

Sven Lind

## Betreutes Wohnen im Alter

Eine Literaturrecherche und Sekundäranalyse zur Entwicklung des  
Betreuten Wohnens in Deutschland, Großbritannien und den USA

Haan 2005

**Korrespondenzadresse:**  
**Sven Lind**  
**Gerontologische Beratung**  
**Zwirnerweg 9**  
**D-42781 Haan**  
**Tel. 02129 - 32 501**  
**Sven.Lind@web.de**  
**<http://people.freenet.de/Sven.Lind/>**

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Autors unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigung, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© Sven Lind

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	<b>5</b>
<b>1. Wohnen im Alter</b>	<b>6</b>
1.1 Alltagsrhythmus und Tagesstrukturierung	6
1.2 Die Bedeutung von Wohnung und Wohnumfeld im Alter	7
1.3 Psychosoziale Dimensionen des Wohnens im Alter	9
1.4 Fazit: Wohnen im Alter zwischen Autonomie und Überforderung	11
<b>2. Betreutes Wohnen im Alter</b>	<b>13</b>
2.1. Konzeption und Leistungsspektrum	13
2.2. Gründe für das Entstehen des Betreuten Wohnens	14
2.3. Problemfelder und Grenzen des Betreuten Wohnens	24
2.4. Perspektiven des Betreuten Wohnens in Deutschland	26
<b>3. Formen des Betreuten Wohnens in Deutschland, Großbritannien und den USA</b>	<b>27</b>
3.1.1. Vorläufer des Betreuten Wohnens in Deutschland	28
3.1.2. Der „Durchbruch“ des Betreuten Wohnens in Deutschland	32
3.1.3. Typen des Betreuten Wohnens im Alter	34
3.1.4. Perspektiven und Problemfelder des Betreuten Wohnens in Deutschland	45
3.2. Formen des Betreuten Wohnens in England und Wales	49
3.2.1. Betreutes Wohnen im Wandel der veränderten Sozialpolitik	50
3.2.2. Typen des Betreuten Wohnens in England und Wales	51
3.2.3. Evaluation des Typus Very Sheltered Housing	54
3.2.4. Krise des Betreuten Wohnens	57
3.2.5. Kritik am Betreuten Wohnen in Großbritannien	61
3.3. Betreutes Wohnen in den USA und Kanada	63
3.3.1. Typen des Wohnens und des Betreuten Wohnens für Senioren in den USA	64
<b>4. Gründe für den Einzug ins Betreute Wohnen</b>	<b>71</b>
4.1. Gesundheitsbezogene Gründe	71
4.2. Wohnungsbezogene Gründe	73
4.3. Soziale und familienbezogene Gründe	76
4.4. Zusammenfassung und Ausblick	79
4.5. Exkurs: Die Bewohner des Betreuten Wohnens	80
<b>5. Dienstleistungen im Betreuten Wohnen</b>	<b>81</b>
5.1. Grund- und Wahlleistungen im Betreuten Wohnen	82
5.1.1. Grundleistungen	82
5.1.2. Wahlleistungen	84
5.2. Das Kernelement „Betreuung“	86
5.3. Die Inanspruchnahme von Dienstleistungen	89
5.4. Das „Altern“ der Betreuten Wohnanlagen	95
5.5. Fazit: Dienstleistungen als Gefahr und Chance des Betreuten Wohnens	98
<b>6. Grenzen der Pflege und Betreuung</b>	<b>100</b>
6.1. Gründe für die Beendigung des Mietverhältnisses im Betreuten Wohnen	102
6.2. Umfang der Verlegungen im Betreuten Wohnen	107

6.3. Dauer des Aufenthaltes im Betreuten Wohnen	110
6.4. Fazit: Betreutes Wohnen im Spannungsfeld zwischen Wohnen und Pflege	110
<b>7. Die sozialökologischen Aspekte des Betreuten Wohnens</b>	<b>112</b>
7.1. Gruppenbildung und Ausgrenzung im Betreuten Wohnens	113
7.1.1. Homogenität bezogen auf das Lebensalter	114
7.1.2. Homogenität bezogen auf den Sozialstatus, Familienstatus und kulturelle Herkunft	116
7.1.3. Homogenität bezüglich der Kompetenzen der Bewohner	116
7.1.4. Fazit	118
7.2. Kontakte und nachbarschaftliche Hilfe im Betreuten Wohnen	119
7.2.1. Das Ausmaß der sozialen Kontakte	119
7.2.2. Hilfe und Unterstützung durch Angehörige	122
7.3. Auswirkungen des Einzugs ins Betreute Wohnen auf die Kontakte zu alten Freunden	124
7.3.1. Das Ausmaß der Kontakte zu den Angehörigen	125
7.3.2. Hilfe und Unterstützung durch Angehörige	127
7.3.3. Auswirkungen des Einzugs ins Betreute Wohnen auf die Kontakte zu alten Freunden	129
7.3.4. Die Bedeutung der Kontakte mit Angehörigen und alten Freunden für die Bewohner des Betreuten Wohnens	129
7.4. Auswirkungen des Betreuten Wohnens auf Wohlbefinden, Aktivität, Institutionalisierung und Mortalität	131
7.5. Prognosen über die Milieustrukturen in deutschen Einrichtungen des Betreuten Wohnens	134
<b>8. Räumliche und architektonische Aspekte des Betreuten Wohnens</b>	<b>136</b>
8.1. Die Wohnungen im Betreuten Wohnen	137
8.2. Architektonische Charakteristika Betreuter Wohnanlagen	141
8.3. Das Wohnumfeld Betreuten Wohnanlagen	146
8.4. Fazit: Die spezifischen Raumstrukturen des Betreuten Wohnens	147
<b>9. Zusammenfassung</b>	<b>148</b>
<b>Literatur</b>	<b>151</b>

## **Verzeichnis der Abbildungen**

Abbildung 1: Anzahl der Eröffnungen pro Jahr in Baden-Württemberg	32
Abbildung 2: Anzahl der Eröffnungen pro Jahr bundesweit	33
Abbildung 3: Unterstützungsarten nach Einrichtungstypus	90

## **Verzeichnis der Tabellen**

Tabelle 1: Größe der Wohnanlagen im Betreuten Wohnen	35
Tabelle 2: Betreuungsgeber im Betreuten Wohnen	36
Tabelle 3: Organisationsstruktur im Servicebereich	37
Tabelle 4: Organisationsstruktur im Bereich Pflege	37
Tabelle 5: Dienstleistungen im Betreuten Wohnen: Grund- und Wahlleistungen	39
Tabelle 6: Grund für einen eventuellen Umzug	40
Tabelle 7: Vertragsverhältnisse im Betreuten Wohnen	41
Tabelle 8: Arten der Vertragsverhältnisse im Betreuten Wohnen	42
Tabelle 9: Formen der Kosten- und Finanzierungsstrukturen im Betreuten Wohnen	43
Tabelle 10: Einrichtungen des Betreuten Wohnens mit homogener Kosten und Finanzierungsstruktur	44
Tabelle 11: Einrichtungen des Betreuten Wohnens mit stark heterogener Kosten- und Finanzierungsstruktur	44
Tabelle 12: Wohneinheiten Betreutes Wohnen in England und Wales 1950 - 1992	50
Tabelle 13: Einrichtungen des Betreuten Wohnens in England und Wales	53
Tabelle 14: Gemeinschaftseinrichtungen im Very Sheltered Housing	55
Tabelle 15: Mahlzeiten im Very Sheltered Housing	56
Tabelle 16: Gründe für die Schwierigkeiten der Neuvermietung in kommunalen Einrichtungen des Betreuten Wohnens	59
Tabelle 17: Strategien zur Verbesserung der Neuvermietung von Wohnungen in Betreuten Wohnanlagen	60
Tabelle 18: Vermittlung der Dienstleistungen	82
Tabelle 19: Dienstleistungen im Betreuten Wohnen: Grundleistungen	83
Tabelle 20: Dienstleistungen im Betreuten Wohnen: Wahlleistungen	85
Tabelle 21: Unterstützungsinstanzen nach Einrichtungstypen	91
Tabelle 22: Leistungen, für die kein Bedarf besteht	94
Tabelle 23: Anzahl der Wohnungen je Wohnungstyp	138
Tabelle 24: Wohnungstypen im Betreuten Wohnen	139
Tabelle 25: Gemeinschaftseinrichtungen im Betreuten Wohnen	145

## **Vorwort**

Betreutes Wohnen im Alter, „Wohnen mit Service“ oder „Wohnen Plus“ sind das Leistungsangebot der 90er Jahre in Deutschland. So wie in den 80er Jahren der Aufbau und Ausbau der ambulanten Dienste (Sozialstationen, Mobile Soziale Hilfsdienste u. a.) im Mittelpunkt der Altenhilfeplanung standen, so drängen seit einigen Jahren geradezu massiv Angebote des Betreuten Wohnens auf den Markt der sozialen Dienstleistungen.

Im Gegensatz zu den ambulanten Diensten, deren Etablierung in den 80er Jahren von den Ländern und Kommunen, den Wohlfahrtsverbänden und den Krankenkassen gemeinsam geplant und abgestimmt vorangetrieben wurde, handelt es sich gegenwärtig bei der mächtigen Expansion des Betreuten Wohnens in Deutschland um einen ungeplanten und unkontrollierten Prozess.

Keiner weiß so recht, was mit Betreutem Wohnen im Besonderen gemeint ist. Handelt es sich um eine Sonderwohnform? Gilt das Heimgesetz im Betreuten Wohnen? Ist Betreutes Wohnen eine Weiterentwicklung des Altenpflegeheimes oder nur eine vorstationäre Ergänzung? All diese Fragen werden augenblicklich recht kontrovers diskutiert, nur Vereinbarungen, Standards und verbindliche Regelungen stehen bisher noch aus.

Die vorliegende Untersuchung möchte einen Beitrag zur fachlichen Orientierung auf dem Gebiet Betreutes Wohnen im Alter leisten. Die dargebotenen Inhalte sind das Resultat einer Literaturrecherche und einer Sekundäranalyse des in Fachzeitschriften, Monographien und Forschungsberichten zugänglichen Untersuchungs- und Datenmaterials über Betreutes Wohnens in Deutschland, England und den USA.

Die Untersuchung ist vom Inhalt und von der Darstellungsweise her als eine kritische Gesamtdarstellung zum Themenbereich Betreutes Wohnen im Alter konzipiert, die der interessierten Fachöffentlichkeit Anregungen und Impulse für den Planungs- und Entscheidungsprozess bieten soll.

Von Interesse für die Leser ist vielleicht noch der Hinweis, dass die vorliegende Studie für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen erstellt wurde und bereits im Jahr 1998 abgeschlossen wurde. Das Ministerium hat freundlicherweise dem Autor das Verfügungsrecht überlassen.

Haan im November 2005

Sven Lind

## **1. Wohnen im Alter**

In diesem Kapitel werden in groben Zügen die Charakteristika des Wohnens im Alter dargestellt. Das Hauptziel hierbei wird sein, die Besonderheiten eines altersspezifischen Wohnverhaltens heraus zu arbeiten.

### **1.1. Alltagsrhythmus und Tagesstrukturierung**

Der Tag eines Seniors unterscheidet sich von dem eines Berufstätigen der jüngeren oder mittleren Generation durch ein Maximum an verfügbarer Zeit. Worin unterscheidet sich das Zeitbudget eines Seniors von dem eines Beschäftigten? Gibt es andererseits Gemeinsamkeiten in der Gestaltung der Tageszeit?

Ein gemeinsames Faktum besteht in der Tatsache, dass auch Senioren zwischen Freizeit und Zeit für Alltagsbezogene Pflichten und Aufgaben (Haushaltstätigkeit, Selbstpflege, Einkäufe, Arztbesuche etc.) unterscheiden. Ihr Alltag verläuft in der Regel gleichförmig und durchstrukturiert, wobei von einer Zweiteilung des Tages - vormittags überwiegen Pflichten und Aufgaben, nachmittags die Freizeit - ausgegangen werden kann (OPASCHOSWKI et al., 1984; FRIEDRICH, 1995).

Ein gravierender Unterschied zu dem Verhalten der Berufstätigen besteht in der großen Binnenorientierung der Senioren auf die Wohnung und das Haus: ca. 80 Prozent der Tageszeit wird innerhalb der Wohnung bzw. des Hauses zugebracht (BALTES et al., 1996; MOSS et al., 1982). Die Tätigkeiten außer Haus besitzen zeitlich 2 Spitzenwerte: vormittags zwischen 10 und 11 Uhr sind ca. 30 Prozent der Senioren unterwegs, überwiegend zum Einkaufen und für Erledigungen, nachmittags zwischen 15 und 16 Uhr sind ca. auf 30 Prozent zu Besuchen, Spaziergängen etc. außer Haus (FRIEDRICH, 1995; MOHR, 1979).

Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch, dass ca. 2/3 der Alltagserledigungen im Nahbereich des Stadtteiles durchgeführt wurden, wie FRIEDRICH (1995) in Gemeinden verschiedener Größe in Südhessen (N = 715) ermittelte.

OPASCHOWSKI et al. (1984) fanden heraus, dass der Alltag der Senioren durch 3 Fixpunkte strukturiert wird: morgens in Ruhe frühstücken, mittags das Mittagessen und abends das Fernsehen. Weiter stellten sie fest, dass der Tagesablauf in der Regel durch Ruhe und Muße bestimmt wird. Das Mehr an Zeit wird durch Dehnung und teilweise Intensivierung der Alltagsbezogenen Beschäftigungen ausgeglichen: Z. B. längere Zeit für das Frühstück und auch die anderen Mahlzeiten einschließlich der Vor- und Nacharbeiten, intensivere Lektüre der Tageszeitung am Vormittag („von der ersten bis zur letzten Seite“) und auch ein erhöhter Fernsehkonsum (Institut für Demoskopie Allensbach, 1993). Bei manchen Senioren konnten OPASCHOWSKI et al. (1984) regelrecht die Tendenz zur Ritualisierung Alltagsbezogener Tätigkeiten feststellen.

Eine weiteres Charakteristikum sind die Ruhephasen der Senioren untertags: BALTES et al. (1996) fanden im Rahmen der Berliner Altersstudie (N = 485) heraus, dass die Senioren der Altersgruppe 70 bis 84 Jahre täglich 2 Stunden, die der Altersgruppe 85 Jahre und älter sogar 4 Stunden ruhten.

Nach der Berliner Altersstudie verfügten die Senioren täglich über 6 Stunden Freizeit (ohne Ruhezeiten), während für alltägliche Pflichten und Aufgaben ca. 5 ½ Stunden aufgewendet wurden. Diese Werte decken sich mit internationalen Erhebungen im Rahmen der OECD (TOKARSKI, 1989).

Es lässt sich das Fazit ziehen, dass das Wohnen im Alter bezogen auf den Alltagsrhythmus und die Tagesstrukturierung sich in einigen gravierenden Aspekten vom Wohn- und Alltagsverhalten der Erwerbstätigen unterscheidet. Die Hektik oder das Tempo des Alltagsleben in unserer modernen Gesellschaft ist bei den Senioren spürbar reduziert worden, sieht man von einer Minderheit überwiegend jüngerer Senioren ab, die sich auch noch nach dem Ruhestand der „busy ethic“, der raschen Geschäftigkeit des Wirtschaftslebens, in ihrem Lebensstil verbunden fühlen (EKERDT, 1986; KOHLI et al., 1993). Jenseits des ständigen Zeitdrucks und des gesellschaftlich geförderten Dranges nach neuen Ereignissen, Erlebnissen und Erfahrungen gestalten die Senioren ihren Alltag gemäß ihren Bedürfnissen, Fähigkeiten und Wünschen. Dies lässt sich als eine Anpassung des Lebensstiles der Senioren an das Ausmaß der noch vorhandenen körperlichen und geistigen Fähigkeiten und Kapazitäten interpretieren.

Dass die Senioren diesen Lebensstil befürworten, lässt sich an dem hohen Maß an Lebenszufriedenheit in dieser Altersgruppe ablesen (Institut für Demoskopie Allensbach, 1993).

Auffällig bei der Lebensgestaltung der Senioren ist die geringe Außenorientierung (Kontakte und Aktivitäten außer Haus), die meisten Aktivitäten werden in der eigenen Wohnung vollzogen. Nach OPASCHOWSKI et al. (1984) ist in diesem Bereich eine Diskrepanz von Wunschvorstellungen über vermehrte Außer-Haus-Aktivitäten einerseits und der Realität eines eher zurückgezogenen Lebensstils bei den Senioren andererseits festzustellen. Es bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten, die Gründe für diesen gesellschaftlichen Rückzug eines Großteils der Senioren heraus zu arbeiten.

## **1.2 Die Bedeutung von Wohnung und Wohnumfeld im Alter**

Senioren haben sich in der überwiegenden Zahl mit ihren Wohnverhältnissen und -bedingungen arrangiert. Eine Reihe von Untersuchungen aus verschiedenen Ländern bestätigen immer wieder die Erkenntnis, dass in der Regel zwischen 80 und 90 Prozent der Befragten mit ihrer Wohnsituation zufrieden oder sogar sehr zufrieden sind (BAKER et al., 1990; Empirica, 1996; FRIEDRICH, 1995; NARTEN, 1991; PERRIG-CHIELLO, 1997; Deutscher Bundestag, 98).

Nach dem Sozioökonomischen Panel entsprechen 76,7 Prozent der Wohnungen der Senioren in den alten Bundesländern modernem Wohnstandard, d. h. sie verfügen über eine Sammelheizung und Sanitäreinrichtungen (Bad und WC). 17,7 Prozent der Wohnungen sind „nicht modern“ (ohne Sammelheizung) und 5,3 Prozent haben Substandard (ohne Bad) (STOLARZ et al., 1993).

Die Wohnzufriedenheit besteht auch bei Senioren, deren Wohnverhältnisse bezogen auf den Komfort teilweise unzureichend sind. So schätzen auch Ältere in Wohnungen mit fehlender Sammelheizung und fehlenden Sanitäreinrichtungen (ohne Bad u. a.) ihre Wohnbedingungen als positiv ein. Diese Abweichung der positiv subjektiven Einschätzung von den teils unzureichend objektiven Gegebenheiten wird als ein „Zufriedenheitsparadoxon“ bezeichnet, das unterschiedlich in seiner Entstehung gedeutet wird.

Im 2. Altenbericht der Bundesregierung wird eine Untersuchung angeführt, die die Diskrepanz zwischen Wohnzufriedenheit einerseits und objektiver Wohnqualität andererseits verdeutlicht.

So sind 85,6 Prozent der befragten Senioren (n = 1051) sehr oder eher zufrieden mit ihrer Wohnung, doch nur 33 Prozent der Wohnungen der Senioren besitzen eine hohe oder eher hohe Wohnqualität.

Folgende Erklärungsansätze für diese Diskrepanz zwischen subjektiver Wahrnehmung und objektiver Einschätzung werden angeführt:

1. Gewöhnungs- und Anpassungseffekte
2. Das Bemühen um die Aufrechterhaltung eines positiven Selbstbildes
3. Psychologische Prozesse der Anspruchsniveauregulierung
4. Unterschiedliche Kriterien bei der objektiven und subjektiven Einschätzung von Wohnbedingungen (Deutscher Bundestag, 1998; siehe auch O'BRYANT, 1982; OSWALD, 1996).

Untersuchungen über den Gegenstandsbereich Lebenszufriedenheit zeigen, dass ein menschliches Streben existiert, die Diskrepanzen zwischen Wunsch und Wirklichkeit möglichst weitreichend zu verringern. So konnte nachgewiesen werden, dass über die Lebensspanne die Ansprüche hinsichtlich Wohnbedingungen und Nachbarschaft sanken, während gleichzeitig die Zufriedenheit mit den gegenwärtigen Wohnverhältnissen zunahm (SMITH et al., 1996).

Der hohe Grad an Wohnzufriedenheit kann somit auch mit der für Senioren typischen oft jahrzehntelangen Wohndauer erklärt werden. So ermittelte FRIEDRICH (1995) bei einer Untersuchung in Südhessen eine durchschnittliche Wohndauer der Senioren von immerhin 32 Jahren (n = 750). Andere Erhebungen nennen 20 Jahre und teilweise mehr als durchschnittliche Wohndauer (STIEFEL, 1983; JÄCKEL, 1992; MAGFS Baden-Württemberg, 1986; Wüstenrot Stiftung, 1994).

Auch in dem Ausmaß der Umzugsbereitschaft lässt sich bei den Senioren der Grad der Angebundenheit an die Wohnung und die Eingebundenheit an das Wohnumfeld ablesen. Verschiedene Untersuchungen belegen, dass mit zunehmendem Alter die Bereitschaft zum Umzug abnimmt. Eine Erhebung in Baden (n = 600) im Jahr 1995 ergab, dass von den 75jährigen und älteren 75 Prozent keinen Umzug planten, während in der Altersgruppe 50 bis 59 Jahre es nur 20 Prozent und in der Altersgruppe 60 bis 74 Jahre 45 Prozent keinen Wohnungswechsel beabsichtigten (Empirica, 1996). Eine 1992 in den alten Bundesländern durchgeführte Erhebung (n = 2526) zeigte eine noch geringere Umzugsbereitschaft: So wollten 95 Prozent der 70 bis 75jährigen keinen Umzug mehr vornehmen (Wüstenrot Stiftung, 1994). Der Wunsch der meisten Senioren, möglichst lange in der eigenen Wohnung im angestammten Wohnumfeld verbleiben zu können, konnte in vielen Ländern nachgewiesen werden (GROVES et al., 1992; VARADY, 1984; WILDERER, 1989).

Sollte ein Umzug aus unterschiedlichen Gründen nicht abzuwenden sein, so wünscht sich die Mehrzahl der Senioren bezüglich des Ortes einen Wohnungswechsel möglichst im Nahbereich des Wohnquartiers oder der Stadt (Empirica, 1996; PARR et al., 1989; PFAFF, 1995).

Es lässt sich der Schluss ziehen, dass mit zunehmenden Alter und damit einhergehender Wohndauer die Wohnung und auch das nähere Wohnumfeld einen bedeutenden Funktionswandel dahingehend durchmachen, dass affektive und emotionale Wertungen damit verknüpft werden. Die Wohnung als ein materieller Bestandteil der



Lebensgeschichte, als Ort des vollzogenen Lebens mit seinen Höhen und Tiefen, wird Symbol und Verortungspunkt des eigenen Lebens. Die Verknüpfung von Ort, der eigenen Biographie und der gegenwartsbezogenen Lebensäußerung lässt die Wohnung zu einem Teil der sozialen Identität werden.

Wie stark die Vergangenheit, das erinnerte eigene Leben, in den Alltag der Senioren eingeht, zeigen ihr Verhalten, sich mit Erinnerungen und Empfindungen stiftenden Gegenständen zu umgeben und sich in den Stunden der Muße an ihrem Lieblingsplatz den Erinnerungen hinzugeben (OSWALD, 1996).

### **1.3. Psychosoziale Dimensionen des Wohnens im Alter**

Zwei Lebensweisen bestimmen das Wohnen und Leben im Alter im eigenem Haushalt: Das Alleinleben und das Zusammenleben mit dem Partner. Die dritte Variante, das Wohnen bei einem erwachsenen Kind mit oder ohne Familie, ist in den letzten Jahrzehnten rapide zurückgegangen (WAGNER, 1997; BRETZ et al., 1992). Beide Seiten, die Senioren als auch die Kinder, favorisieren überwiegend den Wohnstil „Nähe auf Distanz“, getrennte Wohneinheiten in räumlicher Nähe (ROSENMAYER, 1992; KRINGS-HECKEMEIER et al., 1995).

Nach einer Erhebung des Mikrozensus von 1990 in den alten Bundesländern lebten 41,8 Prozent der 65jährigen und älteren in einem eingenerationalen Eheverbund, 40,6 Prozent in einem Einpersonenhaushalt und 13,2 Prozent in einem zwei- oder dreigenerationalen Familienhaushalt, 1961 waren es noch 32,6 Prozent (BRETZ et al., 1992). Von den Frauen im Alter von 75 Jahren und älter lebten 1990 bereits 65,1 Prozent allein, 1972 waren es 49,7 Prozent (VOIT, 1992).

Das Wohnen mit einem Partner der eigenen Generation oder auch das Alleinleben verdrängen somit zunehmend den mehrgenerationalen Verbund der erweiterten Familie als den Prototyp des Wohnens im Alter. Ein Trend, der sich in allen industrialisierten Ländern in den letzten Jahrzehnten durchgesetzt hat (ROSENMAYER, 1992). Selbständiges Wohnen in einem Privathaushalt gestaltet sich im Alter überwiegend nach den Modellen „Alleinleben“ oder „Wohnen mit dem Ehe- bzw. nicht-ehelichen Partner“, wobei demographisch bedingt geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen. Männer im Alter leben überwiegend mit einer Partnerin zusammen, während hingegen Frauen im Alter in den meisten Fällen alleine leben. Die Berliner Altersstudie zeigte, dass 68 Prozent der Männer der Altersgruppe 70 Jahre und mehr mit einer Partnerin zusammenlebten, bei den Frauen derselben Altersgruppe hingegen lebten nur 14 Prozent mit einem Partner zusammen (WAGNER, 1997).

Das Zusammenleben mit einem Partner besitzt soziale, psychische und sozialpolitische Aspekte von großer Tragweite für die Senioren. So bewies die Berliner Altersstudie, dass die Partnerschaft im Alter die Beteiligung am gesellschaftlichen Leben erleichtert und oft erst auch ermöglicht, das Ausmaß an Einsamkeitsgefühlen gravierend geringer ist und das Risiko eines Heimeintritts signifikant senkt (WAGNER, 1997). Damit werden Ergebnisse der gerontologischen Forschung aus den USA bestätigt, demnach Senioren mit einem Partner gegenüber Alleinlebenden Senioren hinsichtlich Lebenszufriedenheit, sozialer Integration, geistig-seelischer Verfassung und ökonomischer Ressourcen besser altern (WAGNER, 1997).

Senioren in einer Partnerschaft gestalten die meiste Zeit des Tages gemeinsam (BALTES et al. 1990). Dies zeigt sich u. a. auch darin, dass Männer im Alter 29 Stunden in der Woche sich im Haushalt betätigen, nur 11 Stunden weniger als ihre Ehefrauen (BLANKE et al., 1996; Sozial-politische Umschau, 1995). Im Alter scheint sich im Rahmen einer Altersehe in Ansätzen eine Angleichung der Geschlechterrollen zu vollziehen (BALTES et al., 1996). In den USA konnte dieser Trend „mehr Tätigkeiten im Haushalt durch Männer“ in einer Langzeiterhebung nicht nur für die Gruppe der Senioren, sondern bereits auch für jüngere Altersgruppen nachgewiesen werden (VERBRUGGE et al., 1996).

Das Alleinleben im Alter bedeutet für die betroffenen Senioren, den größten Teil ihrer Tageszeit bei der Verrichtung der Alltagsbezogenen Pflichten und auch in der freien Zeit allein zu sein. In der Berliner Altersstudie wurde nachgewiesen, dass durchschnittlich fast 2/3 aller Aktivitäten alleine verrichtet werden (BALTES et al., 1996). Diese Werte bestätigen mehrere Untersuchungen in den USA, die ebenfalls dieses Ausmaß an Alleinsein feststellten (MOSS et al., 1982). Des weiteren zeigt die Berliner Studie, dass für soziale Aktivitäten (Besuche, Telefongespräche u. a.) 6,7 Prozent der Tageszeit, also ca. eine Stunde, aufgewendet werden (BALTES et al., 1996).

Das Alleinleben im Alter wird wie das Alleinleben in mittleren Jahren für eine Vielzahl der Senioren als ein Erleben von Mangel und Entzug an Sozialkontakten erfahren. Das Gefühl der Einsamkeit durchdringt ihren Alltag. Je älter die Frauen, die allein leben, umso häufiger wird über Einsamkeit geklagt. Verschiedene Erhebungen in den letzten Jahren haben gezeigt, dass zwischen 30 und 60 Prozent der Alleinlebenden alten Frauen über Gefühle der Einsamkeit berichten (Institut für Demoskopie Allensbach, 1993; REICHENWALLNER et al., 1991; HABICH et al., 1994; MAGFS Baden-Württemberg, 1986; MSGE Schleswig-Holstein, 1991). Auch von den 30 - 60jährigen Alleinwohnenden klagen 40 Prozent über das häufige Erleben von Einsamkeit und fehlender Geborgenheit, von den Verheirateten dieser Altersgruppe waren es nur 11 Prozent (PEUKERT, 1997).

Der Wunsch nach mehr Besuchen und anderen Kontakten zu Angehörigen, Freunden und Nachbarn wird von einem Fünftel der Senioren in verschiedenen Befragungen ebenfalls geäußert, er ist Ausdruck des Mangels an sozialen Kontakten und Begegnungen (soziale Deprivation) (STIEFEL, 1983; THÖNNESSEN, 1994; MAGFS Baden-Württemberg, 1986; MASFG Rheinland-Pfalz, 1993).

Empfindungen der Einsamkeit sind psychische Reaktionen auf Formen sozialer Isolierung, die von den Betroffenen je nach psychischer Konstitution und Befindlichkeit unterschiedlich wahrgenommen und dementsprechend auch verarbeitet werden. Ein entscheidendes Kriterium für Isolierung ist das Quantum an Sozialkontakten. Eine epidemiologische Feldstudie in Duderstadt (Niedersachsen) im Jahr 1988 bei 65jährigen und älteren (n = 280) ergab, dass mehr als ein Drittel (38 Prozent) als extrem isoliert eingestuft werden mussten. 9,5 Prozent der Untersuchten hatten 0 bis 20 Kontakte und 28,5 Prozent 21 bis 60 Kontakte im Monat. Hierbei wurde jeder formelle und informelle, flüchtige und intensive Kontakt aufgelistet: z. B. das Klingeln des Postboten ebenso wie ein kurzer Anruf oder der längere Spaziergang mit einer Freundin (WELZ, 1994).

Ein Grund für die wachsende Isolierung besteht in der stetigen Schrumpfung des sozialen Netzwerkes mit zunehmendem Alter. Die Berliner Altersstudie konnte zeigen, dass in der Altersgruppe 70 bis 84 Jahre das soziale Netzwerk durchschnittlich etwa 11,5 Personen umfasste, während es in der Altersgruppe 85 Jahre und älter nur noch 7,5 Personen waren (SMITH et al., 1996). Besonders der von der psychosozialen Bedeutung her zweite und dritte Kreis des sozialen Netzwerkes (Verwandte außerhalb des engen Familienverbandes, Freunde, Nachbarn und Bekannte) nimmt bei den Hochbetagten (85 Jahre und älter) gravierend ab. Es kann vermutet werden, dass es sich bei diesem Personenkreis überwiegend um Gleichaltrige handelt, die die Betroffenen überlebt haben.

Neben der quantitativen Minderung des sozialen Netzwerkes wurde bei den Berliner Senioren auch ein qualitatives Defizit an Sozialkontakten festgestellt: 48 Prozent der Befragten gaben an, keine Vertrauensperson zu besitzen, die emotionale Unterstützung bieten könnte (SMITH et al., 1996).

Fasst man die psychosozialen Aspekte des Wohnens im Alter zusammen, so lässt sich ein abgestufter Verlauf hinsichtlich der sozialen Kontaktdichte konstatieren. Jüngere Senioren leben größtenteils in Partnerschaft und sind überwiegend mit ihrem Lebensstil zufrieden.

Mit zunehmendem Alter wächst der Anteil der Alleinlebenden, überwiegend aufgrund der Witwenschaft. Bei körperlicher und geistiger Fitness können viele den Partnerverlust durch Intensivierung der Kontakte zu Angehörigen und Freunden ausgleichen, obwohl ein nicht unbeträchtlicher Teil dieser Senioren bereits Symptome psychosozialer Deprivation zeigen. Die folgende Phase des Alterswohnens wird durch zunehmende Hochaltrigkeit verbunden mit wachsender Gebrechlichkeit und einem stark geschrumpften sozialen Netzwerk charakterisiert. Die Betroffenen sind in der Regel einem starken Leidensdruck ausgesetzt und sind auch überwiegend auf die Hilfe anderer bei der Bewältigung des Alltages angewiesen.

#### **1.4. Fazit: Wohnen im Alter zwischen Autonomie und Überforderung**

„Wohnen im Alter“ ist in den letzten Jahren in Deutschland über die bloße Begrifflichkeit des Wohnvorganges hinaus Metapher für einen neuen Lebensstil im Alter geworden: Das selbst bestimmte, auf Kompetenz beruhende Leben im Alter, klar abgegrenzt von verschiedenen Formen der Versorgung und Betreuung in Einrichtungen der Altenhilfe und auch in den Haushalten der erwachsenen Kinder. Autonomie und Privatheit bilden die Parameter dieses neuen Lebensstiles, der als Maxime der Altenpolitik die älteren Menschen als Subjekte ihrer eigenen Lebensgestaltung und nicht mehr als bloße Objekte der Versorgung („Pflegefälle“ u. a.) auffasst.

Die ältere Generation ist in den letzten Jahrzehnten unabhängig geworden, sowohl von den Angehörigen als auch von öffentlichen Sozialsystemen. Nur knapp 3 Prozent der in Privathaushalten lebenden Senioren gelten als arm, benötigen Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz, während es bei der Gesamtbevölkerung insgesamt ca. 13 Prozent sind (Sozialpolitische Umschau, 1997; WAGNER et al., 1996; BOHLE, 1997).

Nach der neuen Pflegeversicherung hat man bei beginnender Gebrechlichkeit bereits Anspruch auf ambulante Betreuung (Pflege und Hauswirtschaft), unabhängig

vom eigenen Einkommen und Vermögen. Auch vom Wohnstandard her sind die Senioren in den alten Bundesländern relativ gut versorgt, nur 5,3 Prozent leben in einer unzureichend ausgestatteten Wohnung.

Insgesamt lässt sich das Fazit ziehen, dass die Senioren bezüglich ihrer Versorgung mit materiellen Gütern und Versorgungsleistungen keine unterprivilegierte Gruppe mehr darstellen. In jeder Hinsicht partizipieren sie an den Leistungen der Sozialstaates. Ein Faktum, dass sich in den letzten Jahren in allen westlichen Industrieländern durchgesetzt hat (GUILLEMARD, 1992).

Materielle und soziale Unabhängigkeit im Alter sind sozialpolitische Gegebenheiten für die meisten Senioren, sie gelten auch für den Bereich des Wohnens. Doch mit zunehmendem Alter wächst der Kreis der Senioren, die aufgrund chronischer Erkrankungen von den Hilfeleistungen der formellen und informellen Supportsysteme abhängig werden. Nach der Berliner Altersstudie sind 48,4 Prozent der 70jährigen und älteren physisch, psychisch und sozial derartig beeinträchtigt, dass ein selbständiges Wohnen ohne Hilfestellung für einen Großteil Erschwernis und auch kaum zu bewältigende Belastung bedeutet. Ein Viertel dieser Senioren, die überwiegend der Altersgruppe 85 Jahre und älter angehören, leben bereits in einem Heim (MAYER et al., 1996).

Bei den gebrechlichen Senioren öffnet sich bezogen auf die verschiedenen Dimensionen der Autonomie eine Schere: Während die materiell-ökonomische Unabhängigkeit unverändert stabil bleibt, entsteht bedingt durch die diversen Altersleiden eine wachsende Abhängigkeit von Hilfeleistungen. Andererseits herrscht aber bei vielen weiterhin das Bestreben vor, in der Lebensführung autonom bleiben zu wollen. Weder wollen die hilfebedürftigen Senioren in ein Heim, noch wollen sie in der Mehrzahl zu ihren erwachsenen Kindern ziehen. Ambulante Dienste der Pflege und Hauswirtschaft oder auch die Hilfen der Angehörigen werden vermehrt in dieser Phase eingeschränkter Selbständigkeit in Anspruch genommen. Doch diese Dienste stoßen schnell auf ihre Grenzen, wenn die Häufigkeit täglicher Hilfen zunimmt und eigentlich schon die Präsenz einer Betreuungsperson im Nahbereich erforderlich ist.

In diesem Kontext bildet sich für Senioren mit körperlichen Einschränkungen eine „Wohn- und Betreuungslücke“ zwischen der Selbständigkeit in einem Privathaushalt in Altersgemischten Wohnvierteln und der Abhängigkeit von Versorgungsleistungen in einem Heim heraus. Es wird somit ein Wohn- und Betreuungsmodell erforderlich, das ein bestimmtes Maß an Autonomie und gleichzeitig einen bestimmten Umfang an Versorgungssicherheit zulässt. Formen des Betreuten Wohnens und des Wohnens mit Service haben sich als ein Angebot mit dem Charakter einer „Zwischenstufe“ (zwischen eigenständigem Haushalt und Heim) für die Gruppe der hilfebedürftigen Senioren entwickelt.

Diese Wohnmodelle können als sozialpolitische Antworten auf das sich verändernde intergenerationale Verhalten (Siehe Kapitel 2.2.), die zunehmende Hochaltrigkeit der Betagten und letztlich auch die neuen seniorenpezifischen Lebensstile aufgefasst werden.

Im folgenden Kapitel werden die verschiedenen Formen des Betreuten Wohnens in Deutschland, Großbritannien und den USA vorgestellt.

## **2. Betreutes Wohnen im Alter**

Betreutes Wohnen oder auch Service-Wohnen stellt in Deutschland ein recht junges Wohn- und Dienstangebot für Senioren dar, das erst in den letzten Jahren seinen „Durchbruch“ als eine neue Lebensperspektive für eine Vielzahl von Senioren jenseits des Privathaushaltes und des Altenheimes erzielte. Begrifflichkeit und Definition des Betreuten Wohnens sind in Deutschland noch recht verschwommen und vage, befindet sich dieses Angebot doch noch im Stadium der Strukturierung und Zielfindung. Die wenigen Jahre der Inbetriebnahme einer bisher recht begrenzten Anzahl von Einrichtungen lassen gegenwärtig noch kein verbindliches oder gewachsenes Gesamtkonzept dieses Angebotes erkennen. Aus diesem Grunde wird im Folgenden ausführlich über die ersten deutschen Konzepte und Erfahrungen als auch über die teils jahrzehntelangen Erkenntnisse aus den USA und Großbritannien zu berichten sein.

Zur begrifflichen Klärung bedarf es des Hinweises, dass mit „Betreutem Wohnen im Alter“ in dieser Abhandlung immer das Gemeinschaftswohnen in einer Altenwohnanlage oder ähnlichen Institution gemeint ist. Die vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge vorgeschlagene Begrifflichkeit, die auch Betreutes Wohnen in einer Normalwohnung in einem Altersgemischten Wohnquartier mit einschließt, hat sich international nicht durchgesetzt und führt somit häufig zu Verwechslungen oder Missverständnissen (Deutscher Verein, 1992).

### **2.1. Konzeption und Leistungsspektrum**

Betreutes Wohnen ist als eine neue Form des Wohnens im Alter für die Gruppe der Hilfe- und Unterstützungsbedürftigen konzipiert, eine Wohnform zwischen eigenständigem Privathaushalt und Altenpflegeheim. Eine weiterführende Konzeption schließt für das Betreute Wohnen Leistungen der ständigen Pflege mit ein, hierbei würde also die Betreute Altenwohnanlage als ein Ersatz des Altenpflegeheimes fungieren.

In Baden-Württemberg, dem Initiator und „Motor“ des Modells Betreutes Wohnen in Deutschland, stehen beide Konzeptionen nebeneinander: Das Wirtschaftsministerium des Landes deklariert Betreutes Wohnen ausdrücklich als ein ergänzendes Versorgungsangebot und nicht als Ersatz des Altenpflegeheimes (Wirtschaftsministerium Baden-Württemberg, 1993). Hingegen wird von dem Sozialministerium, den überörtlichen Sozialhilfeträgern und den freigemeinnützigen Wohlfahrtsverbänden die weitergehende Konzeption favorisiert: Diese Institutionen unterscheiden für das Betreute Wohnen 3 Leistungsstufen mit folgenden Schwerpunkten:

Leistungsstufe 1: Der Schwerpunkt liegt in der Bereitstellung altengerechten Wohnraumes,

Leistungsstufe 2: Umfangreichere betreuende und hauswirtschaftliche Hilfe werden angeboten,

Leistungsstufe 3: Darüber hinaus werden pflegerische Dienste angeboten, die einen Verbleib in der Wohnung bis zum Tod auch bei längerer Pflegebedürftigkeit ermöglichen (Wohngarantie)

(Arbeiterwohlfahrt Landesverband Baden-Württemberg et al., 1993).

Das Wohn- und Versorgungskonzept des Betreuten Wohnens besteht aus den Elementen gemeinschaftliches altengerechtes Wohnen in Verbindung mit wohnungsnahen Dienstleistungen. Gemäß dieser Konzeption sind folgende Bestandteile Standard für Betreutes Wohnen bzw. Service-Wohnen in Deutschland:

- altengerecht und teilweise auch barrierefrei gestaltete Altenwohnungen mit Notrufanlage im Verbund einer Altenwohnanlage,
- Gemeinschaftseinrichtungen in der Altenwohnanlage (Gemeinschaftsräume, Wasch- und Trockenräume, Pflegebad u. a.),
- Vermittlung und auch Angebot wohnungsnaher Dienstleistungen ( u. a. Hauswirtschaft, Betreuung, Beratung und teilweise auch Pflege).

Der Kerngedanke des Betreuten Wohnens beinhaltet die Vorstellung, durch die angeführten räumlichen Gegebenheiten und Serviceleistungen bei den älteren Menschen mit teilweise eingeschränkten Kompetenzen Selbständigkeit und Sicherheit zugleich zu fördern. Die Konzeption Betreutes Wohnen in Deutschland basiert somit auf dem Gedanken, dass „Selbständigkeit“ und „Sicherheit“ sich komplementär zu einander verhalten. Diesem Konzept nach ergänzen sich diese Versorgungsziele und gestalten somit Betreutes Wohnen zu einem sozialökologisch optimalen Lebensbereich auch für Senioren in der Phase zunehmender Gebrechlichkeit.

Vorläufer des Betreuten Wohnens in Deutschland sind teilweise Wohnstifte, Seniorenresidenzen, Altenwohnhäuser und auch begrenzt Altenwohnheime. Mit unterschiedlicher Versorgungsdichte und Nähe der Dienstleistungen bestehen diese altenspezifischen Wohn- und Betreuungsformen aus gemeinschaftlichen Altenwohnen auf der Grundlage einer eigenen altengerechten Wohnung in Verbindung mit nahen Serviceleistungen (Siehe Kapitel 3.1.).

Das Altenheim hingegen wird als ein Einrichtungstypus verstanden, der durch Betreutes Wohnen ersetzt werden soll. Die Gründe hierfür liegen in dem Sachverhalt, dass das Altenheim durch seinen hauswirtschaftlichen und betreuenden Ansatz einer Vollversorgung die älteren Menschen häufig regelrecht „übersorgt“, sie also daran hindert, gemäß ihren Kompetenzen viele Verrichtungen selbst noch auszuüben (z. B. Einkaufen, Kochen, Abwaschen etc.). Das Altenheim wirkt diesem Vorwurf nach in Richtung auf Minderung der Selbständigkeit bzw. vorzeitiger Förderung der Abhängigkeit von Hilfeleistungen.

## **2.2. Gründe für das Entstehen des Betreuten Wohnens**

Es stellt sich die Frage, warum Einrichtungen des Betreuten Wohnens bzw. Service-Wohnens erst in den letzten Jahren eine immer stärker werdende Marktbedeutung im Spektrum der verschiedenen Dienstleistungen und Infrastruktureinrichtungen erzielen.

Ein ganzes Bündel von Faktoren, die ihre Ursache letztlich alle in der demographischen Alterung der westlichen Gesellschaften haben, lassen sich anführen, die den Trend hin zum Betreuten Wohnen im Alter mit beeinflusst haben. Die entscheidenden Aspekte werden im Folgenden kurz angeführt.

### *Der internationale Trend zur Entinstitutionalisierung in der Altenhilfe*

Jahrzehntelang wurde in vielen hoch entwickelten westlichen Ländern Altenhilfe im Wesentlichen auf unterschiedliche Formen der Heim- oder Hospitalversorgung beschränkt.

Die zunehmende Hochaltrigkeit der Senioren in den 60er und 70er Jahren führte zu einer immensen Nachfrage nach Pflegeheimplätzen, deren Bereitstellung und Unterhalt angesichts der expandierenden Kosten im stationären Bereich von den staatlichen Leistungsträgern kaum noch getragen werden konnte.

Anfang der 80er Jahre setzte in vielen Ländern ein Umdenkungsprozess dergestalt ein, dass der Schwerpunkt der Versorgungsleistungen vom stationären hin zum ambulanten und teilstationären Sektor der Infrastruktur für Senioren einsetzte. „Ambulant vor stationär“ lautete die Devise in der Altenhilfe. In diesem Kontext erhielt das Wohnen sozialplanerisch eine vorrangige Bedeutung: Altengerechtes Wohnen, Wohnanpassungsmaßnahmen und Wohnberatung wurden Bestandteile der Altenhilfeplanung. Parallel hierzu entwickelten sich zunehmend Konzepte, Wohn- und Betreuungsmodelle im vorstationären Bereich zu entwickeln und zu fördern. Gemeinschaftliche Wohnformen mit wohnungsnahen Dienstleistungen sollen mit dazu beitragen, den Druck auf den kostenintensiven stationären Sektor zu vermindern oder gar zu vermeiden (BRINK, 1990).

Die Betonung des Wohnens und der ergänzenden Dienstleistungen anstelle der Schaffung neuer Heimplätze drückt zugleich auch einen tief greifenden Wandel in der Sozial- und Altenhilfeplanung aus: Beschränkte sich früher die Altenhilfeplanung zumeist auf die Institutionen der Versorgung (Ausbau der Heime), so treten jetzt Klientelorientierte Lösungskonzepte („Betreuung und Pflege nach Maß“, Konzepte des Case- und Care-Managements u. a.) in den Vordergrund der Überlegungen und Maßnahmen.

### *Das abnehmende familiäre Pflegepotential und die veränderten intergenerativen Formen des Zusammenlebens*

Die zunehmende demographische Alterung der westlichen Gesellschaft hat zwei Hauptursachen:

- die zunehmende Langlebigkeit der Senioren und
- die abnehmende Zahl der Geburten.

Die durchschnittliche Lebenserwartung der Männer bei der Geburt betrug im Jahr 1950 in der Bundesrepublik 64,6 Jahre, die der Frauen 68,5 Jahre. Im Jahr 1996 lag sie bei den Männern bei 73,3 Jahren, bei den Frauen bei 79,8 Jahren.

Der Anteil der Hochaltrigen (80 Jahre und älter) an der Gesamtbevölkerung lag 1950 in der Bundesrepublik bei den Männern bei 0,9 Prozent (Frauen 1,1 Prozent). 1991 hingegen stieg der Anteil bei den Männern auf 2,2 Prozent, bei den Frauen sogar auf 5,5 Prozent (Enquete-Kommission Demographischer Wandel, 1994; Sozialpolitische Umschau, 1997).

Das Faktum, dass mindestens 50 Prozent einer Alterskohorte das 60. Lebensjahr erreichte, konnte in der Bundesrepublik erstmals 1955 registriert werden. 1995 erlebten bei den Männern des Jahrganges 1935 ca. 74 Prozent das Alter 60, bei den Frauen betrug der Anteil 1995 ca. 83 Prozent (IMHOF, 1996).

Während in Deutschland immer mehr Männer und Frauen ein hohes und sehr hohes Alter erreichen, sank gleichzeitig stetig die Geburtenzahl. Lag 1950 die zusammengefasste Geburtenrate in der Bundesrepublik bei 2,09 (1960 bei 2,36), so sank sie 1996 auf 1,30. Das bedeutet, dass pro Familie durchschnittlich 1,30 Kinder geboren werden (Enquete-Kommission Demographischer Wandel, 1994; Sozialpolitische Umschau, 1997).

Die Zunahme der Hochaltrigen bei gleichzeitiger Abnahme der nachwachsenden Generationen führt zu einem schrumpfenden familiären Pflegepotential. So nahm die Anzahl der Frauen im Alter zwischen 45 und 69 Jahre pro Einwohner im Alter von 70 Jahren und älter in der Bundesrepublik Deutschland von 2,64 im Jahr 1961 auf 1,57 im Jahr 1991 ab. Dies bedeutet eine Minderung des familiären Pflegepotentials um 41 Prozent in knapp 30 Jahren (ALBER et al., 1993).

Bis zum Jahr 2030 soll sich das „Pflegepersonenpotential“ nach den vorliegenden Prognosen um ca. 50 Prozent weiter abnehmen (CORNELIUS, 1994; Deutscher Bundestag, 1998).

Diese demographische Veränderung, dass die Relation der mittleren zur älteren Generation gegenwärtig nur noch 1,5 : 1 beträgt, deuten auf wachsende Hilfe- und Unterstützungsverpflichtungen innerhalb der Familie hin. Im Laufe der Zeitspanne nur einer Generation entwickelte sich die Versorgung alter Menschen im Familienverbund zu einer drohenden Perspektive an Belastungen, Verpflichtungen und potentiellen Einschränkungen.

#### *Die veränderten intergenerationalen Beziehungen*

Doch nicht nur das quantitative Verhältnis zwischen den Generationen hat sich gewandelt, vielmehr haben auch die funktionalen Beziehungen zwischen Jung und Alt, oder genauer zwischen der mittleren und der älteren Generation, einen tiefgehenden Wandel erfahren.

Die bisher allgemein verbindliche Norm einer Pflicht zur Betreuung und Pflege der zunehmend gebrechlicher werdenden Eltern wird zwar in dieser Abstraktheit noch befürwortet, verliert jedoch an Geltung, wenn es um die konkrete Ausgestaltung eines Betreuungsprozesses geht.

Untersuchungen in den USA, Kanada und auch in Deutschland verdeutlichen diesen Trend, sich für die langfristigen Aufgaben der Pflege, Betreuung und materieller Unterstützung nicht mehr primär zuständig zu fühlen und diese Aufgabe zunehmend als eine Pflichtaufgabe staatlicher Organe aufzufassen (BRODY et al., 1983; BRODY et al., 1984; BAKER et al., 1990; HANSON et al., 1983; SCHÜTZE, 1997). Auch gewinnt in diesem Kontext die Einstellung an Bedeutung, dass diese Verpflichtungen der Pflege und Versorgung älterer Familienangehöriger eine gemeinsame Aufgabe von Staat und Familie darstellen (McAULEY et al., 1985; STORM et al., 1985).

Die vormals häufig praktizierte familiäre Pflege als Ausdruck der Verpflichtung, sich für die Leistungen und Mühen der Erziehung und Ausbildung in Kindheit und Jugend erkenntlich zeigen zu können, wird durch eine Aufteilung der Aufgaben ersetzt. Die Kernaufgaben Pflege, hauswirtschaftliche Betreuung und materielle Unterstützung werden als öffentliche Aufgaben aufgefasst, während hingegen emotionale und psychosoziale Unterstützung und Hilfe als eine Aufgabe der erwachsenen Kinder betrachtet werden (BRODY et al., 1984). Auch Aufgaben der Organisation und Über-



wachung der Pflege- und Betreuungsaufgaben werden noch als eine familiäre Pflicht aufgefasst. Diese vor allem von den Mittelschichten in den USA vertretenen Ansichten, die eng mit den Auswirkungen der größeren räumlichen und auch sozialen Mobilität der Familien zusammenhängen, finden zunehmend auch Eingang in die unteren Schichten. Vor allem berufstätige Frauen mit einem höheren Bildungsstand vertreten diese Positionen (BRODY et al., 1983).

Es kann allgemein für die westlichen Gesellschaften mit hoher volkswirtschaftlicher Produktivität konstatiert werden, dass die Generationen zunehmend auseinander driften. Es ist vor allem dem äußerst raschen sozialen Wandel zu verdanken, dass die Generationen mehr und mehr eigene Einstellungen, Wertmaßstäbe und Verhaltensmuster ausbilden und sich damit stetig voneinander abgrenzen und auch entfernen (WISTER, 1985; WISTER et al., 1989). Moden, Lebensstile und auch Ideologien sind bedingt durch ihre zeitliche Begrenztheit stark mit den von ihnen geprägten Alterskohorten verknüpft, werden somit in der Regel nur von einer Generation angenommen und kollektiv verinnerlicht. Es lässt sich somit eine Generationenlücke („generational gap“) in der lebensweltlichen Erfahrung und Orientierung feststellen, die einem Entfremdungsprozess zwischen den Generationen entspricht. In Deutschland konnte dieser Prozess der Abgrenzung und auch des partiellen Rückzuges der Generation der erwachsenden Kinder auch nachgewiesen werden (STOSBERG, 1995).

Ein weiteres Indiz für die gestörten intergenerationalen Beziehungen zwischen den Senioren und ihren erwachsenen Kindern besteht aus der Fehleinschätzung der emotionalen Dichte der Beziehungen seitens der älteren Generation. So haben Untersuchungen aus den USA belegen können, „dass Eltern generell dazu tendieren, das Ausmaß ihres Verständnisses für die Ansichten der Kinder und ihres gegenseitigen Einvernehmens sowie die Enge der Beziehung insgesamt eher zu überschätzen („Intergenerational Stake“- Hypothese) (SZYDLIK, 1995). Diese Diskrepanz sozialer Wahrnehmung konnte auch in Deutschland nachgewiesen werden: So schätzten 1991 in Westdeutschland die befragten Mütter im Seniorenalter die Beziehungen zu ihrer erwachsenen Tochter zu 91,1 Prozent als eng bzw. sehr eng ein, während von den Töchtern nur 82 Prozent diese Einschätzung teilten. Die Mutter-Sohn-Beziehung wurde von den Müttern zu 89,6 Prozent als eng bzw. sehr eng betrachtet, umgekehrt hingegen nur von 74,6 Prozent der Söhne. Die Vater-Tochter Beziehung zeigte Abweichungen in der Wahrnehmung der Beziehungen im Verhältnis von 87,6 Prozent zu 71,3 Prozent, die Vater-Sohn-Beziehung 83,3 Prozent zu 69,3 Prozent. Die Unterschiede in der Wahrnehmung der Beziehungsdichte waren bei den Westdeutschen am höchsten (zwischen 9 und 16 Prozent), die Werte für die Ostdeutschen lagen im Mittelfeld (zwischen 5 und 9 Prozent), während sie bei in Deutschland lebenden Ausländern (zwischen 4 und 8 Prozent) am geringsten ausfielen (SZYDLIK, 1995). Es kann daraus geschlossen werden, dass das Ausmaß an intergenerationaler Kongruenz mit zunehmendem Grad der gesellschaftlichen Modernisierung abnimmt.

Der Trend zur Eigenständigkeit auch der älteren Generation zeigt sich u. a. in dem Sachverhalt, dass die Senioren im höherem Alter auch im Zustand der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nicht mit ihren erwachsenen Kindern zusammen leben möchten. Eine Reihe von Erhebungen über das Wohnen im Alter in Deutschland hat gezeigt, dass sich Senioren aber auch Personen in den mittleren Jahren mehrheitlich (81 Prozent) nicht vorstellen können, später zu ihren Kindern zu ziehen. Nur eine relativ

kleine Minderheit von 4 Prozent hält sich diese Option für das höhere Alter offen (HÜBL et al., 1994; Empirica, 1996).

Andere Erhebungen über diesen Sachverhalt haben höhere Werte bezüglich eines eventuellen Zusammenlebens mit den Kindern im hohen Alter erhoben (WILDERER, 1989: 15 Prozent; Schader-Stiftung, 1996: 22 Prozent; Das Haus, 1996: 16 Prozent; PFAFF et al., 1995: 4 - 10 Prozent), doch der Trend, dass es sich hierbei um eine Minderheit handelt, wird letztlich bestätigt.

Dass der intergenerationale familiäre Hilfe- und Pflegeverbund in westdeutschen Großstädten am stärksten Einbußen genommen hat, zeigt u. a. die Option von 94 Prozent der umzugsbereiten Senioren, eine Wohnalternative zu wählen, die fest mit Dienstleistungen verknüpft ist. In derselben Untersuchung wurde erhoben, dass Personen aus Kernstädten gegenüber solchen aus verdichteten Kreisen ca. 3,5 mal häufiger eine Präferenz für Service-Wohnen äußerten (HEINZE et al., 1997). In diesem Kontext gehört auch eine Befragung in Dortmund, einer Großstadt im Ruhrgebiet, die ergab, dass 84 Prozent der befragten Senioren ein Service-Betreutes Wohnmodell als gut bzw. sehr gut einschätzten (LATTEN et al., 1996).

Die Berliner Altersstudie konnte überzeugende Belege für die erodierenden funktionalen Hilfebeziehungen zwischen mittlerer und Senioren-generation im familiären Kontext erbringen: In Privathaushalten lebende Senioren der Altersgruppe 70 Jahre und älter mit Kindern in Berlin erhielten vorrangig Unterstützung vom Angehörigen im eigenen Haushalt (überwiegend dem weiblichen Ehepartner) (25,6 Prozent) und von formellen Dienstleistungserbringern (19,6 Prozent). Kinder außerhalb des Haushaltes (8,7 Prozent), außerfamiliäre Personen (Nachbarn, Freunde, Bekannte) (8,0 Prozent) und sonstige Angehörige (3,4 Prozent) waren bezüglich der Versorgung und Hilfe von nachrangiger Bedeutung (MAYER et al., 1996).

Parallel zu diesem Einstellungswandel hinsichtlich des Zusammenlebens mit den Kindern zeigen Erhebungen in den letzten Jahren, dass die Senioren überwiegend nicht mehr in einem mehrgenerationalen Haushalt leben: Wohnten in der Bundesrepublik 1961 noch 32,6 Prozent der 65jährigen und älteren in einem Zwei- oder 3generationen-Haushalt, so waren es 1990 (alte Bundesländer) nur noch 13,2 Prozent. In einem Eingenerationenhaushalt lebten 1961 33,1 Prozent der Senioren (1991: 41,8 Prozent), in einem Einpersonenhaushalt lebten 1961 23,6 Prozent, 1991 waren es 40,6 Prozent der 65jährigen und älteren (BRETZ et al., 1992).

1972 wohnten 49,1 Prozent der Frauen im Alter 75 Jahre und älter in einem Einpersonenhaushalt, 1990 waren es bereits 65,1 Prozent (VOIT, 1992).

Diese Daten zeigen recht deutlich, dass der Verzicht auf ein Zusammenleben mit den Kindern im Alter gegen ein mit hohen psychosozialen Belastungen verbundenen Alleinleben eingetauscht wird, wie eine epidemiologische Feldstudie in Duderstadt (Niedersachsen) recht eindringlich belegte (WELZ, 1994). Ob es sich hierbei um eine „Abkopplung“ einer ganzen Generation (BRETZ) oder um einen beidseitigen Rückzug handelt, ist aus den Daten nicht zu ersehen. Die Ergebnisse der Berliner Altersstudie geben jedoch Hinweise, dass dieser Trennungsprozess stärker von der jüngeren Generation forciert wird.

Erhebungen aus anderen westlichen Ländern bestätigen diesen Trend. Mitte der 50er Jahre lebten z. B. in Finnland ungefähr 55 Prozent der 65jährigen und älteren mit ihren Kindern zusammen, 1985 waren es nur noch ca. 18 Prozent. In Großbritan-

nien sank in diesem Zeitraum der Anteil von 40 Prozent auf 10 Prozent und in Österreich von 55 Prozent (1962) auf 21 Prozent im Jahr 1985 (ROSENMAYR, 1992).

Allgemein scheint bei den Senioren in der Europäischen Gemeinschaft die Ansicht zu überwiegen, dass die Familien heute weniger als früher bereit sind, sich um ihre älteren Angehörigen zu kümmern. Bei einer EU-weiten Befragung stimmten 33,4 Prozent der Senioren dieser Aussage voll und weitere 34,4 abgemildert zu. Nur 10,4 Prozent negierten diese Einschätzung voll und weitere 18,2 Prozent abgemildert (Kommission der EU, 1993). Zweidrittel der Senioren der EU haben das Gefühl, dass der intergenerationale Verbund bezüglich der Hilfe- und Unterstützungsleistungen sich gravierend gelockert und teilweise wohl auch gelöst hat.

#### *Die zunehmende Umzugsbereitschaft im Alter*

Senioren sind in ihrer Mehrzahl sehr ortsverbunden, sie sind überwiegend mit ihren Wohnungen und auch dem Wohnumfeld zufrieden und möchten demnach auch nicht mehr umziehen. Die Wohnzufriedenheit einerseits und Ablehnung eines weiteren Umzuges im Alter liegen in Deutschland bei ca. 80 - 90 Prozent, wie eine Reihe von Befragungen ergeben haben (NARTEN, 1991; Wüstenrot-Stiftung, 1994; WILDERER, 1989).

Es lässt sich der Trend feststellen, dass je älter die Alterskohorte, umso geringer die Bereitschaft zu einem Umzug ausfällt. Eine Erhebung in Baden zeigte, dass nur 45 Prozent der 60 - 74jährigen keinen Umzug mehr in Erwägung zog, während es bei den 75jährigen und älteren bereits 75 Prozent der Befragten waren (Empirica, 1996).

Diese Einstellung zum Verbleib in der eigenen Wohnung bzw. dem eigenem Haus im Alter herrscht international vor, wie eine Reihe von Untersuchungen in westlichen Ländern einschließlich Australien belegen (BAKER et al., 1990; GONYEA et al., 1990; GROVES et al., 1992; VARADY, 1984).

Bei jüngeren Altersgruppen (Alter 45 - 65 Jahre) ist die Bereitschaft, im Alter eventuell noch einmal einen Umzug vorzunehmen bei weitem größer, wie in den letzten Jahren in Deutschland eruiert wurde. Der Anteil der Umzugswilligen liegt in dieser Altersgruppe zwischen 35 Prozent und 77 Prozent (Empirica, 1996; HÜBL et al., 1994; KRINGS-HECKEMEIER et al., 1995).

Diese Daten können in zweierlei Richtung hin interpretiert werden:  
- Bezogen auf die Ortsgebundenheit kann auf eine geringere Verhaftung mit der Wohnung und dem Wohnumfeld geschlossen werden. Dieses Phänomen einer eher funktionalen Beziehung zum Wohnkontext anstelle einer eher psychosozialen Verbundenheit mit dem angestammten Wohnumfeld verdeutlicht den gesellschaftlichen Modernisierungsprozess, der den Bereich des Wohnens stärker unter den Aspekten der Kosten-Nutzen-Kalkulationen betrachtet. Dass diese Entwicklung zu einer mehr funktional-sachlichen Einstellung zum Wohnen in den USA bei weitem stärker ausgebildet ist als in Deutschland, konnte FRIEDRICH (1995) in einer vergleichenden Untersuchung nachweisen.

Die Bereitschaft zu einem späteren Umzug kann auch dahingehend interpretiert werden, dass man schon gezielt auf das Alter und den damit zusammenhängenden körperlichen Einschränkungen (wachsender Hilfe- und Unterstützungsbedarf) hin plant

und entsprechende Vorkehrungen trifft. So werden zum Beispiel überwiegend von Alleinstehenden der mittleren Altersgruppe für die Altersphase Altenwohnanlagen mit Gemeinschaftseinrichtungen bevorzugt. Dadurch erhofft man sich, später wohnungsnaher Möglichkeiten zur Kommunikation vorzufinden, um einer drohenden Vereinsamung im Alter vorzubeugen (KRINGS-HECKEMEIER et al., 1992).

Es bedarf in diesem Zusammenhang jedoch des ausdrücklichen Hinweises, dass Betreutes Wohnen und damit auch Wohnen mit Service in Deutschland für die Umzugswilligen der mittleren und auch älteren Generation nicht an erster Stelle ihrer Wunschliste steht. An erster Position befinden sich eigenständige Wohnungen oder Normalwohnungen teils mit und teils ohne flankierende Serviceleistungen (HEINZE et al., 1997; HÜBL et al., 1994). Eine weitere Untersuchung erbrachte, dass neben dem Umzug in eine Normalwohnung auch der altersgerechte Umbau der bestehenden Wohnung fast gleichrangig als primärer Wohnwunsch genannt werden (Empirica, 1996).

Betreutes Wohnen wird erst an dritter und teils auch an vierter Stelle von den Befragten genannt (Empirica, 1996; HEINZE et al., 1997; HÜBL et al., 1994). Knapp 30 Prozent der Befragten mit späteren Umzugsabsichten können sich dieses Wohnmodell für ihr Alter vorstellen (HÜBL et al., 1994; KRINGS-HECKEMEIER et al., 1993). Damit befinden sich diese Wohn- und Betreuungsangebote in der Gunst der potentiellen Klientel im mittleren Bereich zwischen einerseits den Normalwohnungen mit oder ohne Serviceangebot an der Spitze und den Altenheimen, Altenpflegeheimen und dem Zusammenwohnen mit den erwachsenen Kindern am Ende der Wunschskala.

Die relativ hohe Akzeptanz dieses speziellen Wohnangebotes, das eigentlich erst seit einigen Jahren auf dem Wohn- und Betreuungsmarkt präsent ist, verdeutlicht den Bedarf nach seniorenspezifischen Wohnformen jenseits der Heime. Auf der anderen Seite wird es Längsschnitterhebungen in den nächsten Jahren vorbehalten bleiben zu klären, ob die Akzeptanz dieser Wohnform angesichts der praktischen Erfahrungen mit Betreutem Wohnen zunehmen, stagnieren oder gar abnehmen wird.

Im Rahmen der Umzugsbereitschaft im Alter bedarf es auch der Information über das konkrete Umzugsverhalten im Alter. In Deutschland ziehen Senioren nur 1/3 so oft um wie Personen jüngerer Jahrgänge: Nach dem Sozioökonomischen Panel ziehen nach dem 55. Lebensjahr 3,6 Prozent der Mieter- und 1 Prozent der Eigentümerhaushalte pro Jahr um. Hochgerechnet bis zum Lebensalter 75 Jahre besteht eine Umzugswahrscheinlichkeit bei Mieterhaushalten bei 52,23 Prozent und bei Eigentümerhaushalten bei 23,48 Prozent (HEINZE et al. 1997). Konkret bedeutet dies, dass zwischen den 55. und den 75. Lebensjahr jeder zweite Mieterhaushalt und jeder vierte Eigentümerhaushalt noch mindestens einmal umziehen wird.

FRIEDRICH (1994) untersuchte die Gründe des Wohnortswechsels im Alter und entwickelte diesbezüglich folgende Typologie:

*Ruhesitzwanderung:* Wahl eines attraktiven Wohnortes in Wohnwunschgegend meist kurz vor oder nach dem Austritt aus dem Erwerbsleben (17 Prozent der Fälle).

*Netzwerkwanderung:* Wohnsitzverlagerung aufgrund eingeschränkter gesundheitlicher und ökonomischer Ressourcen im fortgeschrittenen Alter (75 Jahre und älter) oft zu oder in die Nähe der erwachsenen Kinder oder anderer Angehöriger (43 Prozent der Fälle).

*Exogene Wanderung:* Durch äußere Umstände veranlasste Wohnsitzverlagerung: Berufliche Gründe, unzulängliche Wohn- und Wohnumfeldverhältnisse, Kündigungen, Mieterhöhungen u. a. (40 Prozent der Fälle).

Analysiert man die vorliegenden Erkenntnisse über die Einstellung zum Umzug im Alter und das konkrete Umzugsverhalten, so kann für die überwiegende Mehrheit der Umzügler im Alter ein Druck oder Zwang (nachlassende körperliche Kompetenzen, unzureichende objektive Wohnverhältnisse u. a.) als Ursache des Wohnortswechsel festgestellt werden. Man möchte eigentlich in der angestammten Wohnung verbleiben, doch die Umstände lassen es letztlich nicht zu. Umzüge im Alter sind für die Mehrheit der Betroffenen Ausdruck eines Anpassungsprozesses, indem gemäß der Alterungsbedingten verminderten Selbständigkeit neue Wohn- und Lebenswelten gesucht werden, die sozialökologisch die Einschränkungen des fortschreitenden Alters teilweise ausgleichen können. Der Umzug im Alter ist somit in der Regel mit einem Verlusterleben verknüpft.

#### *Wachsender materieller Wohlstand im Alter*

Betreutes Wohnen im Alter ist ein Leistungsangebot, das aus mehreren Kostenelementen besteht: Der Netto-Kaltniete, den Nebenkosten, der Serviceleistungspauschale und den Entgelten für die Inanspruchnahme von Dienstleistungen. Da die überwiegende Zahl der Altenwohnanlagen nach 1990 errichtet wurden, sind die Mietpreise entsprechend hoch: Bei öffentlich geförderten Betreuten Altenwohnungen betragen die Mietkosten einschließlich Nebenkosten ca. 14 - 15 DM, bei freifinanzierten Wohnungen ca. 25 DM pro qm. Hinzu kommt eine Serviceleistungspauschale von ca. 100 - 250 DM pro Monat. Eine öffentlich geförderte 1 ½ Zimmerwohnung mit einer Größe von 40 qm kostet dann ungefähr 580 DM zuzüglich der Pauschale, eine freifinanzierte 1000 DM zuzüglich Pauschale.

Da Einrichtungen des Betreuten Wohnens überwiegend von verwitweten Frauen genutzt werden, sollen an dieser Stelle ihr Nettogesamteinkommen angeführt werden: Im Jahr 1989 bezogen 14 Prozent der Witwen in der Bundesrepublik Deutschland eine Rente von bis zu 1000 DM, 32 Prozent erhielten zwischen 1000 bis unter 1500 DM, 29 Prozent zwischen 1500 bis unter 2000 DM und 24 Prozent 2000 DM und mehr (Enquete-Kommission Demographischer Wandel, 1994).

Eine neuere Untersuchung des Statistischen Bundesamtes ergab, dass weibliche Einpersonenrentnerhaushalte im Alter von 70 Jahren und mehr durchschnittlich über 2.306 DM an monatlichen Einkommen und Einnahmen verfügen, wobei die Rente der gesetzlichen Altersversicherung 1.647 DM ausmacht (MÜNNICH, 1997).

