

Masterarbeit

MAS Alter und Gesellschaft

Das MAS-Programm ist ein Kooperationsangebot der
Hochschule Luzern - Soziale Arbeit und Wirtschaft

«Wohnen zu Hause - auch im Alter»

eine strategische Handlungsanleitung

Eingereicht am: 09. Dezember 2015
Vor- und Nachname/n: Tamara Renner Strauss
E-Mail-Adresse: tamara.renner@spitex-luzern.ch

Von dieser Master-Arbeit wurden am Abgabedatum eine elektronische Fassung und drei schriftliche Exemplare bei der Hochschule Luzern eingereicht.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren. Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Weiterbildung der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Bestätigung Selbsterarbeitung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Master-Arbeit selbständig erarbeitet habe und dass dabei keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet wurden.

Diese Master-Arbeit hat einen Umfang von 138'572 Zeichen (inkl. Leerschläge) bzw. 120'472 Zeichen (ohne Leerschläge).

Unterschrift:

Luzern, 09. Dezember 2015

Tamara Renner Strauss

Einverständniserklärung Veröffentlichung

Master-Arbeiten, die im Rahmen eines Master of Advanced Studies erarbeitet und mit einer Punktzahl von 41 und mehr bewertet wurden, werden über die Zentral- und Hochschulbibliothek ZHB Luzern der Öffentlichkeit als PDF-Version zugänglich gemacht.

Ich als Autorin versichere, dass die Master-Arbeit bei den oben erwähnten Voraussetzungen veröffentlicht werden kann.

Die Master-Arbeit kann aus folgenden Gründen nicht veröffentlicht werden:

Luzern, 09.12.2015

Unterschrift:

Tamara Renner Strauss

Abstract

Ziel der Arbeit

Ziel der Arbeit ist, eine strategische Handlungsanleitung zum Thema «Wohnen zu Hause - auch im Alter» für interessierte Organisationen und Personen zur Verfügung zu stellen.

Annahmen

Bereits heute und zunehmend in absehbarer Zukunft besteht ein grosses Bedürfnis der älteren Generation möglichst selbstständig mit hohem Mass an Selbstbestimmung und Autonomie in den eigenen vier Wänden wohnen und leben zu können, auch bei gesundheitlicher Beeinträchtigung.

Aktuell sind in der Schweiz zahlreiche Projekte zum Betreuten Wohnen am Entstehen. Will man in ein Gebäude mit dem Angebot des Betreuten Wohnens umziehen, bedingt dies ein Ausziehen aus der angestammten Wohnung und ein Verlassen der vertrauten Wohnumgebung. Eine solche Massnahme möchte der grosse Teil der älteren Bevölkerung erst vornehmen, wenn es zwingend notwendig wird. Doch was braucht es, um möglichst bis ans Lebensende in der angestammten Wohnung bleiben zu können?

Bis anhin fehlt es den Bedürftigen und ihren Angehörigen an umfassender Information über die zahlreichen bestehenden Angebote, den Dienstleistungsorganisationen an Vernetzung unter sich. Es gibt zwischen den einzelnen Organisationen kaum gemeinsame strategische Projekte, welche im Fokus der Dienstleistungen für ältere Menschen zufriedenstellend und konkurrenzlos mit persönlicher Anteilnahme und Kreativität aufgebaut werden, damit dem Wunsch der älteren Generation entsprechen werden kann. Zudem haben die Betroffenen keine Kenntnis davon, an wen sie sich bei Bedarf wenden können; es fehlt meistens an Informationsmöglichkeiten bei einer neutralen, niederschweligen, quaternahen Anlaufstelle. Der Nachbarschaftshilfe wird zudem wenig Beachtung geschenkt.

Methoden

Es wurde ein Methodenmix von Literaturrecherche, Dokumentenanalyse und Interviews gewählt. Im Rahmen der Literaturrecherche und Dokumentenanalyse wurden die wichtigsten theoretischen Grundlagen erarbeitet, die zentralen Erkenntnisse ausgearbeitet und entsprechend dargestellt. Die Erfahrungen aus der eigenen Praxistätigkeit sowie aus den Interviews erhärteten die theoretischen Bezüge und bestätigten die entsprechenden Ableitungen und Empfehlungen.

Resultate

Die Literaturrecherche zeigt auf, dass es zwar sehr viele Studien zum erwähnten Bedarf gibt, jedoch (noch) keine Leuchtturmprojekte entstanden sind, obwohl der Bedarf dazu nachweislich vorhanden ist. Die Interviews über vier durch die Age-Stiftung vermittelten Projekte zeigen Ansätze in Richtung Angebot «Wohnen zu Hause - auch im Alter» auf. Effektiv erfüllt jedoch keines sämtliche Voraussetzung, um der Bezeichnung gerecht zu werden.

Die vorliegende strategische Handlungsanleitung soll dazu ermuntern, Projekte zur Thematik «Wohnen zu Hause - auch im Alter», als Alternative zum Betreuten Wohnen, zu Pflegeheimen und sonstigen Wohnangeboten aufzubauen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	AUSGANGSLAGE	1
1.2	PROBLEMSTELLUNG	1
1.3	FRAGESTELLUNG UND ZIELSETZUNG.....	2
1.4	AUFBAU UND METHODEN	2
1.5	ABGRENZUNG	2
1.6	INHALT UND STRUKTUR DER ARBEIT	2
2	Der alternde Mensch zu Hause.....	4
2.1	GESELLSCHAFTLICHE VERÄNDERUNGEN.....	4
2.2	DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG	4
2.3	INSTRUMENTELLE ALLTAGSAKTIVITÄTEN (IADL)	7
2.4	ALLTAGSAKTIVITÄTEN (ADL).....	7
2.5	KRANKHEITSBILDER BEI ÄLTEREN MENSCHEN.....	8
2.5.1	<i>Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand</i>	8
2.5.2	<i>Depression</i>	8
2.5.3	<i>Infektionskrankheiten</i>	9
2.5.4	<i>COPD</i>	9
2.5.5	<i>Krebs</i>	9
2.5.6	<i>Diabetes</i>	9
2.5.7	<i>Hirnschlag und Herzinfarkt</i>	10
2.5.8	<i>Osteoporose</i>	10
2.5.9	<i>Demenz</i>	11
2.5.10	<i>Sturz</i>	11
2.5.11	<i>Multimorbidität</i>	11
2.5.12	<i>Flüssigkeitsmangel</i>	12
2.5.13	<i>Übergewicht</i>	13
2.5.14	<i>Sucht</i>	13
2.6	KÖRPERLICHE EINSCHRÄNKUNGEN	14
2.7	RESSOURCEN	14
2.7.1	<i>Physikalisch-materielle Ressourcen</i>	15
2.7.2	<i>Ressource Aktivität</i>	15
2.7.3	<i>Personale Ressourcen</i>	15
2.7.4	<i>Soziale Ressourcen</i>	15
2.8	SOZIALES NETZWERK BZW. INFORMELLE UNTERSTÜTZUNG.....	16
2.8.1	<i>Paarbeziehung</i>	17
2.8.2	<i>Familie</i>	17
2.8.3	<i>Freunde und Bekannte</i>	18
2.8.4	<i>Nachbarschaft</i>	18
2.9	PROFESSIONELLE BZW. FORMELLE UNTERSTÜTZUNG.....	20
2.9.1	<i>Dienstleistungsangebote</i>	21
2.9.2	<i>Versorgungsstruktur und die gesetzliche Regelung</i>	21

3	Wohnen im Alter in der Schweiz.....	23
3.1	BEDÜRFNISSE IM BEREICH WOHNEN FÜR DEN ALTERNDEN MENSCH.....	23
3.2	EINORDNUNG DER WOHN- UND DIENSTLEISTUNGSKONZEPTE.....	24
3.2.1	<i>Bedürfnis nach Sicherheit</i>	25
3.2.2	<i>Bedürfnis nach Autonomie</i>	25
3.3	«WOHNEN ZU HAUSE - AUCH IM ALTER» - EINORDNUNG NACH DER AGE-WOHN-MATRIX.....	26
4	«Wohnen zu Hause - auch im Alter» - eine strategische Handlungsanleitung	29
4.1	VORAUSSETZUNGEN FÜR EIN GELINGENDES KONZEPT.....	29
4.2	AUFBAUORGANISATION	33
4.2.1	<i>Trägerschaft bzw. strategische Leitung auch als Projektgruppe</i>	33
4.2.2	<i>Operative Leitung in der Funktion eines Intermediärs</i>	33
4.2.3	<i>Weitere Mitarbeitende</i>	34
4.3	ABLAUFORGANISATION	34
4.3.1	<i>Back-office</i>	36
4.3.2	<i>Front-office</i>	36
4.4	FÜNF-FAKTOREN-KONZEPT «WOHNEN ZU HAUSE - AUCH IM ALTER»	36
4.4.1	<i>Selbsthilfekonzept ⇒ Selbstbestimmung und Gesundheitskompetenz</i>	37
4.4.2	<i>Dienstleistungskonzept ⇒ Vernetztes Dienstleistungsangebot</i>	39
4.4.3	<i>Quartierkonzept ⇒ Quartiernahe Sozialraumorientierung</i>	45
4.4.4	<i>Architekturkonzept ⇒ Altersgerechte Wohnbauten</i>	47
4.4.5	<i>Standortkonzept ⇒ Standortwahl und aufsuchende Sozialarbeit sowie Datenanalyse</i>	49
4.5	BUSINESSPLAN ⇒ ERGÄNZENDE THEMEN	51
4.5.1	<i>Unternehmensstrategie</i>	51
4.5.2	<i>Zielgruppe</i>	52
4.5.3	<i>Zukünftige Entwicklung</i>	52
4.5.4	<i>Führungsinstrumente</i>	53
4.5.5	<i>Marketing, Kommunikation und Informatik</i>	53
4.5.6	<i>Datenschutz</i>	53
4.5.7	<i>Steuerliche Situation</i>	53
4.5.8	<i>Finanzierungsmöglichkeiten</i>	54
4.5.9	<i>Ausbau- und Entwicklungsmöglichkeiten</i>	54
5	Ausblick	55
5.1	RISIKOANALYSE	55
5.1.1	<i>Stärke-Chance-Kombination</i>	56
5.1.2	<i>Stärke-Gefahren-Kombination</i>	56
5.1.3	<i>Schwäche-Chance-Kombination</i>	56
5.1.4	<i>Schwäche-Gefahren-Kombination</i>	56
5.2	ERKENNTNISSE	57
5.3	PROBLEME UND AUSBLICK	57
6	LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS.....	58
7	ANHANG	63
A	PRAXISBEISPIELE – INTERVIEWS MIT SCHLÜSSELPERSONEN	63
A1	<i>Winterthur: Gaiwo – Genossenschaft für Alters- und Invalidenwohnungen</i>	63
A2	<i>Schaffhausen: Quartierdienstleistungszentrum (QDZ) Künzle-Heim</i>	65
A3	<i>Horgen/Zürich: Siedlungs- und Wohnassistenz – Anlaufstelle Alter und Gesundheit</i>	67
A4	<i>Bülach/Zürich: Wohnenplus-Überbauung Soligänter</i>	69

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 (S. 5)

Entwicklung der drei Hauptaltersklassen. Eidgenössisches Departement des Innern, 2015, S.7

Abbildung 2 (S. 6)

Jährliches Wachstum der Bevölkerungsgruppe der 65-Jährigen und Älteren. Eidgenössisches Departement des Innern, 2015, S. 8

Abbildung 3 (S. 7)

Grad der Einschränkung in den instrumentellen Alltagsaktivitäten. Bundesamt für Statistik, 2014, S. 2

Abbildung 4 (S. 7)

Grad der Einschränkung in den Alltagsaktivitäten. Bundesamt für Statistik, 2014, S. 2

Abbildung 5 (S. 8)

(Sehr) guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand von 65-Jährigen und Älteren, Gesundheitsbericht 2015, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN), 2015, S. 99

Abbildung 6 (S. 8)

Depressionssymptome in den letzten zwei Wochen bei Personen in Privathaushalten. Gesundheitsbericht 2015, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN), 2015, S. 100

Abbildung 7 (S. 9)

Krebs-Neuerkrankungen bei 65-Jährigen und Älteren, 2007 – 2011. Gesundheitsbericht 2015, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN), 2015, S. 104

Abbildung 8 (S. 9)

Diabetes nach Alter. Gesundheitsbericht 2015, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) 2015, S. 105

Abbildung 9 (S. 10)

Akuter Myokardinfarkt und Hirnschlag nach Alter, 2008 - 2012 Gesundheitsbericht 2015, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) 2015, S. 106

Abbildung 10 (S. 10)

Osteoporose nach Alter, 2012 Gesundheitsbericht 2015, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) 2015, S. 108

Abbildung 11 (S. 11)

Sturzepisoden bei Personen in Privathaushalten, 2012, 65-jährige und ältere Personen. Gesundheitsbericht 2015, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) 2015, S. 111

Abbildung 12 (S. 12)

Anzahl chronischer Krankheiten von Personen in Privathaushalten. Gesundheitsbericht 2015, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) 2015, S. 113

Abbildung 13 (S. 12)

Flüssigkeitskonsum von weniger als einem Liter pro Tag nach Alter, 2012.
Gesundheitsbericht 2015, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
(OBSAN) 2015, S. 114

Abbildung 14 (S. 16)

Soziales Netzwerk während der Lebensspanne. Wrzus et al., 2012, S. 9

Abbildung 15 (S. 17):

Wen pflegen die Männer, wen die Frauen? Perrig-Chielle et al., 2010, S. 23

Abbildung 16 (S. 17)

Soziales Familiennetzwerk während der Lebensspanne. Wrzus et al., 2012, S. 10

Abbildung 17 (S. 18)

Soziales Freunde- und Bekanntennetzwerk während der Lebensspanne
Wrzus et al., 2012, S. 10

Abbildung 18 (S. 19)

Auszug aus Gesellschaftliches Engagement. von Escher, 2010, S. 163

Abbildung 19 (S. 24)

Sehr wichtige Wohnaspekte im Alter 60+ (2013) Relevanz nach Altersgruppen. Höpflinger
und van Wezemaal, 2014, S. 123

Abbildung 20 (S. 25)

Age-Wohn-Matrix nach Jann. 2012

Abbildung 21 (S. 26)

Angepasste Darstellung der Age-Wohn-Matrix nach Jann (2012) ausgefüllt für das «Wohnen
zu Hause - auch im Alter»

Abbildung 22 (S.35)

Back- und Front-office für das «Wohnen zu Hause – auch im Alter», Eigene Darstellung in Bezug
auf das Fünf-Faktoren-Konzept siehe Kapitel 4.4 (2015)

Abbildung 23 (S. 37)

Das Fünf-Faktoren-Konzept für das «Wohnen zu Hause – auch im Alter»,
eigene Darstellung (2015)

Abbildung 24 (S. 38)

Schutz- und Risikofaktoren: Ebene der Entstehungsbedingungen, Hafén (2013a) zit.
in Wächter, Matthias; Hafén, Martin; Bommer, Angela & Rabbi-Sidler, Sarah, 2014, S. 41

Abbildung 25 (S. 42)

Care Management-Landschaft der Stadt Luzern (nicht abschliessende Aufzählung- bspw. ohne
medizinische Versorgung) – eigene Darstellung

Abbildung 26 (S. 43)

Case Management-Landschaft von Frau Muster (nicht abschliessende Aufzählung- bspw. ohne
medizinische Versorgung) – eigene Darstellung

Abbildung 27 (S. 45)

Tagesdistanz nach Verkehrszweck bei Personen ab 65 Jahren (BFS, 2012, S. 77)

Abbildung 28 (S. 45)

Verkehrsmittelwahl der Personen ab 65 Jahren in % der Etappen (BFS, 2012, S. 76)

Abbildung 29 (S. 47)

Eignung der aktuellen Wohnung bei Behinderung Subjektive Einschätzung 2003, 2008 und 2013 (Höpflinger, 2013, S. 115)

Abbildung 30 (S. 55)

SWOT-Analyse «Wohnen zu Hause - auch im Alter», eigene Darstellung (2015)

Vorwort

Sowohl in der Funktion als Geschäftsleiterin der Spitex Stadt Luzern, als auch während meinem Studium Alter und Gesellschaft begegnete ich immer wieder der Aussage nach dem sehnlichen Wunsch, auch bei schwerer Krankheit zu Hause bleiben zu können. Sich wohl und geborgen fühlen ist ein Grundbedürfnis eines jeden Menschen, auch bei Krankheit und Gebrechen, und auch beim Sterben.

Viele kranke, hilfsbedürftige Menschen holen sich einerseits aus Scham, andererseits infolge Unwissenheit über die zahlreichen Unterstützungsangebote kaum oder zu spät Hilfe. Mitbetroffen sind oft pflegende Angehörige, welche sich aufopfern für die Betreuung ihrer Liebsten.

In der Schweiz gibt es zahlreiche Angebote, welche das Daheimbleiben, auch bei Krankheit und Gebrechen, erleichtern. Einerseits haben die Bedürftigen meist kaum Kenntnis über das umfassende Angebot, andererseits sind die Dienstleistungsanbieter kaum untereinander vernetzt. Vieles ist vorhanden, doch zu wenig bekannt.

Meine Motivation für vorliegende Handlungsanleitung liegt darin, dass ich Organisationen dazu ermuntern möchte, ihr Angebot besser bekannt zu machen, sich zu vernetzen und ein zukunftsweises Projekt zu starten. Einerseits, damit wir den demografischen Herausforderungen begegnen können, andererseits um dem Wunsch der älteren Generation gerecht zu werden. Aber auch, damit wir die zahlreichen Möglichkeiten in unserem Land zum Optimum der Gesellschaft nutzen - schliesslich werden wir alle älter, auch wenn sich dieser Tatsache nicht alle ganz so bewusst sind.

Dank

Verschiedenen Personen und Organisationen gilt es an dieser Stelle zu danken. Ohne sie wäre ein Zustandekommen vorliegender Arbeit nicht möglich gewesen. Mein Dank geht an:

- René Fuhrmann, welcher mir als Geschäftsleiter von vicino Luzern und vicino-Projektpartner immer wieder wertvolle Tipps und Hinweise gab. Seine wohlwollende, mit Herzblut am Konzept interessierte Art, sein grosses Fachwissen, aber auch seine kritischen Rückmeldungen haben meine Arbeit sehr unterstützt.
- Alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner, welche Zeit und Interesse fanden, über ihr Projekt ausführlich Informationen abzugeben und sich mit mir auszutauschen.
- Karin Weiss von der Age-Stiftung, welche mir Adressen für mögliche Interviewpartner zur Verfügung gestellt und mich mit Informationen und Unterlagen bedient hat.
- Matthias von Bergen von der Hochschule Luzern, welcher mich auf eine konstruktive, interessierte Art unterstützt hat und auf meine Fragen stets umgehend antwortete.
- Meine Tochter Luana Strauss, welche meine Arbeit redigierte, obwohl sie in Berlin weilt (und Germanistik studiert).
- Meinen Eltern, welche meine Arbeit ebenfalls auf Rechtschreibung korrigierten.
- Meinem Partner Elmi, meinem Sohn Nico, meinen Freundinnen und Freunden, meinen Arbeitskolleginnen und -kollegen, weil sie mich immer mal wieder persönlich motivierten und Verständnis für meine mangelnde Zeit aufbrachten.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Immer mehr Menschen werden älter und die durchschnittliche Lebensdauer steigt an. Ein grosser Teil dieser Generation bleibt lange gesund und darf sich an zwanzig bis dreissig rüstigen Jahren nach der Pension erfreuen. Diese älteren Menschen geniessen ihre gewonnene Freizeit mit Reisen, Sport treiben, Enkelkinder hüten, Weiterbildungen besuchen oder einem Engagement in der Freiwilligenarbeit. Nebst der zunehmend rüstigen Generation gilt zu beachten, dass in der Schweiz gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 (Obsan, 2015) zwei von zehn Menschen ab 65 Jahren, nämlich rund 256'000 Personen, die in Privathaushalten leben, in ihrem Alltag durch eine oder mehrere Krankheiten eingeschränkt sind. Davon beziehen etwas mehr als die Hälfte die Spitex oder werden von ihren Nahestehenden unterstützt. Von den restlichen 128'000 Personen würde gerne ein Viertel, also rund 32'000 Menschen, in der Schweiz Hilfe annehmen. (S. 1)

In der Schweiz gibt es eine Vielzahl an professionellen Leistungserbringer für den älteren Menschen. Nur eine Handvoll davon erwähnt sind dies die privaten und öffentlichen Spitexorganisationen, die Pro Senectute, das Rote Kreuz, die Alzheimervereinigung, die Kirchgemeinden oder viele Freiwilligenorganisationen.

1.2 Problemstellung

Warum nehmen diese 32'000 Menschen keine Hilfe an? Aus meiner langjährigen Erfahrung als Geschäftsleiterin der Spitex Stadt Luzern, aufgrund der Vorlesungen zur Masterausbildung Alter und Gesellschaft und aufgrund von vielen Rückmeldungen, auch aus dem privaten Umfeld sind vor allem zwei Punkte ausschlaggebend, welche die Menschen daran hindern, Hilfe anzufordern.

1. Bei Bedarf sich im Dschungel dieser Angebote zu orientieren, stellt für Unerfahrene zunehmend eine grosse Herausforderung dar. Nutzbringende Angebote sind oftmals nicht bekannt oder werden zu spät angefordert. Zudem gibt es kaum niederschwellige Informations- und Anlaufstellen, bei welchen man einfach etwas nachfragen darf, sich mit Gleichgesinnten trifft und die Angebote vorgestellt bekommt, bevor der Bedarf überhaupt eintritt. Der präventive Ansatz fehlt meist gänzlich.
2. Nicht nur die bedürftige Person und deren Angehörige bekunden Mühe, sich durchzufragen, zu koordinieren und zu organisieren, auch die Dienstleistungsanbieter kennen einander und ihre jeweiligen Angebote oft zu wenig. Daher sind die Dienstleistungen zu wenig aufeinander abgestimmt und kaum koordiniert. Die Folge daraus ist, dass dasselbe Angebot von mehreren Anbietern aufgebaut wird, was vor allem für Non-profit-Organisationen, welche aus Steuergeldern und Spenden finanziert werden, problematisch sein kann. Anstatt eine gemeinsame Strategie zu finden, agiert jede Organisation eigenständig und es entsteht immer mal wieder ein unnötiger Konkurrenzkampf.

1.3 Fragestellung und Zielsetzung

Die Fragestellung lautet demnach: Wie kann es gelingen, im Bereich «Wohnen zu Hause - auch im Alter», ein Angebot aufzubauen, welches niederschwellig und nahe am Menschen ist und zugleich einen präventiven Charakter aufweist. Zudem soll es die einzelnen Anbieter untereinander vernetzen und die Altersstrategie einer Gemeinde/einer Stadt soll als gemeinsames, konkurrenzloses Ziel definiert werden.

1.4 Aufbau und Methoden

Für die Masterarbeit wurde ein Methodenmix von Literaturrecherche, Dokumentenanalyse und Interviews gewählt. Im Rahmen der Literaturrecherche und Dokumentenanalyse wurden die wichtigsten theoretischen Grundlagen erarbeitet, für die Arbeit zentralen Erkenntnisse ausgearbeitet und entsprechend dargestellt. Die Erfahrungen aus der eigenen Praxistätigkeit sowie aus den Interviews erhärteten die theoretischen Bezüge und bestätigten die entsprechenden Ableitungen und Empfehlungen.

Fünf zentrale Konzepte wurden ausgehend von den Erkenntnissen aus diesen theoretischen Grundlagen und den Praxisinterviews hergeleitet und erstellt. Daraus ergibt sich eine Handlungsanleitung, welche es ermöglicht, das Konzept «Wohnen zu Hause - auch im Alter» umzusetzen.

1.5 Abgrenzung

Die vorliegende Handlungsanleitung gibt Inputs und einen Rahmen für die Entwicklung eines Konzeptes «Wohnen zu Hause - auch im Alter». Sie ersetzt aber nicht die kritische Auseinandersetzung mit den eigenen Strukturen, Angeboten und Begebenheiten vor Ort. Auch wenn eine solche Handlungsanleitung vorliegt, wird eine gut strukturierte Projektplanung mit Vertreterinnen und Vertreter aus den wichtigen Organisationen in der Projektgruppe nötig. Zudem dauert es drei bis fünf Jahre, bis ein entsprechendes Modell umgesetzt ist.

1.6 Inhalt und Struktur der Arbeit

In einem ersten Teil (Kapitel zwei und drei) werden die theoretischen Grundlagen aufgearbeitet. Im Kapitel zwei unter dem Titel «Der alternde Mensch zu Hause» werden die gesellschaftlichen Veränderungen, die demografische Entwicklung, die Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten sowie die häufigsten Krankheitsbilder von älteren Menschen aufgezeigt. Die Ressourcen, das Soziale Netzwerk und die professionellen Unterstützungsangebote runden das Kapitel zwei ab. Diese Grundlagen sowie jene des Kapitel drei, nämlich das «Wohnen im Alter in der Schweiz», mit den Bedürfnissen von älteren Menschen und der Einordnung der Wohn- und Dienstleistungsangebote, sind wichtig, um den Hauptteil, das Kapitel vier, zu verstehen.

Der Hauptteil, das Kapitel vier, umfasst die eigentliche Handlungsanleitung. Es wird die Voraussetzung für das Gelingen eines solchen Konzeptes aufgezeigt, die Aufbau- und Ablauforganisation dargestellt sowie die ergänzenden Themen für die Erstellung eines Businessplanes angeschnitten. Kern des Kapitels bildet das Fünf-Faktoren-Konzept für die Erstellung der Dienstleistung «Wohnen zu Hause – auch im Alter». Der zweite wichtige Faktor ist die Ablauforganisation in Form eines Back- und Front-offices.

Das Kapitel fünf schliesst mit den Erkenntnissen, den Problemen und dem Ausblick vorliegende Arbeit ab.

2 Der alternde Mensch zu Hause

Früher galten laut François Höpflinger (2012a) Menschen als alt, deren körperlichen und geistigen Kräfte nachliessen, das eigentliche kalendarische Alter spielte dabei keine Rolle. Sofern doch chronologisch eingeordnet, begann die Schwelle zum Alter meist mit sechzig Jahren. Im Mittelalter wurden Männer zu diesem Zeitpunkt vom Kriegsdienst befreit und auch von der Pflicht, öffentliche Ämter zu übernehmen. Dass damals die alten Menschen durch ihre Familie gepflegt und betreut wurden, entspricht kaum den historischen Begebenheiten. Zum einen war die Lebenserwartung gering, die Grosseltern erlebten kaum die Geburt des Enkelkinds, zum anderen wurde es bereits früh zur Norm, dass sich nach der Heirat die Kinder vom Wohnsitz der Eltern lösten und sich eine eigene Bleibe aufbauten. Mehrheitlich lebten die Generationen getrennt, jedoch meist in der Nähe voneinander. (S. 3)

2.1 Gesellschaftliche Veränderungen

Das Bild des Alters wurde in den letzten Jahren von der Realität überholt. Nicht nur Rockstars, welche auf der Bühne tanzen wie in jungen Jahren, auch «normale» Menschen der Generation 70plus sind so vital wie nie zuvor. Sie geniessen ihre gewonnene Freizeit mit Reisen, Sport treiben, Enkelkinder hüten, Weiterbildungen besuchen oder einem Engagement in der Freiwilligenarbeit. Freck Karin, Froböse Frerk und Gürtler Detlef (2013) bestätigen, wer heute in Rente geht, hat noch zwanzig bis dreissig gute Jahre vor sich, verfügt meist über genügend finanzielle Ressourcen, ist leistungswillig, kompetent und bereit, sich zu engagieren – für sich selbst oder auch für die Gesellschaft. (S. 8ff)

Nebst dieser zunehmend rüstigen Generation stellt man jedoch durch die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 (Obsan, 2015) fest, dass zwei von zehn Menschen ab 65 Jahren, die in Privathaushalten leben, in ihren täglichen instrumentellen Alltagsaktivitäten¹ und ihren Alltagsaktivitäten² eingeschränkt sind. Etwas mehr als die Hälfte (54%) der Personen mit diesen Einschränkungen werden von Nahestehenden oder von der Spitex unterstützt und gepflegt. Von den restlichen Personen würde heute gerne jede vierte Hilfe annehmen, dies entspricht rund 32'000 Personen in der Schweiz. (S.1)

Die demografische Entwicklung, wie das folgende Kapitel zeigt, verspricht keinen Rückgang der ansehnlichen Zahl von Menschen, welche bis dato keine Hilfe in Anspruch nehmen, obwohl sie sich diese wünschen.

2.2 Demografische Entwicklung

Die Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung (EDI, 2015) beschreiben plausible Entwicklungen der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz in den nächsten Jahrzehnten. Eines der wichtigsten Erkenntnisse ist, dass die Schweizer Bevölkerung in den kommenden Jahrzehnten unabhängig von der Zuwanderung deutlich altern wird. (S. 4)

¹ bspw. Erledigen von Hausarbeiten oder Wäschewaschen

² bspw. Körperpflege oder Kleider anziehen

In Bezug auf das Thema Alter zeigt das Referenzszenario³ folgendes:

- Die Bevölkerungsgruppe der 65-Jährigen und Älteren erhöht sich um 0,7 Millionen Personen von 1,5 Millionen im Jahr 2015 auf 2,2 Millionen im Jahr 2030 und wiederum um 0,5 Millionen Personen auf 2,7 Millionen im Jahr 2045.
- Der Altersquotient, das heisst die Anzahl Personen ab 65 Jahren auf 100 Personen im Alter zwischen 20 und 64 Jahren, liegt bei 29,1 im Jahr 2015, bei 39,6 im Jahr 2030 und bei 48,1 im Jahr 2045.

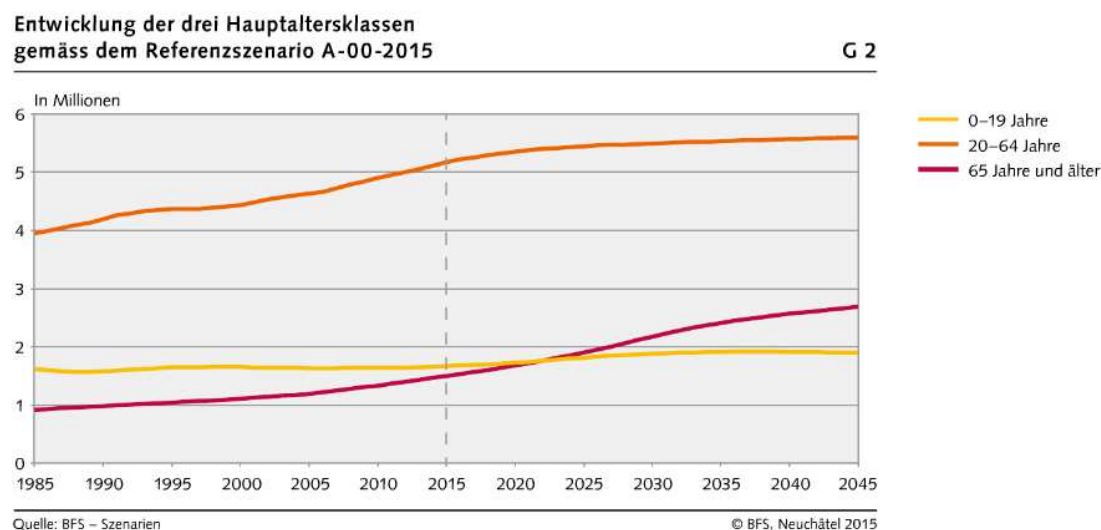


Abbildung.1: Entwicklung der drei Hauptaltersklassen (Eidgenössisches Departement des Innern, 2015, S.7)

Gemäss Höpflinger (2012b) wird die Altersverteilung durch drei demographische Komponenten bestimmt. Konkret sind dies: das Geburtenniveau, die Sterbefälle sowie die Wanderungsbewegung (S. 12f). Höpflinger erläutert diese wie folgt:

Die Anzahl von neu geborenen Kindern wird zum einen durch die Anzahl der gebärfähigen Frauen bestimmt, zum anderen durch das generative Verhalten junger Menschen. Ein hohes **Geburtenniveau** führt zu einer jungen Bevölkerung, was nach dem zweiten Weltkrieg der Fall war, wogegen ein tiefes Geburtenniveau zur demographischen Alterung der Bevölkerung beiträgt, was heute der Fall ist. Beides wirkt sich langfristig auf die Altersstruktur einer Bevölkerung aus.

