

Altengerechtes Wohnen: Aktuelle Situation, Rahmenbedingungen und neue Strukturen

Rolf G. Heinze

Je älter ein Mensch ist, desto mehr Zeit verbringt er in der eigenen Wohnung, die zunehmend zum Lebensmittelpunkt wird. Damit verbunden steigen die Anforderungen und Ansprüche an die Wohnqualität, vor allem in den Bereichen Sicherheit, Komfort und nicht zuletzt Bezahlbarkeit. Die starke Verbundenheit mit dem eigenen Wohnumfeld impliziert oft auch eine kritische Haltung gegenüber stationärer Altenhilfeeinrichtungen. Die Selbstständigkeit erhaltende Gestaltung der Wohnung gilt heute als zentrales Merkmal von Wohnqualität. Wohnungen konstruieren auch die eigene Lebenswirklichkeit, sind mit vielen Erinnerungen versehen und geben damit Sicherheit. Dies gilt vor allem in unsicheren Zeiten, wo sie ein Ort der Privatheit und des Schutzes sind. Die Wohnung bietet Heimat in einer globalisierten Welt. Es gibt jedoch keinen homogenen Wohnungsmarkt, vielmehr differenzieren sich die Wohnwünsche durch die wachsende Pluralisierung der Gesellschaft immer weiter aus.

1 Soziokulturelle Rahmenbedingungen der älteren Generation

Die aktuellen Prognosen des Statistischen Bundesamtes gehen davon aus, dass die Zahl der Haushalte bis 2025 um etwa 2,2% steigen wird. Wichtig ist dabei die Betrachtung der Haushaltsgrößen. Denn während die Zahl der Einpersonenhaushalte um 10% steigt, sinkt die Zahl der Haushalte mit drei und vier Personen sowie die Fünfpersonenhaushalte um mindestens 20%. Bei den Einpersonenhaushalten kommen neben den bereits seit Jahren dominierenden über 60-Jährigen vermehrt jüngere Altersklassen hinzu.

Im Folgenden sollen die Zufriedenheit und die Wünsche der älteren Generation bezüglich ihrer Wohnsituation diskutiert werden. Der Beitrag basiert auf den Ergebnissen einer aktuellen Studie, an der der Autor mitgewirkt hat.

1.1 Die Mehrheit der älteren Menschen führt ein aktives Leben

Um die Wohnvorstellungen einordnen zu können, ist zunächst ein allgemeiner Blick auf die Lebenslage und das Lebensgefühl der älteren Generation zu richten. Die 65- bis 85-Jährigen in Deutschland fühlen sich im Durchschnitt zehn Jahre jünger, als es ihrem tatsächlichen Lebensalter entspricht. Sie führen mehrheitlich ein sehr aktives, zufriedenes und abwechslungsreiches Leben.

Ältere sind auch außerhalb der Familie aktiv: Aktuell engagieren sich 45% im gesellschaftlichen Bereich und können sich vorstellen, ihr Engagement im Durchschnitt um bis zu sechs Stunden in der Woche auszuweiten (derzeit vier Stunden). Schwerpunkte des bürgerschaftlichen Engagements sind die Bereiche Kirche, Freizeit und Geselligkeit, Sport und Musik sowie Kultur. Der im Vergleich zu anderen Studien höhere Anteil der Engagierten erklärt sich daraus, dass neben dem Ehrenamt auch nicht institutionalisierte und zeitlich flexible Engagementformen abgefragt wurden. Hervorzuheben sind auch deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen: Frauen engagieren sich stärker im Sozial- und Gesundheitsbereich sowie im kirchlichen Bereich (etwa bei Wohlfahrtsverbänden, Selbsthilfegruppen), Männer dagegen in den Feldern Sport und Bewegung, in der Politik sowie in beruflichen Interessenvertretungen. Die weit verbreitete These von der kontinuierlichen Engagementbiografie muss differenziert betrachtet werden. Der große Anteil der älteren Engagierten, die zuvor nicht oder wenig engagiert waren, weist darauf hin, dass auch im Alter neues Engagement entstehen kann.

Die Mehrheit der Älteren führt also heute ein aktives Leben, in dem Familie, Hobbys, aber auch ehrenamtliches Engagement eine große Rolle spielen. Die mit fortschreitendem Alter zu beobachtende Verkleinerung sozialer Netzwerke ist also zumeist nicht mit abnehmender Zufriedenheit verbunden. Im Durchschnitt sind die 65- bis 85-Jährigen an rund fünf Tagen in der Woche außer Haus unterwegs, jeder

Prof. Dr. Rolf G. Heinze
Lehrstuhl für Allgemeine
Soziologie, Arbeit und
Wirtschaft
an der Ruhr-Universität
Bochum (RUB) und
Wiss. Dir. am InWiS
an der RUB
Universitätsstraße 150
44801 Bochum
E-Mail: rolf.heinze@rub.de

Dritte (32%) sogar täglich. Fast jeder zweite 75- bis 79-Jährige ist noch aktiver Autofahrer (1985: jeder zehnte). Die Generation der 65- bis 85-Jährigen blickt mehrheitlich sehr zufrieden auf ihr Leben (vgl. Generali Zukunftsfonds 2013: 31 ff). Auf einer Skala von 0 (überhaupt nicht zufrieden) bis 10 (völlig zufrieden) stufen 57% der Befragten ihr Leben mit einem Wert von 8 und mehr ein. Ein höheres Einkommen und Bildung beeinflussen die Lebenszufriedenheit positiv. Die Älteren leben in einer materiell wesentlich gefestigteren Situation als 65- bis 85-Jährige vor 20 oder 30 Jahren. 63% bewerten die eigene wirtschaftliche Lage als gut bis sehr gut. Im Durchschnitt verfügen die 65- bis 85-Jährigen über ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen von rund 2.200 Euro, mehr als jeder zweite wohnt in der eigenen Immobilie.

finanziell zu unterstützen, im Durchschnitt mit 157 Euro im Monat. Hochgerechnet auf alle 65- bis 85-Jährigen in Deutschland ergibt sich daraus ein monetärer Transfer von rund 9,7 Mrd. Euro pro Jahr, Erbschaften und Schenkungen nicht mitgerechnet. Die Mehrheit der 65- bis 85-Jährigen kann mit konstanten, weitestgehend konjunktur-unabhängigen Einkünften rechnen. 93% leben von staatlicher Rente bzw. Beamtenpension, 24% können mit einer betrieblichen Altersvorsorge kalkulieren. Die eigene Familie hat generell für die 65- bis 85-Jährigen einen sehr hohen Stellenwert. Die überwältigende Mehrheit hat zu den eigenen Kindern ein gutes Verhältnis: 65- bis 85-jährige Eltern und Großeltern bringen neben materiellen auch immaterielle Unterstützung (etwa Betreuung der Kinder) in das Familiennetzwerk ein.

