

Ethische Orientierung und Entscheidungsfindung in den kommunalen Altersstellen

Eine qualitative Studie zum „guten Entscheiden und Handeln“ bei Wohn- und Lebensübergängen fragiler alter Menschen

Schlussbericht zur Studie



Zürich, 31. Mai 2015

Institut Dialog Ethik

Autorinnen: Andrea Abraham, Hildegard Huber und Ruth Baumann-Hölzle

Zitervorschlag:

Andrea Abraham, Hildegard Huber und Ruth Baumann-Hölzle 2015: Ethische Orientierung und Entscheidungsfindung in den kommunalen Altersstellen. Eine qualitative Studie zum „guten Entscheiden und Handeln“ bei Wohn- und Lebensübergängen fragiler alter Menschen. Zürich: Institut Dialog Ethik.

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung	5
2.	Einleitung	6
3.	Eckdaten Datenerhebung	8
3.1	Sample	8
3.2	Interviewleitfaden	9
4.	Datenanalyse	10
5.	Die kommunalen Altersstellen	11
5.1	Kantonaler Auftrag und kommunale Umsetzung	11
5.2	Unklarheiten	12
5.3	Koordination und Vernetzung	13
5.4	Stellenbesetzung	14
5.4.1	Berufliches Profil und Kompetenzen der Stellenleitenden	14
5.4.2	Personal	14
5.5	Die Ratsuchenden und ihre Anliegen	15
5.6	Beratungsthema Wohnen	16
5.6.1	Selbstständiges Wohnen	16
5.6.2	Wohnen zuhause bzw. ausserhalb des Heims	16
5.6.3	Unterstützung aus der Familie	16
5.6.4	Unterstützungsstrukturen in der Gemeinde: Freiwilligenarbeit	17
5.6.5	Unterstützungsstrukturen in der Gemeinde: Bezahlte Hausdienste	18
5.6.6	Unterstützungsstrukturen in der Gemeinde: Generationenprojekte	18
5.6.7	Umzug „wenn es zuhause nicht mehr geht“	19
5.6.8	Neuere Wohnkonzepte	19
5.6.9	Heimeintritt und -aufenthalt	20
5.7	Beratungsthema Finanzen	22
5.7.1	Rolle der Eigenmittel für die Inanspruchnahme von Dienstleistungen	22
5.7.2	Finanzielle Sorgen	22
5.7.3	Beantragung und Inanspruchnahme von Ergänzungsleistungen	22
5.8	Beratungsformen	23
5.9	Beratungsgrundlagen und -ansätze	24
5.9.1	Ethische Grundsätze	24
5.10	Dokumentation	25
6.	Problemfelder	26
7.	Handlungsbedarf	27
8.	Literatur	28

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Fragilität und Pflegebedürftigkeit als ethische Themen.....	6
Abbildung 2: In den Entscheidungsprozess involvierte Verantwortungsebenen	7
Abbildung 3: Beispiel des Netzwerks einer Altersstelle	14
Abbildung 4: Handlungsbedarf auf Mikro-, Meso- und Makroebene.....	27
Tabelle 1: Eckdaten der 16 interviewten Altersstellen	8
Tabelle 2: Interviewleitfaden	9
Tabelle 3: Bandbreite an Aufgabenbereichen der Altersstellen, wie sie auf den Webseiten der Gemeinden und in den Informationsbroschüren genannt wird	12

1. Zusammenfassung

Die vorliegende Studie ging der Frage nach, wie die Altersstellen am Beispiel des Kantons Zürich ihren gesetzlichen Auftrag nach § 7 im neuen Pflegegesetz aus dem Jahr 2011 als Auskunftsstellen für Fragen zur ambulanten und stationären Pflegeversorgung wahrnehmen und umsetzen. Zu diesem Zweck wurden semistrukturierte Interviews mit 16 Altersstellenleitenden geführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Interessant ist, dass alle untersuchten Gemeinden diesen Auftrag auf Altersfragen eingeschränkt haben. Implizit und explizit haben die kommunalen Altersstellen von den Gemeinden den Auftrag, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ umzusetzen. Dabei dienen diese Anlaufstellen sowohl direkt betroffenen fragilen alten Menschen und/oder ihren Angehörigen, als auch anderen Berufsgruppen wie Ärzte, Spitexfachleute, Sozialarbeiter, Freiwillige, etc. Bei ihrer Arbeit sind die Stellenleitenden mit einer Vielzahl von unterschiedlichen Herausforderungen und Problemen konfrontiert. Das Thema „Wohnen“ stellt eines der zentralsten Themen dar. Die Art und Weise wie die Altersstellen (AS) mit den damit verbundenen Fragen und Problemen umgehen, ist ihnen zum grössten Teil selber überlassen. Auch stellen die Gemeinden sehr unterschiedliche Ressourcen zur Verfügung und haben ungleiche Vorstellungen und Anforderungen an die AS. Die Studie zeigt denn auch, dass sowohl auf der Mikro-, der Meso- und der Makroebene (Individuum, Organisation, Gesellschaft) Handlungsbedarf besteht hinsichtlich einer guten, verallgemeinerbaren, transparenten und verbindlichen Praxis. Die Ratsuchenden müssen wissen, was sie von der AS erwarten können, und die Stellenleitenden müssen ihre Aufgaben, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten kennen und wahrnehmen. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse entwickelt Dialog Ethik für die Altersstellen ein unterstützendes Modell, welches aus einem Entscheidungsleitfaden, einem Aufgaben- und Anforderungsprofil besteht.

2. Einleitung

Seit einigen Jahren orientiert sich die europäische Altersversorgung zunehmend am Grundsatz „ambulant vor stationär“. Gemeint ist damit, einen Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim entweder zu vermeiden oder zumindest möglichst lange hinauszuschieben. Das Leben im eigenen Zuhause ist auch das Ziel der aktuellen Schweizer Alterspolitik mit ihren gesetzlichen Neuerungen der letzten Jahre¹. Durch den Föderalismus sind Kantone und Gemeinden verpflichtet, diese Gesetze umzusetzen. Ziel dieser Studie war, am Beispiel des Kantons Zürich zu analysieren, wie „ambulant vor stationär“ auf Gemeindeebene umgesetzt wird und welche Auswirkungen die unterschiedlichen Umsetzungsformen für alte Menschen haben können.

Im Fokus des Interesses stand die Analyse der Entscheidungsfindung in konkreten Übergangssituationen der Pflegebedürftigkeit. Hierzu wurden am Beispiel des Kantons Zürich Formen und Rahmenbedingungen der Auskunftsstellen zur ambulanten und stationären Pflegeversorgung untersucht, wie sie vom neuen Pflegegesetz (§7) aus dem Jahr 2011 gefordert werden. Alle untersuchten Gemeinden haben diese Stellen erstaunlicherweise auf Altersfragen eingeschränkt und bieten deren Dienste kostenlos an. Die vorliegende Studie ging der Frage nach, welche Entscheidungsfindungsprozesse unter welchen Strukturvoraussetzungen in der Beratung und Begleitung alter Menschen und ihrer Angehörigen durch die kommunalen Altersstellen (AS) stattfinden. Die AS wurden als Forschungsgegenstand gewählt, weil sie als kommunale Knotenstelle zwischen der Bevölkerung, den Dienstleistenden und der Gemeinde die individuelle, organisationale, kommunale und gesetzliche Ebene darstellen und deren Wertvoraussetzungen erfassen können. Die

¹ Neue Pflegefinanzierung, Neues Kindes- und Erwachsenenschutzrecht

Kernthemen des Projekts umfassten:

- Aufbau und Rahmenbedingungen der AS
- Bedürfnisse und Anliegen der Ratsuchenden
- Unterstützungsangebote und Handlungsoptionen durch AS
- Involvierte Wertvorstellungen von Fragilität und Pflegebedürftigkeit
- Handlungs- und Unterstützungsbedarf

Zwei Grundannahmen leiteten die Festlegung der Kernthemen und deren Operationalisierung im Rahmen des Interviewleitfadens (Kap. 3.2):

I. Fragilität und Pflegebedürftigkeit sind ethische Themen

Während in Diskussionen um Versorgungslücken auf die zu verbessernde Koordination und Kontinuität hingewiesen wird, werden ethische Fragen und Wertvorstellungen von Entscheidungen bezüglich Wohnsituationen, Pflege- und Betreuungsformen hingegen kaum explizit thematisiert. Dies erstaunt, weil Übergänge im Alter und damit einhergehende Fragen nach Pflege und Betreuung mit schwierigen ethischen Entscheiden verbunden sind, welche weit über medizinische, technische, finanzielle oder organisatorische Aspekte hinausreichen können. Oftmals geht es in hohem Masse um unterschiedliche Wertvorstellungen von Autonomie (Selbst- oder Fremdbestimmung), Sicherheit (Selbst- und Fremdgefährdung), Zumutbarkeitsfragen und Menschenbilder. Die Beurteilung des individuellen Unterstützungs- und Hilfsbedarfs angesichts von Fragilität und Pflegebedürftigkeit ist geprägt von verschiedenen Normen, Werthaltungen, Bedürfnissen und ethischen Dilemmatas – sei dies

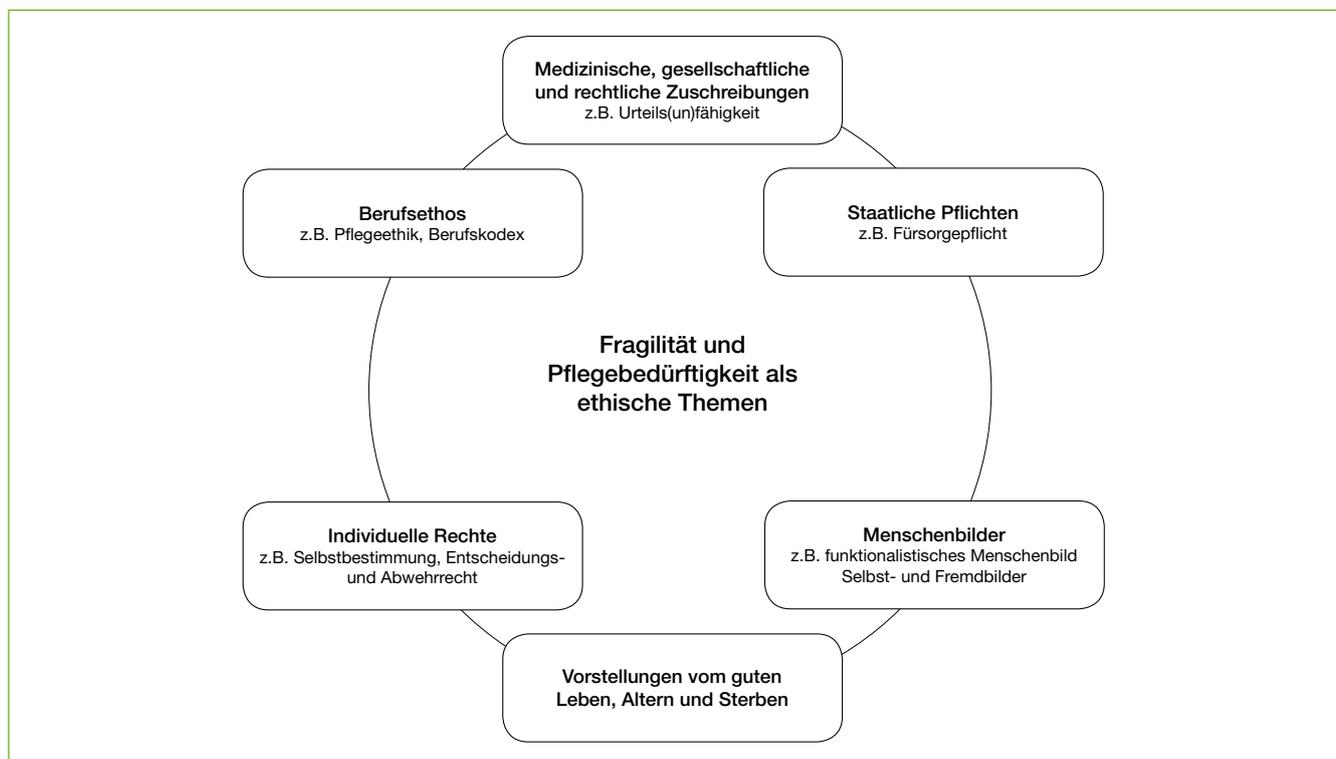


Abbildung 1: Fragilität und Pflegebedürftigkeit als ethische Themen

auf der Seite alter Menschen und ihrer Angehörigen oder seitens des Gesundheitspersonals, der Pflegeinstitutionen, politischer Gemeinden und des Gesetzgebers (Abb. 1). Diesen Beratungs- und Entscheidungssituationen liegt denn auch eine grosse Perspektivenviarianz inne.

Die Forschungslücke widerspiegelt aber gleichzeitig die Ausklammerung ethischer Fragen, wie sie viele alte Menschen und ihre Angehörigen in Entscheidungsfindungsprozessen erleben: Bei Übergängen geraten ihre individuellen Werthaltungen, Wünsche und Lebensbedingungen oftmals in den Hintergrund. Einerseits, weil sich entweder niemand als dafür zuständig erachtet, oder andererseits, weil die entsprechenden Unterstützungsangebote nicht vorhanden oder den Betroffenen nicht bekannt sind. In beiden Fällen geht es um Systemlücken bei der konkreten Entscheidungsfindung. Das vorliegende Projekt setzte bei dieser Leerstelle an.

II. Fragilität und Pflegebedürftigkeit werden auf drei Ebenen verhandelt (Individuum, Organisation, Gesellschaft)

Das Projekt fokussierte auf jene Momente, in denen Menschen sich an die AS wenden, weil etwas „nicht mehr geht“², und damit auf Lebensphasen, in denen sich Fragen zur Fragilität³ und Pflegebedürftigkeit

² Hierbei geht es nicht zwingend um einen objektiv beschreibbaren Zustand oder ein spezifisches Ereignis (z.B. Sturz, Schlaganfall), sondern um die subjektive Einschätzung von fragilen Menschen und ihren Angehörigen (innere Wertigkeit).

³ Fragilität bezeichnet den ambivalent und komplex verlaufenden Prozess des Gebrechlichwerdens in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht (Höpfinger et al. 2011), welcher durch das Zusammenspiel von Vulnerabilität (Defizite) und Resilienz (Ressourcen und Coping-Strategien) geprägt ist. Darüber hinaus ist Fragilität eine perspektivenabhängige und normative Kategorie (Obrist 2010), welche gleichsam mit dem individuellen Erleben als auch der Fremdzuschreibung und Stigmatisierung in Zusammenhang steht.

tigkeit alternder Menschen stellen. Diese Übergangsprozesse verlaufen nicht linear, sondern komplex und können von verschiedenen Verhandlungsphasen, Konflikten, Übergangslösungen, Zwischenschritten und temporären „Sackgassen“ geprägt sein. Dabei müssen Entscheide über die weiteren Wohn-, Lebens- und Betreuungsformen gefällt werden. Bei der Wahl einer neuen Wohnform geht es neben finanziellen Überlegungen und allfälligen Dringlichkeiten auch um die Auseinandersetzung alter Menschen mit ihrem Selbstbild, ihren Bedürfnissen und Vorstellungen eines guten Lebens. Diese Auseinandersetzung findet in einem sozialen Kontext statt, d.h. sie involviert auch Angehörige und ihre individuellen Wünsche, Ängste, Befürchtungen, Gefühle, Abwehrhaltungen und Hoffnungen (Abb. 2).

Heute ist noch weitgehend unklar, wie diese Entscheidungsprozesse verlaufen, wie die individuelle Ebene aus professioneller Sicht erfasst wird und in welcher Weise fragile Menschen daran partizipieren können. Je komplexer die Situation eines pflegebedürftigen Menschen ist, desto wichtiger scheint aber seine Unterstützung durch ein gut funktionierendes, koordiniertes und systemisch ausgerichtetes ambulantes System zu sein (Weber-Halter 2010), damit seine Wohn- und Lebensqualität gewährleistet werden kann.

Wie die Abbildungen 1 und 2 illustrieren, findet der Umgang mit Pflegebedürftigkeit und Fragilität in einem Spannungsfeld unterschiedlicher Perspektiven, Fragen, Interessen und Bedingungen statt, die zu vielfältigen ethischen Fragestellungen und Dilemmasituationen führen. Dieses Spannungsfeld zeigt sich mit zunehmender Fragilität umso deutlicher, weil es auch geprägt ist vom komplexen und volatilen Übergang von Urteilsfähigkeit zu Urteilsunfähigkeit der alternden Menschen.

