Age Report IV

# Wohnen in den späten Lebensjahren

## Grundlagen und regionale Unterschiede

François Höpflinger, Valérie Hugentobler, Dario Spini (Hrsg.)

Seismo

Das gedruckte Buch erhalten Sie hier.

# Age Report IV

# Wohnen in den späten Lebensjahren

## Grundlagen und regionale Unterschiede

**François Höpflinger, Valérie Hugentobler**

**und Dario Spini (Hrsg.)**

## Arbeitsmaterialien auf www.age-report.ch

Auf der Age-Report-Website können diverse Arbeits- und Zusatzmaterialien heruntergeladen werden (www.age-report.ch). Hinweise zu den Nutzungsbedingungen sind im Downloadbereich zu finden.

## Wohnerhebung 2018

Der Age Report IV greift auf Daten der vierten Age-Wohnerhebung (2018) zurück. Schweizweit wurden insgesamt 2676 65-jährige oder ältere Personen interviewt. Befragt wurden zwei Gruppen: Personen, die in Privathaushalten leben, sowie Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen.

## Age-Stiftung in Kürze

Die Age-Stiftung legt ihren Fokus auf Wohnen und Älterwerden. Dafür fördert sie Wohn- und Betreuungsangebote in der deutschsprachigen Schweiz mit finanziellen Beiträgen. Sie engagiert sich für inspirierende zukunftsfähige Lösungen und informiert über gute Beispiele. Als Herausgeberin von Studien und Dokumentationen fördert die Age-Stiftung die Verbreitung von Grundlagenwissen und neuen Erkenntnissen zum Wohnen im Alter. Weitere Informationen auf http://www.age-stiftung.ch

## Fondation Leenaards in Kürze

Die Fondation Leenaards will die kreative Dynamik im Genferseeraum fördern. Sie unterstützt Initiativen, die gesellschaftliche Veränderungen in den Bereichen Kultur, Alter, Gesellschaft und Wissenschaft antizipieren, hinterfragen und fördern. Im Bereich Alter & Gesellschaft unterstützt die Stiftung Projekte, welche die Lebensqualität älterer Menschen erhöhen, damit die gestiegene Lebenserwartung zu einer Chance für den Einzelnen und die Gesellschaft werden kann. Weitere Informationen auf https://www.leenaards.ch

Age Report IV

# Wohnen in den späten Lebensjahren

## Grundlagen und regionale Unterschiede

François Höpflinger, Valérie Hugentobler
und Dario Spini (Hrsg.)

Seismo

Publiziert von
Seismo Verlag, Sozialwissenschaften und Gesellschaftsfragen AG
Zürich und Genf

http://www.seismoverlag.ch
E-mail: buch@seismoverlag.ch

Texte © die Autorinnen / die Autoren 2019

Umschlag, Infografiken, Illustrationen, Tabellen:
anamorph.ch (Marcel Schneeberger und Aurel Märki)
Deutsche Übersetzungen: Madeleine Bachmann, Karin Schranz Müller,
Andreas Pfeuffer
Konzept und Redaktion: Andreas Sidler, Age-Stiftung

ISBN 978-3-03777-199-0 (Print)
ISBN 978-3-03777-729-9 (PDF)
DOI: https://doi.org/10.33058/seismo.30729

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung – nicht kommerziell – keine Bearbeitung 4.0 international Lizenz

Der Seismo Verlag wird vom Bundesamt für Kultur
mit einer Förderprämie für die Jahre 2019–2020 unterstützt.

# Inhalt

Vorwort 9

**Teil 1 Aktuelle Daten im Kontext gesellschaftlicher Entwicklungen und sprachregionaler Besonderheiten 11**

1 Demografische Entwicklungen – demografische Alterung und Langlebigkeit 13

1.1 Demografische Alterung im Überblick 15
1.2 Auch die Migrationsbevölkerung altert 16
1.3 Erhöhte Lebenserwartung – hin zu einer Gesellschaft des langen Lebens 18
1.4 Zukunftsperspektiven zur Lebenserwartung 20

2 Lebensorientierungen und Gesundheit im höheren Lebensalter 25

2.1 Altern neuer Generationen älterer Menschen 27
2.2 Zu Hause lebende Menschen – Gesundheit im höheren Lebensalter 30

3 Haushaltsstrukturen und Lebensformen im höheren Lebensalter 43

3.1 Trend zu Kleinhaushaltungen 45
3.2 Partnerschaften im Alter 46
3.3 Einsamkeit im Alter 50
3.4 Wohnen in einem Alters- und Pflegeheim 52

4 Wirtschaftliche Lage im Alter und Wohneigentumsverhältnisse 57

4.1 Einschätzung der finanziellen Lage – regionale und soziale Unterschiede 59
4.2 Armutsgefährdung im Alter und Folgen 62
4.3 Wohnausgaben und Einschätzung der Mietkosten 64
4.4 Wohneigentum im höheren Lebensalter 66

5 Wohnumgebung und Nachbarschaftsbeziehungen 75

5.1 Zur Qualität der Wohnumgebung 77
5.2 Allgemeine Verbundenheit mit der Wohnumgebung 78
5.3 Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Wohnumgebung 80
5.4 Probleme der Wohnumgebung und erlebte Unsicherheit 82
5.5 Nachbarschaftsbeziehungen 86

6 Wohnungswechsel und Wohnmobilität im dritten und vierten Lebensalter 93

6.1 Wohndauer im Alter 95
6.2 Zur Häufigkeit eines Wohnorts- und Wohnungswechsels im Alter 96
6.3 Mögliche Motive für einen Umzug und allgemeine Umzugsabsichten 100

7 Wohnstandard, altersgerechte Wohnausstattung und Wohnzufriedenheit 107

7.1 Wohnqualität, Zimmerzahl und Einschätzung der Wohnungsgrösse 109
7.2 Wohnung und Wohnzugang – hindernisfrei oder nicht 110
7.3 Allgemeine Wohnzufriedenheit und Einflussfaktoren auf Wohnzufriedenheit 114

8 Wohnbedürfnisse, Wünsche und Perspektiven im und für das Alter 121

8.1 Wichtige Wohndimensionen 123
8.2 Beurteilung zukünftiger Wohnoptionen 127

9 Hilfebedarf, technische Hilfsmittel und Wohnformen mit Unterstützung 139

9.1 Einschränkungen der Alltagsaktivitäten und Hilfekonstellationen 141
9.2 Alter und Technik – länger zu Hause leben dank technischer Hilfsmittel? 145
9.3 Betreutes Wohnen – Wohnen mit Unterstützung 149
9.4 Demenzielle Erkrankungen – als Herausforderung für Wohnen im Alter 155

**Teil 2 Wohnen und Vulnerabilität in den späten Lebensjahren. Beiträge zur Themenvertiefung** **161**

10 Wohnen und Vulnerabilität: Überlegungen und Handlungsansätze | Dario Spini und Valérie Hugentobler 163

11 Heimat und die Bedeutung des Vergangenen: soziale Bindungen im Alter | Christine Matter 173

12 Wohnen im sehr hohen Alter: Familiale Herausforderungen im Spannungsfeld räumlicher und emotionaler Distanzen | Daniela S. Jopp, Claudia Meystre, Charikleia Lampraki und Kathrin Boerner 183

13 Zu Hause wohnen im hohen Alter. Die angestammte Wohnung zwischen Halt und Herausforderung | Barbara Masotti 195

14 Vergleich der Wohnbedingungen von älteren Personen mit und ohne Migrationshintergrund | Claudio Bolzman und Slim Bridji 205

15 Hilfe organisieren, wenn die Vulnerabilität älterer Menschen zunimmt | Ricarda Ettlin 217

16 Wohngemeinschaften: Eine alternative Wohnform für an Alzheimer erkrankte Menschen | Maurice Avramito und Valérie Hugentobler 227

17 Eine Evolution, keine Revolution! Ein Blick auf die Architektur der Waadtländer Alters- und Pflegeheime | Bruno Marchand 241

18 Wohnzufriedenheit dank kultursensiblem Umfeld: Die «mediterranen» Abteilungen als Vorbild? | Minou Afzali 249

19 Das «gute Sterben» gestalten: Lebensende im Heim | Eva Soom Ammann, Corina Salis Gross und Gabriela Rauber 259

**Teil 3 Synthese** **269**

Leben und Wohnen im Alter – sprachregionale Unterschiede im Überblick | François Höpflinger 271

Schlussbemerkungen | Valérie Hugentobler, Dario Spini 275

Literatur 281

Verzeichnis der Abbildungen 297

Abkürzungen 303

Verwendete Datenquellen 305

Autorinnen und Autoren 311

# Vorwort

Seit 2004 gibt die Age-Stiftung alle fünf Jahre den Age Report heraus. Grundlage dafür ist eine repräsentative Age-Befragung älterer Menschen über ihre Wohnwünsche und -bedürfnisse sowie zur aktuellen Wohnsituation.

In dieser vierten Ausgabe nimmt der Report eine gesamtschweizerische Perspektive ein. Die Wohnerhebung wurde 2018 erstmals in allen Sprachregionen durchgeführt. Über 2500 Frauen und Männer ab 65 gaben in mündlichen Interviews Auskunft über ihr Wohnerleben.

Dass der Age Report nun die ganze Schweiz umfasst, ist der Kooperation zwischen der Age-Stiftung und der Fondation Leenaards zu verdanken. Beide Stiftungen sind durch ihren Zweck geografisch begrenzt und hoffen, mit der Kooperation den Diskurs über die Landesteile hinaus zu verbessern. Das Buch spricht ein breites Publikum an, denn um gute Lebensgrundlagen zum Älterwerden zu schaffen, braucht es das Zusammenwirken verschiedener Disziplinen. Der Age Report soll Fachleuten aus der Wohnwirtschaft, aus Forschung, Entwicklung, Politik und Wirtschaft eine gemeinsame Wissensgrundlage bieten.

François Höpflinger, Herausgeber des Age Reports, legt im ersten Teil ein besonderes Augenmerk auf die Unterschiede zwischen den Sprachregionen und stellt zwischen ihnen bedeutsame Unterschiede fest. Der zweite Teil richtet seinen Fokus auf vulnerable Menschen. Dabei wird gezeigt, wie stark das Wohnen und Leben im hohen und sehr hohen Alter von der Qualität des sozialen Umfeldes abhängen. Dario Spini und Valérie Hugentobler lassen als Co-Herausgeber bzw. Co-Herausgeberin Forschende aus unterschiedlichen Disziplinen und Landesteilen zu Wort kommen.

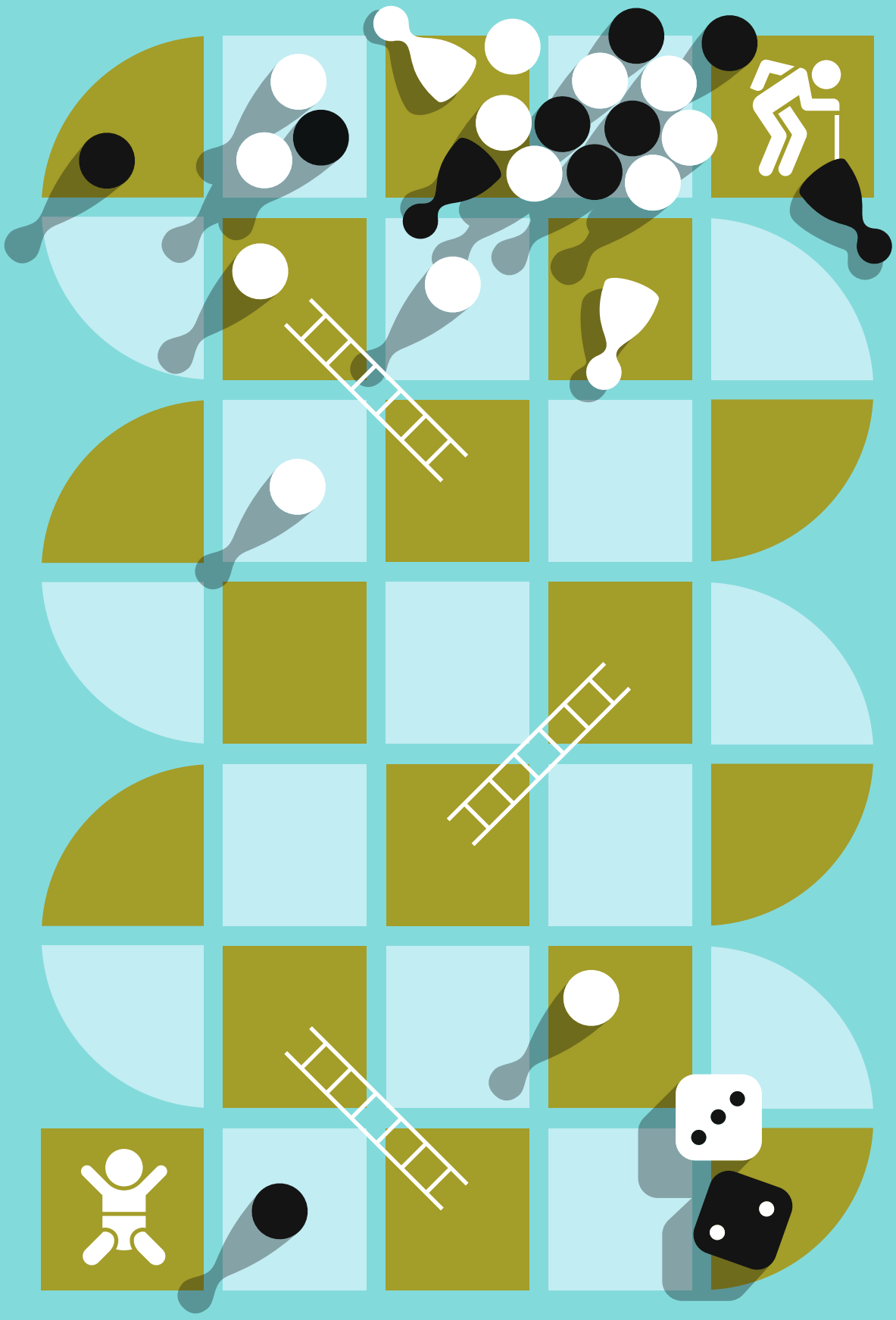
Der aktuelle Age Report erscheint zum ersten Mal gleichzeitig in Buchform wie auch als frei zugängliches Dokument zum Download (www.age-report.ch). Wir hoffen, dass die Lektüre unsere Leserinnen und Leser inspiriert: Sei es beim Sammeln von Fakten für angeregte Diskussionen, sei es beim Nachschlagen von Zahlen für fruchtbare Planungsarbeiten oder sei es auf der Suche nach Inspiration bei der Entwicklung neuer Ideen.

Age-Stiftung
Antonia Jann

Fondation Leenaards
Peter Brey

# Teil 1

# Aktuelle Daten im Kontext gesellschaftlicher Entwicklungen und sprachregionaler Besonderheiten



# 1
# Demografische Entwicklungen – demografische Alterung und Langlebigkeit

# Inhaltsübersicht

1.1 Demografische Alterung im Überblick

1.2 Auch die Migrationsbevölkerung altert

1.3 Erhöhte Lebenserwartung – hin zu einer Gesellschaft des langen Lebens

1.4 Zukunftsperspektiven zur Lebenserwartung

Merksätze

## 1.1 Demografische Alterung im Überblick

*Altern geburtenstarker Jahrgänge:* Um 2010 erreichten die ersten geburtenstarken Nachkriegsjahrgänge das 65. Altersjahr. Auch in den kommenden Jahren erreichen viele sogenannte «Babyboomer» das Rentenalter. In den Nachkriegsjahrzehnten kam es zu zwei Geburtenspitzen. Die Geburtenraten lagen 1943 bis 1950 bei 240 Kinder pro 100 Frauen und höher. 1951 bis 1956 lagen sie leicht tiefer, um 1957 bis 1966 erneut 240 bis 260 Geburten pro 100 Frauen zu erreichen. Damit sind bis heute mit den Jahrgängen 1943 bis 1950 bereits besonders geburtenstarke Jahrgänge ins Rentenalter eingetreten. Mit den Jahrgängen 1957 bis 1966 werden in den nächsten Jahren weitere folgen. Das Altern der geburtenstarken Babyboom-Generation – die selber weniger Kinder zur Welt brachten als ihre Elterngeneration – ist der Hauptauslöser für eine verstärkte demografische Alterung der Bevölkerung.

*Geringe Geburtenraten und erhöhte Lebenserwartung:* Nach 1966 sanken die Geburtenraten rasch. Seit 1972 liegt sie in der Schweiz deutlich unter 200 Geburten pro 100 Frauen. Es ist eine Geburtenrate, die langfristig zu einem Rückgang der Wohnbevölkerung führen wird. Daneben trägt aber auch eine erhöhte Lebenserwartung zu demografischen Verschiebungen bei. Die Schweiz und andere europäische Länder erfahren damit einen doppelten demografischen Alterungsprozess: Einerseits erhöhen sich Zahl und Anteil älterer Menschen aufgrund tiefer Geburtenraten. Das ist die demografische Alterung von unten. Andererseits trägt eine erhöhte Lebenserwartung dazu bei, dass Zahl und Anteil der 80-jährigen und älteren Menschen rasch ansteigen. Das führt zur demografischen Alterung von oben.

*Szenarien zur Entwicklung des Anteils an älteren Menschen:* Sowohl der Anteil der 65- bis 79-jährigen Personen als auch der Anteil der 80-jährigen und älteren Menschen wird sich in den nächsten Jahrzehnten rasch erhöhen. In den kommenden Jahren werden alle Kantone der Schweiz eine entsprechende demografische Alterung erleben, wenn auch in unterschiedlichem Ausmass (BFS, 2016a). Waren 2015 18% der schweizerischen Wohnbevölkerung älter als 64 Jahre, dürften es 2035 mehr als 24% sein. Nach 2035 wird sich der Anteil der 65- bis 79-jährigen Personen aufgrund des Eintretens geburtenschwächerer Jahrgänge ins Rentenalter wieder leicht verringern. Der Anteil der 80-jährigen Personen dürfte hingegen weiter ansteigen. Im Jahr 2045 dürfte jede zehnte Person in der Schweiz zu ihnen zählen.

Abb. 1.1

Die Veränderung der Bevölkerungszahl in der Schweiz ist allerdings von diversen Entwicklungen abhängig. So kann ein erneuter Geburtenanstieg zu einer demografischen Verjüngung beitragen. Umgekehrt könnte ein Rückgang der

Lebenserwartung – etwa aufgrund einer medizinisch nicht behandelbaren Epidemie – den zahlenmässigen Anstieg alter Menschen bremsen. Bedeutsam sind auch Zuwanderungs- und Abwanderungsprozesse. So hat die Schweiz die reduzierte Geburtenzahl – und den daraus resultierenden Mangel an Erwerbspersonen – in den letzten Jahrzehnten durch Zuwanderung kompensiert. Da die allermeisten Zugewanderten jung sind, bremst Zuwanderung zumindest vorübergehend die demografische Alterung der Wohnbevölkerung der Schweiz.

## 1.2 Auch die Migrationsbevölkerung altert

*Ausländische Nationalität und ausländischer Geburtsort im Alter:* In den letzten Jahrzehnten erreichten mehr Migranten und Migrantinnen der ersten Einwanderergenerationen das Rentenalter. Ein Teil kehrte mit der Pensionierung in ihr Heimatland zurück. Viele verblieben dagegen familienbedingt im Alter in der Schweiz. Damit hat sich der Anteil älterer Ausländer und Ausländerinnen erhöht. Dazu kommen Personen, die inzwischen eingebürgert wurden. So sind 23% der 80- bis 84-jährigen Personen der Schweiz im Ausland geboren, aber nur 10% verfügen nicht über einen Schweizer Pass.

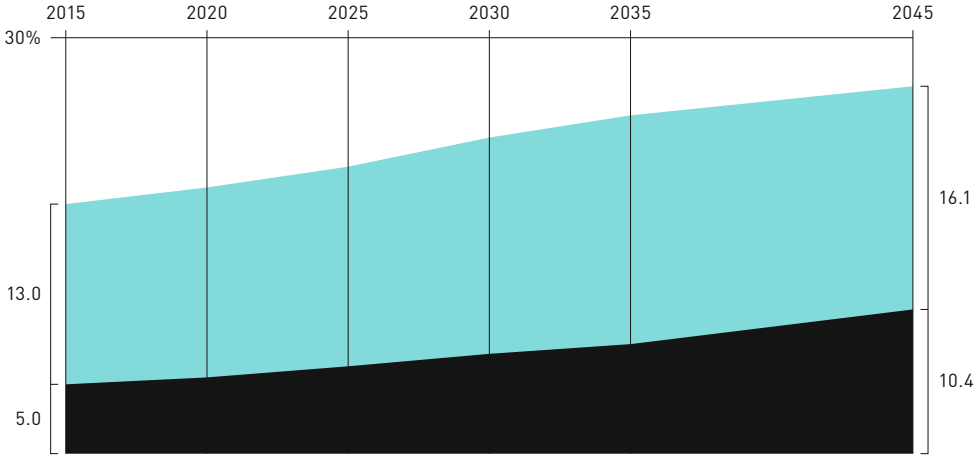
Abb. 1.2

*Steigende Zahlen an älteren Migranten und Migrantinnen:* Zahl und Anteil älterer und alter Menschen, die aus anderen Ländern in die Schweiz gezogen sind, hier gearbeitet haben und hier alt werden, steigen künftig weiter an. Dies erhöht den Bedarf nach migrationsbezogenen Altersangeboten. Dabei kann es sich um Beratung im Entscheid zwischen Rückkehr ins Herkunftsland und Verbleib in der Schweiz handeln oder um kultursensible Angebote bei der Pflege alter Migrantinnen und Migranten (Hungerbühler, Bisegger 2012). Vor allem in Städten werden vermehrt «mediterrane» Pflegeangebote für alt gewordene Südeuropäerinnen organisiert.[1] Besonders anspruchsvoll werden Pflege und Betreuung bei alten Migranten und Migrantinnen, die traumatische Erlebnisse wie Krieg, Flucht oder eine langjährige Trennung von ihrer Familie zu bewältigen hatten. Im hohen Lebensalter können demenzielle Erkrankungen zudem dazu beitragen, dass Zweitsprachkenntnisse verloren gehen und verbale Kommunikation – wenn überhaupt – nur noch in der Herkunftssprache möglich ist (Schweizerisches Rotes Kreuz 2013).

1 Zu «mediterranen» Pflegeangeboten vgl. Beitrag Afzali in diesem Band.

## Anteil Personen im höheren Lebensalter an der ständigen Wohnbevölkerung: Entwicklung von 2015 bis 2045

1.1

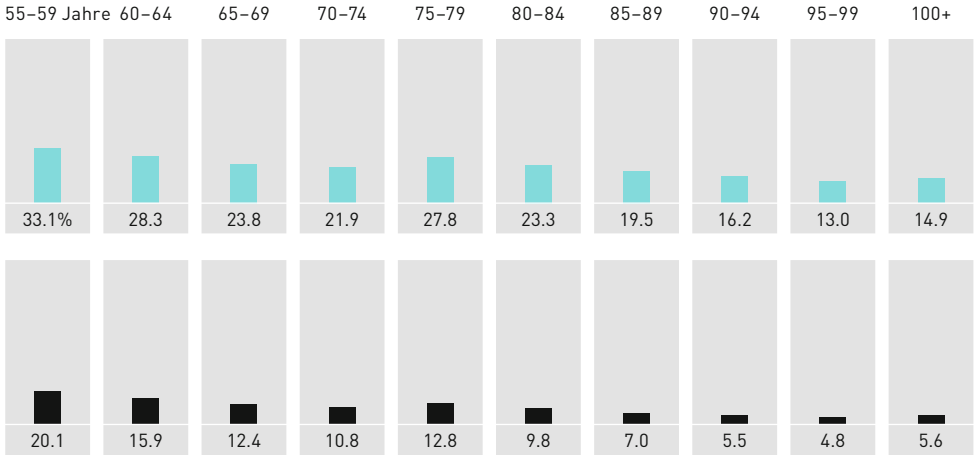



65–79 Jahre ■ 80+

Quelle: BFS 2015. Basis für 2045: Referenzszenario (A-00-2015).
Das Referenzszenario beruht auf der Fortsetzung der Entwicklungen der letzten Jahre.

## Anteil Personen mit ausländischem Geburtsort oder ausländischer Nationalität an der ständigen Wohnbevölkerung 2016

1.2




Im Ausland geboren (Schweizer und Ausländer) ■ Ausländer/in

Quelle: BFS 2016 (STAT-TAB).

## 1.3 Erhöhte Lebenserwartung – hin zu einer Gesellschaft des langen Lebens

*Stetiger Anstieg der Lebenserwartung:* Die letzten Jahrzehnte waren durch einen stetigen Anstieg der Lebenserwartung gekennzeichnet, der aufgrund kulturpessimistischer Ansichten lange Zeit unterschätzt blieb: Im 1990 publizierten Demographiebericht AHV (BFS, 1990) wurde beim Referenzszenario bis 2010 eine Erhöhung der Lebenserwartung bei Männern auf 76.2 Jahre und bei Frauen auf 82.0 Jahre geschätzt. Die faktische Lebenserwartung lag 2010 jedoch deutlich höher. Bei den Frauen entsprach sie dem Szenario «erhöhte Lebenserwartung» (geschätzt: 84.7 Jahre, faktisch: 84.6 Jahre). Deutlich unterschätzt wurde hingegen der Aufholtrend bei den Männern (geschätzte Lebenserwartung für Männer 2010: 77.4 Jahre, faktisch: 80.2 Jahre). Auch nach 2010 hat sich die Lebenserwartung weiter leicht erhöht: bis 2017 auf 81.4 Jahre für Männer und 85.4 Jahre für Frauen. Auffallend ist, dass sich auch die Restlebenserwartung im hohen Alter erhöht hat. Nicht nur werden mehr Menschen alt, sondern alte Menschen leben heute auch länger als früher.

Abb. 1.3

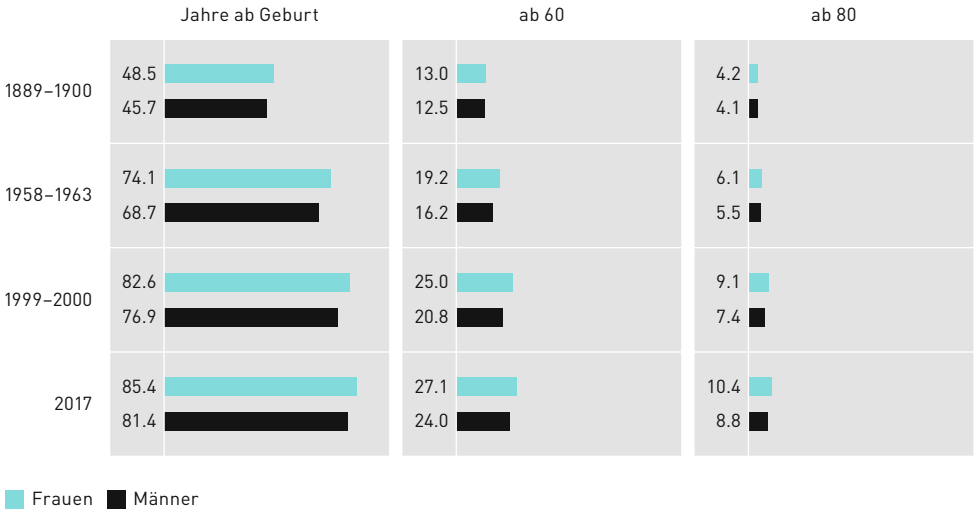
*Geschlechtsbezogene Unterschiede:* Geschlechtsbezogene Unterschiede des Lebensstils tragen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden der Lebenserwartung bei. So pflegen Männer häufiger einen risikoreichen und aggressiven Lebensstil, was ihre höheren Werte bei Suizidraten, Unfallmortalität und suchtbedingter Mortalität widerspiegeln. Frauen dagegen zeigen weniger oft ein gesundheitsschädigendes Verhalten und sie konsultieren Ärzte früher und regelmässiger. Daneben spielen auch biologische Differenzen eine Rolle: Beispielsweise sensibilisiert der Monatszyklus Frauen stärker für körperliche Irregularitäten. Frauen profitieren generell von einem differenzierteren Immunsystem, da ein Frauenkörper zwischen erlaubtem Zellwachstum (Schwangerschaft) und krankhaftem Zellwachstum (Krebs) zu unterscheiden hat.

Dass solche immunologischen Faktoren zu Unterschieden zwischen der männlichen und weiblichen Lebenserwartung führen, kann nur in Gesellschaften statistisch nachgewiesen werden, in denen moderne medizinische Behandlung grundsätzlich allen zugänglich ist. Anderenfalls wird ihr Einfluss durch die weit stärkeren Faktoren der sozialen Ungleichheit überlagert.

Der Anstieg der Lebenserwartung fiel bei Männern in der Schweiz in den letzten Jahrzehnten höher aus als bei Frauen, womit sich die geschlechtsbezogenen Unterschiede in der Lebenserwartung wieder reduziert haben. Seit 1990 hat sich die Differenz zwischen Frauen und Männern in der durchschnittlichen Lebenserwartung von fast 7 Jahren auf nur noch 4 Jahre verringert. Einer der Gründe ist Lungenkrebssterblichkeit, die bei Frauen häufiger wurde, bei Männern hingegen eine abnehmende Tendenz zeigte. Gleichzeitig haben sich auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede von Unfallmortalität

## Durchschnittliche Lebenserwartung: Entwicklung von 1889 bis 2017

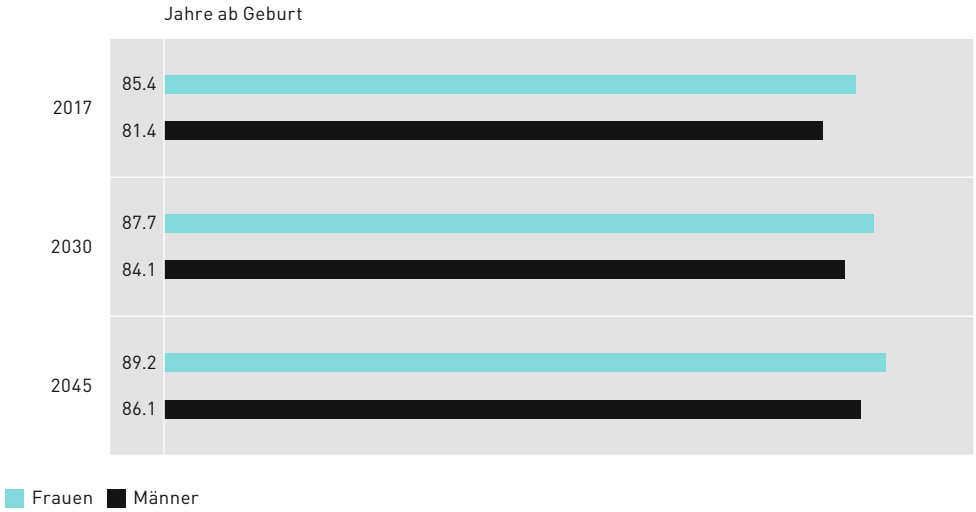
1.3




Quellen: Schweizerische Sterbetafeln; Statistische Jahrbücher der Schweiz.

## Lebenserwartung ab Geburt für 2017, 2030 und 2045

1.4




Quelle: BFS 2015/2017b. Basis für 2030, 2045: Referenzszenario (A-00-2015).
Das Referenzszenario beruht auf der Fortsetzung der Entwicklungen der letzten Jahre.

und Suizidalität reduziert, auch wenn hier Männer weiterhin deutlich höhere Risikoraten aufweisen.

## 1.4 Zukunftsperspektiven zur Lebenserwartung

*Die weitere Entwicklung der Lebenserwartung ist umstritten:* Einerseits können medizinische Fortschritte (speziell bei kardiovaskulären Erkrankungen und Tumorbehandlungen) sowie soziale Entwicklungen – wie ein besseres Bildungsniveau neuer Generationen alter Menschen – zu einer weiteren Erhöhung der Lebenserwartung beitragen. Andererseits zeigen sich bei einigen Bevölkerungsgruppen negative gesundheitliche Trends, wie vermehrtes Übergewicht. Der Anteil von Personen mit starkem Übergewicht (Body-Mass-Index von 30 und mehr) ist auch in der Schweiz angestiegen. Auch Antibiotika-Resistenz oder das Auftreten einer schweren Grippeepidemie könnten die Lebenserwartung speziell älterer Menschen negativ beeinflussen.

*Experten-Szenarien sind eher optimistisch:* Insgesamt wird für hoch entwickelte Regionen mit ausgebauter sozio-medizinischer Versorgung von einer weiter ansteigenden Lebenserwartung ausgegangen. So kommt eine internationale Studie, welche die zukünftige Lebenserwartung gemäss 21 unterschiedlichen Szenarien analysierte, zum Schluss, dass in wohlhabenden Ländern eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit für ein weiteres Ansteigen der Lebenserwartung besteht. Weniger klar sind die Szenarien für wirtschaftlich schwächere oder krisengeplagte Länder (Kontis et al. 2017). Auch das Bundesamt für Statistik rechnet in seinen Bevölkerungsszenarien für die Schweiz mit einer weiteren Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung.

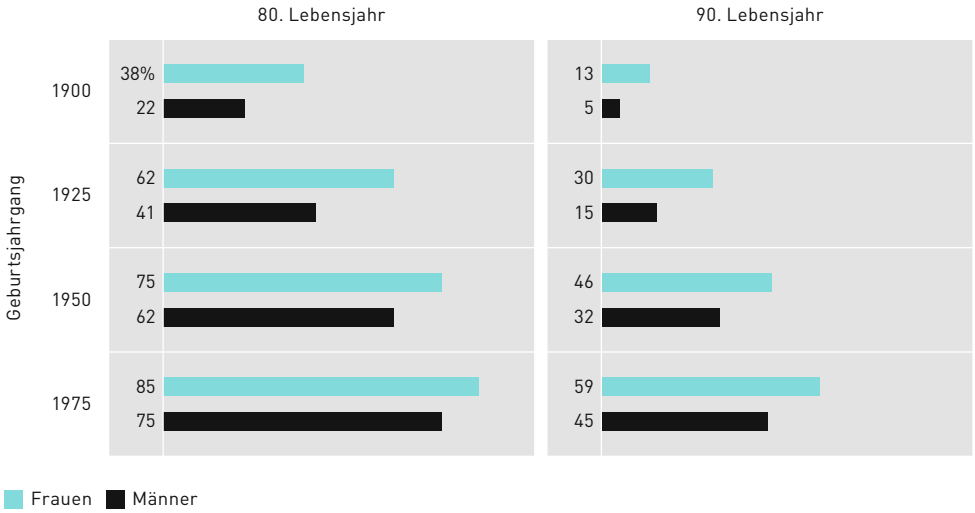
Abb. 1.4

*Periodendaten versus Kohortendaten:* Ein wesentlicher Nachteil der bisher vorgestellten Zahlen zur durchschnittlichen Lebenserwartung besteht darin, dass es sich um eine relativ abstrakte Zahl handelt, die wenig darüber aussagt, wie viele Frauen und Männer ein bestimmtes Alter erreichen. Die durchschnittliche Lebenserwartung hat noch einen weiteren statistischen Nachteil: Bei ihrer Berechnung summiert sie auf Basis der Periodensterbetafel die Sterblichkeit unterschiedlicher Generationen bzw. Geburtsjahrgänge – von den Neugeborenen bis zu den 100-jährigen Menschen. Dies hat zur Folge, dass die Lebenserwartung jüngerer Menschen systematisch unterschätzt wird.

Methodisch besser sind sogenannte Kohortensterbetafeln. Sie zeigen auf, wie viele Frauen und Männer aus verschiedenen Generationen ein bestimmtesAlter erreichten bzw. erreichen dürften (Menthonnex 2015). Abbildung 1.5 illustriert – basierend auf der Überlebensordnung unterschiedlicher Geburtsjahrgänge – für ausgewählte Geburtsjahrgänge die Wahrschein-

## Personen, die das 80. und 90. Lebensjahr erreichten bzw. erreichen werden: Anteile nach Geburtsjahrgängen

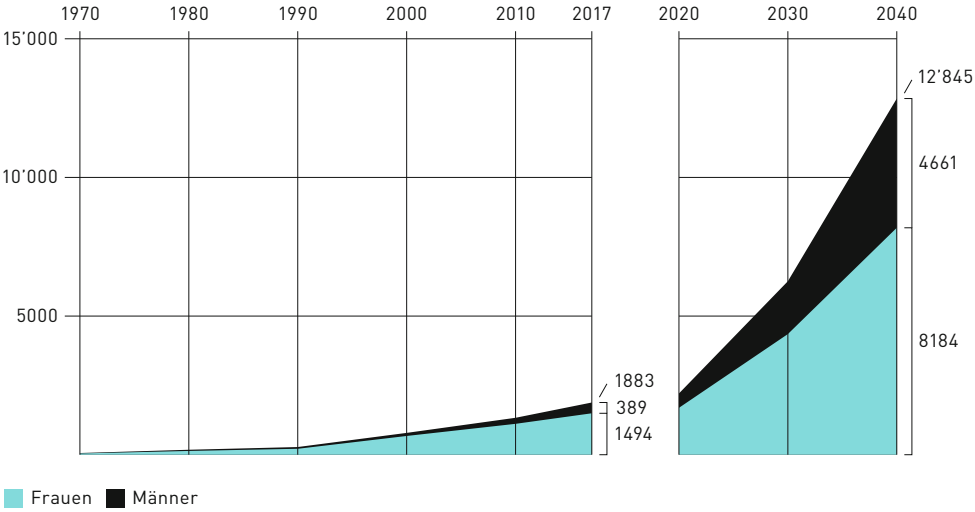
1.5




Quelle: Menthonnex 2015.

## Anzahl 100-jähriger und älterer Personen: Entwicklung von 1970 bis 2040

1.6




Quelle: BFS 2015/2017b. Basis für 2020, 2030, 2040: Referenzszenario (A-00-2015).

Abb. 1.5

lichkeit, den 80. oder den 90. Geburtstag feiern zu können. Während nur 13% der 1900 geborenen Frauen 90 Jahre und älter wurden, waren es schon 30% der 1925 geborenen Frauen. Und bei den nachkommenden Jahrgängen dürften es noch wesentlich mehr sein. Analoge Trends – wenn auch mit tieferen Werten – ergeben sich bei Männern.

*Entwicklung der 100-jährigen und noch älteren Menschen:* Aufgrund der erhöhten Lebenserwartung auch alter Menschen steigt die Zahl von 100-jährigen und noch älteren Menschen in der Schweiz rasch an. Bis in die 1970er-Jahre waren es nur wenige Menschen, die den 100. Geburtstag feiern konnten. Seither hat sich ihre Zahl rasch erhöht, und sie wird in den nächsten Jahrzehnten weiter ansteigen. Wie heute werden es auch inskünftig grossmehrheitlich Frauen sein, die ein so hohes Alter erreichen.

Abb. 1.6

*Sterbealter – nach oben verschoben:* Die hohe allgemeine Lebenserwartung führt umgekehrt betrachtet dazu, dass sich auch das Sterbealter nach oben verschoben hat. Zahl und Anteil an Menschen, die frühzeitig versterben, sind gesunken. Gegenwärtig liegt die Spitze der Todesfälle bei Personen im Alter von 85 bis 90 Jahren. Nicht immer, aber immer häufiger betrifft die Pflege am Lebensende (palliative Pflege) hochaltrige Menschen, die – weil sie früheren Generationen entstammen – durch andere Lebens- und Sterbenormen geprägt sind als jüngere Menschen oder Pflegefachpersonen.

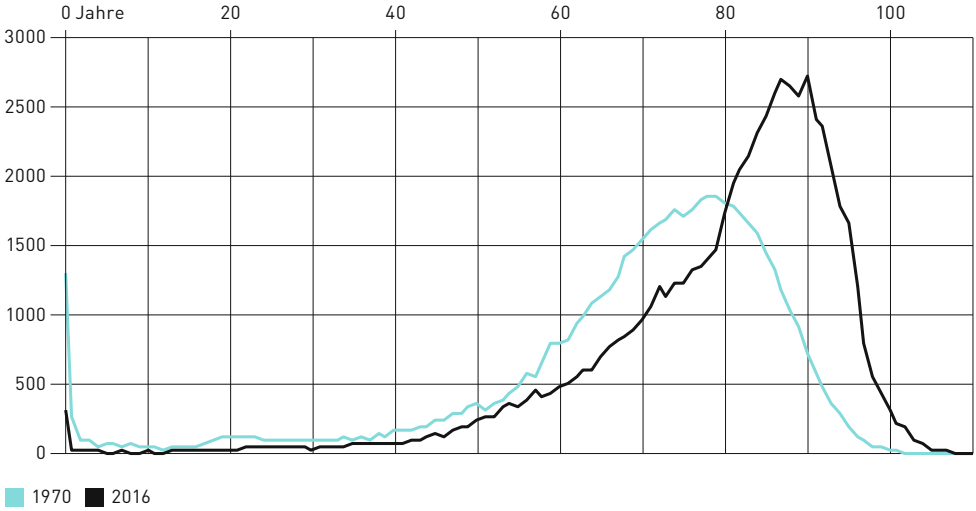
Abb. 1.7

### Merksätze

- Die Schweiz erfährt einen doppelten demografischen Alterungsprozess: Einerseits erhöht sich der Anteil älterer Menschen aufgrund tiefer Geburtenraten (demografische Alterung von unten). Andererseits trägt eine erhöhte Lebenserwartung dazu bei, dass die Zahl der 80-jährigen und älteren Menschen rasch ansteigt (demografische Alterung von oben).
- Mehr Migranten und Migrantinnen der ersten Einwanderergenerationen erreichen das Rentenalter. Obwohl ein Teil mit der Pensionierung in ihr Heimatland zurückkehrt, verbleiben viele Migranten

## Anzahl Todesfälle nach Alter: 1970 und 2016 im Vergleich

1.7




Quelle: BFS, BEVNAT 2018.

und Migrantinnen im Alter in der Schweiz. Dies erhöht den Bedarf nach kultursensiblen Altersangeboten.

- Die letzten Jahrzehnte waren durch einen stetigen Anstieg der Lebenserwartung gekennzeichnet. Die Lebenserwartung variiert nach Geschlecht (mehr Männer sterben vorzeitig). In den letzten Jahren haben sich die geschlechtsbezogenen Unterschiede der Lebenserwartung allerdings wieder verringert.
- Insgesamt wird für hoch entwickelte Regionen mit ausgebauter sozio-medizinischer Versorgung eine weiter ansteigende Lebenserwartung prognostiziert.
- Die erhöhte Lebenserwartung alter Menschen trägt dazu bei, dass sich die Zahl von 100-jährigen und älteren Menschen in der Schweiz rasch erhöht. Umgekehrt betrachtet hat sich auch das Sterbealter nach oben verschoben.

# 2
# Lebensorientierungen und Gesundheit im höheren Lebensalter

# Inhaltsübersicht

**2.1 Altern neuer Generationen älterer Menschen**

**2.2 Zu Hause lebende Menschen – Gesundheit im höheren Lebensalter**
2.2.1 Subjektive Gesundheit im Alter – Trends und Feststellungen
2.2.2 Chronische Erkrankungen – im Alter ein häufiges Schicksal
2.2.3 Hin zu einem selbstbestimmten Lebensende

**Merksätze**

## 2.1 Altern neuer Generationen älterer Menschen

Zahl und Anteil älterer und alter Menschen steigen an (siehe Kapitel 1). Gleichzeitig unterliegen die späteren Lebensjahre einem raschen gesellschaftlichen Wandel. Früher wurde Altern als unbeeinflussbarer Prozess wahrgenommen. Heute wird anerkannt, dass Alternsprozesse gestaltbar sind. Ausgewogene Ernährung, genügend Bewegung und geistige Aktivitäten vermögen die Phase eines gesunden Alters zu erweitern. Die Prinzipien eines aktiven Alters sind denn auch zu zentralen Leitideen unserer Gesellschaft geworden. Dazu kommt, dass sich Lebensorientierungen älterer Frauen und Männer gewandelt haben, auch weil Menschen ins höhere Lebensalter kommen, die schon seit ihrer Jugend mit raschen sozialen, kulturellen und technischen Veränderungen konfrontiert waren.

*Alt und innovativ:* In der Schweiz hat sich bei den 55- bis 74-Jährigen der Anteil an Personen, die sich selbst als innovationsorientiert einstufen, deutlich erhöht. Während sich 1990 nur 14% mit Innovationswerten identifizierten, waren es im Jahr 2000 schon 38% und 2016 sogar 67%. Neue Generationen älterer Menschen haben Konzepte des lebenslangen Lernens und die ständige Auseinandersetzung mit Neuerungen verinnerlicht. Dies kann auch bezüglich Wohnform, Wohndesign oder Wohnmobilität zu neuen Wohnvorstellungen und -ansprüchen beitragen.

Abb. 2.1

*Kombination traditioneller und postmoderner Werthaltungen:* Werden wichtige lebensbezogene Werthaltungen jüngerer und älterer Menschen betrachtet, zeigen sich teilweise klare Altersunterschiede. So sind Vergnügen («Fun/Spass») sowie Spannung («Abenteuer/aufregendes Leben») Werte, die primär von den Jungen vertreten werden. Mit steigendem Lebensalter wird die Fun-Kultur stärker durch eine Sinn-Kultur ersetzt. Traditionelle Werthaltungen, wie Sitten befolgen oder Regeln einhalten, finden bei älteren Befragten – wenn auch nicht bei allen – etwas mehr Beachtung. Im höheren Lebensalter findet sich entsprechend häufig eine Kombination traditioneller und moderner Lebenswerte.

Abb. 2.2

*Ältere Befragte als «zurückhaltende Innovatoren»:* Bei Innovationsorientierungen («wichtig ist, neue Ideen zu haben»; «kreativ zu sein») hingegen zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Jung und Alt. Die heutigen 65- bis 74-Jährigen bewerten Innovationsfähigkeit ebenso hoch ein wie die 15- bis 24-Jährigen. Wird konkreter gefragt, ob es wichtig sei, im Leben neue Dinge auszuprobieren, sinken die Werte allerdings bei den älteren Befragten. Heute sind «junge Alte» prinzipiell innovationsbereit, haben aber erfahrungsbedingt gelernt, dass nicht alles Neue besser ist. Als «zurückhaltende Innovatoren» sind

ältere Menschen etwa an innovativen Wohnvorhaben durchaus interessiert. Wird es aber konkret, spielen frühere positive oder negative Wohnerfahrungen mit. Auch viele haushaltstechnische Innovationen werden nur akzeptiert, wenn sich schon frühere technische Neuerungen als nützlich erwiesen haben.

*Auch im höheren Lebensalter online-aktiv:* Mit Zeitverzögerung haben auch ältere Menschen die neuen Kommunikations- und Informationsmedien übernommen. Der Anteil an älteren Frauen und Männern, die regelmässig das Internet nutzen, ist zwar weiterhin geringer als bei den jüngeren Personen, aber er ist rasch angestiegen. Dies gilt vor allem für die «jungen Alten», die schon im Berufsleben mit digitalen Arbeits- und Kommunikationsformen konfrontiert wurden.

Die Age-Wohnerhebung 2018 bestätigt, dass bis zum Alter von 79 Jahren eine Mehrheit über Internet-Anschluss verfügt, auch wenn nicht alle regelmässig Gebrauch davon machen. Eine Detailanalyse (binäre logistische Regression) bestätigt, dass mit steigendem Alter das Internet weniger genutzt wird. Auch funktionale Einschränkungen im Alter reduzieren die Nutzung des Internets. Im hohen Lebensalter (80+) ist der Anteil an Internetnutzern geringer (und dies gilt erwartungsgemäss vor allem für Alters- und Heimbewohner). Relevant sind einerseits altersbezogene Einschränkungen, zum Beispiel Sehschwächen. Andererseits handelt es sich bei alten Menschen um Generationen von Frauen und Männern, die erst spät mit der Digitalisierung in Berührung kamen. Aber auch im Alter ist der Bildungshintergrund bedeutsam, und Personen mit tertiärem Bildungsabschluss nutzen das Internet deutlich häufiger als bildungsferne Gleichaltrige. Das Geschlecht spielt hingegen keine Rolle. Wenn andere Einflussfaktoren kontrolliert werden, sind Frauen im Alter ebenso häufig internet-orientiert wie Männer. Auch sprachregionale Unterschiede in der Internetnutzung lassen sich 2018 nicht nachweisen.[1]

Abb. 2.3

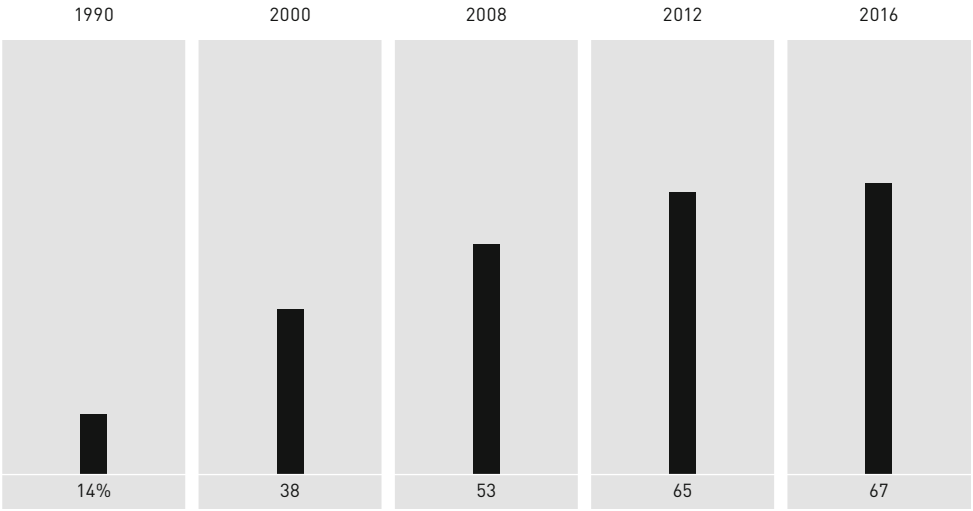
Im höheren Lebensalter werden digitale Kommunikationsformen nicht nur eingesetzt, um mit Angehörigen (z. B. Enkelkindern) oder Freunden in Verbindung zu bleiben. So nutzten im Jahr 2017 55% der zu Hause lebenden Personen im Alter 65+ das Internet, um sich über Gesundheitsfragen zu informieren. Bei den 80-jährigen und älteren Personen waren es immerhin noch 21% (Merçay 2017: 28).

*Subjektives Alter – oft tiefer als chronologisches Alter:* Seit Jahren lässt sich beobachten, dass ältere Frauen und Männer sich selbst als jünger einschätzen bzw. sich jünger fühlen, als es ihrem chronologischen Alter entspricht. In einer Erhebung

1 Alter, funktionale Gesundheit und Bildungsstatus beeinflussen Internet-Nutzung im Alter 65+ gemeinsam in hoch signifikanter Weise (Nagelkerkes R-Quadrat 0.38).

## Innovationsorientierte Personen im Alter 55 bis 74: Anteile aufgrund Selbsteinstufung 1990 bis 2016

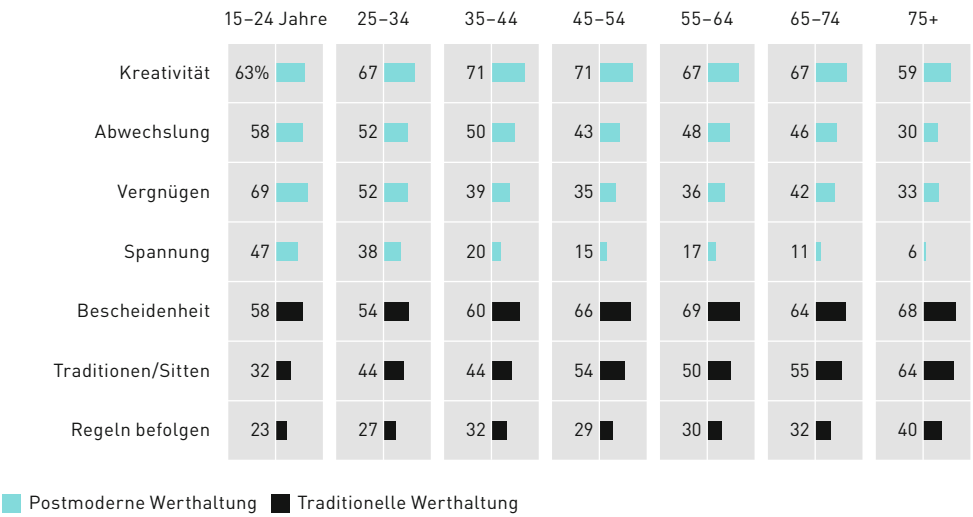
2.1




Anteil von Personen im Alter 55–74, die der Aussage «Wichtig, neue Ideen zu entwickeln» zustimmen.
Quellen: Winterthur Versicherungen 1990; Ernest Dichter SA, 2000;
2008–2016: European Social Value Survey (eigene Auswertungen, gewichtete Daten).

## Identifikation mit traditionellen und postmodernen Werthaltungen: Anteile nach Altersgruppe, 2016

2.2




Quelle: European Social Survey 2016 (eigene Auswertungen der gewichteten Schweizer Daten).

2014 lag bei der grossen Mehrheit der befragten 60- bis 70-Jährigen das gefühlte Alter tiefer als das effektive Alter (Samochowiec et al. 2015). Eine 2017 durchgeführte Befragung bei Personen im Alter 50+ (mittleres Alter der Befragten: 68 Jahre) in den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Land, Aargau und Solothurn bestätigt diese Feststellung: Nur ein Fünftel gab an, sich so alt zu fühlen, wie sie tatsächlich waren. Fast 70% gaben an, sich jünger zu fühlen. Nur 5% fühlten sich subjektiv älter, als es ihrem chronologischen Alter entsprach. Konsequenterweise war eine überwiegende Mehrheit (84%) der Ansicht, andere hielten sie für jünger, als sie tatsächlich sind; eine Einschätzung, die Männer wie Frauen gleichermassen teilten. Von den über 50-Jährigen möchten zwei Drittel gerne wieder jünger sein. Dieser Anteil wächst mit steigendem Lebensalter (Schicka; Uggowitzer 2017).

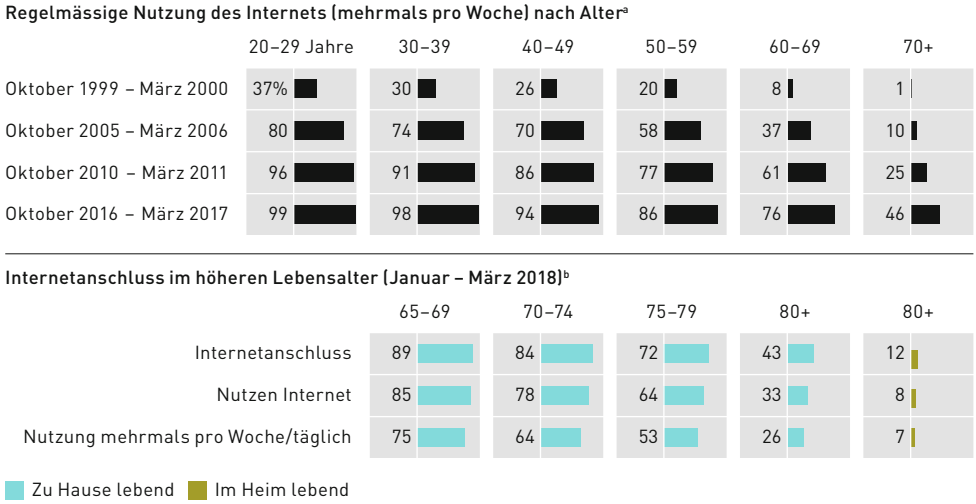
*Alt sein – erst ab 80 – wenn überhaupt:* Danach gefragt, ab wann jemand als «alt» gilt, setzte die Hälfte der Befragten die Grenze bei 80 Jahren oder älter, wobei die Männer im Durchschnitt ein niedrigeres Alter (77) anführten als die Frauen (80). Tendenziell setzen Personen den Beginn des Alt-Seins umso später an, je älter sie selbst sind (Schicka; Uggowitzer 2017). Eine wichtige Konsequenz dieser Feststellung ist, dass altersdefinierte Wohnangebote bei Personen unter 75 bzw. unter 80 Jahren von vornherein auf wenig Interesse stossen. So werden Alterswohnungen oft wohlwollend besichtigt. Aber die Antwort lautet faktisch: «Ja, ein Einzug kommt in Frage –aber erst, wenn ich richtig ‹alt› bin.» Und das wirklich Alt-Sein ist weniger mit dem chronologischen Alter an sich als mit dem Auftreten merkbarer funktionaler Einschränkungen des Alltagslebens verknüpft (dazu vgl. auch Kapitel 8).

## 2.2 Zu Hause lebende Menschen – Gesundheit im höheren Lebensalter

Die Anforderungen an Wohnung und Wohnlage sind im Alter mit gesundheitlichen Faktoren verbunden, sei es, dass funktionale Einschränkungen das Leben in der bisherigen Wohnung erschweren oder verhindern können; sei es, dass eine gute und ortsnahe gesundheitliche Versorgung – beispielsweise durch Ärzte und Apotheken in der Nähe – bedeutsam wird. Im Folgenden werden einige Kennzahlen zur Gesundheit von zu Hause lebenden Menschen im Alter angeführt. Allerdings wird die Datenlage zum gesundheitlichen Befinden umso lückenhafter, je älter Menschen sind. Manche Erhebungen sind bezüglich hochaltrigen Menschen (80+) nicht repräsentativ oder die Zahl an über 80-jährigen Befragten ist für Detailanalysen zu klein. Dies hängt auch damit zusammen, dass sehr alte Menschen nicht oder nur schwer zu befragen sind, etwa aufgrund von Höreinschränkungen oder kognitiver

## Internetnutzung und Internetanschluss: Entwicklung seit 1999 nach Altersgruppe

2.3




[a] Zu beachten: Aus methodischen Gründen sind die Daten ab Herbst 2012 nur beschränkt mit älteren Daten vergleichbar. Quellen: MA-Net; Net-Metrix-Base (BFS).
[b] Quelle: Age 2018 (gesamte Schweiz, gewichtete Daten).

Einschränkungen. Vor allem telefonische Befragungen von Personen im hohen Alter können systematischen Verzerrungen unterliegen.

### 2.2.1 Subjektive Gesundheit im Alter – Trends und Feststellungen

*Subjektive Gesundheit bei den «jungen Alten»:* Insgesamt lebt die grosse Mehrheit der Menschen in der Schweiz nicht nur lange, sondern sie verfügt auch im höheren Lebensalter recht lange über eine gute Gesundheit. Entsprechend sind die Werte zur subjektiv eingeschätzten Gesundheit hoch: In der Age-Wohnumfrage 2018 stuften 76% der zu Hause lebenden 65-jährigen und älteren Menschen ihre Gesundheit als gut bis sehr gut ein. Ein analoger Wert (79%) zeigte sich in einer 2017 durchgeführten Erhebung. Die «jungen Alten» in der Schweiz betrachten sich häufiger als gesund, als dies etwa in Frankreich (69%) oder in Deutschland (62%) der Fall ist (Merçay 2017: 10).

Soweit Daten vorhanden sind, hat sich die subjektive Gesundheit der älteren Bevölkerung in der Schweiz in den letzten Jahrzehnten verbessert, vor allem bei den «jungen Alten». So hat sich der Anteil an 65- bis 74-jährigen Frauen und Männern erhöht, die ihre Gesundheit als gut bis sehr gut einstufen. Während 1979 in der ersten grossen Alterserhebung (in Genf und Wallis) weniger als die Hälfte der Befragten ihre Gesundheit positiv einschätzten, sind dies in der Schweiz gegenwärtig gut drei Viertel. Die

Abb. 2.4

Gründe für diese positive Entwicklung sind vielfältig: Sie reichen von der verbesserten wirtschaftlichen Absicherung im Rentenalter, über die weniger harte körperliche Arbeit im Beruf und die generell besseren Lebensbedingungen bis hin zum Ausbau der gesundheitlichen Versorgung, der zur besseren Behandlung chronischer Erkrankungen beiträgt.

*Subjektive Gesundheit bei den «alten Alten» (80+):* Die Datenlage über die «alten Alten» (80-jährig und älter) ist lückenhafter als über die «jungen Alten». Aber auch bei dieser Gruppe zeigt sich insgesamt eine eher positive Entwicklung, zumindest was die subjektive Gesundheit der zu Hause lebenden 80-jährigen und älteren Menschen betrifft.

Abb. 2.5

Der Anteil der zu Hause lebenden Menschen im Alter von 80 Jahren und mehr, die ihre Gesundheit als gut bis sehr gut einschätzen, ist ebenfalls angestiegen. Die im Jahr 2018 befragten 80-jährigen und älteren zu Hause lebenden Frauen und Männer stuften ihre Gesundheit zwar nur noch zu 15% als «sehr gut», aber doch zu 45% als «gut» sein. Die übrigen 40% kategorisierten ihre Gesundheit als «mittelmässig» bis «schlecht» ein.

*Subjektive Gesundheit im hohen Alter – zwei Vorbehalte:* Bei der Interpretation von Daten zur subjektiven Gesundheit im hohen Lebensalter sind allerdings zwei wesentliche Vorbehalte anzubringen:

Erstens werden vergleichsweise gesunde Menschen häufiger sehr alt als Menschen, die schon früh an chronischen Erkrankungen leiden. Gesunde hochaltrige Menschen sind eine sozial ausgewählte Gruppe. Sie sind oft gut ausgebildet, wirtschaftlich gut abgesichert und sozial eingebettet. Daneben sind auch biologisch-genetische Faktoren von Bedeutung. Wer – aus welchen Gründen auch immer – früh gesundheitlich angeschlagen ist oder an vorzeitigen Alterseinschränkungen leidet, stirbt früher oder wechselt früher in eine stationäre Alterseinrichtung. Dazu kommt der methodische Vorbehalt, dass alte Menschen, die an Demenz erkrankt sind oder die länger im Spital sind, nicht befragt werden können.

Zweitens wird die Frage, ob die eigene Gesundheit gut sei, im Alter nicht allein nach objektiven medizinischen Kriterien beantwortet. Bedeutsam ist der Vergleich mit gleichaltrigen und eventuell schon verstorbenen Bezugspersonen. Ein hoher Anteil an alten Menschen, die sich gesund fühlen, kann sich auch daraus ergeben, dass die Ansprüche an die Gesundheit sinken: Man fühlt sich noch relativ gesund, weil es gleichaltrigen Bekannten viel schlechter geht oder weil man trotz Beschwerden noch einigermassen mobil und aktiv sein kann.

*Soziale Unterschiede des gesundheitlichen Befindens im Alter:* Das gesundheitliche Befinden im Alter variiert nach sozialem Hintergrund. Wohlhabende und gut

## 65[a]- bis 74-Jährige mit «guter» bis «sehr guter» Gesundheit: Anteile aufgrund Selbsteinstufung 1979 bis 2018

2.4

| | Region | 65[a]–74 Jahre | Quelle |
|---|---|---|---|
| 1979 | GE, VS | 48% | 1 |
| 1992[a] | CH | 64 | 2 |
| 1997 | CH | 72 | 3 |
| 2008/2009 | CH | 75 | 4 |
| 2014 | CH | 80 | 5 |
| 2018 | CH | 83 | 6 |

[a] Altersgruppen: 65–74, ausser 1992: 60–74.
Quellen: 1: GUGRISPA 1983; 2: Leu et al. 1997: Tab. 4.3; 3: BFS 1997; 4: European Social Survey 2008/09 (eigene Auswertungen); 5: Camenzind, Petrini 2014; 6: Age 2018 (eigene Auswertungen).

## Personen im Alter 80+ mit «guter» bis «sehr guter» Gesundheit: Anteile aufgrund Selbsteinstufung 1979 bis 2018

2.5

| | Region | 80+ Jahre | Quelle |
|---|---|---|---|
| 1979 | GE, VS | 43% | 1 |
| 1994 | GE, VS | 51 | 2 |
| 2011 | GE, VS, BE, BS | 55 | 3 |
| 2018 | CH | 60 | 4 |

Zu Hause lebende Personen.
Quellen: 1: GUGRISPA 1983; 2: Lalive d'Epinay et al. 1997;
3: CIGEV-LIVES Vivre-Leben-Vivere, 2016; 4: Age 2018 (gewichtete Daten).

ausgebildete Frauen und Männer profitieren häufiger und länger von einem gesunden Rentenalter als einkommensschwache und bildungsferne Menschen; eine Beobachtung, die zu den am besten erhärteten Fakten der Sozialwissenschaften gehört (Ilinca et al. 2016; Unger 2016). Auch die angeführten Daten illustrieren markante soziale Unterschiede der subjektiven Gesundheit älterer Menschen. Der Anteil von Befragten mit sehr guter Gesundheit steigt mit dem Bildungsniveau und mit dem Einkommen. Bildungsferne Personen, die früher im Beruf häufig körperlich anstrengende Tätigkeiten zu erfüllen hatten, leiden im Rentenalter eher unter schlechter Gesundheit. Ebenso fühlen sich arme AHV-Rentner und AHV-Rentnerinnen weniger gesund, etwa weil wirtschaftliche Probleme zu schlechterer Ernährung oder zu einer geringen Nutzung des Gesundheitssystems beitragen.

Abb. 2.6

Im Ausland geborene ältere Menschen fühlen sich gesundheitlich schlechter als in der Schweiz geborene Altersrentner und Altersrentnerinnen. Dies hängt primär damit zusammen, dass viele der heute alt gewordenen Migrantinnen und Migranten früher körperlich harte Arbeiten zu leisten hatten und wegen geringer Löhne tiefe Renten aufweisen. Ältere Ausländer und Ausländerinnen beziehen doppelt so häufig Ergänzungsleistungen zur AHV als gleichaltrige Schweizer.

*Subjektive Gesundheit positiv mit sozialer Einbettung verbunden:* Einsame ältere Menschen fühlen sich insgesamt weniger gesund als sozial gut integrierte Menschen. Die Beziehung zwischen erlebter Einsamkeit und subjektiver Gesundheit kann wechselseitig sein: Krankheiten und funktionale Einschränkungen können zur Vereinsamung beitragen, etwa wenn aufgrund von Mobilitätseinschränkungen alte Menschen ihre Wohnung kaum mehr verlassen. Umgekehrt kann soziale Einsamkeit – ebenso wie andere psychische Probleme – zu einer schlechteren Einschätzung der eigenen Gesundheit beitragen.

*Multimorbidität und subjektive Gesundheit:* Nicht überraschend ist die Feststellung, dass die subjektive Gesundheitseinschätzung sinkt, je mehr chronische Erkrankungen vorliegen. Interessant ist aber die Feststellung, dass relativ viele ältere Personen mit aktuell zwei oder mehr medizinisch diagnostizierten Krankheiten ihre Gesundheit als «gut» oder sogar als «sehr gut» einstufen. Dies hat damit zu tun, dass bei guter Behandlung viele chronische Krankheiten heute nicht zu Alltagseinschränkungen führen. Medizinische Entwicklungen ermöglichen – wenn auch nicht immer – trotz diagnostizierten Erkrankungen ein aktives Leben und ein langes Verbleiben in einer privaten Wohnung.

## Gesundheit im Alter 65+: Selbsteinstufung nach sozialen Merkmalen, 2017

2.6

| | Gesundheit sehr gut | gut | mittelmässig/schlecht |
|---|---|---|---|
| **Zuletzt abgeschlossene Ausbildung** | | | |
| Obligatorische Schule | 21% | 50 | 29 |
| Sekundarstufe II | 34 | 47 | 19 |
| Tertiärstufe | 43 | 45 | 12 |
| **Einkommen** | | | |
| Höher als Armutsgrenze[a] | 34 | 47 | 18 |
| Tiefer als Armutsgrenze[a] | 25 | 47 | 27 |
| **Geburtsland** | | | |
| Schweiz | 34 | 48 | 18 |
| Ausland | 24 | 44 | 31 |
| **Einsamkeitsgefühle** | | | |
| Fast nie/nie | 35 | 49 | 16 |
| Hie und da/häufig | 15 | 37 | 48 |
| **Zahl an chronischen Krankheiten** | | | |
| 0 | 56 | 38 | 6 |
| 1 | 33 | 50 | 16 |
| 2+ | 18 | 50 | 32 |

Zu Hause lebende Personen. [a] Armut: Weniger als 60% des Medianeinkommens.
Differenz zu 100% durch fehlende Antworten.
Quelle: Merçay 2017: 11.

### 2.2.2 Chronische Erkrankungen – im Alter ein häufiges Schicksal

Die subjektive Gesundheitseinschätzung gibt Auskunft über das psychisch-gesundheitliche Wohlbefinden, nicht aber über die Verbreitung chronischer Erkrankungen. Ein «gesundes Altern» ist oft auch mit medizinisch diagnostizierten chronischen Erkrankungen – wie z. B. Diabetes – möglich.

*Häufige chronische Erkrankungen im Alter:* Häufig sind im höheren Lebensalter namentlich Bluthochdruck (Hypertension), Glieder- und Gelenkschmerzen sowie Herzerkrankungen (kardiovaskuläre Erkrankungen). Diese chronischen Erkrankungen werden mit steigendem Lebensalter häufiger. Dagegen weisen beispielsweise Magenschmerzen und Migränen im Alter eher sinkende Tendenzen auf. Frauen leiden im Alter häufig unter Glieder- und Gelenkschmerzen, wogegen bei Männern häufig Herzkrankheiten und Diabetes diagnostiziert werden, oft als Folge von Übergewicht. Ebenso wie bei der subjektiven Gesundheit ergeben sich auch bei den chronischen Beschwerden deutliche soziale Unterschiede. Bluthochdruck, Gelenk- und Gliederschmerzen, Diabetes sowie Depressionen finden sich bei unteren Bildungsschichten häufiger als bei hohen Bildungsgruppen. Wohnbezogen ergibt sich das Problem, dass jene älteren Personen, die besonders auf eine gesundheitlich günstige Wohnsituation und Wohnumgebung angewiesen sind, sich dies aus finanziellen Gründen nicht leisten können.

Abb. 2.7

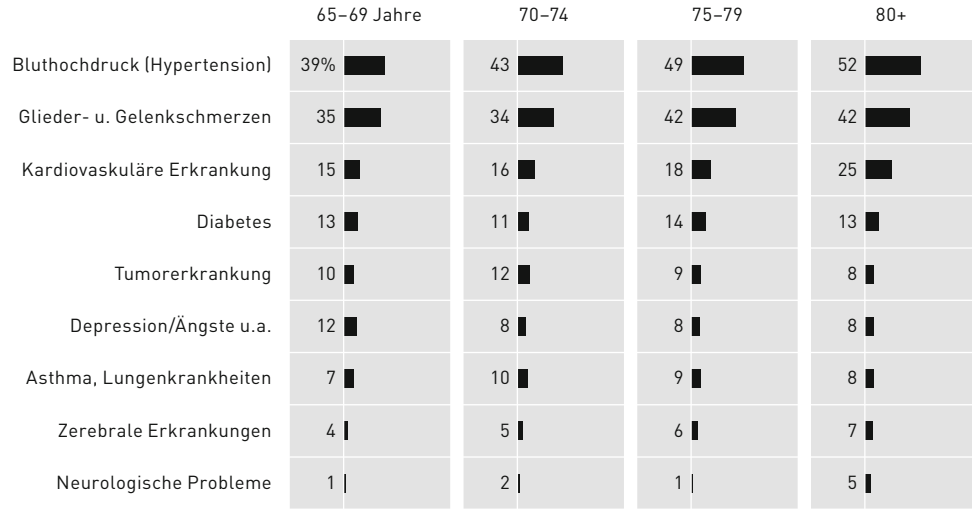
*Polymedikation im Alter:* Im höheren Lebensalter ist die gleichzeitige Einnahme mehrerer Medikamente, die Polymedikation, häufig. 2017 wurde festgestellt, dass 29% der zu Hause lebenden 65-jährigen und älteren Menschen in der Schweiz 4 bis 7 verschriebene Medikamente konsumierten. Weitere 3% nutzten 8 und mehr Medikamente. International am meisten Medikamente konsumieren die US-Amerikaner (36% 4–7 Medikamente, 19% 8 und mehr Medikamente) (Merçay 2017: 31). Erwartungsgemäss steigt die Häufigkeit von Polymedikation mit dem Lebensalter. Während 27% der 65- bis 69-Jährigen 4 und mehr verschriebene Medikamente einnehmen, sind es 42% der 80-jährigen und älteren zu Hause lebenden Menschen.

*Wahrgenommenes Sturzrisiko im Alter:* Altersbedingte Einschränkungen der Gleichgewichtsorgane und Medikamentenkonsum können zu Schwindelanfällen und Gleichgewichtsstörungen führen und das Sturzrisiko erhöhen. Auch eine Wohnung mit Türschwellen oder Risikofaktoren in der Wohnumgebung, wie unregelmässige Trottoirs, Eisglätte im Winter usw., können die Sturzgefährdung verstärken. Stürze führen im hohen Lebensalter nicht nur zu schweren Prellungen, sondern oft auch zu gravierenden Frakturen. Gefragt, ob sie ein hohes Sturzrisiko wahrnehmen, bejaht jede zehnte alte Person diese Frage. In der französisch- und italienischsprachigen

Abb. 2.8

## Diagnostizierte chronische Erkrankungen bei zu Hause lebenden Personen im Alter 65+: Anteile nach Altersgruppe, 2017

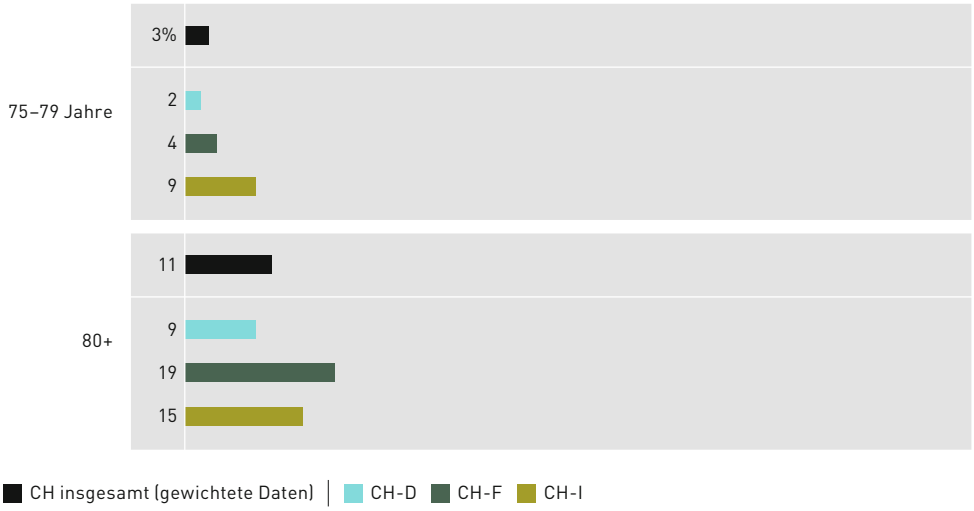
2.7




Quelle: Merçay 2017: 13.

## Sturzrisiko im Alter 75+: Anteile der Personen, die ihr Risiko als «hoch»[a] einschätzen im sprachregionalen Vergleich, 2017

2.8




Zu Hause lebende Personen.
[a] Einstufungskategorien: «hoch», «mittel», «tief».
Quelle: Merçay 2017: 14.

Schweiz wird ein hohes Sturzrisiko im Alter häufiger angeführt als in der deutschsprachigen Schweiz. Dies kann damit zusammenhängen, dass fragile und damit frakturgefährdete alte Menschen in der deutschsprachigen Schweiz häufiger stationär betreut werden. Die sprachregionalen Differenzen können aber auch regionale Unterschiede von Sturzprävention reflektieren.

### 2.2.3 Hin zu einem selbstbestimmten Lebensende

Zwei Entwicklungen haben dazu beigetragen, dass Fragen eines selbstbestimmten Lebensendes an Aktualität und Bedeutung gewonnen haben:[2]

Erstens erreichen immer mehr Menschen ein hohes Alter, wo sich verschärft Fragen zu Sinn und Grenzen lebensverlängernder medizinischer Interventionen stellen. Nicht nur Lebensmüdigkeit, sondern auch Lebenssattheit kann alte Menschen dazu bewegen, auf lebensverlängernde Interventionen zu verzichten oder eine Sterbehilfeorganisation in Anspruch zu nehmen.

Zweitens führen Modelle eines aktiven und selbstbestimmten Rentenalters konsequenterweise zur Forderung nach einem selbstbestimmten Lebensende. Wer lebenslang aktiv orientiert war, will auch am Schluss des Lebens Selbstbestimmung ausüben. Dazu gehört auch die Möglichkeit, eine Sterbehilfeorganisation in Anspruch zu nehmen, um sich vom Leben verabschieden zu dürfen.

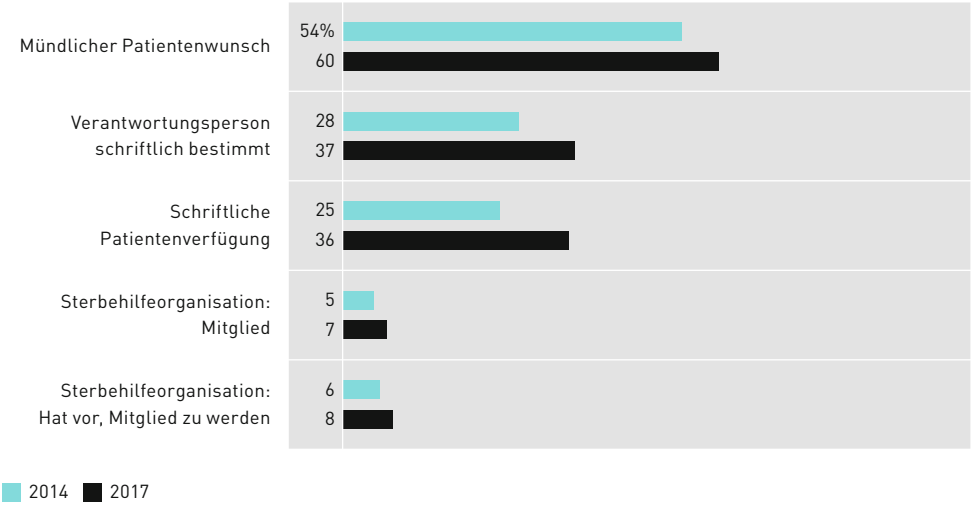
*Planung der Behandlung am Lebensende:* Eine Mehrheit der älteren Menschen hat nach eigenen Angaben ihre Wünsche zur Behandlung bzw. Nichtbehandlung am Lebensende mit Angehörigen oder Gesundheitsfachpersonen diskutiert. Allerdings sind solche mündlichen Wünsche oft vage und geraten leicht in Vergessenheit. Empfohlen wird deshalb das Verfassen einer Patientenverfügung. Trotz steigendem Trend hat aber eine Mehrheit der älteren Menschen weiterhin noch keine Patientenverfügung verfasst. Es ist wichtig, dass frühzeitig eine verantwortliche Person bestimmt wird, die bei fehlender Zurechnungsfähigkeit einer Person – etwa aufgrund demenzieller Erkrankung – deren Willen kennt und durchsetzen kann. Auch diese Entscheidung wird häufiger als früher getroffen. Leicht ansteigend ist auch eine Mitgliedschaft in einer Sterbehilfeorganisation oder der Wunsch danach. Insgesamt zeigt sich ein klarer Trend in Richtung selbstbestimmter Organisation des Lebensendes, selbst wenn weiterhin recht viele ältere und alte Menschen den Tod und das Sterben verdrängen oder zu verdrängen versuchen.

Abb. 2.9

2 Zu Fragen rund um das Lebensende und Sterben in Alters- und Pflegeheimen, vgl. Beitrag Ammann, Salis Gros, Rauber in diesem Band.

## Planungsschritte fürs Lebensende: Angaben von zu Hause lebenden Personen im Alter 65+, 2014 und 2017

2.9




Quelle: Merçay 2017: 38ff.

## Merksätze

- Neue Generationen älterer Menschen haben Konzepte des lebenslangen Lernens weitgehend verinnerlicht. «Junge Alte» sind prinzipiell innovationsbereit, aber sie haben erfahrungsbedingt gelernt, dass nicht alles Neue besser ist.
- Mit Zeitverzögerung haben ältere Menschen die neuen Kommunikations- und Informationsmedien übernommen. Der Anteil an älteren Menschen, die regelmässig das Internet nutzen, ist rasch angestiegen.
- Ältere Frauen und Männer schätzen sich vielfach jünger ein, als es ihrem chronologischen Alter entspricht. Danach gefragt, ab wann jemand als alt zu gelten hat, wird häufig erst das Alter 80 angeführt. Deshalb stossen altersdefinierte Wohnangebote bei Personen unter 75 bzw. unter 80 Jahren von vornherein auf ein beschränktes Interesse.
- Mehr ältere und alte Menschen schätzen ihre eigene Gesundheit als gut ein, als dies früher der Fall war (und dies trotz häufigem Vorliegen chronischer Beschwerden). Wohlhabende und gut ausgebildete Frauen und Männer profitieren länger von einem gesunden Rentenalter als einkommensschwache und bildungsferne Menschen.
- Insgesamt zeigt sich ein Trend in Richtung selbstbestimmter Organisation des Lebensendes, und eine Mehrheit der älteren Menschen diskutiert Wünsche zur Behandlung am Lebensende mit Angehörigen oder Gesundheitsfachpersonen. Mehr Personen als früher verfassen eine Patientenverfügung.

# 3
# Haushaltsstrukturen und Lebensformen im höheren Lebensalter

# Inhaltsübersicht

3.1 Trend zu Kleinhaushaltungen

3.2 Partnerschaften im Alter

3.3 Einsamkeit im Alter

3.4 Wohnen in einem Alters- und Pflegeheim

Merksätze

## 3.1 Trend zu Kleinhaushaltungen

*Weniger grosse Haushalte – mehr kleine Haushalte:* Wirtschaftlicher Wohlstand und Individualisierung haben in den letzten Jahrzehnten zu einer Verringerung der Haushaltsgrösse (Anzahl Personen pro Haushalt) beigetragen. Mehr junge und alte Menschen als früher können sich einen eigenständigen Haushalt leisten, und weniger Menschen sind auf ein enges Zusammenleben mit verwandten oder nicht-verwandten Personen angewiesen. So sind etwa Untermietsverhältnisse in der Schweiz selten geworden, und auch ein Zusammenleben von drei Generationen im gleichen Haushalt ist vergleichsweise rar. Schätzungsweise weniger als 1% aller Haushalte umfassen mehr als zwei Familiengenerationen. Haushalte mit nur einer Person haben hingegen an Bedeutung gewonnen. Unter den zu Hause lebenden Personen ist der Anteil jener, die in einem Einpersonenhaushalt leben, zwischen 1960 und 2017 kontinuierlich von 4% auf gut 16% angestiegen. Von den 65-Jährigen und Älteren wohnen 32% allein. Auf der Gegenseite ist der Anteil von Menschen in privaten Haushaltungen mit fünf und mehr Personen zwischen 1960 und 2017 von 39% auf 15% gesunken. Auch im höheren Lebensalter leben nur wenige ältere Menschen in grösseren Haushaltseinheiten. Gemäss den haushaltsstatistischen Angaben wohnte 2016 nur 1% aller zu Hause lebenden 65-jährigen und älteren Personen in einem Mehrfamilienhaushalt (Haushalte mit mindestens zwei unabhängigen Familienkernen). Weitere 1.3% lebten mit nicht-verwandten Personen zusammen in sogenannten Nichtfamilienhaushalten. Auch die Age-Wohnerhebung 2018 bestätigt die Konzentration auf Kleinhaushalte, und von den befragten Personen im Alter 65+ lebt nur eine geringe Minderheit in Haushaltungen mit drei oder mehr Personen (deutschsprachige Schweiz: 5%, französischsprachige Schweiz: 8% und italienischsprachige Schweiz: 13%).

*Demografische Entwicklungen stärken den Trend zu Kleinhaushaltungen:* Erstens sind aufgrund reduzierter Geburtenraten Zahl und Anteil kinderreicher Familien rückläufig. Zweitens führt die demografische Alterung dazu, dass sich der Anteil an älteren Menschen erhöht. Im höheren Lebensalter – nach Auszug der Kinder – leben die allermeisten älteren Frauen und Männer in Ein- oder Zweipersonenhaushaltungen. Im hohen Lebensalter führt primär Partnerverlust zum Alleinleben in einem Einpersonenhaushalt.

Abb. 3.1

Nach den Szenarien des Bundesamts für Statistik (2017a) wird sich dadurch der Trend zu Kleinhaushaltungen in den nächsten Jahrzehnten fortsetzen. So dürfte 2035 fast die Hälfte (47%) der zu Hause lebenden Menschen in Haushaltungen mit nur ein bis zwei Personen wohnen. Dieser Trend impliziert, dass Bedarf und Nachfrage nach Wohnungen für ein bis zwei Personen stärker ansteigen werden als nach grossen Wohnungen. Dies gilt speziell auch für städtische Gebiete (Breit, Gürtler 2018: 16).

*Einschränkungen der haushaltsstatistischen Daten:* Bei der Interpretation der Haushaltsstatistiken sind allerdings zwei Einschränkungen zu beachten:

Erstens werden nur Privathaushalte einbezogen, und nicht wenige Menschen leben in sogenannten Kollektivhaushalten. Darunter fallen Klöster, Gefängnisse, Kliniken sowie Alters- und Pflegeheime. Wie viele Menschen im Alter in kollektiven Wohnformen – namentlich Pflegeheimen – leben, wird später aufgezeigt (vgl. Kapitel 3.4).

Zweitens bezieht sich die Erfassung von Haushaltungen auf statistisch definierte Haushaltseinheiten. Als Haushalt gilt jede Wohneinheit mit eigenem Kochherd und Bad. So werden etwa sieben ältere Frauen und Männer, die in einer Altershausgemeinschaft wohnen, aber je über eine eigene private Wohneinheit mit Bad (und eigener Postanschrift) verfügen, statistisch als sieben Einpersonenhaushalte erfasst. Ein alter Vater, der im Haus seiner Tochter lebt und von ihr gepflegt wird, aber über eine eigene Einliegerwohnung verfügt, ist statistisch gesehen alleinlebend. Ein pensionierter Mann, der nach einer Scheidung eine neue Partnerbeziehung aufbaut, mit der neuen Partnerin aber nicht im gleichen Haushalt lebt, verfügt zwar über eine enge Partnerbeziehung, aber beide – der Mann und seine Partnerin – werden haushaltsstatistisch als zwei «Singles» gezählt.

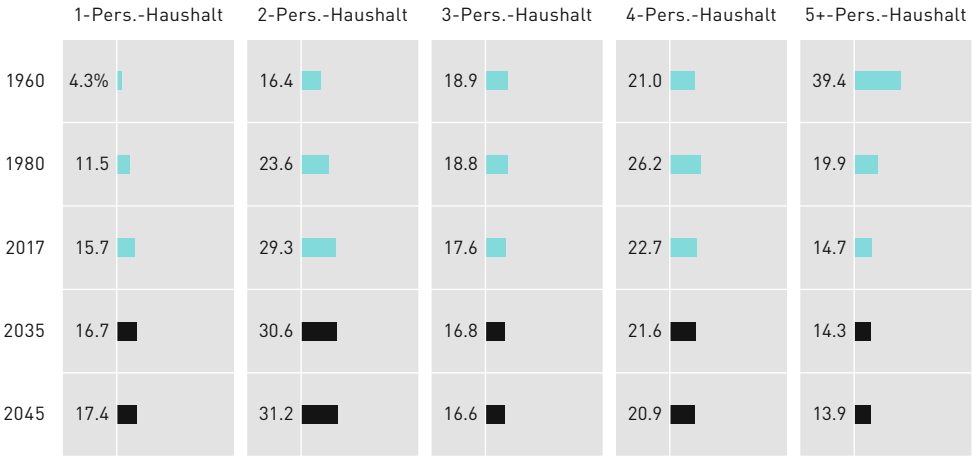
Eine zusätzliche Komplexität kann sich ergeben, wenn Personen über zwei Haushalte verfügen (z. B. Wochenaufenthalt in der Stadt, Wochenendaufenthalt in den Bergen). In der Schweiz haben gerade ältere Menschen nicht selten eine Ferienwohnung, in der sie einen wesentlichen Teil ihres Rentenalters verbringen. In einer mobilen und individualisierten Gesellschaft sagen Haushaltsstatistiken deshalb über die soziale Lebensform wenig aus. Die früher häufig gezogene Schlussfolgerung, dass die Zunahme an Einpersonenhaushalten eine «Singularisierung» bzw. «Vereinzelung» der Gesellschaft bedeutet, hat sich als Fehlinterpretation erwiesen. Speziell im höheren Lebensalter sind haushaltsübergreifende soziale Beziehungen bedeutsam. Ebenso wenig verschwinden nach dem Auszug der Kinder aus dem elterlichen Haushalt die intergenerationellen Kontakte, vielmehr nehmen sie oft Formen von «Intimität auf Abstand» an. So haben erwachsene Kinder und ihre Eltern oft enge Beziehungen, aber jede Generation verfügt in der Regel über ihren eigenen privaten Haushalt (Isengard 2018; Szydlik 2016).

## 3.2 Partnerschaften im Alter

Die allermeisten Frauen und Männer leben vor und nach der Pensionierung in einer Paarbeziehung. Fragen zum Wohnen im Alter sind oft auch Paarentscheide oder eine Entscheidung, die durch den Verlust des Partners bzw. der Partnerin mitgeprägt wird. Allerdings befinden sich ältere Partnerschaften

## Verteilung der Bevölkerung nach Haushaltsgrösse: Entwicklung von 1960 bis 2045

3.1

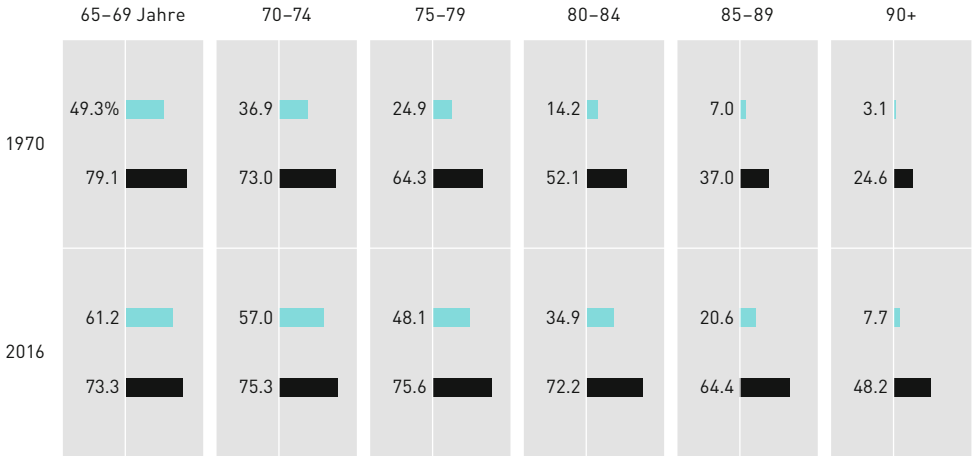



Erhebungen Referenzszenario

Zu Hause/in Privathaushalten lebende Personen.
Quellen: BFS: Bis 2000: Volkszählung; 2017: Strukturerhebung; 2035–2045: Szenario der Haushalte 2017, Privathaushalte nach Haushaltsgrösse, Referenzszenario (su-d-01.03.03.03).

## Verheiratete Personen im Alter 65+: Bevölkerungsanteile 1970 und 2016 nach Altersgruppe und Geschlecht

3.2




Frauen Männer

Inkl. eingetragener Partnerschaften.
Quelle: BFS (Zivilstandsregister).

im Wandel, und in den letzten Jahrzehnten kam es beispielsweise vermehrt zu Ehescheidungen vor und nach Erreichen des Rentenalters (Perrig-Chiello 2017).

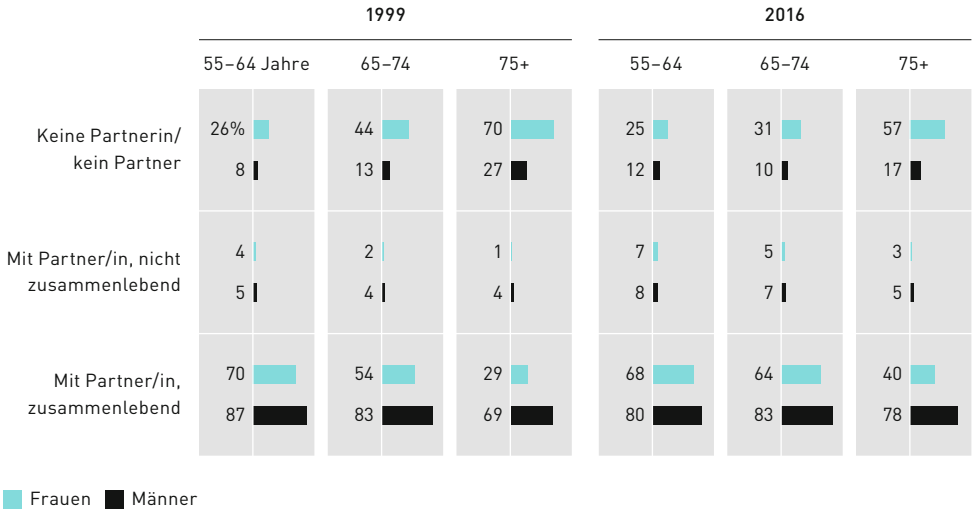
*Paarbeziehungen und Pensionierung:* Zunehmend stehen sich bei modernen Partnerschaften zwei Berufskarrieren gegenüber, welche aufeinander abgestimmt in die Pensionierung zu überführen sind. Dank flexibler Pensionierungsmodelle ist ein breites Spektrum an paarbezogenen Übergangsszenarien in die nachberufliche Lebensphase zu beobachten. Häufig sind Paarstrategien wie «sich abstimmen, ohne sich reinzureden» oder «eigenständig seinen Interessen nachgehen». Ebenso oft wird versucht, gezielt eine gemeinsam definierte Entscheidung zu erarbeiten, etwa nach dem Prinzip «Miteinander etwas Neues anfangen». Vor allem Frauen äussern allerdings oft die Befürchtung, nach der Pensionierung Freiräume zu verlieren, oder sie haben Angst, dass es nicht (mehr) gelingt, gemeinsame Pläne für die Zeit nach der Pensionierung zu entwickeln. Als Herausforderung der Pensionierung wird häufig auch der Umgang mit einer verstärkten Nähe angesprochen (Caradec, 1996). Dass Mann und Frau in ihren Idealvorstellungen zur Pensionierung übereinstimmen, scheint eher eine Ausnahme zu sein. In anderen Worten: Die Pensionierung zwingt Paare häufig zu neuen Aushandlungsprozessen der Beziehung. Je nach Konstellation geht es dabei um die Ansprüche nach Selbstbestimmung, nach Ruhe und Entlastung, um die Beibehaltung des bisherigen Lebensstils oder um die Entwicklung neuer Gemeinsamkeiten. In diesem Rahmen kann auch eine (Neu-)Gestaltung der Wohnung bzw. des Wohnorts zum zentralen Diskussionselement werden; sei es, dass ein ehemaliges Kinderzimmer zum Hobby-Raum umgestaltet werden soll, oder sei es, dass ein Wechsel in eine kleinere, aber zentral gelegene Wohnung geplant wird. Bei ausländischen oder bi-nationalen Paaren ist oft die Frage einer Rückkehr ins Herkunftsland ein bedeutsames Thema.