Die Anzahl der **Sterbefälle** hängen einerseits mit der Altersverteilung einer Bevölkerung zusammen, andererseits werden sie bestimmt durch soziale, wirtschaftliche und epidemiologische Einflussfaktoren. In der Schweiz betrug die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt für die Gesamtbevölkerung im Jahr 2012 mehr als 82 Jahre. Nur in Japan und Island lag die Lebenserwartung noch höher. Schweizerinnen und Schweizer werden aber nicht nur immer älter, sondern bleiben in der Regel auch länger gesund. Gemäss der Studie Interpharma (2015) hat sich die Lebensqualität vieler

³ Es wurden drei neue Grundszenerarien erstellt. Das Referenzszenario ist das Szenario A-00-2015, das auf der Fortsetzung der Entwicklungen der letzten Jahre beruht. Das «hohe» Szenario B-00-2015 basiert auf einer Kombination von Hypothesen, die das Bevölkerungswachstum, das Bildungsniveau oder den Arbeitsmarkt begünstigen, während das «tiefe» Szenario C-00-2015 Hypothesen kombiniert.

alter Menschen dank medizinischen Fortschritten und einem gesünderen Lebensstil spürbar verbessert. (S. 8)

Höpflinger (2012b) stellt zudem fest, wenn die Schweiz oder gar eine Gemeinde als begrenztes Gebiet betrachtet wird, so spielt die Wanderungsbewegung ebenfalls eine Rolle in der Altersverteilung der Bevölkerung. Eine Abwanderung jüngerer Menschen erhöht das durchschnittliche Alter der zurückbleibenden Bevölkerung und umgekehrt. Dank Zuwanderung von jungen Menschen nach dem zweiten Weltkrieg konnte in der Schweiz die demografische Alterung abgeschwächt werden. (S. 120ff)

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass die Schweiz mit einer doppelten demografischen Alterung konfrontiert ist. Einerseits kommen die sogenannten Babyboomer in die Jahre (die Geburten nach dem zweiten Weltkrieg), andererseits steigt die durchschnittliche Lebenserwartung aufgrund der medizinischen und pflegerischen Entwicklung zunehmend an. Folgende Abbildung aus den Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung (2015) zeigen diese Zunahmen auf. Bis ins Jahr 2030 erhöht sich die Bevölkerungsgruppe der 65-Jährigen und Älteren, danach sinkt sie wieder langsam ab. (S. 8)

Jährliches Wachstum der Bevölkerungsgruppe der 65-Jährigen und Älteren gemäss dem Referenzszenario A-00-2015

G 3

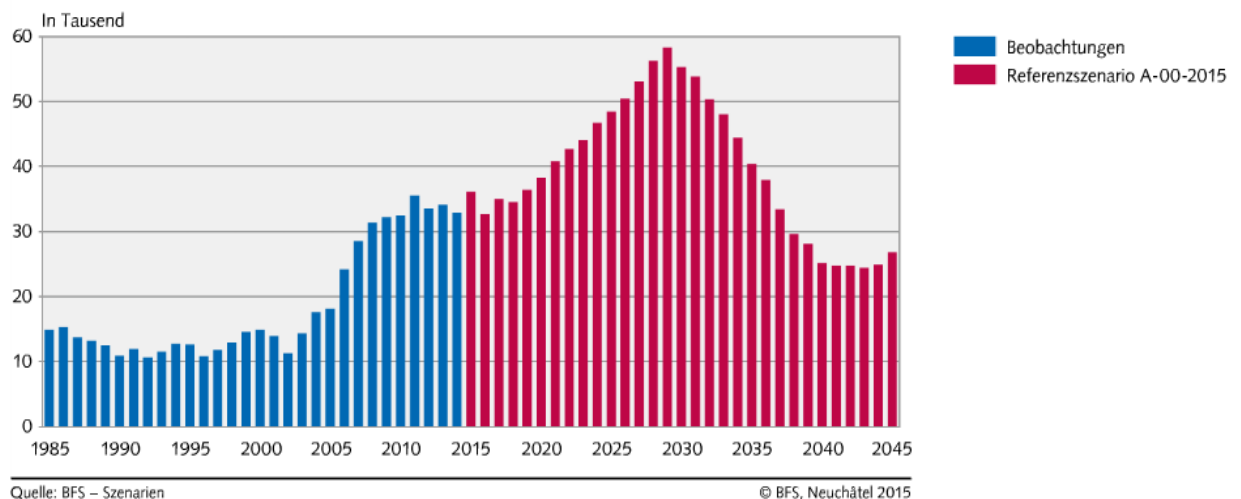


Abbildung 2: Jährliches Wachstum der Bevölkerungsgruppe der 65-Jährigen und Älteren (Eidgenössisches Departement des Innern, 2015, S.8)

Wie bereits oben erwähnt, ist jede fünfte Person ab 65 Jahren, die in einem Privathaushalt lebt, in ihren Aktivitäten im Alltag eingeschränkt, bspw. beim Wäschewaschen oder bei schweren Hausarbeiten. Zudem sind drei von hundert Personen von Einschränkungen bei der Körperpflege betroffen.

Laut der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 (Bundesamt für Statistik, 2014) ist dieser Unterstützungsbedarf umso höher, je älter der Mensch ist (S. 1). Es wird unterschieden nach den beiden funktionellen Einschränkungen «instrumentellen Alltagsaktivitäten (IADL)» und in «Alltagsaktivitäten (ADL)». Im folgenden Abschnitt werden diese Formen der Einschränkungen näher erläutert und die Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 aufgezeigt.

2.3 Instrumentelle Alltagsaktivitäten (IADL⁴)

Eine Beeinträchtigung in diesen Aktivitäten bedeutet eine erste Einschränkung der Autonomie. Zu diesen Aktivitäten gehören:

- Selbstständig Essen zubereiten
- Telefonieren
- Einkaufen
- Wäsche waschen
- Hausarbeiten erledigen
- Sich um die Finanzen kümmern
- Öffentliche Verkehrsmittel benutzen

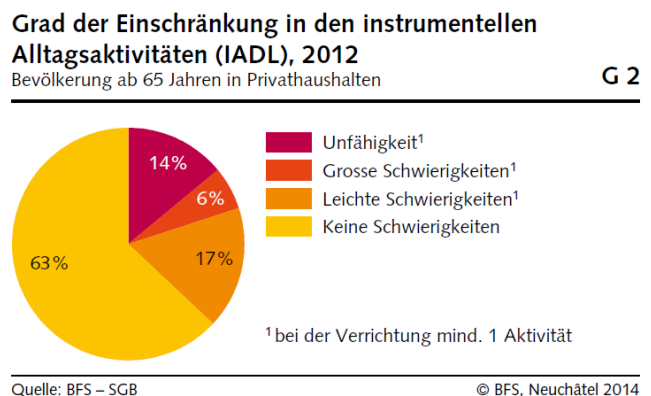


Abbildung 3: Grad der Einschränkung in den instrumentellen Alltagsaktivitäten (Bundesamt für Statistik, 2014, S. 2)

Rund 20% der Personen ab 65 Jahren verzeichnen grosse Schwierigkeiten bis gar eine Unfähigkeit bei mindestens einer dieser Verrichtungen. Das Erledigen von schweren Haushaltarbeiten wie das Verschieben von Möbeln oder das Fensterputzen gehören zu den häufigsten Problemen. Danach folgen das Benützen der öffentlichen Verkehrsmittel und das Wäschewaschen.

Die zweite Möglichkeit, die körperlichen Einschränkungen zu messen ist der Indikator der Einschränkungen bei den Alltagsaktivitäten.

2.4 Alltagsaktivitäten (ADL⁵)

Eine Einschränkung in den Alltagsaktivitäten führt oft zu einem erhöhten Hilfs- und Pflegebedarf. Zu diesen Einschränkungen gehören:

- Selbstständig essen
- Ins oder aus dem Bett steigen
- Von einem Sessel aufstehen
- Sich an- und ausziehen
- Zur Toilette gehen
- Baden oder Duschen

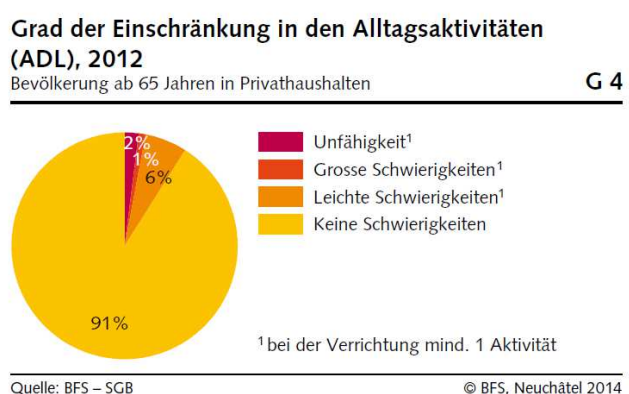


Abbildung 4: Grad der Einschränkung in den Alltagsaktivitäten (Bundesamt für Statistik, 2014, S. 2)

Rund 3% der Personen ab 65 Jahren verzeichnen grosse Schwierigkeiten bis gar eine Unfähigkeit bei mindestens einer dieser Verrichtungen. Baden und Duschen ist jene Aktivität, die die häufigsten

⁴ Instrumental activities of daily living

⁵ Activities of daily living

Probleme bereitet. Mit zunehmendem Alter steigt die Schwierigkeit an, eine ADL auszuführen. Bei den 65- bis 79-jährigen ist diese bei 2%, bei den Personen ab 80 Jahren bei 8%.

95% der Personen, welche in den ADL eingeschränkt sind, sind dies auch in den IADL. Der Pflege- und Betreuungsbedarf ist bei Einschränkungen in den ADL höher als bei Einschränkungen in den IADL. Die ADL sind daher ein guter Indikator für den Pflege- und Betreuungsbedarf. (S. 2)

Diese Einschränkungen in den Alltagsbewältigungen gehen meist einher mit einer Krankheit. Die Krankheitsbilder bei älteren Menschen sind komplex und stellen sowohl die Betroffenen, deren Angehörigen als auch die gesamte Gesundheitsversorgung vor grosse Herausforderungen. Im folgenden Abschnitt werden die wichtigsten Krankheitsbilder kurz erläutert. Es ist von Bedeutung für Organisationen und Personen, welche mit oder für ältere/n Menschen tätig sind, diese Krankheitsbilder ansatzweise zu kennen, um Einschränkungen im Alltag daraus ableiten zu können.

2.5 Krankheitsbilder bei älteren Menschen

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Neuchâtel (OBSAN) stellt in seinem Gesundheitsbericht (2015) fest, dass die Bevölkerung der Schweiz den Wunsch hat, bei hoher Lebensqualität und guter Gesundheit alt zu werden. Der Bericht zeigt jedoch auch auf, dass die Realität einiger Menschen anders aussieht. Älterwerden ist häufig damit verbunden, krank zu werden, chronisch krank zu sein und sogar an mehreren Krankheiten gleichzeitig zu leiden (Multimorbidität). Im Folgenden werden die einzelnen Krankheitsbilder gemäss dem Gesundheitsbericht 2015 kurz erläutert.

2.5.1 Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand

Der rechts abgebildete, selbst wahrgenommene Gesundheitszustand gibt an, wie gesund sich jemand fühlt. Die Ergebnisse zeigen, dass der Anteil derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut bezeichnen, im Alter kontinuierlich sinkt. Bei der Gruppe der 65- bis 74-Jährigen berichten noch 77% von einem (sehr) guten Gesundheitszustand, bei den 85-Jährigen und Älteren fällt dieser Wert auf 57%. (S. 99)

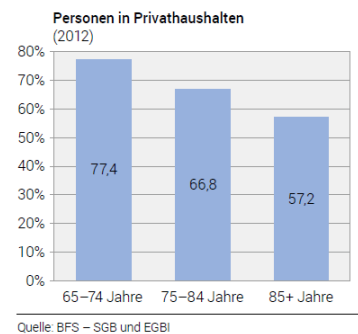
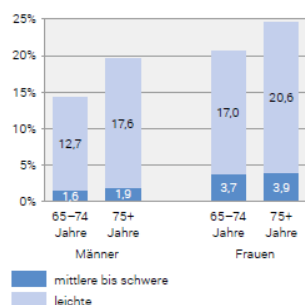


Abbildung 5: (Sehr) guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand von 65-Jährigen und Älteren, 2012 (OBSAN 2015, S. 99)

2.5.2 Depression



Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung (siehe Tabelle links) zeigen, dass auch im höheren Alter Frauen tendenziell häufiger als Männer Depressionssymptome aufweisen. Dabei berichten 21–25% der 65-jährigen und älteren Frauen von Depressionssymptomen in den letzten zwei Wochen, bei den Männern sind dies 14–20%. (S. 100)

Abbildung 6: Depressionssymptome in den letzten zwei Wochen bei Personen in Privathaushalten, (OBSAN 2015, S. 100)

2.5.3 Infektionskrankheiten

Die Immunabwehr bei älteren Menschen ist reduziert. Sie sind daher besonders anfällig für Infektionen wie Atemwegserkrankungen, welche im Alter ab 65 Jahren die häufigste Erkrankung darstellt. Der saisonalen Grippe kommt eine besondere Bedeutung zu, denn sie kann zu schweren Komplikationen wie bspw. einer Lungenentzündung führen. (S. 103)

2.5.4 COPD

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD ist ein übergeordneter Begriff für Atemwegserkrankungen, bei denen die Atmung behindert ist. 4,0% der Männer von 65 bis 74 Jahren und 6,0% im Alter von 75 Jahren und darüber leiden gemäss eigenen Angaben an einer chronischer Lungenerkrankung. Bei den Frauen sind es 5,0% in der jüngeren (65–74 Jahre) und ebenfalls 6,0% in der älteren (75 Jahre und älter) Altersgruppe. (S. 107)

2.5.5 Krebs

Krebs ist im Alter von 65 bis 74 Jahren die häufigste, ab 75 Jahren die zweithäufigste Todesursache. Bei Männern ab 65 Jahren ist das Prostatakarzinom am häufigsten, gefolgt vom Dickdarmkrebs und Lungenkrebs.

Bei Frauen ab 65 Jahren wird am häufigsten Brustkrebs diagnostiziert, danach wie bei den Männern Dickdarmkrebs gefolgt von Lungenkrebs. (S. 104)

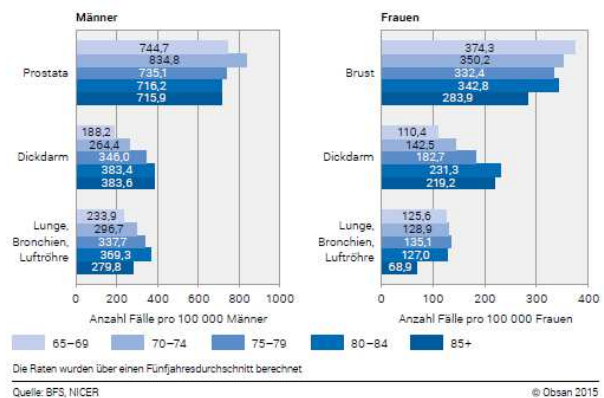


Abbildung 7: Krebs-Neuerkrankungen bei 65-Jährigen und Älteren, 2007 – 2011. (OBSAN 2015, S. 104)

2.5.6 Diabetes

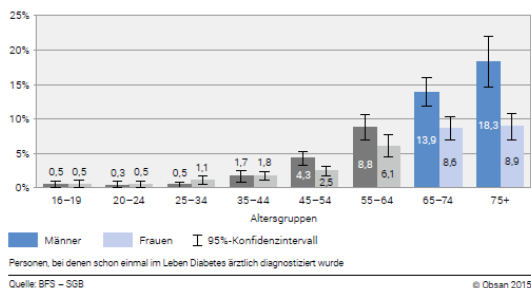


Abbildung 8: Diabetes nach Alter. (OBSAN 2015, S. 105)

Diabetes mellitus ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, deren Rate der Neuerkrankungen in den letzten Jahrzehnten weltweit gestiegen ist, wobei insbesondere Typ 1 und Typ 2 zu unterscheiden sind. Der Typ 2 ist stark lebensstilbedingt und u. a. mit Übergewicht assoziiert. Gerade im höheren Alter ist er der überwiegende Diabetestyp. Männer leiden im hohen Alter deutlich häufiger an Diabetes als Frauen: 13,9% der 65- bis 74-jährigen und 18,3% der 75-jährigen Männer, Frauen dagegen rund 9%. (S. 105)

2.5.7 Hirnschlag und Herzinfarkt

Herz-Kreislauf-Krankheiten wie akuter Myokardinfarkt (Herzinfarkt) und Schlaganfall treten im höheren Alter nicht nur häufiger auf, sie sind auch die häufigste Todesursache.

Die Abbildung rechts zeigt das Vorkommen (Prävalenz) von Herzinfarkt (akuter Myokardinfarkt) und Schlaganfall, welche auf der Grundlage der Hospitalisierungen (Medizinische Statistik der Krankenhäuser) und Todesfälle (Todesursachenstatistik) berechnet wurde. Männer sind auch im hohen Alter (80 Jahre und älter) mit einer Rate von 1427 Fälle pro 100'000 Einwohner stärker von Herzinfarkt betroffen als Frauen (910 Fälle pro 100'000 Einwohnerinnen). Der Geschlechterunterschied ist beim Hirnschlag weniger ausgeprägt: Bei den 80-jährigen und älteren Personen sind es 1650 Männer bzw. 1411 Frauen pro 100'000 Einwohner/innen. (S. 106)

Akuter Myokardinfarkt und Hirnschlag nach Alter, 2008 – 2012

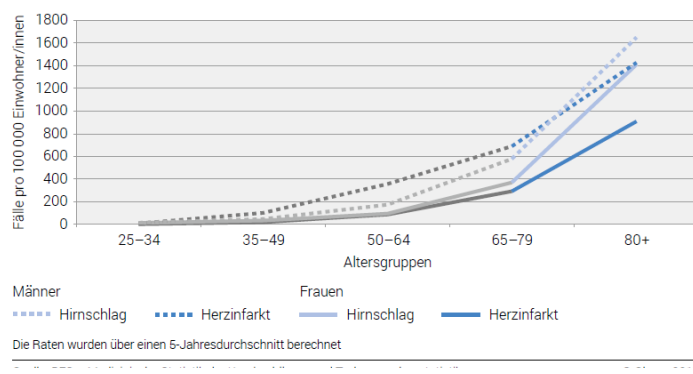


Abbildung 9: Akuter Myokardinfarkt und Hirnschlag nach Alter, 2008 - 2012 (OBSAN 2015, S. 106)

2.5.8 Osteoporose

Osteoporose wird durch einen Abbau der Knochensubstanz und -struktur ausgelöst. Die Krankheit, von der primär ältere Frauen betroffen sind, geht mit einem erhöhten Risiko für Knochenbrüche einher, wie für Schenkelhalsfrakturen und das Zusammenbrechen der Wirbelkörper. Die Abbildung zeigt den Anteil der in Privathaushalten lebenden Personen, die schon einmal wegen Osteoporose in ärztlicher Behandlung waren. Der Anteil bei den Männern steigt mit dem Alter nur leicht an, hingegen nimmt er bei den Frauen im höheren Alter sehr stark zu. (S. 108)

Osteoporose nach Alter, 2012
Personen in Privathaushalten

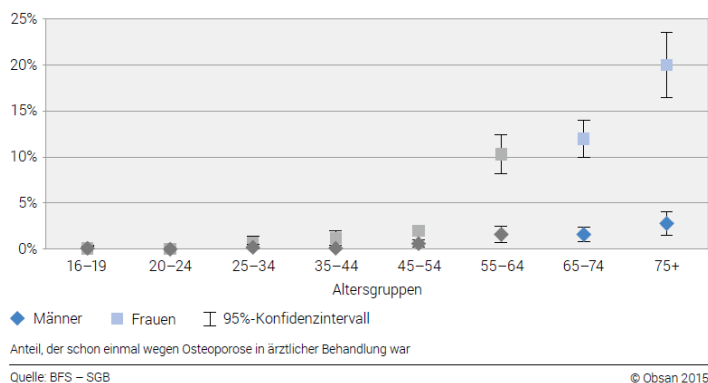


Abbildung 10: Osteoporose nach Alter, 2012 (OBSAN 2015, S. 108)

2.5.9 Demenz

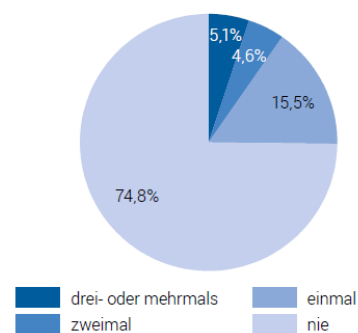
Demenz ist ein Oberbegriff für eine Reihe von Erkrankungen, die mit einem Gedächtnisverlust kombiniert mit der Störung von mindestens einer geistigen Funktion wie der Sprache, Bewegung, das Erkennen oder Planung und Handeln einhergehen (Cassetti et al., 2011; Monsch et al., 2012, zit. in OBSAN 2015, S. 109). Diese Defizite führen dazu, dass alltägliche Aktivitäten nicht mehr eigenständig durchgeführt werden können. Die häufigste Demenzerkrankung ist mit etwa zwei Dritteln aller Fälle die Alzheimer-Krankheit.

Repräsentative Untersuchungen zur Häufigkeit von Demenzerkrankungen in der Schweiz existieren leider keine. Nach Schätzungen, u. a. auf der Basis internationaler Studien leben in der Schweiz rund 110'000 Menschen mit der Krankheit Demenz. Die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken, steigt nach dem 65. Lebensjahr stark an: Während in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen etwa jede fünfzigste Person betroffen ist, ist es in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen zirka jede achte. Frauen erkranken häufiger an Demenz, was sich in erster Linie dadurch erklären lässt, dass sie häufiger ein hohes Alter erreichen als Männer. Prognosen gehen davon aus, dass die Anzahl demenzkranker Personen bis 2030 auf 190'000 und bis 2060 auf rund 300'00 Personen steigen wird. (BAG & GDK, 2013a zit. in OBSAN 2015, S. 109)

2.5.10 Sturz

Die häufigste Unfallart im Alter sind Stürze. Ein Sturz kann zu einem Spitalaufenthalt und möglicherweise zu einem Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim führen (siehe dazu auch die Thematik Osteoporose Kapitel 2.5.8). Sturzpräventionsmassnahmen zielen einerseits auf Bewegung und Training (v. a. Kraft und Gleichgewicht), andererseits auch auf Hilfsmittel (Gehhilfen, Anti-Rutschsocken) und Anpassungen im häuslichen Wohnumfeld (Entfernen von Stolperfallen, Anbringen von Handgriffen etc.) ab. Gemäss Aussagen von Personen ab 65 Jahren in Privathaushalten (Daten der SGB) ist ein Viertel von ihnen im letzten Jahr gestürzt, davon 9,7% mehrfach. (S. 111)

**Sturzepisoden bei Personen
in Privathaushalten, 2012**
65-jährige und ältere Personen



In den letzten 12 Monaten

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Abbildung 11: Sturzepisoden bei Personen in Privathaushalten, 2012, 65-jährige und ältere Personen (OBSAN 2015, S. 111)

2.5.11 Multimorbidität

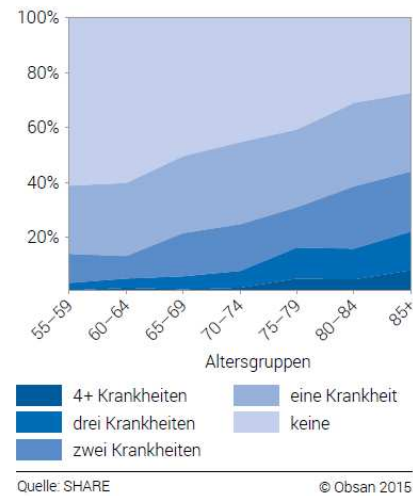
Multimorbidität wird als das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehreren chronischen Krankheiten definiert (Bopp & Holzer, 2012, zit. in OBSAN, 2015, S. 117). Die Krankheiten beeinflussen sich dabei gegenseitig und führen häufig zu Einbussen der Funktionsfähigkeit und der Autonomie. Die Behandlung von multimorbiden Personen ist insofern schwierig, als es kaum Richtlinien gibt und die medikamentösen Therapien häufig unerwünschte Wechselwirkungen zeigen (Barnett et al., 2012;

Boyd et al., 2005, zit. in OBSAN, 2015, S. 117). Infolge der demografischen Entwicklung und somit mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung ist damit zu rechnen, dass Multimorbidität ansteigen wird (Moreau-Gruet, 2013, zit. in OBSAN, 2015, S. 113).

Die dargestellten Ergebnisse des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) (zit. in OBSAN, 2015, S. 113) aus dem Jahr 2010/2011 zeigen, dass 22% der 50-jährigen und älteren zu Hause lebenden Personen von mehr als einer Krankheit betroffen sind. Bei den 50- bis 54-Jährigen beläuft sich diese Prävalenz auf 11,0%, bei den 65- bis 69-Jährigen auf 21,7% und bei den Personen ab 85 Jahren auf 44,1%.

Abbildung 12 (rechts): Anzahl chronischer Krankheiten von Personen in Privathaushalten (OBSAN 2015, S. 113)

Anzahl chronischer Krankheiten von Personen in Privathaushalten, 2010/11



2.5.12 Flüssigkeitsmangel

Ein Flüssigkeitsmangel kann nebst der Abnahme der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit zu Schwindel, Verwirrheitszuständen, Apathie oder einem Kreislaufkollaps führen. Ältere Menschen sind besonders davon betroffen, weil das Durstgefühl im Alter deutlich abnimmt und die Flüssigkeitsausscheidung oft erhöht ist. Die Angst vor Toilettengängen (Sturzgefahr), Inkontinenz und Prostataleiden hemmen zudem häufig das Trinkverhalten. Dazu kommt, dass die

Symptome bei älteren Menschen nicht mit einem Flüssigkeitsmangel in Verbindung gebracht werden. Gemäss Empfehlungen sollten 1–2 Liter der täglichen Flüssigkeitszufuhr über Getränke (vorzugsweise Wasser, ungesüsster Tee oder verdünnte Fruchtsäfte) erfolgen. Wie die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zeigen, sinkt die durchschnittliche Trinkmenge mit dem Alter. Im höheren Alter (75 Jahre und älter) trinken 22,7% der Männer und 17,6% der Frauen weniger als einen Liter pro Tag. Dies ist ein Hinweis dafür, dass ein beträchtlicher Anteil der älteren Personen nicht genügend Flüssigkeit zu sich nimmt. (S. 114)

Flüssigkeitskonsum von weniger als einem Liter pro Tag nach Alter, 2012
Personen in Privathaushalten

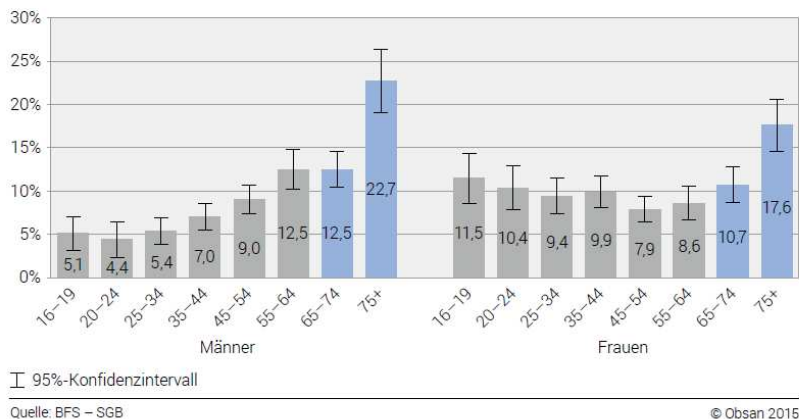


Abbildung 13: Flüssigkeitskonsum von weniger als einem Liter pro Tag nach Alter, 2012 (OBSAN 2015, S. 114)

2.5.13 Übergewicht

Übergewicht ist ein zentraler Risikofaktor im Hinblick auf zahlreiche nichtübertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 und einige Krebsarten. Bei beiden Geschlechtern nimmt im Allgemeinen mit zunehmendem Alter der Anteil übergewichtiger Menschen zu. Bei den Männern kehrt die Tendenz ab dem 75. Lebensjahr. Der Anteil der Übergewichtigen ist in der Altersklasse zwischen 65 und 74 Jahren am höchsten mit 65,6% und sinkt danach auf 51,4% bei den 75-Jährigen und Älteren. Bei den Frauen stagniert der Anteil der Übergewichtigen dagegen ab der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen bei rund 48%. (S. 115)

2.5.14 Sucht

Rauchen ist der wichtigste Risikofaktor für nicht-übertragbare Krankheiten wie Lungenkrebs, Herz-Kreislauf-Krankheiten, weitere Krebsarten (z. B. Zungen- oder Kehlkopfkrebs) sowie Atemwegserkrankungen. Aus Sicht der Prävention ist das Rauchverhalten über das ganze Leben entscheidend, so wirkt sich ein Rauchstopp auch bei langjährigen Raucherinnen und Rauchern positiv auf die Gesundheit aus. Der Anteil Personen, die täglich rauchen, nimmt im höheren Alter zwar ab, der Anteil Personen, die täglich mindestens 20 Zigaretten (ein Päckchen) rauchen, ist jedoch in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen mit 38,7% am höchsten (Gmel et al., 2013, zit. in OBSAN, S. 117). Es könnte sich dabei aber auch eher um einen Generationen- als um einen Alterseffekt handeln. (S. 117)

Problematischer **Alkoholkonsum** im Alter wird häufig nicht erkannt (Loukissa, 2007, zit. in OBSAN 2015, S. 118). Bei älteren Menschen stellen vor allem die negativen Wechselwirkungen zwischen Medikamenten und Alkohol ein zentrales Problem dar. Als risikoreicher Alkoholkonsum gilt ein durchschnittlicher täglicher Konsum von mehr als 20 Gramm für Frauen (zwei Standardgläser⁶ pro Tag) und von mehr als 40 Gramm für Männer (zwei bis drei Standardgläser pro Tag) (Gmel et al., 2013, zit. in OBSAN, 2015, s. 118). Aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung geht hervor, dass 6% der Männer und Frauen in der Altersklasse von 65 bis 74 Jahren einen chronisch risikoreichen Alkoholkonsum angeben. Bei den 75-Jährigen und Älteren ist dieser Anteil bei beiden Geschlechtern tendenziell etwas tiefer. (S. 118)

Medikamentenmissbrauch liegt vor, wenn ein Medikament ohne klare medizinische Indikation oder in übermässigen Mengen eingenommen wird. Dabei kommt folgenden Medikamentengruppen eine besondere Bedeutung zu: Schlafmittel, Schmerzmittel und Beruhigungsmittel sowie Anregungsmittel und Appetitzügler. Schlaf- und Beruhigungsmittel sollten nur in Ausnahmefällen regelmässig eingenommen werden. Die Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln nimmt im höheren Alter zu: In den 30 Tagen vor der Befragung haben 11,4% der 65- bis 74-Jährigen und 18,3% der 75-Jährigen und Älteren ein solches Medikament eingenommen. Der Anteil Personen, die täglich oder fast täglich Schlaf- und Beruhigungsmittel einnehmen, steigt ebenso an im höheren Alter. Bei den 65- bis 74-Jährigen sind es 56,6%, bei den 75-Jährigen und Älteren 62,9%. (S. 119)

⁶ Ein Standardglas (ca. 12 g. reiner Alkohol) entspricht 3 dl Bier, 1 dl. Wein und 2 cl Spirituosen

2.6 Körperliche Einschränkungen

Nebst einer Erkrankung ist wichtig zu beachten, dass die körperlichen Einschränkungen mit dem Alter zunehmen. Das Hör- und Sehvermögen nimmt bereits ab dem 40. Altersjahr ab, jene der Psychomotorik⁷ in späteren Jahren, und auch die Kognition kann von Einschränkungen betroffen sein. Felix Bohn (2006) stellt fest: was ältere Menschen gemeinsam haben, ist die Zunahme der körperlichen Einschränkungen, wenn auch in verschiedenem zeitlichen Ablauf. Abnehmen wird die Kraft, die Schnelligkeit, die Koordination, die Beweglichkeit, das Reaktionsvermögen sowie auch die Hör- und Sehfähigkeit. (S. 1)

Jeder Mensch verfügt über gewisse Ressourcen, solchen Einschränkungen wie auch Einschränkungen in Form von Krankheiten entsprechend zu begegnen. Folgendes Kapitel zeigt Formen dazu auf.