Diese Einkünfte erlauben einem beträchtlichen Teil der Witwen den Einzug ins Betreute Wohnen mit öffentlicher Förderung. Der Kreis der materiell ausreichend ausgestatteten Witwen für freifinanzierte Betreute Wohnungen beschränkt sich jedoch auf ca. 10 Prozent, wenn man berücksichtigt, dass mindestens 2500 DM monatliche

Einkünfte für eine angemessene Lebensführung in dieser Form des Altenwohnens erforderlich sind.

Berücksichtigt man, dass die durchschnittlichen Alterseinkünfte Alleinlebender Frauen im Jahr 1989 bei Witwen 1651 DM und bei Ledigen und Geschiedenen 1470 DM pro Monat lagen (Enquete-Kommission Demographischer Wandel, 1994), dann kann Betreutes Wohnen für einen Großteil der Alleinlebenden Seniorinnen nur im Rahmen der öffentlichen Wohnbauförderung eine Perspektive darstellen. Selbst Seniorinnen mit durchschnittlichen Einkünften werden häufig eine öffentlich geförderte Altenwohnung als „teuer“ einschätzen angesichts des Sachverhaltes, dass viele von ihnen in Altbaubeständen mit niedrigem Niveau der Mietkosten wohnen.

Der durchschnittliche Einpersonenrentnerhaushalt gab 1993 im Monat 687 DM für das Wohnen aus (Wohnungsmiete, Kosten für Heizung und Warmwasser) (MÜNICH, 1997).

Die Untersuchung der Schader-Stiftung wies nach, dass die Nachfrage nach Senioren-Wohnanlagen in den Kernstädten überwiegend durch Typen des mittleren Ausstattungsniveaus (44 Prozent), gefolgt von niedrigen (24,8 Prozent) und gehobenen Niveau (21,7 Prozent) bestimmt wird. Die Nachfrage nach Einrichtungen des Luxusniveaus (9,5 Prozent) fällt weit geringer aus (HEINZE et al., 1997). Neben der Kostenstruktur (Mietkosten und Kosten der Dienstleistungen) sind aber auch architektonische Gestaltung, Lage der Einrichtung und die Infrastruktur (Geschäfte, Ärzte, ÖPNV u. a.) entscheidende Entscheidungsfaktoren.

Die Akzeptanz des Betreuten Wohnens bzw. Service-Wohnens steigt in Deutschland mit dem Einkommen. Eine Untersuchung belegte, dass in den gehobenen Einkommensgruppen (5000 DM und mehr monatliches Haushaltsnettoeinkommen) mehr als jeder zweite diese Wohnform befürwortete, während es in den unteren und mittleren Einkommensgruppen (unter 3500 DM und zwischen 3500 und 5000 DM monatliches Haushaltsnettoeinkommen) ca. 40 Prozent waren (KRINGS-HECKEMEIER et al., 1995).

In den alten Bundesländern sind die am Betreuten Wohnen Interessierten bereit, durchschnittlich bis zu 271 DM für wohnungsnaher Dienstleistungen pro Monat auf private Abrechnung hin auszugeben, in den neuen Bundesländern bis zu 199 DM. Bezogen auf ihr Einkommen würden die Befragten im Alter zwischen 55 und 75 Jahren sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern fast 10 Prozent ihres Haushaltseinkommen für diese Dienste ausgeben, vorausgesetzt, dass sie auch benötigt werden (HEINZE et al., 1997).

Hinsichtlich der Service- bzw. Betreuungspauschale bestehen bei den Nutzern bzw. den am Betreuten Wohnen Interessierten unterschiedliche Einschätzungen über die Berechtigung dieses Kostenelementes. Die Erhebung der Schader-Stiftung zum Beispiel ergab, dass 75 Prozent der befragten Senioren notwendige Dienstleistungen lieber per Einzelabrechnung als durch eine Pauschale bezahlen würden (HEINZE et al., 1997).

Eine Untersuchung im Auftrage der Landesbausparkassen erbrachte hinsichtlich der Pauschale folgende Resultate:

- Am höchsten war die Akzeptanz der Service-Wohnprojekte, die keine oder nur eine sehr geringe Pauschale erforderten.
- Es wurde kritisiert, dass die Pauschalangebote die Eigeninitiative einschränken und mögliche gegenseitige Nachbarschaftshilfen nicht gerade fördern.
- Ein weiterer Grund für die Ablehnung der Pauschale ist das Argument, dass hierdurch Kosten anfallen. Diese finanziellen Ressourcen möchte man lieber für andere Dinge einsetzen.
- Es wird auch moniert, dass die Pauschalen die Funktion von „Vorhaltekosten“ besitzen, von denen letztlich nur die hilfebedürftigen und gebrechlichen Bewohner profitieren, nicht jedoch die jüngeren und rüstigen (KRINGS-HECKEMEIER et al., 1995).

Service- und Betreuungspauschalen sind Strukturelemente des Betreuten Wohnens, die diesen Wohntypus strikt von Privathaushalten unterscheiden und viele Nutzer und Interessierte im Seniorenalter somit gleichzeitig an heimähnliche Versorgungs- und Finanzierungsmodelle erinnern.

Betreute Altenwohnungen bzw. Service-Wohnungen werden nicht nur als Mietobjekt sondern darüber hinaus auch gezielt als Wohneigentum auf dem Wohnungsmarkt angeboten. Ca. 5000 DM pro Quadratmeter beträgt der Verkaufspreis, bei einer 40 qm großen Wohnung sind somit 200.000 DM Kapital zum Erwerb einer solchen Immobilie erforderlich. Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass Senioren-Haushalte über überdurchschnittlich hohe Geldvermögen und ebenso überdurchschnittlich hohe Haus- und Grundvermögen verfügen. So besaß 1988 das durchschnittliche Haus- und Grundvermögen der Seniorenhaushalte den Wert von 171.750 DM und lag damit 50 Prozent über den Durchschnitt aller Haushalte (WAHL, 1994).

Diese Daten über Einkünfte und Ausmaß des Vermögens der Senioren verdeutlichen, dass diese Altersgruppe gegenwärtig überwiegend zu den materiell ausreichend versorgten Kreisen der Gesellschaft zählt. Die Armutsquote liegt bei den Senioren bei ca. 2 - 3 Prozent, während die Armut aller Haushalte in Deutschland bei 13 Prozent liegt.

Es muss jedoch an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass auch im Alter der Wohlstand teilweise recht unterschiedlich verteilt ist. Nicht jeder Senior wird sich Betreutes Alterswohnen leisten können, erst recht nicht auf dem freifinanzierten Wohnungsmarkt.

Öffentlich geförderte Altenwohnungen werden also in ausreichendem Maße von Nöten sein, um das Angebot breiten Kreisen der Seniorengeneration zugänglich zu machen.

Es wird somit letztlich vom Engagement der Länder und Kommunen abhängen, ob Betreutes Wohnen ein allgemein verbreitetes Angebot mit Zugangsmöglichkeit für die Mehrzahl der Senioren wird oder ob es auf die Einkommensschichten des gehobenen Mittelstandes beschränkt bleiben wird.

### 2.3. Problembereiche des Betreuten Wohnens in Deutschland

„Betreutes Wohnen im Alter“ als Kategorie ist in Deutschland kein geschützter Begriff. Es existiert auch keine allgemein verbindliche Definition, die Leistungsspektrum und bauliche Standards für dieses Angebot enthält. Die Bandbreite reicht in der Praxis von zusammen gefassten Altenwohnungen ohne Service bis hin zu teils recht luxuriös ausgestatteten Wohnstiften und Residenzen mit einem hausinternen Vollservice. Da keine Klassifizierung über Leistungsumfang und Leistungsdichte besteht, obliegt es letztlich dem Interessenten selbst, sich die nötigen Informationen über ein konkretes Angebot zu besorgen.

Von noch größerer Tragweite ist der Sachverhalt, dass der Markt Betreutes Wohnen von unterschiedlichen Anbietern bedient wird: Immobiliengesellschaften, Wohnungsbau-träger, Bausparkassen und Versicherungsunternehmen gesellen sich zu gemeinnützigen, kommunalen und privatgewerblichen Heimträgern, ambulanten Diensten und kirchlichen Trägern. Je nach Herkunft des Anbieters unterscheiden sich auch die vorrangigen Interessen: Während eine Immobiliengesellschaft oder ein Bau-träger z. B. den Verkauf der Wohnungen als primäre Aufgabe ansieht und die Dienstleistungs-verpflichtungen an externe Betriebsträger delegiert, ohne deren Verbindlichkeit und Langfristigkeit garantieren zu können, sind Heimträger eher an einer kontinuierlichen Leistungserbringung interessiert, um sich neue Klientelgruppen auf dem Markt der sozialen Dienstleistungen zu erschließen.

Es fehlen diesem Markt somit die für diesen sensiblen Bereich des Wohnens im Alter notwendige Vertragssicherheit, Verbindlichkeit und auch Transparenz. In Baden-Württemberg sind in den letzten Jahren von Seiten der Wohlfahrtsverbände, Sozialhilfeträger und der zuständigen Ministerien Initiativen gestartet worden, sowohl eine Klassifizierung als auch konkrete Qualitätsstandards für das Betreute Wohnen zu entwickeln (Arbeiterwohlfahrt Landesverband Baden-Württemberg et al., 1993; MAGS Baden-Württemberg, 1995). Bis hin zur Entwicklung eines „Qualitätssiegel Baden-Württemberg“ für Betreutes Wohnen für Senioren sind diese Bemühungen fortgeschritten (Städtetag Baden-Württemberg et al., 1995).

Doch auch bei den Verantwortlichen in Baden-Württemberg ist in den letzten Jahren ein gravierender Wandel in der Konzeption Betreutes Wohnen festzustellen gewesen, wie anhand der Förderrichtlinien zu erkennen ist. Wurden nach der Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums Baden-Württemberg von 1989 nur Einrichtungen gefördert, die als Maximum Leistungen des Altenheimes (Ausschluss von Pflegeleistungen) anboten, so sind diese Vorschriften 1996 dahingehend geändert worden, dass nun auch leichte und vorübergehende pflegerische Betreuung zum Leistungsspektrum des Betreuten Wohnens gehören darf. Entscheidend für die Mittelvergabe ist aber immer noch das Prinzip der „selbständigen Haushaltsführung“, das den Wohnungsbau-Förderrichtlinien zugrunde liegt (GERNGROSS-HAAS, 1997).

Weitergehende Konzepte in Richtung auf ständige Pflege und Betreuung gebrechlicher Bewohner des Betreuten Wohnens werden seit mehreren Jahren in der Fachöffentlichkeit propagiert. Das Hauptargument für dieses Modell besteht in dem Verzicht einer Verlegung im Falle einer gravierenden Verschlechterung des körperlichen und geistigen Zustandes, der in der Regel mit einer beginnenden Pflegebedürftigkeit einhergeht. In Wohnanlagen, die dieses Konzept einer pflegerischen Versorgung anbie-



ten, wird den Bewohnern eine „Wohngarantie“ bis zum Tode auch bei schwerster Pflegebedürftigkeit eingeräumt (FISCHER, 1989; RACKI, 1995; TEWS, 1994).

Die Vertreter dieses umfassenden Versorgungskonzeptes sehen im Betreuten Wohnen einen Heimersatz, eine Alternative und somit auch eine Weiterentwicklung der bestehenden Altenpflegeheime. Betreutes Wohnen bzw. Service-Wohnen werden als „Service-Häuser“ definiert, die als Klientelzentrierte Wohn- und Betreuungsform bestehende Altenpflegeheime regelrecht ersetzen sollen (BERGER et al., 1997).

Diese Vielfalt und teilweise auch Widersprüchlichkeit der unterschiedlichen Vorstellungen über das Betreute Wohnen sind u. a. auch Ursache für bisher noch ungelöste Fragen über formal-rechtliche Festlegungen: Handelt es sich beim Betreuten Wohnen um eine Sonderwohnform im Sinne des Heimgesetzes oder um bloße Privatwohnungen? Gelten in den Wohnanlagen demnach die Bestimmungen der ambulanten oder der stationären Versorgung im Sinne des Pflegeversicherungs-Gesetzes (FRANK et al., 1995; KLIE, 1995; MANGELS, 1997)?

Auch die Vertragsformen im Betreuten Wohnen drücken die Unterschiedlichkeit der Einrichtungen aus: Mietverträge mit oder ohne Pauschalverträge für Serviceleistungen, Heimverträge mit oder ohne Bewohnerdarlehen oder auch bloße Kaufverträge sollen die Beziehungen zwischen den Vertragspartnern (Wohn- und Serviceanbietern einerseits und den Senioren andererseits) regeln (Landesbausparkassen, 1997) (Siehe Kapitel 3.1.3.).

Die Auflistung einer solchen Vielzahl an ungelösten Fragen und Problemstellungen, an konträren Konzepten und auch an widerstreitenden materiellen Interessenlagen dokumentiert letztlich die Mängel an Struktur und Profil dieses Angebotes. Betreutes Wohnen in Deutschland ist schon präsent auf dem Markt, in der Sozialplanung und in den merkantilen Strategien der Bau- und Finanzwirtschaft, doch es hat den Anschein, dass es sich hierbei noch um ein unfertiges Gebilde handelt.

Die Grundfrage oder auch das entscheidende Strukturproblem des Betreuten Wohnens in Deutschland besteht in der Festlegung oder Klassifizierung des Einrichtungstypus: Ist diese Konzeption mehr in die Sphäre des Heimbereiches oder mehr in den Bereich eines eigenständigen Wohnens nach dem Modell eines Privathaushaltes anzusiedeln?

Das Problem in Deutschland liegt in dem impliziten Anspruch eines umfassenden Versorgungs- und Betreuungskonzeptes: Das Betreute Wohnen soll möglichst für alle, die Gruppe der Rüstigen, die der Hilfebedürftigen und die der Pflegebedürftigen einschließlich der Schwerstpflegebedürftigen und damit auch der demenziell Erkrankten gelten, keiner sollte aufgrund seiner körperlichen und geistigen Hinfälligkeit verlegt werden. Selbständiges Wohnen und Demenzpflege unter einem Dach, vielleicht sogar Tür an Tür. In diesen Vorstellungen kommt die Integrationskonzeption der stationären Altenhilfe deutlich zutage, die jedwede Segregation und damit auch jedwede Verlegung zu einem psychosozialen Sakrileg erklärt (BERGER et al., 1997; GERNGROSS-HAAS, 1997a, 1997b; Ministerium für Bauen und Wohnen NRW, 1997).

Diese Ansätze umfassender Versorgung weisen implizit auf eine strukturelle Schwachstelle des Modells Betreutes Wohnen hin: Die drohende Verlegung im Falle der ständigen Pflegebedürftigkeit. Sie ist die Achillesferse dieses Einrichtungstypus und Damoklesschwert für die betroffenen Mieter zugleich. In dem folgenden Kapitel

werden Beispiele gezeigt, wie diese Problemlage gelöst werden, ohne dass zugleich Wohnanlagen in Pflegeheime mutieren.

Es stellt sich an dieser Stelle die Frage, warum in Deutschland theoretische Modelle einer umfassenden Versorgung im Wohnbereich Verbreitung finden können, die den Trends der internationalen gerontologischen Versorgungsforschung zuwiderlaufen. Es liegt vielleicht daran, dass die oft jahrzehntelangen Erfahrungen und Erkenntnisse im Bereich des Wohnens im Alter der anderen Länder nicht ausreichend zur Kenntnis genommen werden. Zugespitzt ausgedrückt kann das Fazit gezogen werden, dass in Deutschland stärker „Grundsätze“ und Ideologien die Diskussion über die Entwicklung der Altenhilfe und Altenarbeit bestimmen und dass dabei der wissenschaftlich fundierte Diskurs zumeist in den Hintergrund gedrängt wird.

#### **2.4. Perspektiven des Betreuten Wohnens in Deutschland**

Alle demographischen Prognosen gehen davon aus, dass in Deutschland in Zukunft die Zahl der Betagten und besonders der Hochbetagten zunehmen und dass parallel hierzu das Potential an familiärer Hilfe und Unterstützung u. a. aufgrund der abnehmenden Kinderzahl abnehmen wird.

Die formelle Hilfe wird demnach die informelle Hilfe durch Angehörige in der Versorgung und Betreuung alter Menschen zunehmend ergänzen und teilweise auch ersetzen.

Welche Auswirkungen wird dieser Trend auf das Betreute Wohnen bzw. das Service-Wohnen hinsichtlich der Akzeptanz und Ausdehnung haben? Welchen Stellenwert wird Betreutes Wohnen im Leistungsspektrum der seniorenspezifischen Angebote einnehmen? Wird es expandieren, stagnieren oder sogar sich rückläufig entwickeln?

Es liegen bereits Einschätzungen vor, die für Einrichtungen des Betreuten Wohnens einen wachsenden Bedarf sehen, wie folgende Untersuchungen zeigen:

- Im Auftrage der Landesbausparkassen prognostizieren KRINGS-HECKEMEIER et al.(1995), dass ein kurzfristiges Nachfragepotential nach altengerechten Wohnformen mit Dienstangeboten bei ca. 650.000 Haushalten besteht, das sich aus 10 Prozent der Haushalte der 71jährigen und älteren zusammensetzt.
- Ebenfalls im Auftrage der Landesbausparkassen ermittelte Empirica (1996), dass allein im Landesteil Baden gegenwärtig 60.000 - 90.000 Service-Wohnungen fehlen würden.
- Das MAGS Baden-Württemberg geht bei seinen Modellrechnungen im Bereich der Altenhilfe davon aus, dass es im Jahr 2000 in Baden-Württemberg 40.500 Wohneinheiten im Betreuten Wohnen geben wird. Der Versorgungsgrad wird demnach 2,5 Wohneinheiten pro 100 Senioren im Alter von 65 Jahren und mehr ausmachen. Die Modellrechnung für 1993 ergab noch einen Versorgungsgrad von 0,28 Wohneinheiten pro 100 Senioren (MESSMER, 1994).

- Im Auftrage der Westfälischen Hypothekenbank kamen HEINZE et al. (1996) zu der Einschätzung, dass durch die Einführung der Pflegeversicherung die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen sich in den nächsten Jahren stark rückläufig entwickeln wird und dass aufgrund des deutlichen Kaufkraftzuwachses der oberen Einkommensgruppen der Bedarf an Wohnformen, die Pflege ermöglichen (Betreutes Wohnen bzw. Service-Wohnen), deutlich ansteigen wird.

Die Bedeutung des Betreuten Wohnens in Deutschland wird aller Voraussicht nach in Zukunft sichtbar zunehmen. Ob dieses Leistungsangebot jedoch in absehbarer Zeit verbindliche Standards hinsichtlich der Wohn- und Betreuungsleistungen entwickeln wird, kann gegenwärtig noch nicht eingeschätzt werden. Diese Standards und die damit verbundene Transparenz dieses Angebotes werden jedoch erforderlich sein, um die Akzeptanz bei den Senioren und damit potentiellen Nutzern herzustellen. Diese Standards werden darüber hinaus auch erforderlich sein, damit Betreutes Wohnen in Deutschland eventuell zu einem flächendeckenden Regelangebot der Altenhilfe wird.

### **3. Formen des Betreuten Wohnens in Deutschland, Großbritannien und den USA**

Betreutes Wohnen im Alter umfasst ein großes Spektrum an unterschiedlichen Einrichtungstypen mit verschiedenen Formen der Leistungsangebote hinsichtlich Zugänglichkeit, Umfang und Intensität. Die Schwerpunkte der Dienstleistungen für das Betreute Wohnen bestehen in der Regel aus Betreuung, Hauswirtschaft und Pflege. Diese Dienste können sowohl von der Einrichtung selbst (hauseigenes Personal), ambulanter Dienste im Wohnumfeld oder durch das Personal eines verbundenen Alten- und Altenpflegeheimes erbracht werden.

Kriterium für Einrichtungen des Betreuten Wohnens ist die Funktion, durch flankierende Dienste und Betreuung Senioren auch im Zustande eingeschränkter Alltagsbezogener Kompetenzen eine relativ selbständige Lebensführung zu gewährleisten. Die Aufrechterhaltung einer „selbständigen Lebensführung“ stellt das entscheidende Unterscheidungsmerkmal zwischen altenspezifischen Wohnformen und den verschiedenen Formen der Heime für Senioren dar. Der Unterschied zwischen „Vollversorgung“ eines Heimes und „eigenständigem Wohnen mit Hilfestellungen“ dokumentiert sich in der Raumgestaltung der Einrichtung und der Privatbereiche (Wohnungen), den Dienstleistungen und als Folge hiervon in dem sozialen Milieu, das auch die Atmosphäre der Wohnanlage ausdrückt.

Betreute Wohnanlagen sind Lebenswelten für Senioren mit einem unterschiedlichen Niveau an Selbständigkeit und gleichzeitig auch an Einkommen, sozialer Herkunft und ehemaliger beruflicher Position. Betreutes Wohnen differenziert somit nicht nur nach dem Leistungsspektrum, sondern auch nach dem Grad der Ausstattung und des Komforts.

In diesem Kapitel werden die verschiedenen Typen des Betreuten Wohnens in Deutschland, Großbritannien und den USA vorgestellt. Während Betreutes Wohnen in Deutschland ein recht neues Angebot mit wenigen Jahren Betriebsdauer ist, können diese Einrichtungstypen in Großbritannien und den USA bereits auf jahrzehnte-

lange Erfahrungen zurückblicken. Hinzu kommt, dass ca. 4 - 5 Prozent der Senioren in diesen Ländern diese Wohnformen nutzen.

Die Erfahrungen und Erkenntnisse mit Betreutem Wohnen in Großbritannien und den USA sollen in dieser Abhandlung als Bezugsrahmen für die Analyse und Interpretation der deutschen Entwicklung in diesem Wohnsektor fungieren. Es liegt eine Fülle von Untersuchungen und Erhebungen über die Auswirkungen dieser Wohnformen auf die Senioren in ihrem Sozialverhalten, ihren Einstellungen und auf ihr Wohlbefinden vor. Dieses Wissen wird herangezogen werden, um die verschiedenen Positionen, Konzepte und Trends in Deutschland einordnen und einschätzen zu können.

### **3.1. Formen des Betreuten Wohnens in Deutschland**

Eine Vielzahl an unterschiedlichen Typen an Wohn- und Betreuungseinrichtungen für Senioren in Deutschland bezeichnen sich als „Betreutes Wohnen“ bzw. „Wohnen mit Service“. Es liegt in Deutschland für das Betreute Wohnen im Gegensatz zum Heimbereich (siehe Heimgesetz) keine allgemein verbindliche Definition dieses Angebotes vor. Es bleibt zu fragen, ob in einem solchen sensiblen Bereich wie das Wohnen und die Betreuung Betagter und Hochbetagter auf eine Standardisierung und Normung dieses Leistungsangebotes verzichtet werden kann. Gegenwärtig muss jedoch aufgrund einer fehlenden Definition mit drei Bereichen an Grauzonen beim Betreuten Wohnen gerechnet werden: der Bereich der „Unterversorgung mit Dienstleistungen“, der Bereich der „Überversorgung mit Diensten“ (heimähnliche Wohnwelten) und der Bereich der „Fehlversorgung“ im Betreuten Wohnen.

#### 3.1.1. Vorläufer des Betreuten Wohnens in Deutschland

Damit der gegenwärtige Stand des Betreuten Wohnens in seiner Eigentümlichkeit in Deutschland verstanden werden kann, bedarf es des Rückgriffes auf die Vorläufer dieses Wohnmodells und die theoretischen Diskussionen über das Wohnen im Alter. Im Folgenden werden die wichtigen Konzepte und Modelle des Wohnens im Alter kurz vorgestellt.

##### *Das Altenwohnhaus-Konzept*

In den frühen 80er Jahren setzte in Deutschland eine Diskussion über die Weiterentwicklung der stationären Altenhilfeeinrichtungen ein mit dem Ziel, die mehrgliedrigten Altenzentren (Altenwohnheim, Altenheim und Altenpflegeheim) durch neue Strukturen im Heimbereich zu ersetzen. Vor allem das Kuratorium Deutsche Altershilfe in Köln fungierte durch eine Reihe von Veröffentlichung als Vorreiter in diesem Innovationsprozess.

Das Altenwohnhaus-Konzept wird als die 3. Generation des stationären Altenhilfebereiches aufgefasst und soll folgendes bewirken:

- gemeinsame Belegung der Wohnbereiche mit Rüstigen und Pflegebedürftigen, um im Falle einer beginnenden Pflegebedürftigkeit eine Verlegung zu vermeiden,

- "Wertverschiebung zugunsten des Wohnbereiches", d. h. „räumliche Entflechtung von Wohn- und Betriebsbereich“ im Sinne der Nachrangigkeit der Betriebsorganisation (Prinzip „kurze Wege“) gegenüber den „Wohnbedürfnissen“ (Vergrößerung der Individualbereiche und der halböffentlichen Zonen),
- Abkehr von der „totalen Versorgung“ und Einführung einer auf Eigenmotivierung und Bedarf ausgerichteten Pflege und Betreuung („aktivierende Pflege“) im Sinne des Kompetenzmodells (BURCHARD et al., 1983; KDA, 1987, 1988; STOLARZ, 1984).

Das „Wohnkonzept“ des Altenwohnhauses ebnet die Unterschiede zwischen Altenheim (Rüstigenbereich) und Altenpflegeheim (Pflegebereich) in räumlicher und pflege- und Betreuungsorganisatorischer Hinsicht dergestalt ein, dass in einem Wohnbereich beide Bewohnergruppen nebeneinander je nach Grad der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit unterschiedlich personalintensiv („übergreifende Pflege“) versorgt werden.

„Pfliegewohnen“ lautet der Terminus für dieses Betreuungskonzept, in dem die Pflege an Bedeutung verliert, während hingegen die Hauswirtschaft aufgewertet wird (KDA, 1988).

Dieses Modell kann als eine Vorform des Betreuten Wohnens aufgefasst werden, denn gezielt wird der institutionelle Charakter herkömmlicher Heimversorgung durch ein auf „Normalität“ ausgerichtetes Wohnkonzept, das stärker an Privathaushalten orientiert ist, ersetzt.

Kritisch zu fragen bleibt hierbei jedoch, ob angesichts der typischen Bewohnerschaft der Altenpflegeheime mit ihren massiven körperlichen und geistigen Gebrechen bei diesem Ansatz nicht eine gravierende Form der Unter- und teilweise auch Fehlversorgung vorliegt (LIND, 1995a).

### *Das Servicehaus-Modell*

Ein Vorläufer und gleichzeitig auch eine „Weiterentwicklung“ des Betreuten Wohnens stellt das Servicehaus-Konzept dar. Hierbei handelt es sich um eine Altenwohnanlage mit hauseigenem Service (Hauswirtschaftliche Hilfen, Pflege und Betreuung). Servicehäuser unterscheiden sich von Funktion und Struktur her nicht von Wohnstiften und Residenzen, die wiederum aufgrund erhöhter Betreuungskosten und Eigenkapitalleistungen ihre Klientel aus den einkommensstarken Segmenten der Altenpopulation rekrutieren.

In Deutschland existieren nur einige Servicehäuser in Kiel in Trägerschaft der Arbeiterwohlfahrt (Arbeiterwohlfahrt, 1991; WEBER et al., 1996).

Im Zusammenhang der Begleitforschung der betreuten Wohnanlage „Haus am Weinberg“ in Stuttgart wird seit kurzem das Servicehaus-Konzept als Weiterentwicklung sowohl des Altenpflegeheimes als auch des Einrichtungstypus Betreutes Wohnen deklariert: Das Servicehaus bietet ein Wohnfeld für altenwohnheim-, altenheim- und altenpflegeheimbedürftige Senioren; durch die Bewohnerbezogenen Versorgungsleistungen des hauseigenen Personals kann in der Regel jedwede Verlegung in eine betreuungsintensivere Einrichtung vermieden werden und darüber hinaus bietet das Zusammenleben unterschiedlich rüstiger Senioren („integrative Konzept“) Gelegenheit zur nachbarschaftlichen Hilfe und zur Auseinandersetzung mit dem eige-

nen Alterungsprozess (BERGER et al., 1996, 1997; GERNGROSS et al., 1993; GERNGROSS-HAAS, 1991, 1997a, 1997b).

Obwohl die Protagonisten aufgrund der Evaluation des „Haus am Weinberg“ den Schluss ziehen, dass die Servicehäuser sich in der Praxis bewährt haben, bleibt fachlich ein gewichtiges Quantum an Zweifel hinsichtlich dieser Einschätzung. Eine kritische und eingehende Analyse des Abschlussberichtes (BERGER et al., 1996) zeigt, dass das Wohn- und Lebensmilieu in der betreuten Wohnanlage in Stuttgart von der Qualität her mindestens suboptimal gestaltet ist und für bestimmte Bewohnergruppen geradezu unzumutbare Verhältnisse aufweist.

### *Altenwohnheime*

Altenwohnheime in Deutschland können vom Raumangebot (abgeschlossene Wohnungen, Wohnhauscharakter) und teilweise auch von der Betreuungsphilosophie (selbständiges Wohnen) auch als Vorläufer des Betreuten Wohnens aufgefasst werden. Aus diesem Grunde sollen hier kurz Daten über das Ausmaß dieser Wohnform angeführt werden:

Nach einer Erhebung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Stand: 30. 06. 1995) sind von den insgesamt 657.588 Plätzen bzw. Wohneinheiten der stationären Altenhilfe (Einrichtungen nach § 1 des Heimgesetzes) 65.691 Altenwohnheimplätze bzw. Wohneinheiten (ca. 10 Prozent), wobei hiervon 49.405 Altenwohnheimseinheiten in 442 Altenwohnheimen (75,2 Prozent aller Altenwohneinheiten) und die restlichen 16.286 in mehrgliedrigeren Altenhilfeeinrichtungen sich befinden.

Für 0,54 Prozent der 65jährigen und älteren stehen somit Altenwohnheimplätze zur Verfügung. Dass hinsichtlich des Umfanges des Angebotes und der Nutzung regionale Unterschiede bestehen, konnte in der Berliner Altersstudie nachgewiesen werden. Demnach lebten von den 70jährigen und älteren im ehemaligen West-Berlin zu Anfang der 90er Jahre 8 Prozent in Seniorenwohnhäusern, die von Struktur und Funktion den Altenwohnheimen ähneln (LINDEN et al., 1996).

Eine Erhebung der Stiftung Warentest (1995) hat ergeben, dass sich die Seniorenwohnheime zwischenzeitlich von bloßen altengerechten Wohnangeboten hin zu Wohn- und Serviceangeboten entwickelt haben, die man zum Spektrum Betreutes Wohnen zählen kann.

### *Wohnstifte und Seniorenresidenzen*

Wohnstifte haben in Deutschland eine teils jahrhundertealte Tradition als Einrichtungen einerseits für Alleinstehende Mitglieder gehobener Schichten (adelige Stiftsdamen, Offizierstöchter u. a.) und andererseits für begüterte Bürger, die sich in ein Stift oder Pfründnerhaus „einkaufte“ (KONDRATOWITZ, 1988).

Die Wohnstifte und Seniorenresidenzen der Gegenwart sind überwiegend Einrichtungen der einkommensstarken Schichten der Senioren geblieben, denn es sind teils beträchtliche Eigenkapitalleistungen („Bewohnerdarlehen“) vorab erforderlich und auch die monatlichen Kosten („Gesamtpensionspreis“) sind relativ hoch.

Das Versorgungsprinzip der Wohnstifte und Residenzen basiert auf der Kombination Wohnung oder Apartment und abgestuftes Serviceprogramm (Hauswirtschaft,

Betreuung und Pflege) je nach dem Grad der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Manche Einrichtungen bieten für ständig pflegebedürftige Bewohner eine hausinterne Pflegeabteilung an, andere wiederum pflegen die Gebrechlichen bis zum Ableben in ihren Wohnungen.

Über die Versorgung Demenzerkrankter Bewohner in den Wohnstiften liegen keine Informationen vor. Es ist nur bekannt, dass ein großer kirchlicher Träger mit über 20 Wohnstiften in ganz Deutschland für diese Klientelgruppe 2 Spezialeinrichtungen (gerontopsychiatrische Pflegeheime) in Bayern und im Rheinland eingerichtet hat.

### *Fazit*

Die kurze Darstellung der verschiedenen „Vorläufer“ des Betreuten Wohnens verdeutlicht, dass zwei teils gegensätzliche Entwicklungsstränge oder auch Traditionen im Betreuten Wohnen zu einem Konzept verflochten sind: Das Heim- oder Vollbetreuungskonzept in Gestalt des Altenwohnhaus-Konzeptes, des Servicehauses und der Wohnstifte und das bloße Wohnkonzept in Form des Altenwohnheimes. Diese Konzepte oder auch Versorgungsphilosophien sind im Ansatz Betreutes Wohnen keine Synthese eingegangen im Sinne der Weiterentwicklung einer neuen Wohn- und Versorgungsqualität jenseits von Heim und Altenwohnhaus. Diese ihrem Wesen nach antagonistischen Wohn- und Betreuungsstile „selbständige Lebensführung“ versus „Abhängigkeit von Pflege und Betreuung“ wirken hinsichtlich der Milieugestaltung in einer Altenwohnanlage eher bipolar in dem Sinne, dass entweder eine Heim- oder eine Wohnhausatmosphäre vorherrscht. Entweder wird das Milieu von Rüstigen mit einer relativ selbständigen Lebensführung bestimmt oder von Gebrechlichen, die von einer Vielzahl an Hilfe- und Unterstützungsleistungen abhängig sind.

Im Gegensatz zum Heim wird im Betreuten Wohnen des Typus Wohnstift bzw. Servicehaus das Ausmaß an Abhängigkeit von Hilfe- und teilweise auch Pflegeleistungen durch die Wohnstruktur (Privatbereich in Gestalt einer Wohnung) geradezu verdeckt. Die Nutzung einer Wohnung suggerieren Autonomie, Privatheit und Kontrollkompetenz über den eigenen Lebensbereich, die realiter durch das Ausmaß und die Intensität der erhaltenen Versorgungsleistungen nicht mehr gegeben sind.

Die gängige Formel „Wohnen plus Service“ als Perspektive für eine autonome Lebensgestaltung auch im Zustand eingeschränkter Selbständigkeit und zunehmender Hilfebedürftigkeit verkehrt sich spätestens im Stadium der Abhängigkeit von grundpflegerischen Leistungen (ADL-Bereich) objektiv in einen Zustand „Service ohne Wohnen“, wenn man davon ausgeht, dass „Wohnen“ letztendlich selbständige Lebensführung bedeutet.

Die Negierung des Sachverhaltes, dass verstärkte Abhängigkeit in der Lebensführung zur Umformung der Wohnstrukturen in Betreuungsverhältnisse führt, hat gravierende Auswirkungen auf die Alltagsgestaltung und die Lebensqualität der Bewohner. Anders ausgedrückt: Funktionsabläufe, die die Betriebsorganisation eines Heimes erfordern, in Raumstrukturen, die auf selbständiges Wohnen ausgerichtet sind, fortwährend umzusetzen, führt zu Reibungsverlusten in Gestalt unzureichender Leistungsqualitäten (Siehe Kapitel 8.4.).

### 3.1.2. Der „Durchbruch“ des Betreuten Wohnens in Deutschland

Über die Ausbreitung des Betreuten Wohnens in Deutschland liegen gegenwärtig keine Erkenntnisse und damit auch keine konkreten Daten vor. Nur das Land Baden-Württemberg hat eine Erhebung diesbezüglich durchgeführt: Es wurden 1994/95 in Baden-Württemberg ca. 14.000 geplante, im Bau befindliche und fertig gestellte Betreute Wohneinheiten in ca. 430 Wohnanlagen gezählt (MAGS Baden-Württemberg, 1995).

Eine weitere von den Landesbausparkassen im Auftrag gegebene bundesweite Erhebung über Einrichtungen des Typus „Wohnen mit Service“ erfasst 594 Wohnanlagen und wurde 1997 veröffentlicht.

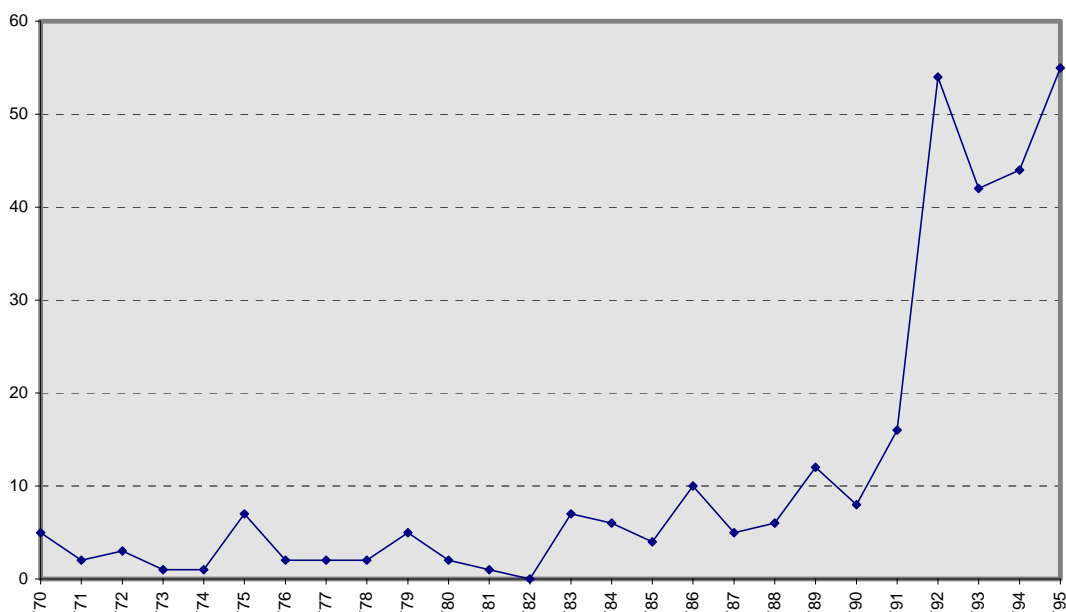
Diese beiden Erhebungen werden in den folgenden Ausführungen eine zentrale Rolle spielen.

Die Ergebnisse dieser beiden Untersuchungen sind zwar nicht repräsentativ für das ganze Bundesgebiet, doch es lassen sich einige Trends aus dem vorliegenden Datenmaterial ablesen, die Hinweise über Entwicklungsrichtungen im räumlichen Angebot und im Servicebereich, über Finanzierungen und Kostenstrukturen und damit auch über die potentiellen Nachfrager dieses Leistungsangebotes geben können.

#### *Der Beginn der Expansionsphase*

Betreutes Wohnen oder Wohnen mit Service breiteten sich als ein seniorenspezifisches Angebot mit Beginn der 90er Jahre aus: Aus Abbildung 1 und 2 ist deutlich zu ersehen, dass in den Jahren 1991 und 1992 ein gewaltiger Zuwachs an neuen Inbetriebnahmen dieser Einrichtungsform einsetzte. In Baden-Württemberg sind ca. 80 Prozent der Betreuten Wohnanlagen nach 1990 in Betrieb genommen worden, bzw. im Bau oder in der Planung begriffen (MAGS Baden-Württemberg, 1995). Nach der bundesweiten Erhebung der LBS beträgt der Anteil der Neuzugänge von 1991 und später 75 Prozent (LBS, 1997).

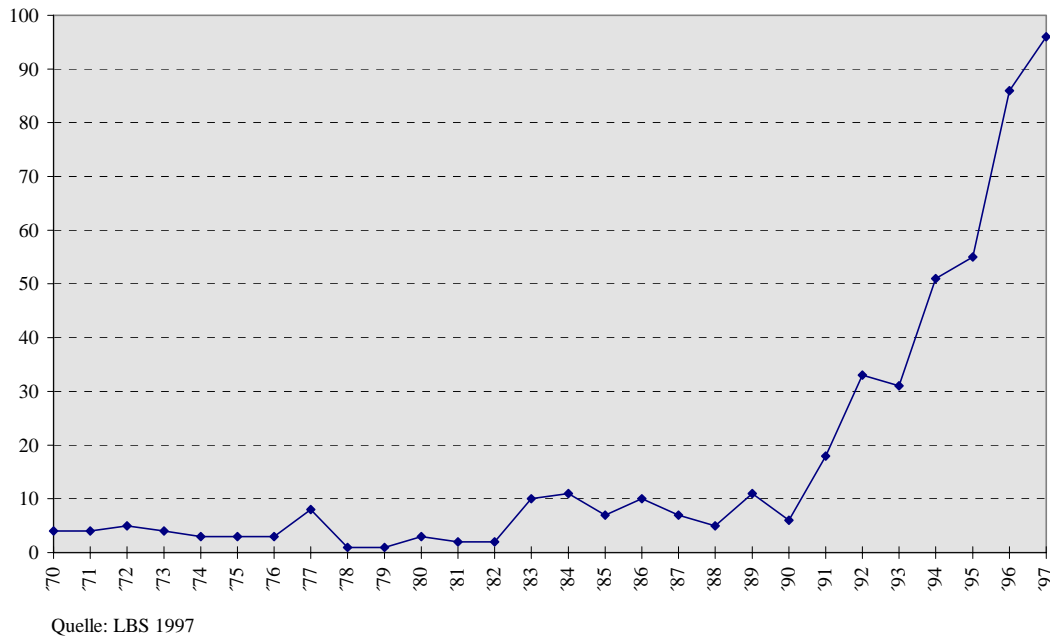
**Abbildung 1: Anzahl der Eröffnungen pro Jahr in Baden Württemberg**



Quelle: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg, 1995



Abbildung 2: Anzahl der Eröffnungen pro Jahr



Gründe für die bundesweite Expansion können an dieser Stelle gegenwärtig nicht angeführt werden, doch für die Ausbreitung in Baden-Württemberg waren einige sozialpolitische Entscheidungen und Planungen in diesem Bereich von großer Bedeutung:

- 1988 verabschiedete der Koordinierungsausschuss für die Investitionsförderung im Altenhilfe- und Behindertenbereich (Sozialministerium, überörtliche Sozialhilfeträger, Verbände der freigemeinnützigen Wohlfahrtspflege, Vertreter der Landkreise und Kommunen) die Förderung der Gemeinschaftseinrichtungen Betreuer Altenwohnanlagen anstelle des Altenheimbaues.
- 1989 wurden vom Sozialministerium die konkreten Richtlinien zur Förderung der Errichtung der Gemeinschafts- und Versorgungseinrichtungen in Betreuten Altenwohnanlagen erlassen.
- 1991 Einbeziehung Betreuer Mietwohnungen in die Förderung des Landeswohnungsbauprogramms in Baden-Württemberg.

Laut Aussage des MAGS Baden-Württemberg wurden von den ca. 13.000 Wohneinheiten Betreutes Wohnen nur ca. 10 - 20 Prozent öffentlich gefördert (1997).

Diese Maßnahmen stehen im engen Zusammenhang mit der Zielvorgabe, in Baden-Württemberg bis zum Jahr 2000 den Bestand an Altenheimplätzen auf 10 Prozent des Pflegeplatzbestandes zu reduzieren. 1990 wurden in Baden-Württemberg 25.200 Altenheimplätze gezählt, die bis zum Jahr 2000 auf ca. 5000 Plätze verringert werden sollten. Auf der anderen Seite sollte der Bestand von 38.200 Pflegeheimplätzen im Jahr 1990 allein bis 1995 auf 53.000 Plätze ansteigen (Landkreistag Baden-Württemberg et al., 1991).

Konkret umgesetzt wurde in dem Zeitraum 1990 bis 1996: Reduzierung der Altenheimplätze um 7.700 auf 17.500 und Zunahme der Pflegeplätze um 11.300 auf 49.500 Plätze (HUBER, 1997).

Es lässt sich das Fazit ziehen, dass aller Voraussicht nach in Baden-Württemberg durch die staatlichen Förderprogramme für die Betreuten Wohnanlagen und durch die rigorose sozialplanerische Perspektive des Abbaues bestehender Altenheimplätze Rahmenbedingungen und Orientierungswerte geschaffen wurden, die zur recht kurzfristigen „Etablierung“ des Betreuten Wohnens als einer anerkannten Institution in dem Leistungsspektrum für Senioren führte.

Es kann in diesem Zusammenhang vermutet werden, dass die Gewichtung des Betreuten Wohnens zum Prototyp der vorstationären Einrichtungen im Bereich des Alterswohnens durch Land, Kommunen und Verbände dieser Einrichtungen zu einem Prozess der sozialpolitischen und versorgungstechnischen Zuordnung und Angleichung geführt hat.

Nach Schätzung des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern gibt es gegenwärtig zwischen 18.000 und 20.000 Betreute Altenwohnungen in Baden-Württemberg, wobei der Zuwachs besonders durch die Umwandlung eines Großteils der ehemaligen Altenwohnheime (8.800 Wohnheimplätze 1991) erklärt werden kann (MAGS Baden-Württemberg, 1997).

Altenheime und Altenwohnheime werden durch Einrichtungen des Betreuten Wohnens ersetzt, bzw. werden die bestehenden Heimeinrichtungen nach dem neuen Konzept umgewandelt.

### 3.1.3. Typen des Betreuten Wohnens im Alter

Die unterschiedlichen Formen des Betreuten Wohnens in Deutschland lassen nach den Kriterien Organisationsstruktur, Leistungsumfang und -dichte und Ausstattungsgrad bzw. Kostenstruktur klassifizieren. Weitere Unterscheidungskategorien sind die Größe und die Trägerschaft bzw. Betriebsträgerschaft der Betreuten Wohnanlage.

Unterscheidungsmerkmale nach der Organisationsstruktur sind für das Betreute Wohnen:

- heimgebundene Dienstleistungen
- integrierte Dienstleistungen
- externe Dienstleistungen

Unterscheidungsmerkmale nach dem Leistungsumfang und der Leistungsdichte sind in Anlehnung an die Klassifizierung der Länder Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen (Arbeiterwohlfahrt LV Baden-Württemberg et al., 1993, Ministerium für Bauen und Wohnen NRW, 1997):

- *Leistungsstufe 1 bzw. Typ 1:* Schwerpunkt des Angebotes liegt in der Bereitstellung altengerechten Wohnraumes und marginale Organisation der Dienstleistungen
- *Leistungsstufe 2 bzw. Typ 2:* Zusätzlich zum altengerechten Wohnraum werden umfangreichere betreuende und hauswirtschaftliche Hilfen angeboten

- *Leistungsstufe 3 bzw. Typ 3:* Zu den Angeboten der Leistungsstufen 1 und 2 werden zusätzlich pflegerische Leistungen angeboten, die in Einrichtungen mit umfangreicher pflegerischer Infrastruktur einen Verbleib in der Wohnung bei ständiger Pflegebedürftigkeit bis zum Tode ermöglichen.

Unterscheidungsmerkmale nach dem Ausstattungsgrad und damit auch nach der Kostenstruktur für das Betreute Wohnen sind in Anlehnung an Stiftung Warentest (1995):

- Einfacher Standard (Preiskategorie: bis zu 20 DM pro qm)
- mittlerer Standard (Preiskategorie: 20,01 DM bis 55 DM pro qm)
- gehobener bis Luxusstandard (Preiskategorie: über 55 DM pro qm).

Repräsentative Daten über die verschiedenen Typen des Betreuten Wohnens in Deutschland liegen gegenwärtig nicht vor. Die wenigen in Deutschland veröffentlichten Erhebungen und Untersuchungen über das Betreute Wohnen bzw. das „Wohnen mit Service“ werden im Folgenden angeführt, um einen Trend in diesem Bereich des Wohnens und der Dienstleistungen für Senioren andeuten zu können.

*Größe der Betreuten Wohnanlagen:*

Gegenwärtig liegen keine allgemein verbindliche Festlegung vor, mit wie viel Wohneinheiten eine Betreute Wohnanlage als „klein“, „mittelgroß“ bzw. „groß“ zu gelten hat. Es wird daher folgende Klassifizierung vorgeschlagen: Bis 30 Wohneinheiten kann eine Wohnanlage als „klein“ bezeichnet werden, von 31 bis 99 Wohneinheiten als „mittelgroß“ und ab 100 Wohneinheiten als „groß“.

Gegenwärtig liegen in Deutschland 2 größere Erhebungen über Betreutes Wohnen bzw. „Wohnen mit Service“ vor, die Daten über die Größe der Einrichtungen geben. Es sind dies die landesweite Erhebung des Sozialministeriums Baden-Württemberg (1995) und bundesweite Untersuchung der Landesbausparkassen (Tabelle 1).

**Tabelle 1**

<b>Größe der Wohnanlagen im Betreuten Wohnen</b>		
Anzahl der Wohnungen	Baden-Württemberg n = 441 (in %)	Bundesweite Erhebung n = 594 (in %)
5 bis 10	10,60	4,90
11 bis 20	30,60	12,00
21 bis 30	20,60	13,30
31 bis 40	11,80	11,80
41 bis 50	7,50	10,10
51 bis 100	14,30	26,30
101 u. m.	3,60	18,00

Quellen: MAGS Baden - Württemberg, 1995; LBS, 1997

In Baden-Württemberg können 61,8 Prozent der Betreuten Wohnanlagen als klein bezeichnet werden, bundesweit sind es 30,2 Prozent. Mittelgroß sind in Baden-

Württemberg 33,6 Prozent, bundesweit 48,2 Prozent. Nur 3,6 Prozent der Wohnanlagen in Baden-Württemberg sind groß, bundesweit sind es 18 Prozent. Durchschnittlich umfasst die Wohnanlage der LBS-Erhebung 62 Wohneinheiten, die in Baden-Württemberg hingegen 32 Wohneinheiten.

Im ländlich strukturierten Baden-Württemberg überwiegen kleine Einrichtungen. Der Bedarf an Betreuten Wohnungen in Gemeinden und Kleinstädte wird in der Regel ausreichend durch kleinere Wohnanlagen abgedeckt, denn die Bewohner stammen überwiegend aus dem Ort selbst (TOBISCH, 1997). Diese Beobachtung aus Baden-Württemberg stimmt mit der vielfach ermittelten Einstellung überein, dass Senioren möglichst in ihrem Heimatort oder in der Nähe ihrer Kinder Betreute Altenwohnungen beziehen möchten (Siehe Kapitel 4.3.).

Bundesweit scheint der Trend in Richtung auf mittelgroße Wohnanlagen zu gehen, die in größeren Städten mit erhöhter Nachfrage den Stadtteilbezogenen Bedarf abdecken können und betriebswirtschaftlich günstiger zu führen sind.

Große Wohnanlagen, häufig Wohnstifte und Seniorenresidenzen mit überörtlichem Einzugsgebiet, sind mit 3,6 bzw. 18 Prozent relativ gering verbreitet, sprechen sie doch fast ausschließlich die gehobenen Einkommensschichten an.

*Betreuungsgeber:*

Betreuungsgeber und Bauträger sind beim Betreuten Wohnen häufig verschiedene Träger.

Finanzierungs- und Kapitalgesellschaften finanzieren die Errichtung der Wohnanlage, während die Betreuung der Anlage später an einen im Altenhilfebereich versierten Dienstträger abgetreten wird.

So zeigt die Erhebung über Einrichtungen des Betreuten Wohnens in Baden-Württemberg deutlich, dass dieser Einrichtungstypus überwiegend von den bestehenden Diensteanbietern der Altenhilfe in Betrieb gehalten wird. Stationäre Altenhilfeeinrichtungen, Sozialstationen und die freigemeinnützigen Wohlfahrtsverbände mit ihren verbundenen ambulanten und stationären Diensten decken von der Betriebs-trägerschaft her fast 80 Prozent des Angebotes des Betreuten Wohnens ab (Siehe Tabelle 2).

**Tabelle 2**

<b>Betreuungsgeber im Betreuten Wohnen</b>	
n = 338 (in %)	
Heimträger	32,31
Wohlfahrtsverbände	26,38
Ambulante Dienste	19,32
Gemeinde	9,79
Sonstige	12,37

Quelle: MAGS Baden-Württemberg, 1995

Betreutes Wohnen ist zumindest in Baden-Württemberg eine Domäne der Wohlfahrtsverbände mit ihren Infrastrukturangeboten geworden. Sowohl die Gemeinden

als auch privatgewerbliche Anbieter sind im Bereich des Managements von nach geordneter Bedeutung.

In Baden-Württemberg sind gemäß der Heimstatistik (30. 6. 1995) 58 Prozent der Plätze und 52 Prozent der Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände, bundesweit sind es 61 Prozent der Plätze und 55 Prozent der Einrichtungen im Bereich der stationären Altenhilfe.

Diese Daten verdeutlichen die Vorrangstellung der freigemeinnützigen Wohlfahrtsverbände in der Altenhilfe. Sie ist auch ein Indiz dafür, dass Betreutes Wohnen zu einem Großteil in Regie dieser Verbände gestaltet werden wird, muss man doch berücksichtigen, dass viele Wohnanlagen im Verbund mit stationären Altenhilfeeinrichtungen betrieben werden.

*Organisationsstruktur:*

Die Bereitstellung der hauswirtschaftlichen, betreuenden und pflegerischen Dienste im Betreuten Wohnen kann wie bereits angeführt hauseigen, heimgebunden oder extern vollzogen werden.

Die Auswertung der LBS-Erhebung ergab, dass eine Schwerpunktverlagerung zwischen Serviceleistungen und Pflegeleistungen dahingehend im Betreuten Wohnen zu konstatieren ist:

Serviceleistungen (Hauswirtschaft, Betreuung) werden von den Einrichtungen überwiegend selbst erbracht (54,54 Prozent), während Pflegeleistungen bei ständiger Pflegebedürftigkeit zum Großteil von den angeschlossenen Altenpflegeheimen angeboten werden (Tabelle 3 und 4)

**Tabelle 3**

<b>Organisationsstruktur im Servicebereich</b>	
n = 594 (in %)	
Hauseigene Dienstleister	54,54
Heimgebundene Dienste	8,41
Externer Dienstleister	32,97
Ohne Angabe	4,04

Quelle: LBS, 1997

**Tabelle 4**

<b>Organisationsstruktur im Bereich Pflege</b>	
n = 493 (in %)	
Hauseigene Dienste	8,92
Heimgebundene Dienste	60,04
Externe Dienste	31,08

Quelle: LBS, 1997

Der Anteil der Einrichtungen, die externe Dienstleister im Bereich Service und Pflege einbinden, liegt bei gut 30 Prozent.

Versucht man diese Daten zu interpretieren, so lässt sich der Schluss ziehen, dass eine Arbeitsteilung zwischen Betreutem Wohnen und Altenpflegeheim eingerichtet worden ist. Beide Einrichtungen scheinen den LBS-Daten folgend in der Mehrzahl (60 Prozent) einen Verbund zu bilden, doch wird bei der Bereitstellung der Dienste Betreutes Wohnen die Serviceleistungen und das verbundene Altenpflegeheim die Pflegeleistungen erbringen.

Es überwiegen somit die Einrichtungen des Betreuten Wohnens, die die Dienstleistungen in eigener Regie (hauseigen oder heimgebunden) anbieten.

Es bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten zu klären, ob die Vorhaltung einer relativ umfangreichen Dienstleistungsstruktur in einer Altenwohnanlage mit den damit verbundenen räumlichen, personalen und organisationsspezifischen Aspekten Auswirkungen auf das Wohnumfeld besitzt. Es sollte u. a. geklärt werden, ob bei einem bestimmten Maß an Infrastrukturelementen eine spezifische Betriebslogik und Betriebsatmosphäre entsteht, die ähnlich wie im Heim den Bewohnern Anpassungs- und Eingliederungsleistungen abfordert und damit gleichzeitig die für einen Privathaushalt typische Selbstbestimmung bei der Entscheidung über die Formen und Gestaltungsweisen der Alltagsbewältigung einschränkt.

#### *Leistungsstufen:*

Bei der Einschätzung des Umfangs der verschiedenen Leistungsstufen beim Betreuten Wohnen muss wiederum auf die LBS-Erhebung (1997) zurückgegriffen werden, da anderes Datenmaterial in dieser Größenordnung über diesen Gegenstandsbereich gegenwärtig nicht verfügbar ist. Wiederum bedarf es des ausdrücklichen Hinweises, dass die Daten keineswegs repräsentativ sind, sondern höchstens einen Trend zum Ausdruck bringen können.

Ein wesentliches Ergebnis der Erhebung ist der Sachverhalt, dass 72,49 Prozent der Betreuten Altenwohnanlagen Pflegeleistungen bei Pflegebedürftigkeit anbieten, im Falle vorübergehender Krankheit der Bewohner sind es sogar 85,22 Prozent. Das lässt den Schluss zu, dass 72 Prozent der Einrichtungen der Leistungsstufe 3 zuzurechnen sind.

Eine Untersuchung der Stiftung Warentest (1995) verdeutlicht diese Tendenz, dass im Betreuten Wohnen pflegerische Leistungen recht weit verbreitet ist: 93 - 96 Prozent der Einrichtungen bieten Pflege bei vorübergehender Krankheit an und in 71 - 75 Prozent der Wohnanlagen der mittleren und gehobenen Klasse ist auch eine längere Pflege möglich (n = 68).

Aus Tabelle 5 ist deutlich zu ersehen, dass der Anteil der Einrichtungen, die hauswirtschaftliche und betreuende Dienstleistungen anbieten, zwischen 85 und 92 Prozent liegt. Hieraus lässt sich recht hypothetisch folgern, dass somit ca. 20 Prozent der Wohnanlagen demnach der Leistungsstufe 2 (Hauswirtschaft und Betreuung) zuzählen sind.

Die verbleibenden 8 Prozent der Betreuten Wohnanlagen lassen sich quasi als Restgröße der Leistungsstufe 1 (Schwerpunkt altengerechte Wohnungen) zuordnen.

Eine weitere Erhebung über Betreutes Wohnen in Deutschland bestärkt den Trend, dass dieses Leistungsangebot mit vermehrten Dienstleistungen verknüpft ist: SCHWEIKART et al. (1995) haben im Auftrag der Wüstenrot-Stiftung 243 Betreute Wohnanlagen untersucht und u. a. festgestellt, dass 81 Prozent Mahlzeitendienste, 71 Prozent Haushaltshilfen und 48 Prozent Einkaufsdienste anbieten.

Betreutes Wohnen oder „Wohnen mit Service“ ist diesem Trend nach in Deutschland zu aller meist ein Wohnangebot gekoppelt mit breitem und intensivem Leistungsangebot. Berücksichtigt man des weiteren, dass nur 213 der 594 Betreuten Altenwohnanlagen (35,85 Prozent) der LBS-Erhebung dem Anspruch nach bei ständiger Pflegedürftigkeit eine Verlegung in ein Altenpflegeheim vorsehen und dies überwiegend bei demenziellen Erkrankungen und Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflegestufe III) (Siehe Tabelle 6), so kann hieraus geschlossen werden, dass mehr als nur eine vorstationäre Einrichtung mit dem Schwerpunkt Wohnen im Entstehen begriffen ist.

**Tabelle 5**

<b>Dienstleistungen im Betreuten Wohnen</b>	
<b>Grund- und Wahlleistungen</b>	
n = 589 (in %)	
Allgemeine Beratung	92,52
Nutzung der Gemeinschaftseinrichtungen	89,64
Mahlzeiten	89,20
Freizeitangebote	88,28
Persönliche Hilfestellung	87,60
Wohnungsreinigung	85,73
Pflege bei vorübergehender Krankheit	85,22
Hausmeisterdienste	83,53
Wäschedienst	78,26
Fahr- und Bringendienste	75,89
Pflegerische und therapeutische Hilfe	72,49

Quelle: LBS, 1997

Vorausgesetzt, der Trend verdichtet oder verhärtet sich durch noch ausstehende umfangreiche Erhebungen zu diesem Gegenstandsbereich, so bleibt die Annahme, dass Betreutes Wohnen oder „Wohnen mit Service“ für Senioren in Deutschland sich zu einer Alternative bzw. zu einem Ersatz zu den herkömmlichen Altenpflegeheimen entwickeln könnte.

Es wird bei relativ kurzen Betriebsdauer der meisten Betreuten Wohnanlagen in einigen Jahren noch zu prüfen sein, ob der Anspruch, neben dem Wohn- und Betreuungsmilieu auch noch ein Pflegemilieu über längere Zeit aufrecht zu erhalten, ohne Einbußen an der Wohnatmosphäre eingelöst werden kann.

Es kann das Fazit gezogen werden, dass von den Leistungsstufen her Betreutes Wohnen in Deutschland sich zu einem Einrichtungstypus mit Vollversorgungsan-

spruch entwickelt, der vom Leistungsumfang her Strukturelemente des Altenheimes und des Altenpflegeheimes inkorporiert hat.

**Tabelle 6**

<b>Grund für einen eventuellen Umzug</b>	
n = 213 (in %)	
Demenz, Selbst- und Fremdgefährdung	53,52
Pflegestufe III	29,57
Pflegest. II	6,10
Pflegestufe I	3,75
Sonstiges	4,22

Quelle: LBS, 1997

*Vertragsverhältnisse:*

Über den Charakter und die Zielbestimmung einer Betreuten Wohnanlage geben eine Reihe von Indikatoren Aufschluss: Architektonische Aspekte, Kosten- und Finanzierungsstrukturen, das Ausmaß und die Intensität der Dienstleistungen und u. a. auch die Vertragsverhältnisse.

Vertragsverhältnisse drücken eine Reihe von Beziehungen, Statuszuweisungen und auch Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse zwischen den Vertragspartnern aus. Auch das Ausmaß an Selbstbestimmung und Souveränität lässt sich aus Vertragsverhältnissen ablesen.

Entscheidend beim Betreuten Wohnen ist bezogen auf den rechtlichen Status des Bewohners die Frage, inwieweit die Vertragsgestaltung den Bewohner als juristisches Subjekt im Sinne einer selbst bestimmten Persönlichkeit mit der damit verbundenen Wahl- und Entscheidungsfreiheit definiert.

Die Rolle eines autonomen Vertragspartners nimmt der Bewohner in den Vertragsverhältnissen ein, die ihm Wahl-, Entscheidungs- und auch Kündigungsrechte einräumen.

Die Auswertung der LBS-Studie verdeutlicht die Tendenzen in der Vertragsgestaltung beim Betreuten Wohnen bzw. „Wohnen mit Service“, die für nur eine Wohnform im Alter doch recht verschiedenartig und teilweise vom Wesen her recht widersprüchlich sind. In Tabelle 7 werden die einzelnen Vertragsformen, die überwiegend in Kombination mit anderen Verträgen den rechtlichen Rahmen für die Bewohner konstituiert, in ihrer Auftretenshäufigkeit dargestellt. Folgende Vertragselemente kommen beim Betreuten Wohnen zur Geltung:



**Tabelle 7**

<b>Vertragsverhältnisse im Betreuten Wohnen</b>	
n = 594 (in %)	
<i>Folgende Vertragsformen werden in Kombination mit anderen Vertragsverhältnissen angeboten</i>	
Mietverträge	76,59
Pauschalverträge über Dienstleistungen	64,47
Kaufvertrag	29,96
Heimverträge	19,69
Darlehen	7,40
ohne Angaben	2,35

Quelle: LBS 1997

- Der Mietvertrag als Ausdruck eines auf gegenseitige Pflichten und Rechte, Selbstbestimmung und Wahlfreiheit beruhenden Vertragsverhältnisses, das im Betreuten Wohnen in ca.  $\frac{3}{4}$  aller grundlegenden vertraglichen Bindungen zur Anwendung gelangt, steht an erster Stelle.
- An zweiter Stelle mit fast  $\frac{2}{3}$  aller Vertragsverhältnisse stehen die Pauschalverträge über das Dienstleistungsangebot der jeweiligen Altenwohnanlagen. Durch Pauschalangebote sehen sich viele Senioren in ihrer Eigeninitiative eingeschränkt. Auch werden die Kosten für die Pauschalangebote als zusätzliche finanzielle Belastung aufgefasst. Diese Vertragsform erinnert viele an Heimstrukturen und betrachtet sie als ein gravierendes Unterscheidungskriterium zum eigen-ständigen Privathaushalt (Siehe Kapitel 2.2.).
- Mit weniger als einem  $\frac{1}{3}$  nehmen die Kaufverträge im Betreuten Wohnen die 3. Stelle ein. Eine Betreute Altenwohnung als Eigentum drückt ein hohes Maß an Selbstbestimmung und auch Mitverantwortung (Eigentümergeinschaft) aus. Wie bei einem Mietvertrag liegt bei dem Kaufvertrag ein großes Maß an Alltagsbezogener Normalität vor, berücksichtigt man, dass Wohneigentum in den letzten Jahrzehnten sich immer stärker ausbreitet.
- Fast 20 Prozent der Wohnanlagen bieten den Bewohnern Heimverträge an. Diese Vertragsform der stationären Altenhilfe im Betreuten Wohnen drückt eine eklatante Widersprüchlichkeit dergestalt aus, dass im Dienstleistungsbereich Versorgungsstrukturen der Heime dominieren, die aller Voraussicht nach Auswirkungen auf die Autonomie und das Wohnumfeld besitzen werden.
- Bewohnerdarlehen besitzen im Betreuten Wohnen einen relativ geringen Stellenwert. Hiervon sind überwiegend Wohnstifte und Seniorenresidenzen betroffen.

Betrachtet man die Kombinationen, in denen die Vertragsformen auftreten, so wird deutlich, dass eine Reihe unterschiedlicher Konstellationen von Vertragsformen im Betreuten Wohnen anzutreffen sind (Tabelle 8).

**Tabelle 8**

<b>Arten der Vertragsverhältnisse im Betreuten Wohnen</b>	
n = 580 (in %)	
Mietvertrag + Pauschalvertrag Dienstleistungen	38,62
Kaufvertrag + Mietvertrag + Pauschalvertrag Dienstleistungen	23,44
Mietvertrag	8,79
Heimvertrag	8,79
Heimvertrag + Bewohnerdarlehen	5,34
Kaufvertrag + Mietvertrag	4,13
Mietvertrag + Heimvertrag	2,93
Sonstige Vertragsverhältnisse	7,93

Quelle: LBS, 1997

Es überwiegen zwar in fast 40 Prozent der Betreuten Altenwohnanlagen die Kombination „Mietvertrag + Pauschalvertrag Dienstleistungen“, doch bereits mit 23 Prozent an zweiter Stelle liegt die Kombination „Kaufvertrag + Mietvertrag + Pauschalvertrag“. Diese Konstellation, die Eigentümer mit Mietern zusammenwohnen lässt, enthält die Gefahr einer potentiellen Abgrenzung der Bewohnergruppen untereinander. Eigentümer haben in der Regel einen höheren Sozialstatus als Mieter und sie haben darüber hinaus auch mehr Rechte und Einwirkungsmöglichkeiten (Eigentümersammlung u. a.). Wie stark sich Eigentümer als „elitäre Sondergruppe“ selbst von den anderen Bewohnern abgrenzen können, zeigt die Untersuchung der betreuten Wohnanlage „Haus am Weinberg“ in Stuttgart (BERGER et al., 1996).

Deutlich zeigt auch Tabelle 8, dass der Pauschalvertrag zu dem gängigsten Vertrags-elementen des Betreuten Wohnens gehört. Der Wert der LBS-Studie von 64,47 Prozent deckt sich fast mit dem Ergebnis der Untersuchung von SCHWEIKERT et al. (1995), der bei 243 Betreuten Wohnanlagen einen Anteil von 68 Prozent mit Pauschalangeboten ermittelte.

Nach einem Urteil des Verwaltungsgerichtes Düsseldorf vom 2. 12. 1997 unterliegen Einrichtungen des Betreuten Wohnens dem Heimgesetz, wenn ein Betreuungsvertrag abgeschlossen werden muss (KLIE, 1998b).

Die Vertragsverhältnisse im Betreuten Wohnen dokumentieren eine Entwicklung in diesem Bereich, der auf eine Verflechtung von Autonomiefördernden und Institutionsbezogenen Vertrags-elementen beruht. Somit offenbaren allein auch schon die Verträge im Betreuten Wohnen, dass es sich hierbei um eine Einrichtungen zwischen eigenständigem Privathaushalt und Heim handelt. Die Balance zwischen diesen Antipoden auch im rechtlichen Bereich kann als Indikator und auch als Qualitätsmerkmal für diese Form des Wohnens dienen.

Von KLIE (1998a) wird die Qualität des Vertragswesens unter dem Aspekt des Verbraucherrechtsschutzes kritisch betrachtet: „Betreuungsversprechen sind oft vage. Dienstleistungen in ihrer Art und in ihrer Intensität und Dauer bleiben unbestimmt.“

*Kosten- und Finanzierungsstrukturen:*

Die Verschiedenartigkeit der unterschiedlichen Modelle des Betreuten Wohnens zeigt sich auch an den Kosten- und Finanzierungsstrukturen.

Die Auswertung der LBS-Studie bringt allein neun verschiedene Konstellationen der Kosten- und Finanzierungsstruktur zutage (Tabelle 9). Ob es sich hierbei um einen Trend handelt, konnte durch andere Untersuchungen bisher nicht belegt werden.

