

Sozialraumorientierung als Zukunft für die Altenhilfe.

**Eine Beurteilung der Relevanz von Sozialraumorientierung
unter Berücksichtigung des Pflegevorsorgesystems.**

Masterarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Arts in Business

FH Oberösterreich Studiengang: Services of General Interest, Linz

Verfasserin: Christina Zimmer, BA

Erstgutachter: FH- Prof. Mag. Dr. Paul Brandl

Zweitgutachter: FH-Prof. MMMag. Dr. Christian Szücs

Linz, 20. Mai 2015

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den benutzten Quellen entnommenen Stellen als solche gekennzeichnet habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

A handwritten signature in cursive script, reading "Christina Zimmer", written over a horizontal dotted line.

Christina Zimmer

Linz, 20. Mai 2015

I. KURZFASSUNG

Die steigende Lebenserwartung bei gleichzeitig rückläufiger Geburtenrate führt in Ländern wie Österreich und Deutschland zu einem Anwachsen der Gruppe älterer Menschen, sowohl in absoluten als auch in relativen Zahlen, darüber hinaus wird auch der Anteil von Menschen in höherem Alter konstant zunehmen.¹ Diese Tatsache stellt die Versorgungsstrukturen für Hilfe und Pflege älterer Menschen vor enorme Herausforderungen.²

Diese Arbeit untersucht, in welchem Ausmaß Alter und Pflege tatsächlich zusammenhängen und inwieweit objektive Bedarfe und individuelle Bedürfnisse durch das staatliche Pflegeversorgungssystem gedeckt werden können. Diesbezüglich wird auch beleuchtet, ob sich hier Unterschiede zwischen Österreich und Deutschland ergeben können.

Mithilfe einer Bestandsaufnahme zum Alter der österreichischen Bevölkerung, dem Anteil der älteren Bürger sowie dem Ausmaß deren Hilfe- und Betreuungsbedarf wird aufgezeigt, dass Pflegebedürftigkeit nur eine Erscheinungsform im Alter ist. Ein soziales Risiko, dass zwar grundsätzlich jeden betreffen kann, nicht jedoch in jedem Fall und jeweils in hohem Ausmaß eintreten muss.

Vorgenannte Aspekte erfordern neue Versorgungskonzepte für die Altenhilfe, die nicht nur in Pflege bestehen dürfen. Sozialraumorientierung in der Altenhilfe kommt diesem Anspruch nach und erweitert den Fokus auf sämtliche Anspruchsgruppen, die innerhalb eines Wohngebietes, sei es ein kleines Dorf oder ein Stadtteil, leben. Das Konzept zielt auf eine bedarfsgerechte Gestaltung des Wohnumfeldes der Menschen, sodass diese länger selbstständig ihre alltägliche Lebensführung bewältigen können. Auf diese Weise kann das Eintreten von Pflegebedürftigkeit zumindest verzögert werden.³

Mithilfe von Experteninterviews wird die Bedeutung der Sozialraumorientierung für die Altenhilfe aufgezeigt. Was braucht es für die Umsetzung, wer profitiert davon und wo liegen die Herausforderungen und mögliche Grenzen? Diese Aspekte bilden die zentralen Ergebnisse der Befragung.

¹ Vgl. Naegele (2011a), 89.

² Vgl. Mayr/Lehner (2009), 9.

³ Vgl. Gohde (2011), 46; Vgl. Naegele (2011b), 340f.

II. ABSTRACT

Extended life expectancy accompanied by a decreasing birth rate is creating a growing elderly population and especially the number of old aged people is growing in countries like Austria or Germany.⁴ These facts pose a challenge for the national structures of work with the elderly.⁵

This thesis explores the connection between advanced age and the level of care and in this regard how requirements and needs can be met by the national provisions for the elderly. In this connection also the differences between Austria and Germany are examined in this thesis.

A survey about the Austrian population regarding their age and the level of care reveals the fact that the necessity of care is just one risk of old age, which doesn't necessarily affect every elderly person.

The aforementioned aspects require new concepts of provision in addition to care in its classic sense. Orienting work with the elderly at the community level meets this approach. Community care benefits further stakeholders by upgrading the living environment of all inhabitants. Furthermore, the elderly will be empowered to live longer independently and the need for care can be delayed.⁶

Interviews with people in several fields of work within the wide sphere of working with the elderly show the importance of community care. Questions such as what is necessary for implementation, who are the beneficiaries, what challenges have to be met and, finally, what are possible limitations.

⁴ Vgl. Naegele (2011a), 89.

⁵ Vgl. Mayr/Lehner (2009), 9.

⁶ Vgl. Gohde (2011), 46; Vgl. Naegele (2011b), 340f.

III. INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung.....	1
1.1. Problemstellung	1
1.2. Zielsetzung und Forschungsfragen	3
1.3. Aufbau der Arbeit und Vorgehensweise	4
2. Leben und Wohnen im Alter	5
2.1. Das Altersbild im Wandel	5
2.1.1. Altersbegriffe	5
2.1.2. Alter als spezielle Lebensphase	6
2.2. Wohn- und Betreuungsformen im Wandel.....	10
2.2.1. Ausbildung der institutionellen Altenhilfe	10
2.2.2. Gegenwärtige Wohnformen.....	12
2.2.2.1. Wohnen zu Hause.....	13
2.2.2.2. Wohnen in einem neuen Umfeld	14
2.3. Zusammenfassung und Ausblick.....	15
3. Absicherung der Pflegebedürftigkeit.....	17
3.1. Pflegevorsorge in Österreich	17
3.1.1. Allgemeines	17
3.1.2. Das Pflegegeld in Österreich.....	19
3.1.2.1. Entwicklung.....	19
3.1.2.2. Begünstigter Personenkreis	20
3.1.2.3. Leistungsberechtigter Personenkreis und Vergütung	20
3.1.3. Pflegefonds	22
3.1.4. Sozialhilfebestimmungen	23
3.1.5. Zusammenfassung.....	25
3.2. Pflegevorsorge in Deutschland.....	26
3.2.1. Allgemeines	26
3.2.2. Begünstigter Personenkreis und Art und Umfang der Leistungen	27
3.2.3. Leistungsberechtigter Personenkreis	27
3.2.4. Allgemeine Leistungen und deren Vergütung	29
3.2.4.1. Leistungen bei häuslicher Pflege.....	30
3.2.4.2. Ergänzende Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege	31
3.2.4.3. Vollstationäre Pflege	32
3.2.4.4. Förderung neuer Wohnformen	33

3.2.5.	Weiterentwicklung der Pflegevorsorge	33
3.2.6.	Zusammenfassung.....	34
3.3.	Vergleich beider Systeme	35
3.3.1.	Organisatorische Unterschiede	35
3.3.2.	Begünstigter und leistungsberechtigter Personenkreis.....	35
3.3.3.	Pflegestufen zur Bestimmung des Leistungsumfanges	36
3.3.4.	Leistungsarten.....	37
3.3.5.	Leistungen zur Förderung neuer Wohnformen	38
4.	Situationsbestimmung in Österreich.....	39
4.1.	Zum Alter der österreichischen Bevölkerung	39
4.2.	Geldleistungsbereich – Pflegegeld	42
4.3.	Sachleistungsbereich – Soziale Dienste	43
4.4.	Zusammenfassung und Ausblick.....	45
5.	Sozialraumorientierung in der Altenhilfe.....	48
5.1.	Theoretische Grundlagen	48
5.1.1.	Sozialraum und Sozialraumorientierung.....	48
5.1.2.	Quartiersmanagement.....	52
5.1.3.	Zusammenfassung und Ausblick.....	55
5.2.	Methodisches Vorgehen.....	57
5.2.1.	Experteninterviews	58
5.2.2.	Vorstellung der Interviewpartner.....	62
5.3.	Die Sicht von Experten.....	64
5.3.1.	Zur Situation in der Altenhilfe	64
5.3.1.1.	Status Quo in der Altenhilfe.....	65
5.3.1.2.	Quo Vadis Altenhilfe?.....	68
5.3.2.	Das Szenario der Sozialraumorientierung	71
5.3.3.	Der Einfluss des Pflegevorsorgesystems	74
5.3.3.1.	Bedeutung für die Ausgestaltung der Altenhilfe	74
5.3.3.2.	Mängel und Potenziale der Pflegeversicherung	75
5.3.3.3.	Einschränkungen durch den gesetzlichen Rahmen.....	76
5.3.4.	Voraussetzungen für die Umsetzung sozialraumorientierter Konzepte.....	79
5.3.5.	Beteiligte Anspruchsgruppen und Nutzenabwägung	86
5.3.5.1.	Experteneinschätzung zur Rolle einzelner Akteure	86
5.3.5.2.	Chancen und Nutzen der Sozialraumorientierung	90
5.3.6.	Herausforderungen und Grenzen der Sozialraumorientierung.....	92
5.3.6.1.	Herausforderungen und Nachteile in der Umsetzung	92

5.3.6.2. Grenzen in der Umsetzung	95
5.3.7. Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse	98
6. Resümee	101
6.1. Beantwortung der Forschungsfragen	101
6.2. Zusammenfassung und Ausblick.....	109
LITERATURVERZEICHNIS	113
ANHANG	122

IV. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Altersgruppen nach Funktionalität.....	9
Abbildung 2: Dimensionen der Ressourcenorientierung	50
Abbildung 3: Elemente einer Strukturveränderung in der Altenhilfe	54
Abbildung 4: Argumente für einen Richtungswechsel in der Altenhilfe.....	67
Abbildung 5: Handlungsleitende Prämissen für die Zukunft der Altenhilfe	69
Abbildung 6: Rahmenbedingungen für die Zukunft der Altenhilfe	70
Abbildung 7: Argumente für die Orientierung am Sozialraum	71
Abbildung 8: Relevanz des Pflegevorsorgesystems	74
Abbildung 9: Einschränkungen durch Leistungsarten bzw. deren Finanzierung	77
Abbildung 10: Einschränkungen durch die Stufensystematik.....	78
Abbildung 11: Notwendiger Anpassungsbedarf vor Umsetzung der Sozialraumorientierung	79
Abbildung 12: Beteiligte Akteure im Sozialraum	86
Abbildung 13: Nutzenbereiche der Sozialraumorientierung	90
Abbildung 14: Gründe für einen Richtungswechsel in der Altenhilfe	101
Abbildung 15: Argumente für die Orientierung am Sozialraum	102
Abbildung 16: Zusammenfassender Überblick Pflegegeld und Pflegeversicherung.....	104
Abbildung 17: Relevanz des Pflegevorsorgesystems	105

V. TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Altersgruppen nach Lebensjahren	8
Tabelle 2: Chronologie der Wohn- und Betreuungsformen	10
Tabelle 3: KDA-Generationenabfolge der stationären Altenhilfe	11
Tabelle 4: Pflegegeldstufen und –höhe in Österreich im Jahr 2015	21
Tabelle 5: Krankheiten oder Behinderungen nach Pflegeversicherungsgesetz.....	28
Tabelle 6: Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen	28
Tabelle 7: Pflegestufen in Deutschland	29
Tabelle 8: Häusliche Pflegeleistungen nach Pflegeversicherungsgesetz im Jahr 2015	30
Tabelle 9: Teilstationäre Pflegeleistungen nach Pflegeversicherungsgesetz im Jahr 2015...	31
Tabelle 10: Stationäre Pflegeleistungen nach Pflegeversicherungsgesetz im Jahr 2015	32
Tabelle 11: Allgemeine Unterschiede Pflegegeld- und Pflegeversicherung	35
Tabelle 12: Begünstigter Personenkreis in Österreich und Deutschland.....	36
Tabelle 13: Leistungsberechtigter Personenkreis in Österreich und Deutschland.....	36
Tabelle 14: Gegenüberstellung Pflegebedarf Österreich und Deutschland im Jahr 2015.....	37
Tabelle 15: Bevölkerungsstruktur in Österreich zum 1.1.2014	40
Tabelle 16: Bevölkerungsstruktur über 65 Jahre in Österreich zum 1.1.2014	40
Tabelle 17: Pflegegeldbezieher zum 31.12.2013.....	42
Tabelle 18: Pflegegeldbezieher im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung zum 31.12.2013	42
Tabelle 19: Pflegegeldbezieher der Gruppen 61-80 und 81+ zum 31.12.2013	43
Tabelle 20: Pflegegeldbezieher nach Leistungsarten zum 31.12.2013 (Überblick)	43
Tabelle 21: Pflegegeldbezieher nach Leistungsarten zum 31.12.2013 (Detail)	44
Tabelle 22: Ausgaben für Pflege- und Betreuungsdienste durch Länder und Gemeinden im Jahr 2013.....	45
Tabelle 23: Ausgaben und betreute Personen im Vergleich (Jahr 2013)	45
Tabelle 24: Sozialraumorientierung als Methoden-Mix	49
Tabelle 25: SONI-Modell der Sozialraumorientierung.....	51
Tabelle 26: Bausteine der Quartiersarbeit	53
Tabelle 27: Notwendige Änderungen auf Systemebene	82
Tabelle 28: Notwendige Änderungen in den strukturellen Rahmenbedingungen	83
Tabelle 29: Notwendige Änderung des Kundenverständnisses	84
Tabelle 30: Notwendige Änderung: Allgemeines Umdenken	85
Tabelle 31: Einflussfaktoren auf die Gestaltungsmacht beteiligter Akteure	89
Tabelle 32: Chancen und Nutzen der Sozialraumorientierung	92
Tabelle 33: Herausforderungen und Nachteile in der Umsetzung.....	94

Tabelle 34: Systembedingte Grenzen der Sozialraumorientierung	96
Tabelle 35: Strukturelle Grenzen der Sozialraumorientierung.....	97
Tabelle 36: Gesellschaftliche Grenzen der Sozialraumorientierung	98
Tabelle 37: Chancen und Nutzen der Sozialraumorientierung	103
Tabelle 38: Einschränkungen durch den rechtlichen Rahmen	105
Tabelle 39: Herausforderungen und Nachteile in der Umsetzung.....	107
Tabelle 40: Strukturelle Grenzen der Sozialraumorientierung.....	108
Tabelle 41: Gesellschaftliche Grenzen der Sozialraumorientierung	108
Tabelle 42: Systembedingte Grenzen der Sozialraumorientierung	108

VI. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abs.....	Absatz
Anm.....	Anmerkung
Art	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BGBI.....	Bundesgesetzblatt
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMS	Bedarfsorientierte Mindestsicherung
BPGG.....	Bundespflegegeldgesetz
bspw.....	beispielsweise
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.....	beziehungsweise
Dr.	Doktor, akademischer Titel
e.V.	eingetragener Verein
EinstV.....	Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz
ErläutME	Erläuterung Ministerialentwurf
etc.	et cetera
ff.....	fortfolgende
gem.....	gemäß
ggf.....	gegebenenfalls
GmbH.....	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GP.....	Gesetzgebungsperiode
iSd.....	im Sinne des
Jhdt.	Jahrhundert
KDA.....	Kuratorium Deutsche Altershilfe
LJ	Lebensjahr
max.	maximal

mind. mindestens
 Mio. Million
 Mrd. Milliarde
 oö. SHG oberösterreichisches Sozialhilfegesetz
 PFG..... Pflegefondsgesetz
 PflegeVG Pflegeversicherungsgesetz
 PG 1965..... Pensionsgesetz 1965
 PSG I Erstes Pflegestärkungsgesetz
 rd..... rund
 SGB V Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (Gesetzliche Krankenversicherung)
 SGB XI Sozialgesetzbuch – Elftes Buch (Soziale Pflegeversicherung)
 u.a. und andere
 usw..... und so weiter
 v.a. vor Allem
 Vgl..... Vergleiche
 Z..... Ziffer
 z.B..... zum Beispiel

Aus Gründen der Lesbarkeit werden in dieser Arbeit personenbezogene Bezeichnungen grundsätzlich in jeweils nur einer Geschlechtsform angeführt. Dabei sind sowohl Männer wie Frauen gleichermaßen angesprochen.

1. Einleitung

1.1. Problemstellung

Mit fortschreitendem Alter steigt üblicherweise der Hilfebedarf eines älteren Menschen. Dies betrifft sowohl Bereiche der allgemeinen Versorgung oder des Wohnens, als auch, meist in fortgeschrittenem Alter, den Bereich der Pflege.⁷ Um dieser neuen Lebenssituation gerecht werden zu können, stehen verschiedene Hilfsangebote zur Verfügung. Dabei reicht das Angebot von der Betreuung im familiären Umfeld, bei Bedarf mit Unterstützung professioneller Dienstleister wie den Mobilen Diensten, bis hin zu betreuten Wohnformen.⁸ Jedoch nimmt der Pflegebedarf nicht bei jedem älteren Menschen ein Ausmaß an, welches eine dauerhafte Unterbringung in einer betreuten Wohnform bis hin zu einem Einzug in ein Alten- und Pflegeheim erforderlich macht.⁹ Der Großteil pflegebedürftiger Menschen findet mit Unterstützung ambulanter Dienste ausreichend Hilfe.¹⁰ Dies legt den Schluss nahe, dass adäquat ausgebaute Versorgungsstrukturen einen Heimeinzug verzögern können.¹¹

Mit einem verstärkten Einsatz mobiler Dienste nach dem Leitsatz „mobil vor stationär“ wird ein effizienter Einsatz der finanziellen Mittel ermöglicht und darüber hinaus der sozialen Komponente Rechnung getragen, wonach jeder Mensch, solange es seine körperlichen und geistigen Ressourcen ermöglichen, in seinem gewohnten Umfeld, seinem vertrauten Sozialraum, verbleiben sollte.¹² Versorgungskonzepte die dies ermöglichen orientieren sich am Sozialraum und werden umfassender organisiert als ein einzelnes Pflege- oder Wohnheim. Es geht um die Kombination verschiedenster Angebotsformen innerhalb eines bestimmten Gebietes (nähere Ausführungen Kapitel 5.1.). Dies ist zusätzlich in Anbetracht der demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen in Ländern wie Österreich insofern von großer Bedeutung, als dass die Versorgungsstrukturen aufgrund einer wachsende Gruppe älterer Menschen, bei gleichzeitig veränderten familiären Strukturen, steigenden Hilfe- und Betreuungsbedarf bewältigen müssen.¹³

Für die zukünftige Ausgestaltung der Altenhilfe ist somit eine genaue Beleuchtung des Konzepts der Sozialraumorientierung notwendig, um dessen Relevanz für die zukünftige Ausge-

⁷ Vgl. Mayr/Lehner (2009), 9f.

⁸ Vgl. Gesundheit Österreich GmbH (2015a); Vgl. Bundeskanzleramt (2015a).

⁹ Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015.

¹⁰ Vgl. BMASK (2014b), 107.

¹¹ Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015.

¹² Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015.

¹³ Vgl. Ottensmeier (2004), 6.

staltung der Altenhilfe beurteilen zu können. Worin bestehen die zentralen Erfolgsfaktoren, wo liegen Schwächen in der Systematik?

Für welche Form des Wohnens sich der ältere Mensch nun im Einzelnen entscheidet bzw. entscheiden muss ist vielfach abhängig vom eingangs angesprochenen Hilfebedarf. In der rechtlichen Ausgestaltung der Pflegevorsorge wird diesem Hilfebedarf durch den Begriff der Pflegebedürftigkeit (§ 14 Abs 1 SGB XI) bzw. des Pflegebedarfs (§ 4 Abs 1 BPGG) entsprochen. Abhängig vom Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bzw. des Pflegebedarfs wird entsprechend den rechtlichen Rahmenbedingungen entweder Geld- oder Sachleistung zur Unterstützung bzw. Kompensation des Mehraufwandes gewährt (nähere Ausführungen in Kapitel 3). In Österreich erfolgt diese Unterstützung im Rahmen der Pflegevorsorge durch das Pflegegeld als pauschalierter Abgeltung für den pflegebedingten Mehraufwand, über das der Pflegebedürftige weitestgehend selbst verfügen kann.¹⁴ Deutschland hat in der Vergangenheit einen anderen Weg zur Finanzierung und Organisation von Pflege und Betreuung gewählt und bereits vor 20 Jahren eine Pflegeversicherung eingeführt.¹⁵

In Hinblick auf die Pflegevorsorge im Allgemeinen (Pflegegeld und Pflegeversicherung) und auf die Ausgestaltung sozialraumorientierter Versorgungskonzepte im Speziellen ist von Interesse, inwiefern sich die zugrundeliegenden rechtlichen Systeme unterscheiden. Welche Möglichkeiten ergeben sich durch die bestehende rechtliche Gestaltung in Bezug auf sozialraumorientierte Versorgungskonzepte bzw. sind fördernde oder hindernde Elemente in den gegenwärtigen Systemen enthalten?

¹⁴ Vgl. Rudda (2011), 29.

¹⁵ Vgl. Gerlinger/Röber (2009), 17ff.

1.2. Zielsetzung und Forschungsfragen

Ziel der Arbeit ist es, die Bedeutung der Sozialraumorientierung in der Altenhilfe aufzuzeigen und zusätzlich den rechtlichen Einfluss zu beurteilen. Dazu wird ein Vergleich der Rechtssysteme der Pflegevorsorge in Österreich und Deutschland mit dem Fokus auf die Systematiken von Pflegegeld und Pflegeversicherung angestellt, um allgemeine Unterschiede herauszuarbeiten und Aussagen über die Auswirkung auf sozialraumorientierte Versorgungskonzepte treffen zu können.

Dazu sollen folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

- Worin bestehen die Argumente für eine Orientierung auf den Sozialraum in der Altenhilfe und welcher Nutzen kann dabei für die beteiligten Anspruchsgruppen generiert werden?
- Welche Unterschiede ergeben sich in der Ausgestaltung bzw. Organisation der Pflegevorsorge bzw. -versorgung durch die unterschiedliche rechtliche Ausgestaltung des Bereichs durch Pflegegeld und Pflegeversicherung in Österreich und Deutschland im Allgemeinen und welche Auswirkungen ergeben sich durch die rechtliche Ausgestaltung im Speziellen für sozialraumorientierte Versorgungskonzepte?
- Welche Herausforderungen gilt es bei der Umsetzung sozialraumorientierter Wohnkonzepte zu meistern und wo liegen ihre Grenzen?

Zur Beantwortung der Forschungsfragen erfolgen ein ausführliches Studium der betroffenen österreichischen und deutschen Rechtsmaterie sowie eine gründliche wissenschaftliche Recherche zum Thema Sozialraumorientierung. Darüber hinaus werden in Gesprächen zum Thema Sozialraumorientierung speziell in der Altenhilfe (Experteninterviews) u.a. generelle Anforderungen, Stärken und Schwächen sowie kritische Erfolgsfaktoren erhoben. Durch die Zusammenführung der rechtlichen und theoretischen Grundlagen sowie der entsprechenden Fachmeinungen werden die Forschungsfragen beantwortet.

1.3. Aufbau der Arbeit und Vorgehensweise

Einführend werden in Kapitel 2 die Grundlagen für ein verändertes Altersbild in der heutigen Zeit gegenüber früheren Zeiten skizziert und die verschiedenen Möglichkeiten der Altenhilfe bzw. Pflegeversorgung umrissen. Dies dient der Hinführung zum Thema der sozialraumorientierten Versorgungskonzepte.

Kapitel 3 widmet sich den gesetzlichen Grundlagen der Pflegevorsorge in Österreich und Deutschland. Das österreichische System mit dem Schwerpunkt Pflegegeld wird notwendigerweise um die Grundlagen zum Pflegefonds sowie der Bedarfsorientierten Mindestsicherung und der Sozialhilfe erweitert. Im Anschluss wird die gesetzliche Pflegeversicherung in Deutschland hinsichtlich ihrer relevanten Inhalte erschlossen. Den Abschluss bildet eine Gegenüberstellung beider Systeme in Hinblick auf ihre allgemeinen Unterschiede.

Nachdem einerseits Grundlagen zu Alter und Wohnen und andererseits rechtliche Grundlagen zum Thema Pflegeversorgung ausgeführt wurden, erfolgt in Kapitel 4 eine Situationsbestimmung hinsichtlich beider Themenbereiche für Österreich. Auf diese Weise wird aufgezeigt, inwieweit Alter und Pflege korrelieren. Dabei bilden die gewonnenen Erkenntnisse die grundlegende Argumentation für die Bedeutung der Sozialraumorientierung in der Altenhilfe, sowie wie diese im Anschluss diskutiert wird.

Kapitel 5 widmet sich sodann umfassend der Sozialraumorientierung. Einführend wird mithilfe theoretischer Grundlagen das Konzept der Sozialraumorientierung vorgestellt und der Unterschied zum gegenwärtigen Hilfesystem verdeutlicht. Vertiefend erfolgt an dieser Stelle die Darstellung der empirischen Erkenntnisse zum gegenständlichen Forschungsinteresse. Es werden zusätzliche Erkenntnisse und Antworten auf bereits aufgeworfene Fragen und Thesen dargestellt.

Die Erkenntnisse aus Theorie und Praxis werden in Kapitel 6 aufgegriffen, um zur Beantwortung der Forschungsfragen zu gelangen. Schlusspunkt bilden die Zusammenfassung der Arbeit sowie ein Ausblick.

2. Leben und Wohnen im Alter

Die gesellschaftliche Wahrnehmung von Alter hat sich in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten teils grundlegend verändert, jedenfalls hat eine Ausdifferenzierung des gängigen Altersbildes stattgefunden. Diese Ausdifferenzierung ist für die vorliegende Arbeit insofern relevant, als dass sich diese Differenzierung auch in der Angebotsentwicklung für ältere Menschen widerspiegelt.¹⁶ Ein differenzierter Blick auf den Lebensbereich Alter und dessen Wohn- und Unterstützungsformen soll die erste Perspektive dieser Arbeit in Hinblick auf den Forschungsgegenstand bilden.

2.1. Das Altersbild im Wandel

Spricht man von einem Altersbild, so muss man streng genommen zwei Positionen unterscheiden. Neben dem Altersselbstbild, der subjektiven Wahrnehmung des eigenen Alters, beschreiben Altersstereotypen die gesellschaftliche Sicht eines Altersbildes.¹⁷ In der vorliegenden Arbeit wird ein Altersbild als die gesellschaftliche Wahrnehmung des Alters gedeutet: *Staudinger* beschreibt den Begriff des Altersbildes als „...all die Vorstellungen und Erwartungen zu Eigenschaften, körperlichen Zuständen und Möglichkeiten, die sich im Alter bieten oder mit ihm einhergehen.“¹⁸ Es handelt sich demnach um eine bestimmte Vorstellung, welches Bild man vom Lebensabschnitt „Alter“ hat.

Dem Altersbild zugrunde liegt jedenfalls das Lebensalter eines Menschen. Dabei können die Meinungen, ab wann man vom „Alter“ spricht, durchaus voneinander abweichen. Aus diesem Grund erfolgt in den nächsten Abschnitten eine genaue Herleitung dieses Begriffes.

2.1.1. Altersbegriffe

Alter kann unter anderem mit der „Anzahl der Lebensjahre“ gedeutet werden.¹⁹ Neben diesem **kalendarischen bzw. chronologischen** Altersverständnis, wonach sich Alter als die Zeitspanne zwischen Geburt und heutigem Tag bemisst, sind nach *Staudinger* weitere Dimensionen zur Bestimmung des Alters möglich bzw. gar notwendig. Für ein umfassendes Verständnis von Alter können das biologische, das soziale und das psychologische Alter herangezogen werden, wobei sich diese Altersdimensionen durchaus im Alter bzw. in Jahren

¹⁶ Vgl. Bertelsmann Stiftung (2005), 12f.

¹⁷ Vgl. *Staudinger* (2012), 192.

¹⁸ *Staudinger* (2012), 192.

¹⁹ Bibliografisches Institut GmbH (2015a).

unterscheiden und vor allem auch vom kalendarischen Alter abweichen können.²⁰ So beschreibt das **biologische Alter** im Vergleich zum kalendarischen Alter vielmehr das „innere Alter“ eines Menschen und gibt Aufschluss über dessen körperliche Verfassung, seinen Leistungs- und Abnutzungszustand.²¹ Das biologische Alter als Ergebnis von Erbanlagen, individuellem Verhalten und äußeren Einflüssen durch die Umwelt, lässt sich nicht immer an konkreten Jahreszahlen festmachen bzw. einem chronologischen Alter zuordnen, vielmehr verändern sich die einzelnen Lebens- bzw. Altersabschnitte im Laufe der Zeit. Das **soziale Alter** wiederum ergibt sich aus dem gesellschaftlichen Kontext, misst Lebensphasen bestimmte Rollenbilder, Rechte und Pflichten bei und beruht somit auf der Einschätzung und Rollenzuweisung durch Andere.²² Das **psychologische Alter** hingegen stellt auf die individuellen Fähigkeiten eines Menschen bzw. seine Einstellungen und Motivlagen zu einem bestimmten kalendarischen Alter ab.²³ Eine eindeutige Definition für diesen Altersbegriff fehlt jedoch laut *Bieling*.²⁴

Neben den angeführten Definitionen gibt es noch weitere wissenschaftliche Ansätze und Thesen zu den verschiedenen Formen des Alters.²⁵ Eine weitere Vertiefung wird jedoch unterlassen, da der Schwerpunkt der Arbeit in einem speziellen Altersabschnitt, nicht jedoch im Alter im Allgemeinen liegt.

2.1.2. Alter als spezielle Lebensphase

Schlägt man den Begriff *Alter* im Duden nach, so findet man verschiedene Bedeutungen wie „höhere Anzahl von Lebensjahren“, „bestimmte Altersstufe, in der sich Menschen befinden“ oder „letzter Lebensabschnitt“. ²⁶ Aus Sicht der Autorin deuten alle drei Begriffe eine spezielle Lebensspanne, einen speziellen Altersabschnitt an, ohne eine genaue Vorstellung davon zu geben, wann man sich nun „im Alter“ befindet. Aus diesem Grund folgen an dieser Stelle vertiefende Ausführungen zum *Alter* als spezieller Lebensphase.

Das heute übliche Verständnis von *Alter* als eigenständiger Lebensphase geht zurück ins 18. Jahrhundert, wo es in Zeiten der Aufklärung allmählich zu einer Standardisierung von Lebensläufen gekommen ist und dem Alter eine eigene, abgrenzbare Zeitspanne zugeordnet

²⁰ Vgl. Staudinger (2012), 187.

²¹ Vgl. Dr. Hendl GmbH (2015).

²² Vgl. Staudinger (2012), 189f; Vgl. Bieling (2011), 10; Vgl. Schnelle (2014), 26f.

²³ Vgl. Staudinger (2012), 191.

²⁴ Vgl. Bieling (2011), 10.

²⁵ Vgl. Bieling (2011), 10f; Vgl. Schnelle (2014), 26f.

²⁶ Bibliografisches Institut GmbH (2015a).

wurde.²⁷ Dabei umfasste *das Alter* jahrhundertlang alle Menschen ab einem Alter von etwa 50 Jahren, wobei es aber erst im 20. Jahrhundert in vielen Ländern üblich wurde, dass auch die Mehrheit einer Bevölkerung diese Altersmarke erreichen konnte. Höhere Standards hinsichtlich Hygiene, bessere Ernährung und auch der medizinische Fortschritt führten zu einem Anstieg der Lebenserwartung und trugen dazu bei, dass Menschen in höherem Alter auch länger gesund und aktiv blieben.²⁸ Ältere Menschen wurden somit eine immer größere Bevölkerungsgruppe und es erfolgte eine Differenzierung in der Wahrnehmung dieser Gruppe. So unterscheidet eine aus Frankreich stammende Begriffsbildung insgesamt vier Altersstufen. Nach der Kindheit (erstes Alter) und dem Alter (zweites Alter) folgen noch das dritte und das vierte Alter. Das aktive Alter bildet dabei das dritte Alter und das hohe Alter das vierte Alter, in dem Aktivität und Selbständigkeit abnehmen.²⁹ Es gab schließlich nicht nur gesunde und aktive Alte, sondern ebenso zunehmend chronisch kranke Menschen, die an Krankheiten wie Diabetes oder Alzheimer litten.³⁰ Heutzutage bildet vor allem der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand einen wesentlichen Bezugspunkt für das gesellschaftliche Verständnis von (höherem) Alter.³¹ Dementsprechend hat sich international ein Lebensalter von etwa 60 Jahren als bedeutende Marke für den Beginn der Lebensphase *Alter* ausgebildet.³²

Jedoch liegt heute die durchschnittliche Lebenserwartung von in Österreich lebenden Männern (78 Jahre) und Frauen (83 Jahre) gemeinsam betrachtet bei über 80 Jahren.³³ Dabei bezieht sich diese Lebenserwartung immer auf den Zeitpunkt der Geburt. Männer und Frauen im Alter von heute bspw. 60 Jahren haben sogar noch eine verbleibende Lebenserwartung von rund 22 (Männer) bzw. rund 25 Jahren (Frauen).³⁴ Zieht man nun den Zeitpunkt der Pensionierung als Eintritt in die Lebensphase *Alter* heran, so beträgt dieser Zeitraum immerhin noch über 20 Jahre. Genauere Ausführungen zur österreichischen Situation erfolgen in Kapitel 4.1..

Wenngleich die Einschätzung des Alters des Gegenübers immer auch maßgeblich vom eigenen Alter abhängt, so erscheint es aus Sicht der Autorin jedoch vermessen, in der heutigen Zeit Menschen im Alter von 60 oder 65 Jahren salopp als *alt* zu bezeichnen. Auch in Anbetracht der Größe und Heterogenität dieser Bevölkerungsgruppe erscheint eine derart

²⁷ Vgl. Bramberger (2005), 25.

²⁸ Vgl. Thane (2005), 263.

²⁹ Vgl. Thane (2005), 266f.

³⁰ Vgl. Thane (2005), 290.

³¹ Vgl. Schmassmann (2006), 106.

³² Vgl. Thane (2005), 267; Vgl. Scholta (2007), 76.

³³ Anm.: Lebenserwartung gem. Sterbetafeln 1970/72 bis 2010/12 der Statistik Austria vom 5.11.2013.

³⁴ Vgl. Statistik Austria (2015a).

einseitige Betrachtung als zu kurzfristig, wie nachfolgende Ausführungen unterstreichen werden.

Eine derart große Bevölkerungsgruppe weist in sich zahlreiche Unterschiede auf, wie u.a. auch *Schmassmann* ausführt: Die Unterschiede bestehen neben dem Lebensalter selbst auch im Geschlecht oder der sozialen Schicht, jedenfalls bildet die Gruppe der älteren Menschen insgesamt eine äußerst heterogene Gruppe.³⁵ Der medizinische Fortschritt im Allgemeinen machte die Menschen gesünder, was gemeinsam mit anderen Entwicklungen (Kleidung, Kosmetik) zu einem veränderten Aussehen und damit verbunden einer veränderten Wahrnehmung von Alter führte.³⁶ Aufgrund der Unterschiede innerhalb dieser Altersgruppe und aufgrund ihrer wachsenden Größe haben sich im Laufe der Zeit verschiedene Unterteilungen entwickelt. *Schlag* nennt neben einer Unterteilung nach Lebensjahren auch eine Unterteilung der Lebensphase nach funktionellen Eigenschaften als sinnvoll.³⁷

Beurteilt man das Alter rein nach Lebensjahren, so lassen sich mittlerweile zwei bis fünf Altersgruppen identifizieren, wie nachfolgende Darstellung verdeutlichen soll:³⁸

Altersgruppe	Lebensjahre	Differenzierte Altersgruppen		
Junge Alte	65 - 74-Jährige	Junge Alte	65 - 74-Jährig	Betagte Junge, aktive Alte
		Alte Alte	75-84-Jährig	ab 75. Lebensjahr (LJ): Hochbetagte
Alte Alte	75-Jährige und älter	Älteste Alte	85-Jährig und älter	ab 90. LJ: Höchstbetagte ab 100. LJ: Langlebige, Hundertjährige
			> 90-Jährige > 100-Jährige	

Tabelle 1: Altersgruppen nach Lebensjahren³⁹

Die abgebildeten Kategorien stellen einen Überblick über verschiedene in der Literatur vertretene Ansätze dar, wobei sich die Unterteilungen augenscheinlich teilweise überschneiden bzw. die Jahresangaben leicht abweichen.

Bezüglich der großen Altersgruppen „Junge Alte“ und „Alte Alte“ erscheinen in Hinblick auf den Gegenstand der Arbeit jedenfalls zwei Tatsachen von Bedeutung: In Anbetracht der

³⁵ Vgl. Schmassmann (2006), 220; Vgl. Schlag (2009), 119; Vgl. Bertelsmann Stiftung (2005), 4.

³⁶ Vgl. Thane (2005), 292.

³⁷ Vgl. Schlag (2009), 119.

³⁸ Vgl. Herfurth/Lenze (2014), 471; Vgl. Schlag (2009), 119.

³⁹ Eigene Darstellung, Daten entnommen aus Herfurth/Lenze (2014), 471 und Schlag (2009), 119.

steigenden Lebenserwartung werden sich einerseits die gesunden und aktiven Lebensjahre ausdehnen, andererseits muss unter Umständen mit einem Anstieg der Pflegebedürftigkeit gerechnet werden, da dieses Risiko vor allem in der Altersgruppe der Hochbetagten eintritt.⁴⁰

Ein anderer Zugang ist die Betrachtung älterer Menschen nach Bezugsgrößen wie Gesundheitszustand und physischer Leistungsfähigkeit, man verfolgt einen leistungsorientierten Ansatz und spricht von funktionalem Alter.⁴¹ Eine Unterteilung entsprechend diesem Ansatz sieht wie folgt aus:



Abbildung 1: Altersgruppen nach Funktionalität⁴²

Die Abbildung zeigt, wie in Anlehnung an die Mobilität älterer Menschen vereinfacht gesprochen die Gruppen der „go-goes“ (Gehende; mobile Menschen), der „slow-goes“ (langsam Gehende; eingeschränkt mobile Menschen) und der „no-goes“ (nicht mehr Gehende; immobile Menschen) differenziert werden können.⁴³

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass verschiedene Faktoren zu einer gestiegenen Lebenserwartung und damit zu einer höheren Anzahl älterer Menschen geführt haben.⁴⁴ Betrachtet man diese Menschen nicht nur nach ihrem Alter in Lebensjahren (kalendarisches Alter), sondern würdigt vielmehr ihre individuelle Verfassung (biologisches Alter) oder im speziellen ihre Ressourcen und Kompetenzen (funktionales Alter), so wird aus Sicht der Autorin deutlich, dass *alt* nicht gleich *alt* ist.⁴⁵ Der These differenzierter Altersbilder folgend, unterscheiden sich auch die möglichen Wohnformen im Alter zunehmend, wie nachfolgender Abschnitt aufzeigen wird.⁴⁶

⁴⁰ Vgl. Krayss (2010), 43f.

⁴¹ Vgl. Bieling (2011), 11.

⁴² Eigene Darstellung, Daten entnommen aus Elkeles (2008), 193 und Herfurth/Lenze (2014), 471.

⁴³ Vgl. Elkeles (2008), 193; Vgl. Herfurth/Lenze (2014), 471.

⁴⁴ Vgl. Thane (2005), 263; Vgl. Thane (2005), 266f.

⁴⁵ Vgl. Staudinger (2012), 187; Vgl. Bieling (2011), 11; Vgl. Vidacak (2014), 143.

⁴⁶ Vgl. Bertelsmann Stiftung (2005), 13.

2.2. Wohn- und Betreuungsformen im Wandel

Beginnend mit einer Einführung über die Ausbildung der institutionellen Altenhilfe, die gleichermaßen Auskunft über die früheren Wohnformen älterer Menschen gibt, werden im Anschluss die heute gängigen Wohn- und Betreuungsformen vorgestellt.

2.2.1. Ausbildung der institutionellen Altenhilfe

Blickt man zurück ins **Altertum** (die älteste historische Zeit eines Volkes bzw. einer Kultur)⁴⁷ so war der wesentliche Bezugsrahmen bzw. die zentrale Absicherungsform im Alter ursprünglich die Familie. Bereits im Alten Testament (entstanden Jahrhunderte vor Christus)⁴⁸ ist von der Fürsorgepflicht der Familie die Rede.⁴⁹ Nachfolgende Abbildung liefert einen zusammenfassenden Überblick über die Entwicklung im Laufe der Jahrhunderte:

Zeitraumen	Entwicklungsschritte
Altertum	Familie als wesentlicher Bezugsrahmen
ca. 7. Jhdt.	multifunktionale Hospitäler
18. Jhdt.	Ausdifferenzierung der multifunktionalen Hospitäler, Entwicklung von Altenheimen
19. Jhdt.	erstes Wohn- bzw. Versorgungskonzept für ältere Menschen - das Altersstift für die (klein-)bürgerliche Schicht
20. Jhdt.	Altenheime auch für den gesellschaftlichen Mittelstand, v.a. nach Kriegsende Bau zahlreicher Altenheime
21. Jhdt.	Neue Wohn- und Betreuungsformen, Altenheim der „5. Generation“

Tabelle 2: Chronologie der Wohn- und Betreuungsformen⁵⁰

Erste institutionelle Formen der Altersversorgung waren „...in den **mittelalterlichen Klöstern und Hospitälern** der Kirchen und ihrer in Orden organisierten Laiengenossenschaften, in denen Kranke, Arme, Alte, Irre, Waise, Findelkinder u.a. versorgt und gepflegt werden konnten.“⁵¹ zu finden. Die ersten klösterlichen Hospitäler in Deutschland sind dabei im **7. Jahrhundert** auszumachen.⁵² Erst im 18. Jahrhundert begannen eine Ausdifferenzierung der Leistungen bzw. Einrichtungen hin zu Altersheimen und damit das Ende multifunktionaler Hospitäler.⁵³ Mit **Fortschreiten des 19. Jahrhunderts** wurde das Alter zunehmend als eigenständiges soziales Risiko durch die Gesellschaft wahrgenommen, es begann bspw. eine

⁴⁷ Vgl. Bibliographisches Institut GmbH (2015b).

⁴⁸ Vgl. Deutsche Bibelgesellschaft (2015).

⁴⁹ Vgl. Multrus (2004), 40.

⁵⁰ Eigene Darstellung, Daten entnommen aus Multrus (2004), 40; Lamberg (2008), 25; Lamberg (2008), 29ff; Hämel (2012), 70f; Hämel (2012), 83f; Michell-Auli/Sowinski (2012), 177f.

⁵¹ Hämel (2012), 54.

⁵² Vgl. Lamberg (2008), 25.

⁵³ Vgl. Lamberg (2008), 29.

rege Debatte über eine staatliche Altersabsicherung.⁵⁴ In dieser Zeit entstand in Deutschland eine neue Wohnform für ältere Menschen, das sogenannte Altersstift.⁵⁵ **Ende des 19. Jahrhunderts** wurden Heime als Antwort auf die Versorgungsfrage im Alter thematisiert und auch zunehmend für den gesellschaftlichen Mittelstand ausgerichtet.⁵⁶ Auch in Zeiten des Nationalsozialismus, der den sozialpolitischen Fokus auf Arbeitsfähigkeit bzw. Produktivität legte, wurden Heime als geeignete Einrichtung für ältere Menschen gesehen.⁵⁷ Nach **Kriegsende** musste innerhalb kürzester Zeit großer Not und Armut begegnet werden. Neben einfachsten Baracken wurden ebenso leerstehende Kasernen oder Schlösser in Altenheime umfunktioniert.⁵⁸

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) hat die Entwicklung in der stationären Altershilfe in der von ihr entwickelten Generationenabfolge wie folgt festgehalten.⁵⁹

	1. Generation	2. Generation	3. Generation	4. Generation
Zeit-rahmen	Nachkriegszeit	1960er - 1970er	1980er - 1990er	seit 1995
Leitbild	Verwehranstalt	Krankenhaus	Wohnheim	Familie
Kenn-zeichen	Mehrbettzimmer, minimale Ausstattung	eher Zweibettzimmer, bessere Ausstattung	allmählich Einzelzimmer, Orientierung an Wohngruppen	Einzelzimmer als Regelfall, Leben in Hausgemeinschaften

Tabelle 3: KDA-Generationenabfolge der stationären Altenhilfe⁶⁰

Beginnend mit den 1950er Jahren wurden in Deutschland zahlreiche Altenheime gebaut, die sich im Laufe der Jahrzehnte von einfachen Versorgungseinrichtungen (bis Beginn 1960er) über krankenhaushähnliche Institutionen (1970er) hin zu Wohn- und Lebensräumen für ältere Menschen (1980er) entwickelten. In diesen Entwicklungsstufen veränderte sich das Heimverständnis von der reinen Versorgungseinrichtung über krankenhaushähnliche Institutionen, die den älteren Menschen als Patienten betrachteten, hin zu Einrichtungen, die auf die Bedürfnisse älterer Menschen eingehen und dies mit deren Pflegeerfordernissen in Einklang zu bringen versuchen.⁶¹ Insgesamt wurde im Laufe der Zeit eine Öffnung der Heime und eine Förderung der Bewohner angestrebt, neue Konzepte für die Gestaltung von Altenheimen wurden ebenso entwickelt wie neue Ansätze zur generellen Ausgestaltung der Altenhilfe

⁵⁴ Vgl. Hämel (2012), 70; vgl. Ehmer (1990), 92ff.

