



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Personen mit Behinderung in
Niederösterreich

verfasst von | submitted by

Anja Bundo BEd

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Education (MEd)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 199 510 511 02

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student record
sheet:

Masterstudium Lehramt Sek (AB) Unterrichtsfach
Geographie und wirtschaftliche Bildung Unterrichtsfach
Geschichte und Politische Bildung

Betreut von | Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Alois Humer

Kurzfassung

Diese Arbeit untersucht das Thema „Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Personen mit Behinderung in Niederösterreich“. Durch demografische Entwicklungen, welche zu einer Alterung der österreichischen Bevölkerung führen, nimmt das Thema alternative Wohnmodelle für diese Zielgruppe einen relevanten Stellenwert in der Forschung ein. Hindernisse sowie förderliche Aspekte von selbstbestimmtem Wohnen werden durch eine Dokumentenanalyse ausfindig gemacht. Durch sieben Experteninterviews wird der Status-quo hinsichtlich inklusiven Wohnmodellen für die Zielgruppe der hochaltrigen Personen mit Behinderung in Niederösterreich untersucht. Die Zusammenführung beider Methoden soll abschließend Handlungsimplicationen für das Land NÖ liefern.

Abstract

This master thesis investigates the concept of “Self-determined housing for people of old age with disabilities in Lower Austria”. The demographic processes, which are leading towards an ageing of the Austrian population, trigger the need for further research in this area. By applying document analysis, challenges and supporting effects for self-determined housing were identified. Seven expert interviews analyzed the existing housing models for people with high age and disability in Lower Austria. A combination of both methods should provide action implications for the state of Lower Austria.

Danksagung

Ich möchte mich zuerst bei meinem Masterarbeitsbetreuer Herr Univ.-Prof. Mag. Dr. Alois Humer für seine Unterstützung und seine Geduld während des Prozesses bedanken. Danke, für die durchgehende Ermutigung, fachliche Beratung und das entgegengebrachte Verständnis.

Darüber hinaus gilt mein Dank Frau Mag. Karin Peter und Herrn Mag. Thomas Kromoser, welche meine Kontaktpersonen vom Land NÖ waren. Weiters bedanke ich mich bei meinen Interviewpartner*innen, die mir ihre Zeit und ihr Vertrauen hinsichtlich der Thematik geschenkt haben. Ihre Perspektiven und Standpunkte haben mir verdeutlicht, dass wir noch am Anfang stehen und ich bin dankbar, mit ihnen ein Teil dieses Weges zu gehen.

Ein besonderer Dank gilt meinen Eltern, die mir während meines Lebensweges immer zur Seite standen und mir die Möglichkeiten gaben, diesen Bildungsweg einzuschlagen. Abschließend bedanke ich mich bei Florian, welcher während dieses Arbeitsprozesses mein Licht in der dunkelsten Stunde war.

Inhalt

1.	Einleitung	10
1.1.	Problemstellung und Relevanz.....	10
1.2.	Zielsetzung.....	11
1.3.	Wissenschaftstheoretisches Konzept und Aufbau der Arbeit	11
1.4.	Forschungsfragen und Hypothesen.....	12
2.	Analyserahmen.....	13
2.1.	Rechtlicher Rahmen.....	13
2.2.	Gerontologie als interdisziplinäre Forschung	17
2.3.	Begriffsbestimmung und -abgrenzung von Hochaltrigkeit.....	19
2.4.	Begriffsbestimmung und -abgrenzung von Behinderung	24
2.5.	Ansätze zu selbstbestimmtem Wohnen.....	32
3.	Methodik	36
3.1.	Dokumentenanalyse	36
3.2.	Experteninterviews	39
3.2.1.	Planung der Interviews.....	39
3.2.2.	Analyse der Interviews über MAXQDA.....	42
4.	Alternative Wohnmodelle	47
4.1.	Deutschland.....	47
4.1.1.	Demografie und ökonomische Zugänge.....	47
4.1.2.	Status quo der deutschen Wohnungsforschung.....	50
4.1.3.	AAL und KI-Systeme im eigenen Lebensbereich.....	53
4.2.	Japan	59
4.2.1.	Demografie und ökonomische Zugänge.....	59
4.2.2.	Status quo der japanischen Wohnungsforschung.....	63
4.2.3.	Community based Integrated Care System	67
4.3.	Norwegen.....	74
4.3.1.	Demografie und ökonomische Zugänge.....	74
4.3.2.	Status quo der norwegischen Wohnungsforschung.....	75
4.3.3.	Reablement und Ageing at home	77
5.	Österreich	82
5.1.	Demografie und ökonomische Zugänge	82
5.2.	Status quo der österreichischen Wohnungsforschung.....	83
6.	Niederösterreich	88
6.1.	Demografie und ökonomische Zugänge	88
6.2.	Wohn- und Pflegeformen in NÖ.....	89
6.3.	Analyse der Wohn- und Pflegeformen in NÖ.....	94
6.3.1.	Kategorie 1: Geographische Dimension.....	94

6.3.2.	Kategorie 2: Wirtschaftliche Dimension.....	97
6.3.3.	Kategorie 3: Gesundheitliche Dimension.....	99
6.3.4.	Kategorie 4: Politische Dimension.....	100
7.	Diskussion	104
8.	Conclusio.....	108
9.	Ausblick.....	112
	Verwendete Literatur.....	113
	Anhang 1 – Interview Elfriede Mörtl, Alpenland	124
	Anhang 2- Interview Christian Rab, SeneCura	133
	Anhang 3 - Interview Jürgen Kail, GEDESAG.....	139
	Anhang 4 – Interview Marco Brunner, auxilio	147
	Anhang 5 - Interview Isabella Reichart, Volkshilfe.....	155
	Anhang 6 - Interview Daniela Stadler, Caritas.....	161
	Anhang 7 – Interview Martina Jurkovic, Lebenshilfe	168

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Lebenserwartung bei der Geburt	23
Abbildung 2: Konzeption von Behinderung.....	26
Abbildung 3: Arten von Dokumenten	36
Abbildung 4: Schlüsselbegriffe	37
Abbildung 5: Kategoriensystem	38
Abbildung 6: Automatisiertes Codieren	42
Abbildung 7: Segmentierung durch Suchbegriffe	43
Abbildung 8: Erstellung des Codes	43
Abbildung 9: Segmentierung des Interviews	44
Abbildung 10: Visueller Überblick der thematischen Schwerpunkte	44
Abbildung 11: Quantitative Analyse der Interviewinhalte.....	46
Abbildung 12: Bevölkerungspyramide Deutschland.....	48
Abbildung 13: Verbindung der Bedürfnispyramide mit AAL	57
Abbildung 14: Determinanten des AAL-Einsatzes und Distribution	58
Abbildung 15: Bevölkerungspyramide Japan	59
Abbildung 16: Drei Schlüsselkomponenten für Mehrgenerationengemeinschaften	65
Abbildung 17: Beispiele technischer Assistenzsysteme.....	67
Abbildung 18: Fünf Faktoren von CbICS	72
Abbildung 19: Bevölkerungspyramide Norwegen.....	74
Abbildung 20: Bevölkerung Österreichs nach Alter	82
Abbildung 21: Pilotregionen von AAL nach Bundesland.....	87
Abbildung 22: Bevölkerung Niederösterreichs nach Alter	88

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Modelle von Behinderung.....	31
Tabelle 2: Daten der Experten.....	41
Tabelle 3: Jährliche Neuaufnahmen in NÖ Pflegeheimen	90
Tabelle 4: Veränderung der Nutzerzahlen der mobilen Betreuungs- und Pflegedienste.....	91
Tabelle 5: Veränderung der Nutzerzahlen der 24-Stunden-Betreuung	92

Abkürzungsverzeichnis

AAL	Active and Assisted Living
BAALL	Bremen Ambient Assisted Living Lab
CbICS	Community based Integrated Care System
DFKI	Deutsches Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
KI	Künstliche Intelligenz
LTCI	Long-Term Care Insurance
RFID	Radio-Frequency Identification
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
WHO	World Health Organization

1. Einleitung

1.1. Problemstellung und Relevanz

„Kein Problem hat nur eine Ursache und gegen kaum etwas hilft nur eine Maßnahme. Die Lösung ist mehrere Maßnahmen zu bündeln, statt nach dem einen „Allheilmittel“ suchen“ (Schönwandt 2023: 43). Das Thema dieser Arbeit „Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Personen mit Behinderung in Niederösterreich“ ist von einer Vielfalt von Interdisziplinarität geprägt. Selbstbestimmung, Alter sowie Behinderung sind Begriffe, denen in unterschiedlichen Forschungsdisziplinen andere Bedeutungen und Definitionen zugewiesen werden. Daraus konkludiert eine Fülle von problemzentrierten und lösungsorientierten Ansätzen. In Bezug auf das einleitende Zitat wird beim Untersuchen des Forschungsgegenstandes nicht nach singulären Lösungsansätzen gesucht, sondern nach Kombinationen von internationalen sowie interdisziplinären Ansätzen, Konzepten und Modellen, um der Vielfalt der Bedürfnisse von hochaltrigen Personen mit Behinderung gerecht zu werden.

Von gegenwärtiger Forschungsrelevanz ist die Gruppe der hochaltrigen Personen. Der demografische Wandel und die Hochaltrigkeit werden in den nächsten Jahren zu *„Megatrendthemen und globalen Phänomenen“* (Hank 2019: 16), da eine steigende Anzahl der über 80-Jährigen weltweit zu vermessen ist. Das Ausmaß der sozioökonomischen Herausforderungen durch eine alternde Gesellschaft ist schwer prognostizierbar, wodurch eine zukunftsorientierte Planung zu einem zentralen Instrument für die Politik wird (Rasner 2016: 647).

Daher untersucht diese Arbeit Möglichkeiten für selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Personen mit Behinderung in Niederösterreich. Selbstbestimmtes Wohnen ist als Grundrecht in der UN-Behindertenrechtskonvention (Land NÖ 2020) verankert. Die Wohnangebote in Niederösterreich sind durch Österreichs Ratifizierung der Konventionen verpflichtet, dessen Vorgaben zu entsprechen. Darüber hinaus wird die realpolitische Relevanz dieses Themas deutlich, wenn man den demografischen Wandel der österreichischen Bevölkerung und die damit einhergehende Alterung der Bevölkerung betrachtet. In dieser Arbeit wird versucht Handlungsimplicationen durch internationale „best-practise“-Beispiele zu finden und zu bewerten, ob eine Umsetzung auf niederösterreichischer Ebene, aufgrund unterschiedlicher, nationaler Rahmenbedingungen, möglich wäre.

1.2. Zielsetzung

Das Ziel dieser Arbeit ist alternative Wohnmodelle für hochaltrige Personen mit Behinderung zu finden, um selbstbestimmtes Wohnen in Niederösterreich zu fördern. Darüber hinaus werden Ansätze und Konzepte präsentiert, welche die Erfolgchancen der Wohnmodelle steigern. Des Weiteren sollen realpolitische Implikationen und Vorschläge zur Verbesserung der Wohnsituation von hochaltrigen Menschen mit Behinderung in Niederösterreich getroffen werden. Die Mängel, in den bestehenden Wohnangeboten in Niederösterreich, sollen analysiert und in Hinblick auf die Verletzung der Rechte von Menschen mit Behinderung mit der UN-Behindertenrechtskonvention abgeglichen werden.

1.3. Wissenschaftstheoretisches Konzept und Aufbau der Arbeit

Diese Arbeit positioniert sich in seinem wissenschaftstheoretischen Konzept an den Kritischen Rationalismus von Karl Popper. Die Forschungsfrage und Hypothesen werden a priori gebildet und durch ein theoriegeleitetes Vorgehen in der Conclusio verifiziert oder falsifiziert. Die Arbeit folgt einem deduktiven Verlauf, in dem von Theorien und Konzepten versucht wird auf die einzelnen Annahmen zu schließen (Egner 2010: 68).

Zu Beginn dieser Arbeit werden im „Analyserahmen“ die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die Schlüsselbegriffe diese Arbeit definiert und abgegrenzt. In weiterer Folge wird im Kapitel „Methodik“ das Vorgehen der Dokumentenanalyse und des Experteninterviews erläutert sowie ihre Auswahl begründet. Im Anschluss folgt das Kapitel „Alternative Wohnmodelle“, in dem drei Staaten mit ihren nationalen Rahmenbedingungen analysiert und Ansätze, Konzepte und Modelle für selbstbestimmtes Wohnen vorgestellt werden. Die Kapitel „Österreich“ und „Niederösterreich“ behandeln den Forschungsstand und den Status quo der niederösterreichischen Wohnangebote. Anschließend werden alle Ergebnisse in der „Diskussion“ zusammengetragen, wodurch eine Beantwortung der Forschungsfragen und Hypothesen in der Conclusio erreicht wird. Im letzten Kapitel „Ausblick“ wird eine Forschungslücke dieser Thematik aufgezeigt, welche weitere Untersuchungen anregen soll.

1.4. Forschungsfragen und Hypothesen

Anhand der beschriebenen Problemstellung und der Forschungsrelevanz wurden folgende Forschungsfragen formuliert. Zu jeder Forschungsfrage wurde jeweils eine Hypothese erstellt, welche während der Forschungsprozesses bearbeitet werden und in der Conclusio zu verifizieren oder falsifizieren sind.

Forschungsfragen:

1. Inwiefern entspricht das derzeitige Wohnangebot für hochaltrige Menschen mit Behinderung in Niederösterreich den rechtlichen Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention?
2. Welche internationalen „best practice“- Wohnmodelle für Menschen mit Behinderung können durch die sozio-politischen Rahmenbedingungen in Niederösterreich implementiert werden?
3. Welche Handlungsoptionen stehen den Entscheidungsträger*innen zur Verfügung, um selbstbestimmtes Wohnen zu fördern?

Hypothesen:

1. Eine vorausschauende Planung unter Berücksichtigung der steigenden Anzahl an Menschen mit Behinderung erleichtert langfristig selbstbestimmtes Wohnen in der Mikro-, Meso- und Makroebene.
2. Selbstbestimmtes Wohnen führt zu einem Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen von stationären Betreuungsformen hin zu ambulanten Betreuungsformen.
3. Aufwändigere und höhere Kosten stellen Hindernisse für selbstbestimmtes Wohnen dar.

2. Analyserahmen

In diesem Teil der Arbeit werden grundlegende Rahmenbedingungen vorgestellt, welche den Verlauf des weiteren Arbeitsprozesses bestimmen. Zunächst werden die rechtlichen Rahmenbedingungen besprochen, die sowohl Einfluss auf die völkerrechtliche als auch nationale Gesetzgebung für die Sicherstellung von Grundrechten für Menschen mit Behinderung haben. In weiterer Folge werden länderrechtliche Richtlinien und Verordnungen für (teil-)stationäre Einrichtungen vorgestellt.

2.1. Rechtlicher Rahmen

Zunächst werden die rechtlichen Rahmenbedingungen angeführt, die sowohl Einfluss auf die völkerrechtliche als auch nationale Gesetzgebung für die Sicherstellung von Grundrechten für Menschen mit Behinderung haben. In weiterer Folge wird das NÖ Sozialhilfe Ausführungsgesetz im Zusammenhang mit Möglichkeiten zur Befriedigung des Wohnbedarfs für sozioökonomisch benachteiligte Menschen vorgestellt. Abschließend wird in diesem Unterkapitel auf die Standards der länderrechtlichen Richtlinien und Verordnungen für (teil-)stationäre Einrichtungen eingegangen.

Grundlegende rechtliche Vorgaben für das Forschungsthema „Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Personen mit Behinderung“ liefert das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, auch genannt UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Durch die Signierung dieses internationalen Vertrages ist er völkerrechtlich für jeden unterzeichneten Staat bindend. Seit dem 26.10.2008 ist die UN-BRK in Österreich in Kraft. Seitdem muss sie auf allen drei Ebenen der Gewaltenteilung in Österreich durchgesetzt werden (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2025). In Niederösterreich wird die Einhaltung und Implementierung der UN-BRK von dem NÖ-Monitoring Ausschuss kontrolliert (Land NÖ 2020).

Unter dem 19. Artikel „Selbstbestimmtes Leben und Inklusion in der Gemeinschaft“ definiert folgendes Zitat, an welche Zielgruppe dieser Artikel gerichtet ist und welche Rechte ihnen zustehen:

„Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens anerkennen das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie

andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, und treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Inklusion in der Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern...“(BMSGPK 2016:16f)

Besonders der Aspekt „*das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen*“ (BMSGPK 2016: 16) hat besondere Relevanz für diese Arbeit, da das Forschungsthema zwei Adressatengruppen anspricht:

1. Hochaltrige Personen
2. Menschen mit Behinderung

In der politischen und öffentlichen Debatte wird von manchen Vertreter*innen die Ansicht geteilt, dass eine Beeinträchtigung im Alter aus dem Behinderungsbegriff separiert werden sollte. Diese Ansicht ist unverträglich mit den gesetzlichen Regelungen des Artikel 1 Satz 1 der UN-BRK, in dem ausdrücklich steht, dass für den Anwendungsbereich „*alle Menschen mit Behinderungen*“ (BMSGPK 2016: 6) (Eccher 2014: 123f) beim Übereinkommen gelten. Die steigende Wahrscheinlichkeit im Alter eine Behinderung zu haben, darf diese Gruppe nicht von der UN-BRK ausgrenzen, denn dies stelle eine völkerrechtliche Verletzung des Übereinkommens dar. Wenngleich es ein eigenes Übereinkommen zum Schutz der Rechte älterer Menschen gibt, bedeutet das nicht, dass der Anwendungsbereich für ältere Personen mit Behinderung nur bei dem Alter liegt, sondern auf beiden Merkmalen. Ein grundsätzlicher Ausschluss „*altersbedingter Behinderung*“ aus der UN-BRK würde, über das Genannte hinaus, noch Artikel 8 Absatz 1 widersprechen, in dem festgehalten wird, dass „*Klischees, Vorurteile und schädliche Praktiken gegenüber Menschen mit Behinderungen, einschließlich aufgrund des Geschlechts oder des Alters in allen Lebensbereichen zu bekämpfen*“ (BMSGPK 2016: 11) (Eccher 2014: 123f) sind. Menschen mit Behinderung aufgrund ihres Alters aus dem Übereinkommen auszuschließen und nicht vorrangig den Aspekt Behinderung zu berücksichtigen, zeugt gerade aus diesem Grund von Stereotypisierung und Stigmatisierung (Eccher 2014: 123f).

Daher wird in dieser Arbeit nach Konzepten/Ansätzen/Programmen gesucht, die zumindest einem der beiden Merkmale betreffen, um der Zielgruppe dieser Arbeit eine möglichst große Breite an Unterstützungsinstrumenten zu bieten. Grundsätzlich überschneiden jedoch die meisten in der Arbeit angeführten Konzepte und Ansätze beide Merkmale der Zielgruppe.

Weitere relevante Bestimmungen für diese Arbeit lassen sich in Art. 19 Punkt a) finden:

*„Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben“
(BMSGPK 2016: 17)*

Dieses Zitat legt den rechtlichen Grundstein der Arbeit. Selbstbestimmtes Wohnen inkludiert ebenfalls die Aspekte der individuellen Standort- und Wohnpräferenz. Durch potenzielle sozialpolitische, funktionale, ökonomische oder räumliche Barrieren könnte dieser Punkt jedoch für hochaltrige Menschen mit Behinderung in NÖ nicht realisierbar sein. Die Aufgabe dieser Arbeit ist festzustellen, inwieweit die Angebote in NÖ dieser Vorgabe entsprechen.

In Artikel 19 Punkt b) wird darüber hinaus festgelegt, dass:

„Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, zu Hause, in Einrichtungen und sonstiger Art, einschließlich der Persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Inklusion in der Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Segregation von der Gemeinschaft notwendig ist“ (BMSGPK 2016: 17)

Dieser Aspekt ist von thematischer Relevanz, da selbstbestimmtes Wohnen nicht nur das Wohnsetting betrifft, sondern auch der Wohnort und die angebotenen gemeindenahen Unterstützungsangebote sind entscheidend für die Erhaltung eines selbstbestimmten Lebens und der Partizipationsmöglichkeiten. Daher ist auch Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit, welche Unterstützungsangebote in Niederösterreich zur Förderung des selbstbestimmten Wohnens und des sozialen Teilhabens existieren.

Für die finanzielle Absicherung von hochaltrigen Personen mit Behinderung, kommen neben der Pensionsversicherung (siehe Kapitel 5.1) auch das NÖ Sozialhilfe-Ausführungsgesetz zur Anwendung, unter Berücksichtigung folgender Punkte aus Absatz 1 §1:

„Leistungen der Sozialhilfe aus öffentlichen Mitteln sollen

- 1. zur Unterstützung des allgemeinen Lebensunterhalts und zur Befriedigung des Wohnbedarfs der Bezugsberechtigten beitragen,*
- 2. Armut und soziale Ausschließung vermeiden und bekämpfen...“ (Rechtsinformationssystem des Bundes 2024)*

Bei Lebensunterhalt werden alltägliche Ausgaben der Bezieher*innen wie Nahrung, Hygieneprodukte, Kleidung usw. definiert. Unter dem Punkt Deckung des Wohnbedarfs

werden Miet-, Betriebs-, Strom- und Heizkosten gezahlt. Die Höhe des Betrages entspricht fixen Richtsätzen, welche entweder durch Geldleistungen ausbezahlt oder durch Sachleistungen abgedeckt werden. Darüber hinaus können Menschen mit Behinderung für weitere ökonomische Hilfsleistungen einen Zuschlag beantragen (Land NÖ 2024). Falls die Wohnform eine stationäre Einrichtung für hilfebedürftige Menschen ist, kommt der NÖ Sozialhilfe Richtsatzverordnung §2 zur Geltung:

„Der Betrag zur Deckung persönlicher Bedürfnisse hilfebedürftiger Personen in stationären Einrichtungen

- 1. Der monatliche Geldbetrag für hilfebedürftige Personen, die Sozialhilfe in stationären Einrichtungen erhalten, wird mit einem Betrag in Höhe von € 105,27 festgesetzt.*
- 2. Der Geldbetrag nach Abs. 1 ist zwölf Mal pro Jahr zu gewähren.“*
(Rechtsinformationssystem des Bundes 2025)

Ein weiterer rechtlich relevanter Punkt ist die Bewilligung über (teil-)stationäre Einrichtungen in NÖ, welche über die Abteilung Soziales und Generationenförderung geprüft werden. Einrichtungen, welche noch keine Widmung als Sozialhilfeeinrichtung haben und um-, zu- und neugebaut werden, müssen folgende Mindeststandards der NÖ Wohn- und Tagesbetreuungsverordnung erfüllen (Amt der NÖ-Landesregierung 2006):

- 1. Erfüllung sachlicher Voraussetzungen (Lage, Größe, Ausstattung)*
- 2. Deckung des Personalbedarf*
- 3. Qualifikation des Personals*
- 4. Organisation und betriebswirtschaftliches Anforderungsprofil*
- 5. Sicherung der Bewohner- und Bewohnerinnenrechte*
- 6. Interessensvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner*

Jedoch ist die NÖ Wohn- und Tagesbetreuungsverordnung mit dem 1. Mai 2006 in Kraft getreten und am 31. Dezember 2024 außer Kraft getreten. Im Rechtsinformationssystem des Bundes ist die neue gültige Fassung noch nicht in Kraft gesetzt worden (Stand 12.03.2025). Laut Mag. Kromoser, Fachgebietsleiter von Hilfe für Menschen mit Behinderung vom Land NÖ, wird diese momentan novelliert.

2.2. Gerontologie als interdisziplinäre Forschung

Zu Beginn dieses Kapitels werden Altersbilder im Verlauf der Zeit analysiert. Hierbei ist von besonderer Relevanz, welche Rolle und welche Ansichten das Altern in der heutigen Gesellschaft einnimmt. Darüber hinaus wird Gerontologie als interdisziplinäre Wissenschaft vorgestellt, wodurch erläutert wird, weshalb die gerontologische Forschung einen essenziellen Aspekt dieser Arbeit darstellt.

Das Altern ist ein menschlicher Prozess, der bei der Geburt eines jeden Menschen beginnt und bei seinem Ableben aufhört. Seit Beginn der menschlichen Aufzeichnungen ist das Altern ein bekannter Ablauf der menschlichen Entwicklung. Schriften aus der Antike, beispielsweise Ciceros „*Cato maior de senectute*“ aus dem Jahr 44 v. Chr. (Cicero und Powell 1988), belegen frühzeitige Denkanstöße über das hohe Alter. Über die Jahrhunderte sammelten sich relevante Beiträge zu dem Thema „Altern“ vom neuzeitlichen Empiristen Francis Bacon (Bacon und Spedding 2011) über den deutschen Aufklärer Johannes Nikolaus Tetens (Tetens 2014) (Baltes et al. 1994: 4).

Obwohl das Altern über die Jahrtausende hinweg in philosophischen Abhandlungen diskutiert wurde, ist es wissenschaftsgeschichtlich betrachtet ein Kind des 20. Jahrhunderts. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts oblag das Forschungsinteresse über das Altern der Geriatrie, einem Fachbereich der Medizin. In diesem Kontext stand besonders ein gesundheitswissenschaftlicher Aspekt im Zentrum der Forschung. Vorreiter in dem Fachgebiet war, neben der Sowjetunion und den Vereinigten Staaten, auch Deutschland. Letzteres nahm bis zum zweiten Weltkrieg eine Pionierstellung in der Altersforschung ein, nichtsdestotrotz verloren es in der Nachkriegszeit aufgrund fehlender Lehrstühle an Bedeutung in der weiteren Forschungsgeschichte. Durch das rasante Bevölkerungswachstum in den Industriestaaten nach dem zweiten Weltkrieg und der Tatsache, dass über die Hälfte, der in den Industriestaaten lebenden Menschen, über 70 Jahre alt werden, sind kennzeichnende Faktoren für den Fortschritt des 20. Jahrhunderts. Diese Entwicklung begünstigte die Entstehung der Gerontologie, der Wissenschaft über das Altern, von einer separaten Fachdisziplin der Medizin hinzu einer multidisziplinären Wissenschaftsausrichtung (Baltes et al. 1994: 2-6).

Diese ist von großer Relevanz, wenn man sensible Aspekte des Alterns, wie Einschränkungen und Versorgungsproblematiken, behandelt (Bossle 2023). Jedoch wäre es ein Fehler anzunehmen, dass die Gerontologie lediglich Themen über die Fragilität des Alterns anschneidet. Die Existenz dieser Fachrichtung stellt für Hank et al. (2019: 16) einen Fortschritt

für die moderne Gesellschaft und die Praxis des Alterns dar. Eine Grundbedingung für die Aktualität gerontologischer Ansätze ist der demografische Wandel, welcher als „*Megatrendthema und globales Phänomen*“ von Hank et al. (2019: 16) beschrieben wird.

Daher wurde auch das Verständnis über den Alterungsprozess, als rein biologischen Ablauf, von der Gerontologie bereits verworfen. Durch die rapide Zunahme der Kohorten, der über 60-jährigen Personen, in den OECD-Ländern, wandelten sich ebenfalls die Altersbilder. Negativ assoziierte Perspektiven auf das Altern wie Vulnerabilität, Sterblichkeit und Isolation, welche jahrhundertlang die Konzeption über das Altern prägten, entsprechen nicht länger heutiger Sicht- und Lebensweisen (Naegele et al. 2016: 15). Ein hohes Alter zu erreichen ist kein Phänomen, welches nur ein Bruchteil der Bevölkerung betrifft, sondern ein globaler Trend (Hank et al. 2019: 16). Aus diesem Grund ist ein weiteres Ziel der Gerontologie eine Umkehr vom bisherigen „*Defizit-Modell des Alters*“ zu erreichen (Naegele et al. 2016: 15).

Die Prozesse des Alterns weisen in der modernen Gesellschaft laut Hank et al. (2019: 17) eine „hohe inter- und intraindividuelle Varianz der Altersformen“ aus. Daraus resultiert, dass Menschen heterogene und vielschichtige Lebensmodelle im Alter anstreben, weshalb das „Defizit-Modell“ nur einem von vielen Altersbildern entspricht. Somit wird in dieser Forschungsrichtung eine multiperspektivische Sicht eingenommen, die nicht länger die Vulnerabilität von Menschen im hohen Alter in den Fokus rückt, sondern alltägliche und weitere „*Megatrendthemen*“ wie Familienkonstellationen, Migration, Raumplanung, Siedlungsentwicklung, soziales Engagement u.v.m. berücksichtigt (Hank et al. 2019: 16).

Aus diesem Kontext heraus ist laut Hofmann et al. (Hofmann et al. 2022) eine weitere Differenzierung in der Gerontologie zwischen Multi- und Interprofessionalität notwendig. In diesem Bereich bedient man sich üblicherweise Termini wie Inter-, Intra-, Multiprofessionalität und -disziplinarität, deren Bedeutungen in der Literatur fälschlicherweise des Öfteren synonym verwendet werden (Hewer und Kopf 2021).

Zu Beginn der gerontologischen Forschung entwickelten sich multidisziplinäre Arbeitsformen, in denen mehrere Disziplinen nebeneinander forschten und sich im gegenseitigen Kommunikationsaustausch befanden. Im Gegensatz dazu plädiert man in den letzten Jahren auf die Interprofessionalität in der Gerontologie, welche eine integrative Zusammenarbeit als Ziel hat. Dies hat zur Folge, dass mehrere, für die Forschung relevante Sichtweisen in ihrer Wechselbeziehung untersucht werden und dadurch nicht eine einzelne Forschungsrichtung vorgibt den Königsweg zu haben (Hofmann et al. 2022: 184).

Des Weiteren zeichnet die Gerontologie neben ihrer Interdisziplinarität auch ihre signifikante Praxisbezogenheit aus. Die starke Praxisorientierung hat zur Folge, dass Forschungslücken primär als solche wahrgenommen und untersucht werden. Durch ihre vielfältigen Subdisziplinen besteht die Möglichkeit auf moderne Problematiken, welche sich in einer dynamischen Informationsgesellschaft fortlaufend bilden, innovative und anwendungsorientierte Lösungsansätze zu entwickeln (Reimann und Reimann 2019: 15).

Diese sind angesichts des dringenden Handlungsbedarfes in der Sozialpolitik aufgrund der thematisierten Bevölkerungsentwicklung notwendig, wenn Aspekte wie eine inklusive Sozialraumorientierung, Partizipation im Alter, die Sicherstellung einer Infrastruktur in Hinblick auf die Daseinsvorsorge sowie die Gewährleistung von Grundrechten durch die UN-Behindertenrechtskonvention sowie verfassungs- und europarechtlichen Absicherungen behandelt werden (Hank 2019).

2.3. Begriffsbestimmung und -abgrenzung von Hochaltrigkeit

Im Folgenden wird der Begriff Hochaltrigkeit definiert und unter dem Kontext der Gerontologie analysiert. Wesentliche Aspekte werden dabei interdisziplinäre Ansätze zum hohem Alter und dem Wandel von Altersbildern im Zeitverlauf sein. Relevant ist dabei, welche Rolle das hohe Alter in der Gesellschaft einnimmt und die Untersuchung von Herausforderungen, die damit verbunden sind.

Dem Begriff „Hochaltrigkeit“ unterliegen eine Vielzahl an Definitionen und Abgrenzungen (Motel-Klingebiel und Ziegelmann 2013: 5). Grundsätzlich herrscht in der internationalen, wissenschaftlichen Literatur keine Einigkeit über ein festgelegtes Alter, ab welchem man hochaltrige Menschen definiert. Die Auswahl der Definition und des Lebensalters hängen meist von der Forschungsintention sowie den gegebenen Daten ab. Jedoch argumentieren Hansen et al. (2021: 77), dass in Panelstudien von Baltes et al. aus den Jahren 1990, 2003 und 2010 gezeigt wurde, dass ab dem 80. Lebensjahr von einem hohen Alter gesprochen werden kann. Aus medizinischer und geriatrischer Perspektive lässt sich durch die Untersuchungen von Baltes et al. (1990, 2003 und 2010) feststellen, dass sich ab diesem Alter der allgemeine Gesundheitszustand von Menschen mit einer großen Wahrscheinlichkeit rapide verschlechtert.

Wahl et al. (2012: 48-50) merken eine steigende Prävalenz der singulär auftretenden Erkrankungen und Beeinträchtigungen im Alter an, folglich nimmt auch die Gesamtanzahl der Krankheiten pro Person zu. Dieser Zustand, in dem mehrere Krankheitsformen gleichzeitig in

einer Person auftreten, wird laut Johnston et al. (2019: 183) als Multimorbidität definiert. In diesem Zusammenhang hebt Wetterling (2021: 591) hervor, dass die Gesamtmenge und Formen der Erkrankung für eine Begriffszuordnung der Multimorbidität nach wissenschaftlichen Ansätzen variieren können. Im deutschsprachigen Raum stellte die Berliner Altersstudie (Mayer et al. 1999: 175-207) als erste umfassende Erhebung zur Multimorbidität in Deutschland fest, dass 28 Prozent der über 70-Jährigen zumindest fünf zu behandelnde Krankheitsbilder aufwiesen. Aus diesem Grund tendiert man hohes Alter im medizinischen Bereich bereits ab 70 Jahren zu definieren (Brijoux et al. 2021: 108).

Aufgrund des medizinischen Fortschrittes und weiteren Neuerungen im sozio-technischen Bereichen steigen sowohl die Lebenserwartung als auch die Lebensqualität im Alter. Dadurch verschieben sich die verschiedenen Perspektiven auf das Altern. Obwohl man im vorigen Jahrhundert Personen in ihren 60ern und 70ern mit hohem Alter verbunden hat, trifft diese Annahme nicht auf die moderne Gesellschaft der OECD-Länder zu. Diese Kohorte entspricht laut Rott und Jopp (2012: 474-476) nicht mehr dem klassischen Altersbild, welches primär mit negativen Aspekten assoziiert wird.

Neuere Ansätze bringen Hochaltrigkeit mit Personen über 80 Jahren in Verbindung. Sie zeigen, dass unter diesen die Multimorbidität signifikant messbar ist, Mortalitätsraten stark zunehmen sowie ein höherer Institutionalisierungsgrad für Personen mit Erkrankungen und Beeinträchtigungen vorherrscht (Motel-Klingebiel et al. 2013: 5). Ein weiterer Faktor für diese Entwicklung ist die steigende Medianlebenserwartung und v.a. die Lebenserwartung in Gesundheit (Statistik Austria 2020), welches in Kapitel 5.1 näher beschrieben wird. Aus diesem Grund etabliert sich im wissenschaftlichen Diskurs die Unterscheidung zwischen „drittem“ und „viertem“ Alter. Diese werden aufgrund divergierender Lebensphasen und dem Ungleichgewicht von positiven und negativen Aspekten des Alterns geteilt (Höpflinger 2011: 38-40).

Ein historischer Blick auf die Altersforschung zeigt, dass bis in die 1970er Jahre das Altersbild von Pensionisten mit Zuschreibungen wie *„Funktionslosigkeit, Sinnleere, Fragilität und Abhängigkeit“* geprägt war (Göckenjan 2007: 135f). Dieses Altersbild wandelte sich nur zaghaft in wissenschaftlichen und gesellschaftspolitischen Diskursen. Ab den 1970er Jahren änderte sich die vorherrschenden Stigmata und eine positivere Sichtweise auf das Alter ersetzte es vor allem in Europa und Nordamerika (Ehmer 2015: 135-140). Daher wurde die Pensionszeit nicht länger als ausruhende Phase charakterisiert, sondern als eine Zeit, in der man aktiv seine Freizeit mit den verdienten Ressourcen gestaltete (Hank 2019: 32).

Diese Entwicklung in den 1980er Jahren untersuchte Laslett (1989: 157) mit dem Fokus der Dissoziation zwischen Ruhephase und Pension. Frühere Altersbilder wurden verworfen und die Pension wurde umworben mit dem Konzept des „active aging“. Aus diesem Grund entstand das „dritte Alter“, zu welchem man die „jungen Alten“ zählte. Somit erschien das „dritte Alter“ als eigene Kategorie in den Lebensphasen des Menschen erstmalig in den 1980er Jahren. In diese Zielgruppe fallen alle Menschen, die sich in Pension begeben haben, bis in ihr 80. Lebensjahr. Ab diesem Zeitpunkt beginnt die Abgrenzung zum „vierten Alter“, welches eine Häufung von körperlichen und geistigen Einschränkungen zur Folge hat (Hank 2019: 32).

Wie bereits zu Beginn des Unterkapitels erwähnt, gibt es keine klare Grenze, in der man die Phase der Hochaltrigkeit eindeutig zuordnet. Aus den vorhergegangenen Argumentationen erreicht momentan ein Mensch das hohe Alter mit 80 bzw. 85. Jahren und befindet sich somit in der vierten Altersphase (Amrhein 2013: 10). Nichtsdestotrotz ist es wichtig anzumerken, dass diese Festlegung durchschnittlichen Kriterien folgt und keine differenzierte Perspektive für den individuellen Alterungsprozess aufweist (Motel-Klingebiel et al. 2013: 5).

Thiesemann (2017: 170) argumentiert in seinem Paper, dass die Trennung zwischen dritten und viertem Alter die Hochaltrigkeit als „*negative Projektionsfläche des Alterns*“ zuschreiben lässt. In diesem Sinne werden die divergierenden Konzepte des Anti- und Pro-Aging vorgestellt. Während das dritte Alter vom Pensionsantritt bis zum 80. Lebensjahr geprägt von einem Pro-Aging Ansatz ist, werden mit der Hochaltrigkeit Aspekte wie Vulnerabilität und die bereits thematisierte Multimorbidität im Alter behandelt, welche in das Konzept des Anti-Aging dazugehören (Thiesemann 2017: 171). Die Selbst- und Fremdwahrnehmung des Alterns unterliegt einem gesellschaftlichen Wandel, wodurch der Kohorte der 65- bis 80-Jährigen ein aktiverer Lebensstil im Alter zugesprochen wird, während negative Alterserfahrungen der Hochaltrigkeit zugeschrieben werden (Motel-Klingebiel et al. 2013: 7).

Problematisch an dieser konzeptuellen Trennung ist die Pauschalisierung der Hochaltrigkeit und die dadurch entstehenden, negativen Stereotypisierungen. Diese Lebensphase folgt keinen fixen Verläufen und sollte daher nicht stereotypisiert werden. Altern ist zwar ein natürlicher, unvermeidlicher Prozess, jedoch sind dessen Verlaufsformen vielfältig. Durch die vermeintliche Annahme, jeder Mensch würde gleiche Prozesse in der Hochaltrigkeit durchleben, nimmt man der betroffenen Gruppe ihren Gestaltungsspielraum und ihre Selbstbestimmtheit. Aus diesem Grund ist die Unterscheidung von Altersbildern in der Hochaltrigkeit eine relevante Aufgabe. Eine wissenschaftliche Festlegung von gesellschaftskulturellen Bezugsmuster und -gruppen, nach welchen hochaltrige Personen

charakterisiert werden, ist nicht sinnvoll. In diesem Sinne wären qualitative Ansätze fördernd, welche individuelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen in die Untersuchung inkludieren (Fürstenberg 2013: 16-17). Ein Nachteil dieser Forschungsmethode stellt jedoch die *„fehlende Objektivierung durch den Rekurs auf einzelwissenschaftliche Befunde in ihrer Aspektgebundenheit“* dar (Fürstenberg 2013: 17).

Aus diesem Grund ist es laut Amrhein (2013: 10) relevant hervorzuheben für den wissenschaftlichen sowie öffentlichen Diskurs, dass das hohe Alter eine Vielzahl von Möglichkeiten bietet, die eigene Entwicklung zu fördern und einzelne Fähigkeiten zu optimieren. Hochaltrigkeit ist ein Zusammenspiel von Verlusten, Kompensationen, Gewinnen und Kompromissen. In Hinblick darauf lassen sich daher Parallelen zu anderen Lebensphasen des Menschen ziehen (Rott und Jopp 2012: 477). Durch die niedrige Erwartungshaltung eine gesellschaftliche Funktion im hohen Alter erfüllen zu müssen, ist laut Hansen et al. (2021 :77) ein niedriges Ausmaß an sozialem Druck vorhanden. Außerdem merkt Fürstenberg (2013: 16) an, dass die Phase der Hochaltrigkeit für jeden Menschen eine andere Entwicklung vorsieht. Änderungen der Lebensweise und -stile, der Verlust von Bezugspersonen sowie der Rückgang von eigenen Kompetenzen stellen zwar häufige Verläufe dar, die zeitlich jedoch nicht mit dem Beginn der Hochaltrigkeit fixiert sind (Fürstenberg 2013: 16).

Besonders in sozialpolitischen Diskursen birgt die Verschiebung der negativen Aspekte des Alterns auf hochaltrige Personen die Gefahr, dass Herausforderungen für Personen des dritten Alters unerkannt bleiben und ausgelagert werden. Dadurch bildet sich ein mediales Bild der Extreme: Während Personen nach ihrem Pensionsantritt ein „aktives Altern“ und das Ziel der ewigen Jugend vorgetäuscht wird, verbindet man medial mit dem hohen Alter Trendthemen wie Pflegenotstand, Versorgungsproblematiken und Fragilität (Motel-Klingebiel et al. 2013: 7f).

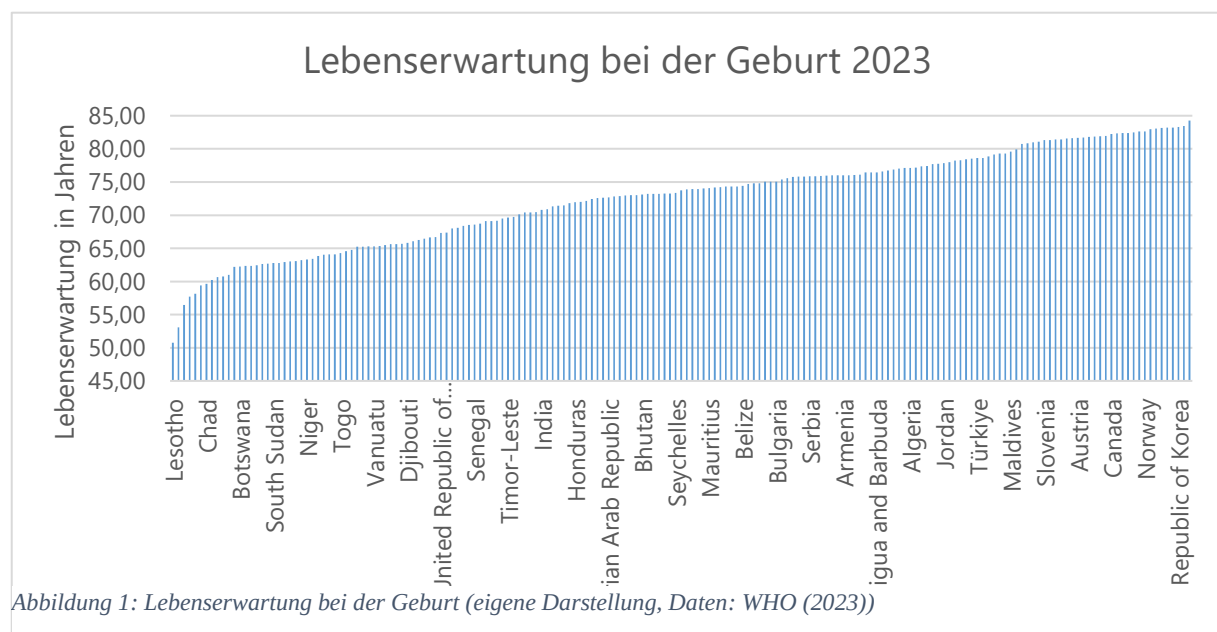
Durch die Hervorhebung der Hochaltrigkeit als eigene Kategorie und der Trennung zu den aktiven, *„jungen Alten“* (Gilleard und Higgs 2010: 122) wurde sie laut Amrhein (2013: 10) zu einer *„sozialen Konstruktion“*. Baltes und Smith (2003: 125) sind der Ansicht, dass man Großteils unerwünschte Alterserfahrungen und -bilder auf verschiedensten soziopolitischen Ebenen der Hochaltrigkeit zuschreibt, um das dritte Alter im Vergleich dazu in ein positiveres Licht zu rücken. Somit wird die Hochaltrigkeit sozial konstruiert, um die Funktionsfähigkeit von Menschen in einer leistungsorientierten Gesellschaft besser kategorisieren zu können.

Baltes und Smith (2003: 125f) argumentieren weiter über „soziale Konstruktion von Alter“, da die Grenze zwischen drittem und viertem Alter nicht statisch ist und sich nach demografischen

sowie technischen Entwicklungen weiter verschieben kann. Diese soziale Konstruktion ermöglicht erst die lebhafte und aktive Darstellung des dritten Alters als Merkmal und im Gegensatz dazu eine abschreckende Sichtweise auf das vierte Alter (Gilleard und Higgs 2010: 122). Aus diesem Grund wird laut (Amrhein 2013: 13) „Hochaltrigkeit kulturell als Antimodell bzw. als negative Utopie des Alter(n)s konstruiert“.

Eine weitere Problematik stellt das Akzeptanzproblem der Gesellschaft für die Gruppe der Hochaltrigen dar. Fürstenberg (2013: 16) merkt an, dass der Grad der Akzeptanz wesentlich von der „gesellschaftlichen Nützlichkeit“ abhängt. Je geringer ihr Beitrag für die Gesellschaft eingestuft wird, umso weniger wird die Gruppe der Hochaltrigen sozial eingebunden und wertgeschätzt. Darüber hinaus besteht die Herausforderung, dass hochaltrige Personen durch individuelle Formen ihrer Einschränkungen, Funktionen, die als gesellschaftlich relevant bemessen werden, nicht ausführen können und somit an Eigenständigkeit verlieren. An dieser Stelle wird nicht nur die gesellschaftliche Akzeptanz geringer, sondern die Selbstakzeptanz sinkt signifikant. Sofern die Lebensführung in früherer Zeit in der leistungsorientierten Erwerbsgesellschaft stattgefunden hat und hochaltrige Personen Akzeptanzverminderung durch ihre neue Rolle in der Gesellschaft erleben, steigt ihr persönliches Rückzugsverhalten. Sie nehmen dann Hochaltrigkeit persönlich als eine Lebensphase wahr, die von einer sinkenden Lebensqualität geprägt ist und von der Gesellschaft als ressourcenverbrauchend kategorisiert wird (Fürstenberg 2013: 16-18).

Diese Problematiken werden wesentlich durch die „Anti-Aging-Kultur“ verstärkt, die zunehmend Aktivismus im Alter propagiert. Die Defizitorientierung im Alter hat eine sozialpolitische Dezimierung der Akzeptanz von Hochaltrigkeit zur Folge. Aus Gründen der



„political correctness“ wird dieser Aspekt nicht direkt öffentlich diskutiert. Dennoch lässt sich in der medialen Berichterstattung und Werbung unzählige Beispiele dafür finden. Besonders prekär wird die Situation hochaltriger Personen, wenn nicht nur eine Akzeptanzminderung, sondern auch eine Diskriminierung im hohen Alter vorherrscht (Fürstenberg 2013: 17). Diese Problematik wird wiederholt aufgegriffen, wenn über die Einhaltung von Grund- und Menschenrechten im Alter diskutiert wird.

Ein weiterer, relevanter Aspekt im Zusammenhang mit Hochaltrigkeit stellt die soziale Selektivität dar. Motel-Klingebiel et al. (2013: 6) sind der Ansicht, dass die Erreichung der Hochaltrigkeit per se und vorteilhafte Altersverläufe zu genießen, ein Zeichen von Ungleichheit in der Verteilung von Ressourcen und Lebensmöglichkeiten ist. Hochaltrige Personen weisen somit in der Regel begünstigte Lebenssituationen auf. Wenn man diese Annahme global betrachtet, ist ersichtlich, dass es gravierende Unterschiede bei den demografischen Kennzahlen gibt (siehe Abbildung 1).

