prototyp ist die abstinentorientierte stationäre Therapie – nicht erreicht werden.

Bei näherer Betrachtung erweist sich das Konzept der Niedrigschwelligkeit als komplex. Übertragen auf die Thematik der vorliegenden Untersuchung sind mindestens drei Formen von „Schwellen“ erkennbar, im Hinblick auf welche das Angebot „niedrig“ konstruiert sein sollte:

- der zur Inanspruchnahme des Angebots erforderliche Aufwand bzw. die zur Nutzung des Angebots unabdingbaren Voraussetzungen; dies betrifft die benötigte Zeit, finanzielle Aufwendungen, zu überbrückende Entfernungen, etwa erforderliche Anmeldungen oder sonstige Vorfeldaktivitäten, insgesamt das Ausmaß der Anstrengung und Aktivität, die zur Inanspruchnahme eventuell erforderlichen technischen Voraussetzungen einerseits und funktionalen Kompetenzen andererseits; ein niedrigschwelliges Angebot muss außerdem in den Zielgruppen für einen hohen Bekanntheitsgrad sorgen;

¹³⁷ Zu zugehenden Beratungsangeboten für ältere Menschen und zu einem auf den Bereich der Erwachsenenbildung bezogenen Modellversuch vgl. KARL (1992).

¹³⁸ DANZER (1992) sieht Niedrigschwelligkeit darüber hinaus als allgemeinen Trend im Zuge einer "Alltagswende" im Arbeitsfeld Beratung.

- die zweite Schwelle bilden unmittelbar mit der Nutzung des Angebots einhergehende motivationale Hemmnisse, die sich primär auf die Situation des Inanspruchnehmens von Hilfe sowie auf die Bereitschaft des Klienten zur Selbstoffenbarung beziehen; beide Schwellen sind vor allem mit (erlebten bzw. antizipierten) Gefühlen der Peinlichkeit verknüpft;
- der dritte Schwellentypus bezieht sich auf die antizipierten Implikationen und Folgen einer Inanspruchnahme von Hilfen; dazu gehören Stigmatisierungen (als alt, schwach, unselbstständig etc.), materielle Folgekosten, die Gefährdung von Beziehungen, die Furcht vor der Übersiedlung in ein Heim und dem damit einhergehenden Verlust des privaten Wohnraums und des vertrauten Lebensumfelds.

Ein niedrighschwelliges Beratungsangebot für Seniorinnen und Senioren zu schaffen heißt also, den mit der Inanspruchnahme eines Angebots einhergehenden Aufwand gering zu halten und das Angebot so auszugestalten, dass motivationale Hemmnisse auf Seiten der Ratsuchenden möglichst neutralisiert werden.

Grundsätzlich bewerteten die Befragten das Telefon als ein niedrighschwelliges Beratungsmedium. Es ist weithin verfügbar, leicht erreich- und bedienbar und ermöglicht es dem Ratsuchenden, sein Anliegen vorzubringen, ohne seine Identität offenbaren zu müssen (der Berater lernt lediglich die Stimme des Klienten kennen und würde ihn etwa bei einer späteren face-to-face-Begegnung nicht ohne Weiteres identifizieren können).

Im konkreten Fall eines bundeseinheitlich erreichbaren Beratungsangebots kann nach Ansicht der Befragten Niedrighschwelligkeit über die Verwendung des Mediums Telefon hinaus vor allem durch folgende Maßnahmen und Attribute erreicht werden:

- intensive, auf das Vermeiden von Stigmatisierungen ausgerichtete Öffentlichkeitsarbeit,
- gute Erinnerbarkeit des Namens und der Telefonnummer,
- vorab zugesicherte Anonymität und Vertraulichkeit der Beratung,
- für den Klienten erkennbare thematische Offenheit des Beratungsangebots.

Insbesondere bei den im vorigen Abschnitt genannten Gruppen, bei denen Probleme des Zugangs, der Erreichbarkeit sowie motivationale Hindernisse als besonders ausgeprägt vermutet werden können, muss von einem im Vergleich zum Durchschnitt der älteren Generation erhöhten, jedenfalls qualitativ verschiedenen Hilfe- und Beratungsbedarf ausgegangen werden. Vor Implementation von telefongestützten Beratungsangeboten, die den Anspruch erheben, sich an die gesamte ältere Generation zu richten, ist daher zu prüfen, inwieweit folgende Strategien umgesetzt werden können:

- mehrsprachige Beratungsangebote¹³⁹,
- Nutzung technischer Möglichkeiten zur Öffnung des Beratungsdienstes für Hör- und Sprachbehinderte,
- gezieltes Ansprechen von Angehörigen und Kontaktpersonen Älterer, die aufgrund von Erkrankungen und Behinderungen nicht in der Lage sind, sich selbst um Hilfen zu bemühen,

¹³⁹ Das PflegeNotTelefon Schleswig-Holstein plant, ab 1.9.2002 jeweils 3 Stunden / Woche Beratung auch in türkischer, russischer und bosnischer/serbischer/kroatischer Sprache anzubieten; muttersprachliche Beraterinnen werden für diese Zeit von schleswig-holsteinischen Migrationsberatungsstellen zur Verfügung gestellt (Anke Buhl, persönliche Mitteilung, 13.06.2002).

- Integration proaktiver Arbeitsansätze.

Grundsätzlich sind für den Nutzer kostenfreie Angebote niedrighschwellig; dieser Aspekt verlangt jedoch eine differenzierte Beurteilung, wie vor allem die Interviews mit MitarbeiterInnen ehrenamtlich getragener telefonischer Beratungsdienste verdeutlichten. Die Erfahrungen der meisten Beratungstelefone zeigen, dass neben den angesprochenen Zielgruppen weitere Nutzer in Erscheinung treten, darunter solche, die die Arbeit der Berater erschweren und blockieren. Auch bei einem bundesweit einheitlich erreichbaren Seniorentelefon wäre von einem gewissen Prozentsatz unerwünschter Anrufer auszugehen. Dazu gehören Scherzrufer, Anrufer, deren Ziel die sexuelle Belästigung der Beratenden ist sowie „Daueranrufer“; die ohne erkennbares schwerwiegendes Anliegen Beratungsdienste kontaktieren und blockieren. Die Gefahr, dass es zu solchen Anrufen kommt, ist größer bei für den Anrufer kostenlosen Angeboten. Vor- und Nachteile der Kostenpflichtigkeit bzw. Kostenfreiheit eines Angebots sind daher sorgfältig gegeneinander abzuwägen. Tendenziell legen die im Rahmen der Bedarfserkundung geführten Gespräche ein Modell nahe, in dem die Anrufer wenigstens einen geringen finanziellen Beitrag leisten (etwa – unabhängig von der Entfernung – das Entgelt für ein Ortsgespräch oder – durch Zeittaktbefreiung – die Kosten für lediglich eine Einheit).¹⁴⁰

Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit bestehen für ein bundesweit einheitlich erreichbares Beratungsangebot vielfältige Möglichkeiten. Während insbesondere lokale Dienste Werbeträger oft nur eingeschränkt nutzen können, wären durch eine bundesweite Vereinheitlichung des ersten Zugangsweges in diesem Bereich bedeutsame Verbesserungen zu erwarten; insbesondere könnten – einen entsprechenden Etat vorausgesetzt – überregionale Medien genutzt und Kampagnen professionell gestaltet werden. In mehreren Forschungsgesprächen wurde berichtet, dass Präsentationen von Beratungsdiensten in der Tagespresse oder im Rahmen von Fernsehsendungen die Zahl der Nutzer kurzfristig immens erhöhten, z.T. weit über die Kapazitäten des jeweiligen Dienstes hinaus.

Thematische Breite und Offenheit wurden ebenfalls als wichtige Voraussetzungen von Niedrighschwelligkeit genannt. Anzustreben – und entsprechend öffentlich zu kommunizieren – ist ein Angebot, welches den Nutzer weitestgehend von der Aufgabe entlastet, sich selbst in den fragmentierten Strukturen der für ältere Menschen einschlägigen Dienste orientieren zu müssen.

Im Rahmen der geführten Gespräche wurde vereinzelt die Einschätzung vertreten, Anonymität der Beratung und Kontaktaufnahme über das Medium Telefon seien im Hinblick auf die Niedrighschwelligkeit eines Beratungsangebots ambivalente Merkmale; manche Klienten suchten gerade eine Beratung von Angesicht zu Angesicht und dies möglichst durch eine ihnen bekannte und vertraute Person. Sicherlich kann nicht verallgemeinernd davon ausgegangen werden, dass die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von Hilfe in jedem individuellen Fall dadurch steigt, dass der Ratsuchende seine Identität nicht offenbaren muss, den Beratenden nicht persönlich kennt und ihn nicht unmittelbar erlebt. Es gibt Personen und Problemkonstellationen, bei denen Anonymität von überragender Bedeutung ist, und es gibt Fälle, in denen persönliche Beratung unter vier Augen durch eine bekannte und vertraute Person gesucht wird. Dies ist jedoch nicht als Argument gegen ein anonymes telefongestütztes Beratungsangebot zu werten; zum einen kann davon ausgegangen werden, dass das Angebot, als Anrufer anonym zu bleiben, selten die Inanspruchnahme verhindert, sie oft aber erst ermöglicht, zum anderen ist – entspre-

¹⁴⁰ Nach MÄTZKE & WACKER (2000, S. 221) betont die Kostenpflichtigkeit eines Beratungsangebotes dessen Dienstleistungs- und Qualitätscharakter im Unterschied zum reinen Versorgungscharakter von Angeboten.

chende lokale Infrastrukturen vorausgesetzt – über zunächst anonyme und telefongestützte Dienste eine Weitervermittlung an persönliche Formen der Beratung möglich.

→ **Antizipierte Nutzung eines bundesweit einheitlich erreichbaren telefonischen Beratungsangebots**

Quantitativ kann die potenzielle Nutzung eines bundesweit unter einer einheitlichen Nummer erreichbaren Beratungsangebots derzeit nicht abgeschätzt werden. Auf der Grundlage von Erfahrungen bestehender Beratungsdienste und der im Rahmen der Bedarfserkundung geführten Gespräche lassen sich jedoch einige qualitative Merkmale der Inanspruchnahme antizipieren:

- Es ist davon auszugehen, dass Anruferinnen und Anrufer sich nicht nur hinsichtlich der Themen, mit denen sie sich an das Beratungstelefon wenden, voneinander unterscheiden, sondern auch in ihrer grundsätzlichen Gesprächsmotivation. Erfahrungen bestehender Beratungsdienste machen deutlich, dass es neben Klienten, die zielgerichtet Beratung und Information suchen und denen, die telefonische Beratungsangebote weitgehend unabhängig von einem spezifischen Problem primär um des Kontakts willen in Anspruch nehmen, die Gruppe derjenigen gibt, die am Telefon über ein konkretes Problem sprechen wollen, dabei aber in erster Linie eine mit der Schilderung eintretende Befreiung vom unmittelbaren Problemdruck suchen und nicht wirklich offen für Beratung und Veränderung sind. Ferner werden die Berater sowohl mit „unspezifischem Beratungsbedarf“ konfrontiert sein, d.h. mit Fällen, in denen sie den Klienten bei der Konkretisierung ihres Anliegens behilflich sein oder auf sehr allgemeine Kommunikations- und Kontaktbedürfnisse eingehen können, als auch mit „kaschiert deklarierten Beratungsbedarf“, d.h. mit Fällen, in denen der Klient sein eigentliches Anliegen im Beratungsprozess zunächst tarnt, weil er z.B. fürchtet, es handle sich nicht um ein legitimes Anliegen, ihm sein wahres Anliegen peinlich ist oder er den Berater anhand eines unverfänglicheren Themas „testen“ will
- Während vereinzelt bei Älteren noch Reserviertheit gegenüber modernen Kommunikationstechnologien zu spüren ist, wird gerade das Telefon als ältestes und vertrautestes der „technischen Kommunikationsmedien“ auch von der älteren Generation überwiegend als selbstverständliches alltägliches Kommunikationsmedium benutzt. Grundsätzliche Hemmungen, Ängste und Schamgefühle gegenüber der Inanspruchnahme von Hilfen betreffen auch, sicher aber nicht in besonderem Maße, telefonische Dienste.
- Es ist ferner davon auszugehen, dass es noch für einen gewissen Zeitraum partielle Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern hinsichtlich der Anliegen geben wird, wegen derer Seniorinnen und Seniorinnen Beratung und Information suchen. Mindestens bis zur völligen Angleichung der Renten werden dazu Fragen der materiellen Absicherung im Alter gehören. Auch über solche konkreten rechtlichen und ökonomischen Belange hinaus kann angenommen werden, dass Ältere in den neuen Bundesländern teilweise spezifische Faktoren als belastend erleben; dazu kann – diese Einschätzung wurde im Rahmen der Bedarfsanalyse geäußert – das Gefühl einer teilweisen Entwertung der eigenen Biographie durch die politische Wende von 1989 gehören.
- Telefonische Beratungsangebote werden meist überwiegend von Frauen (bzw. Mädchen), wenig hingegen von Männern (bzw. Jungen) genutzt. Bei der Implementation eines bundesweit einheitlich erreichbaren telefonischen Beratungsangebots für Ältere wäre dementsprechend vor allem im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit darauf zu achten, dass ältere Männer bzw. männliche Angehörige älterer Menschen gezielt angesprochen werden.

→ **Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung im Rahmen eines bundesweiten Beratungstelefons**

Ein bundesweit einheitlich erreichbares Seniorentelefon enthält Potenziale zu einer systematischen Intensivierung der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung im Bereich der Beratung älterer Menschen¹⁴¹. Dieses Potenzial erwächst aus der mit der Implementation des Beratungsangebots notwendig einhergehenden stärkeren Vernetzung bestehender Beratungsdienste.¹⁴²

Die Erarbeitung eines Qualitätssicherungskonzeptes lag außerhalb des Aufgabenbereiches der Bedarfs-erkundung. Stichwortartig seien im Folgenden einige Ziele und Maßnahmen benannt, die in ein solches Konzept zu integrieren wären:

- Erarbeitung gemeinsamer Standards hinsichtlich der Arbeitsgrundsätze in der Beratung älterer Menschen,
- Definition von Verfahrensstandards hinsichtlich der Vermittlung von Ratsuchenden an geeignete Institutionen,
- Erarbeitung von Kriterien hinsichtlich der Qualifikation ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
- Erstellung gemeinsamer Aus- und Fortbildungsmaterialien,
- Erarbeitung gemeinsamer Instrumente zur Dokumentation der bearbeiteten Beratungsfälle,
- Festlegung von Standards bezüglich der Einspeisung und Aktualisierung von Daten aller relevanten Institutionen in eine Datenbank,
- Festlegung von Dokumentations- und Berichtspflichten der beteiligten Institutionen.

Die Vereinheitlichung kann sicherlich nicht so weit vorangetrieben werden wie dies etwa bei der Telefonseelsorge der Fall ist; sowohl für den Bereich der Beratung als auch für den der Vermittlung können jedoch handlungsleitende Prinzipien (wie Ressourcenorientierung und Förderung von Selbstbestimmung im Bereich der Beratung und Unabhängigkeit von spezifischen Trägerinteressen im Bereich der Vermittlung) formuliert und konkretisiert werden.

Es sei darauf hingewiesen, dass zumindest ein latentes Spannungsverhältnis von dezentraler Organisationsform und effizienter Qualitätssicherung besteht. Innerhalb zentralisierter Beratungsstrukturen sind Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle einfacher zu bewerkstelligen; der Aufwand, der erforderlich ist, um professionelle, qualitativ hochwertige Beratung auf Dauer sicherzustellen, wird in dezentralen Organisationsformen größer. Dies betrifft nicht nur die Erarbeitung und Verabschiedung einheitlicher Qualitätsstandards, sondern vor allem deren faktische Implementation und die Kontrolle ihrer Einhaltung. Die grundsätzliche Befürwortung eines dezentralen, auf örtlich vorhandene Institutionen zurückgreifenden Modells bleibt von dieser Einschränkung allerdings unberührt.

¹⁴¹ Zur Qualitätssicherung in der Beratung vgl. PETERANDER & SPECK (1999), STRAUMANN (2000).

¹⁴² Ausgehend von den Erfahrungen der Beratungsstellen für "selbstständiges Leben im Alter" in der Landeshauptstadt Wiesbaden beschreibt auch WEBER (1999) die Effekte der Kooperation und Koordination bestehender Beratungsangebote für die Qualitätssicherung sowohl nach innen, d.h. für die Organisation und Struktur der Beratungsarbeit, als auch nach außen, d.h. für die nachgefragte Dienstleistung.

4.6.4 Zusammenfassende Darstellung der Grundmerkmale eines möglichen bundeseinheitlich erreichbaren Angebots

Die Bedarfsanalyse hat nicht nur eine grundsätzlich positive Bewertung der Potenziale eines bundesweit unter einer einheitlichen Nummer erreichbaren Seniorentelefons erbracht; sie erlaubt es auch, einige grundlegende Merkmale zu beschreiben, die bei der Entwicklung eines Detailkonzepts und bei der praktischen Umsetzung handlungsleitend sein sollten.

Sieben zentrale Merkmale seien an dieser Stelle benannt:

1. dezentrale Struktur und lokaler Bezug:

Ein bundesweites Beratungstelefon soll den existierenden und künftig zu schaffenden lokalen Beratungsdiensten eine gemeinsame Telefonnummer geben, ihnen gemeinsame PR-Maßnahmen ermöglichen, sie auch in einer Verbandsstruktur zusammenfassen, die örtlichen Dienste aber dadurch weder dominieren noch gar ersetzen. Beratung älterer Menschen soll vor Ort verankert sein und bleiben. Optimiert werden sollen die Erreichbarkeit von Hilfeangeboten für die Klienten sowie die Qualität der Weitervermittlung innerhalb der bestehenden Angebote.

2. Vernetzung:

Ein bundesweit operierendes telefonisches Beratungsangebot setzt zugleich eine enge Vernetzung der Anbieter einschlägiger Dienste, ihre Zusammenarbeit innerhalb eines Verbundes und die gemeinsame Erstellung und Pflege einer Datenbank voraus, auf die im Rahmen der Vermittlungsaktivitäten zurückgegriffen werden kann.

3. thematische Offenheit:

Ein bundesweites Seniorentelefon sollte thematisch sehr offen gehalten werden und dies auch in Namensgebung und Öffentlichkeitsarbeit verdeutlichen. Diese Offenheit ergibt sich bereits aus der Zielsetzung, einen einzelnen klar erkennbaren Zugangsweg zu Angeboten für ältere Menschen zu schaffen; sie trägt ferner zur Niedrigschwelligkeit des Angebots bei und wird der Komplexität vieler individueller Problemlagen gerecht.

