

François Höpflinger

Alter und Altern – wichtige Trends und Versorgungsfragen im urbanen Raum

Bericht im Auftrag der Stadt Zürich; März 2019

Management Summary - Zusammenfassung

Altern im urbanen Raum: Grossstädte sind bewegte Lebensorte und damit auch im Alter eine stimulierende Umgebung („Stadtluft verjüngt“), die aber auch zu Anonymität und Isolation beitragen kann. Grossstädte bieten Raum für spezialisierte Angebote. Entsprechend sind Koordination und Vernetzung von Altersangeboten eine permanente Herausforderung.

Leben und Wohnen im Alter: Wohnqualität und Wohnzufriedenheit älterer Menschen sind sehr hoch (was den Nachteil einschliesst, dass viele Menschen altersnotwendige Wohnanpassungen zu spät angehen). Die überwiegende Mehrheit älterer und alter Menschen lebt weiterhin in altersunangepassten, normalen Wohnverhältnissen (private Ein- und Zweipersonenhaushalte in normalen Wohnungen). Neue Wohnformen im Alter gewinnen an Bedeutung, etwa Altershausgemeinschaften oder Mehrgenerationenwohnen. Gegenwärtig zeigt die überwiegende Mehrheit älterer Menschen eine klare Vorliebe für generationengemischtes Wohnen.

Selbständig in einer privaten Wohnung zu leben, ist bei ausgeprägter körperlicher Fragilität im Alter am ehesten unter zwei Bedingungen möglich: Erstens sollten Wohnung und Wohnzugang hindernisfrei sein. Zweitens sollte eine gute Unterstützung, Betreuung und Pflege zuhause vorliegen, durch ambulante Pflegestrukturen (Spitex) und unterstützende soziale Netze (Angehörige, Freunde, Nachbarn). Tatsächlich ist betreutes Wohnen (Wohnen mit Service) auch bei starker Hilfe- und Pflegebedürftigkeit möglich, namentlich wenn betreute Alterswohnungen betriebswirtschaftlich an Alters- und Pflegezentren angegliedert sind. Auch mit Demenz zuhause zu leben, ist bei guter Begleitung und Betreuung in Anfangsphasen der kognitiven Einschränkungen möglich. Bei fortgeschrittener Demenzerkrankung sind hingegen oft demenzgerechte Wohnformen notwendig, die noch vorhandene Kompetenzen mobilisieren und emotionale Zugänge zu den demenzerkrankten alten Menschen öffnen.

Hin zu einer kompetenzorientierten Alterspolitik: Genossenschaftliche Projekte, Freundschaftsbeziehungen ebenso wie Share-Economy, Teamarbeit sowie familiäre Beziehungen erfuhren in den letzten Jahren eine Neu-Aufwertung. In diesem Rahmen gewannen auch Nachbarschaftsbeziehungen und Nachbarschaftshilfe eine verstärkte Aufmerksamkeit, auch weil im höheren Lebensalter gute Nachbarschaftsnetzwerke ein wichtiges Element sozialer Unterstützung bedeuten.

Neben einer Alterspolitik zugunsten pflegebedürftiger, vereinsamer und sozial benachteiligter alter Menschen gewinnt in dynamischen Städten deshalb eine kompetenzorientierte Alterspolitik an Gewicht, weil demografisch alternde Gesellschaften ohne Nutzung der Erfahrungen, Kompetenzen und Ressourcen pensionierter Frauen und Männer nicht mehr funktionieren. Eine kompetenzorientierte städtische Alterspolitik fördert, vernetzt und anerkennt soziales Engagement älterer Generationen und sie unterstützt entsprechende

zivilgesellschaftliche Projekte, sei es im Sinne von ‚Senioren helfen Senioren‘; sei es aber auch im Sinne generationenübergreifenden Aktivitäten (z.B. Pensionierte als Mentoren für junge Menschen).

Hilfe, Unterstützung und Pflege im Alter: Es zeigt sich kein Trend, dass Angehörige heute weniger bereit sind als früher, sich um hilfe- und pflegebedürftige Familienmitglieder zu kümmern. Sozio-demografisch bedingt sinkt Angehörigenpflege Dies primär aus zwei Gründen: Erstens zeigen sich immer häufiger Paarkonstellationen, in denen beide Partner fragil und hilfebedürftig sind. Zweitens erhöht sich gerade in Grossstädten der Anteil an alten Menschen ohne Nachkommen bzw. ohne Nachkommen in Wohnortsnähe. Inhaltlich ergibt sich zwischen informeller und formeller Hilfeleistungen heute oft eine Aufgabenteilung: Familienmitglieder und ausserfamiliale Netze fokussieren auf Aufgaben im Bereich Betreuung, Hauswirtschaft und Administration. Professionelle Fachpersonen und -dienste übernehmen ihrerseits mehr Leistungen der Grund- und Behandlungspflege.

„Ambulant vor stationär“ wurde zum zentralen Prinzip in der Gestaltung heutiger Alterspflege und tatsächlich lässt sich eine Verlagerung von stationären Pflegeangeboten zur ambulanten Pflege feststellen (und die Priorität ambulanter Pflege entspricht weitgehend auch den Wünschen alter Frauen und Männer). Grundsätzlich bedeutsam und realisierbar sind beim Prinzip ‚ambulant vor stationär‘ aber auch Vorbehalte und Grenzen zu beachten:

- a) Die Dichotomie ‚ambulant-stationär‘ entspricht immer weniger der Realität, weil dank Aufbau von teilstationären Angeboten (Tages- bzw. Nachtaufenthalten) oder Formen der Übergangspflege mehr intermediäre Pflegestrukturen entstanden sind.
- b) Professionelle ambulante Pflege ist nur bei leichter bis mittelschwerer Pflegebedürftigkeit klar kostengünstiger als eine stationäre Pflege (wobei in Städten – dank kürzeren Reisedistanzen – der Kostenvorteil ambulanter Pflege länger erhalten bleibt als in Bergregionen). Kostenvorteile ambulanter Pflege verschwinden bei ausgeprägtem Pflegebedarf (und wenn keine pflegende Angehörige im Haushalt oder im Haus verfügbar ist).
- c) Sozio-medizinische Pflege genügt bei sehr alten, fragilen und oft polymorbiden Menschen allein nicht. Zentral sind gleichzeitig hauswirtschaftliche und administrative Unterstützungsleistungen sowie eine gute soziale Begleitung (um Vereinsamung, Mangelernährung oder inadäquate Medikation zu vermeiden).

Eine integrierte Pflege im Alter verknüpft idealerweise alle drei Dimensionen (Unterstützung im Alltag, Betreuung und Begleitung (inkl. Stärkung sozialer Kontakte) und Pflege (Behandlungs- und Grundpflege). Integrierte Pflegemodelle für Menschen im hohen Lebensalter können unterschiedlich organisiert werden, aber es besteht unter Fachleuten zunehmend mehr Konsens, dass in Zukunft Wohnen, Begleitung und Pflege stärker als bisher integriert werden müssen. Die Alterspflege-Institutionen verstehen sich in neuen Pflegemodellen als Dienstleistungsunternehmen, die pflegebedürftigen alten Menschen ein selbstbestimmtes Leben in einer von ihnen bevorzugten Wohnumgebung ermöglicht. Die Infrastruktur ist nicht mehr zwingend zentral und gross, sondern eher klein und dezentral (sozialraumorientiert). Allerdings sind neben quartierbezogenen Einrichtungen speziell in grossen Städten noch stärker als früher spezialisierte Angebote notwendig (Demenzpflegewohngruppen, gerontopsychiatrische Kliniken, palliative Hospize oder milieuspezifische Pflegeangebote).

Alter und Technik: Technische Geräte können Kraftverluste kompensieren und der Einsatz moderner Assistenzsysteme kann selbständiges Wohnen auch bei altersbezogenen Einschränkungen erleichtern und Wohnsicherheit erhöhen. Ein klarer Effekt auf eine

Verzögerung eines Heimeintritts lässt sich hingegen (noch) nicht feststellen, weil die Gründe für einen Heimeintritt vielfach multidimensional sind,

Die Technikakzeptanz bei älteren Menschen ist ansteigend, weil mehr Menschen pensioniert werden, die schon längere Erfahrungen mit neuen Technologien gemacht haben. Für einen positiven Einsatz neuer Technologien im Alter ist jedoch häufig das soziale Netz entscheidend. Erst ein gutes Zusammenspiel von Technologie und sozialer Unterstützung führt zu einer optimalen Nutzung neuer Technologien im Alter.

Out-of-the-Box: Zusätzlich zu den klassischen Themen einer Alterspolitik werden in dynamischen Grossstädten weitere Themen bedeutsam, wie a) Alter und Sicherheit (und Kooperation mit der Polizei), b) Alter und Tourismus (weil eine altersfreundliche Stadt auch für ältere (Kongress-)Touristen attraktiv ist), c) Klimawandel und Alter (weil Hitzetage vor allem alte Menschen gefährden) und d) Innovationsstadt Zürich und Alter (weil es immer wichtiger wird, dass auch ältere Stimmbürger und Stimmbürgerinnen eine positive Haltung zu Innovationen aufbringen).

1 Altern im urbanen Raum – Besonderheiten und Herausforderungen

Das Altern in einer Grossstadt unterscheidet sich vom Altern in kleineren Städten und Gemeinden in verschiedenen Aspekten. Dies gilt insbesondere für international orientierte Innovations- und Wirtschaftsmotoren wie die Stadt Zürich.

Erstens: *Grossstädte waren und sind immer bewegte Lebensorte*. Sie sind Orte ständigen gesellschaftlichen Wandels und Vorreiter neuer Kulturströmungen. In Städten leben und bewegen sich Menschen unterschiedlicher Kulturen, Lebensvorstellungen und Lebensinteressen. Gleichzeitig sind Städte mit ihren Universitäten und Fachhochschulen eher jugendlich bestimmte Lebens- und Kulturwelten. Ältere und alte Menschen sind dadurch gleichzeitig mit positiven wie negativen Anregungen konfrontiert: Die Stadt ist eine stimulierende Umgebung auch im Alter, die aber auch zu Anonymität und Isolation beitragen kann. *Während gesunde, gebildete und wohlstuierte ältere Menschen vom städtischen Leben stimuliert und sozio-kulturell verjüngt werden¹, besteht bei anderen Gruppen älterer Menschen die Gefahr einer Überforderung und Desorientierung durch neue soziale und kulturelle Entwicklungen*. Entsprechend braucht es in Städten besondere Anstrengungen, die Lebensqualität älterer Menschen zu schützen, die aus gesundheitlichen oder sozialen Gründen Gefahr laufen aus einer dynamischen, leistungs- und jugendorientierten städtischen Lebenswelt ausgegliedert zu werden.

Zweitens: *Diversität und Vielfalt sind Grundmerkmale jeder grösseren Stadt*. Grossstädtisches Leben bewegt sich immer im Spannungsfeld von:

- a) Bewegung, Verkehr, Lärm sowie Nachtleben² versus Wohnzonen, Ruheräume,
- b) wohlhabende bis reiche Stadtbewohner und Stadtbewohnerinnen versus prekär lebende Bewohner und Bewohnerinnen (soziale Ungleichheiten),
- c) Weltoffenheit und internationale Einbettung versus Quartierbezogenheit, lokale Identität und Heimatgefühl³
- d) Dynamik und Innovation versus Pflege von Traditionen oder Denkmalschutz.⁴

Ein kreativer Umgang mit gegensätzlichen Trends ist zentraler Teil jeder urbanen Alterspolitik. In grossen Städten erhöht sich sozio-demografisch bedingt gleichzeitig sowohl die Zahl an gesunden, aktiven und wirtschaftlich abgesicherten älteren Menschen als auch die Zahl hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen.

Drittens: *Grossstädte bieten Raum für spezialisierte Angebote* (privater wie öffentlicher Art), da auch vergleichsweise seltene soziale Gruppen oder Problemlagen in genügender Zahl für spezialisierte Behandlungen vorhanden sind. Beispielsweise haben sich spezielle Angebote für alt gewordene Migranten und Migrantinnen – wie kultursensible Pflegeabteilungen – nur in grossen Städten durchgesetzt. In kleineren Städten scheiterten entsprechende Initiativen an

¹ Früher hiess es: Stadtluft macht frei. Heute gilt zumindest für aktive ältere Frauen und Männer: Stadtluft verjüngt.

² In der Stadtforschung wird ein aktives und lebendiges Nachtleben nicht selten als zentrales Definitionsmerkmal einer modernen Grossstadt definiert.

³ Heute ist es allerdings zunehmend üblich, gleichzeitig international und lokal zu denken und zu handeln (Einkauf von Dritt-Welt-Produkten im Quartierladen, Teilnahme am Sechseläuten und Zunftwesen von Menschen, die international tätig sind, lokale Vernetzung von Migranten und Migrantinnen mit internationalen Beziehungen usw.

⁴ Bezüglich einer altersgerechten Umnutzung von denkmalgeschützten Gebäuden beschreibt die Age-Stiftung (2017) interessante Projektbeispiele.

der zu geringen Zahl an interessierten Personen. Grosse Spitäler und Universitäten erlauben die Entwicklungen hochspezialisierter medizinischer Fachangebote (die oft auch für das Umfeld einer Stadt von Interesse sind). Gleichzeitig tragen Vielfalt und Spezialisierung aber zur Gefahr von Unübersichtlichkeit und fehlender Koordination bei (auch im Altersbereich).⁵ *Koordination und Vernetzung von Angeboten sowie Vermeidung von Doppelspurigkeiten sind in grossen Städten eine permanente Herausforderung.*

2 Leben und Wohnen im Alter – Trends und Entwicklungsperspektiven

Trend zu Kleinhaushalten: *Im höheren Lebensalter dominieren kleine Haushalte von ein bis zwei Personen. Grössere private Haushalte – etwa ein Zusammenleben alter Menschen mit erwachsenen Kindern und Enkelkindern – sind selten geworden. 2016 wohnte nur 1% aller zuhause lebenden 65-jährigen und älteren Personen in einem Mehrfamilienhaushalt (Haushalte mit mindestens zwei unabhängigen Familienkernen). Weitere 1.3% lebten mit nicht verwandten Personen in sogenannten Nichtfamilienhaushalten (wazu auch Altersgemeinschaften gehören). Die Age-Wohnerhebung 2018 bestätigt die Konzentration auf Kleinhaushalte. Von den befragten Personen im Alter 65+ lebt nur eine geringe Minderheit in Haushaltungen mit drei oder mehr Personen (deutschsprachige Schweiz: 5%, französischsprachige Schweiz: 8% und italienischsprachige Schweiz 13%) (Höpflinger et al. 2019). Nach den Szenarien des Bundesamts für Statistik (2017a) wird sich der Trend zu Kleinhaushaltungen in den nächsten Jahrzehnten fortsetzen. Bedarf und Nachfrage nach Wohnungen für ein bis zwei Personen werden stärker ansteigen als für grosse Wohnungen. Dies gilt speziell für städtische Gebiete.*⁶

Die allermeisten Frauen und Männer in der Stadt Zürich leben vor und nach der Pensionierung in einer Partnerschaft. Dabei zeigt sich bei neuen Generationen älterer Männer und Frauen eine leicht steigende Tendenz, enge Partnerschaften zu pflegen, in der jede Person über ihren eigenen Haushalt verfügt. *Fragen zum Wohnen im Alter sind oft auch Partnerschaftsentscheidungen oder eine Entscheidung, die durch den Verlust des Partners bzw. der Partnerin mitgeprägt wird.* Im hohen Lebensalter erhöht sich – speziell bei Frauen – der Anteil an Alleinlebenden. Alleinleben im Alter ist aktuell hauptsächlich die Folge einer Verwitwung, selbst wenn späte Scheidungen häufiger werden.