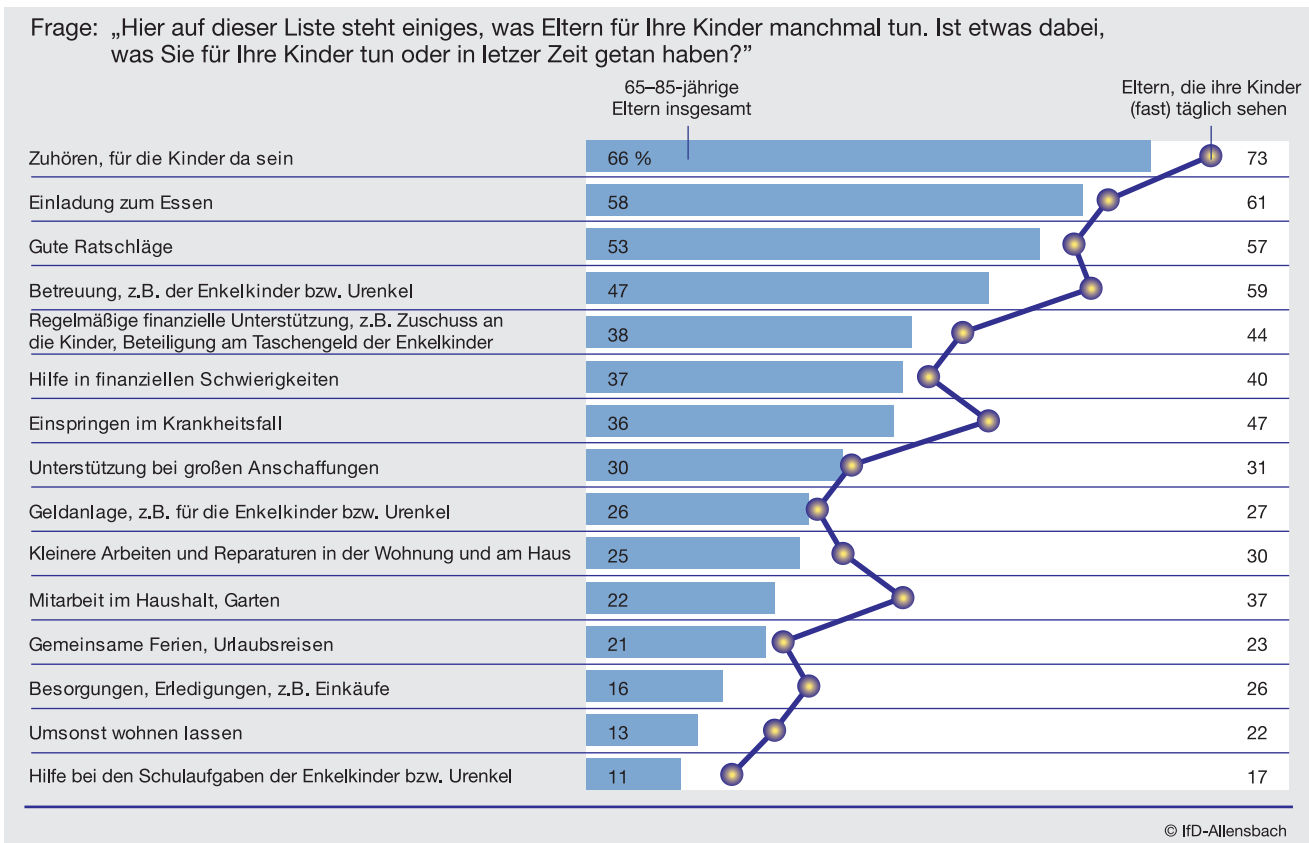
1.2 Familiennetzwerk

Ältere Menschen unterstützen auch die nachfolgende Generation vielfach mit Zeit und materiellen Ressourcen (vgl. Abb. 1). 38% geben an, ihre Kinder regelmäßig

1.3 Zentrale Wünsche: Gesundheit und Selbstständigkeit

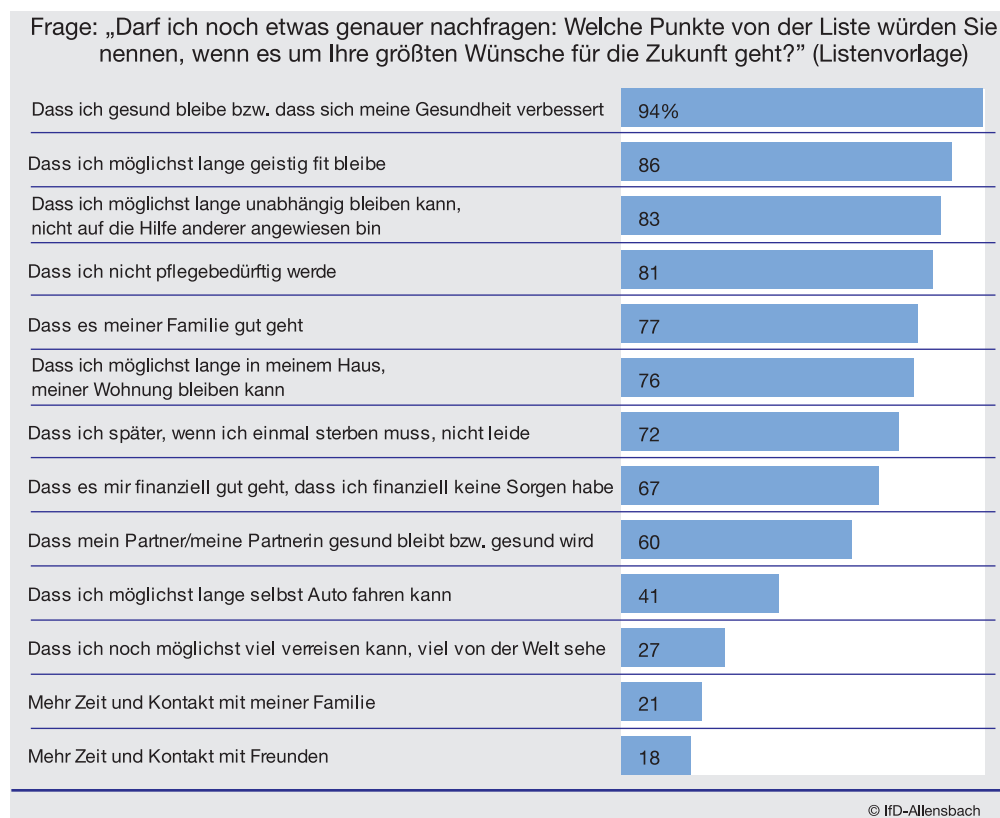
Im Vergleich zur Vorgängergeneration hat sich die subjektive Gesundheitsbilanz der 65- bis 85-Jährigen erheblich verbessert.

Abbildung 1
Vielfältige Unterstützung der eigenen Kinder



Basis: Bundesrepublik Deutschland, 65- bis 85-jährige Eltern
 Quelle: Generali Altersstudie 2013

Abbildung 2
Leitmotiv der Wünsche: Erhaltung der Autonomie



Basis: Bundesrepublik Deutschland, 65- bis 85-jährige Bevölkerung
Quelle: Generali Altersstudie 2013

Mitte der 1980er Jahre stuften etwa ein Drittel aller 65- bis 74-Jährigen ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut ein, heute ist es fast die Hälfte. Neben dem Erhalt bzw. der Verbesserung der Gesundheit möchten die Menschen vor allem eigenständig und fit bleiben. 86% wünschen sich, möglichst lange geistig fit, 83% möglichst lange unabhängig, 76% möglichst lange im eigenen Haus bzw. der eigenen Wohnung zu bleiben (vgl. Abb. 2). Die Mehrheit der älteren Menschen stellt deshalb den Erhalt der Gesundheit in den Mittelpunkt. Generell gilt auch für Wohnen und Pflege: Autonomie ist das zentrale subjektive Leitmotiv. Damit gewinnt der Wohnbereich als „Care-Point“ an Bedeutung. Allerdings besteht in Deutschland erheblicher Nachholbedarf für altersgerechtes Wohnen.

Autonomie, Selbstständigkeit, Gesundheit und Engagement bilden also zentrale Wünsche in der Generation der 65- bis 85-Jährigen. Überraschend hoch ist die dichte soziale Vernetzung der Generation der 65- bis 85-Jährigen. Das Bild von der Vereinsamung im Alter wird zum großen Teil von den Älteren selbst nicht so gesehen.

2 Wohnformen mit integrierter Versorgung

Ausgehend vom Leitmotiv der Autonomie gewinnt das nahe Wohnumfeld als Pflege- und Kontaktstützpunkt komplementär zum erforderlichen altersgerechten Umbau von Wohnungen an Bedeutung. Die empirischen Daten stimmen hinsichtlich dieser Frage optimistisch: Die Älteren sind weitaus stärker sozial aktiv als es die Öffentlichkeit wahrnimmt und zudem in viele persönliche Netzwerke eingebunden. Integrierte Wohnstrukturen, die ein individuelles und selbstbestimmtes Leben für (ältere) Menschen mit Hilfe-, Pflege- und Unterstützungsbedarf im eigenen Quartier ermöglichen, bieten viele Vorteile. So können Bewohner ihr Leben (in Abhängigkeit vom Hilfebedarf) selbstbestimmt gestalten und in einer Gemeinschaft mit stabiler Nachbarschaft leben. Sie sind so auch im Alter nicht allein, bleiben aktiv und können ihre Potenziale bis ins hohe Alter besser entfalten.

Der großen Nachfrage nach geeigneten Wohnformen für Ältere stehen derzeit in Deutschland zu wenig attraktive Angebote

gegenüber. Die Generali Altersstudie belegt in Übereinstimmung mit dem Deutschen Alterssurvey (vgl. Mahne et al. 2010) die relativ hohe Zufriedenheit mit der eigenen Wohnsituation und dem Wohnumfeld. Die Zufriedenheit mit dem Wohnen steht sogar an der Spitze der Bewertung der einzelnen Lebensbereiche und erweist sich über alle Altersgruppen hinweg als stabil. Andererseits sind Defizite unübersehbar: nur 31% der 65- bis 85-Jährigen bezeichnen ihre Wohnung bzw. ihr Haus als altengerecht, während 65% sagen, dass dies nur eingeschränkt der Fall sei (vgl. Abb. 3). Jedoch betrachtet nur ein Bruchteil die nicht altengerechte Wohnsituation als Problem. Gerade einmal 8% der 65- bis 85-Jährigen haben diesbezüglich Probleme mit ihrer Wohnung. 57% kommen (derzeit) auch ohne die altengerechte Ausstattung von Haus oder Wohnung zurecht (Generali 2012: 303 ff.; vgl. Mahne et al. 2010; Tanzmann 2012).

Allerdings wissen die älteren Menschen meist nicht, was unter „altersgerecht“ zu verstehen ist. Die Vorteile eines Umbaus, z.B. die Vermeidung von Barrieren, erschließt sich ihnen dadurch oft nicht.