*Erhöhter Anteil an alten Ehepaaren:* Interessanterweise ist der Anteil von alten Menschen, die verheiratet sind, in den letzten Jahrzehnten angestiegen. Lebten 1970 nur 7% der 85- bis 89-jährigen Frauen in einer Ehebeziehung, waren es 2016 bereits 21%. Dass heute im hohen Lebensalter mehr Personen als verheiratetes Paar leben als früher, ist auf zwei Faktoren zurückzuführen: Erstens befinden sich aktuell ehefreundliche Jahrgänge im hohen Alter, das heisst Frauen und Männer, die zu einer Zeit den Ehebund schlossen, als nichteheliche Lebensgemeinschaften und Scheidungen noch seltener waren. Zweitens hat in den letzten Jahrzehnten eine stärkere Zunahme der Lebenserwartung der Männer zusammen mit einem geringeren Altersunterschied bei Ehepaaren die Dauer des verwitweten Alleinwohnens reduziert (Breit, Gürtler 2018: 18). Verwitwung im Alter ist und bleibt häufig, sie erfolgt jedoch vielfach später.

Abb. 3.2

## Partnerschaftsstatus im höheren Lebensalter: Anteile 1999 und 2016 nach Altersgruppen und Geschlecht

3.3




Zu Hause lebende Personen.
Quellen: SHP 1999 und 2016 (gewichtete Daten, eigene Auswertungen).

*Grosse geschlechtsbezogene Unterschiede:* Kaum vermindert haben sich die markanten geschlechtsbezogenen Unterschiede der Lebensform im Alter. Haushalts- und Lebensform im Alter variieren nach Geschlecht: Männer sind im Alter deutlich häufiger noch oder erneut verheiratet als Frauen. So befindet sich fast die Hälfte der 90-jährigen und älteren Männer im Ehestand. Bei den gleichaltrigen Frauen dagegen trifft das auf weniger als 8% zu. Dieser Unterschied geht auf verschiedene Faktoren zurück. So haben Frauen eine höhere Lebenserwartung, wodurch sie häufig den Ehemann überleben. Dass Männer zumeist eine Frau heiraten, die jünger ist als sie selbst, verstärkt diesen Trend. Verwitwung ist im Alter vor allem für Frauen ein häufiges Schicksal. Häufiger als Frauen heiraten Männer nach einem Partnerverlust – durch Tod oder Scheidung – erneut, auch weil sie im Alter als demografische Minderheit bessere Heiratschancen aufweisen als gleichaltrige Frauen.

*Vermehrt enge Partnerbeziehung, aber getrennte Haushalte:* Abbildung 3.3 illustriert ebenfalls, dass Frauen im Alter häufiger ohne Partnerbeziehung leben als gleichaltrige Männer. Zusätzlich zeigt sich bei neuen Generationen älterer Männer und Frauen eine steigende Tendenz, enge Partnerbeziehungen zu pflegen, in der aber jede Person über ihren eigenen Haushalt verfügt. Das sogenannte «living-apart-together» (Partnerschaft, aber nicht zu-

Abb. 3.3

sammenleben) wird auch bei älteren Menschen häufiger. Dies trifft vor allem für neue Partnerschaften im Alter zu. Obwohl nicht gesondert ausgewiesen, ist anzunehmen, dass unter den (neuen) Partnerbeziehungen im Alter nicht nur klassisch heterosexuelle Partnerschaften, sondern vermehrt auch gleichgeschlechtliche Partnerbeziehungen zu finden sind.

## 3.3 Einsamkeit im Alter

«Einsamkeit im Alter» ist eine verbreitete Thematik im Rahmen defizitärer Bilder zum Alter. Zu den unkritisch immer wieder aufgeführten Behauptungen gehört, dass Einsamkeit im Alter im Verlauf der gesellschaftlichen Entwicklung an Bedeutung gewann, da unsere Gesellschaft anonymer und unsolidarischer geworden sei. Dabei wird von der steigenden Zahl an alleinlebenden Menschen unkritisch auf eine steigende Tendenz zur Vereinsamung geschlossen.

*Einsamkeitsgefühle im Zeitvergleich:* Ein Zeitvergleich der geäusserten Einsamkeitsgefühle bei alten Menschen widerlegt die Vermutung, dass heute verhältnismässig mehr alte Menschen einsam sind als früher. Der Anteil Personen, die sich nach eigenen Aussagen fast nie oder nie einsam fühlen, ist bei den 65- bis 79-Jährigen leicht gestiegen und bei den 80-jährigen und älteren Menschen in etwa konstant geblieben. Da heute mehr alte Menschen gezählt werden als früher, ist absolut betrachtet die Zahl an einsamen alten Menschen dennoch angestiegen.

Abb. 3.4

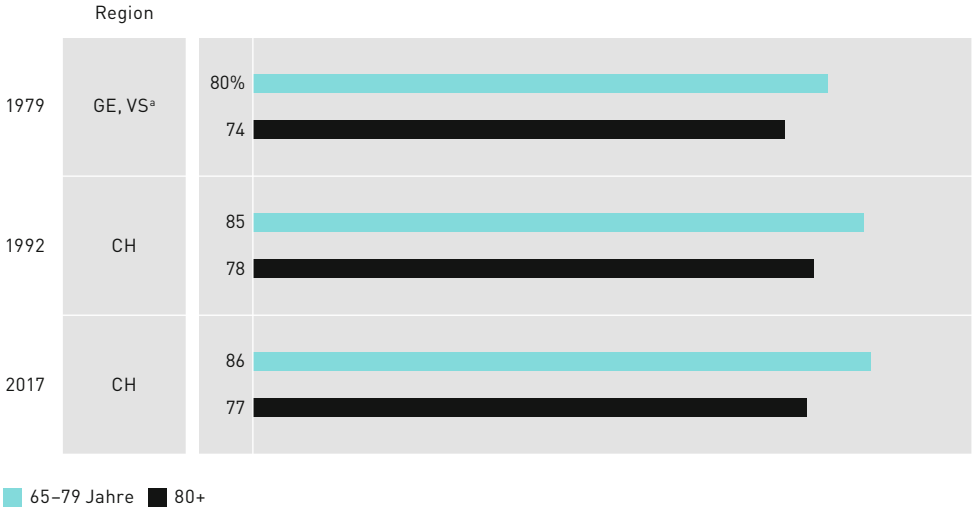
Gefühle von Einsamkeit und soziale Isolation – definiert als das Fehlen guter sozialer Beziehungen – sind allerdings nicht deckungsgleich. Einerseits fühlen sich nicht alle sozial isolierten alten Menschen einsam. Andererseits ist Einsamkeit auch in einer Paarbeziehung und bei guten Familienkontakten denkbar. Namentlich im hohen Lebensalter können sich Menschen vereinsamt fühlen, weil alle gleichaltrigen Bezugspersonen verstorben sind und sie etwa in einer Nachbarschaft mit Menschen wohnen, die viel jünger sind und völlig andere Lebensstile pflegen.

*Einflussfaktoren auf Einsamkeit im Alter:* Eine 2017 durchgeführte Erhebung bei über 50-jährigen Menschen in vier Kantonen (BL, BS, AG, SO) liess keine signifikanten Unterschiede der Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach Geschlecht und Alter der Befragten erkennen. Bedeutsam war eher der Bildungshintergrund, und bildungsferne ältere Menschen äussern häufiger Einsamkeitsgefühle als bildungshohe Personen. Befragte mit Kindern gaben leicht seltener an, sich einsam zu fühlen als gleichaltrige Menschen ohne Nachkommen. Bedeutsam war auch die partnerschaftliche Situation. Personen, die nicht in einer Partnerschaft leben, gaben häufiger

Abb. 3.5

## Personen im höheren Lebensalter, die sich «fast nie oder nie» einsam fühlen: Anteile nach Altersgruppe, 1979, 1992 und 2017

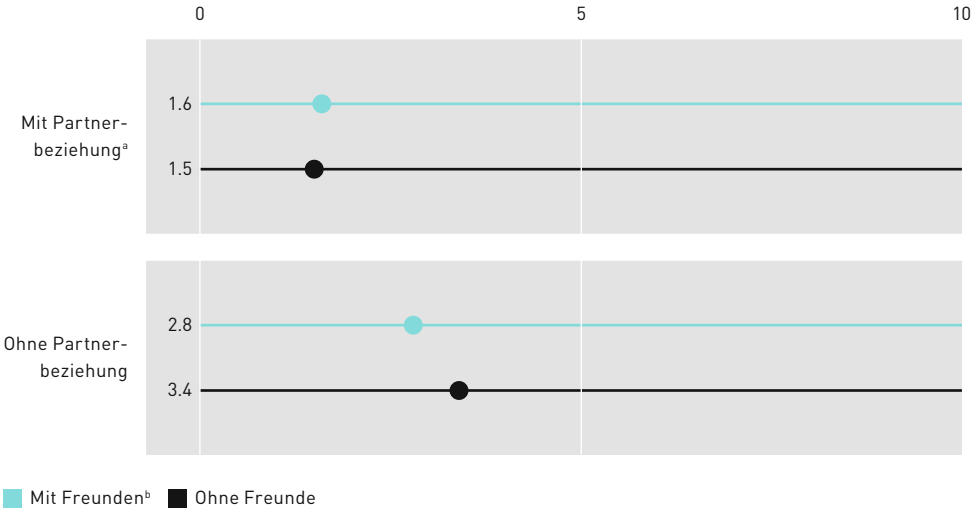
3.4




Zu Hause lebende Personen.
[a] Zentralwallis.
Quellen: 1979: GUGRISPA 1983; 1992: Leu et al. 1997; 2017: Merçay 2017.

## Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen im Alter 65+: Mittelwerte auf einer Skala von 0 bis 10 nach Beziehungskonstellation, 2016

3.5




0 = nie, 10 = immer. Zu Hause lebende Personen. [a] Partner bzw. Partnerin angeführt, wobei auch nicht zusammenlebende Partnerbeziehungen einbezogen sind. [b] Mindestens eine enge Freundschaft angeführt.
Quelle: SHP 2016 (gewichtete Daten, eigene Auswertungen).

Einsamkeitsgefühle an (Schicka et al. 2017). Auch die Daten in Abbildung 3.5 bestätigen häufigere Einsamkeitsgefühle bei älteren Menschen ohne Partner bzw. Partnerin. Beim Fehlen einer Partnerbeziehung – aufgrund einer Scheidung oder Verwitwung – sind Einsamkeitsgefühle häufiger, wenn keine engen Freunde vorhanden sind. Dies weist auf die Bedeutung von Freundschaftsbeziehungen im Alter zur Kompensation wegfallender Partnerbeziehungen hin (Höpflinger 2019).

## 3.4 Wohnen in einem Alters- und Pflegeheim

Im hohen Lebensalter werden Menschen, die lange Zeit selbstbestimmt und individualisiert gelebt haben, verstärkt mit einem Wechsel in einen sogenannten «Kollektivhaushalt» konfrontiert; das heisst mit einer Wohn- und Lebensform, die mit eingeschränkter individueller Eigenständigkeit und Verlust an selbstständigem Haushalten in Verbindung gebracht wird. Der Wechsel in ein Alters- und Pflegeheim wird allgemein negativ bewertet und so lange als möglich hinausgeschoben (Seifert und Schelling 2013) (vgl. dazu auch Kapitel 8).

*Alters- und Pflegeheime – Trends:* Zwischen 1970 und 1990 wurde in der Schweiz die stationäre Alterspflege ausgebaut, mit der Folge, dass in dieser Zeit der Anteil an alten Menschen anstieg, die in einem Alters- und Pflegeheim wohnten. Nach 1990 und vor allem nach 2000 wurden ambulante Pflegestrukturen (Spitex) gefördert. Gleichzeitig wurden mehr altersgerechte bzw. hindernisfreie Wohnungen erstellt. Dies erlaubte ein längeres Verbleiben in privaten Haushaltungen. Gekoppelt mit einem Trend zu einer längeren behinderungsfreien Lebenserwartung führte dies in den letzten Jahren zu einem Rückgang im Anteil an stationär gepflegten alten Menschen.

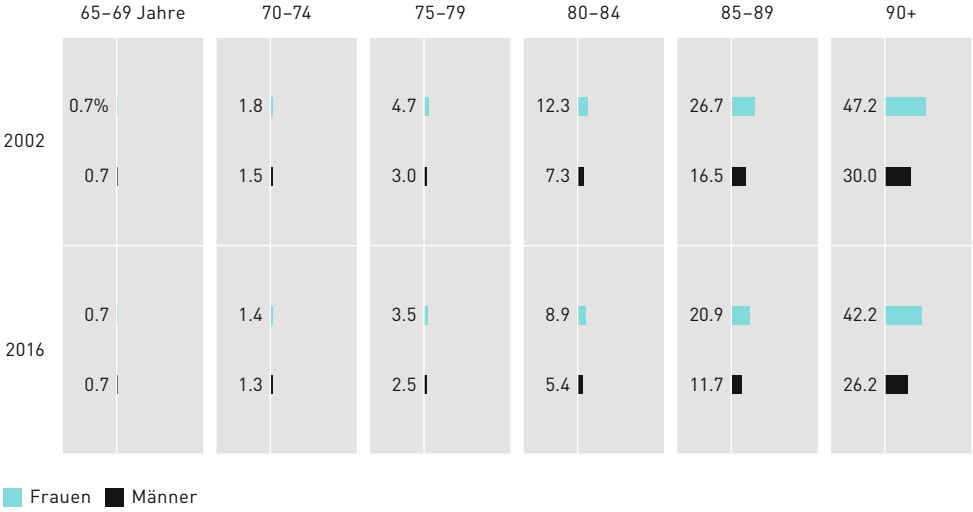
*Auch im hohen Alter häufiger zu Hause leben:* Zwar steigt der Anteil der stationär gepflegten Frauen und Männer mit dem Alter weiterhin an, aber selbst 90-jährige und ältere Menschen leben heute öfters zu Hause, als dies früher der Fall war. Da Frauen im Alter häufiger – etwa durch Verwitwung – nicht mit Partnerpflege rechnen können, wohnen mehr alte Frauen als Männer in Alters- und Pflegeheimen. Dies wird dadurch verstärkt, dass Frauen im Alter häufiger als Männer an chronischen Erkrankungen leiden, die ein selbstständiges Leben und Wohnen erschweren oder verunmöglichen, aber nicht sofort zum Tod führen (z. B. Herzinsuffizienz statt Herzinfarkt).

Abb. 3.6

Von 1000 Einwohnern ab 65 Jahren beanspruchen gesamtschweizerisch gut 15 Personen ein Pflegeheim. Allerdings ergeben sich deutliche kantonale Unterschiede. Ein hoher Anteil an stationär gepflegten alten Menschen zeigt sich in den Bergkantonen Uri, Glarus, Appenzell-Ausserrhoden sowie in

## In Alters- und Pflegeheimen betreute Personen: Anteile an der Wohnbevölkerung 2002 und 2016

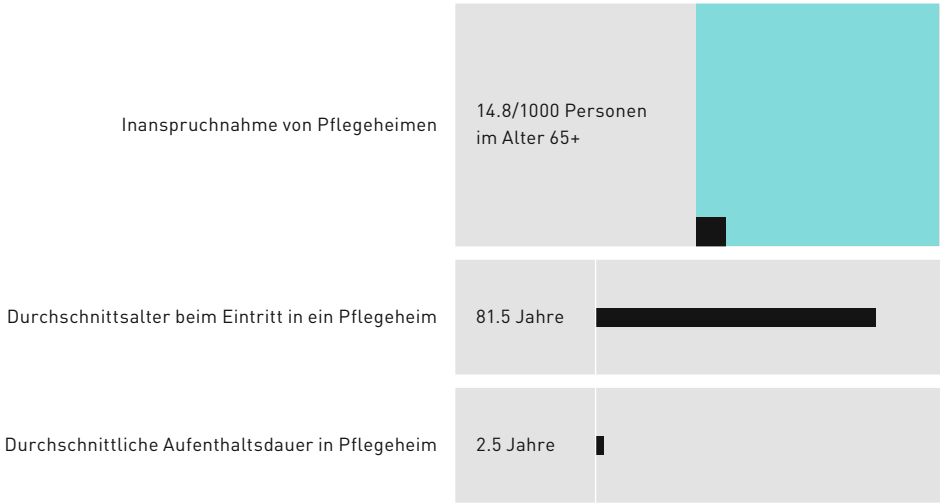
3.6




Quelle: BFS, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2002 und 2016.
Stichtag Betreuungsrate jeweils 31.12.

## Drei Kennzahlen zum Leben in Pflegeheimen, 2016

3.7




Quelle: BFS, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2016.

den Kantonen Schaffhausen und Basel-Stadt. Vergleichsweise wenige stationär gepflegte alte Menschen ergeben sich – wegen des Ausbaus ambulanter Versorgungsangebote – in den Kantonen Freiburg, Waadt, Wallis und Genf.

*Hohes Eintrittsalter und reduzierte Aufenthaltsdauer:* Das durchschnittliche Eintrittsalter in ein Pflegeheim hat sich in den letzten Jahrzehnten erhöht. Es lag 2016 bei 81 bis 82 Jahren. In den nächsten Jahrzehnten dürfte es sich weiter erhöhen. Ansteigend ist auch die Zahl alter Menschen, die nur vorübergehend – etwa nach einem Spitalaufenthalt – in ein Pflegeheim ziehen. So hat sich die Zahl von 80-jährigen und älteren Spitex-Klientinnen und -Klienten, die eine Akut- und Übergangspflege beanspruchen, in den letzten Jahren stark erhöht, von 208 Personen im Jahre 2011 auf 760 Personen im Jahre 2016 (BFS, 2016b).

Abb. 3.7

Ein hohes Eintrittsalter führt einerseits dazu, dass Pflegeheimbewohner und -bewohnerinnen häufig multimorbid sind und an ausgeprägten funktionalen und hirnorganischen Einschränkungen leiden, was entsprechend intensive professionelle Pflegeleistungen erfordert. Mehr als 60% der heutigen Pflegeheimbewohnerschaft leidet an hirnorganischen Erkrankungen (Demenz u.a.). Andererseits verkürzt ein hohes Eintrittsalter die Aufenthaltsdauer. Momentan leben Bewohner und Bewohnerinnen von Pflegeheimen durchschnittlich 2.5 Jahre in dieser Einrichtung. Allerdings verdecken die Durchschnittswerte bedeutsame Lebensunterschiede, etwa zwischen alten Menschen, die kurz vor ihrem Lebensende in eine Pflegeeinrichtung wechseln, und alten Menschen, die lange stationär gepflegt werden (beispielsweise demenzerkrankte alte Menschen ohne kardiovaskuläre Erkrankungen).

*Zukunftstrends:* Die Trends gehen in die Richtung, dass nur noch klar pflegebedürftige alte Menschen in Pflegeheimen betreut werden. Der Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen dürfte das Eintrittsalter in ein Pflegeheim weiter erhöhen und damit die Aufenthaltsdauer in Pflegeheimen weiter verkürzen. Festzustellen ist zudem ein Trend in Richtung einer verstärkten Auflösung der klassischen Zweiteilung «Zu Hause oder Heim». Diverse Zwischenformen und flexible Betreuungsstrukturen werden wichtiger, etwa durch betreute Wohnformen, dezentralisierte Pflegewohngruppen oder Formen einer Übergangspflege im Pflegeheim, wie beispielsweise ein postoperativer Kurzaufenthalt, um danach wieder in die private Wohnung zu ziehen (eine Entwicklung, die in Kapitel 9 gezielt beleuchtet wird).

## Merksätze

- Im höheren Lebensalter leben die meisten älteren Frauen und Männer in Ein- oder Zweipersonenhaushaltungen. Im hohen Lebensalter führt primär Partnerverlust zum Alleinleben. Der Trend zu Kleinhaushaltungen dürfte sich in den nächsten Jahrzehnten fortsetzen.
- Die Pensionierung zwingt Paare häufig zu neuen Aushandlungsprozessen der Beziehung. Fragen zum Wohnen im Alter sind oft Paarentscheide. Häufiger geworden im Alter sind Partnerschaften mit zwei Haushalten.
- Im hohen Lebensalter variieren Haushalts- und Lebensform nach Geschlecht. Männer sind im Alter häufiger noch oder erneut verheiratet als Frauen. Verwitwung im Alter ist vor allem für Frauen ein häufiges Schicksal.
- Ein Zeitvergleich geäusserter Einsamkeitsgefühle bei alten Menschen widerlegt, dass heute verhältnismässig mehr alte Menschen einsam sind als früher. Da es heute mehr alte Menschen gibt, ist die absolute Zahl an einsamen alten Menschen dennoch angestiegen.
- Im hohen Lebensalter werden Menschen, die lange Zeit selbstbestimmt gelebt haben, verstärkt mit einem Wechsel in einen «Kollektivhaushalt» konfrontiert; das heisst mit einer Wohn- und Lebensform, die mit eingeschränkter individueller Eigenständigkeit und Verlust an selbstständigem Haushalten in Verbindung gebracht wird.
- Der Anteil der stationär gepflegten Frauen und Männer steigt mit dem Alter an, aber selbst 90-jährige und ältere Menschen leben heute häufiger zu Hause, als dies früher der Fall war.
- Die Trends gehen in die Richtung, dass nur noch pflegebedürftige alte Menschen in Pflegeheimen betreut werden. Der Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen kann das Eintrittsalter in ein Pflegeheim weiter erhöhen sowie die Aufenthaltsdauer in Pflegeheimen weiter verkürzen.

# 4
# Wirtschaftliche Lage im Alter und Wohneigentumsverhältnisse

# Inhaltsübersicht

4.1 Einschätzung der finanziellen Lage – regionale und soziale Unterschiede

4.2 Armutsgefährdung im Alter – und Folgen

4.3 Wohnausgaben und Einschätzung der Mietkosten

4.4 Wohneigentum im höheren Lebensalter

Merksätze

## 4.1 Einschätzung der finanziellen Lage – regionale und soziale Unterschiede

*Wirtschaftliche Lage im Alter – intereuropäische Unterschiede:* Die wirtschaftliche Lage vieler älterer Menschen hat sich in den letzten Jahrzehnten dank der allgemeinen Wohlstandsentwicklung und dem Ausbau der Altersvorsorge verbessert. Die Schweiz gehört zusammen mit den Niederlanden und Schweden zu den europäischen Ländern, in denen eine Mehrheit der 65-jährigen und älteren Menschen ihre finanzielle Lage als komfortabel einstuft. Geringere Werte zeigen sich in den Nachbarländern sowie in Polen und der Tschechischen Republik. In diesen beiden Ländern ist der Anteil von Altersrentnern, die eine komfortable finanzielle Situation anführen, sehr gering.

Abb. 4.1

*Finanzielle Lage im Alter – sprachregionale Unterschiede:* Die Age-Wohnerhebung 2018 bestätigt, dass eine Mehrheit der Altersrentner in der Schweiz – relativ unabhängig vom Alter – ihre finanzielle Lage als gut bis sehr gut einstuft. Allerdings zeigen sich diesbezüglich sprachregionale Unterschiede: Eine gute finanzielle Lage äussern vor allem Personen in der Deutschschweiz. In der Westschweiz und vor allem im Tessin sind die Werte deutlich geringer und mehr ältere und alte Menschen klagen über eine schwierige finanzielle Lage. Die sprachregionalen Unterschiede bleiben auch nach Kontrolle anderer Einflussfaktoren (Wohneigentum, Bildungshintergrund, Haushaltsgrösse, Altersstruktur) statistisch bedeutsam. Auch die Erhebungen des Bundesamts für Statistik (2017) zu Einkommen und Lebensbedingungen lassen erkennen, dass Armutsgefährdung im Tessin am häufigsten auftritt und dass die Zufriedenheit mit der finanziellen Lage in der Region Zürich am höchsten und im Tessin am geringsten ausfällt. Dieser Befund entspricht der Tatsache, dass das verfügbare Haushaltseinkommen im Tessin tiefer liegt als in den anderen Schweizer Regionen (Avenir Suisse, 2017: 16).

Abb. 4.2

*Auch sozial ausgeprägte wirtschaftliche Ungleichheiten im Rentenalter:* In der Schweiz haben sich Zahl und Anteil wohlhabender älterer Menschen in den letzten Jahren erhöht. Dadurch wurden die «Senioren» zu einer «wertvollen Konsumentengruppe». Allerdings ist Armut bzw. finanzielle Not im Alter auch in der reichen Schweiz nicht verschwunden. Neben wohlhabenden bis reichen Altersrentnern finden sich weiterhin nicht wenige arme Pensionierte. Noch stärker als in jüngeren Altersgruppen ist die wirtschaftliche Lage im Alter durch markante wirtschaftliche Ungleichheiten gekennzeichnet. 2016 verfügten die reichsten 10% der 65-jährigen und älteren Personen über ein verfügbares jährliches (Äquivalenz)-Einkommen von 81 152 Franken, gegen-

über nur 23759 Franken bei den ärmsten 10%. Die reichsten 10% unter den AHV-Rentnern verfügten damit über 3.4-mal mehr finanzielle Mittel als die ärmsten 10% (BFS, 2017b).

Die wirtschaftliche Lage im Rentenalter wird von verschiedenen Faktoren geprägt, z. B. durch Weiterarbeit nach 65 oder Vermögenseinkommen, etwa dank Erbschaften oder angespartem Geld. Bei Menschen im Alter ist aber vor allem die Höhe der Altersrente relevant, wobei vor allem Unterschiede der beruflichen Rente (2. Säule) zu grossen Einkommensunterschieden im Alter beitragen. Daneben wird die finanzielle Lage aber auch vom Ausgabenverhalten beeinflusst, wobei im Alter gerade auch die Wohnkosten zu den grössten Ausgabeposten gehören (dazu Kap. 4.3).

*Einschätzung der finanziellen Lage nach ausgewählten sozialen Merkmalen:* Die Einschätzung der finanziellen Lage als gut oder schlecht ist eng mit dem Haushaltseinkommen verknüpft, teilweise aber auch mit dem individuellen Anspruchsniveau. So kann, wer im Alter wenige Ansprüche hat, auch mit wenig Rente zufrieden sein. Speziell alte Menschen gehören noch zu den Generationen, die in weniger wohlhabenden Zeiten aufgewachsen sind und deshalb auch im Alter sparsam und teilweise genügsam leben. Diese reduzierten Ansprüche können mitunter ein Grund sein, warum die Einschätzung der finanziellen Lage – mit Ausnahme der italienischsprachigen Schweiz – mit dem Alter nur wenig variiert. Gleichzeitig gilt aber zu berücksichtigen, dass einkommensschwache Menschen oft früher versterben als wohlhabende bzw. früher in ein Alters- und Pflegeheim wechseln.

Abb. 4.3

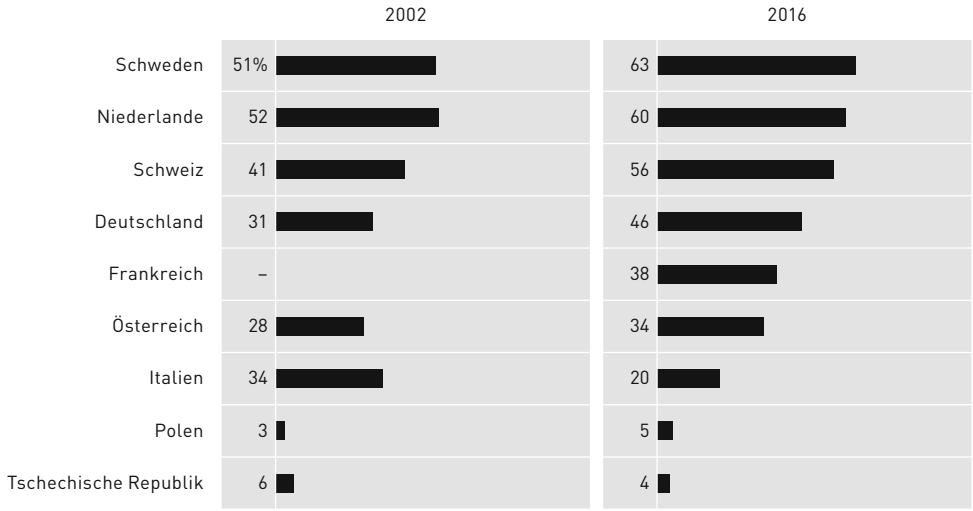
Den stärksten Einfluss auf die Einschätzung der finanziellen Lage im Alter hat der Bildungshintergrund: Bildungsferne Befragte leiden im Alter häufiger unter einer schwierigen finanziellen Lage als Befragte mit tertiärer Ausbildung. Darin widerspiegelt sich einfach die Tatsache, dass eine gute schulisch-berufliche Ausbildung die Karrierechancen erhöht, was sich im Alter in höheren Renten auszahlt.

Frauen im Alter schätzen ihre finanzielle Situation weniger positiv ein als Männer, auch weil Armut im Alter bei Frauen häufiger ist als bei Männern. Nach Kontrolle anderer Variablen (Bildungshintergrund, Wohneigentum, Alter) verwischt sich der Unterschied allerdings.

Sachgemäss schätzen Wohneigentümer ihre finanzielle Lage besser ein als Mieter und Mieterinnen, sei es, weil sie generell wohlhabender sind oder weil Wohneigentum ein substanzielles Vermögen darstellt, das gegebenenfalls durch Verkauf in Einkommen umgewandelt werden kann. Zusammenleben ist generell kostengünstiger, und entsprechend sind vor allem Befragte in Paarhaushalten mit ihrer finanziellen Lage zufrieden. Dazu kommt, dass bei Paaren oft zwei Einkommen bzw. Renten zusammenfallen, was das Armutsrisiko reduzieren kann.

## Einschätzung des Haushaltseinkommens durch Personen im Alter 65+ als «komfortabel»: Anteile im Ländervergleich 2002 und 2016

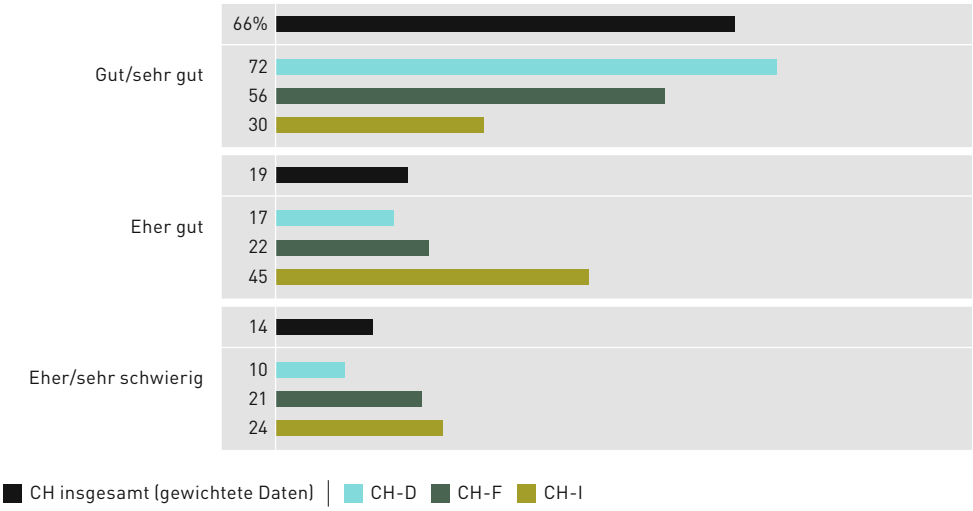
4.1




Zu Hause lebende Personen.
Quellen: European Social Survey 2002/03 und 2016, Data file edition 1.0; NDS Data file edition 1.0.

## Finanzielle Lage des Haushalts im Alter 65+: Selbsteinstufung nach Sprachregion

4.2




Zu Hause lebende Personen.
Differenz zu 100% durch fehlende Antworten.
Quelle: Age 2018.

## 4.2 Armutsgefährdung im Alter und Folgen

*Armutsgefährdung im Alter – ein häufiges Schicksal:* Trotz Ausbau der Altersvorsorge ist auch heute mehr als ein Fünftel der Frauen und Männer im AHV-Alter als armutsgefährdet einzustufen. Das heisst, sie weisen vor Bezug von Ergänzungsleistungen zur AHV ein Haushaltseinkommen auf, das 60% tiefer liegt als das mittlere Haushaltseinkommen der Bevölkerung. Dieser Anteil hat sich in den letzten Jahren kaum verändert. Relative Armut im Alter hat sich in der Schweiz somit weder erhöht noch reduziert. Von relativer Armut betroffen sind speziell alleinlebende Menschen; eine Gruppe, die im Alter mehrheitlich aus Frauen besteht.

Abb. 4.4

Mehr als zwei Fünftel der AHV-Rentner und AHV-Rentnerinnen geben monatlich etwa so viel aus, wie sie an Einkommen bzw. Renten einnehmen, und mehr als ein Fünftel muss Vermögensreserven aufbrauchen. Vermögensverzehr im Alter ist häufig und in den letzten Jahren häufiger geworden. Bei ungenügendem Renteneinkommen werden Ergänzungsleistungen zur AHV erst ausbezahlt, wenn das Bruttovermögen einen festgelegten Freibetrag (Alleinstehende: Fr. 37 500, Paare: Fr. 60 000) nicht überschreitet. Bei selbstbewohnter Liegenschaft gilt noch ein Vermögensfreibetrag von Fr. 115 000 bzw. Fr. 300 000 bei alten Menschen, die eine Hilflosenentschädigung zur AHV/IV beziehen. Sehr gering ist momentan noch der Anteil von AHV-Rentnern und AHV-Rentnerinnen, die sich verschulden (müssen).

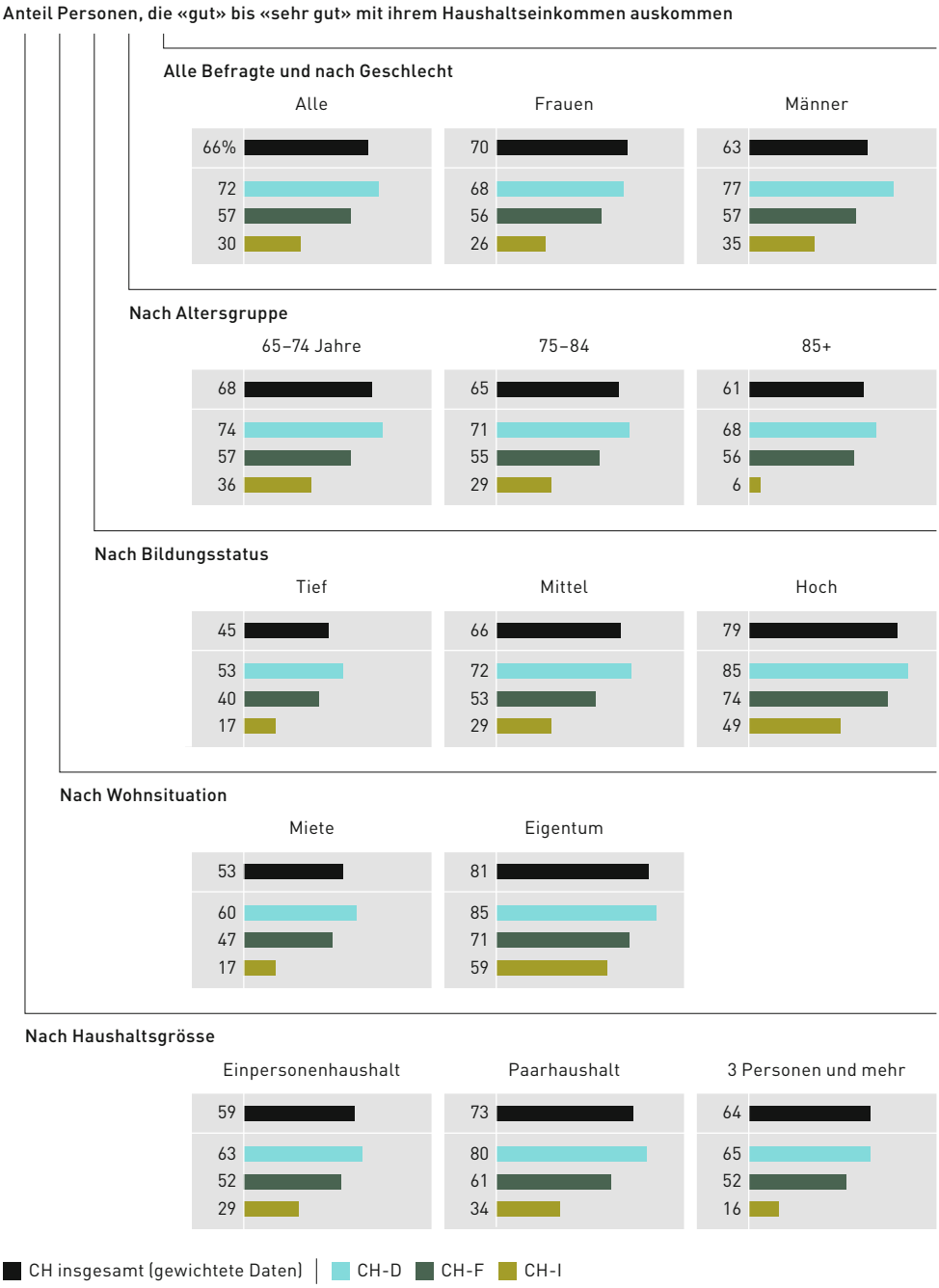
*Ergänzungsleistungen zur AHV:* Trotz Ausbau der beruflichen Vorsorge ist der Anteil an AHV-Rentnern, die auf Ergänzungsleistungen zur AHV angewiesen sind, in den letzten Jahren leicht angestiegen. Dafür verantwortlich sind primär steigende Gesundheits- und Pflegekosten sowie höhere Wohnkosten. Im hohen Lebensalter werden Ergänzungsleistungen zur AHV oft zur Finanzierung von Pflegeheimaufenthalten notwendig. Gut die Hälfte der Alters- und Pflegeheimbewohner beziehen Ergänzungsleistungen zur AHV (Cosandey 2016), und 2016 entfielen rund 49% der Ausgaben für Ergänzungsleistungen zur AHV auf heimbedingte Mehrkosten (BSV, 2017: Tab. 2.12).

Frauen sind im Alter häufiger auf Ergänzungsleistungen zur AHV angewiesen als Männer. Darin widerspiegeln sich einerseits frühere Lohnnachteile: Tiefere Frauenlöhne und Teilzeitarbeit ziehen geringere Renten nach sich, namentlich bei der beruflichen Vorsorge. Andererseits werden mehr Frauen sehr alt, wodurch sie häufiger stationär gepflegt werden. Der hohe Anteil von älteren Ausländern und Ausländerinnen, die auf Zusätze zu ihrer Rente angewiesen sind, erklärt sich ebenfalls durch deren frühere Berufstätigkeit in Tieflohnbranchen. Zudem kehren primär einkommensstarke Ausländer und Ausländerinnen in ihr Herkunftsland zurück,

Abb. 4.5

## Personen im Alter 65+ mit komfortablem Haushaltseinkommen: Anteile aufgrund Selbsteinstufung nach sozialen Merkmalen, 2018

4.3




Gemäss eigenen Angaben von zu Hause lebenden Personen. Quelle: Age 2018.

wogegen einkommensschwache Migrantinnen und Migranten in der Schweiz verbleiben müssen, um Zusatzleistungen zu erhalten.

Der Anteil an Personen mit Ergänzungsleistungen zur AHV ist unter den 80-Jährigen und älteren höher als unter den 65- bis 79-Jährigen. Dies reflektiert einerseits Pflege- und Heimkosten, die Zusatzleistungen erfordern. Andererseits hat ein Teil der alten Menschen ihr früheres Vermögen aufgebraucht, wodurch sie neu Anrecht auf Ergänzungsleistungen zur AHV erhalten. Dazu kommt, dass die heute über 80-jährigen Menschen weniger vom Wohlstandsaufschwung und dem Ausbau der beruflichen Vorsorge der letzten Jahrzehnte zu profitieren vermochten als nachkommende Generationen.

Finanzielle Probleme im Alter – bis hin zu einer deutlichen Armutsgefährdung – sind auch in der Schweiz weiterhin aktuell, wobei im Rentenalter sowohl frühere wirtschaftlich-berufliche Einschränkungen (tiefe Löhne, Erwerbsunterbrüche, Scheidungen u.a.) als auch altersbezogene Dimensionen (aufgebrauchtes Vermögen, zusätzliche Pflegekosten usw.) bedeutsam sein können.

*Folgen finanzieller Probleme:* Die häufigste Folge von tiefen Renten im Alter ist, dass unerwartete Ausgaben nicht bezahlt werden können. Normalerweise geht es, auch dank Einschränkungen externer Aktivitäten. Aber eine grössere Rechnung kann rasch zum Problem werden. Nicht selten sind bei älteren Menschen auswärtige Ferien aus finanziellen Gründen nicht möglich, und vor allem alleinstehende Menschen müssen im Alter auch auf ein eigenes Automobil verzichten.

Abb. 4.6

Dank Ergänzungsleistungen und Rückerstattung von Krankenkassenprämien bei tiefen Renten ist hingegen ein finanziell bedingter Verzicht auf ärztliche oder zahnärztliche Untersuchungen in der Schweiz eher selten. Sehr selten geworden sind auch ungenügend geheizte Wohnungen.

## 4.3 Wohnausgaben und Einschätzung der Mietkosten

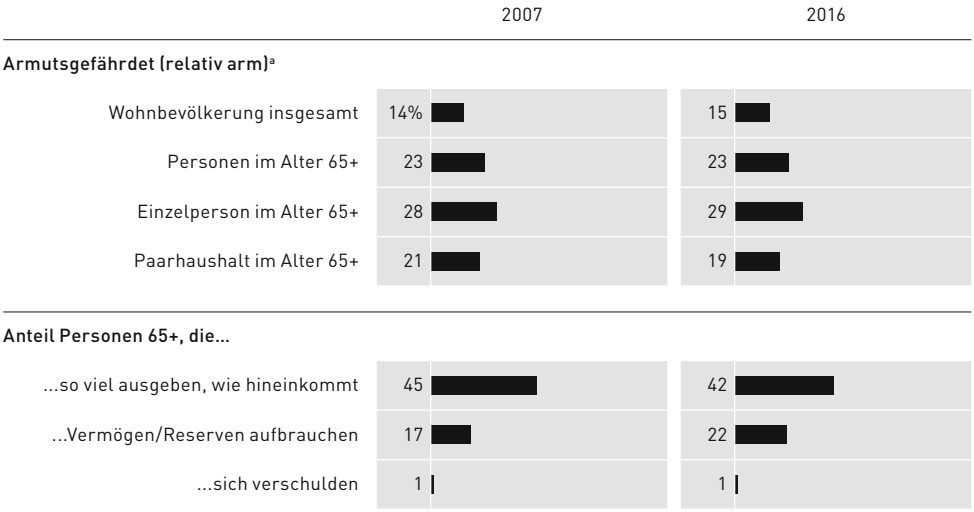
*Wohnausgaben nach Haushaltsform und Einkommensklasse:* Zu den grössten Ausgabeposten im Rentenalter gehören Ausgaben für Wohnen und Energie. Speziell für Personen mit geringen Renteneinkommen sind die Wohnausgaben beträchtlich. Die einkommensschwächsten 20% der Alleinstehenden müssen mehr als die Hälfte des verfügbaren Einkommens für Wohnen ausgeben, was ausserhäusliche Aktivitäten stark einschränkt. Gesamthaft sind bei 60% der alleinstehenden älteren Menschen die Wohnausgaben höher als ein Drittel des verfügbaren Renteneinkommens.

Abb. 4.7

Wegen der grösseren Wohnung haben Paarhaushaltungen im Alter zwar vielfach höhere Wohnkosten, aber da ihr verfügbares Einkommen zu-

## Armutsgefährdung und finanzielle Situation von Personen im AHV-Alter: Anteile 2007 und 2016

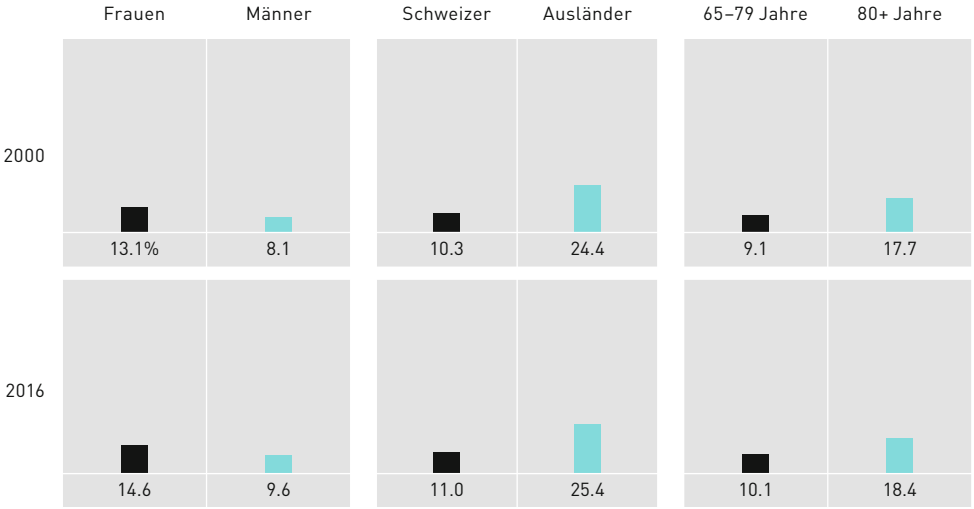
4.4




Zu Hause lebende Personen. [a] Einkommen vor Bezug Sozialhilfe oder Ergänzungsleistungen < 60% des medianen Einkommens der ständigen Wohnbevölkerung (Armutsgefährdungsquote gemäss europäischen Vergleichen).
Quelle: BFS, SILC inkl. fiktive Miete (2007–2016, auf- und abgerundete Zahlen).

## AHV-Rentner, die Ergänzungsleistungen beziehen: Anteile 2000 und 2016 nach Geschlecht, Nationalität und Alter

4.5




Quelle: BSV, Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (diverse Jahrgänge).

meist höher liegt, ist die Wohnkostenbelastung häufig geringer. Dennoch geben die ärmsten 20% der Paarhaushalte gut 40% ihres Einkommens für Wohnen und Energie aus. Hohe Wohnkosten können mit zur Verarmung beitragen bzw. dazu beitragen, dass keine finanziellen Reserven gebildet werden können. Ebenso können Preisanstiege bei Mieten und Heizkosten, aber auch steigende Hypothekarzinsen bei diesen älteren Menschen rasch zu wirtschaftlich prekären Verhältnissen führen.

*Zur Einstufung der Wohnkosten:* Nicht wenige ältere Mieter und Mieterinnen stufen ihre Wohnkosten als zu hoch ein. Dies ist vor allem in der italienischsprachigen Schweiz der Fall. Die Einstufung der Wohnkosten als zu hoch variiert nicht nach Alter, sondern primär nach Haushaltseinkommen. Von den Altersrentnerinnen und -rentnern, die sich in prekärer finanzieller Lage befinden, stuft fast ein Drittel die Wohnkosten als zu hoch ein. Im Tessin beläuft sich der entsprechende Anteil auf fast zwei Fünftel. In vielen Fällen sind die Werte nur deshalb nicht höher, weil viele ältere Menschen als langjährige Mieter und Mieterinnen von relativ tiefen Mieten profitieren. In nicht wenigen Fällen ergeben sich Mietkostenprobleme im Alter erst, wenn altersbedingt eine neue Mietwohnung gesucht werden muss oder eine langjährig bewohnte Wohnung abgerissen wird.

Abb. 4.8

## 4.4 Wohneigentum im höheren Lebensalter

Hohe Preise für Eigentumswohnungen oder Einfamilienhäuser tragen dazu bei, dass vor allem ältere Menschen Wohneigentum erwerben können, auch wenn in den letzten Jahren tiefe Hypothekarzinsen den Erwerb von Wohneigentum begünstigten. Zudem wird im höheren Lebensalter nicht selten Wohneigentum geerbt. Der Anteil an Personen, die nicht in Miete wohnen, steigt deshalb mit dem Alter an, und er ist gegenwärtig bei den 55- bis 74-Jährigen am höchsten. Bei den über 75-Jährigen sinkt die Wohneigentumsquote erneut, teilweise, weil im Alter Wohneigentum verkauft wird sowie weil heute alte Menschen weniger häufig über grössere Vermögenswerte verfügen als nachkommende Generationen.

*Grosse Stadt-Land-Unterschiede:* Sachgemäss variiert die Wohneigentumsquote regional stark. In ländlichen Regionen ist Wohneigentum häufiger als in städtischen Gebieten (vgl. auch Abbildung 4.10). So wohnten gemäss den Schweizerischen Haushaltspanel-Daten 2016 71% der über 64-jährigen Befragten aus Kernstädten in Miete, gegenüber 61% in suburbanen Gemeinden und 38% in mehr ländlichen Gemeinden. Vor allem in städtischen und suburbanen Regionen ist Wohneigentum eng mit dem Erwerbs- bzw. Renteneinkommen

## Personen im Alter 65+ mit materiellen Entbehrungen: Anteile nach Haushaltsform, 2016

4.6

| Zu wenig finanzielle Ressourcen für... | Alle | 1-Pers.-Haushalt | 2+-Pers.-Haushalt |
|---|---|---|---|
| ...unerwartete Ausgaben (ab Fr. 2500) | 11.4% | 14.0 | 8.4 |
| ...eine Woche Ferien pro Jahr | 7.3 | 9.0 | 6.0 |
| ...ein persönliches Auto | 3.7 | 7.1 | 1.4 |
| ...ärztliche bzw. zahnärztliche Untersuchungen | 1.4 | 2.1 | 1.4 |
| ...eine ausreichende Beheizung der Wohnung | 0.1 | 0.2 | 0.1 |

Quelle: BFS, SILC 2016.

## Ausgaben für Wohnen/Energie im Alter 65+: Anteil am Haushaltseinkommen nach Haushaltsform und Einkommensquintil

4.7

| | Einkommensklassen (Quintile) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1. Quintil | 2. | 3. | 4. | 5. | Total |
| Alleinstehende | 57% | 40 | 38 | 30 | 20 | 32.3 |
| Paarhaushalte | 40 | 28 | 21 | 20 | 15 | 21.4 |

Anteil am verfügbaren Haushaltseinkommen. 1. Quintil = 20% der betreffenden Personengruppe mit dem tiefsten Einkommen, 2. Quintil = 20% mit dem zweittiefsten Einkommen bis 5. Quintil = 20% mit dem höchsten Einkommen. Quelle: BFS, HABE 2012–2014.

verknüpft, und Personen mit hohen Einkommen leben häufiger in eigener Wohnung bzw. eigenem Haus als Personen mit tiefen Einkommen. In ländlichen Regionen – wo Hauseigentum häufiger über Generationen vererbt wird – ist der Zusammenhang zwischen Einkommen und Wohneigentum schwächer. Dies kann im Alter zur Situation von «einkommensschwachen Hauseigentümern» führen, die beispielsweise über zu wenig finanzielle Mittel verfügen, um ihr Haus bzw. ihre Wohnung altersgerecht zu renovieren.

*Steigende Wohneigentumsquoten bei den über 55-Jährigen:* In den letzten Jahren hat sich die Wohneigentumsquote der über 55-jährigen Personen erhöht. Gegenwärtig lebt gesamtschweizerisch nur noch eine Minderheit der 55- bis 74-Jährigen in Miete. Besonders hoch ist die Wohneigentumsquote bei älteren Paaren, etwa weil ein langjähriger Verdienst zweier Personen den Erwerb von Wohneigentum erleichtert oder weil Paare von zwei Elternseiten her erben können. Alleinstehende ältere Personen leben häufiger in Miete und weisen weniger häufig Wohneigentum aus. So kann eine Scheidung – wie aber auch der Tod des Partners bzw. der Partnerin – dazu führen, dass Wohneigentum unerschwinglich wird bzw. vorhandenes Wohneigentum verkauft werden muss.

Abb. 4.9

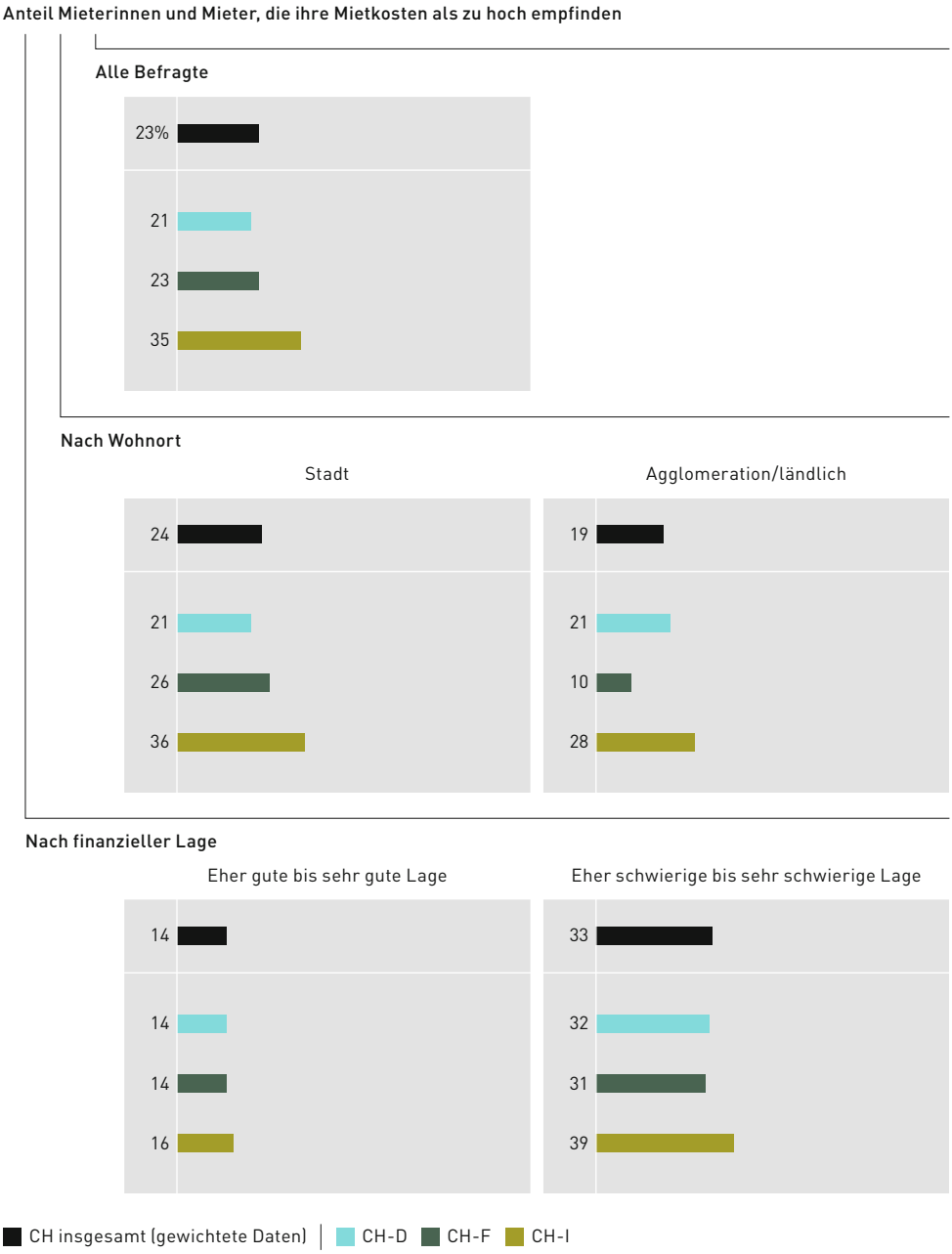
Die Aufgliederung reiner Altersrentner-Haushalte (Haushaltungen von 65-jährigen und älteren Personen ohne jüngere Mitbewohner) lässt ebenfalls einen hohen Wohneigentumsanteil bei älteren Menschen erkennen, mit allerdings bedeutsamen Unterschieden je nach Grossregion. Besonders hoch ist der Wohneigentumsanteil älterer Menschen in der Nordwest- und der Ostschweiz, wogegen in den urbanen Regionen (Genfersee, Zürich) ältere Menschen mehrheitlich in Miet- bzw. Genossenschaftswohnungen leben.

Abb. 4.10

*Wohneigentum im Alter – Auswirkungen:* Im Allgemeinen ist Wohneigentum im Alter mit einer besseren Wohnqualität, einer erhöhten Wohnzufriedenheit und vermehrten Gestaltungsmöglichkeiten verbunden. Probleme können sich im höheren Lebensalter ergeben, wenn Wohneigentum für die Familienphase erworben wurde und sich die Eigentumswohnung oder das Einfamilienhaus in späteren Lebensphasen – nach Auszug der Kinder oder nach dem Tod des Partners – als zu gross und zu aufwendig erweist. «Mehr Wohnfläche bedeutet nicht immer eine Steigerung des Komforts. Die grosse Wohnung kann sich schnell auch als anstrengend und anspruchsvoll im Unterhalt erweisen. Beim Haus mit Garten kommt dazu, dass der über Jahre, vielleicht Jahrzehnte hinweg gestaltete Umschwung mehr und mehr Zeit in Anspruch nimmt, dass sein Unterhalt die eigenen Kräfte übersteigt oder dass er zur Belastung wird, weil man stattdessen lieber etwas anderes unternehmen möchte. Manchmal erweist sich die Lage im Grünen als problematisch, weil die Empfindlichkeit für Distanzen oder Gefälle zunimmt, Einkaufsmöglichkeiten, Infrastrukturen und

## Mietkosten im Alter 65+: Anteile der Selbsteinstufung «zu hoch» nach geografischen und ökonomischen Merkmalen, 2018

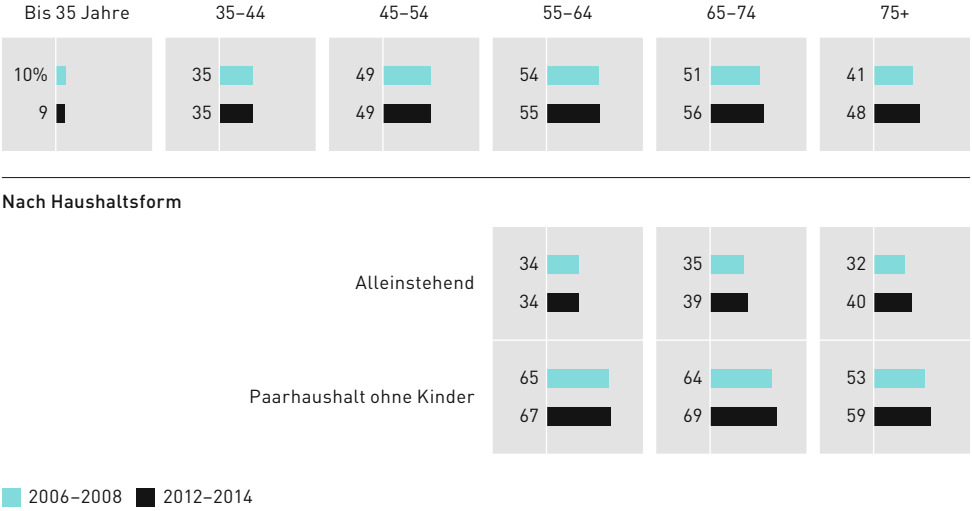
4.8




Quelle: Age 2018.

## Leben im Wohneigentum: Anteile nach Alter der Referenzperson und Haushaltsform, 2008 und 2014

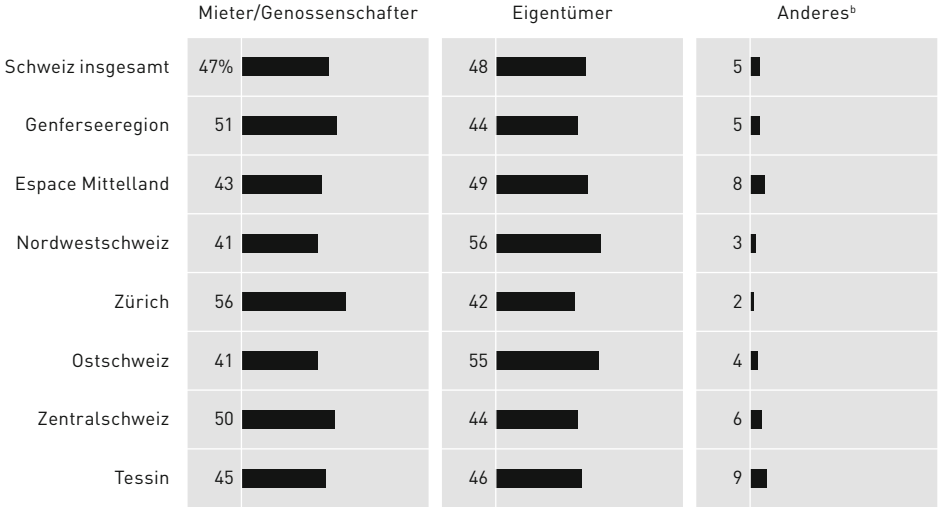
4.9




Zu Hause lebende Personen. Referenzperson: Die ältere Person im Haushalt. Wohneigentumshaushalt: Referenzperson wohnt nicht zur Miete, sondern in einer Wohnung, die ihr oder einem Angehörigen gehört.
Quelle: BFS, HABE 2006/08 und 2012/14.

## Eigentumsverhältnisse der Privathaushalte von Personen im Alter 65+[a], Anteile nach Grossregion, 2016

4.10



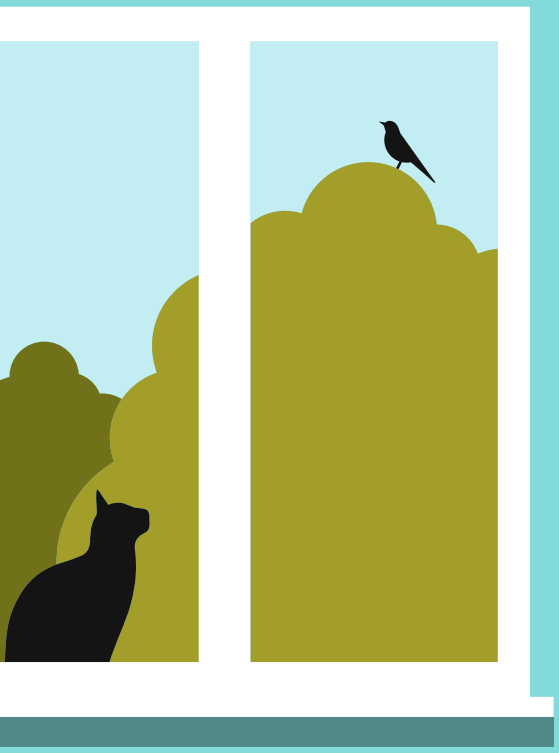

[a] Haushalte mit einer oder mehreren Personen im Alter 65+ (und keine jüngeren Personen).
[b] Pacht, Dienstwohnung, kostenloses Wohnrecht (z.B. Haushalt im Haus einer Tochter, eines Sohnes usw.).
Quelle: BFS, SE 2016; BFS, GWS 2016.

Dienstleistungen des Alltags sowie öffentliche Verkehrsmittel in unmittelbarer Nähe fehlen» (Beyeler 2010: 12).

Beim Erwerb von Wohneigentum sollten deshalb spätere Lebensjahre mitgedacht werden; sei es, dass auf hindernisfreie Wohnsituationen geachtet wird; sei es, dass die Möglichkeit ins Auge gefasst wird, eine grosse Familienwohnung in kleinere Wohneinheiten zu unterteilen. «Idealerweise sollten deshalb auch Haus und Wohnung anpassbar gestaltet werden, um mit minimalem baulichem Aufwand auf individuelle und wechselnde Bedürfnisse zu reagieren, indem die Wohnräume verschieden genutzt und die Wohnflächen variabel vergrössert oder verkleinert werden können» (Beyeler 2010: 8).

## Merksätze

- Die wirtschaftliche Lage vieler älterer Menschen hat sich dank der allgemeinen Wohlstandsentwicklung und dem Ausbau der Altersvorsorge verbessert. Die Schweiz gehört zu den wenigen europäischen Ländern, wo eine Mehrheit der 65-jährigen und älteren Menschen ihre finanzielle Lage als komfortabel einstuft.
- Regional variieren Wohlstandsniveau und finanzielle Lage auch in der Schweiz. Namentlich in der italienischsprachigen Schweiz leben mehr ältere Menschen in finanziell schwieriger Situation.
- Neben wohlhabenden bis reichen Altersrentnern finden sich weiterhin nicht wenige arme Pensionierte. Noch stärker als in jüngeren Altersgruppen ist die wirtschaftliche Lage im Alter durch markante wirtschaftliche Ungleichheiten gekennzeichnet.
- Zu den grössten Ausgabeposten im Rentenalter gehören Ausgaben für Wohnen und Energie, und speziell für Personen mit geringen Renteneinkommen sind die Wohnausgaben beträchtlich. Vor allem im Tessin, in Städten und bei schwieriger finanzieller Lage werden die Mietkosten als zu hoch eingestuft.
- Mehr als ein Fünftel der Frauen und Männer im AHV-Alter sind als armutsgefährdet einzustufen. Dieser Anteil hat sich in den letzten Jahren kaum verändert.
- Trotz Ausbau der beruflichen Vorsorge ist der Anteil an AHV-Rentnern, die auf Ergänzungsleistungen zur AHV angewiesen sind, in den letzten Jahren leicht angestiegen. Dafür verantwortlich sind sowohl steigende Gesundheits- und Pflegekosten als auch höhere Wohnkosten.
- Die häufigste Folge von tiefen Renten im Alter ist, dass unerwartete Ausgaben nicht bezahlt werden können. Normalerweise geht es, aber eine grössere Rechnung kann rasch zum Problem werden.
- In den letzten Jahren hat sich die Wohneigentumsquote der über 55-jährigen Personen erhöht. Die Wohneigentumsquote im Alter variiert regional stark. In ländlichen Regionen ist Wohneigentum häufiger als in städtischen Gebieten.
- Allgemein ist Wohneigentum im Alter mit einer besseren Wohnqualität und vermehrten Gestaltungsmöglichkeiten verbunden. Probleme entstehen, wenn Wohneigentum vor oder in der Familienphase erworben wurde und sich im höheren Lebensalter im Unterhalt als zu aufwendig erweist.



# 5
# Wohnumgebung und Nachbarschafts-beziehungen

# Inhaltsübersicht

5.1 Zur Qualität der Wohnumgebung

5.2 Allgemeine Verbundenheit mit der Wohnumgebung

5.3 Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Wohnumgebung

5.4 Probleme der Wohnumgebung und erlebte Unsicherheit

5.5 Nachbarschaftsbeziehungen

Merksätze

## 5.1 Zur Qualität der Wohnumgebung

*Wohnumgebung – ein wichtiges Element der Wohnqualität:* Die Qualität der Wohnumgebung ist ein zentrales Element der Lebensqualität von Menschen. Dies gilt speziell in Lebensphasen, wo Wohnung und Wohnumgebung bedeutsame Lebensbezüge darstellen, etwa bei Familien mit Kleinkindern, Menschen im Rentenalter sowie bei alten Menschen mit eingeschränkter Mobilität. Eine hindernisfreie und altersgerecht ausgestaltete Wohnung allein nützt wenig, wenn der Zugang zur Wohnung schwierig ist, keine Einkaufsgelegenheiten in der Nähe liegen oder Lärmbelastungen und Konflikte mit Nachbarn das Wohlbefinden reduzieren.

*Wohngegend – ruhig, grün oder lärmig:* Im Rahmen der Age-Wohnerhebung 2018 hatten die Interviewer und Interviewerinnen beim Besuch der zu befragenden Person die Qualität der direkten Wohnumgebung einzuschätzen (ruhige Gegend mit viel Grün, ruhige Gegend mit wenig Grün, Wohnung direkt an lärmiger Verkehrsstrasse). Es ist klar, dass Lärmbelastungen in Städten ausgeprägter sind als auf dem Land, und da in der deutschsprachigen Schweiz verhältnismässig weniger ältere Menschen in Städten leben als in den zwei anderen Sprachregionen, sind in der Westschweiz und vor allem im Tessin mehr ältere Personen durch Verkehrslärm belastet. Nur eine Minderheit der Tessiner Altersrentner und Altersrentnerinnen lebt in einer ruhigen Gegend mit viel Grün. Hingegen ist der Anteil derjenigen, die ihre Wohnung direkt an einer lärmigen Verkehrsstrasse aufweisen, relativ hoch. Grenzüberschreitender Pendelverkehr, aber auch Tourismus belasten die Südschweiz stark.

*Qualität der Wohnumgebung variiert nach finanzieller Lage:* In allen drei Sprachregionen variiert die Qualität der Wohnumgebung – nicht überraschend – mit der finanziellen Lage: Wer wirtschaftlich gut abgesichert ist und von einer guten finanziellen Lage profitiert, lebt häufiger in einer ruhigen Gegend mit viel Grün (oft auch als Haus- oder Wohneigentümer). Wirtschaftlich schlechter gestellte ältere Frauen und Männer müssen häufiger eine lärmige Wohnsituation in Kauf nehmen. Im Tessin wohnen aber auch wohlhabendere Altersrentner und Altersrentnerinnen häufiger als in der deutschsprachigen Schweiz direkt an einer lärmigen Verkehrsstrasse.

Abb. 5.1

Die Qualität der Wohnumgebung variiert somit regional und sozial. Hingegen gibt es keinen Zusammenhang mit dem Lebensalter (im Sinne, dass sehr alte Menschen eine schlechtere Wohnumgebung in Kauf nehmen müssen als jüngere Altersrentner).

## 5.2 Allgemeine Verbundenheit mit der Wohnumgebung

*Hohe Verbundenheit mit der Wohnumgebung, speziell im Tessin:* Die grosse Mehrheit der älteren Befragten in allen drei Sprachregionen fühlt sich mit ihrer jetzigen Wohnumgebung verbunden. Dies trägt dazu bei, möglichst lange in der jetzigen Wohnung leben zu wollen oder einen Wohnwechsel höchstens in der gleichen Gemeinde ins Auge zu fassen.

Abb. 5.2

Im sprachregionalen Vergleich zeigt sich eine leicht geringere Wohnortsverbundenheit in der Westschweiz als in der deutschsprachigen Schweiz. Auffallend ist aber auch, dass die Wohnortsverbundenheit in der italienischsprachigen Schweiz sehr hoch ist. Dies, obwohl die Wohnumgebung objektiv eher schlechter eingestuft wird und – wie später gezeigt wird – obwohl die Zufriedenheit mit vielen Aspekten der Wohnumgebung geringer ist als in den zwei anderen Sprachregionen (vgl. Kap. 5.3). Dies widerspiegelt die soziokulturell spezifische Lage der italienischsprachigen Regionen und namentlich des Tessins: Die Grenznähe zu Italien führt zu einer besonders starken Betonung und Pflege lokaler Identitäten (gegenüber dem mächtigen Nachbarn). Die Stellung der Italienischsprachigen als Minderheitsgruppe innerhalb der Schweiz dürfte diese lokale Verbundenheit zusätzlich stärken.

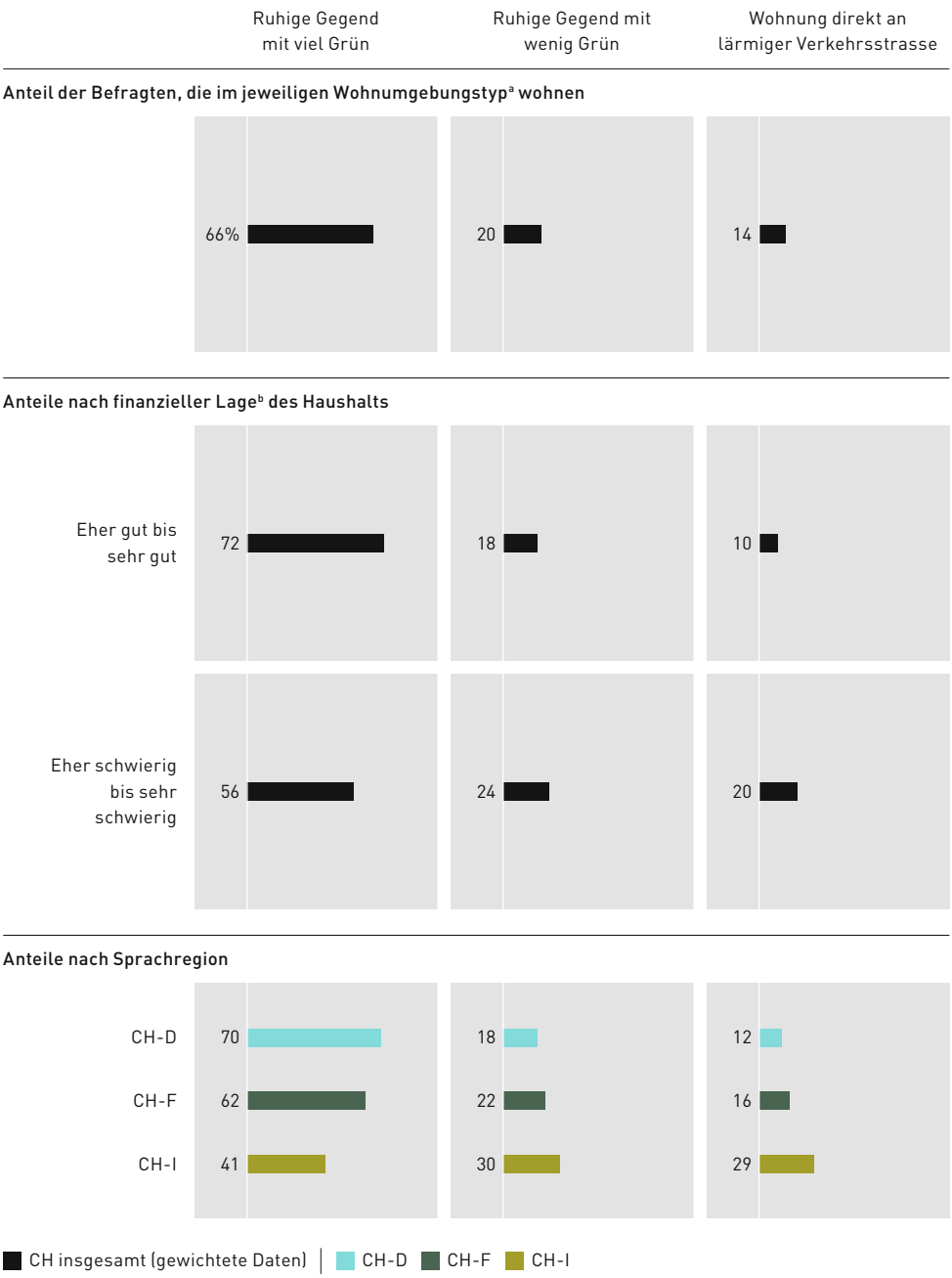
*Einflussfaktoren auf Wohnortsverbundenheit:* Erwartungsgemäss steigt die Wohnortsverbundenheit mit steigender Wohndauer in der gleichen Gemeinde. Dadurch ist Wohnortsverbundenheit bei den über 80-jährigen Befragten leicht höher als bei den «jungen Alten». Frauen und Männer weisen im Alter analoge Werte auf, und geschlechtsbezogene Unterschiede der Wohnortsidentifikation lassen sich nicht festhalten.

Insgesamt – und vor allem in der deutsch- und französischsprachigen Schweiz – variiert die Wohnortsverbundenheit mit zwei bedeutsamen Elementen: Sie ist sachgemäss höher, wenn man in einer ruhigen Gegend mit viel Grün wohnt, als wenn man an einer lärmigen Verkehrsstrasse lebt. Je höher die Wohnortsqualität, desto höher ist die Wohnortsverbundenheit. Das bedeutet, dass bei hoher Wohnortsqualität die Bereitschaft zu einem Wohnortswechsel im Alter sinkt. Zusätzlich sind soziale Aspekte bedeutsam, und je besser die Nachbarschaftsbeziehungen eingestuft werden, desto stärker fühlt man sich mit dem Wohnort verbunden. Fehlende Nachbarschaftshilfe oder Konflikte mit den Nachbarn reduzieren umgekehrt die Wohnverbundenheit.

Abb. 5.2

## Direkte Wohnumgebung im Alter 65+: Verteilung auf drei Umgebungstypen nach Sprachregion und finanzieller Lage, 2018

5.1




Zu Hause lebende Personen. [a] Typen-Zuweisung durch Interviewer/innen. [b] Einschätzung finanzielle Lage des Haushalts durch befragte Personen. Unterschiede nach Sprachregionen und nach finanzieller Lage in allen drei Regionen statistisch signifikant ($p \leq .01$, $\chi^2$-Test). Quelle: Age 2018.

## 5.3 Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Wohnumgebung

Wird nach der Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der aktuellen Wohnumgebung gefragt, zeigen sich insgesamt eher hohe Zufriedenheitswerte. Allerdings sind auch hier – mit Ausnahme der Nachbarschaftskontakte – bedeutsame Unterschiede zwischen den drei Sprachregionen feststellbar.

Abb. 5.3

*Geringere Zufriedenheit in der italienischsprachigen Schweiz:* Speziell in der italienischsprachigen Schweiz ist – trotz hoher allgemeiner Verbundenheit mit der Wohnumgebung – die Zufriedenheit mit vielen Aspekten der Wohnumgebung deutlich geringer als in den zwei anderen Sprachregionen. Weniger zufrieden sind die italienischsprachigen Altersrentner und Altersrentnerinnen etwa mit den Einkaufsmöglichkeiten (speziell in ländlichen Regionen), dem öffentlichen Verkehr, der Verkehrssicherheit und der Lärmbelastung.

*Einflussfaktoren auf Zufriedenheit mit Wohnumgebung:* Bezüglich Zufriedenheit mit der Wohnumgebung spielen neben regionalen Infrastrukturunterschieden und unterschiedlicher Verkehrsbelastung auch andere Einflussfaktoren mit. So zeigt sich in Städten eine geringere Zufriedenheit bezüglich Nachbarschaftskontakten, Ruhe im Quartier oder öffentlicher Sicherheit als in Agglomerationsgemeinden oder auf dem Land. Umgekehrt ist die Zufriedenheit mit den Einkaufsmöglichkeiten und der Nähe zum öffentlichen Verkehr in ländlichen oder peripheren Gemeinden geringer.

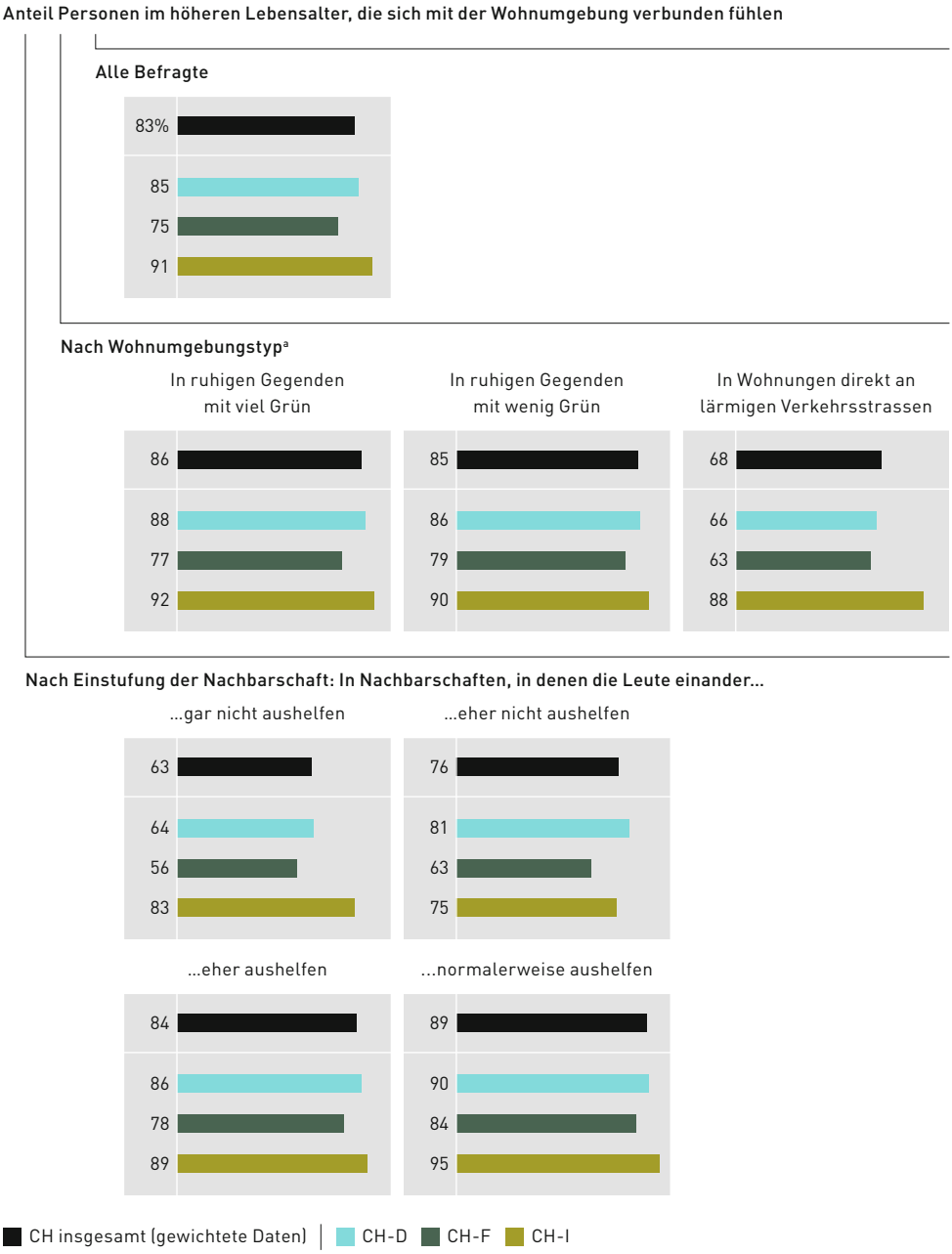
Die von den Interviewern geschätzten Gehminuten bis zum nächsten Lebensmittelladen und zur nächsten Haltestelle des öffentlichen Verkehrs (Bus, Tram, Eisenbahn) sind in kleinen Gemeinden deutlich höher. Während in Gemeinden mit mehr als 10 000 Einwohnern die nächste Haltestelle in durchschnittlich 5 bis 6 Minuten erreichbar ist, sind es in Gemeinden mit unter 2000 Einwohnern 10 bis 11 Minuten. Den nächsten Lebensmittelladen erreicht man in grösseren Gemeinden zu Fuss in 10 bis 11 Minuten, in kleinen Gemeinden hingegen erst in 18 bis 20 Minuten.[1] Im sprachregionalen Vergleich fällt auf, dass ältere Menschen in der italienischsprachigen Schweiz deutlich längere Gehwege bis zur nächsten Haltestelle oder zur nächsten Einkaufsgelegenheit in Kauf nehmen müssen als in den beiden anderen Sprachregionen.

Wirtschaftliche Faktoren sind insofern bedeutsam, weil wohlhabendere Altersrentnerinnen mehr Möglichkeiten aufweisen, eine gute Wohnumgebung zu wählen. Einkommensschwächere Altersrentnerinnen konzentrieren sich

1 Diese Werte beziehen sich immer auf gehfähige ältere Menschen. Bei Einschränkungen des Gehvermögens erhöhen sich die Gehzeiten deutlich und sie können sich durchaus mehr als verdoppeln.

## Verbundenheit mit der Wohnumgebung im Alter 65+ nach Merkmalen der Wohnumgebung und der Nachbarschaft, 2018

5.2




Zu Hause lebende Personen.
[a] Zuweisung Umgebungstyp durch InterviewerIn beim Besuch bei den befragten Personen.
Quelle: Age 2018.

überdurchschnittlich in weniger attraktiven Wohngebieten, was ihre Wohnortszufriedenheit durchgehend reduziert.

Eine detaillierte multivariate Datenanalyse verdeutlicht, dass Alter und Geschlecht bei der Gesamtzufriedenheit mit der Wohnumgebung ohne Bedeutung sind. Statistisch bedeutsam bleiben Sprachregion (schlechtere Werte im Tessin), Stadt-Land-Unterschiede (insgesamt weniger zufrieden in der Stadt), Wohneigentum (höhere Werte bei Wohneigentum) und finanzielle Lage (höher bei guter finanzieller Lage).

## 5.4 Probleme der Wohnumgebung und erlebte Unsicherheit

Seit 2007 werden vom Bundesamt für Statistik regelmässig Einkommens- und Lebensbedingungen erfasst. Dabei werden auch Fragen zur Beurteilung der Wohnumgebung gestellt. Nicht wenige Menschen – und darunter auch ältere Menschen – leiden unter Lärmbelastung, verschmutzter Wohnumgebung oder Vandalismus. Allerdings lässt sich nicht feststellen, dass ältere Menschen stärker unter einer schlechten Wohnumgebung leiden als jüngere Menschen. Die Qualität der Wohnumgebung ist mehr mit der Einkommenslage als mit dem Alter verknüpft. Es gilt: Je wohlhabender, desto besser.

Abb. 5.4

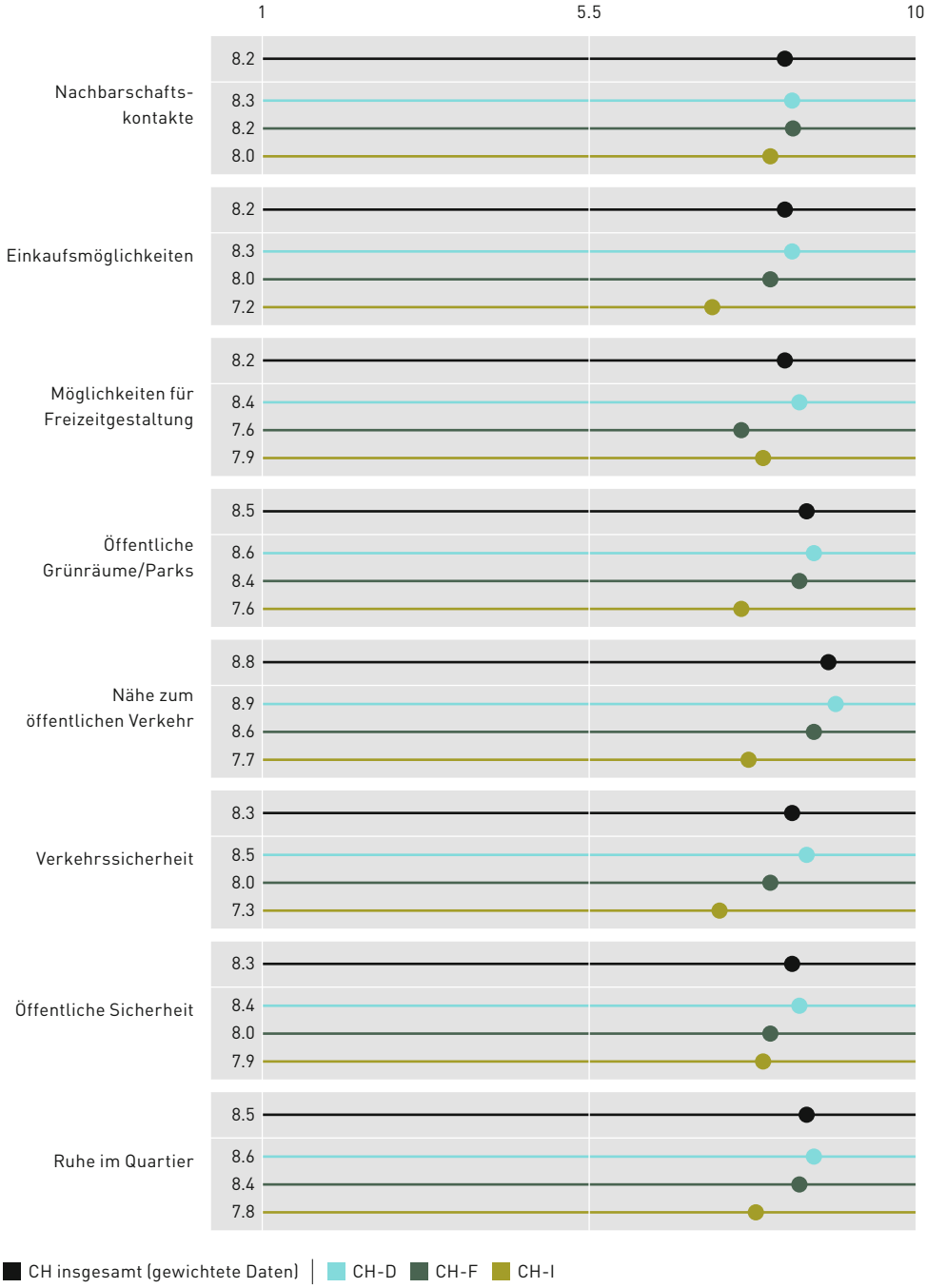
*Teilweise Verbesserung der Qualität der Wohnumgebung:* Im Zeitvergleich 2007 bis 2016 zeigt sich eher eine Verbesserung als eine Verschlechterung der Wohnumgebung: Der Anteil älterer Menschen, die unter Lärm leiden, hat sich reduziert, teilweise allerdings auch, weil heutige Wohnungen besser vor Strassenlärm geschützt werden können. Unter Lärmbelastung leiden sachgemäss vor allem Bewohner und Bewohnerinnen von Kernstädten.

Die Age-Wohnerhebung 2018 lässt zudem sprachregionale Unterschiede erkennen, und der Anteil der von Lärm geplagten Befragten («Meine Wohngegend wird durch Lärm beeinträchtigt») ist in der italienischsprachigen Schweiz deutlich höher als in den beiden anderen Sprachregionen (vgl. Abb. 5.5). Sozio-ökonomische Faktoren spielen auch eine Rolle, und der Anteil der lärmbetroffenen älteren Menschen ist bei Personen, die ihre finanzielle Lage als schwierig einstufen, höher (31%) als bei gleichaltrigen Personen in guter finanzieller Lage (17%).

Der Anteil an älteren Menschen, die eine verschmutzte Wohnumgebung beklagen, ist ebenfalls gesunken. Hierbei bleibt offen, ob weniger Abfall vorhanden ist oder ob neue Generationen älterer Menschen «schmutztoleranter» wurden. Der Anteil derjenigen, die über Kriminalität, Gewalt oder Vandalismus klagen, hat sich hingegen wenig geändert. Ein Trend zu mehr Vandalismus oder Gewalt lässt sich nicht feststellen. Die Wahrnehmung von

## Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Wohnumgebung im Alter 65+: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 10, 2018

5.3




1 = ganz und gar unzufrieden, 10 = ganz und gar zufrieden. Zu Hause lebende Personen. Quelle: Age 2018.

Vandalismus und Gewalt in der Wohnumgebung erhöht allerdings das Gefühl von Unsicherheit, gerade auch im Alter (vgl. dazu Abb. 5.6).

*Soziale Probleme der Wohnumgebung im Alter:* Als weiteres Problem der Wohnumgebung oft angeführt wird das Fehlen von wohnnahen Ärzten und Apotheken, dies vor allem von sehr alten Menschen. Auch ein erhöhtes Vereinsamungsrisiko – wegen fehlender sozialer Unterstützung – wird häufig erwähnt, speziell in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz. Die Wahrnehmung eines Vereinsamungsrisikos variiert nicht nach Alter und Geschlecht, ist aber bei wirtschaftlich schlecht gestellten und gesundheitlich eingeschränkten älteren Menschen ausgeprägter.

Abb. 5.5

Ein negativ beurteilter Wandel des Wohnquartiers («Wohnquartier hat sich so stark verändert, dass mir nicht mehr wohl ist») wird von 8 bis 10% der Befragten angeführt. Dieses Gefühl wird bei den über 84-Jährigen und bei Personen mit wenig finanziellen Ressourcen etwas häufiger angeführt. Häufiger Ärger mit anderen Hausbewohnern und Nachbarn wird eher selten angeführt, am häufigsten in der deutschsprachigen Schweiz und am seltensten in der italienischsprachigen Schweiz. Befragte mit finanziellen Problemen erwähnen Nachbarschaftsärger häufiger als wohlsituierte Befragte. Dies entspricht der vielfach bestätigten Beobachtung, dass bei prekären Wohnsituationen – wo an und für sich ein erhöhter Bedarf nach wohnnaher Unterstützung besteht – der Zugang zu nachbarschaftlichen Unterstützungsnetzwerken erschwert sein kann; etwa aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen zur Pflege sozialer Kontakte oder einer Kumulation sozialer Problemlagen (Günther 2015).

