



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Wohnen im Alter“

Verfasser

Milan Mile Cvetojević

angestrebter akademischer Grad

Magister (Mag.)

Wien, September 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:
Studienrichtung lt. Studienblatt:
Betreuer:

A 057/122
Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften
Univ. Prof. Dr. Wilfried Schnepf

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mich während des Studiums unterstützt haben.

Vor allem bedanke ich mich bei meiner Familie, insbesondere bei meinen Eltern und meiner Schwester.

Meiner Freundin, die mir stets zur Seite stand, bin ich für ihre Unterstützung und Hilfe ebenso dankbar.

Ein großer Dank gilt auch meinem Betreuer Univ. Prof. Dr. Wilfried Schnepf, der mich durch das DiplomandInnenseminar begleitete und bei der Erstellung dieser Arbeit mit den konstruktiven Ratschlägen und der geduldigen Betreuung unterstützte.

Zusammenfassung

Das Wohnen ist eine der wichtigsten Aspekte menschlichen Lebens. Das Wohnen der Senioren ist aber mit spezifischen altersbezogenen Schwierigkeiten verbunden. Die Pflegebedürftigkeit und verminderte körperliche und geistige Fähigkeiten spielen dabei die wichtigste Rolle. Da die traditionellen Netzwerke wie Familie künftig nicht mehr wie heute belastbar sein werden und die finanzielle Lage der Senioren sich wahrscheinlich verschlechtern wird, ist es zu erwarten, dass die jetzigen Unterstützungsmodellen möglicherweise kollabieren.

Um das zu verhindern, sollte man beginnen neue Konzepte zu entwickeln. Dabei sollte man zuerst die bestehenden Modellen und Ressourcen analysieren, um herauszufiltern, welche Elemente noch immer brauchbar sind und welche umgestaltet sein sollten. Dazu muss man neue Aspekte wie die Anwendung der modernen Technologie bedenken. Der Ausgangsprodukt sollte vor allem den Senioren ein bequemes Leben gemäß ihren Wünschen ermöglichen.

Die Koordination und Eingreifen des Staates wäre in diesem Fall auch notwendig, sodass man mit einem nachvollziehbaren und standardisierten Angebot rechnen kann, das von den finanziellen, wohnungsbezogenen, sozialen und medizinisch-pflegerischen Aspekten vollkommend begleitet wird.

Abstract

Housing is one of the most important aspects of human life. Living situations of the elderly are associated with specific age-related difficulties; the amount of care and reduced physical and mental abilities of the elderly play the most important role. Because traditional networks such as the family may no longer be as resilient as today and the financial situation of the elderly is likely to deteriorate, it may be expected that the current support models could collapse.

Now is the time to start to develop new concepts to prevent this. Initially it is important to analyze the existing models and resources in order to identify which items are still usable and which should be redesigned. In addition, new aspects such as the use of modern technology must be considered.

The end product should enable seniors a comfortable life according to their wishes. The coordination and involvement of the state in this case is also required, so that availability is predictable, standardized and thoroughly supported in the financial, housing-related, and social aspects as well as medical and nursing care.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Zielsetzung	7
2. Die Welt im Wandel	9
2.1 Die Senioren als wissenschaftliche Kategorie.....	12
2.2 Die Lage der Senioren in der heutigen Gesellschaft.....	16
2.2.1 Familie.....	16
2.2.2 Die Wohnsituation der Senioren.....	18
2.2.3 Finanzielle Lage.....	21
2.2.4 Gesundheitszustand.....	22
2.2.5 Pflege.....	23
2.3 Die Bedeutung der Wohnung für die Senioren.....	26
3. Das Wohnen für Senioren – zwischen Tradition und neuen Formen	27
3.1 Wohntypen.....	29
3.1.1 Alten- und Pflegeheime.....	30
3.1.2 Wohnstifte / Seniorenresidenzen.....	33
3.1.3 Betreutes Wohnen.....	33
3.1.4 Wohnen in der Gemeinschaft.....	35
3.1.4.1 Wohn-, Haus- und Nachbarschaftsgemeinschaften.....	37
3.1.4.2 Seniorenhof.....	38
3.1.4.3 Quartiersansätze.....	39
3.1.4.3 Seniorenkommunen.....	40
3.2 Wohnwunsch.....	44
3.2.1 Objektive Kriterien im Gegensatz zum Wohnwunsch.....	47
3.2.1.1 Die Umgebung der Wohnung.....	48
4. Neue Ressourcen und alte Ressourcen neuverwendet	51
4.1 Soziales Netz.....	51
4.1.1 Die Selbsthilfe – Ehrenamt.....	53
4.1.2 Offizielle Netzwerke.....	55
4.2 Technologie.....	56
4.2.1 Technologie und Senioren.....	57
4.2.1.1 Medizin.....	59
4.2.1.2 Haushalt.....	60
4.2.1.3 Unterhaltung.....	60
5. Neue Gruppen	61
5.1 Migranten.....	61
5.1.1 Wohnwünsche der älteren Migranten.....	64
5.2 Altbauer.....	66
5.2.1 Wohnverhältnisse der Altbauer.....	69
5.3 Demenz.....	70

6. Das Wohnkonzept.....	72
6.1 Pflegeheim – das Unausweichliche.....	77
6.2 Seniorenwohngemeinschaften – zwischen dem Altenheim und Zuhause.....	81
6.3 Im eigenen Heim bleiben.....	85
6.3.1 Umbau.....	86
6.3.1.1 Konkrete Anpassungen.....	87
6.3.2 Umzug.....	91
6.3.2.1 Umzug – Gründe und Bereitschaft umzusiedeln.....	92
6.3.2.2 Wohin?.....	94
7. Finanzierung.....	96
8. Pflege.....	99
8.1 Pflegekonzepte.....	103
8.1.1 Akute Pflegebedürftigkeit.....	103
8.1.2 Chronische Pflegebedürftigkeit.....	104
8.2 Die Pflegebedürftigkeit in der Zukunft.....	106
9. Schlussfolgerung.....	109
Literatur.....	112
Lebenslauf.....	126

1. Einleitung und Zielsetzung

Das Wohnen ist einer der wichtigsten Aspekte des menschlichen Lebens. Der Wohnraum ist nicht nur ein Rückzugs-, Schutz- und Privatraum, der die Menschen von der Welt mit seinen Klima- und Wetterunbilden sowie von anderen fremden Menschen schützt, sondern auch ein Ausdruck der eigener Persönlichkeit. Das Wohnen ist in dem Maße bedeutend, dass es vom Menschen nicht wegzudenken ist. Daher wird die Obdachlosigkeit schon Jahrhunderte lang als eine extreme Abweichung vom Normalzustand betrachtet.¹ Das heißt, von sozialwissenschaftlichen Studien wird die Obdachlosigkeit nicht als Wohn- oder Lebensform angesehen.² Das Wohnen bestimmt entscheidend auch über das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Menschen sowie die sozialen Interaktionen und zuletzt das Selbstbewusstsein und die Identität jeder Person.³

Die Dynamik des modernen Lebens bringt die Menschen in die Position, ständig zwischen den privaten und öffentlichen Räumen zu wechseln. Wenn diese Freiheit durch Krankheit oder körperliche Behinderung eingeschränkt wird, dann wird der Wohnraum zum Mittelpunkt des Lebens. Ebenso stellt der Eintritt ins Rentenalter und das Ausscheiden aus dem Arbeitsalltag eine räumliche Konzentration auf den privaten Bereich dar. Im Alter wird der Alltag mehr oder weniger zum Wohnalltag.⁴ Eine eintretende Pflegebedürftigkeit kann sich dabei besonders prekär auf das Leben in den eigenen vier Wänden auswirken. In diesem Fall kommt man plötzlich in die Situation, dass fremde Menschen (z. B. der ambulante Pflegedienst) in eigenem Zuhause des Klienten agieren, ohne dass der Betreffende das kontrollieren kann.⁵

Obwohl das Wohnen im Alter eine besonders wichtige Kategorie ist, stellt es auch heute eine Herausforderung dar, angemessene Unterbringungsmöglichkeiten bereitzustellen, insbesondere für (stark) pflegebedürftige Personen. Die Wohnart der Senioren ist dennoch historisch gesehen keine passive Kategorie, sondern eine dynamische, obwohl die Veränderungsdynamik nicht zu allen Zeiten gleich intensiv ist. Die historische Entwicklung der Gesellschaft hat auch die Formen der Sorge gegenüber alten Menschen beeinflusst. Die Modelle, die einst in Funktion waren, können verlassen oder modifiziert werden, um sich dem Zeitgeist und der Gesellschaft anzupassen. Ebenso

¹ Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 49.

² Becker 2008, S. 466.

³ Schlebrowski 2009, S. 59.

⁴ Müller/Betz 2003, S. 36.

⁵ Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 49.

kommen in der heutigen Welt viele neue Faktoren hinzu, die oft eine negative und kumulierte Auswirkung zeitigen. Es ist daher wichtig, die entsprechenden Anpassungen im System der Altersorge zu fördern und neue Wohn- und Pflegekonzepte zu entwickeln.

Es ist dabei zu beachten, dass die Änderungen der bestehenden Modelle angemessen sein sollten. Manchmal sind keine tiefe Eingriffe notwendig, sondern einfach eine bessere Koordination, sowohl auf der Mikro- als auch auf der Makroebene.⁶ Sehr oft werden die vorhandenen Möglichkeiten einfach übersehen. Die Forschung sollte sich auf die multilaterale Lösung konzentrieren und die Vielfalt der Klienten, mit ihren eigenen Bedürfnissen und Kapazitäten betrachten. Ein Mensch, der noch immer mobil und selbstständig genug ist, soll nicht in ein Pflegeheim eingeliefert werden, wo sein Können erlahmen wird, weil z.B. das Personal die Haushaltsaufgaben übernimmt, die von ihm selbst noch immer erledigt werden können. Da eine Tendenz zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes ein wesentliches Merkmal des Lebens im Alter ist, ist es weiter wichtig die Pflege und das Wohnen in einem einheitlichen Konzept zu vereinen.

Obwohl die empirische Befundlage bezüglich des Aussehens des Wohnens in der Zukunft nicht besonders umfangreich ist, ist es jedoch klar, dass mit den Veränderungen in der Ausstattung (z.B. höhere Verwendung der technischen Hilfsmittel (Informations-, Kommunikations- und Sicherheitstechnik) und im Vergleich mit heute barrierefreie oder -arme Architektur) zu rechnen ist. Dazu werden wohnungsbezogene Dienstleistungen, wie etwa Beratung, Haushaltshilfen oder Versorgungsdienste an Bedeutung gewinnen. Diese Entwicklung hängt aber von der Wohnungswirtschaft ab, die dem demographischen Wandel nur langsam folgt.⁷

Das Anliegen dieser Arbeit ist die Faktoren, die für die künftige Entwicklung der Seniorenlage bedeutsam sind, zu identifizieren und anhand der bestehenden Modellen mögliche Wohnkonzepte zu entwickeln. Diese Arbeit bezieht sich vor allem auf die Lage in den westlichen und anderen Industrieländern, wobei der deutschsprachige Raum besonders beachtet wurde. Die Forschungslage bezüglich dieser Thematik ist umfangreich und daher ist es nicht notwendig konkrete Werke besonders hervorzuheben. Die Studien und Bücher sind allerdings thematisch oft auf die einzelne Aspekte konzentriert und eine synthetische Gesamtbetrachtung der Problematik ist eher eine Seltenheit. Die vorliegende Arbeit versucht daher, möglichst viele Aspekte zu vereinen, um ihre kumulative Auswirkungen zu zeigen. Diese Arbeit ist eine Literaturarbeit. Recherchiert

⁶ Döhner/Mutschler/Schmoecker 1996, S. 207.

⁷ Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 502.

wurde in diversen Fachbibliotheken, digitalen Bibliothekskatalogen und Fachdatenbanken im Internet (Medline, Gerolit, etc.).

Sowohl bei der Suche in den Fachbibliotheken als auch im Internet wurden Suchprotokolle erstellt, um methodisch und systematisch nach relevanten Begriffen zu suchen. Die ersten Sucheingaben wie ‚Alter‘, ‚Wohnen‘ oder ‚Wohntypen‘ wurden schrittweise auf spezifischere Kategorien wie z.B. ‚Technologie im Alltag‘, ‚Wohnkonzepte für Senioren‘ u.ä. eingeschränkt bzw. es wurden mehrere Begriffe kombiniert und zusammengefasst, um bessere Ergebnisse zu erzielen. Bei der Literatursuche in den Fachbibliotheken wurden zusätzlich Exzerpte der relevanten Literatur angefertigt.

2. Die Welt im Wandel

Die ganze Welt ist heutzutage mit den fundamentalen demographischen Veränderungen konfrontiert. Besonders betroffen sind die westlichen Industrieländer, in denen der Durchschnittsalter der Bevölkerung rapid steigt. Es gibt mehrere Ursachen, die diesem Problem zugrunde liegen. Vor allem die niedrige Fertilität in Kombination mit einer zunehmenden Lebensdauer führt dazu.⁸ Insbesondere ist der Zuwachs in den höheren Sparten über 60 Jahre sehr prägnant, wobei auch die ethnisch-kulturelle Differenzierung zunimmt.⁹ Die Zunahme der Lebensjahre ist überwiegend dem Fortschritt in der Medizintechnik, Gesundheitsversorgung, Ernährung und Hygiene zu verdanken.¹⁰

Zahlenmäßig zeigen die Daten, dass im Jahr 2000 in der Welt circa 600 Millionen Menschen über 60 lebten, bis 2025 werden es 1,2 Milliarden sein und 2050 circa 2 Milliarden, wobei zum ersten Mal in der Geschichte die Zahl der Älteren jene der Jüngeren übertreffen wird.¹¹ In den USA lag 1990 der Durchschnittsalter bei 32,9 Jahren und 2006 schon bei 36,4. Der Anteil der über 60-Jährigen wird von 13% im Jahr 2010 auf 19% in 2030 und 20% in 2050 steigen.¹² Im Jahr 2050 wird in Europa die Anzahl der Menschen, die 65 und älter sind, 173 Millionen (circa ein Drittel – 32,9%) erreichen, wobei Südeuropa am stärksten betroffen sein wird. In Nordeuropa werden

⁸ Vater/Zachraj 2008, S. 319; Naegele 2010, S. 98.

⁹ Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 153; Naegele 2010, S. 98.

¹⁰ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 15.

¹¹ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 9.

¹² Schwarz 2009, S. 1.

hingegen “nur” 25% der Bevölkerung dieser Kategorie angehören.¹³ In Österreich wird z.B. die Anzahl der über 60-Jährigen ebenfalls enorm steigen. Von derzeitigen 1,6 Millionen wird eine Zunahme von 28,1% bis zum Jahr 2015 und von 73% bis zum Jahr 2030 angenommen. Dann wird erwartet, dass dieser Kategorie circa 2,7 Millionen Menschen in Österreich angehören werden.¹⁴ Diese Tendenzen bezeichnet man als demographische Alterung.

Die europäischen Länder sowie die USA und Kanada sollen aber in den folgenden Jahrzehnten nicht nur mit der Überalterung der Bevölkerung, sondern auch mit der Abnahme der Bevölkerung rechnen, was ebenfalls durch der erhöhten Lebenserwartung und mit dem Sinken der Natalität zu erklären ist.¹⁵ Die demographische Alterung ist in den Industrieländern im Vergleich mit den Schwellenländern, die eine jüngere Bevölkerung haben, schon im fortgeschrittenen Stadium. Die Bevölkerung der Schwellenländer wiederum ist bereits deutlich älter als in den Entwicklungsländern.¹⁶ In Deutschland z.B. setzte der Prozess der demographischen Alterung schon am Anfang des 20. Jahrhunderts ein und inzwischen wurde schon die Marke der *Lowest Fertility* erreicht, was heißt, dass die Fertilität zu niedrig ist, um die einfache Reproduktion der Bevölkerung zu gewährleisten. Wie die amtliche Statistik zeigt, ist die Alterung seit 125 Jahre ständig gestiegen. Im Jahr 1871 gab es im damaligen Kaiserreich 4,6% Einwohner über 65 Jahre, und 1995 gab es in Deutschland 15,6% der Menschen in dieser Kategorie, wobei es geschätzt wird, dass die Zahl 2040 auf 40% steigt.¹⁷ Die Bevölkerung insgesamt wird in Deutschland bis 2050 um etwa 9% schrumpfen, wobei die erwerbsfähige Bevölkerung überproportional hoch, um 20 % abnehmen wird. In der Struktur der Bevölkerung im Erwerbsalter sind die Veränderungen ebenfalls sehr ausgeprägt. In der Population der 20- bis 64-Jährigen wird die Sparte der 50- bis 64-Jährigen von heute 30% auf 39% in 2020 steigen und dann 2050 wegen des Ausscheidens der Baby-Boomer-Jahrgänge um 2% sinken.¹⁸

Der allgemeine Anstieg des Seniorenanteils ist jedoch nicht das größte Problem für die Gesellschaft, sondern die Zunahme der Hochbetagten, also jenen die im Alter von 80 und mehr Jahren sind. Diese Kategorie ist relativ neu und in früheren Gesellschaften gab es sie nicht. Dieses dritte Lebensalter umfasst zwanzig und mehr Lebensjahre.¹⁹ Der Anteil der hochbetagten Menschen wird in Deutschland in den nächsten 15 Jahren überproportional stärker wachsen als der Anteil der

¹³ Demirkan 2007, S. 33.

¹⁴ Blutmager 2001, S. 8.

¹⁵ Schwarz 2009, S. 3.

¹⁶ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 15.

¹⁷ Seel 1998, S. 80.

¹⁸ Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 500.

¹⁹ Seel 1998, S. 80.

Menschen über 60 Jahre insgesamt. Bisher gab es eine stufenweise Zunahme der alten und hochbetagten Menschen und in den nächsten 15-20 Jahren wird sie kumulativ sein. Der Anteil der über 65-Jährigen und der über 80-Jährigen wird bis 2050 um 54% bzw. 174% zunehmen und damit circa 30% bzw. 12% betragen. Es wird mit einem Zuwachs von 1 Million der 70- bis 80-Jährigen in den nächsten anderthalb Jahrzehnten gerechnet. Die Gruppe der 80- bis 90-Jährigen wird um 2 Millionen und die über 90-Jährigen um etwa 300 000 wachsen. In der Gruppe der Alten wird die Gruppe der Hochaltrigen mehr zunehmen als der Anteil der Älteren insgesamt.²⁰

Die Baby-Boom-Jahrgängen werden oft als bedeutende Quelle für die Zunahme der Älteren gesehen, wobei es sich um eine Doppelwirkung aus niedriger Geburtenhäufigkeit und hoher Lebenserwartung handelt. Die Personen dieser Generationen vom Übergang zwischen den 1950er und 1960er werden um 2020 in das Alter 60+ gelangen und etwa zwanzig Jahre später in die Sparte 80+ und durch diese zwei Schübe die Altersstruktur deutlich beeinflussen. Damit wird der Anteil der Hochaltrigen stark ansteigen.²¹

Noch immer ist der größte Anteil der hochbetagten weiblichen Geschlechts. In der Gruppe zwischen 75 und 85 Jahre kommen auf 100 Frauen 44 Männer und in jener über 85 Jahre ist das Verhältnis rund drei zu eins. Als wichtigste Ursachen dafür sind die höhere Lebenserwartung der Frauen und die Verluste in den Weltkriegen zu nennen. Obwohl die Frauen in der Zukunft in diesen Kategorien weiterhin dominieren werden, wird der Anteil der Männer sich jedoch signifikant erhöhen. Es wird ein Verhältnis von 80 Männer auf 100 Frauen im Jahr 2015 und 85 Männer auf 100 Frauen in 2025 erwartet.²²

Diese negative Tendenz ist auch am Altenquotient erkennbar. Der Verhältnis der älteren zu den jüngeren Menschen ist durch den „Altenquotient“ angegeben, der das Verhältnis von Menschen über 65 Jahre zu den Menschen im Alter zwischen 20 und 65 Jahre (Erwerbsfähigen) zeigt. Obwohl heute noch immer auf 29 Menschen, die über 65 alt sind, 100 jene im Alter zwischen 20 und 64 Jahren kommen, werden es im Jahr 2020 lediglich 36 sein.²³ Das Verhältnis den jüngeren Generationen gegenüber ist ebenfalls negativ. So wird im Jahr 2030 in Deutschland auf zwei Menschen über 60 Jahre nur einer unter 20 kommen.²⁴

Der demographische Wandel hat eine signifikante Auswirkung nicht nur auf die Älteren selbst, sondern auch auf die indirekt betroffene Gruppen wie z.B. Angehörige und jene, die mit den

²⁰ Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 500.

²¹ Vater/Zachraj 2008, S. 320.

²² Zykan 2009, S. 29.

²³ Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 500.

²⁴ Döhring 1989, S. 9.

Älteren in gemeinsamen sozialen Netzwerken involviert sind. Besonders sind die Hochbetagten wegen der steigenden gesundheitlichen Einschränkungen und abbauenden sozialen Netzwerken bedroht und stellen eine große Herausforderung für die Gesellschaft dar.²⁵

Gerade der Schwund der traditionellen Unterstützungsnetzwerke, vor allem der Familie, erschwert die Versorgung der Älteren. Der traditionelle Familienverband löst sich immer mehr auf, wobei die Ursachen vielfältig sind. Expandierende Kinderlosigkeit (Abnahme der Mehrkinderfamilien und wachsende Einkindfamilien oder sogar Kinderlosigkeit) und die Zunahme der Scheidungen sind nur manche, die man nennen kann.²⁶

Ein Aspekt, der dieser Problematik eine weitere Dimension verleiht, ist auf jeden Fall das Problem der Finanzierung. Das Versicherungssystem wird immer mehr belastet und da der Anteil der Berufstätigen sinkt, werden die Finanzmittel immer knapper. Die Bedürfnisse der Älteren bezüglich Behausung, Transport und Gesundheit steigen aber rapid.²⁷

Die demographische Verschiebung zugunsten der älteren Menschen bringt auch wichtige Veränderungen in Hinsicht auf die gesellschaftlichen Bedürfnisse mit sich. Die Angebote bezüglich Wohnen, Wohnumfeld, Freizeit und Infrastruktureinrichtungen (wie z.B. ÖPNV-Angebot) müssen angepasst werden.²⁸ Einer der wichtigsten Aspekte ist gerade das Wohnen für die Senioren. Diese Dimensionen bleibt aber noch immer im Hintergrund, da vor allem die Finanzierung der Renten und die Pflegeproblematik diskutiert werden.²⁹ Das Wohnen wird oft nicht als selbstständige Kategorie betrachtet, weil das Wohnen im Alter eng mit anderen Lebensaspekten verflochten ist.³⁰ Die Wohnungswirtschaft muss aber zunehmend die Formen einbeziehen, die altersgerecht sind und d.h. die spezielle Wohnformen anbieten, den Wohnraum im Bestand anpassen oder neue barrierefreie Wohnungen ausbauen.³¹

2.1 Die Senioren als wissenschaftliche Kategorie

Obwohl sie auf den ersten Blick als klar definiert scheint, ist die Kategorie der älteren Menschen nicht immer eindeutig abgegrenzt. Was Alter ist und wer alt ist, ist sehr stark

²⁵ Naegele 2010, S. 98.

²⁶ Döhring 1989, S. 9, Meyer 2011, S. 333f.

²⁷ Schwarz 2009, S. 3.

²⁸ Vater/Zachraj 2008, S. 319.

²⁹ Kricheldorf 2008, S. 237.

³⁰ Sheuya/Howden-Chapman/Patel 2007, S. 198.

³¹ Vater/Zachraj 2008, S. 319.

gesellschafts- und kulturbezogen.³² Unter den Senioren, älteren Menschen oder kurz Älteren, werden allgemein jene Personen verstanden, die ein gewisses Lebensalter erreicht oder überschritten haben. In westlichen Industrieländern, die in dieser Arbeit hauptsächlich betrachtet werden, werden meistens die Menschen in der nachberuflichen Phase mit dieser demographischen Kategorie in die Verbindung gebracht, obwohl der Zeitpunkt der Pensionierung an sich relativ ist. In den Jahren angegeben ist es das 60. bis 65. Lebensjahr, da das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben meistens in dieser Periode stattfindet.³³

Genauer betrachtet sind auch andere Perspektiven denkbar: eine biologische und eine soziologische. Anders gesagt, man wird körperlich bzw. biologisch älter, was sich im Verlust der Vitalität bzw. der Zunahme der gesundheitlichen Problemen sowie in der Abnahme der körperliche Funktionen zeigt. Andererseits gibt es gesellschaftliche Aspekte wie z.B. keine bezahlte Arbeit mehr und unbezahlte Arbeit bezüglich der Kindererziehung. Die ganze Arbeit im Alter bezieht sich in der Regel auf einen Ein- oder Zweipersonenhaushalt.³⁴

Die Pensionierung oder das chronologische Alter sind aber meistens nur eine Art Orientierungshilfe. Entscheidender ist vielmehr das sog. funktionale Alter, da die jungen Älteren noch immer durchaus aktiv sind, Ältere schon gewisse Einschränkungen hinnehmen müssen und die Hochbetagten zuletzt nicht ohne fremde Hilfe zurecht kommen können.³⁵ Obwohl ein 60-Jähriger in der Regel bereits in die Gruppe der Älteren gezählt wird, hat er mehr Ähnlichkeiten mit 40-Jährigen als mit 90-Jährigen, da die Schwierigkeiten erst mit dem hohen Alter verbunden sind.³⁶ Daher hat es auch viel mehr Sinn die Älteren in Hinsicht auf ihre Selbstständigkeit weiter einzuteilen. Überwiegend sind eben drei Kategorien zu unterscheiden: die erste Phase, in der sowohl körperliche als auch geistige Fähigkeiten noch immer gut erhalten sind, die mittlere Phase, in der Kompetenzen abnehmen und Einschränkungen eintreten und die letzte Phase, die durch die Angewiesenheit auf fremde Hilfe geprägt ist.³⁷

Die kalendarische Einteilung in diesem Sinne ist nicht völlig einheitlich. Laut der Weltgesundheitsorganisation werden die Älteren in ‚älter‘ (60-75 Jahre), ‚alt‘ (75-90 Jahre), ‚hochbetagt‘ (über 90 Jahre) und ‚langlebig‘ (über 100 Jahre) eingestuft. Für die staatlichen und bürokratischen Zwecken werden meistens drei Gruppen betrachten alte Menschen (60-70 Jahre),

³² Macek 2009, S. 49.

³³ Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 153; Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 499; Gerhards/Spellerberg 2011, S. 119.

³⁴ Droogleever Fortuijn 1999, S. 187.

³⁵ Müller/Betz 2003, S. 14.

³⁶ Müller/Betz 2003, S. 16.

³⁷ Gerhards/Spellerberg 2011, S. 119.

Betagte (über 75) und Hochbetagte (über 80).³⁸ Manche Autoren sprechen von den jungen Alten (55-70) Jahre, Alten (70-85 Jahre) und Hochbetagten (ab 85).³⁹ Dies sind jedoch alles nur Variationen. Die Grundidee ist, dass es im Alter eine frühe Phase, wenn die Menschen noch relativ gesund sind, und eine terminale, wenn sie nicht mehr selbstständig sind, mit einer Übergangszwischenphase gibt. Generell kann man sagen, dass erst ab dem 80. Lebensjahr eine Phase beginnt, die durch schwere Krankheit, Demenz und Pflegebedürftigkeit und nicht selten Multimorbidität gekennzeichnet ist.⁴⁰

Das Alter ist jedoch nicht nur in Hinblick auf die körperliche und geistige Verfassung eine heterogene Kategorie. Die Interessen und Neigungen sowie die Lebenssituation der Senioren können sehr divers sein.⁴¹ Ein 70-Jähriger kann geistlich fit sein, aber unfähig ohne Gehhilfen zu gehen, oder umgekehrt: körperlich nicht beeinträchtigt, aber geistig schon stark verwirrt sein.⁴² Die Lebenskriterien wie etwa Familienorientierung, Werte, Freizeitpräferenzen, Lebensformen, finanzielle Bedingungen, Wohnsituation und Altersbild sind ebenfalls nicht bei allen Senioren gleich.⁴³

Diese Kriterien sind in der heutigen Zeit auch stark verändert, was auf eine neue Wahrnehmung des Alters zurückzuführen ist. Unter dem Einfluss der Idee des *Aging* wurde nämlich das frühere Defizitmodell, das die Rolle der Älteren in der Gesellschaft sehr eingeschränkt sah, weil angenommen wurde, dass der Höhepunkt des Lebens mit 30 schon erreicht ist und danach ein Verfall folgt, verworfen.⁴⁴ Tatsächlich ist es heute herrschende Meinung, dass das Alter nicht nur in eine terminale Phase, die durch die Gebrechlichkeit, Abhängigkeit, Versorgung, Betreuung und Pflege geprägt ist, sondern auch in eine Zeit einzuteilen ist, in welcher Erfahrung, Kompetenz, Eigenständigkeit, Selbstbewusstsein und Selbstbestimmung durchaus noch zum Ausdruck kommen.⁴⁵ Der Alter wird jetzt vielmehr als Wandel und nicht als einfacher Abbauprozess verstanden.⁴⁶ Deshalb fühlen sich die Älteren von heute subjektiv zehn bis 15 Jahre jünger als vor 30 Jahren.⁴⁷ Im Unterschied dazu war noch vor zwanzig, dreißig Jahren die Einschätzung der

³⁸ Zykan 2009, S. 22.

³⁹ Müller/Betz 2003, S. 14.

⁴⁰ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 13.

⁴¹ Gerhards/Spellerberg 2011, S. 119.

⁴² Müller/Betz 2003, S. 13.

⁴³ Kramer/Pfaffenbach 2007, S. 401.

⁴⁴ Blutmager 2001, S. 7.

⁴⁵ Döhner 1993, S. 16.

⁴⁶ Blutmager 2001, S. 9.

⁴⁷ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 13; Peskes 2001, S. 19.

Mehrheit der 70-Jährigen, dass sie alt sind, wobei heute nur ein Drittel der 75-Jährigen sich selbst so sieht.⁴⁸

Die Ursachen für den Wandel der weitverbreiteten Altersvorstellung sind aber nicht nur von der Idee des Aging beeinflusst. Die grundlegenden Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur haben dazu ebenfalls beigetragen. Zwei wichtige Hauptaspekte, die sich auf das Alter stark ausgewirkt haben, sind einerseits die Entwicklung der Pensionssysteme und die finanzielle Sicherung im Alter⁴⁹ und andererseits die Verschiebung des Alterns durch medizinische Versorgung immer mehr nach hinten, womit die Zeitspanne des “aktiven Alterns” wesentlich vergrößert wurde, so dass sogar von “Down Aging” gesprochen wird.⁵⁰ Genauer betrachtet kann man neben der generell besseren finanziellen Lage (Haushaltsausstattung, Alterssicherung etc.), auch einen immateriellen Fortschritt (höhere Bildung, bessere Gesundheit) und ein breiteres Handlungsspektrum (neue Aktivitäten, größere Partizipationschancen usw.) feststellen, die alle zusammen ein neues, positives Altersbild (junges, gesundes Alter vs. altes, krankes Alter) prägen.⁵¹ Es ist auch evident, dass wegen der Freisetzungs-, Pluralisierungs- und Detraditionalisierungsprozesse, neue Lebensformen im Alter entstehen, die nicht mehr von vornherein auf festgelegte und standardisierte Lebensmuster fixiert sind.⁵² Da diese Wandlungsprozesse noch nicht vollendet sind, werden neue Lebensphilosophien und praktische Ansätze gesucht und ständig ausprobiert.⁵³ Die Lebensphilosophie im Alter basiert immer mehr auf den Werten des gesamten Lebens.⁵⁴

Diese (neuen) Bedürfnisse müssen beim Planen in Betracht gezogen werden. Die Älteren sind heute nicht nur besser gebildet, selbständiger, materiell wie sozial gut abgesichert sowie gesünder, sondern auch von einem höheren Grad durch Individualisierung geprägt.⁵⁵ Die älteren Menschen wollen das planerische Handeln mitgestalten und nicht mehr nur passive Adressaten der die von anderen vorgeschriebenen Maßnahmen sein.⁵⁶ Ihre bessere Ausbildung beeinflusst maßgeblich ihren Lebensstil und somit die Gesundheit und Sterblichkeit.⁵⁷ Die Verlängerung des gesunden Lebensabschnitts im Alter oder die Unterdrückung der Symptome bei den unheilbaren

⁴⁸ Müller/Betz 2003, S. 11.

⁴⁹ Blutmager 2001, S. 7.

⁵⁰ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 13.

⁵¹ Kramer/Pfaffenbach 2007, S. 400; Kricheldorf 2008, S. 238.

⁵² Kricheldorf 2008, S. 237.

⁵³ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 26.

⁵⁴ Müller/Betz 2003, S. 21.

⁵⁵ Zyan 2009, S. 35.

⁵⁶ Döhner 1993, S. 16.

⁵⁷ Zyan 2009, S. 27.

Krankheiten steigert die Nachfrage nach Angeboten für ein geistig und körperlich aktives Leben.⁵⁸ Die Senioren verfügen ebenfalls über beträchtliche Ressourcen, weshalb sie eine sozialpolitisch wichtige Gruppe darstellen.⁵⁹ Man muss auch damit rechnen, dass die Älteren von heute auch ethnisch, religiös und kulturell heterogener sind, wobei die ältere Bevölkerung mit einem Migrationshintergrund oft sozial niedriger positioniert ist.⁶⁰ Alle diese Aspekte und auch jene, die erst erscheinen werden, seien sie negativ oder positiv, wird man sicher ins Planen einbeziehen müssen.

2.2 Die Lage der Senioren in der heutigen Gesellschaft

Die Veränderungen, die die Senioren heutzutage betreffen, sind vielfältig. Die kumulative Wirkung verstärkt den Effekt dieser Vielfältigkeit zusätzlich. Ebenso ist es wichtig zu bemerken, dass viele Aspekte des Lebens der älteren Menschen dadurch beeinflusst werden. Das Wohnen ist nur ein Teil eines Puzzles, das aus weiteren Elementen wie Familie, Finanzen und Gesundheit besteht.

2.2.1 Familie

Die Unterstützung der Älteren beruhte früher auf den sozialen Netzwerken, von denen die Familie das wichtigste war. Seit dem Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts hat sich aber die Form und die Rolle der Familie stark verändert, was die Versorgung der Älteren stark beeinflusst. Das liegt in erster Linie an den Bewegungen der demographischen Werte und den Veränderungen der Lebensweise im modernen Alltag.

In der vergangenen Zeit haben sich die Grundformen der Lebenspartnerschaften zutiefst verändert, wobei dieser Prozess noch immer nicht abgeschlossen ist und weitere Änderungen zu erwarten sind. Die regionalbezogenen Unterschiede sind dabei nicht besonders signifikant, aber die geschlechtsspezifischen schon.⁶¹ Die Ehe hat sehr viel an Attraktivität verloren und das Ledigsein wird allmählich zum Standard in Deutschland, was man am ständigen Zuwachs der Nicht-Heiratenden erkennen kann.⁶² Zur Attraktivitätsverlust der Ehe kommen noch die verlängerten

⁵⁸ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 26.

⁵⁹ Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 505.

⁶⁰ Schubert/Veil 2011, S. 117.

⁶¹ Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 502.

⁶² Meyer 2011, S. 335; Vincent/Phillipson/Downs 2006, S. 181.

Ausbildungszeiten und die Zunahme von nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften hinzu, weshalb der Durchschnitt des Erstheiratsalters, sowohl für die Männer als auch für die Frauen gestiegen ist.⁶³ Den Anstieg der Scheidungsrate sollte nicht unberücksichtigt bleiben, wobei sich eine Tendenz zur späten Scheidung zeigt.⁶⁴ Die Familienmuster werden durch Scheidung und Wiederheirat stark diversifiziert.⁶⁵ Damit hängt auch eine neue Erscheinung zusammen, dass die Kinder und Enkelkinder zunehmend mehr als zwei Eltern oder mehr als vier Großeltern unterstützen.⁶⁶ Diese Tendenzen werden ihre Auswirkung in der Gruppe der Älteren aber erst in der Zukunft zeigen, wobei die wachsende Lebenserwartung keinen Einfluss auf die Verlängerung der Partnerschaften haben wird.⁶⁷ In der Zukunft ist zu erwarten, dass die Mehrheit der älteren Menschen unverheiratet, allein lebend, geschieden und kinderlos sein wird.⁶⁸

Wenn man die heutigen Älteren betrachtet, ist die Mehrheit der Männer verheiratet. Bei den über 80-Jährigen geht es um circa zwei Drittel. Es gibt nicht viele, die geschieden oder verwitwet sind. Die Scheidungsrate ist nämlich bei jenen unter 65 höher als bei den Älteren, wobei die Männer öfter wieder heiraten.⁶⁹ Bei den Frauen sieht es erheblich anders aus. Die Anzahl der verwitweten steigt mit dem Alter enorm. So sind fast drei Viertel aller Frauen über 80 Jahren Witwen. Der Anteil der ledigen und geschiedenen ist im Vergleich zu den Männern auch etwas höher aber nicht allzu viel, da sie länger leben und seltener als Männer wieder heiraten.⁷⁰

Obwohl die Bevölkerung in Deutschland noch immer mehrheitlich Kinder hat und mit ihnen lebt,⁷¹ zeigt sich, dass die Anzahl der Kinder innerhalb der Familie aber auch allgemein sinkt, was vor allem die zukünftigen Familien prägen wird.⁷² Die Rate der kinderlosen 60-jährigen Frauen wird von heutigen 10% , über 25% in 20 Jahren bis zu etwa ein Drittel in 30 Jahren steigen.⁷³

Trotz der teilweise verbreiteten Meinung, dass die älteren von ihren Familien und insbesondere von ihren Kindern oft vernachlässigt und verlassen werden, entspricht das nicht den nachweislichen Tatsachen.⁷⁴ Obwohl die traditionelle Familie noch immer nicht verschwunden ist, hat sich ihre Struktur jedoch geändert.⁷⁵ Man sollte auch nicht vergessen, dass es innerhalb der

⁶³ Meyer 2011, S. 335; Becker 2008, S. 462.

⁶⁴ Meyer 2011, S. 336f; Kricheldorf 2008, S. 238.

⁶⁵ Connidis 1989, S. 1.

⁶⁶ Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 20.

⁶⁷ Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 502.

⁶⁸ Zykan 2009, S. 30.

⁶⁹ Connidis 1989, S. 7.

⁷⁰ Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 502; Vincent/Phillipson/Downs 2006, S. 181; Müller/Betz 2003, S. 36.

⁷¹ Becker 2008, S. 462.

⁷² Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 502.

⁷³ Kricheldorf 2008, S. 238; Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 505.

⁷⁴ Connidis 1989, S. 3.

⁷⁵ Becker 2008, S. 462.

Familie noch andere Verwandtschaftsbeziehungen gibt, die häufig übersehen werden. So fungieren die Menschen innerhalb der Familie nicht nur als Eltern und Kinder, sondern auch als Neffen, Nichten, Geschwister, Cousins, Onkel, Tanten usw.⁷⁶ Viele von diesen Verbindungen sind im frühen Leben verankert und ihre Natur ist später gestaltet.⁷⁷ Es ist evident, dass die Familie vertikalisiert wird. Während in der Vergangenheit eine Multigenerationenfamilie eher selten war, da die Mortalitätsraten hoch waren,⁷⁸ ist es heute der Fall, dass der Tod des letzten Elternteils häufig erst nach dem 50. Lebensjahr eintritt.⁷⁹ Die Mobilität der erwachsenen Kinder ist aber heutzutage deutlich höher. Obwohl die Familie dadurch multilokal geworden ist, heißt das nicht, dass sie nicht funktioniert. Im Gegenteil, die Daten zeigen, dass die Kontakte häufig sind. Jedoch kann man dadurch der Vorwurf des geschwächten familialen Hilfe- und Unterstützungsnetzes nicht bestreiten, wobei die alternativen Hilfeleistungen durch die Freunde und Nachbarn nicht sichtbar sind.⁸⁰

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Familie kleiner und verstreuter wird, wobei sich der Generationenabstand vergrößert und die Anzahl der Einpersonenhaushalte steigt. Daher wird von der Singularisierung und Individualisierung im Alter gesprochen.⁸¹ Es ist evident, dass die traditionellen Lebens- und Wohnformen, die auf den ehelich-familiären Lebensgemeinschaften basieren, abnehmen. Dies ist eine Tendenz, die man mehr oder minder in der ganzen Welt beobachten kann und die mit den vielfältigen demografischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Entwicklungen zusammenhängt.⁸² Man kann von heterogenen Lebensformen reden, die zu einer verstärkten Nachfrage an altersgerechten, bedürfnisorientierten Wohnformen führen wird und die Dringlichkeit und Handlungsbedarf in der Altenpolitik betont.⁸³

2.2.2 Die Wohnsituation der Senioren

Durch den demographischen Wandel und Veränderungen in der familialen Struktur wurden auch die Wohnformen beeinflusst. Die Detraditionalisierung der Normen und sozialen Bindungen führte zur Heterogenität der Wohnformen.⁸⁴ Die Wohnformen reichen von stark individualisierten

⁷⁶ Connidis 1989, S. 1.

⁷⁷ Connidis 1989, S. 2.

⁷⁸ Connidis 1989, S. 3.

⁷⁹ Höpflinger 2011, S. 43.

⁸⁰ Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 502; Kricheldorf 2008, S. 238; Schubert/Veil 2011, S. 116.

⁸¹ Müller/Betz 2003, S. 36.

⁸² Becker 2008, S. 461.

⁸³ Zykan 2009, S. 31.

⁸⁴ Becker 2008, S. 461.

Formen (allein oder zu zweit) bis zu sehr kollektiv organisierten Konzepten, wobei es dazwischen eine Reihe der Misch- und Übergangsformen gibt.⁸⁵

Dass die Alten meistens in einem Alten- oder Pflegeheim leben, ist keine seltene Vorstellung. Die Mehrheit der 65-Jährigen lebt aber in privaten Haushalten.⁸⁶ Sehr oft handelt es dabei um Ein-Personen-Haushalte.⁸⁷ Diese Erscheinung ist ein eher großstädtisches Phänomen.⁸⁸ Vom Alleinleben sind besonders die Hochbetagte bedroht, wenn sie keine Kinder haben und der Ehepartner stirbt.⁸⁹ In dieser Kategorie ist der Zuwachs der Alleinerziehenden und alleinwohnenden Frauen besonders auffällig.⁹⁰ Die Zukunftsprognosen gehen davon aus, dass in der Zukunft zur Singularisierung der Haushalte kommt bzw. dass die Abnahme der Personen in einem Haushalt sowie Abnahme der Mehrgenerationenhaushalte zunimmt.⁹¹ Die Frauen sind öfter als Männer alleinlebend.⁹² Die Zunahme der Haushalten mit einem weiblichen Haushaltsvorstand („woman-headed households“) ist ein wichtiger Faktor, da sie als armutsgefährdet gelten.⁹³ Männer sind auch öfter Eigentümer ihrer Wohnräume im Vergleich zu Frauen.⁹⁴

Obwohl die Anzahl der Einpersonenhaushalte stark zunimmt, wohnen viele Ältere auch mit ihren Kindern zusammen.⁹⁵ Ungefähr 15% der über 60-Jährigen lebt in einem Haushalt mit Kindern.⁹⁶ Jedoch gibt es seit den 1960er eine Tendenz nicht mit den Kindern in einem Haushalt zu wohnen, sondern eher „Intimität auf Abstand“ zu genießen, was natürlich nicht notgedrungen die Degradation der Beziehung bedeutet.⁹⁷ Heutzutage wird in einer Konstellation von drei Generationen und in einem multilokalen Familienverbund gelebt.⁹⁸ Mehr als zwei Generationen unter einem Dach sind jedoch eine Seltenheit und nicht oft anzutreffen.⁹⁹ Wenn nicht allein, dann leben die Älteren überwiegend mit einem Ehe- oder Lebenspartner.¹⁰⁰

⁸⁵ Höpflinger 2011, S. 43.

⁸⁶ Voges/Zinke 2010, S. 302; Kricheldorf 2008, S. 239; Thieme 2008, S. 254, Connidis 1989, S. 5; Friesdorf/Heine 2007, S. 46; Houben 1986, S. 101.

⁸⁷ Voges/Zinke 2010, S. 302; Sturm 2010, S. 151; Zykan 2009, S. 31.

⁸⁸ Sturm 2010, S. 156.

⁸⁹ Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 501.

⁹⁰ Becker 2008, S. 462.

⁹¹ Zykan 2009, S. 31; Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 501.

⁹² Connidis 1989, S. 5; Voges/Zinke 2010, S. 302

⁹³ Becker 2008, S. 461.

⁹⁴ Voges/Zinke 2010, S. 302

⁹⁵ Connidis 1989, S. 5; Friesdorf/Heine 2007, S. 46

⁹⁶ Schubert/Veil 2011, S. 117; Friesdorf/Heine 2007, S. 46

⁹⁷ Schubert/Veil 2011, S. 117; Vincent/Phillipson/Downs 2006, S. 181; Blutmager 2001, S. 12; Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 501.

