

Weiter wie gewohnt? Wohnen im Alter

GESUND&AKTIV
ÄLTER WERDEN

DOKUMENTATION

**Regionalkonferenz
Schleswig-Holstein**

26. September 2012



© Ingo Bartussek, Fotolia.com.



BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Impressum

Bearbeitung

Siri Hirsch

Redaktion

Dr. Elfi Rudolph

Herausgeberin

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung
in Schleswig-Holstein e.V.

Flämische Str. 6 -10 - 24103 Kiel

Tel.: 04 31 / 9 42 94

Fax: 04 31 / 9 48 71

E-Mail: gesundheit@lvgfsh.de

www.lvgfsh.de

Gefördert

von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Postfach 910152

51071 Köln

www.bzga.de

Satz und Druck

Wanitzek Satz- und Printstudio

Neustädter Straße 26-29

23758 Oldenburg in Holstein

Fotos

Umschlagseite: Ingo Bartussek, Fotolia.com

Innenteil: Noel Richter im Auftrag der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung
in Schleswig-Holstein e.V.

Bestellnummer 6141 2019

Kooperationspartner der Regionalkonferenz



Landesvereinigung
für Gesundheitsförderung
in Schleswig-Holstein e.V.

Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Familie
und Gleichstellung
des Landes Schleswig-Holstein



Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich
des Bundesministeriums für Gesundheit

Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck
-Geriatrizentrum-



Inhaltsverzeichnis

Eröffnung, Grußworte, Einführung in die Thematik 5

Dr. Elfi Rudolph

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V.

Dr. Monika Köster

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Dr. Renée Buck

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung, Schleswig-Holstein

Gabriele Schopenhauer

Stadt Lübeck

Martina Egen

DRK-Schwesternschaft Lübeck

Fachvorträge

Gesundheit im Alter!? 12

Prof. Dr. Ulla Walter

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin, Gesundheitssystemforschung,
Medizinische Hochschule Hannover

Gesundheits- und altersgerechtes Wohnen 17

Dr. Martin Willkomm

Krankenhaus Rotes Kreuz – Geriatriezentrum, Lübeck

Lübecker Gesamtkonzept „Leben und Wohnen im Alter“ 21

Matthias Wulf

Hansestadt Lübeck

Foren

Forum 1 Welche Wohnform passt für wen im Alter? 22

Rüdiger Waßmuth

KIWA (Koordinationsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen
in Schleswig-Holstein), Kiel

Thomas Fürst

INW Institut für Neues Wohnen e.V., Lübeck

Hedi Gebhardt

Pflege LebensNah, Rendsburg

Dr. Christian Bëndrath

Augustinum Aumühle

Moderation: Rüdiger Waßmuth

Forum 2**Welche Unterstützung kann moderne Technik bieten?**

24

Prof. Dr. Andreas Schrader

Universität Lübeck / Institut für Telematik, Lübeck

Michael Uhlig

CURA Seniorenwohn- und Pflegeheime, Berlin

Moderation: Michael Uhlig

Forum 3**Welche Unterstützung kann die Kommune bieten?**

29

Frank Poillon

Aktivregion Sachsenwald-Elbe, Schwarzenbek

Bärbel Pook, Anke Pawlik

Landesseniorenrat, Neumünster

Moderation: Frank Poillon

Forum 4**Spaziergang zur Besichtigung eines Wohnprojektes in Lübeck**

31

Stefan Probst, Carsten Droßmann

Lübecker Bauverein

Fachvortrag**Wie wohnen wir gesundheits- und altersgerecht 2040?**

32

Stefan Probst

Lübecker Bauverein

Kontaktdaten

34



Eröffnung, Grußworte, Einführung in die Thematik

Dr. Elfi Rudolph
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V.



Sehr geehrte Frau Dr. Köster,
sehr geehrte Frau Dr. Buck,
sehr geehrte Frau Stadtpräsidentin
Schopenhauer,
sehr geehrte Frau Oberin Egen,
sehr geehrte Damen und Herren,

liebe Interessierte
an dem Thema unserer heutigen Regional-
konferenz „Weiter wie gewohnt? –
Wohnen im Alter!“

Das Thema „Alter“ und „Altern“ muss
eigentlich jeden interessieren und um-
treiben, denn die Chance die Phase des
Altseins zu erreichen, haben heute in
Deutschland viele Menschen.

Die Zahl der Menschen über 65 und älter
nimmt kontinuierlich und deutlich zu.
Ihr Anteil wird in den nächsten zwanzig Jah-
ren von knapp 17 Millionen auf über
22 Millionen ansteigen.

Auch die Zahl der Hochaltrigen wächst und
wird weiter wachsen! Leben heute etwa

4 Millionen 80-Jährige und Ältere in
Deutschland, so werden es 2050 nach
Hochrechnungen über 10 Millionen sein.

Wir alle hier haben also eine gute Prognose
ein hohes Alter zu erreichen.

Aber wir wollen das hohe Alter natürlich
auch gerne zufrieden und gesund erreichen
und erleben. Und da ist es wichtig, sich
frühzeitig Gedanken zu machen.

Dr. Willkomm sagt, frühzeitig ist in diesem
Fall „so um die 50“ – da sollten wir an-
fangen nachzudenken: Kann alles so weiter-
gehen kann „wie gewohnt“ –? Kann ich „wie
gewohnt“ weiter wohnen?

Wohnen gehört zu den menschlichen
Grundbedürfnissen und gesundheits- und
altersgerechtes Wohnen ist eine wichtige
Grundvoraussetzung für sicheres, selbst-
bestimmtes und gesundes Altern.

Im Laufe des Lebens ändern sich die Wün-
sche, Vorstellungen und Ansprüche an das
Wohnen meist mehrfach.

Oft passt im Alter der Wohnraum, der einst
perfekt auf die Bedürfnisse „im mittleren
Alter“ zugeschnitten war, nicht mehr zu den
körperlichen Fähigkeiten und vielleicht auch
nicht mehr zu den sozialen Bedürfnissen.

Das ist aber ganz natürlich und auch gar
nicht schlimm denn es gibt

- für fast jeden Bedarf und
- fast jedes Bedürfnis
- eine passende Lösung!

Das kann einen Umzug bedeuten, muss
es aber nicht unbedingt. Es gibt auch viele
Möglichkeiten, den „gewohnten Wohnraum“
an eine veränderte Situation anzupassen.

Welche vielfältigen Möglichkeiten der

- Anpassung,
- Veränderung oder
- vollständigen Neuorientierung

es gibt – das ist das Thema unserer heuti-
gen Veranstaltung.

Wir freuen uns, dass wir mit Unterstüt-
zung der Bundeszentrale bereits die zweite
Regionalkonferenz zum Themenkomplex
„Gesund & Aktiv älter werden“ durchführen
können.

Der Wunsch und die Anregung, das Thema
„Wohnen im Alter“ näher zu beleuchten ist
übrigens aus dem Teilnehmerkreis der Regi-
onalkonferenz im letzten Jahr in Kiel heraus
entstanden.

Herzlichen Dank dafür an die Bundeszentrale und insbesondere an Frau Dr. Köster, die uns dieses Vorhaben ermöglicht hat. Ein großer Dank geht auch an die weiteren Kooperationspartner dieser Fachtagung: An das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung für die langjährige und unersetzbare Unterstützung der Landesvereinigung. An dieser Stelle geht mein Dank an Sie, Frau Dr. Buck.

An die DRK-Schwesterschaft für die Bereitstellung dieser ansprechenden Räumlichkeiten und die herzliche Gastfreundschaft, die wir hier erfahren dürfen, sehr verehrte Frau Oberin Egen und sehr verehrte Frau Oberin Bransch.

Und ein besonderer Dank geht an Herrn Dr. Willkomm, den Chefarzt des Krankenhauses Rotes Kreuz und des hiesigen Geriatriezentrums, der uns in jeder Phase der Planung und Vorbereitung sehr tatkräftig unterstützt hat!

Alle Genannten und auch viele Ungenannte haben zum Gelingen dieser Veranstaltung beigetragen und werden noch dazu beitragen.

Ihnen allen gilt mein herzlicher Dank!

Hier in diesem Hause habe ich den wunderbaren Satz gelesen:
Ein kleines Lächeln kann mehr bewirken als eine große Ansprache!

In diesem Sinne möchte ich es bei dieser „kleinen Ansprache“ belassen.

Ich wünsche mir und Ihnen, dass Sie am Ende dieses Tages mit einem Lächeln der Zufriedenheit die Veranstaltung verlassen.

Vielen Dank fürs Zuhören!

Dr. Monika Köster
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln



Sehr geehrte Frau Dr. Rudolph,
sehr geehrte Frau Dr. Buck,
sehr geehrte Frau Schopenhauer,
sehr geehrte Frau Oberin Egen
sehr geehrte Frau Prof. Walter
sehr geehrter Herr Dr. Willkomm,

meine sehr geehrten Damen und Herren, ich freue mich, heute anlässlich der Landeskonferenz Schleswig-Holstein hier in Lübeck zu Ihnen sprechen. Die heutige Tagung findet im Rahmen der BZgA-Veranstaltungsreihe „Gesund und aktiv älter werden“ statt und ist, nach der Auftaktveranstaltung im September 2011, nunmehr die 2. Konferenz, die wir in Schleswig-Holstein zum Thema Alter gemeinsam durchführen. Die Dokumentationen aller Konferenzen und viele weitere Informationen finden Sie auch über unsere neue Webseite www.gesund-aktiv-älter-werden.de.

Zunächst möchte ich mich ganz herzlich bei unseren Kooperationspartnern bedanken. Vielen Dank dafür, dass wir heute hier in den schönen Räumlichkeiten der DRK-Schwesterschaft tagen können und ein herzliches Dankeschön an Herrn Dr. Willkomm für die gute fachliche Zusammenarbeit. Ausdrücklich bedanken möchte ich mich auch bei dem Landesministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein sowie bei der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V. für die gute Kooperation bei der Vorbereitung der Tagung.

Das Jahr 2012, meine Damen und Herren, ist das Europäische Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen.

Die Europäische Kommission hat dieses Jahr ausgerufen, um den Blick gezielt auf den Umgang mit einer alternden Gesellschaft zu richten, denn noch nie haben so viele Frauen und Männer ein so hohes Alter erreicht wie heute. Bis zum Jahr 2050 werden ca. 28 Millionen Menschen über 60 in Deutschland leben. Ziel ist es, die gewonnenen Jahre in einer möglichst hohen Lebensqualität und Zufriedenheit zu erleben.

2011 haben wir in Kiel über selbstbewusstes, selbständiges und selbstbestimmtes Älter werden gesprochen. In der heutigen Aufbauveranstaltung geht es explizit um Fragen rund um das Thema „Wohnen im Alter“, ein besonders wichtiges Thema, denn es hat sehr viel mit Lebensbedingungen, Wohlbefinden und Lebensqualität zu tun. Die Thematik wurde auch im Rahmen des 2tägigen DEMOGRAFIEKONGRESSES „Zukunftsforum Langes Leben“ in der letzten Woche in Berlin sehr intensiv behandelt. Es ging um den demografischen Wandel, um Altersbilder, um die Rolle der älteren Menschen in der Gesellschaft und um die Wünsche älterer Menschen, z.B. auch darum, dass die meisten Menschen so lange wie möglich in ihrer eigenen Wohnung und Umgebung bleiben wollen.

So freue ich mich darüber, dass wir heute die Gelegenheit haben, weiterführend die Herausforderungen und vor allem auch die Möglichkeiten und Gestaltungsspielräume umsetzungsorientiert diskutieren können. Es geht um gesundheitsgerechtes und altersgerechtes Wohnen und die Frage: Welche Wohn-, Unterstützungs- und Pflegeformen passen für welche Lebenssituation und für welche gesundheitliche Situation? Die Schlüsselbegriffe sind hier u.a. Selbstbestimmung und bedarfsorientierte Unterstützung, auch frühzeitige Planung, das Gestalten von Übergängen und das Thema Barrierefreiheit. Prof. Rainer Kretschmer hatte im Rahmen der letztjährigen Tagung in Kiel den Privathaushalt als Gesundheitsstandort bezeichnet und in diesem Zusammenhang von multiprofessioneller Zusammenarbeit und integrierten Angeboten gesprochen.

Bedenken müssen wir in diesem Zusammenhang, dass in Deutschland derzeit rund 1,5 Millionen Menschen zu Hause gepflegt werden. Ein Großteil der pflegenden Angehörigen, in der Regel sind es Frauen, fühlt sich durch die Pflege belastet und

weist Krankheitssymptome auf. Hier geht es also auch um die Frage der Unterstützung pflegender Angehöriger. Gleichzeitig müssen wir das Thema Demenz im Blick haben.

Neben der Frage der Versorgung haben auch weitere Aspekte eine besondere Bedeutung, gerade mit Blick auf Lebensqualität im Alter: Es geht um Einbindung, um soziale Kontakte und Teilhabe. In diesem Zusammenhang spielen Entfernungen, Erreichbarkeit und Mobilität eine Rolle. Hier kommen das Umfeld und die regionalen Bedingungen und Besonderheiten ins Spiel. Wir müssen die Menschen dort ansprechen, wo sie leben, in ihrem Stadtteil und alltagsnah, d.h. wir sprechen hier von regionaler, von kommunaler Gesundheitsförderung. Es stellt sich die Frage: Welche Unterstützung können Kommunen bieten, um ein selbst bestimmtes Leben im Alter zu unterstützen? Im Zusammenhang „Weiter zu Hause bleiben“ stellt sich die Frage nach den Unterstützungsmöglichkeiten: Auf welche Weise kann z.B. auch die moderne Technik weiter helfen? Wie sieht es aus mit Assistenzsystemen? Was ist technisch möglich und - mit Blick auf den Menschen und die Lebensqualität - auch sinnvoll.

Vor allem müssen wir die Zielgruppe selbst auch in die Diskussion einbeziehen und die unterschiedlichen Lebenslagen (z.B. die ökonomische Situation) und die individuellen Interessen berücksichtigen. Wie stellen sich die Menschen ihr Leben im höheren Alter vor? Wie sieht denn aus Sicht der Zielgruppe eine Kommune des langen Lebens aus? Wo und wie wollen die Menschen wohnen? Da es „die“ älteren Menschen nicht gibt, sollten unsere Strategien vor allem die Heterogenität der Zielgruppe berücksichtigen.

Und: Bei unseren Planungen ist es außerdem sehr wichtig, dass wir das Thema „älter werden“ durchaus auch positiv besetzen und nicht ausschließlich Krankheiten, Belastungen, Probleme und Kosten thematisieren. Wir sollten vor allem die Ressourcen und Stärken im Blick haben. Warum nicht das Alter selbstbewusst als Lebensabschnitt mit eigener Wertigkeit begreifen?

Meine Damen und Herren, über die unterschiedlichen Aspekte werden wir heute diskutieren. Ich wünsche uns eine interessante Konferenz und viele Anregungen für unsere Arbeit. Vielen Dank!