2.7 Ressourcen

Noch heute versteht ein grosser Teil der Bevölkerung unter Gesundheit die Abwesenheit von Krankheit. Auch in der medizinischen Forschung war Gesundheit lange Zeit nicht Gegenstand der Betrachtung, sondern wurde lediglich als Ziel bei Erklärungen und Bewältigung von Krankheiten gesehen (pathogenetische Orientierung). Zunehmend wurde die Perspektive nicht nur auf die Ursachenforschung von Krankheiten ausgerichtet, sondern es stellte sich auch die Frage nach den Voraussetzungen für die Gesundheit.

Aaron Antonowsky (1993, S. 3ff, zit. nach Kerkau, 1997, S. 37), ein bedeutender Vertreter dieser Forschungsrichtung und Medizinsoziologe führte für diese Betrachtungsweise den Begriff Salutogenese ein. Antonowsky (1993) veranschaulicht mit folgender Metapher die unterschiedlichen Ansatzpunkte der beiden Perspektiven:

Wir alle fahren eine lange Skipiste herunter: Die pathogenetische Orientierung beschäftigt sich hauptsächlich mit denjenigen, die an einen Felsen gefahren sind, einen Baum, mit einem anderen Skifahrer zusammengestossen sind oder in eine Gletscherspalte fielen. Weiterhin versucht sie uns davon zu überzeugen, dass es das Beste ist, überhaupt nicht Ski zu fahren. Die salutogenetische Orientierung beschäftigt sich damit, wie die Piste ungefährlicher gemacht werden kann und wie man Menschen zu sehr guten Skifahrern machen kann. (S. 11, zit. nach Kerkau, 1997, S. 37)

Dieser Ansatz entwickelte sich weiter mit der Frage: „Warum bleibt aber ein Anteil von Menschen in gewissen, auch sehr belastenden Situationen gesund, andere wiederum werden krank?“ In der Forschung taucht dazu der Begriff der Resilienz auf (Sauter Dorothea; Abderhalden Chris; Needham Ian & Wolff Stephan, 2011). Resilienz bedeutet Widerstandsfähigkeit, Spannkraft gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken. Es gilt daher, die Faktoren zu definieren, welche als Schutz gegen Resignation, Beschädigung und Krankheit dienen. Auch jene in der

⁷ Koordinierte willentliche Bewegungsabläufe, bspw. Reaktions- und Bewegungszeiten

soziologischen und psychologischen Gesundheitsforschung, welche die psychischen und sozialen Bedingungen der menschlichen Gesundheit zu identifizieren und zu beschreiben sucht. (S. 118f)

In den folgenden Kapiteln werden diese Faktoren in der Form von Ressourcen in Bezug auf das Alter dargestellt.

2.7.1 Physikalisch-materielle Ressourcen

Zu den physikalisch-materiellen Ressourcen gehören das Einkommen und somit die Nahrung, der Wohnraum oder auch eine gesundheitsfördernde Umwelt. Dies sind die elementaren Voraussetzungen für die Entwicklung und Erhaltung der Gesundheit. Laut dem Schweizerischen Gesundheitsbericht 2015 (OBSAN, 2015) sind die Risiken, an einer oder mehreren chronischen Krankheiten von Psyche und Körper zu leiden, sozial ungleich verteilt. Je geringer die Bildung und die finanziellen Ressourcen und je tiefer der berufliche Status, umso höher ist das Risiko zu erkranken. (S. 125)

2.7.2 Ressource Aktivität

Der Gesundheitsbericht 2015 (OBSAN, 2015) zeigt, dass ein beachtlicher Anteil der älteren Personen – auch noch im höheren Alter – als «aktiv» bezeichnet werden kann, der Anteil der Inaktiven steigt jedoch gleichzeitig mit dem Alter stark an. Regelmässige Bewegung im Alter trägt zur Erhaltung der Mobilität und Autonomie bei und kann damit Hilfsbedürftigkeit verhindern oder zumindest verzögern. Zweieinhalb Stunden Bewegung pro Woche in Form von Alltagsaktivitäten oder Sport mittlerer Intensität oder 75 Minuten Sport oder Bewegung mit hoher Intensität ist bei gesunden älteren Personen empfehlenswert. Ideal ist zudem ein Kraft- und Gleichgewichtstraining, um beispielsweise Stürze zu verhindern. (S. 223ff)

2.7.3 Personale Ressourcen

In jedem Menschen liegen Fähigkeiten und Grundhaltungen, die ihn unterstützen, mit Belastungen umzugehen. Dazu gehören bestimmte Persönlichkeitsmerkmale sowie Bewältigungsstrategien. Gemäss Amering und Schmolke, 2007 (zit. in Sauter et al., 2011) sind Beispiele dazu ein positives Selbstwertgefühl, ein positives Sozialverhalten, gute intellektuelle Fähigkeiten oder die Überzeugung von der Sinnhaftigkeit des Lebens. (S. 119) Wie bereits in den vorangehenden Kapiteln erwähnt, sind auch die Gefühle der Autonomie und der Selbstbestimmung oder auch der Glaube an die eigene Handlungsfähigkeit zentral.

2.7.4 Soziale Ressourcen

Soziale Ressourcen sind gesundheitserhaltende und –fördernde Kräfte, welche aus dem sozialen Netzwerk eines Menschen stammen. Somit sind die sozialen Ressourcen einer Person das Potential einer instrumentellen oder emotionalen Unterstützung durch andere Personen (Partnerschaft, Freunde, Familie, Nachbarn etc.).

Besonders im höheren Alter ist die Frage nach dem sozialen Umfeld sehr wichtig, da viele ihre direkten Bezugspersonen verloren haben. Dem sozialen Netzwerk wird in vorliegender Handlungsanleitung besondere Beachtung geschenkt und daher im folgenden Kapitel umfassend beschrieben.

2.8 Soziales Netzwerk bzw. informelle Unterstützung

Kenntnisse über das soziale Netzwerk sind bei der Erfassung und Beschreibung einer konkreten Situation eines älteren Menschen wichtig. Laut Höpflinger (2014a) sind die Soziale Beziehungen sehr vielfältig in ihrer Form, Art, Struktur und Dynamik. Die psychosoziale Wirkung variiert je nachdem, ob es sich um eine Partnerbeziehung, eine Eltern-Kind-Beziehung, um Beziehungen zu Geschwistern, zu Nachbarn oder Arbeitskollegen usw. handelt. (S. 1)

Laut Rettig Daniel (2012) haben sich verschiedene Forscher mit der Thematik des sozialen Netzwerkes auseinandergesetzt. So beispielsweise die US-Psychologin Laura Carstensen. Sie geht in ihrer Selektivitätstheorie davon aus, dass Menschen ihr Handeln bewusst danach ausrichten, wie viel Zeit ihnen noch auf der Erde bleibt. Und diese Perspektive wirkt sich auch auf deren sozialen Kontakte aus. In Kindheit und Jugend, wenn da noch so viel Zukunft ist, wollen wir demnach vor allem neue Eindrücke gewinnen und neue Menschen kennenlernen – was sich mit einem grossen sozialen Netzwerk am besten bewerkstelligen lässt. Doch je älter wir werden, desto wichtiger werden Aspekte wie Sicherheit und Geborgenheit, da die sprichwörtliche Lebenszeit langsam abläuft – und umso mehr Wert legen wir auf stabile Freundschaften mit weniger Personen. Oder die beiden Forscher Robert Kahn und Toni Antonucci, welche das Modell des sozialen Konvois vertreten. Sie behaupteten, dass Menschen von mehr oder weniger engen Bekannten durchs Leben begleitet werden, und dass vor allem die Beziehungen zu Partnern und Verwandten am stärksten sind – unabhängig von den Lebensumständen. (¶15ff)

Das jüngste Ergebnis der Forschung haben Cornelia Wrzus; Hänel Martha; Jenny Wagner und J. Franz Neyer (2012) vorgelegt. Gemeinsam werteten sie dafür insgesamt 277 Untersuchungen aus: 214 Artikel, neun Dissertationen, drei Bücher – und damit das Leben von knapp 180'000 Menschen, von der Jugend bis ins hohe Alter. Die Studie gehört zum Gebiet der so genannten Lebensspannenpsychologie.

Deren zentrale Annahme ist, dass Menschen ihre Entwicklung aktiv mitgestalten – und damit auch ihren Freundes- und Bekanntenkreis.

Die Studie von Wrzus et al. gibt nun beiden Theorien Recht. Sie stellt fest, dass unser gesamtes soziales Netzwerk – also alle Personen, mit denen wir in Kontakt sind – bis ins junge Erwachsenenalter steigt und dann stetig sinkt (siehe Grafik links).

Vor allem in der Pubertät steigt die Zahl unserer Kontakte, von Mitte zwanzig bis Anfang dreissig bleibt sie konstant, danach sinkt sie wieder langsam. (S. 9)

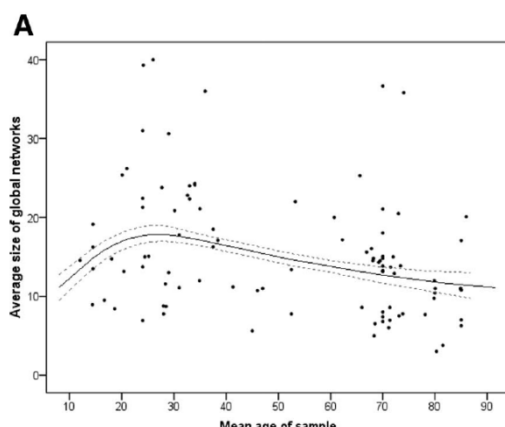


Abbildung 14: Soziales Netzwerk während der Lebensspanne (Wrzus et al., 2012, S. 9)

2.8.1 Paarbeziehung

Gemäss Clemens Tesch-Römer (2010) ist die Kernbeziehung des sozialen Netzwerkes für viele Menschen die Partnerschaft oder Paarbeziehung. Langjährige Partnerschaften zeichnen sich in der Regel durch hohe Zufriedenheit aus. Die Partner übernehmen in Zeiten von Krankheit und Hilfsbedürftigkeit Verantwortung füreinander. (S. 126ff)

Auch die Studie von Pasquelina Perrig-Chiello, François Höpflinger und Brigitte Schnegg (2010) bestätigt, dass es sich bei der Mehrzahl der pflegenden Bezugspersonen gemäss folgender Darstellung um den Partner oder die Partnerin der gepflegten Person handelt.

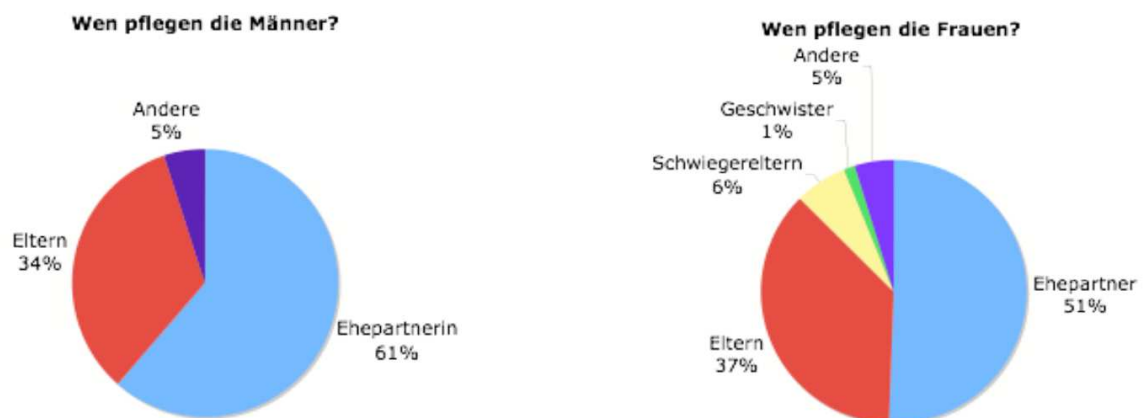


Abbildung 15: Wen pflegen die Männer, wen die Frauen? (Perrig-Chiello et al., 2010, S. 23)

Mit den Ergebnissen der Studie zeigen Perrig-Chiello et al. (2010) auf, dass die durchschnittlich investierte Zeit für die Pflege bei den PartnerInnen 64.59 Stunden pro Woche beträgt. Diese Zahl ist eindrücklich. Pflegende Partner und Partnerinnen sind rund sechs Jahre im Dauereinsatz und dies im Alter, wo sie selber an die Grenzen ihrer körperlichen Möglichkeiten stossen. (S. 23)

2.8.2 Familie

Laut Tesch-Römer (2010) verändern sich die Beziehungen zwischen alten Eltern und ihren Kindern nach Eintritt in die dritte und speziell in die vierte Lebensphase. Zunehmend kommt es zur gegenseitigen Unterstützung, wobei beide Parteien profitieren können. Materiell die Kinder von ihren Eltern, für Pflege und Betreuung die Eltern von ihren Kindern. (S. 34)

Tesch-Römer führt weiter aus, dass die Beziehungen überwiegend gut sind, denn die Menschen leben häufig in einem stabilen Familienverbund in räumlicher Nähe

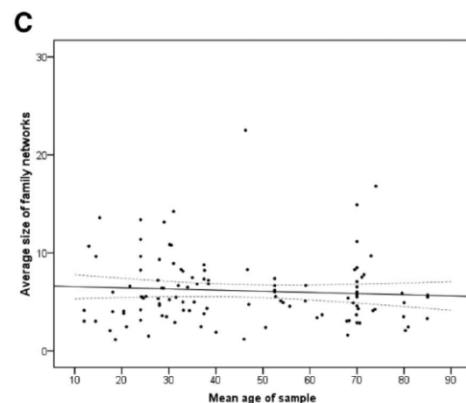


Abbildung 16: Soziales Familiennetzwerk während der Lebensspanne (Wrzus et al., 2012, S. 10)

und pflegen regelmässigen Kontakt. Die gegenseitige Unterstützung ist hoch und wird auch künftig hoch bleiben. Primär unterstützen Kinder ihre Eltern bei der Hausarbeit oder bei Behördengängen, die Eltern ihre Kinder mit finanziellen Mitteln. (S. 158)

Dies bestätigt auch die Studie Wrzus et al. (2012), siehe Grafik oben. Auf der x-Achse ist das Alter angegeben, auf der y-Achse die durchschnittliche Grösse des Familiennetzwerkes. Auch mit dem zunehmenden Alter bleibt das Netzwerk stabil. (S.10)

Wie aus der obigen Abbildung «wen pflegen Männer, wen pflegen Frauen» ersichtlich ist, pflegen rund ein Drittel Söhne und etwas mehr als ein Drittel Töchter ihre Eltern. Perrig-Chiello et al. halten zudem fest, dass Frauen zudem Schwiegereltern und Geschwister pflegen. Auffällig ist, dass der Anteil pflegender Männer mit rund einem Drittel beachtlich hoch ist. Das Pflegen von Angehörigen ist zwar nach wie vor eine Frauendomäne, aber die Männer sind doch – entgegen häufiger Meinung – stark vertreten. Zudem fällt auf, dass sich die pflegenden Bezugspersonen praktisch ausschliesslich aus der Kernfamilie rekrutieren (PartnerInnen und Kinder). Auch hier scheint – entgegen häufiger gehörter Meinung – die Übernahme der Pflege durch Freunde, Bekannte und Nachbarn nur eine Minorität zu betreffen. (S. 26)

2.8.3 Freunde und Bekannte

Das soziale Netz des Freunden- und Bekanntenkreises einer Person wird mit dem Alter immer kleiner. Dies bestätigt auch die Studie Wrzus et al. (2012), siehe Grafik rechts. Auf der x-Achse ist das Alter angegeben, auf der y-Achse die Anzahl Freundschaftsbeziehungen. Mit zunehmendem Alter nehmen die Beziehungen ab. (S. 10)

Laut Tresch-Römer (2010) besteht jedoch trotzdem die Möglichkeit, dass auch ältere Menschen durch neue Freunde und Bekannte einen sozialen Gewinn erfahren. Langjährige und enge Freundschaften zählen zu den stabilsten Beziehungen im Leben. Mit Freunden teilt man Glück und Freude, aber auch Leid, spendet Trost oder gibt Rat. (S. 202)

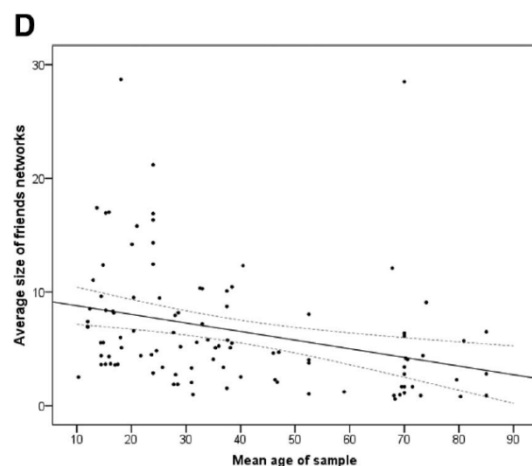


Abbildung 17: Soziales Freunde- und Bekannten-
netzwerk während der Lebensspanne (Wrzus et
al., 2012, S. 10)

2.8.4 Nachbarschaft

Die Nachbarschaftshilfe ist eine Form der Freiwilligenarbeit. Sie läuft meist spontan und nicht organisiert ab. Für die Nachbarin einen Liter Milch kaufen, die Zeitung bringen oder Blumen giessen bei deren Abwesenheit. Da dies oft unbemerkt und nebenbei erfolgt, kann die Arbeit nicht in Zahlen beziffert werden. Daneben gibt es gemäss von Escher Barbara (2011) andere Formen der Freiwilligenarbeit. Sie teilt die Nachbarschaftshilfe im Kontext des gesellschaftlichen Engagements wie folgt ein: (S. 163f)

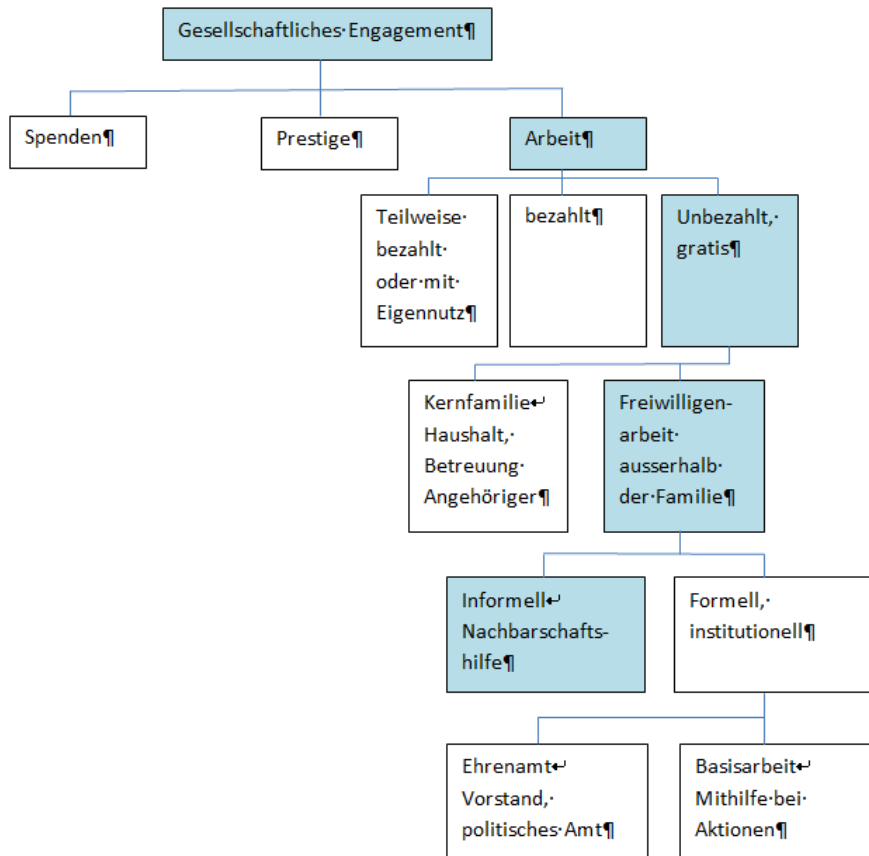


Abbildung 18. Auszug aus Gesellschaftliches Engagement (von Escher, 2010, S. 163)

Die zentralen Merkmale der Freiwilligenarbeit sind gemäss von Escher (2011)

1. Die Arbeit wird aus freiem Willen geleistet.
2. Sie wird unentgeltlich und zeitlich befristet vollbracht. Dabei gibt es regelmässige/unregelmässige und lang- bzw. kurzfristige Einsätze.
3. Sie unterstützt die bezahlte Arbeit, steht zu dieser aber nicht in Konkurrenz.
4. Freiwillige und ehrenamtliche Tätigkeiten bieten Möglichkeiten zur persönlichen Entfaltung, evtl. Weiterbildung sowie Kontakte und Einblicke in andere Tätigkeiten. (S. 168)

Nachbarschaften entstehen durch einen gemeinsamen Wohnort. Ein Nachbar kann sich sein Nachbar selten selbst auswählen. Somit gehen nachbarschaftliche Beziehungen nicht von Personen, sondern vom örtlichen Wohnen aus. Nachbarn sind also wechselbar, selbst ist man auch stets Nachbar und man kann entscheiden, wie man diese Rolle ausfüllt.

Eine im Jahr 2006 durchgeführte repräsentative Studie zum Thema «Toleranz ist das A und O einer guten Nachbarschaft»⁸ zeigte, dass der Schweizer grundsätzlich ein freundlicher Nachbar sei, er sich jedoch oftmals schwer tue, den ersten Schritt zu tun. Immerhin wünschten sich drei von fünf Personen mehr organisierte Nachbarschaftshilfe, jeder zweite kann sich vorstellen, als freiwilliger Nachbar tätig zu sein. Bereits damals war jeder fünfte Befragte der Ansicht, dass Nachbarn auch Personen

⁸ Hinweise dazu unter www.nzz.ch/articleEFEDA-1.56282 / Die Studie ist leider nicht mehr verfügbar

sind, mit denen man über das Internet kommuniziert. Festgestellt wurde zudem, dass die grosse Mehrheit der Befragten gute Erfahrungen mit organisierter Nachbarschaftshilfe gemacht hat: drei von fünf der Befragten wünschen sich, dass es vermehrt organisierte Nachbarschaftshilfe an ihrem Wohnort gibt.

Gemäss Joris van Wezemaal (2014) ist Nachbarschaft ein fragiles Produkt mit Potenzial, sozialen Zusammenhalt zu fördern, Solidarität im Alltag oder im Krankheitsfall zu leben, dies aber stets durch entsprechende Mobilisation. Verlässliche Nachbarschaften können somit nicht vorausgesetzt werden, sondern sie entstehen oder entstehen eben nicht. (S. 214) Tesch-Römer (2010) stellt fest, dass Nachbarschaftsbeziehung mit dem Altern an Bedeutung gewinnen. Ältere Personen sind zunehmend weniger mobil und leben oftmals bereits längere Zeit im Quartier. Im Zentrum der Beziehung stehen die soziale Beziehung und das Wohlbefinden. (S. 201)

Alexander Seifert (2014) konnte in seiner Datenauswertung feststellen, dass wenn generell ein guter Kontakt zu den Nachbarn besteht, diese auch eher auf Hilfeleistungen angesprochen werden und ihnen allenfalls gar einen Reserveschlüssel anvertraut wird. (S. 14) Kruse A. und Wahl H.-W. (1999) ergänzen in ihrer Zusammenfassung, dass ältere Menschen nicht nur einseitig „Nehmende“, sondern auch „Gebende“ sind und sich somit als aktiven Teil in einer sozialen Beziehung sehen und ihre Beziehungen auch dementsprechend aktiv gestalten, sofern dies möglich ist. (¶1)

Laut Seifert (2014) ist der Bereich der Nachbarschaftshilfe leider zu wenig erforscht. Er weist vor allem darauf hin, dass die Aspekte der Achtsamkeit und Wahrnehmung im nachbarschaftlichen Kontext für gerontologische Fragestellungen wichtig sind, jedoch in der Schweizer Forschungslandschaft noch zu wenig Aufmerksamkeit erfahren haben. (S. 15)

Diese erläuterten Feststellungen weisen darauf hin, dass in der organisierten Nachbarschaftshilfe Potential vorhanden sein kann, welchem bis anhin noch zu wenig Beachtung geschenkt worden ist. Diese Tatsache unterstützt das Vorgehen, dass für vorliegende strategische Handlungsanleitung dem Aspekt der Nachbarschaftshilfe eine zentrale Funktion eingeräumt wird (siehe dazu Kapitel 4.4.3).

Das soziale Netzwerk zum Partner, zur Partnerin, zu Freunden und Bekannten, zur Familie oder auch zur Nachbarschaft reichen meist nicht mehr aus, wenn die Pflegebedürftigkeit zunimmt. Dazu benötigt es professionelle Unterstützung, welche das folgende Kapitel erläutert.

2.9 Professionelle bzw. formelle Unterstützung

Nebst der informellen Unterstützung, wie oben erwähnt durch Familienangehörige, Nachbarn, Freunde und Bekannte, können Hilfe- und Pflegeleistungen auch formell durch professionell Tätige erbracht werden. Die Grenzen zwischen informeller und formeller Unterstützung sind meist fließend und beide Formen ergänzen und bedingen sich gegenseitig. Dies vor allen Dingen, wenn ein Mensch möglichst lange in seiner Wohnung leben möchte, auch wenn er schwerkrank ist. Es wird folgend auf die Dienstleistungsangebote, deren Vernetzung und die Versorgungsstruktur eingegangen.

2.9.1 Dienstleistungsangebote

In der Schweiz gibt es eine Vielzahl an professionellen Leistungserbringer für den älteren Menschen. Nur eine Handvoll davon erwähnt sind dies die privaten und öffentlichen Spitexorganisationen, die Pro Senectute, das Rote Kreuz, die Alzheimervereinigung. Bei Bedarf sich im Dschungel dieser Angebote zu orientieren, ist für Unerfahrene zunehmend eine grosse Herausforderung. Nutzbringende Angebote sind oftmals nicht bekannt oder werden zu spät angefordert. Nicht nur die bedürftige Person bzw. deren Angehörige bekunden Mühe, sich durch zu fragen, zu koordinieren und zu organisieren, auch die Dienstleistungsanbieter kennen sich gegenseitig und ihre Angebote oft nur wenig. Zudem sind die Angebote kaum aufeinander abgestimmt und koordiniert.

Die Age-Stiftung Schweiz (www.programmsocius.ch) bestätigt diesen Mangel und hat die Thematik zum Anlass genommen das Programm «Socius – wenn Älterwerden Hilfe braucht» zu lancieren. Für das Programm suchte die Stiftung Akteure der Altersarbeit in zehn Deutschschweizer Gemeinden oder Regionen, die den Aufbau und Betrieb von bedürfnisorientierten Unterstützungssystemen für ältere Menschen organisieren möchten. Das Programm soll so dazu beitragen, einzelne Unterstützungsangebote in den Gemeinden oder Regionen effektiver aufeinander abzustimmen, den Zugang dazu zu erleichtern und Lücken im Dienstleistungsangebot zu schliessen. (§1f)

Die Age-Stiftung Schweiz bestätigt zudem in ihrer Ausschreibung, dass es anspruchsvoll ist, die passenden Unterstützungsleistungen zu finden. Alte Menschen und deren Angehörige sind mit Situationen, wo und wie Hilfe organisiert werden soll, oftmals überfordert. Zudem werden bestehende Angebote oft von verschiedensten Organisationen und Personen erbracht und sind daher nur unvollständig aufeinander abgestimmt und koordiniert. Wie bereits oben erwähnt bestätigt die Age-Stiftung, dass der Zugang zu passenden Angeboten umständlich und eine Inanspruchnahme von sich harmonisch ergänzenden Dienstleistungen kompliziert ist. (§3)



Auch diese Ausgangslage bildet eine Grundlage für vorliegende Handlungsanleitung. Es ist zwingend notwendig, eine Übersicht und Struktur über Anbieter und Nachfrager zu erstellen (siehe dazu Kapitel 4.4.2). Aber nicht nur das reich umfassende Angebot an Dienstleistungen ist unübersichtlich gestaltet, sich zudem in der Komplexität der Versorgungsstruktur zu orientieren, ist für Laien eine zusätzliche grosse Herausforderung.