4. breite Zielgruppendefinition:

Aufgabe des Seniorentelefons wird es sein, das vorhandene Beratungsangebot für die Gruppe der Älteren so gut wie möglich zu erschließen. Dazu gehören nicht nur Bemühungen, Beratung und Vermittlung auch für Gruppen mit besonderen Zugangsproblemen (MigrantInnen, Personen mit eingeschränkten Hör- und Sprachfähigkeiten) verfügbar zu machen, sondern insbesondere die direkte Ansprache wichtiger Kontaktpersonen und Interessenvertreter Älterer sowie der im gesamten Feld der Altenarbeit und Altenhilfe professionell oder ehrenamtlich Tätigen.

5. Professionalität

Beratung sollte – im Interesse gesicherter Beratungsqualität – vornehmlich durch Personen mit einschlägiger beruflicher Qualifikation erfolgen. Daneben bleibt Raum für ehrenamtliches Engagement, etwa im Bereich der Verknüpfung telefonischer Beratung mit aufsuchenden Hilfen.

6. einheitliche Qualitätsstandards und verbindliche Regeln der Qualitätssicherung und -kontrolle

Beratung und Vermittlung, die von in dem zu gründenden Verband zusammengeschlossenen Institutionen geleistet werden, sollen so weit wie möglich an gemeinsamen Qualitätsstandards orientiert sein.

7. Trägerneutralität / Trägerunabhängigkeit von Beratung und Vermittlung und Entwicklung geeigneter Trägerstrukturen

Vor allem soweit Vermittlung von Klienten an andere Dienste geleistet wird, müssen wirksame Verfahrensregeln festgelegt (und ihre Einhaltung kontrolliert) werden, welche die Unabhängigkeit des Vermittlungsergebnisses von der institutionellen Zugehörigkeit des Vermittelnden (und natürlich von dessen privaten Interessen) sicherstellen. Für die unmittelbare Vermittlungstätigkeit in besonderem Maße geeignet sind Personen und Institutionen, die über Sachkompetenz verfügen, zugleich aber keine substantiellen Eigeninteressen verfolgen bzw. verfolgen können (weil sie nicht selbst Anbieterinnen von Leistungen sind, auf welche die Vermittlungstätigkeit sich erstreckt).

Hinsichtlich der organisatorischen und finanziellen Trägerschaft der lokal verankerten Beratungsdienste erscheinen kooperative Modelle mit einer möglichst umfassenden Einbindung der Träger von Altenhilfediensten sowie der Kommunen als anzustrebende Lösung. Die Mitwirkung der verschiedenen Akteure kann zum einen durch die Erbringung finanzieller Mittel zum anderen durch die Bereitstellung von Sach- und Dienstleistungen geschehen. Vorstellbar ist auch eine Beteiligung der Länder.

5 Empfehlungen

Vorbemerkung

Die vorliegend dargestellte Bedarfserkundung hat die im Konzept eines bundesweit unter einheitlicher Nummer erreichbaren telefonischen Beratungsangebots für ältere Menschen liegenden Potenziale herausgearbeitet. Sie hat deutlich gemacht, dass diesem Grundkonzept sowohl auf Seiten älterer Bürgerinnen und Bürger als auch in den Arbeitsfeldern der Altenarbeit und Altenhilfe mit Zustimmung und Interesse begegnet wird.

Damit sind nicht alle im Kontext der Thematik eines bundesweiten Seniorentelefons bedeutsamen Fragen beantwortet; dies war nicht das Ziel der Bedarfserkundung und hätte den Rahmen der verfügbaren personellen und zeitlichen Ressourcen bei weitem gesprengt.

Aus der Bedarfsanalyse ergeben sich eine Reihe von Empfehlungen grundsätzlicher wie spezifischer Art, die sowohl die letztendliche Ausgestaltung eines bundesweit einheitlich erreichbaren telefonischen Beratungsangebots für ältere Menschen als auch die bis zur Implementation eines solchen Dienstes erforderlichen Schritte der weiteren Konzeptentwicklung und Planung zum Gegenstand haben. Fünf zentrale Empfehlungen werden im Folgenden zunächst thesenartig formuliert und anschließend vertiefend erläutert.

Empfehlung 1: Weiterentwicklung des Konzepts eines bundesweiten Seniorentelefons

Das Konzept eines bundesweit unter einer einheitlichen Nummer erreichbaren telefonischen Beratungsangebots für ältere Menschen sollte im Hinblick auf seine planerische Ausgestaltung und praktische Realisierung weiter verfolgt werden.

Die im Rahmen der Bedarfsanalyse gewonnenen Erkenntnisse führen zu dem Schluss, dass das Konzept eines bundesweit einheitlich erreichbaren telefonischen Beratungsangebots für Seniorinnen und Senioren in der Fachöffentlichkeit wie bei den potenziellen Zielgruppen auf grundsätzliche Zustimmung stößt und für praktisch erprobenswert gehalten wird. Positive Effekte sind sowohl hinsichtlich der Überschaubarkeit und Zugänglichkeit bestehender Angebote für Klientinnen und Klienten als auch bezüglich der Vernetzung, Koordination, Qualität und Leistungstransparenz vorhandener Dienste zu erwarten.

Mit einem einheitlichen ersten Zugangspunkt zu altersbezogenen Diensten und Hilfen wird ein Instrument geschaffen, welches die immer wieder beklagte Fragmentierung der Strukturen der Altenhilfe und Altenarbeit und deren daraus resultierende Intransparenz zwar nicht beseitigen kann, ihre negativen Folgen für die Bürgerinnen und Bürger aber in beträchtlichem Maße zu reduzieren in der Lage ist. Das Telefon ist als niedrighwelliges Medium hierzu grundsätzlich geeignet; in Verbindung mit einer thematischen Offenheit, welche Rat- und Informationssuchenden die Sicherheit gibt, ihre Anfragen an geeigneter Stelle vorzubringen, verfügt es über das Potenzial, eine Vielzahl von Anliegen zu kanalisieren, die bislang in Ermangelung geeigneter bzw. den KlientInnen bekannter Hilfeinstanzen überhaupt nicht artikuliert, erst mit Verzögerung oder gegenüber einer hierfür nicht optimal geeigneten Instanz vorgebracht wurden.

Die bundesweite Ausrichtung und Organisation eines Seniorentelefons ermöglicht im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit Kampagnen mit einem hohen Wirkungsgrad im Hinblick auf das Bekanntmachen des Angebots insgesamt und der einschlägigen Telefonnummer im Besonderen. Zu achten ist auf eine möglichst leicht zu erinnernde Nummer, einen einprägsamen, Stigmatisierungen und unerwünschte Assoziationen vermeidenden Namen und ein ansprechend gestaltetes Logo mit hohem Wiedererkennungswert.

Die Untersuchung hat deutlich gemacht, dass ein zentrales Leistungsmerkmal eines bundesweit tätigen telefonischen Beratungsangebots für ältere Menschen die kompetente Vermittlung an geeignete lokale Dienste sein muss. Eine solche Vermittlung setzt voraus, dass die vermittelnde Instanz über aktuelle und verlässliche, in einer Datenbank erfasste und jederzeit abrufbare Informationen verfügt. Die hierzu erforderliche Vernetzung eines bundesweiten Seniorentelefons mit der Vielzahl lokaler Altenhilfeeinrichtungen und anderer einschlägiger Dienste sollte zugleich im Sinne von Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung genutzt werden; als Stichworte seien genannt: Erarbeitung gemeinsamer Qualitätsstandards für Beratung und Vermittlung, systematische Dokumentation der bearbeiteten Beratungsfälle, Optimierung der Aus- und Fortbildung von BeraterInnen.

Insgesamt hat die Bedarfserkundung bestätigt, dass die Möglichkeiten der Optimierung der Zugänglichkeit von Beratung und Information durch eine gemeinsame Telefonnummer weiter erkundet werden sollten. Es besteht Grund zu der Annahme, dass auf diesem Wege zugleich die Qualität von Beratung und Information optimiert werden kann.

Empfehlung 2: Rasche Inangriffnahme einer Phase der Konzeptentwicklung und Detailplanung, mündend in eine modellhafte Praxisphase

Der nunmehr vorgelegten Bedarfsanalyse sollte rasch eine Phase der Konzeptentwicklung und Detailplanung folgen, die in eine modellhafte Umsetzung der erarbeiteten Konzepte mündet.

Die hinsichtlich der grundsätzlichen Frage des Beratungs- und Vermittlungsbedarfs und der Eignung eines bundesweiten Seniorentelefons zur Deckung und Kanalisierung dieses Bedarfs positive Diagnose verweist zugleich auf eine Vielzahl von Fragen, die weitergehender Klärung bedürfen.

Hierzu gehören ein Detailkonzept der zu erbringenden Leistungen, Fragen der Organisationsform, Trägerschaft und institutionellen Anbindung eines bundeseinheitlich erreichbaren Angebots, seines Finanzbedarfs, des quantitativen und qualitativen Personalbedarfs, der technischen Voraussetzungen, der Kooperation und Vernetzung mit anderen Diensten, der Gewinnung und Aktualisierung des für Vermittlungstätigkeiten erforderlichen Datenbestandes, geeigneter Maßnahmen der Erfolgskontrolle, Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung.

Zur Klärung dieser Fragen wird eine Phase der praxisorientierten Konzeptentwicklung und der detaillierten planerischen Ausgestaltung eines bundesweit unter einer einheitlichen Nummer erreichbaren Seniorentelefons empfohlen.

Es gilt in dieser Phase die Konzeption für ein Projekt „Bundesweit einheitlich erreichbares Beratungstelefon für ältere Bürgerinnen und Bürger und zu Fragen des Alter(n)s“ insgesamt im Detail auszuarbeiten und Pläne zu seiner Umsetzung so weit voranzutreiben, dass am Ende der Phase ein Modellprojekt auf den Weg gebracht werden kann. Die Beschränkung eines solchen Modellprojekts gegenüber dem letztendlich zu realisierenden Beratungstelefon kann grundsätzlich sowohl eine geografische¹⁴³ als auch eine inhaltliche sein.

Zu den zentralen Anliegen dieser Arbeitsphase wird es gehören, ein umsetzbares Konzept für die Organisation des Beratungstelefons auf Bundes- wie auf lokaler bzw. regionaler Ebene zu entwickeln, insbesondere die Frage der institutionellen Anbindung der Beratungs- und Vermittlungsaktivitäten in Städten und Regionen zu klären und die konzeptionellen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass den KlientInnen des bundesweiten Seniorentelefons qualitativ hochwertige und von den (ökonomischen) Interessen einzelner Träger unabhängige Beratung und Vermittlung zuteil wird.

Im Hinblick auf die einzusetzenden Methoden wird in der Phase der Konzeptentwicklung und Projektplanung an eine Kombination unterschiedlicher Verfahren zu denken sein. Dazu gehören Fachgespräche und Experteninterviews (in die jeweils auch unbedingt Ältere und ihre RepräsentantInnen einzubeziehen sind). Über das im Rahmen der vorliegenden Bedarfserkundung mögliche Maß hinaus sollten die Erfahrungen vergleichbarer und einschlägiger Dienste im In- und Ausland systematisch und umfassend ausgewertet werden (vgl. dazu Empfehlung 4). Zur Bearbeitung der Frage der lokalen und regionalen Vernetzung bieten sich Verfahren an, die sich an den Modellen der Zukunfts- und Ideenwerkstätten orientieren (vgl. dazu u.a. ALBERS & BROUX, 1999; DAUSCHER, 1998; KUHN & MÜLLERT, 2000; MEMMERT, 1998; ROGGE, 2000). Zu einzelnen Problemkomplexen – etwa zur Frage des Aufbaus und der Pflege einer Datenbank, zu Möglichkeiten der Nutzung neuer Medien oder zu sozialrechtlichen, kommunal- oder finanzpolitischen Aspekten eines bundesweiten telefonischen Beratungsangebots für Ältere – können ausgewiesene Experten als Gutachter beauftragt werden. Die Ergebnisse der Arbeitsschritte sollten in relativ kurzen Abständen mit Vertretern der potenziellen Zielgruppen sowie der mit einem bundeseinheitlichen Beratungsangebot zu vernetzenden Dienste diskutiert werden.

Die Erfahrungen im Rahmen der Bedarfsanalyse haben gezeigt, dass das Konzept eines bundesweiten telefonischen Beratungsangebots für Ältere nicht zuletzt durch die dort geführten Gespräche in Teilen der Fachöffentlichkeit zu einem im Bewusstsein der Akteure präsenten Thema geworden; die diesbezüglich in den vergangenen Monaten geweckte und sichtbar gewordene Kooperationsbereitschaft sollte für die Fortführung der Planungsarbeiten genutzt werden.

¹⁴³ Auch nach Abschluss dieser Modellphase müsste ein dezentral organisiertes Beratungsmodell nicht vom ersten Tag an flächendeckend in der gesamten Bundesrepublik arbeitsfähig sein. Zu denken wäre etwa an eine zeitlich gestufte Implementation, die mit großstädtischen Ballungsräumen beginnt und in einem zweiten und dritten Schritt die Mittelstädte und den ländlichen Raum erschließt.

Empfehlung 3: Orientierung an Prinzipien der thematischen und zielgruppenbezogenen Offenheit, der dezentralen Organisationsform und des lokalen Bezuges, der Vernetzung, der Professionalität, der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung und der Trägerneutralität

Die weitere Konzeptentwicklung und Planung sollten sich an einigen auf der Grundlage der Bedarfserkundung benennbaren Grundmerkmalen eines zu schaffenden bundesweiten Beratungstelefonats ausrichten; dazu gehören

- dessen thematische Offenheit,
- eine breite Zielgruppendefinition,
- der mit einer grundsätzlich dezentralen Organisationsform von Beratung einhergehende starke lokale Bezug,
- die vor allem im Interesse qualitativ hochwertiger Vermittlungsarbeit erforderliche Vernetzung des Beratungstelefonats mit lokalen Anbietern sowie der Anbieter untereinander,
- die Professionalität von Beratung,
- die Entwicklung einheitlicher Qualitätsstandards und verbindlicher Regeln der Qualitätssicherung ,
- die Trägerneutralität bzw. Trägerunabhängigkeit von Beratung und Vermittlung sowie die Entwicklung kooperativer Trägerstrukturen.

Wenngleich viele konkrete Fragen bezüglich der strukturell-organisatorischen und technischen Ausgestaltung eines bundesweit einheitlich zugänglichen telefonischen Beratungsdienstes für Ältere derzeit noch der Klärung bedürfen, können einige Grundprinzipien, an denen sich die weitere Planung und Umsetzung orientieren sollten, bereits benannt und beschrieben werden.

Nicht immer wird es gelingen, die Projektplanung so zu gestalten, dass allen grundlegenden Merkmalen gleichermaßen Genüge getan wird; gelegentlich stehen auch Prinzipien in einem Spannungsverhältnis zueinander, doch können sie als Leitlinien dienen, welche in der Phase der Konzeptentwicklung und Planung das weitere Vorgehen lenken und prägen.

Die o.g. Prinzipien wurden bereits expliziert und diskutiert und sollen hier lediglich unter dem Gesichtspunkt ihrer Bedeutsamkeit für die weitere Konzeptualisierung und Planung noch einmal kurz beleuchtet werden.

- **dezentrale Struktur und lokaler Bezug:** Ein bundesweites Seniorentelefon soll bestehende lokale Beratungs- und Hilfestrukturen nicht ersetzen, sondern diese flankieren, ergänzen und für Rat- und Hilfesuchende zugänglich machen. Es wird also darum gehen, organisatorische und technische Lösungen für die Frage zu entwickeln wie lokal vorhandene Dienste über eine bundesweit einheitliche Nummer für den Nutzer erschlossen werden können. Beratung und Vermittlung sollen nach Möglichkeit wohnortnah erfolgen, dies auch unter dem Gesichtspunkt einer Kombination mit proaktiven bzw. aufsuchenden Diensten.
- **Vernetzung:** Sämtliche Institutionen, die unter der noch zu etablierenden einheitlichen Nummer von den Nutzern unmittelbar erreicht werden und Beratungs-, Informations- und Vermittlungs-

dienste leisten, sind miteinander zu vernetzen. Es empfiehlt sich, diese Institutionen auch in einer Verbandsstruktur zusammenzuführen. Darüber hinaus sind – auf einer anderen Ebene – grundsätzlich auch alle Institutionen, an die Klienten weitervermittelt werden können, in die Vernetzung einzubeziehen; dies vor allem insofern, als Vermittlung auf aktuelle und verlässliche Information über die jeweiligen Dienste angewiesen ist und diese Informationen nur in Kooperation mit den Träger bzw. Leiter der jeweiligen Einrichtungen ermittelt und regelmäßig aktualisiert werden können. Dabei kommen nicht nur lokale Altenhilfeeinrichtungen in Frage, sondern insbesondere auch andere überregionale Beratungsdienste, die sich an Ältere wenden oder altersbezogene Themen bearbeiten.