⁹⁸ Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 501.

⁹⁹ Dieck/Heinemann-Knoch/de Rijke 1987, S. 4.

¹⁰⁰ Connidis 1989, S. 5; Voges/Zinke 2010, S. 302

Mit dem zunehmenden Alter übersiedeln zwangsweise viele Menschen in ein Alters- oder Pflegeheim.¹⁰¹ Die Wahrscheinlichkeit, in einer Einrichtung stationärer Altenhilfe gepflegt werden zu müssen, ist bei Frauen deutlich höher als bei Männern. Der Anteil der Hochbetagten in stationären Einrichtungen kann je nach Land unterschiedlich sein. Neue Konzepte und Bestrebungen, die pflegerische Betreuung direkt mit der Wohnung zu verknüpfen, schaffen neue Möglichkeiten die Institutionalisierung zu vermeiden. Jedoch sind diese Wohnformen noch immer nicht weit verbreitet und nicht in dem Maße entwickelt, dass sie die kollektive Wohnformen in einem größerem Umfang ersetzen.¹⁰²

Obwohl die große Mehrheit der Älteren in ihren Wohnungen verbleibt, ist nur ein kleiner Anteil dieser Wohnungen altersgerecht ausgestattet und entspricht ihren Bedürfnissen (z.B. kleinere Wohneinheiten, die leicht begehbar sind).¹⁰³ In ihren Wohnräumen werden die Älteren mit verschiedenen architektonischen Hindernissen wie z.B. Treppe, Schwellen, schmale Türe, kleine Badezimmer, die Schlafzimmer in den oberen Stockwerken konfrontiert. Die Anpassung kann von einer Rampe an der Eingangstür bis zum Ausbau von einem privaten Appartement reichen, was nicht nur teuer sein kann, sondern auch im Konflikt mit allgemeinen oder lokalen gesetzlichen Verordnungen stehen kann.¹⁰⁴

Obwohl die Wohnungsnot nicht spürbar ist, die unterschiedliche Wohnflächenverteilung und ungleiche Marktzugangschancen verursachen Probleme bei der Versorgung mit Wohnraum. Die aktuellen Problemen bezüglich der Wohnungsversorgung sind nicht in erster Linie quantitativer Natur, sondern vielmehr geht es um regionale und qualitative Engpässe.¹⁰⁵ Die Älteren mit einem Migrationshintergrund befinden sich im Vergleich zu entsprechenden ansässigen Älteren meistens in der schlechteren Lage. Das bezieht sich nicht nur auf die schlechteren Wohnstandards, sondern auch auf die höhere Miete. Unter den Migranten gibt es auch deutlich weniger Wohnungseigentümer: über zwei Drittel der über 65-jährigen Migranten zahlen Miete und zwar mehrheitlich in großstädtischen Verdichtungsräumen.¹⁰⁶

Der Wunsch der Älteren, das Alter in der familialen Umgebung zu verbringen, und die Tatsache, dass die Lebenserwartung steigt, werden die Nachfrage hinsichtlich der altersgerechten Behausung erhöhen. Jedoch scheint es, dass die Architekten noch immer diesen Bedürfnissen nicht

¹⁰¹ Kricheldorf 2008, S. 239; Thieme 2008, S. 254; Connidis 1989, S. 5; Voges/Zinke 2010, S. 302; Höpflinger 2011, S. 43; Houben 1986, S. 102.

¹⁰² Voges/Zinke 2010, S. 302; Höpflinger 2011, S. 43; Connidis 1989, S. 5.

¹⁰³ Houben 1986, S. 101.

¹⁰⁴ Altus/Xaverius/Mathews/Kosloski 2002, S. 117f.

¹⁰⁵ Kiepe/Kraemer/Sommer 2011, S. 662.

¹⁰⁶ Voges/Zinke 2010, S. 302ff.

folgen und dass der Markt für diese Nachfrage unvorbereitet bleibt.¹⁰⁷ Ein Haus, das ungeeignet für seine Bewohner ist, wird aber nie zum Heim. Gerade für ältere Menschen gilt dies in besonderem Maße.¹⁰⁸

2.2.3 Finanzielle Lage

Im Vergleich zu früheren Generationen sind die heutigen Senioren in besserer gesundheitlicher Verfassung, höher gebildet und vor allem materiell besser abgesichert. Im Vergleich zur aktiven Bevölkerung gestaltet sich die finanzielle Lage der Älteren auch nicht schlechter, wobei das Einkommen der Männer höher als jenes der Frauen ist. Trotzdem leben je nach Definition 3-15% der älteren Menschen finanziell in prekären Verhältnissen.¹⁰⁹ Die Armut im Alter zeigt auch eine wachsende Tendenz.¹¹⁰ Vor allem die früheren sozialstrukturellen Merkmalen sind die Quelle der Armut. Die sozialen Ungleichheiten bleiben bis ins hohe Alter bestehen.¹¹¹ Dazu kommen noch die geschlechtsspezifischen und kohortentypischen Ungleichheiten, wobei die Kumulationseffekte zum Ausdruck kommen. Dementsprechend sind zumeist die Angehörigen der unteren Sozialschichten, die Hochbetagten und insbesondere die hochaltrigen Frauen (unter ihnen vornehmlich ehemalige Bäuerinnen und Arbeiterinnen) von der Armut bedroht.¹¹²

Das liegt auch daran, dass die Alterssicherungssysteme auf standardisierten positiven Lebensentwicklungen und -verhältnissen beruhen (Versicherungs- und Äquivalenzprinzip, Orientierung am früheren Erwerbsstatus). Die Umgestaltung der Alterssicherungssysteme durch die Rentensenkung wird vor allem die einkommensschwächeren Gruppen betreffen, was sich im Verhaltenspotenzial solchen Älteren niederschlagen wird.¹¹³ Die niedrigen Einkommen und ungleiche Einkommensverteilung im Alter werden in der Zukunft Hilfkonzepete für Älteren notwendig machen.¹¹⁴ Es ist schon jetzt evident, dass die Menschen aus finanziellen Gründen länger arbeiten müssen und später in Rente gehen.¹¹⁵ Die Armut der Älteren ist jedoch geringer als bei jüngeren Menschen, aber während die Armut bei den Jüngeren eher Teil einer vorübergehenden Lebensphase ist, bedeutet sie für die älteren Menschen (besonders Frauen) ein unabwendbares

¹⁰⁷ Demirkan 2007, S. 33.

¹⁰⁸ Demirkan 2007, S. 33.

¹⁰⁹ Zykan 2009, S. 27f; Seewald/John/Senger/Belbachir 2010, S. 212; Feddersen/Lüdtke 2007, S. 29; Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 503.

¹¹⁰ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 29; Zykan 2009, S. 28.

¹¹¹ Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 503; Backes/Amrhein 2008, S. 72.

¹¹² Backes/Amrhein 2008, S. 72f; Zykan 2009, S. 28; Schubert/Veil 2011, S. 117; Mühlberger/Knittler/Guger 2008, S. 1.

¹¹³ Backes/Amrhein 2008, S. 72f.

¹¹⁴ Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 503.

¹¹⁵ Schwarz 2009, S. 11.

Urteil.¹¹⁶

Die schlechte finanzielle Lage spiegelt sich auch im Wohlbefinden wider.¹¹⁷ Die materielle Sicherheit ist relevant für ein positives Alter, das durch Aktivität, Freizeitorientierung, Unabhängigkeit, Selbständigkeit und Entwicklung der Selbsthilfepotenzialen gekennzeichnet ist. Demgegenüber steht das negative Alter, das durch negativen Erscheinungen geprägt ist.¹¹⁸ Die finanziellen Kapazitäten der Älteren sind aber entscheidend bei der Lösung ihrer Wohnprobleme und es ist eine spezielle Herausforderung, Modelle zu entwickeln, die auch jenen mit geringen finanziellen Möglichkeiten zugänglich sein werden.¹¹⁹ Wie herausfordernd diese Aufgabe ist, erfährt man eben heute, weil die Wirtschaftskrise und die wackelnden Märkte sehr leicht einen Behausungsplan zum Umkippen bringen können, besonders wenn es um die Senioren geht, die gerade wegen ihrer schlechten finanziellen und sozialen Position nicht genügend Einfluss auf die Politik ausüben können.¹²⁰

2.2.4 Gesundheitszustand

Die Lebenserwartung in den Industrieländern steigt eindeutig. Diese Verlängerung bedeutet aber einen Anstieg der chronisch degenerativen Krankheiten, die in ihrem Endstadium nicht heilbar sind und meistens Pflegebedürftigkeit verursachen.¹²¹ Für die Pflege ist sehr wichtig, in welchem Gesundheitszustand die zusätzlichen Lebensjahre verbracht werden (sog. Disability-free Life Expectancy (DFLE) – Lebenserwartung frei von Krankheit oder Behinderung).¹²²

Die Ansätze aus der Sozialmedizin sehen drei Szenarien vor: 1. Expansion der Morbidität, 2. keine Erhöhung der Morbidität in den neugewonnen Jahren und 3. Kompression der Morbidität bzw. nur ein Teil der gewonnenen Jahre wird durch Krankheiten belastet. Das letzte Szenario scheint am wahrscheinlichsten bzw. kann man in diesem Fall von einer gesunden Lebenserwartung sprechen.¹²³ Wie die relevanten Untersuchungen zeigen, ist die gesundheitliche Verfassung der Älteren im Vergleich mit ihren Altersgenossen vor 10 Jahren nämlich viel besser.¹²⁴ Die Prognosen gehen davon aus, dass der Gesundheitszustand der zukünftigen hochbetagten Menschen dem der

¹¹⁶ Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 503.

¹¹⁷ Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 504.

¹¹⁸ Backes/Amrhein 2008, S. 72f.

¹¹⁹ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 28.

¹²⁰ Houben 1986, S. 106.

¹²¹ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 34; Blutmager 2001, S. 15; Müller/Betz 2003, S. 16.

¹²² Blutmager 2001, S. 10.

¹²³ Mühlberger/Knittler/Guger 2008, S. 15; Müller/Betz 2003, S. 16; Blutmager 2001, S. 15.

¹²⁴ Zykan 2009, S. 25; Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 503.

heutigen 70-Jähriger entsprechen wird.¹²⁵ Auch der Unterschied in der Lebenserwartung von Männern und Frauen hat sich verringert, obwohl er weiter besteht. Noch immer sind Frauen stärker von der Mobilitätseinschränkungen betroffen als Männer und etwa doppelt so häufig pflegebedürftig.¹²⁶

Es ist allerdings fraglich, ob es gelingt auch bei den Hochaltrigen (über 90 und 95 Jahre) Pflegebedürftigkeitsrisiken zu senken. Die Zunahme der Demenz ist von einem exponentiell mit dem Lebensalter steigenden Risiko bezeichnet. Das größte Problem ist folglich die Hochaltrigkeit.¹²⁷ Die Pflegebedürftigkeit steigt bei den Hochaltrigen abrupt. Während sie in der Gruppe der 61- bis 80-Jährigen 10% nicht übersteigt, beträgt sie in der Gruppe der über 80-Jährigen circa 60%.¹²⁸ Die große Schwierigkeiten entstehen wegen der ausgeprägten Multimorbidität.¹²⁹ Bei den Menschen ab 75 werden im Durchschnitt vier Krankheiten diagnostiziert, bei jenen ab 80 Jahre durchschnittlich schon sechs.¹³⁰

Die älteren Menschen haben große Angst vor der eigenen Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit, die wiederum ihre soziale Position beeinträchtigen.¹³¹ Die Unterstützungs- und Pflegebedürftigkeit und die damit verknüpfte Verringerung des selbstbestimmten Alltags und sozialer Teilhabe sind aber Realität.¹³² Die Pflegebedürftigkeit ist zugleich von einem individuellen zu einem gesamtgesellschaftlichen Problem geworden. Der überproportionale Anstieg der Hochaltrigen und die mit ihnen verknüpfte Pflegebedürftigkeit beanspruchen das Gesundheitssystem noch mehr, da die Pflege der Chronischkranken langfristig ist und signifikante sowohl menschliche als auch finanzielle Ressourcen erfordert.¹³³

2.2.5 Pflege

Die Pflege der Älteren wird in der Zukunft durch zweierlei Veränderungen geprägt werden. Einerseits sind das die demographischen Entwicklungen, die die Struktur der Bevölkerung insgesamt und insbesondere die Struktur der Familie umgestalten. Neben der demographischen Faktoren ist ebenfalls damit zu rechnen, dass die Renten im Durchschnitt geringer ausfallen werden, besonders bei den Menschen die längere Phasen der Arbeitslosigkeit hinnehmen müssen oder

¹²⁵ Zykan 2009, S. 25.

¹²⁶ Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 503.

¹²⁷ Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 504.

¹²⁸ Mühlberger/Knittler/Guger 2008, S. 5; Heusinger 2011, S. 635.

¹²⁹ Blutmager 2001, S. 8.

¹³⁰ Müller/Betz 2003, S. 19.

¹³¹ Blutmager 2001, S. 9.

¹³² Heusinger 2011, S. 635.

¹³³ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 22; Müller/Betz 2003, S. 16.

vorzeitig in die Rente gehen. Obwohl das Einkommen der Älteren heute insgesamt als gut bezeichnet werden kann, werden sich durch die evidente Zunahme der sozialen Ungleichheiten entstandene Unterschiede bis ins höhere Alter hinein fortsetzen.¹³⁴

Die überwiegende Zahl der Älteren, auch der große Teil der über 80-Jährigen, befindet sich nicht im Zustand der schweren Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit.¹³⁵ Im Falle der Pflegebedürftigkeit, wünscht sich die große Mehrheit der Menschen, möglichst lange im häuslichen Umfeld zu bleiben und von den Angehörigen gepflegt zu werden.¹³⁶ Die Pflegebedürftigkeit ist eben im Gegensatz zu anderen Lebensrisiken wie Krankheit, Arbeitslosigkeit und Alter, die durch die Sozialversicherung geschützt sind, etwas, das grundsätzlich privat und familial abgesichert ist.¹³⁷

Die Pflege der Älteren erfolgt nämlich heute noch immer zu rund 80% in der familialen Umgebung.¹³⁸ Die meisten Bezugspersonen in dieser Form der Pflege sind die Kinder der gepflegten Personen, die aus Zuneigung aber auch Pflichtgefühl agieren.¹³⁹ Das passiert, obwohl sie wegen der Altersunterschiede zwischen der Generationen selbst meisten über 50 Jahre alt sind, und noch dazu selber Eltern sind, im Beruf stehen oder weit entfernt, manchmal sogar im Ausland leben.¹⁴⁰ Jedoch zeigen „multilokale Mehrgenerationenfamilie“ und weiter „Intimität auf Distanz“, wie sie Leopold Rosenmayr bezeichnet hat, dass die Hilfe sogar auf diese Weise entweder geleistet oder organisiert werden kann, wodurch aber nicht die Aufwendigkeit solcher Pflege bestritten werden kann. Erfahrungsgemäß ist es jedoch belegt, dass die Ehepaare, falls sie im höheren Alter noch zusammenleben, einander eine gute und verlässliche Stütze sind.¹⁴¹ So werden in Österreich z.B. rund 80% Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause, meist von den Frauen und Töchtern, gepflegt.¹⁴²

Wegen der oben genannten demographischen und sozialen Bewegungen verliert jedoch die traditionelle, innerhalb der Familie organisierte Pflege am Leistungspotenzial. Die zunehmende Kinderlosigkeit, hohe Scheidungsraten, steigende Heiratsmüdigkeit, steigende Berufstätigkeit (besonders der Frauen) und damit verbundene Mobilität (wobei die Älteren meistens weniger mobil bleiben) sind die Ursachen der nachlassenden Pflegebereitschaft, die die künftige Pflege deutlich negativ beeinflussen werden. Hauptsächlich kommt sie zum Ausdruck, wenn sich diese Faktoren

¹³⁴ Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 505.

¹³⁵ Dieck/Heinemann-Knoch/de Rijke 1987, S. 4; Altmann 2006, S. 16.

¹³⁶ Altmann 2006, S. 19.

¹³⁷ Bachinger 2009, S. 9.

¹³⁸ Zykan 2009, S. 21.

¹³⁹ Müller/Betz 2003, S. 38.

¹⁴⁰ Müller/Betz 2003, S. 39.

¹⁴¹ Müller/Betz 2003, S. 38.

¹⁴² Blutmager 2001, S. 11; Altmann 2006, S. 16.

auf die Töchter beziehen, denen die Last der Pflege hauptsächlich zufällt.¹⁴³ Obwohl die Berufsorientierung der Frauen ihre konkrete Pflegebereitschaft nicht mindert, ist sie dennoch eine Quelle des Konfliktes¹⁴⁴

Die Pflege der Älteren hat sich in der letzten Zeit generell zeitlich verlängert und intensiviert und wird zu einem immensen Problem in den Familien.¹⁴⁵ Die Situation, jemanden pflegen zu müssen, ist ein Ausnahmezustand, der die Alltagsroutine stark verändert. Die familiäre Pflege ist daher oft der Auslöser für Belastung und Spannungen. Die Ursache dafür sind die Herausforderungen, die die Kapazitäten der pflegenden Angehörigen weit überschreiten.

Man kann eine Reihe objektiver Faktoren nennen, die dazu gehören, wie z.B. unzureichende Wohnverhältnisse (z.B. kein Aufzug für Rollstuhlfahrer, kein Platz für ein Pflegebett), mangelnde pflegerische Qualifikationen, organisatorische Belastungen und generelle Unvereinbarkeit von Pflege und Beruf. Den hohen materiellen Aufwand sowie die finanziellen Ausgaben sollte man auch nicht vergessen.¹⁴⁶

Dazu kommen noch die Faktoren die sich unmittelbar auf die pflegende Person selbst auswirken wie z.B. der Verlust der Freizeit und Privatsphäre, besonders bei der Pflege der an Demenz Erkrankten.¹⁴⁷ Die Folgen sind gleich jenen, die bei den Professionellen entstehen: Burnout,¹⁴⁸ zeitlicher Aufwand (man kann nichts planen und ist von den Pflegebedürftigen abhängig), körperliche Überlastung (die zur psychosomatischen Krankheiten führt, keine Nachtruhe), psychische Belastung (Druck bei der Pflege der Todes- bzw. Psychischkranken).¹⁴⁹ Bei solchen Belastungen ist keine Seltenheit, dass es zur Gewalt kommt.¹⁵⁰ Ein spezieller Fall sind die Frauen, die ihre Ehegatten pflegen, was sich auf ihre Gesundheit negativ auswirkt und sie allmählich selbst zu Pflegefällen macht.¹⁵¹

Die vorgenannten Gründe erfordern eine Umgestaltung des Pflegeangebotes. Die Pflegeangebote außerhalb der Familie sollten mit dem überwiegenden Wunsch, zu Hause gepflegt zu werden, kombiniert werden.¹⁵² Neben der Kostenexplosion in der Pflege, wegen der steigenden Anzahl der Älteren aber auch der Preise und entstehenden Engpässe,¹⁵³ sind sind mangelnde

¹⁴³ Blutmager 2001, S. 11; Altmann 2006, S. 19; Feddersen/Lüdtke 2007, S. 22.

¹⁴⁴ Kunstmann 2009, S. 350.

¹⁴⁵ Bachinger 2009, S. 60.

¹⁴⁶ Fiel 2002, S. 43ff.

¹⁴⁷ Fiel 2002, S. 43.

¹⁴⁸ Fiel 2002, S. 75.

¹⁴⁹ Albert 1995, S. 28; Fiel 2002, S. 42.

¹⁵⁰ Fiel 2002, S. 76.

¹⁵¹ Altmann 2006, S. 17.

¹⁵² Zykan 2009, S. 21; Altmann 2006, S. 19.

¹⁵³ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 23.

Arbeitskräfte ein großes Problem, was wiederum nicht immer mit finanziellen Aspekten zusammenhängt.¹⁵⁴

Das Berufsbild der professionellen Pflegenden in der Öffentlichkeit ist mit schlechtem Ansehen verbunden. Der Beruf gilt allgemein als unattraktiv, was die Lage im Pflegebereich noch schwieriger macht. Die Pflege der älteren und kranken Menschen ist sowohl körperlich als auch psychisch sehr anspruchsvoll und so wird sie auch wahrgenommen. Das wirkt nicht nur abschreckend, sondern ist auch die Ursache der Unzufriedenheit unter den professionellen Pflegern.¹⁵⁵ Die Nachfrage nach qualifizierten Arbeitskräften ist schwer zu befriedigen, weshalb auch das Engagement von ausländischen Arbeitskräften toleriert wird, obwohl es gesetzlich in einer Grauzone liegt. Sowohl diese Problematik als auch schon vorher besprochene Erscheinungen werden die Hauptfragen der Pflege in der unmittelbaren Zukunft sein.

2.3 Die Bedeutung der Wohnung für die Senioren

Im Alter bekommt das Wohnen und vor allem das selbstständige Wohnen eine zentrale Bedeutung im Leben der älteren und hochbetagten Menschen, besonders nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben.¹⁵⁶ Wie viele Studien beweisen, verbringen viele Ältere ihre Zeit meistens in ihrer Wohnung oder unmittelbaren Umgebung der Wohnung.¹⁵⁷ Obwohl die Schätzungen nicht völlig einheitlich sind, gehen manche Forscher davon aus, dass Ältere bis zu drei Viertel des Tages in der Wohnung, im Haus oder Garten verbringen. Andere Studien sprechen von vier Fünfteln des Tages oder sogar von mehr als vier Fünfteln. Unabhängig von den exakten empirischen Daten, kann man davon ausgehen, dass die Wohnung zum Lebensmittelpunkt im Alter wird und dass man daher vom Wohnalltag sprechen kann.¹⁵⁸ Besonders bei den gesundheitlich verursachten Mobilitätseinschränkungen kommt das zum Ausdruck. Deshalb sind die Wohnqualität und damit zusammenhängende Wohnausstattung nicht nur für das Fortführen eines selbstbestimmten Lebens notwendig, sondern auch für die Erhaltung des subjektiven Wohlbefindens und Weiterbestehen der gesellschaftlichen Eingebundenheit.¹⁵⁹ Das Wohnen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe

¹⁵⁴ Fiel 2002, S. 44.

¹⁵⁵ Fiel 2002, S. 41ff.

¹⁵⁶ Schopf/Naegele 2005, S. 388.

¹⁵⁷ Gerhards/Spellerberg 2011, S. 120; Voges/Zinke 2010, S. 301; Hieber/Oswald/Wahl/Mollenkopf 2005, S. 294; Kricheldorf 2008, S. 239.

¹⁵⁸ Voges/Zinke 2010, S. 301; Blutmager 2001, S. 13; Schopf/Naegele 2005, S. 388; Wahl 2005, S. 129.

¹⁵⁹ Schopf/Naegele 2005, S. 388; Wahl 2005, S. 129; Demirkan 2007, S. 33; Gerhards/Spellerberg 2011, S. 120.

stellt wiederum im Vergleich zum Privathaushalt einen völligen Deprivationskontext im Sinne der Mobilität dar, da die ganze Erfahrung in solchen Einrichtungen auf das eigene Zimmer als Hauptaufenthaltort konzentriert ist.¹⁶⁰

Neben der Wohnung selbst, hat auch die Qualität des Wohnumfeldes eine wichtige Bedeutung für diese Gruppe, da dadurch auch die Erhaltung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung stark beeinflusst wird.¹⁶¹ Im Durchschnitt verbringen die Älteren weniger als drei Stunden außerhalb der Wohnung, wobei alleinlebende Ältere circa eine Stunde länger draußen bleiben. Die Zahl und der Radius der außerhäuslichen Aktivitäten hängt jedoch von der körperlichen Verfassung, dem Einkommen, dem Bildungsniveau, der Verfügbarkeit eines Autos und vom individuellen Lebensstil ab.¹⁶²

Die Wohnung, ihre Umgebung sowie das mit ihnen verbundene Wohlbefinden und die durch einen funktionierenden Alltag gewährte Selbstständigkeit stellen daher einen Eckstein des Lebens im Alter dar. Diese Tatsache wird zunehmend wahrgenommen und ihr wird mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Jedoch gibt es noch sehr viel in diesem Bereich, was zu tun ist.

3. Das Wohnen für Senioren – zwischen Tradition und neuen Formen

In diesem Kapitel werden die schon bestehenden Wohnkonzepte dargestellt, die die Pflege- und Unterstützungskonzepte mit Wohnformen auf verschiedenen Weisen verbinden. Diese Konzepte können in der Praxis auf unterschiedliche Weise vorgefunden werden. Etlichen Wohnformen, die sich in manchen Ländern entwickelt und relativ gut etabliert haben, aber deren allgemeine Akzeptanz in der Welt eher zu bezweifeln ist, wird gerade aus diesem Grund keine große Aufmerksamkeit geschenkt. Ein Beispiel dafür wäre die organisierte Unterbringung der Älteren in Trailern, was in den USA keine Seltenheit ist, aber anderswo nicht anzutreffen ist.

Neben den traditionellen Wohnformen und der mit ihnen verbundenen Pflege sind besonders neue Arten der Seniorenunterbringung interessant, da sie eine neue und zeitgenössische Lösung ermöglichen könnten. Viele von neuentstandenen Formen sind die Folge eines neuen Verständnisses des Alters. Wegen der Freisetzungs-, Pluralisierungs- und Detraditionalisierungsprozesse sind heute

¹⁶⁰ Voges/Zinke 2010, S. 305.

¹⁶¹ Hieber/Oswald/Wahl/Mollenkopf 2005, S. 294; Gerhards/Spellerberg 2011, S. 120.

¹⁶² Voges/Zinke 2010, S. 305.

neben der traditionellen Lebensformen auch ganz neue Lebensformen entstanden.¹⁶³ Dabei sollte man beachten, dass die Älteren keine homogene Gruppe darstellen und verschiedene Bedürfnisse haben,¹⁶⁴ die oft die Werte jeder Generation widerspiegeln.¹⁶⁵

Die relativ neuen Lebensphilosophien wie z.B. *aging in place* haben ebenso zur Entwicklung neuer Konzepte wie z.B. *universal design theory* und *design for all* beigetragen, die sich wenigstens teilweise als Standards in der Ausstattung der Älterenwohnungen durchgesetzt haben.¹⁶⁶ Die selbstständigkeitserhaltende bzw. -fördernde Ausstattung der Wohnungen, mit dem Ziel die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest aufzuschieben, steht im Mittelpunkt solcher modernen Konzepte.¹⁶⁷ Hinzu kommt die Erkenntnis, dass die Aufgabe der Architekten, Stadtplaner und Designer die Bewahrung der individuellen Lebensweise und eigener Alltagskultur sein sollte. Das Wohlbefinden des Bewohners wird zum Hauptmaßstab für das Wohnen.¹⁶⁸

Die Nachfrage nach wenig kostenintensiven und wenig institutionalisierten Lösungen erfordert innovative Zugänge sowohl im öffentlichen als auch im privaten Sektor. Die neuen Technologien und modifizierte Ansprüche beeinflussen auch bestehende Konzepte, so dass herkömmliche Modelle geändert werden. Eine standardisierte einheitliche Lösung besteht nicht, sondern es geht eher um eine Vielfalt von Faktoren, die man fallweise kombinieren kann.¹⁶⁹

Die Übergangsformen zwischen den traditionellen und neuen Wohnformen sind fließend. Daher kann man die Mischformen wie z.B. die Wohnformen mit fremdverwaltetem Institutionscharakter aber auch selbstverwaltete Wohnorganisationen finden.¹⁷⁰ Die neuen Konzepte und Mischformen werden oft als ‚alternative Behausung‘ bezeichnet. Genau gesagt, werden mit diesem Begriff einerseits die Alternativen zur institutionalisierten Behausung und andererseits die Ausnahmen zur gewöhnlichen und traditionellen Behausung bezeichnet, wobei der Grad der sozialen und medizinischen Hilfe, die angeboten wird, einer der wichtigsten Faktoren ist.¹⁷¹

Grundsätzlich zur Kategorie der neuen Wohnformen gehören: die Hausgemeinschaft, das betreute Wohnen, das Service-Wohnen, das integrierte Wohnen, das Mehrgenerationen-Wohnen sowie Wohngemeinschaften. Im Rahmen dieser neuen Konzepten versucht man auch die

¹⁶³ Kricheldorf 2008, S. 237.

¹⁶⁴ Altmann 1984, S. 96.

¹⁶⁵ Schwarz 2009, S. 11.

¹⁶⁶ Demirkan 2007, S. 33.

¹⁶⁷ Heinze/Naegele 2010, S. 303.

¹⁶⁸ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 13.

¹⁶⁹ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 26f.

¹⁷⁰ Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 57.

¹⁷¹ Altmann 1984, S. 96.

gemeinschaftlichen Wohnformen für die an Demenz erkrankten Menschen zu schaffen. Die neuen Wohnformen haben im Allgemeinen noch immer überwiegend den Status eines Projektes, so dass von der großen Verbreitung und flächendeckenden Struktur nicht gesprochen werden kann.¹⁷²

Die Entstehung der neuen Formen heißt natürlich nicht automatisches Absterben der traditionellen Konzepte, aber sicher eine Umgestaltung des wissenschaftlichen Standpunktes und des Marktes. Man kann eher sagen, dass es ein Spektrum der Formen gibt, das vom eher stark institutionalisierten und betreuten bis zum eher individualisierten und selbstständigen Formen reicht, wobei dazwischen eine Fülle der Übergangs- und Mischformen liegt.¹⁷³

Die neuentstandenen Wohnkonzepte und -formen wie z.B. das betreute Wohnen, Wohn- und Hausgemeinschaften, das Wohnen und Altern an mehreren Orten, die Wohnformen für Demenzkranke usw. stellen neue Forderungen und Standards an die Forschung.¹⁷⁴ Die Konzentration der Forschung auf diesen Bereich ist eben wichtig, weil sich trotz viel guten Willen, der in die Projekte investiert wird, oft sehr viele Probleme zeigen, z.B. der Mangel am know-how oder die Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme von Fördermitteln sind keine Seltenheit. Die Sensibilisierung der Gesellschaft ist auch notwendig, da die professionelle und öffentliche Unterstützung bei der Planung und Durchführung von Projekten sehr oft ausbleibt.¹⁷⁵

3.1 Wohntypen

Die Lebenserwartung der Menschen war noch nie so hoch wie heute. Daher sind wir heute mit dem Wohnen im Altert als einer speziellen Kategorie konfrontiert. Früher gab es keine prägnanten Unterschiede zwischen dem Leben im Alter und dem Leben davor. Jetzt sind aber die Senioren sehr oft mit Beeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit konfrontiert, so dass neue Konzepte notwendig sind.

Einige Wohnkonzepte und -typen sind schon lange in Verwendung und sind zum Standard geworden und gelten als etabliert. Manche von ihnen sind wiederum bekannt, aber noch immer mit vielen Schwierigkeiten in der Praxis und Alltag konfrontiert. Andererseits kann man die Umrisse neuer Ideen erkennen.

¹⁷² Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 57.

¹⁷³ Altmann 1984, S. 96.

¹⁷⁴ Wahl 2005, S. 129.

¹⁷⁵ Kricheldorf 2008, S. 245.

3.1.1 Alten- und Pflegeheime

In diesem Abschnitt werden verschiedene Formen der Wohnheime für Ältere betrachtet. In dieser Kategorie existieren mehrere Formen, die aber in der Öffentlichkeit und von den Laien sehr oft nicht wahrgenommen oder verstanden werden. Generell kann man sagen, dass die Heime Einrichtungen sind, "in denen mindestens drei Personen dauerhaft oder aus bestimmte Zeit aufgenommen, betreut und bei Bedarf gepflegt und auch fallweise ärztlich betreut werden."¹⁷⁶ Unter ihnen kann man aber zwischen Altenwohnheimen, Altenheimen und Pflegeheimen unterscheiden.

Die Altenwohnheime (auch als Pensionistenheime oder Altenwohnanlagen bekannt) bestehen aus mehreren geschlossenen Wohneinheiten, die den Bewohnern ein eigenständiges Leben und auch die eigenständige Führung des Haushaltes bieten.¹⁷⁷ Die Bewohner haben meistens eine eigene kleine Wohnung mit Bad und Küche oder ein Zimmer mit integrierter, kleiner Küchenzeile und Bad zur Verfügung. Die Wohnräume sind barrierefrei und altersgerecht ausgestattet. Jeder Klient hat Möglichkeit eigene Möbel mitzubringen und führt grundsätzlich seinen Haushalt selber. Dazu können noch die Leistungen der Einrichtung wie z.B. die Essensversorgung, das Reinigen der Wohnung oder der Wäsche oder die hauswirtschaftliche Versorgung in Anspruch genommen werden. Die therapeutische Versorgung und die Notrufanlage für das Herbeirufen der schnellen Hilfe werden oft mit angeboten. Die zusätzlichen Veranstaltungen zur Unterhaltung und Beschäftigung, die auch als Angebot für Besucher von außen organisiert werden, sind ebenfalls üblich.¹⁷⁸ Ob Generationsmischung vorgesehen ist, hängt vom konkreten Heim ab.¹⁷⁹

Die grundlegende Voraussetzung für die Altenwohnheime ist, dass die Klienten keine oder nur in geringem Maß pflegerische Versorgungsleistungen benötigen.¹⁸⁰ Deswegen ist diese Wohnform für die Älteren geeignet, die kleinere Gesundheitsprobleme haben oder für alleinlebende Ältere, die ansonsten der sozialen Isolierung anheimfielen.¹⁸¹ Im Fall der akuten Pflegebedürftigkeit kann entsprechend Hilfe, etwa durch mobile Dienste organisiert werden.¹⁸²

Die Altenwohnheime können als Brücke zwischen der Privatwohnung und einem Alten-/Pflegeheim gesehen werden. In den Altenwohnheimen sind die Menschen in der Lage, den eigenen Lebensstil weiterzupflegen. Wiederum werden ihnen die Versorgungs- und Pflegeangebote

¹⁷⁶ Altmann 2006, S. 20.

¹⁷⁷ Dedl 2008, S. 8; Döhring 1989, S. 8; Fischer 2003, S. 27.

¹⁷⁸ Flemming/Kreter 2008, S. 49f; Döhring 1989, S. 8.

¹⁷⁹ Döhring 1989, S. 8.

¹⁸⁰ Fischer 2003, S. 27.

¹⁸¹ Flemming/Kreter 2008, S. 49.

¹⁸² Dedl 2008, S. 8.

eines “richtigen” Altenheimes zur Verfügung gestellt.¹⁸³

In Altenheimen werden die Älteren aufgenommen, die zum Zeitpunkt der Heimaufnahme nicht mehr im Stande sind, den eigenen Haushalt selbstständig zu führen. Hierin liegt zugleich der Hauptunterscheidungspunkt zu den Altenwohnheimen. Obwohl die Pflegebedürftigkeit zu diesem Zeitpunkt zumeist nicht gegeben ist, ist der Altenheim mit den sämtlichen Versorgungs- und Betreuungseinrichtungen ausgerüstet, so dass beim Eintreten der Pflegebedürftigkeit entsprechende Dienste geleistet werden können, die aber die Maßnahmen der Grundpflege bzw. eine Grundversorgung bei der allgemeinen Körperpflege nicht überschreiten.¹⁸⁴ Zusätzlich sind die meisten Altenheime auch mit angeschlossenen Pflegestationen ausgestattet, weil die anfangs noch relativ autonome Klienten im Laufe der Zeit zum größten Teil pflegebedürftig werden. Für jene Klienten der Altenheime, die pflegebedürftig werden, die aber keine Angehörige haben oder deren Angehörige mit der intensiven Pflegearbeit überlastet wären, wird der Transfer ins Pflegeheim unausweichlich.¹⁸⁵

Als Pflegeheime (auch Altenpflegeheime) werden die Einrichtungen bezeichnet, die eine umfassende Pflege, Betreuung und Versorgung von hilfs- und pflegebedürftigen Menschen anbieten. Im Unterschied zu den Altenheimen bieten die Pflegeheime dank der krankenhausähnlichen Infrastruktur nicht nur die Grundpflege und die allgemeinen Versorgungsleistungen, sondern auch Behandlungspflege an. Die Bewohner der Pflegeheime benötigen zumeist Hilfe und Pflege im Ausmaß von 120 Stunden monatlich.¹⁸⁶ Dabei handelt es sich hauptsächlich um die Älteren, die entweder unheilbar krank sind, medizinisch stark betreut werden müssen, eine stationäre Rehabilitation durchlaufen oder sich im Endstadium einer chronischen Krankheit beziehungsweise Demenz befinden.¹⁸⁷

Während in den Altenheimen der Akzent auf dem Wohnen liegt, steht in den Pflegeheimen die medizinischen und pflegerischen Belange im Vordergrund, da die meisten Klienten der Pflegeheime eben die hochbetagten, schwerst pflegebedürftigen und chronischkranken Menschen sind, die nicht mehr wie jene in den Altenheimen zur selbstständigen Lebensführung fähig sind. Dabei dient das medizinisch ausgerichtete Modell der Akutversorgung im Krankenhaus als Orientierung.¹⁸⁸ Der gesundheitliche Status ist also das Hauptunterscheidungskriterium zwischen Altenheim und Pflegeheim. Im ersten soll der Gesundheitszustand noch relativ gut sein, im zweiten

¹⁸³ Flemming/Kreter 2008, S. 50.

¹⁸⁴ Dedl 2008, S. 9.

¹⁸⁵ Zykan 2009, S. 44.

¹⁸⁶ Dedl 2008, S. 9.

¹⁸⁷ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 28; Fischer 2003, S. 27.

¹⁸⁸ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 26.

Fall aber schon schlechter.¹⁸⁹

Da die Pflegeheimklienten in der Regel nicht mehr selbstständig sind und ebenso in eine Pflegestufe eingestuft sind, ist ihnen die Sicherheit einer vollständigen Versorgung unentbehrlich. Die benötigten Hilfeleistungen sind unterschiedlich und können von unterstützenden und aktivierenden Hilfen beim Waschen und Ankleiden in der Früh bis zur vollständigen Betreuung durch das Pflegepersonal reichen. Die Versorgung wird immer an jeden Klienten angepasst. Die Versorgung und die Sicherheit werden in einem Pflegeheim rund um die Uhr angeboten.¹⁹⁰

Die heutigen Pflegeheime verfügen meistens mit Einbett- und Zweibettzimmer oder eventuell bis zu vier Betten pro Zimmer, die mit eigenem Bad und teilweise Loggien ausgestattet sind.¹⁹¹ Es ist erlaubt eigenen Möbeln mitzubringen und die Zimmer je nach Möglichkeit persönlich zu gestalten. Ansonsten wird die komplette Versorgung vom Pflegeheim übernommen. Es werden die Zimmer gereinigt, die medizinische Versorgung gewährleistet und ein Unterhaltungsprogramm angeboten. Gemäß der Pflegestufe werden zusätzliche Hilfeleistungen bezüglich der Versorgung im pflegerischen und hauswirtschaftlichen Bereich sowie in der Mobilisation und sozialen Betreuung organisiert.¹⁹² Bezüglich der allgemeinen Baustandards kann gesagt werden, dass heute eher kleinere, wohnlichere Heime mit ebenfalls kleineren Pflegestationen bevorzugt werden.¹⁹³

Die Unterstützung der Pflegeheime kommt von den Gemeinden und Wohlfahrtsverbänden aber auch Privatunternehmern und Stifte sowie Krankenversicherungssystemen.¹⁹⁴ Heute zeigt sich die Tendenz zum Ausbau der Kapazitäten im privaten Sektor und der Abbau der Plätze der öffentlichen Trägerschaft. Der Grund dafür und für die Verkleinerung der Pflegeheime liegt im Wandel des Aufgabenspektrums und andererseits in der Verschiebung des Krankheitsspektrums.¹⁹⁵ Es ist auf jeden Fall eine klare Verlagerung von reinen Wohnplätzen hin zu den Pflegeplätzen zu beobachten. Der Schwerpunkt bei der institutionalisierten Altenhilfe liegt somit auf meistens hochbetagten Menschen, die im pflegerischen Sinne die anspruchsvollsten Fälle sind.¹⁹⁶ Damit kann man sich auch die Tatsache erklären, dass ein relativ kleiner Anteil (weniger als 10%) der Älteren in Heimen wohnt. Zusammenfassend kann man sagen, dass die zukünftige Kundschaft der Heime immer älter, immer kränker, immer multikultureller sein wird, wobei die Zunahme der an Demenz

¹⁸⁹ Zykan 2009, S. 44; Müller/Betz 2003, S. 72.

¹⁹⁰ Flemming/Kreter 2008, S. 51.

¹⁹¹ Flemming/Kreter 2008, S. 51; Zykan 2009, S. 56; Altmann 2006, S. 21; Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 55.

¹⁹² Flemming/Kreter 2008, S. 51.

¹⁹³ Zykan 2009, S. 56, Altmann 2006, S. 21.

¹⁹⁴ Döhring 1989, S. 9; Feddersen/Lüdtke 2007, S. 26.

¹⁹⁵ Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 55.

¹⁹⁶ Müller/Betz 2003, S. 57.

erkrankten Menschen vielleicht die größte Herausforderung darstellen wird.¹⁹⁷

Als eine Erweiterung des Pflegeheimes kann auch das Hospiz betrachtet werden. Obwohl früher oft als Sterbeghetto für aufgegebene Patienten kritisiert, hat sich das Hospiz jedoch als eine wertvolle Institution für die Pflege der Menschen, die sich in der letzten Lebensphase befinden, erwiesen.¹⁹⁸

3.1.2 Wohnstifte / Seniorenresidenzen

Die Wohnstifte (auch Seniorenresidenzen genannt) sind hotelähnliche Wohnanlagen, die frei finanziert und überdurchschnittlich gut ausgestattet sind. In ihnen sind die Klienten in Appartements oder kleineren Wohnungen untergebracht, wobei auch weitere Angebote wie z.B. Cafés, Restaurants, Sonnenterassen, Bibliotheken, Aufenthaltsräume, Schwimmbäder im Rahmen der Anlagen verfügbar sind. Das Angebot wird oft mit einem umfangreichen Unterhaltungs- und Kulturangebot, wie z.B. Konzerte und Lesungen im Hause oder Museums- und Ausstellungsbesuche, ergänzt. In den Preis ist auch die Grundversorgung wie Mittagessen, Wohnungsreinigung, allgemeine Betreuungsdienste inkludiert. Diesem gehobenen Angebotsniveau entsprechen sowohl die Preise als auch die Zielgruppe der Klienten. Die Wohnstifte sind die kostenaufwendigste Form des institutionalisierten Wohnens für Ältere. Die Einwohner der Wohnstifte sind meistens Menschen, die nicht pflegebedürftig sind.¹⁹⁹ Trotzdem verfügen diese Einrichtungen oft über einen eigenen ambulanten Pflegedienst oder eine Pflegestation, die für den Fall schwerer Pflegebedürftigkeit bereit steht.²⁰⁰

Die Heimverträge, die die Gesamtpensionspreise beinhalten, sind die Vertragsgrundlage für den Aufenthalt in einer Wohnstift.²⁰¹ In organisatorischen Angelegenheiten können die Einwohner durch die gewählten Heimbeirat das Mitspracherecht ausüben.²⁰² Falls die finanzielle Lage das zulässt, ziehen die Älteren oft im Vorfeld ihres Lebensabends in so eine Einrichtung, um von den vielfältigen Angeboten maximal profitieren zu können.²⁰³

3.1.3 Betreutes Wohnen

Das betreute Wohnen ist ein Konzept, bei dem es darum geht, die Vorteile des privaten

¹⁹⁷ Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 54.

¹⁹⁸ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 34.

¹⁹⁹ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 23; Altmann 2006, S. 27; Döhring 1989, S. 9; Dedl 2008, S. 9; Thieme 2008, S. 258; Flemming/Kreter 2008, S. 52.

²⁰⁰ Thieme 2008, S. 258.

²⁰¹ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 23.

²⁰² Thieme 2008, S. 258.

²⁰³ Flemming/Kreter 2008, S. 52.

Wohnens im Alter mit denen institutioneller Wohnformen zu kombinieren.²⁰⁴ Das Ziel ist die möglichst weite Selbstständigkeit und Lebensalltagskultur mit Hilfe der jederzeit verfügbaren Betreuungs- und Hilfedienstleistungen sowie ambulanter Pflege zu bewahren.²⁰⁵ Die Organisation des Alltags wird dadurch den betreuten Personen selbst überlassen.²⁰⁶ Es gibt zwei grundlegende Richtungen in den Formen des betreuten Wohnens. Einerseits gibt es heimverbundene Einrichtungen (d.h. altersgerechte Wohnungen, die sich an einen Pflege- oder Altenheim anlehnen) und andererseits die betreuten Wohnungen im Bestand (also jene die nicht heimverbunden sind).²⁰⁷ Im Kern steht jedoch die Synthese eines baulichen Konzeptes mit einem Betreuungskonzept.²⁰⁸ Das Konzept zeigt sich als sowohl für die städtischen wie auch für die ländlichen Gebiete geeignet, obwohl es praktische Unterschiede in der Umsetzung gibt.²⁰⁹ Beim Angebot kann es einfach um die Dienstleistungen gehen, die die Älteren in Anspruch nehmen, aber in eigenen Wohnungen bleiben, oder der Anbieter der Dienstleistungen kann auch eigene Wohnungen als Teil des Angebots haben.