Die häufig gezogene Schlussfolgerung, dass die Zunahme an Einpersonenhaushalten eine ‚Vereinzelung‘ der Gesellschaft bedeutet, hat sich als Fehlinterpretation erwiesen. *Auch im höheren Lebensalter gewinnen haushaltsübergreifende soziale Beziehungen (mit Freunden, Nachbarn) an Bedeutung.* Ebenso wenig verschwinden nach dem Auszug der Kinder aus dem elterlichen Haushalt die intergenerationellen Kontakte. Vielmehr nehmen sie häufig Formen von ‚Intimität auf Abstand‘ an. So haben erwachsene Kinder und ihre Eltern oft enge Beziehungen, aber jede Generation verfügt in der Regel über ihren eigenen privaten Haushalt. *Alterspolitisch bedeutsam ist, dass haushaltsübergreifende Hilfe und Unterstützung im Alter wichtiger wird (und teilweise spezielle Fördermassnahmen benötigt).*

⁵ Bei der Organisation der zentralen baselstädtischen Anlauf- und Triage-Stelle ‚Info älter werden‘ (<https://ggg-wegweiser.ch/infoaelterwerden>) wurden gut 1‘200 Altersangebote von über 500 Organisationen gezählt (und in Zürich dürften die Werte sicherlich noch höher liegen).

⁶ Das Gottlieb Duttweiler Institut hat interessante Zukunftsszenarien zum urbanen Wohnen im 21. Jh. erarbeitet (vgl. Breit, Detlef 2018).

Wohndauer: Erwartungsgemäss erhöht sich die Wohndauer am aktuellen Wohnort mit steigendem Alter. 65- bis 74-jährige Personen leben durchschnittlich bereits seit gut 34 Jahre an ihrem jetzigen Wohnort und bei den über 75-Jährigen sind es schon mehr als 40 Jahre. Geringer sind die Werte der Wohndauer in der gleichen Wohnung bzw. dem gleichen Haus. Ein Wohnungswechsel im Alter beschränkt sich oft - wenn auch nicht immer - auf einen nah-räumlichen Wechsel. Während eine beträchtliche Mehrheit der älteren Schweizer und Schweizerinnen über lange Zeitspannen sesshaft bleibt, wechselt eine Minderheit älterer Menschen bewusst und gewollt Wohnort bzw. Wohnung. Aus der Age-Wohnerhebung 2018 wird deutlich, dass gut 13% der 65- bis 74-Jährigen in den letzten 5 Jahren einen Wohnungswechsel erlebt haben und 8% wechselten gleichzeitig auch in einen anderen Wohnort. Im höheren Lebensalter (75+) ist die Häufigkeit eines Wohnorts- und Wohnungswechsels geringer (wobei im hohen Alter allerdings ein Wechsel in eine Alters- und Pflegeeinrichtung häufiger wird). Umzugsbereitschaft und Wohnmobilität werden auch im Alter von der bisherigen Wohn- und Migrationsbiographie beeinflusst. *Wer schon früher häufig Wohnung und Wohnort gewechselt hat, ist auch im Alter eher zu einem Wohnwechsel bereit. Wer wenige Erfahrungen mit Wohnungswechsel hat, findet es im Alter hingegen schwierig, sich für eine neue Wohnung zu bewerben und einen Wohnortswechsel zu bewältigen.* Ein zentrales Problem bei Wohnberatung oder bei erzwungenem Wohnwechsel im Alter besteht darin, dass alte Menschen oft nicht (mehr) wissen, wie man eine neue Wohnung findet oder einen Umzug organisiert.

Wohnqualität: *Im Allgemeinen verfügen die Menschen in der Schweiz über eine gute Wohnqualität und dies gilt auch für ältere Frauen und Männer.* Eine zu feuchte oder zu dunkle Wohnung liegt nur bei 5% der Altersrentner und Altersrentnerinnen vor und nur 0.1% haben eine Wohnung ohne eigenes Bad oder Dusche. Auch der Anteil der 65-jährigen und älteren Bevölkerung, die in einer überbelegten Wohnung leben, ist mit 2% gering (Bundesamt für Statistik 2017b). Die Mehrzahl der älteren Bevölkerung lebt in Wohnungen mit 3 und mehr Zimmer und dies gilt auch für alleinlebende ältere Menschen. Entsprechend zeigt sich ein tiefer Anteil an älteren Menschen, die nicht über ein eigenes Zimmer verfügen. Der Anteil an älteren Menschen, die in einer Wohnung leben, in der mehr Personen als Zimmer zur Verfügung stehen, liegt in der Schweiz bei unter 1%. Die grosse Mehrheit der älteren Menschen lebt in einer Wohnung, die auch Platz für Gäste aufweist.

Je höher das angeführte Haushaltseinkommen, desto mehr Zimmer werden bewohnt. Daneben zeigt sich auch ein enger Zusammenhang zwischen Wohndauer in der aktuellen Wohnung und der Zimmerzahl. Dies hängt damit zusammen, dass eine frühere Familienwohnung häufig auch nach dem Auszug der Kinder beibehalten wird. *Insgesamt zeigt sich aktuell (noch) kein klarer Trend, dass Menschen im hohen Lebensalter ihre Wohnungsgrösse gezielt reduzieren.*

Der Anteil an älteren Menschen, die ihre Wohnung als zu klein einstufen, ist gering (je nach Sprachregion zwischen 3% bis 7%). Auch 2018 befragte Frauen und Männer in Alters- und Pflegeheimen erachteten ihren Wohnraum zu 90% als angemessen und nur zu 9% als etwas bis viel zu klein (Höpflinger et al. 2019). Auf der anderen Seite fällt auf, dass nicht wenige zuhause lebende ältere Personen ihre Wohnung als etwas bis viel zu gross einstufen. Je nach Sprachregion sind es 15% bis 21%. *Sozial- und alterspolitisch bedeutsam ist die Feststellung, dass ein nicht geringer Teil der älteren Menschen in unterbelegten Wohnungen leben.* Ein Wechsel von einer grossen Wohnung (etwa ehemalige Familienwohnung) in eine kleinere,

altersgerechte Wohnung stösst häufig auf die Schwierigkeit, dass eine langjährig bewohnte Mietwohnung günstiger kommt als eine kleinere Neuwohnung.⁷

Wohnzufriedenheit: Erhebungen zu den Lebensbedingungen der schweizerischen Wohnbevölkerung lassen eine insgesamt hohe Wohnzufriedenheit erkennen. *Besonders zufrieden mit ihrer Wohnsituation ist die ältere Bevölkerung.* Nahezu 90% beurteilen ihre aktuelle Wohnsituation sehr positiv; ein Wert, der sich in den letzten zehn Jahren nicht verändert hat (vgl. Bundesamt für Statistik 2017b). An und für sich ist die beobachtete hohe Wohnzufriedenheit der grossen Mehrheit der älteren Frauen und Männer ein gutes Zeichen. Es ist ein Hinweis auf eine zumeist gute Lebensqualität in einem zentralen Lebensbereich. Auf der anderen Seite kann eine hohe Wohnzufriedenheit dazu beitragen, dass sich alte Menschen zu spät nach einer neuen, altersgerechten Wohnung umsehen. Ebenso kann eine langjährige gegenseitige Anpassung von Person und Wohnung dazu führen, dass Wohnungsmängel, welche das Alter erschweren, nicht oder zu spät wahrgenommen werden. Hohe Wohnzufriedenheitswerte können daher auch bei objektiv problematischen Wohnbedingungen auftreten. *Eine hohe Wohnzufriedenheit älterer Menschen ist kein geeigneter Gradmesser dafür, ob eine Wohnung tatsächlich bedürfnisgerecht ist.* Hohe Wohnzufriedenheitswerte im hohen Alter dürfen nicht zur Annahme verleiten, es bestünde kein Verbesserungsbedarf. Sie zeigen höchstens, dass subjektiv kein Handlungsbedarf wahrgenommen wird. Wohnberatung im Alter wird allerdings schwierig und heikel, wenn objektive Wohnmängel von den betroffenen Personen nicht wahrgenommen werden.

2.1 Neue Wohnformen im Alter

Die überwiegende Mehrheit älterer und alter Menschen lebt weiterhin in altersunangepassten Wohnverhältnissen (private Ein- und Zweipersonenhaushalte in normalen Wohnungen). Angepasste Alterswohnformen sind aktuell nur einer Minderheit älterer und alter Menschen zugänglich. Dennoch erweitern die sogenannten neuen Wohnformen – wie sie nachfolgend kurz skizziert werden – den Optionsraum im Alter wesentlich (Höpflinger 2018). Einige dieser neuen Wohnformen sind gerade in städtischen Regionen durchaus ausbaubar.

a) Gemeinschaftliches Wohnen: Ab den 1990er Jahren wurden Alterswohngemeinschaften und Altershausgemeinschaften vermehrt diskutiert und realisiert (Schmid 2017). Als zentrale Vorteile eines altersgemeinschaftlichen Wohnens werden gegenseitige Hilfe, gemeinsame Aktivitäten sowie für alleinstehende Personen ein geringeres Risiko von Vereinsamung angeführt. *Dabei geht es nicht um die Aufgabe von Individualität durch kollektive Wohn- und Lebensformen, sondern um die Ergänzung der eigenen Individualität mit gemeinschaftlichen Kontakten.* Dementsprechend handelt es sich bei den meisten Projekten um hausgemeinschaftliches Wohnen bzw. Cluster-Wohnen (eigene, private Wohneinheit gekoppelt mit gemeinschaftlich genutzten Räumen und Kontakten, die über eine unverbindliche Nachbarschaft hinausgehen). Allerdings kommt gemeinschaftliches Wohnen nur für eine Minderheit der älteren Menschen konkret in Betracht. In der deutschsprachigen Schweiz befürworteten 2018 15% der 65-74-Jährigen eine Wohngemeinschaft (aber nur 6% der 75-84-

⁷ Mögliche Strategien um eine Unterbelegung von Wohnraum durch ältere Menschen zu reduzieren, können sein: Bau kostengünstiger (hindernisfreier) Kleinwohnungen oder nachträgliche bauliche Verdichtung bzw. Neugestaltung grosser Einfamilienhäuser in kleinere Wohneinheiten. Unterbelegung von Wohnraum durch ältere Menschen kann zu energetischen Ineffizienzen beitragen, namentlich wenn ältere Wohneigentümer in alten Wohneinheiten leben, die energetisch leicht sanierbar sind. Zu den Energiesparpotenzialen in Haushalten älterer Menschen vgl. Rütter, Umbach-Daniel et al (2019).

Jährigen). Mehr Zustimmung geniessen hausgemeinschaftliche Wohnformen (31% bei den 65-74-Jährigen und 21% bei den 75-84-Jährigen). Gemeinschaftliches Wohnen in der zweiten Lebenshälfte erfordert hohe soziale Kompetenzen. Entsprechend ist bei der Planung und Organisation solcher gemeinschaftlicher Wohnformen eine externe Beratung oft sinnvoll.⁸

Eine spezielle Form geteiltes Wohnen sind Projekte im Sinne von Wohnen gegen Hilfe (junge Menschen - wie Studierende - wohnen kostengünstig bei alter Person mit grosser Wohnung. Sie ‚bezahlen‘ den günstigen Wohnraum durch vertraglich vereinbarte Hilfeleistungen (Staubsaugen, Einkaufen u.a.). Erfahrungen – aus Luzern oder Schlieren – sind positiv, allerdings sind gegenseitige Toleranz und Rücksichtnahme der älteren Person auf die Lebensweise heutiger junger Menschen wichtige Voraussetzungen.

Statistisch betrachtet lebt nur ein geringer Anteil der älteren Menschen (aktuell weniger als 0.5%) in gemeinschaftlich organisierten Wohnformen und dies wird sich auch in nächster Zukunft kaum ändern. Trotzdem ist mit der Idee des gemeinschaftlich geprägten Wohnens ein gesellschaftlich stimulierendes Experimentierfeld entstanden, allerdings primär für ‚junge Alte‘ (d.h. gesunde und aktive ältere Menschen vor oder nach ihrer Pensionierung) und weniger für hochaltrige Menschen (80+).

b) Generationenwohnen: *In den letzten Jahren verloren altersspezifische Wohnformen gegenüber generationengemischtem Wohnen an Bedeutung und dies dürfte auch die zukünftige Entwicklung bestimmen.* In der Age-Wohnerhebung 2018 wurde eine klare Vorliebe für generationengemischtes Wohnen sichtbar. Von den befragten Frauen und Männer aus der deutschsprachigen Schweiz im Alter von 65 und älter befürworteten 55% für sich ein generationengemischtes Wohnen, gegenüber nur 14%, die in einem Haus nur mit älteren Menschen leben möchten. Generationengetrenntes Wohnen (Haus nur mit älteren Menschen) wird am ehesten von älteren Menschen mit funktionalen Einschränkungen bevorzugt.

Jedenfalls kam und kommt es vermehrt zur Planung und zum Bau von Mehrgenerationenhäusern und generationengemischten Wohnsiedlungen. In der Schweiz häufig genossenschaftlich organisiert, geht es bei vielen Projekten zum Mehrgenerationenwohnen um eine Kombination einer altersgemischten Bewohnerschaft mit guten nachbarschaftlichen Kontakten und intergenerationellen Hilfeleistungen (Hugentobler et al. 2016). *Städtepolitisch, aber auch aus Sicht privater Bauinvestoren kann generationengemischtes Wohnen – mit einer Kombination von Familien- und Alterswohnungen, teilweise auch Pflegewohnungen – eine sozial problematische Trennung von Alt und Jung verhindern.* Allerdings ist vor allem bei grösseren generationengemischten Wohnprojekten eine angepasste architektonische Raumgestaltung zentral. Bedeutsam sind erstens unterschiedliche Wohnungstypen, die eine durchmischte Bewohnerschaft ermöglichen, wie Vorhandensein grösserer Familienwohnungen, kleinere Wohneinheiten für junge Singles oder ältere Einzelpersonen. Eine Vielfalt von Wohnformen – die für Menschen mit unterschiedlichen Lebensbedürfnissen geeignet sind – erleichtert eine soziale Durchmischung. Zweitens werden Begegnungen erleichtert, wenn ansprechende Gemeinschaftseinrichtungen vorliegen, wie Café, Mehrzweckhalle, Seminarräume, kleine Bibliothek, Bastel-Räume (Age-Stiftung 2015). Sofern engere Kontakte und Hilfeleistungen zwischen Jung und Alt gewünscht, ist eine entsprechende Betreuung und Begleitung notwendig. Drittens sind ansprechend gestaltete und gegliederte räumliche Aussen- und Grünanlagen zentral. Eine geeignete räumliche Gliederung der

⁸ Das Netzwerk ‚Zukunftswohnen‘ (www.zukunftswohnen.ch) berät und begleitet entsprechende Wohnprojekte und vermittelt vielfältige Erfahrungen über Möglichkeiten und Stolpersteine von Alterswohngemeinschaften bzw. Altershausgemeinschaften.

Aussenanlagen, die sowohl ruhige als auch lebhaftere Aktivitäten erlaubt, reduziert intergenerationelle Konfliktflächen und erhöht die Chancen gemeinsamer Aussenaktivitäten und Gartennutzung (Hagen Hodgson, Eberhard 2018, Hochparterre 2016).⁹

c) Betreutes bzw. begleitetes Wohnen (Wohnen mit Service): Speziell im hohen Lebensalter können Fragilität und erhöhter Hilfe- und Pflegebedarf ein selbständiges Wohnen erschweren, wenn nicht gar verunmöglichen. Während fast neunzig Prozent der 65-79-Jährigen von keinerlei Alltagseinschränkungen betroffen sind, sind es bei den zuhause lebenden 80-jährigen und älteren Personen schon fast zwei Fünftel (Höpflinger et al. 2019). Möglichst lange selbständig in einer privaten Wohnung zu leben, ist bei ausgeprägter körperlicher Fragilität am ehesten unter zwei Wohnbedingungen möglich: Erstens sollten Wohnung und Wohnzugang möglichst hindernisfrei sein. Bedeutsam sind namentlich ein schwellenloser Zugang zur Wohnung (eventuell via Lift) und eine Wohnung, die altersgerecht gestaltet ist (z.B. Sitzdusche statt Bad, schwellenloser Zugang zu Balkon, genügend breite Türe für Rollstuhl usw.). Zweitens sollte eine gute Unterstützung, Betreuung und Pflege zuhause vorliegen, etwa durch ambulante Pflegestrukturen (Spitex) und unterstützende soziale Netze (Angehörige, Freunde, Nachbarn). In diesem Rahmen gewannen seit den 1980er Jahren Konzepte eines betreuten Wohnens (auch begleitetes Wohnen oder Service-Wohnen genannt) an Bedeutung. Zwei Faktoren haben in den letzten Jahren zur Ausbreitung betreuter Wohnformen beigetragen: Erstens traten anstelle institutioneller Formen der Versorgung individuelle Lösungen (Betreuung und Pflege nach Mass, individuelles Case- und Care-Management). Zweitens haben sich die Ansprüche an Wohnen und Hilfeleistungen im Alter erhöht. Neue Generationen erheben mehr Anspruch darauf, ihre Dienstleistungen selber auszuwählen. Wohnformen mit individuell wählbaren Serviceleistungen kommen solchen Wünschen entgegen.