- **thematische Offenheit:** Für ein bundesweit unter einer einheitlichen Nummer tätiges Beratungstelefon ist weitreichende thematische Offenheit konstitutiv, soll es seinen Hauptzweck, die Bewältigung der vor allem aus der Fragmentierung altersbezogener Hilfen und Dienstleistungen resultierenden Intransparenz erreichen. Zugleich wird es innerhalb der Tätigkeit des Beratungstelefon thematische Schwerpunkte (wie Pflege, Gesundheit, Wohnen im Alter, Renten und Alterssicherung, Einsamkeit und soziale Isolation) geben, an denen sich u.a. Auswahl und Ausbildung der BeraterInnen in besonderem Maße zu orientieren haben. Im Detail werden sich diese Schwerpunkte erst in der Phase der praktischen Umsetzung und Nutzung des Beratungsdienstes herauskristallisieren. Wichtig ist es, den Blick nicht zu sehr auf altersbezogene Probleme, Krisen, Erkrankungen, Behinderungen, Einschränkungen und Verluste, d.h. auf als defizitär erlebte Faktoren zu verengen und grundsätzlich auch unter ein Konzept des aktiven Alterns subsumierbare Bereiche (wie Freizeitgestaltung, Bildung, körperliche Aktivität, Reisen, ehrenamtliches Engagement, politische Partizipation) aufzugreifen.
- **breite Zielgruppendefinition:** Ein bundeseinheitlich erreichbares telefonisches Beratungsangebot sollte sich nicht nur an Seniorinnen und Senioren selbst, sondern auch an Kontaktpersonen Älterer richten, einerseits an (pflegende und nicht pflegende) Familienangehörige, andererseits an Personen, die Advokatenfunktionen für Ältere übernehmen bzw. Schlüsselpositionen beim frühzeitigen Erkennen sich entwickelnder Not- und Problemlagen innehaben können; dazu gehören u.a. gesetzliche Betreuer, Hausärzte und im Bereich der ambulanten Pflege Tätige. Das Ansprechen dieser Personenkreise als Zielgruppen eines bundeseinheitlich erreichbaren Beratungsangebots ist gerade im Hinblick auf dementiell Erkrankte und andere schwer erreichbare Gruppen von Älteren (u.a. Menschen mit Behinderungen, sozial Isolierte) erforderlich. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Probleme geringer Übersichtlichkeit und eines dadurch bedingten erschwerten Zugangs zu vorhandenen Hilfeangeboten in der Gruppe älterer Migrantinnen und Migranten (inkl. eines Teils der aus Osteuropa zugewanderten deutschstämmigen Bevölkerung) deutlich stärker ausgeprägt sind als im Durchschnitt der älteren Generation. Es ist daher nach geeigneten Maßnahmen zu suchen, das bundeseinheitlich erreichbare telefonische Beratungsangebot für diese Gruppen zu öffnen; grundsätzlich sollte auch fremdsprachige Beratung angeboten werden.
- **Professionalität:** Beratung sollte vornehmlich durch Personen mit einschlägigen beruflichen Qualifikationen erfolgen. Im Rahmen eines bundesweiten, thematisch offenen Beratungsangebots für Ältere ist Multiprofessionalität erforderlich. Neben Personen mit sozialpädagogischer bzw. sozialarbeiterischer Qualifikation sind Disziplinen wie Pflege, Medizin, Psychologie, Gerontologie und Recht in die Beratungsarbeit einzubinden. Daneben bleibt Raum für ehrenamtliches Engagement. Das grundsätzlich zu konstatierende Spannungsverhältnis zwischen dem Streben nach Professiona-

lität und einer auf das Engagement ehrenamtlich arbeitender Laien gestützten Beratung schwindet in dem Maße, in dem die ehrenamtlichen Kräfte ihre Tätigkeit vorbereitend und begleitend aus- und fortgebildet werden. Sinnvolle Aufgabenfelder für ehrenamtliche Kräfte ergeben sich u.a. in Zusammenhang mit von konkreten Informationsanfragen und Beratungsanliegen relativ unabhängigen, vor allem in Einsamkeit und sozialer Isolation begründetem Kontakt- und Gesprächsbedarf von NutzerInnen telefonischer Beratungsangebote, der bei den meisten der hier analysierten Dienste in beträchtlichem Umfang zu konstatieren war.

- **einheitliche Qualitätsstandards und verbindliche Regeln der Qualitätssicherung:** Eine große Chance wie eine Aufgabe des bundesweiten Beratungstelefon ist darin zu sehen, für die Gruppe der in dem zu gründenden Verband zusammengeschlossenen, unmittelbar beratenden und vermittelnden Instanzen Qualitätsstandards für Beratungs- und Vermittlungstätigkeiten zu entwickeln, verbindlich zu vereinbaren und Regeln und Mechanismen zur Kontrolle der Umsetzung dieser Standards zu entwickeln. Hier können die Erfahrungen anderer Einrichtungen, etwa der Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinder- und Jugendtelefone, von großem Nutzen sein.
- **Trägerneutralität und kooperative Trägerstrukturen:** Bei der Vermittlung von KlientInnen an Institutionen der Altenhilfe geht es – insbesondere im Bereich der Pflege – bereits im Einzelfall, noch viel stärker natürlich auf der Ebene eines bundesweit operierenden Dienstes letztendlich um beträchtliche finanzielle Transaktionen und sich daran knüpfende Interessen. Es gilt daher – und darin wird eine der großen Aufgaben in der Phase der weiteren Konzeptentwicklung liegen – Organisationsstrukturen und Verfahrensweisen zu entwickeln und zu implementieren, die partikuläre monetäre Interessen neutralisieren. Grundsätzlich ist vor allem an trägerübergreifende Lösungen zu denken, welche eine breite Mitwirkung und Mitgestaltung durch die Träger von Angeboten im Altenhilfebereich ermöglichen und die zum Aufbau und Unterhalt lokaler Beratungs- und Vermittlungsdienste erforderlichen finanziellen Aufwendungen auf eine Vielzahl von Institutionen verteilen; grundsätzlich denkbar ist auch innerhalb eines solchen kooperativen Modells die Übernahme von Beratungs- und Vermittlungsaufgaben durch Personen und Institutionen ohne eigene materielle Interessen an den Vermittlungsergebnissen. Zu prüfen ist die Möglichkeit kommunaler Beratungspools, in denen Träger, Kommunen sowie Senioren und Seniorenvertreter zusammenarbeiten.

Empfehlung 4: Systematische Nutzung in- und ausländischer Erfahrungen

Bei der weiteren Ausgestaltung eines bundesweit unter einer einheitlichen Nummer erreichbaren Beratungstelefon sollten Erfahrungen, die in einschlägigen Einrichtungen mit einer über die lokale Ebene hinausgehenden Zuständigkeit gemacht wurden, systematisch ausgewertet und für das Konzept des bundesweiten Seniorentelefon nutzbar gemacht werden.

Die vorgelegte Bedarfserkundung hat deutlich gemacht, wie vielfältig die Ziele, Arbeitsweisen, Organisationsstrukturen und technischen Grundlagen bestehender telefonischer Beratungsangebote für Ältere, aber auch für andere Zielgruppen sind. Der bei diesen Einrichtungen vorhandene Erfahrungsreichtum konnte vor allem aus Kapazitätsgründen nur zum Teil abgeschöpft werden. Es ist davon auszugehen,

dass insbesondere organisatorische und technische Fragen, die sich im Rahmen der weiteren Konzeptentwicklung und Planung eines bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungsangebots für Ältere stellen werden, andernorts und in vergleichbaren Projekten ebenfalls auftraten und dass es dort zum Teil bereits gelungen ist, übertragbare Lösungen zu entwickeln. Ausländische Projekte können u.a. wegweisend sein hinsichtlich der Nutzung des Internets im Bereich seniorenbezogener Beratungs- und Informationsdienste, des Einsatzes von Kommunikationstechnologie für Menschen mit Einschränkungen des Hör- und Sprachvermögens und der Verbindung telefonischer Beratung mit proaktiven Elementen. Einige deutsche Projekte wie die baden-württembergischen Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen und die trägerübergreifenden Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere und pflegebedürftige Menschen in Hessen konnten im Rahmen der Bedarfsanalyse nur am Rande betrachtet werden, können aber gerade im Hinblick auf den Aufbau eines über die lokale Ebene hinausgehenden Beratungsangebots für ältere Menschen und die dabei zu bewältigenden Aufgaben wertvolle Beiträge liefern. Es wird dringend empfohlen, systematische Schritte zur Nutzung solcher Erfahrungen zu unternehmen. Dies kann zum Teil in Form von Experteninterviews und der weiteren Auswertung verfügbarer Materialien geschehen; darüber hinaus erscheint es sinnvoll, den diesbezüglichen Erfahrungsaustausch im Rahmen eines auch VertreterInnen ausländischer Projekte telefonischer Seniorenberatung einzubeziehenden Workshops zu vertiefen. Dieser Workshop sollte so früh wie möglich in Angriff genommen werden, da seine Erträge für die weiteren Planungsprozesse bedeutsam sein werden.

Empfehlung 5: Nutzung moderner Technologie zur Erhöhung der Effizienz und der Zugänglichkeit eines bundesweiten telefonischen Beratungsangebots für Ältere

Das Beratungsangebot stützt sich grundlegend auf das niedrigschwellige, allen Generationen in der Handhabung vertraute Medium Telefon. Darüber hinaus gilt es, die Verknüpfung mit anderen Technologien von Beginn an zu ermöglichen. Hierzu gehören der Einsatz moderner Datenbanktechnologie, die Nutzung des Internet als Kommunikations- und Informationsmedium sowie die Nutzung von Kommunikationstechnologie, welche die Zugänglichkeit des Beratungstelefon für Menschen mit Behinderungen im Bereich der Hör- und Sprachfähigkeit erhöht bzw. überhaupt erst schafft.

Das im Wesentlichen telefonbasierte Beratungsangebot sollte in mehrfacher Hinsicht so angelegt werden, dass weitere Kommunikations- und Informationstechnologien integriert werden können. Drei Bereiche verdienen dabei besondere Beachtung:

- Qualitativ hochwertige Vermittlung kommt ohne ein die wesentlichen Informationen in aktueller Form bereithaltendes Datenbanksystem nicht aus. Fragen zu Struktur, Inhalten und Pflege der Datenbank sowie zu den für die spezifischen Zwecke eines bundesweiten Seniorentelefon geeigneten einschlägigen Programmen sind in jedem Fall vor Beginn einer Modellphase zu klären. Die Daten-

bank sollte von vorneherein so angelegt werden, dass eine selektive Öffnung für externe Nutzer und ein entsprechender Zugriff über das Internet grundsätzlich möglich sind.

- Ebenfalls empfiehlt sich, bereits in der Planungsphase die umfassende Verknüpfung eines bundeseinheitlich erreichbaren telefonischen Beratungsangebots mit Internet-gestützten Diensten ins Auge zu fassen. Dazu gehört nicht nur die bereits angesprochene Möglichkeit des Datenbankzugriffs¹⁴⁴, des Abrufens von Informationen zu Altenhilfeangeboten und anderen Themen durch Informationssuchende, sondern auch die E-Mail-Kommunikation, eventuell auch der Online-Chat zwischen Beratern und Klienten und die Gestaltung einer Website zur Eigendarstellung und zum Bereitstellen von Informationen.
- Ferner sollten die Möglichkeiten des Einsatzes technischer Mittel geprüft werden, die geeignet sind, telefonische Beratungsdienste grundsätzlich auch für Personen mit Einschränkungen der Hör- und Sprachfähigkeit zugänglich zu machen. Neben den auch für andere Zielgruppen in Frage kommenden Zugangsmöglichkeiten über Fax, E-Mail und Brief gehört dazu der Einsatz von speziell für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderungen entwickelten Medien und Kommunikationshilfen wie etwa Schreib- und Bildtelefonen.

¹⁴⁴ Hierzu liegen umfangreiche Erfahrungen vor allem aus den Vereinigten Staaten vor; vgl. in Kapitel 4.2.2. etwa die Ausführungen zu den Datenbanken *Finder* und *Nursing Home Compare*.

Literatur

- ADAM, C. (1995). *Hausnotruf-Dienste in Nordrhein-Westfalen. Bestandsaufnahme – Konzeptionen – Empfehlungen*. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- ADAM, C. (1998). Hausnotruf: Dreh- und Angelpunkt der Versorgung von Seniorinnen und Senioren. In T. ERKERT & J. SALOMON (Hrsg.). *Seniorinnen und Senioren in der Wissensgesellschaft* (S. 165-170). Bielefeld: Kleine Verlag.
- ADAMEK, M.E. & KAPLAN, M.S. (1996). Managing elder suicide: A profile of American and Canadian crisis prevention centers. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 26 (2), 122-131.
- ADMINISTRATION ON AGING (1995). The Eldercare Locator: A way to find community assistance for seniors. Verfügbar unter <http://www.aoa.dhhs.gov/aoa/pages/loctrnew.html> [01.04.2002].
- ADMINISTRATION ON AGING (2001). Evaluation of Eldercare Locator Service: Executive summary. Verfügbar unter <http://www.aoa.gov/network/2001/eval/execsum.html> [01.04.2002].
- ADMINISTRATION ON AGING (2002). Legal hotlines for older americans. Verfügbar unter <http://www.aoa.gov/legal/hotline.html> [01.04.2002].
- AGE & OPPORTUNITY (2002). Irish organisations. Verfügbar unter <http://www.olderinireland.ie/links/irishorgs.htm> [29.05.2002].
- AGE CONCERN (2002). Information line. Verfügbar unter <http://www.ageconcern.org.uk/SiteArchitek/facts.nsf/322bdba384116a00412566480050a932/6b4bf6559338d481802568a500537911!OpenDocument> [10.4.2002].
- AIKEN, L.R. (2000). *Dying, death, and bereavement* (4th ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- AL TELEFONO IL FILO D'ARGENTO DELL' ANZIANO (2002). Verfügbar unter <http://www.informanziani.it/areainforma/informazione/anziani/progetti/filo.htm> [10.04.2002].
- ALBERS, O. & BROUX, A. (1999). *Zukunftswerkstatt und Szenariotechnik: ein Methodenbuch für Schule und Hochschule*. Weinheim: Beltz.
- ALBERTSON, L. (1986). Geselligkeit über's Telefon – Telelink: Hilfe für ans Haus gebundene Patienten in Australien. *Altenpflege*, 11 (8), S.508.
- ALLAIRE, J.C. & MARSISKE, M. (2002). Well- and ill-defined measures of everyday cognition: Relationship to older adults' intellectual ability and functional status *Psychology and Aging*, 17 (1), 101-115.
- ALMA: ALLÔ MALTRAITANCE DES PERSONNES ÂGÉES (2002). Verfügbar unter <http://asso.alma.free.fr/> [5.4.2002].
- ALTPETER, W. (1995). Soziale Unterstützung in Sinnkrisen. In R. NINGEL & W. FUNKE (Hrsg.). *Soziale Netze in der Praxis* (S. 152-165). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- ALTSCHULD, J.W. & WITKIN, B.R. (2000). *From needs assessment to action: Transforming needs into solution strategies*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- AMERICAN ASSOCIATION OF RETIRED PERSONS & PRINCETON SURVEY RESEARCH ASSOCIATES (1996). *Telemarketing fraud victimization of older Americans: An AARP survey*. Washington, DC: American Association of Retired Persons.
- AMINZADEH, F & EDWARDS, N. (1998). Exploring seniors' views on the use of assistive devices in fall prevention. *Public Health Nursing*, 15 (4), 297-304.
- ANDERS, K. (1999). *Elder fraud: Financial crimes against the elderly*. Washington, DC: National Conference of State Legislatures.
- ARNOLD, B. (1992). Die Hochschule als eine neue Lebenswelt für ältere und alte Bürger. In C. PETZOLD & H.G. PETZOLD (Hrsg.). *Lebenswelten alter Menschen: Konzepte, Perspektiven, Praxisstrategien* (S. 171-190). Hannover: Vincentz.
- AUSER E FILO D'ARGENTO LANCIANO UN ALLARME! (2001, April). Verfügbar unter <http://www.comune.firenze.it/comune/organi/q5/aprile01/03.pdf> [10.4.2002].
- AZIZ, S.J., BOLICK, D.C., KLEINMAN, M.T. & SHADEL, D.P. (2000). The National Telemarketing Victim Call Center: Combating telemarketing fraud in the United States. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 12 (2), 93-98.
- BAARSEN, B. VAN, SNIJDERS, T.A., SMIT, J. & VAN DUIJN, M.A. (2001). Lonely but not alone: Emotional isolation and social isolation as two distinct dimensions of loneliness in older people. *Educational and Psychological Measurement*, 61 (1), 119-135.
- BACKES, G.M. (1992). Soziales Ehrenamt im Alter: ältere Frauen zwischen fremdbestimmtem Einsatz, Selbsthilfe und freiwilligem Engagement. *Sozial Extra*, 16 (12), 7-9.
- BALTES, M.M., MAAS, I., WILS, H.U. & BORCHELT, M. (1996). Alltagskompetenz im Alter: theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In K.U. MAYER & P.B. BALTES (Hrsg.). *Die Berliner Altersstudie* (S. 525-541). Berlin: Akademie Verlag.
- BARNEKOW, R. & BERNHARDT, M. (1995). Das Bildtelefon. *Archiv für deutsche Postgeschichte*, 2, 55-59.
- BAUER, B. (2001). WISDOM – Wireless Information Service for Deaf people on the Move. Verfügbar unter <http://www.techinfo.rwth-aachen.de/Forschung/SLR/Wisdom/> [19.06.2002].
- BAUER, K. & HÜRTEIN, M. (1996). Einsatz neuer Medien in sozialen und personenbezogenen Dienstleistungen unter frauenspezifischen Aspekten. In A. HARTMANN & K. SCHARFENORTH (Hrsg.). *Neue Medien – bessere Dienstleistungen?* (S. 78-86). Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik.
- BAUM, S.K. (1983). Age identification: Theoretical considerations. *International Journal of Aging and Human Development*, 18, 23-30.
- BAUM, S.K. & BOXLEY, R. (1984a). Age denial-death denial in the elderly. *Death Education*, 8, 419-423.
- BAUM, S.K. & BOXLEY, R. (1984b). Age identification in the elderly. *Gerontologist*, 23, 532-537.
- BEAUFTRAGTE DES OBERBÜRGERMEISTERS FÜR DEN ALTENPFLEGEBEREICH, BESCHWERDESTELLE (2001). *Bericht über die Tätigkeit vom 15. April 1999 bis 14. April 2001*. München: Landeshauptstadt München.