Nicht nur die „Lebenserwartung bei der Geburt“ ist ein Indikator dafür, sondern auch die Lebenserwartung nach dem Pensionsantritt schwankt zwischen Entwicklungs- und OECD-Länder. Im nationalen Rahmen kann man erkennen, dass Hochaltrigkeit nicht länger ein Phänomen ist, dass wenigen, begünstigten Personen bevorsteht, sondern eine bevorstehende normale Entwicklung. Aus diesem Grund müssen Veränderungen in der Sozialpolitik vorgenommen werden, um Versorgungs- und Lebensgestaltungsfragen zu untersuchen. Die Etablierung der Hochaltrigkeit als „normale“ Lebensphase, bedeutet für die Gesellschaft eine grundlegende Veränderung der Bevölkerungszusammensetzung und eine Fokussierung auf die Bedürfnisse dieser stark wachsenden Kohorte. Aufgrund der vorhergehenden Argumentation, dass Hochaltrigkeit ein höchst individueller Prozess ist, sollten Lösungsansätze verstärkt unter regionaler Bezugnahme gesucht und behandelt werden. Allgemeine Definitionen und Konzepte können den derzeitigen sowie zukünftigen gesellschaftlichen Anforderungen von Hochaltrigkeit nicht gerecht werden (Motel-Klingebiel et al. 2013: 6-9).

2.4. Begriffsbestimmung und -abgrenzung von Behinderung

Im folgenden Kapitel werden verschiedene Definitionen des Terminus „Behinderung“ untersucht und von den Begriffen „Beeinträchtigung“ und „Handicap“ abgegrenzt. Darüber hinaus wird der Entstehungskontext der Behindertenrechtsbewegung sowie -konvention dargelegt. In diesem Zusammenhang werden divergierende Zugänge zur Behindertenforschung

und deren Ziele sowie kritische Stimmen analysiert. Im weiteren Verlauf werden politische Zielsetzungen in Hinblick auf die Erfüllung internationaler und nationaler Rechtsansprüche von Menschen mit Behinderung überprüft. Hierbei werden gesellschaftsrelevante Konzepte wie Partizipation und Inklusion vorgestellt sowie bestehende Herausforderungen für Menschen mit Behinderung im öffentlichen und privaten Raum untersucht. Abschließend werden die vorhandene Datenlage sowie moderne Forschungsansätze vorgestellt.

Bislang existiert keine einheitlich anerkannte Definition von Behinderung. Ein zentraler Grund dafür ist laut Corker und Shakespeare (2002: 15) die Komplexität dieses Begriffes, welche nicht durch eine singuläre Definition oder einer konzeptuellen Ideensammlung zu erfassen ist. Longmore (2001: 6f) charakterisiert den Terminus „Behinderung“ als homogen und unpräzise, sodass relevante Fragen über Machtverhältnisse in der Gesellschaft unerkannt bleiben. Waldschmidt und Karim (2022: 130) vertreten darüber hinaus die Ansicht, dass mit dem Begriff Behinderung, abhängig vom „Diskursfeld, Sprachgebrauch und Beschreibungsmodell“, von Grund aus unterschiedliche Sachverhalte anzunehmen sind.

Den ersten internationalen Versuch einer Definierung des Terminus „Behinderung“ unternahm die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1976 mit ihrer „*International classification of impairments disabilities, and handicaps*“ (World Health Organization 1980).

Wie aus dem Titel zu erkennen ist, fokussiert sich die Resolution der Gesundheitsversammlung auf die Unterscheidung sowie die Konkretisierung dieser drei, oftmals fälschlicherweise synonym verwendeten, Begriffe. Unter Impairment (dt. Schädigung) versteht man die ursächliche Bedingung für den Eintritt einer Behinderung. Diese kann sowohl seit der Geburt bestehen als auch im Laufe des Lebens erworben werden, wobei sie körperlich und/oder psychisch auftreten kann. Wenn dieser Zustand zu signifikanten Funktionseinbußen und -beeinträchtigungen führt, so spricht man von einer Disability. In diesem Fall ist die Ausübung alltäglicher Aufgaben für die betroffenen Personen herausfordernd und teilweise nicht selbstständig bewältigbar. Der Unterschied zwischen Disability und Handicap besteht darin, dass unter dem Begriff Handicap besonders die Nachteile, die durch jene Funktionseinschränkungen resultieren, für die Personen hervorgehoben werden. Daher konzentriert sich die Definition von Handicap auf die gesellschaftlichen und infrastrukturellen Hindernisse, mit denen Menschen mit einer Behinderungen täglich konfrontiert sind (Habermann-Horstmeier 2017: 225).

Seit den 2000er Jahren verwendet man in der Behindertenforschung die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF), welche im internationalen Rahmen

in der wissenschaftlichen Literatur bis dato gebräuchlich ist (Wacker 2016: 1094). Schliehe und Ewert (2013: 41) untersuchen ein Jahrzehnt später die Bedeutung der IFC für die Disability Studies und stellen fest, dass eine konsistente steigende Nutzung in der Forschungsliteratur unter Bezugnahme der Verwendung der Begriffsklassifikationen aufzuweisen ist. Dabei merken Schliehe und Ewert (2013: 41) an, dass die Verwendung der Terminologie bereits einen starken Anklang in nordamerikanischen und europäischen Studien gefunden hat. Schwellen- und Entwicklungsländer weisen einen vergleichsweise geringeren Nutzen der ICF auf.

Einen Fortschritt in der moderneren Klassifikation der WHO sieht Habermann-Horstmeier (2017: 255) in dem Wandel der Konzeption von Behinderung von einer Defizit- zu einer Ressourcenorientierung. Dies zeigt sich unter anderem an der Erweiterung der Gesundheitskategorien, welche nicht länger rein medizinischer Natur sind, sondern sozio-politische Aspekte beinhalten (Abbildung 2).

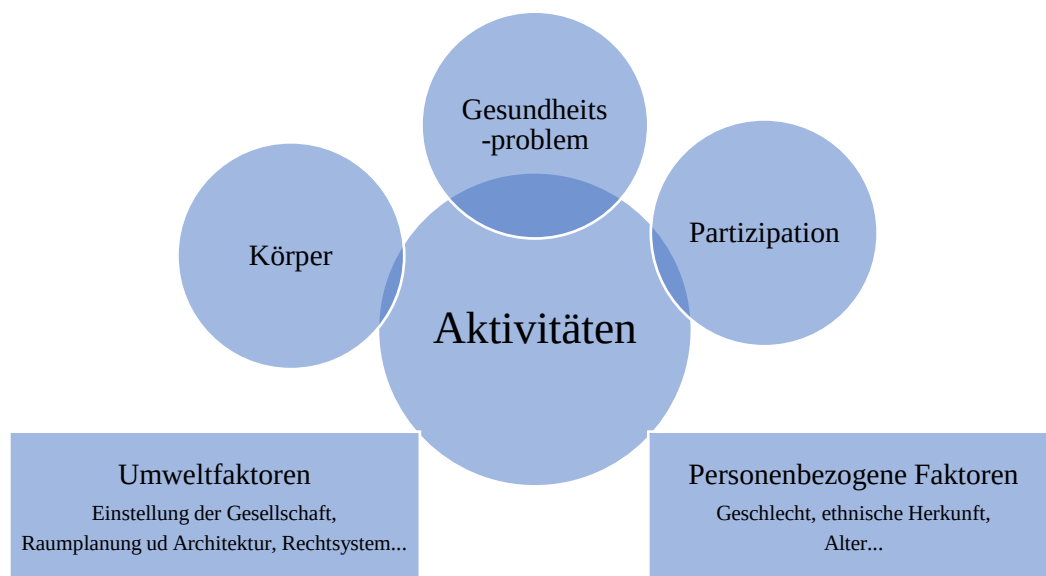


Abbildung 2: Konzeption von Behinderung (eigene Darstellung, Daten: Habermann-Horstmeier (2017: 255))

Anhand Abbildung 2 ist zu erkennen, dass Körperfunktionen und Gesundheitsprobleme nur mehr einen Teil des Konzeptes ausmachen. Deutlich wird, dass auch gesellschaftliche Faktoren wie Teilhabe und die Mensch-Umwelt Relation des Neueren zu berücksichtigen sind. Somit konzentriert sich die moderne ICF nicht ausschließlich auf Menschen mit Behinderung, sondern auf ein breiteres Spektrum gesellschaftlicher Aspekte. Daraus resultierend werden Menschen nicht nach Defiziten in „Kategorien“ zugeordnet, sondern die neue ICF soll eine aktive Verbesserung im Public Health Sektor erzielen (Habermann-Horstmeier 2017: 254f).

Public Health als Wissenschaft untersucht interdisziplinäre Ansätze, um eine Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens und der Gesundheit der Bevölkerung zu erreichen. Hierbei fokussiert sie sich auf die Erweiterung von Gesundheitsressourcen und die Setzung von Präventivmaßnahmen zur Gesundheitserhaltung. Darüber hinaus ist ein relevantes Handlungsfeld die Analyse der Verteilung von Gesundheitsressourcen. Eine Gruppe, die sowohl im deutschsprachigen Raum als auch im internationalen Kontext bei der Verteilung benachteiligt ist, sind Menschen mit Behinderung (Egger et al. 2021: 17-19).

In diesem Zusammenhang ist das Konzept der Inklusion ein wichtiger Faktor für die Entwicklung der UN-Behindertenrechtskonzeption. Inklusion umfasst ein breites Spektrum an Bereichen, wie beispielsweise die gerechte Verteilung von Gesundheitsressourcen für Menschen mit Behinderung. Darüber hinaus gilt es die Partizipation sowie den Zugang zu Aktivitäten und Institution zu ermöglichen, bei denen keine Person benachteiligt werden soll (Wacker 2016: 1096). Aus genannten Benachteiligungen in der Versorgung wie bei Egger et al. (2021: 18f) Untersuchungen bereits angeführt, benötigt es für Menschen mit Behinderung weitere rechtliche Rahmenbedingungen, um ihre Rechtsansprüche zu garantieren. Aus diesem Hintergrund resultierte das Inkrafttreten der Behindertenrechtskonvention (BRK) der Vereinten Nationen im Jahr 2008 (Habermann-Horstmeier 2017: 256).

Das Ziel der BRK wurde von den Vereinten Nationen folgend formuliert:

„Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern (BMSGPK 2016: 6).“

Anhand des Zitates ist zu zeigen, dass sich die BRK auf bereits bestehende Menschen- und Grundrechte bezieht, bei denen Menschen mit Behinderung in den Jahrzehnten davor Benachteiligung erfahren haben. Durch die Ratifikation der BRK wurden österreichweit Anlaufstellen und ein umfassendes Monitoringsystem geschaffen, damit dem internationalen Vertrag eine nationale Umsetzungsstrategie folgt (BMSGPK 2020). Darüber hinaus wird in dem Dokument die Zielgruppe folgend definiert:

„Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, psychische, intellektuelle oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen und

wirksamen Teilhabe, gleichberechtigt mit anderen, an der Gesellschaft hindern können (BMSGPK 2016: 6).“

Diese Definition bietet laut Wacker (2016: 1096) bewusst eine breite Auslegung für den Terminus Behinderung, damit dieser für eine moderne und sich verändernde Gesellschaft adäquat sei. Darüber hinaus sind in dieser Definition bereits zwei relevante Aspekte angeführt: Teilhabe und Gleichberechtigung. Der Begriff „Teilhabe“ ist in politischen Diskursen ein omnipräsentes Trendwort (Bude 2015: 37f), welches in den letzten zwei Jahrzehnten stetig an Bedeutung und Beliebtheit gewonnen hat (Heinrich-Böll-Stiftung 2015: 25f). Doch nicht nur in öffentlichen Diskursen prägt der Begriff den Zeitgeist, sondern er lässt sich vermehrt in Gesetzestexten und (inter-) nationalen Dokumenten wiederfinden (Zander 2016: 1048).

In dem Kontext dienen diese Begriffe nicht nur als Leitbilder der BRK, sondern binden die unterzeichneten Staaten die Umsetzung der Regelungen und Strukturen in diesem Sinne durchzuführen. Eine sozialpolitische Implementierung dieser Ziele würde weitläufige gesellschaftliche Änderungen und Innovationen im Gesundheits-, Bildungs-, Wohnsektor etc. benötigen. Als Bedingung dafür muss sich zunächst die allgemeine Wahrnehmung und Akzeptanz gegenüber Menschen mit Behinderung einem Wandel unterziehen (Wacker 2016: 1096).

In diesem Zusammenhang ist ein Rekurs auf vergangene Theorien der Behindertenforschung aufschlussreich. Damit lässt sich feststellen, welche Modelle und dahinterliegenden Motive in der Vergangenheit angewendet wurden (Van Der Weele 2022: 1). Eine Theorie lässt sich als „*System wissenschaftlich begründeter Aussagen*“ (Hirschberg 2022: 94) zur Beleuchtung konkreter Untersuchungsgegenstände definieren. Währenddessen ist ein Modell eine simplifizierte Abbildung und Repräsentation, welche nur zentrale Aspekte des Untersuchungsgegenstandes beinhaltet (Hirschberg 2022: 93). Im Folgenden werden zwei Modelle von Behinderung vorgestellt, welche jeweils einem konträren Verständnis von Behinderung unterliegen. Diese wurden ausgewählt, weil sie in der Behindertenforschung (inter-)national betrachtet, den größten Anklang gefunden haben (Schillmeier 2015: 79f).

Bis in die 1990er Jahre war das medizinische Modell in der Behindertenforschung prädominant. Unter diesem Modell wird Behinderung als Konsequenz einer physischen oder psychischen Erkrankung angesehen. Ein Fürsorge- und Behandlungsaspekt steht dabei im Zentrum, wodurch Menschen mit Behinderung als hilfsbedürftig sowie abhängig angesehen werden. Aus diesem Grund strebt das medizinische Modell von Behinderung einen Assimilations- und Heilungsprozess dieser Zielgruppe an (Zander 2016: 1049).

Ab den 1990er Jahren erfuhr das medizinische Modell durch emanzipatorische Ansätze in der Behindertenbewegung scharfe Kritik. Die Soziologin und Aktivistin Jenny Morris (1997: 54) sah die grundlegende Problematik des medizinischen Modells darin, dass es auf der Fürsorge und Abhängigkeit von Menschen mit Behinderung basiert. Diese Personen wären somit abhängig und bräuchten Betreuung für die Bewältigung ihres Alltags. Folgend würden Menschen mit Behinderung verstärkt stigmatisiert und bestehende Vorurteile ferner bestätigt werden. Die Konzeption des medizinischen Modells siehe daher als Ziel nicht vor, die Unabhängigkeit und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung voranzutreiben, sondern die Fürsorge- und Assimilationsmaßnahmen führen diese Personen tiefer in die Abhängigkeit. Im Zuge dessen vertritt Morris (1997: 54) die Ansicht, dass Emanzipation und Fürsorge unvereinbar in ihrer Grundkonzeption sind.

Ein neuer Forschungszweig, die Disability Studies, entstanden aus den sozio-politischen Reformforderungen der 1990er Jahre im Zuge internationaler Bewegungen für Menschen mit Behinderung (Zander 2016: 1048). Stoll (2017: 214) sieht in den Bewegungen ein vermehrtes Bestreben nach Teilhabe und Würdigung als Bürger*in in der Gesellschaft. Aufgrund einer Behindertenpolitik, welche auf den Annahmen des medizinischen Modells basieren, wurden Menschen mit Behinderung bis zu Beginn des 21. Jahrhunderts in ihren sozio-politischen Anliegen benachteiligt. Daher haben eben diese selbst bei den Bewegungen teilgenommen und sind zu anerkannten Vertreter*innen der Emanzipationsforderungen für Menschen mit Behinderung geworden (Köbsell 2022: 55f).

Durch diese Voraussetzungen etablierten sich international die Disability Studies an den Universitäten als selbstständige Forschungsdisziplin. Klein sieht in dieser Entwicklung einen „*Ausdruck des gesellschaftlichen Wandels im Umgang mit Behinderung*“ (Klein 2022: 471f) sowie der Versuch einer zeitgemäßen Konzeption von Behinderung. Demnach äußert sich der gesellschaftliche Fortschritt einer Demokratie in der praktischen Verwirklichung von gleichen Rechten und der Anerkennung des Status quo. Die Disability Studies bringen einen kritischen Ansatz in die Behindertenforschung, wodurch im Vergleich zu vorherigen Untersuchungen, interdisziplinär und theoriegeleitet geforscht wird (Klein 2022: 472).

Diese Gedanken trugen maßgeblich zur Entwicklung des sozialen Modells von Behinderung bei. Dieses Modell vertritt die Ansicht, dass gesellschaftliche Barrieren erst die Behinderung deutlich und zu einer Herausforderung für das Individuum machen (Dimdi 2005: 24). Einer der Pioniere des sozialen Modells Mike Oliver (1990: 69) kritisierte an dem zu seiner Zeit dominierenden medizinischen Modell, die ausschließlich individuelle Sichtweise und das

Fehlen von ökonomisch-materiellen Aspekten wie beispielsweise Wohnen, Arbeitsverhältnisse, Einkommen und (infra-) strukturelle Mängel. Barnes et al. (1999: 84) weisen darauf hin, dass Oliver (1990) durch sein Aufzeigen von Relationen sowie Abhängigkeiten zwischen Behinderung und sozio-ökonomischen Strukturen das soziale Modell geformt hat.

Metzler (2006: 3) spricht in diesem Sinne von Behinderung als „*soziale Konstruktion*“. Demnach lautet die Forderung der Vertreter*innen des sozialen Modells mehr Partizipations- und Integrationsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung im gesellschaftlichen Zusammenleben zu schaffen. Da die Gesellschaft als Ursache für die Schaffung von Hindernissen für Menschen mit Behinderung gilt, reichen individuelle Lösungsvorschläge nicht aus, wodurch gesamtgesellschaftliche Veränderungen von Nöten sind (Dimdi 2005: 24f).

Daraus konkludiert Zander (2016: 1049) den Wechsel des Schwerpunktes der Behindertenforschung von persönlichen Bewältigungsstrategien hin zu sozialen Ausgrenzungsprozessen. Die Vertreter*innen des sozialen Modells sehen dies als relevantes Argument für die politische Diskussion, da die gesellschaftlichen Barrieren für Menschen mit Behinderung von jenen veranlasst werden, die keine haben. Galis (2011) zeigt im Folgenden die Definition von Behinderung nach dem Verständnis des sozialen Modells auf:

„Behinderung ist (...) eine kollektive Existenz in der sozialen und materiellen Welt, die über die Existenz oder Erfahrung einzelner behinderter Menschen hinausgeht“ (Galis 2011: 828)

Nichtsdestotrotz bleibt das soziale Modell von Kritikpunkten nicht unberührt. Neue Ansätze der Disability Studies aus kritisch-realistischer Richtung merken an, dass die gesellschaftliche Zentriertheit und die Abkehr von individuellen, physiologischen sowie psychischen Hintergründen weiterhin für den Forschungszweig zu einseitig ist (Van Der Weele 2022: 9). Galis (2011: 828) zeigt auf, dass im medizinischen Modell das Fehlen von sozialpolitischen Aspekten zu einem genauso unzureichenden Forschungsansatz macht, wie den fehlenden Einbezug von persönlichen Biografien im sozialen Modell. Folgende Tabelle 1 fasst die wichtigsten Unterschiede zusammen:

Modelle von Behinderung	Medizinisches Modell	Soziales Modell
Forschungsrichtung	○ Rehabilitationsparadigma	○ Disability Studies
Theorien	○ Theorie der „persönlichen Tragödie“	○ Theorie der „sozialen Unterdrückung“
Problemfeld	○ persönliches Problem	○ soziales Problem
Lösungsansatz	○ individuelle, medizinische Behandlung	○ soziale Umbrüche, Selbsthilfe
Ziel	○ Anpassung	○ sozialer Wandel

Tabelle 1: Modelle von Behinderung (eigene Darstellung, Daten: Egen (2020: 35) nach Hermes (2006: 93f))

Eine Synthese von Ansätzen beider Modelle kann im IFC gefunden werden. Der IFC baut auf die Inklusion individueller, sozialer und struktureller Dimensionen (Dimdi 2005: 25). Egen (2020: 233) appelliert hierbei auf die Relevanz einer ausgeglichenen Balance dieser Aspekte in Hinblick auf die theoretischen Klassifizierungspunkte des IFC sowie den praktischen Tätigkeitsfeldern.

Neben diesen zwei dominierenden Modellen in der Behindertenforschung, lassen sich weitere Konzepte als relevante Zugänge finden. Waldschmidt und Karim (2022: 131) erläutern in diesem Sinne das Konzept von „Embodied Difference“, welche Behinderung in einem gesellschaftlichen Rahmen einbettet und nach diesem Hintergrund untersucht, welche kulturellen sowie subjektiven Bedingungen zur Abgrenzung und Produktion von Behinderung führen. Im Zentrum der Forschung liegt dabei die Analyse von Machtverhältnissen, gesellschaftlichen Strukturen und individuellen Wahrnehmungen (Waldschmidt und Karim 2022: 131). Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von weiteren Modellen von Behinderung, welche in diesem Diskurs ihre Berechtigung haben, die jedoch über den Forschungshorizont der Arbeit hinausgehen.

Diese theoretischen Aspekte bilden die Grundlagen für die Datenerhebung. Je nachdem wie Behinderung definiert, und welches Forschungsmodell gewählt wird (Egen 2020: 15), unterscheidet sich der Anteil von Menschen mit Behinderung in Relation zur Gesamtbevölkerung. Im nationalen Kontext kann man die Daten pragmatisch über die Pflegegeldbezieher*innen erfassen. Wacker (2016: 1099) räumt ein, dass Studien in diesem Bereich besonders herausfordernd sind, da eine Merkmalerfassung, bspw. der Grad der Behinderung, vergangene und zukünftige lebensrelevante Aspekte mitbedingt. In diesem Forschungsgebiet reicht die quantitative Erfassung von Daten laut Wacker (2016: 1099) nicht aus, da erst die Einbindung von individuellen Biografien einen breiteren Rahmen ermöglicht,

um Theorien von Selbstbestimmung, Teilhabe und Gerechtigkeit zu untersuchen. Dies entspricht auch den Anforderungen der Disability Studies, welche zum Status quo das selbstständige oder partizipative Forschen von Menschen mit Behinderung fördern will (Zander 2016: 1049). Um die verschiedenen Lebensrealitäten zu erfassen, sollen weiters Umfragen sowie qualitative Interviews mit Selbstauskünften die vorhandene Datenlage erweitern. Im deutschsprachigen Raum ist man derzeit bemüht ein konsistentes Monitoring der Zielgruppe zu schaffen, welches bereits in der BRK im 31. Artikel angeordnet ist, um sozio-politische Änderungen zu erarbeiten (Wacker 2016: 1099).

2.5. Ansätze zu selbstbestimmtem Wohnen

Ein weiters Konzept, welches in dieser Masterarbeit eine tragende Rolle spielen wird, ist das „selbstbestimmte Wohnen“. Dieses Konzept zeugt von besonderer Relevanz für hochaltrige und Menschen mit Beeinträchtigungen. Grund dafür sind unter anderem mangelnde Ressourcen und soziale Kontakte in der Hochaltrigkeit, um eine selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen. Dabei formuliert die World Health Organization (WHO) (2002) bei ihren Zielen im Bezug zum aktiven Altern, dass ein selbstbestimmtes Leben und Wohnen, die Teilhabe an der Gesellschaft sowie die Steigerung des eigenen Wohlbefindens im hohen Alter ermöglicht werden sollen.

Für hochaltrige und Menschen mit Beeinträchtigung hat sich die Wohnsituation im deutschsprachigen Raum ab den 1980er Jahren stetig geändert (Richter und Jäger 2020: 92f). Man hat eine Kehrtwende von Institutionalisierungen sowie Hospitalisierungen, vor allem für Personen mit mehreren Einschränkungen, vollzogen und erschuf ein erweitertes Angebot von Wohngemeinschaften. Besonders beliebt waren darunter betreute Wohnplätze, welche eine gesundheitstechnische Struktur aufweisen und dennoch Autonomie beinhalten. Ein erneuter Fortschritt wurde ab dem Jahr 2010 erreicht, in dem eine neue Form des selbstbestimmten Wohnens für die breite Bevölkerung etabliert wurde. Hochaltrige und pflegebedürftige Menschen konnten nun im Eigenheim temporäre Pflegehilfen in Anspruch nehmen. Dieser Ansatz folgte einer Erholungs- und Inklusionsorientierung, welcher sich nun primär auf die Wohnunterstützung als auf den Wohnwechsel fokussiert, um hochaltrigen Menschen ein Altwerden in ihrem zu Hause zu ermöglichen (Farkas und Coe 2019).

Grundsätzlich besitzt der Ansatz des selbstbestimmten Wohnens viele Ähnlichkeiten mit den Formen der ambulanten Wohnbetreuung in Deutschland oder dem Schweizer Modell des

begleiteten Wohnens. Dennoch umfasst selbstbestimmtes Wohnen als Konzept weitaus mehr als die genannten Beispiele. Laut Richter und Jäger (2020: 104) benötigt man im deutschsprachigen Raum gezielte Beurteilungskriterien für eine wissenschaftliche Untersuchung von selbstbestimmten Wohnformen, um ihre Wirkung vergleichen und bewerten zu können. Somit fehlen bis dato transparente und messbare Kriterien (Gearing et al. 2011: 81f), um eine fachliche Analyse zu schaffen.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Konzept des selbstbestimmten Wohnens würde den Weg zu einer inklusiven Gesellschaft bereiten, in der man Hochaltrigen sowie beeinträchtigten Menschen eine Selbstbestimmtheit zuspricht. Seit des Inkrafttretens der Beschlüsse der UN-Behindertenrechtskonvention im Jahr 2006 wurde selbstbestimmtes Wohnen in einem internationalen Rahmen rechtlich verankert. Durch die wachsende Nachfrage in diesem Segment und dem Handlungsbedarf in Hinblick auf partizipative Wohnformen wurde die UN Charter on Sustainable Housing verabschiedet, welche inklusives Wohnen fördern sollte (LaFond et al. 2017: 10).

Diese sozialpolitischen Forderungen führen dazu, dass Wohnformen für hochaltrige und Menschen mit einer Behinderung einen Paradigmenwechsel von Fremdbestimmung zu Selbstbestimmung erfahren. Obwohl die Legislative dieser Zielgruppe grundlegende Rechte zusichert, ist die Umsetzung dieser in Realität fraglich. Die Entscheidung über die Art der Wohnform liegt selten bei der betreffenden Person, sondern wird von anderen Sachverhalten bestimmt. Zu diesen gehören verfügbare Angebote in der Region, ärztliche Bestimmungen, finanzielle Aspekte u.v.m. (Rosemann und Konrad 2020).

Diesen rechtlichen Rahmenbedingungen stehen jedoch weitere Problematiken entgegen. Besonders im hohen Alter sieht Bertermann (2014: 553) Herausforderungen für das selbstbestimmte Wohnen durch psychische und physische Funktionseinbußen, welche in weiterer Folge zur Senkung der Mobilität beitragen. Weiters steigt mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit, dass verschiedenste Pflegeeinrichtungen oder -personal in Anspruch genommen werden müssen. Darüber hinaus existiert die Problematik, dass es zwar Angebotsformen von sozialräumlichen und quartiersbezogenen Wohnraum mit mobilen Pflegekräften bis hin zu gänzlich strukturierten Pflegeeinrichtungen gibt, jedoch nicht jedes Angebot mit den individuellen Bedürfnissen übereinstimmt. Aus diesem Grund ist selbstbestimmtes Wohnen eine hochsensible und individuelle Thematik, welche durch den demografischen Wandel in der Bevölkerung an Aktualität gewinnt (Bertermann 2014: 554).

Nichtsdestotrotz ist festzustellen, dass entgegen den rechtlichen Grundlagen und den sozialpolitischen Angeboten, Menschen aus Bedarfsgruppen am wenigsten von ihrem Recht auf selbstbestimmtes Wohnen Gebrauch machen. Zu diesen Bedarfsgruppen gehören Hochaltrige, Menschen mit Beeinträchtigungen, geflüchtete und wohnungslose Personen sowie sozioökonomisch benachteiligte Menschen (LaFond et al. 2017: 116). Darüber hinaus werden seitens der Politik die Förderung von selbstbestimmten Wohnaufträgen vor allem in Krisensituationen initiiert. Beispiele dafür stellen die Wohnungsbauten nach dem 1. und 2. Weltkrieg dar, welche für die breite Masse der Bevölkerung nach der finanziellen wirtschaftlichen Notlage errichtet wurden und den Aspekt der Selbsthilfe nutzen. Ein weiteres Beispiel war in den 1970er Jahren die Unterbringung von Gastarbeiter*innen und deren Familien in integrierten Wohneinheiten, da der herkömmliche Wohnungsmarkt dafür nicht ausreichte (LaFond et al. 2017: 198).

Der Versuch selbstbestimmtes Wohnen zu definieren, erweist sich als herausfordernd, aufgrund der am Anfang beschriebenen Problematik der fehlenden, transparenten Kriterien. Dennoch ist in der wissenschaftlichen Literatur signifikant die Verbundenheit zur „Heimat“ und zum „zu Hause“ zu finden. Diese Schlagwörter sind wiederum individuell, durch ein komplexes Zusammenspiel von persönlichen Erfahrungen, psychologischen, ökonomischen, sozialen und kulturellen Faktoren beeinflusst. Zu beobachten ist jedoch, dass ein höherer Urbanitätsgrad die Häufigkeit und die Relevanz dieser Schlagwörter im Zusammenhang mit selbstbestimmtem Wohnen vermindert (Soleimani und Gharehbaglou 2023: 348).

Moderne Forschungsansätze untersuchen in Hinblick auf selbstbestimmtes Wohnen die Wirkung von Selbstidentität und ontologischer Sicherheit (Gibas 2019: 604-607). Unter ontologischer Sicherheit versteht man die Fortwähnung und Wahrnehmung der eigenen Identität und die Beständigkeit des soziomateriellen Umfeldes. Maßgeblich beeinflusst hat die Entwicklung der Theorie der ontologischen Sicherheit Anthony Giddens (1995). Laut Soleimani und Gharehbaglou (2023: 348) erzielt eine höhere ontologische Sicherheit eine höhere Autonomie und ein verbundeneres Heimatsgefühl. Diese haben wiederum Einfluss auf das persönliche Wohlbefinden und weisen somit eine positive Relation zu Gesundheit und Wohnen auf (Hiscock et al. 2001: 56-58).

Die größte Relevanz in der Thematik des selbstbestimmten Wohnens ist, dass der betreffenden Person die Möglichkeit gegeben wird, sich im Entscheidungsprozess zu partizipieren. Lebenssituationen von hochaltrigen Personen mit Beeinträchtigungen sind oftmals komplex,

jedoch ist eine gemeinsame Entscheidungsfindung der relevanteste Faktor für die persönliche Zufriedenheit (Bertermann 2014: 555).

Das Wohnen im Alter ist oft ein Kompromiss zwischen Alltagsbarrieren, Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten, Sicherheit, technische und soziale Infrastruktur, finanziellen Möglichkeiten und des eigenen Wunsches. Ein nicht zu vernachlässigbarer Punkt ist in diesem Kontext auch die Barrierefreiheit im eigenen Heim. In Deutschland sind geschätzt lediglich 5% der Haushalte mit Menschen im Alter barrierefrei, obwohl bereits 15% von ihnen eine physische Behinderung oder einen Funktionalitätsverlust aufweisen. Aus diesem Grund stellt das hohe Alter eine Lebensabschnittsgrenze in der Wohnbiografie im Eigenheim dar, wenn nicht vorsorglich Entscheidungen für einen Funktionalitätsumbau folgen (Naegele 2013: 340-342).

Habermann-Horstmeier (2017: 257) diskutiert, dass Menschen mit einem höheren Behinderungsgrad nicht per se abgeneigt von einer stationären Aufnahme sein. Falls Inklusion und selbstbestimmtes Wohnen zu einer Dezentralisierung von Pflege- und Gesundheitseinrichtung führen, könnte somit auch eine jahrzehntelang, geschaffene Infrastruktur an konzentrierten Versorgungsmöglichkeiten wegfallen. Somit ist nicht pauschal davon auszugehen, dass Deinstitutionalisierung direkt mit selbstbestimmtem Wohnen zusammenhängt. Besonders für Menschen mit Mehrfachbehinderungen gestaltet sich der Alltag herausfordernd, auch wenn sie zu Hause verweilen können, haben sie nicht automatisch einen Anschluss an ihre ehemaligen sozialen Netzwerke, da sich die Kontaktaufnahme durch die Funktionalitätseinbußen erschweren kann. In solchen Fällen können stationäre Einrichtungen mehr Partizipationsmöglichkeiten bieten, da besonders darauf geachtet wird, dass die Nutzer*innen nicht vereinsamen. Grundsätzlich stellt selbstbestimmtes Wohnen ein Grundrecht dar, das jedem Menschen zuteil kommen sollte. Jedoch wird es vermehrt zu einem Trendwort in der Politik, der Öffentlichkeit sowie in der Privatwirtschaft, wodurch die Interessen der einzelnen Stakeholder nicht auf dem Menschenrechtsgedanken basieren.

In diesem Zusammenhang nennt (Zander 2016: 1051) die „*problematischen Creaming-Effekte, durch die relativ privilegierte Menschen eher von Veränderungen profitieren und weniger begünstigte ausgegrenzt bleiben.*“. Beim selbstbestimmten Wohnen trifft dies auch auf einige Ebenen zu: sozioökonomisch bevorzugte Personen haben eher Zugriff auf technische Assistenzsysteme aufgrund ihrer Finanzierung, sie können öfter zwischen privaten Anbietern von medizinischen Dienstleistungen zurückgreifen und sie haben mehr Auswahlmöglichkeiten bei ihrem Wohnwunsch, um einige Beispiele zu nennen.

3. Methodik

3.1. Dokumentenanalyse

In diesem Abschnitt wird die wissenschaftliche Aufbereitung der Methode der Dokumentenanalyse erläutert. Zunächst ist eine Begriffsbestimmung von „Dokument“ notwendig, denn hierbei handelt es sich um natürliche Daten, da die Dokumente ohne das Eingreifen der forschenden Person generiert wurden. Folgende Dokumententypen wurden bei dieser Arbeit verwendet:

Dokumententyp	Benutzte Beispiele
Offizielle Dokumente und Publikationen	• Fachwissenschaftliche Artikel und Bücher aus u:search, Scopus, Google Scholar • Zeitschriften aus u:search • Gesetze, Richtlinien, Verordnungen aus dem RIS • Karten vom Land NÖ
Interne Dokumente aus öffentlichen/ staatlichen Verwaltungsorganisationen und privaten Unternehmen/ Organisationen	• Statistiken von Statistik Austria, DE,JP,NW • Altersalmanach vom Land NÖ • Sozialbericht vom Land NÖ • Strategiepapiere/Planungspapiere • Geschäftsberichte

Abbildung 3: Arten von Dokumenten (eigene Darstellung, Daten: Salheiser (2022: 1507))

Dokumentenanalysen gehören als qualitative Methode zur empirischen Sozialforschung. Die Herangehensweise kann als streng systematisch beschrieben werden (Jüttemeier 2016: 228), da die Daten zuerst gesammelt, gruppiert und danach nach Kategorien systematisiert werden. Diese Vorgangsweise ermöglicht es zu beurteilen, ob ein Dokument zur Beantwortung der Forschungsfrage beisteuern kann. In dieser Arbeit wird ein deduktives Verfahren angewendet, um einen systematischen Überblick über das Thema zu erhalten (Spang et al. 2024: 3f). Die Dokumentenanalyse kann als Forschungsmethode für diese Arbeit umfassende Daten (Jüttemeier 2016: 228) zu nationalen Rahmenbedingungen einer Altersfürsorge oder verschiedene Ansätze von Behinderung sowie selbstbestimmten Wohnen sammeln und im Anschluss inhaltlich analysieren. Durch diese Methode ist es möglich eine Vielzahl an Daten zu generieren, wodurch sich ihr Nutzen zeigt.

Der grundlegende Ablauf dieser Dokumentenanalyse verlief wie folgt: Wie zunächst beschrieben, wurden im Vorfeld das Forschungsthema und die dazugehörigen Forschungsfragen formuliert, sodass zunächst eine deduktive Vorgangsweise für die Datengenerierung genutzt wurde. Mittels folgender Schlüsselbegriffe ist bereits während der ersten wissenschaftlichen Literaturrecherche über Scopus, u:search und Google Scholar eine Vielzahl von wissenschaftlichen Publikationen erschienen:

Schlüsselbegriffe	
• selbstbestimmtes Wohnen	• Österreich/Deutschland/Japan/Norwegen
• Menschen mit Behinderung	• Soziale Partizipation
• alternative Wohnformen	• altersgerechtes Wohnen
• gemeindebasierte Dienste	• behindertengerechtes Wohnen
• UN-BRK	• technische Assistenzsysteme

Abbildung 4: Schlüsselbegriffe (eigene Darstellung)

Die Schlüsselbegriffe wurden in den Datenbanken auf Englisch, Japanisch und Norwegisch (letzteren beiden Sprachen mithilfe von DeepL) übersetzt und für eine größere Datenbreite verwendet. Wie bei den Schlüsselbegriffen bereits festzustellen ist, handelt es sich bei der Thematik dieser Arbeit um ein Gebiet, in dem diverse Forschungsfelder aufeinandertreffen. Daher war die Kombination der Schlüsselbegriffe zunächst ein deduktives Vorgehen, um die Datenmengen entsprechend der Forschungsfrage zu limitieren. Durch die Auswahl grundlegender, für die Thematik relevanter Paper wurden anschließend über das Schneeballsystem weitere Daten generiert, sodass eine Kombination beider Herangehensweisen in der Literaturrecherche stattfand. Es wurden in diesem Prozess fast ausschließlich digital vorhandene Paper/Bücher/Berichte etc. verwendet. Im weiteren Schritt wurde für eine Bearbeitung der Daten ein Kategoriensystem erstellt, wobei folgende Kategorien a priori erschlossen wurden (Westle und Westle 2018: 373f) (Mayring 2010: 49f). Abbildung 5 zeigt das verwendete Kategoriensystem dieser Arbeit.

Kategorie	Definition	Handlungsebene
Kategorie 1: Geographische Dimension	- Die Wahl des Wohnortes/-modells für hochaltrige Menschen mit Behinderung ist abhängig von lokalen, regionalen und nationalen Faktoren. - Räumliche Disparitäten können einen ungleichen Zugang zu Gesundheits- und Pflegedienstleistungen schaffen. - Demografische Prozesse sind relevant für Prognosen zur Sicherstellung von altersgerechtem Wohnraum und Personalressourcen.	nationale, regionale, lokale, individuelle Ebene
Kategorie 2: Wirtschaftliche Dimension	- Ökonomische Ressourcen der Zielgruppe ausschlaggebend für die Wahl des Wohnmodells. - Die Höhe der Pension und des Pflegegeldes als ausschlaggebende Faktoren für die Finanzierung des Wohnraumes.	nationale, regionale, individuelle Ebene
Kategorie 3: Gesundheitliche Dimension	- Alter und Behinderung als zu berücksichtigende Faktoren für selbstbestimmtes Wohnen. - Auswirkung des Fachkräftemangels auf die Versorgungsangebote.	nationale, lokale, individuelle Ebene
Kategorie 4: Politische Dimension	- Umsetzung der UN-BRK Art. 19 auf allen Verwaltungsebenen. - Politische Einstellung zur Relevanz von selbstbestimmten Wohnen.	nationale, regionale, lokale Ebene

Abbildung 5: Kategoriensystem (eigene Darstellung, eigener Aufbau 2021)

Nach der Festlegung der Kategorien folgte die Literaturanalyse, die sowohl relevante Ansätze/Konzepte/Projekte im Zeitverlauf analysiert sowie die verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen gegenüberstellt. Bei der Analyse der Ergebnisse kam ein Methoden-Mix zur Anwendung, in dem die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring für die Aufbereitung der Experteninterviews als unterstützendes und ergänzende Verfahren ausgewählt wurde. Die Ergebnisse der Literaturanalyse sollten schlussendlich zur Beantwortung der Forschungsfrage führen (Mayring 2010: 49f) (Salheiser 2022: 1518).

3.2. Experteninterviews

3.2.1. Planung der Interviews

Die Auswahl des Experteninterviews als Methode für diese Arbeit wird damit begründet, dass es als inhaltliche Ergänzung und Erweiterung zu den Ergebnissen der Literaturanalyse beitragen soll. Die Experteninterviews greifen tiefer in die gegebene sozialpolitische Problematik und liefern auf praxisnaher Basis Einblicke, welche in wissenschaftlichen sowie öffentlichen Paper selten aufscheinen oder nicht berücksichtigt werden. Darüber hinaus ermöglichen Experteninterviews, spezifischere Fragen in Hinblick auf den Untersuchungsgegenstand der Arbeit zu stellen (Zimmer 2024: 249). Besonders interne Informationen über zukünftige Projekte von regionalen Anbietern, welche sich noch in der Planungsebene befinden und aufgrund der Umsetzbarkeit durch politisch-ökonomischen Rahmenbedingungen hinausgezögert werden, könnte man mithilfe von Experteninterviews in dieser Arbeit untersuchen. Dieses spezifische Wissen, welches eine Kombination aus intersektorialem Fachwissen und realen Handlungsspielräumen ist, lässt sich qualitativ aus einem Experteninterview generieren (Kaufmann 2021: 115).

Aus der Forschungsliteratur lassen sich bereits gesetzliche sowie sozio-politische Rahmenbedingungen für selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Personen mit Behinderung bestimmen. Verschiedene Angebote von Wohnmodellen in Niederösterreich lassen sich durch öffentliche Dokumente und Papiere ausgewählter wohltätiger Organisationen finden. Nichtsdestotrotz spielt selbstbestimmtes Wohnen bis dato eine kleine Rolle in diesen Dokumenten, da vermehrt altersgerechtes Wohnen im Fokus liegt und der selbstbestimmende Aspekt wenig Beachtung findet. Die Experten, die ausgewählt wurden, sollen helfen diese Forschungslücke zu verringern und einen Beitrag zur Beantwortung der Forschungsfrage zu liefern.

Kaiser (2021: 149) legitimiert die Methode des Experteninterviews mit dem Argument, dass Forschungslücken in einem Themengebiet bestehen, die durch andere Datenquellen nicht hinreichend beantwortet werden können. Darüber hinaus sind Aspekte dieser Arbeit wie „Selbstbestimmung“ sowie „selbstbestimmtes Wohnen“ schwer messbar, aufgrund fehlender einheitlicher Kriterien in der Forschung. Insbesondere in der nordamerikanischen Forschungsliteratur werden gehäuft Experteninterviews in Studien über selbstbestimmtes

Wohnen angewandt, da sie Fragen über multidisziplinäre Ansätze mit Gegenüberstellungen von national variierenden Rahmenbedingungen ermöglichen.

Aufgrund der zeitlichen Ressourcen und mehrmaligen Absagen durch Interviewpartner*innen waren lediglich sieben Interviews mit Experten aus diversen Fachbereichen möglich. Jedoch wurde versucht eine möglichst breite Streuung bei der Auswahl der Interviewpartner*innen zu erreichen. Somit wurden Interviews mit Einblick in zwei gemeinnützige Wohnbaugenossenschaften, ein Anbieter für technische Assistenzsysteme, drei Wohltätigkeitsorganisationen und eine private Pflegeeinrichtung geführt. Die Interviews fanden im Zeitraum von Jänner bis März 2025 statt und dauerten zwischen 25 - 50 Minuten.

Für die empirische Sozialforschung ist diese Anzahl an Interviews allein keine repräsentative Forschungsstudie. Durch die methodeninterne Triangulation der Experteninterviews, Inhalts- und Dokumentenanalyse steigert sich jedoch die Aussagekraft der Arbeit (Zimmer 2024: 251). Demnach hat die Dokumentenanalyse einen höheren Stellenwert in der Untersuchung der Forschungsthematik und ist der maßgebliche Prozess der Datenerfassung. Bei den Experteninterviews handelt es sich um eine Ergänzung für den Untersuchungsgegenstand (Kaiser 2021: 149).

Die Auswahlkriterien, nach denen die Interviewpartner*innen bestimmt wurden, leitete sich an nachfolgenden Merkmalen ab: Ausbildung, Berufserfahrung, Arbeit in einer (wohltätigkeitsorientierten) Organisation und Stellung innerhalb der Organisation. Grundsätzlich lässt sich jedoch die Schwierigkeit bei der Wahl der Experten nicht abstreiten, da der Terminus „Experte“ selbst nicht klar definiert ist. Auch im Kontext dieser Arbeit existieren keine normierten Datenbanken, in denen Experten als solche angeführt werden (Kaufmann 2021: 120). Tabelle 2 soll die wichtigsten Daten zum Überblick festhalten:

Experten ID	Berufliche Tätigkeit/ Position	Organisation	Datum
A1 Elfriede Mörtl	Leiterin Fachbereich Wohnungsberatung, - vertrieb, Marketing	Alpenland - Gemeinnützige Bau-, Wohn- und Siedlungsgenossenschaft	24.02.2025
A2 Christian Rab	Regionaldirektor und Prokurist	SeneCura NÖ Nord und Wien	04.03.2025
A3 Jürgen Kail	Teamleiter Fachbereich Wohnungsagenden und -beratung	GEDESAG - Gemeinnützige Donau- Ennstaler Siedlungs- Aktiengesellschaft	11.02.2025
A4 Marco Brunner	Geschäftsführer	auxilio Wien und Berlin	13.02.2025
A5 Isabella Reichhart	Leiterin Fachbereich Wohnen im Alter	Volkshilfe Wiener Neustadt	13.02.2025
A6 Daniela Stadler	Projektmanagement in der Pflegedirektion	Caritas St. Pölten	28.01.2025
A7 Martina Jurkovic	Lebens- und Sozialarbeiterin	Lebenshilfe Bruck an der Leitha	04.02.2025

Tabelle 2: Daten der Experten (eigene Darstellung, Vorlage: Kaufmann (2021: 120))

Die primäre Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung erfolgten über E-Mails. Vorab erstellte die Forschende einen Leitfaden, welcher zur Strukturierung des Interviews dienen sollte. Ein standardisiertes Interview wurde gewählt, da die Thematik sehr umfangreich und interdisziplinär ist, wodurch leicht Abschweifungen vom Thema stattfinden können. Besonders bei Experteninterviews ist eine Informationssammlung vor dem Interview über die befragte Person, Institution und ihre Aufgabengebiete von Vorteil, wodurch die Recherche vor dem Interview unerlässlich für die Erstellung des Leitfadens war.

Die Interviews fanden digital über MS-Teams statt. Hierbei wurden während dem Interview die Gespräche aufgenommen und von der MS-Teams Software automatisch transkribiert. Alle Partizipierenden haben mündlich ihre Zustimmung zur Aufnahme und Datenverarbeitung abgegeben, darüber hinaus haben fast alle Teilnehmer*innen die Einwilligungserklärung im Anhang retourniert. Die automatisch erstellten Transkripte wurden von der Forschenden sprachlich korrigiert, längere Pausen, wiederholte Wörter, Interjektionen etc. ausgelassen.

3.2.2. Analyse der Interviews über MAXQDA

Die technische Aufbereitung der Daten aus den Interviews erfolgte über die Software MAXQDA. Um zunächst einen Überblick zu erhalten, welche Aspekte bei den jeweiligen Interviews dominieren, wurde über die Analysefunktion eine Textsuche und Autocodierung veranlasst. Der Vorteil davon ist, dass Nutzer*innen bei größeren Textmengen nicht jedes Segment einzeln codieren müssen, sondern die Wortsuche diesen Prozess automatisiert. Anhand folgender Abbildung 6 ist zu sehen, dass von der Forschenden diverse Suchbegriffe, welche für eine Kategorie relevant sind, über die sieben Interviews verteilt, gesucht wurden.