⁵⁵ Vgl. Hämel (2012), 70f.

⁵⁶ Vgl. Hämel (2012), 83f.

⁵⁷ Vgl. Hämel (2012), 88f.

⁵⁸ Vgl. Lamberg (2008), 30.

⁵⁹ Vgl. Michell-Auli/Sowinski (2012), 14ff.

⁶⁰ Eigene Darstellung, Daten entnommen aus Michell-Auli/Sowinski (2012), 14ff.

⁶¹ Vgl. Heinzelmann (2004), 24.

(„ambulant vor stationär“). Dies brachte in weiterer Folge auch neue Pflegekonzepte sowie neue Wohn- und Betreuungsformen („Soziale Dienste“) hervor.⁶² Auch die dargestellte Generationenabfolge wurde mittlerweile um eine 5. Generation erweitert. Die KDA-Quartiershäuser“ stellen eine Weiterentwicklung der gängigen Wohnformen dar, bei der durch die Prinzipien *Leben in Privatheit* (eigenes Appartement), *Leben in Gemeinschaft* (bspw. gemeinsame Wohnküche) und *Leben in der Öffentlichkeit* (sozialer Nahraum außerhalb des Wohnhauses) ein sozialraumorientierter Versorgungsansatz verfolgt wird.⁶³

2.2.2. Gegenwärtige Wohnformen

Generell kann Wohnen auch im Alter verschiedene Formen annehmen und dementsprechend vielfältig sind mittlerweile die Angebote bei Hilfebedarf. Neben dem Wohnen in den eigenen vier Wänden mit mobiler Betreuung kommen bspw. Tageszentren für Senioren, Wohngemeinschaften mit Betreuung und betreutes/betreubares Wohnen oder neue Wohnformen wie das Mehr-Generationen-Wohnen in Frage. Nicht zuletzt auch das Alten- und Pflegeheim.⁶⁴

Betrachtet man speziell die Gruppe hilfsbedürftiger Menschen, im konkreten Fall am Beispiel der Gruppe der Pflegegeldbezieher, so wird Altersversorgung nach *Hofmarcher* in vier Settings erbracht.⁶⁵

- Pflegende Familienangehörige
- Mobile Dienste
- Pflegeheime
- 24-Stundenbetreuung

Aus Sicht der Autorin ist eine Zusammenfassung der angeführten Settings in Hinblick auf den Schwerpunkt der Arbeit in die Bereiche „Wohnen zu Hause“ und „Wohnen in einem neuen Umfeld“ sinnvoll und die Bereiche werden dieser Einteilung folgend im Anschluss vorgestellt.

⁶² Vgl. Lamberg (2008), 30f.

⁶³ Vgl. Michell-Auli/Sowinski (2012), 177f.

⁶⁴ Vgl. Gesundheit Österreich GmbH (2015a); Vgl. Bundeskanzleramt (2015a).

⁶⁵ Vgl. Hofmarcher (2013), 219.

2.2.2.1. Wohnen zu Hause

Wohnen zu Hause in den eigenen vier Wänden kann bei entsprechendem Gesundheitszustand bzw. entsprechender Gestaltung der Wohnung sehr lange möglich sein. Ist der Alltag nicht mehr vollständig alleine zu bewältigen, so stehen verschiedene Hilfsangebote zur Verfügung, die das Leben in den eigenen vier Wänden weiterhin ermöglichen. Neben oder nach der Tätigkeit **pflegender Angehöriger** sind es die **Sozialen bzw. Mobilen Dienste** und die **24-Stunden-Betreuung**, die eine Betreuung zu Hause ermöglichen.⁶⁶ Zusätzlich bzw. ergänzend zur Betreuung zu Hause bieten **teilstationäre Einrichtungen** wie bspw. Tageszentren Unterstützung bei diversen Tätigkeiten.⁶⁷

a) Mobile Dienste

Besteht ein gewisser Hilfe- bzw. Pflegebedarf, der nicht mehr aus eigenen Ressourcen (bspw. Familie, Nachbarn) bedient werden kann, so stehen professionelle Dienstleister, sogenannte „Mobile Dienste“, als Unterstützung zur Verfügung, um den Verbleib in den eigenen vier Wänden längst möglich zu gewährleisten.⁶⁸ Ausgebildete Altenfachbetreuer und Heimhilfen leisten im Rahmen „**Mobile Betreuung und Hilfe**“ Unterstützung bspw. in den Bereichen Körperpflege, Nahrungsaufnahme oder Haushaltsführung.⁶⁹ Bei entsprechendem medizinischem Bedarf führt diplomiertes Pflegepersonal auf Veranlassung des behandelnden Arztes entsprechende medizinische Pflege im Rahmen der **Hauskrankenpflege** durch.⁷⁰ Weitere Angebote der Mobilen Dienste bestehen, neben der Unterstützung in Krisensituationen (Familienhilfe), in der Durchführung von Mahlzeitendiensten („Essen auf Rädern“).⁷¹ Darüber hinaus bieten verschiedene Institutionen noch weitere Dienstleistungen an, die bei den Aktivitäten des täglichen Lebens Unterstützung bieten. Beispielsweise sind Fahrtendienste, Reinigungs- oder Reparaturdienst und der Wäschepflegedienst genannt.⁷²

b) 24-Stunden-Betreuung

Wünscht man eine durchgängige Betreuung im häuslichen Umfeld, so hat man seit dem Jahre 2007 die Möglichkeit, sich einer sogenannten „24-Stunden-Betreuung“ zu bedienen. Während in früheren Zeiten der rechtliche Rahmen für die Beschäftigung von (vorwiegend ausländischen) Betreuungskräften fehlte, regeln seit 2007 die Gewerbeordnung 1994 und das Hausbetreuungsgesetz derartige Beschäftigungs- und Betreuungsverhältnisse.⁷³ Kernele-

⁶⁶ Vgl. Bundeskanzleramt (2015b).

⁶⁷ Vgl. Bundeskanzleramt (2015b), Vgl. Gesundheit Österreich GmbH (2014b).

⁶⁸ Vgl. Amt der oö. Landesregierung (2006), 1.

⁶⁹ Vgl. Amt der oö. Landesregierung (2015a).

⁷⁰ Vgl. Amt der oö. Landesregierung (2015b).

⁷¹ Vgl. Amt der oö. Landesregierung (2015c).

⁷² Vgl. Gatterer (2007), 35.

⁷³ Vgl. Moser-Siegmeth (2010), 24f.

mente der 24-Stunden-Betreuung sind dabei, auch unter Beachtung einer entsprechenden Fördermöglichkeit, die Pflege und Betreuung in einem Privathaushalt durch Beschäftigung einer unselbständigen Pflegekraft durch den Pflegebedürftigen selbst, einen Angehörigen oder einen gemeinnützigen Anbieter oder die Beschäftigung einer selbständigen Pflegekraft sowie Pflegegeld von zumindest Stufe 3.⁷⁴

c) Teilstationäre Einrichtungen

Teilstationäre Einrichtungen bilden mit ihrem den ambulanten Bereich ergänzenden Angebot eine Nahtstelle zwischen der Versorgung in den eigenen vier Wänden und einer stationären Versorgung.⁷⁵ **Tageszentren** ermöglichen als teilstationäre Einrichtungen, in denen neben einer bedarfsgerechten Pflege auch Verpflegung angeboten wird, zusätzlich bestimmte Therapien oder Veranstaltungen.⁷⁶ Bei Tageszentren steht die Betreuung älterer Menschen während des Tages im Vordergrund. **Tageskliniken** hingegen legen den Schwerpunkt auf medizinische Behandlung bzw. Rehabilitation und sind meist an ein Krankenhaus angebunden. Im Gegensatz dazu stellt das Angebot der **Kurzzeitpflege** vorübergehende Pflege in stationären Einrichtungen dar.⁷⁷

2.2.2.2. Wohnen in einem neuen Umfeld

Mit zunehmendem Alter wächst üblicherweise der Hilfebedarf und möglicherweise ist das Wohnen in den eigenen vier Wänden über kurz oder lang nicht mehr möglich, da auch die Leistungen der Mobilen Dienste oder teilstationären Dienste nicht mehr ausreichende Unterstützung bieten können. Eine Möglichkeit ist der Umzug in ein Alten- und Pflegeheim, jedoch gibt es mittlerweile auch verschiedene Wohnformen außerhalb von stationären Einrichtungen, wie in weiterer Folge dargestellt wird.

a) Alten- und Pflegeheim

Kann der Hilfe- und Betreuungsbedarf nicht mehr durch die beschriebenen Angebote in der häuslichen Umgebung gedeckt werden, so besteht die Möglichkeit, in ein Alten- und Pflegeheim um- bzw. einzuziehen. Alten- und Pflegeheime sind nach dem oö. Sozialhilfegesetz (oö. SHG) „...stationäre Einrichtungen, in denen Personen vorwiegend auf Grund ihrer altersbedingten Betreuungs- und Hilfebedürftigkeit Unterkunft, Verpflegung und die erforderliche Betreuung und Hilfe erhalten.“ (§ 63 Abs 2 oö. SHG).

⁷⁴ Vgl. BMASK (2015a); Vgl. Moser-Siegmeth (2010), 24f.

⁷⁵ Vgl. Gatterer (2007), 37.

⁷⁶ Vgl. Bundeskanzleramt (2015b).

⁷⁷ Vgl. Gatterer (2007), 36.

b) Alternative Wohnformen

Alternative Wohnformen iSd Pflegefondsgesetzes sind „...Einrichtungen für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Personen, die aus sozialen, psychischen oder physischen Gründen nicht mehr alleine wohnen können oder wollen und keiner ständigen stationären Betreuung oder Pflege bedürfen.“ (§ 3 Abs 10 PFG).

Beispiele für alternative Wohnformen bilden das betreute und das betreubare Wohnen oder Wohngemeinschaften mit Betreuung: **Betreutes Wohnen** bezeichnet eine Wohnform, in der eine altersgerechte Wohnung mit bestimmten Betreuungsleistungen kombiniert wird. Da diese Wohnform keinen gesetzlichen Bestimmungen unterliegt, können Umfang und Ausmaß der Betreuungsleistungen von Anbieter zu Anbieter variieren. Oftmals werden bestimmte Leistungen als „Grundservice“ angeboten, die je nach Bedarf ergänzt werden können.⁷⁸ **Betreubares Wohnen** hingegen beschreibt nach *Bramberger* eine Wohnform in „...barrierefreien Wohnungen, in denen Betreuung stattfinden kann, aber nicht muss.“⁷⁹ Darüber hinaus sind **Wohngemeinschaften mit Betreuung** („Betreute Wohngemeinschaften“) vor allem für jene Menschen geeignet, „...die aus körperlichen, seelischen oder sozialen Gründen nicht alleine wohnen wollen oder können, die aber ihre Selbständigkeit und Individualität weitgehend behalten möchten.“⁸⁰

2.3. Zusammenfassung und Ausblick

Wie umfassend dargelegt wurde, haben verschiedene Faktoren zu einer gestiegenen Lebenserwartung und damit zu einer höheren Anzahl älterer Menschen geführt.⁸¹ Die mittlerweile stark differenzierte Gruppe älterer Menschen legt dabei den Schluss nahe, dass *alt* nicht gleich *alt* ist.⁸² Die Lebensphase *Alter* differenziert sich zunehmend, eine Klassifikation nach Jahren und damit eine Orientierung am kalendarischen Alter greifen mittlerweile zu kurz.⁸³ Und weil auch, wie sich in späteren Kapiteln zeigen wird, das System der Pflegevorsorge auf Fähigkeiten und Funktionen abstellt, ist vor allem in Hinblick auf den Forschungsgegenstand eine Beurteilung des Alters nach Funktionalität aus Sicht der Autorin besser geeignet. Gleichmaßen ist jedoch auch die reine Beurteilung nach Lebensjahren von Bedeutung, um an späterer Stelle eine Situationsbestimmung anstellen zu können, was das Ausmaß der einzelnen Altersgruppen in Österreich betrifft.

⁷⁸ Vgl. Bundeskanzleramt (2015c).

⁷⁹ Bramberger (2005), 45.

⁸⁰ Bundesministerium für Gesundheit (2015a).

⁸¹ Vgl. Thane (2005), 263; Vgl. Thane (2005), 266f.

⁸² Vgl. Herfurth/Lenze (2014), 471; Schlag (2009), 119; Vgl. Vidacak (2014), 143.

⁸³ Vgl. Naegele (2011a), 90.

So verschieden mittlerweile die Erscheinungsformen des Alters sind, so unterschiedlich sind auch die möglichen Wohnformen im Alter.⁸⁴ Wohn- und Betreuungsformen haben sich wesentlich verändert, selbst Alten- und Pflegeheime streben in ihrer gegenwärtigen Evolutionsstufe eine Öffnung in den sozialen Nahraum an.⁸⁵ Wie die Ausführungen gezeigt haben, befindet sich auch das Angebot im ambulanten Bereich im Wandel. Neben den Mobilien Diensten ergänzen mittlerweile die 24-Stunden-Betreuung und teilstationäre Angebote das Wohnen im eigenen Umfeld. Ist das Wohnen zuhause nicht mehr möglich, so kann mit einem Umzug in ein betreubares oder betreutes Wohnen bis zu einem gewissen Grad das Alten- und Pflegeheim umgangen werden.

Für die zukünftige Entwicklung von Wohnen und Betreuung im Alter werden die Bedürfnisse älterer Menschen nach Individualität und Eigenständigkeit eine Rolle spielen. Ältere Menschen wollen in ihrem gewohnten Umfeld wohnen bleiben und dabei gegebenenfalls auch die entsprechende Unterstützung in Anspruch nehmen können, wobei auch der pflegerische Aspekt an Bedeutung gewinnen wird. Dabei gilt es aber nicht nur den eigenen Wohnraum barrierefrei zu gestalten, vermehrt wird auch ein altersentsprechender Sozialraum hinsichtlich Infrastruktur und sozialen Netzwerken an Bedeutung gewinnen. Dementsprechend zeichnen sich auch Entwicklungstendenzen in der Gestaltung von Alten- und Pflegeheimen ab, die unter anderem auf eine Öffnung hin in den Sozialraum deuten.⁸⁶

Unabhängig vom Alter gestaltet sich die geeignete Wohnform, abgesehen von objektiv notwendigem Hilfebedarf, für ältere Menschen ebenso höchst individuell und abhängig von den jeweiligen Vorlieben wie bei jüngeren Menschen. Daher sollten auch ältere Menschen die Wahl ihrer bevorzugten Wohnform entsprechend ihren persönlichen Vorstellungen möglichst selbstbestimmt treffen können.⁸⁷ Darüber hinaus darf nicht außer Acht gelassen werden, dass ältere Menschen heute im Vergleich zu früheren Zeiten „...veränderte physische Möglichkeiten, Lebensstil-Präferenzen und Familienstrukturen...“⁸⁸ aufweisen. Diese gesellschaftlichen Veränderungen bzw. Entwicklungen prägen wesentlich die Bedürfnisse älterer Menschen und bestimmen somit die Nachfrage nach der Art des Wohnens im Alter.⁸⁹

⁸⁴ Vgl. Bertelsmann Stiftung (2005), 13.

⁸⁵ Vgl. Lamberg (2008), 30f; Vgl. Michell-Auli/Sowinski (2012), 177f.

⁸⁶ Vgl. Curaviva Schweiz (2014), 12.

⁸⁷ Vgl. Bertelsmann Stiftung (2005), 13f.

⁸⁸ Krayss (2010), 41.

⁸⁹ Vgl. Krayss (2010), 41.

3. Absicherung der Pflegebedürftigkeit

Den bisherigen Ausführungen zum Leben und Wohnen im Alter soll nun der Aspekt der Vorsorge der Pflegebedürftigkeit als spezielles Risiko in der Lebensphase *Alter* folgen. Die Möglichkeiten der Pflegevorsorge bilden somit den zweiten Blickwinkel in Hinblick auf den Forschungsgegenstand. Neben den Grundlagen der Pflegevorsorge in Österreich erfolgt zu Vergleichszwecken eine Analyse der Pflegevorsorge in Deutschland. Den Abschluss bildet die inhaltliche Gegenüberstellung beider Systeme mit einer kritischen Würdigung hinsichtlich der Relevanz für sozialraumorientierte Wohnkonzepte.

3.1. Pflegevorsorge in Österreich

Betrachtet man die Langzeitversorgung pflegebedürftiger Menschen in Österreich, so handelt es sich um ein Mischsystem zweier Leistungsarten. Einerseits erfolgt nach dem Prinzip der Bedarfsorientierung bei entsprechender Pflegebedürftigkeit Pflegegeld, andererseits bzw. zusätzlich erfolgt nach entsprechender Einkommens- und Vermögensüberprüfung die Zuerkennung von Mindestsicherung bzw. Sozialhilfe.⁹⁰

Um ein Verständnis für das System der Pflegevorsorge in Österreich zu schaffen, muss aus Sicht der Autorin ein kurzer einführender Exkurs in die österreichische Sozialpolitik unternommen werden. Nach einführenden Worten zum System der Pflegevorsorge in Österreich wird in weiterer Folge das System des Pflegegeldes und der Zweck des Pflegefonds vorgestellt. Abschließend erfolgt eine Beurteilung der Relevanz der Sozialhilfebestimmungen.

3.1.1. Allgemeines

In Österreich herrschen hinsichtlich der Leistungen und der verantwortlichen Stellen verschiedene **Zuständigkeiten** (bzw. Kompetenzen): im Wesentlichen ist der Bund für die Erbringung von Geldleistungen und die Länder für die Erbringung von Sachleistungen zuständig.⁹¹ Diese verschiedenen Zuständigkeiten haben ihren Ursprung darin, dass das System der sozialen Sicherung in Österreich „...durch eine Mischung von zentralen und dezentralen Elementen gekennzeichnet.“ ist.⁹² Gemäß Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) ist das Pflegegeldwesen in der alleinigen Kompetenz des Bundes (Art 10 Abs 1 Z 11 B-VG), während

⁹⁰ Vgl. Hofmarcher (2013), 215.

⁹¹ Vgl. Pallinger/Pfeiffer (2013), 283.

⁹² BMASK (2014a), 10.

das Armenwesen in geteilter Kompetenz zwischen Bund und Ländern liegt (Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG).

Darüber hinaus wurde die Bedarfsorientierte Mindestsicherung mittels einer individuellen 15a-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern bundesweit beschlossen.^{93,94}

Die **Finanzierung** der österreichischen Sozialausgaben erfolgt vor allem durch allgemeine Steuermittel von Bund, Ländern und Gemeinden, sowie durch Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge bzw. Sozialbeiträge der geschützten Personen.⁹⁵ Sowohl Pflegegeld als auch soziale Dienste werden dabei aus allgemeinen Steuermitteln finanziert.⁹⁶ Für die Finanzierung des Pflegegelds gab es zusätzlich im Jahr 1993 eine Art Anschubfinanzierung aus Mitteln der Krankenversicherung.⁹⁷

Hinsichtlich der vorhandenen **Leistungsarten** soll das Pflegegeld pflegebedürftigen Menschen einen Teil ihrer pflegebedingten Mehrkosten ersetzen, wobei im Falle stationärer Betreuung oftmals zusätzlich das eigene Einkommen zur Deckung der (stationären) Betreuungskosten verwendet werden muss. Reichen auch diese Mittel nicht aus, so greifen die angesprochenen Leistungen der Mindestsicherung bzw. Sozialhilfe als dritte Finanzierungsquelle.⁹⁸ Im Rahmen der Finanzierung der Pflegeversorgung ist neben dem Pflegegeld als zentralem Element der österreichischen Pflegevorsorge auch der Pflegefonds zu nennen, der gemäß Pflegefondsgesetz (PFG) der Sicherung sowie dem Aus- und Aufbau eines entsprechenden Dienstleistungsangebotes in der Langzeitpflege dienste (§ 1 Abs 2 PFG).

Betrachtet man nun abschließend die Durchführung der **Versorgung** hilfs- und pflegebedürftiger Personen, so fußt das System der österreichischen Pflegeversorgung auf drei Säulen. Neben der Pflege und Betreuung durch Angehörige (Säule 1) sind dies einerseits Geldleistungen zur Abgeltung pflegebedingter Mehraufwendungen durch das bundeseinheitliche Pflegegeld (Säule 2), andererseits die sozialen Dienste sowie die Geldleistungen aus dem Pflegefonds zum Ausbau des Sachleistungsbereichs (Säule 3).⁹⁹

⁹³ Vgl. Szücs (2014), 8.

⁹⁴ Anm.: Gemäß einer sogenannten 15a-Vereinbarung können Bund und Länder untereinander Vereinbarungen über Angelegenheiten ihres jeweiligen Wirkungsbereiches schließen (Art. 15a Abs. 1 B-VG).

⁹⁵ Vgl. Statistik Austria (2015b).

⁹⁶ Vgl. BMASK (2014a), 22.

⁹⁷ Vgl. Ruddy (2013), 78; Vgl. Ruddy (2011), 29.

⁹⁸ Vgl. Hofmarcher (2013), 126.

⁹⁹ Vgl. ErläutME 72 25. GP 1.

3.1.2. Das Pflegegeld in Österreich

Das heute gültige bundeseinheitliche System des Pflegegeldes basiert auf dem Bundespflegegeldgesetz (BPGG), welches mit 1. 7. 1993 in Kraft getreten ist.¹⁰⁰ Seither dient das Pflegegeld der Absicherung von Pflegebedürftigkeit und erfüllt damit den Zweck, „...in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen.“ (§ 1 BPGG).

3.1.2.1. Entwicklung

Auch vor dem Inkrafttreten des BPGG gab es bereits Geldleistungen zum Zwecke der Hilfe und Betreuung, jedoch waren diese uneinheitlich geregelt. Während das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) für seine Versicherten einen Hilflosenzuschuss vorsah (Parallelbestimmungen galten für gewerblich Versicherte und Landwirte), sah das Pensionsgesetz 1965 (PG 1965) für Bundesbeamte eine 3-stufige Hilflosenzulage vor.¹⁰¹ Insgesamt war der Pflegegeldbereich damals „...von einer ausgeprägten Rechtszersplitterung gekennzeichnet und somit für den einzelnen Betroffenen unübersichtlich und unverständlich.“¹⁰²

Der Einführung des bundeseinheitlichen Pflegegeldes ging ein Entwicklungs- und Verhandlungsprozess von mehr als 10 Jahren voraus, bevor es schließlich zum Inkrafttreten des BPGG am 1.7.1993 kam.¹⁰³ Die grundlegenden Zielsetzungen, die damit verfolgt wurden, können wie folgt zusammengefasst werden:

- „...pauschalierte Abgeltung des pflegebedingten Mehraufwandes für pflegebedürftige Personen.
- Sicherung der ständigen Betreuung und Hilfe (...) aufgrund einer körperlichen, geistigen, psychischen oder Sinnesbehinderung.
- Verbesserung der Möglichkeit, ein selbstbestimmtes Leben zu führen.“¹⁰⁴

Die relevanten Bestimmungen, welche sich aus den ursprünglichen Zielsetzungen ergeben haben bzw. diese verwirklichen, werden im Folgenden dargestellt.

¹⁰⁰ Die vorliegenden Ausführungen beziehen sich auf das BPGG in der Fassung vom 28.03.2015.

¹⁰¹ Vgl. Rudda (2013), 76.

¹⁰² Pallinger/Pfeiffer (2013), 282.

¹⁰³ Vgl. Rudda (2013), 76; Vgl. Pallinger/Pfeiffer (2013), 282.

¹⁰⁴ Rudda (2011), 29.

3.1.2.2. Begünstigter Personenkreis

Anspruch auf Pflegegeld haben grundsätzlich Personen mit einem **gewöhnlichen Aufenthalt** im Inland und dem Bezug einer **bestehenden Grundleistung** wie einer Pension oder Rente. In diesen Anspruchskreis fallen bspw. Pensionisten, Bezieher einer Vollrente infolge eines Arbeitsunfalles oder Bezieher von Ruhe- und Versorgungsgenüssen wie Beamte oder Landeslehrer (§ 3 Abs 1 BPGG).

Für Personen, die **keine entsprechende Grundleistung** beziehen bestimmt § 3a Abs 1 BPGG weiter, dass in diesen Fällen neben dem **gewöhnlichen Aufenthalt im Inland** auf das Vorliegen der **österreichischen Staatsbürgerschaft** abgestellt wird (§ 3a Abs 1 BPGG). Dabei sind auch verschiedene andere Personengruppen österreichischen Staatsbürgern gleichgestellt. Dies sind bspw. Fremde, denen Asyl gewährt wurde oder Personen mit einem unionsrechtlichem Aufenthaltsrecht (§ 3a Abs 2 BPGG).

3.1.2.3. Leistungsberechtigter Personenkreis und Vergütung

Bei Erfüllen bestimmter Anspruchsvoraussetzungen gebührt Pflegegeld. Das BPGG stellt hierbei auf zwei Bedingungen ab (§ 4 Abs 1 BPGG):

- Vorliegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung.
- Daraus resultierender ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf (Pflegebedarf) für die Dauer von mindestens sechs Monaten.

Der Pflegebedarf wird dabei durch die Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz (EinstV) näher definiert.¹⁰⁵ Es wird zwischen notwendigen Tätigkeiten der „Betreuung“ im persönlichen Lebensbereich und aufschiebbaren Leistungen der „Hilfe“ im sachlichen Lebensbereich unterschieden.¹⁰⁶

Unter **Betreuung** sind demnach „...alle in relativ kurzer Folge notwendigen Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die vornehmlich den persönlichen Lebensbereich betreffen und ohne die der pflegebedürftige Mensch der Verwahrlosung ausgesetzt wäre.“ (§ 1 Abs 1 EinstV). Hierzu „...zählen insbesondere solche beim An- und Auskleiden, bei der Körperpflege, der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, der Verrichtung der Notdurft, der Einnahme von Medikamenten und der Mobilitätshilfe im engeren Sinn.“ (§ 1 Abs 1 EinstV).

Unter **Hilfe** sind aufschiebbare Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die den sachlichen Lebensbereich betreffen und zur Sicherung der Existenz erforderlich sind. (§ 2 Abs 1

¹⁰⁵ Vgl. Feigl (2012), 40.

¹⁰⁶ Vgl. Bundeskanzleramt (2015d).

EinstV). Hierzu zählen „...die Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Medikamenten und Bedarfsgütern des täglichen Lebens, die Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände, die Pflege der Leib- und Bettwäsche, die Beheizung des Wohnraumes einschließlich der Herbeischaffung von Heizmaterial und die Mobilitätshilfe im weiteren Sinn (§ 2 Abs 2 EinstV).

Bei Zutreffen der Anspruchsvoraussetzungen gebührt Pflegegeld entsprechend dem Ausmaß des notwendigen Pflegebedarfs, gestaffelt in sieben Pflegegeldstufen (§ 4 Abs 2 und § 5 BPGG):

Pflegegeld-Anspruch 2015		
Stufe	Durchschnittlicher Pflegebedarf	Vergütung in EUR
1	mehr als 65 Stunden monatlich	154,20
2	mehr als 95 Stunden monatlich	284,30
3	mehr als 120 Stunden monatlich	442,90
4	mehr als 160 Stunden monatlich	664,30
5	mehr als 180 Stunden monatlich, + wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist	902,30
6	mehr als 180 Stunden monatlich, + wenn zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder + aufgrund einer wahrscheinlichen Eigen- oder Fremdgefährdung ist die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich.	1.260,00
7	mehr als 180 Stunden monatlich, + wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktionseller Umsetzung möglich sind oder + ein gleichzuachtender Zustand vorliegt	1.655,80

Tabelle 4: Pflegegeldstufen und –höhe in Österreich im Jahr 2015¹⁰⁷

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, beginnt die **Einstufung** bei einem Pflegebedarf von mehr als 65 Stunden monatlich (Stufe 1). Bis zur Stufe 4 wird die Einstufung aufgrund des notwendigen Pflegeaufwandes bemessen, ab Stufe 5 werden neben den zeitlichen auch noch weitere Kriterien gewürdigt. Die **Höhe des Auszahlungsbetrages** richtet sich nach der jeweiligen Pflegegeldstufe. Für die Stufen 1 bis 7 werden derzeit die Beträge laut Tabelle 4 gewährt.

Eine Erhöhung der angeführten Beträge wurde bereits durch den Gesetzgeber beschlossen, diese Änderung tritt jedoch erst mit 1.1.2016 in Kraft. (BGBl I 2015/12). Die Erhöhung beträgt in jeder Stufe rd. 2%.

¹⁰⁷ Eigene Darstellung nach BPGG.

Grundsätzlich erfolgt die Einstufung in die jeweilige Pflegestufe gemäß dem dargestellten durchschnittlichen Pflegebedarf. Besondere Regelungen gelten jedoch für Kinder und Jugendliche bis zum Vollendeten 15. Lebensjahr (§ 4 Abs 3 BPGG) bzw. für Personen mit demenziellen Erkrankungen und den damit einhergehenden pflegeerschwerenden Faktoren (§ 4 Abs 5 BPGG). Darüber hinaus sind für bestimmte Personengruppen bzw. bei Vorliegen bestimmter Erkrankungen Mindesteinstufungen festgesetzt worden. Beispiele hierfür wären Einschränkungen aufgrund einer Querschnittlähmung oder eine hochgradige Sehbehinderung (§ 4a BPGG).

Ausnahmsweise kann es zum Ersatz der Geldleistungen durch **Sachleistungen** kommen. Dies kommt dann zum Tragen, wenn der durch das Pflegegeld angestrebte Zweck (Kapitel 3.1.2.) nicht erreicht wird. In diesem Fall sind anstelle des gesamten oder eines Teils des Pflegegeldes Sachleistungen im Gegenwert des einbehaltenen Pflegegeldes zu gewähren, wenn und sofern die Möglichkeit besteht, den Pflegebedarf durch Sachleistungen abzudecken (§ 20 Abs 1 BPGG).

3.1.3. Pflegefonds

Der österreichische Pflegefonds ist ebenso als Instrument zur Sicherung der Langzeitpflege zu nennen, wobei die Mittel aus diesem Fonds der Entwicklung bzw. Stärkung des Sachleistungsbereiches dienen.¹⁰⁸ Die Mittel, die aus dem Pflegefonds an die Bundesländer geleistet werden, stellen einen „...Zweckzuschuss (...) zur Sicherung und zum bedarfsgerechten Aus- und Aufbau des Betreuungs- und Pflegedienstleistungsangebotes in der Langzeitpflege...“¹⁰⁹ dar. Die Einrichtung dieses Fonds wurde mit dem Beschluss über das Pflegefondsgesetz am 8.7.2011 ermöglicht.¹¹⁰ Der Fonds ist dabei als reiner Verwaltungsfonds (ohne eigene Rechtspersönlichkeit) beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK) eingerichtet und wird gemeinsam durch das BMAK und das Bundesministerium für Finanzen (BMF) verwaltet.¹¹¹

Die Mittel für den Pflegefonds „...werden durch einen Vorwegabzug vor der Verteilung der gemeinschaftlichen Bundesabgaben aufgebracht. Die Verteilung der Mittel auf die Länder erfolgt nach dem Schlüssel der Wohnbevölkerung.“¹¹² Leistungen aus dem Pflegefonds werden an die Länder in Form eines Zweckzuschusses für die Sicherung sowie den Aus- und

¹⁰⁸ Vgl. Pallinger/Pfeiffer (2013), 285.

¹⁰⁹ BMAK (2015b).

¹¹⁰ Die vorliegenden Ausführungen beziehen sich auf das PFG in der Fassung vom 15.10.2014.

¹¹¹ Vgl. BMAK (2015b); Vgl. Pfeil (2011), 124.

¹¹² BMAK (2014b), 12.

Aufbau der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen im Bereich der Langzeitpflege zum laufenden Betrieb gewährt (§ 3 Abs 1 PFG).

Als zuschusswürdige Zwecke werden gem. § 3 Abs 1 PFG sechs Leistungsangebote genannt:¹¹³

1. Mobile Betreuungs- und Pflegedienste
2. Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste
3. Teilstationäre Tagesbetreuung
4. Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen
5. Case- und Caremanagement
6. Alternative Wohnformen

Darüber hinaus werden auch begleitende qualitätssichernde Maßnahmen und innovative Projekte gefördert, wobei das PFG selbst keine nähere Spezifikation vornimmt. (§ 3 Abs 2 PFG). Hinsichtlich der zuschusswürdigen Zwecke bestimmt das PFG jedoch eine dezidierte Vorrangigkeit der nichtstationären Versorgung (§ 3 Abs 3 PFG). In diesem Zusammenhang wird auch eine Rückzahlungsverpflichtung bestimmt, sofern die Bedingungen für die bevorzugte Förderung des nichtstationären Bereichs nicht erfüllt werden (§ 7 Abs 7 Z 2 PFG).

Zur Förderung der beschriebenen Leistungen wurde der Pflegefonds mit 1,335 Mrd. Euro für die Jahre 2011 bis 2016 dotiert. Hieraus sollen jährlich in unterschiedlicher Höhe Zweckzuschüsse an die Länder geleistet werden, für das Jahr 2015 bspw. im Ausmaß von 300 Mio. Euro und für das Jahr 2016 im Ausmaß von 350 Mio. Euro.¹¹⁴

3.1.4. Sozialhilfebestimmungen

Abschließend soll noch ein kurzer Exkurs über die Leistungen der Sozialhilfe und der bedarfsorientierten Mindestsicherung (BMS) unternommen werden, um diese im Rahmen der vorliegenden Arbeit einordnen zu können.

Die landesrechtlichen Sozialhilfebestimmungen betreffen den Gegenstand dieser Arbeit insofern, als dass sie den eingangs angesprochenen Teil der Sachleistungen regeln.

Das **oö. SHG** schreibt den Umfang Sozialer Hilfe fest, die nach Möglichkeit, sofern keine Mehrkosten entstehen, durch persönliche Hilfe zu leisten ist (§ 2 Abs 3 oö. SHG). Persönliche Hilfe wird dabei gemäß oö. SHG durch die Sozialen Dienste erbracht (§ 12 Abs 1 oö. SHG).

¹¹³ Vgl. Pfeil (2011), 124.

¹¹⁴ Vgl. BMASK (2015b).

Laut BMASK werden diese Sozialen Dienste „...von freien Wohlfahrtsverbänden, Ländern und Gemeinden angeboten und durch Fachkräfte aus Gesundheits- und Krankenpflegeberufen sowie aus Sozialbetreuungsberufen durchgeführt.“¹¹⁵ Als mögliche Dienstleistungen bzw. Angebote kommen dabei folgende Alternativen in Betracht:

1. „Mobile Dienste (z.B. Essen auf Rädern)
2. Ambulante Dienste (z.B. Psychosozialer Dienst)
3. Teilstationäre Dienste (z.B. Tagesheimstätten)
4. Stationäre Dienste (z.B. Alten- und Pflegeheime)“¹¹⁶

Die Kosten für die Inanspruchnahme dieser Leistungen sind von den pflege- bzw. hilfebedürftigen Personen, abhängig von Einkommen und Vermögen, selbst zu tragen. Verbleibende Kosten, die vor allem im Falle stationärer Hilfe erheblich sind, müssen von den Sozialhilfeträgern finanziert werden.¹¹⁷ Auf weitere Ausführungen wird an dieser Stelle verzichtet, da die in Kapitel 2.2.2. skizzierten Wohn- und Betreuungsformen für den Gegenstand der Arbeit ausreichend sind.

Ähnliches gilt auch für die Bedarfsorientierte Mindestsicherung, die primär in sozialen Notlagen, ohne besondere Würdigung von Pflegebedürftigkeit, von Bedeutung ist. Die **Bedarfsorientierte Mindestsicherung** ist nur für den Lebensbereich außerhalb stationärer Einrichtungen von Bedeutung und besteht primär in der Erbringung von **pauschalierten Geldleistungen**: Zur Sicherung des Lebensunterhaltes und des Wohnbedarfes, jeweils außerhalb von stationären Einrichtungen, werden bei entsprechendem Bedarf Geldmittel zur Verfügung gestellt. Ebenso unter die BMS fallen Leistungen die bei Krankheit, Schwangerschaft und Entbindung erforderlich werden (Art 2 Abs 1 BGBl I 2010/96).

Die Bestimmungen der BMS sind aus den vorgenannten Aspekten für die vorliegende Arbeit nicht relevant, was sich auch in ihrer Grundintention zeigt: Neben dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ dient die BMS vor allem auch dem Wiedereinstieg in das Erwerbsleben.¹¹⁸

Insgesamt steht die finanzielle Betrachtung der Leistungen im Rahmen dieser Arbeit nicht im Fokus, daher wird auf nähere Ausführungen verzichtet.

¹¹⁵ BMASK (2015c).

¹¹⁶ Bundeskanzleramt (2015e).

¹¹⁷ Vgl. Brunner/Mühlböck (2007), 2.

¹¹⁸ Vgl. BMASK (2015d).

3.1.5. Zusammenfassung

Der Bereich der Pflegevorsorge und -versorgung in Österreich ist von verschiedenen Kompetenzen geprägt und umfasst hinsichtlich Pflegeversorgung im engeren Sinne die Leistungen des Pflegegeldes (Geldleistung), die Sozialen Dienste (Sachleistungen) und im weiteren Sinne auch die Leistungen des Pflegefonds zum Ausbau des Sachleistungsbereichs.¹¹⁹ Finanziert werden diese Leistungen aus allgemeinen Steuermitteln.¹²⁰

Das **Pflegegeld** dient seit seiner Einführung im Jahre 1993 der pauschalierten Abgeltung pflegebedingter Mehraufwendungen für Personen, die aufgrund bestimmter Behinderungen für länger als sechs Monate ständigen Betreuungs- und Hilfebedarf haben. Festgelegte Zugangskriterien, gemessen vor allem in zeitlichem Pflegebedarf, regeln die Einteilung in eine von sieben Pflegegeldstufen. Das Pflegegeld wird in der Regel dem Pflegebedürftigen direkt ausbezahlt und kann von diesem nach eigenem Ermessen verwendet werden. Das Pflegegeld selbst ist mit seinem Charakter der Geldleistung somit an keine besondere Verwendung gebunden.

Der **Pflegefonds** wurde eingerichtet, um das bestehende Betreuungs- und Pflegedienstleistungsangebot in der Langzeitpflege bedarfsgerecht aus- bzw. ggf. aufzubauen. Die Leistungen des Fonds gehen nicht direkt an Pflegebedürftige, werden aber zur Entwicklung der notwendigen Infrastruktur für deren Versorgung verwendet (Zweckzuschüsse des Pflegefonds an die Länder). Hier können durchaus Gestaltungsmöglichkeiten identifiziert werden, da vorrangig Investitionen im nichtstationären Bereich gefördert werden. Darüber hinaus werden auch innovative Projekte gefördert. Inwieweit die Mittel des Pflegefonds jedoch für einen bedarfsgerechten und zukunftsfähigen Ausbau der Versorgungsstrukturen ausreichen, bleibt zu hinterfragen.

Die „**Sozialhilfe**“ regelt im Rahmen des oö. SHG mit den Sozialen Diensten jene Leistungen, derer sich pflegebedürftige Personen bedienen können. Das oö. SHG gibt das Angebot an möglichen Hilfeleistungen vor und bestimmt auch den Vorrang der persönlichen Hilfe (im Rahmen sozialer Dienste) gegenüber stationären Einrichtungen. Die **BMS** dient hingegen der Sicherung des Lebensunterhaltes und des Wohnbedarfs, jedoch nur außerhalb von stationären Einrichtungen und kann demnach nicht als spezielle Leistung für ältere oder pflegebedürftige Menschen eingeordnet werden.

¹¹⁹ Vgl. Pallinger/Pfeiffer (2013), 283; Vgl. ErläutME 72 25. GP 1.

¹²⁰ Vgl. BMASK (2014a), 22.

3.2. Pflegevorsorge in Deutschland

Die deutsche Sozialversicherung ist das wesentliche Element der Sozialen Sicherung in Deutschland. Historisch gewachsen wurden nach und nach die einzelnen Versicherungszweige Kranken-, Unfall-, Renten-, Arbeitslosenversicherung sowie als jüngster Zweig die Pflegeversicherung eingeführt.¹²¹

Zum besseren Verständnis erfolgen einleitend Ausführungen zur Entstehung, der Organisation sowie der Mittelaufbringung in der Pflegeversicherung. Im Anschluss werden entsprechend den Ausführungen zum österreichischen Pflegegeld der begünstigte sowie leistungsberechtigte Personenkreis sowie die Leistungsarten und die Vergütung der Pflegeleistungen vorgestellt.

3.2.1. Allgemeines

In Deutschland musste zur Finanzierung professioneller Pflegeleistungen lange Zeit neben privaten Mitteln auf Leistungen der Sozialhilfe zurückgegriffen werden, das Maß an staatlicher Absicherung bei Pflegebedürftigkeit war traditionell eher schwach ausgeprägt. Dies führte einerseits zu hohen finanziellen Belastungen für die Sozialhilfeträger, andererseits zu hohen privaten Ausgaben, die meist nicht zur Finanzierung professioneller Pflege ausreichten und daher zur Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen führten. Zur Linderung dieser Problematik wurde nach langem Verhandlungsprozess im Jahr 1994 das Gesetz zur Pflegeversicherung (PflegeVG) verabschiedet und als eigenständiges 11. Buch in das gesetzliche Sozialgesetzbuch (SGB XI) integriert.¹²² Seit ihrem Inkrafttreten am 1.1.1995 bildet die Pflegeversicherung somit neben Kranken-, Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung die 5. Säule der deutschen Sozialversicherung.¹²³ Mit 1.1.2015 ist darüber hinaus auch das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) in Kraft getreten (Art 4 Abs 2 PSG I).

In ihrer **Organisation** ist die Pflegeversicherung eng mit der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden. Als Träger der Pflegeversicherung fungieren sogenannte Pflegekassen, die jeweils bei einer Krankenkasse eingerichtet sind (§ 46 Abs 1 SGB XI). Die Pflegekassen gewähren ambulante und stationäre Pflege nur durch zugelassene Pflegeeinrichtungen und müssen zu diesem Zweck Versorgungsverträge mit Pflegeeinrichtungen abschließen (§ 72 Abs 1 SGB XI). Die Leistungen zugelassener Pflegeeinrichtungen werden durch die **Pflegevergütung** (leistungsgerechte Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen) und bei stati-

¹²¹ Vgl. Deutsche Sozialversicherung Europavertretung (2015a).

¹²² Vgl. Gerlinger/Röber (2009), 17ff.

¹²³ Vgl. Gerlinger/Röber (2009), 19; vgl. BMG (2015a).

onärer Pflege durch ein angemessenes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung vergütet. (§ 82 Abs 1 SGB XI).

Die **Finanzierung** der Pflegeversicherung wird durch Beiträge und sonstige Einnahmen erreicht. Die Beiträge werden dabei von den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bis zur Beitragsbemessungsgrenze eingehoben (§ 54 SGB XI). Die Beitragsbemessungsgrenze für die beitragspflichtigen Einnahmen bemisst sich dabei nach der gesetzlichen Krankenversicherung gem. § 6 Abs 7 SGB V. Der gesetzlich bestimmte Beitragssatz beträgt derzeit 2,35 (Art 1 Z 21 PSG I). Der vom Arbeitsentgelt bemessene Beitrag wird je **zur Hälfte von Arbeitnehmer und Arbeitgeber** getragen (§ 58 Abs 1 SGB XI).