- BECKER, G. & SIMON, T. (1999). *Handbuch Aufsuchende Jugend- und Sozialarbeit*. Weinheim: Juventa.
- BEHER, K., LIEBIG, R. & RAUSCHENBACH, T. (1999). *Das Ehrenamt in empirischen Studien: ein sekundäranalytischer Vergleich (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 163)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- BEHER, K., LIEBIG, R. & RAUSCHENBACH, T. (2000). *Strukturwandel des Ehrenamtes: Gemeinwohlorientierung im Modernisierungsprozess*. Weinheim: Juventa.
- BEHRMANN, G. (1990). Armut im Alter. In J. HOWE (Hrsg.). *Lehrbuch der psychologischen und sozialen Alternswissenschaft. Bd. 2: Psychosoziale Probleme älterer Menschen* (S. 141-175). Heidelberg: Asanger.
- BERGER, H.S. (2001). Hearing aid and cellular telephone compatibility: Working toward solutions. *Journal of the American Academy of Audiology*, 12 (6), 309-314.
- BERNER, D. (2002). Alzheimer-Telefon erfolgreich gestartet. *Alzheimer Info: Nachrichten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft*, Nr. 1/ 2002, S. 1-2.
- BERNHARDT, J.M. (2000). Health education and the digital divide: Building bridges and filling chasms. *Health Education Research*, 15, 527-531.
- BIERMANN, T. (1996). Aktives Beschwerdemanagement. In G. DEHR & T. BIERMANN (Hrsg.). *Kurswechsel Richtung Kunde: die Praxis der Kundenorientierung* (S. 161–175). Frankfurt am Main: Verlag der Frankfurter Allgemeinen Zeitung.
- BLANDOW, J. (1998). Vom Bürgeramt zur Bürgerpflicht: ein Essay zu den jüngeren Ehrenamtsdebatten. *Widersprüche*, Nr. 67, S.107-121.
- BLANKE, B., BRANDEL, R., HARTMANN, A., HEINZE, R.G., HILBERT, J., LAMPING, W., NAEGELE, G., SCHRIDDE, H., STÖBE-BLOSSEY, S. & VON BANDEMER, S. (2000). *Sozialstaat im Wandel: Herausforderungen – Risiken – Chancen – neue Verantwortung. Wissenschaftliche Eingangsuntersuchung für das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen*. Verfügbar unter <http://www.iatge.de/aktuell/veroeff/ds/brandel01a.pdf> [11.06.2002].
- BLATTNER, J.(1988). Krisenmanagement – für wen? Eine kritische Anfrage aus klientenzentrierter Sicht. In M.WOLFERSDORF & H. WEDLER (Hrsg.). *Beratung und psychotherapeutische Arbeit mit Suizidgefährdeten* (S.26-38). Regensburg: Roderer.
- BLIESENER, J. (1990). Ausbildung von Aidsberatern mit Telefonsimulation und Gesprächsanalysen. In K. EHLICH, A. KOERFER, A. REDDER & R. WEINGARTEN (Hrsg.). *Medizinische und therapeutische Kommunikation* (S. 256-273). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- BLOSSER-REISEN, L. (1990). Selbständige Lebens- und Haushaltsführung bei Behinderungen im Alter mit Hilfe neuer Technologien. *Zeitschrift für Gerontologie*, 23 (1), 3-11.
- BOETTNER, J. (1996). Chancenorientiert und intermediär. Perspektiven beratender Altenarbeit im Stadtteil. In C. SCHWARZE (Hrsg.) *Soziale Altenarbeit* (S. 233-245). Weinheim: Juventa Verlag.
- BOEBENECKER, K.H. (1999). Ehrenamt und Wohlfahrtsverbände. *Soziale Arbeit*, 48 (3), 87-93.
- BOHNSACK, R. (1996). Gruppendiskussionen: neue Wege einer klassischen Methode. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 16, 323–326.

- BOHNSACK, R. (1997). Gruppendiskussionsverfahren und Milieuforschung. In B. FRIEBERTSHÄUSER & A. PRENGEL (Hrsg.). *Handbuch qualitativer Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S. 492–502). Weinheim: Fink.
- BOLING, R. (1999). Looking for a lawyer? *Modern Maturity*, 42 (1), 82-83.
- BRACHEL, H.U. VON & SCHRAMM, T. (Hrsg.) (1989). *Telefonseelsorge: Brennglas krisenhafter Entwicklungen*. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- BRADSHAW, J. (1972). The concept of need. *New Society*, 30, 640-643.
- BRADSHAW, J.R. (1994). The conceptualization and measurement of need: A social policy perspective. In J. POPAY & G. WILLIAMS (Eds.). *Researching the people's health* (pp. 45-57). London: Routledge.
- BRANDENBURG, H. (1995). Neues Ehrenamt – Herausforderung und Perspektiven. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 26 (2), 107-119.
- BRANDENBURG, H. & ROTT, C. (1994). Altern in der fremden Heimat. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 25 (1), 33-50.
- BRANDTSTÄDTER, J. & GREVE, W. (1992). Das Selbst im Alter: adaptive und protektive Mechanismen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 24 (4), 269-297.
- BRANDTSTÄDTER, J. & WENTURA, D. (1994). Veränderungen der Zeit- und Zukunftsperspektive im Übergang zum höheren Erwachsenenalter: entwicklungspsychologische und differentielle Aspekte. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 26 (1), 2-21.
- BRAUN, H. (1992). Spannungsfeld Vernetzung: Altenarbeit zwischen Egoismen und Kooperation. In H. BRAUN, J. BRUDER, R. DIERL, L. VEELKEN & H. WERNER (Hrsg.). *Vernetzung in Altenarbeit und Altenpolitik: Probleme und Perspektiven in der neuen Bundesrepublik* (S. 9-20). Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- BRAUN, H. (1995). Alten- und Servicezentren in München. in EMPIRICA (Hrsg.). *Neue Wege in der Betreuung älterer und behinderter Menschen. Chancen für eine qualitative Verbesserung der Versorgung in der häuslichen Umgebung*. Dokumentation der gleichnamigen Konferenz im November 1993 in Frankfurt am Main (S. 165-166). Bonn: Selbstverlag.
- BRAUN, H. GEISLER, S. & WIEDEMANN, E. (1989). *Programm Wohnungsanpassung für ältere Menschen. Erfahrungsbericht 1989*. München: Sozialreferat der Landeshauptstadt München.
- BRAUN, J. & BISCHOFF, S. (1999). *Bürgerschaftliches Engagement älterer Menschen: Motive und Aktivitäten (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 184)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- BRAUN, M. & DIETRICH, A. (1996). Altern in der "Fremde": Herausforderungen und Lösungsansätze in der Sozialen Arbeit. In W. KLÜSCHE (Hrsg.). *Die Herausforderung des Alters: Antworten der Sozialen Arbeit in Europa* (S. 279-288). Mönchengladbach: Fachhochschule Niederrhein.
- BRAUN, U. (1998). Stützung und Beratung häuslicher Pflegearrangements – zum sich wandelnden Profil fachlicher Pflege. In R. SCHMIDT & A. WINKLER (Hrsg.). *Ansätze zur Weiterentwicklung der ambulanten pflegerischen Versorgungsstruktur* (S. 55-60). Regensburg: Transfer Verlag.
- BRILHART, J.K., GALANES, G.J. & ADAMS, K. (2001). *Effective group discussion: Theory and practice* (10. ed.). Boston: McGraw-Hill.

- BROWNE, J.P., O' BYLE, C.A., MCGEE, H.M., JOYCE, C.R., McDONALD, N.J., O' MALLEY, K. & HILTBRUNNER, B. (1994). Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of Life Research*, 3, 235-244.
- BRUDER, J. (1998). Beratung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen demenzkranker Menschen. In A. KRUSE (Hrsg.). *Psychosoziale Gerontologie, Band II: Intervention* (S. 275-295). Göttingen: Hogrefe.
- BÜCHTER, K. (1999). Regeln zur Ermittlung von Qualifikationsbedarf in Betrieben. *Berufsbildung*, Nr. 16, S. 7-14.
- BUIJSSEN, H.P. & HIRSCH, R.D. (Hrsg.). (1997). *Probleme im Alter: Diagnose, Beratung, Therapie, Prävention*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- BÜLOW, E. (1990). Sprechakt und Textsorte in der Telefonkommunikation. In FORSCHUNGSGRUPPE TELEFONKOMMUNIKATION (Hrsg.). *Telefon und Gesellschaft* (S. 300-312). Berlin: Wissenschaftsverlag Volker Spiess GmbH.
- BULTAN, F. (1992). Türken als Senioren. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 43 (19), 386-390.
- BULTENA, G.L. & POWERS, E.A. (1978). Denial of aging: Age identification and reference group orientations. *Journal of Gerontology*, 33 (5), 748-754.
- BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR WOHNUNGSANPASSUNG E.V. (2000). *Wohnungsanpassung und Wohnberatung. Workshop in Kassel am 21./24.2.1999*. (Dokumentation Nr. 4 Bundes-Modellprogramm Selbstbestimmt Wohnen im Alter). Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2000). *Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen, Belastungen, Herausforderungen. Sechster Familienbericht*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.) (2001a). *Wie wohnen, wenn man älter wird? Selbstbestimmt Wohnen im Alter. Bundes-Modellprogramm 1998-2001*. 2. Auflage. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.) (2001b). *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation: Stellungnahme der Bundesregierung, Bericht der Sachverständigenkommission*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2002a, 8. Januar). Bundesministerin Bergmann stellt Alzheimer-Telefon vor (Pressemitteilung). Verfügbar unter http://www.bmfsfj.de/dokumente/Pressemitteilung/ix_66478.htm [26.2.2002].
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2002b, 15. April). *Altenhilfestructurgesetz*. Verfügbar unter http://www.bmfsfj.de/top/dokumente/Artikel/ix_76130.htm?template=single&id=76130_4893&script=1&ixepf=_76130_4893 [4.6.2002].
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.) (2002c). *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Bericht der Sachverständigenkommission*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Verfügbar unter http://www.bmfsfj.de/Anlage19677/4._Altenbericht.pdf [18.04.2002].

- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.) (2002d). *Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission für den 4. Altenbericht "Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen"*. Verfügbar unter http://www.bmfsfj.de/Anlage19735/Stellungnahme_der_Bundesregierung.doc [18.04.2002].
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2002e, 2. April). Bundesmodellprogramm "Erfahrungswissen für Initiativen" (EFI). Verfügbar unter http://www.bmfsfj.de/top/dokumente/Struktur/ix_74404.htm?template=single&id=74404&script=1&ixepf=_74404 [16.07.2002].
- BUSBY, F. (1997). *Maltraitements et négligences envers les personnes âgées: ALMA écoute, observe, informe et installe une prévention 1995-1997*. Grenoble: Centre Pluridisciplinaire de Gérontologie, Université des Sciences Sociales.
- CARVIN, A. (2000). Mind the gap: The digital divide as the civil rights issue of the new millennium. *Multimedia Schools*, 7 (1), 56-58.
- CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES AND DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2002). Nursing Home Compare: Collecting and updating nursing home data. Verfügbar unter <http://www.medicare.gov/NHCompare/Search/Related/DataCollection.asp> [03.06.2002].
- CHORHERR, O. (1994). Die Gruppendiskussion als Erhebungsverfahren. In ARBEITSKREIS QUALITATIVE SOZIALFORSCHUNG (Hrsg.). *Verführung zum Qualitativen Forschen: eine Methodenauswahl* (S. 69-76). Wien: WUV-Universitäts-Verlag.
- CHRISTL, F. (1998). Psychologische Beratung im Internet: Erfahrungen aus der Beratungsarbeit der katholischen Telefonseelsorge. In L. JANSSEN (Hrsg.). *Auf der virtuellen Couch – Selbsthilfe, Beratung und Therapie im Internet* (S. 101-116). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- CHRISTL, F. (1999). Psychologische Beratung im Internet: Projekt-Bericht der Telefonseelsorge Köln. In M. MAABEN, T. GROLL & H. TIMMERBRINK (Hrsg.). *Mensch versteht sich nicht von selbst: Telefonseelsorge zwischen Kommunikationstechnik und Therapie* (S. 34-54). Münster: Lit.
- CHRISTL, F. (2000). Psychologische Beratung im Internet – ein Erfahrungsbericht. In B. BATINIC (Hrsg.). *Internet für Psychologen*, 2. Aufl. (S. 549-565). Göttingen: Hogrefe.
- CLAUSSEN, F. (1996). *Praxishandbuch Seniorenbüros. Handreichungen aus dem Modellprogramm Seniorenbüro*. (Materialien zum Modellprogramm Seniorenbüro des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend Bd. 11). Köln: Eigenverlag.
- CMS CITES NURSING HOMES COMPLAINTS ON WEB SITE (2002). Verfügbar unter <http://www.seniors.gov/articles/0502/nursing-home.htm> [03.06.2002].
- COOKE, D.D., McNALLY, L., MULLIGAN, K.T., HARRISON, M.J. & NEWMAN, S.P. (2001). Psychosocial interventions for caregivers of people with dementia: A systematic review. *Aging and Mental Health*, 5 (2), 120-135.
- COYNE, A.C., POTENZA, M. & BROKEN NOSE, M.A. (1995). Caregiving and dementia: The impact of telephone helpline services. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 1(4), 27-32.
- CREFELD, W. (2001). Psychosoziale Hilfe in Krisen und Notfällen. Verfügbar unter <http://www2.efh-bochum.de/Homepages/crefeld/Forum/Downloads/xks041.pdf> [17.06.2002].

- DAMMER, I. & SZYMKOWIAK, F. (1998). *Die Gruppendiskussion in der Marktforschung: Grundlagen, Moderation, Auswertung. Ein Praxisleitfaden*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- DANZER, B. (1992). *Die "Alltagswende" im Arbeitsfeld Beratung*. Regensburg: Roderer.
- DAS HAUSNOTRUFSYSTEM FEIERT GEBURTSTAG (2002, 3. Juni). dpa-Meldung. Verfügbar unter http://portale.web.de/Schlagzeilen/News/?msg_id=1348899 [6.6.2002].
- DAS HEIM DARF NICHT ZUM ALBTRAUM WERDEN (2000, 10. März). *Frankfurter Rundschau*. Verfügbar unter <http://www.thema-altenpflege.de/aktuell/presse/art111.htm> [4.6.2002].
- DAS SENIORENTELEFON DER STADT KÖLN (2002). *BAGSO-Nachrichten*, 1, S. 42.
- DASCHER, G. LAUENBURG, I. LEDERMANN, A. MÜLLER, W., SEYRER, Y & WULLRICH, M. (1993). *K.U.B. nächtlicher Krisen- und Beratungsdienst. 10 Jahre Krisen- und Beratungsdienst*. Berlin: Eigenverlag.
- DAUSCHER, U. (1998). *Moderationsmethode und Zukunftswerkstatt* (2. Aufl.). Neuwied: Luchterhand.
- DAVIES, H.D., ZEISS, A.M., SHEA, E.A. & TINKLENBERG, J.R. (1998). Sexuality and intimacy in Alzheimer's patients and their partners *Sexuality and Disability*, 16, (3), 193-203.
- DAVIS, L. (1998). Telephone-based interventions with family caregivers: A feasibility study. *Journal of Family Nursing*, 4 (3), 255-270.
- DE LEO, D., CAROLLO, G. & DELLO BUONO, M. (1995). Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *American Journal of Psychiatry*, 152 (4), 632-634.
- DE LEO, D., HICKEY, P.A., NEULINGER, K. & CANTOR, C.H. (2001). *Ageing and suicide*. Canberra: Australian Institute for Suicide Research and Prevention.
- DE LEO, D., ROZZINI, R., BERNARDINI, M. & ZUCCHETTO, M. (1992). Assessment of quality of life in the elderly assisted at home through a Tele-check service. *Quality of Life Research*, 1 (6), 367-374.
- DEBUS, M. A. (1990). *Handbook for excellence in focus group research*. Washington, DC.: Academy for Educational Development.
- DEUTSCHE TELEKOM AG (1999). Telefonieren in Gebärdensprache. *Das Zeichen: Vierteljahresschrift zum Thema Gebärdensprache und Kommunikation*, 13/48, 259-269.
- DIETRICH, G. (1983). *Allgemeine Beratungspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- DIETZEL-PAPAKYRIAKOU, M. (1999). Wanderungen alter Menschen: das Beispiel der Rückwanderungen der älteren Arbeitsmigranten. In G. NÄGELE & R.M. SCHÜTZ (Hrsg.). *Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen: Gedenkschrift für Margret Dieck* (S. 141-166). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- DILL, A. (1993). Defining needs, defining systems: A critical analysis. *Gerontologist*, 33, 453-460.
- DILL, H. (1989). Alte Ausländer in Deutschland: ein neues Problem sozialer Integration. In E.V. KARDORFF & H. OPPL (Hrsg.). *Sozialarbeit für und mit alten Menschen* (S. 81-90). München: Minerva-Publikation.
- DINGEL, W. (1991). Beratung älterer Kraftfahrer(innen) – individuelle und gesellschaftliche Aspekte. In A.S. COHEN & R. HIRSIG (Hrsg.). *Fortschritte der Verkehrspsychologie ' 90* (S. 455-460). Köln: Verlag TÜV Rheinland.

- DITTMANN-KOHLI, F. (1990). The construction of meaning in old age. *Ageing and Society*, 10, 270-294.
- DÖHNER, H. (2001). Information und Beratung: ein Beitrag zur Gesundheitsförderung und -versorgung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34 (1), 48-55.
- DOYAL, L. & GOUGH, I. (1991). *A theory of human need*. London: MacMillan.
- DREHER, M. & DREHER, E. (1995). Gruppendiskussionsverfahren. In U. FLICK, E. von KARDORFF, H. KEUPP, L. von ROSENSTIEL & S. WOLFF (Hrsg.). *Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*, 2. Aufl. (S.186-188). Weinheim: Beltz / Psychologie-Verlags-Union.
- DRICKAMER, M.A. & MAROTTOLI, R.A. (1993). Physician responsibility in the counseling of elderly drivers. *American Journal of the Medical Sciences*, 306 (5), 277-281.
- DÜCKER, U., FRANKEN, M., THEILACKER, M. & WESSLING, T. (1994). Sieben Jahre AIDS-Telefonberatung allgemein – Ein Erfahrungsbericht. *Prävention*, 17 (4), 131-132.
- DUFFY, M. (Ed.). (1999). *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults*. New York: John Wiley & Sons.
- DUGAN, E., ROBERTS, C., COHEN, S.J., PREISSER, J.S., DAVIS, C.C., BLAND, D.R. & ALBERTSON, E. (2001). Why older community-dwelling adults do not discuss urinary incontinence with their primary care physicians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49 (4), 462-465.
- DÜRRENBARGER, G. & BEHRINGER, J. (1999). *Die Fokusgruppe in Theorie und Anwendung*. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg.
- EAKIN, E. (2001). Promoting physical activity among middle-aged and older adults in health care settings. *Journal of Aging and Physical Activity*, 9, 29-37.
- EGGEN, B. (1997). Familiäre und ökonomische Lage älterer Deutscher und Ausländer. In K. ECKART & S. GRUNDMANN (Hrsg.). *Demographischer Wandel in der europäischen Dimension und Perspektive* (S. 83-110). Berlin: Duncker & Humblot.
- EIFERT, B. & ROTHGANG, H. (1999). Marktliche und planerische Elemente bei der Umsetzung des PflegeVG auf Länderebene. *Zeitschrift für Sozialreform*, 5, 447-464.
- EIN OFFENES OHR FÜR DIE PROBLEME VON UND MIT ALTEN MENSCHEN (2000, 17. Februar). *Frankfurter Rundschau*. Verfügbar unter <http://www.fr-aktuell.de/fr/181/t181026> [25.8.2000]
- EINSAMKEIT: VIELE GREIFEN DANN ZUM SENIORENTELEFON (2002). *Wohnen in Berlin/Brandenburg*, 17 (1/2). o.S.
- EIRMBTER, E. (1979). *Altenbildung: zur Theorie und Praxis*. Paderborn: Schöningh.
- ELDERCARE LOCATOR PROVIDES CRITICAL SERVICE FOR CAREGIVERS, FAMILIES (2002). *Senior Journal*. Verfügbar unter <http://www.seniorjournal.com/NEWS/Eldercare/11-15-1EldrCrLctr.htm> [01.04.2002].
- ENDACOTT, R (1997). Clarifying the concept of need: A comparison of two approaches to concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25 (3), 471-476.
- ENGELS, D. (1992). Solidarische Selbsthilfe statt traditionelle Wohlfahrtspflege. *Social management*, 2 (1), 9-11.