Die Wohnungen selbst sollten altersgerecht ausgestattet sein, wobei die Ausstattung auch für den Fall einer leichten bis mittleren Pflegebedürftigkeit ausreichen soll.²¹⁰ Die Voraussetzung ist jedoch, dass die Klienten noch immer für sich selbst sorgen können und dieses Konzept ist daher vor allem bei leichteren Hilfs- und Pflegebedürftigkeit geeignet, womit die Autonomie der Menschen bewahrt bleibt.²¹¹ Besonders ist es wichtig, dass der Klient während der Nacht selbst zurecht kommt, auch wenn er schon in eine Pflegestufe eingestuft ist.²¹² Ein besonderer Vorteil dieser Wohnform zeigt sich darin, dass die Älteren, die bereits gesundheitlich angeschlagen sind, aber noch ohne großer Unterstützungsleistung fähig sind, ein weitgehend selbständiges Leben zu führen, in ihrer Wohnung bleiben können. Es zeigt sich nämlich, dass dieses Model für die Überbrückung der akuten Pflegekrisen besonders vorteilhaft ist.²¹³

Das Angebot an Dienstleistungen ist in der Praxis sehr unterschiedlich. Es reicht von einer minimalen (wie z.B. erweiterte Hausmeisterdienste oder bloße Installation einer Notrufeinrichtung) hin zur Rundumversorgung.²¹⁴ Neben der hauswirtschaftlichen Versorgung, der Begleitung zum

²⁰⁴ Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 59; Altmann 2006, S. 27; Dedl 2008, S. 8.

²⁰⁵ Zykan 2009, S. 40.

²⁰⁶ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 23.

²⁰⁷ Vater/Zachraj 2008, S. 331; Zykan 2009, S. 40.

²⁰⁸ Zykan 2009, S. 41.

²⁰⁹ Altmann 2006, S. 27.

²¹⁰ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 23; Vater/Zachraj 2008, S. 331.

²¹¹ Altmann 2006, S. 27; Zykan 2009, S. 40; Flemming/Kreter 2008, S. 50.

²¹² Flemming/Kreter 2008, S. 50.

²¹³ Zykan 2009, S. 41.

²¹⁴ Vater/Zachraj 2008, S. 331.

Arzt, Erledigen von Einkäufen und ähnliches, gehören dazu auch die pflegerischen Leistungen.²¹⁵ Die Kombination der Serviceleistungen und die Art der Vergütung hängen von den Leistungsanbietern ab und können in der Praxis stark variieren.²¹⁶ Das liegt daran, dass das Angebot noch immer gesetzlich nicht völlig geregelt und standardisiert ist, weshalb auch die Transparenz auf dem Markt ungenügend ist. Obwohl die Qualitätssiegel schon regional angewendet werden, wird eine einheitliche grenzübergreifende Lösung nicht angewendet, mit der Gebäude und Umfeld, Grundsorge, Wahlservice und Vertragsgestaltung benotet werden können.²¹⁷

Die Organisation der Hilfe- und Pflegedienstleistungen kann auf verschiedene Weisen erfolgen. Man kann verschiedene Dienstleister engagieren, mit einer Pflegeeinrichtung kooperieren oder, wie im Falle des betreuten Wohnens, hauseigenes Personal beschäftigen.²¹⁸

Die Finanzierung erfolgt auf einer individuellen Basis. Oft werden bestimmte Grundleistungen wie Essen, Reinigung oder Erste-Hilfe-Leistungen in den Grundpreis inkludiert. Die speziellen Hilfsleistungen beim Ankleiden, bei der Körperpflege, Medikamenteneinnahme und bei den Mahlzeiten werden zusätzlich abgerechnet.²¹⁹ Die Kosten dieser Wohnform können folglich je nach Serviceleistung sehr hoch sein.²²⁰

Das betreute Wohnen scheint eine der Wohnformen der Zukunft zu sein. Kleinere, bedürfnisgerechte und gemeindenahe Betreuungseinheiten sind leicht zum "Handhaben". In Schweden liegt der Anteil des betreuten Wohnens unter den über 80-Jährigen bereits bei 16%, wobei der Schwerpunkt auf die Betreuung der dementen Menschen liegt. In Oberösterreich wird z.B. der Schwerpunkt ebenfalls auf den Ausbau der „betreubaren Wohnungen“ gesetzt.²²¹ Jedoch gibt es noch immer viel Nachholbedarf in diesem Bereich.²²²

3.1.4 Wohnen in der Gemeinschaft

Die Wohngemeinschaft bzw. das Zusammenwohnen von Personen, die nicht unbedingt verwandt sind, war keine seltene Erscheinung in der Vergangenheit. Diese Wohnform ist nach dem Zweiten Weltkrieg aber praktisch verschwunden, um nur in den 1960er wieder im Zuge der Studentenbewegung aufzutauchen.²²³ Seitdem sind verschiedene Formen der Gemeinschaftsleben

²¹⁵ Flemming/Kreter 2008, S. 50.

²¹⁶ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 23; Zykan 2009, S. 41.

²¹⁷ Zykan 2009, S. 41f.

²¹⁸ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 23.

²¹⁹ Zykan 2009, S. 41f.

²²⁰ Flemming/Kreter 2008, S. 50.

²²¹ Zykan 2009, S. 56

²²² Zykan 2009, S. 42

²²³ Becker 2008, S. 467.

aus verschiedensten Gründen keine Seltenheit. Das zeigt sich als signifikant, weil jene die schon in der Jugend Erfahrungen im Rahmen einer WG machten, eher für eine ähnliche Lösung im Alter offen sind.²²⁴

Heutzutage gibt es Projekte, die verschiedene Gemeinschaftsformen für das Leben der Älteren adaptieren wollen. Gemeinschaftliche Wohnprojekte sind bezüglich der Maßstabsebene nicht nur auf die Wohnungen selbst begrenzt, sondern es ist möglich, auch die Haus- und Nachbarschaftsgemeinschaften zu organisieren.²²⁵ Von dem Typ der Organisation hängt auch das Verhältnis von Individualität bzw. Privatleben zur Gemeinschaft ab.

Selbstorganisierte Projekte sind meistens selten, weil sie eine frühe Beschäftigung mit dem eigenen Altern und großes persönliches Engagement, aber auch die praktischen Anforderungen wie z.B. die Suche nach den Mitstreitern und geeigneten Wohnräumen voraussetzen.²²⁶ Wenn von den Wohn-, Haus-, und Nachbarschaftsgemeinschaften geredet wird, sind damit eigentlich meistens professionell organisierte und betriebene gemeinschaftliche Wohnformen gemeint.²²⁷ Zwei Formen sind dabei zu unterscheiden. Man kann nämlich über eine abgeschlossene eigenständige Wohneinheit verfügen, aber räumlich in der Nähe der Anderen leben (z.B. in einer Hausgemeinschaft eines gemeinsamen Hauses oder benachbart in der Nachbarschaftsgemeinschaft). Die andere Möglichkeit ist, dass man ein eigenes Wohnbereich zur Verfügung hat, das sich aber innerhalb einer gemeinsamen Wohneinheit befindet (z.B. eine Wohngemeinschaft, wo jeder ein eigenes Zimmer hat). Vielmehr verbinden gemeinschaftliche Wohnprojekte „privates Wohnen und gemeinschaftliches Leben und setzen auf das Prinzip der Nachbarschaftshilfe, wobei die Intensität des Gemeinschaftslebens von den Bewohnern selbst bestimmt wird“.²²⁸

Die Wohngemeinschaften sind normalerweise für die Personen ab 55 Jahre vorgesehen.²²⁹ Dabei muss es nicht nur um die Älteren gehen, die schon pflegebedürftig sind, sondern auch um jene, die aus gesundheitlichen und sozialen Gründen nicht mehr alleine wohnen wollen oder können.²³⁰ Jedoch ist eine gemeinsame Wohnung besonders für die Älteren vorteilhaft, die körperlich und geistig bereits mehr oder weniger beeinträchtigt sind (z.B. als Alternative zur

²²⁴ Kramer/Pfaffenbach 2007, S. 400.

²²⁵ Vater/Zachraj 2008, S. 331.

²²⁶ Vater/Zachraj 2008, S. 331.

²²⁷ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 24.

²²⁸ Kricheldorf 2008, S. 241.

²²⁹ Schwarz 2009, S. 17.

²³⁰ Altmann 2006, S. 27.

stationären Pflege bei der Demenz).²³¹ Die zusätzlichen Dienstleistungen können von einzelnen Bewohnern aber auch von der gesamten Wohngemeinschaft in Anspruch genommen werden.²³²

3.1.4.1 Wohn-, Haus- und Nachbarschaftsgemeinschaften

Die Seniorenwohngemeinschaften bestehen aus abgeschlossenen Wohneinheiten, die altersgerecht eingerichtet sind. Die Anzahl der Bewohner ist unterschiedlich aber meistens geht es um 2 bis 6 Menschen. Neben dem eigenen Wohnbereich mit Toilette und Dusche, den jeder Bewohner mit eigenen Möbeln ausstatten kann, gibt es in solchen Wohnungen noch Gemeinschaftsräume wie die Küche, die den Gruppenaktivitäten dienen.²³³ Die Trennung nach Geschlecht ist keine Seltenheit in den Wohngemeinschaften, aber wegen des höheren Anteils an alleinstehenden Frauen gibt es auch Projekte, die altersdurchmischt sind.²³⁴

Das Hauptziel der Seniorenwohngemeinschaft ist es, möglichst lange die Selbständigkeit der Bewohner aufrecht zu erhalten.²³⁵ Durch das Zusammenbringen der Älteren wird eine Art der Selbsthilfe organisiert, besonders wenn es um eine generationsübergreifende Seniorenwohngemeinschaft geht.²³⁶ Deshalb würde es sich empfehlen, die Menschen zu einem frühzeitigen Wechsel (schon mit 55 Jahre) zu ermuntern, in eine Wohngemeinschaft zu ziehen. Damit wird einerseits ein gemeinsames Altern ermöglicht und andererseits können sich die Senioren gegenseitig unterstützen, falls manche Einwohner schon gebrechlich sind. Inzwischen gibt es auch eine Tendenz zu mehr Autonomie und Individualität in den Wohngemeinschaften, jedoch ohne dass der Gemeinschaftsaspekt aufgegeben wird.²³⁷

Falls die Bewohner die professionellen Versorgungs- und Betreuungsleistungen benötigen, werden mobile Dienste engagiert, die als gewisse Fortsetzung des ambulanten Bereichs fungieren.²³⁸ Wegen der Heterogenität im Angebot kann man nicht von standardisierten Unterformen reden. In der Praxis haben sich jedoch mit Bezug auf die Betreuung bestimmte Formen herauskristallisiert.

Die erste Form ist die Wohngemeinschaft mit zentraler Bezugsperson, was heißt, dass in diesen Wohngemeinschaften die Betreuung durch "Präsenzkraft" mit den Leistungen einer oder mehreren Pflegediensten ergänzt wird. Dann gibt es die Wohngemeinschaften mit Versorgung durch

²³¹ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 24.

²³² Zykan 2009, S. 42; Schwarz 2009, S. 17.

²³³ Dedl 2008, S. 8; Döhner 1993, S. 167; Altmann 1984, S. 104, 114.

²³⁴ Thieme 2008, S. 260.

²³⁵ Dedl 2008, S. 8; Döhner 1993, S. 167; Altmann 1984, S. 114.

²³⁶ Blutmager 2001, S. 14.

²³⁷ Thieme 2008, S. 260.

²³⁸ Dedl 2008, S. 8; Döhner 1993, S. 167; Altmann 1984, S. 114.

einen ambulanten Pflegedienst. In diesem Fall wird die Betreuung von einem ganzen Team ausgeführt, wobei die Einzelansprüche an die jeweiligen Kostenträger zusammengefasst und der Gemeinschaft zur Verfügung gestellt werden. Dadurch können auch mittelschwer demente Bewohner versorgt werden. Weiter existieren therapeutische Wohngemeinschaft mit zusätzlicher Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst. Bei denen werden die Leistungen einer ambulanten Altenhilfe in Anspruch genommen, insbesondere wenn psychosoziale Betreuung notwendig ist oder eine Krisenintervention vorliegt. Diese Form zeigt sich für die dauerhafte Betreuung geistig behinderten Menschen (mittel- bis schwerst demente Bewohnerinnen, die zusätzliche Verhaltensauffälligkeiten zeigen) als besonders geeignet.²³⁹ Der Preis einer solchen Unterbringung ist trotz der Pflegebedürftigkeit relativ niedrig und meistens finanzierbar. Im Unterschied zu einem Altersheim gibt es in der Seniorenwohngemeinschaft in der Regel nur eine Haushaltshilfe, die das Haushalt leitet, das sonstige Personal kommt aus dem ambulanten Bereich.²⁴⁰

Ein wichtiger Vorteil der Wohngemeinschaften ist die Möglichkeit der Einbeziehung der Bewohner und/oder ihrer Angehörigen in die Verwaltung, wo sie weiter verantwortlich und entscheidungskräftig bleiben. Die Einbeziehung der Angehörigen geschieht nicht nur auf der Entscheidungsebene, sondern auch im normalen Tagesablauf (sie werden verpflichtet gewisse Zeit in der Wohngemeinschaft zu verbringen oder an gewissen Aktivitäten wie dem Spielen, Unterhalten, Kuchenbacken teilzunehmen). In den Wohngemeinschaften bekommen die Senioren sowohl Haushaltshilfe als auch kompetente Pflegeleistungen, weshalb ihre Kinder jegliche Schuldgefühle vermeiden können, weil sie nicht direkt um ihre Eltern sorgen können.²⁴¹

Die Wohngemeinschaften als Lebensform der Älteren ist noch immer nicht sonderlich verbreitet. Vorbildhafte Beispiele gibt es dennoch. So gab es in den Niederlanden 1997/98 200 Projekte für gemeinschaftliche Wohnformen mit über 4.800 Wohnungen.²⁴²

3.1.4.2 Seniorenhof

Der Seniorenhof ist eine Wohnform, die in Österreich ausprobiert wurde. Dabei handelt es sich um landwirtschaftliche Betriebe, die adaptiert wurden, so dass die pflegebedürftigen Senioren in ihnen wohnen können. Damit wird eine betreute Hausgemeinschaft geschaffen. Die Zielgruppe sind vor allem die Menschen, die auf dem Land leben und die sich in einem bekannten Umfeld

²³⁹ Wengg/Herkert 2003, S. 5.

²⁴⁰ Döhner 1993, S. 167f.

²⁴¹ Döhner 1993, S. 167f.

²⁴² Thieme 2008, S. 260.

wohler fühlen würden.²⁴³ Für die rurale Bevölkerung ist das eine gute Lösung, auch weil sie generell weniger mobil ist.²⁴⁴ Das ist zudem der Grund, warum sie auch emotional stark an ihre angewöhnte Umgebung gebunden sind.²⁴⁵ Der Seniorenhof steht freilich auch für die Senioren aus den urbanen Gemeinden offen.

Neben einer natürlichen Umgebung bietet der Seniorenhof auch ein breites Betätigungsspektrum sowie sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeiten wie z.B. Gartengestaltung oder die Haltung von Tieren. Dazu haben die Bewohner die Möglichkeit, jederzeit pflegerisch betreut zu werden oder andere Hilfeleistungen in Anspruch zu nehmen. Das Angebot eines Seniorenhofes ist gleich wie in den Wohngemeinschaften. Eine Hotelkomponente, die die Grundleistungen wie Mahlzeitendienste, Zimmerreinigung oder Waschdienste beinhaltet, wird durch die pflegerischen Dienstleistungen ergänzt.²⁴⁶

Eine Umlandgemeinde eines Ballungszentrums und zwar in der Nähe einer kleineren Ortschaft ist der beste Standort für die Positionierung eines Seniorenhofes. Bei solch einem Standort kann die naheliegende Infrastruktur genutzt und andererseits der Zuzug der Senioren aus dem benachbarten Ballungszentrum ermöglicht werden. Lokale Vereine und Feste bieten wiederum eine Möglichkeit für die Integration innerhalb der lokalen Gemeinde.²⁴⁷

3.1.4.3 Quartiersansätze

Die Quartiersansätze sind eine relativ neue Entwicklung. Es wird nämlich angestrebt die schon bestehenden und auch die neugebauten Quartiere als generationsübergreifende Nachbarschaften zu organisieren, in denen es den Menschen ermöglicht wird, bis zum Tode zu leben. Neben der professionellen wird bei diesem Ansatz auch informelle Hilfe initiiert. Das Ziel ist, Nachbarschaften für Jung und Alt zu schaffen.²⁴⁸

Es gibt etliche Prinzipien, die man dabei beachten sollte. Die baulichen Lösungen sollten flexibel sein, so dass man sie leicht zu pflegefähigen Wohnungen umrüsten kann. Die Hilfenetzwerke sollten gefördert werden, damit das Engagement bezahlter Kräfte reduziert oder sogar vermieden werden kann. Für die gegenseitige Unterstützung von Älteren für Ältere („Junge Alte“) ist jedoch auch eine formale und personelle Struktur (z.B. ein Bewohnerverein) notwendig. Die wohnungsnahen Organisation von Dienstleistungen beim Neubau wird dadurch erreicht, indem

²⁴³ Dedl 2008, S. 12.

²⁴⁴ Altmann 1984, S. 140.

²⁴⁵ Altmann 1984, S. 147.

²⁴⁶ Dedl 2008, S. 12f.

²⁴⁷ Dedl 2008, S. 12.

²⁴⁸ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 24.

man „bezahlbare Pflegekerne“ für das ganze Nachbarschaftsquartier organisiert, die eine Tag- und Nachtpräsenz ermöglichen sowie Dienstleistungen nach Bedarf. Die Organisation der Wohnquartiere soll auch ermöglichen, dass die informelle Unterstützung zwischen Jungen und Alten leichter stattfinden kann.²⁴⁹ Eine bereits getestete Wohnform dafür stellen die Mehrgenerationenhäuser dar. Bei dieser Form werden das Erdgeschoss und die unteren Stockwerke für die Senioren reserviert, wobei die jüngeren Familien in den oberen Stockwerken leben.²⁵⁰

Beispiele für solche quartierbasierte Konzepte gibt es schon länger in den Niederlanden und in Dänemark. In den Niederlanden hat man die sog. Wohnpflegezonen („Woonzorgzone“; z.B. Woonzorgzone Moerwijk in den Haag) eingerichtet, die auf diesem Prinzip beruhen.²⁵¹

3.1.4.3 Seniorenkommunen

Ein Wohnkonzept für die Senioren, das in den USA gängiger ist als in Europa, ist die Schaffung der Seniorenkommunen, wobei ihre Größe und Lage sowie der Grad der Trennung von den jüngeren Generation und Grad der Institutionalisierung variieren können. Die Seniorenkommunen (eng. retirement communities) sind in den USA seit den 1920er Jahren bekannt, wo sie zunächst in den klimatisch angenehmen Regionen der USA entstanden sind.²⁵² In den 1960er Jahren wurde dieses Konzept weiter entwickelt, wobei das studentische Wohnen auf dem Campus oder im Wohnheim als Vorbild diente. Der Unterschied bestand allerdings darin, dass Studenten im Gegenteil zu den Senioren ihre Zeit meistens außerhalb der Wohnungen verbringen.²⁵³ Die Gemeinschaften waren jedoch für jüngere und gesunde Rentner vorgesehen, die Interesse an einem aktiven Leben innerhalb einer autarken Gemeinde hatten.²⁵⁴

Seit kurzem entstehen solche Wohnanlagen auch in Europa, wobei jene in den USA als Vorbild dienen. In der Niederlande wurde z.B. eine Stadt nur für Ältere errichtet, wo sie ihren Lebensabend unter Gleichaltrigen verbringen können.²⁵⁵ Im mittelfränkischen Hilpoltshaus wird ebenfalls ein „Stadtdorf für Senioren“ von der Caritas betrieben.²⁵⁶

Die Definition der Seniorenkommunen hat sich im Laufe der Zeit entwickelt. Man kann sie als relativ autarke, kleine Einheiten, die räumlich von großen Orten getrennt sind, bezeichnen.²⁵⁷

²⁴⁹ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 24.

²⁵⁰ Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 162.

²⁵¹ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 25.

²⁵² Altmann 1984, S. 3.

²⁵³ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 26,27.

²⁵⁴ Altmann 1984, S. 67.

²⁵⁵ Thieme 2008, S. 259; Fitsein im Alter 170

²⁵⁶ Fitsein im Alter 170

²⁵⁷ Altmann 1984, S. 61.

Mittlerweile zählen dazu auch die Gemeinschaften, die auch innenstadtnah (z.B. auf früheren, heute brachliegenden Industrieflächen) entstehen.²⁵⁸ Eine solche Lage und generell die Nähe zu einer Metropole stellt sich als besonders günstig dar, da viele Menschen in der Nähe ihrer Kinder bleiben wollen, so dass sie in Kontakt bleiben können und gegenseitiger Besuch möglich ist.²⁵⁹

Unabhängig von der Lage der Gemeinde ist es jedoch charakteristisch, dass sie hauptsächlich aus den Menschen besteht, die nicht beruflich aktiv sind oder sonst in einem Arbeitsverhältnis stehen. Falls die Gemeinde als wenig institutionalisiert bezeichnet ist, heisst das, dass es keine gemeinsame Ernährung, Regeln, Unterkunft oder Behörden gibt.²⁶⁰ Diese Form kann in gewissem Maße als eine überdimensionierte Seniorenwohngemeinschaft betrachtet werden, wobei die Menschen in einzelnen Häuser untergebracht werden, nicht in Wohnungen, und mit zusätzlichen Angeboten für ein aktives Leben versorgt sind.²⁶¹ Neuere Definitionen beschreiben Seniorenkommunen als geplante Bauprojekte mit einer niedrigeren Wohndichte, die für die Menschen ab 50 vorgesehen sind und mit umfangreichen Dienstleistungen und Freizeitmöglichkeiten ausgestattet sind.²⁶²

Sonst werden in der Literatur auch andere Faktoren betrachtet, aber nicht überblicksartig. So werden etwa die Größe der Gemeinschaft, Dichte der Projekte, Altersrestriktionen und Anteile des privaten Kapitals beim Ausbau, das Leistungsniveau, die Eigentumsformen und Lokation in Betracht einbezogen. Hier wird die Notwendigkeit einer profunderen Kategorisierung erkennbar.²⁶³ Diese Gemeinschaften können grundsätzlich von privaten Unternehmen aber auch als Stiftungen errichtet werden, wobei die letzteren auch von staatlicher Seite subventioniert werden.²⁶⁴ Bei der Klassifikation ist jedoch zu beachten, dass viele Aspekte variabel sind: die Bewohner werden älter und kranker, die Gemeinde kann wachsen, die Besitzverhältnisse können sich ändern oder die Dienstleistungen können variieren.²⁶⁵

Die Größe der Gemeinschaften ist sehr unterschiedlich. Grob kann man von einer großen Gemeinde sprechen, wenn sie mehr als 1500 Wohneinheiten, einer mittelgroßen, wenn sie 300-1500 Wohneinheiten, und einer kleinen, wenn sie weniger als 300 Wohneinheit umfasst. Die Angebote unterscheiden sich jedoch stark.²⁶⁶ In den USA wurden früher große Gemeinschaften wie Sun City

²⁵⁸ Thieme 2008, S. 259.

²⁵⁹ Schwarz 2009, S. 23.

²⁶⁰ Altmann 1984, S. 61.

²⁶¹ Schwarz 2009, S. 18.

²⁶² Altmann 1984, S. 62.

²⁶³ Altmann 1984, S. 62f.

²⁶⁴ Altmann 1984, S. 66, 71.

²⁶⁵ Altmann 1984, S. 66.

²⁶⁶ Schwarz 2009, S. 22.

in Arizona und Leisure World auf Laguna Hills in Kalifornien, die mit Recht als Ruhestandstädten bezeichnet werden (1981 zählten 47,500 bzw. 42,000 Bewohner), errichtet.²⁶⁷ Solche Bauunternehmen aber haben sich als nicht mehr rentabel erwiesen, seit die staatlichen Subventionen gestrichen wurden.²⁶⁸ Daher konzentrieren sich die privaten Unternehmer heutzutage eher auf kleinere Projekte, die medizinische Pflegeleistungen anbieten, um einen größeren Kreis an Kundschaft anzuziehen.²⁶⁹ Es besteht eine Tendenz, Ruhestanddörfer zu bauen - mittelgroße Gemeinschaften mit ca. 1000 bis 5000 Einwohnern. Im Unterschied zu den Ruhestandstädten werden die Ruhestanddörfer nicht als autarke Gemeinschaften errichtet, sondern immer in Anlehnung an eine benachbarte Ortschaft, aus der die notwendigen Dienstleistungen bezogen werden.²⁷⁰

Die architektonischen Formen der Behausung variieren von einfachen Einfamilienhäuser bis zu Reihenhäusern.²⁷¹ Typisch sind jedoch Wohneinheiten in der Form von Einfamilienhäusern im Ranch Stil auf kleinen Grundstücken mit Zugang zu Rekreationsanlagen und mit einem großen Angebot an gesellschaftlichen Aktivitäten. Jedoch gibt es auch Ausnahmen wie z.B. Häuser für zwei Familien oder mehr, Stadthäuser usw.²⁷² Die Untersuchungen zeigen, dass die Älteren eher größere Wohneinheiten mit Haushaltsausstattung bevorzugen und zwar unabhängig vom Einkommen. Eine Tendenz zur Privatsphäre, was sich in den kommenden Generationen noch verstärken wird.²⁷³ Die Eigentumsmodalitäten können ebenfalls unterschiedlich konzipiert sein: Miete, Eigentum, Kondominium oder verschiedene Formen der Gemeinschaften sind möglich. Eine monatliche Gebühr ist jedoch immer üblich, da dadurch kommunale Dienstleistungen finanziert werden.²⁷⁴

Die Bewohner der Seniorenkommunen kann man in drei Gruppen aufteilen. Jene die jünger als 75 und gesund sind, jene die älter als 75 und noch immer relativ gesund sind und jene die über 75 und bereits pflegebedürftig sind. Die letzte Gruppe wird hingegen nicht als typisch für die Seniorenkommunen angesehen, da sie meistens in Pflegeheime übersiedelt wird.²⁷⁵ Die Hauptzielgruppe sind jedoch die Menschen zwischen 55 und 75 Jahre, gerade weil die älteren Gruppen mehr Unterstützung brauchen, was aber kein automatisches Ausschließen dieser Gruppen

²⁶⁷ Altmann 1984, S. 67.

²⁶⁸ Altmann 1984, S. 87.

²⁶⁹ Altmann 1984, S. 88.

²⁷⁰ Altmann 1984, S. 71.

²⁷¹ Altmann 1984, S. 67, 72

²⁷² Schwarz 2009, S. 20.

²⁷³ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 27.

²⁷⁴ Altmann 1984, S. 67, 72.

²⁷⁵ Altmann 1984, S. 65.

bedeutet.²⁷⁶

Die Altersrestriktion ist unterdessen keine Seltenheit in den Seniorenkommunen, womit die Trennung von den jüngeren Menschen gemeint ist. Manchmal ist die Rede von der absoluten Trennung und manchmal wiederum von einem überwiegenden Anteil der Älteren in der Gemeinschaft.²⁷⁷ Besonders die von Privatunternehmern gegründeten Seniorenkommunen sind oft altersbegrenzt (eng. age restricted / age targeted / age qualified).²⁷⁸ Eine totale Segregation ist aber nicht ganz möglich, da auf jüngere Pfleger und Helfer nicht verzichtet werden kann.²⁷⁹ Manche Gemeinschaften nehmen auch Menschen unter 50 Jahre oder jene, die noch berufstätig sind, auf.²⁸⁰

Frühe Untersuchungen zeigten, dass die Bewohner solcher Kommunen besonders das Sein unter Gleichen, gegenseitige Hilfe (meistens während der Krankheit) sowie Ruhe suchten.²⁸¹ Es ist jedoch generell so, dass die Einwohner solcher Wohnanlagen wenig Kontakte mit ihren Altersgenossen in der Umgebung haben. Gleiches kann auch auf die anderen Kontakte gelten, da die meisten Verbindungen nur noch zur Familie oder, falls jemand eine ehrenamtliche Funktion in den lokalen Einrichtungen (Schulen, Spitälern o.ä.) inne hat, zu dieser bestehen.²⁸² Eine frühere Übersiedlung in eine solche, baulich wie kulturell altersgerechte Stadt ist dennoch ratsam, damit das Altern und die dadurch bedingte Adaptation gemeinsam mit anderen geschieht.²⁸³ In den USA, wo diese Wohnform am meisten verbreitet ist, lebt hingegen nur ein relativ kleiner Anteil der Älteren (nicht mehr als 10%) in solchen Seniorenkommunen.²⁸⁴

Da die Seniorenkommunen planweise errichtet werden, ist es selbstverständlich, dass auch zahlreiche Angebote und Einrichtungen bezüglich der Gesundheit, Freizeit aber auch des kommunalen Lebens mitgebaut werden.²⁸⁵ Die Dienstleistungen der Einrichtungen in benachbarten Ortschaften, können ebenfalls in Anspruch genommen werden, was sich besonders auf die gesundheitsbezogene Dienstleistungen bezieht, sofern die Menschen mobil genug sind, diese Leistungen in Anspruch zu nehmen. Insbesondere die Dienste wie Polizei oder Feuerwehr werden von außen engagiert.²⁸⁶ Das gilt natürlich insbesondere für die kleineren Gemeinschaften.²⁸⁷ Auch

²⁷⁶ Schwarz 2009, S. 19; Altmann 1984, S. 67, 72.

²⁷⁷ Altmann 1984, S. 62.

²⁷⁸ Schwarz 2009, S. 25.

²⁷⁹ Thieme 2008, S. 259.

²⁸⁰ Altmann 1984, S. 65.

²⁸¹ Altmann 1984, S. 59.

²⁸² Altmann 1984, S. 67.

²⁸³ Thieme 2008, S. 259.

²⁸⁴ Altmann 1984, S. 87.

²⁸⁵ Altmann 1984, S. 65; Thieme 2008, S. 259.

²⁸⁶ Altmann 1984, S. 85f.

²⁸⁷ Altmann 1984, S. 71.

“Gegenleistungen” seitens der Residenten in Form von ehrenamtlichen Aktivitäten, in der Gemeinschaft oder benachbarten Ortschaften sind keine Seltenheit.²⁸⁸ Falls gewisse Angebote nicht ausreichend vorhanden sind, damit dürften vor allem die Leistungen aus dem medizinischen und pflegerischen Bereich gemeint sein, Kann auf die Manager und Eigentümer Druck und Anreiz ausgeübt werden, solche Einrichtungen zu etablieren.²⁸⁹ Die größeren Seniorenstädte, die als autarke Gemeinschaften geplant wurden, verfügen mit über das beste Angebot in jeder Hinsicht und insbesondere im Hinblick auf die medizinischen Bedürfnisse. Einige betreiben gar eigene Pflegeheime.²⁹⁰

Da die bisherige Population der Seniorenkommunen zunehmend hochbetagt wird und von den zukünftigen Bewohner dasselbe zu erwarten ist, wurden in der letzten Zeit Seniorenkommunen mit kontinuierlicher Pflege (eng. continuing care retirement communities, auch life-care communities) entwickelt. Hier geht es grundsätzlich um die Anwendung des Konzeptes des betreuten Wohnens in einer Seniorenkommune. Diese Form ist besonders unter den Ehepartnern mit unterschiedlicher Gesundheitsstufe beliebt.²⁹¹

Der Konzept der Seniorenkommunen bringt allerdings auch Nachteile mit sich , die nicht zu unterschätzen sind. Die Voraussetzung für das Leben in einer Seniorenkommune setzt etwa eine gewisse finanzielle Kaufkraft voraus. Normalerweise ist so eine Lebensweise der oberen Mittelklasse oder höheren gesellschaftlichen Klassen vorbehalten.²⁹² Das ganze Konzept war auch bisher relativ stark am Markt orientiert.²⁹³

3.2 Wohnwunsch

Das selbstständige Wohnen steht im Mittelpunkt des Lebens von Älteren und Hochbetagten.²⁹⁴ Dabei geht es nicht nur um die objektiven Aspekte des Wohnens, sondern auch um das subjektive Wohlbefinden.²⁹⁵ Wo und mit wem die Senioren leben wollen, ist meistens durch ihre frühere Biographie geprägt. Viele Faktoren wie familiale Vorgeschichte, Geschlecht, Ehestand,

²⁸⁸ Altmann 1984, S. 85.

²⁸⁹ Altmann 1984, S. 88.

²⁹⁰ Altmann 1984, S. 67.

²⁹¹ Schwarz 2009, S. 16.

²⁹² Schwarz 2009, S. 23.

²⁹³ Schwarz 2009, S. 19.

²⁹⁴ Voges/Zinke 2010, S. 301.

²⁹⁵ Tesch-Römer/Wurm 2006, S. 504.

Ausbildung, Beruf, Angehörigen, Alter der Kinder, Gesundheit und Wohlbefinden sowie soziale Netzwerke bestimmen diese Entscheidung.²⁹⁶ Dazu kommen noch persönliche Präferenzen für Größe, Ausstattung und Lage der Wohnung, aber auch finanzielle Aspekte.²⁹⁷

Der größte Wunsch der älteren Menschen ist auf jeden Fall ein selbstständiger Lebensabend. Die Senioren wollen vor allem möglichst lange selbstständig wohnen und zwar unabhängig von ihrer konkreten Haushalts- und Wohnsituation und annähernd unabhängig von ihrer Gesundheitssituation.²⁹⁸ Wenn es um die konkrete Wohnform geht, dann wünscht sich die große Mehrheit (85%) eine ganz normale Wohnung, am liebsten ihre eigene oder eine im angestammten Quartier. Die zweite Option wäre der Umzug zu den Kindern (21%) und ganz zuletzt (6%) besteht der Wunsch, in ein Altenheim oder eine vergleichbare Institution umzuziehen.²⁹⁹ Der Wunsch, im eigenen Heim zu bleiben, hängt mit Faktoren, die im Leben zu suchen sind, und mit dem persönlichen und sozialen Hintergrund zusammen. Der Wunsch, in einen Altersheim umzuziehen, ist eher durch die gesundheitlichen Gegebenheiten erzwungen.³⁰⁰ Funktionelle Behinderungen und verschlechterter Gesundheitszustand sind für den Wunsch das eigene Heim zu verlassen verantwortlich³⁰¹

Bei der städtischen Bevölkerung ist der Wunsch, in der eigenen Wohnung zu bleiben, sowohl bei den Stadtrandbewohnern als auch bei den Innenstadtbewohnern ausgeprägt, obwohl bei den Innenstadtbewohnern die Möglichkeit an den Stadtrand oder in eine Umlandgemeinde zu ziehen, wegen der Mietkosten oder ruhigeren Lage in Erwägung gezogen wird. Ein Umzug ins Ausland (in den sonnigen Süden) wird nicht als eine permanente Lösung angesehen und die einheimischen Urlaubsregionen werden in diesem Fall bevorzugt.³⁰² Wenn die vorhandene Wohnung nicht mehr den Bedürfnissen entspricht oder ein günstiges Alternativangebot erscheint, wird der Umzug leichter akzeptiert.³⁰³

Die Gebundenheit an vorhandene Wohnung hängt von der Wohndauer und dem Wohnstatus ab. Eine lange Wohndauer oder die Wohnung im Eigentum vermindern den Wunsch nach dem Umzug. Dabei ist zu beachten, dass in Deutschland etwa zwei Fünftel der über 60-Jährigen als

²⁹⁶ Vincent/Phillipson/Downs 2006, S. 180.

²⁹⁷ Altmann 2006, S. 26.

²⁹⁸ Dieck/Heinemann-Knoch/de Rijke 1987, S. 4; Friesdorf/Heine 2007, S. 47; Vincent/Phillipson/Downs 2006, S. 180; Voges/Zinke 2010, S. 301.

²⁹⁹ Heinze/Naegele 2010, S. 303; Thieme 2008, S. 254; Friesdorf/Heine 2007, S. 47; Beland 1986, S. 175; Voges/Zinke 2010, S. 301; Kramer/Pfaffenbach 2007, S. 399.

³⁰⁰ Beland 1986, S. 185.

³⁰¹ Beland 1986, S. 175.

³⁰² Kramer/Pfaffenbach 2007, S. 399.

³⁰³ Heinze/Naegele 2010, S. 303.

Eigentümer gelten.³⁰⁴ Was die Wohndauer betrifft, zeigt die Statistik, dass die Mehrheit (57 %) seit über 20 Jahren und fast ein Fünftel (18 %) seit 11 bis 20 Jahren in demselben Wohnraum lebt.³⁰⁵ Daher ist es kein Wunder, dass 82% der Menschen über 55 ihre Wohnsituation am liebsten nicht ändern würden.³⁰⁶ Die statistischen Daten bestätigen einen ähnlichen Zustand in der Realität – in den 1990er lebten sogar 95% der über 60-Jährigen in Privathaushalten.³⁰⁷ Es sind auch gewisse Geschlechterunterschiede bemerkbar. Die verwitweten Männer neigen etwa dazu, weiter ihre Eigentumsimmobilie zu behalten, während die Frauen eher eine Wohnung mieten.³⁰⁸ Ähnlich ziehen die Mieter bei der Pflegebedürftigkeit eher in ein Heim, während die Eigentümer lieber mit ihren Kindern oder in deren Nähe bleiben. Eine Wohn- oder Hausgemeinschaft erscheint sowohl Mietern als auch Eigentümern akzeptabel. In Hinsicht auf die Abnahme der familialen Unterstützungsstrukturen und sozialpolitischen Finanzierungsproblemen ist zu erwarten, dass die gemeinschaftlichen Wohnformen mit der zusätzlichen Betreuung in der Zukunft attraktiver werden.³⁰⁹

Es gibt darüber hinaus noch weitere spezifische Faktoren, die den Wohnwunsch beeinflussen, aber eher unauffällig sind. Die homosexuellen Älteren hegen z.B. Ängste, in einem Alters- oder Pflegeheim nicht mehr offen leben zu können oder sogar seitens des Personals diskriminiert zu werden.³¹⁰ Die ländliche Bevölkerung ist z.B. generell weniger mobil und daher auch viel mehr an ihre Umgebung emotionell gebunden.³¹¹ Die große Mehrheit der Senioren will wiederum lieber vermeiden, auf die Hilfe der erwachsenen Kinder angewiesen zu sein. Wenn die Selbständigkeit nicht mehr gewährleistet werden kann, dann wünscht sich die Mehrheit (80%), lieber in einem Heim zu wohnen als mit den Kindern gemeinsam. An dritter Stelle liegt das Zusammenleben mit Verwandten oder mit Freunden. Die liebste Lösung wäre freilich eine eigene altersgerechte Wohnung zu beziehen.³¹²

Wie festgestellt werden kann, ist die Lage bezüglich des Wohnwunsches der Senioren leicht heterogen. Die Grundtendenzen sind jedoch erkennbar: möglichst lange selbstständig und unabhängig zu bleiben, wobei die mangelnde Gesundheit und finanzielle Beschränkungen, die größten Probleme darstellen.

³⁰⁴ Voges/Zinke 2010, S. 302.

³⁰⁵ Friesdorf/Heine 2007, S. 47.

³⁰⁶ Kramer/Pfaffenbach 2007, S. 399.

³⁰⁷ Thieme 2008, S. 254.

³⁰⁸ Connidis 1989, S. 15.

³⁰⁹ Voges/Zinke 2010, S. 301.

³¹⁰ Maier 2008, S. 226.

³¹¹ Altmann 1984, S. 147.

³¹² Connidis 1989, S. 6f; Voges/Zinke 2010, S. 301.

3.2.1 Objektive Kriterien im Gegensatz zum Wohnwunsch

Da eine signifikante Anzahl der Senioren wenig mobil ist, konzentriert sich ihr Leben auf ihre Wohnung, weshalb spezifische Anforderungen an die Wohnung und Wohnumgebung entstehen.³¹³ Obwohl das Wohlbefinden der Senioren und ihr Alltag durch eine Reihe von Faktoren in der Wohnung und ihrer Umgebung beeinflusst werden, ist das rapide Wachstum der Seniorenanzahl in der ganzen Welt dafür verantwortlich, dass die Kluft zwischen den vorhandenen Unterbringungskapazitäten und notwendigen Behausungsstandards immer größer wird.³¹⁴

Das Wohlbefinden in der Wohnung besteht aus zwei Komponenten. Einerseits gibt es objektive Wohnbedingungen und andererseits die subjektiven Wohnbedürfnisse. Dabei kann man zwischen den Grundbedürfnissen, die ein selbständiges Leben gewährleisten, und Bedürfnissen höherer Ordnung, die zur Verwirklichung persönlicher Vorlieben dienen, unterscheiden. Im Rahmen der Wohnbedürfnisse heißt dies, dass es wohnbezogene Grund- und Komfortbedürfnisse gibt.³¹⁵

Neben dem Wohnstatus ist die Wohnfläche einer der wichtigsten Aspekte des Wohnens. Der Bedürfnis nach einer größeren Wohnung steigt bis etwa dem 45. Lebensjahr und bleibt dann auf diesem Niveau. Der Auszug der Kinder und der Tod des Lebenspartners vergrößert die Wohnfläche, die benutzt wird. Mit zunehmendem Alter vermindert sich aber der Wunsch in eine kleinere Wohnung umzuziehen.³¹⁶ Die mangelnde Bereitschaft, die vormaligen Familienwohnungen zu verlassen führt dazu, dass die Senioren sehr oft über große aber wenig benutzte Wohnflächen verfügen (z.B. haben 48% 80 Quadratmetern oder mehr zur Verfügung).³¹⁷

Die Wohnausstattung ist ebenfalls ein wichtiger Faktor. Die altersgerechte Wohnung können erheblich den Alltag oder die Pflege zu Hause erleichtern, aber auch einen Heimeintritt hinauszögern, da dadurch ein selbstständiges Leben ermöglicht wird.³¹⁸ Die Wohnungsausstattung der Senioren zeigt aber viel Mängel und besonders die Wohnungen der Frauen sind wegen der bescheidenen Einnahmen technisch schlechter ausgerüstet.³¹⁹ Durch die finanziellen Schwierigkeiten verursachte Ausstattungsmängel sind aber oft grundlegend. Manche Studien aus Großbritannien zeigen etwa, dass eine beträchtliche Anzahl der Älteren über keine Zentralheizung in der Wohnung verfügt oder Probleme mit der Finanzierung der Heizungskosten hat.³²⁰ Der

³¹³ Blutmager 2001, S. 13; Vincent/Phillipson/Downs 2006, S. 185.

³¹⁴ Demirkan 2007, S. 33.

³¹⁵ Hieber/Oswald/Wahl/Mollenkopf 2005, S. 294.

³¹⁶ Voges/Zinke 2010, S. 303.

³¹⁷ Friesdorf/Heine 2007, S. 47.

³¹⁸ Voges/Zinke 2010, S. 304.

³¹⁹ Blutmager 2001, S. 13.

³²⁰ Vincent/Phillipson/Downs 2006, S. 185.

Anpassungsbedarf ist auch besonders im Sanitärbereich der Wohnungen sowie in den Wohngebäuden überhaupt beträchtlich.³²¹

Das Problem ist auch das geringe Angebot an speziellen Wohnformen, die altersgerecht und barrierefrei sind.³²² Das bezieht sich insbesondere auf einzelne Stadtgebiete, die von den demographischen Änderungen stark betroffen sind (z.B. innerstädtische Altbauquartiere).³²³ Andererseits ist eine geringe gesellschaftliche Wahrnehmung des Problems ein objektives Hindernis bei seiner Bewältigung. Die noch berufstätigen Menschen (also etwa 51–60-Jährige) befassen sich wenig mit dieser Problematik im Vergleich mit älteren Menschen, obwohl man sich gerade in ihrem Alter um eine geeignete Wohnung für das Alter kümmern sollte.³²⁴ Die bestehenden Ausstattungsmängel, die meistens vom Einkommen abhängig sind, werden aber von den Senioren auch sehr oft nicht als Beeinträchtigung der Wohnqualität wahrgenommen. Das liegt daran, dass die Wahrnehmung durch die bestehende Sozialnetze und Referenzgruppen beeinflusst wird (z. B. ähnliche Wohnverhältnisse in der Referenzgruppe).³²⁵ Das subjektive Empfinden der Wohnsituation und die objektiven Wohnverhältnisse sind nicht die einzigen Elemente, die für das Wohlbefinden wichtig sind. Dazu kommt noch die „Angleichung“ bzw. „Anpassung“ („Person-Environment Fit“) von persönlichen Wohnbedürfnissen und konkreten Wohnbedingungen.³²⁶

3.2.1.1 Die Umgebung der Wohnung

Obwohl das Leben der Senioren vor allem auf die Wohnung fokussiert ist, darf man nicht die Wichtigkeit der unmittelbaren Umgebung der Wohnung bzw. des Wohnquartiers vergessen, die ebenfalls eine große Rolle spielen.³²⁷ Die angewöhnte Wohnumgebung kann wegen der entstandenen Vertrautheit mit der Umgebung ein großes Unterstützungspotenzial haben.³²⁸ Eine vertraute Umgebung trägt dazu bei, dass die Senioren die Barrieren darin leichter bewältigen, womit wiederum ihre Selbstständigkeit bewahrt wird.³²⁹

Die Wahrnehmung der Mängel in der Umgebung ist dennoch mit den sozioökonomischen Ressourcen, dem Wohnstatus und besonders Gesundheitszustand verknüpft. Die Älteren, die allein leben, jene mit niedrigerem Lebensstandard oder in selbst genutztem Wohneigentum aber vor allem

³²¹ Voges/Zinke 2010, S. 304.