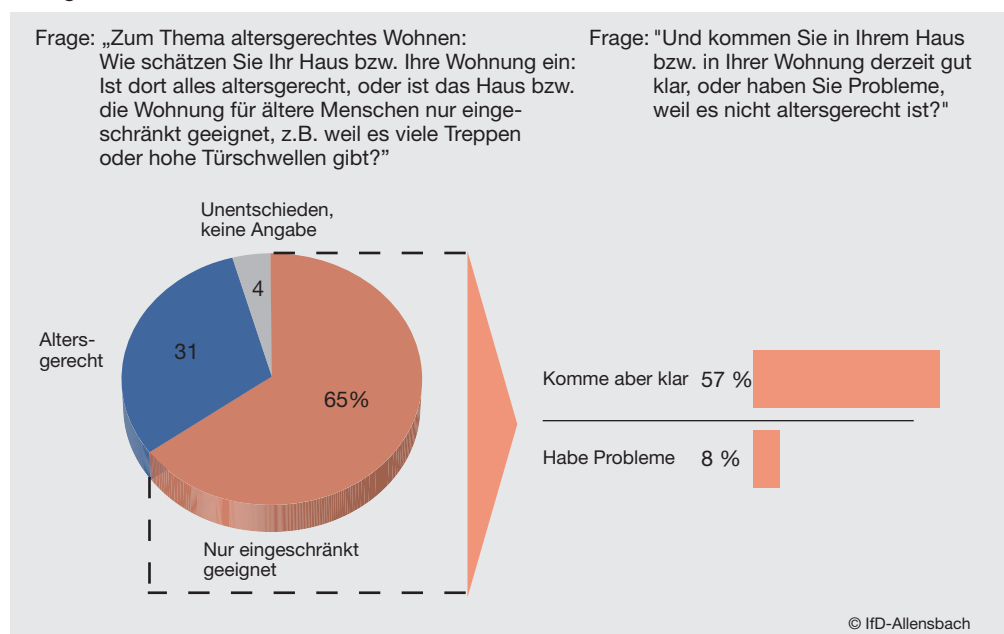
Aus soziologischer Perspektive ist interessant, dass nur ein Bruchteil aussagt, dass sie Schwierigkeiten mit einer nicht ausreichend altengerecht gestalteten Wohnung haben. Bei einer subjektiven Bewertung

der Wohnqualität wirken wohl auch soziale Vergleichsprozesse. Die Aussage, dass die eigenen Wohnbedingungen unzureichend seien, bedeutet das Eingeständnis eines Defizits im Vergleich zu anderen Menschen. Dies ist umso unangenehmer, als die eigene Wohnsituation im subjektiven Erleben häufig nicht durch eigene Anstrengungen in ausreichendem Maße verbessert werden kann. Etwas anders sieht es bei Personen mit schlechtem Gesundheitszustand aus, die ihre Wohnung eher als nicht altengerecht ansehen. Jeder Vierte von ihnen hat Probleme mit der eigenen Wohnung. Auch andere Untersuchungen zu Wohnwünschen zeigen, dass der Großteil der Älteren zwar grundsätzlich mit der Wohnsituation zufrieden ist, andererseits aber vorhandene Defizite zunehmend wahrnimmt und Veränderungswünsche der Wohnsituation artikuliert.

2.1 Am Wohnort verwurzelt

Entsprechend der hohen Zufriedenheit mit der eigenen Wohnsituation und dem Wohnumfeld verweilen viele 65- bis 85-Jährige schon extrem lange im gewohnten Umfeld (fast ein Drittel lebt mehr als 40 Jahre an einem Ort)(vgl. Abb. 4). Vor allem gilt dies für die gesunden und einkommensstarken Personen. Die hohe Zufriedenheit mit dem Wohnumfeld resultiert sicherlich auch da-

Abbildung 3
Altengerechte Wohnsituation



Basis: Bundesrepublik Deutschland, 65- bis 85-jährige Bevölkerung
Quelle: Generali Altersstudie 2013

raus, dass in der unmittelbaren Wohnumgebung bislang die Infrastruktur noch gut aufgestellt ist: Mehr als 80% haben eine Apotheke, einen Hausarzt und einen Supermarkt in ihrer unmittelbaren Umgebung. Ausgehmöglichkeiten, Sport-, Freizeit-, Kultur- und Bildungsangebote sind aber weniger vorhanden (vgl. Tab. 1). Die starke Verbundenheit mit dem eigenen Wohnumfeld könnte eine der Ursachen für eine kritische, oft ablehnende Haltung gegenüber einem Umzug in stationäre Altenhilfeeinrichtungen sein.

Bei der Gestaltung der Wohnsituation muss beachtet werden, dass das Wohnen in den eigenen vier Wänden nach wie vor die beliebteste Wohnform für Senioren darstellt. Auch im hohen Alter wohnen nur wenige Menschen in Versorgungseinrichtungen. Für den Fall, dass man nicht mehr vollkommen selbstständig leben kann und auf Unterstützung angewiesen sein sollte, ist die eigene Wohnung mit Pflegedienst die präferierte Option: fast 60% wünschen sich, mit Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes in der Wohnung bleiben zu können. Deutlich dahinter folgt das Seniorenwohnheim mit eigener Wohnung (32%) oder mit eigenem Zimmer (21%). Gemeinschaftliche Wohnformen, wie ein Mehrgenerationen-Wohnprojekt oder Wohn-

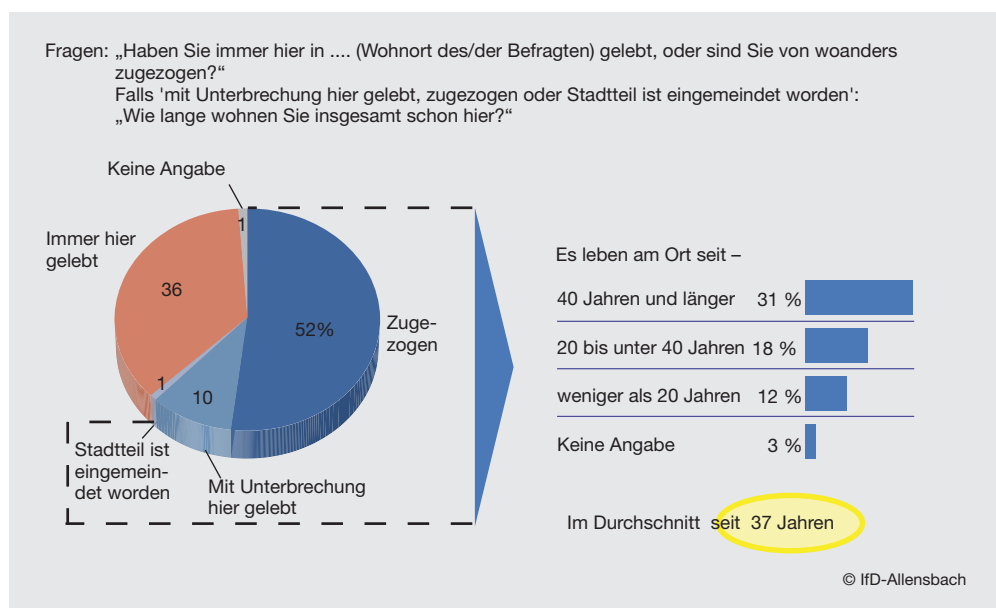
Tabelle 1
Infrastruktur in Abhängigkeit von der Wohnortgröße

Frage: „Wenn Sie einmal an Ihre unmittelbare Umgebung denken: Was von dieser Liste ist da bei Ihnen gegeben, was gibt es da?“ (Listenvorlage)

	Insgesamt	Wohnortgröße			
		Unter 5 000 Einwohner	5 000 bis unter 20 000	20 000 bis unter 100 000	100 000 Einwohner und mehr
	%	%	%	%	%
Das gibt es in unmittelbarer Umgebung –					
Gut erreichbare Apotheke	85	78	85	84	89
Gut erreichbarer Hausarzt	85	84	87	83	84
Gut erreichbarer Supermarkt	84	79	84	85	87
Viele Grünflächen	77	78	78	76	77
Guter Anschluss an öffentliche Verkehrsmittel wie Bus und Bahn	73	54	62	75	90
Regelmäßige Gottesdienste	55	59	62	54	49
Gut erreichbare Fachärzte	54	39	47	60	61
Gute Möglichkeiten auszugehen	36	24	28	42	43
Interessante Sportangebote	34	34	33	36	33
Andere interessante Freizeitangebote für ältere Menschen	32	27	31	33	34
Ein breites Kulturangebot	30	18	22	33	39
Interessante Bildungsangebote	26	18	22	31	29
Hilfsangebote für ältere Menschen, z. B. Unterstützung beim Einkaufen	22	19	24	23	22

Basis: Bundesrepublik Deutschland, 65- bis 85-jährige Bevölkerung
Quelle: Generali Altersstudie 2013

Abbildung 4
Am Wohnort verwurzelt



Basis: Bundesrepublik Deutschland, 65- bis 85-jährige Bevölkerung
Quelle: Generali Altersstudie 2013