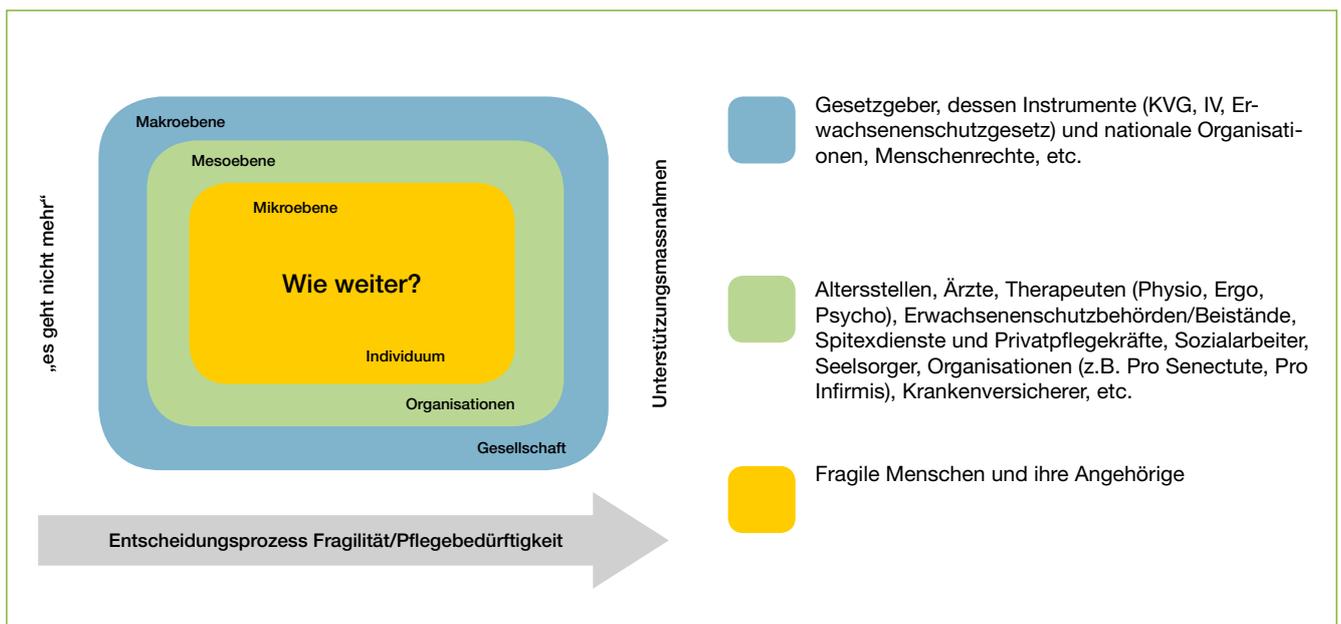


Abbildung 2: In den Entscheidungsprozess involvierte Verantwortungsebenen

3. Eckdaten Datenerhebung

Die vorliegende Studie fand zwischen Herbst 2013 und Frühling 2015 statt. Für die semistrukturierten Interviews (Silverman 2005) wurden alle 46 Altersstellen des Kantons Zürich angeschrieben, die sich auf den Webseiten der Gemeinden ausfindig machen liessen und gemäss §7 des neuen Pflegegesetzes betrieben werden. 16 Altersstellen willigten zu einem Interview ein. Die 1–2 h dauernden Interviews mit Altersstellenleiterinnen und -leitern (14 Frauen, 2 Män-

ner) fanden in den jeweiligen Räumlichkeiten der Altersstellen statt und wurden aufgenommen. Die Audioaufnahmen wurden wörtlich transkribiert (Mayring 2002). Feldnotizen der teilnehmenden Beobachtung (Hauser-Schäublin 2003; Lüders 2003; Spradley 2006) vor Ort als auch „graue Literatur“ wie Informationsbroschüren und ähnliches bildeten einen ergänzenden Teil des Datenkorpus.

3.1 Sample

Code	Bestehen	Zuständigkeit	Stellen%	Lokalität	Unterstellung	
AS1	2004	3 Gden:	10'000-15'000 EW	80%	Alters- und Pflegeheim	Gemeinde (Gesundheitsabteilung)
AS2	Vor 2011	1 Gde:	10'000-15'000 EW	60%	Unabhängiges Gebäude	Gemeinde (Gesundheitsabteilung) und Pro Senectute
AS3	2011	1 Gde:	5'000-10'000 EW	60%	Spitexräume	Gemeinde (Sozialabteilung)
AS4	1990er Jahre	1 Gde:	15'000-20'000 EW	80%	Gemeindeverwaltung	Gemeinde (Abteilung Gesundheit und Alter)
AS5	2010	1 Gde:	10'000-15'000 EW	20%	Kein fixer Ort, Raumnutzung Altersheim möglich	Gemeinde (Sozialabteilung)
AS6	2012	1 Gde:	10'000-15'000 EW	80%	Alters- und Pflegeheim	Gemeinde (Abteilung Gesundheit und Alter)
AS7	1990er Jahre	1 Gde:	10'000-15'000 EW	100%	Spitexräume in Altersheim	Gemeinde (Abteilung Gesellschaft)
AS8	2012	1 Gde:	20'000-25'000 EW	80%	Alters- und Pflegeheim	Gemeinde (Abteilung Jugend und Alter)
AS9	Provisorium	1 Gde:	10'000-15'000 EW	80%	Gemeindeverwaltung	Gemeinde (Gesundheitsabteilung)
AS10	2011	2 Gden:	20'000-25'000 EW	70%	Alters- und Pflegeheim	Pro Senectute
AS11	2013	2 Gden:	5'000-10'000 EW	30%	Alters- und Pflegeheim	Altersheim
AS12	1970er Jahre	1 Gde:	380'000-385'000 EW	1240%	Unabhängiges Gebäude	Gemeinde (Gesundheitsabteilung)
AS13	2011	1 Gde:	1'000-5'000 EW	20%	Spitexräume	Gemeinde (Sozialabteilung)
AS14	2012	1 Gde:	15'000-20'000 EW	100%	Gemeindeverwaltung	Gemeinde (Sozialabteilung)
AS15	2010	1 Gde:	5'000-10'000 EW	Keine Angabe	Unabhängiges Gebäude	Pro Senectute
AS16	2007	1 Gde:	15'000-20'000 EW	80%	Alters- und Pflegeheim	Pro Senectute

Tabelle 1: Eckdaten der 16 interviewten Altersstellen

3.2 Interviewleitfaden

Themen	Fragen
Leitung	<ul style="list-style-type: none"> - Wer führt die Altersstelle (AS)? Ausbildung, bisherige Tätigkeit im Altersbereich? - Spezielle Weiterbildung für AS-Leitung? Z.B. Case Management?
Einzugsgebiet	<ul style="list-style-type: none"> - Einzugsgebiet der AS? - Angaben zu Ü80-Bevölkerung des Einzugsgebietes: wie wohnt diese Altersgruppe?
Aufbau und Auftrag	<ul style="list-style-type: none"> - Seit wann besteht die AS? - Wie wurde die AS aufgebaut? - Wo sehen die AS selber ihren Auftrag?
Angebot und Nachfrage	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Dienstleistungen bieten die AS an? - Wie sind die Öffnungszeiten der AS? - Wie rege wird die AS benutzt?
Zugang	<ul style="list-style-type: none"> - Wie gelangen die Ratsuchenden an die AS? - Wirbt die AS für ihr Angebot?
Organisationsethik Leitende Werte	<ul style="list-style-type: none"> - Woran orientiert sich die AS? Leitbild, Konzept, Pflichtenheft, Mission Statement? - Wofür engagiert sich die AS, wofür steht sie ein?
Ratsuchende	<ul style="list-style-type: none"> - Wer kontaktiert AS? Alte Menschen, Angehörige oder Drittpersonen? - Wie würden Sie die Ratsuchenden beschreiben? - Mit welchen Fragen, Anliegen, Bedürfnissen, Erwartungen treten Ratsuchende an die AS? Fallgeschichten, z.B. gewöhnliche oder aussergewöhnliche Fälle? - Kommen Ratsuchende nur einmal oder gibt es Folgetermine; werden sie in einem Prozess begleitet? - Wie viel Zeit ist für die Ratsuchenden eingeplant?
Problemerkfassung	<ul style="list-style-type: none"> - Was ist für AS eine komplexe Situation? - Wie definieren AS in den komplexen Fällen ihre Aufgabe? - Wie wird in komplexen Situationen priorisiert? Dringlichkeit? Was noch? - Haben AS ein „Diagnoseraster“, wenn die Angehörigen von ihrer Situation erzählen? - Arbeiten AS mit handlungsleitenden Konzepten? Z.B. Demenz, Abhängigkeit, Sicherheit, Palliation, psychische Gesundheit, Migration, Sucht, unbefriedigende Lebenssituation, Gewalt?
Entscheidungsprozess Handlungsplanung	<ul style="list-style-type: none"> - Wie werden Entscheidungen für das weitere Vorgehen getroffen? Arbeiten die AS mit einer Beratungsmethodik, einem Problemlösungsprozess, mit einer Systematik, mit Prozesskriterien, mit einem vorgängigen Assessment, Bedürfnisanalysen? - Werden Ziele formuliert, dokumentiert und evaluiert? - Erfolgt Absprache oder Zusammenarbeit mit einem Netzwerk, mit anderen Institutionen? Z.B. KESB, Spitex, UBA? - Wie funktionieren diese Kooperationen? - Welche Rolle übernehmen bei Entscheidungsprozessen die Ratsuchenden?
Bedarf AS	<ul style="list-style-type: none"> - Wo sehen AS Schwierigkeiten in ihrer Arbeit? - Bestehen in der Versorgung alter Menschen Lücken oder Hürden? - Gibt es Bereiche, wo die Verantwortlichkeiten nicht geregelt sind oder wo der Informationsfluss nicht funktioniert? - Was geschieht bei Unklarheiten, Dissens, Unzufriedenheit seitens der Ratsuchenden? Wie gehen AS damit um? - An wen können sich die AS wenden, wenn sie Unterstützung benötigen? - Wo sehen sie Handlungsbedarf? Wo wünschen sie sich Unterstützung? Zu welchen Themen, in welchen Bereichen? Z.B. Leitfaden/Checkliste, Austausch/Vernetzung mit anderen Altersstellen, Zusammenarbeit KESB, Weiterbildungen?

Tabelle 2: Interviewleitfaden

4. Datenanalyse

Qualitative Analysevorgänge, die sich an inhaltsanalytischen Verfahren orientieren (Krippendorff 2003), zeichnen sich dadurch aus, dass sie das transkribierte Datenmaterial kodieren, Themen identifizieren, implizite und explizite normative Voraussetzungen erkennbar machen und durch diese Prozesse die empirische Grundlage zunehmend auf ein höheres Abstraktionsniveau lenken. Dies führt zur Entwicklung von Kriterien, Mustern, Typologien, Strukturen oder Konzepten (Kelle & Kluge 1999; LeCompte & Schensul 1999; Silverman 2001; Ryan & Bernard 2003).

Die transkribierten 16 Interviews wurden in das Softwareprogramm *QDA Miner lite* eingelesen, das für die Auswertung qualitativer Datensätze verwendet wird. Für die Kodierarbeit wurde ein Kodierleitfa-

den erstellt, der sich am Interviewleitfaden und an zusätzlichen, aus dem Datenmaterial emergierenden Themen orientierte. Der Kodierleitfaden bestand aus Kategorien, welche die verschiedenen Codes zusammenfassten. Die Spannweite und inhaltliche Ausrichtung der einzelnen Codes wurden durch eine Definition festgelegt, die den beiden Kodierenden als gemeinsame Arbeitsgrundlage diente. In einem ersten Schritt wurden Transkriptpassagen gemeinsam kodiert. Ziel dieser gemeinsamen vergleichenden Arbeit war es, ein möglichst homogenes analytisches Vorgehen sicherzustellen, um die weitere Kodier- und Analysearbeit aufteilen zu können. Die Codings wurden kategorisiert, in eine systematische Ordnung gebracht und in einen deskriptiv gehaltenen Fliesstext eingebettet.

5. Die kommunalen Altersstellen

5.1 Kantonaler Auftrag und kommunale Umsetzung

Gemäss **Pflegegesetz** des Kantons Zürich sind die Gemeinden verpflichtet „eine Stelle [zu bezeichnen], die Auskunft über das Angebot der Leistungserbringer gemäss § 5 Abs. 1⁴ erteilt“. Alle recherchierten und besuchten Gemeinden, die diesem Auftrag nachgekommen sind, haben diese Stellen auf Altersfragen ausgerichtet und bieten ihre Dienste kostenlos an. Der vage formulierte Auftrag des Kantons wurde von den Gemeinden unterschiedlich interpretiert und umgesetzt, so dass eine grosse Heterogenität besteht bezüglich:

- **Betreiber:** Die Auftraggeber der Altersstellen sind gemäss Pflegegesetz die Gemeinden, d.h. der Gemeinderat, die Gemeindeverwaltung und die Gemeindeversammlung. In einigen Gemeinden werden die Altersstellen nicht selber betrieben, sondern von externen Organisationen (z.B. Pro Senectute, Altersheime, private Dienstleistungsunternehmen) im Rahmen eines Leistungsvertrags.
- **Standort:** Unabhängiger Standort, in Gebäude der Gemeindeverwaltung, in Pflege- und Altersheim, in Spitexräumlichkeiten.
- **Stellenbesetzung:** Stellenprozente (10 %-100 %), Profil, Kompetenzen.

In fast allen Interviews wurde deutlich, dass die Altersstellen ihren primären Auftrag darin sehen, den gesetzlichen Auftrag „**ambulant vor stationär**“ umzusetzen und diese „Politik“ (AS1) auch gegenüber den Ratsuchenden zu kommunizieren. Eine Interviewpartnerin betont, dass sich die Auslagen der Gemeinde für die Altersstelle langfristig gesehen bezahlt machen, wenn sie sich an diesem Auftrag ausrichtet:

„Wenn ich belegen kann, dass ich jemanden für ein halbes Jahr von einem Heimeintritt abhalten konnte, dann ist diese Stelle saniert.“ (AS10)

Die Altersstellenleitenden sind überzeugt, dass diese **ökonomisch motivierten Ziele** des Pflegegesetzes und der Gemeinde auch mit dem **Bedürfnis nach selbstbestimmtem Wohnen zuhause korrelieren**. So werden Ratsuchende, die sich nach dem richtigen Zeitpunkt für den Heimeintritt erkundigen, in der Regel dazu ermutigt, **möglichst lange zu Hause zu bleiben**, allenfalls mit Unterstützungsleistungen. Grundsätzlich sind die Altersstellenleitenden besorgt, schwierige Situationen zuhause zu unterstützen, so „dass es schon noch geht“ (AS14). In den Interviews wurde aber nicht immer deutlich, **welche konkreten Unterstützungsmöglichkeiten** angeboten werden. Diese Vagheit kam beispielsweise in der Aussage einer Stellenleiterin zum Ausdruck, die berichtet:

„Ich sagte ihm [Ratsuchenden] einfach noch, dass er vielleicht einmal überlegen soll, sich ein bisschen von seinen Sachen zu lösen.“ (AS11)

Neben einigen Altersstellen, die bereits vor Inkrafttreten des Pflegegesetzes ihren Auftrag formuliert haben, schildern die meisten interviewten Personen, dass sich ihre Altersstelle immer noch in der **Aufbauphase** befindet. Diese Aufbauphase zeichnet sich durch Aufgabenfelder aus wie:

- **Übersichtsarbeit:** Die Stellenleitenden schaffen für sich selber und/oder für die ratsuchenden Personen eine Übersicht zu den altersspezifischen Angeboten und Dienstleistungen der Gemeinde und Umgebung (z.B. ambulante Dienstleistungen, stationäre Einrichtungen, Freizeitangebote, Vereine, Präventionsprojekte). Manche Altersstellen geben die Übersicht in gedruckter Form als Informationsmaterial ab oder vermitteln Interessenten im Rahmen von Vorträgen und Führungen einen Einblick in vorhandene Dienstleistungen. Solche Veranstaltungen werden zudem als gute Möglichkeit beschrieben, um die Altersstelle in der Bevölkerung bekannt zu machen (Öffentlichkeitsarbeit).
- **Zukunftsplanung:** Viele Altersstellenleitende haben Projektideen, die sie in der nahen Zukunft angehen möchten, so z.B. einen Fahrdienst für die Veranstaltungen zu Altersthemen, aufsuchende Altersarbeit oder den Vermittlungsdienst von Freiwilligen.