**Tabelle 9**

<b>Formen der Kosten- und Finanzierungsstrukturen im Betreuten Wohnen</b>	
n = 490 (in %)	
Öffentlich geförderte Mietwohnungen (113)	23,06
Freifinanzierte Mietwohnungen (104)	21,22
Kauf (Eigentumswohnungen) + freifinanzierte Mietwohnungen (86)	17,55
Gesamtpensionspreis (70)	14,28
Kauf + freifinanzierte + öffentlich geförderte Mietwohnungen (36)	7,34
Freifinanzierte + öffentlich geförderte Mietwohnungen (26)	5,30
Heimkosten im Wohnbereich (23)	4,69
Kauf (Eigentumswohnungen) (15)	3,06
Kauf + öffentlich geförderte Mietwohnungen (12)	2,44
Sonstiges (5)	1,02

Quelle: LBS, 1997

Mehrere Entwicklungen treten jedoch, wie Tabelle 9 zeigt, deutlich hervor:

- Der Sektor der öffentlich geförderten Wohnungen ist relativ gering: Nur 23 Prozent der Einrichtungen sind durchgängig durch die öffentliche Hand subventioniert. Weitere 15 Prozent der Betreuten Wohnanlagen enthalten einen bestimmten Anteil öffentlich geförderter Wohnungen. Eine Schätzung des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern geht davon aus, dass in Baden-Württemberg nur zwischen 10 und 20 Prozent der Betreuten Wohnungen öffentlich gefördert sind (MAGS Baden-Württemberg, 1997).
- Der freie Wohnungsmarkt dominiert mit ca. 57 Prozent der Einrichtungen den Markt des Betreuten Wohnens. Rechnet man ca. 2/3 der Wohnstifte, Seniorenresidenzen und stark heimgebundenen Wohnanlagen hinzu, so kommt man auf einen Anteil von fast 75 Prozent.
- Fast jede 5. Einrichtung des Betreuten Wohnens besitzt eine Struktur mit Vollversorgungselementen (Gesamtpensionspreis und Heimkosten), ein Typus des Alterswohnens, der von seinem Wesen her stärker die Annehmlichkeiten und den gehobenen Status der angebotenen Serviceleistungen und der Ambiente betont und weniger Aspekte einer selbständigen Lebensführung thematisiert.
- Die fast schon Patchworkartigen und „zusammen gewürfelten“ Kombinationen von verschiedenen Miet- und Eigentumsverhältnissen im Betreuten Wohnen, die Auswirkungen auf Milieu und Kontaktmöglichkeiten in den jeweiligen Einrichtungen besitzen.

**Tabelle 10**

<b>Einrichtungen des Betreuten Wohnens mit homogener Kosten- und Finanzierungsstruktur</b>	
n = 490 (in %)	
Öffentlich geförderte Mietwohnungen	23,06
Freifinanzierte Mietwohnungen	21,22
Gesamtpensionspreis	14,28
Heimkosten	4,69
Kauf (Eigentumswohnungen)	3,06
<b>Insgesamt</b>	<b>66,31</b>

Quelle: LBS, 1997

Betrachtet man die Kosten- und Finanzierungsstrukturen im Betreuten Wohnen bzw. „Wohnen mit Service“ mit ihren jeweiligen unterschiedlichen Klientelstrukturen unter den Aspekten Homogenität versus Heterogenität, so kann festgestellt werden, dass 2/3 der Wohnanlagen homogen strukturiert sind (Tabelle 10).

Es kann hieraus der Schluss gezogen werden, dass das Klientel dieser Betreuten Wohnanlagen vom sozialen Status und dem Einkommen her sich nicht stark voneinander unterscheiden werden. Diese Homogenität wird sich nach bisherigen Erkenntnissen positiv auf die Wohnatmosphäre und das Kontaktverhalten auswirken (Siehe Kapitel 7.1.).

Auf der anderen Seite sind 15 Prozent der Betreuten Wohnanlagen von der Kostenstruktur und damit auch von der dazugehörenden Klientel her stark heterogen ausgerichtet (Tabelle 11). Wenn man sich vorstellt, dass Wohnungseigentümer und Mieter einer öffentlich geförderten Wohnung Tür an Tür wohnen sollten, wird man mit einem großen Maß an Ab- und Ausgrenzungen rechnen müssen. Sind nämlich die Unterschiede im Bereich der materiellen Ressourcen (Einkommen), dem damit verbundenen Lebensstil und auch im sozialen Status (Bildungsstand, frühere berufliche Position) sehr stark voneinander abweichend, so werden Gruppen- oder Cliquenbildung in den Wohnanlagen mit damit verbundenen negativen Fremdbildern und ständigen Animositäten die Folge sein.

In den USA und in anderen Ländern hat sich gezeigt, dass das Ausmaß an Homogenität der Bewohner hinsichtlich verschiedener Aspekte (Rüstigkeit, Familienstand, ethnische Herkunft u. a.) ein entscheidendes Element für die Zufriedenheit und das Wohlbefinden darstellt (Siehe Kapitel 7.1.).

**Tabelle 11**

<b>Einrichtungen des Betreuten Wohnens mit stark heterogener Kosten- und Finanzierungsstruktur</b>	
n = 490 (in %)	
Kauf + freifinanzierte + öffentlich geförderte Mietwohnungen	7,34
Freifinanzierte Mietwohnungen + öffentlich geförderte Mietwohnungen	5,30
Kauf + öffentlich geförderte Mietwohnungen	2,44
<b>Insgesamt</b>	<b>15,08</b>

Quelle: LBS, 1997

Betreute Wohnanlagen mit geringer Heterogenität bestehen aus den Einrichtungen, die die Kombination „Kauf (Eigentumswohnungen) + freifinanzierte Mietwohnungen“ für ihre Kosten- und Finanzierungsstrukturen gewählt haben. Ihr Anteil beträgt 17,55 Prozent.

In diesen Einrichtungen werden aller Voraussicht nach vom Einkommen und damit auch von der sozialen Schichtung her nicht stark voneinander abweichende Klientelgruppen zusammentreffen.

Insgesamt lässt sich bezogen auf die Kosten- und Finanzierungsstrukturen Betreuter Wohnanlagen die Einschätzung treffen, dass die verschiedenen Konstellationen eher zufällig oder willkürlich im Vorfeld der Planung und Vorbereitung entstanden sind. Wenn nur 2/3 der Einrichtungen über homogene Sozialstrukturen aufgrund der Finanzierungsmodalitäten verfügen werden, dann ist das ein Ausdruck unzureichender Planung im Bereich sozialökologischer und sozialpsychologischer Milieugestaltung.

#### 3.1.4. Perspektiven und Problemfelder des Betreuten Wohnens in Deutschland

Die Vielfalt der Formen des Betreuten Wohnens ist nicht nur ein Spezifikum in Deutschland.

SCHULTE (1996) konstatiert im Rahmen einer vergleichenden Analyse der Altenhilfestrukturen in Europa, dass es sich beim Betreuten Wohnen in Europa um ein relativ neues sozialpolitisches Problem handelt. Leistungsspektrum, Organisation, Finanzierung und auch rechtliche Aspekte sind augenblicklich noch nicht in ausreichendem Maße geklärt. Dementsprechend bestehen in Europa große Unterschiede in den Bereichen Leistungen und auch Leistungserbringer.

Die Entwicklung in Richtung Betreutes Wohnen in Europa wird regelrecht als ein „Paradigmenwechsel“ aufgefasst: Die Abkehr von den herkömmlichen Heimstrukturen und Hinwendung zu altengerechten und integrierten Wohnstrukturen mit flankierenden Dienstleistungen bieten neue Chancen und Perspektiven für die älteren Menschen (SCHULTE, 1996).

Die Leitprinzipien und Ziele europäischer Altenhilfepolitik basieren auf der Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der älteren Menschen. In diesem Kontext erhalten Wohn- und Betreuungskonzepte, die Autonomie, Integration und Normalität auch im Stadium beginnender Gebrechlichkeit fördern wollen, einen besonderen Stellenwert (SCHULTE, 1996).

Wie amorph Betreutes Wohnen in Deutschland im Gegensatz zum Heimbereich gestaltet ist, lässt sich an der fehlenden Verrechtlichung dieses Leistungsangebotes ablesen. Während es ein Heimgesetz, eine Heimmindestbau- und eine Heimpersonalmindestverordnung und vielleicht noch weitere Verordnungen und Bestimmungen für die stationäre Altenhilfe gibt, bleibt gegenwärtig die Einrichtung Betreutes Wohnen rechtlich noch relativ unstrukturiert. Im Augenblick ist noch ungeklärt, ob es sich beim Betreuten Wohnen um Sonderwohnformen oder normale Wohnungen (Heimgesetz versus Mietrecht) handelt.

Es wird für die weitere Ausbreitung des Angebotes Betreutes Wohnen von großer Bedeutung sein, für Senioren ausreichende Formen der Rechtssicherheit und damit auch der Leistungs- und Wohnstandards im Betreuten Wohnen zu erzielen. Betreutes Wohnen muss wie der Heimbereich normiert, standardisiert und einer öffentlichen

Kontrolle zugänglich gemacht werden. Nur so wird gewährleistet werden können, dass die nötige Transparenz bei diesem Betreuungs- und Wohnangebot entstehen kann, die interessierten Senioren die erforderlichen Informationen und Perspektiven in ihrer weiteren Lebensgestaltung bieten können.

Die Nachfrage nach Angeboten des Betreuten Wohnens im Alter rekrutiert sich überwiegend aus älteren Menschen, die aus sozialen, gesundheitlichen und auch Wohnungsbezogenen Gründen wie Mieterhöhung, Kündigung u. a. sich diesem Leistungsangebot in der Regel zuwenden müssen. Den Privathaushalt können sie aus verschiedenen Gründen nicht mehr eigenständig meistern, für das Pflegeheim sind sie jedoch noch zu rüstig (Siehe Kapitel 4).

Dieser Seniorengruppe sollte Rechtsschutz hinsichtlich der Gewährleistung des Betreuungs- und Versorgungsumfanges und der Betreuungs- und Versorgungsdichte im Betreuten Wohnen mittels entsprechender staatlicher Normierungs- und Standardisierungsmaßnahmen gegeben werden.

Gegenwärtig bestimmen in Deutschland überwiegend Markt- und damit Renditeinteressen den Bereich der Seniorenimmobilien, die vorrangig an Verkauf und Umsatz orientiert sind, langfristige Verpflichtungen wie die Vorhaltung von Dienstleistungen jedoch nur nachgeordnete Bedeutung beimessen.

Diese Unstrukturiertheit im rechtlichen Bereich findet seine Entsprechung im fachlichen und Versorgungsbezogenen Bereich in dem Ausmaß wie die Fragen nach Leistungsgrenzen, soziale Milieugestaltung und auch Einkommensabhängigkeit des Betreuten Wohnens nicht ausreichend geklärt sind.

Von der Lösung dieser Problemfelder wird es m. E. abhängen, ob das Leistungsangebot Betreutes Wohnen sich zu einem flächendeckenden Regelangebot entwickeln werden kann. Andernfalls droht die Gefahr, dass Betreutes Wohnen ähnlich wie das Leistungssegment Wohnstifte und Seniorenresidenzen auf das Klientel der Senioren der gehobenen Einkommensschichten beschränkt bleiben wird und überwiegend von Kräften der Immobilien- und Bauwirtschaft getragen werden wird.

Im Folgenden werden die Problembereiche „Leistungsgrenze“, „soziale Milieugestaltung“ und „Einkommensabhängigkeit“ nur kurz angeführt unter dem Gesichtspunkt, inwieweit diese Faktoren negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Betreuten Wohnens in Deutschland haben können. Weitere Ausführungen zu diesen Gegenstandsbereichen im Kontext des Standes Erfahrungen und Erkenntnisse werden in nachfolgenden Kapiteln (Kapitel 5 und 7.2.) gemacht werden.

#### *Problemfeld Leistungsgrenze*

Die entscheidende Frage in diesem Bereich lautet: Soll im Betreuten Wohnen ständige Pflege als Standarddienstleistung möglich sein? Gilt im Falle der ständigen Pflege für die Pflegeversicherung Betreutes Wohnen als Privathaushalt oder als Heim? Kann in der organisatorischen und räumlichen Struktur des Betreuten Wohnens die ständige Pflege demenziell Erkrankter und Schwerstpflegebedürftiger gewährleistet werden?

Internationale Erfahrungen und Erkenntnisse gehen von einer Trennung der Bereiche autonomes Wohnen und ständiger Pflege aus, sieht man von neueren Konzepten ab, die Formen der „Leichtpflege“ noch im Wohnbereich gestatten („Very Sheltered Housing“ und „Assisted Living“, siehe hierzu Kapitel 3.2.2. und 3.3.1.).

Erkenntnisse der Arbeits- und Pflegewissenschaften haben belegt, dass die Grundvoraussetzungen für eine optimale Pflege aus einem homogenen Klientel und spezifischen Raum- und Organisationsstrukturen bestehen. Abweichungen bzw. Nichtbeachtung dieser Prinzipien wirken sich in der Regel dergestalt aus, dass die Pflegequalität hiervon stark beeinträchtigt wird und zusätzlich auch Mehrkosten entstehen (LIND, 1995a).

Legt man die Prinzipien des Pflege-Versicherungsgesetzes (SGB XI) strikt aus, dann dürften abgesehen von den zu erwartenden suboptimalen Pflege zumindest nach den Prinzip der Wirtschaftlichkeit (§ 29 SGB XI) und nach dem Prinzip der Beitragsstabilität (§ 70 SGB XI) keine Pflegeleistungen im Betreuten Wohnen abgerechnet werden können.

Im Rahmen des Problemfeldes Leistungsgrenze müssen jedoch auch die Fragen der Zuständigkeit beim Auftreten dauerhafter Pflegebedürftigkeit gemäß den Bedürfnissen der Betroffenen konzeptionell geklärt werden. Bloßes Verlegen ist ebenso keine angemessene Lösung wie der weitere Verbleib in der Einrichtung. Kooperationsmodelle zwischen Betreuten Wohnanlagen und Einrichtungen der stationären Altenhilfe können hierbei Wege weisen.

#### *Problemfeld soziale Milieugestaltung*

Betreutes Wohnen oder „Wohnen mit Service“ in Deutschland weisen bezogen auf die Milieugestaltung zwei problematische Tendenzen auf: Entweder wird der Milieuaspekt organisatorisch und planerisch gar nicht thematisiert und damit dem Selbstlauf überlassen oder es wird auf das Prinzip der Heterogenität anstelle der Homogenität als Strukturelement für die Zusammensetzung der Bewohnerschaft zurückgegriffen.

Wie stark das Heterogenitätsprinzip von Entscheidungsträgern favorisiert wird, zeigen folgende Einschätzungen:

- Das Ministerium für Bauen und Wohnen NRW (1997) favorisiert für die Wohnformen im Alter „die Mischung in verschiedener Hinsicht (Jung und Alt, verschiedene Einkommensgruppen, verschiedene Wohnungs- und Gebäudetypen und -größen etc.)“.
- In Baden-Württemberg wird für das Betreute Wohnen eine Mischung der Bewohnerschaft hinsichtlich Rüstigkeit und Hilfebedürftigkeit empfohlen, um durch solch einen „Mix“ nachbarschaftliches Wohnen und gegenseitige Hilfe zu fördern (RACKI, 1995; Städtetag Baden-Württemberg et al., 1995).

Bezogen auf das Heterogenitätsprinzip des Betreuten Wohnens bedarf es jedoch des ausdrücklichen Hinweises, dass bisher nach dem Stand der Forschung das Maß an Gemeinsamkeiten u. a. hinsichtlich Rüstigkeit und sozialem Status das Zusammenleben und entsprechend auch das Wohlbefinden und die Wohnzufriedenheit fördern (Homogenitätsprinzip) (siehe Kapitel 7.1.).

Gerade in einem Mikrokosmos einer Betreuten Wohnanlage, in der im Laufe der Jahre klientel- und rüstigkeitsbedingt die Außenorientierung der sozialen Kontakte abnimmt und das Binnenmilieu von vielen als psychisch belastend empfunden wird

(„Klatsch- und Tratsch“-Vorwürfe, Klagen über mangelnde Privatheit u. a.), bedarf es der Zusammensetzung der Bewohnerschaft nach dem Prinzip der Ähnlichkeit und damit auch Vertrautheit.

Berücksichtigt man des weiteren, dass das Klientel Betreuter Wohnanlagen aufgrund körperlicher, seelischer und sozialer Einschränkungen, die teils altersbedingt sind, mehr in die Wohnanlage „geschoben“ werden (so genannter „push-Faktor“) als dass sie sich aus freiem Willen für diese Wohnform entschieden haben, so bedarf es eines Milieus und einer Bewohnerschaft mit hohen integrativen Kapazitäten hinsichtlich Eingewöhnung, Eingliederung und psychosozialer Stabilisierung. Ein „Integrationsmilieu“ beruht hierbei letztlich auf der Homogenität der Klientel.

Ein auf Heterogenität der Klientel basierendes Milieu kann in diesem Zusammenhang als ein „Konfrontationsmilieu“ bezeichnet werden, dass neben Entfremdungsempfindungen, Rückzugsverhalten oder höchstens noch Formen einer Subgruppenorientierten Cliquenbildung zulässt. Isolierung und Stress sind die psychosozialen Auswirkungen dieser Milieustrukturen (Siehe Kapitel 7).

Wohnzufriedenheit und nachbarschaftliche Kontakte werden im Betreuten Wohnen nur dann in ausreichendem Maße entstehen können, wenn bei der Planung und Vorbereitung der Wohnanlagen die sozialökologischen und sozialpsychologischen Prinzipien der Homogenität als Strukturbestimmende Faktoren Berücksichtigung finden.

#### *Problemfeld Einkommensabhängigkeit*

Wie bereits weiter oben mehrfach angeführt, wird der Markt Betreutes Wohnen oder „Wohnen mit Service“ gegenwärtig von privaten Investoren (Investmentfonds, Bauwirtschaft u. a.) dominiert. Der durch den sozialen Wohnungsbau geförderte Anteil liegt bei 20 - 25 Prozent und wird angesichts der Finanznot der öffentlichen Haushalte ständig weiter zurückgehen.

Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes hatten die Rentner im Einpersonenhaushalt 1993 in den alten Bundesländern durchschnittlich über 1.985 DM für den privaten Verbrauch zur Verfügung, wovon 35 Prozent (687 DM) für die Miete aufgewendet wurden (MÜNNICH, 1997). Es ist nachvollziehbar, dass Mieten in freifinanzierten Wohnanlagen von 1.200 DM und teilweise mehr mit diesem Budget nicht bezahlt werden können.

Es besteht die Gefahr, dass Betreutes Wohnen sich auf die gehobenen Einkommensgruppen der Senioren (ca. 10 Prozent) beschränken wird. Dieser Einkommensgruppe wurden bisher überwiegend Wohnstifte und Seniorenresidenzen offeriert, so dass jetzt einkommensstarke Senioren über eine Auswahl verschiedener Wohn-Betreuungsmodelle verfügen können.

Sollten für die restlichen 90 Prozent der Senioren in naher Zukunft jenseits des eigenständigen Privathaushaltes nur noch das Altenpflegeheim existieren, so werden zwei Entwicklungsprozesse entstehen können, die seniorenspezifisch aber auch wohnungspolitisch sehr bedenklich sind:

- Senioren verbleiben trotz eingeschränkter Kompetenzen in ihrer sie überfordernden Wohnwelt (zu großer Wohnraum, obere Etagen, Fehlen einer Sam-



melheizung u. a.) und werden auch mit Hilfe ambulanter Dienste auf ein gehöriges Quantum an Wohn- und Lebensqualität verzichten müssen.

- Gegenwärtig verfügt der alte Mensch im Einpersonenhaushalt in den alten Bundesländern über durchschnittlich 71 qm Wohnfläche (MÜNNICH, 1997). Durch einen Umzug in eine altengerechte Wohnung eingestreut oder in einer Betreuten Wohnanlage reduziert sich die Wohnfläche auf ca. 35 - 40 qm. Hierdurch wird der Wohnkreislauf dergestalt in Gang gesetzt, dass die frei werdende und bisher untergenutzte Wohnfläche wieder an bezugsberechtigte Personen (junge Familien u. a.) neu vermietet werden kann. Wird jedoch den Senioren kein attraktiver und bezahlbarer Wohnraum angeboten, wird es zu einem sozialpolitisch bedenklichen „Stau“ auf dem Wohnungsmarkt kommen.

Es wird in nächster Zeit eine wichtige Aufgabe der Verantwortlichen in allen Bereichen der Verwaltung, Wohnungswirtschaft und Sozialpolitik sein, Lösungen und Konzepte für einkommensunabhängige Formen des Betreuten Wohnens zu entwickeln.

Angesichts der Tatsache, dass bisher alle demographischen Prognosen von einer weiteren Zunahme der Senioren an der Gesamtbevölkerung ausgehen, sind wohnungs- und auch sozialpolitisch Strategien für Altersangemessene Wohnmöglichkeiten gefragt.

Deutschland scheint augenblicklich gegenüber seinen europäischen Nachbarn Großbritannien, Dänemark und die Niederlande in diesem Bereich stark im Hintertreffen zu liegen (SCHULTE, 1997).

Fasst man die Auswirkungen der Problemfelder „Leistungsgrenze“, „soziales Milieu“ und „Einkommensabhängigkeit“ des Betreuten Wohnens in Deutschland zusammen, so darf die These aufgestellt werden, dass Betreutes Wohnen noch kein ausgereiftes Wohn- und Betreuungsmodell darstellt und für Senioren unter den gegebenen Bedingungen auch keinerlei Zuwachs an Lebensqualität mit sich bringt.

### **3.2. Formen des Betreuten Wohnens in England und Wales**

Der folgende Abschnitt hat Betreutes Wohnen in England und Wales zum Gegenstand. Im Gegensatz zu Deutschland ist auf der britischen Insel Betreutes Wohnen im Alter eine etablierte Institution, die in relativ standardisierter Form im ganzen Lande flächendeckend schon seit gut 20 Jahren vorgehalten wird. Das Wissen über diesen Einrichtungstypus in England und Wales kann eine Reihe von Erkenntnissen und Erfahrungen für die Verantwortlichen in Deutschland vermitteln. Es kann vielleicht dazu beitragen, Fehlentwicklungen in der Planung und Konzeptentwicklung, von denen meines Erachtens eine nicht unbeträchtliche Anzahl vorliegen, frühzeitig zu erkennen. Es kann auf der anderen Seite auch die Schwachstellen dieses Wohnbetreuungsansatzes deutlich werden lassen.

Besonders interessant ist auch, dass Betreutes Wohnen in England und Wales allem Anschein nach seine „besten Jahre“ bereits hinter sich zu haben scheint und dass Überlegungen zur Weiterentwicklung dieser altersspezifischen Wohnform unternommen werden.

### 3.2.1. Betreutes Wohnen im Wandel der veränderten Sozialpolitik

Großbritannien nimmt neben den Niederlanden und Dänemark im Bereich des Wohnens im Alter und dem Betreuten Wohnen in Europa eine Vorreiterstellung ein (SCHULTE, 1996).

Betreutes Wohnen in Großbritannien kann bereits auf eine jahrzehntelange Geschichte zurückblicken, die kurz nach dem 2. Weltkrieg begann und im Laufe der Zeit inhaltlichen und konzeptionellen Änderungen ausgesetzt war.

Für Verantwortliche in Deutschland im Bereich Betreutes Wohnen im Alter werden die britischen Erfahrungen angesichts zweier grundlegender Änderungen der Sozialpolitik im Altenhilfesektor von Bedeutung sein, da sie Aufschluss über Bedarf und Nachfrage nach diesen Dienstleistungen geben können. Folgende Entwicklungen hatten und haben noch Auswirkungen auf das Betreute Wohnen:

a) Anfang der 60er Jahre setzte in der Altenhilfepolitik ein Wandel ein: Abkehr von der bloßen Heimversorgung, deren Mängel immer stärker zu Tage traten, und eine Hinwendung zur gemeindenahen Versorgung („care in the community“). Im Rahmen dieser Politik wurde auch die Wohnbaugesetzgebung dahingehend geändert, dass die speziellen Bedarfe der Behinderten und alten Menschen Berücksichtigung fanden. Parallel hierzu erhielten die Wohnungsbaugesellschaften Subventionen für den Bau von Betreuten Altenwohnanlagen (SCHULTE, 1994).

Seit diesem Zeitpunkt expandierte das Leistungsangebot Betreutes Wohnen in Großbritannien (Siehe Tabelle 12).

**Tabelle 12**

<b>Wohneinheiten Betreutes Wohnen in England und Wales im Zeitraum 1950 – 1992</b>					
Jahr	1950	1960	1970	1981	1992
Anzahl der Wohneinheiten	7.000	21.000	97.000	299.000	641.000

Quellen: Mc CAFFERTY, 1994; SCHULTE, 1994

b) Zu Beginn der 90er Jahre wurde die Altenhilfepolitik durch die neoliberalen Strategien der Entstaatlichung der Thatcher-Regierung (Privatisierungstendenzen im Bereich der Träger sozialer Dienstleistungen) erneut modifiziert: Rückzug des Staates u. a. in Gestalt der kommunalen Sozialämter aus dem Bereich der Leistungserbringung bei gleichzeitigem Ausbau der Bedarfsermittlung und Vermittlung der Dienste nach dem Konzept „care manager“ und Verstärkung der Leistungen vor Ort, die den weiteren Verbleib in der eigenen Wohnung fördern (National Health Service and Community Care Act von 1990) (SCHULTE, 1996; WALKER et al., 1996).

Im Rahmen dieser Politik treten Wohnanpassungsmaßnahmen („Staying put“), technische Hilfen (Alarmanlagen u. a.) und ambulante Dienste immer stärker in Konkurrenz zum Betreuten Wohnen. Des Weiteren steht Betreutes Wohnen gegenwärtig hinsichtlich Effizienz und Effektivität der Leistungserbringung in der Kritik (Siehe Kapitel 3.2.5). Die Privatisierungstendenzen zeigen auch im Bereich Betreutes Wohnen Wirkung: Errichteten 1981 kommunale Träger noch 5.558 Wohneinheiten im Bereich des Betreuten Wohnens, so waren es 1992 nur noch 667 Wohneinheiten. Auf der

anderen Seite bauten private Träger 1981 nur 130 Wohneinheiten und 1992 bereits 1.266 Wohnungen des Betreuten Wohnens ( WALKER et al., 1996).

Betreutes Wohnen verliert gegenwärtig im Kontext der Dienste für Senioren nicht nur an Bedeutung, es werden in letzter Zeit vermehrt die Mängel und Kosten dieses Leistungsangebotes moniert (BESSEL, 1985; SCHULTE, 1994; TINKER et al., 1995).

Betreutes Wohnen in Großbritannien wird auch als ein Instrument in der allgemeinen Wohnungspolitik aufgefasst: Durch Umzug in kleinere und altengerecht ausgestattete Wohnungen werden große und von den Senioren überwiegend untergenutzte Wohnungen wieder frei, die besonders für junge Familien mit geringerem Einkommen vorgesehen sind (FLETCHER, 1991; SCHULTE, 1994; TINKER, 1989).

In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, dass Anfang der 80er Jahre über 40 Prozent der Senioren in Großbritannien in kommunalen Wohnungen lebten, ein etwa gleich hoher Anteil in Eigentumswohnungen oder Eigenheimen und etwas mehr als 10 Prozent in Einrichtungen (SCHULTE, 1994). Da ca. 2/3 der Wohneinheiten des Betreuten Wohnens sich ebenfalls in den kommunalen Händen befinden, kann besonders im Bereich der öffentlich geförderten Wohnungen ein starker Entlastungseffekt hinsichtlich der Neuvermietung kommunaler Wohnungen erzielt werden.

Ein wichtiges Ziel Betreuten Wohnens in Großbritannien ist die Versorgung der Senioren mit Wohnungen des normalen Standards (Sammelheizung u. a.), denn noch Anfang der 90er Jahre sind nur 66 Prozent der Einpersonenhaushalte der Senioren mit Zentralheizungen ausgerüstet.

Die Senioren in Großbritannien sind gegenüber der Gesamtbevölkerung mit schlechterem Wohnraum ausgestattet (WALKER et al., 1996).

Hinsichtlich der Ausbreitung des Betreuten Wohnens wird davon ausgegangen, dass ca. 5 Prozent der Senioren in Formen des Betreuten Wohnens leben (BULL et al., 1989; FLETSCHER, 1991; TINKER, 1987). Die angestrebte Versorgungsdichte von 50 Wohneinheiten im Betreuten Wohnen auf 1000 Senioren wurde bereits in den 80er Jahren erreicht (SCHULTE, 1994).

Eine neuere Untersuchung schätzt den Anteil der Senioren im Betreuten Wohnen auf fast 9 Prozent (WALKER et al., 1996). Der Bedarf an Betreutem Wohnen wird von HEUMANN (1980) auf 8 Prozent der Altenbevölkerung angesetzt.

### 3.2.2. Typen des Betreuten Wohnens in England und Wales

In England und Wales wird Betreutes Wohnen (Sheltered Housing) in vier Untergruppen unterschieden (APPLETON, 1993; FLETSCHER, 1991; Mc CAFFERTY, 1994).

1969 wurden in Großbritannien mittels einer staatlichen Verordnung Mindestanforderungen für das Betreute Wohnen formuliert, die bis 1981 Gültigkeit besaßen. Diese Standardfestsetzung führte zur Unterscheidung der Kategorie 1 und 2 (SCHULTE, 1994).

1984 wurde mittels der Registered Homes Act eine weitere Differenzierung des Angebotes an Betreutem Wohnen vorgenommen, indem die Wohnbetreuungsform mit

umfangreicheren Dienstleistungen und größerer Personaldichte „Very Sheltered Housing“ (Kategorie 2 ½) hinzu kam (BULL et al., 1989).

Die einzelnen Typen des Betreuten Wohnens werden im Folgenden kurz dargestellt, wobei auch auf Trägerschaft und Umfang des jeweiligen Angebotes eingegangen wird. Grundlage der Ausführungen ist die Erhebung von Mc CAFFERTY (1994), die 1992 in England und Wales durchgeführt wurde. In Tabelle 13 werden alle wesentlichen Fakten der Erhebung über den Gegenstandsbereich Betreutes Wohnen noch einmal zusammengefasst.

#### *Einrichtungen der Kategorie 1:*

Die Altenwohnanlagen dieser Kategorie bestehen in der Regel aus altengerechten Wohnungen für vorzugsweise rüstige Senioren. Teilweise verfügen diese Einrichtungen über Hausbetreuer ("warden") und Notrufanlagen. Einige Einrichtungen bieten auch Gemeinschaftsräume, Waschmaschinenräume und Gästezimmer an.

Anfang der 90er Jahre wurden 126.863 Wohneinheiten in England gezählt, das sind 20 Prozent aller Betreuten Altenwohnungen (Mc CAFFERTY, 1994). 74 Prozent der Wohneinheiten sind in kommunaler Verwaltung und 20 Prozent werden von gemeinnützigen Wohnungsbaugesellschaften geführt.

Der Personalschlüssel in Einrichtungen der Kategorie 1 beträgt 3,9 Mitarbeiter bezogen auf 100 Bewohner (Mc CAFFERTY, 1994).

#### *Einrichtungen der Kategorie 1,5:*

Einrichtungen der Kategorie 1,5 unterscheiden sich von Einrichtungen der Kategorie 1 dahingehend, dass ein Hausbetreuer ("warden") und ein Notrufsystem obligatorisch sind. Einrichtungen der Kategorie 1,5 haben in der Regel keine Gemeinschaftseinrichtungen (Gemeinschaftsraum, Waschmaschinenraum etc.).

Es wurden 150.715 Wohneinheiten in dieser Kategorie gezählt, das entspricht 23 Prozent der Betreuten Wohneinheiten. 87 Prozent befinden sich in kommunaler und 10 Prozent in gemeinnütziger Trägerschaft.

Der Personalschlüssel beträgt 5,4 Mitarbeiter pro 100 Bewohner (Mc CAFFERTY, 1994).

#### *Einrichtungen der Kategorie 2:*

Einrichtungen der Kategorie 2 sind die typischen Sheltered Housing, d. h. Einrichtungen für leicht hilfebedürftige und gebrechliche ältere Menschen. Die Einrichtungen müssen einen Hausbetreuer und ein Rufsystem anbieten. Gemeinschaftseinrichtungen wie ein Gemeinschaftsraum, ein Waschmaschinenraum und eventuell ein Gästezimmer gehören zur Grundausstattung.

Mc CAFFERTY (1994) ermittelte 328.746 Wohneinheiten in England (51 Prozent aller Betreuten Wohneinheiten). 68 Prozent befinden sich in den Händen der Kommunen und 30 Prozent werden von gemeinnützigen Wohnungsbaugesellschaften geführt.

Der Personalschlüssel beträgt 9 Mitarbeiter pro 100 Bewohner.

### *Einrichtungen der Kategorie 2,5:*

Die Einrichtungen dieses Typus werden "Very Sheltered Housing" oder auch „Extra Care“ genannt. Sie sind vorwiegend für stark hilfe- und leicht pflegebedürftige Senioren konzipiert.

Zusätzlich zu den Gemeinschaftseinrichtungen der Kategorie 2 verfügen sie über Pflegebäder, Spül- und Reinigungsräume u. a..

Die Einrichtungen bieten neben Betreuungs- und Pflegeleistungen auch Mahlzeiten an.

Die Einrichtungen verfügen über zusätzliches Betreuungspersonal ("extra warden") und Pflegehelfer. Der Personalschlüssel beträgt 43 Mitarbeiter auf 100 Bewohner.

Dieser Einrichtungstypus wird erst seit Anfang der 80er Jahre angeboten. Mc CAFFERTY ermittelte 14.782 Wohneinheiten (2 Prozent aller Betreuten Altenwohnungen). 45 Prozent sind in kommunaler und 45 Prozent in Händen der Wohnungsbau-gesellschaften.

### *Weitere Einrichtungstypen des Betreuten Wohnens:*

3 Prozent (20.389 Einheiten) der Betreuten Wohneinheiten in England lassen sich nicht in dieses Kategoriensystem einordnen (Mc CAFFERTY, 1994). Es sind z. B. "Linked Schemes", das sind heimgebundene Altenwohnanlagen, die die Dienstleistungen des Heimes mitnutzen können. Auch die Einrichtungen der Abbeyfield-Gesellschaften gehören hierzu: Ca. 8 - 10 Senioren teilen sich mit einer "Hausmutter", die Hauswirtschafts- (Kochen u. a.) und Betreuungsleistungen erbringt, ein Haus, wobei jeder Bewohner über eine eigene Wohneinheit verfügt.

54 Prozent dieser Einrichtungen sind kommunal geführt, 15 Prozent von den gemeinnützigen Wohnungsbaugesellschaften und 27 Prozent von den Abbeyfield-Gesellschaften.

Der Personalschlüssel beträgt 31 Mitarbeiter für 100 Bewohner.

**Tabelle 13**

<b>Einrichtungen des Betreuten Wohnens in England und Wales</b>				
	<b>Betr. Wohnen Kategorie 1</b>	<b>Betr. Wohnen Kategorie 1,5</b>	<b>Betr. Wohnen Kategorie 2</b>	<b>Betr. Wohnen Kategorie 2,5</b>
<b>Anzahl der Wohneinheiten</b>	126.000	150.715	328.746	14.782
<b>Prozent der Wohneinheiten Betr. Wohn.</b>	20	23	51	2
<b>Kommunale Träger in Pro- zent</b>	74	87	68	45
<b>Personal pro 100 Bewohner</b>	3,9	5,4	9	43

Quelle: Mc CAFFERTY, 1994

Insgesamt sind von Mc CAFFERTY (1994) in England 641.494 Wohneinheiten gezählt worden.

Bezüglich der Ruf- und Notrufanlagen ermittelte er folgende Werte: 20 Prozent der Wohneinheiten verfügen über kein Sicherheitssystem, 5 Prozent verfügen nur über ein technisches Notrufsystem, 1 Prozent verfügen nur über einen Hausbetreuer (oh-

ne Rufsystem) und 74 Prozent der Wohneinheiten haben sowohl einen Hausbetreuer als auch eine Notrufanlage.

Die Ruf- und Betreuungssysteme sind u. a. bedingt durch die technologische Weiterentwicklung immer seltener Einrichtungsgebunden und verstärkt zentral geführt. Mc CAFFERTY (1994) ermittelte, dass nur noch 36 Prozent der Wohneinheiten Hausgebundene Alarmsysteme besitzen, während 64 Prozent bereits zentral geführte Alarmsysteme verfügen.

Es lässt sich zusammenfassend feststellen, dass das Angebot Betreutes Wohnen in England und Wales einerseits sehr umfangreich und andererseits auch sehr differenziert in seinen Leistungsangeboten ist.

Im folgenden Abschnitt wird eingehend auf den Typus „Very Sheltered Housing“ (andere Bezeichnungen: „Sheltered Housing with Care“ oder „Extra Care“) eingegangen, um Vergleiche mit deutschen Einrichtungen des Betreuten Wohnens anstellen zu können.

### 3.2.3. Evaluation des Typus Very Sheltered Housing

Betreutes Wohnen nach dem Modell „Very Sheltered Housing“ besitzt zwar in England und Wales mit nur 2 Prozent oder 14.782 Wohneinheiten im Gegensatz zu den anderen Formen Betreuten Wohnens gegenwärtig nur eine nachrangige Bedeutung im Spektrum der Dienste und Wohnformen für Senioren, doch es wird von einigen Altenhilfeexperten in Großbritannien als das „Modell der Zukunft“ betrachtet (BESSEL, 1985; FLETCHER, 1991; TINKER, 1989 u. 1993).

Very Sheltered Housing ähnelt in einigen Bereichen (Leistungsspektrum, Räumlichkeiten, Klientel) dem deutschen Konzept Betreutes Wohnen nach der Leistungsstufe III: Neben hauswirtschaftlichen und betreuenden Diensten werden pflegerische Leistungen (überwiegend Grundpflege) für Senioren erbracht, die nach ihrem körperlich-geistigen Zustand für Betreutes Wohnen der Leistungsstufe II („Sheltered Housing“) bereits zu gebrechlich und für Einrichtungen der Kategorie 3 (Stationäre Altenhilfe in England und Wales: Nursing Homes, Residential Care) noch zu rüstig sind.

Diese beiden Faktoren - Zukunftsträchtigkeit und die Ähnlichkeit mit deutschen Einrichtungen - sind Gründe, um das Modell Very Sheltered Housing eingehender vorzustellen. Die folgenden Ausführungen basieren auf der Untersuchung von A. TINKER (1989), die für das Umwelt- und Sozialministerium Großbritanniens diese Form des Betreuten Wohnens einer Evaluation unterzog (n = 225). Die Ergebnisse ihrer Studie werden gemeinsam mit den bereits aus Deutschland vorliegenden Daten über Betreutes Wohnen erörtert werden.

#### *Einrichtungsgröße, Wohnungsschnitt und Gemeinschaftseinrichtungen*

Die Very Sheltered Housing-Einrichtung umfasst durchschnittlich 31 Wohneinheiten. Bezogen auf deutsche Verhältnisse sind die Einrichtungen somit relativ klein (Siehe Tabelle 1, Kapitel 3.1.3)

Die Wohneinheiten bestehen überwiegend aus Einzimmerwohnungen („bedsitters“). Die gemeinnützigen Verbände „Abbeyfield“ und „Almhouses“ bieten ihre Einzimmerwohnungen häufig ohne Küchenteil an.

In deutschen Einrichtungen des Betreuten Wohnens dominieren laut LBS-Erhebung (n = 36.747 Wohneinheiten) Zweizimmerwohnungen (45 Prozent), an zweiter Stelle befinden sich Einzimmerwohnungen (32 Prozent) (LBS, 1997) (Siehe Tabelle 23, Kapitel 8.1.).

Die Ausstattung mit Gemeinschaftseinrichtungen ist bezogen auf die deutschen Verhältnisse relativ bescheiden: 63 Prozent der Very Sheltered Housing-Einrichtungen verfügen über einen Gemeinschaftsraum (Deutschland: LBS-Erhebung: 81 Prozent), 73 Prozent der Einrichtungen besitzen Waschräume (Deutschland: 80 Prozent) und 54 Prozent ein Pflegebad (Deutschland: 67 Prozent) (In Tabelle 14 sind nur die Daten der Einrichtungen der Kommunen und Wohnungsbaugesellschaften angeführt).

Nur 7 der 225 untersuchten Einrichtungen besaßen keine Notrufanlage.

Erstaunlich angesichts der Klientel ist der Sachverhalt, dass nur jede zweite Einrichtung in England und Wales über einen Aufzug verfügt (TINKER, 1989). In welchem Umfang Betreute Altenwohnanlagen in Deutschland ohne Aufzug errichtet worden sind, ist den vorliegenden Untersuchungen nicht zu entnehmen.

**Tabelle 14**

<b>Gemeinschaftseinrichtungen im Very Sheltered Housing</b>		
n = 179 (in %)		
	Träger	
	Kommune	Wohnungsgesellschaft
Gemeinschaftsraum	46	70
Waschraum	68	72
Gästezimmer	56	62
Pflegebad	50	48
Speisesaal	31	64
Personalraum	43	59

Quelle: TINKER, 1989

#### *Dienstleistungen und Grad der Abhängigkeit der Bewohner*

Very Sheltered Housing unterscheidet sich von Sheltered Housing dahingehend, dass aufgrund der eingeschränkten Kompetenzen der Bewohner verstärkt Pflegeleistungen erbracht werden.

TINKER ermittelte hinsichtlich der Unterstützungsleistungen, dass zwar „Gespräche und Betreuung“ mit 92 Prozent von dem Betreuungspersonal am häufigsten angeführt werden, dass aber auch grundpflegerische Leistungen (Baden, Waschen, An- und Auskleiden, Hilfe beim Aufstehen und Zubettgehen u. a.) mit 72 Prozent einen bedeutenden Anteil der Hilfeleistungen ausmachen.

Die Bewohner der Very Sheltered Housing-Einrichtungen sind im hohen Ausmaß abhängig von Hilfe- und Unterstützungsleistungen: 15 Prozent weisen keinerlei Grad an Abhängigkeit auf, 20 Prozent sind leicht abhängig, 27 Prozent mittelgradig und

immerhin 38 Prozent sind stark abhängig. Im Vergleich hierzu sind im Sheltered Housing 12,3 Prozent stark abhängig.

Es lässt sich aus diesen Daten der Schluss ziehen, dass fast 2/3 der Bewohner von Hilfe- und Pflegeleistungen abhängig sind.

**Tabelle 15**

<b>Mahlzeiten im Very Sheltered Housing</b>		
n = 179 (in %)		
	Träger	
	Kommune	Wohnungsgesellschaften
Mittagessen	51	26
Frühstück u. Mittagessen	1	0
Mittag- u. Abendessen	1	11
Frühstück, Mittag- und Abendessen	10	42
Keine Mahlzeiten	37	21

Quelle: TINKER, 1989

Ein Charakteristikum des Typus Very Sheltered Housing besteht aus der Bereitstellung von Mahlzeiten. Die Erhebung von TINKER zeigt jedoch, dass ein vollständiges Mahlzeitenangebot bestehend aus 3 Mahlzeiten nur von 10 Prozent der kommunalen Einrichtungen und 42 Prozent der Einrichtungen der Wohnungsgesellschaften angeboten werden, die überwiegend von angebondenen Heimen gestellt werden (Siehe Tabelle 15). Es erstaunt angesichts der Gebrechlichkeit der Klientel, dass kommunale Einrichtungen zu 51 Prozent nur ein Mittagessen und immerhin 37 Prozent keine Mahlzeiten anbieten.

Im Vergleich hierzu bieten gemäß der LBS-Erhebung 84 Prozent der Einrichtungen des Betreuten Wohnens oder „Wohnen mit Service“ als Wahlleistung mindestens 3 Mahlzeiten am Tage an (Siehe Tabelle 20, Kapitel 5.1.2.).

In diesem Kontext ist die Einschätzung der Mitarbeiter dieses Wohn- und Betreuungsmodells hinsichtlich der Bedarfsgerechtigkeit für verschiedene Bewohnergruppen von Bedeutung: Von 421 befragten Betreuungsmitarbeiterinnen waren über 80 Prozent der Meinung, dass Very Sheltered Housing für Personen mit leichten und mittleren Beeinträchtigungen geeignet sind.

Ca. 25 Prozent gaben an, dass dieser Einrichtungstypus auch für körperlich und geistig schwer pflegebedürftige Senioren die richtige Versorgungsinstitution wäre.

### *Verlegungen*

Von den Bewohnern im Very Sheltered Housing sterben 64 Prozent in der Einrichtung und 36 Prozent werden überwiegend in betreuungsintensivere Einrichtungen der Kategorie 3 verlegt. In kommunalen Einrichtungen sterben 67 Prozent und in Einrichtungen der Wohnungsgesellschaften 54 Prozent der Bewohner. Das bedeutet, dass fast jeder zweite Bewohner einer Einrichtung der Wohnungsbaugesellschaften aufgrund seiner körperlichen und/oder geistigen Gebrechlichkeit verlegt werden muss.

Zu Angehörigen werden im Durchschnitt nur 2 Prozent der Bewohner verlegt.



### *Kosten*

Durchschnittlich betragen die Kosten pro Bewohner und Jahr im Very Sheltered Housing (1986 - 87) 7.591 Pfund Sterling und damit nur 650 Pfund Sterling weniger als in stationären Altenhilfeeinrichtungen der Kategorie 3 (8.247 Pfund Sterling). Damit liegen die Kosten knapp 8 Prozent unter denen in den Heimen.

### *Fazit*

Very Sheltered Housing als ein Modell des Typus „Wohnen mit Pflege“ zeigt deutlich, wie schwierig die idealtypische Balance zwischen den Kompetenzen der Bewohnerschaft und den Ressourcen der Einrichtung (Organisation, Personal, Räumlichkeiten) aufrechterhalten werden kann. Nur die Passung oder Kongruenz von Bewohnerschaft und den aktiven und passiven Leistungen der Einrichtung bieten Gewähr für eine angemessene Wohn- und Betreuungsstruktur, jede deutliche Abweichung hiervon führen zwangsläufig zu Formen der Unter- oder Überversorgung mit den damit verbundenen psychosozialen Belastungen für die Bewohner.

Im Very Sheltered Housing sind knapp 40 Prozent der Bewohner nach Einschätzung der Mehrheit der Mitarbeiter aufgrund ihres hohen Grades an Abhängigkeit und damit Pflegebedürftigkeit fehlplaziert. Dieser Umstand drückt die relativ rasche Alterung der Klientel und damit auch die rasche Abnahme an Kompetenzen für eine relativ selbständige Lebensführung aus.

Auf der anderen Seite werden in kommunalen Einrichtungen 33 Prozent und in Einrichtungen der Wohnungsgesellschaften sogar 46 Prozent der Bewohner aufgrund zunehmender Gebrechlichkeit verlegt, ein für die Betroffenen in der Regel sehr belastender Vorgang.

Die vorliegende Erhebung von TINKER lässt den Schluss zu, dass es sich beim Modell Very Sheltered Housing um ein sozialökologisches System handelt, dass nur begrenzt und teilweise wohl auch nur unzureichend Ressourcen für einen durch Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bestimmten Alterungsprozess bietet. „Wohnen mit Pflege“ als ein Konzept scheint relativ schnell an die Grenzen seiner Leistungsstrukturen zu gelangen, berücksichtigt man, dass die Zielgruppe aus den Senioren mit Hilfe- und leichtem Pflegebedarf besteht.

### 3.2.4. Die Krise des Betreuten Wohnens in Großbritannien

Ende der 80er Jahre zeichnete sich deutlich ab, dass frei werdende Wohneinheiten in Betreuten Wohnanlagen in England und Wales sehr schwer oder teilweise gar nicht mehr neu vermietet werden konnten. Ein wachsender Leerstand mit den damit verbundenen finanziellen Einbußen und Belastungen für die Träger waren die Folgen.

Eine Reihe von Untersuchungen über diesen Sachverhalt wurde durchgeführt. Die Ausführungen dieses Abschnittes basieren auf der Erhebung von TINKER et al. (1995) über die Problematik der Neuvermietung von Wohnungen in Betreuten Wohnanlagen (n = 538).

### *Gründe*

Es werden von den Senioren überwiegend Einrichtungen älterer Bauweise (60er und 70er Jahre) aufgrund ihrer unzureichenden Ausstattung und der Wohnungsgröße nicht mehr im ausreichenden Maße nachgefragt. Neuere Einrichtungen, die mehr den gängigen Wohnstandards entsprechen und hinsichtlich des Zugangs zu Dienstleistungen des alltäglichen Bedarfs und öffentlicher Verkehrseinrichtungen günstig gelegen sind, haben bei weitem geringere Probleme mit der Neuvermietung der Wohnungen. 87 Prozent der befragten Träger des Betreuten Wohnens (kommunale Träger und Wohnungsgesellschaften) hatten in unterschiedlicher Intensität Schwierigkeiten mit der Neuvermietung. Am schwersten war die Vermietung der Wohnungen des Typus Sheltered Housing (Kategorie 2): 38 Prozent der Träger hatten bei 10 - 29 Prozent ihres frei gewordenen Wohnbestandes Probleme mit der neuerlichen Vermietung, 13 Prozent der Träger sogar bei 30 - 49 Prozent der Wohnungen.

Die Gründe für die Schwierigkeiten der Neuvermietung sind im Einzelnen:

*Einzimmerwohnungen („bedsits“):* Ältere Menschen legen Wert auf die Trennung von Wohn- und Intimbereich, das bedeutet, dass Wohn- und Schlafzimmer voneinander räumlich getrennt sein sollten (siehe auch Kapitel 8.1.). Wie die Erhebung zeigt, entsprechen Einzimmerwohnungen nicht mehr dem Wohnstandard der Senioren (Siehe Tabelle 16).

*Ungünstige Lage:* Einrichtungen, die weit abgelegen von Geschäften, Arztpraxen, Apotheken und anderen Diensten des alltäglichen Bedarfs gelegen sind oder die gar nicht oder äußerst unzureichend an das öffentliche Verkehrsnetz angeschlossen sind, haben größte Schwierigkeiten bei der Vermietung.

*Gemeinschaftliche Sanitäranlagen:* Einrichtungen alter Bausubstanz verfügen teilweise noch über Gemeinschaftstoiletten und -bäder. Diese Ausgliederung von Funktionsräumen des Intimbereiches aus der eignen Wohnung lässt sich mit den gegenwärtigen Vorstellungen über einen angemessenen Wohnstandard in der Regel nicht mehr vereinbaren.

*Fehlender Aufzug:* Als die Einrichtungen vor einigen Jahrzehnten errichtet wurden, waren die Bewohner des Betreuten Wohnens noch überwiegend rüstig und auch noch nicht sehr alt. Die Interessenten der 90er Jahre hingegen sind häufig schon hoch in den 80er Jahren alt und entsprechend auch schon etwas hilflos. Für diese Klientel ist ein Aufzug eine Notwendigkeit für die Bewältigung des täglichen Lebens.

*Überversorgung:* Nicht nur von den untersuchten Einrichtungsträgern, sondern auch von den Experten der Altenhilfe wird ein Überangebot an Betreuten Altenwohnungen in England und Wales konstatiert. Der Sättigungsgrad für diesen Wohntypus ist nach deren Einschätzung längst erreicht. Aus Tabelle 16 wird dieser Sachverhalt ersichtlich, da „Überversorgung“ und „bessere Einrichtung im Nahbereich“ auf ein relatives Überangebot dieses Wohntypus hinweisen.

*Kosten:* In der Erhebung wurden auch die Kosten als Grund für die nachlassende Nachfrage angeführt. In einer anderen Untersuchung ermittelte TINKER (1989) die Kosten für Sheltered Housing (Kategorie 2) pro Person und Jahr in Höhe von 7.274 Pfund Sterling. Dieser Betrag liegt nur um 350 Pfund Sterling geringer als die Kosten für das recht betreuungsintensive Modell Very Sheltered Housing (Kategorie 2 ½) und gerade 1.000 Pfund Sterling günstiger als die Kosten im Altenpflegeheim.

**Tabelle 16**

<b>Gründe für die Schwierigkeiten einer Neuvermietung in kommunalen Einrichtungen des Betreuten Wohnens</b>		
n = 290 (in %)		
	1. Stelle	Insgesamt
Einzimmerwohnungen	34	75
Örtlichkeit	20	71
Gemeinschaftssanitäranlagen	30	54
Fehlender Aufzug	8	50
Überversorgung	6	30
Bessere Einrichtung im Nahbereich	2	28

Quelle: TINKER et al., 1995

#### *Strategien zur Behebung der verminderten Nachfrage*

Die Träger Betreuter Wohnanlagen reagierten auf die nachlassende Nachfrage nach Betreuten Wohnungen auf unterschiedliche Art und Weise. Das Problem ist aus betriebswirtschaftlicher Sicht von großer Tragweite, denn ein großes Quantum ungenutzte Wohnfläche bedeuten gravierende Einbußen für den Träger, die oft nur schwer wieder ausgeglichen werden können.

Tabelle 17 zeigt, dass kommunale Träger und Wohnungsgesellschaften sich in der Prioritätensetzung hinsichtlich der Abwendung des Minderbedarfs stark voneinander unterscheiden: Während für die Kommune mit Abstand an erster Stelle Modernisierungsmaßnahmen stehen, die auf einen überalteten Baubestand hinweisen, sind für die Wohnungsgesellschaften Werbung und PR-Aktionen und Änderung in der Belegungspraxis vorrangig.

Im Folgenden werden die einzelnen Maßnahmen kurz dargestellt:

*Modernisierungsmaßnahmen:* An erster Stelle für Kommunen (49 Prozent) und für die Wohnungsgesellschaften (30 Prozent) steht die Errichtung von Zweizimmerwohnung durch die Zusammenlegung von Einzimmerwohnungen. Der Einbau von Aufzügen steht an zweiter Stelle der Modernisierungsmaßnahmen (Kommune: 19 Prozent, Wohnungsgesellschaft: 17 Prozent).

Die Verbesserung und der nachträgliche Einbau von Gemeinschaftseinrichtungen (Gemeinschaftsraum, Waschraum u. a.) werden nur von Wohnungsgesellschaften (17 Prozent) durchgeführt. Die Verschönerung der Gesamtanlage (Neuanstrich u. a.) wird von 18 Prozent der untersuchten Kommunen und von 13 Prozent der Wohnungsgesellschaften praktiziert.

**Tabelle 17**

<b>Strategien zur Verbesserung der Neuvermietung von Wohnungen in Betreuten Wohnanlagen</b>		
	Träger	
	Kommune n = 290 (in %)	Wohnungsgesellschaft n = 132 (in %)
Modernisierung	67	36
Änderung der Belegung	50	64
Werbung und PR	48	65
Nutzungsänderung	35	24
Verkauf od. Abriss	13	6

Quelle: TINKER et al., 1995

*Änderung der Belegungspraxis:* Zu dieser Vorgehensweise werden von TINKER et al. (1995) keine weiteren Informationen angegeben, außer dass hiermit die Öffnung der Einrichtung für jüngere Senioren und andere Personengruppen gemeint ist.

*Werbung und PR-Aktionen:* Beide Trägergruppen (Kommune: 30 Prozent und Wohnungsgesellschaft: 39 Prozent) veröffentlichen vorrangig Anzeigen in der Lokalpresse. Die Versendung eigener Rundschreiben und die Verteilung von Prospektmaterial wird stärker von Kommunen (22 Prozent) und weniger von Wohnungsgesellschaften (9 Prozent) praktiziert. Der Kontakt zu Altenhilfe- und Seniorenorganisationen stellt ein weiteres Vorgehen im Bereich Werbung und PR dar (Kommune: 7 Prozent, Wohnungsgesellschaft: 18 Prozent).

*Nutzungsänderung:* 41 Prozent der befragten Kommunen mit der Strategie Nutzungsänderung und 25 Prozent der entsprechenden Einrichtungen der Wohnungsgesellschaften geben nur an, die Nutzung der Einrichtung „irgendwie“ ändern zu wollen. Für jüngere Zielgruppen möchten 18 Prozent der Kommunen und 19 Prozent der Wohnungsgesellschaften die Einrichtungen Betreutes Wohnen umnutzen. Die Nutzung als Obdachlosenasyll wird von 17 Prozent der Kommunen und 6 Prozent der Wohnungsgesellschaften angeführt. Weitere Gruppen für eine Umwidmung der Betreuten Wohnanlagen sind pflegebedürftige alte Menschen, geistig Behinderte und junge Singles.

*Verkauf oder Abriss:* Von den 40 kommunalen Trägern, die die Strategie Verkauf oder Abriss favorisierten, haben 23 ihre Einrichtungen mit Nutzungsproblemen an Wohnungsgesellschaften, private Träger und andere Interessenten verkauft. 7 Kommunen ließen ihre alten Einrichtungen abreißen, wovon 4 Träger auf den Gelände Neubauten für Betreutes Wohnen errichteten.

### *Fazit*

Betreutes Wohnen in England und Wales zeigt deutlich Symptome abnehmender Bedarfsgerechtigkeit. Angebot und Nachfrage halten sich nicht mehr die Waage, seit dem zunehmend in den letzten Jahren ambulante Dienste, Wohnanpassungsmaßnahmen und auch technische Hilfsmittel (Alarmanlagen) im häuslichen Bereich des eigenen Privathaushaltes auch im fortgeschrittenen Alter das Leben erleichtern. Hinzu kommt und das ist vielleicht sogar entscheidend für die Krise des Betreuten Wohnens, dass sich die Wohnverhältnisse der Senioren in England und Wales in dem letzten Jahrzehnt bemerkbar verbessert haben. Nicht mehr Substandard-Wohnungen kennzeichnen die Wohnverhältnisse der Senioren, sondern der überwiegende Teil wohnt bereits in modern ausgestatteten Wohnungen mit Sammelheizungen. Diese Umstände schränken den Kreis der Interessenten zunehmend ein und lassen beträchtliche Überkapazitäten auf diesem Wohnsektor entstehen (APPLETON, 1993; Mc CAFFERTY, 1994; FLETSCHER, 1991; TINKER et al., 1995).

Doch nicht nur äußere Umstände haben meines Erachtens zur Krise des Betreuten Wohnens geführt, es ist auch das Angebot selbst, dass viele nicht mehr anzusprechen vermag. Dass besonders der Typus 2 (Sheltered Housing) mit eigenem Betreuungspersonal für Senioren an Attraktivität verliert, zeigt deutlich, dass Formen des Betreuten Wohnens mit Ansätzen der Überversorgung und damit tendenziellen Einschränkung der Autonomie alte Menschen im eigenen Privathaushalt diese Wohnform doch an Altenheime erinnern lässt. Der Verlust an Autonomie wird auch durch die relativ hohen Kosten für Sheltered Housing herbeigeführt: Bei dem durchschnittlich niedrigen Rentenniveau in Großbritannien (WALKER et al., 1996) sind die Aufwendungen für Betreutes Wohnen recht hoch und schränken den finanziellen Spielraum der Bewohner recht stark ein.

Betreutes Wohnen in England und Wales befindet sich in einer tief greifenden Strukturkrise: Es passt nicht mehr in die auf häusliche Versorgung ausgerichtete Altenhilfepolitik, es wird von Teilen der Senioren nicht mehr als eine bedarfsgerechte Wohn- und Betreuungsform angesehen und entsprechend nicht mehr im bisherigen Ausmaß nachgefragt. Und Betreutes Wohnen ist im Gegensatz zu ambulanten Diensten recht kostenintensiv. Auf dem Markt der seniorenspezifischen Dienstleistungen verliert Betreutes Wohnen somit zusehends seine Konkurrenzfähigkeit.

### 3.2.5. Kritik am Betreuten Wohnen in Großbritannien

Parallel zur schwindenden Nachfrage nach Wohnungen im Betreuten Wohnen wird dieses Angebot in der Fachöffentlichkeit zunehmend kritisch begutachtet. Ein Bündel an Kritikpunkten wird gegen dieses Modell angeführt. Im Folgenden werden einige kritische Positionen angeführt:

*Kosten:* Betreutes Wohnen ist bei weitem teurer als die ambulante häusliche Betreuung (Community Care). Die recht umfangreichen finanziellen Mittel, die seitens der öffentlichen Hand für Betreutes Wohnen aufgewendet und letztlich nur 5 - 8 Prozent der Altenpopulation zugute kommen, fehlen bei der Versorgung und Betreuung der hilfebedürftiger Senioren im häuslichen Bereich (SCHULTE, 1994).

*Verlegungspraxis:* Kritik wird auch an der intensiven Verlegungspraxis des Sheltered Housing geübt: In kommunalen Einrichtungen sterben ca. 50 Prozent der Bewohner im Betreuten Wohnen, in den Einrichtungen der gemeinnützigen Wohnungsbaugesellschaften sind es kaum mehr als 40 Prozent, während hingegen in Privathaushalten 92 Prozent der Senioren zu Hause sterben (BESSEL, 1985).

*Erhöhung der Institutionalisiertungsrate:* Es wird moniert, dass das Betreute Wohnen kontraproduktive Effekte bezüglich der Institutionalisiertung erzielt: Anstatt den Druck auf stationäre Einrichtungen zu mindern wird durch die weit verbreitete Verlegungspraxis der Druck im Gegensatz zur häuslichen Betreuung sogar erhöht (BESSEL, 1985).

*Überversorgung im Dienstleistungsbereich:* Es wird auch kritisiert, dass die rüstigen Bewohner des Sheltered Housing mehr Dienstleistungen erhalten als erforderlich ist. Es wird somit von einer Überversorgung gesprochen, die zwar die Kosten in die Höhe treibt, nicht jedoch die Qualität der Wohn- und Betreuungsleistungen verbessert (Mc CAFFERTY, 1994).

Bereits BUTLER et al. (1983) konnten belegen, dass Bewohner des Betreuten Wohnens mehr ambulante Dienstleistungen (Essen auf Rädern u. ä.) erhalten als gleichaltrige Senioren in den Privathaushalten.

*Institutionalisierungseffekte:* Durch die Abhängigkeit von den angebotenen Diensten und insbesondere von den Betreuungskräften („warden“) wird die Selbständigkeit der noch rüstigen Bewohner eingeschränkt (SCHULTE, 1994).

*Betreutes Wohnen als „Altenghetto“:* Durch die Zusammenlegung in eine Altenwohnanlage besteht die Gefahr, dass die Senioren zu wenig Kontakte zu jüngeren Menschen und ihren Familien haben (SCHULTE, 1994).

*Umzug:* Durch den Umzug ins Betreute Wohnen werden nach Ansicht der Kritiker die Senioren aus ihrem bisherigen Wohn- und Lebensbereich herausgelöst und verlieren dadurch teilweise die Kontakte zu ihren sozialen Netzwerken, die aus Familienangehörigen, Nachbarn und Freunden bestehen (SCHULTE, 1994).

*Unzureichende Qualifikation der Betreuer:* Als eine strategische Schwachstelle wird die Rolle der Hausbetreuerinnen („warden“) angeführt, die als unausgebildete Kräfte in der Regel mit der zunehmenden Gebrechlichkeit völlig überfordert sind und somit häufig vorschnell Verlegungen veranlassen (BESSEL, 1985; FLETSCHER, 1991).

Im Rahmen der kritischen Begutachtung des Betreuten Wohnens in Großbritannien sind auch konkrete Lösungsvorschläge entwickelt worden:

*Umwidmung der Einrichtungen der Kategorie 2 in betreuungsintensivere Einrichtungen:* Lösungsvorschläge zielen in die Richtung, die bestehenden Betreuten Alten-

wohnanlagen der Kategorie 2 (Sheltered Housing) zunehmend in Einrichtungen des Typus 2 ½ (Very Sheltered Housing) umzuwandeln (BESSEL, 1985; Mc CAFFERTY; 1994).

Senioren, die aus Gründen der Isolierung und Vereinsamung ins Betreute Wohnen umziehen wollen, die aber körperlich und geistig noch rüstig sind, sollten Einrichtungen des Typus 1 (Einrichtungen mit geringerer Betreuung und keinen oder sehr wenigen Gemeinschaftsräumlichkeiten) aufsuchen (Mc CAFFERTY, 1994).

*Qualifizierung des Betreuungspersonals:* Es wird von vielen Seiten vorgeschlagen, die Funktion der Hausbetreuerinnen zunehmend zu professionalisieren: Für Aufgaben des Assessments, der Pflege-Planung und des Case-Managements, Aufgaben, die vorrangig auf das Klientel der hilfe- und pflegebedürftigen Bewohner ausgerichtet sind.

### **3.3. Betreutes Wohnen in den USA und Kanada**

Betreutes Wohnen in den USA besitzt im Gegensatz zu Großbritannien nicht den zentralen Stellenwert im Spektrum der Wohnformen für das Alter. Jahrzehntlang wurden in den USA vorwiegend Wohnformen entwickelt und verbreitet, die eher auf das bloße Wohnen ausgerichtet waren.

Altersangemessener Wohnraum war die Hauptintention, sowohl für die Bedürftigen als auch für die Einkommensstarken. Für die erste Gruppe wurden Altenwohnungen in Wohnanlagen („Public Senior Housing“) errichtet, während die zweite Gruppe sich vorwiegend in „Senioren-Gemeinden“ oder in größeren Wohnanlagen („Retirement Communities“, „Purchase Villages“ u. a.), die häufig den Erwerb eines Hauses oder Apartments erforderlich machte, niederließ.

Erst gegen Ende der 70er Jahre wurde die Alterung der Bewohnerschaft in den Einrichtungen eklatant. Die Wohnanlagen, für die rüstigen Senioren nach der Konzeption „independent living“ ohne jedwedes weitere Service- oder Betreuungsprogramm versehen, wurden mit einer wachsenden Zahl von Bewohnern konfrontiert, die zunehmend hilfe- und teilweise auch schon pflegebedürftig geworden waren. Das bloße Verlegen dieser gebrechlichen Bewohner zur Lösung dieser Divergenz zwischen räumlichen Wohnumfeld und überforderten Senioren stellte sich als eine rechte begrenzte Lösungsstrategie heraus: Einerseits wollten die körperlich eingeschränkten Bewohner die Wohneinrichtungen ungern verlassen, andererseits existierten auch häufig nicht genügend betreuungsintensivere Einrichtungen der Altenhilfe (Alten- und Altenpflegeheime) im Nahbereich der Altenwohnanlagen.

Zwei Entwicklungsstränge lassen sich in den USA im Bereich des Betreuten Wohnens für Senioren festmachen: Nachbesserungen der bestehenden bloßen Wohneinrichtungen mit entsprechenden Dienstleistungen und teilweise auch Räumlichkeiten einerseits und die Entwicklung und Verbreitung neuer Wohn-Betreuungsmodelle, die den Anforderungen alternder Bewohnergruppen in der Versorgung eher gerecht wurden, andererseits.

Vorab bedarf es jedoch einiger Informationen über die Formen des Wohnens im Alter in den USA und Kanada:

In den USA wohnen zwischen 750.000 und 800.000 Senioren (ca. 2,5 Prozent der Altenpopulation) in staatlich geförderten Apartments. Ca. 5 Prozent aller Senioren leben in seniorenspezifischen Wohneinrichtungen (Retirement Communities). Der Anteil der Senioren, der in öffentlichen Wohnanlagen mit einem Anteil von mindestens 50 Prozent der Mieter im Alter von 60 Jahren und älter (Naturally Occurring Retirement Communities) wohnen, wird um einiges höher geschätzt als der Anteil der Senioren, der in Einrichtungen des Public Senior Housing lebt. MONK et al. (1991) führen an, dass ca. 3 Millionen Senioren in Wohnungen des öffentlichen Wohnungsbaus leben (ca. 10 Prozent der Altenpopulation). Der Anteil der Senioren, die unterhalb der Armutsgrenze leben, beträgt in den USA ca. 12 Prozent.

Eine repräsentative Erhebung in den USA ergab, dass von den 55jährigen und älteren 27 Prozent in Wohnanlagen oder Nachbarschaften mit einer Mehrheit der Personengruppe 60 Jahre und älter leben. Jeder vierte ältere US-Amerikaner wohnt somit in einem Alterssegregierten Wohnumfeld (BARKER et al., 1988; HEUMANN, 1993; HUNT et al., 1990).

Der Anteil der Haus- oder Wohnungseigentümer bei den Senioren in den USA beträgt 72 Prozent (MONK et al., 1991).

In Quebec (Kanada) wohnen 8 Prozent der Senioren in öffentlich geförderten Wohnungen (Public Housing). Von den 205.000 öffentlich geförderten Wohneinheiten in Kanada werden 105.000 Wohnungen von Senioren im Alter 65 Jahre und älter genutzt, wobei der Anteil der Altersgemischten Wohnanlagen nur 5 Prozent beträgt. In Quebec beträgt der Anteil der Senioren im öffentlich geförderten Wohnungsbau sogar 58 Prozent (31.000 von 53.000 Wohnungen) (RENAUD, 1993).

In den folgenden Abschnitten werden die verschiedenen Wohn- und Betreuungsmodelle für Senioren in den USA vorgestellt.

### 3.3.1. Typen des Wohnens und des Betreuten Wohnens für Senioren in den USA

Die verschiedenen Wohnmodelle für die Senioren in den USA und teilweise auch in Kanada lassen sich in Anlehnung an die Typisierung des Betreuten Wohnens in Deutschland in drei Kategorien unterscheiden: Wohnmodelle für Senioren ohne Dienstleistungen, Wohnmodelle mit begrenzten Dienstleistungen und Voll-Service Modelle des Wohnens und der Betreuung (einschließlich Pflegeleistungen).

#### *Wohnanlagen ohne Dienstleistungen: Public Senior Housing, Planned Housing*

Bei Public Senior Housing handelt es sich um öffentlich geförderte Wohnanlagen für bedürftige Senioren, die besonders in den 60er und zu Beginn der 70er Jahre errichtet wurden, da in dieser Zeit preiswerte Wohnungen auf dem Wohnungsmarkt sehr knapp waren.

Auch lebten zu Beginn der 80er Jahre noch 30 Prozent der Senioren mit geringen Einkünften in Wohnungen mit Substandard (keine Sammelheizung, ohne Bad oder Innen-WC), die mit zunehmendem Alter immer schwerer zu handhaben waren (KINGSLEY et al., 1991; MONK et al., 1991).

Das öffentlich geförderte Wohnungsbauprogramm wurde von der Reagan-Administration zu Beginn der 80er Jahre stark eingeschränkt und teilweise sogar



ganz aufgegeben. Anstelle des Bauprogramms traten zunehmend Modelle einer Wohngeld-Förderung für Bedürftige.