Betreutes Wohnen besteht aus der Kombination einer hindernisfreien Privatwohnung oder Wohneinheit mit Küche und Bad und spezifischen, altersangepassten Service-, Hilfe- und Betreuungsleistungen (vgl. Oesch, Künzi 2016: 2). Zentrales Ziel ist eine selbständige Wohn- und Lebensweise auch bei funktionalen Einschränkungen. Tatsächlich ist betreutes Wohnen auch bei starker Hilfe- und Pflegebedürftigkeit möglich, namentlich wenn betreute Alterswohnungen geografisch und betriebswirtschaftlich an Alters- und Pflegeheimen angegliedert sind. Die Anbindung einer betreuten (Alters)-Wohnung an eine Alters- und Pflegeeinrichtung hat für alte Menschen im vierten (fragilen) Lebensalter den Vorteil, dass bei verstärkter Pflegebedürftigkeit nur ein ortsnaher Wohnwechsel notwendig wird, etwa in ein Pflegezimmer in einem schon bekannten Alters- und Pflegezentrum (für Beispiele vgl. Age Stiftung 2016).

Konzepte und Formen des betreuten Wohnens sind jedoch keineswegs einheitlich und verbindliche Leistungsvoraussetzungen oder Baustandards sind (noch) nicht vorhanden. *Wohnqualität wie Art und Weise der Hilfeleistungen variieren stark.* Betreuungsleistungen können individuell je nach Nutzung oder pauschal, als integrierter Teil der Wohnmiete, verrechnet werden. Bei vielen Angeboten zum betreuten Wohnen haben sich Pauschalen durchgesetzt, zumindest für grundlegende Serviceleistungen (Notruf, Reinigung, Wäsche u.a.), da sich eine rein individuelle Verrechnung betriebswirtschaftlich nicht rechnet (ausser bei grösseren Siedlungen mit Anschluss an bestehende Alterszentren). Bei den Serviceleistungen häufig vorhanden sind Notrufsystem und Mahlzeitendienst. Andere Dienstleistungen wie

⁹ Die Webplattform www.alter-gruen-raum.ch vermittelt konkrete Hinweise und Beispiele (auch aus Zürich) für altersgerechte und/oder generationenfördernde Grünräume (Parks, Gartenanlagen). Gleichzeitig werden Hinweise auf ökologisch diversifizierte und nachhaltige Anpflanzungsoptionen für öffentliche Grünräume vorgestellt.

Betreuung, Pflege, Reinigung und Wäscheservice oder soziale Aktivitäten sind nur teilweise vorhanden, ebenso wie das Angebot einer 24-Stunden-Ansprechperson (Werner et al. 2016). Da diese Betreuungsleistungen in der Schweiz privat zu bezahlen sind, zeigt sich eine Segmentierung des Angebots nach Einkommen (Angebote mit geringem Wohn- und Service-Standards für einkommensschwächere ältere Menschen, ausgebauten Wohn-Service-Leistungen bis hin zu Wellness-orientierten Seniorenresidenzen für wohlhabende alte Menschen). Formen des betreuten Wohnens erweitern die Vielfalt an Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten im Alter, verstärken aber zusätzlich die sozialen Ungleichheiten der Lebenssituationen im Alter.

Aktuell wechseln Menschen häufig erst im hohen Lebensalter in eine betreute Wohnform, und zwar dann, wenn sie die angebotenen Leistungen aufgrund funktionaler Einschränkungen auch wirklich benötigen. Während in der deutschsprachigen Schweiz 2018 nur 9% der 65-79-Jährigen in irgendeiner Form wohnbezogene Serviceleistungen bezogen, waren dies gut 19% der 80-jährigen und älteren zuhause lebenden Personen. Eine Detailanalyse (Höpflinger et al. 2019) illustriert, dass die Inanspruchnahme pauschaler Dienstleistungen beim Wohnen im Alter am stärksten von einem hohen Alter (älter als 80 Jahre) und funktionalen Einschränkungen der Alltagsaktivitäten beeinflusst wird. Hohes Alter und Einschränkungen beim Alltagsleben führen nicht allein dazu, dass häufiger Dienstleistungen beansprucht werden, sondern auch dazu, dass ein umfangreicheres (und damit kostspieligeres) Dienstleistungsangebot eingekauft wird bzw. eingekauft werden muss. Daneben spielen soziale Faktoren mit: Alleinlebende Frauen und Männer nutzen häufiger und mehr Dienstleistungen als Personen in Mehrpersonenhaushalten. *Der Anteil an alleinstehenden Frauen und Männern ist bei betreuten Wohnformen deshalb hoch. Dies bedeutet, dass soziale Kontaktpflege ein wichtiger Aspekt des betreuten Wohnens darstellt.* Hoher Bildungsstatus und gute finanzielle Lage führen ebenfalls eher zur Nutzung von betreuten Wohnformen.

Bei hoher Pflegebedürftigkeit – und namentlich bei ausgeprägter demenzieller Erkrankung – stossen betreute Wohnformen an Grenzen beziehungsweise eine ambulant-betreute Pflege kann teurer werden als eine stationäre Pflege. Weniger geeignet für betreute Wohnformen sind zudem depressive alte Menschen oder alte Menschen mit verhaltensrelevanten Suchtproblemen. Betreutes Wohnen ist bei solchen Menschen zumeist nur in Kombination mit intensiver sozialpädagogischer Begleitung und Assistenz sinnvoll.

Bedeutsame Kosteneinsparungen bei der Langzeitpflege durch einen Ausbau betreuter Wohnformen lassen sich nach einer neueren Studie zudem nur erzielen, wenn „im Zuge der Förderung intermediärer Strukturen wie dem betreuten Wohnen eine Substitution von Pflegeheimplätzen erfolgt. Wird durch das betreute Wohnen ein rein additives, dem Heimeintritt vorgeschaltetes Angebot geschaffen, lassen sich keine Spareffekte erzielen.“ (Bannwart, Künzi 2018: 37).

d) Wohnformen bei demenzieller Erkrankung: Mit Demenz zuhause – in einer normalen privaten Wohnung – zu leben, ist bei guter Begleitung und Betreuung in Anfangsphasen der kognitiven Einschränkungen durchaus möglich. Bei fortgeschrittener Demenzerkrankung oder einer Kombination von Demenz mit depressiven Symptomen, Ängsten oder Herz-Kreislaufkrankungen ist privates Wohnen nur möglich, wenn eine haushaltsinterne Betreuungsperson (Partnerin, Partner, Tochter, Sohn oder 24-stündige Pflegefachperson) vorhanden ist. Allerdings sind in solchen Situationen die Belastungen für betreuende Angehörige enorm. Familiäre Pflege demenzerkrankter alter Menschen ist längerfristig nur bei genügender Unterstützung (durch Freunde, Nachbarn, Spitex) sowie Entlastungsangeboten (Tages- und Nachtambulanz) möglich. Bei ausgeprägter Demenz bzw. alleinlebenden

demenzkranken Menschen – die oft noch an anderen Erkrankungen leiden – geraten ambulante Pflege und Formen des betreuten Wohnens an ihre Grenzen.

In diesen Situationen ist ein geschützter Lebens- und Wohnraum ideal, etwa im Sinne dezentralisierter Pflegestationen oder überschaubarer Pflegewohngruppen.¹⁰ *Ideal sind demenzgerechte Wohnformen, die noch vorhandene Kompetenzen mobilisieren und emotionale Zugänge zu den demenzerkrankten alten Menschen öffnen.* In den letzten Jahren wurden deshalb vielerorts demenzgerechte Versorgungsstrukturen und Wohnformen aufgebaut. Diese bieten einerseits eine kontinuierliche professionelle Betreuung und Pflege. Andererseits ermöglichen sie ein gemeinschaftsbezogenes Zusammenleben von demenzkranken alten Menschen in Anlehnung an vertraute Wohnformen, in denen Sicherheit, Nähe und Geborgenheit vermittelt werden.

Noch mehr als bei körperlich bedingter Pflegebedürftigkeit ist bei der Pflege demenzerkrankter Frauen und Männer auf Strukturen zu achten, die Wohnen und Pflegen optimal verbinden. Viele Verhaltensprobleme und emotionale Störungen bei an Demenz erkrankten Menschen werden durch Umgebungseinflüsse, also ein der Krankheit nicht angemessen gestaltetes Milieu, verursacht. Demenzangepasste Wohnformen erlauben es, noch vorhandene Ressourcen und Kompetenzen demenzerkrankter Menschen zu mobilisieren, was ihre Betreuung und Pflege wesentlich erleichtert¹¹

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

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

¹⁰ Zeitweise wurden Demenzpflegewohngruppen mit 8-10 Bewohnern propagiert. Inzwischen wird eine Grösse von 12-16 Bewohnern eher als ideal erachtet, weil damit – je nach Demenzverlauf – Untergruppen gestaltet werden können. In der Westschweiz (Orbe, Yverdon) werden aktuell zwei Demenzwohngemeinschaften als Pilotprojekt getestet (vgl. www.fondation-saphir.ch) (Colocation Topaze & Colocation Saphir). Zwei Pflegewohngruppen für an Demenz erkrankte Menschen wurden in Zürich in die Siedlung Köschenrüti integriert.

¹¹ Entsprechende Konzepte und ‚Best-practice-Beispiele‘ finden sich in folgenden Publikationen: Dietz 2018, Held, Ermini-Fünfschilling 2006, Metzger 2016.

Wohnen im Alter – einige ausgewählte Beispiele/Good Practice

Mehrgenerationenwohnen

Generationenhaus Neubad, Basel: Beispiel für ein urbanes Grossprojekt in zentraler Lage, das unterschiedlich teure Alterswohnungen mit Kindertagesstätte und Pflegeabteilungen verbindet. Orangerie und Gartenanlagen, ebenso wie Restaurant und Gemeinschaftsräume sind in einem architektonisch bestechenden Konzept integriert.

Mehrgenerationensiedlung Giesserei (www.giesserei-gesewo.ch), Oberwinterthur. Siedlung verfügt über 151 Wohnungen (von 1½-Zimmer-Wohnungen bis zu einer Grosswohnung mit 9 Zimmern gibt es verschiedene Wohnungstypen. Bei der Vermietung wird eine gleichmässige Verteilung auf die Altersgruppen angestrebt.

Novellas Generationenhaus in Vilters-Wangs (www.novellas.ch). Ort der Begegnung für verschiedene Generationen. So werden Kinder in der Kindertagesstätte betreut und zugleich leben Menschen in der mittleren und späteren Lebensphase in Pflegewohngruppen oder in Alterswohnungen. Ein öffentliches Restaurant und Therapieangebote ergänzen das Generationenhaus

Mehrgenerationenwohnen Siedlung Soligänter, Bülach (www.doku-soligaenter.ch). Siedlung umfasst eine Pflegewohngruppe, Alterswohnungen, Familienwohnungen und ein Bistro als Quartiertreff.

Wohnüberbauung Steinacker Zürich-Witikon (der Baugenossenschaft ASIG): Urbane Siedlungen mit durchmischten und gut gestalteten Wohnoptionen für Familien und ältere Menschen. Zur Siedlung gehören auch ein Kindergarten und eine Pflegewohnung.

Betreutes Wohnen – einige wenige Beispiele (vgl. auch Age-Stiftung 2016)

Diakonie Bethanien: Betreutes Wohnen am Zürichberg (Herzogstr. 2-6): 1 ½ - 5 ½ hindernisfreie Zimmer-Mietwohnungen, verfügen alle über Notrufsystem und im Bedarfsfall wird pflegerische Hilfe angeboten. Auf Wunsch können modulartig diverse Dienstleistungen bezogen werden.

Alterszentrum St. Martin, Sursee: Neben Pflegeplätze (inkl. Demenzwohngruppe), ein Kurzzeit- und Tagesheim sowie eine Wohngruppe für psychisch beeinträchtigte ältere Menschen bestehen um die 80 betreutes Wohnungen (1 1/2 bis 2 Zimmer-Wohnungen). Die Mieter und Mieterinnen der betreuten Wohnungen können flexibel Dienstleistungen des Zentrums beziehen und zahlen für ein Grundangebot (Notruf, Anlässe, Aktivierung) eine Betreuungspauschale.

Wohnzentrum Fuhr, Wädenswil: Das privat geführte Wohnzentrum umfasst ein Pflegezentrum und Seniorenwohnungen. Die Mieter und Mieterinnen können Dienstleistungen des Zentrums (Mahlzeiten, Aktivierung, hauswirtschaftliche Leistungen) nutzen, sind aber dazu nicht verpflichtet. Ein 24-Stunden-Notruf ist im Wohntarif inbegriffen und ein Hauswart steht den Bewohnern zur Verfügung.

Betagtenzentrum zum Wasserturm, Basel: Das Zentrum umfasst eine Pflegeabteilung sowie Alterswohnungen (1 ½ bis 2 ½ Zimmer). Einige kleine Pflegewohnungen stehen zudem Personen zur Verfügung, die stationäre Pflege benötigen, jedoch eine eigene Wohnung dem

Heimzimmer vorziehen. Pflegeheim und Wohnkomplex sind durch einen Zwischentrakt und einer öffentlichen Cafeteria verbunden. Das mit einer Pauschale abgerechnete Basisangebot der Alterswohnungen umfasst einen Notfalldienst rund um die Uhr, ein Siedlungsbüro mit Präsenzzeiten, Kontrollgänge sowie administrative Unterstützung. Weitere Dienstleistungen – wie Wohnungsreinigung – werden individuell abgerechnet.

Alterswohnen in denkmalgeschützten Gebäuden (vgl. Age-Stiftung 2017)

Winzerhaus Twann: Historisches Winzerhaus wurde zu hindernisfreiem Alters- und Generationenhaus umgebaut. Neben Alterswohnungen wurden Erd- und Dachgeschoss für Kulturangebote (Gemeindebibliothek u.a.) genutzt. www.zuhauseambielerseersee.ch

Theatersaal Laupen: Historischer Bankett- und Theatersaal wurde in Alterswohnungen umgewandelt.

Gemeindehaus Leuzigen: Nicht mehr benutztes Gemeindehaus aus dem 19. Jh. wurde in Alterswohnungen und Gemeinschaftsraum für öffentliche Veranstaltungen umgebaut.

Wohnberatung

Siedlungs- und Wohnassistenz Horgen (individuelle Wohnberatung sowie Gemeinwesen- und Quartierarbeit, Vermittlung von Unterstützung durch Nachbarn und Fachstellen (www.horgen.ch/alter)).