³²² Vater/Zachraj 2008, S. 324.

³²³ Vater/Zachraj 2008, S. 320.

³²⁴ Hieber/Oswald/Wahl/Mollenkopf 2005, S. 294.

³²⁵ Voges/Zinke 2010, S. 304.

³²⁶ Hieber/Oswald/Wahl/Mollenkopf 2005, S. 294.

³²⁷ Vater/Zachraj 2008, S. 324.

³²⁸ Voges/Zinke 2010, S. 305.

³²⁹ Demirkan 2007, S. 34.

jene mit Gesundheitsproblemen nehmen diese Defizite viel stärker wahr. Von den Älteren in kleineren und mittelgroßen Städten sowie in ländlichen Regionen werden die Beschränkungen bezüglich der Gesundheitsversorgung ebenfalls eher bemerkt, obwohl die anderen Infrastrukturmängel trotzdem bestehen bleiben und zwar in einem größeren Umfang als in den Großstädten.³³⁰

Die Mehrheit der Senioren wohnt jedoch in den (Groß)Städten. Die Probleme einer Großwohnsiedlung sind die zentrale Lage der großen Gewerbeflächen und die generelle Abwesenheit der kleineren Einzelhandels- oder Dienstleistungsunternehmen, wie Bäckereien oder Friseure im Wohnumfeld. Die Menschen, deren Wohnlage nicht zentral ist, sind dadurch gezwungen, entweder öffentliche oder private Verkehrsmittel zu benutzen. Die dominante Position der großen Handelskonzerne auf dem Markt führt dazu, dass das Angebot sehr standardisiert ist. Um gewisse landestypische Produkte zu erwerben, müssen oft längere Strecken bewältigt werden, was die Migranten besonders betrifft.³³¹ Das Warenangebot für die Menschen mit Migrationshintergrund ist generell mit dem verlassen des Wohnquartiers verbunden.³³² Aus diesem Grund sind die Migranten nicht nur schlechter versorgt, zudem verbindet sich auch eine größere Isolierungsgefahr mit der beschränkten Mobilität.³³³

Der Alltag der Älteren ist direkt dadurch tangiert, ob für sie wichtige Angebote wie Supermarkt, Bank- und Postfilialen, Ärztehaus oder Seniorentreff „vor der Haustür“ zu finden oder relativ weit entfernt sind.³³⁴ Die mangelnde Mobilität stellt generell ein großes Problem der Senioren dar. Über 50% der über 75-Jährigen ist in Hinsicht in ihrer Mobilität beschränkt. Entweder kann man nur kurze Strecken bewältigen, sich nur mit Hilfe eines Gehstockes bewegen oder nur langsam gehen. Damit ist auch eine Sturzgefahr verbunden, die wiederum Angstzustände und Vermeidungsverhalten verursachen kann. Das potenzielle Deprivationsrisiko ist der Höhepunkt des ganzen Problems.³³⁵ Ein Auto zu haben ist für die Senioren auch keine Selbstverständlichkeit, besonders wenn es sich um verwitweten Frauen handelt.³³⁶ Ebenso haben die Menschen, deren Mobilität oder Wahrnehmung beeinträchtigt ist, grundsätzlich Probleme den ÖPNV zu benutzen.³³⁷ Fehlende Straßenbeleuchtung, nicht nah gelegene ÖPNV-Stationen sowie mangelnde Grünanlagen, die die außerhäusliche Mobilität einschränken, können wiederum die sozialen Kontakte

³³⁰ Voges/Zinke 2010, S. 306.

³³¹ Heusinger 2011, S. 642.

³³² Wolter 2010, S. 213.

³³³ Heusinger 2011, S. 642.

³³⁴ Böhme/Franke 2010, S. 88.

³³⁵ Voges/Zinke 2010, S. 306.

³³⁶ Thieme 2008, S. 257.

³³⁷ Heusinger 2011, S. 642.

beschränken und zur Vereinsamung der Senioren führen.³³⁸

Es gibt mehrere Faktoren, die die Qualität eines Wohnquartiers bestimmen bzw. von den Senioren als wichtig eingeschätzt werden. Sie wünschen sich nah gelegene Einkaufsmöglichkeiten, eine gute öffentliche Nahverkehrsanbindung sowie Möglichkeiten der Erholung, Freizeit und Kultur. Eine leichte Erreichbarkeit der Gesundheitseinrichtungen und sozialer Dienste kommt im Fall der Pflegebedürftigkeit auch dazu.³³⁹ Weiter möchten die Senioren längere Ampelphasen, mehr Beleuchtungskörper, saubere öffentliche Anlagen sowie mehr Sitzgelegenheiten auf der Straßen.³⁴⁰

Die Wünsche der Senioren entsprechen den Forschungen und praktischen Erfahrungen. Die möglichst barrierefreie Gestaltung des Wohnumfelds ist auf jeden Fall einer der wichtigsten Aspekte bezüglich der Wohnumgebung von Senioren. Danach kommt die altersgerechte Ausstattung des ÖPNV und bessere Verbindungen zu den Siedlungen, die nicht zentral gelegen sind.³⁴¹ Niederflurbereiche und einstufige Einstiege in die Verkehrsmittel sowie Rolltreppen und Aufzüge für die Überwindung mehrerer Verkehrsebenen des großstädtischen ÖPNV gehören ebenfalls dazu.³⁴² Eine weitere Möglichkeit, gute Wohnqualität zu erzielen, wäre die Flexibilisierung und vor allem Mobilisierung von Angeboten. Gut funktionierende Beispiele gibt es schon jetzt und verschiedene Dienstleister bieten die Lieferung von Lebensmitteln, Getränken, aber auch fertiges Essen an die Wohnadresse.³⁴³

Natürlich darf man sich bei der Gestaltung der Wohnquartiere nicht nur auf die Senioren konzentrieren und die jüngeren Altersgruppen vernachlässigen. Die Heterogenität der Bevölkerung fordert eine generationenübergreifende Planung, die für die langfristige Stabilität der Wohnqualität notwendig ist. Die Erhaltung der stabilen Verhältnissen in den Quartieren sowie der Nachbarschaftsstrukturen helfen das Selbsthilfepotenzial und die gegenseitige Unterstützung zwischen den Jungen und Älteren zu steigern.³⁴⁴

³³⁸ Vater/Zachraj 2008, S. 325.

³³⁹ Voges/Zinke 2010, S. 305.

³⁴⁰ Döhner 1993, S. 131; Wolter 2010, S. 214.

³⁴¹ Böhme/Franke 2010, S. 88.

³⁴² Thieme 2008, S. 256.

³⁴³ Böhme/Franke 2010, S. 88.

³⁴⁴ Vater/Zachraj 2008, S. 325.

4. Neue Ressourcen und alte Ressourcen neuverwendet

Um den Alltag der Senioren zu erleichtern, bieten sich in der heutigen Zeit viele Möglichkeiten. Viele Konzepte der Hilfeorganisation sind seit jeher ein Bestandteil der menschlichen Gesellschaft. Andererseits sind manche ein Ergebnis der Fortschritte in der modernen Zeit. Diese Elemente können kombiniert werden, um ihre Wirkung zu optimieren. Zwei bedeutende Kategorien gehören jeweils einer von diesen Gruppen an. Durch die Optimierung und Erweiterung der Funktionen der sozialen Netzwerke und Anwendung der modernsten Technologie kann man viele altersbezogene Schwierigkeiten eliminieren.

4.1 Soziales Netz

Als soziale Netze werden die Beziehungen zu den anderen Menschen etwa in der Form der Verwandtschaft oder Freundschaft bezeichnet. Wenn man den Grad der affektiven Bindung betrachtet, können die soziale Netzwerke in vier Gruppen hierarchisch aufgeteilt werden: Partnerschaft, die weitere Familie, Freunde und Bekannte und letztlich Nachbarn.³⁴⁵ Ein soziales Netzwerk, besonders auf dem Niveau des Wohnquartiers, kann erheblich die strukturellen Defizite im Wohnumfeld kompensieren. Deshalb wird im Alter der Kontakt zu den Nachbarn und gegenseitige Unterstützung intensiviert.³⁴⁶ Die alleinlebenden Senioren verfügen zumeist über ein soziales Netzwerk, das ihnen hilft selbstständig zu leben.³⁴⁷ Neben der Barrierefreiheit, ist die soziale Teilhabe auf jeden Fall einer der wichtigsten Aspekte der zukunftsorientierten Altenpolitik.³⁴⁸ Die gesellschaftliche Angebundenheit ist für die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit sehr wichtig. Mit der Erhaltung der Selbstständigkeit der Senioren wird ebenfalls das Engagement der professionellen Dienstleister verringert, was wiederum die Kosten senkt.³⁴⁹

Die Lage der Senioren bezüglich der sozialen Netzwerke ist nicht besonders glänzend. Obwohl es keine genauen statistischen Daten gibt, scheint es klar, dass ein großer Anteil der

³⁴⁵ Blutmager 2001, S. 12.

³⁴⁶ Voges/Zinke 2010, S. 306.

³⁴⁷ Engel/Nestmann/Niepel/Sickendick 1996, S. 13.

³⁴⁸ Friesdorf/Heine 2007, S. 50.

³⁴⁹ van Veldhoven/Vastenburg/Keyson 1998, S. 127.

Senioren zurückgezogen lebt und nur eingeschränkt in die gesellschaftliche Umgebung involviert ist. Es geht nicht nur um jene, die fast keine familialen oder nachbarschaftliche Beziehung haben, sondern auch um jene, die auf jegliche Arte der sozialen Interaktion bewusst verzichten. Es ist auch möglich, dass die Kontakte wegen der körperlichen, sozialen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen ausbleiben.³⁵⁰ Besonders nach der Pensionierung und nach dem eventuellen Umzug wird das Netzwerk kleiner.³⁵¹

Da die Menschen heutzutage weniger Kinder und allgemein weniger Verwandte haben, sind die familialen Netzwerke deutlich kleiner.³⁵² Schon jetzt hat ein Drittel der über 65-Jährigen keine Kinder oder Enkel. Es ist auch deutlich, dass die Kinder immer weiter entfernt von den Eltern leben. Auch gibt es eine Zunahme in der Kategorie der Menschen, deren Kinder verstorben sind (bei den 80-85-Jährigen 12,2%). Deswegen steigt auch die Bedeutung der "horizontalen" Verwandtschaften (Geschwistern oder Cousins).³⁵³ Obwohl die Kinder meistens weit entfernt leben, sind jedoch dank der Technologie die Kontakte viel leichter zu erhalten, so dass man sogar über den „Tod der Distanz“ spricht.³⁵⁴ Trotzdem sollte man häufige Kontakte mit den Verwandten generell nicht mit einer harmonischen Familienbeziehung verwechseln.³⁵⁵

Dazu kommt das natürliche Absterben der Altersgenossen (28% der über 70-Jährigen haben keine lebende Freunde mehr), obwohl die Intensität der noch existierenden Freundschaften davon nicht betroffen wird. Die Ratschläge der Freunde sind besonders wegen der ähnlichen Lebenserfahrung hilfreich. Dennoch ist die Hilfe der Nachbarn besonders wichtig, da sie bei Erste-Hilfe-Maßnahmen oder den täglichen Einkäufen am nächsten sind.³⁵⁶

Die schlechte soziale Lage der Senioren in der Zukunft wird die Bedeutung der Netzwerke als sozialen Ressourcen noch mehr unterstreichen.³⁵⁷ Besonders bedroht sind alleinstehende Menschen, die ihre sozialen Kontakte aus irgendeinem Grund verloren oder vernachlässigten (z.B. wegen der Pflege des Lebenspartners).³⁵⁸ Die Isolation und Einsamkeit steigen mit dem Alter, wobei insbesondere alleinstehende und verwitwete Frauen wegen ihrer sozialen Lage besonders daran leiden.³⁵⁹ Manche spezifischen gesellschaftlichen Faktoren sind dabei ebenfalls zu beachten.

³⁵⁰ Schubert/Veil 2011, S. 123.

³⁵¹ Bolles/Nelson 2007, S. 160.

³⁵² Blutmager 2001, S. 12.

³⁵³ Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 20.

³⁵⁴ Baldassar/Baldock/Wilding 2007, S. 108.

³⁵⁵ Blutmager 2001, S. 12.

³⁵⁶ Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 20; Blutmager 2001, S. 12.

³⁵⁷ Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 21; Wolter 2010, S. 208.

³⁵⁸ Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 21.

³⁵⁹ Engel/Nestmann/Niepel/Sickendick 1996, S. 14.

Während im ländlichen und kleinstädtischen Umgebung die Kontakte zu den Nachbarn in der Regel enger sind, sind sie in den mittelgroßen Städten und Großstädten wegen der Lebensweise und höheren Mobilität weniger intensiv.³⁶⁰ Die durch Wohnungsknappheit und Mietpreissteigerungen verursachte Auflösung gewachsener Nachbarschaften trägt zur Zerstörung der sozialen Netzwerke bei.³⁶¹

Die Art der Unterstützung, die die Älteren von einem sozialen Netzwerk beziehen können, ist vielfältig. Man kann etwa emotionale, finanzielle, logistische oder Hilfe durch Informationen bekommen. Sehr oft geht es um die informellen und gelegentlichen Hilfen wie technische und handwerkliche Unterstützungsleistungen oder gelegentliche Nachbarschaftshilfe.³⁶² Die Pflege selbst bleibt noch immer vor allem die Aufgabe der Familie und zwar hauptsächlich der weiblichen Mitglieder (Frauen, (Schwieger)Töchter). Die ehrenamtlichen Helfer können auch oft als Hilfeleister einspringen und z.B. den Senioren, die wegen ihrer Pflegebedürftigkeit nicht mehr in der Lage sind ihre soziale Beziehungen zu pflegen oder neue Kontakte zu knüpfen, bei der Alltagsbewältigung helfen. Man sollte auch nicht die niederschweligen Angebote wie "Erzählcafés" unterschätzen, da sie für die betreffende Gruppe ebenfalls eine große Rolle spielen.³⁶³ Besonders wünschenswert sind die quartiersbezogenen Handlungskonzepte, die die Ressourcen innerhalb eines Wohnquartiers zugänglicher machen.³⁶⁴

Wegen der steigenden Bedeutung der sozialen Netzwerke und der Abnahme der Tragfähigkeit der bestehenden Netzen wird es vermutlich notwendig sein, sie aus dem Privatbereich auszulagern. Dabei kann man in zwei Richtungen gehen. Einerseits eine offizielle (kommunale, staatliche usw.) Form schaffen und andererseits eine bürgerliche, die eher auf Solidarität beruhen sollte.³⁶⁵

4.1.1 Die Selbsthilfe – Ehrenamt

Die Älteren sind heutzutage gesünder und finanziell abgesicherter als früher, so dass sie auch viel mehr Zeit und Gelegenheit haben sich gesellschaftlich zu engagieren. Das hat einen besonderen Wert, wenn man sich bewusst macht, dass jeder Rentner im Durchschnitt noch zwei Jahrzehnte aktiv sein könnte. Die Älteren verfügen über viel Erfahrung, vor allem in der sozialen Belangen, was ein großer Vorteil im Vergleich zu jüngeren Menschen ist. Die Senioren selbst zeigen

³⁶⁰ Voges/Zinke 2010, S. 306.

³⁶¹ Döhner 1993, S. 128.

³⁶² Kricheldorff 2008, S. 243; Bolles/Nelson 2007, S. 166.

³⁶³ Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 21.

³⁶⁴ Schubert/Veil 2011, S. 124.

³⁶⁵ Kricheldorff 2008, S. 243.

viel Lust sich zu engagieren, so z.B. ist jeder dritte über 60-Jährige in diesem Sinne aktiv. Das wird auch von Staat und Gemeinden erkannt.³⁶⁶ Die WHO fördert ebenfalls das Engagement der Senioren, die nicht mehr beruflich aktiv sind, um ihre körperliche und geistige Gesundheit sowie die Selbstständigkeit zu erhalten.³⁶⁷ Ein ehrenamtliches Engagement trägt auch zur Emanzipation der Älteren und Schaffung eines neuen Bildes des Alters bei. Die Senioren werden nämlich durch ihre Kompetenz und nicht durch ihre Defizite gekennzeichnet. Sie gehen von der Fremdbestimmung zur Selbstbestimmung über.³⁶⁸

Man muss dennoch aufpassen, die Senioren damit nicht zu überfordern.³⁶⁹ Es ist nämlich durchaus möglich, dass manche Menschen, besonders jene die im beruflichen Leben schwer belastet waren, sich nicht engagieren wollen, was man akzeptieren sollte. Neben den gesundheitlichen Faktoren sind auch andere Elemente aus dem früheren Leben für die Einsatzbereitschaft und die Effizienz im Alter wichtig (z.B. höhere Einsatzbereitschaft oder Wichtigkeit der Bekanntschaften). Die Aufgaben sollte man daher an die jeweiligen Menschen anpassen.³⁷⁰

Wenn es um die wachsende Gruppe der Migrantensenioren geht, dann sieht die Lage etwas anders aus, obwohl man dabei beachten muss, dass die Daten für diese Gruppe sehr mangelhaft sind. Die älteren Migranten sind meistens in verschiedenen Organisationen und Vereinen aktiv, die die Landesgenossen als Zielgruppe haben. In diesen Vereinen übernehmen sie aber sehr oft keine konkrete Aufgabe und sind eher als bloße Mitglieder zu bezeichnen. Die Gründe dafür sind unterschiedlich. Teilweise ist der Konzept eines ehrenamtliches Engagements in ihren Herkunftsländern unbekannt. Andererseits beherrschen die Migrantensenioren die Sprache ihrer neuen Heimat nicht ausreichend gut und zudem kennen sie sich mit den vorhandenen Einrichtungen und Angeboten nicht sehr gut aus. Eine zielgerichtete Ausbildung im Rahmen der Migrantenvereine sowie ihre Verkoppelung mit Fachdiensten der Altenhilfe zeigt sich als die beste Methode, diese Menschen zu erreichen und ihnen zu helfen, aber auch manche Bereiche der Altenhilfe zu entlasten.³⁷¹

³⁶⁶ Kramer 2011, S. 249ff; Fiel 2002, S. 63.

³⁶⁷ Schubert/Veil 2011, S. 118.

³⁶⁸ Kricheldorf 2008, S. 243.

³⁶⁹ Schubert/Veil 2011, S. 116.

³⁷⁰ Schubert/Veil 2011, S. 118ff.

³⁷¹ Kramer 2011, S. 251ff; Schubert/Veil 2011, S. 120.

4.1.2 Offizielle Netzwerke

Ein großes Defizit der kommunalen Dienste, die im Bereich der Altenhilfe tätig sind, sind die Fragmentierung der Aufgaben und daraus folgende Zergliederung der Prozesse, weshalb die Koordination mangelhaft ist. Die zahlreichen Schnittstellen zwischen verschiedenen Ressorts und Einrichtungen sind die Ursache der Entstehung der Doppelstrukturen oder wiederum Leerstellen. Daher wurde richtig erkannt das gerade verschiedene Netzwerke zur Überbrückung zwischen den operativen Inseln fungieren könnten. Dabei setzt man heutzutage viel mehr auf die schon existierende Netzwerke (primäre – Familie, Freunde und sekundäre – Vereine), die dann mit fachlichen Diensten gekoppelt und koordiniert werden. Die Hauptidee ist: alle verfügbaren Netzwerke zu mobilisieren und die Interaktion durch die „Akteursbrücken“ zu gewährleisten.³⁷²

Wichtig ist der Informationsaustausch, der in einem informellen Umgebung stattfinden sollte, zu organisieren, da die Interaktion auf diese Weise gesteigert wird. Die Institutionen, Organisationen und Vereine können dadurch wichtige Informationen an einzelne Personen weiterleiten und sogar die zurückgezogenen Senioren erreichen. Die Wohnquartiere können dabei als Grundglied beim Aufbau des Netzwerkes dienen, wobei verschiedenste Akteure engagiert werden können. Um ein solches Netzwerk verwirklichen zu können, muss man die gesamte Vorgehensweise sorgfältig planen. Man sollte nämlich die Perspektive der Senioren untersuchen aber auch die anderen Netzwerkpartner identifizieren und für die Mitarbeit gewinnen. Die Aufgaben und Ziele müssen konzipiert werden, um alle zum Konsens zu bringen.³⁷³

Die beiden Schwerpunkte eines amtlichen Netzwerkes wären einerseits Vorstand, der die Aktivitäten koordiniert, und andererseits die Servicestelle, die sie organisiert. Die Servicestelle ist eine Kontakt- und Anlaufstelle sowohl für Netzwerkpartner als auch für die Bevölkerung. Sie ist ein Vermittler zwischen den Bedürfnissen der Senioren und dem Angebot der Dienstleister.³⁷⁴ Die Betonung wird dabei auf die Bevorzugung der ambulanten vor stationären Betreuung sowie der Vorbeugung und Rehabilitation gelegt. Hinzu kommt noch die Unterstützung der Senioren als aktive Mitglieder der Gesellschaft von der Gemeinde aufwärts.³⁷⁵ Das Hauptziel ist die Synchronisation der Versorgungskapazitäten und der Bedürfnisse der älteren Menschen, so dass sie möglichst lange selbstständig in der eigenen Wohnung leben können.³⁷⁶

³⁷² Schubert/Veil 2011, S. 122f.

³⁷³ Schubert/Veil 2011, S. 124f; Wolter 2010, S. 216.

³⁷⁴ Wolter 2010, S. 212.

³⁷⁵ Schubert/Veil 2011, S. 115.

³⁷⁶ Wolter 2010, S. 210.

4.2 Technologie

Das Alltag der Senioren wird zunehmend durch die modernste Technologie, insbesondere jener aus dem Bereich der Informatik und Elektronik, geprägt. Die Technologie wird auch zunehmend bei der Lösung spezifisch seniorenbezogener Problemen angewendet. Sie wird z.B. im rein pflegerischen und medizinischen Bereich eingesetzt (z.B. elektronisch geführte Krankenakten, die den Ärzten über das Internet zugänglich sind), aber auch als Unterstützung im Wohnalltag. Viele Aspekte des Lebens der Senioren werden von der Technologie beeinflusst, wie z.B. die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit, Kompensation der altersbedingten Einschränkungen, die Aufrechterhaltung der sozialen Teilhabe und die Vermeidung der Isolation und der Langweile.³⁷⁷

Das Fördern der innovativen Strategien für die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit der Senioren könnte in der Zukunft durch die Kombination der Unterstützungsnetzwerke und der technologischen Lösungen aufgebaut werden.³⁷⁸ Die Zunahme der chronisch Kranken bedeutet auch, dass altersgerechte Wohnungen viel mehr mit den unterstützenden Dienstleistungen und intelligenten Assistenzsystemen ausgestattet sein sollten (sog. Ambient Assisted Living – AAL). Die vernetzten Haushaltstechnologien bedeuten jedoch eine branchenübergreifende Kooperation.³⁷⁹ Die Technologie als Teil der Grundausstattung der Wohnungen wird heute beim Wohnungsbau und bei Sanierungen auch stärker berücksichtigt. Die Forschungen zeigen zudem ein zunehmendes Interesse bei den Senioren bezüglich der Anwendung der modernen Technologie zur Unterstützung der Selbstständigkeit im Alter.³⁸⁰

Das bezieht sich in der ersten Linie auf die Kommunikationstechnologie. Verschiedene medizinische Gadgets wie z.B. automatische Monitoring des Gesundheitszustandes und Feedback sowie Erinnerungsmelder werden heute oft eingesetzt. Es wird erwartet, dass die Assistenztechnologie eine noch wichtigere Rolle in der Zukunft spielen wird.³⁸¹ Zurzeit ist die Effizienz und Qualität neuer Technologien jedoch noch immer relativ niedrig, weil die Menschenkraft noch immer dominiert und die Technologiedichte noch immer relativ niedrig ist.³⁸² Die Schwierigkeiten mit der Verwendung von neuen Technologien sind ebenfalls relevant.³⁸³

³⁷⁷ Friesdorf/Heine 2007, S. 50.

³⁷⁸ Heinze/Naegele 2010, S. 307; van Veldhoven/Vastenburg/Keyson 1998, S. 127.

³⁷⁹ Heinze/Naegele 2010, S. 306.

³⁸⁰ Friesdorf/Heine 2007, S. 50.

³⁸¹ van Veldhoven/Vastenburg/Keyson 1998, S. 126f.

³⁸² Rodriguez/Fischer/Kingston 2005, S. 160.

³⁸³ van Veldhoven/Vastenburg/Keyson 1998, S. 127.

4.2.1 Technologie und Senioren

Die Verbreitung technischer Geräte ist bis heute in den Seniorenhaushalten enorm gestiegen. Die technischen Möglichkeiten sind ebenfalls viel größer geworden aber die Bedienung dieser Geräte ist auch komplizierter geworden.³⁸⁴ Die älteren Senioren benutzen die Technologie jedoch weniger als die jüngeren.³⁸⁵ Die älteren Männer kennen sich unterdessen etwas mehr mit der Technologie als die älteren Frauen aus.³⁸⁶

Die Informations- und Kommunikationstechnik wird ebenfalls von den Senioren benutzt, obwohl weniger als von den jüngeren Menschen. Das bezieht sich insbesondere auf die neueren technologischen Erfindungen wie z.B. das Internet (von den über 60-Jährigen nur knapp 8%).³⁸⁷ Die Presse, Hörfunk und Fernsehen sind nämlich noch immer die Hauptinformationsquellen der Senioren und das Internet wird nicht bevorzugt.³⁸⁸ Das liegt daran, dass die Senioren weniger mit dem Internet vertraut sind, aber auch weil die Internetangebote hauptsächlich für erfahrene Benutzer konzipiert sind.³⁸⁹ Ein Einstieg der Internetbenutzer ist noch zu erwarten, weil die jetzigen erfahrenen Benutzer langsam in die Kategorie der Senioren übergehen.³⁹⁰ Für den Anstieg der Senioren im Internet spricht auch das bequeme Benutzen von vielen Dienstleistungen (E-Mail, E-Banking, Radio, Fernsehen) aber auch Allwissenheit von internetbezogenen Angeboten.³⁹¹ Die Anzahl der Angebote für Senioren im Internet ist signifikant gestiegen, seit sie als attraktives Marktsegment erkannt wurden.³⁹²

Die komplexe Bedienung ist aber einer der größten Stolpersteine. Die IT-Produkte sind sehr oft mit vielen Menüs und Optionen unübersichtlich und ziemlich kompliziert konzipiert. Andererseits gibt es Geräte wie z.B. Handys, die von ihren Benutzer feine Motorik verlangen. Die Einführung neuer Prozeduren und Produkte kann auch den angewöhnten Lebensalltag stark beeinträchtigen, was wiederum die Ablehnung zur Folge haben kann. Anscheinend fällt es vielen Älteren zudem schwer, an die Information zu gelangen, wie man mit gewissen Technologien umgeht.³⁹³ Hier können Personen aus der Umgebung oder dem sozialen Netzwerk helfen.³⁹⁴ Die

³⁸⁴ Friesdorf/Heine 2007, S. 52.

³⁸⁵ Friesdorf/Heine 2007, S. 53ff.

³⁸⁶ Friesdorf/Heine 2007, S. 61.

³⁸⁷ Friesdorf/Heine 2007, S. 53; Seewald/John/Senger/Belbachir 2010, S. 213.

³⁸⁸ Kübler 2009, S. 105.

³⁸⁹ Seewald/John/Senger/Belbachir 2010, S. 213.

³⁹⁰ Friesdorf/Heine 2007, S. 54, 61; Kübler 2009, S. 100, 105; Peskes 2001, S. 43, 67, 344.

³⁹¹ Kübler 2009, S. 105.

³⁹² Peskes 2001, S. 42.

³⁹³ van Veldhoven/Vastenburger/Keyson 1998, S. 126f.

³⁹⁴ van Veldhoven/Vastenburger/Keyson 1998, S. 129.

technischen Lösungen werden auch sehr oft als unpersönlich empfunden.³⁹⁵

Wegen der Anpassungsmöglichkeiten der Technologie ist es jedoch zu erwarten, dass in der nahen Zukunft die gesamte Kommunikations- und Informationstechnik ‚seniorenleicht‘ wird.³⁹⁶ Die Benutzung von alltäglichen Geräten wie die Mikrowelle, Handy oder Rechner kann dabei als Vorstufe für die Assistenztechnologie dienen.³⁹⁷ Trotzdem ist die Akzeptanz der Assistenztechnologie noch immer das Hauptproblem bei ihrer Anwendung.³⁹⁸ Dabei sollte man doch nicht vergessen, dass manche technologische Konzepte (etwa im Bereich der ambulanten Pflege und der Telemedizin für Risikopatienten oder bei einer ambulanten Rehabilitation) schlicht nicht rentabel sind, weshalb man sie optimieren oder mit anderen klassischen professionellen Dienste (etwa der Pflegedienste und Ärzte) kombinieren muss.³⁹⁹ Zusätzlich sind Frühuntersuchungen und die Entwicklung von Konzepten wichtig, da die Wohnungswirtschaft Zeit benötigen wird, für die Umstellung auf technologisch basierte Lösungen.⁴⁰⁰

In Hinsicht auf die konkreten Lebensbereiche wünschen sich die Senioren mehr technologische Lösungen :

- für die Verrichtung körperlich anspruchsvoller Hausarbeit wie Bodenreinigen, Fensterputzen;
- als Hilfe bei der Erledigung der routinemäßigen Hausarbeit wie z. B. Zubereitung der Mahlzeiten, Einkaufen, Waschen und Wügeln der Wäsche;
- zum Schutz vor Gefahren wie z. B. Brand, Einbruch, Wasserschaden;
- für mehr Bequemlichkeit im Alltag wie z. B. Rollläden/Jalousien steuern, Wohnung lüften, Rasenpflege, Pkw im Winter vorheizen;
- zur Erinnerung an wichtige Dinge und Termine wie z. B. Arzttermine, Geburtstage, Einkaufszettel;
- für die Gewährleistung der Mobilität, die wegen des Alters erschwert wird (z.B. beim Treppensteigen, In-die-Badewanne-einsteigen) und zur Unterstützung der Autonomie in Hinsicht auf die anderen Menschen, wie z. B. zur Versorgung von Pflanzen und Haustieren, Briefkastenleeren während des Urlaubs.⁴⁰¹

In drei Bereichen des Lebens im Alter wurden bereits deutliche technologische Fortschritte

³⁹⁵ Heinze/Naegele 2010, S. 306.

³⁹⁶ Heinze/Naegele 2010, S. 305; Kübler 2009, S. 105.

³⁹⁷ Vincent/Phillipson/Downs 2006, S. 185.

³⁹⁸ van Veldhoven/Vastenburg/Keyson 1998, S. 127.

³⁹⁹ Heinze/Naegele 2010, S. 308.

⁴⁰⁰ Heinze/Naegele 2010, S. 305.

⁴⁰¹ Friesdorf/Heine 2007, S. 56.

erzielt. Das sind die medizinische Behandlung, der Haushalt und die sozialen Aspekte bzw. Unterhaltung.

4.2.1.1 Medizin

Im Bereich der Pflege und Medizin wird die Technologie in verschiedenen Bereichen angewendet. Zum Beispiel gibt es elektronisch geführte Krankenakten, die von den Klienten an die anderen Dienstleister sowie die Pfleger weitergeleitet werden können. Die Krankenakten können auf diese Weise auch von den Patienten selbst und ihren Angehörigen benutzt werden.⁴⁰² Dieses Konzept erleichtert etwa die Entlassung aus einem Spital und den Transfer nach Hause. Auch beim Umzug (sogar ins Ausland) kann dies hilfreich sein.

Die sogenannten intelligenten Technologien, die schon erprobt sind, ermöglichen es, dass der Gesundheitszustand der Senioren oder ihre Sicherheit in der Wohnung unauffällig überwacht wird.⁴⁰³ Vor allem wird auf Kommunikationstechnologie basierende Technik zunehmend für die Fernüberwachung des Gesundheitszustands der Patienten in ihren Heimen sowie für schnelle Hilfe verwendet.⁴⁰⁴ Man kann auf diese Weise die Grundkontrollen wie z.B. Blutdruck-, Herz-, Zuckermessungen alleine zu Hause machen und per Internet an den Arzt schicken. Dadurch kann ein gelegentlicher Arztbesuch zwar nicht völlig ausgeschlossen werden, ständiges Pendeln zum Arzt hingegen schon.⁴⁰⁵ Solche relativ einfache Technologie kann man auch in verschiedenen Seniorentreffpunkten, wie z.B. Tagesstätten kostenlos oder günstig anbieten.⁴⁰⁶

Eine ähnliche Lösung ist ein Call-Center mit medizinischem oder nichtmedizinischem Personal, das rund um die Uhr zur Verfügung steht und kontaktiert werden kann, um die medizinische Daten (Blutdruck, Zuckerspiegel), Unfälle im Haushalt, Ratschläge für Diäten oder verschiedene Erinnerungsmeldungen zu bekommen. Die Klienten werden registriert und tragen ein Armband oder Medaillon, die mit einem Knopf ausgestattet sind. Schon die Kontakt zum nicht-medizinischen Personal kann die Lebensqualität erhöhen, indem verschiedene Formen der Angst und Besorgnis effektiv beseitigt werden oder das Gefühl der Sicherheit vermittelt wird. Dadurch wird die Autonomie der Älteren gewährleistet, aber auch ihre Angehörige entlastet, da sie sich keine Sorge mehr machen müssen. Dadurch sinken zudem die Kosten, da das Hospitalisieren vermieden wird aber auch die Mortalität sinkt.⁴⁰⁷

⁴⁰² Feddersen/Lüdtke 2007, S. 28.

⁴⁰³ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 27.

⁴⁰⁴ Vincent/Reinharz/Deaudelin/Garceau/Talbot 2006, S. 1.

⁴⁰⁵ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 19.

⁴⁰⁶ Karshmer/Karshmer 2004, S. 388.

⁴⁰⁷ Vincent/Reinharz/Deaudelin/Garceau/Talbot 2006, S. 2, 8.

4.2.1.2 Haushalt

Die wohnalltagsbezogenen Technologien sind schon jetzt zugänglich. Ein Beispiel dafür wäre das vernetzte Wohnen (auch: Ambient Assisted Living – AAL), die Informations- und Kommunikationstechnologien sowie die soziale Vernetzung unterschiedlicher Branchen voraussetzt.⁴⁰⁸ Ein ähnliches Beispiel ist SAID (Social Aid Interactive Developments), ein Projekt, das von der Europäischen Kommission sponsoriert wird. Das Ziel ist es, eine innovative IT-Infrastruktur zu schaffen, die den Älteren den Zugang zu verschiedenen Diensten erleichtert. Das Problem für die Senioren ist, dass sie erlernen müssen, wie ein Endterminal wie etwa ein PC verwendet wird. Das ist nicht leicht, da das Interface oft kompliziert ist. Daher wird im SAID der Fernseher als Endterminal benutzt, um die Klienten mit Notdiensten und Sozialen Hilfeorganisation schnell zu verbinden. Die benutzte Kommunikationsoberfläche ist dabei einfacher zu verstehen. Es werden nicht zu viele Optionen auf einmal angeboten, sondern die komplizierten Aufgaben in verschiedene Stufen geteilt. Zudem werden große Schriftarten mit bestimmten Farben und starkem Kontrast benutzt. Außerdem gibt es eine Feedback-Funktion, um die Abwicklung der Prozesse noch weiter zu optimieren. Immer wenn es möglich ist, wird die Audiokommunikation benutzt und die weniger wichtigen Entscheidungen vom System selbst getroffen. Die angebotene Hilfe ist vielfältig und besteht aus mehreren Kategorien, die nicht nur an den Haushalt gebunden sind (z.B. Unterhaltung, Ausbildung).⁴⁰⁹

Die Möglichkeiten für die Anwendung der Technologie rund um den Haushalt sind zahlreich und es scheint, dass nur die menschliche Phantasie hier Grenzen setzt. Man kann z.B. damit die Steuerung des Raumklimas oder Sicherheitssysteme den Anforderungen der Senioren anpassen.⁴¹⁰ Es ist zudem evident, dass auch das Internet von den Senioren zunehmend für den Zugang zu Informationen benutzt wird, was wiederum das Einkaufen im Internet und die Online-Bestellung verschiedener anderer Leistungen möglich macht.⁴¹¹

4.2.1.3 Unterhaltung

Ein Bereich, in dem man die Technologie einsetzen kann, ist die Unterhaltung, obwohl diese Idee etwas ungewöhnlich scheint. Langweile und Depression im Ruhestand sind keine Seltenheit, da die alten Freunde oft schon verstorben oder nicht mehr mobil sind und die Kinder nicht in der

⁴⁰⁸ Heinze/Naegele 2010, S. 305.

⁴⁰⁹ Rodriguez/Fischer/Kingston 2005, S. 160f.

⁴¹⁰ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 13.

⁴¹¹ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 26.

Nähe wohnen. Daher gibt es bereits Versuche, eine leicht bedienbare Multimediaplattform anzuwenden, die spielbasierte Multimediaanwendungen mit webbasierten Informations- und Kommunikationsdienstleistungen verbindet, wobei eine modulare Benutzung auf dem Fernseher vorgesehen ist. Das Ziel ist, den Senioren verschiedene Freizeitbeschäftigungen wie Singen, Tanzen oder virtuelles Autofahren zu ermöglichen. Es wäre möglich, solche Programme den sozial isolierten Senioren anzubieten, damit sie mit ihrer Hilfe neue virtuelle und reale Beziehungen innerhalb und über die Nutzergemeinschaft hinaus knüpfen.⁴¹²

5. Neue Gruppen

Die höhere Lebenserwartung in den Industrieländern hat auch neue Kategorien der Älteren in den Mittelpunkt gebracht. Ein höherer Dienstleistungsbedarf heutzutage und besonders in der Zukunft ist in Hinsicht auf die psychisch veränderte Menschen (insbesondere Personen mit demenziellen Erkrankungen), ältere Menschen mit Behinderung, allein lebende ältere Menschen, helfende und/oder pflegende (häufig bereits selbst schon ältere) Angehörige, ältere Menschen mit einer durch Zuwanderung bestimmten Biografie zu erwarten.⁴¹³ Daher ist es notwendig sich mit diesen Kategorien und ihren (Wohn)Bedürfnissen in der Forschung etwas intensiver zu beschäftigen.

5.1 Migranten

Die Migranten sind eine immer größer werdende Gruppe in den westlichen Ländern, wobei der Anteil je nach Altersgruppe stark variiert (unter den jüngeren gibt es mehr Migranten oder Menschen mit einem Migrationshintergrund).⁴¹⁴ Die Migranten selbst sind wiederum keine homogene Gruppe. Die Unterschiede beziehen sich weniger auf die ethnische Herkunft und soziale Lage, sondern viel stärker auf die Wertvorstellungen, Lebensstile und ästhetischen Vorlieben. In ihren Grundwerten sind die Unterschiede zu den Einheimischen auch äußerst unterschiedlich. Es gibt jene, die in ihren Ansichten traditioneller, aber auch jene, die soziokulturell liberaler als die

⁴¹² Seewald/John/Senger/Belbachir 2010, S. 212f.

⁴¹³ Naegele 2011, S. 412; Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 36.

⁴¹⁴ Wolter 2010, S. 210; Waltz 2010, S. 218; Schopf/Naegele 2005, S. 384f.

Einheimischen sind.⁴¹⁵ Unter den verschiedenen Migrantenkategorien gibt es auch jene, die etwas mehr Ähnlichkeiten mit der einheimischen Bevölkerung zeigen als die anderen Gruppen. Die Verheirateten- und Verwitwetenquoten der älteren Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien ähneln zum Beispiel viel mehr solchen Quoten der einheimischen Deutschen als entsprechende statistische Parameter der türkischstämmigen Migranten.⁴¹⁶

Die Lage der Senioren mit dem Migrantenhintergrund unterscheidet sich negativ von der Lage der gleichaltrigen Einheimischen und zwar erheblich, weshalb der Handlungsbedarf auch größer ist.⁴¹⁷ Diese Unterschiede sind meistens die Folge der früheren strukturellen Defiziten (ein niedrigeres Ausbildungsniveau und daher fehlende Karrierechancen).⁴¹⁸ Die finanzielle Lage der älteren Migranten ist allgemein schlecht, da sie im Durchschnitt über einem niedrigeren Einkommen als die Einheimischen verfügen. Wegen der prekären beruflichen Situation sind viele Migranten gezwungen, möglichst lange beruflich aktiv zu bleiben, da entweder ihr Einkommen sehr niedrig ist oder ein Pensionsanspruch nicht vorhanden oder zu gering ist.⁴¹⁹

Gerade die Wohnbedingungen sind ein guter Indikator des Lebensstandards und der gesellschaftlichen Position und daher der Integration der Migranten.⁴²⁰ Die Wohnungen der Migranten sind generell kleiner und schlechter ausgestattet als jene der älteren deutschstämmigen Bevölkerung.⁴²¹ Die älteren Migranten verfügen im Durchschnitt über 34qm, was außerordentlich wenig ist und beim Umbau bzw. bei der Anwendung von Hilfsmitteln im Alter ein unüberwindbares Hindernis darstellt.⁴²² Die Ausstattung der Wohnungen wie Zentralheizung, Balkon, Garten oder Terrasse, aber auch Haushaltsgeräten, Computern u.ä. ist ebenfalls im Vergleich zu den Deutschen bescheidener. Migranten leben auch viel häufiger in Miethaushalten als Deutsche ohne Migrationshintergrund. Diese Unterschiede sind hauptsächlich auf die finanziellen Einschränkungen und bestehenden Wohnungsmarktbarrieren zurückzuführen und nicht mit dem größeren Anteil von (Groß-)Städtern unter den Migranten zu erklären.⁴²³

Die schwere soziale und finanzielle Lage ist der Grund, warum sich ältere Migranten häufiger in einem schlechteren Gesundheitszustand befinden und einen erschwerten Zugang zur

⁴¹⁵ Schubert/Veil 2011, S. 117.

⁴¹⁶ Macek 2009, S. 46.

⁴¹⁷ Schopf/Naegele 2005, S. 384.

⁴¹⁸ Waltz 2010, S. 219; Macek 2009, S. 46.

⁴¹⁹ Macek 2009, S. 46f.

⁴²⁰ Schopf/Naegele 2005, S. 388.

⁴²¹ Waltz 2010, S. 226; Macek 2009, S. 47; Schopf/Naegele 2005, S. 388.

⁴²² Schopf/Naegele 2005, S. 388; Voges/Zinke 2010, S. 303.

⁴²³ Schopf/Naegele 2005, S. 388.

pflegerischen und sozialen Betreuung erhalten.⁴²⁴ Dennoch muss man bemerken, dass das pflegerische und unterstützende Angebot für diesen Teil der Bevölkerung generell ungenügend ist.⁴²⁵ Die Zugangsbarrieren sind in erster Linie bereits bei der Inanspruchnahme von professionellen Hilfe- und Pflegeleistungen bemerkbar, da ein Mangel der entsprechenden Kenntnisse evident ist. Das bezieht sich auf Informationsdefizite, Verständigungsschwierigkeiten und Sprachbarrieren, kulturell begründete/r unterschiedliche/r Auffassung von und Umgang mit Krankheit und Gesundheit, finanzielle und rechtliche Fragen sowie fehlende Beratungsangebote, fehlendes Fachpersonal mit kultursensibler Kompetenz, sowie nicht zuletzt ausgrenzende Einstellungen und Verhaltensweisen von Seiten der Anbieter.⁴²⁶

Vor allem eine muttersprachliche Beratung über die geeigneten Versorgungsangeboten ist generell wünschenswert, wobei bildungsschwache Nutzer bzw. Analphabeten besonders beachtet werden müssen. Das Engagement von Multiplikatoren aus den jeweiligen Ethnien wäre eine mögliche Lösung, die an der Schnittstelle zwischen den Senioren, Behörden, Kliniken und anderen Institutionen dienlich sein könnten.⁴²⁷

Die Unterstützungsmuster (kognitiv, emotional, instrumentell) von Deutschen und Nichtdeutschen unterscheiden sich kaum. Die Pflege der Älteren beruht aber vor allem auf den familialen Strukturen.⁴²⁸ Es ist auch nicht selten, dass sich die älteren Migranten nach der Pensionierung in die Familie oder Herkunftsgruppe zurückziehen, weshalb die Rolle der Familie noch wichtiger wird. Dieser Rückzug bedeutet aber auch eine größere Distanz zur einheimischen Bevölkerung.⁴²⁹ Gewisse Unterschiede in der familialen Struktur im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung sind aber noch immer evident. Bei den ausländischen über 65-Jährigen ist es üblicher, dass mehr Personen in einem Haushalt leben als bei den Deutschen.⁴³⁰ Besonders unter den türkischstämmigen Migranten kommt es öfter vor, dass mehrere Generationen zusammenleben. Die Frauen sind aber, gleichermaßen wie bei den Deutschen, viel häufiger vom Alleinleben bedroht.⁴³¹ Die familienbezogene Unterschiede werden aber in der letzten Zeit immer kleiner. Die Ledigenquote war z.B. früher unter den Migranten überdurchschnittlich niedrig, was jetzt nicht mehr der Fall ist, da es vermehrte Rückwanderung aber auch Familiengründung sowie

⁴²⁴ Macek 2009, S. 47.