Die Public Senior Housing sind in der Regel große Wohnanlagen mit mehreren hundert Wohneinheiten, die in hoch geschossigen Gebäuden (häufig 6 - 8 Etagen) untergebracht sind.

Öffentliche Räumlichkeiten sind außer dem Foyerbereich und dem Waschraum in den Public Senior Housing eigentlich selten.

Das Personal besteht in der Regel aus dem Hausverwalter und Hausmeistern.

Die Wohnungen sind von der Raumstruktur und der Funktion her nach dem Konzept „Independent Living“ für rüstige Senioren ohne Bedarf an Hilfe- und Unterstützungsleistungen geplant worden.

Die Konzeption, nur Bewohner mit der Fähigkeit einer selbständigen Lebensführung in den Public Senior Housing wohnen zu lassen, konnte mit zunehmender Betriebsdauer der Wohnanlagen verbunden mit der wachsenden Alterung der Bewohnerschaft immer schwerer aufrecht erhalten werden.

Eine Erhebung über Einrichtungen des Public Senior Housing nach dem Bauförderungsprogramm 202 (n = 2014) ergab, dass 6,5 Prozent der Einrichtungen den Service des Congregate Housing Programs (mindestens 5 warme Mahlzeiten pro Woche und einen hauswirtschaftlichen Betreuungsdienst) anbieten und insgesamt 27,6 Prozent den Gesamt- oder Teilservice (Mahlzeiten oder hauswirtschaftliche Dienstleistungen) als Leistungsangebote vorhalten (HEUMANN, 1993).

Die Daten dieser Untersuchung zeigen deutlich, dass die überwiegende Anzahl der Einrichtungen Public Senior Housing ihren Charakter als bloße Altenwohnanlage ohne Dienstleistungen erhalten haben. Dass jedoch schon jede vierte Einrichtung einen hauseigenen Service anbietet, verweist auf die veränderte wohnungspolitische Maxime „Aging in Place“, die besagt, dass auf vorschnelle Verlegungen zugunsten eines längeren Verbleibes mithilfe flankierender Dienste auch im Zustand beginnender Gebrechlichkeit verzichtet werden sollte.

#### *Wohnanlagen mit begrenzten Dienstleistungen: Congregate Housing, Supported Housing, Enriched Housing*

Bei diesem Typus der Wohnanlagen für Senioren in den USA handelt es sich um Einrichtungen des Betreuten Wohnens im engeren Sinne, da das Leistungsspektrum Wohnen und das Leistungsspektrum Dienstleistung in einem ausgewogenen Maße miteinander verbunden sind.

Congregate Housing und ähnliche Wohn-Betreuungsmodelle (in Kanada „Supported Housing“ oder „Enriched Housing“) sind Weiterentwicklungen des Wohnmodells für Senioren ohne Dienstleistungen nach dem Konzept „Independent Living“. Sie sind die Konzepte für die Phase oder des Lebensabschnittes, der auf die Rüstigkeit folgt, der die beginnende Abhängigkeit von der Unterstützung Dritter anzeigt. Die Zielgruppe besteht aus den Senioren, die Schwierigkeiten im Bereich der instrumentellen Alltagsbewältigung (IADL) zeigen, d. h. die u. a. mit dem Putzen, Einkaufen und Kochen überfordert sind und dementsprechend hierbei Hilfe benötigen.

Im Congregate Housing kommen auf 100 Bewohner 7 Mitarbeiter (Hauswirtschaft, Betreuung, Verwaltung u. a.), im Altenpflegeheim hingegen 72 Mitarbeiter pro 100 Bewohner (MOOS et al., 1995).

Das Raumprogramm des Congregate Housing umfasst in der Regel neben Speisesaal Gemeinschaftsküche und Räumlichkeiten für Gemeinschaftsveranstaltungen und externe Dienste (Ärzte, Friseur, Fußpflege etc.)

Das staatliche Congregate Housing Service Program (CHSP) von 1978 besagt, dass nicht-pflegerische und nicht-medizinische Dienstleistungen für Bewohner des Public Senior Housing in den Einrichtungen bereitgehalten werden. Das Hauptanliegen des CHSP bestand darin, vorzeitige Verlegungen von Bewohnern der Public Senior Housing in stationäre Pflegeeinrichtungen (Nursing Homes) zu verhindern. Diesem Ansatz folgend kommt den Einrichtungen des Congregate Housing die Funktion zu, die Versorgungslücke zwischen den Wohneinrichtungen einer selbständigen Lebensführung (Privathaushalt oder Public Senior Housing) und den Altenpflegeheimen zu schließen (REDFOOT et al., 1991).

Ein Vergleich zwischen Public Senior Housing und Congregate Housing (n = 17) konnte eine Verzögerung bei den Verlegungen im Betreuten Wohnen nachweisen: Wurden in den Public Senior Housing jährlich 18 Prozent der Bewohner verlegt, so reduzierte sich der Anteil im Congregate Housing auf 10 Prozent (REDFOOT et al., 1991).

Das Modell Congregate Housing konnte sich jedoch in den USA im Bereich des öffentlich geförderten Wohnungsbaus für Senioren nicht so recht durchsetzen, denn bundesweit wurde dieses Konzept der Dienstleistungsangebote im Wohnbereich nur in 62 Einrichtungen für nur 1800 Bewohnern als Modell eingeführt (MONK et al., 1991).

Während das Congregate Housing Service Program in den öffentlich geförderten Wohnanlagen in der Regel nur 2 Dienstleistungen umfasste (warmes Mittagessen und hauswirtschaftliche Hilfen) bieten freigemeinnützige und privatgewerbliche Einrichtungen des Congregate Housing nach einer Erhebung (n = 27) im Durchschnitt 9 verschiedene Dienstleistungen an, so dass mehr als jede zweite Einrichtung eine mittlere bis hohe Dichte an Dienstleistungen aufweist (MONK et al., 1991).

Congregate Housing wird auch hinsichtlich der Kostenersparnis gegenüber der Unterbringung im Altenpflegeheim angeführt. Berechnungen haben ergeben, dass 28 - 35 Prozent der Kosten durch den Aufenthalt im Congregate Housing gegenüber dem Altenpflegeheim eingespart werden können (REDFOOT et al., 1991).

In diesem Zusammenhang wird auch darauf verwiesen, dass zwischen 12 und 60 Prozent der Bewohner stationärer Altenhilfeeinrichtungen aufgrund ihres Gebrechlichkeitsgrades gar nicht diese personalintensive Versorgungsformen benötigten und somit eigentlich überversorgt wären. Die Betreuung dieser Bewohnergruppe würde in Einrichtungen des Betreuten Wohnens kostengünstiger gestaltet werden können (HEUMANN et al., 1993).

### *Wohnanlagen mit erweiterten Dienstleistungen: „Assisted Living“ und „Board and Care“*

In den letzten 2 Jahrzehnten sind in den USA weitere Wohn- und Betreuungsmodelle entstanden mit dem Ziel, eine frühe Verlegung in stationäre Pflegeeinrichtungen zu vermeiden. „Board and Care“ und „Assisted Living“ sind Einrichtungstypen, die es leicht Gebrechlichen und Hilfebedürftigen gestatten, mit Unterstützung in einer eigenen Wohneinheit verbleiben zu können. Das Leistungsspektrum umfasst neben hauswirtschaftlichen Diensten leichte oder begrenzte Pflegeleistungen. Vom Versorgungstypus ähnelt Assisted Living den Einrichtungen der Kategorie 2 ½ (Very Sheltered Housing) in England und Wales und den Betreuten Wohnanlagen der Leistungstypen 2 und 3 in Deutschland.

„Board and Care“-Einrichtungen lassen sich als Pensionen für Senioren bezeichnen. Ähnlich den Familienpflege-Einrichtungen („Adult Foster Care“) handelt es sich um Haushalte, die mehreren Senioren Kost, Logis und Hilfe- und Betreuungsleistungen anbieten. Geführt werden „Board and Care“-Einrichtungen in der Regel von Frauen mittleren Alters, die früher einer pflegerischen Tätigkeit als Krankenschwester oder Krankenpflegehelferin nachgingen. Unterstützt werden sie hierbei überwiegend von Familienangehörigen.

1982 wurden landesweit ca. 30.000 „Board and Care“-Einrichtungen gezählt, die ca. 1 Million Senioren versorgten.

Die Kosten für diesen Einrichtungstypus betragen 1988 zwischen 240 und 1151 Dollars monatlich (KALYMUN, 1992).

„Assisted Living“-Einrichtungen (AL) werden als Versorgungstypus zwischen selbständiger Lebensführung (independent living) und der niedrigsten Form der stationären Pflege aufgefasst.

Durchschnittlich verfügen AL über 46 Wohneinheiten; 51 Prozent der AL werden als selbständige Einrichtungen geführt, die anderen im Verbund mit anderen Wohn- und Pflegeeinrichtungen, u. a. Continuing Care Retirement Communities (CCRC) (CLEMMER et al., 1993; KALYMUN, 1990).

Das Personal der AL-Einrichtungen besteht aus Krankenschwestern (Pflegeschlüssel ca. 1 : 20) Pflegehelfern (Pflegeschlüssel ca. 1 : 7,5), Hauswirtschaftspersonal und Aktivierungs- und Betreuungsfachkräften (KALYMUN et al., 1995). Darüber hinaus verfügen AL-Einrichtungen über einen eigenen Case Manager, der einmal im Quartal mit dem Bewohner ein Assessment hinsichtlich der körperlich-geistigen Verfassung und den angebotenen Diensten durchführt. Das Durchschnittsalter der Bewohner liegt bei 86 Jahren, 75 Prozent der Bewohner sind Frauen (KALYMUN, 1990).

AL-Einrichtungen nehmen zu 85 Prozent Bewohner aus der näheren Umgebung auf, die vorher überwiegend in Privathaushalten (90 Prozent) oder vorübergehend bei Angehörigen (10 Prozent) gelebt haben. Vor allem die erwachsenen Kinder veranlassen den Einzug ihrer betagten Elternteile in AL-Einrichtungen (KALYMUN, 1990). Hilfe und Unterstützung benötigen die Bewohner des AL beim Baden (63 Prozent), An- und Auskleiden (46 Prozent), Gehen (43 Prozent), Tagesstrukturierung (42 Prozent), Toilettengang (39 Prozent) und bei der Nahrungsaufnahme (32 Prozent) (CLEMMER et al., 1993).

Hinsichtlich der durchschnittlichen Dauer des Aufenthaltes liegen unterschiedliche Daten vor:

Zwischen 2 und 14 Monaten (KALYMUN, 1990), 9 Monate (CLEMMER et al., 1993) und 2,7 Jahren (KALYMUN, 1992) werden angegeben.

In den AL-Einrichtungen sterben 35 Prozent der Bewohner, 15 Prozent kehren in ihren Privathalt zurück und 40 Prozent siedeln in betreuungsintensivere Versorgungseinrichtungen über (CLEMMER et al., 1993).

Die Gründe für eine Verlegung sind häufig u. a. Inkontinenz, Rollstuhlgebundenheit und geistige Verwirrung (KALYMUN, 1992).

„Board and Care“-Einrichtungen werden überwiegend von Bedürftigen frequentiert, Einrichtungen des Assisted Living hingegen von Senioren des gehobenen Mittelstandes.

Die durchschnittlichen Kosten im AL betragen monatlich für ein Einzelzimmer zwischen 1154 und 1462 Dollars (KALYMUN, 1992).

Gegenüber dem Altenpflegeheim wurde in Oregon für die AL eine Kostenreduktion von 20 Prozent errechnet (CLEMMER et al., 1993).

*Wohnanlagen mit einem Voll-Service (einschließlich Pflege bis zum Tod): Continuing Care Retirement Communities (CCRC) oder „Life Care“*

Seit den 70er Jahren expandiert ein Wohn- und Betreuungstypus für Senioren in den USA: die Continuing Care Retirement Communities (CCRC). Hierbei handelt es sich um ein Kombinationsmodell bestehend aus altengerechtem Wohnen, Kranken- und Pflegeversicherung und Betreuungseinheiten der intensiven Unterstützung und Pflege.

CCRCs bestehen durchschnittlich aus 197 Wohneinheiten für rüstige Senioren („Independent Living Units“), 40 „Assisted Living“-Plätze und 87 Betten im Altenpflegeheim. 18 Prozent aller CCRCs verfügen über spezielle „Alzheimer Units“.

Assisted-Living-Units werden in ca.  $\frac{3}{4}$  aller CCRCs angeboten, wobei 61 Prozent über spezielle AL-Abteilungen mit entsprechenden Wohnraumstrukturen verfügen. 26 Prozent bieten den Assisted-Living-Service in den Wohneinheiten (Independent Living Units) als „Home Service“ an und weitere 12 Prozent bieten sowohl AL-Service als Pflegeleistungen in den Wohneinheiten an (SOMERS et al., 1992).

In vielen CCRCs beschäftigen die Bewohner überwiegend für die soziale und kulturelle Freizeitbeschäftigung zusätzlich noch Betreuungskräfte auf privater Basis.

Über 80 Prozent der CCRCs nehmen in ihren Pflegestationen auch Pflegebedürftige von auswärts auf, d. h. Senioren, die vorher nicht in den Wohn- bzw. Assisted-Living-Bereichen gelebt haben (SOMERS et al., 1992). CCRCs, die auswärtige Senioren in den Pflegeabteilungen versorgen, nehmen durchschnittlich einen geringeren Anteil ihrer eigenen Bewohnerschaft im Pflegebereich auf.

Ein Vergleich der Bewohnerschaft von 6 CCRCs mit gleichaltrigen Senioren in Privathaushalten hinsichtlich der Nutzung stationärer Pflege ergab, dass CCRC-Bewohner zwar häufiger Pflegeabteilungen nutzen, andererseits jedoch weniger Pflagetage aufweisen. Während die Senioren aus Privathaushalten durchschnittlich 455 Tage im Altenpflegeheim verbrachten, waren es bei den CCRC-Bewohnern nur 179 Pflagetage (TELL et al., 1987).

Viele CCRCs stellen Case Manager ein, damit durch koordinierte Betreuung und Unterstützung der Senioren in ihren Wohnungen der Eintritt in die Pflegeabteilung hinausgeschoben oder gar verhindert werden kann (TELL et al., 1987).

Ca. 40 Prozent der CCRCs öffnen auch ihren Assisted-Living-Bereich für Gebrechliche außerhalb der Einrichtung (SOMERS et al., 1992).

Vom Typus ähnelt diese Struktur den dreigliedrigen stationären Altenhilfeeinrichtungen (Altenwohnheim, Altenheim und Altenpflegeheim) in Deutschland, wobei jedoch in den USA der Schwerpunkt eindeutig auf das selbständige Wohnen gelegt wird. Vom Versorgungsangebot entsprechen die CCRCs dem Betreuten Wohnen der Leistungsstufe 3 (Wohnplatzgarantie bis zum Tod auch bei ständiger Pflegebedürftigkeit).

1991 sind in 35 Staaten der USA nach einer Schätzung ca. 1.000 CCRCs in Betrieb, die ca. 300.000 Senioren (knapp 1 Prozent der 65jährigen und älteren und 2 Prozent der 75jährigen und älteren) Wohn- und Versorgungsmöglichkeiten bieten (SOMERS et al., 1992; SOMERS, 1993). Jährlich erweitert sich das Angebot an CCRCs um 15 - 20 Prozent, so dass von einer geradezu dynamischen Expansion gesprochen werden kann (COHEN et al., 1988a).

Hinzu kommt jedoch auch, dass die CCRCs durch die hohen Eingangszahlungen (je nach Standard der Einrichtung zwischen 36.000 und 61.000 Dollars für eine Person) und monatliche Entgelte (zwischen 588 und 1.101 Dollars) eine Versichertengemeinschaft hinsichtlich hauswirtschaftlicher und pflegerischer Leistungen bilden, die unterschiedlich hinsichtlich des Leistungsumfanges gestaltet sein kann (SOMERS et al., 1992).

Es bedarf hier des Hinweises, dass in den USA keine staatliche Pflegeversicherung existiert und dass private Pflegeversicherungen häufig mit begrenzten Ansprüchen nicht weit verbreitet sind. Die Furcht, später im Falle einer Pflegebedürftigkeit durch hohe Pflegekosten relativ schnell zu verarmen, ist auch bei Senioren des gehobenen Mittelstandes recht stark ausgeprägt.

Somit ist verständlich, dass bei einer Befragung von Senioren auf der Warteliste mit Abstand an erster Stelle (91 Prozent) der Zugang zu Pflegeleistungen als Grund für die Entscheidung für die CCRCs angegeben wurde (SOMERS et al., 1992).

36 Prozent der CCRCs bieten Verträge für eine vollständige Versorgung („all inclusive“) an, 26 Prozent eine eingeschränkte Versorgung (stationäre Pflege nur für einen bestimmten Zeitraum) und 38 Prozent der Einrichtungen bieten die Dienstleistungen nur gegen Bezahlung („Fee-for-Service“) an.

15 Prozent der CCRCs nehmen neben den Kapitaleleistungen ihrer Bewohner zusätzlich noch Private Pflegeversicherungen zur Risikoabdeckung in Anspruch.

Vollversorgungsverträge („all inclusive“) werden überwiegend von großen CCRCs (zwischen 272 und 374 Wohneinheiten und Betten) und sehr großen CCRCs (mehr als 375 Plätze) angeboten, während „Fee-for-Service“-Verträge überwiegend in kleinen Einrichtungen (weniger als 182 Plätze) Verwendung finden.

Eine Befragung von Senioren auf der Warteliste der CCRCs ergab, dass der überwiegende Teil (83 Prozent) das kostenaufwendige Vollversorgungsmodell und nur 4 Prozent das „Fee-for-Service“-Modell wünschen (SOMERS et al., 1992).

In den 70er Jahren ist vor allem in Kalifornien eine Reihe von CCRCs aufgrund unzureichender Risikoeinschätzung hinsichtlich der Kosten der Langzeitpflege in Konkurs gegangen. Das führte dazu, dass in Folge vermehrt Einrichtungen Verträge mit begrenztem Leistungsumfang oder auf der Basis „Fee-for-Service“ anboten (TELL et al., 1987).

In den 80er Jahren entstanden Modelle der CCRCs, die weniger den Aspekt der Absicherung der Betreuung und Pflege, sondern verstärkt Life-Style Ambienten der gehobenen Einkommensschichten betonten. In diesem Kontext wurden Einrichtungen eröffnet, die die Wohnungen vermieteten, keinerlei Eingangszahlungen erhoben und Dienstleistungen nur gegen Bezahlung (Fee-for-Service) anboten (TELL et al., 1987).

Die Bundesstaaten der USA unterscheiden sich hinsichtlich des Ausmaßes an gesetzlichen Bestimmungen über die CCRCs, die vom Fehlen jedweder Verordnung bis zu strikten gesetzlichen Auflagen reichen (NETTING et al., 1987; STEARNS et al., 1990).

Da die CCRCs nicht nur eine Wohn- und Versorgungsgemeinschaft, sondern gleichzeitig auch eine Versichertengemeinschaft bilden, die mit mannigfachen Risiken hinsichtlich der Einschätzung der Entwicklung der Gebrechlichkeit ihrer Klientel und der damit verbundenen personalen Dienstleistungen konfrontiert sind, wird dieser Sachverhalt in der Fachliteratur eingehend erörtert (BISHOP, 1990; HIGGINS, 1992; RUCHLIN, 1988; WILLIAMS, 1986).

Das Eintrittsalter in den CCRCs beträgt 76 Jahre und das Durchschnittsalter der Bewohner in den Wohneinheiten („Independent Living Units“) 82 Jahre, auf den Pflegestationen 86 Jahre. Die Bewohnerschaft der CCRCs ist überwiegend allein stehend (73 Prozent) und weiblich (77 Prozent) (COHEN et al., 1988b; SOMERS et al., 1992; SOMERS, 1993; TELL et al., 1987).

Bezüglich der Verweildauer und den Wechsel in betreuungsintensivere Einrichtungsteile liegen 2 Erhebungen vor:

- SOMERS et al. (1992) berichten von einer Untersuchung, dass 10 Jahre nach Inbetriebnahme der CCRC noch 41 Prozent der Erstbezieher in ihren Wohnungen (Independent Living Units) lebten, 7 Prozent in einer AL-Abteilung, 5 Prozent auf der Pflegestation und 46 Prozent zwischenzeitlich verstorben waren.
- BOWERS (1989) ermittelte bei 19 CCRCs mit einer durchschnittlichen Betriebsdauer von 19 Jahren, dass 52 Prozent der Bewohner in ihren Wohnungen verstarben und 46 Prozent auf die Pflegestation verlegt wurden.

Hinsichtlich der Größe der Zielgruppe liegen unterschiedliche Einschätzungen vor: Während FAIRCHILD et al. (1991) von ca. 20 Prozent wohlhabenden Senioren in den USA ausgehen, die sich dieses Versorgungsmodell leisten könnten, liegen andere Schätzungen bei 5 - 8 Prozent bzw. 10 Prozent (TELL et al., 1987). Für das Jahr 2000 wird prognostiziert, dass sich ca. 15 Prozent der 75jährigen und älteren die Leistungen der CCRCs leisten könnte (SOMERS et al., 1992).

Mitte der 80er Jahre wurde in den USA ein Modell propagiert, das die Vorzüge der CCRCs für Senioren in Privathaushalten bereitstellen möchte. „Life Care at Home“ (LCAH) enthält die Versichertengemeinschaft für Langzeitpflege, die entsprechende ambulante Hilfe- und Betreuungsleistungen ähnlich den CCRCs und den späteren Zugang zur stationären Pflege bei weit geringeren Kosten für die beteiligten Senioren. Begründet wird dieses Modell u. a. mit den Einstellungen der Senioren, dass der überwiegende Teil (86 Prozent) im eigenen Privathaushalt verbleiben möchte und

nur eine kleine Minderheit (7 Prozent) Interesse an den Eintritt in eine CCRC zeigt (TELL et al., 1987).

#### **4. Gründe für den Einzug ins Betreute Wohnen**

Es liegen eine Reihe von Untersuchungen vor, die die Gründe für die Aufgabe des bisherigen eigenen Privathaushaltes und den Umzug in eine Betreute Altenwohnanlage bzw. eine andere Alteneinrichtung (Altenwohnheim, Altenheim, Wohnstift u. a.) eruiert haben.

Die verschiedenen Motive für einen vollzogenen Umzug bzw. für die Planung eines Umzuges lassen sich in folgenden Faktorenbündeln zusammenfassen:

- Gesundheitsbezogene und damit auch Selbständigkeit mindernde Gründe
- wohnungs- und Wohnumfeldbezogene Gründe
- soziale und Familienbezogene Gründe.

##### **4.1. Gesundheitsbezogene Gründe**

Aus Großbritannien liegen einige umfangreiche Erhebungen über die Bewohner des Betreuten Wohnens vor. Ein entscheidender Grund für die Übersiedlung in diese Wohnform besteht in der Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Für 22 bis 36 Prozent der Befragten waren Beeinträchtigungen der Gesundheit ausschlaggebend für den Einzug ins Sheltered Housing (Betreutes Wohnen in Großbritannien) (BUTLER et al., 1983; FENNELL, 1986; KALRA et al., 1990).

Für den Einzug ins Betreute Wohnen mit Zusatzpersonal und -leistungen (Very Sheltered Housing = es entspricht einer Kombination aus Pflegeheim und Betreutem Wohnen) waren dem Einrichtungstypus entsprechend bei 57 Prozent der Bewohner Gesundheitsgründe die Hauptursache für den Einzug (TINKER, 1989).

Zum Verständnis des gesundheitlichen Zustandes der Senioren sind folgende epidemiologischen Erkenntnisse zu berücksichtigen:

In der Altersgruppe zwischen 74 und 78 Jahren machen sich bereits altersbedingte körperliche Verschleißerscheinungen in Gestalt chronischer Erkrankungen deutlich bemerkbar. So ergab eine epidemiologische Erhebung in Deutschland, dass in der Altersgruppe 75 - 79 Jahre bei 27 Prozent der Untersuchten 3 - 4 körperliche Beeinträchtigungen, bei 22,6 Prozent 5 - 6 und bei 27 Prozent mehr als 7 Beeinträchtigungen (chronische Erkrankungen und Gebrechen wie Seh- und Hörbeeinträchtigungen) auftreten (WELZ, 1994). Die Multimorbidität ist somit bei ungefähr 3/4 dieser Altersgruppe ein typisches Altersphänomen.

Das Ausmaß an Hilfe- und Pflegebedarf beträgt nach der Infratest-Erhebung von 1992 in der Altersstufe 75 - 79 Jahre für Frauen 5,9 Prozent Pflegebedarf und 13,9 Prozent Hilfebedarf und für Männer 7,1 Prozent Pflegebedarf und 13,4 Prozent Hilfebedarf (SCHNEEKLOTH, 1994).

Somit ist ca. jeder siebente Senior in dieser Altersgruppe auf Hilfe bei den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (Einkaufen, Kochen, Putzen etc.) angewiesen.

Eine Gegenüberstellung der Gesundheitsprobleme von Senioren derselben Alterskohorten im Betreuten Wohnen und in Privathaushalten in Großbritannien zeigen große Übereinstimmungen u. a. bei folgenden Erkrankungen:

- Arthritis oder Rheumatismus bei 62 (Betreutes Wohnen) bzw. 58 Prozent (Privathaushalt),
- hoher Blutdruck bei 26 bzw. 21 Prozent,
- Schwindelgefühl bei 39 bzw. 31 Prozent,
- Herzprobleme bei 25 bzw. 20 Prozent (BUTLER et al., 1983).

Trotz dieser körperlichen Beeinträchtigungen leben die Senioren dieser Altersgruppe relativ selbständig sowohl in den Privathaushalten als auch im Betreuten Wohnen. Ein Vergleich der Kompetenzen von Senioren im Betreuten Wohnen und in Privathaushalten zeigte, dass z. B. in beiden Untersuchungsgruppen

- ca. 90 Prozent ohne Schwierigkeiten aufstehen und ins Bett gehen können,
- dass 20 (Betreutes Wohnen) bzw. 24 Prozent (Privathaushalt) keine Einkäufe mehr tätigen können,
- dass 66 bzw. 73 Prozent ohne Schwierigkeiten alleine baden können,
- dass nur 4 bzw. 7 Prozent keine Treppen mehr steigen können und
- dass nur 7 bzw. 4 Prozent nicht mehr allein die Wohnung verlassen können. (BUTLER et al., 1983)

Ein anderer Vergleich beider Personengruppen zeigt ebenfalls die Ähnlichkeit im Alltagsvermögen. So können noch 82 Prozent der Bewohner im Betreuten Wohnen und 78 Prozent der 75jährigen und älteren im eigenen Haushalt noch kochen, Hausarbeiten können noch 56 bzw. 57 Prozent erledigen (BUTLER et al., 1983).

Es zeigt sich, dass die Klientel des Betreuten Wohnens körperliche Beeinträchtigungen ähnlich der Gleichaltrigen in Privathaushalten aufweist. Diese überwiegend altersbedingten körperlichen Einschränkungen führen bei der Minderheit der Bewohner zu einem manifesten Hilfebedarf bei Verrichtungen im Haushalt. Die überwiegende Zahl der Bewohner vermag trotz der subjektiven und objektiven gesundheitlichen Belastungen eine relativ selbständige Lebensführung aufrecht zu erhalten.

#### Ergebnisse aus Deutschland:

Angesichts des augenblicklich noch geringen Ausbreitungsgrades des Betreuten Wohnens in Deutschland liegen bisher nur wenige und meistens vom Umfang her sehr begrenzte Erhebungen über diese Wohnform vor.

Befragungen in Baden-Württemberg, im Landkreis Esslingen und in NRW ergaben, dass gesundheits- und altersbedingtes Nachlassen der Alltagsfertigkeiten (Schwierigkeiten bei der Benutzung des Bades und des WCs, Treppensteigen u. a.) Grund



für den Umzug ins Betreute Wohnen darstellt (Landkreis Esslingen, 1994; MÄTZKE, 1992; NARTEN, 1991).

Eine neuere Erhebung in 16 Betreuten Wohnanlagen in den alten und neuen Bundesländern (n = 243) fand mit 63 Prozent der Nennungen als Hauptgrund für den Einzug ins Betreute Wohnen "die Hilfe im Notfall" heraus (SCHWEIKART et al., 1995). Für fast 2/3 der Befragten war der Faktor "Sicherheit" das entscheidende Produkt des Betreuten Wohnens, das den Ausschlag für diese Wohnform gab.

Zum Themenbereich "Wohnungsaufgabe und Umzug im Alter" sind in verschiedenen Untersuchungen in Deutschland Daten erhoben worden, die Aufschluss über die Motive und Ziele eines Umzuges im Alter geben. So sind Senioren in ihren eigenen Haushalten befragt worden, aus welchen Gründen sie ihre Wohnung aufgeben würden:

An erster Stelle wurde der Verlust der Selbständigkeit bei der Haushaltsführung genannt:

Zwischen 38 und 48 Prozent der Befragten nannte dies als entscheidenden Grund. An zweiter Stelle steht die Pflegebedürftigkeit im Alter mit 30 Prozent der Befragten. Weitere Gründe sind Krankheit, Alleinsein und Mieterhöhungen (MAGFS Baden-Württemberg, 1986; Stadt Köln, 1989; STIEFEL, 1983). Der Anteil der Senioren, die ihre Wohnung trotz Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht aufgeben würden, lag Anfang der 80er Jahre in Baden-Württemberg bei 22 bzw. 23 Prozent (MAGFS Baden-Württemberg, 1986; STIEFEL, 1983).

Diese Daten geben einen wichtigen Hinweis dergestalt, dass für viele Senioren bereits das größere Ausmaß an Hilfebedürftigkeit Anlass für einen Umzug in eine geschützte und damit Altersangemessene Wohnumwelt sein kann.

## **4.2. Wohnungsbezogene Gründe**

Fast noch häufiger als gesundheitliche Einschränkungen sind Probleme mit der Wohnung ausschlaggebend für den Einzug in das Betreute Wohnen. Diese Problemfelder bestehen aus vielen Faktoren: Ausstattung der Wohnung (Substandard u. a.), Lage der Wohnung (obere Etagen), Größe der Wohnung, Mietkosten und Kündigungen.

Erhebungen in Großbritannien haben gezeigt, dass zwischen 27 und 64 Prozent der befragten Bewohner des Betreuten Wohnens Probleme mit ihrer Wohnung als Grund für den Einzug ins Betreute Wohnen angaben (BUTLER et al., 1983; FENNELL, 1986; KALRA et al., 1990; TINKER, 1989).

### Die Wohnung und die Wohnungsausstattung:

FENNELL (1986) befragte 1984 insgesamt 863 Bewohner in 100 Betreuten Wohnanlagen u. a. auch hinsichtlich ihrer vorhergehenden Wohnung. Am häufigsten wurden als Erschwernisse der alten Wohnung die Treppen und Stufen (115 Nennungen) angeführt. Probleme mit der Heizung gaben 77 Befragte an. Mangelnde Sanitäranlagen (kein Bad, kein Warmwasser, Außen-WC u. a.) nannten 40 Mieter.

Bei einer Erhebung von TINKER (1989) im Very Sheltered Housing wurden von 25 Prozent der Befragten (n = 970) die Treppen und von 20 Prozent Heizungsprobleme als Gründe für die Umsiedlung genannt.

Kleinere Erhebungen in Landkreis Esslingen (n = 50), in München (n = 19) und in Baden-Württemberg kommen zu dem gleichen Ergebnis, dass vor allem die Treppen, die Heizung und die Sanitäranlagen Grund für den Wohnungswechsel waren (Landkreis Esslingen, 1994; Landeshauptstadt München, 1991; MÄTZKE, 1992).

Eine Untersuchung über Mobilitätseinschränkungen in Deutschland ergab, dass in der Altersgruppe 66 - 75 Jahre 29,9 Prozent durch Mobilitätseinbußen unterschiedlicher Ausprägung beeinträchtigt sind (BRÖG et al., 1985).

CARPENTER et al. (1990) untersuchte u. a. auch die Mobilität im Betreuten Wohnen (n = 277): 89 Prozent waren mobil bzw. semi-mobil, 10 Prozent Haus gebunden (Unfähig, Treppen zu steigen) und 1 Prozent rollstuhl- bzw. Bett gebunden.

Die Wohnungsausstattung der Altenhaushalte (60 Jahre und älter) in der Bundesrepublik Deutschland (alte Bundesländer) hat sich zwar in den letzten Jahren gravierend verbessert, doch nach der Volkszählung von 1987 gelten 31 Prozent (2,8 Mio.) als nicht modern (keine Sammelheizung) und 6 Prozent (542.111) haben Substandard (kein Badezimmer und keine Sammelheizung) (STOLARZ et al., 1993).

Eine neuere Erhebung aus dem Jahr 1993 (Ergebnis der 1%-Gebäude- und Wohnungsstichprobe) ergab, dass in den alten Bundesländern 77,6 Prozent der Seniorenhaushalte (65 Jahre und älter) dem Wohnstandard (mit Bad/Dusche, WC und Sammelheizung) entsprechen. In den neuen Bundesländern (einschließlich Berlin-Ost) sind es nur 43,6 Prozent. Nicht modern (ohne Sammelheizung) sind in den alten Bundesländern 19,5 Prozent der Seniorenhaushalte und in den neuen Bundesländern 32,5 Prozent (SCHEWE, 1996).

#### Die vorherige Wohnung wurde zu groß:

Für einen nicht unbeträchtlichen Teil der Bewohner des Betreuten Wohnens sowohl in Großbritannien als auch in Deutschland ist eine große Wohnung Anlass für einen Wohnungswechsel: Zwischen 25 und 37 Prozent gaben dieses Faktum als einen Umzugsgrund an (Arbeiterwohlfahrt Schleswig-Holstein, 1991; KARDOFF et al., 1990; BUTLER et al., 1983; SCHWEIKART et al., 1995; TINKER, 1989).

Nach einer Erhebung des Statistischen Bundesamtes von 1987 verfügten in den alten Bundesländern 514.008 Einpersonenhaushalte von 65jährigen und älteren über 5 und mehr Räume (einschließlich Küche); 301.165 Einpersonenhaushalte älter Menschen hatten mehr als 100 qm Wohnfläche (Statisches Bundesamt, 1991). Bei einer Befragung gaben von den älteren Frauen mit 5 und mehr Räumen 36 Prozent an, nicht alle Räume zu nutzen (STADIE, 1987).

Diese Daten verweisen sowohl auf eine starke Unternutzung der Räume als auch auf eine potentielle Überforderung in der Haushaltsführung hin.

#### Erhöhung der Miete und Kündigungen:

Die britischen Erhebungen enthalten nicht die Kategorie Mieterhöhung und Kündigung.

Deutsche Untersuchungen ergaben hingegen, dass im Landkreis Esslingen bei 34 Prozent die Kündigung Ursache des Umzugs ins Betreute Wohnen darstellte; in NRW waren 10 Prozent der Mieter von Altenwohnungen vor Einzug von einer Kündigung betroffen (Landkreis Esslingen, 1994; NARTEN, 1991; SCHWEIKART et al., 1995).

Weitere Untersuchungen aus Deutschland zeigen, dass ca. 6 bis 15 Prozent der Senioren im Falle einer gravierenden Mieterhöhung einen Umzug vornehmen würden bzw. aus diesem Grunde bereits umgezogen sind (MAGS Baden-Württemberg, 1986; FRIEDRICH, 1995; Stadt Köln, 1989; KARDOFF et al., 1990).

#### Fazit:

Diese Daten und Fakten verdeutlichen den Sachverhalt, dass die Wohnung, die oft über Jahrzehnte genutzt wurde, mit zunehmendem Alter eine immer größer werdende Bürde und Belastung werden kann. Es reicht in vielen Fällen bereits aus, dass die Wohnung in einem oberen Stockwerk gelegen ist oder dass sie nach Auszug der Kinder und Tod des Gatten einfach zu groß und vielleicht dann auch zu teuer geworden ist.

Die Wohnung kann somit zu einer Umweltbelastung („environmental demand“) werden, indem sie nicht mehr oder nur noch unter größten Mühen für den alten Menschen zu bewältigen ist.

Die sozialökologische Passung oder Kongruenz von Person und räumlich-sozialer Umwelt ist nicht mehr gegeben, das verminderte Leistungsvermögen reicht in der Regel nicht mehr für eine Stress- und belastungsfreie selbständige Alltagsbewältigung aus (CARP et al., 1984).

Früher blieb in diesem Fall nur die Übersiedlung in ein Altenheim oder der Umzug in den Haushalt eines der Kinder. Gegenwärtig bleiben den durch die Wohnung überforderten alten Menschen darüber hinaus noch eine Reihe von Optionen: Wohnanpassungsmaßnahmen (u. a. technische Nachrüstung durch einen Lifteinbau), ambulante Dienste (hauswirtschaftliche und Mobilitätsbezogene Hilfen), kommunale und von Wohnungsbaugesellschaften getragene Wohnungstauschprogramme, der Einzug in eine eingestreuete Altenwohnung und eben auch das Betreute Wohnen.

Diese relativ neuen Strategien der Hilfe und Unterstützung sind ihrem Wesen nach Personen zentriert und damit Selbständigkeit fördernd, denn sie sollen gemäß ihrer Konzeption komplementär zu dem noch vorhandenen Leistungsvermögen wirken.

Betreutes Wohnen im Alter unterscheidet sich von den anderen neueren Maßnahmen durch eine größere Komplexität der Angebotsstruktur dergestalt, dass nicht nur räumlich-architektonische Strukturen und Dienstleistungsaspekte auf das Klientel der älteren Menschen ausgerichtet sind, sondern darüber hinaus auch soziale und nachbarschaftlich-gemeinschaftliche Faktoren mit in das Konzept Betreutes Wohnen einfließen.

### 4.3. Soziale und Familienbezogene Gründe

Neben gesundheitlichen und Wohnungsbedingten Gründen wird der Umzug ins Betreute Wohnen auch von sozialen und Familienbezogenen Faktoren bestimmt. Mit sozialen Gründen sind vorrangig das Ausmaß und die Verarbeitung des Alleinlebens gemeint. Mit Familienbezogenen Gründen wird der Sachverhalt bezeichnet, dass ältere Menschen durch den Umzug ins Betreute Wohnen gleichzeitig in die Nähe ihrer erwachsenen Kinder oder selten auch anderer Angehöriger ziehen.

#### Alleinleben als Grund für den Umzug ins Betreute Wohnen:

Mehrere Erhebungen aus Großbritannien zeigen, dass zwischen 15 und 34 Prozent der befragten Bewohner das Alleinleben als entscheidenden Grund für den Wechsel ins Betreute Wohnen anführte (FENNELL, 1986; KALRA et al., 1990; TINKER, 1989).

In deutschen Untersuchungen wurde bei 9 Prozent der befragten älteren Menschen in Köln und Stuttgart das Alleinsein als Grund für eine spätere Wohnungsaufgabe angegeben (STIEFEL, 1983; Stadt Köln, 1989).

Das Alleinleben im Alter wird im immer größeren Umfang besonders für hoch betagte Frauen die dominierende Lebensform. Wohnten in Deutschland 1972 von den 75jährigen und älteren Frauen 49,7 Prozent allein, so waren es 1990 bereits 65,1 Prozent. Parallel zum Trend des Einpersonenhaushaltes im Alter verlief der Rückgang der Anzahl der hoch betagten Frauen, die in einem 2- oder 3-Generationenhaushalt lebten: Waren es 1972 noch 28,9 Prozent, so verringerte sich der Anteil 1990 auf 14,5 Prozent (VOIT, 1992).

Insgesamt stieg in Deutschland der Anteil der 65jährigen und älteren Alleinlebenden von 1961 bis 1990 von 23,6 Prozent auf 40,6 Prozent (BRETZ et al., 1992). Dieser Prozess der zunehmenden Isolierung der älteren Generation lässt sich mit BRETZ als ein Trend der "Abkoppelung" der älteren Generation bezeichnen.

Dass mit dem Alleinleben und mit zunehmendem Alter die Gefahr wachsender Isolation und damit auch das Gefühl der Einsamkeit verstärkt auftritt, ist durch mehrere Untersuchungen in Deutschland nachgewiesen worden.

Nach einer Befragung des Institutes für Demoskopie Allensbach (1993) haben sich im Jahre 1990 in den alten Bundesländern "in letzter Zeit manchmal sehr einsam gefühlt": 62 Prozent der Frauen im Alter von 60 Jahren und älter in Einpersonenhaushalten und 33 Prozent der Frauen in Mehrpersonenhaushalten. Von den Altersgruppen sind besonders die 75jährigen und älteren von der Einsamkeit betroffen: Es sind 54 Prozent gegenüber den 60 - 74jährigen mit 38 Prozent und 30 - 59jährigen mit 39 Prozent.

Andere Erhebungen in Deutschland haben weit geringere Werte für das Auftreten der Einsamkeit im Alter - zwischen 27,6 und 51 Prozent - ermittelt, doch es wird der Trend bestätigt, dass Alleinleben, hohes Alter und Geschlecht (Frauen) mit erhöhter Vereinsamung korrelieren (MAGFS Baden-Württemberg, 1986; REICHENWALLNER et al., 1991; HABICH et al., 1994; MSGE Schleswig-Holstein, 1991) (Siehe auch Kapitel 1.3.).

Das Ausmaß der sozialen Isolation alter allein lebender Menschen hat WELZ (1994) in einer epidemiologischen Feldstudie in Duderstadt erhoben: 9,5 Prozent der Befragten hatten zwischen 0 und 20 Kontakte (formelle und informelle) und 28,5 Prozent 21 - 60 Kontakte im Monat.

ARNETZ et al. (1983 b) konnten bei einem Aktivierungsexperiment in einer schwedischen Altenwohnanlage die physiologischen und Verhaltensbezogenen Auswirkungen sozialer Unterstimulierung feststellen: Sowohl der Stoffwechsel als auch das Verhalten in Gestalt ständiger Unruhe und Rastlosigkeit unterschieden isolierte alte Menschen von Gleichaltrigen mit ausreichenden Sozialkontakten. Die Phänomene lassen sich dahingehend interpretieren, dass soziale Isolation zu einer ständigen Stresssituation führt.

Eine Untersuchung alter Menschen in Altenheimen in Frankreich ergab, dass bei 47 Prozent die Einsamkeit der entscheidende Grund für die Übersiedlung ins Heim darstellte (ATTIAS-DONFUT, 1993).

#### In die Nähe der Kinder ziehen:

Sowohl in Großbritannien, den USA als auch in Deutschland ist ein relativ neues Phänomen in der räumlichen Mobilität älterer Menschen festzustellen: Der Umzug in die Nähe der erwachsenen Kinder. Während man früher im höheren Alter entweder ins Heim oder in den Haushalt eines Kindes wechselte, so bieten sich heute verschiedene Gelegenheiten, in der Nähe der Kinder selbständig wohnen bleiben zu können. Dieses Arrangement wird sowohl von der älteren als auch der mittleren Generation gemäß dem Grundsatz "Intimität auf Abstand" (ROSENMAYR et al., 1965) im Zusammenleben favorisiert.

Eine Reihe von Erhebungen bestätigen dieses generationsnahe Wohnverhalten: Am beliebtesten mit Abstand ist das Wohnen in der Nachbarschaft, 38 bis 89 Prozent wünschen sich diese Wohnform, an zweiter Stelle steht das Wohnen in einem Haus mit getrennten Haushalten (22 bis 62 Prozent der Nennungen) und den Schluss bildet mit 4 Prozent das Wohnen in einem gemeinsamen Haushalt (KRINGSHECKEMEIER et al., 1995; MASFG Rheinland-Pfalz, 1993; WILDERER, 1989).

Bezüglich des Wohnens in einem gemeinsamen Haushalt mit den Kindern weicht eine Erhebung der Schader-Stiftung aus dem Jahr 1995 von diesen Werten ab: 15,9 Prozent der Befragten in den alten Bundesländern (55 Jahre und älter) wünschen sich im Alter ein Zusammenwohnen mit ihren Kindern, 22,7 Prozent können es sich eventuell vorstellen. In den neuen Bundesländern wollen hingegen nur 7,6 Prozent mit ihren Kindern zusammenleben und 25,8 Prozent könnten es sich eventuell vorstellen (Schader-Stiftung, 1996).

Im Rahmen einer Untersuchung über das Mobilitätsverhalten älterer Menschen in Südhessen und in Kalifornien (USA) hat FRIEDRICH (1995) festgestellt, dass bei den 70jährigen und älteren der letzte Umzug bei 40 Prozent in Südhessen und 25,3 Prozent in Kalifornien mit der Absicht, in die Nähe der Angehörigen zu ziehen, begründet wurde.

Auch SOMERS et al. (1992) ermittelten bei einer landesweiten Erhebung über Continuing Care Retirement Communities (CCRCs), dass bei 25 Prozent der Befragten

Bewohner die räumliche Nähe zu ihren Angehörigen (Kindern und Enkeln) Grund für den Einzug in eine CCRC darstellte.

Ebenfalls 40 Prozent der Umzüge von Senioren in Großbritannien waren Umzüge in die Nähe von Angehörigen, überwiegend den eigenen Kindern (HUNT, 1978).

Diese "Netzwerk-" oder "Sicherheitsumzüge" stehen mit Abstand an erster Stelle bei den schon etwas älteren Senioren.

Auch in den USA konnte dieser „Sicherheitsumzug“ empirisch belegt werden: Der „zweite Umzug“ (The „second move“) wurde bei Senioren festgestellt, die nach dem „Annehmlichkeits-Umzug“ („amenity“ migration, „first move“) kurz nach der Pensionierung bei auftretenden Gebrechen und Hilfebedarf, häufig in Verbindung mit dem Tod des Ehepartners, nochmals den Wohnort (Nähe der Kinder oder seniorengerechte Wohnanlagen mit Service) wechseln. Der „dritte Umzug“ („third move“) führt dann in der Regel in eine stationäre Altenhilfeeinrichtung (LONGINO et al., 1991).

Dass die Angehörigen eine bedeutende Funktion besonders für den Not- oder Akutfall besitzen, zeigen verschiedene Untersuchungen: Als Helfer im Krankheitsfall werden die Angehörigen von 22 - 51 Prozent der Befragten genannt (EHRlich et al., 1982; GARMS-HOMOLOVA, V. et al., 1991; MAGFS Baden-Württemberg, 1986; REICHENWALLNER et al., 1991; Stadt Köln, 1989).

In diesem sich in vielen industriellen Gesellschaften sich durchsetzenden Verhaltensmodus "Nähe auf Distanz" zwischen der mittleren und betagten Generation passt das Angebot Betreutes Wohnen als eine fast ideale Konzeption hinein. So haben Erhebungen in englischen und deutschen Betreuten Wohnanlagen gezeigt, dass für ca. 10 bis 20 Prozent der Befragten die Nähe zu den Kindern entscheidend für den Einzug ins Betreute Wohnen war (BUTLER et al., 1983; FENNELl, 1986; Landkreis Esslingen, 1994; SCHWEIKART et al., 1995).

Die Entscheidung für das Betreute Wohnen wird auch teilweise von den Angehörigen selbst initiiert, wie BUTLER et al. (1983) in Großbritannien ermittelten. So gingen 44 Prozent der Empfehlungen für diese Wohnform entweder von den Angehörigen oder dem Hausarzt aus.

Aus verschiedenen Untersuchungen wird ersichtlich, dass durch den Umzug in eine Betreute Wohnanlage in der Nähe der Angehörigen das vorher oft angespannte und belastete Verhältnis der alten Menschen zu ihren Nächsten sich entspannt und teilweise harmonisch gestaltet (Siehe Kapitel 7. 3.).

Diese Konstellation - altengerechtes oder sogar behindertengerechtes Wohnen mit Betreuungsleistungen im Nahbereich der helfenden und unterstützenden Angehörigen - wird angesichts der demographisch bedingten volkswirtschaftlichen Belastungen im Bereich der Altenhilfe als eine Weiterentwicklung der bisher ausschließlich häuslichen Pflege durch Angehörige sich entwickeln können (HEUMANN, 1993).

#### Fazit:

Es zeigt sich, dass das Alleinleben im Alter ein Risikofaktor hinsichtlich möglicher Isolation, Vereinsamungsempfindungen und den damit zusammenhängenden depressiven Verstimmungen und physiologischen Stresserleben darstellt (WELZ, 1995; ARNETZ et al., 1983 a).

Permanente soziale und sensorische Deprivation in Gestalt des fast ständigen Alleinseins im Alter führt häufig entweder zur frühzeitigen Institutionalisierung (Heimeintritt) oder zur erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Arztbesuche, Einnahme von Psychopharmaka u. a.). Berücksichtigt man, dass alte Menschen fast 85 Prozent der Tageszeit in der Wohnung verbringen (FRIEDRICH, 1995), dann wird der Stellenwert eines vertrauten räumlich-sozialen Umfeldes (Nachbarschaft, Quartier) für die psycho-physiologische Stabilisierung der Betroffenen evident. Angesichts einer zunehmenden Anonymisierung und sozialen Ausdünnung des Nahbereiches (Verlust der herkömmlichen Öffentlichkeit: Einkauf, Begegnung u. a.) fehlen alltägliche soziale Kontakte, die für das eigene Identitätserleben notwendig sind.

Die Gefahr der Isolierung und Vereinsamung im Alter wird bereits von der mittleren Generation wahrgenommen, wie einer Erhebung (n = 800) zu entnehmen ist. So bevorzugen 38 Prozent der Befragten der Altersgruppe 45 - 60 Jahre eine altengerechte Wohnform mit Gemeinschaftseinrichtungen, überwiegend mit dem Ziel, so einer Vereinsamung im Alter entgehen zu können (KRINGS-HECKEMEIER et al., 1992).

Zum sozialen Leben im Nahbereich gehören auch die Angehörigen, da überwiegend zu ihnen vertiefte Beziehungen und Bindungen im Laufe des Lebens gewachsen sind. Aus diesem Grunde ist auch das Umzugsmotiv "Nähe zu den Angehörigen" bei den Älteren zu verstehen.

Es ist nicht nur das Sicherheitsempfinden, im Not- oder Krankheitsfall auf zuverlässige und vertraute Personen sich verlassen zu können, das die Alten in die Nähe der Kinder ziehen lässt. Es drückt auch das Bedürfnis nach sozial erfüllten und befriedigenden Kontakten und Begegnungen aus.

Betreutes Wohnen im Alter kann im Kontext dieser psychosozialen Bedarfslagen ein Leistungsangebot darstellen, das den veränderten demographischen, räumlich-sozialen und intergenerativen Verhältnissen angepasst ist.

#### **4.4. Zusammenfassung und Ausblick**

Die Aufgabe des eigenen Privathaushaltes und der Einzug ins Betreute Wohnen stellen überwiegend gesundheitsbedingte und individuelle Anpassungsleistungen älterer Menschen an ihre räumliche und soziale Umwelt dar. Gemäß ihrem körperlichen und psychosozialen Leistungs- und Verarbeitungsvermögen nehmen sie einen Milieuwechsel in Richtung auf eine seniorenerechte Wohn- und Betreuungsform vor. Dieser neue Wohnbereich ist für viele aus folgenden Gründen heraus attraktiv:

- die Selbständigkeit in Gestalt des Unterhaltes einer eigenen Wohnung und Haushaltsführung erlaubt eine Kontinuität in der Lebensführung,
- die neue Wohnung ist durch Größe, Zugänglichkeit und Komfort relativ leicht zu handhaben,
- die Wohnanlage bietet Sicherheits- und Schutzleistungen u. a. durch persönliche Betreuung und technische Ausstattung (Notrufanlage),

- Betreutes Wohnen bietet neben nachbarschaftlichen Kontaktmöglichkeiten soziale Anregungen in Gestalt von Unterhaltungs- und Geselligkeitsangeboten,
- Betreutes Wohnen kann auch genutzt werden, um in die Nähe der Angehörigen zu ziehen, ohne dabei die Selbständigkeit aufgeben zu müssen.

Durch das Angebot Betreutes Wohnen wird bei den betroffenen älteren Menschen die Person-Umwelt-Passung durch Minderung oder Abbau der Be- und Überlastungen wiederhergestellt. Der Einzug ins Betreute Wohnen führt in der Regel zu einer psychophysischen Stabilisierung und einer Steigerung der Lebenszufriedenheit.

Die Form des Betreuten Wohnens wird sich den ersten Anzeichen nach auch in Deutschland rasch ausbreiten und zu einem Regelangebot für ältere Menschen werden können. Die demographische Entwicklung einer zunehmenden Alterung unserer Gesellschaft forciert geradezu diese Entwicklung, weil durch dieses Angebot Heimeinweisungen hinausgezögert und teilweise auch vermieden werden können. Es kann also beim Betreuten Wohnen von einer Kongruenz individueller Bedarfslagen und sozialökonomischer Gebote einer Vermeidung vorzeitiger Institutionalisierung gesprochen werden.

#### **4.5. Exkurs: Die Bewohner des Betreuten Wohnens**

Die Bewohner des Betreuten Wohnens in den USA, Großbritannien und Deutschland ähneln sich bezüglich folgender Merkmale: Alter, Geschlecht, Familienstatus und Kompetenzgrad.

##### Alter:

In den USA liegt das Durchschnittsalter in Public Housing (entspricht dem deutschen Altenwohnheim) bei 73 Jahren, im Congregated Housing (altengerechtes Wohnen in einer Wohnanlage mit zusätzlich abrufbaren Dienstleistungen) bei ungefähr 76 Jahren (NASAR et al., 1985; MOOS et al., 1994).

In Einrichtungen der Continuing Care Retirement Communities wurde in verschiedenen Erhebungen ein Durchschnittsalter von 80 - 82 Jahren ermittelt (BOWERS, 1989; COHEN et al., 1988b; SHEEHAN et al., 1995; SOMERS et al., 1992; TELL et al., 1987).

In Einrichtungen des Assisted Living, Betreutes Wohnen für stark hilfebedürftige bzw. leicht pflegebedürftige Senioren in den USA, beträgt das Durchschnittsalter zwischen 85 und 86 Jahren (CLEMMER et al., 1993; KALYMUN, 1990).

In Großbritannien liegt das Durchschnittsalter im Sheltered Housing (altengerechtes Wohnen in einer Wohnanlage mit zusätzlich fest angestellter Betreuungskraft) nach unterschiedlichen Erhebungen zwischen 74 und 78 Jahren (BUTLER et al., 1983; CARPENTER et al., 1990; FENNELL, 1986; HEUMANN, 1987; TINKER et al., 1995).

In Betreuten Wohnanlagen in Deutschland (Erhebungen aus Baden-Württemberg) liegt das Durchschnittsalter auch in der Altersspanne von 74 - 78 Jahren (MÄTZKE, 1992; RACKI, 1993).



Das Durchschnittsalter der Bewohner im Betreuten Wohnen (Public Senior Housing, Congregate Housing) liegt einige Jahre unter dem der Altenheimbewohner. Das Durchschnittsalter der Altenheimbewohner beträgt in den USA 79 Jahre und in Großbritannien bei den Frauen 82 Jahre und bei den Männern 78 Jahre (MOOS et al., 1994; TINKER, 1989).

Bei betreuungsintensiveren Einrichtungen des Betreuten Wohnens (CCRCs und Assisted Living) liegt mit 82 bzw. 85 Jahren das Durchschnittsalter über dem der Altenheime in den USA.

#### Geschlecht und Familienstatus:

Der Frauenanteil liegt in den 3 Ländern bei ungefähr 70 - 80 Prozent. Ungefähr ebenso hoch ist der Anteil der Alleinlebenden (verwitwet, ledig, geschieden) in den Betreuten Wohnanlagen dieser Länder (CLEMMER et al., 1993; KALYMUN, 1990; BOWERS, 1989; COHEN et al., 1988b; SOMERS et al., 1992; TELL et al., 1987).

#### Kompetenzgrad:

Hinsichtlich der Kompetenz bei Alltagsverrichtungen (IADL = Instrumentelle Aktivitäten des alltäglichen Lebens, ADL = Aktivitäten des alltäglichen Lebens) überwiegen die Bewohner mit einem relativ hohen Grad an Eigenversorgungskapazität. Sowohl in den USA als auch in Großbritannien wurden um die 90 Prozent der Bewohner als selbständig bzw. beschränkt selbständig eingeschätzt. In dieser Hinsicht unterscheiden sich die Bewohner des Betreuten Wohnens nicht wesentlich von ihren Altersgenossen in den Privathaushalten (BUTLER et al., 1981; CARPENTER et al., 1990; MOOS et al., 1994; TINKER, 1989).

Es kann das Fazit gezogen werden, dass die Bewohnerstruktur des Betreuten Wohnens sich in den Merkmalen Geschlecht und Familienstatus signifikant von den Alterskohorten in den Privathaushalten unterscheidet und sich ähnlich gestaltet wie in den Altenheimen. Auch in den Altenheimen überwiegen die Frauen und die Alleinlebenden mit 70 - 80 Prozent (MOOS et al., 1994; RÜCKERT, 1992; TINKER, 1989).

## **5. Dienstleistungen im Betreuten Wohnen**

Betreutes Wohnen oder „Wohnen mit Service“ besteht aus der Verflechtung der Kernelemente „altengerechte Wohnungen“ und „Dienst- oder Serviceleistungen“ (Betreuung, Beratung, hauswirtschaftliche Hilfen, Pflege) zu einem Milieu- und Sozialgebilde, das sich in einigen Aspekten eindeutig von den Eigenarten der Heimstrukturen unterscheidet.

Bezogen auf das Wohnen unterscheidet sich Betreutes Wohnen von Heimen dahingehend, dass im Betreuten Wohnen der Bewohner oder Mieter oder Eigentümer über eine abgeschlossene Wohnung einschließlich Sanitär- und Küchenbereich verfügt, während der Heimbewohner in der Regel ein Ein- oder Zweibettzimmer mit zugeordnetem Sanitärbereich („Nasszelle“) als seinen Wohnbereich bezeichnen kann.

Bezogen auf die Dienst- oder Serviceleistungen besteht der Unterschied darin, dass im Betreuten Wohnen der Bewohner darüber entscheiden kann, welche Dienstleistung und in welcher Intensität er in Anspruch nehmen möchte, während im Heim die Mitarbeiter den Einsatz und das Ausmaß der Dienstleistungen festlegen.

Ein wichtiger Faktor für die Inanspruchnahme von Dienstleistungen ist die Zugänglichkeit zu den Leistungen. In den Einrichtungen des Betreuten Wohnens ist der „Servicestützpunkt“ Anlauf- und Vermittlungsstelle für diesen Bereich.

Nach der LBS-Erhebung verfügt ca. 1/3 der Einrichtungen mit einem Servicestützpunkt über einen durchgehend geöffneten Servicestützpunkt (24-Stunden-Dienst), ein weiteres Drittel hat den Stützpunkt tagsüber geöffnet und in knapp 30 Prozent der Einrichtungen haben die Bewohner tagsüber nur stundenweise Gelegenheit, sich Dienstleistungen vermitteln zu lassen (Siehe Tabelle 18).

**Tabelle 18**

<b>Vermittlung der Dienstleistungen</b>	
n = 416 (in %)	
Servicestützpunkt durchgehend geöffnet	35,80
Servicestützpunkt tagsüber geöffnet	34,40
Servicestützpunkt stundenweise geöffnet	29,80

Quelle: LBS, 1997

Im folgenden Abschnitt werden die für das Betreute Wohnen in Deutschland typischen Dienstleistungsformen „Grundleistungen“ und „Wahlleistungen“ dargestellt und hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Bewohner und das Milieu der Einrichtung analysiert und interpretiert.

## **5.1. Grund- und Wahlleistungen im Betreuten Wohnen**

Das Dienstleistungsgefüge im Betreuten Wohnen in Deutschland ist hinsichtlich der Leistungsvergütung in die beiden Bereiche „Grundleistungen“ und „Wahlleistungen“ untergliedert, die hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Autonomie der Bewohner und das Wohnumfeld recht unterschiedlich sind.

### 5.1.1. Grundleistungen

Die „Grundleistungen“ sind durch die monatlich zu verrichtende Pauschalvergütung (zwischen 80 und 400 DM) abgegolten. Hierbei besitzt der Bewohner ein beschränktes Verfügungsrecht dahingehend, dass er laut dem „Pauschalvertrag über Dienstleistungen“ die Grundleistungen bezahlen muss, egal ob er sie in Anspruch nimmt oder nicht. Wie bereits weiter oben angeführt (Siehe Kapitel 2.2. und 3.1.3.), werden pauschalierte Leistungen überwiegend von den Bewohnern oder Interessenten des Betreuten Wohnens abgelehnt, da sie u. a. die Eigeninitiative und auch die Verfügung über das eigene Einkommen einschränken.

Laut der LBS-Erhebung (1997) bieten 64,47 Prozent der Einrichtungen einen Pauschalvertrag über Dienstleistungen und weitere 19,69 Prozent einen Heimvertrag an. Somit bestehen in ca. 84 Prozent der Einrichtungen des Betreuten Wohnens Formen pauschalierter Dienstleistungen, die als Bestandteil der Einrichtung hingenommen werden müssen, da man sie nicht abwählen kann.

Grundleistungen sind nach der LBS-Erhebung (1997) überwiegend so genannte „weiche“ Leistungen im Sinne psychosozialer Beratung und Begleitung, die im Gegensatz zu so genannten „harten“ Dienstleistungen wie hauswirtschaftliche Unterstützung oder Pflegeleistungen stehen.

Tabelle 19 ist zu entnehmen, dass die am häufigsten als Pauschal-Leistungsarten offerierten Dienste („Allgemeine Beratung“ 86,07 Prozent, „Nutzung der Gemeinschaftseinrichtungen“ 82,85 Prozent, „Freizeitangebote“ 74,70 Prozent und „Persönliche Hilfestellung“ 64,51 Prozent) den Charakter der Betreuung, Begleitung, Anregung und allgemeinen Unterstützung besitzen.

Berücksichtigt man des Weiteren, dass nach der LBS-Erhebung jede 5. Einrichtung des Betreuten Wohnens einen Heimvertrag anbietet, der einen noch weit umfangreicheren pauschalen Leistungskatalog als ein Pauschalvertrag enthält, so ist evident, dass so genannte „harten“ Dienstleistungen relativ selten als Grundleistungen angeboten werden.

**Tabelle 19**

<b>Dienstleistungen im Betreuten Wohnen</b>	
<b>Grundleistungen</b>	
n = 589 (in %)	
Allgemeine Beratung	86,07
Nutzung der Gemeinschaftseinrichtungen	82,85
Freizeitangebote	74,70
Persönliche Hilfestellung	64,51
Pflege bei vorübergehender Krankheit	38,37
Hausmeisterdienste	32,25
Wohnungsreinigung	20,71
Fahr- und Bringdienste	19,01
Mahlzeiten	14,26
Pflegerische und therapeutische Hilfe	10,35
Wäschedienste	5,94

Quelle: LBS, 1997

Die Erhebung der Landesbausparkassen zeigt deutlich, dass in Deutschland im Betreuten Wohnen sich das „Konzept der knappen Hilfen“ durchzusetzen scheint. Das Konzept der knappen Hilfe beruht auf dem Grundsatz: „Soviel Eigenleistung des Bewohners wie möglich und soviel Hilfeleistungen wie nötig“. So bietet z. B. die Bremer Heimstiftung bei einer Pauschale von 120 DM im Monat für einen Einpersonenhaushalt (180 DM für einen Zweipersonenhaushalt) im Rahmen dieses Konzeptes als Grundleistungen den „Notruf, die schnelle Hilfe und Erstversorgung im Notfall, die Beratung und Hilfestellung bei der Organisation von Hilfen, die Bereitstellung von Gemeinschaftsräumen und die Garantie, dass derjenige, der stärker pflegebedürftig wird, in dem Haus seiner Wahl einen Platz findet“ (SCHÜTZ, 1994). Alle weiteren Dienstleistungen müssen zusätzlich als Wahlleistungen bezahlt werden.

### 5.1.2. Wahlleistungen

„Wahlleistungen“ sind Dienstleistungen im Betreuten Wohnen, die vom Bewohner, der sie in Anspruch nimmt, vergütet werden müssen. Es steht somit de jure im Ermessen des Bewohners zu entscheiden, welche Tätigkeiten er selbst noch im Haushalt ausüben möchte und welche er als Fremdleistung von bezahlten Kräften durchführen lassen möchte.

De facto jedoch bestimmt letztlich im vorgerückten Alter und bei zunehmender Gebrechlichkeit der Bewohner das begrenzte Eigenvermögen an körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit über den Einsatz von Helfern.

Wahlleistungen im Betreuten Wohnen sind demnach im engeren Sinne keine freiwilligen Leistungen, sondern notwendige und erforderliche Kompensationsleistungen, ohne die das Wohnen im eigenen Apartment bei zunehmender Hinfälligkeit gar nicht möglich wäre. Es wird hierbei vorausgesetzt, dass der Anteil der Senioren, der aus bloßer Bequemlichkeit Dienstleistungen ordert, relativ gering ist, denn die Leistungen müssen vergütet werden und reduzieren somit das frei verfügbare Einkommen der Bewohner.

Wie im Kapitel 2.2. bereits ausgeführt, sind nach einer Befragung in den alten Bundesländern Interessenten am Betreuten Wohnen bereit, bis zu 271 DM für wohnungsnaher Dienstleistungen im Monat auszugeben. In den neuen Bundesländern sind es 199 DM im Monat. Bezogen auf ihr Gesamteinkommen sind die Befragten bereit, bis zu 10 Prozent ihres Einkommens für diese Leistungen aufzuwenden (HEINZE et al., 1997).

Im Gegensatz zu den Grundleistungen handelt es sich bei den Wahlleistungen vorwiegend um Dienstleistungen aus dem Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung. Diese Schwerpunktsetzung ist Ausdruck des Leistungsvermögens der Bewohner, die aufgrund ihrer eingeschränkten Kapazitäten in der Haushaltsführung Hilfestellung und Unterstützung bei den Verrichtungen des Alltags (Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens / IADL/ wie Einkaufen, Kochen, Putzen u. a.) benötigen.

Wie Tabelle 20 zu entnehmen ist, bieten nach der Erhebung der LBS von 1997 84 Prozent der Betreuten Wohnanlagen Mahlzeiten als Wahlleistungen an, Wäschedienste werden von 72 Prozent und die Wohnungsreinigung von 65 Prozent der Betreuten Wohnanlagen angeboten. Die ersten 3 Positionen sind Dienstleistungen im IADL-Bereich, doch bereits an vierter Stelle mit 62 Prozent folgen „Pflegerische und therapeutische Hilfen“, ein Bereich, der Minderleistungen und fehlende Fertigkeiten im Bereich der basalen Kompetenzen (Aktivitäten des täglichen Lebens /ADL/ wie Aufstehen, Waschen, Ankleiden, Gehen, Essen) bei den Bewohnern zum Ausdruck bringt.

Psychosoziale Tätigkeiten wie Beratungen, Freizeitangebote, persönliche Hilfestellung und Nutzung der Gemeinschaftseinrichtungen, die Kernbereiche der Grundleistungen, werden nur von wenigen Einrichtungen (7 - 23 Prozent) als Wahlleistungen angeboten.

**Tabelle 20**

<b>Dienstleistungen im Betreuten Wohnen</b>	
<b>Wahlleistungen</b>	
n = 589 (in %)	
Mahlzeiten	84,38
Wäschedienst	72,32
Wohnungsreinigung	65,02
Pflegerische und therapeutische Hilfen	62,13
Fahr- und Bringdienst	56,87
Hausmeisterdienst	51,27
Pflege bei vorübergehender Krankheit	46,85
Persönliche Hilfestellung	23,08
Freizeitangebote	13,82
Nutzung der Gemeinschaftseinrichtungen	6,79
Allgemeine Beratung	6,45

Quelle: LBS, 1997

Wie bereits in Kapitel 3.1.3. ausgeführt, bedarf es an dieser Stelle des Hinweises, dass nach der Erhebung der Landesbausparkassen die Serviceleistungen überwiegend von hauseigenem Personal (54 Prozent) angeboten werden. Nur in jeder dritten Einrichtung des Betreuten Wohnens werden diese Dienstleistungen von ambulanten Diensten offeriert.

Der Sachverhalt, dass mehr als jede zweite Einrichtung eigenes Personal für Dienstleistungen vorhält, bedarf einer genaueren Untersuchung hinsichtlich des Personaleinsatzes bei Wahlleistungen. Betrachtet man die monatlichen Pauschalleistungen als Vorhaltekosten, die über die Grundleistungen hinaus noch die Finanzierung eines Zeitkontingentes an Dienstbereitschaft einschließt, so stellt sich die Frage, in welchem Umfang die Erbringung von Wahlleistungen die Arbeitskraft refinanziert. Sollte zum Beispiel ein bestimmter Teil der Arbeitszeit für die Erbringung von Wahlleistungen abgestellt sein, so würden die Mitarbeiter unter einem gewissen Druck stehen, Wahlleistungen regelrecht „zu verkaufen“, um eine Kostendeckung zu erzielen. Würden die Mitarbeiter nämlich außer den Grundleistungen keine oder nur wenige Wahlleistungen erbringen und abrechnen können, entstünde automatisch ein Defizit für die Einrichtung.

Des Weiteren stellt sich die Frage, inwieweit die Zusatzleistungen nur vom hauseigenen Personal oder auch von außen stehenden Institutionen (ambulante Dienste, privat bezahlte Helfer, Angehörige u. a.) erbracht werden können. Sollte sich hierbei die Einrichtung ein Exklusivrecht ausbedingen, indem externen professionellen Diensten der Zugang zur Wohnanlage verwehrt wird, so lägen eindeutig heimähnliche Strukturen vor.