3 Gesellschaftliche Entwicklungen – und neue Formen des zivilgesellschaftlichen Engagements

Individualismus wird zwar immer noch hochgeschätzt und Selbstbestimmung im Alter gehört zu den zentralen Wünschen der allermeisten Frauen und Männer. Seit den letzten Jahren haben – gerade auch in Städten – jedoch neue Formen des zivilgesellschaftlichen Engagements an Bedeutung gewonnen und zwar bei jungen wie älteren Menschen gleichermaßen. Genossenschaftliche Projekte, Nachbarschaftshilfe, Freundschaftsbeziehungen ebenso wie Share-Economy, Teamarbeit, vernetztes Denken und Handeln sowie familiäre Beziehungen erfuhren eine Aufwertung. Dies trägt zu einer Stärkung vielfältiger zivilgesellschaftlicher Engagements bei, allerdings gekoppelt mit Wunsch nach Selbstbestimmung. Freiwilligenarbeit wird zwar weiterhin geleistet, aber häufiger als früher nur, wenn dabei Selbstbestimmung, eigene Erfahrungen und Professionalität mitberücksichtigt werden. Mit dieser Entwicklung verbunden sind neue Formen zivilgesellschaftlichen Engagements (persönlich und digital, global orientiert, aber lokal organisiert, generationenübergreifend und multikulturell, eigenverantwortlich und selbstorganisiert, zeitlich limitiert und inhaltlich fokussiert). *Eine zentrale Konsequenz neuer Formen moderner Sozialität liegt darin, dass soziales Engagement in grossen Städten fachlich und sozialpolitisch stärker zu begleiten und zu unterstützen ist als in kleinen Städten oder Gemeinden* (etwa via gezielten Nachbarschaftsprojekten, intergenerationellen und interkulturellen Begegnungen, Nutzung von öffentlichen Plätzen für gemeinsame Aktivitäten usw.).

In der Schweiz leben Menschen nicht nur lange, sondern sie verbleiben vielfach lange funktional gesund. Aktuell beurteilen gegen vier Fünftel der 65-74-Jährigen ihre Gesundheit als gut bis sehr gut ein. Entsprechend haben sich Zahl und Anteil der körperlich aktiven, aber auch der geistig, kulturell und sozial aktiven Pensionierten deutlich erhöht und das Altern aktiver Generationen von Babyboomers wird diesen Trend weiter verstärken. Dazu kommt, dass auch der Anteil der wirtschaftlich abgesicherten bis wohlhabenden Altersrentner angestiegen ist. Die Schweiz gehört neben Schweden zu den wenigen europäischen Ländern, in denen sich eine nicht unwesentliche Mehrheit der über 65-Jährigen als wirtschaftlich gut stehend einstuft.¹² In jedem Fall zeigt sich eine deutliche Zunahme in Zahl und Anteil gesunder, aktiver, kompetenter und sich oft innovativ fühlender pensionierter Frauen und Männer.

Hin zu einer kompetenzorientierten Alterspolitik?

Neben einer Alterspolitik zugunsten pflegebedürftiger, vereinsamter und sozial benachteiligter alter Menschen gewinnt in modernen Gemeinden und speziell in dynamischen Städten auch eine kompetenzorientierte Alterspolitik eine verstärkte Bedeutung (auch weil demografisch alternde Gesellschaften ohne Nutzung der Erfahrungen, Kompetenzen und Ressourcen pensionierter Frauen und Männer nicht mehr funktionieren). Eine kompetenzorientierte städtische Alterspolitik fördert, vernetzt und anerkennt soziales Engagement älterer Generationen und sie unterstützt entsprechende zivilgesellschaftliche Projekte, sei es im Sinne von ‚Senioren helfen Senioren‘ (gesunde ältere Frauen und Männer unterstützen hochaltrige, fragile Menschen; sei es aber auch im Sinne von generationenübergreifenden Aktivitäten (z.B. Pensionierte als Mentoren für junge Menschen)).¹³ Eine kompetenzorientierte Altersstrategie kann ähnlich aufgebaut werden wie eine gute Kulturförderung: Es geht weniger um Aufbau und Finanzierung eigener Strukturen als um eine gemässigte finanzielle und infrastrukturelle Unterstützung, Vernetzung und Anerkennung entsprechender privater Projekte (in Zusammenarbeit mit Pro Senectute, Seniorenverbänden und privaten Projektgruppen). Finanziell geht es primär um Anschubfinanzierung sowie um Bereitstellung von Räumen und Treffpunkten. Bedeutsam kann auch eine fachliche Begleitung und Koordination von Freiwilligenarbeit und Nachbarschaftshilfe sein. Zu einer kompetenzorientierten städtischen Altersstrategie kann idealerweise auch der gezielte Einbezug der älteren Menschen selbst gehören, etwa im Rahmen von Zukunftskonferenzen, Senioren-Begleitgruppen oder sogar im Rahmen eines städtischen Seniorenrates (Stichwort: Partizipative Alterspolitik: nicht allein für die älteren Menschen, sondern mit den älteren Menschen zusammen).

Zentral sind im Rahmen einer kompetenzorientierten Alterspolitik speziell die Förderung von Freiwilligenarbeit und Nachbarschaftshilfe (zwei Formen des Engagements, die nachfolgend noch genauer diskutiert werden). Eine kompetenzorientierte städtische Alterspolitik kann aber auch weitere Elemente einschliessen, wie etwa:

- a) Unterstützung und Vernetzung bezahlter Altersarbeit, um Fachkräftemangel namentlich von kleinen und mittleren Unternehmen oder Fachstellen zu reduzieren. Arbeit nach 65 wird sich in nächsten Jahren erhöhen, wobei sich mehr ältere Menschen beruflich

¹² Die Zunahme an wohlhabenden älteren Menschen ist beträchtlich, wobei allerdings der Anteil an älteren und alten Menschen, die auf Ergänzungsleistungen zur AHV angewiesen sind, sich seit den 1990er Jahren nicht reduziert hat bzw. regional sogar angestiegen ist.

¹³ Ein gutes Beispiel ist das Netzwerk Munterwegs (www.munterwegs.eu). Kompetenzorientierte Leistungen übernehmen aber auch die im Innovage-Netzwerk engagierten pensionierten Frauen und Männer (www.innovage.ch).

verselbständigen und nach 65 ein eigenes Geschäft, ein eigenes Unternehmen gründen (vgl. Neustarter-Netzwerk (www.neustarter.com)).

- b) Unterstützung und Förderung von Bildung und Lernen im Alter, etwa via Volkshochschulen, Seniorenuniversitäten oder informellen Lerngruppen (auch weil Lernen und Gedächtnis-training im Alter das Risiko von Demenz in bedeutsamer Weise zu reduzieren vermag).
- c) Förderung (und kritische Beobachtung) neuer technischer Entwicklungen für alte Menschen, von altersgerechten Geräten, Badzimmer, Küchen bis hin zu Smart Homes, Einsatz von Robotik in der Pflege und gesundheitsbezogener Nutzung von Sensoren) (dieser Punkt wird in Kapitel 5 noch genauer diskutiert).

All diese Elemente funktionieren am besten in enger Zusammenarbeit mit bestehenden privaten Organisationen und Verbänden. Ein Vorteil für die Stadt Zürich kann nicht nur darin bestehen, dass eine Kooperation mit privaten Initiativen gestärkt wird, sondern dass die Stadt (ihre Regierung und Verwaltung) früh über neue Trends im und zum Alter informiert wird.

3.1 Freiwilligenarbeit –Trends und neue Herausforderungen

Während gemäss Schweiz. Arbeitskräfte-Erhebung (Module Unbezahlte Arbeiten) zwischen 1997 und 2016 der Anteil der freiwillig tätigen Personen jüngeren Alters (25-54-jährig) eher rückläufig war, ist der Anteil der freiwillig engagierten ‚jungen Alten‘ (65-74-jährig) konstant geblieben (52-53% dieser Gruppe sind freiwillig tätig) und bei den über 75-jährigen Personen hat sich der Anteil der freiwillig engagierten Männer und Frauen sogar leicht erhöht (von 26% auf 30%). Viele alte Menschen, die wegen gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr aktive Freiwilligentätigkeiten ausüben können, kompensieren dies durch vermehrte Geldspenden und die über 70-Jährigen gehören zu den relativ wie absolut gesehen grosszügigsten Spendern und Spenderinnen für soziale und kulturelle Anliegen.

Studien belegen, dass Frauen und Männer, die sich nach ihrer Pensionierung in irgendeiner Weise freiwillig engagieren, eine höhere Lebenszufriedenheit und eine bessere soziale Einbettung aufweisen als nicht engagierte gleichaltrige Menschen. Die neuen Generationen älterer Menschen – oft gut ausgebildet und professionell geschult – haben allerdings andere Ansprüche an freiwillige Tätigkeiten als frühere Generationen (vgl. Freitag et. 2016; Samochowiec et al. 2018): Sie wünschen sich oft anspruchsvolle Tätigkeiten, in denen sie ihre bisherigen (beruflichen) Erfahrungen einbringen können und sie möchten nicht einfach fremdbestimmte Hilfsarbeiten leisten. Sie wollen häufiger als früher eigenbestimmte Aktivitäten organisieren und nicht einfach vorgegebene Tätigkeiten ausführen (was zu einer Zunahme an selbstorganisierten Seniorengruppen beiträgt). Nicht wenige Frauen und Männer möchten nach ihrer Pensionierung Dinge nachholen, die sie früher aus familialen und beruflichen Gründen vernachlässigten, etwa kulturelle Tätigkeiten oder soziale Kontakte pflegen. Häufiger als früher wollen sich pensionierte Menschen zwar engagieren, sich aber nicht auf unbestimmte Zeit für unbestimmte Funktionen verpflichten. Wenn ein Verein beispielsweise eine neue Präsidentin oder einen neuen Präsidenten sucht und nicht klar wird, was diese Funktion zeitlich beinhaltet und sie zudem ihre Nachfolge selbst zu organisieren hat, wirkt dies heute eher abschreckend. Diese Entwicklung bedeutet, dass manche Frauen und Männer durchaus für freiwilliges Engagement bereit sind, wenn sie genau wissen, was es zeitlich beinhaltet und welche Entwicklungsmöglichkeiten (inklusive Chancen zum Lernen oder zu einer nachberuflichen Freiwilligenkarriere) dabei bestehen. Versicherungsschutz, Spesenregelung und

eventuelle Honorierung sind ebenfalls Themen, die bei heutiger Freiwilligenarbeit stärker an Bedeutung gewonnen haben.

Gleichzeitig sind – gerade auch in Städten– die Möglichkeiten an Freiwilligentätigkeiten enorm. Nicht selten fühlen sich ältere Menschen von der Vielfalt an Angeboten überfordert. Dies gilt vor allem für ältere Frauen und Männer, die früher aus beruflichen oder familialen Gründen keine Kontakte zu Sport-, Freizeit-, Kultur- und Sozialvereinen pflegten. Die Wahl eines geeigneten Freiwilligenengagements nach der Pensionierung ist fast ebenso anspruchsvoll wie früher eine Berufswahl. Bewährt haben sich deshalb Informations- und Anlaufstellen der Freiwilligen-Plattform Benevol (www.benevol.ch, www.benevol-jobs.ch), die digital, aber auch via persönliche Beratung jeweils geeignete Freiwilligentätigkeiten vermitteln.

Zeitvorsorgesysteme (Zeitgutschriften, KISS) – als neue Form von Freiwilligenarbeit

Eine moderne Form der Freiwilligenarbeit – die heute ein vermehrtes Interesse erhält – sind Zeitvorsorgesysteme (in denen Menschen, die in gesunden Lebensjahren hilfebedürftige Menschen unterstützen, Zeitgutschriften erhalten, die sie später bei Bedarf selbst gegen Hilfeleistungen eintauschen können)¹⁴ Zeitvorsorgesysteme sind nicht unbestritten, da sie eine gute administrative Organisation benötigen und längerfristig eine staatliche Risikoabdeckung voraussetzen. Auch funktionieren Zeitgutschriftensysteme primär für ältere (pensionierte) Hilfeleistende. Bei Jugendlichen erweisen sich eher ‚Sackgeld-Börsen‘ als sinnvoll: Jugendliche helfen alten Menschen, etwa beim Einkaufen oder bei schwierigen Hausarbeiten (Fensterputzen usw.). Sie erhalten dabei eine vorgegebene Geldsumme. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass solche Systeme am besten funktionieren, wenn a) zwei, drei Jugendliche gemeinsam helfen, b) das zeitliche Engagement von vornherein begrenzt wird und c) Sackgeld-Börse-Systeme durch Jugendarbeiter/innen organisiert werden.

Insgesamt weisen Zeitvorsorgesysteme im Unterschied zu traditionellen Formen organisierter Freiwilligenhilfe für alte Menschen drei nicht unwesentliche Vorteile auf:

Erstens begegnen sich hilfeleistende und hilfebedürftige Menschen sozusagen auf gleicher Augenhöhe. Hilfe anzunehmen ist einfacher, wenn man weiss, dass die hilfegebende Person auch eine Gegenleistung (Zeitvorsorge) erhält. Vor allem alte Menschen, die früher selber Hilfe leisteten und die Selbständigkeit hoch gewichten, fühlen sich weniger als abhängige Hilfebedürftige, wenn die Hilfe durch eine Gegenleistung aufgewogen wird. Im Alter auf Hilfe angewiesen zu sein, wird zudem erleichtert, wenn angesammelte Zeitgutschriften beweisen, dass man früher selber Hilfe geleistet hat.

Zweitens entspricht ein Zeitvorsorgesystem vermehrt modernen Vorstellungen eines freiwilligen Engagements. Nicht nur werden Hilfeleistungen anerkannt (durch das Recht, später selber Hilfe zu erhalten), sondern via Zeitvorsorge können Frauen und Männer genauer festlegen und definieren, wie viele Stunden sie investiert haben bzw. investieren möchten. Viele Menschen von Heute – jung wie alt – sind bereit, sich sozial zu engagieren, aber sie

¹⁴ Das bekannteste Beispiel ist das Zeitvorsorgesystem der Stadt St. Gallen. Zu Erfahrungen und Evaluation vgl. Amt für Gesellschaftsfragen der Stadt St. Gallen 2017. In Zürich vermittelt die Genossenschaft KISS Zürich, Höngg-Wipkingen seit Juni 2018 entsprechende Anfragen und Angebote für zeitgutschriftorientierte Unterstützung, vgl. <https://kisszuerich10.ch/> Zum Konzept und andere KISS-Projekte vgl. www.kiss-zeit.ch.

möchten selbständig über ihr Zeitbudget bestimmen. Ein gut organisiertes Zeitvorsorgesystem erlaubt ein flexibles und zeitlich berechenbares soziales Engagement.

Drittens leiden viele üblichen Hilfenetze daran, dass unklar bleibt, wer wieviel Hilfe geleistet und erhalten hat und ob die organisierten Hilfeleistungen tatsächlich auch einem Bedarf entsprechen. Mit dem Zeitvorsorgesystem werden Zahl und Dauer der Hilfeleistungen (wie auch ein Ungleichgewicht zwischen Hilfebedarf und Angebot an Hilfe) rasch sichtbar. So wird schnell deutlich, ob zu wenige oder zu viele Hilfeleistende vorliegen. Ein Zeitvorsorgesystem erlaubt es, agil auf Lücken oder Probleme zu reagieren. Ebenso wird im Zeitverlauf deutlich, wie sich das Hilfenetz konkret entwickelt und welche Personengruppen mobilisiert werden (und welche Personengruppen noch mobilisiert werden sollten).

3.2 Wohnumgebung, Nachbarschaften und Nachbarschaftshilfe

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

Die grosse Mehrheit der älteren Menschen fühlt sich mit ihrer jetzigen Wohnumgebung (Nachbarschaft, Quartier) stark verbunden, wobei die Wohnortsverbundenheit bei den über 80-jährigen Menschen leicht höher als bei den ‚jungen Alten‘ von 65 bis 74-Jährig. Nicht wenige heutige Menschen sind allerdings nach ihrer Pensionierung sehr (auto-)mobil und verbringen viel Zeit ausserhalb ihres Wohnquartiers.¹⁵ Dies kann dazu beitragen, dass im gesunden Rentenalter Nachbarschaft und Quartierläden vernachlässigt werden und entsprechende Nachbarschaftskontakte bei altersbedingten Mobilitätseinschränkungen dann fehlen.