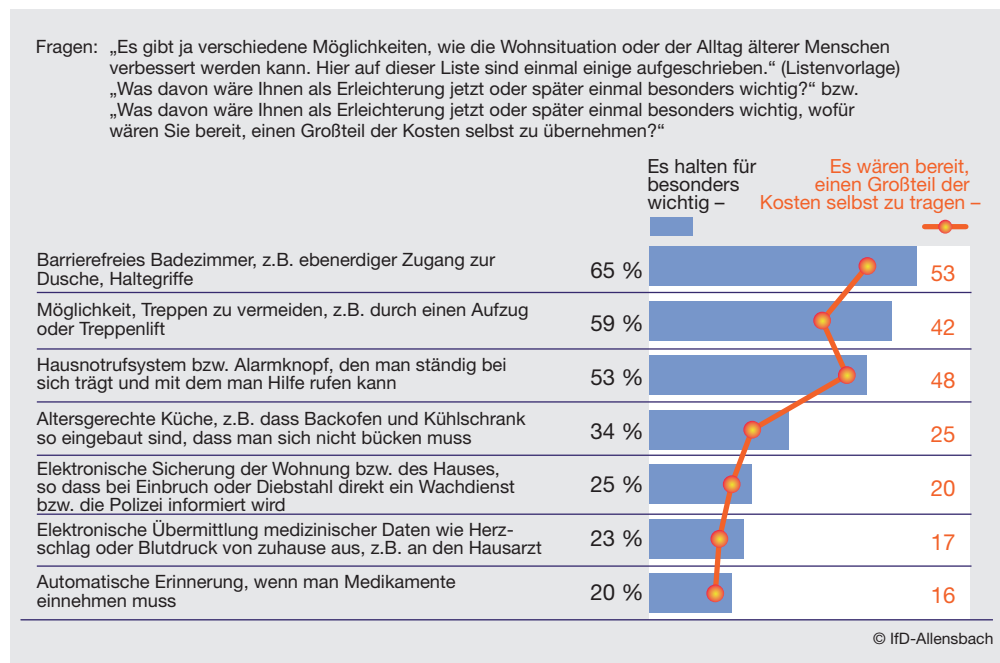
gemeinschaften sind – obwohl darüber in den Medien viel gesprochen wird – mit 19 bzw. 12 % für die Wenigsten eine bevorzugte Option (vgl. Generali 2012: 308 ff.). Für Ältere mit höherem Bildungsabschluss ist diese Option attraktiver, für gut ein Viertel ist eine eigene Wohnung in einem Mehrgenerationenwohnhaus und für 18 % eine Wohngemeinschaft mit Älteren erste Wahl. Dies ist überraschend und mag zum einen an einer Unkenntnis über diese Wohnformen liegen, andererseits bestätigen Untersuchungen den Wunsch nach autonomer Lebensführung im klassischen Wohnumfeld. Es besteht also eine sozial selektive Nachfrage nach innovativen Wohnprojekten im Alter, was auch bei Planungen nicht vergessen werden darf und differenzierte Wohnlösungen für die verschiedenen Altersgruppen erfordert.

Gleichwohl gibt es in Deutschland vielfältige Experimente im Bereich des vernetzten Wohnens, aber auch des „betreuten Wohnens“ und des Gemeinschaftswohnens. Dazu gehören verschiedene lokale Initiativen, die sich in den letzten Jahren gebildet haben. Die Verknüpfung von professionellem, semiprofessionellem und ehrenamtlichem Engagement führen in diesem Bereich teilweise zu innovativen Projekten.

2.2 Altengerechter Wohnungsbestand

Neuere Studien gehen davon aus, dass lediglich 1 bis 2 % des gesamten Wohnungsbestands in Deutschland altengerecht sind und rund 95 % aller Altenhaushalte mit Barrieren in der Wohnung leben müssen (von Stufen im Eingangsbereich bis zu engen Bädern) (vgl. BMVBS 2011). Zwar hat sich im Wohnungsbestand in den letzten Jahren baulich einiges verändert, dennoch gibt es noch immer Anpassungsdefizite gerade für ältere Menschen. Mehr als die Hälfte der Alten lebt in Gebäuden der Baujahre 1949 bis 1980. Das Baualter ist ein wichtiges Kriterium für die Beurteilung der Wohnqualität. So handelt es sich z. B. bei einer Vielzahl der Mietwohnungsgebäude aus den 1950er Jahren um drei- bis viergeschossige Zeilenhäuser mit Halbgeschossen und Hochparterre. Die Wohnungen sind meist als kleine Zwei- bis Dreizimmerwohnung mit kleinem Bad und kleiner Küche konzipiert. Für ältere Menschen mit körperlichen Einschränkungen eignen sich diese Wohnungen aufgrund der geringen Bewegungsflächen nur bedingt. Da diese Gebäude meist nicht über Aufzüge verfügen, stellen Treppen eine weitere Barriere dar. Auch die seit den 1970er Jahren insbesondere im Umfeld der Ballungszonen entstandenen Einfamilienrei-

Abbildung 5
Maßnahmen zur altengerechten Gestaltung der eigenen Wohnsituation



Basis: Bundesrepublik Deutschland, 65- bis 85-jährige Bevölkerung
 Quelle: Generali Altersstudie 2013

henhäuser entsprechen zumeist nicht den Anforderungen an die Barrierefreiheit.

Das durchschnittliche Einzugsalter in diese Siedlungen beträgt ca. 35 bis 40 Jahre. Die Eigentümer erreichen also in den nächsten Jahren genau das Alter, in dem die ersten altersbedingten physischen Einschränkungen auftreten. Bauliche Defizite könnten schon durch kleinere Veränderungen verbessert werden und zu einer Erhöhung der Lebensqualität bei gesundheitlichen Einschränkungen führen (z. B. Abbau von Schwellen, Verringerung der Barrieren im Badezimmer). Dadurch wäre der Wunsch nach Erhalt der Selbstständigkeit im Alter durch einen längeren Verbleib in der Wohnung zu erfüllen. Dabei setzen die 65- bis 85-Jährigen klare Prioritäten: Vor allem barrierefreie Badezimmer, die Vermeidung von Treppen sowie die Möglichkeit, über ein Hausrufsystem bzw. Alarmknopf ständig Hilfe rufen zu können (vgl. Abb. 5).

Diese Wünsche erklären sich daraus, dass sich mit zunehmendem Alter die physischen und kognitiven Fähigkeiten eines Menschen verändern und Umweltfaktoren für das eigene subjektive Wohlbefinden an Bedeutung gewinnen. Wichtige Aufgaben der Wohnraumanpassung im Alter sind neben der Forderung der selbstständigen Lebensführung bspw. auch die Vermeidung von Stürzen, die zumeist multifaktoriell verursacht sind. Zu den Risikofaktoren zählen neben gesundheitlichen Einschränkungen insbesondere Faktoren der räumlichen Umwelt wie Stolperfallen in der Wohnung, fehlende Bewegungsflächen im Sanitärbereich und schlechte Beleuchtung. Vieles kann durch relativ einfache Anpassungsmaßnahmen verbessert werden. Sicherheit im Alter wird so zu einem zentralen Thema und bietet zahlreiche Anknüpfungspunkte für ergänzende Umbaumaßnahmen und Dienstleistungskonzepte.

2.3 Vernetztes Wohnen

Inzwischen bieten verschiedene Wohnungsunternehmen Bausteine des vernetzten Wohnens an. Dazu gehört zumeist eine Vielzahl von hauswirtschaftlichen und anderen sozialen Dienstleistungen; das Spektrum der gewünschten Dienstleistungen reicht von Reinigungsdiensten für Wohnung und Gebäude über die Unterstützung beim Einkaufen, Mahlzeitendienste und Körperpflege. Oft zeigt sich allerdings eine

gewisse Zurückhaltung bei der Nutzung der kostenpflichtigen Dienste. Demgegenüber scheint die Bereitschaft, die Kosten zu übernehmen mit 48% relativ hoch. Dabei gibt es auch kaum Unterschiede zwischen Personen, die ihr eigenes Haus bewohnen oder Personen, die zur Miete wohnen. Allerdings sind solche Aussagen aufgrund anderer Untersuchungen etwas zu relativieren. Obwohl die generelle Zahlungsbereitschaft besteht, sinkt sie nach den Erfahrungen in verschiedenen Projekten, wenn gerade ältere Menschen mit den realen Kosten von Dienstleistungen konfrontiert sind. Hier ist noch viel Überzeugungsarbeit zu leisten und die Kommunikation von Leuchtturmprojekten wichtig.