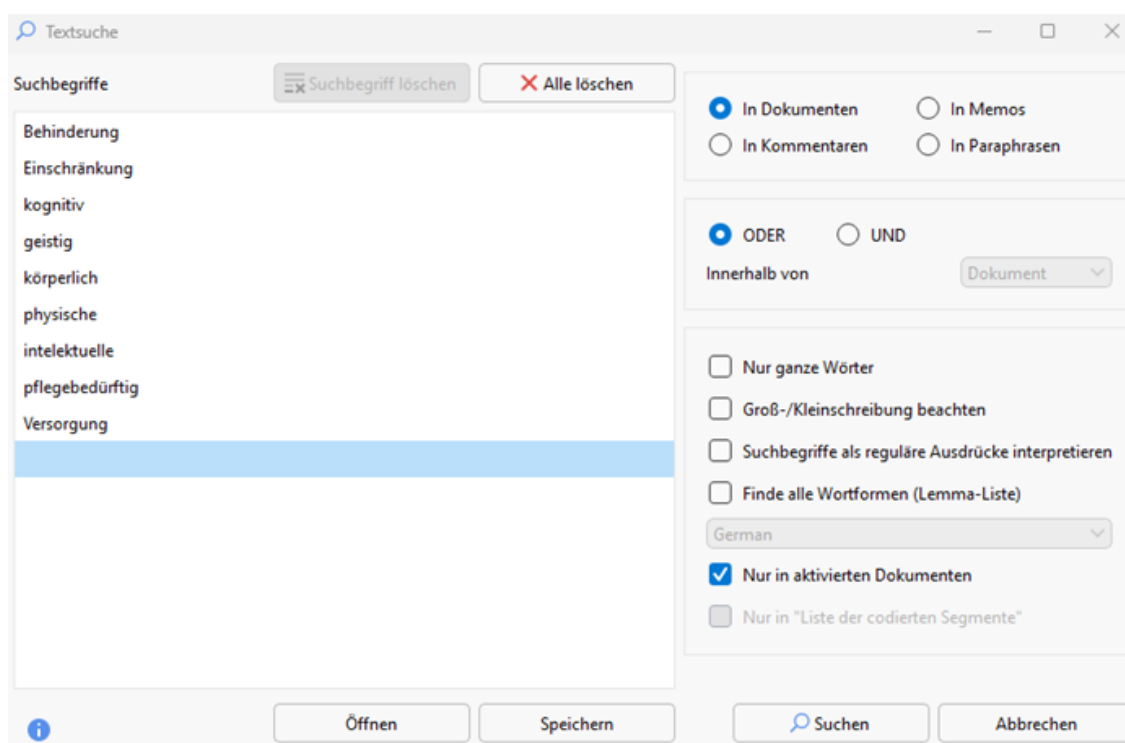


Abbildung 6: Automatisiertes Codieren (eigene Darstellung, Daten: MAXQDA24)

Im Folgenden werden aus jeder Passage die Suchbegriffe ausgewählt und durch das System angezeigt, wodurch Begriffe im falschen Kontext noch aus den Ergebnissen eliminiert werden können. Durch den Erhalt der korrekten Einheiten in den angegebenen Passagen, konnte im nächsten Schritt die Segmentierung der Texte erfolgen.

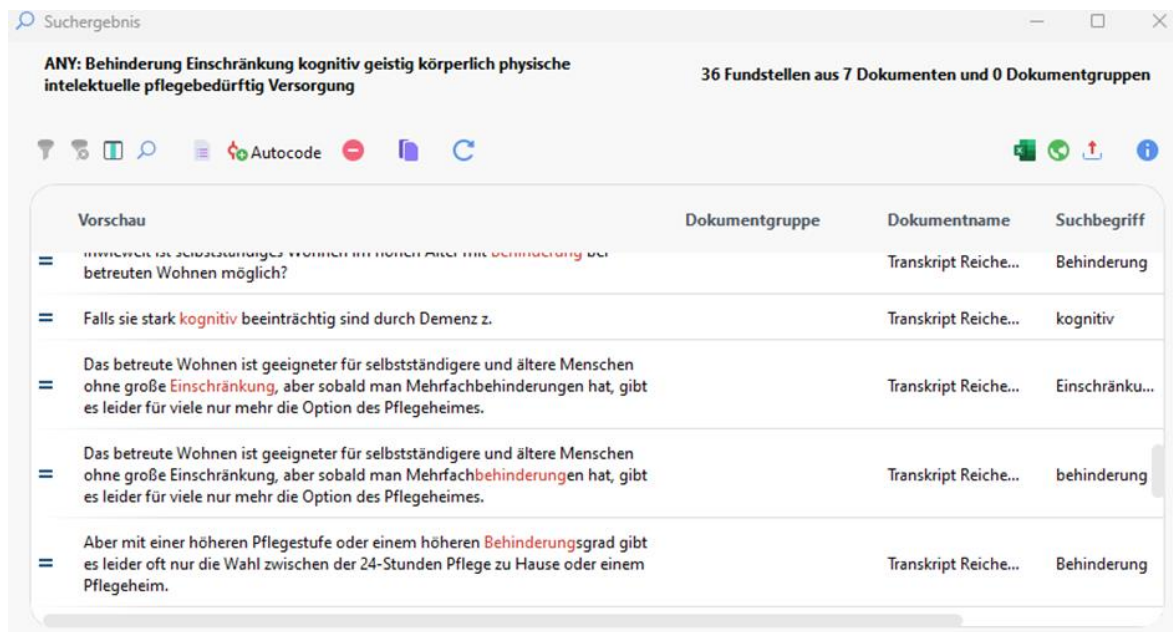


Abbildung 7: Segmentierung durch Suchbegriffe (eigene Darstellung, Daten: MAXQDA24)

Im weiteren Verlauf werden die Subcodierungseinheiten aus allen Interviews zusammengeführt und zu einer Überkategorie zugeordnet. In diesem Beispiel entstand daraus der Code „Aspekt Behinderung“. Dieser kann folgend farblich hinterlegt werden, damit er visuell effizienter erkannt wird.

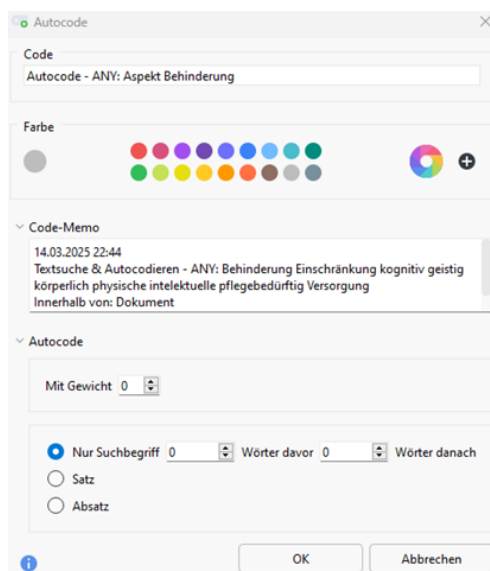


Abbildung 8: Erstellung des Codes (eigene Darstellung, Daten: MAXQDA24)

Nach diesem Beispiel wurden die restlichen Codes erstellt, sodass folgende Codes bei der Zuordnung standen: „technische Assistenzsysteme“, „Herausforderungen im Alter“, „rechtliche Aspekte“, „Aspekt Behinderung“, „Personalmangel in der Pflege“, „Planungsebene“, „alternative Wohnmodelle“, „Finanzierung“, „Barrierefreiheit“ und

„Selbstbestimmung“. Diese Codes markierten die Texte inhaltlich in farbliche Segmente, aus denen man Textstrukturierungen vornehmen konnte.

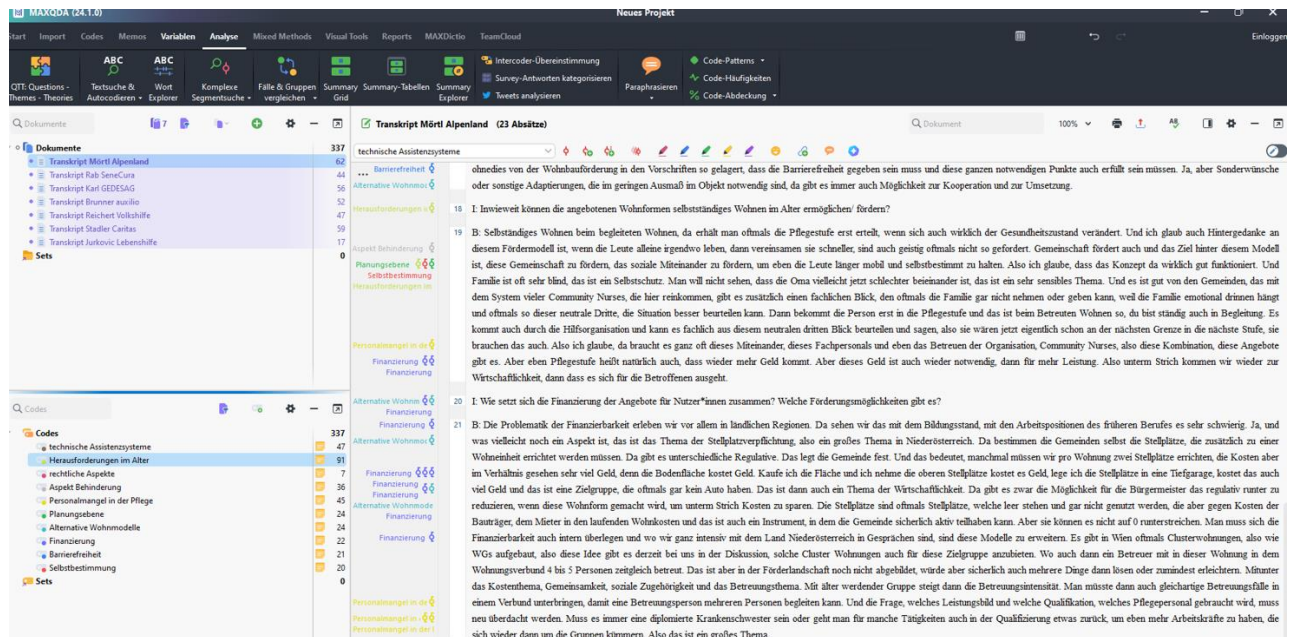


Abbildung 9: Segmentierung des Interviews (eigene Darstellung, Daten: MAXQDA24)

Darüber hinaus ist für eine quantitative Analyse der Interviews relevant, welche*r Teilnehmer*in zu welchem Themengebiet quantitativ mehr Daten geliefert hat. Wie anhand Abbildung 10 zu sehen ist, kommt das Thema „Herausforderungen im Alter“ bei sechs von sieben Teilnehmer*innen gehäuft vor. Auch „technische Assistenzsysteme“ und „Personalmangel in der Pflege“ kommt überwiegend in den Interviews vor. Im Gegensatz dazu sind Themen über „rechtliche Aspekte“ sowie „Finanzierung“ wenig behandelt worden.

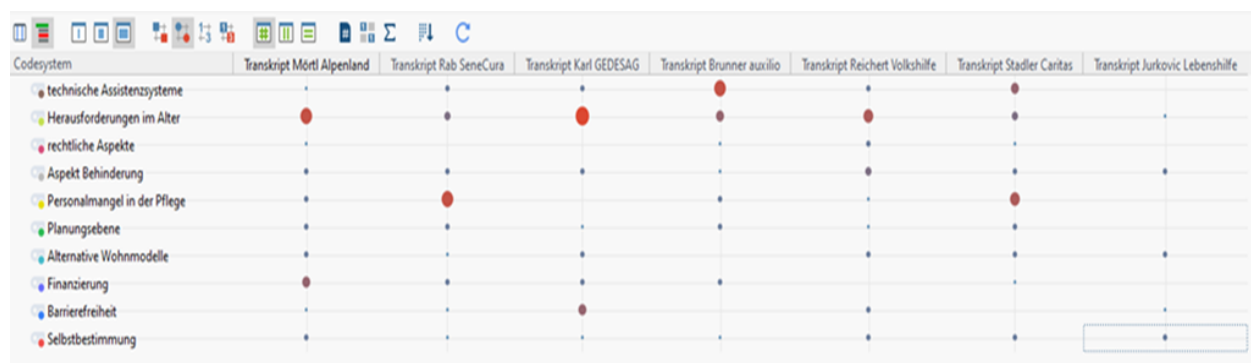


Abbildung 10: Visueller Überblick der thematischen Schwerpunkte (eigene Darstellung, Daten: MAXQDA24)

Wenn man die einzelnen Experteninterviews nach ihrem Inhaltsschwerpunkt untersucht, zeigen sich folgende Ergebnisse zunächst überblicksmäßig:

- Für Elfriede Mörtl, Leiterin im Fachbereich Wohnungsberatung bei Alpenland (Gemeinnützige Bau-, Wohn- und Siedlungsgenossenschaft), haben in ihrem Interview besonders die Aspekte „Wohnen im Alter“ und „Finanzierung“ eine große Rolle gespielt, obwohl sie im Vergleich zu den anderen Teilnehmer*innen die meisten Themengebiete abgedeckt hat.
- Für Christian Rab, Regionaldirektor und Prokurist bei SeneCura NÖ Nord und Wien (Pflegeeinrichtung aus dem privaten Sektor), wurde das Thema „Personalmangel in der Pflege“ in etwas weniger als der Hälfte des Interviews behandelt. Aufgrund seiner Position ist dieses Ergebnis nachvollziehbar und Herr Rab hat mit dieser Thematik wichtige Einblicke für die Zukunft der Wohn- und Pflegeversorgung geliefert.
- Jürgen Kail, Teamleiter im Fachbereich Wohnungsagenden bei der GEDESAG (Gemeinnützige Donau-Ennstaler Siedlungs-Aktiengesellschaft), fokussierte sich auf die Thematiken „Herausforderungen im Alter“ und „Barrierefreiheit“. In Anbetracht seiner Position, konnte er einen Überblick über barrierefreies und begleitetes Wohnen in seiner Gesellschaft geben sowie Überlegungen zur zukünftigen Entwicklung dieses Marktsegmentes.
- Marco Brunner, Geschäftsführer bei auxilio Wien und Berlin, ein Unternehmen für technische Assistenzsysteme im Bereich des Wohnens konnte mit seinem fachlichen Know-how Einblicke in den Ist-Stand dieser Systeme in Österreich geben und mit welchen (politischen) Partnern er bereits Kooperationen und Projekte laufen hat. Dementsprechend sind die zwei Codes „technische Assistenzsysteme“ und „Herausforderungen im Alter“ stark vertreten.
- Isabella Reichhart, Leiterin im Fachbereich Wohnen im Alter bei der Volkshilfe Wiener Neustadt, gab vor allem Anstöße zu den Themen „Herausforderungen im Alter“ und „Aspekt Behinderung“. Aufgrund ihres Fachgebietes nannte sie relevante Punkte, die man beim Wohnaspekt mit hochaltrigen Menschen mit Behinderung zu berücksichtigen hat.
- Daniela Stadler, Projektmanagerin in der Pflegedirektion der Caritas St. Pölten, lieferte kritische Ansichten zu „technischen Assistenzsystemen“ und betonte die Relevanz beim Thema „Personalmangel in der Pflege“ in Hinblick auf nicht genutzte Möglichkeiten zur Rekrutierung von Personal.

- Martina Jurkovic, Lebens- und Sozialarbeiterin bei der Lebenshilfe, hob besonders hervor, dass „Selbstbestimmung“ mit einem steigenden Grad an Behinderung ein wertvolles und wichtiges Ziel ist, jedoch ihrer Ansicht nach komplex umzusetzen.

	Transkript Mörtl Alpenland	Transkript Rab SeneCura	Transkript Karl GEDESAG	Transkript Brunner auxilio	Transkript Reichert Volkshilfe	Transkript Stadler Caritas	Transkript Jurkovic Lebenshilfe
technische Assistenzsysteme	3,20%	6,80%	5,40%	42,30%	6,40%	23,70%	0%
Herausforderungen im Alter	35,50%	15,90%	42,90%	23,10%	36,20%	13,60%	5,90%
rechtliche Aspekte	1,60%	0%	0%	1,90%	8,50%	1,70%	0%
Aspekt Behinderung	8,10%	9,10%	10,70%	3,80%	17,00%	10,20%	29,40%
Personalmangel in der Pflege	6,50%	43,20%	0%	9,60%	2,10%	27,10%	0%
Planungsebene	9,70%	9,10%	3,60%	9,60%	4,30%	8,50%	0%
Alternative Wohnmodelle	9,70%	2,30%	8,90%	0%	6,40%	6,80%	29,40%
Finanzierung	19,40%	6,80%	5,40%	5,80%	0%	1,70%	0%
Barrierefreiheit	1,60%	2,30%	21,40%	0%	12,80%	0%	5,90%
Selbstbestimmung	4,80%	4,50%	1,80%	3,80%	6,40%	6,80%	29,40%

Abbildung 11: Quantitative Analyse der Interviewinhalte (eigene Darstellung, Daten: MAXQDA24)

Die Interviews wurden neben der technischen Aufbereitung durch MAXQDA, weiters mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring operationalisiert. Als Technik der qualitativen Inhaltsanalyse wurde für diese Arbeit die strukturierende Inhaltsanalyse verwendet. Durch die Erstellung des theoriegeleiteten Kategoriensystems (siehe Kapitel Dokumentenanalyse) a priori ist dieses Verfahren deduktiv und besitzt ein nominales Skalenniveau. Der Kodierleitfaden enthält die Kategorien, ihre Definition und die Handlungsebene. Die Daten aus der Dokumentenanalyse und aus dem Interview werden in weiterer Folge zu den einzelnen Kategorien des Kodierleitfadens zugeteilt und strukturiert. Dadurch lassen sich die Daten zur Bearbeitung und Beantwortung der Forschungsfrage anwenden (Mayring 2010: 696). Die Daten der Dokumentenanalyse und der Experteninterviews werden im Kapitel „Ergebnisse für NÖ“ zusammengefasst.

4. Alternative Wohnmodelle

In diesem Kapitel wird der Status quo alternativer Wohnmodelle aus drei Ländern vorgestellt. Die Herangehensweise der Forschung entspricht folgendem Schema: Zunächst werden sozio-ökonomische Rahmenbedingungen, mit besonderem Fokus auf die demografische Entwicklung, erläutert. Anschließend erfolgt die Evaluierung der aktuellen Wohnformen. Abschließend wird näher auf besondere Potentiale in den jeweiligen Wohnformen der drei Länder eingegangen. Die Analyse sozio-ökonomischer, geographischer, gesundheitlicher und politischer Dimensionen in Hinblick auf selbstbestimmtes Wohnen ist insofern wichtig für die Untersuchung, da die Daseinsvorsorge grundsätzlich nationalstaatlich geregelt wird. Um abschließende Handlungsempfehlungen für das Land NÖ zu formulieren, müssen die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Staaten berücksichtigt werden. Daher folgt für die angegebenen Staaten ein Überblick.

4.1. Deutschland

4.1.1. Demografie und ökonomische Zugänge

Mithilfe der Datenbank des Statistischen Bundesamtes lässt sich mithilfe folgender Bevölkerungspyramide die Bevölkerungsstruktur in Deutschland darstellen.

Wie anhand der Bevölkerungspyramide in Abbildung 12 sichtbar wird, zeichnet sich in Deutschland eine niedrige Geburtenrate im Gegensatz zu einer steigenden Lebenserwartung von Personen über 70 Jahren ab, welche durch eine deutlich abnehmende Mortalität mit dem Alter verursacht wird. Zwei ausschlaggebende Gründe für diese Entwicklung in Deutschland sind das Wohlstandswachstum in der Gesellschaft sowie Fortschritte in der Medizin. Diese Aussage belegt die rapide Abnahme der Mortalität von Personen über 65 Jahren, insbesondere hochaltrigen Personen, in Ostdeutschland nach dem Mauerfall im Jahre 1989 (Vaupel 2010: 538f). Die Veränderung in der Bevölkerungsstruktur, welche durch die kontinuierliche

Lebenserwartungserhöhung in Deutschland (Scholz 2016: 554) und den Rückgang der Geburtenrate gekennzeichnet ist, nennt man Alterung (Rasner 2016: 647).

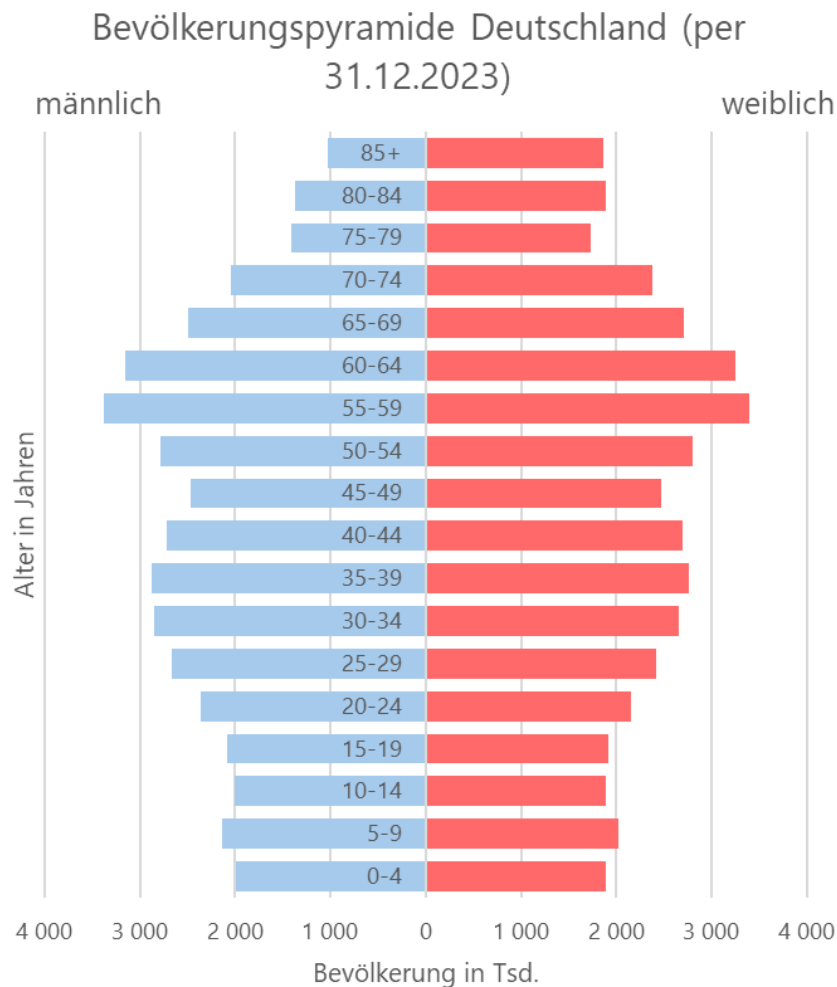


Abbildung 12: Bevölkerungspyramide Deutschland (eigene Darstellung, Daten: Statistisches Bundesamt (2023))

Diese demografischen Gegebenheiten und zukünftigen Prognosen haben zur Folge, dass die Alterung der Bevölkerung zu neuen sozio-politischen sowie ökonomischen Herausforderungen in einem noch unbekannten Ausmaß führt. Eine zunehmend politisierte Diskussion über das bestehende Alterssicherungssystem in Deutschland ist ein Resultat dieser Entwicklung (Rasner 2016: 647). Dieser Trend zwingt nicht nur Deutschland, sondern ganz Mittel- und Westeuropa zu Reformbeteiligung in der Alterssicherung (Immergut et al. 2006: 1). Interdisziplinäre Forschungsrichtungen untersuchen angemessene Grenzen für den Ausstieg aus dem Berufsleben in die Rente, nicht nur aufgrund der steigenden Lebenserwartung, sondern auch der verbesserten Lebensqualität im Alter sowie heterogener Lebensstile (Fröhler et al. 2013: 22f).

Blickt man auf die Anfänge der Altersversicherung zurück, so wird ein maßgeblicher Unterschied deutlich: die erste „Invaliditäts- und Altenversicherung“ unter Otto von Bismarck, verabschiedet im Jahr 1889, definierte das Rentenalter im Deutschen Kaiserreich ab 70 Jahren, wohingegen die Lebenserwartung bei rund 45 Jahren lag. Aus diesem Grund war eine Auszahlung der Altenversicherung in lediglich einzelnen Fällen gegeben (Boersch-Supan und Wilke 2004: 8f). Nichtsdestotrotz bereitete das Deutsche Kaiserreich als erstes Land in Europa den Weg für eine Absicherung im Alter. Auch wenn die Versicherung anfänglich als Kapitaldeckungsverfahren geführt wurde, in dem jede Person auf sein Rentenkonto spart, reformierte sich das Rentensystem im Jahr 1957 (Rasner 2016: 652). Die neuen Regelungen über eine staatlich-finanzielle Obsorge im Falle einer Pflegebedürftigkeit in Deutschland unterlag nun dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) von 1961, welches ebenfalls ein enges Verständnis von Pflegenotwendigkeit umfasste.

Aus diesem Grund entfachte sich in den 1970er- Jahren die öffentliche Debatte, ob die gewährten Leistungen den ökonomischen und gesellschaftlichen Bedürfnissen der Zeit entsprachen. Aus dieser Diskussion heraus vertraten die Arbeitgeber*innen den Standpunkt gegen eine gesetzliche Pflegeversicherung aufgrund einer deutlichen Steigerung der Lohnnebenkosten. Krankenkassen und Ärztevertreter*innen diskutierten darüber hinaus, ob eine Versicherung in der Pflegebedürftigkeit ein Beitrag ist, der solidarischgemeinschaftlich zu tragen sein sollte. In diesem Kontext konnte nämlich eine sinkende Pflegebereitschaft innerhalb der Familie sowie steigende Heim- und Hospitalisierungsrate festgestellt werden (Richter und Rothe 2022: 664).

In weiterer Folge wurde als Kompromiss die Soziale Pflegeversicherung, welche im Sozialgesetzbuch (SGB) XI §1 vom 26. Mai 1994 verankert ist, eingeführt (Bundesministerium der Justiz 1994). Diese besteht nicht nur aus monetären Leistungen (Pflegegeld), sondern auch aus Sachleistungen im Sinne von Dienstleistungen im Zusammenhang mit Pflegeheimen sowie stationären/ambulanten Pflegeleistungen (Schober und Then 2015: 184). In Deutschland erhalten betroffene Personen eine Dienstleistung, in dem vertragsgebundene Regelungen zwischen den Sozialleistungsträgern und den der Pflegeeinrichtungen bzw. Pflegekräften bestehen (Udsching 2015: 674).

Doch nicht nur die Soziale Pflegeversicherung und das Pensionssystem bedürfen Reformen. Bislang ist in der Gesellschaft Care-Arbeit (Sorge- und Pflegearbeit sowie Heimarbeit) häufig eine unbezahlte Leistung, die Personen im familiären Kontext erbringen. Der deutsche Politikexperte Dettling (2022: 27) könnte sich einen Paradigmenwechsel in der Pflege

vorstellen, in dem Care-Arbeit nicht länger unentgeltlich, sondern als ökonomischer Wachstumssektor eine (höher-)bezahlte Dienstleistung wird, obgleich es im familiären Setting stattfindet. Durch eine steigende Nachfrage und einem Mangel an Pflegepersonal, wäre dieses Szenario grundsätzlich denkbar. Dettling (2022: 27) weist ebenfalls darauf hin, dass *„die Dienste am Menschen und für das Gemeinwohl aufgewertet werden müssen – mit mehr Geld, attraktiven Arbeitsbedingungen und einem besseren Image.“*

4.1.2. Status quo der deutschen Wohnungsforschung

Auch der deutsche Wohnungsmarkt unterliegt aufgrund des demografischen Wandels einem Handlungsdrang der Politik. Laut Ragnitz (2022: 133) kann *„Die Entwicklung in Ostdeutschland seit der Vereinigung als empirisches Fallbeispiel für die Implikationen von Schrumpfung und Alterung der Bevölkerung für die Wohnungsmärkte herangezogen werden“*. Der deutsche Stadtsoziologe Rink (2020: 139) ist der Ansicht, dass die Folgen der Transformationsprozesse nach der Vereinigung Deutschlands für eine Schrumpfung verantwortlich sind durch einen Geburtenrückgang, ein negatives Wanderungssaldo, ökonomische Einbrüche uvm. Prozesse, die in Ostdeutschland bereits zu Herausforderungen für die Raumforschung und -planung führen, werden in Westdeutschland und u.a. Österreich laut den obengenannten Prognosen in den nächsten Jahrzehnten stattfinden. Einige Aspekte umfassen einen hohen Grad an Leerständen im ruralen Raum aufgrund der Ineffektivität der Räumlichkeiten im hohen Alter, wobei Ältere in etwa ein Drittel der Bevölkerung im ruralen Raum ausmachen (Vogel et al. 2024: 8).

Dies hat wiederum einen Wertverlust von Wohnpreisen zur Folge. Durch die geringen Preise, steigt zwar die Nachfrage an Immobilien, nichtsdestotrotz sorgt eine unzureichende Mobilität für ein Bestehen der Leerstände (Ragnitz 2022: 139). Wohnpolitische Vorschläge für Lösungsansätze, wären ökonomische Anreize (Vergütungen/ Gutschriften bei Einzug in bestehende Leerstände im ruralen Raum) sowie infrastrukturelle, bedürfnisorientierte Anreize (Schaffung von Gesundheitszentren, Ausbau von Transportmitteln usw.). Weitere Möglichkeiten umfassen ganze Sanierungspakete, welche finanzielle Förderungen für bestehenden Wohnraum anbieten, in dem einzelne Wohnräume/-einheiten barrierefrei umgebaut werden bspw. bodengleiche, offene Duschen, Mobilitätsunterstützungen, Treppenlift (Ragnitz 2022: 143f).

Somit würde die Versorgung von Wohnraum nicht quantitativ (durch neue soziale Wohnbauten, Wohngemeinschaften, Pflegeeinrichtungen) im Sinne einer Objektförderung, sondern qualitativ neu aufgewertet werden durch eine Subjektförderung (Günther 2009: 242) (Banse et al. 2017: 130). Darüber hinaus propagiert die Politik bei Neubauten zunehmend auf Barrierefreiheit und zukunftsorientiertes Planen, sodass selbstbestimmtes Wohnen im Alter gefördert wird. Ein Blick auf die kommenden Jahre der ostdeutschen Wohnungspolitik zu werfen, könnte daher umsetzbare Lösungsstrategien für Länder mit ähnlichen Bevölkerungsprognosen liefern (Ragnitz 2022: 143-145).

Doch auch die Bedürfnisse und Angebote im Alter unterliegen einem Wandel. Trotz eines Pflegebedarfs geht der Trend bei den hochaltrigen Menschen in Richtung Autonomie in ihrer Lebens- und Wohnweise. Das Stichwort „aktives Altern“ umfasst mehr Teilhabe im sozialen Leben, mehr Entscheidungsfreiheit bei der Wohnungswahl sowie die Nutzung von Diversität in den Angeboten bei Pflegeeinrichtungen (Schober und Then 2015: 184).

Der deutsche Soziologe Miles-Paul Ottmar spricht sich bereits in den 1990er-Jahren für das Konzept der Selbstbestimmung in der Lebensplanung von Menschen mit Behinderung aus (Ottmar 1999: 279). Ottmars Ideen wurden maßgeblich von seiner Zeit in den Vereinigten Staaten geprägt, sodass er versuchte nordamerikanische Zugänge für die deutsche Behindertenpolitik zu integrieren (ILMR 2024). Wesentliche Stichpunkte von Ottmars Kritik des Status quo an den Wohnbedingungen von Menschen mit Behinderung in Deutschland der 1990er Jahre umfassen die Tendenz zur gesellschaftlichen Isolation durch institutionelle Wohneinheiten. Weiters ergänzt der Autor die Schaffung von Abhängigkeitsverhältnissen in diesen Einrichtungen (Ottmar 1999: 281).

Aus diesem Grund fand in den späten 1980er bis 1990 Jahren in Deutschland ein wohnungspolitischer Wandel für ältere und Menschen mit Behinderung statt. Richter et al. (2022: 104) sprechen hier über eine „*Deinstitutionalisierung der Versorgung und der Enthospitalisierung, wodurch zahlreiche Wohnheime, Wohngemeinschaften und betreute Wohnplätze*“ gegründet wurden. Die Abkehr vom stationären oder Heimmodell für Menschen mit Behinderung unterliegt nicht nur dem sozialen Wandel, sondern auch einer ökonomischen Abwägung.

Daher etablierte sich im Deutschland der 2010er Jahre ein neuer Ansatz für die Wohnungspolitik für Menschen mit Behinderung im Alter. Durch den Anstieg an einer oder Mehrfachbehinderungen mit zunehmendem Alter, können Anbieter*innen von gemeinnützigen Pflegeorganisationen dem wachsenden Klientel ressourcenbedingt nicht nachkommen. Darüber

hinaus war das Heimmodell laut Schober und Then (2015: 184) „*unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten nur ein bedingt zukunftsweisendes Modell.*“ Eine ambulante Pflege im Eigenheim fördert somit nicht nur selbstbestimmtes Wohnen, sondern ist auf Dauer die kostengünstigere Variante. Pflegeheime werden überwiegend dann in Betracht gezogen, wenn die nicht gegebene Barrierefreiheit eine Herausforderung für die Pflege darstellt (Günther 2009: 247).

In diesem Zusammenhang kehrte Deutschland vom Heimmodell schrittweise zurück und der Ansatz des selbstbestimmten Wohnens gewann an Popularität. Unter diesem Aspekt sollte die Zielgruppe möglichst lange im Eigenheim wohnen können und wird von einer ambulanten Pflegekraft zeitweise Hilfe erhalten (D. Richter et al. 2022: 104). Darüber hinaus merken McPherson et al. (2018: 10) an, dass Wohnformen mit ambulanter Assistenz die Selbstständigkeit fördern und kaum negative Aspekte im Vergleich mit dauerhafter Heimunterbringung auftreten. In einer Metaanalyse von Richter und Hoffmann (2017: 821) zur Präferenz von selbstbestimmtem Wohnen von Menschen mit intellektueller Behinderung stimmten 84% gegen eine stationäre Aufnahme und für eine ambulante Betreuung im eigenen Wohnumfeld. Wenn man in diesem Sinne den 19 Artikel der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen erwägt, sollen ebendiese Menschen das Recht der Wahl ihrer Wohnweise zustehen, damit sie nicht in ein Wohnsetting gebunden sind (Richter et al. 2022: 104).

Obwohl die Wahlmöglichkeit der Wohnform ein entscheidender Faktor für selbstbestimmtes Wohnen ist, umfasst er nicht sämtliche Aspekte. Darüber hinaus bestehen in Deutschland Defizite an quantifizierbaren Kriterien in der Wohnungsforschung in Bezug auf das Merkmal „Selbstbestimmung“ (Gearing et al. 2011: 83). Grund dafür ist relative Neuheit dieser Wissenschaftsdisziplin, die international in den 1980/90er-Jahren erst im Zuge der Dezentralisierung von Gesundheitsinstitutionen (v.a. bei obdachlosen Personen) in den USA entstand (Richter und Hoffmann 2017: 92).

Folgende vier Kategorien haben Siskind et al. (2013: 889f) für die erfolgreiche Entscheidung einer Wohnform mithilfe einer literaturbasierten Systematisierung bestimmt:

- Aufenthaltsdauer
- Eigenschaften der Nutzer*innen (spez. Anforderungen; Behinderung...)
- Eigenschaften der Wohnung (Mietvertragsklauseln...)
- Eigenschaften der Unterstützungsangebote

Hierbei ergänzen Untersuchungen von McPherson et al. (2018: 7) vier weitere relevante Kategorien:

- Personal (am Standort / in der Nähe ausgebildetes Personal)
- Unterstützungsintensität (Dauer und Art der Unterstützung)
- Möglichkeit des Weiterzugs (weitere Institutionen)
- Wohnsetting (individuelle/ gemeinschaftliche Wohnformen)

Eine Verwendung dieser Kategorien in der deutschen Wohnungsforschung für Menschen mit Behinderung ist laut Richter und Jäger (2020: 99) durchaus sinnvoll, da sich in jeder Kategorie Schnittstellen finden lassen. Sie merken an, dass erste Ergebnisse in den Untersuchungen der deutschen Wohnungsforschung eine deutliche Präferenz für ein Eigenheim und eine Deinstitutionalisierung des Wohnens für Menschen mit Behinderung liefern. Dies entspricht auch den Leitgedanken der BRK und des Bundesteilhabegesetzes (Richter und Jäger 2020: 99).

Das Führen eines selbstbestimmten Lebens und Wohnens für Menschen mit Behinderung in Deutschland wurde durch die Unterzeichnung der UN-BRK von 2009 rechtlich verankert, obwohl die staatliche Evaluierung ein anderes Bild kennzeichnet. Auch die Qualitätskontrolle des Gremiums des unterliegenden Bundesteilhabegesetzes (BTHG) unterstreicht die Bedenken des Komitees der BRK, in dem es einen Mangel an alternativen Wohnmodellen und eine große Zentrierung von Einrichtungen für betagte und Personen mit Behinderung aufzeigt. Sie weisen strikt darauf hin, dass Deutschland nicht länger nur einen Fürsorgeanspruch aufweist, sondern mit den rechtlichen Rahmenbedingungen der BRK und dem BTHG ein Anspruch auf Autonomie und Partizipation garantieren sollte (Rosemann und Konrad 2020: 14f).

Diese Punkte stimmen ebenfalls ein mit Kunhardts (2022: 854) Ergebnissen der Wohnformpräferenz für ältere Personen in Deutschland, dass in etwa 90% der Befragten angaben, eine betreute Pflege im Eigenheim zu bevorzugen. Sowohl ihre gemeindenahe Umgebung als auch ihre sozialen Kontakte würden laut Angaben der Befragten nicht verloren gehen, was einen großen Anteil an der Entscheidung trägt.

4.1.3. AAL und KI-Systeme im eigenen Lebensbereich

Zukünftige Potentiale für ein selbstbestimmtes Leben im eigenen Wohnumfeld für hochaltrige Menschen mit Behinderung ermöglicht das wachsende Forschungsfeld von E-Health. Dieses Forschungsgebiet untersucht die Möglichkeiten von digitalem Technikeinsatz in der

medizinischen Behandlung und Versorgung. E-Health umfasst somit als Oberbegriff die Gesamtheit an digitalen Innovationen im Gesundheitsbereich sowie ihre Chancen-/Risikoanalyse. Subtermini, welche oftmals Synonym verwendet werden, jedoch eigene, diversere Unterkategorien in dem Forschungsgebiet bilden, sind Telecare (Pflege), Telehealth (Gesundheit) und Telemedizin (Medizin). Diese pflegerischen, gesundheitlichen und medizinischen Dienste werden jeweils digital und ortsunabhängig angeboten. Durch den Fortschritt von Künstlicher Intelligenz nehmen die Potentiale von E-Health zu, da ihre Produkte ebenfalls über modernste KI-Technologien operieren (Hielscher 2014: 26f).

Diese bieten durch prozessgesteuerte Abläufe mithilfe von Sensoren, Unterstützung im privaten Haushalt. Der Lebensalltag soll durch technische Assistenzen erleichtert und ein möglichst langes Wohnen im Eigenheim gewährleistet werden (Dettling 2022: 27f). Wenn ein Haushalt über eine Fülle dieser KI-Technologien verfügt, wird dieses zu einem „Smart Home“. Diesem Terminus fehlt, mitunter aufgrund des wachsenden Forschungsgebietes, bis dato eine einheitliche Definition (Schelisch 2016). Laut Mähs (2022: 13) kann *„die Technikinfrastruktur die gesamte Wohnumgebung umfassen, wobei einzelne Geräte zu einem zentralen System vernetzt sind und miteinander interagieren“*.

Beispiele für erste Anwendungen von telekommunikativen und informationstechnologischen Assistenzsystemen im Haushalt gab es bereits seit den frühen 1970er Jahren, in dem betagte Personen über Hausnotrufsysteme bei Notfällen Unterstützung ansuchen konnten. Grundlegende und weitreichende Entwicklungen in der Einbindung von technischen Assistenzsystemen im alltäglichen Wohnraum fanden jedoch erst in den 1990er Jahren in Deutschland statt. Beispiele dafür sind vor allem im Sicherheitsbereich zu finden, wie Einbruchmeldeanlage, Brandwarnanlagen etc. Insbesondere Gefahrenpotentiale im hohen Alter (bspw. Demenz) sollen, durch in der Wohneinheit implementierte Monitoring-Systeme, gesenkt werden (Naegele 2013: 346).

Gesamtheitlich wurden diese Innovationen der Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) sowie ihren Anwendungen in Smart Homes unter dem Begriff „Active and Assisted Living“ (AAL) (früher: Ambient Assisted Living) zusammengefasst (Nilsson et al. 2021: 226).

Das deutsche Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz (DFKI) in Bremen entwarf ab dem Jahr 2009 eine Wohneinheit als Testlabor für Einbindungen von IKT, welche den Ansprüchen der Testpersonen gerecht wird. Ziel dieses Wohnungslabors ist, ein selbstbestimmtes Leben im Alter mithilfe von Innovationen aus der IKT zu gewähren (Deutsches Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz 2024).

Die Wohneinheit des Bremen Ambient Assisted Living Lab (BAALL) verfügt über eine Flächengröße von 60 Quadratmeter, mit dem Vorhaben bestmögliche, realitätsnahe Untersuchungsbedingungen zu schaffen, damit IKT-Unterstützungsprogramme weiter konzipiert und evaluiert werden. In dieser Einheit können zwei Testpersonen leben, die durchgehend mit IKT-Systemen in ihrem Lebensalltag unterstützt werden und somit die Daten ihrer Lebensführung generiert werden (Autexier et al. 2022: 835-837). Weiser (1999: 94) verwendet hierbei den Terminus „Ubiquitous Computing“, wodurch die permanente Gewinnung und Auswertung von Daten durch omnipräsente technologische Mittel ausgedrückt wird. Innovative Aspekte des BAALL umfassen eine Fallsicherung der Rollatoren, systemgesteuerte Höhenanpassung von Kühlschränken, Sanitäreinrichtungen und Küchenfläche (Deutsches Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz 2024).

Eine weitere Entlastung stellt der KI-Kleiderschrank MOON dar, welcher mithilfe von Informationen über Wetterprognosen, Terminvereinbarung und persönlichen Präferenzen, Kleidungs Optionen vorstellt. Danach wird über eine Bedienungsplattform bekanntgegeben, wo sich die Kleidungsstücke im Kleiderschrank befinden. Der MOON-Kleiderschrank operiert über einen RFID-Transponder (Radio-Frequency Identification), wodurch mittels weiterer Untersuchungen versucht wurde, diese Vorgangsweise auf den Ernährungsbereich auszuweiten. Die Forschung in diesem Gebiet ist momentan noch limitiert, da für zuverlässige Ergebnisse eine Integration von Gesundheitsdaten, präzise Nährwertangaben und die Identifizierung von Lebensmitteln benötigt werden (Autexier et al. 2022: 840).

Ein weiteres best-practise Beispiel für die Integration von technologischen Assistenzsystemen im vorhandenem Wohnraum ist das Projekt „DeinHaus4.0 – Niederbayern“, welches ältere und pflegebedürftige Personen in ihrem Lebensalltag unterstützen und ein selbstbestimmtes Wohnen möglichst lange ermöglichen soll. Dieses Projekt wurde im Zuge des Entwicklungskonzeptes „Bayern Digital II“ erstellt und finanziell gefördert. Darüber hinaus ist das Projekt beteiligungsorientiert, sodass regionale Interessensvertreter*innen sowie Entscheidungsträger*innen zusammen partizipativ mitwirken. DeinHaus4.0 inkludiert verschiedene Sensorformen in bestehende Wohnräumlichkeiten und zeichnet die gesammelten Daten in einer Cloud-Computing-Dienst auf (Kunhardt 2022: 852-855).

Die Interpretation der Daten ist mitunter ein relevanter Meilenstein für die Versorgungsforschung, da

„mit den Möglichkeiten der künstlichen Intelligenz (KI) eine Verlaufsprognose innerhalb bestimmter Risikoklassen ermöglicht wird und zu einer Vernetzung der regional verfügbaren

Versorgungsangebote beiträgt. Das eigene Haus bzw. die eigene Wohnung kann somit ein Teil der Behandlungs- und Versorgungskette werden, in dem Datenanalysen zu einer proaktiv gesteuerten Pflege und Versorgung beitragen“ (Kunhardt 2022: 852).

Ein weiteres Ziel des Projektes ist die Untersuchung der Einhaltung, Nutzung und des Grades der Akzeptanz der digitalen Systeme im privaten Haushalt. Vor allem betagte Personen stehen der zunehmenden Digitalisierung skeptisch gegenüber. Das Projekt soll eine negative Grundhaltung gegenüber technischen Innovationen nehmen und ihr Potential für das selbstständige Wohnen im Alter aufzeigen (DeinHaus4.0 2024).

In Kapitel 2.5 wurden bereits Ansätze in der Behindertenforschung vorgestellt. Dieses Projekt entspricht dem sozialen Modell von Behinderung, da versucht wird, die Teilnehmer*innen zu emanzipieren, selbstbestimmtes Wohnen in herausfordernden Lebenslagen zu ermöglichen sowie über einen partizipativen Ansatz verfügt. Glufke (2019: 480) erweitert diesen Ansatz, angesichts der signifikanten Rolle der Digitalisierung in dem Projekt und klassifiziert es ein „soziotechnisches Modell“.

Die Rahmenbedingungen für eine Optimierung von AAL im Projekt DeinHaus4.0 sind von den technisch-infrastrukturellen Gegebenheiten der bestehenden Wohneinheiten abhängig. Die eingebauten Sensoren sollen nach Möglichkeit kaum wahrnehmbar und unauffällig im Haushalt integriert sein, über bspw. WLAN, Z-Wave, ZigBee, Bluetooth etc. Diese Funkstandards funktionieren ohne Lizenzbindungen und erreichen eine hohe Kompatibilität mit digitalen Netzwerken (Heimnetze 2025). Je nach Funkstandard variiert jedoch die Stabilität der Synchronisation von digitalen Übertragungs- und Datenformaten. Eine verlässlichere Verbindung ließe sich über kabelgestützte Netzwerkverbindungen erreichen, welche jedoch mit umfangreichen und kostspieligen Renovierungen in bestehenden Einheiten verbunden sind (Kunhardt 2022: 857).

Eine theoretische Einbettung des Status quo der AAL-Forschung verdeutlicht das Modell der Bedürfnispyramide nach Maslow. In einer hierarchisch aufgebauten Pyramide stehen am Grund der Pyramide die Grundbedürfnisse des Menschen. Erst wenn diese gesättigt sind, werden höhere Bedürfnisse verfolgt (Geldern 2017: 26) (Maslow et al. 1997).



Abbildung 13: Verbindung der Bedürfnispyramide mit AAL (eigene Darstellung, Daten: Kunhardt (2022: 859))

Anhand Abbildung 13 ist zu sehen, dass digitale Hilfsmittel im Zuge des selbstbestimmten Wohnens insbesondere in den beiden unteren Kategorien nach Maslows Bedürfnishierarchie konzipiert und eingesetzt werden. Die Technik im Bereich der Hausnotrufe und Haussicherheitssysteme ist besonders ausgereift und Jahr(-zehnte) lang im Einsatz. Auch gesundheitliche Parameter werden bereits durch Sensoren in Smartwatches gemessen und bei Mobilitätsschwierigkeiten über Notrufsysteme im Haushalt verbunden. Intelligente Wärme- sowie Beleuchtungsregulierungen sind ebenfalls leicht umsetzbare Standardeinstellungen im AAL. Die mittlere Kategorie „Soziale Bedürfnisse“ hat während der Covid-19-Pandemie große Fortschritte in der digitalen Kommunikationsaufnahme erzielt. Obere Kategorien wie „Selbstverwirklichung“ und „Individualität“ sind Schlüsselkomponenten für ein selbstbestimmtes Wohnen, welche jedoch bislang keine relevante Rolle in den technischen Innovationen eingenommen haben. In diesem Feld wird in den nächsten Jahren Fortschritte erwartet, um besonders die Anforderungen eines aktiven und selbstgesteuerten Lebensalltag im Alter zu ermöglichen (Kunhardt 2022: 859).