Dr. Renée Buck
**Ministerium für Soziales, Gesundheit,
 Familie und Gleichstellung des Landes
 Schleswig-Holstein**



Sehr verehrte Damen und Herren,

gerne bin ich Ihrer Einladung nach Lübeck gefolgt. Ich freue mich, Sie bei dieser Tagung mit dem Schwerpunkt „Wohnen im Alter“ im Namen der Landesregierung in Schleswig-Holstein begrüßen zu können.

Diese Tagung zum „Wohnen im Alter“ passt hervorragend hier nach Lübeck. Und sie ist zudem sowohl eine gute Erweiterung wie auch Anregung zu den Aktivitäten des Gesundheitsministeriums.

Meine sehr verehrten Damen und Herren:

In Kürze wird ein neuer Bericht zur „Gesundheit älterer Menschen in Schleswig-Holstein“ erscheinen. In diesem Bericht wird

- sowohl umfangreiches statistisches Zahlenmaterial veröffentlicht
- wie auch die Ergebnisse einer Befragung zur subjektiv empfundenen Lebenssituation.

Eines wird dabei deutlich:

Je älter ein Mensch ist, umso wichtiger ist das direkte Wohnumfeld für ihn. Darunter fallen z.B.

- Apotheken und Arztpraxen in erreichbarer Nähe,
- Geschäfte für Waren des täglichen Bedarfs,
- Anschluss an den öffentlichen Nahverkehr,
- Freizeitangebote und spezielle Seniorenangebote.

Dies ist eine Herausforderung für unsere Gesellschaft - bei derzeit schon gut 612.000 Menschen über 65 Jahre in Schleswig-Holstein von insgesamt 2,8 Mio. Einwohnern. Das entspricht einem Anteil von 21,6 % der Gesamtbevölkerung.

Der sog. Altersquotient beschreibt die Anzahl älterer Menschen pro 100 Personen im erwerbsfähigen Alter. Wir liegen mit diesem Altersquotienten bei durchschnittlich 35 und damit nicht wesentlich über dem Bundesdurchschnitt von 33; aber: im Land ist die Verteilung sehr unterschiedlich.

Der Kreis Ostholstein hat mit 43 älteren Menschen (pro 100 Personen im erwerbsfähigen Alter) den höchsten Altersquotienten - dicht gefolgt vom Kreis Dithmarschen mit 39 und Lübeck mit 38.

Sicherlich ist das auch einer der Gründe, warum die Hansestadt Lübeck das Thema „Wohnen im Alter“ bereits im Jahre 2008 aufgegriffen und ein Gesamtkonzept „Leben und Wohnen im Alter“ erarbeitet hat. Aber auch die Landesregierung hat dieses Thema im Rahmen einer bereits 2006 durchgeführten Studie diskutiert.

Diese Daten und Erkenntnisse bilden eine Grundlage für weitere Entscheidungen, sei es im Bereich der Gesundheitsversorgung oder in Bereichen der Planungen zur wohnortnahen Infrastruktur.

Denn fast genauso wichtig wie Barriere freier oder Barriere armer Wohnraum ist die Attraktivität des Quartiers. Von älteren Menschen präferierte Quartiere weisen einen günstigen Mix aus. Dazu gehört z.B. eine nicht zu dichte Wohnbebauung und eine Mindestausstattung mit für Ältere wichtige Infrastruktur – wie Ärzte, Einkaufsmöglichkeiten und zielgruppenadäquate Freizeitangebote.

Diese Tagung kann und soll dazu beitragen, Planungen hierzu stärker am tatsächlichen Bedarf auszurichten und sie sollte vor allem eines: Die Adressaten stärker einbeziehen. Denn, meine sehr verehrten Damen und Herren:

Ältere Menschen wollen und können heute immer häufiger und immer länger selbstbestimmt in ihren Wohnungen bleiben.

Eine Studie¹ des Bundesbauministeriums aus dem Jahr 2011 belegt dies nochmals: 93 Prozent der 65-Jährigen und älteren Menschen leben in „normalen“ Wohnungen und noch rund $\frac{2}{3}$ der 90-Jährigen nutzen keine besonderen Wohnformen, sondern leben im normalen Wohnungsbestand. Die Bereitschaft zur Mobilität ist bei den älteren Menschen in den letzten Jahren durchaus gewachsen: Die weit überwiegende Mehrheit strebt aber den Umzug in eine normale – möglichst Barriere arme – Wohnung an. Im Vordergrund steht bei solchen Umzügen die Nähe zu Verwandten und Freunden und eben die bereits erwähnte gute Infrastruktur des gewählten Wohnquartiers.

Über die Wohnformen und auch über die Entwicklung von Wohnquartieren werden wir heute sicherlich noch Spannendes hören.

Wenn man aber in Lübeck an diesem Ort ein Grußwort als Leiterin der Gesundheitsabteilung hält, darf eines natürlich nicht fehlen: Ein Blick auf die medizinische – in diesem Fall - geriatrische Versorgung.

Man könnte es auch so formulieren: Die Erfolge der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung und hier insbesondere der geriatrischen Versorgung – rücken die Frage des Wohnens im Alter immer stärker in den Mittelpunkt.

Ich bin überzeugt davon: Das Engagement in der geriatrischen Versorgung trägt dazu bei, dass dieser Trend sich weiter fortsetzen wird.

Die Geriatrie nimmt in der Förderung durch das Gesundheitsministerium daher einen besonderen Raum ein. Wir arbeiten seit Jahren mit Krankenhausträgern, niedergelassenen Ärzten und Architekten gemeinsam daran, die medizinische Versorgung älterer Menschen zu verbessern.

Wir haben gestufte Versorgungskonzepte etabliert, ein Netzwerk von Tageskliniken geflochten und die ambulante geriatrische Versorgung angeschoben.

Lübeck ist dabei ein Zentrum der geriatrischen

schon Versorgung und damit der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen. Es ist deshalb nur konsequent und richtig, nicht das Denken an der Krankenhauspforte oder der Praxistür einzustellen, sondern konsequent über „Wohnen im Alter“ weiterzudenken.

Ich wünsche Ihnen gutes Gelingen für Ihre Tagung.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Gabriele Schopenhauer
Stadtpräsidentin, Lübeck



Sehr geehrte Frau Dr. Rudolph,
 sehr geehrte Frau Dr. Köster,
 sehr geehrte Frau Dr. Buck,
 sehr geehrte Frau Prof. Dr. Walter,
 sehr geehrte Frau Egen,
 sehr geehrter Herr Dr. Willkomm,

sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Regionalkonferenz Schleswig-Holstein zum Thema „Wohnen im Alter“, als Stadtpräsidentin der Hansestadt Lübeck

¹ Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung: Wohnen im Alter, Forschungen Heft 147, 2011

begrüße ich Sie alle sehr herzlich in unserer Stadt – Sie haben eine ausgesprochen gute und geeignete Wahl getroffen für den Veranstaltungsort Ihrer Regionalkonferenz; die Hansestadt Lübeck hat sich seit Jahren bereits dieses Themas angenommen und hat mutig wegweisende, zukunftsorientierte neue Wege beschritten.

Es freut mich ganz besonders, dass der Lübecker Bauverein in Ihr Programm eingebunden wurde – es wird sich für Sie alle lohnen über ein außergewöhnliches Wohnprojekt in Lübeck Details zu erfahren. Auch die Tagungsstätte wurde günstig gewählt – denn das Geriatriezentrum in der Marlistraße ist mittlerweile ein Innovationszentrum zum Thema „Leben und Wohnen im Alter“ geworden.

Herr Dr. Willkomm ist für mich in dieser Hinsicht Garant für Qualitätssicherung – wahrer Lobbyist und Spezialist für die ältere Generation:

Möglichst lange so leben zu können, wie es idealerweise gewünscht wird, braucht kreative Ideen und Umsetzungsstrategien. Hier befinden wir uns im Zentrum einer Denkzentrale, eine Geriatrieforschungsstätte wurde im Jahr der Wissenschaft 2012 gegründet, fachkundig, personenorientiert, kreativ und zukunftsorientiert. Sie dürfen gespannt sein auf das, was noch folgen wird.

Doch an dieser Stelle will ich auch erwähnen, dass ich mir gewünscht hätte, die Spezialisten der Stadt hätten an dieser Stelle zu Wort kommen können. Gerade dieses Thema wird auch dort intensiv bearbeitet und erfolgreich entwickelt. Dr. Hamschmidt und ich danken ganz besonders Herrn Dr. Willkomm, dass heute spontan Herr Wulff etwas aus der Sicht der Stadt zum Thema beitragen darf. Dafür wird Herr Dr. Willkomm eigene Redezeit einsparen, was ich ihm hoch anrechne. „Leben und Wohnen im Alter“ ist ein Basisbaustein, der in dieser Stadt intensiv geplant, durchdacht und konzeptionell umgesetzt wird. (Der Bedarf ist allerdings immer noch viel größer als bestehende Angebote.) Dies muss die Landesregierung wissen und abspeichern, Lübeck ist in dieser Thematik aus meiner Sicht vorbildlich aufgestellt und kann durchaus Impulse für andere geben.

Als Stadtpräsidentin bin ich dankbar, dass es in dieser Stadt so vielfältige und interessante Alternativen für die ältere Generation gibt.

Verschiedene attraktive Wohnformen sind hier als Angebot nutzbar:

- Mehrgenerationenhäuser
- Senioren WGs
- Wohnanlagen wie der neue Kaufhof – für alle Generationen.

Hier entsteht gerade eine außergewöhnlich attraktive Bronze-Skulpturen-Gruppe:

13 lebensgroße realistische Menschenbildnisse werden die vielfältige Population der neuen Wohnanlage repräsentieren. Das begeistert mich!

Aus einem ehemaligen Altenheim entwickelt sich kurzfristig ein neues Mehrgenerationenprojekt mit 40 Wohneinheiten.

Das alles ist fantastisch: die alleinerziehende Mutter, der alleinlebende ältere Mensch, Singles, Familien werden sich gegenseitig unterstützen, bereichern, Sicherheit geben. Davon profitieren vor allem auch Kinder, denn immer wird jemand da sein zum Zuhören, Trösten, Helfen.

Dieses Wohnkonzept ist ein Erfolgskonzept, weil es keine Außenseiter und keine Isolation geben wird. Jede / jeder bringt etwas in die Gemeinschaft ein und erhält auch etwas zurück:

Zuwendung garantiert – Einsamkeit ausgeschlossen – wertvolle Erfahrungen täglich. Lebensqualitätssicherung für alle!

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen allen eine erfolgreiche Fachtagung im Wohlfühlambiente des Roten Kreuzes, Gartenimpressionen eingeschlossen. Kommen Sie gerne wieder zu uns – wir freuen uns darauf und heißen Sie immer gerne willkommen.

Martina Egen
Oberin der DRK-Schwesternschaft
Lübeck

Sehr geehrte Frau Dr. Köster,
 sehr geehrte Frau Dr. Buck,
 sehr geehrte Frau Stadtpräsidentin
 Schopenhauer,
 sehr geehrte Frau Dr. Rudolph,
 sehr geehrte Damen und Herren,

sehr herzlich begrüße ich Sie hier in unserer
 Schwesternschaft. Wir freuen uns sehr,
 dass die Regionalkonferenz „Wohnen im
 Alter“ hier in unseren Räumen der
 DRK-Schwesternschaft stattfindet. Die
 DRK-Schwesternschaft Lübeck e.V. sieht
 sich nicht nur als einer der mit Abstand
 größten Anbieter von Pflegeleistungen in
 der Hansestadt mitten im Thema, denn
 Pflege spielt nicht nur in der Vorsorge der
 altersgerechten Wohnung eine heraus-
 ragende Rolle, sondern hat selbst durch
 einen wachsenden Anteil immer älterer
 Mitgliedsschwestern ein großes Interesse
 an diesem Thema.

Das Thema „Wohnen im Alter“ bietet sich
 am Veranstaltungsort Lübeck besonders an,
 da die Hansestadt mit dem Gesamtkonzept
 „Leben und Wohnen im Alter“ im Fach-
 bereich Wirtschaft und Soziales bereits vor-

bildhaft dieses Thema aufgenommen hat.
 Die Hansestadt Lübeck verfügt einerseits
 über eine überdurchschnittlich alte Bevölke-
 rung sowie nicht altersgerechte Wohnungen
 u.a. in der eng bebauten Altstadt. Zusätz-
 lich hat Lübeck einige sehr dicht besiedelte
 Wohnviertel, z.B. St. Lorenz und Kücknitz
 oder Moisling. Andererseits ist gerade in der
 Innenstadt modellhaft ein Mehrgeneratio-
 nenwohnen möglich. Zwischen Beckergrube
 und Fischergrube sind ebenso modellhaft
 neue Wohnformen mitten in der Altstadt
 entstanden. Weitere Projekte werden hier
 sicher im Laufe des Tages noch vorgestellt
 werden.

Die Rolle der Landesvereinigung für gesund-
 heitliche Aufklärung ist in der Prävention
 von Krankheit und Pflege älterer Menschen
 wesentlich.

Der Zunahme älterer Menschen mit kog-
 nitiven Einschränkungen muss durch ein
 durchdachtes und gut vernetztes Konzept
 begegnet werden. Immerhin ist jeder Fünfte
 jenseits des achtzigsten Lebensjahres durch
 eine demenzielle Erkrankung bedroht. Dann
 wird zu allererst die bis dahin gewählte
 Wohnform in Frage gestellt.
 Uns allen wünsche ich, dass wir einen
 informativen Tag haben und gute Gespräche
 miteinander führen können.



Gesundheit im Alter!?