⁴²⁵ Schopf/Naegele 2005, S. 385.

⁴²⁶ Schopf/Naegele 2005, S. 388.

⁴²⁷ Schopf/Naegele 2005, S. 393.

⁴²⁸ Schopf/Naegele 2005, S. 391f.

⁴²⁹ Macek 2009, S. 50.

⁴³⁰ Schopf/Naegele 2005, S. 388.

⁴³¹ Waltz 2010, S. 226.

Familienzuwanderung gibt. Die noch bestehenden Unterschiede sind minimal.⁴³²

Relativ stabile familiären Hilfenetzwerke zeigen sich als sehr wichtig und deshalb sollte man die älteren Migranten nicht automatisch als isoliert und hilflos betrachten.⁴³³ Trotz ausgeprägter Generationssolidarität ist zu beobachten, dass auch die älteren Migranten wegen ihrer typischen Lebenssituation zunehmend in Pflegeheimen untergebracht werden, wobei jene, die für ihre jeweilige Herkunftsgruppe spezialisiert sind, bevorzugt werden.⁴³⁴ Obwohl die Kinder noch immer bei instrumentellen Angelegenheiten helfen, können die deutschen Senioren aber mit einer größeren Zahl der Helfer rechnen. Das gilt insbesondere für die Bereiche (wie z.B. der instrumentelle Bereich (z. B. Saubermachen)), in denen hauptsächlich außerfamiliäre Hilfskräfte engagiert werden.⁴³⁵

In der Zukunft jedoch ist aufgrund der globalen gesellschaftlichen Veränderungen (Individualisierung und Pluralisierung der Lebensformen, wachsende räumliche Mobilität und Flexibilität der Erwerbspersonen sowie der demografisch bedingten Reduzierung des familiären Netzwerkes) mit einer Schwächung der informellen Unterstützungsnetzwerke zu rechnen.⁴³⁶ In der Zukunft ist ebenso global mit einer wachsenden ethnischen und kulturellen Differenzierung des Alters zu rechnen.⁴³⁷ Die Pfleger werden deshalb in ihrem Arbeitsalltag zunehmend mit unterschiedlichsten Ethnien, Nationen, Glaubensrichtungen und sozialen Kategorien konfrontiert, weshalb eine kultursensible Pflege notwendig wird.⁴³⁸ Daher werden vor allem im Bereich der Vernetzung, Kooperation und Steuerung aller beteiligten Akteure/innen, der Informationsarbeit und in der Aus-, Fort- und Weiterbildung entsprechende Schritte gefordert, die die Leistungsangebote der pflegerischen Dienste und Einrichtungen besser auf die künftig steigenden Hilfe- und Pflegebedarfe älter werdender Migranten vorbereiten sollen.⁴³⁹

5.1.1 Wohnwünsche der älteren Migranten

Die Mehrheit der Senioren mit ausländischer Herkunft erhofft sich, den Lebensabend innerhalb der Familie zu verbringen und falls notwendig von den Verwandten gepflegt zu werden.⁴⁴⁰ Die Haltung gegenüber den Altenheimen ist unter den Migranten generell ablehnend, wobei es keine Unterschiede zwischen den Kindern und Eltern gibt. In der ersten Linie ist diese Haltung

⁴³² Macek 2009, S. 45.

⁴³³ Schopf/Naegele 2005, S. 384.

⁴³⁴ Thieme 2008, S. 259.

⁴³⁵ Schopf/Naegele 2005, S. 391f.

⁴³⁶ Schopf/Naegele 2005, S. 391.

⁴³⁷ Schopf/Naegele 2005, S. 385.

⁴³⁸ Macek 2009, S. 52.

⁴³⁹ Schopf/Naegele 2005, S. 384.

⁴⁴⁰ Waltz 2010, S. 228; Altintop 2010, S. 106.

durch die psychologische Gründe wie Scham, Verpflichtung oder religiöse Gefühle (besonders bei den Moslemen) begründet. Dazu kommen noch die Angst vor der sprachlichen Isolation, Essensvorschriften (helâl Essen), der Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege aber auch Mangel an kulturspezifischen Angeboten (Musik, Film in der Muttersprache).⁴⁴¹ Diese Ängste sind nicht unbegründet, da das Personal mit speziellen Kompetenzen hinsichtlich der Sprache und des kulturellen Rahmens (spezifische Landeskunde) meistens nicht vorhanden ist. Der Einzug der inter- und transkulturellen Aspekten nimmt aber deutlich zu und die kultursensible Pflege in der Form von spezifischen Abteilungen wie z.B. die Organisation einer mediterranen Abteilung für Spanier, Portugieser und Italiener in einem Altenheim ist keine Seltenheit.⁴⁴² Es ist allerdings ebenso zu bemerken, dass die Migranten nicht gut mit den einheimischen Pflegesystemen vertraut sind.⁴⁴³

Geringe Kenntnisse über die Möglichkeiten im Gastland sowie der Gesundheitszustand und mangelnde finanzielle Mittel führen Migranten dazu, über die Rückkehr ins Heimatland nachzudenken.⁴⁴⁴ Die Pflegehilfe scheint oft im Heimatland finanziell günstiger zu sein, was einer der wichtigsten Faktoren wäre, da die Migranten wegen der psychischen und körperlichen Belastungen in der Erwerbsarbeitsphase öfters zu einem Pflegefall werden.⁴⁴⁵

Die Wahrscheinlichkeit zurückzukehren sinkt allerdings mit dem zunehmenden Alter.⁴⁴⁶ Die älteren Migranten befinden sich nämlich meistens in einem Zwiespalt. Einerseits ist eine emotionale, soziale manchmal auch politische Entfremdung vom Ursprungsland festzustellen und andererseits sind die strukturellen Bedingungen (z.B. medizinische Versorgung) im Aufnahmeland viel besser. Es ist nicht zu vergessen, dass auch viele ältere Migranten in der Nähe ihrer im Aufnahmeland sozialisierten Kindern und Enkeln bleiben wollen. Dazu kommen noch ihre mühsam aufgebauten sozialen Netzwerke, die man weiterpflegen will und der bekannte Stadtteil, in dem man weiter wohnen will.⁴⁴⁷ Das Pendeln zwischen dem Aufnahme- und dem Herkunftsland wäre eine Möglichkeit, obwohl sie konsequent nur von den gut situierten und rüstigen älteren Migranten benutzt wird. Ein solches Pendeln bleibt meist auch auf eine kürzere Zeit des Jahres (wie die Sommerferien) begrenzt.⁴⁴⁸

⁴⁴¹ Altintop 2010, S. 105.

⁴⁴² Feddersen/Lüdtke 2007, S. 20.

⁴⁴³ Waltz 2010, S. 228.

⁴⁴⁴ Macek 2009, S. 50; Waltz 2010, S. 228.

⁴⁴⁵ Waltz 2010, S. 228.

⁴⁴⁶ Schopf/Naegele 2005, S. 385.

⁴⁴⁷ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 20; Macek 2009, S. 51; Schopf/Naegele 2005, S. 385; Waltz 2010, S. 229.

⁴⁴⁸ Schopf/Naegele 2005, S. 385; Waltz 2010, S. 217; Macek 2009, S. 51.

5.2 Altbauer

Wie in der Stadt sind auch auf dem Land die älteren Menschen eine Gruppe, die immer größer wird. Neben den üblichen Aspekten, die ebenfalls das Alter der Senioren in der urbanen Umgebung beeinflussen, ist in den ländlichen Gemeinden zumeist ökonomisch bedingte Abwanderung der jüngeren Menschen ein stark ausgeprägter Faktor.⁴⁴⁹ Viele ländliche Räume in Europa sind sozialwirtschaftlich schon verfallen und die Senioren stellen eigentlich eine Art Restbevölkerung dar, die nach der Abwanderung der Jugend, zurückgeblieben ist. Andere wichtige Aspekte, die die Lebenslage der älteren Bauern beeinflussen, sind die Qualität der Pensionsversicherung, der Zugang zu den sozialen Diensten, die Ausstattung der Wohnungen und die allgemeine Funktionsfähigkeit des ländlichen Raumes.⁴⁵⁰

Die Umgebung der älteren Bauern ist aber als heterogen zu bezeichnen. In den ländlichen Gebieten kann man nämlich mehrere Siedlungszonen unterscheiden, die die Versorgung der Senioren prägen. Man kann also die Agrargemeinden mit hohem Anteil von Haupterwerbslandwirten, Berg(bauern)gemeinden mit überwiegend bergbäuerlichen Betrieben und charakteristischer Streulage der Betriebe sowie industrienahen Gemeinden mit hohen Anteilen von Nebenerwerbslandwirten und Auspendlern und entsprechend engen Kontakten mit den größeren (städtischen) Zentren unterscheiden.⁴⁵¹ Die innere Struktur der Gemeinden bezieht sich auf den Siedlungstyp sowie durchschnittliche Entfernung der Bauernhöfe zum Ortszentrum mit Versorgungs- und Dienstleistungseinrichtungen. Diese Faktoren sind entscheidend für die Nahversorgungslage, die unmittelbar den Alltag betrifft. Der Ausbau des ländlichen Wegenetzes sowie die anderen Anlagen, wie z.B. Telefonanschluss und Internetanschluss kommen noch dazu.⁴⁵²

Gerade die mangelhafte Grundinfrastruktur ist in den ländlichen Gebieten eine Schwachstelle der Seniorenversorgung insgesamt. Keine Einkaufsmöglichkeiten in Geheerreichbarkeit bzw. schlechte Verkehrsbedingungen zum nächsten Einkaufsort verknüpft mit der körperlichen Behinderung erschweren zum Beispiel deutlich die Grundversorgung in den ländlichen Gebieten, wobei diese Aspekte besonders in den Berggemeinden ausgeprägt sind.⁴⁵³ Auch die Abwanderungsgebiete stellen in diesem Sinn eine Schwachstelle dar.⁴⁵⁴ Die Unzugänglichkeit der

⁴⁴⁹ Pevetz 1983, S. 11.

⁴⁵⁰ Pevetz 1983, S. 28.

⁴⁵¹ Pevetz 1983, S. 41.

⁴⁵² Pevetz 1983, S. 50.

⁴⁵³ Pevetz 1983, S. 183.

⁴⁵⁴ Pevetz 1983, S. 28.

ärztlichen Dienste kann als Teil dieses Grundversorgungsproblems betrachtet werden.⁴⁵⁵ Die lokalen Unternehmer wie z.B. Bäcker oder Fleischhauer können mit eigener Initiative eine lokale mobile Versorgung organisieren, was die Notlage teilweise mildern kann.⁴⁵⁶ Neben der Grundversorgung ist auch der Gesundheitszustand der Senioren auf dem Land ein grundlegendes Problem. Schwere körperliche Arbeit das ganze Leben lang sowie die mangelhafte Möglichkeit und Bereitschaft medizinisch betreut zu werden tragen zu dieser Erscheinung bei.⁴⁵⁷ Eventuelle interfamiliale Konflikte können die Lage der Senioren auf dem Lande zusätzlich erschweren, da sie oft an die Hilfe der anderen Familienmitglieder angewiesen sind.⁴⁵⁸

Aus diesem Bild ergibt sich die Schlussfolgerung, dass die Mobilität der Altbauer wichtiger geworden ist, da einst autarke Bauernhöfe heutzutage meistens von außen versorgt werden müssen.⁴⁵⁹ Das Verkehrsnetz ist aber oft nicht gut genug ausgebaut und zwar insbesondere in den Streusiedlungsgebieten, wo nur die Ortskerne ans Verkehrsnetz angeschlossen sind. Besonders im Notfall ist das ein Problem, weshalb sich die Zugänglichkeit der Kommunikationstechnologie als ein wichtiger Teil der Infrastruktur zeigt.⁴⁶⁰ Der fehlende öffentliche Verkehr muss durch die eigene Transportarrangement ersetzt werden, was teilweise durch größere Hilfsbereitschaft seitens Familie und der Nachbarn ausgeglichen wird.⁴⁶¹ Die Männer sind allerdings verkehrsmäßig besser versorgt als die Frauen.⁴⁶²

Das Problem im Alter üblicher Vereinsamung ist auf dem Land zumindest in der äußersten Form sehr selten und keine Massenerscheinung wie in den Städten. Dafür gibt es mehrere Ursachen. Üblicherweise haben die bäuerlichen Familien mehr Kinder, mit denen die Bauer mehr oder weniger in einer Hausgemeinschaft wohnen.⁴⁶³ Es ist nicht nur so, dass die älteren Bauern bei ihren verheirateten Kindern und Enkelkindern bleiben, sondern über 80% arbeiten nach der Hofübergabe weiterhin auf dem Hof.⁴⁶⁴ Über 80% der Altbauern sehen ihre Kinder oder Schwiegerkinder täglich und zwar handelt es sich dabei nicht um Besuche, sondern um eine Hausgemeinschaft über die Generationen hinweg. Das ist in den Agrargemeinden stärker ausgeprägt als in den Berggemeinden (schlechte Verbindungslage) oder in den industrienahen Gemeinden (eher städtische

⁴⁵⁵ Pevetz 1983, S. 181.

⁴⁵⁶ Pevetz 1983, S. 51.

⁴⁵⁷ Pevetz 1983, S. 22, 236.

⁴⁵⁸ Pevetz 1983, S. 181.

⁴⁵⁹ Pevetz 1983, S. 180.

⁴⁶⁰ Pevetz 1983, S. 51.

⁴⁶¹ Pevetz 1983, S. 22.

⁴⁶² Pevetz 1983, S. 185.

⁴⁶³ Pevetz 1983, S. 22.

⁴⁶⁴ Pevetz 1983, S. 29.

Verhaltensmuster).⁴⁶⁵ Die Nachbarschaft ist ebenfalls im Unterschied zur Stadt funktionsfähiger. Davon weichen die Abwanderungsgebiete ab. Die subsidiären Versorgungseinrichtungen und sozialen Dienste sind in der Regel auf dem Land viel seltener anwesend, wovon gerade die Abwanderungsgebiete betroffen sind.⁴⁶⁶ Der Kinderreichtum und das Zusammenwohnen mehrerer Generationen in einem Haushalt sowie gute nachbarschaftliche Beziehungen machen das Sozialnetz auf dem Land im Unterschied zur Stadt funktionsfähiger.⁴⁶⁷

Unter den älteren Bauer gibt es auch weniger Geschiedene als in der Stadt.⁴⁶⁸ Erst der Tod des Ehegatten verursacht die Vereinsamung und erschwert die Lage.⁴⁶⁹ Die verwitweten Männer sind etwas häufiger betroffen, da sie besondere Schwierigkeiten haben, den Alltag zu meistern.⁴⁷⁰ Die Frauen auf dem Land sind in der Regel selbstständiger in der Haushaltsführung als die Männer, weshalb auch die Anzahl der selbstversorgenden Frauen höher ist.⁴⁷¹ Das Gefühl der Einsamkeit nimmt dennoch mit dem Lebensalter zu. Die finanziell schlechter gestellten Altbauern (wie etwa die Empfänger von Hilflosenzuschuss und Sozialhilfe) fühlen sich auch einsamer als andere.⁴⁷² Der Ausbau des ländlichen Wegenetzes und das heutige Mobilitätsniveau der bäuerlichen Familien mildern allerdings Erscheinungen wie Isolation.⁴⁷³ Eine der Lösungen bestünde in einem in Japan verbreiteten Altenklub (rojin kurabu), wo sich die älteren Bauer treffen können.⁴⁷⁴ Die vereinsamten sind auch mit ihrer Wohnlage deutlich unzufriedener als die anderen, nicht vereinsamten Altbauern.⁴⁷⁵

Das Zusammenleben in den Mehrgenerationen-Familien und der von engen räumlichen und sozialen Verhältnissen geprägten Lebensweise birgt in sich aber auch gewisse spezifische Probleme. Die Konflikte allgemein und zwischengenerationelle Konflikte insbesondere sind etwas höher ausgeprägt. Sie können dennoch durch die getrennte Wohneinheiten imselben Haus oder in der unmittelbaren Nähe vermieden werden ("Gemeinsamkeit auf Abstand").⁴⁷⁶ Trotzdem ermöglichen die nicht getrennten oder unmittelbar nahen Wohnstätten viel größere Teilnahme am Familienleben.⁴⁷⁷

⁴⁶⁵ Pevetz 1983, S. 138f.

⁴⁶⁶ Pevetz 1983, S. 22.

⁴⁶⁷ Pevetz 1983, S. 26f, 58.

⁴⁶⁸ Pevetz 1983, S. 55.

⁴⁶⁹ Pevetz 1983, S. 147.

⁴⁷⁰ Pevetz 1983, S. 56.

⁴⁷¹ Pevetz 1983, S. 130.

⁴⁷² Pevetz 1983, S. 148.

⁴⁷³ Pevetz 1983, S. 50.

⁴⁷⁴ Pevetz 1983, S. 34.

⁴⁷⁵ Pevetz 1983, S. 173.

⁴⁷⁶ Pevetz 1983, S. 33.

⁴⁷⁷ Pevetz 1983, S. 151.

Die für den Alter sehr wertvolle „Freizeit-Kultur“ ist auf dem Lande zumeist unterentwickelt und sogar die Kommunikation zu den Ehepartnern oder Kindern bleibt auf einem niedrigerem Niveau.⁴⁷⁸ Die sozialen Beziehungen sind ebenfalls sowohl qualitativ als auch quantitativ beschränkt und gehen über den familialen oder nachbarschaftlichen Horizont nicht hinaus. Die Zwangsläufigkeit dieser Beziehung und keine breitere Wahl der Freunde kann sich auf die bestehenden Beziehungen negativ auswirken.⁴⁷⁹

Da die Senioren wenigstens als Mithelfende noch weiter arbeiten, wird auf dem Land der "Pensionierungsschock" jedoch vermieden.⁴⁸⁰ Dabei sind noch erwerbstätige Männer über 65 hauptsächlich die selbstständigen Familienmitglieder und die Frauen dagegen Mithelfenden.⁴⁸¹ Das kann allerdings auch die Folge davon sein, dass die alten Bauern keinen Erben haben, der den Hof übernehmen kann.⁴⁸² Trotzdem haben die Senioren auf dem Land oft Gefühle wie etwa "Nicht-mehr-nötig-Sein" oder zur Seite geschoben zu werden.⁴⁸³

5.2.1 Wohnverhältnisse der Altbauern

Die Qualität der Altbauernwohnungen hat sich verbessert, obwohl bei den älteren Bauten oft schlechtere sanitäre Ausstattung vorzufinden ist. Dabei sind die regionalen Unterschiede zu beachten.⁴⁸⁴ Die Heizungsmöglichkeiten (besonders in den Berggemeinden), die allgemeine Ausstattung und die Umweltbedingungen (Nachbarschaft, Lärm, die Wohnungsgröße) werden als mangelhaft empfunden. In den Agrargemeinden (Dorfsiedlungen, häufig Straßendörfer) ist der Anteil der Klagen wegen der Umweltverhältnissen größer.⁴⁸⁵

Da auf dem Lande kein tatsächliches Ausscheiden aus dem wirtschaftlichen Leben des Hofes stattfindet, bleiben die Altbauern weiter an den gemeinsamen Haushalt gebunden und leben im Familienverband. Sie bleiben ebenso in der eigenen Wohnung oder ziehen eventuell in eine Auszüglerwohnung.⁴⁸⁶ Mehr als 75% bleiben auch nach der Hofübergabe, die am wahrscheinlichsten, aber nicht zwangsläufig an eines der Kinder erfolgt, auf dem Hof.⁴⁸⁷ Der Anteil der Bauer, die eine Hausgemeinschaft mit ihren Kindern für richtig empfinden, ist sehr hoch, fast

⁴⁷⁸ Pevetz 1983, S. 22.

⁴⁷⁹ Pevetz 1983, S. 133.

⁴⁸⁰ Pevetz 1983, S. 21.

⁴⁸¹ Pevetz 1983, S. 25.

⁴⁸² Pevetz 1983, S. 21.

⁴⁸³ Pevetz 1983, S. 32.

⁴⁸⁴ Pevetz 1983, S. 121.

⁴⁸⁵ Pevetz 1983, S. 176.

⁴⁸⁶ Pevetz 1983, S. 116.

⁴⁸⁷ Pevetz 1983, S. 123.

90%. Aus diesen Gründen wird von ihnen ein Altersheim stark abgelehnt. Verwitwete oder jene, die in einem Konflikt mit den Familienmitgliedern sind, sehen es eher als eine Option. Die weiteren Gründe gegen ein Altersheim sind das Verlassen der vertrauten Umgebung und gefürchtete Isolation sowie der Verlust der Eigenständigkeit.⁴⁸⁸

Es ist auch eine noch immer weitverbreitete Haltung, dass die Kinder bzw. die Jüngeren die Sorgepflicht übernehmen sollten. Diese Übernahme der Sorge für die Älteren ist aber meistens nicht genauer bestimmt, da es sich um die Familienmitglieder handelt. Unter den Jüngeren gibt es aber auch jene, die eigene Unabhängigkeit betonen und nicht die vorwiegende Haltung teilen, oder aus rein wirtschaftlichen Interessen die Sorge über die Senioren übernehmen.⁴⁸⁹ Es gibt zudem recht viele Höfe, die niemand übernehmen will.⁴⁹⁰

Eine mögliche, und von den älteren Altbauern und ihren Angehörigen annehmbare Lösung, wäre eine Form des Altersheims in der ländlichen Umgebung, was besonders für verwitwete Männer und Kinderlose, die über keinen Hof mehr verfügen, eine gute Option wäre.⁴⁹¹

5.3 Demenz

In der Zukunft wird ein enormer Anstieg der an Demenz Leidenden erwartet. Dieser Anstieg ist schon heute bemerkbar und das Verhältnis der Demenzkranken ist von einem Demenzkranken auf 120 Erwerbstätige auf eine demente Person von 15 Erwerbstätige gestiegen. Ob die Fortschritte in der medizinischen Behandlung die negativen Effekte verhindern oder wenigstens mildern werden können, ist nicht sicher.⁴⁹² Da die kognitiven Funktionen dieser Personen stark beeinträchtigt sind, kann nicht mehr davon gesprochen werden, dass diese noch persönliche Wünsche äußern. In diesem Fall geht es vielmehr darum, die neueren wissenschaftlichen Erkenntnisse bezüglich des Wohnens auf die Situation der dementen Personen anzuwenden.

Eine der wichtigsten Symptome der Demenz ist der Verlust der Erinnerung und der Orientierung, die in den ersten Jahren der Krankheit am meisten zum Ausdruck kommen. Insbesondere komplexe Anforderungen des täglichen Lebens, wie das Regeln der Finanzangelegenheiten, die Selbststeuerung und Termineinhaltung, das Finden neuer Orte und das

⁴⁸⁸ Pevetz 1983, S. 134ff.

⁴⁸⁹ Pevetz 1983, S. 30f.

⁴⁹⁰ Pevetz 1983, S. 68.

⁴⁹¹ Pevetz 1983, S. 137.

⁴⁹² „Ältere Pflegemitarbeiter“ 2010, S. 4; Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 64.

Bewegen im Straßenverkehr, werden zuerst zum Problem.⁴⁹³ Aus diesen Gründen sind die Anforderungen, die das Wohnen betreffen, besonders wichtig für die dementen Senioren.

Dabei muss man beachten, dass der Betroffene sich nicht anpassen kann, sondern die Umwelt muss ihm angepasst werden. Das selbstständige und unabhängige Wohnen wird zum Problem, wenn Wahrnehmung, Kognition und Orientierung derart beeinträchtigt sind, dass die Koordination zwischen der Person und ihrer Umwelt nicht mehr funktioniert.⁴⁹⁴ Mit dem Fortschreiten der Krankheit können sogar einst vertrauten Orte und die individuellen Wohlfühl-Räume plötzlich anders wahrgenommen werden und gar zu Un-Räumen mutieren.⁴⁹⁵

Für die Unterbringung der Demenzkranken gibt es grundsätzlich zwei Konzepte. Das eine ist ein integratives Konzept, bei dem die Demenzkranken zusammen mit anderen, gesunden Menschen untergebracht werden. Der Grundgedanke dabei ist, die an Demenz Erkrankten solange wie möglich in einer normalen Umgebung zu behalten. Auf der anderen Seite kann man einem segregativen Konzept folgen, was heißt, dass stark spezialisierte Angebote mit integrierten gerontopsychiatrischen Aspekten entwickelt werden. Es gibt auch Versuche, neue Konzepte im Rahmen des betreuten Wohnens und Seniorenwohngemeinschaften zu entwickeln. Ihre Anwendung steht in Deutschland jedoch im Vergleich mit anderen Ländern erst am Anfang. Die Entwicklung adäquater Versorgungs-, Betreuungs- und Pflegekonzepte sowie die architektonische Gestaltung der Räume/Gebäude ist für die kontinuierliche Versorgung gleichwohl entscheidend.⁴⁹⁶

Neben den üblichen altersgerechten Anpassungen gibt es auch eine Gruppe von Maßnahmen, die für die demenzgerechte Ausstattung spezifisch sind. Für den häuslichen und insbesondere für den institutionellen Rahmen sind drei Aspekte wichtig. Erstens müssen die baulichen Elemente angepasst werden, was nicht nur Barrierefreiheit bedeutet, sondern auch spezifische Lösungen wie Gänge in Kreisform erfordert. Weiter sollten die psychosozialen Milieus und die Organisation der Pflege und des Zusammenlebens entsprechend gestaltet werden. Gegenwärtig sind vor allem milieuthérapeutische Modelle gefragt, um die Umwelt für den Erkrankten angemessen und verträglich zu gestalten.⁴⁹⁷ Dazu gibt es auch zahlreiche „Kleinigkeiten“, wie Beleuchtung, Farbgebung, aktivierende Anlagen (z.B. Gerontogärten) usw., die das Leben der an Demenz Erkrankten erleichtern und sich positiv auswirken.

⁴⁹³ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 31.

⁴⁹⁴ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 33.

⁴⁹⁵ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 33.

⁴⁹⁶ Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 64.

⁴⁹⁷ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 32.

6. Das Wohnkonzept

Die Dynamik der demographischen Prozesse in den entwickelten Industrieländern, erfordert die Arbeit an neuen, funktionierenden Wohnkonzepten für Senioren. Die Wohn- und Lebensbedingungen sind neben der medizinischen Versorgung für den Gesundheitszustand der Menschen entscheidend. Ein möglichst langes selbstbestimmtes Leben ist ein klarer Indikator des gesunden Lebensabends. Sowohl in der Forschung als auch in der Politik (bei den Entscheidungsträgern) ist jedoch zu bemerken, dass die Frage des Wohnen nicht hoch genug veranschlagt ist und das es lediglich als Teil einer größeren Seniorenproblematik betrachtet wird.⁴⁹⁸

Die Einführung der Pflegeversicherung war dennoch ein Meilenstein und Hauptelement der Seniorenpolitik, der es ermöglicht hat, dass die Mehrheit der Älteren weiter zu Hause gepflegt wird. Dadurch ist es auch zur Expansion der privatwirtschaftlich betriebenen Pflegedienste gekommen.⁴⁹⁹ Neben den medizinisch und pflegerisch ausgerichteten Ansprüchen, sollte man auch möglichst viele Aspekte des Wohnens im Alter mitbedenken.⁵⁰⁰ Man sollte verhindern, dass die Wohnsituation zu einem Belastungsfaktor wird, wie es oft der Fall ist.⁵⁰¹ Es ist zu beachten, dass sich die Bedürfnisse und Prioritäten der Senioren von jenen der jüngeren Menschen unterscheiden, was bereits Teil der Planung sein sollte.⁵⁰²

Da die Anzahl der Älteren und d.h. der Pflegebedürftigen in der Zukunft steigen wird, kann man zwei grundlegende Aspekte feststellen. Erstens sollten zwei Phasen beachtet werden. Eine erste Phase, in der die Menschen (noch) relativ fit sind, und eine zweite Phase, in der immer mehr Einschränkungen hingenommen werden müssen. Die Wohnung für die erste Phase sollte so gewählt werden, dass der Übergang bzw. das Leben in der zweiten Phase mit möglichst geringen Ausgaben und Veränderungen verbunden ist. Zweitens ist anzunehmen, dass die Anzahl der Menschen, die in verschiedenen Formen von Gemeinschaft leben werden, wegen der Ressourcenoptimierung steigen wird. Man kann daher von drei Wohnkonzepte als Hauptkategorien in der Zukunft ausgehen. Zum Einen ist anzunehmen, dass viele Senioren wie bisher in ihrem Zuhause bis zum Tod gepflegt werden. Zum Zweiten ist das Altenheim (oder in späteren Phasen das Pflegeheim) als Option

⁴⁹⁸ Wolter 2010, S. 210.

⁴⁹⁹ Thieme 2008, S. 255.

⁵⁰⁰ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 15.

⁵⁰¹ Albert 1995, S. 31.

⁵⁰² Schwarz 2009, S. 1.

vorhanden. Zum Dritten stellt die Seniorenwohngemeinschaft eine Zwischenform dar, die aber noch immer nicht allzu etabliert ist.

Die wachsende Anzahl der Senioren bedingt nicht zwangsweise den massiven Ausbau der Kapazitäten der Alten- und Pflegeheime. Im Gegenteil, dies kann sogar als wenig sinnvoll angesehen werden, da eine solche Politik zu hohe finanzielle Mittel verlangen würde. Es ist stattdessen sinnvoller und rentabler, für die schon existierenden Wohnkapazitäten neue Konzepte zu entwickeln, die auf verschiedenen Niveaus Anwendung finden könnten. Es sind neue Organisationsformen der Hilfsdienste (ambulante Hilfsdienste, Familienpflege) sowie die Anpassung der Wohnressourcen wie etwa die Seniorenwohngemeinschaft notwendig, um die Menschen möglichst lang zu Hause zu behalten, und somit ihren Wünschen eher zu entsprechen. Dadurch wird auch die unwirtschaftliche Kluft zwischen den mangelnden Plätzen in den Altenheimen und möglicherweise leeren Wohnungen der Senioren vermieden.⁵⁰³

Die Rolle der begleitenden Hilfsdienste ist für ein selbstständiges Leben der Senioren essentiell. Trotz durch die körperliche und geistige Beeinträchtigung begrenzten Autonomie der Senioren kann man mit Hilfe der sozialen Netzwerke und ambulanten Diensten den Verbleib in der gewohnten Umgebung gewährleisten.⁵⁰⁴ Sehr oft geht es tatsächlich nicht um schwere Pflegebedürftigkeit, sondern um fehlende unterstützende Dienste, Mangel an altersgerechter Ausstattung der Wohnungen sowie die Suche nach dem sozialen Kontakt, die als Ursache für den Umzug in ein Heim genannt werden.⁵⁰⁵

Die gesamte Struktur solcher Pflege weist noch immer viele Mängel auf. Die Organisation und das Rationalisieren des Hilfenetzes ist einer der Hauptprobleme.⁵⁰⁶ Mit einem *care manager* oder einem Concierge, der die Hilfeleistungen koordiniert, können solche Versäumnisse effektiv bekämpft werden.⁵⁰⁷ Die schlechte Pflegeversorgung der Senioren zu Hause führt oft zu den unnötigen Heimanweisungen. Eine Erscheinung, die auch mit einem koordinierten Entlassungsmanagement gesenkt werden kann.⁵⁰⁸ Die Methode der individuell angepassten Pflege (*care made to measure*) ist ein wichtiger Teil solcher modernen Konzepte.⁵⁰⁹ Die Wichtigkeit der vom Staat oder den Gemeinden organisierten Hilfsdienste wird ebenso steigen, da in der Zukunft mit dem Nachlass der familienbasierten Hilfeleistungen zu rechnen ist.⁵¹⁰

⁵⁰³ Döhring 1989, S. 9.

⁵⁰⁴ Blutmager 2001, S. 13; Beland 1986, S. 175.

⁵⁰⁵ Müller/Betz 2003, S. 45.

⁵⁰⁶ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 29.

⁵⁰⁷ Döhner 1993, S. 27; Feddersen/Lüdtke 2007, S. 29.

⁵⁰⁸ Mühlberger/Knittler/Guger 2008, S. 3.

⁵⁰⁹ Houben 1986, S. 108.

⁵¹⁰ Beland 1986, S. 175.

Obwohl die Pflegeheime als eine institutionalisierte Wohnform nicht unbedingt als die bevorzugte Wahl gelten werden können, ist es klar, dass der Zustand mancher Menschen keine andere Wohnform erlaubt.⁵¹¹ Die Nachfrage nach den Pflegeheimplätzen wird man allerdings wegen der erwarteten Zunahme an Hochbetagten wahrscheinlich nicht decken können.⁵¹² Die Tendenz zum Pflegeheim ist auch deshalb nicht abzuwenden, da die Menschen immer älter werden und häufiger von einer Demenzerkrankung betroffen sind.⁵¹³

Die Serviceleistungen in den heutigen Pflegeheimen wurden inzwischen deutlich verbessert. Das liegt an der Erkenntnis, dass nicht nur die medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen für das Wohlbefinden wichtig sind. Es ist auch zu erwarten, dass die Ansprüche der zukünftigen Senioren noch weitere Verbesserungen erfordern werden.⁵¹⁴ Seit den 1960er Jahren gibt es eine organisationelle Gliederung in mehrere Stufen (Wohnheim, Altenheim, Pflegeheime), wobei die Unterbringung vom Zustand des Klienten abhängt.⁵¹⁵ Die Organisation der Heime als mehrgliedrige Einrichtungen, die Wohnen, betreutes Wohnen und Pflegeversorgung kombinieren und jeweils jedem Klienten anpassen, hat das Angebot sehr verbessert.⁵¹⁶ Es gibt auch Heime die eigene altersgerechte Wohneinheiten außerhalb des Heimes unterstützen.⁵¹⁷ Trotz aller Verbesserungen ist der Wunsch in einem Altersheim zu Leben unter den Älteren nicht als hoch einzuschätzen.⁵¹⁸

Die eigene Wohnung wird als Wohnmöglichkeit im Alter eindeutig bevorzugt. Wenn man schon gezwungen ist umzusiedeln, dann wird eine Wohnform gesucht, die die Privatsphäre einer eigenen Wohnung bietet, aber auch mit notwendigen Unterstützungs- und Pflegedienstleistungen verbunden ist. Den Untersuchungen nach ist das betreute Wohnen, das altersgerechte Ausstattung und unterstützende Dienstleistungen in einem Angebot vereint, diesen Wünschen am ehesten entsprechend.⁵¹⁹ Die Wohnungsbaugesellschaften haben ebenfalls die Bedeutung des betreuten Wohnens erkannt und versuchen solche Konzepte in ihr Angebot zu inkorporieren.⁵²⁰ Die demographischen Veränderungen und der mit ihnen korrelierende Mangel an familialer Unterstützung sowie sozialpolitische Finanzierungsprobleme setzten grundsätzlich das betreute

⁵¹¹ Breitscheidel 2007, S. 224; Döhner 1993, S. 30.

⁵¹² Döhning 1989, S. 9.

⁵¹³ Döhning 1989, S. 9; Altmann 2006, S. 27.

⁵¹⁴ Zykan 2009, S. 13

⁵¹⁵ Döhning 1989, S. 9.

⁵¹⁶ Müller/Betz 2003, S. 57.

⁵¹⁷ Altmann 2006, S. 27.

⁵¹⁸ Zykan 2009, S. 13

⁵¹⁹ Friesdorf/Heine 2007, S. 48; Altmann 2006, S. 26.

⁵²⁰ Friesdorf/Heine 2007, S. 48.

Wohnen und die gemeinschaftliche Wohnformen mit verschiedenen Betreuungsabstufungen in den Mittelpunkt der Lösungsfindung.⁵²¹ Neben der Unterstützung des selbstständigen Wohnens durch Hilfe- und Gemeinschaftsangebote und Integration von Wohnformen für pflegebedürftigen Menschen, die nicht mehr zum unabhängigen Leben fähig sind, ist auch die Stärkung der Sozialnetzwerke notwendig, um die Selbsthilfe und gegenseitige Hilfe zu fördern.⁵²²

Das Angebot ist dennoch oft unzureichend, da nicht nur gesetzliche Grundlagen bezüglich des Bauwerkes, Grundrisse und Leistungsangebotes fehlen, sondern weil die wissenschaftliche Forschung bislang keine Standardisierung hervorgebracht hat. Obwohl es Zertifizierungsmöglichkeiten gibt, ist keine klare Verbindung zwischen den Erwartungen und tatsächlichem Angebot in der Praxis festzustellen.⁵²³ Es ist nicht nur erforderlich, das künftige Planen gemäß der empirischen Untersuchungen anzupassen, sondern auch bisherige Projekte und Ansätze zu evaluieren, da die früheren Entscheidungsträger selten die gerontologische Perspektive in Betracht gezogen haben.⁵²⁴ Daher sollte man die Senioren aktiv konsultieren und ihre Beteiligung im Entscheidungsprozess ermöglichen. Die Senioren selbst kann man in diesem Fall als Experten betrachten.⁵²⁵

Die Einrichtung von Koordinations- und Beratungsstellen durch die Behörden wäre wünschenswert, die den Senioren das Angebot in Hinsicht auf das Wohnen zugänglich machen kann. Dadurch kann ein Informationsstrom zwischen den Senioren und ihren Angehörigen sowie anderen betroffenen Parteien wie z.B. Experten, Institutionen, Multiplikatoren aus dem Gesundheits-, Sozial- und Baubereich ermöglicht werden.⁵²⁶ Das wäre besonders erstrebenswert, da die Senioren und die Pflegenden sehr oft die politischen Entscheidungen nicht ausreichend beeinflussen können, obwohl sie von ihnen direkt betroffen sind.⁵²⁷ Die Verbindung zwischen verschiedenen Akteuren in der Forschung, Wohnwirtschaft, Politik und anderen Beteiligten in diesem Feld ist nicht genügend, obwohl sie grundsätzlich für die richtigen Entscheidungen und Ressourcenersparnisse entscheidend ist.⁵²⁸

Die generelle Tendenz, die auch von den beteiligten Experten vorgeschlagen wird, lautet: weniger Institutionalisierung, Heime auf dem Gemeinde-Niveau, Skalierung der Zuständigkeit

⁵²¹ Voges/Zinke 2010, S. 301f.

⁵²² Altmann 2006, S. 26.

⁵²³ Maier 2008, S. 226.

⁵²⁴ Peter 2009, S. 222.

⁵²⁵ Gerhards/Spellerberg 2011, S. 120.

⁵²⁶ Döhner 1993, S. 127ff.

⁵²⁷ Houben 1986, S. 102, 106.

⁵²⁸ Peter 2009, S. 223.

(Gemeinde, Nachbarschaft, Stadt).⁵²⁹ Wegen der Mobilitätseinschränkung der Senioren wird auch eine Orientierung auf kleinräumige Planung empfohlen, die auf die Wohnung, die Wohnumgebung und den Stadtteil konzentriert ist.⁵³⁰ Für solche Wohnkonzepte gibt es schon Beispiele. In den Niederlanden gab es in den 1970er Jahren eine starke Antiinstitutionalisierungskampagne, weshalb die Anzahl der Senioren in Heimen gesunken ist.⁵³¹ In Dänemark gibt es auch ein gut entwickeltes System der extramuralen Betreuung, so dass keine stationären Pflegeeinrichtungen mehr öffentlich unterstützt und daher auch nicht mehr in traditioneller Weise errichtet werden. Die Betonung wird auf die Präventivpflege gelegt: Jeder Bewohner wird ab seinem 75. Lebensjahr zweimal jährlich individuell auf seine Bedürfnisse angesprochen und bei Bedarf werden entsprechende Maßnahmen ergriffen.⁵³²

Die Wohnkonzepte, die einen gewissen Grad des gemeinschaftlichen Wohnens beinhalten, werden künftig wahrscheinlich eine haltbare Kompromisslösung zwischen dem Pflegeheim und Pflege zu Hause darstellen. Das Engagement und die Zusammenarbeit der Kommunen und Bauträger ist die Grundlage für jegliche Aktion, da die Wohninfrastruktur große Investitionen erfordert. Zudem gilt, dass solche Baumaßnahmen, sobald sie einmal unternommen wurden, sich nur schwer ändern lassen.⁵³³ Neben der Gemeinde ist ebenso die gebietsbezogene Zusammenarbeit anderer beteiligter Akteure auf dem Mikroniveau notwendig. Auf diesem Niveau muss man sowohl die Verwaltung als auch die Wohnungswirtschaft, die Träger sozialer Infrastruktur und Dienste, die private Wirtschaft (z. B. Anbieter von Pflege- und anderen Dienstleistungen, Investoren im Bereich des betreuten Wohnens, Einzelhandel und Handwerk), zivilgesellschaftliche Akteure (u. a. Wohnungsgenossenschaften, Vereine, Stiftungen) sowie Selbsthilfeorganisationen der Älteren zusammenbringen und ein koordiniertes Vorgehen zwischen ihnen ermöglichen.⁵³⁴

Abschließend kann gesagt werden, dass die Kombination aus drei Modellen eine Lösung ergeben. Erstens wird man nicht völlig auf die Alters- und Pflegeheime verzichten können. Das heißt jedoch nicht, dass sie unverändert bleiben. Die zweite Entwicklung ist die Schaffung von Seniorenwohngemeinschaften, die als eine Form des Minipflegeheimes fungieren können. In einer solchen Umgebung werden die Klienten eher das Gefühl haben, im eigenen Zuhause zu wohnen, wobei auch die Pfleger ein besseres Arbeitsklima erwarten können. Das dritte Modell wäre der

⁵²⁹ Houben 1986, S. 106.

⁵³⁰ Döhner 1993, S. 12.

⁵³¹ Houben 1986, S. 102.

⁵³² „Im Alter daheim leben“ 2010, S. 39

⁵³³ Kricheldorf 2008, S. 246.

⁵³⁴ Böhme/Franke 2010, S. 89.

Verbleib in eigener Wohnung. Dabei gilt es, die Wohnung entsprechend umzugestalten bzw. eine passende Wohnung zu beziehen, noch bevor die Pflegebedürftigkeit eintritt.

6.1 Pflegeheim – das Unausweichliche

Ein Heim als Wohnmöglichkeit wird erst dann in Betracht gezogen, wenn die selbstständige Lebensführung wegen der Funktionseinbußen (verminderte Alltagskompetenz durch Erkrankungen) oder strukturellen Versorgungsproblemen (fehlende quartiersnahe soziale Dienste) nicht mehr möglich ist und die familiäre und professionelle ambulante Unterstützung im Privathaushalt diese Lage nicht mehr verbessern können. Obwohl die Krankheitskarriere und der Pflegebedarf eine wichtige Rolle spielen, sind die Schwerstpflegebedürftigen nicht die größte Gruppe in den Heimen.⁵³⁵ Vor allem psychiatrische Erkrankungen (z.B. Demenz) und die Multimorbidität sind für die Heimanweisungen verantwortlich.⁵³⁶ Da die (Multi)morbidity meistens mit dem hohen Alter (der Anteil Pflegebedürftiger bei den 80-84jährigen 38,4 Prozent, bei den über 90jährigen 84,5 Prozent) verknüpft ist, werden dementsprechend die älteren Senioren häufiger zu Heimbewohnern.⁵³⁷

Aussehen und Funktion der Altenheime haben sich im Laufe der Zeit recht deutlich verändert. Die ursprüngliche Hauptfunktion der Altenheime bestand lediglich darin, Essen und Schlafplätze zur Verfügung zu stellen. Die bescheidene Ausstattung und hohe Belegungsdichte mit wenigen Gemeinschaftsräumen waren die Haupteigenschaft dieser frühen Altenheime. Das Altern wurde damals als ein unaufhaltsamer Abbauprozess mit wenig Chancen für Aktivitäten gesehen und dementsprechend wurden die Altenheime gebaut. In den 1980ern kommt es zu einer radikalen Veränderung der Wahrnehmung und den Senioren wurde plötzlich zugestanden, dass sie noch viel Potenzial und Bedarf nach Aktivitäten haben, weshalb es einen Übergang von den Pflegeheimen zu den Seniorenresidenzen und Wohnanlagen gab. Man hat angefangen, die aktivierende Pflege zu auszubauen und nicht nur die reaktive Pflege zu anzuwenden.⁵³⁸ In der letzten Zeit hat zudem die sozialpolitische Zielsetzung “ambulant vor stationär” stark an Bedeutung gewonnen.⁵³⁹

⁵³⁵ Voges/Zinke 2010, S. 307.