Herausforderungen bei dem Ausbau von AAL in Bestandswohnungen werden deutlich, wenn man die drei Ebenen der Determinanten der Expansion von AAL betrachtet: Staat, Anbieter und Nachfrager (Fachinger 2017: 1).

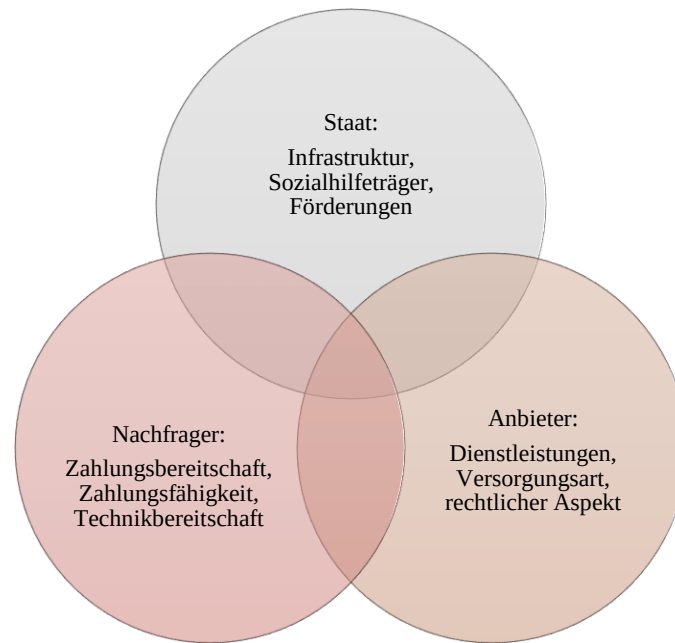


Abbildung 14: Determinanten des AAL-Einsatzes und Distribution (eigene Darstellung, Daten: Fachinger (2017: 1))

Auf staatlicher Ebene benötigt es eine umfassende Erweiterung und Verbesserung der Netzinfrastruktur, vor allem im ländlichen Raum. Darüber hinaus sind Anwendungen des AAL in Bestandshaushalten mit hohen Kosten verbunden, wodurch hauptsächlich staatliche Förderungen eine Ausweitung von AAL begünstigen. Im Falle medizinischer Notwendigkeiten stellen seit 2019 nach SGB V §§68a im DVG (Digitale-Versorgung-Gesetz) die Krankenkassen Fördermittel für telemedizinische und IKT-Hilfssysteme für Patient*innen zur Verfügung. Somit können Vitaldaten mobil sowie im Haushalt gesammelt werden, wodurch Informationen über den Gesundheitszustand weiter generiert und für zukünftige Hilfsleistungen interpretiert werden. Auf Anbieterseite ergibt sich dadurch die Hürde, dass die ubiquitäre Sammlung digitaler Daten zu rechtlichen Konflikten führen kann. Rechtsinformatiker*innen sehen in den kommenden Jahren Potential für eine Abänderung des Datenschutzgesetzes in Hinblick auf eine striktere und detaillierte Regelung in der Sammlung und Auswertung von Daten. Darüber hinaus ist der Anteil der Förderung für eine Anwendung der Technologien in den Bestandswohnungen von dem Sozialleistungsträger abhängig. Bei einer niedrigen Förderungsrate können sich vor allem ältere Personen, die von Altersarmut betroffen sind, die hohen Anschaffungskosten nicht finanzieren. Der Staat senkt in dieser Hinsicht die Nachfragerseite sowie eine Nutzung von AAL, im Falle einer niedrig ausfallenden staatlichen Förderung (Mähs 2022: 38-43).

4.2. Japan

4.2.1. Demografie und ökonomische Zugänge

Die Bevölkerungsstruktur von Japan ist gekennzeichnet durch eine große Population im Alter zwischen 40 und 74 Jahren. Per 1.10.2023 sind etwa 47% aller Japaner*innen in diesem Alter. Hochaltrige Personen (80 Jahre und älter) haben einen Anteil von rund 10% an der Gesamtbevölkerung. Betrachtet man lediglich die weibliche Population, so ergibt sich sogar ein Anteil von 13%. Während die Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen am größten ist, so nimmt der Anteil der Gruppen mit sinkendem Alter nahezu konstant ab. Die Gruppe der 0- bis 4-Jährigen ist somit von allen Altersgruppen die kleinste (siehe Abbildung 15).

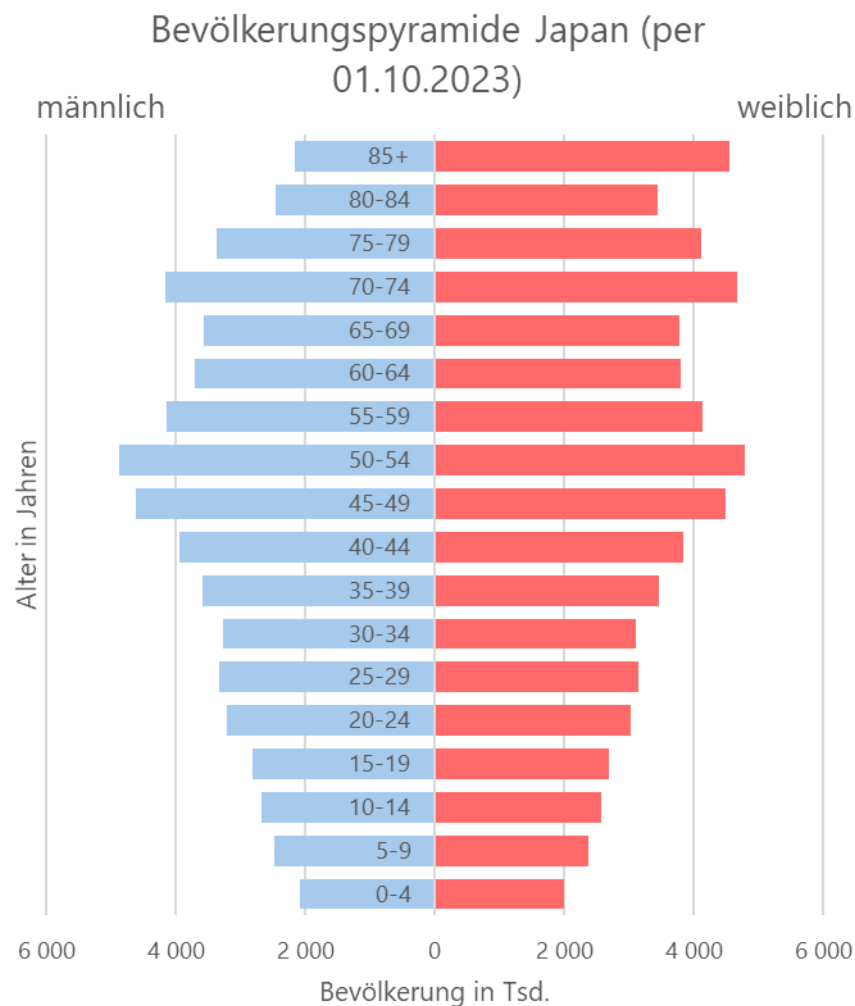


Abbildung 15: Bevölkerungspyramide Japan (eigene Darstellung, Daten: Statistics Bureau of Japan (2023))

Ein zentraler Faktor für die Schrumpfung der Bevölkerung Japans ist, ähnlich wie in Deutschland, eine sinkende Geburtenrate (Stewart 2023: 179). Die Fertilitätsrate in Japan im

Jahr 2023 ist mit 1,20 (Statistics Bureau of Japan 2023) eine der niedrigsten weltweit. Im Vergleich dazu betrug die Fertilitätsrate in Deutschland im gleichen Jahr 1,35 (Statistisches Bundesamt 2023). Dieser Trend ist in den Industriestaaten weltweit wahrzunehmen (Okamoto 2020: 1) und verschärft sich im Falle Japans deutlich bis 2058, indem die Population auf weniger als 100 Millionen Menschen geschrumpft sein wird. Diese Abnahme ist nicht nur durch eine sinkende Fertilitätsrate bedingt, sondern auch durch eine kaum vorhandene Migrationskultur. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zu Deutschland, wo die Alterung und Schrumpfung der Gesellschaft durch höhere Migrationsbewegungen ins Land gedämpft werden (Stewart 2023: 179). Dadurch geht die Schrumpfung der Population in Japan durch die natürliche Bevölkerungsentwicklung deutlich rasanter und kritischer einher, als in anderen Industriestaaten (Kitao 2018: 82).

Wie anhand der Bevölkerungspyramide gezeigt wurde, steht Japan nicht nur eine Schrumpfung der Population, sondern auch eine Alterung bevor. Dies wirft eine Reihe von Fragen in gesundheitspolitischen und sozioökonomischen Debatten auf. Mit der steigenden Anzahl an Hochaltrigen sind Aspekte wie Mehrfachmedikationen, würdevolles und selbstbestimmtes Altern sowie Multimorbidität politisch hochaktuelle Themen. Im Zuge der rapiden Zunahme an hochaltrigen Menschen wurden gesundheitspolitische Reformen in den 2010er-Jahren eingeführt, die Hausärzte mit mehr Kompetenzen berechtigen und sie als „systemspezifische Spezialisten“ anerkennt. Dadurch können Hausärzte in enger Kooperation mit Krankenhäusern und anderen Fachexperten aus verschiedenen Gesundheitsgebieten ein allumfassendes Gesamtbild erhalten, welches in digitalen Gesundheitsakten verfügbar ist. Dies ist besonders bei älteren Personen im Zusammenhang mit einer steigenden Multimorbidität bedeutend, da nicht nur fragmentarisch untersucht und behandelt wird, sondern systemisch (Ohta und Sano 2022: 2).

Doch es stehen nicht nur gesundheitspolitische Reformen für die japanische Regierung bevor. Ökonomische Prognosen für den Arbeitsmarkt liefern negative Aussichten für eine zukünftige Entwicklung durch eine stetig abnehmende Anzahl an Arbeitskräften aufgrund des demografischen Wandels (Stewart 2023: 179-183).

Darüber hinaus wird der demografische Wandel zur Folge haben, dass überproportional viele Personen über einen längeren Zeitraum Pensionen beziehen, die Anzahl der Erwerbsfähigen stetig sinken sowie die das Produktionswachstum gedämpft wird (Han 2019: 4), wodurch das aktuelle Pensionssystem nicht aufrechterhalten werden kann (Petersen et al. 2020: 960). Dazu kommt die vermehrte Inanspruchnahme von hochpreisigen und dauerhaften Dienstleistungen

aus den Krankenversicherungen durch eine steigende Anzahl an hochaltrigen Personen (Kitao 2018: 82). Eine Reformierung des Pensionssystems ist bereits notwendig, auch wenn dieser Schritt aus der Ebene der Politik hinausgezögert wird. Eine längere Aufschiebung wäre laut der japanischen Wirtschaftswissenschaftlerin Kitao (2018: 98) für die zukünftige Generation fatal, da die Kosten und Erhöhungen der Steuern nur auf kommende Generationen umgelagert werden.

In den 1960er-Jahren wurde in Japan das Pensionssystem für alle Bewohner*innen verpflichtend. Zu dieser Zeit betrug die Lebenserwartung durchschnittlich 70 Jahre, jedoch ist diese mittlerweile um ca. fünfzehn Jahre angehoben (Kitao 2018: 83). Das Pensionssystem besteht im Wesentlichen aus zwei Stufen: Der erste Teil besteht aus einer Grundausszahlung, welche den Japaner*innen, unabhängig von ihrem früheren Verdienst, zusteht. Der zweite Betrag ergibt sich proportional gemessen über die Arbeitsjahre hinweg aus dem Durchschnitt ihres Einkommens (Okamoto 2020: 11). Darüber hinaus handelt es sich bei der Ein- und Auszahlung in die Pensionskasse um ein Umlageverfahren, wodurch die Pensionssumme durch die Abgaben der momentan Erwerbstätigen getragen wird (Okamoto 2013: 481).

Politische Maßnahmen konzentrieren sich darauf, familienorientierte Ansätze zu stärken in Hinblick auf Care-Arbeit, um den Pfleger*innen-Mangel sowie den kostspieligen Aspekt der Pflege auf die Familie zu verlagern (Kobayashi et al. 2018: 328). Um mehr Erwerbstätige zur Finanzierung des Pensionssystems zu erhalten, versucht man besonders Frauen, Migrant*innen sowie älteren Erwerbstätigen bessere Bedingungen am Arbeitsmarkt zu verschaffen (Petersen et al. 2020: 963).

Nichtsdestotrotz verschärfte die Japankrise in den 1990er-Jahren die wirtschaftliche Situation. Obwohl seitens der Politik Modelle und Strategien ausgearbeitet wurden, um vor allem sozioökonomisch-benachteiligte Personen zu unterstützen, verschärfte sich die Situation besonders bei der älteren und pflegebedürftigen Bevölkerung durch explodierende Lebenserhaltungskosten. Darüber hinaus stellen die Bereiche Gesundheit, Wohnen, Versorgung und Isolation maßgebliche Herausforderungen dieser Zielgruppe dar (Inaba 2016: 588).

Aus diesen Problematiken heraus wurde im Jahr 2000 durch den Long-Term Care Act der japanischen Regierung eine Reformierung der Pflegeversicherung vorgenommen. Die Long-Term Care Insurance (LTCI) steht grundsätzlich allen japanischen Einwohner*innen zu, die älter als 65 Jahre sind. Die Langzeitpflegeversicherung ist vollkommen gehalts- und einkommensunabhängig sowie unabhängig vom Familienstand (Inaba 2016: 588f). Die

japanische Regierung betonte dabei, dass eine soziale Absicherung im Alter jedem*r Bewohner*in allgemeingültig zusteht. Die Langzeitpflegeversicherung läuft über ein Umlageverfahren, wodurch es durch gegenwärtige Steuereinnahmen sowie Versicherungsbeiträge finanziert wird. Grundsätzlich werden den Versicherten nur 10% der Gesamtkosten selbst verrechnet, wobei sozio-ökonomisch benachteiligte Personen von diesem Betrag ebenfalls entlastet sind (Hayashi 2015: 12).

Tsutsui und Muramatsu (2005: 589f) merken an, dass neben den ökonomischen Vorteilen der LTCI, folgende Punkte zur Förderung eines gesunden Alterns und der Unterstützung von pflegebedürftigen Personen beschlossen wurden:

- intensivere Kooperationen mit Pflege- und Gesundheitsdiensten auf Kommunalebene
- Verstärkung von präventiven Ansätzen: Kooperation von medizinischem Personal mit Bewegungs- und Ernährungsberater*innen
- vermehrter Einsatz von sozialen Diensten zur Unterstützung des alltäglichen Lebens
- Bereitstellung von angemessenem Wohnraum

Die Umsetzung der genannten Punkte wurde von der Bevölkerung mit einem deutlichen Anstieg der Nachfrage gut angenommen, sodass sich der Grad der Akzeptanz von LTCI von anfänglichen 41% (Stand: Jahr 2000) der japanischen Bevölkerung hin zu 61% (Stand: Jahr 2005) steigerte. Die Umfrage ergab, dass Angehörige von pflegebedürftigen Personen die Umsetzung des LTCI-Maßnahmenpaketes als deutliche Entlastung ansahen und weniger familiäre Unterstützung erforderlich war. Hinzu kommt, dass Pflegepersonen durch eine Steigerung der Nachfrage ein höheres Einkommen anfordern konnten. Auch die Anzahl der Pflegedienstleistungsanbieter*innen hat sich im Zuge dessen verdoppelt. Der erhöhte Bedarf an Pflegeleistungen war ein deutliches Zeichen eines bisherigen Defizites in der Grundversorgung. Trotz der erwarteten Zunahme an Kosten, haben sich die Ausgaben für die Erhaltung der LTCI bis 2005 verdoppelt. Grund dafür war, neben den steigenden Nutzer*innenzahlen, die Markteröffnung für Dienstleistungsanbieter in der Pflegebranche. Dadurch wurde eine langfristige Finanzierbarkeit der LTCI hinterfragt (Hayashi 2015: 12f).

Während in den 2000er Jahren LTCI mit dem Spruch beworben wurde „*Von der Pflege durch die Familie zur Pflege durch die Gesellschaft*“ (Tsutsui und Muramatsu 2005: 522) änderte sich die Strategie der Regierung ab dem Jahr 2005, in dem die LTCI ein unabhängiges und selbstbestimmtes Leben fördern sollte. Dabei sollten kostspielige und langfristige Pflegeangebote reduziert werden, gleichzeitig verstärkt auf domizilierte Pflegedienste beworben

werden. Darüber hinaus fokussierten sich die Angebote vermehrt auf Personen ohne familiäre Unterstützung. Nach 2010 verschärften sich die Vorgaben und Termine wie Nachbarschaftshilfe, gemeinschaftliche Unterstützung, selbstbestimmtes Leben, Hilfe zur Selbsthilfe wurden der Öffentlichkeit nahegelegt (Hayashi 2015: 13).

4.2.2. Status quo der japanischen Wohnungsforschung

Konzepte für innovative Wohnmodell für ältere Personen sind bereits in den frühen 2000er-Jahren entwickelt worden. Einige Beispiele dafür sind Mehrgenerationenhäuser, Senioren-WGs, ganze Seniorendörfer sowie gemeinschaftliches Wohnen für Senioren. Die Auswahl der Wohnmodelle für ältere Personen mit Pflegebedarf hängt grundsätzlich von mehreren Faktoren ab (Jolanki 2021: 2f):

- Öffentliche Fördergelder, Finanzierbarkeit
- Merkmale der Nutzer*in
- Mietdauer, Kaufoption
- bürokratische und verwaltungstechnische Aspekte
- Immobilienart und -lage

Seit den 2010er-Jahren wurde ein neues Wohnmodell, Service Housing for Older People (SHOP), in Japan im Segment der gewinnorientierten Wohnbauträgern an den Markt gebracht. Im Hintergrund der Etablierung dieses Wohnmodelles stecken die Versäumnisse der Wohnpolitik, adäquaten Wohnraum für ältere und pflegebedürftige Menschen quantitativ sowie qualitativ sicherzustellen. Zielgruppe von SHOP sind Personen über 60 Jahre, welche die Wohnungen sowohl alleinlebend sowie in Partnerschaft beziehen können. Für Nutzer*innen mit Unterstützungsbedarf können zusätzlich Pflegeanbieter*innen hinzugebucht werden. Ziel dieses Wohnmodelles war es, dass Menschen möglichst lange mit Unterstützung selbstbestimmt Wohnen können trotz ihres ansteigenden Alters oder besonderer Bedürfnisse. Es ist somit als Abkehr des typischen Pflegeheimsetting gedacht. Grundsätzlich erfuhr dieses Wohnmodell positive Resonanz seitens der japanischen Bevölkerung, sodass sich die Regierung entschied, SHOP staatlich zu fördern, wodurch sich die Nachfrage zwischen 2012 und 2022 vervierfacht hat (Kawaguchi et al. 2024: 2).

Ein weiteres Wohnmodell stellen Mehrgenerationengemeinschaften in regionalen Zentren, welche konzentriert gesundheitliche und soziale Dienste anbieten. In diesem Modell leben in

Mehrgenerationenhäusern intergenerationale Personen, sodass ältere Personen aktiv in die Gemeinschaft eingebunden werden und durch Freiwilligenarbeit sowie Nachbarschaftshilfe die Herausforderungen einer alternden Gesellschaft abgefangen werden können. Ein Fallbeispiel dafür ist die Urban Renaissance Agency, welche in Kooperation mit Gemeinden, infrastrukturelle Netzwerke wie Gesundheits- und Pflegedienste, Kindergärten, medizinische Zentren usw. errichtet sowie lagebedingt gut situierte Wohnkomplexe. Seit 2014 arbeitet die Agentur mit dem Institut für gerontologische Studien der Universität Tokio zusammen, um ihre Wohnformen speziell für hochaltrige Personen zukünftig auszurichten. Von erheblichem Interesse sind für sie die Vororte der japanischen Megacitys, da hier die Alterung weit fortgeschritten ist (Kōtsūshō und Saisei Kikō 2020: 15-17).

Der Leiter des gerontologischen Institutes der Universität Tokio Dr. Junichiro Okata (2025: 11) forderte bereits in den 2000er Jahren nachdrücklich, dass altersgerechtes Wohnen nicht bei Barrierefreiheit enden soll. Funktionalität ist zwar ein grundlegender Faktor, jedoch betont Okata eindringlich, dass als die standardmäßigen, barrierefreien Wohnungen in den identischen Häuserblocks errichtet wurden, soziale Aspekte vollständig vernachlässigt wurden. In diesem Zusammenhang belegen öffentliche Vergleichsstudien vom Zeitraum 2004 bis 2006, dass Personen über 60 Jahre 36,6% der Gesamtsuizidfälle in Japan ausmachen, mit einem fast 9% Anstieg im Jahr 2006 im Vergleich zum Vorjahr. In der japanischen, leistungsorientierten Gesellschaft gaben Betroffene oder Familienangehörige signifikante Gründe an, wie die nicht Erfüllung von familiären und gesellschaftlichen Aufgaben durch körperliche/geistige Gebrechlichkeit, Isolation und wenig Interaktion mit der Familie/Gemeinde (Popp und Wilhelm 2010: 76-80).

Aus diesen Gründen appelliert Okata (2025: 11) (Begegnungs-) Räume zu schaffen, bei denen ältere Personen nicht nur Wohnen können, sondern sich im Alter sozial entfalten sowie selbstbestimmt leben können. Anhand Abbildung 16 sind von Okata (2025: 24) drei Schlüsselkomponenten für erfolgreiche Mehrgenerationengemeinschaften bestimmt:

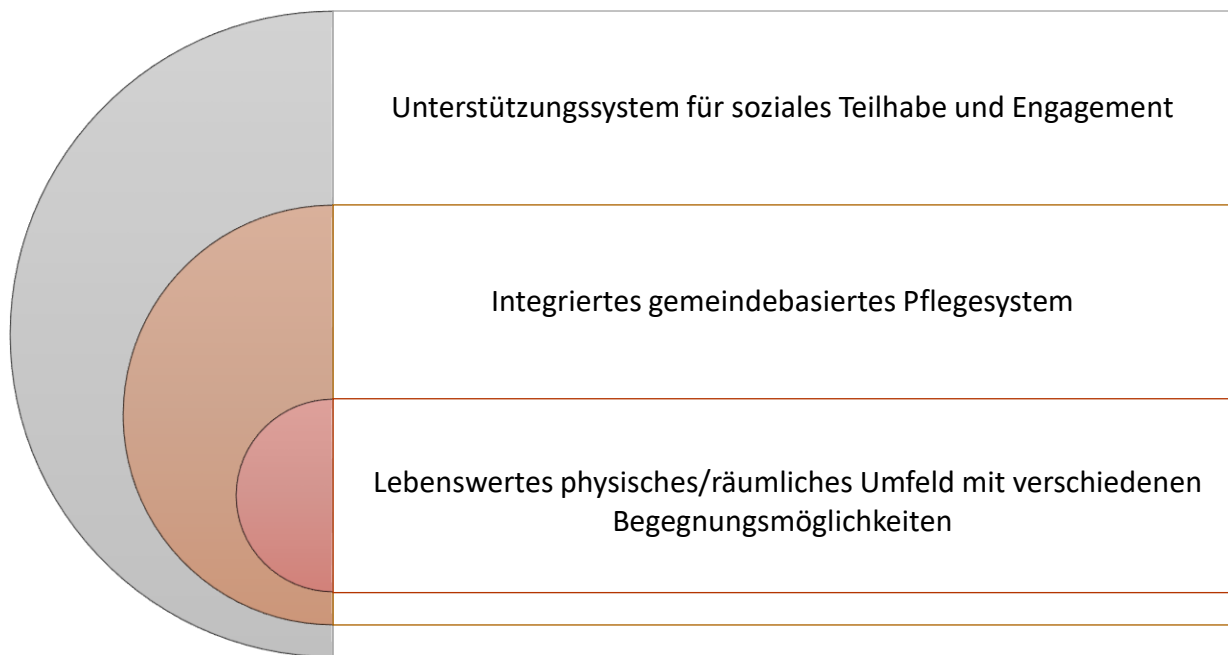


Abbildung 16: Drei Schlüsselkomponenten für Mehrgenerationengemeinschaften (eigene Darstellung, Daten: Okata (2025: 22))

Als Fallstudie wird hier der Toyoshikidai-Komplex angeführt, welcher sich in der Stadt Kashiwa, in der Präfektur Chiba, befindet und in etwa 30 Kilometer im Norden von Tokio liegt. Die Anlage besteht aus sechs Stockwerken, wobei im untersten Stockwerk Pflege- und Gesundheitseinrichtungen sowie soziale Dienstleister*innen sind, in den zweiten bis vierten Stockwerken ältere Personen mit Pflegebedarf wohnen mit insgesamt 72 Wohneinheiten. Die obersten zwei Stockwerke werden von älteren Personen ohne Pflegebedarf bezogen mit 33 Einheiten. Im Toyoshikidai-Komplex sind gemeindebasierte und integrierte Pflegesysteme enthalten. Der Gemeinschaftsgarten vor dem Komplex grenzt ebenfalls an den Stadtpark und ist nicht eingezäunt, um soziale Interaktionen zu ermöglichen. Neben dem Komplex befinden sich neben infrastrukturellen Versorgungseinrichtungen wie Kindergärten, Schulen, Horte, Multigenerationen-Austauschraum etc. Dieses Fallbeispiel enthält alle drei Schlüsselkomponenten, um als Mehrgenerationengemeinschaft zu gelten. Nutzer*innen-Befragungen ergeben ein positives Gesamtbild über den Toyoshikidai-Komplex, bei denen sich Nutzer*innen vor allem über das soziale Teilhabe und die Steigerung ihrer Lebensqualität geäußert haben (Kōtsūshō und Saisei Kikō 2020: 18f).

Neben der Art der Wohnmodelle, beinhalten weitere Überlegungen für das Wohnen im Alter den Einsatz von technischen Unterstützungssystemen inkludiert für die Ausstattung des Raumes. Diese Unterstützungssysteme sind von besonderer Relevanz, da über 80% der

japanischen Bevölkerung den Wunsch äußert, bis zuletzt im Eigenheim zu wohnen. Für die Politik eignet sich dieser Standpunkt der Bevölkerung, da die Kosten für die Langzeitpflege durch die fortschreitende Alterung, deutlich ansteigen werden. Darüber hinaus haben Pflegeeinrichtung weder Personal- noch Raumressourcen, um den Bedarf der kommenden Jahre zu decken. Von einer gesundheitspolitischen Perspektive betrachtet, gibt es in Japan nur kurzzeitige Pflegebehandlungen und Langzeitpflege, jedoch keine Mischformen, die individuelle Fälle berücksichtigen, wodurch die Nachfrage nach Langzeitpflege im Alter zunehmen wird. Folglich wurde seitens der japanischen Regierung im Zuge der LCTI auch die Nutzung von technischen Assistenzsystemen in die Pflege eingeführt (Hiroshi 2016: 167).

Zunächst wurden technische Unterstützungssysteme über ein Verleihsystem an den*die Endverbraucher*in gebracht. Die japanische *National Health Insurance Association* finanzierte 90% des Betrages für technische Unterstützungssysteme, während die nutzende Person für 10% der Summe aufkommen musste, wenn festgehalten wurde, dass diese Person Langzeitpflegebedarf hat. Die Initiative „Aging in Place“ bewarb als Vorreiter die Integrierung dieser technischer Systeme im eigenen Haushalt, um den wachsenden gesundheitlichen Bedürfnissen einer älter werdenden Bevölkerung entgegenzukommen. Weiters soll die langfristige Verwendung das Pflegepersonal entlasten, sodass dieses gezielter eingesetzt werden konnte (Lee und Huang 2012: 82-84).

Seit den 2010-er Jahren wurde das Verleihsystem einzelner technischer Unterstützungsmittel in den Hintergrund gerückt und Smart Homes als technische Unterstützung in der gesamten Wohneinheit als Neuerung verbreitet. Wesentliche Implementierungen im Haushalt stellte im Jahr 2015 die Yasashiite-Corporation mithilfe von (Bewegungs-)Sensoren, welche sowohl Vitalwerte sowie Bewegungsabläufe im Haus durchgehend messen und bewerten konnten. 2016 erweiterte die NIFTY-Corporation diese mit Umgebungsfeatures, die förderlich für ältere Menschen fungieren sollten, wie intelligente Einstellungen zur Luftfeuchtigkeit, Temperatur und Beleuchtung. Im selben Jahr veröffentlichte die Panasonic-Corporation einen humanoiden Kommunikationsroboter, welcher mit den Nutzer*innen interagieren, spielen und kommunizieren kann, mit dem Ziel den Grad an Vereinsamung zu senken (Hiroshi 2016: 167f). Einige Beispiele für häufig genutzte technische Hilfsmittel in Japan können in Abbildung 17 wiedergefunden werden:

Wohnraum	Produkte
Küche	automatische Herdabschaltung, Gassensor, Gasblocker, intelligente Küchenseite, intelligenter Kühlschrank
Vorzimmer	Smart Türöffner, -klingel, -schloss
Wohnzimmer	Smart-Klimaanlage, Smart-Multimedia, Smart-Heizung, Smart-Beleuchtung, Smart-Luftbefeuchter, Bewegungssensoren, Vitalmessgeräte etc.
Schlafzimmer	Smart-Kleiderschrank, Schlafmusik-Hintergrund, Bettheber, Smart Vorhänge

Abbildung 17: Beispiele technischer Assistenzsysteme (eigene Darstellung, Daten: Jongbae et al. (2023: 186))

Einige dieser Funktionen lassen sich bereits beim Active and Assisted Living (AAL) am deutschen Fallbeispiel wiederfinden. Laut Meinungsumfragen liegt der Akzeptanzgrad der japanischen Bevölkerung in Bezug zu AAL bei 60% und bei Pflegepersonen bei 80% (Koimizu et al. 2018: 144). Nichtsdestotrotz äußern Pflegekräfte wesentliche Kritikpunkte wie die Reduzierung sozialer Kontakte und Gefahren der Abhängigkeit von technischen Assistenzen. Beispielsweise könnten Personen mit Einschränkungen durch Hilfsroboter und Assistenzsysteme viele Funktionen abgenommen werden, die sie tatsächlich noch besitzen und ausüben sollten. Falls sie über längere Zeit von diesen getrennt sind, zeigen bereits viele Nutzer*innen Unruhe und Missmut. Ziel von AAL ist eine Unterstützung zum selbstständigen Wohnen für ältere Menschen mit Behinderung, jedoch besteht das Paradoxon, dass zu viel Technikeinsatz, die Nutzer*innen unselbstständiger werden lässt. Daher ist das adäquate Ausmaß an Technikeinsatz der entscheidende Faktor (Koimizu et al. 2018: 149).

4.2.3. Community based Integrated Care System

Aus geographischer Perspektive lassen sich in Japan deutliche Disparitäten in der Bevölkerungsdichte und den demografischen Merkmalen der Bevölkerung in zentralen und peripheren Orten festmachen. Ländliche Regionen sind von einer zunehmenden Abwanderungswelle junger Menschen betroffen, wodurch die Alterung in der Bevölkerung deutlich fortgeschrittener ist. Die Abwanderung hat ebenfalls zur Folge, dass die Geburtenrate in den ländlichen Gebieten rückläufig ist, wodurch der Prozess weiter verschärft wird. Darüber hinaus ist Japan von allen OECD-Ländern am stärksten von Alterseinsamkeit betroffen. In Städten und dem Umland wird die Alterung durch den Zuzug von jungen und Personen im erwerbsfähigen Alter gedämpft. Nichtsdestotrotz kämpfen zentrale Orte durch den starken Zuzug

und den Mietpreiserhöhungen mit der Bildung von informellen Siedlungen (Hoshino et al. 2020: 73).

Politische Maßnahmen wie finanzielle Förderungen für Jungfamilien durch Umzugsprämien auf ländliche Gebiete helfen nur bedingt. Weitere regionalpolitische Ansätze, um die Disparitäten in peripheren Gebieten zu verringern, ist ein Ausbau der Infrastruktur sowie gesundheitlichen Dienstleistungen durch Schaffung von Gesundheitszentren, einer Verbesserung des Nah- und Fernverkehrs, eine Magnetschwebbahn von Tokio nach Osaka (Dauer: ca.1 Stunde, Höchstgeschwindigkeit: 505 km/h) (Flossbach von Storch 2023: 14). Um den Lebensstandard der Japaner*innen zu halten oder gar zu verbessern, benötigt es demnach eine Verringerung des Stadt-Land Gefälles. Die Alterung der Bevölkerung in Japan ist nicht der Hauptfaktor für diese Entwicklung, jedoch trägt sie unter multiplen und miteinander zusammenhängenden Faktoren dazu bei (Flossbach von Storch 2023: 20).

Daher reichen singuläre Ansätze aus dem Bereich der Politik, der sozialen Wohlfahrt oder dem Gesundheitswesen nicht aus. Multidisziplinäre Forschungsagenden müssen die Gesellschaft als Ganzheit betrachten, ihre Bedürfnisse berücksichtigen und versuchen den momentanen Trend unter einer nachhaltigen Perspektive in eine andere Richtung zu verlagern. Aus diesem Grund steht für die Regierung, Bemühungen eine nachhaltige Regionalentwicklung in Japan zu gestalten, im Vordergrund. In diesem Kontext wurden regionale und lokale Verwaltungseinheiten dazu aufgerufen, ebenso in Hinblick auf ihre Bevölkerungsstruktur und abgeschnitten auf Merkmale ihrer Zielgruppe, regionale Versorgungszentren sowie Teilhabemöglichkeiten am sozialen Leben zu schaffen (Hoshino et al. 2020: 73-83).

Weiters wurde versucht innovative und multidisziplinäre Kompetenzen, wie „care literacy“, an die breite Bevölkerung zu bringen. Unter „care literacy“ versteht man das Wissen und die Fähigkeit von pflegebedürftigen Menschen selbst ihren Alltag in der Gesellschaft zu bewältigen und sich selbst ermöglichen, Lösungsansätze rund um ihre Gesundheit und Pflege zu finden. Durch die Förderung dieser Kompetenz können sowohl präventiv als auch in einem späteren Stadium ein gesundes Altern ermöglicht werden. Care literacy unterteilt sich in Themengebieten, von denen einige grundsätzlich Anwendung finden können, sowie andere die stark regional und lokale Abweichungen in der Umsetzung haben. Damit ein selbstbestimmtes Wohnen im Alter zu Hause gefördert wird, ist care literacy ein Werkzeug, um ein gemeindebasiertes Verständnis für eine integrative Sicht des Altern zu schaffen. Dies ermöglicht eine Erleichterung in alltäglichen Belangen durch die Einbindung ihrer unmittelbaren Umgebung und Kontakte während dieses Prozesses, welche Nachbarschaftshilfe,

Verkaufspersonal, Postangestellte uvm. umfasst. Bei diesem Konzept spielen räumliche Netzwerke eine relevante Rolle, denn es wird untersucht wie Pflege, Pflegeleistungen, Pflegezentren im Raum angeboten werden und welche Verflechtungen diese mit dem Leben in der Gemeinde haben. Je mehr gemeinschaftsbasierte und integrative Vernetzungen im Raum in Verbindung mit dem Pflegebereich existieren, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer Selbstermächtigung von älteren Personen in dieser Gemeinde (Costantini et al. 2021: 3-5).

Neben Care Literacy empfiehlt die WHO eine Umsetzung von „Integrated Care“ (deutsch: integrierte Versorgung), wobei es sich hier um einen Ansatz handelt, für den als Zielgruppe ältere Personen und Menschen mit Behinderung besondere Relevanz haben. Laut der WHO soll Integrated Care Dienstleistungen im Gesundheitsbereich präventiv anbieten und vielfältige Möglichkeiten von Diagnosetechniken, Behandlungen sowie Rehabilitation individuell erarbeiten. Hierbei werden mehrere Hierarchieebenen im Gesundheitsmanagement und darüber hinaus aufgebrochen, um ganzheitliche sowie interdisziplinäre Gesundheitsdienste anzubieten. Aufgrund der steigenden Signifikanz des demografischen Wandels im Gesundheitsbereich, erweiterte die WHO den Ansatz als Integrated Care for Older People (ICOPE). Ziel des Ansatzes ist es durch praktische Erkenntnisse von Erfolgsmodellen sowie theoretisch-wissenschaftlichen Untersuchungen in der Gerontologie nachhaltige Lösungen für ein aktives und selbstbestimmtes Altern zu finden. Praktisch bedeutet die Umsetzung des Ansatzes, dass man Anpassungen in dem Gesundheitsbereich und der Pflege vornimmt, um sie integrativer zu gestalten. Hier wären folgende Aspekte zu inkludieren (Briggs et al. 2018: 1f):

- a) Ziele und Entscheidungen im Gesundheits-/Pflegesetting durch die betroffene Person, die behandelnden Ärzte, die Hilfs- und Pflegeorganisation und das Umfeld gemeinsam zu treffen
- b) Förderung des Hilfe zur Selbsthilfe-Prinzipes für eine Erhöhung der Autonomie im Alter
- c) die Schaffung einer einheitlichen Gesundheitsdatenbank, welche die erhobenen Daten für sämtliche Gesundheitseinrichtungen verfügbar macht
- d) Verstärkung der sozialen Verankerung auf der Gemeindeebene, durch Teilhabemöglichkeiten und gemeinschaftlichen Unterstützungssystemen
- e) Förderung des Wohnens im Eigenheimes möglichst lange ermöglichen (Briggs et al. 2018: 1f)

Der Ansatz der WHO der Integrated Care wurde als Vorbild für das japanische Modell der „Community based Integrated Care System“ (CbICS) genutzt. Seit dem Jahr 2005 arbeitet die

japanische Regierung an einer Strategie, um etwa 1700 Gemeinden mit dem CbICS Modell vertraut zu machen, sodass sie dieses im Jahr 2040 vollständig in die lokale Gesellschaft integriert sind. Dabei formuliert jede Gemeinde für sich, welche Konzepte, Ziele und Umsetzungen in Hinblick auf partizipatives und selbstbestimmtes Altern auf lokaler Ebene erreicht werden sollen, unter Berücksichtigung ihrer geographischen und sozialen Merkmale. Relevant ist in diesem Hinblick auch ein Bewusstsein und die aktive Anwendung von care literacy auf Gemeindeebene, sodass Gesundheit und Pflege zudem die spezifischen Aspekte des gesellschaftlichen Lebens auf lokaler Dimension inkludiert sind (Costantini et al. 2021: 3).

Die Auswahl dieses Ansatzes ist unter der Berücksichtigung gesellschaftlicher Strukturen in Japan recht einzigartig. Soziale Inklusion wird unter einer japanischen Perspektive anders aufgefasst im Vergleich zur europäischen Konzeptualisierung, wodurch die Entscheidung aus der Politikebene ein europäisches Vorreitermodell heranzuziehen, in Hinblick auf die unterschiedlichen Rahmenbedingungen, schwer prognostizierbar war (Dahl 2018: 44). Allman (2013: 7) beschreibt die Begriffe soziale Inklusion und Exklusion als *„eine Ordnung zur Bestimmung von sozialen Rängen und Positionen, welches von einem Narrativ entsprechend gerechtfertigt wird, um Zugang zu bestimmten Ressourcen (nicht) zu erhalten, wobei die Begriffe in jeder Gesellschaft unterschiedlich interpretiert werden.“* [Übersetzung]

Wenn man historisch zurückblickt, so war die Alters- und Sozialfürsorge in Japan der 1970er Jahre stark familien- und betriebszentriert. Die Depression, folgend durch die Japankrise in den 1990er Jahren, brachte grundlegende Änderungen in der Versorgungsfunktion der Betriebsfürsorge und dem Aufbrechen von familiengestützter Altersfürsorge. Aus diesem Grund änderte sich zu Beginn der 2000er Jahren die soziale und finanzielle Versorgung im Alter sowie bei Pflegefällen von einer familiär hinzu einer gesellschaftlich getragenen Verantwortung. In diesem Zusammenhang wurde im politischen Diskurs erstmalig der Terminus „Soziale Inklusion“ verwendet. Im Bereich der Politik versuchte man dadurch die Problematiken der neuen Familienstrukturen, des demografischen Wandels, ökonomischer Krisen sowie dem negativen gemeinschaftlichen Image der japanischen Bevölkerung entgegenzuwirken (Dahl 2018: 46-48).

Diese ökonomischen und gesellschaftlichen Transformationsprozesse zu Beginn der 2000er Jahre ebneten den Weg für die Einführung von CbICS. Asakawa et al. (2017: 400) definieren die Ziele von CbICS als System, dass versucht *„Menschen ihre Würde und Selbstbestimmung im Alter durch umfassende und gemeindenahe Unterstützung möglichst lange zu gewähren, sodass ein Leben mit gemeinschaftlicher Partizipation und Autonomie realisierbar wird.“*

Die Rollenverteilung in Zuge von CbICS zwischen den Gebietskörperschaften verläuft nach der Japan International Cooperation Agency wie folgt:

- (1) Staat: Die Aufgabe des Staates bei CbICS sind grundlegende Richtlinien und Instrumente vorzugeben. Aufgrund einer starken Dezentralisierung wurden Wohlfahrtsprogramme für ältere Personen und Menschen mit Behinderung an die Gemeinden übertragen. Die Verringerung von Disparitäten der verschiedenen Gemeinden ist daher die Aufgabe des Staates (Japan International Cooperation Agency 2022: 2.7).
- (2) Präfektur: Die Präfekturen dienen den Gemeinden als Unterstützung bei der Umsetzung ihrer Zielvorstellungen. Darüber hinaus bieten sie Förderprogramme, technischen Support und Schulungen für die Gemeinden an. Eine wichtige Aufgabe der Präfekturen ist die Bereitstellung von medizinischer Versorgung und Dienstleistungen in der Region (Japan International Cooperation Agency 2022: 2.7-2.8). Briggs et al. (2018: 2) fügen bei den Aufgaben der Mesoebene hinzu, dass sie unterstützend für die Koordination zwischen sozialen und medizinischen Diensten fungieren sowie diese Netzwerke erweitern können.
- (3) Gemeinden: Sind hauptverantwortlich für die Konzipierung, Planung, Zielsetzung und Umsetzung von CbICS. Die Bedarfserhebung und die Ressourcenverfügbarkeit müssen an die Präfekturen weitergeleitet werden, falls für die Umsetzung Unterstützung notwendig ist. Schlüsselement für die Gemeinden sind ebenfalls die Errichtung von CbICS-Unterstützungszentren, in denen kompakt von Beratungstätigkeiten bis hin zu medizinischen Dienstleistungen angeboten wird. Bis zum Jahr 2020 wurden in ganz Japan 5.221 Unterstützungszentren errichtet. Darüber hinaus müssen die Gemeinden zentrale soziale Aufgabenreiche abdecken wie bspw. die Etablierung von Gemeinde-Pflege-Treffen als Instrument, um die Bewohner*innen der Gemeinde zu beraten, unterstützen und Feedback über den bisherigen Prozess einzuholen. Die Schaffung von Hilfszentren, die bei längeren Krankenhausaufenthalten und nach der Entlassung Unterstützung für Familie und Betroffene anbietet, gehört ebenfalls dazu (Japan International Cooperation Agency 2022: 2.8-2.12).

Ein Vorteil dieses Ansatzes ist, dass Gemeinden mit Befugnissen ausgestattet werden, sodass sie individuell nach ihren Bedürfnissen planen können. Die Unterstützungszentren sind darauf ausgerichtet, geschultes Personal für bestimmte Aufgaben- und Versorgungsbereiche, die für die jeweilige Gemeinde relevant sind, bereitzustellen. Auch das selbstbestimmte Wohnen wird

durch diesen Ansatz bestärkt, da das primäre Ziel ist, ältere Menschen durch präventive medizinische Dienstleistungen, sozialen Teilhabemöglichkeiten und Nachbarschaftshilfe möglichst lange zu Hause in der Gemeinde wohnen zu lassen. Darüber hinaus differenzieren bereits Gemeinden zwischen „gesunden und aktiven Pensionist*innen“ und „pflegebedürftigen Personen“, wodurch aktive Pensionist*innen oftmals die Rolle der Versorger*innen einnehmen, die Pflegebedürftige bei Alltäglichem unterstützen. Dies bietet einen zweifachen Vorteil, in dem es einerseits mehr freiwillige Helfer*innen gibt, andererseits gegen die Vereinsamung von älteren Personen vorgeht (Morikawa 2014: 50-52).

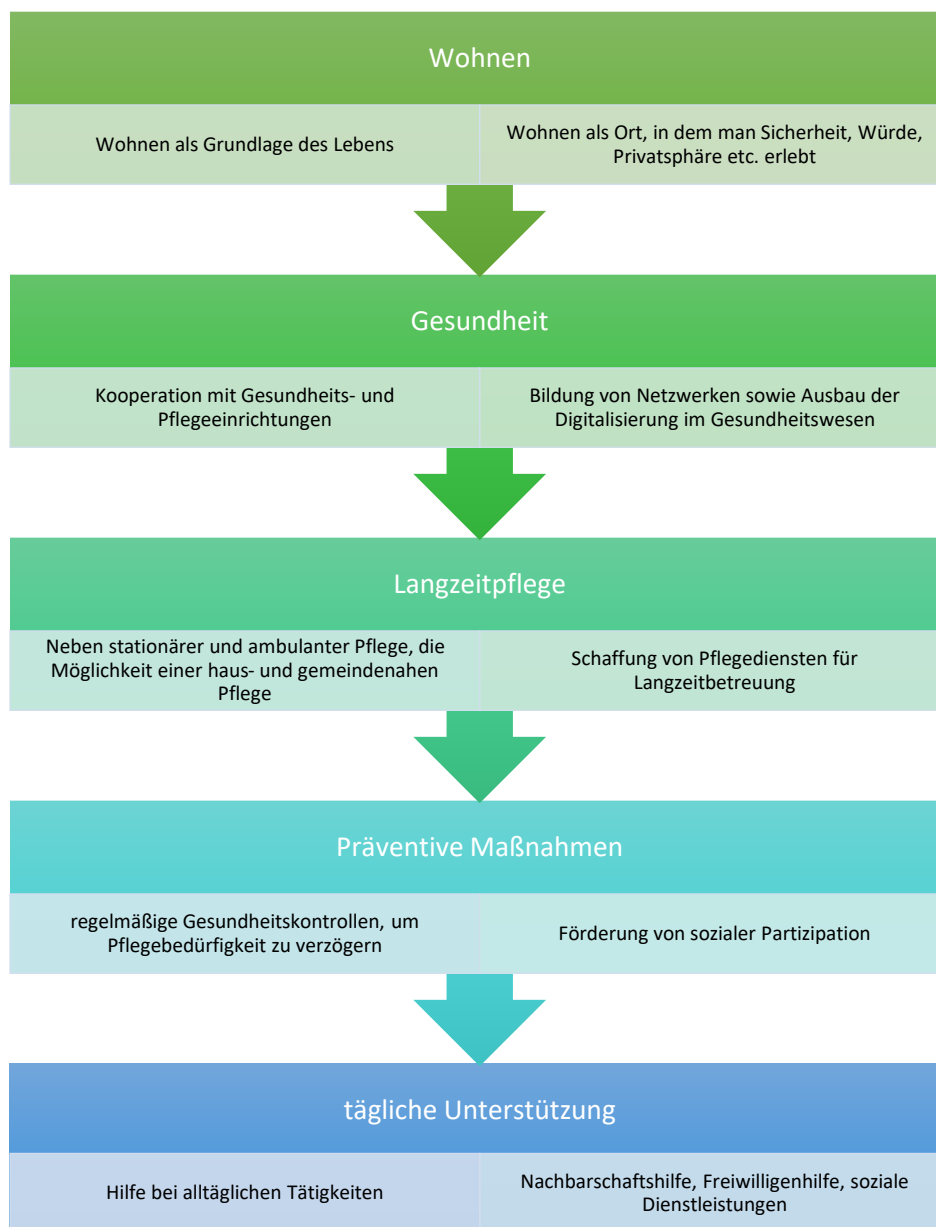


Abbildung 18: Fünf Faktoren von CbICS (eigene Darstellung; Daten: Japan International Cooperation Agency (2022: 22f))

Auf Abbildung 18 sind fünf Faktoren von CbICS zu sehen. Die genannten Aspekte verdeutlichen die Relevanz eines lokalen Ansatzes. Darüber hinaus formulieren Briggs et al. (2018: 2) weitere Vorteile für die Ausstattung der Mikroebene mit Kompetenzen, da die erfolgreiche Erstellung eines gemeinsamen Gesundheits- und Pflegeplanes stark von der Kooperation lokaler Netzwerke abhängt. Hier hat die Gemeinde wesentlichen Einfluss darauf, diese Netzwerke zu stärken und einzugreifen. Dies ermöglicht eine tiefgehende Beurteilung des Gesundheitszustandes und eine Prognose über die kommenden Jahre, wodurch das Ziel, die Erhaltung eines möglichst selbstständigen Lebens und Wohnens, gefördert wird (Briggs et al. 2018: 2).