Prof. Dr. Ulla Walter

Direktorin des Instituts für Epidemiologie, Sozialmedizin, Gesundheitssystemforschung,

Medizinische Hochschule Hannover unter Mitarbeit von Caroline Krugmann



Anteil von Personen ab 65 Jahren an der Gesamtbevölkerung

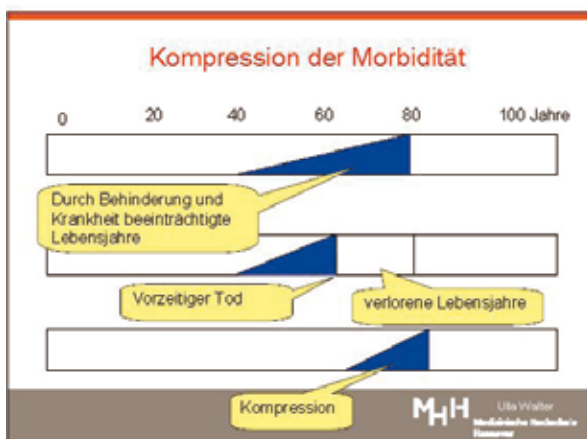
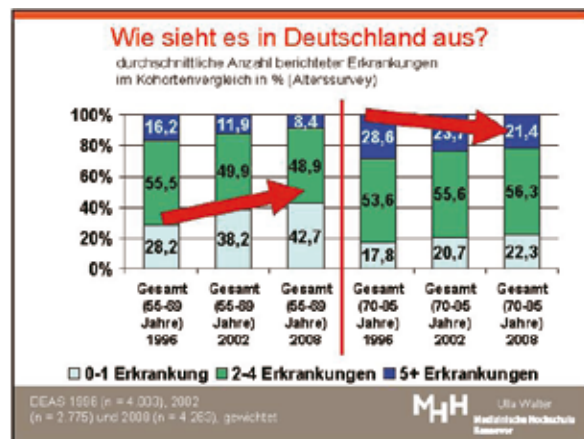
Bundesweit ist die Zahl der Menschen ab 65 Jahren seit 1990 um fünf Millionen gestiegen, das sind 42%. Dagegen wuchs die Gesamtbevölkerung im gleichen Zeitraum nur um 3 %. Rechnet man Zu- und Fortzüge gegeneinander auf, so zeigt sich, dass Schleswig-Holstein, Bayern, Niedersachsen und Brandenburg bei der Generation 65+ die höchsten Wanderungsgewinne erzielten (Statistisches Bundesamt 2011). Der Alterungsprozess setzt beim Menschen immer später ein. Das Durchschnittsalter, in dem Frauen noch eine verbleibende Lebenserwartung von fünf bzw. zehn Jahren haben, stieg in den vergangenen fünf Jahrzehnten in Schweden (1861-2008), in den USA (1933-2006) und in Japan (1947-2008) deutlich und gleichschnell (Vaupel 2010). "Obwohl eine rückläufige Sterblichkeit mit einer zunehmenden Multimorbidität und

einem Anstieg der Zahl an Lebensjahren mit Beeinträchtigungen einhergeht, nimmt auch die Zahl an Lebensjahren zu, die in Gesundheit verbracht werden" (Doblhammer et al. 2012, 450).

Internationale Entwicklungen

In allen Ländern mit verfügbaren Daten - Australien, Kanada, Frankreich, Japan, UK, USA - zeigen sich parallel mit der Zunahme der Lebenserwartung weniger schwere Behinderungen (Robine / Michel 2004). Bei funktionellen leichten und schweren Behinderungen liegen widersprüchliche Tendenzen in Studien bei funktionellen, leichten und schweren Beeinträchtigungen vor (USA, Kanada, Taiwan, Australien, UK, F, Niederlande, Finnland) (Robine / Michel 2004).

Eine Analyse aus den USA von 1970-1990 ergibt, dass die Kompression der Morbidität in der Population mit höherem sozioökonomischen Status (SES) beginnt. Populationen mit geringerem SES erfahren eine Expansion der Morbidität (Crimmins / Saito 2001). Auch in Deutschland zeigt sich tendenziell ein Anstieg der gesunden Lebensjahre (RKI 2009, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2009).



Wie werden wir alt? - Biologische Veränderungen im Alter

Alterungsprozesse verlaufen vielfältig und in individuellen Tempi. Sie lassen sich in vier große Kategorien einteilen:

Kategorie I: altersphysiologische Veränderungen mit möglichem „Krankheitswert“ (z.B. Veränderung der Sehfähigkeit, Koordinationsprobleme)

Kategorie II: altersbezogene Erkrankungen mit langer präklinischer Latenzzeit (z.B. Krebserkrankungen)

Kategorie III: Erkrankungen mit im Alter verändertem physiologischem Verlauf auf Grund verminderter homöostatischer Regulations- bzw. Reparaturmechanismen (z.B. Infektionskrankheiten mit ubiquitären Erregern)

Kategorie IV: Krankheiten infolge langfristiger, mit der Lebenszeit steigender Exposition:

- Physikalisch-chemische Umweltfaktoren, z.B. UV-Exposition.
- Verhaltensweisen, z.B. Ernährungs-, Bewegungs- und Verkehrsverhalten.
- Psychosoziale Stressoren und Lebensereignisse „life events“, z.B. Arbeitslosigkeit, Pflegefälle, Scheidung, soziale Isolation.
- Sozioökonomische Einflussfaktoren, z.B. Unterschiede der Lebenserwartung nach Beruf, Bildung und Einkommen.
- Chronische, bereits in früheren Lebensjahrzehnten beginnende Krankheiten, die den Menschen im höheren Alter belasten (Schwartz/Walter 2012).

In jeder der genannten Kategorien finden sich Ansatzpunkte für Prävention und Gesundheitsförderung.



Einflüsse des Verhaltens

Der Einfluss verhaltensbezogener Faktoren auf die Lebenserwartung ist überwältigend. Vielfach nachgewiesen wurden bislang die Effekte für Nichtrauchen, körperliche Aktivität, moderaten Alkoholkonsum und hohen Obst- und Gemüseverzehr (z.B. Khaw et al. 2008).

In diesem Zusammenhang kommt auch der Einfluss der Bildung zum Tragen (z.B. Phelan et al. 2004).

Die Lebenssituation im Alter ist zum Teil Ergebnis früherer Entscheidungen und Unterlassungen. Dennoch sollte ein gesunder Lebensstil auch im Alter gefördert werden.

Gesund älter werden – Healthy Ageing



(nach Dapp 2008, 16)

Körperliche Aktivität

Empfehlungen

Aus der aktuellen Studienlage zu den gesundheitlichen Effekten körperlicher Aktivität lassen sich für die Altersgruppe 65+ folgende Empfehlungen ableiten:

- Ein Minimum an Bewegungsaktivität von 1000 kcal/Woche sind erforderlich (entspricht Empfehlung für Erwachsene)
- Ältere Erwachsene sollten auf demselben Level wie jüngere körperlich aktiv sein: Mindestens 2 1/2 Std. / Woche mit mittlerer Intensität und 1 1/4 Std. mit höherer Intensität
- Zusätzlicher Nutzen: verdoppeln und 2-3x muskelkräftigende Bewegungen
- Bei Beschwerden: So viel Gleichgewichtstraining wie möglich (Lan et al. 2006, WHO 2010).

Hierbei ist zu beachten, dass Umweltbedingungen und Individuum sich hinsichtlich des Aktivitätsverhaltens von Menschen wechselseitig beeinflussen (Hall/Mc Auley 2010, Sallis et al. 2006).

Wirkung

Regelmäßige Bewegung hat sowohl direkte als auch indirekte positive Auswirkungen auf die Gesundheit älterer Menschen:

- 65+ mit regelmäßiger Bewegung haben eine geringere vorzeitige Mortalität als Inaktive (39%) (Lan et al. 2006).
- Durch Training zum Muskelaufbau und Bewegungskoordination können Stürze (46%) und schwerwiegende Verletzungen selbst bei über 80-Jährigen reduziert werden (Robertson et al. 2001).
- Ausdauertraining fördert die effektive und flexiblere Nutzung kognitiver Ressourcen (Voelcker-Rehage et al. 2006).

- Körperliche Aktivität wirkt Depressionen entgegen und kann zu einer Reduktion der Medikamente führen.
- Förderung des Wohlbefindens: „Der Organismus behält das gesamte Leben die Fähigkeit, auf körperliches Training zu reagieren“ (Voelcker-Rehage et al. 2006).

Unterstützt wird ein bewegungsreicher Lebensstil durch eine gesundheitsförderlich gestaltete Umwelt: Komponenten der Verkehrsinfrastruktur, wie eine geringe Verkehrsgeschwindigkeit/-dichte, das Vorhandensein öffentlicher Verkehrsmittel und sicherer Bürgersteige sind mit einer höheren sportlichen Aktivität assoziiert.

Personen, deren Wohngegend eine hohe „Walkability“ aufweist, sind körperlich aktiver als Personen, die in einer Wohngegend mit geringer „Walkability“ leben (Sallis et al. 2009).

Bewegung im städtischen und ländlichen Bereich – Faktoren die zu mehr Bewegung beitragen

Im Gegensatz zu Studienergebnissen aus den USA (z.B. Reis et al. 2004), bewegen sich in Deutschland nach einer aktuellen Studie Landbewohner mehr als Stadtbewohner (Wallmann et al. 2012).

Eine entscheidende Rolle für die Bewegung spielt die Infrastruktur:

- Gepflegte Geh- und Radwege
- Fußläufig erreichbare Einkaufsmöglichkeiten
- Schmalere Straßen und Kreuzungen
- Grünflächen
- Hundehaltung (Wallmann et al. 2012).

Soziale Unterstützung fördert Bewegung

Emotionale und praktische Unterstützung durch die engste Bezugsperson erhöhen die Wahrscheinlichkeit, sich in der Freizeit ausreichend zu bewegen:

Bei aktiven Personen erhöht ein hoher Grad an emotionaler Unterstützung (Liebe, Kümmern, Vertrauen, Teilen von Interessen, etc.) die Wahrscheinlichkeit, ein ausreichendes Maß an Bewegung zu halten.

Bei inaktiven Personen erhöht ein hoher Grad an praktischer Unterstützung (praktische Hilfe, Assistenz, Aufgaben/ Ziele, etc.) die Wahrscheinlichkeit, ein ausreichendes Maß an Bewegung zu erreichen (Kouvonen et al. 2012).

Sturzprophylaxe

Bewegung im Rahmen von primären Präventionsmaßnahmen wurde in einer Studie zur Sturzprophylaxe bei Bewohnern von Pflegeheimen in Bayern untersucht. Dabei konnte mittels eines auf Sturzprophylaxe abzielenden Programms das Risiko von Femurfrakturen deutlich gesenkt werden: Die Heimbewohner erhielten ein evidenzbasiertes Trainingsprogramm, das Pflegepersonal wurde zu Sturz- und Frakturprävention geschult und zur Dokumentation von Stürzen angehalten. Außerdem wurden Maßnahmen der Umgebungsanpassung ergriffen und die Medikation der Heimbewohner überprüft (Reduktion psychotroper Substanzen, Vitamin-D Versorgung) (Becker et al. 2011).

Das Programm wurde inzwischen in mehreren Bundesländern in über 2.000 Pflegeheimen eingeführt und stellt ein Qualitätsmerkmal dar (Rapp et al. 2010).

Gesunde Ernährung

Für ein gesundes Altern spielt neben der Bewegung auch die Ernährung eine bedeutende Rolle: Generell ernähren Frauen sich gesünder als Männer. Im Ruhestand vergrößert sich dieser Unterschied noch weiter, da Frauen im Ruhestand sich gesünder ernähren als beschäftigte Frauen, während es bei Männern keine Veränderungen gibt. Dieser Unterschied kann nicht durch soziodemographische und gesundheitsbezogene Faktoren erklärt werden (Helldan et al. 2012).

Soziale Partizipation

Schließlich ist auch die soziale Partizipation ein wichtiger Aspekt erfolgreichen Alterns. Eine anregende Umgebung beeinflusst die neurophysiologischen Prozesse positiv und schützt vor kognitivem Altern. So zeigte z.B. die Berliner Altersstudie, dass eine hohe soziale Partizipation den Rückgang der Wahrnehmungsgeschwindigkeit um zwei Jahre vermindert (Lövdén et al. 2005).

Wright et al (2008, 749) kontextualisieren die partizipative Komponente von Gesundheitsförderung und Prävention folgendermaßen: „Um Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange zu erlangen (Empowerment), müssen Bürger die Möglichkeit haben, einen Einfluss auf ihre Umwelt zu nehmen (Partizipation).“



Gestaltungsräume der Kommune

Kommunalpolitische Entscheidungsprozesse gestalten eine Vielzahl von Lebensbereichen mit, die für Gesundheitsförderung und (Primär-) Prävention bedeutsam sind. Dazu zählen u.a. das Wohnen und die Wohnumgebung, der Zugang zu Versorgungsangeboten, die Verkehrsinfrastruktur, aber auch die Einrichtung und Pflege von Grünflächen und Freizeitangeboten.



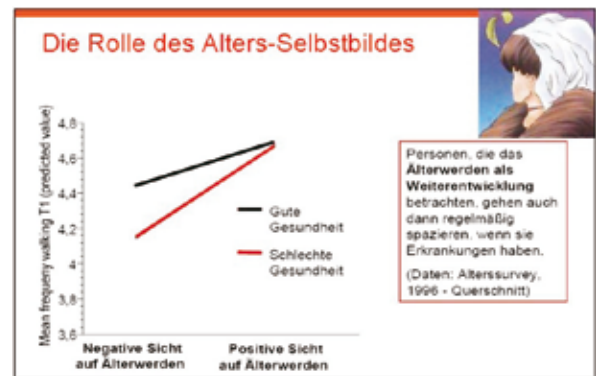
Verhältnisprävention in der Kommune bedeutet konkret

- Möglichkeiten zur Bewegung in räumlicher Nähe
- bewegungsfreundliche/-anregende Lebenswelten
- verkehrssichere Gemeinden mit ausgebautem öffentlichen Verkehrsnetz
- bewegungsanimierende Architektur und
- zielgruppenorientierte Bewegungsangebote.

Beispiel Bewegungsparcours

Ein zielgruppenorientiertes Bewegungsangebot in der Kommune kann z.B. ein Bewegungsparcours sein. Dabei handelt es sich um eine Outdoor-Anlage mit Geräten zum Trainieren verschiedener körperlicher

Funktionen (Fortbewegung, Kraft, Gleichgewicht, allgemeines Wohlbefinden) mit Anleitung durch Tafeln oder Trainer. Eine Studie des Hessischen Sozialministeriums (2012) untersuchte die Auswirkung dreimonatigen angeleiteten Übens in solchen Anlagen: Über 90% der Studienteilnehmer/innen (n=94) verbesserten ihre funktionellen Leistungen. Weitere Ergebnisse sind Steigerung der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung, der Vitalität und des psychischen Wohlbefindens, Verbesserung der sozialen und emotionalen Rollenfunktion sowie, Steigerung der Beinkraft (75%), des Gehitempos (68%) und einer Verbesserung der Balance (45%).



Vom passiven zum aktiven Altern

Gesundes Altern kann nicht durch eine einzelne Initiative erreicht werden. Es ist eine umfassende Strategie, welche simultan eine Reihe von Maßnahmen und Ansätzen auf individueller (Lifestyle), organisatorischer (Management) und gesellschaftlicher (politischer) Ebene erfordert (WHO 2002, EuroHealthNet/BZgA 2012).



Fazit

Zentrale Aspekte des „Healthy Ageing“ sind körperliche Aktivität, gesunde Ernährung

und soziale Partizipation. Dabei spielen sowohl das Individualverhalten als auch die gesellschaftlichen und infrastrukturellen Rahmenbedingungen eine entscheidende Rolle für ein Altern in Gesundheit. Anhand aktueller Studienergebnisse wurden Interdependenzen zwischen gesundheitsförderlichen Lebenswelten und gesundheitsförderlichem Verhalten sichtbar. Hierbei wurde deutlich, dass die Verantwortung für Gesundheit nicht allein auf das Individuum abgeschoben werden darf. Vielmehr sind Strukturen erforderlich, die gesundheitsförderliches Verhalten unterstützen. In Deutschland sind neben der nationalen Ebene insbesondere die Kommunen aufgefordert, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Es gibt eine Reihe von gelungenen Praxisbeispielen, wie eine solche gesundheitsförderliche Umgebung aussehen kann und welche Ansätze Kommunen verfolgen können, um ihre Bürger an der Schaffung bewegungsförderlicher Lebenswelten zu beteiligen. Gesundes Altern erfordert eine umfassende Strategie, welche gleichzeitig auf individueller, organisatorischer und gesellschaftlicher Ebene ansetzt und dabei die Perspektive des Lebenslaufes berücksichtigt.