2.4 Altengerechte Assistenzsysteme

In den letzten Jahren hat sich die Debatte um altengerechte Assistenzsysteme (AAL) in Deutschland ausgeweitet. Hier besteht sicherlich ein gewachsenes Potential, um ältere Menschen und Pflegebedürftige länger in ihren Wohnungen verweilen zu lassen (vgl. zusammenfassend Fachinger et al. 2012; Gersch/Liesenfeld 2012; Shire/Leimeister 2012). Wenn zusätzlich bestehende Bedenken gegenüber neuen technischen Assistenzsystemen abgebaut werden, könnten es diese Systeme älteren Menschen ermöglichen, länger in der eigenen Wohnung zu verweilen. Die zukünftigen Älteren werden sich von den heutigen Älteren hinsichtlich der Aufgeschlossenheit gegenüber technischen Innovationen signifikant unterscheiden. Bisher zeigt sich eine schleppende Umsetzung, wenngleich die Weiterentwicklung technischer Innovationen erhebliche Potenziale besitzt, positiv auf Autonomieerhalt und Lebensqualität im Alter einzuwirken. Die derzeit angebotenen Lösungen zum vernetzten Wohnen können technisch zumeist überzeugen, allerdings fehlt in der Regelversorgung noch die Akzeptanz. Empirische Untersuchungen zeigen zudem, dass die neuen technischen Lösungen oft als unpersönlich wahrgenommen werden. Deshalb sollten die Assistenzsysteme als soziotechnische Systeme nicht zu technikzentriert sein. Als technikgestützte Kommunikation gibt es schon seit Jahrzehnten das Hausnotruf-System, das insbesondere geschaffen wurde, um bei gesundheitlichen Notfällen sofort Hilfe zu organisieren. Diese Unterstützungssysteme können als Basis für ein vernetztes Wohnen

im Alter aufgefasst werden, wobei die technischen Komponenten (Sensorik etc.) weiterentwickelt wurden und sich in Richtung Telemedizin bewegen. Zielgruppe für technische Assistenzsysteme sind Menschen, die ihre Selbstständigkeit erhalten wollen, jedoch durch chronische Krankheiten oder altersbedingte Beeinträchtigung gefährdet sind und in einer Notsituation das Telefon zum Notruf nicht rechtzeitig erreichen würden (vgl. u. a. Müßig/Röhl 2011). Diese technische Maßnahme trifft nach den vorliegenden Daten der Generali Altersstudie auf relativ große Zustimmung und deshalb sollten auch aufwendigere Assistenzsysteme weiter erprobt werden, allerdings fehlt bisher die Umsetzung in der Breite. Ziel muss sein, ein Netzwerk aus kooperativen Dienst- und Technologieanbietern aufzubauen, das die Integration vorhandener Geräte und Infrastrukturen sowie vorhandener Dienstleistungen gewährleistet. Für die Zukunft sollte allerdings stärker die Maxime gelten: Die Technik muss den älteren Bewohnern dienen und sich auf das konzentrieren, was notwendig und auch bezahlbar ist.

Das Internet bietet zudem gesundheitsinteressierten Kunden und Patienten eine Fülle von Möglichkeiten, sich selbst zu orientieren und vom Austausch mit anderen Interessierten und Betroffenen zu profitieren (Stichworte: Selbsthilfe und Eigenverantwortung). In anderen westlichen Ländern (etwa den Niederlanden, Großbritannien oder den skandinavischen Ländern) scheinen sich AAL-Technologien bereits stärker etabliert zu haben, während in Deutschland technisch anspruchsvolle integrierte Wohnlösungen bislang nur in Modellprojekten realisiert werden. Nach einer neuen Umfrage würden in Dänemark 81% der Bevölkerung eine automatische Toilette bevorzugen, 69% würden sich durch eine Bade-Maschine waschen lassen und 54% einen Roboterarm zur Unterstützung beim Essen wählen, statt menschliche Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. AAL-Newsletter 2011). Wenngleich in Deutschland eine so hohe Affinität zu AAL-Technologien fehlt, könnten technologische Innovationen potenziell genutzt werden, um die Option des selbstständigen Lebens möglichst lange zu erhalten. Trotz aller euphorischen Ein-

schätzungen ist AAL (wie auch Telemedizin) von einem flexibleren Umfeld abhängig. Im deutschen Gesundheitswesen dominiert noch immer eine relativ ausgeprägte Segmentierung. Und dies gilt auch für den Bereich des Wohnens im Alter; hier etwa für das Verhältnis von Pflegediensten und der Wohnungswirtschaft.

Schaut man noch einmal in vergleichbare Länder, dann wird dort die notwendige enge Verflechtung zwischen dem Gesundheits-, dem Pflege- und dem Wohnungssektor sofort deutlich. Im schottischen Bezirk West Lothian ließ die Bezirksverwaltung zwischen 2002 und 2006 über 2 000 Wohnungen mit Sensoren versehen – für gerade einmal 2,1 Millionen Pfund. Installiert wurde ein einfaches Hausnotrufsystem, das die Daten von tragbaren Sturzsensoren, Bewegungs-, Rauch- und Gasmeldern im Notfall an ein Callcenter funkt. Dort beantwortet geschultes Personal Fragen und kontaktiert bei Bedarf Pfleger, Ärzte oder Angehörige.

Diese Technik konnte die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Pflegeheimen des Bezirks von 38 auf unter 10 Monate senken. Heute ist sie in 4 000 Wohnungen installiert. Dabei kostet die technische Betreuung weniger als halb so viel wie die Unterbringung in einem Pflegeheim. Nach dem Projektende in West Lothian hat die schottische Regierung den Ausbau der Alterstechnik landesweit gefördert. Mittlerweile haben über 30 000 Schotten Zugriff auf telemedizinische Dienstleistungen. Laut einer Studie des New Haven Research Center ließen sich in den letzten fünf Jahren eine halbe Million Krankenhaustage einsparen (Gast 2013: 28; vgl. auch Heinze 2013).

Genau an dieser integrativen Vorgehensweise fehlt es allerdings in Deutschland und deshalb überrascht es nicht, dass viele der vom Bund geförderten AAL-Projekte nicht den (vor allem von Technikern) erwarteten Durchbruch in der Praxis schaffen. Trotz des unübersehbaren Scheiterns vieler allzu techniklastiger Projekte, die sowohl die konkreten Bedürfnisse älterer Menschen als auch die schwierigen Abstimmungsprozesse zwischen den verschiedenen Versorgungslandschaften viel zu wenig berücksichtigt haben, kann auf diese Option nicht völlig verzichtet werden. Mit

der älter werdenden Bevölkerung wächst tendenziell der Bedarf an unterstützenden sozialen Dienstleistungen und intelligenten Assistenzsystemen für altengerechtes Wohnen und Leben. Vernetztes Wohnen meint in diesem Zusammenhang aber nicht nur die Einbindung von Informations- und Kommunikationstechnologien in der Wohnung, sondern auch die Vernetzung unterschiedlicher Branchen, Technologien und der jeweiligen Akteure. Angebote, die einen gleitenden Übergang von noch vollständiger Selbstständigkeit abgestuft bis zu betreuender und pflegender Unterstützung beinhalten, stehen in Deutschland erst am Anfang und man sollte einmal untersuchen, warum die vielen AAL-Pilotprojekte nicht den Sprung in die Regelumsetzung geschafft haben. Eine integrierte, quartiersbezogene Versorgungsstruktur (die auch vernetzte technische Assistenzsysteme beinhalten kann) impliziert einen erheblichen politischen Handlungsbedarf, der auf den unterschiedlichen Ebenen des politischen Systems ansetzt. Dass eine öffentliche Förderung solcher Modelle sinnvoll ist, kann durch Praxisbeispiele belegt werden. So kann eine gutes ambulantes Wohn- und Versorgungsangebot dazu führen, dass die Versorgungszahl im stationären Bereich geringer steigt als der Zuwachs an Pflegebedürftigen (vgl. u.a. Heinze et al. 2011: 215 ff.).

Die Verknüpfung von selbstständigem Leben im Alter mit Medizintechnik und Telemedizin könnte exemplarisch ein interessantes Handlungsfeld für soziale Innovationen und für neue Wertschöpfungsallianzen im Zuge des demografischen Wandels werden. „Homecare“ gilt als innovative Zukunftstechnologie, allerdings findet diese Neuentwicklung bei den Anbietern immer noch zu wenig Beachtung, sodass Deutschland als einstmaliges Zentrum medizinischen Fortschritts und medizintechnischer Pionierarbeit im internationalen Maßstab zurückfallen kann. Das Altern der Gesellschaft könnte hier eine wesentliche Schubkraft für verschiedene Formen von „Welfare Technologies“ entwickeln.

3 Wohnen im Quartier als zentrale Herausforderung einer alternden Gesellschaft

Es wird nicht ausreichen, Bestandswohnungen zu altengerechtem Wohnraum umzubauen oder ganze Seniorenwohnanlagen neu zu errichten. Vielmehr ist eine Aufwertung des gesamten Wohnquartiers erforderlich. Das vernetzte Wohnen im Quartier erfordert jedoch Verknüpfungen, die wiederum organisiert werden müssen und neue Finanzierungsstrukturen benötigen. Wenn es gelingt, die Versorgungssicherheit (d.h. das Zusammenspiel von Wohnen, Nahversorgung, medizinischer Versorgung, sozialen Kontakten und Begegnungsmöglichkeiten) quartiersbezogen zu organisieren und den Menschen in ihrer gewohnten Umgebung eine echte Perspektive bis ins hohe Alter zu bieten, kann dies dazu beitragen, dass weniger Pflegeplätze in Anspruch genommen werden müssen und dadurch Kosten verringert werden können.

3.1 Wohnen im Quartier erhält Lebensqualität und spart Kosten

Das „Bielefelder Modell“ ist ein Beispiel dafür, dass aufgrund eines guten ambulanten Wohn- und Versorgungsangebotes eine geringere Steigerung der Versorgungszahlen im stationären Bereich erreicht werden kann. Nach Angaben des Sozialamts der Stadt Bielefeld stieg die Zahl der Pflegebedürftigen von 2005 bis 2009 um 1 164 Personen. Von diesen wurden jedoch nur 26 im Heim versorgt, dagegen 1 138 Personen in ihrer eigenen Wohnung.