3.2.2. Begünstigter Personenkreis und Art und Umfang der Leistungen

Die Pflegeversicherung bezieht kraft Gesetz alle in der **gesetzlichen Krankenversicherung versicherten** Menschen automatisch in die Pflegeversicherung mit ein (§ 1 Abs 2 SGB XI). Gleichzeitig bestimmt das Gesetz eine umfassende Versicherungspflicht: wer nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung sondern bei einem privaten Versicherungsträger versichert ist, ist zum Abschluss einer privaten Pflegeversicherung verpflichtet (§ 1 Abs 2 SGB XI).¹²⁴

Die aus der gesetzlichen Pflegeversicherung resultierenden Leistungen dienen dem Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung, gestaltet als Dienst-, Sach- und Geldleistung, wobei sich Art und Umfang der Leistung einerseits an der Schwere der Pflegebedürftigkeit, andererseits an der Art der in Anspruch genommenen Leistung (häuslich, teilstationär, vollstationär) orientieren (§ 4 Abs 1 SGB XI). Die Leistungen der Pflegeversicherung dienen bei häuslicher und teilstationärer Pflege der Ergänzung familiärer, nachbarschaftlicher oder sonstiger ehrenamtlicher Pflege, bei vollstationärer Pflege dem Ersatz für die rein pflegerischen Aufwendungen der gesamten Betreuung: „...die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst.“ (§ 4 Abs 2 SGB XI).

3.2.3. Leistungsberechtigter Personenkreis

Das Recht, Leistungen aus der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können bemisst sich nach der **Pflegebedürftigkeit**. Gemäß § 14 Abs 1 SGB XI trifft dies auf Personen zu,

„...die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf

¹²⁴ vgl. BMG (2015a).

des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.“

Sowohl Krankheiten oder Behinderungen (bspw. Lähmungen, Funktionsstörungen verschiedener Art, geistige Behinderungen) als auch gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen (im Bereich der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlicher Versorgung) werden dabei näher spezifiziert (§ 14 Abs 2 und 4 SGB XI).

Als Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des § 14 Abs 2 SGB XI wurden folgende Einschränkungen bzw. Umstände festgelegt:

Krankheiten oder Behinderungen	
1.	Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat
2.	Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane
3.	Störungen des zentralen Nervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen

Tabelle 5: Krankheiten oder Behinderungen nach Pflegeversicherungsgesetz¹²⁵

Die in diesen Fällen relevanten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen werden zusätzlich gem. § 14 Abs 4 SGB XI wie folgt erläutert:

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen	
Bereiche der Pflege	Verrichtungen
Körperpflege	Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenentleerung
Ernährung	mundgerechtes Zubereiten der Nahrung oder Nahrungsaufnahme
Mobilität	selbständiges Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
hauswirtschaftliche Versorgung	Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, Beheizen

Tabelle 6: Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen¹²⁶

Hilfe im Bereich Körperpflege, Ernährung und Mobilität werden in weiterer Folge als Grundpflege bezeichnet (§ 15 Abs 3 SGB XI).

Die Zuteilung in eine von drei Pflegestufen erfolgt entsprechend dem Hilfsausmaß, den der Pflegebedürftige in den Bereichen Körperpflege, Ernährung oder Mobilität sowie zusätzlich bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen benötigt (§ 15 Abs 1 SGB XI).

¹²⁵ Eigene Darstellung nach SGB XI.

¹²⁶ Eigene Darstellung nach SGB XI.

Die genauen Bedingungen ergeben sich dabei aus folgender Einteilung:

Stufen der Pflegebedürftigkeit	
Pflege- stufe I	Grundpflege: für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mind. 1x täglich Hilfe notwendig <u>zusätzlich</u> mehrfach pro Woche Hilfen bei hauswirtschaftlicher Versorgung erforderlich → Zeitaufwand der Pflegeperson: mind. 90 Minuten, davon für Grundpflege mehr als 45 Minuten
Pflege- stufe II	Grundpflege: Hilfe mind. 3x täglich zu verschiedenen Tageszeiten benötigt <u>zusätzlich</u> mehrfach pro Woche Hilfen bei hauswirtschaftlicher Versorgung erforderlich → Zeitaufwand der Pflegeperson: mind. 3 Stunden, davon für Grundpflege mind. 2 Stunden
Pflege- stufe III	Grundpflege: Hilfebedarf besteht täglich rund um die Uhr, auch nachts <u>zusätzlich</u> mehrfach pro Woche Hilfen bei hauswirtschaftlicher Versorgung erforderlich → Zeitaufwand der Pflegeperson: mind. 5 Stunden, davon Grundpflege mind. 4 Stunden

Tabelle 7: Pflegestufen in Deutschland¹²⁷

Wie aus der Tabelle hervorgeht, wird die Pflegebedürftigkeit einerseits nach der Häufigkeit bemessen, wie oft Hilfe benötigt wird, andererseits durch den Zeitaufwand, die eine Pflegeperson (pflegende Angehörige, sonstige nicht als Pflegekraft ausgebildete Personen) wöchentlich im Tagesdurchschnitt aufwenden muss. (§ 15 Abs 1 und 3 SGB XI).

Für Pflegebedürftige aller Pflegestufen sowie für Personen, die einen Hilfebedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung haben der **nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht**, besteht in bestimmten Fällen, jedoch ausschließlich bei häuslicher Pflege, ein gesonderter Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung (§ 45a Abs 1 SGB XI). Zusätzliche Leistungen werden demnach gewährt, sofern der Pflegebedürftige an demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen leidet und Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt wurden, die dauerhaft zu einer Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben (§ 45a Abs 1 SGB XI). Mit dem PSG I werden darüber hinaus für die eben genannten Personen verstärkt niederschwellige Angebote für haushaltsnahe Dienstleistungen gefördert (§ 45c Abs 3a SGB XI).

3.2.4. Allgemeine Leistungen und deren Vergütung

Die Pflegeversicherung sieht in Abschnitt 3 SGB XI die Gewährung von verschiedenen Leistungen vor, die in die Bereiche Häusliche Pflege, Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege, Vollstationäre Pflege sowie Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen eingeteilt werden (§§ 36ff SGB XI). Der Leistungsumfang der Pflegeversicherung

¹²⁷ Eigene Darstellung nach SGB XI.

umfasst somit ambulante und teilstationäre Pflege, stationäre Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege.¹²⁸

3.2.4.1. Leistungen bei häuslicher Pflege

Im Falle von häuslicher Pflege können Pflegebedürftige zwischen einer Sach- und einer Geldleistung wählen, bzw. beide Leistungen miteinander kombinieren.

Die **Sachleistung** besteht dabei aus einer häuslichen Pflegehilfe (geeignete Pflegekraft) zur Durchführung von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung. Die häusliche Pflegehilfe ist dabei entweder von der Pflegekasse selbst oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt. Sofern die Leistungen im Einzelfall sichergestellt sind, können auch mehrere Pflegebedürftige gemeinsam die Betreuungsleistungen als Sachleistung beziehen (§ 36 SGB XI). Auf Antrag kann anstelle der Sachleistung auch eine entsprechende **Geldleistung** (Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen) gewählt werden. Sofern der Pflegebedürftige die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung selbst in geeigneter Weise sicherstellen kann, wird Pflegegeld entsprechend der jeweiligen Pflegestufe gewährt. In diesem Fall ist der Pflegebedürftige jedoch zur Inanspruchnahme von festgelegten Beratungsleistungen verpflichtet, um die Qualität der Versorgung sicherzustellen, andernfalls kann das Pflegegeld entzogen werden (§ 37 SGB XI). Die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und des Pflegegeldes können als dritte Variante auch miteinander kombiniert werden, es kommt sodann zur Kombination von Geld- und Sachleistung (**Kombinationsleistung**) (§ 38 SGB XI).

Die zustehende Vergütung wird jeweils monatlich gewährt und wird im Falle einer Sachleistung mit einem Höchstbetrag für „Pflegeeinsätze“ (§ 36 Abs 3 SGB XI) und im Falle einer Geldleistung als „Pflegegeld“ (§ 37 Abs 1 SGB XI) gewährt. Die derzeit gültigen Beträge, mit 1.1.2015 durch das PSG I valorisiert, betragen jeweils monatlich:

Häusliche Pflege 2015		
Pflegestufe	Sachleistung monatlich in EUR	Geldleistung monatlich in EUR
1	468	244
2	1.144	458
3	1.612	728

Tabelle 8: Häusliche Pflegeleistungen nach Pflegeversicherungsgesetz im Jahr 2015¹²⁹

¹²⁸ Vgl. Gerlinger/Röber (2009), 35.

¹²⁹ Eigene Darstellung nach SGB XI.

Für den Fall, dass sich der Pflegebedürftige für eine durch eine Pflegekraft **ambulant betreute Wohngruppe** entscheidet in der regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftige zum Zwecke der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung wohnen und sie bereits eine Geld-, Sach-, oder Kombinationsleistung beziehen, ist ein pauschaler Zuschlagssatz als zusätzliche Leistung vorgesehen (§ 38a SGB XI). Weitere Leistungen der Häuslichen Pflege bilden die Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI) sowie Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI).

3.2.4.2. Ergänzende Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

Als Ergänzung zur häuslichen Pflege haben Pflegebedürftige Anspruch auf **teilstationäre Pflege** in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege. Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege können dabei nach eigener Wahl entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen mit den Leistungen der häuslichen Pflege und dem Pflegegeld kombiniert werden (§ 41 SGB XI).

Die Vergütung von Leistungen der Tages- und Nachtpflege umfasst pflegebedingte Aufwendungen der teilstationären Pflege, Aufwendungen der sozialen Betreuung und Aufwendungen für die notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, jeweils bis zu einem Gesamtwert entsprechend der jeweiligen Pflegestufe (§ 41 Abs 2 SGB XI). Die derzeit gültigen Beträge, mit 1.1.2015 durch das PSG I valorisiert, betragen jeweils monatlich:

Teilstationäre Pflege 2015	
Pflegestufe	Sachleistung monatlich in EUR
1	468
2	1.144
3	1.612

Tabelle 9: Teilstationäre Pflegeleistungen nach Pflegeversicherungsgesetz im Jahr 2015¹³⁰

Ist die häusliche Pflege vorübergehend oder nicht in vollem Umfang ausreichend und kann auch mit der teilstationären Pflege kein Auslangen gefunden werden, so besteht in bestimmten Fällen Anspruch auf **vollstationäre Pflege**. Dies kann einerseits eine Übergangszeit infolge einer stationären Behandlung des Pflegebedürftigen sein oder andererseits in Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche Pflege und teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend sind (§ 42 Abs 1 SGB XI). Bezogen auf das Kalenderjahr ist dieser Anspruch jedoch zeitlich auf vier Wochen beschränkt und wird bis zu einem maximalen Wert von **1.612 Euro** vergütet (§ 42 Abs 2 SGB XI und Art 1 Z 12 PSG I).

¹³⁰ Eigene Darstellung nach SGB XI.

3.2.4.3. Vollstationäre Pflege

Sind die vorgenannten Leistungen der häuslichen und der teilstationären Pflege nicht möglich, so besteht Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen (§ 43 Abs 1 SGB XI). Die Leistungen der Pflegeversicherung umfassen dabei im Ausmaß von pauschalen Leistungsbeträgen wiederum die

- pflegebedingten Aufwendungen, die
- Aufwendungen der sozialen Betreuung und die
- Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege,

die wie bei der häuslichen und teilstationären Pflege entsprechend der Einstufung in die Pflegestufen gewährt werden. Die gesamte Leistung der Pflegekasse beträgt jedoch maximal 75% des gesamten Heimentgeltes, bestehend aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten (§ 43 Abs 2 SGB XI).

Im Rahmen einer vollstationären Unterbringung werden Vergütungen in folgender Höhe zuerkannt (Art 1 Z 13 PSG I):

Vollstationäre Pflege 2015	
Pflegestufe	Sachleistung monatlich in EUR
1	1.064
2	1.330
3	1.612

Tabelle 10: Stationäre Pflegeleistungen nach Pflegeversicherungsgesetz im Jahr 2015¹³¹

Besteht ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand, der weit über das übliche Maß der Pflegestufe 3 hinausgeht, bspw. im Falle schwerer Demenz, so ist ausnahmsweise ein Betrag iHv 1.995 Euro zu gewähren (§ 43 Abs 3 SGB XI und Art 1 Z 13 PSG I).

Gelingt es einer Pflegeeinrichtung den Pflegebedürftigen mittels aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe zurückzustufen, so erhält die Einrichtung einmalig einen Betrag von 1.597 Euro (§ 87a Abs 4 SGB XI und Art 1 Z 25 PSG I).

Wird seitens des Pflegebedürftigen eine Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung gewählt, obwohl dies nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich wäre, so besteht die Leistung der Pflegeversicherung in einem Zuschuss gemäß den Sätzen der Pflegesachleistung gemäß § 36 Abs 3 SGB XI (§ 43 (4) SGB XI).

¹³¹ Eigene Darstellung nach SGB XI.

3.2.4.4. Förderung neuer Wohnformen

Das Pflegeversicherungsgesetz behandelt in einem eigenen Abschnitt die Förderung neuer Wohnformen. Vorgesehen sind einerseits eine Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen (§ 45e SGB XI), andererseits Fördermittel für die Weiterentwicklung neuer Wohnformen (§ 45f SGB XI).

Zur **Förderung ambulant betreuter Wohngruppen** wurde ein Fördertopf in der Gesamthöhe von 30 Mio. Euro eingerichtet (§ 45e Abs. 2 SGB XI), aus dessen Mitteln Pflegebedürftige bei Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe Fördermittel iHv. max. 2.500 Euro pro Person erhalten. Pro Wohngruppe ist die Förderung mit max. 10.000 Euro begrenzt (§ 45e (1) SGB XI). Zur **Weiterentwicklung neuer Wohnformen** wurde zusätzlich ein Fördertopf iHv. 10 Mio. Euro eingerichtet. Besonderer Fokus wird dabei auf Konzepte gelegt, die „...alternativ zu stationären Einrichtungen ermöglichen, außerhalb der vollstationären Betreuung bewohnerorientiert individuelle Versorgung anzubieten.“ (§ 45f Abs 1 SGB XI).

3.2.5. Weiterentwicklung der Pflegevorsorge

Rund 20 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung wird diese nun mittels Pflegestärkungsgesetz I und Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) angepasst bzw. gestärkt.¹³²

Das **PSG I** zielt im Wesentlichen auf Leistungsverbesserungen ab, die auch bereits mit 1.1.2015 in Kraft getreten sind. Viele Leistungsbeträge wurden pauschal um 4 % erhöht, Verbesserungen hinsichtlich Leistungsumfangs erarbeitet und die Einrichtung eines Pflegevorsorgefonds, der zur Stabilisierung des Beitragssatzes in 20 Jahren dienen soll, wurde vorgenommen.¹³³ Im Besonderen zu nennen ist aus Sicht der Autorin auch die Leistungsanpassung im Bereich niederschwelliger Angebote von haushaltsnahen Dienstleistungen (siehe Kapitel 3.2.3.).

Das **PSG II** sieht einen neuen **Pflegebedürftigkeitsbegriff** vor, der den individuellen Unterstützungsbedarf jedes Einzelnen besser würdigen soll. Zu diesem Zweck werden künftig nicht mehr Einschränkungen sondern der Grad der Selbständigkeit für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit von Bedeutung sein. Darüber hinaus wird es **5 Pflegegrade** statt der bisher 3 Pflegestufen geben. Der Grad der Selbstständigkeit wird dabei anhand sechs pflegerelevanter Bereiche untersucht und mittels Punktesystem bewertet. Dieses neue Verfahren

¹³² Vgl. BMG (2015b), 2.

¹³³ Vgl. BMG (2015b), 2ff.

wird seit 2014 erprobt und die Ergebnisse werden in das Zweite Pflegestärkungsgesetz einfließen.¹³⁴

3.2.6. Zusammenfassung

Ausgehend von Finanzierungsproblemen in der Altenpflege, sowohl aufseiten der Pflegebedürftigen und ihrer Familien, als auch aufseiten der Sozialhilfeträger, wurde mit 1.1.1995 die soziale Pflegeversicherung als 5. Säule der deutschen Sozialversicherung geschaffen und damit eine umfassende Versicherungspflicht für das Risiko der Pflegebedürftigkeit eingeführt.¹³⁵ Die Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung erfolgt primär mittels Beiträgen vom Arbeitseinkommen des Versicherungspflichtigen. Die Beiträge teilen sich Arbeitnehmer und Arbeitgeber gleichermaßen.

Um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, wird auf den Begriff der Pflegebedürftigkeit abgestellt. Demnach sind Menschen pflegebedürftig, die wegen bestimmten Krankheiten oder Behinderungen für taxativ im Gesetz aufgelistete, gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens dauerhaft in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Für den Umfang der gewährten Leistungen stellt die Pflegeversicherung auf das Ausmaß und die Schwere der Krankheit oder Behinderung sowie auf den Umfang des Hilfebedarfs ab. Auf diese Weise entstehen drei Pflegestufen, denen gestaffelte Leistungsentgelte für die verschiedenen Formen der Leistungen der Pflegeversicherung folgen. Der Versicherte hat hierbei im Rahmen der Selbstbestimmung das Wahlrecht, welche Leistung er in Anspruch nehmen möchte.

Bis zum heutigen Tage hat bereits das PSG I umfassende Maßnahmen zur Stärkung der Pflegevorsorge vorgenommen. Die Erhöhung vieler Leistungssätze, aber auch der Ausbau einzelner Leistungen sind Beispiele dafür.¹³⁶ Wesentlich für die zukünftige Ausgestaltung der Pflegevorsorge ist jedenfalls auch das PSG II, welches eine umfassende Änderung der Pflegevorsorge in Deutschland bedeutet. Mit Inkrafttreten des PSG II wird ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, der das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit nicht mehr nach Einschränkungen sondern nach dem Grad der Selbstständigkeit beurteilen wird. Darüber hinaus sind bereits 5 Pflegegrade in Erprobung.¹³⁷

¹³⁴ Vgl. BMG (2015c).

¹³⁵ Vgl. Gerlinger/Röber (2009), 17ff.; Vgl. Gerlinger/Röber (2009), 19; Vgl. BMG (2015a).

¹³⁶ Vgl. BMG (2015b), 2ff.

¹³⁷ Vgl. BMG (2015c).

3.3. Vergleich beider Systeme

Nach erfolgter Erläuterung sowohl des österreichischen als auch des deutschen Systems soll nun an dieser Stelle ein direkter Vergleich beider Modelle vorgenommen werden, um die eingangs aufgeworfene Fragestellung hinsichtlich der allgemeinen Unterschiede beantworten zu können. Die Ausführungen in diesem Kapitel beziehen sich allesamt auf die in den vorangegangenen Kapiteln angestellten Recherchen.

3.3.1. Organisatorische Unterschiede

Vor allem hinsichtlich Finanzierung und primärer Leistungsart unterscheiden sich beide Systeme grundlegend:

	Österreich	Deutschland
Inkrafttreten	1.7.1993	1.1.1995
Finanzierung	Steuern	Beiträge
Leistungsart primär	Geldleistung	Sachleistung, wahlweise Geldleistung bei häuslicher Pflege

Tabelle 11: Allgemeine Unterschiede Pflegegeld- und Pflegeversicherung¹³⁸

Das österreichische Pflegegeld wird aus allgemeinen Steuermitteln finanziert, während das System der Pflegeversicherung auf Beitragszahlungen gründet.

Die primäre Leistungsart ist darüber hinaus ein weiterer grundlegender Unterschied. Während in Österreich das Pflegegeld an keine besondere Verwendung geknüpft ist, gibt die Pflegeversicherung konkrete Sachleistungen vor. Im Bereich häuslicher Pflege kann zwar wahlweise Geldleistung in Anspruch genommen werden, diese Beträge sind jedoch für die gleiche Stufe empfindlich niedriger als die entsprechende Sachleistung (Kapitel 3.2.4.1.)

3.3.2. Begünstigter und leistungsberechtigter Personenkreis

Von Interesse ist weiter, wer grundsätzlich in das System der Pflegevorsorge einbezogen wird und wer im konkreten Fall auch Leistungen in Anspruch nehmen kann. Hinsichtlich des begünstigten Personenkreises ergibt sich bereits aus dem Charakter der Versicherungsleistung ein großer Unterschied, wie nachfolgende Tabelle veranschaulicht (nächste Seite):

¹³⁸ Eigene Darstellung nach BPGG und SGB XI.

	Österreich	Deutschland
Begünstigter Personenkreis	• Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt im Inland und bestehender Grundleistung (Pension, Rente) • Bei keiner bestehenden Grundleistung: gewöhnlicher Aufenthalt im Inland und österreichische Staatsbürgerschaft	• alle in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen • darüber hinaus Versicherungspflicht für alle privat Krankenversicherten

Tabelle 12: Begünstigter Personenkreis in Österreich und Deutschland¹³⁹

Während das österreichische System primär an eine bestehende Grundleistung und den gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich knüpft, bezieht sich das deutsche System primär auf eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Leistungsberechtigt sind hingegen von den grundsätzlichen Bedingungen her weitestgehend die gleichen Personen. Beide Systeme stellen auf den Pflegebedarf (Österreich) bzw. die Pflegebedürftigkeit (Deutschland) ab:

	Österreich	Deutschland
Leistungsberechtigter Personenkreis	1. körperliche, geistige oder psychische Behinderung oder Sinnesbehinderung 2. ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf (Pflegebedarf) 3. für die Dauer von mindestens sechs Monaten	1. körperliche, geistige oder seelische Krankheit oder Behinderung 2. erheblicher Hilfebedarf für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens 3. auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate

Tabelle 13: Leistungsberechtigter Personenkreis in Österreich und Deutschland¹⁴⁰

Grundsätzlich zielen beiden Systeme auf vorhandene Einschränkungen, erforderlichen Hilfebedarf und eine entsprechende Dauerhaftigkeit ab. Wesentlich ist an dieser Stelle aber der Verweis auf das zweite Pflegestärkungsgesetz, welches in Deutschland einen **neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff** einführen wird. Demnach wird zukünftig nicht mehr das Ausmaß an Einschränkungen beurteilt sondern der Grad an Selbstständigkeit gewürdigt (Kapitel 3.2.5.)

3.3.3. Pflegestufen zur Bestimmung des Leistungsumfanges

Hinsichtlich der gegenwärtigen Höhe der Einstufung gibt es jedoch erhebliche Unterschiede. Während Österreich ein System mit 7 Pflegestufen gewählt hat, beginnend mit einem durchschnittlichen Pflegebedarf von mehr als 65 Stunden monatlich, so umfasst das Stufensystem

¹³⁹ Eigene Darstellung nach BPGG und SGB XI.

¹⁴⁰ Eigene Darstellung nach BPGG und SGB XI.

in Deutschland lediglich 3 Stufen, beginnend bei einem monatlichen Pflegeaufwand von umgerechnet rd. 46 Stunden (wöchentlicher Bedarf mind. 90 Minuten im Tagesdurchschnitt). Nachfolgende Tabelle stellt die einzelnen Stufen hinsichtlich erforderlichen Pflegebedarfs gegenüber:

Pflegebedarf Ø Std/Monat	Österreich	Deutschland
40		45,5 (1)
60	65 (1)	
80		
100	95 (2)	91 (2)
120	120 (3)	
140		
160	160 (4)	150 (3)
180	180 (5-7)	

Tabelle 14: Gegenüberstellung Pflegebedarf Österreich und Deutschland im Jahr 2015¹⁴¹

Der Einstieg in die erste Pflegestufe erfolgt in Österreich bedeutend später als in Deutschland. Während dies in Österreich bei einem durchschnittlichem Pflegeaufwand von 65 Stunden monatlich geschieht, gewährt die Pflegeversicherung bereits ab einem Zeitausmaß von rd. 46 Stunden Pflegeleistungen. Das Erreichen der zweiten Pflegestufe ist in Österreich und Deutschland mit 95 bzw. 91 relativ ähnlich, jedoch beginnt bereits hier das System des Pflegegeldes stärker zu differenzieren.

Abgesehen von Mindesteinstufungen für bestimmte Erkrankungen oder Beeinträchtigungen stellt das BPGG auf ständigen Betreuungs- und Hilfsbedarf (Pflegebedarf) ab. Das PflegeVG stellt hingegen auf die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens ab und unterscheidet hier Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftliche Versorgung. In jeder Pflegestufe hat der Aufwand für die Grundpflege zu überwiegen. Jedoch muss auch an dieser Stelle wiederum auf das zweite Pflegestärkungsgesetz und den damit einhergehenden neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verwiesen werden. Mit den geplanten fünf Pflegegraden werden auch hier entsprechende Änderungen verwirklicht.

3.3.4. Leistungsarten

Das **Pflegegeld nach dem BPGG** stellt eine Geldleistung dar und die Höhe des Zahlungsbetrages richtet sich nach der jeweiligen Pflegegeldstufe.¹⁴² Wie das Pflegegeld ver-

¹⁴¹ Eigene Darstellung nach BPGG und SGB XI.

wendet wird obliegt der pflegebedürftigen Person. Werden professionelle Dienstleistungen benötigt, so können diese bei den verschiedenen Anbietern in Anspruch genommen werden.

Das **PflegeVG** regelt hingegen dezidiert den Leistungsumfang der Pflegeversicherung. Bei häuslicher Pflege erfolgt grundsätzlich eine Sachleistung in Form einer häuslichen Pflegehilfe. Auf Antrag kann jedoch auch Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen ausbezahlt werden, was dem Grundsatz der Selbstbestimmtheit und Wahlfreiheit entspricht. Die Leistungen in Form eines Pflegegeldes liegen jedoch jeweils empfindlich unter den Leistungen einer Pflegesachleistung. Ergänzend zur häuslichen Pflege ist der Anspruch auf teilstationäre Pflege bzw. Kurzzeitpflege verankert. Bei stationärer Pflege ersetzt die Pflegeversicherung die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung hat der Pflegebedürftige jedenfalls selbst zu tragen.

3.3.5. Leistungen zur Förderung neuer Wohnformen

Österreich sorgt mit dem Pflegefonds für die Sicherung und den bedarfsgerechten Aus- und Aufbau des Betreuungs- und Pflegedienstleistungsangebotes in der Langzeitpflege.¹⁴³ Die förderungswürdigen Bereiche sind u.a. mobile als auch stationäre Betreuungs- und Pflegedienste, wobei Projekte im nichtstationären Bereich jedenfalls bevorzugt werden.¹⁴⁴

Das PflegeVG nimmt die Förderung neuer Wohnformen als eigenen Bestandteil in das Gesetz auf. Vorgesehen sind neben Förderungen direkt für Pflegebedürftige (für die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen) Fördermittel für die Weiterentwicklung neuer Wohnformen. Auch Deutschland setzt dabei den Fokus auf den nichtstationären Bereich („außerhalb der vollstationären Betreuung“).

¹⁴² Nur ausnahmsweise kann es zum Ersatz des Pflegegeldes durch Sachleistungen kommen. Siehe dazu Kapitel 3.1.2.3..

¹⁴³ Vgl. BMASK (2015b).

¹⁴⁴ Vgl. Pfeil (2011), 124.

4. Situationsbestimmung in Österreich

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass die Gruppe älterer Menschen nicht nur insgesamt im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung wächst, sondern darüber hinaus auch der Anteil von Menschen in höherem Alter konstant zunehmen wird.¹⁴⁵ Von Bedeutung ist weiter, dass es sich um eine äußerst heterogene Gruppe hinsichtlich Eigenschaften und Bedarfen handelt und kein (älterer) Mensch dem andern gleicht.¹⁴⁶

Erschwerend muss zusätzlich mit einem Anstieg der Pflegebedürftigkeit gerechnet werden, da dieses Risiko vor allem in der Altersgruppe der Hochbetagten eintritt.¹⁴⁷ Der Aspekt der Pflegevorsorge, wie er in Kapitel 3 im Ländervergleich erläutert wurde, zielt dabei im speziellen auf diese Lebenslage bzw. das soziale Risiko der Pflegebedürftigkeit ab.

Von Interesse ist daher an dieser Stelle beide Bereiche zusammenzuführen und zu untersuchen, wie sich die entsprechende Lage in Österreich darstellt. Wie groß ist die Gruppe älterer Menschen in Österreich und wie gestaltet sich die Situation in Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit? Es wird der Frage nachgegangen, inwieweit die skizzierten Regelungen der Pflegevorsorge überhaupt in der Lage sind, die Bedarfe der (künftigen) Generationen älterer Menschen zu treffen. Auf dies Weise werden die Argumente für das anschließende Kapitel der Sozialraumorientierung aufgezeigt.

4.1. Zum Alter der österreichischen Bevölkerung

Geht es um die Begriffe Alter und Pflege wird häufig der demografische Wandel als Argument für Handlungsbedarf genannt. Der demografische Wandel beschreibt dabei die Summe aus Fertilität, Mortalität und Migration, alles zusammen Faktoren, die die allgemeine Bevölkerungsentwicklung beeinflussen. Ein Teilaspekt der allgemeinen Bevölkerungsentwicklung ist das demografische Altern, wonach die Gruppe der älteren Menschen zahlenmäßig jene der jüngeren über längere Zeit übersteigt. Diese Entwicklung ist das konkrete Ergebnis sinkender Geburtenzahlen und steigender Lebenserwartung.¹⁴⁸

Die langfristige Entwicklung in der Zusammensetzung der österreichischen Bevölkerung gestaltet sich dabei derart, dass die Anzahl an Kindern und Jugendlichen (Personen unter 20

¹⁴⁵ Vgl. Naegele (2011a), 89.

¹⁴⁶ Vgl. Schmassmann (2006), 220; Vgl. Schlag (2009), 119; Vgl. Bertelsmann Stiftung (2005), 4; Vgl. Vidacak (2014), 143.

¹⁴⁷ Vgl. Krayss (2010), 43f.

¹⁴⁸ Vgl. Hiptmair (2014), 5.

Jahren) in den letzten Jahren gesunken, während gleichzeitig die Zahl jener, die sich nicht mehr im erwerbsfähigen Alter befindet (Personen über 65 Jahren), gewachsen ist.¹⁴⁹ Betrachtet man den gegenwärtigen Aufbau der österreichischen Bevölkerung, so ergibt sich folgendes Bild:

Altersgruppe in Jahren	Anzahl Personen	%
0-19	1.688.948	20%
20-64	5.262.180	62%
65 und älter	1.556.658	18%
gesamt	8.507.786	100%

Tabelle 15: Bevölkerungsstruktur in Österreich zum 1.1.2014¹⁵⁰

Personen im Haupterwerbsalter bilden mit 62 % die größte Bevölkerungsgruppe (5.262.180). Kinder und Jugendliche im Alter von 0-19 Jahren stellen mit 20 % die zweitgrößte Gruppe dar (1.688.948), gefolgt von Personen außerhalb der Haupterwerbstätigkeit mit 18% (1.556.658).¹⁵¹

Zurückkommend auf den Prozess der demografischen Alterung werden sich die dargestellten Bevölkerungsgruppen in den Jahren 2030 und 2060 maßgeblich verändern: Die derzeit stärkste Bevölkerungsgruppe befindet sich genaugenommen in einem Alter zwischen 45 und 55 Jahren (die sogenannten Babyboomer). Bis zum Jahr 2030 wird sich diese Gruppe in Richtung rund um das Pensionseintrittsalter bewegen und im Alter zwischen 60 und 70 Jahren die stärkste Bevölkerungsgruppe bilden.¹⁵²

Für die vorliegende Arbeit interessiert speziell die Gruppe der 65jährigen und älteren. Stellt man diese Gruppe entsprechend der in Kapitel 2.1.2. skizzierten Alterskategorien dar, ergibt sich folgendes Bild:

Altersgruppe	Jahre	Anzahl Personen	%
Junge Alte	65 bis 74	863.845	56%
Ältere Alte	75 bis 84	483.848	31%
Älteste Alte	85 und älter	208.965	13%
gesamt		1.556.658	100%

Tabelle 16: Bevölkerungsstruktur über 65 Jahre in Österreich zum 1.1.2014¹⁵³

Die demografische Alterung wird sich in der Gruppe der älteren Bevölkerung ebenso niederschlagen, wie dies für die Gruppe der Erwerbstätigen skizziert wurde. Vor allem die Gruppen

¹⁴⁹ Vgl. Statistik Austria (2015c).

¹⁵⁰ Eigene Darstellung, Daten entnommen aus Statistik Austria (2015c).

¹⁵¹ Vgl. Statistik Austria (2015c).

¹⁵² Vgl. Hiptmair (2014), 7.

¹⁵³ Eigen Darstellung, Daten entnommen aus Statistik Austria (2015d).

der älteren und ältesten Alten werden stark ansteigen, wie auch der Bevölkerungsprognose der Statistik Austria im Anhang entnommen werden kann (Anhang 1).¹⁵⁴

Wesentlich ist jedoch aus Sicht der Autorin die augenscheinliche Heterogenität der älteren Bevölkerungsgruppe, die, wie bereits in Kapitel 2.1.2. ausgeführt, nun mit diesen Zahlen belegt werden kann.¹⁵⁵ Die dargestellten Werte unterstreichen die Vielschichtigkeit des Alters auch zahlenmäßig und die Autorin bleibt bei der Schlussfolgerung, dass *alt* nicht gleich *alt* ist.¹⁵⁶

Die Versorgung im Alter wird künftig durch die bereits skizzierten demografischen Entwicklungen vor neue Herausforderungen gestellt, Prognosen erwarten einen starken Anstieg der pflegebedürftigen Personen.¹⁵⁷ Dies ist weiter auch nicht verwunderlich, steigt doch das Risiko der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit mit zunehmendem Alter.¹⁵⁸ Auch das österreichische Sozialministerium hebt die gesellschaftliche Bedeutung der Thematik hervor und betont, dass sich Pflegebedürftigkeit „...von einem eher individuellen Randphänomen zu einem Risiko für alle Mitglieder der Gesellschaft entwickelt.“¹⁵⁹

Die Autorin vertritt jedoch die Meinung, dass Pflegebedürftigkeit nur ein möglicher Zustand unter vielen in der Lebensphase älterer Menschen ist, der auch bei weitem nicht jeden Einzelnen treffen muss. Die naturgegebene Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit, auch bei gleichzeitiger Zunahme chronischer Erkrankungen, kann nicht automatisch mit Pflegebedürftigkeit gleichgesetzt werden.¹⁶⁰

Wie groß das Ausmaß an Hilfebedarf in Österreich ist, soll in weiterer Folge dargestellt werden. Für eine entsprechende Situationsbestimmung werden die Daten zur Pflegebedürftigkeit herangezogen. Wenngleich sich die Autorin bewusst ist, dass es viele Menschen mit Unterstützungsbedarf gibt, die entweder in ihrem Ausmaß nicht die Pflegstufe 1 erreichen oder einfach auch kein Pflegegeld beantragt haben, so können dennoch nur auf Basis der Pflegegeldbezieher objektive Schlussfolgerungen zur Pflegebedürftigkeit gezogen werden.

¹⁵⁴ Vgl. Statistik Austria 2015e).

¹⁵⁵ Vgl. Schmassmann (2006), 220; Vgl. Schlag (2009), 119; Vgl. Bertelsmann Stiftung (2005), 4.

¹⁵⁶ Vgl. Vidacak (2014), 143.

¹⁵⁷ Vgl. Mayr/Lehner (2009), 9.

¹⁵⁸ Vgl. Hiptmair (2014), 13.

¹⁵⁹ BMASK (2015e).

¹⁶⁰ Vgl. Vidacak (2014), 61.

4.2. Geldleistungsbereich – Pflegegeld

Österreich wendete im Jahr 2013 insgesamt rd. 96 Mrd. für Sozialleistungen auf.¹⁶¹ Den größten Teil der Sozialleistungen nehmen Altersleistungen mit rd. 41,4 Mrd. Euro (45 %) ein.¹⁶² Leistungen aus dem Titel der Pflegebedürftigkeit (Pflegegeld) belaufen sich dabei auf **2,47 Mrd. Euro** und betragen somit derzeit rd. 6 % aller Altersleistungen.¹⁶³

Die Zahl der Pflegegeldbezieher betrug zum 31.12.2013 **451.159 Personen**.¹⁶⁴

Stufe	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Gesamt
Personen	104.393	130.803	78.170	63.463	46.089	18.806	9.435	451.159

Tabelle 17: Pflegegeldbezieher zum 31.12.2013¹⁶⁵

Die bereits thematisierte Heterogenität sowohl des Alters an sich als auch des Hilfebedarfs im Speziellen wird auch in den Zahlen zu den unterschiedlichen Pflegestufen deutlich: Die meisten Pflegegeldbezieher befinden sich in den Stufen 1 und 2, benötigen dementsprechend am wenigsten Hilfebedarf. Insgesamt macht diese Gruppe über 50 % aller Pflegegeldbezieher aus.¹⁶⁶

Eine genauere Betrachtung der Pflegegeldbezieher nach Alter soll belegen, dass Pflegebedürftigkeit vor allem in höherem Alter auftritt:

Alter	Gesamtbevölkerung	Pflegegeldbezieher	Anteil der Pflegegeldbezieher an der jeweiligen Altersgruppe der Gesamtbevölkerung
0-20	1.794.117	13.627	0,8%
21-40	2.229.478	19.508	0,9%
41-60	2.554.775	49.283	1,9%
61-80	1.550.326	143.599	9,3%
81 und älter	379.090	225.142	59,4%
gesamt	8.507.786	451.159	

Tabelle 18: Pflegegeldbezieher im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung zum 31.12.2013¹⁶⁷

Bis zum 60. Lebensjahr beziehen max. 1 bis 2 % der jeweiligen Altersstufe Pflegegeld. In der Altersstufe von 61 bis 80 Jahren sind es max. 10%. Erst mit einem Alter von 81 Jahren steigt

¹⁶¹ Vgl. Statistik Austria (2015f).

¹⁶² Vgl. Statistik Austria (2015g).

¹⁶³ Vgl. Statistik Austria (2015h).

¹⁶⁴ Vgl. BMASK (2014b), 68.

¹⁶⁵ Eigene Darstellung, Daten entnommen aus BMASK (2014b), 68.

¹⁶⁶ Vgl. BMASK (2014b), 68.

¹⁶⁷ Eigene Darstellung, Daten entnommen aus BMASK (2014b), 77; Statistik Austria (2015d).

die Häufigkeit der Pflegebedürftigkeit auf ein Ausmaß von rd. 60% der gesamten Altersgruppe.¹⁶⁸

Bezogen auf die beiden Alterskategorien über 61 Jahren ergibt sich folgendes Bild:

Pflegegeldstufe	Altersgruppe	%	Altersgruppe	%
	61-80		81+	
Stufe 1	41.969	29%	40.650	18%
Stufe 2	44.148	31%	63.201	28%
Stufe 3	22.973	16%	41.592	18%
Stufe 4	16.629	12%	37.428	17%
Stufe 5	11.276	8%	28.849	13%
Stufe 6	4.381	3%	9.423	4%
Stufe 7	2.223	2%	3.999	2%
Gesamt	143.599	100%	225.142	100%

Tabelle 19: Pflegegeldbezieher der Gruppen 61-80 und 81+ zum 31.12.2013¹⁶⁹

Auch diese Betrachtung spiegelt die Werte aus Tabelle 17 wider. In der Altersgruppe 61 bis 80 Jahre benötigen 60% aller Personen Hilfen der Stufe 1 und 2. In der Gruppe 81 und älter gleichen sich die Anteile in den unteren Stufen etwas an, nur mehr 46 % der Pflegegeldbezieher dieser Altersgruppe benötigen Hilfe der Stufen 1 und 2, dafür steigt der Anteil der Personen in den höheren Stufen sowohl in absoluten als auch in relativen Zahlen.¹⁷⁰

4.3. Sachleistungsbereich – Soziale Dienste

Wenngleich auch mangels vorhandener Daten keine differenzierte Betrachtung je Altersgruppe angestellt werden kann, so ist dennoch der Status Quo in der Betreuungsstruktur von Interesse. Die gegenwärtige Situation (Stand 31.12.2013) gestaltet sich wie folgt:

451.159 Pflegegeldbezieher erhalten Hilfe und Betreuung	
in Alten- und Pflegeheimen (stationär)	im eigenen Wohnumfeld (ambulant)
79.390 Personen	371.769 Personen
18%	82%

Tabelle 20: Pflegegeldbezieher nach Leistungsarten zum 31.12.2013 (Überblick)¹⁷¹

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, werden rd. 18 % aller Pflegegeldbezieher stationär in einem Alten- und Pflegeheim betreut. Die überwiegende Mehrheit von 82% wird ambulant im eigenen Wohnumfeld betreut.¹⁷²

¹⁶⁸ Vgl. BMASK (2014b), 77; Vgl. Statistik Austria (2015d).

¹⁶⁹ Eigene Darstellung, Daten entnommen aus BMASK (2014b), 77.

¹⁷⁰ Vgl. BMASK (2014b), 77.

¹⁷¹ Eigene Darstellung, Daten entnommen aus BMASK (2014b), 107.

Zu den einzelnen Bereichen liefert der Pflegevorsorgebericht 2013 auch noch nähere Daten, es werden verschiedene Settings unterschieden:

451.159 Pflegegeldbezieher erhalten Hilfe und Betreuung				
in Alten- und Pflegeheimen (stationär)		im eigenen Wohnumfeld (amulant)		
		mit professioneller Hilfe		Mit sonstiger Hilfe
Stationäre Dienste	72.721	Mobile Dienste	136.410	
Teilstationäre Dienste	6.669	Alternative Wohnformen	11.380	
gesamt	79.390	gesamt	147.790	223.979
18%		33%		50%

Tabelle 21: Pflegegeldbezieher nach Leistungsarten zum 31.12.2013 (Detail)¹⁷³

Die Autorin hat sich für eine Zusammenfassung der stationären und teilstationären Dienste entschieden, was zu einer Summe von stationär betreuten Personen von rd. 18 % führt. Im eigenen Wohnumfeld erschien eine Zusammenfassung von Mobilen Diensten und Alternativen Wohnformen als sinnvoll, um den Anteil professioneller Dienste innerhalb der ambulanten Strukturen herauszuarbeiten (33 % aller Pflegegeldbezieher). Dadurch ist es möglich, den Anteil sonstiger Hilfen darzustellen, sprich die Hilfen durch Angehörige, Nachbarn oder sonstige Personen (50 %).¹⁷⁴

Wie bereits ausgeführt wurde, belaufen sich die Ausgaben für das Pflegegeld auf 2,47 Mrd. Euro und betragen somit rd. 6 % aller Altersleistungen.¹⁷⁵ Die zweite relevante Ausgabenposition innerhalb der Altersleistungen bezieht sich auf die Ausgaben für Betreuungs- und Pflegedienste. Diese Leistungen, so wie diese regelmäßig von der Statistik Austria erfasst werden, umfassen entsprechend der obigen Abbildung¹⁷⁶

- stationäre und teilstationäre Dienste,
- mobile Dienste und alternativen Wohnformen sowie
- sonstige Leistungen wie Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen oder das Case- und Caremanagement.

Die gesamten Ausgaben für Pflege- und Betreuungsdienste (Bruttoausgaben) betrugen im Jahr 2013 3,2 Mrd. Euro. Nach Abzug der Beiträge der betreuten Personen und sonstiger Einnahmen verbleiben **1,7 Mrd. Euro**, die von Ländern und Gemeinden zu tragen waren

¹⁷² Vgl. BMASK (2014b), 107.

¹⁷³ Eigene Darstellung, Daten entnommen aus BMASK (2014b), 107.

¹⁷⁴ Vgl. BMASK (2014b), 107.

¹⁷⁵ Vgl. Statistik Austria (2015h).

¹⁷⁶ Vgl. Statistik Austria (2015i).

(Nettoaussagen).¹⁷⁷ Die Ausgabenstruktur verteilt sich dabei wie in folgender Tabelle darstellt:

Ausgaben für Pflege- und Betreuungsdienste			
gesamt 2013: 1.688 Mio. Euro			
stationäre Leistungen		ambulante Leistungen	
	in Mio. €		in Mio. €
Stationäre Dienste	1.242	Mobile Dienste	341
Teilstationäre Dienste	20	Alternative Wohnformen	61
		Kurzzeitpflege	13
		Case- und Caremanagement	11
<i>gesamt</i>	1.262	<i>gesamt</i>	426
	75%		25%

Tabelle 22: Ausgaben für Pflege- und Betreuungsdienste durch Länder und Gemeinden im Jahr 2013¹⁷⁸

Wie aus der Darstellung hervorgeht, werden rd. 75% aller zu tragenden Ausgaben für Pflege- und Betreuungsdienste für den stationären Bereich aufgewendet (1,3 Mrd. Euro).¹⁷⁹ Die Ausgabenstruktur verhält sich also genau gegensätzlich zum Verhältnis der betreuten Personen, wie nachfolgende Tabelle veranschaulicht:

	stationäre Leistungen		ambulante Leistungen		gesamt
Ausgaben in Mio. €	1.262	75%	426	25%	1.688
Pflegegeldbezieher	79.390	18%	371.769	82%	451.159

Tabelle 23: Ausgaben und betreute Personen im Vergleich (Jahr 2013)¹⁸⁰

Die Betreuungsstrukturen für rd. 18% der betreuungsbedürftigen Personen verursachen rd. 75% aller Ausgaben für Pflege- und Betreuungsdienste. Hingegen verursachen die ambulanten Strukturen rd. 25% aller Ausgaben, wobei sich diese auf rd. 82% aller betreuungsbedürftigen Personen verteilen.¹⁸¹

4.4. Zusammenfassung und Ausblick

In Österreich sind derzeit rd. 1,5 Mio. Menschen 65 Jahre und älter. Davon bildet die Gruppe der Jungen Alten mit rd. 55 % derzeit noch die größte Gruppe, gefolgt von den Älteren Alten

¹⁷⁷ Vgl. Statistik Austria (2015j).