Grundsätzlich verstehen die Altersstellenleitenden ihren Auftrag als **Dreh- und Angelstelle mit Beratungs- und Koordinationsaufgaben** aber ohne längerfristige **Betreuungsaufgaben**, um „Rahmenbedingungen [aufzubauen], in denen die Leute dann existieren und leben können“ (AS4). Während eine Minderzahl der besuchten Altersstellen sich als reine Informationsvermittlung bezeichnet, beschreibt die Mehrzahl ihren Auftrag als **sehr breit**. So schildert beispielsweise eine Interviewpartnerin:

„Der Auftrag hatte, so glaube ich, nicht so viele wirklich konkrete Beratungen vorgesehen. Man ahnte nicht, dass das so herauskommen wird. Vor allem dass ich auch relativ viele Hausbesuche mache bei Leuten, die nicht mehr hierher kommen können oder nicht unbedingt hierhin kommen wollen, und die man so ein bisschen aufsuchen muss. Mein Auftrag war schon diese Beratung und Information gemäss Pflegegesetz. Dann Beratung mehr im Sinne von Triage, denn man hat ja noch die Pro Senectute-Sozialarbeiterinnen. Sie sind allerdings in [der Gemeinde] X, und es erweist sich nicht als sehr praktikabel, die Leute alle dorthin zu verweisen. Und dann habe ich schon Aufträge im Bereich... Also die Freiwilligengruppe sollte ich aufbauen, Prävention und Gesundheitsförderung sollte ich umsetzen. Dann gehören natürlich die Führung der Alterssiedlungsassistentinnen und das ganze Management der Alterswohnungen auch noch zu mir. Das heisst die Warteliste führen und so, das war auch so geplant. Und dann war einfach geplant, dass ich Fachfrau in Altersfragen für die Stadt X bin, also für die politische Behörde. Es gibt da so Projekte von der Auslagerung vom Altersheim, in denen ich mitarbeite. Und einfach der Aufbau von neuen Angeboten in X, oder überhaupt die Ausrichtung der Alterspolitik mitgestalten, so in dem Stil.“ (AS14)

⁴ „Die Gemeinden sorgen für eine bedarfs- und fachgerechte stationäre und ambulante Pflegeversorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner. Sie betreiben zu diesem Zweck eigene Einrichtungen oder beauftragen von Dritten betriebene Pflegeheime und Spitex-Institutionen oder selbstständig tätige Pflegefachpersonen.“

Diese Breite kommt auch in den öffentlich zugänglichen Informationen zu den Altersstellen zum Ausdruck (Tab. 3).

5.2 Unklarheiten

In den Interviews kommt sehr deutlich zum Ausdruck, dass trotz der geforderten Information, Vernetzung, Koordination und Beratung der **konkrete Auftrag der Altersstellen unscharf** bleibt und **individuell umgesetzt** wird. Neben vorgegebenen Aspekten wie beispielsweise dem Jahresbudget setzen sich viele von ihnen selbst gewählte Grenzen, innerhalb derer sie arbeiten möchten oder können. In manchen

Interviews wird aber betont, dass ihnen manchmal **unklar ist, wo die Grenzen ihrer Befugnisse und ihrer Verantwortlichkeit verlaufen**. Manche schildern es als entlastend, keine Fall-Verantwortung zu tragen, weil ihnen teilweise der fachliche Hintergrund, die Erfahrung oder die rechtlichen Grundlagen fehlen, andere hadern mit der unklaren, beschränkten Verantwortung:

„Als Altersbeauftragte bin ich nicht immer autorisiert zu dieser Case-Management-Funktion. Wenn ich aber sehe, dass eine gewisse Komplexität besteht, bin ich als Sozialarbeiterin immer diejenige, die dies natürlich anbietet.“ (AS2)

Aufgabenbereich	Beispiele
Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> – Personen ab 60 Jahren und deren Angehörige – Angehörige, Seniorinnen und Senioren ab 60 sowie Interessierte, Organisationen und Institutionen – Alle Personen, die sich zu den vielfältigen Themen des Alters informieren und beraten lassen wollen – Personen, die aufgrund von Krankheit, Unfall oder Behinderung auf Unterstützung angewiesen sind
Information und Auskunft	<ul style="list-style-type: none"> – Persönliches Gespräch oder telefonisch – Informationsmaterial – Verzeichnis der Dienstleistungen und Angebote – Informationsthemen: stationäre und ambulante Einrichtungen; Wohn-, Betreuungs- und Pflegeangebot im Alter; Kosten und Finanzierungsmöglichkeiten
Beratung	<ul style="list-style-type: none"> – Beratungsthemen: Lebensgestaltung, Pensionierung, Alltagshilfe, Wohnen / Wohnformen im Alter (Unterstützung in Entscheidungsprozessen bei Fragen zur gewünschten Wohnform; Unterstützung bei Wohnungssuche; Unterstützung bei Umzug), Betreuung und Pflege, Finanzen und Administration, Gesundheit und Prävention, Begleit- und Fahrdienste, Besuchsdienst, Umzugshilfe, Entlastungsangebote für Angehörige, Freiwilligenarbeit, Sozialberatung – Beratungsorte: Altersstelle, zuhause, im Heim – Beratungsformen: telefonisch, persönlich, Kurzberatung
Vermittlung	<ul style="list-style-type: none"> – Triage – Angebote zur Entlastung im Alltag für betreuende Angehörige von pflegebedürftigen Menschen, von Demenzbetroffenen – Vermittlung von Dienstleistungsanbietern – Vermittlung von Kursen, Veranstaltungen, Kultur- sowie Bildungsangeboten oder Freiwilligenjobs – Anmeldung in Alters- oder Pflegeheim – Anmeldung und Vermittlung von Alterswohnungen, Appartements in einem Alterszentrum, Pflegezentren, Wohnen mit Pflege und Betreuung, Anmeldungen für private Alters- und Pflegeheime – Bettenvermittlung
Koordination und Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"> – Koordination der Aktivitäten von lokalen Organisationen und Freiwilligendiensten, die in der Altersarbeit tätig sind – Koordination des Besuchsdiensts – Koordination von Veranstaltungen um Überschneidungen zu vermeiden – Case Management (Koordination von Hilfsangeboten für Einzelpersonen) – Kooperation und Vernetzung mit umliegenden Gemeinden – Kontakt mit anderen Akteuren (z.B. Seniorenrat)
Weitere Tätigkeiten und Projekte	<ul style="list-style-type: none"> – Entwicklung neuer Angebote entlang der Anliegen der Bevölkerung – Aufbau und Unterstützung einer Nachbarschaftshilfe – Förderung der Freiwilligenarbeit im Bereich Alter – Mehrgenerationenprojekte – Betreiben von spezifischen Gefässen (z.B. Altersforum) – Prävention und Gesundheitsförderung
Alterspolitik	<ul style="list-style-type: none"> – Grundlagen liefern für strategische Entscheide der Gemeinde – Zusammenarbeit mit anderen Gemeinderessorts – Ausarbeitung von Vorschlägen für eine zeitgemässe Alterspolitik und die weitere Umsetzung des Altersleitbildes zuhanden des Gemeinderates

Tabelle 3: Bandbreite an Aufgabenbereichen der Altersstellen, wie sie auf den Webseiten der Gemeinden und in den Informationsbroschüren genannt wird

Viele Altersstellen wirken eher provisorisch und befinden sich noch in der Aufbauphase. Gegenüber der Gemeinde sind sie rechen-schaftspflichtig, indem sie regelmässig mündlich oder schriftlich darlegen, wie sich die Funktion der Altersstellenleitenden rechtfertigen lässt. In den Beschreibungen ihres Auftrags sagt eine Stelleninhaberin beispielsweise, dass die Koordination dazu diene, „damit man ein bisschen voneinander weiss“ und die „Beratungen oder die Informationsvermittlung [...] ein bisschen zusammen gehört“ (AS10).

Aufgrund der Ausführungen bleibt unklar, welche Anfragen als eigentliche Aufträge zu betrachten sind, wer dabei die **Auftragsbefugnis** hat und mit welchem Ziel ein Auftrag bearbeitet wird. Wenn sich beispielsweise ein Hausarzt bei einer Altersstelle meldet, erfolgt keine systematische Gewichtung und Weiterbearbeitung dieser Kontaktierung:

„Ich erhalte teilweise vom Hausarzt eine Meldung, also natürlich nur von gewissen Hausärzten. Der eine oder andere macht dann eine Meldung an mich, weil dieses Thema eben bei ihm auch schon auftaucht ist. Das ist wie eine Grundlage für mich, um zu schauen, wie es [bei dieser Person] denn wirklich aussieht.“ (AS10)

Am Beispiel von Gefährdungsmeldungen, welche die Altersstellen an die KESB machen, zeigt sich die **Unklarheit des Informationsflusses** zwischen den Altersstellen und höheren Instanzen. Die Altersstellenleitenden werden von der KESB meist nicht mehr über den weiteren Verlauf des Falls informiert, im Gegensatz zu früher, als die Vormundschaftsbehörde diesem Anliegen nachkam.

Gerade bei hochkomplexen Fällen wie z.B. Menschen mit schwerer Demenz oder psychischen Krankheiten können die Altersstellenleitenden fachlich an ihre Grenzen stossen und die Beratung nicht übernehmen. So erzählt eine Stellenleiterin:

„Ich empfahl ihr [Ratsuchende mit ‚Verfolgungstendenzen‘], eine starke Hilfe zu holen, die ich ihr nicht bieten könne.“ (AS1)

In solchen Fällen werden die Ratsuchenden weitergeleitet, wie z.B. an die Fachstelle SIL.

Vermeint weisen die Altersstellenleitenden darauf hin, dass sie durch das unklare Stellenprofil einen gewissen **Handlungs- und Gestaltungsspielraum** haben, der selber ausgelotet werden muss. Dieser Spielraum wird grundsätzlich als positiv empfunden, weil **sie dadurch die Beziehung mit den Ratsuchenden individuell gestalten können**. Diese **Personifizierung** kommt im Zitat „ich bin die Anlaufstelle“ (AS4) oder „ich bin eigentlich wie freischaffend“ (AS5) zum Ausdruck. Gleichzeitig werden die **Unklarheit der Auftraggeber**, die **ungeklärte Legitimation des eigenen Handelns** und die **unklaren Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche der Altersstellenleitenden** aber als zentrale Probleme ihrer Arbeit benannt:

„Also was ich auch noch schwierig finde, ist das mit den Aufträgen: Wo kommen die her? Das ist mir nämlich jetzt vorher durch den Kopf. Ich habe mir auch zu den Angehörigen dieser dementen Frau überlegt: Soll ich jetzt das einfach

einmal ansprechen? Das ist manchmal auch so die Frage. Vorher als Beiständin habe ich immer geschaut, was mein Auftrag ist. Und hier ist es so, dass man ihn [Auftrag] selber definieren muss. Und auch die Befugnis dazu.“ (AS11)

Unklare Schnittstellen führen dazu, dass **Prozesse doppelspurig** verlaufen, **ohne dass die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten** geklärt sind. Zum Beispiel sind die Fachstellen eigentlich **nicht zuständig für Notfallsituationen**, dann, „wenn es [akut] nicht mehr geht“. (AS2) Trotzdem müssen manchmal Entscheide notfallmässig getroffen werden. Die Autonomie im Alter kann durch verschiedene Faktoren beeinträchtigt werden wie z.B. durch zunehmende Gebrechlichkeit, soziale Isolation, Vernachlässigung und Multimorbidität. Wenn keine Angehörigen oder Bezugspersonen vorhanden sind oder medizinische/soziale Netzwerke fehlen, leisten die Altersstellenbeauftragten teilweise längerfristig aufsuchende Betreuungs- und Unterstützungsaufgaben und entscheiden infolge Verschlechterung des Gesundheitszustandes selbstständig über das weitere Vorgehen.

Die unklare Funktion der Altersstellen widerspiegelt sich in vielen Gemeinden in den **Strukturen der Gemeindeverwaltung** (in welchem Ressort die Altersstelle angegliedert ist), in der Heterogenität der Bereiche, denen die Altersstellen unterstellt sind, aber auch in den unklaren Ziel- und Nutzergruppen der Altersstellen. Eine Interviewpartnerin betont denn auch, dass die vergangenen beiden Jahre „ein Suchen [waren], was diese Stelle soll“ (AS3).

5.3 Koordination und Vernetzung

Als zentraler Auftrag wird von den Altersstellenleitenden die **Koordination und Vernetzung** genannt. Dabei fallen Begriffe wie „Drehscheibe“ (AS4) oder „Triage“ (AS1, AS8). Diese Funktion ist in **komplexen Fällen**, wenn verschiedene Akteure oder viele Stellen oder Betroffene involviert sind, besonders wichtig. Die konkrete Umsetzung dieses Auftrags erfolgt unterschiedlich. Während manche Altersstellen ein starkes „**Gärtchendenken**“ erleben, setzen andere den Auftrag gemeinsam mit verschiedenen Akteuren der Altersarbeit um (Vereine, Institutionen, Fachpersonen). So werden beispielsweise Austauschmöglichkeiten geschaffen, in denen die aktuellen Probleme in der jeweiligen Gemeinde besprochen, Netzwerke und Allianzen gebildet sowie Synergien genutzt werden können. Eine Altersstellenleiterin beschreibt die Gesprächsthemen eines solchen Forums wie folgt:

„Was läuft gerade? Wo läuft es nicht gut? Wo stellt man irgendwo eine Lücke fest, die noch geschlossen werden sollte? Das wird dann diskutiert und es wird geschaut, ob das jemand übernehmen könnte, oder ob man etwas ganz Neues in der Gemeinde aufziehen muss, weil das und das fehlt. Man schaut, dass man Doppelspurigkeiten abbauen kann, und dass man den ganzen [Alters-] Bereich in der Gemeinde, der sich ja auch immer wieder ein wenig verändert, weil neue Bedürfnisse dazukommen, im Altersforum bespricht und eine Lösung sucht. Das ist das Hauptanliegen dieses Forums.“ (AS5)

Die in den Interviews genannten Vernetzungspartner sind zahlreich (Abb. 3):

Das potentielle Netzwerk einer Altersstelle	
Gemeindeintern:	Gemeindeextern:
- Gemeinderat	- KESB
- Sozialamt	- Sozialdienste Spitäler und Kliniken
- Sozialarbeiter	- Regionale und kantonale Netzwerke der Altersstellen
- Alters- und Pflegeheim	- Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter (UBA)
- Ärzte	- Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie (Weiterbildung)
- Spitex	
- Apotheker	
- Pro Senectute	
- Kirche	
- Örtliches Gewerbe und Dienstleister	
- Freiwilligenorganisationen	
- Senioren-Freizeitgruppen	
- Alterssiedlungen	

Abbildung 3: Beispiel des Netzwerks einer Altersstelle

Grundsätzlich wird die Vernetzung mit anderen Akteuren der Altersarbeit als **Ressource** erlebt. Zum einen kann sie dazu dienen, eine Betreuungskontinuität zu gewährleisten. Dies ist dann der Fall, wenn beispielsweise **Hausärzte oder Psychiater** mit der Altersstelle zusammenarbeiten; oder wenn ein Informationstransfer zwischen **Organisationen** (z.B. Spitex, Pro Senectute, Kirche) und den Altersstellen stattfindet, bei dem einander Hinweise und Drittinformationen weitergeleitet werden; oder wenn **Privatpersonen** (z.B. Nachbarn) Informationen an die Altersstellen herantragen. So meint eine Altersstellenleiterin:

„Was für mich elementar wichtig ist, ist auf Gemeindeebene eine gute Zusammenarbeit mit all den anderen anbietenden Institutionen im Bereich Alter: mit der Spitex, Ärzten, Apothekern, Coiffeusen, also mit all denen, die mit älteren Personen zu tun haben.“ (AS2)

Des Weiteren wird die Vernetzung mit anderen **Altersstellen** geschätzt, weil sie den lokalen, regionalen und überregionalen Erfahrungsaustausch und die Weitergabe von Konzepten (z.B. Altersprojekte), Instrumenten und Werbematerial ermöglicht. Altersstellenleitende, die inhaltlich kaum mit ihren Gemeinden zusammenarbeiten und wenig Unterstützung erfahren, sind auf die Vernetzung mit anderen Stellenleitenden angewiesen:

„Ich brauche ein Vis-à-vis. Ich kann nicht einfach alleine... Ich brauche jemanden, der auch Ideen hat, mit dem man sich miteinander austauschen kann darüber, was man für Wege gehen könnte.“ (AS8)

Als **Herausforderungen** beschrieben werden die **Koordination**, die **Heterogenität** der Organisationen und **Datenschutzbestimmungen**. In Bezug auf letztere bestehen sehr unterschiedliche Umgangsweisen.