Um die Kommunen zu unterstützen, müssen „hierzu Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es den Kommunen ermöglichen, die umfassenden Aufgaben wahrzunehmen. Generell bedarf es der Festschreibung der prinzipiellen und spezifischen Umsetzungsverantwortungen für das gesamte Zielsystem und für einzelne Ziele. Damit würden Verantwortlichkeiten beschrieben, die weit über die derzeitige Rechtslage hinausgehen. Für die Wahrnehmung dieser Verantwortlichkeiten müssen entsprechende Ressourcen bereitgestellt werden. Hierzu sind neue Finanzierungsquellen mutig zu diskutieren. Gesamtwirtschaftlich lassen sich dadurch sogar Kosten

einsparen. Im Rahmen einer empirischen Studie zu sozialraumorientierten Versorgungsansätzen wurde nachgewiesen, dass die Kosten für Pflege und Betreuung älterer Menschen erheblich geringer sind als in herkömmlichen Versorgungsstrukturen“ (Michell-Auli 2011: 14; vgl. zur Rolle der Kommunen im demografischen Wandel auch Bogumil et al. 2013).

Qualitative empirische Studien („Mehrwertanalysen“) liegen vereinzelt für integrierte Wohn- und Versorgungsstrukturen vor (vgl. Netzwerk SONG 2008, 2009). Da es sich aber um Welfare-Mix-Analysen handelt, ist eine eindeutige fiskalische Bewertung schwierig.

3.2 Sorgende Gemeinschaften als neue Netzwerke

Nach derzeitigem Stand kann nachgewiesen werden, dass die Netzwerkeinbindung präventive Wirkungen hat und die Lebensqualität steigert. Mit Blick auf die wachsenden Herausforderungen im Bereich des Wohnens im Alter und der Pflege ist es eine zentrale Aufgabe, „sorgende Gemeinschaften“ aufzubauen, die sich in Kommunen schrittweise konstituieren und sich neben den Familien- und Verwandtschaftsnetzwerken ansiedeln müssen. In dem intelligenten und effizienten Zusammenwirken von Angehörigen, Freunden, Profis und bürgerschaftlich Engagierten liegt die Zukunft einer gelingenden Sorge für Menschen mit Unterstützungsbedarf. Inzwischen liegen auch verschiedene, an den Bedürfnissen in der Praxis orientierte, Wegweiser für das Wohnen im Alter vor, die sowohl praktische Tipps als auch Leuchtturmprojekte umfassen (vgl. u. a. BMFSFJ 2012; BMVBS 2010).

Nicht nur die Kommunen und die Wohnungswirtschaft müssen sich den veränderten Haushaltsstrukturen und den Wohnwünschen älterer Menschen anpassen. Entscheidend für Produkte und Dienstleistungen im Bereich Wohnen und Immobilien ist, dass das gesamte Wohnumfeld mit in die Betrachtung einbezogen wird. „Wohnen im Alter“ darf und wird sich deshalb künftig nicht mehr nur auf die Anpassung des unmittelbaren Wohnraumes beschränken können. Vielmehr gilt es, umfassende Konzepte zu entwickeln, die auch eine Anpassung des Wohnumfeldes, der quartiersbezogenen Infrastruktur sowie der Versorgung

mit Einkaufs- und sonstigen Dienstleistungsangeboten auf Stadtteilebene einschließen. Dies impliziert die Förderung von generationenübergreifenden Initiativen auf lokaler Ebene. In den letzten Jahren haben sich in Deutschland solche Netzwerke etabliert; oft starten sie themenbezogen, etwa die lokalen Bündnisse für Familien (von denen es inzwischen bundesweit rund 670 gibt) und weiten dann die Aktivitäten über Themen wie „Pflege und Beruf“ weiter aus. Bekannt geworden ist bspw. ein Projekt in Oberfranken (in Steinbach am Wald), wo es eine Reihe von vernetzten Aktivitäten gibt, die sich mit der Gestaltung des demografischen Wandels auseinandersetzen und auch bei der Betreuung Älterer mit Pflegebedarf aktiv sind (vgl. www.lebensqualitaet-fuer-generationen.net).

Ohne quartiersnahe Versorgungskonzepte und einen Welfare-Mix wären Ältere alternativlos auf eine Heimunterbringung angewiesen. Einen Umzug in eine stationäre Einrichtung lehnen jedoch die meisten älteren Menschen nach verschiedenen Umfragen ab. In lokalen, wohnquartiersbezogenen Projekten kann man den Verbleib in der eigenen Wohnung ermöglichen, aber nur dann, wenn sowohl technische Assistenz als auch soziale Betreuung (professionelle wie ehrenamtliche Hilfen) eingesetzt werden. Hervorzuheben ist auch der ansteckende Charakter solch lokaler Netzwerke, die insgesamt eine Aktivierung des Bürgerengagements und der Generationenbeziehungen bewirken. Wenn man bedenkt, dass die ältere Generation noch in beachtlichem Maße ehrenamtlich aktiv ist und nach der Generali Altersstudie auch noch große Potenziale für die Ausweitung dieses Engagements bestehen, dann zeigt sich ein zukunftsweisender Weg, um die Chancen des demografischen Wandels zu nutzen.

Im Expertendialog der Bundeskanzlerin wurden solche strategischen Optionen unter dem Begriff der „sorgenden Gemeinschaften“ ebenfalls vorgeschlagen: „Eine vernetzte Versorgung aller Generationen im Wohnquartier spielt künftig eine noch größere Rolle. Hierüber sollen das Ineinandergreifen der unterschiedlichen Hilfen und Unterstützungsformen gefördert, die starren Sektorenabgrenzungen gelockert und verschiedene Professionen vernetzt werden. Große Chancen könnten in der Kooperation eines Akteurs sozialer Dienste,

eines Kostenträgers (Kranken- und Pflegeversicherung) und der Wohnungswirtschaft liegen, da es auf diese Weise gelingen kann, die ohnehin geforderte Netzwerkbildung zu stärken. Mit der Implementierung von quartiersbezogenen Versorgungssystemen ist das Ziel verbunden, ein Leben und Sterben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen“ (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung 2012: 32 f.).

3.3 Schnittstellenmanagement

Konkret abgeleitet wird daraus auch der Vorschlag für ein neues, integriertes Schnittstellenmanagement. „Damit die notwendigen Schnittstellen zu den potenziellen Anwendungsbereichen funktionieren, müssen neue Kooperationsformen zwischen Wohnungsunternehmen, sozialen und Gesundheitsdiensten, der Kommunikationswirtschaft sowie Sozialleistungsträgern und Versicherungen entwickelt werden. Technische Assistenzsysteme müssen letztendlich in den Leistungskatalog der Versicherungen und Pflegekassen aufgenommen werden. Dieser Weg wird aber nur beschritten, wenn es zu einer Initiative der Bundesregierung kommt, die über die derzeitigen strategischen Vorschläge zur Reform der Pflegeversicherung hinausgeht“ (vgl. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung 2012: 28).

Für soziale Aufgabenfelder wie das „vernetzte Wohnen“, die quer zu den etablierten Strukturen liegen, ist es schwierig, adäquate Finanzierungsstrukturen aufzubauen. Im deutschen System der sozialen Dienste existiert ein hoher Regulierungsgrad entlang der Säulen der Sozialgesetzgebung, der häufig mit den etablierten Strukturen der Wohlfahrtsproduktion kongruent ist. Neue integrative Angebote stoßen in dieser Landschaft auf zahlreiche institutionelle Hürden. Es existiert für sie häufig keine klare öffentliche Finanzierungsverantwortung. Im Feld der etablierten Aufgaben finden sich zudem häufig geschlossene Märkte, da weiterhin bestehende korporatistische Routinen überwiegen und die Fachverwaltungen als Kostenträger und die etablierten Anbieter aus der Verbändelandschaft eng verwoben sind. Zudem bringen öffentliche Kostenträger neuen Akteuren oft Misstrauen entgegen. Die ausgeprägte institutionelle Segmentierung der Politikfelder mit spezifischen Spielregeln prägt

den deutschen Wohlfahrtsstaat seit seiner Entstehung und erschwert eine sektorenübergreifende Aufgabenbewältigung, wie sie für eine nachhaltige Demografiepolitik notwendig wäre (vgl. die Beiträge in Evers/Heinze 2008). International vergleichende Wohlfahrtsstaatsanalysen sprechen mit Blick auf Deutschland von einer „frozen welfare state landscape“ (Esping-Andersen 1999).