Dieser Sachverhalt der vertraglichen Bindung an die Einrichtung als ausschließlichen Leistungserbringer wird vom Sozialministerium Baden-Württemberg als Grenzlinie zwischen Betreutem Wohnen und stationärer Altenhilfeeinrichtung festgelegt: „Sie wird **nicht überschritten**, solange die Bewohner im Betreuten Wohnen **nicht rechtlich oder tatsächlich verpflichtet sind**, die Dienstleistungen, die über die

Grundpauschale hinausgehen, von einem Dienst des Betreuungsgebers in Anspruch zu nehmen.“ (FRANK et al., 1995).

## **5.2. Das Kernelement „Betreuung“**

Betreutes Wohnen ist von der Konzeption her ein implizit ambivalenter Ansatz dahingehend, dass hierbei Autonomieorientiertes Verhalten wie "Wohnen" kombiniert wird mit einem eher kustodialen und damit Abhängigkeitsfördernden Handeln der "Betreuung". Es handelt sich beim Betreuten Wohnen somit um eine ständige Gratwanderung zwischen "Wohnmilieu" und "Heimmilieu", zwischen "Selbständigkeit" und "Abhängigkeit" in der Lebensführung und Lebensgestaltung der Bewohner, die vom Alter und dem Ausmaß ihrer körperlichen und geistigen Kompetenzen her sich in der Phase des Überganges zwischen Rüstigkeit und leichter Gebrechlichkeit und Hilfebedürftigkeit befinden.

Mit Betreuung in einer Altenwohnanlage werden den Bedürfnissen der gesundheitlich eingeschränkten älteren Menschen nach Sicherheit und Geborgenheit entsprochen (SCHWEIKART et al., 1995). Sie möchten im Falle eines Notfalles (Sturz, Unwohlsein, Schwächeanfall u. a.) möglichst eine vertraute Person in der Nähe wissen, die erste Hilfe leisten und weitergehende Hilfen (Arzt etc.) schnell anfordern kann. Darüber hinaus besteht das Bedürfnis nach Geborgenheit, das sich in befriedigenden sozialen Kontakten, in sozialer Stimulierung und Anerkennung äußert. Dieses psychosoziale Milieuelement lässt sich häufig von Kompetenz eingeschränkten Bewohnern selbst nicht mehr aufbauen, so dass sie auf die Unterstützung von Hausbetreuern angewiesen sind.

"Betreuung" wird im Folgenden anhand der empirischen Untersuchungen unter den Gesichtspunkten Betreuungsleistungen und -umfang, das Betreuungspersonals, Kosten und Auswirkung auf die Bewohnerschaft dargestellt.

### Betreuungsleistungen und -umfang:

Aus Großbritannien liegt eine Reihe von Untersuchungen über das Sheltered Housing vor, die u. a. besonders auf diesen Betreuungsaspekt eingegangen sind.

Ein Kernelement der Betreuung in Sheltered Housing durch die Hausbetreuerin ("warden") besteht in den regelmäßigen, häufig täglich stattfindenden Besuchen der Bewohner. Die entscheidende Aufgabe dieser Besuche liegt in der Überprüfung des Allgemeinzustandes des Bewohners.

Tägliche Besuche werden bei 48 bis 54,7 Prozent der Bewohner des Sheltered Housing durchgeführt (BUTLER et al., 1983; HEUMANN, 1988), bei den betreuungintensiveren Einrichtungen des Very Sheltered Housing werden bereits 63,1 Prozent der Bewohner mindestens einmal täglich aufgesucht (HEUMANN, 1988).

In älteren Einrichtungen (durchschnittliche Betriebsdauer 11 Jahre) des Sheltered Housing kommen bei diesen Besuchen zusätzliche Kontrollaufgaben hinzu, wie PHILLIPSON et al. (1985) (n = 52) feststellten. Bei 83 Prozent der besuchten Bewohner wird nachgeschaut, ob die regelmäßige Nahrungseinnahme gewährleistet ist

und bei 56 Prozent der Besuche wird auf die korrekte Medikamenteneinnahme geachtet.

Ein weiteres Element der Betreuung liegt in der Planung und Durchführung von Gemeinschaftsveranstaltungen in der Wohnanlage: Fast jede zweite Einrichtung (46 Prozent) bietet gesellige Treffen an (BUTLER et al., 1983).

Zusätzliche Betreuungsleistungen bestehen aus Einkäufen, Hilfe beim Kochen, kleinere Erledigungen u. a.. Hinzu kommen noch die Kontakte zu den Angehörigen, den die Einrichtung aufsuchenden medizinischen und sozialen Dienstleistungserbringern (Ärzte, ambulante Pflegedienste, Sozialarbeiter u. a.).

Bei den Einrichtungen des Very Sheltered Housing weitet sich das Tätigkeitsspektrum aufgrund der zunehmenden Gebrechlichkeit der Bewohner noch auf pflegerische Aufgaben (u. a. Hilfe beim Aufstehen und Zubettgehen, Medikamenteneinnahme) aus (TINKER, 1989).

Der Umfang der Betreuungszeit steigt mit der Zunahme der Gebrechlichkeit: Während in Sheltered Housing die Hausbetreuerin durchschnittlich 35 Stunden pro Woche arbeitet, so sind es in Einrichtungen des Very Sheltered Housing bereits 57 Stunden (HEUMANN, 1980).

Gleichzeitig findet eine Verschiebung der Arbeitsschwerpunkte statt: Während beim Sheltered Housing noch 7,5 Stunden pro Woche für Hilfeleistungen (Einkäufen, Helfen im Haushalt u. a.) und 4,4 Stunden für die Planung und Durchführung von geselligen Aktivitäten aufgewendet werden, so sind es beim Very Sheltered Housing nur noch 4 Stunden bzw. 2,3 Stunden für diese Tätigkeiten. Auf der anderen Seite wächst beim Very Sheltered Housing die Stundenzahl für individuelle Betreuungs- und Pflegeleistungen pro Bewohner und Woche von 0,9 auf 3,7 Stunden (HEUMANN, 1980).

#### Merkmale des Betreuungspersonals:

Die Konzeption der Hausbetreuerin des Sheltered Housing basiert auf der Vorstellung des "good neighbour", d. h., dass die Kontakte zwischen Betreuerin und Bewohner eher einen alltagsnahen und informellen Charakter und weniger einen durch eine bestimmte Berufsrolle festgelegten formellen Charakter besitzen sollten.

Bei den Hausbetreuerinnen handelt es sich ausschließlich um Frauen mit einem Durchschnittsalter von 49 - 52 Jahren, von denen zwischen 77 und 94 Prozent verheiratet sind (BUTLER et al., 1983; HEUMANN, 1980; PHILLIPSON et al., 1985).

In der Regel wohnen die Hausbetreuerinnen mit ihren Familien in einer Dienstwohnung der Wohnanlage. Nur 25 Prozent der Betreuerinnen verfügen über ein eigenes Büro, während 65 Prozent gern eins hätten (BUTLER et al., 1983).

Ein beträchtlicher Anteil der Hausbetreuerinnen hat keinerlei berufliche Ausbildung (42 Prozent bei TINKER und 69 Prozent bei BUTLER et al.). Eine pflegerische oder altenspezifische Ausbildung oder vorhergehende Berufspraxis konnten je nach Erhebung 24 Prozent (TINKER, 1989), 23 Prozent (HEUMANN, 1980) und 69 Prozent (PHILLIPSON et al., 1985) der Hausbetreuerinnen nachweisen.

Eine ausreichende Vorbereitung auf die Tätigkeit wird von wenigen Trägern angeboten, auch fehlen regelmäßige Treffen der Hausbetreuerinnen zur Weiterbildung u. ä..

#### Kosten der Betreuungsleistungen:

Die Personalkosten für die Betreuung im Betreuten Wohnen in Großbritannien scheinen sehr niedrig zu sein: BUTLER et al. (1983) geben einen Wochenlohn von 40 - 50 Pfund Sterling an, TINKER (1989) berichtet von einem durchschnittlichen Jahreslöhne von ca. 4.700 Pfund Sterling. Rechnet man diese für deutsche Verhältnisse extrem niedrigen Gehälter auf die Mieter um, so entstehen bei einer Wohnanlage mit 30 - 35 Wohneinheiten Betreuungskosten von ungefähr 30 - 40 DM pro Monat und Mietpartei.

In Deutschland wird das Leistungssegment "Betreuung" hinsichtlich der Qualifikation der Betreuungskraft gegenwärtig kontrovers diskutiert. Betreuung wird zum Grundservice neben den haustechnischen Diensten und der Notruforganisation einer Betreuten Wohnanlage gezählt (Städtetag Baden-Württemberg et al., 1995). Betreuung als eine wohnungsnaher Dienstleistung sollte im Regelfall durch eine sozialpädagogische oder zumindest pflegerische Fachkraft angeboten werden, wobei der Umfang der Betreuungsleistung von der Größe der Wohnanlage bestimmt wird (Städtetag Baden-Württemberg et al., 1995; FISCHER, 1989; MÄTZKE, 1992). Für eine Wohnanlage mit 25 Wohneinheiten wird mindestens 1/4 Stelle eines Sozialpädagogen für angemessen gehalten.

Für SCHWEIKART et al. (1995) hingegen sind Sozialpädagogen für Betreuungsleistungen überqualifiziert und auch zu teuer. Vorgeschlagen wird die "Hausmeister-Lösung", d. h., ein lebenserfahrenes, alltagskompetentes und basisqualifiziertes Hausmeisterehepaar dient als Ansprechpartner und Helfer bei kleineren hauswirtschaftlichen Leistungen. Auch das Konzept der "Sozialhelferinnen" aus Grimma entspricht diesem Ansatz: Lebens- und Familienerfahrung, Kontaktfreudigkeit und "kein Expertentum" sind die entscheidenden Charakteristika für die Betreuerinnen der Altenwohnanlagen (SCHWEIKART et al., 1995).

Diese entprofessionalisierten Betreuungsstrategien ähnlich dem Sheltered Housing in Großbritannien entsprechen hinsichtlich der Betreuungskosten eher den Wünschen der älteren Menschen, die nicht bereit sind, regelmäßig hohe Pauschalen für die wohnungsnahen Dienstleistungen zu entrichten. Eine Untersuchung der Schader-Stiftung aus dem Jahr 1995 ergab, dass die "Schallgrenze" für die monatliche Pauschale bei fast 62 Prozent der älteren Mietern aus den alten Bundesländern bei 200 DM liegt, 35,9 Prozent der Befragten würden sogar nicht mehr als 100 DM pro Monat ausgeben wollen (Schader-Stiftung, 1996).

#### Die Bedeutung der Betreuungsleistungen für die Bewohner:

Die Untersuchungen aus Großbritannien zeigen deutlich, dass ältere Menschen mit beginnenden Gebrechen nur in ihrer Wohnung verbleiben können, wenn eine Betreuungsperson im Nahbereich zur Verfügung steht, die nicht nur Hilfestellung leistet, sondern auch regelmäßig "nach dem Rechten schaut". Nur so kann das Gefühl der Sicherheit entstehen.



Die bloße Präsenz rüstiger Personen (Hausmeister, Hausverwalter, Betreuerinnen) in der Wohnanlage erhöht das Sicherheitsempfinden der Bewohner (CHRISTENSEN et al., 1987; SCHWEIKART et al., 1995). Aus diesem Grunde sollten Betreute Wohnanlagen über Dienstwohnungen für Hausmeister und/oder Betreuungspersonen verfügen. Auch sollten die Präsenzzeiten für aktive und passive Betreuungsleistungen möglichst ganztägig gestaltet werden, da das häufig nur stundenweise konzipierte Betreuungsangebot für einen Großteil der körperlich eingeschränkten Bewohner nicht ausreichen wird.

### **5.3. Die Inanspruchnahme von Dienstleistungen**

Selbständiges "Wohnen" schließt dem Allgemeinverständnis nach einige Fähigkeiten mit ein, die u. a. die Tätigkeitsbereiche der Alltagsverrichtungen der Haushaltsführung umfassen: Putzen, Waschen, Kochen, Einkaufen etc.. Wer früher aufgrund altersbedingter Einschränkungen nicht mehr zu diesen Tätigkeiten fähig war, musste in der Regel den Haushalt auflösen und in ein Altenheim oder zu den Angehörigen ziehen. Hierdurch wurde in den meisten Fällen die Selbständigkeit der Lebensführung aufgegeben, denn der Umzug in einen Großhaushalt (Heim) oder in den Privathaushalt eines Angehörigen ging mit der Ein- und Unterordnung in ein fremdes Sozialgefüge einher. Der damit einhergehende Kontrollverlust über Raum, Tagesablauf und Handeln drückt den Verlust an Autonomie aus.

Ambulante Dienste haben neben informeller Hilfe durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn in den letzten Jahrzehnten mit dazu beigetragen, dass auch bei eingeschränkten Alltagskompetenzen aufgrund zunehmender Gebrechlichkeit die Aufrechterhaltung einer relativ selbständigen Lebensführung gewährleistet werden konnte.

Betreutes Wohnen geht gegenüber dem eigenständigen Privathaushalt einen Schritt weiter, indem ambulante Dienste oder auch Dienste der Einrichtung vermittelt und teilweise auch offeriert werden. Die Zugänglichkeit zu Dienstleistungen wird je nach Typus des Betreuten Wohnens (heimgebunden, integrierte Dienste oder eigenständige Anlage) erleichtert bzw. erschwert.

In den USA wurde von LAWTON (1976) der Einfluss der Zugänglichkeit von Dienstleistungen hinsichtlich der Auswirkungen auf das Kompetenzverhalten und die Lebenszufriedenheit älterer Menschen in Altenwohnanlagen hin untersucht. Er verglich eine Einrichtung vom Typus Congregate Housing (Mahlzeitenangebote, medizinische und pflegerische Dienstleistungen, hauswirtschaftliche Dienste) mit einer Einrichtung vom Typus Traditional Housing (altengerechtes Wohnen ohne zusätzliche Dienste) und stellte fest, dass in dem Congregate Housing das Niveau der Verhaltenskompetenz bezüglich sozialer Kontakte, Teilnahme an Gemeinschaftsaktivitäten und Interesse am kommunalen Geschehen außerhalb der Einrichtung vermindert war. Erhöht waren hingegen die Wohlbefinden und die Zufriedenheit mit der Einrichtung.

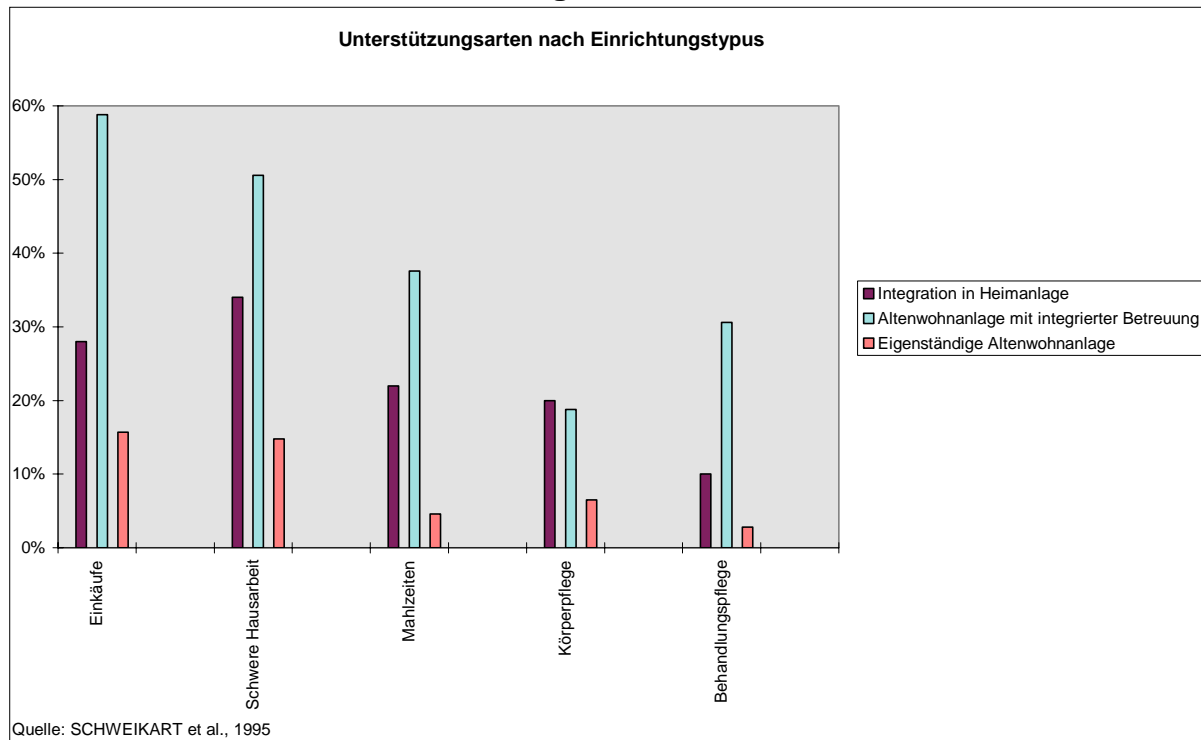
LAWTON erklärt diese Ergebnisse mit dem theoretischen Konstrukt der unterschiedlichen Umweltanforderungen: In der Altenwohnanlage ohne Dienstleistung werden die alten Menschen angehalten, sich selbst zu versorgen, also ihre Potentiale an Fähigkeiten zu aktivieren (Sphäre der maximalen Aktivierung der Verhaltenspotentiale), während hingegen in der Einrichtung mit den Dienstleistungen den alten Menschen

einige der hauswirtschaftlichen Aufgaben (Einkaufen, Kochen etc.) abgenommen werden, obwohl sie zu diesen Tätigkeiten noch fähig wären (Sphäre des maximalen Komforts). So herrscht in der Einrichtung mit den Dienstleistungen die Atmosphäre einer "passiven Zufriedenheit" (passive contentment) vor, während hingegen in dem anderen Einrichtungstypus die Atmosphäre einer "aktiven Spannung" (active strain) anzutreffen ist.

LAWTON verweist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Nähe der Dienstleistungen zu Abhängigkeit führt und den Willen zu eigenständigem Handeln einschränkt.

Den Effekt, dass die Nähe von Dienstleistungsanbietern Einfluss auf die Inanspruchnahme der Leistungen hat, konnten auch SCHWEIKART et al. 1995 in Deutschland herausarbeiten: So erhielten die Bewohner von Altenwohnanlagen mit integrierter Betreuung (Anbindung an einen ambulanten Pflege- und Betreuungsdienst, Sozialstation) bei weitem mehr Hilfe und Unterstützung von formellen Dienstleistungsanbietern als Bewohner von eigenständigen Altenwohnanlagen. Mit Abstand am häufigsten erhielten Bewohner von Einrichtungen mit integrierter Betreuung Dienstleistungen (Einkaufen: 58,8 Prozent, schwere Hausarbeit 50,6 Prozent, Mahlzeiten 37,6 Prozent, Körperpflege 18,8 Prozent und Behandlungspflege 30,6 Prozent), an zweiter Stelle rangieren Einrichtungen des Betreuten Wohnanlagen im Heimverbund (Einkaufen: 28 Prozent, schwere Hausarbeit 34 Prozent, Mahlzeiten 22 Prozent, Körperpflege 20 Prozent und Behandlungspflege 10 Prozent). Am geringsten ist die Inanspruchnahme von Dienstleistungen in eigenständigen Altenwohnanlagen (Einkaufen: 28 Prozent, schwere Hausarbeit 34 Prozent, Mahlzeiten 22 Prozent, Körperpflege 20 Prozent und Behandlungspflege 10 Prozent) (Siehe Abbildung 3).

**Abbildung 3**



Diese gravierenden Unterschiede in der Inanspruchnahme von Leistungen (das 3 - 10fache an Diensten in Wohnanlagen mit integrierter Betreuung gegenüber eigenständigen Wohnanlagen) können nicht im Klientel begründet liegen, denn der Anteil der Bewohner, die keine Unterstützung in Anspruch nehmen, ist in allen 3 Einrichtungstypen ca. gleich groß: Betreutes Wohnen im Heimverbund 34 Prozent, Einrichtung mit integrierter Betreuung 36,5 Prozent und eigenständige Wohnanlage 38 Prozent (SCHWEIKART et al., 1995).

Auch hinsichtlich der Hilfeleistungen durch Angehörige unterscheiden sich die Einrichtungstypen nicht: Jeweils wurden um die 30 Prozent Angehörigenmitwirkung festgestellt (Siehe Tabelle 21).

**Tabelle 21**

<b>Unterstützungsinstanzen nach Einrichtungstypen</b>			
n = 243 (in %)			
	Integration in Heimanlage	Altenwohnanlage mit integrierter Betreuung	Eigenständige Altenwohnanlage
Verwandte	30,00	30,60	29,60
Sozialstation	0	22,50	6,50

Quelle: Schweikart et al., 1995

Als Nachteile der Altenwohnanlage mit integrierten Diensten werden von der Ruhruniversität et. al. (1996) angeführt, dass einerseits durch das verfügbare Angebot an Dienstleistungen die Eigeninitiative eingeschränkt werden kann und dass andererseits auch hohe Vorhaltekosten (hohe Betreuungspauschalen) entstehen können.

Als Nachteile für eigenständige Altenwohnanlage mit vermittelten Diensten werden die geringe Versorgungssicherheit bei akuten Krisen, insbesondere nachts und an den Wochenenden und die Gefahr der Unterversorgung bei unbekanntem Diensten und Einzelabrechnung angeführt.

Die gegenwärtige Diskussion über Umfang und Dichte der Versorgungsleistungen im Betreuten Wohnen in Deutschland geht von der Grundannahme aus, dass Wohnen und Dienstleistung voneinander unabhängige Faktoren sind (STOLARZ et al., 1993). Das bedeutet, dass das Ausmaß der Versorgungsleistungen keinen Einfluss auf das Wohnen, die Räumlichkeiten und auch auf die Selbstbestimmung besitzt. Im Kontext dieser Vorstellung vom selbständigen Wohnen im Alter sind keine Kriterien für Unterscheidungen zwischen "Wohnmilieu" und "Heimmilieu", zwischen selbständiger Lebensführung und abhängigen Betreuungsverhältnis enthalten.

Im Folgenden werden die Untersuchungen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Dienstleistungen und über Erwartungen und Wünsche von älteren Menschen hinsichtlich der Zugänglichkeit von Dienstleistungen im Betreuten Wohnen vorgestellt.

#### Hauswirtschaftliche Hilfen und Mahlzeitendienste:

Die Bewohner des Betreuten Wohnens verfügen zu einem nicht unbedeutenden Anteil nicht mehr über das Ausmaß an Rüstigkeit, das für die verschiedenen Aufgaben

einer selbständigen Haushaltsführung (Putzen, Waschen, Einkaufen, Kochen) erforderlich ist. Sie sind somit hilfe- und unterstützungsbedürftig, d. h. sie brauchen Hilfeleistung bei verschiedenen Verrichtungen der alltäglichen Hausarbeit. Erhebungen in Großbritannien, den USA und Deutschland haben ergeben, dass ca. 30 bis 70 Prozent der Bewohner regelmäßig Hilfen bei der Haushaltsführung erhalten.

Die Tätigkeiten umfassen die schwereren Hausarbeiten wie Wohnungsreinigung, große Wäsche und Putzen. (BUTLER et al., 1983; EHRlich et al., 1982; JACOBS, 1996; MOOS et al., 1994; TINKER, 1989; Arbeiterwohlfahrt, 1991; KLUPP et al., 1994; SCHWEIKART et al., 1995).

Einkaufs-Dienste werden in 45 Prozent der Congregate Housing angeboten (MOOS et al., 1994). In Deutschland nehmen 28 Prozent der Bewohner heimgebundener Wohnanlagen, 58,8 Prozent der Bewohner der Wohnanlagen mit integrierter Betreuung und 15,7 Prozent der Bewohner eigenständiger Wohnanlagen diesen Dienst in Anspruch (SCHWEIKART et al., 1995). In Großbritannien gehören Tätigkeiten wie Hilfe im Haushalt, Einkaufen etc. zu den Alltagspflichten der Hausbetreuerinnen des Sheltered Housing, nur sind diese Leistungen nicht im Einzelnen quantifiziert worden (PHILLIPSON et al., 1985; HEUMANN, 1980).

Die Inanspruchnahme von Mahlzeitendiensten (warmer Mittagstisch oder mehrere Mahlzeiten pro Tag) gestaltet sich dagegen sehr unterschiedlich. Im Sheltered Housing in Großbritannien beziehen 16 Prozent der Bewohner "Essen auf Rädern" (BUTLER et al., 1983), auch im Betreuten Wohnen in Deutschland wurde ein Durchschnittswert von 19,8 Prozent ermittelt (SCHWEIKART et al., 1995). In 68 Prozent der Congregate Housing in den USA werden Mahlzeitendienste angeboten (MOOS et al., 1994). In Altenwohnheimen und in Service-Häusern nehmen 55 Prozent der Bewohner zumindest das Angebot eines Mittagessens in Anspruch (KLUPP et al., 1994; Arbeiterwohlfahrt, 1991). In den Wohnstiften des Verbandes Schwäbischer Feierabendheime (n = 216) nahmen im Jahr 1992 42,1 Prozent der Bewohner am Mittagstisch teil, Frühstücksdienste nahmen 9,7 Prozent und das Abendessen 7,8 Prozent in Anspruch (Paul-Lempp-Stiftung, o. J.).

#### Pflegeleistungen im Betreuten Wohnen:

Behandlungs- und/oder Grundpflege hat im Gegensatz zu den hauswirtschaftlichen Hilfen im Betreuten Wohnen eine eher nachrangige Bedeutung, berücksichtigt man, dass der Anteil der pflegebedürftigen Bewohner in der Regel recht klein ist. So erhalten in Deutschland 14 Prozent der Bewohner Behandlungspflege und 13,6 Prozent Körperpflege, wobei in Einrichtungen mit integrierten Diensten bei der Behandlungspflege 30,6 Prozent der Bewohner gegenüber 10 Prozent bei heimgebundenen und nur 2,8 Prozent bei eigenständigen Einrichtungen versorgt werden (SCHWEIKART et al., 1995).

In einer Betreuten Wohnanlage in Freiburg wurden für 1993 durchschnittlich 502 DM Pflegekosten pro Bewohner und Monat errechnet, wobei der pflegeintensivste Bewohner Pflegekosten von 2.000 DM im Monat verursachte (Heiliggeistspital Freiburg, 1994).

In einer von einer Sozialstation in München betreuten Wohnanlage verteilte sich das Arbeitsaufkommen der beiden Pflegekräfte wie folgt: Behandlungspflege 47 Prozent,

Grundpflege 11 Prozent, Einzelaktivitäten ca. 20 Prozent und psychosoziale Betreuung ca. 18 Prozent (Landeshauptstadt München, 1991).

In den Wohnstiften des Verbandes Schwäbischer Feierabendheime (n = 169) nahmen die Pflegepauschale in der Altersgruppe 65- 69 Jahre 37,5 Prozent, 70 - 74 Jahre 4 Prozent, 75 - 79 Jahre 2,3 Prozent, 80 - 84 Jahre 22 Prozent, 85- 89 Jahre 0 Prozent und 90 Jahre und älter 33,3 Prozent in Anspruch (Paul-Lempp-Stiftung, o. J.).

Im Sheltered Housing in Großbritannien erhalten 8 Prozent (FENNELL, 1986) bzw. 14 Prozent (TINKER, 1989) regelmäßig Besuche von einer ambulanten Krankenschwester, im Very Sheltered Housing sind es bereits 17 Prozent (TINKER, 1989). In 36 Prozent der Congregate Housing halten Krankenschwestern regelmäßig Sprechstunden, in 14 Prozent wird Hilfestellung bei der Medikamenteneinnahme angeboten (MOOS et al., 1994).

#### Erwünschte Dienste im Betreuten Wohnen:

Befragungen älterer Menschen in Privathaushalten und in Altenwohnanlagen ohne Serviceleistungen hinsichtlich erwünschter Dienstleistungen in einer Betreuten Wohnanlage ergab folgende Prioritätenliste:

An erster Stelle der Wunschliste stehen medizinische und pflegerische Dienste wie z. B. eine Krankenstation, ein hauseigener 24-Stunden-Pflegedienst, ständige Tag- und Nachtbereitschaft. Für diese Dienste votieren in Deutschland 50 Prozent der Befragten (für den Tag- und Nachtbereitschaftsdienst sogar 82 Prozent) (KRINGS-HECKEMEIER et al., 1995) und in den USA zwischen 58 und 95 Prozent (CARP, 1976; CRANZ, 1987; GREENBAUM et al., 1970; LAWTON, 1969; REGNIER, 1987).

An zweiter Position befinden sich hauswirtschaftliche Dienstleistungen, für die in Deutschland 47 Prozent (KRINGS-HECKEMEIER et al., 1995) und in den USA zwischen 29,7 und 35,1 Prozent plädieren; ständige Mahlzeitendienste werden von 19 und 36,5 Prozent der Befragten erwünscht (LAWTON, 1969; REGNIER, 1987).

Diese Prioritätensetzung lässt sich dahingehend interpretieren, dass an erster Stelle die Absicherung gegen akute und chronische Erkrankungen und Gebrechen des Alters steht, während Erleichterungen des Alltags oder vielleicht auch Komfortüberlegungen zweitrangig sind.

#### Dienstleistungen mit geringerer Akzeptanz im Betreuten Wohnen:

Von Interesse in diesem Zusammenhang ist die Erhebung von Empirica (1996) in Baden (n = 600), die u. a. die Dienstleistungen ermittelte, für die kein Bedarf gesehen wird. Befragt wurden in Privathaushalten lebende Personen im Alter von 50 Jahren und mehr.

Tabelle 22 zeigt, dass vor allem Betreuungsleistungen (Beratung, Anregungen, Geselligkeit), die überwiegend als Grundleistungen angeboten werden (Siehe Kapitel 5.1.1.), auf ein geringeres Interesse stießen. Keine dieser Leistungen wird jedoch von der Mehrheit (mehr als 50 Prozent) ablehnt. Pflegerische und hauswirtschaftliche Dienste besitzen hingegen ein weit geringeren Ablehnungsgrad: Pflege bei vorübergehender Erkrankung 3 Prozent, ambulante Pflege bei dauernder Pflegebedürftigkeit

4 Prozent; Pflege bei Schwerstpflegebedürftigkeit 7 Prozent, Hilfen im Haushalt 8 Prozent, Hausmeisterdienste 14 Prozent und Fahr- und Bringdienste 16 Prozent.

**Tabelle 22**

<b>Leistungen, für die kein Bedarf besteht</b>	
n = 600 (in %)	
Behördengänge	41
Integration/Gemeinwesen	40
Sprechstunden	37
Nachbarschaftshilfe	33
Geselligkeit / Kontakte	29
Freizeitangebote	27

Quelle: Empirica, 1996

Die Akzeptanz der Dienste in Abhängigkeit von Alter und Mobilitätseinschränkung:

REGNIER (1987) belegte anhand von Erhebungen, dass u. a. das Alter und die Gebrechlichkeit Einfluss auf das Ausmaß der Akzeptanz oder Ablehnung von Dienstleistungen besitzt.

So befragte er Senioren in Privathaushalten des gehobenen Mittelstandes in den USA hinsichtlich ihrer Präferenzen bei Dienstleistungsangeboten im Betreuten Wohnen. Während z. B. das Akzeptanz-Differential (Prozentuale Nennungen erster Präferenz abzüglich der prozentualen Nennungen der letzten Präferenz) bei Ausflügen im Durchschnitt bei 61,9 lag (n = 499, Durchschnittsalter 72,6 Jahre), betrug es bei der Subpopulation der 75jährigen und älteren (n = 150) nur 46,1 und bei der Gruppe der Mobilitätseingeschränkten (n = 109) sogar nur 33,3. Die Akzeptanz für das Angebot Ausflüge nimmt somit mit dem Alter und der nachlassenden Mobilität ab. Hingegen steigt die Akzeptanz für pflegerische Dienste: Während das durchschnittliche Akzeptanz-Differential für eine Bereitschaftskrankenschwester („Nurse on call 24 hours“) bei 55,1 lag, stieg es bei den 75jährigen und älteren auf 71,1 und bei den Gehbehinderten auf 71,9.

Die größten Abweichungen ermittelte REGNIER bei dem Zimmerservice („Room service“):

Während dieser Dienst bei der Gesamtstichprobe eher negativ eingeschätzt wurde (Akzeptanz-Differential von -14,9), wird er von Gehbeeinträchtigten positiv eingeschätzt (Akzeptanz-Differential 31,5).

REGNIER stellte bei seinen Erhebungen fest, dass teilweise beträchtliche Differenzen nicht nur in der Akzeptanz der Dienstleistungen, sondern auch hinsichtlich der Räumlichkeiten bestehen:

Die Bibliothek im Betreuten Wohnen besitzt insgesamt ein Akzeptanz-Differential von 58,7, bei der 75jährigen und älteren hingegen nur von 14,5.

Diese Erkenntnisse sind Hinweise dafür, dass ein „Rüstigen-Milieu“ und ein „Gebrechlichen-Milieu“ im Betreuten Wohnen sich nicht nur hinsichtlich der Dienstleistungen, sondern auch in den Räumlichkeiten stark voneinander unterscheiden.

#### 5.4. Das "Altern" der Betreuten Wohnanlagen

Ein grundsätzliches Struktur- und Funktionsproblem Betreuer Wohnanlagen besteht in dem Prozess der „Alterung“ der Anlagen aufgrund des zunehmenden Durchschnittsalters der Bewohnerschaft. Die wachsende Hochaltrigkeit der Bewohner führt zu einer Milieuänderung dahingehend, dass das „Rüstigen-Milieu“ zunehmend vom „Gebrechlichen-Milieu“ durchdrungen und überlagert wird. Eine Zunahme an hauswirtschaftlichen, betreuenden und pflegerischen Dienstleistungen ist Indiz dafür, dass immer weniger Selbständigkeit das Leistungspotential der Bewohner bestimmt. Hilfe- und teilweise auch Pflegebedürftigkeit charakterisieren zusehends den Allgemeinzustand der Klientel.

Die Hinfälligkeit der Bewohner und die damit verbundene Ausdehnung und Intensivierung der Versorgungsleistungen hat wiederum Auswirkungen auf die Gesamtstruktur der Einrichtung:

Handelt es sich noch um ein Wohn-Milieu oder überwiegen bereits die Betreuungs- und Pflegestrukturen? Anders ausgedrückt: Dominieren Wohnelemente die Einrichtung oder heimähnliche Strukturen?

Angesichts der geringen Betriebsdauer bestehender Wohnanlagen liegen in Deutschland gegenwärtig noch keine Untersuchungen zu diesem Alterungs- oder auch Entwicklungsprozess des Betreuten Wohnens vor, sodass zur Darstellung dieses Sachverhaltes mit all seinen Konsequenzen im Folgenden auf internationale Untersuchungen zurückgegriffen werden wird.

In den USA ist eine Reihe von Untersuchungen zu diesem „Alterungsprozess“ der Wohnanlagen vorgenommen worden. So haben LAWTON et al. (1980, 1985) mehrere Anlagen über längere Zeiträume (12 - 15 Jahre) hinsichtlich der Veränderungen bei den Bewohnern und den Dienstleistungen hin untersucht. Bei 5 Einrichtungen (n = 494) wurden die Veränderungen über einen Zeitraum von 12 Jahren beobachtet. Die wesentlichsten Ergebnisse:

- Das Durchschnittsalter stieg von 72,8 Jahre auf 77,7 Jahre,
- das Ausmaß an funktionaler Kompetenz hatte sich nicht signifikant verschlechtert,
- ein allgemeiner Verlust an Lebensqualität wird durch die Zunahme passiver Aktivitäten (Fernsehen u. a.) und die Abnahme aktiver Beschäftigungen konstatiert,
- die Bewohner haben weniger Kontakte untereinander (geringere Besuchshäufigkeit) und
- geringere Kontakte zu ihren Kindern außerhalb der Einrichtung,
- abnehmende Außerhaus-Aktivitäten und eine geringere Einkaufstätigkeit,
- geringerer Grad an Lebenszufriedenheit und
- ein höherer Bedarf an Hilfeleistungen wurde erhoben.

- Nur noch 61 Bewohner (12 Prozent) der Ersterhebung 1966 - 1968 konnten 1980 untersucht werden, der überwiegende Teil ist zwischenzeitlich verstorben bzw. wurde in pflegeintensivere Einrichtungen verlegt.
- Alle Einrichtungen hatten in der 12jährigen Periode hausinterne Dienstleistungsstrukturen (on-site services) nachgerüstet: Pflege- und Betreuungsdienste, Mahlzeiten, hauswirtschaftliche Dienste. Für diese Dienste wurden vorhandene Räumlichkeiten umgenutzt, jedoch keine größeren Neu- bzw. Umbauten getätigt (LAWTON et al., 1985).

Eine weitere Erhebung in zwei Congregate Housing (n= ca. 500) über 12 und 17 Jahren zeitigt diesen Alterungsprozess noch stärker:

- Das Durchschnittsalter stieg von ca. 75,3 Jahre im Laufe der Zeit auf 83,4 und 83,6 Jahre an,
- die funktionale Kompetenz der Bewohner verschob sich mit der Zeit von relativ unabhängig in Richtung semiunabhängig,
- bei den neu einziehenden Bewohnern stieg im Laufe der Zeit das durchschnittliche Eintrittsalter und parallel hierzu nahm die funktionale Kompetenz sukzessive ab (LAWTON et al., 1980).

Eine Untersuchung einer Altenwohnanlage in den USA mit 184 Wohnungen 8 Jahre nach der Erstbelegung ergab hinsichtlich der Wünsche nach Dienstleistungen im Haus einige Veränderungen: Während nach einem Jahr Aufenthalt 13 Prozent ein fehlendes Geschäft monierten, so waren es nach 8 Jahren bereits 21 Prozent. Nach einem Jahr wurde von 10 Prozent ein fehlender Platz für Mahlzeiten bemängelt, nach 8 Jahren waren es 24 Prozent. Ein Mahlzeitendienst wurde nach einem Jahr von 1/3 der Bewohnerschaft gewünscht, von 3/4 nach 8 Jahren. Zusätzlich lag nach 8 Jahren Aufenthalt bei vielen der Wunsch nach medizinischen und pflegerischen Einrichtungen vor: 64 Prozent wünschten sich eine Pflegestation im Haus, 62 Prozent einen 24-Stunden-Pflegedienst und 52 Prozent eine Krankenstation (CARP, 1976).

Die vorliegenden Längsschnitt-Untersuchungen zeigen deutlich einen Wandlungsprozess dergestalt, dass mit zunehmendem Alter der Bewohnerschaft auch der Charakter der Einrichtung sich wandelt. "Aging in place" wirkt sich auch auf das Milieu oder das "Suprapersonal environment" (LAWTON) aus, das als soziales Anforderungsmilieu wiederum Orientierungs- und Anpassungsdimensionen für die Bewohner darstellt.

Die Langzeiterhebungen von LAWTON et al. (1985) belegen diesen Milieuwechsel: Mit zunehmendem Alter der Bewohnerschaft wechselten die ursprünglich als Wohnanlagen für rüstige Senioren konzipierten Einrichtungen ihr Image in Richtung auf Einrichtungen für semi-unabhängige Senioren. Dieser Einschätzung entsprechend wurden die Wohnanlagen auch nur noch von dieser Klientelgruppe nachgefragt. Die Gruppe der rüstigen Senioren hingegen sieht in diesen Einrichtungen nicht mehr ein adäquates Lebensmilieu und wendet sich neueren Wohnangeboten zu.



Der Hauptgrund für diesen "Alterungsprozess" der Betreuten Wohnanlagen liegt in den Belegungs- und Verlegungsstrategien dieser Einrichtungen, die wiederum von der Versorgungsphilosophie des Trägers oder des Managements bestimmt werden. 2 Grundrichtungen lassen sich hierbei herausarbeiten: das "Anpassungs-Modell" und das "Konstanz-Modell" (LAWTON et al., 1985).

Dem "Anpassungs-Modell" liegt die Einschätzung zugrunde, dass der Träger der Wohnanlage nicht nur bloße altengerechte Wohnungen zur Verfügung stellen sollte, sondern darüber hinaus gemäß der zunehmenden Alterung und Gebrechlichkeit der Bewohnerschaft Unterstützungsleistungen in Form von zusätzlichen Diensten selbst anbieten oder von außerhalb (ambulante Dienste) den Bewohnern der Einrichtung zugänglich machen sollte.

Das "Konstanz-Modell" hingegen geht von der Prämisse aus, dass in den auf Selbstständigkeit ausgerichteten Wohneinheiten nur ältere Menschen mit der entsprechenden Alltagskompetenz (Fähigkeit zur Selbstversorgung) verbleiben dürften und dass bei den ersten gravierenden Anzeichen einer ständigen Hilfebedürftigkeit im Bereich der selbständigen Lebensführung die Altenwohnanlage verlassen werden muss.

Beiden Konzeptionen liegt das Modell der "Kongruenz von Person und räumlich-sozialer Umwelt" zugrunde. Es besagt, dass für ein ausreichendes Maß an Lebensqualität und Lebenszufriedenheit Person und Umwelt in einer "Passung" zueinander sich befinden sollten, d. h., die Person sollte über die nötigen körperlichen, geistigen und sozialen Fähigkeiten zur Bewältigung ihrer Alltagsbezogenen Umwelt verfügen (PARMELEE et al., 1990).

Nach dem Anpassungsmodell gilt es, das Wohn- und Versorgungsmilieu durch Nachrüstung von Dienstleistungen zu vereinfachen oder zu erleichtern, damit auch Gebrechliche zu einer semi-selbständigen Lebensführung fähig sind.

Auswirkungen dieser Anpassung wiederum sind:

- Der Anteil der hoch- und höchstbetagten Bewohner ist in „angepassten“ Wohnanlagen höher als in Einrichtungen ohne jede Nachrüstung.
- „Angepasste“ Einrichtungen werden stärker von sehr alten und auch gebrechlichen Senioren nachgefragt als andere Einrichtungen (HEUMANN, 1993b).

Das Konstanz-Modell geht hingegen von der Einschätzung aus, dass ein bestimmtes Niveau an Kompetenz zur Führung eines selbständigen Lebens gehalten werden muss, da andernfalls der Charakter einer auf Selbstständigkeit beruhenden Wohnanlage nicht aufrechterhalten werden kann. Die Folge hiervon wäre ein "Umkippen" des Milieus vom Wohncharakter in den Heimcharakter.

In der Praxis überwiegen die Strategien der "Anpassung": Nur 6 Prozent der Public Senior Housing Manager in Connecticut (USA) (n = 86) verfolgten eine "strikte" Verlegungspolitik entsprechend dem "Konstanz-Modell", während 13 Prozent eine "moderate" und 23 Prozent eine "offene" Hausführung im Sinne der Vermittlung von zusätzlichen Hilfen von unterschiedlicher Seite verfolgten (SHEEHAN, 1986 b).

Eine weitere Untersuchung von Managern in Altenwohnanlagen (n = 77) in San Francisco ergab, dass die überwiegende Zahl der Befragten sich zu dem "Anpas-

sungs-Modell" bekannten, indem sie sich im Falle einer beginnenden Hinfälligkeit der Bewohner als "Puffer" und "Katalysatoren" verstehen. Konkret bedeutet dies, dass sie je nach Grad ihrer Eingebundenheit und Hausleitungsstrategien bei einer Gebrechlichkeit eines Bewohners verschiedene Unterstützungsleistungen in die Wege leiten:

- Kontaktaufnahme mit Angehörigen oder Dienstleistungsanbietern (Hauswirtschaft, Betreuung, Pflege u. a.) außerhalb der Einrichtung,
- Schaffung eines unterstützenden Umfeldes durch Dienste u. a.
- Aufbau eines Kontrollsystems (tägliches Anklopfen, Anregung zur nachbarschaftlichen gegenseitigen Überwachung) (BARKER et al., 1988).

Auch bei "Anpassungsorientierten" Managern liegt die Grenze für den Verbleib eines gebrechlichen alten Menschen in einer Wohnanlage mit unterschiedlichen Betreuungs- und Versorgungsleistungen in der ständigen Pflegebedürftigkeit (24-hour-care), die die Präsenz einer Pflegekraft im Nahbereich des gebrechlichen Bewohners erforderlich macht.

Der Vollständigkeit halber wird auch die Strategie der "Balance" hingewiesen, die von vielen Trägern Betreuter Altenwohnanlagen in den USA und auch in Großbritannien angewendet wird. Das Konzept besagt, dass bei zunehmender Alterung der Einrichtung dergestalt gegengesteuert wird, dass bewusst jüngere und rüstigere Senioren als Neumieter ausgesucht werden (APPLETON, 1993; EHRLICH et al., 1982; BOWERS, 1989).

Versucht man die Erkenntnisse aus den USA auf die Verhältnisse des Betreuten Wohnens in Deutschland zu übertragen, so lässt sich die Prognose stellen, dass Einrichtungen in Deutschland aus folgenden Gründen schneller „altern“ werden als in den USA:

- Die häufig propagierte Mischung der Klientel (Rüstige und Gebrechliche, jüngere und alte Senioren) schon bei Inbetriebnahme der Einrichtung (BERGER et al., 1996; Städtetag Baden-Württemberg et al., 1995; RACKI, 1995).
- Der Anspruch vieler Einrichtungen, auch ständig pflegebedürftige Bewohner bis zum Tod in der Einrichtung zu versorgen und nicht zu verlegen („Wohngarantie im Pflegefall“),
- der große Anteil der Einrichtungen des Betreuten Wohnens der Leistungsstufe 3 (einschließlich Pflegeleistungen) von ca. 70 Prozent nach der LBS-Erhebung.

## **5.5. Fazit: Dienstleistungen als Gefahr und Chance des Betreuten Wohnens**

Es ist gezeigt worden, dass das Spektrum Betreutes Wohnen im Alter sehr breit und vielschichtig sich gestaltet: Es reicht von Wohnanlagen mit minimaler Betreuung bis hin zu Einrichtungen, die von den Räumlichkeiten und dem Personalbesatz her fast alle Dienstleistungen umfassend anbieten können. Die Bandbreite reicht somit vom

bloßen Altenwohnhaus mit Stundenweiser Betreuung oder Beratung bis hin zum Wohnstift oder zur Seniorenresidenz mit einem Vollservice an Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung. Die Grenzen zum Alten- und Altenpflegeheim sind hierbei fließend. Ebenso fließend sind auch die damit einhergehenden Verschiebungen vom reinen Wohnen hin zur Pflege.

Während in den USA und in Großbritannien klare Grenzen zwischen Wohnen und Pflege dahingehend gezogen werden, dass ständige Pflegebedürftigkeit und damit physische und psychische Abhängigkeit von Leistungen Dritter nicht mehr mit Wohnen zu vereinbaren ist und im Regelfall zur Verlegung in eine pflegeintensivere Versorgungsform führt, wird in Deutschland die Konzeption einer Kombination von „Wohnen **und** Pflege“ als Versorgungsmodell propagiert. Die so genannte "Wohngarantie" im Falle der ständigen Pflegebedürftigkeit im Betreuten Wohnen ist Ausdruck dieser Strategie (TEWS, 1994; Wüstenrotstiftung, 1994).

Untersuchungen in den USA haben jedoch gezeigt, dass Wohnen und Pflege oder anders ausgedrückt Autonomie und Sicherheit nicht in einem komplementären, sondern in einem bipolaren Verhältnis zueinander stehen (PARMELEE et al., 1990). In Altenwohnanlagen mit einer auf Autonomie und Rüstigkeit ausgerichteten Raum- und Versorgungsstrategie befanden sich gebrechliche Bewohner im Zustand einer ständigen Überforderung, da sie den Anforderungen an sozialer Alltagskompetenz der Einrichtung (der Milieu-Standard oder 'suprapersonal environment') nicht mehr entsprechen konnten. Sie reagierten mit ständigem Rückzug, einer selbst gewählten Isolation. Damit hatten sie weniger Sozialkontakte als Gebrechliche in einem Altenheim (LEMKE et al., 1989; MOOS et al., 1994).

Auch wurde festgestellt, dass mit zunehmender Gebrechlichkeit die betroffenen Bewohner stärker Sicherheitsorientierten Strukturen gegenüber Autonomieorientierten den Vorzug geben (MOOS et al., 1994).

#### Die komplementäre und die substitutive Funktion der Dienstleistungen:

Dienstleistungen haben im Versorgungsgefüge für Hilfebedürftige sowohl autonomieals auch Abhängigkeitsfördernde Auswirkungen: Sie können komplementär wirken, aber sie können auch persönliche Anstrengungen und Aktivitäten substituieren. Komplementär wirken Dienstleistungen z. B., wenn einer gebrechlichen Bewohnerin die schwere Hausarbeit (Putzen, große Wäsche u. a.) abgenommen wird. In diesem Fall ist sie noch in der Lage, mit ihren begrenzten Kräften relativ selbständig zu wirtschaften (Einkaufen, Essen kochen, aufräumen etc.).

Substitutiv und damit auch Abhängigkeit fördernd wirkt eine Dienstleistung, die angeboten wird, obwohl die Fähigkeit zur Eigentätigkeit noch besteht. Wenn z. B. Bewohnern ein sehr kostengünstiger hauseigener Mahlzeitendienst angeboten wird. Wird dieser Service in Anspruch genommen, obwohl die Kompetenz zur Mahlzeitenzubereitung noch vorhanden ist, so ist ein gewaltiger Schritt in Richtung Hospitalisierung und Institutionalisierung des Betroffenen vollzogen. Wer z. B. den Mahlzeitendienst in Anspruch nimmt, muss nicht mehr Mahlzeiten planen, Preise vergleichen, einkaufen, kochen, abwaschen, abtrocknen, etc..

Komfort und auch Bequemlichkeit führen zur Inanspruchnahme der Dienstleistung, gleichzeitig verkümmern die Fähigkeiten bei den alltagsnahen Verrichtungen. Auch die Außenorientierung lässt im Fall des Angebotes hausinterner Dienste nach.

Diesen Prozess sukzessiv zunehmender Abhängigkeit konnte LAWTON (1976) bei einem Vergleich von Altenwohnanlagen mit und ohne Dienstleistungen nachweisen. Doch auch die Untersuchung von SCHWEIKART et al. (1995) bestätigt diesen Trend, wenn bei Betreuten Wohnanlagen mit integrierten Diensten gegenüber den eigenständigen Wohnanlagen die Inanspruchnahme verschiedener Dienste um das 4 - 10fache höher liegt.

Bei dieser Leistungsdichte besteht die Gefahr, dass "Selbständigkeit" als Lebensstil des Wohnens im Alter mehr und mehr durch "Komfort" und damit implizit durch "Überversorgung" mit allen heimähnlichen Konsequenzen ersetzt wird.

## **6. Grenzen der Pflege und Betreuung im Betreuten Wohnen: Gründe für die Beendigung des Mietverhältnisses, Umfang der Verlegungen und Dauer des Aufenthaltes**

Betreutes Wohnen als ein Wohnangebot mit zusätzlichen Betreuungsleistungen für Senioren steht als eine Sonderwohnform zwischen den Polen Privathaushalt in Altersgemischten Wohngebiet auf der einen Seite und Alten- und Altenpflegeheim auf der anderen Seite. In diesem Spektrum eine "institutionelle Identität" im Sinne von Unterscheidungskriterien gegenüber Privathaushalt und Heimstruktur zu entwickeln, ist eine äußerst diffizile Aufgabe.

In Deutschland wird dieser Problembereich teilweise recht unterschiedlich gesehen und entsprechend auch gehandhabt. Wie bereits an verschiedenen Stellen weiter oben angeführt wurde, bestehen mindestens 3 verschiedene Vorstellungen über die Funktion des Betreuten Wohnens:

- Betreutes Wohnen als Ersatz für das herkömmliche Altenwohn- und Altenheim,
- Betreutes Wohnen als Alternative zum Alten- und auch Altenpflegeheim,
- Betreutes Wohnen in Gestalt des „Servicehauses“ als Weiterentwicklung und Synthese der herkömmlichen Altenpflegeheime und der Einrichtungen des Betreuten Wohnens der Leistungsstufe 3.

Auf dem Hintergrund dieser teils sich widersprechenden Konzeptionen ist erklärlich, dass bisher auch keine Einigkeit darüber erzielt werden konnte, ob es sich beim Betreuten Wohnen um eine Sonderwohnform handelt und ob dementsprechend das Heimgesetz gilt.

Von der faktischen Ausstattung her sind nach der LBS-Erhebung (1997) die meisten Einrichtungen des Betreuten Wohnens bzw. des „Wohnens mit Service“ (ca. 70 Prozent) der Leistungsstufe 3 zuzurechnen, sie verfügen somit neben Betreuungsangeboten hauswirtschaftliche und pflegerische Dienstleistungen (Siehe Kapitel 3.1.3.).

Dieser Sachverhalt der funktionalen Vielfalt des Angebotes Betreutes Wohnen in Deutschland erschwert Aussagen über die Kernelemente und damit auch über die Grenzen dieses Angebotes. Diese „funktionale Vielfalt“ erschwert es wiederum allen Beteiligten und Interessierten, sich ein klares Bild über dieses Angebot machen zu können.

Für eine Einschätzung dieses Angebotes hinsichtlich der Bedarfsplanung, der zu erwartenden Akzeptanz und der Nachfrage ist es jedoch von großer Bedeutung, die bestehenden, teils jahrzehntelangen Erkenntnisse und Erfahrungen über Betreutes Wohnen in anderen Ländern zu vermitteln, damit Grundzüge einer Orientierung und Perspektive in diesem Bereich des Wohnens und der damit verbundenen Dienstleistungen zu entwickeln sind.

Aus diesem Grunde werden im Folgenden die Untersuchungen und auch die Konzeptionen aus den USA und Großbritannien über Leistungsumfang und Leistungsgrenze des Betreuten Wohnens dargestellt werden. Die wenigen, bereits vorliegenden Erfahrungen über diesen Sachverhalt aus Deutschland werden bei der Darstellung berücksichtigt werden.

Vorab bedarf es einiger Hinweise über die Begrifflichkeit der „selbständigen Lebensführung“ als Voraussetzung für das Wohnen in seniorenspezifischen Wohnanlagen: Als Leitlinie für das Betreute Wohnen gilt in fast allen Ländern das Konzept der "selbständigen Lebensführung" ("independent living"), das im Allgemeinen als Zugangs- als auch als Verlegungskriterium für Betreute Wohnformen verstanden wird. An anderen Stellen (Siehe Kapitel 5.4.) ist bereits darauf hingewiesen worden, dass das Verständnis von "selbständiger Lebensführung" recht unterschiedlich aufgefasst oder interpretiert wird: Es reicht von eigenständiger Haushaltsführung ohne fremde Hilfe bis hin zum Wohnen mit verschiedensten Hilfe-, Unterstützungs- und Betreuungsleistungen (Hilfe im Haushalt, partielle Pflegeleistungen, Aktivierungs- und Gesellschaftsprogramme).

Diese Begrifflichkeit ("independent living") lässt sich immer weniger als Orientierung aufrechterhalten angesichts der relativ neuen sozialpolitischen Vorgabe "Aging-in-Place", die besonders in den USA als normative Perspektive für die Wohnformen im Alter ausgegeben wird (MOOS et al., 1994).

In diesem Kontext ist es daher verständlich, dass vorgeschlagen wird, den Begriff "independent living" als Leitlinie für das Wohnen im Alter durch den Begriff "appropriate interdependence" (Wohnen mit Hilfe verschiedener Unterstützungsleistungen) zu ersetzen (SUGGS et al., 1986).

Diese neue Begrifflichkeit hat sich bisher noch nicht durchgesetzt, doch sie kann als ein Indiz für die verschiedenen Bemühungen der Aufarbeitung der ständigen Alterung der Wohnanlagen aufgefasst werden.

Das entscheidende problematische Faktum und damit auch gleichzeitig die Achillesferse des Betreuten Wohnens bestehen in der zunehmenden altersbedingten Gebrechlichkeit der Bewohnerschaft. Die ursprünglich für rüstige und damit selbständige Senioren geschaffenen Raum- und Servicestrukturen der Wohnanlagen decken sich nicht mehr mit dem abnehmenden Leistungsspektrum der Bewohner dergestalt, dass die bestehenden räumlichen und Dienstleistungsbezogenen Gegebenheiten eine permanente Überforderung für die zusehends gebrechlicher werdenden Bewohner bedeuten.

Die Kongruenz oder auch "Passung" von alten Menschen und räumlich-sozialer Umwelt ist in diesem Falle nicht mehr gegeben, die Selbständigkeit voraussetzende Umwelt wird für die Gebrechlichen somit zu einer ständigen Belastung mit negativen Auswirkungen auf den psychophysischen Allgemeinzustand und die Lebenszufriedenheit.

Um diesen Zustand der Kongruenz zwischen Person und Umwelt im Kontext des Betreuten Wohnens wieder herzustellen, sind drei Modalitäten möglich:

- Verlegung der gebrechlichen Bewohner in pflegeintensivere Einrichtungen,
- Anpassung der Einrichtung an die zunehmende Gebrechlichkeit durch Aufbau eigener Dienstleistungen (on-site) und Umbau der Räumlichkeiten,
- Gewinnung ambulanter Dienstleistungserbringer für einen verstärkten Einsatz in der Einrichtung und/oder verstärkte Einbeziehung der Angehörigen bei den Unterstützungsleistungen.

In den meisten Fällen wird eine Kombination aus allen drei Interventionsformen in Betreuten Wohnanlagen in den USA hinsichtlich des Versuches einer angemessenen Versorgung der Bewohner praktiziert.

Im Folgenden werden verschiedene Untersuchungen über die Gründe für die Beendigung des Mietverhältnisses, den Umfang der Verlegungen und die Dauer des Aufenthaltes angeführt.

### **6. 1. Gründe für die Beendigung des Mietverhältnisses im Betreuten Wohnen**

Bezüglich der Gründe für die Beendigung eines Mietverhältnisses im Betreuten Wohnen liegen einige Untersuchungen aus den USA und Deutschland vor, die sich in wesentlichen Aspekten decken.

Im Folgenden werden die einzelnen Gründe angeführt:

#### Rund-um-die-Uhr-Pflege:

In allen Erhebungen wird die Schwer- und Schwerstpflegebedürftigkeit, die besonders auch nachts pflegerischen Einsatz oder doch zumindest pflegerische Präsenz erfordert, als ein Ausschlussgrund für das Betreute Wohnen angegeben. Für diese personalintensiven Dienstleistungen fehlen in den auf Autonomie ausgerichteten Altenwohnanlagen die Voraussetzungen für eine entsprechende räumlich-organisatorische Pflegeinfrastruktur (BARKER et al., 1988; BERNSTEIN, 1982; FLETCHER, 1991; MÄTZKE, 1992; MOOS et al., 1994; WINTER, 1995).

Auch die LBS-Erhebung (1997) erbrachte als ein Ergebnis, dass von den 213 Einrichtungen des Betreuten Wohnens, die Gründe für eine eventuelle Verlegung angeben, 29 Prozent die Pflegestufe III als Grund für die Beendigung der Verbleibens anführten.

Ausnahmen hiervon sind Einrichtungstypen, die ein umfassendes Leistungsangebot bis hin zur Intensiv- und 24-Stunden-Pflege anbieten: In Deutschland sind dies vor allem die Seniorenresidenzen und Wohnstifte, in den USA die Continuing Care Retirement Communities (CCRCs).

Dass Wohnstifte architektonisch alles andere als pflegeoptimal geplant sind, zeigt das Beispiel "Haus am Weinberg" in Stuttgart. Die nach der Konzeption des Servicehauses entwickelte Modelleinrichtung ist pflegetechnisch suboptimal strukturiert:

Damit die Pflegemitarbeiter die langen Wege zu den Bewohnern möglichst schnell überbrücken können, wurden für sie Tretrroller angeschafft (MÜLLER, 1996; siehe auch LIND, 1995a).

#### Demenzbedingte Verwirrtheit und Desorientierung:

In fast allen Erhebungen sind Symptome der Demenzen wie Verwirrtheit, Desorientierung, Umherwandern, "Weglaufen" u. a. Gründe für die Beendigung des Mietverhältnisses. Werden leichtere Formen der Verhaltensauffälligkeiten wie Vergesslichkeit, Verwirrtheit etc. häufig noch geduldet, besonders wenn Angehörige oder ambulante Dienste bei der Pflege und Betreuung unterstützend mithelfen, so ist die Grenze der Belastbarkeit bei mittelschweren und schweren Verhaltenssymptomen erreicht. In diesem Stadium der Erkrankung liegt ein hoher Grad an Selbst- und Fremdgefährdung vor, der die ständige Präsenz einer Betreuungsperson zum Schutze des Demenzkranken erforderlich macht. Diese Leistungen können jedoch nicht von Betreuten Wohnanlagen erbracht werden, so dass ein Verbleib in der Einrichtung nicht gewährleistet werden kann.

Demenzkranke sind bereits im mittleren Stadium der Erkrankung auch nicht mehr in der Lage, sich selbst und ihren Haushalt angemessen zu versorgen. (BERNSTEIN, 1982; BARKER et al., 1988; MÄTZKE, 1992; MOOS et al., 1994; RACKI, 1993; SUGGS et al., 1988).

Auch in der LBS-Erhebung (1997) wurden 213 Einrichtungen des Betreuten Wohnens ermittelt, die Gründe für eine eventuelle Verlegung angaben. An erster Stelle mit 53 Prozent der Einrichtungen wurde „Demenz, Selbst- und Fremdgefährdung“ als entscheidender Verlegungsgrund angegeben.

Inwieweit Demenzkranke im fortgeschrittenen Stadium in Continuing Care Retirement Communities (CCRCs) versorgt werden, ist gegenwärtig nur unzureichend bekannt. Zwar führen SOMERS et al. (1992) an, dass 18 Prozent der CCRCs über Alzheimer Units verfügen, doch wie die übrigen 82 Prozent dieser Einrichtungen die Versorgung Demenzkranker regeln, wird nicht angeführt.

In Wohnstiften in Deutschland werden diese Hochverwirrten zumindest im Trägerverband "Collegium Augustinum" separat versorgt. Für die ca. 20 Wohnstifte wurden 2 Spezialeinrichtungen zur Versorgung der Demenzkranken in Oberbayern und im Rheinland eingerichtet.

#### Depressivität und emotionale Instabilität:

Angst, depressive Verstimmungen und affektiv-emotionale Instabilitäten sind auch Gründe für die Beendigung des Mietverhältnisses, bei weitem jedoch nicht so stark gewichtet wie Demenzen.

SUGGS et al. (1988) ermittelten, dass 25 Prozent der befragten Einrichtungen hierin einen Verlegungsgrund sehen, 42 Prozent hingegen diese psychischen Beeinträchtigungen bei ausreichender Unterstützung durch ambulante Dienste und Angehörige tolerieren würden.

MOOS et al. (1994) stellten fest, dass 68 Prozent der befragten Congregate Housing (n = 67) diese Bewohnergruppe nicht mehr dulden würde.

BERNSTEIN (1982) fand heraus, dass 82 Prozent der befragten Public Senior Housing in den USA (n = 87) in den psychischen Instabilitäten ein gewichtiges Zeichen für den beginnenden Verlust der selbständigen Lebensführung sehen.

#### Alkoholabusus:

Suchtprobleme wie z. B. der Alkoholmissbrauch werden in Altenwohneinrichtungen in der Regel nicht geduldet. Diese Bewohnergruppe kann in diesem Wohnumfeld nicht angemessen betreut werden, darüber hinaus stellen die Betroffenen durch störendes Verhalten eine starke Beeinträchtigung der Mitbewohner dar (BARKER et al., 1988; RACKI, 1993; SUGGS et al., 1988).

#### Unfälle und Stürze:

Unfälle und Stürze werden als eine ernste Gefahr für das Weiterbestehen einer selbständigen Lebensführung aufgefasst, denn in den meisten Fällen können die Bewohner diesbezüglich nicht überwacht werden (BERNSTEIN, 1982; SUGGS et al., 1988). Es bilden sich in den Altenwohnanlagen - häufig auch auf Initiative des Hausmanagements - gegenseitige Überwachungskontrollen, so genannte "Wohlaufkontrollen" (SCHOTT et al., 1995).

#### Inkontinenz:

Die Inkontinenz wird nach den vorliegenden Untersuchungen als Grund für eine Verlegung sehr unterschiedlich eingeschätzt. Während MOOS et al. (1994) angeben, dass 97 Prozent der Einrichtungsleiter von Congregate Housing in den USA Inkontinenz nicht dulden, so ist nach SUGGS et al. (1988) diese Schwäche der Ausscheidungsorgane kein Grund für eine Verlegung, vorausgesetzt, Angehörige und ambulante Dienste helfen den Betroffenen hierbei (siehe auch MÄTZKE, 1992).

Es kann vermutet werden, dass das ausschlaggebende Faktum bei der Inkontinenz die Geruchsbelästigung und die Inkontinenzspuren im öffentlichen Bereich sind, die den Träger zu einer Verlegung bewegen. Bei einer ausreichenden Eigenversorgung und -nutzung der bedienungsfreundlichen hygienischen Artikel durch die Betroffenen wird letztlich Inkontinenz kein Problem für die Einrichtung darstellen, da in der Regel hiervon niemand erfährt.

#### Mobilitätseinschränkungen:

Ebenso wie die Inkontinenz werden Mobilitätseinschränkungen für die Altenwohnanlagen recht unterschiedlich hinsichtlich einer angemessenen unabhängigen Lebensführung eingeschätzt:

Bei der Erhebung von SUGGS et al. (1988) sehen 73 Prozent der Public Senior Housing Manager in der Benutzung eines Rollstuhles kein Problem hinsichtlich des Verbleibes in der Wohnanlagen, nur 3 Prozent sehen hierin einen Anlass für eine Verlegung. MOOS et al. (1994) hingegen ermittelten in Congregate Housing eine Ablehnungsquote von immerhin 71 Prozent für den Fall der partiellen Immobilität.

BERNSTEIN (1982) stellte ebenfalls einen abweichenden Wert bezüglich der Mobilitätseinschränkung und Rollstuhlnutzung in Housings for the Elderly fest: Bei 30 Pro-



zent der Einrichtungen gilt dieses Unvermögen als ein Verlegungsgrund (Siehe auch MÄTZKE, 1992).

Bei der Interpretation dieser äußerst widersprüchlichen Werte besteht zu der Vermutung Anlass, dass zumindest drei Aspekte diese Abweichungen erklären können:

- Das Image oder das Selbstbild der Wohnanlagen kann die selbständige Lebensführung ("independent living") unterschiedlich definieren, so dass je nach Toleranzbreite in der 'Einrichtungs-Philosophie' bezüglich Selbständigkeit Gehbeeinträchtigungen und umfassendere Mobilitätsbeeinträchtigungen (Rollstuhlnutzung) völlig verschieden gewertet werden.
- Manche Altenwohnanlagen sind vielleicht von ihrer architektonisch-baulichen Gestaltung nicht rollstuhlgerecht ausgestattet, so dass eher physische Beeinträchtigungen im Zugang und der freien Bewegungsmöglichkeit Ursache für die restriktive Einschätzung sind.
- Wie an anderer Stelle weiter unten angeführt werden wird (Siehe Kapitel 7.1.1.), fühlt sich ein nicht unbeträchtlicher Teil der rüstigen Senioren in Altenwohnanlagen durch die Gegenwart von Rollstuhlnutzenden Mitbewohnern beeinträchtigt und wünschen ihre separate Unterbringung.

#### Probleme bei der Selbstversorgung:

Für eine selbständige Lebensführung sind sowohl die Kompetenzen in den Verrichtungen der Aktivitäten des alltäglichen Lebens (ADL) wie Aufstehen, Waschen, Ankleiden, Mobilität, Nahrungsaufnahme als auch die Fähigkeiten zur Haushaltsführung wie Einkaufen, Kochen, Putzen etc. (instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens = IADL) Grundvoraussetzung. Beeinträchtigungen in diesen Handlungsfeldern, wenn auch nur partiell, führen zur Hilfebedürftigkeit und damit auch zur Abhängigkeit von anderen Personen.

In der internationalen Versorgungsforschung existieren gegenwärtig zwei Vorstellungen von selbständiger Lebensführung nebeneinander: Die strikte, die Eigenkompetenzen als ausschließliches Kriterium für Selbständigkeit betonende Definition und die erweiterte, Fremdhilfe zulassende Vorstellung von Selbständigkeit, die auf dem Konzept der Autonomie im Sinne der Kontroll- und Entscheidungsfähigkeit beruht.

Diese beiden Vorstellungen über selbständige Lebensführung kommen auch in den Untersuchungen über Betreutes Wohnen in den USA zum Ausdruck. Die strikte Definition manifestiert sich in der Erhebung von MOOS et al. (1994): 97 Prozent der Congregate Housing Manager tolerieren nur Bewohner, die ohne fremde Hilfe die Mahlzeiten einnehmen können, 94 Prozent verlangen die Fähigkeit des eigenständigen Waschens und Badens.

Etwas weniger strikt sind die Vorstellungen der Housing for the Elderly Manager bei BERNSTEIN (1982): In dieser Erhebung werden nur noch von 74 Prozent der Befragten die Fähigkeit zur eigenständigen Lebensführung für den Verbleib in der Einrichtung eingefordert.

Die erweiterte Definition von Selbständigkeit kommt deutlich bei der Untersuchung von SUGGS et al. (1988) zum Tragen: In 69 Prozent der Public Senior Housing sehen die Verantwortlichen keinen Grund zur Verlegung, wenn die Bewohner nur mit Hilfe von Angehörigen oder ambulanten Diensten Körperpflege und Ankleiden meistern können. Nur 8 Prozent würden bei diesen Beeinträchtigungen eine Verlegung veranlassen.

#### Probleme bei der Haushaltsführung:

Die unterschiedliche Begrifflichkeit hinsichtlich der Selbständigkeit in der Lebensführung erstreckt sich auch auf die Bereiche der Haushaltsführung. Bei der strikten Definition von independent living muss der Bewohner in der Lage sein, die wesentlichen Aufgaben der Haushaltsführung wie Einkaufen, Kochen, Putzen etc. selbst zu verrichten. So sehen 67 Prozent der Congregate Housing Manager in der Unfähigkeit, das Apartment sauber und ordentlich zu halten, einen Grund für eine Verlegung (MOOS et al., 1994).