2.9.2 Versorgungsstruktur und die gesetzliche Regelung

Laut Rahel Strohmeier Navarro Smith (2012) sind nicht nur wie oben erwähnt, die zahlreichen Anbieter von verschiedenen Dienstleistungen ein herausforderndes Merkmal, sondern auch die vielen Schnittstellen zwischen Staat und Behörden des Sozial- und Gesundheitswesens in der föderalistisch organisierten Schweiz. (S. 77)

Gemäss Artikel 41 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft müssen sich Bund und Kantone in Ergänzung zur persönlichen Verantwortung und privater Initiative dafür einsetzen,

dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält. Reguliert wird das Angebot im Bundesgesetz der Krankenversicherungen (KVG 2015), die finanzielle Unterstützung bzw. das Anrecht auf die Hilflosenentschädigung in der Alters- und Hinterbliebenenversicherung (AHVG 1948) und die Möglichkeit der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV im Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen von Alter-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG 1966).

Konkret gesetzlich geregelt sind nur die Leistungen in der Pflege sowie deren finanzielle Unterstützung. Was gänzlich fehlt, ist die Regelung der Zuständigkeit und die finanziellen Unterstützungsleistungen der Dienstleistungen wie Hauswirtschaft und Betreuung, Unterstützung im Treuhanddienst, Begleit- und Transportdienste, Leistungen in Prävention und Gesundheitsförderung, Case Management. Angebote, welche zwingend notwendig sind, um das «Wohnen zu Hause – auch im Alter» erfolgreich umsetzen zu können.

Nur schon die sehr komplexe und komplizierte Art und Weise der Finanzierung der einzelnen Leistungen bedarf einer Beratung. Beispielsweise werden bei den Leistungen der Pflege einen Teil durch den Bezüger/die Bezügerin selber (Patientenbeteiligung maximal CHF 15.95/Tag), einen Teil durch die Krankenkasse (Grundpflege CHF 54.60/Std., Untersuchung und Behandlung CHF 65.40/Std. und Bedarfsabklärung und Beratung CHF 79.80/Std.) und den Rest zu den Vollkosten durch die Gemeinde oder den Kanton übernommen. Immerhin gelten für die pflegerischen Tarife einheitliche Grössen in der ganzen Schweiz. Was die Hilfe und Betreuung betrifft, variieren die Angebote und Leistungen von Gemeinde zu Gemeinde bzw. Kanton zu Kanton.

Wahrscheinlich ist der Ursprung dieser Versorgungsverantwortung ins 16. Jahrhundert zurückzuführen. Denn wie das folgende Kapitel zeigt, hat sich damals das Wohnortsprinzip für die Verantwortung der Versorgung der Armen und Alten durchgesetzt.

3 Wohnen im Alter in der Schweiz

Laut Höpflinger (2012a) führten die Tradition der Kommunalisierung der Armen sowie die Altersfürsorge nach dem 16. Jahrhundert und die Durchsetzung des Wohnortsprinzips dazu, dass ein Bürger in das Alters- bzw. damals Bürgerheim (später Altersheim) seiner Bürgergemeinde ziehen musste. Die Kommunalisierung ist primär dafür verantwortlich, dass in der Schweiz im Gegensatz zu Nachbarländern der Anteil der stationär gepflegten alten Menschen höher liegt. Bis etwa 1960 waren diese Bürgerheime sogenannte Verwahranstalten mit armen Insassen. Ab 1980 zogen vermehrt pflegebedürftige Menschen ein, so wurde Wohnen und Pflegen vereint. Es entstand meist neben dem Altersheim ein Pflegeheim, die ersten Pflegewohngruppen und für Wohlhabende Seniorenresidenzen. Während damals rund 71 % der bedürftigen Menschen in einem Alters- und 29 % in einem Pflegeheim lebten, so sind es heute nur noch 3 % welche in einem Altersheim ohne Pflegestruktur wohnen. Bis ins Jahr 2000 stieg der Anteil der über achzigjährigen in Heimen lebenden Personen von 18 % auf 22 % an, bis ins Jahr 2008 sank dieser Anteil wieder auf rund 18 %. Dies ist auf den Ausbau der ambulanten Pflege und Betreuung, auf neue Wohnformen wie das Betreute Wohnen sowie auf den Bau von altersgerechten Wohnungen zurückzuführen. (S. 8f)

Bis noch vor rund zwanzig Jahren war es üblich, dass alte Menschen in ein Altersheim ziehen, um bei Pflegebedürftigkeit in das ans Altersheim angebundene Pflegeheim zu wechseln. Im Altersheim wurde ein neues Standbein aufgebaut, man vernetzte sich mit Gleichgesinnten, half sich gegenseitig und nutzte, wenn immer möglich, das Heim als Hotelaufenthalt. Die Menschen waren rüstig und die Pflege stand noch lange nicht im Vordergrund. Man profitierte zwar von zubereiteten warmen Mahlzeiten, vom gereinigten Zimmer und sofern man etwas benötigte, konnte man in Reichweite Auskunft holen. Im Prinzip sind die heutigen Wohnformen des Betreuten Wohnens vergleichbar mit den damaligen Altersheimstrukturen.

Schon damals hatte der Mensch das Bedürfnis nach Selbstbestimmung und nach Autonomie. Dieses zeigt sich heute verstärkt nicht nur im alltäglichen Leben, sondern auch im Bereich des Wohnens.

3.1 Bedürfnisse im Bereich Wohnen für den alternden Mensch

Gemäss Höpflinger und van Wezemaal (2014) haben 65-Jährige grundsätzlich andere Wohnbedürfnisse als 90-Jährige. Wohnvorstellungen im höheren Lebensalter sind lebensgeschichtlich geprägt. Wer antike Möbel in einem vornehmen Haus gewohnt ist, dürfte sich nur mit Mühe an eine Kleinwohnung mit moderner Ausstattung gewöhnen. (S. 25)

Die Umfrage zum Age-Report III von Höpflinger und van Wezemaal zeigt, dass sich eher ein traditionelles Wunschbild von Wohnen abzeichnet. An erster Stelle geht es um «Gemütlichkeit». Dieser Wert ist seit der letzten Umfrage gar angestiegen. Als zweiter wird «eine ruhige Wohnung» gefolgt von Kostengünstigkeit angeführt. Gewichtet wird zudem die zentrale Lage in der Nähe von Einkaufsmöglichkeiten. Geringer eingestuft werden soziale Wohnaspekte (Platz für Gäste, Nähe zu Angehörigen), Rollstuhlabhängigkeit oder der Wunsch mit anderen Menschen zusammen zu leben. (S. 123)

Interessant zudem ist, dass die Aspekte der Gemütlichkeit, viel Platz – auch für Gäste, Haustierhaltung, eine lebendige Wohnung und das Wohnen mit anderen Menschen mit zunehmendem Alter abnehmen, während jene der ruhigen, kostengünstigen Wohnung, die Nähe von Angehörigen und die Rollstuhlgängigkeit zunehmen. Der Aspekt der Nähe von Einkaufsmöglichkeiten bleibt bei zunehmendem Alter gleich.

«Sehr wichtige» Wohnaspekte im Alter 60+ (2013) Relevanz nach Altersgruppe



Quelle: Age 2013 [Privathaushalt/deutschsprachige Schweiz]

age-report.ch [Grafik 8.1B]

Design: anamorph.ch

Abbildung 19. Sehr wichtige Wohnaspekte im Alter 60+ (2013) Relevanz nach Altersgruppen (Höpflinger & van Wezemaal, 2014, S. 123)

Nebst diesen harten Faktoren von Wohnen und Infrastruktur wird zunehmend auch Gewicht auf die weichen Faktoren gelegt (siehe die vorangegangenen Kapitel) wie die Beachtung der Ressourcen der älteren Menschen, auf die sozialen Beziehungen, die körperlichen und mentalen Kompetenzen oder die Einbettung der Wohnsituation in Nachbarschaften und Quartierstrukturen.

Ein sehr wichtiger Aspekt beim Wohnen ist das Bedürfnis nach Sicherheit und nach Autonomie. Gemäss Antonia Jann (2012) sind diese Komponenten im Alterungsprozess starken Veränderungen unterworfen. Das Bedürfnis zeigt sich primär darin, bei Bedarf Zugriff auf Ansprechpartner oder Unterstützung zu haben, beispielsweise durch soziale, hauswirtschaftliche oder pflegerische Angebote. Gleichzeitig jedoch will der Mensch sein Leben autonom führen und seine Wohnung und sein Leben selber gestalten. (S. 30)

Jann (2012) wählte für die Einordnung der Wohn- und Dienstleistungskonzepte diese beiden Aspekte, um die Vielfalt der Wohnmöglichkeiten im Alter einzuordnen. Das folgende Kapitel zeigt diese Einordnung auf.

3.2 Einordnung der Wohn- und Dienstleistungskonzepte

Die Vielfalt der Wohnmöglichkeiten für ältere Menschen in der Schweiz ist gross. Was fehlt, ist eine einheitliche Bezeichnung. Gemäss Jann (2012) wird sich ein einheitlicher Sprachgebrauch kaum durchsetzen, weil im Querschnittsthema Wohnen im Alter keiner die Definitionsmacht dazu besitzt. (S. 31ff)

Nichts desto trotz benötigt es eine Begriffsgrundlage. Jann (2012) entwickelte die Age-Wohn-Matrix, welche sich von schillernden Begriffen löst und ein Bezugssystem bildet. Dem System zugrunde liegen die beiden zentralen Bedürfnisse Sicherheit und Autonomie. Beide sind im Alterungsprozess

starken Veränderungen unterworfen, für die Gestaltung der Wohnsituation bestimmend und für jedes Individuum anders anwendbar und umsetzbar. Folgend wird die Age-Wohn-Matrix hinsichtlich der Begriffswahl Sicherheit und Autonomie nach Jann (2012) erläutert.⁹

3.2.1 Bedürfnis nach Sicherheit

Sicherheit definiert sich durch die Möglichkeit, bei Bedarf Zugriff auf Ansprechpartner oder Unterstützung zu haben, bspw. durch soziale, hauswirtschaftliche oder pflegerische Angebote oder auch durch ein Notrufsystem. Gemäss Jann (2012) kann die Sicherheit im Sinne der Versorgung wie folgt eingeteilt werden (siehe dazu auch Abbildung unten):

Kategorie Nur Wohnung: Wohnungen, die ohne integrale Elemente sozialer Einbindung oder Betreuung genutzt werden können.

Kategorie Soziale Einbindung: Wohnformen, die informelle und organisierte soziale Kontaktstrukturen explizit fördern bspw. durch Architektur, Quartierplanung oder Verwaltungsorganisation.

Kategorie Betreuung: Wohnformen, die (nicht pflegerische) formelle oder informelle Unterstützungsleistungen konzeptuell einschliessen und Ansprechpersonen anbieten.

Kategorie Pflege: Wohnformen, die eine umfassende medizinische Pflege anbieten.

Die Age-Wohn-Matrix

	Pflege		
	Betreuung		
	Soziale Einbindung		
	Nur Wohnung		
Versorgung (Sicherheit)		Privat	Organisiert
			Institutionell
		Wohntypus (Autonomie)	

© A. Jann

3.2.2 Bedürfnis nach Autonomie

Der Mensch will sein Leben autonom führen und seine Wohnsituation selbstständig gestalten. Greifen Dritte ein, sinkt die Autonomie. Sobald eine kollektive Wohnkultur konzeptionell verankert wird, wird der individuelle Gestaltungsfreiraum begrenzt. Gemäss Jann (2012) kann die Autonomie im Sinne des Wohntypus' wie folgt eingeteilt werden (siehe dazu auch Abbildung oben):

Kategorie Privat: Das „normale“, „unorganisierte“ Wohnen. Wohnungen auf dem freien Wohnungsmarkt.

Kategorie Organisiert: Organisiertes Wohnen orientiert sich konzeptionell explizit (nicht immer exklusiv) an älteren Menschen.

Kategorie Institutionell: Institutionelle Wohnformen haben Pensions- oder Heimverträge und garantieren ihren Bewohnern bei Bedarf umfassende Pflege.

Abbildung 20. Age-Wohn-Matrix nach Jann (2012)

⁹ Eine verfilmte Erklärung dazu ist zu finden auf www.age-stiftung.ch/Gefoerderte-Projekte-Matrix-Su.420.0.html?&no_cache=1

3.3 «Wohnen zu Hause - auch im Alter» - Einordnung nach der Age-Wohn-Matrix

Das «Wohnen zu Hause - auch im Alter» kommt dem Angebot des «Betreuten Wohnens» oder «Wohnen mit Dienstleistungen» nahe und doch ist es nicht dasselbe. Wie auch Jann bestätigen Lutz Michel und Thomas Schlüter (2012), dass der Begriff Betreutes Wohnen schillernd ist, da es immer noch keine durchgängig anerkannte Definition gibt – weder in der Schweiz, noch in Deutschland. Sie haben sich ausführlich mit der Thematik des Betreuten Wohnens befasst und definieren das Angebot wie folgt. (S. 1ff)

Betreutes Wohnen ist ein Leistungsprofil für ältere Menschen, das einerseits die Leistungskomponente „Wohnen“ in Form einer hindernisfreien (idealerweise schwellenlosen) Wohnung und barrierefreien Wohnanlage umfasst. Andererseits die Leistungskomponente „Dienstleistungen“ in Gestalt der Ausformung eines Leistungspaketes beinhaltet. Dieses ist integrierter Bestandteil des Betreuungskonzeptes und stellt inhaltlich wenigstens eine Basissicherheit in Gestalt des Notrufes, der Beratung und Betreuung in Form allgemeiner Unterstützungsleistung, ergänzt um die Vermittlung von Wahlleistungen, die ihrerseits fakultativen Charakter besitzt, sicher.

Wohnen zu Hause - auch im Alter unterscheidet sich vom Betreuten Wohnen darin, dass die DienstleistungsbezügerInnen in ihrer angestammten Wohnung verbleiben und somit nicht zwingend eine hindernisfreie/schwellenlose Wohnung oder barrierefreie Wohnanlage zur Verfügung haben. Die Leistungskomponente „Dienstleistungen“ entspricht jener vom Betreuten Wohnen (siehe Definition oben) und dem Aufbau der Nachbarschaftshilfe wird besondere Beachtung geschenkt.

Mit der Age-Wohn-Matrix kann das Angebot «Wohnen zu Hause - auch im Alter» somit wie folgt definiert werden:

Siehe dazu die rechte Abbildung, welche auf das «Wohnen zu Hause - auch im Alter» ausgefüllt ist. Ergänzend dazu können die einzelnen Kategorien wie folgt umschrieben bzw. definiert werden.

Die Age-Wohn-Matrix

Versorgung (Sicherheit)	Pflege	X	X	
	Betreuung	X	X	
	Soziale Einbindung	X	X	
	Nur Wohnung	X	X	
		Privat	Organisiert	Institutionell
		Wohntypus (Autonomie)		

© A. Jann

Abbildung 21: Angepasste Darstellung der Age-Wohn-Matrix nach Jann (2012) ausgefüllt für das «Wohnen zu Hause - auch im Alter»

✓ **Kategorie Nur Wohnung:**

Wohnungen, die ohne integrale

Elemente sozialer Einbindung oder Betreuung genutzt werden können.

⇒ «Wohnen zu Hause - auch im Alter»: Die älteren Menschen können in ihrer angestammten Wohnung bleiben. Sie müssen sich nicht zwingend am Angebot beteiligen.

✓ **Kategorie Soziale Einbindung:** Wohnformen, die informelle und organisierte soziale Kontaktstrukturen explizit fördern bspw. durch Architektur, Quartierplanung oder Verwaltungsorganisation.

⇒ «Wohnen zu Hause - auch im Alter»: Die soziale Einbindung im Quartier und in der Nachbarschaft

ist DAS zentrale Element beim «Wohnen zu Hause - auch im Alter» Auch die architektonischen Anpassungen sollten individuell möglich gemacht werden.

✓ **Kategorie Betreuung:** Wohnformen, die (nicht pflegerische) formelle oder informelle Unterstützungsleistungen konzeptuell einschliessen und Ansprechpersonen anbieten.

⇒ «Wohnen zu Hause - auch im Alter»: Die Betreuung wird einerseits in Form von organisierter Nachbarschaftshilfe aufgebaut, andererseits durch professionelle Angebote ergänzt. Eine Ansprechperson ist bekannt und auch verfügbar.

✓ **Kategorie Pflege:** Wohnformen, die eine umfassende medizinische Pflege anbieten.

⇒ «Wohnen zu Hause - auch im Alter»: Die Pflege wird durch die Vermittlung professioneller Dienstleister wie die öffentliche oder die private Spitex sichergestellt.

✓ **Kategorie Privat:** Das „normale“, „unorganisierte“ Wohnen. Wohnungen auf dem freien Wohnungsmarkt.

⇒ «Wohnen zu Hause - auch im Alter»: Der Wohntypus privates Wohnen entspricht am ehesten dem «Wohnen zu Hause - auch im Alter». Das Angebot soll für alle Mieter im Quartier zugänglich sein.

✓ **Kategorie Organisiert:** Organisiertes Wohnen orientiert sich konzeptionell explizit (nicht immer exklusiv) an älteren Menschen.

⇒ «Wohnen zu Hause - auch im Alter»: Das Angebot ist teilweise organisiert, orientiert sich primär an älteren Menschen, schliesst aber jüngere nicht aus.

Kategorie Institutionell: Institutionelle Wohnformen haben Pensions- oder Heimverträge und garantieren ihren Bewohnern bei Bedarf umfassende Pflege.

⇒ «Wohnen zu Hause - auch im Alter»: Das Angebot ist NICHT institutionell und erfüllt somit diesen Punkt nicht.

Neben dem Betreuten Wohnen steht eine Vielzahl anderer Angebote, die vom «Wohnen zu Hause – auch im Alter» abzugrenzen sind, auf die jedoch nicht näher eingegangen wird. Dies sind:

- Stationäre Betreuungs- und Pflegeangebote (bspw. Alters- und Pflegeheime, Pflegewohnung)
- Pflege- und Betreuungsangebote ohne Wohnkomponente (bspw. Spitex)
- Gemeinschaftliches Wohnen
- Mehrgenerationen-Wohnen
- Betreutes Wohnen für Behinderte und besondere Pflegebedürftigkeit

Nachdem die theoretischen Grundlagen wie die Krankheitsbilder, die physischen und psychischen Einschränkungen im Alter, die zur Verfügung stehenden Ressourcen sowie die Wohnbedürfnisse älterer Menschen aufgezeigt wurden, folgt nun der Hauptteil der Arbeit.

Die in den vorangegangenen Kapiteln aufgezeigten theoretischen Grundlagen sind wichtig, um die Ansätze der folgenden strategischen Handlungsanleitung zu verstehen. Beispielsweise wird ein Architekturkonzept zwingend, weil ältere Menschen körperliche Einschränkungen aufweisen. Oder es wird

ein Selbsthilfekonzent zentral, um bei Einschränkungen auf die vorhandenen Ressourcen zurückgreifen zu können.

Die strategische Handlungsanleitung, wie «Wohnen zu Hause - auch im Alter» praktisch umgesetzt werden kann, wurde eigens entwickelt. Einerseits wird auf der eigenen Erfahrung aufgebaut, andererseits fließen die Erkenntnisse aus den Interviews und der Literaturrecherche mit ein.

In einem ersten Schritt werden die Voraussetzungen für ein gelingendes Konzept erläutert. Daraufhin werden die Möglichkeiten für eine Aufbau- und die Ablauforganisation aufgezeigt. Die Ablauforganisation mit dem aus der Theorie abgeleiteten und eigens entwickelten Fünf-Faktoren-Konzept bildet den Kern der strategischen Handlungsanleitung. Abschliessend werden ergänzende Themen für die Erarbeitung eines Businessplanes erläutert. Die Handlungsanleitung wird mit einer Risikoanalyse abgerundet.

4 «Wohnen zu Hause - auch im Alter» - eine strategische Handlungsanleitung

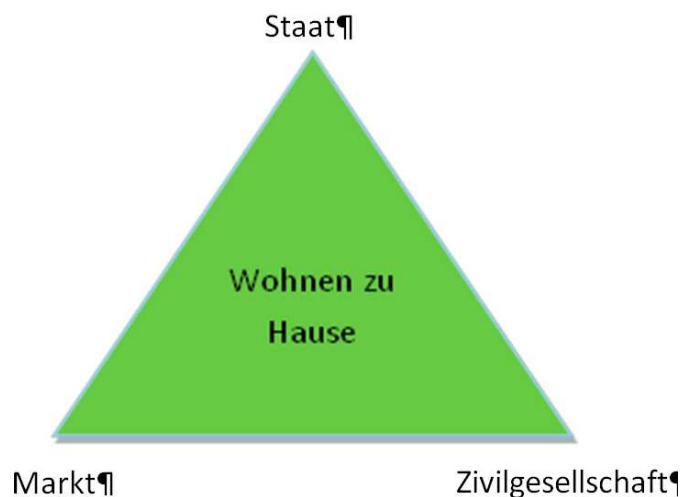
Gemäss Höpflinger (2012a) galt es bis in die 80er Jahre des letzten Jahrhunderts, das Wohnen älterer Menschen wie folgt einzuteilen: Eigene Wohnung – Altersheim – Pflegeheim. Dieser Ansatz wurde anfangs dieses Jahrhunderts abgelöst durch die prozessorientierte Sichtweise, so lange wie möglich zu Hause zu bleiben. Dabei wird die Wohnsituation selber verändert, bis die persönliche Grenze erreicht und ein Eintritt ins Pflegeheim unumgänglich wird. (S. 10)

Seit der Einführung der Pflegefinanzierung im Jahr 2010 sind nicht nur die Seniorinnen und Senioren auf diesem prozessorientierten Weg, sondern auch die Kantone bzw. Gemeinden plädieren für ambulant vor stationär. Denn sie sind für die Restfinanzierung der Heimaufenthalte zuständig, und diese belastet die Gemeinde- und Kantonskassen beträchtlich. Daher sollen auch aus Sicht des Staates die Menschen möglichst lange in ihren vier Wänden wohnen bleiben, was diverse Medienmitteilungen bestätigen.¹⁰

Doch was sind die Voraussetzungen dafür, um künftig zufriedene, in Autonomie und Selbstbestimmung lebende ältere Menschen individuell zu unterstützen, damit sie möglichst lange in ihrem Zuhause bleiben können? Folgende Kapitel zeigen Möglichkeiten auf, wie «Wohnen zu Hause - auch im Alter» gestaltet werden kann.

4.1 Voraussetzungen für ein gelingendes Konzept

Die Grundvoraussetzung für ein gelingendes Konzept sind die Vernetzung und Zusammenarbeit von Staat, Markt und Zivilgesellschaft. Gemäss Sabine Blom und Stefan Görres (2012) konzentrierte sich die Hilfe, Pflege und Betreuung von älteren Menschen mehrheitlich auf die Privatheit, es fehlt an Information, Vernetzung der Angebote und Transparenz. Um dem Wunsch der Kommune (Staat) und der Gesellschaft zu entsprechen, dass möglichst effizient, effektiv und auf eine verständliche, beziehungsnahe Hilfe und Betreuung zurückgegriffen werden kann, darf die Versorgung älterer Menschen nicht länger primär auf die Privatheit konzentriert sein, sondern muss als eine gemeinschaftliche Aufgabe innerhalb einer Kommune/eines Sozialraumes in Vernetzung mit den professionellen Organisationen und der Zivilgesellschaft begriffen werden. (S. 7)



¹⁰ vgl. www.beobachter.ch/dossiers/altenpflege/artikel/neue-pflegefinanzierung_der-aerger-ist-programmiert/;
www.luzernerzeitung.ch/nachrichten/zentralschweiz/lu/luzern/Massive-Mehrkosten-fuer-Kanton-und-Gemeinden;art92,337170;
www.medienmitteilungen.bs.ch/showmm.htm?url=2010-11-24-sd-001

Es empfiehlt sich daher zwingend und dringend, dass die einzelnen Organisationen und Fachpersonen im Gesundheitsmarkt weniger als Einzelgänger auftreten, sondern vielmehr gemeinsam an den Konzepten für die alternde Gesellschaft mitdenken, mitgestalten und Synergien zu nutzen lernen. Nur eine gemeinsam gestaltete Vision bringt einen Mehrnutzen für alle. Diese gemeinsame Strategie sollte zusammenfassend und gemäss den eingangs erwähnten theoretischen Erläuterungen auf den Schwerpunkten partizipativ, generationenübergreifend, vernetzt und quartiernah aufgebaut werden¹¹:

⇒ **Partizipativ**, weil die Gesellschaft nicht etwas für die ältere Generation tun muss, sondern weil sie sie miteinbeziehen und so ihre Ressource nutzen sollte. Das ist motivierend und stärkt das Selbstwertgefühl.

⇒ **Vernetzt**, weil das Ziel nicht Konkurrenz zwischen den Marktteilnehmern (Anbieter von Leistungen für ältere Menschen), sondern eine optimale Sicher- und zur Verfügungsstellung der notwendigen Dienstleistungen sein soll.

⇒ **Generationenübergreifend**, weil in einer alternden Gesellschaft die Solidarität der verschiedenen Altersgruppen Voraussetzung für den gesellschaftlichen Zusammenhalt ist. Nur, wenn die Generationenbeziehungen gestärkt werden, ist ein Miteinander möglich.

⇒ **Quartiernah**, weil sich das Leben je älter der Mensch wird, desto stärker im eigenen Wohnumfeld abspielt und die soziale Teilhabe und das zivilgesellschaftliche Engagement hier somit am meisten gefragt ist.

Zahlreiche in den vorgängigen Kapiteln aufgeführte Aspekte weisen darauf hin, dass der Mensch grundsätzlich am Liebsten bis zu seinem Tod in seinem gewohnten Zuhause bleiben möchte, wenn er wählen könnte. Dabei wünscht er sich soziale Kontakte, Sicherheit und Autonomie. Das Umziehen in ein Pflegeheim fällt vielen schwer. Und doch kommt es häufig zu überlasteten Ehepartnern, Einsamkeit oder körperlichen Beschwerden, die ein Zuhause bleiben unmöglich machen, zumal unterstützende Angebote nicht bekannt sind und daher auch nicht genutzt werden können. Die Möglichkeiten einer umfassenden und individuell zusammengestellten Dienstleistungspalette an Pflege und Betreuung wird leider selten ausgenutzt.

Was in Deutschland schon länger forciert wird und zwischenzeitlich erste Früchte trägt¹², etabliert sich zunehmend auch in der Schweiz: Projekte zum Thema «Wohnen zu Hause - auch im Alter» sind am Entstehen. Wie bereits erwähnt, hat die Age-Stiftung Schweiz mit ihrem Programm *socius* im 2014 eine Ausschreibung zur Thematik lanciert. Zehn Projekte werden finanziell während drei Jahren unterstützt und der Wissensaustausch untereinander gepflegt. Die Erklärung dazu wird auf der Homepage (<http://programmssocius.ch/Startseite>) wie folgt wiedergegeben:

Die Projekte sehen vor, zentrale Anlaufstellen für ältere Menschen aufzubauen, die Leistungen von Spitex, Pflegeheimen, Spitälern und weiteren Anbietern aufeinander abzustimmen, pflegende Angehörige zu stärken, Quartiere altersfreundlich zu gestalten und die Nachbarschaftshilfe zu fördern. Dabei arbeiten Behörden, ambulante und stationäre Leis-

¹¹ Das Altersleitbild der Stadt Luzern hat diese Schwerpunkte in ihrem Leitbild gewählt

¹² Ein schönes Beispiel dazu ist das Jugendzentrum für Senioren, welches für den deutschen Alterspreis nominiert wurde siehe dazu www.kindervongestern.de/kinder-von-gestern-ist-nominiert-fuer-den-deutschen-alterspreis-2015/

tungserbringer, Organisationen der Altersarbeit, Freiwilligen-Initiativen und Seniorenvertretungen zusammen. (¶1)

Ein Förderprojekt weist immer auch darauf hin, dass die Thematik wichtig ist und Zukunft hat. So auch Projekte, welche die Age-Stiftung Schweiz lanciert. In ihren Grundsätzen (http://www.age-stiftung.ch/uploads/media/Leitbild_AgeStiftung.pdf) hält die Age-Stiftung Schweiz folgendes fest:

Wir passen uns dem Wandel im gesellschaftlichen Umfeld an und unterstützen deshalb Projekte, die weiterführende und inspirierende Lösungsansätze enthalten. Mit finanziellen Mitteln unterstützen wir Gruppen bei der Realisierung von Initiativen, die eine beispielhafte Wirkung aufweisen. Damit fördern wir auch das Wissen über verschiedene Wohn-, Betreuungs- oder Dienstleistungsmodelle und machen dieses sichtbar und nutzbar. (¶3)

Viele innovative und aktive Personen starten solche Projekte, meist mit einer starken persönlichen Überzeugung und einem ungebremsen inneren Antrieb, etwas Gutes für die Gesellschaft zu tun. Vorliegende Handlungsanleitung soll jene unterstützen, die diese Innovationskraft besitzen. Es soll als Grundlagenpapier dienen, um den Start für ein solch vielschichtiges, anspruchsvolles Projekt einfacher zu gestalten.

Es dient hingegen nicht als vorgegebenen, klar strukturierten Ablauf in Rezeptform, sondern lediglich als Diskussions- und Grundlagenpapier. Wichtig ist zudem, dass quartierorientierte Nachbarschaftsprojekte in jedem Quartier, sei es auch in derselben Stadt, unterschiedliche Strukturen aufweisen können. Je nachdem, wie viele ältere Menschen dort wohnhaft sind, welchen Lebensstandard sie pflegen, wie fussnah die Dienstleistungsanbieter erreichbar sind, wie die Verkehrsanbindungen gewährleistet werden, wie die Quartier- und Nachbarschaftsarbeit bereits etabliert ist, etc. Aus diesem Grund ist es wichtig, die im Kapitel 4.4 erläuterten fünf Konzepte (Betriebs-, Selbsthilfe-, Architektur-, Quartier- und Standortkonzept) einzeln und pro Quartier zu entwickeln, beziehungsweise die Feinheiten aufeinander abzustimmen.

Zudem empfiehlt es sich, in einem Quartier ein Pilotprojekt zu starten. Nachdem die ersten Erfahrungen gesammelt wurden, der Einbezug sämtlicher wichtiger strategischen Player (Pro Senectute, Spitex, Schweizerisches Rotes Kreuz, etc.) sichergestellt ist und die Kommune das Projekt mitträgt, lässt sich das ganze einfacher auf Nachbarquartiere adaptieren. Meist werden nur geringe Anpassungen benötigt. Die Träger der Organisation bleiben sozusagen dieselben, die Kommune ebenso, einzig die Quartierbegebenheiten sind oftmals unterschiedlich, wie dies im obigen Abschnitt bereits erläutert worden ist.

Wie bereits erwähnt zeigen Kapitel zwei und drei vorliegender Arbeit die theoretisch wissenschaftlichen Bezüge zur vorliegenden Handlungsanleitung auf. Diese Faktoren werden bei den Empfehlungen beachtet und der theoretische Bezug wird in die praktische Umsetzung integriert. Es ist eine umfassende Literatur zur Thematik Wohnen für ältere Menschen vorhanden. Darin wird aufgezeigt, was sich diese Generation wünscht, deren Vorstellungen und Erwartungen. Aber es gibt kaum Unterlagen zu konkreten Praxisbeispielen. In der Schweiz sind einige Projekte am Entstehen, doch Konzepte dazu sind nicht zugänglich oder (noch) nicht vorhanden. Sofern ein Konzept besteht, weicht die Schriftlich-

keit oft von der Praxis ab.