¹⁷⁸ Eigene Darstellung, Daten entnommen aus BMASK (2014b), 107.

¹⁷⁹ Vgl. BMASK (2014b), 107.

¹⁸⁰ Eigene Darstellung, Daten entnommen aus BMASK (2014b), 107.

¹⁸¹ Vgl. BMASK (2014b), 107.

(31 %) und den Ältesten Alten (13 %). Die Gruppe älterer Menschen ist somit auch zahlenmäßig äußerst heterogen (siehe Tabelle 16).¹⁸²

In Österreich waren zum letztverfügbaren Stichtag 451.159 Personen Bezieher von Pflegegeld und gelten somit als pflegebedürftig.¹⁸³ Die überwiegende Mehrheit, d.s. 82 % aller Pflegegeldbezieher, sind dabei zumindest 61 Jahre alt. Bis zum 60. Lebensjahr beziehen max. 1 bis 2 % der jeweiligen Altersstufe Pflegegeld, in der Altersstufe über 61 bis 80 Jahren sind es max. 10 %. Erst mit einem Alter von 81 Jahren steigt der Anteil der Pflegebedürftigkeit auf ein Ausmaß von rd. 60 % der gesamten Altersgruppe (siehe Tabelle 18).¹⁸⁴

Hinsichtlich der Betreuungsstruktur konnte festgestellt werden, dass sich das Verhältnis von stationären zu ambulanten Strukturen hinsichtlich der betreuten Personen im Vergleich zu den aufgewendeten Mitteln nahezu gegengleich verhält. Obwohl nur 18 % aller Pflegegeldbezieher Hilfe und Betreuung in stationären Einrichtungen erhalten, verursacht dieser Bereich 75 % der gesamten von Ländern und Gemeinden zur tragenden Kosten. Im Gegenzug verbraucht der ambulante Bereich mit rd. 82 % aller Pflegebedürftigen nur rund 25% der Ausgaben (siehe Tabelle 23).¹⁸⁵

Zusätzlich zu diesen Fakten wird für die Zukunft die Zunahme älterer Menschen im Allgemeinen und damit auch der Anstieg der Pflegebedürftigkeit im Speziellen, ergänzt um die veränderten Rahmenbedingungen sowohl im persönlichen (geänderten Familienstrukturen) also auch im professionellen Umfeld (Fachkräftemangel in der Pflege, Finanzierungsprobleme), große Herausforderungen für die Versorgungsstrukturen mit sich bringen.¹⁸⁶ Das derzeitige System der Altersversorgung, wenngleich bereits ein breites Angebot ambulanter Dienste zur professionellen Versorgung zuhause vorhanden ist, fußt auf den zentralen Säulen der stationären Hilfe und der informellen, häuslichen Pflege im familiären Umfeld. Dieses System kommt ob der Auswirkungen des demografischen und gesellschaftlichen Wandels und den damit einhergehenden Finanzierungsproblematiken stark an seine Grenzen und erfordert strukturelle Veränderungen.¹⁸⁷

Aus Sicht der Autorin lässt auch die Tatsache, dass für die Versorgung von rd. 18 % aller Pflegebedürftigen 75 % der Mittel aufgewendet werden müssen ob der zu erwartenden Stei-

¹⁸² Vgl. Statistik Austria (2015d).

¹⁸³ Vgl. BMASK (2014b), 68.

¹⁸⁴ Vgl. BMASK (2014b), 77; Vgl. Statistik Austria (2015d).

¹⁸⁵ Vgl. BMASK (2014b), 107.

¹⁸⁶ Vgl. Ottensmeier (2004), 6.

¹⁸⁷ Vgl. Bertelsmann Stiftung (2005), 16ff.

gerung dieser Altersgruppe große Herausforderungen für den stationären Bereich befürchten. Gleichzeitig zeigen aber die dargestellten Werte, dass rd. 82 % aller pflegebedürftigen Personen in ambulanten Strukturen versorgt werden können und rd. die Hälfte relativ niedrigen Pflegebedarf aufweist.¹⁸⁸ Statt ausschließlich den stationären Bereich zu fokussieren sollte daher mögliches Optimierungspotenzial im ambulanten Bereich identifiziert werden. Schließlich wird der angesprochene Anstieg der Pflegebedürftigkeit Herausforderungen für die gesamte Versorgungsstruktur, und somit für beide Bereiche, mit sich bringen.¹⁸⁹

Wie auch *Ghode* ausführt, werden die zukünftigen Herausforderungen weder mithilfe allein informeller (pflegende Angehörige) noch ausschließlich formeller Strukturen (staatliche Hilfestrukturen oder marktwirtschaftliche Dienstleistungsmechanismen) bewältigt werden können. Vielmehr erfordert es das Zusammenwirken vieler Beteiligten und ihrer gemeinsamen Anstrengung. Um dies zu erreichen, aber auch um den Gedanken einer „gemeinsamen“ bzw. inklusiven Gesellschaft zu verfolgen, sind neue Versorgungskonzepte notwendig. Gute Aussichten auf Erfolg bieten hierfür sozialraumorientierte Wohnkonzepte.¹⁹⁰ Aus diesem Grund erfolgt nun im Anschluss eine theoretische sowie empirische Auseinandersetzung mit dem Thema der Sozialraumorientierung im Allgemeinen sowie im Bereich der Altenhilfe im Speziellen.

¹⁸⁸ Vgl. BMASK (2014b), 107; Vgl. BMASK (2014b), 68.

¹⁸⁹ Vgl. Mayr/Lehner (2009), 9.

¹⁹⁰ Vgl. Gohde (2011), 46.

5. Sozialraumorientierung in der Altenhilfe

Sozialraumnahe oder sozialraumorientierte Konzepte bzw. Quartiersentwicklung werden vor allem in Deutschland immer häufiger thematisiert und als Lösung für gegebene Herausforderungen in der Pflegeversorgung diskutiert. Die Nutzung der vorhandenen Ressourcen im lebensweltlichen Nahraum älterer Menschen steht dabei im Vordergrund.¹⁹¹ Daneben sollen ambulante Dienstleistungen besser in die Versorgung integriert und Pflege im Allgemeinen de-institutionalisiert werden.¹⁹²

Einführend werden die theoretischen Grundlagen zur Sozialraumorientierung und Quartiersentwicklung umrissen, um im nächsten Abschnitt direkt in die Ergebnisse aus den Experteninterviews einsteigen zu können.

5.1. Theoretische Grundlagen

Folgende Abschnitte dienen der Bestimmung der Begriffe Sozialraum und Sozialraumorientierung, um in weiterer Folge auf die Entwicklung von Sozialräumen zur Versorgung älterer Menschen (Quartiersentwicklung) eingehen zu können.

5.1.1. Sozialraum und Sozialraumorientierung

Vor der Klärung des Begriffes **Sozialraum** soll eine Definition von *Früchtel/Cyprian/Budde* einen Eindruck über die Vielschichtigkeit des Begriffes liefern: „Raum ist nicht einfach da, sondern von Menschen gemacht und folglich auch nicht ohne seinen sozialen Kontext denkbar.“¹⁹³

Hinte/Trees beschreiben den Sozialraum einerseits als ein von Menschen geschaffenes Gebilde, abhängig davon, wie Menschen ihren Lebensraum gestalten und nutzen. Andererseits beschreiben sie den Sozialraum auch als Steuerungsgröße der Politik bzw. Sozialplanung, in der es primär um räumliche Gebietsdefinitionen geht.¹⁹⁴ *Hofinger* definiert weiter in einem Beitrag zu *Sozialraum und Sozialraumanalyse* den Sozialraum als „...nicht nur ein sozialgeografisch begrenzter Raum, wie z. B. ein Stadtteil oder eine Region...“, sondern denkt Sozialraum als einen „...sozial konstruierten Raum: einen Lebensraum und sozialen Mikrokos-

¹⁹¹ Vgl. Schönknecht (2014), 376.

¹⁹² Vgl. Kremer-Preiß/Stolarz (2004), 84.

¹⁹³ Früchtel/Cyprian/Budde (2013), 211.

¹⁹⁴ Vgl. Hinte/Trees (2011), 30ff.

mos, in dem sich gesellschaftliche Entwicklungsprozesse manifestieren.“¹⁹⁵ Nach *Birkhölzer et.al.* muss der Sozialraum daher „...als eine historisch gewachsene soziale Struktur eines Gebietes mit kultureller Eigenart und Identität seiner BewohnerInnen.“¹⁹⁶ verstanden werden.

Die angeführten Definitionen und Erklärungsversuche zeigen nach Ansicht der Autorin, dass der Begriff des Sozialraums jedenfalls über eine rein räumliche, territoriale Definition hinausgeht und mehr bedeutet, als eine flächenmäßige Bestimmung eines Gebietes.¹⁹⁷ Ein Ansatz, der auch in einer These von *Maurer et. al.* zum Ausdruck kommt: „Sozialräume stellen immer komplexe Zusammenhänge kultureller, historischer und territorialer Dimensionen dar.“¹⁹⁸

Der Vielschichtigkeit des Begriffes Sozialraum folgend fehlt auch zur **Sozialraumorientierung** selbst eine eindeutige Begriffsbestimmung. Im Sinne einer Negativabgrenzung kann Sozialraumorientierung jedoch als Gegenstück zu den gegenwärtig gängigen Hilfesystemen gesehen werden, insofern, als dass etablierte Methoden infrage gestellt werden.¹⁹⁹ So umschreiben *Früchtel/Cyprian/Budde* Sozialraumorientierung etwa mithilfe eines kritischen Blickes auf die bisher gängige Praxis und formulieren folgende Elemente für die Sozialraumorientierung:²⁰⁰

- *Individualisierungskritik:* Fokus erweitern statt Einzelfallarbeit.
- *Fachkräftemonopolkritik:* Erzeugen rein professionelle Hilfen Hilfe zur Selbsthilfe?
- *Effizienzkritik:* Hinterfragung der Kosten-Nutzen-Relation der Spezialisierung.

Als Ergebnis dieser kritischen Perspektiven, bzw. in Ergänzung zu ihnen, kann Sozialraumorientierung als eine Kombination verschiedenster, bereits erprobter Konzepte und Methoden verstanden werden, wie nachfolgende Tabelle verdeutlichen soll:²⁰¹

Methoden	Inhalte
Gemeinwesenarbeit	Fokus auf strukturelle Ursachen und gesellschaftliche Verhältnisse
Empowerment	Selbstbestimmung und –verantwortung
Theorie des Sozialen Kapitals	Soziale Beziehungen als wichtige Ressourcen
Konzept „Lernende Organisation“	„form follows function“; Angebot muss sich entwickeln
Aspekte der Neuen Steuerung	Abkehr von gängigen Steuerungsmethoden
Lebensweltorientierung	Alltagskompetenz der Betroffenen als Steuerungsprinzip

Tabelle 24: Sozialraumorientierung als Methoden-Mix²⁰²

¹⁹⁵ ÖGUT (2015), 1.

¹⁹⁶ Birkhölzer et. al (1996), 123 zit. nach Litges/Lüttringhaus/Stoik (2005), 562.

¹⁹⁷ Vgl. ÖGUT (2015), 1.

¹⁹⁸ Maurer et. al. (2005), 5.

¹⁹⁹ Vgl. Früchtel/Cyprian/Budde (2013), 21.

²⁰⁰ Vgl. Früchtel/Cyprian/Budde (2013), 23.

²⁰¹ Vgl. Früchtel/Cyprian/Budde (2013), 23ff.

Entsprechend den theoretischen bzw. methodischen Wurzeln der Sozialraumorientierung gestalten sich auch die handlungsleitenden Prämissen für die praktische Umsetzung sozialraumorientierter Konzepte. *Litges/Lüttringhaus/Stoik* führen neben der Ressourcenorientierung u.a. Kooperation und Vernetzung, Ganzheitlichkeit statt Spezialisierung sowie die Orientierung an Betroffenheiten bzw. Bedürfnissen als Handlungsprinzipien an.²⁰³

Aus Sicht der Autorin scheint das Handlungsprinzip der Ressourcenorientierung ein äußerst zentrales Element, da die Nutzung von Ressourcen Kooperation und Vernetzung impliziert:

Ressourcenorientierung

- persönliche, individuelle Ressourcen
- soziale Ressourcen im privaten Lebensraum (Familie, Nachbarn, usw.)
- soziale Ressourcen im öffentlichen Raum (professionelle Dienste, öffentliche Einrichtungen)
- materielle Ressourcen
- infrastrukturelle Ressourcen

Abbildung 2: Dimensionen der Ressourcenorientierung²⁰⁴

Die angeführten Elemente der Ressourcenorientierung sind eine Zusammenfassung der von *Kleve* definierten vier Dimensionen von Ressourcen (persönliche/individuelle, private Lebenswelt, öffentlicher Raum, materielle Ressourcen) sowie der von *Litges/Lüttringhaus/Stoik* ergänzten infrastrukturellen Ressourcen. Gemeinsam bilden sie nicht nur die Stärken des Einzelnen sondern auch die Stärken bzw. Ressourcen des Sozialraums, in dem der einzelne Mensch wohnt, ab.²⁰⁵

Ausgehend von den Grundlagen der Sozialraumorientierung sind nach *Früchtel/Cyprian/Budde* vier Handlungsfelder zu identifizieren, die die Autoren zum sogenannten „SONI-Modell“ zusammenfassen: **S**ozialstruktur, **O**rganisation, **N**etzwerk und **I**ndividuum.²⁰⁶ Das Modell bezieht sich einerseits auf die Lebenswelt des Einzelnen und die ihm übergeordnete Systemebene, andererseits auf die Arten der Hilfe bzw. den Methodenzugang mit Umweltbezug und Problembezug, wie die Abbildung auf der folgenden Seite darstellt:²⁰⁷

²⁰² Eigene Darstellung, Daten entnommen aus Früchtel/Cyprian/Budde (2013), 23ff.

²⁰³ Vgl. Litges/Lüttringhaus/Stoik (2005), 565ff.

²⁰⁴ Eigene Darstellung, Daten entnommen aus Litges/Lüttringhaus/Stoik (2005), 565 und Kleve (2004), 16.

²⁰⁵ Vgl. Litges/Lüttringhaus/Stoik (2005), 565; Vgl. Kleve (2004), 16.

²⁰⁶ Vgl. Früchtel/Cyprian/Budde (2013), 34.

²⁰⁷ Vgl. Früchtel/Cyprian/Budde (2013), 34; Vgl. Früchtel (2013), 19; Vgl. Schönknecht (2014), 377.

SONI-Modell der Sozialraumorientierung

	<i>Umweltbezug</i>	<i>Problembezug</i>
System	Sozialstruktur	Organisation
Ressourcen	politische Ressourcen	institutionelle Ressourcen
Bezugspunkt	gesellschaftlicher Kontext, Kommunalpolitik	Einrichtungen und Dienste, Hilfesystem
Lebenswelt	Netzwerk	Individuum
Ressourcen	soziale Ressourcen	individuelle Ressourcen
Bezugspunkt	Kooperationen und Solidarität der Bürger, Gemeinwesen	Arbeit mit dem Einzelnen, Fallarbeit

Tabelle 25: SONI-Modell der Sozialraumorientierung²⁰⁸

Horizontal gelesen beziehen sich die Handlungsfelder **Sozialstruktur** und **Organisation** auf die Systemebene. Die Handlungsfelder **Netzwerk** und **Individuum** beziehen sich auf die Lebenswelt des Einzelnen. Probleme werden als auf der Systemebene strukturversucht verstanden, manifestieren sich in diesem Verständnis in Folge auf der Ebene des Einzelnen (Lebenswelt) und sind auch von diesen dort zu lösen.²⁰⁹ Vertikal gelesen erhält man einen Eindruck über die übergreifende Arbeitsweise hinter diesem Modell bzw. das sozialraumorientierte Denken. Während der Problembezug um die klassische Fallarbeit kreist (der einzelne Fall und die zur Verfügung stehenden institutionellen Ressourcen), behandelt der Umweltbezug die politischen und sozialen Ressourcen in der Umwelt (der Fokus wird erweitert auf „das Feld“).²¹⁰

Sozialraumorientierung als Methode wird „...gegenwärtig hauptsächlich in den Bereichen Kinder- und Jugendhilfe, der Behindertenhilfe und der Arbeit in sozialen Brennpunkten angewendet.“²¹¹ Fundierte Konzepte speziell für den Bereich der Altenhilfe fehlen derzeit noch, vielmehr werden bestehende Methoden adaptiert und für die Arbeit mit älteren Menschen übernommen.²¹² Ein Beispiel dafür liefert das Konzept des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, das durch die definierten Bausteine der Quartiersarbeit näher auf die veränderten Bedürfnisse älterer Menschen wie bspw. Hilfe und Pflege eingeht, wenngleich nicht dezidiert von Sozialraumorientierung gesprochen wird.²¹³

²⁰⁸ Eigene Darstellung, Daten entnommen aus Früchtel/Cyprian/Budde (2013), 34; Früchtel (2013), 19; Schönknecht (2014), 377.

²⁰⁹ Vgl. Früchtel (2013), 19.

²¹⁰ Vgl. Früchtel/Cyprian/Budde (2013), 34.

²¹¹ Schönknecht (2014), 376.

²¹² Vgl. Schönknecht (2014), 376.

²¹³ Vgl. KDA (2011b), 2.; Vgl. Schönknecht (2014), 378f.

5.1.2. Quartiersmanagement

Eine Methode, Sozialraumorientierung in der Praxis anzuwenden, liegt in der Quartiersentwicklung bzw. -management. Um das Konzept der Quartiersarbeit bearbeiten zu können, erfolgen einführend die notwendigen Begriffsbestimmungen.

Eine mögliche Interpretation eines Sozialraums bildet ein Stadtteil oder ein (Stadt-) Quartier.²¹⁴ Dieser Interpretation folgend, soll das **Quartier** in dieser Arbeit als der Sozialraum, das Wohnumfeld eines Menschen verstanden werden.²¹⁵ Dieses Verständnis entspricht auch der Definition des KDA: *Michell-Auli* definiert das Quartier als „...den Stadtteil, die Gemeinde etc., deren Bürgerschaft durch eine gemeinsame Identität und eine soziale Interaktion gekennzeichnet ist.“²¹⁶

Quartiersmanagement stellt auf die Nutzung und Weiterentwicklung vorhandener Strukturen innerhalb eines geografisch definierten Raums, des Quartiers, ab.²¹⁷ Eine entsprechende Entwicklung dieser Quartiere zielt darauf ab, den sozialen Nahraum der Menschen derart zu gestalten, dass diese auch bei geändertem Wohn- bzw. Unterstützungsbedarf in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können. Die Gestaltung bezieht sich dabei auf altersgerechte Wohnangebote und soziale Dienstleistungen.²¹⁸ Zusätzlich ist auch der Gemeinschaft innerhalb des Sozialraums hohe Bedeutung beizumessen. Quartierskonzepte versuchen nicht nur durch entsprechende Gestaltung des Sozialraums das selbständige Wohnen auch bei Pflegebedarf zu erhalten (Sozialraumorientierung), sie fördern bzw. erfordern auch gleichermaßen die Eigeninitiative der Betroffenen, das Engagement Anderer und ihre gegenseitige Hilfe untereinander.²¹⁹ Dabei führt eben dieses Zusammenwirken verschiedenster Akteure (Angehörige, staatliche Träger, private Unternehmen) letztendlich zu einer gemischten Wohlfahrtsproduktion (sog. Welfare-Mix).²²⁰

Konzept Kuratorium Deutsche Altershilfe

Die wesentlichen Elemente von Quartierskonzepten laut KDA sind die Bereiche Wohnen, Soziales sowie Hilfe und Pflege. Nachfolgende Tabelle stellt die drei **Bausteine der Quar-**

²¹⁴ Vgl. Lukas (2008), 878.

²¹⁵ Vgl. Schönknecht (2014), 376.

²¹⁶ KDA (2011a), 5.

²¹⁷ Vgl. Hinte/Kreft (2008), 880.

²¹⁸ Vgl. KDA (2011b), 2.

²¹⁹ Vgl. Kremer-Preiß (2011), 14.

²²⁰ Vgl. Krayss (2010), 214.

tiersarbeit nach KDA dar, die bei der Umsetzung entsprechender Konzepte gedacht werden müssen:²²¹

Baustein	Elemente	Maßnahmen
Wohnen	• Eigene Wohnung/eigenes Haus • Selbständige Wohnformen • Wohnformen für Pflegebedürftige	• Wohnumfeld barrierearm gestalten • Wohnangebote schaffen (barrierefreie Neubauten bzw. –umbauten) • kleinräumig versorgende Infrastruktur
Soziales	• Soziale Integration • Gegenseitige Hilfe • Beratung und Alltagshilfen	• Schaffung von Begegnungsräumen • Stärkung einer lebendigen Nachbarschaft • Beratungsangebote etablieren
Hilfe und Pflege	• Quartiersbezogene Leistungen zu Hause • Integration stationärer und teilstationärer Versorgungsangebote	• Alltagshilfen: hauswirtschaftliche Dienste, Fahr- und Begleitsdienste, Reparatur- und Gartendienste • Pflegeleistungen: dezentral und kleinteilig organisiert (ambulante Konzepte), Tages- und Kurzzeitpflege, stationäre Angebote

Tabelle 26: Bausteine der Quartiersarbeit²²²

Die Darstellung gibt einen Überblick über die verschiedenen Handlungsfelder (Wohnen, Soziales und Pflege) und Ebenen der Versorgung (häusliches Umfeld, neue Wohnformen, (teil-)stationäre Versorgung) innerhalb eines Quartiers. Zur Abstimmung und bestmöglichen Ausgestaltung der Handlungsfelder auf den verschiedenen Ebenen innerhalb eines Quartiers müssen sowohl verschiedenste Dienstleister und Verantwortliche, als auch die Bewohner eines Quartieres selbst miteingebunden werden.²²³

Aus Sicht der Autorin macht dieses Verflechten verschiedener Angebotsstrukturen, das starke Einbinden des eigenen, gewohnten Wohnraums und das erforderliche Mitwirken der Gemeinschaft deutlich, wie stark der Ansatz der Quartiersentwicklung von den bisher üblichen Formen der Altenhilfe abweicht. Der Paradigmenwechsel „ambulant vor stationär“ muss dementsprechend nicht nur stetig weiterverfolgt sondern auch erweitert und vertieft werden.

²²¹ Vgl. KDA (2011b), 2.

²²² Eigene Darstellung, Daten entnommen aus KDA (2011b), 2; Kremer-Preiß (2011), 14; Schönberg (2011), 51.

²²³ Vgl. Kremer-Preiß (2011), 15.

Diesem Gedanken folgend braucht es, wie *Kremer-Preiß* ausführt, einer Strukturveränderung in der Altenhilfe, weg von einer Versorgungs- hin zu einer Mitwirkungsgesellschaft mit kleinräumig organisierten Angeboten, geprägt von Kooperation und Vernetzung.²²⁴

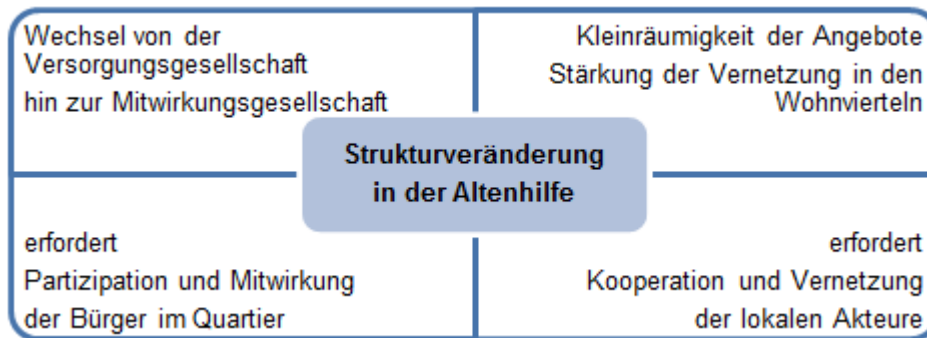


Abbildung 3: Elemente einer Strukturveränderung in der Altenhilfe²²⁵

Um diese Strukturveränderung zu erreichen und die angeführten Maßnahmen ausführen zu können, bedarf es vieler Schritte. Um in diese Richtung vertiefend weiterzudenken, wird an dieser Stelle das Zielsystem der KDA zur Quartiersarbeit aufgegriffen, in dem sechs Ziele der Quartiersarbeit formuliert wurden. Die sechs Elemente des Zielsystems bilden die Ziele der Quartiersarbeit bzw. in enger Abhängigkeit voneinander die Voraussetzungen für selbige ab.²²⁶ Gleichmaßen können die einzelnen Ziele auch als Handlungsfelder verstanden werden, in denen die verschiedenen Akteure tätig werden müssen.²²⁷

Das Zielsystem der KDA basiert auf vier grundlegenden bzw. systemermöglichenden Zielen, die einerseits das gesellschaftliche Miteinander, andererseits die baulichen Gegebenheiten umschreiben:²²⁸

1. Wertschätzendes gesellschaftliches Umfeld
2. Tragende soziale Infrastruktur
3. Generationsgerechte räumliche Infrastruktur
4. Bedarfsgerechte Wohnangebote

Erst das Vorhandensein und Zusammenspiel der eben genannten Faktoren (Ziele 1-4) ermöglichen adäquates Wohnen und Betreuung im eigenen Quartier und tragen somit zur

²²⁴ Vgl. Kremer-Preiß (2011), 14.

²²⁵ Eigene Darstellung, Daten entnommen aus Kremer-Preiß (2011), 14f.

²²⁶ Vgl. KDA (2012), 6.

²²⁷ Vgl. Schönknecht (2014), 378.

²²⁸ Vgl. KDA (2012), 6f.

Erreichung der weiteren Ziele bei.²²⁹

5. Bedarfsgerechte Dienstleistungen und Angebote

6. Wohnortnahe Beratung und Begleitung

Damit hilfesuchende Personen auch das entsprechende Angebot finden, muss des Weiteren eine wohnortnahe Beratung und Begleitung installiert werden. Diese dient neben der Servicingierung Betroffener (wo sind die entsprechenden Angebote zu finden?) auch der Steuerung und Abstimmung von Angebot und Bedarf.²³⁰

Das KDA-Modell zur Quartiersarbeit und das früher skizzierte SONI-Modell der Sozialraumorientierung weisen durchaus Gemeinsamkeiten wie Unterschiede auf. Hierzu diskutiert *Schönknecht* kritisch, dass im KDA-Modell der Ressourcenorientierung zu wenig Bedeutung zugemessen wird.²³¹ Soll mit dem KDA-Ansatz der Anspruch der Sozialraumorientierung verwirklicht werden, so bedarf es auch einem stärkeren Fokus auf die Ausgestaltung und die notwendigen Anpassungsleistungen bestehender Hilfesysteme.²³²

5.1.3. Zusammenfassung und Ausblick

Sozialraum im Sinne dieser Arbeit soll entsprechend den Ausführungen zum Quartiersmanagement als der soziale Nahraum bzw. das Wohnumfeld eines Menschen verstanden werden, wobei es sich ebenso um eine eigenständige Kommune wie um einen einzelnen Stadtteil handeln kann.²³³ Wichtig ist der Autorin jedenfalls ein weitergefasstes Verständnis, das über rein territoriale Abgrenzungen hinausgeht und lebensweltliche bzw. kulturelle Besonderheiten mitdenkt.²³⁴

Sozialraumorientierung soll weiter als Negativabgrenzung zur gängigen Arbeitsweise in der Altenhilfe verstanden werden, als dass sie den Fokus über die reine Einzelfallarbeit hinaus erweitert, das Fachkräftemonopol hinsichtlich seiner Wirkung auf die Selbsthilfemöglichkeiten des Einzelnen infrage stellt und die Effizienz der Spezialisierung kritisch hinterfragt.²³⁵ In ihrem Konzept vereint sie verschiedenste Methoden, wie bspw. Gemeinwesenarbeit und

²²⁹ Vgl. KDA (2012), 6f.

²³⁰ Vgl. KDA (2012), 7.

²³¹ Vgl. Schönknecht (2014), 379.

²³² Vgl. Schönknecht (2014), 384.

²³³ Vgl. Lukas (2008), 878; Vgl. Schönknecht (2014), 376.

²³⁴ Vgl. ÖGUT (2015), 1; Vgl. Maurer et. al. (2005), 5.

²³⁵ Vgl. Früchtel/Cyprian/Budde (2013), 23.

Lebensweltorientierung, und orientiert sich an den verschiedensten Ressourcen im Sozialraum.²³⁶

Die verschiedenen Handlungsfelder im Rahmen der Sozialraumorientierung wurden mithilfe des SONI-Modells vorgestellt, welches neben dem Einzelnen und seinem sozialen Netzwerk auch die Systemebene mit ihren institutionellen und politischen Ressourcen thematisiert.²³⁷ Mithilfe des KDA-Modells zur Quartiersarbeit konnten darüber hinaus die wesentlichen Bausteine vorgestellt werden, die es für die Gestaltung des Sozialraums, auch für Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf, braucht.²³⁸

Aus Sicht der Autorin bietet das Modell der KDA wertvolle und praxisorientierte Elemente, die zur Umsetzung sozialraumorientierter Versorgungskonzepte hilfreich und förderlich sind. Die einzelnen Bausteine bilden die Kernbereiche, in denen es anzusetzen gilt. Um jedoch die von *Kremer-Preiß* postulierte Strukturveränderung herbeiführen zu können bedarf es einen stärkeren Fokus auf die Systemebene, und zwar insofern, als dass die in Tabelle 25 dargestellten Handlungsfelder Sozialstruktur und Organisation stärker gewürdigt werden.²³⁹

Aus Sicht der Autorin sollte in jedem Fall der einzelne Mensch mit seinen Bedürfnissen weitestgehend im Mittelpunkt stehen. Daher erscheint, neben den bereits dargestellten Handlungsfeldern und Bausteinen, die Perspektive des (hilfe- und betreuungsbedürftigen) älteren Menschen an dieser Stelle sinnvoll.

So führen *Albrecht/Wolf* unter Bezugnahme auf das Bayrische Staatsministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie und Frauen verschiedene Faktoren an, die einen Lebensraum für ältere Menschen „seniorenfreundlich“ machen (Reihenfolge verändert):²⁴⁰

- Wohnen zu Hause, Präventive Angebote, Betreuung und Pflege
- Gesellschaftliche Teilhabe, Bürgerschaftliches Engagement für und von Senioren
- Kooperations- und Vernetzungsstrukturen
- Beratung, Information und Öffentlichkeitsarbeit
- Unterstützung pflegender Angehöriger
- Angebote für besondere Zielgruppen, Hospiz- und Palliativversorgung
- Integrierte Orts- und Entwicklungsplanung

²³⁶ Vgl. Früchtel/Cyprian/Budde (2013), 23ff; Vgl. Litges/Lüttringhaus/Stoik (2005), 565; Vgl. Kleve (2004), 16.

²³⁷ Vgl. Früchtel/Cyprian/Budde (2013), 34; Vgl. Früchtel (2013), 19

²³⁸ Vgl. KDA (2011b), 2.

²³⁹ Vgl. Schönknecht (2014), 379.

²⁴⁰ Vgl. Albrecht/Wolf (2012), 331.

Was bedarf es nun, um die angeführten Veränderungen in die Praxis umsetzen, den angesprochenen Strukturwandel vollziehen und dabei auch den Bedürfnissen älterer Menschen entsprechen zu können? Vertiefende Fragen wie diese wurden im Rahmen einer empirischen Studie erhoben, deren Erkenntnisse im nächsten Abschnitt vorgestellt werden. Nach einführenden Worten zum methodischen Vorgehen rund um die theoretische Basis, den Feldzugang, die Durchfügung und Auswertung, werden die Gesprächspartner vorgestellt. Im Anschluss erfolgt die Darstellung der ausgewerteten Ergebnisse.

5.2. Methodisches Vorgehen

Um im Rahmen der empirischen Studie die erarbeiteten theoretischen Grundlagen und aufgestellten Thesen zu fundieren sowie zusätzliche Erkenntnisse zur Beantwortung der Forschungsfragen zu erhalten, hat die Autorin die Durchführung von leitfadengestützten Experteninterviews gewählt.

Eine **Befragung** erschien deshalb als geeignetes Instrument, da mittels dieser Methode gezielt Daten zur Beantwortung der Forschungsfragen erhoben werden können, indem ausgehend von den aufgestellten Forschungsfragen Fragen für die Interviews abgeleitet bzw. formuliert werden.²⁴¹ Wesentlich erschien der Autorin die Verwendung eines Leitfadens zur Durchführung der Interviews, um jedenfalls alle relevanten Themenbereiche in jedem Interview besprechen zu können. Die gewählte Methode stellt somit ein Leitfadeninterview dar:

Leitfadeninterviews arbeiten dem Namen nach mit einem Leitfaden, der sowohl Themenbereiche als auch Fragen vorgibt, die jedenfalls zu behandeln und zu stellen sind, in seiner Eigenschaft den Gesprächsverlauf jedoch nur leitet, nicht aber vorgibt. Oftmals werden einzelne Fragen bereits durch die Beantwortung einer anderen Frage abgedeckt, manche Fragen können nur durch weiteres Nachfragen beantwortet werden oder der Gesprächsverlauf ergibt eine bestimmte Richtung, die der Leitfaden so nicht vorgegeben hat.²⁴²

Da aus Sicht der Autorin jedenfalls fachspezifisches Wissen zur Beantwortung der Forschungsfragen notwendig ist, war die Wahl von **Experteninterviews** eindeutig, da dieses Instrument auf die besondere Art und Weise von Expertenwissen bezogen ist.²⁴³ Experteninterviews sind dabei ein „Sammelbegriff für offene und teilstandardisierte Befragungen von Experten zu einem vorgegebenen Bereich oder Thema“.²⁴⁴ Wer nun der geeignete Experte

²⁴¹ Vgl. Gläser/Laudel (2009), 39f.

²⁴² Vgl. Gläser/Laudel (2009), 42.

²⁴³ Vgl. Meuser/Nagel (2009), 466.

²⁴⁴ Bortz/Döring (2003), 314.

ist, definiert sich dabei nach *Bogner/Littig/Menz* aus zwei Faktoren, es sind dies das „...spezifische Forschungsinteresse und die soziale Repräsentativität des Experten gleichzeitig – der Experte ist ein Konstrukt des Forschers und der Gesellschaft.“²⁴⁵ *Mieg/Näf* definieren einen **Experten** als eine Person, die „...aufgrund langjähriger Erfahrung über reichsspezifisches Wissen/Können verfügt.“²⁴⁶ Wesentlich zur Expertenrolle tragen bspw. eine spezifische Ausbildung oder eine besondere Stellung innerhalb einer Institution und die sich dadurch ergebende Beteiligung an Entscheidungs- und/oder Gestaltungsprozessen bei.²⁴⁷

5.2.1. Experteninterviews

Ein typisches **Experteninterview** umfasst drei bis maximal acht Themenblöcke, zu denen jeweils ein bis drei Hauptfragen formuliert werden. Dabei sollten die einzelnen Themenbereiche möglichst in sich geschlossen sein, da der normale Gesprächsverlauf häufig eine veränderte Abfolge der Fragen bzw. ihrer Beantwortung mit sich bringt. Wenn das Interview einer speziellen Vorbereitung seitens des Experten bedarf, Vertrauensbildung notwendig oder es der ausdrückliche Wunsch der Experten ist, so können Leitfäden auch im Vorfeld an den Gesprächspartner übermittelt werden.²⁴⁸

Dementsprechend wurde auch der gegenständliche Leitfaden konstruiert. 3 bzw. 4 Kategorien gaben die mehr oder weniger in sich geschlossenen Themenbereiche vor, die jedenfalls im Rahmen der Interviews behandelt werden sollten:

1. Einstieg/persönliche Daten
2. Neugestaltung der Altenhilfe/Schwerpunkt Sozialraumorientierung
3. Umsetzung von Sozialraumorientierung
4. Chancen und Risiken der Sozialraumorientierung

Zu den einzelnen Themenbereichen wurden zwei bis vier Unterfragen formuliert, die im Rahmen eines jeden Interviews beantwortet werden sollten. Auf weitere Ausführungen wird an dieser Stelle verzichtet, der detailliert Leitfaden kann im Anhang eingesehen werden.

Hinsichtlich der **Auswahl geeigneter Experten** ist die zentrale Frage natürlich jene, welche Personen in ausreichendem Maße die notwendigen Informationen zur Verfügung stellen können. Diese Personen müssen darüber hinaus auch grundsätzlich verfügbar und bereit

²⁴⁵ Bogner/Littig/Menz (2014), 11.

²⁴⁶ Mieg/Näf (2005), 7ff.

²⁴⁷ Vgl. Mieg/Näf (2005), 7ff.

²⁴⁸ Vgl. Bogner/Littig/Menz (2014), 28ff.

sein, ihr Wissen weiter zugeben. Um alle gewünschten Informationen erhalten zu können, bedarf es häufig der Befragung verschiedener Experten, die jeweils ihr Fachwissen und ihre persönliche Perspektive einbringen. Eine allgemeingültige Empfehlung für die notwendige Anzahl von Interviews kann schwer an einer Zahl festgemacht werden, jedoch wird der Umfang der Befragung häufig durch die Verfügbarkeit der Experten determiniert.²⁴⁹

In der gegenständlichen Befragung erfolgte die Auswahl der Experten der Literatur entsprechend nach dem vorhandenen Fachwissen bzw. der entsprechenden Fachkompetenz. Es wurde dabei versucht, Experten mit möglichst unterschiedlichem fachlichem Hintergrund bzw. aus verschiedenen Tätigkeitsfeldern zu akquirieren. Zu diesem Zwecke wurde bereits beim Studium der Fachliteratur auf entsprechende Autoren geachtet und in weitere Folge gezielt im Internet zum Themenfeld der Sozialraumorientierung in der Altenhilfe sowie zu Quartiersarbeit und entsprechenden Projekten in diesem Bereich gesucht. Geleitet von den angesprochenen Eigenschaften, die einem Experten beigemessen werden, konnten schlussendlich acht Gesprächspartner zur Durchführung von Interviews gewonnen werden.

Die **Gewinnung von Gesprächspartner** für ein Interview gestaltet sich dabei mitunter schwierig, da das Interview selbst für den Gesprächspartner eine zeitliche Belastung bedeutet. Aus diesem Grund müssen die potenziellen Gesprächspartner überzeugt werden, an dem Interview mitwirken zu wollen. Dies geschieht mit der Darlegung des Ziels der Befragung sowie der Beschreibung des notwendigen Umfangs der Mitwirkung durch den Experten, ein Prozess der auch aus forschungsethischen Aspekten angebracht ist. Zu diesem Zweck ist ein Erstkontakt notwendig, der häufig in schriftlicher Form erfolgt. Dieser schriftliche Erstkontakt informiert über das Anliegen des Interviewers, das Ziel der Befragung und natürlich über die Gründe, warum der kontaktierte Experte ausgewählt wurde. Das weitere Vorgehen wird angekündigt und in weiterer Folge, meist durch ein Telefonat, muss das Einverständnis für ein Interview und die genauen Bedingungen (Ort, Zeit) vereinbart werden.²⁵⁰

Die eben genannten Aspekte wurden auch im Rahmen dieser Arbeit verfolgt. An die potenziellen Gesprächspartner wurde jeweils mittels E-Mail eine Kontaktanfrage gestellt. Im Rahmen dieses E-Mails wurde einleitend erklärt, was zur konkreten Person geführt hat und was das genaue Anliegen ist. Hierzu wurde neben einer kurzen Vorstellung der Person der Autorin das Vorhaben umrissen und die Bitte um ein Interview gestellt. Es wurde den Personen freigestellt zu antworten, eine Möglichkeit, die sich via E-Mail-Kontakt im Vergleich zu klassischem Briefverkehr anbietet. Die angefragten Personen waren äußerst offen und hilfsbereit,

²⁴⁹ Vgl. Gläser/Laudel (2009), 117.

²⁵⁰ Vgl. Gläser/Laudel (2009), 159ff.

gegebenenfalls haben sie alternative Ansprechpersonen vermittelt. Es konnte nicht in jedem Fall ein Interviewtermin erreicht werden, schließlich konnte aber mit den angesprochenen acht Personen ein Termin vereinbart werden.

Hinsichtlich der **Durchführung von Experteninterviews** führen *Bogner/Littig/Menz* aus: „Sollte ein *face-to-face*-Termin nicht möglich sein, kann das Interview gegebenenfalls auch telefonisch geführt werden, wenn auch mit deutlichen Einschränkungen, was den Informationsgehalt und die Kontrollierbarkeit des Gesprächs angeht.“²⁵¹ Auch *Kaiser* weist darauf hin, dass der Verzicht auf Tonbandaufzeichnungen durchaus nachteilige Konsequenzen nach sich zieht. Die Notwendigkeit einer umfassenden Mitschrift beeinträchtigt mitunter die Konzentration des Interviewers und auch trotz eines unmittelbar nach dem Interview verfassten Gedächtnisprotokolls können Expertenaussagen nicht zweifelsfrei widergegeben werden, was auch die wörtliche Zitation des Experten ausschließt. Ein Argument für den Verzicht von Tonbandaufnahmen kann in einer offenen Gesprächssituation gesehen werden, die nicht durch eine wörtliche Aufnahme hemmend wirkt.²⁵²

Die Autorin hat sich aufgrund der überwiegend großen räumlichen Distanz bewusst für die Durchführung telefonischer Interviews entschieden. Darüber hinaus wurde auch in jedem Fall der Interviewleitfaden im Vorfeld zur Verfügung gestellt, häufig auf Wunsch des Gesprächspartners. Die Interviews wurden auch nicht aufgezeichnet, es wurden während des Gesprächs zum Zwecke der Dokumentation und Nachvollziehbarkeit umfangreiche Notizen in einem eigens dafür vorbereiteten Leitfaden gemacht, der ausreichend Platz für eine ausgedehnte Mitschrift erlaubte. Auf diese Weise konnte natürlich keine wörtliche Mitschrift des gesamten Gesprächs verfasst werden, die Art und Weise der Antworten gaben aber überwiegend die Möglichkeit einer detaillierten Aufzeichnung. Im Anschluss an das Interview, welches jeweils in der Regel zwischen 50 und 70 Minuten dauerte, wurde ein umfassendes Gedächtnisprotokoll verfasst. Prägnante Aussagen wurden bereits während des Gesprächs notiert. Da mangels Aufzeichnung eine wörtliche Wiedergabe nicht zweifelsfrei gewährleistet werden konnte, wurden eben diese Aussagen in einem Rückkoppelungsprozess mit den Interviewpartnern abgestimmt. Zu diesem Zwecke wurde, wie den Gesprächspartnern bereits zum Abschluss des Interviews angekündigt, ein abschließendes E-Mail verfasst, in dem um Bestätigung der Aussagen und die Erlaubnis zum wörtlichen und namentlichen Zitieren in der vorliegenden Arbeit ersucht wurde. Ausschließlich auf diese Weise abgesegnete Zitate wurden in weiterer Folge in dieser Arbeit verwendet.

²⁵¹ Bogner/Littig/Menz (2014), 39.

²⁵² Vgl. Kaiser (2014), 84.