5.4 Stellenbesetzung

5.4.1 Berufliches Profil und Kompetenzen der Stellenleitenden

Die Altersstellenleitenden bringen zum Ausdruck, dass es für ihre Stellen **keine festgelegten Stellen- und Kompetenzprofile** gibt. So sind die **beruflichen Hintergründe** der befragten Altersstelleninhabenden (14 Frauen, 2 Männer) denn auch sehr vielfältig: Spitexmitarbeiterinnen, Psychiatrie- und Langzeitpflegende, Texterin, Drogistin, Laborantin, Psychologin, kaufmännische Angestellte und Sozialarbeiterin. Sie erzählen, dass die **persönliche Auseinandersetzung mit dem Älterwerden** oder die **Erfahrung als pflegende Angehörige** u.a. Gründe sein können für das berufliche Interesse an dieser Funktion. Einige Altersstellenleitende betonen, dass es ihnen wichtig ist, ihr Berufsprofil bereits vor oder während der Anstellung mit einer spezialisierten **Zusatzausbildung im Bereich Gerontologie** zu optimieren (z.B. mit einem Master). Der Umgang mit dem steigenden Kosten- und Zeitdruck, die Fallpauschalen, vermehrte administrative Hürden, zunehmend eingeschränkte Handlungsspielräume und hohe Arbeitsbelastungen sind genannte Gründe, welche die Stellenleitenden zu einer **beruflichen Umorientierung** bzw. einem Stellenwechsel bewogen haben. Mit dem Stellenwechsel erhoffen sich die Altersstellenleitenden für ihre berufliche Tätigkeit **mehr Handlungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten**. Zusätzlich zur beruflichen Qualifikation bringen die meisten Stelleninhabenden **praktische Erfahrung in der Freiwilligen- und/oder in der Altersarbeit** mit. Die ehemaligen Tätigkeiten in der unbezahlten Freiwilligenarbeit sind vielfältig und generationsübergreifend: Sie reichen von kirchlichem Engagement (z.B. Frauengottesdienst, Familienferien, Bibeltagungen) bis hin zur Mütterberatung. Neben der Freiwilligenarbeit haben einige Altersstellenbeauftragte auch Erfahrung in der **Begleitung von sterbenden Menschen** zuhause, wie z.B. beim Projekt „Helfen zuhause“ (AS1), das durch die Spitex unterstützt wird.

In den Interviews wird betont, dass die **interdisziplinäre Zusammenarbeit** im Sinne der Vernetzung, der Koordination, Kommunikation und Kooperation mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen ein wichtiger Bestandteil der Arbeit sei und entsprechende Kompetenzen erfordere. Zentraler Bestandteil des Berufsalltags ist zudem die **Beratung**, sowohl beim direkten Kontakt mit alten Menschen und ihren Angehörigen als auch im Kontakt mit Fachpersonen (z.B. bei der Unterstützung von Heimmitarbeitenden bei als schwierig empfundenen Gesprächen zu finanziellen Problemen von Heimbewohnern). **Kompetenzen in der Gesprächsführung** als auch **gerontologisches Fachwissen** erachten die Altersstellenleitenden als ideale Voraussetzung bezüglich des Stellenprofils. Sie schildern aber, dass ihnen in Bezug auf **rechtliche oder diagnostisch-therapeutische Fragen** der **fachliche Hintergrund oft fehlt**.

5.4.2 Personal

Die **Führung von Mitarbeitenden** wird, ausser in einem Fall, in dem die Altersstellenleiterin für den kompetenzgerechten Einsatz der Alterssiedlungsassistentinnen zuständig ist, nicht als Teil ihres Auftrags beschrieben. Die Altersstellen werden – mit einer Ausnahme – von einer Person geführt. In der Regel arbeiten die Altersstel-

lenleitenden mit Freiwilligen zusammen. Die Führungsaufgaben, die diese spezielle Form der Zusammenarbeit erfordert, werden in den Erläuterungen zur Freiwilligenarbeit ausgeführt.

5.5 Die Ratsuchenden und ihre Anliegen

Die Altersstellenleitenden werden gemäss Aussagen eher vom Mittelstand aufgesucht. Menschen mit höherem Bildungsstand und einem guten sozialen Netzwerk kontaktieren weniger schnell die Altersstelle oder sie wenden sich direkt an Organisationen wie die Pro Senectute. Der Informationsbedarf bezieht sich beispielsweise auf:

- Umgang mit Demenz
- Pflegebedarfsspezifische Fragen (z.B. beeinträchtigte Mobilität)
- Alkohol- und Suchtprobleme
- Psychische Erkrankungen
- Rechtliche Fragen
- Austrittsplanung Spital/Psychiatrie (z.B. Planung bei fehlendem sozialem Netz)
- Wohnen im Alter (z.B. Wohnform, Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten, Hilfsmittel, Informationen zum Heimeintritt)
- Finanzielle Fragen (z.B. Hilfe bei finanziellen Engpässen, Ergänzungsleistungen, Budgetberatung)
- Versicherungsfragen (z.B. Sozialversicherung, IV)
- Veranstaltungen
- Fahrdienste
- Informationen zum neuen Kinder- und Erwachsenenschutzgesetz (z.B. Patientenverfügungen, Vorsorgeauftrag)
- Adressenvermittlung
- Familiäre Konflikte
- Gewalt im Alter
- Soziale Isolation und Vernachlässigung

Die Altersstellenleitenden unterscheiden zwei Kategorien von alten Menschen zwischen 60 und 80 Jahren und älter: Jene, die **über die Selbstständigkeit hinaus planen**, also „wenn es einmal zuhause nicht mehr geht“ (AS3). Und jene, die sich über die Zeit, wenn es zuhause nicht mehr geht, (noch) keine Gedanken machen. Erstere sind jene, welche die Altersstellen aufsuchen. Als grosse Schwierigkeit werden jene alten Menschen empfunden, die **einsam leben** aber sich nicht an die Altersstellen wenden:

„[...] die wirklich schwierigen Situationen sind meistens sehr, sehr einsame Leute. Und von denen hat es wahnsinnig viele.“ (AS14)

Ein konstitutiver Bestandteil der Beratung ist die Unterstützung der **Angehörigen**. Die Sorgen der **Angehörigen** betreffen Themen wie Sicherheit, Einsamkeit, soziale Isolation oder die Gefahr der Vernachlässigung und Überforderung. Die Angehörigen informieren sich auch über altersgerechte Wohnungsangebote, Wohnformen und mögliche Unterstützungsangebote. Es wird als wichtig beschrieben, ihnen einen **Erzählraum** zu bieten:

„Oft müssen sie von dieser schwierigen Situation zuerst einmal jemandem erzählen können.“ (AS1)

Unterschiedliche Wertvorstellungen oder Unsicherheit bei der Entscheidungsfindung können bei den Angehörigen nicht selten negative Gefühle auslösen. Infolge Verschlechterung des Allgemeinzustandes kann es vorkommen, dass Angehörige (mehrerlich Töchter, Schwiegertöchter oder Partnerinnen) durch die geleistete Betreuung unter **Erschöpfungs- und Belastungszuständen** leiden. Diejenigen Angehörigen, die in der Nähe der hilfsbedürftigen Person wohnen, sind durch die ständige Erreichbarkeit besonders betroffen und versuchen die Pflege und Betreuung so gut es geht sicherzustellen. Verteilt sich die Last der Pflege einseitig auf ein Familienmitglied, kann dies familiäre Spannungen auslösen. Dort, wo bereits Konfliktpotential vorhanden ist, wird die andauernde Unterstützungsleistung zu einer Belastungsprobe und begünstigt im schlimmsten Fall menschenrechtsverletzendes Verhalten, z.B. wenn Menschen mit Demenz eingeschlossen in der Wohnung zurückgelassen werden (vgl. Klie 2014: 62). Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird zunehmend zu einer Zerreihsprobe. Häufig wird durch eine Demenzerkrankung das Alltagsleben pflegender Angehöriger stark eingeschränkt und die familiäre Pflege geht vielfach auf Kosten von Erwerb, Freizeit und sozialen Kontakten. Grosse Spannungsfelder zeigen sich dort, wo das Wohl der Angehörigen und dasjenige der pflegebedürftigen Angehörigen scheinbar unvereinbar sind und familieninterne Pflege und Betreuung als alltagsorientierte Sorgearbeit zu einem Balanceakt zwischen Alltagsbewältigung, Autonomiebedürfnissen und Fürsorgepflicht mutiert:

„Das sind häufig Situationen, die für mich sehr schwierig sind in der Beratung. Da ist die Erfahrung, dass ein altes Versprechen darunter liegt, das häufig gekoppelt ist mit einem schlechten Gewissen der Töchter oder Schwiegertöchter oder der Partnerin.“ (AS2)

Zu den Ratsuchenden gehören auch **Vertreterinnen und Vertreter von Schnittstellen** wie Ärzte, Sozialarbeiter, Seelsorger, Nachbarn, Pro Senectute Mitarbeitende, Stiftungen, die KESB oder Spitäler. Bei den **Spitälern** steht die Bettenvermittlung im Zentrum. Zunehmend werden die Altersstellen auch mit dem Anliegen konfrontiert, direkte Situationsabklärungen zuhause durchzuführen, um die absehbare Nachbetreuung nach dem Spitalaustritt zu sichern. Die Anfragen der **Spitex** betreffen Probleme und Spannungsfelder wie z.B. soziale Vernachlässigung oder finanzielle Leistungen für eine Zahnsanierung. Mit der Zunahme von verwirrten alten Menschen kontaktieren gelegentlich auch **öffentliche Ämter** wie die Post oder die Bank die Altersstelle:

„Sie sagten, sie hätten jemanden [eine Kundin] am Schalter, die hin und wieder komme, um Zahlungen zu machen. Sie habe sich beklagt, weil es mehr gekostet habe als sie geplant habe, und dass niemand schaue [sie unterstütze].“ (AS11)

5.6 Beratungsthema Wohnen

5.6.1 Selbstständiges Wohnen

In den Interviews wird betont, dass beim Thema Selbstständigkeit unweigerlich über **Wohnübergänge** gesprochen wird. Die **Haltung alter Menschen gegenüber Unterstützungsangeboten**, welche bereitgestellt werden, wenn die Selbstständigkeit brüchig wird, wird als ambivalent beschrieben. Für manche alten Menschen sei es wichtig, dass nicht alles für sie übernommen wird und sie ihre bestehenden Fähigkeiten weiter einbringen können. Hierbei wurde geäussert, dass Unterstützungsangebote mit **Scham** einhergehen können. Andere alte Menschen wiederum sehen es als ihr Recht, Dienstleistungen ohne ihre Mithilfe in Anspruch zu nehmen, wenn sie dafür bezahlen. Die Altersstellenleitenden sehen ihre Beratungstätigkeit darin, die Betroffenen beim Abwägen der auf dem Spiel stehenden Werte zu unterstützen, nämlich dann, wenn die Autonomiefähigkeiten kontinuierlich abnehmen und das selbstständige Wohnen zuhause in Frage gestellt wird.

In den Interviews wird betont, dass manche Menschen keine Alternative zum Heim sehen, wenn ihr Zuhause **nicht bedürfnisgerecht ausgestattet** ist (z.B. ohne Notrufkennung).

5.6.2 Wohnen zuhause bzw. ausserhalb des Heims

In den Interviews wird mehrfach beschrieben, dass das Wohnen für die meisten Menschen neben der zentralen, lebensweltlichen Bedeutung eine wichtige **emotionale Funktion** hat. Für ältere Menschen erhöhe sich diese Bedeutung insbesondere dann, wenn die Mobilität abnehme.⁵ So sei eine **gute Passung zwischen Wohnumwelt und individuellen Möglichkeiten** für ein selbstständiges Leben im privaten Haushalt zentral.⁶ Wie aber in den Interviews auch zum Ausdruck gebracht wurde, stehen dem Wunsch, zuhause zu wohnen, oft bauliche Hürden im Weg und gefährden den selbstständigen Alltag. So wünschen sich alte Menschen, mit denen die Altersstellen zu tun haben, Erleichterungsmassnahmen für ein **hindernisfreies Wohnen**, um einem Heimeintritt vorzuzukommen. Die **Unabhängigkeit von einem Auto** (nahegelegene Busstation, guter Fahrplan⁷, nahe gelegener Dorfkern, Rollator bzw. rollstuhlfreundliche Wege) wird als wichtig bezeichnet, um auch im fortschreitenden Alter mobil zu bleiben und weiterhin im Dorf/Quartier **integriert zu sein und unterstützt zu werden**.

Es besteht ein wachsender Markt an **Hilfsmitteln für das tägliche Leben** für betagte und behinderte Menschen, die ein selbstständiges Leben zuhause vereinfachen, um möglichst unabhängig zu bleiben (z.B. Rollatoren und Notfallknöpfe mit GPS-Systemen).

Es wird geschildert, dass ältere Menschen oft klare Vorstellungen haben, wie und wo sie wohnen möchten. Die **vertraute Umgebung**,

⁵ vgl. Fluder et al. 2012

⁶ vgl. Höpflinger et al. 2011

⁷ Gemäss Wahl & Oswald (2008) wünschen sich ältere Menschen eine unmittelbare Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel, wie z.B. Wohnen nahe der Bushaltestelle.

das vertraute Quartier, das Gefühl des Zuhause-seins gibt ihnen gemäss Altersstellenleitenden Orientierung, Sicherheit sowie die Möglichkeit, ihr Leben autonom zu gestalten und ihre eigene Lebensqualität zu beeinflussen. Das Bedürfnis vieler Senioren nach **Stabilität, Kontinuität und Sicherheit** zeigt sich gemäss den Altersstellenleitenden oft in einer vorausschauenden Zukunftsplanung und Organisation einer für sie passenden Wohnform: Die Ratsuchenden möchten ihr Leben selber in der Hand behalten und ihre Wohnsituation aktiv ihren veränderten Bedürfnissen anpassen.⁸

Die Altersstellenleitenden beobachten oft, dass das Wohnen zuhause infolge Abnahme der Vitalität, beeinträchtigter Gehfähigkeit oder infolge funktionaler Einschränkungen zunehmend **soziale Kontakte verhindern kann**.⁹ Es wird geschildert, dass die alten Menschen einerseits unter **Einsamkeit** leiden aus der Auffassung heraus, keine Stimme in der sozialen Gesellschaft zu haben, andererseits bedingt durch mangelnde Unterstützung der sozialen Umgebung. Der Verlust von Fortbewegungsmöglichkeiten, abgelegenes Wohnen in Einfamilienhäusern, die Abwesenheit berufstätiger erwachsener Kinder oder der Verlust des Partners können das Gefühl der sozialen Isolation hervorrufen.¹⁰

5.6.3 Unterstützung aus der Familie

In den Interviews kommt zu Ausdruck, dass die zunehmende **Pflegebedürftigkeit** von den Betroffenen und ihren Angehörigen oftmals **unterschiedlich wahrgenommen** und bewertet wird. Die Altersstellenleitenden berichten, dass alte Menschen dazu tendieren, ihren Hilfsbedarf kleiner einzuschätzen als ihre Angehörigen.¹¹

Beim Wohnen zuhause spielen die **Angehörigen eine bedeutende Rolle in der häuslichen Pflege** alter Menschen. Es wird betont, dass insbesondere Frauen mittleren Alters als auch Seniorinnen und Senioren einen grossen Anteil an der Pflege ihrer Angehörigen leisten. Diejenigen, welche in der Nähe der hilfsbedürftigen Person wohnen, sind durch die ständige Erreichbarkeit (Präsenz) besonders involviert. Wie anhand Fallgeschichten illustriert wird, können familiäre Spannungen entstehen, wenn die **Last der Pflege einseitig auf ein Familienmitglied** fällt. Wird der pflegerischen Unterstützung durch Angehörige wenig Anerkennung und Wertschätzung entgegengebracht, sind die finanziellen Mittel knapp oder wird der tatsächliche Pflegebedarf allgemein unterschätzt, erleben die Altersstellenleitenden bei den betroffenen Angehörigen **Stress, chronische Sorgen und Erschöpfung**. Pflegenden Angehörigen können mit unterschied-

⁸ vgl. Meichtry 2004; Fluder et al. 2012

⁹ Fluder et al. (2012: 158) deuten in ihrer Untersuchung darauf hin, dass das Aufrechterhalten sozialer Kontakte oft nur dann möglich ist, wenn die eigene Mobilität nicht eingeschränkt ist. Cheater et al. (2006) konnten in ihrer Untersuchung im häuslichen Setting einen signifikanten Zusammenhang zwischen Urininkontinenz und Lebensqualität aufzeigen.

¹⁰ Laut WHO führt die soziale Isolation zu einer wachsenden Problematik zuhause lebender älterer Personen. Die soziale Isolation älterer Menschen (Pflegediagnose: Teilnahme am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt – mit der möglichen Folge der Ausgliederung aus zwischenmenschlichen Beziehungen und des totalen Kontaktverlustes) begünstigt neben Hypertonie, Demenz, Depression auch Suizide bzw. erhöht die Sterblichkeitsrate von Seniorinnen und Senioren ab 65 Jahren und älter (Findlay 2003). Menschen mit Migrationshintergrund haben eine kulturspezifische Vorstellung von Altern im Kopf. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass nicht nur Gesundheit und Krankheit kulturell geprägt sind, sondern auch die Vorstellung bezüglich Altern und Pflege (Schenk 2008: 171). Fehlende Ressourcen oder veränderte Rollenbilder innerhalb Familien mit Migrationshintergrund können die psychische Gesundheit der Betroffenen aufgrund der biographischen Prägung belasten.