Insgesamt variiert die Wohnortsverbundenheit im Alter mit zwei bedeutsamen Elementen: Sie ist höher wenn man in einer ruhigen Gegend mit viel Grün wohnt als wenn man an einer lärmigen Verkehrsstrasse lebt. Zusätzlich sind soziale Aspekte bedeutsam und je besser die Nachbarschaftsbeziehungen eingestuft werden, desto stärker fühlt man sich mit dem Wohnort verbunden. In Städten zeigt sich eine leicht geringere Zufriedenheit bezüglich Nachbarschaftskontakten, Ruhe im Quartier oder öffentlicher Sicherheit als in Agglomerationsgemeinden oder auf dem Land. Umgekehrt ist die Zufriedenheit mit den Einkaufsmöglichkeiten und der Nähe zum öffentlichen Verkehr in Agglomerationsgemeinden oder ländlichen Gemeinden geringer.

In den letzten Jahren haben Nachbarschaftsbeziehungen – und namentlich Nachbarschaftshilfe – eine verstärkte Aufmerksamkeit erhalten, auch im Rahmen sozial-räumlicher Konzepte, die davon ausgehen, dass gerade im höheren Lebensalter eine gute lokale Einbettung das Wohlbefinden von Frauen und Männern erhöht. *Das informelle Nachbarschaftsnetzwerk kann im Alter ein wichtiges Element sozialer Unterstützung werden.* Pensionierte Menschen mit guten Nachbarschaftsbeziehungen sind häufiger in Vereinen und Clubs engagiert und leisten leicht

¹⁵ Gemäss Mobilitätsstatistik 2015 beträgt die mittlere Tagesdistanz pro Tag bei den 65-79-Jährigen gut 27 Kilometer und bei den zuhause lebenden 80-jährigen und älteren Menschen gut 13 Kilometer (Bundesamt für Statistik (2018) Mobilität und Verkehr. Statistischer Bericht 2018, Neuchâtel.

häufiger Freiwilligenarbeit. Die Beziehung kann allerdings wechselseitig sein: Man engagiert sich, weil man lokal gute Beziehungen aufweist und weil man sich lokal engagiert, profitiert man von besseren lokalen Kontakten. Alte Menschen mit funktionellen Alltags-einschränkungen können ihrerseits von nachbarschaftlichen Hilfeleistungen profitieren und damit unter Umständen länger selbständig zuhause leben.

Nach eigenen Angaben verfügt die Mehrheit der älteren Menschen auch in Städten zumindest über eine gute Nachbarschaftsbeziehung. Auffallend ist, dass ältere Frauen nachbarschaftlich stärker integriert sind als gleichaltrige Männer. In jedem Fall berichten Frauen häufiger über emotionale und praktische Nachbarschaftsunterstützung als Männer. Dies entspricht dem allgemeinen Muster, dass Frauen generell stärkere Netzwerkbeziehungen zu Angehörigen, Freunden und Nachbarn pflegen als Männer.

Im Alter können gute Nachbarschaftskontakte nicht nur Sicherheit - etwa gegenüber Gewalt und Einbrüchen - vermitteln, sondern auch intergenerationelle Perspektiven eröffnen. Eine funktionierende Nachbarschaftshilfe kann gerade für fragile alte Frauen und Männer bedeutsam sein. *Allerdings muss Nachbarschaftshilfe - soll sie über längere Zeit funktionieren - organisiert und betreut werden. Zudem ist Nachbarschaftshilfe in schweren Krisen oder bei Pflegebedürftigkeit primär kurzfristig von Nutzen, wogegen langfristige Pflege die Nachbarschaftshilfe zumeist überfordert* (abgesehen davon, dass Nachbarschaftshilfe engen 'Intimitätsschranken' unterworfen ist).

Förderung der Nachbarschaftskontakte

Eine Förderung städtischer Nachbarschaftskontakte und Nachbarschaftshilfe ist je nach sozialer und räumlicher Gestaltung der Wohnumgebung unterschiedlich zu organisieren. Entscheidend ist der Mix von Wohneigentümern und Mietern, die soziokulturelle Zusammensetzung der Wohnbevölkerung sowie die räumlichen Verhältnisse (viel Verkehr, Nähe zum Zentrum, nahegelegene Wälder oder Parks usw.). Die Erfahrungen westschweizerischer Nachbarschaftsprojekte (Quartiers Solidaires der Pro Senectute Waadt (www.quartiers-solidaires.ch), des Berner Projekts ‚Nachbarschaftshilfe‘ (www.nachbarschaft-bern.ch), des Luzerner Projekts Vicino (www.vicino-luzern.ch) sowie der Nachbarschaft Zürich (www.nachbarschaftshilfe.ch) verdeutlichen, dass gute Kenntnisse des Quartiers, ein frühzeitiger Einbezug der interessierten Bevölkerung und vorhandener Vereine (inkl. Kirchen, Parteien, Quartiervereine usw.) unabdingbar sind. Klare Erfolge sind zudem oft erst nach einigen Jahren sichtbar.¹⁶ Wichtig bei einer Förderung von Nachbarschaftshilfe ist vorerst eine Stärkung nachbarschaftlicher Kontakte. Ein gutes Nebeneinander ist zentrale Voraussetzung für ein (späteres) gutes Miteinander. Kontakte können durch regelmässige Siedlungs- und Quartierfeste, gezieltes Ansprechen von neu zugezogenen Personen und Migranten sowie durch Gemeinschaftsräume und gemeinsam nutzbare Grünzonen verstärkt werden. Fachlich begleitete Quartierbegehungen können mithelfen, Stärken und Schwächen der Wohnumgebung zu erkennen und anzusprechen.¹⁷ Je nach Situation können generationenübergreifende Unterstützungsnetzwerke oder generationengetrennte Netzwerke (etwa ein Netzwerk für Familien mit jungen Kindern und ein Netzwerk im Sinne von Senioren helfen Senioren) sinnvoll sein. Ein fachlicher Austausch von im Quartier tätigen Fachleuten und

¹⁶ Unter Umständen ist bei städtischer Förderung nachbarschaftlicher Beziehungen auch ein gezielter Einbezug lokaler Geschäfte (wie Apotheken, Drogerien sowie Coiffeur-Geschäfte) sinnvoll, da die erwähnten Geschäfte oft gute Kenntnisse über alte Kunden und Kundinnen aufweisen.

¹⁷ Zum Konzept fachlich begleiteter Quartierbegehungen, vgl. www.programmsocius.ch.

Verwaltungsstellen kann ebenfalls von Nutzen sein, etwa durch ein jährliches Treffen aller mit Altersfragen konfrontierter Fachpersonen eines Quartiers.

4 Hilfe, Unterstützung und Pflege im Alter – Trends und Entwicklungsoptionen

4.1 Sozio-epidemiologische Entwicklungen

Demografische Szenarien belegen eindrücklich, dass die Aufwendungen für Pflegeleistungen im Alter ansteigen, aber der Anstieg von Pflegefällen und Pflegekosten wird entscheidend von der Entwicklung der gesunden bzw. behinderungsfreien Lebensjahre bestimmt (Eidgenössisches Finanzdepartement 2016). Positiv ist, dass in der Schweiz Frauen und Männer nicht nur lange leben, sondern auch relativ lange in guter funktionaler Gesundheit verbleiben. *In den letzten Jahrzehnten erlebte die Schweiz eine relative, wenn nicht sogar absolute Kompression schwerer Morbidität und starker Pflegebedürftigkeit.* Deutlich weniger als zehn Prozent der unter 80-jährigen Frauen und Männer sind aktuell alltagsbezogen pflegebedürftig. Erst bei den über 90-Jährigen ergeben sich Pflegequoten von mehr als 50%. Wirtschaftlicher Wohlstand, bessere Ausbildung, geringere körperliche Belastungen im Beruf, ein ausgebautes Alterssicherungssystem sowie medizinische Fortschritte sind für eine verzögerte Pflegebedürftigkeit verantwortlich. Die zukünftige Entwicklung bleibt offen, aber es wird deutlich, dass Vertreter und Vertreterinnen der Babyboom-Generation im Alter zwar nicht unbedingt später von chronischen Krankheiten (wie Bluthochdruck, Glieder- & Gelenkschmerzen, kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, Tumoren, Hörproblemen u.a.) betroffen sind, aber dass sie – auch dank guter sozio-medizinischer Versorgung, kurativen und rehabilitativen Interventionen – mehrheitlich später an starken funktionalen Einschränkungen leiden bzw. später alltagsbezogen pflegebedürftig werden.¹⁸

Die stark altersabhängige Häufigkeit demenzieller Erkrankungen löst Befürchtungen aus, dass die Zahl an demenzerkrankten Menschen aufgrund der demografischen Entwicklung massiv ansteigen wird und sich damit der demenzbezogene Pflegebedarf stark erhöhen wird. Lineare Fortschreibungen aktueller Raten sind allerdings angesichts neuer Trends problematisch. *So zeigen neuere Untersuchungen, dass die altersspezifischen Risiken demenzieller Erkrankungen bei neueren Generationen älterer Menschen sinkende Tendenzen aufweisen* (Langa et al. 2017, Skoog et al. 2017). Dafür verantwortlich sind einerseits bessere schulisch-berufliche Bildung neuer Generationen, die es erlauben kognitive Reserven im Alter zu bilden. Lernprogramme und Gedächtnistraining im Alter können dies verstärken. Andererseits können medizinische Fortschritte (bessere Behandlung kardiovaskulärer und hirnorganischer Probleme wie z.B. Schlaganfall) dazu beitragen, dass demenzielle Erkrankungen nicht oder später eintreten. Schon aktuell kann ein Fünftel bis ein Drittel der Demenzerkrankungen – und dabei vor allem

¹⁸ Was psychische Erkrankungen im Alter betrifft, ist die Datenlage für Szenarien zu schlecht. Soweit ersichtlich hat sich das psychische Befinden alter Menschen in der Schweiz insgesamt jedoch eher verbessert als verschlechtert. Ausnahme sind starke Depressionen (major depressions), wo sich konstante altersspezifische Inzidenzraten abzeichnen.

vaskuläre Demenzformen – durch geeignete Lebensstilfaktoren (Nichtrauchen, hohe körperliche Aktivität, ausgewogene Ernährung) verhindert oder zumindest zeitlich verzögert werden (Beydoun et al. 2014).

Bessere Bildung neuer Generationen und medizinische Fortschritte dürften zumindest in wohlhabenden Ländern das Risiko, im Alter an Demenz zu erkranken, substanziell reduzieren. Offen bleibt allerdings, inwieweit ein reduziertes Risiko hirnorganischer Erkrankungen teilweise durch eine verlängerte Überlebenszeit bei Demenz kompensiert wird (Prince et al. 2016). In anderen Worten: Das Risiko im Alter an Demenz zu erkranken, kann in den nächsten Jahren deutlich sinken, aber wenn alte Menschen mit Demenz länger überleben, steigt die Zahl an demenzerkrankten alten Menschen trotzdem an (wenn auch weniger stark als dies in früheren demografischen Projektionen vermutet wurde).¹⁹

Gesamthaft und zusammenfassend lässt sich folgendes erwarten (mit bedeutsamen Folgen für Unterstützung- und Pflegeformen der Zukunft): Wir werden nicht unbedingt eine Abnahme leichter Morbidität im Alter (Krankheiten, die sich behandeln lassen und die bei guter sozio-medizinischer Versorgung nicht zu funktionalen Einschränkungen führen) erleben. Sondern wahrscheinlich ist eine relative Abnahme bzw. ein späteres Eintreten schwerer Morbidität bzw. starker Pflegebedürftigkeit. Dies gilt für viele körperliche Erkrankungen (wo kurative und operative Interventionen (wie Hüftoperationen, Staroperationen usw.) bis ins höchste Lebensalter erfolgreich sind. Auch bei manchen – wenn auch nicht allen – Demenzerkrankungen zeichnen sich qualitative Verschiebungen ab: Da zukünftige Rentnergenerationen eine bessere Ausbildung und verstärkte Lernbiographien aufweisen, sind sie häufiger in der Lage, hirnorganisch bedingte kognitive Alltagseinbußen länger zu kompensieren. Dies hat zur Konsequenz, dass die Zahl an leicht bis mittelschwer demenzerkrankten alten Menschen stärker ansteigen wird als die Zahl an stark pflegebedürftigen demenzerkrankten alten Menschen.

Für die städtische Altersstrategie (und den sozio-medizinischen Versorgungsauftrag) weisen diese sozio-epidemiologischen Veränderungen primär folgende Konsequenzen auf:

- a) Zahl und Anteil an stark pflegebedürftigen alten Menschen werden weniger stark ansteigen als frühere Pflegeszenarien vermuteten. Menschen werden zudem primär in einem sehr hohen Alter pflegebedürftig, oft gegen Lebensende. Palliative Pflege wird entsprechend auch in Alters- und Pflegezentren immer wichtiger.²⁰
- b) Stärker ansteigen als Zahl stark pflegebedürftiger alter Menschen wird die Zahl alter Menschen, die aufgrund leichter bis mittelschwerer funktionalen Einschränkungen oder aufgrund steigender Fragilität auf Hilfe-, Unterstützung- und Begleitungsmassnahmen angewiesen sind (idealerweise im Rahmen betreuter Wohnformen oder via Unterstützung durch Angehörige, Freunde, Nachbarn und ambulante Dienste).
- c) Ansteigend ist bei ausgebauter kurativer und operativer Medizin auch die Zahl alter Menschen, die Übergangspflege benötigen (intensive Pflege für eine kürzere Zeit, etwa nach

¹⁹ Allgemein zeigt sich in Ländern mit zunehmendem medizinischen Fortschritten ein sozial- und gesundheitspolitisch zentraler, wenn bisher auch wenig diskutierter Trend: Sinkende Inzidenzraten (geringere Erkrankungsrisiken), aber steigende Prävalenzraten (mehr erkrankte Personen). Konkretes Beispiel: Diabetes B im Alter: Zahl und Anteil erkrankter alter Menschen steigen an, nicht weil Diabetes B im Alter häufiger wurde, sondern primär weil Menschen mit Diabetes B heute länger überleben als früher. Herzerkrankungen führten früher rasch zum Tod, heute können herzerkrankte alte Menschen lange überleben (oft in guter Lebensqualität).

²⁰ Zu beachten ist, dass palliative Pflege und Betreuung bei sehr alt gewordenen Menschen (90+) einen anderen Charakter aufweist als bei jüngeren Sterbenden (sei es, weil bei sehr alten Menschen Prägungen durch frühere Epochen ausgeprägt sind oder sei es, weil Themen wie Lebensmüdigkeit und Lebenssattheit stärker hervortreten).

einer Hüftoperation, um danach wieder zuhause zu leben). Stationäre Übergangspflege wird für Alterszentren wichtiger, was entsprechende Reservekapazitäten (freie Betten) voraussetzt. Längerfristig können auch ambulante Formen der Übergangspflege bedeutsamer werden.