Bei BERNSTEIN (1982) sind es immerhin noch 38 Prozent, die in den unzureichenden Leistungen der Haushaltsführung einen Grund für eine Verlegung sehen.

Von den Vertretern des erweiterten Selbständigkeitsbegriffes würden 82 Prozent der Einrichtungsmanager Bewohner halten, die nur mit fremder Hilfe kochen können. 8 Prozent sehen hierin einen Verlegungsgrund. Einkaufen mit Unterstützung würde von 68 Prozent toleriert werden, während kein Befragter in diesem Unvermögen einen Verlegungsgrund sieht (SUGGS et al., 1988).

#### Resümee:

Fasst man die unterschiedlichen Beweggründe für die Beendigung eines Mietverhältnisses in einer Altenwohnanlage zusammen, so lässt sich eine gewisse Hierarchie oder Struktur hinsichtlich der Geltung oder Verbreitung der Gründe feststellen.

Gründe erster Ordnung betreffen Beeinträchtigungen und Verhaltenssegmente, die das Leistungsspektrum einer Betreuten Altenwohnanlage gravierend überschreiten. Dies sind z. B. Problembereiche, die die ständige Präsenz einer Betreuungs- und/oder Pflegeperson erforderlich machen: Schwere Pflegebedürftigkeit, Demenzerkrankungen im fortgeschrittenen Stadium, ständige Sturz- und Unfallgefährdung und auch Suchtprobleme (Alkoholabusus u. a.).

Bewohner mit diesen Beeinträchtigungen und Gebrechen haben einen derart hohen Abhängigkeitsgrad bei der Aufrechterhaltung der Lebensführung erreicht, der von den begrenzten Diensten einer Betreuten Altenwohnanlage nicht abgedeckt werden kann.

Selbst wenn man das Betreuungspersonal sehr stark aufstocken und somit eine Personaldichte wie in einem Altenpflegeheim erzielen würde, wären nur suboptimale Betreuungs- und Pflegeleistungen in den Altenwohnanlagen zu erwarten. Der Grund hierfür liegt in der Autonomie-voraussetzenden Raumstruktur der eigenständigen Apartments, die keinerlei Aufsichts- und Kontrollaufgaben seitens des Betreuungspersonals zulässt. Demenzkranke und auch Sturzgefährdete bedürfen aber der

ständigen Aufsicht, andernfalls würden sie sich selbst und eventuell auch andere stark gefährden.

Eine Altenwohnanlage ist nach dem Prinzip des independent living konzipiert, es dominiert somit das Wohnprinzip in der Architektur und Raumsyntax. Würde man in dieses soziale Umfeld das Pflegeprinzip einfügen wollen, müsste man die gesamte Wohnanlage dergestalt umbauen, dass letztlich ein Pflegeheim das Resultat ergeben würde.

Gründe zweiter Ordnung für eine Verlegung sind die Sachverhalte, die einerseits Hilfeleistungen in verschiedenen Bereichen wie Haushaltsführung, kleine Pflege- und Betreuungsleistungen erfordern, die aber andererseits noch der Definition einer relativen Selbständigkeit mit partieller Unterstützung und Hilfe entsprechen. In diesen Fällen kann von einem Primat des Wohnens und der Nachrangigkeit der Hilfeleistungen gesprochen werden, da sie in der Regel begrenzt und ergänzend zu den Eigenkompetenzen der gebrechlichen Bewohner gewährt werden.

Es wäre jedoch besonders im Interesse der betroffenen Bewohner zu hoffen, dass verbindliche Standards hinsichtlich der Verlegungsgründe im Betreuten Wohnen entwickelt werden, die nicht nur den Bewohnern, sondern auch den Verantwortlichen und Mitarbeitern der Einrichtungen Orientierung und Verhaltenssicherheit vermitteln können.

## **6. 2. Umfang der Verlegungen im Betreuten Wohnen**

Die Beendigung eines Mietverhältnisses im Betreuten Wohnen wird im Normalfall durch zwei Ereignisgruppen verursacht: Den Tod in der Einrichtung und die Verlegung bzw. den Umzug des Bewohners.

Es liegen eine Reihe von Erhebungen aus Großbritannien, den USA und Deutschland vor, die u. a. diese Thematik untersuchen.

### Der Tod in der Einrichtung:

Die Erhebungen aus den USA, Großbritannien und Deutschland ergeben, dass ca. jeder zweite Bewohner in der Betreuten Altenwohnanlage sein Leben beendet.

Im Sheltered Housing in Großbritannien waren es bei FENNELL et al. (1989) 51 Prozent, 52 Prozent bei BUTLER et al. (1983), bei HEUMANN (1987) 60,4 Prozent. Geringere Werte ermittelten RAWSON (1990) mit 44 Prozent 1986/87 und 40 Prozent 1987/88 und CARPENTER et al. (1990) mit 43 Prozent.

Im Very Sheltered Housing (Betreutes Wohnen mit zusätzlichem Pflege- und Betreuungspersonal) verstarben 64 Prozent der Bewohner in den Einrichtungen, wobei es in den kommunalen Einrichtungen 67 Prozent und in den Einrichtungen der freigemeinnützigen Wohnungsbaugesellschaften 54 Prozent waren (TINKER, 1989).

In den USA ermittelte BOWERS (1989) in Continuing Care Retirement Communities, dass 52 Prozent der Bewohner in den Einrichtungen sterben.

Aus Deutschland liegen folgende Untersuchungen vor: In Servicehäusern der Arbeiterwohlfahrt in Kiel starben 52 und 58 Prozent (2 Erhebungen) in der Einrichtung

(Arbeiterwohlfahrt, 1991), in Baden-Württemberg ermittelte MÄTZKE (1992) 51,9 Prozent und im Heiliggeiststift in Freiburg waren es 36 Prozent. (Heiliggeistspitalstiftung Freiburg, 1994).

#### Der Umzug in eine betreuungsintensivere Einrichtung:

Die in Betreuten Altenwohnanlagen altersbedingt pflegebedürftig gewordenen Bewohner werden in den meisten Fällen in pflege- und betreuungsintensivere Einrichtungen (Alten-, Altenpflegeheim, Hospital, geriatrisches Krankenhaus etc.) verlegt.

In Einrichtungen des Sheltered Housing werden zwischen 18 und 35 Prozent der Bewohner in betreuungsintensivere Einrichtungen verlegt: 34 Prozent bei FENNELL et al. (1989), 18 Prozent bei BUTLER et al. (1983) und 22,3 Prozent bei HEUMANN (1987). Bei RAWSON (1990) waren es 1986/87 16 Prozent, im Jahr darauf (1987/88) bereits schon 27 Prozent und bei CARPENTER (1990) lag die Verlegungsquote bei 35 Prozent der Bewohner.

Im Very Sheltered Housing lag der Anteil der Verlegungen bei 28 Prozent der Bewohnerschaft (TINKER, 1989).

In verschiedenen Formen des Betreuten Wohnens in den USA liegen folgende Daten über den Anteil der Bewohnerschaft vor, die jährlich verlegt werden: In Einrichtungen des Congregate Housing zwischen 10 und 12 Prozent (REDFOOT et al., 1991; HEUMANN et al., 1993) und in Public Senior Housing 18 Prozent (REDFOOT et al., 1991).

In der Erhebung über Continuing Care Retirement Communities in den USA wurde ermittelt, dass 46 Prozent in Altenpflegeheime und 2 Prozent in Intermediate Facilities (Einrichtungen für leichtere Pflegefälle) verlegt werden (BOWERS, 1989).

In Deutschland sind die Daten bezüglich der Verlegung in pflegeintensivere Einrichtungen ähnlich: In den Servicehäusern in Kiel wurden 37 und 42 Prozent ins Krankenhaus und 4 bzw. 5 Prozent ins Psychiatrische Landeskrankenhaus verlegt (Arbeiterwohlfahrt, 1991).

Im Betreuten Wohnen in Baden-Württemberg wurden 49,1 Prozent ins Krankenhaus verlegt, wo sie verstarben, die Verlegungen ins Altenpflegeheim sind leider nicht erfasst worden (MÄTZKE, 1992).

Im Heiliggeistspital (Betreutes Wohnen) in Freiburg wurden 13 Prozent ins Krankenhaus und 31 Prozent ins Alten- und Altenpflegeheim verlegt (Heiliggeistspitalstiftung Freiburg (1994).

Eine weitere Erhebung in einer Betreuten Wohnanlage ergab, dass 1/3 der Bewohner in Altenpflegeheime verlegt wurden (RACKI, 1993).

#### Umzug zu Angehörigen:

Die Angehörigen haben hinsichtlich einer Verlegung oder eines Umzuges aufgrund zunehmender Pflegebedürftigkeit eine relativ geringe Bedeutung, wie die Untersuchungen aus Großbritannien und Deutschland zeigen.

Im Sheltered Housing liegt der Anteil der Bewohner, die zu Angehörigen ziehen, bei 5 bis höchstens 6 Prozent (FENNELL et al., 1989; BUTLER et al., 1983; HEUMANN, 1987; RAWSON, 1990).

Im Very Sheltered Housing wechseln nur 2 Prozent der Bewohner zu ihren Angehörigen (TINKER, 1989).

Bezüglich des Umzuges zu Angehörigen liegt aus Deutschland nur die Erhebung des Heiliggeistspitalstiftes vor: 9 Prozent der Bewohner ziehen im Falle zunehmender Gebrechlichkeit zu ihren Angehörigen (Heiliggeistspitalstiftung Freiburg, 1994).

#### Weitere Umzugs- bzw. Verlegungsorte:

Es sind noch eine Reihe von anderen Umzugs- und Verlegungsorten für Bewohner aus dem Betreuten Wohnen ermittelt worden:

- In andere Einrichtungen des Sheltered Housing verzog zwischen 2 und 7 Prozent der Bewohner des Sheltered Housing (FENNELL et al., 1989; HEUMANN, 1987; RAWSON, 1990).
- Rückkehr in einen Privathaushalt 5,1 Prozent (HEUMANN, 1987),
- Umzug in andere Formen des altengerechten Wohnens: 6 Prozent (FENNELL et al., 1989; 25 Prozent (other Housing) (BUTLER et al, 1983), 13 Prozent (RAWSON, 1990), 10 Prozent (TINKER, 1989).

#### Fazit:

Die angeführten Daten hinsichtlich des Umfanges der Verlegungen im Betreuten Wohnen verdeutlichen m. E. den institutionellen Strukturdefizit dieses Einrichtungstypus dergestalt, dass ca. jeder 2. Bewohner zu einem weiteren Wohnortwechsel im Alter genötigt wird.

Dieser 2. Umzug, mehr oder weniger erzwungen in einer Phase zunehmender Hinfälligkeit, hat in der Regel etwas Bedrohliches für die Betroffenen, sind sie doch gezwungen, sich im hohen Alter noch einmal auf eine völlig neue Lebenswelt einzustellen.

Die häufig in Deutschland empfohlene „Wohngarantie“ auch bei schwerster Pflegebedürftigkeit ist jedoch nicht die Lösung dieses Problems, berücksichtigt man die Anforderungen einer angemessenen pflegerischen Organisations- und Raumstruktur (TEWS, 1994; WÜSTENROT, 1994).

Das "Aging-in-Place" im Betreuten Wohnen hat eindeutig seine funktionalen und strukturellen Grenzen, die zu missachten, zwangsläufig suboptimale Versorgungsleistungen und Deprivationssymptome zur Folge haben wird.

Für die an Betreuten Wohnen interessierten Senioren könnte psychisch entlastend hinsichtlich eines eventuell späteren Quartierswechsel im Falle ständiger Pflegebedürftigkeit eine Strategie des "Wohnens plus Pflege" dergestalt sein, dass sie beim Einzug ins Betreute Wohnen bereits mit den kooperierenden pflegeintensiveren Einrichtungen vertraut gemacht werden könnten, die möglichst am gleichen Ort gelegen

sein sollten. So könnten sich die Senioren bei Bedarf schon rechtzeitig mit dem neuen Versorgungstypus vertraut machen.

### **6. 3. Dauer des Aufenthaltes im Betreuten Wohnen**

Die durchschnittliche Verweildauer im Betreuten Wohnen liegt zwischen 3 und 6 Jahren:

CARPENTER et al. (1990) ermittelte für Sheltered Housing eine Dauer von 3,1 Jahren, FENNELL et al. (1989) und HEUMANN (1987) 5,4 Jahre.

In den USA wurden für Public Senior Housing (NASAR et al., 1985) und für die Retirement Communities (BULTENA et al., 1969) 4 Jahre als durchschnittliche Verweildauer erhoben.

Wie bereits in Kapitel 3.3.1. angeführt, liegen bezüglich der durchschnittlichen Verweildauer im Assisted Living recht unterschiedliche Werte vor: Zwischen 2 und 14 Monaten, 9 Monaten und 2,7 Jahren (KALYMUN, 1990 u. 1992; CLEMMER et al., 1993). Die Verweildauer ist somit bei weitem geringer als in anderen Typen des Betreuten Wohnens.

Über die Verweildauer in Continuing Care Retirement Communities (CCRCs) liegt eine Erhebung vor: 10 Jahre nach Inbetriebnahme einer CCRC lebten von den 364 Erstbeziehern noch 41 Prozent in ihren Apartments („Independent Living Unit“), 7 Prozent im Assisted Living, 5 Prozent auf der Pflegestation und 46 Prozent waren zwischenzeitlich verstorben (SOMERS et al., 1992).

In Deutschland wurden im Heiliggeistspital 6 - 9 Jahre ermittelt (Heiliggeistspitalstiftung Freiburg, 1994) ermittelt. In den Servicehäusern in Kiel verbleiben 24 Prozent der Bewohner bis zu 3 Jahre, 38 Prozent zwischen 3 und 9 Jahren und weitere 38 Prozent länger als 9 Jahre (Arbeiterwohlfahrt, 1991).

Diese Verweildauer zu interpretieren, erfordert den Rückgriff auf Referenzdaten in diesem Bereich. Die durchschnittliche Verweildauer in Altenheimen in Baden-Württemberg im Jahr 1987 ließe sich in diesem Zusammenhang anführen: Sie beträgt 5,7 Jahre (Landkreistag Baden-Württemberg, 1989).

### **6.4. Fazit: Betreutes Wohnen im Spannungsfeld zwischen Wohnen und Pflege**

Die Vielzahl der obigen Daten über Verbleib und Verlegungen im Betreuten Wohnen verdeutlicht zweierlei: diese Wohn- und Betreuungsform ist für die eine Hälfte der Bewohner das letzte Refugium und für die andere Hälfte eine Zwischenstation zum Altenpflegeheim. Dieser Sachverhalt lässt sich sowohl als ein Vorteil als auch als ein Nachteil dieser Wohnform interpretieren.

Der Vorteil besteht darin, dass durch das Betreute Wohnen vielen Senioren eine relativ selbständige Lebensform bis zum Tode erhalten blieb, obwohl aufgrund sozialer Isolierung, zunehmender Gebrechlichkeit und Hilfebedürftigkeit und/oder der Wohnsituation in ihrer alten Wohnung sie nicht mehr oder nur unter größten Entbehungen zu einer selbständigen Lebensführung in einem eigenständigen Privathaushalt nicht mehr in der Lage gewesen wären.

Durch das Betreute Wohnen blieb ihnen der Übertritt in eine stationäre Einrichtung der Altenhilfe erspart.

Der Nachteil liegt für die andere Gruppe der Bewohner in einem weiteren Umzug in eine betreuungsintensivere Einrichtung (Altenpflegeheim). Obwohl nach den Erkenntnissen der Relokationsforschung eine Verlegung in den meisten Fällen gut verkraftet wird (BORUP, 1983), ist im hohen Alter ein Umzug ein mit Stress und Anpassungsleistungen verbundenes „Leben veränderndes Ereignis“, dem man als Betroffener möglichst entgehen möchte. Auch die Einsicht vieler Bewohner, in den Wohneinrichtungen aufgrund der Gebrechlichkeit letztlich von der versorgungslogischen Seite her „fehlplaziert“ zu sein, wird ihr subjektives und emotionales Sinnen und Trachten, in der Einrichtung zu verbleiben, kaum entscheidend beeinflussen können.

Betreutes Wohnen besitzt somit immanente Grenzen hinsichtlich des Verbleibes wie die bisherigen Erfahrungen und Erkenntnisse zeigen: Für eine Wohneinrichtung bedarf es ein bestimmtes Maß an Selbständigkeit. Hilfe- und Betreuungsbedürftigkeit kann zwar in vielen Fällen durch Betreuungspersonal und/oder Angehörige kompensiert werden, bei ständiger Pflegebedürftigkeit sind jedoch die Grenzen der Funktionalität dieses Einrichtungstypus erreicht.

Erklärt werden kann diese Grenzziehung mit den unterschiedlichen Milieustrukturen und Versorgungsprinzipien bei Wohnen und Pflege.

Wohnen basiert auf dem Prinzip Abstand und Distanz: Die Wohneinheiten sind von dem Umfeld klar abgrenzte und abgeschlossene Räumlichkeiten, wodurch Privatsphäre und Zugangskontrolle als Lebensgefühl konstituiert werden kann. Das grundlegende Versorgungsprinzip des Wohnens heißt Autonomie und damit Selbständigkeit der Lebensführung.

Pflege hingegen erfordert Nähe: Optimal kann nur gepflegt werden, wenn die räumlichen Distanzen zwischen Pflegenden und Gepflegten auf ein Minimum reduziert sind. Je näher die Pflegekräfte von den Pflegebedürftigen wahrgenommen und erlebt werden, umso sicherer und beschützter fühlen sie sich. Die grundlegende Versorgungskonstellation heißt Sicherheit aufgrund der erhöhten Abhängigkeit der Klienten.

Jeder Versuch, diese diametral zueinander stehenden Milieu- und Versorgungsstrukturen in ein Konzept einbinden zu wollen oder zu integrieren, führt zu einem neuen Wohn-Pflege-Modell, das sich eindeutig sowohl von spezifischen Wohnformen für Senioren als auch von den herkömmlichen Altenpflegeheimen unterscheidet. Es handelt sich letztlich um ein „Zwittergebilde“, das jedoch in vielen Ländern bereits in Versorgungseinrichtungen umgesetzt wurde: Very Sheltered Housing (Kategorie 2 ½) in England und Wales, Assisted Living in den USA und Servicehäuser und Betreutes Wohnen der Leistungsstufe 3 mit Wohngarantie bis zum Tode auch bei ständiger Pflegebedürftigkeit in Deutschland.

Das Manko dieser Zwischenformen zumindest in Deutschland besteht darin, dass Anspruch und Wirklichkeit auseinander klaffen, indem ein Wohnmilieu deklariert wird, das nur in Ansätzen erlebt werden kann und indem eine pflegerische Versorgung garantiert wird, die nur unter suboptimalen Bedingungen geleistet werden kann.

Es kann somit das Fazit gezogen werden, dass die Zwischengebilde zwischen Wohnen und Pflege letztlich dem Versuch der Quadratur des Kreises ähneln und entsprechend effektiv sind.

## 7. Die sozialökologischen Aspekte des Betreuten Wohnens

Die sozialen Beziehungen im Betreuten Wohnen stehen im Mittelpunkt dieses Kapitels. Die Formen der Kommunikation, die Intensität der Kontakte und auch das Ausmaß an gegenseitiger Hilfe und Unterstützung werden anhand einer Reihe von Erhebungen und Untersuchungen dargestellt werden. Des Weiteren werden die Beziehungen und Kontakte zu den Angehörigen und alten Freunden der Bewohner ein zentrales Thema darstellen.

Vorab bedarf jedoch noch einiger Ausführungen über die spezifische Qualität des Betreuten Wohnens gegenüber den Bedingungen in eigenständigen Privathaushalten in Generationengemischten Wohnquartieren und den Verhältnissen in den Heimen hinsichtlich der sozialökologischen und damit zugleich auch der sozialpsychologischen Dimensionen.

Ein theoretischer Zugang zu dem Gegenstandsbereich Sozialbeziehungen im Alter stellt der Ansatz der altershomogenen Gesellung dar. In den USA wurde in den 60er und 70er Jahren von verschiedenen Gerontologen unabhängig voneinander die Erkenntnis gewonnen, dass für Senioren in Wohngebieten mit hoher Konzentration an Altenhaushalten (für ROSOW mehr als 50 Prozent der Haushalte, für GUBRIUM sogar mehr als 75 Prozent der Haushalte) die Kontakthäufigkeit und auch die Wohnzufriedenheit höher lag als in Wohnquartieren mit ausgeglichener Altersmischung (SCHULZ, 1979).

Dieses soziale Phänomen wird mit den durch den raschen sozialen Wandel hervorgerufenen Ausgrenzungsprozess der älteren Menschen aus den gesamtgesellschaftlichen Zusammenhängen erklärt. Senioren verlieren in modernen Gesellschaften zusehends Aufgaben und Funktionen sowohl im sozialen Nahbereich der Familie und der Verwandtschaft als auch im öffentlichen Bereich des gesellschaftlichen Lebens. Zugleich sind ihre Erfahrungen und Erkenntnisse auf beruflicher Ebene und auch ihre Einstellungen und teilweise auch Moralvorstellungen bedingt durch die Dynamik der ständig fortschreitenden Modernisierung für die mittlere und erst recht für die jüngere Generation „antiquiert“. Dieser Prozess der funktionalen, sozialen und teilweise auch normativen Ausgrenzung u. a. auch in Gestalt des Verlustes an sozialen Rollen wird nach ROSOW und auch GUBRIUM von den Senioren als Entwertung ihres Sozialstatus und als Entfremdung von der sozialen Umwelt erlebt (ROSOW, 1973; SCHULZ, 1979).

In diesem Kontext zunehmender räumlicher und auch geistiger Isolierung mit den damit verbundenen Gefühlen des Selbstzweifeln, der Verunsicherung und teilweise auch Resignation bieten nach ROSOW die Gruppen der Gleichaltrigen den sozialen Raum für gegenseitige Stärkung, Selbstversicherung und Gewinnung von Selbstvertrauen. Diese Funktionen können die Gruppen der Gleichaltrigen jedoch nur leisten, wenn die Prinzipien der räumlichen Nähe und der sozialen Homogenität Berücksichtigung finden. Das heißt, die Gesellung mit Gleichaltrigen muss im unmittelbaren Wohnumfeld sich vollziehen lassen und es sollte sich bei den Kontakten um Senioren mit großer Homogenität hinsichtlich sozialen Status, Einkommen und ethnischer Herkunft handeln (ROSOW, 1962).

Dieser Prozess des Rückzuges der Senioren in ihre eigenen Gruppierungen, der gleichzeitig jedoch auch ein Integrationsprozess für die Betroffenen darstellt, indem sie ihre Isolierung und Vereinzelung hierdurch überwinden können, wird als „Insulati-



on“ bezeichnet (SCHULZ, 1979). Somit bieten letztlich Senioren- oder Altensubkulturen Möglichkeiten sozialen Handelns und sozialer Existenz. In ihnen können lebenslang geprägte Wertvorstellungen, Einstellungs- und Verhaltensweisen fortleben, die von den jüngeren Alterskohorten in der gesellschaftlichen Praxis bereits modifiziert oder gar durch neue Modelle und Konzepte ersetzt worden sind.

Es bedarf jedoch der Einschränkung, dass der Prozess der „Insulation“ mit den zunehmenden Verlusten und auch Einschränkungen an Gesundheit, Vitalität und auch materiellen Einbußen verbunden ist. Junge rüstige Senioren, die auch über genügend materielle Mittel verfügen, lehnen die ausschließlich Altersbezogene Gesellung ab und orientieren sich stärker an den gesamtgesellschaftlichen Werten und Standards (Geschäftigkeit, Fitness, Jugendkult u. a.), obwohl sie auch überwiegend mit gleichaltrigen Senioren Kontakte pflegen. So konnte ROSOW bei einer Erhebung in den USA feststellen, dass in Altersgemischten Wohngebieten nur 22 Prozent der gesunden und rüstigen Altensegregativen Wohnformen favorisieren, von den kranken und gebrechlichen Senioren waren es hingegen 65 Prozent (ROSOW, 1961; SCHULZ, 1979).

SCHÜTZE (1997) konnte im Rahmen der Berliner Altersstudie nachweisen, dass auch in Deutschland die Kontakte außerhalb der Familie überwiegend mit Gleichaltrigen gepflegt werden.

Ebenfalls wurde im Rahmen der Berliner Alterstudie ermittelt, dass einerseits nur jede zweite Person (52 Prozent) im Alter von 70 Jahren und mehr eine Vertrauensperson angeben konnte und dass mit zunehmenden Alter kontinuierlich der Kreis der nichtverwandten Gleichaltrigen, mit dem Kontakte gepflegt wird (Bekannte, Freunde, Nachbarn), sich verkleinert (SMITH et al., 1996).

Auf diesem Hintergrund schrumpfender außerfamiliärer Netzwerke kann nachvollzogen werden, dass von den Alleinlebenden Senioren 38 Prozent als extrem isoliert eingestuft wurden, wie die Feldstudie in Duderstadt zeigte (WELZ, 1994).

Berücksichtigt man des weiteren, dass 65 Prozent der Frauen im Alter von 75 Jahren und mehr 1990 in Deutschland alleine lebten, wie das Bundesamt für Statistik ermittelte (VOIT, 1992), so wird evident, dass der Bedarf für altershomogene Gesellungsformen im Alter ständig wächst.

Betreutes Wohnen im Alter gehört zu den altershomogenen Gesellungsformen im Alter. In den folgenden Abschnitten werden die verschiedenen Gesetzmäßigkeiten sozialer Beziehungen und Kontakte zu Verwandten und Nichtverwandten, zu Mitbewohnern und auswärts lebenden Vertrauten dargestellt werden. In diesem Kontext werden die Verhältnisse in Deutschland bezüglich des Betreuten Wohnens dahingehend untersucht werden, ob die Bedingungen für die Sozialbeziehungen und Kontakte und damit auch für ein Milieu, das Anregung, Bestätigung und Sicherheit vermittelt, gegeben sind.

### **7.1. Gruppenbildung und Ausgrenzung im Betreuten Wohnen**

Das Zusammenleben in einer Altenwohnanlage unterliegt stärker noch als im Altersgemischten Wohnen in einem Quartier sozialpsychologischen Prinzipien, die die Interaktionen zwischen den Bewohnern bestimmen. Während das Wohnen außerhalb einer Altenwohnanlage in den letzten Jahrzehnten zunehmend von Distanz und Anonymität bestimmt wird (siehe u. a. HERLYN, 1970; KERR, 1958; KLAGES, 1958;

MOGEY, 1956), eine soziale Nachbarschaft im Sinne von gegenseitiger Verpflichtung und Anerkennung verbindlicher Gebräuche und Sitten fast nur noch in ländlichen Gebieten anzutreffen ist, vollzieht sich in Altenwohnanlagen und erst recht in Betreuten Altenwohnanlagen regelrecht ein Umkehrprozess. Von sozial ausgedünnten und isolierenden Wohnverhältnissen gelangen die älteren Menschen in einen sozialen Raum, der als ein wesentliches Kriterium die Gewährleistung einer sozialen Stimulierung besitzt.

Während die meisten Bewohner diese sozialen Verhältnisse begrüßen, häufiger Sozialkontakte haben und das Gemeinschaftsbezogene Wohnen als eine Erlösung aus ihrer vorherigen Vereinsamung empfinden, so bleibt eine Minderheit von ca. 10 Prozent, die durch die neuen Wohnbedingungen in den Altenwohnanlagen regelrecht zum Rückzug in die selbst gewählte Isolierung getrieben werden, die also in den neuen Wohnumfeld weniger Kontakte und Beziehungen pflegen als vorher in ihren Privathaushalten ( BUTLER et al., 1983; FENNELL, 1986).

Ob nur Introvertiertheit, wie CARP (1987) es vermutet, der entscheidende Grund für diese Reduzierung an Sozialkontakten bei einer Minderheit der Bewohner ist, konnte bisher nicht ermittelt werden.

Welche sozialen Gestaltungskräfte beeinflussen die Kontakte und Begegnungen in Altenwohnanlagen? Das Element "Jahre- oder gar Jahrzehntelange Freundschaft und/ oder Nachbarschaft" entfällt, ebenso "verwandtschaftliche Bindung" oder "Glaubensbezogene Einbindung" (Motiv für das Leben in einem Kloster). Es bestehen auch keine materiellen oder immateriellen Verpflichtungen und Abhängigkeitsverhältnisse, die ein Zusammenleben begründen könnten.

Die entscheidenden Faktoren für das verstärkt Nachbarschaftsbezogene Zusammenleben in einer Altenwohnanlage sind Homogenität und Nähe. Homogenität verstanden als Gleichartigkeit und räumliche Nähe bestimmen Häufigkeit und Intensität der Kontakte, wie verschiedene Untersuchungen ergeben haben.

Im Folgenden werden die verschiedenen Aspekte der Homogenität und Nähe anhand der vorliegenden Erkenntnisse erläutert.

### 7.1.1. Homogenität bezogen auf das Lebensalter

Mit zunehmendem Alter wächst bei vielen älteren Menschen der Wunsch, möglichst mit Gleichaltrigen zusammen zu leben. So konnten TEAFF et al. (1978) in 153 Public Housing in den USA (n = 1875) feststellen, dass 83 Prozent der Befragten ein altershomogenes Wohnumfeld bevorzugen. Auch FENNELL (1986) wies im Sheltered Housing in Großbritannien nach, dass für 59 Prozent der Bewohner es wichtig bzw. sehr wichtig ist, dass die Nachbarn gleichaltrig sind, für 35 Prozent der Befragten hatte das Alter keine Bedeutung.

Dass das Alter auch bedeutsam bei den engeren Beziehungen ist, konnte ROSOW (1961) belegen. Er stellte fest, dass Freundschaften in Retirement Communities fast ausschließlich in den eigenen Altersgruppen geschlossen wurden (Siehe auch HINRICHSSEN, 1985).

Auch MESSER (1967) zeigt auf, dass in altershomogenen Wohngebieten die Interaktionsdichte der Senioren bei weitem höher liegt als in Altersgemischten Quartieren (n

= 243): Ein hohes Interaktionsniveau besaßen in gleichaltrigen Milieus 65,9 Prozent der Senioren, in Altersgemischten hingegen jedoch nur 42,6 Prozent

Dieses Bestreben nimmt mit dem Alter zu: Verschiedene Erhebungen in Sheltered Housing ergaben, dass bei höherem Durchschnittsalter ca. 70 Prozent der Bewohner das Zusammenwohnen mit Gleichaltrigen bevorzugen, bei jüngeren Senioren hingegen lag dieses Bestreben nur bei 53 Prozent vor (PAGE et al., 1971).

Nicht nur zunehmendes Alter korreliert mit dem Wunsch nach Gleichaltrigen, sondern auch eine nachlassende gesundheitliche Verfassung. GUBRIUM (1970) konnte in einer Untersuchung in den USA (n = 210) nachweisen, dass Senioren in schlechter gesundheitlicher Verfassung in Altersgemischten Wohngebieten 0 Prozent an Wohlbefinden angaben, in Wohngebieten mit einem hohen Anteil an Senioren (über 75 Prozent) hatten immerhin 20 Prozent trotz eingeschränkter Gesundheit ein hohes Maß an Zufriedenheit. Senioren in einer guten gesundheitlichen Verfassung hingegen zeigten in Wohngebieten mit großer Altersmischung zu 63,9 Prozent hohe Zufriedenheit, in Wohngebieten mit hohem Seniorenanteil nur 56,8 Prozent.

Es kann das Fazit gezogen werden, dass mit zunehmendem Alter und damit gleichzeitig auch mit zunehmenden Einschränkungen der körperlichen Kompetenzen die Senioren Wohnwelten bevorzugen, die nicht so stark zu Konfrontationen mit dem Lebensstil der jüngeren Generationen führen. Überwiegen Gleichaltrige in den Wohnquartieren oder den Wohnanlagen, so ist zumindest gewährleistet, dass Personen mit vertrauten Einstellungen und Verhaltensweisen das soziale Milieu ausmachen oder bestimmen. Man wird auch nicht ständig mit neuen Lebensstilen, Moden und Kommunikationsformen konfrontiert, die den älteren Menschen überwiegend fremd und teilweise auch unverständlich erscheinen. Auch bleibt einem in altershomogenen Quartieren die Auseinandersetzung mit dem Erleben der eigenen Hinfälligkeit erspart angesichts der vielen jungen und gesunden Menschen in Altersgemischten Wohnvierteln.

Zusätzlich zeichnen sich Wohnviertel und Wohnanlagen mit einer Seniorenmehrheit in der Regel durch Ruhe, Stetigkeit und eine gewisse Langsamkeit der Lebensabläufe aus. Es fehlen die Hektik und der Lärm, der oft durch Kinder, Jugendliche und auch junge Erwachsene hervorgerufen werden und somit dem starken Ruhebedürfnis der Senioren entgegenstehen (Siehe u. a. NARTEN, 1991).

Das gemeinsame Alter bedeutet in der Regel auch der gemeinsame Status des Ruheständlers, das heißt ein bestimmter Lebensstil, der sich gravierend von dem hektischen und oft stressigen Lebenswandel der Berufstätigen unterscheidet. Rentner sind häufig entspannter, haben weniger Verpflichtungen und verspüren einen geringeren sozialen Druck bezüglich Karriere und Sozialstatus. Diese Lebenseinstellung lässt sich leichter leben in einem Kollektiv von Gleichgesinnten wie z. B. in einer Altenwohnanlage als in einer durchmischten Wohngegend, die das Nebeneinander und häufig auch dann das Gegeneinander verschiedener generationsspezifischer Lebensarten in sich birgt.

Das gemeinsame Alter bedeutet häufig auch ein Stück gemeinsame Vergangenheit bezogen auf soziale, wirtschaftliche und zeitgeschichtliche Ereignisse (Krisen, Kriege etc.). Dies schließt auch einen gemeinsamen Wert- und Einstellungskodex mit ein, gemeinsame Norm- und Bewertungsschemata, die häufig, bedingt durch den ra-

schen sozialen Wandel, nur noch auf eine Generation beschränkt sind und von den nachwachsenden Generationen als "veraltet", "verstaubt" etc. betrachtet werden.

### 7.1.2. Homogenität bezogen auf den Sozialstatus, Familienstatus und kulturelle Herkunft

Statusunterschiede in der Gesellschaft finden auch in den verschiedenen Formen des Altenwohnens ihr Pendant. So sind z. B. die Retirement Communities in den USA stark nach Statusmerkmalen wie Einkommen, Bildung und letzte berufliche Stellung unterschieden (BULTENA et al., 1969).

Bestimmte Altenwohneinrichtungen, die in der Regel mit öffentlichen Zuschüssen errichtet wurden, stehen meistens nur Personengruppen mit beschränkten Einkünften im Alter offen: In den USA sind dies die verschiedenen Formen des Public Senior Housing und in Großbritannien sind es die Einrichtungen des Sheltered Housing.

Altenwohneinrichtungen, die als Einstand die Einzahlung einer bestimmten Kapitaleinlage erforderlich machen, grenzen das Angebotssegment nach oben hin ab: In Deutschland sind dies z. B. Wohnstifte und Residenzen und in den USA vor allem die Retirement Communities.

Homogenität bezüglich des Familienstandes kann ebenfalls ein Faktor für die psychosoziale Befindlichkeit der Bewohner in Altenwohnanlagen darstellen. So konnten HONG et al. (1994) in Retirement Communities in den USA feststellen, dass Witwen in Einrichtungen, in denen Witwen die Mehrheit der Bewohner stellten, signifikant höhere Werte an Lebenszufriedenheit aufwiesen als Witwen in Einrichtungen mit einer Mehrheit an Verheirateten, obwohl hinsichtlich der Kontaktdichte keine Unterschiede bestanden. Erklärt wird dieser Unterschied bezüglich der Lebenszufriedenheit mit der Dominanz eines bestimmten Lebensstils: In Einrichtungen mit einer Majorität an Verheirateten sind die Gruppen- und Gesellungsangebote mehr auf die Ehepaare zugeschnitten. Die Verwitweten fühlen somit bei vielen Veranstaltungen ausgeschlossen und zeigen demgemäß eine weitaus geringere Häufigkeit bei der Teilnahme an den sozialen Angeboten als Verheiratete.

Homogenität bezüglich der kulturellen Herkunft stellt auch einen wichtigen Faktor bezüglich der Lebenszufriedenheit in Altenwohnanlagen dar. So konnten BERGMAN et al. (1981) bei den Sekundäranalysen verschiedener Erhebungen in Altenwohnanlagen in Israel feststellen, dass das Ausmaß an kultureller Homogenität (Herkunftsländer der Bewohner) die Lebenszufriedenheit der Bewohner stark beeinflusste. Es zeigt sich ganz deutlich, dass sich Bewohner der Altenwohnanlagen sich kaum von den Verhaltens- und Einstellungsweisen der Gesamtgesellschaft bezüglich der Gesellung und Abgrenzung unterscheiden. Soziale Schichtung, Familienstatus und die kulturelle Herkunft sind auch bei Senioren in Altenwohnanlagen Strukturprinzipien für die Gestaltung der sozialen Interaktionen.

### 7.1.3. Homogenität bezüglich der Kompetenzen der Bewohner

Mit der Homogenität der Kompetenzen ist das brisanteste Element der Gruppenbildung und Ausgrenzung im Betreuten Wohnen genannt. Es bedeutet, dass die Be-

wohner sich nach dem vorherrschenden Konzept über den Standard der erwarteten Leistungsfähigkeit gesellen und auch ausgrenzen lassen bzw. sich selbst zurückziehen. In einer Einrichtung, die die "selbständige Lebensführung" (independent living) als Maxime bezüglich der alltäglichen Lebensführung propagiert, haben Bewohner mit zunehmenden Gebrechen, die somit auf die Hilfe anderer angewiesen sind, in zweifacher Hinsicht Schwierigkeiten. Sie verspüren einerseits ihre eigene, von der Norm der Einrichtung abweichende Hinfälligkeit, die sie zu Vermeidungs- und Fassadierungsverhalten gegenüber ihren Mitbewohnern veranlasst. Das bedeutet, sie isolieren sich selbst und täuschen teilweise den anderen Bewohnern, den Mitarbeitern und den Verantwortlichen der Einrichtung einen höheren Kompetenzgrad der Alltagsbewältigung vor. Das Hauptmotiv hierfür besteht aus der berechtigten Furcht, aufgrund der zunehmenden Hilfebedürftigkeit nicht mehr für die Kompetenzorientierte Einrichtung geeignet zu sein und zum Verlassen und Umzug in eine betreuungsintensivere Einrichtung aufgefordert zu werden.

Hier paart sich somit das Insuffizienzempfinden über das eigene eingeschränkte Leistungsvermögen mit der Furcht vor der Ausgrenzung im Sinne eines erzwungenen Umzuges zu einer permanenten Stresssituation. Hinzu kommt, dass die Hilfebedürftigen die Nichtbeachtung bzw. die Ablehnung durch die tonangebenden Rüstigen verspüren und sich dadurch zu Bewohnern 2. Klasse degradiert fühlen (SHEEHAN, 1986; LEMKE et al., 1989; MOOS et al., 1994).

Im Folgenden wird anhand der vorliegenden Untersuchungen auf einzelne Phänomene dieses Ausgrenzungs- und Selbstisolierungsprozesses eingegangen werden.

STEPHENS et al. (1986) befragten rüstige Bewohner in einem Accommodative Housing (Wohnanlage mit zusätzlichen Dienstleistungsangeboten, die das Verbleiben auch in einem hilfebedürftigen Stadium erlaubten) in den USA (n = 39) hinsichtlich ihrer Toleranz gegenüber ihren gebrechlichen Mitbewohnern. Durch Mitbewohner mit Stock oder Gehhilfe fühlten sich 4,2 Prozent sehr und 12,5 Prozent etwas beeinträchtigt. Durch Rollstuhlfahrer fühlten sich hingegen 21 Prozent sehr und 13,2 Prozent etwas beeinträchtigt. Der Wunsch nach getrennten Lebensbereichen war bei den Rüstigen recht hoch: 87 Prozent waren der Meinung, dass die Gebrechlichen in ihrem Bereichen (Pflegestation etc.) verbleiben sollten, 67 Prozent empfanden, dass durch die Gegenwart der körperlich Gebrechlichen und Demenzkranken eine Pflegeheimatmosphäre entstanden sei. Die rüstigen Bewohner geraten über dieses Wohnumfeld besonders bei Besuchen von Angehörigen und Freunden in Verlegenheit.

Eine Untersuchung in Continuing Care Retirement Communities in den USA bestätigt diese Ausgrenzungstendenz von Mobilitätseingeschränkten Senioren. Von den Einrichtungsverwaltern stufen 21 Prozent Rollstuhlfahrer und 11 Prozent Senioren mit Gehhilfen als für die Wohnanlage nicht mehr tolerierbare Bewohner ein (BOWERS, 1989).

Verhaltensbeobachtungen in einem Accommodative Housing haben ergeben, dass die Bewohner in den öffentlichen Bereichen sich je nach Rüstigkeitsgrad in unterschiedlichen Sphären aufhalten und gesellen (STEPHENS et al., 1986).

Eine Befragung von in Privathaushalten lebenden Senioren in den USA (n = 221) ergab u. a., dass 80,1 Prozent der Befragten sich vorstellen könnten, in einer Altenwohnanlage mit höchstens 25 Prozent Hilfebedürftigen zusammen zu wohnen (REGNIER et al., 1981).

Auch in deutschen Seniorenwohnhäusern sind die Bewohner sehr kritisch gegenüber Dienste und Angebote in den Häusern, die den Wohncharakter beeinträchtigen und damit heimähnliche Strukturen entstehen lassen könnten (RADICIONE, 1994).

Unterschiedliche Kompetenz- und Rüstigungsgrade der Bewohner, die sich besonders in der Mobilität zeigen, beeinflussen stark das Image oder auch das Erscheinungsbild der Einrichtung hinsichtlich eines dominanten Lebensstiles. Die Bewohnergruppen, egal ob rüstig oder gebrechlich, sind in der Regel dann verunsichert, wenn ihre soziale und räumliche Wohnumwelt keine eindeutigen Signale bezüglich eines bestimmten, Orientierung schaffenden Verhaltensmustern vermittelt. Herrscht ein auf Selbständigkeit ausgerichteter Wohn- und Lebensstil vor oder dominiert eine eher kustodiale Heimatmosphäre mit allen Attributen einer potentiellen Überversorgung? Für die Betroffenen ist die Klärung dieser Frage von größter Bedeutung bezüglich ihres Belastungsempfindens und damit auch bezüglich ihres Wohlbefindens und ihrer Lebenszufriedenheit.

Rüstige z. B. fühlen sich in einem heimähnlichen Milieu regelrecht fehlplatziert: Bezüglich ihrer Kompetenzen sind sie ständig unterfordert und entsprechend wächst ihre Unzufriedenheit und ihr Wunsch nach einem Wechsel des Milieus. Auf der anderen Seite sind Hilfebedürftige in einem „Rüstigen-Milieu“ sowohl von den räumlichen Gegebenheiten (lange Wege, Treppen etc.) als auch von den sozialen Milieu-Standards (Aktivitäten, Fitness, Außer-Haus-Orientierung u. a.) überfordert und damit überlastet (MOOS et al., 1994; SCHULZ, 1979).

#### 7.1.4. Fazit

Modelle des Betreuten Wohnens haben Aspekte der Alterung ihrer Bewohnerschaft in Bezug zunehmender Gebrechlichkeit konzeptionell zu berücksichtigen. In der Praxis hat sich gezeigt, dass ein bestimmtes Leitbild für die Einrichtung besteht, dass aber weite Toleranzbreiten den Bewohnern hinsichtlich der Kompensation seines Hilfebedarfes eingeräumt werden. Wenn z. B. Angehörige oder ambulante Dienste unterstützend mitwirken, dann werden in den meisten Fällen den Hilfebedürftigen keine Schwierigkeiten bezüglich eines weiteren Verbleibens in der Einrichtung bereitet.

Betreutes Wohnen wird die sozialpsychologischen Wirkmechanismen des Homogenitätsprinzips in Bezug auf ihre Bedeutung für das Selbstwertgefühl, die Lebenszufriedenheit und auch das Aktivitätsniveau der Bewohner zu berücksichtigen haben. Andernfalls besteht Gefahr einer drohenden Atomisierung der Bewohnerschaft mit den damit verbundenen Belastungs- und Kompensationsphänomenen.

Ein Universalkonzept für die verschiedenen Bedarfslagen existiert nicht, auch beim Betreuten Wohnen sind die Prozesse der Alterung und damit auch der zunehmenden Hinfälligkeit nicht zu stoppen oder gar umzukehren. Doch Betreutes Wohnen kann mit dazu beitragen, dass durch adäquate soziale und architektonische Milieugestaltung der Prozess des Altwerdens nicht zu einem ständigen physischen und psychosozialen Leidens- und Entbehrungsweg wird.

Im folgenden Abschnitt werden einige positive Aspekte des altengerechten Wohnens aufgeführt werden. Damit soll gezeigt werden, dass durch bestimmte Milieuelemente

ein höheres Maß an Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden bei vielen Bewohnern erreicht werden kann.

## **7.2. Kontakte und nachbarschaftliche Hilfe im Betreuten Wohnen**

Betreutes Wohnen wird von vielen älteren Menschen aus Gründen einer nicht mehr ertragbaren Isolierung in ihren bisherigen Privathaushalten in der Erwartung gewählt, in dieser Einrichtung ausreichend Kontakte und Anregungen zu erhalten (Siehe Kapitel 4.3.).

Im Folgenden werden die Untersuchungen dargestellt, die die verschiedenen Formen der Kontakte und gegenseitigen Hilfe zum Gegenstand haben.

### 7.2.1. Das Ausmaß der sozialen Kontakte

Ein Charakteristikum für altershomogene Wohneinrichtungen scheint der Sachverhalt zu sein, dass die Bewohner häufiger Sozialkontakte haben als alte Menschen in Privathaushalten.

Eine Vergleichsuntersuchung (n = 535) von Bewohnern im Public Senior Housing in den USA mit in Privathaushalten lebenden älteren Menschen ergab, dass erstere im Durchschnitt täglich 20 Minuten mehr Kontakt zu Nichtverwandten haben (MOSS et al., 1982).

Ein Vergleich des Sozialverhaltens älterer Menschen in verschiedenen Formen des Seniorenwohnens mit dem Verhalten älterer Menschen in Privathaushalten in den USA (n = 815) hatte als Ergebnis, dass bei den Senioren in altershomogenen Umwelten die Kontaktdichte gemessen in Mitgliedschaften in Aktivitätskreisen und Clubs innerhalb und außerhalb der Einrichtung signifikant höher lag. Eine Folgeuntersuchung nach 2 Jahren zeigte, dass während das Sozialverhalten der in Privathaushalten lebenden Senioren sich nicht wesentlich verändert hatte, die Senioren in den altershomogenen Umwelten mehr Aktivitäten, u. a. auch bei ehrenamtlichen Beschäftigungen aufwiesen (SHERMAN, 1974).

Dass das Interaktionsniveau in altershomogenen Umwelten (n = 88) größer ist als in Altersheterogenen (n = 155), konnte MESSER (1967) nachweisen: Während in altersgleichen Gebieten bei 65,9 Prozent eine hohe Interaktionsdichte festgestellt wurde, lag in Altersgemischten Gebieten der Anteil bei 42,6 Prozent.

### Veränderung des Umfanges der Einsamkeitsempfindungen im Betreuten Wohnen:

Ein aussagekräftiger Indikator für die Dichte und den Umfang der Begegnungen und Kontakte im Betreuten Wohnen besteht in dem Ausmaß an Einsamkeitsempfindungen.

FENNELL (1986) befragte in verschiedenen Einrichtungen des Sheltered Housing die Bewohner (n = 863) u. a. auch hinsichtlich der Einsamkeit: 76 Prozent fühlten sich nicht einsam, 23 Prozent gelegentlich und 1 Prozent konnte keine Auskunft diesbezüglich geben.

Für 38 Prozent hatte sich durch den Einzug ins Betreute Wohnen die Einsamkeit verringert, für 9 Prozent hat sie zugenommen und für 6 Prozent blieb sie unverändert.

BUTLER et al. (1983) erhoben in Einrichtungen des Sheltered Housing (n = 200) folgende Werte bezüglich der Einsamkeit: 58 Prozent der Befragten fühlten sich weder im Betreuten Wohnen noch vorher im Privathaushalt einsam, bei 15,5 Prozent hatte die Einsamkeit nach Einzug ins Betreute Wohnen zugenommen, bei 16,5 Prozent dagegen abgenommen und bei 6,5 Prozent blieb das Ausmaß der Einsamkeit unverändert.

PAGE et al. (1971) ermittelten in Einrichtungen des Sheltered Housing bei 29 Prozent der Bewohner (n = 312) Gefühle der Einsamkeit, wobei sie als Referenzerhebung eine landesweite Untersuchung aus dem Jahr 1962 anführten, der zufolge 42 Prozent der älteren Menschen in Privathaushalten über Einsamkeit klagten.

Es kann aus diesen Daten geschlossen werden, dass für die Mehrheit der älteren Menschen der Einzug ins Betreute Wohnen zu einer Zunahme an Sozialkontakten und damit zu einer Verminderung der Einsamkeit führt. Doch nicht für alle älteren Menschen scheint das Betreute Wohnen der richtige Lebensbereich zu sein. Es sind vor allem die eher introvertiert veranlagten Personen, die mit der Gemeinschaftsorientierten Lebensweise des Betreuten Wohnens Schwierigkeiten haben und sich dementsprechend noch mehr zurückziehen (CARP, 1987).

#### Klatsch und fehlende Privatheit:

Ein Grund für den Rückzug eines Teiles der Bewohnerschaft liegt bestimmt auch an dem mit den Jahren zunehmenden Trend zur Innenorientierung bei den Sozialkontakten dahingehend, dass überwiegend nur noch Kontakte innerhalb der Wohnanlage gepflegt werden.

In einem Public Senior Housing in den USA klagten ein Jahr nach dem Einzug 13 Prozent der Bewohner (n = 190) über Klatsch und fehlende Privatheit, nach 8 Jahren (n = 127) waren es bereits 30 Prozent (CARP, 1976). Diese Tatbestände wurden von den Bewohnern als die schwersten Probleme der Wohnanlage empfunden.

In deutschen Altenwohnanlagen konnten KLUPP et al. (1994) feststellen, dass gegenseitige Besuche nicht gern gesehen wurden, weil "Klatsch und Tratsch" befürchtet wurde und viele sich über die "elende Cliquenbildung" ärgerten.

BERGER et al. (1990) beobachteten in einer Betreuten Wohnanlage zwei unterschiedliche Kommunikationsstile: Während die Rüstigen in ihrem Sozialverhalten eher dem Typus "Mietshaus" repräsentierten, ähnelte das Verhalten der Gebrechlichen eher dem Typus "Altenheim".

Diese Entwicklung hin zur Binnenorientierung und damit gleichzeitig auch zur Absonderung von der Außenwelt ist Ausdruck eines Lebensstilwandels dergestalt, dass die für die rüstigen Senioren typische Außenorientierung mit der wachsenden Gebrechlichkeit im Laufe der Jahre zunehmend heimähnlichen Sozialkontakten weichen.



### Zahl der Freunde und das Besuchsverhalten im Betreuten Wohnen:

Am häufigsten treffen die Bewohner des Betreuten Wohnens in der Regel ihre Mitbewohner.

Inwieweit diese Kontakte zu Bekanntschaften, Freundschaften und regelmäßigem gegenseitigen Besuchsverhalten führen, soll anhand der folgenden Untersuchungen dargestellt werden.

FENNELL (1986) erfragte im Sheltered Housing die Anzahl der Mitbewohner, an die man sich hinsichtlich einer kleinen Gefälligkeit wenden kann. Nur 6 Prozent konnten keinen Mitbewohner angeben, 9 Prozent hatten bisher noch keinen gefragt, 14 Prozent gaben einen Mitbewohner an, 25 Prozent 2 oder 3 Personen und 46 Prozent konnten mehr als 3 Mitbewohner anführen. Dieser relativ große Umfang an nachbarschaftlicher Vertrautheit drückte sich jedoch nicht so stark im Besuchsverhalten aus: Eine Tasse Tee zusammen mit einem Mitbewohner trinken nur 26 Prozent regelmäßig und 25 Prozent gelegentlich, zusammen TV schauen nur 9 Prozent regelmäßig und 12 Prozent gelegentlich. Ein Vertrauensverhältnis zu einem Mitbewohner haben 10 Prozent, zu der Hausbetreuerin oder Hausverwalter 8 Prozent der Bewohner.

PAGE et al. (1971) eruierten in ihrer Sheltered-Housing-Erhebung, dass in der Woche vor der Befragung 71 Prozent der Bewohner Besuch von einem Mitbewohner hatten bzw. selbst einen Besuch bei einem Mitbewohner gemacht hatten.

Einen ähnlich hohen Wert ermittelten STEPHENS et al. (1984) in einem Planned Housing (n = 44) in den USA: Dort hatten 80,5 Prozent der Bewohner mindestens einmal pro Woche Besuch von einem Mitbewohner.

CHRISTENSEN et al. (1987) untersuchten u. a. Ort und Dichte der Sozialkontakte in 6 verschiedenen Public Senior Housing (n = 190): 80 Prozent der Begegnungen fanden in den Wohnungen statt, 11 Prozent im Eingangsbereich oder den Fluren und 9 Prozent im Gemeinschaftsraum bei Gruppenaktivitäten.

Kontakte in den Wohnungen (Besuche etc.) hatte 15 Prozent der Bewohner täglich, 31 Prozent einmal pro Woche, 19 Prozent einmal im Monat und 35 Prozent weniger als einmal im Monat.

KLUPP et al. (1994) ermittelten, dass in Altenwohnungen im Gegensatz zum Altenheim die Kontakte sich viel enger gestalten. Während in den Altenwohnungen 42 Prozent der Bewohner teilweise engen Kontakt miteinander hatten, so waren es in den Altenheimen nur 22 Prozent. Kaum näheren Kontakt hatten in den Altenwohnungen 46 Prozent, in den Altenheimen 55 Prozent und zurückgezogen lebten in den Altenwohnungen nur 10 Prozent und in den Altenheimen 22 Prozent.

Es lässt sich feststellen, dass die Bewohner Betreuter Wohnanlagen relativ enge nachbarschaftliche Kontakte pflegen. Berücksichtigt man, dass in den Generationsdurchmischten Wohnvierteln das nachbarschaftliche Verhalten seit einigen Jahrzehnten von Distanz oder zumindest reduzierter Distanz geprägt ist, so kann im Betreuten Wohnen von einem auf Nähe und gegenseitigem Vertrauen basierenden Sozialverhalten gesprochen werden. Dieser Sachverhalt ist umso bemerkenswerter, wenn man bedenkt, dass die Bewohner sich in der Regel kaum länger als wenige Jahre kennen.

### 7.2.2. Gegenseitige Hilfe im Betreuten Wohnen

Konzeptionell bestehen beim Betreuten Wohnen im Alter Erwartungen hinsichtlich der gegenseitigen Hilfe unter den Bewohnern. Man erhofft sich, dass auf der Grundlage guter Nachbarschaft die älteren Bewohner sich bei alltagsnahen Belangen gegenseitig stützen, besonders dann, wenn die Einrichtungen selbst keine Dienstleistungen anbieten und somit die Selbsthilfe der Bewohner die fehlenden Dienste ersetzen sollen. Besonders im Falle einer beginnenden Gebrechlichkeit erhofft man sich zumindest in Deutschland die Freisetzung kollektiver und solidarischer Ressourcen der Bewohnerschaft zur Bewältigung des immer beschwerlicher werdenden Alltags (FISCHER, 1989; LEYENDECKER et al., 1992; RACKI, 1995; TEWS, 1994).

Die folgenden Untersuchungen haben sich u. a. auch dieses Gegenstandsbereiches angenommen.

POULIN (1984) verglich die sozialen Netzwerke von Bewohnern eines Senior Citizen Housing mit denen in Privathaushalten lebenden älteren Menschen (n = 232) in den USA. Die Bewohner der Altenwohnanlagen hatten signifikant umfangreichere und stärker unterstützende Beziehungen als die in der Gemeinde lebenden älteren Menschen. Auf der anderen Seite besaßen die Bewohner der Altenwohnanlage weniger enge Freunde in der Wohnanlage als die Senioren in den Privathaushalten.

Auch im Sheltered Housing in Großbritannien besteht ein relativ dichtes Netzwerk an potentiellen Helfern: FENNELL (1986) ermittelte, dass 85 Prozent der Bewohner mindestens einen Mitbewohner für eventuelle Hilfe- und Unterstützungsleistungen nennen konnten, 46 Prozent konnten sogar mehr als 3 Mitbewohner als potentielle Helfer anführen.

SHEEHAN (1986 a) untersuchte Ausmaß und Prinzipien der informellen Hilfe unter Bewohnern einer Altenwohnanlage ( Public Senior Housing) in den USA (n = 55). Am häufigsten helfen sich die Bewohner beim Einkaufen, Transport und Reinigen (50 Prozent oder n = 28), das "buddy"-System (gegenseitiges Aufpassen hinsichtlich Sturz, Unwohlsein etc.) wird von 8 Informanten (14 Prozent) angeführt und 7 Nennungen (12 Prozent) beziehen sich auf Unterstützung im Bereich sozialer Aktivitäten.

Am häufigsten kann mit Unterstützung gerechnet werden, wenn der Zeitraum der erforderlichen Hilfeleistung überschaubar und von relativ kurzer Dauer ist. In der Rekonvaleszenzphase nach einem Krankenhausaufenthalt z. B. können nach Einschätzung von 32 Informanten (58 Prozent) die Bewohner mit der Hilfe ihrer Nachbarn rechnen. Bei beginnender Altersverwirrtheit wird nach Aussage von 13 Informanten (24 Prozent) Unterstützung gewährt. Auch bei beginnender körperlicher Gebrechlichkeit wird noch geholfen, um Mitbewohnern einen Umzug in eine betreuungsintensivere Einrichtung zu ersparen.

SHEEHAN konnte bei der intensiven Befragung der Bewohner der Altenwohnanlage zwei Verhaltensmuster mangelnder sozialer Einbindung und Verantwortung feststellen, die ihre Ursache letztlich in der fehlenden Gegenseitigkeit des Helfens haben:

- Der soziale Rückzug der gebrechlichen Bewohner: Die körperlich eingeschränkten Bewohner spüren, dass sie mit den fitteren Bewohnern hinsichtlich

der Alltagsgestaltung nicht mehr mithalten können, sie also auch damit dem Standard und dem Image der Wohnanlage einer selbständigen Lebensführung (independent living) nicht mehr entsprechen können. Sie reagieren hierauf mit Rückzugs- und Vermeidungsverhalten, um nicht "ins Gerede" zu kommen. So wagen sie auch aus diesem Grund nicht, ihre Mitbewohner um Hilfe und Unterstützung zu bitten, denen sie nicht zur Last fallen wollen.

- Die mangelnde Unterstützung der ständig Gebrechlichen durch die noch rüstigeren Bewohner: Die Rüstigeren fühlen sich angesichts ihrer eigenen allmählichen Leistungsminderung physisch und psychisch überfordert, auch noch für ihre gebrechlichen Mitbewohner ständig Hilfe und Unterstützung erbringen zu müssen. Ihrer Meinung nach sind hierfür die Angehörigen oder formelle Dienstleister zuständig. Die noch verbleibende Kraft und Energie wird für die Bewältigung der eigenen Alltagsanforderungen benötigt.

Die Tendenz, Hilfeleistungen nur für kurze Zeit bei den Mitbewohnern zu erbitten, konnte auch SULLIVAN (1986) in einer Senioren-Siedlung (Retirement Community) in Arizona (USA) (n = 403) feststellen: So würden je nach Kontaktdichte zwischen 65 und 77 Prozent der Bewohner ihre Mitbewohner für kurzfristige Hilfeleistungen ansprechen, für langfristige Hilfen würden nur zwischen 3 und 18 Prozent ihre Mitbewohner bitten.

Einschränkungen hinsichtlich des Umfanges an gegenseitigen Hilfeleistungen im Betreuten Wohnen können auch durch die "Alterung" einer Wohnanlage entstehen. Mit zunehmender Gebrechlichkeit der Bewohnerschaft sinkt nicht nur das Ausmaß an gegenseitigen Besuchen (LAWTON et al., 1985), es lässt sich auch ein geringeres Maß an gegenseitiger Hilfe feststellen. EHRlich et al. (1982) ermittelten in einer 13 Jahre alten Betreuten Wohnanlage (Congregate Housing) in den USA (n = 154) einen relativ geringen Grad an gegenseitiger Hilfe: So erhielten 77 Prozent der Bewohner Hilfeleistungen, jedoch nur 46 Prozent der Bewohner erbrachten Hilfe- und Unterstützungsleistungen. Auch würden im Falle einer akuten Erkrankung nur 53 Prozent der Befragten Hilfe von ihren Mitbewohnern erwarten.

Zum Vergleich die Werte der Berliner Altersstudie: Von den 70-74jährigen pflegten 24 Prozent gegenseitige Hilfebeziehungen mit ihren Nachbarn, während es bei den 95jährigen und älteren nur noch 10 Prozent waren (WAGNER et al., 1996).

Zusammenfassend kann die Feststellung getroffen werden, dass gegenseitige Hilfe im Betreuten Wohnen stärker als in den Altersgemischten Nachbarschaften eine Spezialität dieser Wohn- und Lebensform zu sein scheint. Dass dieses Prinzip verstärkter gegenseitiger Hilfe nicht für alle Typen von Altenwohnanlagen gilt, konnte SHERMAN (1975) nachweisen: Während in Altenwohnanlagen für Bewohner mit geringeren Einkünften ein überdurchschnittlich hohes Aufkommen an gegenseitiger Hilfe festgestellt wurde, so bestand in Altenwohnanlagen der gehobenen Einkommenschichten kein Unterschied zu Altersgemischten Wohnquartieren.

Gegenseitige Hilfe setzt in der Regel ein Zusammengehörigkeitsgefühl oder Solidarbewusstsein voraus, das im Betreuten Wohnen durch die gemeinsamen Charakteristika Alter, Sozialstatus und auch der Einstellung, eine relativ selbständige Lebensführung beibehalten zu wollen, geprägt wird.

Dieses Wir-Gefühl wird jedoch stark beeinträchtigt und löst sich sogar teilweise auf, wenn die Gleichartigkeit an Kompetenz und Alltagsbewältigung in der Bewohner-

schaft durch zunehmende Hinfälligkeit eines Teiles der Bewohner nicht mehr gegeben ist. Die von Experten erhoffte Hilfekonstellation "Rüstige helfen Gebrechlichen" entwickelt sich im Regelfall nicht, sondern es entsteht ein sozialer Ausgrenzungsprozess. Diejenigen, die dem Standard einer selbständigen Lebensführung noch entsprechen, beschränken ihre Hilfs- und Unterstützungsleistungen auf die Mitbewohner, die noch zu reziproken Leistungen in der Lage sind. Die Gebrechlichen hingegen ziehen sich u. a. auch zur Erhaltung ihres Selbstwertgefühles und ihrer Unabhängigkeit zurück und begeben sich somit in eine selbst gewählte Isolation.

### **7.3. Auswirkungen des Betreuten Wohnens auf die Beziehungen zu den Angehörigen und alten Freunden der Bewohner**

Die sozialdemographischen Veränderungen der letzten Jahrzehnte führten in den industrialisierten Ländern Europas und Nordamerikas zu einer steigenden Quote Alleinlebender alter Frauen: So lebten hochgerechnet 1995 zwischen 27,5 Prozent in Kanada und 44,1 Prozent in Schweden der älteren Frauen allein (WOLF, 1995). Diese Daten drücken einerseits die steigende Lebenserwartung und andererseits auch den Wandel in den intergenerationalen Beziehungen aus: Den Wechsel von der erweiterten (dreigenerationalen) Familie ("extended family") hin zur modifizierten erweiterten Familie ("modified extended family": zweigenerationale Kernfamilie mit unterschiedlich dichten Beziehungen zur Großelterngeneration und anderen Verwandten) und in Ansätzen bereits weiter zur „Kernfamilie“ („nucleus family“: Eltern-Kind-Verband mit nur noch geringen Bindungen und Verpflichtungen zu den Großeltern). Mit zunehmender Modernisierung verschiedener gesellschaftlicher Bereiche u. a. in Gestalt räumlicher und sozialer Mobilität der jüngeren und mittleren Generation vollzog sich allmählich ein Ablösungsprozess der Kernfamilie vom weiteren Verwandtschaftsgefüge und damit vor allem auch von den Großeltern. Diesen Prozess der Ausgrenzung u. a. der Großeltern aus dem Familienleben konnten in Großbritannien BOTT (1968) und in Deutschland PFEIL (1965) empirisch belegen.

Konkret auf das Zusammenwohnen bezogen bedeutet dieser Verselbständigungsprozess der verschiedenen Generationen, dass der Wunsch, im Alter angesichts zunehmender Gebrechlichkeit zu den Kindern zu ziehen, zunehmend geringer wird. Bereits Erhebungen in den 50er und 60er Jahren ergaben, dass die Mehrheit der befragten Senioren ein Zusammenwohnen mit den Familien der erwachsenen Kinder ablehnten (SCHULZ, 1979) (Siehe Kapitel 2.2.).

Dass dieser Prozess der Trennung der Generationen letztlich von den sozioökonomischen Lebensbedingungen abhängt, konnten KARSTEN et al. (1968) nachweisen: Eine Befragung im Jahr 1966 von 320 Landbewohnern im Alter von 55 Jahren und mehr in der Bundesrepublik Deutschland ergab, dass von den Älteren in einem landwirtschaftlichen Vollerwerbsbetrieb 45 Prozent ein Zusammenleben in einem Haushalt mit den erwachsenen Kindern befürworteten, 36 Prozent plädieren für getrennte Haushalte unter einem Dach und 18 Prozent wünschen mehr Abstand (im gleichen Dorf oder weiter entfernt). Von den Älteren auf einem Nebenerwerbshof wünschten sich nur noch 34 Prozent den gemeinsamen Haushalt, 36 Prozent getrennte Haushalte unter einem Dach und 27 Prozent entfernte Lösungen. Von den älteren Landbewohnern hingegen, die in einem Haushalt ohne Bezug zur Landwirtschaft lebten, favorisierten nur 14 Prozent das Zusammenleben in einem Haushalt, 37 Prozent das gemeinsame Wohnen unter einem Dach und immerhin 46 Prozent

ein Wohnen mit mehr Abstand (im selben Dorf oder weiter entfernt). Die Werte der älteren Landbevölkerung in Haushalten ohne Bezug zur Landwirtschaft decken sich fast mit den Ergebnissen einer Erhebung in Wien im Jahr 1960 (12 Prozent gemeinsam, 38 Prozent unter einem Dach und 48 Prozent weiter getrennt).

Es lässt sich hieraus der Schluss ziehen, dass in Familienhaushalten, deren Funktionen sich letztlich nur auf das partnerschaftliche Zusammenleben in Verbindung mit der Erziehung der unmündigen Kinder beruhen, die ältere Generation für sich keine Aufgaben und Verpflichtungen sieht, die ein Zusammenleben rechtfertigen könnten.

Aber auch seitens Generation der erwachsenen Kinder lässt die Bereitschaft ständig nach, bei ständiger Pflegebedürftigkeit der Eltern bzw. eines Elternteiles allein die Pflege zu übernehmen (JOHNSON et al., 1983; HÖRL, 1992). So konnte die Berliner Altersstudie belegen, dass mit nur 7,5 Prozent der Anteil der erwachsenen Kinder außerhalb des Haushalts der hilfs- und pflegebedürftigen Senioren als Helfer relativ gering ist. Formelle Hilfe von ambulanten Diensten erhielten hingegen 25,4 Prozent der hilfs- und pflegebedürftigen Senioren (MAYER et al., 1996).

Gemäß diesem Trend einer verminderten Erwartung der älteren Generation hinsichtlich möglicher Hilfe- und Pflegeleistungen durch ihre Kinder und auch einer nachlassenden Bereitschaft der erwachsenen Kinder hierzu, entstanden in den letzten Jahrzehnten eine Reihe von ambulanten, teilstationären und Wohnungsbezogenen Dienstleistungen, die ergänzend und teilweise auch die informellen familiären Hilfen ersetzend tätig wurden.

Im Kontext dieser Entwicklung der zunehmenden Marginalisierung der Versorgungsleistungen der mittleren Generation für die Elterngeneration sind auch die Modelle des Betreuten Wohnens als eine weitere Form formeller Hilfe und Betreuung aufzufassen.

Im Folgenden werden die Untersuchungen, die u. a. auch die Thematik der Beziehungen der Bewohner zu ihren Angehörigen und alten Freunden beleuchtet haben, dargestellt werden.

### 7.3.1. Das Ausmaß der Kontakte zu Angehörigen

Es liegen einige Untersuchungen vor, die u. a. auch das Ausmaß der Kontakte der Bewohner des Betreuten Wohnens zu ihren Angehörigen zum Gegenstand haben. Im Sheltered Housing in Großbritannien haben zwischen 52 und 70 Prozent der Bewohner mit Kindern mindestens einmal in der Woche Kontakt mit ihnen oder mit anderen Angehörigen (BUTLER et al., 1983; FENNELL, 1986; PAGE et al., 1971, TINKER, 1989).

TINKER (1989) verglich die Kontakte älterer Menschen im Betreuten Wohnen mit denen in Privathaushalten und stellte fest, dass Bewohner im Betreuten Wohnen häufiger Kontakt zu Angehörigen haben als ältere Menschen in Privathaushalten (70 Prozent gegenüber 55 Prozent).