Literatur:

- Becker C, Cameron ID, Klenk J, Lindemann U, Heinrich S, König HH, Rapp K (2011). Reduction of Femoral Fractures in Long-Term Care Facilities: The Bavarian Fracture Prevention Study. *PLoS ONE* 6(8): e24311.
- Crimmins EM, Saito Y (2001). Trends in healthy life expectancy in the United States, 1970–1990: gender, racial, and educational differences. *Soc Sci Med*. 52(11):1629–1641.
- Dapp U (2008). Gesundheitsförderung und Prävention selbständig lebender älterer Menschen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Doblhammer G, Kreft D, Dethloff A (2012). Gewonnene Lebensjahre. Langfristige Trends der Sterblichkeit nach Todesursachen in Deutschland und im internationalen Vergleich. *Bundesgesundheitsbl* 55:448–458
- EuroHealth Net/BZgA (2012). Healthy and Active Ageing. Brussels,
- Helldán A, Lallukka T, Rahkonen O, Lahelma E. (2012). Changes in health food habits after transition to old age retirement *European Journal of Public Health* 22(4), 582–586.
- Hessisches Sozialministerium (2012). Bewegung für Gesundheit im Alter. Leitfaden für die Einrichtung von Bewegungsparcours. Wiesbaden .
- Khaw KT Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N (2008). Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLoS Medicine* 5 (1) e12
- Kouvonen, De Vogli R, Stafford M, Shipley MJ, Marmot MG, Cox T, Vahtera J, Väänänen A, Heponiemi T, Singh-Manoux A, Kivimäki M (2012). Social support and the likelihood of maintaining and improving levels of physical activity: the Whitehall II Study. *European Journal of Public Health* 22(4), 514–518.
- Lan TY, Chang HY, Tai TY (2006). Relationship between components of leisure physical activity and mortality in Taiwanese older adults. *Prev Med* 43(1): 36–41.
- Phelan JC, Link BG, Diez-Roux A, Kawachi I, Levin B (2004). „Fundamental causes“ of social inequalities in mortality: a test of the theory. *J Health Soc Behav Sep*;45(3):265–85.
- Reis JP, Bowles HR, Ainsworth BE, Dubose KD, Smith S, Laditka JN (2004). Nonoccupational physical activity by degree of urbanization and US geographic region. *Med Sci Sports Exerc*. 36(12):2093–2098.
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.) (2009). Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2009). Landesgesundheitsbericht 2009. Düsseldorf.
- Lövdén M, Ghisletta P, Lindenberger U (2005). Social participation attenuates cognitive decline in perceptual speed in old and very old age. *Psychology and Aging*, 20, 423–434.
- Rapp K, Lamb SE, Klenk J, Erhardt-Beer L, Lindemann U, Rissmann U, Becker C (2010). Effectiveness of a statewide fall prevention program on incidence of femoral fractures in residents of long-term care facilities. *J Am Geriatr Soc*. Jan 1;58(1):70–5.
- Robertson MC, Devlin N, Gardner MM, Campbell J (2001). Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. 1: Randomised controlled trial. *BMJ* 322:1–6.
- Robine JM, Michel JP (2004). Looking forward to a general theory on population aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 59(6):M590–M597.
- Sallis, J.F., Story, M., Lou, D., 2009. Study designs and analytic strategies for environmental and policy research on obesity, physical activity, and diet: recommendations from a meeting of experts. *Am. J. Prev. Med.* 36 (2), 72–77.
- Sallis JF, Cervero RB, Ascher W, Henderson KA, Kraft MK, Kerr J (2006). An ecological approach to creating more physically active communities. *Annu Rev Public Health* 27: 297–322.
- Schwartz FW, Walter U. Altsein-Kranksein? (2012) In: Schwartz et al. *Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen*, München: Elsevier, 167–185.
- Statistisches Bundesamt (2011). Blickpunkt ältere Menschen. Wiesbaden.
- Vaupel, JW (2010). Biodemography of human ageing. *Nature* 464(7288): 536–542.
- Wallmann B, Bucksch J, Froboese I (2012). The Association between physical activity and perceived environment in German adults. *European Journal of Public Health* 22 (4), 502–508.
- World Health Organization (WHO) (2010) Global recommendations on physical activity for health. Geneva.
- World Health Organization (WHO) (2002). Active ageing, a policy framework. Geneva.
- Wright MT, Block M, von Unger H (2008). Partizipation in der Zusammenarbeit zwischen Zielgruppe, Projekt und Geldgeber. *Gesundheitswesen*; 70(12): 748–754.
- Wright MT, von Unger H, Block M (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention In: Wright MT (Hg.). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Huber; 2010, 35–52
- Hall KS, McAuley E (2010). Individual, social environmental and physical environmental barriers to achieving 10 000 steps per day among older women. *Health Education Research*, 25, 478–488.
- Voelcker-Rehage C, Godde B, Staudinger UM (2006). Bewegung, körperliche und geistige Mobilität im Alter. *Bundesgesundheitsbl*, 6, 558–566.

Gesundheits- und altersgerechtes Wohnen

Dr. Martin Willkomm
Medizinischer Direktor
Krankenhaus Rotes Kreuz –
Geriatrizentrum, Lübeck



Bei der Beschäftigung mit dem Thema, wie das altengerechte Wohnen aussehen soll, denkt jeder zunächst an die eigene spätere Wohnsituation. Dabei wird das jetzige Wohnen mit dem späteren verglichen. In der Regel ist kein Umzug geplant, sondern das Wohnen in den eigenen vier Wänden steht bis zum Ende des Lebens als Ideal vor Augen. Die Voraussetzungen, um später auch unter „erschwertten Bedingungen“ im gewohnten Wohnumfeld zu bleiben, sind an wenigen Schlüsselpositionen zu benennen.

Die drei grundsätzlichen Fragen sind...

- Wie möchte ich wohnen?
- Wo möchte ich wohnen?
- Mit wem möchte ich wohnen?

Die entscheidenden Weichenstellungen...

- Im eigenen Zuhause bleiben
- Das eigene Zuhause wechseln
- weil ich es möchte
- weil ich es muss

Nach dem 55. Lebensjahr bleiben rund 80% der Eigentümerhaushalte und rund 50% der Mieterhaushalte in ihrem Zuhause. 35% der Altershaushalte sind nicht umzugsbereit (Ministerium für Bauen und Wohnen, NRW, 1995), aber 25% der Altenwohnungen verfügen nicht einmal über Zentralheizung, Bad/ Dusche oder WC (4. Altenbericht, BMFSJ, 2002).

Wohnwünsche im Alter

Eine Umfrage im Januar 2011 von tns emnid mit 1.100 Befragten ergab, dass 78% länger als 10 Jahre in ihrer Wohnung leben.

$\frac{2}{3}$ bevorzugen ein eigenständiges Wohnen im Alter von 70 Jahren. Die meisten Befragten wünschen sich eine gewöhnliche Wohnung oder ein Haus. 57% würden nicht auf ein zusätzliches Hilfsangebot verzichten, Jüngere nehmen einen höheren Hilfebedarf als Ältere an. Im Antwortverhalten gibt es keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen.

Genannte Gründe für einen Umzug im Alter sind:

- „Wenn ich ohne Hilfe nicht mehr alleine wohnen könnte“
- „Um bessere Versorgungsmöglichkeiten zu haben“
- „Wenn die neue Wohnung besser meinen Bedürfnissen entsprechen würde“
- „Aus finanziellen Gründen“
- „Um zu meinen Kindern / Verwandten zu ziehen“

Die Befragten gaben folgende Ausstattungsmerkmale an, die bei einem Umzug vorhanden sein sollten:

- Ein eigener Garten oder Balkon gehört unbedingt zur Ausstattung der Wohnung oder des Hauses dazu (82%)
- Die gute Erreichbarkeit täglicher Anlaufstellen und mögliche Hilfestellungen zu Hause werden von 95% für wichtig gehalten
- Bei der Unterstützung steht ganz oben die Pflege, dann folgen Haushalt, kleinere Reparaturen, Einkäufe, Kochen
- Für Serviceleistungen können mtl. 280 € aufgebracht werden
- In Wohnungsanzeigen kommt „sicher“ und „altersgerecht“ an, weniger „komfortabel“ oder „generationen-gerecht“

Quelle: tns emnid, Januar 2011, Basis: 1.100 Befragte ab 50 Jahren

Weitere Schlüsselpositionen sind 3 Fragen

Die Mondscheinfrage

Kann ich später nachts alleine zu Hause leben oder benötige ich (professionelle) Hilfe?

Die Treppenfrage

Komme ich ungehindert in meine Wohnung, auch dann, wenn ich keine Treppe mehr selbständig steigen kann?

Die soziale Frage


Gibt es jemanden, der zumindest einmal täglich nach mir schaut?

Wird eine der drei Fragen verneint, so muss so bald wie möglich eine Lösung gefunden werden. Diese kann in einer Änderung der häuslichen Unterstützung liegen oder in einem Umzug in eine möglichst selbst bestimmte Wohnform. Nicht nur das Wohnen ändert sich im Alter, sondern auch die eigene Wahrnehmung der Bedürfnisse, Ziele und Wünsche. Die Lebensphase „Alter“ stellt einschneidende Veränderungen zur vorgehenden Berufs- und Familienphase dar. Der Faktor „Arbeit“ fällt weg, soziale Bindungen verändern sich, u.a. fehlen die beruflichen Kontakte. Neben diesen schlagartigen Änderungen bei Eintritt in das Rentenalter stellt die Änderung der Gesundheit eher einen schleichend sich verschlechternden Faktor dar. Nicht von heute auf morgen, sondern zu einem kaum wahrgenommenen Zeitpunkt wird das Alter „anstrengend“. Nichts geht mehr von alleine, aus der Ausnahmesituation „Krankheit“ wird der dominierende Zustand „Gebrechlichkeit“, Gesundheit bildet nun nicht selten die Ausnahme. Jetzt müssen die zuvor angelegten Strategien greifen, die selbstbestimmte Planung muss nun umgesetzt werden. Wurde dies jedoch in früheren Jahren versäumt, so steht oft ein fremdbestimmter Weg im Vordergrund.

Dies ist in Deutschland bis heute nahezu gleichbedeutend mit dem Übergang ins Pflegeheim bei Eintreten einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit. Eine gute Planung der Wohn- und Lebenssituation kann dies nicht nur verhindern, sondern die Selbstständigkeit bis zuletzt in den eigenen vier Wänden ermöglichen.

Bei einem Wohnen im eigenen Zuhause sollte an eine Selbstständigkeit fördernde räumliche Gestaltung gedacht werden, damit möglichst eine Normalität und soziale Kontakte erhalten werden können. Neben dem Mitwirken des Betroffenen ist auch an eine Versorgungssicherheit zu denken, damit ein Schutz vor erhöhter Pflegebedürftigkeit besteht.

So kann eine Integration in die soziale und räumliche Umwelt bestehen bleiben. Daher überlegen Sie bereits mit 50, wie Sie mit 80 leben wollen. Halten Sie den Kontakt zu Ihren Kindern und bauen Sie neue Kontakte auf. Planen Sie mit Jüngeren, nicht nur mit Älteren und Gleichaltrigen und verlassen Sie sich nicht alleine auf Ihren Lebenspartner.



Wohnen im eigenen Zuhause

- Ohne jede Änderung der Wohnung
- Durch Anpassung der Wohnung: „Barrierefreies Wohnen“
- Durch Anpassung des nicht professionellen sozialen Netzwerkes: „Siedlungsgemeinschaft“
- Durch Anpassung des professionellen sozialen Netzwerkes: „Betreutes Wohnen zu Hause“

© Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck - Geriatrisches Zentrum

13

Wohnberatung

Eine Wohnberatung kann Wohnprobleme frühzeitig erkennen und angemessene Lösungen finden, ggf. auch Wohnalternativen aufzeigen.

Sie gibt praktische Hilfen, Begleitung, Organisation bei der Planung und Durchführung von Anpassungsmaßnahmen incl. Finanzierung und Handwerkerüberwachung. Dabei ist eine Vernetzung aller „Beteiligten der WR-Anpassung“ hilfreich.

Als ganzer Wohnblock wurde die „Lange Lene Leipzig“ umgebaut.

Verändert wurde

...durch bauliche Maßnahmen:

31% Erreichbarkeit der Wohnung

30% Umbau Dusche / Bad

11% Türverbreiterung

...in der Ausstattung:

32% Bad

23% Wohn-/ Schlafbereich

Wohnformen

Längst gibt es landes- und bundesweit Konzepte, Modellprojekte und zunehmend Regelversorgungen, welche neue Wohnformen in „geschützter Selbstständigkeit“ zum Ziel haben. Dazu zählen Wohnformen „mit Service“ (Betreutes Wohnen), gut konzipierte Wohnanlagen mit größtmöglicher Individualität und gleichzeitig hoher Sicherheit in der Versorgung. Diese Wohnungen sind jedoch sowohl für die Kommune (als Bauinvestition) als auch für die Bewohner (in den laufenden Kosten) kostspielig. So sind der Einführung dieser Wohnform enge Grenzen gesetzt. Ein ebenso sinnvoller Weg ist die Ausstattung vorhandener Wohnungen mit all den Unterstützungen, welche die private Wohnung oder das eigene Haus zu einem „Wohnen mit Service“ aufwerten. Diese im Niederländischen als „Applassing“

bezeichnete Verbesserung der Wohnqualität in Einzelobjekten oder ganzen Stadtteilen wird dann als „altersgerechtes Wohnen im Quartier“ bezeichnet.

Wohnen im neu gewählten Zuhause mit leichtem bis erheblichen Pflegebedarf

Ein Wohnen im neu gewählten Zuhause mit leichtem oder erheblichen Pflegebedarf kann in einer betreuten Wohngemeinschaft möglich sein (ambulant oder stationär), in einer Hausgemeinschaft auf stationärer Pflegebasis oder in einem Alten- und Pflegeheim.

Betreutes Wohnen

Die Begriffe für „betreutes Wohnen“ sind vielfältig:

- Wohnen mit Service
- Unterstütztes Wohnen
- Wohnen plus
- Begleitetes Wohnen
- Wohnen im Bestand
- Seniorenresidenz

„Betreutes Wohnen bedeutet die Sicherstellung und verlässliche Organisation von Betreuungsleistungen in Kombination mit dem Wohnen. Dies können einfache handwerklich-technische oder pflegerisch-hauswirtschaftliche Hilfen bis zu einer der stationären Pflege vergleichbaren Pflege sein. Eine Bindung an eine bestimmte Wohnform (z.B. Altenwohnung) ist nicht vorgesehen“ (Dt. Verein für öffentliche und private Fürsorge, 1992).