⁵³⁶ Voges/Zinke 2010, S. 307.

⁵³⁷ Thieme 2008, S. 254.

⁵³⁸ Müller/Betz 2003, S. 53f.

⁵³⁹ Voges/Zinke 2010, S. 307.

Manche Aspekte des Lebens im Heim sind jedoch bestehen geblieben. In einem Alten- oder Pflegeheim zu leben heißt, dass die verschiedenen Menschen mit unterschiedlichsten Interessen auf engstem Raum miteinander auskommen müssen. Die Freiheit, Mobilität und Individualität werden in einem Heim gegen Sicherheit, Gemeinwohl und Kontrolle getauscht.⁵⁴⁰

Das Durchschnittsalter in den Heimen ist aufgestiegen (in den 1970er Jahren lag es bei 72 Jahren und Mitte der 2000er bei 80,5). Von der Übersiedlung in ein Heim sind die Frauen mehr betroffen, da die Männer oft innerhalb der Ehe gepflegt werden und in einem eher schlechteren Zustand in den Heim angewiesen werden.⁵⁴¹ Eine höhere Sozialschicht und ein breiteres soziales Netzwerk sowie geringere Belastung im Berufsleben sind eine Garantie für ein längeres Verbleiben zu Hause.⁵⁴² Es ist ebenfalls eine Tendenz zu bemerken, dass immer mehr Menschen in Heimen gepflegt werden. Der Anteil der Senioren in den Pflegeheimen ist nämlich zwischen 2003 und 2005 um 5,7 Prozent gestiegen. Sogar 40% der heutigen 40- bis 60jährigen planen, ihren Lebensabend im Pflegeheim zu verbringen.⁵⁴³

Die Alten- und Pflegeheime haben jedoch unter einem leicht negativen Ruf zu leiden, da viele sie als eine Form der industriellen Beseitigung der älteren Menschen betrachten. Der schlechte Eindruck ist auch die Folge der negativen Präsenz in den Medien, die oft über die Missstände wie nicht sachgerechte Pflege, grobe Vernachlässigung der Klienten, Personalmangel oder chronische Überforderung des Personals berichtet haben.⁵⁴⁴ Diese Berichte sind aber nicht völlig unbegründet und viele Missstände sind die Folge der Profitmaximierung seitens der Heimbetreiber und der mangelnden Kontrolle seitens des Staates. Der Pfleger selbst sind ebenfalls oft die Opfer dieses Teufelskreis von Rationalisierung und Gewinnmaximierung, da sie dieser Logik nach oft schlecht ausgebildet, permanent überfordert und unterbezahlt sind.⁵⁴⁵ Wegen des Arbeitsdruckes ist das *Burn out* keine seltene Erscheinung bei den Pflégern in den Heimen. Die personalbezogene Probleme sind unter ihnen weithin bekannt.⁵⁴⁶ Der Mangel an Personal und seine fachliche Ausbildung sind jedoch eine wichtige aber leider nicht allzu auffällige Eigenschaft der Heime.⁵⁴⁷

⁵⁴⁰ Müller/Betz 2003, S. 54.

⁵⁴¹ Thieme 2008, S. 254.

⁵⁴² Voges/Zinke 2010, S. 307.

⁵⁴³ Thieme 2008, S. 254f.

⁵⁴⁴ Müller/Betz 2003, S. 52; Zykan 2009, S. 85.

⁵⁴⁵ Breitscheidel 2007, S. 10; Zykan 2009, S. 85.

⁵⁴⁶ Dieck/Heinemann-Knoch/de Rijke 1987, S. 3.

⁵⁴⁷ Döhring 1989, S. 112ff.

Die oft anzutreffende Politik der Pflegeheime lautet: *sauber, satt und still*, was freilich keine wünschenswerte Ergebnisse erzielt.⁵⁴⁸ Die Fixierung des Angebotes in den Pflegeheimen wirkt sich auf die Klienten negativ aus, da damit ihre noch erhaltene Fähigkeiten geschwächt werden, weshalb sie passiver werden und ihre Lebensfreude demzufolge sinkt.⁵⁴⁹ Die Tagesabläufe in einem Pflegeheim sind auch meistens mehr oder weniger streng geregelt, standardisiert, fremdbestimmt und gelten als unhinterfragbar, weshalb die Senioren deutlich weniger Möglichkeiten zur Selbstbestimmung und Privatsphäre haben.⁵⁵⁰ Eine hierarchisch und paternalistische Haltung gegenüber Nutzern und Angehörigen ist auch eher eine Regel.⁵⁵¹ Neben der Verlust der Unabhängigkeit ist die Veränderung des eigenen Lebensstiles und partielles Aufgeben der eigenen Identität ebenfalls unvermeidlich. Gewisse Isolation von der restlichen Gesellschaft gehört unweigerlich mit dazu. Eine Rückkehr in die Selbstständigkeit nach der Übersiedlung in eine solche Einrichtung zeigt sich meistens als unmöglich.⁵⁵² Das liegt daran, dass die Möglichkeiten der aktivierenden Pflege und Rehabilitation eher ab- als ausgebaut werden.⁵⁵³ Manchmal wird auch die Ausstattung des eigenen Wohnraumes und das Mitbringen persönlicher Einrichtungsgegenstände aus „Sicherheitsgründen“ verweigert.⁵⁵⁴ Von schlechter ausgestatteten und geführten Pflegeheimen sind in der ersten Linie die finanziell schwächeren Gruppen betroffen, da sich die zahlungskräftigen Senioren auch einen (teuren) Platz auf der Pflegestation in einem privat geführten Altenheim leisten können.⁵⁵⁵

Die oft schockierenden Missstände in den Pflegeheimen lassen dennoch viele Pflegebedürftige und ihre Angehörige vor dieser Form der Unterbringung zurückschrecken.⁵⁵⁶ Obwohl die zahlreichen Probleme und Schwierigkeiten in Verbindung mit den Alten- und Pflegeheimen nicht bestritten werden können, sollte man auch nicht vergessen, dass schon viel getan wurde, um Strukturängel und Personalversäumnisse zu beheben bzw. Bewohnerrechte zu stärken.⁵⁵⁷ Man kann nicht verneinen, dass ein Heim auch ein Ort der Akkumulation von Leid, Krankheit, Sterben und Tod ist, aber man kann auch viele positive Aspekte wie Hilfeleistung,

⁵⁴⁸ Wehner 2009, S. 13; Feddersen/Lüdtke 2007, S. 26; Zykan 2009, S. 85.

⁵⁴⁹ Döhring 1989, S. 107.

⁵⁵⁰ Wehner 2009, S. 13; Feddersen/Lüdtke 2007, S. 26; Zykan 2009, S. 85.

⁵⁵¹ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 26; Döhring 1989, S. 113.

⁵⁵² Houben 1986, S. 105f.

⁵⁵³ Dieck/Heinemann-Knoch/de Rijke 1987, S. 3.

⁵⁵⁴ Wehner 2009, S. 13.

⁵⁵⁵ Müller/Betz 2003, S. 73.

⁵⁵⁶ Karakayali 2010, S. 153.

⁵⁵⁷ Zykan 2009, S. 85.

Freizeitaktivitäten oder Zusammenkunft der Senioren hervorheben.⁵⁵⁸ Zudem lässt sich gerade in letzter Zeit ein Trend zur Steigerung der Kundenautonomie und -selbstbestimmung beobachten.⁵⁵⁹

Die Heime bieten außerdem gewisse Vorteile, die für die Senioren entscheidend sind. In den Heimen steht meistens prompte medizinische Hilfe zur Verfügung.⁵⁶⁰ Den Klienten stehen oft in der Geriatrie spezialisierte und aus verschiedenen Experten (Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen) zusammengestellte Teams zur Verfügung. In einem solchen interdisziplinären Austausch gemachte Diagnose ermöglichen viel eher die Erhaltung des körperlichen und geistigen Gesundheitszustands aber auch der alltagspraktischen Fähigkeiten.⁵⁶¹ Das Heim stellt zudem besonders für kontaktfreudige Menschen eine positive Umgebung dar.⁵⁶²

Den Wünschen der Senioren zufolge sind ihnen die Einrichtung des eigenen Zimmers mit eigenen Möbeln, persönlicher Freiraum (z.B. individuell regulierbare Heizungs- und Beleuchtungssysteme oder die Möglichkeit eigene Pflanze und Tiere mitzubringen) sowie die Reinigung bzw. Hygiene im Heim wichtig.⁵⁶³ Weitere Wünsche beziehen sich auf das Personal, das höflich, verständnisvoll sowie fachlich qualifiziert sein sollte und über genug Zeit verfügen sollte, um sich den persönlichen Wünschen und Gesprächen mit Bewohnern widmen zu können. Die Möglichkeit des Besuches von Angehörigen und Freunden sowie allgemeine altersgerechte Ausstattung im Heim wie Bodenbeläge, Handläufe usw. gehören auch zu den Wünschen der Senioren.⁵⁶⁴

Grundsätzlich kann man zwischen den kleineren Heimen mit familiärer Atmosphäre und größeren Heimen mit mehr Kontaktmöglichkeiten, in denen die Bewohner selbständiger agieren und die besser ausgestattet sind, unterscheiden. In den städtischen Heimen ist generell mit kleineren und wenig komfortablen Zimmern zu rechnen. Natürlich sollte man sich vorher über Preise und Leistungen, Art und Ausstattung des Heimes, das Heimordnung und -vertrag informieren lassen. Viele Heime bieten nicht nur Besuchsmöglichkeiten, sondern auch ein Probewohnen in Gästezimmern an. Zu beachten ist, ob das Heim Einzel- oder Mehrbettzimmer anbietet. Ob ein eigenes Bad oder eine Kochnische zur Verfügung stehen und ob das Mitbringen eigener Möbeln sowie der Pflanzen und Haustiere gestattet ist.⁵⁶⁵

⁵⁵⁸ Müller/Betz 2003, S. 61.

⁵⁵⁹ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 28.

⁵⁶⁰ Houben 1986, S. 105.

⁵⁶¹ Müller/Betz 2003, S. 73.

⁵⁶² Müller/Betz 2003, S. 62.

⁵⁶³ Dedl 2008, S. 11; Wehner 2009, S. 13.

⁵⁶⁴ Dedl 2008, S. 11.

⁵⁶⁵ Döhring 1989, S. 112.

Weiter sollte man sich über die Essenszeiten, die Möglichkeiten von bestimmten diätetischen Ernährungsweisen oder die Möglichkeit im Zimmer zu essen erkundigen. Ebenso sind die medizinischen und pflegerischen Leistungen wichtig, z.B. ob man im Falle der Krankheit im Zimmer bleiben muss, welche Rehabilitationsmöglichkeiten angeboten werden, wie oft Arztbesuche stattfinden und ob spezielle Therapiemöglichkeiten (Bewegungs- und Beschäftigungstherapie, ein Hallenbad, Massagen- und Gymnastikräume im Haus) im Angebot stehen.⁵⁶⁶

Wichtig sind auch die rechtlichen Aspekte des Vertrags (Grund- und Sonderleistungen, Kündigungsmöglichkeiten, Kündigungsfristen, Bedingungen für eine Verlegung vom Altenheim in eine Pflegestation usw.).⁵⁶⁷

Gewisse objektive Probleme bezüglich der Übersiedlung ein Heim können nicht bestritten werden. Das Wohnen in einem Heim kann mit hohen Kosten verknüpft sein und die finanzielle Belastung ist möglicherweise nicht für alle tragbar.⁵⁶⁸ Der Umzug in ein Heim stellt ebenso eine entscheidende Zäsur im Leben der Senioren dar, da sie ihre vertraute Wohnung verlassen und in eine unbekannte Umgebung ziehen.⁵⁶⁹ Jedoch sollte man den Umzug in ein Heim nicht kategorisch als eine schlechtere Option gegenüber dem Verbleib in eigenem Heim betrachten, da das Heim auch eine Verbesserung der allgemeinen Lebenssituation bedeuten kann.⁵⁷⁰

6.2 Seniorenwohngemeinschaften – zwischen dem Altenheim und Zuhause

In der letzten Zeit etabliert sich die Wohngemeinschaft als eine Alternative zum Heim, obwohl sie noch immer keine beherrschende Rolle in der Seniorenunterbringung spielt. Grundsätzlich zeigt die Seniorenwohngemeinschaft viele Vorteile in Hinsicht auf ihre Bewohner aber auch auf das Personal. Das Leben in einer Seniorengemeinschaft kann stark personalisiert bleiben. Dort ist es möglich, die Alltagsrituale wie das Zubettgehen oder der Zeitpunkt und die Zubereitung von Mahlzeiten nach eigenem Belieben zu regeln.⁵⁷¹ Das Mitbringen der eigenen Möbeln in eine Wohngemeinschaft ist in der Regel erwünscht und stellt kein Problem dar.⁵⁷²

⁵⁶⁶ Döhring 1989, S. 112ff.

⁵⁶⁷ Döhring 1989, S. 112ff.

⁵⁶⁸ Flemming/Kreter 2008, S. 70; Altmann 2006, S. 19.

⁵⁶⁹ Zykan 2009, S. 44.

⁵⁷⁰ Döhring 1989, S. 114.

⁵⁷¹ Wengg/Herkert 2003, S. 25.

⁵⁷² Wengg/Herkert 2003, S. 34.

Wenn es der Gesundheitszustand der Bewohner erlaubt, können Ausflüge und andere Freizeitaktivitäten großzügiger als in einem Altenheim organisiert werden.⁵⁷³ So können Ausflüge auch in kleineren Gruppen z.B. zu zweit unternommen werden.⁵⁷⁴ Die Möglichkeit der Teilnahme an hauswirtschaftlichen Aktivitäten (wie Tischdecken, Geschirrabwaschen, Bügeln) bietet eine gute Gelegenheit dar, im Haushalt aktiv zu bleiben.⁵⁷⁵

Unter medizinisch-pflegerischen Aspekten erweisen sich die Seniorenwohngemeinschaften ebenfalls als vorteilhaft. Die geringe Anzahl der Bewohner ermöglicht einen persönlichen Zugang und individuell orientierte Betreuung. Die Kontinuität des Betreuungspersonals und überschaubare kleine Gruppen ermöglichen die schnelle Benachrichtigung der Angehörigen und gesetzlichen Betreuer bei wichtigen Angelegenheiten wie etwa gravierende Veränderungen des Gesundheitszustandes.⁵⁷⁶ In Krisensituationen kann jederzeit ein Facharzt erreicht werden und dadurch schnelle Beratung und Hilfestellung erfolgen.⁵⁷⁷ Eine Seniorenwohngemeinschaft ist besonders für die Versorgung der unmittelbar aus der Klinik entlassenen Senioren geeignet. Diese Patienten werden meistens entweder zu Hause gepflegt, wo die pflegenden Angehörigen bald überlastet sind oder in einer stationären Einrichtung, die sich oft in Hinsicht auf den Gesundheitszustand und die Selbstständigkeit der Senioren als schädlich erweist. Gerade im Hinblick auf die Tatsache, dass die geschlossenen Stationen in den Alten- und Pflegeheimen oder gerontopsychiatrische Abteilungen in den Heimen durch die Benutzung der Wohngemeinschaften vermieden werden könnten, ist der Nutzen letzterer offensichtlich.⁵⁷⁸

Die Angehörigen bzw. die gesetzlichen Betreuer können mittels eines Gremiums in das Leben der Wohngemeinschaft involviert werden.⁵⁷⁹ Durch ihre aktive Mitarbeit werden dem Personal wichtige Informationen über Gewohnheiten, Teilnahme an der bevorzugten Aktivitäten und Verhaltensweisen geliefert. Sie sind auch eine wichtige Kontrollinstanz bei der Qualitätssicherung. Eine kleinere Gruppe ermöglicht auch einen engeren und damit besseren Kontakt.⁵⁸⁰

Die Kosten der Seniorenwohngemeinschaften sind zumeist mit den Kosten der Unterbringung in einem Heim vergleichbar. Allerdings stellt es einen Vorteil dar, dass sie in den Wohngemeinschaften abhängig von der Größe des Zimmers oder dem speziellen Umfang des

⁵⁷³ Wengg/Herkert 2003, S. 40.

⁵⁷⁴ Wengg/Herkert 2003, S. 36.

⁵⁷⁵ Wengg/Herkert 2003, S. 43.

⁵⁷⁶ Wengg/Herkert 2003, S. 33f.

⁵⁷⁷ Wengg/Herkert 2003, S. 15.

⁵⁷⁸ Wengg/Herkert 2003, S. 33.

⁵⁷⁹ Wengg/Herkert 2003, S. 37.

⁵⁸⁰ Wengg/Herkert 2003, S. 11.

Pflege- und Betreuungsbedarfes individuell angepasst werden können. Auch der zusätzliche Engagement das Pflegepersonal kann individuell vereinbart werden.⁵⁸¹

Der Konzept der kleinen überschaubaren Wohngemeinschaften zeigt sich als eine besonders gute Lösung für die Unterbringung der an Demenz leidenden Senioren. Es sind zwei grundlegende Prinzipien einer solchen Wohngemeinschaft, dass jeder nur so viele institutionalisierte Hilfe bekommen sollte, wie viel er wirklich braucht, und dass die Erhaltung und das Funktionieren der Wohngemeinschaft durch die Einbeziehung nicht nur der Bewohner, sondern auch der Pflegenden und Angehörigen gewährleistet wird.⁵⁸² Solche kleine Wohngemeinschaften können auch privat organisiert werden, wobei zwischen 6 und 12 Personen in einer Wohnung gemeinsam untergebracht werden. Die Bewohner oder ihre Angehörige können dann einen Pflegedienst engagieren, der sich in seinen Aufgaben an Kompetenzen, Alltagsaktivitäten und Pflegebedürfnissen der einzelnen Personen orientiert. Speziell die letzte Lebensphase der dementen Senioren ist für ihre pflegenden Angehörigen überfordernd und ihre dadurch erzwungene Übersiedlung in eine stationäre Einrichtung bedeutet zumeist, dass ihre besondere Bedürfnisse nicht genug beachtet werden.⁵⁸³

Für die demenzkranken Bewohnerinnen einer Wohngemeinschaft ist eine vertraute und häusliche Wohnlage sehr nützlich, da sie dadurch ihre Selbstständigkeit erhalten. Die Möglichkeit eigene Möbeln, Bilder, Pflanzen, Haustiere u.ä. Mitzubringen, gehört ebenfalls zu diesem Ansatz. Der eigene Lebensrhythmus bleibt ebenso erhalten z.B. durch individuelle Aufsteh- und Frühstückszeiten . Die persönlichen Wünsche können auch bei den gemeinsamen Aktivitäten (Ausflüge, gemeinsame Vorbereitung des Mittagessens) in Betracht gezogen werden.⁵⁸⁴ Es ist außerdem möglich, die Wohnung abgesperrt zu lassen und den Bewohnern zu ermöglichen die Wohnung jederzeit in Begleitung eines Pflegenden zu verlassen.⁵⁸⁵

Auch aus Sicht der Angehörigen sind die Vorteile einer Seniorenwohngemeinschaft ähnlich. Die Bewohner leben in einer "offenen" Umgebung, die sie bis zu ihrem Tod nicht verlassen müssen, wobei sie ihre Wohnräume selbst einrichten können. Weiter gibt es keinen festen Tagesablauf, die Wünsche der Bewohner werden bei der Auswahl der Aktivitäten beachtet und in der Wohngemeinschaft ist nur eine relativ kleine Bewohnergruppe untergebracht. Von den medizinischen und pflegerischen Aspekten wird geschätzt, dass die Betreuung nach einem

⁵⁸¹ Wengg/Herkert 2003, S. 12f.

⁵⁸² Wengg/Herkert 2003, S. 8; Reitinger/Pleschberger/Schumann 2010, S. 285.

⁵⁸³ Reitinger/Pleschberger/Schumann 2010, S. 285.

⁵⁸⁴ Wengg/Herkert 2003, S. 10f.

⁵⁸⁵ Wengg/Herkert 2003, S. 15.

persönlichen und individuellen Maß angepasst wird, die Versorgung durch einen hohen Personalbestand gewährleistet ist und die ärztliche Betreuung durch Außenhilfe gesichert ist.⁵⁸⁶

Die Pflegenden empfinden die Wohngemeinschaften auch als eine gute Lösung für die Unterbringung der älteren Menschen. Die ambulante Führung einer Wohngemeinschaft ermöglicht es, dass die starren, für die Heimeinrichtungen charakteristischen Hierarchien und Regelungen vermieden werden.⁵⁸⁷ Die Arbeitsbedingungen werden daher gerade von den Pflegenden, die Erfahrungen mit der Arbeit in einem Heim haben, als viel günstiger eingestuft. In erster Linie wird es als eine Erleichterung empfunden, dass man nicht ständig die Aufgaben erfüllen soll, die nicht zu erbringen sind. Obwohl nicht alle Tätigkeiten von allen Mitarbeitern als gleich interessant empfunden werden, stellt die Arbeit in einem kleinen Team eine viel gelobte Erfahrung dar. Die Selbstgestaltung der einzelnen Arbeitsabläufe und -zeiten, sowie die Erkenntnis, dass den Bewohnern tatsächlich geholfen wird, haben ebenfalls einen stimulierenden Effekt auf die Pflegenden.⁵⁸⁸

Dennoch sollte man nicht vergessen, dass auch eine Seniorenwohngemeinschaft einen Ausnahmezustand darstellt. Dabei geht es nicht um die ideale Lösung, sondern eine die optimal ist. Der Einzug in eine solche Wohngemeinschaft verursacht bei den meisten Senioren eine Krisensituation, die sich in einem Wunsch zurück nach Hause zu gehen und einer Destabilisierung des Gesundheitszustandes (z.B. Auftreten oder Verschlechterung einer Stuhl- bzw. Harninkontinenz) äußert. Jedoch kann man schon einige Monate nach dem Einzug bemerken, dass die Bewohner einen Platz innerhalb der Gemeinschaft finden und sich entsprechend des eigenen Beliebens mehr oder weniger an gemeinsamen Aktivitäten beteiligen.⁵⁸⁹ Man sollte bei der Auswahl der Klienten dennoch aufpassen und die Menschen so auswählen, dass sie zusammenpassen und jene, die Gewaltbereitschaft zeigen, ausschließen.⁵⁹⁰

Auch viele objektive Schwierigkeiten tauchen bei der Organisation einer Seniorenwohngemeinschaft auf. Es erweist sich z.B. nicht immer als leicht, eine geeignete Wohnung zu finden. Manchmal sind auch die Vermieter nicht bereit, eine Seniorenwohngemeinschaft zu akzeptieren, wenn es z.B. um demente Menschen geht. Die baulichen Anforderungen sind ebenfalls oft schwer zu erfüllen. Die Barrierefreiheit wie die Schwellenfreiheit, ebenerdige Wohnungen, Zugang zum Aufzug oder Ausgänge im Brandfall, die

⁵⁸⁶ Wengg/Herkert 2003, S. 33.

⁵⁸⁷ Wengg/Herkert 2003, S. 9.

⁵⁸⁸ Wengg/Herkert 2003, S. 40.

⁵⁸⁹ Wengg/Herkert 2003, S. 23f.

⁵⁹⁰ Wengg/Herkert 2003, S. 19.

besonders für mittel- bis schwerdemente Senioren wichtig sind, sind nicht immer leicht zu finden bzw. zu bauen. Andere, einfachere Komponenten der altersgerechten Ausstattung wie etwa Haltegriffe im Badzimmer sind ebenso zu beachten.⁵⁹¹ Die zusätzlichen Wohnbereiche wie der Gartenteil sind ebenso wenig ein selbstverständlicher Teil der Ausstattung.⁵⁹² Die Infrastruktur in der Umgebung zeigt ebenso zahlreiche Nachteile (stark befahrene Straßen, geringe Versorgungsinfrastruktur, fehlende Grünflächen).⁵⁹³

Trotz dieser Schwierigkeiten bleibt die Seniorenwohngemeinschaft eine vielversprechende Lösung und ein Konzept, das man weiter entwickeln sollte, um seine Potenziale auszunutzen.

6.3 Im eigenen Heim bleiben

Wie die Forschungen zeigen, möchten die Senioren ihren Lebensabend am liebsten in ihrer Wohnung verbringen.⁵⁹⁴ Das Altern bedeutet aber auch, dass das selbstständige Leben anspruchsvoller wird.⁵⁹⁵ In erster Linie ist die körperliche Verfassung der Senioren, besonders ihr Hör- und Sehvermögen sowie die begrenzte Beweglichkeit, durch die Barrieren im Alltag entstehen.⁵⁹⁶ Daher zeigt sich die Art des Wohnens als sehr bedeutend für die Erhaltung von Alltagsfunktionen (normal daily functions).⁵⁹⁷ Grundsätzlich gibt es drei wichtige Mittel, die zur Erhaltung der Selbstständigkeit im Alltag eingesetzt werden können. Erstens kann man Hilfedienste engagieren, die bei der Überbrückung der Schwierigkeiten im Alltag oder bei der Pflege helfen können. Zweitens kann man die Wohnung altersgerecht umbauen und/oder ausstatten lassen, was allerdings teuer und rechtlich kompliziert sein könnte. Letztendlich kann man in eine andere Wohnung (auch Seniorenheim) oder sogar Ort umziehen, die für das Leben im Alter mehr geeignet wären.⁵⁹⁸ Alle drei Lösungen könnte man auch einheitlich betrachten und als die Stufen in einem einzigen System bezeichnen.

⁵⁹¹ Wengg/Herkert 2003, S. 16f.

⁵⁹² Wengg/Herkert 2003, S. 35.

⁵⁹³ Wengg/Herkert 2003, S. 44.

⁵⁹⁴ Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 153.

⁵⁹⁵ Friesdorf/Heine 2007, S. 48.

⁵⁹⁶ Demirkan 2007, S. 33.

⁵⁹⁷ Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 159.

⁵⁹⁸ Friesdorf/Heine 2007, S. 48.

6.3.1 Umbau

Mit dem Alter nachlassende Gesundheit insbesondere in Hinsicht auf das Hör- und Sehvermögen sowie die Beweglichkeit schafft Barrieren im Wohnalltag, so dass eine allgemeine Anpassung im Design und im konkreten Fall ein Umbau notwendig sind.⁵⁹⁹ Die altersgerechte bzw. barrierefreie Gestaltung der Wohnräume bedeutet, dass keine Hindernisse wie Treppen, Türschwellen, schmale Türen u.ä. die Nutzung erschweren. Das bezieht sich auch auf Bad und Küche, wo man z.B. genug Bewegungsflächen oder Bedienelemente wie Lichtschalter in leicht erreichbarer Höhe anbringen sollte. Bei einer altersgerechten Anpassung der Wohnräume geht es aber nicht nur um die Beseitigung der Hindernisse, sondern auch die Vermeidung von Gefahrenquellen. Dabei darf die unmittelbare Umgebung der Wohnung bzw. der Zugang zur Wohnung nicht vergessen werden, der durch Liftanlagen und rollstuhl- bzw. gehhilfegerechte (Wohnungs-)Türbereiche angepasst wird.⁶⁰⁰ In einer zunehmend alternden Gesellschaft gehört eine entsprechende Unterstützung des Ausbaus von barrierefreien und altersangemessener Wohnformen zur sozialen Wohnraumförderung.⁶⁰¹

Dabei ist zu beachten, dass sich die Ausstattungsmängel mit dem Altern der Bewohner schnell häufen. Die Senioren wohnen sehr oft in Wohnungen, die überaltert sind und keinen zeitgemäßen Komfort bieten. Die Mehrheit der Wohnungen ist sogar unterdurchschnittlich ausgestattet.⁶⁰² Diese Kluft zwischen der Ausstattung und Bedürfnisse der älteren Menschen ist auch in den westlichen Ländern vorhanden. Das liegt daran, dass die Designer und Planer oft die altersbedingten Unterschiede zwischen den Menschen kaum wahrnehmen.⁶⁰³ Die diesbezüglich mangelnde Ausbildung der Architekten und Designer zeigt sich im Kontrast zur Politik, die die Notwendigkeit der Anpassung in diesem Bereich erkannt hat (z.B. hat der Europarat 2000 eine Resolution zur Adaption von *universal design* erlassen).⁶⁰⁴ Es ist ebenso ungünstig, dass die Meinung der Senioren eigentlich selten gehört wird, wie viele Studien beweisen. Das ist aber paradox, da die Meinung der Älteren im Mittelpunkt stehen sollte, sind sie doch die Hauptzielgruppe.⁶⁰⁵ Trotz noch immer vielen Mängeln, sowohl in Hinsicht auf Wohnanlagen als auch auf die umgebenden Flächen, ist die Lage heute diesbezüglich besser als sie es früher war.⁶⁰⁶

⁵⁹⁹ Schütt 2011, S. 220, Demirkan 2007, S. 33.

⁶⁰⁰ Voges/Zinke 2010, S. 304; Böhme/Franke 2010, S. 88.

⁶⁰¹ Kiepe/Kraemer/Sommer 2011, S. 665.

⁶⁰² Voges/Zinke 2010, S. 304; Thieme 2008, S. 256; Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 166, 172.

⁶⁰³ Demirkan 2007, S. 34.

⁶⁰⁴ Demirkan 2007, S. 36; über universal design Prinzipien s. in Feddersen/Lüdtke 2007, S. 10.

⁶⁰⁵ Demirkan 2007, S. 34.

⁶⁰⁶ Demirkan 2007, S. 36; Thieme 2008, S. 170.

Der Umbau stellt eine günstige Lösung im Fall einer schnell alternden Bevölkerung dar, da eine rasche Lösung notwendig ist. Zusätzlich kann man dabei die Älteren selbst miteinbeziehen.⁶⁰⁷ Als eine Art der “Vorbeugung” kann man die Modelle verstehen, deren Anliegen es ist, das Design allgemein allen Altersgruppen zugänglich zu machen. Ein Beispiel dafür ist das aus den USA stammende *universal design*, das daran orientiert, ist Produkte und Wohnräume zu schaffen, die von allen Menschen mit einer maximalen Ausnutzung verwendet werden können. Die Benutzung soll auch in Hinsicht auf potenzielle Beeinträchtigungen für jeden möglich sein. Eine besondere Betonung wird auf leichte und schnell personalisierbare Modelle gesetzt. In diesem Sinne ist auch das von The European Institute for Design and Disability 2005 konzipierte ‘*design for all*’ zu verstehen, obwohl es eher auf praktische Lösungen konzentriert ist und nicht als ganzheitliche Philosophie wie das *universal design* verstanden werden kann.⁶⁰⁸

Beim Umbau gibt es aber eine Reihe von praktischen Schwierigkeiten. Die Modernisierungen der Wohnräume bleiben oft aus, da die Einwohner alt werden oder weil sie von den Vermietern erst beim Auszug des Mieters unternommen werden.⁶⁰⁹ Mit fortgeschrittenem Alter und besonders beim Auftreten der Beeinträchtigungen werden die Chancen für eine Wohnanpassung eher als schlecht eingeschätzt.⁶¹⁰ In der Zukunft ist eine gesetzliche Verpflichtung zur altersgerechten Ausstattung der Wohnungen nicht auszuschließen, was aber der Wert solcher Immobilien auch deutlich steigern könnte. Damit könnte die Übersiedlung in eine fremde Umgebung zumindest verzögert werden.⁶¹¹

6.3.1.1 Konkrete Anpassungen

Wenn es um den Umbau geht, dann ist damit meistens die Anpassung der bestehenden Infrastruktur gemeint. Die Empfehlungen für den Umbau können jedoch auch beim Neubau eingesetzt werden, was in der Zukunft vielleicht auch gesetzlich verankert werden könnte. Beim Umbau geht es darum, einerseits die Gefahren (z.B. vom Sturz) zu beseitigen und andererseits den Alltag zu erleichtern bzw. trotz der Defizite des Alters einen Alltag weiterhin möglich zu machen. Einfache und intuitive Benutzung sowie ein niedriger körperlicher Aufwand dabei sollten sowohl bei den künftigen Bauprojekten als auch beim Umbau als Hauptrichtlinien gelten.⁶¹²

Allgemein kann man sagen, dass das Grundanliegen ist, die Wohnumgebung begehbarer,

⁶⁰⁷ Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 159, 166.

⁶⁰⁸ Demirkan 2007, S. 35.

⁶⁰⁹ Thieme 2008, S. 256.

⁶¹⁰ Voges/Zinke 2010, S. 304.

⁶¹¹ Schütt 2011, S. 221.

⁶¹² Feddersen/Lüdtke 2007, S. 10.

unterstützender, sicherer aber doch ästhetisch akzeptabel zu gestalten.⁶¹³ Nach dem Grad des Einsatzes kann man zwischen Hilfsmitteln (z.B. Treppenlift), Ausstattungsveränderungen (z.B. veränderte Möblierung zur Schaffung von Bewegungsflächen) bauliche Maßnahmen (z.B. Einbau einer ebenerdigen Dusche) unterscheiden.⁶¹⁴ In Hinsicht auf die Höhe der finanziellen Belastung kann man zwischen zwei Gruppen unterscheiden. Es gibt jene Änderungen, die finanziell weniger aufwendig sind und später leicht durchgeführt werden können (Griffe im Badezimmer), und jene, die hohe Kosten verursachen und ohne Planung im Voraus nur schwer oder teuer durchzuführen sind (z.B. Beseitigung verschiedener Barrieren).

Bezüglich der konkreten Anpassungen und Verbesserungen, können mehrere Aspekte genannt werden. Erstens sind die strukturellen Anpassungen in der Umgebung der Wohnung zu erwähnen. Die Gebäudezugänge sowie die unmittelbare Infrastruktur sollte ebenso wie die Wohnung selbst barrierefrei oder zumindest barrierearm eingerichtet werden.⁶¹⁵

Falls der Hauseingang mit Stufen versehen ist, kann man beiderseitig ein Geländer mit Handlauf anbringen lassen. Für den Rollstuhlfahrer kann man eine Rampe mit Radabweisern oder sogar einen sog. Hublift bauen. Eine weitere Möglichkeit wäre die Verlegung des Hauseinganges, falls eine andere Hausseite leichter zugänglich ist.⁶¹⁶ Falls ein Treppenlift innerhalb des Hauses eingebaut wird, sollte eine Restlaufbreite frei bleiben, was sich im Brandfall als lebensrettend erweisen kann.⁶¹⁷

Die breiten Türen und Treppenaufgänge, die Gehwagen-gerecht und für die Rollstuhlfahrer geeignet sind, sollten allgemein und insbesondere im Eingangsbereich angewendet werden.⁶¹⁸ Nicht nur die Türbreiten sind wichtig, sondern die Flächen der Räume allgemein, da sie z.B. beim Drehen eines Bettes eine entscheidende Rolle spielen.⁶¹⁹ Die ganze Wohnung sollte ebenerdig sein, falls dies möglich ist.⁶²⁰ Neben der Verbrennungsgefahr ist der Sturz die häufigste Ursache für Verletzungen unter Senioren.⁶²¹ Daher sind losen Fußmatten und Teppiche potenzielle Stolperfallen, weshalb sie im Boden versenkt oder befestigt werden sollten. Eine weitere Option wäre der Einbau vom rutschfesten Bodenbelag.⁶²² Abgesenkte Gegenflächen können ebenfalls die Bewegung in der

⁶¹³ Vincent/Phillipson/Downs 2006, S. 186; Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 166; Feddersen/Lüdtke 2007, S. 10.

⁶¹⁴ Vater/Zachraj 2008, S. 330.

⁶¹⁵ Vater/Zachraj 2008, S. 330.

⁶¹⁶ Schütt 2011, S. 222; Vincent/Phillipson/Downs 2006, S. 186.

⁶¹⁷ Schütt 2011, S. 223.

⁶¹⁸ Thieme 2008, S. 256; Demirkan 2007, S. 34f; Schütt 2011, S. 223.

⁶¹⁹ Demirkan 2007, S. 34; Thieme 2008, S. 170.

⁶²⁰ Demirkan 2007, S. 34.

⁶²¹ Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 168.

⁶²² Schütt 2011, S. 223; Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 168.

Wohnung erleichtern.⁶²³ Ebenso sollte man beachten, dass die Fenster niedrig platziert und auch für Rollstuhlfahrer leicht zu öffnen sind.⁶²⁴

Die Beleuchtung ist für Senioren ebenfalls von großer Bedeutung. Man kann etwa Bewegungssensoren für die Lichteinschaltung einbauen, was besonders im Eingangsbereich nützlich ist.⁶²⁵ Weiter sind vom Bett aus bedienbares Licht sowie Zweiwegschalter weitere Lösungsansätze. Weitere "Kleinigkeiten" wie die Bremsen an fahrbaren Möbelstücken, Aufrichthilfe beim Bett, hebelartige Griffe für Türen und Schubladen, erhöhtes Möbel, absenkbares Kleiderstangen, Telefonnotrufsender, Gas- und Feuermelder usw. können den Alltag deutlich leichter machen.⁶²⁶

Dazu kommen noch spezifische Anpassungen in Verbindung mit speziellen Funktionen gewisser Wohnräume. In der Küche sollten neben ausreichend Platz auch Schalter und Steckdosen in erreichbarer Höhe, höhenverstellbare Arbeitsplatten, Vollauszüge bei den Schränken, Platz für die Knie unter Herd und Spüle sowie Auffahrschutz und Sicherheitsabschaltungen bei den Hängeschränken vorhanden sein.⁶²⁷ Falls der Toilettenraum besonders klein ist, können sich nach außen hin öffnende Türen oder Schiebetüren einbauen. Eine ebenerdige Dusche ist nicht nur leichter begehbar, sondern kann auch als zusätzliche Bewegungsfläche genutzt werden. Rutschfester Bodenbelag, Haltegriffe und Einstiegshilfe bei der Badewanne oder Dusche, unterfahrbares Waschbecken sowie die erhöhten Toilettenschüsseln mit zusätzlichen Haltegriffen wären auch eine wünschenswerte Standardausstattung.⁶²⁸

Bei den Terrassen sollte man Schwellenüberfahrbrücken anwenden, da die Schwellen wegen des Regens doch etwas höher sein müssen. Die Brüstungen sollten auch schon ab der Höhe von 60cm durchsichtig sein, so dass sie für Sitzende bzw. Rollstuhlfahrer kein Sichthindernis darstellen. Die Pflasterung im Garten sollte möglichst breit und ohne großen Fugen sowie nicht allzu steil sein. Der Möbel im Außenbereich sollte ebenfalls nicht zu niedrig sein.⁶²⁹

Die Anpassungen sollten maximal den tatsächlichen Bedürfnissen entsprechen sowie möglichst weitgehend individualisiert werden.⁶³⁰ Für die Rollstuhlfahrer muss man alles (Türspion, Schalter, Steckdosen, Schränke) in erreichbarer Höhe platzieren. Für die an Arthritis Leidenden

⁶²³ Demirkan 2007, S. 35.

⁶²⁴ Vincent/Phillipson/Downs 2006, S. 186; Schütt 2011, S. 224; Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 167.

⁶²⁵ Schütt 2011, S. 223.

⁶²⁶ Schütt 2011, S. 225f; Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 168; Demirkan 2007, S. 35; Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 167f; Feddersen/Lüdtke 2007, S. 10.

⁶²⁷ Schütt 2011, S. 224; Feddersen/Lüdtke 2007, S. 10.

⁶²⁸ Schütt 2011, S. 225f; Demirkan 2007, S. 34f; Thieme 2008, S. 256; Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 167f.

⁶²⁹ Schütt 2011, S. 225.

⁶³⁰ Vater/Zachraj 2008, S. 330.

sollten die Türklinken und Fensterriegeln sowie Schalter groß genug sein, um sie benutzen zu können.⁶³¹ Für die Personen mit den Wahrnehmungsbehinderungen gibt es ebenso viele technische Lösungen. Für die schwerhörige Senioren kann man z.B. Telefon, Türglocke oder Feuermelder mit visuellen Teilen versehen, so dass sie leuchten anstatt zu klingeln.⁶³² Bei jenen Senioren, die wiederum kein gutes Sehvermögen mehr haben, können taktile Markierungen für Ebeneänderungen und Stiegenkanten oder Braillekennzeichen an Geräten oder Kontrollknöpfen einbaut werden.⁶³³ Bei den pflegebedürftigen Senioren ist es ebenfalls wichtig, einen klinischen Eindruck zu vermeiden und eine normale häusliche Umgebung zu bewahren.⁶³⁴

Die hohen Kosten erweisen sich jedoch sehr oft als ein großes Hindernis beim Umbau. Die Älteren entscheiden sich daher sehr oft, nur ins Wichtigste wie z.B. Alarmer bzw. Benachrichtigungssysteme zu investieren.⁶³⁵ Es stellt sich jedoch nicht selten heraus, dass die Modifikationen für die Senioren nicht zahlbar sind. In dem Fall rechnen sie oft mit der finanziellen Hilfe ihrer Kinder, obwohl sich diese Beziehungen heutzutage schwächer als früher erweisen.⁶³⁶

Die Entwicklung preisadäquater und altersgerechter (Um)Baukonzepte ist sicherlich eines der Hauptanliegen der künftigen Planung von Bauprojekten. Es ist viel günstiger die großen Maßeinheiten von Wohnungsneubauten wie z.B. Treppenhäuser im Voraus altersgerecht zu konstruieren als sie später umbauen zu lassen.⁶³⁷ Die persönlichen Wohngewohnheiten können aber oft einer objektiven Verbesserung der Wohnlage im Wege stehen, weshalb der Bedarf nach einer Veränderung oft zu spät oder überhaupt nicht erkannt wird. Eine aktive Wohnberatung kann in solchen Fällen vorbeugend wirken, weshalb der Ausbau von zurzeit noch immer mangelnden Wohnberatungsstellen künftig anzustreben ist.⁶³⁸

Interessanterweise zeigen die Anbieter der Leistungen aus dem Bereich des Hausumbaus selbst Initiative. Ein Beispiel dafür ist der Verein der handwerklichen Fachverbände der Bau und Ausbauwerke in Norddeutschland. Obwohl ihre Motivation in erster Linie durch den profitablen Markt geprägt ist, bieten sie für ihre Kunde auch zusätzliche Beratung für diese Problematik.⁶³⁹ Es wäre gut, wenn es auch eine Koordinationsstelle für eine entsprechende Standardisierung gäbe.

⁶³¹ Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 168; Feddersen/Lüdtke 2007, S. 10.

⁶³² Demirkan 2007, S. 35; Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 168; Feddersen/Lüdtke 2007, S. 10.

⁶³³ Demirkan 2007, S. 35; Feddersen/Lüdtke 2007, S. 10.

⁶³⁴ Demirkan 2007, S. 34.

⁶³⁵ Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 169.

⁶³⁶ Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 172.

⁶³⁷ Thieme 2008, S. 170.

⁶³⁸ Vater/Zachraj 2008, S. 330.

⁶³⁹ Schütt 2011, S. 226.

6.3.2 Umzug

Eine andere Lösung, die die Selbstständigkeit ermöglicht oder mindestens verlängert, ist der Umzug in eine geeignetere Wohnung. Man kann grundsätzlich zwei Formen des Umzuges unterscheiden – eine mehr institutionalisierte und erzwungene und eine eher informelle Form, die aber vorgenommen werden muss, so lange die betreffende Person noch relativ gesund ist. Ein durch den schlechten Gesundheitszustand erzwungener Umzug in eine institutionalisierte Umgebung ist mittlerweile keine Seltenheit mehr. Daher könnte man, obwohl es vielleicht nicht als gewünschte Option gilt, einen solchen Umzug im Voraus organisieren und möglichst viel nach eigenem Geschmack gestalten.