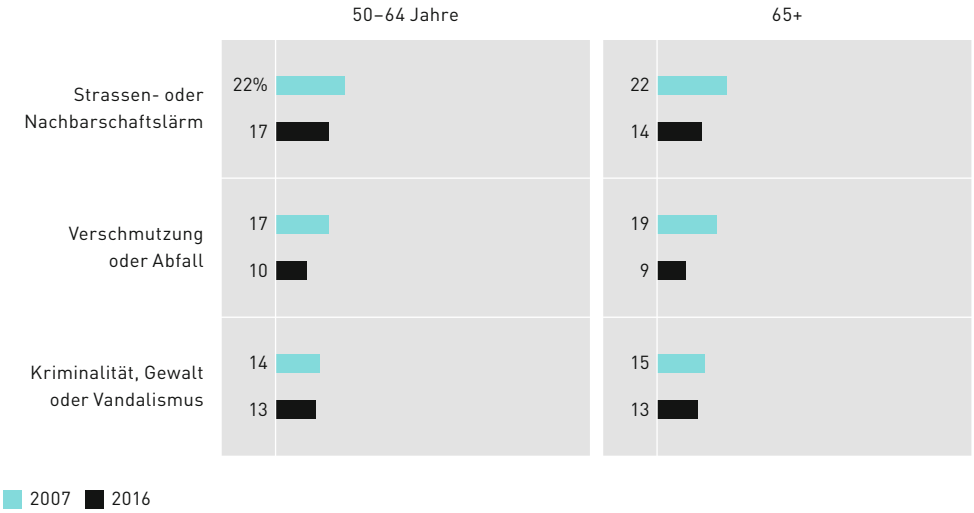
*Unsicherheit, allein im Dunklen unterwegs zu sein:* Wird danach gefragt, ob sich ältere Menschen unsicher fühlen, nach Anbruch der Dunkelheit allein unterwegs zu sein, zeigt sich folgendes Muster: Je älter Frauen und Männer sind, desto häufiger fühlen sie sich unsicher, allein unterwegs zu sein. Dies muss nicht nur daran liegen, dass sich ältere Menschen bedrohter fühlen, sondern Dunkelheit und schlechte Beleuchtung können im Alter auch das Sturzrisiko erhöhen. In der Schweiz ist das Gefühl von Unsicherheit bei älteren Menschen allerdings weniger verbreitet als in den Nachbarländern, auch weil in der Schweiz die allgemeine öffentliche Sicherheit hoch ist. Frauen im Alter fühlen sich stärker bedroht bzw. verunsichert als Männer, und dieser geschlechtsbezogene Unterschied zeigt sich in allen Ländern. Besonders unsicher fühlen sich die 85-jährigen und älteren Frauen, auch weil im hohen Alter Schwindelgefühle häufig sind und Stürze speziell auch bei Frauen – die im Alter oft unter Osteoporose leiden – vielfach zu Knochenbrüchen führen.

Abb. 5.6

Eine Detailanalyse zeigt, dass neben dem chronologischen Alter eine schlechte funktionale Gesundheit (gesundheitlich bedingte Einschränkungen

## In der Wohnumgebung wahrgenommene Beeinträchtigungen im Alter 50+: Anteil Betroffener 2007 und 2016 nach Altersgruppe

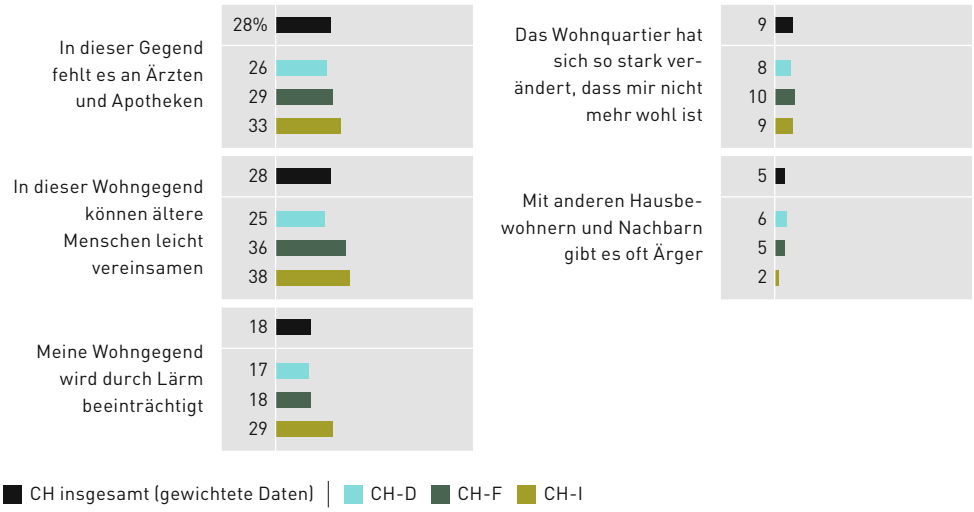
5.4




Quelle: BFS, SILC 2007 und 2016.

## Mögliche Probleme mit der Wohnumgebung im Alter 65+: Anteile zustimmender Personen im sprachregionalen Vergleich, 2018

5.5




Zu Hause lebende Personen.
Sprachregionale Unterschiede mit einer Signifikanz $p \leq .01$ ($\chi^2$-Test).
Quelle: Age 2018.

des Alltagslebens) sowie soziale Probleme (geringe Bildung, finanzielle Schwierigkeiten) zu einer erhöhten Verunsicherung beitragen. Und wer sich in seiner Wohnumgebung unsicher fühlt, bleibt häufiger zu Hause.

## 5.5 Nachbarschaftsbeziehungen

In den letzten Jahren haben Nachbarschaftsbeziehungen – und namentlich Nachbarschaftshilfe – eine verstärkte Aufmerksamkeit erhalten, auch im Rahmen sozial-räumlicher Konzepte, die davon ausgehen, dass gerade im höheren Lebensalter eine gute lokale Einbettung das Wohlbefinden von Frauen und Männern erhöht. Das informelle Nachbarschaftsnetzwerk kann im Alter ein wichtiges Element sozialer Unterstützung werden (Seifert, 2016a). Speziell alte Menschen mit funktionellen Alltagseinschränkungen können von nachbarschaftlichen Hilfeleistungen profitieren und damit unter Umständen länger selbstständig zu Hause leben.

*Häufigkeit guter Nachbarschaftsbeziehungen:* Wird nach den Nachbarschaftskontakten gefragt, zeigt sich die Tendenz, dass Befragte über 35 leicht häufiger gute Nachbarschaftsbeziehungen anführen als unter 35-Jährige. Im Jugendalter und bei jungen Erwachsenen sind Kontakte zu Gleichaltrigen (Peergroups) oftmals wichtiger als lokale Kontakte mit älteren Nachbarn. Mit der Familiengründung (Geburt von Kindern) und im höheren Lebensalter (Pensionierung und Verlust an Arbeitskontakten) werden nachbarschaftliche Beziehungen bedeutsamer. Im Zeitverlauf 1999 bis 2016 zeigen sich kaum grosse Veränderungen, ausser dass junge Menschen 2016 etwas weniger häufig gute Nachbarschaftsbeziehungen anführten als 1999. Die Mehrheit der älteren Menschen verfügt zumindest über eine gute Nachbarschaftsbeziehung. Dennoch ist beachtenswert, dass gut 30% keine guten Nachbarschaftskontakte anführen.

Abb. 5.7

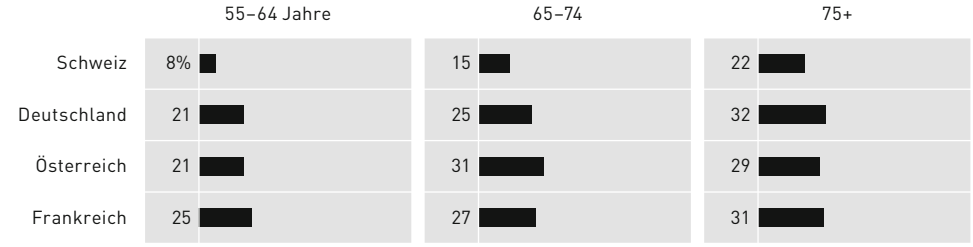
Der Anteil von älteren Befragten (65+), die gute Nachbarschaftsbeziehungen erwähnen, steigt mit dem Bildungsstatus leicht an; dies auch, weil schulisch-beruflich gut ausgebildete Personen häufiger über genügend finanzielle Ressourcen verfügen, um etwa eine Wohnumgebung mit gleichgesinnten Personen zu wählen. Pensionierte Menschen mit guten Nachbarschaftsbeziehungen sind etwas häufiger in Vereinen und Clubs engagiert und leisten leicht häufiger Freiwilligenarbeit. Die Beziehung kann allerdings wechselseitig sein: Man engagiert sich, weil man lokal gute Beziehungen aufweist, und weil man sich lokal engagiert, profitiert man von besseren lokalen Kontakten.

Abb. 5.8

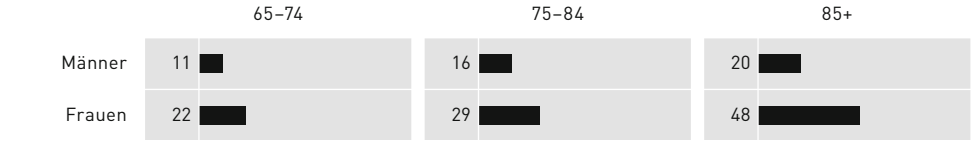
## Personen, die sich in ihrer Wohnumgebung unsicher fühlen: Anteile nach Land, Altersgruppe und Geschlecht

5.6

**Anteil Personen, die sich bei Anbruch der Dunkelheit allein zu Fuss unterwegs (sehr) unsicher fühlen (2016)**



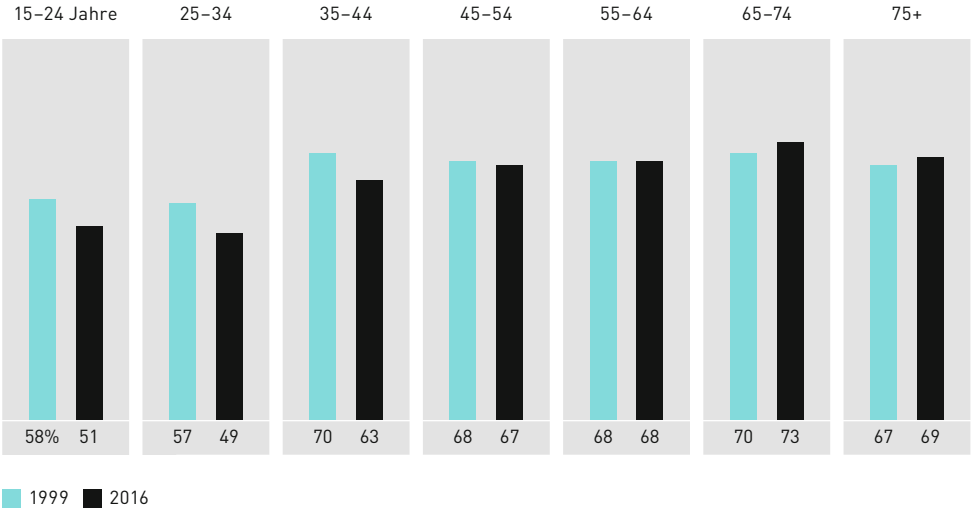

**Anteil Personen, die sich bei Anbruch der Dunkelheit auf der Strasse unsicher fühlen (2018)**




Quellen: European Social Survey 2016, Age 2018 (gewichtete Daten).

## Personen mit mindestens einer guten Nachbarschaftsbeziehung: Anteile 1999 und 2016 nach Altersgruppe

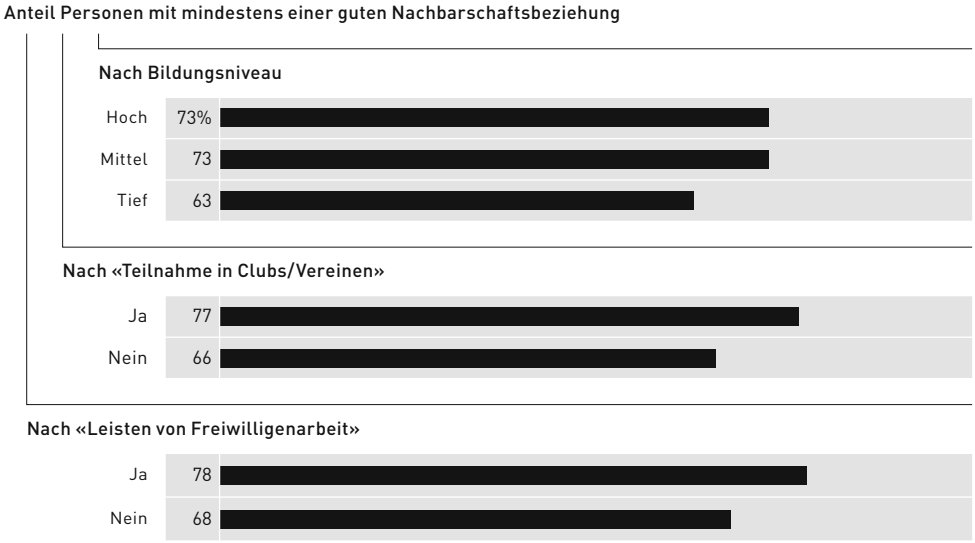
5.7




Quelle: Schweizer Haushaltspanel 1999 und 2016 (gewichtete Daten).

## Gute Nachbarschaftsbeziehungen im Alter 65+: Anteile nach Bildungsniveau und sozialem Engagement, 2016

5.8




Alle Unterschiede sind signifikant ($p \leq .01$, $\chi^2$-Test). Quelle: Schweizer Haushaltspanel 2016 (gewichtete Daten).

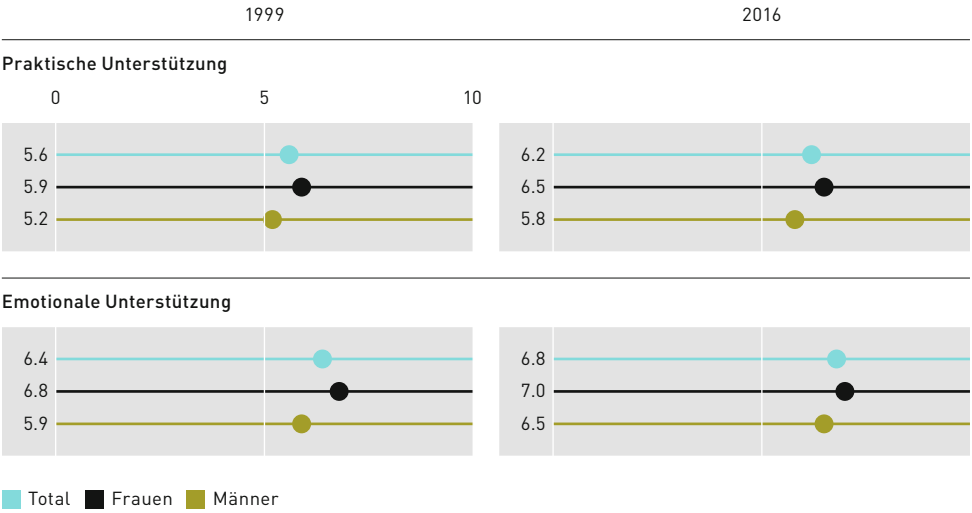
Abb. 5.9

*Praktische und emotionale Unterstützung durch Nachbarn:* Wird nach der erlebten praktischen und emotionalen Unterstützung durch Nachbarn gefragt, ergeben sich deutlich tiefere Werte, als dies bei familialer oder freundschaftlicher Unterstützung der Fall ist. Emotionale nachbarschaftliche Unterstützung wird dabei höher gewichtet als praktische Unterstützung. Frauen sind nachbarschaftlich stärker engagiert als Männer. In jedem Fall berichten Frauen häufiger über emotionale und praktische Nachbarschaftsunterstützung als Männer. Dies entspricht dem allgemeinen Muster, dass Frauen – aus verschiedenen Gründen – generell stärkere Netzwerkbeziehungen zu Angehörigen und Bekannten pflegen als Männer. Frauen übernehmen oft die Rolle von «kin-keeper» zur Aufrechterhaltung familialer und ausserfamilialer sozialer Beziehungen.

Im Zeitvergleich 1999 bis 2016 lässt sich bei älteren Menschen ein Trend zu einer leicht positiveren Einschätzung nachbarschaftlicher Unterstützung feststellen. Jedenfalls zeigt sich kein Zerfall nachbarschaftlicher Unterstützung, wie medial oft vermutet wird. Interessanterweise gewichten ältere Frauen (aber nicht ältere Männer) praktische Nachbarschaftshilfe heute leicht stärker als früher. Hingegen gewichten ältere Männer (aber nicht Frauen) heute emotionale Nachbarschaftselemente stärker als früher. Dies kann mit einem Rollenwandel beider Geschlechter verbunden sein: Mehr ältere Frauen als

## Einschätzung nachbarschaftlicher Unterstützung im Alter 65+ auf einer Skala von 0 bis 10: Mittelwerte 1999 und 2016

5.9




0 = keine Unterstützung, 10 = viel Unterstützung. Zu Hause lebende Personen. Mittelwerte, nur wenn Kontakte zu Nachbarn angeführt werden. Signifikanz der Unterschiede nach Geschlecht: $p \leq .01$.
Quelle: Schweizer Haushaltspanel (gewichtet, eigene Auswertungen).

früher gestalten ihr Leben selbstbewusst, während mehr ältere Männer als früher im höheren Lebensalter emotionale Lebensdimensionen entdecken.

## Merksätze

- Eine hindernisfreie und altersgerecht ausgestaltete Wohnung allein nützt wenig, wenn der Zugang zur Wohnung schwierig ist, keine Einkaufsgelegenheiten in der Nähe sind oder Lärmbelastungen und Konflikte mit Nachbarn das Wohlbefinden reduzieren.
- Wer wirtschaftlich gut abgesichert ist und von einer guten finanziellen Lage profitiert, lebt häufiger in einer ruhigen Gegend mit viel Grün (oft auch als Haus- oder Wohneigentümer). Einkommensschwächere Altersrentnerinnen konzentrieren sich überdurchschnittlich in weniger attraktiven Wohngebieten, was ihre Wohnortszufriedenheit durchgehend reduziert.
- Der Anteil älterer Menschen, die ihre Wohnung direkt an einer lärmigen Verkehrsstrasse aufweisen, ist in der italienischsprachigen Schweiz besonders hoch. Grenzüberschreitender Pendelverkehr, aber auch Tourismus belasten die Südschweiz stark.
- Die grosse Mehrheit der älteren Menschen fühlt sich mit ihrer jetzigen Wohnumgebung verbunden. Dies trägt dazu bei, möglichst lange in der jetzigen Wohnung zu leben oder einen Wohnwechsel höchstens in der gleichen Gemeinde vorzusehen.
- In Städten zeigt sich eine geringere Zufriedenheit bezüglich Nachbarschaftskontakten, Ruhe im Quartier oder öffentlicher Sicherheit als in Agglomerationsgemeinden oder auf dem Land. Umgekehrt ist die Zufriedenheit mit den Einkaufsmöglichkeiten und der Nähe zum öffentlichen Verkehr in ländlichen oder peripheren Gemeinden geringer.
- Je älter Frauen und Männer sind, desto häufiger fühlen sie sich unsicher, bei Dunkelheit allein unterwegs zu sein. Dies muss nicht nur daran liegen, dass sich ältere Menschen bedrohter fühlen, sondern Dunkelheit und schlechte Beleuchtung können im Alter auch das Sturzrisiko erhöhen.
- Die Mehrheit der älteren Menschen verfügt zumindest über eine gute Nachbarschaftsbeziehung. Dennoch ist beachtenswert, dass gut 30% keine guten Nachbarschaftskontakte anführen. Frauen sind dabei nachbarschaftlich stärker engagiert als Männer.

# 6
# Wohnungswechsel und Wohnmobilität im dritten und vierten Lebensalter

# Inhaltsübersicht

6.1 Wohndauer im Alter

6.2 Zur Häufigkeit eines Wohnorts- und Wohnungswechsels im Alter

6.3 Mögliche Motive für einen Umzug und allgemeine Umzugsabsichten

Merksätze

## 6.1 Wohndauer im Alter

Die Häufigkeit eines Wohnortswechsels variiert mit dem Alter bzw. Lebenszyklus, unabhängig davon, ob es sich um einen ortsnahen Wohnwechsel oder um internationale Migration handelt. «So besteht eine hohe empirische Evidenz, dass Jüngere vor der Familiengründung mobiler sind und eher zu Umzug neigen, während ältere Personen nach der Familiengründung und dem Erwerb von Wohneigentum weniger mobil sind und Pendelmobilität präferieren» (Schneider et al. 2016: 511). Auch nach ihrer Pensionierung verbleiben die meisten Personen an ihrem jetzigen Wohnort. Ältere Frauen und Männer sind deshalb überwiegend sesshaft, und auch die Umzugsbereitschaft sinkt mit fortschreitendem Alter (Teti et al. 2014). Möglichst lange in der jetzigen Wohnung zu leben, geniesst bei den meisten älteren Frauen und Männern Priorität (Höpflinger 2018; Kramer et al. 2016).

Die Wohndauer am aktuellen Wohnort nimmt im Allgemeinen mit steigendem Alter zu. 65- bis 74-jährige Personen leben durchschnittlich bereits seit gut 34 Jahren an ihrem jetzigen Wohnort, und bei den über 75-Jährigen sind es schon mehr als 40 Jahre. Geringer sind die Werte der Wohndauer in der gleichen Wohnung bzw. dem gleichen Haus. Dies weist darauf, dass ein Wohnungswechsel im Alter – sofern realisiert – sich oft auf einen nahräumlichen Wechsel beschränkt.

Abb. 6.1

*Vor- und Nachteile einer langen Wohndauer:* Eine lange Wohndauer hat den Vorteil, dass man mit der Wohnung und ihrer Umgebung vertraut ist. Dies erhöht generell die soziale Integration in Nachbarschaft, Quartier und Gemeinde. Wer schon seit langem in einer Mietwohnung lebt, profitiert zudem von Mieten, die geringer sind als das, was bei einer Neuvermietung verlangt werden kann. Umgekehrt können bei lang bewohnten Wohnungen die gewohnten Wohn- und Haushaltsroutinen zu lange beibehalten und altersgerechte Wohnanpassungen zurückgewiesen werden. So werden etwa Teppiche, die zu Stolperfallen werden, nicht entfernt oder die ungenügende Beleuchtung im Korridor zur Toilette nicht ersetzt. Die negativen Folgen einer wohnbezogenen Immobilität im Alter werden heute vermehrt thematisiert, aber nicht nur, weil ein zu langes Verbleiben in einer nicht altersangepassten Wohnlage mit erhöhten Risiken wie Sturzgefährdung, sozialem Rückzug u.a. verbunden sein kann. Es ergibt sich auch ein verzögerter Generationenwechsel von Wohnraum, wenn alte Menschen allein in Familienwohnungen oder Einfamilienhäusern leben. Dazu kommt, dass bei langer Wohndauer in der gleichen Mietwohnung das Wissen und die Erfahrung fehlen, wie man bei einer eventuellen Mietkündigung (wegen Renovation oder Abriss des Hauses) eine neue Wohnung findet.

## 6.2 Zur Häufigkeit eines Wohnorts- und Wohnungswechsels im Alter

*Wohnmobilität sinkt im Alter:* Die vorhandenen statistischen Daten bestätigen, dass ein Wohnortswechsel mit steigendem Alter seltener wird. Von den 60- bis 69-Jährigen lebten nur 2% vor einem Jahr in einer anderen Wohngemeinde, und bei den über 70-Jährigen sind die Werte noch tiefer. Hochgerechnet auf 5 Jahre ergibt sich bei den 60- bis 69-Jährigen doch eine Wohnortsmobilität von 10% und bei den über 70-Jährigen von mehr als 5%. Dazu kommt – hier nicht aufgeführt – ein Wohnungswechsel innerhalb der gleichen Gemeinde. Zu beachten ist zudem bei Menschen im hohen Lebensalter, dass ein Wechsel in ein Pflegeheim ausserhalb der aktuellen Wohngemeinde nicht als zivilrechtlicher Wohnortswechsel gilt.

Abb. 6.2

*Auswandern nach der Pensionierung:* Zu einer global orientierten Weltgesellschaft gehören zudem heute auch lebensstilorientierte Migrationsformen. Die internationale Altersmigration umfasst deshalb neben einer Rückkehr älterer Migrantinnen und Migranten in ihre Herkunftsländer auch eine Abwanderung wohlhabender Altersrentner und Altersrentnerinnen nach Südeuropa (Herzog 2016, Simpson 2015). Die Zahl der im Ausland lebenden Schweizer Pensionierten ist angestiegen, aber im Verhältnis zur Gesamtzahl an Pensionierten ist dies weiterhin eine kleine Minderheit. Deutlich häufiger ist hingegen eine Rückkehr ins Herkunftsland bei ausländischen Personen, und rund um das Pensionierungsalter erhöhen sich die Rückkehrquoten. Auf 5 Jahre hochgerechnet kehrt im Alter 60–69 mehr als ein Fünftel der ausländischen Personen wieder in ihr Heimatland zurück. Allerdings wurde dank besseren internationalen Verkehrsverbindungen eine permanente Rückkehr ins Herkunftsland – vor allem von Migrantinnen und Migranten aus Südeuropa – vermehrt durch ein Pendeln zwischen Schweiz und Herkunftsland ersetzt (auch weil damit Kontakte zu den in der Schweiz lebenden Nachkommen erleichtert werden und die soziale und medizinische Versorgung in der Schweiz garantiert bleibt).

Abb. 6.2

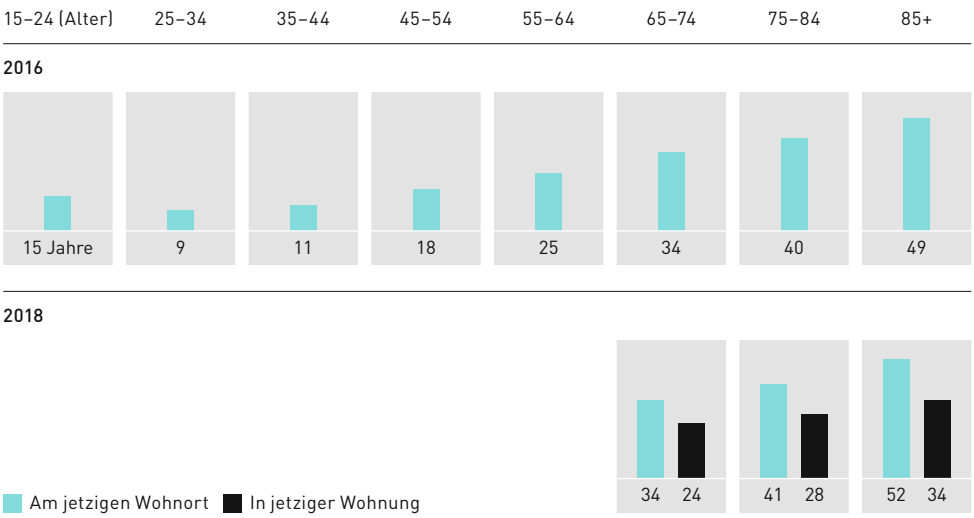
*Eine Minderheit wechselt auch im Alter Wohnort und Wohnung:* Während eine beträchtliche Mehrheit der älteren Schweizer und Schweizerinnen über sehr lange Zeitspannen sesshaft bleibt, wechselt eine Minderheit älterer Menschen bewusst und gewollt Wohnort bzw. Wohnung. Dabei mehren sich die Hinweise, dass neue Generationen von Frauen und Männern auch im höheren Lebensalter wohnmobiler werden (Zimmerli 2011).

Aus der Age-Wohnerhebung 2018 wird deutlich, dass gut 13% der 65- bis 74-Jährigen in den letzten 5 Jahren einen Wohnungswechsel erlebt haben, und 8% wechselten gleichzeitig auch in einen anderen

Abb. 6.3

## Durchschnittliche Wohndauer am Wohnort und in der Wohnung, Mittelwerte 2016 und 2018 nach Altersgruppe

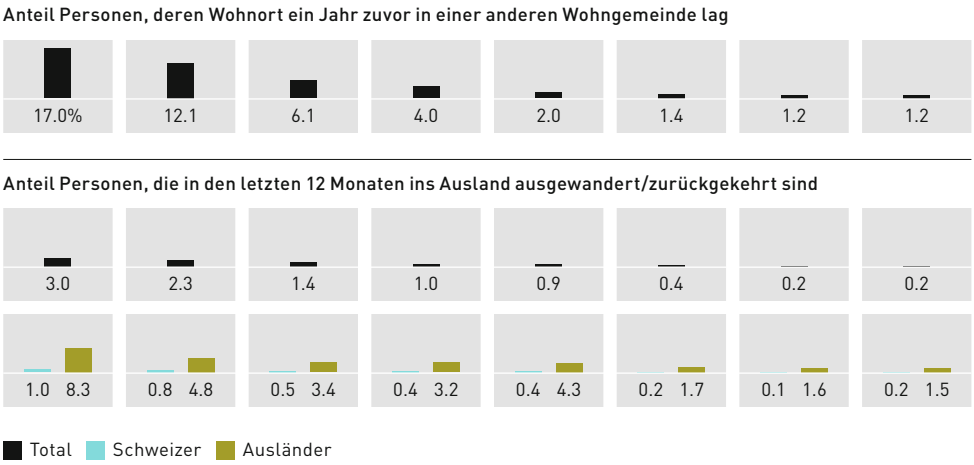
6.1




Zu Hause lebende Personen.
Quellen: Schweizer Haushaltspanel 2016 (gewichtete Daten), Age 2018 (gewichtete Daten).

## Wechsel des Wohnorts durch Zuzug oder Auswanderung: Anteile 2016 nach Altersgruppe und Nationalität

6.2




Durch Zuzug: Wohnort vor einem Jahr in einer anderen Wohngemeinde als heute.
Durch Auswanderung: In den letzten 12 Monaten ins Ausland ausgewandert/zurückgekehrt.
Quelle: BFS, SE 2016 (STAT-TAB-Auswertung).

Wohnort. Im höheren Lebensalter (75+) ist die Häufigkeit eines Wohnorts- und Wohnungswechsels allerdings geringer. Besonders gering scheint die Wohnmobilität im Alter in der italienischsprachigen Schweiz zu sein.

*Befragungen unterschätzen Wohnmobilität:* Die in Abbildung 6.3 angeführten Angaben bei aktuell noch zu Hause lebenden alten Menschen in der Schweiz unterschätzen allerdings die faktische Wohnmobilität im Alter, da bei einer Querschnittserhebung zwei Migrationsformen nicht berücksichtigt sind: Erstens bleibt eine Abwanderung ins Ausland unberücksichtigt; eine Form der Wohnmobilität, die vor allem bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund nicht selten ist (vgl. Abbildung 6.2). Zweitens bleibt bei einer Befragung zu Hause lebender alter Menschen ein Wechsel in ein Alters- und Pflegeheim – ein im hohen Alter häufiger Wechsel – unberücksichtigt.

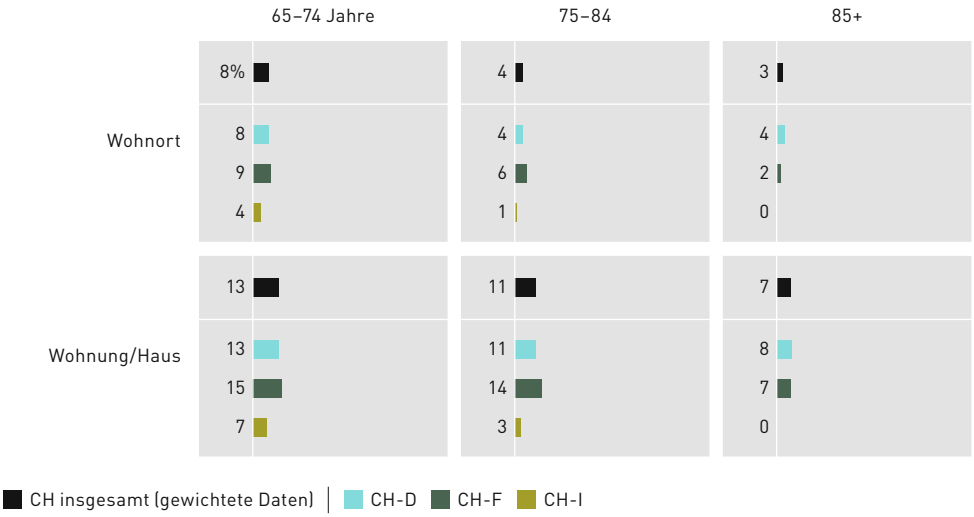
Eine Längsschnittstudie aus dem Kanton Waadt – die alle Formen des Wohnwechsels berücksichtigte – zeigt bei den über 80-jährigen Personen einen deutlichen Anstieg der Wohnmobilität, wobei mit steigendem Lebensalter ein Wechsel in eine Alters- und Pflegeeinrichtung häufiger den Hauptgrund für einen Wohnungswechsel darstellt. So wechselten zwischen 2013 und 2015 im Kanton Waadt gut 15% der 95-jährigen und älteren Männer und gut 20% der 95-jährigen und älteren Frauen in eine Pflegeeinrichtung (Schumacher, Moreau 2018). In Kantonen mit weniger ausgebauter ambulanter Pflege dürften die Werte noch höher liegen. In jedem Fall ist im hohen Lebensalter ein Umzug in eine Alters- und Pflegeeinrichtung ein häufiger – und oft nicht geplanter Wohnortswechsel.

*Umzugsbereitschaft – biografisch geprägt:* Im Übrigen werden Umzugsbereitschaft und Wohnmobilität auch im Alter von der bisherigen Wohn- und Migrationsbiografie beeinflusst. Für die Erklärung räumlicher Mobilität im Alter sind deshalb nicht nur aktuelle Wohn- und Standortverhältnisse und das Vorhandensein alternativer Wohnformen von Bedeutung, sondern auch Merkmale der vorangegangenen Wohngeschichte. Wer schon früher häufig Wohnung und Wohnort gewechselt hat, ist auch im Alter eher zu einem Wohnwechsel bereit. Frühere Migrationserfahrungen erhöhen die Chance, dass Wegzugsabsichten tatsächlich umgesetzt werden (Kley 2009). Dies hängt auch damit zusammen, dass es jene, die wenige Erfahrungen mit Wohnungswechsel haben, im Alter schwierig finden, sich für eine neue Wohnung zu bewerben. Abgesehen davon, erfahren alte Menschen bei der Wohnsuche nicht selten eine Diskriminierung.

*Wohnmobilität im Alter – Push- und Pull-Faktoren:* Wie in früheren Lebensphasen wird auch im Alter ein Wohnungs- und Wohnortswechsel von verschiedenen Push- und Pull-Faktoren bestimmt. Push-Faktoren sind Einflussfaktoren, wel-

## Wohnorts- und Wohnungswechsel im Alter 65+: Anteile nach Altersgruppe und Sprachregion im Zeitraum 2013 bis 2017/2018

6.3




Zu Hause lebende Personen.
Quelle: Age 2018.

## Das Push-Pull-Modell der Wohnmobilität im Alter

6.4

| | Push-Faktor | | Pull-Faktor | |
|---|---|---|---|---|
| **Entscheidungssituation** | Schwach | Stark | Schwach | Stark |
| Wohnortswechsel wahrscheinlich | | ● | | ● |
| Eher erzwungener Wohnortswechsel | | ● | ● | |
| Lebensstil-orientierter Wechsel | ● | | | ● |
| Wohnortswechsel unwahrscheinlich | ● | | ● | |

Quelle: Eigene Darstellung.

che Menschen zu einem Wegzug aus dem bisherigen Wohnumfeld motivieren oder drängen. Dazu gehören zum Beispiel eine lärmige Wohnumgebung, ein mühsamer Zugang zur Wohnung oder der Abbruch einer Mietwohnung. Pull-Faktoren sind Einflussfaktoren, welche ein neues Wohn- und Lebensumfeld als attraktiv erscheinen lassen. Das kann beispielsweise die hindernisfreie Bauweise der Wohnung, eine Wohnung in Nähe zu Angehörigen oder ein Umzug aus dem kalten Norden in den warmen Süden sein. Ein Wechsel in ein Alters- und Pflegeheim kann unter Umständen positiv als Verbesserung der pflegerischen Versorgung und Betreuung interpretiert werden (Seifert, 2016b).

Abb. 6.4

Dominieren Push-Faktoren, handelt es sich eher um einen erzwungenen Wohnwechsel, und dominieren Pull-Faktoren, geht es eher um einen gewollten, freiwilligen Wohnortswechsel. Im Allgemeinen ist ein Wohnungs- oder Wohnortswechsel bei gesunden Menschen zu Beginn des Rentenalters oft eine selbst gewählte Strategie, um ihre Wohn- und Lebensqualität zu verbessern, etwa durch einen Umzug in eine hindernisfreie Wohnung oder durch eine Altersmigration in den sonnigen Süden. Wichtig für diese Zielgruppe ist, dass die neue Wohnung persönliche Aktivitäten zulässt, in einem guten infrastrukturellen Umfeld liegt, vom öffentlichen Verkehr gut erschlossen ist und gute Einkaufsmöglichkeiten aufweist. Fragile und pflegebedürftige alte Menschen sehen sich hingegen häufiger zu einem Wohnungswechsel gezwungen – etwa in eine Alters- und Pflegeeinrichtung. Das gilt ebenso für alte Menschen mit wenig finanziellen Ressourcen, beispielsweise wenn ihre Altbauwohnung durch eine teure Neubauwohnung ersetzt wird oder weil sie es sich nicht leisten können, ihre bisherige Wohnung baulich an altersbedingte Einschränkungen anzupassen.

## 6.3 Mögliche Motive für einen Umzug und allgemeine Umzugsabsichten

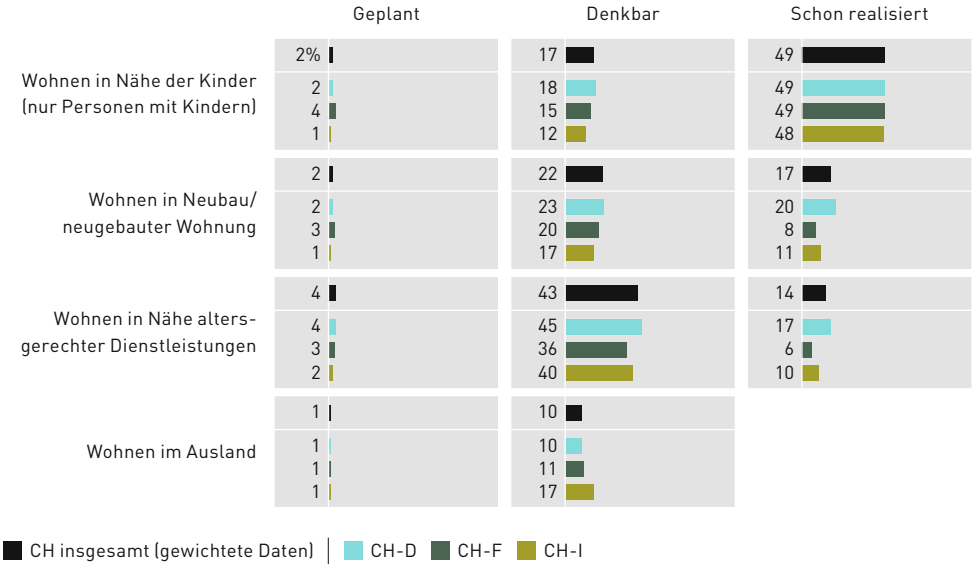
*Vier erfragte Motive für einen Wohnwechsel:* Ein Wechsel der Wohnsituation kann aus unterschiedlichen Gründen gewünscht oder geplant werden. In der Age-Wohnerhebung 2018 wurden vier mögliche Motive für eine Veränderung der Wohnsituation nachgefragt: Wohnwechsel (1) ins Ausland, (2) in die Nähe der Kinder, (3) in die Nähe altersgerechter Dienstleistungen, (4) in eine neu gebaute Wohnung. Es handelt sich um Motive, die eine Erhöhung der Wohnqualität im höheren Lebensalter ansprechen, aber nicht direkt auf negative gesundheitliche Einschränkungen Bezug nehmen.[1] Neben den

Abb. 6.5

1 Das Thema eines Wechsels in eine Alters- & Pflegeeinrichtung wird im Kapitel 8.2 angesprochen.

## Umzugsgründe von Personen im Alter 65+ und Stand der Umsetzung: Anteile im sprachregionalen Vergleich, 2018

6.5




Zu Hause lebende Personen. 100%: Inkl. Kategorien «undenkbar», «weiss nicht», keine Angabe. Quelle: Age 2018.

Antwortkategorien «geplant» und «denkbar» wurde auch die Antwortkategorie «schon realisiert» angeführt, da ein Teil der älteren Befragten die gewünschte Wohnqualität schon als verwirklicht betrachtet.

Generell zeigt sich, dass der Anteil der Befragten, die konkrete Umzugspläne aufweisen, gering ist, was auch den Angaben zu Umzugsabsichten im Rentenalter entspricht. Je nach Thema ist die erfragte Lösung mehr oder weniger oft denkbar oder schon realisiert.

*Wohnen in Nähe der Kinder:* Ein Wohnwechsel in die Nähe der Kinder wird je nach Sprachregion von 1% bis 4% konkret geplant. Für 12% bis 18% ist dies eine denkbare Lösung. Fast die Hälfte der Befragten führt in allen drei Sprachregionen an, dass durch die jetzige Wohnlage schon eine gute Nähe zu den Kindern realisiert wurde. Wohnen in Nähe der Kinder – realisiert oder gewünscht – ist stark mit der Enge der Beziehung zu den eigenen Kindern assoziiert, und die – allerdings relativ wenigen – Befragten, die keine engen Kontakte zu ihren Nachkommen aufführen, lehnen ein Wohnen in grösserer Nähe zu ihren Kindern mehrheitlich ab. Leicht häufiger als Befragte in finanziell guter Lage wünschen sich jene in finanziell schwieriger Lage eine grössere

geografische Nähe zu ihren Kindern. Bei finanziellen Schwierigkeiten kann ein Näherrücken gegenseitige Hilfe und Unterstützung erleichtern.

*Wohnen in Neubau und in Nähe altersgerechter Dienstleistungen:* In der deutschsprachigen Schweiz wohnen etwas mehr Befragte in einer neu gebauten Wohnung. Daneben zeigt sich, dass Umzugspläne und Umzugswünsche in eine neu gebaute Wohnung ausgeprägter sind, wenn die aktuelle Wohnung als zu gross oder als nicht behindertengerecht eingestuft wird. Im Gegenzug führen Befragte in einer behindertengerechten Wohnung häufiger an, schon in einer neu gebauten Wohnung zu leben. Der Umzug in eine Wohnung in der Nähe altersgerechter Dienstleistungen ist eine Option, die am häufigsten denkbar bzw. erwünscht ist. Konkret geplant wird diese Option leicht häufiger bei verschlechterter funktionaler Gesundheit.

*Wohnen im Ausland:* Wohnen ausserhalb der Schweiz ist nur für eine Minderheit überhaupt eine gewünschte Option. Pensionierte mit guter schulisch-beruflicher Ausbildung und in guter finanzieller Situation finden diese Option leicht häufiger denkbar. Erwartungsgemäss kommt ein grenzüberschreitender Wohnwechsel im Alter primär für jene in Frage, die einst in die Schweiz eingewandert sind. Für 24% der befragten Altersrentner, die nicht in der Schweiz geboren sind, ist dies eine geplante oder denkbare Option – unter den einheimischen Befragten dagegen nur für 9%.

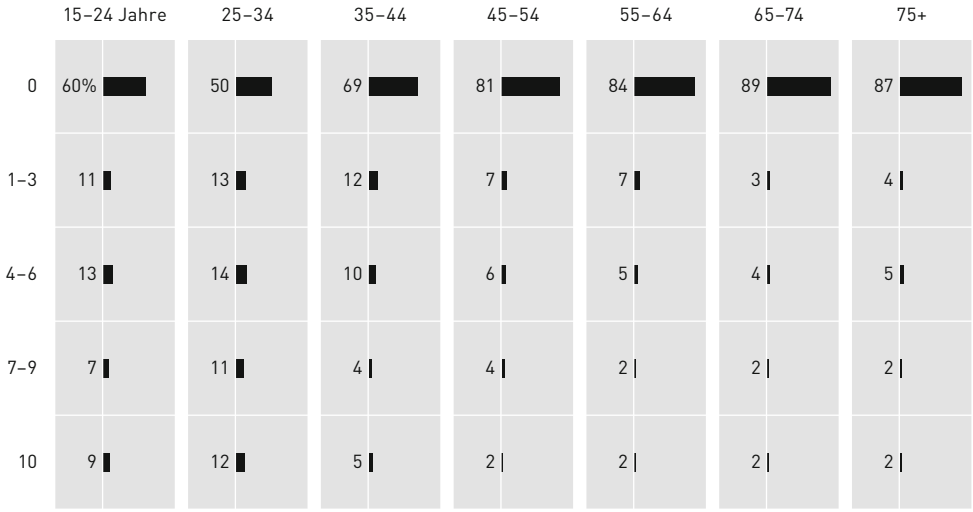
*Allgemeine Umzugsabsichten im Altersgruppenvergleich:* Im Rahmen des Schweizer Haushaltspanels 2016 wurde allgemein nach Umzugsabsichten gefragt. Sachgemäss ergeben sich dabei höhere Werte als bezüglich faktischer Umzugshäufigkeit (was bedeutet, dass einige Menschen ihre Wohnung wechseln möchten, dies aber aus verschiedenen Gründen nicht können). Aber auch bei den Umzugsabsichten zeigt sich eine abnehmende Tendenz mit steigendem Lebensalter. Von den 65-jährigen und älteren Befragten haben mehr als drei Fünftel überhaupt keine Absicht umzuziehen, und nur 2% bekunden eine feste Umzugsabsicht.

Abb. 6.6

Eine Detailanalyse (multivariate Varianzanalyse) der allgemeinen Umzugsabsichten zeigt, dass die Umzugsabsichten im Rentenalter nicht mit dem Geschlecht, dem Vorhandensein einer Partnerin bzw. eines Partners oder dem Bildungsstand variiert. Bedeutsam ist hingegen die selbst eingeschätzte Gesundheit: Ältere Menschen, die ihre Gesundheit als schlecht bis sehr schlecht einstufen, äussern signifikant häufiger Umzugsabsichten. Ein Wohnungs- und Wohnortswechsel im höheren Lebensalter ist oft – aber nicht ausschliesslich – mit altersbezogenen funktionalen Einschränkungen verbunden bzw. mit der Wahrnehmung, dass die bisher gewohnte Wohnsituation bei abnehmender Gesundheit und zunehmenden funktionalen Einschränkungen

## Bereitschaft für Umzug in den nächsten 12 Monaten: Einschätzung auf einer Skala von 0 bis 10 nach Altersgruppe, 2016

6.6




0 = überhaupt keine Absicht, 10 = ganz sicher.
Zu Hause lebende Personen.
Quelle: Schweizer Haushaltspanel 2016 (eigene Auswertungen, gewichtete Daten).

nicht mehr optimal ist. Die Realisierung von Umzugswünschen im hohen Alter scheitert allerdings oft daran, dass die gewünschten Wohnformen wie zum Beispiel altersgerechte Kleinwohnungen lokal nicht vorhanden oder für viele alte Menschen schlicht zu teuer sind.

## Merksätze

- Nach der Pensionierung verbleiben die meisten Personen an ihrem jetzigen Wohnort, und die Umzugsbereitschaft sinkt mit fortschreitendem Alter.
- Während eine beträchtliche Mehrheit der älteren Schweizerinnen und Schweizer über sehr lange Zeitspannen sesshaft bleibt, wechselt eine Minderheit älterer Menschen bewusst und gewollt Wohnort bzw. Wohnung.
- Wer schon früher häufig Wohnung und Wohnort gewechselt hat, ist auch im Alter eher dazu bereit. Frühere Migrationserfahrungen erhöhen zudem die Chance, dass Wegzugsabsichten umgesetzt werden.
- Ein Wohnungs- oder Wohnortswechsel bei gesunden Menschen zu Beginn des Rentenalters ist häufig eine selbst gewählte Strategie, um die Wohn- und Lebensqualität zu verbessern. Fragile und pflegebedürftige alte Menschen sehen sich hingegen häufiger zu einem Wohnungswechsel gezwungen, und im hohen Lebensalter wird ein Wechsel in eine Alters- und Pflegeeinrichtung häufig zum Hauptgrund für einen Wohnungswechsel.
- Wohnen in Nähe der Kinder – realisiert oder gewünscht – ist stark mit der Enge der Beziehung zu den eigenen Kindern assoziiert, wogegen Umzugswünsche in eine neu gebaute Wohnung ausgeprägter sind, wenn die aktuelle Wohnung als zu gross oder als nicht behindertengerecht eingestuft wird.
- Die Zahl der im Ausland lebenden Schweizer Pensionierten ist angestiegen, aber im Verhältnis zur Gesamtzahl an Pensionierten ist dies eine kleine Minderheit. Häufiger ist eine Rückkehr ins Herkunftsland bei ausländischen Personen, deren Rückkehrquoten sich rund um das Pensionierungsalter erhöhen.

# 7
# Wohnstandard, altersgerechte Wohnausstattung und Wohnzufriedenheit

# Inhaltsübersicht

7.1 Wohnqualität, Zimmerzahl und Einschätzung der Wohnungsgrösse

7.2 Wohnung und Wohnzugang – hindernisfrei oder nicht

7.3 Allgemeine Wohnzufriedenheit und Einflussfaktoren auf Wohnzufriedenheit

Merksätze

## 7.1 Wohnqualität, Zimmerzahl und Einschätzung der Wohnungsgrösse

*Allgemein hohe Wohnqualität:* Im Allgemeinen verfügen die Menschen in der Schweiz über eine gute Wohnqualität, und dies gilt auch für ältere Frauen und Männer. Eine zu feuchte oder zu dunkle Wohnung liegt nur bei 5% der Altersrentner vor, und nur 0.1% haben noch eine Wohnung ohne eigenes Bad oder eigene Dusche. Auch der Anteil der 65-jährigen und älteren Bevölkerung, die in einer überbelegten Wohnung lebt, ist mit 2% international betrachtet sehr gering (BFS, 2017b).

Die Mehrzahl der älteren Bevölkerung lebt in Wohnungen mit 3 und mehr Zimmern, und dies gilt auch für alleinlebende ältere Menschen. Der Anteil an älteren Paaren in Wohnungen mit 5 und mehr Zimmern ist beträchtlich, namentlich in der deutschsprachigen Schweiz.

Abb. 7.1

*Wenig alte Menschen ohne eigenes Zimmer:* Umgerechnet zeigt sich ein tiefer Anteil an älteren Menschen, die nicht über ein eigenes Zimmer verfügen. Der Anteil an Befragten, die in einer Wohnung leben, in der mehr Personen als Zimmer zur Verfügung stehen, liegt bei unter 1%. Etwas häufiger findet sich die Situation, dass Zimmerzahl und Personenzahl übereinstimmen (deutschsprachige Schweiz: 3%, Westschweiz 7% und italienische Schweiz 14%). Die grosse Mehrheit der älteren Menschen lebt somit in einer Wohnung, die auch Platz für Gäste aufweist.

Auch die Mehrheit der heutigen Alters- und Pflegeheimbewohner verfügt zumindest über ein eigenes Zimmer. Gemäss einer 2013/2014 durchgeführten Erhebung ist dies in Deutschschweizer Pflegeheimen häufiger der Fall als in westschweizerischen Einrichtungen (Sommerhalder et al. 2015).

*Wohngrösse – auch im Alter von den finanziellen Ressourcen bestimmt:* Es ist naheliegend, dass die Wohnungsgrösse – gemessen an der Zahl an verfügbaren Zimmern – eng mit den sozio-ökonomischen Ressourcen in Verbindung steht: Je höher das angeführte Haushaltseinkommen, desto mehr Zimmer werden bewohnt. Daneben zeigt sich auch ein enger Zusammenhang zwischen Wohndauer in der aktuellen Wohnung und der Zimmerzahl. Dies hängt damit zusammen, dass eine frühere Familienwohnung häufig auch nach dem Auszug der Kinder beibehalten wird. Eine Detailanalyse (multivariate Varianzanalyse) zeigt, dass die Zimmerzahl am stärksten durch die Haushaltsgrösse (Zahl an Personen im Haushalt), die Wohndauer und die Eigentumsverhältnisse bestimmt wird. Ältere Mieter und Mieterinnen kommen durchschnittlich mit rund 3 Zimmern aus, Personen mit Wohn- und Stockwerkeigentum belegen durchschnittlich 4½ Zimmer. Daneben sind aber auch weitere sozio-ökonomische Einflussfaktoren bedeutsam: Wer finanziell

gut gestellt ist, kann sich eine grössere Wohnung leisten, und bildungshohe Befragte verfügen insgesamt über mehr Wohnraum. Sprachregional zeigt sich insofern ein Unterschied, als die Befragten aus der Deutschschweiz über etwas mehr Wohnraum verfügen als in den anderen zwei Sprachregionen. Alter, Geschlecht oder funktionale Gesundheit haben – nach Kontrolle der übrigen Einflussfaktoren – keinen Einfluss auf die Wohnungsgrösse. Es zeigt sich somit kein Trend, dass Menschen im hohen Lebensalter ihre Wohnungsgrösse gezielt reduzieren. Ebenso zeigt sich nach Kontrolle anderer Faktoren kein Stadt-Land-Unterschied mehr. Bedeutsam ist hingegen der Migrationshintergrund. Die Zusammenhänge zwischen Migrationshintergrund und Wohnbedingungen von älteren Personen werden im Beitrag von Claudio Bolzman und Slim Bridji in diesem Buch erläutert (Kapitel 14).

*Wenige klagen über zu kleine Wohnung:* Die grosse Mehrheit der Befragten beurteilt ihre aktuelle Wohnungsgrösse als angemessen, und diesbezüglich zeigen sich keine sprachregionalen Unterschiede. Der Anteil derjenigen, die ihre Wohnung als etwas oder viel zu klein einstufen, ist gering (je nach Sprachregion zwischen 3% bis 7%). Am häufigsten als zu klein erachten Befragte ihre Wohnung in Paarhaushalten mit weniger als 3 Zimmern (29% zu klein) sowie alleinlebende Befragte in einer 1- bis 1½ Zimmer-Wohnung (26% zu klein). Auch die befragten Alters- und Pflegeheimbewohner erachten ihren Wohnraum zu 90% als angemessen und nur zu 9% als etwas bis viel zu klein.

Abb. 7.2

*Relativ häufig – eine zu «grosse Wohnung»:* Auf der anderen Seite fällt auf, dass relativ viele zu Hause lebende ältere Personen ihre Wohnung als etwas bis viel zu gross einstufen. Je nach Sprachregion sind es 15% bis 21%. Erwartungsgemäss stufen vor allem Wohneigentümer ihre Wohnung als zu gross ein; ein Unterschied, der sich auch nach statistischer Kontrolle anderer Variablen (Alter, Bildungshintergrund, finanzielle Lage) als bedeutsam erweist. Inhaltlich betrachtet wird von alleinlebenden Personen eine Wohnung ab 4 Zimmern als zu gross eingestuft, und 46% der Alleinlebenden in Wohnungen mit 4 und mehr Zimmern finden ihre Wohnung zu gross. Bei Paarhaushalten wird eine Wohnung eher ab 5 Zimmern und mehr als zu gross wahrgenommen. 41% der Befragten in Zweipersonenhaushalten mit 5 oder mehr Zimmern stufen ihre Wohnung als zu gross ein.

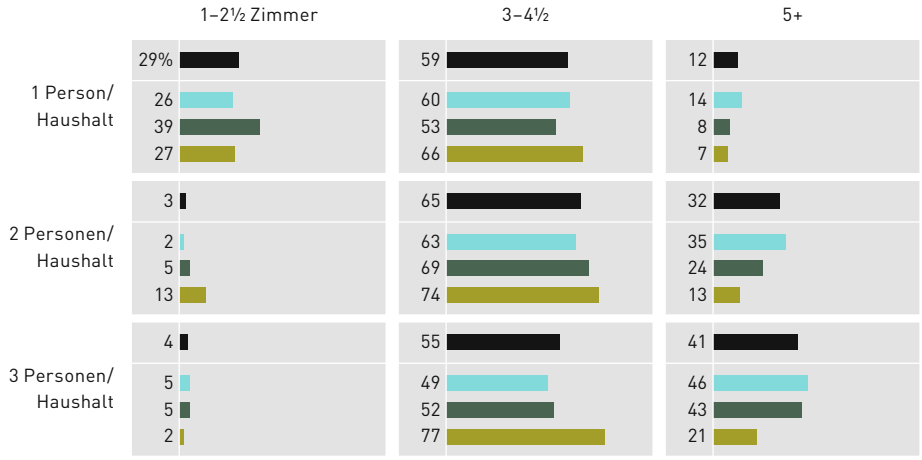
Abb. 7.2

## 7.2 Wohnung und Wohnzugang – hindernisfrei oder nicht

Eine adäquate Gestaltung von Wohnung und Wohnzugang ist entscheidend dafür, ob alte Menschen mit funktionalen Einschränkungen wie z. B. Mobili-

## Wohnungsgrösse im Alter 65+: Zimmerzahl von Privathaushalten nach Haushaltsgrösse und Sprachregion, 2018

7.1

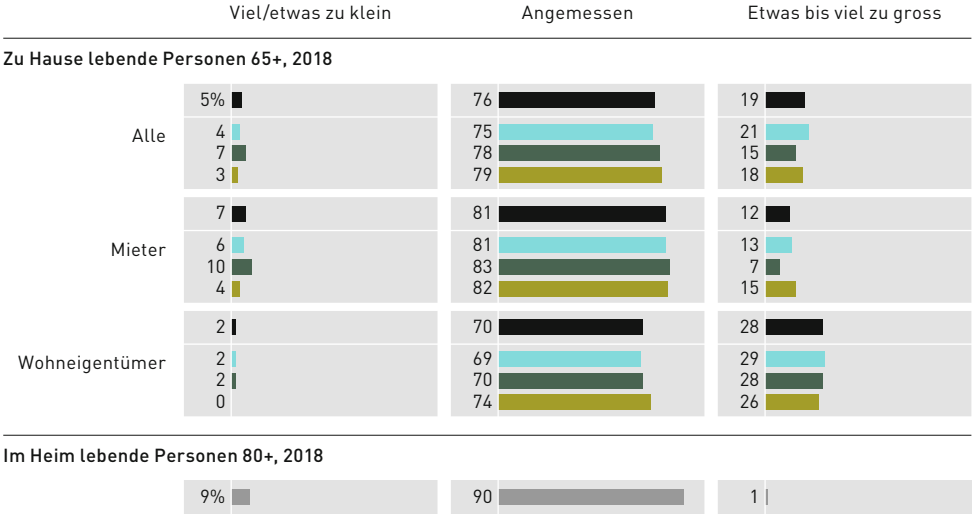



CH insgesamt (gewichtete Daten) | CH-D CH-F CH-I

Zu Hause lebende Personen. Zimmerzahl der bewohnten Wohnung (ohne Bad und Küche). Unterschiede der Zimmerzahl nach Haushaltsgrösse in allen drei Sprachregionen hoch signifikant. Unterschiede nach Sprachregion signifikant ($p \leq .01$, $\chi^2$-Test). Quelle: Age 2018.

## Subjektive Beurteilung der Wohnungsgrösse in Heimen sowie in Privathaushalten: Anteile nach Eigentumsstatus und Sprachregion

7.2




CH insgesamt (gewichtete Daten) | CH-D CH-F CH-I | CH-D/CH-F

Quelle: Age 2018.

tätseinschränkungen weiterhin in ihrer Wohnung verbleiben können, Eine hindernisfreie und behindertengerechte Wohnung erlaubt es, auch mit starken Einschränkungen den Wohnalltag und den Haushalt selbstständig zu führen. In der Age-Wohnumfrage 2018 wurden die Befragten einerseits danach gefragt, ob sie auch mit einer grösseren Behinderung in ihrer Wohnung bleiben können.[1] Andererseits hatten die Interviewer und Interviewerinnen bei ihrem Besuch den Zugang zur Wohnung zu notieren («stufenlos», «mit Treppe», «Lift vorhanden») sowie abzuklären, ob die Wohnung schwellenlos war oder nicht.

Abb. 7.3

In allen drei Sprachregionen schätzt gegen ein Drittel der Befragten ihre Wohnung klar als nicht rollstuhlgängig ein. Umgekehrt bejaht in der deutsch- und französischsprachigen Schweiz nur etwas weniger als ein Drittel eine Rollstuhlgängigkeit ihrer Wohnung. In der italienischsprachigen Schweiz wird häufiger eine eingeschränkte Behinderungsfreiheit angeführt («ja, mit Einschränkungen»). Die Detailfragen weisen darauf hin, dass vor allem bei Zugangstreppen sowie Bad/WC Einschränkungen wahrgenommen werden, etwa weil Bad und Toilette zu eng oder zu schlecht eingerichtet sind, um sie mit einem Rollstuhl zu benutzen.

Abb. 7.4

In allen drei Sprachregionen wird eine Wohnung signifikant weniger häufig als rollstuhlgängig eingeschätzt, wenn der Zugang zu ihr nur über eine Treppe möglich ist und damit kein stufenloser Zugang vorliegt. Auch das Fehlen eines Lifts wirkt negativ auf die Beurteilung, vor allem in grösseren Wohnblöcken. Vor allem Treppen und Schwellen in der Wohnung werden als potenzielle Hindernisse wahrgenommen. So stufen 52% der Befragten in Wohnungen mit Treppen bzw. Schwellen ihre Wohnung bei einer Behinderung als ungeeignet ein. Befragte in stufenlosen Wohnungen verneinen die Behindertengerechtigkeit ihrer Wohnung hingegen nur zu 23%.

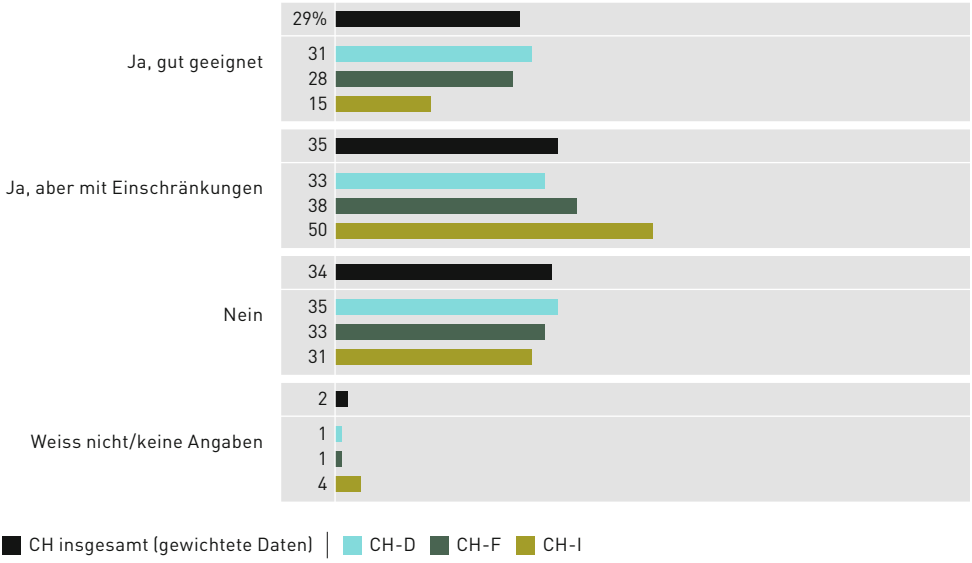
Abb. 7.5

Eine Detailanalyse (logistische Regression) unterstreicht, dass eine nicht behindertengerechte bzw. nicht rollstuhlgängige Wohnung einerseits von Mietern häufiger angeführt wird als von Wohneigentümern – die oft auch grössere Wohnungen belegen – und dass Befragte in schwieriger finanzieller Lage signifikant häufiger in einer Wohnung leben, die nicht altersgerecht ist. Andererseits bestätigt auch die Detailanalyse, dass das Vorhandensein von Türschwellen die Wahrnehmung erhöht, dass die Wohnung bei Mobilitätseinschränkungen ungeeignet ist. Zusätzlich spielt der Zugang zur Wohnung (stufenloser Zugang oder nicht, Lift vorhanden oder nicht) eine bedeutsame

1 Im Test zeigte sich, dass die fragemethodisch korrekte Frage (ohne Hinweis auf Rollstuhl) («Was denken Sie, ist Ihre Wohnung geeignet, dass Sie auch mit einer (grösseren) Behinderung noch hier wohnen bleiben könnten?» für viele Personen unverständlich war. Deshalb wurde der konkrete Nachsatz (wenn Sie z. B. auf einen Rollstuhl angewiesen wären) angehängt. Dies hat dazu beigetragen, dass die «Weiss nicht»-Antworten selten waren, hat aber den Nachteil, dass primär die Rollstuhlgängigkeit der Wohnung und nicht die allgemeine Hindernisfreiheit erfasst wurde.

## Eignung der Wohnung im Behinderungsfall[a]: Einschätzung im Alter 65+ im sprachregionalen Vergleich, 2018

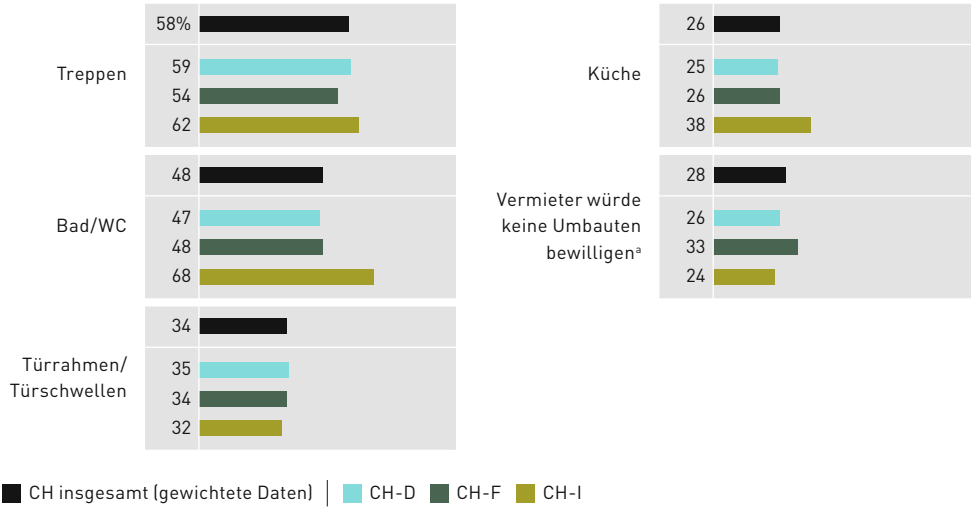
7.3




[a] Gem. Fragestellung wird Behinderung mit Rollstuhlnutzung assoziiert. Zu Hause lebend. Pers. Quelle: Age 2018.

## Mögliche Hindernisse in der eigenen Wohnung im Behinderungsfall: Anteile Zustimmung im Alter 65+ im sprachregionalen Vergleich

7.4




[a] Nur Mieter.
Zu Hause lebende Personen, 2018.
Quelle: Age 2018.

Rolle bei der Einschätzung der aktuellen Wohnung. Und tatsächlich ist selbst eine hindernisfrei gebaute Wohnung von wenig Nutzen, wenn nicht gleichzeitig auch der Zugang zur Wohnung hindernisfrei gestaltet wird. In der deutsch- und italienischsprachigen Schweiz ist in gut 40% der Fälle der Zugang der Wohnung nur über eine Treppe möglich. In der Westschweiz ist dies nur bei gut 30% der Befragten der Fall. Stufenloser Zugänge oder Zugänge über eine Rampe sind in dieser Region stärker verbreitet.

## 7.3 Allgemeine Wohnzufriedenheit und Einflussfaktoren auf Wohnzufriedenheit

*Zumeist hohe Wohnzufriedenheit:* Die durchgeführten Erhebungen des Bundesamts für Statistik zu den Lebensbedingungen der schweizerischen Wohnbevölkerung lassen eine vielfach hohe Wohnzufriedenheit erkennen. Besonders zufrieden mit ihrer Wohnsituation ist die ältere Bevölkerung. Nahezu 90% beurteilen ihre aktuelle Wohnsituation sehr positiv; ein Wert, der sich in den letzten zehn Jahren nicht verändert hat. 2018 waren 88% der befragten zu Hause lebenden älteren Personen mit ihrer Wohnsituation sehr zufrieden. Ob jemand allein wohnt oder zusammen mit anderen Personen, hat keinen Einfluss auf die Wohnzufriedenheit. Unterschiede in der allgemeinen Wohnzufriedenheit zwischen Einpersonen- und Zweipersonenhaushalten werden nicht sichtbar.

Abb. 7.6

Die gleichen hohen Wohnzufriedenheitswerte wie bei den zu Hause lebenden älteren Menschen zeigen sich bei den befragten Bewohnerinnen und Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen. Ein Wechsel in ein Alters- und Pflegeheim führt – im Gegensatz zu einer häufigen Alltagsvermutung – nicht zu einer generellen Verschlechterung der allgemeinen Wohnzufriedenheit.

Allerdings zeigen sich auch im höheren Lebensalter bedeutsame Unterschiede der Wohnzufriedenheit. So sind die deutschsprachigen Befragten leicht zufriedener als die italienischsprachigen Befragten. Allerdings verschwinden die sprachregionalen Unterschiede, wenn andere Einflussfaktoren berücksichtigt werden.

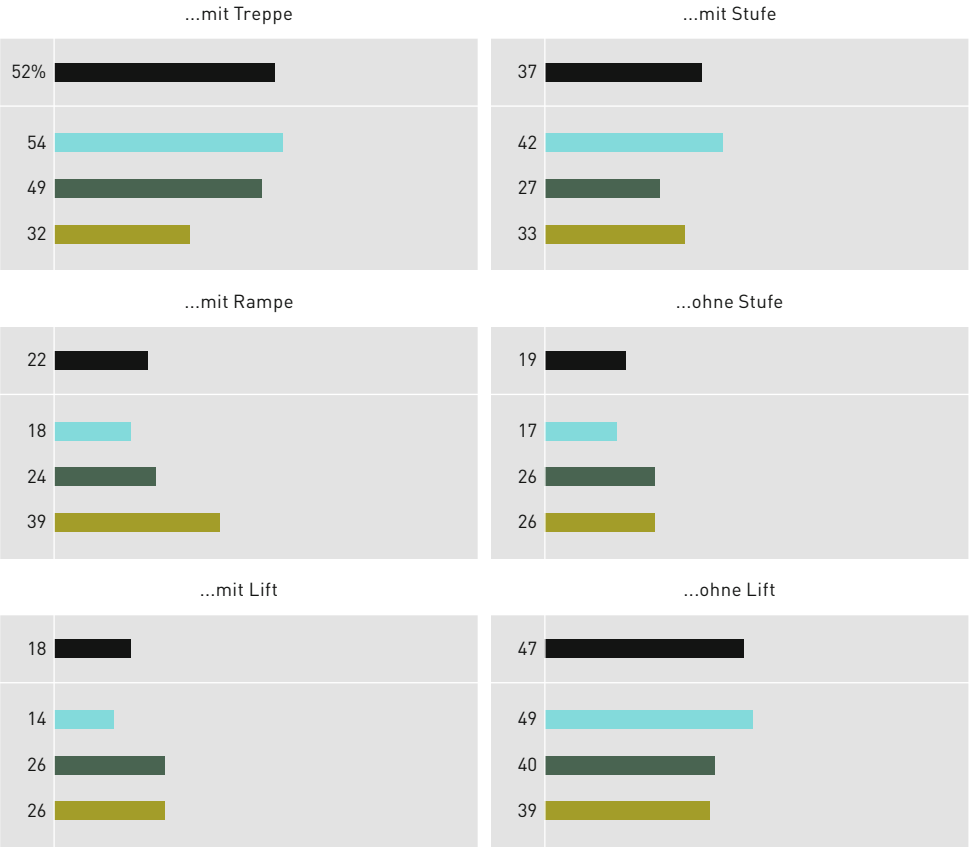
*Soziale Unterschiede der Wohnzufriedenheit:* Erwartungsgemäss sind Personen mit Wohneigentum mit ihrer Wohnsituation zufriedener als Mieter und Mieterinnen, auch weil sie selbstbestimmt ihre Wohnung neu gestalten können. Dazu kommt, dass Wohneigentümer vielfach auf mehr Wohnraum zurückgreifen können. Finanzielle Ressourcen sind ebenfalls bedeutsam, und wer im Alter finanziell gut abgesichert ist, kann sich eine höhere Wohnqualität leisten. Die Wohnzufriedenheit von Befragten in schwieriger finanzieller Lage ist deutlich geringer, weil – wer wenig Geld besitzt –

Abb. 7.7

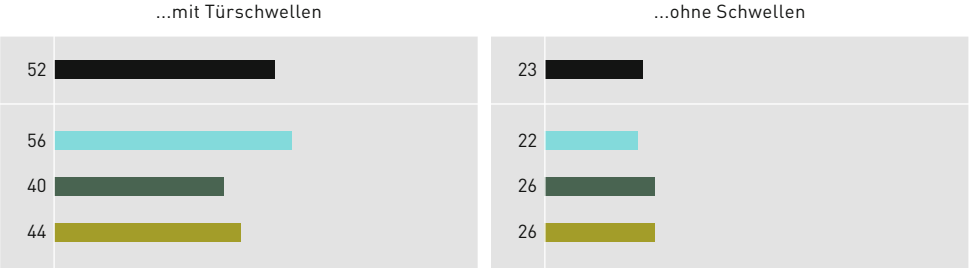
## Wohnungseinschätzung als «nicht rollstuhlgängig» durch Personen mit unterschiedlichem Wohnungsausbau, 2018

7.5

**Befragte, die ihre Wohnung für ungeeignet im Behinderungsfall halten. Anteil in der Gruppe mit Zugängen[a]...**




**Befragte, die ihre Wohnung für ungeeignet im Behinderungsfall halten. Anteil in der Gruppe mit Wohnungen[a]...**

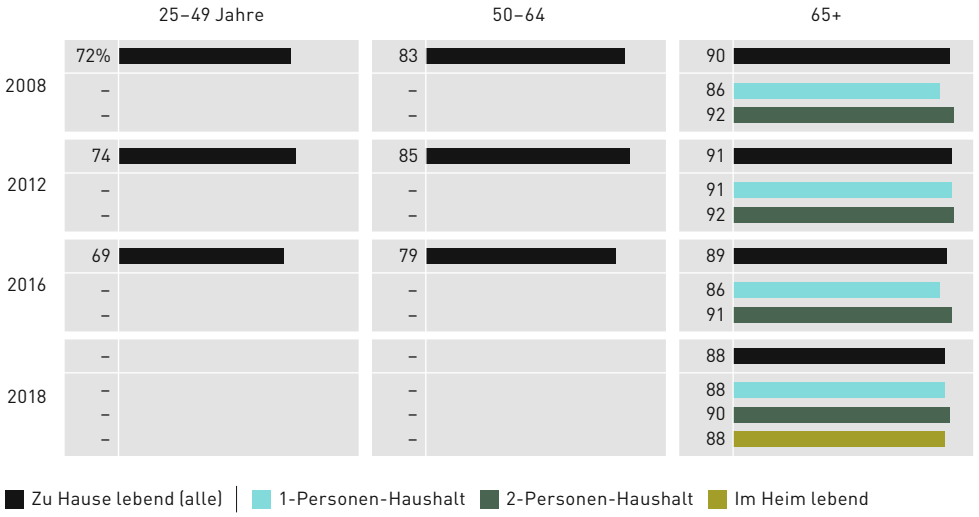



CH insgesamt (gewichtete Daten) | CH-D CH-F CH-I

Zu Hause lebende Personen. [a] Lift, Schwellen und Art der Wohnungszugänge wurden durch die Interviewer/innen beim Besuch der befragten Person direkt dokumentiert.
Quelle: Age 2018.

## Zufriedenheit mit der Wohnsituation: Anteile hoch zufriedener Personen 2008 bis 2018 nach Altersgruppe und Haushaltsstruktur

7.6




2008–2016: Hohe Zufriedenheit = 8–10 auf Skala 0–10.
2018: Hohe Zufriedenheit = 8–10 auf Skala 1–10.
Quellen: 2008, 2012 und 2016: BFS, SILC; 2018: Age (gesamte Schweiz, gewichtete Daten).

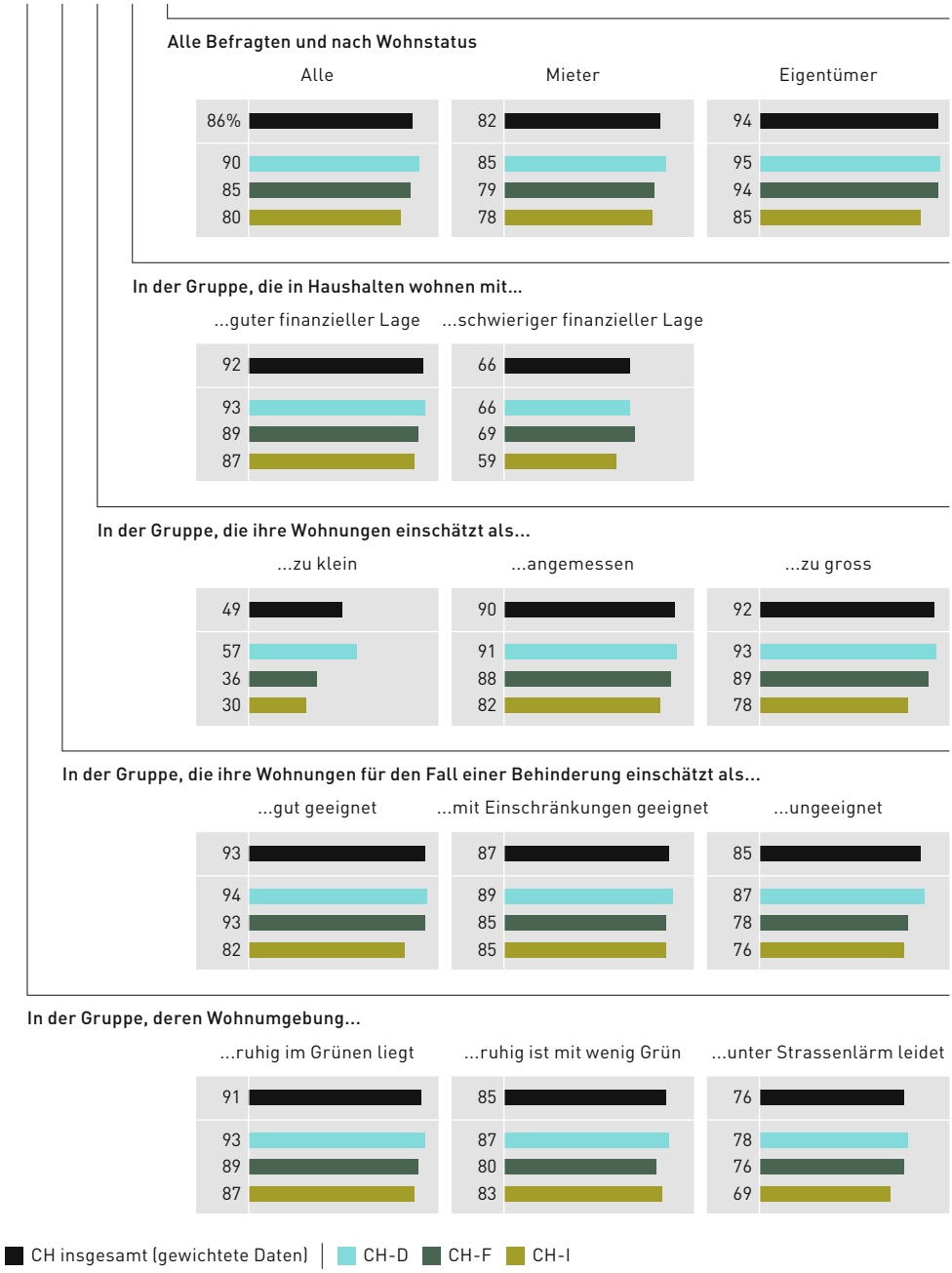
häufiger eine schlechtere Wohnqualität in Kauf zu nehmen hat. Besonders negativ auf die Wohnzufriedenheit im Alter wirkt sich eine zu kleine Wohnung aus, und dies gilt sowohl für zu Hause lebende Personen als auch für Bewohner und Bewohnerinnen von Alters- und Pflegeheimen. Interessanterweise berührt eine als zu gross eingestufte Wohnung die allgemeine Wohnzufriedenheit wenig – bei zu grosser Wohnung im Alter wird ein Teil der Wohnung einfach nicht mehr genutzt. Die Einschätzung der Wohnung als behindertengerecht erhöht die Wohnzufriedenheit ebenfalls, wenn auch nur leicht.

*Wohnzufriedenheit stark durch Wohnumgebung bestimmt:* Ein bedeutsamer Einflussfaktor auf die allgemeine Wohnzufriedenheit ist die Einschätzung der unmittelbaren Wohnumgebung. So zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen allgemeiner Wohnzufriedenheit und Zufriedenheit mit der Wohnumgebung. Vor allem eine ruhige Wohnumgebung erhöht die allgemeine Wohnzufriedenheit, wogegen eine lärmige Umgebung zu tieferen Zufriedenheitswerten beiträgt. Gleichzeitig ist auch die Nachbarschaft relevant, und wer die nachbarschaftliche Hilfe positiv einstuft, ist mit seiner Wohnsituation zufriedener. Dies gilt sowohl für zu Hause lebende ältere Menschen als auch für alte Menschen, die in einer Alters- und Pflegeeinrichtung leben.

## Wohnzufriedenheit im Alter 65+: Anteile hoch zufriedener Personen im sprachregionalen Vergleich nach sozialer Lage und Wohnsituation

7.7

Anteil Personen, die mit ihrer Wohnsituation sehr zufrieden[a] sind, 2018



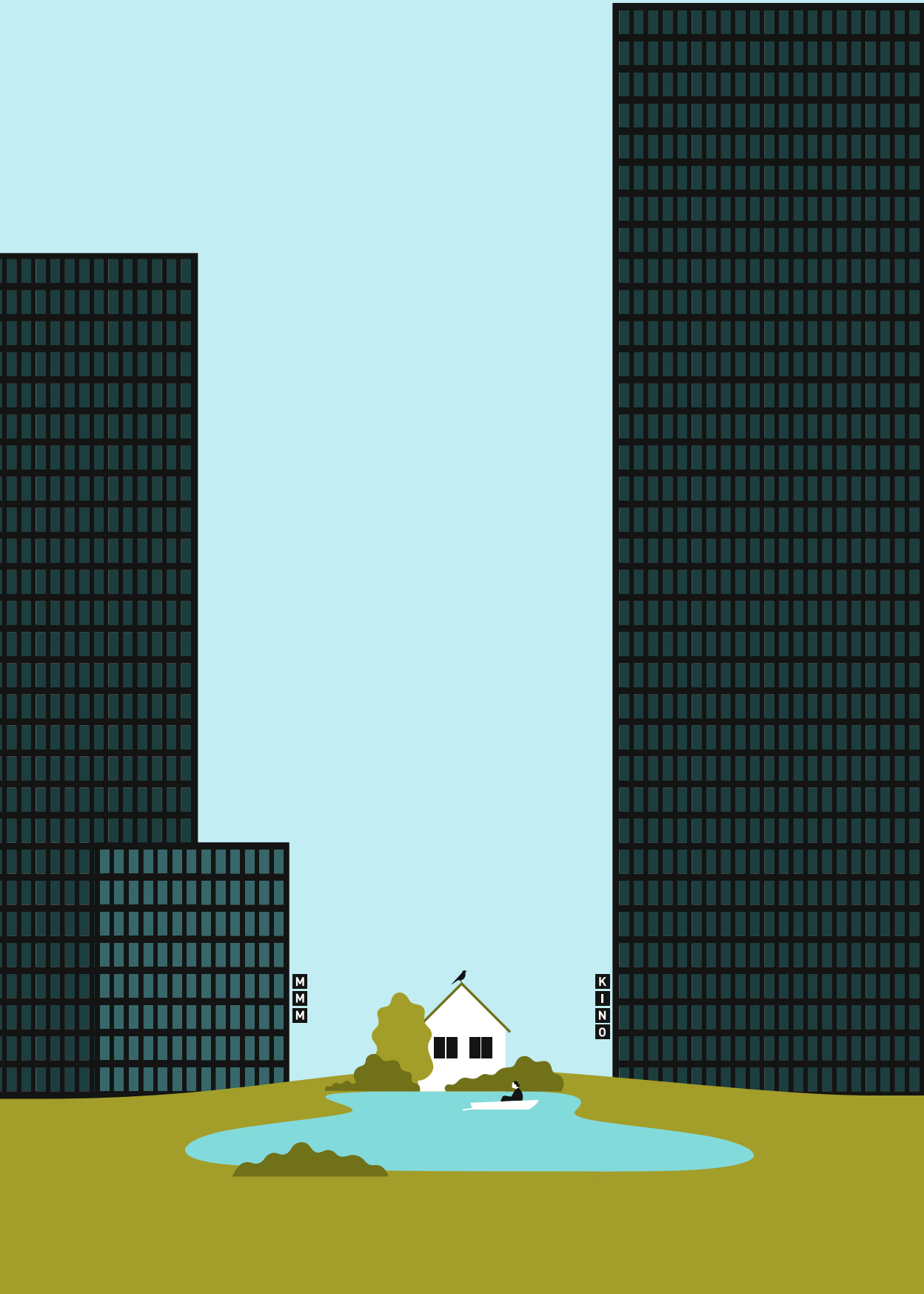

[a] 8–10 auf einer Skala von 1 (ganz unzufrieden) –10 (ganz zufrieden). Zu Hause lebende Personen. Quelle: Age 2018.

*Hohe Wohnzufriedenheit kann auch negative Folgen aufweisen:* An und für sich ist die beobachtete hohe Wohnzufriedenheit der grossen Mehrheit der älteren Frauen und Männer ein gutes Zeichen. Es ist ein Hinweis auf eine vielfach gute Lebensqualität in einem zentralen Lebensbereich. Auf der anderen Seite kann eine hohe Wohnzufriedenheit – wie auch eine hohe Zufriedenheit mit der Wohnumgebung – dazu beitragen, dass sich alte Menschen zu spät nach einer neuen, altersgerechten Wohnung umsehen. Ebenso kann eine langjährige gegenseitige Anpassung von Person und Wohnung dazu führen, dass Wohnungsmängel, welche das Alter erschweren, nicht oder zu spät wahrgenommen werden. Hohe Wohnzufriedenheitswerte können im Alter daher auch bei objektiv problematischen Wohnbedingungen auftreten. Eine hohe Wohnzufriedenheit älterer Menschen ist deshalb kein geeigneter Gradmesser dafür, ob eine Wohnung tatsächlich bedürfnisgerecht ist oder bei funktionalen Einschränkungen die optimale Lösung darstellt. Hohe Wohnzufriedenheitswerte im hohen Alter dürfen nicht zur Annahme verleiten, es bestünde kein objektiver Verbesserungsbedarf. Sie zeigen höchstens, dass kein subjektiver Handlungsbedarf wahrgenommen wird. Wohnberatung im Alter wird allerdings schwierig und heikel, wenn objektive Wohnmängel von den betroffenen Personen nicht wahrgenommen werden.

### Merksätze

- **In der Schweiz verfügen die meisten älteren Menschen über eine gute Wohnqualität. Der Anteil der älteren Menschen, die über kein eigenes Zimmer verfügen, ist sehr gering. Auch die grosse Mehrheit der Alters- und Pflegeheimbewohner verfügt heute zumindest über ein eigenes Zimmer.**
- **Die Wohnungsgrösse – gemessen an der Zahl an verfügbaren Zimmern – ist mit den sozio-ökonomischen Ressourcen verbunden. Je höher das Haushaltseinkommen, desto mehr Zimmer werden bewohnt. Daneben zeigt sich ein enger Zusammenhang zwischen Wohndauer in der aktuellen Wohnung und Zimmerzahl. Dies hängt damit zusammen, dass eine frühere Familienwohnung häufig auch nach dem Auszug der Kinder beibehalten wird.**

- Die grosse Mehrheit der zu Hause lebenden älteren Menschen beurteilt ihre aktuelle Wohnungsgrösse als angemessen, und diesbezüglich zeigen sich keine sprachregionalen Unterschiede. Auch die befragten Alters- und Pflegeheimbewohner erachten ihren Wohnraum grossmehrheitlich als angemessen. Auf der anderen Seite fällt auf, dass relativ viele zu Hause lebende ältere Personen ihre Wohnung als zu gross einstufen. Je nach Sprachregion sind es 15% bis 21%.
- In allen drei Sprachregionen schätzt gegen ein Drittel der Befragten ihre Wohnung klar als nicht rollstuhlgängig ein. Vor allem Zugangstreppen sowie Bad/WC werden als (potenzielle) Hindernisse bei einer grösseren Behinderung wahrgenommen.
- Eine nicht behindertengerechte Wohnung wird einerseits von Mietern häufiger angeführt als von Wohneigentümern. Befragte in schwieriger finanzieller Lage leben andererseits häufiger in einer Wohnung, die nicht altersgerecht ist.
- Nahezu 90% der zu Hause lebenden älteren Menschen beurteilen ihre aktuelle Wohnsituation sehr positiv; ein Wert, der sich in den letzten zehn Jahren nicht verändert hat. Analoge Werte zeigen sich bei den befragten Bewohnerinnen und Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen.
- Negativ auf die Wohnzufriedenheit im Alter wirkt sich eine zu kleine Wohnung aus, und dies gilt sowohl für zu Hause lebende Personen als auch für Bewohner und Bewohnerinnen von Alters- und Pflegeheimen.
- Ein bedeutsamer Einflussfaktor auf die allgemeine Wohnzufriedenheit ist auch die Einschätzung der unmittelbaren Wohnumgebung. So zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen allgemeiner Wohnzufriedenheit und Zufriedenheit mit der Wohnumgebung (keine Lärmbelastung, gute Nachbarschaftsbeziehungen).
- Hohe Wohnzufriedenheitswerte können im Alter allerdings auch bei objektiv problematischen Wohnbedingungen auftreten. Hohe Wohnzufriedenheitswerte im hohen Alter dürfen nicht zur Annahme verleiten, es bestünde kein objektiver Verbesserungsbedarf. Sie zeigen höchstens, dass kein subjektiver Handlungsbedarf wahrgenommen wird.


MMM
KINO

# 8
# Wohnbedürfnisse, Wünsche und Perspektiven im und für das Alter

# Inhaltsübersicht

**8.1 Wichtige Wohndimensionen**

**8.2 Beurteilung zukünftiger Wohnoptionen**
8.2.1 Private Wohnformen
8.2.2 Pflegerisch betreute Wohnformen

**Merksätze**

## 8.1 Wichtige Wohndimensionen

*Wohnbedürfnisse und Wohnwünsche verändern sich im Lebensverlauf:* Mit der Pensionierung wird die Wohnung oft zum eigentlichen Lebensmittelpunkt, wobei altersbezogene Wohnthemen bei den frisch pensionierten Personen vielfach noch nicht im Zentrum stehen (Petit 2018). Erst im hohen Lebensalter werden altersgerechte Wohnformen und nahegelegene Dienstleistungen bedeutsamer. Allerdings sind auch im hohen Lebensalter Wohnwünsche und Wohnbedürfnisse sehr heterogen, je nach Lebenshintergrund, sozialem Milieu und finanziellen Ressourcen.

Im Rahmen der Age-Wohnerhebung 2018 wurde nach der Beurteilung zentraler Wohnaspekte gefragt. In einer ersten Runde mussten die befragten Personen ihre persönlichen Vorlieben angeben (sehr wichtig, wichtig, unwichtig). In einer zweiten Runde mussten sie die zehn angeführten Wohndimensionen rangieren, das heisst Prioritäten setzen.[1]

Abb. 8.1

*Gemütliche Wohnung – oft an erster Stelle:* Von der Mehrheit älterer Menschen hoch gewichtet steht ein Wohnwert, der von Architekten oder Gerontologen kaum je angeführt wird, nämlich, dass die Wohnung gemütlich bzw. gemütsvoll sein sollte. Gemütlichkeit ist der Wert, der – mit Ausnahme des Tessins – auch bei den Prioritäten am häufigsten an erster oder zweiter Stelle gesetzt wird.

Angesprochen wird dabei ein emotionaler Wohnwert, der in funktional-gerontologischen Wohnansätzen zum Alter häufig vergessen bleibt. Eine gemütliche, nach individuellen Wünschen eingerichtete Wohnung ist speziell in Lebensphasen wichtig, wo die Wohnung zum zentralen Lebensmittelpunkt wird (etwa nach der Pensionierung oder spätestens bei funktionalen Einschränkungen, die ausserhäusliche Aktivitäten erschweren oder gar verhindern). Beim Begriff der Gemütlichkeit schwingen denn auch Aspekte eines privaten, ruheorientierten Rückzugs mit.

Eine Detailanalyse lässt eine sozial durchgehende positive Bewertung erkennen. Dieser Wohnwert wird relativ unabhängig von Bildungshintergrund, finanzieller Lage, Wohnform oder funktionaler Gesundheit hoch bewertet. In der italienischsprachigen Schweiz – aber nicht in den zwei anderen Sprachregionen – wird Wohngemütlichkeit von den befragten Frauen stärker gewichtet als von den befragten Männern.

1 Beide Frageformen haben ihre Vor- und Nachteile: Eine einfache Gewichtung kann dazu führen, dass undifferenziert alles gleichzeitig als wichtig eingestuft wird. Eine Rangierung kann Befragte überfordern. Deshalb wurden beide Frageformen kombiniert, und eine Prioritätensetzung ist einfacher, wenn vorgängig schon die Wichtigkeit abgefragt wurde.

*Wohnung in einer belebten Umwelt – kaum je Priorität:* Im Gegensatz zu Gemütlichkeit steht die Bewertung einer Wohnung in einer belebten Umwelt («Um die Wohnung herum soll etwas los sein, Leben sein»). Es ist ein Wohnaspekt, der in allen Sprachregionen nur von wenigen älteren Personen hoch gewichtet wird und bei den Prioritäten das Schlusslicht bildet. Dieses Ergebnis verdeutlicht die Bedeutung der Wohnung als privaten (Rückzugs-)Ort.

Eine belebte Wohnumwelt im Alter wird von allen sozialen Gruppen wenig gewichtet; ein Punkt, der bei der Gestaltung von generationengemischten Wohnsiedlungen zu beachten ist. Der einzig statistisch relevante Unterschied ist eine leicht höhere Gewichtung einer belebten Wohnumwelt im Tessin, ansonsten zeigen sich keine klaren Unterschiede, etwa nach Bildungshintergrund, Alter oder Geschlecht.