Diesen Sachverhalt kann man u. a. damit erklären, dass für viele Bewohner nach Einzug ins Betreute Wohnen der Kontakt zu den Angehörigen sich verbessert hat und sie sie auch häufiger sehen. So berichten BUTLER et al. (1983), dass 20 Pro-

zent der Bewohner nach Einzug ins Betreute Wohnen mehr Kontakte zu den Angehörigen pflegen, 10 Prozent hingegen weniger.

Auch FENNEL (1986) führt an, dass der Kontakt sich nach dem Einzug verbessert hat. Dies hängt u. a. bestimmt damit zusammen, dass nach dem Einzug ins Betreute Wohnen 38,9 Prozent der Bewohner näher bei einem Kind wohnen, während nur 16,7 Prozent durch den Einzug räumlich weiter entfernt wohnen.

Aus den USA und Kanada liegen bezüglich des Kontaktverhaltens mit Angehörigen einige Erhebungen aus unterschiedlichen Einrichtungstypen des Wohnens im Alter vor: STEPHENS et al. (1984) stellten in zwei Altenwohnhäusern (Planned Housing) (n = 44) fest, dass 44,6 Prozent der Bewohner wöchentlich Besuche durch Angehörige erhalten.

GUTMAN (1978) untersuchte fünf mehrgliedrige Alteinrichtungen (Multilevel Accommodation for Seniors) in Kanada (n = 177) und fand u. a. heraus, dass zwischen 77 und 89 Prozent der Bewohner mindestens einmal pro Woche Kontakt mit ihren Kindern hatten.

Diese Werte weichen nicht stark von den Angehörigenkontakten in den Altenpflegeheimen der USA ab: In einer landesweiten Erhebung 1973/74 wurde festgestellt, dass 61 Prozent der Altenpflegeheimbewohner mindestens einmal pro Woche Angehörigenbesuch erhielten (TOBIN et al., 1981).

In Seniorengemeinden (Retirement Communities) der USA sind dagegen voneinander abweichende Werte hinsichtlich der Angehörigenkontakte erhoben worden:

BULTENA et al. (1969) untersuchten eine Retirement Community (Senioren-Siedlung) in den USA in einem Vergleich mit älteren Menschen in Altersgemischten Wohnvierteln (n = 521).

Ein Drittel der Bewohner der Senioren-Siedlung hatten keine Kinder, in der Vergleichsgemeinde waren es nur 21 Prozent. Mindestens einmal pro Woche Kontakt zu ihren Kindern hatten nur 16 Prozent der Bewohner der Senioren-Siedlung, während es bei den Vergleichsgemeinden 50 Prozent waren. Im Staat Wisconsin waren es sogar mehr als 2/3 der befragten Senioren.

SULLIVAN (1986) eruierte in einer Senioren-Gemeinde in Arizona (Planned Retirement Community), dass 54 Prozent der Befragten mit Kindern in den letzten 14 Tagen 3 oder mehr Kontakte mit ihnen hatten. Zu einem Bruder oder einer Schwester hatten in den letzten 14 Tagen vor dem Interview 75 Prozent der Bewohner Kontakt. Die wenigsten Kontakte jedoch waren persönliche Begegnungen, da nur 20 Prozent der Kinder innerhalb eines Umkreises von 3 Autostunden Entfernung lebten. Landesweit hingegen haben 75 Prozent der Senioren ein Kind in einer halben Autostunde Entfernung zu wohnen.

Aus Deutschland liegt bisher eine Erhebung (SCHWEIKART et al., 1995) vor, die u. a. die Auswirkungen des Betreuten Wohnens auf die Kontakte zu den Angehörigen und den alten Freunden und Bekannten untersuchte. Ähnlich den Ergebnissen in Großbritannien ist durch den Einzug ins Betreute Wohnen in Deutschland bei 58 Prozent der Befragten (n = 243) der Kontakt zu den nahen Angehörigen enger geworden. Als Gründe werden die räumliche Nähe und die leichtere Erreichbarkeit angegeben.

Ergänzend zu dieser Untersuchung von SCHWEIKART et al. (1995) werden kurz die Erhebungen aus dem Bereich der Privathaushalte (Berliner Altersstudie) und dem Heimbereich bezüglich dieser Thematik angeführt, damit man sich ein Bild über die Dichte der Kontakte der Senioren zu ihren Angehörigen in Deutschland machen kann.

Die Berliner Altersstudie zeigte hinsichtlich der Kontakte zu Angehörigen, dass die untersuchten Senioren durchschnittlich ca. 1,5 - 2 mal pro Woche Besuch von ihren erwachsenen Kindern erhalten. Besuchskontakte mit den Geschwistern werden von den betagten Männern durchschnittlich einmal im Monat und den Frauen alle zwei bis 3 Wochen gepflegt (WAGNER et al., 1996).

KLUPP et al. (1994) ermittelten in Altenwohnungen, Altenwohn- und Altenheimen (n = 324), dass 63 Prozent der Bewohner regelmäßig monatlich Besuch von Angehörigen erhalten.

Andere Untersuchungen erbrachten eine höhere Kontaktdichte: KRUSE et al. (1992) eruierte in 26 Alten-, Altenwohn-, Altenpflegeheimen und Wohnstiften (n = 241), dass mindestens einmal pro Woche 43,3 Prozent der Bewohner Kontakte zu Angehörigen hatten.

LIND (1991) ermittelte in einem Alten- und Altenpflegeheim in Esslingen (n = 254) bei 50 Prozent der Bewohner eine Kontaktdichte von mindestens einem Besuch pro Woche von Angehörigen.

RÜCKERT (1985) stellte bei 56 Prozent der Bewohner von 16 Altenpflegeheimen, die noch Kontakt zu Kindern und Enkeln hatten, wöchentliche Besuche von Angehörigen fest.

Es kann das Fazit gezogen werden, dass Betreutes Wohnen bezüglich der Kontakte zu den Angehörigen eher positive als negative Auswirkungen besitzt. Das Prinzip der räumlichen Nähe scheint hierbei ein wichtiger Faktor darzustellen. Je näher die Angehörigen wohnen, umso leichter können alltägliche persönliche Kontakte aufrechterhalten werden. Diese Nähe erlaubt es auch den älteren Bewohnern, Gegenbesuche bei den Kindern und anderen Angehörigen zu tätigen. Es ist daher verständlich, dass ältere Menschen das Angebot Betreutes Wohnen auch aus dem Grunde, in die Nähe ihrer Kinder zu ziehen, wählen (Siehe Kapitel 4.3.).

### 7.3.2. Hilfe und Unterstützung durch Angehörige

Über Hilfe- und Unterstützungsleistungen von Angehörigen für die Bewohner Betreuten Wohnens liegen nur wenige Untersuchungen vor. Es kann daraus geschlossen werden, dass dieser Thematik bisher weder von der Sozialpolitik noch von den Sozialwissenschaften einen vordringlichen Stellenwert eingeräumt wird.

BUTLER et al. (1983) und TINKER (1989) berichten in ihren Untersuchungen über Sheltered Housing, dass seitens der Angehörigen Hilfe bei folgenden Tätigkeiten geleistet wird: Einkaufen, Hausarbeit, Kochen, Waschen, Putzen, Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel. Leider werden nicht Umfang und Intensität dieser Unterstützungsleistungen quantifiziert.

Aus den USA liegen einige Untersuchungen vor:

STEPHENS et al. (1984) ermittelten in zwei Altenwohnhäusern, dass 58,3 Prozent der Bewohner Hilfe von ihren Angehörigen erhalten, 15,7 Prozent der Bewohner helfen ihren Angehörigen und bei 26 Prozent der Bewohner besteht ein Verhältnis auf gegenseitiger Hilfe mit ihren Angehörigen.

Überwiegend psychosoziale Unterstützung (gelegentliche Gespräche, Unterhaltung, vertrauliche Gespräche und Ratschläge) erhalten die Bewohner von Angehörigen bzw. leisten sie für ihre Angehörigen (zwischen 25,2 und 41,5 Prozent). Es folgt Hilfe bei Fahrten (24,2 Prozent), bei der Mahlzeitenzubereitung (18,3 Prozent), der Hausarbeit (9 Prozent) und den Finanzen (7,3 Prozent).

In allen Kategorien stehen die Angehörigen hinsichtlich der Hilfeleistungen an erster Stelle, gefolgt von den Mitbewohnern und den alten auswärtigen Freunden.

GUTMAN (1978) konnte in mehrgliedrigeren Einrichtungen (Multilevel Accommodations for Seniors) in Kanada feststellen, dass weniger als 15 Prozent der Bewohner Hilfe von Angehörigen bei der Hausarbeit und der Mahlzeitenzubereitung erhielten, zwischen 17 und 29 Prozent erhielten Hilfe beim Einkaufen und zwischen 37 und 48 Prozent bei Fahrten.

EHRlich et al. (1982) ermittelten in einem Congregate Housing (Betreutes Wohnen mit eigenen Dienstleistungen), dass im Falle einer Erkrankung 38 Prozent der Bewohner von ihren Angehörigen in deren Wohnung versorgt werden könnten.

In Deutschland wurde bisher nur eine Untersuchung veröffentlicht, die u. a. die Unterstützungsleistungen der Angehörigen für Bewohner des Betreuten Wohnens ermittelte:

SCHWEIKART et al. (1995) stellten fest (n = 243), dass 49,8 Prozent der Bewohner Unterstützung erhielten. 36,6 Prozent der Bewohner erhielten keine Unterstützung und 13,6 Prozent machten keine Angabe.

30 Prozent aller Bewohner werden von Angehörigen bei verschiedenen Verrichtungen des Alltags (Einkäufe, schwere Hausarbeit, große Wäsche u. a.) unterstützt.

32,9 Prozent der Bewohner werden von ihren Angehörigen bei der Organisation zusätzlicher Betreuung unterstützt, wobei der Anteil in eigenständigen Altenwohnanlagen bei 44,4 Prozent, in heimintegrierten und Altenwohnanlagen mit integrierter Betreuung hingegen nur bei 24 und 23,5 Prozent liegt.

Ähnliche Werte sind in einem Alten- und Altenpflegeheim in Esslingen erhoben worden: Dort tätigten 37 Prozent der Angehörigen Einkäufe von Dingen des alltäglichen Gebrauchs (Hygiene- und Pflegeartikel, Getränke u. a.), die vom Heim selbst nicht gestellt wurden, 11 Prozent übernahmen die Finanz- und Taschengeldverwaltung und 10 Prozent wuschen die persönliche Wäsche. Auch bei der Mahlzeiteinnahme wurde von 12,9 Prozent der Angehörigen mitgeholfen (LIND, 1991).

Die wenigen Erhebungen zeigen, dass eine nicht unbeträchtliche Zahl von Angehörigen bereit ist, ihren betagten Verwandten, in der Regel den Eltern, in irgendeiner Form zu helfen.

Das vorliegende Datenmaterial reicht m. E. jedoch noch nicht aus, allgemeine Aussagen über Bereitschaft und Vollzug der konkreten Hilfe machen zu können. Es fehlen auch noch Untersuchungen über das Verhältnis der informellen Hilfe der Angehörigen zur formellen Hilfe der Einrichtungen des Betreuten Wohnens: Entwickeln sich in diesem Feld Substitutionsprozesse dergestalt, dass das Vorhandensein von Dienstleistungsangeboten Angehörige von der Hilfe abhält? Derartige Prozesse des



Rückzuges aus dem Bereich der Hilfe und Unterstützung seitens der Angehörigen sind im Heimbereich zum Regelfall geworden.

Ein gewichtiger Indikator für die Beurteilung des Betreutes Wohnens im Spannungsfeld zwischen Privathaushalt und Heim besteht in dem Ausmaß der Einbindung von Angehörigen und formellen Diensten. Es lässt sich diesbezüglich die Regel aufstellen: Eine Zunahme an Angehörigenhilfe rückt Betreutes Wohnen in die Nähe des Privathaushaltes, eine Zunahme an formellen Diensten jedoch in die Nähe eines Altenheimes.

Auch aus sozialpolitischen und sozialökonomischen Gründen gilt es in naher Zukunft Lösungen zu forcieren, die in Richtung auf stärkere Aktivierung verwandtschaftlicher Hilfpotentiale gehen (HEUMANN, 1993).

### 7.3.3. Auswirkungen des Einzugs ins Betreute Wohnen auf die Kontakte zu alten Freunden

Über die Kontakte der Bewohner des Betreuten Wohnens zu ihren alten Freunden liegen nur wenige Untersuchungen vor:

FENNELL (1986) wies nach, dass durch den Einzug ins Sheltered Housing der Kontakt zu den alten Freunden geringer geworden war: Für 36 Prozent der Bewohner blieb der Kontakt unverändert, während bei 56 Prozent der Kontakt nachgelassen hatte. 37 Prozent der Bewohner treffen mindestens einmal pro Woche ihre alten Freunde und 29 Prozent telefonieren mindestens einmal pro Woche mit ihnen.

STEPHENS et al. (1984) ermittelten in einem Planned Housing (Altenwohnanlage), dass 44,1 Prozent der Bewohner wöchentlich Kontakt mit ihren alten, außerhalb der Anlagen wohnenden Freunden pflegten.

SCHWEIKART et al. (1995) ermittelten in Betreuten Wohnanlagen in Deutschland, dass für 67,1 Prozent der befragten Bewohner ein Erhalt der Kontakte zur früheren Nachbarschaft erreicht werden konnte, 25 Prozent der Bewohner konnten die bisherigen Kontakte nicht mehr aufrecht erhalten.

Es liegt die Vermutung nahe, dass Kontakte zu alten Freunden in der Regel auch von dem Prinzip Nähe (Entfernung des Wohnortes von Altenwohnanlage) und der Mobilität (Rüstigkeit) abhängt. Auch das Image der Altenwohnanlage (Heimcharakter versus Wohnhaus) wird mit dazu beitragen, ob die Kontakte in gleichem Umfang aufrechterhalten werden.

### 7.3.4. Die Bedeutung der Kontakte mit Angehörigen und alten Freunden für Bewohner des Betreuten Wohnens

Besonders für ältere und alte Menschen besitzt die Kontinuität der oft jahrzehntelangen Beziehungen zu Angehörigen und Freunden eine wichtige Bedeutung in der Aufrechterhaltung ihrer psychosozialen Identität. Die Verschränkung ihrer Biographie mit lebenden Personen, die in verschiedenen Phasen ihres Lebens von großer Bedeutung waren, konstituiert das Gefühl von Vertrauen, Sicherheit und Geborgenheit.

Diese affektiv-emotionalen Qualitäten der Beziehungen und Bindungen zu Angehörigen und teilweise auch zu Freunden sind wesentliche Voraussetzungen für das Entstehen von Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden.

Die Beziehungen und Bindungen zu den Mitmenschen sind in der Regel einer hierarchischen Strukturierung unterworfen: An erster Stelle stehen die Beziehungen zu den eigenen Kindern, Enkeln, Geschwistern. An zweiter Stelle stehen die Beziehungen zu den alten Freunden und an dritter Stelle stehen die Kontakte zu den Mitbewohnern.

Dieses Gewichtungsprinzip konnten auch STEPHENS et al. (1984) in ihrer Erhebung in einer Altenwohnanlage in den USA nachweisen: Als sehr essentiell wurden von den Bewohnern eingeschätzt: Von 88,3 Prozent der Bewohner die Beziehungen zu den Angehörigen, von 53,1 Prozent die Beziehungen zu den alten Freunden und von 24,4 Prozent die Beziehungen zu den Mitbewohnern.

Als sehr nahe stehend wurden eingeschätzt: die Angehörigen von 88,1 Prozent, die alten Freunde von 63 Prozent und die Mitbewohner von 32,9 Prozent der Bewohner.

Für den Heimbereich in Deutschland konnten KRUSE et al. (1992) ebenfalls diese Hierarchisierung der Gewichtung der Beziehungen der Angehörigen gegenüber den Mitbewohnern und den Pflegemitarbeitern nachweisen.

FENNELL (1986) fragte im Sheltered Housing u. a. nach den vertrauensvollen Beziehungen der Bewohner: 34 Prozent nannten ein Kind als Vertrauensperson, 13 Prozent einen alten, nicht in der Einrichtung wohnenden Freund und 10 Prozent einen Mitbewohner. Auch diese Untersuchung belegt die These von der Abstufung der Beziehungen.

Wie wichtig den Bewohnern von Altenwohnanlagen auch in Deutschland der Außenkontakt zu den Angehörigen und Freunden ist, konnten KLUPP et al. (1994) nachweisen. So waren für die Bewohner Gruppenräume, die vom Flurbereich her durch eine Tür abgetrennt waren, sehr unbeliebt als Treffpunkte, weil man in ihnen keinen Überblick über das eventuelle Erscheinen von Besuchern hatte. Vorgezogen wurden für Treffen und Gespräche halboffene Bereiche (Nischen etc.), die einen Einblick in den Flurbereich zuließen.

Diese Einstellung gegenüber dem Besuch drückt ebenso die Rangfolge in der Wertigkeit der Beziehungen aus.

Diese Haltung hinsichtlich des Stellenwertes der Beziehungen zu den Angehörigen und alten Freunden wurde auch in Alten- und Altenpflegeheimen der USA festgestellt: Für die Heimbewohner war das wichtigste Anliegen im Heim die Aufrechterhaltung der Beziehungen und Kontakte zu den Angehörigen und Freunden (HAREL, 1981).

Es kann somit das Fazit gezogen werden, dass für die alten Menschen in Altenwohnanlagen und auch in den Heimen der Kontakt zu den Angehörigen und Freunden von eminenter Bedeutung ist. Altenwohnanlagen sollten daher immer von der Lage (ortsnah, verkehrsmäßig gut erschlossen) und auch von der architektonischen Gestaltung offen, zugänglich und besucherfreundlich gestaltet sein.

#### **7.4. Auswirkungen des Betreuten Wohnens auf Wohlbefinden, Aktivität, Institutionalisierung und Mortalität**

Die bisherigen Ergebnisse der verschiedenen Untersuchungen über die Auswirkungen der unterschiedlichen Formen des Betreuten Wohnens auf die Bewohner haben überwiegend gezeigt, dass die Mehrheit der Betroffenen von dieser Wohn- und Lebensform profitieren konnten. Besonders im Bereich der Interaktionen, Begegnungen und Kontakte konnte eine Verbesserung festgestellt werden. Aber auch das Sicherheitsempfinden, die Einstellung zum Leben und damit auch die Lebenszufriedenheit konnte nachweislich erhöht werden.

Betreutes Wohnen wirkt sich in verschiedener Hinsicht auf älteren Menschen aus, wie die folgenden Erhebungen zeigen.

##### Wohlbefinden:

Wie bereits an anderen Stellen mehrfach angeführt (Siehe Kapitel 7. 1.), ist das Wohlbefinden der Senioren im Betreuten Wohnen höher als bei Senioren in Privathaushalten (BULTENA et al., 1969; FENNELL, 1986; GUBRIUM, 1970; MESSER, 1967; TEAFF et al., 1978).

Der sozialökologische Raum einer altershomogenen Wohnanlage fasst die wesentlichen Elemente für ein Wohlbefindensförderndes Milieu zusammen: Räumlichkeiten, Mitbewohner und kollektive Einstellung konvergieren mit den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner.

Die "Passung von Person und Umwelt" manifestiert sich in der überwiegend positiven Einstellung der Bewohner.

Soziologisch betrachtet lässt sich dieses Milieu auch als eine Subkultur oder "Seniorenwelt" bezeichnen, denn Verhaltensweisen und Einstellungen der Bewohner sind ruhestands- und auch generationsspezifisch. Vieles wird in dieser Welt ausgegrenzt oder vielleicht auch verdrängt:

Die jüngeren Generationen mit ihren Zwängen und Belastungen, die Schnelllebigkeit und Hektik des beruflichen und familiären Alltags, Kriminalität u. v. m.. Diese Tendenzen sind besonders stark in den Retirement Communities (Senioren-Siedlungen) der USA zu verspüren, wo regelrecht Eigenwelten des rüstigen Seniorentums aufgebaut werden.

Es kann somit festgestellt werden, dass die Steigerung des Wohlbefindens auch mit den Schonraumeffekten der Seniorenwohnanlagen in Verbindung steht: Die soziale Ausgrenzung aus der Gesamtgesellschaft durch die Entberuflichung und der Abschluss der Familienphase (Auszug der Kinder, das so genannte „Empty-Nest-Syndrom“) als Lebensabschnitt lassen sich leichter unter Gleichen ertragen. Der kollektive Rückzug aus den sozialen und wirtschaftlichen Strukturen der Gesellschaft ist gleichzeitig ein Segregations- und ein Integrationsprozess: Die ältere Generation segregiert sich von den jüngeren und integriert sich verstärkt in ihrer eigenen.

Dieser psychosoziale Doppelprozess von Abschied und Neuaufbau scheint m. E. ein entscheidender Grund für die positive Lebenseinstellung in den Seniorenwohnanlagen zu sein.

Den Senioren wird eine Perspektive, fast schon ein Lebensentwurf, jenseits der Rollensegmente von "alt", "Ruheständler" und "Großeltern" geboten: Ein sorgenfreies, abwechslungsreiches und sicheres Leben unter Gleichen in einer angenehmen Ambiente einer Seniorenanlage oder -siedlung.

#### Aktivitäten:

Auch bei den Aktivitäten unterscheiden sich die Senioren in Seniorenwohnanlagen und -siedlungen von in Altersgemischten Quartieren lebenden Senioren. Erstere sind nicht nur häufiger Mitglieder von Gruppen, Clubs für Aktivitäten, Hobbys und Geselligkeit, sondern darüber hinaus nehmen sie auch verschiedene Aufgaben und Verpflichtungen (ehrenamtliches Wirken) in ihren Wohnwelten wahr: Sie organisieren und führen Angebote durch, übernehmen Aufgaben der Selbstverwaltung, bilden Komitees zu verschiedenen inhaltlichen und verwaltungstechnischen Angelegenheit der Einrichtung und vieles mehr (CARP, 1978; FENNELL, 1986; LAWTON et al., 1974; ROSOW, 1961; SHERMAN, 1974; TEAFF et al., 1978).

Die Gründe für dieses positive Tätigkeits- und Beschäftigungsausmaß der Senioren sind objektiv gegeben:

- Betreute Seniorenwohnanlagen bieten in der Regel ein umfangreiches Programm mit unterschiedlichen Beschäftigungs-, Aktivierungs- und Geselligkeitsmöglichkeiten an. Senioren in Privathaushalten in Altersgemischten Wohnquartieren haben meist nicht Zugang zu solch vielseitigen Angeboten.
- Das Prinzip der Nähe scheint auch ein Faktor für die erhöhte Aktivierungsquote in Seniorenwohnanlagen zu sein. Während die Bewohnerschaft von Retirement Housing zu 33 bis 50 Prozent die Altentagesstätten aufsuchen, die häufig selbst in den Wohnanlagen oder in deren unmittelbaren Nähe lokalisiert sind, so besuchen häufig selten mehr als 5 Prozent der 65jährigen und älteren in den Altersgemischten Wohnvierteln die lokalen Altentagesstätten (ROSOW, 1961). Besonders bei beginnender Gehbeeinträchtigung, gefährlichen Wohngebieten und weiteren Entfernungen zwischen Wohnung und Altentagesstätten muss mit einem ständigen Nachlassen der Besucherhäufigkeit gerechnet werden.
- In Seniorenwohnanlagen besteht mehr oder weniger stark der Gruppendruck („latent demand“) gemäß dem Selbstbild eines aktiven und rüstigen Senioriums, möglichst an vielen Veranstaltungen teilzunehmen (CARP, 1980). Normativ eingebunden ist diese erhöhte Senioren-Aktivität in der "busy ethic", die ein Verbindungsglied zwischen dem Geschehen der Gesamtgesellschaft und der Subkultur der Senioren darstellt und somit auch als ein Integrationsfaktor in die gesellschaftlichen Zusammenhänge aufzufassen ist (EKERDT, 1986).

#### Institutionalisierung:

Über die Auswirkungen des Betreuten Wohnens auf den Heimeintritt liegen zwei Untersuchungen vor (CARP, 1987; SHERWOOD et al., 1974). Von CARP wurde eine Längsschnittuntersuchung über 8 1/2 Jahre durchgeführt: Der Vergleich einer Gruppe von Bewohnern eines Public Senior Housing mit einer Kontrollgruppe von in

Privathaushalten lebenden Senioren ergab eine geringere Institutionalierungsrate bei den Bewohnern des Betreuten Wohnens.

SHERWOOD et al.(1974) fanden bei einer 5jährigen Vergleichsuntersuchung ebenfalls eine verminderte Heimeinweisungsrate bei Bewohnern des Betreuten Wohnens.

Es kann vermutet werden, dass durch das Milieu im Betreuten Wohnen ein größerer Stabilisierungseffekt bei den Bewohnern erzielt wird. Die Gewissheit, nicht allein und isoliert in einer Wohnung zu leben, sondern im Verbund mit vertrauten Personen, auf die man im Notfall zurückgreifen kann, wird bei vielen zur Stärkung ihres Selbstsicherheit und ihres Selbstvertrauens beitragen können.

#### Mortalität:

Zu der Frage, ob durch Betreutes Wohnen die Lebensdauer der Bewohner verlängert werden kann, liegen drei Untersuchungen mit widersprüchlichen Ergebnissen vor. CARP (1987) und SHERWOOD et al. (1974) ermittelten bei ihren Längsschnittuntersuchungen in Altenwohnanlagen in den USA eine geringere Sterberate als in den Kontrollgruppen (Senioren in Privathaushalten in Altersgemischten Wohnvierteln).

LAWTON et al. (1970) hingegen fanden 12 Monate nach Einzug ins Congregate Housing keinen signifikanten Unterschied zu Senioren in Privathaushalten (Kontrollgruppe) bezüglich der Mortalität.

Es kann bezüglich der unterschiedlichen Mortalität nur angeführt werden, dass der entscheidende Faktor hierbei das Maß an sensorischer und sozialer Stimulierung sein wird. Die Gefahr ständiger sozialer und sensorischer Deprivation ist bei Alleinlebenden Senioren mit extrem ausgedünnten Verkehrskreisen bei weitem größer als bei Bewohnern Betreuter Altenwohnanlagen.

ARNETZ et al. (1983b) haben nachgewiesen, dass soziale Isolierung zu ständigen psychophysischen Stressphänomenen führt, die sich auch im Stoffwechsel nachweisen lassen. Dieser psychosoziale Mangelzustand, der auch häufig mit Einsamkeitsgefühlen und Depressivität verbunden ist, wirkt sich langfristig negativ auf die Lebensdauer aus, wie es z. B. bei verschiedenen Untersuchungen zur Fehlplazierung nachgewiesen wurde.

Es lässt sich insgesamt das Fazit ziehen, dass die positiven Effekte des Betreuten Wohnens gegenüber dem Alleinleben in einem Privathaushalt mit ausgedünnten Verkehrskreisen überwiegen.

Der entscheidende Faktor für die Überlegenheit des Betreuten Wohnens besteht in dem ausreichenden Maß an sozialer und sensorischer Stimulierung, Grundvoraussetzung für das psychophysische Gleichgewicht.

Es muss in diesem Zusammenhang noch einmal ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass der Mensch von der Disposition her ein Gruppenwesen ist, er ist somit für ein erfülltes Leben auf die Präsenz seiner vertrauten Mitmenschen angewiesen.

Sozialhistorisch betrachtet setzt sich in hoch entwickelten postindustriellen Gesellschaften der Trend zur Alterssegregation fort. Anstelle der dreigenerationalen erweiterten Familie der traditionellen und frühindustriellen Gesellschaften entwickelt sich für die Alleinstehenden älteren Menschen mit leichten körperlichen Einschränkungen

der lose Verbund der Gleichaltrigen in einem Wohnkomplex als der neue Lebensraum für den letzten oder vorletzten Lebensabschnitt.

Ideal wäre es, wenn in diesem Kontext auch die familiären Bindungen und Beziehungen dergestalt eingewebt werden können, dass die physische Nähe der Kinder und Enkel angestrebt wird. Nur so lässt sich letztlich ein erfülltes und zufriedenes Leben auf im höheren Alter bewerkstelligen.

## **7.5. Prognosen über die Milieustrukturen in deutschen Einrichtungen des Betreuten Wohnens**

Die vielen angeführten Untersuchungen und Erhebungen über die sozialökologischen Aspekte des Betreuten Wohnens haben deutlich gezeigt, dass die Prinzipien Nähe und Homogenität ausschlaggebend sind für die Gestaltung harmonischer und psychosozial befriedigender Milieustrukturen in den Einrichtungen.

Es stellt sich nun im diesem Zusammenhang die Frage, ob auch in deutschen Einrichtungen des Betreuten Wohnens diese Milieustrukturen gegeben sind.

Zur Klärung dieses Sachverhaltes werden im Folgenden einerseits die konzeptionellen Ansätze zu den psychosozialen Strukturen analysiert werden und darüber hinaus wird der Versuch unternommen werden, quasi deduktiv von der Ebene der Prinzipien her die Funktions- und Strukturcharakteristika Betreuten Wohnens in Deutschland zu bewerten.

### Heterogenität anstelle Homogenität in den Konzepten des Betreuten Wohnens

In den konzeptionellen Ausführungen des Betreuten Wohnens in Deutschland sind weder implizit noch explizit die Wirkkräfte des Homogenitätsprinzips angeführt. Im Gegenteil, es wird fast generell der Anspruch erhoben, möglichst heterogene Strukturen im Betreuten Wohnen schaffen zu wollen:

„Beim Betreuten Wohnen gibt es eine beabsichtigte Heterogenität der Bewohnerstruktur. Durch die Mischung von rüstigen, weniger rüstigen und schon hilfebedürftigen Bewohnern soll nachbarschaftliches Wohnen und Helfen mit Selbsthilfecharakter ermöglicht werden.“ (RACKI, 1995).

Eine Empfehlung im Rahmen der Konzeption „Qualitätssiegel Baden-Württemberg“ für Betreutes Wohnen: „Der Betreuungsgeber sollte eine gemischte Belegung (Alter und Gesundheitszustand) anstreben, um ein gleichzeitiges Ansteigen des Hilfebedarfs zu vermeiden und gegenseitige Hilfeleistung zu ermöglichen.“ (Städtetag Baden-Württemberg et al., 1995).

Eine Leitlinie bezogen auf das Betreute Wohnen seitens des Ministeriums für Bauen und Wohnen in Nordrhein-Westfalen: „Normalität des Wohnens: Eine Mischung in verschiedener Hinsicht (Jung und Alt, verschiedene Einkommensgruppen, verschiedene Wohnungs- und Gebäudetypen und -größen) sowie kleine, überschaubare Objekte tragen dazu bei, dass keine neuen Sonderformen entstehen, sondern die Normalität des Wohnens auch im Alter gewährleistet ist.“ (Ministerium für Bauen und Wohnen NRW, 1997).

Die heterogenen Strukturen werden nach diesem Modell durch zwei entscheidende Elemente gestützt und stabilisiert: die nachbarschaftliche gegenseitige Hilfe und das Einwirken sozialpädagogischer Fachkräfte zur Gestaltung einer „Hausgemeinschaft“ oder „Mieter- und Solidargemeinschaft“ (FISCHER, 1989; LEYENDECKER et al., 1992; RACKI, 1995; TEWS, 1994) (Siehe Kapitel 7.2.2.)

Eine Mischung aus Selbsthilfe und Fremdbetreuung und somit Strukturelemente aus dem Bereich des eigenständigen Privathaushaltes und des Heimbereiches sollen dieser Konzeption nach angemessene Milieustrukturen im Betreuten Wohnen herstellen. Es bedarf des kritischen Einwandes hierbei, dass die Wirksamkeit dieses Ansatzes bisher noch nicht empirisch belegt wurde.

#### Die faktische Heterogenität im Betreuten Wohnen

Erkenntnisse, in welchem Ausmaß die gewünschten heterogenen Strukturen im Betreuten Wohnen in Deutschland bereits bestehen, liegen bisher nicht vor. Mittels zweier Zugänge lässt sich deduktiv auf die Ähnlichkeit bzw. Verschiedenartigkeit der Bewohnerschaft schließen: über die Einheitlichkeit des rechtlichen Status der Bewohner (Mieter, Eigentümer u. a.) und über das Leistungsspektrum.

*Wohn- und Rechtsstatus:* Die Auswertung der LBS-Erhebung (1997) in Kapitel 3.1.3. ergab, dass nur in 66 Prozent der Einrichtungen des Betreuten Wohnens der Status der Bewohner als Mieter oder Eigentümer einheitlich war. Hier lässt sich der Tendenz nach von einer relativ homogenen Sozialstruktur ausgehen, denn entweder sind die Betreuten Wohnanlagen u. a. ausschließlich mit Bewohnern, die Anspruch auf öffentlich geförderte Wohnungen besitzen (23 Prozent), belegt, von Mietern freifinanzierter Wohnungen (21 Prozent) oder von Bewohnern, die einen Gesamtpensionspreis entrichten (Siehe Tabelle 10).

15 Prozent der Einrichtungen hingegen wiesen stark heterogene Strukturen hinsichtlich des Sozialstatus auf: Kombinationen von öffentlich geförderten Wohnungen und Eigentumswohnungen und/oder freifinanzierten Wohnungen (Siehe Tabelle 11).

Weitere 17 Prozent der Betreuten Wohnanlagen lassen sich als mittelgradig heterogen klassifizieren: Hierbei handelt es sich um Einrichtungen, die sowohl Eigentumswohnungen als auch freifinanzierte Mietwohnungen für Senioren anbieten.

*Kompetenzstatus:* Die LBS-Erhebung zeitigte als ein weiteres Ergebnis, dass ca. 72 Prozent der Einrichtungen des Betreuten Wohnens der Leistungsstufe 3 angehören (Siehe Kapitel 3.1.3.).

Das bedeutet, dass neben den rüstigen und hilfsbedürftigen Bewohnern zusätzlich die Gruppe der Pflegebedürftigen Aufnahme und Versorgung in der Mehrzahl der Einrichtungen des Betreuten Wohnens findet.

Während bereits die Gruppen der rüstigen Selbstversorger und der Hilfebedürftigen im IADL-Bereich Tendenzen zu Abgrenzungen aufgrund der unterschiedlichen Lebensstile (Eigenaktivitäten, Außenkontakte, Kommunikationsweisen u. a.) zeigen, wird sich dieser Segregationsprozess bei Unterstützungsbedürftigen im ADL-Bereich (Pflegebedürftigkeit) noch bei weitem erhöhen.

Drei Milieustrukturen (Rüstige, Hilfebedürftige und Pflegebedürftige) unter einem Dach im Betreuten Wohnen wird meines Erachtens das für eine homogene Milieustruktur notwendige Prinzip der räumlichen Nähe in eine für viele unerträgliche Enge umschlagen lassen, denn räumliche Segregation von Mietergruppen eines abweichenden Kompetenzstatus erfordert Platz und Raum, der im erforderlichen Umfang in der Regel nicht gegeben ist.

### Prognose

Die völlige Negierung des Homogenitätsprinzips in Theorie und Praxis des Betreuten Wohnens in Deutschland wird das entscheidende Kernelement dieser Wohnkonzeption, ein auf gegenseitige Akzeptanz und Unterstützung beruhendes seniorenspezifisches Sozialmilieu, nicht entstehen lassen können, da die Abgrenzungsbemühungen aufgrund der unterschiedlichen Lebensweisen (Sozial- und Kompetenzstatus) kein gemeinschaftliches Wir-Bewusstsein entstehen lassen werden.

Grüppchen und Cliques, Absonderungen und Distanzierungen werden demnach ein Milieu und Sozialgefüge im Betreuten Wohnen in Deutschland konstituieren, das den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Solidarität, Harmonie und Empathie nicht gerecht werden kann.

## **8. Erkenntnisse hinsichtlich der architektonisch-räumlichen Gestaltung der Altenwohnungen, der Wohnanlage und des Wohnumfeldes**

Betreutes Wohnen im Alter besitzt neben seinen sozialen und versorgungstechnischen Dimensionen auch eine räumlich-architektonische Seite, die von größter Bedeutung für die Gestaltung einer relativ selbständigen Lebensführung im Alter ist.

Konkret bedeutet dies, dass die Raumsyntax einer Betreuten Altenwohnanlage als Kernelement die abgeschlossene Wohnung besitzt, denn die eigene Wohnung mit allen Attributen wie Küche, Bad und ausreichender Wohnfläche ist letztlich der physische und auch soziale Raum für Privatheit, Kontrolle des Zugangs und damit auch für Autonomie.

Ein weiteres Ausstattungselement einer altengerechten Wohnung ist die Notrufanlage, die besonders für die schon gebrechlichen Bewohner Sicherheit und Schutz vermittelt.

Die Wohnung, aber auch die halböffentlichen und öffentlichen Verkehrsflächen der Einrichtung sollten altengerecht und damit auch rollstuhlgerecht gestaltet sein, damit auch bei eingeschränkter Funktionsfähigkeit (Mobilität, Küchenarbeit, Toilettennutzung u. a.) selbständig die dingliche Umwelt der Wohnung und der Einrichtung genutzt werden kann.

Prothetische Elemente in diesem Kontext sind z. B. Handläufe in den Fluren, Fahrstühle, rutschfester Boden, ausreichende und altengerechte Beleuchtung u. a..

Doch schon hierbei treten häufig Probleme auf: Aus Wohnstiften wird berichtet, dass sich viele Bewohner gegen Handläufe aussprechen, da sie der Einrichtung einen "Heimcharakter" geben würden.

Ein weiteres Kernelement einer altengerechten Architektur besteht in der Schaffung von ungeplanten, natürlichen Begegnungs- und Kommunikationsmöglichkeiten für die Bewohner im Eingangsbereich, Treppenhaus und in den Flurzonen.



Die Architektur einer solchen Wohnanlage sollte Öffentlichkeit im Sinne häufiger Gelegenheiten zur bloßen Begegnung regelrecht "erzwingen", da meistens nur auf diese Art und Weise Nachbarschaftlichkeit in Einrichtungen ohne zusätzliches Aktivierungs- und Gesellungsprogramm entstehen kann.

Neben diesen architektonischen Charakteristika einer Altenwohnanlage gilt es noch einen weiteren Aspekt zu berücksichtigen: Attraktivität.

Betreutes Wohnen ist für vereinsamte und leicht gebrechliche Senioren eine Option unter vielen: Sie könnten auch ambulante Dienste in Anspruch nehmen, ihre Wohnung altengerecht modernisieren lassen oder eventuell auch zu Angehörigen ziehen.

Damit Betreutes Wohnen in diesem Spektrum an Möglichkeiten für ältere Menschen eine gewichtige Position einnimmt, muss dieses Angebot über verschiedene Attribute verfügen. Diese so genannten "Pull-Faktoren" sollten die Attraktivität dieser Wohnform ausmachen:

Das Preis-Leistungs-Verhältnis sollte marktgerecht sein, d. h. die Wohn- und Dienstleistungen sollten ausreichend altengerecht gestaltet und vom Preis her auch erschwinglich sein.

Es liegen besonders aus Großbritannien bereits einige Untersuchungen vor, die den Sachverhalt belegen, dass Altenwohnanlagen auch von ihrem Raumangebot her auf dem Wohnmarkt nicht mehr angenommen werden. Das bedeutet, Wohneinheiten können gar nicht mehr und nur noch mit zusätzlichem Werbeaufwand vermietet werden. Diese Einrichtungen sind gemäß dem vorherrschenden Wohnstandard "veraltet", sie stoßen auf dem Wohnungsmarkt nicht mehr auf ausreichende Nachfrage (APPLETON, 1993; MC CAFFERTY, 1994, TINKER et al., 1995).

Im Folgenden werden die architektonisch-räumlichen Aspekte des Betreuten Wohnens anhand der vorliegenden Erhebungen unter den Gesichtspunkten „Wohnungen“, „Einrichtung“ und „Wohnumfeld“ dargestellt werden.

## **8. 1. Die Wohnungen in Betreuten Altenwohnanlagen**

Wohnungen in Betreuten Wohnanlagen sollten nach den Vorstellungen der interessierten Senioren bestimmte Standards erfüllen, damit sie ein ausreichendes Maß an Attraktivität besitzen:

### Trennung von Wohn- und Intimbereich:

Für die Senioren ist es von großer Bedeutung, dass ihre Wohnungen den Durchschnittsstandards vom eigenständigen Wohnen entsprechen. Hierzu gehört im Gegensatz zu einem Zimmer im Heim, dass Bad und Schlafzimmer räumlich und auch akustisch vom Wohnbereich getrennt sind und dass auch die Küche vom Wohnbereich zumindest räumlich separiert ist (FENNELL, 1986; SCHWEIKART et al., 1995).

Einraumwohnungen, die Wohn- und Schlafbereich in einem Raum vereinen, werden von der Mehrheit der Senioren abgelehnt: FENNELL (1986) ermittelte, dass 80 Prozent der Befragten ein eigenes Schlafzimmer wünschen (Siehe auch RENAUD, 1993).

Dass Einraumwohnungen im Sheltered Housing in Großbritannien von den Senioren abgelehnt werden, haben Erhebungen von MC CAFFERTY (1994) und TINKER et al. (1995) deutlich gezeigt: Einzimmerwohnungen („bedsitters“) und besonders solche mit Gemeinschaftsküchen und -sanitäranlagen lassen sich gegenwärtig sehr schlecht vermieten. Hierbei handelt es sich überwiegend um Wohnanlagen aus den 50er und 60er Jahren, die bis heute nicht durch Umbauten auf den gegenwärtigen Stand des Wohnkomforts gebracht worden sind.

Mc CAFFERTY (1994) fand u. a. heraus, dass 16 Prozent der Wohneinheiten des Sheltered Housing in England vom zwischenzeitlich veralteten bedsiter-Typus sind. Hierbei handelt es sich um immerhin 81.000 Wohneinheiten.

Im Folgenden sollen die vorliegenden Daten über die Wohnungen im Betreuten Wohnen in Deutschland dargestellt werden. Aufgrund der oben angeführten internationalen Erkenntnisse lassen sich anschließend Aussagen über die Bedarfsgerechtigkeit des Wohnangebotes machen.

Die LBS-Erhebung von 1997 zeigt, dass auch beim Betreuten Wohnen in Deutschland Einzimmerwohnungen recht weit verbreitet sind. Bei fast jeder dritten Wohnung im Betreuten Wohnen (32 Prozent) handelt es sich um eine Einzimmerwohnung. Im Gegensatz zu England und Wales jedoch sind es Wohnungen, die erst in den letzten Jahren errichtet worden sind, also Neubauwohnungen.

Wenn man des weiteren berücksichtigt, dass von verschiedenen Seiten (Empirica, 1996; Ministerium für Bauen und Wohnen NRW, 1997 u. a.) die Zweizimmerwohnung als Wohnstandard für den Einpersonenhaushalt der Senioren im Betreuten Wohnen deklariert wird, so muss festgestellt werden, dass fast jede zweite Wohnung nicht dieser Vorgabe entspricht, denn Einzimmer- und 1 ½ - Zimmerwohnungen machen nach der LBS-Erhebung zusammen 47 Prozent des Wohnungsbestandes im Betreuten Wohnen aus (Siehe Tabelle 23).

**Tabelle 23**

<b>Anzahl der Wohnungen je Wohnungstyp</b>	
n = 36.747 (in %)	
2 Zimmerwohnungen (16.618)	45,22
1 Zimmerwohnungen (11.832)	32,21
1 1/2 Zimmerwohnungen (5.243)	14,26
3 Zimmerwohnungen (1.456)	3,96
2 1/2 Zimmerwohnungen (1.387)	3,77
3 1/2 und mehr Zimmerwohnungen (205)	0,55

Quelle: LBS, 1997

Untersuchungen über erwünschte Räumlichkeiten in einer Altenwohnung bestätigen die internationalen Erkenntnisse, dass als Mindeststandard die Trennung von Schlaf- und Wohnbereich erwartet wird (NARTEN, 1991; SCHWEIKART et al., 1995).

Es lässt sich somit der Schluss ziehen, dass zumindest bei den von der LBS erfassten Einrichtungen des Betreuten Wohnen oder des „Wohnens mit Service“ 11.832 Wohneinheiten regelrecht am Bedarf vorbei gebaut worden sind.

Die LBS-Erhebung ergab des Weiteren, dass der Prototyp der Wohneinheiten im Betreuten Wohnen die Zweizimmerwohnung darstellt. So verfügen 88 Prozent aller Einrichtungen über Zweizimmerwohnungen. 56 Prozent der Einrichtungen bieten Einzimmerwohnungen und 38 Prozent 1 ½ -Zimmerwohnungen an (Siehe Tabelle 24).

Von Interesse ist auch der Sachverhalt, dass jede dritte Einrichtung eine oder mehrere 3zimmerwohnungen anbietet. Der Anteil der Dreizimmerwohnungen liegt mit insgesamt 1.456 Wohneinheiten (3,96 Prozent aller Wohneinheiten) jedoch relativ niedrig.

Rechnet man für einen Zweipersonenhaushalt im Betreuten Wohnen mindestens eine 2 ½ -Zimmerwohnung, so stehen insgesamt 3.048 Wohneinheiten (8,28 Prozent) zur Verfügung.

Hiervon abweichend stellt sich die Erhebung in Baden-Württemberg dar (MAGS Baden-Württemberg, 1995). Von den insgesamt 12.180 erfassten Wohneinheiten im Betreuten Wohnen in Baden-Württemberg werden immerhin 5.415 Wohneinheiten (44,45 Prozent) als „2 Personenwohnungen“ deklariert. Ausschlaggebend für diese Klassifizierung ist jedoch die Gesamtfläche der Wohnung und nicht die Anzahl der Zimmer. Für eine Zweipersonenwohnung sind hinsichtlich einer öffentlichen Förderung mindestens 50 qm erforderlich, für eine Einpersonenzwohnung hingegen sind es mindestens 40 qm (bis maximal 49 qm).

**Tabelle 24**

<b>Wohnungstypen im Betreuten Wohnen</b>	
n = 532 (in %)	
2 Zimmerwohnungen	88,72
1 Zimmerwohnungen	56,39
1 und ½ Zimmerwohnungen	38,72
3 Zimmerwohnung	33,64
2 1/2 Zimmerwohnung	13,34
3 und mehr Zimmerwohnung	8,27
Pflegeapartment und Pflegezimmer	13,72

Quelle: LBS, 1997

#### Wohnungsgröße:

Neben der Raumsyntax ist die Größe der Wohnung für die Senioren von Bedeutung. In den USA konnten Apartments in Public Seniore Housing kaum oder sehr schlep-pend vermietet werden, wenn die Interessenten die Wohnfläche als zu gering einschätzten (BLONSKY, 1975).

Die Wohnung soll von der Größe her es auch ermöglichen, Besuch zu empfangen und auch Gäste über Nacht zu beherbergen. Damit greifen Überlegungen zu kurz,

die Wohnraumbemessung ausschließlich nur auf eine Person auszurichten (NARTEN, 1991).

In Deutschland wird eine Mindestgröße von 40 qm für einen Einpersonenhaushalt eines Seniors angegeben (SCHWEIKART et al., 1995; STOLARZ et al., 1993). Berücksichtigt man, dass die durchschnittliche Wohnfläche eines Seniorenhaushaltes gegenwärtig 63,6 qm beträgt, dann erscheint eine Mindestgröße von 40 qm eine angemessene Wohnungsfläche zu sein (STOLARZ et al., 1993).

#### Wohnungsausstattung:

Die Ausstattung der Altenwohnung soll nach den Vorstellungen der Senioren den Bedürfnissen nach leichter Nutzung, Komfort und Sicherheit gerecht werden. Hiermit antizipieren die Senioren eine zunehmende Einbuße an körperlicher Leistungsfähigkeit mit dem steigenden Lebensalter. Die altengerechte Ausstattung soll demnach mit dazu beitragen, dass die Passung oder Kongruenz "Person - Umwelt" auch bei stärkerer Hinfälligkeit und Hilfebedürftigkeit aufrechterhalten werden kann.

KRINGS-HECKEMEIER et al. (1992) haben in einem Telefoninterview Personen der Altersgruppe 45 - 60 Jahre in Deutschland (n = 800) nach ihren Vorstellungen hinsichtlich einer altengerechten Wohnung befragt. Die wichtigsten Ergebnisse: 94 Prozent erwarten einen horizontalen Zugang zur Wohnung (ebenerdig oder Fahrstuhl), 87 Prozent altengerechte Sanitäranlagen, 85 Prozent besondere Bewegungsmöglichkeit (keine Schwellen u. a.), 80 Prozent bestimmte Serviceangebote (z. B. Notruf, Hilfe im Haushalt) und 45 Prozent wünschen eine geringere Wohnfläche.

Eine andere Erhebung in Deutschland (WILDERER, 1989) kommt bezüglich den Anforderungen an eine altengerechte Wohnung zu ähnlichen Ergebnissen: 62 Prozent votieren für einen rutschfesten Boden, 55 Prozent für einen Türspion bzw. eine Gegensprechanlage und 47 Prozent für ein verbessertes Heizungssystem.

Auch FENNELL (1986) ermittelte bei Bewohnern des Sheltered Housing Wohnungsbezogene Präferenzen: Sehr wichtig für die Befragten waren u. a. folgende Aspekte: Eine gut funktionierende Zentralheizung bei 70 Prozent, keine Belastung mit Reparaturen und schweren Hausreinigungsarbeiten bei 54 Prozent, keine Stufen und Treppen bei 41 Prozent.

#### Balkone und Terrassen:

Es liegen einige Untersuchungen aus den USA vor, die auch Balkone und Terrassen zum Gegenstand haben. Es geht aus ihnen hervor, dass Balkone von ca. 80 Prozent der befragten Senioren als ein sehr bedeutsamer Bestandteil der Wohnung aufgefasst werden, den man nicht missen möchte (CHRISTENSEN et al., 1987; CRANZ, 1987).

Auch eine Untersuchung über Betreutes Wohnen in Deutschland ergab, dass von den Senioren Balkone und Terrassen sehr begrüßt werden (SCHWEIKART et al., 1995).

### Badewannen oder Duschen:

Die Kontroverse Badewanne oder Dusche beschäftigt die Raumplaner in der Altenhilfe schon seit vielen Jahren (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1973). Doch auch im Bereich Betreutes Wohnen wiederholt sich dieser Disput, der letztlich die Divergenz zwischen langfristiger Nutzungsplanung der Träger und die Wünsche und Interessen der Senioren zum Ausdruck bringt. Der Träger antizipiert die spätere Gebrechlichkeit der Bewohner und baut aus diesem Grund Duschen in die Wohneinheiten ein, da normale Badewannen für grundpflegerische Tätigkeiten nur sehr schwer genutzt werden können.

Die meisten Senioren hingegen ziehen die Badewanne der Dusche vor, wie einige Untersuchungen belegen: CHRISTENSEN et al. (1987) ermittelte in den USA, dass 2/3 der Befragten für die Badewanne plädierten (siehe auch CRANZ, 1987).

Eine Untersuchung in Deutschland ergab ebenfalls, dass 58 Prozent sich für eine Badewanne entschieden, 17 Prozent für eine Sitz- oder Stufenwanne und 30 Prozent für eine Dusche (NARTEN, 1991).

Hiervon abweichend ermittelte WILDERER (1989), dass 48 Prozent der Befragten für eine altengerechte Wohnung die Ersetzung einer Badewanne durch eine Duschkabine erwarteten.

### Fazit:

Es zeigt sich, dass die Vorstellungen der Senioren über eine angemessene altengerechte Wohnung sich in vielen Bereichen mit den Konzeptionen des barrierefreien Wohnungsbaus nach DIN 18025 Teil 2 decken, die auch Rollstuhlfahrern die Gelegenheit für eine behindertengerechten Wohnumwelt bieten (siehe hierzu LOESCHKE et al., 1995).

Es kann daher gefordert werden, dass vermehrt nach diesen DIN-Normen für die Alten und auch Behinderten sowohl eingestreut in den allgemeinen Siedlungsbereich als auch konzentriert in Altenwohnanlagen oder Behindertenwohnheimen entsprechende Wohnungen errichtet werden. Es lässt sich so die Regel aufstellen, dass je mehr wohnungs- und altengerechte technische Ausstattung in den Wohnungen eingebaut ist, umso länger lässt sich eine relativ selbständige Lebensführung gewährleisten. Das bedeutet, dass durch altengerechte Wohnungen eine vorzeitige Institutionalisierung vermieden werden kann.

## **8. 2. Architektonische Charakteristika Betreuter Altenwohnanlagen**

Von Betreuten Altenwohnanlagen als Einrichtung wird vor allem neben der Respektierung der Privatsphäre (eigene angemessen ausgestattete Wohneinheit) Sicherheit und die Schaffung von Begegnungs- und Gesellungsmöglichkeiten erwartet (CHRISTENSEN et al., 1987; KRINGS-HECKEMEIER, 1992).

Sicherheit hat im Betreuten Wohnen zwei Aspekte: Die Sicherheit, in der eigenen Wohnung im Falle eines Sturzes oder einer anderweitigen Dekompensation, rasch Hilfe zu erhalten (Notrufsystem, gegenseitige Kontrolle u. a.) und die Sicherheit in der Einrichtung vor unerwünschten Personen (Vertretern, Hausierern etc.). Aus diesem Grund erwarten die Senioren in der Regel eine Zugangskontrolle (z. B. eine besetzte

Pforte) und die ständige Präsenz einer Helferperson (Hausmeister, Hausbetreuer etc.) (KLUPP et al., 1994; SCHWEIKART et al., 1995).

Die Architektur einer Altenwohnanlage sollte darüber hinaus auch Raum und Gelegenheit zu Begegnungen und Kontakten bieten, denn die Senioren erwarten von diesem Einrichtungstypus geradezu Hilfe gegen die Gefahren der Vereinsamung im Alter (HEEG, 1994; KRINGS-HECKEMEIER et al., 1992).

Die Erhöhung der Chancen zu regelmäßigen Sozialkontakten außerhalb der Wohnung kann durch zwei räumlich-soziale Komponenten in Wohnanlagen erzielt werden:

- Gestaltung der öffentlichen Verkehrsflächen (Eingangsbereich, Flure, Treppenhaus u. a.) nach Kommunikationsfördernden Kriterien,
- Schaffung von Räumlichkeiten speziell für Gemeinschaftsaktivitäten und ein entsprechendes Sozialprogramm (Gruppenangebote).

Dass ein Zusammenhang zwischen sozialer Kohäsion (Gemeinschaftsgefühl) und adäquater Raumstruktur in Altenwohnanlagen in den USA besteht, konnten MOOS et al. (1982) nachweisen.

Es liegen Erhebungen vor, die einzelne räumliche Strukturelemente der Altenwohnanlagen in den USA bezüglich ihrer Auswirkungen auf das Sozialverhalten der Bewohner untersucht haben:

- Die Größe der Einrichtung (Anzahl der Wohneinheiten) hat keinen Einfluss auf das Wohlbefinden der Bewohner,
- die Höhe der Einrichtung (Anzahl der Geschosse) hat eine negative Wirkung auf das Kontaktverhalten der Bewohner. Hierbei muss jedoch angeführt werden, dass die Public Senior Housing häufig mindestens 6 Etagen aufweisen und bis zu 20 Etagen hoch errichtet werden (LAWTON et al., 1975; HELLER et al., 1984).

Verhaltensbeobachtungen („behavior mapping“) in Public Senior Housing in den USA ergaben, dass durchschnittlich zwischen 10 und 11 Prozent der Bewohner im öffentlichen Bereich der Wohnanlagen angetroffen wurden. Zwischen 55 und 59 Prozent der Beobachteten wurden bei Sozialkontakten angetroffen (LAWTON, 1970; HELLER et al., 1984).

Des Weiteren wurde beobachtet, dass eine positive Korrelation zwischen der Anzahl der halboffenen oder angelehnten Wohnungstüren und dem Ausmaß der Sozialkontakte und Aktivitäten im öffentlichen Bereich besteht (LAWTON, 1970; HELLER et al., 1984).

Im Folgenden werden einige Untersuchungen zu öffentlichen Räumlichkeiten hinsichtlich ihrer Nutzung durch die Bewohner angeführt:

### Eingangsbereich:

Der Eingangsbereich scheint der bedeutsamste Ort informeller Kontakte im öffentlichen Bereich zu sein. CHRISTENSEN et al. (1987) stellten bei Erhebungen in Public Senior Housing in den USA fest, dass informelle Kontakte in der Öffentlichkeit häufig nur auf den Eingangsbereich beschränkt sind. Wohnanlagen mit großflächigen und gut ausgestatteten Eingangsbereichen weisen die höchsten Kontaktraten auf. 82 Prozent der befragten Bewohner befürworten diese Begegnungsmöglichkeiten. 11 Prozent aller Sozialkontakte der Bewohner finden im Eingangsbereich statt (80 Prozent in den Wohnungen).

CRANZ (1987) fand in Altenwohnanlagen der USA heraus, dass der Eingangsbereich als der beliebteste Ort zum Sitzen und Beobachten betrachtet wird. Darüber hinaus ermittelte er, dass auch das Postzimmer (mail room) von 67 Prozent der Bewohner nicht nur zu Postzwecken, sondern auch zu informellen Begegnungen genutzt wird.

### Gemeinschaftsräume:

Gemeinschaftsräume sind integrale Bestandteile Betreuter Wohnanlagen. Sie sind der Ort für selbst organisierte oder von der Einrichtung oder ehrenamtlichen Organisationen angebotene Gruppenaktivitäten (Spiele, Beschäftigungsangebote, Feiern etc.), die für alle Bewohner der Einrichtung offen stehen.

Es liegen zwei Untersuchungen aus Großbritannien vor, die u. a. die Nutzung der Gemeinschaftsräume im Betreuten Wohnen zum Gegenstand haben.

FENNELL (1986) ermittelte, dass im Sheltered Housing die Gemeinschaftsräume von den Bewohnern zu folgenden Zwecken genutzt werden: allgemeine Treffen 70 Prozent, Spiele und Gruppenangebote 65 Prozent, Leute treffen und plauschen 58 Prozent und Morgenkaffee 57 Prozent.

Die Gemeinschaftsräume werden von 22 Prozent der Bewohner täglich genutzt, von 33 Prozent mehrmals in der Woche, von 18 Prozent einmal in der Woche und nur 12 Prozent der Bewohner nutzen die Räume nie.

Ähnliche Werte ermittelten BUTLER et al. (1983): Mehr als einmal pro Woche wurde die Gemeinschaftsräume von 40 Prozent der Bewohner genutzt, einmal pro Woche von 15 Prozent, weniger häufig von 21 Prozent und 24 Prozent nutzten die Gemeinschaftsräume nicht.

CHRISTENSEN et al. (1987) stellten fest, dass in Public Senior Housing in den USA 9 Prozent der Sozialkontakte der Bewohner in Gemeinschaftsräumen stattfinden. Ausschlaggebend für die Nutzung des Raumes sind nicht architektonische Aspekte, sondern die Qualität des Angebotes an Gruppenaktivitäten.

### Waschmaschinenraum:

Waschmaschinenräume sind ein häufiges Angebot in Betreuten Wohnanlagen, da die Wohnungen in der Regel selten Platz für eine Waschmaschine haben.

FENNELL (1986) ermittelte im Sheltered Housing, dass von 70 Prozent der Bewohner der Waschmaschinenraum genutzt wird, bei 20 Prozent der Bewohner nutzt die

zuständige Haushaltsgehilfin die Anlage und 10 Prozent nutzen den Waschmaschinenraum nicht.

Von den Bewohnern, die den Waschmaschinenraum nutzen, tun dies zweimal oder mehr in der Woche 10 Prozent, einmal in der Woche 58,5 Prozent, einmal alle 14 Tage 21,4 Prozent und 10 Prozent seltener.

BUTLER et al. (1983) stellten im Sheltered Housing folgende Nutzungshäufigkeit des Waschmaschinenraumes fest: Keinen Gebrauch machten 35 Prozent der Bewohner, mehr als einmal pro Woche 8 Prozent, einmal pro Woche 37 Prozent und 20 Prozent seltener.

In einer deutschen Untersuchung wünschen sich 3/4 der befragten Senioren einen Stellplatz und Anschluss für die eigene Waschmaschine im Badezimmer, während 22 Prozent für eine Gemeinschaftswaschmaschinenanlage plädieren (NARTEN, 1991).

Der Waschmaschinenraum scheint nach den vorliegenden Untersuchungen auch ein Ort der Begegnungen und damit der informellen Kontakte zu sein. Er stellt ein Element der Öffentlichkeit der Wohnanlage dar und bietet dadurch den Bewohnern Gelegenheit, unter Menschen zu sein und damit dem isolierten Alleinsein in der eigenen Wohneinheit, wenn auch nur für kurze Zeit, entfliehen zu können.

#### Das Angebot an Gemeinschaftseinrichtungen im Betreuten Wohnen in Deutschland

Die LBS-Erhebung (1997) ermittelte hinsichtlich der Ausstattung der Betreuten Wohnanlagen mit Gemeinschaftseinrichtungen im Raumprogramm, dass die Grundausstattung einer Einrichtung aus Notrufsystem, Gemeinschafts- bzw. Mehrzweckraum und Wasch- und Trockenräume gehören. Doch jede 20. Einrichtung verfügt über kein Notrufsystem und jede 5. Einrichtung besitzt entweder keinen Gemeinschaftsraum oder keinen Wasch- und Trockenraum (Siehe Tabelle 25).

Ein Pflegebad besitzen nur 2/3 der Einrichtungen.

Fast jede zweite Einrichtung (44 Prozent) verfügt über eine Bibliothek.

Knapp mehr als ein Drittel der Betreuten Wohnanlagen verfügen über ein Restaurant und/oder eine Cafeteria und einen Gymnastikraum.

Jede 5. Einrichtung bietet ein Schwimmbad und/oder eine Sauna an.

Relativ selten (weniger als 10 Prozent der Einrichtungen) sind im Funktions- und Raumangebot der Einrichtungen Andachtsräume, Hobby- und Werkräume und Fitnessraum, Kegelbahn oder Billardzimmer vertreten (Siehe Tabelle 25).



**Tabelle 25**

<b>Gemeinschaftseinrichtungen im Betreuten Wohnen (einschließlich Notrufsystem)</b>	
n = 594 (in %)	
Notrufsystem	95,79
Mehrzweck- Aufenthalts- und Gemeinschaftsraum	81,31
Wasch- und/oder Trockenräume	80,13
Pflegebad	67,67
Bibliothek	44,78
Restaurant und/oder Cafeteria	37,71
Gymnastikraum	35,69
Schwimmbad und/oder Sauna	20,70
Kapelle oder Andachtsraum	7,40
Bastel-, Hobby- oder Werkraum	6,90
Fitnessraum, Kegelbahn oder Billardzimmer	5,72
Begegnungsstätte	3,19

Quelle: LBS, 1997

Es kann das Fazit gezogen werden, dass vom Raumprogramm des Betreuten Wohnens deutlich der Wohncharakter dieser Einrichtungen hervortritt. Die Bedarfselemente der Bewohner nach Sicherheit (Notrufsystem), Geselligkeit (Gemeinschaftsraum) und Selbstversorgung (Wasch- und Trockenraum) sind durch die Raum- und Funktionsangebote der Einrichtungen abgedeckt.

Diese Raumstruktur entspricht vom Funktionsprogramm her den Einrichtungen der Leistungsstufe 1 und 2, die vorwiegend die Klientel der Rüstigen und Hilfebedürftigen als Wohnform dienen. Nach der LBS-Erhebung lassen sich jedoch 72 Prozent der Einrichtungen der Leistungsstufe 3 (einschließlich ständige Pflege) zuordnen, die aufgrund der Hinfälligkeit der Bewohnerschaft ein erweitertes Raum- und Funktionsprogramm erforderlich macht.

Es muss der Schluss gezogen werden, dass das Funktionsangebot des Betreuten Wohnens nicht in Kongruenz mit dem Raumangebot steht. Während das Versorgungsangebot in der Mehrzahl der Einrichtungen aus Wohnen und Pflegen besteht, signalisiert das Raumprogramm der Standardeinrichtungen nur Wohnen. Es bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten zu klären, welche Auswirkungen diese Divergenz auf Wohnmilieu, Versorgungsqualität und Arbeits- und Lebenszufriedenheit der Mitarbeiter und Bewohner haben wird.

In diesem Zusammenhang muss darauf hingewiesen werden, dass in Deutschland von verschiedenen Seiten die funktionale Unabhängigkeit von Räumlichkeiten und Dienstleistungen propagiert wird:

„Das Angebot von Wohnformen für alte Menschen muss in stärkerem Maße unabhängig sein von der Organisation der Betreuung.

Dies bedeutet, dass sich die Betreuungsorganisation flexibel an die unterschiedlichen Wohnbedingungen und Wohnformen anpassen muss und nicht - umgekehrt -

die Wohnform an die Erfordernisse unterschiedlicher Betreuungsformen.“ (STOLARZ et al., 1993)

Theoretischer Hintergrund dieser Konzeption einer funktionalen Unabhängigkeit ist die Vorstellung der „Multifunktionalität der Gebäude“, die konkret für das Planen und Bauen besagt, dass z. B. ohne großen Aufwand Betreute Wohnanlagen in Altenpflegeheime und umgekehrt umgewandelt werden können (FRISCHLING, 1995; HOBERG, 1994; LEES et al., 1995).

Es bedarf des ausdrücklichen Hinweises, dass dieser Ansatz völlig im Widerspruch sowohl zu den Erkenntnissen der sozialen Wohnforschung im Alter (Siehe weiter oben), als auch den Erkenntnissen der Pflegeforschung und den Arbeitswissenschaften steht (Siehe hierzu LIND, 1995a).

### **8. 3. Das Wohnumfeld Betreuter Wohnanlagen**

Das Wohnumfeld betreuter Altenwohnanlagen lässt sich in zwei Bereiche unterscheiden: Das unmittelbare Umfeld des Gebäudes (das Grundstück der Wohnanlage) und das angrenzende Wohnquartier.

Der Außenbereich der Altenwohnanlagen ist für die Senioren, besonders bei zunehmender Gebrechlichkeit und eingeschränkter Mobilität, von großer psychosozialer Bedeutung dahingehend, dass er gewissermaßen die Nahtstelle zur Außenwelt darstellt.

Erhebungen in den USA belegen diesen Sachverhalt: CRANZ (1987) stellte fest, dass in Public Senior Housing 82 Prozent der Bewohner im Sommer draußen sitzen, 46 Prozent sitzen sogar täglich im Freien, solange das Wetter es zulässt. Die beliebtesten Orte im Außenbereich der Wohnanlage sind die Stellen, von denen man die eigene Einrichtung und auch die Nachbarschaft am besten beobachten kann. Am häufigsten wird in diesem Zusammenhang der Eingangsbereich angeführt (Siehe auch CHRISTENSEN et al., 1987).

Ausgestattet sollten nach den Vorstellungen der Bewohner die Außenbereiche der Wohnanlage sein mit Gärten (31 Prozent) und mit Bäumen (26 Prozent) (CRANZ, 1987). Diese Wünsche drücken einen starken Naturbezug der Senioren aus. Da sie häufig körperlich nicht mehr in der Lage sind, die Naherholungsgebiete selbst aufzusuchen, so sollte doch zumindest ein Stück Natur in unmittelbarer Nähe anzutreffen sein.

Das nähere Wohnquartier der Wohnanlage sollte nach den Vorstellungen der Senioren bestimmte Merkmale aufweisen: Versorgungs- und Dienstleistungsangebote, ruhige und sichere Sphären möglichst mit viel Grün.

WILDERER (1989) befragte Senioren hinsichtlich der Anforderungen an das Wohnumfeld und ermittelte folgende Werte: Für notwendig erachtet werden Ärzte (95 Prozent), Apotheken und Drogerien (94 Prozent), Lebensmittelgeschäfte (93 Prozent), ruhige Wohnanlage (93 Prozent), gute öffentliche Verkehrsverbindungen (92 Prozent) und u. a. Grünanlagen (84 Prozent).

KLUPP et al. (1994) ermittelten die regelmäßige Nutzung der Freizeitangebote im Nahbereich durch Senioren in Altenwohnheimen u. ä.: Ca. 50 Prozent besuchten Parks und Grünanlagen, ca. 23 Prozent Vereine und Gruppentreffen, ca. 20 Prozent Cafes und Restaurants und ungefähr 18 Prozent die Kirchengemeinde.

Auch CHRISTENSEN et al. (1987) stellten in den USA fest, dass Bewohner der Public Senior Housing im Nahbereich häufig Restaurants (55 Prozent), Kirchen (50 Prozent) und Friseurgeschäfte (47 Prozent) aufsuchten.

Falls bestimmte Versorgungs- und Dienstleistungsangebote im Nahbereich fehlen, entstehen für die Verwalter der Altenwohnanlagen große Schwierigkeiten, Wohneinheiten neu zu vermieten.

So sind z. B. Betreute Wohnanlagen (Sheltered Housing) in Großbritannien vorwiegend in ländlichen Bereich von der verstärkten Strukturausdünnung des ländlichen Raumes betroffen worden. Als die Einrichtung errichtet wurde, bestanden noch alle Dienste am Ort, doch im Laufe der Jahre wurden nach und nach viele Angebote (Geschäfte, Nahverkehrsmittel u. a.) aufgegeben, so dass nachher manche Einrichtung völlig von diesen Infrastrukturelementen abgeschnitten waren (TINKER et al., 1995).

#### **8.4. Fazit: Die spezifische Raumstrukturen des Betreuten Wohnens**

Betreutes Wohnen im Alter besitzt eine spezifische Raumstruktur und Architektur, die es sowohl von den eigenständigen Privathaushalten als auch von den räumlichen Verhältnissen in den Heimen unterscheidet.

Die Lebens- und auch Wohnwelten im Betreuten Wohnen sind erstens die Privatsphäre in der eigenen Wohnung, zweitens die öffentliche und altersgleiche Sphäre in der Wohnanlage und drittens die Öffentlichkeit außerhalb der Einrichtung im Wohnumfeld u. a..