Das Betreute Wohnen ist nach Zahl der Projekte mit Abstand die wichtigste Wohnform im Alter. Aktuell ist durch die Modifizierung des Heimgesetzes das betreute Wohnen wieder besser verankert, das heißt, es erfolgt keine automatische Einstufung als Pflegeheim. Jedoch besteht für die Träger durch die Verbraucherschutzgesetzgebung eine eingeschränkte Planungssicherheit. Rund 25% der im Alter Umzugswilligen können sich einen vorrangigen Umzug in ein „Betreutes Wohnen“ vorstellen.

Beim „Betreuten Wohnen“ stehen zwei kontroverse Ansätze im Vordergrund. Zum einen steht die Selbständigkeit im Vordergrund. Hier wird betreutes Wohnen maximal als Ersatz des klassischen Altenheims gesehen (ohne dauerhafte Pflegebedürftigkeit). Zum anderen steht die Sicherheit im Vordergrund. Hier können

alle Dienste bis hin zur gesicherten Pflege wie im Pflegeheim in Anspruch genommen werden (Ergänzung zum klassischen Pflegeheim).

Praxisbeispiele

Betreutes Wohnen: Demenz

Demenz ist häufig das „K.O.-Kriterium“ für das betreute Wohnen. Nur mit einem umfassenden Konzept kann Betreutes Wohnen dementen Bewohnern gerecht werden. Wohnkonzepte bieten die Unterstützung von Demenzerkrankten oft als Zusatzleistung – nicht als Dauerwohnleistung – an.

Haus am Weinberg, Stuttgart

- Wohnraum barrierefrei
- Mehrraumappartements, Durchschnittsgröße von mindestens 55 qm (Saup, W.: Augsburgener Längsschnittstudie, 2001)
- 30-60 Appartements in einer Anlage
- Angemessene (fixe) Grundleistungen und (flexible) nach Bedarf abgerechnete Wuhlleistungen

Auslandserfahrungen

- DK/USA: „Cohousing“
- DK: Gemeinschaftliches Wohnen von Eigentümern und Genossenschaftsmitgliedern
- NL: Mehr öffentliche Förderung, mehr aktive Unterstützung durch Kommunen, aber: Weniger Gemeinschaftsflächen, mehr individuelle Flächen, weniger fixe Leistungen (Vom Idealismus zum Realismus – 15 Jahre gemeinschaftliches Wohnen älterer Menschen, Erfahrungen aus den NL, KDA, 2000)
- NL: Praxisbeispiel Anton-Pieck-Hofje, Haarlem

Erfahrungen aus den Nachbarstaaten

- Betreute Wohnzonen (Beispiel: Leeuwarden)
- Aufteilung in kleinräumige Wohnzonen von 5.000 – 10.000 Einwohnern
- Organisation von Wohnen, Betreuung und Pflege (NL: stark durch stationäre Pflege geprägt!)
- Umstrukturierung zentraler stationärer Pflegebereiche in Wohngruppen (-> KDA-WG)
- Zusätzliche Aktivitäts- und Beratungsangebote

Quartiersbezogene Wohnkonzepte

- Integration eines ganzen Wohnviertels, eines Dorfes oder einer Dorf-/ Siedlungsgemeinschaft in ein Wohnkonzept
- Kleinräumigkeit
- „Sicher wohnen ein Leben lang“
- Aufwerten (NL: „appling“) eines Quartiers
- Dezentrale Nachbarschaftstreffs je 500 – 600 Bewohner und ein übergeordnetes Nachbarschaftszentrum
- Mobile Soziale Dienste

Düsseldorf-Erkrath

(Gehobene Wohnkategorie am grünen Stadtrand von Düsseldorf)

Das Erfolgsrezept für altengerechtes Wohnen im Quartier:

- Vorher die Quartiersbewohner fragen
- Kümmerer installieren
- Kaffeetafeln, Nachbarschaftstreffen organisieren
- Trödelmarkt
- Give-Box
- Essen in Gemeinschaft
- Planung von Quartierszentren: schwellenfrei, zentral
- Jüngere und Migranten mit einbinden
- Runde Tische einführen

(Quelle: Susanne Tyll, Ekrath, DGG Kongress Bonn 12. - 15.9.12)

Quartiersbezogene Ansätze

- Leitidee der Inklusion
- Individuelle Lebens- und Handlungsräume erhalten
- Die Bewohner entscheiden selbst
- Spannungsbogen zwischen Sozialraumorientierung und Subjektorientierung („Selbstbestimmungspotential“)

Zwei Ziele:

1. Das Gemeinwesen befähigen durch Projekte
2. Das Gemeinwesen befähigt durch seine Potentiale

(Quelle: Susanne Graumann, Münster, DGG Kongress Bonn 12.-15.9.12).

Freie Scholle, Bielefeld

- Koordination und Bereitstellung umfassender Angebote (Wohnen, Gemeinschaft, Betreuung) durch einzelne Wohnungsunternehmen
- 7.000 Bewohner des Siedlungsgebietes, 45% > 60 Jahre
- Kernstück des Betreuungskonzepts: Zugehende Beratung mit Wohnraumberatung
- Motto: Sicher wohnen ein Leben lang

- Förderung des Zuzugs Jüngerer
- Kleinräumiger Ansatz, Dezentralität
- Mitwirkung der Quartiersbewohner im „Verein Nachbarschaftshilfe e.V.“

Vorteile:

- Auch beim Umzug in eine andere Wohnform Verbleib in der gewohnten Umgebung
- Erhalt historisch gewachsener Nachbarschaftsstrukturen „Kleines soziales Netzwerk“ (U. Lehr, 1975)
- Die „normale Wohnung“ älterer Menschen bleibt ins Versorgungsnetz eingebunden und bleibt quantitativ wichtigste Wohnform im Alter
- Kleinräumigkeit: Komplementäre Hilfen, 24-h-Pflege mit kurzen Wegen gut umsetzbar
- Erreichbarkeit sozialer Infrastruktur auch im Alter möglich

Eching

- Projekt in einer kleineren Gemeinde (13.000 Einwohner)
- Intensive Bürgerbeteiligung bei Planung + Betrieb
- Integration von Bewohnern mit demenziellen Erkrankungen in das Quartier

Fazit

Die Mehrheit der Älteren und Alten möchte dauerhaft in den eigenen vier Wänden verbleiben. Daher muss das Leben und Wohnen im Alter früh geplant werden.

Eine Vielzahl von vernetzten Angeboten ist erforderlich, um den Verbleib in der eigenen Wohnung zu ermöglichen:

Neben Hilfe zur Alltagsbewältigung, Gesundheit und Pflege können auch Wohnberatungsangebote und Beratungen zu finanziellen Hilfen in Anspruch genommen werden. Angebote zur Teilhabe an der Gesellschaft wie eine Ehrenamtstätigkeit fördern die soziale Einbindung. Für ein Wohnen im eigenen Zuhause ist eine gute Infrastruktur nötig, um eine gute Erreichbarkeit zu gewährleisten und eine dauerhafte Sicherheit auch bei Krankheit und Pflege zu schaffen.

Lübecker Gesamtkonzept „Leben und Wohnen im Alter“

Matthias Wulf

stellv. Bereichsleiter „Soziale Sicherung“
der Hansestadt Lübeck
Fachbereich Wirtschaft und Soziales
Bereich Soziale Sicherung



Eine Vielzahl von vernetzten Angeboten ist erforderlich, um den Verbleib in der eigenen Wohnung zu ermöglichen:

- Hilfe zur Alltagsbewältigung, Gesundheit und Pflege
- Pflege- und Wohnberatungsangebote
- Angebote zur Teilhabe an der Gesellschaft, Ehrenamt
- Infrastruktur, Sicherheit und Ordnung
- Beratungen zu finanziellen Hilfen

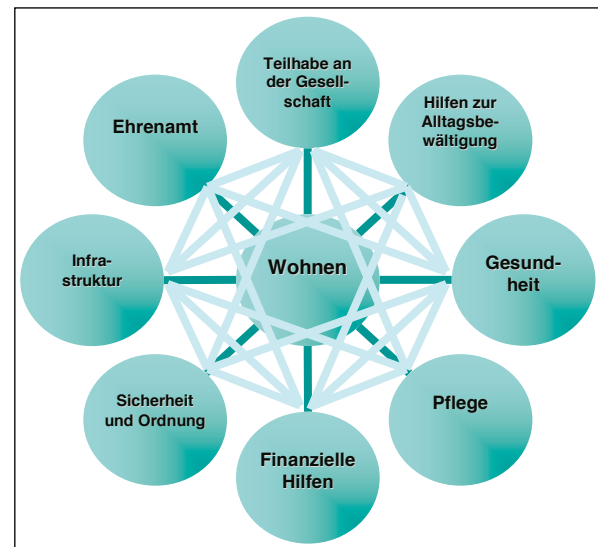
In Lübeck entwickelt sich so ein modellhaft vernetztes Versorgungs- und Beratungsangebot (nicht nur) für die älteren Mitbürger. Als jüngster Netzbaustein kommt Ende des Jahres in Kooperation mit der Grundstücksgesellschaft „Trave“ eine Wohnberatungsstelle, unterstützt durch Fördermittel des Ministerium des Inneren, hinzu. Das Konzept „Leben und Wohnen im Alter“ zeigt die Rolle der Stadt als Katalysator für die einzelnen Bausteine und ihr Zusammenwirken in der Ermöglichung urbanen Zusammenlebens in der gewachsenen Siedlungs- und Wohnumgebung des Einzelnen. Im Mittelpunkt steht stets die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, das bis ins hohe Alter mögliche aktive Mitgestalten der Wohnumgebung und des sozialen Umfeldes. Es gilt dabei wie schon im ersten Teil dieses gemeinsamen Programmabschnittes:

- Die Mehrheit der Älteren und Alten möchte dauerhaft in den eigenen vier Wänden bleiben

- Leben und Wohnen im Alter muss früh geplant werden und bezahlbar sein
- Neben dauerhafter Sicherheit auch bei Krankheit und Pflege soll ein Höchstmaß an Individualität und Selbstbestimmung bestehen bleiben.

Kernaussage des Konzeptes:

„Das zentrale Thema Wohnen muss zwingend in ein Netz unterschiedlichster und aufeinander abgestimmter Infrastruktur-, Beratungs-, Unterstützungs-, Kommunikations- und Präventionsangebote eingebunden sein, um so die Voraussetzungen für einen möglichst langen Verbleib älterer Menschen in der eigenen Wohnung im vertrauten Wohnquartier zu schaffen. Dabei müssen die unterschiedlichen Problemlagen, Bedürfnisse, Erwartungen und Ressourcen aller Altersstufen berücksichtigt werden, damit ein selbstbestimmtes aber auch mitverantwortliches Leben im Alter gelingen kann.“



Forum 1 Welche Wohnform passt für wen im Alter?

Rüdiger Waßmuth

**KIWA - Koordinationsstelle für innovative
Wohn- und Pflegeformen im Alter, Kiel**



Die Antwort auf den demographischen Wandel in einer schrumpfenden Gesellschaft mit steigenden Altenzahlen, niedrigen Geburtenzahlen und nachlassendem Familienpflege-Potential kann nicht mehr so wie bisher gegeben werden. Der ungesteuerte Aus- und Aufbau von Altenpflegeheimen hat keine Zukunft.

Entgegen landläufiger Meinung leben 93 % der alten Menschen (65 Jahre und älter) in normalen Wohnungen. Nach wie vor ist das Wohnen in der eigenen Wohnung / Immobilie die erste Priorität! Das Motto: Altwerden und wohnen bleiben.

Alte Menschen wollen selbstbestimmt und eigenverantwortlich wohnen, die Pflege als „add on“ zum Wohnen!

Um diesen Wünschen gerecht zu werden und auf die demographischen Gegebenheiten adäquat zu reagieren, sind zwei grundlegende Maßnahmen erforderlich.

Erstens der Ausbau von altersgerechtem Wohnraum.
Zweitens Auf- und Ausbau wohnortnaher ambulanter Versorgung und neue Wohn-Pflege-Angebote.

In diesen neuen ambulant ausgerichteten Wohn-Pflegeformen sind die herkömmlichen verbraucherunfreundlichen Vertragskoppelungen von Pflege, Betreuung und Wohnen – alles aus einer Hand, mit hoher Abhängigkeit des Einzelnen – aufgehoben. In diesen Konzepten steht das Wohnen – nicht die Pflege – im Vordergrund. Handlungsleitend ist die Normalität. Die ambulant betreuten Wohn-Pflegeformen zeichnen sich durch eine höhere Lebensqualität der pflegebedürftigen BewohnerInnen und eine höhere Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen aus; hier existiert kein Pflegepersonal-Notstand!

Die ambulant betreuten Wohn-Pflegeformen werden zukünftig Bestandteil von auf die örtlichen Bedingungen abgestimmten „Quartiersprojekten“ bzw. deren Kristallisationspunkt sein. Bei starker Beteiligung der Wohnungswirtschaft sowie mit Einbindung der Selbsthilfe und des Bürgerschaftlichen Engagements macht es kluge kommunale Planung möglich, die stationäre Versorgungsquote deutlich zu senken.

In weiten Teilen Bielefelds („Bielefelder Modell“) z.B. können altersunabhängig alle Menschen, auch mit höchstem Pflege-, Betreuungs- und Assistenzbedarf, durch ambulante Pflegedienste im angestammten und gewünschten Quartier als Mieter in ihren eigenen Wohnungen verbleiben. Einhergehend mit einer deutlichen Steigerung der Lebensqualität für die Älteren hat die Stadt Bielefeld in den letzten 15 Jahren zugleich einen zweistelligen Millionenbetrag gespart.

Thomas Fürst
**INW Institut für Neues Wohnen e.V.,
Lübeck**

Wer sind wir:

- ein gemeinnütziger Verein
- im Dezember 2004 gegründet
- seit 2006 Mitglied im Diakonischen Werk Schleswig-Holstein, Landesverband der Inneren Mission e.V.
- zurzeit 14 ehrenamtlich tätige Mitglieder

Was wollen wir:

Die Entwicklung „Neuer Wohnformen“ anregen und fördern!

Warum wollen wir das:

Es soll nicht „weiter wie gewohnt“ gehen. Es soll die Lebensqualität verbessert oder erhalten bleiben – trotz abnehmender Leistungsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme.

Wie machen wir das:

- Beratung
- - insbesondere Privatpersonen
Beratungsstelle für selbstbestimmte Wohnprojekte (10/ 2006 – 09/2009)
- Öffentliche Veranstaltungen

Jeder muss entscheiden, welche Wohnform im Alter passt:

- Zuhause – oft allein?
- Selbstbestimmtes und -organisiertes Wohnen?
- „Wohnen mit Service“?
- Pflegewohngemeinschaften?
- Leben in einem Pflegeheim?

Zentrale Fragen:

Wie will ich im Alter wohnen?
Mit wem könnte ich mir das Zusammenleben in einer Hausgemeinschaft vorstellen?
Wie viel Geld muss / kann ich für das Wohnen ausgeben?