¹¹ Autonomie im Sinne von Handlungsfähigkeit sowie Selbstständigkeit ist ein wesentliches Merkmal von Lebensqualität im Alter (Schenk 2008).

lichen Problemen, Sorgen und Belastungen konfrontiert werden. Unter anderem finden sich verschiedene Belastungsfaktoren, namentlich hervorgerufen durch die häusliche Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. In den Interviews kommt zum Ausdruck, dass für pflegende Angehörige Aktivitäten ausserhalb der Wohnung zunehmend schwieriger werden und so zu **sozialer Isolation und Einsamkeit** führen können.¹² Der **Verlust der Partnerschaft und des Gesprächspartners** verändert zudem das Rollen- und Beziehungsverständnis zugunsten von Pflege- und Betreuungsaufgaben. Probleme oder negative Gefühle gegenüber der zu betreuenden Person können sich auf die Pflege- und Unterstützungsbereitschaft auswirken.¹³ Die Situation wird dann als kritisch bezeichnet, wenn Angehörige das Gefühl haben, von der Pflege ihres Partners oder eines Elternteils **überbeansprucht** zu werden und damit die **Grenzen ihrer Belastbarkeit** übertreten. Dies kann zu starken emotionalen Einbrüchen führen. Insbesondere die **unterschiedliche Selbst- und Fremdwahrnehmung** im Zusammenhang mit einem möglichen Heimeintritt aufgrund selbst- oder fremdgefährdenden Verhaltens führt bei den Angehörigen nicht selten zu Gefühlen wie Kummer oder Schuld.¹⁴ In den Interviews wird geschildert, dass oft pflegende Töchter, die versprochen haben, ihre Eltern im Falle einer Pflegebedürftigkeit zuhause zu unterstützen und zu betreuen, infolge einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowie aus einer eigenen physischen und psychischen Belastungssituation heraus nicht selten **Schuld und Schuldgefühle** erleben. In den Interviews wird betont, dass pflegende Angehörige von ihrer Familie Wertschätzung benötigen um die Belastungen besser bewältigen zu können.

5.6.4 Unterstützungsstrukturen in der Gemeinde: Freiwilligenarbeit

Auf Gemeindeebene sind **verschiedene Akteure** in der Freiwilligenarbeit tätig. Entweder basieren die Vereine und Organisationen ganz auf Freiwilligkeit, oder sie arbeiten mit Freiwilligen zusammen. Akteure sind neben den **Altersstellen/Gemeinde** z.B. die **Kirche**, die **Pro Senectute** und lokale **Seniorenvereine**. Für die bereitgestellten Altersangebote müssen die alten Menschen einerseits ihr **Zuhause verlassen** (Mittagstische, intellektuelle Veranstaltungen, „Altersstube“, Seniorencafé, Seniorennachmittage, Wandergruppen, Lesezirkel), andererseits gibt es Angebote, die **zuhause** in Anspruch genommen werden können (Besuchsdienste, Quartier- und Siedlungsangebote, Sterbebegleitung, Fahrdienst, Entlastungsdienst, Nachbarschaftshilfe, Mahlzeitendienst).

Als ausbaufähig wird das **Freiwilligenengagement von Senioren** beschrieben (Unterstützung älterer Alter, Hütedienste für Familien, Weitergeben ihres Know-hows).

In den Interviews wird deutlich, dass die **Altersstellen für ihre Arbeit oftmals von Freiwilligen abhängig sind**, da die ihnen zur Verfügung stehenden Budgets klein sind. Umgekehrt wird beschrieben, dass die **Altersstellen für die Freiwilligenarbeit** in den Gemeinden insofern **förderlich** sein können, wenn sie vernetzend wirken und

als Katalysator für weitere Freiwilligenprojekte dienen. Beispiel: Aus Kennenlern-Anlässen in einer Siedlung, die von einer Altersstelle initiiert wurden, entstand eine ganze Nachbarschaftshilfe (Kaffee-Gruppen, Mittagstische), die zu einer Herausbildung von sozialer Unterstützung und „Kontrolle“ innerhalb der Peergroup führte.

Von den Altersstellen wird berichtet, dass das Freiwilligenengagement **zunehmend an Bedeutung gewinnt**. Vor diesem Hintergrund nennen die Altersstellenleitenden verschiedene Bereiche, in denen für die Freiwilligenarbeit in den Gemeinden **Handlungsbedarf** besteht:

- Aufgrund der verschiedenen Anbieter von Freiwilligenangeboten wird die Notwendigkeit geäussert, dass eine zentrale Stelle (wie die Altersstellen) diese Aktivitäten **vernetzt, koordiniert und vermittelt**. Dazu gehört auch die **Qualitätssicherung** (z.B. Eignungschecks neuer Freiwilliger, weiterbildende Angebote). Es benötigt eine Stelle, welche für die Freiwilligenarbeit die **Verantwortung und Federführung** übernimmt.
- **Mangel an Freiwilligen** bei steigendem Bedarf: Es wird eine geringe Bereitschaft und ein verändertes gesellschaftliches Klima festgestellt. Die Bevölkerung sieht die Notwendigkeit nicht: „Es ist nicht mehr lässig, sich als Freiwillige zu engagieren“ (AS14), „man will sich nicht festlegen“ (AS14). Frisch Pensionierte geniessen ihre Unabhängigkeit und sind sehr viel beschäftigt (Freizeit, Enkel, Reisen).

Um dem **Mangel an neuen Freiwilligen entgegenzuwirken**, wird eine Bandbreite an **Interventionsmöglichkeiten** vorgeschlagen:

- Potentielle Interessenten sollen **direkt angesprochen** werden.
- Im Rahmen von **Anlässen für frisch Pensionierte** soll aktiv für die Freiwilligenarbeit in der Gemeinde informiert und geworben werden.
- Schlankere Verbindlichkeiten: Nicht immer die gleichen Personen anfragen, sondern einen breiteren Pool von Freiwilligen schaffen und die **Verbindlichkeiten tief halten**.
- **Neue Ansätze** prüfen: Motivation von frisch Pensionierten/Senioren (Know-how Transfer); von Jugendlichen (Sackgeld-Jobs) für die Freiwilligenarbeit.
- **Solidaritätsgrundhaltung stärken**: Die Freiwilligenarbeit wieder als gesellschaftliche Grundhaltung etablieren, ihr bewusst Wertschätzung entgegenbringen, sie unterstützen.

Gleichzeitig wird aber auch betont, dass man die **Grenzen der Freiwilligenarbeit erkennen** müsse: In manchen Bereichen soll gezwungenermassen mit privaten Anbietern zusammengearbeitet werden. Es geht somit um die Vernetzung und Integration dieser Anbieter in das Gemeindeangebot und um den Abbau von Feindbildern (private Angebote = ökonomischer Profit auf Kosten der alten Menschen).

Verschiedene Anbieter, die mit Freiwilligen arbeiten, organisieren **Besuchsdienste** in den Gemeinden, so neben den Altersstellen z.B. die Kirchen und die Pro Senectute. Der Besuchsdienst wird als Angebot für jene Menschen beschrieben, die aufgrund ihrer körperlichen Verfassung oder aufgrund von Antriebslosigkeit nicht selber soziale Kontakte ausserhalb ihrer Wohnung/ihrer Hauses pflegen

¹² vgl. Burns & Haslinger-Baumann 2008

¹³ vgl. Fluder et al. 2008

¹⁴ vgl. Wilkes et al. 2008

können. Manche Altersstellen müssen den Bedarf des Besuchsdienstes gegenüber der Gemeinde „beweisen“, wie sie betonen. Andere haben die Funktion des klassischen Besuchsdienstes erweitert: Sei es zu einer Nachbarschaftshilfe, die „für die breite Bevölkerung viel mehr [bietet] als ein Besuchsdienst“ (AS10), oder als Begleitung der Spitex, um „Sozialberatung und eine Art Situationsanalyse [zu] machen und den Bedarf der Person [zu] klären“ (AS2). Letzteres ist ein Beispiel dafür, wie Vernetzungsarbeit und integrative Angebote konkret aussehen können.

5.6.5 Unterstützungsstrukturen in der Gemeinde: Bezahlte Hausdienste

Die Altersstellen listen in den Interviews verschiedene Anbieter von bezahlten Hausdiensten auf: **Non-Profit-Spitex**, andere **Non-Profit-Organisationen** (z.B. Pro Senectute) und **private Spitexdienste**:

Im Spitexbereich besteht neben der Non-Profit-Spitex eine Vielzahl an **privaten Spitexdiensten**, deren spezifische Angebote die Altersstellenleitenden **nicht immer überblicken**. So schildern manche von ihnen, dass sie hinsichtlich Empfehlungen gegenüber den Ratsuchenden gelegentlich Ratlosigkeit verspüren. Die privaten Spitexdienste kommen dann zum Einsatz, wenn eine **Unterstützungsleistung über den Bedarf und „das Notwendige“** und somit über das Angebot der öffentlichen Spitex hinausreicht. Die Altersstellen fühlen sich hier teilweise in einem **Spannungsfeld**, wenn sie Ratsuchenden private Spitexdienste empfehlen, obwohl die Non-Profit-Spitex von der Gemeinde einen Leistungsauftrag hat und die Altersstelle ihrerseits von der Gemeinde betrieben wird.

Die Landschaft an Spitexdiensten wird ergänzt durch die Angebote der **Pro Senectute** (z.B. Mahlzeitendienst), die als Non-Profit-Organisation mit vielen Gemeinden in einem Leistungsverhältnis steht.

Für die **verschiedenen Bedürfnisse** stehen also **verschiedene Anbieter** zur Verfügung. In den Interviews kam jedoch zum Ausdruck, dass deren **Zuständigkeiten und Abgrenzungen** nicht immer klar definiert sind und manchmal **Spannungsfelder und Interessenskonflikte** bestehen. Sie ergänzen sich gemäss Altersstellenleitenden dann gut, wenn Kooperation und Koordination die Zusammenarbeit bestimmen und gemeinsam die Angebote vernetzt werden. Z.B. indem der Mahlzeitendienst wahrnimmt, wenn eine Person das Bedürfnis nach einem Besuchsdienst hat, und dieses Anliegen weiterleitet.

Die **privaten Anbieter** bringen Bewegung in die kommunale Versorgungsstruktur. Es wird geschildert, dass sie eine **Nervosität unter den bestehenden Dienstleistern** schaffen hinsichtlich der eigenen Legitimation/Position. Ein grosses **Spannungsfeld** wird hier zwischen den privaten Spitexdiensten und jenen Organisationen/Vereinen beschrieben, die sich **freiwillig für alte Menschen engagieren**. Der profitorientierte Ansatz als einseitige Gewinnorientierung auf Kosten alter Menschen kann zur Schwächung des Solidaritätsgedankens und der Produktion von Zweiklassenstrukturen führen. In diesem Kontext lässt sich gemäss den Stelleninhabenden ein genereller Paradigmawechsel beobachten – von der rein solidarisch orientierten Freiwilligenarbeit hin zu einem Tauschhandel. Dabei könnte die Freiwilligenarbeit in Form von Zeitgutscheinen, Gutschriften u.

ä. angerechnet und somit öffentlich anerkannt und wertgeschätzt werden.¹⁵

Als herausfordernd beschrieben wird die Arbeitsweise und Koordination mit den „wahnsinnig vielen Einzel-Spitex-Anbietern“ (AS12). Die Zusammenarbeit erschweren rechtliche und organisatorische Fragen und sie behindern den interdisziplinären Versorgungsauftrag. Konkurrierendes Verhalten zwischen Altersstellenleitenden und der Spitex erschwert ein kooperatives Ineinandergreifen beim Einsatz der Freiwilligen zugunsten einer integrierten Versorgung.

Mobiler Hausärztedienst: Da Hausärzte immer weniger Hausbesuche machen, hat sich in einer Gemeinde ein Hausarzt etabliert, der nur noch über eine mobile Praxis verfügt und ausschliesslich Hausbesuche anbietet, was von der interviewten Altersstellenleiterin als Marktlücke bezeichnet wird.

5.6.6 Unterstützungsstrukturen in der Gemeinde: Generationenprojekte

Die Altersstellen betonen die Bedeutung von Projekten, welche die verschiedenen Generationen verbinden und Kategorien wie „jung“ und „alt“ durchbrechen und dazu beitragen, dass die jeweils vorhandenen Ressourcen (z.B. Wissen, Zeit) unterstützend genutzt werden können (z.B. in Form von Familienunterstützung, Nachbarschaftshilfen, Hütedienste, Deutschunterricht). In zwei Bereichen werden hierzu Beobachtungen und Visionen geäussert: Freizeitsektor und Gemeindestrukturen.

Freizeit: Manche Altersstellen stellen jeweils eine Veranstaltungsagenda zusammen. Eine Altersstellenleiterin beschreibt aber, wie „die Leute erschrecken, wenn genau sie diese Agenda ‚60 plus‘ erhalten, und wie sich dieser Widerwille einstellt, zu denen dazugehören“ (AS2). An diesem Beispiel wird beschrieben, wie sich negative Altersbilder manifestieren und perpetuieren können. Die Altersstellen gehen damit unterschiedlich um: Einige AS wählen bei ihren Veranstaltungskalendern Bilder von vitalen, „fitten“ Senioren, andere verjüngen das Erscheinungsbild mit dem Titel „60+“ und wieder andere machen eine generationenübergreifende anstelle einer altersspezifischen Agenda.

Die Verortung des Altersressorts in den **Gemeindestrukturen** wird sehr heterogen gehandhabt. Während viele Gemeinden das Alter separat aufführen oder in ein Ressort mit gemischten, oft nicht zusammenhängenden Bereichen einordnen, haben andere Gemeinden ein generationenübergreifendes Ressort (z.B. „Ressort Gesellschaft“ mit Abteilungen Jugend, Familie, Alter), welches sich am Lebensbogen ausrichtet. Hierbei wird betont, dass der Abtrennung des Alters auch auf Ebene der Gemeindestrukturen entgegengewirkt werden muss:

„Und es muss eine gesellschaftliche Entwicklung stattfinden. Wir können nicht so in Kategorien denken, Jung und Alt und Mittel, sondern es fließt alles ineinander hinein.“ (AS3)

¹⁵ vgl. auch Fringer et al 2010

5.6.7 Umzug „wenn es zuhause nicht mehr geht“

Gemäss den interviewten Altersstellenleitenden kann die **intensive Bindung an den Wohnort** einen Umzug erschweren oder verhindern.¹⁶ Der Umzug kann mit Problemen, Spannungen sowie physischen und psychischen Anstrengungen verbunden sein:

- Alte hilfsbedürftige Menschen sind bei der Wohnungssuche oft auf Unterstützung angewiesen (z.B. durch Angehörige, Altersstellenleiter). Spannungen entstehen beispielsweise dann, wenn das neue Wohnangebot **nicht den Vorstellungen alter Menschen** (Wohnungsgrösse, Wohnungslage/Quartier) **entspricht**.
- Der **Mangel an zahlbaren Alterswohnungen**, gerade wenn ein Umzug eine gewisse Dringlichkeit hat (z.B. Sanierung oder Abriss der alten Wohnung; verschlechterter Gesundheitszustand des Partners).
- In den Interviews wurde zum Ausdruck gebracht, dass das **Selbstbild** der alten Menschen geprägt ist von einem **aktiven Menschen, der autonom und selbstbewusst** leben möchte. Der **Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim** könne deshalb für Betroffene und Angehörige ein Lebensereignis darstellen, das als belastend und stressreich erlebt wird.¹⁷ Im Falle eines Heimeintritts besteht gemäss der Altersstellenleitenden die Tendenz, alleinlebende Menschen einfach zu **platzieren**, ohne dass im Vorfeld ihre persönlichen Präferenzen und Bedürfnisse eruiert worden sind.

5.6.8 Neuere Wohnkonzepte

In vielen Gemeinden bestehen oder entstehen zunehmend neue Wohnkonzepte, die eine **Alternative zum Wohnen zuhause oder „im Heim“** darstellen, so beispielsweise:

- Alterswohnungen
- Innerhalb eines Hauses Alterswohnungen und Pflegewohngruppe
- Mehrgenerationenhaus mit Pflegewohngruppe, Familienwohnungen und Alterswohnungen mit Dienstleistungen

Im Gegensatz zum Umzug in ein Heim sind diese Wohnformen gemäss den Interviewpartnern **positiv konnotiert**. Alterswohnungen werden als Orte bezeichnet, wo man „dann auch mal hinziehen möchte“ (AS9).