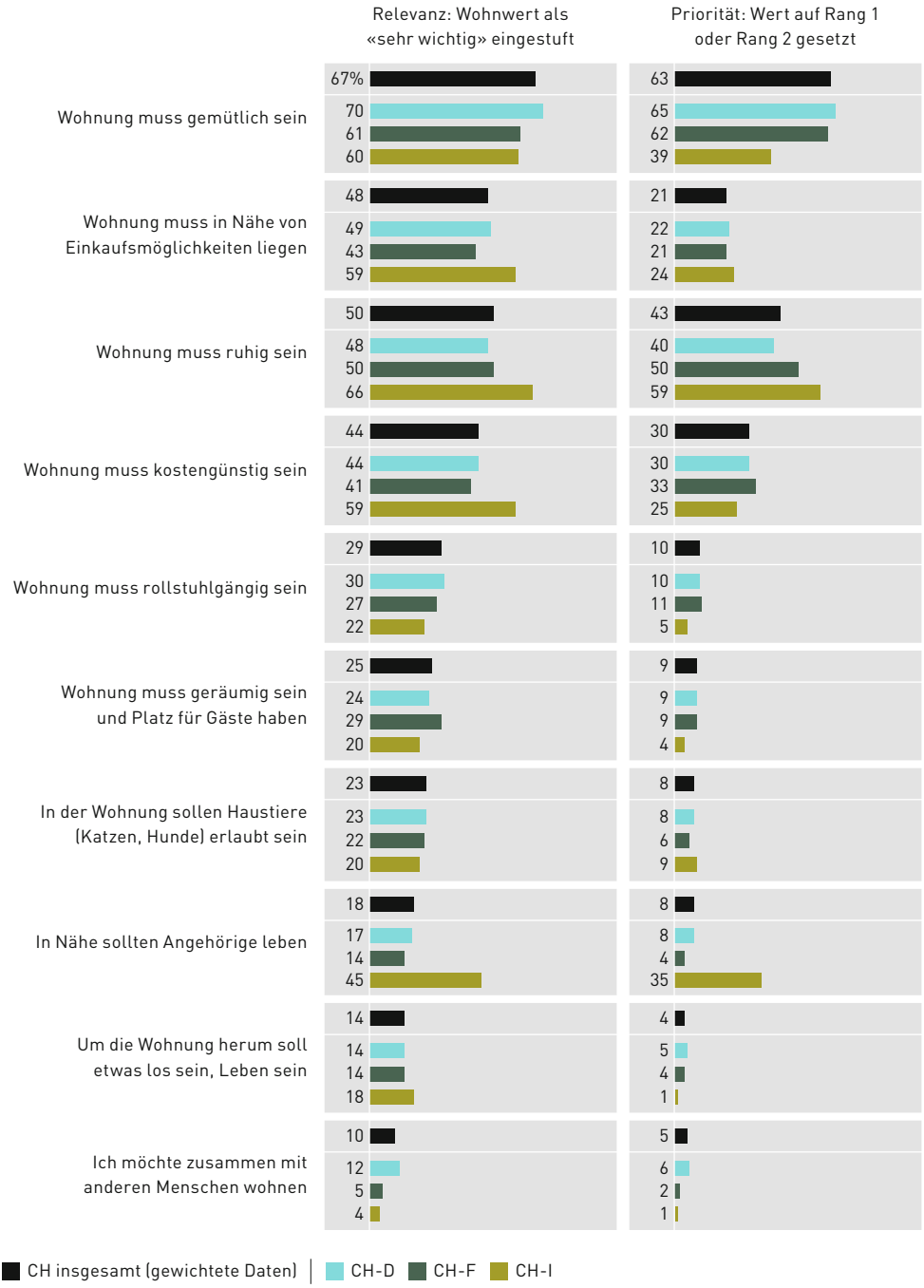
*Ruhige Wohnung – oft gewünscht, nicht immer realisiert:* Als sehr wichtig eingestuft wird insgesamt auch eine ruhige Wohnung; speziell von Tessiner Befragten, die überdurchschnittlich über Lärmbelästigungen in ihrer Wohngegend klagen. So klagt in der italienischsprachigen Schweiz ein Drittel der Befragten, die eine ruhige Wohnung sehr hoch gewichten, über Lärmbelastungen im Quartier (im Gegensatz zu einem Fünftel in der Westschweiz und einem Siebtel in der deutschsprachigen Schweiz). Der Wert einer ruhigen Wohnung erhöht sich mit dem Alter, und eine ruhige Wohnung wird von den 85-jährigen und älteren Befragten am stärksten betont. Soziale oder geschlechtsbezogene Unterschiede im Wert einer ruhigen Wohnung zeigen sich hingegen nicht.

*Nähe von Einkaufsmöglichkeiten – wichtig, aber nicht immer prioritär:* Idealerweise sollte eine Wohnung ruhig, aber zentral gelegen sein. Eine Nähe zu Einkaufsmöglichkeiten wird oft als sehr wichtig erachtet, wenn auch nicht immer als erste oder zweite Wohnpriorität eingestuft. Die Detailanalyse zeigt, dass dieser Wohnwert in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz von Mietern stärker gewichtet wird als von Wohneigentümern. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied – in der Richtung, dass Frauen nahegelegene Einkaufsmöglichkeiten höher gewichten als Männer – zeigt sich nur (noch) im Tessin, nicht aber in den anderen zwei Sprachregionen.

*Kostengünstig – für untere Einkommensgruppen zentral:* Eine kostengünstige Wohnung wird von vielen älteren Menschen als sehr wichtig und prioritär erachtet (wobei die italienischsprachigen Befragten diesen Aspekt stärker gewichten als die Befragten in den übrigen Sprachregionen). Für den Wunsch nach einer kostengünstigen Wohnung sind vor allem sozio-ökonomische Einflussfaktoren relevant: Wer seine finanzielle Lage als schwierig erfährt, als Mieter oder Mieterin wohnt und wenig formale Bildung aufweist, gewichtet eine kostengünstige Wohnung deutlich stärker als wohlhabende, gut gebil-

## Relevanz und Priorität von Wohndimensionen im Alter 65+ im sprachregionalen Vergleich, 2018

8.1




Zu Hause lebende Personen. Quelle: Age 2018.

dete Wohneigentümer (für die das Wohnen im Alter auch ein Luxuselement einschliessen kann).

*Platz für Gäste:* Eine geräumige Wohnung – mit Platz für Gäste – wird je nach Sprachregion von 20% bis 30% der Befragten hoch bewertet, aber nur von wenigen Personen als prioritär erachtet. Nach Kontrolle anderer Variablen gewichten Frauen diesen Wohnaspekt etwas stärker als Männer. Dies gilt auch für Personen in Mehrpersonenhaushalten. Eine kleine Wohnung kann für eine Einzelperson genügen, aber enge Wohnverhältnisse können bei Paaren zu mehr Reibereien und Konflikten beitragen, speziell dann, wenn – wie im Alter häufig – Schlafverhalten und Schlafbedürfnisse von Partner und Partnerin divergieren. Sachgemäss wird eine geräumige Wohnung von Wohneigentümern stärker gewichtet wie auch vermehrt realisiert.

*Rollstuhlgängige Wohnung:* Eine rollstuhlgängige Wohnung steht für viele Befragte noch weniger im Zentrum. Die Bedeutung einer altersgerechten Wohnung hängt weniger vom Lebensalter als von der funktionalen Gesundheit ab: Befragte Personen, die an gesundheitlich bedingten Einschränkungen leiden, gewichten diesen Wohnaspekt häufiger als sehr wichtig. Daneben weisen Wohneigentümer eine leicht grössere Präferenz für diesen Wohnaspekt auf als Mieter und Mieterinnen, möglicherweise weil erstere mehr Freiheiten und oft auch mehr Ressourcen aufweisen, um ihre Wohnung altersgerecht anzupassen.

*Nähe von Angehörigen – in der Südschweiz stark gewichtet:* Was das Wohnen in Nähe von Angehörigen betrifft, ergeben sich klare Unterschiede zwischen der Südschweiz und den übrigen Landesteilen: In den italienischsprachigen Regionen (Tessin, Bündner Südtäler) zeigt sich weiterhin eine starke Familienorientierung, und viele italienischsprachige Senioren gewichten Familiennähe hoch. Daneben ist eine familiale Orientierung ausgeprägter bei älteren Menschen mit wenig sozio-ökonomischen Ressourcen (bildungsferne Personen, Personen in schwieriger finanzieller Lage). Ebenso sind sehr alte Menschen (85+) stärker an der Nähe zu Angehörigen interessiert, weil damit familiale Unterstützung und Hilfe einfacher organisiert werden kann. Eine stärkere familiale Orientierung von Frauen im Vergleich zu Männern zeigt sich hingegen nur in der Südschweiz, nicht aber in den zwei anderen Sprachregionen.

*Haustiere:* Nicht wenige ältere Menschen haben Haustiere. Rund jede fünfte pensionierte Person lebt mit einem Haustier (Hund, Katze u.a.) zusammen. Die Möglichkeit, Haustiere zu halten, wird in allen Sprachregionen analog gewichtet: Eine Minderheit findet es sehr wichtig, aber nur wenige Befragte er-

achten dies als prioritär. Befragte in Wohneigentum sowie umgekehrt Befragte in prekärer finanzieller Lage gewichten diesen Aspekt leicht höher, und insgesamt sind Frauen leicht stärker an Haustieren interessiert als Männer, aber die Unterschiede – obwohl statistisch signifikant – sind nicht besonders ausgeprägt.

*Wenig Vorliebe für gemeinschaftliches Wohnen:* Zusammenwohnen im Alter («Ich möchte zusammen mit anderen Menschen wohnen») geniesst bei der grossen Mehrheit der befragten Personen wenig Sympathie. Dieser Wohnaspekt wird am ehesten noch in der deutschsprachigen Schweiz angeführt. In dieser Sprachregion – nicht aber in den anderen Regionen – gewichten Männer ein gemeinsames Wohnen signifikant positiver als Frauen. Wer schon mit anderen Personen zusammenlebt, gewichtet Zusammenleben leicht positiver als alleinlebende Personen, und wer sich finanziell eingeschränkt fühlt, ist eher daran interessiert, durch gemeinsames Wohnen Kosten zu senken. Offen bleibt bei dieser Frageform, ob unter gemeinsamem Wohnen paarweises Zusammenleben oder gemeinschaftliches Alterswohnen angesprochen wurde; ein Punkt, der in nachfolgenden Fragen (vgl. Kapitel 8.2.1) genauer untersucht wird.

Gesamthaft wird deutlich, dass die Wohnung an sich als ein Rückzugsraum, den man selbst gestalten kann, eine starke Gewichtung erhält: Eine private Wohnung im Alter sollte gemütlich sein und idealerweise in einem ruhigen Wohnumfeld liegen, das jedoch gut an Dienstleistungen und Infrastrukturangebote angebunden ist. Gemeinschaftliches Wohnen und belebte Umwelt stehen weniger im Vordergrund. Je nach sozio-ökonomischer Lage und Familienorientierung werden auch Wohnungskosten und Nähe zu Angehörigen hervorgehoben. Eine altersgerechte Einrichtung – wie Rollstuhlgängigkeit – wird erst relevant, wenn schon erste funktionale Einschränkungen sichtbar werden.

## 8.2 Beurteilung zukünftiger Wohnoptionen

Das höhere Lebensalter wird häufig als Lebensphase wahrgenommen, wo sich alters- und gesundheitsbedingte Heimeintritte häufen. Die heutigen Wohnoptionen für Frauen und Männer im Alter – und namentlich auch im hohen Alter – beschränken sich jedoch keineswegs nur auf die Alternative «Daheim oder im Heim». In den letzten Jahren entstanden neue Wohnformen, von Altershausgemeinschaften bis hin zu diversen Formen eines betreuten Wohnens (vgl. Kapitel 9).

Im Rahmen der Age-Wohnumfrage 2018 wurde nach der persönlichen Einschätzung verschiedener Wohnoptionen gefragt. Dies vermittelt Hinweise

auf Präferenzen (positiv versus negativ bewertete Wohnoptionen). Was die Befragungsdaten allerdings nicht liefern, sind Hinweise auf konkrete Pläne bzw. Bedarfszahlen. Dies hängt damit zusammen, dass die Realisierung von geäusserten Wohnpräferenzen von situativen Einflussfaktoren abhängig ist, etwa davon, ob in der Region überhaupt alternative Wohnoptionen vorliegen und ob sich ältere Menschen eine gewünschte Wohnform finanziell leisten können.

### 8.2.1 Private Wohnformen

Mehrheitlich positiv bewertet – mit sehr hohen Werten in der Südschweiz – wird eine Wohnlage mit guter Nachbarschaft, und zwar relativ unabhängig von Alter, Geschlecht oder sozio-ökonomischer Lage. Es ist ein Wohnaspekt, der sich mitunter durch eine gezielte Pflege von Nachbarschaftsbeziehungen teilweise auch ohne Wechsel der aktuellen Wohnung verwirklichen lässt.

Abb. 8.2

*Ältere Menschen von heute – Vorliebe für generationengemischtes Wohnen:* Wird nach generationengemischtem versus generationengetrenntem Wohnen nachgefragt (Haus mit verschiedenen Generationen versus Haus nur mit älteren Menschen), zeigt sich bei der Mehrheit der Befragten eine Präferenz für ein generationengemischtes Wohnen; eine Präferenz, die besonders im Tessin ausgeprägt ist. Generationengetrenntes Wohnen (Haus nur mit älteren Menschen) wird am häufigsten von Befragten mit funktionalen Einschränkungen bevorzugt.

Generell zeigt sich, dass intergenerationelle Kontakte im Alter durch gesundheitliche Einschränkungen negativ beeinflusst werden, auch weil der Kontakt mit viel jüngeren Menschen viele psychisch-körperliche Ressourcen voraussetzt. Dagegen wird generationengemischtes Wohnen mit steigender schulisch-beruflicher Bildung häufiger befürwortet. Besonders ausgeprägt sind die diesbezüglichen Bildungsunterschiede in der deutschsprachigen Schweiz: Während 70% der deutschschweizerischen Befragten mit tertiärer Bildung ein generationengemischtes Wohnen bejahen, sind dies nur 40% der Befragten mit tiefstem Bildungsstatus. In den übrigen zwei Sprachregionen sind die bildungsbezogenen Unterschiede geringer.

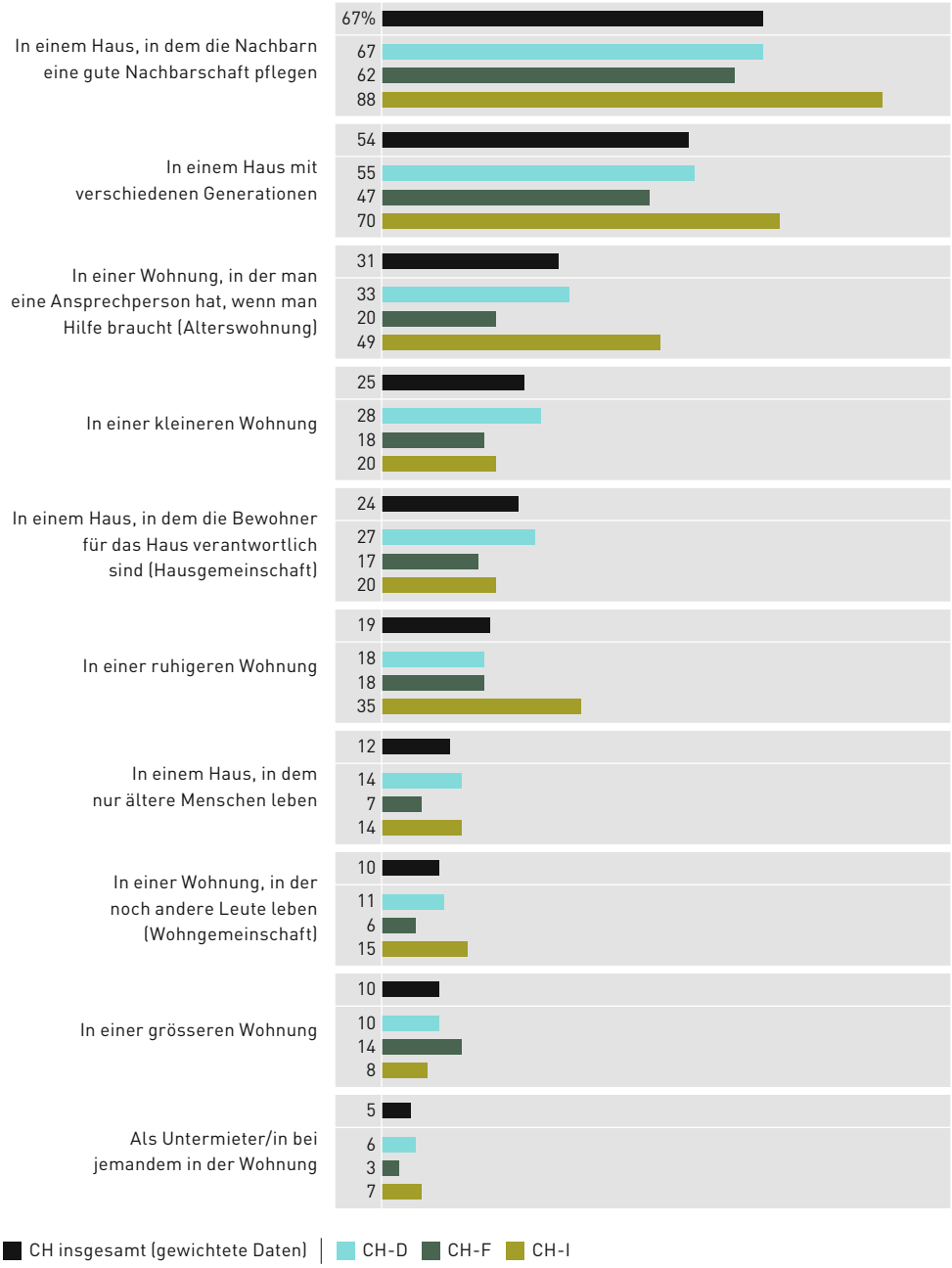
*Alterswohnung – primär im hohen Lebensalter eine Option:* Eine spezielle Alterswohnung – mit Ansprechperson für Hilfeleistungen – wird im hohen Lebensalter häufiger befürwortet als in den Jahren nach der Pensionierung. Jedoch ist in allen drei Sprachregionen nicht das chronologische Alter an sich derjenige Einflussfaktor, welcher das Interesse an einer Alterswohnung signifikant verstärkt, sondern das Auftreten erster funktionaler Alltagseinschränkungen. Es sind dabei schon leichte funktionale Einschränkungen, die zu einem erhöhten Ja-Anteil beitragen (vgl. Abbildung 8.3). Sprach-

Abb. 8.3

## Einschätzung zukünftiger privater Wohnmöglichkeiten durch Personen im Alter 65+, 2018

8.2

**Anteil Personen, welche die genannte zukünftige Wohnmöglichkeit für sich in Betracht ziehen**




Zu Hause lebende Personen. Quelle: Age 2018.

regional gesehen ist die Zustimmung zur Idee einer Alterswohnung in der italienisch- und der deutschsprachigen Schweiz ausgeprägter als in der Westschweiz.

*Kleinere Wohnung beziehen:* Bezüglich Wohnungsgrösse wird häufiger eine Verkleinerung der Wohnung als eine Vergrösserung bevorzugt. Der Bezug einer kleineren Wohnung wird am häufigsten von Wohneigentümern und Befragten mit tertiärer Bildung bejaht. Dahinter verbirgt sich die naheliegende Tatsache, dass diese Gruppen häufig über viel und im Alter unter Umständen über zu viel Wohnraum verfügen (vgl. Kapitel 7). Gut 46% der Befragten, die ihre aktuelle Wohnung als etwas bis viel zu gross einstufen, bejahen – zumindest prinzipiell – einen Umzug in eine kleinere Wohnung. Eine zu grosse Wohnung wird vor allem beim Eintreten funktionaler Einschränkungen negativ bewertet. Umgekehrt bejaht gut ein Drittel der Befragten, die ihre aktuelle Wohnung als zu klein einschätzen, einen Wechsel in eine grössere Wohnung; ein Plan, der oft an den Kosten scheitert. Auch ein Wechsel in eine kleinere Wohnung stösst – namentlich bei langjährigen Mietern und Mieterinnen – oft auf finanzielle Barrieren, da die Miete für eine neu bezogene Wohnung – auch wenn sie kleiner ist – höher ausfällt als jene für die langjährig bewohnte bisherige Wohnung. Dies ist vor allem der Fall, wenn es sich bei Kleinwohnungen um hindernisfreie bzw. altersgerechte Neubauwohnungen an zentraler Lage handelt.

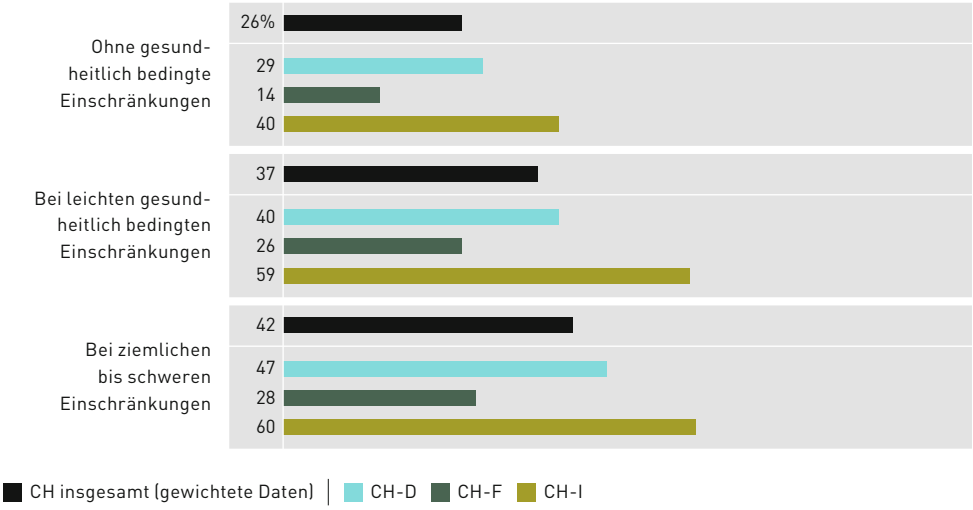
Abb. 8.2

*Wohn- und Hausgemeinschaften im Alter:* In allen Sprachregionen kommen gemeinschaftliche Wohnformen – medial stark diskutiert – nur für eine Minderheit der heute älteren Bevölkerung in Betracht, wobei die Zustimmung zu gemeinschaftlichen Wohnformen in der deutsch- und der italienischsprachigen Schweiz leicht höher ist als in der französischsprachigen Schweiz. Hausgemeinschaftliche Wohnformen (selbstverwaltetes Wohnen, aber mit je eigenen privaten Wohnbereichen) weisen eine höhere Akzeptanz auf als (Alters)-Wohngemeinschaften im engeren Sinne. Die Zustimmung zu gemeinschaftlichen Wohnformen sinkt mit steigendem Alter. Darin dürfte sich weniger ein Alterseffekt widerspiegeln als die Tatsache, dass jüngere Rentnergenerationen mit solchen Wohnformen vertrauter sind. Bei den «Babyboomers» sind es zudem eher die besser Gebildeten, die etwas mehr Interesse an solchen alternativen Wohnoptionen aufweisen.

Abb. 8.4

## Alterswohnungen[a] als zukünftige Wohnmöglichkeit: Akzeptanz bei Personen im Alter 65+ nach funktionaler Gesundheit, 2018

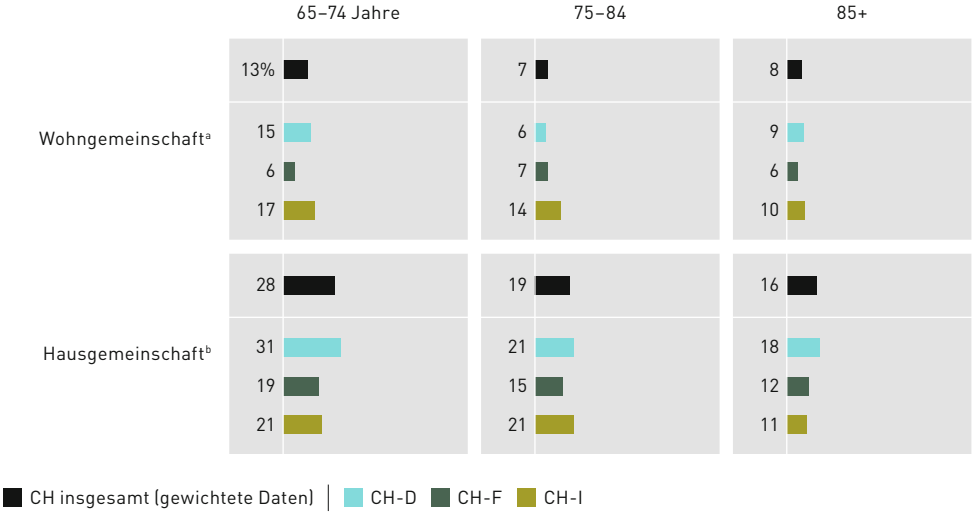
8.3




Zu Hause lebende Personen.
[a] Wohnung, in der man eine Ansprechperson hat, wenn man Hilfe braucht.
Quelle: Age 2018.

## Wohn- und Hausgemeinschaften als zukünftige Wohnmöglichkeit: Akzeptanz bei Personen im Alter 65+ nach Altersgruppe, 2018

8.4




Zu Hause lebende Personen. [a] Eine Wohnung, in der noch andere Leute leben.
[b] Ein Haus, in dem die Bewohner für das Haus verantwortlich sind.
Quelle: Age 2018.

### 8.2.2 Pflegerisch betreute Wohnformen

Ein Wechsel in eine pflegerisch-betreute Wohnform ist im hohen Lebensalter eine Option, die sich primär aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen des Alltagslebens ergibt. Dies gilt speziell für einen Wechsel in eine Alters- und Pflegeeinrichtung, und in zunehmend mehr Kantonen wird ein Übertritt in eine Pflegeeinrichtung nur noch beim Vorhandensein einer festgelegten Pflegestufe unterstützt.

Abb. 8.5

*«Wenn es sein muss»:* Im Alter ist ein Umzug in eine pflegerische Wohnform oft – wenn auch nicht immer – ein erzwungener Wohnwechsel, der resignativ oder akzeptierend zu bewältigen ist. Die im Alter nicht seltene Schicksalshaftigkeit von Lebensereignissen wurde in der Befragung dadurch berücksichtigt, dass neben Ja oder Nein explizit auch die Antwortkategorie «nur wenn es sein muss» eingebracht wurde. Tatsächlich ist das schicksalshafte Akzeptieren des Unvermeidlichen eine Einstellung, die im Alter von vielen Befragten geteilt wird.

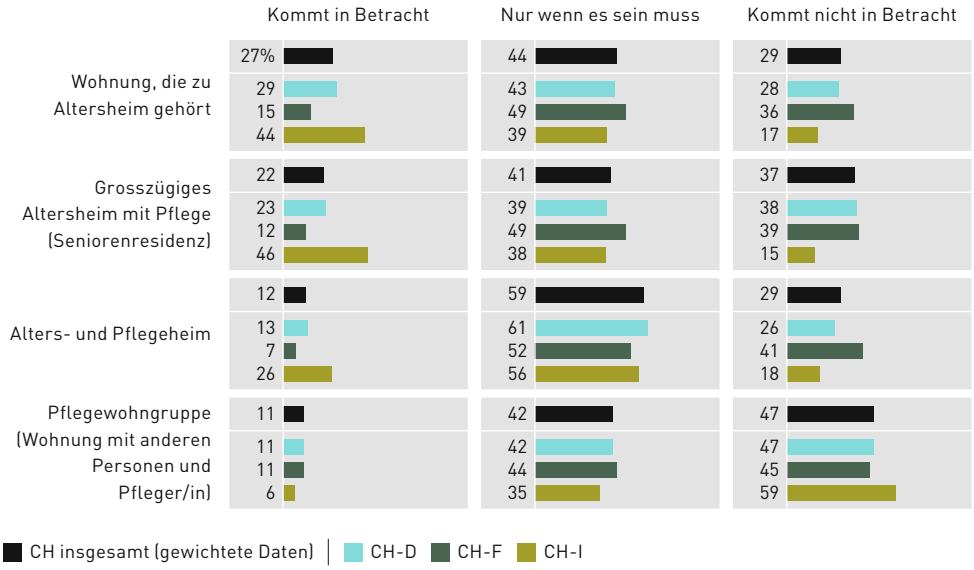
Erwartungsgemäss weist nur eine Minderheit der älteren Menschen eine grundsätzlich positive Haltung zu Alters- und Pflegeheimen auf; auch weil die Bilder zu Alters- und Pflegeeinrichtungen teilweise auf tief verankerte negative Stereotype basieren. Am häufigsten positiv gewertet werden pflegerisch-betreute Wohnformen in der italienischsprachigen Schweiz. Umgekehrt finden die angeführten pflegerischen Wohnformen in der Westschweiz die geringste Zustimmung; auch weil in vielen Regionen der Westschweiz der Ausbau der ambulanten Pflege zusätzlich zur sozialen Abwertung stationärer Einrichtungen beigetragen hat.

*Positivere Bewertung bei funktionalen Einschränkungen:* Die persönliche Akzeptanz aller dieser Wohnformen erhöht sich, sobald gesundheitliche Einschränkungen das Alltagsleben beeinträchtigen. Dieser Effekt zeigt sich vor allem in der deutschsprachigen Schweiz und der Südschweiz, wogegen in der Westschweiz die Zustimmung zu einem Wechsel in eine pflegerisch-betreute Wohnform auch bei Befragten mit funktionalen Alltagseinschränkungen gering bleibt. Das Interesse und die Akzeptanz pflegerisch-betreuter Wohnformen erhöhen sich – wenn überhaupt – oft erst nach einem merkbaren Auftreten funktionaler Alltagseinschränkungen. Dies schliesst ein, dass ein Wechsel in eine pflegerisch-betreute Wohnform nicht selten erst dann in Betracht gezogen wird, wenn funktionale Probleme schon vorhanden sind, was vielfach den Zeitraum zur Suche und Organisation der optimalen Lösung wesentlich reduziert. Vor allem alte Menschen, die nach einem Spitalaufenthalt zu einem Wechsel in eine betreute Wohnform oder eine Alters- und Pflegeeinrichtung gezwungen sind, haben zeitbedingt kaum grosse Wahlmöglichkeiten mehr; sie müssen in die Pflegeeinrichtung wechseln, wo aktuell noch Platz vorhanden ist.

Abb. 8.6

## Pflegerisch betreute Wohnformen als zukünftige Wohnmöglichkeit: Beurteilung durch Personen im Alter 65+ nach Sprachregion, 2018

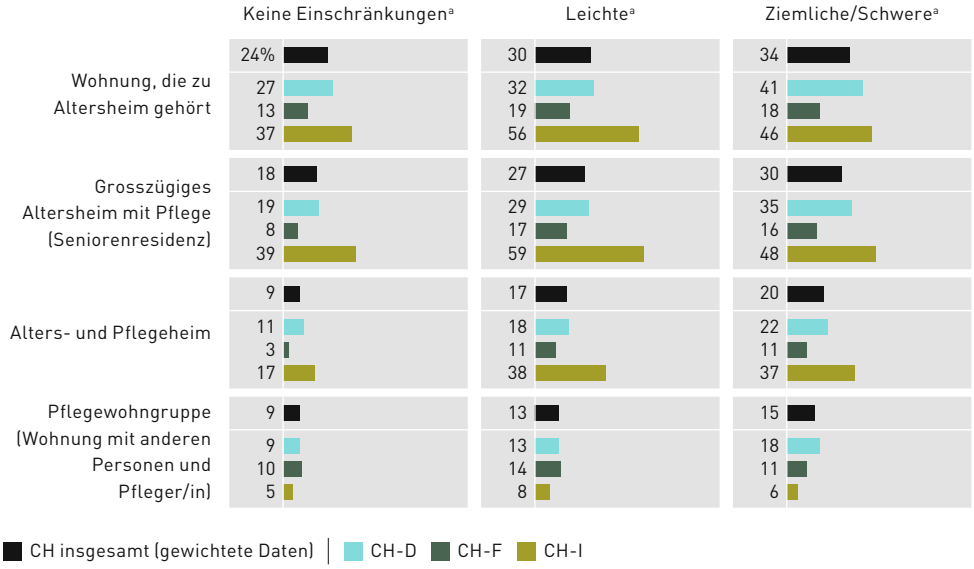
8.5




Zu Hause lebende Personen. Quelle: Age 2018.

## Pflegerisch betreute Wohnformen als zukünftige Wohnmöglichkeit: Akzeptanz im Alter 65+ nach funktionaler Gesundheit, 2018

8.6




Zu Hause lebende Personen. [a] Gesundheitlich bedingte Alltagseinschränkungen. Quelle: Age 2018.

*Wohnung in Altersheim:* Die relativ höchste Zustimmung bei Befragten mit funktionalen Problemen geniesst eine (selbstständige) Wohnung, die einer Alterseinrichtung angegliedert ist. Generell scheint es sinnvoll zu sein, Alterswohnungen für Menschen mit beginnenden funktionalen Einschränkungen in der Nähe eines Alters- und Pflegezentrums zu bauen, wogegen dezentrale, pflegerisch isolierte Alterswohnungen weniger sinnvoll erscheinen; etwa weil bei steigendem Pflegebedarf erneut ein Wohnortswechsel notwendig wird.

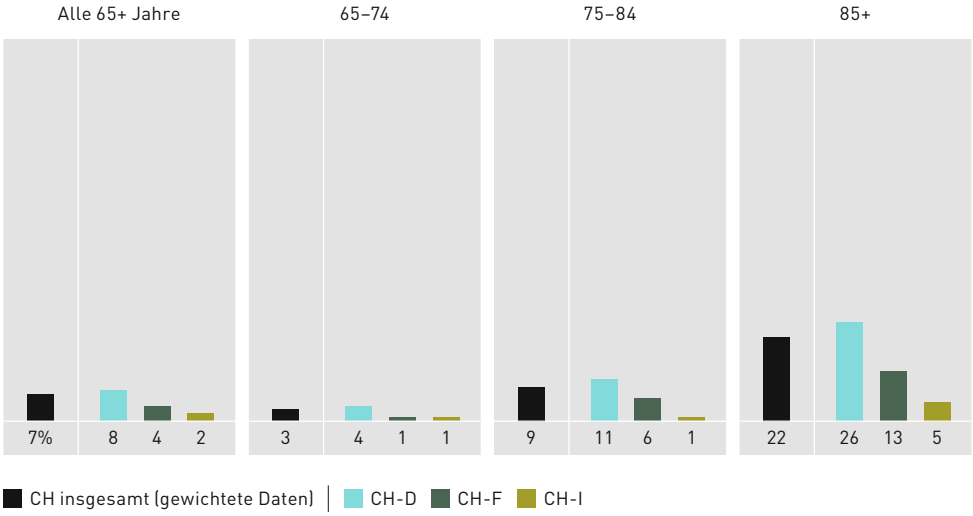
*Grosszügiges Heim bzw. Seniorenresidenz:* Das Konzept einer Seniorenresidenz geniesst namentlich im Tessin – mit einer vergleichsweise langen Tradition solcher Residenzen – die höchste Zustimmung und in der Westschweiz die geringste Akzeptanz. Sachgemäss ist der Bezug einer Seniorenresidenz an substanzielle finanzielle Mittel geknüpft, und faktisch können sich nur wohlhabende ältere und alte Menschen diese Wohnform leisten. Aber auch bei Seniorenresidenzen zeigt sich ein Trend in Richtung einer verstärkten pflegerischen Betreuung. So sind es vor allem erwartete oder erlebte funktionale Einschränkungen im Alter und weniger die Pensionierung an sich, welche das Interesse an einer solchen Wohnform wecken (finanzielle Ressourcen vorausgesetzt).

*Alters- und Pflegeheim:* Ein Wechsel in ein Alters- und Pflegeheim als mögliche Wohnzukunft wird nur von einer Minderheit positiv bejaht («Ja»-Antworten), aber von einer Mehrheit («wenn es sein muss») akzeptiert. Die Ablehnung eines eventuellen Eintritts («Nein»-Antworten) sind in der französischsprachigen Schweiz, wo vergleichsweise weniger alte Menschen stationär gepflegt werden, höher als in den übrigen zwei Sprachregionen. Längsschnittbeobachtungen von Einstellungen zum Altersheim vor oder nach dem Heimeintritt illustrieren, «dass einige der Befragten ihre negative Einstellung, die sie vor dem Eintritt hatten, revidieren, da die realen Umstände weitaus besser sind als gedacht und befürchtet. Die Anpassungsphase nach dem Umzug können Alterseinrichtungen durch individuell zugeschnittene Angebote zudem mitbeeinflussen. Sie können z. B. den Übergang angenehmer gestalten, wenn sie die Mitnahme von liebgewordenen Einrichtungsgegenständen erlauben und Räume für individuelle Lebensstile schaffen» (Seifert, 2018: 34; vgl. auch Seifert, Schelling 2017). Die 2018 befragten Heimbewohner, die ihr Zimmer selber möblieren konnten, zeigen eine leicht höhere Wohnzufriedenheit.

*Pflegewohngruppe – zu wenig bekannt:* Das in gerontologisch-pflegerischen Fachdiskussionen häufig diskutierte und als ideal erachtete Konzept einer Pflegewohngruppe (professionelle Pflege und Betreuung in einer kleinen Wohngruppe bzw. Wohngemeinschaft) scheint bei den heutigen älteren und

## In einem Alters- und Pflegeheim angemeldete Personen im Alter 65+: Anteile nach Altersgruppe im sprachregionalen Vergleich

8.7




Zu Hause lebende Personen, 2018.
Quelle: Age 2018.

alten Menschen (noch) auf viel Ablehnung (oder Unkenntnis) zu stossen. Am ehesten – zu 14% – wird die Idee einer Pflegewohngruppe von Befragten bejaht, die gemeinschaftlichen Wohnformen positiv gegenüberstehen. Die Antworten der 2018 befragten Personen deuten in der Richtung, dass das Konzept einer Pflegewohngruppe in der allgemeinen Bevölkerung noch wenig angekommen ist und sich die Idee einer Pflegewohngruppe kaum von der Vorstellung eines Alters- und Pflegeheims abhebt.

*Anmeldung in Alters- und Pflegeheim:* Wird direkt danach gefragt, ob sich die befragten Personen schon (vorsorglich) in einem Alters- und Pflegeheim angemeldet haben, zeigt sich, dass Heimanmeldungen vor allem bei alten Befragten (85+) häufig sind. Gleichzeitig zeigen sich auch die erwarteten sprachregionalen Unterschiede: In der deutschsprachigen Schweiz – wo mehr alte Menschen stationär betreut werden als in den anderen Sprachregionen – sind die Werte höher. Namentlich in westschweizerischen Kantonen wurde die ambulante Pflege stark ausgebaut, was zu geringeren Pflegeheimquoten beitrug. Regional kann eine frühzeitige Anmeldung in einem Alters- und Pflegeheim auch damit zusammenhängen, dass alte Menschen der (teilweise veralteten) Ansicht sind, dass nur eine frühe Anmeldung einen Platz in einem gewünschten lokalen Alters- und Pflegezentrum garantiert.

Abb. 8.7

Eine Detailanalyse (logistische Regression) bestätigt die sprachregionalen Unterschiede auch nach Kontrolle anderer Variablen. Hohes Lebensalter und gesundheitlich bedingte funktionale Einschränkungen des Alltagslebens sowie Alleinleben sind weitere bedeutsame Einflussfaktoren für eine Heimanmeldung. Hingegen zeigen sich – nach Kontrolle anderer Variablen – keine Unterschiede etwa nach Geschlecht oder Bildungshintergrund. Ebenso melden sich kinderlose alte Menschen nicht häufiger in einem Alters- und Pflegeheim an als gleichaltrige Personen mit Kindern.

### Merksätze

- Dass die eigene Wohnung gemütlich sein soll, steht an erster Stelle der Wohnwünsche. Dieser emotionale Wohnwert bleibt in funktional-gerontologischen Wohnansätzen zum Alter häufig vergessen. Umgekehrt wird eine belebte Umwelt nur von wenigen Personen positiv gewichtet. Im Alter gehört die Wohnung zu den zentralen privaten Lebens- und Rückzugsorten.
- Eine ruhige Wohnung wird häufig als sehr wichtig eingestuft; speziell von Tessiner Befragten, die überdurchschnittlich über Lärmbelästigungen in ihrer Wohngegend klagen. Idealerweise sollte eine Wohnung ruhig, aber zentral gelegen sein. Eine Nähe zu Einkaufsmöglichkeiten wird oft als sehr wichtig – wenn auch nicht immer als prioritär – erachtet.
- Eine kostengünstige Wohnung wird von vielen älteren Menschen als sehr wichtig und prioritär erachtet. Wer seine finanzielle Lage als schwierig erfährt, zur Miete wohnt und wenig formale Bildung aufweist, gewichtet eine kostengünstige Wohnung deutlich stärker als wohlhabende, gut gebildete Wohneigentümer, für die das Wohnen im Alter auch ein Luxuselement einschliessen kann.
- In den italienischsprachigen Regionen (Tessin, Bündner Südtäler) zeigt sich weiterhin eine starke Familienorientierung, und italienischsprachige Befragte gewichten eine Wohnung in Nähe von Angehörigen höher als Befragte in den übrigen Sprachregionen.

- Zusammenwohnen im Alter («Ich möchte zusammen mit anderen Menschen wohnen») geniesst bei der grossen Mehrheit der befragten Personen in allen Sprachregionen wenig Sympathie. Die Zustimmung zu gemeinschaftlichen Wohnformen sinkt mit steigendem Alter, wahrscheinlich weil jüngere Rentnergenerationen mit solchen Wohnformen vertrauter sind.
- Mehrheitlich positiv bewertet – mit sehr hohen Werten in der Südschweiz – wird eine Wohnlage mit guter Nachbarschaft, und zwar relativ unabhängig von Alter, Geschlecht oder sozio-ökonomischer Lage.
- Bei älteren Menschen zeigt sich heute eine klare Präferenz für ein generationengemischtes Wohnen. Generationengetrenntes Wohnen dagegen wird am häufigsten von Befragten mit funktionalen Einschränkungen bevorzugt.
- Eine spezielle Alterswohnung wird im hohen Lebensalter häufiger befürwortet als in den Jahren nach der Pensionierung, wobei es das Auftreten erster funktionaler Alltagseinschränkungen ist, welches das Interesse an einer Alterswohnung signifikant verstärkt.
- Nur eine Minderheit der älteren Menschen zeigt eine grundsätzlich positive Haltung gegenüber Alters- und Pflegeheimen. Die persönliche Akzeptanz dieser Wohnformen erhöht sich, sobald gesundheitliche Einschränkungen das Alltagsleben beeinträchtigen.
- Das in Fachkreisen als ideal erachtete Konzept der Pflegewohngruppe (professionelle Pflege und Betreuung in einer kleinen Wohngruppe bzw. Wohngemeinschaft) scheint noch heute bei älteren und alten Menschen auf viel Ablehnung bzw. Unkenntnis zu stossen.

# 9
# Hilfebedarf, technische Hilfsmittel und Wohnformen mit Unterstützung

# Inhaltsübersicht

9.1 Einschränkungen der Alltagsaktivitäten und Hilfekonstellationen

9.2 Alter und Technik – länger zu Hause leben dank technischer Hilfsmittel?

9.3 Betreutes Wohnen – Wohnen mit Unterstützung

9.4 Demenzielle Erkrankungen – als Herausforderung für Wohnen im Alter

Merksätze

## 9.1 Einschränkungen der Alltagsaktivitäten und Hilfekonstellationen

In diesem Kapitel werden zuerst die Häufigkeit alltagsrelevanter Einschränkungen wie auch beobachtete Unterstützungskonstellationen angeführt. Danach werden aktuelle Hoffnungen und Realitäten bezüglich technischer Hilfsmittel diskutiert. Anschliessend werden Wohnformen mit Unterstützung angesprochen, namentlich Formen eines betreuten Wohnens und demenzgerechte Wohn- und Pflegestrukturen. Erfahrungsgemäss handelt es sich sowohl bei «Alter und Technik» als auch bei «betreutem und begleitetem Wohnen» um Themenbereiche, in denen sich rasche Veränderungen und Neuentwicklungen ergeben – und teilweise auch Illusionen. Entsprechend vermitteln aktuelle Beobachtungen oft keine klaren Hinweise auf zukünftige Entwicklungen.

*Im hohen Lebensalter – vermehrt Hilfebedarf bei Alltagsaktivitäten:* Bei körperlicher Fragilität und eingeschränkter funktionaler Gesundheit im Alter sind selbst alltägliche Aktivitäten schwierig zu erfüllen oder nicht mehr allein zu bewältigen. Während fast 90% der 65- bis 79-Jährigen von keinerlei Alltagseinschränkungen betroffen sind, sind es bei den zu Hause lebenden 80-jährigen und älteren Personen nur noch rund zwei Drittel.

Abb. 9.1

*Mobilitätseinschränkungen im Alter häufig:* Besonders häufig angeführt werden Geheinschränkungen (Treppen steigen, längere Strecken zu Fuss usw.). Fast ein Fünftel der zu Hause lebenden 80-jährigen und älteren Befragten weist grosse Mühe auf, sich ausserhalb ihres Wohnhauses zu bewegen. Andere funktionale Einschränkungen (sich waschen, sich an- und ausziehen) werden weniger oft erwähnt, auch weil bei solchen Einschränkungen ein Leben zu Hause nur noch möglich ist, wenn eine pflegende Person im Haus lebt und bzw. oder eine intensive ambulante Versorgung gewährleistet ist.

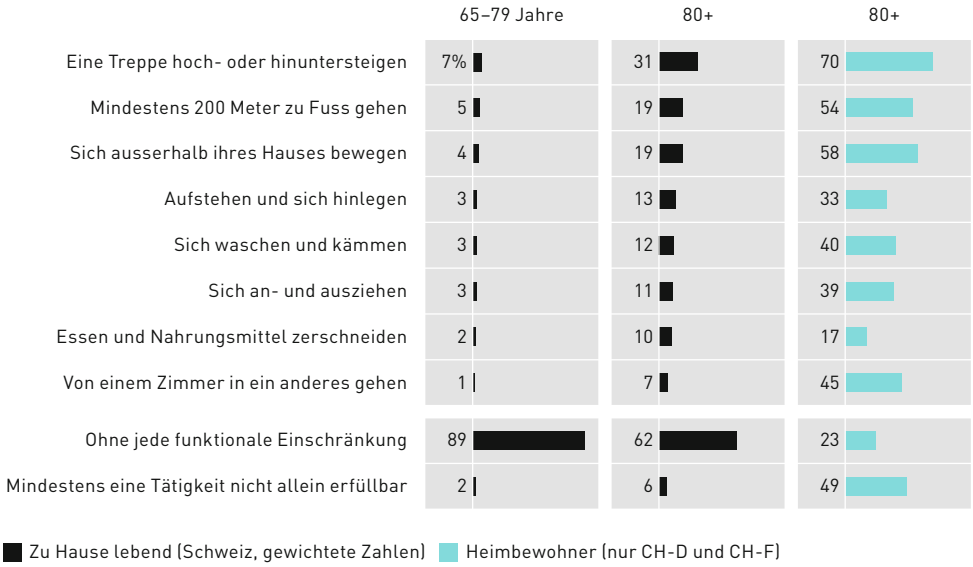
Sachgemäss ist in Alters- und Pflegeheimen der Anteil an hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen deutlich höher, weil genau diese Einschränkungen der Alltagsaktivitäten einen Wechsel in eine Alterseinrichtung notwendig werden lassen.[1]

*Sprachregionale und soziale Unterschiede:* Die Detailanalyse funktionaler Einschränkungen bei alten Menschen (80+) lässt bedeutsame sprachregionale Unterschiede sowie bildungsbezogene Differenzen erkennen. Sprachregional auffallend ist einerseits, dass alte Menschen in der italienischsprachigen

1 Bei den angeführten Zahlen ist zu beachten, dass nur befragbare Heimbewohner und Heimbewohnerinnen einbezogen wurden. Wenn auch demenzerkrankte Heimbewohner und Heimbewohnerinnen berücksichtigt werden, erhöht sich der Anteil von Heimbewohnern, die bei grundlegenden Alltagsaktivitäten auf Hilfe angewiesen sind.

## Einschränkungen bzw. Mühe bei Alltagsaktivitäten[a] im höheren Lebensalter bei Personen, die zu Hause oder im Heim leben, 2018

9.1




[a] Nur mit Mühe oder nicht alleine durchführbar. Quelle: Age 2018.

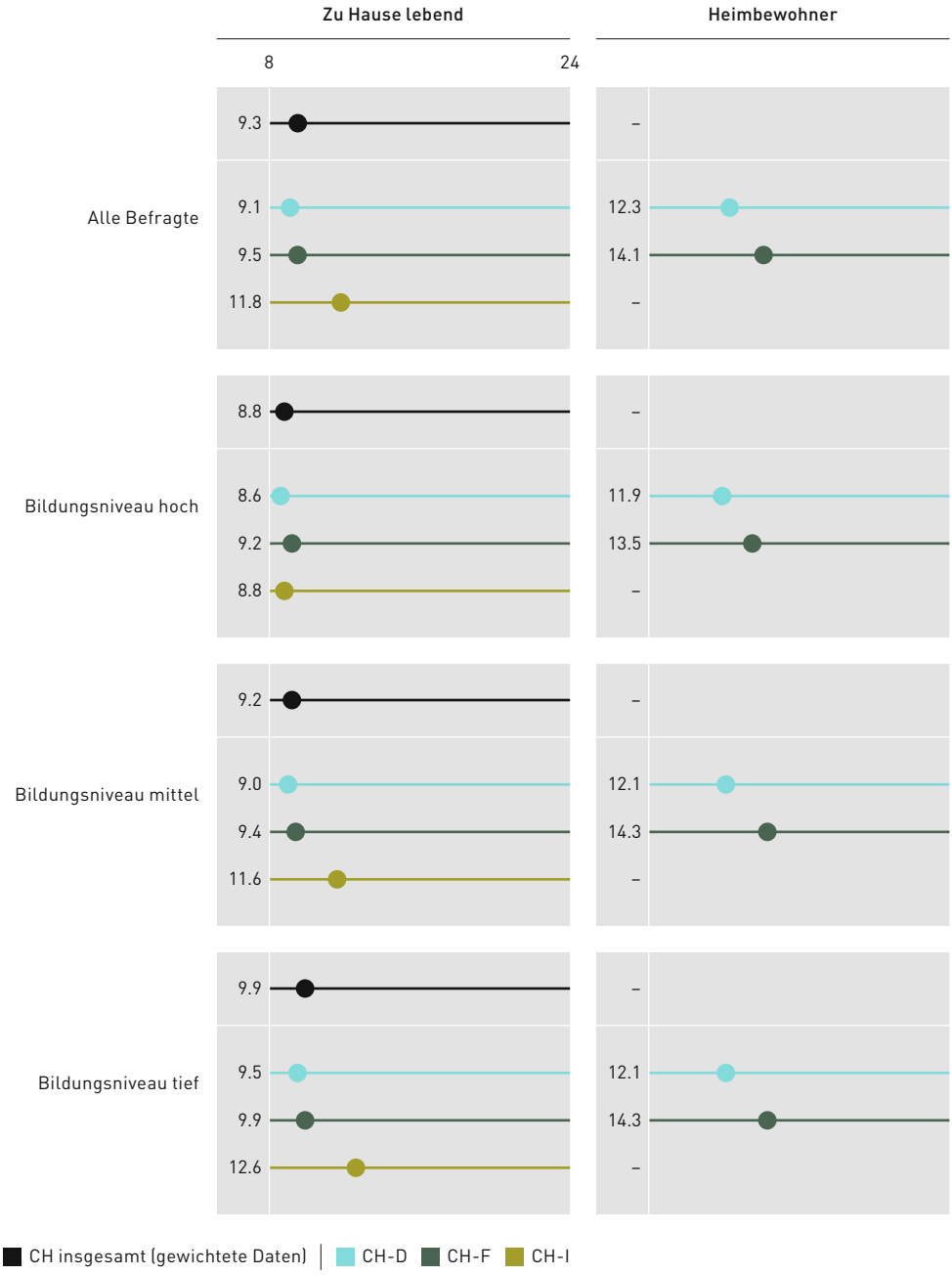
Schweiz stärker von Einschränkungen der Alltagsaktivitäten betroffen sind als gleichaltrige Menschen in den zwei anderen Sprachregionen. Auch eine 2017 durchgeführte Erhebung liess erkennen, dass in der Südschweiz mehr ältere Menschen wegen gesundheitlicher Probleme Hilfe benötigen als namentlich in der deutschsprachigen Schweiz (Merçay 2017: 120). Genauer betrachtet wird allerdings deutlich, dass eine schlechtere funktionale Gesundheit in der italienischsprachigen Schweiz vor allem Personen mit tiefem bis mittlerem Bildungsstatus betrifft, wogegen sich die sprachregionalen Unterschiede bei alten Menschen mit tertiärer Bildung auflösen. In allen drei Sprachregionen zeigen sich zudem klare soziale Unterschiede, und bildungsferne alte Menschen leiden häufiger unter Alltagseinschränkungen als gleichaltrige Personen mit tertiärer Bildung. Auch die finanzielle Lage ist relevant, und im hohen Alter unterliegt die funktionale Gesundheit klaren sozialen Ungleichheiten.

Abb. 9.2

Heimbewohner in der Westschweiz haben mehr Alltagseinschränkungen als Heimbewohner in der deutschsprachigen Schweiz. Dies widerspiegelt die Tatsache, dass in der Westschweiz dank starkem Ausbau ambulanter Pflege alte Menschen erst bei ausgeprägter Pflegebedürftigkeit stationär gepflegt werden. In der deutschsprachigen Schweiz (namentlich in den Bergkantonen und

## Einschränkungen[a] der Alltagsaktivitäten bei Personen im Alter 80+: Anteile nach Bildungsniveau und Wohnsituation, 2018

9.2




[a] Mittelwerte. Die ADL-Skala (Min. = 8, Max. = 24) summiert Selbsteinschätzungswerte zu 8 Aktivitäten (problemlos allein = 1, mit Mühe = 2, nicht allein = 3).
Quelle Age 2018.

der Ostschweiz) leben dagegen mehr Personen in Alters- und Pflegeheimen, die nur einen geringen Pflegebedarf aufweisen (Cosandey 2016).

*Hilfekonstellationen bei zu Hause lebenden Personen:* Die Mehrzahl der zu Hause lebenden hilfebedürftigen alten Menschen erhält informelle Hilfe durch Angehörige (Ehepartnerin, Ehepartner, Töchter, Söhne). Welche familialen Herausforderungen daraus resultieren, diskutieren Jopp et al. in ihrem Beitrag zu diesem Buch (Kapitel 12). Die Bedeutung der informellen Hilfe im Alter zeigt sich gleichermassen in der Schweiz und in den zwei in Abbildung 9.3 einbezogenen Nachbarländern. An zweiter Stelle ist eine Kombination informeller und professioneller Hilfeleistungen, wobei diese Hilfekonstellation mit steigendem Hilfe- und Pflegebedarf häufiger wird. «Eine sich wechselseitig ergänzende Beziehung zwischen formeller und informeller Unterstützung ergibt sich vor allem bei alleinlebenden, stark pflegebedürftigen alten Menschen, wo oft nur die Zusammenarbeit von Spitex und informellem Netz ein Verbleiben in der angestammten privaten Wohnung ermöglicht» (Perrig-Chiello, Höpflinger 2012: 104). Trotz der häufig erwähnten Bedeutung nachbarschaftlicher Unterstützung (vgl. Kap. 5.5) werden Nachbarn bei alltäglichen Hilfestellungen selten erwähnt. Hilfe und Unterstützung im Alter bewegen sich weitgehend im Spannungsfeld von Angehörigen (soweit vorhanden) und professionellen Angeboten. Auch in der Age-Wohnumfrage 2018 erwähnen hilfebedürftige Befragte primär Wohnpartner und Angehörige sowie die Spitex-Fachpersonen als hilfeleistende Bezugspersonen, selten jedoch Nachbarn. Inhaltlich ergibt sich zwischen informeller und formeller Unterstützung oft eine gewisse Aufgabenteilung: «Familienmitglieder und ausserfamiliale Netze fokussieren dabei auf Aufgaben im Bereich Betreuung, Hauswirtschaft und Administration, hingegen übernehmen professionelle Fachpersonen und -dienste mehr Leistungen der Grund- und Behandlungspflege» (Knöpfel et al. 2018: 79).

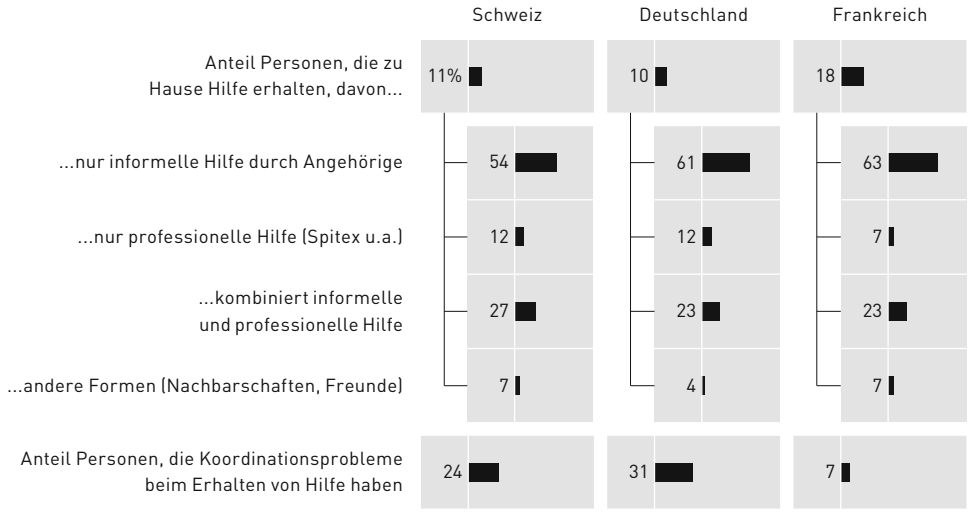
Abb. 9.3

*Nicht selten – Koordinationsprobleme:* Die Vielfalt an öffentlichen wie privaten Dienstleistungs- und Pflegeangeboten kann alte Menschen und Angehörige verwirren, vor allem wenn zentrale Anlauf- und Beratungsstellen fehlen. In föderalistisch organisierten Ländern mit lokal variierenden Altersangeboten – wie Deutschland und der Schweiz – erleben alte Menschen öfters ein Koordinationsproblem zum Erhalt von Hilfe als in mehr zentralistisch organisierten Ländern (wie Frankreich).[2] Dass Unterstützungsleistungen gegenläufige Auswirkungen auf den Wohnalltag alter Menschen haben können, illustriert der Beitrag von Barbara Masotti in diesem Buch (Kapitel 13).

2 Theoretisch kann ein geringes Koordinationsproblem aber auch das Resultat fehlender Angebote widerspiegeln. Koordination ist nur notwendig, wo diverse private und öffentliche Angebote und Wahlfreiheit existieren.

## Hilfe und Hilfekonstellationen für zu Hause lebende Personen im Alter 65+: Anteile im Ländervergleich, 2017

9.3




Zu Hause lebende Personen.
Quelle: Merçay 2017: 32–34.

## 9.2 Alter und Technik – länger zu Hause leben dank technischer Hilfsmittel?

*Technischer Wandel als Chance für das Alter*: Der technologische Wandel – von digitalen Kommunikationsformen bis zu haushaltstechnologischen Verbesserungen – berührt auch das Leben älterer und alter Menschen. Modernste Wohn- und Haushaltstechnologien können Kraftverluste bei alten Menschen kompensieren, und der Einsatz moderner Assistenzsysteme kann selbstständiges Wohnen auch bei funktionalen Einschränkungen erleichtern und die Wohnsicherheit erhöhen (Künemund, Fachinger 2018). Ebenso erlauben digitale Kommunikationsformen wenig mobilen alten Menschen regelmässige Kontakte mit entfernt lebenden Bezugspersonen (zur Internet-Nutzung im Alter vgl. Kap. 2.1). Bei gutem Design und leichter Bedienbarkeit kann moderne Technologie durchaus «altersfreundlich» sein, da sich damit auch bei eingeschränkter funktionaler Gesundheit neue Handlungs- und Kommunikationsmöglichkeiten ergeben. Selbst bei Demenz können sich multimediale Kommunikationstechnologien positiv auswirken, etwa für Biografie- und Erinnerungsarbeit mit demenzerkrankten alten Menschen (Bejan et al. 2018).

*Unterschiedliche Ansätze:* Vereinfacht dargestellt zeigen sich bei altersbezogenen Techniken drei Ansätze: a) Designlösungen zur leichten Handhabung von Alltagsgeräten oder Werkzeugen, etwa bei erschwerten Greifbewegungen; b) High-Tech-Produkte für Hör- und Sehbehinderungen oder zur Kompensation von Mobilitätseinschränkungen) und c) eine systematische technische Optimierung ganzer Wohnungen («Smart Homes»). Im Einzelnen existieren sehr verschiedene Formen unterstützender technischer Hilfsmittel oder Assistenzsysteme (Seyler 2016):

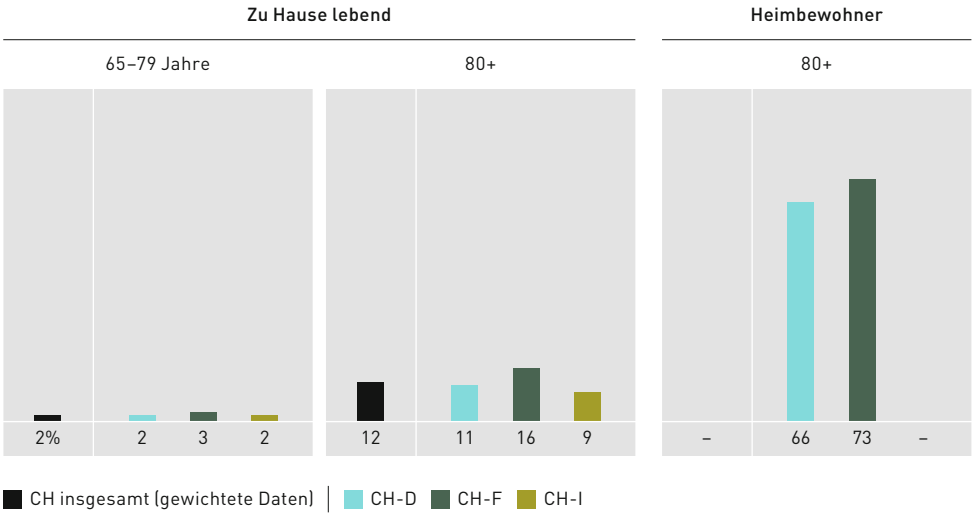
- Hilfsmittel zur Unterstützung der Fein- und Grobmotorik (z. B. automatische Dosenöffner)
- Hilfsmittel zur Kompensation sensorischer Beeinträchtigungen (z. B. Hörgeräte)
- Hilfsmittel zur Unterstützung bei kognitiven Einschränkungen (z. B. Erinnerungs-Apps)
- Sicherheits- und Notrufsysteme (z. B. automatischer Alarm nach einem Sturz)
- Telemonitoring und Telemedizin (z. B. Bio-feedback-Sensoren, Beratung per Skype)
- Robotik für Haushaltstätigkeiten und Betreuung (z. B. Staubsauger-Roboter, Pflegerobotik)
- Software für körperliches und geistiges Training (z. B. «Elder games»).
- Technische Lösungen zum Erhalt sozialer Kontakte (Internet, Skype, WhatsApp usw.)
- Angepasstes Design (im Sinne von Design für alle bzw. «Universal Design»).

*Technikakzeptanz steigt – Anwendung noch beschränkt:* Die Technikakzeptanz bei älteren Menschen ist ansteigend, weil immer mehr Menschen pensioniert werden, die schon längere Erfahrungen mit neuen Technologien gemacht haben. «Technische Hilfsmittel, welche auf gefährliche Situationen hinweisen, vor diesen schützen oder in Notfällen für Hilfe sorgen, haben unter der älteren Bevölkerungsgruppe am meisten Akzeptanz» (Knöpfel et al. 2018: 197). Aktuell kommen bei älteren Menschen allerdings erst wenige altersbezogene Technologien konkret zum Einsatz. Am häufigsten verwendet werden neben digitalen Kommunikationsmitteln (Handy, Internet) und Hörgeräten gegenwärtig auch sanitärtechnische Hilfsmittel (Sitzduschen, Haltegriffe) sowie Notrufsysteme.

*Notrufsysteme:* Im Rahmen der Age-Wohnerhebung 2018 wurde – aus Zeitgründen – einzig nach dem Gebrauch eines Notrufsystems gefragt. Der Anteil an befragten Personen, die ein solches System benützen, ist bis zur Gruppe der

**Personen im höheren Lebensalter, die ein Notrufsystem haben: Anteile nach Wohnsituation und Altersgruppe, 2018**

9.4




Quelle: Age 2018.

Abb. 9.4

80-jährigen und älteren Personen gering. Erst im hohen Alter werden Notrufsysteme zu Hause häufiger eingesetzt. Durchgesetzt haben sich Notrufmöglichkeiten hingegen in den Alters- und Pflegeheimen (wo sie sozusagen zum Standard gehören bzw. vorgeschrieben sind).

Eine Detailanalyse (logistische Regression) lässt erkennen, dass bei zu Hause lebenden Befragten neben einem hohen Lebensalter auch Alleinleben und merkbare funktionale Einschränkungen der Alltagsaktivitäten den Gebrauch eines Notrufsystems bestimmen (wogegen sich nach Kontrolle anderer Variablen keine sprachregionalen Unterschiede zeigen). Die Einrichtung und Nutzung eines spezifischen Notrufsystems zu Hause wird – wenn überhaupt – erst für das hohe Lebensalter und beim Auftreten funktionaler Alltagseinschränkungen häufiger in Betracht gezogen. Es wird oft als Hilfsmittel definiert, das man erst braucht, wenn man «wirklich alt» wird. Deshalb treffen technische Mittel für sogenannte «Altersprobleme» bei älteren Menschen, die sich noch nicht als «alt» wahrnehmen, auf starke Vorbehalte.

*Gegenwärtig – technologisches Überangebot:* Gesamthaft betrachtet zeigt sich ein Trend, dass die Kundennachfrage nach technischen Hilfsmitteln bzw. Systemen für das Alter den Angeboten hinterherhinkt. Weil sich die Technologien rascher verändern als Menschen, ergibt sich sozusagen ein tech-

nologisches Überangebot (Frick, Tenger 2015). Zunehmend zeigt sich ein Trend zur Vernetzung und Integration ganzer Technologie-Systeme, etwa im Sinne integrierter Assistenzsysteme. Momentan hat sich allerdings das «intelligente Haus» («smart-home») ausserhalb von Pilotprojekten noch kaum durchgesetzt. Fehlende Standards, ungenügende Interoperabilität und mangelhafte Bedienungsfreundlichkeit sind mitverantwortlich für eine noch geringe Marktdurchdringung (Meyer 2016). Hindernisse sind auch die Kosten und für AAL-System-Anbietende «bleibt es die grösste Herausforderung, kostengünstige Mittel anzubieten, welche den Bedürfnissen der älteren Bevölkerung angemessen sind» (Knöpfel et al. 2018: 197).

*Altern als dynamischer Prozess – oft unberücksichtigt:* Bei der Entwicklung und Bereitstellung von Assistenzsystemen für das Alter wird die gerontologisch zentrale Feststellung, dass Altern ein dynamischer Prozess ist, häufig vernachlässigt. Entsprechend sollten technische Assistenzsysteme «mitaltern» können. Dies bedeutet, dass mit zunehmenden körperlichen, kognitiven und sensorischen Einschränkungen Assistenz-Module oder technikgestützte Dienstleistungen ohne Schwierigkeiten hinzugefügt werden können. Nur dann wird es möglich, dass technische Assistenzsysteme den Alterungsprozess kontinuierlich begleiten. Ein Schlüssel zum Erfolg ist deshalb modulare Vernetzung (Plug- & Play-Prinzip) (Frick, Tenger 2015).

*Dank Technik länger zu Hause verbleiben?* Die Frage, ob der Einsatz technischer Hilfsmittel oder ganzer Assistenzsysteme ein längeres Verbleiben zu Hause und einen späteren Eintritt in eine Pflegeeinrichtung erlaubt, kann gegenwärtig noch nicht positiv beantwortet werden. Ein Grund liegt darin, «dass erst wenige Studien durchgeführt worden sind, die explizit den Zusammenhang von Technikeinsatz und längerem Verbleib in der eigenen Wohnung untersucht haben. Das liegt daran, dass der Einsatz gewisser Technologien (z. B. Telemedizin-Anwendungen) noch wenig verbreitet ist, sodass hier kaum belastbare Langzeitergebnisse vorliegen dürften» (Seyler 2016: 50). Technische Hilfsmittel haben zwar eine positive Wirkung, etwa auf Lebensqualität, soziale Kontakte und selbstständiges Haushalten im Alter. Ein klarer Effekt auf eine Verzögerung eines Heimeintritts lässt sich hingegen (noch) nicht feststellen, auch weil die Gründe für einen Heimeintritt vielfach multidimensional sind, wodurch eine einzige Technologie nicht ausschlaggebend dafür sein kann, dass eine Person länger zu Hause bleiben kann.

*Technik und soziales Netz:* Für einen positiven Einsatz neuer Technologien im Alter ist häufig das soziale Netz entscheidend. Erst ein Zusammenspiel von Technologie und sozialer Unterstützung führt zu einer optimalen Nutzung einer neuen Technologie im Alter (Künemund; Fachinger 2018). So

erweist sich beispielsweise eine Kombination von Internet-Einkäufen und Transportdiensten häufig als optimale Lösung, da sich ältere Menschen übers Internet informieren können, ohne auf den Besuch eines Einkaufsladens verzichten zu müssen. Intensive elektronische und telefonische Kontakte alter Menschen mit Angehörigen oder Freunden werden vor allem positiv erlebt, wenn sich immer wieder persönliche Kontaktmöglichkeiten ergeben. Ebenso erhöht sich die Motivation, auch im höheren Lebensalter neue digitale Kommunikationsmittel zu verwenden, wenn damit die Kontakte zu erwachsenen Kindern, Enkelkindern oder Freunden gestärkt werden können.

*Altern in einer technisierten Umwelt:* Altern in einer technisierten Umwelt ist sowohl anregend als auch anspruchsvoll, und der Nutzen vieler technischer Innovationen im Alter wird erst bei guter sozialer Begleitung und Unterstützung realisiert. Daneben variiert die Ausstattung mit modernsten Technologien und Haushaltsgeräten auch im Alter je nach Einkommen und Bildungshintergrund. Auch das Alter der Zukunft wird durch ausgeprägte soziale Unterschiede im Umgang älterer Menschen mit neuen Wohn-, Haushalts- und Kommunikationstechnologien geprägt sein. Zugang und Umgang mit modernen Techniken kann deshalb zu neuen Formen sozialer Ungleichheiten in den Handlungsspielräumen älterer Menschen führen: Auf der einen Seite werden wir mehr Menschen erleben, die auch in späteren Lebensjahren alle verfügbaren technischen Möglichkeiten optimal zur Gestaltung ihrer Wohnumwelt, zur Erweiterung ihrer Handlungsspielräume oder für neue Beziehungsmöglichkeiten nutzen (und damit altersbezogene Einschränkungen weitgehend zu kompensieren vermögen). Auf der anderen Seite werden wir mit einer beträchtlichen Minderheit älterer Menschen konfrontiert werden, die aus wirtschaftlichen Gründen, aufgrund kognitiv-sensorischer Einschränkungen oder einfach wegen Technikresistenz auf moderne Mittel verzichten (müssen) und für welche die zunehmende Technisierung der Welt zum unüberwindbaren Hindernis bei der Bewältigung des Alltags wird.

## 9.3 Betreutes Wohnen – Wohnen mit Unterstützung

Möglichst lange selbstständig in einer privaten Wohnung zu leben, ist im hohen Lebensalter und bei ausgeprägter körperlicher Fragilität am ehesten unter zwei Wohnbedingungen möglich: Erstens sollten Wohnung und Wohnzugang möglichst hindernisfrei sein (vgl. Kapitel 7.2). Zweitens sollte eine gute Unterstützung, Betreuung und Pflege zu Hause vorliegen, etwa durch ambulante Pflegestrukturen (Spitex) und unterstützende soziale Netze (Angehörige, Freunde, Nachbarn u.a.m.). Dies ist vor allem für alte Menschen zentral, die allein wohnen – aber ebenso für langjährige Paare, von denen je-

mand oder beide auf Hilfe und Pflege angewiesen sind. Bei alten Paaren kann ambulante Betreuung und Pflege eine Trennung verhindern.

*Grundidee des betreuten Wohnens:* Seit den 1980er-Jahren gewannen Konzepte eines betreuten Wohnens (teilweise auch begleitetes oder assistiertes Wohnen sowie Service-Wohnen genannt) an Bedeutung. Im Idealfall bestehen betreute Wohnformen aus einer engen Verknüpfung einer hindernisfreien privaten Wohnung mit zuverlässigen Hilfe- und Serviceleistungen (wie Beratung, hauswirtschaftliche Hilfeleistungen und Pflegeleistungen). Betreute Wohnformen unterscheiden sich von traditionellen Alterseinrichtungen dadurch, dass im betreuten Wohnen die Bewohner und Bewohnerinnen über eine abgeschlossene private Wohnung – inklusive Bad und Küche – verfügen. Bei den Dienst- und Serviceleistungen besteht der Unterschied zu traditionellen Alterseinrichtungen darin, dass beim betreuten Wohnen die einzelnen Bewohner und Bewohnerinnen selbst entscheiden, welche Dienstleistungen sie in welcher Intensität in Anspruch nehmen. Zentrales Ziel ist eine selbstständige Wohn- und Lebensweise auch bei funktionalen Einschränkungen (vgl. dazu Kap. 15). Zwei gesellschaftliche Entwicklungen haben in Europa zur Ausbreitung betreuter Wohnformen beigetragen (Albrecht, 2012): Erstens ergab sich ein internationaler Trend zur De-Institutionalisierung und teilweise zur Privatisierung der Altershilfe. Anstelle institutioneller Formen der Versorgung traten individuelle Lösungen (Betreuung und Pflege nach Mass, individuelles Case- und Care-Management). Zweitens hat der wachsende materielle Wohlstand die Ansprüche an Wohnen und Hilfeleistungen im Alter erhöht. Neue Generationen erheben mehr Anspruch darauf, ihre Dienstleistungen selber auszuwählen. Wohnformen mit individuell wählbaren Serviceleistungen kommen solchen Wünschen entgegen.

Sozialpolitische Kosteneinsparungen durch betreutes Wohnen lassen sich allerdings nach einer neuen Studie nur erzielen, wenn «im Zuge der Förderung intermediärer Strukturen wie dem betreuten Wohnen eine Substitution von Pflegeheimplätzen erfolgt. Wird durch das betreute Wohnen ein rein additives, dem Heimeintritt vorgeschaltetes Angebot geschaffen, lassen sich keine Spareffekte erzielen» (Bannwart, Künzi 2018: 37).

*Betreutes Wohnen – keine einheitlichen Standards:* Konzepte und Formen des betreuten Wohnens sind keineswegs einheitlich. In der Schweiz wie auch in Deutschland oder Österreich gibt es keine national verbindlichen Definitionen noch existieren verbindliche Leistungsvoraussetzungen oder Baustandards (Wolf-Ostermann et al. 2014). Erst die Hälfte der Schweizer Kantone verfügte 2016 über schriftliche Grundlagen – etwa in Altersleitbildern –, die den Begriff des betreuten Wohnens für ältere Menschen umschreiben. In der Westschweiz und im Tessin ist die Definition des Begriffs Bestandteil der kan-

tonalen gesetzlichen Grundlagen, wogegen in der Deutschschweiz – sofern betreutes Wohnen überhaupt explizit erwähnt wird – die Definitionen mehrheitlich in Altersleitbildern oder analogen Dokumenten aufgeführt werden. «Die Definitionen des betreuten Wohnens sind in den dreizehn Kantonen, die über eine Definition verfügen, ähnlich und bestehen in der Regel aus zwei Kernelementen: Dem Angebot von alters- und behindertengerechten Wohnungen einerseits, kombiniert mit Unterstützungs- und Pflegeangeboten für die Bewohnerschaft andererseits» (Oesch, Künzi 2016: 2). Interkantonale Unterschiede ergeben sich auch bezüglich der Verbindlichkeit der Vorgaben. So hatten 2016 acht Kantone die Vorgabe, dass die Wohnungen hindernisfrei gebaut sein müssen, verbindlich definiert, wogegen nur vier Kantone konkrete Betreuungsleistungen verbindlich definierten.

*Wohnen mit Service – unterschiedliche Trägerschaften:* In der Schweiz sind manche betreute Wohnungen direkt oder indirekt einer Alters- und Pflegeeinrichtung angegliedert. In vielen Kantonen (2016 in 21 von 25 befragten Kantonen) bieten Pflegeheime Alterswohnungen mit Service an. Daneben finden sich oft auch andere Anbieter (gemeinnützige Träger, Gemeinden sowie private und gewinnorientierte Unternehmen) (Oesch, Künzi 2016). Bei betreuten Wohnungen besteht der Wohnungsmix primär aus kleineren Wohnungen (2½- bis 3½-, öfters auch 1½-Zimmer-Wohnungen (Bay 2016; Köppel 2016). In der Mehrheit der Fälle wird für das Wohnen mit Dienstleistungen eine Pauschale erhoben, die zusätzlich zum Mietzins bezahlt werden muss. Je nach Pauschalbeitrag variiert der Umfang der angebotenen Dienstleistungen beträchtlich (für konkrete Beispiele vgl. Age-Stiftung 2016: 22 f.).

Wie bei den übrigen Wohnformen im Alter ergibt sich auch bei betreuten Wohnformen bzw. Wohnformen mit Service eine Segmentierung des Angebots nach Einkommensklassen (luxuriöse Seniorenresidenzen für wohlhabende alte Menschen, Angebote mit geringeren Wohn- und Service-Standards für einkommensschwächere ältere Menschen). Betreutes Wohnen oder Service-Wohnen ist in europäischen Ländern zu einem interessanten Markt für private Anbieter von Seniorenresidenzen oder Seniorenhotels geworden, da sich hier Wunsch- und Notbedarf beliebig kombinieren lassen (z. B. Wellness-orientierte Serviceleistungen kombiniert mit altersbezogenen Hilfe- und Versorgungsangeboten). Formen des betreuten Wohnens erweitern zwar die Vielfalt an Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten im Alter, verstärken indirekt aber zusätzlich die sozialen Ungleichheiten der Lebenslagen im Alter.

Die Anbindung einer betreuten (Alters)-Wohnung an eine Alters- und Pflegeeinrichtung hat für Bewohner im vierten (fragilen) Lebensalter den Vorteil, dass bei verstärkter Pflegebedürftigkeit nur ein ortsnaher Wohnwechsel notwendig wird, etwa in ein Pflegezimmer in einem schon bekannten Alters- und Pflegezentrum (Age-Stiftung 2016: 9). Auch private Anbieter

von Seniorenresidenzen bieten teilweise die Möglichkeit, bei Bedarf innerhalb der Residenz ein Pflegezimmer zu beziehen. Betriebswirtschaftlich ist eine Anbindung betreuter Wohnungen an schon bestehende zentrale Dienstleistungen (Wäscherei, Restaurant usw.) ebenfalls vorteilhaft. Umgekehrt kann die Nähe zu einem Pflegeheim abschreckend wirken, vor allem bei Personen, die Mühe aufweisen, ihr eigenes Alter anzuerkennen.

*Betreutes Wohnen – oft erst im vierten Lebensalter:* Häufig ziehen Menschen erst in eine betreute Wohnform, wenn sie die angebotenen Leistungen aufgrund funktionaler Einschränkungen wirklich benötigen, auch weil die zu bezahlenden Betreuungspauschalen oft mehrere hundert Franken monatlich betragen. «Nicht jüngere Ältere ab 65 suchen also das Wohnen mit Dienstleistungen, sondern Betagte bis Hochbetagte» (Age-Stiftung 2016: 43).

Im Rahmen der Age-Wohnumfrage 2018 wurde nachgefragt, ob die befragten Personen eine Pauschale für Service- bzw. Dienstleistungen bezahlen. Auch diese Erhebung bestätigt, dass (pauschale) Service- und Dienstleistungen primär im höheren Lebensalter nachgefragt werden, und die Altersunterschiede sind in allen drei Sprachregionen statistisch hoch signifikant.

Abb. 9.5

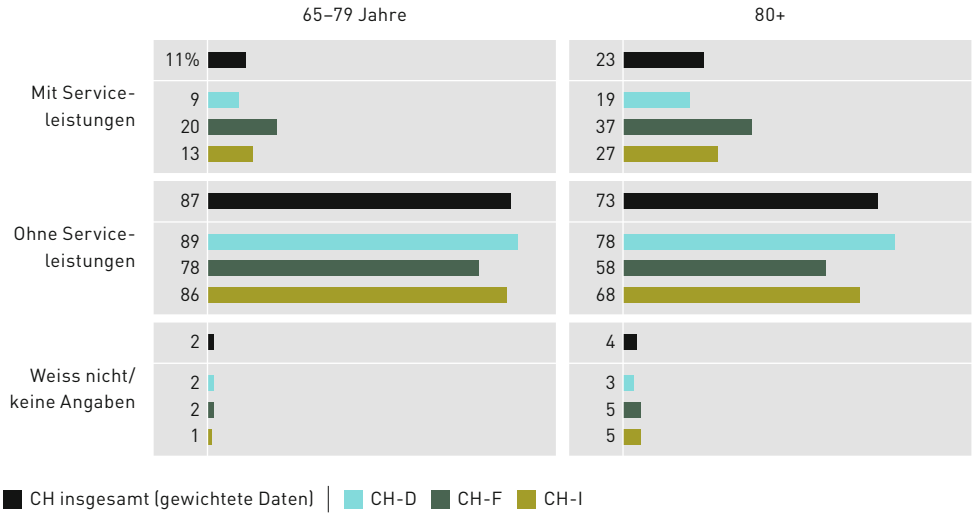
*Betreutes Wohnen – regionale Unterschiede:* Daneben wird deutlich, dass Formen von Service-Wohnen bei zu Hause lebenden Personen in der Westschweiz verbreiteter sind als in der deutschsprachigen Schweiz (zu Pflegeverhältnissen in Westschweizern Kantonen vgl. auch Ankers, Serdaly 2017). In der deutschsprachigen Schweiz werden pauschale, selbst zu bezahlende Serviceleistungen stärker als in der Westschweiz erst bei ausgeprägten funktionalen Alltagseinschränkungen bezogen, was dann auch zu umfangreicheren Leistungspaketen führen kann. Auf der anderen Seite können umfangreiche, aber relativ teure Pauschal-Leistungspakete dazu beitragen, dass sie erst bei hohem Bedarf eingekauft werden.

Die angeführten durchschnittlichen Kosten pro Monat für bezogene Service-Leistungen liegen in der deutschsprachigen Schweiz bei 508 Franken, gegenüber 248 Franken in der Westschweiz und 246 Franken in der Südschweiz.

*Einflussfaktoren auf Service-Wohnen:* Eine Detailanalyse (logistische Regression) belegt, dass die Inanspruchnahme pauschaler Dienstleistungen beim Wohnen im Alter am stärksten vom Alter und von funktionalen Einschränkungen der Alltagsaktivitäten beeinflusst wird. Hohes Alter und Einschränkungen beim Alltagsleben führen dabei nicht allein dazu, dass häufiger Dienstleistungen beansprucht werden, sondern auch dazu, dass ein umfangreicheres (und damit kostspieligeres) Dienstleistungsangebot eingekauft wird. Daneben spielen soziale Faktoren mit: Alleinlebende Frauen und Männer kaufen häufiger und

## Wohnen mit Serviceleistungen[a] im Alter 65+: Anteile nach Altersgruppe im sprachregionalen Vergleich, 2018

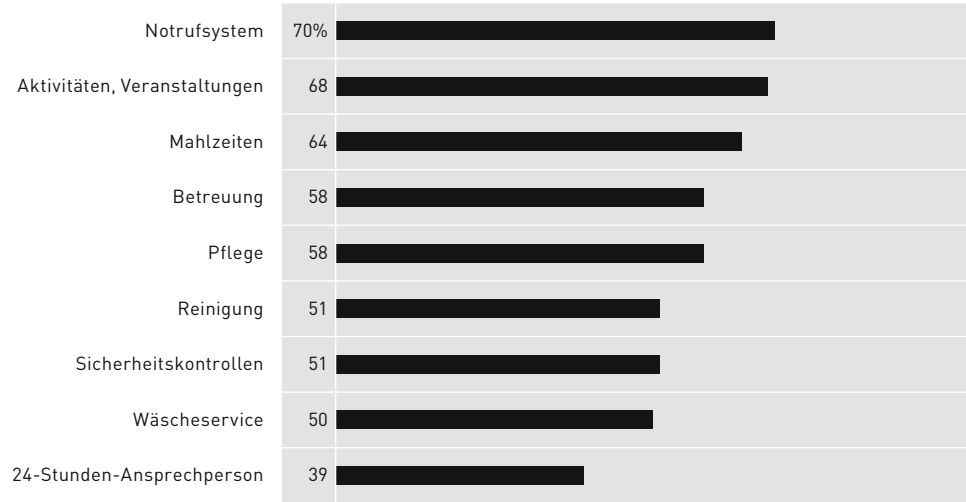
9.5




Zu Hause lebende Personen. [a] Monatlich oder pauschal bezahlte Serviceleistungen wie Notrufsystem, Reinigung, Mahlzeiten, Veranstaltungen u.a.m. Unterschiede nach Altersgruppe signifikant auf 1% in allen Sprachregionen ($p \leq .01$, $\chi^2$-Test). Quelle: Age 2018.

## Dienstleistungen für Alterswohnungen: Anteile Alterswohnungen mit spezifischen Dienstleistungen[a], 2015

9.6




[a] Eigene Angebote oder Koordination.
Quelle: Werner 2016: 17.

mehr Dienstleistungen ein als Personen in Mehrpersonenhaushalten. Der Anteil an alleinstehenden Frauen und Männern ist bei betreuten Wohnformen deshalb hoch. Hoher Bildungsstatus und gute finanzielle Lage führen ebenfalls eher zur Nutzung von Dienstleistungen. Älteren Menschen mit tiefem Einkommen bleiben betreute Wohnformen häufig verwehrt, weil die Miet- und Dienstleistungskosten für solche Wohnungen nicht über Ergänzungsleistungen zur AHV finanziert werden können; eine Regelung, die heute vermehrt auf Kritik stösst. Die sprachregionalen Unterschiede (in Westschweiz häufiger als in Deutschschweiz) verbleiben jedoch auch nach statistischer Kontrolle anderer Variablen (Alter, funktionale Einschränkungen, finanzielle Lage, Bildungshintergrund, Alleinleben) statistisch bedeutsam.

*Unterschiede in Art und Weise der Hilfe- und Dienstleistungen:* Wohnqualität wie auch Art und Weise der Hilfeleistungen variieren. Häufig vorhanden sind Notrufsystem und Mahlzeitendienst. Häufig werden – speziell bei grösseren Alterssiedlungen – auch soziale Aktivitäten und Veranstaltungen organisiert. Konkrete Dienstleistungen wie Betreuung, Pflege, Reinigung und Wäscheservice sind hingegen nur bei der Hälfte aller Alterswohnungen verfügbar. Am wenigsten verbreitet ist das Angebot einer 24-Stunden-Ansprechperson (Werner et al. 2016).

Abb. 9.6

*Grenzen des betreuten Wohnens:* Ein zentraler Diskussionspunkt bei Modellen des betreuten oder assistierten Wohnens ist die Frage des Verbleibens oder einer Verlegung bei ständiger Pflegebedürftigkeit von Bewohnerinnen und Bewohnern, da betreutes Wohnen bei schwerer Pflegebedürftigkeit an finanzielle und pflegerische Grenzen stösst. Unterschiede in der Pflegeintensität erschweren einen Qualitätsvergleich zwischen betreutem Wohnen mit ambulanter Versorgung und vollstationärer Pflege, aber es gibt Hinweise darauf, dass betreutes Wohnen mit weniger Dekubitus verbunden ist. Hingegen sind Sturzrisiko und Mangelernährung häufiger (Klingelhöfer-Noe et al. 2015). Beibehaltung von Selbstständigkeit und Minimierung externer sozialer Kontrolle sind bei selbstständigem Leben in einer betreuten Wohnung immer auch mit einigen Risiken verbunden (und je nach Situation und Pflegeintensität kann ein Wechsel zu einer stationären Pflege sinnvoll sein).

Zentrale Gründe für einen Wegzug aus einer betreuten Wohnform in eine stationäre Pflegeeinrichtung sind häufig schwere körperliche Pflegebedürftigkeit sowie fortgeschrittene demenzielle Erkrankungen (Saup und Eberhard 2005). Auch depressive Symptome, kognitive Erkrankungen oder Suchtprobleme im Alter können ein Leben in betreuten Wohnformen erschweren oder verunmöglichen. Seit einigen Jahren werden allerdings vermehrt Überlegungen und Anstrengungen unternommen, betreutes Wohnen auch bei schwerer Pflegebedürftigkeit zu ermöglichen, beispielsweise durch den

Ausbau von Pflegewohngruppen innerhalb betreuter Wohnsiedlungen oder durch eine enge Anbietung betreuter Alterswohnungen an ein Alters- und Pflegezentrum (Age-Stiftung 2016). Unter Umständen können damit auch die Bedürfnisse demenzkranker Menschen abgedeckt werden (Eberhard und Saup 2006).

## 9.4 Demenzielle Erkrankungen – als Herausforderung für Wohnen im Alter

Ambulante Pflege und betreutes Wohnen kommen bei demenziellen Erkrankungen an Grenzen, sofern nicht eine 24-stündige Betreuung vorliegt.

*Demenz – wichtige Merkmale:* Demenz ist ein Oberbegriff für verschiedene Hirnleistungsstörungen mit unterschiedlichen Ursachen, wobei zwei Hauptkategorien unterschieden werden:

a) degenerative Hirnveränderungen, deren Entstehung noch nicht vollständig erklärt werden konnte. Die Alzheimer-Krankheit ist in dieser Kategorie die häufigste Form.
b) vaskuläre Demenzformen, die durch Durchblutungsstörungen im Hirn bzw. durch häufig aufeinanderfolgende Hirninfarkte (Multi-Infarktdemenzen) ausgelöst werden.

Eine Kombination von Ursachen ist möglich und kommt häufig vor. Geriatrisch betrachtet ist eine Demenzerkrankung definiert durch eine Gedächtnisstörung, kombiniert mit mindestens einer weiteren Störung wie Sprachstörung (Aphasie), Bewegungsstörung (Apraxie), Erkennungsstörung (Agnosie) oder eingeschränkte Planungs- und Handlungsfähigkeit (Störung der Exekutivfunktionen) (Monsch et al. 2012). Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens und der Motivation sind oftmals begleitende – manchmal auch vorausgehende – Symptome von Kognitionsstörungen. Diese Defizite behindern die betroffene Person in ihrer selbstbestimmten Lebensführung und führen zu Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens.

*Häufigkeit einer demenziellen Erkrankung:* Das Risiko einer demenziellen Erkrankung ist in hohem Masse alterskorreliert. Während demenzielle Störungen bei 30- bis 64-Jährigen selten auftreten, kommt es ab dem 65. Lebensjahr zu einem deutlichen Anstieg des Erkrankungsrisikos, und sehr alte Menschen (95+) leiden zu gut 45% an einer demenziellen Erkrankung. Die Häufigkeit von Demenz ist im Alter bei Frauen primär deshalb höher

Abb. 9.7

als bei Männern, weil Frauen mit Demenz oft länger überleben. Werden Inzidenzraten (altersbezogenes Risiko, an Demenz zu erkranken) betrachtet, sind die geschlechtsbezogenen Unterschiede deutlich geringer (Ziegler, Doblhammer 2009).

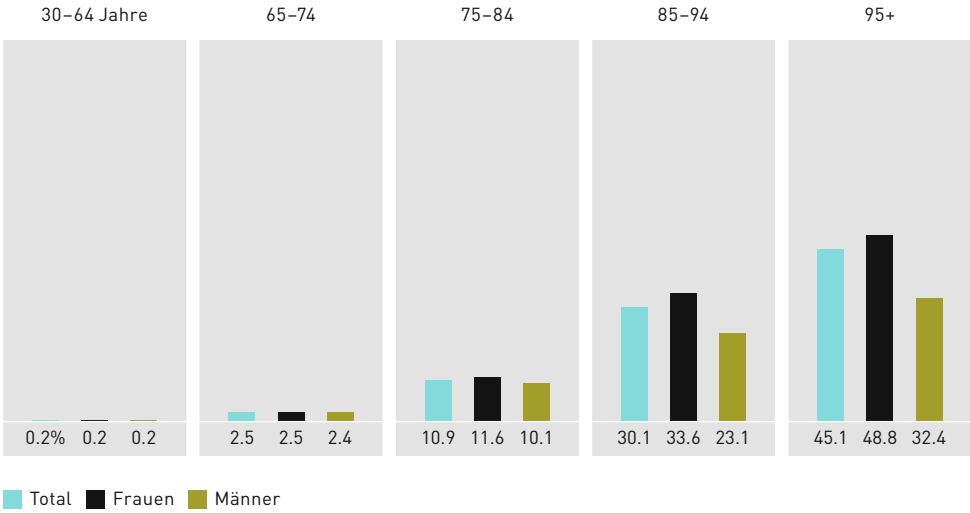
*Zukünftige Entwicklung:* Die stark altersabhängige Häufigkeit demenzieller Erkrankungen löst Befürchtungen aus, dass die Zahl an demenzerkrankten Menschen aufgrund der demografischen Entwicklung massiv ansteigen wird und sich damit Pflegebedarf und Pflegekosten stark erhöhen werden. Lineare Fortschreibungen aktueller Häufigkeitsraten sind allerdings angesichts neuer Trends problematisch. So zeigen neue Untersuchungen, dass Risiko und Häufigkeit demenzieller Erkrankungen bei neueren Generationen älterer Menschen sinkende Tendenzen aufweisen (Langa et al. 2017; Skoog et al. 2017). Dafür verantwortlich ist einerseits bessere schulisch-berufliche Bildung neuer Generationen, die es erlaubt, kognitive Reserven im Alter zu bilden. Lernprogramme und Gedächtnistraining im Alter können dies verstärken. Andererseits können medizinische Fortschritte (bessere Behandlung kardiovaskulärer und hirnorganischer Probleme wie z. B. Schlaganfall) dazu beitragen, dass demenzielle Erkrankungen nicht oder später eintreten. Schon aktuell kann ein Fünftel bis ein Drittel der Demenzerkrankungen – und dabei vor allem vaskuläre Demenzformen – durch geeignete Lebensstilfaktoren (Nichtrauchen, hohe körperliche Aktivität, ausgewogene Ernährung) verhindert werden (Beydoun et al. 2014).