- ERKERT, T. (1999a). Kommunikation statt Isolation. Teil I: Vom Hausnotruf zum Haus-Tele-Dienst. Verfügbar unter http://www.empirica.com/a_und_b/pdf-files/ArtikelTeil_I.pdf [19.06.2002].
- ERKERT, T. (1999b). Kommunikation statt Isolation. Teil II: Das Virtuelle Altenheim. Verfügbar unter http://www.empirica.com/a_und_b/pdf-files/ArtikelTeil_II.pdf [19.06.2002].
- ERKERT, T. (1999c). Kommunikation statt Isolation, Teil 2: Das Zuhause wird zum Virtuellen Altenheim. *Pflegen ambulant*, 10 (2), 26-29.
- ERKERT, T. (1999d). SeniorInnen und Internet. *impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung* (Hrsg. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V), 2.Quartal 1999, S.3.
- ERKERT, T. & VON BANDEMÉR, S. (1996). Technologie im Dienst alter Menschen. IN A. HARTMANN & K. SCHARFENORTH (Hrsg.). *Neue Medien – bessere Dienstleistungen?* (S. 33-43). Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik.
- ERKERT, T. & VON BANDEMÉR, S. (1998). Per Kabel aus der Isolation – Das "Virtuelle Altenheim": Technologie im Dienste alter Menschen. *Häusliche Pflege*, 7 (7), 33-37.
- ERLEMEIER, N. (2002). *Suizidalität und Suizidprävention im Alter* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 212). Stuttgart: Kohlhammer.
- EVANGELISCHE KONFERENZ FÜR TELEFONSELSORGE UND OFFENE TÜR – KATHOLISCHE KONFERENZ FÜR TELEFONSELSORGE UND OFFENE TÜR (2002, 21. März). *Statistik der Telefonseelsorge im Jahr 2001*. Bonn, interne Statistik.
- EVERS, A. (2002, 20. Juli). Damit die Zugewanderten die Angebote der Altenhilfe mehr nutzen. Mehrere Wohlfahrtsverbände und Fachinstitutionen stellen ein Memorandum für eine "kultursensible Alterspflege". *Frankfurter Rundschau*. Verfügbar unter <http://www.fr-aktuell.de/fr/160/t160001.htm> [20.6.2002].
- FACHINGER, B. (1999). Mitverantwortliches Leben im Alter: Modellprogramm „Seniorenbüro“. In A. KRUSE (Hrsg.). *Aktiv leben – gesund alt werden: Weltgesundheitsstag 1999*(S. 73-80). Bonn: Schriftenreihe der Bundesvereinigung für Gesundheit.
- FEES, B.S., MARTIN, P. & POON, L.W. (1999). A model of loneliness in older adults. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B (4), P231-P239.
- FERN, E.F. (2001). *Advanced focus group research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- FILIPP, S.H. & FERRING, D. (1989). Zur Alters- und Bereichsspezifität subjektiven Alterserlebens. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 21 (4), 279-294.
- FILIPP, S. H. & FERRING, D. (1998). Befindlichkeitsregulation durch soziale und temporale Vergleichsprozesse im Alter? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 93-97.
- FILO D' ARGENTO AUSER: UN TELEFONO AMICO AL SERVIZIO DEGLI ANZIANI E DELLE FAMIGLIE (2001). Verfügbar unter http://www.auser.it/Allegati/filo_dargento_auser.htm [10.4.2002].
- FINN, S.C. (2000). Nutrition and healthy aging. *Journal of Women' s Health and Gender-Based Medicine*, 9 (7), 711-716.
- FISCHER, G.C., ROHDE, J.J., TEWES, U., SCHUG, S.H., KOPPELIN, F., KOSCHERA, A., PANGRITZ, A. & PULLWITT, D.H. (1995). *Die Situation über 60 Jahre alter Frauen mit einem pflegebedürftigen Ehe-*

mann (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 49). Stuttgart: Kohlhammer.

FISKE, A. & ARBORE, P. (2000-2001). Future directions in late life suicide prevention. *Omega: Journal of Death and Dying*, 42 (1), 37-53.

FLIEGE, H. & FILIPP, S.H. (2000). Subjektive Theorien zu Glück und Lebensqualität: Ergebnisse explorativer Interviews mit 65- bis 74jährigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33, 307-313.

FRANKFURTER VERBAND FÜR ALTEN- UND BEHINDERTENHILFE E.V. (2002). Hausnotruf: als Anhänger oder als Armband – rund um die Uhr sicher. Verfügbar unter <http://www.frankfurter-verband.de/pages/Dienste/Hausnotruf.html> [06.06.2002].

FRENZEL-ALTMANN, U. (1995). Aspekte psychosozialer Beratung alter Menschen: Geringe Hilfeakzeptanz – ein Kommunikationsproblem? In EMPIRICA (Hrsg.): *Neue Wege in der Betreuung älterer und behinderter Menschen. Chancen für eine qualitative Verbesserung der Versorgung in der häuslichen Umgebung*. Dokumentation der gleichnamigen Konferenz im November 1993 in Frankfurt am Main (S. 99-104). Bonn: Selbstverlag.

FRIEBEL, K. & MARSHALL, G. (1995). Florida' s Department of Elder Affairs: A case study. Verfügbar unter <http://www.heinz.cmu.edu/~rk2x/telclass.dir/oldstudentprojects.dir/proj1.dir/analysis.html> [30.3.2002].

FUHR, R.(1998). Struktur und Dynamik der Klient-Berater-Beziehung. In R. FUHR., C. KRAUSE & H.U. THIEL (Hrsg.). *Grundlagen der Diagnostik und Beratung in pädagogischen Handlungsfeldern* (S. 29-36). Göttingen: Pädagogisches Seminar der Georg-August-Universität Göttingen.

GALLAGHER, E.M & BRUNT, H. (1994). Head over heels: Impact of a health promotion program to reduce falls in the elderly. *Canadian Journal on Aging*, 15 (1), 84-96.

GALLAGHER, E.M. & SCOTT, V.J. (1996). *Taking steps: Modifying pedestrian environments to reduce the risk of missteps and falls*. Victoria, BC: University of Victoria School of Nursing.

GALLAGHER, E.M. & SCOTT, V.J. (1997). The STEPS project: Participatory action research to reduce falls in public places among seniors and persons with disabilities. *Canadian Journal of Public Health*, 88 (2), 129-133.

GALLAGHER, E.M., SCOTT, V.J. & MILLS, M. (1999). *AIM Adult Injury Management: Preventing unintentional injuries among older adults and persons with disabilities*. Victoria, BC: University of Victoria School of Nursing.

GARMS-HOMOLOVA, V. & HÜTTER, U. (1990). Das soziale Netz Hochbetagter in der Großstadt. *Medizin Mensch Gesellschaft*, 15 (3), 170-181.

GABMANN, R. (2000). Moderne Sozialarbeit mit alten Menschen: Beratung – Information – Koordination. *Neue Praxis*, 30 (4), 408-417.

GABMANN, R. & GERLING, V. (2000). *Datenbank Migration: Projekte und Kontaktadressen* (Ältere Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland, Bd. 3.; Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 175.3). Stuttgart: Kohlhammer.

GABMANN, R. & ZÄNGL, P. (1998). Daten machen keine Politik: Möglichkeiten und Grenzen der Sozialplanung im Spannungsfeld von Wünschen und Wirklichkeiten. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 21 (1), 18-28.

GEISER, M. (1996). *Alterssozialpolitik: Fragmentierung überwinden – Lebenslagen verbessern*. (Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie. Band 5). Hannover: Vincentz 1996.

GILBERG, R. (2000). *Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im höheren Alter: eine Analyse des Bedarfs und der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen*. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.

GINGERICH, W., GURNEY, R. & WIRTZ, T. (1988). How helpful are helplines? A survey of callers. *Social Casework*, 69 (10), 634-639.

GÖRGEN, T., KREUZER, A., NÄGELE, B. & KRAUSE, S. (im Druck). *Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Modellprojekts „Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum“* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 217). Stuttgart: Kohlhammer.

GOTHE, K. (2002, 10. April). Zu elft ans Ende der Tage. *Süddeutsche Zeitung*. Verfügbar unter <http://www.sueddeutsche.de/index.php?url=immobilien/geldmarkt/40951> [05.06.2002].

GOTTLIEB, B.H. (1991). Peer telephone dyads: Putting conclusions on hold. *American Journal of Community Psychology*, 19 (1), 123-132.

GRAF, K. (1990). *Die Behandlung von Verbraucherbeschwerden in Unternehmen*. Berlin: Duncker und Humblot.

GRAJCZYK, A. & KLINGLER, W. (1999). Mediennutzung der ab 50jährigen: Daten zur Nutzung elektronischer Medien und Tageszeitungen 1998. *Media Perspektiven*, Nr. 4, 202-216.

GRANGER, C.V., HAMILTON, B.B., LINACRE, J.M., HEINEMANN, A.W. & WRIGHT, B.D. (1993). Performance profiles of the Functional Independence Measure. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 72, 84-89.

GRÄBEL, E. (1998). Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter: Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31 (1), 52-56.

GREENBAUM, T.L. (1993). *The handbook of focus group research*. New York, NY: Lexington Books.

GREENE, K. (2001, 18. November). A perk of age: Free legal advice. *The Wall Street Journal Sunday*. Verfügbar unter <http://www.lsc.gov/RPress/Greene.pdf> [08.04.2002].

GRIESHABER, U. (1997). Drehscheibe für die Hilfe im Krisenfall: Hausnotruf-Modell in Nordrhein-Westfalen folgt dem Service britischer Vorbilder. *Forum Sozialstation*; 21, Nr. 87, S. 12-15.

GRUBER, H. & MANDL, H. (1996). Das Entstehen von Expertise. In J. HOFFMANN & W. KINTSCH (Hrsg.). *Enzyklopädie der Psychologie, Serie Kognition, Band Lernen* (S. 583-615). Göttingen: Hogrefe.

GRÜN, O. (1995). Das Postulat der Kundenorientierung im System der Altenversorgung. In M.B. GÜNTERT-DUBACH & R.A. MEYER SCHWEIZER (Hrsg.). *ALTERnativen: Brüche im Lebenslauf* (S. 227-243). Bern: Haupt.

GRÜN, O. (1998). Zukünftige Organisationsstrukturen für Alters- und Pflegeheime. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31, 398-406.

GRYMONPRÉ, R.E. & STEELE, J.W. (1998). The Medication Information Line for the Elderly: An 8-year cumulative analysis. *Annals of Pharmacotherapy*, 32, 743-748.

- GRYMONPRÉ, R.E., STEELE, J.W. & SCHULTZ, B.R. (1987). The Medication Information Line for the elderly: A consumer/health care professional-oriented drug information service. *Canadian Pharmaceutical Journal*, 120, 324-330.
- GUPTA, K. (1998). *A practical guide to needs assessment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- GUSKI, E. (1988). *Beratung im Stadtteil: ein Beitrag zur präventiven Orientierung psychosozialer Praxis*. Berlin: Hofgarten.
- HAAS, L., BENEDICT, J. & KOBOS, J. (1996). Psychotherapy by telephone. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 154-160.
- HABENICHT, I. (1994). *Telefonseelsorge als Form intentionaler Seelsorge*. Hamburg: Kovac.
- HABENICHT, I. (1995a). Die Anfänge der Telefonseelsorge und ihre Institutionalisierung. In J. WIENERS (Hrsg.). *Handbuch der Telefonseelsorge* (S. 9-19). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HABENICHT, I. (1995b). Das heutige Selbstverständnis. In J. WIENERS (Hrsg.). *Handbuch der Telefonseelsorge* (S. 20-31). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HAEBERLE, G.F. (1995). "Bausteine" qualifizierter, professioneller Altenhilfe in einem abgestuften System bedarfs- und nutzerorientierter Dienstleistungen. In G. JUNKERS, B. MOLDENHAUER & U. REUTER (Hrsg.). *Stationäre Altenpflege: Situation und Perspektiven in den alten und neuen Bundesländern* (S. 25-42). Stuttgart: Schattauer.
- HARNEY, K. (1995). Die handlungslogische Problematik von Ausdifferenzierung, Bedarf und Leistung: Grenzen des Managements in der betrieblichen Weiterbildung. *Jahrbuch Arbeit, Bildung, Kultur*, 13, 15-26.
- HARVEY, R.J., ROQUES, P.K., FOX, N.C. & ROSSOR, M.N. (1998). CANDID – Counselling and Diagnosis in Dementia: A national telemedicine service supporting the care of younger patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13 (6), 381-388.
- HEINEMANN, A.W., LINACRE, J.M., WRIGHT, B.D., HAMILTON, B.B. & GRANGER, C. (1993). Measurement characteristics of the Functional Independence Measure. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75, 133-143.
- HEINEMANN-KNOCH, M. & KORTE, E. (2000). Organisationsformen, Leistungsbilanz, Erfahrungen. In: MINISTERIUM FÜR FRAUEN, JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (Hrsg.). *Seniorenberatung in Nordrhein-Westfalen* (S. 9-147). Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit.
- HEINEMANN-KNOCH, M., KORTE, E. & VOß, M. (1996). *Seniorenberatung: kein psychosozialer Luxus sondern notwendige Aufgabe der Altenhilfe*. Rheda-Wiedenbrück: Institut für Gerontologische Forschung.
- HELFFERICH, C., HENDEL-KRAMER, A., TOV, E. & VON TROSCHKE, J. (1997). *Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen*. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bd. 146) Stuttgart: Kohlhammer.
- HELLER, K., THOMPSON, M.G., TRUEBA, P.E., HOGG, J.R. & VLACHOS-WEBER, I. (1991). Peer support telephone dyads for elderly women: Was this the wrong intervention? *American Journal of Community Psychology*, 19 (1), 53-74.

HELMBRECHT, M. (1995). Soziales und kulturelles Engagement im Alter: Seniorenbüros gehen neue Wege in der Seniorenarbeit. *Sozialmagazin*, 20 (5), 27-29.

HELMBRECHT, M. (1998). Zusammenarbeit von Seniorenbüros, Freiwilligenagenturen und Selbsthilfekontaktstellen. In J. BRAUN & O. KLEMMERT (Hrsg.). *Selbsthilfeförderung und bürgerschaftliches Engagement in Städten und Kreisen* (Tagungsbericht zur Fachtagung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 16./17.Februar 1998 in Bonn. ISAB-Berichte aus Forschung und Praxis Nr.54). (S. 134-143). Köln: ISAB-Verlag.

HELP FOR LONELINESS ON-LINE FROM 'SENIOR SERVICE' (2001). Verfügbar unter http://www.thirdage.ie/health/mind/20010804_help_line.htm [29.05.2002].

HENKEL, E. (1991). Welche Bedeutung hat ein telefonischer Krebsinformationsdienst für die Benutzer? *GBK, Fortbildung aktuell*, 58, 11-15.

HESSEL, A., GEYER, M. & BRÄHLER, E. (2000). Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und Akzeptanz psychosozialer Kompetenzen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 46 (3), 226-241.

HESSEL, A., GUNZELMANN, T., GEYER, M. & BRÄHLER, E. (2000). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60-Jährigen in Deutschland: gesundheitliche, sozialstrukturelle, sozio-demographische und subjektive Faktoren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33 (4), 289-299.

HESSISCHES MINISTERIUM FÜR FRAUEN, ARBEIT UND SOZIALORDNUNG, REFERAT ÖFFENTLICHKEITSARBEIT (1998). *Rahmenkonzept für den Aufbau von trägerübergreifenden Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen in Hessen*. Wiesbaden: Hessisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung.

HEWITT, M. (1993). Social movement and social need: Problems with postmodern political theory. *Critical Social Policy*, 37, 52-74.

HHS "NURSING HOME COMPARE" WEBSITE HAS MAJOR FLAWS (2002). Verfügbar unter http://www.house.gov/reform/min/pdfs/pdf_inves/pdf_nursing_compare_rep.pdf [03.06.2002].

HILBERT, J. & SCHARFENORTH, K. (o.J.). Projektinfo TESS inkontakt – Teleservices für Senioren. Verfügbar unter <http://www.iatge.de/projekt/ds/tess1.html> [17.06.2002].

HILBERT, J. (1998). Das virtuelle Altenheim. In T. ERKERT & J. SALOMON (Hrsg.). *Seniorinnen und Senioren in der Wissensgesellschaft* (S. 171-174). Bielefeld: Kleine Verlag.

HIRSCH, R.D. & ERKENS, F. (Hrsg.) (1999). *Wege aus der Gewalt. Notruftelefone, Beschwerdestellen, Krisenberatungs- und Interventionsangebote für alte Menschen und deren Helfer in der Bundesrepublik Deutschland. Erste Bestandsaufnahme* (Band 5 der Bonner Schriftenreihe "Gewalt im Alter"). Bonn: Eigenverlag.

HOFER, G. (1999, 17. Mai). Mit dem Telefonschreiber sprechen. *Tages-Anzeiger* (Zürich). Verfügbar unter <http://www.tages-anzeiger.ch/archiv/99mai/990517/98674.HTM> [24.04.2002].

HOFMANN, N. (1993). Sicherheit per Knopfdruck: der Hausnotruf und seine Bedeutung in der Häuslichen Pflege. *Häusliche Pflege*, 2 (3), 159-165.