Die Lage:

Wo will ich wohnen?
Wie groß soll meine Wohnung sein?
Welche Gemeinschaftsräume möchte ich nutzen?

Die anderen Mitbewohner:

Passt der / die zu mir?
Wie viel Gemeinschaft möchte ich?
Kann ich mich auch zurückziehen?

Die Kosten:

Ist „Mieten“ besser?
Sollte ich „Kaufen“?
Soll ich mich an einer Genossenschaft beteiligen?

„Wohnen mit Service“ ist ein bestehendes konzeptionelles Wohnangebot:

- Beispiel: Vorwerker Diakonie in Lübeck
- Servicevertrag
 - mit Grundservice
 - mit Wahlservice für zusätzliche Dienstleistungen
 - Personalausstattung
 - Büro
 - Servicepauschale
 - zusätzlich einen
 - Mietvertrag oder im Eigentum

INSTITUT FÜR **NEUES** WOHNEN E.V.


Von der Idee zur realen Wohngemeinschaft

	Idee		Inhalte:
Gruppenverlauf:			
Gruppenfindung			Finden + Kennenlernen Gleichgesinnter Austausch mit Gleichgesinnten Zielfindung und –vereinbarung
Gruppenbildung			Verbindlichkeit herstellen (Verein, GbR) Planung: Mieten/ Kaufen/ Kosten
Realisierung			Mietvertrag bei Kauf: Finanzierungsplan, Bauantrag, -durchführung, -abnahme
Existenz			Organisation des Zusammenlebens

Reale Hausgemeinschaft


Hedi Gebhardt **Pflege LebensNah, Rendsburg**

Konzept: Betreutes Wohnen in Familie

Das Betreute Wohnen in Familien ermöglicht älteren Menschen ein umsorgtes Leben in der lebhaften Atmosphäre einer neuen Familie. Es ist eine alternative Wohnform für ältere Menschen, die nicht mehr vollkommen eigenständig leben können und im Alltag Unterstützung benötigen.

Das „Betreute Wohnen in Familien“ ist eine neue, zukunftsweisende Wohnform, die älteren Menschen ein Leben im häuslichen Umfeld ermöglicht.

Die Familie wird geschult, sie erhält eine Betreuungspauschale sowie eine Erstattung der Miet- und Unterhaltskosten. Qualifizierte Mitarbeiter von Pflege LebensNah begleiten, beraten und unterstützen die Familie und ihren Gast.

Das Konzept „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“ ist neu in Schleswig-Holstein, nicht aber in Deutschland und Europa.

Es richtet sich an ältere Menschen, die nicht mehr alleine leben möchten und an Familien, die bereit sind, einen Menschen aufzunehmen. Es braucht einen Träger, der beide zusammenführt und betreut.

Das Konzept ist ähnlich dem Modell, Pflegekinder in Pflegefamilien aufzunehmen.

Voraussetzung für ein betreutes Wohnen in Familie ist, dass die Familien sehr offen sein müssen, man muss sich füreinander verantwortlich fühlen.

Vor dem Einzug gibt es ein Kennenlernen und Probewohnen. Das „Betreute Wohnen in Familien“ ist noch recht unbekannt, da diese Wohnform Menschen sehr in ihrer Privatheit anspricht. Einige Familien, die sich zur Verfügung stellen, hatten bereits Pflegekinder oder haben einen Angehörigen gepflegt.

Bisher war es leider in Schleswig-Holstein nicht möglich, mit Leistungsträgern Vereinbarungen abzuschließen, so dass zurzeit nur mit Selbstzahlern gearbeitet werden kann. In Schleswig-Holstein gibt es viele Häuser mit viel Wohnraum: nur zwei Pflegefamilien in jedem Dorf wären wünschenswert!

Dr. Christian Bendrath **Augustinum Aumühle**

„Leben in einem Wohnstift des Augustinum – seit 50 Jahren ein bewährtes Konzept“

Das Wohnstift Augustinum Aumühle bietet in 180 individuell geschnittenen Ein-, Zwei-

und Drei-Zimmer-Wohnungen älteren Menschen ein zu Hause. Neben Einbauschränken und einer Loggia gehört eine Pantry zur Grundausstattung. Die Wohnungen werden mit eigenen Möbeln dann bezogen. Der hauseigene ambulante Pflegedienst stellt bei Bedarf die Pflege in allen Pflegestufen sicher. Gepflegt wird immer im eigenen Appartement. Das hotelartige Serviceleistungsangebot der Seniorenresidenz umfasst einen 24h/Tag besetzten Empfang, Restaurant, Wintergarten-Café, Schwimmbad, Theater, Bibliothek, verschiedene Gesellschaftsräume und eine Tiefgarage. Hinzu kommen Pachtbetriebe wie Friseursalon, Lebensmittelgeschäft, Mode-Boutique, Reisebüro und eine Praxis für Physikalische Therapie. Das Basisangebot umfasst Wohnen, Mittagessen im Restaurant mit drei Menüvorschlägen und Salatbar, Reinigung von Wohnung und Fenstern und 14 Tage pflegerische und hauswirtschaftliche Unterstützung des Pflegedienstes bei leichten vorübergehenden Erkrankungen oder nach einer Operation (kann mehrfach pro Jahr in Anspruch genommen werden). Das Wahlleistungsangebot lässt keine Wünsche offen und kann individuell zusammengestellt werden.

Nähere Informationen zur „Augustinum Seniorenresidenz Aumühle“ finden Sie im Internet www.augustinum.de/aumuehle-bei-hamburg/.

Forum 2 **Welche Unterstützung kann moderne Technik bieten?**

Prof. Dr. Andreas Schrader
Universität Lübeck/ Institut für Telematik, Lübeck

Michael Uhlig
CURA Seniorenwohn- und Pflegeheime, Berlin

Moderne Technik für autonomes Wohnen im Alter

Die Geschichte des „Computing“

Die Informations- und Kommunikationstechnologie hat seit Ihrer Entstehung eine Reihe von Paradigmenwechsel vollzogen. Zunächst wurden Rechner für die Unterstützung menschlicher Rechenarbeiten eingesetzt. Mit den Großrechnern entstanden Hochleistungs-Maschinen mit entsprechend hohem Bedarf an Kenntnisse in der Bedienung. In den 80er Jahren wurden mit den PCs Maschinen entwickelt, die auch

Normalbürger bedienen können. Inzwischen gibt es Hochleistung in Form tragbarer Rechner, Smartphones oder Tablet Computern.

Embedded Computing

Diese Entwicklung ist durch die ständig steigende Miniaturisierung der Komponenten weiter fortgeschritten und ermöglicht heute die Einbettung von IKT (Informations- und Kommunikationstechnologie) in Gegenstände des täglichen Lebens (Kameras, Fahrzeuge, Haushaltsgeräte, etc.) Eine Herausforderung ist die Bedienung der in vielen Fällen „unsichtbaren“ Technologie, bei der nur selten Maus oder Tastatur zum Einsatz kommen. In der Tabelle aus [Meyer/Mollenkopf, 2010] wird die Verbreitung einiger wesentlicher technischer Komponenten in Haushalten nach Alter geschlüsselt aufgeführt.

Pervasive Computing

In der Industrie wird der Begriff des Pervasi-ven Rechners verwendet (von engl. pervasive – existing in or spreading through every part of something). Lou Gerstner, CEO von IBM prägte schon 1995 den Satz: „... a billion people interacting with a million e-businesses with a trillion intelligent devices interconnected ...“ Grundidee ist die Vernetzung der Geräte mit eingebetteter Elektronik mit dem klaren Fokus auf Ökonomie. Synonyme mit anderen inhaltlichen Schwerpunkten sind „Everyware“ (Adam

Greenfield / Nokia), „Disappearing Computing“ (EU), „Invisible Computer“ (Donald Norman / MIT). Ein typisches Beispiel ist die interaktive Litfass-Säule mit Internet-Anbindung, die immer aktuelle Werbespots anzeigt.

Internet of Things (IoT)

Das MIT MediaLab prägte den Begriff Internet der Dinge, um den Aspekt des autonomen Austauschs von Informationen zwischen Geräten hervorzuheben.

Ubiquitous Computing

Alle diese Ausprägungen haben ihren Ursprung in den wegweisenden Arbeiten von Mark Weiser am Xerox Parc Labor in den USA. Er prägte schon Ende der 80er Jahre den Begriff „Ubiquitous Computing“ (von engl. ubiquitous – existing or being everywhere at the same time). Ein in der Informatik sehr häufig zitierter Satz von Weiser verdeutlicht die Vision: „Ubiquitous Computing enhances computer use by making computers available throughout the physical environment, while making them effectively invisible for the human user.“

Ein typisches Beispiel ist die elektronische Zeitung, die auf einen flexiblen Bildschirm in der Form von Papier reduziert ist. Die Handhabung ist wie eine konventionelle Zeitung, aber die Inhalte sind hoch dynamisch und per Funk ständig aktualisiert. Die Nutzung erfolgt natürlich durch das Lesen von Text, nicht durch das Bedienen einer Maschine.

Gegenstand der Nachweisung	Haushalte (insg.)	Davon nach dem Alter der HaupteinkommensbezieherInnen und -bezieher von ... bis unter ... Jahren							
		unter 25	25-35	35-45	45-55	55-66	65-70	70-80	80 u. mehr
Erfasste Haushalte (Anzahl)	58 984	1 163	6 627	13 068	14 492	10 231	5 259	6 399	1 745
Hochgerechnete Haushalte (1 000)	39 077	1 766	4 707	6 901	7 464	5 368	3 341	5 810	1 721
<i>Informations- und Kommunikationstechnik</i>									
Personalcomputer (PC)	75,4	87,6	91,1	91,5	86,5	76,2	60,7	43,6	21,8
PC stationär	62,1	56,3	64,8	70,8	70,0	66,3	51,5	36,6	18,0
PC mobil (Notebook)	34,7	53,8	53,3	43,4	40,1	31,4	20,9	13,1	6,2
Internetzugang, -anschluss	64,4	70,3	79,1	82,8	75,7	63,6	48,5	32,7	13,8
ISDN-Anschluss	31,5	24,7	32,5	39,9	39,7	35,1	25,5	16,6	8,0
Telefon	99,0	99,2	99,2	99,4	99,1	98,7	99,2	98,8	96,4
Telefon stationär (auch schnurlos)	89,7	84,7	80,0	88,9	90,4	92,2	95,0	96,1	96,9
Telefon mobil (Handy)	86,3	97,2	97,2	95,4	92,0	86,1	78,2	69,5	47,2

Aus: S. Meyer/ H. Mollenkopf: AAL in der alternden Gesellschaft, VDE Verlag, 2010

Ambient Computing

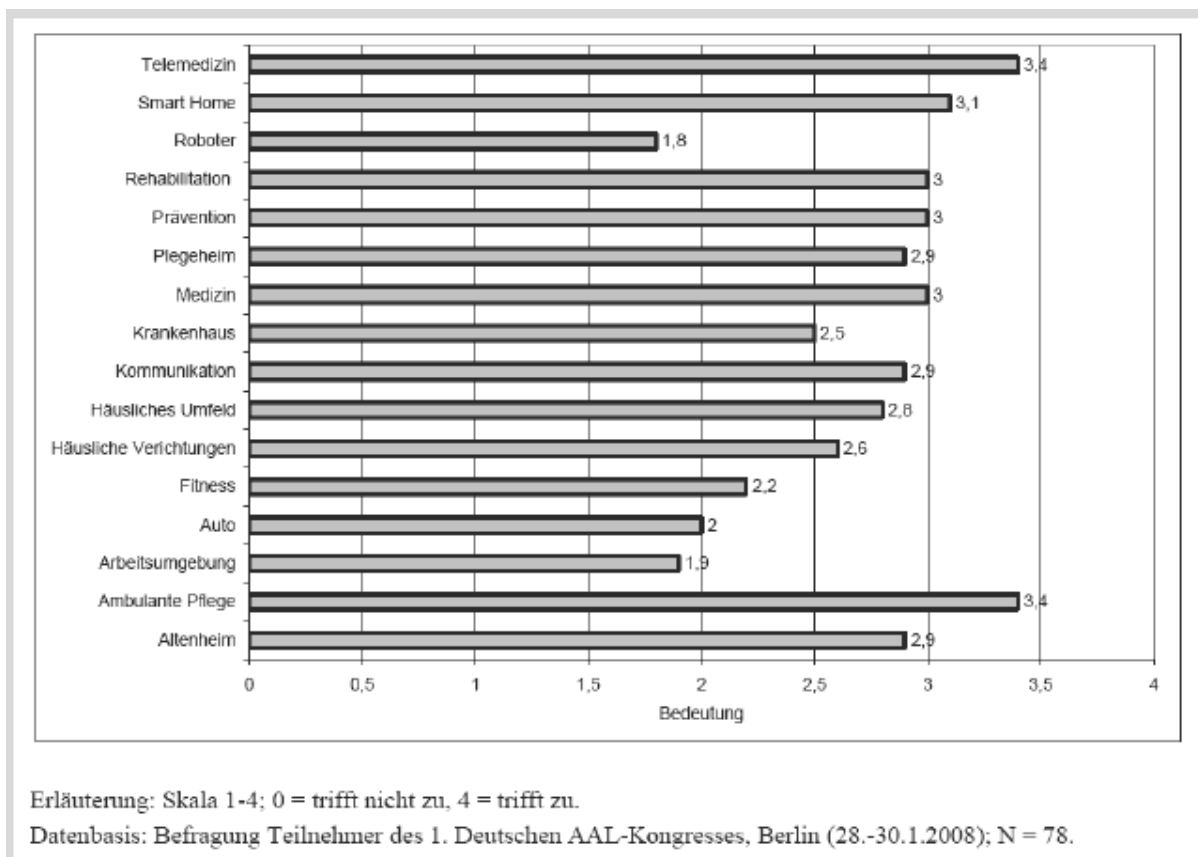
Am Institut für Telematik der Universität zu Lübeck wurde 2009 die Arbeitsgruppe Ambient Computing gegründet, um diese technologischen Entwicklungen aktiv mit zu gestalten. Der Name der Gruppe ist Programm und beschäftigt sich mit der Entwicklung von Technologien und Anwendungen in intelligenten Umgebungen (Ambient Intelligence Environments). Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der multimedialen Interaktion im Raum.



Ambient Assisted Living (AAL)

Ein typisches Anwendungsgebiet für Ambient Computing sind „Altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben.“ (BMBF). Dies umfasst „Methoden, Konzepte, (elektronische) Systeme, Produkte sowie Dienstleistungen, welche das alltägliche Leben älterer Menschen situationsabhängig und unaufdringlich unterstützen.“ (Wikipedia) Ein wichtiger Teilaspekt ist die altersgerechte Gestaltung der Prozesse, insbesondere in Hinblick auf die demographische Entwicklung. Die folgende Tabelle zeigt eine Einschätzung der Bedeutung unterschiedlicher Aspekte des AAL aus einer Umfrage auf dem 1. AAL-Kongress in Berlin (Quelle: FAZIT-Schriftenreihe Band 17, MFG Stiftung Baden-Württemberg, Fraunhofer ISI).