Da genetische Dispositionen biologische Alternsprozesse mitbestimmen, ebenso wie berufliche und private Belastungen, profitieren nicht alle Frauen und Männer gleichermassen von einem langen behinderungsfreien Leben. Auch in der Stadt Zürich existiert eine nicht unbeträchtliche Zahl an vorzeitig erkrankten Menschen (z.B. frühe Demenzerkrankungen, Personen mit MS (multiple Sklerose usw.). Dazu kommt, dass mehr körperlich und/oder geistig behinderte Menschen das AHV-Alter erreichen.²¹ Solche Entwicklungen tragen dazu bei, dass Ü-65-Angebote ausgebaut werden müssen (d.h. Pflegewohngruppen für behinderte oder erkrankte Menschen, die vergleichsweise früh intensive Pflege benötigen).²²

4.2 Hilfekonstellationen im Alter – Feststellungen und Entwicklungen

Gegenwärtig erhält bzw. beansprucht eine knappe Mehrheit (54%) der zuhause lebenden hilfebedürftigen Menschen 65+ nur informelle Hilfe durch Angehörige (Ehepartnerin, Ehepartner, Töchter, Söhne) (Merçay 2017: 32-34). An zweiter Stelle (27%) steht eine Kombination informeller und professioneller Hilfe- und Unterstützungsleistungen (z.B. via Spitex, Pro Senectute). Eine solche Hilfekonstellations wird mit steigendem Hilfe- und Pflegebedarf häufiger. Eine sich wechselseitig ergänzende Beziehung zwischen formeller und informeller Unterstützung ergibt sich vor allem bei alleinlebenden, stark pflegebedürftigen alten Menschen, wo oft nur die Zusammenarbeit von Spitex und informellem Netz ein Verbleiben in der angestammten privaten Wohnung ermöglicht (Perrig-Chiello, Höpflinger 2012: 104). Freunde und Nachbarn sind zwar zur sozialen Unterstützung und Begleitung wichtig, werden aber bezüglich alltagsbezogenen und gesundheitlichen Hilfen nur selten erwähnt. Auch in der Age-Wohnumfrage 2018 (Höpflinger et al. 2019) erwähnten hilfebedürftige Befragte primär Wohnpartner und Angehörige sowie die Spitex-Fachpersonen als hilfeleistende Bezugspersonen, selten jedoch Nachbarn. *Alltagsbezogene Hilfe, Unterstützung und Pflege im Alter bewegt sich weitgehend im Spannungsfeld von Angehörigen (soweit vorhanden) und professionellen Angeboten.* Inhaltlich ergibt sich zwischen informeller und formeller Hilfeleistungen heute oft eine gewisse Aufgabenteilung: Familienmitglieder und ausserfamiliäre Netze fokussieren auf Aufgaben im Bereich Betreuung, Hauswirtschaft und Administration. Professionelle Fachpersonen und -dienste übernehmen ihrerseits mehr Leistungen der Grund- und Behandlungspflege (Knöpfel et al. 2018: 79). Eine bedarfsgerechte Nutzung formeller hauswirtschaftlicher und/oder pflegerischer Hilfeleistungen wird teilweise durch die Vielfalt an öffentlichen wie privaten Dienstleistungs- und Pflegeangeboten behindert. *Unübersichtlichkeit und Koordinationsprobleme werden von alten Menschen und ihren Angehörigen häufig angeführt,* namentlich wenn zentrale Anlauf- und Beratungsstellen fehlen.

Ein Problem, dem vorhandene Anlauf- und Beratungsstellen zu Altersfragen oft begegnen, ist die Tatsache, dass alte Menschen oder ihre Angehörige Hilfe und Beratung erst nachfragen, wenn die Problemlage schon dringlich wurde und die Zeit für Lösungen oft sehr kurz ist. Eine

²¹ Menschen mit Down-Syndrom werden in späteren Lebensjahren nicht selten von demenziellen Erkrankungen zusätzlich behindert.

²² Beispiel: MS-Patientin im Rollstuhl: körperlich stark behindert, aber geistig sehr aktiv. Dank eigener Ü-65-Pflegegruppe im Alters- und Pflegezentrum Schlossmatt (Burgdorf) konnte sie eigenständig ihre sozialen und geistigen Interessen pflegen (und das Radioprogramm des Heims mitgestalten).

Konsequenz später Hilfesuche ist, dass entsprechende Anlaufstellen für das Alter relativ häufig Triage-Funktionen ausüben müssen (was eine gute Vernetzung mit lokalen Angeboten und spezialisierten Stellen voraussetzt).

Informelle (und unbezahlte) Hilfe, Betreuung und Pflege durch Angehörige (namentlich Partnerin, Partner, Töchter, vermehrt auch Söhne) wird auch in Zukunft eine wesentliche Bedeutung einnehmen. *Es zeigt sich kein klarer Trend, dass Angehörige heute weniger bereit sind als früher, sich um hilfe- und pflegebedürftige Familienmitglieder zu kümmern.*²³ *Ein wesentlicher Wechsel ist allerdings, dass helfende und pflegende Angehörige mehr Ansprüche nach Anerkennung und Entlastungsangebote stellen (dies vor allem in städtischen Regionen).* Sozio-demografisch bedingt ist zudem weder in ländlichen noch städtischen Gebieten mit einem Ausbau der Angehörigenpflege zu rechnen und dies primär aus zwei Gründen: Erstens zeigen sich immer häufiger Paarkonstellationen, in denen beide Partner hochaltrig, fragil und hilfebedürftig sind. Zweitens erhöht sich gerade in Grossstädten der Anteil an alten Menschen ohne Nachkommen.²⁴ Dazu kommt migrationsbedingt ein wachsender Anteil von alten Menschen ohne Angehörige in Wohnortsnähe und geografische Distanz reduziert vor allem Alltagshilfen. Der Geburtenrückgang trägt zudem dazu bei, dass sich Hilfe- und Pflegeverantwortung für alte Elternteile häufiger als früher auf nur eine Person (Tochter, eventuell Sohn) konzentriert. In nicht wenigen Fällen kommt es dabei zu einem zweiten familial-beruflichen Vereinbarkeitskonflikt – Erwerbstätigkeit und Pflegeverantwortung für alten Elternteil. Entsprechend gewinnen Fragen einer besseren Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Angehörigenbetreuung vermehrt an Bedeutung und zwar bei Töchtern wie Söhnen alter Eltern (Zur Problemstellung und Lösungsansätzen vgl. Metrobasel 2018; Home Instead Schweiz 2018, Internet-Netzwerke: www.workandcare.ch, www.info-workcare.ch).

Formen der Unterstützung im Alter

Um im hohen Lebensalter auch bei verstärkter Fragilität und erhöhtem Hilfe- und Pflegebedarf möglichst lange zuhause verbleiben zu können, sind vielfach unterschiedliche Unterstützungsformen notwendig (die über die KVG-anrechenbaren medizinisch-pflegerischen Leistungen hinausgehen). Je nach Form der Unterstützung sind je andere Bezugspersonen bzw. Dienstleistungsangebote zentral. Zu unterscheiden ist konzeptuell namentlich zwischen folgenden Unterstützungsleistungen

- a) *Hilfe und Unterstützung im Alltag* (administrativ, hauswirtschaftlich). Dazu gehören administrative Hilfen (Rechnungen, Steuererklärungen), teilweise durch Angehörige, Freiwillige der Pro Senectute oder Beistandschaften gemäss Erwachsenenschutzrecht. Wichtig sind auch hauswirtschaftliche Dienste (Putzen, Waschen, Mahlzeitendienste u.a.), die sowohl durch professionelle Angebote (Spitex, Pro Senectute) als auch durch Angehörige oder Nachbarn angeboten werden können.
- b) *Betreuung und Begleitung*, sei es beim Einkaufen und Arztbesuchen oder sei es soziale Betreuung und Begleitung. Dazu gehört auch Förderung sozialer Kontakte (gemeinsames Essen, Jassen oder Begleitung zu Seniorenveranstaltungen). Betreuung und Begleitung ist

²³ Soweit ersichtlich, sind Männer als Partner ebenso bereit wie fähig, alltägliche Hilfe und Pflege zu übernehmen wie Frauen. Da Ehemänner häufiger vor ihrer Frau pflegebedürftig werden, sind es allerdings mehrheitlich Frauen, die entsprechende Partnerpflege übernehmen (müssen).

²⁴ Den höchsten Anteil an kinderlosen Frauen (mit um die 25%) zeigt sich in der Schweiz für den Frauenjahrgang um 1965 (Höhepunkt der Kinderlosigkeit, namentlich bei gut ausgebildeten Frauen).

eher zeitintensiv und setzt eine gute persönliche Beziehung voraus. Freiwillige und Nachbarn können hier zentral sein, ebenso wie organisierte Gruppen im Sinne von ‚Senioren helfen Senioren‘. Wichtig bei intensiveren Betreuungsleistungen ist allerdings eine gute fachliche Einführung und Beratung, namentlich wenn es um eine Betreuung demenz- erkrankter, suchtgefährdeter oder depressiver alter Menschen geht.

- c) *Pflege im engeren Sinne* einer Grundpflege (Waschen, Duschen u.a.) oder einer sozio- medizinischen Pflege (Behandlungspflege). Solche Pflegeleistungen können – weil intim – zumeist nur von engen familialen Bezugspersonen (Partner/in, Töchter, Söhne) oder von geschulten Pflegefachpersonen (Spitex) geleistet werden. Sofern professionell geleistet, übernehmen die Krankenkassen die entsprechenden Kosten. Allerdings unterliegen die kassenpflichtigen Pflegeleistungen strengen zeitlichen Beschränkungen.²⁵

Eine integrierte Pflege im Alter verknüpft idealerweise alle drei Dimensionen (Unterstützung im Alltag, Betreuung und Begleitung (inkl. Stärkung sozialer Kontakte) und Pflege (Behandlungs- und Grundpflege).²⁶ Ob alle drei Dimensionen zentral von einer Organisation oder dezentral – via Koordination verschiedener Leistungserbringer – erfüllt werden, hängt von finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen einer Gemeinde ab, ist aber auch von den funktionalen Fähigkeiten und Autonomiewünschen hilfebedürftiger Frauen und Männer abhängig. Die vorgängig angesprochenen Formen eines betreuten Wohnens erleichtern eine Vernetzung diverser Unterstützungsdimensionen.

4.3. ‚Ambulant vor stationär‘ - Prinzip und Grenzen des Prinzips

„Ambulant vor stationär“ wurde zum zentralen Prinzip in der Gestaltung heutiger Alterspflege und tatsächlich lässt sich eine Verlagerung von stationären Pflegeangeboten zur ambulanten Pflege feststellen (und die Priorität ambulanter Pflege entspricht weitgehend auch den Wünschen alter Frauen und Männer). Grundsätzlich bedeutsam und realisierbar sind beim Prinzip ‚ambulant vor stationär‘ aber auch konzeptuelle Vorbehalte und Grenzen zu beachten:

- A) Die Dichotomie ‚ambulant-stationär‘ entspricht immer weniger der Realität, weil dank Aufbau von teilstationären Angeboten (Tages- bzw. Nachtaufenthalten) oder einer zunehmenden Bedeutung von Formen der Übergangspflege mehr intermediäre Pflegestrukturen entstanden sind. Zudem ist eine enge Zusammenarbeit (fachlich, infrastrukturell) zwischen ambulanten Angeboten (Spitex) und stationären Strukturen (Spitäler, Alters- und Pflegeheime u.a.) oft sinnvoll und kostengünstig (etwa durch gemeinsame Medikationsorganisation oder gemeinsame Nutzung von Wäschereien, Mahlzeitendienste und Notrufsystemen). Generell als ideal erachtet wird eine integrierte Versorgung – speziell bei alten Menschen mit Polymorbidität oder Menschen mit einer Kombination körperlich, sensorisch und hirnganisch bedingten funktionalen Alltagseinschränkungen.
- B) Ambulante Versorgung ist oft kostengünstiger, aber in manchen Fällen nur weil Angehörige entsprechende Betreuungs- und Pflegeaufgaben unbezahlt übernehmen. Professionelle ambulante Pflege ist nur bei leichter bis mittelschwerer Pflegebedürftigkeit klar kostengünstiger als eine stationäre Pflege (wobei in Städten – dank kürzeren Reisedistanzen – der

²⁵ Unter Umständen kann es sinnvoll und nützlich sein, wenn die Spitex-Fachperson von einer zweiten Person (Freiwillige, Nachbarin) begleitet wird, die nach der zeitlich begrenzten Spitex-Pflege mit der alten Person noch soziale Kontakte pflegt und eventuell anstehende Probleme bespricht.

²⁶ Ein Pilotprojekt ‚CareNet+‘ strebt ein integriertes Altersversorgungsnetz im Bezirk Affoltern an (vgl. Pro Senectute Kanton Zürich 2015)

Kostenvorteil ambulanter Pflege länger erhalten bleibt als in Bergregionen). Kostenvorteile ambulanter Pflege verschwinden bei ausgeprägtem Pflegebedarf (und wenn keine pflegende Angehörige im Haushalt oder im Haus verfügbar ist). Auch ausgeprägte psychisch-, sucht- oder demenzbedingte Verhaltensstörungen können eine ambulante Pflege überfordern bzw. verhindern.

- C) Eine (qualitativ gute) ambulante Fachpflege zuhause ist oft nur möglich bzw. bedürfnisgerecht, wenn entsprechende Hilfe, Unterstützung und Begleitung vorliegen. Sozio-medizinische Pflege genügt bei sehr alten, fragilen und oft polymorbiden Menschen allein nicht. Zentral sind gleichzeitig hauswirtschaftliche und administrative Unterstützungsleistungen sowie eine gute soziale Begleitung (um Vereinsamung, Mangelernährung oder inadäquate Medikation u.a. zu vermeiden). Während in stationären Alters- und Pflegezentren eine integrierte Versorgung (inkl. Aktivierung, soweit erwünscht) angeboten wird, fehlt dies im häuslichen Bereich oft.

Ambulante Pflege (good practice)

Im Allgemeinen bewähren sich bei der ambulanten Pflege alter Menschen folgende Aspekte:

Nicht zu viele Wechsel bei den Pflegefachpersonen (soweit dies bei Teilzeitpensen möglich ist). In jedem Fall optimal ist eine klare Festlegung einer Bezugsperson bzw. zweier Kontaktpersonen, die bei offenen Fragen oder Kritikpunkten zur Verfügung stehen.

In Diskussion ‚Modell Curarete‘ (www.curarete.ch): Selbstgesteuerte Pflegeteams von sechs bis zwölf Fachleuten, die weitgehend in eigener Verantwortung arbeiten und den gesamten Betreuungsprozess, inkl. Aufbau und Koordination des notwendigen Betreuungsnetzwerkes (Hausarzt, Nachbarschaft, Angehörige) begleiten.

Bei alten Menschen mit betreuenden Angehörigen (Partner, Partnerin, Töchter, Söhne): Nützlich und hilfreich ist eine von vornherein klar definierte Arbeitsteilung von professionellen und informellen Tätigkeiten. Das Ideal einer Co-Pflege (Spitex und Angehörige pflegen gemeinsam) erfordert sehr gute persönliche Beziehungen und ist faktisch eher selten. Soweit als möglich: Information und Schulung pflegender Angehöriger und in einigen Fällen – wie in Köniz BE – kann eine Teilanstellung einer pflegenden Angehörigen bei der Spitex sinnvoll sein (auch im Hinblick auf spätere Engagements nach dem Tod eines Partners oder eines Elternteils).

Bei alten Menschen, die allein leben und ein Risiko aufweisen zu vereinsamen, kann ein Tandem-Prinzip sinnvoll sein: Spitex-Fachperson besucht alte Person zusammen mit einer (geschulten) Zweitperson (Nachbarin, Freiwillige). Die Spitex übernimmt die (zeitlich limitierten) KVG-pflichtigen Leistungen (Grundpflege, Behandlungspflege). Die zweite Person bespricht anschliessend bedeutsame offene Fragen (Finanzen, Einkaufen, Kontakte usw.), eventuell bei einem Kaffee. Je nach Situation kann die zweite Person Transportdienste (Einkaufen, Arztbesuche) übernehmen. Wichtig beim Tandem-System ist, dass die freiwillige tätige Person wichtige Problemhinweise der Spitex-Fachperson zurückgemeldet.