4.3. Norwegen

4.3.1. Demografie und ökonomische Zugänge

Mithilfe der Datenbanken der zentralen Statistikbehörde Norwegens lässt sich die Altersstruktur des Landes wie folgt veranschaulichen. Norwegens Bevölkerungspyramide hat in den 1990er- und 2000er-Jahren von OECD-überdurchschnittlichen Fertilitätsraten profitiert. So lag die totale Fertilitätsrate im Jahr 2009 immer noch bei 1,98. Dies lässt sich in der Grafik gut an der ausgeglichenen Verteilung der 15- bis 64-Jährigen erkennen. Seit 2009 ist die Fertilität allerdings um rund 30% eingebrochen und liegt somit weit unter dem OECD-Durchschnitt (OECD 2023).

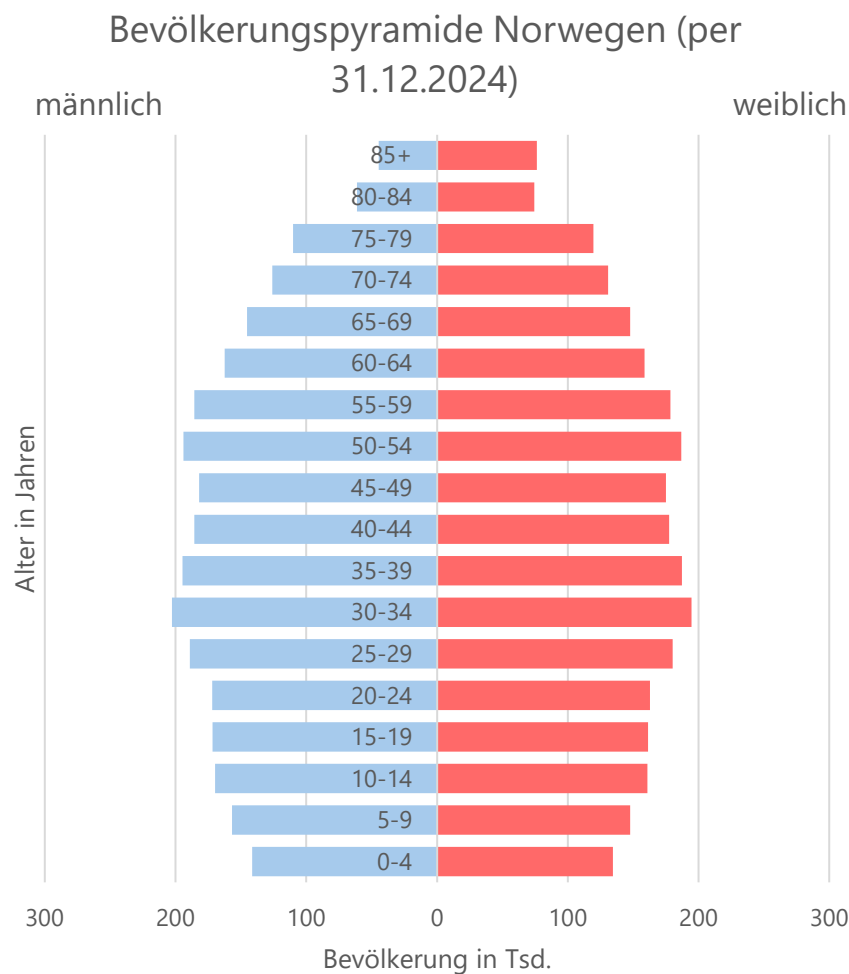


Abbildung 19: Bevölkerungspyramide Norwegen (eigene Darstellung, Daten: Statistics Norway (2025))

Die OECD nennt als mögliche Gründe für den Rückgang der Geburten die gestiegenen Kosten im Zusammenhang mit Wohnen und das allgemeine Misstrauen in die wirtschaftliche Stabilität des Landes. Daneben gilt auch, wie in anderen europäischen Ländern, die Veränderung sozialer Normen als wesentlicher Treiber für die beschriebene Entwicklung. Die Bevölkerung Norwegens wird in den nächsten Jahren einen wesentlichen Alterungsprozess erleben. Typische Probleme wie das Ungleichgewicht von Pflegekräften zu Pflegebedürftigen können bereits für das Jahr 2060 vorhergesagt werden (OECD 2023).

Zur Bekämpfung jener Entwicklungen hat das Land bereits im Jahr 2011 eine Pensionsreform vorgenommen, die an das bereits bestandene System anknüpfen soll. Eingeführt im Jahre 1967 basiert das norwegische Pensionssystem auf 3 Säulen: Das nationale Versicherungssystem (NIS), die betrieblichen Vorsorgen und die privaten Ersparnisse galten damals wie heute als Grundidee der Alterssicherung. Seit der Pensionsreform sind neben dem nationalen Versicherungssystem auch die Betriebsrenten verpflichtend (The World Bank 2019: 6). Eine weitere Neuerung ist der flexible Start des Pensionsalters. Während zuvor das Eintrittsalter mit 67 Jahren fixiert war, so ist nun ein Fenster zwischen 62 und 75 Jahren anwendbar. Personen, die zumindest 3 Jahre in Norwegen verbracht haben, haben Anspruch auf die Mindestpensionshöhe. Darüber hinaus führen Beiträge aus dem Einkommen der Norweger*innen, angesetzt bei 18,1% des rentenfähigen Einkommens, zur Erhöhung des Pensionsanspruchs (The World Bank 2019: 10).

Das nationale Versicherungssystem wird zukünftig über den größten Staatsfonds der Welt, den staatlichen Pensionsfonds Norwegen, abgesichert. Dieser wurde in den 1960er-Jahren mit den Einnahmen aus Erdöl- und Erdgasunternehmungen aufgebaut, um das aufgebaute Vermögen auch auf kommende Generationen zu verteilen (OECD 2023). Eine Besonderheit des Fonds ist der hohe Anteil an Aktien (ca. 70%) am Gesamtvermögen. Daneben sind Anleihen (ca. 27%) die nächstgrößte Anlageklasse. Das Management des Fonds erachtet die Allokation als geeignet, um höchstmögliche Renditen bei akzeptablem Risiko zu erzielen (NBIM 2024).

4.3.2. Status quo der norwegischen Wohnungsforschung

In der öffentlichen Meinung ist die Annahme weit verbreitet, dass Norwegen unter den Spitzenreitern in der Altersfürsorge ist sowie im obersten Bereich, wenn es um Aspekte wie Selbstbestimmung im Alter mit Behinderung geht (Brennan et al. 2018: 21). Ob diese Annahmen zutreffen, wird im Folgenden diskutiert.

Bis zu den 1950er Jahren waren Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und ältere Menschen in Norwegen spärlich vorhanden, weil familiäre Netzwerke die primäre Versorgungsfunktion übernahmen. Änderungen in der nationalen Versorgungspolitik führten jedoch zu einer rasanten Steigerung von Angebot und Nachfrage in Pflegezentren. Grund dafür waren mitunter die Aktivierung von norwegischen Wohltätigkeitsorganisationen, die für diese Zwecke finanzielle Mittel auftrieben. Nichtsdestotrotz wurde in den 1970er Jahren durch die starke Institutionalisierung Aspekte wie Segregation, mangelhafte Lebensbedingungen und Stigmatisierung hinterfragt. Dies löste eine Welle von Reformforderungen aus, welche zunächst die bestehenden Einrichtungen verbessern wollten, jedoch wurden Wohnsettings wie Schlafsäle zukünftig gänzlich unterbunden (Tøssebro et al. 2012: 135f).

In den 1980er Jahren wurden weitere Reformen im Pflege- und Gesundheitssystem in Bezug auf das selbstbestimmtes Wohnen gefordert, in dem man dem bestehenden System einen hohen Bürokratisierungsgrad, Ineffizienz sowie wenig Berücksichtigung auf individuelle Wohn- und Pflegewünsche vorwarf. Als Reaktion darauf wurden Institutionen für Personen mit Behinderung in Norwegen ab den 1990er Jahren geschlossen. Auch im Zusammenhang mit der Versorgung älterer Personen wählte man ab den 1990er Jahren einen moderneren Ansatz, damit gemeindebasierte Dienste und lokale gemeinnützige Bauträger gefördert werden, um eine Deinstitutionalisierung in der Pflege zu erreichen (Brennan et al. 2018: 21-23).

Dies hatte zur Folge, dass sich die ursprünglichen Wohnformen änderten. Neue Wohneinheiten konnten somit maximal vier Personen beherbergen und man versuchte die stationäre Umgebung in ein gemeinschaftliches Wohnsetting in Pflegeheimen zu transferieren. Dieser Trend setzte sich in den 2000er Jahren fort, wodurch die nationale Regierung den Gemeinden die Zuständigkeit für diesen Bereich zusprach (Tøssebro et al. 2012:135-137).

Pflegeheime gehören weiterhin in Norwegen zu den relevantesten Einrichtungsformen für die Langzeitpflege mit ca. 1% der norwegischen Bevölkerung als Bewohner*in. Grund dafür sind zu Teil die geografischen Gegebenheiten des Landes mit 90% der Bevölkerung, die in Küstennähe wohnt und sonst gering besiedelten Inlandsfläche. Die Distanz zu medizinischen Einrichtungen und Pflegediensten ist für viele ältere Personen mit Behinderung an peripheren Orten ein ausschlaggebender Faktor in ein Pflegeheim zu ziehen. Obwohl Pflegeheime für die einzelnen Regionen Norwegens eine teilweise (lebens-)wichtige gesundheitliche Versorgungsfunktion haben, ist in den letzten Jahren ein sinkender Trend an Nutzer*innen festzustellen, wenngleich angemerkt wurde, dass sich Pflegeheime in den Jahrzehnten einem

grundlegenden Imagewechsel von einer stationären Unterbringung hin zu einem „zuhaus ähnlichen“ Lebensumgebung unterzogen haben (Ågotnes 2017: 38-54).

Als modernes Wohnprojekt in Sædalen, welches zehn Kilometer von der Kommune und Stadt Bergen entfernt, südwestlich Norwegens liegt, wurden die Helgetun Wohnanlagen errichtet. Sædalen ist topographisch gesehen vorwiegend von Grünflächen und Seen umgeben, was viele Nutzer*innen des Wohnprojektes mit einem ländlich-idyllischen Eindruck beschreiben. Das Pilotprojekt soll die Möglichkeit für ländlichere Gebiete bieten, in einer Gemeinschaft aktiv zu Altern. Zunächst wurde dort bereits 1954 von Helgentun eine Einrichtung für Menschen mit Behinderung gegründet. Ab dem Jahr 2014 wurde an diesem Wohnkomplex, neben der Einrichtung und den Wohnanlagen, ein Kindergarten eröffnet. Mit der Errichtung des Wohnprojektes für Menschen im Alter, wollte Helgentun einen Wohnkomplex schaffen, in dem alle Teilnehmer*innen einer Bevölkerung, ungeachtet Alter, Behinderung und sozialer Zugehörigkeit zusammenleben können. Ziel des Pilotprojektes mit einer Nutzer*innengruppe von über 65-Jährigen war es, eine Gemeinschaft zu errichten, in denen die ältere Bevölkerung sozial partizipativ sein kann und an Gemeinschaftsaktivitäten mit anderen Altersgruppen mitmachen kann. Dabei können freiwillige Ältere im Kindergarten, beim Anbau von Pflanzen in der ortseigenen Farm oder in der Wohneinrichtung für Menschen mit (Mehrfach-)Behinderung aushelfen. Insgesamt besitzt das Wohnprojekt 31 Wohneinheiten, welche seit 2019 durchgehend vergeben sind, da die Wartelisteplätze bereits ausgelastet sind (Yoon 2020: 48f).

Positive Aspekte dieses Wohnprojektes sind der Zugang zu gemeinschaftlichen Aktivitäten, die vorhandene Infrastruktur im Komplex, die Möglichkeit zur Selbstorganisation innerhalb einer Wohnsparte sowie ein multigenerationaler Austausch. Als Herausforderung stellt sich die Distanz zum nächsten Stadtzentrum (10km) dar, da sich das Wohnprojekt ansonst in einem abgelegenen Gebiet befindet. Der öffentliche Nahverkehr hat noch Aufholbedarf bei der Frequenz der Fahrzeiten. Nutzer*innen, die über kein Auto verfügen sind oftmals auf Andere angewiesen, falls sie die Ortschaft verlassen wollen (Yoon 2020: 50).

4.3.3. Reablement und Ageing at home

Ein Konzept, welches seit den 2010er Jahren in Norwegen an Popularität gewinnt, ist Hverdagsrehabilitering (übers. Rehabilitation im Alltag), wodurch alltägliche körperliche Funktionen wiedererlangt und angewendet werden sollen. Dieses Konzept ist verknüpft mit

dem Reablement Ansatz, welcher als interdisziplinär kategorisiert ist, und das Ziel hat, Personen in ihrem Alltag ein unabhängiges und selbstbestimmtes Leben in ihrem gewählten Wohnsetting zu ermöglichen sowie eine Langzeitpflege möglichst lange hinauszuzögern. Der Ansatz stammt aus der Wissenschaftsdisziplin der Gerontologie und hier aus dem Gebiet des aktiven Alterns. Er unterstützt die ältere Bevölkerung dabei ihrem Wunsch zu Hause zu wohnen nachzukommen und greift dabei auf soziales und medizinisches Personal zurück, die sich individuell auf den Funktionserhalt einer Person fokussieren. Bei Reablement ist darüber hinaus wichtig, dass die Unterstützenden den älteren Personen zeigen, wie sie sich im Alltag selbst helfen können, daher ist der Punkt Selbsthilfe bei diesem Ansatz essenziell. Die genannten Entwicklungen sowie die Abkehr von Hilfsangeboten hinzu der Gabe von Selbsthilfemöglichkeiten bezeichnen Ambugo et al. (2022: 2) „*einen gesundheitspolitischen Paradigmenwechsel in Norwegen*“.

Aus diesem Grund werden die Patient*innen bei Entscheidungen über Pflegepläne involviert sowie für die verwendeten technischen Assistenzsysteme geschult, um ihnen Funktionen nicht „vorzuzeigen“, sondern sie selbst im Umgang damit zu befähigen. Da Pflegeheime bei der älteren Bevölkerung an Popularität abnimmt und häusliche sowie gemeindebasierte Pflegedienste für hochaltrige Menschen mit Behinderung zunehmen wurde ab 2015 von der Regierung der „*Governments Plan for the Field of Care 2015-2020*“ implementiert. Wichtige Punkte des Aktionsplanes umfassen im gegebenen Kontext eine stärkere Förderung der sozialen gemeindebasierten (Pflege-)Dienste. Diese sollen wiederum Reablement stärken, da die norwegische Regierung diesen Ansatz als zukunftsfähig für ein selbstbestimmtes und aktives Wohnen im Alter in der Heimatgemeinde hält (Ambugo et al. 2022: 1f).

Munkejord et al. (2019: 204) kritisieren an diesem Ansatz, dass er primär für ältere Menschen gedacht ist, die grundlegende körperliche und geistige Funktionen besitzen. Dadurch würde die Gruppe der stark beeinträchtigten Personen, welche mit dem hohen Alter zunimmt, marginalisiert werden durch die Annahme, sie seien für ihren gesundheitlichen Zustand eigenverantwortlich. Darüber hinaus geben die Autoren an, dass die Angebote wenig bis kaum für hochaltrige Personen mit einem größeren Behinderungsgrad zugeschnitten wurden (Munkejord et al. 2019: 204).

Weitere Initiativen des Regierungsprogramms umfassen „Ageing at home“, bei dem Reablement eine tragende Rolle spielt, Menschen beim Altwerden die Möglichkeit zu geben, durch einen selbsthelferischen Ansatz auf einen Platz in einer Langzeitpflegeeinrichtung zu verzichten und zu Hause alt zu werden. Neben den gemeindebasierten Pflege- und

Sozialdiensten sollen hier vermehrt informelle Netzwerke wie Familie, Freunde und Nachbarschaft eine unterstützende Rolle im Alltag einnehmen. Grundsätzlich entspricht dieses Programm den Grundpfeilern des selbstbestimmten Wohnens, jedoch wird hier ebenfalls kritisiert, dass dieses Programm für hochaltrige Personen deutlich schwieriger umsetzbar ist. Voraussetzung wäre eine bestehende Infrastruktur, welche in Gehweite erreichbare Dienstleistungen oder Versorgungsmärkte anbietet. Grundsätzlich sind damit nicht nur periphere Gebiete, sondern auch benachteiligte Stadtteile impliziert (Pani-Harreman et al. 2022: 48-50).

Mit dem Jahr 2023 wurde aus dem Gesundheits- und Pflegesektor die „*National eHealth strategy 2023-2030*“ herausgegeben, wodurch der Hauptfokus auf die Ausschöpfung von digitalen Ressourcen in der Pflege, die Verbreitung von technischen Assistenzsysteme im Haushalt und die Nutzung von Künstlicher Intelligenz bei Datenanalysen im Gesundheitsbereich liegt (Helsedirektoratet 2025). Ab dem Jahr 2024 fokussiert man sich neben der Digitalisierung in der Pflege auch auf zivilgesellschaftliches Engagement. Mit dem nationalen Regierungsprogramm „Community and independence – live safely at home“ sollen die Gemeinden, neben den bestehenden pflegerischen Diensten aus den Jahren zuvor, als nächsten Schritt die gesellschaftlichen Netzwerke ausbauen (Scharlach und Tingvold 2024: 62).

Grundsätzlich sprechen diese Ansätze und Programme gut einen Teil der Zielgruppe an, wobei das Alter nur eine bedingte Rolle spielt. Personen tendieren zu einer Langzeitpflegeeinrichtung, wenn sie durch Funktionsverluste nicht mehr imstande sind täglichen Aktivitäten nachzugehen. Bei einem niedrigen Grad der Behinderung können die angegebenen Programme selbstbestimmtes Wohnen fördern. Bei hochaltrigen Personen mit einem umfangreichen Pflegebedarf, können die Programme nur unter bestimmten Voraussetzungen (starkes familiäres Netzwerk, 24-Stunden-Pflegepersonal etc.) überhaupt möglich sein. Darüber hinaus sind Bildungsniveau, Einkommenshöhe und sozialer Kontext nicht außer Acht zulassende Faktoren. Sozioökonomisch benachteiligte Menschen werden durch die sozialpolitischen Programme und Dienstleister*innen seltener angesprochen, bekommen durch fehlende finanzielle Mittel weniger Zugang zu modernen, digitalen Unterstützungsmitteln und haben deutlich geringere Entscheidungsmöglichkeiten in Bezug auf ihre Wohnform im Alter (Redzovic et al. 2023: 6-8).

Die norwegische Regierung erreichte bereits einen hohen Deinstitutionalisierungsgrad, implementierte Programme wie „Ageing in Place“ sowie Reablement und stellte persönliche Assistenzen im Eigenheim bereit, wodurch bereits wichtige Schritte zur Förderung von

selbstbestimmten Wohnen gemacht wurden. Aus diesem Grund steht ihnen innerhalb Europas sowie weltweit eine Vorreiterrolle bei der Schaffung von Gesetzen und soziopolitischen Maßnahmen für die Einhaltung des 19. Artikels der UN-Behindertenrechtskonvention zu (Brennan et al. 2018: 22).

Währenddessen vertreten Tøssebro et al. (2012: 134) die Ansicht, dass nicht die Reformen per se zurzeit der staatliche Unterzeichnung der BRK relevant sind, sondern ihre Umsetzung nach der Reformeuphorie, wenn sich die politische Stimmung auf andere Thematiken richtet. Die Autoren untersuchten diese Änderungen und konnten parallel bestehende Entwicklungen feststellen: Einerseits Disparitäten zwischen gemeindebasierten Diensten, eine zunehmende Marktorientierung und steigende Bewohner*innenzahlen bei den Wohngruppen. Gleichzeitig werden weiterhin Selbstbestimmung, gleicher Zugang zu Diensten, Individualität und Mitbestimmung öffentlich angepriesen.

So lässt sich feststellen, dass ländlichere Regionen zwar bei der Errichtung einer altersgerechten Infrastruktur aufholen, nichtsdestotrotz in einigen Gemeinden Lücken bestehen, in denen man die Disparitäten verkleinern muss (Dale et al. 2012: 114). Diese Analyse trifft nicht nur auf periphere Gebiete zu, sondern auch auf einzelne Stadtteile in Norwegen. Privilegiertere Stadtteile weisen einen deutlichen Unterschied bei der Verfügbarkeit von Gesundheits- und Pflegediensten auf als benachteiligte Stadtteile. Doch nicht nur geographische Aspekte spielen beim Zugang zu Dienstleistungen eine Rolle, sondern auch das ökonomische Kapital. Verschärft werden diese Ungleichheiten bei einem Personalressourcen- sowie Dienstleistungsmangel, bei denen Menschen mit höheren ökonomischen Ressourcen andere Möglichkeiten haben (bspw. privater Bereich) an die gesundheitlichen Dienstleistungen zu gelangen (Hartford Kvæl und Gautun 2023: 7). Sozioökonomisch benachteiligte Menschen haben in Norwegen prinzipiell den gleichen Zugang zu gesundheitlichen Diensten, jedoch ist dieser Zugang oftmals mit größeren Wartezeiten verbunden und erst gegeben, wenn man „beeinträchtigt genug“ ist. Diese Resultate der Analyse von Hartford Kvæl und Gautun (2023: 6) verdeutlichen, dass die Konzeption und Implementierung der gesundheitlichen Dienste in Zukunft stärker benachteiligte Gruppen berücksichtigen muss, um Gleichberechtigung zu fördern.

Diesen Ergebnissen stimmen Brennan et al. (2018: 22) zu, da sie anmerken, dass die Gesetzgebung und die politischen Ideale abweichen von der realpolitischen Umsetzung der Programme. Jedoch merken die Autoren an, dass Norwegen mit dieser Problematik EU-weit nicht alleinsteht. Brennan et al. (2018: 28f) bewerten die Pionierrolle Norwegens bei der

Thematik selbstbestimmtes Wohnen kritisch, da seitens der Politik die Aufgabenerfüllung erreicht scheint und der Status quo somit beibehalten werden soll. Dennoch ist die Förderung von individuellen Betreuungswünschen, Berücksichtigung der Diversität bei der Planung der Angebote sowie die Verringerung regionaler Disparitäten in Hinblick auf eine altersfreundliche Infrastruktur relevante Aspekte, die eine langfristige Verbesserung in der Versorgungsleistung erzielen können.

5. Österreich

5.1. Demografie und ökonomische Zugänge

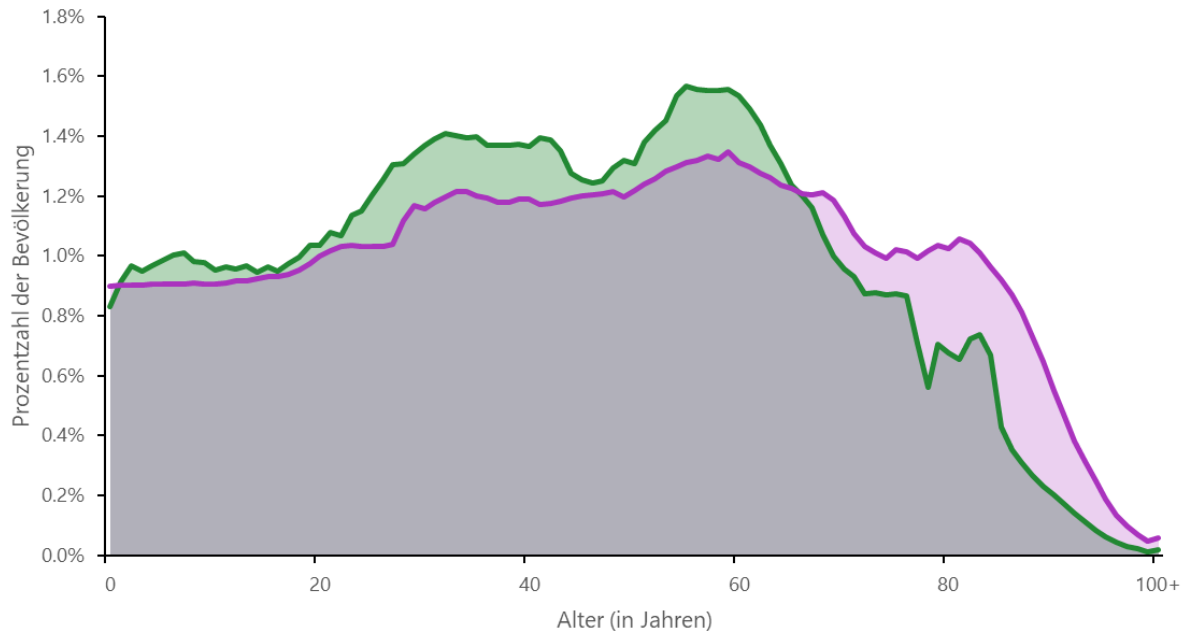


Abbildung 20: Bevölkerung Österreichs nach Alter. Gegenüberstellung der Altersverteilung Ende 2023 (grüne Linie) zur prognostizierten Altersverteilung im Jahr 2050 (violette Linie) (eigene Darstellung, Daten: Statistik Austria (2024))

Aus Abbildung 20 lässt sich folgendes Bild ableiten: Die österreichische Bevölkerung ist per Ende 2023 demografisch grundsätzlich ähnlich verteilt wie sie es im Jahr 2050 sein wird. Jeder Jahrgang der 30- bis 65-Jährigen ist häufiger vertreten als die individuellen Jahrgänge aller unter 25-Jährigen oder über 70-Jährigen. Die Bevölkerung ist hauptsächlich im Alter 30 bis 65.

Der wesentliche Unterschied ist bei den Menschen über 60 Jahren zu erkennen. Mit Ende 2023 sieht man einen steilen Abwärtstrend zwischen den Lebensaltern 60 und 72. Dieser Trend verschiebt sich bis zum Jahr 2050 nach hinten. Während aktuell rund 20% aller Österreicher*innen 65 Jahre und älter sind, werden es im Jahr 2050 in etwa 28% sein. Noch eindeutiger ist das Bild bei hochaltrigen Personen die 80 Jahre und älter sind. Der Anteil all jener an der Gesamtbevölkerung wird sich im selben Zeitraum von 5,9% auf 11,6% fast verdoppeln.

Ebenso wie in anderen europäischen Ländern, steht auch in Österreich die Thematik Pensionen unter Berücksichtigung einer alternden Bevölkerung häufig im Mittelpunkt politischer und sozialer Debatten. Gewiss ist, dass der demografische Wandel einhergeht mit der

Notwendigkeit Kosten für Pensionen deutlich zu senken (Wöss 2020: 246). Grundsätzlich ist der Aufbau des Pensionssystems in Österreich auf drei Komponenten konzentriert: die gesetzliche Pensionsversicherung, betriebliche Vorsorgen und private Ersparnisse. Im Folgenden wird, die durch ein Umlageverfahren finanzierte, gesetzliche Pensionsversicherung näher erläutert (Blank et al. 2016: 1).

Die öffentliche Säule des österreichischen Pensionssystems bildet den Kern der Altersvorsorge. Im Gegensatz zu anderen OECD-Ländern haben die zwei anderen Komponenten einen relativ geringen Stellenwert (Kocher und Muny 2020). Das gesetzliche Rahmenwerk wurde schrittweise für Versicherte nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz, nach dem Bundesgesetz über die Sozialversicherung freiberuflich selbständig Erwerbstätiger und nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz harmonisiert (RIS 2006). Somit ist für alle Gruppen das gesetzliche Pensionsalter prinzipiell bei Vollendung des 65. Lebensjahres erreicht. Ausnahmen gelten beispielsweise für Frauen, die zur Mitte des Jahres 1968 oder früher geboren wurden. Unter Umständen kann bereits bei Erreichen des 63. Lebensjahres die sogenannte Korridor pension geltend gemacht werden. Anspruch haben all jene Personen, die mindestens 180 Versicherungsmonate angesammelt haben. Diese werden beispielsweise bei voller Erwerbstätigkeit automatisch angespart, da die Pensionsversicherung mandatorisch ist (RIS 2006).

Ausschlaggebend für die Höhe der Alterspension ist das durchschnittliche Lebenseinkommen des*der Versicherten. Leistungsziel der Höhe ist eine 80%-ige Bruttoersatzrate. Vereinfacht gilt hierbei eine jährliche Gutschrift auf die Pension von 1,78% des versicherten Jahreseinkommen bei einem Ziel von 45 Versicherungsjahren. Mitwirksam sind auch Perioden von Arbeitslosigkeit oder Kindererziehung. Die tatsächliche Höhe der Pension wird zusätzlich laufend an Durchschnittsloohnerhöhungen angepasst (Wöss 2020: 240). Grundsätzlich mindert ein verfrühtes Antreten der Pension um einen Monat die Pensionshöhe um 0,35%. Dies gilt ebenso für jeden weiteren Monat, darf eine Gesamtsumme von 15% allerdings nicht überschreiten. Ein verspäteter Pensionsantritt erhöht die monatliche Pensionssumme um 0,35% und darf 12,6% nicht überschreiten (RIS 2006).

5.2. Status quo der österreichischen Wohnungsforschung

Die folgende Bearbeitung des wissenschaftlichen Standes selbstbestimmten Wohnens für hochaltrige Person mit Behinderung im österreichischen Kontext umfasst akademische Paper

und Studien, in welchen zumindest ein*e Forscher*in Teil eines österreichischen Forschungsinstitutes ist. In den meisten fachlichen Beiträgen untersuchen Arbeitsgruppen, in Zusammenarbeit mit mehreren deutschsprachigen Instituten, die Thematik.

Zwei Trends sind in Österreich deutlich verzeichnet. Der demografische Wandel in der österreichischen Gesellschaft führt zu einer Alterung, welche im vorhergegangenen Kapitel gezeigt wurde. Der zweite Trend ist die zunehmende Digitalisierung, welche mittlerweile alle Lebensbereiche einnimmt. Für die Forschung ist eine Verbindung dieser Trends von großem Interesse, da in der Digitalisierung wesentliche Lösungsansätze für zukünftige Herausforderungen, im Hintergrund einer alternden Gesellschaft, gesehen wird. Pihlainen et al. (2023: 104) merken an, dass sich die Digitalisierung im Kontext des (hohen) Alters primär auf Themen wie Autonomie, Lebensqualität und Pflege im öffentlichen sowie politischen Diskurs fokussiert hat. Im wissenschaftlichen Diskurs seien besonders ethische Fragen, soziale Inklusion und sozio-technische Innovationen als Schwerpunkt gesetzt worden.

Darüber hinaus ist ein relevanter Faktor die Gründe für eine Nutzung oder einen Verzicht von digitalen Hilfsmitteln im Alter. Wanka et al. (2023: 177) argumentieren, dass sich das Nutzer*innenverhalten nicht nur über die verschiedenen Alterskohorten unterscheiden lässt, sondern auch das Geschlecht und der Bildungsstand wesentliche Faktoren sind. Die Forscher*innen appellieren die Dringlichkeit der Berücksichtigung dieser Ergebnisse, da sie helfen können, digitale Angebote für ältere Personen mit Behinderung partizipativer und inklusiver zu gestalten. Dies könnte einen Beitrag zu inklusiveren Designkonzepten leisten, die keine diskriminierenden oder stereotypisierenden Formen in Hinblick auf Alter, Behinderung und Geschlecht vermitteln. Somit wären sie konform mit den gesetzlichen Vorgaben der UN-BRK (Wanka et al. 2023: 177f).

Einen überraschenden Sachverhalt stellt die Tatsache dar, dass besonders in der Sparte des technologiestützen Alterns in den letzten Jahren gefördert und geforscht wurde, jedoch kaum markttaugliche Umsetzungen für die breite Masse auf österreichischer sowie auf europäischer Ebene erzielt wurde. Als mögliche Ursachen dafür werden die Generalisation von Altersbildern und Stereotypisierungen genannt. Aus diesem Grund sind kritische gerontologische Ansätze notwendig, die interdisziplinäre Forschungen mit den technischen Innovationen verbindet, um eine nachhaltige Implementierung in diesem Bereich zu erzielen (Wanka und Gallistl 2021: 384). Besonders in der Gruppe der hochaltrigen Personen mit Behinderung wird es keine Standardlösung/-konzept/-programm in Anbetracht ihrer Heterogenität geben (Pihlainen et al. 2023: 116). Dieses Problem kam im letzten Jahrzehnt wiederholt bei dem Versuch auf, von

mehreren politischen Ebenen eine Lösung aus dem Feld der technischen Innovationen zu finden. Zunächst wird es nicht einen singulären Lösungsansatz bei dieser hochkomplexen und individuellen Thematik geben. Darüber hinaus können technische Ansätze allein die zukünftigen Herausforderungen nicht bewältigen, wenn grundlegende Barrieren im politischen, sozialen, ökonomischen und medizinischen Bereich liegen (Hartmann et al. 2024: 11).

Als Exempel dafür kann man den Bereich der Pflegerobotik heranziehen. Obwohl diese Sparte auf vielen Ebenen gefördert und fortwährende Bestrebungen, um dessen langfristige Umsetzung in der Pflege aufgrund des Personalmangels erhofft wird, befindet sich dieser weiterhin in der Projektierung. Die Ursache dafür könnte die Konzentrierung auf Idealvorstellungen auf politischer und technologischer Ebene sein, jedoch wird deutlich, dass es diesen Robotern an grundlegender Praktikabilität im Pflegealltag fehlt. Das Paradoxe ist dabei, dass technische Innovationen für diesen Bereich erforscht werden, die zum jetzigen Stand zu wenig theorisiert, aber zu stark instrumentalisiert sind (Wanka und Gallistl 2021: 385f).

Wichtig beim Technikeinsatz in Bezug auf die Zielgruppe ist, keine klaren Grenzen zwischen Technik und Mensch zu ziehen, sodass die Technik den Menschen aufgrund stereotypisierender „Gebrechlichkeit“ rettet, wie bspw. Hebeseysteme, Hausnotrufsysteme oder Sturzsensoren. Diese vermitteln aufgrund ihrer Bezeichnung negative Emotionen und Verunsicherung gegenüber den Nutzer*innen. Daher wäre es bei der Implementierung von Vorteil, wenn alters- und behindertengerechter Sprachgebrauch in dem System verankert sind. Die Untersuchungen zeigen, dass die Technikakzeptanz deutlich erhöht wird, wenn die Defizitorientierung und Altersdiskriminierung bei der Konzeption der Geräte beseitigt werden. Im Fokus zur Förderung der Techniknutzung im Alter steht die Einbindung der Zielgruppe in den Forschungsprozess bspw. durch Living Labs (Endter et al. 2024: 92-94).

Ein laufendes Europäisches Programm, welches an einer technikbasierten Lösung für den steigenden Pflegebedarf und der Alterung arbeitet, ist Active and Assisted Living (AAL). AAL soll mithilfe von technischen Assistenzsystemen im eigenen Haushalt selbstbestimmtes Wohnen fördern und einen möglichst langen Verbleib im Eigenheim ermöglichen. Vor 2013 hieß das EU-Programm „Ambient Assisted Living“, man wollte jedoch durch die Bezeichnungsänderung die „aktiveren“ Pensionisten ansprechen. Neben dem genannten Wohnaspekt soll AAL Autonomie sowie Partizipation am gemeinschaftlichen Leben fördern und zugleich die Ausgaben im gesundheitlichen Sektor verringern. Darüber hinaus erhofft man sich von den generierten Informationen, Daten für zukünftige Forschungsagenden zu erhalten.

Nicht zuletzt plant die EU die Implementierung von AAL als einheitliches Rahmenkonzept, welches an unterschiedliche nationale Kontexte angepasst werden kann. Die EU sieht dieses Programm als Win-Win-Situation für alle Beteiligten. Der Staat profitiert von der Implementierung von AAL, da der Mangel an Pflegeplätzen/-personal zum Teil gedeckt wird. Die wirtschaftlichen Folgen einer Umsetzung von AAL werden ebenfalls als positiv gewertet, aufgrund der Schaffung eines neuen Marktes sowie der Einsparungen in der (Langzeit-) Pflege. Für die Anwender*innen soll AAL ein möglichst selbstständiges Wohnen und mehr Partizipation in der Gesellschaft erreichen (Gallistl und Wanka 2019: 124).

Beschreibungen für mögliche AAL-Anwendungsformen im Eigenheim sind bereits in den Kapiteln Deutschland und Japan vorgestellt worden. Neue AAL-Systeme können bereits auf KI basieren und erhalten ihre Speicherkapazität über Big-Data, da der ganze Lebensalltag der Person durchgehend dokumentiert wird. AAL ist auf der Technikebene so weit fortgeschritten, dass Emotionen durch maschinelles Lernen erkannt und versucht werden zu regulieren. Sobald das System eine unerwartete Emotion oder Verhaltensablauf bemerkt, sendet es Nachrichten an das Pflegepersonal, Krankenhaus oder Familienangehörige. Jedoch verursacht eben jener Punkt Kritik. Das System stellt einen grundlegenden Eingriff in die Privatsphäre dar, damit es bei negativen Emotionen bspw. Licht- und Wärmewechsel veranlassen kann. Hier stellen sich Forscher*innen die ethische Frage, inwiefern diese Art von Datensammlung legitimiert werden kann. Das Problem von Fehlalarmen besteht, wenn eine Handlung falsch interpretiert wird und kann folglich zu einem Nutzer*innenausstieg führen. Aus diesem Grund wird empfohlen, da der menschliche Gesundheits- und Sicherheitszustand keine Reduktion technischer Prognosesysteme ist, neben AAL weitere interdisziplinäre Lösungsansätze zu kombinieren, um Menschen ein selbstbestimmtes Wohnen zu ermöglichen (Hartmann et al. 2024: 2-12).

Auch die Zuteilung der Fördermittel seitens der EU ist in diesem Kontext nennenswert. Im Jahr 2017 wurden 43% der Fördergelder an Unternehmen und Geschäftspersonen aufgrund ihrer Zielgruppe vergeben. Diese sind ältere Personen mit guten sozioökonomischen Ressourcen. Währenddessen wurden 28% der Mittel an Forschungs- und universitäre Institutionen vergeben, die ihren Fokus auf gesundheitsökonomische Ermächtigung und Bekämpfung von Ungleichheit haben. Ihre Zielgruppe sind tendenziell sozioökonomisch benachteiligte Personen. Demnach sind 19% der Mittel an Wohlfahrtsorganisationen gegangen, welche eine ähnliche Zielgruppe wie die Forschungsinstitute aufweisen (Gallistl und Wanka 2019: 126).

Bundesland	Pilotregion
Wien	• Fit4AAL (+Salzburg) • WAALTeR
Burgenland	• MODULAAR • leichter Wohnen
Steiermark	• RegionAAL • multimodAAL
Salzburg	• ZentrAAL
Kärnten	• Smart vitAALity
Tirol	• gAALaxy • I-EVAALUTION
Vorarlberg	• West-AAL (+Tirol)

Abbildung 21: Pilotregionen von AAL nach Bundesland (eigene Darstellung, Daten: AAL Austria (2025))

Im Jahr 2012 hat das Bundesministeriums für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie den Anstoß für AAL Austria gegeben. Auf der offiziellen Website von AAL Austria ist als Ziel definiert „*die heterogene Stakeholderlandschaft im Bereich AAL zu vernetzen*“ (AAL Austria 2025). AAL Österreich hat elf Pilotregionen in den verschiedenen Bundesländern verteilt (siehe Abbildung 21), wobei Niederösterreich keine dieser Pilotregionen aufweist. Von der Pilotregion WestAAAL befindet sich jedoch eine Pilotwohnung in Niederösterreich. Ein Ziel dieser Arbeit ist die Formulierung von Handlungsimplicationen für das Land NÖ. Eine Beteiligung an AAL Austria mit einer Pilotregion wäre ein möglicher Schritt, um in diesem Bereich zu forschen und die vorhandenen digitalen Ressourcen zu evaluieren. Darüber hinaus wäre eine bundesweite Vernetzung der Stakeholder eine Option, um neue Erkenntnisse und Inspirationen für eigene Projekte zu erhalten.

6. Niederösterreich

6.1. Demografie und ökonomische Zugänge

Das Bundesland Niederösterreich ist demografisch vergleichbar mit Österreich aufgebaut. Auch die niederösterreichische Bevölkerung ist aktuell meist im Alter zwischen 30 und 65 Jahren anzutreffen. Jeder Jahrgang der 1-bis 66-Jährigen macht im Jahr 2023 einen größeren Anteil an der niederösterreichischen Gesamtbevölkerung als im Jahr 2050 aus. In Abbildung 22 kreuzen sich an dieser Stelle die zwei Linien.

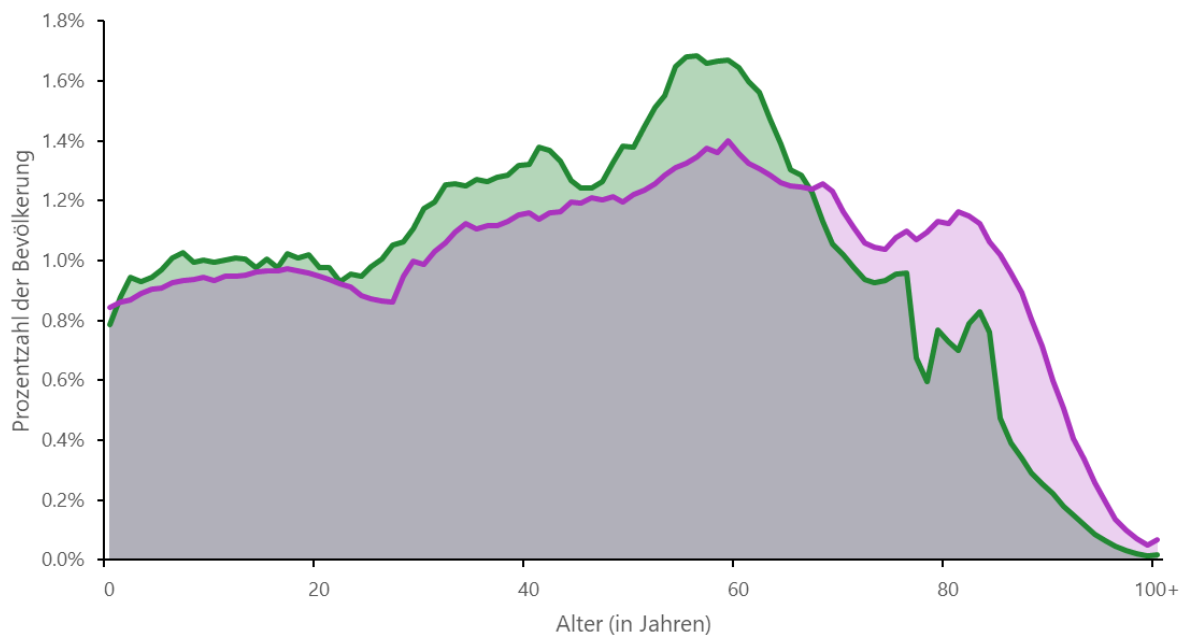


Abbildung 22: Bevölkerung Niederösterreichs nach Alter. Gegenüberstellung der Altersverteilung per Ende 2023 (grüne Linie) zur prognostizierten Altersverteilung im Jahr 2050 (violette Linie). (eigene Darstellung, Daten: Statistik Austria (2024))

Hochaltrige Personen (80+ Jahre) machen mit Ende 2023 ca. 6,5% der Bevölkerung aus. Im Jahr 2050 werden es 12,7% sein. Im Jahr 2022 gaben 22,8% aller 75-bis 89-jährigen Niederösterreicher*innen an gesundheitsbedingt „stark eingeschränkt“ in ihrem Alltagsleben zu sein. Weitere 39,5% sind laut Eigenschätzung „etwas eingeschränkt“ (Statistik Austria 2024).

Unter Berücksichtigung des Wohnaspektes geht der Sozialbericht vom Land Niederösterreich (2024: 21) davon aus, dass der Prozentsatz an Personen mit einer intellektuellen Behinderung, in einem stationären oder heimischem Wohnsetting lebend, in zwei Jahren um etwa 11% steigen wird. Die Anzahl an Personen mit Körper- und/oder Sinnesbehinderung bzw.

Mehrfachbehinderung wird von 2023 bis 2030 annähernd 9% zunehmen, besonders bei den Personen ab 65 Jahren ist eine deutliche Steigerung zu beobachten. Aus diesem Grund ist diese Zielgruppe für diese Arbeit sehr relevant, weil das Land Niederösterreich hier ein breiteres und integrativeres Angebot entwickeln will (Land Niederösterreich 2024: 22f).

6.2. Wohn- und Pflegeformen in NÖ

Im folgenden Kapitel werden Wohn- sowie Pflegeformen in Niederösterreich vorgestellt. Dabei werden sie einzeln definiert und beschrieben, für welche Zielgruppen sie besonders geeignet sind. Darüber hinaus werden Prognosen über den zukünftigen Bedarf an Wohn- und Pflegeformen getroffen.

Diese Prognosen sind Bestandteil eines von vier Pfeilern im sogenannten Altersalmanach des Landes Niederösterreich. In 5-Jahres-Intervallen erarbeitet das Land einen Bedarfs- und Entwicklungsplan in Bezug auf das Pflegeangebot im Land. Zusätzlich wird die Veränderung der gesundheitlichen Verfassung älterer Menschen, die Veränderung von Lebensformen und die Transformation von Pflege- und Betreuungspraktiken in Betracht gezogen (Land NÖ 2025). Das Pflege- und Betreuungsangebot in Niederösterreich ist an die Bedürfnisse der unterschiedlichen Formen von Einschränkungen im Alter eingestellt und kann folgende Varianten annehmen: Mobile Betreuungs- und Pflegedienste, 24-Stunden-Betreuung, Stationäre Betreuung/Pflege, Teilstationäre Betreuungs-/Pflegeformen, Informelle Betreuung/Pflege (Kolland et al. 2024: 38f). Neben der Altersalmanach stellt der Sozialbericht des Landes NÖ eine wichtige Quelle für die Generierung von Daten in diesem Bereich dar.

Stationäre Betreuung und Pflege

Stationäre Betreuung und Pflege kommen zur Anwendung, wenn die Betreuung im Eigenheim nicht mehr realisierbar ist. Hierzu stehen Pflege- und Betreuungszentren des Landes oder privat geführte Einrichtungen bereit (Kolland et al. 2024: 38). Um den Bedarf an dieser Pflege- und Wohnform zu zeigen, lassen sich folgende Neuaufnahmen in den niederösterreichischen Pflegeheimen feststellen:

Tabelle 3: Jährliche Neuaufnahmen in NÖ Pflegeheimen (eigene Darstellung, Daten: Kolland et al. (2024: 57))

Jährliche Neuaufnahme in NÖ Pflegeheimen (2016-2021)						
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Anzahl	2535	2684	3208	3019	3130	3789
Vorjahressaldo		149	524	-189	111	659
Zuwachsrate		6%	20%	-6%	4%	21%

Wie anhand Tabelle 3 zu sehen ist, gibt es von 2016 bis 2021 deutliche Schwankungen in der Aufnahme von neuen Nutzer*innen in den Pflegeheimen. Kolland et al. (2024: 58) nannten als Grund für die 20%-Zuwachsrate an Neuaufnahmen die Abschaffung des Pflegeregresses. Dies würde auch erklären, weshalb die Aufnahmen im darauffolgenden Jahr um 6% rückläufig war. Der Pflegeregress bedeutet, dass ab 2018 das private Vermögen von Nutzer*innen der Pflegeheime oder deren Angehörigen nicht für die Sicherung der Pflegekosten herangezogen werden kann (BSGK 2024). Ökonomische Gründe als Initialmotivator für die Wahl eines Pflegeheimes als Wohnform, haben im Jahr 2019 zu einigen Rückläufer*innen geführt. Aufgrund einer erhöhten Altersmortalität durch Covid-19 ist ein geringer Anstieg von 2019 bis 2020 zu verzeichnen, jedoch sieht man ab 2021 wieder einen deutlichen Anstieg, welcher ebenfalls auf den Faktor des Pflegeregresses zurückzuführen ist. Langfristige Prognosen, inwieweit der Regress in der Pflege weitere Neuaufnahmen fördert, werden zukünftige Daten zeigen (Kolland et al. 2024: 58).