Für die **Auswertung von Experteninterviews** existiert bislang keine allgemeingültige Methode bzw. zwingend vorgegebene Arbeitsweise.²⁵³ Auch *Kaiser* weist auf die verschiedenen Möglichkeiten im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse hin, im speziellen auch auf das inhaltsanalytische Verfahren nach *Mayring*. Dieses Verfahren wertet er für seine Zwecke (Experteninterviews in der Politikwissenschaft) jedoch als weniger geeignet, weil zu „vielfältig und aufwändig“. Nichts desto trotz orientiert sich auch *Kaiser* an den maßgeblichen Schritten von *Mayring* und generierte für seine Auswertungszwecke individuelle Schritte.²⁵⁴ Auch *Bogner/Littig/Menz* weisen auf den häufig notwendigen Anpassungsbedarf bestehender Methoden hin und führen dazu aus: „Methoden und methodische Anleitungen liefern also keine Rezepte, sondern sie bieten allenfalls Leitlinien, an denen sich die Forscherinnen orientieren können.“²⁵⁵ Entsprechend diesen Gedanken hat sich auch die Autorin in der gegenständlichen Arbeit für eine Orientierung am Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach *Mayring* entschieden und dies entsprechend den eigenen Anforderungen verwendet. Großer Wert wurde dabei auf die Interpretationsregeln der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse gelegt. Auf diese Weise konnten die Experteninterviews *in Anlehnung an Mayring* ausgewertet werden.²⁵⁶

In einem ersten Schritt wurde ein Analyseraster für die Auswertung der Interviews erstellt, in denen alle Aussagen aus den Gedächtnisprotokollen den einzelnen Fragen laut Leitfaden zugeordnet werden konnten. Die gesammelten Daten aller Interviews wurden auf diese Weise für die folgende Analyse strukturiert. Der Bezug zum Originaltext wurde dabei durch eine Kennzeichnung beibehalten. Hierbei war die Herausforderung zu bewerten, welchen Fragen die jeweiligen Aussagen zugeordnet werden sollen. In einem zweiten Schritt wurden die Aussagen auf relevante Inhalte hin überprüft und gegebenenfalls paraphrasiert. Eine Paraphrase bedeutet dabei:

„...eine textgetreue Zusammenfassung einer Aussage unseres Experten in unseren eigenen Worten, wobei die ursprünglichen Informationen, Deutungen und Meinungen nach wie vor enthalten sind. Eliminiert werden also insbesondere solche Elemente der Aussagen, die nur ausschmückenden Charakter haben oder offenkundig redundant sind.“²⁵⁷

In einem nächsten Schritt wurde, soweit notwendig, eine Generalisierung der paraphrasierten Aussagen versucht und abschließend nochmals reduziert, um in weiterer Folge induktiv zu entsprechenden Kategorien zu gelangen.

²⁵³ Vgl. Bogner/Littig/Menz (2014), 71.

²⁵⁴ Vgl. Kaiser (2014), 90.

²⁵⁵ Bogner/Littig/Menz (2014), 71.

²⁵⁶ Vgl. Mayring (2010), 68ff.

²⁵⁷ Kaiser (2014), 96.

Den Schlusspunkt bildete die Verschriftlichung der gewonnenen und ausgewerteten Daten, die in weiterer Folge dargestellt werden. Bevor dies allerdings geschieht, werden zuerst im direkten Abschluss die Gesprächspartner vorgestellt, die überhaupt erst die Gewinnung der Informationen ermöglicht haben.

5.2.2. Vorstellung der Interviewpartner

Die Suche nach fachkundigen Gesprächspartnern führte zu Personen mit unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten im Bereich der Altenhilfe. Der interessierende Schwerpunkt der Sozialraumorientierung konnte im Wesentlichen einerseits aus der Sicht der Sozialforschung, andererseits aus der Perspektive „direkt im Feld“ tätiger Experten beleuchtet werden. Alleamt qualifizierte ihr fachlicher und/oder beruflicher Hintergrund zur Thematik als Experten für die vorliegende Arbeit. **Einschlägige Studien und Ausbildungen** brachten die Experten in berufliche Tätigkeiten, in denen Sie heute mit Sozialraumorientierung beschäftigt sind bzw. jahrelange Erfahrung sammeln konnten. Die **beruflichen Tätigkeitsfelder** erstrecken sich dabei von der Projektarbeit in der Altenhilfe, über Gestaltungsprozesse im Sozialraum in Form von Projektentwicklung, -begleitung und -koordination, hin zur Tätigkeit in Forschung und Lehre rund um die Thematik.

An dieser Stelle erfolgt eine kurze Vorstellung der Personen und ihrer Tätigkeitsfelder. Die Vorstellung erfolgt dabei in alphabetischer Reihenfolge und liefert auf Grund erfolgter Anonymisierung keinen Aufschluss darüber, in welcher zeitlichen Reihenfolge die Interviews geführt wurden.

Kirsten Arthecker studierte Sozialpädagogik und ist heute Geschäftsführerin der Hamburgischen Brücke, einem Verein mit Schwerpunkt ambulante Pflege und Angebote für Menschen mit Demenz in Hamburg. Darüber hinaus ist sie im Vorstand des Vereins „MARTINierLEBEN“ tätig. Der Verein setzt sich für eine Stadtentwicklung ein, die eine generationenübergreifende, für alle Lebensalter offene Stadt gestaltet und Teilhabe älterer Menschen ermöglicht. Ihre Vortragstätigkeit bzw. Workshop-Teilnahme zur erfolgreichen Umsetzung von Quartiersorientierung in der Praxis am Pflegekongress 2014 in Berlin führte zu ihrem Kontakt.

Wolfgang Geiken-Weigt ist Diplomierter Sozialarbeiter. Er ist seit 20 Jahren in der kommunalen Seniorenarbeit tätig und war Fachabteilungsleiter eines kommunalen Sozialdienstes. Wolfgang Geiken-Weigt ist Koordinator des Projektes „SoNah“ (Sozialraumorientierte Netzwerke in der Altenhilfe) in Rödermark, Hessen, sowie Vorstand des Vereins Gewagt e.V.,

einem gemeinschaftlichen Wohnprojekt, in dem er sich privat engagiert. Der Kontakt kam durch Recherche über das Projekt SoNAh zustande und wurde durch die Bereichsleitung des Caritasverband Offenbach/Main e.V. vermittelt.

Werner Göpfert-Divivier ist Dipl. Sozialpädagoge und Sozialwissenschaftler. Er ist Gründer des iSPO-Instituts für Sozialforschung, Praxisberatung und Organisationsentwicklung GmbH in Saarbrücken. Werner Göpfert-Divivier hat langjährige Erfahrung in der wissenschaftlichen Begleitung von Projekten in der Altenhilfe, u.a. hinsichtlich Themen wie ambulante Dienste und Sozialraumorientierung. Zusätzlich publiziert er Beiträge rund um die Themen Altenhilfe und Häusliche Pflege. Seine Vortragstätigkeit zur Sozialraumorientierung in der Altenhilfe führte die Autorin zum iSPO-Institut und in weiterer Folge zu dem Kontakt.

Kerstin Hämel ist Professorin für Gesundheitswissenschaften mit Schwerpunkt pflegerische Versorgungsforschung an der Universität in Bielefeld. Bereits ihre Dissertation beschäftigte sich mit der Öffnung von Altenpflegeheimen und der Beteiligung von Familie und Gesellschaft. Kerstin Hämel ist heute in Forschung und Lehre tätig und ihre Arbeitsschwerpunkte liegen u.a. in den Bereichen regional differenzierte Versorgung sowie Partizipation und Kooperation in der Pflege. Ihre Dissertation zur Öffnung von Alten- und Pflegeheimen legte eine Kontaktaufnahme nahe.

Ursula Kriesten ist ausgebildete Krankenschwester, Lehrerin für Gesundheits- und Pflegeberufe, weiter studierte sie Sozialpädagogik und Wirtschaftswissenschaften. Sie ist Leiterin der Akademie Gesundheitswirtschaft und Senioren (AGewiS) des Oberbergischen Kreises in Gummersbach, Nordrhein-Westfalen. Ursula Kriesten ist in ihrer beruflichen Tätigkeit seit 23 Jahren für einen kommunalen Träger tätig und in diesem Rahmen im Feld der Altenpflegeaus- und Weiterbildung tätig und mit der Weiterentwicklung der Pflegeberufe und Sozialraumentwicklung für Senioren befasst. Ihre Vortragstätigkeit zur Sozialraumperspektive in der Altenpflege(ausbildung) führte die Autorin zu diesem Kontakt.

Daniela Palk studierte Soziologie und war jahrelang als Sozialplanerin beim Land Oberösterreich beschäftigt. Sie leitet heute die Stabstelle Kompetenzmanagement Seniorenarbeit im evangelischen Diakoniewerk Gallneukirchen. In ihrer Funktion ist sie u. a. für die Weiterentwicklung des Diakoniewerks im Bereich Seniorenarbeit zuständig. Darüber hinaus befasst sie sich mit der Erstellung sozialer Konzepte rund um das Thema Wohnen mit Blick auf demografische Prozesse, sozialräumlichem Bezug und Quartiersentwicklung. Einen Vortrag mit dem Thema „Zusammenhalt im Viertel. Mehr Sicherheit durch Quartiersarbeit“ führte zu einer Kontaktaufnahme.

Birgit Schuhmacher und **Pablo Rischard** sind Mitarbeiter von AGP Sozialforschung (Alter. Gesellschaft. Partizipation). Birgit Schuhmacher ist mit der Geschäftsführung des wissenschaftlichen Bereichs am Institut betraut. Sie studierte Soziologie und hat jahrelange Erfahrung in der angewandten gerontologischen und pflegerischen Forschung. Beide Gesprächspartner sind mit ihrem Forschungsschwerpunkt in der kommunalen Altenplanung tätig und brachten gemeinsam ihre Erfahrung in das Gespräch ein. Das Interview wurde mit Birgit Schuhmacher geführt. Der Kontakt wurde durch den Institutsleiter Thomas Klie vermittelt, dessen Kontakt die Autorin aufgrund seiner Publikationen rund um die Themen Alter und Pflege gesucht hat.

Sabine Wennig ist Diplom-Psychogerontologin und Diplom-Geografin. Sie leitet die Koordinationsstelle Wohnen im Alter in München. Die Koordinationsstelle erarbeitet in multiprofessionellen Teams Lösungen und Konzepte für das Wohnen im Alter, wobei ein längst möglicher Verbleib zuhause sowie Alternativen zum Heim Handlungsprämissen darstellen. Durch ihre Tätigkeit steht sie auch mit der Fachhochschule Linz im Austausch, bspw. im Rahmen der Veranstaltung „Leben im Alter“ der oberösterreichischen Zukunftsakademie, was eine Kontaktaufnahme nahelegte.

5.3. Die Sicht von Experten

Welche Erkenntnisse im Detail gewonnen werden konnten wird in den nachfolgenden Abschnitten zusammenfassend dargestellt. Dabei gliedern sich die Ergebnisse in folgende Abschnitte:

1. Zur Situation in der Altenhilfe
2. Das Szenario der Sozialraumorientierung
3. Der Einfluss des Pflegevorsorgesystems
4. Voraussetzungen für die Umsetzung sozialraumorientierter Konzepte
5. Beteiligte Anspruchsgruppen und Nutzenabwägung
6. Herausforderungen und Grenzen der Sozialraumorientierung
7. Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse

5.3.1. Zur Situation in der Altenhilfe

Um ein umfassendes Bild über die Situation und die Zukunft der Altenhilfe zu erheben, wurden die Experten zu Beginn der Gespräche nach Gründen gefragt, die eine Neugestaltung in der Altenhilfe erfordern. Um im Weiteren einen Eindruck über ein zukunftsfähiges Szenario

zu erhalten, konnten sich die Experten zu ihren Visionen äußern, wie sie sich die Zukunft der Altenhilfe vorstellen.

5.3.1.1. Status Quo in der Altenhilfe

Die Notwendigkeit zur Neugestaltung in der Altenhilfe liegt aus Expertensicht eindeutig in den vielfältigen Auswirkungen des **demografischen Wandels**.²⁵⁸ Hierzu erfolgten auch bereits Ausführungen in Kapitel 4.. Ein wesentlicher Aspekt ist die durch sinkenden Geburtenzahlen und gleichzeitig steigende Lebenserwartung demografische Alterung der Gesellschaft, die zu einem Anwachsen der Gruppe älterer Menschen führt.²⁵⁹ Auf diese Weise wird die Zahl der älteren Menschen in absoluten Zahlen sowie relativ zur Gesamtbevölkerung steigen und darüber hinaus vor allem auch die Zahl sehr alter Menschen zunehmen (sogenanntes „dreifaches Altern“).²⁶⁰ Es liegt jedoch nicht alleine an der immer größer werdenden Gruppe älterer Menschen, sondern vor allem auch an den gesellschaftlichen Trends, wie veränderten familiären Strukturen und der zunehmenden Singularisierung, die mitunter zu einer Abnahme familiärer Pflege führen. Zudem werden diese Entwicklungen auch regional, sowohl bezogen auf geografische Regionen als auch bezogen auf unterschiedliche Entwicklungen in Städten und ländlichen Gegenden, unterschiedlich verlaufen.²⁶¹ Veränderte Familienstrukturen gestalten sich bspw. derart, dass zwar mehrerer Generationen innerhalb einer Familie existieren (vertikale Generationsstrukturen), diese jedoch nicht mehr im üblichen Ausmaß verzweigt sind, da es vielfach an Geschwistern und folglich Onkeln und Tanten fehlt (horizontale Generationsstrukturen). Familienstrukturen dünnen sich auf diese Weise aus und dadurch wird das familiäre Unterstützungsnetz durchlässiger.²⁶² Flankiert werden diese strukturellen Veränderungen innerhalb der Familiengefüge auch durch veränderte Lebensformen, die eine wachsende Zahl alleinlebender Menschen, schließlich auch im höheren Alter, und somit eine Singularisierung der Gesellschaft mit sich bringen.²⁶³

Gründe wie diese führen das gegenwärtige **System an seine Grenzen**, sowohl insgesamt die Altenhilfe betreffend, als auch speziell die **stationäre Hilfe** betrachtend: Auf Systemebene wird die gegebene Versäulung des Systems, sprich die strikte Trennung von Krankheit

²⁵⁸ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

²⁵⁹ Vgl. Hiptmair (2014), 5.

²⁶⁰ Vgl. Naegele (2011a), 89.

²⁶¹ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

²⁶² Vgl. Sparschuh (2015), 40.

²⁶³ Vgl. Naegele (2011a), 91.

und Pflege, als äußerst hindernd empfunden.²⁶⁴ Bspw. genesen ältere Menschen alleine aufgrund ihres Alters langsamer, die daraus resultierenden längeren Krankenhausaufenthalte passen nicht in das Finanzierungsschema des Gesundheitswesens.²⁶⁵ Darüber hinaus bedarf es aus Expertensicht einem Gegengewicht zur institutionalisierten Hilfe, das auch bürgerschaftliches Engagement und somit gleichermaßen Teilhabe wie Teilgabe ermöglicht.²⁶⁶ Hierbei können Teilhabe und Teilgabe unter dem Begriff der Partizipation zusammengefasst werden. Während Teilhabe bspw. die Teilnahme am gesellschaftlichen oder kulturellen Leben meint, stellt der Begriff der Teilgabe stärker auf den aktiven Beitrag ab, den der Einzelne zur Gestaltung des gesellschaftlichen Lebens leisten kann.²⁶⁷

Bezogen auf die Auswirkung auf den älteren Menschen wird der isolierte, krankheitsorientierte Blick der Pflege bzw. des Pflegevorsorgesystems als zu kurzfristig genannt.²⁶⁸ Ein Aspekt, der sich auch im Alltag in Alten- und Pflegeheimen zeigt. Stark rationalisierte Prozesse erschweren dem Pflegepersonal zunehmend bewohnerbezogene Pflege, der Einzug in ein Alten- und Pflegeheim ist überdies in der Regel ohnehin nur mehr möglich, wenn alle anderen Hilfen ausgeschöpft sind.²⁶⁹ Des Weiteren bringt die immer größer werdende Gruppe älterer Menschen einen **starken Anstieg altersassoziierter Bedarfe** mit sich, die jedoch nicht alleine in Pflegebedürftigkeit bestehen, wie auch in Kapitel 4 skizziert wurde.²⁷⁰ Vielmehr wird sich eine äußerst **vielfältige Bedarfslage** ergeben.²⁷¹ In diesem Zusammenhang sind bspw. Bedarfe aufgrund veränderter Mobilität oder auch motorischer Fähigkeiten zu nennen. Altersbedingte Einschränkungen der Mobilität erfordern zunehmend barrierefreien Wohnraum bzw. ein barrierefreies Wohnumfeld, um auch eine selbständige Versorgung mit alltäglichen Bedarfsgütern wie Lebensmitteln zu ermöglichen. Des Weiteren werden neben Angeboten der gesundheitlichen Versorgung, abseits der Pflegeleistungen, vor allem auch hauswirtschaftliche Hilfen benötigt, man denke an das Aufhängen der Wäsche oder das Putzen von Fenstern.²⁷² Nachfolgendes Zitat unterstreicht diese Ausführungen:

„Altenhilfe ist nicht nur Altenpflege. Der Großteil älterer Menschen lebt nicht in Pflegeheimen, das ist ein Irrglaube.“²⁷³

²⁶⁴ Vgl. Interview Nr. 6 am 27.2.2015.

²⁶⁵ Vgl. Scholta (2007), 80.

²⁶⁶ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015.

²⁶⁷ Vgl. Kron (2013), 221; Vgl. Klie (2012), 7ff.

²⁶⁸ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

²⁶⁹ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015.

²⁷⁰ Vgl. Mayr/Lehner (2009), 10.

²⁷¹ Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

²⁷² Vgl. Bleck/van Rießen/Knopp (2013), 8f.

²⁷³ Interview Nr. 3 am 10.2.2015.

Nicht zuletzt sind es auch die **individuellen Bedürfnisse** älterer Menschen, die eine Neugestaltung der Altenhilfe erforderlich machen. Schließlich sind ältere Menschen die zentrale Anspruchsgruppe in der Altenhilfe. Vielfach ist es der zentrale Wunsch im Alter, zuhause bzw. in seinem gewohnten Umfeld leben zu können. Dieser zentrale Wunsch impliziert dabei wichtige Prinzipien wie Selbstbestimmung und Menschenwürde.²⁷⁴ Diesem Wunsch bestmöglich entsprechen zu können, erfordert dabei das Vorhandensein entsprechender ambulanter Strukturen, wie auch folgender Gesprächspartner ausführt:

„In einem gewissen Stadium ist nur mehr ein Heim möglich. Ich erachte es aber als notwendig, im Quartier bleiben zu können, dort wo man zu Hause ist. Das heißt, dass das Angebot verfügbar sein muss. Manchmal müssen Menschen nur deswegen ins Heim, weil die ambulanten Strukturen in ihrem Wohnumfeld nicht vorhanden sind.“²⁷⁵

Nachfolgende Grafik verdeutlicht die zentralen Merkmale in der gegenwärtigen Situation der Altenhilfe bzw. zentrale Argumente für eine Neugestaltung in diesem Bereich:

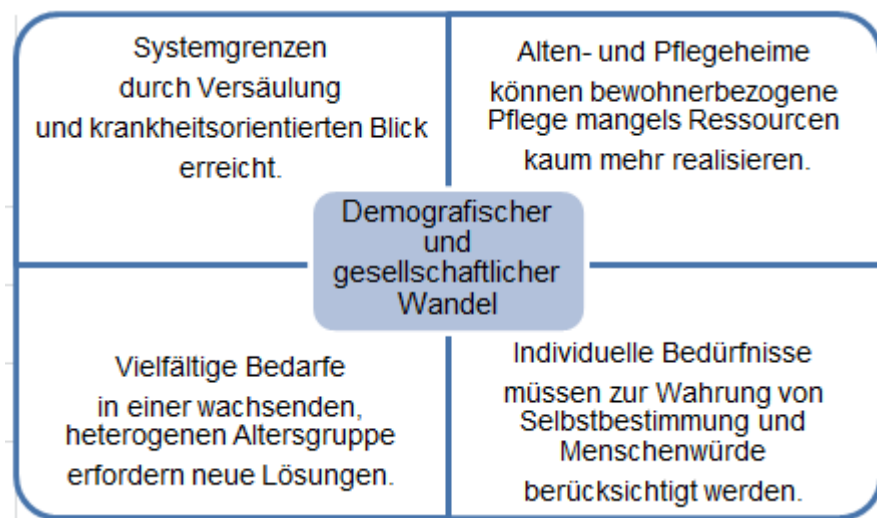


Abbildung 4: Argumente für einen Richtungswechsel in der Altenhilfe²⁷⁶

Zusammenfassend können die Erkenntnisse aus den Interviews wie folgt dargestellt werden: Die Notwendigkeit zur Neugestaltung der Altenhilfe ergibt sich aus den demografischen Entwicklungen und den, teilweise auch daraus folgenden, gesellschaftlichen Veränderungen.²⁷⁷ Es gilt einerseits Mängel auf Systemebene zu beseitigen und andererseits den sich verän-

²⁷⁴ Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

²⁷⁵ Interview Nr. 6 am 27.2.2015.

²⁷⁶ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse.

²⁷⁷ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

dernden objektiven Bedarf und individuellen Bedürfnissen älterer Menschen zu entsprechen.²⁷⁸

Die angeführten Faktoren werden aus Sicht der Experten u.a. eine räumliche bzw. am Sozialraum orientierte Planung der Versorgungsstruktur erfordern, jedenfalls werden Strukturen neu definiert werden müssen.²⁷⁹ Wo genau der Weg hingehen soll behandelt der nächste Abschnitt.

5.3.1.2. Quo Vadis Altenhilfe?

Die Frage nach dem Weg in die Zukunft wurde dabei noch ohne Fokussierung der Sozialraumorientierung behandelt, die Experten sollten ihre grundsätzliche Vision für die Altenhilfe, bzw. wie die Gespräche ergaben, für die Rahmenbedingungen des Lebens älterer Menschen im Allgemeinen äußern.

Als **handlungsleitende Prämissen** für die Zukunft der Altenhilfe konnten neben strukturellen Erfordernissen vor allem auch moralisch-ethische Aspekte identifiziert werden: Es sollte jedenfalls eine Reduktion bzw. Zentralisierung der Altenhilfe auf das Alten- und Pflegeheim vermieden werden, stattdessen müssen Rahmenbedingungen für ein längst möglich selbstbestimmtes und selbstständiges Wohnen im eigenen Umfeld geschaffen werden. Dazu wird eine neue Sicht auf das Älter-Werden notwendig sein (sogenannter Care-Ansatz), die mit einer veränderten Einstellung gegenüber dem Alter und dem Prozess des Alterns an sich verbunden ist.²⁸⁰ Orientiert man die Altenhilfe durch Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen (altersgerechtes Wohnangebot, ambulante Versorgungsstruktur) vermehrt am längst möglichen Verbleib im eigenen Umfeld, so fördert dies in Konsequenz die Selbstständigkeit älterer Menschen. Selbstständiges Wohnen aktiviert ältere Menschen und hilft dadurch, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu verzögern.²⁸¹ Darüber hinaus muss Altern(n) in der gesellschaftlichen Wahrnehmung grundsätzlich normal sein. Dies bedingt in weiterer Folge auch einen weiteren Fokus auf die Altenhilfe, der nicht nur die medizinisch-pflegerische Komponente (Cure), sondern das Leben im Alter in den Mittelpunkt rückt (Care)

²⁷⁸ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

²⁷⁹ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

²⁸⁰ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

²⁸¹ Vgl. Naegele (2011b), 340f.

und zusätzlich Angebote abseits von Pflege und Betreuung, wie einer altersgerechten räumlichen Infrastruktur inklusive entsprechendem Wohnbau, Bedeutung schenkt.²⁸²

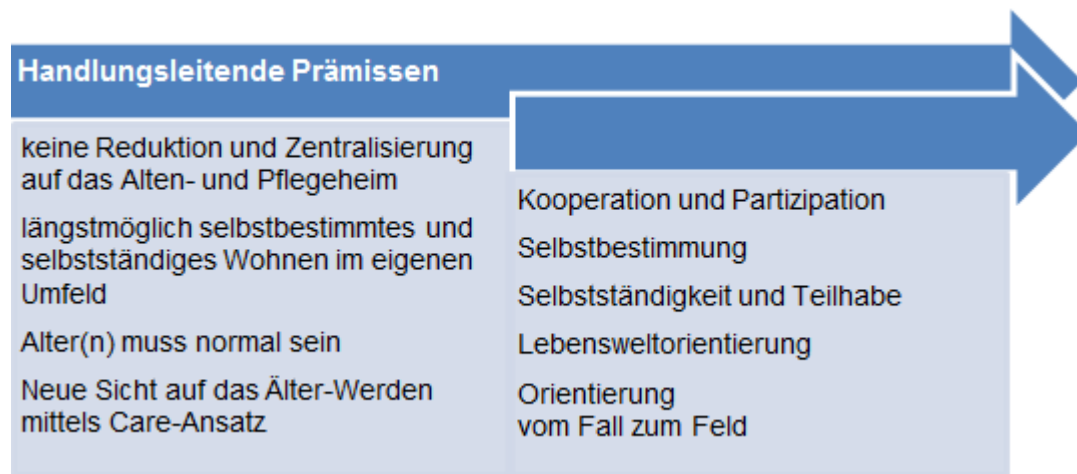


Abbildung 5: Handlungsleitende Prämissen für die Zukunft der Altenhilfe²⁸³

Des Weiteren (siehe Abbildung 5 rechte Spalte) müssen Prinzipien wie Partizipation und Kooperation bzw. Werte der Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Teilhabe im Denken und Handeln verankert werden. Dadurch bzw. zusätzlich muss die Planung der Altenhilfe von der Lebenswelt älterer Menschen geleitet werden, sich eher „vom Fall zum Feld“ orientieren bzw. öffnen.²⁸⁴ Eine Orientierung an der Lebenswelt meint dabei vor allem, sich an den Bedürfnissen der jeweiligen Anspruchsgruppe zu orientieren und dadurch ein gelingendes Umfeld für die Bewältigung des Lebens zu schaffen.²⁸⁵ Der Alltag des Menschen bzw. dessen Bewältigung stehen dabei im Vordergrund.²⁸⁶ Ein Erfordernis, welches sich aus den bereits genannten gesellschaftlichen Entwicklungen ergibt, wie folgendes Zitat unterstreicht:

„Ein möglicher Leitgedanke für die Altenhilfe könnte sein „vom Fall zum Feld“. Die Zahl der Alleinstehenden wird zunehmen, man kann nicht immer Einzelfallhilfe leisten. Strukturen müssen verändert werden.“²⁸⁷

„Vom Fall zum Feld“ ist vermutlich leichter verstanden in der von Pantucek veränderten Formulierung „Kein Fall ohne Feld“. Vereinfacht gesprochen sind Menschen mit ihren Hilfe- und Problemlagen (als „Fall“) nicht isoliert zu sehen sondern vielmehr als Teil bzw. in Bezug zu ihren sozialen Kontakten und ihrem Umfeld (dem „Feld“) zu verstehen.²⁸⁸ Diesbezüglich sei auch auf die Ausführungen zum SONI-Modell in Kapitel 5.1.1. verwiesen.

²⁸² Vgl. Nöbauer/Maun (2015), 117.

²⁸³ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse.

²⁸⁴ Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015

²⁸⁵ Vgl. Dörr/Füßenhäuser (2015), 8f

²⁸⁶ Vgl. Kämmer (2002), 186.

²⁸⁷ Interview Nr. 3 am 10.2.2015.

²⁸⁸ Vgl. Pantucek (2008), 29f.

Das **Zukunftsbild** der Altenhilfe gestaltet sich für die Experten unterschiedlich, wenngleich ein ähnlicher Grundtenor zu vernehmen ist (siehe Abbildung 6 rechte Spalte). Generationenübergreifendes Leben mit einer Stärkung der Solidargemeinschaft, geprägt von wechselseitiger Unterstützung, in dem es einen Mix aus professionellen Angeboten und ehrenamtlicher Hilfe erfordern wird. Auch Dezentralisierung und Quartiersarbeit bilden relevante Aspekte. Um diese Visionen umsetzen zu können, wird es ein Zusammenspiel aus Markt, Staat und Zivilgesellschaft benötigen, in dem auch die dem stationären Bereich vorgelagerten Hilfen eine hohe Bedeutung haben werden.²⁸⁹

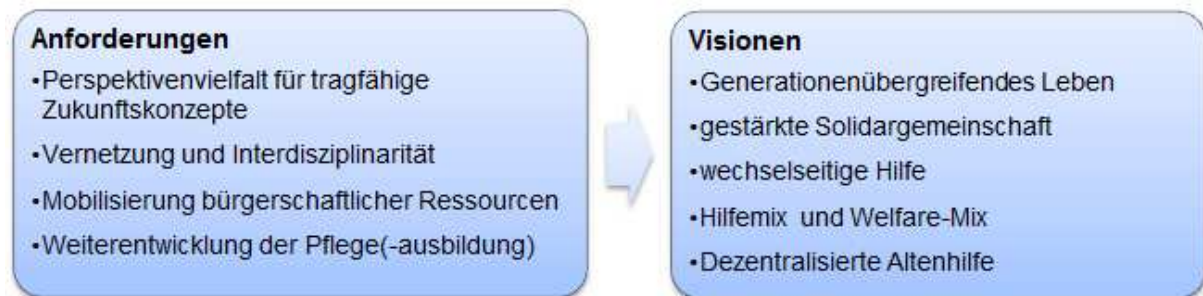


Abbildung 6: Rahmenbedingungen für die Zukunft der Altenhilfe²⁹⁰

Diese angedachte Richtung einzuschlagen erfordert **Anstrengungen** von vielen Seiten (siehe Abbildung 6 linke Spalte). Zuerst bedarf es grundsätzlich einer breiteren Perspektive, die auch Vernetzung und Interdisziplinarität erfordert, um tragfähige und umfassende Zukunftskonzepte erarbeiten zu können.²⁹¹ Die Perspektivenvielfalt kann dabei als Aufbrechen vorherrschender Denkmuster verstanden werden, in dem nicht mehr isolierte Lösungen innerhalb der Professionen bzw. sozialen Lagen gesucht werden (Altenhilfe, Behindertenarbeit, usw.), sondern übergreifende Konzepte erarbeitet werden, der Sozialraum mit all seinen sozialen Erscheinungsformen in den Fokus genommen wird. Eine derartige Handlungsorientierung erfordert bzw. bringt Vernetzung und Interdisziplinarität in der Zusammenarbeit hervor.²⁹² Dazu sollte auch Bürgerbeteiligung als Ressource erkannt und in weiterer Folge genutzt werden. Ressourcenmobilisierung bezieht sich dabei nicht nur auf bürgerschaftliches Engagement, sondern auch auf die Ressourcen älterer Menschen selbst, die dadurch wiederum in ihren Selbsthilfemöglichkeiten bestärkt werden können. Darüber hinaus müssen neue Erfordernisse und neue Grundhaltungen auch in der Ausbildung der Altenpflege entsprechend gewürdigt werden.²⁹³ Den genannten Aspekten gemein ist aus Sicht der Autorin je-

²⁸⁹ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

²⁹⁰ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse.

²⁹¹ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015.

²⁹² Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015.

²⁹³ Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

denfalls das Erfordernis einer veränderten Grundhaltung. Was eine veränderte Grundhaltung bewirken kann, deutet auch nachfolgende Aussage an:

„Unser Leben ist sehr schnell. Wenn wir uns an den langsamen Menschen orientieren, würde unser Leben anders aussehen. Sowohl im Straßenverkehr als auch im Wohnungsbau.“²⁹⁴

5.3.2. Das Szenario der Sozialraumorientierung

Auf die Frage, was für eine Orientierung auf die Lebenswelt älterer Menschen und damit die Umsetzung eines sozialraumorientierten Ansatzes in der Altenhilfe spricht, gab es eindeutige Antworten:

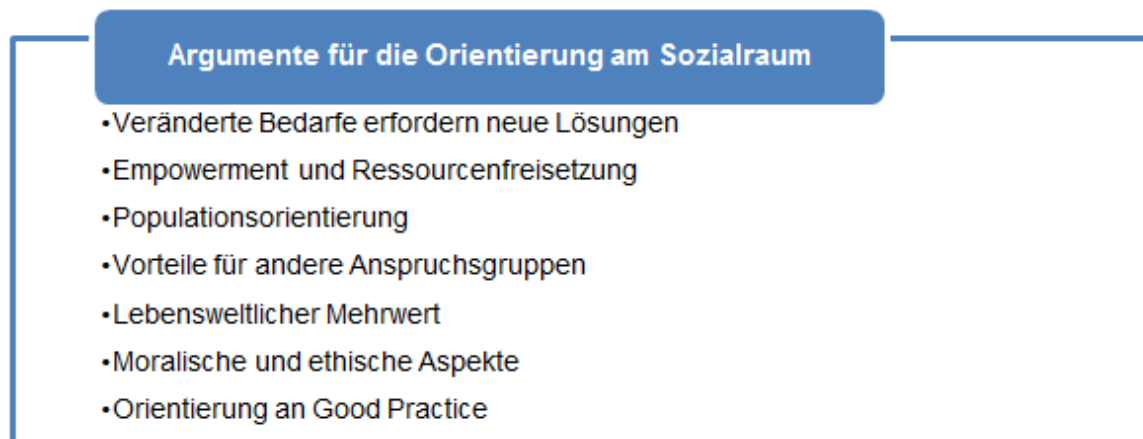


Abbildung 7: Argumente für die Orientierung am Sozialraum²⁹⁵

Wie nachfolgende Ausführungen aufzeigen werden, reagiert eine verstärkte Orientierung der Gestaltung der Hilfen und der allgemeinen Rahmenbedingungen an der Lebenswelt älterer Menschen auf den Sozialraum zuallererst auf veränderte Bedarfe.²⁹⁶ Neben dem Versuch, einzelne Menschen wieder verstärkt zu mobilisieren und ihnen Teilhabe zu ermöglichen, werden auch bürgerschaftliche Ressourcen mobilisiert.²⁹⁷ Dabei wird die gesamte Bevölkerung in den Fokus genommen und es werden Vorteile für andere Anspruchsgruppen generiert.²⁹⁸ Diese und weitere Aspekte führen insgesamt zu einem lebensweltlichen Mehrwert, der auch moralischen und ethischen Aspekten gerecht wird.²⁹⁹ Schließlich ist es auch die

²⁹⁴ Interview Nr. 6 am 27.2.2015.

²⁹⁵ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse.

²⁹⁶ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015.

²⁹⁷ Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

²⁹⁸ Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

²⁹⁹ Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015.

Orientierung an Good Practice Beispielen, die als tragfähiges Argument genannt werden muss.³⁰⁰ Was diese Aspekte im Detail bedeuten, wird nun näher erläutert.

Wie auch bereits in Kapitel 2 ausgeführt wurde, ist die Gruppe älterer Menschen heutzutage äußerst heterogen und geprägt von **unterschiedlichen Bedarfslagen**. Diese veränderten Bedarfe sind überdies auch räumlich bzw. regional unterschiedlich stark ausgeprägt. Hinzu kommen veränderte individuelle Bedürfnisse bzw. Verhaltensweisen, ältere Menschen sind es in der heutigen Zeit bspw. bereits gewohnt, für alltägliche Leistungen Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen und überdies findet das persönliche und soziale Leben im Allgemeinen in einem äußerst engem Radius um das eigene Zuhause statt. Alten- und Pflegeheime werden diesen veränderten Rahmenbedingungen nicht gerecht werden können und sind auch für die Mehrheit älterer Menschen nicht das geeignete Angebot.³⁰¹ Nachfolgende Wortmeldung unterstreicht dies auch in Hinblick auf die Heterogenität älterer Menschen:

„Die Zielgruppe älterer Menschen ist viel weiter zu fassen, als rein die Gruppe der pflegebedürftigen Menschen. In einem Alter von etwa 65 müssen sich Senioren fragen, wie sie wohnen wollen.“³⁰²

Angemerkt sei an dieser Stelle auch wieder der zu kurz gegriffene Fokus der Altenhilfe auf die Alten- und Krankenpflege, auch unter dem Aspekt, dass die Gruppe älterer Menschen eine äußerst große, heterogene Gruppe ist, wie ausführlich in Kapitel 2 dargelegt wurde. Insgesamt reagiert Sozialraumorientierung auf diese veränderte Situation und versucht, bedarfsorientierte Versorgung umzusetzen.³⁰³

Empowerment und Ressourcenfreisetzung betrifft die gesamte Gemeinschaft. Will man selbstbestimmtes Wohnen für ältere, auch hilfsbedürftige Menschen ermöglichen, so erfordert dies eine entsprechende Gestaltung des Lebensraumes mit der Bereitstellung entsprechender Hilfen. Die Hilfe wird im Sozialraum zu den Menschen gebracht und stärkt dadurch ihre Selbsthilfemöglichkeiten. Hierin ist die Freisetzung von Ressourcen zu verorten, ebenso in der Freisetzung bürgerschaftlicher Ressourcen, wenngleich der Trend jedenfalls zur Abnahme familiärer Pflege führen wird und man sich der Tatsache bewusst sein muss, dass der Anstieg an Hilfs- und Pflegbedarf auch nicht über rein ehrenamtliche Hilfe kompensiert werden kann.³⁰⁴

³⁰⁰ Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

³⁰¹ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015.

³⁰² Interview Nr. 2 am 9.2.2015.

³⁰³ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015.

³⁰⁴ Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

Ein großer Vorteil wird im weiteren Sinne auch im Stichwort der **Populationsorientierung** deutlich, die für eine Ausrichtung der Arbeitsweise am Bedarf der Bevölkerung einer der Region steht.³⁰⁵ Dieser Aspekt wird aus Sicht der Autorin in weiterer Folge in den positiven Auswirkungen einzelner Maßnahmen deutlich. Wird der öffentliche Raum bspw. barrierefrei gestaltet, so profitieren davon auch Mütter mit Kinderwägen. Und anders betrachtet, würde man den Sozialraum ausschließlich auf die Bedürfnisse älterer Menschen ausrichten, so würde dieser für andere soziale Gruppen wie bspw. junge Menschen uninteressant. Sozialraumorientierung nimmt hingegen die Interessen der gesamten Bevölkerung in den Blick. Unter dem Begriff der Inklusion wird somit ein vielfältiger Sozialraum geschaffen, der Vorteile für die verschiedenen Anspruchsgruppen liefert. Dabei bilden ältere Menschen eine wichtige Kundengruppe sowohl in der Wirtschaft als auch am Wohnungsmarkt. Alleine dies zu erkennen, liegt bei den Gewerbetreibenden bzw. den Wohnungsanbietern.³⁰⁶ Vorgenannte Gesichtspunkte tragen insgesamt zu einem **lebensweltlichen Mehrwert** bei, indem durch Möglichkeiten sowohl der Teilnahme als auch der Teilgabe auf eine sorgende Gesellschaft, geprägt von Solidarität und Aufmerksamkeit, hingewirkt wird. Dies bedarf natürlich auch der notwendigen sozialen Infrastruktur, so wie diese in früheren Zeiten selbstverständlich war. Gelingt es, natürliche Sozialräume mit der entsprechenden sozialen Infrastruktur wiederherzustellen, so schafft dies Normalität für alle Beteiligten.³⁰⁷

Als zentrale Argumente, die immer wieder in den Gesprächen genannt wurden, können jedenfalls auch **moralische und ethische Aspekte** angeführt werden. Ältere Menschen möchten zuhause wohnen, zumindest in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können, und sie möchten sich am sozialen Leben beteiligen können. Darüber hinaus ist auch an dieser Stelle die Mobilisierung von Ressourcen von Bedeutung.³⁰⁸ Folgendes Zitat erscheint an dieser Stelle äußerst aussagekräftig:

*Es ist eine Verankerung der Altenhilfe im Lebensraum der Menschen notwendig, um ihre Handlungsfähigkeit und ihre Würde zu schützen. Pflege und Unterstützung, die in der Lebenswelt der Menschen verankert ist vermeidet, dass Menschen durch institutionelle Strukturen gedemütigt werden. Lebensweltorientierung bedeutet dabei, dass Menschen ihre Probleme zuallererst mit den Ressourcen, die ihnen selbst zur Verfügung stehen, lösen.*³⁰⁹

³⁰⁵ Vgl. Hämel/Kutzner, 61f, Vgl. Schaeffer (2013), 4f.

³⁰⁶ Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

³⁰⁷ Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015.

³⁰⁸ Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

³⁰⁹ Interview Nr. 5 am 26.2.2015.

Abschließend unterstreicht nachfolgendes Zitat die moralische und ethische Bedeutung der Sozialraumorientierung in der Altenhilfe:

„Weil sie das realisiert, nach was sich alle sehnen. Dass man an der Öffentlichkeit und am gemeinschaftlichen Leben teilhaben kann.“³¹⁰

Schlussendlich darf auch nicht vergessen werden, dass das Konzept der Sozialraumorientierung für andere soziale Gruppen wie Kinder, Jugendliche oder im Bereich der Behindertenarbeit, bereits ein üblicher Handlungsrahmen ist und auch im Speziellen für die Gruppe älterer Menschen bereits bspw. in Deutschland breit diskutiert und umgesetzt wird.³¹¹ Beispiele hierzu liefern die Bremer Heimstiftung bzw. das „Netzwerk SONG – Soziales neu gestalten“ oder das Projekt „Sozialraumorientierte Netzwerke in der Altenhilfe“ (SoNAh) des Caritasverbands für die Diözese Mainz.³¹²

5.3.3. Der Einfluss des Pflegevorsorgesystems

Bevor nun zu den zentralen Erkenntnissen zum Thema Sozialraumorientierung in der Altenhilfe übergegangen wird, erfolgt noch die Beurteilung der Experten hinsichtlich der Relevanz des Pflegevorsorgesystems auf die Altenhilfe im Allgemeinen und die Sozialraumorientierung im Besonderen.

5.3.3.1. Bedeutung für die Ausgestaltung der Altenhilfe

Die verschiedenen Perspektiven der Experten brachten unterschiedliche Positionen zum Vorschein, was die Relevanz des Pflegevorsorgesystems betrifft. Im Wesentlichen lassen sich die Ansichten auf zwei zentrale Grundaussagen zusammenfassen:

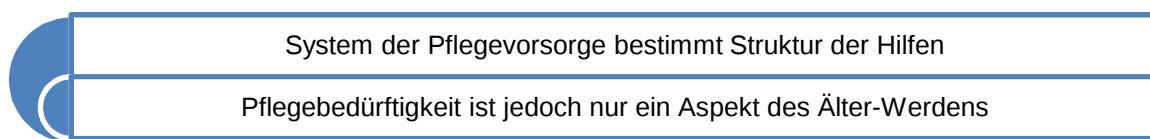


Abbildung 8: Relevanz des Pflegevorsorgesystems³¹³

Die grundsätzliche Ausrichtung der Pflegevorsorge **bestimmt die Ausgestaltung der Versorgung** selbst und zwar insofern, als dass die in der Pflegevorsorge festgeschriebenen

³¹⁰ Interview Nr. 3 am 10.2.2015.

³¹¹ Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015; Vgl. Schönknecht (2014), 376.

³¹² Vgl. Künzel/Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG) (2015); Vgl. Caritasverband für die Diözese Mainz e. V. (2015).

³¹³ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse.

Leistungen die strukturellen Bedingungen der Pflege determinieren.³¹⁴ Aus Sicht der Autorin wurde dies auch in Kapitel 3 in den Ausführungen zu dem geldleistungsbasierten System in Österreich und dem System der Pflegeversicherung in Deutschland ersichtlich. Beide Systeme geben die Leistungen in unterschiedlichem Maße vor, in Österreich besteht völlige Wahlfreiheit, wie das Pflegegeld verwendet wird. Deutschland hingegen schreibt bereits im entsprechenden Gesetz zahlreiche Hilfen vor, wenngleich auch hier grundsätzlich Wahlfreiheit bei der häuslichen Pflege besteht.³¹⁵

Zusätzlich wurde jedoch auch ausgeführt, dass **grundsätzlich relevantere Aspekte** für das Konzept der Sozialraumorientierung bestehen, als das System der Pflegevorsorge. So wurde bspw. die Rolle der Sozialarbeit bedeutender eingestuft, als die Systematik der Pflegevorsorge selbst. Darüber hinaus wurde die Relevanz auch dahingehend hinterfragt, als dass Pflegebedürftigkeit nur ein Aspekt des Älter-Werdens ist, wie auch aus den Ausführungen in Kapitel 4 deutlich wurde.³¹⁶ Folgende Aussage unterstreicht die Position:

„Hier bin ich etwas skeptisch, was die Bedeutung betrifft. Pflege ist nur ein kleiner Teil im Leben der Menschen.“³¹⁷

Die Relevanz hinsichtlich Sozialraumorientierung unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Regelungen in Österreich und Deutschland konnte nicht direkt beurteilt werden, jedoch wurde angemerkt, dass in Deutschland ein größeres Ausmaß an bürgerschaftlichem Engagement verortet werden kann. Inwiefern dies jedoch auf das System der Pflegevorsorge zurückzuführen sei, blieb fraglich.³¹⁸

5.3.3.2. Mängel und Potenziale der Pflegeversicherung

Kritisiert werden muss, dass die Pflegeversicherung selbst den **Fokus auf Krankheit** und körperliche Einschränkungen legt und durch das **Stufensystem** bei weitem nicht alle hilfsbedürftigen Menschen erfasst werden.³¹⁹ Tatsachen, die aus Sicht der Autorin auch auf das österreichische System des Pflegegeldes zutreffen und sich aus den Bedingungsfaktoren zur Leistungsgewährung, so wie diese in Kapitel 3.1.2.3. ausgeführt wurden, ergeben.