Alterswohnungen

Bei Wohnübergängen („Bereich zwischen teilstationär, stationär und zuhause“ (AS4)) haben Wohnformen wie Alterswohnungen das Ziel, die **Selbstständigkeit** von Menschen, die nicht mehr alleine zuhause leben können, weitestgehend zu **ermöglichen**. Die Bandbreite reicht von **partiellen Unterstützungsangeboten bis hin zum „Vollservice“** (AS5). Die Altersstellenleitenden schildern, dass die Idee von Alterswohnungen darin besteht, eine Grundbetreuung und

gewisse Sicherheitsstrukturen (sofortige Erreichbarkeit, Nachtwache, erste Hilfe) anzubieten, welche **je nach Bedürfnis ausgebaut** werden können, und dass die Lage der Wohnung **bedürfnisgerecht** ist. Wohnübergänge sind in einem Haus, unter einem Dach möglich, indem die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen stetig den eigenen Bedürfnissen angepasst werden. Die Unterstützungsleistungen umfassen eine grosse Bandbreite (z.B. Waschservice, Restaurant).

Es werden **verschiedene Formen von Alterswohnungen** erwähnt: Solche mit oder ohne direkte Anbindung an ein Heim (z.B. als Alterssiedlung oder Mehrgenerationensiedlung; Alterswohnungen, die zu einem Heim gehören).

In den Interviews wird betont, dass das Konzept der Alterswohnungen dem **Wohnbedürfnis vieler Menschen** entspreche. Aber das Bedürfnis sei nicht das alleinige Kriterium beim Umzug in eine Alterswohnung. Der **Preis** spiele eine, wenn nicht **die gewichtige** Rolle. Wie in den Interviews beschrieben wird, befinden sich viele Alterswohnungen im „**Hochpreissegment**“ (AS3). Die genannten Gründe dafür sind: teure Lage (z.B. am See), private Investoren, Grösse, teures Dienstleistungsangebot zuzüglich zur Grundmiete. Altersstellenleitende betonen, dass infolge der hohen Mietpreise für eine Alterswohnung vorwiegend diejenigen alten Menschen diese Wohnmöglichkeit bevorzugen, welche über die **entsprechenden finanziellen Mittel verfügen**.

Die Altersstellenleitenden betonen, dass nicht nur „der Markt“ bzw. private Investoren für die hohen Preise verantwortlich sind, sondern in hohem Masse die **Entscheidung der Gemeindeversammlung**, die über die Art von Alterswohnungskonzepten bestimmt. Hinzu kommen die **veränderten Bedürfnisse** alter Menschen: War es früher „normal“, von einer grösseren in eine kleinere Wohnung zu ziehen, besteht heute vielfach das Bedürfnis nach grosszügigem Wohnraum.

Eine Altersstellenleiterin betonte, dass es in ihrer Gemeinde zu Unstimmigkeiten darüber gekommen sei, **welche Zielgruppe Anrecht auf „schöne“ Wohnlagen** („im Grünen“ mit Seeblick) habe – alte Menschen oder Familien? Sie kritisierte die Ansprüche der alten Menschen und plädiert für integriertes Wohnen (neben Schulhaus, an der Strasse, dort wo „etwas läuft“) anstelle des isolierten Wohnens.¹⁸

Der **Bedarf an Alterswohnungen** wird von vielen Altersstellenleiterinnen als **hoch** beschrieben. Diesem Bedarf steht ein **Mangel an verfügbaren und bezahlbaren Alterswohnungen** gegenüber, was zu langen Wartelisten führe. Gerade bei alten Menschen, die dringend aus ihrer bisherigen Wohnumgebung wegziehen müssen (z.B. aufgrund von Sanierungsarbeiten), könne dies zu einer prekären Situation führen.

Damit Alterswohnungen den Bewohnerinnen und Bewohnern ermöglichen, möglichst lange ausserhalb von stationären Pflege- und Betreuungsstrukturen zu leben, gibt es **Kriterien**, die für ein partiell selbstständiges Leben trotz Pflegebedürftigkeit als **förderlich** beschrieben werden:

¹⁶ vgl. Wahl & Oswald 2008: 216ff

¹⁷ Insbesondere dann, wenn der Heimeintritt infolge Verschlechterung des Gesundheitszustandes als auch aus einer physischen und psychischen Belastungssituation heraus unvorbereitet und unverhofft erfolgt (Wilkes et al. 2008).

¹⁸ Artikel zum Thema: <http://www.derbund.ch/bern/stadt/Randlagen-fuer-Randgruppen/story/22528145> (von Anna Minta)

- Hindernisfreies Wohnen (z.B. Lift, schwellenfreie Böden, Rollstuhl- bzw. Rollator-freundlich)
- Anbindung an Dienstleistungen (z.B. eines Heims)
- Sicherheitseinrichtungen (Hilfsangebot und Notfallbetreuung rund um die Uhr)
- Infrastruktur für partielle Selbstständigkeit (z.B. Küche für Zubereitung einzelner Mahlzeiten; Lavabo/Vorrichtungen für Handwäsche)

Als **hinderliche Aspekte** von Alterswohnungen werden klar die finanziellen Aspekte genannt: Das Mieten der Alterswohnungen mit Grundbetreuungstarif und weiterführendem Leistungsangebot hat seinen Preis. Es wurde mehrfach betont, dass dieser über dem Budget liege, welches Senioren in der Regel zur Verfügung stehe.

Zudem wurde teilweise bemängelt, dass nicht alle Alterswohnungen bedürfnisgerecht konzipiert wurden. Beispielhaft genannt wurde ein Gebäudekomplex, bei dem kein Raum für Spitexleistungen/-materialien mitgeplant wurde, sondern aller verfügbare Raum für vermietbare Wohnflächen verwendet wurde.

Der Umgang mit den demographischen Entwicklungen und den entsprechenden baulichen Anpassungen unterscheidet sich in den Gemeinden. Der Bau neuer Altersheime und Alterswohnungen wird nicht in jeder Gemeinde prioritär behandelt. In den Interviews kommt deutlich zum Ausdruck, dass die **Planung des kommunalen Alterswohnraums in starkem Masse den lokalen Behörden** (Zusammensetzung und politische Ausrichtung des Gemeinderats) und der **Gemeindeversammlung unterliegt**, in deren Rahmen der Einfluss von Lobbyisten für oder gegen Altersprojekte richtungsweisend sein kann (z.B. Realisierung von teuren Alterswohnungen an bester Lage anstelle von Sozial- und Familienwohnungen).

Die **Suche nach zahlbaren, altersgerechten Wohnungen** ist angesichts der mangelnden Angebote **zeitintensiv** und es fehlen die notwendigen personellen Ressourcen bei der Unterstützung der Wohnungssuchenden. Das fehlende Wohnungsangebot zeigt sich insbesondere bei der **Nachfrage nach demenzgerechten Wohn- und Lebensformen**.

Generationenübergreifendes Wohnen

In manchen der besuchten Gemeinden werden **Mehrgenerationenhäuser** gebaut, also Häuser in denen

- unterschiedlich alte Menschen ab 60 leben, oder
- Häuser/Siedlungen, in denen Senioren, alte Menschen und Familien nebeneinander leben, beispielsweise mit einer integrierten Pflegewohngruppe, die den Mietenden auch Dienstleistungen (z.B. Mahlzeiten, Nothilfe) zur Verfügung stellt.

Die Altersstellenleitenden berichten, dass Uneinigkeit darüber besteht, ob diese Wohnformen tatsächlich in ihrer konzipierten Form **realisierbar sind** und einem tatsächlichen Bedürfnis entsprechen, oder ob es sich hierbei um eine „Illusion“, um „Sozialromantik“ (AS3) handelt. Die in den Interviews beschriebenen **Spannungsfelder** umfassen Anliegen wie Ruhe/Lärm und Unabhängigkeit/Solidarität.

Ruhe/Lärm: In den Interviews wird betont, dass die Vorlieben für ruhigen Wohnraum nicht verallgemeinerbar sind. Manche alten Menschen fühlen sich dann wohl, wenn sie an einem Ort wohnen, an dem etwas läuft wie z.B. in einer Siedlung, neben einem Schulhaus, an einer Strasse etc. Für andere „ist die Ruhe das oberste der Gefühle“ (AS3). Es wird aber betont, dass getrenntes Wohnen dazu führt, dass bestimmte Bilder des Anderen entstehen und aufrechterhalten werden und es deshalb „trotzdem irgendwelche Kontakte geben muss“ (AS3). Es wird betont, dass diese Kontakte eine bestimmte Kontinuität haben sollen und kontinuierliche Begegnungsräume von Nöten sind.

Solidarität/Unabhängigkeit: Die Altersstellenleitenden beschreiben, dass die Unabhängigkeit ein starker Wert ist und sich auch in den Wohnbedürfnissen ausdrückt: „Ich bin für mich und du bist für dich, und ich bin auf niemanden angewiesen, ich bin selbstständig“ (AS5). Es wird betont, dass es Sensibilisierungsarbeit braucht, um

- a) das gemeinschaftliche Wohnen im Alter zu ermöglichen. Ziel ist, dass möglichst viele **Synergien** entstehen, die genutzt werden können. Aber der **partizipative Ansatz** („Ah, da könnte ich noch selbst irgendwie etwas mitgestalten, mitwirken“ (AS10)) sei etwas, das erst entstehen müsse.
- b) die jüngeren und älteren Generationen im Sinne einer „Nachbarschaftshilfe“ **einander näher zu bringen**, indem man einen Ressourcenaustausch ermöglicht (z.B. Hütedienst vs. Einkaufen/Sprachunterricht) oder indem die jüngeren Generationen beispielsweise durch Informationsanlässe der Altersstelle lernen, wie man einem demenzten Nachbarn begegnet. So meint eine Altersstellenleiterin: „Ich mache eine Vortragsreihe zu demenzfreundlichem Lebensraum. Dort geht es darum, was ist, wenn in meinem Mehrfamilienhaus der Nachbar demenz ist. Es fängt ja dann so an, dass er an der falschen Türe klingelt und so. Wie muss ich als Nachbar reagieren, wenn ich nichts von Demenz weiss? Wenn es mir Angst macht und ich die Türe schliesse? Wenn ich etwas über Demenz weiss, dann versuche ich ihn zurückzuführen und biete ihm vielleicht noch einen Kaffee an oder was auch immer. So kann man in der kleinen Zelle anfangen, von der Familie zur Nachbarschaft zum Quartier zur Gemeinde.“ (AS5)

5.6.9 Heimeintritt und -aufenthalt

In den Interviews zeigte sich, dass der **Entscheidungsfindungsprozess für einen Heimeintritt** von zahlreichen **persönlichen und strukturellen Faktoren** geprägt ist. So steht am Anfang dieses Prozesses die Frage nach dem **Verlauf der eigenen Zukunft**. Es wird geschildert, dass alternde Menschen hierzu eine **Unsicherheit** verspüren können:

„Wie plane ich meine Zukunft? Muss ich mich anmelden für das Altersheim? Wie gehe ich mit Unsicherheiten um?“ (AS10)

Bezüglich des Heimeintritts stehen die AS vor dem Problem, dass die Ratsuchenden oft zu wenig Zeit für den persönlichen Entscheidungsfindungsprozess im Hinblick auf den Heimeintritt haben. Zur Vorbereitung für diesen einschneidenden Schritt wäre jedoch eine

gute Vorbereitung unabdingbar. Dies unter anderem deshalb, weil die Eintrittsmöglichkeit stark von den aktuell zur Verfügung stehenden Ressourcen abhängt. Darüber hinaus wird der Heimeintritt durch eine negative Wahrnehmung von Pflegeheimen in der Öffentlichkeit erschwert (z.B. Bettenmangel; kaum Planung möglich, da keine Wartelisten mehr bestehen). Hierbei werden die Altersstellen auch als Auskunftsstelle für **organisatorische Fragen** genutzt, z.B. wie lange jemand auf der Warteliste bleiben kann, bis er sich entschliessen muss ins Heim einzutreten. Es wird geschildert, dass der unerwartete, plötzliche Pflegeheimeintritt für viele alte Menschen mit grösster **emotionaler Belastung** verbunden ist:

„Sie möchten lieber sagen können, dass sie dann in drei Monaten kommen und sich dann darauf vorbereiten. Das ist einfach nicht möglich, das finde ich noch schade.“ (AS11)

Zum Entscheidungsfindungsprozess gehören gemäss den Altersstellenleitenden auch Überlegungen zu **Grösse, Ausstattung** und **Standort** (z.B. modern oder „altmodisch“; innerhalb oder ausserhalb der Gemeinde, geografische Vertrautheit).

Bei Entscheiden für einen Heimeintritt stehen oftmals auch kontextuelle Gründe im Raum. So kommt es oft infolge **fehlender Entlastungsmöglichkeiten oder Erschöpfungszuständen der Angehörigen** zu Heimeintritten. Viele Interviewpartner schildern, dass es in ihren Gemeinden an den Strukturen fehlt, um die Angehörigen zu entlasten. Zu solchen Entlastungsstrukturen zählen sie:

- **Externe Tagesbetreuung:** Tagesheimplätze und Betreuungsmöglichkeiten für Tag-Nacht-Aufenthalte oder Tageskliniken mit qualifiziertem Pflegefachpersonal.
- **Umfassende Betreuungsunterstützung zuhause:** Besonders Menschen mit Demenz sind auf eine kontinuierliche Pflege und Betreuung angewiesen. Den Pflegenden der Spitex-Organisationen fehlen häufig das demenzspezifische Fachwissen und die erforderliche Kontinuität in der Pflege und Betreuung. Es fehlt an Dienstleistungen für längere, gründlichere Hausarbeiten oder regelmässiges Kochen. Angesichts der Komplexität als Folge schwieriger Lebensumstände können sich die Betroffenen oft nicht selber helfen und sind auf die Unterstützung von Personen oder Teams angewiesen, die „direkt mit ihnen arbeiten“ (AS6). Der Heimeintritt wird für **Angehörige als einschneidendes und schmerzliches Ereignis** und belastender Schritt beschrieben. Infolge des immer kürzer werdenden Spitalaufenthaltes spielen Heime eine immer wichtigere Rolle bei der Nachversorgung pflegebedürftiger Menschen. Der ansteigende Pflegebedarf, die gesundheitliche Gesamtsituation, die Dekompensation zuhause (z.B. nach einem Sturz), Wohnhindernisse, Schwierigkeiten in der Hausführung, sozialer Druck der Familie und immer häufiger das hohe Alter führen zu einem Heimeintritt (vgl. Höpfinger & Bayer-Oglesby 2011; Huber 2013, 2014).

Manche Altersstellenleitende schildern, es könne vorkommen, dass sie Personen von **einem Heimeintritt abraten**, obwohl deren gesundheitlicher Zustand dies eigentlich erfordern würde. Dabei handelt es sich um Personen, die aus der Sicht der Altersstellenleitenden aufgrund ihres Persönlichkeitsprofils nicht in eine Gemeinschaft

passen:

„Wenn die Person es gewohnt war, sehr selbstständig und alleine zu leben, ist mein Eindruck als Leiterin der Spitex, dass alle Heime und Bewohner froh sein können, wenn ich diese zuhause betreue. Sie wären eine grosse Belastung für eine Gemeinschaft.“ (AS1)

Andererseits kann auch der Zeitpunkt kommen, in dem auch die Altersstellenleitenden einen Heimeintritt als notwendig erachten und mit der Herausforderung konfrontiert werden „bei den Leuten die Schwelle abzubauen.“ (AS8)

In anderen Fällen kommt ein Heimeintritt trotz Bedürfnis nicht in Frage oder wird erschwert, weil das Geld für die **Depotgebühr nicht bezahlt werden kann**. So kritisiert eine Altersstellenleiterin:

„Es ist ein furchtbarer Systemfehler, dass das möglich ist. Dass es eben trotzdem eine Rolle spielt, ob ich Depot zahlen kann oder nicht, auch wenn es keine spielen dürfte. Das regt mich auf.“ (AS6)

In Bezug auf die **Bedürfnisse von Heimbewohnern**, wie sie an die Altersstellen herangetragen werden, wurden in den Gesprächen vier Bereiche unterschieden: Infrastruktur, Hotellerie, Lage und Umgangsweise. Wie betont wurde, spielen diese Aspekte oft eine **übergeordnete Rolle gegenüber Pflegeangebot und Pflegequalität**:

- Bei der **Infrastruktur** steht die Zimmergrösse im Vordergrund. Mehrbettzimmer werden von den Angehörigen (Zumutbarkeitsgründe) als auch den alten Menschen selber (Privatheitsgründe) nicht gewünscht. Bei der Einrichtung der öffentlichen Räume im Heim hingegen scheinen die Bedürfnisse genau umgekehrt zu sein: Orte, an denen etwas los ist, an denen man nahe bei anderen Menschen ist, werden stillen Nischen vorgezogen.
- **Hotellerie:** Es wird berichtet, dass das Essen für die Heimbewohner ein wichtiges Kriterium sei.
- Bei der **Lage des Heims** scheinen die leichte Erreichbarkeit und zentrale Lage wichtiger zu sein als die Ästhetik der Umgebung.
- **Umgangsweise:** Altersstellenleitende berichten vom Bedürfnis alter Menschen, angehört, ernst genommen zu werden, ihre Vorstellungen von Wohnen, Pflege und Betreuung einbringen zu können (Mitsprache) sowie Geborgenheit und Schutz zu erleben.