Telemedizin und ambulante Pflege sind hierbei die meistgenannten Anwendungen im AAL. Platz 3 belegt das sogenannte „Smart Home“.



Einschätzung der Bedeutung von Aspekten des AAL (Ambient Assisted Living)

Smart Home

Was ist ein „Smart Home“ (synonym auch „Aware Home“, „Intelligent Home“, „Responsive Home“ oder „eHome“)?

Es gibt keine eindeutige Definition, aber der wesentliche Teil ist die Durchdringung des Wohnraumes mit eingebetteter und vernetzter Technologie und darauf installierten intelligenten Dienstleistungen.

Wesentliche Zutaten für ein Smart Home sind:

- Sensoren zur Erfassung des aktuellen Zustandes von Gebäude und Bewohnern
- Aktoren zur automatischen Modifikation der Gebäudestruktur
- Systeme zur Vernetzung aller verteilten Komponenten
- Prozesse zur Realisierung von autonomen und interaktiven Dienstleistungen
- Nutzerinterface zur Befehlseingabe und Informationsdarstellung

Die Aspekte Komfort (Roboter-Staubsauger/-Rasenmäher, automatische Beleuchtungs- und Heizungssysteme), Sicherheit (Türsprechanlagen, Internet-Kameras) und Entertainment (TV-Fernbedienungen, Medienserver, Smart-TVs) werden schon seit den 1950er Jahren in verschiedenen Forschungsansätzen erarbeitet und stehen in vielfältigen Produkten zur Verfügung.

Relativ neu ist die Unterstützung medizinischer Aspekte im eigenen Haushalt. Letztlich geht es um die Erweiterung des medizinischen Umfelds von Arztpraxis und Klinik in den Alltag des Nutzers.

Smart Assist

Das Projekt Smart Assist ist ein Lübecker Verbundprojekt folgender Partner:

- Lübecker Wachunternehmen
- Vorwerker Diakonie
- coalesenses GmbH
- Universität zu Lübeck
 - Institut für Telematik
 - Institut für Signalverarbeitung
 - Institut für Allgemeinmedizin

Das Projekt wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung unterstützt und hat eine Laufzeit von drei Jahren (2009-2012). SmartAssist ist eine „Plattform zur Unterstützung von sozialen und gesundheitlichen Aspekten für ein altersgerechtes selbstständiges Leben“. Das Ziel ist die Verlängerung eines selbstständigen Lebens in der eigenen Wohnung für ältere Nutzer.

Folgende Konzepte bietet SmartAssist:

- Entwicklung und Betrieb einer intelligenten Service-Plattform
- Offene Schnittstellen für Drittanbieter („Service-Marktplatz“)
- Leicht zu installierende Technologie mit geringer Wartung
- Verständliche Benutzerschnittstellen
- Kontext-sensitive Unterstützung von Mitgliedern des sozialen Netzwerks
- Optimierte Betreuung durch Pflegeeinrichtungen und Dienstleister

Zielsetzung ist nicht die Ersetzung der Pflege durch Technik, sondern vielmehr die Unterstützung der sozialen Netzwerke der Nutzer. Die Smart Assist-Anwender definieren daher sogenannte „Paten“ (von der Familie bis zum Rettungsdienst), die in unterschiedlichster Weise vom System unterstützt werden. Die Kernfunktion ist die automatische Erkennung von schleichend veränderlichen Gesundheitszuständen und eine geeignete Reaktion durch Information an die relevanten Kontaktpersonen.



SmartAssist: Sensoren

Zur Erfassung des Gesundheitszustands werden im Haushalt verschiedene kleine Funk-Sensoren installiert:

- Türsensor (Magnetkontakt)
- Möbelsensor (Beschleunigung)
- Bewegungssensor (Passiv-Infrarot)
- Waschbeckensensor (Temperatur/Feuchte/Abwasser)

Die Sensoren können auch von Laien leicht installiert werden und sind bis auf einen jährlichen Batteriewechsel wartungsfrei. Dabei wurde insbesondere auf invasive Sensoren, wie Kameras oder Mikrofone, zu Gunsten der Akzeptanz verzichtet.

SmartAssist: Server

Die Sensoren vernetzen sich selbstständig und übertragen automatisch Daten über eine Basisstation an den Server des Service-Anbieters. Dort findet auch die automatische Auswertung der Daten und Generierung entsprechender Events statt, die u. U. in Nachrichten an relevante Paten münden. Die Daten werden verschlüsselt und sind nur von den Nutzern selbst einsehbar.

SmartAssist: Webportal

Das SmartAssist-Webportal ist die zentrale Anlaufstelle im Projekt und unterstützt:

- Profil-Einstellungen und Paten-Festlegung, sowie Anmeldung und Konfiguration der mobilen Geräte
- Nachrichten, Neuigkeiten
- Abruf der Sensorwerte

Zusätzlich können Drittanbieter weitere Dienste über offene Schnittstellen leicht in das Portal integrieren. Zurzeit läuft noch die Probephase, in der einige Beispiel-Anwendungen vorgehalten werden:

- Gewichtsverlauf und BMI-Rechner
- Apothekenfinder / Lieferdienste
- Wettervorhersage
- Spiele / Rätsel
- Zeitungen / Wikipedia
- Geburtstage

SmartAssist: Mobiler Zugriff

Erweiterte Funktionen sind durch die Nutzung von mobilen Geräten möglich. Hierzu wird das am Institut für Telematik entwickelte Software-Paket Ambient Dynamix (<http://ambientdynamix.org>) verwendet, das Android-basierte Geräte unterstützt. Dynamix bietet eine große Zahl von Software-Modulen, die bei Bedarf auf das Smartphone oder Tablet geladen werden und damit Informationen aus dem Ambiente lesen und verfügbar machen:

- Helligkeit / Lautstärke / Temperatur
- Position
- Barcodes / RFID-Etiketten
- Schrittzähler / Puls
- Aktivitätserkennung (Stehen, Gehen, Laufen, Treppensteigen, etc.)
- REM-Schlafphasen
- Gewicht (Funkwaagen)
- Etc.

Dies ermöglicht es Drittanbietern, auf sehr einfache Art und Weise neue mobile Anwendungen (Apps) zu erstellen, die sowohl die Sensordaten aus dem SmartAssist-Server als auch die mobil erfassten Daten

verwenden und daraus intelligente Dienstleistungen ableiten. Denkbar sind hier:

- Fernsteuerung von Haushaltsgeräten
- Energiemanagement
- Zugriff auf medizinische Geräte
- Navigation zur nächsten offenen Apotheke
- Soziale Kommunikationsdienste
- Etc.

Smart Assist: Feldversuch

Zurzeit läuft ein Feldversuch mit zahlreichen Wohnungen in Lübeck. Zusätzlich wird eine Vergleichsgruppe ohne Ausstattung in einer medizinischen Studie verglichen. Ergebnisse stehen noch aus, aber es besteht eine gute Aussicht auf deutlich verbesserte Lebensqualität durch Nutzung der SmartAssist-Dienstleistungen.

Fazit

Mit dem Fortschreiten der Technologie (tragbare Rechner, intelligente Kleidung, natürliche Interaktion über Touch oder Sprache, Robotik und vieles mehr) werden völlig neue Dienstleistungen für das intelligente gesunde Wohnen der Zukunft möglich. Was heute im Bereich der Automobiltechnik längst Standard geworden ist, hält nun auch Einzug in unsere Wohnungen. Dabei sind wichtige Kriterien für die Realisierung von AAL zu berücksichtigen. Neben der kostengünstigen Installation sind hier insbesondere der Bereich Datenschutz und die leichte Bedienbarkeit mit transparenten Abläufen und Erhaltung der Nutzer-Autonomie zu nennen.

Technik sollte dabei stets im Sinne von Mark Weiser im Hintergrund und für den Nutzer in seiner sozialen Aktivität weitgehend unsichtbar agieren.



Forum 3 Welche Unterstützung kann die Kommune bieten?

Frank Poillon
Aktivregion Sachsenwald-Elbe,
Schwarzenbek



Vorstellung der Aktiv-Region Sachsenwald-Elbe e.V.

- besteht aus 57 Gemeinden und Städten im Südosten Schleswig-Holsteins von Reinbek bis Lauenburg
- die AktivRegion besteht somit kreisübergreifend zwischen den Kreisen Stormarn und dem Herzogtum-Lauenburg
- Einwohner: rund 108.000 Menschen auf fast 590 km²
- die Stadt Geesthacht gehört nicht zu der AktivRegion

Wofür steht der Begriff „LEADER“?

Liaison entre actions de développement de l'économie rurale

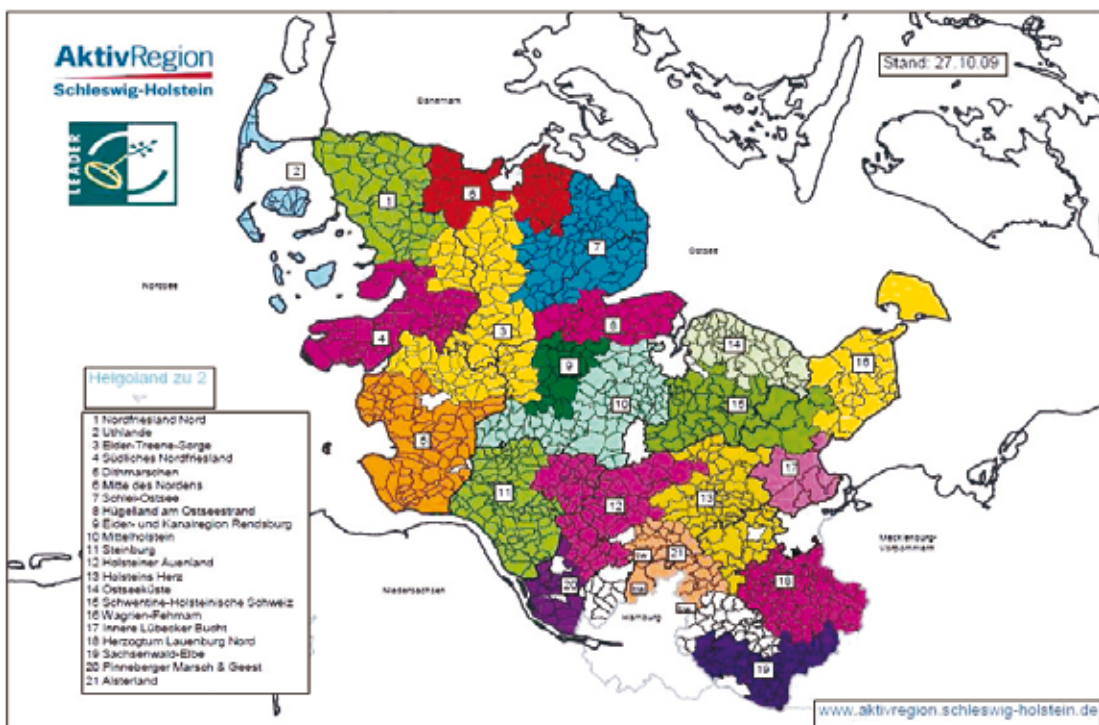
(dt.: Verbindung zwischen Aktionen zur Entwicklung der ländlichen Wirtschaft)

Was ist die LEADER-Methode?

- setzt auf selbst organisierte Regionen mit gemeinschaftlicher Verantwortung privater und öffentlicher Akteure
- ermöglicht den Regionen die Entscheidung über ein eigenes Budget
- wird auf größere Regionen ausgerichtet
- wird auf die Stärkung der regionalen Wirtschaftskraft sowie auf die Sicherung und Schaffung von Arbeitsplätzen und auf die Sicherung der Lebensqualität ausgerichtet

Das Land Schleswig-Holstein unterstützt seit 2007 flächendeckend die Einführung der LEADER-Methode mit der Initiative AktivRegion.

- Voraussetzungen für die Auswahl der heutigen 21 AktivRegionen waren:
- Gebietsabgrenzung mit Einwohnerzahlen zwischen 50.000 und 120.000
- Vorlage einer Integrierten Entwicklungsstrategie (IES) für die AktivRegion
- Bildung einer rechtsfähigen Organisation der AktivRegion
 - eingetragener Verein
 - als repräsentative Gruppierung von Partnern aus unterschiedlichen sozio-ökonomischen Bereichen



- mit einem Anteil von mindestens 50 % Wirtschafts- und Sozialpartnern (sog. WiSo-Partner) auf der Entscheidungsebene über das Grundbudget und die Projektauswahl

Jede AktivRegion verfügt über ein Grundbudget (300.000 Euro), über das sie eigenverantwortlich verfügt. Über das Grundbudget hinausgehende Projekte stehen in einem landesweiten Qualitätswettbewerb (Landesweiter Beirat der AktivRegionen); für diese Projekte werden ELER-, GAK- und Landesmittel gebündelt eingesetzt (GAK-Mittel sind Mittel der Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der Agrarstruktur und des Küstenschutzes“).

Die Ämter für ländliche Räume beraten die AktivRegionen, sind Zuwendungsstellen und gewährleisten den EU-konformen Einsatz der Fördermittel.

Besonderheit der Förderung:

Öffentliche Kofinanzierung

Eine Förderung über die AktivRegion ist nur dann möglich, wenn es eine öffentliche Kofinanzierung gibt. Die Finanzierung durch eine Kommune erfüllt diese Voraussetzung, so dass sich eine Kommune selber kofinanziert. Dies gilt auch für eine Finanzierung durch eine Kirchengemeinde/Kirchenkreis.

Förderhöhen:

- Gemeinde (auch kirchliche): bis zu 55 %
- Private: bis zu 45 %
- bei Zukunftsthemen z.B. Klimaschutz: bis zu 75 %
- health-check-Mittel (energetische Sanierung): bis zu 75 %

aber: Nach Auskunft des LLUR können Kirchengemeinden keine health-check-Mittel erhalten.

Wichtig: Förderfähig sind stets nur die Nettokosten, d.h. keine Förderung der Umsatzsteuer.

Welche Möglichkeiten hat eine Gemeinde / Kommune, das „Wohnen im Alter“ zu unterstützen / fördern / beeinflussen?

Zusammenfassung

- finanzielle Mittel für gemeindeeigene Bauprojekte
- gemeindeeigene Grundstücke / Immobilien zur Verfügung stellen
- Bauleitplanung / Stadtentwicklung / allgemeine Planung
- finanzielle Anreize für private Investoren für Wohn-Bauprojekte

Ausgehend von den zuvor dargebotenen Informationen diskutierten Gäste, Teilnehmer und Moderator über die verschiedenen Ansatzmöglichkeiten. Wichtige Erkenntnis war, dass es auf ein eng verzahntes Vorgehen mit den Bedürfnissen der Senioren, den Ideen und Planungen von Investoren einerseits sowie den Erfahrungen (Seniorenrat) und den Möglichkeiten der Kommunen ankommt. Dabei sind auch die individuellen Besonderheiten der betroffenen Gemeinden zu berücksichtigen. Aufgrund von Geschichte, Lage und Finanz- und Wirtschaftskompetenz gibt es keinen allgemeingültigen Weg für alle. Die Möglichkeiten der AktivRegion können dabei ein wichtiger Baustein sein, weil dort sowohl Kommunal- als auch Wirtschaftsvertreter vertreten sind, die gemeinsam über Projektanträge entscheiden. Dabei ist für jede Kommune angesichts tendenziell leerer Kassen interessant, dass ein Projekt der Aktiv-Region innerhalb der Gemeinde den eigenen Haushalt entweder nur zum Teil (Co-Finanzierung) oder ggf. auch gar nicht belasten muss (privat getragene Projekte).