Bessere Bildung neuer Generationen und medizinische Fortschritte dürften zumindest in wohlhabenden Ländern das Risiko, im Alter an Demenz zu erkranken, substanziell reduzieren. Offen bleibt allerdings, inwieweit ein reduziertes Risiko hirnorganischer Erkrankungen teilweise durch eine verlängerte Überlebenszeit bei Demenz kompensiert wird (Prince et al. 2016). In anderen Worten: Das Risiko im Alter an Demenz zu erkranken, kann in den nächsten Jahren deutlich sinken, aber wenn alte Menschen mit Demenz länger überleben, steigt die Zahl an demenzerkrankten alten Menschen trotzdem an (wenn auch weniger stark, als dies in früheren demografischen Projektionen vermutet wurde). Aber auch bei positiver Entwicklung ist – zumindest in den nächsten Jahrzehnten – mit steigenden Zahlen zu rechnen, speziell wenn die geburtenstarken Jahrgänge die risikoreichen Jahre des Alters erreichen.

*Mehr leicht bis mittelschwer demenzerkrankte Menschen:* Da zukünftigen Rentnergenerationen eine bessere Ausbildung und verstärkte Lernbiografien aufweisen, sind sie in jedem Falle häufiger in der Lage, hirnorganisch bedingte kognitive Alltagseinbussen länger zu kompensieren. Pharmakologisch-medizinische Fortschritte können diesen Trend zusätzlich verstärken. Dies hat zur Konsequenz, dass die Zahl an leicht bis mittelschwer demenzerkrankten

## Häufigkeit demenzieller Erkrankungen: Prävalenzraten 2016 nach Altersgruppe und Geschlecht

9.7




Quellen: ALZ Alzheimer Schweiz 2017.

alten Menschen stärker ansteigen wird als die Zahl stark pflegebedürftiger demenzerkrankter alter Menschen. Damit steigt der Bedarf nach betreuten Wohnformen, die es demenziell erkrankten Menschen ermöglichen, länger selbstständig zu leben und zu wohnen. Die Anpassung von hindernisfreien Alterswohnungen und betreuten Wohnformen an kognitive Einschränkungen wird dringlicher (Eberhard und Saup 2006).

*Demenzgerechte Versorgungs- und Wohnstrukturen:* Bei ausgeprägter Demenz geraten auch Formen betreuten Wohnens an ihre Grenzen. Vor allem bei schwerer Demenz ist ein geschützter Lebens- und Wohnraum ideal, etwa im Sinne dezentralisierter Pflegestationen oder überschaubarer Pflegewohngruppen. Ideal sind demenzgerechte Wohnformen, die eine Ausrichtung auf Alltagsaktivitäten erlauben und es dadurch erleichtern, verbliebene Kompetenzen zu mobilisieren und emotionale Zugänge zu öffnen. In den letzten Jahrzehnten wurden deshalb demenzgerechte Versorgungsstrukturen und Wohnformen aufgebaut. Diese bieten einerseits eine kontinuierliche professionelle Betreuung. Andererseits ermöglichen sie aber auch ein gemeinschaftsbezogenes Zusammenleben von Demenzkranken in Anlehnung an vertraute Wohnformen, in denen Sicherheit, Nähe und Geborgenheit vermittelt werden. (Siehe dazu den Beitrag von Avramito und Hugentobler in Kapitel 16 in diesem Buch.)

*Notwendig – angepasste Wohnsituation:* Noch mehr als bei körperlich bedingter Pflegebedürftigkeit ist bei der Pflege demenzerkrankter Frauen und Männer auf Strukturen zu achten, die Wohnen und Pflegen optimal verbinden. Viele Verhaltensprobleme und emotionale Störungen bei an Demenz erkrankten Menschen werden durch Umgebungseinflüsse, also ein der Krankheit nicht angemessen gestaltetes Milieu, verursacht. Demenzangepasste Wohnformen erlauben es, noch vorhandene Ressourcen und Kompetenzen demenzerkrankter Menschen zu mobilisieren, was ihre Betreuung und Pflege wesentlich erleichtert (Dietz 2018; Held, Ermini-Fünfschilling 2006; Metzger 2016).

Die verminderten kognitiven Fähigkeiten müssen gestalterisch kompensiert werden, etwa durch klare farbliche Markierungen, die verschiedene Wohnbereiche abtrennen. Eine räumliche Orientierung wird durch überschaubare und wohnlich gestaltete Lebensbereiche erleichtert. Offene und frei zugängliche Räume (Korridore, Aufenthaltsbereiche), wo etwas läuft und es etwas zu sehen gibt, sowie eine Auswahl an unterschiedlichen Aufenthalts- und Sitzbereichen motivieren Menschen mit Demenzerkrankungen eher zu Bewegung als geschlossene Räume oder Nischen. Wohnküchen mit Gerüchen und sichtbaren Utensilien können Passivität verhindern, ebenso wie eine klare alltagsbezogene Tagesstruktur sich positiv auswirkt (Heeg, Bäuerle 2012). Zwar führen die hirnorganischen Prozesse oft zum Verlust der bewussten Selbstidentität; aber weil das implizite und emotionale Gedächtnis bei demenzkranken Menschen oft noch lange funktioniert, kann Bekanntes eine gefühlsmässige Vertrautheit stützen. Dies kann gefördert werden durch die Möglichkeit, Teile der eigenen Wohnungseinrichtung und damit der eigenen Lebensgeschichte mitzubringen. Dinge aus der Vergangenheit oder die gleiche Möblierung wie zu Hause können emotionale Geborgenheit vermitteln.

Wichtig sind auch geeignete Bewegungsräume, da Wahrnehmung und Bewegung eng miteinander verbunden sind. Umherlaufen und «Herumnesteln» sind oft Versuche, sich selbst und die Umwelt durch Spüren wahrzunehmen und durch Berührung mit ihr in Kontakt zu bleiben. Bewegung fördert das Denken und verringert die Anspannung, wogegen zu wenig Bewegungsspielraum Angst und Aggression begünstigt. Sinnvoll sind deshalb längere Rundläufe im Innern, aber auch Bewegungsräume durch speziell angelegte Gärten (siehe dazu Föhn und Dietrich, 2013). Solche Bewegungsräume werden immer wichtiger, da der Anteil an demenzerkrankten alten Menschen ohne starke körperliche Einschränkungen ansteigt.

## Merksätze

- Während fast 90% der 65- bis 79-Jährigen von keinerlei Alltagseinschränkungen betroffen sind, sind es bei den zu Hause lebenden 80-jährigen und älteren Personen nur noch rund zwei Drittel.
- Besonders häufig angeführt werden Einschränkungen der Gehfähigkeit. Fast ein Fünftel der zu Hause lebenden 80-jährigen und älteren Befragten weist grosse Mühe auf, sich ausserhalb ihres Wohnhauses zu bewegen.
- In allen drei Sprachregionen zeigen sich soziale Unterschiede, und bildungsferne alte Menschen leiden häufiger unter Alltagseinschränkungen als gleichaltrige Personen mit tertiärer Bildung.
- Die Mehrzahl der zu Hause lebenden hilfebedürftigen alten Menschen erhält informelle Hilfe durch Angehörige. An zweiter Stelle kommt eine Kombination informeller und professioneller Hilfeleistungen, wobei diese Hilfekonstellation mit steigendem Hilfe- und Pflegebedarf häufiger wird.
- Die Vielfalt an Dienstleistungs- und Pflegeangeboten kann alte Menschen und ihre Angehörigen verwirren. In der Schweiz erleben alte Menschen oft Koordinationsprobleme zum Erhalt von Hilfe.
- Bei gutem Design und leichter Bedienbarkeit kann moderne Technologie durchaus «altersfreundlich» sein, da sich damit auch bei eingeschränkter funktionaler Gesundheit neue Handlungs- und Kommunikationsmöglichkeiten ergeben.
- Die Technikakzeptanz bei älteren Menschen ist ansteigend, aber aktuell kommen bei ihnen erst wenige altersbezogene Technologien konkret zum Einsatz. Für einen positiven Einsatz neuer Technologien im Alter ist häufig das soziale Netz entscheidend.
- Die Einrichtung und Nutzung eines Notrufsystems zu Hause wird – wenn überhaupt – erst für das hohe Lebensalter und beim Auftreten funktionaler Alltagseinschränkungen häufiger in Betracht gezogen.
- Die Frage, ob der Einsatz technischer Hilfsmittel oder ganzer Assistenzsysteme ein längeres Verbleiben zu Hause und einen späteren Eintritt in eine Pflegeeinrichtung erlaubt, kann gegenwärtig noch nicht positiv beantwortet werden.
- In den letzten Jahren gewannen Konzepte eines betreuten Wohnens an Bedeutung. Im Idealfall bestehen betreute Wohnformen aus einer engen Verknüpfung einer hindernisfreien privaten Wohnung mit zuverlässigen Hilfe- und Serviceleistungen (wie Beratung, hauswirtschaftliche Hilfeleistungen und Pflegeleistungen).

- Bei betreuten Wohnungen besteht der Wohnungsmix primär aus kleineren Wohnungen (2½- bis 3½-, öfters auch 1½-Zimmer-Wohnungen). In der Mehrheit der Fälle wird für das Wohnen mit Dienstleistungen eine Pauschale erhoben, die zusätzlich zum Mietzins bezahlt werden muss.
- Häufig ziehen Menschen erst in eine betreute Wohnform, wenn sie die angebotenen Leistungen aufgrund funktionaler Einschränkungen wirklich benötigen. Nicht jüngere Ältere ab 65 suchen also das Wohnen mit Dienstleistungen, sondern primär hochaltrige Menschen.
- Ambulante Pflege und betreutes Wohnen kommen bei demenziellen Erkrankungen an Grenzen, sofern nicht eine 24-stündige Betreuung vorliegt. Das Risiko einer demenziellen Erkrankung ist in hohem Masse alterskorreliert.
- Lineare Fortschreibungen aktueller Häufigkeitsraten von Demenz sind allerdings angesichts neuer Trends problematisch. So zeigen neue Untersuchungen, dass das Risiko und die Häufigkeit demenzieller Erkrankungen bei neueren Generationen älterer Menschen sinkende Tendenzen aufweisen.
- Viele Verhaltensprobleme und emotionale Störungen bei an Demenz erkrankten Menschen werden durch Umgebungseinflüsse, also ein der Krankheit nicht angemessen gestaltetes Milieu, verursacht. Demenzangepasste Wohnformen erlauben es demenzerkrankten Menschen, noch vorhandene Ressourcen und Kompetenzen zu mobilisieren. Wichtig sind auch geeignete Bewegungsräume, da Wahrnehmung und Bewegung eng miteinander verbunden sind.

# Teil 2

## Wohnen und Vulnerabilität in den späten Lebensjahren

## Beiträge zur Themenvertiefung

# 10 Wohnen und Vulnerabilität: Überlegungen und Handlungsansätze

Dario Spini und Valérie Hugentobler

Altern stellt einen fortschreitenden Fragilisierungsprozess dar, der je nach Individuum mit unterschiedlichen Geschwindigkeiten verläuft (Lalive d'Epinay und Spini, 2008). Was man unter der Bezeichnung Alter fasst, ist mit der im Laufe des vergangenen Jahrhunderts angestiegenen Lebenserwartung zu einer sich sehr lange hinziehenden Lebensphase geworden. So lebt heutzutage in unseren Dörfern und Quartieren eine wachsende Anzahl von Neunzig- und Hundertjährigen und das sind, wie die Befragungsdaten des Age Reports in den ersten Kapiteln dieses Bandes belegen, vor allem Frauen. Viele Personen erreichen die Hochaltrigkeit in bemerkenswert rüstigem Zustand, allerdings bringt das Altern der Bevölkerung auch eine ganze Reihe von Schwierigkeiten mit sich: zunehmende Fragilität, Abhängigkeit von Unterstützungs- und Pflegeleistungen, Probleme kognitiver Art (das betrifft beinahe die Hälfte der Menschen nach Erreichen des 95. Lebensjahres), Eintritt ins Pflegeheim (über ein Drittel nach Erreichen des 95. Lebensjahres und für die Frauen dieser Altersgruppe mehr als die Hälfte) (Höpflinger *et al.*, 2011), Verwitwung und Verlust nahestehender Personen (s. Lalive d'Epinay und Cavalli, 2013).

Angesichts dieser beeindruckenden demografischen Umwälzungen weisen die Gemeinde- und die Sozialpolitik gegenüber der Gesundheitspolitik offenbar einen gehörigen Rückstand auf. Die öffentlichen Investitionen in die Entwicklung der ambulanten und stationären Pflege für die fragilsten oder am stärksten pflegebedürftigen Personen haben in den vergangenen Jahrzehnten ein beträchtliches – wenn auch regional unterschiedliches – Niveau erreicht und stellen einen gewichtigen Posten im Gesundheits- und Sozialbudget dar. Andere Initiativen, angelehnt an die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geförderten Age-friendly Cities und Healthy Cities, entwickeln gänzlich neue Visionen, wie zukünftig die Beziehungen zwischen Gemeinde und Einwohnern aussehen sollen.

Betrachtet man die demografischen Entwicklungen, so zeigt sich, dass öffentliche Mittel vor allem in gesundheits- und sozialpolitische Massnahmen geflossen sind, insbesondere in den Aufbau der Spitex (mit einer ausgepräg-

teren Entwicklung in der Westschweiz) sowie in die Errichtung stationärer Pflegeeinrichtungen. Damit wurde in erster Linie eine Antwort auf das durch Unterstützungs- und Pflegebedürftigkeit geprägte Alter gegeben. Die Gruppe der älteren Menschen ist alles andere als einheitlich, und richtet man den Blick auf ihren Gesundheitszustand, so ist vom Verlust der Autonomie nur eine Minderheit betroffen. Zudem hat sich ein prinzipieller Konsens darüber entwickelt, dass das Alterswohnen und das Zusammenleben der Generationen eine zentrale Dimension der Alterspolitik darstellen muss (Argoud, 2011; Membrado und Rouyer, 2013; Dreyer, 2017). Es ist also an der Zeit, umfassende Überlegungen zur Vulnerabilität der älteren Menschen und zu ihrem Platz in der Gesellschaft anzustellen. Insbesondere ist es erforderlich, die Wohn- und Lebensräume der älteren Menschen – eine vulnerable, aber doch sehr heterogene Gruppe – neu zu denken. Dazu möchten dieses Einleitungskapitel und der Age Report IV insgesamt einladen.

Im ersten sowie den folgenden Kapiteln wird es darum gehen, die zentralen Achsen für weitere interdisziplinäre Überlegungen und Interventionen herauszuarbeiten, damit Leben und Zusammenleben mit den am meisten von Vulnerabilität betroffenen Menschen qualitativ verbessert und von Grund auf erneuert werden kann. In einem ersten Schritt widmen wir uns den Konzepten der «Vulnerabilität» und der «sozialen Qualität», welche die Konzepte der «Fragilität» und der Pflegestrukturen (Spitex, stationäre Pflegeeinrichtungen) ergänzen. Auf dieser Basis können wir uns mit den zahlreichen Herausforderungen auseinandersetzen, welche sich für das Wohnen und Zusammenleben im Alter (bzw. in den einzelnen Phasen des Alters) ergeben. Wir werden versuchen, entlang der Dimensionen von materieller und identitärer Sicherheit, Integration und Barrierefreiheit, sozialem Zusammenhalt und schliesslich Selbstbestimmung Antworten auf diese Herausforderungen zu formulieren. Die Verbindungen zwischen diesem Einleitungskapitel und seinen Weiterführungen zeigen wir im Folgenden auf.

## Die vulnerablen älteren Menschen und ihre Lebenswelten

Die Geriatrie hat das Altern zunächst als einen Prozess beschrieben, der entlang der gesundheitlichen Entwicklung von Selbstständigkeit bis hin zur Pflegebedürftigkeit und zum Tod verläuft. In jüngster Zeit zieht man allerdings das Konzept der Fragilität dem der Pflegebedürftigkeit vor, um die lange Phase vom Eintritt ins Rentenalter bis zum Tod zu definieren (Lalive d'Epinay und Spini, 2008). Dieses Konzept steht im gerontologischen Fachdiskurs für eine Form von «Vulnerabilität» oder von «Verlust an Resilienz». Die Fähigkeit des Individuums, ein Gleichgewicht mit seiner Umwelt herzustellen bzw. aufrechtzuerhalten, ist beeinträchtigt. Ist es bereits zu Einbussen gekommen, erweist

sich die Wiederherstellung der verlorenen Funktion als schwierig, wenn nicht gar unmöglich. Es handelt sich dabei nicht um einen Mangel, eine Schwäche oder ein Unvermögen, sondern eher um einen komplexen und multidimensionalen Zustand (der mit Schmerzen, Verlust von sensorischen Fähigkeiten, mangelnder Energie usw. einhergeht), in welchem das Risiko steigt, dass Fähigkeiten und Kompetenzen verloren gehen. Diese «Fragilisierung» ist nicht durch einen klaren Altersübergang abgegrenzt, sondern sie stellt einen persönlichen Gesundheitszustand dar, welcher der Realität der gesundheitlichen Situation älterer Menschen besser entspricht.

Situationen der Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit gibt es in grosser Zahl, insbesondere aufgrund der steigenden Anzahl von hochaltrigen Menschen, und gewiss bleibt die Gesundheit ein ganz zentraler Faktor für das Wohlbefinden in diesen letzten Lebensabschnitten. Will man jedoch die Beziehungen zwischen der alternden Person und ihrem Lebensumfeld besser verstehen, braucht es eher eine multidimensionale Perspektive (materielle Sicherheit, Gesundheit, soziale Beziehungen usw.) auf das Altern, die über die geriatrischen Begriffe der Pflegebedürftigkeit und der Fragilität hinausgeht. Daher greift eine Beschreibung des Alters anhand dieser Begriffe zu kurz. Um der Komplexität des Alterns als individuelle Erfahrung gerecht zu werden, bedienen wir uns des Konzepts der Vulnerabilität bzw. muss man von einer erhöhten Vulnerabilität sprechen, da grundsätzlich jedes menschliche Wesen vulnerabel ist. Nicht zuletzt darin zeigt sich ein Vorzug dieses Begriffs: er betrifft jede und jeden, und jede soziokulturelle Antwort auf Vulnerabilität verbessert zugleich das Leben in Gesellschaft insgesamt.

Vulnerabilität wurde in der Lebenslaufforschung als ein Mangel an Ressourcen definiert, der Individuen oder Gruppen in bestimmten Kontexten einem erheblichen Risiko aussetzt, in verschiedenen Lebensbereichen Einbussen zu erleiden. Sie entwickelt sich in drei Phasen: (1) einer Erfahrung von negativen Folgen von Stress; (2) gefolgt von einem Unvermögen, den Stressfaktoren (wie etwa kritischen Lebensereignissen) wirksam zu begegnen, und (3) einem Unvermögen, kritische Lebensereignisse zu verarbeiten oder sie in einer bestimmten Zeitspanne als Chancen zu nutzen (Spini *et al.*, 2017). Diese Definition erweist sich im Kontext des Wohnens besonders nützlich für Prävention und Barrierefreiheit, welche die Risiken und Folgen von Negativereignissen begrenzen. Zu Letzteren zählen unter anderem Stürze, der Verlust eines Angehörigen, Einsamkeit, das Gefühl der Nutzlosigkeit («sein Leben hinter sich zu haben») oder der Unsicherheit, Einschränkungen der Mobilität oder bestimmter Sinne (Gehör, Sehsinn), Einengung des Tätigkeitsspektrums oder des Aktionsradius einschliesslich all der damit einhergehenden praktischen und sozialen Konsequenzen. Eine wichtige Rolle spielt zudem die Frage des gesellschaftlichen Umfelds und der Ungleichheiten, die sich in der Wohnsituation und der Lebensqualität niederschlägt, denn hier

wird Stress nicht allein als psychologisches Phänomen begriffen, sondern als ein Ungleichgewicht, das sich aus dem Zusammentreffen von Individuen mit Umwelten ergibt und mehr oder weniger Druck auf das gewohnheitsmässige oder alltägliche Funktionieren ausübt. Wie man sieht, steht im Zusammenhang mit Vulnerabilität eine ganze Menge auf dem Spiel!

Will man der zunehmenden Vulnerabilität alternder Menschen begegnen, dann spielen Massnahmen, die sich auf das Wohnumfeld und auf die Gestaltung des öffentlichen Raums beziehen, eine entscheidende Rolle. Doch reicht es nicht aus, nur über architektonische Aspekte oder Infrastrukturen nachzudenken, um Antworten auf die Vulnerabilität in all ihren Dimensionen (materiell, sozial, kulturell und gesundheitlich) zu finden. Über die Orte, an denen die älteren Menschen leben, braucht es eine multidimensionale und interdisziplinäre Reflexion auf unterschiedlichen Ebenen (Zimmer, Wohnung, Quartier, Region). Die Wohnqualität einer Person lässt sich nicht ausschliesslich an ihrer Wohnung festmachen, sondern auch an ihrer baulichen, institutionellen und menschlichen Umwelt. Um diese komplexen Kontextbedingungen zu diskutieren, wollen wir näher auf Arbeiten zur sozialen Qualität eingehen. Diese sind aus einer Debatte über die Qualität der Umwelt hervorgegangen, die auf europäischer Ebene geführt wird mit dem Ziel, den Individuen ein akzeptables Alltagsleben zu ermöglichen, das auch den wirtschaftlichen und sozialen Standards entspricht (van der Maesen und Walker, 2005).

Im Social-Quality-Modell werden grundsätzlich vier Dimensionen unterschieden. Die beiden ersten sind eher auf institutioneller und makroökonomischer Ebene angesiedelt, die beiden anderen eher auf der Ebene von Individuen und Gemeinschaften: *(1) sozioökonomische Sicherheit:* ausreichender Lohn bzw. soziale Absicherung, Pflege, Wohnung, Ernährung usw.; *(2) sozialer Zusammenhalt:* die von einer Gemeinschaft geteilten Praktiken, Werte und Normen, die intra- und intergenerationellen Beziehungen, all das, was das Gesellschaftsleben aufrechterhält; *(3) soziale Inklusion:* Anrecht auf Teilhabe am sozialen und politischen Leben, Zugang zu Beschäftigung, zu öffentlichen Leistungen und Personenbeförderung usw.; *(4) Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit («Empowerment»):* Förderung der Fähigkeiten der Individuen, Kontrolle über ihr Leben auszuüben und Gelegenheiten zu nutzen, ihre Kompetenzen, ihr Wissen und ihre Erfahrungen ausüben und teilen zu können.

Diese vier Voraussetzungen für soziale Qualität besitzen für Wohnung und Wohnumfeld der Älteren in ihrer Wohngemeinde ebenfalls Gültigkeit. Ist die Wohnung so gestaltet, dass sie Sturzrisiken mindert und einen sicheren Aufenthalt gewährt? Existieren Versorgungsmöglichkeiten in der Nachbarschaft und sind diese leicht zugänglich? Kann man sein Zuhause verlassen, in der Nachbarschaft spazieren gehen und dabei seine sozialen Beziehungen pflegen? Ist die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr so

gut, dass man jederzeit ohne Weiteres zum Arzt gehen oder seine Freunde und Familienangehörigen treffen kann? Fördert die Wohnungspolitik Begegnungen, Aktivitäten und wechselseitige Unterstützung zwischen Nachbarn bzw. zwischen Menschen gleichen und unterschiedlichen Alters? Wurden zu diesem Zweck gemeinschaftlich oder öffentlich genutzte Räume eingerichtet. Fördert die Gestaltung des Wohnraums die Handlungsfähigkeit der älteren Menschen? Werden dafür technische Hilfsmittel und menschliche Unterstützung bereitgestellt, die es ihnen erlauben, ihre Kompetenzen so lange wie möglich einzusetzen? Man sieht: Sobald die soziale Qualität im Zusammenhang mit Vulnerabilität reflektiert wird, wirft das dadurch vertiefte Verständnis des Alterungsprozesses Fragen auf, die weit über die Fragen der Gesundheit oder der Kompensation von Funktionsverlusten hinausreichen. Wir müssen deshalb gleichermassen umfassend das Leben in der Gesellschaft überdenken wie auch die Antworten, nach denen die Vulnerabilität verlangt, ob sie nun mit dem Alter zusammenhängt oder mit anderen Faktoren, die ja potenziell uns alle betreffen.

## Die vier Dimensionen der Vulnerabilität

Von den vier Grundvoraussetzungen ausgehend lässt sich mit Blick auf die Zusammenhänge von Vulnerabilität und Wohnen eine Reihe von Reflexions- und Handlungsdimensionen ableiten.

Mit Blick auf die Dimension der *sozioökonomischen Sicherheit* liegt es auf der Hand, dass die Wohnung den Raum- und Komfortbedürfnissen sowie den Gewohnheiten des hochbetagten Menschen entsprechen muss. Diese Funktionen werden in Abhängigkeit von herkunftsbedingten Ungleichheiten oder solchen, die mit dem Lebensverlauf der Individuen – vor allem derer mit Migrationshintergrund, wie Bolzman und Bridji (Kapitel 14) betonen – zusammenhängen, mehr oder weniger erfüllt. Noch grundlegender ist die Wohnung als Quelle ontologischer Sicherheit (Caradec, 2010; Nowik und Thalineau, 2014), also des Vertrauens, das die meisten Individuen in die Kontinuität ihrer Identität und den Fortbestand ihrer sozialen und materiellen Umgebung setzen. Giddens (1991) betont, dass es für die ontologische Sicherheit ganz wesentlich darauf ankommt, dass man auf eine gewisse Stabilität von Personen und Dingen zählen kann.

Zweifelsfrei trägt die Wohnung auf unterschiedliche Weise entscheidend zu diesem Sicherheitsgefühl bei (Dupuis und Thorns, 1998): Die Wohnung ist ein Ort der Konstanz in der materiellen und sozialen Umwelt; sie stellt einen räumlichen Zusammenhang dar, innerhalb dessen sich die alltäglichen Routinen des Lebens vollziehen (Masotti, Kapitel 13); sie ist ein Ort, an dem die Menschen sich frei von sozialer Überwachung fühlen; schliesslich ist

die Wohnung eine sichere Basis, auf der man seine Identität aufbauen kann (Matter, Kapitel 11; Afzali, Kapitel 18). Wissenschaftliche Untersuchungen haben beispielsweise nachgewiesen, dass es eher positive Effekte hat – auf das Gefühl der Sicherheit, der Kontrolle, des sozialen Status –, wenn man Eigentümer der Wohnung ist, oder dass «Wohnkarrieren» im Lebensverlauf unerwartete Zusammenhänge mit der psychischen Gesundheit im fortgeschrittenen Alter aufweisen, die offensichtlich mit Fragen des Geldes und des sozialen Status verknüpft sind (Vanhoutte *et al.*, 2017). Man denke nur an die Eingewöhnungsschwierigkeiten beim Eintritt ins Pflegeheim oder schon allein an die Furcht davor (Mallon, 2015), aber auch an die architektonische Problematik, wie man diese Orte funktional und zugleich als ein Zuhause konzipieren kann, wie Bruno Marchand mit Blick auf die räumliche Gestaltung von Heimbauten darlegt (Kapitel 17). Jenseits der materiellen Aspekte ist die Wohnung folglich eine Quelle und ein Ort des Auslebens von Identität. Wenn man darin schon seit langen Jahren wohnt, was – wie wir im ersten Kapitel dieses Buches gesehen haben – auf die meisten älteren Menschen zutrifft, dann wird sie auch zu einem sozialen Ankerpunkt des Alltags, aber auch der Erinnerung, wie Christine Matter (Kapitel 11) zeigt. Soom und ihre Mitautorinnen befassen sich in ihrem Beitrag (Kapitel 19) mit der Lage der am stärksten von Fragilität betroffenen Personen, den Sterbenden. Die Autorinnen beschreiben das Pflegeheim gleichsam als Ort des Lebens wie des Todes, aber auch als sozialen Raum. Sie diskutieren in diesem Kontext die verschiedenen Konzeptionen eines «guten Sterbens».

Die Dimension des *sozialen Zusammenhalts* ist eng mit dem sozialen Leben der älteren und vulnerablen Personen sowie mit den Beziehungen und Verhältnissen innerhalb von Gruppen (Familie, Gemeinde, Generation) und zwischen Gruppen (Generationen, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, religiöse Überzeugungen usw.) verknüpft. Den häufig gesunden und aktiven Personen in der so genannten «dritten Lebensphase» mögen sich zahlreiche Gelegenheiten zum sozialen Austausch und zu Aktivitäten bieten, insbesondere beim Hüten der Enkelkinder, bei Freizeitaktivitäten und anderen Arten gewinnorientierter oder ehrenamtlicher Tätigkeiten. Die Situation der Hochbetagten ist hingegen fragiler. Zunächst einmal werden ihre Altersgenossen immer weniger. Zudem wirken Vulnerabilität und Hochaltrigkeit isolierend gegenüber ihren sozialen Gruppen und ihrer Umgebung.

Hochaltrige Menschen haben meist Jahrzehnte in ihrer angestammten Wohnung und ihrem Wohnviertel verbracht, und sie haben deshalb auch beobachten können und erlebt, wie sich die bauliche Umwelt (Neubauten, Abrisse, Verdichtung, Nutzungsänderungen, Schlafstädte usw.) und die Zusammensetzung der Bewohnerschaft ihres Hauses, ihres Quartiers oder Dorfes, ja der ganzen Stadt (Gentrifizierung, Diversität, neue Familien usw.) verändert hat. Es ist für ältere Menschen nicht immer leicht, solche Veränderungen

hinzunehmen oder sich darauf einzustellen, da sie das Risiko bergen, dass man sich in einer sich wandelnden Welt zunehmend fremd fühlt (Matter, Kapitel 11). Die zentrale Herausforderung besteht darin, Mittel zu finden, wie die sozialen Bande zwischen den Generationen und zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen gewahrt werden können. Eine Lösungsmöglichkeit besteht darin, im Laufe seines Lebens vielfältige Identitäten zu entwickeln und sich unterschiedlichen Gruppen anzuschliessen. Dem steht jedoch entgegen, dass die Gesellschaft, dem einzelnen Individuum und dem privaten Für-sich-Sein einen hohen Stellenwert zumisst. Mit dem Einsatz von «Sozialen Ansprechpersonen» (Masotti, Kapitel 13), alternativen Wohnformen wie etwa dem betreuten Wohnen, Alterswohngemeinschaften (Avramito und Hugentobler, Kapitel 16) oder vergleichbaren gesellschaftlichen Initiativen lassen sich konkret Handlungsmöglichkeiten entwickeln, die darauf abzielen, eine soziale Einbindung der am stärksten von Vulnerabilität betroffenen Personen zu gewährleisten. Allerdings müssen dafür gemeinschaftliche Lösungen ersonnen werden (s. beispielweise die «Quartiers solidaires»; Zwygart *et al.*, 2018). Ebenso wie städtebauliche und architektonische Voraussetzungen (Quartierstreffpunkte, Gemeinschaftsräume in Wohngebäuden, Parks, Bänke usw.) zu schaffen sind, die Gelegenheiten für Begegnungen und gemeinsame Aktivitäten bieten.

Die Frage der *sozialen Inklusion* vulnerabler Personen hängt wesentlich davon ab, wie barrierefrei die Örtlichkeiten (Wohnungen und öffentliche Räume) und wie zugänglich Institutionen und Vereine, Aktivitäten und Beziehungen in deren näherem Umfeld sind. Die Mobilität vulnerabler Personen ist nämlich oft eingeschränkt. Das kann finanzielle oder gesundheitliche Gründe haben, aber auch an sozialer Isolierung liegen. Wie im ersten Teil dieses Buches gezeigt, haben ältere Menschen einen Grossteil ihres Lebens in ihrem Wohnquartier, ja sogar in ihrer letzten Wohnung verbracht. Das nähere Wohnumfeld stellt daher für sie die Basisumgebung dar, in der entsprechende Ressourcen so gut wie möglich vorhanden sein sollten. Dennoch stellen, wie Ricarda Ettlin in Kapitel 15 ausführlich darlegt, der Zugang zu Information sowie die Organisation und Koordination von Dienstleistungen und Pflege ebenso eine nicht zu unterschätzende Herausforderung dar wie die Finanzierung von Leistungen. Mit der Hochaltrigkeit kehren sich die Unterstützungsbeziehungen und der affektive Austausch tendenziell um und konzentrieren sich auf die zu erbringenden Pflegeleistungen. In erster Linie obliegt dies der Familie, meistens freilich den Töchtern, letztlich auch den sozialen Diensten (Spitex, Pflegeheim, Tagesstätten usw.). Oft ergänzen sie sich, wie in den verschiedenen Kapiteln dieses zweiten Teils (Kapitel 12, 13 und 16) gezeigt wird. Doch wie eingangs erwähnt, sind Familien und Gesundheits- und Sozialeinrichtungen angesichts des demografischen Wandels nicht ausreichend aufgestellt. Sie sind auch nicht die einzigen, welche die Verantwortung für die

Integration hochaltriger und vulnerabler Menschen übernehmen sollen oder können. Die Gemeinden, die Stadtplanungsämter, die Hausgemeinschaften, neue Technologien, sie alle bieten zahlreiche Möglichkeiten der Entwicklung neuartiger Strukturen, Aktivitäten oder lokaler sozialer Organisationen, die der gesamten Bevölkerung und ganz besonders den am stärksten von Vulnerabilität betroffenen Menschen zugutekommen.

Die vierte Dimension umfasst die Förderung der *Fähigkeiten* der Individuen, ihr Leben im Griff zu haben, Chancen zu nutzen, ihre Kompetenzen, ihr Wissen und ihre Erfahrungen auszutauschen und mit anderen teilen zu können. Diese Dimension hängt eng mit derjenigen der sozialen Integration zusammen. Doch sobald man eine Beziehung mit einem hochaltrigen Menschen unterhält oder über dessen Wohnsituation nachdenkt, liegt aufgrund der Vulnerabilität dieser Person oder aufgrund begrenzter Ressourcen (insbesondere an Zeit) auf der Seite derer, die mit ihnen interagieren, meist eine asymmetrische Beziehung vor. Die angestammte Wohnung kann, wie Barbara Masotti (Kapitel 13) zeigt, zu einem Ort werden, an dem der alte Mensch einen Verlust seiner Handlungsfähigkeit erleidet, was sich bis in seinen ganz persönlichen Bereich hinein auswirkt, wenn etwa Gegenstände verlegt oder weggeworfen werden oder der Architekt allein über die Tapeten eines Zimmers oder die Farbe eines Flurs entscheidet, während doch eine Befragung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Fachkräfte eines Pflegeheims keinen grossen Aufwand bedeuten würde. Der Aktionsradius der im Vulnerabilisierungsprozess befindlichen Person wird tendenziell immer kleiner und die unterschiedlichen Umgebungen, in denen wir im Laufe unseres Lebens wohnen, können sich zum Lebensende hin auf ein Zimmer oder gar ein Bett reduzieren. Betreuungsinstitutionen tendieren dazu, immer mehr Entscheidungsmacht auszuüben, je mehr sich die Handlungsfähigkeit einer betreuten Person vermindert. Dieser quasi natürlichen und von Wohlwollen geprägten Neigung, an die Stelle der Person zu treten und ihr zu «helfen», ist eine ständige Reflexion und eine Neuausrichtung der Praktiken entgegenzustellen, welche die Mitwirkung der vulnerablen Personen an den Entscheidungen über ihre Umgebung gewährleistet und ihr umfangreiche Wahlmöglichkeiten über möglichst viele sie betreffende Angelegenheiten zugesteht. Die Umgebung muss diesen Menschen Entlastungen verschaffen, zugleich aber Gelegenheiten bieten, ihre Kompetenzen und ihre Fähigkeiten zu üben, ganz egal, wie vulnerabel der alte Mensch ist.

## Fazit

Dieses Einleitungskapitel hat aufbauend auf dem Social-Quality-Modell und dem Konzept der Vulnerabilität vier zentrale Dimensionen herausgearbeitet

– *Sicherheit, Integration, sozialen Zusammenhalt* und *Selbstbestimmung* –, die der Planung und dem Bau von Wohnräumen und sozialen Umgebungen zum Wohle der Menschen im höchsten Alter zugrunde gelegt werden können. Lösungen für ein barrierefreies, die Geselligkeit förderndes, integratives und partizipatives Wohnen zu finden, das materielle Sicherheit und die Wahrung der Identität gewährleistet, ist beileibe noch kein abgeschlossenes Unterfangen, sondern eine Quelle potenzieller Innovationen. Und das betrifft sowohl die bauliche Substanz wie auch die Art und Weise, in der wir sie bewohnen und nutzen. In den folgenden Kapiteln werden einige der hier skizzierten Herausforderungen weiter ausgeführt und vertieft.

# 11 Heimat und die Bedeutung des Vergangenen: soziale Bindungen im Alter

Christine Matter

Das Älterwerden ist mit vielfältigen Herausforderungen verbunden. Wer heute einen Blick in die Medien oder auch in wissenschaftliche Publikationen wirft, dem fällt auf, dass ein Thema immer wieder aufgegriffen wird: die zunehmende Einsamkeit im Alter. Damit ist etwas anderes gemeint als ein demografisch bedingt häufiges Alleinleben im Einpersonenhaushalt – etwa im Einfamilienhaus – im Alter. Auch wird nicht auf das Alleinsein angespielt, also auf die allein verbrachte Zeit (Tesch-Römer, 2010, S. 209). Einsamkeit und der oft alternativ dazu etwas ungenau verwendete Begriff der Isolation, der das Fehlen relevanter sozialer Beziehungen meint, zielen vielmehr auf eine Gefühlslage, also auf eine subjektiv wahrgenommene Empfindung der Verlassenheit, auf ein letztlich schmerzhaftes Erleben negativer Gefühle. Empirisch ist die Datenlage zur Frage, ob die Einsamkeit im Alter zunimmt, allerdings nicht klar (Victor *et al.*, 2000; vgl. auch Wethington und Pillemer, 2014). Der Deutsche Alterssurvey etwa zeigt keine starke altersbedingte Zunahme von Gefühlen des Alleinseins und der Einsamkeit (Tesch-Römer und Wurm, 2006). Ähnliche negative Befunde sind auch aus den Niederlanden verfügbar (Dykstra, 2009). Doch wie sieht die Situation in der Schweiz aus? Lässt sich hier ein Zusammenhang zwischen zunehmendem Alter und Einsamkeit feststellen? Eine in der Nordwestschweiz durchgeführte quantitative Untersuchung (Alters-Survey 2017 – Soziale Beziehungen im Alter) weist keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Einsamkeitsgefühlen und Alter aus (Schicka und Uggowitzer, 2017: 13; vgl. auch Kapitel 3.3 in diesem Band).

Dem Thema der Einsamkeit wurde in zwei Forschungsprojekten nachgegangen, die im Rahmen der Strategischen Initiative «Alternde Gesellschaft» an der Fachhochschule Nordwestschweiz in den Jahren 2015 bis 2017 durchgeführt wurden.[1] Ausgangspunkt war das Leben und das Älterwerden im Einfamilienhausquartier. Dabei stand die Frage im Zentrum, wie sich

1 In Zusammenarbeit des Instituts Architektur (Hochschule für Architektur, Bau und Geomatik) und des Instituts Integration und Partizipation (Hochschule für Soziale Arbeit), FHNW.

das Leben im Alter insbesondere mit Blick auf das soziale Umfeld und die Sozialbeziehungen gestaltet, ob ausreichend Kontaktmöglichkeiten bestehen oder ob Gefühle der Einsamkeit Raum greifen bei älteren und hochaltrigen Bewohnerinnen und Bewohnern. Als Hintergrund diente eine vor allem in Deutschland in Kreisen von Raumplanern und Architekten geführte Diskussion zu sozialen Desintegrationsprozessen in Einfamilienhausquartieren insbesondere in strukturschwächeren Gebieten (Zakrzweski, 2011), an welche sich die Frage nach einer möglicherweise ähnlichen Situation in der Schweiz anschliessen lässt.

Die in der Nordwestschweiz durchgeführte explorativ angelegte Studie kann aufgrund kleiner Fallzahlen keine Repräsentativität beanspruchen. Vielmehr ging es darum, in 26 leitfadengestützten Einzel- oder Paarinterviews, die mit den Methoden der rekonstruktiv-qualitativen Sozialforschung ausgewertet wurden, möglichst direkt Einblick zu erhalten in die Situation älterer und sehr alter Menschen, die noch in ihrem Einfamilienhaus leben: in ihre Vorstellungen, Wahrnehmungen und Perspektiven. 24 Frauen und 15 Männer im Alter von 63 bis 95 Jahren haben an den Gesprächen teilgenommen. Mehrheitlich leben sie alleine, in wenigen Fällen zu zweit im eigenen Einfamilienhaus. Während die meisten Frauen ihre Berufe zugunsten der Familienarbeit in jungen Jahren aufgegeben haben, waren die Männer bis zur Pensionierung voll berufstätig. In den Gesprächen kamen gleichsam als Gegenpol zu möglichen Gefühlen der Einsamkeit auch besondere identitätsstiftende Bezüge in den Blick, die sich vor allem am Begriff der Heimat festmachen lassen.

## Einsamkeit in «alternden» Einfamilienhausquartieren: eine Herausforderung?

Den Traum vom eigenen Einfamilienhaus im Grünen (vgl. Menzl, 2017) haben sich seit den 1950er-Jahren auch in der Schweiz viele Menschen erfüllt. Heute, nach vielen Jahrzehnten der Alterung sowohl der Bewohner wie auch der Häuser, wird darin in der Fachliteratur ein besonderes Problem gesehen: Überalterung und Homogenisierung der Bevölkerung, Zerfall der baulichen Substanz, fehlende Erneuerung der Infrastruktur und Wertzerfall sind häufige Herausforderungen, die identifiziert werden (vgl. z. B. Krause, 2014). Insbesondere als Folge des Auszugs der Kinder und des Sterbens des Partners oder der Partnerin steigt auch das Risiko für Einsamkeit in solchen Quartieren.

Entgegen den Erwartungen, die aus verschiedenen wissenschaftlichen, aber auch medialen Diskussionen bekannt sind, liessen sich mit einer Ausnahme in den Gesprächen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern der Einfamilienhausquartiere keine ausgeprägten Gefühle von Einsamkeit finden;

das gilt auch für jene, die ihr Haus infolge körperlicher Fragilität und einer entsprechenden Vulnerabilität kaum mehr verlassen und somit faktisch oft alleine sind. Die sozialen Kontakte, die wichtig sind und gepflegt werden, beziehen sich in der Regel auf die Angehörigen der Kernfamilie, also auf die Kinder, und auf die nähere Verwandtschaft. Sie stellen im hohen Alter die soziale Einbettung sicher. Auch sind es vor allem die Kinder, die ihren betagten Eltern bei praktischen Alltagsangelegenheiten unter die Arme greifen, so etwa beim Erledigen von Einkäufen oder bei Arztbesuchen. Nachbarn spielen im untersuchten Feld eine untergeordnete Rolle. Die Beziehungen zu ihnen sind in den meisten Fällen freundlich-distanziert und werden im Alltag wenig oder gar nicht beansprucht (zur Nachbarschaft vgl. auch Reutlinger, 2017). Hinweise auf einen in der Literatur diskutierten Wunsch bzw. Bedarf nach entsprechenden Interventionsmassnahmen zur Prävention von Einsamkeit bei Hochaltrigen, die sich meist jedoch auf Personen in Heimpflege beziehen (z. B. Göritz und Hanisch-Berndt, 2005), finden sich im untersuchten Material ebenfalls keine. Anzumerken bleibt jedoch, dass eine von den negativen Auswirkungen des Alters besonders betroffene Risikogruppe, nämlich Ältere mit sehr niedrigem Einkommen, im Datenmaterial nicht vertreten ist (vgl. dazu auch Pilgram und Seifert, 2009).

## Potenziale sozialer Bindungen im hohen Alter

Ein gutes Leben im Alter im Einfamilienhaus hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Vergleichsweise viel Aufmerksamkeit erhalten heute Rahmenbedingungen, die sich auf das körperliche Wohlbefinden beziehen. Bauliche Massnahmen zur Herstellung von weitgehender Hindernisfreiheit sind mittlerweile in der Schweiz durch das Behindertengleichstellungsgesetz auch rechtlich verankert. Technische Innovationen zur Bewältigung des Alltags zu Hause sollen das Leben erleichtern und vor körperlichen Versehrungen schützen, beispielsweise vor im Alter sich oft fatal auswirkenden Stürzen. Weniger wissen wir bis heute jedoch über die «weicheren» Faktoren eines «gelingenden» Alterns. Auch die Untersuchungen zum Alter in Einfamilienhausquartieren haben sich in erster Linie mit der räumlichen Erschliessung und Zugänglichkeit sowie mit Fragen der Mobilität beschäftigt (vgl. Aring, 2012) und nur am Rande mit Aspekten und Vorstellungen, die das emotionale Erleben stärker einbeziehen. Demgegenüber haben die genannten Forschungsprojekte unter anderem anhand der Begriffe von «Heimat» und «Identität» diese vernachlässigten Zusammenhänge in den Fokus gerückt. Bei «Heimat», vor allem aber bei «Identität» handelt es sich um Konzepte, die sozialwissenschaftlich ausführlich bearbeitet wurden und auch theoretisch eine breite Erörterung erfahren haben (z. B. Mitzscherlich, 2013). Ohne auf diesen breiteren Kontext

hier im Einzelnen eingehen zu können, sollen im Folgenden einige am empirischen Material gewonnene Schlaglichter auf diese Konzepte geworfen werden, ebenso wie auf die Rolle, welche sie für die Bewohnerinnen und Bewohner der untersuchten Quartiere spielen.

Dabei richtet sich unser Augenmerk beispielhaft auf das Quartier Hinterzweien in Muttenz im Kanton Baselland. Im sozialstrukturell durchmischten Quartier lässt sich seit ungefähr zehn Jahren ein Wandlungsprozess verfolgen, der im Zuzug jüngerer Menschen, insbesondere junger Familien, Ausdruck findet. Deshalb gilt Hinterzweien nicht als «überaltertes» Quartier. Gleichwohl leben hier viele ältere Menschen, die ihre Einfamilienhäuser teilweise schon seit Jahrzehnten bewohnen. Während einige noch recht mobil sind und den öffentlichen Verkehr oder das eigene Auto benützen, sind andere stärker in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt, und ihr Bewegungsradius ist mehr oder weniger auf ihr Haus und gegebenenfalls ihren Garten begrenzt. Gefühle der Einsamkeit äusserte von den hier Interviewten niemand. Dabei mag atmosphärisch die Nähe der Stadt Basel eine gewisse Rolle spielen. Sie wird zwar nicht mehr häufig besucht, doch in den Gesprächen als wichtiger Bezugspunkt oft erwähnt. Einen weiteren Referenzpunkt bildet der nahe gelegene alte Dorfkern von Muttenz, für dessen vorbildliche bauliche Erhaltung die Gemeinde im Jahr 1983 den renommierten Wakkerpreis erhielt.

Worin lassen sich die Gründe für das breit geäusserte Wohlbefinden der Interviewten mit ihrer Situation in Einfamilienhaus und Quartier ausmachen? Drei Bereiche spielen hier eine herausragende Rolle: die Beziehungen zu anderen Menschen, Erinnerungen an früher und die Stabilität der Wohn- und Lebenssituation im Alltag.

Ein regelmässiger Austausch in Form von Face-to-Face-Beziehungen zu anderen Menschen ist für alle Interviewten von grosser Bedeutung. Das Quartier spielt hierbei jedoch bloss eine untergeordnete Rolle. Räumlich steht eher das unmittelbare Umfeld im Vordergrund. Es geht also um jene Personen, die an der gleichen Strasse oder an einer Strasse in der Nähe wohnen. Das auch von der Gemeindeverwaltung als solches identifizierte Quartier Hinterzweien ist als Ganzes zu gross und zu weitläufig, als dass ihm im Bereich der sozialen Beziehungen eine nennenswerte Bedeutung zukäme. Darüber hinaus sind mit Beziehungen zu anderen Menschen jedoch grundsätzlich stärker die familiären Bezüge gemeint. Wie bereits erwähnt spielen nachbarschaftliche Kontakte im Vergleich mit familiären Beziehungen eine untergeordnete Rolle. Während man mit den Nachbarn in der Regel einen höflichen Austausch pflegt, sind Familienangehörige – sofern sie einigermassen in der Nähe wohnen – wichtig für die Hilfe im Alltag (Einkaufen, Fahrdienste usw.). Positiv wahrgenommen wird von der älteren interviewten Bewohnerschaft im Quartier Hinterzweien jedoch, dass in den letzten zehn Jahren vermehrt junge Familien zugezogen sind, die mit ihren Kindern die Nachbarschaft beleben.

Auffallend ist auch, welche Rolle Erinnerungen an früher spielen. Die Vergangenheit ist in den Gesprächen immer wieder Thema, indem die Bewohnerinnen und Bewohner ihre Wahrnehmungen von Veränderungen, die insbesondere die räumlichen Verhältnisse betreffen, ansprechen. Vor allem jene Personen, die schon sehr lange, zum Teil seit fünfzig oder sechzig Jahren oder ihr ganzes Leben lang, in Hinterzweien bzw. in Muttenz ansässig sind, können ausführlich und detailliert über Veränderungen Auskunft geben. Die wahrgenommenen Veränderungen betreffen Gebäude, die einmal da waren, nun aber verschwunden sind, oder etwa besonders markante Bäume, die gefällt wurden, um Bauprojekten Platz zu machen. Viele dieser Erinnerungen und vergangenheitsbezogenen Vorstellungen bringen den Wandel von einer ländlichen hin zu einer städtischeren Gemeinde zum Ausdruck, den die Gemeinde Muttenz seit dem Zweiten Weltkrieg durchlaufen hat. Bauernhöfe und Gärten mussten Einfamilienhausquartieren weichen. Wo früher «leerer» Raum bzw. grüne Wiesen waren, sind Strassen, Wege und Bauten entstanden. Viele Menschen sind zugezogen, und die Anonymität im zwischenmenschlichen Bereich hat aus Sicht der Interviewten deutlich zugenommen. Man sei sich früher näher gewesen, man kannte sich besser, die Nachbarschaft war enger. Allerdings geht mit diesen Beobachtungen bei den meisten Interviewten kein Bedauern oder eine negative Bewertung der heutigen Situation einher. Das Interviewmaterial macht deutlich, dass die Identifikation der Bewohnerinnen und Bewohner mit ihrem Wohn- und Lebensumfeld über einen langen Zeitraum gewachsen ist und raum-zeitliche Veränderungen eine wesentliche Rolle spielen, die sie auch vor Gefühlen des Verlorenseins bewahren können.

Entsprechend ist auch ein Wegzug aus dem Einfamilienhaus, vor allem aber ein Wegzug aus Muttenz für die meisten Interviewten keine Option. Dies hängt nicht zuletzt auch mit der Stabilität der Wohn- und Lebenssituation der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner zusammen. Ihre Tage scheinen strukturiert und von grosser Routine geprägt, wozu die erwähnten Unterstützungsleistungen der Familie beitragen, die regelmässiger Bestandteil des Alltagslebens sind. So verbringt etwa ein hochaltriger Interviewter einen Tag pro Woche bei der Familie seines Sohnes. Eine ebenfalls sehr alte Frau erhält mehrmals pro Woche am Abend Besuch von ihrem Sohn. Jene Interviewten, die körperlich noch in der Lage sind, betätigen sich regelmässig mit Gartenarbeit. Überhaupt stellen Haus und Garten einen wesentlichen Stabilitätsfaktor im Leben zahlreicher Interviewter dar.

## Heimat, Identität und die Bedeutung des Vergangenen

Lassen sich die sozialen Bezüge und die Erinnerungen an früher auch vor dem Hintergrund eines umfassenderen Gefühls der Zugehörigkeit und der Bindung

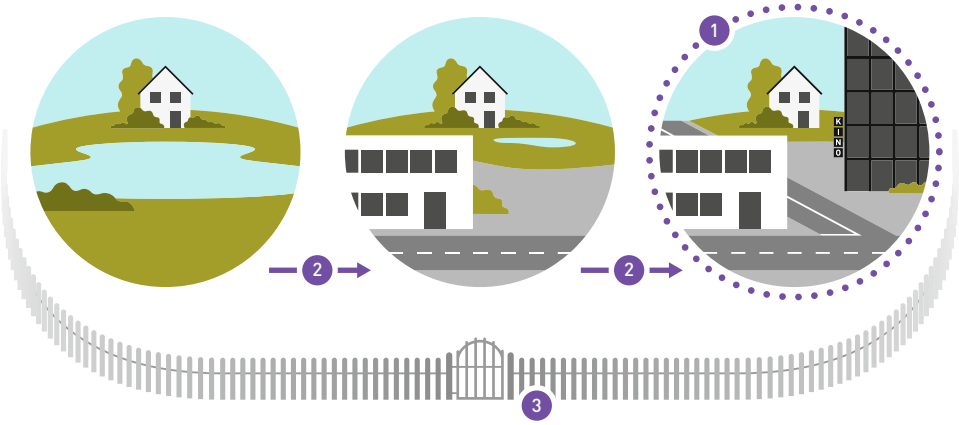
an den Ort verstehen oder sogar an Vorstellungen von «Heimat» festmachen? Um diese Frage zu beantworten, wurde auch den Themen Heimat und Identität in den Gesprächen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern Raum gegeben. Allgemein lässt sich festhalten, dass der Begriff der Heimat für die Interviewten kein selbstverständlich benutzter Begriff ist. Dennoch können fast alle bei entsprechenden Rückfragen damit etwas anfangen. Die Bezüge, die der Begriff der Heimat auslöst, reichen von der Schweiz als Heimatland bis zur «kleinen», überschaubaren Welt des Alltags, die als Heimat identifiziert wird. Grundsätzlich liessen sich am Interviewmaterial drei Typen von «Heimat» und von darauf basierenden Identifikationen rekonstruieren: Heimat als das «Gewöhnliche», Heimat als das «Erworbene» und Heimat als das «Ungewöhnliche».

Abb. 11.1

Wenn Heimat von den Interviewten mit dem «Gewöhnlichen» in Bezug gebracht wird, so wird damit das alltägliche Leben angesprochen und positiv bewertet: Es ist – zumindest an den meisten Tagen – gut, so wie es ist, «alles passt» im Alltag (was nicht zuletzt auch die Organisation von Hilfe und Unterstützung betrifft), man «fühlt sich wohl», man ist gleichsam «angekommen» und will nichts ändern – auch nicht umziehen, obwohl es zum Beispiel in Bezug auf Hindernisfreiheit bessere Lösungen gäbe als das Leben im Einfamilienhaus in Hinterzweien.

Während die Heimat als das «Gewöhnliche», auch Unspektakuläre, aber Solide, auf die gegenwärtige Situation bezogen ist, gleichsam auf das gegenwärtige lebensweltliche «Arrangement», zeichnet sich der Typus der Heimat als das «Erworbene» durch eine zeitliche Dimension aus. In der Vorstellung des «Erworbenen» oder des «Gewordenen» spielt Wandel eine wichtige Rolle. Dabei handelt es sich jedoch nicht einfach um Veränderungen, die einem widerfahren, sondern um solche, von denen man selbst Teil war (und ist). Durch das Miterleben von Wandel und durch den Bezug auf Veränderungen im erinnernden Erzählen stellen sich Gefühle und Wahrnehmungen von «heimisch Sein», von zu Hause Sein an einem Ort, von Heimat ein. In leichter Zuspitzung könnte man dies auch als Teilhabe am Gemeinschaftlichen durch Zeugenschaft über die Zeit bezeichnen. Wesentlich ist, dass Heimat sich hier durch Offenheit auszeichnet. Jeder und jede kann an dieser Heimat teilhaben, vorausgesetzt, er oder sie lebt lange genug vor Ort, um ein «kompetenter» Erzähler oder eine «kompetente» Erzählerin des Vergangenen, das zur Gegenwart hinführt, zu sein.

Der dritte Typus, welcher Heimat als das «Ungewöhnliche» fasst, lässt sich von den beiden anderen insofern nochmals besonders abgrenzen, als dass er sich einerseits durch den Aspekt der Herkunft und andererseits durch jenen der Arbeit charakterisieren lässt. Heimat gilt hier einerseits als etwas, das jemanden auszeichnet, ihn oder sie besonders macht; Heimat ist nichts «Gewöhnliches», das jedem gleichsam niederschwellig zukommt. Alteingesessene Interviewte




1) Heimat als das Gewöhnliche, bezogen auf die gegenwärtige Situation.
2) Heimat als das Erworbene durch Miterleben von Wandel.
3) Heimat als das Ungewöhnliche aufgrund der Herkunft (Heimat als Abgrenzung).
Quelle: Eigene Darstellung.

beschreiben ihr Heimat- und Dazugehörigkeitsgefühl entsprechend als etwas natürlich Gegebenes, von welchem sich das Fremdsein abgrenzt. Wer nicht ursprünglich aus Muttenz ist, bleibt fremd. Allerdings wird die Vorstellung von Heimat als etwas «Ungewöhnlichem» von den interviewten Bewohnerinnen und Bewohnern auch mit «Arbeit» in Verbindung gebracht. Heimat ist hier ein besonderes «Geschenk», das man bekommen hat (etwa durch Geburt an einem Ort), für das man zwar nichts kann, das man aber umso mehr pflegen muss. Die Idee der Herkunft verbindet sich hier mit der Pflege einer besonderen Beziehung zu einem Ort, mit der Vorstellung eines besonderen «Wissens», über welches man aufgrund der Herkunft verfügt. Man ist gleichsam eingeweiht, Neuzuzüger haben hier kaum eine Chance. Damit man dieses Wissen über einen Ort, den besonderen Bezug zu ihm auch aufrechterhalten kann, muss man in die Erhaltung der Heimat Arbeit investieren. Heimat mit der Aura des Ungewöhnlichen wirkt sich in dieser Form stabilisierend auf die aktuelle Wohn- und Lebenssituation aus.

## Ausblick

Einsamkeit bei hochaltrigen, vulnerablen Menschen muss – so zeigt der begrenzte empirische Ausschnitt – nicht notwendig entstehen oder zunehmen. Möglicherweise lässt sich die im internationalen Kontext geführte oben erwähnte Debatte zu strukturschwachen Einfamilienhausquartieren und ihren Gefährdungspotenzialen auf die Schweiz nicht ohne weiteres übertragen. Das mag nicht zuletzt auch mit der Kleinräumigkeit schweizerischer Verhältnisse und der verwaltungstechnisch guten Erschliessung und Versorgung der Gebiete zusammenhängen. Um die Wohn- und Lebenssituation alter, oft auch besonders vulnerabler Menschen besser verstehen zu können, könnte es gewinnbringend sein, über strukturell-ökonomische Faktoren hinaus stärker als bisher auch die über lange Zeit entstandenen Vorstellungs- und Erlebenswelten der Älteren und ihre im Verlaufe ihres Lebens geprägten Bindungen an Orte in die Analyse und in Fragen der Raumplanung einzubeziehen und sie als mögliche Quellen eines «gelungenen» Alters zu erkennen.

# 12 Wohnen im sehr hohen Alter: Familiale Herausforderungen im Spannungsfeld räumlicher und emotionaler Distanzen

Daniela S. Jopp, Claudia Meystre, Charikleia Lampraki und Kathrin Boerner

Alte und sehr alte Menschen sind aufgrund von Gesundheitsproblemen und Multimorbidität oft auf Unterstützung im Alltag angewiesen. Dennoch planen die meisten, ihre verbleibenden Lebensjahre in Privatwohnungen zu verbringen. Dass mit der zunehmenden Lebenserwartung auch immer mehr Menschen ein sehr hohes Alter erreichen (Vaupel, 2010), hat daran nichts geändert. Ob ein Altern zu Hause möglich ist, hängt von vielen Faktoren ab, beispielsweise wie gut sich die Seniorinnen und Senioren angesichts gesundheitlicher und kognitiver Einschränkungen selbst versorgen können. Aber auch die finanziellen Ressourcen, die Verfügbarkeit von Sozialpartnern, die sich in die Pflege einbringen können und wollen, die Pflegekultur sowie der Zugang zu professionellen Pflegeangeboten und zu staatlicher Unterstützung spielen eine Rolle (z. B. Haberkern und Szydlik, 2010). Erwachsene Kinder sind oft stark in die Betreuung ihrer sehr alten Eltern eingebunden, auf praktischer (z. B. Pflege, Organisation), finanzieller (z. B. Bezahlung der professionellen Pflege) und emotionaler Ebene (z. B. Konflikte um die Pflege; Hugentobler, 2003). So sind die Entscheidungen über Wohnen, Pflege und Betreuung stark miteinander verflochten und werden daher meist nicht von den Seniorinnen bzw. Senioren allein, sondern innerhalb der Familie getroffen (z. B. Neal und Hammer, 2007). Doch obwohl es viele Studien zur Belastung durch Pflege gibt, wird die Perspektive der Familie und insbesondere der Kinder in der politischen Diskussion wenig berücksichtigt. Dies wirkt sich dann nachteilig aus, wenn die Politik bestimmte Entwicklungen vorantreibt, wie z. B. das Leitbild «ambulant vor stationär», das auf ein möglichst langes Verbleiben im eigenen Haushalt abzielt. Da (sehr) alte Menschen meist Teil von Eltern-Kind-Dyaden sind, betreffen Fragen der Pflege und des Wohnens in der Regel mindestens zwei zentrale Personen mit unterschiedlichen Schwächen und Bedürfnissen. Dies ist heute von besonderer Bedeutung, denn zum ersten Mal in der Geschichte erreichen zwei Generationen gemeinsam ein hohes Alter

(Jopp *et al.*, 2016). So gibt es heute nicht nur mehr Menschen, die ein Alter von 100 erreichen, sondern auch mehr erwachsene Kinder, die als 70- oder 80-Jährige ihre alten Eltern pflegerisch unterstützen.

Um die Zusammenhänge zwischen Wohnen, Unterstützung und Pflege sowie Beziehungsqualität zu erläutern, stellen wir die Perspektiven von alten Eltern und diejenige ihrer Kinder vor, indem wir grössere empirische Studien sowie Daten aus der Schweizer Multimethodenstudie «Vieillir Ensemble» berücksichtigen (2018), die 100 Dyaden von (sehr) alten Eltern und ihren erwachsenen Kindern untersuchte.

## Verletzlichkeit, Unterstützung und Unterbringung

Im hohen (d.h. 65–79 Jahre) und sehr hohen (d.h. über 80 Jahre) Alter wird die Verletzlichkeit von Eltern und Kindern zu einem wichtigen Thema für die Unterstützung und beeinflusst die Wohnortentscheidung. Der Aufenthalt in der eigenen Wohnung oder im eigenen Haus wird schwieriger, wenn sich Mobilitätsprobleme und andere chronische Gesundheitsprobleme häufen. Obwohl die heutigen 80- und 90-Jährigen gesünder sind als frühere Kohorten, ist das sehr hohe Alter nach wie vor durch eine Multimorbidität gekennzeichnet, die den Alltag belastet und die Autonomie gefährdet. Das sehr hohe Alter bringt auch den Verlust von Ehepartner, anderen Familienmitgliedern und Freunden mit sich, sodass sich die Anzahl derjenigen, die Hilfe leisten könnten, reduziert. Dennoch befindet sich lediglich ein relativ kleiner Prozentsatz in Langzeitpflegeeinrichtungen: 2016 lebten nur 12 % der 80- bis 89-jährigen Schweizerinnen und Schweizer in Pflegeheimen (Frauen: 14 %, Männer: 8 %). Im Alter von 90 und mehr Jahren lag der Anteil bei 38 % (Frauen: 43 %, Männer: 27 %; BFS, 2017d). Das bedeutet, dass selbst im sehr hohen Alter ein grosser Teil in privaten Haushalten lebt.

Sobald die Eltern ein sehr hohes Alter erreichen, werden die Kinder meist zu zentralen Netzwerkpartnern und übernehmen Pflege- und Betreuungsaufgaben. Insbesondere wenn der Ehepartner bzw. die Ehepartnerin stirbt oder nicht mehr helfen kann, werden die Kinder gebeten, sich stärker zu engagieren (Haberkern und Szydlik, 2010; Künemund und Hollstein, 2005). Kinder, insbesondere die Töchter, leisten entweder die pflegerische Grundversorgung oder organisieren die Hilfe von Fachleuten oder von Familienmitgliedern und Freunden. Kinderlosigkeit bringt also eine zusätzliche Verletzlichkeit mit sich: Sehr alte Menschen, die keine Kinder haben, erhalten wesentlich weniger Hilfe (z.B. Boerner *et al.*, 2016). Mit zunehmender Kinderlosigkeit ist in Zukunft ein Mangel an informeller Hilfe für eine wachsende Gruppe sehr alter Menschen zu befürchten, sodass zusätzliche formale Strukturen notwendig sein werden, um ihren Bedürfnissen gerecht zu werden (z.B. Hugentobler, 2017).

Erwachsene Kinder können selbst verletzlich und gefährdet (vulnerabel) sein. Es ist bekannt, dass die Pflege belastend und mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität verbunden ist (z. B. Rhee *et al.*, 2009). In den SwissAgeCare-Studien (Perrig-Chiello *et al.*, 2010) berichteten 80 % der pflegenden Angehörigen, einschliesslich der erwachsenen Kinder, von chronischem Stress und Spannungen sowie der Verwendung von Medikamenten wie Beruhigungsmitteln, Antidepressiva und Schlaftabletten. Auch hatten die pflegenden Kinder im Vergleich zur gleichaltrigen Normalbevölkerung einen wesentlich schlechteren Gesundheitszustand.

In welchem Umfang die Kinder die pflegerische Versorgung übernehmen, hängt von vielen Aspekten ab, darunter von kulturellen Faktoren (z. B. Pflege als familiale Verpflichtung; gesetzliche Regelungen, die Kinder zur Pflege zwingen) und Opportunitätsstrukturen (z. B. ob professionelle Pflege zur Verfügung steht; staatliche Unterstützung) sowie von persönlichen Merkmalen des Elternteils (z. B. Pflegebedarf; finanzielle Mittel) und des Kindes selbst (z. B. ob sie noch arbeiten; gesund sind). Weitere Faktoren sind familiale Konfigurationen (z. B. gibt es einen noch lebenden Ehepartner; das Geschlecht der Kinder) und die räumliche Entfernung zwischen Eltern und Kindern.

Die Studie «Vieillir Ensemble» verdeutlicht, dass in der Regel unterschiedliche Quellen der Unterstützung vorliegen, aber auch, welche Quellen dominieren. So gaben 70 % der Studienteilnehmenden an, von ihren Töchtern Unterstützung zu erhalten, 49 % von den Söhnen, gefolgt von Ehepartnerinnen und -partnern mit 29 %. Enkel, Geschwister und andere Verwandte waren deutlich weniger involviert. Einen bedeutenden Beitrag leisteten auch Freunde und Nachbarn, die von 44 % bzw. 15 % als Helfer benannt wurden. Zudem gaben mehr als 50 % an, professionelle Unterstützung zu erhalten. Damit decken sich unsere Ergebnisse mit früheren Studien, die zeigten, dass in der Schweiz in der Regel die Kinder, vor allem die Töchter, die Hauptlast der informellen Betreuung tragen (Höpflinger und Perrig-Chiello, 2009).

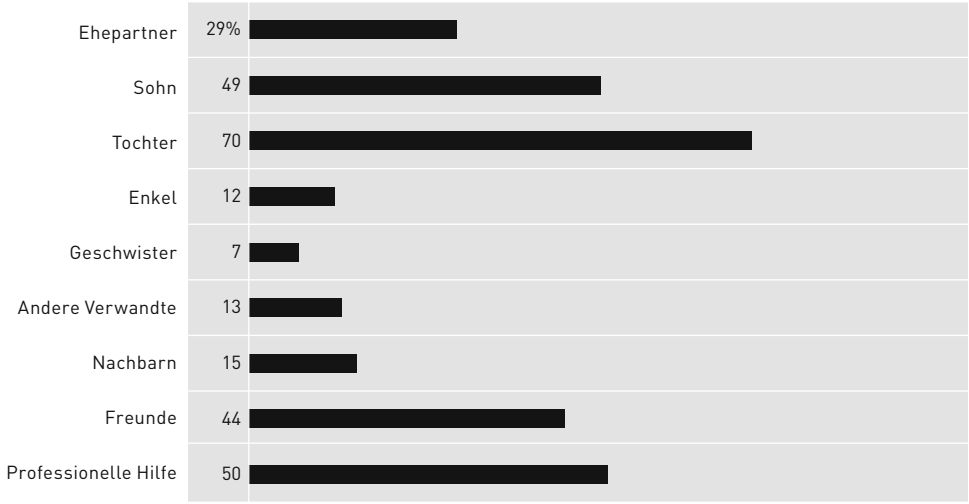
Abb. 12.1

## Räumliche Distanz und ihr Einfluss auf Pflegebeteiligung und Beziehungsqualität

In der Schweiz haben mehr als 80 % der Eltern im Alter von 60 bis 79 Jahren mindestens ein in der Nähe lebendes Kind (bis zu 25 Kilometer; Kohli *et al.*, 2005). Unsere Daten zeigen, dass die räumliche Entfernung zwischen den Wohnorten der Eltern und der Kinder eine wichtige Rolle bei der Unterstützung und Pflege spielt. Auch grössere europäische Studien (z. B. Haberkern und Szydlik, 2010) verdeutlichen, dass eine räumliche Nähe die Wahrscheinlichkeit

## Unterschiedliche Quellen der Unterstützung im Alter: Anteile nach Hilfe leistender Person

12.1




Im Privathaushalt oder im Heim lebende Personen.
n = 102, Durchschnittsalter 83,93.
Quelle: Studie «Vieillir ensemble», UniL 2018.

erhöht, ein Kind als primäre Pflegeperson zu haben, mehr Hilfe aller Art zu erhalten und in regelmässigem Kontakt zu bleiben (z. B. per Telefon). Eine geringere räumliche Entfernung erleichtert auch die Unterstützung durch das Kind, wenn sich die Eltern in einem Pflegeheim befinden.

Das Leben in der Nähe hat zusätzliche positive Auswirkungen, die über die Grundversorgung hinausgehen. So ist es besonders hilfreich, mehrere Kinder, insbesondere Töchter, in der Nähe zu haben, da sie durch das Mobilisieren von anderen Verwandten die sozialen Interaktionen der Eltern erhöhen. Die räumliche Nähe ermöglicht zudem gemeinsame Aktivitäten, die emotionale Nähe schaffen, wie das in unserer Befragung beispielsweise von der Mutter Eloïse (77 Jahre) beschrieben wurde. Das Wissen, dass ihre Tochter in unmittelbarer Nähe ist, scheint ihr zu helfen, sich gut versorgt und sicher zu fühlen:

> *Da wir nah beieinander wohnen, ist es einfach und angenehm, sich täglich persönlich zu treffen. Wir haben auch regelmässige Treffen: Einmal pro Woche kommt sie zum Mittagessen, und sie hilft mir sehr, wenn ich sie brauche. Sie ist immer da, wenn ich sie brauche.*

Die räumliche Distanz beeinflusst auch den Zusammenhang zwischen Unterstützung und Beziehungsqualität. Während die Hilfe des Kindes im Allgemeinen dazu führt, dass die Eltern die Beziehung zum Kind als positiver wahrnehmen – d. h. stärker unterstützend, mit weniger Konflikten und höherer emotionaler Nähe –, so beeinflussen Entfernungsunterschiede nicht nur den Umfang der Unterstützung, sondern auch die Art und Weise, wie diese Hilfe von den Eltern empfunden wird. Intensivieren Kinder die Hilfe für ihre Eltern, bewerten Eltern die Beziehung zu den Kindern positiver. Dieser Effekt ist stärker, wenn die Kinder weiter entfernt wohnen – möglicherweise wird die Hilfe hier als weniger selbstverständlich erachtet und erfährt daher mehr Wertschätzung. Leben die Kinder in der unmittelbaren Umgebung ihrer Eltern, dann ist die – meist bereits gut eingespielte – Beziehung allerdings weniger anfällig für alltägliche Konflikte, die durch verstärkte Hilfsleistungen entstehen können. Der bessere bzw. aus kürzerer Distanz gewonnene Einblick in die Lebenssituation der Eltern scheint sich hier positiv auszuwirken.

## «Gerne in der Nähe …, aber nicht zu nah.»

Familiale Beziehungen in der Schweiz sind durch «Intimität auf Distanz» gekennzeichnet (Perrig-Chiello und Höpflinger, 2009). Nur wenige sehr alte Eltern teilen den gleichen Haushalt mit ihren Kindern, auch wenn der Anteil mit dem Alter zunimmt und deutliche Geschlechtsunterschiede bestehen: bei den 80- bis 85-jährigen Frauen leben 3.6 %, bei den 85- bis 89-jährigen 5.9 % und bei den über 90-jährigen 8.4 % mit einem Kind zusammen. Da Männer im hohen Alter deutlich öfters mit einer Ehefrau/Partnerin leben, ist der Anteil an Vätern, die mit einem Kind zusammenleben, deutlich kleiner (80 bis 85: 1.1 %; 85 bis 89: 2.2 %; 90+: 3.1 %; vgl. Abbildung 12.2). Bei seinen Kindern zu leben (oder bei seinen sehr alten Eltern) ist folglich keine weit verbreitete Wohnkonstellation. Die Tatsache, dass die meisten Eltern in ihren eigenen Privathaushalten leben (Isengard, 2018; Szydlik, 2016), scheint jedoch keine negativen Auswirkungen zu haben, da häufige und positive Kontakte zwischen Eltern und Kinder bestehen (70 % mindestens einmal pro Woche; Perrig-Chiello und Höpflinger, 2009).

Abb. 12.2

Das Bedürfnis, sich nah zu sein, aber dennoch auf Distanz zu leben zu wollen, beschreibt die Aussage von Ingrid (74 Jahre):

> *Ich hatte meine Mutter drei Wochen lang bei mir zu Hause, nachdem sie gesundheitliche Probleme hatte, aber da ich keine «pflegerische» Seite habe, fühlte ich mich nicht bereit, sie zu fragen, ob sie bei uns wohnen wollte, also habe ich für sie diese kleine Wohnung nebenan organisiert.*

*Aber sie wollte nicht dorthin ziehen, da sie fand, dass es zu nah war und ich zu viel für sie hätte tun müssen, also weigerte sie sich.*

Räumliche Nähe scheint am besten zu funktionieren, wenn ein «guter Abstand» eingehalten wird, wie Eloïse (77 Jahre) beschreibt:

*Meine Tochter ist sehr aufmerksam, aber nicht invasiv, sie hat eine sehr gute Distanz gefunden, denn ich dringe auch nicht in ihre Privatsphäre ein, sie hat ihre Familie, ihr Haus, ihren Mann, ihre Kinder. Wenn der eine nicht in das Territorium des anderen eindringt – und das muss auf Gegenseitigkeit beruhen –, ist das eine Garantie für ein gutes Auskommen.*

## Gemeinsamer Haushalt

Ein gemeinsamer Haushalt bietet sich oft an, wenn eine umfangreichere Betreuung erforderlich ist. Das Wohnen im selben Haushalt wird von den Eltern oft gewünscht. Kindern widerstrebt dies aufgrund ihrer eigenen gesundheitlichen Einschränkungen, aber auch, weil sie andere Vorstellungen davon haben, wie sie ihr eigenes Alter verbringen wollen, wie Marjorie (69 Jahre) beschreibt:

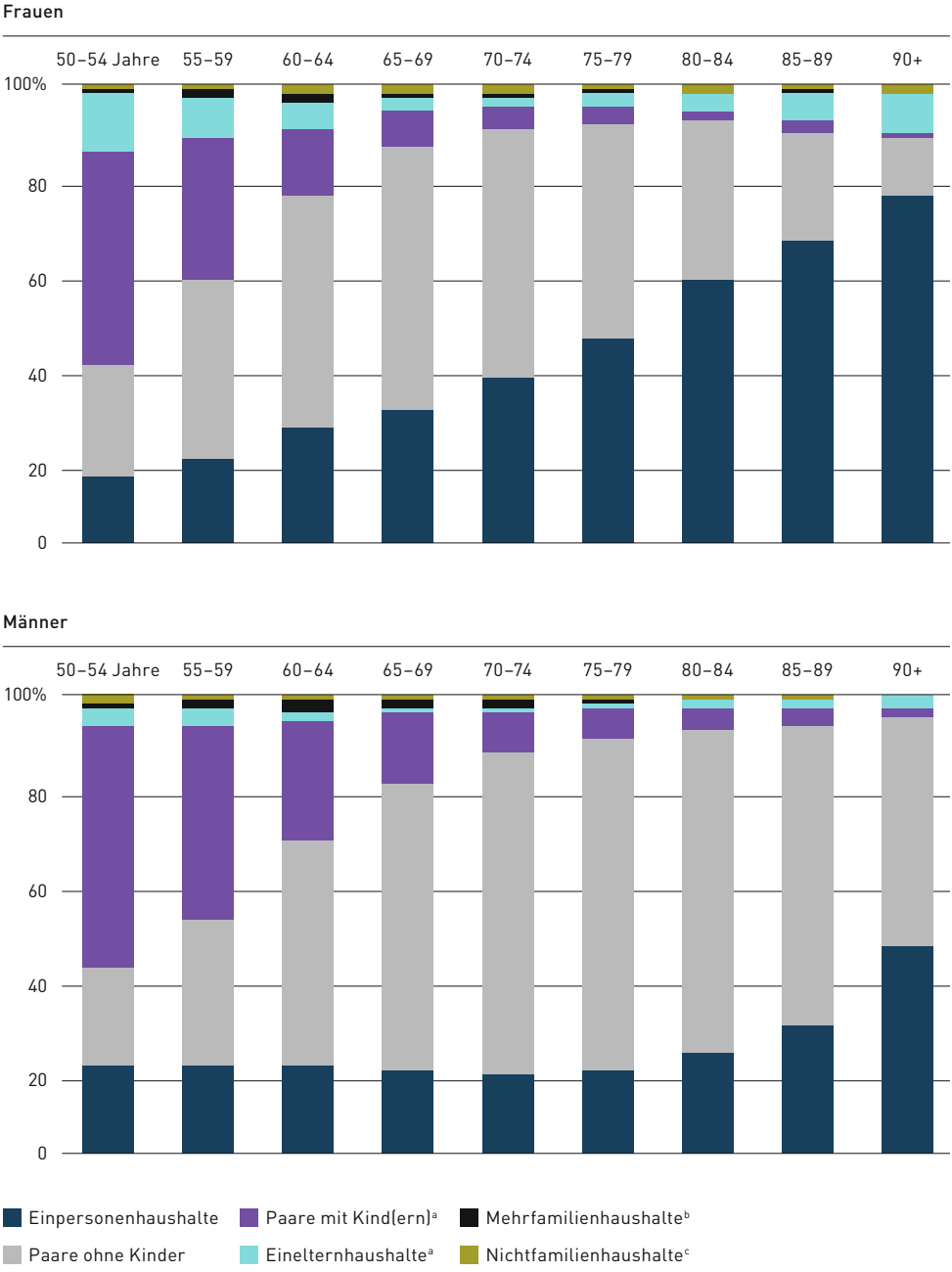
*Als meine Mutter noch zu bei sich Hause war und anfing, mehr Unterstützung zu benötigen, wollten wir, dass sie für einen dritten Tag in die Tagesbetreuung geht […]. Ich werde ja auch nicht jünger. Ich möchte auch ein wenig den Ruhestand geniessen, ich hatte noch nichts davon. Sie zog nach einem Krankenhausaufenthalt bei mir ein. […] Ich brachte sie zuerst zu ihr nach Hause, und als wir ankamen sagte sie: (imitiert die Stimme der Mutter) «Nein, ich kann nicht!» Also habe ich sie hierher zurückgebracht; seither hat sie mein Haus nicht mehr verlassen.*

Obwohl heutzutage mehr häusliche Gesundheitsdienste zur Verfügung stehen, kann sich deren Nutzen reduzieren, wenn ihre Qualität schlecht ist oder praktische Probleme auftreten. Wie von einem Sohn beschrieben, entsprach der Hauspflegedienst weder den Bedürfnissen seiner Mutter noch seinen Erwartungen, sodass er keine andere Lösung fand, als sie in seinem Haus unterzubringen. Auch die Akzeptanz professioneller Dienstleistungen zu Hause kann eine Herausforderung sein, wie Marjorie (69 Jahre) beschreibt:

*Jeden Montag dusche ich meine Mutter, weil ich niemanden vom Pflegedienst haben will. Weil ich nicht will, dass jemand zu mir nach*

## Privathaushalte von Personen im Alter 50+ nach Haushaltstyp und Geschlecht, 2016

12.2




Im Privathaushalt lebende Personen.
[a] Ohne Altersbeschränkung. [b] Mind. zwei unabhängige Familienkerne. [c] Bspw. Wohngemeinschaften.
Quelle: BFS 2016 (Strukturerhebung).

*Hause kommt, weil das mein Haus ist, nicht ihres. Wenn sie bei sich wäre, wäre das etwas anderes.*

Finanzielle Abhängigkeiten tragen auch dazu bei, sich in einen gemeinsamen Haushalt gezwungen zu fühlen. Eine mögliche, aber ungewisse Erbschaft erhöht die Pflegebereitschaft des Kindes, wahrscheinlich um den Wert des Erbes zu erhalten (Haberkern und Szydlik, 2010). Dies kann zu Machtkämpfen führen, wie der folgende Fall aus unserer Studie zeigt: Nachdem sie bei der Tochter eingezogen ist, droht die Mutter «wenn ich dich nerve, dann kann ich ja ins Heim». Das will die Tochter nicht, da sie dies bezahlen müsste. So nimmt sie «finanzielle Rache»: Solange die Mutter bei ihr lebt, muss diese eine Art Pension zahlen.

Eine gemeinsame Wohnsituation scheint erfolgreicher, wenn Eltern und Kinder Wahlmöglichkeiten haben, sich aber dennoch für das Zusammenleben entscheiden. Doch selbst bei einem guten Eltern-Kind-Verhältnis kann der Übergang herausfordernd sein. Raum und Routinen müssen ausgehandelt werden, um eine funktionierende Wohnsituation zu schaffen, hier beschrieben von Elisabeth (60 Jahre), die vor einer Woche mit ihrem Mann bei der Mutter einzog:

*Ich zog [ins Haus meiner Mutter], um ihr bei dem zu helfen, was sie nicht mehr tun kann. (…) Es gibt ihr ein sicheres Gefühl, jemanden bei sich zu haben, vorher kam sie mir viel ängstlicher vor. Manchmal fühle ich mich gut in dieser Beziehung, manchmal finde ich es sehr schwer; sie ist zu Hause, und wir leben bei ihr, und es ist nicht immer einfach, einen Platz für mich zu finden.*

## Unterstützung und Beziehungsqualität im Pflegeheim

Die Aufnahme ins Pflegeheim wird oft notwendig, wenn die Kinder die Grundversorgung nicht (mehr) übernehmen können. Dieser Übergang kann dramatisch sein: Wie von einer Tochter beschrieben, musste ihre 90-jährige Mutter nach dem Tod ihres Mannes ins Pflegeheim. Die Tochter, die ihr räumlich und emotional am nächsten war, war noch berufstätig und beschloss, die Pflege nicht zu übernehmen. Die Mutter fühlte sich zum Umzug ins Pflegeheim gezwungen, zürnte ihrer Tochter sehr und war so unkooperativ, dass die Pflegeheimverwaltung drohte, sie in die Psychiatrie zu schicken. Die Tochter suchte die professionelle Hilfe einer Psychologin, um sich zu «distanzieren» und «nicht schuldig» zu fühlen, was dazu führte, dass beide später wieder eine positivere Beziehung aufbauen konnten.

Führt die (physische oder emotionale) Nähe zum Kind zu einer besseren Anpassung an das Leben im Heim? Unseren Daten zufolge sind Eltern mit Kindern in der Nähe stärker deprimiert, vielleicht aufgrund unerfüllter Erwartungen an das Kind. Insgesamt zeigt sich auch, dass Eltern, die im Pflegeheim leben, mehr Konflikte mit ihren Kindern zu haben scheinen.

So ist es nicht ungewöhnlich, dass sich Eltern allein gelassen und vernachlässigt fühlen: «Sie haben mich wie einen Sack Kartoffeln abgeschoben.» Sich an das institutionelle Leben mit festen Routinen und geringer Privatsphäre zu gewöhnen, ist nicht einfach. Ein Missverhältnis zwischen der Kapazität des Elternteils und der Umgebung kann zu Anpassungsschwierigkeiten führen («Ich habe niemanden, mit dem ich sprechen kann, sie sind alle mental viel eingeschränkter als ich»). Da der Umzug ins Heim oft sehr spät erfolgt, werden Institutionen auch als Orte des Sterbens wahrgenommen, was zusätzliche emotionale Herausforderungen birgt («In einer Umgebung leben, in der sich viele Menschen in der letzten Lebensphase befinden. Das erzeugt Traurigkeit, Wut und Ärger»; «Ich weiss, dass ich hier sterben werde»).

Die Kinder sind hingegen deutlich weniger angespannt, wenn das Elternteil im Heim ist: «Seit er im Heim lebt, ist es leichter, viel entspannter.» Die Heimunterbringung kann auch zur Stabilisierung der Eltern führen, wie Marie (50 Jahre) berichtet:

> *Ich liebe meine Mutter sehr. Es ist lange her, dass ich angefangen habe, mich um sie zu kümmern. Sie war schon immer zerbrechlich. Seit sie im Heim ist, hat sie sich wirklich stabilisiert, sie hat ihre Sicherheit wiedererlangt.*

Gleichzeitig führt die emotionale Nähe zu ihrer Mutter bei Marie zu Schuldgefühlen:

> *Dass sie dort bleiben muss, während ich in die Freiheit zurückkehre – das muss sehr, sehr schwer für sie sein. Sie wollte immer, dass wir bei ihr leben, sie verstand nicht, dass wir es nicht wollten. Sie sagt es uns nie ins Gesicht, aber sie sagt es zu meiner Schwester: «Es ist wegen ihr, dass ich hier leben muss.»*

So kann die institutionelle Pflege neben der erforderlichen Grundversorgung auch Stabilität und Sicherheit für Eltern und Kind bieten. Physische und/oder emotionale Nähe kann jedoch die Belastung beim Heimeintritt auch erhöhen. Verschlechtert sich dadurch die Beziehung zwischen Elternteil und Kind, kann professionelle psychosoziale Unterstützung sehr wichtig werden.

## Fazit

Zusammenfassend ergibt sich ein komplexes Bild des Zusammenspiels von Personen-, Familien- und Wohnortfaktoren sowie professionellen Pflegefaktoren. Die folgenden praktischen Empfehlungen können von diesen Überlegungen zur physischen und emotionalen Distanz im Rahmen von Unterstützung und Pflege abgeleitet werden: Um sicherzustellen, dass vulnerable Hochaltrige die notwendige Unterstützung erhalten und ihre «alten» Kinder mit den geringstmöglichen pflegerischen Risiken konfrontiert sind, müssen die Bedürfnisse beider von Dienstleistern und politischen Entscheidungsträgern gleichermassen berücksichtigt werden. Die Bereitstellung erschwinglicher professioneller und hochwertiger Unterstützung scheint unerlässlich, um eine reelle Wahl zu haben, unabhängig davon, ob die Kinder in der Nähe leben oder nicht. Ein Betreuungskontinuum, aus dem auf die Pflegebedürfnisse der Eltern abgestimmte Leistungen ausgewählt werden können, wäre ideal. Dazu sollten qualitativ hochwertige häusliche Gesundheitsdienste und betreutes Wohnen für Menschen mit geringerem Pflegebedarf sowie institutionelles Wohnen in Gruppen von Bewohnerinnen und Bewohnern mit je vergleichbaren Einschränkungen gehören, am besten angeboten am selben Ort und vom selben Anbieter, um reibungslose Übergänge zu ermöglichen. Kinder sollten nicht in die Rolle der primären Pflegeperson gezwungen werden, nur weil sie in der Nähe leben, da dies negative Folgen für die Beziehung zu den Eltern hat und die erlebten Belastungen verstärkt. Wenn Eltern und Kinder eine Mischung aus familialem Engagement und professioneller Unterstützung wählen können, können sie mehr Zeit von guter Qualität miteinander verbringen.

Abb. 12.3

Zusätzlich zur Einrichtung flächendeckender Angebote beruflicher (z. B. Gewährung von Familienzeit) und pflegerischer (z. B. Kurzzeitpflege) Entlastung von betreuenden Angehörigen scheint auch die Einführung einer staatlichen Pflegeversicherung wichtig zu sein, die eine Bezahlung pflegender Angehöriger ermöglicht, um deren finanzielle Belastungen zu verringern und die Anerkennung ihrer Leistungen durch die Gesellschaft zu erhöhen.

Angesichts der negativen Auswirkungen von belastenden Beziehungen auf Gesundheit und Wohlbefinden sollten Haushaltshilfe- und Pflegedienstleistungen durch niedrigschwellige professionelle psychosoziale Dienste ergänzt werden. Eine professionelle Unterstützung zur Verbesserung des Eltern-Kind-Verhältnisses ist nicht nur in privaten Wohnsituationen, sondern auch in Pflegeheimen von Vorteil, da dies zu mehr Kooperation zwischen Eltern, Kindern und Pflegeanbietern, sowie zu mehr Engagement aller Beteiligten führt.

## Unterstützung und Pflege erleichternde Faktoren

12.3

**Familien/Beziehungsfaktoren**

- Kinder zu haben
- Eine Tochter zu haben
- Positive Eltern-Kind-Beziehung
- Positive Beziehungsgeschichte
- «gute Distanz» (z.B. des anderen Leben respektieren)

**Wohnort/Lebensraumfaktoren**

- In der Nähe, aber nicht im selben Haushalt leben
- Gemeinsamer Lebensraum (z.B. gleiche Stadt ermöglicht spontane Treffen, erleichtert positives Miteinander)
- Gemeinsame Alltagsaktivitäten

**Professionelle Pflegefaktoren**

- Wahlmöglichkeiten bzgl. Pflegeangeboten und -arrangements
- Pflegeheime mit Gruppen unterschiedlicher Einschränkungen
- Pflegekontinuum
- Bezahlbare professionelle Pflegeangebote
- Qualitativ hochwertige Pflegeangebote
- Entlastende Kurzzeitpflege
- Professionelle Unterstützung bei herausfordernden Beziehungssituationen

Das komplexe Zusammenspiel einer Vielzahl von Faktoren prägt die individuelle Betreuungs- und Pflegesituation.
Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage eigener Forschungsarbeiten der Autorinnen.

# 13 Zu Hause wohnen im hohen Alter. Die angestammte Wohnung zwischen Halt und Herausforderung

Barbara Masotti

Heutzutage ist es schwierig, über die Wohnverhältnisse älterer Menschen zu sprechen, ohne auf die verschiedenen, speziell für diese Bevölkerungsgruppe konzipierten Wohnformen einzugehen. Dabei ist über die Attraktivität dieser Wohnformen für Seniorinnen und Senioren wenig bekannt. Im Gegenteil, bekanntlich ist für die meisten älteren Menschen die angestammte Wohnung immer noch das bevorzugte Lebensumfeld, in dem sie so lange wie möglich bleiben möchten. Allerdings sehen sich die Menschen mit zunehmendem Alter auch mit einem Anstieg der Bedürfnisse konfrontiert. Es ist deshalb legitim, die Frage nach der Angemessenheit des eigenen Daheims in dieser Lebensphase zu stellen.

Unsere Überlegungen orientieren sich an einer im Tessin durchgeführten Forschungsarbeit zum Thema «Formelle Dienstleistungen im Haushalt im hohen Alter» (Masotti, 2016). Die Grundlage bildeten leitfadengestützte Interviews mit 37 Personen ab 80 Jahren, die zu Hause leben. Die Gespräche zeigten die verschiedenen Regulationen bzw. Zugeständnisse (Barthe *et al.*, 1988), welche Menschen sowohl auf praktischer und identitätsbezogener Ebene eingehen, um angesichts altersbedingter Verluste ein Mindestmass an Vertrautheit mit ihrer Umgebung zu erhalten oder wieder herzustellen. Das eigene Zuhause, der Bezugsort per definitionem (Veysset, 1989), kann ein Mittel sein, um den Kontakt zur Umwelt aufrechtzuerhalten (vgl. Caradec, 2004). Gleichzeitig kann es mit zunehmenden Verlusten zur Beschränkung des Lebensumfelds beitragen. Im Folgenden werden zwei Haupttrends beschrieben, welche eine Reflexion über das Wohnen im angestammten Rahmen bei Hilfsbedürftigkeit sowie allgemein über das System zur Förderung des Verbleibs zu Hause und dessen Zugänglichkeit anregen sollen.

## Das eigene Zuhause als Ort des Halts

Die Formen der Regulation, die Menschen im Alter entwickeln, bestehen oft in «Anpassungen» der Aktivitäten. Zu schwierig gewordene Aktivitäten werden aufgegeben und die mit dem eigenen Zustand vereinbaren Tätigkeiten beibehalten. Dies führt zu einer schrittweisen Reduzierung des Lebensraums auf den Wohnraum (siehe Abbildung 13.1A). Berichte von Personen, die mit den Auswirkungen des Alterns konfrontiert sind, aber über eine gewisse funktionelle Unabhängigkeit verfügen, zeigen, dass dieser Rückzug gesucht, ja sogar gesteuert werden kann. Er entspricht dem Streben nach Sicherheit und bietet zudem die Möglichkeit, ein Minimum an Kontrolle über das eigene Leben zu bewahren.

Das Gemeinsame an diesen Berichten ist die Betonung eines täglichen Kampfs, um das Leben nach den eigenen Wünschen und nach dem eigenen Rhythmus zu gestalten. Die Schilderungen des Tagesablaufs sind geprägt von der Aufrechterhaltung der alltäglichen Rituale, die trotz Müdigkeit, Schmerzen, gesundheitlichen Problemen und wiederholten Stürzen, mit denen einige Personen konfrontiert sind, «noch möglich» sind und bewältigt werden, «solange man aus eigener Kraft kann». Der Prozess der Fragilisierung und die Verletzlichkeit hochbetagter Menschen erfordern kontinuierlich vielfältige Anpassungen und eine stetige Risikoantizipation.