Die Altersstellenleitenden berichten über **bedürfnisgerechte Anpassungen** in den Heimen. Dazu gehören beispielsweise:

- **Flexible Aufenthaltsformen** (Ferienaufenthalte, befristete Aufenthalte, Umzüge, Tages-/Nachtklinik): „Ein Heim ist nicht mehr so endgültig wie früher.“ (AS1)
- **Graduelle Unterstützung:** Die Bewohnerinnen werden so weit unterstützt, dass ihnen ein eigenständiges Leben möglich ist. Es geht um „Hilfe zur Selbsthilfe“. (AS8)
- **Heterogenität Bewohner:** Obwohl Bewohner auf einer hohen BESA-Stufe für die Heime lukrativer sind, gibt es immer

noch Heime, die neben dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit für „einen anderen Geist im Haus“ (AS8) sorgen, indem sie auf eine ausgewogenere Durchmischung des Pflegebedarfs ihrer Bewohnerinnen und Bewohner setzen.

- Sie berichten zudem, dass für die Bewohnenden mitunter zwei Aspekte bedeutsam sind: die **geographische Vertrautheit** der Umgebung („dass man [beim Spazieren] das Gefühl hat, man sei zuhause“ (AS12), das Gefühl, in den Räumlichkeiten „**zuhause**“ und somit „noch nicht im Heim“ (AS5) zu sein und die **Gewährleistung der Privatsphäre** durch eigenen Wohnraum (Einzelzimmer)).
- Eine Interviewte meint, dass sich die Pflegeheime allmählich zu Heimen entwickeln mit **spezifischen Pflegeangeboten** wie Palliativ-, Demenzpflege und Sterbehospizbetreuung.

5.7 Beratungsthema Finanzen

Neben dem Thema Wohnen betreffen eine hohe Anzahl von Anfragen an die Altersstellenleitenden das Thema Finanzen. Diese sind in der Regel eng verknüpft mit den Fragen zum Thema Wohnen. Altersstellenleitende berichten, dass sie durch ihre Tätigkeit **Einblick in die finanzielle Lage alter Menschen** erhalten. Mit diesen Informationen entscheiden sie, ob und für welche **Unterstützungsangebote** die alten Menschen anspruchsberechtigt sind:

„Ich erfrage das ganze Finanzielle, das beschäftigt die Leute ja sehr. Daran zeigt sich auch bald, ob es noch geht oder nicht mehr geht. Auch da habe ich ja dann viele Möglichkeiten, etwa an Freiwilligen, an Steuererklärungsdiensten oder Treuhanddiensten der Pro Senectute.“ (AS2)

Der Umgang mit personenbezogenen Daten wie z.B. Bankauszügen beruht vorwiegend auf **Vertrauen**. Dieser vertrauensvolle Umgang mit persönlichen und vertraulichen Daten kann im **Widerspruch stehen** zum oft geschilderten **offenen Informationsaustausch** zwischen der Altersstelle und anderen Akteuren in der Gemeinde wie z.B. der Spitex und dem Sozialamt:

„Ich habe an diesem Tag nicht gearbeitet und dann ist die Anfrage von der Spitex-Leitung zuerst ans Sozialamt gegangen, und dieses hat die Steuerdaten kommen lassen. So habe ich davon erfahren.“ (AS3)

„Wenn man Ergänzungsleistungen beantragen wolle, dann müsse man ein Jahr zurück Bankauszüge zeigen. Und wir haben das dann miteinander angeschaut. Ich versuche möglichst mit den Leuten zusammen zu arbeiten, also wenn immer möglich. Alles andere ist irgendwie ein Vertrauensbruch. Den möchte ich eigentlich nicht begehen. Aber ich erhalte natürlich von rund herum Informationen.“ (AS3)

5.7.1 Rolle der Eigenmittel für die Inanspruchnahme von Dienstleistungen

Die bisherige Analyse zeigt, dass die vorhandenen Unterstützungsangebote im ambulanten Bereich (z.B. Tagesheim) in der Regel mit Eigenmitteln finanziert werden müssen. Es wird geschildert, dass je **wohlhabender** alte Menschen sind, desto **grösser ist ihr Spiel-**

raum, Hilfe und Pflege einzukaufen.¹⁹ So wird auch betont, dass der **Zugang zu zahlbaren und bedürfnisgerechten Wohnformen** (z.B. mit Lift) für alte Menschen ohne Ergänzungsleistungen über eine bestimmte Dauer kaum mehr möglich sei. Sind nicht genügend Eigenmittel vorhanden, können Ergänzungsleistungen beantragt werden.

5.7.2 Finanzielle Sorgen

Die Angst, dass das **Geld für den letzten Lebensabschnitt nicht mehr reicht**, scheint gemäss den Altersstellenleitenden viele Menschen zu plagen. Aufgrund der Unmöglichkeit, eine Prognose für den Verlauf der restlichen Lebensdauer zu erstellen, können die anfallenden **Kosten nicht beziffert** werden. Neben Menschen, die **Angst vor einer finanziellen Notlage** haben, wird von anderen Ratsuchenden erzählt, die sich in einer **tatsächlichen finanziellen Notlage** befinden, die aber nicht zwingend in eine Armutsfalle münden muss, sondern auch temporärer Natur sein kann. Merkmale dafür sind z.B. eine Schuldensituation oder der Verzicht oder das Aufschieben von Dienstleistungen wie eine Zahnsanierung. Die Altersstellenleitenden berichten, dass **fehlende Mittel nicht automatisch fehlendes/geringes Einkommen bedeuten** müsse: Sie beobachten hin und wieder, dass alte Menschen ihre Angehörigen finanziell unterstützen oder ihr Vermögen verschenken. Eine Altersstellenleiterin berichtet:

„Neulich war dies eine alleinstehende Frau ohne Kinder oder Verwandte, die ein ansehnliches Vermögen besass. Sie hat es jemandem geschenkt, der nach Thailand ausgewandert ist, und sie hatte jetzt kein Geld mehr. Da muss man einen Weg finden. Ich habe ein paar Mal mit dem Beistand gesprochen und er wartet immer auf Geld. Aber so kann es ja nicht weitergehen, das Heim wartet auch bereits auf 12'000 Franken Ausstände.“ (AS1)

Auf diese Weise erhalten die Betroffenen trotz geringer Mittel für sich selber keine Ergänzungsleistungen.

5.7.3 Beantragung und Inanspruchnahme von Ergänzungsleistungen

Viele hochbetagte und zuhause lebende Menschen sind zwar nicht im engeren Sinne pflegebedürftig, jedoch in **ausgewählten Tätigkeiten dennoch auf Hilfe angewiesen** (z.B. Einkaufen, Hausarbeiten, Essen zubereiten oder administrative Aufgaben²⁰, Vermittlung von Sicherheit und Präsenz, Gang zum Coiffeur). Die Dienstleistungen, welche über die Grundbehandlung und Grundpflege hinausreichen bzw. keinen direkten medizinischen Zusammenhang haben, stehen alten Menschen aber nicht automatisch zu. Stehen die Eigenmittel dafür nicht bereit, beobachten die Altersstellenleitenden oft einen **Verzicht auf diese Dienstleistungen**.

Ergänzungsleistungen (EL) stehen jenen betroffenen alten Menschen zu, die **nicht über ein minimales Rentnereinkommen** ver-

¹⁹ Mit dem steigenden Anteil älterer Menschen in der Gesellschaft dominieren chronische Verläufe zunehmend das Krankheitsspektrum und führen zu Finanzierungsproblemen in der Sozial-, Renten- und Krankenversicherung. (Höpflinger et al. 2011)

²⁰ vgl. Höpflinger et al. 2011: 8

fügen.²¹ In einigen Interviews wurde auf **Spannungsfelder** des EL-Systems verwiesen:

- Die EL richten sich auf die **kostengünstigsten Minimallösungen**, z.B. Mehrbettzimmer.
- Oft reichen die EL **für die Wohnungsmiete** kaum aus.
- Viele alte Menschen, denen EL zustehen würden (auf der IV/AHV-Infoseite wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ein rechtlicher Anspruch auf EL besteht), wehren EL aus **Scham** ab (Assoziation der EL mit Sozialhilfe und Fürsorge). Es wird betont, dass die betroffenen alten Menschen als nicht bedürftig und abhängig wahrgenommen werden möchten.
- Anderen **fehlt die Information**, dass ihnen EL zustehen würden.
- Es wird auf eine **Ungleichbehandlung** von unterstützungsbedürftigen alten Menschen hingewiesen, die zuhause wohnen, und jenen, die im Heim wohnen, da im Heim viele Kosten übernommen werden, die zuhause selber bezahlt werden müssen.

Beim Übergang vom ambulanten in den stationären Bereich, sprich bei Heimeintritten, weisen Altersstellenleitende darauf hin, dass die **Ergänzungsleistungen sehr knapp ausfallen** können und die EL-Bezüger manchmal sogar in eine schwierige Situation bringen: So wird berichtet, dass die Ergänzungsleistungen nicht für die Wohnungsmiete und zusätzliche Leistungen reichen, aber gleichzeitig auch das Depot zu hoch sei, welches vor Heimeintritt entrichtet werden müsse. Der Preis vieler heute gebauter Alterswohnungen sei für alte Menschen ebenfalls oft nicht bezahlbar.

5.8 Beratungsformen

Die **Beratung** wird als ein wichtiger Bestandteil der Funktion von Altersstellen beschrieben. Auffallend ist, dass es sich dabei von der Grundidee her um eine **Kurzberatung** handelt, die der Informationsvermittlung dient. Einige Altersstellen setzen den Auftrag auch in diesem Sinne um und sehen sich primär als ein Ort, wo Informationen zu Altersfragen bezogen werden können und wo die Weiterweisung an kompetente Stellen erfolgt. Einige wenige Altersstellen gestalteten die Kurzberatungen hingegen zu eigentlichen **Prozessbegleitungen** um. Zwei Altersstellenleiterinnen beschreiben, dass dies nicht der ursprünglichen Gemeindepolitik entspricht:

„Ich habe schon bald einmal gemerkt, dass die Triage und die kurze Beratung einen Teil ausmachen. Aber es gibt einen grösseren Teil, wo es um Prozesse geht. Ein Heimeintritt ist ein Prozess, den man nicht mit einem Gespräch abhandeln kann. Vielfach hat es auch mit Vertrauen zu tun. Die Leute kommen manchmal für ein Erstgespräch, aber erst im zweiten Gespräch wird eigentlich richtig gesagt, um was es geht.“ (AS3)

„Der Auftrag hatte, so glaube ich, nicht so viele wirklich konkrete Beratungen vorgesehen. Man ahnte nicht, dass das so herauskommen wird. Vor allem dass ich auch relativ viele

Hausbesuche mache bei Leuten, die nicht mehr hierher kommen können oder nicht so unbedingt hierhin kommen wollen und die man so ein bisschen aufsuchen muss. Mein Auftrag war schon diese Beratung und Information gemäss Pflegegesetz. Dann Beratung mehr im Sinn von Triage, denn man hat ja noch die Pro Senectute-Sozialarbeiterinnen. Sie sind allerdings in [der Gemeinde] X, und es erweist sich nicht als sehr praktikabel, die Leute alle dahin zu verweisen.“ (AS14)

Im Gegensatz zu einer Kurzberatung wird die ausführliche Beratung, die in eine Prozessbegleitung münden kann, als eine **umfassende Situationsanalyse** beschrieben: Neben der Erhebung von messbaren Daten, der Vorgeschichte und der Befindlichkeit sowie der aktuellen Situation wird auch die Deutung und Bedeutung der Situation aus der Sicht des Ratsuchenden erfasst.²² Darüber hinaus ist es wichtig, den Lebensentwurf der Ratsuchenden zu erfassen: Was ist nötig? Wo muss man warten? Wo muss man helfen? Wo muss man sich zurücknehmen? Wo muss man nur unterstützen? Was leisten andere?

Obwohl die Altersstellen die Möglichkeit für das direkte Gespräch anbieten, erfolgen die meisten **Beratungen telefonisch**. Für manche Altersstellenleitende gehören **Hausbesuche** nicht zu ihrem Auftrag, andere hingegen beraten die Menschen zuhause in ihrem persönlichen Umfeld und möchten sogar die Rolle der aufsuchenden Altersbeauftragten etablieren. Es wird beschrieben, dass insbesondere Menschen mit eingeschränkter Geh- oder Hörfähigkeit oder Angehörige mit pflegebedürftigen Partnerinnen und Partnern diese zusätzliche Dienstleistung schätzen. Auf diese Weise können vor Ort die Wohn- und Lebensverhältnisse erfasst und eingeschätzt werden (z.B. Treppen, Schwellen, Teppiche, Kabel-, Koch- und Badmöglichkeiten) und entsprechende Interventionen empfohlen werden. Manche Altersstellenleitende werden zudem **von anderen Diensten (z.B. Spitex oder Sozialdienst) auf Hausbesuche mitgenommen**, wenn eine Situation „ein bisschen unklar ist“ (AS12), z.B. bei Menschen mit Messie-Syndrom oder anderen psychisch-sozialen Problemen. Die Besuche im privaten Haushalt erlauben den Altersstellenleitenden, die **Wohn- und Lebenssituation vor Ort einzuschätzen** und Probleme direkt anzusprechen:

„Wenn mir jemand sagen würde, dass ich zu ihm kommen soll und ich würde es [Verwahrlosung] dann sehen, dann würde ich etwas sagen.“ (AS10)

Bei Bedarf übernehmen die Altersstellenleitenden im Rahmen der Hausbesuche auch kleinere technische Dienstleistungen wie z.B. eine Glühbirne auswechseln o.ä.

Auch pflegende Angehörige schätzen den Besuch zu Hause, damit ihr pflege- und betreuungsbedürftiger Ehepartner z.B. **in das Gespräch miteinbezogen** werden kann:

„Oft wünschen sie, dass ich zu ihnen nach Hause komme, wenn ein Partner weniger mobil ist und auch mitsprechen will.“ (AS1)

²¹ s. <http://www.ahv-iv.info/el/00646/00647/index.html?lang=de>

²² vgl. Sauter et al. 2011

5.9 Beratungsgrundlagen und -ansätze

Um in der konkreten Arbeit die gesundheitlichen Probleme, die Entwicklungspotentiale und den sozialen und pflegerischen Betreuungsbedarf zu eruieren, **fehlen** den Altersstellenleitenden gemäss eigenen Angaben das **pflegerische und medizinische Fachwissen und die entsprechenden Kompetenzen**:

„Ich kann das [Gesundheitszustand] nicht so schnell einschätzen, wenn ich ein Vis-à-vis habe. Ich kann auch keine Demenz einschätzen.“ (AS8)

Die Altersstellenleitenden bringen jene **Kompetenzen** in die Beratung ein, die ihnen mit ihren **persönlichen Qualifikationen** zur Verfügung stehen. Sie verfügen **teilweise über Werkzeuge zur systematischen Problemerkennung und Situationsanalyse** und arbeiten mit theoretischen Modellen, Konzepten und Methoden, wie z.B. der Salutogenese oder dem Case Management. Für die **Falldokumentation** stehen ihnen teilweise Programme von Pro Senectute zur Verfügung, die als sehr hilfreich beschrieben werden.

Oft jedoch arbeiten die Altersstellenleitenden nach eigenen Angaben **ohne Arbeitsinstrumente, sondern mit einem persönlichen „Raster im Kopf“**. Die Bedürfnisse werden anhand „eines losen Gesprächs“ mit spezifischen Akzenten, „durch ein bisschen schauen“ (AS12), ohne Zeitmanagement und ohne gezielte theoretische Konzepte bzw. mit dem, „was mir in den Sinn kommt“ (AS14), erfasst. Sie versuchen mit gezielten Fragen oder aber intuitiv herauszufinden, „wo der Schuh wirklich drückt“ (AS1).

Unterschiedlich ist auch der **gesetzte Fokus** der Altersstellenleitenden. So betont eine Interviewpartnerin, dass sie die Bedürfnisse der Angehörigen höher gewichte als diejenigen der Menschen mit Demenz, indem sie den „gesunden Partner ins Zentrum setz[e]“ (AS5).