- HOLZ, G. (1987). *Alten(hilfe)politik in der Bundesrepublik Deutschland 1945 bis 1985. Eine politikwissenschaftliche Analyse am Beispiel des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V.
- HÖRL, J. (1998). Zum Lebensstil älterer Menschen. In A. KRUSE (Hrsg.). *Psychosoziale Gerontologie. Band 1: Grundlagen* (S. 65-78). Göttingen: Hogrefe.
- HORNEY, H.L. (1998). Unsere Erfahrungen und Kontakte sollen den Jungen zugute kommen...: "Senioren helfen Einsteigern" im Interview (Interview). *Report Psychologie*, 23 (7), 530-531.
- HORNSCHUH, J. (1990). Der Einfluss des Mediums Telefon auf die Kommunikation in der telefonischen Konflikt- und Krisenberatung. In FORSCHUNGSGRUPPE TELEKOMMUNIKATION (Hrsg.). *Telefon und Gesellschaft* (S. 334-341). Berlin: Wissenschaftsverlag Volker Spiess.
- HORNSCHUH, J. (1995). Telefonisch vermittelte Kommunikation. In J. WIENERS (Hrsg.). *Handbuch der Telefonseelsorge* (S. 125-139). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HOTLINE FÜR ALZHEIMER-PATIENTEN (2002, 9. Januar). *Süddeutsche Zeitung*, S. 6.
- HOTTELET, H. (1998). Das System öffentlicher und freier Träger sowie gewerblicher Anbieter sozialer (Dienst-)Leistungen. In U. ARNOLD & B. MAELICKE (Hrsg.). *Lehrbuch der Sozialwirtschaft* (S.137-199). Baden-Baden: Nomos.
- HUGONOT, R. (1990a). *La vieillesse maltraitée* Paris: Dunod.
- HUGONOT, R. (1990b). *Violence contre les vieux*. Toulouse: Erès.
- HUGONOT, R. & BUSBY, F. (1999). Ecouter et prévenir la maltraitance envers les personnes âgées. Le réseau français ALMA. Verfügbar unter <http://asso.alma.free.fr/presentation.htm> [25.5.2001].
- HUMMEL, K. (1993). Gemeinwesenorientierte Altenarbeit – sozialpflegerische Entwicklung *forum demographie und politik*, 3, 90-109.
- IM GESPRÄCH KRISTALLISIEREN SICH DIE KONFLIKTE HERAUS (2001, 6. Dezember). *Frankfurter Rundschau*. Verfügbar unter <http://www.fr-aktuell.de/fr/0406/t0406006.htm> [06.12.2001].
- INFORMATION AND REFERRAL 1-800- 96-ELDER. (2000). *Elder Update* [Publikation des Florida Department of Elder Affairs], Vol. 10, No. 9, p. 21. Verfügbar unter <http://www7.myflorida.com/doea/healthfamily/learn/elderservices/doeaeu0012.pdf> [31.03.02].
- INTERNATIONAL FEDERATION OF TELEPHONIC EMERGENCY SERVICES (1994). International norms. Verfügbar unter <http://www.ifotes.org/norms.htm> [10.04.2002].
- INTERNATIONAL FEDERATION OF TELEPHONIC EMERGENCY SERVICES (2002). Verfügbar unter <http://www.ifotes.org/> [10.04.2002].
- JÄCKEL, A., SCHOLLMAYER, A. & DUDECK, J. (2000). Einführung in die Chancen und Voraussetzungen von Telematikanwendungen im Gesundheitswesen. *Telemedizin Journal*, 1, 1-6. Verfügbar unter <http://www.telemedizin-journal.de/einf.htm> [21.06.2002].
- JALL, H. (1995). Überlegungen zum Beratungserfolg in der sozialen Arbeit. *Soziale Arbeit*, 7, 226-232.
- JECHLE, T., KOLB, M. & WINTER, A. (1994). Bedarfsermittlung in der Weiterbildung. *Unterrichtswissenschaft*, 22 (1), 3-22.

- JETT, K. (2002). Making the connection: Seeking and receiving help by elderly African Americans. *Qualitative Health Research*, 12 (3), 373-387.
- JOHNSON, D.E., MEILLER, L.R., MILLER, L.C. & SUMMERS, G.F. (1987). *Needs assessment: Theory and methods*. Ames, IA: University of Iowa Press.
- KAISER, M. (1997). *Bildung durch ein Studium im Alter: Auswirkungen der Teilnahme an einem all-gemeinbildenden wissenschaftlichen Weiterbildungsangebot auf ältere Studierende*. Münster: Waxmann.
- KAPLAN, H. (1996). Assistive devices for the elderly. *Journal of the American Academy of Audiology*, 7 (3), 203-211.
- KAPPESSER, K. (1985). Verband und Ehrenamt: Telefonseelsorge. In A. BELLEBAUM, H.J. BECHER & T. GREVEN (Hrsg.). *Helfen und helfende Berufe als soziale Kontrolle* (S. 154-172). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- KARL, F. (1990). *Neue Wege in der sozialen Altenarbeit: Ansätze, Initiativen und Projekte*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- KARL, F. (1992). Beratung und Bildung im Rahmen einer "Bring-Struktur": die Stellung der zugehenden Beratung hinsichtlich von Bildungsangeboten für ältere Menschen. In A. NIEDERFRANKE, U. LEHR, F. OSWALD & G. MAIER (Hrsg.). *Altern in unserer Zeit: Beiträge der IV. und V. Gerontologischen Woche am Institut für Gerontologie, Heidelberg* (S.164-171). Wiesbaden: Quelle & Meyer.
- KASTENBAUM, R.J. (2001). *Death, society, and human experience* (7th ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- KATZ, S., FORD, A.B. & MOSKOWITZ, R.W. (1963). Studies of illness in the aged: The index of A.D.L., a standardized measure of biological and psychological function. *Journal of the American Medical Association*, 185 (12), 914-919.
- KAUFMAN, R. (1988). Needs assessment: A menu. *Educational Technology*, 28 (7) 21-22.
- KAUFMAN, R. & ENGLISH, F. W. (1979). *Needs assessment: Concept and application*. Englewood Cliffs, NJ: Educational Technology Publications.
- KAUFMAN, R., ROGAS, A.M. & MAYER, H. (1993). *Needs assessment: A users guide*. Englewood Cliffs, NJ: Educational Technology Publications.
- KAUFMAN, R., STAKENAS, R.G., WAGER, J.C. & MAYER, H. (1981). Relating needs assessment, program development, implementation, and evaluation. *Journal of Instructional Development*, 4 (4), 17-26.
- KAUFMANN, F.X. (1997). *Herausforderungen des Sozialstaates*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- KAUL, D. (1979). Die Telefonkette als "Sozialtechnik". *Altenpflege*, 4 (2), 54-56.
- KEITH, R.A., GRANGER, C., HAMILTON, B.B. & SHERWIN, F.S. (1987). The Functional Independence Measure: A new tool for rehabilitation. *Advances in Clinical Rehabilitation*, 1, 6-18.
- KEPLER, L.J., TERRY, M. & SWEETMAN, R.H. (1992). Telephone usage in the hearing-impaired population. *Ear and Hearing*, 13 (5), 311-319.
- KIPPER, I. (1993). 5 Jahre Krisenbegleitung der Telefonseelsorge Duisburg – Mülheim – Oberhausen. *Suizidprophylaxe*, 20, 233-252.

- KLEEB, B. (2001). Die PROCOM-Telefonvermittlung in der Schweiz – und ein Vergleich mit Deutschland. Verfügbar unter http://www.taubenschlag.de/lernen/wissenschaft/kleeb/Muenchen_KT.pdf [19.06.2002].
- KLEIN, M. & GALLIKER, M. (1991). Beratung von Angehörigen alter Menschen. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, 71 (10), 351-354.
- KLIE, T. (1992). Rechtliche Implikationen der Altenhilfe. In W. ASAM (Hrsg.). *Neue Altenpolitik. Sicherung der Pflege durch Sozialplanung* (S. 54-69). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- KLIE, T. (1997). *Recht der Altenhilfe: die wichtigsten Gesetze und Vorschriften*. 3. überarbeitete Auflage. Hannover: Vincentz.
- KNATZ, B. (2001). Neue Wege in der Beratungsarbeit. *DAJEB-Informationsrundschreiben* [Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugend- und Eheberatung] Nr. 202 „Neue Impulse in der Beratungsarbeit“, S. 30-39.
- KO, S.M. & LIM, H.B.L. (1996). SAGE telephone counselling. *Stress Medicine*, 12 (4), 261-265.
- KONRAD-VÖHRINGER, G. (1990). Telefonseelsorge: eine Standortbestimmung im Kontext anderer telefonischer Beratungsdienste. In FORSCHUNGSGRUPPE TELEKOMMUNIKATION (Hrsg.). *Telefon und Gesellschaft* (S. 373-378). Berlin: Wissenschaftsverlag Volker Spiess.
- KRÄMER, W. (1981). Zum Begriff des Bedarfs in der Gesundheits- und Sozialpolitik. *Sozialer Fortschritt*, 30, 34-38.
- KRAUS, K. (2001). *Lebenslanges Lernen – Karriere einer Leitidee*. Bielefeld: Bertelsmann.
- KRAUSE, C. (1998). Pädagogische Beratung: Was ist, was soll, was will Beratung? In R. FUHR, C. KRAUSE & H.U. THIEL (Hrsg.). *Grundlagen der Diagnostik und Beratung in pädagogischen Handlungsfeldern* (S. 7-16). Göttingen: Pädagogisches Seminar der Georg-August-Universität Göttingen.
- KREFT, D. & MIELENZ, I. (1996). *Wörterbuch Soziale Arbeit*. Weinheim: Beltz.
- KRIMMER, H. (2000). Einsamkeit im Alter: sozialgerontologische Informationen aus der Statistikdatenbank *informationsdienst altersfragen*, 27 (7/8), 9-11.
- KRISENTELEFON "SENIOHR" FÜR ÄLTERE (2001, 19. Dezember). *Frankfurter Neue Presse*. Verfügbar unter http://213.138.32.50/rheinmainnet/framekeeper.php?desk=/sixcms/detail.php%3Ftemplate%3Drmn_news_article%26_id%3D187593 [19.12.2001].
- KRONEWITER, T. (2002, 20. April). Der Heimplatz – nur einen Mausklick entfernt. *Süddeutsche Zeitung*. Verfügbar unter <http://www.sueddeutsche.de/aktuell/sz/artikel143152.php> [20.4.2002].
- KRUEGER, R.A. (1988). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Newbury Park, CA: Sage.
- KRUEGER, R.A. (1998). *Moderating focus groups*. Thousand Oaks, CA.: Sage.
- KRÜGER, H. (1983). Gruppendiskussionen: Überlegungen zur Rekonstruktion sozialer Wirklichkeit aus der Sicht der Betroffenen. *Soziale Welt*, 34, 90–109.
- KUBICEK, H. & WELLING, S. (2000). Vor einer digitalen Spaltung in Deutschland: Annäherung an ein verdecktes Problem von wirtschafts- und gesellschaftspolitischer Brisanz. *Medien & Kommunikationswissenschaft*, 4 (48), 497-517.

- KUHNT, B. & MÜLLERT, N.R. (2000). *Moderationsfibel Zukunftswerkstätten: verstehen – an leiten – einsetzen*. Münster: Ökotoxia-Verlag.
- KULBACH, R. (1999). Probleme älterer Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. *Soziale Arbeit*, 48 (10-11), 392-398.
- KUNZMANN, U., LITTLE, T.D. & SMITH, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology & Aging*, 15, 511-526.
- KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE (1983). Telefonkette – Telefonring – Telefonrunde: Erfahrungen und Empfehlungen des Kuratoriums Deutsche Altershilfe. *KDA Informationen über Dienste in der Altenhilfe*, 24, 1-10.
- KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE (1985). Telefonketten breiten sich aus. *KDA Presse- und Informationsdienst*, 1, S. 17.
- KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE (1999). Sicherer Wohnen zu Hause: Telefonketten – Ältere helfen sich gegenseitig. Verfügbar unter <http://www.kda.de/hilfeundpflege/Kap7/seite3.htm> [05.06.2002].
- LAMNEK, S. (1998). *Gruppendiskussion: Theorie und Praxis*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- LAMPERT, H. (1998). *Lehrbuch der Sozialpolitik* (5. überarbeitete und erweiterte Auflage). Berlin: Springer.
- LANDESHAUPTSTADT MÜNCHEN, SOZIALREFERAT, ALTENHILFE. (o.J.). *Jahresbericht 1999 der Beratungsstelle für ältere Menschen und Angehörige*. München: Landeshauptstadt München.
- LANG, F.R., RIECKMANN, N. & SCHWARZER, R. (2000). Lebensqualität über die Lebensspanne: die Rolle von Depressivität und Alter in der Alltagsgestaltung. In M. BULLINGER, J. SIEGRIST & U. RAVENS-SIEBERER (Hrsg.). *Lebensqualitätsforschung. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* 18 (S. 337-353). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- LANGENMAYR, A. (1999). *Trauerbegleitung: Beratung – Therapie – Fortbildung* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- LARSEN, L.S. (1998). Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service*, 36 (8), 26-32.
- LAWTON, M.P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In J.E. BIRREN, J.E. LUBBEN, J.C. ROWE & DE. DEUTCHMAN (EDS.). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 3-27). San Diego: Academic Press,.
- LEIHS, N. (2002a). Die vergessenen Migranten. *taz*, 29.4.2002, S. 14.
- LEIHS, N. (2002b). "Die Pflegeversicherung ist in der Regel unbekannt" Interview mit Hayrettin Aydin vom Zentrum für Türkei Studien in Essen. *taz*, 29.4.2002, S. 14.
- LESTER, D. (1995). Counseling by telephone: Advantages and problems. *Crisis Intervention*, 2, 57-69.
- LINDEN, M., GILBERG, R., HORGAS, A.L. & STEINHAGEN-THIESSEN, E. (1996). Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter. In K.U. MAYER & P.B. BALTES (Hrsg.). *Die Berliner Altersstudie* (S. 475-495). Berlin: Akademie Verlag.

- LIPKE, D.J. (2000). Dead end ahead? Income may be the real barrier to the Internet on-ramp. *American Demographics*, 22 (8), 10-12.
- LITIG, B. & WALLACE, C. (1998). Möglichkeiten und Grenzen von Fokus-Gruppendiskussionen für sozialwissenschaftliche Forschung. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 23 (3), 88-102.
- LOHSE, S. (2000). *Zwischenergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts "PflegeNotTelefon Schleswig-Holstein"* (Auswertungszeitraum 01.04.-31.12.1999). Hamburg: Eigendruck.
- LOOS, P. & SCHÄFFER, B. (2001). *Das Gruppendiskussionsverfahren: theoretische Grundlagen und empirische Anwendung*. Opladen: Leske + Budrich.
- LORING, M.T., SMITH, R.W. & THOMAS, K. (1994). Utilization of a time-limited holiday hotline by older adults. *Gerontologist*, 34, 557-560.
- LOSEE, N., AUERBACH, S.M. & PARHAM, I. (1988). Effectiveness of a peer counselor hotline for the elderly. *Journal of Community Psychology*, 16 (4), 428-436.
- LOSEE, N., PARHAM, I.A., AUERBACH, S. & TEITELMAN, J.L. (1988). *Crisis intervention with the elderly: Theory, practical issues, and training procedures*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- LÜCK, R. (2002, 17. April). Wir hören viel Bedrückendes. *Sindelfinger Zeitung*. Verfügbar unter http://www.szbz.de/de1/html/news-sfz/20020417lok_on0009.htm [17.04.2002].
- LÜCKENHAFT BIS ÄRGERLICH (1997). Altenheime. *test*, 10, 27-34.
- LÜTTKE, U. & BÖCKMANN, D. (1998). Senioren/SeniorInnen und Internet. In T. ERKERT & J. SALOMON (Hrsg.). *Seniorinnen und Senioren in der Wissensgesellschaft* (S. 94-96). Bielefeld: Kleine Verlag.
- MAABEN, M., GROLL, T. & TIMMERBRINK, H. (Hrsg.) (1999). *Mensch versteht sich nicht von selbst. Telefonseelsorge zwischen Kommunikationstechnik und Therapie*. Münster: LIT Verlag.
- MÄTZKE, N. & WACKER, E. (2000). Beratung und Fallmanagement. Information und Hilfeplanung für ältere Menschen und ihre Angehörigen. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 9/10, 220-222.
- MALWITZ-SCHÜTTE, M. (Hrsg.) (1998). *Lernen im Alter: wissenschaftliche Weiterbildung für ältere Erwachsene*. Münster: Waxmann.
- MANGOLD, W. (1960). *Gegenstand und Methode des Gruppendiskussionsverfahrens*. Frankfurt a.M.: Europäische Verlags-Anstalt.
- MARTIN, P., HAGBERG, B. & POON, L.W. (1997). Predictors of loneliness in centenarians: A parallel study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 12 (3), 203-224.
- MASLOW, A.H. (1981). *Motivation und Persönlichkeit*. Reinbek: Rowohlt.
- MASLOW, A.H. (1985). *Psychologie des Seins: ein Entwurf*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- MAßMER, R. & ALBERT, N. (1998). *Ältere Menschen in Offenburg: Ergebnisse einer Seniorenbefragung*. Freiburg: Eigendruck.
- MCARDLE, G. (1998). *Conducting a needs analysis*. Menlo Park, CA: Crisp Publications.
- McKILLIP, J. (1987). *Need analysis: Tools for the human service and education*. (Applied Social Research Methods Series, Volume 10). Thousand Oaks, CA: Sage.