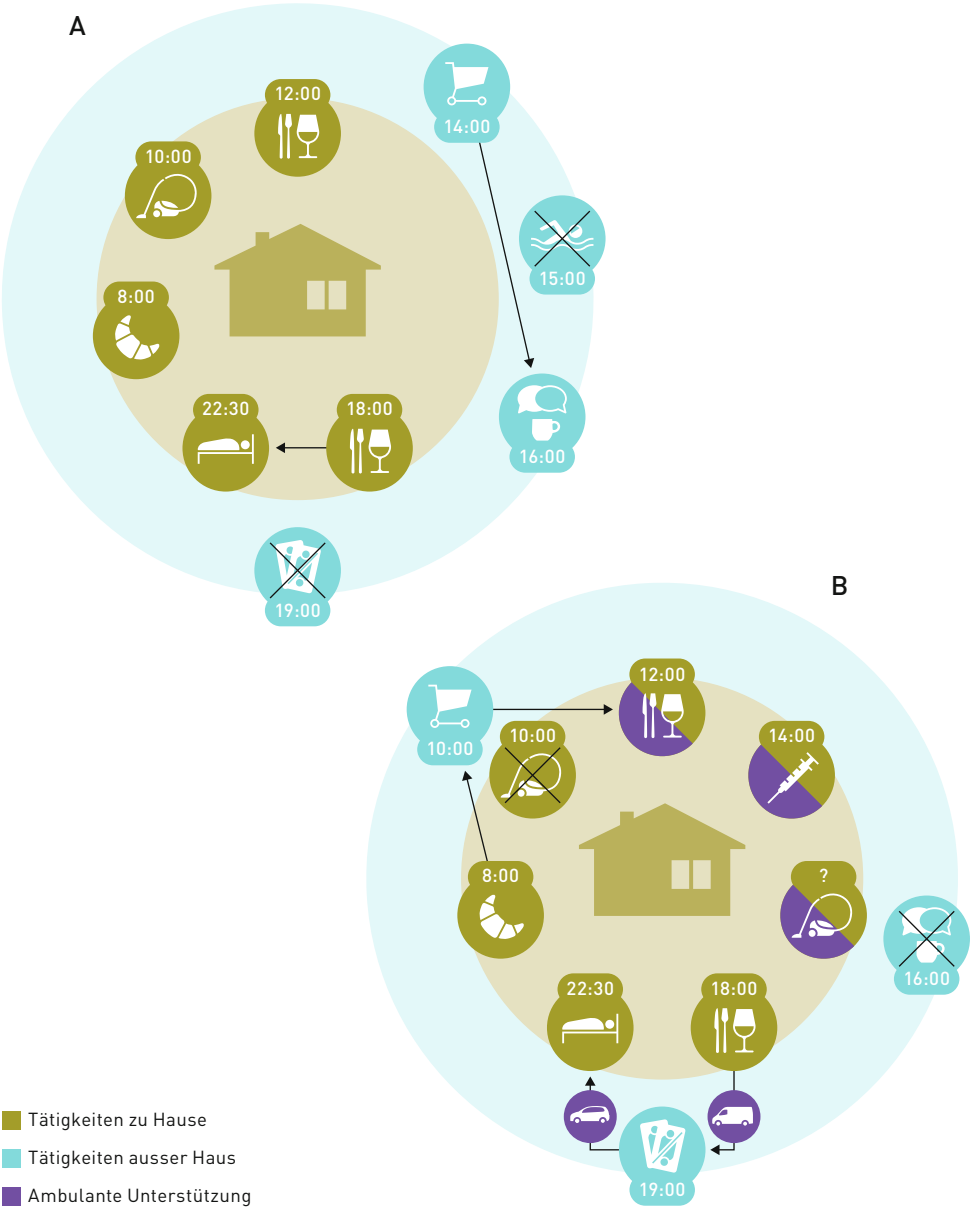
> *Also, ich stehe gegen 8 Uhr auf. […] Nein, vorher mache ich Gymnastik wegen der Rückenschmerzen, […] denn die erste Bewegung am Morgen ist die, die mir am meisten Rückenschmerzen bereitet […]. Ich komme hierher, ich mache das Frühstück […] Und dann verrichte ich diese Arbeiten … wirklich die am meisten … die ich machen muss. […] Dann ist es Zeit, das Essen zuzubereiten. Jetzt gehen wir zweimal die Woche zu […]: Das ist ein Treffpunkt für ältere Menschen […] und wenn wir zurückkommen, ruhen wir uns fast immer aus. […] denn der Tag ist nachher noch lang. […] und dann am Abend, das gleiche Abendessen und dann … sehen wir fern und gehen ins Bett. Das ist alles. Und dann, manchmal, wenn wir zu [Name des Treffpunkts] gehen, nutzen wir die Gelegenheit, um einzukaufen.* (Frau Mariani, 84 Jahre)

Die Aufrechterhaltung des eigenen Alltagsrhythmus trägt zur Kontinuität und zur Bestimmung der eigenen Identität bei. Routinisierung – zu verstehen als «Etablierung einer festen und starren Ordnung in allem, was zum heimischen vertrauten Umfeld gehört» (Bouisson, 2007, S. 114) – entspricht einem Sicherheitsbedürfnis, das im hohen Alter sehr ausgeprägt ist.

Für diese Personen ist das eigene Zuhause auch insofern ein Halt, als es zu einem Austausch von informeller Hilfe Anlass geben kann, der als spontan

## Regulation und Routinen des Alltags im Alter (A) und der Einfluss von Unterstützungsleistungen zu Hause (B)

13.1




(A) Es entspricht dem starken Sicherheitsbedürfnis im Alter, feste Alltagsroutinen zunehmend zu Hause zu verankern. (B) Unterstützungspersonen und deren unregelmässige Dienstzeiten können Routinen stören und das Gefühl verstärken, gemanagt, statt in der eigenen Lebensführung unterstützt zu werden.
Quelle: Eigene Darstellung.

zu bezeichnen und nur bei einer geografischen Nähe zwischen Hilfeleistenden und Hilfeempfangenden möglich ist. Sich auf diese Art von Kontakten verlassen zu können, trägt zum Erhalt eines gewissen Gleichgewichts oder vielmehr der Kontrolle über den eigenen Alltag bei. Wenn Kinder vorhanden sind, und vor allem, wenn diese in der Nähe wohnen, sind sie die ersten, die diese Art von Hilfe leisten (siehe Kapitel 12). Wer keine Kinder hat oder diese weit weg wohnen, weiss zwar, dass er sich bei Bedarf auf sie verlassen kann, findet aber oft anderweitig Unterstützung, zum Beispiel bei langjährigen Nachbarn oder Freunden. Die (wechselseitige) Kontrolle wurde als eine Nachbarschaftsfunktion identifiziert, die «im letzten Lebensabschnitt je nach Situation und Wohnverhältnissen verstärkt werden kann» (Membrado und Mantovani, 2014, S. 9); der gegenseitige Blick auf die persönlichen Gewohnheiten vermittelt ein Gefühl der Sicherheit.

Dies gilt zu einem Teil auch für die formellen Dienstleistungen und Helfenden im Haushalt. Diese werden zwar abgelehnt, solange sie nicht gebraucht werden, aus Angst, die eigene Freiheit und Privatsphäre könnte eingeschränkt werden, und ganz allgemein, weil man unabhängig bleiben möchte. Am Ende werden sie in der Regel aber trotzdem angenommen, sobald sich die Bedürfnisse aufgrund neuer Gegebenheiten ändern. Egal, ob diese Personen im Haushalt oder bei der Körperpflege helfen: Sie werden als Mittel betrachtet, um die Kontrolle über den täglichen Lebensraum zu behalten. Dieser Eindruck kann mit einem Gefühl der Erleichterung, ja sogar der Geborgenheit einhergehen, wenn die Helfenden als Kompetenzträger und Garanten einer regelmässigen Präsenz in einer Zeit wahrgenommen werden, in der neue Bedürfnisse entstehen können.

> *Und am Morgen kommt eine Haushaltshilfe, […] weil sie [seine Frau] dann Schmerzen in den Füssen hat … und da kommen sie und geben ihr die Medikamente. Und sie machen das Bett und voilà … eine Viertelstunde […] [Gattin: «Ja, sie kommen morgens, um (das Haus) zu putzen und alles (…)», aber sonst ist hier schon alles auf der gleichen Etage … sehr praktisch und … sie kommen, wenn es nötig ist, wenn es nicht nötig ist, kommen sie trotzdem mehr oder weniger … wir wissen auch, auf wen wir uns verlassen können […] zum Glück schauen sie durch die Tür hinein.* (Herr Pedretti, 90 Jahre)

Es ist zudem nicht ungewöhnlich, dass der Dienstleister bzw. die helfende Person auch als Beziehungsinstanz betrachtet wird. Der hilfsbedürftigen Person fällt es dadurch leichter, die Unterstützung anzunehmen und gleichzeitig ihr Selbstwertgefühl zu bewahren. Hochaltrige Menschen, die ans Haus gefesselt sind, haben mitunter nur wenige soziale Kontakte, da viele ihrer Freunde und Angehörigen verstorben sind. Sie mussten bestimmte

Aktivitäten aufgeben, die den Kontakt über das häusliche Umfeld hinaus gewährleisteten. So kann ihre Bereitschaft, eine «besondere Bindung» zu ihren Hilfeleistenden aufzubauen, zum Teil auf das Bedürfnis nach einem bedeutungsvollen Kontakt zu anderen Erwachsenen zurückzuführen sein, die ihnen soziale Unterstützung und einen Draht zur Aussenwelt bieten können. Dies gilt vor allem dann, wenn keine Kinder in der Nähe sind.

## Das Zuhause als Ort der Herausforderung

Wie wir gesehen haben, kann das Leben zu Hause dem Menschen im Alter Halt geben und sogar seine Identität stärken. Es gibt aber auch häusliche Situationen, die eine grosse Herausforderung darstellen, insbesondere bei grösseren Einschränkungen. Aus den Berichten der befragten Personen geht klar hervor, wie schwierig der erzwungene Verzicht auf Aktivitäten ist, die das Gefühl vermittelten, mit der Gesellschaft in Kontakt zu bleiben (Clément und Mantovani, 1999). Die Folge sind starke Gefühle der Nutzlosigkeit und der Ohnmacht; ein Eindruck, Opfer des eigenen Körpers zu sein, der durch die unverzichtbare Präsenz der Helfenden symbolisiert wird.

> *Ich wünschte, ich könnte mich freier bewegen, jetzt muss ich auf vieles verzichten. {Gattin: «Was ihn stört, ist, dass er alle braucht […], manchmal sagt er: ‹Ich bin hier, um nichts zu tun.› Ja, denn […] wenn sich jemand früher überall nützlich gemacht hat und danach so auf Hilfe warten muss, so ist das nicht das, was man mag. […] Wenn ich nach draussen in den Garten gehe, sagt er zu mir: ‹Bitte übertreibe es nicht …› […]»}. Ich kann meiner Frau nicht zusehen. Sie arbeitet zu viel, nicht wahr? Und ich kann nicht helfen!* (Herr Weiss, 86 Jahre)

Sich die Zukunft zu Hause in einem Zustand der Gebrechlichkeit, ja sogar der Abhängigkeit vorzustellen, kann Anlass zu grosser Besorgnis sein. Das Bewusstsein, jederzeit mit Veränderungen rechnen zu müssen, macht Angst. Wird der Alltag mit einem Ehegatten geteilt, einer für den Verbleib in der eigenen Wohnung wesentlichen informellen Präsenz, kommt die Angst vor dem Verlust des Partners und den möglichen Folgen hinzu.

> *Manchmal sage ich zu ihm: «Wenn einer von uns beiden …», denn der Tag wird kommen, an dem einer von uns beiden geht, und derjenige, der bleibt … ich, wenn ich behindert bin, möchte ich nicht, dass die Kinder rennen müssen … […] Ich will sie nicht belasten. […]. [Gatte: «Dann gehen wir ins Heim. Eh!»] Ein Heim ja. Weil wir den Kindern nicht die Last aufbürden können, uns ein Leben lang zu unterstützen, oder?*

> *[…] mit unseren Eltern haben wir das gemacht, bis zum Ende.* (Frau Fontana, 86 Jahre)

Fällt ein Ehegatte weg, fehlt bei diesen sich gegenseitig unterstützenden Paaren eine stetige Präsenz, wie sie z. B. eine private Pflegehilfe (bspw. «senio-pair») bietet. Eine Präsenz, die in einer Situation fortgeschrittener Abhängigkeit weder durch traditionelle Unterstützungsdienste noch durch den intensiven Einsatz anderer Angehöriger ersetzt werden kann. In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass Kinder zwar eine wichtige Rolle spielen, ihre Unterstützung jedoch bei gebrechlichen bzw. abhängigen älteren Menschen ambivalente Gefühle erzeugt (Widmer und Lüscher, 2011): Sie sind hin- und hergerissen zwischen dem Wunsch nach Nähe und dem Bedürfnis, ihre persönliche Autonomie zu wahren. Genau wie der Eintritt in ein Heim wird die Option einer privaten Pflegehilfe von einigen ins Auge gefasst, von anderen hingegen problematisiert.

> *Die Pflegehilfe, also … wenn wir sie zu Hause haben müssen und es ist gut für sie, Charakter und Charakter … die übereinstimmen, geht es, aber sollten sie zufällig aufeinanderprallen … An einem bestimmten Punkt, wenn du jemanden zu Hause haben musst, bei dem du aufatmest, wenn er geht, dann funktioniert es nicht mehr […] ich, wenn ich den ganzen Tag eine Frau hier haben müsste, würde mich das stören. […] man muss ständig akzeptieren, akzeptieren. Ich, ich akzeptiere nicht.* (Herr Belli, 97 Jahre)

Einige haben Befürchtungen bezüglich der Helferbeziehung, die als etwas Aufgezwungenes und daher schwer zu Bewältigendes erlebt wird, während andere den Mangel an finanziellen Mitteln erwähnen. Sind die finanziellen Ressourcen eher knapp, dann können die Kosten dieser Dienste das Leben zu Hause tatsächlich zusätzlich belasten. Dies gilt auch für hauswirtschaftliche Hilfeleistungen, die grundsätzlich nicht von der öffentlichen Hand finanziert werden. So kommt es zu Situationen, in denen die Inanspruchnahme solcher Leistungen dort eingeschränkt wird, wo sie dringend nötig wäre.

Auch die Unterstützung durch formelle Dienste, die allgemein geschätzt werden, kann manchmal zu Schwierigkeiten führen. Ein immer wieder genanntes Problem betrifft die Arbeitsabläufe und -zeiten dieser Dienste, vor allem aufgrund der ständigen Veränderungen, die für die Tätigkeit im Bereich der persönlichen Dienstleistungen typisch sind (die gleiche Fachperson muss mehrere Personen pro Tag besuchen). Der Dienstplan der professionellen Hilfe kollidiert dann mit dem Lebensrhythmus der Leistungsempfangenden, für die Routineelemente fundamental sind. Dieser Mangel an Stabilität – ein Faktor, über den die Leistungsempfangenden keine

Abb. 13.1

Kontrolle haben – kann Gefühle der Entfremdung und gleichzeitig der Ohnmacht hervorrufen. Dies zeigt sich vor allem in Fällen, wo Leistungen täglich beansprucht werden und grundlegende alltägliche Verrichtungen betreffen.

> *Morgens kommen sie manchmal ohne zu klingeln rein, weil sie wissen, dass die Tür offen ist, und dann kommen sie […] Man muss sich daran gewöhnen. Weil, sie kommen, sie kommen, wenn sie Zeit haben, manchmal bleiben sie länger, manchmal wirklich nur, um das Bett zu machen, und dann gehen sie, je nach Tag.* (Frau Bianchi, 84 Jahre)

Ein weiterer Faktor, der eine grosse Herausforderung darstellt, betrifft die Qualität der erbrachten Dienstleistungen. In einigen Fällen entspricht die Art und Weise, wie bestimmte Tätigkeiten durchgeführt werden, nicht den persönlichen Standards der Leistungsempfangenden. Dies ist häufig der Fall bei Haushaltshilfen von Frauen, die als «Hüterinnen» des Haushalts par excellence sehr wohl in der Lage sind, ein Urteil abzugeben, und betrifft insbesondere von einem Dienstleister engagierte Hilfen, die nicht von der Person selbst ausgewählt wurden und ständig wechseln.

> *Als ich es nicht mehr alleine schaffte, musste ich es akzeptieren. Und das ist nicht einfach. Weil, ich weiss nicht, aber ich zum Beispiel … ich mag es, wenn die Stühle unter dem Tisch sind. Während sie sie davor stehen lassen … […] das Putzen und alles. … ich bin es so gewohnt, und sie anders.* (Frau Bianchi, 84 Jahre)

Diesen Situationen ist gemeinsam, dass Elemente neu hinzukommen, welche die Autonomie der Leistungsempfangenden, ihre Art, zu Hause zu leben, und sogar die Macht, in ihren eigenen vier Wänden selbst zu entscheiden, infrage stellen. Sie können das Gefühl verstärken, «gemanagt» zu werden, statt bei der eigenen Lebensführung Unterstützung zu erhalten. Schliesslich ist anzumerken, dass der Einbezug von Menschen mit kognitiven Problemen in die Studie vermutlich zusätzliche Informationen in Bezug auf diesen Trend geliefert hätte. Dies geht auch aus einer Studie hervor, die in Frankreich zu älteren Menschen in komplexen Situationen durchgeführt wurde: Die Autoren beobachteten, dass die kognitiv beeinträchtigten Personen eine Entfremdung von ihrem Zuhause erlebten (Balard und Somme, 2011).

## Schlussfolgerungen

Mit zunehmendem Alter, wenn die gesundheitlichen Belastungen zu mehrfachen Beeinträchtigungen führen, ist das Zuhause der Ort, der ein Minimum an Kontrolle garantieren soll. Diese Kontrolle drückt sich zum Beispiel in der Freiheit aus, Dinge zu tun, wann und wie man will, und dem eigenen Rhythmus folgend; die Türe zu öffnen, für wen man will, und ganz allgemein in der Möglichkeit, Entscheidungen zu treffen, auswählen zu können, ja sogar eine gewisse Macht auszuüben. Je mehr Beeinträchtigungen zusammenkommen, desto eher kann die angestammte Wohnung zu einem Ort der Einschränkung werden: Aus einem selbst gewählten Rückzug droht ein erzwungener Rückzug zu werden. Da das Konzept des Verbleibs zu Hause eine gewisse Kontinuität voraussetzt, ist es wichtig, dass alle Beteiligten zur Wahrung dieser Kontinuität beitragen und damit das Gefühl der Entfremdung mindern, mit dem sich der alternde Mensch zunehmend konfrontiert sieht. Das Verständnis und der Respekt für das, was es für ältere Menschen bedeutet, zu Hause zu leben, ist eine grundlegende Voraussetzung für jede in deren Haushalt tätige Person, egal, welche Aufgabe sie wahrnimmt.

Was das System der Hilfe zu Hause betrifft, so müssen wir uns der Risiken im Zusammenhang mit bestimmten strukturellen und wirtschaftlichen Mechanismen bewusst sein. Man denke zum Beispiel an die starre Organisation nicht-gewinnorientierter Dienstleister (Einsätze an Werktagen und während der Bürozeiten, häufige Personalfluktuation, ungewisser Besuchszeitplan) und die Standardisierung ihrer Dienstleistungen – Erfordernisse, die von älteren Menschen, die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit benötigen, um in ihrer Einzigartigkeit und mit ihren Gewohnheiten verstanden zu werden, negativ wahrgenommen werden. Man denke auch an die unterschiedliche finanzielle Behandlung der Leistungen für Hilfe und Pflege zu Hause, die weniger begüterte Personen benachteiligt, zumal die (kostenpflichtige) Hilfe oft die einzige langfristig benötigte Hilfe ist. Vergessen wir nicht, dass diese Menschen, die weiterhin in Häusern wohnen, die vor Jahrzehnten gekauft oder gemietet wurden, als die Kinder noch im gleichen Haushalt lebten, dies auch aus wirtschaftlichen Gründen tun, weil ihre Wohnkosten unter dem Durchschnitt liegen.

Auch der im Tessin bereits gut entwickelte Bereich der häuslichen Hilfe bedarf einer Weiterentwicklung der Angebote, die über jene der traditionellen Hilfe und Pflege (Grund- und Spezialpflege) hinausgehen. Es gibt Bedürfnisse, deren Erfüllung nach wie vor fast ausschliesslich als Aufgabe der informellen Hilfe betrachtet wird (z. B. die Begleitung beim Einkaufen oder die Erledigung der Einkäufe, die Begleitung zu einem Treffen, die Präsenz und Fürsorge im Bedarfsfall) oder für die, wenn die Mittel vorhanden sind, kommerzielle Hilfe beansprucht wird. Diese Bedürfnisse mögen als «weniger

dringlich» empfunden werden, sie sind aber fundamental für den Alltag zu Hause, zur Förderung der Interaktion mit dem eigenen Lebensumfeld im weitesten Sinne, für die gesellschaftliche Teilhabe und um der Isolation entgegenzuwirken. Vielversprechend sind diesbezüglich die Erfahrungen mit «Sozialen Ansprechpersonen», die in den letzten Jahren im Rahmen von neuen Wohnprojekten entstanden sind: Dabei handelt es sich um Personen mit einem beruflichen Hintergrund im Sozial- und Gesundheitswesen. Sie sorgen bei Formen des betreuten Wohnens für eine enge Begleitung der Mieterinnen und Mieter durch tägliche Kontakte und Anwesenheit im Haus. Im Tessin kommen soziale Ansprechpersonen neu auch auf kommunaler Ebene zum Einsatz. Dort sind sie Ansprechpersonen für verschiedene Anliegen sowie für ungeplante Interventionen, die nicht mit einem medizinischen Notfall verbunden sind. Bei Wohnprojekten wie auch in der Gemeinde fördert die Soziale Ansprechperson auch Aktivitäten, die der sozialen Isolation entgegenwirken. Ihre Präsenz beruhigt, sie sind bei verschiedenen Bedürfnissen zur Stelle und bieten Aktivitäten zur Förderung des sozialen Zusammenhalts an.

# 14 Vergleich der Wohnbedingungen von älteren Personen mit und ohne Migrationshintergrund

Claudio Bolzman und Slim Bridji

Dieser Artikel analysiert, wie die Wohnbedingungen in der Schweiz für ältere Menschen mit und für solche ohne Migrationshintergrund gestaltet sind und ob allfällige Ungleichheiten bestehen. Diese Fragestellung scheint uns in zweifacher Hinsicht von zentraler Bedeutung. Erstens ist sie für Personen mit Migrationshintergrund wichtig, denn oft ist der Ruhestand eine Phase, in der sie sich mit ihrem Lebensverlauf und insbesondere mit ihrem Leben in der Migration auseinandersetzen. Die Vorstellung von «Zuhause», sowohl im Sinne von «Wohnstätte» als auch im Sinne von «daheim sein» dient, ähnlich wie das Wohlergehen der eigenen Kinder, als Richtmass, um zu beurteilen, ob die mit der Migration unternommenen Anstrengungen erfolgreich waren (Lewin, 2010). Zweitens ist die Frage nach den Wohnbedingungen der älteren Personen im Allgemeinen und der älteren Personen mit Migrationshintergrund im Besonderen bedeutsam für die demokratische Gesellschaft. Sie widerspiegelt zum einen ihre Fähigkeit, für ihre Seniorinnen und Senioren Sorge zu tragen, zum anderen ihre Akzeptanz gegenüber der Tatsache, dass Migration nicht nur vorübergehend sein kann.

Das Bundesamt für Statistik (BFS) stellt eine Reihe von Indikatoren bereit, die für den Zeitraum 2011–2015 einen quantitativen Überblick über den Integrationsgrad der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in der Schweizer Gesellschaft vermitteln (BFS, 2014, 2017c). Für den Themenbereich Wohnen hat das BFS drei Indikatoren veröffentlicht: zu den «Wohnbedingungen in Bezug auf Ausstattung und Lärm», zur «Überbelegung», also zum Verhältnis zwischen der Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner und der Wohnfläche, und zum «Mietpreis» (BFS, 2017c). Aus dem Bericht des BFS kann eine erste zahlenmässige Einschätzung der Wohnbedingungen von Personen mit und ohne Migrationshintergrund gewonnen werden, eine Aufschlüsselung dieser Indikatoren nach Altersgruppen enthält der Bericht jedoch nicht.

Bisher wurden nur wenige – und in der Schweiz gar keine – wissenschaftliche Studien zu den Wohnbedingungen von Personen mit Migrationshintergrund durchgeführt. In Frankreich stellte Attias-Donfut (2006) in ihrer

Erhebung über das Altern von eingewanderten Personen gewisse Informationen zur Wohnsituation nach nationaler Herkunft bereit. Neben der Vielfalt an Situationen nach Nationalität zeigte die Studie insbesondere auf, dass eingewanderte Personen unter den Mieterinnen und Mietern, insbesondere unter jenen von Sozialwohnungen, aufgrund ihres geringeren Einkommens übervertreten sind (ebenda, S. 177). Gemäss der ebenfalls französischen Studie von Meslin (2010) ist der Umstand, dass die aus den Maghreb-Ländern eingewanderten Seniorinnen und Senioren in Alterswohnungen kaum vertreten sind, sowohl auf Ausgrenzungsfaktoren (rassenspezifische Vorurteile der Vermieter von Sozialwohnungen) als auch auf Selbstausgrenzungsfaktoren zurückzuführen (Arbeiterwohnheime als Rückzugsort vor einer oft feindseligen Aussenwelt). In Kanada wohnen eingewanderte Seniorinnen und Senioren gemäss Mahmood, Chaudhury, Sarte, und Yon (2011) häufiger zusammen mit ihren Angehörigen und in Mehrgenerationenhaushalten als ältere Personen ohne Migrationshintergrund. Während der Eigentümerstatus bei einheimischen Seniorinnen und Senioren mit einer besseren Gesundheit in Verbindung gebracht werden kann, trifft dies auf die eingewanderten Seniorinnen und Senioren nicht zu.

In unserem Artikel soll untersucht werden, ob in der Schweiz zwischen älteren Personen mit und solchen ohne Migrationshintergrund markante Unterschiede der Wohnbedingungen bestehen. Für die Durchführung dieser Studie verwenden wir die Daten der CIGEV-LIVES-Studie Vivre-Leben-Vivere (VLV; CIGEV-LIVES, 2012; Ludwig *et al*., 2014), die im Jahr 2012 bei der über 65-jährigen Wohnbevölkerung in den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Bern, Genf und Tessin erhoben wurden. Da die meisten eingewanderten Seniorinnen und Senioren, die interviewt wurden, in Genf, Basel-Stadt und Basel-Landschaft (im Folgenden unter «Basel» zusammengefasst[1]) sowie im Tessin wohnhaft sind, konzentrieren wir uns auf diese vier Grenzkantone. Zudem betraf die frühere Zuwanderung hauptsächlich Personen aus Südeuropa (Spanien, Italien und Portugal), weshalb wir uns ausschliesslich mit den Personen aus dieser Region befassen. In der VLV-Erhebung erscheinen zwar auch andere Nationalitäten, aber nur in kleiner Zahl. Bolzman und Vagni (2015) haben die VLV-Datenbank ausgewertet, um die Lebensbedingungen älterer Personen mit oder ohne Migrationshintergrund zu vergleichen. Die Daten weisen unter anderem darauf hin, dass die eingewanderten älteren Menschen im Durchschnitt über kleinere Wohnungen (weniger Zimmer) verfügen als die einheimischen Altersrentner und Altersrentnerinnen. Zu dieser Ungleichheit der Wohngrösse kommen weitere Ungleichheiten bei den

1 Da in Basel-Stadt und Basel-Landschaft die Zahl von Migrantinnen und Migranten unter den Befragten relativ gering war, haben wir sie im Grossraum Basel zusammengefasst.

materiellen Lebensbedingungen hinzu. Diese Ergebnisse zeigen, dass unser Interesse an diesem Thema gerechtfertigt ist.

Die Wohnbedingungen der älteren Personen werden nach drei Kriterien beurteilt: Belegungsgrad (Zahl der Bewohner pro Zimmer), Wohnstatus (Eigentum, Miete usw.) und Wohnkomfort (Ausstattung). Diese Indikatoren liefern einen ersten Überblick über die Wohnsituation der älteren Personen. Aus Platzgründen befassen wir uns hier nicht mit den Fragen im Zusammenhang mit der Wohnumgebung wie Erreichbarkeit der Wohnung oder des Hauses oder Nähe zu den Angehörigen.

## Stichprobe und Demografie der älteren Personen

In der Schweiz gibt es aus finanziellen oder sprachlichen Gründen kaum Erhebungen über ältere Personen, bei denen Personen mit Migrationshintergrund in der Stichprobe enthalten sind. Damit ist wenig über die Lebensbedingungen dieser Personen, insbesondere der verletzlichsten unter ihnen, bekannt (Bolzman und Vagni, 2015). Der Anteil von Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit unter den älteren Personen steigt jedoch ständig an: Gemäss BFS betrug er 2014 in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen 14 Prozent. Im Rahmen der VLV-Erhebung wurden besondere Anstrengungen unternommen, um eine gute Vertretung dieser Personen zu schaffen, insbesondere jener aus Südeuropa (Spanien, Italien und Portugal), da diese einen beachtlichen Anteil der einst in die Schweiz eingewanderten Arbeiterinnen und Arbeiter ausmachen. So wurden die Fragebogen auf Spanisch, Italienisch und Portugiesisch übersetzt, die Einwandererorganisationen auf die Erhebung aufmerksam gemacht und zweisprachige Personen speziell für die Interviews mit diesen Personen geschult (Kaeser, 2015).

Gemäss BFS war 2012 der Anteil der Schweizerinnen und Schweizer an der älteren Bevölkerung rund 34-mal (Bern), 21-mal (Wallis), 16,5-mal (Basel), 6-mal (Genf) beziehungsweise 4,5-mal (Tessin) höher als jener der aus Südeuropa eingewanderten Personen. Gesamtschweizerisch betrachtet gab es 16-mal mehr Schweizerinnen und Schweizer. Dies bekräftigt unsere Wahl der Kantone, da dort die Anteile der eingewanderten Seniorinnen und Senioren verhältnismässig höher sind.

Unsere Stichprobe setzt sich aus 856 Personen im Alter von 65 bis 79 Jahren zusammen, die entweder über eine Schweizer Staatsangehörigkeit oder jene eines südeuropäischen Lands verfügen und in Genf, Basel oder im Tessin wohnhaft sind. Separat ausgewiesen werden zudem ältere Personen, die Schweizer Staatsangehörige sind, aber einen Migrationshintergrund haben. Der Erwerb der Schweizer Staatsangehörigkeit ist ein sehr langer und sozial selektiver Prozess, der bei dieser Generation einen langjährigen Aufenthalt in

der Schweiz ohne Unterbruch verlangte (Studer *et al.*, 2013). Es stellt sich daher die Frage, ob die Wohnbedingungen dieser spät eingebürgerten Personen vergleichbar sind mit jenen der gebürtigen Schweizerinnen und Schweizer.

Dank den Anstrengungen zur Schaffung einer guten Vertretung der aus Südeuropa eingewanderten Seniorinnen und Senioren (im Folgenden «eingewanderte Personen» oder «Eingewanderte» genannt) in der VLV-Erhebung, umfasst die Stichprobe von Genf und der Region Basel eine beachtliche Zahl an eingewanderten Personen. In der Stichprobe des Tessins ist hingegen die Gruppe der Schweizer Seniorinnen und Senioren übervertreten.

## Merkmale von Haushalt und Wohnraum

Rund ein Viertel der älteren Personen unserer Stichprobe wohnt allein. In Genf ist dieser Anteil unter den älteren gebürtigen Schweizerinnen und Schweizern höher (32 %). Bei den eingebürgerten und eingewanderten älteren Menschen entspricht dieser Anteil hingegen dem Durchschnitt der Stichprobe. In der Region Basel lebt etwas weniger als ein Viertel der älteren gebürtigen Schweizerinnen und Schweizer und der eingewanderten Seniorinnen und Senioren allein. Bei den Eingebürgerten liegt der Anteil hingegen nahe beim Mittelwert der Stichprobe (26 %). Der Kanton Tessin weicht deutlicher vom Durchschnitt der anderen Regionen ab. Während 22 Prozent der älteren Schweizer Staatsbürgerinnen und -bürger allein wohnen, ist dieser Anteil bei den eingewanderten Seniorinnen und Senioren ohne Schweizer Pass doppelt so hoch. Ein hoher Prozentsatz der alleinlebenden älteren Personen ist verwitwet (43 %). Bei den Ausländern ist dieser Anteil höher (50 %) als bei der einheimischen Bevölkerung (40 %).

Unabhängig von Kanton und Staatsangehörigkeit wohnen fast alle nicht alleinlebenden älteren Personen mit ihrem Ehepartner bzw. ihrer Ehepartnerin zusammen. Nur sehr wenige leben partnerlos mit ihren Kindern. In allen betrachteten Kantonen wohnt eine kleine Minderheit der älteren Personen zusammen mit ihrem Ehepartner und einem oder mehreren Kindern. Ebenso bilden Seniorinnen und Senioren, die mit anderen Familienmitgliedern zusammenwohnen, unabhängig vom Migrationshintergrund eine Ausnahme, was im Gegensatz zu den Beobachtungen von Mahmood *et al.* (2011) in Kanada steht.

Die Mehrheit der älteren Personen stuft ihre körperliche und psychische Gesundheit als gut ein, allerdings bestehen zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund nach wie vor Unterschiede. Die gebürtigen Schweizerinnen und Schweizer geben häufiger an, über eine gute oder gar sehr gute körperliche Gesundheit (65 %) zu verfügen als die eingebürgerten (55 %) und eingewanderten (40 %) Seniorinnen und Senioren. Umgekehrt bezeichnen Letztere ihren Gesundheitszustand häufiger als schlecht als die

erste Gruppe (11 % und 20 % gegenüber 6 %). Bei der psychischen Gesundheit beziehen wir uns auf die Wang-Skala, mit der ein depressiver Zustand anhand der Anzahl selbstangegebener Symptome ermittelt wird (Wang *et al.*, 1975). Wir stellen fest, dass eingewanderte und eingebürgerte Seniorinnen und Senioren häufiger depressive Symptome aufweisen (28 % und 25 %) als die einheimischen Personen (11 %). Diese Beobachtungen legen nahe, dass die Einwanderung in die Schweiz für viele Migrantinnen und Migranten dieser Generation eine harte Prüfung war, die sich negativ auf ihre körperliche und psychische Gesundheit auswirkte (Bolzman und Vagni, 2015). Die Arbeiten, die sie verrichteten, waren körperlich oft anstrengend, und die Bedingungen zur Stabilisierung der Aufenthaltssituation waren beschwerlich und hart (Wanner *et al.*, 2002).

## Wohnstatus

Abb. 14.1

Abbildung 14.1 zeigt die Verteilung der Personen unserer Stichprobe nach Wohnstatus (Eigentum, Miete, betreute Wohnung, Wohnraum eines Dritten) und nach Staatsangehörigkeit. Die Verteilung weist Unterschiede zwischen den eingewanderten und den einheimischen Seniorinnen und Senioren einerseits und den Kantonen andererseits auf. Die Unterschiede konzentrieren sich hauptsächlich auf die Personen mit Wohneigentum und jene in Miete. Die Zahl der älteren Personen, die in einer geschützten Wohnung oder zusammen mit Dritten wohnen, ist unabhängig des betrachteten Kantons relativ klein. In Genf wohnt die Mehrheit der älteren Personen in Miete, wobei dies bei den eingewanderten und nicht eingebürgerten Personen häufiger der Fall ist. Der Anteil der älteren Personen mit Wohneigentum ist unter den Schweizer Staatsangehörigen deutlich höher als unter den Ausländern. In Genf scheint der Zugang zu Wohneigentum namentlich für nicht eingebürgerte Migranten schwieriger zu sein. Demgegenüber ist die Zahl der Schweizer Seniorinnen und Senioren mit Wohneigentum im Vergleich zu 1994, als in Genf nur 23 Prozent über Wohneigentum verfügten, beachtlich angestiegen (Lalive d'Epinay *et al.*, 2000, S. 89).

In der Region Basel scheint es einfacher zu sein, Zugang zu Wohneigentum zu erhalten (wahrscheinlich dank dem Kanton Basel-Landschaft), als in Genf. Knapp 65 Prozent der älteren gebürtigen Schweizerinnen und Schweizer und die Hälfte der eingebürgerten Seniorinnen und Senioren verfügen dort über Wohneigentum. Zwar wohnen Seniorinnen und Senioren mit ausländischer Staatsbürgerschaft mehrheitlich zur Miete, dennoch ist ihr Anteil mit Wohneigentum relativ hoch (43 %).

Im Kanton Tessin ist die Situation ähnlich wie in der Region Basel, wobei die Anteilsdifferenz zwischen Mietern und Eigentümern grösser

## Wohnbedingungen und Migrationshintergrund: Wohnstatus

14.1

| | Gebürtige Schweizer | Eingebürgerte | Ausländer (Südeuropa) |
|---|---|---|---|
| **Genf** | | | |
| Im Wohneigentum | 47% | 41 | 15 |
| Zur Miete | 51 | 57 | 83 |
| In betreuter Wohnung | 0 | 2 | 0 |
| Wohnen bei Drittperson | 3 | 0 | 2 |
| **Basel-Stadt, Basel-Landschaft** | | | |
| Im Wohneigentum | 64 | 50 | 43 |
| Zur Miete | 34 | 47 | 56 |
| In betreuter Wohnung | 1 | 3 | 1 |
| Wohnen bei Drittperson | 1 | 0 | 0 |
| **Tessin** | | | |
| Im Wohneigentum | 73 | 59 | 36 |
| Zur Miete | 25 | 35 | 64 |
| In betreuter Wohnung | 0 | 0 | 0 |
| Wohnen bei Drittperson | 2 | 5 | 0 |

Quelle: CIGEV-LIVES Vivre-Leben-Vivere, 2012.

ist. Die Mehrheit der älteren Schweizerinnen und Schweizer verfügt über Wohneigentum. Zwar scheint es im Tessin einfacher zu sein, Wohneigentum zu erwerben als in Genf, aber für die Migrationsbevölkerung ohne Bürgerrecht ist der Zugang dazu nach wie vor ziemlich beschränkt.

Ob eingebürgert oder nicht, die eingewanderten Seniorinnen und Senioren sind beim Zugang zu Wohneigentum benachteiligt. Dies ist vermutlich auf das durchschnittliche Einkommen zurückzuführen, das bei den eingewanderten Seniorinnen und Senioren tiefer ist als bei den nicht eingewanderten (Bolzman und Vagni, 2015). Zudem erben die gebürtigen Schweizerinnen und Schweizer wahrscheinlich deutlich häufiger Wohneigentum auf Schweizer Boden als ausländische Staatsangehörige. Wanner *et al.* (2002) kamen gestützt auf das Schweizer Haushalt-Panel (SHP) zum gleichen Schluss, wobei ihr Hauptfokus nicht auf den älteren Personen lag. Für einen Teil der Personen mit Migrationshintergrund ist es einfacher, eine Immobilie in ihrem Herkunftsland zu erwerben. Unter den eingewanderten älteren Mieterinnen und Mieter ohne Schweizer Pass besitzen knapp 40 Prozent dort Wohneigentum (bei den eingebürgerten sind es 20 %). Es scheint, als ob ein grosser Teil der Eingewanderten lieber in ihrem Herkunftsland in Wohneigentum investiert, das wahrscheinlich geräumiger und kostengünstiger ist als das, was sie in der Schweiz hätten kaufen können.

Vielleicht planen sie, zwischen der Schweiz und ihrem Herkunftsland hin- und herzupendeln oder längerfristig ganz in ihr Herkunftsland zurückzukehren (Bolzman *et al.*, 2017). Gemäss diesen Autoren verbringen die eingewanderten Seniorinnen und Senioren mit Wohneigentum in ihrem Herkunftsland häufig einen Teil des Jahres dort, aufgrund der administrativen Hürden jedoch selten länger als drei Monate (Risiko, die Aufenthaltsbewilligung oder andere Rechte zu verlieren). Auffallend ist, dass Personen, die sich regelmässig in ihrem Herkunftsland aufhalten, neben Wohneigentum auch über ein höheres Einkommen und eine bessere Gesundheit verfügen als die weniger mobilen Eingewanderten. Es ist zudem sehr wahrscheinlich, dass ein Teil der älteren gebürtigen Schweizerinnen und Schweizer ebenfalls über eine Zweitwohnung an einem anderen Ort in der Schweiz oder in einem anderen Land verfügt. Leider liegen zu diesem Aspekt keine Daten vor, die einen systematischen Vergleich dieser Bevölkerungsgruppen ermöglichen würden.

Weiter stellen wir fest, dass der Anteil der älteren Schweizerinnen und Schweizer (inkl. Eingebürgerte), die nach eigenen Angaben über eine gute körperliche Gesundheit verfügen, unter den Mietern und den Wohneigentümern ungefähr gleich gross ist (65 %). Hingegen geben die eingewanderten (nicht eingebürgerten) Seniorinnen und Senioren häufiger an, körperlich gesund zu sein, wenn sie über Wohneigentum verfügen (50 % gegenüber 35 %). Bei der psychischen Gesundheit ist zu beobachten, dass der Anteil der älteren gebürtigen Schweizerinnen und Schweizer mit depressiven Symptomen unter Wohneigentümern und den Mietern gleich hoch ist (10 %), während bei eingewanderten Seniorinnen und Senioren – den eingebürgerten und den nicht eingebürgerten – grössere Unterschiede festzustellen sind je nachdem, ob sie über Wohneigentum verfügen oder in Miete leben. Die eingebürgerten Migranten leiden seltener an Depressionen, wenn sie über Wohneigentum verfügen (20 % gegenüber 30 %). Hingegen ist unter eingewanderten Personen ohne Schweizer Bürgerrecht die psychische Gesundheit bei den Wohneigentümern fragiler als bei jenen ohne Wohneigentum (35 % gegenüber 26 %).

## Belegung des Wohnraums

Abb. 14.2

Abbildung 14.2 zeigt die Verteilung der älteren Personen unserer Stichprobe nach dem Belegungsgrad des Wohnraums (Anzahl Bewohner pro Zimmer) und nach Staatsangehörigkeit. Der Belegungsgrad gibt an, ob der Wohnraum unterbelegt (mehr Zimmer als Bewohner), voll belegt (gleich viele Zimmer wie Bewohner) oder überbelegt ist (weniger Zimmer als Bewohner). Eine vierte Kategorie «unbestimmte Belegung» wird verwendet, wenn der Belegungsgrad nicht genau berechnet werden kann.

Es ist bekannt, dass ältere Personen im Allgemeinen vom langjährigen Verbleiben in der gleichen Wohnung oder im gleichen Haus profitieren, denn nach dem Auszug der Kinder aus dem Elternhaus verfügen sie über mehr Raum für sich selbst. Die Abbildung 14.2 bestätigt diese Tendenz: Die Wohnungen älterer Personen sind unabhängig von Kanton und Staatsangehörigkeit mehrheitlich unterbelegt. Hingegen ist zu beachten, dass in Genf der Anteil von Seniorinnen und Senioren, die in unterbelegten Haushalten wohnen, bei den Schweizer Staatsangehörigen deutlich höher ist als bei Ausländern. In der Region Basel ist eine Unterbelegung am häufigsten bei eingebürgerten Seniorinnen und Senioren festzustellen. Im Kanton Tessin weisen die älteren gebürtigen Schweizerinnen und Schweizer den höchsten Anteil an Personen in unterbelegten Wohnungen auf.

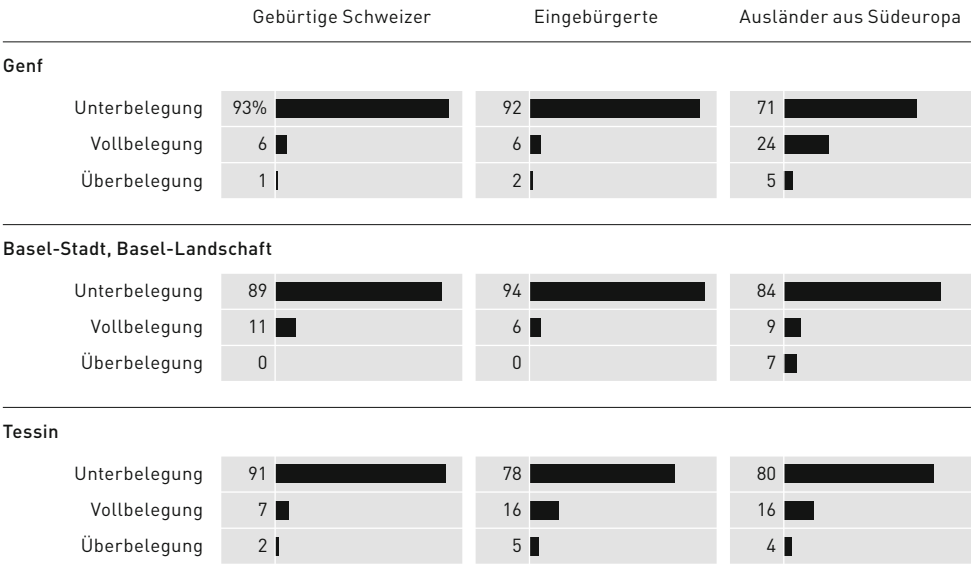
Es gibt relativ wenig ältere Personen in überbelegten Haushalten, ausser vielleicht in der Region Basel. Wie aus Abbildung 14.2 ersichtlich, ist in dieser Region primär bei eingewanderten Seniorinnen und Senioren ausländischer Nationalität eine Überbelegung zu beobachten. Diese ist jedoch gering (7 %).

Weiter ist festzustellen, dass in Genf und im Tessin die älteren eingewanderten Ausländerinnen und Ausländer häufiger in Haushalten mit gleich vielen Zimmern wie Bewohnern wohnen als die gebürtigen Schweizer Seniorinnen und Senioren. Die Wohnsituation der eingebürgerten älteren Migrantinnen und Migranten entspricht im Tessin jener der anderen Schweizer Staatsbürger in der Altersgruppe. In Genf gleicht sie eher der Wohnsituation der Eingewanderten ohne Schweizerpass. Bei älteren Personen, die nach dem Auszug ihrer Kinder nicht umgezogen sind, ist anzunehmen, dass die Belegung früher dicht war. In diesem Fall würden sich die Unterschiede beim Belegungsgrad mit dem Übergang in den Ruhestand verringern. Dies dürfte in Genf der Fall sein, denn ein Vergleich des Belegungsgrads nach Altersgruppe zeigt, dass der Anteil der voll- und überbelegten Haushalte mit zunehmendem Alter leicht rückläufig ist (65–69 Jahre: 31 %, 70–74: 28 %, 75–79: 26 %). Bei den älteren Personen, die umgezogen sind, ist anzunehmen, dass sie in eine kleinere Wohnung oder ein kleineres Haus gezogen sind. In diesem Fall würden sich die Unterschiede beim Belegungsgrad mit dem Übergang in den Ruhestand verstärken. Eine solche Situation scheint im Tessin zu bestehen, wo der Anteil älterer Personen in einem voll- oder überbelegten Haushalt mit steigender Altersgruppe zunimmt (65–69 Jahre 14 %, 70–74: 20 %, 75–79: 30 %).

Die Unterschiede beim Belegungsgrad zwischen Schweizer Staatsangehörigen und ausländischen Eingewanderten sind vergleichbar mit jenen beim Wohneigentum. Forschungsarbeiten zeigen generell, dass die Belegungsdichte bei Mietern höher ist als bei Eigentümern (Krivo, 1995; Rosenbaum und Friedman, 2004).

## Wohnbedingungen und Migrationshintergrund: Belegung der Wohnung

14.2




Quelle: CIGEV-LIVES Vivre-Leben-Vivere, 2012.

## Wohnkomfort

In diesem Kapitel befassen wir uns mit einer anderen Form von Ungleichheit: mit jener beim Wohnkomfort älterer Personen. Dieser wird anhand des Ausstattungsgrads des Wohnraums bestimmt (Fernandes *et al.*, 2017; McKenzie, 2005).

Die Ausstattungsgegenstände zur Erfüllung der Grundbedürfnisse (sich ernähren, sich waschen, heizen) sowie Fernseher und Festnetz-Telefon sind ungeachtet von Kanton und Staatsangehörigkeit in nahezu allen Haushalten vorhanden.

Bereits 2012 (Erhebungsjahr) wurden moderne Kommunikationsmittel wie Computer und Internetverbindung für einen zeitgemässen Haushalt als unentbehrlich eingestuft. Vor allem sie sind unter älteren Personen höchst ungleich verteilt. Während die Mehrheit der Schweizer Seniorinnen und Senioren (inkl. Eingebürgerte) in allen untersuchten Kantonen über einen Computer (74 %) und über einen Internetzugang (82 %) verfügt, trifft dies nur auf eine Minderheit der älteren eingewanderten (nicht eingebürgerten) Personen zu. Bezüglich Computer und Internetzugang sind die Unterschiede zwischen diesen beiden Personengruppen im Tessin grösser als in Genf und Basel: Der Anteil der älteren Schweizerinnen und Schweizer, die in ihrem Haushalt über

diese Kommunikationsmittel verfügen, ist im Tessin kleiner als in Genf und Basel. Hingegen ist der Anteil der eingewanderten Seniorinnen und Senioren mit einem Computer im Tessin vergleichbar mit jenem in Genf und grösser als jener in Basel. Zudem ist unter den älteren eingewanderten Ausländerinnen und Ausländern der Anteil jener mit Internetzugang im Tessin grösser als jener in Genf und Basel.

Computer und Internetzugang sind für ihre Benutzerinnen und Benutzer ein komfortables Mittel, um Beziehungen zu weit entfernt lebenden Personen aufrechterhalten zu können. Daher müssten eingewanderte und eingebürgerte Personen diese Mittel eigentlich häufiger einsetzen als gebürtige Schweizerinnen und Schweizer. Wie wir gesehen haben, scheint dies jedoch bei den eingewanderten Personen nicht der Fall zu sein, was möglicherweise auf fehlende Mittel oder Informationen zurückzuführen ist. Es gilt zu bedenken, dass das Bildungsniveau der eingewanderten (eingebürgerten und nicht eingebürgerten) Personen in unserer Stichprobe im Durchschnitt tiefer ist als jenes der gebürtigen Schweizerinnen und Schweizer (Bolzman und Vagni, 2015). Es wäre daher interessant, sich eingehender mit der Frage zu befassen, warum ältere Eingewanderte im Verhältnis weniger häufig über einen Computer und eine Internetverbindung verfügen.

## Gleichheit der Wohnbedingungen noch nicht erreicht

In diesem Beitrag befassten wir uns mit den Wohnbedingungen der aus Südeuropa eingewanderten Seniorinnen und Senioren im Vergleich zu jenen der älteren gebürtigen Schweizerinnen und Schweizer. Zunächst lässt sich feststellen, dass die grosse Mehrheit der älteren Personen über viel Wohnraum verfügt. Dies ist die Folge der verminderten Haushaltsgrösse, aber auch eines relativ guten Lebensstandards dieser Personen (Lalive d'Epinay *et al.*, 2000). Der Anteil der älteren eingewanderten Ausländerinnen und Ausländer, die in einem Haushalt mit geringer Belegung wohnen, ist jedoch kleiner als bei den gebürtigen oder eingebürgerten Schweizerinnen und Schweizern. Beim Zugang zu Wohneigentum sind je nach Kanton grosse Unterschiede festzustellen, wobei die eingewanderten Seniorinnen und Senioren ohne Schweizerpass deutlich häufiger zur Miete wohnen als die gleichaltrigen (gebürtigen und eingebürgerten) Schweizerinnen und Schweizer. Dies ist wahrscheinlich auf ihre beschränkten finanziellen Mittel zurückzuführen (Bolzman und Vagni, 2015). Bei der Wohnausstattung ist Wohnkomfort in Bezug auf Sanitäreinrichtungen, grundlegende Elektrohaushaltsgeräte und audiovisuelle Geräte weit verbreitet. Hingegen sind nur relativ wenige Haushalte von eingewanderten (nicht eingebürgerten) Seniorinnen und Senioren mit einem Computer und einer Internetverbindung ausgestattet. Allgemein kann

gesagt werden, dass die Ungleichheiten bei der sozioprofessionellen Stellung und beim Einkommen während des Erwerbslebens zwischen Personen mit oder ohne Migrationshintergrund sich auch nach der Pensionierung auf die Wohnbedingungen auswirken.

# 15 Hilfe organisieren, wenn die Vulnerabilität älterer Menschen zunimmt

Ricarda Ettlin

Der Umgang mit Vulnerabilität im Alter stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar und erfordert an erster Stelle bedarfsorientierte Unterstützungsangebote. Dieser Artikel diskutiert zukunftsweisende Lösungsansätze, welche im Rahmen des Programms Socius[1] in verschiedenen Handlungsfeldern umgesetzt werden.

## Von Vulnerabilität und Unterstützung beim Wohnen

Mit zunehmendem Alter kann das selbstständige Wohnen zur Herausforderung werden. Dann brauchen fragile ältere Menschen Unterstützung, um trotz ihrer Vulnerabilität, d. h. trotz ihrer gesundheitlichen Probleme, sozialer Isolation (z. B. durch Verlust eines Ehepartners / einer Ehepartnerin) oder auch finanzieller Schwierigkeiten weiterhin zu Hause wohnen zu können. Die Unterstützung kann durch das private Netzwerk (Familie, Freunde, Nachbarn) oder durch die öffentliche Hand und private Organisationen (NGO) erbracht werden. Meist handelt es sich um eine Mischung von Hilfe aus dem privaten und dem öffentlichen Bereich. Im Sinne einer bestmöglichen Versorgung älterer Menschen stellt sich die folgende Frage: Wie muss die Hilfe organisiert werden, damit unterstützende Angebote die vulnerablen älteren Menschen erreichen und bestmöglich auf ihre Bedürfnisse abgestimmt sind?

Vulnerabilität kann vereinfacht gesagt als ein Mangel an Ressourcen beschrieben werden, welcher es einer betroffenen Person erschwert, auf Stressfaktoren in ihrer Lebenssituation positiv zu reagieren (für eine detaillierte Besprechung des Konzeptes der Vulnerabilität siehe Spini *et al.*, 2017; Gasser *et al.*, 2015). Besteht keine Vulnerabilität, sind die Ressourcen ausreichend, um selbstständig das Alltagsleben mitsamt seinen Herausforderungen zu bewäl-

1 Informationen zum Programm Socius und den Projekten, die im Rahmen dieses Programmes umgesetzt werden, finden sich auf folgender Webseite: https://www.programmsocius.ch

tigen. Bei zunehmender Vulnerabilität nehmen die eigenen Ressourcen ab. Alltag und Wohnen werden als Überforderung erlebt. Wenn ältere Menschen z. B. aus gesundheitlichen Gründen Mobilität verlieren, kann das Einkaufen zur Bewährungsprobe werden.

Die Zusammenhänge zwischen zunehmender Vulnerabilität und Wohnsituation sowie dem Unterstützungssystem sind in Abbildung 15.1 aufgezeigt. Es gilt zu beachten, dass die Abbildung schematisch Zusammenhänge darstellt, die in vielfachen individuellen Ausprägungen in einzelnen Lebensläufen von älteren Menschen Ausdruck finden. So ist Vulnerabilität nicht ein linear verlaufender Prozess. Es können z. B. auch Phasen der Vulnerabilität auftreten, die zu einem späteren Zeitpunkt durch die Person wieder ausgeglichen werden.

Abb. 15.1

Ambulante Leistungen sind Ressourcen, die den vulnerablen Menschen spezifisch in jenen Bereichen zur Verfügung gestellt werden, wo ihre eigenen Ressourcen zur selbstständigen Lebensbewältigung nicht mehr ausreichen. Diese ambulanten Leistungen vermögen ausgleichend zu wirken (Gasser *et al.*, 2015) und vermindern somit die Vulnerabilität der älteren Menschen mit Bezug auf ihre Wohnsituation. Wird die Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit älterer Menschen so gross, dass ambulante Leistungen die benötigte intensive Unterstützung nicht gewährleisten können (z. B. weil eine 24-Stunden-Betreuung notwendig wird), muss ein stationäres Angebot in Anspruch genommen werden.

Die stationäre Versorgung älterer Menschen ist organisiert, betrifft ein vollumfängliches Leistungspaket, wird meist aus einer Hand erbracht und verfügt über geregelte Finanzierung. Der ambulante Bereich kann als weitaus unkoordinierter beschrieben werden. Schweizer Gemeinden, Regionen und Kantone, die nebst den Angehörigen zentrale Akteure in der Versorgung älterer Menschen sind, gehen diese Herausforderung an, indem sie einerseits den Zugang zu ambulanten Unterstützungsleistungen erleichtern, andererseits Angebote entwickeln, die passgenau auf die Bedürfnisse der älteren, vulnerablen Menschen Antwort geben. Im Folgenden werden einige dieser Lösungsansätze, die im Rahmen des Programms Socius erarbeitet wurden, dargelegt: Orientierungshilfe, Koordination und Vernetzung von Angeboten, aktive Gestaltung des Wohnumfeldes sowie Sensibilisierung von Behörden und Politik.

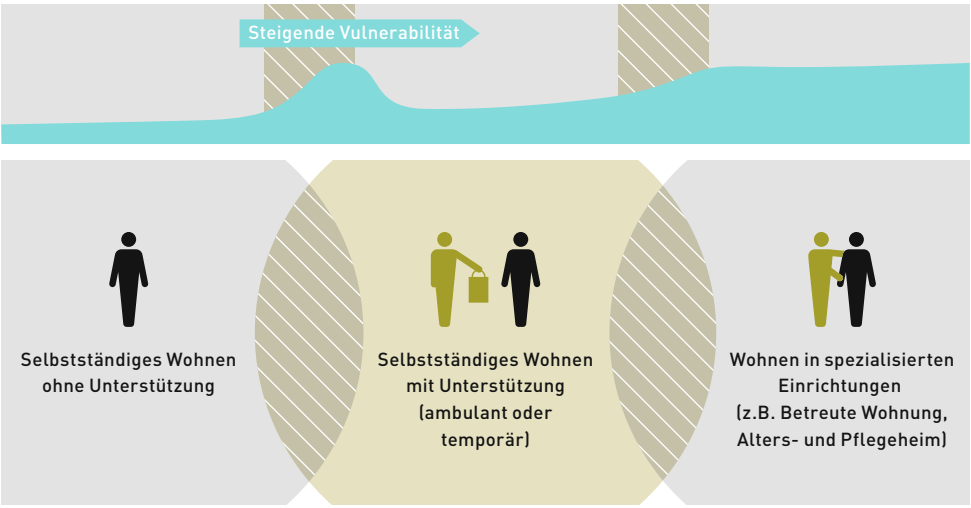
## Orientierungshilfe – welche Unterstützung braucht es und wo ist diese erhältlich?

Abb. 15.2

Unterstützungsangebote sind nur dann effektiv, wenn sie die vulnerablen älteren Menschen erreichen. Damit der Zugang zu den Unter-

## Selbstständiges Wohnen kann zum Stressfaktor werden bei steigender Vulnerabilität

15.1

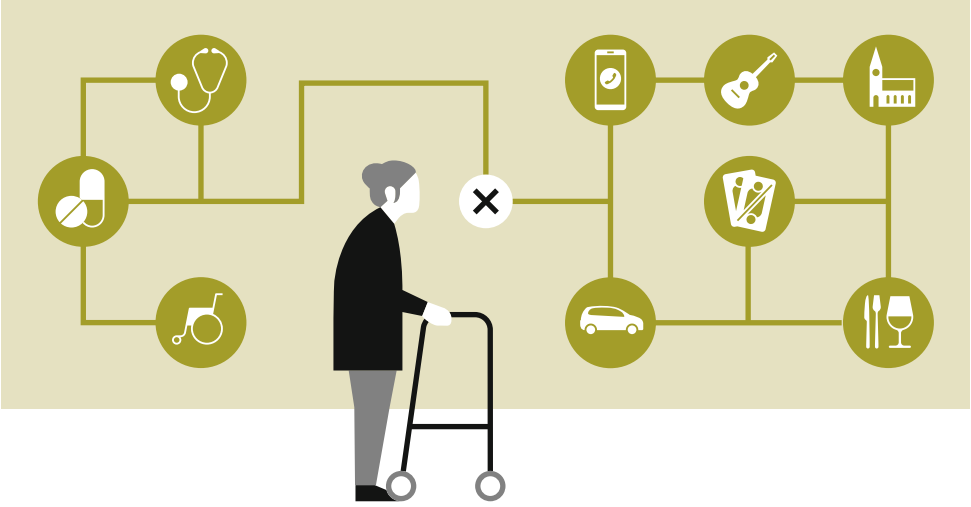



Selbstständiges Wohnen kann zum Stressfaktor werden bei steigender Vulnerabilität. Dann können ambulante Leistungen ältere Menschen beim selbständigen Wohnen zu Hause unterstützen.
Quelle: Eigene Darstellung.

stützungsleistungen erleichtert wird, braucht es Orientierungshilfe (Abbildung 15.2). Dabei gilt es, den Unterstützungsbedarf mit den betroffenen Personen zu klären und dann die passenden Angebote zu mobilisieren.

Orientierungshilfe kann auf ganz unterschiedliche Art und Weise geleistet werden. Webseiten und Broschüren stellen z. B. eine Übersicht zu den vorhandenen Angeboten her. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass solche Angebotskataloge zwar wichtig sind, jedoch nicht ausreichen, um die Inanspruchnahme dieser Unterstützungsleistungen sicherzustellen. Nebst der Information braucht es oftmals auch Beratung, denn ältere, vulnerable Menschen und ihre Angehörigen verfügen vielfach nicht über die notwendigen Ressourcen, um ihren Bedarf an Unterstützung klar zu formulieren und dann die relevanten Leistungen selbst zu organisieren. Aus diesem Grund werden vielerorts Anlaufstellen oder Fachstellen für ältere Menschen eingerichtet, die genau diese Beratungsleistung anbieten können. Anlaufstellen, die eine vollumfängliche Sozialberatung anbieten, können Ressourcendefizite in mehreren Bereichen gleichzeitig kompensieren (Gasser *et al.*, 2015) und stellen somit eine Handlungsmöglichkeit mit grossem Potenzial dar.

Die Finanzierung der Beratungsleistungen bleibt eine Herausforderung. Aktuell übernehmen Gemeinden oder eigens für die Anlaufstelle geformte Trägerschaften, bestehend aus lokalen Akteuren, diese Aufgabe. Die nachhal-



Damit der Zugang zu den Unterstützungsleistungen für ältere Menschen erleichtert wird, braucht es Orientierungshilfe, denn die Angebotslandschaft ist oftmals unübersichtlich.
Quelle: Eigene Darstellung.

tige Finanzierung der Anlaufstellen muss hierbei als Projektresultat verstanden werden, denn oftmals ist sie beim Start des Projektes noch nicht gegeben. Ausserdem stellt sich die Frage, ob Anlaufstellen ältere Menschen nebst der Beratung auch begleiten sollen, indem sie Unterstützungsleistungen organisieren und koordinieren, d. h. das Case Management übernehmen.

> *Es braucht Information/Beratung UND auch die Möglichkeit, praktisch zu helfen und zu unterstützen.* (Projekt «Altersarbeit umfassend gedacht – Horgen und Region Zimmerberg»)

Gerade vulnerable ältere Menschen und ihre Angehörigen sind beim Wohnen zu Hause mit den sich laufend verändernden Bedürfnissen des älteren Menschen konfrontiert, an die sie das Unterstützungssystem immer wieder anpassen müssen. Für diese komplexe Koordinationsaufgabe sind sie oft auf ein Case Management durch Dritte angewiesen. Eine Studie des OBSAN (Ebert *et al.*, 2015) weist darauf hin, dass die Finanzierung der integrierten Versorgung (mittels eines Care Managements) alleine im gesundheitlichen Bereich nicht optimal gelöst ist. Somit stellt sich die Frage, wie ein Case Management, welches sowohl den Bereich Gesundheit als auch den Bereich Soziales beinhaltet, finanziert und organisiert werden kann.

Eine Anlaufstelle für ältere Menschen muss mit den Organisationen, welche die verschiedenen Unterstützungsleistungen anbieten, zusammenarbeiten. Nur so kann sie kompetent informieren und beraten sowie die nötige Hilfe in Kooperation mit diesen Akteuren organisieren. Daher kommt beim Aufbau einer Anlaufstelle der Vernetzung mit den lokalen Akteuren eine grosse Bedeutung zu. Diese Vernetzungsarbeit schafft zudem Grundlagen, um eine weitere zentrale Herausforderung anzugehen: die Koordination der Unterstützungsangebote.

## Bedarfsorientierte Unterstützung durch Koordination und Vernetzung der Angebote

Zurzeit bestehen im Unterstützungssystem für ältere Menschen, insbesondere im ambulanten Bereich, ortsspezifisch Angebotslücken und oft auch zu viele ähnliche Angebote, die eine bedarfsorientierte Hilfe erschweren. Die Unterstützungssysteme setzen sich aus Angeboten zusammen, die aus zwei traditionell nicht aufeinander abgestimmten Bereichen – Gesundheit einerseits und Soziales andererseits – stammen (Gasser *et al.*, 2015). Angebote für ältere Menschen haben sich zudem meist unabhängig voneinander entwickelt. Verschiedene Socius-Projekte haben sich daher zum Ziel gesetzt, ganz konkret die Vernetzung und Koordination der Angebote zu fördern; sei es im Rahmen des Aufbaus einer Anlaufstelle, der Entwicklung eines Altersleitbildprozesses oder eines Projekts der Gemeinwesenarbeit usw. Die Socius-Projekte zeigen, dass die Vernetzungs- und Koordinationsarbeit langfristige Verhandlungsprozesse zwischen den Akteuren beinhalten. Konkurrenz und Interessenkonflikte müssen behandelt, neue Zusammenarbeitsformen gesucht und gemeinsame Ziele definiert werden.

> *Die Verständigung auf Begriffe, Problemdefinition, Zielbild und Vorgehensweisen ist zeitintensiv, aber auch äusserst hilfreich. Es hilft, komplexe Themen handhabbar zu machen und den roten Faden nicht aus den Augen zu verlieren.* (Projekt «BasiviA – Bassersdorf vernetzt im Alter»)

Die Vernetzung der Akteure hat grössere Erfolgschancen, wenn sie bereits zu Beginn eines Projektes an die Hand genommen wird. Gelingt die Vernetzung der Akteure, können Lücken in der Angebotslandschaft identifiziert, neue Angebote geschaffen und die Übergänge zwischen den Angeboten koordiniert werden.

Eine besondere Herausforderung besteht darin, dass Unterstützungssysteme für ältere Menschen sich oftmals aus professionellen Fachpersonen

und zivilgesellschaftlich Engagierten zusammensetzen. Professionelle und Freiwillige haben unterschiedliche Motivationen und Erwartungen an die Zusammenarbeit (Ettlin *et al.*, 2016; Wehner *et al.*, 2015), was zu Schwierigkeiten bei der Koordination der Unterstützungsleistungen führen kann. Auch stellt sich die Frage, wie die Aufgabenverteilung zwischen Ehrenamtlichen und Professionellen zu gestalten ist. Welche Hilfestellungen können Freiwillige übernehmen und ab wann bedarf es professioneller Unterstützung? Wenn ältere Menschen vulnerabler werden, d.h. ihre körperlichen und sozialen Ressourcen abnehmen, sind sie immer stärker auf Unterstützung durch Fachpersonen angewiesen (z.B. Pflege). Daher stellt sich meist mit zunehmender Vulnerabilität die Frage der Koordination zwischen Freiwilligen und Professionellen.

Für die Steuerung der Angebotslandschaft stellen die strukturellen Rahmenbedingungen eine weitere Herausforderung dar. Unterstützungsleistungen für vulnerable ältere Menschen werden durch mehrere Finanzierungssysteme auf den Ebenen der Gemeinden, der Kantone und des Bundes abgegolten. Es bestehen zudem separate gesetzliche Grundlagen für die Finanzierung von Leistungen im gesundheitlichen und sozialen Bereich. Da die Akteure, seien es die öffentliche Verwaltung oder NGOs, von diesen Finanzierungssystemen und gesetzlichen Grundlagen abhängig sind, ist eine Koordination der Angebote durch lokale Akteure aufgrund der strukturellen Rahmenbedingungen nur bedingt möglich.

## Das Wohnumfeld aktiv gestalten: Nachbarschaft und altersfreundliche Quartiere

Ebenso wichtig wie eine ans Alter angepasste Wohnung ist ein altersfreundliches Wohnumfeld. Verschiedene Socius-Projekte haben sich zum Ziel gesetzt, ein solches Wohnumfeld aktiv zu gestalten. Einerseits unterstützen sie den Aufbau und die Erweiterung sozialer Netzwerke im Wohnumfeld, andererseits leisten sie einen Beitrag zur altersfreundlichen baulichen Gestaltung der Quartiere.

Der Aufbau und die Erweiterung sozialer Netzwerke zielen darauf ab, die sozialen Ressourcen älterer Menschen zu erhöhen und damit ihre Vulnerabilität zu reduzieren.

> *Der Zugang zu den Personen mit Unterstützungsbedarf geschieht über Vertrauenspersonen, ein Flyer genügt nicht. Das Netzwerk zwischen Fachpersonen im Quartier (z.B. MitarbeiterInnen der Spitex), der Bevölkerung und Dienstleistern (Apotheken, Drogerien usw.) ist deshalb besonders wichtig.* (Projekt «Bern: Zuhause in der Nachbarschaft»)

Die sozialen Netzwerke werden auf Ebene des Quartiers gestärkt, d.h. im direkten Wohnumfeld älterer Menschen, indem die Vernetzung von Nachbarn gefördert oder auch Begegnungsorte geschaffen werden. Konkret kann dies bedeuten, dass z.B. eine Vermittlung zwischen hilfesuchenden und helfenden Quartierbewohnern eingerichtet und dadurch informelle Unterstützung beim Einkaufen, Rasenmähen und sonstigen kleinen, wichtigen Alltagsproblemen ermöglicht wird. Die Begegnungsorte sind vielfältiger Natur und passen sich dem Quartier an – neue Quartiertreffs können entstehen, bestehende Jugendhäuser für Aktivitäten älterer Menschen geöffnet und Quartieranlässe organisiert werden. Es genügt jedoch nicht, Begegnungsorte zu schaffen, denn diese müssen auch «belebt» werden. Dies impliziert, konkret Aktivitäten anzubieten, und sei es «nur» die Organisation eines Kaffee- oder Mittagstisches.

Nebst dem Aufbau sozialer Ressourcen im Wohnumfeld streben Socius-Projekte auch eine altersfreundliche bauliche Gestaltung der Quartiere an. Dabei geht es darum, bauliche Hindernisse für Menschen mit reduzierter Mobilität aus dem Weg zu schaffen und durch bauliche Massnahmen die Mobilität im Quartier zu fördern. Ein klassisches Beispiel hierfür sind Bänke, die es älteren Menschen ermöglichen, auf ihrem Weg in geeigneten Abständen eine Pause einzulegen. Quartierspaziergänge mit älteren Menschen vermögen z.B., das Quartier und seine baulichen Hindernisse aus deren Perspektive kennenzulernen. Die Quartierspaziergänge stellen zudem Begegnungsmöglichkeiten dar, und zwar nicht nur zwischen den Seniorinnen und Senioren, sondern auch zwischen ihnen und den im Quartier tätigen Akteuren und Behörden. Erfahrungen aus den Socius-Projekten zeigen, dass der Einbezug der lokalen Akteure und der Behörden bei solchen Quartierevents ein erfolgversprechendes Vorgehen darstellt. Zwischen Seniorinnen bzw. Senioren, Akteuren und Behörden entsteht so ein intermediärer Raum, der die Möglichkeit bietet, direkt miteinander zu kommunizieren, Bedürfnisse zu äussern, konkrete Lösungsmöglichkeiten gemeinsam zu suchen, aber auch Grenzen der Handlungsoptionen, welche eine Gemeinde zur baulichen Gestaltung des Quartiers hat, darzulegen.

## Sensibilisierung der Behörden und der Politik

Die Socius-Projekte wurden von Gemeinden, Regionalverbänden oder Kantonen ins Leben gerufen. Trotzdem zeigen die Projektverläufe, dass die Sensibilisierung zum Thema Alter und Vulnerabilität auch während der Projektumsetzung einen hohen Stellenwert haben muss.

> *Laufende proaktive Information und Kommunikation mit den Entscheidungsträgern ist unabdingbar.* (Projekt «Älter werden im Sensebezirk des Kantons Freiburg»)

Die Projekte werden zwar von einzelnen Behörden, Politikerinnen und Politikern getragen, die Relevanz des Themas Alter und Vulnerabilität ist jedoch interdepartemental betrachtet vielfach wenig bekannt. Durch die Projekte – sei es ein Leitbildprozess, der Aufbau einer Anlaufstelle, Quartierspaziergänge, Angebotskoordination usw. – können weitere wichtige Funktionsträgerinnen und -träger in ein konkretes Geschehen einbezogen werden und sich mit dem Bereich Alter auseinandersetzen. Die erzielten Resultate zeigen zudem auf, wie dieses Thema konstruktiv angegangen werden kann, was wiederum das Engagement für den Altersbereich fördert.

Die Sensibilisierungsarbeit bedarf einer situativ angepassten Vorgehensweise. Es kann sich z. B. um den Einbezug von verschiedenen Gemeindeabteilungen in die Umsetzung des Projektes handeln oder die Besprechung und Entscheidungsfindung zum Projekt im Gemeinderat. Und auch eine gezielte Berichterstattung zuhanden der Politik und der Verwaltung ist dienlich. Im Hinblick auf eine nachhaltige Verankerung der Projekte im Regelbetrieb schafft die Sensibilisierungsarbeit die Voraussetzungen, damit die notwendigen Ressourcen für eine Weiterführung der im Rahmen der Projekte erarbeiteten Strukturen, Angebote und Koordinationsplattformen gesprochen werden.

## Fazit

Vulnerable ältere Menschen brauchen Unterstützung, um möglichst lange selbstständig zu Hause wohnen zu können. Die Organisation dieser Unterstützungsleistungen stellt heute nach wie vor eine Herausforderung dar, denn gerade die Angebotslandschaft für ambulante Leistungen kann als fragmentiert und unkoordiniert beschrieben werden. Die Antworten auf diese Herausforderung in den vier diskutierten Handlungsfeldern sind vielfältig:

### Orientierungshilfen

Anlaufstellen für ältere Menschen und ihre Angehörigen informieren über Unterstützungsangebote und beraten dazu, wie die benötigte Hilfe zu organisieren ist. Zurzeit ist die Finanzierung dieser Beratungsleistungen und insbesondere des Case Managements vielerorts nicht gesichert und stellt daher eine Herausforderung dar.

### Bedarfsorientierte Unterstützung durch Koordination und Vernetzung der Angebote

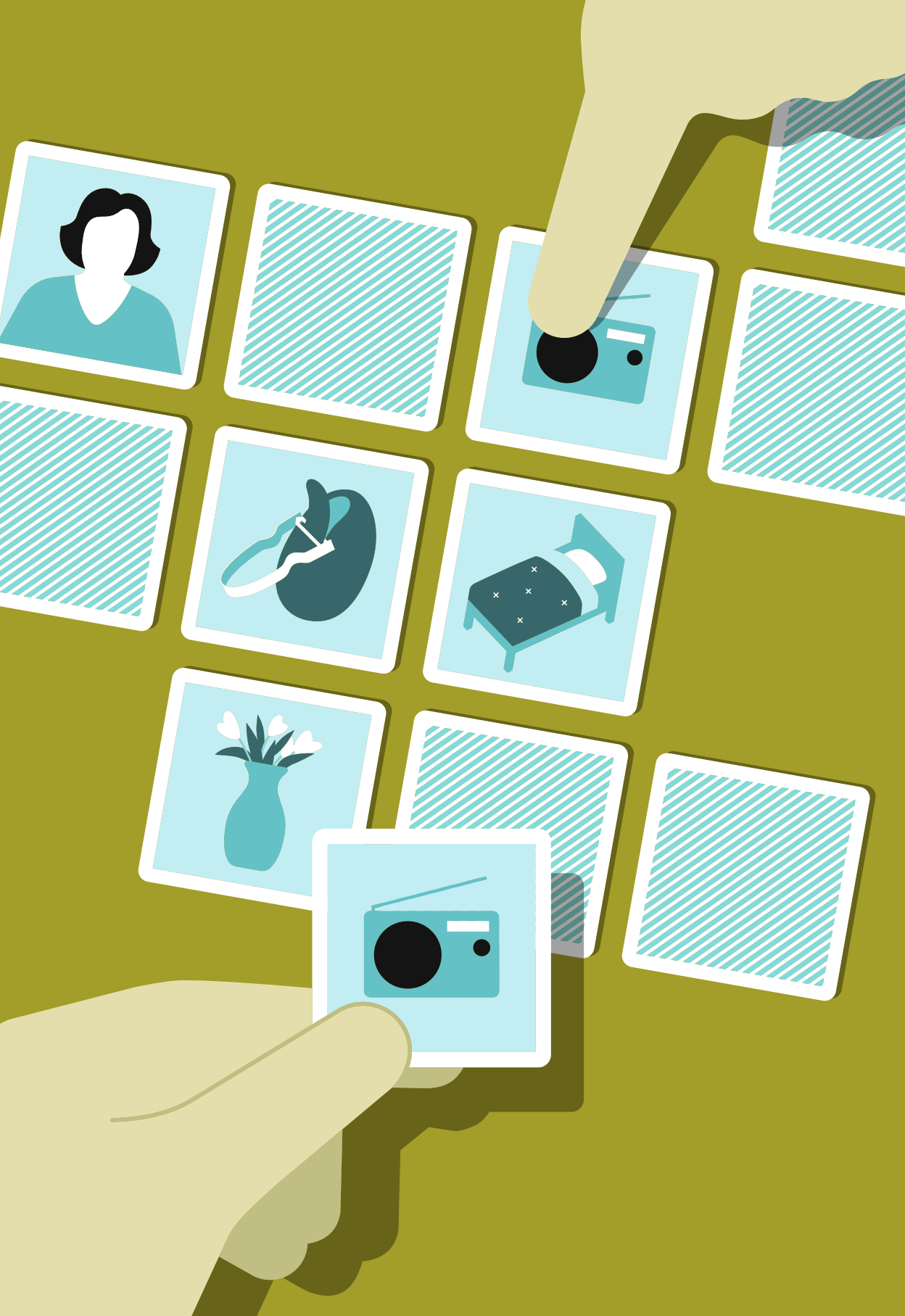
Um die Fragmentierung der Angebotslandschaft zu reduzieren und die Koordination der Angebote zu verbessern, vernetzen Projekte die Akteure. Die Vernetzungs- und Koordinationsarbeit beinhaltet langfristige Verhandlungsprozesse zwischen den Akteuren, welche für die Projekte eine grosse Herausforderung darstellen. Als Grundlage gilt es unbedingt, die notwendigen zeitlichen und finanziellen Ressourcen von Anfang an im Projekt einzuplanen. Auch ist es von Vorteil, die Konkurrenzsituation zwischen Leistungserbringern offen zu thematisieren und gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Dabei ist insbesondere auch die Zusammenarbeit zwischen Akteuren der Zivilgesellschaft und professionellen Anbieterorganisationen zu beachten.

### Das Wohnumfeld aktiv gestalten: Nachbarschaft und altersfreundliche Quartiere

Durch die aktive Gestaltung des Wohnumfelds können vulnerable ältere Menschen beim selbstständigen Wohnen unterstützt werden. Der Aufbau und die Erweiterung sozialer Netzwerke im Wohnumfeld (Nachbarschaft) und eine altersfreundliche bauliche Gestaltung der Quartiere sind daher wertvolle Handlungsmöglichkeiten. Eine Herausforderung besteht darin, dass der Aufbau sozialer Netzwerke aufgrund der dafür benötigten partizipativen Prozesse länger dauert und somit ressourcenintensiv ist. Auch handelt es sich oftmals um ergebnisoffene Prozesse. Es erfordert somit Geduld, Durchhaltevermögen und Überzeugung, um solche Projekte an die Hand zu nehmen – und die Unterstützung der Politik, damit die notwendigen Ressourcen bereitgestellt werden.

### Sensibilisierung von Politik und Behörden

Im Hinblick auf eine nachhaltige Entwicklung der ambulanten Unterstützungsleistungen für ältere Menschen bedarf es in der Politik und bei den Behörden Kenntnisse über und ein Bewusstsein für die Bedürfnisse älterer Personen. Durch konkrete Projekte kann dieses Bewusstsein gestärkt werden. Daher ist der Nutzen eines Projektes nicht nur an den erreichten konkreten Resultaten zu messen, sondern auch daran, wie und wer sensibilisiert werden konnte. Die Sensibilisierungsarbeit ist demzufolge als eine zentrale Aufgabe eines Projektes zu verstehen und mit der notwendigen Sorgfalt umzusetzen.



# 16 Wohngemeinschaften: Eine alternative Wohnform für an Alzheimer erkrankte Menschen

Maurice Avramito und Valérie Hugentobler

Alzheimer und damit verwandte Krankheiten gehören zu den Faktoren, welche durch den Abbau kognitiver Fähigkeiten die Vulnerabilität hochaltriger Personen erhöhen. Nimmt man die im einleitenden Kapitel dargestellte Perspektive ein, die auf individuelle Ressourcen und Belastungen auf unterschiedlichen Ebenen fokussiert, zeigt sich, dass ein wesentlicher Teil der Belastungen und Beeinträchtigungen, die mit der Krankheit einhergehen, sozialen Faktoren entspringen.

Das soziale Beziehungsnetz mag generell mit fortschreitendem Alter schrumpfen, doch ist das Phänomen einer Vereinsamung bei Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen beinahe durchgehend anzutreffen. Um zumindest einen teilweisen Ausgleich für diese spezifische Form von Vulnerabilität zu erreichen, liegt es deshalb nahe, bei Wohnung und sozialem Umfeld anzusetzen. In der Versorgung von Menschen, die an Alzheimer erkrankt sind, wird der räumlichen Gestaltung entscheidende Bedeutung zugemessen.

Powell Lawton zufolge lassen sich kognitive Defizite durch bestimmte Arten der Raumgestaltung exogen lindern, Verhaltensauffälligkeiten wie Verwirrtheit, Erregungszustände, Aggressivität usw. kann man auf diese Weise in den Griff bekommen. Es ist deshalb nicht abwegig, von einer «prothetischen bzw. angepassten Architektur» zu sprechen. Je eingeschränkter die kognitiven Funktionen einer Person sind, desto empfindlicher bzw. vulnerabler wird sie bei einer mangelhaft ausgestatteten Umgebung. Je weniger anpassungsfähig sie selbst ist, desto stärker reagiert sie auch auf schädigende Umwelteinflüsse. Wird die Umwelt sowohl in materieller wie in organisatorischer Hinsicht, aber auch, was die intervenierenden Personen anbelangt, passend gestaltet, kann dies durchaus zu einer gelingenden Anpassung der erkrankten Person beitragen (in Anlehnung an die in Guisset-Martinez [2004] dargestellten Arbeiten Lawtons).

Seit Ende der 70er-Jahre macht man sich verstärkt Gedanken über die Rolle des Wohnumfelds als Ressource, mit der sich die Resilienz demenzerkrankter Personen steigern lässt und mit der sich Risiken vermindern lassen,

die sich aus einer krankheitsbedingten sozialen Isolation ergeben. In der Folge experimentierte man mit neuartigen, angepassten Wohnformen, die nichts mehr mit den klassischen stationären Versorgungseinrichtungen gemein haben. Damit reagierte man auf das Fehlen von echten Wohnalternativen gegenüber bestehenden und unzureichenden Lösungen – sei es beim Verbleib in der eigenen Wohnung oder in den klassischen Pflegeeinrichtungen, deren Tagesrhythmen kaum an demenzerkrankte Menschen angepasst waren.

In Bezug auf diese Wohnmodelle ziehen wir es vor, anstatt von intermediären Wohnformen (zwischen dem «normalen» Zuhause und einer Pflegeeinrichtung) lieber von alternativen Wohnformen (zum «normalen» Zuhause und zur stationären Pflege) zu sprechen, da beim Begriff intermediär mitschwingt, dass es sich bei diesen Unterbringungsformen «nur um eine Zwischenetappe im Wohnparcours vom eigenen Zuhause ins Altersheim handelt» (Leenhardt, 2017). Diese Einrichtungen verstehen sich als eigene Lebenswelten und als echte Alternativen zu gegenwärtig vorhandenen Unterbringungsangeboten für demenzerkrankte Menschen (Ennuyer, 2014).

In diesem Kapitel möchten wir auf die in letzter Zeit geschaffenen so genannten «alternativen» Wohnformen eingehen, nämlich auf «Wohngemeinschaften» für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Wir werden aufzeigen, welche Erfahrungen damit gemacht wurden, aber auch auf Grenzen hinweisen, die nach der Evaluation der ersten Modellversuche deutlich werden (Hugentobler und Brzak, 2016 und 2018). Wir zeichnen ihre Entstehungsgeschichte nach und gehen dabei zunächst auf die Entwicklung des «Group-living» (Leben in einer gemeinschaftlich genutzten Wohnung für ältere Menschen) in Europa ein, da diese unterschiedlichen Modellversuche eine Blaupause für die inzwischen auch in der Schweiz gestarteten Projekte darstellen. Indem wir auf die ursprünglichen deklarierten Ziele sowie auf einige Evaluationen zu sprechen kommen, wollen wir verdeutlichen, woran sich die Schweizer Projekte orientieren und worin sie sich davon abheben. Schliesslich stellen wir Überlegungen an zu politischen Rahmensetzungen für diese neuartigen Wohnformen. Ungeachtet aller Absichtserklärungen sind diese an den meisten Orten inexistent, und dort, wo es sie gibt, befinden sie sich noch im Status von Pilotprojekten (Ettlin, 2016).

## Die Group-living-Experimente

Die ersten neuen Wohnmodelle, die sich speziell an demenzerkrankte Personen[1] richteten und keine herkömmlichen Pflegeeinrichtungen waren, kamen gegen

1 Damals (Ende der 1970er Jahre) wurden Menschen mit demenziellen Erkrankungen und ähnlichen kognitiven Beeinträchtigungen eher als «desorientiert» bezeichnet.

Ende der 1970er-Jahre auf. Weil es unweigerlich zu Schwierigkeiten kommt, wenn man in geriatrischen Einrichtungen demenzerkrankte Menschen zusammen mit anderen Bewohnern unterbringt, bildeten sich nach und nach spezifische Wohnformen in Gestalt kleiner Pflegewohngruppen bzw. Pflegewohngemeinschaften. Seither entstanden und entstehen über ganz Europa verteilt unterschiedlichste Projekte, die sich wechselseitig beeinflussen.[2] Diese unterschiedlichen Beispiele betreffen zwar nur eine ganz kleine Zahl von älteren Menschen, sie illustrieren jedoch eine allgemeine Tendenz zu innovativen Wohnformen und einer besseren Versorgung dieser spezifischen Personengruppe. Hervorgehoben seien unter anderen die CANTOU (Centres d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles) und die «Domiciles partagés de type petites unités de vie» in Frankreich, die Demenz-WGs in Deutschland, die Group-Livings in Schweden oder die Maisons Carpe diem in Kanada (Leenhardt, 2010).

Unabhängig von Besonderheiten und Namensgebung unterschiedlicher Projekte stützen sie sich allesamt auf das aus dem angelsächsischen Raum stammende Konzept des «Group-living». Dieses Konzept steht für eine «Unterbringung in speziellen, zwischen sieben und zwölf separate Zimmer umfassenden Wohngruppen, in denen die Betreuung in einem gemeinsamen Wohnbereich erfolgt» (Colvez, 1994). All diesen Modellen liegen dasselbe Menschenbild und dieselbe Absicht zugrunde: Es geht darum, fragile, hilfe- und pflegebedürftige Menschen ins Zentrum eines Settings zu stellen, in dem sie angemessene Betreuung erhalten. All jenen, die nicht mehr in ihrem angestammten Wohnumfeld verbleiben können oder wollen, soll ein neues Zuhause geboten werden. Sie sollen in einer echten Lebenswelt Aufnahme finden, die ihrem Gesundheitszustand, ihrer Würde und ihrer persönlichen Lebensbiografie entspricht (Leenhardt, 2010).

Da es das erste Modell war, an dem sich später andere Einrichtungen in Europa orientiert haben, wollen wir Ursprünge und Grundzüge der Cantou vorstellen. Das Konzept ist 1977 in Frankreich im Altersheim Emilie de Rodat entstanden. Zur damaligen Zeit existierten noch keinerlei spezialisierte Pflegeheime für an Alzheimer erkrankte Menschen. Die einzige Alternative zum Altersheim stellte die Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik dar. Für Georges Caussanel, den Begründer dieses Modells, war das Altersheim «ein hierarchisches, technikzentriertes und zu sehr auf Medizin basierendes System, das kaum in der Lage war, hochgradig pflegebedürftigen Personen eine angemessene Betreuung zukommen zu lassen» (Bascoul und Eynard, 1993). Es stellte sich somit ein zweifaches Problem: Erstens gestaltete sich das Zusammenleben von demenzerkrankten Personen und vergleichsweise selbstständigeren Menschen innerhalb ein und derselben Einrichtung zu-

2 Insbesondere in Schweden, Frankreich, Deutschland, Belgien und den Niederlanden.

nehmend als schwierig, auch weil demenzkranke Menschen bei den übrigen Bewohnerinnern und Bewohnern auf Ablehnung stiessen. Zweitens führte bei zu Hause lebenden älteren Menschen die Konfrontation der Familien mit dem geistigen Verfall ihres Angehörigen zu Schwierigkeiten. Für Caussanel war «die Funktionsweise der Einrichtungen an sich schon kontraproduktiv, da die älteren Menschen hier einem System artifizieller und sich demobilisierend auswirkender Betreuung ausgesetzt sind» (Caussanel, 2000). Sein Wunsch war es, die stationäre Unterbringung als Begriff durch den der Wohn- und Lebensgemeinschaft zu ersetzen und damit eine möglichst wenig institutionell geprägte Lebensgestaltung zu ermöglichen: Mit ihnen zusammen statt für sie: «Die Bezugnahme auf das Familienleben auf den Bauernhöfen von einstmals diente [ihm] als Richtschnur: eine Familie von zehn bis zwölf Personen […]; eine Wohnstube, die als Küche, Essraum und als Wohnzimmer dient, wo man am Abend um das Kaminfeuer sitzt; ein Tisch, um den herum sich die Gemeinschaft versammelt. Für die menschliche Ebene wäre eine Familienmutter nötig, welche die Verantwortung für die Gruppe übernimmt. […] Die Übertragung dieser Lebensform auf verwirrte Personen war die Geburtsstunde der Cantou» (Caussanel, 2000).

Obwohl die Cantou-Strukturen anfangs als Tagespflegeeinrichtungen gedacht waren, entwickelten sie sich später zu 24-Stunden-Wohngemeinschaften. Konzeptuell beruhen sie auf zwei Grundsätzen: Das Prinzip der Subsidiarität («Nichts tun, was der Betreute nicht selbst noch tun könnte») soll eine gewisse Selbstständigkeit, das Gefühl von Nützlichkeit und die Wahrung eines Verantwortungsbewusstseins für das eigene Dasein gewährleisten. Das Prinzip der Gemeinschaft ist Garant für ein harmonisches Zusammenleben und für die im Cantou herrschende Solidarität. Es umfasst die älteren Bewohnerinnen und Bewohner, ihre Familienangehörigen ebenso wie die Leiterin des Hauses (Caussanel, 2000).

Die auf Initiative des deutschen Ablegers der Petits Frères des Pauvres in Berlin entstandenen Demenz-WGs mit Betreuung durch ambulante Pflegedienste stützen sich direkt auf die französischen Cantou. Im Anschluss an eine Beobachtungs-, Modellversuchs- und Evaluationsphase sowie eine Phase der theoretischen Ausformulierung des Konzepts wurde ein Social Engineering-Prozess in Gang gesetzt, um das Konzept in ganz Deutschland umzusetzen. In einer Demenz-WG leben sieben bis zehn Personen möglichst in ihrem angestammten Viertel in familiärer Atmosphäre zusammen. Jeder besitzt einen Raum für sich, aber in der «Wohnküche» kommt die Bewohnerschaft zu gemeinsamen Alltagsaktivitäten zusammen. Sie beteiligen sich entsprechend ihren Wünschen, Bedürfnissen und ihren Fähigkeiten daran und werden dabei vom Hilfs- und Pflegepersonal begleitet. Ihren Angehörigen kommt dabei eine zentrale Rolle zu: Sie wählen kollektiv den Pflegedienst und

Abb. 16.1

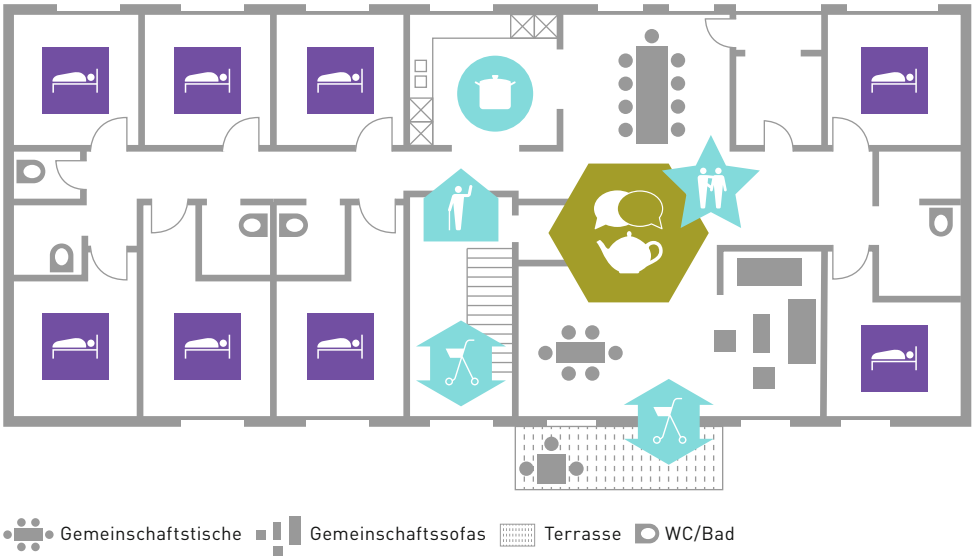
## «Colocations» – Gemeinschaftswohnungen für Personen mit Alzheimer: Prinzipien und Betriebsorganisation

16.1

1

- Zentraler Wohnbereich – Ort der Gemeinschaft (historisch: «ums Herdfeuer»)
- Individuelle Privatzimmer
- Besuche/Partizipation von Angehörigen
- Interaktion mit dem äusseren Wohnumfeld: Zugänge der Bewohnenden zur Nachbarschaft
- Offene gemeinschaftliche Grossküche – Gemeinschaftsbereich
- Alltagsbegleiterin

2




1) Prinzipien und Elemente des «Colocations»-Modells.
2) Anwendungsbeispiel einer «colocation»: «Hausgemeinschaft Rissen» in Hamburg.
Quellen: 1) Eigene Darstellung, 2) Eigene Darstellung auf Grundlage von «Zur Niesen Architekten, Dipl.-Ing. Architekt, Husumer Strasse 15 – 20251 Hamburg» in: Leenhardt 2010.