Pilot- und Praxisprojekte lassen erkennen, dass präventive Hausbesuche wirksam sind und längerfristig zu krankenkassenrelevanten Kosteneinsparungen führen. Bei einem präventiven Hausbesuch berät und informiert die Fachperson (oft Pflegefachfrau mit Zusatzausbildung) alte Menschen in ihrem häuslichen Umfeld zu Themen wie Selbstständigkeit im Alter,

Gesundheitskompetenz und weiteren gesundheitsrelevanten Themen (Ernährung, Trinkverhalten, Sturzgefahren, Gleichgewichtsübungen usw.). Präventive Hausbesuche eignen sich speziell für ältere Personen mit noch geringem Hilfe- und Pflegebedarf ohne kognitive Beeinträchtigungen (Internet-Links: www.zuhausealtwerden.ch, Bern: www.zwaeginsalter.ch, Limmattal: www.praeventive-hausbesuche.ch)

4.4 Auf der ‚grünen Wiese‘ – Pflege im Alter in einem integrierten Wohn- und Pflegemodell

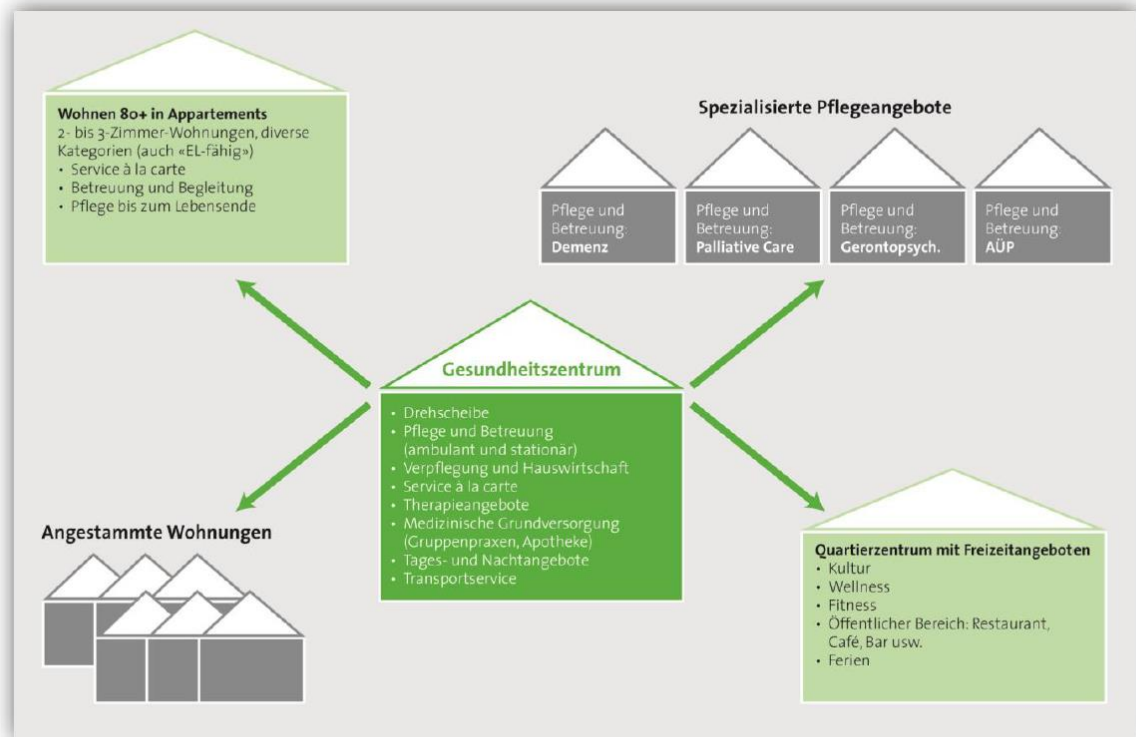
Ein neues, integriertes Wohn- und Pflegemodell im hohen Lebensalter kann unterschiedlich organisiert werden, aber es besteht unter Fachleuten zunehmend mehr Konsens, dass in Zukunft Wohnen, Begleitung und Pflege stärker als bisher integriert werden müssen. Eine gute Grundlage zu neuen Wohn- und Pflegemodellen hat der Heimverband Curaviva (2016) formuliert. Prinzipiell geht es um eine Optimierung von Selbstbestimmung (Autonomie) und Alltagsnormalität selbst bei altersbedingtem Pflege- und Betreuungsbedarf, idealerweise im angestammten Wohnumfeld (‚Ageing in Place‘). Neue (Ideal)-Formen der Pflege im Alter beruhen auf vier Hauptpfeilern:

- a) Leben in Privatheit: Wohnen in einer eigenen Wohnung mit Hilfe und Betreuung nach Bedarf bzw. persönlichen Wünschen. Soziomedizinische Pflegeleistungen werden extern erbracht (Spitex u.a.).
- b) Leben im gewohnten Lebensmilieu: Soweit als möglich soll das gewohnte Lebensmilieu (sozial, kulturell) erhalten bleiben, was eine Rücksichtnahme auf die bisherige Lebensbiografie und milieuspezifische Angebote (etwa für Migrantinnen) erfordert.
- c) Leben mit sozialen Kontakten (soweit gewünscht): Komplementär zum privaten Wohnen werden Angebote für gemeinschaftliches Leben und gemeinsame Aktivitäten bereitgestellt.
- d) Institutionelle Pflegestrukturen (Alters- und Pflegeheime, Tageskliniken usw.) sind im Quartier integriert bzw. integrierter Teil des Quartiers.

Die Alterspflege-Institutionen verstehen sich in diesem Wohn- und Pflegemodell 2030 nicht mehr in erster Linie als ‚grosses Gebäude‘, sondern als Dienstleistungsunternehmen, die pflegebedürftigen Menschen ein selbstbestimmtes Leben in einer von ihnen bevorzugten Wohnumgebung ermöglicht. Die Infrastruktur ist nicht mehr zwingend zentral und gross, sondern eher klein und dezentral (sozialraumorientiert). Allerdings sind neben quartierbezogenen Einrichtungen speziell in grossen Städten weiterhin oder sogar noch stärker als früher spezialisierte Angebote notwendig (Demenzpflegewohngruppen, gerontopsychiatrische Kliniken, palliative Hospize oder milieuspezifische Pflegeangebote, etwa für spät erblindete alte Menschen²⁷ oder alt gewordene Suchtpatienten).

Das nachfolgend angeführte Schema illustriert das Wohn- und Pflegemodell Curaviva 2030 im Detail. Idealerweise wird bei Neubauten eine modulare Architektur gewählt, um rasch und flexibel (und ohne zu grosse Kosten) auf neue Bedürfnisse eingehen zu können.

²⁷ Vgl. dazu Kompetenzzentrum für Sehbehinderung im Alter KSIA (www.ksia.ch)



Das Wohn- und Pflegemodell 2030 (© CURAVIVA Schweiz)

Vier alternative Zukunftsszenarien zur Entwicklung des Pflegesystems

Noch radikaler diskutiert ein Grundlagenpapier von Senesuisse und Gottlieb Duttweiler-Institut (Gürtler et al. 2018) sich anbahnende Veränderungen des Pflegesystems in einer digitalisierten Welt. Vorgestellt und diskutiert werden vier alternative Szenarien zur Pflege der Zukunft

a) *Status Quo Plus*: In diesem Szenario bleibt das etablierte Pflegesystem im grossen und ganzen bestehen. Die Optimierung der Pflegequalität wie auch die Anpassung an den gesellschaftlichen und technologischen Wandel obliegt primär den Institutionen und Organisationen, die bisher dafür zuständig waren. Als zentraler Engpass für dieses Szenario wird ein Mangel an fachlich geschultem Pflegefachpersonen wahrgenommen.

b) *Care Society*: In diesem (kommunitaristisch orientierten) Szenario verlagert die Gesellschaft ihren Schwerpunkt von wirtschaftlicher Leistung auf soziale Zuwendung. Produktivitätspotenziale des technischen Fortschritts führen in eine Gesellschaft in der materielle Leistungen von Maschinen und Algorithmen erbracht werden. Immaterielle Leistungen von Hilfe, Pflege und Zuwendung werden hingegen gemeinschaftlich organisiert und kleinräumig koordiniert. Die kommunale Ebene und die dabei zentralen sozialen Netzwerke (Nachbarschaften, Genossenschaften, Kleingruppen usw.) stehen im Zentrum dieser Pflegepolitik.

c) *Care-Convenience*: In diesem Szenario wird das Pflegesystem komplett umgestülpt, in Richtung einer normalen Dienstleistungsbranche. Als zentrales Element etablieren sich die individuellen Bedürfnisse bzw. Wünsche der pflegebedürftigen Menschen. Eine Vielzahl von privaten und öffentlichen Anbietern (inkl. international tätige Pflegekonzerne) bieten ihre Pflegedienste an. Digitale Plattformen übernehmen die Verknüpfung von Angebot und Nachfrage (unter Umständen kombiniert mit digitalen Pflege-Bewertungssystemen). Der Staat

sorgt primär dafür (etwa über eine staatliche Mindestsicherung), dass auch pflegebedürftige Menschen mit wenig finanziellen Ressourcen die notwendigen Pflegeleistungen erhalten.

d) *Big Doctor*: In diesem Szenario wird Digitalisierung nicht allein zur Organisation von Pflegeleistungen, sondern zur Stärkung der Gesundheit bzw. zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit genutzt. Digitale Diagnose-Systeme übernehmen in diesem Szenario eine zentrale Rolle, indem sie Bio-Daten und individuelles Verhalten überwachen, um jederzeit die bestmögliche Hilfestellung zu geben bzw. zu beauftragen. Ein zentrales Element sind hier ‚Before-Demand‘-Lösungen: Aus körpereigenen Daten (via Sensoren) werden Signale für unmittelbar bevorstehende Komplikationen herauslesen (etwa für einen Herzinfarkt, einen Schlaganfall usw.)²⁸ Medizinische und pflegerische Leistungen werden entsprechend dort angeboten, wo sich die Menschen gerade befinden.

Anzuführen ist, dass die vorgestellten Szenarien des Care-Systems in der Begleitgruppe kontrovers diskutiert wurden und faktisch werden sich (komplexe) Kombinationen aller vier angeführten Szenarien durchsetzen.

5 Alter und technische Lösungen – ein neues Handlungsfeld

Der technologische Wandel – von digitalen Kommunikationsformen, biomedizinischen Sensoren bis zu haushaltstechnologischen Verbesserungen – beeinflusst auch das Leben älterer und alter Menschen. *Technische Geräte können Kraftverluste bei alten Menschen kompensieren und der Einsatz moderner Assistenzsysteme kann selbständiges Wohnen auch bei altersbezogenen Einschränkungen erleichtern und Wohnsicherheit erhöhen* (vgl. Künemund, 2018, Samochowiec et al. 2015). Digitale Kommunikationsformen erlauben es wenig mobilen alten Menschen regelmässige Kontakte mit entfernt lebenden Bezugspersonen zu pflegen. Bei gutem Design und leichter Bedienbarkeit kann moderne Technologie durchaus altersfreundlich sein, da sich damit auch bei eingeschränkter funktionaler Gesundheit neue Handlungs- und Kommunikationsmöglichkeiten ergeben. Selbst bei Demenz können sich multimediale Kommunikationstechnologien positiv auswirken, etwa für Biografie- und Erinnerungsarbeit mit demenzerkrankten alten Menschen (Bejan et al. 2018).

Vereinfacht dargestellt zeigen sich bei altersbezogenen Techniken drei Ansätze: a) Designlösungen zur leichten Handhabung von Alltagsgeräten oder Werkzeugen, etwa bei erschwerten Greifbewegungen; b) High-Tech-Produkte für Hör- und Sehbehinderungen oder zur Kompensation von Mobilitätseinschränkungen) und c) eine systematische technische Optimierung des ganzen Körpers (Biosensorik) oder ganzer Wohnungen (‚Smart Homes‘). *Die Technikakzeptanz bei älteren Menschen ist ansteigend, weil mehr Menschen pensioniert werden, die schon längere Erfahrungen mit neuen Technologien gemacht haben*. Gegenwärtig die höchste Akzeptanz bei älteren Menschen haben technische Hilfsmittel, welche auf gefährliche Situationen hinweisen, vor diesen schützen oder in Notfällen für Hilfe sorgen (Knöpfel et al. 2018: 197). Aktuell kommen bei älteren und alten Menschen allerdings erst wenige altersbezogene Technologien konkret zum Einsatz. Am ehesten verwendet werden neben digitalen Kommunikationsmittel (Handy, Internet) und Hörgeräten gegenwärtig sanitär-technische Hilfsmittel (Sitzduschen, Haltegriffe) sowie Notrufsysteme (2018 bei gut 12% der

²⁸ An den Universitäten werden schon entsprechende Sensorik-Studien bei Patienten durchgeführt, vgl. beispielsweise www.artort.unibe.ch.

zuhause lebenden Menschen im Alter von 80 Jahren und mehr vorhanden (Höpflinger 2019). Die Einrichtung und Nutzung eines spezifischen Notrufsystems zuhause wird primär beim Auftreten funktionaler Alltagseinschränkungen häufiger in Betracht gezogen. Es wird oft als Hilfsmittel definiert, dass man erst braucht, wenn man ‚wirklich alt‘ wird. *Deshalb treffen technische Mittel für sogenannte ‚Altersprobleme‘ bei älteren Menschen, die sich noch nicht als ‚alt‘ wahrnehmen, auf starke Vorbehalte.*

Gesamthaft betrachtet zeigt sich ein Trend, dass die Kundennachfrage nach technischen Hilfsmitteln bzw. Systemen für das Alter den Angeboten hinterherhinkt. *Weil sich die Technologien rascher verändern als Menschen ergibt sich sozusagen ein technologisches Überangebot* (Frick, Tenger 2015). Auch fehlende Standards und mangelhafte Bedienungs-freundlichkeit sind mitverantwortlich für eine noch geringe Marktdurchdringung. Hindernisse sind auch die Kosten und es bleibt eine Herausforderung kostengünstige Mittel anzubieten, die den Bedürfnissen der älteren Bevölkerung angemessen sind.

Für einen positiven Einsatz neuer Technologien im Alter ist häufig das soziale Netz entscheidend. *Erst ein Zusammenspiel von Technologie und sozialer Unterstützung führt zu einer optimalen Nutzung einer neuen Technologie im Alter.* So erweist sich beispielsweise eine Kombination von Internet-Einkäufen und Transportdiensten oft als optimale Lösung, da sich ältere Menschen übers Internet informieren können, ohne auf den Besuch eines Einkaufsladens verzichten zu müssen. Intensive elektronische und telefonische Kontakte alter Menschen mit Angehörigen oder Freunden werden vor allem positiv erlebt, wenn sich immer wieder persönliche Kontaktmöglichkeiten ergeben. Ebenso erhöht sich die Motivation auch im höheren Lebensalter neue digitale Kommunikationsmittel zu verwenden, wenn damit die Kontakte zu erwachsenen Kindern, Enkelkindern oder Freunden gestärkt werden können.

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

Die Frage, ob der Einsatz technischer Hilfsmittel oder ganzer Assistenzsysteme ein längeres Verbleiben zuhause und einen späteren Eintritt in eine Pflegeeinrichtung erlaubt, kann gegenwärtig noch nicht positiv beantwortet werden. *Technische Hilfsmittel haben zwar eine positive Wirkung auf Lebensqualität, soziale Kontakte und selbständiges Haushalten im Alter. Ein klarer Effekt auf eine Verzögerung eines Heimeintritts lässt sich hingegen (noch) nicht feststellen,* auch weil die Gründe für einen Heimeintritt vielfach multidimensional sind, wodurch eine einzige Technologie nicht ausschlaggebend dafür sein kann, dass eine Person länger zu Hause bleiben kann (Seyler 2016).

Der Wirtschaftsraum Zürich ist – auch via ETH, Universitäten und Fachhochschulen – bei vielen neuen Techniken (Robotik, Drohnentechnik, Medizinaltechnik usw. – stark engagiert. In diesem Rahmen kann es alterspolitisch sinnvoll sein,

- a) dass ältere und alte Menschen über neue technologische Möglichkeiten informiert werden; zum Beispiel über eine digital vernetzte Musterwohnung, die besucht werden kann oder über Innovations- und Technik-Infos (junge Menschen informieren ältere Menschen über neue Trends).²⁹
- b) dass niemand im Alter ‚digital‘ ausgeschlossen wird, etwa durch städtische Internetseiten, die auch für sehbehinderte Menschen zugänglich sind oder durch Computerias in Quartieren (fachkundige Pensionierte stehen für alte Menschen ohne Internet-Zugang bereit).
- c) dass Fach- und Pflegepersonen aus der Langzeitpflege über Chancen und Risiken neuester pflegeorientierter Technologien informiert sind. Nützlich ist diesbezüglich speziell die Technologie-Plattform des Heimverbandes www.curasolutions.ch.

Ob es auf städtischer Ebene eine eigentliche altersbezogene Technikberatung, beispielsweise durch ehrenamtliche Medien- und Technik-Lotsen (vgl. www.innovativ-altern.de) braucht, ist offen (jedoch als Projekt aktiver Senioren durchaus denkbar).