- McKILLIP, J. (1998). Need analysis. In L. BICKMAN & D.J. ROG (Eds). *Handbook of applied social research methods* (pp. 261-284). Thousand Oaks, CA: Sage.
- MELCHERS, C.B. (1994a). Gruppendiskussionen in der Marktforschung, Teil I: grundlegende Aspekte. *Planung und Analyse*, 21 (2), 5-9.
- MELCHERS, C.B. (1994b). Gruppendiskussionen in der Marktforschung, Teil II: der morphologische Ansatz. *Planung und Analyse*, 21 (3), 32-36.
- MEMMERT, C. (1998). *Über die Arbeit an der Zukunft: die Praxis der Zukunftswerkstätten* (Werkstattberichte des Forschungsschwerpunkts Arbeit und Bildung, Bd. 20). Bremen: Universität Bremen.
- MENNE, K. (1995). Möglichkeiten und Grenzen der Integration aus der Sicht der Erziehungsberatung. *Zentralblatt für Jugendrecht*, 82 (11), 481-484.
- MENNEMANN, H. & RIBBERT-ELIAS, J. (1999). Ambulante Soziale Arbeit mit alten Menschen. *Soziale Arbeit*, 48 (7), 229-234.
- MEUSER, M. & NAGEL, U. (1991). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. In D. GARZ, & K. KRAIMER (Hrsg.). *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. (S. 441-471). Westdeutscher Verlag: Opladen.
- MEYER, R. & BOSSE, S. (1998). Das Göttinger Erzählcafé – eine Möglichkeit des öffentlichen Erinnerns. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 6 (4), 447-458.
- MIERZEJEWSKI, K., WIECZOREK, S., KOZIURA, P., METCALF, B., PRUEHSNER, W. & ENDERLE, J.D. (1999). Tele-talk: A communication device for the persons with hearing disabilities. *Biomedical Sciences Instrumentation*, 35, 391-396.
- MOLLENKOPF, H. & FLASCHENTRÄGER, P. (2001). *Erhaltung von Mobilität im Alter*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Schriftenreihe Band 197. Stuttgart: Kohlhammer.
- MONTEPARE, J.M. & LACHMAN, M.E. (1989). "You' re only as old as you feel": Self-perceptions of age, fears of aging and life satisfaction from adolescence to old age. *Psychology and Aging*, 4, 73-78.
- MOON, A. & EVANS-CAMPBELL, T. (1999). Awareness of formal and informal sources of help for victims of elder abuse among Korean American and caucasian elders in Los Angeles. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 11 (3), 1-23.
- MORGAN, D.L. (1988). *Focus groups as qualitative research*. London: Sage.
- MORGAN, D.L. (Ed.). (1993). *Successful focus groups: Advancing the state of the art*. Newbury Park, CA: Sage.
- MORGAN, D.L. & KRUEGER, R.A. (1998). *The focus group kit* (6 vols.). London: Sage.
- MORROW-HOWELL, N., BECKER-KEMPPAINEN, S. & JUDY, L. (1998). Evaluating an intervention for the elderly at increased risk of suicide. *Research on Social Work Practice*, 8 (1), 28-46.
- MORROW-HOWELL, N.L., PROCTOR, E.K., RUBIN, E.H., LI, H. & THOMPSON, S. (2000). Service needs of depressed older adults following acute psychiatric care. *Aging and Mental Health*, 4 (4), 330-338.
- MUCCHIELLI, R. (1973a). *Das Gruppeninterview I: theoretische Einführung*. Salzburg: Otto Müller.
- MUCCHIELLI, R. (1973b). *Das Gruppeninterview II: praktische Übungen*. Salzburg: Otto Müller.

- MÜHLUM, A. (1989). Alter(n) in Familie und Gesellschaft. Professionelle Hilfen durch Sozialarbeit. In E.V. KARDORFF & H. OPPL (Hrsg.). *Sozialarbeit für und mit alten Menschen*. (S. 25-48). München: Minerva-Publikation.
- MÜLLER, I. (1996). Entwicklung psychosozialer Professionalitäten: "Beraten kann jeder": Voraussetzungen einer professionellen Tätigkeit? Braucht es für die Arbeit mit älteren Menschen spezielle BeraterInnen? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 28 (4), 547-553.
- MÜLLER, P. (1984). Zur Hermeneutik der Telefonseelsorge. *Suizidprophylaxe*, 39, 91-96.
- MÜLLER, S. & RAUSCHENBACH, T. (Hrsg.) (1988). *Das soziale Ehrenamt: nützliche Arbeit zum Nulltarif*. Weinheim: Juventa.
- MULLINS, L.C. (1996). Loneliness. In J.E. BIRREN (Hrsg.). *Encyclopedia of gerontology*, Vol. 2 (pp. 79-81). San Diego, CA: Academic Press.
- MULTNOMAH COUNTY AGING AND DISABILITY SERVICES (2002). Helpline. Verfügbar unter <http://www.co.multnomah.or.us/ads/help/helpline.html> [08.04.2002].
- MUMFORD, M.D., BAUGHMAN, W.A., THRELFALL, K.V. & UHLMAN, C.E. (1993). Personality, adaptability, and performance: Performance on well-defined and ill-defined problem-solving tasks. *Human Performance*, 6 (3), 241-285.
- MUNDT, J.C., KAPLAN, D.A. & GREIST, J.H. (2001). Meeting the need for public education about dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 15 (1), 26-30.
- MURDOCK, G.A., OORDT, R., LIPSKER, L. & BROWN, W. (1991). The conversational symptom assessment. *The Lee Travis Institute of Biopsychosocial Research Papers*, 2, 1-20.
- NAKAMURA, K., TAKANO, T. & AKAO, C. (1999). Effectiveness of videophones in home healthcare for the elderly. *Medical Care*, 37 (2), 117-125.
- NATIONAL COUNCIL ON AGEING AND OLDER PEOPLE (2001). Senior Help Line. Verfügbar unter <http://www.ncaop.ie/healthyageing/Social%20Inclusion/seniorhelpline.html> [29.05.2002].
- NATIONAL FRAUD INFORMATION CENTER. (2002a). Telemarketing fraud statistics. Verfügbar unter <http://www.fraud.org/telemarketing/01statsfinal.htm> [23.05.2002].
- NATIONAL FRAUD INFORMATION CENTER. (2002b). What is telemarketing? Verfügbar unter <http://www.fraud.org/telemarketing/teleset.htm> [23.05.2002].
- NATIONALE KONTAKT- UND INFORMATIONENSTELLE ZUR ANREGUNG UND UNTERSTÜTZUNG VON SELBSTHILFEGRUPPEN (Hrsg.) (1997). *Ehrenamt – Freiwilligenarbeit – Selbsthilfe: Beiträge zu einer aktuellen politischen und fachlichen Debatte*. Berlin: Selbstverlag.
- NERENBERG, L. (1999). *Forgotten victims of elder financial crime and abuse: A report and recommendations*. Washington, D.C.: National Center on Elder Abuse.
- NETZ, P., STEINKAMP, G. & WERNER, B. (1996). *Psychisch gestörte ältere Menschen und ihre sozialen Netzwerke*. Opladen: Leske und Budrich.
- NEUBAUER, E. (1999). Senioren am Markt – BAGSO-Fachtagung mit anschließendem Experten-Workshop am 9. und 10. September 1999 in Bonn. BAGSO-Nachrichten, 4/1999. Verfügbar unter: http://www.bagso.de/715/9904_4_01.htm [13.5.2002]

- NEUER VDK-TELEFON-SERVICE. HEIßER DRAHT ZUM VDK (2002). Verfügbar unter <http://www.vdk.de/cgi-bin/vdkred.pl?ID=by413> [07.03.2002].
- NEW JERSEY DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES (2001). What is NJ EASE? Verfügbar unter <http://www.state.nj.us/health/senior/sanjease.htm> [28.05.2002].
- NEWSOME, J. & SCHULTZ, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 11, 34-44.
- NIESSEN, M. (1977). *Gruppendiskussion: interpretative Methodologie – Methodenbegründung – Anwendung*. München: Fink.
- NÖRBER, M. (1999). Bürgerschaftliches Engagement, Ehrenamt, Freiwilligendienst, Freiwillig-soziales Engagement – oder was nun? *sozialmagazin*, 24 (3), S.18-23.
- NOTZ, G. (1998). *Die neuen Freiwilligen: das Ehrenamt – eine Antwort auf die Krise?* Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.
- OFFICE OF THE MASSACHUSETTS ATTORNEY GENERAL (2001). *The Attorney General' s Elder Hotline: A complete resource and referral tool for elders*. Verfügbar unter www.ago.state.ma.us/eldhot.htm [09.04.2002].
- OTTENBACHER, K.J., HSU, Y., GRANGER, C.V. & FIEDLER, R.C. (1996). The reliability of the Functional Independence Measure: A quantitative review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77, 1226-1232.
- OTTO, U. (1997). Bürgerschaftliches Engagement als Aktivitätschance im Alter: neue Balance zwischen Freiwilligkeit und Verpflichtung? *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 28 (1), 42-54.
- PATTON, M.Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- PATTON, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). London: Sage.
- PAUL, T., WEITEMEYER, E. & PUDEL, V. (1986). Telefonische Beratung bei Bulimia nervosa. *Zeitschrift für klinische Psychologie, -pathologie und –therapie*, 34 (4), 315-324.
- PEISER, W. (1999). Die Verbreitung von Medien in der Gesellschaft: langfristiger Wandel durch Kohortensukzession. *Rundfunk und Fernsehen: Zeitschrift für Medien- und Kommunikationswissenschaft*, 47 (4), 485-498.
- PETERANDER, F. & SPECK, O. (Hrsg.). (1999). *Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen*. München: Reinhardt.
- PETERSEN, D.J. & ALEXANDER, G.R. (2001). *Needs assessment in public health: A practical guide for students and professionals*. New York, NY: Kluwer Academic Publishers.
- PINQUARDT, M. (1994). "Wenn die Zukunft enger wird": Prozesse der Stabilisierung und Veränderung des Zukunftskonzepts im Seniorenalter. *Report Psychologie*, 19 (10), 18-23.
- PITTS, P. (2001). Program takes AIM at fall-related injuries. Verfügbar unter <http://communications.uvic.ca/Ring/01feb02/aimnet.html> [29.05.2002].
- POLLOCK, F. (1955). *Gruppenexperiment: ein Studienbericht*. Frankfurt a.M. Europäische Verlags-Anstalt.

- PORTLAND MULTNOMAH COMMISSION ON AGING (1994). *Senior Helpline: 24 hour access to critical services*. Portland, OR: Portland Multnomah Commission on Aging.
- PREMIK, M. & RUDEL, D. (1996). Community social alarm network in Slovenia. *Central European Journal of Public Health*, 4 (4), 223-225.
- PREMIK, M., RUDEL, D. & LICER, N. (1998). Could the community social alarm system serve also as a primary health care service? *Medicinski Arhiv*, 52 (3), 153-155.
- RAO, M., BHANDARI, S.R., IQBAL, S.M., SINHA, A. & SIRAJ, W.U. (1999). Struggling with the digital divide: Internet infrastructure, policies and regulations. *Economic and Political Weekly*, 34 (46-47), 3317-3320.
- REIMANN, H.R. (1990). Bedeutung von Medien und neuen Medien im Alter. In G.A. STRAKA, T. FABIAN & J. WILL (Hrsg.). *Aktive Mediennutzung im Alter: Modelle und Erfahrungen aus der Medienarbeit mit älteren Menschen* (S. 35-54). Heidelberg: Asanger.
- RELAY-SERVICES (2002). Verfügbar unter <http://www.taubenschlag.de/relay/> [05.06.2002]
- RESNICK, B. (2000). Seven step approach to starting an exercise program for older adults. *Patient Education and Counseling*, 39, 243-252.
- REVIERE, R., BERKOWITZ, S., CARTER, C.C. & GERGUSAN, C.G. (Eds) (1996). *Needs assessment: A creative and practical guide for social scientists*. Washington, DC.: Taylor and Francis.
- REYLE, U. (1995). "Gleichgewicht zwischen Geben und Nehmen": bürgerschaftliches Engagement älterer Frauen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. *Altenpflege*, 20 (6), 415-419.
- RIEHL, T., MARCHNER, E. & MÖLLER, H.J. (1988). Influence of crisis intervention telephone services ("crisis hotlines") on the suicide rate in 25 German cities. In H. MÖLLER, A. SCHMIDTKE & R. WELZ (Hrsg.). *Current issues of suicidology* (S. 431-436). Berlin: Springer.
- RISTAU, M. & MACKROTH, P. (1994). Eine neue Landkarte des Alters. In G. VERHEUGEN (Hrsg.). *60 plus: Die wachsende Macht der Älteren* (S. 237-255). Köln: Bund.
- RODRIGUEZ, O. & O' DONNELL, R.M. (1995). Help-seeking and use of mental health services by the Hispanic elderly. In D.K. PADGETT (Ed.). *Handbook on ethnicity, aging, and mental health* (pp. 165-184). Westport, CT: Greenwood Press.
- ROE, B., DOLL, H. & WILSON, K. (1999). Help seeking behaviour and health and social services utilisation by people suffering from urinary incontinence. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 245-253.
- ROGERS, C.R. (1991). Klientenzentrierte Psychotherapie. In C.R. ROGERS & P.F. SCHMID (Hrsg.). *Personenzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 185-237). Mainz: Grunewald.
- ROGGE, K.I. (2000). Ideenwerkstatt. In H.W. KUHN & P. MASSING (Hrsg.). *Lexikon der politischen Bildung, Bd.3: Methoden und Arbeitstechniken* (S. 77-78). Schwalbach/Ts.: Wochenschau Verlag.
- ROKACH, A. (2000). Loneliness and the life cycle. *Psychological Reports*, 86 (2), 629-642.
- RÖNNECKE, B. (1988). Psychologen in der Arbeit mit alten Menschen. *Report Psychologie*, 13 (2), 10-15.

- ROSEY, H. (1996). Technik allein schafft keine Sicherheit: Hausnotruf-Anbieter kämpfen um Kunden und Konzepte. *Forum Sozialstation*, 20, Nr. 78, 22-25.
- ROSS, M. (2001). Wireless telephones and hearing aids: An overview. *Journal of the American Academy of Audiology*, 12 (6), 286-289.
- ROSSETT, A. (1987). *Training needs assessment*. Englewood Cliffs, NJ: Educational Technology Publications.
- ROSSETT, A. (1991). Needs assessment. In G.J. ANGLIN (Ed). *Instructional technology: Past, present, and future* (pp. 156-169). Englewood, CO: Libraries Unlimited.
- ROTH, J. (1990). Needs and the needs assessment process. *Evaluation Practice*, 11, 141-143.
- RUBINSTEIN, R.L., LUBBEN, J.E. & MINTZER, J.E. (1994). Social isolation and social support: An applied perspective. *Journal of Applied Gerontology*, 13 (1), 58-72.
- RÜCKERT, W. (1991). Bedeutung und Entwicklung des Familienstandes älterer Frauen und Männer. In R.P. NIPPERT,; W. PÖHLER & W. SLESINA (Hrsg.). *Kritik und Engagement: Soziologie als Anwendungswissenschaft. Festschrift für Christian von Ferber zum 65. Geburtstag* (S. 173-179): München: Oldenbourg.
- RUDEL, D. & PREMIK, M. (1999). "Hello, I need your help!": The Lifeline community alarm system for home care. *Medicinski Arhiv*, 53 (4), 227-229.
- RUDEL, D., PREMIK, M. & HOJNIK-ZUPANC, I. (1995). Caring network based on community social alarm centers in Slovenia: A country in transition. *Medinfo*, 8, 1503-1505.
- RUDEL, D., PREMIK, M. & LICER, N. (1999). The community social alarm service as a primary health care service. *Studies in Health Technology and Informatics*, 68, 203-206.
- SAAKE, I. (1997). Alternde Migranten – eine neue Zielgruppe der Altenhilfe. In A. NASSEHI (Hrsg.). *Nation, Ethnie, Minderheit: Beiträge zur Aktualität ethnischer Konflikte* (S. 133-152). Köln: Böhlau.
- SALOMON, J. (1998). Senioren ans Netz: "Wir müssen vom Debattieren zum Agieren kommen" (Interview). *Bertelsmann-Briefe*, Nr. 140, S. 14-16.
- SARRIS, N., SIMITIPOULOS, D. & STRINTZIS, M.G. (2000). ' LipTelephone' : A videophone for the deaf. *Studies in Health Technology and Informatics*, 77, 1215-1219.
- SCHELLER, R. (1991). Laufbahnberatung für den Ruhestand: Explikation einer verhaltensorientierten Strategie. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -p sychiatrie*, 4(4), 197-207.
- SCHIAFFINO, K.M. (1991). Fine-tuning theory to the needs of the world: responding to Heller et al. *American Journal of Community Psychology*, 19 (1) 99-102.
- SCHLÖSSER, H. (2001, 27. April). Senioren im Netz: Feierabend.com. *Der Tagesspiegel*. Verfügbar unter <http://195.170.124.152/archiv/2001/04/26/ak-in-223049.html> [27.04.2001].
- SCHMIDT, H.P. (1985a). Ein Beitrag zur Rolle älterer und alter Anrufer im Gesamtklientel der Telefonseelsorge. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 18 (2), 83-87.
- SCHMIDT, H.P. (1985b). *Die Klientel der Telefonseelsorge. Versuch einer Identifizierung*. Frankfurt a.M.: Verlag Peter Lang.
- SCHMIDT, H.P. (1987). Die Daueranrufer und ihre Krise. *Wege zum Menschen*, 39, 14-27.

- SCHMIDT, H.P. (1990). Mediale Effekte in der psychologischen Telefonberatung. In FORSCHUNGSGRUPPE TELEFONKOMMUNIKATION (Hrsg.). *Telefon und Gesellschaft* (S. 362-372). Berlin: Wissenschaftsverlag Volker Spiess.
- SCHMIDT, R. & KLIE, T. (1999). Folgen der Ökonomisierung des Sozialen – Der Paradigmenwechsel am Beispiel Pflege und Altenhilfe. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 50 (1), S. 14-17.
- SCHMIDT, T. (1991). Hochschwellig – niedrigschwellig – tiefstschwellig: über Akzeptanz und Praxis in der Drogenarbeit. *Neue Praxis*, 21 (5/6), 415-427.
- SCHMIDT-BRÜCKEN, B. (1982). Zehn Jahre Telefonkette in Rüsselsheim: eine Initiative des Vereins Kontakt e.V. *KDA Presse- und Informationsdienst*, 4, 16-18.
- SCHNABEL, W. (1997). Hausnotruf schafft Zufriedenheit: eine Umfrage unter NutzerInnen von Hausnotrufsystemen beseitigt einige Irrtümer der Vergangenheit. *Häusliche Pflege*, 6 (2), 52-54.
- SCHNEEKLOTH, U., POTTHOFF, P., PIEKARA, R. & ROSENBLADT, B. VON. (1996). *Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 111.2. Stuttgart: Kohlhammer.
- SCHNEPEL, M. & SCHLOBOHM, M. (1994). Notruf-Service-Telefon – Logistischer Ausgangspunkt ambulanter Serviceleistungen. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 45 (12), 462-466.
- SCHNOCKS, H. (1989). 100.000 Telefongespräche. Erfahrungen der Aids-Telefonberatung. *pro familia magazin*, 2, 29-31.
- SCHOLL, A. (2000). Angeklickt – Senioren entdecken das Internet. *Pro Alter*, 33 (1), 30-31.
- SCHRAW, G., DUNKLE, M.E. & BENDIXEN, L.D. (1995). Cognitive processes in well-defined and ill-defined problem solving. *Applied Cognitive Psychology*, 9 (6), 523-538.
- SCHULTE, B. (2001). *Altenhilfe in Europa: Rechtliche, institutionelle und infrastrukturelle Bedingungen*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Band 132.1. Stuttgart: Kohlhammer.
- SCHULZ-NIESWANDT, F. (1999). Optimale Versorgungspfade? Akutmedizin, medizinische Rehabilitation und Altenpflege in einem fragmentierten Gesundheitswesen. In H.J. VON KONDRATOWITZ & R. SCHMIDT (Hrsg.). *Jahrbuch des DZA 1998: Sozialgerontologische Beiträge zur Neuorganisation und zu Perspektiven der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung im Alter* (S. 17-38). Regensburg: Transfer Verlag.
- SCHUMACHER, J., STIEHR, K., LOTZ, K., RAUCH, U. & RITTER, J. (1996). *Ältere Menschen im sozialen Ehrenamt: exemplarische Bestandsaufnahme und Handlungsempfehlungen* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 116). Stuttgart: Kohlhammer.
- SENIORLINE: FREE WELFARE RIGHTS ADVICE SERVICE (2001). Verfügbar unter <http://www.helptheaged.org.uk/advice/seniorline.html> [04.04.2002].
- SICKENDIEK, U. (1996). Alter als Zugangskriterium in der psychosozialen Beratung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 28 (4), 539-546.
- SILVERSTEIN, N.M. & FLAHERTY, G. (1994). Professionals' utilization of a telephone helpline for Alzheimer's disease: What do I do now? *American Journal of Alzheimer's Care and Research*, 9 (6), 11-20.