Vor dem Hintergrund einer abgeschotteten Politiksegmentierung ist es keine leichte Aufgabe, auf lokaler Ebene kleinteilig vernetzte Versorgungsstrukturen zu etablieren, die es älteren Menschen ermöglichen, notwendige Versorgung und Dienstleistungen einschließlich Pflege und Betreuung innerhalb ihres Quartiers zu erreichen und so in ihrem Wohnumfeld soziale Kontakte zu erleben und zu pflegen. Ganz zu schweigen davon, ihnen die Teilhabe am öffentlichen Leben sowie erweiterte Formen des Zusammenlebens über die Generationen hinweg und ein Altern in Würde zu ermöglichen. Eine solche sozialintegrierte, vernetzte Versorgung setzt ein strategisches Umdenken der zentralen Akteure voraus. Innerhalb eines neu gestalteten wohlfahrtsstaatlichen Arrangements muss dabei gewährleistet werden, dass sich die Stärken und Schwächen der verschiedenen Träger sozialer Dienstleistungen optimal ergänzen, anstatt zu konkurrieren.

Der soziale Dienstleistungssektor und die ihn konstituierenden Organisationen sind zunehmend hybrid (Evers/Ewert 2010). Die betriebswirtschaftlichen Reorganisationen der Wohlfahrtsproduktion haben in den letzten Jahren dazu geführt, dass die Trennschärfe der Anbieter zunehmend verloren geht. In dem Maße, in dem bspw. Wohlfahrtsverbände aus betriebswirtschaftlichem Kalkül eigenständige Tochterunternehmen gründen, die steuer- und arbeitsrechtlich nicht mehr als gemeinnützig gelten, verschwimmen die Grenzen zu privat-gewerblichen Unternehmen. Auf der anderen Seite ist der privat-gewerbliche Bereich nicht ausschließlich durch Renditeorientierung bestimmt. Vielmehr finden sich auch hier solche Unternehmen, für die die selbstbestimmte Arbeitsweise die primäre Handlungsorientierung darstellt. Diese hybriden Organisationen, die mehrere Handlungsorientierungen aufweisen, können auch als Social Entrepreneurship

bezeichnet werden (vgl. dazu die Beiträge in Hackenberg/Emptner 2011 sowie Jansen et al. 2013).

Soziale Dienstleister zwischen Gemeinnützigkeit und Rendite

Insbesondere der Altenpflegebereich ist durch eine Vielzahl unterschiedlicher Organisationen mit hybridem Charakter geprägt. Auch nach der durch das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) eingeleiteten Aufhebung der Privilegierung der wohlfahrtsverbandlichen Anbieter werden noch immer knapp 60% der stationären Pflegeplätze von freigemeinnützigen Trägern angeboten. Unterdurchschnittliche Wachstumsquoten führten jedoch dazu, dass die privat-gewerblichen Anbieter in den letzten Jahren Marktanteile gewonnen haben. Dies gilt vor allem für die ambulante Pflege; hier werden mittlerweile 45% aller Pflegebedürftigen von ambulanten Diensten in privat-gewerblicher Trägerschaft betreut. Aus diesen Verschiebungen der Marktanteile kann jedoch weder pauschalierend auf eine Vermarktlichung des Sektors noch auf eine weiterhin hohe Dominanz gemeinnütziger Organisationen geschlossen werden. Hinter dieser Differenzierung verbirgt sich nämlich eine Vielzahl von Organisationen, deren Zuordnung zu den einzelnen Anbieter-typen durchaus zu hinterfragen ist. Dem Typus „wohlfahrtsverbandlich“ werden auch solche Organisationen zugeordnet, die durchaus erwerbswirtschaftliche Ziele verfolgen bzw. betriebswirtschaftlichen Maximen folgen. Im privat-gewerblichen Sektor finden sich sowohl Einrichtungen, die zu großen, zum Teil international agierenden und börsennotierten Konzernen mit erheblichen Renditeerwartungen gehören, als auch sehr kleine, fast familiär geführte Pflegeheime, die eher einen subsistenzwirtschaftlichen Charakter aufweisen. Hinzu kommt eine Reihe von Einrichtungen, die zwar einen öffentlichen Gesellschafter haben, aus verschiedensten Gründen jedoch nach privat-wirtschaftlichen Prinzipien und in entsprechenden Rechtsformen geführt werden. Vor allem im Bereich der „alternativen“ Wohn- und Versorgungsformen für ältere Menschen gibt es viele Initiativen und Organisationen, die sich im Hinblick auf Handlungsorientierung und den Grad der Professionalisierung von den etablierten Anbietern unterscheiden (vgl. Schneiders 2010).

Sozialpolitische Innovationen können dementsprechend nicht alternativ als Frage des Wohlfahrtsstaates oder der Privatisierung diskutiert, sondern müssen als Problem der Verzahnung aufgefasst und politisch gesteuert werden. In diesem Prozess müssen die öffentlichen Institutionen (von den Kommunen bis hin zu den quasi-öffentlichen Wohlfahrtsverbänden) im Sinne eines neuen Managements sozialer Sicherheit einen Paradigmenwechsel von bürokratischer Organisation und Planung zu einer Vernetzungsinstanz vollziehen. Eine Resozialisierung der sozialpolitischen Großorganisationen, die gerade in Deutschland lange Tradition haben, ist angesagt. Der erste Schritt innerhalb einer experimentellen Innovationsstrategie ist die Entwicklung entsprechender Diskussions- und Planungsformen, um nach einer Bestandsaufnahme der Potenziale die Ressourcen der lokalen Akteure zu bündeln. Durch die Vernetzung werden Synergieeffekte angestoßen, sodass neue innovative Projekte in verschiedenen Sozialfeldern generiert werden. Es wurde bereits auf die lokalen Allianzen etwa zu Themen wie „Beruf und Familie“ oder „Pflege und Beruf“ hingewiesen. Diese von Regierungsseite angestoßenen Netzwerke entfalten ihre lokale Wirkung sowohl durch eine Verzahnung der wesentlichen Akteure als auch durch eine querschnittbezogene Herangehensweise. Damit erodieren schrittweise traditionelle Abschottungen. Und auch wenn es keinen allgemeinen Entwicklungspfad der Dienstleistungsproduktion mehr gibt, ist die „zentrale Steuerungs-metapher weder die Hierarchie noch der Markt (ist), sondern das Netzwerk und die intelligente Verknüpfung unterschiedlicher Steuerungsmodi“ (Jann 2006: 32).

4 Fazit

Alle bislang vorliegenden Erfahrungen zeigen, dass der Wandel von Regulationsstrukturen nur über experimentell ausgerichtete und manchmal konfliktreiche Planungs- und Gestaltungsprozesse möglich ist. Die Zusammenarbeit wird oft dadurch beeinträchtigt oder kommt überhaupt nicht zustande, weil einzelne Akteure befürchten, übervorteilt zu werden. Der Staat hat sich so in eine Zwickmühle hinein manövriert: Die Erwartungen gerade hinsichtlich der Absicherung elementarer Risiken sind

in entwickelten Wohlfahrtsstaaten enorm hoch, während die Handlungsoptionen durch die Abhängigkeit von einer funktionierenden Ökonomie und die enorme Verschuldung der öffentlichen Haushalte immer stärker begrenzt werden. „Als Ergebnis geht die Fähigkeit der Politik, gestaltend auf gesellschaftliche Problemlagen einzuwirken, immer mehr zurück, was wiederum die ohnehin abnehmende Bereitschaft der Gesellschaft weiter verringert, dem Staat finanzielle Mittel zur Bearbeitung legitimationsrelevanter gesellschaftlicher Probleme zuzugestehen. Die Folge ist ein Teufelskreis, in dem die schwindende Handlungsfähigkeit des Staates das Vertrauen der Gesellschaft in die Politik und damit die wichtigste Voraussetzung für eine Wiederherstellung der staatlichen Handlungsfähigkeit zunehmend untergräbt“ (Streeck/Mertens 2010: 14; vgl. auch Heinze 2009).

Genau in dem Moment, in dem von wohlfahrtsstaatlichen Arrangements vielfältige Leistungen erwartet werden, sinkt tendenziell deren Niveau lässt die Hoffnung auf Verbesserung verblassen. Demgegenüber steigen die Armutsrisiken bei sinkendem Niveau – dies wird aufgrund der gebrochenen Erwerbsbiographien auch zunehmend ältere Personen treffen (Heinze 2011). Mit den Herausforderungen des demografischen Wandels verbinden sich Zukunftsängste, die zu der Position führen, alles „beim Alten“ lassen zu wollen oder eine Strategie der Problemverschiebung präferieren. Diese Haltung, die grob mit der Formel „Muddling through“ umschrieben werden kann, prägt insgesamt seit langem das politisch-administrative System in Deutschland. Mit einer klassischen „Weiter-so-Strategie“ können die gesellschaftlich notwendigen Ordnungsleistungen der Politik gerade im Feld der Demografie nicht mehr bewerkstelligt werden. Gefragt ist ein Umbauprozess in Richtung auf eine bessere Balance zwischen Staat, Markt und aktiver Gesellschaft, wofür aber kein Drehbuch vorliegt. „Dialektisch führt der Weg vom aktivierenden Sozialstaat wieder zurück – und zugleich vorwärts – zur aktiven Gesellschaft“ (Schwengel 2008: 329): „It’s the society stupid“. Mit Blick auf die Ergebnisse der Generali Altersstudie über die vorhandenen Potenziale der Älteren, deren gute Netzwerkeinbindung und auch deren

Bereitschaft, soziale Ungleichheit innerhalb ihrer Generation und zwischen den Generationen zu verringern, braucht man nicht unbedingt in Pessimismus verfallen. Die Politik darf sich aber nicht auf die Sanierung der öffentlichen Haushalte mit dem Trend zur Verschiebung der Verantwortung auf die Bürger und eine generelle Anspruchssenkung beschränken, sondern muss neue Strukturen schaffen. Dazu gehören neben dem Aufbau eines neuen Wohlfahrtsmix auch neue Zeitstrukturen, die auf lokaler Ebene sozial abgestimmte Zeittakte schaffen, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder auch Pflege und Beruf und generell ein besseres Zusammenleben der Generationen gewährleisten.