Um vorliegende Arbeit zu verfassen, wurden vier von der Age-Stiftung Schweiz empfohlene Projekte besucht und Interviews durchgeführt. Nicht eines der Projekte erfüllt weder die theoretischen noch die praktischen Grundvoraussetzungen für das «Wohnen zu Hause - auch im Alter», wie sie mit vorliegender Handlungsanleitung aufgezeigt werden. Die häufigsten festgestellten Schwächen sind der Mangel an Vernetzung sowie die fehlende offensive und klare Öffnung ins Quartier. Die Beratung und Unterstützung von Angeboten, der Antriebe zur Nachbarschaftshilfe, das sich gegenseitig kennen lernen und voneinander profitieren ist kaum oder nur ansatzweise quartierweit umgesetzt. Die Umsetzung erfolgt hingegen meist in einer in sich abgeschlossenen Häuserreihe, welche Betreutes Wohnen anbietet und die Mieterinnen und Mieter dafür einen fixen Kostenbeitrag pro Monat bezahlen.

Diese Ausgangslage bestätigt die grosse Herausforderung, diese eingangs erwähnten theoretischen Bezüge in der Praxis bedarfs- und bedürfnisorientiert umzusetzen. Es stellt sich heraus und hat sich auch in den Interviews bestätigt, dass zwei Komponenten von zentraler Bedeutung sind und daher an dieser Stelle auch besondere Beachtung geschenkt werden:

1. Die Person «Geschäftsleitung» in der Funktion eines Intermediärs
Diese Funktion ist eine herausfordernde und bedingt eine starke Selbstreflexion des Stelleninhabers bzw. der Stelleninhaberin. Wie im folgenden Kapitel Aufbauorganisation näher erläutert, bewegt sich ein Intermediär typischerweise zwischen wechselnden Spannungs- und Aufgabenfeldern.
2. «Konkurrenz-Denken» hat in einem solchen Partnerschaftsprojekt keinen Platz
Treffen sich die Beteiligten und Involvierten in einer konkurrenzorientierten Haltung, ist das Projekt von vornherein zum Scheitern verurteilt. Festzuhalten ist, dass durch das Bündeln der Kräfte, Ideen, Angebote und Menschen aus den verschiedenen im Altersbereich tätigen Organisationen Ressourcen und Möglichkeiten entstehen, die eine Organisation alleine nicht zum Tragen bringen könnte.

Diese kapiteleinleitenden Gedanken gelten als Grundlage für die weiteren Ausführungen. Folgend wird die Möglichkeit einer Aufbauorganisation dargestellt, gefolgt von der Ablauforganisation mit den Kernaussagen des Konstrukts Back- und Frontoffice. Im Anschluss daran werden die fünf für die vorliegende Handlungsanleitung entwickelten, einzeln aufeinander abgestimmten Konzepte zu den Themen Selbsthilfe, Dienstleistungen, Quartier, Architektur und Standort erläutert.

Zusammenfassend wird nochmals festgehalten, dass diese Praxisempfehlung aus den theoretischen Erläuterungen der vorangehenden Kapitel, aus den geführten Interviews sowie aus dem Pilotprojekt vicino in Luzern¹³ abgeleitet worden ist.

¹³ vgl. www.vicino-luzern.ch

4.2 Aufbauorganisation

Die Aufbauorganisation wird strukturiert durch eine Trägerschaft, die strategische Leitung, eine Geschäftsleitung als operative Führung sowie Angestellten, welche die Geschäftsleitung im operativen Bereich unterstützen.

4.2.1 Trägerschaft bzw. strategische Leitung auch als Projektgruppe

Als Trägerschaft könnte ein gemeinnütziger Verein mit Vertretern aus den zentralen und wichtigsten Organisationen, welche Angebote im Bereich «Wohnen zu Hause - auch im Alter» anbieten, vorgesehen werden. Namentlich könnten beispielsweise folgende Organisationen in der Trägerschaft Einsitz nehmen: Spitex, Pro Senectute, Schweizerisches Rotes Kreuz, Freiwilligenorganisationen, Quartierverein, Kirchgemeinden (und weitere). Sind im Projekt auch Liegenschaftsbesitzer involviert, was durchaus Sinn macht, so muss auch diesen eine zentrale Rolle eingeräumt werden. Die Kommune sollte zwingend miteinbezogen werden. Regelmässige Treffen, ein hohes Engagement und Commitment für das gemeinsame Ziel sind Voraussetzung für das Gelingen des Projektes. Konkurrenzdenken beeinflusst das Vorankommen des Vorhabens und muss unter allen Umständen vermieden werden. Diese Trägerschaft wird in der Projektphase zur Projektgruppe und entwickelt zusammen mit der Geschäftsleitung das Konzept «Wohnen zu Hause - auch im Alter»

4.2.2 Operative Leitung in der Funktion eines Intermediärs

Die Geschäftsleitung funktioniert in der Tätigkeit eines Intermediärs. Gemäss Matthias Trier et al. (2003) ist diese Aufgabe in einem sozialen Umfeld auf die Kompetenzentwicklung von Menschen in der Auseinandersetzung mit ihren Lebensbedingungen gerichtet. Die Aufgabe besteht darin, im Handeln zwischen den Schnittstellen von Staat, der Marktwirtschaft, der Zivilgesellschaft und im privaten menschlichen Bereich zu agieren mit dem Ziel, Veränderungen einzuleiten, Beteiligungen zu ermöglichen, Menschen zu aktivieren und dies nicht zuletzt durch die Schaffung lernförderlicher Strukturen. Ein Intermediär bewegt sich typischerweise zwischen wechselnden Spannungs- und Aufgabenfeldern. Er/Sie muss oftmals beträchtliche Widerstände aushalten, überwinden, Entwicklungsfelder aufgreifen, blinde Flecken aufdecken, diese thematisieren und Grenzen und Barrieren überwinden. Dies verlangt eine klare Positionierung aber auch eine Neutralität, damit nicht das Gefühl einer Konkurrenzsituation entsteht. Eine Person in der Funktion eines Intermediärs muss sehr achtsam sein, nicht von ihrer Funktion abzuweichen und vor allem sich nicht zu vereinnahmen. Würde dies passieren, endet die intermediäre Tätigkeit. (S. 195ff)

Die Geschäftsleitung in der beschriebenen Funktion eines Intermediärs hat somit die Primäraufgaben, das «Wohnen zu Hause - auch im Alter» im Quartier bekannt zu machen, Menschen zusammenzubringen, zu beraten, Angebote zu vermitteln, Lücken im Angebot festzustellen und Angebote zusammen mit der Projektgruppe weiter zu entwickeln. Sie motiviert Menschen, deren Ressourcen zu nutzen und vermittelt durch ihre Präsenz und durch das bestehende Angebot an Dienstleistungen ein Gefühl der Sicherheit. Dabei lässt sie dem Menschen seine Selbstbestimmung und vermittelt ihm dadurch das Gefühl der Autonomie.

Diese operative Leitung in der Funktion eines Intermediärs muss somit einer Person übertragen werden, welche nebst den oben erwähnten Eigenschaften:

- Erfahrung aufweist im Aufbau einer neuen Struktur in einer komplexen Umgebung,
- sich im Vermitteln und in der Beratung von Personen der älteren Generation versteht,
- über selbständiges Denken und Handeln, Kreativität, Leistungs- und Gestaltungswille verfügt,
- zuhören kann, Geduld und Gelassenheit ausstrahlt, zuverlässig ist, motivierend wirkt,
- sich vollumfänglich für die Sache begeistern kann,
- offen und empathisch auf andere Menschen zugeht und dadurch schnell das Vertrauen ihrer Mitmenschen gewinnt,
- idealerweise über Erfahrung in der Führung von Mitarbeitenden und in der Zusammenarbeit mit Freiwilligen oder Freiwilligenorganisationen verfügt,
- vorzugsweise im Quartier gut vernetzt ist.

4.2.3 Weitere Mitarbeitende

Werden weitere Mitarbeitende angestellt, so sollten auch sie die Kompetenz der intermediären Tätigkeit und deren Grundsätze mitbringen (siehe Beschreibung operative Leitung). Sie unterstützen die Leitung in der operativen Umsetzung der Tätigkeit. Es wird Wert darauf gelegt, dass auch diese Personen als kompetent, fürsorglich, entgegenkommend, mit Eigeninitiative und Fähigkeit zur Problemlösung agieren. Ideal ist, wenn sie bereits Erfahrung im Umgang mit älteren Mitmenschen mitbringen und sich der Tätigkeit mit persönlichem Engagement zuwenden.

4.3 Ablauforganisation

Die Ablauforganisation «Wohnen zu Hause - auch im Alter» besteht aus dem sogenannten Back-office, dem eigentlichen „Produktionsbetrieb“ zur Sicherstellung der notwendigen Dienstleistungen und dem Front-office¹⁴, einer neutralen¹⁵ und unabhängigen Anlauf-, Triage- Informations- und Kontaktstelle. Diese hat eine Art Drehscheibenfunktion und wirkt als Kern des Angebotes. Das Back-office und das Front-office entwickeln sich gegenseitig weiter, lernen und profitieren voneinander.

¹⁴ die Namensgebung Back- und Frontoffice sind abgeleitet aus dem Interview mit der NBH (siehe Interview A3)

¹⁵ Nicht einer Organisation zugeordneten Stelle. Die Menschen wenden sich erst an die Spitex, wenn sie sich krank fühlen/krank sind, an die Pro Senectute, wenn sie sich alt fühlen. Daher muss die Stelle unabhängig sein, damit der Zugang nicht mit vermeintlichen Klischees behaftet ist.

Modellhaft kann die Organisation «Wohnen zu Hause - auch im Alter» wie folgt dargestellt werden:

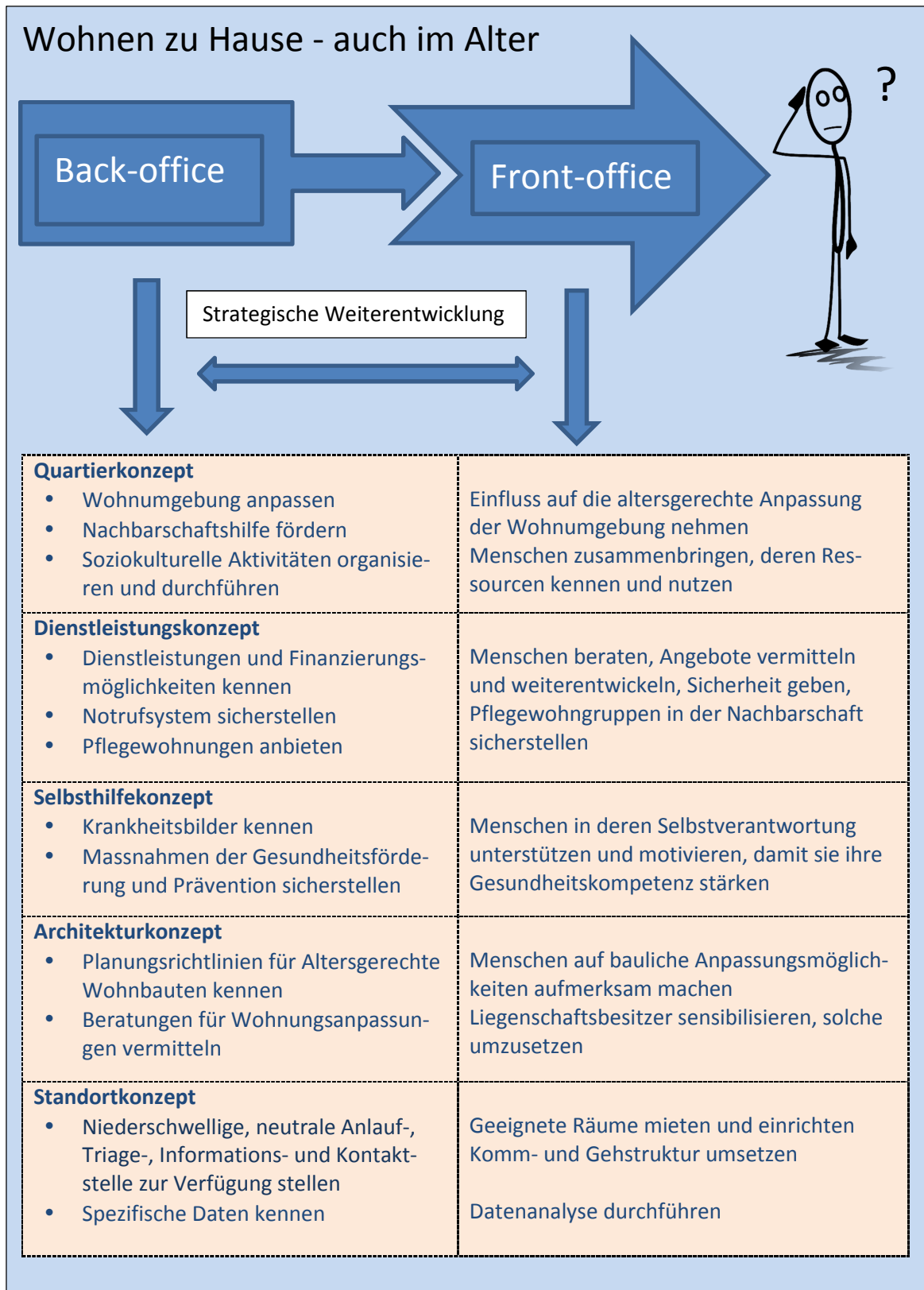


Abbildung 22: Back- und Front-office für das «Wohnen zu Hause – auch im Alter», Eigene Darstellung in Bezug auf das Fünf-Faktoren-Konzept siehe Kapitel 4.4 (2015)

4.3.1 Back-office

Das **Back-office** ist der eigentliche Motor des Angebotes und arbeitet im Hintergrund. Dort werden die notwendigen Dienstleistungen sichergestellt, vernetzt, organisiert, koordiniert und falls nötig neu aufgebaut. Sämtliche Konzepte werden entwickelt und bei Bedarf angepasst. Angetrieben wird das Back-office durch die Geschäftsleitung. Sie organisiert regelmässige Treffen, idealerweise mindestens alle zwei Monate, mit den im Dienstleistungssektor tätigen Organisationen (siehe Kapitel Trägerschaft bzw. strategische Leitung 4.2.1). An diesen Sitzungen wird die Strategie definiert, Wissen vernetzt, wichtige Entscheide werden gefällt, mangelnde Dienstleistungen aufgebaut, doppelte Angebote reduziert, Informationen ausgetauscht. Sämtliche Handlungen verfolgen das Ziel, durch Koordination und Netzwerk die Ressourcen der Anbieter zu bündeln, das Angebot laufend zu optimieren und Effizienz über die gesamte Altersarbeit herzustellen.

4.3.2 Front-office

Das **Front-office** bezeichnet die eigentliche Umsetzung des Angebotes, die Geschäftsleitung mit ihren Mitarbeitenden befindet sich im Treiben des Geschehens. Sie treffen die Menschen und lernen sie kennen, beraten sie bei Bedarf über mögliche Dienstleistungsangebote, motivieren sie, wenn nötig, bringen sie mit anderen zusammen, organisieren Anlässe und sind für sie da, wenn jemand gebraucht wird. Einzelne Menschen werden miteinander vernetzt und gleichzeitig (bzw. dadurch) werden gemeinsame Aktivitäten im Hinblick auf individuelle Interessen organisiert und Ressourcen werden gefördert. In besonderer Weise wird dabei das Bedürfnis des Individuums als alternder Mensch berücksichtigt und dessen Persönlichkeit und Zugehörigkeitsgefühl wird gestärkt. Diese Tätigkeiten führt die Geschäftsleitung mit ihren Mitarbeitenden stets mit dem Fokus aus, dass die Menschen möglichst lange in ihrem Zuhause bleiben können. Dabei spielen sowohl präventive Aspekte der Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle, als auch das Aufbauen und Unterstützen der Nachbarschaftshilfe.

Im Back-office gilt es, das Fünf-Faktoren-Konzept «Wohnen zu Hause - auch im Alter» erstens zu erstellen und zweitens weiter zu entwickeln. Die Weiterentwicklung erfolgt laufend auf der Grundlage der praktischen Erfahrung, welche im Front-office gesammelt wird. Das Fünf-Faktoren-Konzept besteht aus den fünf einzelnen Konzepten zu den Themen Quartier, Dienstleistung, Selbsthilfe, Architektur und Standort, wie oben dargestellt und im folgenden Abschnitt näher erläutert.

4.4 Fünf-Faktoren-Konzept «Wohnen zu Hause - auch im Alter»

Das Fünf-Faktoren-Konzept wird aus den eingangs erläuternden theoretischen Grundlagen abgeleitet. Diese fünf Faktoren bilden die hauptsächlichen Voraussetzungen, damit ein Mensch, auch im hohen Alter und mit gesundheitlichen Einschränkungen, möglichst lange zu Hause wohnen bleiben kann.

Grafisch kann das fünf-Faktoren-Konzept wie folgt dargestellt werden:

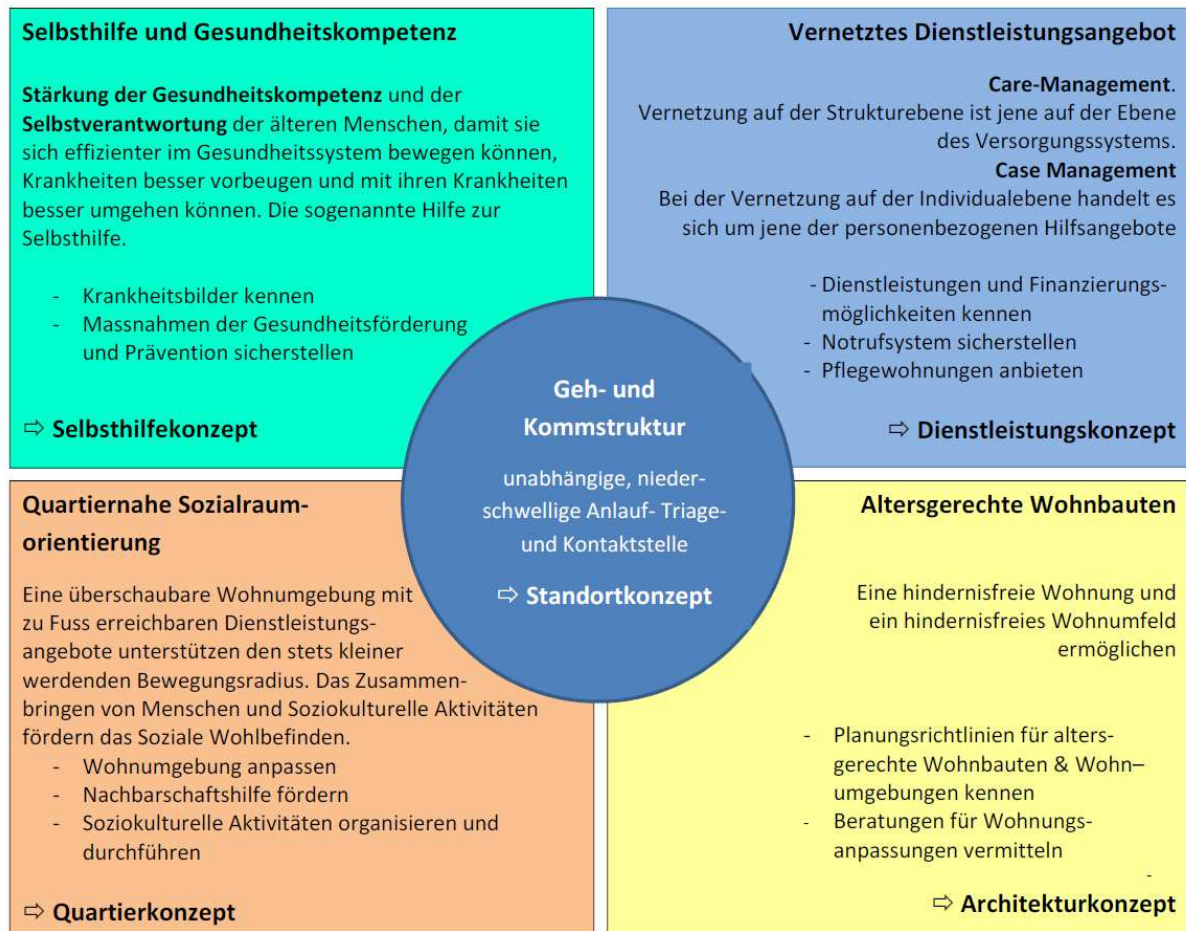


Abbildung 23: Das Fünf-Faktoren-Konzept für das «Wohnen zu Hause – auch im Alter», eigene Darstellung (2015)

Folgend werden die einzelnen Konzepte näher dargelegt. Nach einer theoretisch wissenschaftlichen Einleitung wird die Handlungsanleitung zur Umsetzung in die Praxis aufgezeigt.

4.4.1 Selbsthilfekzept ⇒ Selbstbestimmung und Gesundheitskompetenz

Gemäss Dorothee Bäuerle und Ulrike Scherzer (2009) liegen der Selbsthilfe die beiden Positionen der Knappheit für die Sicherstellung der professionellen Ressourcen (medizinisches Personal) sowie die Selbstbestimmung und Gesundheitskompetenz des einzelnen Menschen zugrunde. Die Selbstbestimmung und Gesundheitskompetenz, weil die Menschen heute mehr Wert darauf legen, sich aus Eigeninitiative selbst eigenständig handelnd zu erleben. Die Knappheit für die Sicherstellung der professionellen Ressourcen in Anbetracht der demografischen Entwicklung. (S. 19)

Die professionellen Ressourcen werden künftig knapp, weil einerseits die Menschen zunehmend älter werden (siehe dazu Kapitel 2), andererseits die erwerbstätige Bevölkerungsgruppe der 20- bis 65-jährigen im Verhältnis abnimmt. Somit stehen einer bevölkerungsreichen alten Generation geringere

personelle Ressourcen für eine professionelle Hilfe und Pflege zur Verfügung. Dass in Zukunft ein Mangel an Personal im Gesundheitswesen bestehen wird, bestätigen sowohl die 2014 durch das SECO veröffentlichte Studie «Fachkräftemangel in der Schweiz – ein Indikatorensystem zur Beurteilung der Fachkräftenachfrage in verschiedenen Berufsfeldern» (S. 37) als auch Sabine Hahn, Dirk Richter, Monika Beck und Friederike Thilo im Projektbericht «Panorama Gesundheitsberufe 2030» (2013). (S. 131). Insbesondere wird dies in der Versorgung von langzeiterkrankten älteren Menschen der Fall sein.

Damit ein Mensch auch im hohen Alter selbstbestimmt über die eigene Gesundheit entscheiden kann, werden präventive Massnahmen benötigt. Gemäss dem EDI, Bericht Gesundheit 2020 (2013) und somit den gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates soll es einerseits ein Ziel sein, die öffentlichen als auch die privaten Akteure im Gesundheitswesen besser zu vernetzen, um die Behandlung der zunehmend chronischen Erkrankungen (siehe dazu auch Kapitel 2) besser zu koordinieren und zu verstärken. Andererseits soll die Eigenverantwortung und mitunter die Selbstbestimmung gestärkt, gefördert, aber auch eingefordert werden. Beispielsweise soll gemäss Bundesrat die Verbesserung der Prävention nicht übertragbarer Krankheiten vorangetrieben werden, die beispielsweise durch Alkohol-, Tabak- und Drogensucht oder durch mangelnde Bewegung entstehen. (S. 8)

Diese Form der Aufklärung und Unterstützung reicht jedoch nicht. Die Zugänglichkeit zu präventiven Massnahmen und der kommunikative Austausch über beobachtete Problemanzeichen sind gemäss Martin Hafen (2013a) von zentraler Bedeutung. Wichtig ist, dass die Menschen wissen, worauf sie zu achten haben und an wen sie sich bei Fragen wenden können, damit sie adäquate Massnahmen frühzeitig einleiten können. Dies betrifft auch Einschränkungen in der Funktionsfähigkeit und der Selbstständigkeit, welche nicht durch eine Krankheit, sondern durch eine verringerte Leistungsfähigkeit im Alter bedingt sind (zit. in Wächter, Matthias; Hafen, Martin; Bommer, Angela & Rabbi-Sidler, Sarah, 2014, S. 40). Siehe dazu auch die Kapitel 2.3 (Instrumentelle Alltagsaktivitäten) und 2.4 (Alltagsaktivitäten). Gerade auch in diesen beiden Bereichen ist es wichtig, dem Menschen so viel Selbstständigkeit wie möglich zu überlassen, damit die Selbstbestimmung und dadurch die Lebensqualität erhalten bleibt.

Neben der Beobachtung und Behandlung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind auch die Einflussfaktoren von Bedeutung. Gemäss Hafen (Hafen 2013a) wird hier in der Regel zwischen Risiko- und Schutzfaktoren unterschieden. Die Risikofaktoren erhöhen die statistische Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Problems, während die Schutzfaktoren den Einfluss der Risikofaktoren verringern und so die Wahrscheinlichkeit der Problementstehung reduzieren. Durch die erfolgreiche Verminderung von konkreten Risikofaktoren und die Stärkung relevanter Schutzfaktoren wird in der Folge die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Problems verringert und auf diese Weise ein Beitrag zur Erhaltung der Gesundheit geleistet. (zit. in Wächter, Matthias; Hafen, Martin; Bommer, Angela & Rabbi-Sidler, Sarah, 2014, S. 40).



Abbildung 24: Schutz- und Risikofaktoren: Ebene der Entstehungsbedingungen, Hafen (2013a) zit. in Wächter, Matthias; Hafen, Martin; Bommer, Angela & Rabbi-Sidler, Sarah, 2014, S. 41

Umsetzung in der Praxis

Wie einleitend grafisch dargestellt, beinhaltet das Selbsthilfekonzept folgende Faktoren:

Selbsthilfekonzept <ul style="list-style-type: none">• Krankheitsbilder kennen• Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sicherstellen	Menschen in deren Selbstverantwortung unterstützen und motivieren, damit sie ihre Gesundheitskompetenz stärken
--	--

Wichtig ist, die einzelnen **Krankheitsbilder** (siehe Kapitel 2.5) zu kennen, damit die Zusammenhänge und die Möglichkeiten zu Massnahmen der **Gesundheitsförderung und Prävention** sichergestellt werden können. Bspw. ist es nicht möglich, einem an Demenz erkrankten Menschen mit einem Fragebogen bezüglich präventiver Massnahmen zu begegnen. Jedoch macht es Sinn, einem sturzgefährdeten Menschen Fragen bezüglich seiner Wohnungseinrichtung zu stellen und ihn entsprechend zu beraten. Jedem Menschen muss hinsichtlich seines persönlichen Gesundheitszustands individuell und ganzheitlich begegnet werden, damit er in seiner Selbstverantwortung unterstützt und seine Gesundheitskompetenz entsprechend gestärkt wird. Es ist von grosser Bedeutung, dass der Mensch durch das Erleben seiner Selbstständigkeit und Funktionsfähigkeit lernt, wie er sich, auch mit entsprechender Unterstützung, selber helfen kann. Ein weiterer wichtiger und auf der Grundlage der Ressourcenorientierung aufgebaute Aspekt ist, dass nicht nur die Beobachtung der Krankheitsseite im Fokus steht, sondern ebenso die Beobachtung der Gesundheit. Beispielsweise ist ein an Demenz erkrankter Mensch möglicherweise noch körperlich fit. Um einer sozialen Isolation vorzubeugen ist es wichtig, dass der an Demenz erkrankte Mensch mit Spaziergängen und dem Einbezug ins Quartierleben sozial integriert bleibt.

Der ältere Mensch muss informiert sein über seinen Gesundheitszustand, sollte aktiv ins Behandlungsgeschehen eingebunden werden und Kenntnis davon haben, wie er seine Selbstverantwortung über seinen Gesundheitszustand übernehmen und seine Gesundheit fördern kann. Er muss seine Einflussfaktoren, die Schutz- und Risikofaktoren (siehe oben) kennen. Die Förderung und Unterstützung des Selbstmanagements kann durch Information, durch Vermittlung von passenden Dienstleistungen, auch beratend, oder durch die Abgabe von Hilfsmitteln erfolgen.

In der Praxis ist es somit für die Geschäftsleitung und ihre Mitarbeitenden von zentraler Bedeutung, die entsprechenden Dienstleistungsangebote zu kennen, um Menschen und deren Bezugspersonen beratend für den Aufbau bzw. die Sicherstellung ihres Selbsthilfekonzeptes zu unterstützen.

4.4.2 Dienstleistungskonzept ⇒ Vernetztes Dienstleistungsangebot

Laut Anna Hokema und Daniela Sulmann (2009) werden die meisten Menschen mit Hilfs- und Pflegebedarf von ihrem sozialen Netzwerk unterstützt, siehe dazu auch Kapitel 2.8. Oftmals reicht dieses Netzwerk jedoch nicht (mehr) aus. Je nach Pflege- und Betreuungsintensität sind die pflegenden Angehörigen zunehmend überfordert und stossen an ihre Grenzen. Das möglicherweise gut eingespielte Team zerbricht auch dann, wenn eine Betreuungsperson ausfällt. Sei dies infolge Todesfall oder Spitaleintritt. In solchen Situation steigt die erforderliche externe oder professionelle Unterstützung. Oftmals sind verschiedene Hilfeleistungen aus den Bereichen Medizin, Pflege, Rehabilitation oder

Hauswirtschaft und Betreuung erforderlich. Je mehr Bedarf notwendig wird, umso mehr Schnittstellen entstehen im Versorgungsprozess. (S. 207)

Gerade und erst recht in solchen Situationen, ist eine Koordination und Vernetzung zwischen den verschiedenen Leistungserbringern zwingend, um Doppelspurigkeiten zu verhindern und die Arbeit primär an den Schnittstellen zu verbessern. Die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und das Bundesamt für Gesundheit bestätigen in ihrem Bericht «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» (2012), dass sich dadurch nicht nur der Koordinationsaufwand für die einzelnen Leistungserbringer verbessert, sondern auch das Ergebnis in qualitativer und finanzieller Hinsicht. (S. 10)

Ein häufig anzutreffender Fall ist, dass die betreuende Person notfallmässig, bspw. aufgrund eines Sturzes ins Spital eingewiesen werden muss und der zu betreuende Ehepartner zu Hause zurückbleibt. Meist sind es die Kinder, welche innerhalb von 24 Stunden eine neue Lösung für die Situation organisieren müssen. Sofern die Spitex bereits involviert ist, übernimmt sie in den meisten Fällen die Fallführung, berät und organisiert das Notwendige. Die Spitex übernimmt diese Tätigkeit jedoch nicht in allen Gemeinden, je nach Leistungsauftrag. Auch übernimmt sie diese Koordination nicht, wenn sie bis anhin keinen Auftrag im entsprechenden Haushalt wahrgenommen hat. Solche Situation erfordern zahlreiche Telefonate und Abklärungen. Sich im Dschungel der Dienstleistungen zurecht zu finden, stellt eine grosse Herausforderung dar, braucht Nerven, Geduld und Durchhaltewillen.