- SILVERSTEIN, N.M., KENNEDY, K. & MCCORMICK, D. (1993). Telephone helpline for Alzheimer' s disease: information, referral, and support. *American Journal of Alzheimer' s Care and Related Disorders and Research*, 8 (5), 28-36.
- SMITH, A.E. (2000). Quality of life: A review. *Education and Ageing*, 15 (3), 419-435.
- SMITH, J., FLEESON, W., GEISELMANN, B., SETTERSTEN, R. & KUNZMANN, U. (1996). Wohlbefinden im hohen Alter: Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertung. In K.U. MAYER & P.B. BALTES (Hrsg.). *Die Berliner Altersstudie* (S. 497-523). Berlin: Akademie Verlag.
- SORIANO, F. (1995). *Conducting needs assessments: A multidisciplinary approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- SOZIALVERBAND DEUTSCHLAND (2000). *Jahresbericht 1999/2000 Notruftelefon. Landesweite Anlaufstelle für Probleme mit stationärer/ ambulanter Pflege*. Hannover: Sozialverband Deutschland.
- SPICKER, P. (1987). Concepts of need in housing allocation. *Policy and Politics*, 15 (1), 17-27.
- SPÖHRING, W. (1989). *Qualitative Sozialforschung*. Stuttgart: B.G. Teubner.
- STADELHOFER, C. (1998). Lernen in der Informationsgesellschaft: Nutzung und Nutzen des Internet für das weiterbildende Studium älterer Menschen. In M. MALWITZ-SCHÜTTE (Hrsg.). *Lernen im Alter – wissenschaftliche Weiterbildung für ältere Erwachsene* (S. 227-246). Bielefeld: Waxmann.
- STADELHOFER, C. (2000). Möglichkeiten und Chancen der Internetnutzung durch Ältere. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33 (3), 186-194.
- STAUDINGER, U.M. & FREUND, A.M. (1998). Krank und "arm" und trotzdem guten Mutes? Untersuchungen im Rahmen eines Modells psychologischer Widerstandsfähigkeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 78-85.
- STAUSS, B. & SEIDEL, W. (1998). *Beschwerdemanagement: Fehler vermeiden – Leistung verbessern – Kunden binden* (2. Aufl.). München: Hanser.
- STAUSS, H. (1990). Das Telefon in der Krisenhilfe am Beispiel der Telefonseelsorgedienste. In FORSCHUNGSGRUPPE TELEKOMMUNIKATION (Hrsg.). *Telefon und Gesellschaft* (S. 342-353). Berlin: Wissenschaftsverlag Volker Spiess.
- STEIN, C.H. (1991). Peer support telephone dyads for elderly women: The wrong intervention or the wrong research? *American Journal of Community Psychology*, 19 (1), 91-98.
- STEINKE, E. (2000). Sexual counseling after myocardial infarction. *American Journal of Nursing*, 100 (12), 38-44.
- STENTIFORD, F.W.M. & POPAY, P.A. (1999). The design and evaluation of dialogues for interactive voice response services. *British Telecommunications Technology Journal*, 17 (1), 142-148.
- STEVENS, A. & GABBAY, J. (1991). Needs assessment needs assessment. *Health Trends*, 23 (1), 20-23.
- STEVENS, N. (2001). Combating loneliness: A friendship enrichment programme for older women. *Ageing and Society*, 21 (2), 183-202.
- STEWART, D.W. & SHAMDASANI, P.N. (1990). *Focus groups: Theory and practice*. London: Sage.
- STICKELMANN, B. (1996). *Zuschlagen oder zuhören: Jugendarbeit mit gewaltorientierten Jugendlichen*. Weinheim: Juventa.

- STOLARZ, H. (1998). *Wohnungsanpassung: kleine Maßnahmen mit großer Wirkung* (2 Aufl.). Köln: Kuratorium deutsche Altershilfe.
- STRAUMANN, U. (2000). *Professionelle Beratung: Bausteine zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung*. Heidelberg: Asanger.
- STRAWN, B.D., HESTER, S. & BROWN, W.S. (1998). Telecare: A social support intervention for family caregivers of dementia victims. *Clinical Gerontologist*, 18 (3), 66-69.
- SYDOW, K. VON (1995). Sexuelle Lebensformen älterer Frauen als Thema der psychotherapeutischen, beraterischen und ärztlichen Praxis. *Psychosozial*, 18 (2), 61-70.
- TAKANO, T., NAKAMURA, K. & AKAO, C. (1995). Assessment of the value of videophones in home healthcare. *Telecommunications Policy*, 19 (3), 241-248.
- TELEFONSEELSORGE IM NETZ (2002). Verfügbar unter <http://www.telefonseelsorge.de/beratung/index.html> [11.06.2002].
- TERRY, M., BRIGHT, K., DURIAN, M., KEPLER, L., SWEETMAN, R. & GRIM, M. (1992). Processing the telephone speech signal for the hearing impaired. *Ear and Hearing*, 13 (2), 70-79.
- TESCH-RÖMER, C. (2000). Einsamkeit. In H.W. WAHL & C. TESCH-RÖMER (Hrsg.). *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 163-167). Stuttgart: Kohlhammer.
- THIEL, H.U. (1998a). Phasen der Beratungsprozesse. In R. FUHR, C. KRAUSE & H.U. THIEL (Hrsg.). *Grundlagen der Diagnostik und Beratung in pädagogischen Handlungsfeldern* (S. 23-28). Göttingen: Pädagogisches Seminar der Georg-August-Universität Göttingen.
- THIEL, H.U. (1998b). Supervision, Coaching und Organisationsberatung. In R. FUHR, C. KRAUSE & H.U. THIEL (Hrsg.). *Grundlagen der Diagnostik und Beratung in pädagogischen Handlungsfeldern* (S. 69-72). Göttingen: Pädagogisches Seminar der Georg-August-Universität Göttingen.
- THIELE, G. (2001). *Soziale Arbeit mit alten Menschen: handlungsorientiertes Grundwissen für Studium und Praxis*. Köln: Fortis Verlag.
- THIMM, C. & EHMER, H. (2000). "Wie im richtigen Leben...": Soziale Identität und sprachliche Kommunikation in einer Newsgroup. In C. THIMM (Hrsg.). *Soziales im Netz: Sprache, Beziehungen und Kommunikationskulturen im Internet* (S. 220-239). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- TIERSCH, H. (1991). Soziale Beratung. In M. BECK, G. BRÜCKNER & H.-U. THIEL (Hrsg.). *Psychosoziale Beratung. Klient/inn/en – Helfer/innen – Institutionen* (S. 23-34). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT).
- TIERSCH, H. (2000). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel*. Weinheim: Juventa
- TIMMERBRINK, H. & MICHALAK, U. (1999). Die Fachlichkeit des Unspezifischen. Über das Verhältnis von Anrufer-Anliegen, Ehrenamtlichkeit und Ausbildungskonzeption. In M. MAAßEN, T. GROLL & H. TIMMERBRINK (Hrsg.). *Mensch versteht sich nicht von selbst. Telefonseelsorge zwischen Kommunikationstechnik und Therapie* (S. 117-135). Münster: LIT-Verlag.
- TSUJI, M., TESHIMA, M. & MIYAHARA, S. (1999). The economic effects of tele-care at home through the application of telecommunications technology and multimedia. Verfügbar unter <http://userpage.fuberlin.de/~jmueller/its/conf/torino99/papers/tsuji.html> [30.05.2002].

- TYLL, S. (1998). Was Wohnberatung leisten kann. *Forum Sozialstation*, 22 (4), 41-43.
- UN TELEFONO AMICO PER RISPONDERE AI BISOGNI DEGLI ANZIANI (2001). Verfügbar unter <http://www.socialinfo.it/eventi/2001/telefonoAnziani/telefonoAnziani.htm> [10.4.2002].
- VAN DEN BRINK, R.H., WIT, H.P., KEMPEN, G.I. & VAN HEUVELEN, M.J. (1996). Attitude and help-seeking for hearing impairment. *British Journal of Audiology*, 30 (5), 313-324.
- VAUX, A. (1991). Let' s hang up and try again: Lessons learned from a social support intervention. *American Journal of Community Psychology*, 19 (1), 85-90.
- VEREIN ZUR FÖRDERUNG DER INTERGENERATIVEN VERSTÄNDIGUNG (Hrsg.) (1999). *Berliner Seniorentelefon: freiwilliges Engagement über Generationengrenzen hinaus*. Berlin: Berliner Seniorentelefon.
- VISSER, A. (2000). Chronic diseases, aging, and dementia: Implications for patient education and counseling. *Patient Education and Counseling*, 39, 293-309.
- VOLLMANN, W. (1997). Senioren ans Internet – macht das denn überhaupt Sinn? *BAGSO-Nachrichten*, Nr. 3, S.4-6.
- VOLLMANN, W. (1998). Gesellschaft im Umbruch – Senioren und neue elektronische Medien. In T. ERKERT & J. SALOMON (Hrsg.). *Seniorinnen und Senioren in der Wissensgesellschaft* (S. 37-40). Bielefeld: Kleine Verlag.
- WAGNER, M., SCHÜTZE, Y. & LANG, F.R. (1996). Soziale Beziehungen alter Menschen. In K.U. MAYER & P.B. BALTES (Hrsg.). *Die Berliner Altersstudie* (S. 301-319). Berlin: Akademie Verlag.
- WALD, R. & STÖCKLER, F. (1991). *Telekommunikation und ältere Menschen*. Bad Honnef: Wissenschaftliches Institut für Kommunikationsforschung (WIK).
- WALTERS, K., ILIFFE, S. & ORRELL, M. (2001). An exploration of help-seeking behaviour in older people with unmet needs. *Family Practice*, 18 (3), 277-282.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H. & JACKSON, D.D. (1980). *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Verlag Hans Huber.
- WEAKLAND, J.H. & HERR, J.H. (1984). *Beratung älterer Menschen und ihrer Familien: die Praxis der angewandten Gerontologie*. Bern: Huber.
- WEBER, J. (1999). Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege durch aufsuchende Beratungsdienste im Stadtteil. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 29/30 (4), 365-385.
- WEILER, K. (1995). Elders vulnerable to telemarketing fraud and abuse. *Journal of Gerontological Nursing*, 21 (2), S.11.
- WELL, F. VAN (2000). *Psychologische Beratung im Internet: vergleichende psychologische Untersuchung traditioneller Beratungsangebote mit der Internet-Beratung – unter ergänzender Berücksichtigung der "Internet-Sucht"*. Bergisch Gladbach: Ferger.
- WENDT, W.R. (1996). *Zivilgesellschaft und soziales Handeln: bürgerschaftliches Engagement in eigenen und gemeinschaftlichen Belangen*. Freiburg i.B.: Lambertus.
- WER KOMMT, WEIß NICHT MEHR WEITER (2002, 19. April). Gießener Anzeiger. Verfügbar unter http://www.giessener-anzeiger.de/sixcms/detail.php?id=379629&template_id=996&_next=GA_Stadt [19.4.2002].

- WERITSCH, F.E. (1999). Notruf 142: Telefonseelsorge Österreichs. *Teleletter* Nr. 5/6, S.30-31. Verfügbar unter <http://www.wienerzeitung.at/amtsbl/tele/tele9905.pdf> [22.05.2002].
- WESTERHOF, G.J. (2001). Lebensevaluierung: Bewertungsdimensionen und Vergleichsprozesse. In BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN UND JUGEND (Hrsg.). *Die zweite Lebenshälfte – Psychologische Perspektiven: Ergebnisse des Alters-Survey*. (S. 129-167). Stuttgart: Kohlhammer.
- WETZEL, E. (1999). Unscheinbares Allroundgerät: Hausnotruf in der ambulanten Pflege und in Anlagen des Betreuten Wohnens. *Heim und Pflege*, 30 (9), 382-386.
- WETZEL, E. & CONSTIEN, J. (2002). Hausnotruf ermöglicht mehr Sicherheit zu Hause. *Pro Alter*, 35 (1), 60-65.
- WIENER, J.M. & STEVENSON, D.G. (1998). *Long-term care for the elderly: Profiles of thirteen states*. Washington, D.C.: The Urban Institute (Occasional Paper Number 12). Verfügbar unter <http://newfederalism.urban.org/pdf/occa12.pdf> [02.04.2002].
- WIENERS, J. (1988). Die Krise der Samariter: Die sogenannten Daueranrufer und das Selbstverständnis der Telefonseelsorge. *Wege zum Menschen*, 40, 290-296.
- WIENERS, J. (1992). Angst und pathologische Angst am Telefon. In U. MÜLLER (Hrsg.). *Angst und Angsterkrankungen. Medizinische und soziale Aspekte* (S. 157-170). Regensburg: S. Roderer.
- WIENERS, J. (1995) (Hrsg.). *Handbuch der Telefonseelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- WILD, C. (1994). Wohnraumanpassung: Erfahrungen von Beratungsinstitutionen in Österreich und Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie*, 27 (6), 381-389.
- WILLKOMMEN BEIM TELEFONTREFF 24 (2002). Verfügbar unter <http://www.telefontreff.cc/indexxx.html> [21.06.2002].
- WILLS, M. (1999). *Bridging the digital divide*. London: Ministry for Learning and Technology, Government of the United Kingdom. Verfügbar unter <http://www.dfee.gov.uk/kew/wills.shtml> [28.05.2002].
- WILLS, T.A. (1991). Comments on Heller, Thompson, Trueba, Hogg, and Vlachos-Weber, "peer support telephone dyads for elderly women". *American Journal of Community Psychology*, 19 (1), 75-83.
- WINKLER, G. & HAUPT, H. (2000). *Sozialreport 50+ 2000. Daten und Fakten zur sozialen Lage von Bürgern ab 50 Jahre in den neuen Bundesländern*. Berlin: Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin-Brandenburg.
- "WIR SIND ANWÄLTE DER REALITÄT" (1990). Gespräch von Ursula Nuber mit Jürgen Hesse, Geschäftsführer der Telefonseelsorge in Westberlin. *Psychologie Heute*, 17 (11), 42-47.
- WISSENSLÜCKEN (2002). *test*, Nr. 8, S. 91-95.
- WITKIN, B.R. & ALTSCHULD, J.W. (1995). *Planning and conducting needs assessments: A practical guide*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- WITKIN, B.R. (1984). *Assessing needs in educational and social programs*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- WITKIN, B.R. (1994). Needs assessment since 1981: The state of the practice. *Evaluation Practice*, 15 (1), 17-27.

- WITTRAHM, A. (1996). "Verlass mich nicht, wenn ich alt bin ...". *Wege zum Menschen*, 48 (7), 422-431.
- WOLF, H. (2001). Mobile Konfliktberatung für ältere Menschen, Angehörige und Betreuende in seelisch belastenden Situationen. *DAJEB-Informationen*, Nr. 202, 4-15.
- WOLFERSDORF, M., BLATTNER, J., NELSON, F. & DALTON-TAYLOR, B. (1986). Who calls? Wer ruft an? Anrufer im Telefonservice am Suicide Prevention Center Los Angeles/Kalifornien USA und in der Telefonseelsorge Oberschwaben-Allgäu/Ravensburg. *Suizidprophylaxe*, 13, 209-230.
- WOLFERSDORF, M., KOROS, G. & BLATTNER, J. (1990). Suizidprävention als Aufgabe von Telefonseelsorge-Einrichtungen? *Suizidprophylaxe*, 17, 37-56.
- WRIGHT, L.K., BENNET, G. & GRAMLING, L. (1998). Telecommunication interventions for caregivers of elders with dementia. *Advances in Nursing Science*, 20 (3), 76-88.
- YAMADA, Y. (1999). Telephone counseling program for elder abuse in Japan. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 11 (1), 105-112.
- ZAHN, L. (1993). *Die akademische Seniorenbildung: eine historische Bilanz in methodisch-didaktischer Absicht*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- ZAPF, W., & MOLLENKOPF, H. & HAMPEL, J. (1994). *Technik, Alter, Lebensqualität*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Schriftenreihe, Band 23. Stuttgart: Kohlhammer.
- ZELLER, K. (1991). Krisenintervention zwischen Trauer und Verlust. *Zeitschrift für Gruppenarbeit*, 4 (3), 117-121.
- ZEMAN, P. (1998). Soziale Altenarbeit: aktuelle Orientierungen und Strategien. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31 (5), 313-318.
- ZEMAN, P. (2001). Lebenslanges Lernen: Hinweise aus gerontologischer und altenpolitischer Sicht. *Informationsdienst altersfragen*, 28 (7/8), 5-7.
- ZEMAN, P. & SCHMIDT, R. (2001). Soziale Altenarbeit – Strukturen und Entwicklungslinien. In DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN (Hrsg.). *Lebenslagen, soziale Ressourcen und gesellschaftliche Integration im Alter. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung, Bd.3* (S.235-282). Opladen: Leske + Budrich.
- ZIGMOND, A.S. & SNAITH, R.P. (1983). The Hospital Anxiety-Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-371.
- ZILLER, H. (1992). Zur Weiterentwicklung des Recht in der Altenhilfe. Überlegungen und Thesen zu einem Altenhilfegesetz. *Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen*, 18, 33-34.
- ZILLER, H. (1998). Die örtliche Gemeinschaft als Lebensraum für ältere Menschen – Zur zukünftigen Rolle der Kommunen in der Altenhilfe. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31, 392-397.
- ZINTL-WIEGAND, A. & BICKEL, H. (1992). Inanspruchnahme von Allgemeinpraxen durch ältere Patienten. *Medizin Mensch Gesellschaft*, 17 (4), 303-311.
- ZIPPERER, M. (2001). Telematik im Gesundheitswesen – Aktueller Stand und Perspektiven. *Arbeit und Sozialpolitik*, 55 (9-10), 8-13.