Nach dem Grad der Institutionalisierung sowie der Organisation kann man verschiedene Stufen des neuen Zuhauses unterscheiden. Einerseits kann man in eigener Regie in eine andere kleinere oder altersgerechte Wohnung umziehen und andererseits gibt es die Seniorenkommunen, die zwar in Europa nicht verbreitet sind, aber in den USA schon eine lange Tradition haben. Dort wurden nämlich schon in 1920er solche Gemeinschaften von verschiedenen Kirchen-, Arbeits- und Bruderschaftorganisationen gegründet. Obwohl die Seniorenkommunen als unnatürliche *golden ghettos* kritisiert wurden, haben sie überlebt und sie werden sich möglicherweise weiter verbreiten.⁶⁴⁰ Ein Umzug ist sicherlich eine entscheidende Veränderung im Leben, egal ob es um ein Altenheim oder eine altersgerechte Wohnung geht. Der Umzug in eine institutionalisierte Alteneinrichtung bedeutet allerdings, dass er endgültig ist.⁶⁴¹

Bei einem Umzug in eine Alteneinrichtung sollte man den Zeitpunkt gut bedenken. Eine frühere Umsiedlung bedeutet auch, dass der Mensch maximal davon profitieren kann, da er noch gesund und aktiv ist. Andererseits verfügt man über genug Zeit, um sich der neuen Umgebung anzupassen. Es ist auch wichtig, dass jeder sich aktiv mit den verschiedenen Wohnmöglichkeiten für sein Alter auseinandersetzt und selbstbestimmend entscheidet, in welcher Einrichtung er seinen Lebensabend verbringen möchte.⁶⁴² Solche Entscheidung werden meistens in der Übergangsphase vom Beruf in die nachberufliche Phase (also etwa unter den 61–70-Jährigen) getroffen, da das Thema Wohnen meistens in dieser Gruppe einen Bedeutungswechsel erfährt.⁶⁴³ Mit der Aufgabe der

⁶⁴⁰ Altmann 1984, S. 58f.

⁶⁴¹ Flemming/Kreter 2008, S. 45.

⁶⁴² Flemming/Kreter 2008, S. 46.

⁶⁴³ Hieber/Oswald/Wahl/Mollenkopf 2005, S. 294.

eigenen Wohnung ist daher häufig das Verlassen des Quartiers und der Verlust sozialer Beziehungen verbunden.⁶⁴⁴

6.3.2.1 Umzug – Gründe und Bereitschaft umzusiedeln

Im Vergleich mit jüngeren Menschen sind die Senioren weniger mobil und bei den über 60-Jährigen ist der Wunsch umzuziehen niedrig.⁶⁴⁵ Die jüngeren Senioren sind umzugsbereiter als die älteren Senioren.⁶⁴⁶ Die wichtigsten Gründe dafür sind die geringe Bereitschaft, die bestehenden sozialen Netzwerke am Wohnort aufzugeben, sowie ein hoher Anteil von Wohneigentum, was auch die Tatsache, dass die Selbstversorgung nicht mehr funktioniert, nicht ändern kann. Die emotionale Verbindung zum Heim sollte dabei nicht unterschätzt werden.⁶⁴⁷ Aus diesen Gründen ist es verständlich, dass familienorientierte Menschen am wenigsten bereit sind umzusiedeln.⁶⁴⁸

Eine gewisse Stadtteilverbundenheit gibt es ebenfalls. Sie ist auch bei den älteren Menschen ausgeprägter als bei den jüngeren. Wie die Forschungen zeigen, ist Stadtteilverbundenheit nicht von Alter, Geschlecht oder Gesundheit abhängig, sondern von der Wohndauer und der innerhäuslichen Wohnverbundenheit sowie genereller Zufriedenheit mit dem aktuellen Leben und der Abwesenheit von Zukunftsängsten. Die wohnumweltbezogenen Parameter sind sogar wichtiger als personenbezogene Aspekte. Die konkreten stadtteilspezifischen Angebote können sich zusätzlich und dies ganz entscheidend auswirken.⁶⁴⁹

In der Forschung wird zudem die Meinung vertreten, dass die Autonomie der Älteren nicht dadurch bewahrt wird, indem man auf dem Verbleiben im eigenen Haus beharrt. Der Wunsch, zu Hause zu bleiben, könnte nur eine Reflexion des Wunsches sein, die Autonomie zu bewahren. Die Frage ist daher, in welcher sozialen, psychologischen und materiellen Umgebung und mit welcher Art der Unterstützung kann eine Person alle jene Aktivitäten betreiben, zu denen sie in der Lage ist? Man sollte folglich nicht nur feststellen, ob die Menschen in ihrem eigenen Heim leben wollen, sondern unter welchen Bedingungen.⁶⁵⁰ Es gibt auch Anzeichen, dass unter den Senioren die

⁶⁴⁴ Vater/Zachraj 2008, S. 324.

⁶⁴⁵ Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 164; Friesdorf/Heine 2007, S. 48; Voges/Zinke 2010, S. 306.

⁶⁴⁶ Altmann 1984, S. 57.

⁶⁴⁷ Friesdorf/Heine 2007, S. 48; Schwarz 2009, S. 46; Kramer/Pfaffenbach 2007, S. 400; Beland 1986, S. 185; Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 165.

⁶⁴⁸ Schwarz 2009, S. 44.

⁶⁴⁹ Hieber/Oswald/Wahl/Mollenkopf 2005, S. 298ff.

⁶⁵⁰ Beland 1986, S. 185f.

Umzugsbereitschaft steigt.⁶⁵¹ Dabei werden die spezialisierten Angebote wie Seniorenkommunen eher vermieden, eine ganz normale Wohnung ist der bevorzugte Wunsch der Älteren.⁶⁵²

Es gibt viele Gründe, die einen Umzug notwendig machen können. Meistens wird er aber durch den Zusammenbruch der Pflegearrangements verursacht, was einen erzwungenen Transfer in eine stationäre Betreuungseinrichtung zur Folge hat.⁶⁵³ Die pflegebedürftigen Einwohner in den Heimen sind heutzutage eher die Regel.⁶⁵⁴ Gerade aus diesem Grund können Paare länger in ihrem Heim bleiben, da sie sich gegenseitig unterstützen oder sogar pflegen, wobei zu bemerken ist, dass Frauen meistens Männer pflegen.⁶⁵⁵ Damit ist auch die Tatsache zu erklären, dass weniger Männer als Frauen und weniger Verheiratete als Singles Krankheit und Behinderung als Grund für den Umzug finden.⁶⁵⁶ Der Tod des Ehepartners kann schließlich der Grund für den Umzug in ein Heim sein.⁶⁵⁷ Der Wunsch, den Angehörigen nicht zum Pflegelast zu werden, ist auch eine Ursache, der in diese Kategorie gehört.⁶⁵⁸ Ähnlich dazu sind die Konflikte innerhalb der Familien gelagert, die zu einem Umzug führen können.⁶⁵⁹ Das Vorsorgedenken in Hinsicht auf die mögliche Pflegebedürftigkeit ist ein übliches Motiv für den Umzug in ein Heim.⁶⁶⁰ Die Angst vor Vereinsamung wird außerdem als Grund für den Umzug in ein Heim genannt.⁶⁶¹

Neben der (künftigen) Pflegebedürftigkeit sind die mangelhaften Wohnverhältnisse ein gängiger Grund für den Umzug.⁶⁶² Eine nicht geeignete Umgebung kann dazu führen, dass die Senioren wegen der funktionalen Einbußen an ihr Heim gefesselt bleiben, wobei schon die Stufen und Treppen innerhalb des Hauses oder im Außenbereich das verursachen können.⁶⁶³ Auch das *“empty-nest syndrome”* bzw. der nicht benötigte Raum nach dem Auszug der Kinder ist häufiger Grund für Suche nach einer kleineren Wohnung.⁶⁶⁴

Falls ein Umzug unausweichlich ist, so werden neben einer altersgerechten und barrierefreien Ausstattung auch kostengünstigere Wohnungen gesucht. Aus diesem Grund wird gelegentlich auch eine Umsiedlung ins Ausland in Betracht gezogen. Besonders unter den

⁶⁵¹ Thieme 2008, S. 258.

⁶⁵² Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 165; Beland 1986, S. 185.

⁶⁵³ Dedl 2008, S. 10; Flemming/Kreter 2008, S. 85; Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 55; Altmann 1984, S. 57; Schwarz 2009, S. 45.

⁶⁵⁴ Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 56; Zykan 2009, S. 44.

⁶⁵⁵ Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 56; Voges/Zinke 2010, S. 306.

⁶⁵⁶ Schwarz 2009, S. 46.

⁶⁵⁷ Altmann 1984, S. 58; Schwarz 2009, S. 45.

⁶⁵⁸ Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 55.

⁶⁵⁹ Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 164.

⁶⁶⁰ Dedl 2008, S. 10; Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 55; Voges/Zinke 2010, S. 306.

⁶⁶¹ Dedl 2008, S. 10; Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 55.

⁶⁶² Dedl 2008, S. 10.

⁶⁶³ Friesdorf/Heine 2007, S. 50; Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 164; Schwarz 2009, S. 45.

⁶⁶⁴ Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 164.

einkommensschwächeren Gruppen und Selbstständigen mit ungenügender Altersvorsorge gibt es jene, die sich um die Finanzierbarkeit der Wohnung nach Eintritt in den Ruhestand sorgen.⁶⁶⁵ Die mangelnden individuellen und soziofinanziellen Ressourcen sind ein übliches Motiv für die Suche nach einer geeigneteren Wohnung. Gerade jene Senioren, die nach Partnerverlust, bei steigendem Pflegebedarf, durch akute Erkrankungen in irgendeiner Weise unterversorgt sind, suchen einen solchen Ausweg und nicht die gesunden und finanziell gut ausgestatteten Älteren.⁶⁶⁶

Die Wanderungsmuster der Senioren sind von ihren familialen Netzwerken abhängig. Meist wollen sie in der Nähe ihrer Kinder bleiben.⁶⁶⁷ Eine attraktive Ruhedestination als Wohnsitz ist daher eher selten und Umzüge finden eher innerhalb einer Stadt oder Region statt.⁶⁶⁸ Da immer weniger Menschen Kinder haben, ist es jedoch zu erwarten, dass diese Faktoren künftig eine geringere Rolle spielen. Ein entfernter Altersruheort wird meistens erst nach der Pensionierung gewählt. Falls es gesundheitliche Probleme gibt, bleiben viele Senioren in der Nähe ihrer Bezugspersonen, meistens sind das ihre Kinder.⁶⁶⁹ Ein passenderes Klima kann auch ein Kriterium bei der Auswahl eines entfernten Wohnsitzes sein.⁶⁷⁰

Der Umzug in eine neue Umgebung kann allerdings Identitätsverlust oder die Desorientierung mit sich bringen, aber auch Gefühl der Bequemlichkeit, Zugehörigkeit und geistigen Ruhe, was alles die Lebensqualität beeinflussen kann.⁶⁷¹ Daher ist es wichtig die Wohn- und Alltagspraktiken der Senioren zu analysieren, um damit die richtige Beratung bezüglich der Suche nach einer geeigneten Neuwohnung zu ermöglichen. Dabei sollte man auch die Mikro-, Meso- und Makroumwelten sowie die Angleichung von Wohnbedürfnissen und Wohnbedingungen beachten.⁶⁷²

6.3.2.2 Wohin?

Wenn es um keinen erzwungenen Umzug in eine Institution geht, sondern eine durchgedachte, geplante Übersiedlung unter besonderer Beachtung der späteren Zeit, sollte man seinen neuen Wohnsitz sorgfältig nach bestimmten Kriterien auswählen. Bei der Auswahl einer neuer Wohnung kann man grundsätzlich drei allgemeine Ebenen unterscheiden, die für eine gute Entscheidung in Betracht gezogen werden sollten. Das sind eine Mikroebene, die sich auf die

⁶⁶⁵ Kramer/Pfaffenbach 2007, S. 399; Altmann 1984, S. 57; Schwarz 2009, S. 45.

⁶⁶⁶ Voges/Zinke 2010, S. 306.

⁶⁶⁷ Kramer/Pfaffenbach 2007, S. 399; Voges/Zinke 2010, S. 306; Altmann 1984, S. 57.

⁶⁶⁸ Voges/Zinke 2010, S. 306.

⁶⁶⁹ Altmann 1984, S. 57f.

⁶⁷⁰ Altmann 1984, S. 57f; Schwarz 2009, S. 45.

⁶⁷¹ Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 162.

⁶⁷² Hieber/Oswald/Wahl/Mollenkopf 2005, S. 300.

Wohnungsmerkmale bezieht (wie z.B. ob sie altersgerecht ausgestattet ist), die zweite ist die Mesoebene, die sich auf die unmittelbare Gegend um die Wohnung (die Nachbarschaft, Cafés, Einkaufsmöglichkeiten usw.) sowie etwas erweitert auf die Ortschaft bezieht und die dritte Makroebene, die sich eher auf die breite Umgebung der Wohnung (z.B. Ort, das Klima in der Region usw.) bzw. auf die Region bezieht, in der sich die Wohnung befindet.⁶⁷³ Dabei ist auch zu beachten, ob es sich eher um eine Seniorenkommune handelt oder eine übliche Gemeinde.⁶⁷⁴

Die große Mehrheit der Senioren, auch jener, die pflegebedürftig sind, wohnt in ihrem Zuhause, wo sie von den Familienangehörigen und anderen nahstehenden Personen vollständig oder teilweise in ihrem Lebensalltag unterstützt werden.⁶⁷⁵ Daher ist es wichtig, dass die eigene Wohnung auch möglichst "normale" Lebensqualität gewährleisten kann. Das Hauptproblem ist, dass die Wohn- und Baukonzepte, die Rücksicht auf ältere Menschen nehmen, etwas relativ Neues sind. Die meisten Gebäuden sind auf die Bedürfnisse jüngerer Menschen ausgelegt. Die Älteren und unter ihnen besonders jene, deren Mobilität, Sehvermögen sowie kognitive Fähigkeiten schon beeinträchtigt sind, haben Schwierigkeiten in dieser Umgebung zurechtzukommen.⁶⁷⁶ Die wichtigsten Aspekte einer altersgerechten Wohnung sind im Kapitel „Umbau“ dargelegt worden, so dass sie hier nicht ausführlicher behandelt werden.

Die nächste Ebene der Analyse wäre die Mesoebene. Bei der Analyse dieser Ebene sollte man beachten, in welcher Entfernung die oft besuchten Orte wie Kaffeehaus, Post, Apotheke, Parks, Kirche, Apotheke, Arzt, Bücherei, Lieblingsrestaurant, beliebte Kinos, Familien, nahe Freunde usw. gelegen sind. Auch etwas weniger frequentierte Orte wie Flughafen, Sportstadion oder Krankenhaus sollten mit berücksichtigt werden.⁶⁷⁷ Zu dieser Ebene kann auch die Versorgung gerechnet werden, da heutzutage die großen Supermärkte oft außerhalb der Wohnorte liegen. Wichtig wäre also, ob die Einkäufe zu Fuß erledigt werden können oder ein Transportmittel notwendig ist. Es wäre ratsam, sich persönlich zu erkundigen, um eine geeignete Nachbarschaft zu finden. Man muss sich ebenso entscheiden, ob eine kleinere Ortschaft, die vielleicht nur von einer Fabrik lebt, oder etwas größere Stadt, die mehr Angebote aber auch Hektik mit sich bringt, die bessere Lösung wäre.⁶⁷⁸

Die Makroebene bezieht sich auf den Großraum bzw. die Region des potentiellen Alterswohnsitzes. Hier bieten sich Erfahrungen von früheren Geschäfts- oder Urlaubsreisen als

⁶⁷³ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 13; Bolles/Nelson 2007, S. 183; Altmann 1984, S. 58.

⁶⁷⁴ Altmann 1984, S. 58.

⁶⁷⁵ Bolles/Nelson 2007, S. 191.

⁶⁷⁶ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 9.

⁶⁷⁷ Bolles/Nelson 2007, S. 187.

⁶⁷⁸ Bolles/Nelson 2007, S. 189ff.

Entscheidungsgrundlage an. Vor allem sollte man bedenken, wie weit entfernt der neue Wohnort von nahen Angehörigen entfernt liegt. Man sollte sich zudem erkundigen, ob es möglich wäre, in der neuen Heimat einem Ehrenjob oder Hobbys nachzugehen. Die gesundheitsbezogene Aspekte wie Klima , Luftqualität, bestimmte Behandlungsmöglichkeiten wie Thermalbäder sowie Spezialisten und große Krankenhäuser sind wesentliche Aspekte der Analyse. Die finanziellen Aspekten wie Miet- und Immobilienpreise, Lebenshaltungskosten oder die Kosten für alle weiteren Aktivitäten gehören ebenso zu den wichtigsten Aspekten. Zuletzt sollt man erwähnen, dass ein Region gewählt werden sollte, die zur persönlichen Lebensart, den Wertvorstellungen und der Identität passt.⁶⁷⁹

Bei allen diesen Betrachtungen ist es wichtig, nicht zu vergessen, dass im Laufe der Zeit Veränderungen sowohl in der Umgebung als auch in der eigenen Denkweise nicht ausbleiben.

7. Finanzierung

Die mangelnden finanziellen Mittel sind ein beträchtliches Problem für einen sorglosen Lebensabend. Das Wohnen gehört zu den größten Ausgabenbereichen im Leben und ist eng mit seiner Gestaltung verbunden. Der finanzielle Aspekt kommt auf vielfältige Weise zum Ausdruck. Besonders die Belastung der staatlichen Budgets ist dafür verantwortlich, dass seniorenbezogene Ausgaben in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses rücken. Der allgemeine demographische Wandel und insbesondere der zunehmende Anteil der Senioren treiben die Ausgaben in diesem Bereich in die Höhe. Die verstärkte Individualisierung der Gesellschaft, die Erwerbsbeteiligung der Frauen und der Rückgang der Kinderzahl stellen zusätzliche Belastungen dar, da deshalb außerfamiliäre Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden müssen.⁶⁸⁰ Im Gegensatz dazu sind die heutigen Senioren fitter, verreisen häufiger und geben mehr für andere Freizeitaktivitäten aus.⁶⁸¹

Das Leben in der Rente kann auf mehrere Weisen finanziert werden. Zwei Geldtransferrichtungen in der Gesellschaft sind für unsere Betrachtung von Bedeutung. Erstens wird das Geld in Form staatlicher Leistungen an junge und alte Menschen überwiesen. Zweitens gibt es einen informellen und direkten Unterstützungstransfer zwischen Eltern und Kindern. Früher waren die intrafamilialen Geldtransfers üblicher. Heute wird die Betonung aber auf die

⁶⁷⁹ Bolles/Nelson 2007, S. 184f.

⁶⁸⁰ Mühlberger/Knittler/Guger 2008, S. 1; Bolles/Nelson 2007, S. 58.

⁶⁸¹ Bolles/Nelson 2007, S. 56.

Überweisungen der staatlichen sowie zivilgesellschaftlichen Institutionen verschoben.⁶⁸² Zudem muss bedacht werden, dass es einer großen Mehrheit gelingt, bis zur Rente Selbstersparnisse sowie andere Eigentumsformen zu akkumulieren.⁶⁸³ Eine weitere, obwohl oft nicht beliebte Möglichkeit besteht darin, im Alter weiterhin beruflich aktiv zu bleiben.⁶⁸⁴

Obwohl die intrafamiliäre Unterstützung an Bedeutung verloren hat, ist sie noch immer sehr wichtig. Das liegt daran, dass die Beziehungen innerhalb der Familie von persönlicher Nähe, gegenseitiger Wertschätzung und der Verpflichtung, sich zu helfen, geprägt sind.⁶⁸⁵ Die meisten Älteren rechnen auch mit der Hilfe ihrer Kinder.⁶⁸⁶ Die Hilfeleistungen der Kinder sind dennoch eher instrumenteller und seltener finanzieller Natur, wobei die Hilfe meistens den Familienmitgliedern zugute kommt, die sie tatsächlich benötigen.⁶⁸⁷ Obwohl die finanzielle Unterstützung seitens der Kinder bevorzugt wird, ist sie heutzutage auch nicht mehr so verlässlich wie früher.⁶⁸⁸ Die eventuellen Kürzungen der staatlichen Leistungen durch die privatisierte Altersvorsorge oder Begrenzung der Leistungen an Arbeitslosen würde jedoch bedeuten, dass die Verschiebung der Ausgaben auf die Familie unausweichlich ist.⁶⁸⁹

Wenn es um die staatlichen Leistungen geht, sieht die Situation nicht besonders gut aus. Obwohl es nicht zu erwarten ist, dass die finanziellen Bedürfnisse der Senioren künftig sinken, werden die staatlichen Renten wahrscheinlich gekürzt, wobei die Altersvorsorge schon jetzt teilweise privatisiert wird.⁶⁹⁰ Neben Rentenkürzungen ist mit einer Erhöhung des Renteneintrittsalters zu rechnen.⁶⁹¹ Obwohl es paradox erscheinen muss, stellt die steigende Lebenserwartung wegen den höheren Gesundheits- und Pflegekosten eine zusätzliche finanzielle Belastung dar.⁶⁹² Das ist insbesondere der Fall, wenn der Lebenspartner stirbt.⁶⁹³

Eine weitere finanzielle Quelle im Alter sind freilich eigene Ersparnisse und Eigentum. In diesem Sinne ist auch die zunehmende Einbeziehung der Menschen in die verschiedenen Versicherungsarten zu erwähnen, die aber oft nicht ausreichend sind.⁶⁹⁴ Die Zukunft birgt Schwierigkeiten vor allem für die einkommensschwachen Menschen. Diese werden sicher zu den

⁶⁸² Blome/Keck/Alber 2008, S. 29.

⁶⁸³ Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 172; Bolles/Nelson 2007, S. 108.

⁶⁸⁴ Bolles/Nelson 2007, S. 108.

⁶⁸⁵ Blome/Keck/Alber 2008, S. 33.

⁶⁸⁶ Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 169.

⁶⁸⁷ Blome/Keck/Alber 2008, S. 33.

⁶⁸⁸ Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 169.

⁶⁸⁹ Blome/Keck/Alber 2008, S. 35.

⁶⁹⁰ Blome/Keck/Alber 2008, S. 35; Bolles/Nelson 2007, S. 46ff, 57.

⁶⁹¹ Bolles/Nelson 2007, S. 47ff.

⁶⁹² Bolles/Nelson 2007, S. 57f.

⁶⁹³ Bolles/Nelson 2007, S. 59.

⁶⁹⁴ Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 169; Bolles/Nelson 2007, S. 44.

Risikogruppen des Wohnungsmarktes zählen.⁶⁹⁵ Die Vermögensstruktur ist jedoch bei den Senioren meistens zugunsten der Immobilien verschoben, so dass man ihre Lage als *house/asset-rich and cash/income-poor* bezeichnet.⁶⁹⁶ Dabei verfügen die Senioren zwar über ein gesichertes mietfreies Wohnen, aber über geringe liquide Reserven und sind von sog. Ausgabenschocks bedroht. Davon sind besonders Neurentner betroffen.⁶⁹⁷ Für eine altersgerechte Anpassung der Wohnung gibt es oft keine finanziellen Mittel.

Die Liegenschaften können jedoch genutzt werden, um das Alter zu finanzieren.⁶⁹⁸ Dabei ist jedoch zu beachten, dass viele Senioren sich nicht auf diese Quelle verlassen können und zwar jene, die die Hilfe am meisten bräuchten.⁶⁹⁹ Schon jetzt gibt es Regierungen, die die älteren Bürger ermutigen, ihre größeren Wohnungen zu verkaufen und altersgerechte Wohnungen und öffentlich finanzierte Wohnungen zu kaufen. Aus diesen Geschäften übrig gebliebenes Bargeld kann als Zusatz zur Rente dienen. Damit wird auch der Staatshaushalt finanziell entlastet. Für jene die sich das nicht leisten können, können Mini-Seniorengemeinden errichtet werden, die dann staatlich unterstützt werden.⁷⁰⁰ Es ist auch keine große Seltenheit, dass die älteren Menschen in ihrem letzten Lebensabschnitt keinen anderen Ausweg haben, als ihre Immobilien zu verkaufen.⁷⁰¹

Da alle einen sorglosen Lebensabend verbringen wollen, sind Bankkredite zur Finanzierung des Lebens nach der Pensionierung am wenigsten beliebt.⁷⁰² Jedoch besteht im Liquidemachen von Immobilienkapital durch Bankkredite ein Konzept, das in den USA, Großbritannien und manchen anderen Ländern schon längst angewendet wird.⁷⁰³

Zu diesem Zweck haben sich Immobilienverzehrprodukte (Home Equity Release) und insbesondere Reverse bzw. *Lifetime Mortgages* (auch als *roll up deferred loans* bekannt) etabliert. Dabei handelt es sich um ein finanzielles Instrument, bei dem grundsätzlich der Vorgang einer herkömmlichen Hypothek umgekehrt wird. Dabei wird mit der Zeit Eigenkapital abgebaut und das Fremdkapital aufgebaut. Drei Hauptziele, die erreicht werden, sind: die Generierung von Einkommen bzw. Liquiditätsreserven, ein lebenslanges Wohnrecht im Eigenheim und Vermeidung von Liquiditätsabflüssen während der gesamten Laufzeit. Bei einer Reverse bzw. Lifetime Mortgage beleihet der Wohneigentümer sein Eigenheim, kann als Eigentümer lebenslang in ihm

⁶⁹⁵ Döhner 1993, S. 128.

⁶⁹⁶ Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 172; Schneider 2009, S. 1.

⁶⁹⁷ Schneider 2009, S. 1.

⁶⁹⁸ Altmann 1984, S. 26.

⁶⁹⁹ Altmann 1984, S. 28.

⁷⁰⁰ Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 160f.

⁷⁰¹ Schneider 2009, S. 1.

⁷⁰² Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 158, 169.

⁷⁰³ Schneider 2009, S. 1.

wohnen bleiben und tilgt den Kredit einschließlich der Zinsen erst im Todesfall. Damit wird ermöglicht, dass das sonst gebundene Kapital verwendet wird.⁷⁰⁴ Dieses Geld kann nicht nur für den Lebensunterhalt ausgegeben werden, sondern auch für die altersgerechte Anpassung der Wohnungen. Nach dem Ableben des Kreditnehmers können seine Kinder entweder den Kredit tilgen und die Liegenschaft behalten oder sie verkaufen, um die Bank auszuzahlen und den Rest des Geldes zu behalten.⁷⁰⁵

Immobilienverzehrprodukte (Home Equity Release) sind jedoch noch immer Nischenprodukte in den meisten Ländern, falls sie überhaupt im Angebot stehen. Allerdings gibt es immer mehr öffentliche Diskussionen über dieses Thema.⁷⁰⁶ Diese Formen der Finanzierung wurden auch von Europäischer Kommission, Europäischer Zentralbank und OECD unterstützt.⁷⁰⁷

Da die Immobilienverzehrprodukte auch komplexe Faktoren bezüglich der Entwicklung von Laufzeit-, Immobilienwert- und Zinsrisiko beinhalten, hat das auch die Finanzdienstleister, die mit diesen Produkten nicht vertraut sind, etwas zurückstehend gelassen.⁷⁰⁸ Ein Problem ist auch die Tatsache, dass die Hauptzielgruppe für solche Lösungen Menschen sind, die eigentlich keine prägnanten finanziellen Probleme haben, wobei jene Senioren, die das Geld wirklich brauchen nicht qualifiziert sind.⁷⁰⁹ Es wäre daher wünschenswert, dass sich auch der Staat in der Form einer Agentur für die Koordination und Beratung einschaltet. Es ist auch möglich steuerliche Erleichterungen zu gewähren oder in solchen Fällen zu bürgen, bei denen Vertrag vor dem Ableben des Kreditnehmers ausläuft.

8. Pflege

Eine wichtige Komponente des Alters ist die (sich verschlechternde) Gesundheit. Mit dem vorschreitenden Alter häufen sich verschiedene Beeinträchtigungen und letztendlich kommt man zum Punkt, ab dem es ohne pflegerische Dienste nicht mehr geht.⁷¹⁰ Die faktischen, potenziellen oder zukünftigen Hilfebedürfnisse bestimmen oft die Behausungsmodalitäten für die Älteren, die

⁷⁰⁴ Schneider 2009, S. 1; Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 174.

⁷⁰⁵ Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 172ff.

⁷⁰⁶ Schneider 2009, S. 1.

⁷⁰⁷ Schneider 2009, S. 3.

⁷⁰⁸ Schneider 2009, S. 3.

⁷⁰⁹ Addae-Dapaah/Khei Mie Wong 2001, S. 172.

⁷¹⁰ Macek 2009, S. 28.

aber schwer zu messen und zu personalisieren sind.⁷¹¹ Die heutigen Pflegemodalitäten kann man grob in drei Gruppen aufteilen. Es gibt die Pflege daheim, bei der die Menschen meistens von den Angehörigen gepflegt werden, und ihr Gegenteil: die institutionalisierte Pflege, die sich hauptsächlich auf Pflegeheime bezieht. Dazwischen gibt es eine Reihe von Übergangslösungen wie betreutes Wohnen, Seniorenwohngemeinschaften oder Mehrgenerationenwohnen, die aber oft mit relativ selbstständigen Menschen rechnen.⁷¹² Zu dieser Gruppe kann man auch die Tageszentren für pflegebedürftige Menschen zählen, die eine halbstationäre Form darstellen.⁷¹³ Wie die Statistiken zeigen, befindet sich jedoch der größte Anteil der Pflegegeldbezieher in den Stufen, die eine weitgehend selbständige Lebensführung mit geringem Unterstützungsbedarf ermöglichen.⁷¹⁴ Die große Mehrheit der Älteren will in ihrem Zuhause gepflegt werden und den Meisten von ihnen ist dieser Wunsch erfüllt. Die pflegerischen Aufgaben in der Familie übernehmen zu 80% die Frauen, von denen auch viele erwerbstätig sind. Neben der Erwerbstätigkeit ist das zunehmende Alter der Pflegenden eine beträchtliche Belastung.⁷¹⁵ Die schweren körperlichen und geistigen Belastungen sowie geringe Vereinbarkeit von Beruf und Pflege sowie wenig Mitgefühl und professionelle Unterstützung sind für diese Menschen oft schwer zu ertragen.⁷¹⁶

Die andere übliche Form der pflegerischen Betreuung ist die stationäre Betreuung. Sie wird aber meistens als die letzte Option in Betracht gezogen.⁷¹⁷ Die Heimbewohner haben sehr oft negative Gefühle dem Heim gegenüber, die bis zum Gefühl der Verlassenheit und Abgeschobenheit gehen.⁷¹⁸ Die Institutionalisierung passiert meistens, wenn die Älteren verwitwet oder kinderlos sind oder wenn sich ihre Kinder nicht um sie kümmern können oder wollen.⁷¹⁹ Nicht selten entscheiden sich auch die Senioren, die nicht mehr selbstständig ihren Haushalt führen können, in Absprache mit ihren Kindern, in ein Heim (Altenwohnheim oder Altenheim) umzusiedeln. Damit wollen sie vermeiden, ihren Kindern zur Last zu fallen. Der Umzug in ein Altenheim ist meistens die Vorstufe für einen weiteren Transfer in ein Pflegeheim, was immer einen Zwangscharakter hat und mit Lebensbedingungen verbunden ist.⁷²⁰ Trotz der Unbeliebtheit der (Pflege)heime ist es zur Tatsache

⁷¹¹ Houben 1986, S. 112.

⁷¹² Zykan 2009, S. 39, 55; Blutmager 2001, S. 49, 54.

⁷¹³ Zykan 2009, S. 39, 55.

⁷¹⁴ Zykan 2009, S. 55

⁷¹⁵ Zykan 2009, S. 39; Rubisch/Philip/Wotzel/Enge 2004, S. 6.

⁷¹⁶ Zykan 2009, S. 39.

⁷¹⁷ Fiel 2002, S. 62.

⁷¹⁸ Hofer 1997, S. 112.

⁷¹⁹ Holdenrieder 2008, S. 14.

⁷²⁰ Dieck/Heinemann-Knoch/de Rijke 1987, S. 4f.

geworden, dass immer mehr Menschen dort ihren Lebensabend verbringen und es nicht genug Plätze gibt.⁷²¹

Das dritte Konzept, die ambulanten Betreuungsdienste, stellt eine Kombination vom Wohnen in eigenem Zuhause und Pflege durch professionelle Pflegende dar. Das Hauptziel verschiedener ambulanter Betreuungsdienste ist das selbständige Leben der Senioren in ihrem Heim sowie die Aufenthaltsdauer in stationären Einrichtungen zu vermeiden oder zu verzögern, wodurch neben Einsparungen auch die Verringerung des Nachfragedrucks auf stationäre Einrichtungen der Altenhilfe erreicht wird. Sie sind besonders nützlich, wenn es um einen akuten Eintritt der Krankheit oder um die Entlassung aus dem Krankenhaus geht. Sie können entweder gelegentlich einspringen oder langfristig die Angehörigen oder andere Pfleger entlasten.⁷²²

Im Mittelpunkt des Angebotes stehen die Hilfeleistungen aus dem medizinischen und pflegerischen Bereich, wobei die pflegebedürftigen Person nach den Grundsätzen aktivierender und reaktivierender Pflege mit dem Ziel ihre Selbstständigkeit und Eigenaktivität zu erhalten und zu fördern behandelt werden.⁷²³ Daneben wird auch die Unterstützung in den alltäglichen Aktivitäten in der Form der Heimhilfe angeboten. Dabei werden alle im Haushalt anfallenden Tätigkeiten erledigt, wobei keine Trennung zwischen Haushaltstätigkeiten und Sorgearbeit vorgenommen wird.⁷²⁴ Von den Heimhilfeleistungen werden z.B. frisch zubereitete Speisen (sog. "Essen auf Räder") direkt in die Wohnung geliefert, Reinigungs- und Wäschepflegedienste bzw. die Reinigung der Wohnung oder der Wäsche übernommen, Besuchs- und Begleitdienste, die für Abwechslung und Unterstützung sorgt z.B. beim Vorlesen bei einem Kaffeehausbesuch oder der Erledigung von Amtswegen und Einkäufensorgen, organisiert usw.⁷²⁵ Durch solche Hilfeleistungen kann man auch die soziale Isolierung verhindern sowie helfen, die sozialen Kontakte aufrechtzuerhalten und an kulturellen Angeboten weiter teilzunehmen.⁷²⁶ Körperpflege oder Hilfe beim An- und Ausziehen sowie Ergotherapie können auch dieser Kategorie zugeordnet werden.⁷²⁷ Nach Anzahl der Betreuungsstunden und Mitarbeiteransatz sind die Heimhilfe und Hauskrankenpflegeleistungen die am meisten in Anspruch genommenen Dienste. Ihnen folgt der Mahlzeitendienst.⁷²⁸

⁷²¹ Fiel 2002, S. 62.

⁷²² Fiel 2002, S. 58; Dedl 2008, S. 7; Macek 2009, S. 23.

⁷²³ Zykan 2009, S. 40; Dedl 2008, S. 7; Fiel 2002, S. 59; Schwarz 2009, S. 15; Macek 2009, S. 27.

⁷²⁴ Karakayali 2010, S. 153 Fussnote; Zykan 2009, S. 40; Dedl 2008, S. 7; Fiel 2002, S. 59; Schwarz 2009, S. 14.

⁷²⁵ Zykan 2009, S. 40; Dedl 2008, S. 7; Fiel 2002, S. 59f; Schwarz 2009, S. 14; Macek 2009, S. 27; Döhring 1989, S. 8, 109.

⁷²⁶ Macek 2009, S. 23; Döhring 1989, S. 109.

⁷²⁷ Fiel 2002, S. 59; Schwarz 2009, S. 14; Macek 2009, S. 27.

⁷²⁸ Macek 2009, S. 27; Zykan 2009, S. 40.

Solche alternative Angebote sind aber noch immer nicht weit verbreitet und man kann die jetzige Lage eher als der Anfang eines Prozesses bezeichnen. Das Angebot ist noch immer nicht sehr umfassend. Ein großes Manko ist auch das fehlende Evaluierungsverfahren, so dass es nach den Regionen zahlreiche Unterschiede und Konzepte in Organisationsform, Qualität, Ausbaugrad und Koordination der Dienste gibt.⁷²⁹ Die ambulanten und teilstationären Dienste werden z.B. in Deutschland etwa zu 90 % von freien Wohlfahrtsverbänden erbracht, was auf mangelnde Aktivität seitens des Staates und der zuständigen Institutionen hinweist.⁷³⁰ Manche Angebote etwa im Rahmen der Seniorenwohngemeinschaften oder Mehrgenerationenhäuser sind meistens auf die Großstädte und zwar in geringer Zahl begrenzt. Ein gewisser Grad an frühzeitiger und aktiver Planung des Leben nach der Pensionierung ist ebenso eine oft nicht erreichbare Voraussetzung, die aber das Engagement solcher Dienste erleichtern könnte.⁷³¹ Alle diese Konzepte sind jedoch ein Produkt der Dringlichkeit der Situation, da die Mehrheit der Menschen bis zu ihrem Tod zu Hause bleiben und, falls notwendig, dort gepflegt werden will.⁷³² Die Einführung von verschiedenen Pflegeversicherungen bzw. Pflegegeldern und die Anerkennung der Behandlungsbedürftigkeit der Pflege seitens des Staates und der Krankenkassen war ein wichtiger Impuls für solche Dienste. Dadurch wurde allerdings zugleich auch die Nachfrage angekurbelt.⁷³³

Wichtig ist zu sagen, dass für die meisten Hilfeleistungen kein hochqualifiziertes Personal notwendig ist. Für die Hilfeleistungen wie Heimhilfe wird nämlich meistens kein diplomiertes Personal eingesetzt. Diese Aufgaben werden sogar von den Nachbarn, Zivildienstleistenden oder auch ehrenamtlich engagierten Personen erledigt.⁷³⁴ Es ist aber auch mit regionalen Unterschieden zu rechnen, die wiederum verschiedene Ursachen haben können. In Österreich z.B. ist die höchste Dichte an Pflege- und Betreuungspersonal mit 21 Personen pro 1000 EinwohnerInnen ab 75 Jahren in Wien festzustellen, während sie in Oberösterreich nur 6,1 Pflege- und Betreuungspersonen pro 1000 EinwohnerInnen ab 75 Jahren beträgt. Bezüglich der Qualifikationsstruktur kann man auch bemerken, dass während in Wien die Heimhelfer die größte Berufsgruppe im extramuralen Bereich sind, während der Anteil an diplomierten Pflegepersonen in den extramuralen Diensten in Vorarlberg 35% beträgt.⁷³⁵

⁷²⁹ Zykan 2009, S. 55; Rubisch/Philip/Wotzel/Enge 2004, S. 18.

⁷³⁰ Rubisch/Philip/Wotzel/Enge 2004, S. 18.

⁷³¹ Karakayali 2010, S. 153.

⁷³² Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 52; Karakayali 2010, S. 153.

⁷³³ Fiel 2002, S. 58; Karakayali 2010, S. 153.

⁷³⁴ Fiel 2002, S. 59; Schwarz 2009, S. 14; Döhring 1989, S. 109.

⁷³⁵ Macek 2009, S. 27.

Ein wichtiger Aspekt wäre die Beratung, die die Vermittlung zwischen den Klienten und Diensten bzw. Pflege-Möglichkeiten darstellt. Die Beratung bezieht sich nicht nur auf Speiseversorgung, Hausnotruf, Pflege und Betreuung sondern auch auf die stützenden Angebote wie Pflegeappartements (für eine Kurzzeitversorgung außerhalb der Wohnung) bis hin zum Tagestreff und regelmäßigen Veranstaltungen.⁷³⁶ Die Beratung der Angehörigen hilfebedürftiger Menschen ist zwar ein weitgehend selbstverständlicher Bestandteil professioneller Pflege und Altenhilfe aber noch immer fehlt es an einem integrierten Angebot, das auf einer systematischen Konzept- und Zielgruppenarbeit beruht. Umfassendere Unterstützungsangebote werden (nicht zuletzt aufgrund der beschränkten medizinisch therapeutischen Einflussmöglichkeiten auf den weiteren Krankheitsverlauf) vor allem für Angehörige von Demenzerkrankten konzipiert und angeboten, wobei auch bei diesem unbestritten hochbelasteten Personenkreis die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen unerwartet gering ausfällt.⁷³⁷

8.1 Pflegekonzepte

In Hinsicht auf die Pflegebedürftigkeit der Senioren kann man zwei Hauptkategorien unterscheiden. Einerseits gibt es akute Pflegebedürftigkeit und andererseits für die älteren Menschen charakteristische chronische Pflegebedürftigkeit. Die bestehenden Konzepte zeigen sich aber oft mangelhaft bezüglich heutigen Umständen.

8.1.1 Akute Pflegebedürftigkeit

Die Pflege beim akuten Eintreten der Krankheit erfolgt hauptsächlich in den Spitälern und anderen institutionalisierten Formen der Heilung . Das Spital stellt aber nicht die optimale Umgebung für Senioren dar. Die Behandlung in einem Spital ist oft entwürdigend und kann iatrogenische Komplikationen sowie den Verlust der Selbstständigkeit verursachen. Hinzu kommen in manchen Fällen die hohen Kosten der Behandlung. Die Umgebung ist auch von einem spartanischen Dekor, Hochtechnologiegeräten und wechselndem Personal geprägt. Das Personal ist zudem trainiert, schnell zu arbeiten sowie rasch Krankheiten zu erkennen und in allen medizinischen Prozeduren zu agieren. Es ist jedoch oft der Fall, dass manche für die Senioren charakteristische Probleme wie die Vorbeugung und Behandlung von Druckgeschwüren, Protein-

⁷³⁶ Heiber/von der Wehl 2011, S. 235.

⁷³⁷ Kunstmann 2009, S. 345.

Kalorien-Unterernährung oder Delirium nicht erkannt und entsprechend behandelt werden.⁷³⁸

Ansätze zur Lösung dieser Probleme gibt es allerdings und ein Beispiel dafür wäre das *home hospital* (HH). Die Idee besteht darin, in kritischen Momenten nach Möglichkeit die Krankenhausbehandlung, medizinische und pflegerische Versorgung mit Medikamenten und geeigneter Technologie im Haus des Klienten zu leisten. Obwohl dieses Konzept schon über 30 Jahre existiert und die Behandlungsqualität sowie mögliche Ersparnisse bewiesen wurden, wurde ihm keine große Aufmerksamkeit geschenkt, weshalb es auch wenig Literatur darüber gibt.⁷³⁹

Eine weitere Möglichkeit für die Pflege der Akuterkrankten zu Hause ist die *interdisciplinary home care* (ICH), bei der ein von einem Arzt angeführtes interdisziplinäres Team engagiert wird. In diesem Fall erübrigt sich der Austausch der Notizen zwischen dem Arzt und anderen Diensten, da die direkte Kommunikation möglich ist. Eine wichtige Rolle ist den Case Managern zugeordnet, die die Leistung der Hilfen initiieren, koordinieren und partiell durchführen. Die Krankenschwestern haben ebenso wichtige Aufgaben. Sie sollen den Zustand der Älteren überwachen, ihre Selbstständigkeit, Änderungen in der Unterstützungs- und Therapieleistungen sowie die Sicherheit in der Wohnung evaluieren, Klienten und Familien ausbilden und Selbstpflege organisieren. Ein großes Problem sind dennoch die Ärzte, die wenig Verständnis für das *case management* zeigen. Die Ersparnisse durch eine Verminderung der Behandlungstage im Spital und die Verbesserung des Gesundheitszustandes sind trotzdem evident.⁷⁴⁰

8.1.2 Chronische Pflegebedürftigkeit

Für die Senioren ist aber die Pflege der chronisch Erkrankten charakteristisch. In diesem Gebiet sind die stationäre Einrichtungen wie Pflegeheime bzw. die Altenheime mit einer Abteilung für die pflegebedürftige Klienten die vorwiegende Lösung.⁷⁴¹ Die stationäre Pflege charakterisiert die Betreuung rund um die Uhr bzw. ein den Bewohnern mit wenigen Ausnahmen zu jedem Zeitpunkt des Tages ein zur Verfügung stehender Ansprechpartner.⁷⁴² Mittlerweile gibt es im Angebot auch die Möglichkeit der teilstationären Betreuung, was nur kurze Aufenthalte in einem Tageszentrum oder Ähnlichem bedeutet, die für kurzfristige Bedürfnisse und Krisensituationen wie z.B. nach dem Entlassung aus dem Spital gedacht sind. Solche Dienste werden häufig von Betreibern stationärer Einrichtungen erbracht.⁷⁴³

⁷³⁸ Calkins/Boult/Wagner/Pacala 1999, S. 87ff.

⁷³⁹ Calkins/Boult/Wagner/Pacala 1999, S. 87f.

⁷⁴⁰ Calkins/Boult/Wagner/Pacala 1999, S. 72f, 77.

⁷⁴¹ Holdenrieder 2008, S. 14; Dedl 2008, S. 8.

⁷⁴² Schlebrowski 2009, S. 61.

⁷⁴³ Holdenrieder 2008, S. 15; Dedl 2008, S. 8.