Vernetzung wird gerade in solchen Situationen zwingend notwendig. Nach Hokema und Sulmann (2009) wird Vernetzung unterschieden nach der Strukturebene und der Individualebene. Vernetzung auf der Strukturebene ist jene der Organisationen und Dienstleistungsanbietern, also auf der Ebene des Versorgungssystems. Diese Vernetzung nennt man Care Management. Bei der Vernetzung auf der Individualebene handelt es sich um jene der personenbezogenen Hilfsangebote, das so genannte Case Management oder auch Fallmanagement. (S. 208f)

Umsetzung in der Praxis

Wie einleitend grafisch dargestellt, beinhaltet das Dienstleistungskonzept folgende Faktoren:

Dienstleistungskonzept <ul style="list-style-type: none">• Dienstleistungen und Finanzierungsmöglichkeiten kennen• Notrufsystem sicherstellen• Pflegewohnungen anbieten	Menschen beraten, Angebote vermitteln und weiterentwickeln, Sicherheit geben, Pflegewohnen in der Nachbarschaft sicherstellen
--	---

Um die **Dienstleistungen** einer Kommune zu kennen, muss in einem ersten Schritt eine Analyse auf der Ebene des Versorgungssystems (Care Management) durchgeführt werden.

Als Beispiel für die Stadt Luzern sähe das Care Management in etwa wie folgt aus:

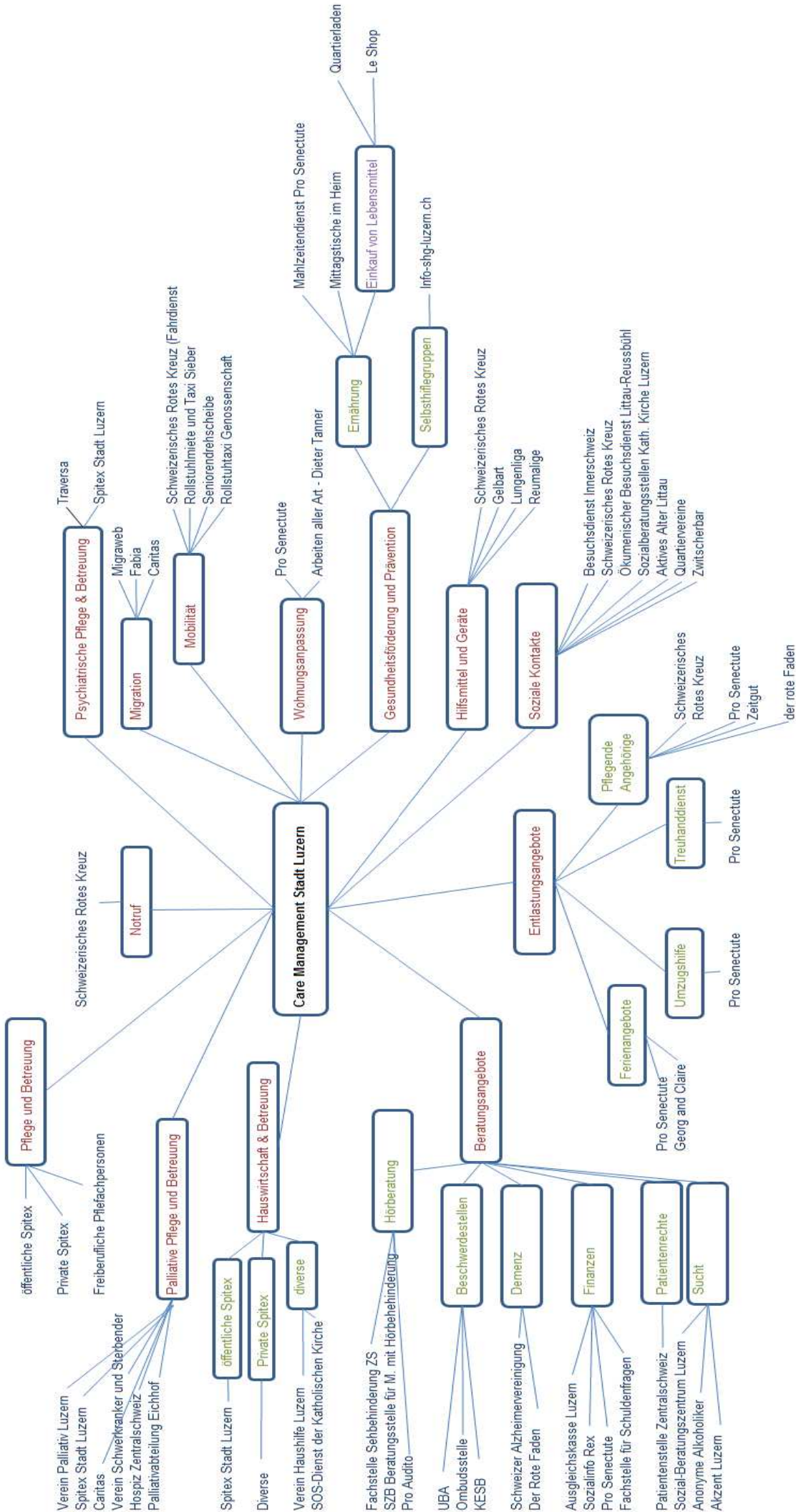


Abbildung 25: Abb. Care Management-Landschaft der Stadt Luzern (nicht abschliessende Aufzählung- bspw. ohne medizinische Versorgung) – eigene Darstellung

Wichtig bei der Vernetzung der Organisationen ist, dass sie ihre Angebote gegenseitig kennen und Schnittstellen eingrenzen. Denn nur so kann in einer Gemeinde, einer Stadt oder einem Kanton ein optimales Dienstleistungsangebot im Bereich der ambulanten Angebote aufgebaut, sichergestellt und weiterentwickelt werden. Obige Darstellung ist nicht abschliessend (bspw. fehlen die medizinischen sowie die stationären und halbstationären Angebote). Das Netz soll anschaulich darstellen, wer was anbietet, damit ein individuelles Case Management erstellt werden kann. Siehe folgendes Beispiel von Frau Muster.

Frau Muster, geb. 1928, sterbend, lebt mit ihrem Ehepartner in einer 4-Zimmer-Wohnung im Quartier Würzenbach. Sie wird durch die Spitex Stadt Luzern gepflegt und betreut. Das Spezialteam Brückendienst der Spitex Stadt Luzern (Palliativ- und Onkologiepflege) hat die Fallführung, pflegt, begleitet Frau Muster und ihren Ehemann und die Kinder in der letzten Lebensphase. Der Nachtdienst der Spitex Stadt Luzern übernimmt die pflegerischen Einsätze zwischen 23.00 und 07.00 Uhr und unterstützt den Verein für Schwerkranke, welcher die Sitznachtwache übernimmt. Die Hauswirtschaft wird vom Verein Haushilfe sichergestellt zur Entlastung von Herr Muster – dies schon seit längerer Zeit, weil Frau Muster stark an Demenz erkrankt und Herr Muster grundsätzlich rund um die Uhr mit seiner Frau beschäftigt ist. Während des Tages ist eine freiwillige Mitarbeiterin der Caritas vor Ort, um Herr Muster zu entlasten. Herr Muster benötigte, als es seiner Frau noch besser ging, Beratung zum Thema Demenz, weil er mit dieser Krankheit anfänglich komplett überfordert war. Er besuchte den Roten Faden, noch heute hat er Kontakt zu den Fachpersonen und lässt sich während anspruchsvollen Zeiten unterstützen. Seine Frau kann jedoch heute den Tagesaufenthalt beim Roten Faden nicht mehr besuchen. In ihrer palliativen Situation kann sie einen solchen Aufenthalt nicht mehr bewältigen. Da Frau Muster schon längere Zeit sehr hilfsbedürftig ist, hat sich Herr Muster bei der AHV erkundigt, ob seine Frau Anrecht auf eine Hilflosenentschädigung hätte. Seit rund einem Jahr wird diese ausbezahlt, was Herr Muster die Möglichkeit gibt, zusätzliche Entlastungsangebote anzunehmen. Die Kosten für das Pflegebett, welches er von der Firma Gelbart gemietet hat, übernimmt die Ergänzungsleistung. Die durch die Pro Senectute vorgenommene Wohnungsanpassung, Handgriffe im Bad- und Toilettenbereich sowie automatisches Licht im Gang ist auch Herr Muster von Nutzen. Da er kaum Zeit hat einzukaufen, bestellt er fünfmal mittags pro Woche den Mahlzeitendienst der Pro Senectute für sich und seine Frau. Der Quartierladen bringt ihm die restlichen Lebensmittel, welche er braucht, um am Wochenende zu kochen und ein kleines Frühstück und Abendessen vorzubereiten. Zudem besucht Herr Muster einmal pro Monat die Selbsthilfegruppe „Angehörige von Menschen mit Demenz“, was ihm sehr hilft, die Situation zu verstehen, genug Kraft zu haben, um seine Frau bis zu seinem Tod in ihrer gewohnten Umgebung zu pflegen und zu betreuen, was sie sich immer von ihm gewünscht und, wenn auch nicht ausgesprochen, erwartet hat.

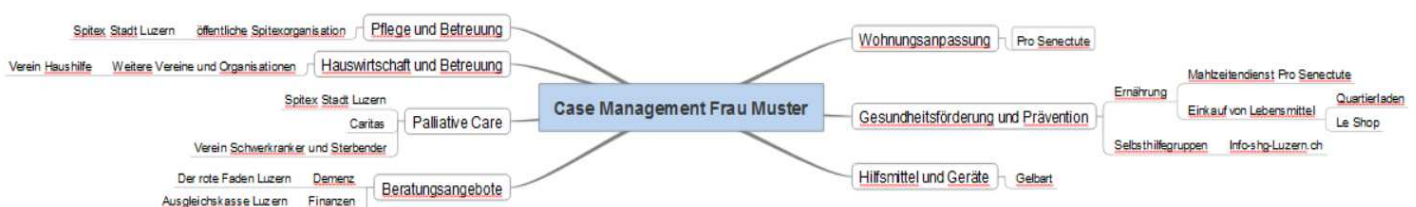


Abbildung 26: Abb. Case Management-Landschaft von Frau Muster (nicht abschliessende Aufzählung- bspw. ohne medizinische Versorgung) – eigene Darstellung

Wird nun bei dieser Analyse festgestellt, dass Frau Muster nicht alle notwendigen Dienstleistungen bezieht, bzw. sich das Angebot optimieren lässt, werden sie und ihr Mann entsprechend beraten. In jedem Fall werden entweder professionelle Dienstleister vermittelt (Pro Senectute, Spitex, etc.) oder die Nachbarschaftshilfe kommt zum Tragen. Die Nachbarschaftshilfe könnte bei folgenden Dienstleistungen eine wichtige Rolle spielen:

- Präventive Telefonanrufe (täglich oder wöchentlich bzw. nach Bedarf)
- Weitere kreative Abmachungen für die soziale Beobachtung (bspw. Storenkontrolle)
- Sicherstellung der Zutrittsberechtigung zur Wohnung (Schlüsselabgabe)
- Handwerkliche Hilfe für Haushalt und Garten
- Wohnungsbetreuung bei Abwesenheit
- Tier- und Pflanzenpflege
- Bring- und Abholdienste (bspw. Post, Apotheke), Einkaufsservice
- Kurzfristige Unterstützung in sämtlichen Alltagsarbeiten im Krankheitsfall
- Begleitungen verschiedener Art (Konzertbesuch, Kino, Reisen, etc.)

Finanzierungsmöglichkeiten kennen

Es kommt immer wieder vor, dass Menschen aufgrund mangelnder Finanzen und mangelnder Kenntnis über Unterstützungsleistungen für sie wichtige Dienstleistungen nicht oder zu spät in Anspruch nehmen. Die Komplexität über die Finanzierungs- und Unterstützungsmöglichkeiten ist gross und für einen Laien kaum durchschaubar. Umso wichtiger ist es, dass kompetente Personen Auskunft geben und auf Unterstützungsleistungen hinweisen können. Denn das Gesetz sieht vor, dass niemand aufgrund von Pflegebedürftigkeit sozialhilfeabhängig werden darf. Wenn Bezüger/innen von Alters- oder IV-Renten nicht in der Lage sind, Tätigkeiten des alltäglichen Lebens während mehr als einem Jahr selbständig auszuführen, können sie ihren Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung geltend machen. Die Ergänzungsleistung unterstützt dort, wo AHV-/IV-Renten und Einkommen die minimalen Lebenskosten nicht decken. Wer eine dieser Grundleistungen bezieht, kann Anspruch auf ausserordentliche Gesundheitskosten (Selbstbehalt für Medikamente, hauswirtschaftliche Dienstleistungen etc.) geltend machen. Zudem berät beispielsweise die Pro Senectute bei Fragen zu den Sozialversicherungen (AHV, EL, Beihilfen), bei finanziellen Fragen oder auch bei rechtlichen Fragen.

Notrufsystem sicherstellen

Die Sicherstellung des **Notrufsystems** über 24 Stunden während 7 Tagen die Woche ist ein zentraler und sehr wichtiger Aspekt im «Wohnen zu Hause - auch im Alter», und tragender Bestandteil des Sicherheitsempfindens. Daher wird dieses Thema gesondert erwähnt. Existiert ein flächendeckendes System noch nicht, so sollte dieses zwingend aufgebaut werden. Es kann wie bei vicino-Luzern durch das Schweizerische Rote Kreuz in Zusammenarbeit mit der Spitex, der Securitas oder der Feuerwehr angeboten werden.

Empfehlenswert ist zudem, eine **Telefonnummer** anzubieten, welche für sämtliche Anliegen und Fragen zum Thema Wohnen im Alter Auskunft geben kann und eine notwendige Vermittlung sicherstellt. Dies erleichtert sowohl die Betroffenen, als auch deren Angehörigen um bei Bedarf schnell und kompetent an die richtigen Stellen vermittelt zu werden oder auch eine professionelle Antwort auf die verschiedensten Fragen zu erhalten.

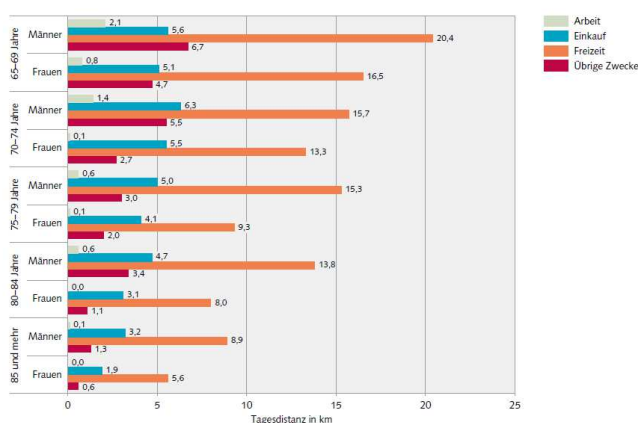
Pflegewohnungen anbieten

Ein zweites wichtiges Dienstleistungsangebot im Quartier ist gemäss Jann (2014) das Angebot von Pflegewohngruppen in der Nachbarschaft. Die quartiernahe Versorgung bringt gemäss Jann einige Vorteile wie beispielweise Flexibilität in der Reaktion auf Veränderungen, aber auch die Interaktion der Pflegewohngruppe mit der Umgebung ist ein grosser Vorteil für die Menschen, die dort leben. Die Planung, der Aufbau und der Betrieb einer Pflegewohngruppe sind anspruchsvoll und doch gelingt es innovativen und kreativen Personen immer wieder, quartierpassende Angebote zu entwickeln (S. 3). Die Age-Stiftung macht auf ihrer Homepage auf verschiedene gelungene Projekte aufmerksam (www.age-stiftung.ch).

4.4.3 Quartierkonzept ⇒ Quartiernahe Sozialraumorientierung

Laut Ergebnissen des Mikrozensus Mobilität und Verkehr, durchgeführt durch das Bundesamt für Statistik BFS im Jahr 2012 mit Daten aus 2010 nehmen ab dem Alter von 65 Jahren die Anzahl Wege, die Tagesdistanzen und die Wegzeiten laufend ab. (S.76f)

Tagesdistanz nach Verkehrszweck bei Personen ab 65 Jahren G 6.4.2

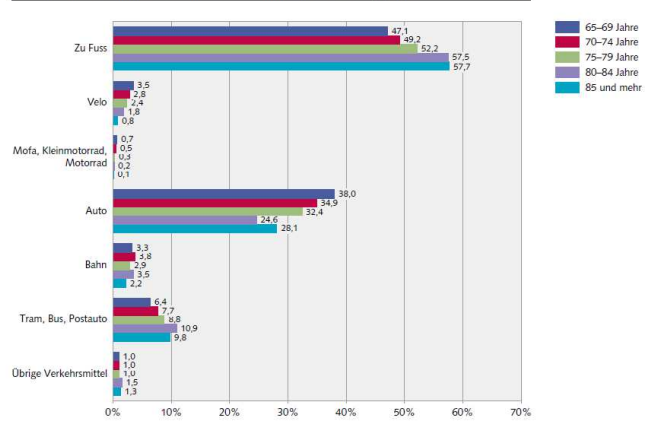


Basis: 15 900 Zielpersonen ab 65 Jahren, Inlandtappen

© BFS/ARE

Abbildung 27: Tagesdistanz nach Verkehrszweck bei Personen ab 65 Jahren (BFS, 2012, S. 77)

Verkehrsmittelwahl der Personen ab 65 Jahren (in % der Etappen) G 6.4.1



Basis: 15 900 Zielpersonen ab 65 Jahren, Inlandtappen

© BFS/ARE

Abbildung 28: Verkehrsmittelwahl der Personen ab 65 Jahren in % der Etappen (BFS, 2012, S. 76)

Ab 65 sind Männer deutlich mobiler als Frauen, die Unterschiede zwischen den Geschlechtern werden erst ab 85 Jahren deutlich kleiner. Sowohl die Wege zu Fuss steigen mit zunehmendem Alter wie auch die Distanzen für die Freizeitwege. Ab dem Alter von 85 Jahren fällt der Wert pro Tag auf unter 10 Kilometer. Dabei stellen die Wege zum Einkaufen und für Besorgungen nebst den Freizeitstrecken den zweitwichtigsten Wegzweck dar.

Diese Abnahme der zurückgelegten Wege lässt daraus schliessen, dass die Fähigkeit längere Distanzen zurückzulegen mit zunehmendem Alter abnimmt. Daraus folgt, dass die unmittelbare Wohnumgebung an Wichtigkeit zunimmt. Bäuerle und Scherzer (2009) bestätigen diese Vermutung. Sie zeigen auf, dass durch eingeschränkte Fähigkeiten im Alter vor Ort bzw. im direkten räumlichen Umfeld gut erreichbare flexible Unterstützung notwendig wird. Quartiersbezogene Wohnprojekte stellen dabei eine praktische und konkrete Ausgestaltung der Hilfe im unmittelbaren Umfeld dar. (S. 19) Miteingeschlossen werden dabei stationäre und halbstationäre Angebote.

Gemäss Höpflinger und Van Wezemaël (2014b) bestätigt sich, dass mit der Pensionierung und somit dem Wegfall des Arbeitsortes die eigene Wohnung verstärkt zum Lebensmittelpunkt wird. Unmittelbar wird dadurch auch die Wohnumgebung bedeutsamer. Mit zunehmendem Alter sind vor allem die Möglichkeiten des Einkaufens sowie einer sozial unterstützenden Nachbarschaft wichtige Faktoren, ebenfalls die Anbindung an den öffentlichen Verkehr. (S.77)

Höpflinger und Van Wezemaël (2014b) stellen zudem fest, dass sich die Wahrnehmung negativer Aspekte der Wohnumgebung wie bspw. Lärmbelastung oder Angst vor Gewalt sich negativ auf die Wohnzufriedenheit auswirken und sich die Menschen vermehrt in ihre eigenen vier Wände zurückziehen. (S. 82)

Dies bestätigt, dass es sehr wichtig ist, auch den quaternahen Sozialraum in die Planung von Wohnprojekten für ältere Menschen miteinzubeziehen. Eine an die individuellen Bedürfnisse angepasste und eingerichtete Wohnung alleine reicht nicht aus.

Umsetzung in der Praxis

Wie einleitend grafisch dargestellt, beinhaltet das Quartierkonzept folgende Faktoren:

Quartierkonzept <ul style="list-style-type: none">• Wohnumgebung anpassen• Nachbarschaftshilfe fördern• Soziokulturelle Aktivitäten organisieren und durchführen	<ul style="list-style-type: none">• Einfluss auf die altersgerechte Anpassung der Wohnumgebung nehmen• Menschen zusammenbringen, deren Ressourcen kennen und nutzen
---	--

Der alternde Mensch benötigt eine überschaubare **Wohnumgebung** mit zu Fuss erreichbaren Einkaufsmöglichkeiten und einer Anbindung an den öffentlichen Verkehr. Ideal ist, wenn auch weitere Dienstleister wie eine Postfiliale, ein Coiffeursaloon, eine Arztpraxis, eine Physiotherapiepraxis oder gar ein Bankomat in Gehdistanz liegen. Bohn (2010) erläutert detaillierte Angaben zu einer altersgerechten Wohnumgebung in seinen Planungsrichtlinien. (S. 12ff)

Folgend wird aus den theoretischen Erläuterungen im Kapitel 2.8.4 dem Thema **Nachbarschaft** grosse Bedeutung beigemessen. Die theoretischen Bezüge zeigen auf, dass die Nachbarschaft ein wichtiger und nicht wegzudenkender Puzzlestein im Angebot «Wohnen zu Hause - auch im Alter» darstellt.

Unter diesen Voraussetzungen, erstens, dass es dem Schweizer schwer fällt, in der Nachbarschaftshilfe den ersten Schritt zu tun; zweitens, sich doch einige Menschen eine organisierte Nachbarschaftshilfe wünschen und sich sogar jeder zweite vorstellen kann, auch etwas für seinen Nachbar zu tun, bestätigt den Bedarf einer organisierten Nachbarschaftshilfe. Somit und erst recht wird in der Praxis ein starker Fokus auf die organisierte Nachbarschaftshilfe gelegt. Die Aussagen aus dem Interview Projekt Horgen (siehe A3) bestätigen diese theoretischen Annahmen auch in der Praxis.

Organisierte Nachbarschaft bedeutet im vorliegenden Kontext, Menschen zusammen zu bringen. Beziehungen sollen entstehen, um Gemeinsames zu erleben, sich bei Bedarf zu helfen, zu plaudern, Freude und Glück zu empfinden und Vertrauen durch die Nähe zu spüren. Durch das Zusammenbrin-

gen von Menschen entstehen neue Ressourcen, die für das «Wohnen zu Hause - auch im Alter» benötigt werden und das Wohlbefinden positiv unterstützen.

Die Organisation und Durchführung von **Soziokulturellen Aktivitäten** im Quartier fördert das Zusammenbringen von Menschen und das sich gegenseitige Kennenlernen. Es ist daher von entscheidender Notwendigkeit, Anlässe verschiedenster Art zusammen mit Quartierbewohnerinnen –und bewohnern zu veranstalten. Dabei sind die traditionellen Jass- und Kochnachmittage gemeint, aber auch mal ein Folklore- oder Tanzabend oder ein Lotto: alles ist möglich, was das Gemeinschaftsgefühl aufbaut und stärkt. Ein wunderbares Beispiel lässt sich anschaulich am «Deutschland erstes Jugendzentrum für Senioren» aufzeigen.¹⁶

Empfehlenswert ist, auch professionelle Organisationen in die Soziokulturellen Aktivitäten miteinzu-beziehen. Dies gibt den Organisationen die Möglichkeit, sich im Quartier und bei den Menschen be-kannt zu machen. Beispielsweise kann es in Form einer Vortragsveranstaltung mit Fragerunde bei Kaffee und Kuchen sein. Eine ungezwungene Atmosphäre lässt Hemmschwellen sinken und die Kenntnis von der Möglichkeit, professionelle Dienstleistungen bei Bedarf beziehen zu können, stärkt zugleich das Gefühl der Autonomie, aber auch jenes der Sicherheit.

Auf die architektonische Anpassung der Wohnung und der Wohnumgebung wird im folgenden Kapi-tel näher eingegangen.

4.4.4 Architekturkonzept ⇒ Altersgerechte Wohnbauten

Höpflinger (2010) hält fest, je älter der Mensch, desto wichtiger eine Wohnumwelt, welche altersge-recht auf körperliche, sensorische und kognitive Einbussen des Alters Rücksicht nimmt (zit. in Bohn, 2010, S. 3).

Gemäss Bohn (2006) gibt es den idealen Wohnungstyp nicht, da die Anforderun-gen an die Gruppe der älteren Menschen unterschiedlich und gross sind. Was Men-schen jedoch gemeinsam haben, ist die Zunahme der körperlichen Einschränkungen, wenn auch in verschiedenem zeitli-chen Ablauf. Abnehmen wird die Kraft, die Geschwindigkeit, die Koordination, die Beweglichkeit, das Reaktionsvermö- gen sowie auch die Hör- und Sehfähigkeit. Ältere Menschen benötigen daher eine möglichst hindernisfreie Wohnung und ein hindernisfreies Wohnumfeld. Stufen und

Schwellen sind zu vermeiden, die Bewegungsflächen sind grosszügig zu gestalten, damit sie auch mit Gehilfen betretbar werden. Das Gebäude und die Wohnung sollten eine überschaubare und einfache Struktur aufweisen, damit sich die Menschen darin zurechtfinden können und nicht wegen ihren



Abbildung 29: Eignung der aktuellen Wohnung bei Behinderung
Subjektive Einschätzung 2003, 2008 und 2013 (Höpflinger, 2013, S. 115)

¹⁶ www.kindervongestern.de/kinder-von-gestern-ist-nominiert-fuer-den-deutschen-alterspreis-2015/

Wahrnehmungs- und Sehproblemen die Orientierung verlieren. Da jeder ältere Mensch einen anderen Bedarf bezüglich seiner Wohnung aufweist, sollte es möglich sein, die Wohnung möglichst auf die individuellen Bedürfnisse anpassen zu können. (S. 1ff)

Es ist festzustellen, dass gemäss Höpflinger (2013) die subjektive Einschätzung zur Tauglichkeit der eigenen Wohnung bei einer Behinderung vom Jahr 2003 bis zum Jahr 2013 signifikant von 17% auf 30% gestiegen ist (siehe Abbildung oben). (S. 115)

Dies lässt darauf schliessen, dass zwischenzeitlich den Thematiken Wohnen im Alter und Architektur der Wohnung mehr Gewicht beigemessen wird als in früheren Jahren. Es ist davon auszugehen, dass diese Einschätzung in den kommenden Jahren weiterhin ansteigen wird. Nicht zuletzt, weil das Thema Alter und Wohnen zunehmend auch in den Medien aufgenommen wird und sich dadurch zum Gesellschaftsthema entwickelt.

Umsetzung in der Praxis

Wie einleitend grafisch dargestellt, beinhaltet das Architekturkonzept folgende Faktoren:

Architekturkonzept <ul style="list-style-type: none">• Planungsrichtlinien für Altersgerechte Wohnbauten kennen• Beratungen für Wohnungsanpassungen vermitteln	Menschen auf bauliche Anpassungsmöglichkeiten aufmerksam machen Liegenschaftsbesitzer sensibilisieren, solche umzusetzen
--	---

Weil sehr umfassende Unterlagen zur Erstellung eines Architekturkonzeptes bereits bestehen, werden an dieser Stelle keine detaillierten Ausführungen dargelegt. Vielmehr wird auf die wichtigsten Unterlagen verwiesen. Festzuhalten bleibt, dass es sich bei der Erstellung eines Neubaus sehr empfiehlt, die Mindestanforderungen gemäss SIA 500 Hindernisfreie Bauten einzuhalten, auch wenn diese nicht nur für ältere Menschen vorgesehen sind. Eine detaillierte Umschreibung dieser Norm mit erhöhten Anforderungen finden sich in den sehr nützlichen und umfassenden Planungsrichtlinien von Felix Bohn (Bohn 2010). Weiterführende Unterlagen sind zudem abrufbar bei der Fachstelle Hindernisfreies Bauen (www.hindernisfrei-bauen.ch).

In der Praxis wird es mehrheitlich der Fall sein, dass die Menschen in Wohnungen leben, welche nicht der Norm SIA 500 entsprechen. Doch auch in diesen Wohnsituationen gibt es Möglichkeiten, architektonische Anpassungen vorzunehmen. Dabei empfiehlt es sich, in einem ersten Schritt eine Wohnungseinschätzung vorzunehmen. Dazu kann bspw. die Checkliste für Wohnungsanpassungen von Bohn verwendet werden (siehe www.wohnungsanpassungen.ch). Im Anschluss daran können bauliche Veränderungen und Anpassungen durch einen Handwerker durchgeführt werden. In jedem Fall muss, sofern die Wohnung nicht in Eigentumsbesitz ist, die Verwaltung vorgängig informiert werden. Allenfalls ist diese gar bereit, einen Kostenanteil zu übernehmen oder eine passende Alternativwohnung im ähnlichen Preissegment zur Miete zur Verfügung zu stellen.

4.4.5 Standortkonzept ⇔ Standortwahl und aufsuchende Sozialarbeit sowie Datenanalyse

Das Standortkonzept orientiert sich an der aufsuchenden Sozialarbeit und somit stark an der Rolle der Geschäftsleitung als Intermediär (siehe Kapitel 4.2.2). Die «Charta der aufsuchenden Sozialarbeit», welche sich auf die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte bezieht und durch die Fachgruppe Gassenarbeit (FAGASS) sowie der Fachgruppe «Hors-murs» im Jahr 2002 erstellt und im 2005 verabschiedet worden ist, definiert die aufsuchende Sozialarbeit wie folgt:

Unter Aufsuchender Sozialarbeit verstehen wir die Tätigkeit aller Personen, deren hauptsächliche Aktionsfelder der öffentliche Raum und/oder die Lebenswelt der jeweiligen Zielgruppe sind, die qualifiziert arbeiten und die den Grundsätzen dieser Charta zustimmen können. (S. 7)

Es empfiehlt sich, die Charta als Grundlagenpapier bei der Konzepterarbeitung zu verwenden. Festgehalten darin sind Einsatzort und Arbeitszeiten, die Berufsethik, die Ziele, die Wirkungen bezogen auf die Ziele sowie die vier spezifischen Ansätze der aufsuchenden Sozialarbeit. Für die Erarbeitung einer Handlungsanleitung «Wohnen zu Hause - auch im Alter» ist es empfehlenswert, folgende Ziele gemäss der Charta zu verfolgen:

- die soziale Vernetzung zu fördern, zu erhalten und zu verstärken,
- zur Entwicklung, Entfaltung und Emanzipation der Individuen auf persönlicher Ebene in ihrem gewohnten und gesellschaftlichen Umfeld beizutragen,
- Situationen vorzubeugen, welche die Betroffenen in ihrer physischen und/oder psychischen Unversehrtheit beeinträchtigen können,
- Beizutragen zu einer Begrenzung und Verminderung von psychischen, physischen und sozialen Beeinträchtigungen,
- Einzelnen zu ermöglichen, gesellschaftlichen Ausschluss jeder Art zu entkommen oder diesen zu vermeiden und einen verantwortungsvollen und kritischen Zugang zur Gesellschaft zu finden,
- Prozesse zu unterstützen, welche die individuellen und kollektiven AkteurInnen befähigen, bezüglich der eigenen Situation (gesundheitlich und sozial), der Zukunft und der Lebenswelt selbstständig zu handeln,
- den Einzelnen Zugang zu benötigten Ressourcen, Dienstleistungen, Strukturen und Angeboten zu ermöglichen,
- solidarische Beziehungen und das Gefühl der Zugehörigkeit zu fördern. (S.11)

Nebst diesen Zielen hält die Charta zudem fest, dass eine regelmässige Präsenz im Tätigkeitsfeld wichtig ist, diese Präsenz sich an den Gewohnheiten der Zielgruppe zu orientieren hat und eine niederschwellige, leichte und einfache Erreichbarkeit sichergestellt werden muss. (S. 9)

Um Kenntnis davon zu haben, wie viele Personen, in welchen Haushalten (Grössen, Doppelhaushalte) in welchem Alter leben, empfiehlt es sich zudem, eine Datenanalyse durchzuführen.