Bärbel Pook / Anke Pawlik Landesseniorenrat SH e.V.

Die vielfältigen Handlungsansätze der Kommunen erwachsen ihr vor allem aus der Daseinsvorsorgefunktion für ihre Bürger/innen, der kommunalen Planungshoheit und der Bürgernähe im direkten Sinne des Wortes.

Die heutige Aufgabe der Kommune hat zwei zeitliche Dimensionen:

Das Angebot für die Senior/innen von heute gestalten: „Daseinsvorsorge“.

Das Angebot von morgen entwickeln: „Prävention“.

Dabei ist von den Bedürfnissen der Menschen auszugehen. Grundsätze:

Alte Menschen haben im Grund dieselben Wohnbedürfnisse wie die Jungen. Das heißt: altersgerechtes - oder besser: altersgerechtes - Bauen ist generationen- bzw. lebensgerechtes Bauen.

Alte Menschen wollen so selbstbestimmt wie möglich und so gesichert wie nötig wohnen. Es gilt: ambulant vor stationär. Dabei sollte auch die Strategie des „Aktiven Alterns“ umgesetzt, das heißt das Engage-

ment älterer Menschen bei der Gestaltung ihrer Wohn- und Lebensumwelt genutzt werden.

Es ist kommunale Aufgabe, die richtigen Weichen für die Entwicklung eines bedarfsgerechten Wohnraumangebots zu stellen und die Rahmenbedingungen dafür zu verbessern bzw. zu schaffen.

Die wichtigsten Bausteine sind:

1. Eine generationengerechte, Inklusion fördernde und altersgerechten Stadt- und Ortsentwicklung auf der Grundlage kommunaler strategischer Planungskonzepte (integrierte Stadtentwicklungs- und Wohnungsmarktkonzepte), die sich auch mit den Fakten und Folgen des demografischen und sozialen Wandels auseinandersetzen.
2. Die kommunale Sozial- und Seniorenpolitik sollte sich immer konsequenter auf die Sozialräume der Stadt- bzw. Ortsteile und Wohnquartiere ausrichten. Wichtiges Instrument sind die kommunalen Stadtteil- oder Quartiersentwicklungskonzepte: Integrierte Konzepte zur Verzahnung baulicher und sozialer Maßnahmen. Wichtige Handlungsfelder sind: Wohnen und Wohnumfeld, integrierende medizinische und pflegerische Versorgung, Nahversorgung, Erreichbarkeit und Mobilität.
3. Die nächste Ebene sind die quartiersbezogenen Wohnkonzepte, die alle derzeit aktuellen Wohn- und Betreuungsformen, ambulante Pflege und Dienstleistungen, Selbst- und Nachbarschaftshilfe gebietsbezogen bedarfsgerecht organisieren und koordinieren. Prominentes Beispiel ist das Bielefelder Modell. Die Kommune kann allein solche modellhaften Ansätze nicht schaffen. Die Akteure und Partner quartiersbezogener Konzepte sind Wohnungswirtschaft, Sozialwirtschaft, Bewohnerinnen und Bewohner, die Bedarf anmelden und / oder zur Selbsthilfe und Nachbarschaftshilfe bereit sind. Rolle der Kommunen kann sein: Initiator, Organisator und Moderater der beteiligten Partner.
4. Bei ihren Planungskonzepten und -verfahren sind die Bürgerinnen und Bürger und damit auch die kommunalen Seniorenvertretungen frühzeitig zu beteiligen.

Senioren sollen mit dafür sorgen, dass Bürgerbeteiligung bei der kommunalen Planung nicht zu einer Alibiveranstaltung verkommt. Die Fachgruppe „Wohnen im Alter“ des Landesseniorenrats SH hat daher Empfehlungen für die Beteiligung von Seniorenbeiräten an Planungsverfahren erarbeitet. Die möglichst frühe Beteiligung von Seniorenbeiräten in der Dorf- und Stadtentwicklung, an strategischen Planungen und im Prozess der Bauleitplanung hat sich dort, wo sie qualifiziert stattfindet, bewährt.

5. Beratung für die Bürgerinnen und Bürger rund um das Thema „Wohnen im Alter“ ist das letzte wichtige Stichwort bei der Fragestellung, welche Unterstützung Kommunen geben können. Diese ebenso schwierige wie notwendige Aufgabe umfasst die Vermittlung von Informationen, Kenntnissen über
 - barrierefreies Bauen und Umbauen,
 - die verschiedenen Wohnformen und ihren jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen,
 - das örtlich vorhandene Angebot an geeignetem Wohnraum und seine Zugangsmöglichkeiten,
 - finanzielle Hilfen und Fördermöglichkeiten,
 - das Entwickeln und Umsetzen von Wohnprojekten.

Eine kompetente und von wirtschaftlichen Interessen unabhängige Beratung aus einer Hand wird allenthalben vermisst und gefordert.

Forum 4 Spaziergang zur Besichtigung eines Wohnprojektes in Lübeck

Stefan Probst, Carsten Droßmann
Lübecker Bauverein eG

Zwanzig Interessierte schauten sich das Wohnprojekt „Gemeinschaftliches Wohnen der Generation 60 plus“ des Lübecker Bauvereins an. Nähere Informationen dazu erhalten Sie auf den folgenden Seiten sowie beim Lübecker Bauverein.

Wie wohnen wir gesundheits- und altersgerecht 2040?

Stefan Probst

Lübecker Bauverein eG



Lübecker Bauverein eG:

Der Lübecker Bauverein ist eine 120 Jahre alte traditionelle Wohnungsbaugenossenschaft in der Kernregion Lübeck. Das Ziel ist die Versorgung der Genossenschaftsmitglieder mit gutem und bezahlbarem Wohnraum. Dabei bildet die Versorgung unterer und mittlerer Einkommenschichten den Schwerpunkt.

Bilanzsumme: rund 294 Mio. EUR

Mitglieder: 7.904

Eigener Wohnungsbestand: 5280 WE, zusätzlich verwalteter Wohnungsbestand für Dritte: rund 2.500 WE.

Der Lübecker Bauverein ist eine aktive Genossenschaft mit stetiger Neubau- und Modernisierungstätigkeit und weiteren Dienstleistungen rund um die Immobilienverwaltung.

Darüber hinaus betreibt die Genossenschaft eine Spareinrichtung und ein aktives Sozialmanagement unter anderem in zwei Nachbarschaftstreffs mit vier ausgebildeten Sozialpädagogen und über 70 ehrenamtlich tätigen Mitgliedern.

Wohnen 2040:

Durch den demografischen Wandel werden wir weniger und älter. Gleichzeitig steigt die Zahl der Haushalte aufgrund zunehmender Ein-Personen-Haushalte noch einige Jahre lang an.

Die Kosten für das Wohnen steigen stetig. Dabei steigen die Nebenkosten, insbesondere die Energiekosten, überproportional zu den Kaltmieten.

Die Einkommen gerade von Rentnerhaushalten werden sich eher schwach entwickeln.

Verwitwete Rentenbezieher werden deutlich unter 1.000,- EUR zur Verfügung haben, wenn nicht private Vorsorge zu zusätzlichen Einkünften beiträgt.

Die Kosten für das Wohnen dürfen maximal ein Drittel bis die Hälfte der Einkünfte ausmachen. Das zeigt den engen Rahmen.

Wohnen muss bezahlbar bleiben

- Energiekostenoptimierung
- Förderprogramme
- Kostengünstiges Bauen

- Verantwortungsbewusste Investoren (z. B. Genossenschaften)

Langes Wohnen in den eigenen vier Wänden muss ermöglicht werden

- Serviceangebote rund ums Wohnen
- Gruppenwohnprojekte mit gegenseitiger Hilfe
- Ehrenamtliche Arbeit in den Quartieren
- Nachbarschaftstreffs in den Quartieren
- Gemeinschaftsräume und Orte zum gemeinsamen Verweilen in den Häusern
- Barrierearme Gebäude konzipieren
- Ausstattung der Wohnung mit intelligenter Technik zur Unterstützung des Wohnens im Alter (z. B. Kommunikations-/Notruf-Systeme, aber auch Ablagen, Schalterhöhen, Küchendesign, Griffe, Beschläge, Armaturen)

Ökologische Verantwortung

- Energieeinsparung durch zeitgemäße Standards (Wärmedämmung/Lüftung etc.)
- Einsatz von regenerativen Energien (Kostenentwicklung von Öl und Gas)
- Einsatz von ökologisch unbedenklichen Materialien

Wohnprojekt 60+ des Lübecker Bauvereins

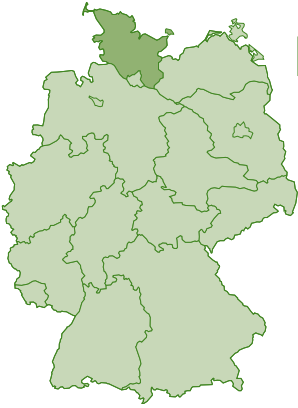
Die Initiative kam von älteren Menschen nach dem Grundsatz: „Nur nicht allein und nicht ins Heim“. Die Gruppengründung

erfolgte in 2006 und der Lübecker Bauverein wurde als Partner zur Realisierung des Wohnprojektes gefunden. Mit dem ehemaligen Busdepot in Lübeck wurde ein geeigneter Standort in zentraler Lage mit attraktivem Umfeld und guter Infrastruktur gefunden.

In dem Wohnprojekt 60+ wohnen unterschiedliche Einkommensbezieher unter einem Dach, es gibt sowohl öffentlich geförderte als auch frei finanzierte Wohnungen. Das Wohnen in dem Wohnprojekt 60+ ist keine Eigentumsmaßnahme mit hohem Einsatz von Eigenkapital, sondern basiert auf genossenschaftlichem Wohnen bei einer großen Traditionsgenossenschaft (keine genossenschaftliche Neugründung wie bei vergleichbaren Projekten und auch keine Wohnungseigentümergeinschaft).

Die Gruppe wuchs von anfangs zehn auf 40 Personen und wirkte gemeinsam mit bei der Planung und Organisation und ist inzwischen zu einer Gemeinschaft zusammengewachsen. Es bestehen regelmäßige Treffen, wo auch die Erarbeitung einer Gemeinschaftsordnung erfolgte. Das Gebäudekonzept besteht aus einem großem Gemeinschaftsraum und Gemeinschaftsküche, Gästewohnung und Gemeinschaftswaschraum sowie Tiefgarage. Auch ein Servicebüro ist im Gebäudekomplex integriert. Alle Wohnungen sind altersgerecht und barrierefrei ausgebaut.





Kontaktdaten

Eröffnung, Grußworte, Einführung in die Thematik

Dr. Elfi Rudolph

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V.
Flämische Straße 6-10
24103 Kiel

Dr. Renée Buck

Abteilungsleiterin im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung, Schleswig-Holstein
Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung
Adolf-Westphal-Str. 4
24143 Kiel

Dr. Monika Köster

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln

Gabriele Schopenhauer

Stadtpräsidentin der Hansestadt Lübeck
Hansestadt Lübeck
Breite Straße 62
23539 Lübeck

Martina Egen

Vorsitzende der DRK-Schwesternschaft Lübeck e.V.
DRK-Schwesternschaft Lübeck e.V.
Marlistraße 10
23566 Lübeck

Fachvorträge

Prof. Dr. Ulla Walter

Direktorin des Instituts für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
OE 5410
30625 Hannover
Email: Walter.Ulla@mh-hannover.de

Dr. Martin Willkomm

Medizinischer Direktor Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck – Geriatriezentrum
Marlistr. 10
23566 Lübeck
Tel.: 0451 - 6202 -0
Email: martin.willkomm@drk-schwhl.de

Matthias Wulf

stellv. Bereichsleiter „Soziale Sicherung“ der Hansestadt Lübeck
Fachbereich Wirtschaft und Soziales
Bereich Soziale Sicherung
Verwaltungszentrum Mühlenort
Kronsforder Allee 2 - 6
23560 Lübeck
Email: matthias.wulf@luebeck.de

Foren

Rüdiger Waßmuth

KIWA - Koordinationsstelle für innovative
Wohn- und Pflegeformen im Alter
Theodor-Heuss-Ring 56
c/o IBAF gGmbH
24113 Kiel
Tel.: 0151 - 59 10 63 56
Email: Post@kiwa-sh.de

Thomas Fürst

INSTITUT FÜR NEUES WOHNEN e.V.
Lachswehrallee 33
23558 Lübeck
Email: tf@inw-sh.de

Hedi Gebhardt

Betreutes Wohnen in Familien
Pflege LebensNah gGmbH
Ernst Barlach Str. 5-7
24768 Rendsburg
Tel.: 04331 - 13 99 18
Email: gebhardt@pln-netz.de

Dr. Christian Bendrath

Augustinum Aumühle
Mühlenweg 1
21521 Aumühle
Tel.: 04104 - 691-800
Email: c.bendrath@augustinum.de

Prof. Dr. Andreas Schrader

Ambient Computing AG
Universität zu Lübeck, Institut für Telematik
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Tel.: 0451 - 500 3724
Email: schrader@itm.uni-luebeck.de

Michael Uhlig

CURA Seniorenwohn- und Pflegeheime
Dienstleistungs GmbH
Französische Straße 53-55
10117 Berlin
Tel.: 0 30 - 65 79 80-542
Email: uhlig@cura-ag.com

Frank Poillon

Rechtsanwalt Frank Poillon
c/o LAG AktivRegion Sachsenwald-Elbe e.V.
Markt 3
21493 Schwarzenbek
Tel.: 04151- 2079784
Email: mail@aktivregion-sachsenwald-
elbe.eu

Anke Pawlik / Bärbel Pook

Landesseniorenrat S-H e.V.
Kantplatz 14
24537 Neumünster
Tel.: 04321 - 695 78 90
Email: landesseniorenrat-s-h@t-online.de

Stefan Probst / Carsten Droßmann

Otto-Passarge-Str. 2
23564 Lübeck
Tel.: 0451 - 61057 - 102
Email: info@luebecker-bauverein.de

Moderation

Heike Stüben
Email: stue.red@kieler-nachrichten.de

Veranstalter

Landesvereinigung für Gesundheits-
förderung in Schleswig-Holstein e.V.
Flämische Str. 6-10, 24103 Kiel
Tel. 0431-94294
www.lvgfsh.de
Email:gesundheit@lvgfsh.de

Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
Tel.: 0221 - 8992-0
www.bzga.de
Email: poststelle@bzga.de