5.9.1 Ethische Grundsätze

Viele Altersstellen orientieren sich an den **Alterskonzepten** der Gemeinden. In den meisten Fällen basieren diese Konzepte auf einer jeweils ähnlich strukturierten Vorlage. Die Alterskonzepte beinhalten Angaben zur **ethischen Grundhaltung** gegenüber alten Menschen wie z.B. deren Würde und Selbstbestimmung. Die interviewten Altersstellen betonen, dass sie sich grundsätzlich an diesen Werten ausrichten, dabei aber auch Grenzen ziehen. So meint eine Altersstellenleiterin, dass sie sich solange an den **Bedürfnissen und am Willen des betroffenen fragilen alten Menschen** orientiere, als „er keine demenzielle Krankheit hat, niemanden stört oder gesundheitlich nicht schwer gefährdet ist“ (AS6). Eine Interviewpartnerin mit sozialarbeiterischem Hintergrund orientiert sich so lange wie möglich an der Autonomie und sagt: Erst wenn „von offizieller Stelle bestätigt wird, dass man diese Autonomie in Frage stellen muss, stelle ich sie auch als Sozialarbeiterin [in Frage]“ (AS2). Manche Interviewpartner empfinden es als Herausforderung, die Autonomie als obersten Wert zu setzen:

„Aus unserer Sicht möchte man häufig gerne intervenieren, aber wenn man die Autonomie der Personen als Wert immer

noch zuoberst hat, muss man akzeptieren, dass diese Sicherheit eben nicht 100 % sicher ist, sondern dass man die Autonomie dieser Personen höher wertet.“ (AS2)

Als besonders **herausfordernd** werden **komplexe Situationen** beschrieben wie z.B. im Falle von Vernachlässigung und psychosozialen Situationen mit dem Risiko einer Selbstgefährdung. Hier orten interviewte Altersstellenleiterinnen **ethische Dilemmasituationen**, wenn es darum geht, **Autonomie zu respektieren versus Fürsorge und Sicherheit** zu vermitteln. Das seien Fälle, „in die viele [Akteure] involviert sind“ (AS2), und es trotzdem schwierig sei, ein Beziehungsnetz aufzubauen: „[...] aber der Zugang bleibt durch die betroffene Person verwehrt, die sagt, dass sie nicht will“ (AS2). Betrifft diese Grenzziehung der betroffenen Person auch deren **Angehörige**, so wird die Beratung der Angehörigen als wichtig bezeichnet:

„Dann geht es darum, die Angehörigen zu coachen. So, dass sie einen Umgang finden, dass sie sich abgrenzen können.“ (AS4)

Altersstellenleitende berichten, dass es bei der Frage nach einem Heimeintritt zu Differenzen hinsichtlich der **unterschiedlichen Autonomievorstellungen** kommen kann. Hier steht dann die Frage im Raum, wie weit das Autonomieverständnis der alten Person reichen darf und an welchem Punkt **fremdbestimmende Massnahmen** zur Anwendung gelangen sollen. Dies wird als „Grauzone“ erlebt, in der es „weder gut noch schlecht“ (AS4) gibt. Es wird beschrieben, dass es manchmal nicht einfach ist, sich nach den Wunschvorstellungen einer alten Person zu richten, insbesondere wenn ein **selbstgefährdendes Verhalten** festgestellt wird.

Manche Interviewpartner schildern, dass ethische Überlegungen in die Situationsanalyse einfließen können. So betont eine Altersstellenleiterin:

„Für mich ist das Ziel und das Wichtige: wenn man merkt, dass unterschiedliche Wertvorstellungen vorhanden sind, soll man diese thematisieren können, damit es Definitionen gibt und damit offensichtlich wird, wer welche Wertvorstellung hat.“ (AS2)

Andere **ethische Grundsätze**, die in Bezug auf eine umfassende Beratung genannt werden, sind:

- **Selbstbestimmung:** Respektieren und unterstützen des Wunsches, so lange wie möglich selbstständig zu leben
- **Vertraulichkeit**
- **Gemeinsame Entscheidungsfindung:** Problemlösungen gemeinsam mit dem Betroffenen finden
- **Bedürfnisorientierung:** massgeschneiderte und bedürfnisorientierte Unterstützung
- Orientierung an der **Lebensqualität:** Lebens- und Wohnsituationen schaffen, um auch im hohen Alter eine gute Lebensqualität im gewohnten Lebensraum zu gewährleisten

5.10 Dokumentation

Während des Beratungsgesprächs werden selten elektronische Fallprotokolle geführt, sondern häufiger Stichworte notiert. Da es sich um eher inoffizielle Informationen handelt, wird zurückhaltend dokumentiert, meist als **Gedächtnisstütze**.

Viele Altersstellenleitenden **dokumentieren ihre Leistungen aber nicht offiziell**. Einige Stelleninhaberinnen dokumentieren ihre Dienstleistungen individuell, um im Falle einer Rechenschaftspflicht gegenüber der Gemeinde den Arbeitsauftrag und die Stellenprozente verantworten können. Für die Dokumentation der Einschätzung stehen jenen Altersstellen, welche von der Pro Senectute im Auftrag

der Gemeinde betrieben werden, die elektronischen **Dokumentationsinstrumente der Pro Senectute** zur Verfügung. Unklar ist, ob diese Daten unabänderbar und unwiderrufbar gespeichert werden (Gesundheitsgesetz 2007 §13).

Die **rechtlichen Aspekte** im Umgang mit den Daten der Ratsuchenden beurteilen die Altersstellenleitenden als problematisch. Manche bemängeln, dass vertrauliche Daten informell weitergegeben werden und nicht geklärt ist, welche Personen für den Datenaustausch autorisiert sind. Andere müssen sich strikt an den **Datenschutz** halten und sehen dadurch die interdisziplinäre, vernetzte Arbeitsweise in der Altersarbeit stark erschwert.

6. Problemfelder

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass die AS ein hohes Potential haben, um die integrierte Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen mitzugestalten. Das Datenmaterial zeigt dabei folgende Problemfelder:

- hochkomplexe, äusserst anspruchs- und verantwortungsvolle Aufgaben der kommunalen Altersstellen;
- breite, jedoch undefinierte Aufgabenpalette;
- maximaler, aber auch überfordernder Handlungsspielraum für die Altersstellenleitenden;
- eine sehr heterogene, willkürliche und unregelmässige Situation bei den kommunalen Altersstellen: Es gibt keine für alle verbindlichen Qualitätsstandards, Kompetenzprofile, Verantwortlichkeiten, Stellenprofile, Handlungsaufträge, keine klaren Zielvorgaben, Rahmenbedingungen, usw.;
- fehlende Orchestrierung des Falles (Fallführung, Fallverantwortung);
- fehlende Verbindlichkeiten und Verantwortlichkeiten;
- einheitliche, zielgerichtete Assessmentinstrumente fehlen;
- fehlende Analyse und Nutzung von Synergien;
- fehlende Reflexion des Auftrags „ambulant vor stationär“ und der Implikationen seiner Umsetzung;
- grosser Handlungsbedarf seitens der Gemeinden im Bereich der Strukturarbeit;
- Bedarf an Reflexion auf allen Ebenen.

7. Handlungsbedarf

Im Zentrum der Arbeitsfelder der kommunalen Altersstellen stehen alte Menschen und deren Angehörige. Sie wenden sich an die Altersstellen, weil sie sich entweder bereits in einer akuten Notsituation befinden und Hilfe brauchen oder die Zukunft eines alten Menschen planen wollen, respektive müssen. Wie die Studie zeigt, sind die kommunalen Altersstellen sehr unterschiedlich ausgerüstet und vorbereitet für diese Aufgaben. Angesichts der Fürsorgeverpflichtung gegenüber der vulnerablen Klientel besteht deshalb sowohl auf der gesellschaftlichen Makroebene als auch auf der Meso- und Mikroebene Handlungsbedarf.

Makroebene der Gesellschaft

Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in denen die AS tätig sind, sind sehr unterschiedlich. Oftmals stehen widersprüchliche gesellschaftliche und politische Wertvoraussetzungen dahinter, die zu ethischen Dilemmasituationen führen können. Diese sind bewusst und explizit zu machen bei der Gestaltung und Implementierung einer Altersstelle. Dialog Ethik entwickelt daher vor dem Hintergrund der empirischen Erhebung ein Strukturmodell für Altersstellen, welches die Instrumente der Mikro- und der Mesoebene integriert und zu einer klientenzentrierten Versorgung beiträgt.

Mesoebene der Organisation

Die AS weisen organisational ganz unterschiedliche und oft auch sehr unklare Strukturen auf (Abraham & Huber 2014; Abraham et al. 2015). Diese Situation ist eine grosse Herausforderung für die Stellenleitenden und erschwert oder behindert eine verbindliche, nachhaltige Zusammenarbeit auf allen Ebenen. Dialog Ethik entwickelt

deshalb vor dem Hintergrund der empirischen Erhebung mögliche Stellenprofile, klare Handlungsaufträge für kommunale Altersstellen und einen berufsethischen Kodex für die Altersbeauftragten.

Mikroebene der Person

Wer als jung oder alt Hilfe braucht und/oder seine Zukunft planen will, muss wissen, welche Angebote und Handlungsmöglichkeiten bestehen und welche Voraussetzungen diese haben. Solange verschiedene Handlungsmöglichkeiten vorhanden sind, entscheidet das Individuum gemäss seinem persönlichen Lebensentwurf. Die Aufgabe der AS ist, ratsuchende Menschen bei diesen Entscheidungsfindungsprozessen zu unterstützen, zu beraten und situativ zu begleiten. Die Angebote der verschiedenen AS sind jedoch nicht kongruent, sondern abhängig vom individuellen Wertverständnis der Altersstellenleitenden, den Werthaltungen der Gemeindeverwaltung und den politischen Entscheidungsträgern sowie den zur Verfügung stehenden Ressourcen und Anreizsystemen der jeweiligen Gemeinde. Diese heterogene Beratungspraxis widerspricht einem professionellen Entscheidungs- und Beratungsprozess, der sich an den spezifischen Wünschen und Erwartungen der Klienten orientiert. Dialog Ethik entwickelt deshalb auf dem Hintergrund der empirischen Studienergebnisse einen Leitfaden, der den individuellen Beratungsbedarf und den ethischen Entscheidungsfindungsprozess unterstützen und leiten soll.

Für die Arbeit der AS erarbeitet Dialog Ethik auf der hier dargelegten empirischen Grundlage bis Ende 2015 ein Modell, welches aus einem ethisch reflektierten Entscheidungsleitfaden sowie einem Aufgaben- und Anforderungsprofil für Altersstellen besteht (Abb. 4).



Abbildung 4: Handlungsbedarf auf Mikro-, Meso- und Makroebene

8. Literatur

- Abraham, A., H. Huber und R. Baumann-Hölzle** 2015: „Ambulant vor stationär“ als Herausforderung für die kommunalen Altersstellen in der Schweiz. Eine qualitative Studie mit ethischer Reflexion. Eingereicht bei der *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*.
- Abraham, A. und H. Huber** 2014: Autonomes Wohnen: Was bedeutet das konkret? *Thema im Fokus* 118: 6–7.
- Albrecht, K. und S. Oppikofer** 2004: Das Projekt „more...“ Wohlbefinden und soziale Kompetenz durch Freiwilligentätigkeit. Zentrum für Gerontologie. Universität Zürich.
- Baumann-Hölzle, R., E. Hofmann und A. Abraham** 2013: Verwahrlosung im Alter, ethisch reflektiert: Gratwanderung zwischen Fürsorge und Abwehrrecht. In: Gogl, Anna: Selbstvernachlässigung bei alten Menschen. Von den Phänomenen zum Pflegehandeln. Bern: Verlag Hans Huber. 207–216.
- Blom, M. und M. Duijnste** 1999: **Wie soll ich das nur aushalten? Mit dem Pflegekompass** die Belastung pflegender Angehöriger einschätzen. Bern: Neicanos im Verlag Hans Huber.
- Burns, E. und E. Haslinger-Baumann** 2008: Von Interventionen aufgrund der Pflegediagnose „Soziale Isolation“ und Anwendung der Methode Evidence-based Nursing. *Pflege* 21(1): 25–30.
- Cheater, F.M. et al.** 2008: The nature and impact of urinary incontinence experienced by patients receiving community nursing services: A cross-sectional cohort study. *International Journal of Nursing Studies* 45(3): 339–351.
- Findlay, R.A.** 2003: Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing and Society* 23. Cambridge: Cambridge University Press: 647–658.
- Fluder, R., S. Hahn, J.M. Bennett, M. Riedel und Th. Schwarze** 2012: Ambulante Alterspflege und -betreuung: zur Situation von pflege- und unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zu Hause. Zürich: Seismo.
- Fringer, A., H. Mayer und W. Schnepf** 2010: Das Ehrenamt bei der Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren Familien: Profil und Motive. *Pflege* 23 (3): 173–180. Bern: Verlag Hans Huber.
- Häsl, Th. und G. Bieri** 2013: Die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten in Schweizer Pflegeheimen. *Schweizerische Ärztezeitung* 2013, 94:51/52.
- Hauser-Schäublin, B.** 2003: Teilnehmende Beobachtung. In: Beer, B. (Hg.): Methoden und Techniken der Feldforschung. Berlin: Reimer: 33–54.
- Höpflinger, F., L. Bayer-Oglesby und A. Zumbrunn** 2011: Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Bern: Verlag Hans Huber.
- Huber, H.** 2013: Pflegeheimenritt – Angehörige zwischen Schuldgefühlen und Loslassen. Powerpoint-Präsentation. Dialog Ethik.
- Huber, H.** 2014: Pflegeheimenritt – Angehörige zwischen Sorge, Selbstsorge und Fürsorge. *Thema im Fokus* 117: 4–7.
- Imhof, L., R. Naef, R. Imhof, H. Petry** 2011: SpitexPlus: Assessment und fortgeschrittene Pflegeinterventionen für zuhause lebende alte Menschen und ihre Familien. *Pflege* 24(1): 53–56. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kelle, U. und S. Kluge** 1999: Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Opladen: Leske + Budrich.
- Kesselring, A.** 2004: Angehörige zu Hause pflegen: Anatomie einer Arbeit.
- Klie, T.** 2014: Wen kümmern die Alten. München: Pattloch.
- Krippendorff, K.** 2003: Content analysis. An introduction to its methodology. Thousand Oaks etc: SAGE.
- LeCompte, M. D. und J. J. Schensul** 1999: Analyzing & interpreting ethnographic data. Walnut Creek: AltaMira Press.
- Lüders, C.** 2003: Beobachten im Feld und Ethnographie. In: Flick, U., E. von Kardorff und I. Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt: 384–401.
- Mayring, P.** 2002. Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. Weinheim und Basel: Beltz
- McCormack, B., Manley K., Garbett R. (Hg.)** 2009: Praxisentwicklung in der Pflege. Bern: Verlag Hans Huber.
- Meichtry, B.** 2004: Der Wohnraum als Lebensraum. Wohngruppe für verhaltensauffällige ältere Menschen. *Krankenpflege* 97(5): 16.
- Obrist, B.** 2010: Editorial. *Progress in Development Studies* 10(4): 279–281.
- Richter, M. und K. Hurrelmann (Hg.)** 2009: Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ryan, G. W. und H. R. Bernard** 2003: Techniques to identify themes. *Field Methods* 15(1): 85–109.
- Schenk, L.** 2008: Gesundheit und Krankheit älterer und alter Migranten. In: Kuhlmeier, A. und D. Schaeffer (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber. 156–173.
- Senesuisse und GDI Gottlieb Duttweiler Institute** 2014: Finanzierung von Betreuung und Pflege im Alter. Ein Finanzierungsmodell für die Zukunft. Bern/Rüschlikon: Senesuisse/GDI.

Silverman, D. 2001: Interpreting qualitative data. Methods for analysing talk, text and interaction. London: SAGE.

Silverman, D. 2005: Doing qualitative research. A practical handbook. London: SAGE.

Spradley, J. P. 2006: Participant observation. Melbourne: Wadsworth, Thomson Learning.

Teel, C.S. 1991: Chronic sorrow: analysis of the concept. *Journal of Nursing*. 16, 1311–1319.

Wahl, H.W. und F. Oswald 2008: Ökologische Bedingungen der Gesundheitserhaltung älterer Menschen. In: Kuhlmei, A. und D. Schaeffer (Hg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber: 207–224.

Weber-Halter, E. 2010: Gesamtkosten senken und Chancengleichheit optimieren. Case Management ohne Triage: ein Beitrag aus der Praxis. In: *SozialAktuell* 10: 34–36

Wilkes, L., D. Jackson und T. Valido 2008: Placing a relative into a nursing home: family members' experiences after the move. A review of the literature. *Geriatrics* 26(1): 24–29.

McLaughlin, L. und C. McLaughlin 2002: Access to Care: Remembering Old Lessons. *Health Services Research* 37(6): 1441–1443.

www.dialog-ethik.ch