Umsetzung in der Praxis

Wie einleitend grafisch dargestellt, beinhaltet das Standortkonzept folgende Faktoren:

Standortkonzept <ul style="list-style-type: none">• Niederschwellige, neutrale Anlauf-, Triage-, Informations- und Kontaktstelle zur Verfügung stellen• Spezifische Daten kennen	<ul style="list-style-type: none">• Geeignete Räume mieten und einrichten Komm- und Gehstruktur umsetzen• Datenanalyse durchführen
--	---

Gemäss den kapiteleinleitenden theoretischen Erläuterungen ist es in der Praxis von zentraler Bedeutung, zu den Menschen **zu gehen** (Gehstruktur). Konkret heisst dies, die Menschen im Quartier wahrnehmen, auf sie zugehen, sie in deren Wohnung aufsuchen, sich mit ihnen bekannt machen und miteinander ins Gespräch kommen. Gerade für die ältere Generation ist es entscheidend, frühzeitig ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, damit sie in einer bedürftigen Situation die notwendige Unterstützung auch einholt.

Um die aufsuchende Sozialarbeit in Form einer Komm- und Gehstruktur (die Menschen empfangen, zu den Menschen gehen) zu verwirklichen, benötigt es neben der Gehstruktur auch einen Ort, um die Menschen zu empfangen (**Kommstruktur** ermöglichen). Dazu eignet sich eine neutrale, niederschwellige Anlauf-, Triage-, Informations- und Kontaktstelle, welche auch als Treffpunkt und Begegnungsort dient. Idealerweise liegen diese Räume an guter Passantenlage, weisen ein grosszügiges Schaufenster auf, sind hindernisfrei gebaut (inkl. Toiletten) und zudem möglichst schwellenlos mit breiter Tür zugänglich. Nebst einem Kaffee-, Aufenthalts- und Begegnungsraum, wo diverse Veranstaltungen durchgeführt werden, wird ein Büro benötigt, in welchem Kurzberatungen in vertraulicher Atmosphäre stattfinden können. Dank einer grosszügigen Beschriftung und der optimalen Standortwahl wird der Treff- und Informationsort auch optisch im Quartier wahrgenommen.

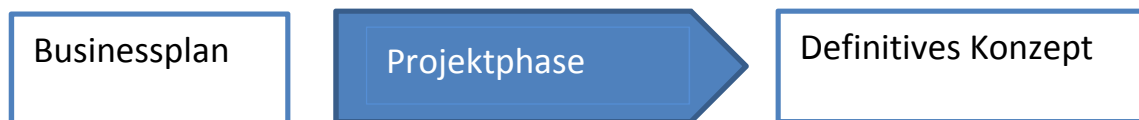
Damit möglichst alle Personen erreicht werden können, empfiehlt es sich, eine Datenanalyse durchzuführen. Dies wird in den meisten Städten durch das Geoinformationszentrum (GIS) möglich, weil dieses bereits über die Einwohnerdaten verfügt. Interessant sind Daten wie Haushaltgrösse, Alter, Einpersonenhaushalte, Einkommen, Verwaltung. Anhand dieser Daten können die Personen beispielsweise spezifisch angeschrieben werden (siehe auch Kapitel 4.5.5 Marketing).

Das Fünf-Faktoren-Konzept wird erarbeitet und in den Businessplan integriert. In einem nächsten Schritt wird der Businessplan ergänzt. Dazu müssen Fragestellungen zu Unternehmensstrategie, konkrete Zielgruppe (Anzahl von Menschen, kulturelle Besonderheiten im Quartier, etc.), Führungsinstrumente, Themen wie Marketing, Kommunikation und Informatik, Datenschutz, Steuerliche Situation und natürlich die Finanzierungsmöglichkeiten beantwortet werden.

4.5 Businessplan ⇔ Ergänzende Themen

Nebst der Aufbau- und der Ablauforganisation sowie dem Fünf-Faktoren-Konzept (siehe Kapitel 4.2 / 4.3 und 4.4) sind weitere Faktoren von Bedeutung, damit die Umsetzung der strategischen Handlungsanleitung gelingt. In jedem Fall empfiehlt es sich, einen Businessplan zu erstellen. Dieser ist primär als Grundlagenpapier für den Start des Projektes von Relevanz. Sei dies, um die Finanzierung für ein Pilotprojekt sicherzustellen oder auch, um die Kommune und weitere wichtige Instanzen vom Konzept zu überzeugen. Aber auch, um sich selber vertieft mit der Thematik und den Abläufen im Detail auseinanderzusetzen. Im fortgeschrittenen Projekt vicino-luzern lag ebenfalls ein von der Autorin erstellter Businessplan vor (Renner, 2014) welcher für die Arbeit in der Praxis als Grundlagenpapier dienen kann.

Die einzelnen Themen werden während der Projektphase auf deren Praxistauglichkeit überprüft, in der Projektgruppe diskutiert, angepasst und zu einem definitiven Konzept entwickelt.



4.5.1 Unternehmensstrategie

Zur Unternehmensstrategie gehört eine Vision. Beispielsweise könnte diese beim «Wohnen zu Hause - auch im Alter» wie folgt lauten: „Menschen im ‚Quartier X‘ und dessen Umgebung können möglichst bis zu ihrem Lebensende in ihrem Zuhause wohnen bleiben.“

Es empfiehlt sich, die Strategie auf den im Kapitel 4 erwähnten strategischen Schwerpunkten partizipativ, generationenübergreifend und quartiernah aufzubauen. Möglicherweise ist ein Altersleitbild vorhanden, welches in die Strategieentwicklung miteinbezogen werden kann. Um die im Bereich der altersarbeitenden steuernden Organisationen für eine Gesamtstrategie zu gewinnen, sollten diese bereits während der Anfangsphase aktiv in die Strategie-Diskussion miteinbezogen werden. Konkret muss die Strategieentwicklung sowohl durch den Markt (diese erwähnten Organisationen), die Zivilgesellschaft (die betroffenen Personen sowie die Freiwilligenorganisationen) sowie den Staat (Gemeinde, Stadt, Kanton) vorgenommen werden. Eine gemeinsam entwickelte Strategie baut auf gemeinsamen Kräften und Ideen auf, wird von Anfang an von allen mitgetragen und unterliegt daher einer grossen Chance, auch erfolgsversprechend umgesetzt werden zu können.

An dieser Stelle soll aufgrund der Wichtigkeit erneut erwähnt werden, dass dem Konkurrenzdenken zwischen den verschiedenen Organisationen und Personen in einem solchen Projekt keinen Platz eingeräumt werden darf. Es ist zwingend notwendig, dass nicht gegeneinander sondern stark miteinander entwickelt und gearbeitet wird. Nur so werden optimale Resultate mit einer Langzeitwirkung erzielt.

4.5.2 Zielgruppe

Schweizweit wird gemäss einleitendem Kapitel zum Thema der demografischen Entwicklung die Zahl der älteren Menschen aufgrund der geburtenstarken Nachkriegsjahrgänger (Babyboomer) sowie der steigenden Lebenserwartung in den nächsten Jahrzehnten zunehmen. Nach François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby und Andrea Zumbrunn (2011) folgt daraus, dass mit einer steigenden Anzahl von pflegebedürftigen Menschen zu rechnen ist, selbst wenn sich gleichzeitig die Gesundheit im Alter positiv entwickelt (S. 7). Die Gemeinden tun sich gut daran, ihre Angebote zu überprüfen und Berechnungen hinsichtlich der Anzahl ihrer älteren Bevölkerungsgruppe sowie der bestehenden und notwendigen Angebote zu erstellen. Dabei ist es eine Option, mit «Wohnen zu Hause – auch im Alter» eine neue Dienstleistung anzubieten, um längerfristig Pflegeheimplätze einzusparen.

4.5.3 Zukünftige Entwicklung

Die Selbstbestimmung der alten Menschen wird gemäss Freck et al. (2013) künftig zunehmen. Diese werden ihr Schicksal in die eigenen Hände nehmen, so wie es bereits heute viele tun. Analog zu diesem individualisierten Leben wird es somit eine ganze Palette von Pflege- und Unterstützungsangeboten benötigen, um diesen individuellen Bedürfnissen gerecht werden zu können. (S. 45ff) Das Angebot «Wohnen zu Hause - auch im Alter» ist eine ideale Alternative, um diesem Bedürfnis eines individualisierten Lebens entgegenzukommen.

Nebst der Koordination mit den ortsansässigen Betrieben ist es für die Weiterentwicklung wichtig, sich mit anderen in der Gerontologie tätigen Organisationen zu vernetzen. Beispielsweise ist es erstrebenswert, Vernetzungsarbeit mit der Age-Stiftung Schweiz, der Technischen Hochschule Horw (iHomeLab) und dem Gerontologischen Institut Universität Zürich vorzunehmen. Es muss sichergestellt sein, dass Neuerungen sowohl in der Forschung als auch in der Entwicklung in die Strategiearbeit mit einfließen. Zum Beispiel können dies Innovationen im technischen Bereich, aber auch Neuangebote durch Privatanbieter im Gebiet der Gerontotechnik (Deutsche Gesellschaft für Gerontotechnik) sein. Die Forschung beschäftigt sich im Bereich der Technik stark mit möglichen Unterstützungsleistungen für ältere Menschen zu Hause. Sämtliche Projekte werden zusammengefasst unter AAL: Ambient Assisted Living. Führend in diesem Forschungsbereich tätig ist das iHomeLab (www.ihomelab.ch). Deren neuste Projekte, wie beispielsweise das Forschungsprojekt «Relaxed Care», erhalten in der Öffentlichkeit viel Aufmerksamkeit. «Relaxed Care» ist ein Würfel, der eine ständige Verbindung zwischen älteren Personen und ihren Angehörigen herstellt.

Es gibt weitere Beispiele wie HERMES von IBM, welches den Benutzer an kürzlich Geschehenes, an Termine, den Einkaufszettel oder die Einnahme von Medikamenten erinnert, wie dies eine Pressemitteilung der IBM Deutschland bereits im Jahr 2008 mitteilt. Freck et al. (2013) weisen darauf hin, dass auch Dem@Care – Früherkennung und Therapie von Demenz oder WATSON – die Entscheidungshilfe bei Therapien und Behandlungen Forschungsergebnisse sind, welche als Prototypen eingesetzt oder als Pilotprojekte bereits durchgeführt werden. (S. 51ff)

4.5.4 Führungsinstrumente

Nach Steiger Thomas und Lippmann Eric (2003) sind mit Führungsinstrumenten Führungssysteme, -techniken und -praktiken gemeint, welche den Umgang der Führung mit den Mitarbeitenden umfasst (S. 134ff). Die direkte Führung der Geschäftsleitung erfolgt durch die strategische Ebene. Sofern weitere Mitarbeitende angestellt werden wird empfohlen, auch weiterführende Instrumente des Personalmanagements zu erarbeiten wie bspw. Stellenpläne, Stellenbeschreibungen, Weiterbildungsgrundlagen, Einsatzpläne etc. Wird mit Freiwilligen gearbeitet, empfiehlt es sich, Unterlagen und Informationen über die Benevol zu beziehen (www.benevol.ch).

4.5.5 Marketing, Kommunikation und Informatik

Das Marketing und die Kommunikation sind zentrale Faktoren im Projekt. Es empfiehlt sich, nachdem die Vision und Strategie definiert wurde, auch ein Kommunikationskonzept zu erstellen und die Marketingmassnahmen umzusetzen. Beispielsweise sind ein eigenes Logo mit Subliner, Printdokumente sowie auch einen Internetauftritt ratsam. Bei der Kommunikationsstrategie ist zu empfehlen, den richtigen Zeitpunkt für die Information der Öffentlichkeit zu wählen. Idealerweise wird dies erst vorgenommen, wenn eine Homepage und die ersten Grundsätze der Strategie vorhanden sind, damit auch die Kommunikation klar und selbstbewusst vorgenommen werden kann. Ein gelungenes Beispiel diesbezüglich zeigt der Internetauftritt von vicino-Luzern (www.vicino-luzern.ch). Wichtig ist zudem, eine Mailanschrift festzulegen und falls möglich, auf Social-Media-Plattformen vertreten zu sein, um Aktualitäten auch darüber verbreiten zu können.

Empfehlenswert ist zudem, dass eine bekannte Persönlichkeit der Kommune als ideeller „Götti“ für das Projekt gefunden wird, um den Bekanntheitsgrad zu unterstützen. Ein Werbe- und Kommunikationsberater sollte die Erstellung der Marketingunterlagen und deren Vertrieb unterstützen.

4.5.6 Datenschutz

Bestimmte sensible Datenbearbeitungen, welche mit besonderen Risiken für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen verbunden sein können, müssen vor der Realisierung der Datenschutzstelle zur Prüfung vorgelegt werden. Gegenstand und Verfahren dieser Vorabkontrolle sind im Datenschutzkonzept des jeweiligen Kantons abrufbar. Diese Abklärungen sind während der Projektphase zu tätigen und ein IT- bzw. Datenschutzkonzept ist zu erstellen.

4.5.7 Steuerliche Situation

Gemäss der Eidgenössischen Steuerverwaltung (www.estv.admin.ch) besteht die Wahrscheinlichkeit, dass ein Verein als steuerbefreite Organisation bezeichnet werden kann, weil dieser sowohl gemeinnützigen Charakter aufweist als auch keinen Umsatz von CHF 150'000.- erreichen wird. Detaillierte Abklärungen zur steuerlichen Situation sollten jedoch vorgängig bei der zuständigen Steuerbehörde abgeklärt werden, vor allem auch, wenn statt einem Verein eine andere Geschäftsform gewählt wird.

4.5.8 Finanzierungsmöglichkeiten

Da es bis anhin in der Schweiz kein vergleichbares Angebot gibt, kann auch nicht auf eine spezifische, bereits in Anwendung bestätigte Finanzierung hingewiesen werden. Die Vereinsstruktur wird als ideale Organisationsform vorgeschlagen. Ein Verein besteht aus einem Vorstand und aus Mitgliedern, welche die Generalversammlung bilden. Für die Finanzierung der Projektphase ist es empfehlenswert, über Stiftungen Anfragen zu starten und/oder Spendengelder einzuholen. Durch einen Beitrag der Kommune wird bestätigt, dass sie das Projekt unterstützt. Während der Projektphase kann die laufende Finanzierung geklärt und ein Finanzplan erarbeitet werden. Grundsätzlich am sichersten für das Projekt ist, wenn mit der Gemeinde eine Leistungsvereinbarung ausgehandelt werden kann. Da viele Gemeinden finanziell knapp sind, werden diese kaum bereit sein, die gesamte Finanzierung sicherzustellen. Nichts desto trotz bleibt es unumgänglich, dass durch die Gemeinde mindestens eine Teilfinanzierung gesprochen wird. Weiter besteht die Möglichkeit, durch eine Gönnerschaft sowohl Organisationen als auch Einzelpersonen den Zugang zum Angebot möglich zu machen. Durch einen jährlichen Gönnerbeitrag hätten die Organisationen die Möglichkeit, sich über die Plattform bekannt zu machen. Sei dies durch das Auflegen von Prospekten, aber auch durch das Erwähnen auf der Homepage. Auch für Liegenschaftsbesitzer kann eine Gönnerschaft und somit eine Teilhabe am Verein von Vorteil sein. Denn gerade Liegenschaftsbesitzer oder Verwaltungen verfügen kaum über Wissen, was das Wohnen im Alter betrifft. Die Unterstützung durch eine solche niederschwellige, neutrale Anlauf-, Triage-, Informations- und Kontaktstelle könnte für sie von grossem Nutzen sein. Der Mehrwert einer Gönnerschaft für Einzelpersonen kann beispielsweise durch einen speziell organisierten Anlass und einen personalisierten Zugang auf der Homepage für spezifische Dokumente sichergestellt werden.

Dies sind Beispiele für Finanzierungsmöglichkeiten und sollten den örtlichen Begebenheiten angepasst werden.

4.5.9 Ausbau- und Entwicklungsmöglichkeiten

Sofern sich der Betrieb in einem Quartier als Pilot erfolgreich umsetzen lässt, kann das Konzept in weitere Quartiere übertragen werden. Wie bereits erwähnt, müssen die einzelnen Massnahmen an das jeweilige Quartier adaptiert werden.

5 Ausblick

Der Ausblick wird dazu genutzt, eine grundsätzliche Risikobeurteilung über das Angebot «Wohnen zu Hause – auch im Alter» vorzunehmen. Diese Beurteilung kann sehr spezifisch auf einzelne Angebote angepasst bzw. ergänzt werden.

5.1 Risikoanalyse

Zur Risikobeurteilung wird eine SWOT-Analyse angewendet. Es empfiehlt sich in jedem Projekt, eine solche zusammen mit der Trägerschaft und der Geschäftsleitung durchzuführen. Die Analyse untersucht nach Stärken und Schwächen sowie nach den Chancen und Gefahren, die für das jeweilige Projekt in der Beobachtung des Marktes zentral sind und sich auf seine Tätigkeit direkt auswirken.

Gemäss Philip Kotler und Friedhelm Bliemel (2001) geben die Stärken Inhalte vor, die in der Tätigkeit mit den internen und/oder externen Zielgruppen wichtig sind. Über die Schwächen müssen die involvierten Akteure Bescheid wissen. Schwächen, die in direktem Zusammenhang mit der Etablierung des Angebots stehen, müssen aktiv angegangen werden. Die Chancen verweisen auf Themengebiete, in denen die Strategieverantwortlichen aktiv Stellung beziehen sollen. Die Kenntnisse über mögliche Gefahren dienen primär dazu, Argumentarien für die Kommunikation nach innen und aussen zu entwickeln und ein zielgerichtetes Lobbying zu betreiben. (S. 132 ff)

<p>Strength – Stärken (intern)</p> <ul style="list-style-type: none"> - die zentralen Player für Dienstleistungen der älteren Generation sind strategisch vereint - niederschwelliges Angebot - kundenfreundlich, quartiernah - kommt einem grossen Bedürfnis nach - zukunftsorientiert 	<p>Opportunities – Chancen (extern)</p> <ul style="list-style-type: none"> - längerfristig positive Auswirkung auf das Gesundheitswesen und dessen Finanzen - Vorzeigeprojekt für andere Quartiere - Vernetzung der Dienstleistungen wird gewährleistet - Fehlende Angebote können aufgebaut, überflüssige abgebaut werden (strategische Chance)
<p>Weaknesses – Schwächen (intern)</p> <ul style="list-style-type: none"> - geringer Bekanntheitsgrad - fehlende Finanzen - fehlender Nutznachweis 	<p>Threats – Gefahren (extern)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kostenfaktor wird zu stark gewichtet, langfristige Perspektive zur Kostenoptimierung im Gesundheitswesen wird ausgeblendet - wichtige Organisationen, welche strategisch vertreten sein sollen, sind nicht bereit das Projekt mitzutragen und mitzufinanzieren (Konkurrenzdenken) - die Person in der Funktion der Geschäftsleitung erfüllt die Rolle eines Intermediärs nicht - Standort wird nicht optimal gewählt

Abbildung 30: SWOT-Analyse «Wohnen zu Hause - auch im Alter», eigene Darstellung

5.1.1 Stärke-Chance-Kombination

Grundsatz: Wie können Stärken genutzt werden, so dass sich die Chancenrealisation erhöht?

Die grosse Stärke, dass sich die strategischen Kräfte, welche im Dienstleistungssektor für ältere Menschen tätig sind, vernetzen und gemeinsam ein Produkt, nämlich das «Wohnen zu Hause - auch im Alter» anbieten, ist eine sehr grosse Chance für das Gelingen des Projektes.

5.1.2 Stärke-Gefahren-Kombination

Grundsatz: Wie können Stärken eingesetzt werden, um den Eintritt bestimmter Risiken abzuwenden?

Die wichtigste Stärke besteht darin, durch eine neu gegründete Organisation ein starkes Gewicht in der Kommune/Stadt zu gewinnen und somit die Möglichkeiten zu erhalten, Spenden und finanzielle Ressourcen zu verschaffen. Ein gezieltes und strukturiertes Fundraising wird es ermöglichen, die Finanzierung sicher zu stellen. Die Chance der Vernetzung der Dienstleistungsangebote und die gemeinsame strategische Weiterentwicklung mindert die Gefahr, dass wichtige strategische Player das Projekt nicht mittragen.

5.1.3 Schwäche-Chance-Kombination

Grundsatz: Wie können Schwächen zu Stärken entwickelt werden? Das Projekt muss sehr schnell politisch verankert und von der Bevölkerung akzeptiert werden. Aufgrund der demografischen Entwicklung und der knappen Ressourcen sollte es von Interesse sein, ein solches zukunftsweisendes Angebot aufzubauen.

5.1.4 Schwäche-Gefahren-Kombination

Grundsatz: Wo befinden sich unsere Schwächen und wie können wir uns vor Schaden schützen?

Die grösste Schwäche ist wohl der Mangel der fehlenden Finanzen kombiniert mit der Tatsache, dass es ausgesprochen schwierig ist, zur Thematik eine Kosten-Nutzen-Analyse zu erstellen. Es besteht die Möglichkeit, auf verschiedene Studien hinzuweisen und die Politiker in der Thematik zu sensibilisieren. Es ist zwingend Vorsicht geboten, dass nicht angenommen wird, es werde „wieder mal ein neues Angebot geschaffen, welches viel kostet und nichts bringt“! Daher benötigt es nebst der Projekt-Finanzplanung ein strategisches Kommunikationskonzept, welches die wichtigsten Gruppen frühzeitig über die Thematik informiert und somit von Anfang an vom „Richtigen“ gesprochen wird. Eine weitere Gefahr besteht darin, dass die Person in der Funktion der Geschäftsleitung die Rolle eines Intermediärs nicht erfüllt. Man tut sich gut daran, in der Besetzung dieser Stelle sehr achtsam zu sein auf die im Kapitel 4.2.2. erwähnten Erfordernissen.

5.2 Erkenntnisse

Die Adressen der Interviewpartner wurden durch die Age-Stiftung Schweiz vermittelt mit der Bitte um Kontakte von Betrieben, welche vorliegende Idee «Wohnen zu Hause – auch im Alter» bereits umsetzen. Dass kein Interviewpartner die Anforderungen an ein solches Projekt vollständig erfüllt zeigt auf, dass die Erfahrungen in der Schweiz (noch) nicht weit fortgeschritten sind. Die Idee wird unterstützt und als zukunftsweisend bezeichnet, jedoch konnte sie bis anhin nicht umgesetzt werden. Konkret bedeutet dies, dass meistens die Quartierausdehnung fehlt, die falsche Person als Geschäftsleitung oder die falsche Struktur gewählt wurde oder auch, dass nicht alle zentralen Organisationen ins Projekt involviert worden sind.

Sind die strategischen Kräfte, welche im Dienstleistungssektor für ältere Menschen tätig sind bereit, sich zu vernetzen und gemeinsam ein Produkt, nämlich das «Wohnen zu Hause - auch im Alter» konkurrenzlos anzubieten, ist die erste Voraussetzung für das Gelingen des Konzeptes gewährleistet. Wird die Stelle der Geschäftsleitung in der Funktion eines Intermediärs mit den ausgewiesenen persönlichen Charaktereigenschaften besetzt, ist eine weitere wichtige Voraussetzung erfüllt. Nebst der politischen Verankerung ist es wichtig, dass die Bevölkerung positiv und neugierig vom Projekt spricht, sich möglicherweise sogar persönlich engagiert. Sind zudem der Staat und die Organisationen bereit, sich auch finanziell daran zu beteiligen, so steht dem Gelingen eines solchen Projektes «Wohnen zu Hause – auch im Alter» kaum mehr etwas im Weg.

5.3 Probleme und Ausblick

Grundsätzlich ist der grosse Teil der Gemeinden/Städten in der Schweiz mit fortschrittlichen Dienstleistungsangeboten ausgestattet. Lücken bestehen oft in flexiblen Überbrückungsangeboten halbstationär, bspw. für Menschen mit Erkrankung an Demenz oder zur Entlastung von pflegenden Angehörigen. Es benötigt Fingerspitzengefühl von allen Beteiligten, es benötigt Kreativität und Freiheit im Denken, um zukunftsweisende Angebote aufzubauen. Es braucht aber auch eine unvoreingenommene und oft pragmatische Arbeitsweise, um Fortschritte zu erzielen. Projekte gelingen nicht, wenn die Konzepte „nur“ in Papierform entstehen, sie gelingen, wenn sich alle Beteiligten mit ihren Ideen und Vorschlägen beteiligen, mitreden, mitgestalten und mitentscheiden können. Dazu bedingt es eine offene Zusammenbeitskultur mit einer flachen Hierarchie und schnellen Entscheidungswegen.

Diese Kulturveränderung in den teilweise noch sehr hierarchisch organisierten Kommunen und Organisationen ist wünschenswert. Beeinflussbar ist diese Entwicklung nur durch die direkt Beteiligten, indem sie einen Schritt aufeinander zugehen, das Konkurrenzdenken begraben und sich offen und konstruktiv aufeinander zu bewegen.

6 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Age-Stiftung Programm «*Socius – wenn Älterwerden Hilfe braucht*», (2014). Gefunden am 19. Oktober 2015, unter <http://www.programmsocius.ch>
- Bäuerle, Dorothee & Scherzer, Ulrike (2009). Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG). Themenheft 1: *Hilfe-Mix-Ältere Menschen in Balance zwischen Selbsthilfe und (professioneller) Unterstützung* aus der Reihe Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden (2009). Gefunden am 21.10.2015, unter http://www.netzwerk-song.de/fileadmin/user_upload/Themenheft1.pdf
- Behindertengerechtes Bauen Norm SIA 500. Verein Procap Olten. Gefunden am 02. September 2015, unter <http://www.procap.ch/Hochbau.247.0.html>
- Blom, Sabine & Görres Stefan (2012). Deutsches Zentrum für Altersfragen. Die „neue“ Verantwortung der Kommunen – Herausforderungen für eine aktive politische Gestaltung zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen für ältere Menschen. *Informationsdienst Altersfragen*, 39. Jahrgang (Heft 02, März / April 2012), 3 – 8.
- Bohn, Felix (2010). Schweizerische Fachstelle für behindertengerechtes Bauen Zürich. *Altersgerechte Wohnbauten – Planungsrichtlinien*. Gefunden am 05.10.2015, unter <http://www.wohnenimalter.ch/>
- Bohn, Felix (2006). *Hinweise für die Planung von altersgerechten Wohnungen*. Age Stiftung 2006. Gefunden am 05.10.2015, unter http://www.hindernisfrei-bauen.ch/beitrag/71_PDF_Planungshinweise.pdf
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2014). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Die funktionale Gesundheit von älteren Menschen in Privathaushalten*. Gefunden am 03.10.2015, unter http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/dienstleistungen/publikationen_statistik/publikationskatalog.html?publicationID=5687
- Bundesamt für Statistik [BFS]. Bundesamt für Raumentwicklung (2012). *Mobilität in der Schweiz, Ergebnisse des Mikrozensus Mobilität und Verkehr 2010*.
- Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV]. (18. April 1999, Stand am 14. Juni 2015). Gefunden am 30.09.2015, unter www.admin.ch/ch/d/sr/101/a8.html
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG]. von 1994 (Stand am 1. Januar 2015), seit 1996 in Kraft. Gefunden am 10.09.2015, unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html>
- Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [AHVG]. von 1946 (Stand 1. Januar 2015). Gefunden am 10.09.2015, unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460217/index.html>
- Bundesgesetz über den Datenschutz [DSG] von 1992 (Stand 1. Januar 2015). Gefunden am 15.09.2015, unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19920153/201401010000/235.1.pdf>

- Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung [ELG] von 1966 (Stand 1. Januar 2015). Gefunden am 10.09.2015, unter
<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20051695/index.html>
- Deutsche Gesellschaft für Gerontotechnik. *Komfort und Qualität*, Handbuch der GGT
 Gefunden am 15.11.2015, unter
<http://www.gerontotechnik.de/katalog1.html>
- Eidgenössische Steuerverwaltung. Homepage der Bundesverwaltung admin.ch.
 Informationen unter:
<https://www.estv.admin.ch/mwst/themen/00154/00589/index.html?lang=de>
- Eidgenössisches Departement des Innern [EDI]. (2013). *Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Bericht Gesundheit 2020*. Gefunden am 15.07.2015, unter:
<http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=>
- Freck, Karin; Froböse, Frerk & Gürtler, Detlef (2013). *Die Gesellschaft des langen Lebens – Zur Zukunft von Altern, Wohnen, Pflegen*. Eine Studie des GDI Gottlieb Duttweiler Institute.
- Groupe Hors-murs due Great / FAGASS, Fachverband Aufsuchender Sozialarbeit (2005). *Charta der Aufsuchenden Sozialarbeit*. Gefunden am 30.10.2015, unter:
<http://www.gassenarbeit-bern.ch/doks/FaGAssCharta.pdf>
- Hahn, Sabine; Richter, Dirk; Beck, Monika & Thilo Friederike (2013). *Panorama Gesundheitsberufe*. Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit. Bern.
 Gefunden am 01.11.2015, unter:
http://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/wgs_upload/gesundheit/6_forschung/Panorama_Gesamtbericht_Schlussbericht.pdf
- Hokerma, Anna & Sulmann, Daniela (2009). *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch Institut.
- Höpflinger, François; Bayer-Oglesby, Lucy & Zumbrunn, Andrea (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter*. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Bern: Verlag Hans Huber.
- Höpflinger, François (2012a). Age Dossier, Jubiläumsausgabe 2012, *Wohnen im Alter: gestern – morgen – heute*, 4 – 11.
- Höpflinger, François (2012b). *Bevölkerungssoziologie. Eine Einführung in demografische Prozesse und bevölkerungssoziologische Ansätze* (2. überarb. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Höpflinger, François (2014a). *Sozialbeziehungen im Alter – Entwicklungen und Problemfelder*. Gefunden am 01.11.2015, unter:
<http://www.hoepflinger.com/fhtop/Soziale-Kontakte.pdf>
- Höpflinger, François & Van Wezemaal Joris (2014b). *Age Report 2014, Wohnen im höheren Lebensalter, Grundlagen und Trends*. Zürich und Genf: Seismo.