Neuaufnahmen können sich herausfordernd gestalten, da Pflegeheimplätze in der Regel ab Pflegestufe 4 vergeben werden, wenngleich bei geringeren Pflegestufen eine Bedarfsprüfung gemacht wird. Durch einen Leitfaden bei der Aufnahmen sind die Kriterien bei der Vergabe der Plätze im Pflegeheim streng geregelt. Eine Zuweisung wird nach Dringlichkeitsgrad der Person getroffen. Darüber hinaus wird vom NÖ Sozialhilfegesetz eine klare Unterscheidung zur Kategorisierung stationärer Wohn- und Betreuungsformen getroffen (Land Niederösterreich 2024: 47-50):

- Pflegeheime: ab 13 Pflegebetten
- Pflegeeinheiten: zwischen 5 und 12 Pflegebetten
- Pflegeplätze: zwischen 1 und 4 Pflegebetten

Ende 2023 gab es in Niederösterreich 47 Landespflege- und Betreuungszentren sowie 56 Pflegeheime von privaten Anbietern. Im gleichen Jahr wurden zwei Pflegeheime geschlossen,

wodurch nun weniger als 10.000 Plätze in NÖ zur Verfügung stehen. Faktoren wie Personalmangel im medizinischen und im Pflegebereich sowie steigende Baukosten nach 2021 führten dazu, dass kein neues Bauprojekt abgeschlossen wurde (Land Niederösterreich 2024, 50f).

Mobile Betreuungs- und Pflegedienste

Mobile Betreuungs- und Pflegedienste sollen Personen mit Behinderung erlauben, so lange wie möglich in ihrem vertrauten Umfeld gepflegt zu werden. Die betroffenen Personen werden häuslich betreut und in ihrem Alltagsleben unterstützt (Kolland et al. 2024: 38).

Tabelle 4: Veränderung der Nutzerzahlen der mobilen Betreuungs- und Pflegedienste (eigene Darstellung, Daten: Kolland et al. (2024: 57))

Veränderung der Nutzerzahlen der mobilen Betreuungs- und Pflegedienste (2017-2021)					
	2017	2018	2019	2020	2021
Anzahl	17 243	17 513	17 773	17 455	17 381
%Vorjahr		1,6%	1,5%	-1,8%	-0,4%

Wie man anhand Tabelle 4 sieht, ergeben sich bei den Gesamtnutzerzahlen der mobilen Betreuungs- und Pflegediensten kaum Schwankungen. Auffällig ist dabei ein leichter Rückgang ab 2020, der jedoch nicht auf eine geringere Nachfrage zu schließen ist, sondern auf den Personalmangel in der Pflege und die damit verbundene Herausforderung die Nachfrage zu decken (Kolland et al. 2024: 56f).

24-Stunden-Betreuung

Ebenso im privaten Haushalt angesiedelt, ist die 24-Stunden-Betreuung, welche nur bei bestimmten Voraussetzungen zum Tragen kommt. In Niederösterreich ist dies im Falle einer Demenzerkrankung beim Bezug der Pflegegelder der Stufe 1 bzw. 2 oder der Pflegegeldbezug der Stufe 3 (Kolland et al. 2024: 38).

Tabelle 5: Veränderung der Nutzerzahlen der 24-Stunden-Betreuung (eigene Darstellung, Daten: Kolland et al. (2024: 57))

Veränderung der Nutzerzahlen der 24-Stunden-Betreuung (2017-2021)					
	2017	2018	2019	2020	2021
Anzahl	7861	7642	7 423	6 977	6 695
%Vorjahr		-2,8%	-2,9%	-6,0%	-4,0%

Der Nutzer*innenstand der 24-Stunden Pflege war im Jahr 2017 am höchsten. In den folgenden Jahren machten sich die Auswirkungen der gesetzlichen Änderung des Pflegeregresses sichtbar, in dem kontinuierlich Nutzer*innenzahlen zurückgingen (Kolland et al. 2024: 56). Dieser Prozess ist jedoch österreichweit wahrnehmbar (BMSGPK 2023). Das Fördermodell der 24-Stunden-Betreuung unterliegt dem Hausbetreuungsgesetz des Bundes, wodurch die Betreuer*innen unterstützend beim Lebensalltag im Eigenheim tätig sind. Betreuer*innen können sowohl Selbstständige als auch von Wohlfahrtsorganisationen bereitgestellte Personen sein. Wenn pflegerische Leistungen zu erbringen sind, muss dafür eine ärztliche Kompetenzübertragung ausgestellt werden. Da diese Betreuungsart ganztätig stattfindet, muss der*die Betreuer*in bei der Gemeinde den Hauptwohnsitz seiner neuen Dienststelle angeben. In Niederösterreich wurde zusätzlich ab dem Jahr 2020 eine Förderung der 24-Stunden-Betreuung geschaffen, um sozioökonomisch benachteiligte Familien zu unterstützen (Land Niederösterreich 2024: 56f). Vorteile dieser Wohn- und Pflegeform sind, dass trotz einer erhöhten Pflegestufe und eines hohen Alters ein Leben zu Hause möglich wird, welches eine deutliche Präferenz der Zielgruppe ist. Betreuer*innen können individuell auf die Bedürfnisse der Zielgruppe eingehen. Darüber hinaus ist positiv anzumerken, dass in den meisten Fällen eine 24-Stunden-Betreuung zeitnaher zu erhalten ist, als ein Platz in den Pflegeheimen (Daheim in NÖ 2025).

Teilstationäre Pflege

Zur Gruppe der teilstationären Formen zählen die Tagespflege, die Kurzzeitpflege und die Übergangspflege. Die erste Form beschreibt die Betreuung während des Tages. Kurzzeitpflege meint die kurzfristige Betreuung durch professionelles Pflegepersonal während einer Abwesenheit der angehörigen Pflegepersonen. Letztlich die Übergangspflege ist für Personen bestimmt, die nach einem Krankenhausaufenthalt weitere Betreuung erfordern (Kolland et al. 2024: 39). Diese Formen finden meistens in Pflegeheimen statt, da die vorhandene Struktur, das medizinische Personal und die Qualitätsstandards gegeben sind. Vorteile dieser

Pflegeformen sind, dass die Zielgruppe zu Hause wohnen kann und für medizinische sowie pflegerische Unterstützung mit wenig Bürokratie und Zeitaufwand eine Versorgung erhält. Darüber hinaus wurde zur Entlastung nach einem Aufenthalt Übergangspflegezentren geschaffen, die mehr Kapazität für Notfallsituationen haben (BMSGPK 2023: 63f). Neben den Landespflegeheimen befinden sich im Bereich der privaten Träger momentan 162 Tagesstätten in Niederösterreich im Einsatz (Land Niederösterreich 2024: 53).

Informelle Betreuung und Pflege

Informelle Betreuung/Pflege wird nicht von (sozial-)gesundheitlichen Dienstleistern ausgeführt, sondern umfasst die Gruppe der Angehörigen, Nachbarn, bekannten Personen und nicht auszuschließen die Selbstfürsorge. Um diese Art der Pflege zu fördern, werden Tages- und Kurzzeitpflege, Urlaubsprogramme, das NÖ Demenzservice oder der Pflege- und Betreuungsscheck vom Land Niederösterreich als Leistungen angeboten (Kolland et al. 2024).

Begleitetes Wohnen

Das Land NÖ fördert die Wohnform des Begleiteten Wohnens für die Zielgruppe der Personen mit Behinderung und/oder der Menschen im Alter. Diese Wohnform soll ein selbstbestimmtes Wohnen ermöglichen, in dem die Nutzer*innen eine Wohnung von einem gemeinnützigen Bauträger mieten können und das verpflichtende Grundpaket der Betreuung von einer wohltätigkeitsorientierten Organisation mit dazubuchen. Das gesamte Gebäude ist bei diesem Wohnkonzept barrierefrei und bietet ebenfalls Gemeinschaftsräume für die Förderung sozialer Partizipation. Die Größe der Wohneinheit variiert dabei zwischen 45 m² und 65 m² (NOE Wohnbau 2025).

Richtlinie „Wir im Alter“

Im Jahr 2018 wurde die Richtlinie „Wir im Alter - Betreuung für intellektuell und mehrfach behinderte Menschen im Alter“ beschlossen. Durch die Richtlinie kann diese Zielgruppe mithilfe einer Vollzeitbetreuung, in einer zur Verfügung gestellten Wohneinrichtung vom Rechtsträger, wohnen. Die Betreuung wird individuell auf die Nutzer*in der Richtlinie angepasst, sodass ein geregelter Lebensalltag für die Zielgruppe wieder ermöglicht wird und die zu betreuende Person partizipativ an Entscheidungen beteiligt ist. Auch das

Betreuungspersonal wird vom Rechtsträger organisiert, dieses muss jedoch aufgrund des umfassenden Aufgabengebietes einem Pflegekonzept folgen. Aufgrund der komplexen Bedürfnisse von Menschen mit Mehrfachbehinderungen im Alter, muss eine 24 Stunden Verfügbarkeit von diplomierten Pflegepersonal gewährleistet sein (Land Niederösterreich 2024: 131). Momentan befinden sich dafür zwei Einrichtungen in Niederösterreich mit 61 bewilligten Plätzen (Land Niederösterreich 2024: 114).

Pilotprojekt „Seniorenwohnen“

Ende 2023 wurde ein Pilotprojekt des Landes NÖ „Seniorenwohnen“ gestartet. Die Förderung für dieses Projekt umfasst einen jährlichen Beitrag von 1,5 Millionen Euro. Das Land hat dieses Wohnprogramm als Zwischenstufe von der Versorgung zu Hause und einer stationären Aufnahme in ein Landespflegeheim gesetzt. Das Wohnen findet zwar in einer Einrichtung statt, diese ist jedoch nicht wie ein vollstationäres Landespflegeheim erbaut und bietet hinreichende Versorgungsangebote für die Ermöglichung eines selbstständigen Alltags. Es sind in der Projektierung fünf Einrichtungen in Niederösterreich angedacht, eine für jede Versorgungsregion. Durch dieses Projekt erwartet man sich neben dem vorgestellten Wohnmodell für mehr Autonomie im Alter, noch eine Reduktion von Pflegepersonal, um langfristig dem Personalmangel in der Pflege entgegenzuwirken. Eine Evaluierung, um die erfolgreiche Umsetzung des Projektes und seine weitere Förderung zu garantieren, erfolgt in den kommenden Jahren (Land Niederösterreich 2024: 37).

6.3. Analyse der Wohn- und Pflegeformen in NÖ

Das erstellte Kategoriensystem soll bei der Analyse der Wohn- und Pflegeangebote in Niederösterreich in Hinblick auf das selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Personen mit Behinderung eine Zusammenführung der Dokumentenanalyse der öffentlichen Papiere des Landes NÖ, dem wissenschaftlichen Beitrag zur österreichischen Wohnungsforschung und den Experteninterviews geben.

6.3.1. Kategorie 1: Geographische Dimension

Das folgende Unterkapitel analysiert, ob räumliche Disparitäten einen ungleichen Zugang zu Gesundheits- und Pflegedienstleistungen schaffen. Darüber hinaus wird untersucht, inwiefern

demografische Prozesse relevant für Prognosen zur Sicherstellung von alters- und behindertengerechtem Wohnraum und Personalressourcen sind.

Zunächst erläutert Frau Elfriede Mörtl, Bereichsleiterin der Wohnungsberatung bei Alpenland, einer Gemeinnützige Bau-, Wohn- und Siedlungsgenossenschaft, welche Bedeutung Zweckbindung bei der Schaffung von Wohnraum in NÖ zukommt:

„Zweckbindung liegt mit dem Fokus auf Errichtung von Wohnraum, der auch zur Deckung des Wohnbedürfnisses da ist, also nicht für Spekulationszwecke, heißt auch, dass wir den Fokus haben, diesen Wohnraum qualitativ so zu gestalten, dass er für lange Zeit vielen Menschen zur Verfügung gestellt werden kann. Es soll bezahlbarer Wohnraum sein.“ (Z 28-32) ... „vorrangig geförderte Wohnimmobilien, teilweise auch mit Spezial-Wohnbauförderungsmitteln, wie zum Beispiel dem begleiteten Wohnen, das ist eine Förderschiene des Lands Niederösterreich.“ (Z 12-14) ... „die 200 Wohneinheiten im begleiteten Wohnen in unserem Portfolio, die sind alle gut belegt und verwertet.“ (Z 43-33)

Anhand des Ausschnittes lassen sich relevante Punkte des begleiteten Wohnens in NÖ feststellen. Der geschaffene Wohnraum soll für sozioökonomisch benachteiligte Personen leistbar sein. Bei der Bauvorgabe ist relevant, dass der geschaffene Wohnraum über längere Zeit für verschiedenste Zielgruppen benutzbar ist. Obwohl die gemeinnützigen Bauträger primär für die Erbauung und Schaffung von Wohnraum beauftragt sind, ist die Kooperation mit Hilfsorganisationen und der Gemeinde im Bereich des begleiteten Wohnens essenziell, laut Jürgen Kail, Teamleiter der Wohnungsberatung GEDESAG, der Gemeinnützigen Donau-Ennstaler Siedlungs-Aktiengesellschaft:

„Bis dato haben wir 540 Wohneinheiten errichtet. Zur Verfügung stehend, gerade in der Vermarktung differenzieren wir: wir haben 15 barrierefreie Wohneinheiten, das heißt, wir haben noch keine Hilfsorganisation dabei, wie Hilfswerk, rotes Kreuz oder ein Pflegeheim und 12 begleitete Wohneinheiten, da haben wir dann überall dementsprechend auch eine Anbindung zum Landespflegeheim oder natürlich zu einer Hilfsorganisation.“ (Z 22-26) ... „Das heißt, die Gemeinde klärt ab, dementsprechend fällt die Wahl auf das Landespflegeheim, wenn es vor Ort ist, wird das natürlich bevorzugt. Wenn nicht, werden im Ort tätige Hilfsorganisationen, mit denen es schon Kooperationen gibt, ausgewählt. Grundsätzlich auf politischer Ebene kann man eher die Gemeinde ins Boot holen“ (Z 41-45)

Alle drei Interviewpartner, Rab SeneCura, Mörtl Alpenland sowie Kail GEDESAG gaben an, dass der Initiator bei der Planung für neue, begleitete Wohneinheiten die Gemeinde oder der*die Bürgermeister*in war. Darüber hinaus erläutert Kail, welche Standorte gut geeignet sind und eine besonders große Nachfrage an begleitetem Wohnen haben.

„Ich kann nicht ein betreutes Wohnen am Randbezirk errichten, sondern wir müssen schauen, dass die Infrastruktur dementsprechend auch gegeben ist.“ (Z 63-65) ... „fußläufig oder mit

den öffentlichen Verkehrsmitteln sehr leicht erreichbar ist.“ (Z 70-71) ... „auch die Nähe zum Landespflegeheim hat sehr viele Benefits zu bieten, das heißt, wenn ich dort wohne und ein gesundheitliches Problem habe, kann ich natürlich ziemlich schnell einen Betreuer finden in meiner Wohneinheit. Ich kann auch vor Ort dementsprechend preisgünstiger Mittagessen gehen. Ich kann bei Veranstaltungen teilnehmen“ (Z 144-148) ... „Der Trend ist so, dass wir mit den betreuten Wohneinheiten eigentlich eine gute Vermarktung haben. Das heißt, wir haben auch dementsprechend ein sehr hohes Interesse. Wir bauen jetzt eine neue Wohnungsanlage in Langenlois, das ist dann die vierte Wohnhausanlage direkt neben dem Landespflegeheim, weil die Nachfrage dort sehr hoch ist.“ (Z 153-156) „Dort, wo es eher mehr zurückgeht, ist im ländlichen Bereich. Das heißt, wir haben manche Bezirke, da wird es schon ziemlich schwierig. Das heißt, ich habe dort nur eine mobile Hilfsorganisation, ich habe die Infrastruktur nicht ganz so ausgebaut, wie in einer Stadt“ (Z 157-159)

Auch Stadler antwortete bei der Frage, an welchen Standorten die begleiteten Wohnformen für die Caritas (un-)geeignet erscheinen, wie folgt:

„Das Ganze ist im städtischen Bereich wieder leichter, weil es Tageszentren und weitere Strukturen gibt usw. Im ländlichen Bereich wird es ein bisschen schwieriger, weil auch die Infrastruktur nicht dafür ausgerichtet ist.“ (Z 145-147)

Beide Experten waren sich einig, dass räumliche Disparitäten bei der Standortwahl und der Nachfrage der Zielgruppe ausschlaggebend sind. Kail merkte an, dass die Zielgruppe in eine begleitete Wohneinheit zieht, in der eine ausreichende Infrastruktur bereits gegeben ist. Das Pflegeheim als Nachbarinstitution nimmt in einer Gemeinde eine relevante Versorgungsfunktion ein, weshalb begleitete Wohnungen dort öfter nachgefragt werden. In Gemeinden, in denen die nächsten Einkaufsmöglichkeiten, Apotheken, Ärzte und etc. nicht in Fußnähe erreichbar sind, werden sich hochaltrige Personen mit Behinderung unwahrscheinlicher ansiedeln. Somit spielen räumliche Disparitäten eine wichtige Rolle bei der Standortwahl der Wohnmodelle.

Darüber hinaus wurde mit fast allen Experten über die Eignung bestimmter Wohnformen für das selbstbestimmte Wohnen im hohen Alter mit Behinderung diskutiert:

*Zitat Mörtl, Alpenland: „Ab der Pflegestufe 4 ist der Deckel gegeben, da haben die Niederösterreicher*innen Anspruch in eine Pflegeanstalt zu gehen. Ab der Pflegestufe sind sie nicht mehr unsere Zielgruppe, da wäre auch die Wohnform begleitetes Wohnen nicht geeignet“ (Z 72-74)*

Christian Rab, SeneCura: „Begleitetes Wohnen geht, solange es auch mit einer Hauskrankenpflege gehen würde, aber nicht mehr, wenn eine Überwachung rund um die Uhr gebraucht werden würde.“ (Z 82-84)

Jürgen Kail, GEDESAG: „*Sie müssen auch einen selbstständigen Haushalt führen können. Jemand, der schon eine höhere Pflegestufe hat und sagt `ich bin angewiesen auf das Pflegeheim` etc. das dürfen wir dann grundsätzlich auch gar nicht nehmen.*“ (Z 96-99)

Isabella Reichart, Volkshilfe: „*Das begleitete Wohnen ist geeigneter für selbstständigere und ältere Menschen ohne große Einschränkung, aber sobald man Mehrfachbehinderungen hat, gibt es leider für viele nur mehr die Option des Pflegeheimes...Aber mit einer höheren Pflegestufe oder einem höheren Behinderungsgrad gibt es leider oft nur die Wahl zwischen der 24-Stunden Pflege zu Hause oder einem Pflegeheim. Gut wäre ein Zwischenschritt, in dem ein begleitetes Wohnen mit deutlich höherem Betreuungs- und Pflegeschlüssel möglich wäre.*“ (Z 108-117)

Anhand der Aussagen lässt sich ein einheitliches Bild verdeutlichen. Die Experten sind der Ansicht, dass es eine Lücke zwischen den in NÖ angebotenen Wohnmodellen gibt. Hochaltrige Menschen mit Behinderung, welche aktiv und keinen starken Behinderungsgrad aufweisen, haben mehrere Wohnmodelle zur Auswahl: Begleitetes, barrierefreies, gemeinschaftliches Wohnen, Mehrgenerationenhäuser, Pilotprojekt „Seniorenwohnen“ etc. Für hochaltrige Menschen mit einer höheren Pflegestufe gibt es relativ wenige Wohnoptionen für selbstbestimmtes Wohnen. Ihnen bleibt oft nur die 24-Stunden-Pflege oder die Aufnahme in ein Pflegeheim. Grundsätzlich kann selbstbestimmtes Wohnen auch im Pflegeheim stattfinden. Dennoch ist die Lücke zwischen den Angeboten klar erkennbar und alternative Wohnmodelle müssen sich in diesem Bereich zukünftig ansiedeln.

6.3.2. Kategorie 2: Wirtschaftliche Dimension

Der Bereich Finanzierung der Wohnangebote ist für diese Zielgruppe höchst relevant, da die Entscheidung über die Wohnform mitunter aufgrund von ökonomischen Barrieren getroffen wird. Hochaltrige Personen erhalten in Österreich zwar eine Pension oder die Sozialhilfe und mit einer Pflegestufe auch das Pflegegeld, jedoch ist in etwa 15% der Zielgruppe von Altersarmut betroffen. Aus diesem Grund ist die Finanzierung der Angebote für die Nutzer*innen ein wichtiger Aspekt, der festlegt, ob selbstbestimmtes Wohnen für alle leistbar ist. Diese Diskussion wurde auch mit Elfriede Mörtl, Bereichsleiterin von Alpenland, geführt, wodurch sie anmerkt, dass die Hürden/Barrieren bei der begleiteten Wohnform folgende sind :

„Die Barrieren selbst sind oftmals nur im wirtschaftlichen Bereich angesiedelt. Wir wissen die aktuelle Gruppe der Pensionisten und älteren Menschen sind von der Einkommenssituation her eher im unteren Bereich angesiedelt und es muss dann noch leistbar sein für den Bewohner selbst.“ (Z 105-108) ... „Ich glaube die größte Barriere ist die Leistbarkeit dieser Wohnform,

ich meine die Förderung stützt das und es ist auch ganz klar definiert, dass die Einstiegshürde der Finanzierungsbeitrag sehr gering sein soll. Aber die monatlichen Kosten, das sehe ich doch nach wie vor als größte Hürde an. Denn zusätzlich zu Wohnkosten kommen auch die Kosten für das Grundleistungspaket. Und wenn dann der Betroffene mehr an Leistungen braucht, ist das noch eine Zusatzzahlung. Da wird es mit der Leistbarkeit sehr knapp.“ (Z 113-119)... „Die Pflegestufe bedeutet auch, dass wieder mehr Geld kommt. Aber dieses Geld ist auch wieder notwendig für mehr Leistung.“ (Z 158-160)

Darin deutet Frau Mörtl an, dass die Nutzer*innen zunächst einen finanziellen Betrag erhalten, der sich nur auf die Wohn- und Betriebskosten bezieht. Die zusätzlichen monetären Aufwände für die Betreuungsangebote beim begleiteten Wohnen, werden oft zu Beginn nicht realisiert. Darüber hinaus deutet sie auf die Problematik hin, dass sich die Ausgaben bei einer Änderung des Gesundheitszustandes erhöhen können, wodurch die finanzielle Situation trotz Pflegegeldanpassungen für viele herausfordernd wird. Somit ist durch die bereits erhobenen Sozialhilfemaßnahmen zu konkludieren, dass das Land und der Staat grundsätzlich jede*n Bürger*in (vor allem in Notsituation) finanziell versorgt und fördert. Die Wahl auf eine selbstbestimmte Wohnform kann seitens der Politik durch mehr Förderungen in diesem Bereich unterstützt werden. Dennoch ist und bleibt es eine Individualentscheidung, wie viel von den ökonomischen Ressourcen in eine selbstbestimmte Wohnform fließen soll.

Anders verhält es sich im Bereich der technischen Assistenzsysteme im Wohnraum. Wie Endter et al. (2024: 92-94) anmerkt, muss die Förderung von den Unterstützungssystemen auch finanziell erfolgen, damit es für eine breite Masse leistbar wird in Hinblick auf selbstbestimmtes Wohnen. Sozioökonomisch benachteiligte Personen haben aufgrund des Kostenfaktors nicht dieselben Zugänge zu technische Assistenzsystemen. Diese Ansicht teilt die Interviewpartnerin Frau Stadler:

„Auch die Musterwohnung ist zurzeit wieder aufgelassen worden, weil das Problem ist, dass die technischen Mittel, die auxilio auch anbietet, relativ hochpreisig sind und sich viele Menschen im Alter nicht in dem Ausmaß leisten können, wie wir es uns gerne wünschen würden.“ (Z 27-30)

Technische Assistenzsysteme können ebenfalls ein wichtiger Bestandteil selbstbestimmten Wohnens sein, welche zukünftig an Relevanz gewinnen wird. Aus diesem Gründen wäre eine Förderung dieser Systeme für sozioökonomisch benachteiligte Personen wichtig, damit sie eine gleichberechtigte Möglichkeit auf selbstbestimmtes Wohnen haben.

6.3.3. Kategorie 3: Gesundheitliche Dimension

Fachkräfte im Gesundheits- und Pflegebereich sind essentiell für die Sicherung der Versorgungsfunktion der Zielgruppe unter dem Aspekt des selbstbestimmten Wohnens. Durch die Alterung der Gesellschaft und durch die COVID-19 Pandemie wird verdeutlicht, dass sich der Personalmangel in diesem Bereich in den kommenden Jahr(zehnten) deutlich verschärfen wird (Land Niederösterreich 2024: 34). Diese Ansicht teilt auch der Interviewpartner Christian Rab, Pflegedirektor bei SeneCura, mit der Aussage: *„SeneCura macht keine Werbung mehr für Pflegeplätze. Wir brauchen für nichts Werbung, nur für mehr Personal.“* (Z 93-94)

Die Aussage des Experten stützt die Fakten des vom Land Niederösterreich herausgegebenen Sozialberichtes, welcher ebenfalls dafür plädiert, dass die gegebenen Personalressourcen den zukünftigen Bedarf durch die steigende Hochaltrigkeit nicht decken wird. Diesen Aspekt unterstreicht auch Pflegedirektor Rab mit folgendem Zitat:

„Eine Herausforderung ist das Thema gutes Personal zu bekommen. In Wirklichkeit ist es kaum möglich, die vorhandenen Pflegeplätze zu betreuen, also zu offen zu halten, weil es nicht genügend Personal gibt. Es ist schon schwer überhaupt Personal zu finden und Gutes noch schwieriger. Das ist momentan die größte Herausforderung, also man rekrutiert rund um die Welt, auch mit großem Kostenaufwand.“ (Z 37-41) *„...für nicht österreichisches oder EU - Personal, gibt es auch keinen Kollektivvertrag. Dazu die viele Vorgaben und die Erwartungshaltung, eines hohen Level an Ausbildung, den wir aber nicht mehr in dieser Qualität für alle anbieten können. Entweder man gibt den Markt frei und jeder soll sich eine Pflegeeinrichtung suchen, analog zum deutschen Beispiel, dann würde es der Markt das Regeln oder man geht her und sagt den Leuten auf dem Level schaffen wir es nur, wenn wir tausende Pflegepersonen aus Drittstaaten anstellen. Realistisch betrachtet müssen wir mit der Qualität runterfahren, wir können nicht in jeder Einrichtung eine Pflegedienstleitung mit einem universitären Abschluss haben.“* (Z 118-126)

Als Lösungsvorschlag für diese Problematik zieht Pflegedirektor Rab eine Marktöffnung für Pflegepersonen nach dem deutschen Beispiel in Erwägung. Dies hätte natürlich den Vorteil, dass ein größeres Angebot an Pflegekräften auf den Markt kommt und die Nachfrage langfristig gesättigt wird. Es könnte jedoch als potenzielle Konsequenz den genannten Qualitätsverlust in der Pflege haben.

Ein anderer Ansatz wird von Interviewpartnerin Daniela Stadler vertreten, welche als Lösungsansatz für den Fachkräftemangel eine Aufwertung des Images von Pflege(personal) sieht, mit folgendem Zitat:

„Aber das Bild passt nicht mehr, dass die Pflege viele Ressourcen hat, jederzeit ausreichend Personal vorhanden und dass sie kostenlos ist. Das möchte ich schon ein wenig bewerten, weil

es zwar positiv ist, dass der Sozialstaat Pflegemöglichkeiten bietet und dass es ein Teil der Versorgung ist. Jedoch ist negativ zu werten, weil der Stellenwert der Pflege als gratis und daher die Wertigkeit nicht genügend gegeben ist.“ (Z 90-94)

Diesen Standpunkt vertritt auch das Land NÖ in seinem Sozialbericht, in dem es den Pflegeberuf attraktiver gestalten und auch dem Personal höhere finanzielle Mittel zusichern will. Mithilfe von Förderungen, sollen Personen, die sich zukünftig in die Pflegeausbildungen in einer niederösterreichischen Bildungseinrichtung begeben, Prämien in Höhe von 420 Euro bis 600 Euro monatlich zugesichert bekommen. Die Pflegeprämie ist eine Maßnahme des Landes NÖ für ein nachhaltiges Pflege-Recruiting (Land Niederösterreich 2024: 34f). Die Sicherstellung von ausreichend Pflegepersonal ist für den Bereich des selbstbestimmten Wohnens entscheidend. Die Versorgungsebene ist ein integraler Bestandteil jedes Wohnkonzeptes, da sie die Gesundheit und Unversehrtheit der Zielgruppe gewährleistet. Das Pflegepersonal richtet grundlegende Arbeit für die Daseinsvorsorge der Gesellschaft aus und sollte entsprechend wertgeschätzt sowie entlohnt werden. Im Weiteren nennt Pflegemanagerin Stadler eine weitere Möglichkeit den Personalbedarf abzudecken:

„Eine Möglichkeit wäre der freiberufliche Faktor. Viele Kolleginnen und Kollegen, die freiberuflich arbeiten, haben das Benefit selbstbestimmt arbeiten zu können. Jedoch bedürfte dies mehr Ressourcen und Förderungen für die freiberufliche Pflege. (Z 109-111) ... „Community Nurses sollten meiner Ansicht nach einen Spielraum bekommen, da sie in vielen Fällen die erste Ansprechperson sind, sie haben ein regionales Netzwerk und können relativ schnell Dinge organisieren, an die jemand anders zum Beispiel gar nicht denken würde. Ein Vorschlag wäre beispielsweise, wenn Knappheit bei den Big Playern herrscht, dass in der Zwischenzeit die Community Nurses übernehmen.“ (Z 129-133)

In diesem Sinne deckt sich Frau Stadlers Ansicht mit Herrn Rabs Standpunkt, da sie beide für eine Erweiterung der bisherigen Bestimmungen und für die Schaffung eines größeren Angebots in diesem Berufssegment sind. Die grundsätzliche Unterscheidung ist, dass Frau Stadlers Adressaten bereits arbeitsrechtlich hier arbeiten können, jedoch mit den Big-Playern in der Pflege ohne Fördermöglichkeiten nicht mithalten können.

6.3.4. Kategorie 4: Politische Dimension

Bei der politischen Dimension geht es grundsätzlich um die Maßnahmensetzung seitens der Politik, um selbstbestimmtes Wohnen in NÖ zu fördern. Darüber hinaus wird hier untersucht, inwieweit die Wohnangebote der UN-BRK Art. 19 umgesetzt wurden.

Der NÖ Monitoringausschuss zur Wahrung der Umsetzung der BRK hat gefordert, dass die ÖNORM B1600, die Vorgabe für das barrierefreie Bauen, weiterhin in niederösterreichische Wohnungen „wesentlich verbessert“ gehört, sodass soziale Partizipation gefördert und konstruierte Barrieren aufgelöst werden sollen. Darüber hinaus fordert der NÖ Monitoringausschuss eine Beseitigung institutionellem Wohnens. Für Menschen mit Behinderung sollte die Wohnwahl nicht gegeben sein, sondern sie haben ein Recht auf Entscheidungsfreiheit bei alternativen Wohnmodellen (Land Niederösterreich 2024: 145).

In weiterer Folge merkt Pflegedirektor Rab von SeneCura bei der Gestaltung von Pflegeheimen in NÖ an:

„Wie wir bauen, richtet sich wieder nach der Förderung, das heißt ganz klare Pläne von Seiten des Landes wie ein Pflegeheim heutzutage auszuschauen hat.“ (Z 106-107) ... „Deutschland ist bei SeneCura Marktführer, weil sie wirklich schönes Wohnen anbieten, zu einem vernünftigen Preis und die Pflegepersonen kann der Arbeitgeber unter bestimmten Bedingungen ebenfalls länger einstellen, auch ohne die regulierenden Vorgaben zu erfüllen. Also ich denke, wenn man mit dieser Überregulierung aufhört und an den Markt gehen, würde deutlich mehr Selbstbestimmung im Wohnen möglich sein.“ (Z 135-140)

An diesem Beispiel könnte diskutiert werden, ob eine Überregulieren bei den NÖ Pflegeheimen vorliegt oder diese Vorgaben ihre Berechtigung haben. An dieser politischen Debatte hängen weitere Faktoren davon ab, wie welche Bereiche stärker gewertet werden: Individualität und Selbstbestimmung oder gleicher Zugang zu Angeboten in Pflegeheimen ohne Einfluss auf den sozioökonomischen Hintergrund. Eine Deregulierung in diesem Segment würde bedeuten, ökonomisch bevorzugte Personen könnten sich bessere Wohnalternativen in Hinblick auf selbstbestimmtes Wohnen leisten und für sozioökonomisch benachteiligte Personen gäbe es mit großer Wahrscheinlichkeit weniger Wahlmöglichkeiten.

Marco Brunner, Geschäftsführer von auxilio, sieht besonders bei der Umsetzung von AAL politischen Aufholbedarf und kommentiert die Nutzer*innenakzeptanz bei Menschen im hohen Alter:

„Ich würde sagen, fast 100% der älteren Bevölkerung wollen sich mit technischen Assistenzsystemen nicht präventiv befassen.“ (Z 80-82) ... „Es fehlt die Akzeptanz gegenüber der Technik und es muss auf politischer Ebene der Wille zur Umsetzung da sein. Es gibt Lösungen, die markttauglich sind, aber es scheitert eigentlich an Kleinigkeiten.“ (Z 177-179) „in ganz Europa sind vielleicht 80.000 Systeme installiert von unterschiedlichsten Herstellern. Das sind sehr wenige, wenn man bedenkt, dass ungefähr 18 Millionen Menschen im deutschsprachigen Raum betrifft in den nächsten Jahren.“ (Z 199-202) ... Es ist unsere Erfahrung, es war jetzt in den letzten 5, 6, 7 Jahren, dass sehr viele universitär-gesteuerte Projekte in den Markt versucht haben einzudringen, also Pilotwohnungen, in denen ein paar

Sensoren reininstalliert wurden und dann gab es eine Förderung und dann war die Förderung zu Ende und die Rollläden runtergelassen. Wenn sie recherchieren, auch in Deutschland ist es so, dass Hunderte Millionen Euro schon verbraten worden und da ist nichts Nachhaltiges am Markt. Es braucht keine Pilotierung mehr, weil wir wissen, was gebraucht wird. (Z 57-63)

Herr Brunner spricht hier über zwei wesentliche Faktoren, weshalb die Umsetzung von AAL-Pilotprojekten bis dato schwierig zu realisieren ist. Einerseits ist die Technikakzeptanz bei dieser Zielgruppe sehr gering. Andererseits beschreibt er - ebenso wie Wanka und Gallistl (2021: 385f) im Kapitel der österreichischen Wohnungsforschung - dass es bereits zahlreiche Konzeptionen von AAL-Systemen im Eigenheim gibt, aber keine klare Umsetzungsstrategie für einen nachhaltigen Einsatz. Der von Brunner angeführte Aspekt mit dem Zusammenhang zwischen Beendigung der Förderung und dem Abbruch des Projektes zeigt die Abhängigkeit dieser Systeme von Fördermittel. Brunners Ansicht nach bräuchte es folgende politischen Maßnahmen, damit sich AAL-Systeme für die Reichweite der Zielgruppe durchsetzt:

„Der finanzielle Aspekt stellt für viele potenzielle Kunden ein Problem dar.“ (Z 107) ... „wir müssen das politische Umfeld, die Krankenkassen, die Versicherungen an der Anerkennung der Leistungen ins Boot holen. In diesen Geräten sehen wir eine Lösung, um Personal zu sparen, um Pflegeheime zu entlasten, das Krankensystem zu entlasten, um die Personen selbstständiger werden zu lassen. Da ist die Politik noch lange nicht so weit. Es ist auch für die Politik eine schwierige Situation, denn keiner will sich rauslehnen und entscheiden, welches System richtig ist und was funktioniert.“ (Z 110-115) ... „Wir haben auch Lösungen mit der Caritas St. Pölten gesucht und sind uns einig, dass ein System nur verpflichtend Wirkung hat. Wenn man sagt, damit ersparst du dir vielleicht Versicherungsprämie. Die Krankenkassen übernehmen ab einer gewissen Pflegestufe, vielleicht sogar alles usw. Ein präventiver Ansatz für das ganze Gesundheitssystem ist wünschenswert, aber nicht Realität. Das System funktioniert, es scheitert bei der Implementierung.“ (Z 123-128)

Anhand der zitierten Stelle lassen sich mehrere Handlungsoptionen seitens des Experten ablesen. Eine wichtige Maßnahme, die Brunner setzen will, inkludiert die Kooperation von AAL-Anbieter*innen und den Krankenkassen. Bis dato werden AAL-Systeme kaum gefördert oder von der Versicherung übernommen. Wenn einzelne Produkte übernommen werden, haben die Personen meist eine hohe Pflegestufe und benötigen die Geräte dringendst. Brunner argumentiert jedoch, dass diese Systeme grundsätzlich älteren Menschen mit Behinderung helfen, bevor sie stärkere Einschränkungen entwickeln. Er sucht einen präventiven Ansatz, um älteren Menschen bei medizinischen Notfällen direkt Hilfe zu senden. Einen Kritikpunkt, welchen er gesundheitspolitisch nennt, ist, dass unser Gesundheitssystem wenig präventive Dienste anbietet. Einen Fokus auf gesundheitliche Prävention könnte die Aufenthaltsdauer im eigenen Haus verlängern und somit auch das selbstbestimmte Wohnen. Diese technischen Hilfsmittel können dafür einen Beitrag leisten.

Darüber hinaus erwähnt Brunner, dass Kooperationen mit der Caritas bereits am Laufen sind, damit diese Systeme den Pflegebereich entlasten. Dies wäre eine langfristige Maßnahme, um die Versorgung im selbstbestimmten Wohnbereich zu gewähren.

Um diese Ergebnisse in den gesamten Kontext dieser Arbeit einzubetten, folgt anschließend die Diskussion, bei der die wichtigsten Aspekte zusammengeführt und abschließend analysiert werden.

7. Diskussion

Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Personen mit Behinderung ist eine Thematik, bei dem ein hohes Maß an Interdisziplinarität gefordert ist. Eine eindeutige Begriffsbestimmung und -abgrenzung von Alter, Behinderung und Selbstbestimmung gibt es nicht. Diese Begriffe haben in verschiedenen kulturellen, sozialen und politischen Kontexten andere Bedeutungen, sodass in der internationalen Forschung kein Konsens über eine einheitliche Begriffsbestimmung möglich ist (Motel-Klingebiel & Ziegelmann 2013: 5). Die ihnen unterliegenden Konzepte und Ansätze hängen jeweils von der Forschungsrichtung ab, welche die Begriffe erst in einen Kontext setzt.

Aus diesem Grund wurde die Methodik der Dokumentenanalyse und des Experteninterviews gewählt, um die Schlüsselbegriffe sowie die Thematik dieser Arbeit, welche von qualitativen Forschungen dominiert sind, durch eine qualitative Inhaltsanalyse aus diversen fachlichen Dimensionen zu untersuchen. Die Dokumentenanalyse konzentriert sich primär auf die Erforschung alternativer Wohnmodelle für selbstbestimmtes Wohnen in Japan, Deutschland und Norwegen. Die Auswahl folgender Staaten wird im weiteren Verlauf der Diskussion erläutert. Für die internationalen Beispiele wurde vorwiegend wissenschaftliche Literatur herangezogen. Die Dokumentenanalyse Niederösterreichs konzentriert sich auf öffentliche Dokumente und Studien des Landes NÖ. Besonders der NÖ Sozialbericht (Land Niederösterreich 2024) lieferte grundlegende Daten zur Wohnsituation hochaltriger Personen mit Behinderung in NÖ. Die Experteninterviews fokussierten sich auf bestehende Pflege- und Wohnangebote in NÖ. Durch die Zusammenführung der Dokumentenanalyse und der Experteninterviews mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) konnten Barrieren und Handlungsimplicationen für selbstbestimmtes Wohnen in NÖ identifiziert werden.

Im Folgenden werden wesentliche Erkenntnisse aus den internationalen Fallbeispielen, den Wohnangeboten Niederösterreichs und den Experteninterviews diskutiert. Zunächst wurde die Auswahl von Deutschland als internationales Fallbeispiel aufgrund ähnlicher demografischer und sozialpolitischer Rahmenbedingungen begründet. Wesentliche Erkenntnisse aus Deutschland umfassen die Wohnmarktentwicklung in Ostdeutschland durch die Abwanderung junger Menschen und einer zunehmenden Alterung (Ragnitz 2022: 134f). Wichtige Lehren aus dieser Entwicklung zeigen auf, dass hochaltrige Personen mit Behinderung weitgehend im Eigenheim nicht alters- und behindertengerecht wohnen können (Banse et al. 2017: 130) und

besonders in peripheren Gebieten auf Pflegeheime ausweichen, weil diese eine relevante Versorgungsfunktion einnehmen. Ein ähnlicher Prozess ist durch Aussagen der Experteninterviews in peripheren Gebieten Niederösterreichs sichtbar. Aus dem Beispiel Norwegens, die grundsätzlich Spitzenreiter beim Thema selbstbestimmten Wohnens sind, bietet das Pflegeheim ebenfalls eine wichtige Versorgungsfunktion, da in Norwegen weitaus größere räumliche Disparitäten mit weitflächig dünn besiedelten Gebieten aufzufinden sind (Ågotnes 2017: 40f). Weitere Aspekte aus Deutschland umfassen die Nutzung von AAL im Eigenheim. In der Konzipierung und in der Pilotierung liefert das System vielversprechende Ergebnisse, sodass es selbstständiges Wohnen im Alter fördern, Personalressourcen in der Pflege aufgrund des Pflegemangels einsparen sowie minimalinvasiv über Sensoren und benutzerfreundlichen Plattformen arbeiten kann. Obwohl die Konzipierung sowie die Implementierung im Projekt funktioniert, scheitert eine Verbreitung und Nutzung für die breite Masse an Verbraucher*innen. Ähnliche Herausforderungen konnten in Österreich von Marco Brunner (auxilio AAL) festgestellt werden. Technische Assistenzsysteme sind grundsätzlich als Unterstützung und Förderung von selbstbestimmtem Wohnen im Alter mit Behinderung begünstigend. Nichtsdestotrotz stellt sich aus weitgehenden Untersuchungen heraus, dass technische Innovationen als einzige Lösung für ein alternatives Wohnmodell dieser Zielgruppe nicht ausreichen werden (Hartmann et al. 2024: 11).

Japan wurde aufgrund des fortgeschrittenen Alterungsstadiums der Bevölkerung herangezogen als Beispiel für die damit verbundenen Lehren in den kommenden Jahren für Österreich. Der demografische Wandel verursachte eine Versorgungsnot im Pflegebereich, sodass die Long-Term Care Insurance eingeführt wurde, welche mit umfassenden sozialmedizinischen Dienstleitungen verknüpft war (Tsutsui und Muramatsu 2005: 589f). Die japanische Regierung sah eine präventive Gesundheitsvorsorge im Alter als Schlüssel, um möglichst lange ein selbstbestimmtes Wohnen im Eigenheim zu führen. Jedoch kam die staatliche Finanzierung aufgrund der hohen Nachfrage nicht nach. Daher entwickelte die Regierung das Konzept der integrierten, gemeindebasierten Pflegesysteme. Durch ihre örtlichen Nähe schaffen sie verstärkte Partizipation in der Gemeinde sowie die Möglichkeit im Eigenheim die Dienste in Anspruch zu nehmen. Diese Dienste liefen nicht nur über Anbieter und Wohlfahrtsorganisationen, sondern auch über informelle Netzwerken. Nichtsdestotrotz verzeichnete dieses System unterschiedliche Erfolgsraten, abhängig von dem Vernetzungsgrad einer Gemeinde und vom Informationsaustausch zwischen lokaler Verwaltung und den Bewohner*innen. Aufgrund Ähnlichkeiten in der Konzeptidee und der lokalen Zuständigkeiten von Pflegediensten in Österreich, könnten sich erweiterte Aspekte dieses System für

Niederösterreich eignen. Wie aus den politischen Papieren vom Land NÖ und den Experteninterviews zu entnehmen ist, obliegt den Gemeinden die mehrheitliche Verantwortung über die Gestaltung des Wohnbaus, der Pflegedienste und der öffentlichen Versorgung. Eine Implementierung dieses Ansatzes wäre für Niederösterreich aufgrund ähnlicher verwaltungseinheitlicher Aufgabengebiete möglich. Integrative, gemeindebasierte Pflegesysteme entsprechen dem wissenschaftlichen Kanon in Hinblick auf selbstbestimmtes Wohnen, in dem Lösungsansätze für alternative Wohnformen dieser Zielgruppe lokal zu ermitteln sind (Motel-Klingebiel et al. 2013: 7f).

Norwegen wurde primär aufgrund eines ökonomischen Zugangs ausgewählt. Das Thema Leistbarkeit im Alter ist wesentlich für die Ermöglichung des selbstbestimmten Wohnens. Aufgrund des demografischen Wandels bleibt abzuwarten, inwiefern sich das österreichische Pensionssystem reformieren muss, daher wird am Beispiel Norwegens gezeigt, welche ökonomischen Möglichkeiten für die finanzielle Absicherung im Alter existieren. Der aktienbasierte Pensionsfond ist eine Option, um Altersarmut einzudämpfen und finanzielle Mittel für technische Assistenzsysteme zu schaffen, mehr Auswahl bei der Wohnform zu ermöglichen etc. Weiters fördert Norwegen Konzepte wie Reablement und Ageing at home, welche sich darauf fokussieren Selbsthilfe im Alter mit Behinderung zu steigern (Ambugo et al. 2022: 2). Diese Konzepte entsprechen auch dem sozialen Modell von Behinderung. Das soziale Modell befürwortet Selbsthilfe und soziale Umbrüche, in denen Selbstermächtigung stattfindet. Der Lösungsansatz des Modells ist individueller Natur, welcher das Ziel beider Konzepte widerspiegelt (Egen 2020: 35). Bei Anwesenheit pflegerischer Dienste sollen individuelle Pflegekonzepte partizipativ erstellt werden, welche die hochaltrige Person mit Behinderung im Lebensalltag aktivieren soll. Ein stärkerer Fokus auf Selbsthilfe für ein möglichst langes und selbstbestimmtes Wohnen im Eigenheim wäre ein implementierbarer Ansatz in Niederösterreich. Hierbei müsste im Vorfeld pädagogische Aufklärungsarbeit über eine Stärkung von Eigenermächtigung und eine Informationsvermittlung durchgeführt werden.