³¹⁴ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

³¹⁵ Siehe hierzu die Ausführungen in Kapitel 3.

³¹⁶ Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015.

³¹⁷ Interview Nr. 6 am 27.2.2015.

³¹⁸ Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

³¹⁹ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

Deutschland geht diesbezüglich bereits einen neuen Weg mit der Entwicklung bzw. geplanten Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, der auf Fähigkeiten und Ressourcen anstelle von Defiziten abstellt.³²⁰

Ein weiterer Kritikpunkt besteht in der Wirkung, die die Pflegeversicherung in Deutschland hervorgebracht hat. Es wurde dadurch nämlich ein marktwirtschaftliches System in der Altenhilfe etabliert. Betrachtet man nun im Speziellen die Bedeutung für die Sozialraumorientierung, so wurde diskutiert, dass das System der Pflegeversicherung eher hindernd wirkt, da es wenig in den Sozialraum wirkt und **keine Anreize** für eine derartige Orientierung in der Altenhilfe gibt.³²¹ Eine Aussage greift in diesem Zusammenhang auch wieder den kurzsichtigen Blick der Altenhilfe auf:

„Alter muss auch Anlass für Hilfe und Pflege sein, nicht nur Krankheit.“³²²

Zurückkommend auf die eingangs dargelegte grundlegende Bedeutung der Pflegevorsorge, wonach ihre grundsätzliche Ausgestaltung den strukturellen Rahmen möglicher Leistungen vorgibt, eröffnen sich aus Expertensicht diverse Potenziale. Werden im Rahmen der Pflegevorsorge **ambulante Strukturen** oder auch **niederschwellige Angebote** für Leistungen des täglichen Lebens festgeschrieben bzw. gefördert, so würde dies die Selbstständigkeit älterer Menschen positiv beeinflussen und ein längeres selbstständiges Wohnen ermöglichen. Dahingehend würde auch die Pflegevorsorge günstig für eine Sozialraumorientierung wirken. In diesem Zusammenhang wurde auch das aktuelle Pflegestärkungsgesetz in Deutschland angesprochen, welches hier bereits sehr positiv wirkt und in diese Richtung lenkt (siehe auch Kapitel 3.2.5.).³²³ Immer vorausgesetzt werden muss natürlich, dass die vorhandenen Hilfen den älteren Menschen auch bekannt sind und zugänglich gemacht werden. Eine Chance wurde darüber hinaus auch darin gesehen, wenn Förderungen für die Entwicklung zukunfts-trächtiger Konzepte oder Projekte geschaffen werden würde.³²⁴

5.3.3.3. Einschränkungen durch den gesetzlichen Rahmen

Einschränkungen durch den gesetzlichen Rahmen sind natürlich auch eng verbunden mit den vorgenannten Aspekten der allgemeinen Bedeutung bzw. der identifizierten Mängel der Pflegevorsorge. Eine gesonderte Fragestellung hinsichtlich der Einschränkungen durch den

³²⁰ Vgl. BMG (2015c); Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (2014), 317.

³²¹ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015.

³²² Interview Nr. 7 am 9.03.2015.

³²³ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

³²⁴ Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015.

gesetzlichen Rahmen sollte jedoch nochmals den Blick der Experten schärfen, um eventuelle Begrenzungen für eine Sozialraumorientierung in der Altenhilfe erkennen zu können. Überdies sollte auf diese Weise auch in Erfahrung gebracht werden, ob gegebenenfalls andere rechtliche Aspekte als das Pflegeversicherungsgesetz entsprechenden Einfluss üben.

Einschränkungen durch den gesetzlichen Rahmen werden grundlegend in der **(1) Trennung der verschiedenen Sektoren** gesehen, die im konkreten Fall Krankheit und Pflege als zwei eng miteinander verbundene Bereiche strikt trennen.³²⁵ Darüber hinaus sehen, wie nachfolgende Ausführungen zeigen, die Experten im Wesentlichen in zwei Bereichen der Pflegevorsorge bzw. im Besonderen der Pflegeversicherung Einschränkungen, nämlich in den **(2) Leistungsarten bzw. deren Finanzierung**, sowie der Einteilung von Hilfsbedürftigkeit in vorgegebene **(3) Pflegestufen**.

Hinsichtlich der Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Leistungsarten bzw. deren Finanzierung) ergibt sich folgendes Bild:

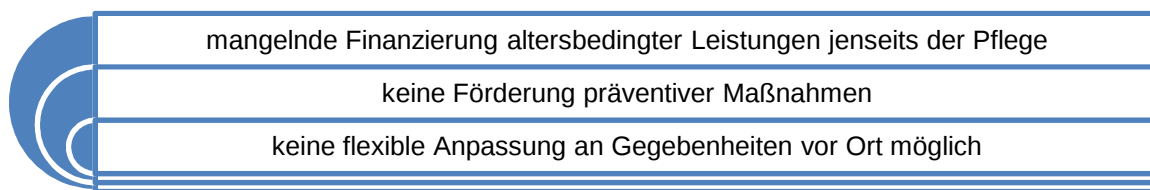


Abbildung 9: Einschränkungen durch Leistungsarten bzw. deren Finanzierung³²⁶

Probleme werden dahingehend verortet, dass es derzeit keine ausreichende Finanzierung für altersbedingte Leistungen jenseits der Pflege gibt und präventive Maßnahmen im Allgemeinen nicht gefördert werden. Um ein entsprechendes Angebot für Menschen bereitstellen zu können, ist jedoch die Sicherstellung einer ausreichenden Finanzierung notwendig.³²⁷ Nachfolgendes Zitat unterstreicht dies:

„Einschränkung kann man dort sehen, dass Leistungen wie die ambulanten Strukturen natürlich auch finanziert werden müssen, nur dann rechnen sie sich und nur dann gibt es das Angebot.“³²⁸

Einschränkend in der Leistungserbringung wirkt der rechtliche Rahmen überdies dadurch, dass keine flexible Anpassung an Gegebenheiten vor Ort möglich ist.³²⁹

³²⁵ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

³²⁶ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse.

³²⁷ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

³²⁸ Interview Nr. 6 am 27.3.2015.

³²⁹ Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015.

Aus Sicht der Autorin ist noch ein weiterer Aspekt hinsichtlich der Wirkung der verschiedenen Leistungsarten von Bedeutung. Wenngleich auch in Deutschland ein Wahlrecht für Geldleistungen besteht (siehe Kapitel 3.2.4.1.), so ist dennoch die grundlegende Wirkung einer Sachleistung insofern kritisch zu bewerten, als dass diese doch maßgeblich die Kundensouveränität älterer Menschen einschränkt. Nachfolgendes Zitat unterstreicht diese These:

„Dass es in der deutschen Pflegeversicherung (in Bezug auf die so genannte Geldleistung höherwertige) ‘Sachleistungen’ gibt, unterstellt im Grunde, dass der Leistungs-/Unterstützungsberechtigte nicht weiß was er braucht und er und seine engen Bezugspersonen nicht in der Lage, für den Geldbetrag, der dem Versicherten aus der Pflegeversicherung zusteht, angemessene Unterstützungen selbst zu organisieren und ‘einzukaufen’.“³³⁰

Hinsichtlich der Stufensystematik in der Pflegevorsorge (Einteilung von Hilfsbedürftigkeit in vorgegebene Pflegestufen) ergibt sich weiter folgendes Bild:

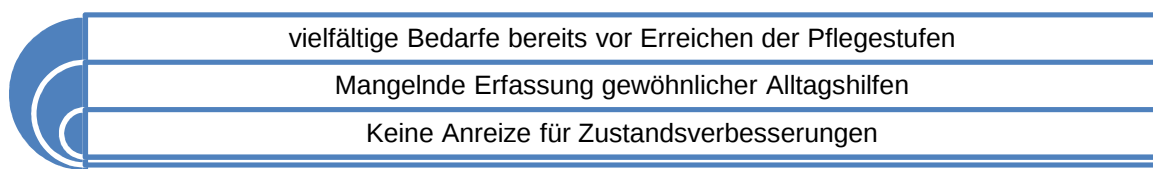


Abbildung 10: Einschränkungen durch die Stufensystematik³³¹

Die Pflegestufen, so wie diese in unterschiedlicher Ausprägung sowohl in Österreich als auch in Deutschland existieren, wirken in zweierlei Hinsicht einschränkend auf die Leistungserbringung bzw. Bedarfsdeckung. Die bereits thematisierten vielfältigen Bedürfnislagen können nicht vollständig von Pflegestufen erfasst werden, weil es eine große Anzahl von Menschen gibt, die zwar Hilfe in irgendeiner Form brauchen, dieses Ausmaß jedoch zu gering ist, um überhaupt eine Stufe 1 zu erreichen. Bzw. greift auch hier wiederum der Aspekt mangelnder Deckung notwendiger Alltagshilfen, die sich nicht aus dem Titel der Pflegebedürftigkeit ergeben.³³² Schließlich muss bedacht werden:

„Alter muss auch Anlass für Hilfe und Pflege sein, nicht nur Krankheit.“³³³

Im Allgemeinen orientieren sich die Leistungen der Pflegevorsorge bzw. der Pflegeversicherung im Speziellen eher weniger an der Lebensqualität des Menschen, als an teils rein ökonomischen Überlegungen. Eine wesentliche Einschränkung hinsichtlich Mobilisierung älterer

³³⁰ Interview Nr. 1 am 6.2.2015.

³³¹ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse.

³³² Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

³³³ Interview Nr. 7 am 9.03.2015.

Menschen bzw. der angesprochenen Lebensqualität besteht auch in der grundsätzlichen Stufensystematik, wonach Leistungen erst gewährt werden, wenn sich der körperliche Zustand eines Menschen bereits verschlechtert hat.³³⁴ Dieser Gedanke entspricht auch dem bereits angeführten Mangel an Förderung präventiver Angebote. Darüber hinaus existierten in der Logik der Pflegevorsorge, weder in Österreich noch in Deutschland, umfassende Förderungen für Zustandsverbesserungen älterer Menschen.³³⁵ Derzeit existieren keine Anreize für Dienstleister bzw. den Leistungsempfänger selbst, zu versuchen, den Pflegebedarf wieder zu reduzieren.³³⁶

In Hinblick auf Sozialraumorientierung sind die genannten Einschränkungen aus Sicht der Autorin so zu werten, dass zwar im Allgemeinen zahlreiche Einschränkungen zu identifizieren sind, es aber vor allem in Hinblick für die Sozialraumorientierung eher behindernde Elemente bzw. mangelnde Förderungen gibt - der gesetzliche Rahmen erschwert eine Ausrichtung am Sozialraum, macht diese jedoch nicht unmöglich. Nachfolgendes Zitat unterstreicht dies aus Sicht der Autorin am treffendsten:

„Intelligenz und Fantasie werden durch Gesetze nicht beschränkt. Es braucht einen Bürgermeister, der etwas umsetzen will.“³³⁷

5.3.4. Voraussetzungen für die Umsetzung sozialraumorientierter Konzepte

Die bisherigen Ausführungen haben aufgezeigt, warum eine Orientierung am Sozialraum für die Altenhilfe erforderlich ist. Was braucht es nun, um den Weg erfolgreich bestreiten zu können? Die umfassenden Ausführungen hinsichtlich notwendiger Änderungen bzw. Anpassungen in den (sozialpolitischen) Strukturen lieferten eine umfangreiche Sammlung relevanter Aspekte, derer es für einen Strukturwechsel in der Altenhilfe hin zu einem sozialraumorientierten Ansatz bedarf. Die genannten Aspekte ließen sich dabei aus Sicht der Autorin wie folgt zusammenfassen:

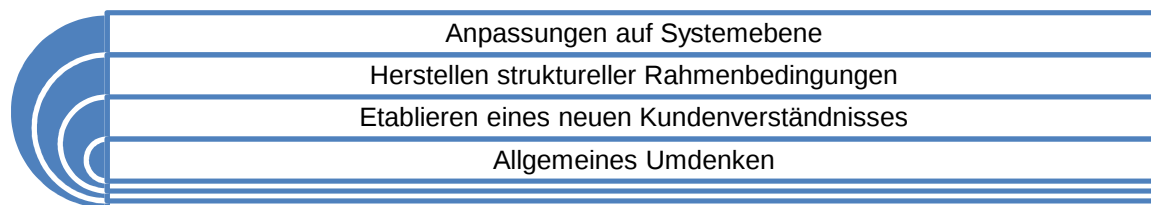


Abbildung 11: Notwendiger Anpassungsbedarf vor Umsetzung der Sozialraumorientierung³³⁸

³³⁴ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015.

³³⁵ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015.

³³⁶ Anm.: Eine Ausnahme bildet hier §87a Abs 4 SGB XI für den stationären Bereich (siehe Kapitel 3.2.4.2.).

³³⁷ Interview Nr. 3 am 10.2.2015.

Anpassungen auf Systemebene

Der notwendige Anpassungsbedarf auf Systemebene kann als äußerst vielschichtig beschrieben werden. **Handlungs- und Denkmuster** müssen verändert werden, denn Sozialraumorientierung erfordert **sektorenübergreifende Zusammenarbeit**, eine Einteilung der Bedarfe nach Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung erscheint nicht förderlich, ebenso was die Entwicklung visionärer, übergreifender Konzepte anbelangt.³³⁹ Dafür bzw. auch zusätzlich benötigt es einen **Perspektivenwechsel**. Einerseits einen grundlegenden Perspektivenwechsel, der eine neue Denkhaltung hervorbringt. Es bedarf der Erarbeitung übergreifender Konzepte statt isolierter Lösungsansätze, dezentralisierte Handlungsansätze in einer räumlich gedachten Versorgungsstruktur. Andererseits braucht es eine Perspektivenvielfalt, da Quartiersentwicklung aus mehreren Perspektiven gedacht werden muss.³⁴⁰ Der Perspektivenwechsel sowie die entsprechende –vielfalt bezieht sich, die bereits in Kapitel 5.3.1. erläutert wurde, über die Grenzen sozialer Gruppen oder sozialer Lagen hinaus und schließt somit auch das Überwinden der Sektoren ein. Es soll nicht nach Alter bzw. Pflegebedürftigkeit, Jugend oder Beeinträchtigung getrennt werden, vielmehr muss die gesamte Vielfalt im Sozialraum gewürdigt werden.³⁴¹ Ein Beispiel liefert hierzu das Projekt Q8, welches bspw. in Hamburg inklusionsorientierte Stadtentwicklung verfolgt.³⁴² Folgendes Zitat stellt ebenso auf die vielfältigen Perspektiven und Verantwortungen ab:

„Mir wird der Altenhilfe zu viel Verantwortung aufgebürdet. Quartiersentwicklung muss man im größeren – generationsübergreifenden - Rahmen denken und die Verantwortung auf viel mehr Schultern verteilen.“³⁴³

Voraussetzung für eine erweiterte Perspektive stellen jedenfalls auch ausreichende finanziellen Mittel dar, die eine entsprechende Analyse des Sozialraums ermöglichen, was wiederum für die Einbindung alternativer Perspektiven von Bedeutung ist.³⁴⁴

Eine weitere Notwendigkeit ergibt sich aus den vorgenannten Aspekten: **Vernetzung und Interdisziplinarität** sind in vielerlei Hinsicht von Bedeutung. Abgesehen davon, dass es grundsätzlich einem Zusammenspiel von Markt, Staat und Zivilgesellschaft zur Bewältigung künftiger Herausforderungen erfordern wird, sind Partizipation und Kooperation, sei es der älteren Menschen oder der Professionen, im Allgemeinen eine wesentliche Voraussetzung

³³⁸ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse.

³³⁹ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015.

³⁴⁰ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

³⁴¹ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015.

³⁴² Vgl. Evangelische Stiftung Alsterdorf (2015).

³⁴³ Interview Nr. 6 vom 27.2.2015.

³⁴⁴ Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015.

für eine gelingende Zusammenarbeit.³⁴⁵ Bezüglich verschiedener Systempartner seien an dieser Stelle im Speziellen die Leistungserbringer und Kommunen angesprochen. Kommunen sollten insofern stärker in Prozesse eingebunden werden, als dass sie mit mehr Planungs- und Steuerungskompetenz ausgestattet werden. Leistungserbringer sind insofern gefordert, als dass bei verstärkter Einbindung Ehrenamtlicher in Pflege- und Betreuungsprozesse eine gegenseitige Wertschätzung in der Zusammenarbeit gegeben sein muss. Bedeutend ist auch der Gedanke, dass Leistungserbringer durch ihre Arbeitsweise wesentlich für die Qualität der Versorgung verantwortlich zeichnen. Je aktiver und früher Leistungsanbieter auf ältere Menschen zugehen, desto eher können entsprechende Hilfen zur Verfügung gestellt werden. Jedoch sollte bei der Zuteilung der Verantwortung mit Sorge gewaltet werden, da Dienstleister nicht nur die Interessen ihrer Kunden vertreten können und auch wirtschaftliche Ziele verfolgen müssen.³⁴⁶

Neben diesen allgemeinen Aspekten zur Systemänderung konnten weitere spezielle Punkte erkannt werden: Die **Bereitstellung finanzieller Mittel** wurde bereits als Argument genannt. Anpassungsbedarf existiert dabei in der Finanzierung dahingehend, als dass auch Leistungen neben der reinen Pflege finanziert werden müssen, um etwas verändern oder gestalten zu können. Dies betrifft einerseits übergeordnete Leistungen auf Systemebene, wie die Entwicklung entsprechender Projekte oder die Vernetzungsleistungen zwischen den Systempartnern. Andererseits müssen auch zusätzliche Leistungen am bzw. für den älteren Menschen als Kunden, wie bspw. Beratung und Case-Management, finanziert werden.³⁴⁷

Der **Anpassungsbedarf im Pflegevorsorgesystem** zeigt Parallelen zu bereits eingangs skizzierten Problemen des gegenwärtigen Systems. Im konkreten wird Anpassungsbedarf in der grundlegenden Ausrichtung des Systems konstatiert, in der die Fokussierung auf den medizinisch-pflegerischen Bereich als zu kurzfristig empfunden wird. Darüber hinaus sollten Anreize für Leistungserbringer geschaffen, eine Verbesserung der Pflegesituation anzustreben.³⁴⁸

Bezogen auf die **Ausbildung** im breiten Feld der Alten- und Pflegehilfe wird im Falle eines Strukturwechsels ebenfalls entsprechender Handlungsbedarf verortet. Werden handlungsleitende Grundsätze in der Altenhilfe verändert, muss sich dies auch in den Inhalten der ent-

³⁴⁵ Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

³⁴⁶ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

³⁴⁷ Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015.

³⁴⁸ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

sprechenden Ausbildungen niederschlagen. Es wurde auch ein notwendiger Werte- und Imagewandel des Pflegeberufs thematisiert, einerseits um mehr Fachpersonal für die Pflege gewinnen zu können, andererseits um die Qualität der Pflege hochzuhalten. Und schließlich bedarf es auch gänzlich neuer Aspekte in den Ausbildungsstrukturen. Einerseits werden spezielle Kompetenzen hinsichtlich Sozialraumorientierung und Prozessmanagement im Rahmen einer geänderten Ausbildung vermittelt werden müssen. Andererseits wurden neue Ausbildungsstrukturen im niedrigqualifizierten Bereich angeführt.³⁴⁹

Schließlich muss auch das Potenzial der **Bürgerbeteiligung** erkannt und als Chance genutzt werden. Die Autorin hat sich für eine Einordnung dieses Aspektes an dieser Stelle entschieden, weil auch in den Gesprächen betont wurde, dass die Politik die Notwendigkeit bürgerschaftlichen Engagements erkennen muss. Ehrenamtliche können wesentliche Kompetenzen einbringen, die es zu erkennen und zu nutzen gilt.³⁵⁰ Dazu bedarf es einer veränderten Grundhaltung, auch was den Begriff des Ehrenamtes anbelangt:

„Der Begriff „Ehrenamt“ assoziiert oft maximal Semi-Professionalität. Dies ist aber vielfach nicht der Fall. Immer mehr „Ehrenamtliche“/„freiwillig Engagierte“/„bürgerschaftlich Engagierte“ sind in bestimmten Feldern hochkompetent und sie bringen Fachlichkeit, Lebenserfahrung und - vor allem als besonders wertvolle Ressource - Zeit mit ein. Dies sind Attribute, die nicht per se allen Fachkräften „automatisch“ unterstellt werden können.“³⁵¹

Zusammenfassend ergeben sich folgende notwendige Veränderungen auf Systemebene:

Änderungen auf Systemebene
Handlungs- und Denkmuster verändern: Sektorenübergreifende Zusammenarbeit – Perspektivenwechsel und –vielfalt – Zusammenarbeit, Vernetzung und Interdisziplinarität
Finanzielle Mittel bereitstellen
Pflegevorsorgesystem anpassen
Ausbildung erweitern
Bürger beteiligen

Tabelle 27: Notwendige Änderungen auf Systemebene³⁵²

³⁴⁹ Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

³⁵⁰ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

³⁵¹ Interview Nr. 1 vom 6.2.2015.

³⁵² Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse.

Strukturelle Rahmenbedingungen herstellen

Unter strukturellen Rahmenbedingungen ordnet die Autorin Aussagen zum Lebensumfeld älterer Menschen, das derart gestaltet sein muss, dass es den im Alter teils veränderten Bedarfen und Bedürfnissen entspricht, wobei hier nicht alleine die pflegerische Versorgungsstruktur verstanden werden darf:

„Der Fokus muss in Zukunft darauf liegen, wie man länger zuhause im gewohnten Umfeld bleiben kann. Dazu braucht es eine hohe soziale Infrastruktur, Wohnangebote die passend sind und eine pflegerische Infrastruktur. Diese darf jedoch nicht überbewertet werden, ein hoher Anteil der älteren Menschen lebt jenseits der Pflegebedürftigkeit.“³⁵³

Wie aus dem Zitat hervorgeht, bedarf es entsprechender Rahmenbedingungen in den Bereichen Wohnen, Soziales und Hilfe bzw. Unterstützung, was bereits die nachfolgenden Ausführungen auf den Punkt bringt:

Änderungen in strukturellen Rahmenbedingungen
adäquate Wohnangebote
ausgebaute und angepasste soziale Infrastruktur
Angebote der Hilfe und Unterstützung

Tabelle 28: Notwendige Änderungen in den strukturellen Rahmenbedingungen³⁵⁴

Die dargestellten Aspekte entsprechen den Bausteinen der Quartiersarbeit der KDA, wie sie bereits in Kapitel 5.12. ausgeführt wurden.³⁵⁵ Wesentlich sind hierbei entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen für die Koordination der Angebote vor Ort, wie auch bereits auf der Systemebene angesprochen wurde. Aber auch die einzelnen Systempartner im Sozialraum sind gefordert. Wohnbaugenossenschaften müssen geeigneten Wohnraum schaffen, Gewerbetreibende ihre Geschäftslokale altersgerecht gestalten und auch ihre Mitarbeiter für den Umgang mit älteren Menschen schulen. Schließlich liegt auch Handlungsbedarf in der Gestaltung des öffentlichen Raums. Wenngleich dieser grundsätzlich bereits vorhanden ist, so können doch Veränderungen im Kleinen, wie bspw. Barrierefreiheit, Vieles bewirken.³⁵⁶

Neues Kundenverständnis etablieren

Aus Sicht der Experten sollte der Handlungsrahmen betroffener Menschen erweitert werden, sie sollten mehr Mitbestimmungsrechte und Möglichkeiten zur Gestaltung erhalten. Bürger müssen als Experten ihrer eigenen Bedürfnisse in Gestaltungsprozesse eingebunden wer-

³⁵³ Interview Nr. 2 am 9.2.2015.

³⁵⁴ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse.

³⁵⁵ Vgl. KDA (2011b), 2.

³⁵⁶ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

den, nur der betroffene Mensch selbst kann sich verlässlich dahin gehend äußern, was er tatsächlich braucht und haben will. Ein verstärktes Einbinden älterer Menschen in die Prozesse erfordert jedoch auch von diesen die Bereitschaft bzw. Verantwortung, selbst mitzugestalten zu wollen und sich aktiv zu beteiligen. Hierzu braucht es auch ein Umdenken, dass Alten- und Pflegeheime nicht die einzige Alternative für ältere, pflegebedürftige Menschen sein müssen.³⁵⁷ Diesbezüglich erscheint auch ein abschließendes Zitat als sehr passend, welches zum Ausdruck bringt, dass auch ältere Menschen Kunden sind und auch dieser Gruppe Kundensouveränität zugesprochen werden muss:

„Wer ist in der Altenarbeit und Altenhilfe der „Kunde“? Der Begriff suggeriert einen souveränen Partner. In den allermeisten Fällen ist der Unterstützungsbedürftige aber nach wie vor abhängig und er kann eben nicht „mal eben“ den Dienstleister wechseln (was ja der Inbegriff von Kundensouveränität ist. Nach wie vor wird vielfach davon ausgegangen, „dass die Alten bescheiden, genügsam und vernünftig werden“.³⁵⁸

Folgende Tabelle bildet eine Zusammenfassung jener Aussagen ab, die aus Sicht der Autorin ein verändertes Kundenverständnis erfordern:

Änderung im Kundenverständnis
Mitbestimmungsrechte und Möglichkeiten zur Gestaltung gewähren
Bürger als Experten ihrer Bedürfnisse in Gestaltungsprozesse einbinden
Ältere Menschen als souveräne Kunden wahrnehmen

Tabelle 29: Notwendige Änderung des Kundenverständnisses³⁵⁹

Die genannten Aspekte beschreiben aus Sicht der Autorin insgesamt einen aktiveren älteren Menschen, fordern mehr Beteiligung und Rechte für ältere Menschen und somit Kundensouveränität ein, bedeuten auf der anderen Seite jedoch ebenso Verantwortungsübernahme für die eigenen Problemlagen.

Diese Gedanken legen an dieser Stelle eine Ergänzung um das Konzept des „active ageing“ nahe. Es geht nicht nur um das Teilnehmen älterer Menschen am gesellschaftlichen Leben oder ihre Versorgung durch den Sozialstaat, es geht vielmehr um deren Beteiligung und ihrer Verpflichtung, selbst im Falle besonderer Lebenslagen Verantwortung, sei es für sich oder

³⁵⁷ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

³⁵⁸ Interview Nr. 1 am 6.2.2015.

³⁵⁹ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse.

für andere, zu übernehmen.³⁶⁰ Dies entspricht auch den Ausführungen in Kapitel 5.1.2. über den Paradigmenwechsel von der Versorgungs- hin zur Mitwirkungsgesellschaft.³⁶¹

Allgemeines Umdenken

Schließlich erfordern viele der vorgenannten Aspekte ein Umdenken im großen Rahmen, teils weisen weitere Erkenntnisse aus den Interviews noch gezielter darauf hin. Aus diesem Grund ist eine banal anmutende These wie „allgemeines Umdenken“ aus Sicht der Autorin als eigener Aspekt für Anpassungsbedarf zu sehen.

Zusammengefasst erfordert es demnach ein Umdenken in vielerlei Hinsicht:

Allgemeines Umdenken
Neues Selbstverständnis von Trägern und Politik
Primat der medizinisch-pflegerischen Sicht auf das Alter verdrängen
Stationäre Altenhilfe als gleichwertigen Partner anerkennen und Öffnungsprozesse starten
Bedürfnisse älterer Menschen erkennen und verstehen lernen

Tabelle 30: Notwendige Änderung: Allgemeines Umdenken³⁶²

Wie bereits der systembedingte Anpassungsbedarf beschreibt, bedarf es einem Umdenken auf Systemebene, was sowohl Politik und öffentliche Verwaltung, als auch die einzelnen Leistungsträger betrifft. Sie brauchen für ihre Tätigkeit ein **neues Selbstverständnis** ihrerseits, um auch Veränderungen bewirken zu können und vor allem zu wollen.³⁶³ Die **handlungsleitenden Grundsätze** in der Alten- und Pflegehilfe sollten sich von einer rein medizinisch-pflegerischen Perspektive hin zu einem sorgenden Verständnis für die Bedürfnisse älterer Menschen verändern.³⁶⁴ In der Planung der Altenhilfe sollte man sich weniger an isolierten Lösungen orientieren, als vielmehr im Sinne der Sozialraumorientierung mehrere Gruppen mitdenken und für all diese Gruppen, bzw. für den Sozialraum, kleinräumig gestaltete Konzepte und Projekte entwickeln. Hierzu erfordert es die Zusammenarbeit verschiedener Partner, um auch interdisziplinär agieren zu können. Dies erfordert eine neue Planungs- und Denkweise.³⁶⁵ **Alten- und Pflegeheime** dürfen hierbei nicht mehr als zentraler Partner der Altenhilfe gesehen werden, sind jedoch ein wesentlicher Bestandteil des Sozialraums und müssen sich in dieser Eigenschaft **in den Sozialraum öffnen**.³⁶⁶ Auch die Menschen in der Lebenswelt älterer Menschen, sei es im persönlichen Umfeld oder auch die Gewerbe-

³⁶⁰ Vgl. Naegele (2011a), 96.

³⁶¹ Vgl. Kremer-Preiß (2011), 14.

³⁶² Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse.

³⁶³ Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

³⁶⁴ Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

³⁶⁵ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015.

³⁶⁶ Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015.

treibenden und andere Dienstleister, müssen auf den **Umgang mit altersassoziierten Einschränkungen** geschult werden.³⁶⁷ Schließlich müssen auch betroffene Menschen selbst, sei es der ältere Mensch selbst oder seine Angehörigen, mehr Eigeninitiative ergreifen und Veränderungen anstoßen.³⁶⁸

5.3.5. Beteiligte Anspruchsgruppen und Nutzenabwägung

Ausgehend von den theoretischen Ausführungen in Kapitel 5.1. wurden beteiligte Personen, Gruppen und Institutionen auf Basis der Literatur gesammelt, die die Lebenswelt älterer Menschen beeinflussen.³⁶⁹ Nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über jene beteiligten Gruppen, die auch im Rahmen der Interviews Anlass für ausführliche Kommentare gaben:

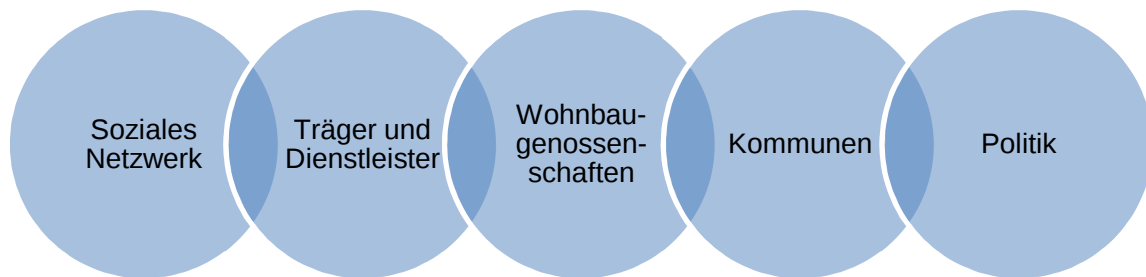


Abbildung 12: Beteiligte Akteure im Sozialraum³⁷⁰

Das Soziale Netzwerk steht für den älteren Menschen und seine Familie und Verwandten, Freunde und Nachbarn. Zusätzlich die sozialen Kontakte im sozialen Nahraum, die Pfarre, Vereine, Gewerbetreibende und Selbsthilfegruppen. Träger und Dienstleister stehen für sämtliche Anbieter von altersassoziierten Leistungen (Alten- und Pflegeheime, Soziale Dienste), Wohnbaugenossenschaften spielen als Anbieter geeigneten Wohnraums eine Rolle. Hinzukommen die Kommunen, die den Lebensraum älterer Menschen bilden und die Politik als gestaltende Kraft in allen Lebensbereichen.

5.3.5.1. Experteneinschätzung zur Rolle einzelner Akteure

Die Gespräche bestätigten die Vermutung der Autorin, dass die unterschiedlichen Anspruchsgruppen im Sozialraum teils verschiedene Einflussmöglichkeiten haben und auch unterschiedlich stark von Veränderungen in ihrem Sozialraum betroffen sein können. Jeder Systempartner hat unterschiedliche Gestaltungsmacht, dabei wird das höchste Potenzial

³⁶⁷ Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

³⁶⁸ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015.

³⁶⁹ Vgl. Böhme/Franke (2010), 89.

³⁷⁰ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse.

naturgemäß bei jenen vermutet, die das System finanzieren, denn Veränderungen bedürfen finanzieller Mittel. Davon unberührt kann der Veränderungswille, bzw. das tatsächlich gelebte Engagement, höchst unterschiedlich ausgeprägt sein.³⁷¹

Soweit es die **älteren Menschen** betrifft, die im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen, müssen sich diese jedenfalls organisieren, um gemeinsam für ihre Interessen eintreten und etwas verändern zu können. Von den Experten wird durchaus Engagement einzelner Personen vernommen, jedoch ebenso betont, dass einzelne Menschen eher wenig erreichen können.³⁷²

„Einer alleine kann nur sehr eingeschränkt etwas bewirken, aber wenn man hartnäckig bleibt, dann kann man etwas erreichen. Glück ist das eine, Engagement und Überzeugungsarbeit das andere.“³⁷³

Diese These trifft auch auf **Soziale Netzwerk** im Allgemeinen zu, wo organisierte Gruppen eine höhere Gestaltungsmacht wahrnehmen können. Gemeinsame Anstrengungen führen eher zum Erfolg, darin ist auch das Potenzial des Sozialen Netzwerks zu verorten.³⁷⁴ Schließlich umfasst das Soziale Netzwerk sämtliche soziale Beziehungen eines Menschen, bspw. sowohl familiäre Bindungen, emotionale Beziehungen zu Freunden oder auch Beziehungen aufgrund von Austauschbeziehungen wie dies bspw. bei Nachbarschaften der Fall sein kann.³⁷⁵ Im sozialen Netzwerk ist folglich auch das bürgerschaftliche Engagement beheimatet, wo sich Personen freiwillig und selbstorganisiert zusammenschließen, um individuelle Ziele bzw. Nutzen zu verfolgen.³⁷⁶ Ein Beispiel aus dem Umfeld der Autorin bildet bspw. ein integrativer Kindergarten, der aufgrund mangelnder Betreuungsstruktur für Kinder betroffener Eltern als Verein gemeinschaftlich ins Leben gerufen wurde („Projekt integrative Kindergruppe (PINK)“).³⁷⁷

Im Kreis der **Leistungserbringer** wurde ausgeführt, dass die Nähe zum Kunden eine entscheidende Rolle spielt. Je intensiver Leistungserbringer mit älteren Menschen als (potenziellen) Kunden in Kontakt stehen, desto eher oder mehr können sie etwas bewirken.³⁷⁸ Dazu wird aber auch die Erhebung von Kundenbedürfnissen als notwendige Voraussetzung ange-

³⁷¹ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

³⁷² Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015.

³⁷³ Interview Nr. 6 am 27.2.2015.

³⁷⁴ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

³⁷⁵ Vgl. Wagner/Wolf (2001), 531f.

³⁷⁶ Vgl. Mutz (2011), 41.

³⁷⁷ Vgl. Projekt integrative Kindergruppe (2015.)

³⁷⁸ Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015

sehen, damit ein Leistungsangebot überhaupt entsprechend adaptiert werden kann.³⁷⁹ Engagement seitens der Leistungserbringer erfordert von diesen jedoch eine Anpassung ihrer Arbeitsweise und Strukturen; damit dies geschehen kann, bedarf es auch eines neuen Selbstverständnisses der Organisationen über ihren Arbeitsauftrag. Es wurde schließlich angemerkt, dass Kostenträger und Leistungserbringer, wie auch bereits an früherer Stelle ausgeführt, nicht nur kundenorientierte Ziele verfolgen.³⁸⁰ Darüber hinaus wurde auch im speziellen die Bedeutung von Alten- und Pflegeheimen diskutiert, ihre Einflussmöglichkeit hinsichtlich der Gestaltung des Sozialraums wurde jedoch als gering eingeschätzt. Jedoch würde auch an dieser Stelle ein verändertes Selbstverständnis Potenzial für den Sozialraum bedeuten. Alten- und Pflegeheime, die sich weg von einer geschlossenen Einrichtung hin zu einem offenen, teamorientierten Partner im Sozialraum entwickeln, können mit ihren Ressourcen viel beitragen und bewirken.³⁸¹ Dies spiegelt auch nachfolgendes Zitat wider:

„Heime braucht es, aber ein Heim selbst hat nicht immer großen Gestaltungsmöglichkeiten in den Sozialraum hineinzuwirken. Heime sollen sich öffnen, siehe auch die KDA Häuser der 5. Generation.“³⁸²

Fasst man den Kreis der Dienstleister etwas weiter, so wurde auch die Bedeutung von **Wohnbaugenossenschaften** hervorgehoben. Diese könnten durchaus viel für den Sozialraum bzw. für ältere Menschen bewirken, indem sie Wohnraum für ältere Menschen entsprechend gestalten, dies betrifft nicht nur die Barrierefreiheit sondern auch das Angebot von Zusatzleistungen. Hierzu ist es aber notwendig, dass ältere Menschen auch als Kundengruppe erkannt werden.³⁸³ Aus Sicht der Autorin wird hier deutlich, dass also auch dieser Akteur seine Leistungen überdenken muss. **Kommunen** spielen in der Gestaltung des Sozialraums eine bedeutende Rolle, jedoch wird ihr tatsächlicher Einfluss aufgrund der oftmals eingeschränkten finanziellen Situation gering.³⁸⁴ Anders würde es sich vermutlich auf der übergeordneten **politischen Ebene** verhalten, jedoch fehlt an dieser Stelle oftmals der Bezug zu den Bedürfnissen älterer Menschen, es fehlt an persönlicher Betroffenheit. Jedenfalls würde jedoch eine für Veränderungen aufgeschlossene Sozialpolitik einen Wandel begünstigen.³⁸⁵ Beispiele für eine Gestaltung des Sozialraums, an der Kommunen wesentlich beteiligt sind, finden sich bei der Realisierung von gemeinschaftlichen bzw. kombinierten Wohn- und Betreuungsformen (bspw. St. Marienkirchen bei Schärding) oder bei der Gestaltung der Se-

³⁷⁹ Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

³⁸⁰ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

³⁸¹ Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

³⁸² Interview Nr. 5 am 26.2.2015.

³⁸³ Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015.

³⁸⁴ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015.

³⁸⁵ Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

nierenbetreuung im Allgemeinen, wenn bspw. neben stationärer und mobiler Hilfe auch umfassende Angebote wie Tagesheimstätten und –zentren sowie Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz innerhalb einer Stadt (bspw. Wels) angeboten werden.³⁸⁶

Der ursprüngliche Gedanke, eine vermutete Diskrepanz zwischen einer Gestaltungsmacht des einzelnen Systempartners und dessen Betroffenheit grafisch darzustellen, musste aufgrund der verschiedenen Bedingungsfaktoren verworfen werden. Abhängig davon, welche Grundeinstellung man der Bewertung voraussetzt, fällt die Bewertung höchst unterschiedlich aus. Bewertet man nach Möglichkeiten bzw. vorhandenem Potenzial, oder nach tatsächlich gelebtem Verhalten? Ein Interviewpartner äußerte sich bspw. zu den Partnern im Sozialen Netzwerk folgendermaßen:

„Das Potenzial ist im Sozialen Netzwerk jedenfalls vorhanden, alleine ausgeübt wird es praktisch zu wenig. Die Realität sieht also sicher anders aus.“³⁸⁷

Hinzukommen die unterschiedlichen Gegebenheiten in den Sozialräumen, es konnten keine einheitlichen Bewertungsmaßstäbe zugrunde gelegt werden. Einen wesentlichen Grundgedanken bei dieser Problematik spiegelt bspw. folgende Aussage wider:

„Es bedarf dem „Gespür“, in den verschiedenen Sozialräumen das entsprechende Potenzial zu erkennen. Man muss überlegen wer der Player vor Ort ist. Einmal kann das das ansässige Alten- und Pflegeheim sein, ein anderes Mal eine Wohnungsgenossenschaft.“³⁸⁸

Aus Sicht der Autorin können trotz der komplexen Abhängigkeiten zumindest zentrale Einflussfaktoren auf die jeweilige Gestaltungsmacht identifiziert werden:

Systempartner	Einflussfaktoren auf deren Gestaltungsmacht
Betroffene und soziales Netzwerk	Organisiertes Auftreten ³⁸⁹
Träger und Leistungsanbieter	Kundennähe und neues Selbstverständnis ³⁹⁰
Wohnbaugenossenschaften	Kundenverständnis ³⁹¹
Kommunen	Finanzielle Ressourcen ³⁹²
Politik	Sensibilität für den Sozialraum ³⁹³

Tabelle 31: Einflussfaktoren auf die Gestaltungsmacht beteiligter Akteure³⁹⁴

³⁸⁶ Vgl. Sozialhilfeverband Schärching (2015); Vgl. Magistrat der Stadt Wels (2015).

³⁸⁷ Interview Nr. 3 am 10.2.2015.

³⁸⁸ Interview Nr. 2 am 9.2.2015.

³⁸⁹ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

³⁹⁰ Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

³⁹¹ Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015.

³⁹² Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015.

³⁹³ Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

5.3.5.2. Chancen und Nutzen der Sozialraumorientierung

Die Beurteilung des Nutzens bzw. der Chancen, die in einem Strukturwechsel in der Altenhilfe hin zur Sozialraumorientierung zu identifizieren sind, ergab ein sehr breites Spektrum, welches nachfolgend auf Basis der Interviews näher ausgeführt wird. Die Ausführungen der Experten lassen sich dabei in fünf zentrale Kategorien einordnen bzw. zusammenfassen:



Abbildung 13: Nutzenbereiche der Sozialraumorientierung³⁹⁵

Moralische und ethische Aspekte sind aus Sicht der Autorin in den Aussagen der Experten dahingehend zu verorten, als dass den Bedürfnissen älterer Menschen besser entsprochen werden sollte: Die Erfahrung der Experten zeigt, dass ältere Menschen in ihrem gewohnten Umfeld wohnen bleiben möchten. Verstärkte Sozialraumorientierung würde die Lebensqualität betroffener Menschen steigern, unter anderem auch durch vermehrte Möglichkeiten der Teilhabe und auch Teilgabe. Dies bewirkt überdies Empowerment, Menschen werden bestärkt bzw. dazu befähigt, eigene Ressourcen vermehrt zu mobilisieren. Darüber hinaus erfordern passende Hilfen eine Orientierung an den Bedarfen jener Menschen, die der Hilfe bedürfen.³⁹⁶ Dass dieser Aspekt auch positiv für die übergeordnete Ebene der Leistungsplanung wirken kann, zeigt folgendes Zitat:

„Sozialraumorientierung mit Förderung von Selbstbestimmung und Empowerment kann helfen, Fehlinvestitionen und Fehlplanungen zu vermeiden, denn verschiedene Hilfen passen oft einfach nicht in die Lebenswelt der Menschen.“³⁹⁷

Lebensqualität kann hier als Bindeglied zwischen den vorgenannten moralischen und ethischen Aspekten und dem nachfolgenden gesellschaftlichem Mehrwert gesehen werden. Als multidimensionales Konzept umfasst Lebensqualität, bezogen auf den Sozialraum, sowohl materielle (bspw. Wohnbedingungen) wie immaterielle (bspw. soziales Netzwerk) Kompo-

³⁹⁴ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse.

³⁹⁵ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse.