Die ambulante Pflege bezieht sich auf die Pflege in der eigenen Wohnung des Klienten, die auch mit anderen professionellen Hilfsleistungen (z.B. Heimhilfe) entsprechend seines individuellen Hilfebedarfs kombiniert wird. Im Unterschied zu den stationären Einrichtungen ist der Klient in der Regel der Mieter oder Eigentümer der Wohnräume, in denen er wohnt und versorgt wird. Die Aufgaben der professionellen Fachkräfte umfassen dabei vor allem die Unterstützung bei der Gesundheitspflege, der Freizeitgestaltung, der Haushaltsführung, der Einteilung der Finanzen, den Kontakten Behörden sowie die psychosoziale Unterstützung generell.⁷⁴⁴

Der Sektor der Hauskrankenpflege hat in der letzten Zeit an Bedeutung gewonnen, da es das Ziel der Behörden ist, den Älteren zu ermöglichen, möglichst lang in ihrem Zuhause zu bleiben, aber auch weil dadurch Einsparungen im Gesundheitssektor erzielt werden, obwohl die Studien diesbezüglich widersprüchlich sind. Die Langzeitpflege zu Hause kann grundsätzlich von zwei Gruppen von Dienstleistern durchgeführt werden. Einerseits sind das die informellen Dienstleister und andererseits die formellen. Die formellen Anbieter sind meistens öffentliche, private und freiwillige Organisationen, die oft nicht gewinnorientiert sind. Diese Organisationen werden von den Behörden beauftragt und haben nicht nur die Pflegeleistungen (Blutdruckmessen, Katheraustausch, Injektionen verabreichen), sondern auch Körperpflege und Heimhilfen im Angebot (Hilfen bei der Hygieneerhaltung, beim Essen, Haushaltsführung usw.). Die informellen Hilfenleister können wiederum intern (leben mit dem Gepflegten, meistens Frauen und Töchter) oder extern (Verwandten, Freunde, Nachbarn; agieren freiwillig oder aus Wohltätigkeit) sein. Die informelle Pflege zu Hause ist in Südeuropa verbreitet.⁷⁴⁵

Das betreute Wohnen und sog. Mini-Heime (die Seniorenwohngemeinschaften für bis zu zehn Menschen, die sich auch gegenseitig unterstützen können) sind die neuen Wohnkonzepte, die die Pflege integrieren und langsam auch offizielle Unterstützung in Form von Subventionen gewinnen.⁷⁴⁶

Wegen der Förderung der ambulanten Dienste passiert es jedoch, dass die Pflegeheime vernachlässigt werden.⁷⁴⁷ In der Zukunft wird aber Mangel an Pflegeplätzen in Pflegeheimen erwartet, da die Anzahl der schwerst pflegebedürftigen Menschen steigt.⁷⁴⁸ Man versucht auch die Kapazitäten der reinen Altersheimen zu erweitern. In Wien z.B. wurde 1993 der Baustopp für Pensionistenwohnheime beschlossen, während gleichzeitig der Ausbau weiterer Pflegeplätze, bzw.

⁷⁴⁴ Schlebrowski 2009, S. 62.

⁷⁴⁵ Holdenrieder 2008, S. 13f.

⁷⁴⁶ Holdenrieder 2008, S. 15.

⁷⁴⁷ Zykan 2009, S. 53.

⁷⁴⁸ Rubisch/Philip/Wotzel/Enge 2004, S. 17; Zykan 2009, S. 53f; Dieck/Heinemann-Knoch/de Rijke 1987, S. 1.

die Renovierung vorhandener Pflegeplätze vorangetrieben wurde. Die überdimensionierte und nicht mehr zeitgemäße Einrichtungen werden allerdings umgewidmet und neu gebaut, da die neuen gesetzlichen Anforderungen rigoroser und zeitgemäßer sind.⁷⁴⁹ Die Gemeinden beginnen zudem langsam damit, die Altenheime attraktiver zu bauen, da die Senioren allmählich als eine wachsende Konsumentengruppe wahrgenommen werden. Die Altenheime werden zu öffentlichen (Veranstaltungs-)Zentren ausgebaut, in denen neben teilstationären und ambulanten Diensten auch Hauskrankenpflegestationen, Kindergärten, Postämter, Cafés, Arztpraxen, Büchereien, Mutter-Kind-Beratungsstellen usw. untergebracht sind.⁷⁵⁰

8.2 Die Pflegebedürftigkeit in der Zukunft

Die demographischen und gesellschaftlichen Veränderungen werden die künftige Pflege gravierend beeinflussen. In erster Linie bezieht sich das auf die sozialen Netze der Senioren, die als Hauptlastträger der Pflege gedient haben.⁷⁵¹ Mit prägnanten Veränderungen ist aber erst ab 2030 zu rechnen.⁷⁵² Die Zunahme der schweren und chronischen Krankheiten im Alter ist ebenfalls eine künftig bedeutende Kategorie.⁷⁵³ Aus diesen Gründen sollte man neue Pflegekonzepte entwickeln, die mit den Wohnkonzepten verbunden werden müssen. Dabei ist es wichtig, aktiv vorzugehen und die Lösungen im Voraus zu suchen.⁷⁵⁴ Für die Pflege der Senioren sollte man ein Gleichgewicht zwischen Selbstpflege, informellen Pflege (Verwandten, Nachbarn) und offiziellen Pflegediensten finden.⁷⁵⁵

Schon längere Zeit ist aber auch ein Paradigmenwechsel in der Forschung und der praktischen Anwendung der Pflegekonzepte anwesend. Es wird versucht nicht nur eine kostengünstige und medizinisch solide Leistung zu sichern sondern auch die Bedürfnisse der Klienten anzugehen.⁷⁵⁶ Die Emanzipation der Älteren kann durch Beratung und Einbeziehen der Senioren in Studien und Entscheidungsprozessen erreicht werden.⁷⁵⁷

⁷⁴⁹ Zykan 2009, S. 53f.

⁷⁵⁰ Fiel 2002, S. 62.

⁷⁵¹ Rubisch/Philip/Wotzel/Enge 2004, S. 6.

⁷⁵² Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 20.

⁷⁵³ Karakayali 2010, S. 153.

⁷⁵⁴ Houben 1986, S. 112; Zykan 2009, S. 39, 55.

⁷⁵⁵ Houben 1986, S. 112.

⁷⁵⁶ Calkins/Boult/Wagner/Pacala 1999, S. 141.

⁷⁵⁷ Houben 1986, S. 112.

Die Koppelung von Pflege und Wohnen in einem kleineren oder gar privaten Rahmen stellt die beste Lösung dar. Sie wird auch als Alternative zu den Pflegeheimen gesehen. Es werden z.B. in den USA neben den ambulanten Heimdiensten auch solche sog. *board and care homes* errichtet, wobei es sich um kleine Wohnungen handelt, die bis zu sechs Senioren ein Zuhause bieten.⁷⁵⁸ In Dänemark wurde sogar auf den Bau von neuen Pflegeheimen völlig verzichtet, stattdessen fördert man den Ausbau von Altenwohnungen. Die notwendigen Hilfeleistungen und Betreuungsteams sind dabei ein fester Teil des Angebotes. Die finanzielle Hilfe zur Adaptierung der Wohnung und für Fahrten- und Pflegedienst sowie ein kostenloses Notrufsystem, mit dem rund um die Uhr Kranken-, Pflege und Hilfsdienste alarmiert werden können, stellen das Begleitangebot dar, was alles dazu beigetragen hat, dass die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen tatsächlich stark abnimmt.⁷⁵⁹

Eine ähnliche Entwicklung kann man in den Niederlanden beobachten. Dort hat man die praktischen Erkenntnisse aus den Pflegeheimen angewendet. Die Älteren in den Pflegeheimen lassen sich dabei grundsätzlich in drei Gruppen aufteilen: jene die hohe Pflegezeit beanspruchen (brauchen Hilfe mehrmals pro Tag – beim Aufstehen, Essen, im Haushalt usw.); jene die wenig Hilfeleistungen brauchen und mehr oder weniger unabhängig leben, aber etwas Hilfe mehrmals pro Tag brauchen (etwa beim An- und Ausziehen, beim Baden usw.); und schließlich jene, die zu einem unabhängigen Leben fähig sind, aber wegen der Einsamkeit oder Angst vor der Dunkelheit Besuche von betreuenden Personen brauchen, wobei kurze Tageskontakte mit ihnen ausreichend sind. Berechnet in den Stunden, die die Pfleger mit ihnen verbringen müssen, sind das respektiv 2-2,5 Stunden pro Tag für die erste Gruppe, 15-40 Minuten für die zweite und 2-8 Minuten für die letzte Gruppe.⁷⁶⁰

Basierend darauf hat man in der Gemeinde Oroeneveld in der Niederlande ein neues Model entwickelt. Die schwerst pflegebedürftigen Senioren aus der ersten Gruppen sind in einem kleinen Pflegeheim untergebracht, während jene aus der zweiten und dritten Gruppen in einer eigenen Wohnung in der relativen Nähe des Pflegeheimes und in Anlehnung ans Pflegeheim leben, wobei ein Alarmsystem eine sichere Verbindung gewährleistet. Eine wichtige Charakteristik solcher Pflege ist, dass sie gemeindeorientiert ist.⁷⁶¹ Ähnlich dazu ist das vom Wiener Gemeinderat beschlossene Wiener Geriatriekonzept, das eine Mischung der Angebote vorsieht. Dementsprechend sollen sich die Anbieter an den konkreten Bedürfnisse und Kapazitäten der Klienten ausrichten und Angebote

⁷⁵⁸ Calkins/Boult/Wagner/Pacala 1999, S. 139.

⁷⁵⁹ Hofer 1997, S. 124f.

⁷⁶⁰ Houben 1986, S. 108.

⁷⁶¹ Houben 1986, S. 109f.

vom betreuten Wohnen bis hin zu Pflegeheimen mit allen Zwischenstufen wie z.B. Tageszentren gestalten.⁷⁶²

Die gemeindebasierten Pflegekonzepte sind jedoch ein Langzeitprojekt und benötigen umfassende und langjährige Planung und Investitionen. Die Spitäler werden dabei als die Achillesferse des ganzen Systems gesehen, da sie auf den akuten Bedarf ausgerichtet sind, während die zunehmend ältere Bevölkerung eher chronisch krank ist und eine lange Rehabilitation braucht. In der Forschung etabliert sich diesbezüglich die Meinung, dass es für die Senioren am besten wäre, nur möglichst kurz im Spital behandelt zu werden oder es ganz zu vermeiden. Die Entlassung aus dem Spital stellt auf jeden Fall einen kritischer Punkt dar, der besonders beachtet werden muss, da dieser Moment mit einem permanenten Verlust der Unabhängigkeit einhergehen kann, falls die pflegebedürftige Person ihre Selbstständigkeit nicht behält.⁷⁶³

Dabei sollte man auch nicht nur die Bedürfnisse und Meinung der Älteren beachten, sondern aller Mitglieder des Pflegesystems. Dazu zählen Ärzte, Krankenschwester, Sozialarbeiter, Therapeuten, aber auch Angehörige und informelle/freiwillige Pfleger.⁷⁶⁴ Nicht nur die Gesundheit und das Wohlbefinden dieser Menschen sind von ihrer Arbeitsstrukturen und -rahmenbedingungen betroffen, sondern auch die Qualität ihrer pflegerischen Arbeit.⁷⁶⁵

Viele Schwierigkeiten bezüglich dieser Konzepte gibt es noch immer. Die Rentabilität der Pflege zu Hause ist noch immer umstritten, weshalb es noch viel Raum für Verbesserungen gibt.⁷⁶⁶ Die gemeindenaher Langzeitpflege kann nicht die Pflegeheime ersetzen. Da die schwer pflegebedürftigen in Heimen untergebracht werden, sind auch die Ersparnisse bei der gemeindenaher Pflege nicht allzu groß.⁷⁶⁷

Die Schaffung und Unterstützung verschiedenen Netzwerke sowie die Netzwerkarbeit werden ein wesentlicher Teil der Pflege sein. Dadurch und durch die ergänzenden teilstationären sozialpflegerischen Angebote kann man die Angehörigen kurz- oder langfristig entlasten und sie länger als Pflegende behalten.⁷⁶⁸ Es ist auch zu erwarten, dass gewisse neue Berufe konzipiert werden müssen. Eine Art Concierge, der kein Sozialarbeiter ist und sich ausschließlich um die Steuerung der Dienstleistungen im Auftrag der Bewohner kümmert, wäre ein Beispiel dafür.⁷⁶⁹ Darüber hinaus sollte man die Kopplung von Maßnahmen der Wohnungsversorgung mit

⁷⁶² Zykan 2009, S. 54.

⁷⁶³ Calkins/Boult/Wagner/Pacala 1999, S. 140.

⁷⁶⁴ Calkins/Boult/Wagner/Pacala 1999, S. 140f.

⁷⁶⁵ Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 189.

⁷⁶⁶ Calkins/Boult/Wagner/Pacala 1999, S. 144.

⁷⁶⁷ Calkins/Boult/Wagner/Pacala 1999, S. 151.

⁷⁶⁸ Döhner 1993, S. 14.

⁷⁶⁹ Feddersen/Lüdtke 2007, S. 29.

Serviceleistungen für ältere Menschen vielfältiger konzipieren. Die Bandbreite reicht von der Einrichtung von Pförtner- und Conciergediensten über die Organisation von Nachbarschaftshilfe und Umzugsmanagement bis hin zu betreutem Wohnen.⁷⁷⁰ Auf jeden Fall verlangt die künftige Pflege genau wie das Wohnen viel Umdenken, Kreativität und Aktion.

9. Schlussfolgerung

Die Zukunft bringt tiefe demographische Änderungen mit sich, die sich besonders in den meisten Industrieländern des Westens auswirken werden. Die Senioren in diesen Ländern werden die jetzige Zahl übertreffen, wobei die Anzahl der jüngeren Menschen schrumpfen wird. Sie werden auch länger leben, wobei zu erwarten ist, dass sie einen Teil des Lebensabends trotz der Fortschritte in der Medizin als Pflegebedürftige verbringen werden.

Die Lage der Älteren bezüglich ihrer sozialen Einbettung und ihres alltäglichen Lebens wird sich ebenfalls stark ändern. Durch die Auflösung der traditionellen Familienverbände verschwindet die wichtigste Infrastruktur der Senioren, da sie meistens von den Angehörigen gepflegt werden und sie ihre Hauptbezugspersonen sind. Ihre finanzielle Situation wird sich wahrscheinlich ebenso verschlechtern, da die längere Lebenserwartung der Menschen und der Druck auf das staatliche Budget wegen der seniorenbezogenen Ausgaben, eine negative kumulative Auswirkung haben werden. Es ist zu erwarten, dass die älteren Menschen in der Zukunft höhere Ausgaben haben und materiell schlechter versichert sein werden. Gewisse Bevölkerungskategorien wie Migranten, ländliche Bevölkerung in den Abwanderungsregionen und an die an Demenz Leidenden stellen eine besondere Herausforderung dar. Aufgrund ihrer geringen Größe sind diese Gruppen von der Forschung wegen fehlender Signifikanz bislang nicht ausreichend erschlossen worden.

Durch die Langlebigkeit und Pflegebedürftigkeit wird sich der Lebensmittelpunkt der Senioren in ihre Wohnungen verlagern. Daher bekommen die künftigen Wohnformen für die Senioren eine spezielle Rolle, die sowohl für die Qualität ihres Lebens als auch für die Entlastung der formellen und informellen Hilfestrukturen bedeutend ist. Zurzeit gibt es bereits ein vielfältiges Angebot an der Wohnformen. Es ist aber zu bemerken, dass die neueren Formen, nicht genug etabliert sind. Ein signifikantes Problem dabei ist die mangelnde Kontrolle und Koordination seitens des Staates, was zu nicht standardisierten und daher oft nicht völlig nachvollziehbaren

⁷⁷⁰ Böhme/Franke 2010, S. 88.

Angeboten führt. Der Staat hätte zudem die Möglichkeit, die bestehenden Ressourcen besser auszunutzen. Militärbasen, Schulgebäude oder Hotels, die leer stehen oder kaum benutzt werden, können mit nach entsprechenden Renovierungsarbeiten leicht umfunktioniert werden.

Das Hauptanliegen wäre jedoch die Entwicklung eines allgemeinen Rahmens, der das selbstständige Leben der Senioren in der Zukunft ermöglichen kann. Die Umrisse der Lösung sind schon jetzt sichtbar, da viele Elemente, die es weiter auszunutzen gilt, bereits bestehen. Das potenzielle System wird aus drei Ringen bestehen. Im Mittelpunkt werden die Pflegeheime stehen. Obwohl sie keine ideale Unterbringung für die Älteren sind, wird man wegen der Langlebigkeit und der mit ihr verbundenen Pflegebedürftigkeit dennoch nicht in der Lage sein, solche Formen der Unterbringung völlig zu vermeiden. Sie werden aber nur für die Unterbringung im Fall der schwersten Pflegebedürftigkeit benutzt. Die künftige Pflegeheime sollten aber deutlich kleiner und spezialisierter sein als die heutigen. Die zweite Gruppe wären eine Art des Minialtenheims bzw. der Seniorenwohngemeinschaften, die für die Unterbringung der Senioren geeignet sind, die etwas Schwierigkeiten im Alltag haben oder leicht pflegebedürftig sind. Solche Wohnformen stellen auch potenzielle Lösung für die Unterbringung der an Demenz Erkrankten. Sie sollten in der Anlehnung an die zentralen Pflegeheime funktionieren. Der äußerste Ring wären die Senioren, die selbstständig in eigenem Zuhause leben oder relativ wenig Hilfe brauchen. Sowohl die Ausdehnung der Tätigkeit der bestehenden Dienste und Institutionen als auch die Notwendigkeit völlig neuer Dienste ist zu erwarten. Um Einsparungen zu erzielen und Ressourcen optimal zu nutzen, sollte man von Anfang an auch multifunktionelle und übergreifende Dienste konzipieren, die freilich eine effektive Koordination bräuchten.

Man sollte auch rechtzeitig bedenken, ob ein Umbau oder sogar Umzug in eine altersgerechte Wohnung notwendig ist. In solchen Situationen ist die fachliche Beratung und Koordination wichtig, was wiederum die Einschaltung des Staates erfordert. Der Staat sollte auch gesetzlich intervenieren, so dass die altersgerechte Umgebung möglichst verbreitet ist, wie etwa bei Neubauten. Zudem wären finanziellen Unterstützung und Koordination durch eine staatliche Agentur denkbar. Sehr oft ist das Vermögen der Senioren ungünstig strukturiert, so dass sie mehr Immobilien als Geld zur Verfügung haben. In diesem Fall kann man ihnen den Tausch ihrer Immobilien gegen eine kleinere altersgerechte Wohnung und finanzielle Entschädigung anbieten. Ein Teil der finanziellen Mittel aus diesen Geschäften könnte auch für die Unterstützung jener Senioren, die nicht vermögend sind, verwendet werden. Der Staat kann auch die Verbreitung gewisser Finanzprodukte wie z.B. *reverse mortgage*-Kredite als Bürge unterstützen.

Die Anpassungen im Pflegebereich kann ebenfalls nicht vermieden werden. Dabei sollte man eine Verlagerung der Hilfeleistungen in den häuslichen Bereich erwarten. Damit sollten bessere und an die Senioren angepasste Leistungen sowie Einsparungen angestrebt werden. Bei allen pflege- und wohnungsbezogenen Konzepten sollte man jedoch bedenken, wie die schon bestehenden Ressourcen effektiv angepasst werden könnten oder wie man neue Ressourcen wie moderne Technologie ausnutzen könnte. Viele Pflegekonzepte, die heutzutage angewendet werden, beinhalten neue Ideen und Elemente. Das Problem ist, dass diese neue Ideen wegen mangelnder finanzieller und professioneller Unterstützung noch immer vernachlässigt und etwas abgeschoben bleiben. Neben einer theoretischen und philosophischen Ebene der Pflege, gibt es aber auch praktische Aspekte, die ebenso Eingriffe und Verbesserungen benötigen. Die Frage der qualifizierten Pflegekräfte und der durch die bestehenden Mängel erzwungenen Toleranz der Schwarzarbeit in diesem Bereich sind ein integraler Teil des Problems. Die Lösung dafür wäre auch eine Vorbereitung auf den Zuwachs der Seniorenanteils in der Gesellschaft durch die Unterstützung der Ausbildung der Pflegeberufe, aber auch durch die frühen Erkennung der neuen Aufgabenbereichen, die ebenso neue Berufe benötigen.

Wir befinden uns heute in einer Zeit, in der wir die Umriss der Zukunft und der Last, die sie mit sich bringt, schon erkennen können. Die heutige Zeit verlangt daher, dass wir erfinderisch werden, um diesen neuen Herausforderung nicht unvorbereitet entgegenzutreten. Am wichtigsten scheint es, aus den starren Denkweisen herauszugelangen, weil viele Möglichkeiten schon jetzt vorhanden sind und lediglich umgestaltet werden müssten. Man sollte die Lösungen nicht nur im Rahmen von heutigen Konzepten suchen, sondern ebenfalls bedenken, ob neue Dienste und Berufe konzipiert werden müssen, die neuen Herausforderungen entsprechen. Obwohl die Zukunft viele neue Probleme mit sich bringt, bringt sie auch neue Lösungen, die man erkennen und anwenden muss.

Literatur

Abassi-Nik B. (2004): Gesundheit, soziale Unterstützung und Lebenszufriedenheit im Alter unter besonderer Berücksichtigung von Bluthochdruck und Familienstand. Wien: Universität Wien.

Abraham I., Bottrell M.M., Fulmer T., Mezey M.D. (Hrsg.) (2001): Pflegestandards für die Versorgung alter Menschen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag.

Addae-Dapaah K., Khei Mie Wong G. (2001): Housing and the elderly in Singapore – financial and quality of life implications of ageing in place. In: Journal of Housing and the Built Environment 16 (2), 153-178.

Albert B. (1995): Die Betreuung von alten, pflegebedürftigen Menschen im Familienverband; Eine Untersuchung über die Belastung der pflegenden Angehörigen im Raum Oberösterreich. Wien: Universität Wien.

Altmann I., Lawton M.P., Wohlwill J.F.. (Hrsgs.) (1984): Elderly People and the Environment. New York, London: Plenum Press.

Altmann S. (2006): Die Übersiedlung alter, pflegebedürftiger Menschen in das Pflegeheim unter besonderer Berücksichtigung der Angehörigen. Wien: Universität Wien.

Altıntop N. (2010): Wie sich türkischsprechende Migranten in Wien ihre Zukunft im Alter vorstellen. Wien: Universität Wien.

Altus D.E., Xaverius P.K., Mathews M.R., Kosloski K.D.(2002): Evaluating the Impact of Elder Cottage Housing on Residents and their Hosts. In: Journal of Clinical Geropsychology, 8 (2), 117-137.

Anonym (2010): Ältere Pflegemitarbeiter im Job halten. In: Procare, 15 (5), 4.

Anonym (2010): Im Alter daheim leben. Anspruch und Wirklichkeit und nachahmenswerte Beispiele. In: *Procare*, 15 (9), 39.

Bachinger A. (2009): Der irreguläre Pflegearbeitsmarkt. Zum Transformationsprozess von unbezahlter in bezahlte Arbeit durch die 24-Stunden-Pflege. Wien: Universität Wien.

Backes G.M., Amrhein L. (2008): Potenziale und Ressourcen des Alter(n)s im Kontext von sozialer Ungleichheit und Langlebigkeit. In: Künemund Harald, Schroeter Klaus R. (Hrsg.), *Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter. Fakten, Prognosen und Visionen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Badelt C., Holzmann A., Matul. C., Österle A. (1995): *Kosten der Pflege-Sicherung; Strukturen und Entwicklungstrends der Altenbetreuung*. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.

Baldassar L., Baldock C.V., Wilding R. (2007): *Families Caring Across Borders; Migration, Ageing and Transnational Caregiving*. Basingstoke, New York: Palgrave Macmillan.

Barthel P. (2009): *Qualitätssicherung in der Altenpflege*. O.O.: Igel Verlag.

Beck M. (2007): *Aktivitäten im Alter und Lebensqualität. Bilanz und Forschungsvergleich der Wirkungsweise von aktivem Freizeitverhalten im Alter*. Wien: Universität Wien.

Becker R. (2008): *Lebens- und Wohnformen: Dynamische Entwicklung mit Auswirkungen auf das Geschlechterverhältnis*. In: Becker Ruth, Kortendiek Beate (Hrsg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 461-470.

Beckerman A.G., Tappen R.M. (2000): *It Takes More than Love; A Practical Guide to Taking Care of an Aging Adult*. Baltimore-London-Winnipeg-Sidney: Health Professions Press.

Beland F. (1986): *Living Arrangement Preferences among the Quebec Elderly: Findings and Policy Implications*. In: *Canadian Public Policy / Analyse de Politiques*, 12 (1), 175-188.

Bengston V.L., Kyong-Dong K., Myers G.C., Ki-Soo E. (Hrsgs.) (2000): Aging in East and West. Families, States, and the Elderly. New York: Springer Publishing Company.

Billings J., Leichsenring K. (Hrsg.) (2005): Integrating Health and Social Care Services for Older Persons; Evidence from Nine European Countries. Burlington: Ashgate Publishing Limited.

Bleich K. (2008): Lebensqualität für demenziell erkrankte Menschen in Wohngruppen und ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Wien: Universität Wien.

Blome A., Keck W., Alber J. (2008): Generationenbeziehungen im Wohlfahrtsstaat. Lebensbedingungen und Einstellung von Altersgruppen im internationalen Vergleich. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Blosser-Reisen L. (Hrsg.) (1997): Altern: Integration sozialer und gesundheitlicher Hilfen. Bern-Göttingen-Toronto-Seattle: Verlag Hans Huber.

Blutmager A. (2001): Strukturelle Veränderungen der Altenbetreuung im Burgenland; Basierend auf dem wissenschaftlichen Gutachten zum burgenländischen Bedarfs- und Entwicklungsplan für die Pflegevorsorge. Wien: Universität Wien.

Böhme C., Franke T. (2010): Soziale Stadt und ältere Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 43 (2), 86-90.

Bolles R.N., Nelson J.E. (2007): Die besten Jahre. Planen Sie jetzt, wie Sie nach dem Job leben wollen. Frankfurt, New York: Campus Verlag.

Breitscheidel M. (2007): Abgezockt und totgepflegt; Alltag in deutschen Pflegeheimen. Berlin: Ullstein Buchverlage.

Calkins E., Boulton C., Wagner E.H., Pacala J.T. (Hrsg.) (1999): New Ways to Care For Older People. New York: Springer Publishing Company.

Connidis I.A. (1989): *Family Ties and Aging*. Toronto – Vancouver: Butterworths.

Dedl A. (2008): *Geschäftsmodell für ein privatwirtschaftliches Unternehmen der stationären Altenbetreuung in Oberösterreich*. Wien: Universität Wien.

Demirkan H. (2007), *Housing for the aging population*. In: *European Review of Aging and Physical Activity* 4 (1), 33-38.

Dibelius O., Uzarewicz C. (2006): *Pflege von Menschen höherer Lebensalter*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Dieck M., Heinemann-Knoch M., de Rijke J. (1987): *Alte Menschen in Pflegeverhältnissen; Materialien zum Vierten Familienbericht Band 3*. München: Verlag Deutsches Jugendinstitut.

Döhner H. (Hrsg.) (1993): *Sozial- und Gesundheitsplanung für ältere Menschen in Europa; Versorgung – Bürgerbeteiligung – Vernetzung*. Münster, Hamburg: Lit Verlag.

Döhner H., Mutschler R., Schmoecker M. (Hrsg.) (1996): *Kooperation, Koordination und Vernetzung in der Altenarbeit; Neue Ansätze und erste Erfahrungen*. Hamburg: Lit Verlag.

Döhring B. (Hg.) (1989): *Zu Hause Leben oder im Altenheim. Eine Entscheidungshilfe für ältere Menschen und ihre Familien*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Droogleever Fortuijn J. (1999): *Daily life of elderly women in a rural area in The Netherlands*. In: *Geojournal* 48 (3), 187-193.

Durret C. (2009): *The Senior Cohousing Handbook; A Community Approach to Independent Living*. Gabriola Island: New Society Publishers.

Engel F., Nestmann F., Niepel G., Sickendick U. (1996): *Weiblich, ledig, kinderlos und alt. Soziale Netzwerke und Wohnbiographien alter alleinstehender Frauen*. Opladen: Leske + Budrich.

Engleitner E., Hackl R. (1997): *Betreuende Angehörige – Betreuungsalltag mit dem Dienst „Mobile Hilfe und Betreuung“*. Linz.

Feddersen E., Lüdtko I. (2009): *Wohnen im Alter*. Basel, Boston, Berlin: Birkhäuser Verlag.

Flemming D., Kreter C. (2008): *Ja zum Alten- und Pflegeheim; Wie der Übergang gelingt; Ein Leitfaden und Ratgeber*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Fiel R. (2002): *Unterstützung der Pflege alter Menschen im Familienverband – ein sozialpädagogisches Anliegen*. Wien: Universität Wien.

Fischer C. (2003): *(Sozial-) Pädagogische Aspekte der Altenbetreuung am Beispiel von Niederösterreichischen Landes-, Pensionisten- und Pflegeheimen*. Wien: Universität Wien.

Friesdorf W., Heine A. (Hrsg.) (2007): *sentha - seniorenrechtliche Technik im häuslichen Alltag. Ein Forschungsbericht mit integriertem Roman*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Gebert A.J., Kneubühler H.-U. (2001): *Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen*. Bern-Göttingen-Toronto-Seattle: Verlag Hans Huber Verlag.

Gerhards P., Spellerberg A. (2011): *Partizipative Planung mit Seniorinnen und Senioren am Beispiel von Zukunftswerkstätten in Pirmasens*. In: *Raumforschung und Raumordnung* 69 (2), 119-128.

Gerngroß-Haas G. (2005): *Anders leben als gewohnt; Wenn verschiedene Frauen unter ein Dach ziehen*. Königstein/Taunus: Ulrike Helmer Verlag.

Graham H. (2007): *Unequal Lives; Health and Socio-economic Inequalities*. Maidenhead: Open University Press.

Gritsch J. (1996): *Förderung geistig schwerstbehinderter Erwachsener in einer öffentlichen Wohneinrichtung; Eine Feldstudie*. Wien: Universität Wien.

Gundara J., Jones C. (1992): Long-term unemployed and the elderly in migrant communities in Europe. Starsbourg: Council of Europe Press.

Harrigan J.E. (1998): Senior residences: designing retirement communities for the future. New York: John Wiley & Sons.

Harris D.K., Benson M.L. (2006): Maltreatment of Patients in Nursing Homes; There Is No Safe Place. Binghamton: The Haworth Press.

Heiber A., von der Wehl U. (2011): Leben im Alter zu Hause – Ambulante Pflegedienste als moderne Dienstleister am Beispiel des Ambulanten Pflegedienst Nord gemeinnützige GmbH (APN). In: Hunke G. (Hrsg.), Best Practice Modelle im 55plus Marketing. Bewährte Konzepte für den Dialog mit Senioren. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Heinze R.G., Naegele G. (2010): Integration und Vernetzung – Soziale Innovationen im Bereich sozialer Dienste. In: Howaldt Jürgen, Jacobsen Heike (Hrsg.), Soziale Innovation. Auf dem Weg zu einem postindustriellen Innovationsparadigma. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Heusinger J. (2011): Vernetzung im Stadtteil als Motor settingbezogener Gesundheitsförderung im Alter Settingbezogene Gesundheitsförderung im Alter. In: Schott Thomas, Hornberg Claudia (Hrsg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hieber A., Oswald F., Wahl H.-W., Mollenkopf H. (2005): Die Übereinstimmung von Wohnbedürfnissen und Wohnbedingungen und ihr Einfluss auf die erlebte Stadtteilverbundenheit. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38 (4), 293-300.

Hirosima K. (1995): Projection of Living Arrangements of the Elderly in Japan 1990-2010. Tokyo: Institute of population Problems.

Höpflinger, F. (2000): Auswirkungen weiblicher Langlebigkeit auf Lebensformen und Generationenbeziehungen. In: Perrig- Chiello P., Höpflinger F. (Hrsg.), *Jenseits des Zenits. Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte*. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.

Höpflinger F. (2011): Die Hochaltrigen - eine neue Größe im Gefüge der Intergenerationalität. In: Petzold G. Hilarion, Horn Erika, Müller Lotti (Hrsg.), *Hochaltrigkeit. Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Höpflinger F., Stuckelberger A. (1999): *Demographische Alterung und Individuelles Altern*. Zürich: Seismo.

Höpflinger F. (2004): *Traditionelles und neues Wohnen im Alter*. Zürich: Seismo Verlag.

Hofer K. (1997): *Pflegebedürftig; von der Betreuung zu Hause und im Pflegeheim*. Wien: Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsbundes.

Holdenrieder J. (2003): *Comparative Evaluation of Long-term Care Policies for the Elderly in the EU*. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Houben P. (1986): A compulsory housing path or a possibility of choice by the elderly. In: *Journal of Housing and the built Environment*, 1 (2), 101-114.

International Social Security Association (Hrsg.) (1984): *Long-term care and social security*. Geneva: ISSA Publications.

Karakayali J. (2010): Die Regeln des Irregulären – Häusliche Pflege in Zeiten der Globalisierung. In: Scheiwe K., Krawietz J. (Hrsg.), *Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Karshmer J.F., Karshmer A.I. (2004): A Computer-Based Self-health Monitoring System for the Elderly Living in a Low Income Housing Environment. In: Computers Helping People with Special Needs, 3118, 385-391.

Kiepe F., Kraemer D., Sommer G. (2011): § 58 Kommunale Wohnungsunternehmen. In: Mann Thomas, Püttner Günter (Hrsg.), Handbuch der kommunalen Wissenschaft und Praxis. Band 2 Kommunale Wirtschaft. Dritte, völlig neu bearbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Koch-Straube U. (1997): Fremde Welt Pflegeheim; eine ethnologische Studie. Bern-Göttingen-Toronto-Seattle: Hans Huber Verlag.

Kramer C., Pfaffenbach C. (2007): Alt werden und jung bleiben - Die Region München als Lebensmittelpunkt zukünftiger Senioren. In: Raumforschung und Raumordnung 65 (5), 393-406.

Kramer R. (2011): Der Rentnerverein. In: Marschke B., Brinkmann H.U. (Hrsg.), Handbuch Migrationsarbeit. Mit einem Vorwort von Maria Böhmer. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Krane M. (2003): Effektives Pflegeheim-Management; Erfolgsfaktoren privat-gewerblicher Anbieter. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.

Kricheldorf C. (2008): Neue Wohnformen und gemeinschaftliches Wohnen im Alter. In: Buchen Sylvia, Maier S. Maja (Hrsg.), Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kübler H.-D. (2009): Medien und Alter als Gegenstand der Medienforschung in Deutschland. In: Schorb B., Hartung A., Reißmann W. (Hrsg.), Medien und höheres Lebensalter. Theorie - Forschung - Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Künemund H., Hollstein B., (2000): Soziale Beziehungen und Unterstützungs-netzwerke. In: Kohli M., Szydlik M. (Hrsgs.), Die zweite Lebenshälfte. Opladen: Leske+Budrich.

Kunstmann A.-C. (2009): *Familiale Verbundenheit und Gerechtigkeit. Fehlende Perspektiven auf die Pflege von Angehörigen - Eine Diskursanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Macek M. (2009): *Hauskrankenpflege für MigrantInnen in Wien – Status Quo und zukünftige Entwicklungen transkultureller Pflege aus der Perspektive des Pflegemanagements in Organisationen der mobilen Pflege und Betreuung*. Wien: Universität Wien.

Madörin jun. E. (1985): *Wohnformen im Alter*. Bern, Stuttgart: Haupt.

Maier M.S. (2008): *Familien, Freundschaften, Netzwerke. Zur Zukunft persönlicher Unterstützungsbeziehungen*. In: Buchen Sylvia, Maier Maia S., *Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Mandl H. (2009): *Erwartungen an die Pflege und empirische Untersuchung über Pflegevorsorge*. Wien: Universität Wien.

Marty I. (2000): *Vom DaHeim ins BetagtenHeim*. Inauguraldissertation der Philosophisch-historischen Fakultät der Universität Bern. Bern: Selbstverlag.

Meyer T. (2011): *Private Lebensformen im Wandel*. In: Geißler Rainer, *Die Sozialstruktur Deutschlands. Zur gesellschaftlichen Entwicklung mit einer Bilanz zur Vereinigung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Motel A., Künemund H., Bode C. (2000): *Wohnen und Wohnumfeld*. In: Kohli M., Künemund H. (Hrsg.), *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters- Survey*. Opladen: Leske+Budrich.

Mühlberger U. (2008): *Alternative Finanzierungsformen der Pflegevorsorge*. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.

Mühlberger U., Knittler K., Guger A. (2008): Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.

Müller W., Betz M. (2003): Wohnen im Altenheim: so finden Sie ein gut geführtes Haus; Kosten im Überblick: Beihilfen und Zuschüsse; Rechte von Angehörigen und Heimbewohnern. Wien: Verein für Konsumenteninformation.

Naegele G. (2010): Kommunen im demographischen Wandel. Thesen zu neuen An- und Herausforderungen für die lokale Alten- und Seniorenpolitik. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43 (2), 98-102.

Naegele G. (2011): Soziale Dienste für ältere Menschen. In: Evers A., Heinze R.G., Olk T. (Hrsg.), Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Nyce S.A., Schieber S.J. (2005): The Economic Implications of Aging Societies. The Costs of Living Happily Ever After. Cambridge-New York: Cambridge University Press.

Pastalan L.A., Schwarz B. (Hrsgs.) (1994): University – Linked Retirement Communities. Students Visions of Eldercare. Binghamton: The Haworth Press.

Peskes M. (2001): Senioren im Internet. Theoretisch fundierte Ansatzpunkte zur zielgerichteten Ansprache der Senioren-Community-Szene. Kassel: Kassel University Press.

Peter A. (2009): Stadtquartiere auf Zeit. Lebensqualität im Alter in schrumpfenden Städten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Pevetz W. (1983): Lebensverhältnisse von Altbauern und Altbäuerinnen. Wien: Bundesanstalt für Agrarwirtschaft.

Pfeil W.J. (1994): Die Neuregelung der Pflegevorsorge in Österreich; Ein Untersuchung der Pflegebedürftigkeit aus rechtsdogmatischer und rechtspolitischer Sicht. Wien: Verlag der Österreichischen Gewerkschaftsbund

Price W.R., Mangum W.P., Sherman S.R., Dodds S., Wilner D.M. (1966): Retirement Housing in California. Berkeley, San Francisco: Diablo Press.

Reitinger E., Pleschberger S., Schumann F. (2010): Leben und Sterben in Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 43 (5), 285-290.

Rodriguez T., Fischer K., Kingston J. (2005): Intelligent Services for the Elderly Over the TV. In: Journal of Intelligent Information Systems, 25 (2), 159-180.

Rubisch M., Philip S., Wotzel W., Enge I. (2004): Pflegevorsorge in Österreich. Wien: Österreichisches Ministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.

Schneider Mike (2009): Kalkulation von Lifetime bzw. Reverse Mortgages. Eine kritische Analyse am Beispiel des US-amerikanischen Home Equity Conversion Mortgage (HECM)-Modells. Wiesbaden: Gabler/GWV Fachverlage.

Schlebrowski D. (2009): Starke Nutzer im Heim. Wirkung Persönlicher Budgets auf soziale Dienstleistungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schopf C., Naegele G. (2005): Alter und Migration – ein Überblick. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38 (6), 384-395.

Schubert H., Veil K. (2011): Ältere Menschen im Stadtteil – Perspektiven zur Vermittlung zwischen privater Lebensführung und öffentlicher Daseinsvorsorge. In: Schnur Olaf, Drilling Matthias (Hrsg.): Quartiere im demografischen Umbruch. Beiträge aus der Forschungspraxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schütt F. (2011): Barrierefreies Bauen und Wohnen eine Chance für das regionale Handwerk. In: Hunke G. (Hrsg.), Best Practice Modelle im 55plus Marketing. Bewährte Konzepte für den Dialog mit Senioren. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schwarz N. (2009): *Age-segregated Communities in the San Francisco Bay Area*. Wien: Universität Wien.

Seel B. (Hrsg.) (1998): *Sicherungssysteme in einer alternden Gesellschaft. Perspektiven sozialer Sicherung zwischen Selbstverantwortung und Solidarität*. Frankfurt, New York: Campus Verlag.

Seewald B., John M., Senger J., Belbachir A.N. (2010): *Silvergame – ein Projekt für soziale Integration und multimediale Interaktion älterer Menschen*. In *Elektrotechnik & Informationstechnik* 127 (7-8), 212-215.

Sheuya S., Howden-Chapman P., Patel S. (2007): *The Design of Housing and Shelter Programs: The Social and Environmental Determinants of Inequalities*. In: *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 84 (1), i98-i108.

Stephan A. (2009): *Lebensqualität im Sterben gestalten – Wahrnehmungen des Pflegepersonals im Stationären Palliative Care Setting und in der Langzeitpflege*. Wien: Universität Wien.

Sturm G. (2010): *Alleine wohnen – empirische Befunde zu einer weit verbreiteten Lebensform*. In: Reuschke Darja (Hrsg.), *Wohnen und Gender. Theoretische, politische, soziale und räumliche Aspekte*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Tesch-Römer, C., Wurm S. (2006): *Lebenssituationen älter werdender und alter Menschen in Deutschland*. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 49 (6), 499-505.

Thieme F. (2008): *Alter(n) in der alternden Gesellschaft. Eine soziologische Einführung in die Wissenschaft vom Alter(n)*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

van Veldhoven E.R., Vastenburg M.H., Keyson D.V. (1998): *Designing an Interactive Messaging and Reminder Display for Elderly*. In: Aarts E., Crowley J.L., de Ruyter B., Gerhäuser

H., Pflaum A., Schmidt J., Wichert R. (Hrsgs.), Ambient Intelligence. European Conference, Aml 2008. Nuremberg, Germany, November 19-22, 2008. Proceedings. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.

Vater D., Zachraj E. (2008): Wohnquartiere im Kontext demographischer und baulicher Alterung. In: Schnur Olaf (Hrsg.), Quartiersforschung. Zwischen Theorie und Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Vincent J.A., Phillipson C., Downs M. (Hrsgs.) (2006): The Futures of Old Age. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.

Vincent C., Reinharz D., Deaudelin I., Garceau M., Talbot L.R. (2006): Public telesurveillance service for frail elderly living at home, outcomes and cost evolution: a quasi experimental design with two follow-ups. In: Health and Quality of Life outcomes, 4 (1), 1-10.

Viwatpanich K. (2008): Quality of Life of the oldest Old a Case Study of Nonagenarians in Thai Society. Wien: Universität Wien.

Voges W., Zinke M. (2010): Wohnen im Alter. In: Auer Kirsten, Karl Ute (Hrsg.), Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Wahl H.-W. (2005): Entwicklung und Perspektiven der gerontologischen Forschung: Das Beispiel Wohnforschung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38 (2), 128-138.

Waltz V. (2010): Ältere Migranten und Migrantinnen – Wo wohnen sie, wie leben sie, wie wünschen sie sich ihr Leben im Alter?. In: Reuschke D. (Hrsg.), Wohnen und Gender. Theoretische, politische, soziale und räumliche Aspekte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Wehner L. (2009): Sich wie daheim fühlen. Lebensraumgestaltung in Alten-, Pflegeheimen, Geriatriezentren und Krankenhäusern. In: Procure 14 (6), 13-17.

Wehrli-Schindler B. (1997): Wohnen im Alter: Zwischen Zuhause und Heim. Zürich: Seismo.

Wenng S., Herkert B. (2003): Rothenfußer Wohngemeinschaft Wohngemeinschaft für verwirrte ältere seelisch behinderte Menschen in München. Ein Bericht der Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) München. (Abschlussbericht). München: Bayerisches Staatsministerium Für Arbeit und Sozialordnung.

Wolter Birgit (2010): Altwerden in der Großwohnsiedlung: Unterstützung durch ein Akteursnetzwerk. In: Raumforschung und Raumordnung 68 (3), 207-217.

Zöchmeister Hildegard (2008): Selbsthilfegruppen – eine Form von Belastungsbewältigung für Angehörige Betroffener in kritischen Lebensphasen. Wien: Universität Wien.

Zykan Petra (2009): Kinder im geriatrischen Pflegekrankenhaus – Utopie oder Bestandteil normalen Alltagslebens? Eine Konzeptentwicklung für begleitete intergenerative Aktivitäten von Vorschulkindern und geriatrischen Bewohnern im geriatrischen Pflegekrankenhaus „Haus der Barmherzigkeit“. Wien: Universität Wien.

Lebenslauf

Persönliche Angaben

Name Milan Mile Cvetojević
Geburtsdatum 30. Juni 1982
Wohnort Wien

Ausbildung

02/2011 – 06/2011 ERASMUS – Auslandsstipendium
National and Kapodistrian University of Athens
10/2008 – 09/2012 Studium der Neogräzistik auf der Universität Wien
10/2007 – 09/2012 Studium der Geschichte auf der Universität Wien
10/2006 – 09/2012 Studium der Pflegewissenschaft auf der Universität Wien
Wahlfach: Wirtschaft
03/2003 – 03/2004 Deutschlehrgang der Universität Wien
09/1999 – 09/2002 Elektrotechnische Mittelschule, Prijedor, Bosnien

Weiterbildung

07/2011 Übersetzungsworkshop in International Writers & Translators
Center of Rhodes (Διεθνές Κέντρο Συγγραφέων και
Μεταφραστών) auf Rhodos