Relevante Aspekte aus der Analyse der derzeitigen Wohn- und Pflegesituation für hochaltrige Menschen mit Behinderung in NÖ ergab diese wichtigen Punkte: Es besteht ein Mangel an medizinischem und pflegerischem Personal, wobei sich diese Entwicklung in den nächsten Jahren deutlich verschärfen wird. Die Hochaltrigkeit in NÖ wird zunehmen, wodurch mehr Bedarf an inklusiven Wohnangeboten bestehen wird. Technische Assistenzsysteme im Pflege- und Wohnbereich wirken unterstützend, jedoch bedarf es bei der Implementierung und der Förderung an Verbesserungen.

Das zentrale Ergebnis der bisher durchgeführten Analyse ergab Folgendes: Bei dem Vergleich der internationalen Literatur, öffentlichen Papieren, wissenschaftlichen Beiträgen sowie den Experteninterviews wird ein Aspekt deutlich sichtbar. Es gibt zahlreiche Erfolgsmodelle von selbstbestimmtem Wohnen im hohen Alter. Der Aspekt Behinderung und besonders Mehrfachbehinderung im hohen Alter, stellt für fast sämtliche alternative Wohnmodelle ein unüberwindbares Hindernis dar. Aus diesem Grund lassen sich gute Erfolgsmodelle von alternativen Wohnformen für die niederösterreichische Landesregierung finden. Nichtsdestotrotz verweisen die Experten sowie die Literatur für die Zielgruppe der hochaltrigen Personen mit Mehrfachbehinderungen auf eine stationäre Aufnahme. Die Erforschung von Wohnmodellen für Personen mit Mehrfachbehinderung, außerhalb des stationären Settings, gehört daher weiter erforscht, da es nicht den gesetzlichen Vorgaben der UN-BRK entspricht.

8. Conclusio

Selbstbestimmtes Wohnen im hohen Alter für Menschen mit Behinderung in Niederösterreich ist eine Thema, welchem man schwer gerecht wird. Es umfasst eine Bandbreite an gesellschaftlichen, politischen, ökonomischen und individuellen Faktoren. Daher hat diese Arbeit zahlreiche Konzepte, Ansätze und Wohnmodelle kritisch untersucht, um für die Vielfalt der Zielgruppe möglichst spezifische Handlungsimplicationen für das Land NÖ zu formulieren.

Um das zu erreichen, wurden zunächst im Analyserahmen grundlegende rechtliche Rahmenbedingungen besprochen. Die Differenzierung und Abgrenzung der Schlüsselbegriffe im nächsten Unterkapitel zeigte, dass aufgrund der vorherrschenden Interdisziplinarität, keine einheitlich Bestimmung der Schlüsselbegriffe existiert. Bei der Erläuterung der Methodik wurde argumentiert, weshalb ein qualitatives und systematisches Vorgehen zur Beantwortung der Forschungsfragen relevant ist. Mit der Analyse der alternativen Wohnmodelle wurde verdeutlicht, dass die Daseinsvorsorge nationalstaatlich geregelt ist und somit in jedem Staat differenzierende Rahmenbedingungen für die Entwicklung dieser Wohnmodelle verantwortlich sind. Die Kapitel Österreich und NÖ veranschaulichen demografische Prozesse, die bestimmend für die Wohnangebote in den nächsten Jahren sein werden. Durch eine Präsentation vorherrschender Wohn- und Pflegeangebote in NÖ sowie ihrer Analyse wurde der Status quo der Möglichkeiten für selbstbestimmtes Wohnen in NÖ aufgezeigt. Im Diskussionskapitel wurden sämtliche Daten zusammengetragen und bereits erste Erkenntnisse gewonnen. Im Folgenden werden die Forschungsfragen und Hypothesen beantwortet.

Die erste Forschungsfrage: „Inwiefern entspricht das derzeitige Wohnangebot für hochaltrige Menschen mit Behinderung in Niederösterreich den rechtlichen Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention?“ kann wie folgt beantwortet werden. Es entsprechen zahlreiche Wohnangebote wie bspw. begleitetes und barrierefreies Wohnen, „Wir im Alter“ und das Projekt „Seniorenwohnen“ für einen Teil der Zielgruppe den Vorgaben der UN-BRK. Personen mit einer niedrigen Pflegestufe, die als „aktive Pensionist*innen“ kategorisiert sind, haben die Wahlfreiheit ihrer Wohnform und sind nicht verpflichtet gegen ihren Wunsch in einer stationären Einrichtung zu leben (BMSGPK 2016: 17). Dieser Teil der Zielgruppe hat auch die Möglichkeit, wie in der UN-BRK festgelegt, einen Zugang zu *„einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, zu Hause, in Einrichtungen und sonstiger Art, einschließlich der Persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der*

Inklusion in der Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Segregation von der Gemeinschaft notwendig ist“ (BMSGPK 2016: 17).

Jedoch kann die Gruppe von hochaltrigen Personen mit Mehrfachbehinderungen nicht auf diese Wohnformen zurückgreifen. Laut den Experteninterviews aus dem Bereich des begleiteten Wohnens, hat man ab Pflegestufe 2 einen erschwerten Zugang zu einer Wohneinheit. Darüber hinaus sind alle Experten aus den geführten Interviews der Ansicht, dass ab einer Pflegestufe von 3-4 im hohen Alter, das Pflegeheim (und maximal die 24-Stunden-Betreuung) die einzige Option als Wohnform darstellt. Dahingehend entspricht für diesen Teil der Zielgruppe die Vorgaben der UN-BRK nicht.

Dementsprechend ist die Hypothese: „Eine vorausschauende Planung unter Berücksichtigung der steigenden Anzahl an hochaltrigen Menschen mit Behinderung erleichtert langfristig selbstbestimmtes Wohnen in der Mikro-, Meso- und Makroebene.“ zu falsifizieren. Eine vorausschauende Planung würde langfristig selbstbestimmtes Wohnen fördern, indem man auf die Bedürfnisse der gesamten Zielgruppe eingeht und diese berücksichtigt. Da Status quo auf der Planungsebene Menschen im hohen Alter mit Mehrfachbehinderung nicht berücksichtigt werden, außer bei der Planung von benötigten Aufnahmeplätzen in stationären Einrichtungen, kann dieser Sachverhalt selbstbestimmtes Wohnen nicht fördern. Zahlreiche Studien von Soleimani und Gharehbaglou (2023: 348), Hiscock et al. (2001: 56-58), Bertermann (2014: 555), belegen, dass der Verbleib im eigenen Haus bei 85%-90% der Zielgruppe die eigentliche Wahl des selbstbestimmten Wohnens ist.

Die zweite Forschungsfrage: „Welche internationalen „best practice“- Wohnmodelle für Menschen mit Behinderung können durch die sozio-politischen Rahmenbedingungen in Niederösterreich implementiert werden?“ kann wie folgt beantwortet werden. In Deutschland setzt man durch die voranschreitende Digitalisierung vermehrt auf technische Assistenzsysteme (Beispiel Bremen Ambient Assisted Living Lab) im Haushalt, damit selbstbestimmtes Altern im Eigenheim gefördert wird. Diese Systeme sind jedoch kostspielig und ihr Zugang steht vermehrt sozioökonomisch bevorzugten Personen frei, da Leistbarkeit im Alter eine Barriere sein kann. Diese AAL-Systeme bieten auch österreichische Dienstleister an, jedoch bräuchte es dafür bessere finanzielle Förderungen seitens der Krankenkassen. Darüber hinaus dürften technische Assistenzsysteme im Eigenheim nicht isoliert als „best-practise“-Wohnmodell angesehen werden, sondern sie können unterstützend dienen. Am Beispiel von gemeindebasierten Pflegesystemen für selbstbestimmtes Wohnen in Japan konnte man feststellen, dass eine große Nutzerzufriedenheit dieses Angebot gut annahm. Besonders am

Beispiel von Niederösterreich wäre eine solche Implementierung gemeindenaher Pflegedienste in Hinblick auf selbstständiges Wohnen gut möglich, da die Gemeinden von ihren Bedarfsplänen bis hin zur Kooperation mit Wohlfahrtsorganisationen bereits viele Aspekte integriert haben. In Norwegen haben besonders Pflegeheime mit ihrem Imagewechsel zu „zu Hause ähnlichen“ Wohnsettings viel positive Resonanz erfahren. Dieser Imagewechsel wäre in NÖ denkbar, indem man den Pflegeheimen bei der Gestaltung mehr Macht einräumt und die Bewohner*innen partizipativ in den Gestaltungsprozesse miteinbezieht.

An diesem Beispiel wird an die zweite Hypothese angeschlossen: „Selbstbestimmtes Wohnen führt zu einem Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen von stationären Betreuungsformen hin zu ambulanten Betreuungsformen.“ Diese Aussage ist grundsätzlich zu verifizieren. Die Analyse der internationalen Literatur sowie der öffentlichen Paper hat ergeben, dass bei einem Ansatz von selbstbestimmtem Wohnen eine Deinstitutionalisierung hin zu kleineren Wohngruppen, begleiteten Wohnformen, Mehrgenerationenhäusern etc. als Idealbeispiele genannt werden. Stationäre Betreuungsformen wie Pflegeheime übernehmen weltweit wichtige Versorgungsfunktionen, vor allem im peripheren Raum, und haben aus diesem Grund ihre Berechtigung. Nichtsdestotrotz ist der Trend zur Deinstitutionalisierung durch selbstbestimmtes Wohnen fachwissenschaftlich sowie realpolitisch gegeben und gefordert.

Die dritte Forschungsfrage: „Welche Handlungsoptionen stehen den Entscheidungsträger*innen zur Verfügung, um selbstbestimmtes Wohnen zu fördern?“ wird durch eine Symbiose aus der Dokumentenanalyse und den Experteninterviews beantwortet. Zunächst gibt es eine Reihe an Forschungsprojekten zu technischen Assistenzsystemen, welche vielversprechende Ergebnisse liefern. Als erste Handlungsoption wird vorgeschlagen, diese Assistenzsysteme durch Förderungen vom Land oder als Krankenkassenleistung für die Zielgruppe dieser Arbeit leistbarer zu machen. Damit wäre AAL nicht nur ein unterstützendes System, welches ein selbstbestimmtes Leben im Eigenheim ermöglicht, sondern würde auch zeitliche Ressourcen vom vorhandenen Pflegepersonal berücksichtigen. Als zweite Handlungsoption wäre eine partielle Marktöffnung für Pflegepersonal aus Drittstaaten angedacht, um dem zuspitzenden Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Ohne hinreichend Pflegepersonal ist selbstbestimmtes Wohnen im Eigenheim für jene Personen, die eine Betreuung benötigen, nicht möglich. Aus diesem Grund müsste die Versorgungsebene, für eine Sicherstellung eines autonomen Wohnens, gegeben sein. Die dritte Handlungsempfehlung wäre eine Verringerung räumlicher Disparitäten durch Schaffung einer besseren Versorgungs- und Infrastruktur. Durch mangelnde Infrastruktur meiden gemeinnützige Bauträger ländlichere

Gemeinden, weil die Umsetzung einer hinreichenden Versorgungslandschaft nicht gegeben ist. Somit haben diese in zentraleren Räumen mit besserer Versorgungsstruktur mehr Nachfrage. Die vierte Handlungsempfehlung wäre eine Einführung des Selbsthilfe-Ansatzes nach norwegischem Vorbild für das selbstbestimmte Wohnen. Dieser Ansatz fördert eine höhere Funktionalität im Alter, wodurch ein Leben im eigenen Heim länger realisierbar wäre.

Die Hypothese: „Aufwändigere und höhere Kosten stellen Hindernisse für selbstbestimmtes Wohnen dar.“ kann verifiziert werden. Dies trifft besonders auf die Anschaffung von technischen Assistenzsystemen und der Renovierung des Eigenheimes auf alters- und behindertengerechten Wohnraum zu. Als Beispiel dafür haben Entwicklungen in Ostdeutschland gezeigt, dass vermehrt Leerstände entstehen, da Häuser und Wohnungen nicht alters- und behindertengerecht gebaut wurden. Die Empfehlung wäre hier, bereits bei der Errichtung von Wohnraum auf Barrierefreiheit im Alter zu achten. Zumindest im öffentlichen Raum sowie bei Neubau jeglicher Wohnungsart sollte dieser Aspekt verpflichtend sein.

9. Ausblick

Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Personen mit Behinderung stellt ein umfassendes Forschungsgebiet dar. Diese Arbeit wurde vermehrt in einem geographischen Kontext verfasst. Andere Forschungsrichtungen könnten einen großen Mehrwert für dieses interdisziplinäre Thema liefern. Darüber hinaus ist ein Aspekt, welcher noch weiterer Untersuchung bedarf, das selbstbestimmte Wohnen für hochaltrige Menschen mit Mehrfachbehinderungen. Wie in dieser Arbeit konkludiert, konnten kaum Ansätze, Konzepte oder Forschungsarbeiten gefunden werden, welche diesen Teil der Zielgruppe in einem anderen Rahmenwerk als stationäre Einrichtungen sah. Hier besteht eine große Forschungslücke und die gesellschaftliche Aufgabe, diesen Sachverhalt zu ändern.

Verwendete Literatur

- AAL Austria, 2025: Über AAL AUSTRIA. URL: <https://www.aal.at/ueber-aal/> (14.03.2025).
- Ågotnes, G., 2017: The Institutional Practice: On nursing homes and hospitalizations. Cappelen Damm Akademisk/NOASP.
- Aimée Hartford Kvæl, L. & H. Gautun, 2023: Social inequality in navigating the healthcare maze: Care trajectories from hospital to home via intermediate care for older people in Norway. *Social Science & Medicine* 333: 116142.
- Allman, D., 2013: The Sociology of Social Inclusion. *Sage Open* 3: 2158244012471957.
- Ambugo, E.A., I. Dar, M.S. Bikova, O. Førland & T. Tjerbo, 2022: A qualitative study on promoting reablement among older people living at home in Norway: opportunities and constraints. *BMC Health Services Research* 22: 150.
- Amrhein, L., 2013: Die soziale Konstruktion von „Hochaltrigkeit“ in einer jungen Altersgesellschaft. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46: 10–15.
- Amt der NÖ-Landesregierung, 2006: Leitfaden für Verfahren zur Bewilligung von teilstationären oder stationären Einrichtungen und die Aufsicht gemäß §§ 49 ff NÖ SHG 2000, LGBI. 9200 iVm der NÖ Wohn- und Tagesbetreuungsverordnung, LGBI. 9200/8.
- Asakawa, T., H. Kawabata, K. Kisa, T. Terashita, M. Murakami & J. Otaki, 2017: Establishing community-based integrated care for elderly patients through interprofessional teamwork: a qualitative analysis. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* Volume 10: 399–407.
- Autexier, S., C. Lüth & R. Drechsler, 2022: Das Bremen Ambient Assisted Living Lab und darüber hinaus – Intelligente Umgebungen, smarte Services und Künstliche Intelligenz in der Medizin für den Menschen. S. 835–850 in: M.A. Pfannstiel (Hrsg.), *Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Bacon, F. & J. Spedding, 2011: *The works. 2, Philosophical works ; 2*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Baltes, P.B. & J. Smith, 2003: New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age. *Gerontology* 49: 123–135.
- Banse, J., C. Deilmann, C. Fritzsche, V. Hörnig, J. Kluge, D. Kretzschmar, G. Marquardt, T. Motzek, J. Ragnitz, M. Thum & L. Vandreij, 2017: Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf den ostdeutschen Wohnungsmarkt: Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie. Dresden: ifo Institut Niederlassung Dresden.
- Barnes, C., G. Mercer & T. Shakespeare, 1999: *Exploring disability: a sociological introduction*. Malden, Mass: Polity Press.
- Bertermann, B., 2014: Geragogische Herausforderung der Hochaltrigkeit. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 47: 552–556.
- Blank, F., C. Logeay, E. Türk, J. Wöss & R. Zwiener, 2016: Ein starkes öffentliches Rentensystem ist möglich: das Beispiel Österreich. Bonn: Friedrich Ebert Stiftung.
- BMSGPK, 2016 (15. Juni): UN-Behindertenrechtskonvention. Deutsche Übersetzung der Konvention und des Fakultativprotokolls. URL: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=19> (30.08.2023).

- BMSGPK, 2020: UN-Behindertenrechtskonvention. URL: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Menschen-mit-Behinderungen/UN-Behindertenrechtskonvention.html> (02.09.2024).
- BMSGPK, 2023: Pflegevorsorgebericht 2022. URL: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=19>. (10.04.2024).
- Boersch-Supan, A. & C. Wilke, 2004: The German Public Pension System: How it Was, How it Will Be (No. w10525). S. w10525. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Bossle, M., 2023: Gerontologie kompakt. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 56: 237–238.
- Brennan, C., R. Traustadóttir, J. Rice & P. Anderberg, 2018: “Being Number One is the Biggest Obstacle”: Implementing the UN Convention on the Rights of Personswith Disabilities within Nordic welfare services. Nordisk välfärdsforskning | Nordic Welfare Research 3: 18–32.
- Briggs, A.M., P.P. Valentijn, J.A. Thiagarajan & I. Araujo De Carvalho, 2018: Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. BMJ Open 8: e021194.
- Brijoux, T., C. Woopen & S. Zank, 2021: Multimorbidity in old age and its impact on life results. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 54: 108–113.
- BSGK, 2024: Dienstleistungen/Soziale Dienste. URL: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Dienstleistungen-Soziale-Dienste.html> (14.03.2025).
- Bude, H., 2015: Was für eine Gesellschaft wäre eine inklusive Gesellschaft? in: Inklusion: Wege in die Teilhabegesellschaft. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag.
- Bundesministerium der Justiz Soziale Pflegeversicherung. (1994), Pub. L. No. SGB-XI §1.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2025: UN-Behindertenrechtskonvention. URL: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Menschen-mit-Behinderungen/UN-Behindertenrechtskonvention.html> (11.03.2025).
- Corker, M. & T. Shakespeare (Hrsg.), 2002: Disability/postmodernity: embodying disability theory. London ; New York: Continuum.
- Costantini, H., M. Nihei & T. Ueno, 2021: ‘Care literacy’ in super aging Japan. Open Research Europe 1: 85.
- Daheim in NÖ, 2025: Organisation. URL: <https://www.daheim-in-noe.at/organisation/> (14.03.2025).
- Dahl, N., 2018: Social inclusion of senior citizens in Japan: an investigation into the ‘Community-based Integrated Care System’. Contemporary Japan 30: 43–59.
- Dale, B., U. Söderhamn & O. Söderhamn, 2012: Self-care ability among home-dwelling older people in rural areas in southern Norway. Scandinavian Journal of Caring Sciences 26: 113–122.
- DeinHaus4.0, 2024 (28. Dezember): DeinHaus 4.0 in Niederbayern - Länger Leben Zuhause. URL: <https://deinhaus4-0.de/start/> (28.12.2024).
- Dettling, D., 2022: Megatrend Silver Society: Wie Gesundheit und Pflege unsere Städte, Bauen und Wohnen verändern werden. S. 21–30 in: H. Budliger (Hrsg.), Demografie, Wohnen, Immobilien. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Deutsches Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz, 2024: Bremen Ambient Assisted Living Lab – BAALL. URL: <https://www.dfki.de/web/anwendungen-industrie/living-labs/bremen-ambient-assisted-living-lab-baall> (22.12.2024).

- DIMDI, 2005: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf.
- Eccher, B., 2014: Gutachten über die aus dem UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen erwachsenden Verpflichtungen Österreichs. Universität Innsbruck.
- Egen, C., 2020: Was ist Behinderung?: Abwertung und Ausgrenzung von Menschen mit Funktionseinschränkungen vom Mittelalter bis zur Postmoderne. Bd. 7. Bielefeld, Germany: transcript Verlag.
- Egger, M., O. Razum & A. Rieder (Hrsg.), 2021: Public health kompakt. Boston: De Gruyter.
- Egner, H., 2010: Theoretische Geographie. Darmstadt: WBG (Wissenschaftliche Buchgesellschaft).
- Ehmer, J., 2015: Work versus Leisure. in: C. Torp (Hrsg.), Challenges of Aging. Palgrave Macmillan.
- Endter, C., V. Gallstl, A. Peine & A. Wanka, 2024: Altersassemblagen: Soziotechnische Innovationen und gelingendes Alter(n) aus der Perspektive der materiellen Gerontologie. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 57: 91–96.
- Fachinger, U., 2017: Assistierende Techniken. Einige Anmerkungen zu Ansatzpunkten der Förderung. Discussion Paper. : Fachgebiet Ökonomie und Demographischer Wandel. Vechta.
- Farkas, M. & S. Coe, 2019: From Residential Care to Supportive Housing for People With Psychiatric Disabilities: Past, Present, and Future. Frontiers in Psychiatry 10: 862.
- Flossbach von Storch, 2023: Japan – Lehren aus einer schrumpfenden und alternden Gesellschaft. URL: https://www.flossbachvonstorch-researchinstitute.com/fileadmin/user_upload/files/RI/Studien/Files/2023/230831-japan-lehren-aus-einer-schrumpfenden-und-alternden-Gesellschaft.pdf (09.02.2025).
- Fröhler, N., N. Fröhler, T. Fehmel & U. Klammer, 2013: Flexibel in die Rente: Gesetzliche, tarifliche und betriebliche Perspektiven. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Fürstenberg, F., 2013: Hochaltrigkeit als Akzeptanzproblem: Ein Thesenpapier. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46: 16–20.
- Galis, V., 2011: Enacting disability: how can science and technology studies inform disability studies? Disability & Society 26: 825–838.
- Gallstl, V. & A. Wanka, 2019: Representing the ‘older end user’? Challenging the role of social scientists in the field of ‘active and assisted living’. International Journal of Care and Caring 3: 123–128.
- Gearing, R.E., N. El-Bassel, A. Ghesquiere, S. Baldwin, J. Gillies & E. Ngeow, 2011: Major ingredients of fidelity: A review and scientific guide to improving quality of intervention research implementation. Clinical Psychology Review 31: 79–88.
- Geldern, H., 2017: Marketing: 360 Grundbegriffe kurz erklärt. Tübingen: UVK Verlag.
- Gibas, P., 2019: Between roots and rhizomes: Towards a post-phenomenology of home. Transactions of the Institute of British Geographers 12304.
- Giddens, A., 1995: Modernity and self-identity: self and society in the late modern age. Cambridge: Polity press.
- Gilleard, C. & P. Higgs, 2010: Aging without agency: Theorizing the fourth age. Aging & Mental Health 14: 121–128.

- Glufke, A., 2019: Länger leben zu Hause mit digital-technischer Unterstützung – das Projekt DeinHaus 4.0 Niederbayern. URL: <https://jas.bayern/index.php/JAS/article/view/73> (28.02.2025).
- Göckenjan, G., 2007: Diskursgeschichte des Alters: Von der Macht der Alten zur ‚alternden Gesellschaft‘. S. 125–140 in: H. Fangerau, M. Gomille, H. Herwig, C.A.D. Horst, A.V. Hülsen-Esch, H.-G. Pott, J. Siegrist & J. Vögele (Hrsg.), *Alterskulturen und Potentiale des Alter(n)s*. AKADEMIE VERLAG.
- Günther, M., 2009: Wohnen in Deutschland – Ware und Sozialgut. *Mauerwerk* 13: 240–249.
- Habermann-Horstmeier, L., 2017: Gesundheit und Inklusion von Menschen mit Beeinträchtigungen – Grundbegriffe und Prinzipien. *Public Health Forum* 25: 254–258.
- Han, F., 2019: *Demographics and the Natural Rate of Interest in Japan*. Washington, D.C.: International Monetary Fund.
- Hank, K., 2019: *Alternsforschung: Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Baden-Baden: Nomos.
- Hansen, S., R. Kaspar, M. Wagner, C. Woopen & S. Zank, 2021: The NRW80+ study: conceptual background and study groups. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 54: 76–84.
- Hartmann, K.V., G. Rubeis & N. Primc, 2024: Healthy and Happy? An Ethical Investigation of Emotion Recognition and Regulation Technologies (ERR) within Ambient Assisted Living (AAL). *Science and Engineering Ethics* 30: 2.
- Hayashi, M., 2015: Japan’s long-term care policy for older people: The emergence of innovative “mobilisation” initiatives following the 2005 reforms. *Journal of Aging Studies* 33: 11–21.
- Heimnetze, 2025 (3. Januar): Smart Home Systeme. URL: [https://heimnetzen.de/smart-home-standards/#:~:text=Bekannte%20Funkstandards%20\(oder%20auch%20Funkprotokolle,MHz%20Band%20am%20h%C3%A4ufigsten%20verwendet.](https://heimnetzen.de/smart-home-standards/#:~:text=Bekannte%20Funkstandards%20(oder%20auch%20Funkprotokolle,MHz%20Band%20am%20h%C3%A4ufigsten%20verwendet.) (03.01.2025).
- Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.), 2015: *Inklusion: Wege in die Teilhabegesellschaft*. Frankfurt am Main: Campus.
- Helsedirektoratet, 2025 (10. März): Roadmap für die nationale E-Health-Strategie. URL: <https://www.helsedirektoratet.no/digitalisering-og-e-helse/veikart-for-nasjonal-e-helsestrategi> (10.03.2025).
- Hermes, G. (Hrsg.), 2006: „Nichts über uns - ohne uns!“: disability studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung. Neu-Ulm: AG-SPAK-Bücher.
- Hewer, W. & D. Kopf, 2021: Multiprofessionelle Therapieoptionen bei psychischen Erkrankungen im Alter – aktuelle Aspekte eines bekannten Themas. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 54: 745–746.
- Hielscher, V., 2014: *Technikeinsatz und Arbeit in der Altenpflege. Ergebnisse einer internationalen Literaturrecherche*. . Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft.
- Hiroshi Koezuka, 2016: Utilization of IoT in the long-term care field in Japan. S. 166–169 in: 2016 2nd International Conference on Cloud Computing and Internet of Things (CCIOT). Gehalten auf der 2016 2nd International Conference on Cloud Computing and Internet of Things (CCIOT), Dalian, China: IEEE.
- Hirschberg, M., 2022: Modelle von Behinderung in den Disability Studies. S. 93–108 in: A. Waldschmidt (Hrsg.), *Handbuch Disability Studies*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

- Hiscock, R., A. Kearns, S. MacIntyre & A. Ellaway, 2001: Ontological Security and Psycho-Social Benefits from the Home: Qualitative Evidence on Issues of Tenure. *Housing, Theory and Society* 18: 50–66.
- Hofmann, W., C. Kricheldorf & H. Brandenburg, 2022: Interprofessionalität als Herausforderung in Gerontologie und Geriatrie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 55: 183–186.
- Höpflinger, F., 2011: Die Hochaltrigen – eine neue Größe im Gefüge der Intergenerationalität. S. 37–53 in: H.G. Petzold, E. Horn & L. Müller (Hrsg.), *Hochaltrigkeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hoshino, A., N. Ishikawa, M. Tanaka, K. Usui, M. Komata, M. Shizawa & T. Katsura, 2020: What lifestyles are risk factors for low well-being of healthy elderlies dwelled in a local city in super-aging Japan? —Kizugawa cohort study—. *Journal of Rural Medicine* 15: 73–84.
- ILMR, 2024 (11. August): Ottmar Miles-Paul. Internationale Liga für Menschenrechte. URL: <https://ilmr.de/ottmar-miles-paul/> (11.08.2024).
- Immergut, E.M., K.M. Anderson & I. Schulze (Hrsg.), 2006: *The handbook of West European pension politics*. Oxford: Oxford University Press.
- Inaba, M., 2016: Aging and Elder Care in Japan: A Call for Empowerment-Oriented Community Development. *Journal of Gerontological Social Work* 59: 587–603.
- Japan International Cooperation Agency, 2022: *Community-based Integrated Care in Japan. Suggestions for developing countries from cases in Japan*.
- Johnston, M.C., M. Crilly, C. Black, G.J. Prescott & S.W. Mercer, 2019: Defining and measuring multimorbidity: a systematic review of systematic reviews. *European Journal of Public Health* 29: 182–189.
- Jolanki, O.H., 2021: Senior Housing as a Living Environment That Supports Well-Being in Old Age. *Frontiers in Public Health* 8: 589371.
- Jongbae, K., M. Mokhtari, H. Aloulou, B. Abdulrazak & L. Seungbok (Hrsg.), 2023: *Digital Health Transformation, Smart Ageing, and Managing Disability: 20th International Conference, ICOST 2023, Wonju, South Korea, July 7–8, 2023, Proceedings*. Cham: Springer Nature.
- Jüttemeier, M., 2016: *Organisationswandel und Wissenschaftskultur: Eine organisations- und wissenschaftssoziologische Analyse der KIT-Fusion*. Wiesbaden: Springer VS.
- Kaiser, R., 2021: *Qualitative Experteninterviews: Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Kaufmann, G., 2021: *Experteninterviews*. S. 115–167 in: *Stiftung und Konflikt*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Kawaguchi, K., T. Ueno, K. Ide & K. Kondo, 2024: Social participation among residents of serviced housing for older people versus community-dwelling older people in Japan: a propensity score matching analysis. *Journal of Public Health*.
- Kitao, S., 2018: Policy uncertainty and cost of delaying reform: The case of aging Japan. *Review of Economic Dynamics* 27: 81–100.
- Klein, A., 2022: Gesellschaftskritik: Wie kritisch können, sollen oder müssen die Disability Studies sein? S. 471–484 in: A. Waldschmidt (Hrsg.), *Handbuch Disability Studies*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

- Kobayashi, T., H. Maita & H. Kato, 2018: Medical ecology in near future of rapidly aging Japan: projected scenario. *Technological Forecasting and Social Change* 137: 327–329.
- Köbsell, S., 2022: Entstehung und Varianten der deutschsprachigen Disability Studies. S. 55–71 in: A. Waldschmidt (Hrsg.), *Handbuch Disability Studies*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Kocher, M. & F. Muny, 2020: OECD- Bericht „Pension Markets in Focus 2019“: Schlussfolgerungen für Österreich. URL: <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/5397/1/ihs-policy-brief-2020-kocher-muny-oecd-pension-markets-in-focus.pdf>. (13.03.2025).
- Koimizu, J., M. Kokado & K. Kato, 2018: Ethical Perspectives of Japanese Engineers on Ambient Assisted Living Technologies: Semi-structured Interview. *Asian Bioethics Review* 10: 143–155.
- Kolland, F., R. Rohner, C. Bischof & G. Paulinger, 2024: Altersalmanach 2024. Altwerden in Niederösterreich. URL: https://www.noee.gv.at/noee/Kontakt-Landesverwaltung/Altersalmanach_2024.pdf (14.03.2025).
- Kōtsūshō, K. & T. Saisei Kikō, 2020: Aging in place. Japan case studies. U.S. Department of Housing and Urban Development. Office of Policy Development and Research.
- Kunhardt, H., 2022: Smarthome und Smartliving – Möglichkeiten und Grenzen der KI im Projekt DeinHaus4.0. S. 851–865 in: M.A. Pfannstiel (Hrsg.), *Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- LaFond, M., L. Tsvetkova, R. Aguayo-Krauthausen & id22: Institut für Kreative Nachhaltigkeit (Hrsg.), 2017: *CoHousing Inclusive: selbstorganisiertes, gemeinschaftliches Wohnen für alle = self-organized, community-led housing for all*. Berlin: Jovis Verlag GmbH.
- Land Niederösterreich, 2024: NÖ Sozialbericht 2023.
- Land NÖ, 2020: UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK). URL: https://www.noee.gv.at/noee/gleichbehandlung-antidiskriminierung/un_behindertenrechtskonvention.html (11.03.2025).
- Land NÖ, 2024: Sozialhilfe nach dem NÖ SAG. URL: https://www.noee.gv.at/noee/Sozialhilfe/NOE_Sozialhilfe_Ausfuehrungsgesetz.html (12.03.2025).
- Land NÖ, 2025: Altersalmanach 2024. URL: https://www.noee.gv.at/noee/Pflege/Altersalmanach_Noe.html (14.03.2025).
- Lee Shao-Huai & Huang Jui-Chen, 2012: Study on Future Trend of the Elderly Care from the Aspect of Assistive Technology Rental System in Japan. in: *Ambient Intelligence and Smart Environments*. IOS Press.
- Longmore, P.K. (Hrsg.), 2001: *The new disability history: American perspectives*. New York: New York University Press.
- Mähs, M., 2022: *Gesundheitsökonomische Evaluation von AAL-Technologien: Eine Analyse am Beispiel von intelligenten Rollatoren in der häuslichen Versorgung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Maslow, A.H., P. Kruntorad & A.H. Maslow, 1997: *Psychologie des Seins: ein Entwurf*. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl.
- Mayer, K.U., P.B. Baltes & Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.), 1999: *Die Berliner Altersstudie: ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften; [das höhere Alter in interdisziplinärer Perspektive]*. Berlin: Akademie-Verl.
- Mayring, P., 2010: *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim Basel: Beltz.

- McPherson, P., J. Krotofil & H. Killaspy, 2018: Mental health supported accommodation services: a systematic review of mental health and psychosocial outcomes. *BMC Psychiatry* 18: 128.
- Metzler, I., 2006: Disability in medieval Europe: thinking about physical impairment during the High Middle Ages, c. 1100-1400. London ; New York: Routledge.
- Morikawa, M., 2014: Towards community-based integrated care: trends and issues in Japan's long-term care policy. *International Journal of Integrated Care* 14.
- Morris, J., 1997: Care of Empowerment? A Disability Rights Perspective. *Social Policy & Administration* 31: 54–60.
- Motel-Klingebiel, A. & J.P. Ziegelmann, 2013: Die Lebensphase Hochaltrigkeit. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46: 4–4.
- Motel-Klingebiel, A., J.P. Ziegelmann & M. Wiest, 2013: Hochaltrigkeit in der Gesellschaft des langen Lebens: Theoretische Herausforderung, empirisches Problem und sozialpolitische Aufgabe. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46: 5–9.
- Munkejord, M.C., W. Schönfelder & H. Eggebø, 2019: Voices from the North: Stories About Active Ageing, Everyday Life and Home-Based Care Among Older People in Northern Norway. Bd. 22, S. 193–206 in: P. Naskali, J.R. Harbison & S. Begum (Hrsg.), *New Challenges to Ageing in the Rural North*. Cham: Springer International Publishing.
- Naegele, G., E. Olbermann & A. Kuhlmann (Hrsg.), 2016: *Teilhabe im Alter gestalten: aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie*. Wiesbaden: Springer VS.
- Naegele, N., 2013: *Selbstbestimmt leben und wohnen im Alter - alte und neue Herausforderungen*. Beltz Juventa.
- NBIM, 2024: Government Pension Fund Global Annual report 2023. URL: https://www.nbim.no/contentassets/75e18afc40974cb189e3747164def669/gpfg-annual-report_2023.pdf (13.03.2025).
- Nilsson, M.Y., S. Andersson, L. Magnusson & E. Hanson, 2021: Ambient assisted living technology-mediated interventions for older people and their informal carers in the context of healthy ageing: A scoping review. *Health Science Reports* 4: e225.
- NOE Wohnbau, 2025: Wohnbauförderung BEGLEITETES und BARRIEREFREIES WOHNEN. URL: <https://www.noe-wohnbau.at/begleitetes-und-barrierefreies-wohnen#ui-id-1> (13.03.2025).
- OECD, 2023: *Exploring Norway's Fertility, Work, and Family Policy Trends*. Paris: Organization for Economic Cooperation & Development.
- Ohta, R. & C. Sano, 2022: Family Physicians as System-Specific Specialists in Japan's Aging Society. *Cureus*.
- Okamoto, A., 2013: Welfare Analysis of Pension Reforms in an Ageing Japan: Pension Reforms in an Ageing Japan. *Japanese Economic Review* 64: 452–483.
- Okamoto, A., 2020: Childcare Allowances and Public Pensions: Welfare and Demographic Effects in an Aging Japan. *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy* 20: 20190067.
- Okata, J., 2025: *Towards an Age-Friendly City. A case of the renewal program at Toyoshiki-dai district in Kashiwa City*. Institute of Gerontology Tokyo.
- Oliver, M., 1990: The Social Construction of the Disability Problem. S. 78–94 in: *The Politics of Disablement*. London: Macmillan Education UK.

- Ottmar, M.-P., 1999: Self-Determined Living in Germany. S. 277–282 in: B. Holzer, A. Vreede & G. Weigt (Hrsg.), *Kultur und soziale Praxis*. Bielefeld, Germany: transcript Verlag.
- Pani-Harreman, K.E., J.M.A. Van Duren, G.I.J.M. Kempen & G.J.J.W. Bours, 2022: The conceptualisation of vital communities related to ageing in place: a scoping review. *European Journal of Ageing* 19: 49–62.
- Petersen, T., M. Lizarazo López, S. Kaniovski & T. Url, 2020: Makroökonomische Folgen der demografischen Alterung: Simulationen für Deutschland, Japan und die USA bis 2050. *Wirtschaftsdienst* 100: 958–963.
- Pihlainen, K., A. Ehlers, R. Rohner, K. Cerna, E. Kärnä, M. Hess, L. Hengl, L. Aavikko, S. Frewer-Graumann, V. Gallistl & C. Müller, 2023: Older adults' reasons to participate in digital skills learning: An interdisciplinary, multiple case study from Austria, Finland, and Germany. *Studies in the Education of Adults* 55: 101–119.
- Popp, J. & J.H. Wilhelm, 2010: Altern und Suizidalität im heutigen Japan. *Japanstudien* 21: 73–93.
- Ragnitz, J., 2022: Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Wohnungsmärkte: Das Beispiel Ostdeutschland. S. 133–145 in: H. Budliger (Hrsg.), *Demografie, Wohnen, Immobilien*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Rasner, A., 2016: Altern und Alterssicherung in Deutschland. S. 647–664 in: Y. Niephaus, M. Kreyenfeld & R. Sackmann (Hrsg.), *Handbuch Bevölkerungssoziologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Rechtsinformationssystem des Bundes Landesrecht konsolidiert Niederösterreich. Gesamte Rechtsvorschrift für NÖ Sozialhilfe-Ausführungsgesetz. (2024), Pub. L. No. LGBL. Nr. 70/2019.
- Rechtsinformationssystem des Bundes Landesrecht konsolidiert Niederösterreich. Gesamte Rechtsvorschrift für NÖ Richtsatzverordnung. (2025), Pub. L. No. LGBL. Nr. 118/2019.
- Redzovic, S., B. Vereijken & T. Bonsaksen, 2023: Aging at home: factors associated with independence in activities of daily living among older adults in Norway—a HUNT study. *Frontiers in Public Health* 11: 1215417.
- Reimann, H. & H. Reimann (Hrsg.), 1994: *Das Alter: Einführung in die Gerontologie*. De Gruyter.
- Richter, A.S. & K. Rothe, 2022: Pflegeversicherung. S. 663–668 in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit*. Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Richter, D., C. Adamus, S. Mötteli, F. Myszor, G. Wienberg & I. Steinhart, 2022: Selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung – Entwicklung und Überprüfung der „Modelltreueskala Selbstbestimmtes Wohnen (MSSW)“ für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. *Psychiatrische Praxis* 49: 103–106.
- Richter, D. & H. Hoffmann, 2017: Preference for Independent Housing of Persons with Mental Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 44: 817–823.
- Richter, D. & M. Jäger, 2020: Wohnforschung in der psychiatrischen Versorgung. Methodische Probleme und aktueller Forschungsstand. S. 92–102 in: M. Rosemann & M. Konrad (Hrsg.), *Selbstbestimmtes Wohnen kompakt*. Psychiatrie Verlag.
- Rink, D., 2020: Schrumpfung und Stadtumbau als zentrale Themen der Forschung zu Städten in Ostdeutschland: Kommentar zu Matthias Bernt und Andrej Holm „Die Ostdeutschlandforschung muss das Wohnen in den Blick nehmen“. *sub\urban. zeitschrift für kritische stadtforschung* 8: 137–144.

- RIS Gesamte Rechtsvorschrift für Allgemeines Pensionsgesetz. (2006). URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003831&FassungVom=2006-06-30> (15.03.2025).
- Rosemann, M. & M. Konrad (Hrsg.), 2020: Selbstbestimmtes Wohnen kompakt. Psychiatrie Verlag.
- Rott, C. & D.S. Jopp, 2012: Das Leben der Hochaltrigen: Wohlbefinden trotz körperlicher Einschränkungen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 55: 474–480.
- Salheiser, A., 2022: Natürliche Daten: Dokumente. S. 1507–1522 in: N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Scharlach, A. & L. Tingvold, 2024: DEVELOPING COMMUNITY-BASED AGING SERVICES IN NORWAY: LESSONS FROM THE US. Innovation in Aging 8: 62–63.
- Schelisch, L., 2016: Technisch unterstütztes Wohnen im Stadtquartier. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Schillmeier, M., 2015: Zur Politik des Behindert-Werdens. Behinderung als Erfahrung und Ereignis. S. 79–100 in: A. Waldschmidt & W. Schneider (Hrsg.), Disability Studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung. transcript Verlag.
- Schliehe, F. & T. Ewert, 2013: Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) - Aktualisierung der problemorientierten Bestandsaufnahme. Die Rehabilitation 52: 40–50.
- Schober, C. & V. Then (Hrsg.), 2015: Praxishandbuch Social Return on Investment: Wirkung sozialer Investitionen messen. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Scholz, R.D., 2016: Sozialstruktur und Lebenserwartung. S. 553–563 in: Y. Niephaus, M. Kreyenfeld & R. Sackmann (Hrsg.), Handbuch Bevölkerungssoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Schönwandt, W., 2023: Solving Complex Problems: A Handbook. De Gruyter.
- Siskind, D., M. Harris, J. Pirkis & H. Whiteford, 2013: A domains-based taxonomy of supported accommodation for people with severe and persistent mental illness. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 48: 875–894.
- Soleimani, M. & M. Gharehbaglou, 2023: The role of self-determination needs and sense of home. Journal of Housing and the Built Environment 38: 347–370.
- Spang, L., K. Lidström-Holmqvist, M. Holmefur & C. Pettersson, 2024: Older adults' reasons for applying to a nursing home – a document analysis. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 31: 2436585.
- Statistics Bureau of Japan, 2023: Population and Households. URL: <https://www.stat.go.jp/english/data/nenkan/1431-02.htm> (13.01.2025).
- Statistics Norway, 2025: Population. URL: <https://www.ssb.no/en/statbank/table/07459/> (13.01.2025).
- Statistik Austria, 2024: Bevölkerungsprognosen für Österreich und die Bundesländer. URL: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/demographische-prognosen/bevoelkerungsprognosen-fuer-oesterreich-und-die-bundeslaender> (12.12.2024).
- Statistisches Bundesamt, 2023: Bevölkerung. Geburten. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html (13.03.2025).

- Stewart, B., 2023: Demography and Digital Transformation in Japan. S. 177–191 in: A. Khare & W.W. Baber (Hrsg.), *Adopting and Adapting Innovation in Japan's Digital Transformation*. Singapore: Springer Nature Singapore.
- Stoll, J., 2017: *Behinderte Anerkennung? Interessenorganisationen von Menschen mit Behinderungen in Westdeutschland seit 1945*. Frankfurt: Campus Verlag.
- Tetens, J.N., 2014: *Philosophische Versuche über die menschliche Natur und ihre Entwicklung*. (U. Roth & G. Stiening, Hrsg.). Berlin: de Gruyter.
- The World Bank, 2019: *The Norwegian NDC Scheme: Balancing Risk Sharing and Redistribution*. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/956771556879609873/pdf/The-Norwegian-NDC-Scheme-Balancing-Risk-Sharing-and-Redistribution.pdf> (17.03.2025).
- Thiesemann, R., 2017: Sinn von Hochaltrigkeit für den Einzelnen und die Gesellschaft: Analyse psychologischer, soziologischer, gerontologischer, epidemiologischer und theologischer Aspekte. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 50: 170–172.
- Tøssebro, J., I.S. Bonfils, A. Teittinen, M. Tideman, R. Traustadóttir & H.T. Vesala, 2012: Normalization Fifty Years Beyond—Current Trends in the Nordic Countries. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 9: 134–146.
- Tsutsui, T. & N. Muramatsu, 2005: Care-Needs Certification in the Long-Term Care Insurance System of Japan. *Journal of the American Geriatrics Society* 53: 522–527.
- Udsching, P., 2015: Die deutsche Pflegeversicherung im europäischen Rahmen. S. 671–682 in: S. Devetzi & C. Janda (Hrsg.), *Freiheit - Gerechtigkeit - Sozial(es) Recht*. Nomos.
- Van Der Weele, S., 2022: 'Doing' normativity in disability studies: soft suggestions towards an empirical ethics of disability. *Disability & Society* 1–23.
- Vaupel, J.W., 2010: Biodemography of human ageing. *Nature* 464: 536–542.
- Vogel, L., A. Lorenz & R. Pates (Hrsg.), 2024: *Ostdeutschland: Identität, Lebenswelt oder politische Erfindung?*. Wiesbaden: Springer VS.
- Wacker, E., 2016: Beeinträchtigung – Behinderung – Teilhabe für alle: Neue Berichterstattung der Bundesregierung zur Teilhabe im Licht der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 59: 1093–1102.
- Wahl, H.-W., C. Tesch-Römer & J.P. Ziegelmann (Hrsg.), 2012: *Angewandte Gerontologie: Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Waldschmidt, A. & S. Karim (Hrsg.), 2022: *Handbuch Disability Studies*. Wiesbaden [Heidelberg]: Springer VS.
- Wanka, A. & V. Gallistl, 2021: Socio-Gerontechnology – ein Forschungsprogramm zu Technik und Alter(n) an der Schnittstelle von Gerontologie und Science-and-Technology Studies. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 54: 384–389.
- Wanka, A., A. Urbaniak, F. Oswald & F. Kolland, 2023: Digital transformations in ageing societies: Challenges and opportunities for inclusive digitalization. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 56: 177–180.
- Weiser, M., 1999: The computer for the 21st century. *ACM SIGMOBILE Mobile Computing and Communications Review* 3: 3–11.
- Westle, B. & B. Westle, 2018: *Methoden der Politikwissenschaft*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Wetterling, T., 2021: Pathogenesis of multimorbidity—what is known? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 54: 590–596.

World Health Organization (Hrsg.), 1980: International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva : [Albany, N.Y: World Health Organization ; sold by WHO Publications Centre USA].

World Health Organization, 2002: Aktiv altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. Genf.

Wöss, J., 2020: Das österreichische Pensionssystem. S. 235–258 in: F. Blank, M. Hofmann & A. Buntenbach (Hrsg.), *Neustart in der Rentenpolitik*. Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Yoon, K.Y.-E., 2020: Multigenerational housing projects and integrating elderly. *Norwegian Open Research Archives*.

Zander, M., 2016: Disability Studies: Gesellschaftliche Ausgrenzung als Forschungsgegenstand. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 59: 1048–1052.

Zimmer, L., 2024: Experteninterviews. S. 249–282 in: *Controlling in Russland*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Anhang 1 – Interview Elfriede Mörtl, Alpenland

Leitfaden:

Zunächst möchte ich mich herzlich für Ihre Zustimmung zu diesem Interview bedanken. Ich möchte das Interview einleiten, in dem ich mich kurz vorstelle. Ich heiße A.B. und studiere auf der Universität Wien im Master Lehramt die Fächer Geografie sowie Geschichte. Diese Masterarbeit wird im Fach Geografie verfasst, in Kooperation mit dem Land Niederösterreich, welches ein fachliches Interesse an diesem Thema hat. Die Arbeit handelt über „Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Menschen mit Behinderung in NÖ“. Falls Sie eine Frage nicht beantworten wollen, steht es Ihnen jederzeit frei, dies mitzuteilen. In diesem Sinne, möchten Sie sich zu Beginn kurz vorstellen, Ihre Profession bekanntgeben und für welche Institution/Gesellschaft Sie arbeiten?