³⁹⁶ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

³⁹⁷ Interview Nr. 5 am 26.2.2015.

nenten und schließt objektive Lebensbedingungen (Infrastruktur des Sozialraums) und subjektives Zufriedenheitsempfinden mit ein.³⁹⁸

Unter dem **gesellschaftlichen Mehrwert** kann auch der Aspekt der eben genannten Teilgabe eingeordnet werden. In entsprechend gestalteten Sozialräumen leben verschiedene Generationen und soziale Gruppen, die sich alle ihrem Wunsch entsprechend einbringen können sollten, was in weiterer Folge auch zu einer Aktivierung der Bürgerschaft führt.³⁹⁹ Dabei hat das Zusammenleben mehrerer Generationen immer auch Vorteile für andere beteiligte Gruppen, nicht nur für die Gruppe der älteren Menschen, da ein Denken orientiert am Sozialraum auch die Bedürfnisse anderer Anspruchsgruppen erfasst. Bspw. bedeutet in diesem Denken das Schaffen barrierefreier öffentlicher Räume auch einen Mehrwert für Mütter mit Kindern.⁴⁰⁰ Insgesamt kann aus gesellschaftlicher Perspektive mit einer besseren Akzeptanz von Alter und Gebrechlichkeit gerechnet werden.⁴⁰¹ Die Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen im Sozialraum nutzt Synergieeffekte, stärkt die Infrastruktur und führt zu einer erhöhten Attraktivität der Stadt, des Ortes oder der Region. Die **Lebenswelt** älterer Menschen wird insgesamt gestärkt. Der Sozialraum wird sozusagen wieder belebt, auch für jüngere Generationen interessant, ein Umstand der auch der Wirtschaft nutzt und neue Angebote hervorbringen kann.⁴⁰²

Die Vorteile auf **Systemebene** ergeben sich im Wesentlichen aus den bereits genannten lebensweltlichen Aspekten. Oftmals ist die notwendige Infrastruktur bereits vorhanden und überdies können durch bürgerschaftliches Engagement Bedürfnisse abgedeckt werden, die nicht in reiner Pflege bestehen.⁴⁰³ Darüber hinaus ermöglicht gemeinschaftliche Planung passgenauere Hilfen.⁴⁰⁴ Können Menschen auf diese Weise länger selbstständig wohnen, führt dies zu einer Kostenersparnis in der stationären Pflege.⁴⁰⁵ Dazu ist es aber notwendig, Alter als Ressource und Chance zu erkennen.⁴⁰⁶ Eine Sichtweise, die durch Sozialraumorientierung begünstigt wird. Auf diese Weise kann auch einer zu starken Fokussierung in der Altenhilfe auf die Pflege entgegengewirkt und ein Perspektivenwechsel weg von einer rein ökonomischen Betrachtung der Altenhilfe hinsichtlich ihrer Kosten erreicht werden. Dazu

³⁹⁸ Vgl. Rüßler (2013), 101f.

³⁹⁹ Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

⁴⁰⁰ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015.

⁴⁰¹ Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

⁴⁰² Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015.

⁴⁰³ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015.

⁴⁰⁴ Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

⁴⁰⁵ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015.

⁴⁰⁶ Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

müssen jedoch neue Wege eingeschlagen werden können, neue Szenarien entwickelt werden.⁴⁰⁷

Zusammengefasst stellt sich das Chancen- und Nutzenszenario wie folgt dar:

Kategorie	Nutzen
Moralische und ethische Aspekte	Bedürfnisbefriedigung und Selbstbestimmung
	Verbesserung der Lebensqualität
	Möglichkeit der Teilhabe und Teilgabe, Empowerment
Gesellschaftliche Aspekte	Möglichkeit der Teilgabe
	Aktivierung des bürgerschaftlichen Engagements
	Vorteile für andere Anspruchsgruppen
Stärkung der Lebenswelt	Möglichkeiten für Synergieeffekte
	Stärkung der Infrastruktur
	Wiederbelebung und
	Steigerung der Attraktivität der Sozialräume
Vorteile auf Systemebene	Nutzung vorhandener Ressourcen
	Bürgerschaftliches Engagement als Ressource kann Unterstützungsleistungen abseits der Pflege leisten
	Stationäre Pflege kann (finanzielle) entlastet werden

Tabelle 32: Chancen und Nutzen der Sozialraumorientierung⁴⁰⁸

Insgesamt ergibt sich auch Sicht der Autorin ein breites Nutzenspektrum, wie auch in folgender Wortmeldung zum Ausdruck kommt:

„Sozialraumorientierung eröffnet Möglichkeiten für alle Beteiligten. Dies trifft den einzelnen Menschen, aber ebenso die Wirtschaft und die Krankenkassen.“⁴⁰⁹

5.3.6. Herausforderungen und Grenzen der Sozialraumorientierung

Der Versuch, im Rahmen der Interviews auch etwaige Nachteile der Sozialraumorientierung aufzudecken und ihre Grenzen aufzuzeigen, brachte in jedem Fall einige Herausforderungen zutage, die es in der Umsetzung jedenfalls zu meistern gilt.

5.3.6.1. Herausforderungen und Nachteile in der Umsetzung

Während das Wort „Nachteile“ aus Sicht der Autorin selbstredend eine negative Bewertung erwarten lässt, so haben die Rückmeldung durchaus auch ein positives Stimmungsbild gezeichnet, wie an dieser Stelle aufgezeigt wird.

⁴⁰⁷ Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

⁴⁰⁸ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse.

⁴⁰⁹ Interview Nr. 7 am 9.03.2015.

Bezogen auf das Alter beispielsweise, das ja im Fokus dieser Arbeit steht, kann das Älter-Werden an sich durchaus als Prozess mit Hindernissen betrachtet werden, denen es einfach beizukommen gilt.⁴¹⁰ Für die Menschen im Umfeld bedeutet dies, dass sich diese für einen gelingenden Umgang miteinander auch entsprechender Kompetenzen aneignen müssen (bspw. Angestellte in Einkaufsgeschäften). In diesem Sinne wurden auch anstelle von *Nachteilen die existieren*, gerne Herausforderungen genannt, die es *zu meistern gilt*.⁴¹¹ Hier vor allem die Heterogenität von Sozialräumen, die jeweils eine individuelle Lösung verlangt und einen gemeinschaftlichen Entwicklungsprozess voraussetzt.⁴¹² Schließlich bestehen in Sozialräumen nicht nur soziale, sondern auch erhebliche regionale Unterschiede, wenn man bspw. städtische und ländliche Gegenden vergleicht (siehe hierzu Kapitel 5.3.6.2.). Dies erfordert eine bedarfsgerechte Planung.⁴¹³ Es kann nicht eine einzige richtige Lösung für das gesamte Land geben, wie auch nachfolgendes Zitat unterstreicht:

*„Sozialraumorientierung kann nicht als allgemeingültiges Konzept über eine Gemeinde gestülpt werden, es muss diskutiert und gelebt werden.“*⁴¹⁴

Rahmenbedingungen für ein selbstbestimmtes Wohnen im Alter zu schaffen erfordert u.a. verstärkte Kooperation von Leistungsanbietern (Träger, Kommunen) zur Entwicklung neuer Angebote sowie verstärkte Mitwirkungsformen für die im Sozialraum lebenden Menschen, nicht zuletzt um bspw. deren Wohnumfeld dem Bedarf entsprechend gestalten zu können.⁴¹⁵ Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit von Zusammenarbeit und Interdisziplinarität. Sozialraumorientierung in die Praxis umzusetzen bedarf einer ausgeprägten Kultur der Zusammenarbeit und einem hohen Maß an Überzeugungsarbeit der Politik. Damit können auch langwierige Diskussionen einhergehen und viele Reibungspunkte mit Verwaltungen und Behörden entstehen.⁴¹⁶

Weniger als Herausforderung oder Nachteil, vielmehr als reine Tatsache wurde auch der finanzielle Aspekt thematisiert. Da es auch in einem sozialraumorientierten Konzept nicht nur professioneller Dienstleistungen bedarf, sondern es vielmehr einen ausgebauten Mix verfügbarer Dienstleistungen braucht, dürfen aus Expertensicht insgesamt keine Einsparungen gegenüber dem jetzigen System erwartet werden.⁴¹⁷

⁴¹⁰ Vgl. Interview Nr. 7 am 9.03.2015.

⁴¹¹ Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 9.03.2015.

⁴¹² Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

⁴¹³ Vgl. Naegele (2011b).

⁴¹⁴ Interview Nr. 2 am 9.2.2015.

⁴¹⁵ Vgl. Naegele (2011b).

⁴¹⁶ Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015.

⁴¹⁷ Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

Schlussendlich können dennoch auch einige Nachteile identifiziert werden, wenngleich dies ebenso auf subjektiven Einschätzungen basiert, da es noch an großräumigen Evaluierungen in diesem Bereich fehlt, wie im Rahmen der Interviews angemerkt wurde. Grundsätzlich müssen auch Projekte für alternative Wohn- und Versorgungsformen differenziert betrachtet werden, da mittlerweile aus Expertensicht teils übereilt die Etikette der Sozialraumorientierung verliehen wird.⁴¹⁸ Folgte man aber konsequent dem Gedanken der Sozialraumorientierung in der Altenhilfe, so konnten im Rahmen der Interviews drei zentrale Schwachstellen identifiziert werden: Vor allem hinsichtlich drohender **Versorgungslücken** muss auf die mangelnden Evaluierungen verwiesen werden, die einen repräsentativen Gegenbeweis antreten könnten.⁴¹⁹ Hinsichtlich dieses Aspekts äußerte sich ein Gesprächspartner dahingehend:

*Großes Risiko sind Momente der Vernachlässigung. Es braucht eine Balance zwischen fachlichem und bürgerschaftlichem Engagement, das muss gewährleistet sein. Hier braucht es Sicherungsmechanismen.*⁴²⁰

Die Entstehung **homogener und überalterter Sozialräume** ist ebenso ein drohender Nachteil, sofern in übereiltem Engagement unreflektiert alleine die Gruppe älterer Menschen bei der Gestaltung der Sozialräume fokussiert werden würde. Auf diese Weise würden homogene Sozialräume entstehen, die wiederum für andere soziale Gruppen oder Generationen unattraktiv werden.⁴²¹ Schließlich wurde auch betont, dass alleine **bürgerschaftliches Engagement** niemals alle Problemlagen lösen kann und es dahingehend auch nicht zu einem verklärten Blick auf die Sozialraumorientierung kommen darf. Gewisse Hilfen, vor allem im Bereich der hochgradigen Pflegebedürftigkeit, werden auch weiterhin von speziell ausgebildeten Pflegekräften erledigt werden müssen.⁴²² Zusammenfassend ergeben sich demnach folgende Herausforderungen bzw. Nachteile:

Herausforderungen und Nachteile
Heterogene Sozialräume erfordern individuelle Lösungen
Gemeinschaftliche Entwicklungsprozesse erfordern ausgedehnte Zusammenarbeit und bergen das Risiko von Reibungspunkten in der Diskussion
Keine Einsparungen gegenüber der stationären Altenhilfe zu erwarten
Risiko von Versorgungslücken
Entstehung homogener, überalterter Sozialräume
Bürgerschaftliches Engagement kann nicht alle Problemlagen bedienen

Tabelle 33: Herausforderungen und Nachteile in der Umsetzung⁴²³

⁴¹⁸ Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015.

⁴¹⁹ Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015.

⁴²⁰ Interview Nr. 5 am 26.2.2015.

⁴²¹ Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015.

⁴²² Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

⁴²³ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse.

5.3.6.2. Grenzen in der Umsetzung

Die bereits mehrfach thematisierte Heterogenität der verschiedenen Sozialräume spielte auch bei der Beurteilung der Grenzen des Systems eine herausragende Rolle. Betrachtet man beispielsweise die unterschiedlichen Rahmenbedingungen in städtischen und ländlichen Räumen, so wird dies erstmals deutlich. Während im ländlichen Bereich augenscheinlich teils starke Defizite in der sozialen Infrastruktur existieren, ist es oftmals wesentlich einfacher Kontakte herzustellen, überdies sind die persönlichen Kontakte mitunter auch von einer höheren Intensität bzw. Qualität geprägt. Städtische Bereiche verfügen hingegen über eine meist sehr gut ausgebaute soziale Infrastruktur, das Zusammenleben bleibt jedoch eher anonym.⁴²⁴ Eine wesentliche Grundvoraussetzung bleibt jedoch die soziale Infrastruktur, wie sich auch in folgendem Zitat zu notwendigen Rahmenbedingungen deutlich macht:

„Infrastruktur muss grundsätzlich vorhanden sein, das ist in Städten oftmals besser.“⁴²⁵

Insgesamt wurden heterogene Sozialräume jedenfalls als sehr herausfordernd beschrieben. Jedoch bieten selbst heterogene Sozialräume Potenzial für ein gemeinsames Miteinander, wenngleich die Komplexität innerhalb der Sozialräume im Steigen begriffen ist. Dies betrifft nicht nur ethnische Hintergründe, sondern auch das Zugehörigkeitsgefühl des Einzelnen zu einem Sozialraum, das in Zeiten hoher Mobilität nicht mehr zwangsläufig eindeutig gegeben ist. Aus diesen Gründen ist es immer wichtig, wie bereits auch an anderer Stelle ausgeführt wurde, das Potenzial eines Sozialraums zu erkennen.⁴²⁶ Auch an dieser Stelle sollte aus Sicht der Autorin nochmals die hohe Bedeutung des Miteinanders und der einzelnen Akteure betont werden, da dies eine wesentliche Voraussetzung für das Überwinden von Grenzen darstellt:

„Es bedarf dem „Gespür“, in den verschiedenen Sozialräumen das entsprechende Potenzial zu erkennen. Man muss überlegen wer der Player vor Ort ist. Einmal kann das das ansässige Alten- und Pflegeheim sein, ein anderes Mal eine Wohnungsgenossenschaft.“⁴²⁷

Neben dem hohen Wert ausreichender Sozialkontakte und der hohen Bedeutung sozialer Infrastruktur wurde schließlich auch der finanzielle Rahmen genannt, der wesentlich für ein

⁴²⁴ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

⁴²⁵ Interview Nr. 6 am 27.2.2015.

⁴²⁶ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

⁴²⁷ Interview Nr. 2 am 9.2.2015.

Gelingen der Sozialraumorientierung ist. Wie bei allen anderen Projekten sind auch hier ohne ausreichende finanzielle Mittel die Grenzen der Umsetzung schnell erreicht.⁴²⁸

Schließlich werden von den Experten auch Grenzen in der Umsetzung sozialraumorientierter Konzepte wahrgenommen, bzw. zumindest ein dahingehendes Risiko erkannt. Die genannten Aspekte lassen sich aus Sicht der Autorin im Wesentlichen auf die drei Bereiche **System, Infrastruktur und Gesellschaft** zusammenfassen:

Systembedingte Grenzen

Als systembedingte Grenzen können aus Sicht der Autorin die genannten Aspekte der sektoralen Trennung der Sozialversicherung, des finanziellen Rahmens und dem Mangel an Fachkräften eingeordnet werden:

Systembedingte Grenzen
Versäulung bzw. sektorale Trennung der Bereiche
Mangelnde Finanzierung
Mangelnde Fachkräfte

Tabelle 34: Systembedingte Grenzen der Sozialraumorientierung⁴²⁹

Die Logik der Sozialraumorientierung nimmt den gesamten Sozialraum mitsamt seiner darin vorhandenen Bedarfe ins Visier. Diese Systematik entspricht nicht der Versäulung der Sozialversicherung, in der die einzelnen Sektoren wie Krankheit und Pflege strengt getrennt sind. Aus diesem Grund werden an diesem Punkt systembedingte Grenzen identifiziert.⁴³⁰ Darüber hinaus bedarf es auch einer gesicherten Finanzierung für Projekte rund um den Sozialraum und für Personen, die im Sozialraum als zuständige Stellen für die Koordination von Angeboten und Bedarfen installiert werden können.⁴³¹ Folgende Aussage verdeutlicht dies:

„Es braucht einen Kümmerer, einen Quartiersmanager, jemandem, bei dem die Verantwortlichkeit zusammenläuft. Dazu ist auch eine Regelfinanzierung für Quartiersmanager notwendig.“⁴³²

Zum Stichwort der sektoralen Trennung eignet sich zur Veranschaulichung an dieser Stelle das Konzept der Integrierten Versorgung. Beginnend bei ambulanter und stationärer Versorgung, bis hin zu Rehabilitation und Pflege wird über die Grenzen der einzelnen Sektoren hinweg die Versorgung von Patienten gewährleistet und somit die entsprechenden Nahtstel-

⁴²⁸ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015.

⁴²⁹ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse.

⁴³⁰ Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015.

⁴³¹ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015.

⁴³² Interview Nr. 2 am 9.2.2015.

len zwischen den Bereichen überwunden. Diese Bereiche (die Sektoren) sind einerseits die grundlegenden Gebiete Gesundheit bzw. Krankheit und Pflege, jedoch auch die darin enthaltenen Zweige des ambulanten (Mobile Dienste/niedergelassene Ärzte) und stationären (Alten- und Pflegeheime/Krankenhäuser) Bereichs.⁴³³ Werden für eine derartige Ausrichtung keine Mittel freigesetzt, können entsprechende Programme an ihre Grenzen stoßen. Schließlich braucht es auch ausgebildete Fachkräfte, nicht nur im Bereich der Pflege, die im Sozialraum tätig werden.⁴³⁴

Strukturelle Grenzen

Strukturelle Grenzen sind jedenfalls in den Ressourcen des jeweiligen Sozialraums zu entdecken. Geht es bspw. um strukturschwache Gegenden, in denen kaum mehr Alltagsversorgung gegeben ist, wird eine Umsetzung schwierig. Sämtliche Angebote müssten erst wieder neu installiert werden, um einen adäquaten Sozialraum zu schaffen.⁴³⁵ Dies betrifft auch die vorhandenen Hilfen für altersassoziierte Bedarfe.

*Grenzen liegen in strukturschwachen Gegenden, wo die Alltagsversorgung nicht mehr gegeben ist. Wenn Marktangebote fehlen, das bürgerschaftliche Engagement und die familiären Strukturen fehlen, dann bleibt aus dem Dreieck des Welfaremix' nur mehr der Staat übrig.*⁴³⁶

Werden keine ausreichenden Hilfen angeboten, können bereits angesprochene Versorgungslücken entstehen, der einzelne Mensch erhält keine ausreichende Hilfe.⁴³⁷ Dies betrifft darüber hinaus auch im Speziellen Pflegebedürftigkeit in hohen Stufen. Pflegebedarf in hohem Ausmaß kann weder über rein bürgerschaftliches Engagement gelöst werden, noch können in jedem Sozialraum alle spezialisierten Hilfen angeboten werden, die grundsätzlich möglich wären.⁴³⁸

Strukturelle Grenzen

Strukturschwache Regionen ohne Alltagsversorgung

Unzureichendes Angebot an entsprechender Hilfe

nicht jeder Sozialraum kann jede spezialisierte Hilfe anbieten

hoher Pflegebedarf kann nicht mit bürgerschaftlichem Engagement gelöst werden

Tabelle 35: Strukturelle Grenzen der Sozialraumorientierung⁴³⁹

⁴³³ Vgl. Eger (2011), 3f.

⁴³⁴ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015.

⁴³⁵ Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015.

⁴³⁶ Interview Nr. 5 am 26.2.2015.

⁴³⁷ Vgl. Interview Nr. 5 am 26.2.2015.

⁴³⁸ Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015.

⁴³⁹ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse.

Gesellschaftliche Grenzen

Schließlich ist auch die Grundhaltung der Gesellschaft ein wesentlicher Punkt, an dem das System an seine Grenzen stoßen kann:

Gesellschaftliche Grenzen
Entsolidarisierte, anonymisierte Gesellschaften
mangelnde Selbstlosigkeit der Gesellschaft
Bürgerbeteiligung stößt an seine Grenzen
bzw. ist manchmal nicht gegeben

Tabelle 36: Gesellschaftliche Grenzen der Sozialraumorientierung⁴⁴⁰

Mangelt es in einem Sozialraum an Solidarität und ist das Zusammenleben von Anonymität geprägt, wirkt dies hemmend für den Sozialraum.⁴⁴¹ Schließlich sind Bürgerbeteiligung, bürgerschaftliches Engagement, Ehrenamt, allesamt Begriffe, die für die wesentliche Rolle der Gesellschaft in der Sozialraumorientierung stehen. Bürgerschaftliche Engagement stößt jedoch irgendwann an seine Grenzen oder ist in manchen Sozialräumen vielleicht einfach nicht (mehr) vorhanden. Diese mangelnde Selbstlosigkeit ist eine Grenze für die Sozialraumorientierung.⁴⁴²

Zusätzlich zu diesen Grenzen muss auch wiederum die Tatsache bedacht werden, dass es keine umfassenden, neutralen Evaluierungen zu dieser Thematik gibt.⁴⁴³ Es findet ein starker Wandel innerhalb der Gesellschaft statt und es muss eine legitime Frage sein, ob Sozialraumorientierung überhaupt ein Konzept ist, dass in unserer heutigen Zeit bzw. für die betroffenen Menschen passend ist.⁴⁴⁴ Dieser Gedanke ist aus Sicht der Autorin vor allem auch in Zusammenhang mit den genannten gesellschaftlichen Grenzen ein naheliegender Aspekt.

5.3.7. Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse

Die Gespräche mit den Experten lieferten ein deutliches Bild über die Grenzen der **gegenwärtigen Altenhilfestrukturen**. Die demografischen Entwicklungen und die damit teils daraus folgenden gesellschaftlichen Entwicklungen bringen das gegenwärtige System an seine Grenzen, auch bedingt durch die sektoralen Grenzen des Systems und dem darin herr-

⁴⁴⁰ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse.

⁴⁴¹ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015.

⁴⁴² Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015.

⁴⁴³ Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015.

⁴⁴⁴ Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015.

schenden krankheitsorientierten Blick auf die Pflege bzw. das Alter.⁴⁴⁵ Bewohnerbezogene Pflege kann in Alten- und Pflegeheimen ob der mangelnden Ressourcen kaum mehr realisiert werden.⁴⁴⁶ Insgesamt bringt eine wachsende Gruppe älterer Menschen vielfältige Bedarfe mit sich, die neue Lösungen erfordern.⁴⁴⁷ Schließlich müssen auch zur Wahrung von Selbstbestimmung und Menschenwürde individuelle Bedürfnisse älterer Menschen gewürdigt werden.⁴⁴⁸

Das **Gegenstück zur gegenwärtigen Altenhilfe** sollte dabei in einer dezentralisierten Altenhilfe bestehen, in der ein Hilfemix bzw. Welfare-Mix ein generationenübergreifendes Leben ermöglicht. Teil dieser Vision ist eine gestärkte Solidargesellschaft geprägt von wechselseitiger Hilfe. Hierzu wird es eine Perspektivenvielfalt in der Systemgestaltung brauchen, um in vernetzter und interdisziplinärer Zusammenarbeit tragfähige Zukunftskonzepte erarbeiten zu können. Hohe Bedeutung wird auch in der Mobilisierung bürgerschaftlicher Ressourcen liegen müssen.

Die daraus folgende Prämisse, dass die Zukunft der Altenhilfe im Sozialraum liegt, konnte mit zahlreichen **Argumenten und einem breiten Nutzenspektrum** für die beteiligten Anspruchsgruppen untermauert werden. Eine Zusammenfassung dieser Ergebnisse, sowie die Einschätzung über den **Einfluss des rechtlichen Systems**, wird die Beantwortung der entsprechenden Forschungsfragen im Anschluss liefern.

Um das bestehende **System derart zu verändern**, dass Sozialraumorientierung in der Altenhilfe der handlungsleitende Grundsatz wird, muss auf verschiedenen Ebenen angesetzt werden. Neben Anpassungen auf Systemebene, wie bspw. das Überwinden der sektoralen Trennung, müssen entsprechende strukturelle Rahmenbedingungen hergestellt werden. Diese umfassen im Wesentlichen die Lebensbereiche Wohnen, Soziale Infrastruktur sowie Angebote der Hilfe und Unterstützung.⁴⁴⁹ Verschiedene Aspekte, wie Bürgerbeteiligung und Kundensouveränität, erfordern überdies aus Sicht der Autorin die Etablierung eines neuen

⁴⁴⁵ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

⁴⁴⁶ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015.

⁴⁴⁷ Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015.

⁴⁴⁸ Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015

⁴⁴⁹ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015; Vgl. KDA (2011b), 2.

Kundenverständnisses in der Altenhilfe, flankiert von einem allgemeinen Umdenken, das vor allem eine neue Sicht auf das Älter-Werden hervorbringen muss.⁴⁵⁰

Insgesamt darf jedoch **kein verklärter Blick** auf die Sozialraumorientierung riskiert werden. Bei aller Dezentralisierung und Einbindung bürgerschaftlichen Potenzials müssen entsprechende Sicherungsmechanismen die Entstehung möglicher Versorgungslücken vermeiden helfen.⁴⁵¹ Ein gezielter Blick auf entsprechende Herausforderungen und Grenzen wird ebenso im Zuge der Beantwortung der Forschungsfragen unternommen.

⁴⁵⁰ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

⁴⁵¹ Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015.

6. Resümee

Nachdem der Forschungsgegenstand sowohl theoretisch als auch empirisch bearbeitet wurde, erfolgen nun abschließend die Beantwortung der eingangs aufgestellten Forschungsfragen sowie eine Zusammenfassung der Arbeit und ein entsprechender Ausblick.

6.1. Beantwortung der Forschungsfragen

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die **Bedeutung der Sozialraumorientierung in der Altenhilfe aufzuzeigen und zusätzlich den rechtlichen Einfluss zu beurteilen**. Dazu wurden entsprechende Forschungsfragen formuliert, die wie folgt beantwortet werden können:

Worin bestehen die Argumente für eine Orientierung auf den Sozialraum in der Altenhilfe und welcher Nutzen kann dabei für die beteiligten Anspruchsgruppen generiert werden?

Zuallererst ergibt sich eine grundsätzliche Notwendigkeit zur Neugestaltung der Altenhilfe, vor allem bedingt durch den demografischen und gesellschaftlichen Wandel.⁴⁵² Die daraus resultierenden veränderten Bedarfe liefern das Argument für eine Orientierung am Sozialraum⁴⁵³.

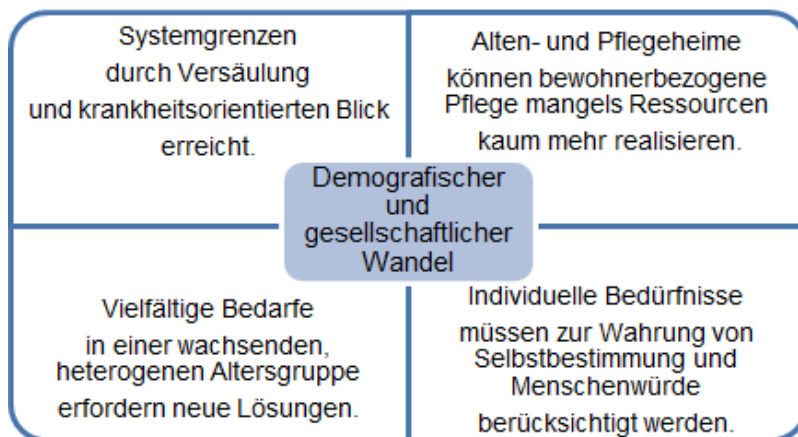


Abbildung 14: Gründe für einen Richtungswechsel in der Altenhilfe⁴⁵⁴

In ihrer Denkweise, alle Anspruchsgruppen in den Fokus zu nehmen (Populationsorientierung), können Vorteile nicht nur für ältere Menschen sondern auch andere

⁴⁵² Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

⁴⁵³ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015; Vgl. Bleck/van Rießen/Knopp (2013), 8f

⁴⁵⁴ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse, Vgl. Kapitel 5.3.1.1..

Anspruchsgruppen und dadurch insgesamt ein Mehrwert im Lebensraum der Menschen generiert werden.⁴⁵⁵

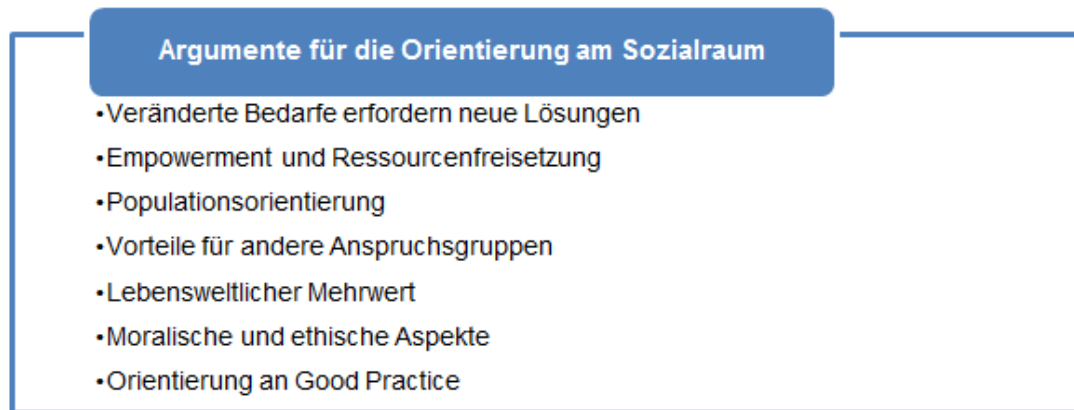


Abbildung 15: Argumente für die Orientierung am Sozialraum⁴⁵⁶

Sozialraumorientierung befähigt durch die Stärkung der sozialen Infrastruktur ältere Menschen und setzt bürgerschaftliche Ressourcen frei.⁴⁵⁷ Nicht zu vergessen auch die Orientierung an den Bedürfnissen älterer Menschen, bspw. im gewohnten Umfeld bleiben zu wollen, was einen moralischen und ethischen Aspekt betrifft.⁴⁵⁸ Schließlich wird Sozialraumorientierung in der Altenhilfe auch in anderen Ländern bereits diskutiert und praktiziert.⁴⁵⁹

Der generierbare **Nutzen** liegt dabei in vielfältigen Aspekten für verschiedene Anspruchsgruppen, nicht nur für die zentrale Gruppe älterer Menschen: Die Wahrung der Bedürfnisse älterer Menschen und ihrer Selbstbestimmung, die Möglichkeit der Teilhabe und Teilgabe, ebenso wie eine Verbesserung der Lebensqualität bilden zentrale moralische und ethische Nutzenaspekte.⁴⁶⁰ Vorteile für andere Gruppen innerhalb des Sozialraums sowie die Aktivierung bürgerschaftlichen Engagements bilden gesellschaftlich Nutzenaspekte. Insgesamt wird die Infrastruktur gestärkt und dadurch der Sozialraum wiederbelebt, Synergieeffekte können dadurch genutzt und die Lebenswelt der Menschen gestärkt werden.⁴⁶¹ Die Nutzung vorhandener Ressourcen, wie die bestehenden Hilfestrukturen und zusätzlich das bürgerschaftliche

⁴⁵⁵ Vgl. Hämel/Kutzner, 61f, Vgl. Schaeffer (2013), 4f; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

⁴⁵⁶ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse, Vgl. Kapitel 5.3.2..

⁴⁵⁷ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015.

⁴⁵⁸ Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

⁴⁵⁹ Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015; Schönknecht (2014), 376.

⁴⁶⁰ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

⁴⁶¹ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

Engagement, schafft insgesamt eine effizientere Versorgungsstruktur und kann dadurch die stationäre Pflege bei der Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen entlasten.⁴⁶² Nachfolgende Tabelle stellt einen zusammenfassenden Überblick über das Nutzenspektrum dar:

Kategorie	Nutzen
Moralische und ethische Aspekte	Bedürfnisbefriedigung und Selbstbestimmung
	Verbesserung der Lebensqualität
	Möglichkeit der Teilhabe und Teilgabe, Empowerment
Gesellschaftliche Aspekte	Möglichkeit der Teilgabe
	Aktivierung des bürgerschaftlichen Engagements
	Vorteile für andere Anspruchsgruppen
Stärkung der Lebenswelt	Möglichkeiten für Synergieeffekte
	Stärkung der Infrastruktur
	Wiederbelebung und
	Steigerung der Attraktivität der Sozialräume
Vorteile auf Systemebene	Nutzung vorhandener Ressourcen
	Bürgerschaftliches Engagement als Ressource kann Unterstützungsleistungen abseits der Pflege leisten
	Stationäre Pflege kann (finanziell) entlastet werden

Tabelle 37: Chancen und Nutzen der Sozialraumorientierung⁴⁶³

Welche Unterschiede ergeben sich in der Ausgestaltung der Pflegevorsorge bzw. -versorgung durch die unterschiedliche rechtliche Ausgestaltung des Bereichs durch Pflegegeld und Pflegeversicherung in Österreich und Deutschland im Allgemeinen und welche Auswirkungen ergeben sich durch die rechtliche Ausgestaltung im Speziellen für sozialraumorientierte Versorgungskonzepte?

Die **allgemeinen Unterschiede** zwischen dem österreichischen und dem deutschen Weg, so wie diese umfassend bereits in Kapitel 3.3. erarbeitet wurden, bestehen im Wesentlichen in der grundlegenden Ausgestaltung des Systems: Während in Österreich auf den gewöhnlichen Aufenthalt im Inland und eine bestehende Grundleistung abgestellt wird (bzw. bei fehlender Grundleistung auf den gewöhnlichen Aufenthalt im Inland und die österreichische Staatsbürgerschaft), knüpft Deutschland mit der **Pflegeversicherung** an die gesetzliche Krankenversicherung an und gibt überdies für privatversicherte Personen eine Versicherungspflicht vor. Das Pflegegeld in Österreich besteht dabei eindeutig in einer **Geldleistung**, während die Pflegeversicherung in Deutschland primär Sachleistungen vorgibt, wenngleich im häuslichen Bereich eine Wahlfreiheit gegenüber einer geringer dotierten Geldleistung

⁴⁶² Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015..

⁴⁶³ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse, Vgl. Kapitel 5.3.5.2..

besteht. Ein wesentlicher Unterschied ergibt sich des Weiteren in der **Definition der Pflegebedürftigkeit**. Während beide Systeme derzeit noch auf dauerhafte Einschränkungen und damit einhergehenden Hilfebedarf abstellen, wird Deutschland zukünftig einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einführen, der sich am Grad der Selbstständigkeit von Menschen orientieren wird. Darüber hinaus unterscheiden sich die Systeme in der **Ausgestaltung des Stufensystems**. Während Österreich das Ausmaß notwendiger Hilfe in sieben Pflegestufen differenziert, sind im deutschen System nur drei Stufen vorgesehen. Aber auch hier wird Deutschland neue Wege einschlagen und künftig fünf Pflegegrade einführen. Hinsichtlich der **Förderung** neuer Wohnformen bzw. der Weiterentwicklung der Leistungen hat Österreich den eigens dafür eingerichteten Pflegefonds geschaffen, während Deutschland diverse Förderungen im Gesetz zur Pflegeversicherung festschreibt. Gemein ist beiden, dass vorrangig Strukturen im nichtstationären Bereich gefördert werden.

	Österreich	Deutschland
Grundlage	gewöhnlicher Aufenthalt im Inland und bestehende Grundleistung <i>bei keiner bestehenden Grundleistung:</i> gewöhnlicher Aufenthalt im Inland und österreichische Staatsbürgerschaft	Versicherungsverhältnis
Leistungsart primär	Geldleistung	Sachleistung, wahlweise Geldleistung bei häuslicher Pflege
Begriff der Pflegebedürftigkeit	defizitorientiert	defizitorientiert, Orientierung am Grad der Selbstständigkeit in Planung
Stufensystem	7 Stufen	3 Stufen, 5 Stufen in Planung
Förderung und Weiterentwicklung des Systems	vorrangig nichtstationärer Bereich	vorrangig nichtstationärer Bereich

Abbildung 16: Zusammenfassender Überblick Pflegegeld und Pflegeversicherung⁴⁶⁴

Die **Bedeutung** des rechtlichen Rahmens für die Ausgestaltung der Altenhilfe und im speziellen **für die Umsetzung sozialraumorientierter Konzepte** wurde mittels Experteninterviews beleuchtet: Zentrale Erkenntnisse sind aus Sicht der Autorin zwei verschiedene Positionen bzw. Tatsachen: Einerseits bestimmt das System der Pflegevorsorge maßgeblich die Strukturen der Hilfe und damit der Versorgung (Vorrang stationärer oder ambulanter Leistungen?).⁴⁶⁵ Andererseits ist Pflegebedürftigkeit jedoch nur ein Aspekt im Prozess des Älter-

⁴⁶⁴ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse, Vgl. Kapitel 3.3..

⁴⁶⁵ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

Werdens und andere Bereiche wie bspw. die Sozialarbeit spielen eine höhere Rolle im bzw. für den Sozialraum als der rechtliche Rahmen der Pflegevorsorge:⁴⁶⁶

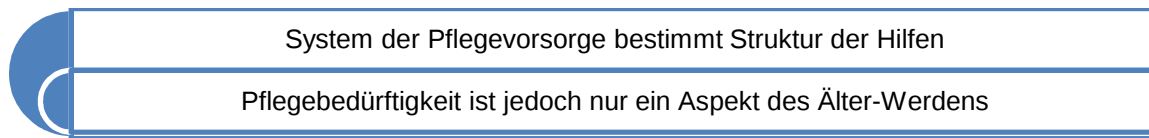


Abbildung 17: Relevanz des Pflegevorsorgesystems⁴⁶⁷

Konkrete **Einschränkungen** für die Umsetzung sozialraumorientierter Konzepte wurden vor allem betreffend Leistungserbringung und der Wirkung der Stufensystematik der Pflegevorsorge verortet:

Einschränkungen betreffend Leistungserbringung
mangelnde Finanzierung altersbedingter Leistungen jenseits der Pflege
keine Förderung präventiver Maßnahmen
keine flexible Anpassung an Gegebenheiten vor Ort möglich
Einschränkungen durch Stufensystematik
vielfältige Bedarfe bereits vor Erreichen der Pflegestufen
Mangelnde Erfassung gewöhnlicher Alltagshilfen
Keine Anreize für Zustandsverbesserungen

Tabelle 38: Einschränkungen durch den rechtlichen Rahmen⁴⁶⁸

Derzeit fehlt es an einer grundlegenden Finanzierung sowohl für altersbedingte Leistungen abseits der Pflege, als auch für präventive Maßnahmen, die Pflegebedürftigkeit vermeiden oder hinauszögern könnten.⁴⁶⁹ Das System ermöglicht darüber hinaus keine flexible Anpassung an die Gegebenheiten vor Ort, da das Ausmaß der Hilfe durch die jeweilige Stufe vorgegeben ist.⁴⁷⁰ Darüber hinaus führen eben diese Stufen zu einer besonderen Herausforderung. Hilfebedarf kann, auch wenn er noch nicht die Pflegestufe 1 erreicht, durchaus erhebliches Ausmaß annehmen, vor allem was die tägliche Lebensführung betrifft. Hierfür notwendige Alltagshilfen werden aber nicht durch das Pflegevorsorgesystem finanziert.⁴⁷¹ Darüber hinaus werden auch keine maßgeblichen Anreize gesetzt, den Zustand eines pflegebedürftigen Menschen zu reduzieren und ihn bspw. zu mobilisieren.⁴⁷²

⁴⁶⁶ Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015.

⁴⁶⁷ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse, Vgl. Kapitel 5.3.3.1..

⁴⁶⁸ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse, Vgl. Kapitel 5.3.3.3..

⁴⁶⁹ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

⁴⁷⁰ Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015.

⁴⁷¹ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

⁴⁷² Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015.

Zusammenfassend lassen die vorgenannten Aspekte in Hinblick auf die Forschungsfrage kaum eine eindeutige Stellungnahme zu:

1. Einerseits wirkt das Pflegevorsorgesystem direkt auf die Ausgestaltung der Pflegeversorgung und bestimmt somit die verschiedenen Settings (frei verwendbare Geldleistung, vorgegebene Sachleistung, Kombinationsmöglichkeiten).⁴⁷³ Diesbezüglich muss in Hinblick auf Sozialraumorientierung hervorgehoben werden, dass Geldleistungen eine erhöhte Wahlfreiheit für den älteren bzw. pflegebedürftigen Menschen bedeuten.⁴⁷⁴ Hierbei kann eindeutig ein Vorteil in der österreichischen Orientierung identifiziert werden.
2. Andererseits liegt der Kern der Sozialraumorientierung eben nicht primär in der Pflege. Pflege spielt sowohl im Leben des älteren Menschen als auch in der Systematik der Sozialraumorientierung für die Altenhilfe (vgl. Kapitel 5.1.2. zum Quartiersmanagement) nur eine Rolle neben anderen Aspekten (Wohnen und Soziales).⁴⁷⁵ Diese Sichtweise reduziert im Allgemeinen die Bedeutung der Pflegevorsorge für die Sozialraumorientierung in der Altenhilfe.
3. Schließlich muss der Aspekt der altersbedingt vermehrt erforderlichen, alltagsnahen Dienstleistungen aufgegriffen werden. Niederschweligen Angeboten in diesen Bereichen (bspw. Alltagshilfen für Haushalt oder Fahrdienste) kommt eine hohe Bedeutung zu, diese werden aber im Rahmen der Pflegeversicherung, ebenso wie präventive Angebote, (kaum) gefördert, was als klarer Mangel identifiziert wurde.⁴⁷⁶ Hierbei kann wiederum ein klarer Vorteil in der österreichischen Orientierung gesehen werden, da das Pflegegeld schließlich frei verwendet werden kann.

Aus Sicht der Autorin erfordert eine sozialräumlich orientierte Altenhilfe das eindeutige Bekenntnis zu ambulanten und dezentralen Strukturen sowie die Etablierung von haushaltsnahen Dienstleistungen bzw. gewöhnlicher Alltagshilfen abseits der Pflege.⁴⁷⁷ Wesentlich wird für die Zukunft sein, dass eine derartige Versorgungsstruktur gegeben ist. Ob sich der einzelne ältere Mensch nun völlig autonom aus dem vorhandenen Dienstleistungsspektrum bedienen kann oder ob die Bedingungen für die Inanspruchnahme der Leistungen gesetzlich verankert sind, muss auf Basis der gesammelten Erkenntnisse als weniger relevant bewertet werden.

⁴⁷³ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

⁴⁷⁴ Vgl. Hager (2012), 57; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015.

⁴⁷⁵ Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. KDA (2011b), 2.

⁴⁷⁶ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

⁴⁷⁷ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 7 am 09.03.2015.

Welche Herausforderungen gilt es in der Umsetzung sozialraumorientierter Wohnkonzepte zu meistern und wo liegen ihre Grenzen?

Die Frage nach Herausforderungen bei der Umsetzung impliziert in gewissem Maße auch die notwendigen Anpassungsleistungen, die im Vorfeld zu leisten sind. Da die Fragestellung konkret auf die Herausforderungen und Grenzen in der Umsetzung abzielt, wird weiter an dieser Stelle auf die Ausführungen in Kapitel 5.3.4. zu den Voraussetzungen verwiesen.

Wahrnehmbare **Herausforderungen** wurden von den Experten deutlich in heterogenen Sozialräumen gesehen, die aufgrund verschiedenster Bedürfnisse keine allgemeingültigen Lösungen erlauben (bspw. viele junge Familien, hoher Anteil an Migration).⁴⁷⁸ Jedoch darf bei Verwirklichung von Sozialraumorientierung in der Altenhilfe auch nicht ausschließlich die ältere Bevölkerung in den Blick genommen werden, da auf diese Weise wiederum homogene, überalterte Sozialräume entstehen würden.⁴⁷⁹ Darüber hinaus muss man das Risiko drohender Versorgungslücken im Blick behalten und sich dessen bewusst sein, dass bürgerschaftliches Engagement nicht alleine alle Herausforderungen, wie bspw. hochgradige Pflege, meistern kann.⁴⁸⁰

Herausforderungen und Nachteile
Heterogene Sozialräume erfordern individuelle Lösungen
Entstehung homogener, überalterter Sozialräume
Risiko von Versorgungslücken
Bürgerschaftliches Engagement kann nicht alle Problemlagen bedienen
Gemeinschaftliche Entwicklungsprozesse erfordern ausgedehnte Zusammenarbeit und bergen das Risiko von Reibungspunkten in der Diskussion
Keine Einsparungen gegenüber der stationären Altenhilfe zu erwarten

Tabelle 39: Herausforderungen und Nachteile in der Umsetzung⁴⁸¹

Schließlich stellen auch die notwendigen gemeinschaftlichen Entwicklungsprozesse, die sich aus den vielfältigen Anforderungen der jeweiligen Sozialräume ergeben, eine Herausforderung dar. Umfassende Zusammenarbeit verschiedener Akteure (kommunale Vertreter, Bürger, Leistungsträger) kann auch zu vielen Reibungspunkten aufgrund unterschiedlicher Interessenslagen führen.⁴⁸² Und schließlich kann zwar die stationäre Altenhilfe durch einen längeren Verbleib im eigenen Wohnumfeld entlastet werden, insgesamt das System betreffend

⁴⁷⁸ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

⁴⁷⁹ Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015.