Out-of-the-Box – neue städtische Themen im Bereich der Alterspolitik

Zusätzlich zu den klassischen Themen einer Alterspolitik werden – subsidiär – weitere Themen bedeutsam, vor allem in dynamischen Grossstädten. Diese Themen werden kurz angeschnitten:

A) Alter und Sicherheit: Städte sind wegen raschem Wandel oft Orte merkbarer Verunsicherung. Der Anteil alter Menschen, die anführen, sich unsicher zu fühlen, wenn sie nach Anbruch der Dunkelheit allein unterwegs seien, ist in Städten deutlich höher als auf dem Land. Besonders unsicher fühlen sich über 84-jährige Frauen, auch weil im hohen Alter Schwindelgefühle häufig sind und Stürze speziell bei Frauen – die im Alter oft unter Osteoporose leiden - vielfach zu Knochenbrüchen führen. Gute Beleuchtung sowie sichere Verkehrsübergänge können das Sicherheitsgefühl älterer Menschen erhöhen, ebenso wie eine sichtbare Polizeipräsenz. Bedeutsam geworden sind auch Information und Massnahmen zur Bekämpfung von Einbrüchen, Taschendiebstählen, Enkelkind-Betrügereien und digitalen Gefahren (die einen Teil älterer Menschen daran hindern, von den digitalen Möglichkeiten Gebrauch zu machen). Zum Thema Sicherheit im Alter gehören aber auch Themen wie rasche Räumung von Alters- und Pflegeeinrichtungen (mit bettlägerigen oder wenig mobilen Bewohnerinnen und Bewohner.³⁰ Im Einzelfall kann es sinnvoll sein, wenn die Polizei über den Umgang mit verwirrten oder demenzerkrankten alten Menschen informiert ist. In der Schweiz ist das Vertrauen der älteren Bevölkerung in die Polizei hoch und sicherheitsorientierte Verhaltensregeln werden von diesem Bevölkerungsteil gut akzeptiert, wenn sie von (uniformierten) Polizisten und Polizistinnen vorgetragen werden.

²⁹ In Luzern steht mit dem Ihome-Lab ein solcher Versuchsraum für Besucher offen (www.ihomelab.ch, in St. Gallen führt die Fachhochschule ein ‚Living Lab 65+, wo ältere Menschen entsprechende Innovationen testen können (vgl. www.fhsg.ch/alter).

³⁰ 2016 hat die Stadt Luzern in ihrem Sicherheitsbericht deshalb gezielt das Thema Alter einbezogen.

B) Alter und Tourismus: Grossstädte – wie Zürich – sind auch touristische Orte, wobei speziell auch der Kongresstourismus von Bedeutung ist. Zunehmend handelt es sich bei internationalen Touristen um ältere bis alte Menschen, die ebenso wie alte Bewohner und Bewohnerinnen von einer alters- und behindertengerechten Stadt profitieren (etwa genügend Sitzgelegenheiten, stufenlose Trams, Handläufe, usw.). Noch stärker als einheimische alte Bewohner sind ältere Touristen auf eine gute Signaletik angewiesen (d.h. gut sichtbare und lesbare Hinweistafel, die auch bei einbrechender Dunkelheit lesbar bleiben). In jedem Fall können städtische Erfahrungen mit alten Stadtbewohner und Stadtbewohnerinnen auch für die Tourismusentwicklung von Nutzen sein (altersfreundlich und tourismusfreundlich sind stärker verhängt als oft angenommen wird). Gleichzeitig ist darauf zu achten, dass nicht zu viele hindernisfreie Kleinwohnungen dem Mietmarkt durch Airbnb-Angebot entzogen werden.

Dazu kommt, dass mehr alte und behinderte Menschen ebenfalls Städtereisen wünschen und speziell barrierefrei und altersgerecht eingerichtete Hotels (inkl. Hotel-Spitem-Angebote) stossen auf vermehrtes Interesse.³¹ Gut organisiert und begleitet können auch Museumsbesuche für demenzerkrankte Menschen erfolgreich sein, wie ein Pilotprojekt in der Stadt Zürich bewies (Oppikofer et al. 2015)³²

C) Klimawandel und Alter: Speziell heisse Sommertage können für alte Menschen (mit kardiovaskulären Erkrankungen u.a.) eine starke Belastung darstellen und zu vorzeitigen Todesfällen führen. Bei Gegenmassnahmen geht es nicht allein darum in Alters- und Pflegeheimen gekühlte Räume anzubieten, sondern auch zu garantieren, dass alte Menschen zuhause nicht zu stark unter Hitzewellen leiden (eventuell via gekühlte Tagesräume). Da im Alter der Durst kein guter Regler ist, ist auch eine regelmässige Flüssigkeitsaufnahme (genügend Trinken) im Alter ein häufiges Thema, namentlich während heissen Tagen. Inkontinenzprobleme, aber auch das Fehlen öffentlicher Toiletten können dazu beitragen, dass alte Menschen vor einer Einkaufstour oder einem Spaziergang zu wenig trinken, was zu massiven Dehydrationsproblemen (inkl. Verwirrungszustände) führen kann. Öffentliche Brunnen sind zwar in der Stadt Zürich genügend vorhanden, aber für alte Menschen sind die Zuflüsse oft nicht erreichbar. (Angekettete) Trinkbecher können im Einzelfall sinnvoll sein, ebenso wie genügend schattige Sitzgelegenheiten im Sommer (zwei Aspekte, die auch von älteren Touristen geschätzt werden).

D) Innovationsstadt Zürich und Alter: Im internationalen Wettbewerb um Innovationen und wirtschaftliche Produktions- und Dienstleistungsbereiche von morgen, haben jene Städte einen Vorteil, die sich aktiv um junge Fachleute, tertiäre Ausbildung, Unterstützung kreativer Kulturformen und Umsetzung neuer Ideen in die Praxis engagieren. Für innovationsorientierte urbane Räume wird es deshalb wichtiger, dass auch ältere Menschen – und namentlich ältere Stimmbürger und Stimmbürgerinnen – mit neuen Trends, Ideen und Innovationsvorstellungen jüngerer Generationen vertraut bleiben.³³ Zentral ist nicht unbedingt ein aktives Mitmachen an

³¹ Eine Plattform für barrierefreies Reisen und barrierefreie Ferien bietet die Stiftung Claire & George an: www.claireundgeorge.ch

³² Ein Leitfaden für Museumstage mit Personen mit Demenz oder psychischen Erkrankungen findet sich unter www.dementia-und-art.de

³³ Ein von der Zürcher Kantonalbank unterstütztes neues Netzwerk ‚Neustarter.com‘ stimuliert Menschen, die auch im höheren Lebensalter unternehmerisch sein möchten („Jungunternehmerin/Jungunternehmer 50+) ebenso

neuen Trends, sondern eine allgemeine Toleranz und Offenheit für Neues und keine massive Verunsicherung durch Wandel. Studien weisen zudem darauf, dass Offenheit für Neues auch in nachberuflichen Lebensphasen wesentlich zur Lebensqualität alter Menschen beiträgt. Entsprechend gehören Information und Einbezug älterer Menschen in neue Entwicklungen mit zu einer aktiven städtischen Alternspolitik. Mögliche Gefässe eines sogenannten ‚reverse mentoring‘ (Lernen von Jüngeren, um im Alter nicht von neuen Entwicklungen überrollt zu werden) können sein: Volkshochschulen, Seniorenuniversitäten, Tage der offenen Türe an ETH und Universität, Seniorennachmittage mit jungen Vertretern und Vertreterinnen neuer Kulturszenen oder Start-Ups. Ebenso können gezielte Fokusgruppensitzungen oder quartierbezogene Zukunftswerkstätten mithelfen, dass auch ältere Stimmbürger und Stimmbürgerinnen frühzeitig über neue Entwicklungen informiert werden und im Idealfall bei ihrer Realisierung aktiv einbezogen werden (z.B. um neue Quartierentwicklungen so zu gestalten, dass bestehende Netzwerke nicht geschwächt werden und lokale Traditionen weiter leben).

Angeführte Publikationen (Forschung & Praxisberichte)

- Age Stiftung (2015) Gemeinschaftsräume für alle Generationen. Age Dossier 2015, Zürich.
- Age Stiftung (2016) Betreute Wohnungen mit Heimvorteil, Age Dossier 2016, Zürich.
- Age-Stiftung (2017) Alte Gebäude altersgerecht umnutzen, Age-Dossier 2017, Zürich.
- Amt für Gesellschaftsfragen der Stadt St. Gallen (2017) Evaluation des St. Galler Zeitvorsorgemodells, Schlussbericht Infras, Zürich.
- Bannwart, Livia; Künzi, Kilian (2018) Untersuchung zum betreuten Wohnen – Einsparpotential. Ausmass der Hilfsbedürftigkeit, Höhe des EL-Pauschalbeitrags. Studie im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherungen: Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS).
- Bejan; Alexander; Gündogdu, Ramazan; Butz, Katherina et al. (2018) Using multimedia information and communication technology (ICT) to provide added value to reminiscence thereapy for people with dementia. Lessons learned from three field studies, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 51,1: 9-15.
- Beydoun, M.A; Beydoun H.A. et al. (2014) Epidemiologic studies of modifiable factors associated with cognition and dementia: systematic review and meta-analysis, BMC Public Health 14:643 doi:10.1186/1471-2458-14-643.
- Breit, Stefan; Gürtler, Detlef (2018) Microliving: Urbanes Wohnen im 21. Jahrhundert, Rüslikon: Gottlieb Duttweiler Institut (GDI).
- Bundesamt für Statistik (2017a) Szenarien zur Entwicklung der Haushalte 2017-2045, BFS Aktuell, November 2017, Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2017) Erhebungen über die Einkommen und die Lebensbedingungen, Neuchâtel.

wie Modelle eines Praktikums 4.0 (über 49-jährige Fachleute, die bei jungen Startup-Unternehmen ein Praktikum absolvieren, um mit neuen Ideen, Teamstrukturen usw. vertraut zu werden (vgl. www.neustarter.com).

- Bundesamt für Statistik (2018) Mobilität und Verkehr. Statistischer Bericht 2018, Neuchâtel.
- Curaviva (2016) Das Wohn- und Pflegemodell 2030 von Curaviva Schweiz. Die Zukunft der Alterspflege, Luzern: Mai 2016.
- Dietz, Birgit (2018) Demenzsensible Architektur: Planen und Bauen für alle Sinne, Stuttgart: Fraunhofer IRB Verlag.
- Eidgenössisches Finanzdepartement (2016) Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen in der Schweiz, Bern.
- Freitag, Markus u.a. (2016) Freiwilligen-Monitor Schweiz, Zürich: Seismo Verlag.
- Frick, Karin; Tenger, Daniela (2015) Smart Home 2030. Wie die Digitalisierung das Bauen und Wohnen verändert, Rüschlikon: Gottlieb Duttweiler Institut.
- Gürtler, Detlef; Schäfer, Christine; Breit, Stefan (2018) Take Care. Der Mensch emanzipiert sich vom Betreuungssystem. Das wird die Care-Branchen revolutionieren; Rüschlikon: Gottlieb Duttweiler Institut & Senesuisse.
- Hagen Hodgson, Petra; Eberhard, Peter (2018) Gartenleben im Alter. 66 Schritte zu einem gemeinsam gestalteten und bewohnten Garten, Bern: Haupt.
- Held, Christoph; Ermini-Fünfschilling, Doris (2006) Das demenzgerechte Heim, Basel: Karger (2. Auflage).
- Hochparterre AG (Hrsg.) (2016) Gemeinsames Gärtnern im Alter. Themenheft von Hochparterre, März 2016, Zürich.
- Home Instead Schweiz (2018) Ratgeber „Zwischen Beruf und Familie“. Wie sich Seniorenbetreuung und Erwerbstätigkeit vereinbaren lassen, Basel (www.homeinstead.ch/ratgeber).
- Höpflinger, François (2018) Wandel des Alters und Folgen für Wohnformen im höheren Lebensalter, in: Bob Gysin Partner BGP (Hrsg.) Wohnen in jedem Alter, Bern: Stämpfli Verlag: 13-18.
- Höpflinger, François; Valérie Hugentobler; Dario Spini (Hrsg.) (2019) Wohnen in den späten Lebensjahren. Grundlagen und regionale Unterschiede, Zürich: Seismo-Verlag.
- Hugentobler, Margrit; Hofer, Andreas; Simmendinger, Pia (2016) Mehr als Wohnen – Genossenschaftlich Planen – ein Modellfall aus Zürich, Basel: Birkhäuser Verlag.
- Knöpfel, Carlo; Pardini, Riccardo; Heinzmann, Claudia (2018) Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Eine Bestandaufnahme, Zürich: Seismo.
- Köppel, Ruth (2016) Optimale Grösse von Pflegeheimen. Analyse der vom Bundesamt für Gesundheit veröffentlichten Somed-Daten 2014, Rikon: Orgavisit.
- Künemund, Harald, Uwe Fachinger (Hrsg.) (2018) Alter und Technik. Sozialwissenschaftliche Befunde und Perspektiven, Berlin: Springer.
- Langa, Kenneth, M., Larson, Eric B.; Crimmins, Eileen M. et al. (2017) A Comparison of the Prevalence of Dementia in the United States in 2000 and 2012, JAMA Internal Medicine, 177/1: 51-58.
- Merçay, Clémence (2017) Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé. Analyse de l'International Health Policy Survey 2017, Obsan Dossier 60, Neuchâtel: Observatoire suisse de santé: 10.

- Metrobasel (Hrsg.) (2018) Studie Aging – Betreuung. Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Betreuung, Basel (www.metrobasel.org).
- Metzger, Christoph (2016) Bauen für Demenz, Berlin: Jovis Verlag.
- Oesch, Thomas; Künzi, Kilian (2016) Kantonale Rechtsgrundlagen und Regelungen für betreutes Wohnen. Schlussbericht, Bern: Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS.
- Oppikofer, Sandra; Nieke, Susanne; Wilkening, Karin (Hrsg.) (2015) Aufgeweckte Kunst-Geschichten – Menschen mit Demenz auf Entdeckungsreise im Museum, Zürich: Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich.
- Perrig-Chiello, Pasqualina; Höpflinger, François (2012) Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege, Bern: Huber-Verlag.
- Prince, M.; Ali, G-C., Guerchet, M.; et al. (2016) Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia, *Alzheimer's Research & Therapy*, 8: 23, DOI 10.1186/s13195-016-0188-8.
- Pro Senectute Kanton Zürich (2015) Integriertes Altersversorgungs-Netzwerk (CareNet+), Zürich.
- Rütter, Heinz; Umbach-Daniel, Anja et al. (2019) Energiesparpotenziale in Haushalten von älteren Menschen, Schlussbericht, Nationales Forschungsprogramm 71 "Steuerung des Energieverbrauchs", Rüschlikon: Rütter Soceco.
- Samochowiec, Jakub; Kühne, Martina; Frick, Karin (2015) Digital Ageing – unterwegs in die alterslose Gesellschaft, Rüschlikon: GDI.
- Samochowiec, Jakub; Thalman, Leonie; Müller, Andreas (2018) Die neuen Freiwilligen – Die Zukunft zivilgesellschaftlicher Partizipation, Rüschlikon: GDI (Gottlieb Duttweiler Institut).
- Schmid, Susanne (2017) Geteiltes Wohnen – Modelle des urbanen Zusammenlebens mit Nutzungsoptionen als Erweiterung und Kompensation des individuellen Wohnraums, MAS ETH Wohnforum, Zürich.
- Seyler, Christina (2016) Kann Gerontotechnologie dazu beitragen, dass ältere Menschen länger zu Hause leben können?, Masterarbeit Gerontologie, Berner Fachhochschule, Bern.
- Skoog; Ingmar; Börjesson-Hanson, Anne et al. (2017) Decreasing prevalence of dementia in 85-year olds examined 22 years apart: the influence of education and stroke, *Scientific Reports* 7: 6136 (DOI: 10.1038/41598-017-05022-8)
- Werner, Sarah; Kraft, Eliane, et al. (2016) Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz, *Obsan-Dossier* 52, Neuchâtel: Schweiz. Gesundheitsobservatorium.