In eigenständigen Privatwohnung in Altersgemischten Wohnquartieren hingegen existieren in der Regel nur zwei Lebenswelten: die Privatsphäre in der eigenen Wohnung und die Öffentlichkeit außerhalb der Wohnung, egal ob nun im Haus, im Wohnumfeld oder weiter entfernt.

Im Heim hingegen existiert selten, im Falle eines Einzelzimmers, eine begrenzte Privatsphäre, eine halböffentliche Sphäre in den Räumlichkeiten der Station oder des Wohnbereiches und eine einrichtungsspezifische Öffentlichkeit in den stationsfernen Zonen (Foyer, Cafeteria, Speisesaal u. a.).

Die öffentlichen Bereiche in der Altenwohnanlage in Gestalt des Foyers, des Treppenhauses, des Wasch- und Trockenraumes und des Gemeinschaftsraumes bieten den sozialen Raum für Kontakte und Begegnungen mit Altersgleichen. Diese Altkonzentrierte Öffentlichkeit („Insulation“ nach ROSOW) trägt der schon eingeschränkten Rüstigkeit und auch Mobilität der Bewohner Rechnung, indem sie bereits Schonraum- und auch Schutzqualitäten aufweist, die sie von der Öffentlichkeit des Stadtviertels klar unterscheidet.

Diese seniorenspezifische Öffentlichkeit im Betreuten Wohnen unterscheidet sich jedoch qualitativ von den halböffentlichen Zonen der Wohn- oder Stationsbereiche der Alten- und Altenpflegeheime durch die klare Unterscheidung in öffentlich und pri-

vat in der Raumsyntax, während hingegen im Heim sowohl der Bereich des Bewohnerzimmers als auch der Bereich der Station halböffentlich oder auch halbprivat bleibt. Eine klare Trennung zwischen öffentlich und privat ist im Heim nicht gegeben und in der Regel auch nicht beabsichtigt, da der hohe Grad an Gebrechlichkeit und teilweise auch Immobilität eine eigenständige Lebensweltregulation nicht mehr erlaubt.

Betreutes Wohnen basiert von der Raumstruktur her auf der Trennung von seniorenspezifischer Öffentlichkeit und Privatsphäre in eigener Wohnung. Pflegebedürftige Bewohner im Betreuten Wohnen können aufgrund ihrer Gebrechen die seniorenspezifische Öffentlichkeit nicht nutzen. Ihr Wohn- und Wirkungsfeld bleibt somit auf die Wohnung beschränkt. Sie sind dadurch isolierter als pflegebedürftige Bewohner im Heim, die durch die halböffentliche Sphäre der Station leichter sowohl soziale als auch sensorische Stimulierung mittels der Stationsmilieus erhalten können. Diesen Sachverhalt der erhöhten Isolierung Gebrechlicher in Altenwohnanlagen konnten MOOS et al. (1994) empirisch belegen.

Es kann somit das Fazit gezogen werden, dass die Raumstruktur Betreuter Wohnanlagen durch das Gestaltungsprinzip Distanz im Sinne der Trennung zwischen öffentlichen und privaten Bereich bestimmt wird, während hingegen die Raumsyntax im Heim durch das Prinzip der Nähe zu den Mitbewohnern und den Mitarbeitern konstituiert wird.

## **9. Zusammenfassung**

Betreutes Wohnen im Alter hat sich in vielen westlichen Ländern als ein seniorenspezifisches Angebot neben der ambulanten, teilstationären und der stationären Altenhilfe etabliert.

Im folgenden Kapitel werden die wesentlichen Aspekte dieses Leistungsangebotes kurz zusammengefasst dargestellt.

Wohnen im Alter besitzt für die Senioren dahingehend einen hohen Stellenwert, da es für sie mit der Kontinuität der bisherigen Lebensführung verbunden ist. Wohnen im Alter konstituiert die soziale Identität der älteren Menschen mit, indem sie soziale und örtliche Eingebundenheit, Autonomie und Kontrolle des eigenen Lebensbereiches ermöglicht (Siehe Kapitel 1).

Betreutes Wohnen als ein relativ neues Angebot im Bereich der Altenhilfe verdankt sein Entstehen und seine Ausweitung mehreren Komponenten:

- Das Zusammenleben der Senioren im Falle erhöhter Hilfebedürftigkeit und beginnender Pflegebedürftigkeit mit ihren erwachsenen Kindern wird von beiden Seiten abgelehnt.
- Senioren möchten auch im Falle beginnender Abhängigkeit (Hilfebedürftigkeit) noch einen relativ selbständigen Lebensstil in eigener Wohnung führen können.

- Betreutes Wohnen bietet Senioren die Kombination altengerechten Wohnens in einer Wohnanlage verbunden mit Dienstleistungen und Angeboten der Geselligkeit und Aktivierung (Siehe Kapitel 2).

Betreutes Wohnen hat in den verschiedenen Ländern unterschiedliche Gestaltungs- und Funktionsformen angenommen.

In Deutschland scheinen dem Trend nach Einrichtungen mit einem großen Spektrum an Dienstleistungen (einschließlich Pflege) zu dominieren, die teils den Anspruch haben, Altenpflegeheime durch ihre Leistungen ersetzen zu können. Betreutes Wohnen in Deutschland ist rechtlich bisher noch nicht verankert und es fehlen auch verbindliche Klassifizierungs- und Normierungskonzepte.

In England und Wales hat sich Betreutes Wohnen in den letzten Jahrzehnten zu einem flächendeckenden Standardversorgungsangebot entwickelt. Das Angebot ist in vier Leistungsstufen mit dem Schwerpunkt Wohnen plus begrenzte Betreuung untergliedert. Betreutes Wohnen wird überwiegend von Kommunen und gemeinnützigen Wohnungsbaugesellschaften getragen.

Betreutes Wohnen in den USA entwickelte sich in den letzten 20 Jahren überwiegend für die einkommensstarken Seniorengruppen in verschiedener Ausgestaltung: Congregate Housing, Assisted Living und Continuing Care Retirement Communities. Diese Einrichtungstypen sind auf Seniorengruppen mit spezifischen Einschränkungen der Alltagskompetenz zugeschnitten (Siehe Kapitel 3).

Die Gründe für den Einzug ins Betreute Wohnen liegen überwiegend weniger in der Attraktivität des Angebotes als mehr in der Not der Senioren begründet, aufgrund verschiedener und veränderter Gegebenheiten den bisherigen Lebensbereich nicht mehr bewältigen zu können.

Das Nachlassen der körperlichen und geistigen Kräfte verbunden mit einer Zunahme an ständigem Hilfebedarf, ungünstige Wohnsituationen (unmoderne Wohnungen, obere Geschoßlagen u. a.) und wachsende soziale Isolation und Entfernung von den nächsten Angehörigen sind die Hauptgründe für die Aufgabe der bisherigen Wohnung und die Übersiedlung ins Betreute Wohnen.

Die Bewohnerschaft des Betreuten Wohnens setzt sich größtenteils aus Alleinlebenden Frauen der Altersgruppe 75 Jahre und älter zusammen (Siehe Kapitel 4).

Dienstleistungen im Betreuten Wohnen bestehen in der Regel aus den Leistungssegmenten Betreuung und Beratung, hauswirtschaftliche Dienste (Mahlzeiten, Wohnungsreinigung und Wäschedienst u. a.) und in einem Großteil der Einrichtungen auch ständige Pflegeleistungen.

In Deutschland werden die Serviceleistungen in „Grundleistungen“ und „Wahlleistungen“ unterschieden. Grundleistungen (überwiegend Leistungen der Beratung, Betreuung und sozialen Aktivierung) werden obligatorisch durch eine feststehende Pauschalvergütung entrichtet, während die Wahlleistungen (überwiegend hauswirtschaftliche und pflegerische Leistungen) für die Bewohner einzeln abgerechnet werden.

In Deutschland zeichnen sich Betreute Wohnanlagen durch ein umfangreiches Spektrum an Dienstleistungen aus, die überwiegend vom hauseigenen Personal erbracht werden (Siehe Kapitel 5).

Betreutes Wohnen besitzt eine spezifische Grenze seines Leistungsvermögens in der vollständigen Abhängigkeit der Bewohner vom Personal im Nahbereich. Ständige Pflegebedürftigkeit, demenzielle Erkrankungen, Sturz- und Unfallgefahr und Suchtprobleme (Alkohol u. a.) führen in der Regel zu einer Beendigung der Versorgung und meistens zu einer Übersiedlung in eine versorgungsintensivere Einrichtung (Altenpflegeheim u. a.), wie eine Reihe von Untersuchungen in den USA und Großbritannien belegt haben.

Mobilitätseinbußen (Rollstuhlgebundenheit), Inkontinenz und zunehmende Probleme bei der Selbstversorgung sind dann Verlegungsgründe, wenn keine hauswirtschaftlichen Dienste, ehrenamtlichen Helfer oder betreuenden Angehörigen für die Betroffenen zur Verfügung stehen oder wenn die „Philosophie“ der Einrichtung eine strikte Kompetenz in der Selbstversorgung der Bewohner vorschreibt (Siehe Kapitel 6).

Das soziale Leben im Betreuten Wohnen unterliegt den sozialpsychologischen und sozialökologischen Prinzipien der Homogenität dergestalt, dass die Ähnlichkeit der Bewohnerschaft in den Bereichen Rüstigkeit, sozialer Status und Einkommen und ethnische Herkunft Grundvoraussetzung für die Gestaltung eines sozialintegrativen, nachbarschaftsaktiven und Wohnzufriedenheitsschaffenden Milieus darstellt. In der Regel sind die Kontakthäufigkeit und die Lebenszufriedenheit im Betreuten Wohnen größer als bei vergleichbaren Senioren in Privathaushalten in Altersgemischten Wohnquartieren.

Eine Reihe von Untersuchungen hat ergeben, dass bei zu großen Abweichungen vom vorherrschenden Sozialmilieu der Einrichtung hinsichtlich Fitness und Aktivität Senioren mit eingeschränkten Kompetenzen aus Furcht vor formellen und informellen Sanktionen sich zurückziehen und damit selbst isolieren. Gegenseitige Hilfe im Betreuten Wohnen wird überwiegend in zeitlich begrenztem Ausmaß von Rüstigen untereinander praktiziert. Gebrechliche Bewohner, die nicht mehr zu Gegenleistungen in der Lage sind, werden in diesen nachbarschaftlichen Austausch an Hilfen meistens nicht mehr einbezogen (Siehe Kapitel 7).

Betreutes Wohnen besitzt von der Architektur und der Raumstruktur her spezifische Gestaltungsprinzipien, die bei der Planung und Entwicklung dieser Wohnanlagen berücksichtigt werden müssen.

Das Kernelement besteht aus einer altengerecht gestalteten Wohnung mit Küche und Bad, die die Trennung von Intimbereich (Schlafzimmer) und Wohnbereich erlaubt und die horizontal und vertikal barrierefrei erschlossen ist.

Darüber hinaus sollte eine Betreute Wohnanlage neben einen Gemeinschaftsraum von der Architektur her Möglichkeiten für Begegnungen und Kontakte im öffentlichen Bereich der Wohnanlage (Foyerbereich, erweiterte Flurzonen, Nischen etc.) bieten (Siehe Kapitel 8).

## Literatur

ALBER, J., GUILLEMARD, A.-M., WALKER, A. et al. (1993). Ältere Menschen in Europa: Wirtschafts- und Sozialpolitik. Kommission der Europäischen Gemeinschaft.

APPLETON, N. (1993). Sheltered accommodation for elderly people in Great Britain. In: DOOGHE, G. & VANDEN BOER, L. (eds.). Sheltered accommodation for elderly people in an international perspective (pp. 7 - 36), Swets & Zeitlinger, Amsterdam.

Arbeiterwohlfahrt Landesverband Baden-Württemberg et al. (1993). Betreutes Wohnen im Alter - Ein Fragenkatalog. Eigenverlag, Stuttgart.

Arbeiterwohlfahrt Landesverband Schleswig-Holstein (1991). Dokumentation: 13 Jahre Servicehaus. Wohnen im Alter - privat und unabhängig. Eigenverlag, Kiel.

ARNETZ, B. & THEORELL, T. (1983 a). Psychological, sociological and health behaviour aspects of a long term activation programme for institutionalized elderly people. *Social Science Medicine*, 17, 449 - 456.

ARNETZ, B., THEORELL, T., LEVI, L. et al. (1983 b). An experimental study of social isolation of elderly people: Psychoendocrine and metabolic effects. *Psychosomatic Medicine*, 45, 395 - 406.

ATTIAS-DONFUT, C. (1993). Die Abhängigkeit alter Menschen: Verpflichtungen der Familie - Verpflichtungen des Staates. In: LÜSCHER, K. & SCHULTHEIS, F. (Hrsg.). Generationenbeziehungen in "postindustriellen" Gesellschaften (S. 355 - 370). Universitätsverlag, Konstanz.

BAKER, P. M. & PRINCE, M. J. (1990). Supportive housing preferences among the elderly. *Journal of Housing for the Elderly*, 7, 1, 5 - 23.

BALTES, M., WAHL, H.-W. & SCHMID-FURSTOSS, U. (1990). The daily life of elderly Germans: Activity patterns, personal control, and functional health. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 45, 4, P173 - 179.

BALTES, M., MAAS, I., WILMS, H.-U. & BORCHELT, M. (1996). Alltagskompetenz im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In: MAYER, K. U. & BALTES, P. B. (Hrsg.): Die Berliner Alterstudie, (S. 525 - 542), Akademie Verlag, Berlin.

BARKER, J., MITTENESS, L. & WOOD, S. (1988). Gate-keeping: Residential managers and elderly tenants. *The Gerontologist*, 28, 5, 610 - 619.

BEHR, R., BRECHMANN, T., VOISS, F. & WALLRAFEN-3SOW, H. (1995). Vom Pflegeheim zum Altenwohnhaus. Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt a. M..

BELSER, S. H. & WEBER, J. A. (1995). Home builders' attitudes and knowledge of aging: The relationship to design for independent living. *Journal of Housing for the Elderly*, 11, 2, 123 - 137.

- BERGER, G. & GERNGROSS-HAAS, G. (1990). Alten- und behindertengerechte Wohnungen mit Dienstleistungsangeboten im Wohnhaus Reinsburgstraße in Stuttgart-West. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Reihe thema Band 34, Köln.
- BERGER, G. & GERNGROSS, G. (1996). Wohnen mit gesicherter Pflege im Servicehaus. Hrsg.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Eigenverlag, Bonn.
- BERGER, G. & GERNGROSS-HAAS, G. (1997). Wege zum Wandel. Servicehäuser bewähren sich. *Altenheim*, 36, 8, 14 - 21.
- BERGMAN, S. & CIBULSKI, I. O. (1981). Environment, culture, and adaption in congregate facilities: Perspectives from Israel. *The Gerontologist*, 21, 3, 240 - 246.
- BERNSTEIN, J. (1982). Who leaves - who stays: Residency policy in housing for the elderly. *The Gerontologist*, 22, 305 - 313.
- BESSEL, B. (1985). Is housing the complete answer? In: McDERMENT, L. & GREENGROSS, S. (Eds.). *Social care for elderly people* (pp. 213 - 221). SCA Publications, Surbiton.
- BICKEL, H. (1994). Demenz und Pflegebedürftigkeit im höheren Lebensalter. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 136, 42, 640 - 643.
- BISHOP, C. E. (1990). Features of lower-cost continuing care retirement communities: Learning from cost analysis. *Journal of Housing for the Elderly*, 7, 1, 55 - 77.
- BLANDFORD, A., CHAPPELL, N. & MARSHALL, S. (1989). Tenant resource coordinators: Experiment in supportive housing. *The Gerontologist*, 29, 6, 826 - 829.
- BLANDFORD, A. A., CHAPPEL, N. L. & HORNE, J. (1990). Can the elderly be differentiated by housing alternatives? *Journal of Housing for the Elderly*, 7, 1, 35 - 53.
- BLANKE, K., EHLING, M. & SCHWARZ, N. (1996). Zeit im Blickpunkt. Ergebnisse einer repräsentativen Zeitbudgeterhebung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Band 121. Kohlhammer, Stuttgart.
- BLONSKY, L. E. (1975). The desire of elderly non-residents to live in a senior citizen apartment building. *The Gerontologist*, 15, 88 - 91.
- BOHLE, H. H. (1997). Armut trotz Wohlstand. In: HEITMEYER, W. (Hrsg.): *Was treibt die Gesellschaft auseinander?* (S. 118 - 155). Suhrkamp, Frankfurt a. M..
- BORUP, J. H. (1983). Relocation mortality research: Assessment, reply, and the need to refocus on the issues. *The Gerontologist*, 23, 3, 235 - 242.
- BOTT, E. (1968). *Family and social network. Roles, norms, and external relationships in ordinary urban families.* Tavistock Publishing, London.



- BOWERS, B. J. (1989). Continuing care retirement communities' response to residents aging in place: The reluctantly accommodating model. *Journal of Housing for the Elderly*, 5, 2, 65 - 81.
- BRETZ, M. & NIEMEYER, F. (1992). Private Haushalte gestern und heute. *Wirtschaft und Statistik*, 2, 73 - 81.
- BRINK, S. (1990). International policy trends in housing the elderly in developed countries. *Ageing International*, 17, 2, 13 - 20.
- BRODY, E. M., KLEBAN, M. H. & LIEBOWITZ, B. (1975). Intermediate housing for the elderly: Satisfaction of those who moved and those who did not. *The Gerontologist*, 15, 350 - 356.
- BRODY, E. M., JOHNSEN, P.T, FULCOMER, M.C. & LANG, A. M.(1983). Women's changing roles and help to the elderly: Attitudes of three generations of women. *Journal of Gerontology*, 38, 597 - 607.
- BRODY, E. M., JOHNSEN, P.T. & FULCOMER, M.C.(1984). What should adult children do for elderly parents? Opinions and preferences of three generations of women. *Journal of Gerontology*, 39, 736 - 746.
- BRÖG, W.; HÄBERLE, G.- F. et al. (1985). Repräsentative Erhebung zur Ermittlung des Mobilitätsverhaltens (Mobilitäts-) Behinderter und ihrer Haushaltsmitglieder. Bundesministerium für Verkehr (Hrsg.), Schriftenreihe "Forschung Stadtverkehr", Heft 36, Bonn.
- BULL, J. & POOLE, L. (1989). Not rich : not poor. A study of housing options for elderly people on middle income. SHAC/ ANCHOR, Rochdale.
- BULTENA, G. & WOOD, V. (1969). The American retirement community: Bane or blessing? *Journal of Gerontology*, 24, 209 - 217.
- BUTLER, A., OLDMAN, C. & GREVE, J. (1983). Sheltered housing for the elderly: Policy, practise and the consumer. Allen and Unwin, London.
- BUTLER, A. (Hrsg.) (1985). Ageing: Recent advances and creative responses. Croom & Helm, London.
- CARP, F. (1976). User evaluation of housing for the elderly. *The Gerontologist*, 16, 2, 102 - 111.
- CARP, F. (1978). Effects of the living environment on activity and use of time. *Age and Human Development*, 9, 75 - 91.
- CARP, F. (1987). Environment and aging. In. STOKELS, D. & ALTMAN, I. (eds.). *Handbook of environmental psychology*, Vol. 1 (pp. 329 - 360). Wiley, New York.
- CARP, F. & CARP, A. (1984). A complementary/congruence model of well-being on mental health for the community elderly. In: ALTMAN, I., LAWTON, M. P., WOHL-

WILL, J. F. (Eds.). *Elderly people and the environment* (pp. 279 - 336). Plenum Press, New York.

CARPENTER, I., CARPENTER, B., APPLETON, N. et al. (1990). *Housing, care and frailty*. Anchor Housing Trust, Oxford.

CHRISTENSEN, D. & CRANZ, G. (1987). Examining physical and managerial aspects of urban housing for the elderly. In: REGNIER, v. & PYNOOS, J. (Ed.). *Housing the aged*. (pp. 105 - 132). Elsevier, New York.

CLAPHAM, D. (1995). Housing frail elders in Great Britain. In: PYNOOS, J. & LIEBIG, P. (eds.). *Housing frail elders. International policies, perspectives and prospects* (pp. 68 - 88). John Hopkins University Press, Baltimore.

CLAPHAM, D. & MUNRO, M. (1990). Ambiguities and contradictions in the provision of sheltered housing for older people. *Journal of Social Policies*, 19, 27 - 45.

CLEMMER, E. & EUN, S. (1993). Providing assistance to older people in a home-like setting. *Ageing International*, 20, 2, 52 - 54.

COHEN, M.C., TELL, E. J., BATTEN, H. et al. (1988a). Attitudes toward joining continuing care retirement communities. *The Gerontologist*, 28, 5, 637 - 643.

COHEN, M. A., TELL, E. J. & WALLACK, S. S. (1988b). The risk factor of nursing home entry among residents of six continuing care retirement communities. *Journal of Gerontology*, 43, 1, 515 - 521.

COHEN, M.C., TELL, E. J., BISHOP, C. E., WALLACK, S.S. & BRANCH, L. G. (1989). Pattern of nursing home use in a prepaid managed care system: The continuing care retirement community. *The Gerontologist*, 29, 1, 74 - 80.

CORNELIUS, I. (1994). Ergebnisse und Thesen zur künftigen Bevölkerungsentwicklung in Baden-Württemberg. In: Hrsg.: Arbeiterwohlfahrt Landesverband Baden-Württemberg e. V. et al.: *Bedarf in der stationären Altenhilfe* (S. 11 - 19). Eigenverlag, Stuttgart.

CRANZ, G. (1987). Evaluating the physical environment: Conclusions from eight housing projects. In: REGNIER, v. & PYNOOS, J. (Eds.). *Housing the aged: Design directives and policy considerations* (pp. 105 - 132.), Elsevier, New York.

Das Haus (1996). *Daheim statt im Heim*. Heft 4, 66 - 71.

Deutscher Bundestag (1998). *Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Wohnen im Alter*. Drucksache 13/9750.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (1992). *Nomenklatur der Altenhilfe*. Eigenverlag, Frankfurt a. M..

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) (1993). *Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung - II Aspekte der Alterssituation im Osten und Westen der Bundesrepublik*. Eigenverlag, Berlin.

DOOGHE, G. & VANDEN BOER, L. (eds.) (1993). Sheltered accommodation for elderly people in an international perspective. Swets & Zeitlinger, Amsterdam.

EHRlich, P., EHRlich, I. & WOEHlKE, P. (1982). Congregate housing thirteen years later. *The Gerontologist*, 22, 309 - 403.

EKERDT, D. J. (1986). The busy ethic: Moral continuity between work and retirement. *The Gerontologist*, 26, 3, 239 - 244.

Empirica (1996). Wohnen im Alter in Baden. Hrsg.: Landesbausparkasse Baden, Eigenverlag, Karlsruhe.

Enquete-Kommission Demographischer Wandel (1994). Zwischenbericht. Deutscher Bundestag Drucksache 12/7876, Eigenverlag, Bonn.

FAIRCHILD, T. J., HIGGINS, D. P. & FOLTS, W. E. (1991). An offer they could not refuse: Housing for the elderly. *Journal of Housing for the Elderly*, 9, 1 / 2, 157 - 165.

FENNELL, G. (1986). Anchor tenants' survey report. Anchor Housing, Oxford.

FENNELL, G. & WAY, A. (1989). Growth and change in Anchor's tenant population. Anchor Housing, Oxford.

FISCHER, B. (Bearbeitung) (1989). Betreutes Wohnen. Materialsammlung und Diskussionsbeiträge. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Reihe "thema", Band 27, Köln.

FLETSCHER, P. (1991). The future of sheltered housing - Who cares?. Policy report. NFHA, London.

FRANK, H. & HOBERG, R. (1995). Gütesiegel Betreutes Wohnen - Möglichkeiten und Grenzen. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.): Qualitätssicherung im Betreuten Wohnen (S. 5 - 11). Eigenverlag, Stuttgart.

FRIEDRICH, K. (1994). Wohnortwechsel im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie*, 27, 6, 410 - 418.

FRIEDRICH, K. (1995). Altern in räumlicher Umwelt. Steinkopff Verlag, Darmstadt.

FRISCHLING, F. (1995). Bauliche Rahmenbedingungen für den Bau von Alten- und Pflegeheimen. In: LOESCHCKE, G. (Hrsg.): Sozialer Wandel - Wohnen im Alter (S. 129 - 133). Verlag Das Beispiel, Darmstadt.

FUCHS, J. (1995). Versorgung von Pflegebedürftigen in Privathaushalten 1991 - empirische Analysen mit Daten des sozioökonomischen Panels. *Das Gesundheitswesen*, 57, 315 - 321.

GARMS-HOMOLOVA; V., HÜTTER, U., LEIBING, C. et al. (1991). Alte Menschen in der Stadt und auf dem Lande. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin.

GERNGROSS-HAAS, G. (1989). Sozialplanerische Überlegungen zu neuen Wohnformen für Ältere. In: FLAGGE, I. & STECKEWEH, C. (Hrsg.). Wohnen im Alter. Dokumentation des 1. Fachkongresses von 9. - 11. 5. 1988 in Friedrichshafen (S. 135 - 144), Bonn.

GERNGROSS, G., BERGER, G. & MÜLLER, E. (1993). Wohnen mit gesicherter Pflege. *Altenheim*, 32, 2, 83 - 96.

GERNGROSS-HAAS, G. (1991). Altenwohnungen, betreutes Wohnen, Servicehäuser. *Altenheim*, 30, 1, 18 - 24.

GERNGROSS-HAAS, G. (1997a). Die Richtung: Servicehaus. Betreutes Wohnen: Entwicklungen, Bewertung und Perspektiven. *Häusliche Pflege*, 6, 4, 42 - 46.

GERNGROSS-HAAS, G. (1997b). Betreutes Wohnen im Alter. Eine kritische Bilanz. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 48, 7, 14 - 19.

GONYEA, J. G., HUDSON, R. B. & SELTZER, G. B. (1990). Housing preferences of vulnerable elders in suburbia. *Journal of Housing for the Elderly*, 7, 1, 79 - 95.

GREENBAUM, M., LAWTON, M. & SINGER, M. (1970). Tenant perception of health, health services, and status in two apartment buildings for the elderly. *Aging and Human Development*, 1, 333 - 344.

GROVES, M. A. & WILSON, V. F. (1992). To move or not to move? Factors influencing the housing choice of elderly persons. *Journal of Housing for the Elderly*, 10, 1/2, 33 - 47.

GUBRIUM, J. (1970). Environmental effects on morale in old age and the resources of health and solvency. *The Gerontologist*, 10, 294 - 297.

GUILLEMARD, A.-M. (1992). Europäische Perspektiven der Alternspolitik. In: BALTES, P.B. & MITTELSTRASS, J. (Hrsg.) (1992). *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* (S. 614 - 639). Walter de Gruyter, Berlin.

GUTMAN, G. (1978). Issues and findings relating to multilevel accommodation for seniors. *Journal of Gerontology*, 33, 4, 592 - 600.

HABICH, R. & NOLL, H.-H. (Hrsg.) (1994). Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden im vereinten Deutschland. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.). *Datenreport 1994. Bundeszentrale für politische Bildung, Schriftenreihe Band 325*. Bonn.

HANSON, S. L., SAUER, W. J. & SEELBACK, W. C. (1983). Racial and cohort variations in filial responsibility norms. *The Gerontologist*, 23, 626 - 631.

HAREL, Z. (1981). Quality of care, congruence, and well-being among institutionalized aged. *The Gerontologist*, 21, 523 - 531.

HARRIS, H., LIPMAN, A., & SLATER, R. (1977). Architectural design: the spatial location and interactions of old people. *Gerontology*, 23, 390 - 400.

HAWKINS, C. H. (1989). Residents' power in retirement homes. *Journal of Housing for the Elderly*, 5, 2, 51 - 63.

HEEG, S. (1994). Betreutes Wohnen. *Zeitschrift für Gerontologie*, 27, 366 - 380.

HEIGL, A. & ROSENKRANZ, D. (1994). Entwicklung der Pflegefälle in Deutschland 1990 - 2050 - Ergebnisse demographischer Projektionen, *Das Gesundheits-Wesen*, 56, 581 - 586.

Heiliggeistspitalstiftung Freiburg i. B. (1994). Statistische Dokumentation der Altenwohnanlage Laubenhof. Unveröffentlichtes Manuskript, Freiburg.

HEINZE, R. G., EICHENER, V., HÖBEL, R. et al. (1996). Die Pflegeversicherung: Eine neue Herausforderung für Investoren und Betreiber von Seniorenimmobilien. Westfälische Hypothekenbank (Hrsg.). Eigenverlag, Dortmund.

HEINZE, R. G., EICHENER, V., NAEGELE, G., BUCKSTEEG, M. & SCHAUERTE, M. (1997). Neue Wohnung auch im Alter. Folgerungen aus dem demographischen Wandel für Wohnungspolitik und Wohnungswirtschaft. Schader-Stiftung, Darmstadt.

HELLER, T., BYERTS, T. O. & DREHER, D. E. (1984). Impact of environment on social and activity behavior in public housing for the elderly. *Journal of Housing for the Elderly*. 2, 2, 17 - 25.

HERLYN, U. (1970). Wohnen im Hochhaus. Krämer Verlag, Stuttgart.

HEUMANN, L. (1980). Sheltered housing for the elderly: The role of the British war-den. *The Gerontologist*, 20, 318 - 328.

HEUMANN, L. (1987). Developing sheltered Housing: Lessons from Britain. In: REGNIER, V. & PYNOOS, J. (Eds.). *Housing the aged: Design directives and policy considerations* (pp. 227 - 258). Elsevier, New York.

HEUMANN, L. (1988). Assisting the frail elderly living in subsidized housing for the independent elderly: A profile of the management and its support priorities. *The Gerontologist*, 28, 5, 625 - 631.

HEUMANN, L. (1993a). Alternde Gesellschaften: Auswirkungen auf das Wohnen. In: STOLARZ, H. (Hrsg.). *Altenhilfe als koordiniertes System*. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Reihe "thema" Band 70, Köln.

HEUMANN, L. (1993 b). Aging in place in housing for independent living: The case of the U. S. Section 202 program. In: HEUMANN, L. F. & BOLDY, D. P. (Eds.). *Aging in place with dignity*. (pp. 55 - 70). Prager, London.

HIGGINS, D. P. (1992). Continuum of care retirement facilities: Perspectives on advance fee arrangements. *Journal of Housing for the Elderly*, 10, 1/2, 77 - 92.

HINRICHSEN, G. (1985). The impact of age-concentrated, publicly assisted housing on older people's social and emotional well-being. *Journal of Gerontology*, 40, 758 - 760.

HOBERG, R. (1994). Erste Schlussfolgerungen für die Altenhilfeplanung in Baden-Württemberg. In: Hrsg.: Arbeiterwohlfahrt Landesverband Baden-Württemberg e. V. et al.: Bedarf in der stationären Altenhilfe (S. 120 - 122). Eigenverlag, Stuttgart.

HÖRL, J. (1992). Lebensführung im Alter - zwischen Familie und sozialen Dienstleistungen. Quelle & Meyer, Heidelberg.

HONG, L. K. & DUFF, R. W. (1994). Widows in retirement communities: the social context of subjective well-being. *The Gerontologist*, 34, 3, 347 - 352.

HUBER, J. (1997). Betreutes Wohnen im Alter: Wie kann es weitergehen? In: Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart (Hrsg.). *Betreutes Wohnen im Alter: Konzeptionen auf dem Prüfstand* (S. 163 - 174), Materialien 1/97, Eigenverlag, Stuttgart.

HÜBL, L., MÖLLER, K.-P., KRINGS-HECKEMEIER, M.-T. et al. (1994). *Zukunft Alter. Wohnen, Freizeit, Sicherheit*. Hrsg.: Landesbausparkasse Hamburg, Eigenverlag, Hamburg.

HUNT, A. (1978). *The elderly at home*. HMSO, London.

HUNT, M. & ROSS, L. (1990). Naturally occurring retirement communities: A multivariate examination of desirability factors. *The Gerontologist*, 30, 5, 667 - 674.

Institut für Demoskopie Allensbach (1993). *Alte Menschen in Ost- und Westdeutschland*. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). *Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung - II : Aspekte der Alterssituation im Osten und Westen der Bundesrepublik* (S. 1 - 114). Eigenverlag, Berlin.

JACOBS, T. (1996). Nutzungsanalyse altersspezifischer Wohnformen. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): *Betreutes Wohnen - Lebensqualität sichern* (S.30 - 38). Eigenverlag, Bonn.

JÄCKEL, M. (1992). Wohnen im Alter - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Zeitschrift für Gerontologie*, 25, 325 - 330.

JOHNSON, C. L. & CATALANO, D. J. (1983). A longitudinal study of family supports to impaired elderly. *The Gerontologist*, 23, 6, 612 - 618.

KALRA, L. & FOSTER, C. (1990). Multidisciplinary assessment of applicants for sheltered housing. *Age and Ageing*, 18, 4, 271 - 274.

KALYMUN, M. (1990). Toward a definition of assisted-living. *Journal of Housing for the Elderly*, 7, 1, 97 - 132.

KALYMUN, M. (1992). Board and care versus assisted-living: Ascertainingg the similarities and differences. *Adult Residential Care Journal*, 6, 1, 35 - 44.

- KALYMUN, M. & ADAM, E. A. (1995). Factors influencing the conversion of Massachusetts' resident care facilities to living facilities: A case study. *Adult Residential Care Journal*, 9, 1, 35 - 48.
- KARDORFF, E. v., KLEINEN, Ch., KRINGS-HECKEMEIER, M.-Th. et al. (1990). *Ältere Menschen. Wohn- und Lebensbedingungen und ihre Änderungsbereitschaft*. Hrsg.: Landes-Bausparkasse Hannover, Hannover.
- KARSTEN, A. & BAUER, A. (1968). Einstellung älterer landbewohner der Bundesrepublik Deutschland zum Zusammenwohnen und Zusammenleben mit ihren Kindern. In: THOMAE, H. & LEHR, U. (Hrsg.): *Altern. Probleme und Tatsachen* (S. 434 - 438). Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt a. M..
- KERR, M. (1958). *The people of Shipstreet*. London.
- KINGSLEY, G. T. & STUYK, R. J. (1991). Housing policy in the United States: Trends, future needs, and implications for congregate housing. *Journal of housing for the Elderly*, 9, 1 / 2, 39 - 57.
- KLAGES, H. (1958). *Der Nachbarschaftsgedanke und die nachbarliche Wirklichkeit in der Großstadt*. Westdeutscher Verlag, Köln.
- KLIE, T. (1995). Qualitätssicherung im „Betreuten Wohnen“ - Rechtliche Aspekte. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.) (1995). *Qualitätssicherung im Betreuten Wohnen* (S. 23 - 33). Eigenverlag, Stuttgart.
- KLIE, T. (1998a). Rechtsaspekte zum Betreuten Wohnen. *Altenheim*, 37, 1, 20 - 30.
- KLIE, T. (1998b). Das Urteil. Betreutes Wohnen als Heim? *Altenheim*, 37, 3, 44 - 46.
- KLUPP, M., AYDOGAN, A., ENGELBRECHT, G. et al. (1994). Nutzungsanalyse alten-spezifischer Wohnformen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 39, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.
- KOESTER, D. (1995). Public spaces and common areas. *Journal of Housing for the Elderly*, 11, 1, 51 - 65.
- KOHLI, M., FRETER, H.-J., LANGEHENNIG, M., ROTH, S., SIMONEIT, G. & TREGEL, S. (1993). *Engagement im Ruhestand. Rentner zwischen Erwerb, Ehrenamt und Hobby*. Leske und Budrich, Opladen.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (1993). *Einstellungen zum Alter. Hauptergebnisse einer Eurobarometer Umfrage*. Manuskript.
- KONDRATOWITZ, H.-J. v. (1988). Das ungeliebte Heim - historische Gründe und neue Alternativen. In: KRUSE, A., LEHR, U., OSWALD, F. & ROTT, C. (Hrsg.): *Gerontologie - Wissenschaftliche Erkenntnisse und Folgerungen für die Praxis* (S. 427 - 465). Peutingen-Institut, München.
- KRAAN, R. , BALDOCK, J., DAVIES, B. et al. (1991). *Care for the elderly: Significant innovations in three European countries*. Campus Verlag, Frankfurt.

KREMER-PREISS, Ursula (1998). Betreutes Wohnen in Altenwohnheimen und Altenwohnanlagen. Analyse der Betreuungsverträge. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.). Betreutes Wohnen und Wohnen im Heim. Rechtliche Aspekte. Expertisenband 5 zum Zweiten Altenbericht der Bundesregierung (S. 64 - 144). Campus Verlag, Frankfurt a. M..

KRINGS-HECKEMEIER, M.-T., PFEIFFER, U., SCHNEIDER-WESSLING, G. et al. (1992). Diskrepanz zwischen Zukunftsplänen und Angebot. Konsequenzen für die Schaffung altengerechter Wohnformen. Hrsg.: Landes-Bausparkasse Hannover, Bonn.

KRINGS-HECKEMEIER, M.-T., PFEIFFER, U., SCHNEIDER-WESSLING, G. et al. (1993). Altersgerechtes Wohnen - Antworten auf die demographische Herausforderung. Hrsg.: Bundesgeschäftsstelle der Landesbausparkassen, Bonn.

KRINGS-HECKEMEIER, M.-Th., BEYENBURG, J., SINZ, R. et al. (1995). Handbuch für Investoren. Altersgerechtes Wohnen. Hrsg.: Bundesgeschäftsstelle Landesbausparkassen im Deutschen Sparkassen- und Giroverband, Bonn.

KRUSE A., KRÖHN, R., LANGERHANS, G. & SCHNEIDER, C. (1992). Konflikt- und Belastungssituationen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe und Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Band 2. Kohlhammer, Stuttgart.

KRUSE, A. & WAHL, H.-W. (1994). Entwicklungen in der stationären Altenhilfe. In: KRUSE, A. & WAHL, H.-W. (Hrsg.): Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort? (S. 237 - 255). Hans Huber, Bern.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (1973). Dusche oder Badewanne - Diskussion der Vorzüge des Einbaues von Duschen in Einrichtungen für ältere Menschen. Manuskript, Köln.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (1988). Neue Konzepte für das Pflegeheim - auf der Suche nach mehr Wohnlichkeit. Reihe "vorgestellt", Band 46, Köln.

LA GRECA, A. J., STREIB, G. F. & FOLTS, W. E. (1985). Retirement communities and their life stages. *Journal of Gerontology*, 40, 2, 211 - 218.

Landesbausparkassen (Hrsg.) (1997). Wohnen mit Service. Mairs Geographischer Verlag, Bonn.

Landeshauptstadt München, Sozialreferat (1991). Modellprojekt "Betreute Altenwohnungen im Integrierten Wohnen". Beiträge zur Sozialplanung 120. München.

Landkreis Esslingen (Hrsg.) (1994): Betreutes Wohnen. Planungshinweise. Eigenverlag, Esslingen.

Landkreistag Baden-Württemberg (Hrsg.) (1989). Belegung von Alten- und Pflegeheimen. Ergebnisse einer Erhebung. Boorberg, Stuttgart.



- LATTEN, K.-U. & SCHLEYPEN, K. J. (1996). Von der Marktanalyse zum Konzept. Über die Umsetzung des „Service-betreuten Wohnens“. *Altenheim*, 35, 11, 816 - 825.
- LAWTON, M. P. (1969). Supportive services in the context of housing environment. *The Gerontologist*, 9, 15 - 19.
- LAWTON, M. P. (1970). Public behavior of older people in congregate housing. In: ARCHE, J. & EASTMAN, C. (Eds.). *Environment design research association II*. (pp. 372 - 380). Carnegie-Mellon University, Pittsburgh.
- LAWTON, M. P. (1976). The relative impact of congregate and traditional housing on elderly tenants. *The Gerontologist*, 16, 237 - 242.
- LAWTON, M. P. (1989). Three functions of the residential environment. *Journal of the Housing for the Elderly*, 5, 1, 35 - 50.
- LAWTON, M. P. & COHEN, J. (1974). The generality of housing impact on the well-being of older people. *Journal of Gerontology*, 29, 2, 194 - 204.
- LAWTON, M. P., NAHEMOW, L. & TEAFF, J. (1975). Housing characteristics and the well-being of the elderly tenants in federally assisted housing. *Journal of Gerontology*, 30, 601 - 607.
- LAWTON, M. P., GREENBAUM, M. & LIEBOWITZ, B. (1980). The lifespan of housing environments for the aging. *The Gerontologist*, 20, 56 - 64.
- LAWTON, M. P., MOSS, M. & GRIMES, M. (1985). The changing service needs of older tenants in planned housing. *The Gerontologist*, 25, 3, 258 - 264.
- LAWTON, M. P. & YAFFE, S. (1970). Mortality, morbidity and voluntary change of residence by older people. *Journal of the American Geriatrics Society*. 18, 10, 823-831.
- LEES, W. & MESSMER, P. (1995). *Pflege und Wohnen. Flexible Bau- und Raumkonzepte*. Hrsg.: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg. Eigenverlag, Stuttgart.
- LEMKE, S. & MOOS, R. (1989). Personal and environmental determinants of activity involvement among elderly residents of congregate facilities. *Journal of Gerontology*, 44, S 139 - S 148.
- LEMON, B. W., BENGSTON, V. L. & PETERSON, J. A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27, 4, 511 - 523.
- LEYENDECKER, H., KÜHNE-BÜNING, L. & WIESE, M. (1992). *Betreutes Wohnen in Altenwohnheimen*. Hrsg.: Ministerium für Bauen und Wohnen des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- LIEBIG, P. S. (1995). State units on aging and housing for the elderly: Current Roles and future implications. *Journal of Housing for the Elderly*, 11, 2, 67 - 84.

LIND, S. (1991). Untersuchungen zur Angehörigen-Mitarbeit. *Altenheim*, 30, 5, 243 - 249.

LIND, S. (1993). Quo vadis Pflege? *Altenheim*, 32, 11, 876 - 888.

LIND, S. (1995a). Das Altenpflegeheim. *Sozialer Fortschritt*, 44, 2, 31 - 38.

LIND, S. (1995b). Keine Alternative zum Altenpflegeheim. Betreutes Wohnen kritisch betrachtet. *Altenheim*, 34, 12, 842 - 847.

LINDEN, M., GILBERG, R., HORGAS, A. L. & STEINHAGEN-THIESSEN, E. (1996). Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter. In: MAYER, K. U. & BALTES, P. B. (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie* (S. 475 - 495). Akademie Verlag, Berlin.

LIPMAN, A. (1968). Public housing and attitudinal adjustment in old age: A comparative study. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 2, 88 - 101.

LOESCHCKE, G. (1995). Betreutes Wohnen als soziales Netzwerk. In: LOESCHCKE, G. (Hrsg.): *Sozialer Wandel - Wohnen im Alter* (S. 86 - 92). Verlag Das Beispiel, Darmstadt.

LOESCHCKE, G. & POURAT, D. (1995). Wohnungsbau für alte und behinderte Menschen. Kohlhammer, Stuttgart.

LONGINO, C. F., JACKSON, D. J., ZIMMERMAN, R. S. & BRADSHER, J. E. (1991). The second move: Health and geographic mobility. *Journal of Gerontology. Social Sciences*, 46, 4, S218 - 224.

LOOMIS, L. M., SORCE, P. & TYLER, P. R. (1989). A lifestyle analysis of healthy retirees and their interest in moving to a retirement community. *Journal of Housing for the Elderly*, 5, 2, 19 - 35.

MÄTZKE, N. (1992). Betreutes Wohnen für ältere Menschen in Baden-Württemberg. Hrsg.: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg, Stuttgart.

MANGELS, R. (1997). Betreutes Wohnen zwischen Privathaushalt und Sonderwohnform: juristische Aspekte. In: Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart (Hrsg.). *Betreutes Wohnen im Alter: Konzeptionen auf dem Prüfstand* (S. 157 - 162), Materialien 1/97, Eigenverlag, Stuttgart.

MAYER, K. U. & WAGNER, M. (1996). Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter. In: MAYER, K. U. & BALTES, P. B. (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie* (S. 251 - 275). Akademie Verlag, Berlin.

McAULEY, W. & BLIESZNER, R. (1985). The selection of long term care arrangements by older community residents. *The Gerontologist*, 25, 2, 188 - 193.

McCAFFERTY, P. (1994). Living independently: A study of the housing needs of elderly and disabled people. HSMO, London.

MESSER, M. (1967). The possibility of an age-concentrated environment becoming a normative system. *The Gerontologist*, 7, 247 - 251.

MESSMER, P. (1994). Daten und Annahmen zum bedarf, zum Ausbaustand und zur Reichweite der stationären Altenhilfe in Baden-Württemberg. In: Hrsg.: Arbeiterwohlfahrt Landesverband Baden-Württemberg e. V. et al.: Bedarf in der stationären Altenhilfe (S. 34 - 49). Eigenverlag, Stuttgart.

Minister für Soziales, Gesundheit und Energie des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.) (1991). Ältere Menschen in Schleswig-Holstein. Ergebnisse einer Befragung. Eigenverlag. Kiel.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.) (1986). Ältere Menschen in Großstädten: Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in Baden-Württemberg. Eigenverlag, Stuttgart.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (1995a). Betreutes Wohnen im Alter. Das Verzeichnis. Eigenverlag, Stuttgart.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.) (1995b). Qualitätssicherung im Betreuten Wohnen. Eigenverlag, Stuttgart.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (1993). Ältere Menschen in unserer Gesellschaft. Eigenverlag, Mainz.

Ministerium für Bauen und Wohnen NRW (Hrsg.) (1994). Wohnen im Alter. Herausforderungen an die barrierefreie Gestaltung von Wohnung, Wohnumfeld und Infrastruktur. Dokumentation der Tagung vom 8. 9. 93. Eigenverlag, Düsseldorf.

Ministerium für Bauen und Wohnen NRW (Hrsg.) (1995). Wohnen Plus. Betreutes Wohnen in NRW - zukunftsweisende Beispiele. Dokumentation der Tagung vom 12. 10. 94. Eigenverlag, Düsseldorf.

Ministerium für Bauen und Wohnen NRW (Hrsg.) (1995). Neue Wohnformen für ältere Menschen. Voraussetzungen zum selbständigen Wohnen. Eigenverlag, Düsseldorf.

Ministerium für Bauen und Wohnen NRW (Hrsg.) (1997). Neue Wohnformen für ältere Menschen. Eigenverlag, Düsseldorf.

MOGEY, J. (1956). Family and neighbourhood. Oxford University Press, London.

MOHR, W. (1979). Aktivitätsmuster alter Menschen. In: LAMMERS, G. & HERZ, R. (Hrsg.): Aktivitätsmuster für die Stadtplanung. Institut für Städtebau und Landesplanung der Universität Karlsruhe.

MONK, A. & KAYE, L. W. (1991). Congregate housing for the elderly: Ist need, function and perspectives. In: *Journal of Housing for the Elderly*, 9, 1 / 2, 5 - 19.

- MOOS, R. H., LEMKE, S. & DAVID, T. G. (1982). Environmental design and programming in residential settings for the elderly: Practices and preferences. In: REGNIER, V. & PYNOOS, J. (Eds.). Housing for elderly: Satisfactions and preferences. Garland, New York.
- MOOS, R. & LEMKE, S. (1994). Group residences for older adults. Oxford University Press, New York.
- MORGAN, L. A. & KRACH, C. (1995). Selecting senior housing: Information needs and sources. Journal of Housing for the Elderly, 11, 2, 51 - 66.
- MOSS, M. S. & LAWTON, M. P. (1982). Time budgets of older people: A window on four lifestyles. Journal of Gerontology, 37, 1, 115 - 123.
- MÜLLER, E. (1996). Bewährungsprobe bestanden. Altenheim, 35, 2, 94 - 99.
- MÜNNICH, M. (1997). Zur wirtschaftlichen Lage von Ein- und Zweipersonenhaushalten. Ergebnis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1993. Wirtschaft und Statistik, 2, 120 - 135.
- NARTEN, R. (1991). Wohnbiographien als Grundlagen einer bedürfnisgerechten Wohnraumplanung. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Reihe FORUM Band 15, Köln.
- NASAR, J. & FAROKHPAY, M. (1985). Assessment of activity priorities and design preferences of elderly residents in public housing: A case study. The Gerontologist, 25, 3, 251 - 257.
- NETTING, F. E. & WILSON, C. C. (1987). Current legislation concerning life care and continuing care contracts. the Gerontologist, 27, 5, 645 - 651.
- NICKLOWITZ, M. & CHOI, K.-S. (1995). Retirement community site evaluation. Journal of Housing for the Elderly, 11, 1, 37 - 50.
- Niedersächsisches Sozialministerium (Hrsg.) (1993). Orientierungsrahmen und Empfehlungen zur Altenpolitik in Niedersachsen. Bericht der Fachkommission Altenpflege. Eigenverlag, Hannover.
- NOELKER, L. & HAREL, Z. (1981). Residential choice and the well-being of aged and disabled public housing residents. Journal of Gerontological Social Work, 4, 2, 17 - 29.
- OPASCHOWSKI, H. W. & NEUBAUER, U. (1984). Freizeit im Ruhestand. BAT Schriftenreihe zur Freizeitforschung 5, Eigenverlag, Hamburg.
- OSTERTAG, R. (1994). Integriertes und innovatives Planen und Bauen für ältere Menschen. In: Wüstenrot-Stiftung Deutscher Eigenheimverein e. V. (Hrsg.). Selbständigkeit durch Betreutes Wohnen im Alter (S. 58 - 63). Krämer, Stuttgart.

- OSWALD, F. (1996). Hier bin ich zu Hause. Zur Bedeutung des Wohnens. S. Roderer Verlag, Regensburg.
- PAGE, D. & MUIR, T. (1971). New housing for the elderly. Bedford Square Press, London.
- PARMELEE, P. & LAWTON, M. (1990). The design of special environments of the aged. In: BIRREN, J. & SCHAE, K. (ed.): Handbook of the psychology of aging. Third edition (pp 464 - 488). Academic Press, San Diego.
- PARR, J., GREEN, S. & BEHNKE, C. (1989). What people want, why they move, and what happens after they move: A summary of research in retirement housing. Journal of Housing for the Elderly, 5, 1, 7 - 33.
- PASTALAN, L. A. & SCHWARZ, B. (1995). Emergent themes. Journal of Housing for the Elderly, 11, 1, 169 - 178.
- Paul-Lempp-Stiftung (o. J.). Regelleistungen im Wohnstift. Unveröffentlichtes Manuskript, Stuttgart.
- PERRIG-CHIELLO, P. (1997). Wohlbefinden im Alter. Juventa Verlag, Weinheim.
- PEUKERT, R. (1997). Die Destabilisierung der Familie. In: HEITMEYER, W. (Hrsg.): Was treibt die Gesellschaft auseinander? (S. 287 - 327). Suhrkamp, Frankfurt a. M..
- PFAFF, A. B. & KNÖRR, P. (1995). Dezentralisation der Altenpolitik. In: ASAM, W. H., GREIFFENHAGEN, S. & WEEBER, R. (Hrsg.): Wohnen und Pflege. Neue Wege zur gemeindeorientierten Altenpolitik (S. 45 - 62). Lambertus, Freiburg.
- PFEIL, E. (1965). Die Familie im Gefüge der Großstadt. Zur Sozialtopographie der Stadt. Hans Christians Verlag, Hamburg.
- PHILLIPSON, C. & STRANG, P. (1985). Sheltered housing: the warden's view. In: BUTLER, A. (Eds.). Ageing: Recent advances and creative responses (pp. 192 - 203), Croom & Helm, London.
- POULIN, J. E. (1984). Age segregation and the interpersonal involvement and morale of the aged. The Gerontologist, 24, 3, 266 - 269.
- PYNOOS, J. & LIEBIG, P. (eds.) (1995). Housing frail elders. International policies, perspectives and prospects. John Hopkins University Press, Baltimore.
- PYNOOS, J. & LIEBIG, P. (1995). Housing policies for frail elders. In: PYNOOS, J. & LIEBIG, P. (eds.). Housing frail elders. International policies, perspectives and prospects (pp. 3 - 16). John Hopkins University Press, Baltimore.
- PYNOOS, J. & REDFOOT, D.L. (1995). Housing frail elders in the United States. In: PYNOOS, J. & LIEBIG, P. (eds.). Housing frail elders. International policies, perspectives and prospects (pp. 187 - 210). John Hopkins University Press, Baltimore.

RACKI, M. (1993). Wohnen mit Betreuung. Vier Beispiele aus der gegenwärtigen Praxis. In: Betreutes Wohnen. Erfahrungen aus der Praxis. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Reihe thema Band 80, Köln.

RACKI, M. (1995). Betreutes Wohnen: Organisation von Individualität und Beziehung. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.). Qualitätssicherung im Betreuten Wohnen (S. 57 - 62). Eigenverlag, Stuttgart.

RADICIONE, S. (1994). Betreutes Seniorenwohnen. Evangelische Impulse, 16, 5, 27 - 28.

RAWSON, D. (1990). Commercial enterprises and sheltered housing. In: Anchor Housing Trust (ed.). The Oxford conference: Supporting older people in general housing (pp. 90 - 99). Anchor Housing Trust, Oxford.

REDFOOT, D. L. & SLOAN, K. S. (1991). Realities of political decision-making on congregate housing. Journal of Housing for the Elderly, 9, 1 / 2, 99 - 110.

REGNIER, V. & GELWICKS, L. E. (1981). Preferred supported services for middle to higher income retirement housing. The Gerontologist, 21, 54 - 58.

REGNIER, V. (1987). Programming congregate housing: The preferences of upper income elderly. In: REGNIER, V. & PYNOOS, J. (Eds.). Housing the aged: Design directives and policy considerations (pp. 207 - 226). Elsevier, New York.

REICHENWALLNER, M., GLATZER, W. & BÖS, M. (1991). Die Einbindung älterer Menschen in familiäre, nachbarschaftliche und andere soziale Netzwerke in bezug auf empfangene und geleistete materielle und immaterielle Unterstützungen und Hilfen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum ersten Teilbericht der Sachverständigenkommission zur Erstellung des ersten Altenberichts der Bundesregierung (Seite 1 - 56), Eigenverlag, Berlin.

RENAUD, F. (1993). A comprehensive approach to achieving aging in place in public housing. In: HEUMANN, L. F. & BOLDY, D. P. (Eds.). Aging in place with dignity (pp. 41 - 54). Prager, London.

ROSENMAYR, L. (1992). Sexualität, Partnerschaft und Familie älterer Menschen. In: BALTES, P.B. & MITTELSTRASS, J. (1992). Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung (S. 461 - 491). Walter de Gruyter, Berlin.

ROSENMAYR, L. & KÖCKEIS, E. (1965). Umwelt und Familie alter Menschen. Luchterhand, Neuwied.

ROSOW, I. (1961). Retirement housing and social integration. The Gerontologist, 1, 85 - 91.

ROSOW, I. (1962). Old age: One moral dilemma of an affluent society. The Gerontologist, 2, 182 - 191.

ROSOW, I. (1973). The social context of the aging self. The Gerontologist, 13, 82 - 87.

RUCHLIN, S. R. & MORRIS, J. N. (1987). The congregate housing service program: An analysis of service utilization and cost. *The Gerontologist*, 27, 1, 87 - 91.

RUCHLIN, H. S. (1988). Continuing care retirement communities: An analysis of financial viability and health care coverage. *The Gerontologist*, 28, 2, 156 - 162.

RÜCKERT, W. (1985). Sozialkontakte von Pflegeheimbewohnern innerhalb und außerhalb des Heimes. *Mitteilungen zur Altenhilfe*, 22, 3, 26 - 33.

RÜCKERT, W. (1992). Bevölkerungsentwicklung und Altenhilfe. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Reihe FORUM Band 18, Köln.

Ruhr-Universität Bochum, InWIS Bochum & Institut für Gerontologie Dortmund (1996). Umzugswünsche und Umzugsmöglichkeiten älterer Menschen. Zwischenbericht. Bochum.

Schader-Stiftung (Hrsg.) (1996). Anpassung der Wohnungsgröße - auch im Alter? Abschlussbericht über ein Forschungsprojekt. *Dialog*, Sondernummer Mai 1996, Darmstadt.

Schader-Stiftung (Hrsg.) (1997). Forschungsprojekt Umzugswünsche und Umzugsmöglichkeiten älterer Menschen. Tagungsdokumentation. Eigenverlag, Darmstadt.

SCHEEWE, P. (1996). Wohnverhältnisse älterer Menschen. Ergebnis der 1%-Gebäude- und Wohnungsstichprobe vom 30. September 1993. *Wirtschaft und Statistik*, 4, 228 - 238.

SCHNEEKLOTH, U. (1994). Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten in Baden-Württemberg. In: Hrsg.: Arbeiterwohlfahrt Landesverband Baden-Württemberg e. V. et al.: Bedarf in der stationären Altenhilfe. Eigenverlag, Stuttgart.

SCHOTT, J. & ZILL, G. (1995). Funktion und Formen von Bewohnerbeteiligung im Betreuten Wohnen. IRB Verlag, Stuttgart.

SCHÜTZ, K. (1994). Ein Konzept der knappen Hilfen. In: Wüstenrot-Stiftung Deutscher Eigenheimverein e. V. (Hrsg.): Selbständigkeit durch Betreutes Wohnen im Alter (S. 76 - 81). Krämer, Stuttgart.

SCHÜTZE, Y. (1997). Generationenbeziehungen: Familie, Freunde und Bekannte. In: KRAPPMANN, L. & LEPENIES, A. (Hrsg.): Alt und Jung. Spannung und Solidarität zwischen den Generationen (S. 97 - 111). Campus Verlag, Frankfurt a. M..

SCHULTE, B. (1994). Landesbericht Vereinigtes Königreich. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). *Betreutes Wohnen in Europa*. Schriftenreihe des BMFSFJ Band 41 (Seite 87 - 114). Kohlhammer, Stuttgart.

SCHULTE, B. (1996). Altenhilfe in Europa. Rechtliche und institutionelle Bedingungen - Vergleichender Gesamtbericht. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Band 132.1. Kohlhammer, Stuttgart.

- SCHULZ, H. (1979). Soziale Beziehungen im Alter. Integration durch „Insulation“. Campus Verlag, Frankfurt a. M..
- SCHWEIKART, R. & WESSEL, W.(1995). Qualitätsmerkmale des Betreuten Wohnens. IRB Verlag, Stuttgart.
- SEGUIN, M. M. (1973). Opportunity for peer socialization in a retirement community. *The Gerontologist*, 13, 208 -214.
- SHEEHAN, N. (1986 a). Informal support among the elderly in public senior housing. *The Gerontologist*, 26, 171 - 175.
- SHEEHAN, N. (1986 b). Aging of tenants: Termination policy in public senior housing. *The Gerontologist*, 26, 5, 505 - 509.
- SHEEHAN, N. W. & KARASIK, R. J. (1995). The decision to move to a continuing care retirement community. *Journal of Housing for the Elderly*, 11, 2, 107 - 122.
- SHERMAN, S. R. (1971). The choice of retirement housing among the well-elderly. *Aging and Human Development*, 2, 118 - 138.
- SHERMAN, S. R. (1972). Satisfaction with retirement housing: Attitudes, recommendations, and moves. *Aging and Human Development*, 3, 339 - 366.
- SHERMAN, S. R. (1974). Leisure activity in retirement housing. *Journal of Gerontology*, 29, 325 - 335.
- SHERMAN, S. R. (1975). Mutual assistance and support in retirement housing. *Journal of Gerontology*, 30, 479 - 483.
- SHERWOOD, S., GLASSMAN, J., SHERWOOD, C. & MORRIS, J. N. (1974). Pre-institutionalization factors as predictors of adjustment to a long-care facility. *Aging and Human Development*, 5, 1, 95 - 105.
- SHERWOOD, S., MORRIS, J. N. & BARNHART, E. (1975). Developing a system for assigning individuals into an appropriate residential setting. *Journal of Gerontology*, 30, 3, 331 - 342.
- SMITH, J. & BALTES, P. B.(1996). Altern aus psychologischer Perspektive: Trends und Profile im hohen Alter. In: MAYER, K. U. & BALTES, P. B. (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie* (S. 221 - 250). Akademie Verlag, Berlin.
- SOMERS, A. R. (1993). „Lifecare“: A viable option for long-term care for the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41, 188 - 191.
- SOMERS, A. R. & SPEARS, N. L. (1992). *The continuing care retirement community*. Springer Publishing, New York.
- Sozialministerium Baden-Württemberg (1997). Schriftliche Mitteilung vom 28. 11. 1997.



Sozialpolitische Umschau (1995). Arbeit in Haushalt und Familie. Nr. 391/1995 vom 18. 9. 1995. Presse- und Informationsdienst der Bundesregierung, Bonn.

Sozialpolitische Umschau (1997). Bevölkerung, Geburtenrate und Lebenserwartung in Europa 1996. Nr. 483/97 vom 6. 10. 1997. Presse- und Informationsdienst der Bundesregierung, Bonn.

STADIE, R. (1987). Altsein zwischen Integration und Isolation: Empirische Ergebnisse zur Lebenssituation und Befindlichkeit alter Menschen. Verlag Ernst Knoth, Melle.

Stadt Köln (1989). Senioren in Köln. Ergebnisse der Seniorenbefragung in Köln. Eigenverlag, Köln.

Städtetag Baden-Württemberg et al. (Hrsg.) (1995). Betreutes Wohnen für Senioren. Qualitätssiegel Baden-Württemberg. Eigenverlag, Stuttgart.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1991). Bautätigkeit und Wohnungen. Gebäude- und Wohnungszählung vom 25. Mai 1987. Fachserie 5, Heft 4: Wohnungssituation der Haushalte, Teil 3: Ausgewählte Bevölkerungsgruppen. Metzger-Poeschel, Stuttgart.

STEARNS, L. R., NETTING, F. E., WILSON, C. C. & BRANCH, L. G. (1990). Lessons from the implementation of CCRC regulation. *The Gerontologist*, 30, 2, 154 - 161.

STEPHENS, M. A. & BERNSTEIN, M. D. (1984). Social support and well-being among residents of planned housing. *The Gerontologist*, 24, 2, 144 - 148.

STEPHENS, M., KINNEY, J. & McNEER, A. (1986). Accommodative housing: Social integration of residents with physical limitations. *The Gerontologist*, 26, 176 - 180.

STIEFEL, M.-L. (1983). Hilfebedürftigkeit und Hilfenbedarf älterer Menschen im Privathaushalt. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin.

Stiftung Warentest (1995). Der Wunsch nach Sicherheit. *Test*, Heft 10, 1082 - 1087.

STOLARZ, H., FRIEDRICH, K., WINKEL, R. et al. (1993). Wohnen und Wohnumfeld im Alter. in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): *Expertisen zum 1. Altenbericht*, Band II, Berlin.

STORM, C., STORM, T. & STRIKE-SCHURMAN, J. (1985). Obligations for care: Beliefs in a small Canadian town. *Canadian Journal on Aging*, 4, 2, 75 - 85.

STOSBERG, M. (1995). *Alter und Familie*. Peter Lang Verlag, Frankfurt/M..

SUGGS, P. K., STEPHENS, V. & KIVITT, V. R. (1986). Coming, going, remaining in public Housing: How do the elderly fare? *Journal of Housing for the Elderly*, 4, 1, 87 - 104.

SULLIVAN, D. A. (1986). Informal support systems in a planned retirement community. *Research on Aging*, 8, 2, 249 - 267.

- SZYDLIK, M. (1995). Die Enge der Beziehungen zwischen erwachsenen Kindern und ihren Eltern und umgekehrt. *Zeitschrift für Soziologie*, 24, 2, 75 - 94.
- TEAFF, J., LAWTON, M. , NAHEMOW, L. et al. (1978). Impact of age-integration on the well-being of elderly tenants in public housing. *Journal of Gerontology*, 33, 126 - 133.
- TELL, E. J., WALLACK, S. S. & COHEN, M. A. (1987). New direction in life care: An industry in transition. *The Milbank Quarterly*, 65, 4, 551 - 574.
- TESCH, S., WHITBOURNE, S. K. & NEHRKE, M. F. (1981). Friendship, social interaction and subjective well-being of older men in an institutional setting. *Internal Journal of Aging and Human Development*, 13, 4, 317 - 327.
- TEWS, H.-P. (1994). Selbständig, aber nicht allein. Betreutes Wohnen im Alter. *Altenheim*, 33, 9, 628 - 639.
- THÖNNESEN, J. (Bearbeiter) (1994). Arbeit, Freizeit und Kommunikation im Alter. *Hamburger Sozialberichte zur Altenhilfeplanung Teil 5*. Hamburg/Dortmund.
- TINKER, A. (1987). A review of the contribution of housing to policies for the frail elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2, 3 - 17.
- TINKER, A. (1989). An evaluation of very sheltered housing. Her Majesty's Stationary Office, London.
- TINKER, A., WRIGHT, F. & ZEILIG, H. (1995). Difficult to let sheltered housing. Her Majesty's Stationary Office, London.
- TOBIN, S. S. & KULYS, R. (1981). The family in the institutionalization of the elderly. *Journal of Social Issues*, 37, 3, 145 - 157.
- TOBISCH, N. (1997). Der Markt für altengerechte Wohnungen. In: Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart (Hrsg.). *Betreutes Wohnen im Alter: Konzeptionen auf dem Prüfstand* (S. 33 - 51), Materialien 1/97, Eigenverlag, Stuttgart.
- TOKARSKI, W. (1989). Freizeit- und Lebensstile älterer Menschen. *Gesamthochschule Kassel*.
- VARADY, D. (1984). Determinants of interest in senior citizen housing among the community resident elderly. *The Gerontologist*, 24, 4, 392 - 395.
- VERBRUGGE, L. M., GRUBER-BLADINI, A. L. & FOZARD, J. L. (1996). Age differences and age changes in activities: Baltimore longitudinal Study of Aging. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 51 B, 1, 530 - 541.
- VOIT, H. (1992). Haushalts- und Familientypen 1972 und 1990. Ergebnisse des Mikrozensus. *Wirtschaft und Statistik*, 4, 223 - 230.

WAGNER, G., MOTEL, M. A., SPIESS, K. & WAGNER, M. (1996). Wirtschaftliche Lage und wirtschaftliches Handeln alter Menschen. In: MAYER, K. U. & BALTES, P. B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie (S. 277 - 299). Akademie Verlag, Berlin.

WAGNER, M., SCHÜTZE, Y. & LANG, F. R. (1996). Soziale Beziehungen alter Menschen. In: MAYER, K. U. & BALTES, P. B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie (S. 301 - 319). Akademie Verlag, Berlin.

WAGNER, M. (1997). Über die Bedeutung von Partnerschaft und Elternschaft im Alter. In: MANSEL, J., ROSENTHAL, G. & TÖLKE, A. (Hrsg.): Generationen-Beziehungen, Austausch und Tradierung (S. 121 - 136). Westdeutscher Verlag, Opladen.

WAHL, S. (1994). Der materielle Wohlstand vieler älterer Menschen in Deutschland. In: VERHEUGEN, G. (Hrsg.): 60 plus. Die wachsende Macht der Älteren (S. 91 - 106). Bund-Verlag, Köln.

WALKER, A., MALTBY, T. & WALKER, C. (1996). Altenhilfe in Europa: Landesbericht Vereinigtes Königreich. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Altenhilfe in Europa - Länderberichte. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Band 132.2 (S. 195 - 319). Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

WEBER, S. & DOEGE, G. (1996). Kieler Servicehäuser auf dem Prüfstand?! In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 47, 3, 17 - 23.

WELZ, R. (1994). Epidemiologie psychischer Störungen im Alter. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie in Duderstadt. Roderer, Regensburg.

WILDER, M. (1994). Housing for a retirement community. Journal of Housing for the Elderly, 11, 1, 67 - 76.

WILDERER, H. (1989). Wohnversorgung und Wohnwünsche alter Menschen. In: FLAGGE, I. & STECKEWEH, C. (Hrsg.). Wohnen im Alter. Dokumentation des 1. Fachkongresses von 9. - 11. 5. 1988 in Friedrichshafen. Bonn.

WILLIAMS, S. (1986). Long-term care alternative: continuing care retirement communities. Journal of Housing for the Elderly, 3, 1 / 2, 15 - 35.

WINTER, H.-P. (1995). Wohn- und Betreuungsqualität für ältere Menschen. Erfahrungen und Perspektiven. In: Ministerium für Bauen und Wohnen NRW (Hrsg.): Wohnen plus. Betreutes Wohnen in NRW - zukunftsweisende Beispiele (S. 9 - 14). Eigenverlag, Düsseldorf.

Wirtschaftsministerium und Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.) (1993). Wohnungen für ältere Menschen. Beispiele betreuter Seniorenwohnanlagen. Eigenverlag, Stuttgart.

WISTER, A. (1985). Living arrangements choices among the elderly. Canadian Journal on Aging, 4, 3, 127 - 144.

WISTER, A. V. & BURCH, T. K. ( 1989). Attitudes of the elderly towards living arrangements: Conceptual and methodological issues. *Journal of housing for Elderly*, 5, 2, 5 - 18.

WOLF, D. A. (1995). Changes in the living arrangements of older Women: An international Study. *The Gerontologist*, 35, 6, 724 - 731.

WOLK, S. & TELLEEN, S. (1976). Psychological and social correlates of life satisfaction as a function of residential constraint. *Journal of Gerontology*, 31, 1, 89 - 98.

Wüstenrot-Stiftung Deutscher Eigenheimverein e. V. (Hrsg.) (1994): *Selbständigkeit durch Betreutes Wohnen im Alter*. Krämer, Stuttgart.

Wüstenrot-Stiftung Deutscher Eigenheimverein e. V. (Hrsg.) (1996). *Betreutes Wohnen mit Pflegekern*. Architektur + Wettbewerbe. *Internationale Vierteljahreszeitschrift*, Sonderheft.