- IBM (2008), Pressemitteilung vom 18.11.2008: IBM und EU-Forschungskonsortium:
Innovative Technologie ermöglicht das zweite Gedächtnis. Gefunden am 10.12.2014, unter
<https://megagsminfo.wordpress.com/2009/02/19/ibm-und-eu-forschungskonsortium-innovative-technologie-ermoglicht-das-zweite-gedachtnis/>
- iHomeLab – Technische Hochschule Luzern. Weiterführende Informationen unter:
<http://www.ihomelab.ch/>
- Interpharma. Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz (2015).
Gesundheitswesen Schweiz, Ausgabe 2015.
 Gefunden am 06.10.2015, unter
http://www.interpharma.ch/sites/default/files/gws_2015_d_web_final_1.pdf
- Jann, Antonia (2012). Age Dossier, Jubiläumsausgabe 2012, *Wohnen im Alter: gestern – morgen – heute*, 30 – 35.
- Jann, Antonia (2014). Age-Dossier 2014, *Pflegewohngruppen in der Nachbarschaft*, 3.
- Kerkau, Katja (1997). *Betriebliche Gesundheitsförderung – Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung des Gesundheitsförderungskonzeptes in Unternehmen*; Dissertation Nr. 2029; Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kotler, Philip & Bliemel Friedhelm (2001). *Marketing Management, Analyse, Planung und Verwirklichung* (10. überarb. Aufl.). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Kruse, Andreas & Wahl, Hans-Werner (1999). Soziale Beziehungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Oktober 1999, Volumen 32, Issue 5, 333-347.
 Gefunden am 07.10.2015, unter
<http://link.springer.com/article/10.1007/PL00007914#page-2>
- Kremer-Preiss, Ursula & Stolarz, Holger (2009). *Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Themenheft 4: Neue Wohnformen im Alter – Finanzierungsmöglichkeiten innovativ gestalten*. Köln: Netzwerk Soziales neu gestalten (SONG).
- Michel, Lutz H. & Schlüter Thomas (2012). *Handbuch Betreutes Wohnen*. München: C.H. Beck oHG.
- Perrig-Chiello, Pasquelina; Höpflinger, François & Schnegg, Brigitte (2010). *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz*. Forschungsprojekt im Auftrag von Spitex-Schweiz. Schlussbericht.
- Renner, Tamara (2014). *Businessplan für ein Betreutes Wohnen im Quartier Himmelrich Luzern*. Gefunden am 17.10.2015, unter
http://www.luzern60plus.ch/files/1714/0864/1609/Business_Plan_Betreutes_Wohnen_Himmelrich.pdf
- Rettig Daniel (2012). *Soziale Netzwerke – Höheres Alter, weniger Freunde*. Gefunden am 18.10.2015, unter
<http://www.alltagsforschung.de/soziale-netzwerke-hoheres-alter-weniger-freunde/#more-12235>

- Sauter, Dorothea; Abderhalden, Chris; Needham Ian & Wolff, Stephan (2011). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (3. vollst. überarb. und erweiterte Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit [GDK und BAG]. (2012). *Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung*. Bericht der Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“. Bern. Gefunden am 08.11.2015, unter http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/mmtlg/bt_versmod_pub_20120402_d.pdf
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Neuchâtel [OBSAN]. *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Gesundheitsbericht Schweiz 2015*. Gefunden am 08.11.2015, unter <http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/gesundheit-der-schweiz-fokus-chronische-erkrankungen>
- Schweizerisches Rotes Kreuz: Homepage mit diversen Unterlagen. <https://www.redcross.ch/de/srk-dienstleistungen/rotkreuz-notruf/sicherheit-rund-um-die-uhr>
- SECO *Fachkräftemangel in der Schweiz – ein Indikatorensystem zur Beurteilung der Fachkräftenachfrage in verschiedenen Berufsfeldern* (2014). B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basel. Gefunden am 01.11.2015, unter <http://www.seco.admin.ch/dokumentation/publikation/00008/05409/index.html?lang=de>
- Seifert, Alexander (2014). Soziale Unterstützung in der Nachbarschaft. Datenauswertung im Auftrag der Age Stiftung. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie, 03/2014.
- Steiger, Thomas & Lippmann, Eric (2003). *Handbuch Angewandte Psychologie für Führungskräfte*. Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Strohmeier Navarro Smith, Rahel (2012). *Alterspflege in der Schweiz, Ein föderal geprägtes Politikfeld im europäischen Vergleich*. Bern: Peter Lang AG, internationaler Verlag der Wissenschaften.
- Tesch-Römer, Clemens (2010). *Soziale Beziehungen alter Menschen*, Grundriss Gerontologie Band 8. Stuttgart: W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co.KG.
- Toleranz ist A und O einer guten Nachbarschaft. (2006, 30. August). Neuste Zürcher Zeitung. Online-Artikel gefunden am 07.10.2015, unter: <http://www.nzz.ch/articleEFEDA-1.56282>
- Trier, Matthias et al (2003). *Lernen im sozialen Umfeld*. QUEM-report, Heft 77. Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildungsforschung. Berlin. Gefunden am 01.11.2015, unter <http://www.abwf.de/content/main/publik/report/2003/Report-77.pdf>
- von Escher, Barbara (2011). *Freiwilligenarbeit und Alter – Chancen und Grenzen*. In Sozialalmanach Schwerpunkt: Das vierte Lebensalter. Luzern: Caritas-Verlag.

- Wächter, Matthias; Hafen, Martin; Bommer, Angela & Rabbi-Sidler, Sarah (2014). *Die Zukunft der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex. Standortbestimmungen und Ausblick*. Hochschule Luzern Wirtschaft und Soziale Arbeit. Gefunden am 30.06.2015, unter: <https://www.hslu.ch/de-ch/hochschule-luzern/forschung/projekte/detail/?pid=96>
- Wrzus, Cornelia; Hänel, Martha; Wagner, Jenny & Neyer J. Franz (2012). *Social Network Changes and Life Events Across the Lifespan: A Meta- Analysis*. Psychological Bulletin (2013), Vol. 139, No 1. American Psychological Association, Washington.
- Van Wezemaal, Joris (2014). *Über Massstäbe und Ideologien – Gedanken zum privaten Wohnen im Alter*, ein Essay im Age-Report 2014 (Höpflinger, François) Wohnen im höheren Lebensalter, Grundlagen und Trends, S. 211 – 221.
- Vicino Luzern. Homepage für weiterführende Informationen www.vicino-luzern.ch

7 Anhang

A Praxisbeispiele – Interviews mit Schlüsselpersonen

Folgende Organisationen wurden besucht, die Liegenschaft besichtigt und ein Interview mit den Schlüsselpersonen vor Ort durchgeführt. Die Auswahl erfolgte nach Anfrage an die Age-Stiftung Schweiz. Karin Weiss Stv. Geschäftsführerin und Leiterin Förderbeiträge der Age-Stiftung Schweiz stellte mir jene Adressen von Organisationen zu, welchen meinen Anforderungen am nächsten standen.

A1 Winterthur: Gaiwo – Genossenschaft für Alters- und Invalidenwohnungen

Einführung: Die gaiwo ist eine Genossenschaft in der Stadt Winterthur, welche erschwingliche Wohnungen für ältere Menschen und Menschen mit Behinderung erstellt, verwaltet und vermietet. Die gaiwo führt über das ganze Stadtgebiet Winterthur verteilt mehrere Liegenschaften mit unterschiedlichen Wohnungen. Sie wird von der Stadt Winterthur, von Firmen und Privaten breit getragen. Ein Teil der Wohnungen wird durch die öffentliche Hand gefördert. Für die Wohnungen gilt die reine Kostenmiete, dadurch werden die Mieten den Spekulationen entzogen. Die Behörden legen bei den unterstützten Wohnungen die höchstmögliche Miete fest und überwachen deren Einhaltung. Die Mieter sind keine Genossenschafter. Das oberste Ziel der gaiwo ist das Wohl, die Zufriedenheit und die Sicherheit ihrer Mieter, nicht die Rentabilität. Mit dem Angebot „Begleitetes Wohnen“ bietet die gaiwo niederschwellige Sicherheits- und Hilfeleistungen an. Diese Dienstleistungen gelten als integrierter Bestandteil eines Mietvertrages.

Interview mit Samuel Schwitter, Geschäftsführer der gaiwo

Weitere Informationen: www.gaiwo.ch

Termin: Montag, 31. August 2015, Ort: Siedlung Winterthur Seen

Grund der Gründung der Organisation: Die Industrie nach dem zweiten Weltkrieg wuchs in Winterthur, Arbeiter strömten mit ihren Familien in die aufstrebende Industriestadt. Eine geeignete Wohnung zu finden, war für viele schwierig, es herrschte Wohnungsnot. Viele ältere Personen blieben in ihren grossen Wohnungen, einerseits weil eine kleinere nicht bezahlbar war, andererseits weil keine vorhanden waren. So nahm sich anfangs der 50er Jahre eine Gruppe Winterthurer Persönlichkeiten aus Wirtschaft und Politik der Problematik an und gründete die Genossenschaft. Für die Verwaltung der Genossenschaft waren fünf ehrenamtlich arbeitende Personen zuständig.

Zielgruppe: In den 70er Jahren wurde das Angebot nicht nur auf ältere Menschen fokussiert, es wurde auch auf behinderte Menschen ausgerichtet und der Wohnungsbau wurde entsprechend ausgerichtet.

Dienstleistungsangebot seit 15 Jahren:

- Alle Wohnungen sind mit einem **Alarmrufgerät inkl. Fernbedienung** ausgestattet, angeschlossen ist dies an eine Notrufzentrale. Im Notfall ist ein Team im Einsatz, welches innert Stundenfrist vor Ort ist und Hilfeleistungen anbietet. Pro Monat benötigt es rund 12 Einsätze.

- Für jede Siedlung ist eine **Siedlungsleitung** zuständig (1 Stellenprozent pro Wohnung). Sie übernimmt die Wohnungsvermietung, ist Ansprechperson bei Anliegen (fixe Präsenzzeiten vor Ort, 1 Stunde pro Woche), vermittelt Unterstützung bei Bedarf, fördert die sozialen Kontakte in Form von Organisation von Anlässen, ist VernetzerIn nach innen und nach aussen zum Quartier oder zu anderen Anbietern. Besucht jede Mieterin, jeden Mieter einmal pro Jahr.
- Die gaiwo beschäftigt vollamtliche Quartierwarte. Sie sind zuständig für die Pflege der Umgebung, die Überwachung der technischen Anlagen sowie für **Kleinreparaturen**
- Geforderte aber nicht angebotene Dienstleistungen sind: **Wäsche waschen** und **Reinigungsarbeiten**
- **Nachbarschaftshilfe** wird teilweise gemacht, wird auch unterstützt. Es gibt einen Begrüssungspéro für Neumieter
- Der **Mahlzeitendienst** wird durch die Pro Senectute und die Spitex organisiert.
- Im Jahr 2014 fanden 1765 Ereignisse statt, an welchen Total 8974 Personen erreicht wurden. Diese unterteilen sich in 500 persönliche Besuche (550 erreichte Personen), 816 x Sprechstunde (3572 erreichte Personen), 26 Ausflüge (207 erreichte Personen), 215 Anlässe (2170 erreichte Personen) und 132 x Essen (2475 erreichte Personen). Total wurden dafür 3367 Stunden erbracht.

Finanzierung: Nebst der Wohnungsmiete (CHF 1300.--) und den Nebenkosten (CHF 108.--) wird eine Pauschale von CHF 160.-- / Monat verlangt. Die Genossenschaft selber bezahlt zusätzlich CHF 50.- pro Wohnung für das Angebot. Drei Notrufeinsätze pro Jahr sind darin enthalten. Die Genossenschaft geht davon aus, wenn es mehr als drei Notrufe benötigt, muss etwas unternommen werden (unzumutbarer Zustand). Das Genossenschaftskapital beträgt CHF 3,5 Mio. Die Mieter sind nicht Genossenschafter. Genossenschafter sind verschiedene Partnerorganisationen, aktuell sind dies rund 95 an der Zahl. Die Stadt Winterthur ist eine davon, sie zeichnet Anteilscheine in der gleichen Höhe wie die übrigen Genossenschafter. Der Stadtrat ist mit einem Sitz im Genossenschaftsrat vertreten.

Stärke: Für einen bezahlbaren Preis ein gutes Angebot. Auf bescheidenem Niveau kann schon sehr viel gemacht werden. Die Kinder der älteren Menschen sind dankbar. Die Leute können länger als üblich zu Hause wohnen bleiben.

Schwäche: Die Vernetzung in das Quartier fehlt, nur die gaiwo-Liegenschaften können vom Angebot profitieren.

Stärke und Schwäche: In Winterthur ist die gaiwo die einzige Genossenschaft mit solchen Projekten, die Stadt orientiert sich daher an diesem Angebot, was das „Begleitete Wohnen“ anbelangt.

FAZIT für vorliegende Handlungsanleitung «Wohnen zu Hause – auch im Alter»:

Die gaiwo orientiert sich hinsichtlich ihres Angebots „Begleitetes Wohnen“ „nur“ auf ihre Liegenschaften – eine Ausdehnung ins Quartier und eine Vernetzung mit anderen Organisationen ist nicht geplant. Die Exklusivität, was das «Wohnen zu Hause – auch für ältere Menschen» in einem Quartier ausmacht, deckt die gaiwo nicht ab. Mit ihren Dienstleistungen fokussiert sie auf ein sich abgeschlossenes System. Spannend ist die Art der Finanzierung. Nicht die Mieterinnen und Mieter sind Genossenschafter, sondern Partnerorganisationen wie die Kirchgemeinden, die Pro Senectute oder auch die Sulzer AG sowie weitere namhafte Firmen und Einzelpersonen. Die Stadt Winterthur ist die Hauptgenossenschafter indem sie jeweils Anteilschein der in der gleichen Höhe wie die übrigen Genossenschafter zeichnet und mit einem Sitz im Genossenschaftsrat vertreten ist.

Einführung: Zum QDZ Künzle-Heim gehören vier Häuser, eines davon ist das Alters- und Pflegeheim. Es liegt leicht erhöht über dem Zentrum der Stadt Schaffhausen und verfügt über eine eigene Bushaltestelle. Das Quartier verfügt über keine Infrastruktur, ausser einem kleinen Quartierladen und einem Restaurant

Interview mit Frau Monica Studer, Bereichsleiterin Alter Stadt Schaffhausen und Herr Werner Gasser, Leiter Künzle-Heim

weitere Informationen: <http://alterszentrum-emmersberg.ch/home.html>

Termin: Donnerstag, 10. September 2015, Alterszentrum Emmersberg Künzle-Heim, Schaffhausen

Grund der Gründung der Organisation: Die Stadt Schaffhausen hat im schweizerischen Vergleich einen sehr hohen Anteil an älteren Menschen, rund 20 %. Im Jahr 2003 wurde erstmals diese Thematik mit Einbezug von wichtigen Organisationen und der Öffentlichkeit diskutiert. Man entschied sich damals für die Strategie, die Alterspflege- und Betreuung in die Quartiere zu verlagern – Idee Quartierdienstleistungszentren (QDZ) – die Zusammenführung von ambulanter und stationärer Pflege und Betreuung. Ziel war, im Jahr 2015 vier solche QDZ zu führen. Das QDZ Altersheim Künzle-Heim war das erste QDZ, welches im Jahr 2010 entstand.

Ablauf: Das Ziel, die beiden Pflegebereich ambulant und stationär zusammenzuführen, bedingte eine grundlegende Strukturänderung, eine Ergänzung mit niederschweligen ambulanten Angeboten, ein neues System der Beratung vor Heimeintritten und die präventive Gesundheitsförderung. Die Spitex wurde „aufgelöst“ und dem Künzle-Heim unterstellt. Die Gesamtorganisation wurde neu dem Stadtrat unterstellt und wird heute durch eine Direktion geführt.

Zielgruppe: Rund 120 Bewohnerinnen und Bewohner im Heim (selbstständiges Wohnen und Betreutes Wohnen, Demenzabteilung mit acht Zimmern, halbambulantem Angebot drei Zimmer als Ferienbetten für Tages- und/oder Nachtaufenthalt, Quartierdienstleistungszentrum für ältere Menschen wohnhaft im Quartier.

Dienstleistungsangebot:

- Stationäre und ambulante Versorgung älterer Menschen mit medizinisch-pflegerischen Dienstleistungen und sozialer Betreuung wie hauswirtschaftliche Dienstleistungen und soziale Betreuung wie hauswirtschaftliche Angebote
- Wöchentliche Beratung Gesundheitsförderung und Prävention
- Internes Notrufsystem, externen Telealarm, Sicherheitsanruf
- Mittagstisch
- Fitness, Altersgymnastik, Thai-Massage
- Wöchentlicher Treffpunkt für Quartierinteressierte verbunden mit Anlass
- Diverse Unterhaltungsangebote
- Spitex im Heim
- Ambulatorium
- Angebote durch weitere Dienstleister im Heim selber: Coiffeur, Podologie, Physiotherapie, Mütter- und Väterberatung, Sozialberatung der Pro Senectute

Finanzierung: Grundsätzlich war kein Geld vorhanden, zwei Stiftungen sprachen eine Spende für das Projekt. Heute besteht eine Leistungsvereinbarung mit der Stadt Schaffhausen mit Defizitgarantie, das Budget muss eingehalten werden.

Stärke: Die Öffnung in das Quartier ist teilweise schon sehr gut gelungen hinsichtlich folgender Punkte:

- Den Mittagstisch besuchen jung und alt im Quartier
- Eingespielter Wäscheservice für alle mit Bring- und Holservice
- Wellness/Fitness und Massage für alle (auch für Personal)
- Raumvermietung auch extern für Anlässe
- Mahlzeitendienst wird durch die Pro Senectute ins Quartier geliefert
- Ein Ambulatorium wird durch die Spitex betrieben
- Jeden 1. Mittwoch im Monat findet ein Vortrag über das Alter im Heim statt, das Heim spendiert den Apéro (bspw. Organisationen, welche im Bereich Alter tätig sind, halten einen Vortrag über ihre Dienstleistungen)
- Ab BESA 4 können die Menschen ins Pflegeheim, sinkt die Stufe, können sie in eine Wohnung retour
- Die halbstationäre Abteilung entlastet die pflegenden Angehörigen (drei Zimmer sind mit zwei Betten belegt – je nachdem, wird das zweite Bett besetzt oder ist frei)
- Das Thema Alter wurde auch politisch gewichtet – heute ist ein Stadtrat für die Thematik zuständig
- Wöchentlich organisierte Quartierbegehungen bringen den Bedarf mit ins Projekt
- Eine eigene Quartierzeitung orientiert über die laufenden Aktualitäten

Schwächen:

- Im Projektaufbau war ersichtlich, dass die Umsetzung infolge der personellen Besetzung der Ursprungsorganisationen schwierig war. Durch einen Wechsel und eine klare Aufgaben-Kompetenz-Verantwortungsübertragung wurde der Prozess flüssiger und die Ziele wurden strukturiert verfolgt. Rückblickend wollte „man“ auch zu viel auf einmal: eine Strukturänderung und eine Anpassung des Angebots überforderte den Prozessverlauf.
- Die Hauswirtschaft ist stark bedarfsorientiert ausgerichtet, präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen werden noch zu wenig verfolgt.
- Die Nachbarschaftshilfe ist noch zu wenig stark organisiert, die Hauptaktivitäten finden im Heim statt – die Quartierbewohner treffen sich im Heim, was im Quartier selber abläuft, ist zu wenig bekannt.
- Der starke politische Einfluss macht das Projekt schwerfällig, der Prozess läuft langsam, die Kommunikation ist anspruchsvoll, viele wollen mitreden und mitentscheiden

FAZIT für vorliegende Handlungsanleitung «Wohnen zu Hause – auch im Alter»:

Eine grundsätzliche Umstrukturierung benötigt Zeit und die richtigen Menschen am richtigen Ort zur richtigen Zeit. Sobald die Politik involviert ist, dauert eine Umstrukturierung und Angebotsanpassung länger, die Kommunikation wird anspruchsvoller. Das heutige Angebot wird sehr pragmatisch umgesetzt, vieles ist möglich, was auch die Vernetzung ins Quartier ermöglicht. Braucht mal jemand einen Übergangsort im Heim, wird dieser spontan organisiert, auch eine spontane Übernachtung eines Angehörigen ist möglich. Das Heim repräsentiert sich als offenes Haus, in welchem man sich willkommen fühlt. Die ins Haus integrierte Demenzabteilung ist vorbildlich.

Einführung: Die Nachbarschaftshilfe Horgen (NBH) vermittelt alltägliche Dienstleistungen und ermöglicht soziale Kontakte zwischen Freiwilligen und Menschen, die persönliche Unterstützung möchten. Die NBH ist vernetzt tätig mit professionell sozial tätigen Institutionen in Horgen. Die NBH verbindet Generationen und soziale Schichten. Weder bei den Freiwilligen noch bei den Menschen, die persönliche Unterstützung suchen, bestehen soziale oder altersmässige Begrenzungen.

Interview mit Karl Conte, Abteilungsleiter Alter und Gesundheit und Elke Wurster, Siedlungs- und Wohnassistentin

Termin: Montag, 07. September 2015, Senioren Begegnungszentrum Baumgärtlihof, Horgen

weitere Informationen: www.nachbarschaftshilfe-horgen.ch

Grund der Gründung der Organisation: Ein Konflikt mit einer Organisation im Bereich der Beratung und Anlaufstelle gab den Anlass, selber eine solche auf der Gemeindeebene aufzubauen. Gemäss Conte ist der Vorteil daraus, dass der Prozess dadurch selber gesteuert werden kann. Der Start war 2014. Das Credo ambulant vor/und stationär gab den Ausschlag, dass die Organisationen stärker zusammenarbeiten sollten. Der Prozess wurde durch einen externen Berater begleitet.

Organisation: Wichtig ist sich die Frage zu stellen, wie erleben die Seniorinnen und Senioren das Angebot und welche Strukturen braucht es im Hintergrund. Im sogenannten Back-End sollen Strukturen geschaffen werden, bis im Front-End etwas sicht- und spürbar wird. Durch Einzelberatungen bilden sich Cluster-Themen, welche weiter bearbeitet werden sollen.

Zielgruppe: Rund 4000 Einwohnerinnen und Einwohner 65plus. Beratungen beziehen primär 75plus. Das Quartier wird selber in sehr kleine Einheiten definiert. In diesen Einheiten gibt es einen Kiosk, einen Hausarzt, Beizen, etc. Total hat die Gemeinde rund 20'000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Dienstleistungsangebot:

- Beratung bei Notsituationen und Krisen, Existentiellen Fragen, Gesundheitsfragen, Wohnform: zuhause oder im Heim, Wohnungsanpassungen
- Vermittlung von Spitex Pflege, Haushalthilfe, Mahlzeitendienst, Administrationservice, Notruf und Notruforganisation, Pflegeheimplätze, Nachbarschaftshilfe, gemeinsames Kochen und Essen, Freizeitangebote
- Helfen beim Ausfüllen der Patientenbeteiligung, beim Erstellen des Vorsorgeauftrages, beim Umzug ins Heim
- Klären von finanziellen Fragen (z. B. Zusatzleistungen), individueller Finanzhilfe, Anmeldung bei der Alterssiedlung
- Regeln vom Zahlungsverkehr, von Steuern, Briefe schreiben, Umgang mit Ämtern.
- Sämtliche Dienstleistungen werden entweder zu Hause oder im Büro der Anlaufstelle durchgeführt.
- Eine Nummer, welche für alle Anliegen zuständig ist

Finanzierung: Erfolgt über die Gemeinde. Die Beratungsleistungen durch die Siedlungs- und Wohnassistenz ist für die Einwohnerinnen und Einwohner gratis. Aus Sicht der Interviewpartner wird das gesamte Angebot (ambulant und stationär) durch Ergänzung von diesem Angebot für die Gemeinde günstiger.

Stärke: Vorteil ist, dass die Gemeinde direkten Zugang zu den Einwohnerdaten (GIS) hat. Da die NBH durch die Gemeinde getragen wird, wird sie auch von den Einwohnerinnen und Einwohnern akzeptiert. Die NBH organisiert so genannten Fachstellentreffen für einen gemeinsamen Austausch.

Die Gründung der Anlaufstelle brachte einen schnellen Erfolg. Für die Einwohnerinnen und Einwohnern ist es entlastend zu wissen, dass ihnen bei allen Fragen geholfen wird. Zudem findet ein Seniorenerevent statt, welcher ebenfalls auf gutes Echo stösst.

Es wird im Programm socius der Age-Stiftung teilgenommen, der Prozess wird somit begleitet und die Wirkung wird zu messen versucht.

Die institutionalisierte Nachbarschaftshilfe läuft gut, es ist ein grosses Potential vorhanden. Es kann vorkommen, dass die Siedlungs- und Wohnassistentin bei den Nachbarn selber klingelt, um Kontakt herzustellen (Vermittlung). Es gibt viele Menschen, die helfen möchten. Die Nachfrage ist jedoch gering. Die Möglichkeit besteht, soziale Verbindlichkeiten zu fördern.

Schwäche: Für gewisse Gruppen kann das Angebot bequem sein, so beispielsweise für die Liegenschaftsbesitzer. Bis anhin wird kein 24-Stunden-System sichergestellt.

Stärke und Schwäche: Bei der Gemeinde angesiedelt. Es stellt sich daher die Grundsatzfrage: Was ist Sache der Gemeinde, was der Privaten? Die Zusammenarbeit mit den wichtigsten Organisationen ist noch nicht etabliert.

FAZIT für vorliegende Handlungsanleitung «Wohnen zu Hause – auch im Alter»:

Das Angebot ist das fortschrittlichste im Bereich Wohnen zu Hause, auch für ältere Menschen. Die Ansätze entsprechen den Grundlagen der Handlungsanleitung, es konnten auch einige Inputs übernommen werden. Der grosse Vorteil ist, dass die Gemeinde das Angebot vollumfänglich stützt und vorantreibt, dadurch ist auch die Finanzierung sichergestellt. Der Nachteil ist, dass sich die Zusammenarbeit mit den verschiedenen wichtigen Organisationen (Spitex, Pro Senectute, etc.) eher etwas anspruchsvoll darstellt und der Zusammenarbeitsprozess eher zögerlich von sich geht. Spannend ist, dass im Projekt festgestellt wird, dass viele Menschen (Nachbarn) helfen möchten – im Gegenzug die Nachfrage jedoch gering ausfällt, oder eben (noch) nicht bekannt ist. Von Vorteil ist auch eine Telefonnummer, welche für sämtliche Anliegen zuständig ist.

Einführung: Die Baugenossenschaft Gstückt, welche im Jahr 1947 gegründet wurde, bezweckt die Erstellung von günstigem Wohnraum. Nebst verschiedenen Projekten realisierte die Genossenschaft mit dem Spatenstich im Jahr 2012 die Überbauung Soligänter in Bülach. Diese besteht aus 28 Alterswohnungen, 11 Familienwohnungen, 1 Pflegewohngruppe (16 Plätze), 1 Mehrzweckraum und 1 Café-Bistro mit Gartencafé. Das Bistro soll einem Quartiertreffpunkt dienen und für den Mahlzeitendienst für die Alterswohnungen besorgt sein. Die Bistroleiterin ist zugleich Siedlungsmoderatorin. Die Überbauung bezweckt ein Mehrgenerationenwohnen, welches die Nachbarschaftshilfe unterstützen und auch fördern soll.

Interview mit Peter Fehrlin, Präsident Baugenossenschaft Gstückt, Bülach

Termin: Montag, 31. August 2015, Wohnenplus-Überbauung Soligänter, Bülach

weitere Informationen:

<http://www.filmsoligänter.ch/die-siedlung/dienstleistungsmodell/index.html>

Grund der Gründung der Organisation: In der Kommission für Altersfragen von Bülach stellte man im Jahr 2008 fest, dass das Alterskonzept in Richtung ganzheitliches Pflegekonzept angepasst werden muss. Auf Initiative des Präsidenten der Baugenossenschaft Gstückt entsteht die Überbauung Soligänter.

Zielgruppe: Familien für die 11 Familienwohnungen und ältere Menschen, welche keine Pflege und Betreuung benötigen, jedoch in einer Alterswohnung wohnen möchten. Alle Mieterinnen und Mieter sollten das Interesse an Nachbarschaftshilfe mitbringen.

Dienstleistungsangebot:

- Bistro als Drehscheibenfunktion (konnte allerdings bis heute nicht im gewünschten Mass realisiert werden), Treff- und Kontaktstelle
- Bistro kann für Anlässe gemietet werden
- Notruf auf Knopfdruck
- Mahlzeitendienst für Alterswohnungen
- Kiosk eingerichtet im Bistro mit den nötigsten Lebensmittel
- Techniker (Hauswart) in der Überbauung für Reparaturen zuständig

Finanzierung: Die Age-Stiftung Schweiz hat für das Projekt einen Förderbeitrag geleistet. Der Rest wird über die Genossenschaft bzw. aus den Bistro- und den Mieteinnahmen finanziert. Die Pflegewohngruppe ist an die Stadt Bülach vermietet.

Stärke:

- Pflegewohngruppe in der Überbauung integriert (16 Plätze in 14 Zimmer), nur an Demenz erkrankte Personen sind dort wohnhaft
- Das Bistro ist geeignet als Treffpunkt, es ist grosszügig gestaltet und optimal für ältere Menschen eingerichtet, zudem steht es allen Quartierbewohnerinnen und -bewohnern offen.
- Ortsbus hält vor der Siedlung
- 24-Stunden Notrufsystem
- Mehrzweckraum steht für Anlässe/Turnen etc. zur Verfügung

Schwäche:

- die Doppelfunktion Bistroleitung und Moderatorin (Organisation von Anlässen, Beratung bei Notsituationen und Krisen, Existentiellen Fragen, Gesundheitsfragen, Wohnform: zuhause oder im Heim, Wohnungsanpassungen) konnte nicht umgesetzt werden. Das Anforderungsprofil für eine solche Doppelfunktion ist anspruchsvoll. Die Baugenossenschaft hat sich entschieden, die Funktion auf zwei Personen aufzuteilen.
- Zu wenig Dienstleistungsangebote wie bspw. Reinigung, Waschservice (Betreuungsangebote)
- Kontakt untereinander zu wenig etabliert
- Einige bauliche Schwächen: die Küchen sind nicht altersgerecht (gewisse Geräte sollten höher sein), die Duschen sind nicht optimal
- Die ursprüngliche Idee, dass sich Familien und ältere Personen gegenseitig unterstützen funktioniert (noch) nicht optimal
- Das Bistro kann (noch) keine Gewinne erwirtschaften

FAZIT für vorliegende Handlungsanleitung «Wohnen zu Hause – auch im Alter»:

Gut gelungen ist die Integration einer Pflegewohnung für Menschen, welche an Demenz erkrankt sind und die Möglichkeit, die Räumlichkeiten eines Bistros für eine unabhängige Informations- und Treffpunktstelle quartierweit zu nutzen. Leider ist diese Umsetzung bis heute noch nicht zufriedenstellend vollzogen. Die Baugenossenschaft bleibt jedoch hartnäckig und wird weiterhin das geplante Dienstleistungsangebot sowie die generationsübergreifende Nachbarschaftshilfe vorantreiben.