übernehmen die Verantwortung für die Gestaltung und das Funktionieren des Alltags in der Gemeinschaft (Leenhardt, 2010).

All diese «Group-Living»-Experimente sind vom Willen getragen, Lebensräume zu schaffen, die eine Abkehr von den monierten Missständen in stationären Einrichtungen vollziehen. Die allgemeinen Grundsätze dieser neuartigen Unterbringungsformen lassen sich wie folgt auf den Punkt bringen:

Abb. 16.2

- eine überschaubare Anzahl von Bewohnerinnen und Bewohnern anstelle der Anonymität grosser Einrichtungen,
- Verbleib im gewohnten Umfeld (Quartier, Dorf usw.) anstelle von Entwurzelung und Abgeschoben-Werden,
- die Möglichkeit, je nach Bedarf zwischen dem eigenen und dem gemeinschaftlichen Wohnbereich wechseln zu können anstelle einer Einebnung der Grenzen zwischen den Räumen,
- Stärkung der sozialen Bindungen zur Familie und den Angehörigen anstelle eines Entzugs familialer Zuwendungen,
- Teilhabe am Alltagsleben und Verantwortungsübertragung anstelle von Komplettbetreuung und Infantilisierung,
- Koordination der Aufgaben der verschiedenen Partner anstelle einer Parzellierung von Zuständigkeiten,
- Eingehen auf den Entwicklungsverlauf der Beeinträchtigungen anstelle der von sukzessiven Verlegungen,
- Begleitung bis zum Tod anstelle der Verleugnung dieses wesentlichen Moments eines Lebens (Puijalon, 1990).

Zu den Gemeinsamkeiten dieser Wohnmodelle gehören somit: eine alternative Positionierung (gegenüber dem Pflegeheim und dem Privathaushalt), spezifische Werte (persönliche Würde und Selbstbestimmung) und eine bestimmte (an die Bewohner, ihre Wünsche und Bedürfnisse angepasste) Organisationweise – unterm Strich also eine Orientierung an den ursprünglichen Absichten des Cantou. In diesem Sinne beruhen sie allesamt auf dem Social-Quality-Modell (s. hierzu das Einleitungskapitel 10): Sie fokussieren darauf, die individuellen Ressourcen bzw. die Handlungsfähigkeit der Bewohnenden zu erhalten, auch wenn die Selbstständigkeit abnimmt, damit diese weiterhin eine Kontrolle über ihr Leben behalten und ihr Wissen und ihre Kompetenzen einsetzen können.

## Alternative Wohnmodelle vs. traditionelle Heime

16.2

| Alternative Wohnmodelle | | Traditionelles Heim |
|---|---|---|
| Kleine Wohngruppen | ↔ | Anonymität in grossen Gruppen |
| Verbleiben im gewohnten Umfeld (Quartier, Dorf…) | ↔ | Entwurzelung |
| Wechsel zwischen individuellen und kollektiven Wohbereichen | ↔ | Einebnung der Grenzen zwischen den Lebensbereichen |
| Stärkung der sozialen Bindungen zur Familie und den Angehörigen | ↔ | Entzug familialer Zuwendungen |
| Teilhabe am Alltagsleben und Verantwortungsübertragung | ↔ | Komplettbetreuung und Infantilisierung |
| Koordination der Aufgaben verschiedener Partner | ↔ | Parzellierung von Zuständigkeiten |
| Eingehen auf den Entwicklungsverlauf der Beeinträchtigungen | ↔ | Sukzessive Verlegung des Wohnplatzes |
| Begleitung bis zum Tod | ↔ | Banalisierung des Sterbeprozesses |

Monierte Missstände der «klassischen» Heime (Spalte rechts), denen die verschiedenen Formen des alternativen Wohnens (links) entgegenwirken wollen. Eigene Darstellung auf Grundlage von: Puijalon 1990.

## Die aktuellen Initiativen in der Schweiz

In der Schweiz orientiert sich das Spektrum von Wohnformen für ältere Menschen traditionell an zwei Polen: dem eigenen Zuhause und der Unterbringung in einer stationären Einrichtung für Personen mit Autonomieverlust. Überlegungen und Projekte zu «Seniorenwohngemeinschaften» sind dagegen eher selten und meist jüngeren Datums. Das Aufkommen von intermediären Betreuungsformen und alternativen Angeboten in den vergangenen Jahren entspringt dem politischen Willen, eine breitere Palette von Angeboten zu schaffen, die sich von altersgerechten Wohnungen und betreutem Wohnen[3] (Hugentobler, 2018) über den verstärkten Ausbau von ambulanten Betreuungs- und Pflegediensten und die Entwicklung von spezialisierten Pflegedienstleistungen bis hin zu Tages- oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen erstreckt. Ziel dieser Diversifizierung ist eine bessere Anpassung an die indi-

3 In der französischen Schweiz herrscht kein Konsens hinsichtlich der Begrifflichkeit. Wenn der Begriff «altersgerecht» (adapté) noch eine gewisse faktenbasierte Objektivität besitzt, dann ist die Bezeichnung «geschützt» (protégé) schon problematischer, da sie eine «schützende» Dimension der Wohnung und eine Form von Vulnerabilität impliziert oder eine defizitorientierte und damit stigmatisierende Sicht auf das Individuum transportiert. Die Bezeichnung «altersgerecht» oder «betreut/begleitet» (encadré) scheint daher angemessener.

viduellen Bedürfnisse und Bedarfe. In diesem Kontext kam es in den vergangenen zehn Jahren zur Gründung einiger «Seniorenwohngemeinschaften», sie sind aber im Allgemeinen aus privaten Initiativen hervorgegangen und betreffen in erster Linie Personen mit relativ guter Gesundheit. Manche Gebietskörperschaften unterstützen die Errichtung altersgerechter Wohnungen, zuweilen auch in Verbindung mit Generationenwohnen oder mit dem Ziel sozialer Durchmischung. Wohnangebote speziell für demenzerkrankte Menschen sind freilich noch eine Seltenheit. In den vergangenen Jahren sind durchaus Pflegewohngruppen für jeweils acht bis zwölf hilfe- und pflegebedürftige Menschen, darunter auch Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Demenz, etwa in Bäretswil oder Madiswil entstanden (Sidler, 2018). Schliesslich sei auch auf das Dorfprojekt[4] im Oberaargau für demenzerkrankte Menschen – nach dem Beispiel «De Hogeweyk» in den Niederlanden – hingewiesen; ein Projekt, das durchaus konträre Reaktionen auslöst.

Den europäischen «Cohousing»-Modellen in Form von «Group living»-Wohnungen speziell für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (Hugentobler und Brzak, 2016) am nächsten kommen die beiden Waadtländer Modellversuche, die 2014 in Orbe und 2016 in Yverdon gestartet wurden. In den beiden Gemeinschaftswohnungen wohnen jeweils sechs Personen, die über individuelle, selbst ausgestattete Zimmer verfügen. Für gemeinsame Aktivitäten stehen gemeinschaftlich genutzte Räume (Bad, Küche, Wohnzimmer, Balkon oder Garten) zu Verfügung. Dem Konzept zufolge wird eine in erster Linie soziale Betreuung im Alltag geleistet (Pflegeleistungen werden von einem externen Spitex-Dienst erbracht), um eine Umgebung «wie daheim», jedoch sicher und durch Alltagsbegleiterinnen unterstützt, zu gewährleisten. Diese Modellprojekte befinden sich noch im Pilotstadium und sind daher in der Schweiz noch wenig bekannt. Initiiert wurden sie durch die Schweizer Alzheimervereinigung. Die Wohngemeinschaften werden durch die Fondation Saphir[5] getragen und durch die waadtländischen Behörden gefördert. Das Ziel der Pilotprojekte ist es, das Konzept zu testen und gegebenenfalls zu dessen Verbreitung in der gesamten Schweiz beizutragen. Sie orientieren sich zwar am Konzept der Domino-Wohnungen im Wallis[6], welche allerdings nicht für Personen mit ausgeprägten kognitiven

Abb. 16.3

4 Dabei geht es um die Umwandlung des Oberaargauischen Pflegeheims Wiedlisbach im Kanton Bern in ein Demenzdorf. Es wird aus kleinen Wohngruppen für je zehn Personen bestehen, die je nachdem, ob sie eher aus einem städtischen oder einem ländlichen Milieu kommen, aufgeteilt werden. Die Örtlichkeiten sind auf alt gemacht: «An Alzheimer erkrankte Menschen reisen um 30 bis 40 Jahre zurück in der Zeit, erklärt der Leiter des OPW, Markus Vögtlin. Durch ein speziell für sie gebautes Dorf mit einem für die damalige Zeit typischen Alltagsleben wird es möglich, dass sie weniger verwirrt und insgesamt viel ruhiger sind» (Le temps, 3. März 2013).

5 https://www.fondation-saphir.ch/jcms/c_5333/fr/colocation-alzheimer-topaze

6 Für weitere Informationen zum Modell DOMINO, s. https://www.cms-sierre.ch/fr/appartements-domino-56.html

## «Colocation Alzheimer»: Tagesprogramm einer Alzheimer-Wohngemeinschaft

16.3

| | |
|---|---|
| 7:00–8:00 | – 7:00: Ablösung der Nachtwache durch die Alltagsbegleiterin<br>– Raport der Nachtwache an die Alltagsbegleiterin<br>– Erste Bewohner stehen auf |
| 8:00–9:00 | – 8:00: Ankunft der Assistentin oder der zweiten Alltagsbegleiterin<br>– Frühstückzubereitung<br>– Wecken der Bewohnerschaft |
| 9:00–12:00 | – 9.00 (spätestens): Frühstück<br>– Tagesprogramm je nach Wunsch, Betreuungsbedarf und Witterung<br>– Pflege<br>– Waschen und Putzen |
| 12:00–17:00 | – Mittagessen: Zubereitung durch Begleiterin und Bewohnerschaft oder Abholung im Heim<br>– 13:30–15:00: Mittagsruhe<br>– Vorbereitete Aktivitäten, Ausflüge, Besuche<br>– 17:00: Dienstschluss der Assistentin / der 2. Alltagsbegleiterin |
| 17:00–21:00 | – Zubereitung Abendessen durch Alltagsbegleiterin, auf Wunsch Mithilfe der Bewohnenden<br>– Abendessen<br>– Vorbereitung für die Nachtruhe<br>– 21:00: Ankunft der Nachtwache und Ablösung der Alltagsbegleiterin |
| 21:00–7:00 | – Vorbereitung für die Nachtruhe<br>– Nachtwache |

Gemeinschaftsbereich

Individuelles Privatzimmer

Alltagsbegleiterin

Interaktion mit dem äusseren Wohnumfeld

Offene Grossküche

Besuche/Partizipation von Angehörigen

Quelle: Hugentobler, Brzak 2018.

Beeinträchtigungen vorgesehen sind. Den Modellen, wie sie in den vergangenen vierzig Jahren in Europa entwickelt wurden, gleichen die Pilotprojekte nicht zuletzt mit Blick auf die Betreuung: Sie erfolgt «in einem gemeinschaftlich genutzten Wohnbereich […], in dem sich das Leben um häusliche Aktivitäten dreht, die von einer Hausmutter organisiert werden. Die Infrastruktur der Wohnung ist nicht medizinaltechnisch ausgerüstet» (Colvez, 1994). Diese Wohngemeinschaften wurden entwickelt, damit dauerhaft pflegebedürftige Personen weiterhin wie daheim leben können, nun allerdings in einer Gemeinschaft. Sie werden somit von zwei Grundüberzeugungen getragen, welche auch von den Gründerinnen und Gründern der verschiedenen Wohngemeinschaftsmodellen in Europa geteilt werden: Erstens die Überzeugung, «dass der kollektive Rhythmus, der für gewöhnlich das Leben in einer stationären Einrichtung bestimmt, demenzerkrankten Menschen ganz und gar nicht entspricht und sogar zur Verschärfung ihrer Schwierigkeiten und ihres grundsätzlichen Unbehagens beiträgt; zweitens, dass die zentrale Rolle der Familien bei der Begleitung ihrer Angehörigen aufrechterhalten werden muss, was in stationären Einrichtungen aus organisatorischen Gründen kaum möglich ist» (Puillandre, 2013).

Das Projekt «Demenzwohngemeinschaft», dessen übergeordnetes Ziel in der Entwicklung von Alternativen zum Heimeintritt besteht, entspricht einem politischen Willen. Gleiches lässt sich in Frankreich beobachten, wo die Initiative für solche Modelle zunächst von Behörden und Privatunternehmern ausging, Modelle nämlich, die Bernard Ennuyer (2014) «als alternative Wohnformen «POUR» umschrieben hat, weil sie von ihren Initiatoren und von den Entscheidungsträgern «für» («pour») die älteren Menschen konzipiert wurden, ohne dass man diese je nach ihren Wünschen befragt hätte.» Ihnen stellt er die Wohnformen gegenüber, welche die Soziologin Anne Labit (vgl. Nowik *et al.*, 2016) als «PAR»-Modelle bezeichnet: «Von» («par») Bürgern erdacht, die ihr Leben auf andere Weise in der eigenen Wohnung beschliessen wollen, nämlich nicht mehr «ein jeder daheim bei sich» und «ein jeder für sich», sondern im Rahmen einer Form von Wohngemeinschaft, definiert sie sie als «einen (zumindest teilweise) von den Senioren selbst gestalteten und verwalteten Wohnraum, der die Solidarität zwischen ihnen (oder mit anderen) stimuliert. Es ist ein Wohnraum, der auf die Teilhabe («la PARticipation») und das Teilen («le PARtage») setzt. Eine der richtungsweisenden Umsetzungen in dieser Hinsicht ist beispielsweise die Maison des Babayagas.»[7]

7 Das Projekt der Babayagas ist ein Haus, in dem eine Gemeinschaft von Frauen im Alter von 60+ lebt, die sich als Verein konstituiert hat, der im Wesentlichen von den Gedanken der Solidarität und des Teilens getragen wird. Selbstverwaltung ist eines der Funktionsprinzipien. Dieses 1999 im Grossraum von Paris (Montreuil) ins Leben gerufene Projekt wurde schliesslich im Februar 2013 eingeweiht.

## Fazit

Diese neuartigen Wohnformen bedienen derzeit nur einen «Nischenmarkt» für ein spezifisches Publikum. In der Schweiz sind sie zwar noch wenig ausgebaut, allerdings könnten sie in den nächsten Jahren angesichts der wachsenden Anzahl von Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen und dem damit vorprogrammierten Mangel an entsprechenden Unterbringungsmöglichkeiten Schule machen.

Den Wohngemeinschaften geht es darum, die Menschen zu ermutigen, ihre Fähigkeiten und Ressourcen möglichst lange zu nutzen, um ein Leben führen zu können, das ihrem früheren Leben so nahe wie möglich kommt; die soziale Isolierung dank eines dem Familienleben ähnlichen Rhythmus abzubauen und dabei die Angehörigen in einem angepassten Wohnumfeld einzubeziehen. Zum letztgenannten Punkt noch ein Wort: Die Familien sind zwar derartigen Projekten gegenüber aufgeschlossen – grösstenteils, weil sie ihnen akzeptabler zu sein scheinen als der Eintritt ins Pflegeheim. Allerdings scheinen die Angehörigen gegenüber den Wohngemeinschaften eine ähnliche Haltung an den Tag zu legen wie gegenüber einem Pflegeheim, ganz anders also als gegenüber einer Privatwohnung. Sie werden durchaus als überschaubare Wohneinheiten gesehen, in denen sich persönliche Bande entfalten können, doch faktisch bringen sich die Angehörigen nur in geringem Masse in das dortige Leben ein und eignen sich auch die Räumlichkeiten praktisch nicht an. Da sie häufig selbst zu erschöpft sind, laden sie ihre Last bei den Fachkräften ab. Zu Besuchen und Initiativen kommt es im Allgemeinen nur punktuell. Somit stellen die Angehörigen weder eine Gruppe noch eine Ressourcengemeinschaft dar. Familien, die sich untereinander kaum kennen, bringen zudem nicht die Lust und Energie auf, sich in stärkerem Masse zu engagieren, die Beziehungsarbeit überlässt man dann doch lieber den Fachkräften. Ganz anders als bei «selbstverwalteten» Wohnmodellen scheinen Bewohnerinnen, Bewohner und Angehörige nur begrenzt an der Planung und Gestaltung des Alltagslebens mitzuwirken und sich an Entscheidungen zu beteiligen.

Es mag durchaus sein, dass sich diese neuartigen alternativen Wohnformen, anders als anfänglich gedacht, nicht wie Privatwohnungen entwickelt haben, ebenso dass sich die von den Bewohnenden und ihren Angehörigen getragene Dynamik nicht den ursprünglichen Absichten gemäss entwickelte. Nichtsdestoweniger sieht es so aus, als ob sie ihre Rolle bei der Versorgung einer spezifischen Zielgruppe durchaus erfüllen und den Menschen helfen, den Eintritt in ein Pflegeheim zu vermeiden oder zumindest hinauszuzögern.

Die Evaluation der Wohngemeinschaften im Waadtland belegt letztlich eine relativ lange Verweildauer (mehrere Jahre) für Personen, für die ohne diese Alternative der Eintritt in ein Pflegeheim unumgänglich geworden wäre

(Hugentobler und Brzak, 2018). Was Betreuung und Pflege anbelangt, stellen sie daher ein innovatives Modell dar und eröffnen unleugbar vielversprechende Perspektiven im Hinblick auf die wachsende Anzahl von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in der Schweiz. Nichtsdestotrotz sollte man den Terminus «Wohngemeinschaft» (colocation) nochmals überdenken, der sich zur Bezeichnung dieser neuartigen Wohnformen nicht wirklich eignet. Es handelt sich dabei eher um kleine, überschaubare Einrichtungen mit Alltagsbegleitung und Pflegeleistungen im Angebot. Für diese neuartigen Lebensräume wäre eine neue Bezeichnung vonnöten. Sie sollte aber anders lauten als jene für die gemeinschaftlichen Wohnformen nach Art der schwedischen «Cohousings» oder der deutschen «Demenz-WGs», welche eher als alternative Wohnformen «DURCH» (PAR) die Bewohnerinnen bzw. Bewohner und ihre Angehörigen funktionieren.

1
2
3
4
5
6
7
8

# 17 Eine Evolution, keine Revolution! Ein Blick auf die Architektur der Waadtländer Alters- und Pflegeheime

Bruno Marchand

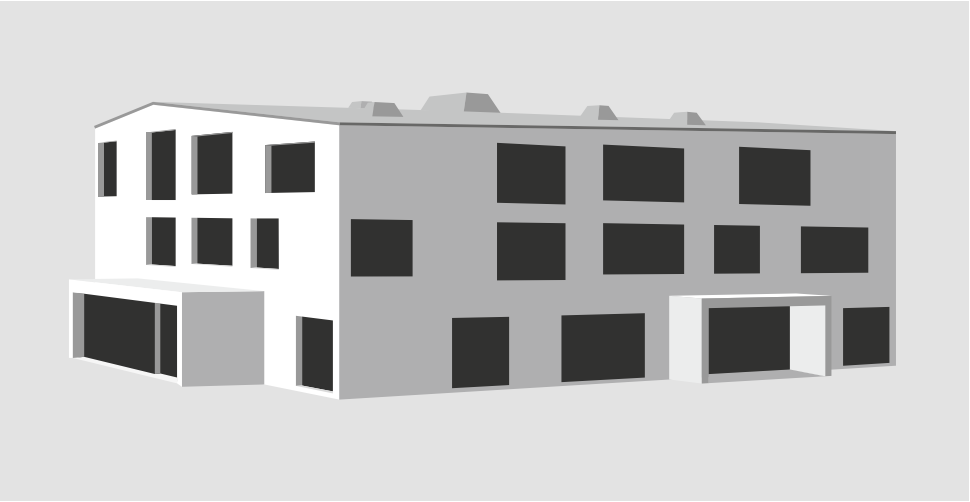
In der Publikation *Des Maisons pas comme les autres* galt unser Interesse als Architekten einer Reihe von Alters- und Pflegeheimen, die zwischen 2002 und 2013 im Kanton Waadt erstellt wurden.

Den Siegerinnen und Siegern der Wettbewerbe im Vorfeld dieser Bauvorhaben war die Überzeugung gemein, dass diese als *Grandes Maison*s – grosse Häuser gestaltet werden sollten, als ein letzter Lebensort, der möglichst dem «Daheim» der älteren Menschen gleicht (oder daran erinnert).

Abb. 17.1

Die Problemstellung ist allerdings nicht einfach: Wie schafft man es, in Heimen für eine überwiegend wohnliche Grundstimmung zu sorgen, wo diese doch gleichzeitig Lebens-, Arbeits- und Pflegeraum und damit eine Schnittmenge vieler Wirklichkeiten sind? Wie kann man ein Daheim für Menschen gestalten, die konstante medizinische Betreuung benötigen, und verhindern, dass sich eine Spitalatmosphäre mit ihren Regeln und Zwängen breit macht?

Unser Fokus lag daher hauptsächlich auf den Bemühungen der Architekten, die Elemente verschwinden zu lassen oder abzufedern, die uns unweigerlich daran erinnern, dass wir uns in einer institutionellen Einrichtung befinden: von der Gestaltung der Aussenanlagen und der Eingangstüre über den Einbau von Schwellen und dem Fensterdesign bis hin zu den Handläufen in den Gängen, die dezent gleich behandelt werden wie die Türrahmen und u. a. an die Holzarbeiten in alten Häusern erinnern. Wir möchten deshalb von den Ergebnissen und Erkenntnissen dieser Publikation ausgehen, um das Verständnis für die Entwicklungen der letzten fünf Jahre zu vertiefen. Die architektonischen Richtlinien und Empfehlungen für Alters- und Pflegeheime des Kantons Waadt (*Directives et recommandations architecturales des établissements médico-sociaux vaudois, DAEMS)* von 2003 gründen auf Konzepte zur Pflege aus den frühen 2000er-Jahren. Entsprechen sie noch den Bedürfnissen



Das Bild eines «grande maison»: EMS Contesse, Croy, 2003–2010.
Darstellung auf Gundlage von frundgallina architectes.

einer immer älter werdenden Bevölkerung? Seit 2013 wurden und werden weitere Heime gebaut. Aber wie? Gibt es spürbare Veränderungen?

## Und heute?

Besonders augenfällig in der jüngsten Entwicklung ist die Tatsache, dass Menschen immer später in ein Alters- und Pflegeheim eintreten. Dies ist im Wesentlichen auf die generelle Alterung der Bevölkerung zurückzuführen, aber auch auf den politischen Willen, den Verbleib in den eigenen vier Wänden zu fördern, d. h. dafür zu sorgen, dass ein möglichst langes Altern im eigenen Heim möglich ist. Zu diesem Zweck werden zunehmend Anstrengungen unternommen, um intermediäre Strukturen wie altersgerechte und betreute Wohnungen zu schaffen.

Neben dem Alter spielt jedoch häufig auch eine Verschlechterung des körperlichen und geistigen Zustands der Bewohnenden eine wesentliche Rolle. Auch wenn deren Verweildauer in den Heimen tendenziell abnimmt, gilt es diese Realität zu berücksichtigen und die damit verbundenen Herausforderungen zu bewältigen. Tatsächlich «sind die Grenzen des Verbleibs in der eigenen Wohnung und der intermediären Strukturen klar erreicht,

wenn der ältere Mensch von einer kognitiven Störung wie zum Beispiel der Alzheimer-Krankheit betroffen ist. Ab diesem Moment wird eine Betreuung unumgänglich» (Hagmann, 2013).

Man sieht: Die Alters- und Pflegeheime wollen sich vom Anstalt- und Spitalimage befreien. Sie bleiben jedoch Orte der Pflege und sozialmedizinischen Betreuung, eine Tatsache, über die man unter Betonung des Wohnkonzepts gerne hinwegging, die aber verstärkt ins Bewusstsein rücken dürfte. Dies umso mehr, als die Aufnahmekapazität von Heimen zunimmt: Der heutige Trend geht in Richtung Bau bzw. Modernisierung von Betrieben mit einer durchschnittlichen Kapazität von 60 bis 80 Betten. Welche Auswirkungen hat diese neue Lebensrealität älterer Menschen auf die Konzeption von Heimen? Wird dies in Zukunft zur Schaffung von speziellen Räumlichkeiten für die Palliativversorgung führen? Wie wirkt sich das auf die Organisation und die Bedeutung der privaten Räume und der Gemeinschaftsbereiche (die «Strassen» und «Plätze») und somit auf das Zusammenleben in den Heimen aus?

## Zusammenleben: die «Strassen»

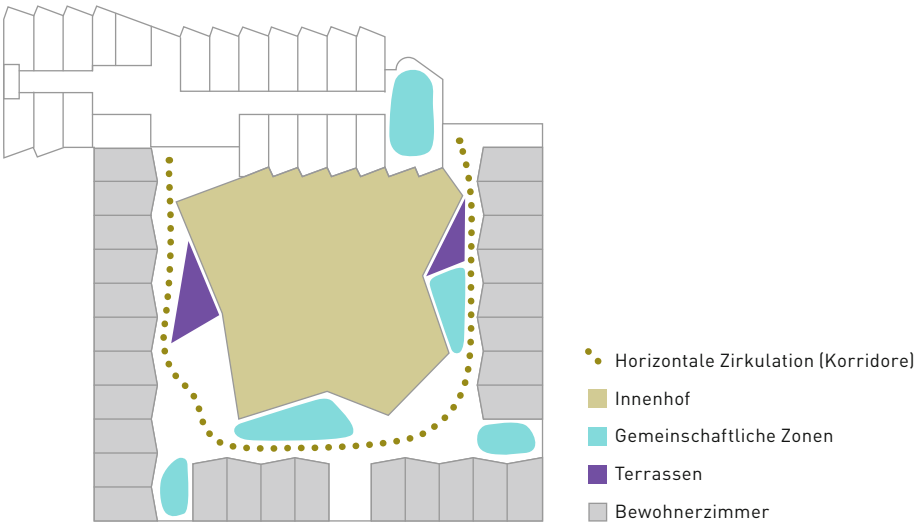
In unserer Publikation hatten wir die Korridore in den Alters- und Pflegeheimen mit «Strassen» verglichen, in Analogie zur Stadt, weil es sich «um dynamische Räume handelt, in denen ein ständiger Austausch stattfindet. Es sind Verkehrsflächen, aber gleichzeitig auch Wohn- und Begegnungsräume» (Menéndez, 2004–2005). Geht man davon aus, dass die hausinternen «Strassen» des Heims mehr sind als blosse Verkehrsflächen, dann muss ihr Verlauf gut durchdacht sein: Lange gerade Gänge, die Spitalstimmung hervorrufen, müssen daher vermieden oder zumindest verkürzt werden.

In vielen der in unserem Buch analysierten Heime waren geschwungene Verläufe ein von Architekten geschätztes Mittel, weil sie beweglich wahrgenommen werden und durch Verengungen und Aufweitungen – bis hin zur Schaffung von Gemeinschaftsbereichen – vielseitig gestaltet werden können. Bei solchen Raumanordnungen enden die Wegflächen mitunter bei einem Fenster, das so positioniert sein muss, dass Gegenlichtsituationen vermieden werden.

Bei einigen der Architekturwettbewerbe und Projektrealisierungen der jüngsten Jahre wurde diesem Anliegen mit einer Innenhoflösung entsprochen. Ein Beispiel dafür ist das prämierte Projekt «Oring» des Lausanner Büros Dias-Cottet für das Heim in Burier (2013).

Abb. 17.2

Ein geschlossener Garten im Zentrum dieses 130-Betten-Hauses für Geriatrie und Alterspsychiatrie bietet einen sicheren Gemeinschaftsbereich für die Bewohnenden, um den herum horizontale Rundgänge, Aufenthaltsbereiche und in die gefaltete Fassade eingelassene Terrassen angeordnet sind.




EMS de Burier, Siegerprojekt des Wettbewerbs 2013.
Plan des Innenhofs: Der Korridor ist wie eine Straße gestaltet und die gefaltete Geometrie schafft Nischen für Gemeinschaftsräume. Darstellung auf Grundlage von Dias-Cottet Architekten.

Die kaum mehr an Korridore erinnernden verglasten und natürlich beleuchteten «Strassen» werden so zu einer Bewegungsschleife, die sich – wie in einem Kloster – um den zentralen Garten herum entfaltet, der den Mittelpunkt des sozialen und gemeinschaftlichen Lebens bildet (vgl. Abbildung 17.2).

## Zusammenleben: die «Plätze»

Die Gemeinschaftsbereiche – der Speisesaal im Erdgeschoss und die Aufenthaltsräume in den oberen Stockwerken – haben wir, immer noch in Analogie zur Stadt, als «Plätze» identifiziert, die Begegnungen zwischen Bewohnenden, zwischen Bewohnenden und Personal oder Besucherinnen und Besuchern fördern. Sie sind Orte der Geselligkeit und der Begegnung, deren Nutzung durch die Architektur begünstigt werden kann. Der Gestaltung dieser Bereiche wird heute tendenziell mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Sie werden immer geräumiger und attraktiver, auch für die Bewohnenden, von denen viele in ihrer Mobilität eingeschränkt sind und nur mit Mühe die Etagen wechseln können: Schon die Bewältigung einer kurzen Wegstrecke kann eine erhebliche körperliche Anstrengung darstellen.

Im Gegenzug werden die Gemeinschaftsräume im Erdgeschoss, welche die Aufenthaltsräume auf den Etagen ergänzen, multifunktionaler und vereinen Gastro-, Animations- und andere Aktivitäten am selben Ort. Diese Art der Zweckrationalität tut der Bedeutung dieser Räume keinen Abbruch: Sie sind immer ein zentraler Treffpunkt für das gesamte Haus und eine Visitenkarte zur Aussenwelt, während die Bewohnerzimmer eher für den Empfang von Angehörigen und Freunden reserviert sind.

## Orte der Intimität

> *Für die Bewohnenden ist das eigene Zimmer vor allem ein Ort der Intimität, des Rückzugs und der Individualität. Angesichts der besonderen Umstände ist es jedoch etwas mehr als das. Das Zimmer in einem Heim unterscheidet sich von demjenigen in einer Wohnung oder einem Haus, da es zwar einen privaten Status hat, aber von Drittpersonen (Personal, Besucherinnen und Besucher) in Anwesenheit oder sogar in Abwesenheit der Bewohnenden betreten wird, insbesondere für die Erbringung von Pflegeleistungen oder als Treffpunkt für Angehörige und Freunde. Es ist auch kein Hotel- oder Spitalzimmer, weil die Aufenthaltsdauer der Bewohnenden länger ist und sie es mit ihrer persönlichen Habe und ihren Möbeln selbst gestalten. Das Zimmer im Heim stellt somit einen besonderen Ort, ein «Daheim» dar.* (Marchand und Savoyat, 2013)

Wir haben darauf hingewiesen, wie wichtig «Schwellen» sind, um diese Privatsphäre zu bewahren und das Gefühl, daheim zu sein, zu gewährleisten. Die Gestaltung der Eingangstüre, die ins Zimmer führt, ist dabei ganz wesentlich, denn wie Gaston Bachelard bestätigt, «wird eine einfache Türe assoziiert mit Zögern, Versuchung, Verlangen, Sicherheit, freiem Zugang, Respekt!» (Bachelard, 1957). Eine Türe mit kompakter Holzverkleidung und fühlbarer Dicke kann durch ihre starke Präsenz eine Schwelle darstellen und ein Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit vermitteln.

Ein weiterer Aspekt, der in unserer Studie angesprochen wird, betrifft die Raumgrösse. Seit langem fordern Architektinnen und Architekten, die Alters- und Pflegeheime bauen, eine grosszügigere Bemessung des privaten Raums aus Gründen des Komforts und um differenzierte Nutzungen zuzulassen (Besuch empfangen, Ausruhen, Lesen, Schlafen). Die Vergrösserung der Räume zur Unterbringung von Personen mit starken Mobilitätseinschränkungen, die auf Hilfsmittel wie Rollstühle, Gehhilfen, Stöcke und gegebenenfalls medizintechnische Geräte angewiesen sind, sind

denn auch eine der wichtigen Änderungen, die bei der Weiterentwicklung der Betreuungsangebote in Betracht zu ziehen wären.

Die Allgegenwart dieser Gerätschaften im Zimmer – das in der Regel mit vertrauten Gegenständen und Möbeln ausgestattet ist – kann eine beeinträchtigende Wirkung auf das häusliche Ambiente des Raums und dessen Fähigkeit haben, ein «Daheim» zu schaffen. Dieses medizinische «Mobiliar» muss daher durch verstärkte Aufmerksamkeit für andere Details kompensiert werden: der Gestaltung des Badezimmers etwa, das eine einfache Nutzung der Sanitäranlagen (mit oder ohne Begleitung) ermöglichen muss, der Beleuchtung und der Sicht nach draussen. Jedes Detail zählt!

Das Fenster prägt durch seine Form, Grösse und spezifische Platzierung den Charakter und die Atmosphäre des Raumes wesentlich mit. Eine im Bett liegende Person muss in dieser horizontalen Lage mit grösstmöglichem Sichtkomfort hinausblicken, aber auch ein Fenster öffnen und physisch in Kontakt zur Aussenwelt treten können. Bei einigen Projekten, die derzeit realisiert werden, sind die Öffnungen so gross, dass sich die Bewohnenden gegen eine Sicherheitsschranke lehnen und das Wetter, die Kraft der Sonne und des Windes oder die Musik des Regens geniessen können.

Es ist besonders wichtig, Personen, die sich nicht leicht bewegen und die Institution nicht verlassen können, den direkten Kontakt zur Umwelt zu ermöglichen. So werden derzeit als Fortsetzung bestimmter Gemeinschaftsräume geschützte Aussenbereiche bzw. Terrassen geschaffen – eigentliche zusätzliche Räume, die es erlauben, im Freien zu sein, und sei es nur, um die Sonne oder die Aussicht zu geniessen.

## Das Gewicht des Unterhalts

Neben den bereits genannten Entwicklungspunkten sind noch weitere Aspekte zu erwähnen, bei denen die gebrechliche Verfassung der Heimbewohnenden in Betracht gezogen werden muss. Die Sicherheitsbedingungen, die Hygieneanforderungen und der Alterungsprozess der Liegenschaft erfordern einen stetigen Unterhalt. Die Herausforderung besteht in diesem Fall darin, Materialien zu wählen, die langlebig und pflegeleicht sind und gleichzeitig den «häuslichen Charakter» der Lebensräume bewahren.

Zum Teil kann dieser Unterhaltsdruck auch von Nachteil sein: Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn darauf verzichtet wird, Wände in unterschiedlichen Farben zu gestalten, die eine Unterscheidung der Aufenthaltsorte oder Wohneinheiten ermöglichen und die Orientierung der Bewohnenden unterstützen, und stattdessen neutrale und weisse Farbtöne eingesetzt werden, die sich nach einer gewissen Nutzungsdauer leichter «auffrischen» lassen.

Für ältere Menschen mit Gedächtnis-, Seh- und Hörverlust ist die Orientierung im Raum essenziell. Zu bedauern ist folglich auch der Verzicht auf den Einsatz von Farben oder Motiven aus der Tier- und Pflanzenwelt bei stützenden Bauteilen (auch wegen ihres Beitrags zu einem lebendigen und fröhlichen Ambiente), selbst wenn die Erfahrung zeigt, dass vertraute Gegenstände – ein Familienfoto oder das Bild eines Haustieres –, angebracht an der Zimmertür, die Ortung und Wiedererkennung von Räumen am effektivsten unterstützen.

## Gefühle sind wichtig

In der Schweiz gilt ein Mensch meist dann als «alt», wenn altersbedingte gesundheitliche Belastungen offensichtlich werden, der Bedarf an medizinischer Versorgung steigt und die Autonomie im Alltag deutlich abnimmt. Die Betreuung dieser zunehmend gebrechlichen Menschen hat Auswirkungen auf viele Aspekte der Gestaltung von Heimen und ihre Wahrnehmung; obschon beispielsweise «Menschen mit Demenz ihre Eindrücke betreffend ihre räumliche Wahrnehmung nur sehr selten zum Ausdruck bringen können» (Détail, 2012).

Derzeit in Realisierung befindliche Projekte und gewisse Siegerprojekte der jüngsten Architekturwettbewerbe gehen neue Wege, um den besonderen Bedürfnissen pflegebedürftiger älterer Menschen gerecht zu werden. Die Modernisierung oder Sanierung bestehender Heime im städtischen Raum bietet eine echte Chance, neue Lösungen zu finden und neue Aktivitäten einzuführen, die den Austausch zwischen den Bewohnenden und der Quartierbevölkerung fördern.

Es erscheint daher angemessen, den Wandel in der architektonischen Gestaltung zukünftiger Heime eher als Evolution denn als Revolution zu betrachten, indem die Bauten gezielt an neue Gegebenheiten angepasst werden. Im Zentrum stand und steht die Erkenntnis, dass sinnliche Erfahrungen, angeregt durch eine qualitativ hochwertige und natürliche Umgebung, einen positiven Einfluss auf das Leben und das Wohlbefinden der Bewohnenden haben.

# 18 Wohnzufriedenheit dank kultursensiblem Umfeld: Die «mediterranen» Abteilungen als Vorbild?

Minou Afzali

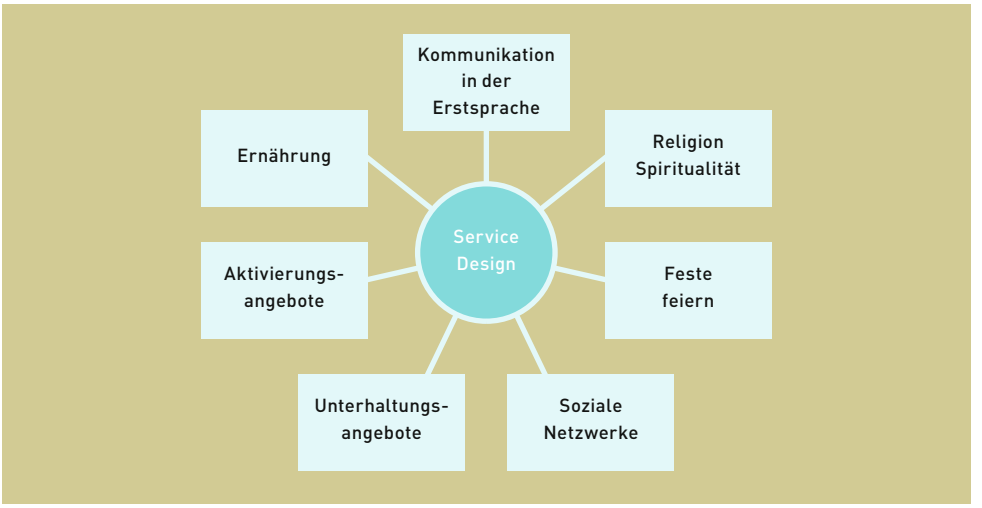
Ältere Migrantinnen und Migranten gelten aufgrund ihrer sozioökonomischen und gesundheitlichen Situation als besonders vulnerable Gruppe (vgl. Schimany *et al.*, 2012; MGFFI, 2010; Zeman, 2005; Fibbi *et al.*, 1999). In der Schweiz trifft dies insbesondere auf die ehemaligen Arbeitsmigrantinnen und -migranten zu, die nach dem Zweiten Weltkrieg vorwiegend aus Italien und Spanien eingewandert sind (vgl. Weiss, 2003). Da sie vielfach in Berufen arbeiteten, in denen sie hohen Arbeits- und Gesundheitsbelastungen ausgesetzt waren, ist ihr Gesundheitszustand im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung oftmals schlechter (vgl. Guggisberg, 2011; Kobi, 2008; Hungerbühler, 2007; Rommel *et al.*, 2006; Bolzman *et al.*, 2004; Weiss, 2003). In der Altenpflege gilt es, diesem Umstand Rechnung zu tragen. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob bei älteren Migrantinnen und Migranten noch zusätzliche Faktoren hinzukommen, auf die bei der Betreuung Rücksicht genommen werden muss. Ganz allgemein gilt: Für viele Betroffene ist es eine grosse Herausforderung, wenn sie ihr vertrautes Wohnumfeld verlassen und an einen Ort ziehen, an den sie ihre bisherigen Lebensgewohnheiten anpassen müssen. Der Verlust der eigenen vier Wände kann eine starke Verunsicherung hervorrufen. Für das Wohlbefinden älterer Menschen ist es deshalb wichtig, dass sie am betreuten Wohnort in ihrer Selbstständigkeit unterstützt werden und Privatheit und Sicherheit erfahren (vgl. Backes und Clemens, 2008). Ebenso ist es bedeutsam, dass sie eine emotionale Bindung zu diesem Wohnort aufbauen können und unterstützende, soziale Netzwerke für sie bereitstehen (vgl. Sugihara und Evans, 2000). Vor diesem Hintergrund sind in der Schweiz spezifische Angebote in der Alterspflege entstanden, die sich gezielt an die Migrantinnen und Migranten der ersten Einwanderergeneration richten – die sogenannten «mediterranen» Alterseinrichtungen.

## Die Gestaltung des Wohnumfelds

Damit pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten in einem möglichst vertrauten Wohnumfeld leben können, sind in einigen Alterseinrichtungen der Deutschschweiz «mediterrane» Abteilungen aufgebaut worden. Diese kulturspezifischen Abteilungen, die meist in das Regelsystem integriert sind, sollen der Herkunft der Bewohnenden auf verschiedenen Ebenen Rechnung tragen: dies geschieht beispielsweise, indem das Pflegepersonal die Erstsprachen der betreuten Personen spricht, mediterrane Speisen angeboten werden, oder das soziokulturelle Angebot entsprechend ausgerichtet ist. Obgleich die «mediterranen» Abteilungen mit ihrem ethnozentrischen Ansatz auch Kritik hervorgebracht haben, zeigt die Tatsache, dass in den vergangenen Jahren die Anzahl der Einrichtungen mit «mediterranem» Angebot zugenommen hat, dass dieses Modell einem Bedürfnis entspricht (Übersicht zu diesem Thema in: Hungerbühler und Bisegger, 2012). Die Erfahrungen aus den «mediterranen» Abteilungen lassen sich auf jeden Fall nutzen für die Umsetzung einer allgemeinen transkulturellen Öffnung, welche für die Regelinstitutionen der Altenpflege gefordert wird (vgl. Hungerbühler und Bisegger, 2012; Domenig, 2007). In diesem Zusammenhang soll sich die zunehmende Diversität der Bewohnerschaft auch in der räumlichen Gestaltung von stationären Alterseinrichtungen sowie in der Gestaltung des Heimalltags niederschlagen (vgl. Koch-Straube, 2007).

Im Rahmen der vom Schweizerischen Nationalfonds von 2013–2016 geförderten Studie «CommuniCare – Kommunikationsdesign in kultursensiblen Alters- und Pflegeeinrichtungen» wurde der Frage nachgegangen, welche gestalterischen Massnahmen dazu beitragen, das Wohlbefinden von pflegebedürftigen Migrantinnen und Migranten zu steigern (vgl. Afzali, 2018; Afzali, 2013). Hierzu kamen ethnografische Methoden wie Interviews und teilnehmende Beobachtung ebenso zum Einsatz wie visuelle Methoden der Designforschung. Unter anderem wurden die Bewohnenden sowie das Pflegepersonal von «mediterranen» Abteilungen sowie einer Regelabteilung, in der Personen mit und ohne Migrationshintergrund betreut werden, interviewt. Dabei wurde die Gestaltung und Nutzung des Wohnumfelds der betreuten Personen thematisiert, um Antworten auf folgende zentrale Fragen zu erhalten: Welche gestalterischen Aspekte tragen dazu bei, dass Migrantinnen und Migranten mit ihrer Wohnsituation zufrieden sind? Welche soziokulturellen Angebote und sonstigen spezifischen Massnahmen tragen dazu bei, den Bewohnenden ein vertrautes Umfeld zu bieten?

Viele der genannten Aspekte fallen in den Bereich des Service Designs, einer Designdisziplin, die sich mit der Gestaltung von Dienst- und Serviceleistungen von Unternehmen, aber auch von Institutionen wie Gesundheitseinrichtungen beschäftigt. Der Fokus liegt dabei insbesondere auf dem




Soziokulturelle Angebote und Massnahmen sollten die ethnisch-kulturellen, biografischen sowie individuellen Aspekte im Leben der betreuten Migrantinnen und Migranten berücksichtigen.
Quelle: Eigene Darstellung.

Abb. 18.1

Zugang, den Nutzerinnen und Nutzer zu einem spezifischen Service haben, auf ihren Erfahrungen im Umgang mit ebendiesem sowie auf ihren Bedürfnissen (vgl. Lee, 2011; Zomerdijk und Christopher, 2010; Bate und Robert, 2006). Anhand dreier ausgewählter Beispiele, die im Folgenden genauer betrachtet werden, zeigt sich eines deutlich: Die Bewohnenden werden aufgrund ihrer ethnisch-kulturellen Zugehörigkeit in den «mediterranen» Abteilungen zwar gruppiert, bei der Rezeption der Angebote spielen jedoch auch in diesem Betreuungsmodell individuelle und biografisch geprägte Erfahrungen der betreuten Personen eine tragende Rolle und haben somit einen wesentlichen Einfluss auf ihre Wirksamkeit.

## Kommunikation in der Erstsprache

Alterseinrichtungen mit «mediterranem» Betreuungsangebot werben unter anderem damit, dass die Bewohnenden der kulturspezifischen Abteilungen in einem Umfeld betreut werden, in dem man ihre Erstsprache spricht. Die Möglichkeit, in der Erstsprache kommunizieren zu können, ist für diese Generation von Migrantinnen und Migranten besonders wichtig, denn nicht alle sind in der Lage, Schweizer- oder Hochdeutsch zu sprechen oder zu

verstehen (vgl. Kobi, 2008). Doch selbst für Personen, die in ihrer Jugend Schweizerdeutsch erlernt hatten, kann es wichtig sein, dass sie im Alter in einem Umfeld betreut werden, in dem sie in ihrer Erstsprache kommunizieren können. Dies vor allem bei Personen, die an Demenz erkrankt sind. Denn bei fortschreitender Krankheit können diese Personen die Fähigkeit verlieren, die erlernte Zweitsprache zu sprechen (vgl. Hungerbühler, 2007).

Im Rahmen der Studie zeigte sich die «Kommunikation in der Erstsprache» als eine komplexe Angelegenheit, da es sich bei der Bewohnerschaft der «mediterranen» Abteilungen keineswegs um eine homogene Gruppe handelt. In den untersuchten kulturspezifischen Alterseinrichtungen werden sowohl italienischstämmige Personen betreut als auch ältere Menschen aus dem spanischen und portugiesischen Sprachraum. So leben in einer Abteilung ausschliesslich italienischstämmige Personen zusammen, in einer anderen Wohngruppe wiederum werden ältere Menschen betreut, die ursprünglich aus Italien, Spanien, Portugal und Lateinamerika stammen. Somit leben in diesen kulturspezifischen Abteilungen Menschen zusammen, die in unterschiedlichen Sprachen und Dialekten miteinander kommunizieren. Obwohl in den «mediterranen» Abteilungen in der Regel Personen arbeiten, die zumindest eine dieser Sprachen beherrschen, gehören auch hier sprachlich bedingte Verständigungsprobleme zum Pflegealltag. Von diesen berichtete beispielsweise eine italienischstämmige Pflegefachfrau, die zwar fliessend Italienisch jedoch kein Spanisch sprach. Bei der Betreuung spanischstämmiger Bewohnenden sei es deshalb manchmal vorgekommen, dass sich diese von ihr unverstanden fühlten und daraufhin mit Missmut reagierten. In Situationen wie diesen sind «sprachlich benachteiligte» Mitarbeitende vielfach auf Kolleginnen und Kollegen angewiesen, die bei der Übersetzung behilflich sein können. Insbesondere für Mitarbeitende, die keine der von den Bewohnenden gesprochenen Sprachen beherrschen, erschwert dies die Kommunikation im Pflegealltag enorm.

Die Kommunikation mit den Bewohnerinnen und Bewohnern der «mediterranen» Abteilungen und deren Angehörigen findet nicht nur auf verbaler Ebene statt, sondern auch auf schriftlicher. Deshalb wird in den entsprechenden Alterseinrichtungen bei der Gestaltung der schriftlichen Kommunikationsmittel ebenfalls versucht, diese für die Nutzerinnen und Nutzer möglichst verständlich zu gestalten. Dies gelingt jedoch nur bedingt. Denn trotz der vorher beschriebenen heterogenen Bewohnerschaft, sind Informationsmaterialien, Veranstaltungshinweise oder der «mediterrane Speiseplan» nebst auf Deutsch meist nur auf Italienisch formuliert. Bewohnende, die diese Sprachen nicht beherrschen, sind deshalb nach wie vor auf Übersetzungshilfe von Mitarbeitenden oder -bewohnenden angewiesen.

## Mediterrane Kost

Ein weiterer Aspekt, der im Zusammenhang mit den kulturspezifischen Alterseinrichtungen genannt wird, ist der Speiseplan. Nebst dem regulären Menü steht den Bewohnenden der «mediterranen» Abteilungen vielfach ein alternativer Speiseplan zur Verfügung, der mit «mediterraner Kost» den Essgewohnheiten der betreuten Personen Rechnung tragen soll. Dabei wird offenbar davon ausgegangen, dass diese – trotz ihres jahrzehntelangen Aufenthalts in der Schweiz – nach wie vor die Küche ihres Herkunftslandes bevorzugen. Im Rahmen der Studie wurde deutlich, dass ein Teil der Bewohnenden dies auch tatsächlich tut. So priesen beispielsweise einige italienischstämmige Bewohnende die Italienische Küche als die von ihnen präferierte. Indem diese Personen ihre eigene Länderküche hervorhoben, grenzten sie sich gleichzeitig von anderen Speisegewohnheiten ab (vgl. van Holten und Soom Ammann, 2015). Diese Abgrenzung dient den ehemaligen Arbeitsmigrantinnen und -migranten unter anderem auch dazu, ihre eigene Identität im Aufnahmeland zu erhalten und zu pflegen (vgl. Gabaccia, 2000).

Die Studie zeigte auch im Zusammenhang mit der «mediterranen Kost», dass die individuellen Präferenzen der Bewohnenden sehr unterschiedlich ausfallen. So berichtete beispielsweise in einer Alterseinrichtung eine Pflegemitarbeitende davon, dass die von ihr betreuten spanischstämmigen Bewohnenden eher Reis bevorzugten, während die italienischstämmigen Personen lieber Pasta essen würden. Bei der Gestaltung des «mediterranen» Speiseplans würde deshalb darauf geachtet werden, dass die Mahlzeiten abwechselnd mal Reis, mal Teigwaren als Beilage enthielten. Während diese Pflegefachfrau davon überzeugt war, dass man den von ihr betreuten Personen keinen «Café complet» servieren könne, wiesen Pflegemitarbeitende anderer «mediterraner» Abteilungen darauf hin, dass die Bewohnenden durchaus auch Schweizer Kost mögen würden. Dies, weil sie bereits seit vielen Jahren in der Schweiz lebten und dabei auch Spezialitäten wie Birchermüsli und Raclette kennen- und schätzen gelernt hätten. Ob die Bewohnenden die servierten Speisen mögen oder nicht, scheint deshalb nebst deren regionaler Ausrichtung vor allem auch von deren Qualität und einem abwechslungsreichen Speiseplan abzuhängen. Dies waren häufig Aspekte, die die befragten Bewohnenden im Zusammenhang mit den Mahlzeiten nannten. Wenn sich Bewohnende über die Alltagskost im Heim beklagten, dann schienen die Äusserungen über das Essen häufig auch als Ventil zu dienen, einer allgemeinen Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation Ausdruck zu verleihen.

Eine Massnahme, um die Zufriedenheit im kulinarischen Bereich zu steigern, ist die stärkere Einbindung der Pflegenden und betreuten Personen bei der Zubereitung der Speisen in einer wohngruppeneigenen Küche vor Ort. Dies hat den Vorteil, dass die Bewohnenden den Zubereitungsprozess mit

verschiedenen Sinnen wahrnehmen und bei Wunsch sogar dabei mitwirken können. Die Pflegenden, die teilweise selbst aus den Herkunftsländern der Bewohnenden stammten oder einen persönlichen Bezug zu diesen Ländern hatten, setzten sich durch ihre Kochkünste zwar dem Urteil der Bewohnenden aus. Sie wiesen jedoch auch darauf hin, dass sie so Mahlzeiten zubereiten konnten, die den Bewohnenden aus ihrer eigenen Vergangenheit bekannt waren. In einigen Alterseinrichtungen mit kulturspezifischem Angebot kochen deshalb in regelmässigen Abständen auch Angehörige der Bewohnenden oder Mitarbeitende von Freiwilligenorganisationen, die ebenfalls aus den Herkunftsländern der betreuten Personen stammen.

## Religiöse Praxis

Die Bewohnenden der «mediterranen» Abteilungen haben – dies zeigte die Studie ebenso – auch in Bezug auf die Ausübung ihrer Religion oder Spiritualität sehr unterschiedliche Bedürfnisse. Ein Grossteil der betreuten Personen gehört zwar der römisch-katholischen Kirche an, das Bedürfnis, einen katholischen Gottesdienst besuchen, die heilige Kommunion empfangen oder die Beichte ablegen zu können, ist jedoch sehr individuell geprägt. Darüber hinaus leben in den kulturspezifischen Abteilungen auch Personen, die keine Religion praktizieren oder einer anderen Glaubensgemeinschaft angehören, wie beispielsweise den Zeugen Jehovas. Es gilt also auch bei der Unterstützung der älteren Menschen in ihrer religiösen oder spirituellen Praxis, deren individuellen Bedürfnisse zu berücksichtigen.

In den «mediterranen» Abteilungen wird oft mit Vertreterinnen und Vertretern religiöser Einrichtungen kooperiert, wobei sich das entsprechende Angebot vielfach an der von der Mehrheit der Bewohnenden praktizierten Religion orientiert. Die Kooperationen scheinen vor allem dann zu gelingen, wenn die Religionsvertreter sich bereit erklären, den Weg in die Alterseinrichtungen auf sich zu nehmen. Denn um die Bewohnenden in einen Gottesdienst in eine Kirche begleiten zu können, fehlen auf Seiten der Alterseinrichtungen oftmals die entsprechenden personellen Ressourcen. Nebst Gottesdiensten in deutscher Sprache werden in den Altersheimen mit «mediterranem» Angebot auch italienischsprachige Gottesdienste von katholischen Priestern durchgeführt. Somit müssen Bewohnende, die in ihrer Mobilität beeinträchtigt sind und deshalb das Heim nur in Begleitung verlassen können, dennoch nicht auf den Gottesdienstbesuch verzichten. Nebst diesem Angebot, das von vielen Bewohnenden geschätzt wurde, bestehen mancherorts auch Angebote, die die Bewohnenden in ihrer privaten religiösen Praxis unterstützen sollen. Laut Aussagen des Pflegepersonals sei es einigen Bewohnenden nämlich ein Bedürfnis, auch beim persönlichen Gebet

Unterstützung zu erfahren. Jedoch nicht alle Pflegemitarbeitenden verfügen über das nötige Hintergrundwissen oder sind aufgrund ihrer eigenen Wertvorstellungen dazu bereit, diese Aufgabe zu übernehmen. Deshalb ist die Kooperation mit Vertreterinnen und Vertretern von Glaubensgemeinschaften oder Personen, die Freiwilligenarbeit leisten, hilfreich. Diese Personen beten beispielsweise gemeinsam mit einigen Bewohnenden den Rosenkranz oder leisten Seelsorge und unterstützen die älteren Menschen in der Ausübung ihrer privaten religiösen Praxis.

## Diskussion

In der Deutschschweiz bestehen zurzeit sechs Alterseinrichtungen mit «mediterranem» Angebot. Kritiker halten diesem Betreuungsmodell entgegen, dass der Fokus auf den ethnischen Hintergrund der betreuten Migrantinnen und Migranten gerichtet werde (vgl. Übersicht zu diesem Thema in: Hungerbühler und Bisegger, 2012). Der dabei verfolgte Ansatz gehe von einem überholten Kulturbegriff aus, der die ethnische Gruppe als in sich geschlossene Einheit definiere und ihr ein starres, unveränderliches kulturelles Referenzsystem zuschreibe. Ein solcher Ansatz laufe Gefahr, die biografischen Erfahrungen der betreuten Personen ausser Acht zu lassen und sie als «Fremde» zu exotisieren. Aus diesem Grund lehnt ein Teil der Fachwelt den Ausbau kulturspezifischer Abteilungen ab.

Die Ergebnisse der Studie «CommuniCare» bestätigen die Kritik in Teilen. Die Auswertung verschiedenster Massnahmen der «mediterranen» Abteilungen zeigt auf, dass diese vor allem dann wirksam sind, d. h. von den Bewohnenden geschätzt und genutzt werden, wenn sie ihren Fokus nicht nur auf die vermeintliche ethnisch-kulturelle Identität der betreuten Personen richten, sondern vor allem auch individuelle und biografisch geprägte Aspekte berücksichtigen. Gleichzeitig machen die Ergebnisse deutlich, dass dieses Betreuungsmodell einem Bedürfnis der älteren Migrantinnen und Migranten sowie ihrer Angehörigen entspricht. Oder anders gesagt: In vielen Bereichen entsprechen die Angebote einer Nachfrage. Nicht für alle ist eine «mediterrane» Abteilung das richtige Betreuungsmodell, aber für einen Teil bietet sie nach dem Verlust der eigenen vier Wände und in einer neuen Lebenssituation ein hohes Mass an Vertrautheit und Sicherheit. So erzählte beispielsweise eine Bewohnerin, dass sie in eine «mediterrane» Einrichtung umgezogen sei, nachdem sie in einer Regelabteilung fremdenfeindliche Äusserungen ihrer Mitbewohnenden ertragen musste. Ebenfalls umgezogen war eine andere Bewohnerin, die an Demenz erkrankt war. Als diese noch in einer Regelabteilung lebte, habe sie laut einer Pflegemitarbeitenden kaum gesprochen und nur wenig interagiert. Nach ihrem Umzug in die «mediterrane»

In der Deutschschweiz existieren bis dato* sechs Alterseinrichtungen mit «mediterranem» Betreuungsangebot, in denen insgesamt rund hundert ältere Migrantinnen und Migranten betreut werden:

- Domicil Schwabgut, Bern (https://schwabgut.domicilbern.ch)
- Pflegezentrum Erlenhof, Zürich (https://www.erlenhof.ch)
- sawia – Stiftung Alterswohnen in Albisrieden, Zürich (http://www.sawia.ch)
- Alterszentrum Falkenstein, Basel (https://www.falkenstein.buespi.ch)
- Pflegeheim Helios, Goldach (http://www.pflegeheim-helios.ch)
- Senevita Lindenbaum, Spreitenbach (https://www.senevita.ch/de/standorte/lindenbaum)

* Gemäss Recherchen der Autorin 2018.

Abteilung sei sie jedoch regelrecht aufgeblüht und habe wieder verstärkt am Gemeinschaftsleben teilgenommen. Diese Beispiele machen deutlich, dass sich ein Leben in den kulturspezifischen Alterseinrichtungen positiv auf das Befinden der Bewohnenden auswirken kann.

Unabhängig von der Frage, ob die «mediterranen» Abteilungen als Konzept zukunftsweisend sind oder nicht: Die dort gewonnenen Erfahrungen in der Betreuung älterer Migrantinnen und Migranten sind wertvoll und bedürfen einer vertieften Auswertung – insbesondere für die Regelinstitutionen, welche die Betreuung von Migrantinnen und Migranten verbessern wollen. Die Erkenntnisse – gerade im Bereich des soziokulturellen Angebotes – nicht zu nutzen, wäre eine verpasste Chance.

# 19 Das «gute Sterben» gestalten: Lebensende im Heim

Eva Soom Ammann, Corina Salis Gross und Gabriela Rauber

Auch wenn ambulante und intermediäre Versorgungsformen das hochbetagte Wohnen im eigenen Zuhause zunehmend erleichtern, ist das Heim keine überholte Wohnform (vgl. auch Curaviva, 2016). Heime gewährleisten bei hohem Pflege-, Betreuungs- und Unterstützungsbedarf kontinuierliche Versorgung rund um die Uhr. Zudem hat das Heim auf lebenslauf- oder lebenslagebedingte Vulnerabilitäten eine ausgleichende Wirkung, denn die Grundversorgung im öffentlichen Heim bleibt über Krankenkassen und Ergänzungsleistungen bis zum Lebensende gesichert. Vulnerabilität entsteht im Kontext des Wohnens im Heim vorrangig aus der hohen Abhängigkeit von Betreuung und Pflege, der daraus folgenden Asymmetrie in Pflegebeziehungen sowie dem Bevorstehen des Lebensendes. Bewohnende treten immer später ins Heim ein, sie bringen komplexe Multimorbiditäten mit und verbleiben bis zu ihrem Tod kürzer im Heim. Heime sind im Alter neben dem Spital der häufigste Sterbeort. Bähler *et al.* (2016) beispielsweise zeigen auf, dass in einer grösseren Gruppe von Versicherten ab 85 Jahren 38 % im Spital, 39 % im Heim und 23 % zu Hause verstorben sind. Aktuelle Forschungsergebnisse (vgl. Bachmann *et al.*, 2017, S. 29 ff.) deuten darauf hin, dass insbesondere Frauen, Alleinstehende, Menschen mit tiefem sozialem Status und Menschen ohne Nachkommen im Heim sterben.

Heime werden dadurch noch deutlicher zu «Sterbeeinrichtungen», deren Mitarbeitende «Sterbearbeit» machen («death work», Sudnow, 1967). Letztere übernehmen eine entscheidende Rolle in der Ausgestaltung des Sterbens, da viele Hochbetagte und insbesondere Sterbende im Heim in ihrer Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt sind. Das Bewusstsein für diese Rolle als «Sterbeeinrichtung» hat über die letzten Jahre zugenommen, und Heime befassen sich mit der Frage, wie sie ihren Bewohnenden ein möglichst «gutes Sterben» ermöglichen können. Die Etablierung von Palliative-Care-Ansätzen hat diese Tendenz gestärkt, und professionelle Handlungsweisen wurden damit anschlussfähig gemacht an breitere Diskussionen rund um ein «gutes Sterben» in modernen westlichen Gesellschaften.

## Die Herausforderung des selbstbestimmten Sterbens

Eine der zentralen Herausforderungen im Heim ist das Umsetzen des Ideals selbstbestimmten Sterbens, wie es im Rahmen von Palliative-Care- und Hospiz-Grundsätzen entwickelt worden ist (bspw. BAG und GDK, 2012). Selbstbestimmung erhält in pluralisierten modernen Gesellschaften ein besonderes Gewicht, weil Pluralisierung auch eine Zunahme möglicher Vorstellungen vom «guten Sterben» mit sich bringt. Herausfordernd ist dies für Heime auch deshalb, weil sie Organisationen sind, die Charakteristika einer «totalen sozialen Institution» (Goffman, 1961) aufweisen: Alle Lebensverrichtungen finden an einem Ort und unter einer Autorität (der «Anstalt» Heim) statt, die Bewohnenden führen ihr Leben in einer Gruppe von «Schicksalsgenossen», der Tag ist geprägt durch eine feste Struktur und Regeln, die durch einen rationalen Plan der Institution festgelegt sind (Kostrzewa und Gerhard, 2010, S. 36). Heime tendieren deshalb dazu, Abläufe und Ereignisse einer Alltagsroutine zuzuführen, implizite Standards zu setzen (Sudnow, 1967), und damit auch institutionell-professionelle Praktiken des routinisierten «Sterben-Machens» (Schneider, 2014) zu entwickeln. Das wird insbesondere dann sichtbar, wenn Annahmen darüber, was ein «gutes Sterben-Machen» ist, durch damit inkompatible Vorstellungen von Bewohnenden oder Angehörigen herausgefordert werden (Soom Ammann *et al.*, 2016).

Unser Forschungsprojekt «Lebensende und Diversität im Altersheim» setzte sich im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 67 «Lebensende» mit der Gestaltung des Sterbens im Heim auseinander und interessierte sich dafür, welche Rolle die zunehmende gesellschaftliche Diversität dabei spielt. Mittels teilnehmender Beobachtung in zwei Deutschschweizer Heimen wurden während 9 Monaten in den Jahren 2012/2013 alltägliche Praxen des Handelns im Heim ethnographisch untersucht (Soom Ammann *et al.*, 2016; Soom Ammann *et al.*, 2018; Rauber *et al.*, 2019).

## «Gutes Sterben» und «Sterben-Machen»

Was man sich in unserer Gesellschaft unter einem «guten Sterben» vorstellt, ist historisch wie auch soziologisch gut aufgearbeitet (bspw. Ariès, 1980; Hart *et al.*, 1998; Kellehear, 2007; Hahn und Hoffmann, 2009; Zimmermann *et al.*, 2019). Idealisierte Vorstellungen des «guten Sterbens» haben sich im Zuge der Modernisierung verändert vom sozial eingebetteten, lebensweltnahen Sterben in der familiär-dörflichen Gemeinschaft der Vormoderne über ein aus dem Alltag verdrängtes, an spezialisierte Institutionen delegiertes Sterben in der Moderne (Ariès, 1980; Hahn und Hoffmann, 2009) hin zu einem öffentlich inszenierten und diskutierten, hochindividualisierten Sterben in der soge-

nannten «reflexiven» Moderne der Gegenwart (Bonss und Lau, 2011; Green 2008; Macho und Marek, 2011). Die Lebenserwartung ist drastisch angestiegen, und das hochbetagte Sterben an degenerativen Krankheiten ist die Norm, so dass das Lebensende voraussehbarer und damit auch plan- und gestaltbarer (Kellehear, 2007) geworden ist. Sterben wird, so zeigt beispielsweise Schneider (2014), grundsätzlich sozial «gemacht» und muss angesichts der Individualisierung und Pluralisierung gesellschaftlicher Werte zunehmend selber gestaltet werden (siehe auch Salis Gross, 2001, Soom Ammann *et al.*, 2016).

Ein nach wie vor bezeichnendes Element des Sterbens in westlichen Gesellschaften ist dessen Delegation an professionelle Institutionen wie Spitäler, Hospize und Heime (Hahn und Hoffmann, 2009). Dabei haben sich diese unterschiedlich entwickelt. Während das Sterben in Heimen schon immer Bestandteil täglicher Routinen war, dies aber wenig reflektiert wurde, entwickelten sich Spitäler zu hochspezialisierten Institutionen der Lebenswiederherstellung und -verlängerung, in welchen Sterben den Nimbus institutionellen Versagens bekam (Sudnow, 1967; Glaser und Strauss, 1968). Die Hospizbewegung beanspruchte dagegen wieder mehr Raum für Sterben und Trauer und warf explizit die Frage auf, was ein «gutes Sterben» sein soll und wie es institutionell zu gestalten sei. Unter dem Begriff der Palliative Care findet diese Auseinandersetzung gegenwärtig über Bereiche der spezialisierten Medizin ihren Weg in die gesundheitliche Grundversorgung sowie in politische und öffentliche Diskurse.

Diese Entwicklungen haben eine bestimmte normative Vorstellung davon hervorgebracht, was ein «gutes Sterben» ist, nämlich ein individuelles und selbstbestimmtes Sterben in Würde, auf das man sich vorbereitet und das man bewusst gestaltet (Hart *et al.*, 1998; BAG und GDK, 2012). Die biomedizinisch oft mögliche Verlängerung des Lebens um jeden Preis wird infrage gestellt, lebensverlängernde Massnahmen werden auf ihre Sinnhaftigkeit hinterfragt, Leidenslinderung und Erhalt von Lebensqualität am Lebensende rücken in den Fokus.

Diese normativ dominante Konzeption eines «guten Sterbens» (Hart *et al.*, 1998; Dresske, 2005) fokussiert jedoch auf einen bestimmten Typ von Patientinnen und Patienten: Menschen, die im mittleren Lebensalter an bösartigen Erkrankungen wie Krebs leiden und bei denen Prognosen möglich und Verläufe vorhersehbar sind, wodurch eine Vorbereitung auf den Tod erwartet werden kann (bspw. Kellehear, 2007). Zudem sind, um bewusst und selbstbestimmt das eigene Sterben zu gestalten, beträchtliche Ressourcen notwendig, vor allem im Hinblick auf Wissen und Kommunikationsfähigkeiten (Schneider und Stadelbacher, 2012), aber auch ökonomische und soziale Ressourcen. Das «gute Sterben» ist ein Ideal, das sich vor allem in säkularen, angelsächsischen oder protestantisch geprägten Gesellschaften durchgesetzt

hat (Walter, 2012). Es wird jedoch nicht unbedingt von allen an Sterbeprozessen beteiligten Personen geteilt (Soom Ammann *et al.*, 2016). Dies gilt auch für das Sterben im Heim, welches von Rahmenbedingungen begleitet wird, die ein Erfüllen dieser Norm des «guten Sterbens» erschweren.

## Das Heim als Lebens- und Sterbewelt der Bewohnenden und als Arbeitswelt der Pflegenden

Ein Grossteil der Schweizer Heime strebt an, den Bewohnenden ein «zuhause»-ähnliches Umfeld zu schaffen, indem beispielsweise Einzelzimmer mit individueller Möblierung angeboten werden. Funktional ausgestaltete, auf Pflege und medizinische Handlungen ausgerichtete Bereiche werden zu Gunsten von alltagsweltlich gestalteten (bspw. Wohnküchen, Wohnzimmer) oder auf Dienstleistung ausgerichteten Räumen (bspw. Restaurants, Wellness-Zonen) in den Hintergrund gerückt (vgl. auch Kostrzewa und Gerhard, 2010). Für die Bewohnenden werden also möglichst privat wirkende Räume geschaffen, in denen sie ihren Alltag verbringen können. Für das Personal hingegen ist das Heim ein Arbeitsplatz, ein formal-öffentlicher Raum, in welchem sie gemäss organisationaler, professioneller und wohlfahrtstaatlicher Vorgaben eine bezahlte Arbeit verrichten und den sie nach Arbeitsende wieder verlassen. Mit Ahrendt (2012) kann das Heim als ein halböffentlicher Raum bezeichnet werden, in welchem Privatheit und Öffentlichkeit ineinandergreifen und Grenzen unklar werden. Selbst das Privateste, das Zimmer der Bewohnenden, ist eine hoch vulnerable Sphäre, in die Pflegende und andere Professionelle jederzeit eindringen können und mit pflegerischen Handlungen zuweilen bis in den intimsten Raum des Bettes und des Körpers vorstossen.

Gleichzeitig ist ein Heim auch ein geschlossenes räumlich-soziales System. Zwar können Aussenstehende das Heim legitim betreten – Eingangs- und Verpflegungsbereiche sind tagsüber oft frei zugänglich –, doch treten sie in eine fremde Welt ein, deren implizite Regeln sie nicht kennen. Deutlich zeigt sich dies bei nicht- oder semiprofessionellen Besucherinnen und Besuchern, beispielsweise bei Freiwilligen, welche die Schwelle zwischen halböffentlichem Gang und privatem Zimmer nicht so routiniert handhaben wie Professionelle, die täglich mit diesem Grenzbereich konfrontiert sind. Oder bei Angehörigen, die sich unsicher bewegen oder sich in den Augen der Pflege inadäquat verhalten, da unklar ist, wo sie «privat» sind (bspw. im Zimmer ihrer Angehörigen), wo sie sich legitim aufhalten können (bspw. im Gang oder in der Wohnküche) und wo sie nichts zu suchen haben (bspw. im Stationszimmer). Die Unklarheit des halböffentlichen Raumes widerspiegelt sich weiter auf den Interaktions- und Beziehungsebenen, die zwischen formell und informell oszillieren (Rauber *et al.*, 2019). Bewohnende sind diesen Unklarheiten

ausgesetzt und auf ein sensitives, professionell reflektiertes Verhalten der Pflegenden angewiesen, um in ihrer Privatsphäre nicht übermässig verletzt zu werden. Dieses fragile Verhältnis prägt das Leben im Heim stark, wird aber von denjenigen, die sich regelmässig darin bewegen, durchaus kompetent und kreativ bearbeitet (Rauber *et al.*, 2019; van Holten und Soom Ammann, 2015; Soom Ammann *et al.*, 2018).

Insofern ist das Heim an sich eine Wohnform, welche mit erheblicher Vulnerabilität für die Bewohnenden einhergeht, die nicht nur ihre alters- und krankheitsbedingte Verletzlichkeit, sondern auch ihre Privatsphäre betrifft. Allerdings haben wir eine hohe Sensibilität der Heime gegenüber dieser Besonderheit beobachtet. Weil Heime über einen längeren Zeitraum für Bewohnende sorgen und Bewohnende wie Pflegende ihren Lebens- und Arbeitsalltag zusammen verbringen, können Beziehungen entstehen und individuelle Strategien entwickelt werden (Rauber *et al.*, 2019).

## Gehen und gehen lassen: Elemente des «guten Sterbens» im Heim

Charakteristisch für das hochbetagte Sterben im Heim ist, dass Sterben als akzeptabler Endpunkt eines langen Lebens an sich schon als ein «gutes Sterben» betrachtet wird: Es ist «Zeit zu gehen», wie die involvierten Personen häufig sagen. Aufgabe der Pflegenden ist es, so der Konsens, sterbende Bewohnende «gehen zu lassen», ihnen das Gehen zu erleichtern, ohne allzu offensiv darauf einzuwirken. Sterbeprozesse setzen jedoch im Heim häufig unklar ein und verlaufen oft langsam und ohne aktive Mitgestaltung seitens der Sterbenden. Zudem sind explizit festgehaltene Willensäusserungen bezüglich Sterben und Tod im Heim (noch) spärlich vorhanden, und Gespräche über das Sterben werden vonseiten der Organisation selten gezielt initiiert – nicht zuletzt auch, um der besonderen Vulnerabilität des Lebens im Heim Rechnung zu tragen. Bei der Einschätzung, wie die Pflege und Betreuung bei potenziell Sterbenden adaptiert werden soll, verlassen sich Pflegende auf die Interpretation subtiler Anzeichen, beispielsweise ob Flüssigkeiten geschluckt werden oder nicht, oder wie auf Stimmen und Berührungen reagiert wird. Für die Entscheidung, ob beispielsweise Angehörige informiert werden sollen, ob Medikamente abgesetzt und Körperpflege reduziert werden sollen, ob eine Spitaleinweisung eingeleitet oder vermieden werden soll, werden Erfahrungswerte und Interpretationen herangezogen, die auf vorangehenden informellen Gesprächen mit den Bewohnenden oder wenigen dokumentierten Informationen basieren. Pflegende sind also in hohem Masse darauf angewiesen zu interpretieren, was in einer gegebenen Situation im Sinne des bzw. der Bewohnenden zu tun ist.

Diese Interpretationen werden von impliziten Vorstellungen eines «guten Sterbens» geleitet, und die Norm des selbstbestimmten Sterbens ist dabei für die Pflegenden eine weit verbreitete Referenz. Die konkrete Frage danach, was genau Selbstbestimmung ist – insbesondere wenn sie aus minimalen Anzeichen heraus interpretiert werden muss –, ist jedoch oft nicht klar zu beantworten. So bleiben Interpretationen anfechtbar, andere Pflegende können Zeichen anders lesen und andere Schlüsse daraus ziehen. Zudem sind Entscheidungen über Andere am Lebensende – auch wenn sie eher geringfügige Konsequenzen haben – dennoch Eingriffe in Sterbeverläufe. Damit stellt sich auch immer wieder die Frage der Beeinflussung. Sie wird jeweils unterschiedlich reflektiert und verhandelt, was sich insbesondere dann zeigt, wenn Sterbeverläufe im Empfinden der Involvierten nicht einem «guten Sterben» entsprochen haben. Dabei ist es oft schwierig einzuschätzen, inwiefern das eigene Handeln oder das anderer zum «Sterben-Machen» beigetragen hat oder gar als Übergriff zu interpretieren ist. Solche Fragen wirken nach und werden von den Pflegenden in kommende Sterbeverläufe mit hineingetragen (Salis Gross, 2001). Eine gewisse Unklarheit, ob Sterben «gut gemacht» worden ist, bleibt immer bestehen, insbesondere weil diejenigen, um die es geht – die Verstorbenen – dazu keine Auskunft mehr geben können und keine Möglichkeit besteht, den Sterbeverlauf noch einmal besser zu machen.

Während sich das professionelle Handeln der Pflegenden an der Norm des «guten Sterbens» orientiert, kann diese aber auch mit anderen Vorstellungen von «gutem Sterben» kollidieren. Das wird oft deutlich, wenn Angehörige ihre Präsenz im Heim erhöhen, um eventuell Sterbende zu begleiten. Ihre Anwesenheit sowie ihre individuellen Verhaltensweisen im Kontext des Sterbens können die intimen, eingespielten Routinen des Heimalltags stören und Pflegende irritieren. So kann die Norm der Selbstbestimmung und des «In-Frieden-Lassens» durch den Wunsch nach Spitaleinweisungen oder stark intensivierte Besuchstätigkeiten gestört werden. Oder die Praxis, Sterbende nicht mehr zur Nahrungsaufnahme zu «zwingen», wird von Angehörigen unter Umständen als eine Vernachlässigung im Sinne eines Verhungern- oder Verdursten-Lassens interpretiert. Grundsätzlich kann auch infrage gestellt werden, ob Sterben wirklich selbstbestimmt sein soll, ob es nicht andere Instanzen sind, die darüber (mit)entscheiden: die Medizin, eine göttliche Instanz, das Schicksal.

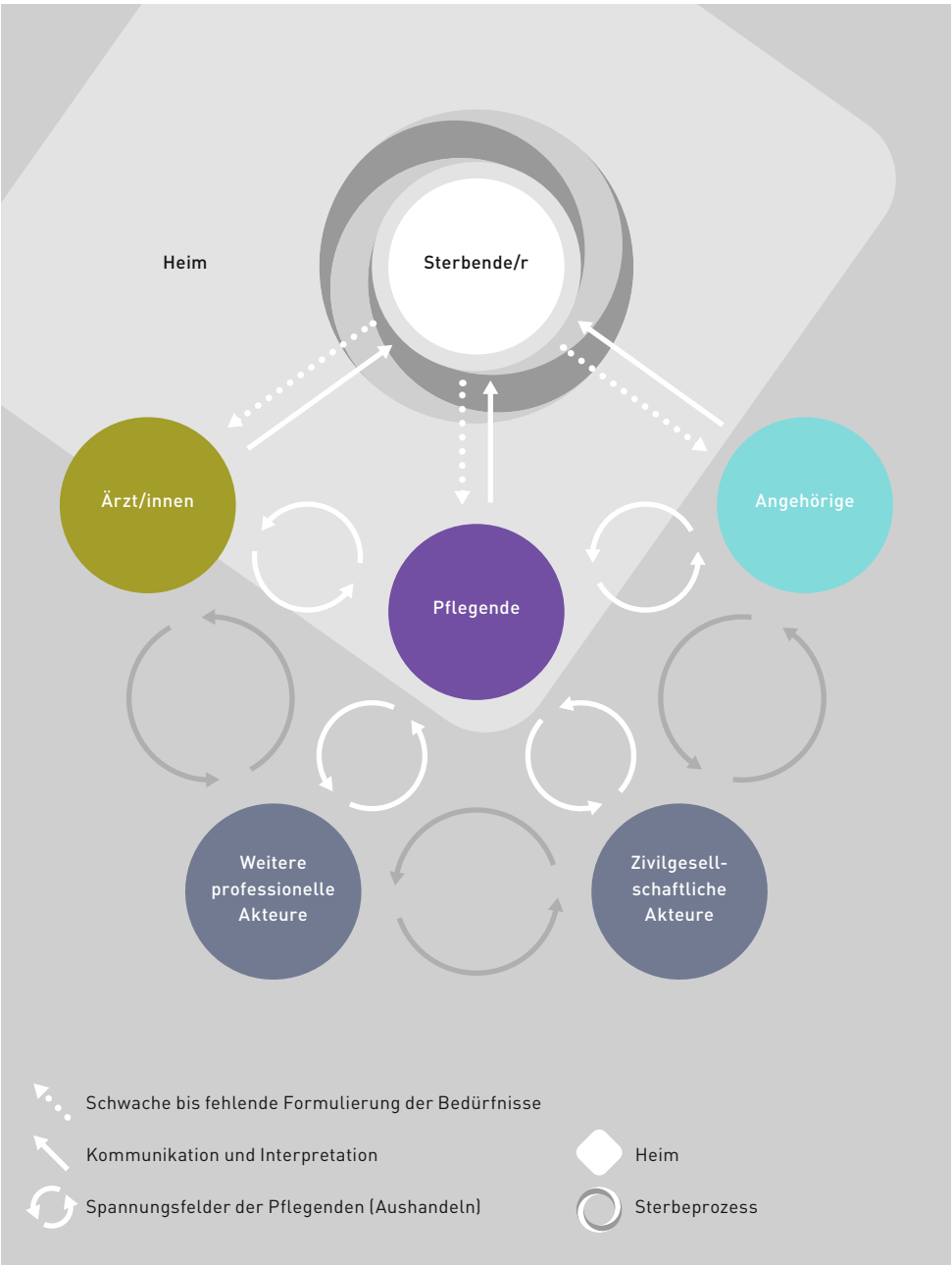
Abb. 19.1

## Aushandeln und Aushalten

Sterben ist eine hoch sensitive, singuläre Ausnahmesituation, mit der Laien in unserer Gesellschaft selten konfrontiert sind. So sind Vorstellungen davon, was ein «gutes Sterben» für Andere ist, sowie das Bewusstsein dafür, wie

## Selbstbestimmtes Sterben: Herausforderungen des Lebensendes im Heim

19.1




Ist jemand in der selbstbestimmten Gestaltung seines Sterbens eingeschränkt, müssen andere Akteure interpretieren, was für die Person ein 'gutes Sterben' wäre. Dazu braucht es Aushandlungsprozesse. Quelle: Eigene Darstellung.

Involvierte unterschiedlich auf dieses Sterben einwirken, wenig reflektiert. Je pluraler Gesellschaften sind und je unterschiedlicher Sterben ausgestaltet wird, desto wichtiger ist es, dass jemand die Regie übernimmt. Bezeichnend für die reflexive Moderne ist, dass Sterbende diese Regie unter dem Banner der Selbstbestimmung selber übernehmen sollten. Hochaltrige, multimorbide Heimbewohnende können dies kaum. Auch Angehörige, die von Gesetzes wegen als Vertretungspersonen agieren sollen, sind ungeübt darin. Die soziologische Theorie der reflexiven Moderne bezeichnet dieses Phänomen als Überfrachtung der Selbstverantwortung des Individuums (Schneider, 2016). Auch Ärztinnen und Ärzte tragen dazu bei, indem sie sich nicht mehr als «Halbgötter in Weiss» verstehen. Im Heim wird deshalb die Regie über Sterbeverläufe implizit an die Pflegenden delegiert. In erster Linie sind sie es, die möglichst «gutes Sterben machen» sollen – und zwar für alle Involvierten, in immer wieder neuen Konstellationen und für jeweils ganz individuelle Bewohnende.

So ist es für Heime zentral, die notwendige Regieführung im «Sterben-Machen» und die Möglichkeiten, «gutes» Sterben zu machen, kontinuierlich zu reflektieren und auszuhandeln. Denn das Herstellen des «guten Sterbens» im Heim kann unter der Prämisse des hochindividualisierten und selbstbestimmten Sterbens für alle Beteiligten in Gefahr geraten; nicht nur für die Bewohnenden und deren Angehörige, sondern auch – und dies wiederholt – für Pflegende. Gerade die impliziten Gestaltungsanforderungen an Pflegende machen «Sterbearbeit» im Heim zu einer anspruchsvollen Arbeit. Es ist daher wichtig, die Besonderheit des «Sterben-Machens» bewusst sichtbar zu machen und seine Herausforderungen zu thematisieren. Dazu braucht es Gefässe zur Reflexion und Konsensfindung, die vergangene und zukünftige Sterbeprozesse integrieren. Entsprechende Massnahmen müssen in den Heimen noch verstärkt ausgearbeitet werden.

# Teil 3

## Synthese

# Leben und Wohnen im Alter – sprachregionale Unterschiede im Überblick

François Höpflinger

Die Age-Wohnerhebung 2018 illustriert, dass eine Mehrheit der Altersrentner und Altersrentnerinnen in der Schweiz ihre finanzielle Lage als gut bis sehr gut einstuft. Allerdings zeigen sich diesbezüglich sprachregionale Unterschiede: Eine gute finanzielle Lage äussern vor allem Personen in der Deutschschweiz. In der Westschweiz und vor allem in der italienischsprachigen Schweiz (Tessin, Bündner Südtäler) sind die Werte geringer und mehr ältere und alte Menschen klagen über eine schwierige finanzielle Lage. Die sprachregionalen Unterschiede bleiben auch nach Kontrolle anderer Einflussfaktoren (Wohneigentum, Bildungshintergrund, Haushaltsgrösse, Altersstruktur) statistisch bedeutsam. Erhebungen des Bundesamts für Statistik (2017a) zu den Einkommen und Lebensbedingungen belegen ebenfalls eine höhere Armutsgefährdung im Tessin, und die Zufriedenheit mit der finanziellen Lage ist in der Region Zürich am höchsten und im Tessin am geringsten. Entsprechend stufen in der italienischsprachigen Schweiz mehr ältere Mieter und Mieterinnen ihre Wohnkosten als zu hoch ein als in den anderen zwei Sprachregionen. Während von den 65-jährigen Mietern und Mieterinnen in der deutschsprachigen Schweiz 13% ihre Wohnkosten als zu hoch beurteilen, sind es in der Westschweiz 15% und in der italienischsprachigen Schweiz 27%. In allen Sprachregionen sind es vor allem Mieterinnen und Mieter in städtischen Regionen, die über zu hohe Wohnkosten klagen.

Nicht nur finanzielle, sondern auch einige gesundheitliche Unterschiede sind erkennbar. So ist auffallend, dass alte Menschen in der italienischsprachigen Schweiz stärker von Einschränkungen der Alltagsaktivitäten betroffen sind als gleichaltrige Menschen in den zwei anderen Sprachregionen. Eine 2017 durchgeführte Erhebung liess ebenfalls erkennen, dass in der Südschweiz mehr ältere Menschen wegen gesundheitlicher Probleme Hilfe benötigen als etwa in der deutschsprachigen Schweiz (Merçay 2017, Tabelle 6.121). Im Detail betrachtet, wird dabei deutlich, dass eine schlechtere funktionale Gesundheit in der italienischsprachigen Schweiz vor allem Personen mit tiefem bis mittle-

rem Bildungsstatus betrifft, wogegen sich die sprachregionalen Unterschiede bei alten Menschen mit tertiärer Bildung auflösen.

Im Rahmen der Age-Wohnerhebung 2018 hatten die Interviewer und Interviewerinnen beim Besuch der zu befragenden Person die Qualität der direkten Wohnumgebung einzuschätzen (ruhige Gegend mit viel Grün, ruhige Gegend mit wenig Grün, Wohnung direkt an lärmiger Verkehrsstrasse). Es ist naheliegend, dass Lärmbelastungen in Städten ausgeprägter sind als auf dem Land. Da in der deutschsprachigen Schweiz verhältnismässig weniger ältere Menschen in Städten leben als in den zwei anderen Sprachregionen, sind ältere Personen in der Westschweiz und vor allem im Tessin entsprechend häufiger durch Verkehrslärm belastet. Nur eine Minderheit der Tessiner Altersrentner und Altersrentnerinnen lebt in einer ruhigen Gegend mit viel Grün. Hingegen ist der Anteil derjenigen, die ihre Wohnung direkt an einer lärmigen Verkehrsstrasse aufweisen, relativ hoch (italienische Schweiz: 29%, Westschweiz: 16%, Deutschschweiz: 12%). Grenzüberschreitender Pendelverkehr, aber auch Tourismus belasten die Südschweiz stark.

Im sprachregionalen Vergleich zeigt sich eine leicht geringere Wohnortsverbundenheit in der Westschweiz als in der deutschsprachigen Schweiz. Auffallend ist aber eine sehr hohe Wohnortsverbundenheit in der italienischsprachigen Schweiz. Sie ist selbst bei objektiv eher schlecht eingestufter Wohnumgebung hoch. Dies widerspiegelt die soziokulturell spezifische Lage der italienischsprachigen Regionen und namentlich des Tessins: Die Grenznähe zu Italien führt zu einer besonders ausgeprägten Betonung und Pflege lokaler Identitäten (gegenüber dem mächtigen Nachbarn). Die Stellung der Italienischsprachigen als Minderheitsgruppe innerhalb der Schweiz dürfte die lokale Verbundenheit zusätzlich stärken.

Gleichzeitig ist aber die Zufriedenheit mit diversen Aspekten der Wohnumgebung geringer als in den zwei anderen Sprachregionen. Weniger zufrieden sind die italienischsprachigen Altersrentner und Altersrentnerinnen etwa mit den Einkaufsmöglichkeiten (speziell in ländlichen Regionen bzw. Seitentälern), dem öffentlichen Verkehr, der Verkehrssicherheit und der Lärmbelastung. So müssen sich ältere Menschen in der italienischsprachigen Schweiz mit längeren Gehdistanzen bis zur nächsten Haltestelle oder zur nächsten Einkaufsgelegenheit abfinden, als dies in den beiden anderen Sprachregionen der Fall ist. Auf der anderen Seite wird nachbarschaftliche Verbundenheit in der Südschweiz stärker betont als in den beiden anderen Sprachregionen. Die Aussage, dass die Nachbarn eng miteinander verbunden sind, wird in der italienischen Schweiz von 72% der befragten älteren Menschen bejaht, im Gegensatz zu 64% in der Westschweiz und 58% in der Deutschschweiz. Die allgemeine Wohnzufriedenheit hingegen variiert nicht nach Sprachregion, wenn andere Einflussfaktoren (Eigentumsverhältnis, Zimmerzahl, finanzielle Lage usw.) kontrolliert werden.

Die allgemeinen Wohnstandards variieren wenig nach Sprachregion. In allen Regionen ist der Anteil an älteren Menschen, die in einer Wohnung leben, in der mehr Personen als Zimmer zur Verfügung stehen, sehr gering (1% oder weniger). Etwas häufiger findet sich die Situation, dass Zimmerzahl und Personenzahl übereinstimmen (deutschsprachige Schweiz: 3%, Westschweiz 7% und italienische Schweiz 14%). Der Anteil derjenigen, die ihre Wohnung als etwas oder viel zu klein einstufen, ist gering (je nach Sprachregion zwischen 3% bis 7%). In der deutschsprachigen und der französischsprachigen Schweiz beurteilen jedoch mehr ältere Menschen ihre Wohnung als uneingeschränkt rollstuhlgängig als in der italienischsprachigen Schweiz, wo die Wohnung vermehrt als rollstuhlgängig „mit Einschränkungen" deklariert wurde. In der Südschweiz werden potenzielle Hindernisse signifikant häufiger in zu engen Küchen sowie im Bad/WC geortet als in den beiden anderen Sprachregionen. In der deutsch- und der italienischsprachigen Schweiz ist in gut 40% der Fälle der Zugang zur Wohnung nur über eine Treppe möglich. In der Westschweiz ist dies nur bei gut 30% der Befragten der Fall. Stufenloser Zugang oder Zugang über eine Rampe ist in dieser Region stärker verbreitet.

Was die Vorliebe für eine Wohnung in Nähe von Angehörigen betrifft, ergeben sich klare Unterschiede zwischen der Südschweiz und den übrigen Landesteilen: In den italienischsprachigen Regionen (Tessin, Bündner Südtäler) zeigt sich weiterhin eine starke Familienorientierung, und viele italienischsprachige Seniorinnen und Senioren gewichten Familiennähe hoch. Daneben ist eine familiale Orientierung ausgeprägter bei älteren Menschen mit wenig sozio-ökonomischen Ressourcen (bildungsferne Personen, Personen in schwieriger finanzieller Lage). Ebenso sind sehr alte Menschen (85+) stärker an der Nähe zu Angehörigen interessiert, weil damit familiale Unterstützung und Hilfe einfacher organisiert werden kann. Dass sich Frauen stärker familial orientieren als Männer, lässt sich hingegen nur in der Südschweiz nachweisen, nicht aber in den zwei anderen Sprachregionen. Faktisch ist allerdings ein Zusammenleben mit erwachsenen Kindern in allen Sprachregionen eine Ausnahme. Von den 65-jährigen und älteren Menschen lebt denn auch nur eine geringe Minderheit in Haushaltungen mit mehr als zwei Personen (deutschsprachige Schweiz: 5%, französischsprachige Schweiz: 8% und italienischsprachige Schweiz: 13%).

Auch bezüglich der Beurteilung von zukünftigen Wohnoptionen ergeben sich einige sprachregionale Unterschiede: So wird ein Haus mit guter Nachbarschaft sowie generationengemischtes Wohnen in der italienischsprachigen Schweiz positiver beurteilt als etwa in der deutschsprachigen Schweiz. Hingegen kommen in allen Sprachregionen gemeinschaftliche Wohnformen – medial stark diskutiert – nur für eine Minderheit der heute älteren Bevölkerung in Betracht, und die Einstellungen zu Alters(haus)gemeinschaften variieren eher nach Alter bzw. Generation als nach Sprachregion. In

allen Sprachregionen weist auch nur eine Minderheit der älteren Menschen eine grundsätzlich positive Haltung zu Alters- und Pflegeheimen auf. Relativ am häufigsten positiv gewertet werden pflegerisch-betreute Wohnformen in der italienischsprachigen Schweiz. Umgekehrt finden pflegerisch ausgerichtete Wohnformen in der Westschweiz die geringste Zustimmung (auch weil in vielen Regionen der Westschweiz der starke Ausbau der ambulanten Pflege zusätzlich zur sozialen Abwertung stationärer Einrichtungen beigetragen hat). Wird direkt danach gefragt, ob sich die befragten Personen schon (vorsorglich) in einem Alters- und Pflegeheim angemeldet haben, zeigen sich ebenfalls klare sprachregionale Unterschiede. In der deutschsprachigen Schweiz – wo mehr alte Menschen stationär betreut werden als in den anderen Sprachregionen – sind die Anmeldungswerte höher. So haben sich in der deutschsprachigen Schweiz 26% der 85-jährigen und älteren Befragten schon in einem Alters- und Pflegeheim angemeldet. Im Vergleich dazu trifft dies nur auf 13% in der Westschweiz zu. In dieser Sprachregion sind Formen von Service-Wohnen bei zu Hause lebenden Personen denn auch verbreiteter als in der deutschsprachigen Schweiz, wo pauschale Serviceleistungen – anders als in der Westschweiz – erst bei ausgeprägten funktionalen Alltagseinschränkungen bezogen werden. In der Folge werden dann auch umfangreichere Leistungspakete angeboten. Entsprechend liegen die angeführten durchschnittlichen Kosten für bezogene Service-Leistungen in der deutschsprachigen Schweiz bei 508 Franken pro Monat, gegenüber 248 Franken pro Monat in der Westschweiz und 246 Franken pro Monat in der Südschweiz.