Um solch anspruchsvolle Versorgungslösungen realisieren zu können, muss jedoch in Deutschland und speziell auch in den Kommunen noch ein Klima der Innovationsbereitschaft erzeugt werden. „Die Politik muss innovativer denken; die sozialwirtschaftlichen/sozialunternehmerischen Anbieter der Einrichtungen müssen die Möglichkeiten nicht-stationärer Konzepte als Modernisierung ihres nicht nur architektonisch-wohnkonzeptionellen Designs, sondern auch ihrer normativen Handlungslogik begreifen und willentlich akzeptieren“ (Schulz-Nieswandt et al. 2012: 117 f.; vgl. auch Hüther/Naegele 2013). Ohne neue Initiativen des Bundes und der Länder dürfte dieser Politikwechsel kaum gelingen. Wenn auch die sozialräumliche Dimension sozialer Versorgung insbesondere bei älteren Menschen erkannt wird und „Community Building“ ein Schlüsselwort für neue Kooperationen zwischen sozialen Diensten, Netzwerken, Kommunen und anderen Trägern (bspw. der Wohnungswirtschaft) geworden ist, bleiben noch viele Handlungsvorschläge im Konzeptionellen stecken. Dennoch hat sich eine lebendige Praxis vernetzten, altengerechten Wohnens in vielen Regionen entwickelt, die zunehmend auch aufgegriffen wird. Die „Best-Practice-Projekte“ ambulanter Versorgungs- und Pflegeangebote als Zwischenschritt zwischen dem Verbleib in der Wohnung und der stationären Pflege in einer Einrichtung scheinen vor dem Hintergrund der wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen in der Politik angekommen zu sein.

Literatur

- AAL-Newsletter vom 14.11. 2012: „Dänen sagen Ja zur Technik in der Pflege“. <http://partner.vde.com/bmbfaal/newsletter>.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2012: Länger zuhause leben. Ein Wegweiser für das Wohnen im Alter. 2. Auflage. Berlin.
- BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hrsg.), 2010: Altersgerecht umbauen – 20 Modellvorhaben. Berlin.
- BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hrsg.), 2011: Wohnen im Alter. Forschungen, Bd. 147. Berlin.
- Bogumil, J.; Gerber, S.; Schickentanz, M., 2013: Handlungsmöglichkeiten kommunaler Demografiepolitik. In: M. Hüther, M.; Naegele, G. (Hrsg.), Demografiepolitik. Herausforderungen und Handlungsfelder, a.a.O., S. 259 ff.
- Esping-Andersen, G., 1999: Social foundations of post-industrial economies. Oxford.
- Evers, A.; Heinze, R.G. (Hrsg.), 2008: Sozialpolitik: Ökonomisierung und Entgrenzung. Wiesbaden.
- Evers, A.; Ewert, B., 2010: Hybride Organisationen im Bereich sozialer Dienste. Ein Konzept, sein Hintergrund und seine Implikationen. In: T. Klatetzki (Hrsg.): Soziologische Perspektiven sozialer Dienstleistungsorganisation, Wiesbaden, S. 103 ff.
- Fachinger, U.; Koch, H.; Henke, K.-D.; Troppens, S.; Braeseke, G.; Merda, M., 2012: Ökonomische Potenziale altersgerechter Assistenzsysteme. Vechta/Berlin.
- Gast, R., 2013: Der unsichtbare Pfleger. In: Die Zeit vom 3.1. 2013 (Nr. 2), S. 27 f.
- Generali Zukunftsfonds (Hrsg.); Institut für Demoskopie Allensbach, 2012: Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Frankfurt.
- Gersch, M.; Liesenfeld, J. (Hrsg.), 2012: AAL- und E-Health-Geschäftsmodelle. Wiesbaden.
- Hackenberg, H.; Empter, S. (Hrsg.), 2011: Social Entrepreneurship – Social Business: Für die Gesellschaft unternehmen. Wiesbaden.
- Heinze, R.G., 2009: Rückkehr des Staates? Politische Handlungsmöglichkeiten in unsicheren Zeiten. Wiesbaden.
- Heinze, R.G., 2011: Die erschöpfte Mitte. Zwischen marktbestimmten Soziallagen, politischer Stagnation und der Chance auf Gestaltung. Weinheim/Basel.
- Heinze, R.G., 2013: Anpassung oder Gestaltung? Institutionelle und kulturelle Erblasten in der Demografiepolitik. In: Hüther, M.; Naegele, G. (Hrsg.), Demografiepolitik, a.a.O., S. 49 ff.
- Heinze, R.G.; Naegele, G.; Schneiders, K., 2011: Wirtschaftliche Potentiale des Alters. Stuttgart.
- Heinze, R.G.; Ley, C., 2009: Vernetztes Wohnen: Ausbreitung, Akzeptanz und nachhaltige Geschäftsmodelle, Abschlussbericht. Berlin/Bochum.
- Hüther, M.; Naegele, G. (Hrsg.), 2013: Demografiepolitik. Herausforderungen und Handlungsfelder. Wiesbaden.
- Hüther, M.; Naegele, G., 2013: Demografiepolitik und Demografiestrategie – Was notwendig ist. In: Hüther, M.; Naegele, G. (Hrsg.), Demografiepolitik. Herausforderungen und Handlungsfelder, a.a.O., S. 365 ff.
- Jann, W., 2006: Governance als Reformstrategie – Vom Wandel und der Bedeutung verwaltungspolitischer Leitbilder. In: Schuppert, G.F. (Hrsg.), Governance-Forschung. 2. Auflage. Baden-Baden, S. 21 ff.
- Jansen, S.A.; Heinze, R.G.; Beckmann, M. (Hrsg.), 2013: Sozialunternehmen in Deutschland: Analysen, Trends und Handlungsempfehlungen. Wiesbaden (i.E.).
- Mahne, K.; Naumann, D.; Block, J., 2010: Das Wohnumfeld Älterer. In: Motel-Klingebiel, A.; Wurm, S.; Tesch-Römer, C. (Hrsg.), Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS), Stuttgart, S. 142 ff.
- Michell-Auli, P., 2011: Quartiersentwicklung – Ziele, Verantwortlichkeiten und politischer Handlungsbedarf (hrsg. vom KDA). Köln.
- MGEPA – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, 2012: Konzept „Masterplan altengerechtes Quartier“, http://www.mgepa.nrw.de/alter/leben_im_alter/leben_im_quartier/masterplan_altengerechtes_quartier/index.php.
- Müßig, M.; Röhl, S., 2011: Mobiles Notfallmanagement. In: Horneber, M.; Schoenauer, H. (Hrsg.), Lebensräume – Lebensräume. Innovative Konzepte und Dienstleistungen für besondere Lebenssituationen, Stuttgart, S. 106 ff.
- Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG), 2008 und 2009: Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden (verschiedene Themenhefte). Gütersloh (www.zukunft-quartier.de).
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (Hrsg.); Bundeskanzleramt (Koordination), 2012: Dialog über Deutschlands Zukunft. Ergebnisbericht des Expertendialogs der Bundeskanzlerin 2011/2012. Berlin (www.dialog-ueber-deutschland.de).
- Schneiders, K., 2010: Von Altenheim zum Seniorservice. Institutioneller Wandel und Akteurkonstellationen im sozialen Dienstleistungssektor. Baden-Baden.
- Schulz-Nieswandt, F.; Köstler, U.; Langenhorst, F.; Marks, H., 2012: Neue Wohnformen im Alter. Stuttgart.
- Schwengel, H., 2008: Society matters. Die kommunikationspolitische Dialektik von aktiver Gesellschaft und aktivierendem Sozialstaat. In: Evers, A.; Heinze, R.G. (Hrsg.), Sozialpolitik: Ökonomisierung und Entgrenzung, a.a.O., S. 321 ff.
- Shire, K.A.; Leimeister, J.M. (Hrsg.), 2012: Technologiegestützte Dienstleistungsinnovation in der Gesundheitswirtschaft. Wiesbaden.
- Streeck, W.; Mertens, D., 2010: Politik im Defizit. Austerität als fiskalpolitisches Regime, MPIfG Discussion Paper Köln (10/5).
- Tanzmann, F., 2012.: Wohnen. In: Binkert, H. (Hrsg.), Vielfalt des Alters (INSA-Studie 50plus), Erfurt, S. 89 ff.