⁴⁸⁰ Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

⁴⁸¹ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse, Vgl. Kapitel 5.3.6.1..

⁴⁸² Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

sind jedoch keine Einsparungen zu erwarten, da auch sozialräumlich organisierte Konzepte ausgebauten Hilfsstrukturen erfordern.⁴⁸³

Grenzen sind jedenfalls in strukturschwachen Regionen ohne Alltagsversorgung bzw. ohne entsprechender (spezialisierten) Hilfesysteme zu sehen. Vor allem hochgradige Pflege stellt unter Umständen eine Grenze für den Sozialraum dar, da nicht jeder Sozialraum jede spezialisierte Hilfe anbieten kann und auch die Kompetenzen bürgerschaftlichen Engagement ein Ende finden.⁴⁸⁴

Strukturelle Grenzen
Strukturschwache Regionen ohne Alltagsversorgung
Unzureichendes Angebot an entsprechender Hilfe

Tabelle 40: Strukturelle Grenzen der Sozialraumorientierung⁴⁸⁵

Gleichzeitig spielt auch die Rolle der Gesellschaft eine große Rolle. Nehmen Anonymität und Mangel an Solidarität überhand, sind die Grenzen schnell erreicht.⁴⁸⁶ Aus diesen Gründen muss auch die Frage legitim sein, ob Sozialraumorientierung immer und in jedem Sozialraum umsetzbar bzw. ein zeitgemäßes System ist.⁴⁸⁷

Gesellschaftliche Grenzen
Entsolidarisierte, anonymisierte Gesellschaften
mangelnde Selbstlosigkeit der Gesellschaft
Bürgerbeteiligung stößt an seine Grenzen
bzw. ist manchmal nicht gegeben

Tabelle 41: Gesellschaftliche Grenzen der Sozialraumorientierung⁴⁸⁸

Schließlich sind es auch systembedingte Grenzen, die das Vorhaben zum Scheitern bringen können:

Systembedingte Grenzen
Versäulung bzw. sektorale Trennung der Bereiche
Mangelnde Finanzierung
Mangelnde Fachkräfte

Tabelle 42: Systembedingte Grenzen der Sozialraumorientierung⁴⁸⁹

⁴⁸³ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

⁴⁸⁴ Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 5 am 26.02.2015.

⁴⁸⁵ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse, Vgl. Kapitel 5.3.6.2..

⁴⁸⁶ Vgl. Interview Nr. 1 am 06.02.2015; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015.

⁴⁸⁷ Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015.

⁴⁸⁸ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse, Vgl. Kapitel 5.3.6.2..

⁴⁸⁹ Eigene Darstellung der ausgewerteten Interviewergebnisse, Vgl. Kapitel 5.3.6.2..

Die strikte Trennung der Sozialversicherung in Krankheit und Pflege schränkt den Handlungsspielraum ein.⁴⁹⁰ Darüber hinaus benötigt Sozialraumorientierung auch entsprechende finanzielle Mittel und ausreichend ausgebildete Fachkräfte, um die Versorgungsstrukturen adäquat gestalten zu können.⁴⁹¹

6.2. Zusammenfassung und Ausblick

Mit dem einführenden Kapitel 2 über das Leben und Wohnen im (höheren) Alter wurde einerseits aufgezeigt, dass die Gruppe älterer Menschen konstant wächst und sich eine zunehmend heterogene soziale Gruppe Älterer ausdifferenziert.⁴⁹² Andererseits wurden die vielfältigen Wohn- und Unterstützungsmöglichkeiten im Alter skizziert.

Aus den verschiedenen Bedarfslagen, die im Alter entstehen können, wurde im speziellen das Risiko der Pflegebedürftigkeit betrachtet und in Kapitel 3 zwei unterschiedliche Zugänge der Vorsorge beleuchtet. Der zentrale Unterschied zwischen Österreich und Deutschland besteht dabei augenscheinlich in den Leistungsarten, die in Österreich ausschließlich in einer Geldleistung, in Deutschland primär in einer Sachleistung bestehen.

Jedoch wird auch in Deutschland, ermöglicht durch ein grundsätzliches Wahlrecht im häuslichen Pflegebereich, bevorzugt eine Geldleistung in Form eines Pflegegeldes gewählt.⁴⁹³

Mit dem anschließenden Kapitel zur Situationsbestimmung in Österreich (Kapitel 4) wurde versucht, beide Bereiche zusammenzuführen und zu untermauern, dass Pflegebedürftigkeit nur eine Erscheinungsform des Alters ist, wie auch im Rahmen des folgenden Ausblicks nochmals aufgegriffen wird.⁴⁹⁴

Schließlich widmete sich Kapitel 5 dem Schwerpunkt der Arbeit, der Sozialraumorientierung in der Altenhilfe. Theoretische Grundlagen wurden ergänzt um die Sicht von Praktikern, was Anlass, Umsetzung und Auswirkung einer derartigen Ausrichtung in der Altenhilfe bedeuten können. Dabei konnte ein breites Nutzenszenario dargestellt werden, dass nicht nur den einzelnen älteren Menschen und sein soziales Netzwerk, sondern noch viele weitere Anspruchsgruppen erfasst (Tabelle 32).

⁴⁹⁰ Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015.

⁴⁹¹ Vgl. Interview Nr. 2 am 09.02.2015; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015.

⁴⁹² Vgl. Vidacak (2014), 108.

⁴⁹³ Vgl. Göpfert-Divivier (2009), 7.

⁴⁹⁴ Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015.

In Anbetracht der skizzierten Alters- und Bedarfssituation werden nicht nur Herausforderungen für den stationären Bereich, sondern vor allem auch für den ambulanten Sektor und damit für die gesamte Versorgungsstruktur zu bewältigen sein.⁴⁹⁵ Das Risiko der Pflegebedürftigkeit betrifft in Österreich nur rd. 9% aller Personen zwischen 61 und 80 Jahren, erst ab dem 81. Lebensjahr sind rd. 60% der Altersgruppe von Pflegebedürftigkeit betroffen.⁴⁹⁶ Aus Sicht der Autorin zeigt dies, dass Pflegebedürftigkeit einerseits eindeutig ein Risiko höheren Alters ist, es andererseits aber nur einen Teilaspekt im fortgeschrittenen Lebensabend darstellt.⁴⁹⁷ Aber auch das Ausmaß an Pflegebedürftigkeit ist differenziert zu betrachten. In der Altersgruppe 61 bis 80 Jahre benötigen 60% aller Personen Hilfen der Stufe 1 und 2, in der Gruppe 81 und älter finden immer noch 46% der Pflegegeldbezieher das Auslangen mit Hilfen der Stufen 1 und 2.⁴⁹⁸ Hochgradige Pflegebedürftigkeit ist demnach aus Sicht der Autorin nicht der Regelfall, wenngleich in höherem Alter deutlich häufiger.

Dies zeigt sich des Weiteren auch in der Inanspruchnahme sozialer Dienste, wo nur rd. 18% aller Pflegegeldbezieher in stationären Einrichtungen betreut werden.⁴⁹⁹

Blickt man nun in die Zukunft, so werden in 15 Jahren, somit im Jahr 2030, Menschen im Alter zwischen 60 und 70 Jahren die stärkste Bevölkerungsgruppe bilden.⁵⁰⁰ Demnach muss zwar insgesamt mit einer steigenden Nachfrage nach Hilfeleistungen gerechnet werden, hochspezialisierte Pflege kann aber, wie oben ausgeführt, nicht die einzige Antwort sein.⁵⁰¹ Versorgungsstrukturen werden neu gedacht werden müssen.⁵⁰² Ein Gedanke, der mit dem Schwerpunkt der Sozialraumorientierung und den dazu durchgeführten Experteninterviews untermauert wurde.

Ältere Menschen haben vielfältige Bedürfnisse, auch der objektive Bedarf ist mannigfaltig und besteht nicht nur in völliger Selbständigkeit oder Pflegebedürftigkeit. Es können nicht alle pflegebedürftigen Menschen in stationären Strukturen betreut werden, es ist aber auch nicht notwendig.⁵⁰³ Vielfach besteht Unterstützungsbedarf in alltäglichen, hauswirtschaftlichen bzw. haushaltsnahen Leistungen, oftmals auch bereits lange vor Erreichen einer Pflegestufe. Diese Bedarfe werden zunehmen und ein adäquates Dienstleistungsangebot erfor-

⁴⁹⁵ Vgl. Ottensmeier (2004), 6; Vgl. Mayr/Lehner (2009), 9; Vgl. Bertelsmann Stiftung (2005), 16ff.

⁴⁹⁶ Vgl. Tabelle 18: Eigene Darstellung, Daten zusammengefasst aus: BMASK (2014b), 77; Statistik Austria (2015d).

⁴⁹⁷ Vgl. Krayss (2010), 43f; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015.

⁴⁹⁸ Vgl. Tabelle 19: Eigene Darstellung, Daten entnommen aus BMASK (2014b), 77.

⁴⁹⁹ Vgl. Tabelle 21: Eigene Darstellung, Daten entnommen aus BMASK (2014b), 107.

⁵⁰⁰ Vgl. Hiptmair (2014), 7.

⁵⁰¹ Vgl. Naegele (2011a), 92; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015.

⁵⁰² Vgl. Kremer-Preiß (2011), 13f.

⁵⁰³ Vgl. Kremer-Preiß (2011), 14; Vgl. Interview Nr. 3 am 10.02.2015

dern.⁵⁰⁴ Zusätzlich muss auch die Chance erkannt werden, dass durch entsprechende niederschwellige Unterstützungsleistungen sowie adäquat gestalteten Wohnraum die Selbstständigkeit älterer Menschen gefördert und dadurch Pflegebedürftigkeit hinausgezögert werden kann.⁵⁰⁵

Den bekannten Herausforderungen muss mit umfassenden Konzepten begegnet werden, die bestehende Hilfen in einer vernetzten Versorgungsstruktur innerhalb der Lebenswelt älterer Menschen vereinen. Eine Orientierung rein an Alten- und Pflegeheimen kann kaum die passende Lösung sein.⁵⁰⁶ Trotz allem ist sich aber auch die Autorin der weiterhin hohen Bedeutung von Alten- und Pflegeheimen in der Versorgungsstruktur bewusst, sie fordert lediglich eine neue Rollenzuweisung. Das Alten- und Pflegeheim soll ein Partner in der Versorgungsstruktur sein, offen und sensibel seiner Umwelt gegenüber.⁵⁰⁷ Hierzu erfordert es auch ein neues Selbstverständnis der Träger, das Alten- und Pflegeheim nicht mehr als isolierte Einrichtung zu sehen und verstärkt auf eine Mischung verschiedener Versorgungsformen zu setzen.⁵⁰⁸

Darüber hinaus plädiert die Autorin für eine neue Sicht auf das Älter-Werden und vor allem das Älter-Sein. Alter muss normal werden, vor allem auch weil von der Befriedigung der Bedürfnisse älterer Menschen jeder profitieren kann. Das einfache Beispiel der Barrierefreiheit zeigt dies deutlich, profitieren hier doch ebenso körperlich beeinträchtigte Personen oder Mütter mit Kindern.⁵⁰⁹ Hierzu braucht es jedoch einen weiteren Fokus auf die Altenhilfe, der das Leben im Alter (Care-Ansatz) und nicht nur die medizinisch-pflegerische Komponente (Cure-Ansatz) verfolgt. Neben Angeboten der Pflege und Betreuung sind es vor allem Beratungs-, Koordinations- und Informationsangebote sowie eine altersgerechte räumliche Infrastruktur, inklusive entsprechendem Wohnbau, die dabei von Bedeutung sein müssen.⁵¹⁰

Bereits die Vereinten Nationen haben in einer Resolution aus dem Jahr 1991 (Resolution 46/91) unter dem Titel „Damit längeres Leben lebenswert wird“ festschreiben, dass ältere Menschen so lange als möglich zuhause leben können (Unabhängigkeit) und in der Gesellschaft integriert bleiben sollen (Partizipation).⁵¹¹ Bedenkt man nun, dass besonders im Alter der tägliche Aktionsradius bedeutend eingeschränkt ist und oftmals in einem Radius von nur

⁵⁰⁴ Vgl. Göpfert-Divivier/Schulz (2009), 29f.

⁵⁰⁵ Vgl. Göpfert-Divivier (2009), 11; Vgl. Naegele (2011b), 340f.

⁵⁰⁶ Vgl. Vidacak (2014), 121.

⁵⁰⁷ Vgl. Klie (2014), 103f; Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 6 am 27.02.2015.

⁵⁰⁸ Vgl. Interview Nr. 4 am 25.02.2015; Vgl. Interview Nr. 8 am 10.03.2015; Siehe hierzu bspw. das Leitbild der Bremer Heimstiftung: Vgl. Bremer Heimstiftung (2015).

⁵⁰⁹ Vgl. Vidacak (2014), 122ff.

⁵¹⁰ Vgl. Nöbauer/Maun (2015), 117.

⁵¹¹ Vgl. United Nations (2015).

300 bis 500 Meter um die eigene Wohnung stattfindet⁵¹², so wird deutlich, was ein Umzug in ein Alten- und Pflegeheim in den übernächsten Ort bedeuten muss und welche hohe Bedeutung eine Orientierung am Sozialraum für den einzelnen Menschen haben wird.

Abschließend soll ein Zitat nach Naegele die Sicht der Autorin auf den Punkt bringen:

*„Es sollte deutlich geworden sein, dass das kollektive Altern der Gesellschaft – bei allen problematischen Dimensionen - nicht primär als Bedrohungsszenarium interpretiert werden darf, sondern als eine gesellschaftspolitische Gestaltungsaufgabe (...) aufzugreifen ist.“*⁵¹³

⁵¹² Vgl. Vidacak (2014), 108.

⁵¹³ Naegele (2011a), 97.

LITERATURVERZEICHNIS

Bücher und Fachbeiträge

- Albrecht, Peter-Georg/Wolf, Jürgen: Seniorenfreundliche Kommunen. Neuere Entwicklungen in Deutschlands Städten und Gemeinden, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 5/2012, 327-336
- Amt der oö. Landesregierung: Richtlinien zur Förderung professioneller sozialer Dienste in Oberösterreich. Hauskrankenpflege - Mobile Betreuung und Hilfe, Linz 2006, http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/ooe/Mob_Dienste_Richtlinien_1.5.06.pdf, Stand 2.5.2015
- Bertelsmann Stiftung: Positionspapier Perspektiven für das Wohnen im Alter. Handlungsempfehlungen des Beirates "Leben und Wohnen im Alter" der Bertelsmann Stiftung, o.O., 2005, <http://www.fundacionbertelsmann.org/cps/rde/xbcr/SID-43C57DC1-40AD11DC/bst/PositionspapierLebenundWohnen05.pdf>, Stand 2.5.2015
- Bieling, Gisela: Age Inclusion. Erfolgsauswirkungen des Umgangs mit Mitarbeitern unterschiedlicher Altersgruppen in Unternehmen, Wiesbaden 2011
- Birkhölzer, Karl et.al.: Gemeinwesenarbeit und Gemeinwesenökonomie. Expertise für einen Aufbaustudiengang, Berlin 1996
- Bleck, Christian/ van Rießen, Anne/Knopp, Reinhold: Der Blick Älterer auf >ihr Quartier<. Methoden und Instrumente für die sozialräumliche Arbeit mit älteren Menschen, in: Sozialmagazin. Die Zeitschrift für Soziale Arbeit, 6/2013, 6-17
- Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang: Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung, in: Bohnsack, Ralf et.al.: Qualitative Sozialforschung, Wiesbaden 2014, 1-98
- Böhme, C./Franke, T.: Soziale Stadt und ältere Menschen, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2/2010, 86-90
- Bortz, Jürgen/Döring, Nicola: Forschungsmethoden und Evaluation, 3. Auflage, Heidelberg 2003
- Bramberger, Andrea: Zukunft : Altern : Wohnen, in: Forschung Urstein GmbH (Hrsg.): Wissenschaftliche Schriftenreihe des Zentrums für Zukunftsstudien - Salzburg, Band 5, Wien 2005, 9-128
- Brunner, Johann K./Mühlböck, Vanessa: Wer soll für die Pflege zahlen?, Linz 2007
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW): 10 gute Gründe für die Notwendigkeit eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, in: TUP. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 4/2014, 317-318
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK 2014a): Sozialschutz in Österreich, Wien 2014

- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK 2014b): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2013, Wien 2014
- Curaviva Schweiz: Wohnformen im Alter. Eine terminologische Erklärung, Bern 2014, <http://www.weiterbildung.curaviva.ch/files/YBEC6GB/Broschuere-Wohnformen-im-Alter.pdf>, Stand 2.5.2015
- Dörr, Margret/Füssenhäuser, Cornelia: Einleitung, in: Dörr, Margret/Füssenhäuser, Cornelia/Schulze, Heidrun (Hrsg.): Biografie und Lebenswelt. Perspektiven einer kritischen Sozialen Arbeit, 1-21
- Eger, Karin: Integrierte Versorgung im österreichischen Gesundheitswesen. Status quo und Ausblick, in: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft (Hrsg.): Laut gedacht. Wegweiser zur Umsetzung der Patientenrechte, St. Pölten 2011, 1-10
- Ehmer, J.: Sozialgeschichte des Alters, Frankfurt am Main 1990
- Elkeles, Barbara: Die begrenzte (Lebens-)Zeit - Alterstheorien und -konzepte in der Medizin, in: Jüttemann, Veronika (Hrsg.): Ewige Augenblicke. Eine interdisziplinäre Annäherung an das Phänomen Zeit, Münster 2008, 192-201
- Feigl, Katharina: "Who cares?". Das österreichische und deutsche Pflegesystem im Falle eines Pflegefalles - Vergleiche, Parallelen, Effekte, Wien 2012
- Früchtel, Frank/Cyprian, Gudrun/Budde, Wolfgang: Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Textbook: Theoretische Grundlagen, 3. überarbeitete Auflage, Wiesbaden 2013
- Früchtel, Frank: Sozialraumorientierung und Netzwerk, Vortragsmanuskript zum 4. Fachforum "Fachkompetenz in Unterstützter Beschäftigung" am 26. und 27. Juni 2013 in Bad Honf, Bad Honf 2013, http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/rehabilitation_und_teilhabe/Internationale_Themen/infopool-bag-ub/Fachtage201306/Fachforum_FUB_West_26-06-2013_Vortrag_Sozialraumorientierung_und_Netzwerk.pdf, Stand 2.5.2015
- Gatterer, Gerald: Strukturen der Altenbetreuung in Österreich, in: Gatterer, Gerald (Hrsg.): Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein Praxisbezogenes Handbuch, 2. Auflage, Wien 2007
- Gerlinger, Thomas/Röber, Michaela: Die Pflegeversicherung, Bern 2009
- Gläser, Jochen/Laudel, Grit: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen, 3. Auflage, Wiesbaden 2009
- Gohde, Jürgen: Quartiersnahe Versorgung und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, in: Evangelisches Johanneswerk (Hrsg.): Quartiersnah. Die Zukunft der Altenhilfe, Hannover 2011, 39-46
- Göpfert-Divivier, Werner/Schulz, Jürgen: Politik und Strategie: Wie lautet das Angebot?, in: Göpfert-Divivier, Werner/Schulz, Jürgen (Hrsg.): Alltagshilfen erfolgreich aufbauen. Schritt für Schritt in ein neues Geschäftsfeld, Hannover 2009, 29-38

- Göpfert-Divivier, Werner: Der Markt will Alltagshilfen - eine Einführung, in: Göpfert-Divivier, Werner/Schulz, Jürgen (Hrsg.): Alltagshilfen erfolgreich aufbauen. Schritt für Schritt in ein neues Geschäftsfeld, Hannover 2009, 7-13
- Hager, Magdalena: Pflegeversicherung als Ausweg aus der Pflegekrise? Vergleich der Pflegefinanzierungssysteme in Österreich und Deutschland, Krems 2012
- Hämel, Kerstin/Kutzner, Janina: Weiterentwicklung der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Anregungen aus Finnland, in: Pflege & Gesellschaft. Zeitschrift für Pflegewissenschaft, 1/2015, 53-66
- Hämel, Kerstin: Öffnung und Engagement. Altenpflegeheime zwischen staatlicher Regulierung, Wettbewerb und zivilgesellschaftlicher Einbettung, in: Evers et.al. (Hrsg.), Reihe Sozialpolitik und Sozialstaat, Wiesbaden 2012
- Heinzelmann, Martin: Das Altenheim – immer noch eine „Totale Institution“?. Eine Untersuchung des Binnenlebens zweier Altenheime, Göttingen 2004
- Herfurth, Frank/Lenze, Bernhard: Ganzheitliche Ernährungsberatung. Ein Nachschlagewerk, Norderstedt 2014
- Hinte, Wolfgang/Kreft, Dieter: Sozialraumorientierung, in: Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, 6. Auflage, Weinheim/Basel 2008, 879-882
- Hinte, Wolfgang/Trees, Helga: Sozialraumorientierung in der Jugendhilfe. Theoretische Grundlagen, Handlungsprinzipien und Praxisbeispiele einer kooperativ-integrativen Pädagogik, 2. Auflage, Weinheim 2011
- Hiptmair, Elisabeth: Die Organisation der Altenpflegerischen Infrastruktur in Oberösterreich - eine geographische Analyse der Pflegevorsorge, Wien 2014
- Hofmarcher, Maria M.: Das Österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen, Berlin 2013
- Kaiser, Robert: Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung, in: Erhart, Hans-Georg et.al.: Elemente der Politik, Wiesbaden 2014, 1-149
- Kämmer, Karla: Der Beitrag professioneller Pflege zur Lebensweltgestaltung von Menschen mit Demenz, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 3/2002, 186-189
- KDA (2011a) - Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Quartiersentwicklung – Ziele, Verantwortlichkeiten und politischer Handlungsbedarf, Köln 2011
- KDA (2011b) - Kuratorium Deutsche Altershilfe: Was sind altersgerechte Quartiersprojekte? Bausteine und Umsetzungsverfahren, Auflage 2011, http://www.kda.de/tl_files/kda/PDF-Dateien/2011_Folder_Quartier_web.pdf, Stand 12.5.2015
- KDA (2012) - Kuratorium Deutsche Altershilfe: Denkansatz und Innovationen für eine moderne Altenhilfe, Köln 2012, http://www.kda.de/tl_files/kda/PDF-Dateien/Denkansatz_, Stand 12.5.2015

- Kleve, Heiko: Sozialraumorientierung - systemische Begründung für ein klassisches und innovatives Konzept der sozialen Arbeit, in: Sozialmagazin, 3/2004, 12-22
- Klie, Thomas: Teilhabe und Teilgabe. Neue Bilder selbst- und mitverantwortlichen Lebens im Alter, 2012, http://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_internet/senioren/klie_teilhabe_und_teilgabe.pdf, Stand 2.5.2015
- Klie, Thomas: Wen kümmern die Alten?. Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft, München 2014
- Krayss, Gerhard: Soziale Wirkung und "Social Return", in: Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hrsg.): Zukunft Quartier - Lebensräume zum Älterwerden, Band 3, 2. Auflage, Gütersloh 2010
- Kremer-Preiß, Ursula/Stolarz, Holger: Diskussion zum Themenblock B (Initiatoren, Betreiber und Koordinatoren), in: Bertelsmann-Stiftung/Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Anforderungen an die Gestaltung quartiersbezogener Wohnkonzepte, Köln 2004, 83-90
- Kremer-Preiß, Ursula: Quartiersnahe Versorgung und die Kommunen, in: Evangelisches Johanneswerk (Hrsg.): Quartiersnah. Die Zukunft der Altenhilfe, Hannover 2011, 13-18
- Kron, Maria: Kooperation - unumgänglich zur Inklusion, in: Gemeinsam leben. Zeitschrift für Inklusion, 4/2013, 213-223
- Künzel, Alexander/Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG): Die Bremer Heimstiftung – Innovative sozialraumorientierte Altenhilfe, in: sozialraum.de (5) Ausgabe 1/2013, <http://www.sozialraum.de/die-bremer-heimstiftung.php>, Stand 12.5.2015
- Lamberg, Christina: Formen der Altenhilfe in Oberösterreich – Geschichte, Gegenwart und Zukunftstrends, Linz 2008
- Litges, Gerhard/Lüttringhaus, Maria/Stoik, Christoph: Quartiermanagement, in: Kessl, Fabian et. al. (Hrsg.): Handbuch Sozialraum, Wiesbaden 2005, 559-576
- Lukas, Helmut: Sozialraum, in: Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, 6. Auflage, Weinheim/Basel 2008, 877-879
- Maurer, Susanne et. al: Vorwort, in: Kessl, Fabian et. al. (Hrsg.): Handbuch Sozialraum, Wiesbaden 2005, 5-6
- Mayer, Margit/Lehner, Markus: Herausforderungen der integrierten Versorgung im Alter. Probleme und Perspektiven, Linz 2009
- Mayring, Phillip: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 11. Auflage, Weinheim und Basel 2010
- Meuser, Michal/Nagel, Ulrike: Das Experteninterview - Konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage, in: Pickel et.al.: Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen, Wiesbaden 2009, 465-479

- Michell-Auli, Peter/Sowinski, Christine: Die 5. Generation: KDA Quartiershäuser. Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen, in: Zukunft gestalten - Ansätze für die Praxis, Band 6, Köln 2012
- Mieg, Harald/Näf, Matthias: Experteninterviews in den Umwelt- und Planungswissenschaften. Eine Einführung und Anleitung, 2. Auflage, Zürich 2005, http://www.mieg.ethz.ch/education/Skript_Experteninterviews.pdf", Stand 12.5.2015
- Moser-Siegmeth, Verena: Wohin mit den Alten in Österreich? Bestandsaufnahme, institutionelle Analyse und Expertinnenwissen zur Pflegevorsorge, Wien 2010
- Multrus, Dirk: Voraussetzungen und Möglichkeiten der Versorgung alter Menschen in den deutschen Landen im späten Mittelalter, in: Herrmann-Otto, Elisabeth (Hrsg.): Die Kultur des Alterns von der Antike bis zur Gegenwart, St. Ingbert 2004, 33-62
- Mutz, Gerd: Bürgerschaftliches Engagement, in: Sozial Extra, 1-2/2011, 41-44
- Naegele, Gerhard (2011a): Demografischer Wandel: Mega-Herausforderungen für die Sozialpolitik. Unter besonderer Beachtung des kollektiven Alterns der Bevölkerung, in: TUP. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 2/2011, 88-97
- Naegele, Gerhard (2011b): Selbstbestimmt leben und wohnen im Alter - alte und neue Herausforderungen, in: TUP. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 5/2011, 339-350
- Nöbauer, Brigitta/Maun, Heike: Partizipative Zugänge zur Planung von Leistungen für ältere Menschen im Sozialraum. Ein Beispiel aus Oberösterreich, in: Wüthrich, Bernadette/Amstutz, Jeremias/Fritze, Agnes (Hrsg.): Soziale Versorgung zukunftsfähig gestalten, Wiesbaden 2015, 111-134
- Ottensmeier, Birgit: Projekt "Leben und Wohnen im Alter", in: Bertelsmann-Stiftung/Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Anforderungen an die Gestaltung quartiersbezogener Wohnkonzepte, Köln 2004, 5-8
- Pallinger, Manfred/Pfeiffer, Karin: 20 Jahre Pflegegeld. Entstehung, Entwicklung und Zukunft des Pflegegeldes, in: Soziale Sicherheit. Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung, 6/2013, 282-288
- Pantucek, Peter: Kein Fall ohne Feld. Raum und Zeit: Überlegungen zu den Dimensionen des Sozialen, in: Sozialmagazin, 12/2008, 28-37
- Pfeil, Walter: Ein neuer Ansatz für die Finanzierung (und auch für die Organisation?) von Pflege und Betreuung, in: Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht, 101/2011, 124-126
- Rudda, Johannes: Pflegegeld, Pflegeversicherung und Pflegefonds, in: Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht, 24/2011, 29-31
- Rudda, Johannes: Vom Hilflosenzuschuss zum Pflegegeld: 20 Jahre Pflegegeld in Österreich, in: Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht, 52/2013, 76-79
- Rüßler, Harald: Alternde Stadtgesellschaften gestalten: Lebensqualität im Wohnquartier verbessern, lokale Demokratie stärken, in: TUP. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 2/2013, 97-107

- Schaeffer, Doris: Zukunftskonzept einer koordinierten Gesundheitsversorgung. Veränderte Rollen der Gesundheitsberufe, Vortrag im Rahmen der internationalen Tagung des Wissenschaftsrates „Gesundheitsberufe der Zukunft/Perspektiven der Akademisierung, 2013, http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/Schaeffer_Zukunftskonzept.pdf, Stand 2.5.2015
- Schlag, Tina: Fachliche Grundlagen und Empfehlungen zur ausgewogenen Ernährung im Alter, in: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.): Beraterhandbuch - Präventive Hausbesuche bei Senioren, Hannover 2009, 119-130
- Schmassmann, Hector: Alter und Gesellschaft. Eine Analyse von Alternsprozessen unter dem Aspekt sozialer Netzwerke, Basel 2006
- Schnelle, Simon R. A.: Das sozial vermittelte Alter(n), in: Pelizäus-Hoffmeister, Helga (Hrsg.): Der ungewisse Lebensabend?. Alter(n) und Altersbilder aus der Perspektive von (Un-)Sicherheit im historischen und kulturellen Vergleich, Wiesbaden 2014, 25-36
- Scholta, Margit: Genug ist nicht genug. Herausforderungen durch eine Gesellschaft des langen Lebens, in: Zweimüller, Brigitte (Hrsg.): Sind wir im Alter gut versorgt? Gesellschaftliche Perspektiven und ökonomische Rahmenbedingungen, Linz 2007, 76-97
- Schönberg, Frauke: Quartiersnahe Versorgung und die Charta, in: Evangelisches Johanneswerk (Hrsg.): Quartiersnah. Die Zukunft der Altenhilfe, Hannover 2011, 47-55
- Schönknecht, Christiane: Die Zukunft liegt im Quartier - einfach so?, in: TUP - Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 5/2014, 376-386
- Sparschuh, Vera: Der demografische Wandel im ländlichen Raum und die Verlässlichkeit von Generationenbeziehungen. Eine Herausforderung für die Soziale Arbeit, in: Sozialmagazin. Die Zeitschrift für Soziale Arbeit, 4/2015, 38-45
- Staudinger, Ursula M.: Fremd- und Selbstbild im Alter. Innen- und Außensicht und einige der Konsequenzen, in: Graf Kielmansegg, Peter/Häfner, Heinz (Hrsg.): Alter und Altern. Wirklichkeiten und Deutungen, Heidelberg 2012, 187 - 200
- Szücs, Christian: Grundzüge des Sozialrechts, 2. Auflage, Wien 2014
- Thane, Pat: Das 20. Jahrhundert. Grenzen und Perspektiven, in: Thane, Pat (Hrsg.): Das Alter. Eine Kulturgeschichte, Darmstadt 2005, 263-300
- United Nations: Grundsätze der Vereinten Nationen für ältere Menschen, o.O. 1991, <http://www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar46091.pdf>
- Vidacak, Sara: weg vom Fenster! *und rein ins Quartier- oder warum das Alter als eigenständige Lebensphase sichtbare Akzeptanz und Integration finden muss und nicht nur als Restzeit gelten darf, Graz 2014
- Wagner, Michael/Wolf, Christof: Altern, Familie und soziales Netzwerk, in: Zeitschrift für Erziehungswissenschaften, 4/2001, 529-554

Internetquellen

- Amt der oö. Landesregierung (2015a): Mobile Betreuung und Hilfe, http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/ooe/hs.xsl/22983_DEU_HTML.htm, Stand 30.3.2015
- Amt der oö. Landesregierung (2015b): Hauskrankenpflege, http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/ooe/hs.xsl/22982_DEU_HTML.htm, Stand 30.3.2015
- Amt der oö. Landesregierung (2015c): Mobile Dienste, http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/ooe/hs.xsl/18790_DEU_HTML.htm, Stand 30.3.2015
- Bibliografisches Institut GmbH (2015a): Alter, http://www.duden.de/rechtschreibung/Alter_Lebensabschnitt, Stand 26.3.2015
- Bibliographisches Institut GmbH (2015b): Altertum, <http://www.duden.de/rechtschreibung/Altertum>, Stand 26.3.2015
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2015a): Geschichte der Pflegeversicherung, <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegeversicherung/geschichte-der-pflegeversicherung.html>, Stand 30.3.2015
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2015b): Die Pflegestärkungsgesetze. Geplante Veränderungen im Überblick, http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Flyer/Flyer_Die_Pflegestaerkungsgesetze.pdf, Stand 30.3.2015
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2015c): Das zweite Pflegestärkungsgesetz, <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-ii.html>, Stand 30.3.2015
- Bremer Heimstiftung: Perspektiven schaffen, <http://www.bremer-heimstiftung.de/bremerheimstiftung/leitbild.html>, Stand 2.4.2015
- Bundeskanzleramt (2015a): Wohnen für Senioren, <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/286/Seite.2860050.html>, Stand 31.3.2015
- Bundeskanzleramt (2015b): Wohnen Zuhause, <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/286/Seite.2860007.html>, Stand 31.3.2015
- Bundeskanzleramt (2015c): Betreutes Wohnen, <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/204/Seite.2040030.html>, Stand 31.3.2015
- Bundeskanzleramt (2015d): Voraussetzungen für das Pflegegeld, <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360512.html>, Stand 31.3.2015
- Bundeskanzleramt (2015e): Allgemeines zu Sozialen Diensten, <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/254/Seite.2540100.html>, Stand 31.3.2015
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK 2015a): Fördermodell des Sozialministeriums zur 24-Stunden-Betreuung, http://www.sozialministerium.at/site/Soziales/Pflege_und_Betreuung/24_Stunden_Betreuung/, Stand 29.3.2015
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK 2015b): Pflegefonds, http://www.sozialministerium.at/site/Soziales/Pflege_und_Betreuung/Pflegefonds/, Stand 29.3.2015
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK 2015c): Soziale Dienste,

- http://www.sozialministerium.at/site/Soziales/Pflege_und_Betreuung/Soziale_Dienste/,
Stand 29.3.2015
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK 2015d): Bedarfsorientierte Mindestsicherung,
http://www.sozialministerium.at/site/Soziales/Bedarfsorientierte_Mindestsicherung/, Stand 29.3.2015
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK 2015e): Pflege und Betreuung, http://www.sozialministerium.at/site/Soziales/Pflege_und_Betreuung/,
Stand 29.3.2015
- Bundesministerium für Gesundheit (2015a): Wohngemeinschaften,
<https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/wohngemeinschaften.html>,
Stand 29.3.2015
- Caritasverband für die Diözese Mainz e. V.: Sozialraumorientierte Netzwerke in der Altenhilfe,
<http://www.dicvmainz.caritas.de/akuellesundpresse/projekte/netzwerkaltenhilfe/netzwerkaltenhilfe>, Stand 2.5.2015
- Deutsche Bibelgesellschaft : Entstehung des Alten Testaments,
<http://www.basisbibel.de/basiswissen-bibel/entstehung-der-bibel/altes-testament/>, Stand 26.3.2015
- Deutsche Sozialversicherung Europavertretung (2015a): Einführung, <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/wegweiser/einfuehrung.html>, Stand 31.3.2015
- Dr. Hendel GmbH: Kalendarisches und biologisches Alter, <http://www.dr-barbara-hendel.de/blog/kalendarisches-und-biologisches-alter/>, Stand 26.3.2015
- Evangelische Stiftung Alsterdorf: Q8 - ein Stadtteilentwicklungsprojekt der Evangelischen Stiftung Alsterdorf, <https://www.alsterdorf.de/projekte/projekt/q8-ein-stadtteilentwicklungsprojekt-der-evangelischen-stiftung-alsterdorf.html>, Stand 2.5.2015
- Gesundheit Österreich GmbH (2015a) (Bundesministerium für Gesundheit): Wohnen im Alter, <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/wohnen-im-alter.html>,
Stand 26.3.2015
- Gesundheit Österreich GmbH (2015b) (Bundesministerium für Gesundheit): Tageszentren für Seniorinnen und Senioren,
<https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/tageszentren.html>, Stand 26.3.2015
- Magistrat der Stadt Wels: Seniorenbetreuung, <http://www.wels.at/Leben-in-Wels/Soziales/Seniorenbetreuung-und-Pflege/Seniorenbetreuung.html?hp=3>, Stand 2.5.2015
- ÖGUT – Österreichische Gesellschaft für Umwelt und Technik: SOZIALRAUM UND SOZIALRAUMANALYSE,
http://www.partizipation.at/fileadmin/media_data/Downloads/themen/sozialraum_1.pdf,
Stand 30.3.2015
- Projekt integrative Kindergruppe (PINK): <http://www.kindergruppe-pink.org/Pink/Konzept/Konzept2006.htm>, Stand 2.5.2015
- Sozialhilfeverband Schärding: Vitales Wohnen St. Marienkirchen, <http://www.shv-schaerding.at/site/viwo/wir-uber-uns/>, Stand 2.5.2015
- Statistik Austria (2015a): Sterbetafeln,
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/sterbetafeln/, Stand 29.3.2015

Statistik Austria (2015b): Finanzierung der Sozialausgaben,
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialschutz_nach_eu_konzept/finanzierung_der_sozialausgaben/index.html, Stand 29.3.2015

Statistik Austria (2015c): Bevölkerung nach Alter und Geschlecht,
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html, Stand 29.2.2015

Statistik Austria (2015d): Bevölkerung am 1.1.2014 nach Alter und Bundesland - Insgesamt,
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/023470.html, Stand 29.3.2015

Statistik Austria (2015e): Bevölkerungsprognosen,
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html, Stand 29.3.2015

Statistik Austria (2015f): Sozialquote 1980 bis 2013,
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialschutz_nach_eu_konzept/sozialquote/020180.html, Stand 29.3.2015

Statistik Austria (2015g): Sozialausgaben,
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialschutz_nach_eu_konzept/sozialausgaben/index.html, Stand 29.3.2015

Statistik Austria (2015h): Sozialleistungen auf Bundesebene,
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/index.html, Stand 29.3.2015

Statistik Austria (2015i): Sozialleistungen auf Landesebene,
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/index.html, Stand 29.3.2015

Statistik Austria (2015j): Betreuungs- und Pflegedienste,
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/index.html, Stand 29.3.2015

Statistik Austria (2015k): Bevölkerungspyramide 2013, 2030, 2060, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html, Stand 16.5.2015

Interviews

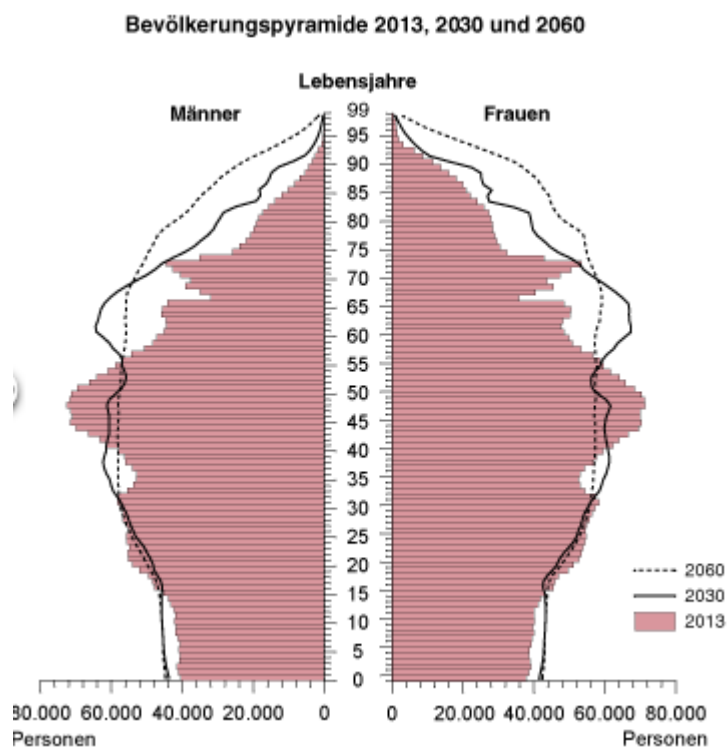
Interview Nr. 1 am 06.02.2015
 Interview Nr. 2 am 09.02.2015
 Interview Nr. 3 am 10.02.2015
 Interview Nr. 4 am 25.02.2015
 Interview Nr. 5 am 26.02.2015
 Interview Nr. 6 am 27.02.2015
 Interview Nr. 7 am 09.03.2015
 Interview Nr. 8 am 10.03.2015

ANHANG

Anhang 1: Bevölkerungspyramide 2013, 2030, 2060

Anhang 2: Gesprächsleitfaden

Anhang 1: Bevölkerungspyramide⁵¹⁴



⁵¹⁴ Abbildung entnommen aus Statistik Austria (2015k).

Anhang 2: Gesprächsleitfaden

Interviewleitfaden Experteninterviews

Interviewnummer	Ort und Datum
Gesprächspartner	Dauer
Anonymisierung / Zustimmung namentliche Nennung	

Einführung: Im Rahmen meiner Masterarbeit untersuche ich Voraussetzungen für die Umsetzung sozialraumorientierter Wohnkonzepte sowie Stärken und Schwächen dieser Versorgungsformen. Schwerpunkt der Arbeit bildet einerseits der rechtliche Aspekt in Bezug auf die Absicherung von Pflegebedürftigkeit, andererseits die fachliche Sicht von Experten, was die praktische Umsetzung betrifft.

Zielsetzung: Mithilfe von Interviews wird die Sicht von Praktikern in meine Arbeit einfließen und kritische Erfolgsfaktoren für die Umsetzung derartiger Konzepte aufgezeigt.

Vertraulichkeit: Im Falle eines **persönlichen Interviews** wird das Gespräch zu Auswertungszwecken aufgezeichnet. Im Rahmen einer **telefonischen Befragung** werden Notizen gemacht. Ihre Person wird nur mit Ihrer Zustimmung namentlich in meiner Masterarbeit genannt.

(1) Einstieg/persönliche Daten

1. In welcher beruflichen Position sind Sie tätig?
2. Wie sind Sie zur Thematik der Sozialraumorientierung gekommen?
3. In welcher Form sind Sie in der Entwicklung und/oder Umsetzung neuer Wohnkonzepte engagiert?

(2) Neugestaltung der Altenhilfe im Allgemeinen

4. Wo liegen Ihres Erachtens die Gründe für eine notwendige Neugestaltung der Altenhilfe?
5. Was sehen Sie als Leitgedanken für die zukünftige Ausgestaltung der Altenhilfe?

(3) Umsetzung von Sozialraumorientierung

6. Was spricht für eine verstärkte Orientierung auf den Sozialraum/auf die Lebenswelt älterer Menschen?

7. Betreffend verschiedene Akteure in der Altenhilfe, sei es professionell oder im persönlichen Umfeld – wo sehen Sie den Initiator für die Umsetzung solcher Konzepte?

Bewerten Sie bitte jeweils in der Ausprägung 0 – 5.

0 für keinen Einfluss bzw. keine Betroffenheit,

5 für einen sehr starken Einfluss bzw. starke Betroffenheit.

Lebensbereich	Anspruchsgruppen	Initiator – wer kann Gestaltungsmacht ausüben?	Wer ist am stärksten betroffen?
Lebenswelt, bzw. soziales Netzwerk	Familie/Verwandte, Freunde/Nachbarn Pfarre, Vereine Geschäftsleute im Quartier Selbsthilfegruppen		
Systemebene	professionelle Dienstleister (Rotes Kreuz, Caritas, usw.)		
	Trägerorganisationen		
	Wohnbaugenossenschaften		
	Sozialpolitik		
	Sozialhilfverbände		
	Kommunen		

8. Welchen Anpassungsbedarf sehen Sie in den gegebenen (sozialpolitischen) Strukturen, um eine stärkere Orientierung auf den Sozialraum umsetzen zu können?

9. Welche Rolle spielt das System des Pflegegeldes für die Ausgestaltung der Pflegeversorgung? Im speziellen auch für sozialraumorientierte Konzepte?

10. Wo sehen Sie Einschränkungen durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen?

(4) Chancen und Risiken der Sozialraumorientierung

11. Wo liegt der zentrale Nutzen für einen Strukturwechsel in der Altenhilfe hin zur Sozialraumorientierung?

12. Sehen Sie auch Nachteile, die aus der Anwendung derartiger Konzepte für die beteiligten Anspruchsgruppen entstehen können?

13. Wo sehen Sie die Grenzen der Sozialraumorientierung bzw. das größte Problem in der Umsetzung?