Insgesamt zeigen sich beim Wohnen im Alter einige signifikante sprachregionale Unterschiede. Relevant sind dabei sowohl wirtschaftliche Verhältnisse (schlechtere wirtschaftliche Lage der Tessiner Rentner und Rentnerinnen, die auch häufiger unter Verkehrslärm leiden) als auch soziopolitische Unterschiede (stärkerer Ausbau der ambulanten Pflege und von Formen des betreuten Wohnens in der Westschweiz). Dazu kommen sprachkulturelle Differenzen, etwa in der Gewichtung von Familie und Nachbarschaften. Alle diese Unterschiede sind statistisch bedeutsam, aber keineswegs sehr ausgeprägt oder dramatisch. Soziale Ungleichheiten (nach Einkommen, Eigentumsstatus, Bildung) sind beim Wohnen im Alter wesentlich bedeutsamer und ausgeprägter als sprachregionale Differenzen.

# Schlussbemerkungen

Valérie Hugentobler, Dario Spini

Die Lage der Altersrentnerinnen und Altersrentner in der Schweiz hat sich im Laufe der Zeit insgesamt eher verbessert, auch was die Wohnsituation betrifft. Seit der ersten Age-Wohnerhebung im Jahr 2003 ist die Gesamtzufriedenheit mit der Wohnsituation weiter gestiegen. 88% der in der Erhebungswelle 2018 befragten Personen gaben an, dass sie mit ihren Wohnverhältnissen sehr zufrieden sind, und diese positiven Ergebnisse waren auch bei den Personen in Alters- und Pflegeheimen zu beobachten. Diese positive Beurteilung hängt einerseits mit der Wohnung selbst, ihrem Komfort und dem Umstand, dass sie ein Gefühl ontologischer Sicherheit vermittelt, und andererseits mit den gutnachbarschaftlichen Beziehungen, der Qualität der Umgebung und einer starken Verbundenheit mit dem Wohnort zusammen. Diese Faktoren korrelieren stark mit der Verweildauer am gleichen Ort: Die Wohnmobilität im Rentenalter ist nach wie vor gering und die durchschnittliche Verweildauer am derzeitigen Wohnort entsprechend hoch (34 Jahre für die 65- bis 74-Jährigen und über 40 Jahre für die über 74-Jährigen). Ein Umzug ist somit weiterhin lediglich für eine Minderheit der Altersrentnerinnen und Altersrentner eine Realität, und bei den Hochbetagten erfolgt ein solcher meist unfreiwillig und ungeplant, häufig, weil aus gesundheitlichen Gründen ein Heimeintritt notwendig wird.

Diese insgesamt positive Entwicklung darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Wohnsituation bestimmter Bevölkerungsgruppen, insbesondere diejenige besonders vulnerabler Personen, sehr herausfordernd sein kann. Tatsächlich sagen Durchschnittswerte wenig oder gar nichts über die Vielfalt der individuellen Situationen alternder Personen aus. Sozioökonomische Ungleichheiten, die zuweilen mit der Migrationslaufbahn zusammenhängen, aber auch Unterschiede im Gesundheitszustand, haben einen grossen Einfluss auf den Zugang zu Wohnraum und auf die Wohnqualität im Alter. Die Qualität der Wohnung, ihre Grösse, ihre Umgebung, ihr Komfort und die damit verbundene Wohnzufriedenheit hängen eng mit dem Einkommensniveau und den verfügbaren sozioökonomischen Ressourcen zusammen. Die Erhebung hat zum Beispiel gezeigt, dass die Qualität der Umgebung je nach finanzieller Situation stark variiert: Die wohlhabendsten Personen leben häufiger in ruhigeren und grüneren Gebieten, während die weniger gut Situierten öfters in lauteren Umgebungen leben. Personen mit begrenzten wirtschaftlichen Ressourcen leben immer noch deutlich häufiger in nicht altersgerechten

Wohnungen. Sie sind häufiger Mieter als Wohneigentümer, so dass sie wenig Spielraum für die Anpassung ihrer Wohnungen haben. Zudem sind ihre Aussichten geringer, in eine geeignetere Wohnung umzuziehen, weil dadurch ihre Wohnkosten oft zu stark steigen würden.

Sozioökonomische Sicherheit, die als erste Voraussetzung für Lebensqualität gelten kann, ist heute nicht für alle Altersrentnerinnen und -rentner in der Schweiz gewährleistet. Obwohl sich durch den Ausbau der Sozialversicherungen und der Altersvorsorge die wirtschaftlichen Verhältnisse und der Lebensstandard generell eher verbessert haben, sind mehr als ein Fünftel der Personen im AHV-Alter weiterhin mit finanziellen Einschränkungen konfrontiert. Neben den relativ gut abgesicherten Pensionierten gibt es einen erheblichen Anteil an AHV-Rentnerinnen und -Rentnern, die arm sind und Ergänzungsleistungen brauchen. Für diese Personen fallen die Wohnkosten stark ins Gewicht: Es sind oft Frauen und Männer, die allein leben und bei denen die Wohnkosten in 60% der Fälle mehr als ein Drittel des verfügbaren Einkommens ausmachen. Oft sind die Wohnkosten für diese Personen nur tragbar, weil sie schon lange am gleichen Ort leben und die Miete niedrig halten konnten. Ein Umzug kommt für sie jedoch nicht in Betracht.

Angesichts dieser sozialen und wirtschaftlichen Ungleichheiten braucht es eine Reflexion über den Wohnraum als ein Ort, der den Komfort- und Qualitätsbedürfnissen aller Menschen ungeachtet ihrer Situation oder ihrer spezifischen Schwierigkeiten und Bedürfnisse gerecht zu werden vermag. Die ontologische Sicherheit, die mit der Wohnung als intimem Rückzugs- und Erholungsraum verbunden ist, muss die Kontinuität der Identität und den Fortbestand der sozialen und materiellen Umgebung gewährleisten, auch für die Schwächsten, die über geringere Ressourcen verfügen, und dies bis zum Lebensende.

Die zentrale Rolle des privaten Daheims wird durch die Age-Wohnerhebung 2018 und die verschiedenen Beiträge zu diesem Buch erneut bestätigt. Das eigene Zuhause ist ein Ort, der Halt bietet, um trotz Schwierigkeiten und zunehmenden Verlusten die eigene Handlungsfähigkeit und die Kontrolle über das eigene Leben zu bewahren, auch wenn dies zuweilen eine Anpassung der Gewohnheiten und Aktivitäten erfordert. Die Aufrechterhaltung des eigenen Alltagsrhythmus trägt zur Kontinuität, zur Bestimmung der eigenen Identität und zum Erhalt einer gewissen Kontrolle über das eigene Leben bei. Die Wohnung ist also nicht nur eine Unterkunft, sondern auch ein Ankerpunkt in der materiellen und symbolischen Umwelt. Die damit verknüpfte Verbundenheit hängt stark mit der Aufenthaltsdauer, den gewachsenen Nachbarschaftsbeziehungen und den im Laufe der Zeit aufgebauten Erinnerungen zusammen. Das Gefühl von «Heimat», welches sich aus diesem Mikrokosmos des Alltags durch den Austausch von Werten, Normen und Erfahrungen ergibt, ermöglicht ein Gefühl der Zugehörigkeit zu einer

Gemeinschaft. Diese Einbindung und der soziale Zusammenhalt tragen zur sozialen Qualität des Lebens- und Wohnumfelds bei.

Bei Erreichen des Pensionsalters wird die Wohnortswahl oft durch einen Paarentscheid getroffen. Mit zunehmendem Alter spielt die Nähe zu den Angehörigen die wichtigste Rolle bei der Entscheidungsfindung. Unabhängig von Alter und Gesundheitszustand bleibt der Wunsch bestehen, in den eigenen vier Wänden zu bleiben. Ob es möglich ist, trotz gesundheitlicher Probleme weiterhin für sich selbst zu sorgen, darüber entscheiden nicht zuletzt die verfügbaren finanziellen Mittel. Ebenso wichtig dafür sind Angehörige, die bereit und fähig sind, sich an der Betreuung und Unterstützung zu beteiligen. Neben diesen Faktoren spielen auch professionelle Unterstützungsdienste eine Rolle. Indem professionelle Betreuer regelmässige persönliche Pflegeaufgaben übernehmen, stärken sie familiäre Bindungen eher, als dass sie zu ihrer Schwächung beitragen würden. Die Wohnortwahl ist somit stets das Ergebnis eines Zusammenspiels von Personen-, Familien- und Wohnortfaktoren sowie professionellen Pflegefaktoren. Bei Überlegungen und Entscheidungen über passende Unterstützungsmassnahmen und -strukturen für ältere Menschen ist es deshalb entscheidend, deren Netzwerke und Familienbeziehungen viel formeller als bisher üblich in die Reflexion einzubeziehen.

Ältere Menschen können mit Phasen der Vulnerabilität konfrontiert sein, die manchmal durch einen Autonomieverlust gekennzeichnet sind, der sich auf die Wahl des Wohnortes auswirken kann und in einigen Fällen einen Umzug ins Heim zur Folge hat. Vulnerabilität ist kein linear verlaufender Prozess, und gezielte, bedarfsgerechte Unterstützungsleistungen können dazu beitragen, ein Gleichgewicht wiederherzustellen und einen Mangel an Ressourcen und eine schwierige Periode zu überwinden. Wo die persönlichen und familiären Ressourcen fehlen oder unzureichend sind, spielt die öffentliche Hand (Gemeinden, Regionen und Kantone) eine wesentliche Rolle bei der Betreuung, indem sie den Zugang zu Spitex-Diensten fördert oder geeignete Angebote entwickelt, die den Bedürfnissen der fragilsten Bevölkerungsgruppen entsprechen. Damit die bereitgestellten Mittel auch wirklich effektiv sind, braucht es Orientierung und Beratung für die betroffenen Personen und ihre Angehörigen. Information, auch wenn sie gut gemacht ist, genügt nicht immer. Manchmal kann eine Begleitung bei den weiteren Schritten sinnvoll sein. Damit kann verhindert werden, dass Leistungen – selbst wenn diese bekannt und der Situation angemessen sind – nicht in Anspruch genommen werden. Im Unterstützungssystem für fragile ältere Menschen bestehen ortsspezifisch Angebotslücken (z. B. im Bereich Spitex, Tages- und Nachtstrukturen usw.), bisweilen gibt es aber auch zu viele ähnliche Angebote. Es braucht daher Orientierung und Vernetzung, durch die Einrichtung von spezialisierten Zentren und leicht zugänglichen Anlauf- und Beratungsstellen, die über alle lokalen Angebote informieren können.

Ist trotz mobilisierter Ressourcen und Dienstleistungen ein Verbleib in der eigenen Wohnung nicht mehr möglich, müssen Alternativen gefunden werden. Dazu gehören auch Lösungen für spezifische Zielgruppen. Eine qualitativ hochstehende Versorgung und Unterstützung bis zum Lebensende muss unabhängig von der Gesundheitssituation und den eigenen Ressourcen gewährleistet und erschwinglich sein. Besonders vulnerable Gruppen, wie ältere Personen mit Behinderungen oder Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen, benötigen besondere Unterstützung. Hier spielt das Thema Wohnen eine zentrale Rolle. Neue spezifische Wohnformen – Alternativen zum angestammten Zuhause und zur traditionellen stationären Unterbringung – müssen angedacht und an die Bedürfnisse dieser Zielgruppen angepasst werden. Dabei gilt ein besonderes Augenmerk dem Potenzial dieser Lebensräume, dem Ressourcenerhalt, der Teilhabe am Alltagsleben und der Gewährleistung einer sicheren Umgebung. Alters- und Pflegeheime stellen für viele ältere Menschen einen neuen Lebensraum dar. Institutionen müssen sich nicht nur um Pflege und Betreuung im Alltag kümmern, sondern auch um eine Koordination verschiedener Akteure und um die Erhaltung der Beziehungen zu Angehörigen. Sie müssen auf Lebensgewohnheiten Rücksicht nehmen und idealerweise eine gute Verankerung im Umfeld der Bewohnenden erreichen. Zwar ist nur eine Minderheit der Seniorinnen und Senioren von erhöhter Vulnerabilität betroffen, den Betroffenen jedoch ermöglichen solche Faktoren, sozial integriert zu bleiben und ein Umfeld, das an ihre Bedürfnisse angepasst ist.

Die institutionellen Angebote als Lebensraum für die am stärksten von Fragilität betroffenen Personen werfen immer noch viele Fragen auf, zu denen die Beiträge dieses Buches vielfältige Denkanstösse liefern. Das Alters- und Pflegeheim ist einerseits eine Wohnform, andererseits stellt es auch einen halböffentlichen Raum dar: Fachkräfte sind allgegenwärtig, und das Zimmer, das Bett oder sogar der Körper selbst – der allerletzte intime Rückzugsraum – bilden den Ort, an dem die Pflege ausgeübt wird. Insofern ist das Heim eine Wohnform, welche mit erheblicher Vulnerabilität für die Bewohnenden einhergeht. Dies nicht nur bezüglich des fragilen Gesundheitszustandes, sondern auch mit Blick auf ihre Privatsphäre.

Wird die private Wohnung zum Schauplatz von Pflege und Betreuung, kann auch hier die Funktion des eigenen Daheims als Ort der Intimität und des Rückzugs beeinträchtigt werden. Es braucht deshalb eine vertiefte Reflexion über die Ambivalenz einer Wohnumgebung, die gleichzeitig Lebens-, Arbeits- und Pflegeraum ist. Ziel ist, Gefühlen der Entfremdung vorzubeugen. Dazu braucht es Lösungen, um die Aneignung der Räumlichkeiten durch die Bewohnenden mit den praktischen Bedürfnissen der Fachkräfte zu vereinbaren und dadurch einen positiven Einfluss auf das Leben und das Wohlbefinden der Bewohnenden zu erreichen.

Neuere Experimente mit Wohnformen für spezifische vulnerable Zielgruppen (Abteilungen für ältere Migrantinnen und Migranten in Alters- und Pflegeheimen, Wohngemeinschaften für demenzerkrankte Personen und Wohnformen für ältere Personen in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen oder Suchterkrankungen usw.) sind zu begrüssen. Sie bringen bedarfsgerechte Angebote hervor. Gleichzeitig zielen sie darauf ab, die Ressourcen und die Handlungsfähigkeit der Bewohnenden zu stärken, wodurch diese möglichst lange die Kontrolle über ihr Leben ausüben und ihre Gewohnheiten pflegen können. Andererseits basieren diese angepassten Angebote auf neuen Kategorisierungen und bergen das Risiko, die betroffenen Personen auf ein einziges Merkmal (z. B. ihre nationale Abstammung oder ihr Krankheitsbild) zu reduzieren, obwohl sie eine heterogene Gruppe bilden.

Will man die Beziehungen zwischen der alternden Person und ihrem Lebensumfeld besser verstehen, braucht es eine multidimensionale Perspektive (materielle Sicherheit, Gesundheit, soziale Beziehungen, Umwelt usw.) auf das Altern, die über die geriatrischen Begriffe der Pflegebedürftigkeit und der Fragilität hinausgeht. Ein besonderes Augenmerk ist auf all jene zu richten, deren materielle, familiäre, zwischenmenschliche und symbolische Ressourcen vorübergehend oder dauerhaft begrenzt sind. Diskurse über das Wohnen sollten nicht nur für, sondern auch mit und durch die betroffenen Menschen geführt werden, um eine bessere Lebensqualität im Alter zu ermöglichen.

# Literatur


Afzali, Minou. 2013. Forschen mit den Alten – Forschen über die Alten. Partizipative Methoden in der Designforschung. In A. von Hülsen-Esch, M. Seidler & C. Tagsold (Hrsg.), *Methoden der Alter(n)sforschung. Disziplinäre Positionen und transdisziplinäre Perspektiven (*S. 225–240). Bielefeld: Transcript.

Afzali, Minou. 2018. CommuniCare: Communication Design in Culturally Sensitive Nursing Homes. In Swiss Design Network (Hrsg.), *Unfrozen – a Design Research Reader by the Swiss Design Network* (S. 99–114). Triest, Zürich.

Age Stiftung. 2016. *Betreute Wohnungen mit Heimvorteil, Age Dossier 2016*, Zürich: Age-Stiftung.

Ahrendt, Hannah. 2012 [1960]. Der Raum des Öffentlichen und der Bereich des Privaten. In J. Dünne & S. Günzel (Hrsg.), *Raumtheorie. Grundlagentexte aus Philosophie und Kulturwissenschaften*, Vol. 7 (S. 420–433). Frankfurt: Suhrkamp.

Albrecht, Peter-Alexis. 2012. Service-Wohnen als Zukunftsaufgabe einer alternden Gesellschaft. In Peter-Alexis Albrecht (Hrsg.), *Service-Wohnen als Zukunftsaufgabe einer alternden Gesellschaft* (S. 13–19). Berlin: Berliner Wissenschaftsverlag.

Alzheimer Schweiz (ALZ). 2017. *Demenzprävalenz in der Schweiz*. Bern: Alzheimer Schweiz.

Ankers, Neil & Christine Serdaly. 2017. Personnes âgées peu dépendantes de soins. Prise en charge dans cinq cantons romands, *Obsan Dossier* 58. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Argoud, Dominique. 2011. De l'hébergement à l'habitat: une évolution ambiguë. *Gérontologie et société* 34/136(1): 13–27. DOI: 10.3917/gs.136.0013.

Ariès, Philippe, 1980. *Geschichte des Todes.* München: Hanser.

Aring, Jürgen. 2012. Einfamilienhäuser der 1950er bis 1970er Jahre in Westdeutschland. Eine neue Herausforderung der Stadtentwicklung. In Alexander Eichenlaub & Thomas Pristl (Hrsg.), *Umbau mit Bestand. Nachhaltige Anpassungsstrategien für Bauten, Räume und Strukturen* (S. 68–85). Berlin: Reimer.

Attias-Donfut, Claudine. 2006. *L'enracinement: Enquête sur le vieillissement des immigrés en France*. Paris: Armand Colin.

Avenir Suisse. 2017. *Ein Kanton baut sich um.* avenir spezial, Dezember 2017, Zürich, https://www.avenir-suisse.ch/files/2017/12/2017-12_as-spezial_DE_online.pdf (8.8.2019).

Bachelard, Gaston. 1957. *La Poétique de l'espace*. Paris: Presses Universitaires de France.

Bachmann, Nicole, Sonja Hug & Lucy Bayer-Oglesby. 2017. *Versorgung am Lebensende in der Schweiz. Literaturrecherche.* Schlussbericht zu Handen des Schweizerischen Nationalfonds SNF. Olten: FHNW, http://irf.fhnw.ch/handle/11654/25369 (9.9 2018).

Backes, Gertrud M. & Wolfgang Clemens. 2008. *Lebensphase Alter: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Alternsforschung*. Weinheim: Beltz Juventa.

BAG Bundesamt für Gesundheit & GDK Schweizerische Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren 2012. *Nationale Leitlinien Palliative Care*. Bern: BAG.

Bähler, Caroline, Andri Signorell & Oliver Reich. 2016. Health Care Utilisation and Transitions between Health Care Settings in the Last 6 Months of Life in Switzerland. *PloS One* 11(9): 1, DOI: 10.1371/journal.pone.0160932.

Balard, Frédéric & Dominique Somme. 2011. Faire que l'habitat reste ordinaire. Le maintien de l'autonomie des personnes âgées en situation complexe à domicile. *Gérontologie et société* 136(1): 105–118.

Bannwart, Livia & Kilian Künzi. 2018. *Untersuchung zum betreuten Wohnen – Einsparpotential. Ausmass der Hilfsbedürftigkeit, Höhe des EL-Pauschalbeitrags. Studie im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherungen.* Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS).

Barthe, Jean-François, Serge Clément & Marcel Drulhe. 1988. Vieillesse ou vieillissement. Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées. *Les Cahiers de la Recherche sur le Travail Social* 15: 11–31.

Bascoul, Jean-Louis & C. Eynard. 1993. *Vivre au Cantou: exploration d'un mode d'accueil et d'accompagnement pour personnes âgées*. Paris : Fondation de France.

Bate, Paul & Glenn Robert. 2006. Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. *Quality and Safety in Health Care* 15: 307–310.

Bay, Alexandra. 2016. Wohnen mit Service in vielen Lebenslagen. In Joelle Zimmerli & Markus Schmidiger (Hrsg.), *Demografie und Wohnungswirtschaft: Pensionierte auf dem Wohnungsmarkt* (S. 99–112). Zug: IFZ.

Bejan, Alexander, Ramazan Gündogdu, Katherina Butz, Nadine Müller, Christophe Kunze, Peter König. 2018. Using multimedia information and communication technology (ICT) to provide added value to reminiscence therapy for people with dementia. Lessons learned from three field studies. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 51(1): 9–15.

Beydoun, May, Hind Beydoun, Alyssa Gamaldo, Alison Teel, Alan Zonderman & Youfa Wang. 2014. Epidemiologic studies of modifiable factors associated with cognition and dementia. Systematic Review and

Metaanalysis. *BMC Public Health* 14: 643, DOI: 10.1186/1471-2458-14-643.

Beyeler, Mariette. 2010. *Weiterbauen. Wohneigentum im Alter neu nutzen*. Basel: Christoph Merian.

BFS Bundesamt für Statistik. 1990. Der Einfluss der demographischen Entwicklung auf die Finanzierung der AHV. Demographiebericht AHV. Bern: BFS.

BFS Bundesamt für Statistik. 1997. *Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997*. Neuenburg: BFS.

BFS Bundesamt für Statistik. 2014. *Methodenbericht zum Indikatorensystem der Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Konzepte, Methoden, Auswahlverfahren und Quellen*. Neuenburg: BFS.

BFS Bundesamt für Statistik. 2015. *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015–2045.* Neuenburg: BFS.

BFS Bundesamt für Statistik. 2016a. *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2015–2045.* Neuenburg: BFS.

BFS Bundesamt für Statistik. 2016b. *Spitex-Statistik. Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause.* Neuenburg: BFS.

BFS Bundesamt für Statistik. 2017a. *Erhebungen über die Einkommen und die Lebensbedingungen*. Neuenburg: BFS.

BFS Bundesamt für Statistik. 2017b. Szenarien zur Entwicklung der Haushalte 2017–2045*. BFS Aktuell*, November 2017. Neuenburg: BFS.

BFS Bundesamt für Statistik. 2017c. *Statistischer Bericht zur Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund*. Neuenburg: BFS.

BFS Bundesamt für Statistik. 2017d. Personen in Pflegeheimen, 2016, https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/grafiken.assetdetail.3863822.html (28.11.2018).

BFS Bundesamt für Statistik. 2017e. *Spitex-Statistik. Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause.* Neuenburg: BFS.

Boerner, Kathrin, Daniela S. Jopp, Min-Kyung Susan Park & Christoph Rott. 2016. Who do centenarians rely on for support? Findings from the Second Heidelberg Centenarian Study. *Journal of Aging and Social Policy* 28: 165–186, DOI: 10.1080/08959420.2016.1160708.

Bolzman, Claudio, Laure Kaeser & Etienne Christe. 2017. Transnational Mobilities as a Way of Life Among Older Migrants from Southern Europe. *Population, Space, and Place* 23(5), e2016, DOI: 10.1002/psp.2016.

Bolzman, Claudio, Raffaella Poncioni-Derigo, Marie Vial & Rosita Fibbi. 2004. Older labour migrants' well being in Europe: the case of Switzerland. *Ageing & Society* 24: 411–429.

Bolzman, Claudio & Giacomo Vagni. 2015. Égalité de chances? Une comparaison des conditions de vie des personnes âgées immigrées et «nationales». *Hommes & migrations* 1(1309): 19–28.

Bonss, Wolfgang & Christoph Lau (Hrsg.). 2011. *Macht und Herrschaft in der reflexiven Moderne.* Weilerswist-Metternich: Velbrück Wissenschaft.

Bouisson, Jean. 2007. Vieillissement, vulnérabilité perçue et routinisation. *Retraite et société* 3(52): 107–128.

Breit, Stefan & Detlef Gürtler. 2018. *Microliving: Urbanes Wohnen im 21. Jahrhundert. Rüschlikon: Gottlieb Duttweiler Institut (GDI).*

BSV Bundesamt für Sozialversicherungen. 2017. *Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV*. Tabellenteil, Bern.

Camenzind, Paul & Luca Petrini. 2014. Personen ab 55 Jahren im Gesundheitssystem: Schweiz und internationaler Vergleich 2014. Auswertung der Erhebung The Commonwealth Fund's 2014 International Survey of Older Adults, *Obsan Dossier* 43. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Caradec, Vincent. 2004. Les «supports» de l'individu vieillissant. Retour sur la notion de «déprise». In Vincent Caradec & Danilo Martuccelli (Hrsg.), *Matériaux pour une sociologie de l'individu* (S. 25–42). Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires du Septentrion. https://books.openedition.org/pur/23845?lang=fr.

Caradec, Vincent. 2010. Les comportements résidentiels des retraités. Quelques enseignements du programme de recherche «Vieillissement de la population et habitat», *Espace populations sociétés* 2010(1), DOI: 10.4000/eps.3897 (25.8.2018).

Caussanel, Georges. 2000. Le Cantou: un accueil pour personnes dépendantes. In Richard Vercauteren (Hrsg.), *Des lieux et des modes de vie pour les personnes âgées. Expériences et analyses pluridisciplinaires internationales* (S. 359–372). Ramonville Saint-Agne: Erès.

Clément, Serge & Jean Mantovani. 1999. Les déprises en fin de parcours de vie : les toutes dernières années de la vie. *Gérontologie et société* 90: 95–108.

Colvez, Alain. 1994. «Cantou» et long séjour hospitalier: évaluation comparative de deux modes de prise en charge de la démence sénile. Paris: FNG – INSERM.

Cosandey, Jérôme. 2016. Neue Massstäbe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe. Zürich: Avenir Suisse.

Curaviva Schweiz. 2016. Das Wohn- und Pflegemodell 2030 von Curaviva Schweiz – die Zukunft der Alterspflege. Bern: Curaviva Schweiz, http://www.curaviva.ch/files/003HPPN/fact_sheet__das_wohn__und_pflegemodell_2030_von_curaviva_schweiz__mai_2016.pdf (28.2.2019)

Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud, *Directives et recommandations architecturales des établissements médico-sociaux vaudois (DAEMS)*, version 7.1 du 01/11/2003, Lausanne : Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud – Service de la

santé publique – Division OSS, http://www.dsas.vd.ch/dossiers/EMS/daems.pdf (28.2.2019).

Détail. 2012. Typologie de l'habitat pour personnes âgées. *Détail – Revue d'architecture* 9: 4.

Dietz, Birgit. 2018. *Demenzsensible Architektur: Planen und Bauen für alle Sinne*. Stuttgart: Fraunhofer IRB.

Domenig, Dagmar. 2007. *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Huber.

Dresske, Stefan. 2005. *Sterben im Hospiz. Der Alltag in einer alternativen Pflegeeinrichtung*. Frankfurt: Campus.

Dreyer, Pascal. 2017. Habiter chez soi jusqu'au bout de sa vie. *Gérontologie et société* 39(152) : 9–23, DOI: 10.3917/gs1.152.0009.

Dupuis, Ann & David C. Thorns. 1998. Home, home ownership and the search for ontological security. *Sociological Review* 46(1): 24–47.

Dykstra, Pearl A. 2009. Older adult loneliness: Myths and realities. *European Journal of Ageing* 6: 91–100.

Eberhard, Angela & Winfried Saup. 2006. *Demenzkranke Menschen im betreuten Seniorenwohnen.* Augsburg: Verlag für Gerontologie Alexander Möckl.

Ebert, Sonja, Isabelle Peytremann-Bridevaux & Nicolas Senn. 2015. Les programmes de prise en charge des maladies chroniques et de la multimorbidité en Suisse, *Obsan Dossier* 44. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Ennuyer, Bernard. 2014. *Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation*. Paris: Dunod.

Ernest Dichter SA, Institut für Motiv- und Marktforschung. 2000. *Senioren 2000. Eine neue Generation auf dem Weg zur Selbstverwirklichung*. Zürich: Ernest Dichter SA.

Ettlin, Ricarda. 2016. *Synthèse des Assises du 17 juin 2016 sur les logements protégés et de l'habitat adapté.* Lausanne: socialdesign SA, https://academy.socialdesign.ch/wp-content/uploads/2016/09/160802_synthese_assises_logement_socialdesign.pdf (28.2.2019).

Ettlin, Ricarda. 2019. *Begleituntersuchung zum Programm «Socius – wenn älter werden Hilfe braucht»: Schlussbericht*. Bern: socialdesign ag, https://www.programmsocius.ch/sites/default/files/schlusstagung-2019/190529_Schlussbericht_Begleitforschung_Socius_Programm_socialdesign.pdf.

Fernandes, Cristina, Nuno Crespo & Nadia Simoes. 2017. Poverty, richness, and inequality: Evidence for Portugal using a housing comfort index. *Journal of Economics and Social Measurement*, 41(4): 371–394, DOI: 10.3233/JEM-170437.

Fibbi, Rosita, Claudio Bolzman & Marie Vial. 1999. *Alter und Migration: Europäische Projekte mit älteren Migranten und Migrantinnen*. Zürich: Pro Senectute.

Föhn, Martina & Christina Dietrich (Hrsg.). 2013. *Garten und Demenz. Gestaltung und Nutzung von Aussenanlagen für Menschen mit Demenz.* Bern: Huber.

Frick, Karin & Daniela Tenger. 2015. *Smart Home 2030. Wie die Digitalisierung das Bauen und Wohnen verändert.* Rüschlikon: Gottlieb Duttweiler Institut (GDI).

Gabaccia, Donna R. 2000. *We Are What We Eat: Ethnic Food and the Making of Americans*. Cambridge: Harvard University Press.

Gasser, Nadja, Carlo Knöpfel & Kurt Seifert. 2015. *Erst agil, dann fragil. Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter bei vulnerablen Menschen*. Zürich: Pro Senectute.

Giddens, Anthony. 1991. *Modernity and Self Identity: Self and society in the late modern age*. Cambridge and Oxford: Polity Press.

Glaser, Barney G. & Anselm L. Strauss. 1968. *Time for Dying.* Chicago: Aldinge.

Goffman, Erving. 1961. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Doubleday Anchor.

Göritz, Manja & Juliane Hanisch-Berndt. 2005. *Gemeinschaft und Vereinsamung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe*. Berlin: Freie Universität Berlin.

Green, James W. 2008. *Beyond the Good Death. The Anthropology of Modern Dying.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Guggisberg, Jürg, Lucien Gardiol, Iris Graf, Thomas Oesch, Kilian Künzi, Thomas Volken, Peter Rüesch, Thomas Abel, Sabine Ackermann & Christoph Müller. 2011. *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht*. Bern und Winterthur: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

GUGRISPA (Groupe Universitaire Genevois). 1983. *Vieillesses. Situations, itinéraires et modes de vie des personnes âgées aujourd'hui*. Saint-Saphorin: Georgi.

Guisset-Martinez, Marie-Jo. 2004. *Vivre avec la maladie d'Alzheimer*, *pistes d'action et de réflexion.* Paris: Fondation Médéric Alzheimer.

Günther, Julia. 2015. Soziale Unterstützung und Nachbarschaft. Geschichte, Grundlagen, Perspektiven. In Christian Reutlinger, Steve Stiehler & Eva Lingg (Hrsg.), *Soziale Nachbarschaften* (S. 189–200). Wiesbaden: Springer VS.

Haberkern, Klaus & Marc Szydlik. 2010. State care provision, societal opinion and children's care of older parents in 11 European countries. *Ageing and Society* 30(2): 299–323, DOI: 10.1017/S0144686X09990316.

Hahn, Alois & Matthias Hoffmann. 2009. Der Tod und das Sterben als soziales Ereignis. In C. Klinger (Hrsg.), *Perspektiven des Todes in der modernen Gesellschaft* (S. 121–144). Wien: Böhlau.

Hart, Bethne, Peter Sainsbury & Stephanie D. Short. 1998. Whose dying? A sociological critique of the 'good death'. *Mortality* 3(1): 65–77, DOI: 10.1080/713685884.

Heeg, Sibylle & Kathrina Bäuerle. 2012 [2008]. *Heimat für Menschen mit Demenz. Aktuelle Entwicklungen im Pflegeheimumbau – Beispiele und Nutzungserfahrungen*, 2. Auflage. Frankfurt: Mabuse.

Held, Christoph & Doris Ermini-Fünfschilling. 2006. *Das demenzgerechte Heim,* 2. Auflage. *Basel: Karger.*

Herzog, Benno. 2016. International Retirement Migration: Transforming Societies Through Purchasing Power. In Anna Amelina, Kenneth Horvath & Bruno Meeus (Hrsg.), *An Anthology of Migration and Social Transformation. European Perspectives* (S. 217–229). Basel: Springer International Publ.

Höpflinger, François. 2004. *Traditionelles und neues Wohnen im Alter*. Age Report 2004. Zürich: Seismo Verlag.

Höpflinger, François. 2019. Freundschaften im höheren Lebensalter. In Steve Stiehler (Hrsg.), *Zur Zukunft von Freundschaft: Freundschaft zwischen Idealisierung und Auflösung* (S. 123–142). Berlin: Frank & Timme.

Höpflinger, François. (Im Druck). Wohnen und Wohnmobilität im Alter. In Klaus R. Schroeter, Claudia Vogel & Harald Künemund (Hrsg.), *Handbuch Soziologie des Alter(n)s.*

Höpflinger, François, Lucy Bayer-Oglesby & Andrea Zumbrunn. 2011. *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter*. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern: Huber.

Höpflinger, François & Pasqualina Perrig-Chiello. 2009. Grande vieillesse, soins médicaux et relations intergénérationnelles. In Pasqualina Perrig-Chiello, François Höpflinger & Christian Suter (Hrsg.), *Générations – structures et relations: Rapport Générations en Suisse* (S. 202–220). Genève: Seismo.

Höpflinger, François & Joris Van Wezemael (Hrsg.). 2014. *Wohnen im höheren Lebensalter, Grundlagen und Trends. Age Report III.* Zürich: Seismo.

Hugentobler, Valérie. 2003. Intergenerationelle Familienbeziehungen und Pflegebedürftigkeit im Alter. In Caritas Schweiz (Hrsg.), *Sozialalmanach 2004: Die demografische Herausforderung* (S. 151-166). Luzern: Caritas.

Hugentobler, Valérie. 2017. Proches aidants et vieillissement de la population. Pages romandes 1: 6–11.

Hugentobler, Valérie. 2018. Le logement accompagné, une alternative à l'EMS? In *Actualité sociale* 73 : 8–10.

Hugentobler, Valérie & Nicole Brzak. 2016. *Expertise et accompagnement du projet pilote Colocation Alzheimer.* Lausanne: EESP.

Hugentobler, Valérie & Nicole Brzak. 2018. *Colocation Alzheimer: évaluation de deux modèles (Topaze et Rubis).* Lausanne: EESP.

Hungerbühler, Hildegard. 2007. Alter und Migration. In Dagmar Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (S. 395–410). Bern: Huber.

Hungerbühler, Hildegard & Corinna Bisegger. 2012. *«Und so sind wir geblieben ...». Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Materialien zur Migrationspolitik.* Bern: Nationales Forum Alter und Migration, Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM.

Ilinca, Stefania, Ricardo Rodrigues, Andrea E. Schmidt & Eszter Zolyomi. 2016. *Gender and Social Class Inequalities in Active Ageing: Policy meets Theory.* Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Isengard, Bettina. 2018. *Nähe oder Distanz? Verbundenheit von Familiengenerationen in Europa*. Leverkusen: Budrich Academic.

Jopp, Daniela S., Kathrin Boerner, Oscar Ribeiro & Christoph Rott. 2016. Life at Age 100: An international research agenda for centenarian studies. *Journal of Aging and Social Policy* 28: 133–147, DOI: 10.1080/08959420.2016.1161693.

Kaeser, Laure. 2015. *Vieillissement actif et migrants âgés. Interroger les normes contemporaines du vieillissement au prisme des parcours de vie*. Thèse de doctorat en Socioéconomie, Université de Genève, Suisse.

Kellehear, Allan. 2007. *A Social History of Dying.* Cambridge: Cambridge University Press.

Kley, Stefanie. 2009. *Migration im Lebensverlauf. Der Einfluss von Lebensbedingungen und Lebenslaufereignissen auf den Wohnortswechsel.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Klingelhöfer-Noe Jürgen, Theo Dassen & Nils A. Lahmann. 2015. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen vs. betreutes Wohnen mit ambulanter Versorgung. Ergebnisqualität bezogen auf Dekubitus, Sturz und Mangelernährung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 48: 263–269.

Knöpfel, Carlo, Riccardo Pardini & Claudia Heinzmann. 2018. *Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Eine Bestandesaufnahme.* Zürich: Seismo.

Kobi, Sylvie. 2008. *Unterstützungsbedarf älterer Migrantinnen und Migranten: Eine theoretische und empirische Untersuchung.* Bern: Lang.

Koch-Straube, Ursula. 2007. MigrantInnen in der services de soins pour personnes âgées. In Dagmar Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (S. 411–423). Bern: Huber.

Kohli, Martin, Harald Künemund und Jörg Lüdicke. 2005. Family structure, proximity and contact. In Axel Bösch-Supan, Agar Brugiavini, Hendrik Jürges, Johan Mackenbach, Johannes Siegrist und Guglielmo Weber (Hrsg.), *Health, Ageing and Retirement in Europe* (S. 164–170). Mannheim: Mannheim Reserach Institute for the Economics of Aging (MEA).

Kontis, Vasilis, James Bennett, Colin D. Mathers, Guangquan Li, Kyle Foreman & Majid Ezzati. 2017. *Future life expectancy in 35 industrialised countries: Projections with a Bayesian model ensemble.* London: Lancet, DOI: 10.1016/S0140-6736(16)32381-9.

Köppel, Ruth. 2016. *Alternativen zum Heim? Bewohner mit niedriger Pflegestufe*. Zug: Alterszentren Zug.

Kostrzewa, Stephan & Christoph Gerhard. 2010. *Hospizliche Altenpflege.* Bern: Huber.

Kramer, Caroline & Carmella Pfaffenbach. 2016. Should I stay or should I go? Housing preferences upon retirement in Germany. *Journal of Housing and Built Environment* 31(2): 239–256.

Krause, Sara. 2014. Entwicklungsperspektiven von alternden Einfamilienhausquartieren. In Olaf Schnur (Hrsg.), *Quartiersforschung. Zwischen Theorie und Praxis* (S. 377–394). Wiesbaden: Springer VS.

Krivo, Lauren J. 1995. Immigrant characteristics and Hispanic-Anglo housing inequality. *Demography* 32(4): 599–615.

Künemund, Harald & Uwe Fachinger (Hrsg.). 2018. Alter und Technik. Sozialwissenschaftliche Befunde und Perspektiven. Berlin: Springer.

Künemund, Harald & Betina Hollstein. 2005. Soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke. In Martin Kohli & Harald Künemund (Hrsg.), Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. 2., erweiterte Auflage (S. 212–276). Wiesbaden: Springer VS.

Lalive d'Épinay, Christian, Jean-François Bickel, Carole Maystre & Nathalie Vollenwyder. 2000. *Vieillesses au fil du temps. Une révolution tranquille*. Lausanne: Réalités sociales.

Lalive d'Epinay, Christian & Stefano Cavalli. 2013. Le quatrième âge ou la dernière étape de vie. Lausanne: Presses Polytechniques et Universitaires Romandes.

Lalive d'Epinay, Christian, Carole Maystre, Jean-François Bickel et al. 1997. Un bilan de santé de la population âgée. Comparaison entre deux régions de Suisse et analyse des changements sur quinze ans (1979–1994). *Cahiers médico-sociaux* 41: 109–131.

Lalive d'Epinay, Christian & Dario Spini. 2008. Les années fragiles: La vie au-delà de quatre-vingt ans. Québec: Presses Universitaires de Laval.

Langa, Kenneth M., Eric B. Larson, Eileen M. Crimmins, Jessica D. Faul, Deborah A. Levine, Mohammed U. Kabeto, David R. Weir. 2017. A Comparison of the Prevalence of Dementia in the United States in 2000 and 2012. *JAMA Internal Medicine*, 177(1): 51–58.

Lee, Seunghae. 2011. Evaluating Serviceability of Healthcare Servicescapes: Service Design Perspective. *International Journal of Design* 5(2): 61–71.

Leenhardt, Helene. 2010. *La vie en appartement communautaire (group living) pour les personnes âgées qui ont besoin d'aide et de soin:* Document de travail pour la préparation d'un cahier des charges, Association

Monsieur Vincent. http://jhapa.eu/wp-content/uploads/2017/04/grouplivingAMVfinal.pdf (28.2.2019).

Leenhardt, Helene. 2017. Les formes alternatives d'habitat pour les personnes âgées, une comparaison Allemagne-France. *Gérontologie et société* 2017/1, 39(152): 87–206.

Leu, Robert E., Stefan Burri & Tom Priester. 1997. *Lebensqualität und Armut in der Schweiz.* Bern: Haupt.

Lewin, Fereshteh Ahmadi. 2010. The Meaning of Home among Elderly Immigrants: Directions for Future Research and Theoretical Development. *Housing Studies* 16(3): 353–370, DOI: 10.1080/02673030120049715.

Ludwig, Catherine., Stefano Cavalli & Michel Oris. 2014. An interdisciplinary survey addressing progress and inequalities of aging over the past 30 years in Switzerland. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 59(2): 240–248, DOI: 10.1016/j.archger.2014.04.004.

Macho, Thomas & Kristin Marek (Hrsg.). 2011. *Die neue Sichtbarkeit des Todes*. Paderborn: Wilhelm Fink.

Mahmood, Atiya, Habib Chaudhury, Ann Isobel Sarte & Yongiie Yon. 2011. A Comparative Study on the Effect of Housing Characteristics and Living Arrangements on Well-Being of Immigrant and Non-Immigrant Older Adults in Canada. *Housing and Society* 38(1): 25–52, DOI: 10.1080/08882746.2011.11430589.

Mallon, Isabelle. 2005. *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi.* Coll. «Le sens social». Rennes: Presses universitaires de Rennes.

Marchand, Bruno & Marielle Savoyat. 2013. *Des Maisons pas comme les autres.* Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.

Masotti, Barbara. 2016. *Faire l'épreuve de l'aide à domicile au grand* âge: *une étude qualitative et quantitative des services formels au Tessin.* Thèse de doctorat, Université de Genève.

McKenzie, David J. 2005. Measuring inequality with asset indicators. *Journal of Population Economics* 18: 229–260, DOI: 10.1007/s00148-005-0224-7.

Membrado, Monique & Jean Mantovani. 2014. Vieillir et voisiner: de la sociabilité aux solidarités? In Cornelia Hummel, Isabelle Mallon & Vincent Caradec (Hrsg.), *Vieillesses et vieillissements. Regards sociologiques* (S. 305–318). Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

Membrado, Monique & Alice Rouyer. 2013. *Habiter et vieillir. Vers de nouvelles demeures*. Toulouse: Erès.

Menéndez, Daniela. 2004–2005. Lieux d'échange, nouvelles typologies d'habitat pour personnes âgées. *Faces:* 57.

Menthonnex, Jacques. 2015. *Estimation des durées de vie par génération.* Neuenburg: Bundesamt für Statistik.

Menzl, Marcus. 2017. Das Eigenheim im Grünen. Kontinuität und Wandel eines Sehnsuchtsortes. In Sonja Hnilica & Elisabeth Timm (Hrsg.),

Das Einfamilienhaus. *ZfK Zeitschrift für Kulturwissenschaften* 1: 117–131.

Merçay, Clémence. 2017. *Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé.* Analyse de l'International Health Policy Survey 2017, *Obsan Dossier* 60. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Meslin, Karine (2010). Des logements à part pour migrants âgés? Réflexion sur la mise à l'écart résidentielle des migrants âgés isolés. *Espace populations sociétés* 2010(1): 1–14, DOI: 10.4000/eps.3974.

Métrailler, Michèle. 2018. *Paarbeziehungen bei der Pensionierung. Partnerschaftliche Aushandlungsprozesse der nachberuflichen Lebensphase*. Wiesbaden: Springer VS.

Metzger, Christoph. 2016. *Bauen für Demenz.* Berlin: Jovis.

Meyer, Sibylle. 2016. *Technische Unterstützung im Alter – was ist möglich, was ist sinnvoll? Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

MGFFI (Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen). 2010. *Bericht über das Projekt: Aktives Altern älterer Menschen mit Zuwanderungsgeschichte vom 1.12.2007 bis 30.11.2009*. Düsseldorf.

Mitzscherlich, Beate. 2013. Heimat. Kein Ort. Nirgends. In Joachim Klose (Hrsg.), *Heimatschichten. Anthropologische Grundlegung eines Weltverhältnisses* (S. 47–67). Wiesbaden: Springer VS.

Monod, Stéfanie, Anne-Véronique Durst, Brenda Spencer, Etienne Rochat, Claudia Mazzocato et al. (2017). *Understanding the wish to die in elderly nursing home residents: a mixed methods approach. Lay summary*. Lausanne: Swiss National Science Foundation. http://www.nfp67.ch/SiteCollectionDocuments/lay-summary-final-report-monod.pdf (16. 04. 2019).

Monsch, Andreas U., Christophe Büla, Monika Hermelink, Reto W. Kressig et al. 2012. Konsensus 2012 zur Diagnostik und Therapie von Demenzkranken in der Schweiz, *Praxis* 101(19): 1239–1249.

Neal, Margaret B. & Leslie B. Hammer. 2007. *Working couples caring for children and aging parents.* New York: Psychology Press.

Nowik, Laurent, Anne Labit, Alain Thalineau, Laurine Herpin. 2016. *L'habitat de demain : les habitats intermédiaires pour personnes âgées. Rapport de recherche*. Université François-Rabelais de Tours - UMR 7324 CITERES; Université d'Orléans - EA CEDETE 1210, https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01282731/document.

Nowik, Laurent & Alain Thalineau. 2014. *Vieillir chez soi. Les nouvelles formes du maintien à domicile.* Presses universitaires de Rennes: Le sens social.

Oesch, Thomas & Kilian Künzi. 2016. *Kantonale Rechtsgrundlagen und Regelungen für betreutes Wohnen.* Schlussbericht. Bern: Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS.

Perrig-Chiello, Pasqualina. 2017. *Wenn die Liebe nicht mehr jung ist. Warum viele langjährige Partnerschaften zerbrechen und andere nicht*. Bern: Hogrefe.

Perrig-Chiello, Pasqualina & François Höpflinger. 2009. *Die Babyboomer. Eine Generation revolutioniert das Alter.* Zürich: NZZ-Verlag.

Perrig-Chiello, Pasqualina & François Höpflinger. 2012. *Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege.* Bern: Huber.

Perrig-Chiello, Pasqualina, François Höpflinger & Brigitte Schnegg. 2010. *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz*. Schlussbericht. Bern: Spitex Verband Schweiz.

Petit, Mélissa. 2018. *L'aménagement du logement des jeunes retraités.* Paris: Leroy Merlin Source.

Pilgram, Amélie & Kurt Seifert. 2009. *Leben mit wenig Spielraum. Altersarmut in der Schweiz.* Zürich: Pro Senectute.

Prince, Martin, Gemma-Claire Ali, Maëlenn Guerchet, A. Matthew Prina, Emiliano Albanese & Yu-Tzu Wu. 2016. Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. *Alzheimer's Research & Therapy* 8: 23, DOI: 10.1186/s13195-016-0188-8.

Puijalon, Bernadette. 1990. *Grand âge, dépendance, et lieu de vie.* Paris: Fondation de France.

Puillandre, Marie-Wenn. 2013. *Les colocations de malades Alzheimer en Allemagne*. https://www.aidonslesnotres.fr/a-domicile-ou-en-etablissement/article?urlTitle=les-colocations-de-malades-d-alzheimer-en-allemagne (14.8.2019).

Rauber, Gabriela, Eva Soom Ammann und Corina Salis Gross. 2019. Die Pflege der Beziehungen. Ein Blick auf Informalität im Altersheim. *NovaCura* 7/2019: 23–27.

Reutlinger, Christian. 2017. Soziale Nachbarschaften – Mythos oder gelebte Realität? In ders., *Machen wir uns die Welt, wie sie uns gefällt? Ein sozialgeographisches Lesebuch* (S. 237–246). Zürich: Seismo.

Rhee, Yongjoo Howard B. Degenholtz, Anthony T. Lo Sasso & Linda L. Emanuel. 2009. Estimating the Quantity and Economic Value of Family Caregiving for Community-Dwelling Older Persons in the Last Year of Life. *Journal of the American Geriatrics Society* 57(9): 1654–1659.

Rommel, Alexander, Caren Weilandt & Josef Eckert. 2006. *Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Endbericht.* Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem.e.V. (WIAD).

Rosenbaum, Emily & Samantha Friedman. 2004. Generational patterns in homeownership and housing quality among racial/ethnic groups in New York City, 1999. *International Migration Review* 38(4): 1492–1533.

Salis Gross, Corina. 2001. *Der ansteckende Tod. Eine ethnologische Studie zum Sterben im Altersheim*. Frankfurt: Campus.

Samochowiec, Jakub, Martina Kühne & Karin Frick. 2015. *Digital Ageing – unterwegs in die alterslose Gesellschaft.* Rüschlikon: Gottlieb Duttweiler Institut (GDI).

Saup, Winfried & Angela Eberhard. 2005. *Umgang mit Demenzkranken im betreuten Wohnen. Ein konzeptgeleiteter Ratgeber.* Augsburg: Verlag für Gerontologie Alexander Möckl.

Schicka, Manuela & Franziska Uggowitzer. 2017. *Alters-Survey – Soziale Beziehungen im Alter. Forschungsbericht*. Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Olten.

Schimany, Peter, Stefan Rühl & Martin Kohli. 2012. *Ältere Migrantinnen und Migranten: Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Forschungsbericht 18*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Schneider, Norbert F., Heiko Rüger & Silvia Ruppenthal. 2016. Mobilität und mobile Lebensformen. In Yasemin Niephaus, Michaela Kreyenfeld & Reinhold Sackmann (Hrsg.), *Handbuch Bevölkerungssoziologie* (S. 501–525). Wiesbaden: Springer VS.

Schneider, Werner. 2014. Sterbewelten: Ethnographische (und dispositivanalytische) Forschung zum Lebensende. In Martin W. Schnell, Werner Schneider & Harald J. Kolbe (Hrsg.), *Sterbewelten. Eine Ethnographie* (S. 51–138). Wiesbaden: Springer VS.

Schneider, Werner. 2016. Riskantes Sterben – das Lebensende in der reflexiven Moderne. *Suchtmagazin* 2: 4–9.

Schneider, Werner & Stephanie Stadelbacher. 2012. Alter und Sterben anders denken – Soziologische Anmerkungen zur Zukunft des Lebensendes. *Die Hospizzeitschrift* 2012(3): S. 6–11.

Schumacher, Reto & Aurélien Moreau. 2018. La mobilité résidentielle des personnes âgées dans le canton de Vaude. In Jean-Paul Sanderson & Michel Oris (Hrsg.), *Familles en transformation. Quand les modes de construction familiale se réinventent*. Paris: AIDELF.

Schweizerisches Rotes Kreuz. 2013. *Doppelt fremd. Demenzerkrankung in der Migration am Beispiel von Italienerinnen und Italienern*. Bern: SRK.

Seifert, Alexander. 2016a. Das Wohnquartier als Ressource im Alter. Nachbarschaftskontakte, Nachbarschaftshilfe und die Verbundenheit mit dem Wohnumfeld, Soziale Arbeit. *Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete* 65: 42–49.

Seifert, Alexander. 2016b. Umzugspräferenzen älterer Menschen. Vergleich zwischen Privathaushalt und Alterspflegeinstitutionen. *Heilberufe Science* 7(1): 2–8.

Seifert, Alexander. 2018. Wohnumbruch: Einstellungen zum Altersheim vor und nach dem Eintritt. *Angewandte Gerontologie* 3(2): 33–35.

Seifert, Alexander & Hans Rudolf Schelling. 2013. «Im Alter ziehe ich (nie und nimmer) ins Altersheim.» Motive und Einstellungen zum Altersheim. *Zürcher Schriften zur Gerontologie* 11. Zürich: Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich.

Seifert, Alexander & Hans Rudolf Schelling. 2017. Attitudes toward Aging and Retirement Homes before and after Entry into a Retirement Home. *Journal of Housing for the Elderly* 1(14), DOI: 10.1080/02763893.017.1393484.

Seyler, Christina. 2016. *Kann Gerontotechnologie dazu beitragen, dass ältere Menschen länger zu Hause leben können?* Masterarbeit, Berner Fachhochschule, Bern.

Sidler, Andreas. 2018. *Betreute Alterswohngemeinschaften, Age Dossier 2018,* Zürich: Age-Stiftung.

Simpson, Deane. 2015. *Young-Old. Urban Utopias of an Aging Society.* Zürich: Lars Müller Publ.

Skoog, Ingmar, Anne Börjesson-Hanson, Silke Kern, Lena Johansson, Hanna Falk, Robert Sigström & Svante Östling. 2017. Decreasing prevalence of dementia in 85-year olds examined 22 years apart: the influcence of education and stroke. *Scientific Reports* 7: 6136, DOI: 10.1038/s41598-017-05022-8.

Soom Ammann, Eva, Gabriela Rauber & Corina Salis Gross. 2018. «Doing death» the Mediterranean way: end-of-life in a segregated nursing home. *Mortality,* DOI: 10.1080/13576275.2018.1483906.

Soom Ammann, Eva, Corina Salis Gross & Gabriela Rauber. 2016. The art of enduring contradictory goals: challenges in the institutional co-construction of a «good death». *Journal of Intercultural Studies* 37(2): 118–32.

Spini, Dario, Laura Bernardi & Michel Oris. 2017. Vulnerability Across the Life Course. *Research in Human Development* 14(1): 1–4, DOI: 10.1080/15427609.2016.1268891.

Studer, Brigitte, Gérard Arlettaz & Regula Argast. 2013. *Le Droit d'être suisse. Acquisition, perte et retrait de la nationalité de 1848 à nos jours*. Lausanne: Antipodes.

Sudnow, David. 1967. *Passing on: the social organization of dying.* Englewood-Cliffs: Prentice-Hall.

Sugihara Shiho & Gary W. Evans. 2000. Place Attachment and Social Support at Continuing Care Retirement Communities. *Environment and Behaviour* 32: 400–409.

Szydlik, Marc. 2016. *Sharing Lives. Adult Children and Parents*. London: Routledge.

Tesch-Römer, Clemens. 2010. Isolation und Einsamkeit. In Clemens Tesch-Römer, , *Soziale Beziehungen alter Menschen* (S. 205–220). Stuttgart: Kohlhammer.

Tesch-Römer, Clemens & Susanne Wurm. 2006. Lebenssituationen älter werdender und alter Menschen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 49*: 499–505.*

Teti, Andrea, Ulrike Grittner, Adelheid Kuhlmey & Susann Blüher. 2014. Wohnmobilität im Alter. Altersgerechtes Wohnen als primärpräventive Strategie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 47: 320–328.

Unger, Rainer. 2016. Lebenserwartung in Gesundheit. Konzepte und Befunde. In Yasemin Niephaus, Michaela Kreyenfeld & Reinhold Sackmann (Hrsg.), *Handbuch Bevölkerungssoziologie* (S. 565–594). Wiesbaden: Springer VS.

Valle, Ramon. 1989. Cultural and ethnic issues in Alzheimer's disease familiy research. In Enid Light & Barry D. Lebowitz (Hrsg.), *Alzheimer's disease treatment and familiy stress: Directions for research* (S. 122–154).

van der Maesen, Laurent J.G. & Alan Walker. 2005. Indicators of Social Quality: Outcomes of the European Social Network. *European Journal of Social Quality* 5: 8–24.

van Holten, Karin & Eva Soom Ammann. 2015. Negotiating the potato: The challenge of dealing with multiple diversities in elderly care. In Vincent Horn & Corneli Schweppe (Hrsg.), *Transnational Aging. Current insights and future challenges* (S. 200–217). New York: Routledge.

Vanhoutte, Bram, Morten Wahrendorf & James Nazroo. 2017. Duration, timing and order: How housing histories relate to later wellbeing. *Longitudinal and Life Course Studies* 8(3): 227–243.

Vaupel, James. 2010. Biodemography of human aging. *Nature* 464: 536–542.

Veysset, Bernadette. 1989. *Dépendance et vieillissement*. Paris: L'Harmattan.

Victor, Christina, Sasha Scambler, John Bond & Ann Bowling. 2000. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology* 10: 407–417.

Walter, Tony. 2012. Why different countries manage death differently: a comparative analysis of modern urban societies. *The British Journal of Sociology* 63:123–145.

Wang, Richard. I. H., Sharon Treul & Luca Alverno. 1975. A Brief Self-Assessing Depression Scale. *The Journal of Clinical Pharmacology* 15(2–3): 163–167.

Wanner, Philippe, Anna Neubauer & Joëlle Moret. 2002. *Caractéristiques de vie et d'intégration des populations issues de l'immigration* (Rapport de recherche No. 24). Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population.

Wehner, Theo & Stefan T. Güntert. 2015. Psychologie der Freiwilligenarbeit. Motivation, *Gestaltung und Organisation.* Berlin und Heidelberg: Springer.

Weiss, Regula. 2003. *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo.

Werner, Sarah, Eliane Kraft, Ramin Mohagheghi, Nora Meuli & Florian Egli. 2016. Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz, *Obsan Dossier* 52. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Wethington, Elaine & Karl Pillemer. 2014. Social Isolation among Older People. In Robert J. Coplan & Julie C. Bowker (Hrsg.), *The Handbook of Solitude: Psychological Perspectives on Social Isolation, Social Withdrawal, and Being Alone* (S. 242–259). Malden MA: Wiley-Blackwell.

Widmer, Eric D. & Kurt Lüscher. 2011. Les relations intergénérationelles au prisme de l'ambivalence et des configurations familiales. *Recherches familiales* 1: 49–60.

Winterthur Versicherungen (Hrsg.). 1990. *Unsere neuen Senioren.* Winterthur: Winterthur Versicherungen.

Wolf-Ostermann, Karin, Saskia Meyer, Andreas Worch & Johannes Gräske. 2014. Qualitätssicherung in alternativen Wohnformen. *Public Health Forum,* 22(2): 31.e1–31.e3.

Zakrzweski, Philipp. 2011. In der Übergangszone. Alternde Einfamilienhausgebiete zwischen Revitalisierung, Stagnation und Schrumpfung. In Olaf Schnur & Matthias Drilling (Hrsg.), *Quartiere im demografischen Umbruch. Beiträge aus der Forschungspraxis* (S. 46–66). Wiesbaden: Springer VS.

Zeman, Peter. 2005. *Ältere Migranten in Deutschland. Befunde zur soziodemographischen, sozioökonomischen und psychosozialen Lage sowie zielgruppenbezogene Fragen der Politik- und Praxisfeldentwicklung. Expertise im Auftrag des Bundesamtes für Flüchtlinge und Migration in Altersfragen*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Ziegler Uta & Gabriele Doblhammer. 2009. Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. *Gesundheitswesen 2009* 71(5): 281–290, DOI: 10.1055/s-0028-1119384

Zimmerli, Joëlle. 2011. *Wohnbedürfnisse und Wohnmobilität älterer Menschen*. Zürich: Amt für Raumentwicklung.

Zimmermann, Markus, Stefan Felder, Ursula Streckeisen & Brigitte Tag. 2019. *Das Lebensende in der Schweiz - Individuelle und gesellschaftliche Perspektiven*. Basel: Schwabe Verlag.

Zomerdijk, Leonieke G. & Christopher A. Voss. 2010. Service Design for Experience-Centric Services. *Journal of Service Research* 13(1): 67–82.

Zwygart, Marion, Alain Plattet & Dario Spini. 2018. Neighborhood in Solidarity: a community development methodology that emerged throughout an action research experience. *Action Research* 16(1): 65-81.

# Verzeichnis der Abbildungen


**Teil 1 Aktuelle Daten im Kontext gesellschaftlicher Entwicklungen und sprachregionaler Besonderheiten**

**1 Demografische Entwicklungen – demografische Alterung und Langlebigkeit**

1.1 Anteil Personen im höheren Lebensalter an der ständigen Wohnbevölkerung: Entwicklung von 2015 bis 2045 17
1.2 Anteil Personen mit ausländischem Geburtsort oder ausländischer Nationalität an der ständigen Wohnbevölkerung 2016 17
1.3 Durchschnittliche Lebenserwartung: Entwicklung von 1889 bis 2017 19
1.4 Lebenserwartung ab Geburt für 2017, 2030 und 2045 19
1.5 Personen, die das 80. und 90. Lebensjahr erreichten bzw. erreichen werden: Anteile nach Geburtsjahrgängen 21
1.6 Anzahl 100-jähriger und älterer Personen: Entwicklung von 1970 bis 2040 21
1.7 Anzahl Todesfälle nach Alter: 1970 und 2016 im Vergleich 23

**2 Lebensorientierungen und Gesundheit im höheren Lebensalter**

2.1 Innovationsorientierte Personen im Alter 55 bis 74: Anteile aufgrund Selbsteinstufung 1990 bis 2016 29
2.2 Identifikation mit traditionellen und postmodernen Werthaltungen: Anteile nach Altersgruppe, 2016 29
2.3 Internetnutzung und Internetanschluss: Entwicklung seit 1999 nach Altersgruppe 31
2.4 65- bis 74-Jährige mit «guter» bis «sehr guter» Gesundheit: Anteile aufgrund Selbsteinstufung 1979 bis 2018 33
2.5 Personen im Alter 80+ mit «guter» bis «sehr guter» Gesundheit: Anteile aufgrund Selbsteinstufung 1979 bis 2018 33
2.6 Gesundheit im Alter 65+: Selbsteinstufung nach sozialen Merkmalen, 2017 35
2.7 Diagnostizierte chronische Erkrankungen bei zu Hause lebenden Personen im Alter 65+: Anteile nach Altersgruppe, 2017 37
2.8 Sturzrisiko im Alter 75+: Anteile der Personen, die ihr Risiko als «hoch» einschätzen im sprachregionalen Vergleich, 2017 37
2.9 Planungsschritte fürs Lebensende: Angaben von zu Hause lebenden Personen im Alter 65+, 2014 und 2017 39

## 3 Haushaltsstrukturen und Lebensformen im höheren Lebensalter


3.1 Verteilung der Bevölkerung nach Haushaltsgrösse: Entwicklung von 1960 bis 2045 47
3.2 Verheiratete Personen im Alter 65+: Bevölkerungsanteile 1970 und 2016 nach Altersgruppe und Geschlecht 47
3.3 Partnerschaftsstatus im höheren Lebensalter: Anteile 1999 und 2016 nach Altersgruppen und Geschlecht 49
3.4 Personen im höheren Lebensalter, die sich «fast nie oder nie» einsam fühlen: Anteile nach Altersgruppe, 1979, 1992 und 2017 51
3.5 Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen im Alter 65+: Mittelwerte auf einer Skala von 0 bis 10 nach Beziehungskonstellation, 2016 51
3.6 In Alters- und Pflegeheimen betreute Personen: Anteile an der Wohnbevölkerung 2002 und 2016 53
3.7 Drei Kennzahlen zum Leben in Pflegeheimen, 2016 53


## 4 Wirtschaftliche Lage im Alter – und Wohneigentumsverhältnisse


4.1 Einschätzung des Haushaltseinkommens durch Personen im Alter 65+ als «komfortabel»: Anteile im Ländervergleich 2002 und 2016 61
4.2 Finanzielle Lage des Haushalts im Alter 65+: Selbsteinstufung nach Sprachregion 61
4.3 Personen im Alter 65+ mit komfortablem Haushaltseinkommen: Anteile aufgrund Selbsteinstufung nach sozialen Merkmalen, 2018 63
4.4 Armutsgefährdung und finanzielle Situation von Personen im AHV-Alter: Anteile 2007 und 2016 65
4.5 AHV-Rentner, die Ergänzungsleistungen beziehen: Anteile 2000 und 2016 nach Geschlecht, Nationalität und Alter 65
4.6 Personen im Alter 65+ mit materiellen Entbehrungen: Anteile nach Haushaltsform, 2016 67
4.7 Ausgaben für Wohnen/Energie im Alter 65+: Anteil am Haushaltseinkommen nach Haushaltsform und Einkommensquintil 67
4.8 Mietkosten im Alter 65+: Anteile der Selbsteinstufung «zu hoch» nach geografischen und ökonomischen Merkmalen, 2018 69
4.9 Leben im Wohneigentum: Anteile nach Alter der Referenzperson und Haushaltsform, 2008 und 2014 70
4.10 Eigentumsverhältnisse der Privathaushalte von Personen im Alter 65+, Anteile nach Grossregion, 2016 70


## 5 Wohnumgebung und Nachbarschaftsbeziehungen


5.1 Direkte Wohnumgebung im Alter 65+: Verteilung auf drei Umgebungstypen nach Sprachregion und finanzieller Lage, 2018 79

5.2 Verbundenheit mit der Wohnumgebung im Alter 65+ nach Merkmalen der Wohnumgebung und der Nachbarschaft, 2018 81
5.3 Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Wohnumgebung im Alter 65+: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 10, 2018 83
5.4 In der Wohnumgebung wahrgenommene Beeinträchtigungen im Alter 50+: Anteil Betroffener 2007 und 2016 nach Altersgruppe 85
5.5 Mögliche Probleme mit der Wohnumgebung im Alter 65+: Anteile zustimmender Personen im sprachregionalen Vergleich, 2018 85
5.6 Personen, die sich in ihrer Wohnumgebung unsicher fühlen: Anteile nach Land, Altersgruppe und Geschlecht 87
5.7 Personen mit mindestens einer guten Nachbarschaftsbeziehung: Anteile 1999 und 2016 nach Altersgruppe 87
5.8 Gute Nachbarschaftsbeziehungen im Alter 65+: Anteile nach Bildungsniveau und sozialem Engagement, 2016 88
5.9 Einschätzung nachbarschaftlicher Unterstützung im Alter 65+ auf einer Skala von 0 bis 10: Mittelwerte 1999 und 2016 89

**6 Wohnungswechsel und Wohnmobilität im dritten und vierten Lebensalter**

6.1 Durchschnittliche Wohndauer am Wohnort und in der Wohnung, Mittelwerte 2016 und 2018 nach Altersgruppe 97
6.2 Wechsel des Wohnorts durch Zuzug oder Auswanderung: Anteile 2016 nach Altersgruppe und Nationalität 97
6.3 Wohnorts- und Wohnungswechsel im Alter 65+: Anteile nach Altersgruppe und Sprachregion im Zeitraum 2013 bis 2017/2018 99
6.4 Das Push-Pull-Modell der Wohnmobilität im Alter 99
6.5 Umzugsgründe von Personen im Alter 65+ und Stand der Umsetzung: Anteile im sprachregionalen Vergleich, 2018 101
6.6 Bereitschaft für Umzug in den nächsten 12 Monaten: Einschätzung auf einer Skala von 0 bis 10 nach Altersgruppe, 2016 103

**7 Wohnstandard, altersgerechte Wohnausstattung und Wohnzufriedenheit**

7.1 Wohnungsgrösse im Alter 65+: Zimmerzahl von Privathaushalten nach Haushaltsgrösse und Sprachregion, 2018 111
7.2 Subjektive Beurteilung der Wohnungsgrösse in Heimen sowie in Privathaushalten: Anteile nach Eigentumsstatus und Sprachregion 111
7.3 Eignung der Wohnung im Behinderungsfall: Einschätzung im Alter 65+ im sprachregionalen Vergleich, 2018 113

7.4 Mögliche Hindernisse in der eigenen Wohnung im Behinderungsfall: Anteile Zustimmung im Alter 65+ im sprachregionalen Vergleich 113
7.5 Wohnungseinschätzung als «nicht rollstuhlgängig» durch Personen mit unterschiedlichem Wohnungsausbau, 2018 115
7.6 Zufriedenheit mit der Wohnsituation: Anteile hoch zufriedener Personen 2008 bis 2018 nach Altersgruppe und Haushaltsstruktur 116
7.7 Wohnzufriedenheit im Alter 65+: Anteile hoch zufriedener Personen im sprachregionalen Vergleich nach sozialer Lage und Wohnsituation 117

8 Wohnbedürfnisse, Wünsche und Perspektiven im und für das Alter

8.1 Relevanz und Priorität von Wohndimensionen im Alter 65+ im sprachregionalen Vergleich, 2018 125
8.2 Einschätzung zukünftiger privater Wohnmöglichkeiten durch Personen im Alter 65+, 2018 129
8.3 Alterswohnungen als zukünftige Wohnmöglichkeit: Akzeptanz bei Personen im Alter 65+ nach funktionaler Gesundheit, 2018 131
8.4 Wohn- und Hausgemeinschaften als zukünftige Wohnmöglichkeit: Akzeptanz bei Personen im Alter 65+ nach Altersgruppe, 2018 131
8.5 Pflegerisch betreute Wohnformen als zukünftige Wohnmöglichkeit: Beurteilung durch Personen im Alter 65+ nach Sprachregion, 2018 133
8.6 Pflegerisch betreute Wohnformen als zukünftige Wohnmöglichkeit: Akzeptanz im Alter 65+ nach funktionaler Gesundheit, 2018 133
8.7 In einem Alters- und Pflegeheim angemeldete Personen im Alter 65+: Anteile nach Altersgruppe im sprachregionalen Vergleich 135

9 Hilfebedarf, technische Hilfsmittel und Wohnformen mit Unterstützung

9.1 Einschränkungen bzw. Mühe bei Alltagsaktivitäten im höheren Lebensalter bei Personen, die zu Hause oder im Heim leben, 2018 142
9.2 Einschränkungen der Alltagsaktivitäten bei Personen im Alter 80+: Anteile nach Bildungsniveau und Wohnsituation, 2018 143
9.3 Hilfe und Hilfekonstellationen für zu Hause lebende Personen im Alter 65+: Anteile im Ländervergleich, 2017 145

9.4 Personen im höheren Lebensalter, die ein Notrufsystem haben: Anteile nach Wohnsituation und Altersgruppe, 2018 147
9.5 Wohnen mit Serviceleistungen im Alter 65+: Anteile nach Altersgruppe im sprachregionalen Vergleich, 2018 153
9.6 Dienstleistungen für Alterswohnungen: Anteile Alterswohnungen mit spezifischen Dienstleistungen, 2015 153
9.7 Häufigkeit demenzieller Erkrankungen: Prävalenzraten 2016 nach Altersgruppe und Geschlecht 157

**Teil 2 Wohnen und Vulnerabilität in den späten Lebensjahren Beiträge zur Themenvertiefung**

**11 Heimat und die Bedeutung des Vergangenen: soziale Bindungen im Alter**

11.1 Drei Typen von Heimat 179

**12 Wohnen im sehr hohen Alter: Familiale Herausforderungen im Spannungsfeld räumlicher und emotionaler Distanzen**

12.1 Unterschiedliche Quellen der Unterstützung im Alter: Anteile nach Hilfe leistender Person 186
12.2 Privathaushalte von Personen im Alter 50+ nach Haushaltstyp und Geschlecht, 2016 189
12.3 Unterstützung und Pflege erleichternde Faktoren 193

**13 Zu Hause wohnen im hohen Alter. Die angestammte Wohnung zwischen Halt und Herausforderung**

13.1 Regulation und Routinen des Alltags im Alter (A) und der Einfluss von Unterstützungsleistungen zu Hause (B) 197

**14 Vergleich der Wohnbedingungen von älteren Personen mit und ohne Migrationshintergrund 205**

14.1 Wohnbedingungen und Migrationshintergrund: Wohnstatus 210
14.2 Wohnbedingungen und Migrationshintergrund: Belegung der Wohnung 213

**15 Hilfe organisieren, wenn die Vulnerabilität älterer Menschen zunimmt**

15.1 Selbstständiges Wohnen kann zum Stressfaktor werden bei steigender Vulnerabilität 219
15.2 Zu Hause wohnen mit Unterstützungsleistungen: Orientierung in der Angebotslandschaft 220

**16 Wohngemeinschaften: Eine alternative Wohnform für an Alzheimer erkrankte Menschen**

16.1 «Colocations» – Gemeinschaftswohnungen für Personen mit Alzheimer: Prinzipien und Betriebsorganisation 231
16.2 Alternative Wohnmodelle vs. traditionelle Heime 233
16.3 «Colocation Alzheimer»: Tagesprogramm einer Alzheimer-Wohngemeinschaft 235

**17 Eine Evolution, keine Revolution! Ein Blick auf die Architektur der Waadtländer Alters- und Pflegeheime**

17.1 Alters- und Pflegeheime – gestaltet als «grande maison» 242
17.2 Zusammen leben: Korridore gestalten Strassen und Plätze 244

**18 Wohnzufriedenheit dank kultursensiblem Umfeld: Die «mediterranen» Abteilungen als Vorbild?**

18.1 Kultursensible Alterseinrichtungen: Aus der Perspektive des Service Designs 251

**19 Das «gute Sterben» gestalten: Lebensende im Heim 259**

19.1 Selbstbestimmtes Sterben: Herausforderungen des Lebensendes im Heim 265

# Abkürzungen

| | |
|---|---|
| 2+ | zwei und mehr |
| 65+ | 65 Jahre und älter (ähnlich für 50+, 60+, 80+ usw.) |
| ADL | Activities of Daily Living (Aktivitäten des täglichen Lebens) |
| AHV | Alters- und Hinterbliebenenversicherung |
| BE | Kanton Bern |
| BEVNAT | Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung des BFS |
| BFS | Bundesamt für Statistik |
| BS | Kanton Basel-Stadt |
| BSV | Bundesamt für Sozialversicherungen |
| bzw. | beziehungsweise |
| Cantou | Centre d'activités naturelles tirées d'occupations utiles |
| CH | Schweiz |
| CH-D | deutschsprachige Schweiz |
| CH-F | französischsprachige Schweiz |
| CH-I | italienischsprachige Schweiz |
| CHF | Schweizer Franken |
| d.h. | das heisst |
| et al. | et alii / et aliae (und andere) |
| ff. | und folgende Seiten |
| gem. | gemäss |
| GWS | Gebäude- und Wohnungsstatistik |
| GE | Kanton Genf |
| GUGRISPA | Groupe universitaire genevois de recherche interdisciplinaire sur les personnes âgées |
| HABE | Haushaltsbudgeterhebung |
| inkl. | inklusive |
| IV | Invalidenversicherung |
| Kap. | Kapitel |
| NGO | non-governmental organization (= Nichtregierungsorganisation) |
| p | p-Wert / Signifikanzwert / Überschreitungswahrscheinlichkeit |
| Pers. | Person / Personen |
| SE | Strukturerhebung |
| SHP | Schweizer Haushalt-Panel |

| | |
|---|---|
| SILC | Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen |
| SOMED | Statistik der sozialmedizinischen Institutionen |
| STAT-TAB | interaktive Datenbank des BFS |
| Tab. | Tabelle |
| u. | und |
| u. a. | und andere / und anderes |
| u. a. m. | und anderes mehr |
| usw. | und so weiter |
| UniL | Université de Lausanne |
| usw. | und so weiter |
| vgl. | vergleiche |
| VLV | Erhebung CIGEV-LIVES Vivre-Leben-Vivere |
| VS | Kanton Wallis |
| WHO | World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation) |
| z. B. | zum Beispiel |

# Verwendete Datenquellen

Age, Age Report Befragung «Wohnen im Alter»
Zugang über: www.age-report.ch

BFS, Bundesamt für Statistik
Zugang über: www.bfs.admin.ch/

BEVNAT, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung
Eidgenössische Volkszählung
GWS, Gebäude- und Wohnungsstatistik
HABE, Haushaltsbudgeterhebung
SILC, Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen
Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
Statistische Jahrbücher der Schweiz
STATPOP, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte
STAT-TAB, interaktive Statistikdatenbank des Bundesamtes für Statistik
Sterbetafeln für die Schweiz
SE, Strukturerhebung
Szenario der Haushalte Privathaushalte nach Haushaltsgrösse, Referenzszenario (BFS-Nummer su-d-01.03.03.03).
Zukünftige Bevölkerungsentwicklung (Szenarien A-00-x/y)
MA-Net: Net Metrix Base
Registererhebung (Zivilstandsregisterdaten)

BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen
Zugang über: www.bsv.admin.ch

Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV

European Social Value Survey, Schweizer Daten

Zugang über: www.europeansocialsurvey.org
European Social Survey (gewichtete Schweizer Daten, Data file edition 1.0; NDS Data file edition 1.0.).

Nationaler Forschungsschwerpunkt LIVES – Überwindung der Verletzbarkeit im Verlauf des Lebens

Befragung CIGEV_LIVES Vivre-Leben-Vivere (VLV-Studie), erste Erhebungswelle, Dataset 2011

Zugang über: cigev.unige.ch/vlv/
Studie Vieillir ensemble (2018)
Zugang über: lives-nccr.ch

SHP Swiss Householdpanel, Schweizer Kompetenzzentrum für Sozialwissenschaften (FORS)
SHP 1999 und 2016 (gewichtete Daten)
Zugang über: forscenter.ch/projekte/swiss-household-panel

## Age-Wohnerhebung 2018

Die Age-Wohnerhebung 2018 ist Teil der Langzeitstudie «Age Report – Wohnen im Alter» der Age-Stiftung (Zürich) und der Fondation Leenaards (Lausanne). Ziel der Studie ist es, einen Einblick in die aktuelle Wohnsituation älterer Menschen in der Schweiz zu erhalten.

Bereits in den Jahren 2003, 2008 und 2013 fanden im Rahmen dieser Studie Befragungen zum Wohnen im Alter statt (Personen im Alter 60+ in der Deutschschweiz). Die neue Befragungswelle 2018 stellt die vierte Messung dar, welche die aktuelle Wohnsituation und die Wohnzufriedenheit der (neu) über 65-jährigen Menschen abbildet – erstmals jedoch sowohl in der deutschsprachigen als auch in der französischsprachigen und der italienischsprachigen Schweiz. Dadurch konnten gesamtschweizerische Daten gewonnen und im Age Report IV Vergleiche zwischen den Sprachregionen durchgeführt werden. (Die zeitliche Entwicklung bis 2018 in der Deutschschweiz hat François Höpflinger in einer separaten Analyse weitergezeichnet. Die Quasi-Längsschnitt-Studie ist greifbar unter www.age-report.ch.)

Die Erhebung 2018 im Auftrag der beiden Stiftungen basiert auf einer mündlichen Befragung unter Verwendung eines standardisierten Fragebogens. Sie wurde wie die drei vorangehenden Erhebungswellen mittels In-Home Face-to-Face-Interviews mit einer Befragungsdauer von rund 30 Minuten durchgeführt. Die Organisation und Realisierung oblag dem Institut für Begleit- und Sozialforschung IBSF Zürich in Zusammenarbeit mit dem Marktforschungsinstitut GfK Switzerland. Die Felddaten wurden vom LINK Institut produziert und von IBSF Zürich kontrolliert und aufbereitet. Verantwortlich für die Gewichtungen der Daten ist die GfK Nürnberg Methoden- und Produktentwicklung.

Es wurden insgesamt 2676 Personen interviewt. Befragt wurden zwei Personengruppen, die sich in ihrer Wohnsituation grundlegend unterscheiden: Zum einen wurden mit 2220 Personen Interviews geführt, die 65 Jahre alt oder älter sind und in Privathaushalten leben. Zum andern wurden 456 Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen in der deutsch- und in der französischsprachigen Schweiz befragt.

Die Studie ist gemeindere präsentativ (Alter, Geschlecht, Befragungstag, Gemeindegrösse). Für die erste Befragung 2003 wurde einmalig eine Random-Auswahl getroffen. Das so entstandene Master Sample diente als Basis für die Wiederholungsstudien. Strukturmerkmale sind Alter und Geschlecht.

Es gibt keine Gemeinde-Schichtung; die vorgegebene Gemeinde musste von den Interviewern eingehalten werden. Ausnahmen im selben Amtsbezirk sind erlaubt. Daneben mussten der Wochentag sowie die Quotenvorgaben (Alter, Geschlecht, Wohnform) beachtet werden. Die Feldzeit der Befragung 2018 dauerte vom 4. Februar 2018 bis zum 30. April 2018 (Befragungswelle 2003: 1. Februar bis 31. März; Befragungswelle 2008: 1. Februar bis 4. April, Befragungswelle 2013: 4. Februar 2013 bis 13. April 2013).

Informationen zur Datenerhebung unter: http://www.age-report.ch
Fragen zur Datennutzung: info@age-stiftung.ch

## Age Befragungen in Privathaushalten 2003, 2008, 2013 und 2018
## Anzahl Befragte nach Altersgruppe und Geschlecht

| | 2003 | | | 2008 | | | 2013 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Deutsches Sprachgebiet | | | Deutsches Sprachgebiet | | | Deutsches Sprachgebiet | | |
| Altersgruppe | Männer | Frauen | Total | Männer | Frauen | Total | Männer | Frauen | Total |
| 60–64 | 100 | 105 | 205 | 119 | 113 | 232 | 107 | 97 | 204 |
| 65–69 | 92 | 113 | 205 | 106 | 123 | 229 | 120 | 132 | 252 |
| 70–74 | 91 | 119 | 210 | 79 | 121 | 200 | 89 | 106 | 195 |
| 75–79 | 68 | 90 | 158 | 63 | 82 | 145 | 67 | 116 | 183 |
| 80+ | 85 | 149 | 234 | 77 | 130 | 207 | 65 | 115 | 180 |
| Total | 436 | 576 | 1012 | 444 | 569 | 1013 | 448 | 566 | 1014 |

| | 2018 | | | 2018 | | | 2018 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Deutsches Sprachgebiet | | | Französisches Sprachgebiet | | | Italienisches Sprachgebiet | | |
| Altersgruppe | Männer | Frauen | Total | Männer | Frauen | Total | Männer | Frauen | Total |
| 60–64 | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| 65–69 | 144 | 153 | 297 | 117 | 129 | 246 | 55 | 53 | 108 |
| 70–74 | 132 | 142 | 274 | 94 | 120 | 214 | 42 | 51 | 93 |
| 75–79 | 100 | 110 | 210 | 67 | 92 | 159 | 39 | 48 | 87 |
| 80+ | 101 | 132 | 233 | 72 | 113 | 185 | 41 | 73 | 114 |
| Total | 477 | 537 | 1014 | 350 | 454 | 804 | 177 | 225 | 402 |

## Age Befragungen in Kollektivhaushalten 2003, 2008, 2013 und 2018
## Anzahl Befragte nach Altersgruppe und Geschlecht

| | 2003 | | | 2008 | | | 2013 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Deutsches Sprachgebiet | | | Deutsches Sprachgebiet | | | Deutsches Sprachgebiet | | |
| Altersgruppe | Männer | Frauen | Total | Männer | Frauen | Total | Männer | Frauen | Total |
| 60–64 | 3 | 5 | 8 | | | | | | |
| 65–69 | 13 | 9 | 22 | | | | | | |
| 70–74 | 12 | 11 | 23 | | | | | | |
| 75–79 | 10 | 20 | 30 | | 3 | 3 | | | |
| 80+ | 57 | 96 | 153 | 51 | 181 | 232 | 54 | 180 | 234 |
| **Total** | **95** | **141** | **236** | **51** | **184** | **235** | **54** | **180** | **234** |

| | 2018 | | | 2018 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Deutsches Sprachgebiet | | | Französisches Sprachgebiet | | |
| Altersgruppe | Männer | Frauen | Total | Männer | Frauen | Total |
| 60–64 | – | – | – | – | – | – |
| 65–69 | – | – | – | 2 | 1 | 3 |
| 70–74 | 2 | 2 | 4 | 6 | 2 | 8 |
| 75–79 | 6 | 12 | 18 | 6 | 10 | 16 |
| 80+ | 74 | 138 | 212 | 59 | 136 | 195 |
| **Total** | **82** | **152** | **234** | **73** | **149** | **222** |

# Autorinnen und Autoren

Dr. des. **Minou Afzali** ist Forschungsdozentin an der Hochschule der Künste Bern HKB und Mitglied der interdisziplinären Arbeitsgruppe Health Care Communication Design (HCCD) der Berner Fachhochschule. Zu ihren Forschungsschwerpunkten gehören Health Care Design, Social Design und Material Culture. Minou Afzali promovierte am Institut für Sozialanthropologie der Universität Bern zum Thema «Zur Rolle des Designs in kulturspezifischen Alters- und Pflegeeinrichtungen».
minou.afzali@hkb.bfh.ch

**Maurice Avramito, MA,** ist Assistent des Netzwerks Âge, Vieillissements et fin de vie – AVIF der Haute école de travail social de Lausanne | EESP | HES-SO, wo er sich in der Forschung und Lehre engagiert. Als ausgebildeter Soziologe (UNIL) konzentriert sich sein Forschungsinteresse derzeit auf die Soziologie der sozialen Beziehungen in Senioreneinrichtungen und auf die gesellschaftspolitischen Entwicklungen im Altersbereich.
maurice.avramito@eesp.ch

Prof. Dr. **Kathrin Boerner** ist Professorin für Gerontologie an der University of Massachusetts Boston in den USA. Prof. Boerners Forschungsschwerpunkte umfassen die Themen Umgang mit chronischen Erkrankungen, Lebensende und Tod, und die Rolle sozialer Beziehungen in diesem Zusammenhang. Ihre Studien berücksichtigen sowohl die Perspektive von alten und sehr alten Menschen als auch die von pflegenden Familienmitgliedern und professionellen Pflegekräften.
kathrin.boerner@umb.edu

Dr. **Claudio Bolzman** ist Soziologe und Professor an der Fachhochschule für Soziale Arbeit in Genf (HES-SO). Er beteiligt sich am Nationalen Forschungsschwerpunkt LIVES – Überwindung der Verletzbarkeit im Verlauf des Lebens. In seiner Forschung legt Claudio Bolzman seinen Fokus auf Fragen zu Alter und Migration.
claudio.bolzman@hesge.ch

Dr. **Slim Bridji** hat in Wirtschaftswissenschaften promoviert und ein Masterstudium in Sozialer Arbeit an der Fachhochschule für Sozialarbeit in

Genf (HES-SO) absolviert. Derzeit arbeitet er dort und an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Gesundheit in Lausanne (HES-SO) als wissenschaftlicher Mitarbeiter. Seine aktuellen Forschungsschwerpunkte sind Sozialpolitik und Migrationsfragen in der Schweiz.
slim.bridji@hesge.ch

**Ricarda Ettlin,** MSc in Psychologie, arbeitet seit 2011 für das Beratungs- und Evaluationsbüro socialdesign ag. Als Senior Projektleiterin führt sie Evaluationen im Auftrag verschiedener Stiftungen, Vereine und der öffentlichen Verwaltung in den Bereichen Gesundheit und Soziales durch. Ihre Themenschwerpunkte sind die Bereiche Alter, Migration, Gemeinwesenarbeit und Gesundheitsförderung / Prävention. Nebst ihrer Tätigkeit als Evaluatorin leitet Ricarda Ettlin zudem Strategie- und Organisationsentwicklungsprozesse.
ricarda.ettlin@socialdesign.ch

Prof. Dr. **François Höpflinger** ist Titularprofessor für Soziologie und Mitglied der Leitungsgruppe des Zentrums für Gerontologie an der Universität Zürich. Er ist der Begründer des Age Reports und Hauptverantwortlicher für die Age-Wohnbefragungen.
hoepflinger@bluemail.ch

**Prof. Valérie Hugentobler** ist Soziologin, assoziierte Professorin HES-SO an der Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL) und Co-Leiterin des Laboratoire de recherche santé-social (LaReSS) sowie des Kompetenznetzwerks Âge, vieillissements et fin de vie (AVIF).
valerie.hugentobler@eesp.ch

Prof. Dr. **Daniela S. Jopp** ist Professorin für Entwicklungspsychologie im Erwachsenenalter, mit Schwerpunkt auf das hohe Alter, am Institut für Psychologie der Universität von Lausanne. Zudem ist sie Leiterin der Arbeitsgruppe «Gesundheit bei Personen mit erhöhtem Risiko», welche Teil des vom Schweizerischen Nationalfonds geförderten Nationalen Kompetenzzentrums LIVES – Überwindung der Verletzbarkeit im Verlauf des Lebens ist. Prof. Jopp forscht zum Thema Resilienz und psychologische Stärken, u.a. bei Hundertjährigen.
daniela.jopp@unil.ch

**Charikleia Lampraki** ist Doktorandin am Psychologischen Institut der Universität Lausanne und beteiligt sich am Nationalen Forschungsschwerpunkt LIVES – Überwindung der Verletzbarkeit im Verlauf des Lebens. Ihre Forschungsschwerpunkte sind soziale Aktivitäten sowie deren Einfluss auf die

Identität bei alten und sehr alten Menschen, insbesondere im Zusammenhang mit kritischen Ereignissen wie Scheidung.
charikleia.lampraki@unil.ch

Prof. Dr. **Bruno Marchand** ist Ordinarius am Lehrstuhl für Architekturtheorie an der ETH Lausanne (EPFL), wo er das Laboratoire de théorie et d'histoire LTH2 leitet. Neben seiner Lehrtätigkeit forscht er zur Theorie und Geschichte der Architektur, insbesondere zur architektonischen Moderne, zum kollektiven Wohnen und zur zeitgenössischen Architektur. Im Rahmen seiner freiberuflichen Tätigkeit befasst er sich auch mit raum- und stadtplanerischen Fragestellungen.
bruno.marchand@epfl.ch

Dr. **Barbara Masotti** ist Sozialökonomin und forscht am Centro competenze anziani de la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI, Manno). Sie ist zudem am Nationalen Forschungsschwerpunkt LIVES – Überwindung der Verletzbarkeit im Verlauf des Lebens beteiligt. Ihre zentralen Forschungsthemen sind Alter, häusliche Unterstützung und Lebensverläufe.
barbara.masotti@supsi.ch

Dr. **Christine Matter** ist Soziologin und Historikerin. Als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Integration und Partizipation der Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz forscht sie in den Themenbereichen Alter, Individualisierung, Bildung und Sozialisation, Religion.
christine.matter@fhnw.ch

Dr. **Claudia Meystre** promovierte am Centre de Recherche en Psychothérapie am Institut für Psychotherapie der Universität Lausanne (CHUV). Dort ist sie seit 2015 Oberassistentin von Prof. Jopp. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen auf der Qualität sozialer und familialer Beziehungen im hohen Alter sowie auf der qualitativen Analyse der Interaktion und dem Einsatz von Psychotherapie nach Trennung, Scheidung oder dem Tod eines Ehepartners in der zweiten Lebenshälfte.
claudia.meystre@unil.ch

**Gabriela Rauber,** MA, ist Sozialanthropologin mit Schwerpunkt Medizinanthropologie. Ihre Forschungsinteressen sind: Lebensende, Sterben und Tod sowie Tauschbeziehungen. Aktuell befasst sie sich mit Informalität in Care-Beziehungen sowie mit Entscheidungsfindungsprozessen am Lebensende. Sie doktoriert am Institut für Sozialanthropologie, Universität Bern, und

ist Forschungsassistentin am Universitären Zentrum für Palliative Care am Universitätsspital Bern.
gabriela.rauber@anthro.unibe.ch

Dr. phil. hist. **Corina Salis Gross**, ist Medizinanthropologin. Sie leitet den Bereich «Diversität und Chancengleichheit» am Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (Universität Zürich) und ist assoziierte Forscherin am Institut für Sozialanthropologie der Universität Bern. Forschungsschwerpunkte sind Sterben und Tod, Altern, Migration, Sucht und Public Health.
corina salis.gross@anthro.unibe.ch

Prof. Dr. phil. hist. **Eva Soom Ammann** befasst sich als Sozialanthropologin mit Gesundheitsforschung in den Bereichen Langzeitpflege und Lebensende sowie Diversität und Ungleichheit. Sie ist Dozentin an der Berner Fachhochschule Gesundheit und leitet dort in der Forschung Pflege das Innovationsfeld Psychosoziale Gesundheit. Mit dem Institut für Sozialanthropologie der Universität Bern ist sie als assoziierte Forscherin verbunden.
eva.soom@anthro.unibe.ch/eva.soomammann@bfh.ch

**Prof. Dr. Dario Spini** ist Professor für soziale Psychologie und Lebenslaufforschung an der Universität Lausanne sowie Leiter des Nationalen Forschungsschwerpunkts LIVES – Überwindung der Verletzbarkeit im Verlauf des Lebens.
dario.spini@unil.ch

Der Age Report IV ist das Standardwerk zum Wohnen und Altern in der Schweiz und bietet in diesem Zusammenhang einen Überblick über aktuelle und zukünftige soziale Fragen. Dabei stützt er sich auf solide Daten und empirische Erkenntnisse.

Der vierte Age Report legt seinen Schwerpunkt auf sprachregionale Unterschiede sowie auf das Wohnen im sehr hohen Alter: Wie leben ältere Menschen zu Hause, wenn sich ihre Gesundheit verschlechtert? Wie können Architektur und soziales Umfeld auf die Herausforderungen des hohen Alters reagieren? Wie sollten medizinisch-soziale Einrichtungen und Alterspolitik soziale und kulturelle Unterschiede berücksichtigen? Diese und viele andere Fragen werden von einem multidisziplinären Forschungsteam analysiert. Detailliert, übersichtlich und mit vielen Grafiken ist dieses Buch eine wertvolle Grundlage für die fachliche, unternehmerische und politische Auseinandersetzung mit dem Thema.

Prof. Dr. François Höpflinger ist Titularprofessor für Soziologie und Mitglied der Leitungsgruppe des Zentrums für Gerontologie an der Universität Zürich. Er ist der Begründer des Age Reports und Hauptverantwortlicher für die Age-Wohnbefragungen.

Prof. Valérie Hugentobler ist Soziologin, assoziierte Professorin HES-SO an der Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL) und Co-Leiterin des Laboratoire de recherche santé-social (LaReSS) sowie des Kompetenznetzwerks Âge, vieillissements et fin de vie (AVIF).

Prof. Dr. Dario Spini ist Professor für soziale Psychologie und Lebenslaufforschung an der Universität Lausanne sowie Leiter des Nationalen Forschungsschwerpunkts LIVES – Überwindung der Verletzbarkeit im Verlauf des Lebens.

Age Stiftung
Wohnen und Älterwerden

FONDATION LEENAARDS

www.age-report.ch

ISBN: 978-3-03777-199-0
9 783037 771990