1. Alpenland bietet begleitetes Wohnen als Wohnform für hochbetagte Personen mit Behinderung an. Wie viele Wohneinheiten stehen momentan insgesamt in Niederösterreich zur Verfügung?
2. Welche Gründen spielen bei der Wahl einer geeigneten Hilfsorganisationen in einer Region für Alpenland eine Rolle?
3. Welche anderen Stakeholder sind bei Wohnprojekten von Alpenland für hochaltrige Personen mit Behinderung involviert?
4. Wer ist verantwortlich für die Initiation der Wohnbauprojekte für begleitetes Wohnen?
5. Welche infrastrukturellen, sozialen, politischen oder ökonomischen Barrieren müssen bei begleiteten Wohnprojekten berücksichtigt werden?
6. Sind die Wohneinheiten darauf ausgerichtet, um technische Assistenzsysteme zu ermöglichen?
7. Inwieweit können die angebotenen Wohnformen selbstständiges Wohnen im Alter ermöglichen/ fördern?
8. Wie setzt sich die Finanzierung der Angebote für Nutzer*innen zusammen? Welche Förderungsmöglichkeiten gibt es?
9. Sehen Sie in Zukunft einen steigenden Bedarf am Wohnungsmarkt für begleitete Wohnformen? Gibt es regionale Unterschiede?

Einwilligungserklärung für Interviews

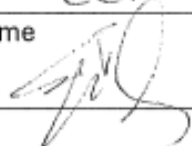
Forschungsprojekt:	Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Personen mit Behinderung in Niederösterreich
Durchführende Hochschule:	Universität Wien, Institut für Geografie und Regionalforschung
Interviewerin:	Anja Bundo BEd.
Befragte:	
Interviewdatum:	

Ich erkläre mich hiermit bereit, dass meine personenbezogenen Kontaktdaten im Zuge des durchgeführten Interviews für das Forschungsprojekt verwendet werden dürfen. Darüber hinaus willige ich ein, dass Ton- und Videoaufzeichnungen bis zur Beendigung des Projektes gespeichert und für die angegebenen Forschungszwecke verarbeitet werden dürfen. Nach der Beendigung des Projektes werden die Originalaufnahmen gelöscht.

Als freiwillige Teilnehmer*in steht es Ihnen jederzeit zu, das Interview abubrechen oder Interviewfragen abzuweisen. Darüber hinaus können Sie nach Belieben Ihre Einwilligung zurückziehen.

Durch meine Unterschrift erkläre ich meine Einwilligung zu den aufgeführten Punkten:

MÖRTL ELFRIEDE
Name, Vorname


Unterschrift

Transkript:

1 I: Zunächst möchte ich mich herzlich für Ihre Zustimmung zu diesem Interview bedanken. Ich
2 möchte das Interview einleiten, in dem ich mich kurz vorstelle. Ich heiße A.B. und studiere auf
3 der Universität Wien im Master Lehramt die Fächer Geografie sowie Geschichte. Diese
4 Masterarbeit wird im Fach Geografie verfasst, in Kooperation mit dem Land Niederösterreich,
5 welches ein fachliches Interesse an diesem Thema hat. Die Arbeit handelt über
6 „Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Menschen mit Behinderung in NÖ“. Falls Sie eine
7 Frage nicht beantworten wollen, steht es Ihnen jederzeit frei, dies mitzuteilen. In diesem Sinne,
8 möchten Sie sich zu Beginn kurz vorstellen, Ihre Profession bekanntgeben und für welche
9 Institution/Gesellschaft Sie arbeiten?

10 B: Ich heiße Elfriede Mörtl und bin bei Alpenland tätig. Alpenland ist ein gemeinnütziger
11 Wohnbauträger mit Sitz in Niederösterreich. Wir sind Errichter und Verwalter unserer
12 Immobilien, errichten vorrangig geförderte Wohnimmobilien, teilweise auch mit Spezial-
13 Wohnbauförderungsmitteln, wie zum Beispiel dem begleitetem Wohnen, das ist eine
14 Förderschiene des Landes Niederösterreich. Wir haben im Bestand gesamt an die 13000
15 Einheiten in Verwaltung, die Hälfte davon sind Mieteinheiten, Großteiles Mieteinheiten mit
16 Kaufoption und die andere Hälfte umfasst Eigentumseinheiten, die wir dann in unserer
17 Hausverwaltung mit betreuen. Das sind alles Objekte, die wir damals selbst errichtet haben und
18 über den letzten 75 Jahre eben weiter betreuen und begleiten. Ja, meine Position, ich bin in der
19 Vertriebsleitung tätig, also unser Bereich nennt sich Wohnungsberatung, Vertrieb und
20 Marketing, wir haben diesen ganzen Teilbereich umfasst. Im Vertrieb sind wir von Beginn der
21 Projektidee mit dabei, bis hin dann zur Realisierung. Und das Schöne ist, wir begleiten die
22 Objekte auch dann in der ganzen Betriebsphase, was den Verwertungsprozess betrifft, die
23 Wiedervermietung, die Wiederbrauchbarmachung bis hin zur Eigentumsübertragung, wenn es
24 um Miete mit Kaufoption geht. Und somit glaube ich, schließt den ganzen Kreis dieser
25 Wohnimmobilien in der Gemeinnützigkeit. Gemeinnützigkeit, vielleicht sage ich da etwas
26 dazu, wir sind ein bisschen anders in der Positionierung als ein gewerblicher Bauträger, die
27 Gemeinnützigkeit ist durch das Wohnungsgemeinnützigkeitsgesetz ganz stark reguliert und hat
28 auch eine ganz starke Zweckbindung. Zweckbindung liegt mit dem Fokus auf Errichtung von
29 Wohnraum, der auch zur Deckung des Wohnbedürfnisses da ist, also nicht für
30 Spekulationszwecke, heißt auch, dass wir den Fokus haben, diesen Wohnraum qualitativ so zu
31 gestalten, dass er für lange Zeit vielen Menschen zur Verfügung gestellt werden kann. Es soll
32 bezahlbarer Wohnraum sein. Damit er auch bezahlbar wird für breite Bevölkerungsschichten,

33 ist die Wohnbauförderung ein passendes Instrument, so Spezialförderungen wie eben für
34 begleitetes Wohnen, geben nochmals zusätzlich wirtschaftliche Mittel, um speziell für
35 Zielgruppen noch diese Möglichkeit zu schaffen.

36 I: Danke für die Vorstellung! Alpenland bietet begleitetes Wohnen als Wohnform für
37 hochbetagte Personen mit Behinderung an. Wie viele Wohneinheiten stehen momentan
38 insgesamt in Niederösterreich zur Verfügung?

39 B: Aktuell in der Vermarktung haben wir nur ein Neubauprojekt im Tullnerfeld in Langenrohr,
40 das sind 17 Wohneinheiten für begleitetes Wohnen gefördert. Das Projekt befindet sich gerade
41 in der Richtungsphase und soll nächstes Jahr dann in den Betrieb übergehen. Wir sind gerade
42 in der Phase, die Betreuungsorganisation auszuschreiben, ansonsten die anderen Objekte, also
43 wir haben knapp um die 200 Wohneinheiten im begleitetem Wohnen in unserem Portfolio, die
44 sind alle gut belegt und verwertet. Es gibt laufend Wohnungswechsel, auch natürlich
45 altersbedingt aufgrund der Nutzerzielgruppe. Aber diese Wohneinheiten sind stark nachgefragt
46 und werden auch rasch wieder belegt.

47 I: Welche Gründen spielen bei der Wahl einer geeigneten Hilfsorganisationen in einer Region
48 für Alpenland eine Rolle?

49 B: Also wir haben immer ein Ausschreibungsverfahren. Für uns kommt dann natürlich der beste
50 Bieter zur Anwendung und oftmals, aus der Erfahrung heraus, ist der beste Bieter dann jener
51 Betreiber, der auch regional stark verwurzelt ist und der regional eine starke Betreuungsgruppe
52 vor Ort hat. Also man arbeitet mit Menschen und diese Arbeit mit Menschen wird auch von
53 Menschen getragen und wenn sich vor Ort wirklich gute Betreuer auffinden und sich eine starke
54 Hilfsorganisation herauskristallisiert hat, dann sind die eben auch nicht nur preislich die
55 Bestbieter, sondern auch von der Leistungsqualität. Aber wir arbeiten mit dem Roten Kreuz
56 zusammen, mit dem Hilfswerk, mit der Caritas wie auch mit der Volkshilfe, also das ist wirklich
57 unterschiedlich und das Positive in der Zusammenarbeit ist die Flexibilität. Es gibt schon ein
58 Leistungsbild, das definiert wird. Aber die Flexibilität ist sehr wichtig für uns, denn so eine
59 Bewohnerschaft verändert sich mit dem Zeitverlauf und für uns ist auch wichtig, dass dann die
60 betreuende Organisation auf die Bewohner eingeht und vereinzelt noch aus einem älteren
61 Fördermodell aus dieser Schiene heraus, dass auch die Zielgruppe der Senior*innen betreut
62 oder fördert. Es besagt noch, dass die Gemeinden selbst auch eine Betreuung organisieren
63 können, es könnte theoretisch auch eine Kommune einen Verein gründen oder auch
64 Selbstbetreuung für die Bewohner stellen. Das ist mir wichtig, denn oftmals kommt es dann
65 beim Konsumenten falsch an oder die Erwartungshaltung ist eine falsche. Es ist keine 24h

66 Betreuung Es ist wirklich das Ziel, dass die Leute so lange wie möglich selbstbestimmt und
67 eigenständig in ihrer eigenen Wohnung leben können und nur einen Kontakt der Beratung mit
68 begleitend haben. Und erst wenn der Bedarf noch mehr wird, können sie sich diese
69 Mehrleistung dann dazubuchen, zusätzlich zu dem Basispaket.

70 I: Hier habe ich auch gleich die Frage: Wie sieht Ihre Zielgruppe aus? An wen richten sich die
71 Angebote?

72 B: Vielleicht beginne von oben, ab Pflegestufe 4 ist der Deckel gegeben, da haben die
73 Niederösterreicher*innen Anspruch in eine Pflegeanstalt zu gehen. Ab der Pflegestufe sind sie
74 nicht mehr unsere Zielgruppe, da wäre auch die Wohnform nicht geeignet, weil da wirklich
75 schon mehr Bedarf an rundum Betreuung notwendig ist. Aber bis zur Pflegestufe 3 wäre es
76 denkbar. Es liegt im Ermessen und in einer Entscheidung des Einzelnen. Aus unserer Erfahrung
77 heraus ist aber die Zielgruppe jünger und rüstiger. Die Entscheidung, den Wohnsitz zu wechseln
78 und quasi das letzte Mal zu wechseln, treffen viele Menschen schon mit der Pensionierung oder
79 kurz nach der Pensionierung, das ist unsere Erfahrung. Erst über den Zeitverlauf verändern sich
80 dann der Bedarf der Bewohner und die Betreuungsintensität.

81 I: Welche Stakeholder sind bei Wohnprojekten von Alpenland für hochaltrige Personen mit
82 Behinderung involviert?

83 B: Wie bereits erwähnt die Hilfsorganisationen, die Gemeinden, dann die Vereine, die sind ein
84 wesentlicher Faktor, weil ganz wichtig ist, die Bewohner in das Umfeld mitzuintegrieren, in
85 das Ortsleben bei einer kleineren Gemeinde ist es oft direkter und funktioniert auch ganz gut.
86 Wir haben aber genauso in Sankt Pölten, in einer großen Stadt, eine große Anlage mit
87 begleitetem Wohnen, da wird es natürlich dann schwieriger, dass auch die Vereine reingehen
88 und Angebote bieten. Dieser Kontakt zur Öffentlichkeit, zum Umfeld zu schaffen, ist ganz
89 wichtig. Ziel soll sein, die Menschen in dieser Wohnform so lang wie möglich, auch geistig, fit
90 zu halten und gut zu integrieren ins Umfeld. Ansonsten sind auch die Verwandten und die
91 Familienangehörige ein wesentlicher Player.

92 I: Wer ist verantwortlich für die Initiation der Wohnbauprojekte für begleitetes Wohnen?

93 B: Oftmals kommt der Impuls direkt aus der Region, weil die örtlichen Bürgermeister ihren
94 Bedarf am besten kennen. Zu 80% kommt der Impuls aus der Region, aber es gibt auch
95 Standorte, wenn wir Liegenschaften einkaufen, wo wir sehen, der Standort ist sehr zentral und
96 würde sämtliche Anforderungen für diese Wohnform erfüllen, dann kommt auch von unserer
97 Seite der Impuls. Wobei wir mittlerweile mehr auf gemischte Quartiere gehen. Wir machen

98 keine sortenreine und begleitete Wohnanlagen oder reine junge Wohnanlagen. Unser Ziel ist es
99 mittlerweile auch die Bewohnerschaft zu mischen, das macht zwar das Projekt in der
100 Projektierung und für die Verarbeitung intern im Haus etwas komplexer und schwieriger, aber
101 ich glaube, die Bewohnerqualität steigt dadurch und auch dieses soziale Miteinander wird
102 dadurch gefördert.

103 I: Welche infrastrukturellen, sozialen, politischen oder ökonomischen Barrieren müssen bei
104 begleiteten Wohnprojekten berücksichtigt werden?

105 B: Die Barrieren selbst sind oftmals nur im wirtschaftlichen Bereich angesiedelt. Wir wissen
106 die aktuelle Gruppe der Pensionisten und älteren Menschen sind von der Einkommenssituation
107 her eher im unteren Bereich angesiedelt und es muss dann noch leistbar sein für den Bewohner
108 selbst. Also wir merken oft in ländlichen Regionen, wenn wieder den Bezug auf die Regionalität
109 nehmen, in ländlichen Regionen, wo einfach die aktuellen Pensionisten oder die Personen, die
110 Bedarf haben, eine geringe Pension haben, sicher ein Neubauobjekt von der Miete her gar nicht
111 finanzieren können, die verbleiben oftmals im Familienverbund. Wenn der Familienverbund
112 große Häuser hat, wird die Oma in einem Teilbereich untergebracht. Da kommt dann der
113 Pflegedienst, der mobile Dienst vorbei und somit geht es kostenschonender. Ich glaube die
114 größte Barriere ist die Leistbarkeit dieser Wohnform, ich meine die Förderung stützt das und
115 es ist auch ganz klar definiert, dass die Einstiegshürde der Finanzierungsbeitrag sehr gering sein
116 soll. Aber die monatlichen Kosten, das sehe ich doch, die sehe ich doch nach wie vor als größte
117 Hürde. Denn zusätzlich zu Wohnkosten kommen auch die Kosten für das Grundleistungspaket.
118 Und wenn dann der Betroffene mehr an Leistungen braucht, ist das noch eine Zusatzzahlung.
119 Da wird es mit der Leistbarkeit sehr knapp.

120 I: Sehen Sie hier auch regionale Unterschiede?

121 B: Ja, bei den Einkommensschichten. Bei den Pensionisten im ländlichen Bereich sind das
122 oftmals noch Personen, die im landwirtschaftlichen Bereich tätig waren oder ganz geringes
123 Einkommen hatten und somit auch eine geringe Pension, also da sehe ich das Stadt-Land-
124 Gefälle ganz stark. Der Knackpunkt, die größte Barriere, ist eben die Leistbarkeit. Die sie sich
125 es nicht leisten können, bleiben bei Ihrer Familie und die sie sich es leisten können, die gehen
126 in den urbaneren Bereich und das sind oftmals Menschen, die einen ganz anderen Hintergrund
127 haben. Und von der Altersschichte her, sondern das Umfeld.

128 I: Sind die Wohneinheiten darauf ausgerichtet, um technische Assistenzsysteme zu
129 ermöglichen?

130 B: Grundsätzlich versuchen wir schon einmal so eine Grundausstattung in der Basis selbst zur

131 Verfügung zu stellen, was gerne dann im Zeitverlauf gemacht wird, sind diese Schlüsselkästen
132 selbst. Aber da gibt es schon gute mobile Lösungen oder auch diese Notrufsysteme, das sind
133 alles mobile Lösungen, ohne dass man da jetzt baulich am Objekt großartig etwas ändern muss.
134 Das bauliche Objekt ist ohnedies von der Wohnbauförderung in den Vorschriften so gelagert,
135 dass die Barrierefreiheit gegeben sein muss und diese ganzen notwendigen Punkte auch erfüllt
136 sein müssen. Ja, aber Sonderwünsche oder sonstige Adaptierungen, die im geringen Ausmaß
137 im Objekt notwendig sind, da gibt es immer auch Möglichkeit zur Kooperation und zur
138 Umsetzung.

139 I: Inwieweit können die angebotenen Wohnformen selbstständiges Wohnen im Alter
140 ermöglichen/ fördern?

141 B: Selbstständiges Wohnen beim begleiteten Wohnen, da erhält man oftmals die Pflegestufe erst
142 erteilt, wenn sich auch wirklich der Gesundheitszustand verändert. Und ich glaub auch
143 Hintergedanke an diesem Fördermodell ist, wenn die Leute alleine irgendwo leben, dann
144 vereinsamen sie schneller, sind auch geistig oftmals nicht so gefordert. Gemeinschaft fördert
145 auch und das Ziel hinter diesem Modell ist, diese Gemeinschaft zu fördern, das soziale
146 Miteinander zu fördern, um eben die Leute länger mobil und selbstbestimmt zu halten. Also ich
147 glaube, dass das Konzept da wirklich gut funktioniert. Und Familie ist oft sehr blind, das ist ein
148 Selbstschutz. Man will nicht sehen, dass die Oma vielleicht jetzt schlechter beieinander ist, das
149 ist ein sehr sensibles Thema. Und es ist gut von den Gemeinden, das mit dem System vieler
150 Community Nurses, die hier reinkommen, gibt es zusätzlich einen fachlichen Blick, den oftmals
151 die Familie gar nicht nehmen oder geben kann, weil die Familie emotional drinnen hängt und
152 oftmals so dieser neutrale Dritte, die Situation besser beurteilen kann. Dann bekommt die
153 Person erst in die Pflegestufe und das ist beim Betreuten Wohnen so, du bist ständig auch in
154 Begleitung. Es kommt auch durch die Hilfsorganisation und kann es fachlich aus diesem
155 neutralen dritten Blick beurteilen und sagen, also sie wären jetzt eigentlich schon an der
156 nächsten Grenze in die nächste Stufe, sie brauchen das auch. Also ich glaube, da braucht es
157 ganz oft dieses Miteinander, dieses Fachpersonals und eben das Betreuen der Organisation,
158 Community Nurses, also diese Kombination, diese Angebote gibt es. Aber eben Pflegestufe
159 heißt natürlich auch, dass wieder mehr Geld kommt. Aber dieses Geld ist auch wieder
160 notwendig, dann für mehr Leistung. Also unterm Strich kommen wir wieder zur
161 Wirtschaftlichkeit, dann dass es sich für die Betroffenen ausgeht.

162 I: Wie setzt sich die Finanzierung der Angebote für Nutzer*innen zusammen? Welche
163 Förderungsmöglichkeiten gibt es?

164 B: Die Problematik der Finanzierbarkeit erleben wir vor allem in ländlichen Regionen. Da
165 sehen wir das mit dem Bildungsstand, mit den Arbeitspositionen des früheren Berufes es sehr
166 schwierig. Ja, und was vielleicht noch ein Aspekt ist, das ist das Thema der
167 Stellplatzverpflichtung, also ein großes Thema in Niederösterreich. Da bestimmen die
168 Gemeinden selbst die Stellplätze, die zusätzlich zu einer Wohneinheit errichtet werden müssen.
169 Da gibt es unterschiedliche Regulative. Das legt die Gemeinde fest. Und das bedeutet,
170 manchmal müssen wir pro Wohnung zwei Stellplätze errichten, die Kosten aber im Verhältnis
171 gesehen sehr viel Geld, denn die Bodenfläche kostet Geld. Kaufe ich die Fläche und ich nehme
172 die oberen Stellplätze kostet es Geld, lege ich die Stellplätze in eine Tiefgarage, kostet das auch
173 viel Geld und das ist eine Zielgruppe, die oftmals gar kein Auto haben. Das ist dann auch ein
174 Thema der Wirtschaftlichkeit. Da gibt es zwar die Möglichkeit für die Bürgermeister das
175 regulativ runter zu reduzieren, wenn diese Wohnform gemacht wird, um unterm Strich Kosten
176 zu sparen. Die Stellplätze sind oftmals Stellplätze, welche leer stehen und gar nicht genutzt
177 werden, die aber gegen Kosten der Bauträger, dem Mieter in den laufenden Wohnkosten und
178 das ist auch ein Instrument, in dem die Gemeinde sicherlich aktiv teilhaben kann. Aber sie
179 können es nicht auf 0 runterstreichen. Man muss sich die Finanzierbarkeit auch intern überlegen
180 und wo wir ganz intensiv mit dem Land Niederösterreich in Gesprächen sind, sind diese
181 Modelle zu erweitern. Es gibt in Wien oftmals Clusterwohnungen, also wie WGs aufgebaut,
182 also diese Idee gibt es derzeit bei uns in der Diskussion, solche Cluster Wohnungen auch für
183 diese Zielgruppe anzubieten. Wo auch dann ein Betreuer mit in dieser Wohnung in dem
184 Wohnungsverbund 4 bis 5 Personen zeitgleich betreut. Das ist aber in der Förderlandschaft
185 noch nicht abgebildet, würde aber sicherlich auch mehrere Dinge dann lösen oder zumindest
186 erleichtern. Mitunter das Kostenthema, Gemeinsamkeit, soziale Zugehörigkeit und das
187 Betreuungsthema. Mit älter werdender Gruppe steigt dann die Betreuungsintensität. Man
188 müsste dann auch gleichartige Betreuungsfälle in einem Verbund unterbringen, damit eine
189 Betreuungsperson mehreren Personen begleiten kann. Und die Frage, welches Leistungsbild
190 und welche Qualifikation, welches Pflegepersonal gebraucht wird, muss neu überdacht werden.
191 Muss es immer eine diplomierte Krankenschwester sein oder geht man für manche Tätigkeiten
192 auch in der Qualifizierung etwas zurück, um eben mehr Arbeitskräfte zu haben, die sich wieder
193 dann um die Gruppen kümmern. Also das ist ein großes Thema.
194 I: Jetzt würde meine letzte Frage noch sein, sehen Sie in Zukunft einen steigenden Bedarf am
195 Wohnungsmarkt für begleitete Wohnformen? Gibt es regionale Unterschiede?

196 B: Aus unserer Erfahrung heraus wird natürlich der Bedarf wachsen, auf jeden Fall. Ja, also ich
197 glaube in den nächsten 10 Jahren werden wir sicherlich mehr Angebote brauchen, flexiblere

198 Angebote brauchen und ich glaube, wir müssen viel integrativer denken, um dieses
199 ökonomische Thema zu schaffen. Und darum versuchen wir die Wohnformen zu mischen, um
200 wieder in dieses alte Wohnmodell zurückzugehen. Früher haben sich auch die Jungen um die
201 Alten gekümmert. Also ich glaube man muss viel mehr an Kooperation denken. Kooperationen,
202 die nicht unmittelbar auch bezahlt werden, einfach wieder mehr Unterstützung und auf
203 Menschlichkeit gehen und das schafft man eben nur mit einem guten Umfeld. Wir können das
204 Wohnumfeld für so eine Integration und Kooperation bieten.

Anhang 2- Interview Christian Rab, SeneCura

Leitfaden:

Zunächst möchte ich mich herzlich für Ihre Zustimmung zu diesem Interview bedanken. Ich möchte das Interview einleiten, in dem ich mich kurz vorstelle. Ich heiße A.B. und studiere auf der Universität Wien im Master Lehramt die Fächer Geografie sowie Geschichte. Diese Masterarbeit wird im Fach Geografie verfasst, in Kooperation mit dem Land Niederösterreich, welches ein fachliches Interesse an diesem Thema hat. Die Arbeit handelt über „Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Menschen mit Behinderung in NÖ“. Falls Sie eine Frage nicht beantworten wollen, steht es Ihnen jederzeit frei, dies mitzuteilen. In diesem Sinne, möchten Sie sich zu Beginn kurz vorstellen, Ihre Profession bekanntgeben und für welche Institution/Gesellschaft Sie arbeiten?

10. Welche Unterschiede bestehen für die Bewohner*innen bei SeneCura als private Pflegeeinrichtung im Gegensatz zu öffentlichen Pflegeeinrichtungen?
11. Welche anderen Stakeholder sind bei Wohnprojekten von Senecura involviert? Welche Rolle nehmen diese Stakeholder von der Planung bis hin zur Umsetzung ein?
12. Mit welchen Herausforderungen aus dem ökonomischen, sozialen oder verwaltungstechnischen Bereich sehen Sie sich momentan konfrontiert.
13. Inwieweit arbeitet SeneCura im Bereich des Wohnens mit innovativen Konzepten?
14. Wie kommen technische Assistenzsysteme oder Active and Assisted Living zur Anwendung?
15. Inwieweit ist selbstbestimmtes Wohnen bei den angebotenen Wohnmodellen möglich? Wo liegen die Grenzen?
16. Welche neuen Wohnmodelle/-konzepte werden in Zukunft von SeneCura angedacht, um selbstbestimmtes Wohnen zu fördern?
17. Sehen Sie hinsichtlich des demografischen Wandels einen steigenden Bedarf am Wohnungsmarkt für Ihre Wohnmodelle?

Transkript:

1 I: Zunächst möchte ich mich herzlich für Ihre Zustimmung zu diesem Interview bedanken. Ich
2 möchte das Interview einleiten, in dem ich mich kurz vorstelle. Ich heiße A.B. und studiere auf
3 der Universität Wien im Master Lehramt die Fächer Geografie sowie Geschichte. Diese
4 Masterarbeit wird im Fach Geografie verfasst, in Kooperation mit dem Land Niederösterreich,
5 welches ein fachliches Interesse an diesem Thema hat. Die Arbeit handelt über
6 „Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Menschen mit Behinderung in NÖ“. Falls Sie eine
7 Frage nicht beantworten wollen, steht es Ihnen jederzeit frei, dies mitzuteilen. In diesem Sinne,
8 möchten Sie sich zu Beginn kurz vorstellen, Ihre Profession bekanntgeben und für welche
9 Institution/Gesellschaft Sie arbeiten?

10 B: Mein Name ist Christian Rab. Ich arbeite derzeit als Regionaldirektor bei der SeneCura und
11 bin zuständig für die Regionen Wien und Niederösterreich Nord. Das sind insgesamt 9 Häuser,
12 die Großteils Pflegeeinrichtungen, aber auch mit betreuten Wohnen anbieten. Es sind
13 verschiedene Pflegeeinrichtungen zum Teil mit Kindergärten ein Mehrgenerationenhaus, zum
14 Teil mit Demenzstationen, zum Teil eigenständige, betreute Wohneinheiten. Von der
15 Profession her war ich vorher Hausleiter, davor Pflegedienstleiter, davor Lehrer für
16 Gesundheits- und Krankenpflege und Intensivpflege.

17 I: Also haben Sie schon lange Berufserfahrung in diesem Bereich gesammelt und wissen,
18 worauf es ankommen wird.

19 B: Viele Funktionen und manche Themen konnten sich lösen, manche sind dieselben wie vor
20 40 Jahren.

21 I: Zu dem Punkt werde ich später noch Bezug nehmen. Aber zunächst: Welche Unterschiede
22 bestehen für die Bewohner*innen bei SeneCura als private Pflegeeinrichtung und öffentlichen
23 Pflegeeinrichtungen?

24 B: Prinzipiell keiner, weil wir in Wien und in Niederösterreich im Auftrag des Landes im
25 Auftrag der Sozialabteilung arbeiten. Die Förderungen bekommen nicht die Träger, sondern
26 die Bewohner, das heißt der Bewohner bekommt eine Förderung und wenn er sich für eine
27 Pflegeeinrichtung entscheidet, wird dann vom Land eine Förderung übernommen. Prinzipiell
28 ist es in Niederösterreich so, dass jeder Pflegeplatz gleich kostet, also egal, ob der jetzt vom
29 Land angeboten wird oder von einem privaten Träger.
30 In Wien ist der Tarif nicht gleich, denn man verhandelt dort. Wenn ein Bewohner in eine
31 öffentliche Einrichtung geht in Wien bezahlt die Stadt Wien dafür mehr, als wenn er sich für

32 eine Private entscheidet. Es besteht die Möglichkeit, dass der Träger der Einrichtung etwas dazu
33 zahlt. Bei öffentlichen Einrichtungen kommt oft mehr Geld hinein, auch noch von der
34 Gemeinde, nicht nur vom Land.

35 I: Mit welchen Herausforderungen, sei es aus dem finanziellen, sozialen oder
36 verwaltungstechnischen Bereich, sehen Sie sich momentan konfrontiert.

37 B: Also im Prinzip ist es für uns ein Thema, gutes Personal zu bekommen.
38 In Wirklichkeit ist es kaum möglich, die vorhandenen Pflegeplätze zu betreuen, also zu offen
39 zu halten, weil es nicht genügend Personal gibt. Es ist schon schwer, überhaupt Personal zu
40 finden und Gutes noch schwieriger. Das ist momentan die größte Herausforderung, also man
41 rekrutiert rund um die Welt. Auch mit großem Kostenaufwand. Die größte Herausforderung ist
42 es, diese Menschen zu integrieren und auch schwierig, für die eine Arbeitsbewilligung zu
43 bekommen. Zum Beispiel eine maturierte kolumbianische Krankenschwester, die dort einen
44 Hochschulabschluss hat und bei uns kriegt sie keine Arbeitsbewilligung, weil sie bei B 2
45 durchfällt, obwohl sie 2 Jahre gut arbeitet und die Bewohner sehr zufrieden sind. Aber sie hat
46 Rechtschreibfehler gemacht muss dann nach Hause und das ist skurril.

47 I: Das ist natürlich sehr unverständlich von Arbeitgeberseite. Meine nächste Frage wäre: Bietet
48 SeneCura im Wohnbereich oder in der Pflege innovative Konzepte, die sich in der Pilotierung
49 oder eventuell schon in der Umsetzung befinden, beispielsweise technische Assistenzsysteme
50 oder Active and Assisted Living?

51 B: Wir haben ein Innovation Center und einige Piloten laufen, wo wir eigentlich die Ausrollung
52 planen. Zum Beispiel Headsets für das Pflegepersonal, um zu kommunizieren, von einem
53 Zimmer ins andere. Das wird auch beim Einsatz von Praktikanten, dass die, wenn sie irgendein
54 Thema haben, sich rühren können. Wir haben im Testlauf ein Exoskelett, das ist ein Gerät, das
55 man sich umschnallt, dass wenn man nach vorbeugt, dann nimmt es Energie auf und hilft einem
56 wieder beim Aufrichten. Da gibt es in einem Haus einen Testlauf, da gibt es einige
57 Pflegepersonen, die das regelmäßig tragen. Dann haben wir im Haus Reinigungsroboter laufen,
58 das ist jetzt nicht die große Sensation, das hat jeder zu Hause, aber dass der da auch wirklich
59 gut ausweicht und, dass da nichts passiert mit den Bewohnern, dass da niemand drüber stürzt.
60 Es gibt Probeläufe mit Inkontinenzsensoren. Würde bedeuten, dass ein Bewohner, der in der
61 Nacht zwar unruhig ist, aber schläft, dass man weiß einerseits, der bewegt sich von alleine, also
62 der muss jetzt nicht gelagert werden und seine Inkontinenzeinlage noch trocken ist, da gibt es
63 auch Testläufe. Es gibt Testläufe mit Matratzen, die leicht lagern, das heißt, die links und rechts
64 kippen. Ein innovatives Konzept probieren wir jetzt in einem unserer Betreuten Wohnen. Das

65 heißt, wir haben dort immer das Thema, dass es eigentlich kein Pflegepersonal vor Ort gibt.
66 Heißt wir starten dort einen Piloten auch mit dem Land Niederösterreich, wo Bewohner schon
67 einen leichten Pflegebedarf haben und es damit quasi auch möglich ist, ein Pflgeteam rund um
68 die Uhr einzusetzen. Im Betreuten Wohnen sagen die Leute, ich hätte gerne eine
69 Krankenschwester, wann ich es brauche, aber die anderen 364 Tage, möchte ich es nicht zahlen.
70 Also insofern geht es in die Richtung.

71 I: Haben Sie weitere Wohnprojekte in Zukunft?

72 B: Eine große Interessensgruppe ist der Partner, wo einer pflegebedürftig ist.
73 Ja, wo gehen die hin? In ein Pflegeheim will der Gesunde nicht, in die Wohnung geht es für
74 den Pflegebedürftigen nicht mehr. Also so eine Kombination, wäre was ganz was Großartiges,
75 wo die gemeinsam wohnen können und trotzdem eine Pflege rund um die Uhr gewährleistet ist.
76 Und das auch noch gefördert, also auch leistbar. Das ist der Aufbau nicht allein zu sein, und
77 Barrierefreiheit haben, die wir heute fast in jedem Gemeindebau finden, das heißt, dass ist nicht
78 mehr so das Thema aber das Alleinsein.

79 I: OK und welche Rolle spielt Selbstbestimmung bei Ihren Wohnangeboten?
80 Inwieweit können die Bewohner*innen wirklich selbstbestimmt wohnen? Gibt es da einen
81 Knackpunkt, bei dem Autonomie sehr stark eingeschränkt ist?

82 B: Also prinzipiell sagen wir, Betreutes Wohnen geht, solange es auch mit einer
83 Hauskrankenpflege gehen würde, also solange der nicht eine Überwachung rund um die Uhr
84 braucht. Wir haben zum Beispiel in einem unserer Häuser in Wien an die Pflegeeinrichtung mit
85 144 Plätzen und 20 Apartments angeschlossen. In den Apartments leben dann oft Partner, wo
86 einer wirklich pflegebedürftig ist, der durchaus normalerweise schon in eine Pflegeeinrichtung
87 muss, um die Sicherheit zu gewährleisten. Das geht aber in diesem Setting, weil A entweder
88 der Partner die Hilfe ruft oder weil Pflegepersonen aus der Pflegeeinrichtungen auf der anderen
89 Seite des Ganges sind. Diese Kombination ermöglicht dann oft ein selbständiges Wohnen mit
90 dem eigenen Ehepartner.

91 I: Hinsichtlich des demografischen Wandels, sehen Sie in Zukunft einen steigenden Bedarf am
92 Wohnungsmarkt für Ihre Wohnmodelle?

93 B: SeneCura macht keine Werbung mehr für Pflegeplätze. Wir brauchen für nichts Werbung,
94 nur für mehr Personal. Es gibt kaum mehr diese geplanten Einzüge, bei denen wir ein
95 Informationsgespräch machen und mit den Leuten besprechen, wie das sein könnte. Es ist so,
96 ich muss morgen aus dem Spital raus und ich brauch einen Pflegeplatz. Beim Betreuten

97 Wohnen gibt es schon vermehrt diese geplanten Einzüge. Es gibt die Überlegungen, dass die
98 Personen erst in 1-2 Jahren ausziehen, dann ist es auch nicht akut. Bei Pflegeheimen wiederum,
99 also man bleibt so lange Zeit, bis es nicht mehr geht und dann braucht man das Zimmer sofort.

100 I: Welche anderen Stakeholder sind bei Wohnprojekten von Senecura involviert?

101 B: Der Treiber ist in der Regel ein Bürgermeister, die sich einen privaten Träger anhört, die
102 öffentliche Hand anhört. In der Regel können wir den Bedarf schon gut decken und gut
103 zusammenarbeiten. Das Einzige, wo manchmal Bürgermeister sich für das Land entscheiden,
104 wenn wir sagen, dass es keinerlei Eingriff in die Personalentscheidungen gibt. Wenn man sich
105 hier einig wird, dass wir autonom arbeiten für die Gemeinde, dann geht es unkompliziert zur
106 Planung. Wie wir bauen, richtet sich wieder nach der Förderung, das heißt ganz klare Pläne von
107 Seiten des Landes wie ein Pflegeheim heutzutage auszuschauen hat, wie groß die Zimmer sind,
108 wieviel Betten pro Wohnbereich, wieviel Wohnbereich pro Station, da gibt es ganz klare
109 Vorgaben. Innovativ kann man nur sein, wenn man es privat macht, und wir reden heute beim
110 Pflegeplatz in Niederösterreich von 5000€ im Monat so im Schnitt. Sich das privat zu leisten,
111 das ist dann schon eng. Ja, also das geht fast nur für die öffentliche Hand. Die SeneCura hat ja
112 auch Einrichtungen in Deutschland. Dort ist es zum Beispiel so, grob gesagt, da wird die Pflege
113 vom Land oder vom Bund finanziert wird und das Wohnen muss sich der Bewohner selbst
114 zahlen. Dort haben wir schon schöne große Apartments, auch weil die Bewohner den Aufpreis
115 zahlen im Gegenzug zu Komfort. In Österreich ist das nicht möglich.

116 I: Welche Änderungen wären anzudenken für eine förderliche Entwicklung in den
117 Wohnmodellen der SeneCura?

118 B: Der Personalmangel in diesem Bereich. Auch für nicht österreichisch oder EU -Personal,
119 gibt es auch keinen Kollektivvertrag. Dazu die viele Vorgaben und die Erwartungshaltung eines
120 hohen Level an Ausbildung, den wir aber nicht mehr in dieser Qualität für alle anbieten können.
121 Entweder man geht her und sagt man gibt den Markt frei und jeder soll sich eine
122 Pflegeeinrichtung suchen, analog zum deutschen Beispiel, dann würde es der Markt das Regeln,
123 oder man geht her und sagt den Leuten auf dem Level schaffen wir es nur, wenn wir tausende
124 Pflegepersonen aus Drittstaaten anstellen. Realistisch betrachtet müssen wir mit der Qualität
125 runterfahren, wir können nicht in jeder Einrichtung eine Pflegedienstleitung mit einem
126 universitären Abschluss haben. Ein Riesenniveau wird versprochen und es gibt irrsinnig viele
127 Kontrollen und jeder weiß, dass das für den Bedarf, den wir haben, nicht machbar ist. Es gibt
128 so ein Credo, es darf keine 2 Klassenpflege geben und das ist irgendwo so. Aber es passt nicht
129 ins restliche Leben. Die Menschen verdienen nicht gleich, einer wohnt in einem Haus, der

130 andere in einer Wohnung, einer hat ein großes Auto, der andere ein kleines. Aber wenn ein
131 Pflegeheim gebaut wird, dann muss es ein einheitliches sein. Wir versuchen auch den Job
132 finanziell attraktiver zu gestalten, ich stelle diplomierte Krankenschwestern ein, die erhalten
133 5000 Euro brutto im Monat. Und dann finde ich natürlich tragisch, wenn man geeignetes
134 Personal findet, sich wirklich aktiv sucht und findet und die dann nicht hierbleiben, das ist schon
135 tragisch und unverständlich. Deutschland ist bei SeneCura Marktführer, weil sie wirklich
136 schönes Wohnen anbieten, zu einem vernünftigen Preis und die Pflegepersonen, kann der
137 Arbeitgeber unter bestimmten Bedingungen ebenfalls länger einstellen, auch ohne die
138 regulierenden Vorgaben zu erfüllen. Also ich denke, wenn man mit dieser Überregulierung
139 aufhört und an den Markt gehen würde, deutlich mehr Selbstbestimmung im Wohnen möglich
140 wäre.

Anhang 3 - Interview Jürgen Kail, GEDESAG

Leitfaden:

Zunächst möchte ich mich herzlich für Ihre Zustimmung zu diesem Interview bedanken. Ich möchte das Interview einleiten, in dem ich mich kurz vorstelle. Ich heiße A.B. und studiere auf der Universität Wien im Master Lehramt die Fächer Geografie sowie Geschichte. Diese Masterarbeit wird im Fach Geografie verfasst, in Kooperation mit dem Land Niederösterreich, welches ein fachliches Interesse an diesem Thema hat. Die Arbeit handelt über „Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Menschen mit Behinderung in NÖ“. Falls Sie eine Frage nicht beantworten wollen, steht es Ihnen jederzeit frei, dies mitzuteilen. In diesem Sinne, möchten Sie sich zu Beginn kurz vorstellen, Ihre Profession bekanntgeben und für welche Institution Sie arbeiten?

18. Die GEDESAG bietet begleitetes und barrierefreies Wohnen als Wohnform für hochbetagte Personen mit Behinderung/ Einschränkungen an. Wie viele Wohneinheiten stehen momentan insgesamt in Niederösterreich zur Verfügung?
19. Welche gemeinnützigen Wohlfahrtsorganisationen stehen für die verschiedenen Betreuungsangebote in Kooperation mit der GEDESAG? Welche Funktionen nehmen diese ein?
20. Welche anderen Stakeholder sind bei Wohnprojekten der GEDESAG für hochaltrige Personen mit Behinderung involviert?
21. Welche infrastrukturellen/sozio-politischen Barrieren müssen bei begleitetem und barrierefreiem Wohnprojekten berücksichtigt werden?
22. Sind die Wohneinheiten technisch darauf ausgerichtet Active and Assisted Living (Smarte Assistenz für Pflegebedürftige) zu ermöglichen?
23. Inwieweit können die angebotenen Wohnformen selbstständiges Wohnen im Alter ermöglichen?
24. Wie setzt sich die Finanzierung der Angebote für Nutzer*innen zusammen? Welche Förderungsmöglichkeiten gibt es?
25. Sehen Sie in Zukunft einen steigenden Bedarf am Wohnungsmarkt für begleitete/ barrierefreie Wohnformen?

Einwilligungserklärung für Interviews

Forschungsprojekt: Selbstbestimmtes Wohnen für
hochaltrige Personen mit Behinderung
in Niederösterreich

Durchführende Hochschule: Universität Wien, Institut für Geografie
und Regionalforschung

Interviewerin: Anja Bundo BEd.

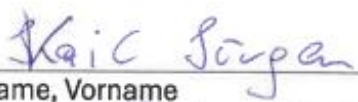
Befragte:

Interviewdatum: 11.2.2024

Ich erkläre mich hiermit bereit, dass meine personenbezogenen Kontaktdaten im Zuge des durchgeführten Interviews für das Forschungsprojekt verwendet werden dürfen. Darüber hinaus willige ich ein, dass Ton- und Videoaufzeichnungen bis zur Beendigung des Projektes gespeichert und für die angegebenen Forschungszwecke verarbeitet werden dürfen. Nach der Beendigung des Projektes werden die Originalaufnahmen gelöscht.

Als freiwillige Teilnehmer*in steht es Ihnen jederzeit zu, das Interview abubrechen oder Interviewfragen abzuweisen. Darüber hinaus können Sie nach Belieben Ihre Einwilligung zurückziehen.

Durch meine Unterschrift erkläre ich meine Einwilligung zu den aufgeführten Punkten:


Name, Vorname


Unterschrift

Transkript:

1 I: Zunächst möchte ich mich herzlich für Ihre Zustimmung zu diesem Interview bedanken. Ich
2 möchte das Interview einleiten, in dem ich mich kurz vorstelle. Ich heiße A.B. und studiere auf
3 der Universität Wien im Master Lehramt die Fächer Geografie sowie Geschichte. Diese
4 Masterarbeit wird im Fach Geografie verfasst, in Kooperation mit dem Land Niederösterreich,
5 welches ein fachliches Interesse an diesem Thema hat. Die Arbeit handelt über
6 „Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Menschen mit Behinderung in NÖ“. Falls Sie eine
7 Frage nicht beantworten wollen, steht es Ihnen jederzeit frei, dies mitzuteilen. In diesem Sinne,
8 möchten Sie sich zu Beginn kurz vorstellen, Ihre Profession bekanntgeben und für welche
9 Institution/Gesellschaft Sie arbeiten?

10 B: Ich heiße Jürgen Karl und bin Teamleiter von der Wohnungsberatung bei der GEDESAG.
11 Das heißt, ich habe grundsätzlich das ganze Team, über bin für den kompletten Vertrieb das
12 zuständig, das heißt, im Neubau verkaufen und vermieten wir. Ich bin auch dafür zuständig, die
13 Vermarktung von unserer Gesellschaft dementsprechend aufrechtzuerhalten

14 I: Die GEDESAG bietet begleitetes und barrierefreies Wohnen als Wohnform für hochbetagte
15 Personen mit Behinderung/ Einschränkungen an. Wie viele Wohneinheiten stehen momentan
16 insgesamt in Niederösterreich zur Verfügung?

17 B: In Niederösterreich, nur auf die GEDESAG bezogen, haben wir bis dato um die 540
18 Wohneinheiten errichtet mit begleitetem Wohnen, das heißt barrierefreie Wohneinheiten mit
19 oder ohne Hilfsorganisation. Am Anfang haben wir Betreutes Wohnen ohne eine
20 Hilfsorganisation angeboten, nach ein paar Jahren später gab es dann vom Land
21 Niederösterreich die Vorschrift, dass es auch eine Hilfsorganisation verpflichtend zuzunehmen
22 ist, also grundsätzlich bis dato errichtet haben wir 540 Wohneinheiten. Zur Verfügung stehend,
23 gerade in der Vermarktung differenzieren wir: wir haben 15 barrierefreie Wohneinheiten, das
24 heißt, wir haben noch keine Hilfsorganisation dabei, wie Hilfswerk, rotes Kreuz oder ein
25 Pflegeheim und 12 begleitete Wohneinheiten, da haben wir dann überall dementsprechend auch
26 eine Anbindung zum Landespflegeheim oder natürlich zu einer Hilfsorganisation.

27 I: Danke für die Daten. Gleich im Anschluss die Frage: Welche gemeinnützigen
28 Wohlfahrtsorganisationen stehen für die verschiedenen Betreuungsangebote in Kooperation
29 mit der GEDESAG? Welche Funktionen nehmen diese ein?

30 B: Ja, in Kooperation ist immer abhängig von der jeweiligen Gemeinde und von der von der
31 örtlichen Gegebenheit. Wenn wir jetzt zum Beispiel örtliche Gegebenheiten haben wie in
32 Langenlois oder Grafenwörth, dann gibt es ein Landespflegeheim, dann wird meistens die

33 Kooperation mit denen direkt gesucht, weil es natürlich auch gewisse Benefits gibt in der
34 Zusammenarbeit mit dem Landespflegeheimen. Sonst haben wir Kooperationen mit dem Rotes
35 Kreuz, Caritas und Hilfswerk, ausgenommen von den Pflegeheimen. Das sind so die 3
36 Hauptorganisationen, mit denen wir zusammenarbeiten.

37 I: Welche anderen Stakeholder sind bei Wohnprojekten der GEDESAG für hochaltrige
38 Personen mit Behinderung involviert?

39 B: Grundsätzlich wird vom Start bis zur Übergabe dementsprechend von uns alles geplant und
40 errichtet, das einzige sind die Organisationen im begleitenden Wohnen, was wir vorher schon
41 besprochen haben, dass die Gemeinde involviert wird. Das heißt, Gemeinde klärt ab,
42 dementsprechend fällt die Wahl auf das Landespflegeheim, wenn es vor Ort ist, wird das
43 natürlich bevorzugt. Wenn nicht, werden im Ort tätige Hilfsorganisationen, mit denen es schon
44 Kooperationen gibt, ausgewählt. Grundsätzlich auf politischer Ebene kann man eher die
45 Gemeinde ins Boot holen, sonst benötigen wir keine Unterstützung vom Land Niederösterreich
46 oder sonstigen Personen, also wir machen alles eigenständig.

47 I: Danke für die ausführliche Antwort, weiters wollte ich fragen: Welche
48 infrastrukturellen/sozio-politischen Barrieren müssen bei begleiteten und barrierefreien
49 Wohnprojekten berücksichtigt werden?

50 B: Es gibt halt grundsätzlich fördertechnische bauliche Vorgaben, die wir haben, das ist
51 einerseits, wenn wir etwas errichten, muss es barrierefrei ausgeführt werden. Das heißt zum
52 Beispiel, die ganzen Zugänge müssen barrierefrei und Rollstuhl gerecht sein. Das wären zum
53 Beispiel die Haupteingangstür oder die Verbindungswege zu den Pflegeheimen, die werden
54 elektronisch geöffnet. Es muss ein barrierefreies WC immer innerhalb der Wohneinheit sein,
55 das sind so die Hauptkriterien, die wir haben. Es gibt andere Vorgaben auch noch, welche mehr
56 das Bauland betrifft. Die Wohnungsgröße zum Beispiel darf nicht unter 45 Quadratmeter sein
57 und auch nicht über 65 Quadratmeter. Es muss das Notrufsystem schnellstmöglich
58 dementsprechend nachrüstbar sein. Heißt folgendes: Wir tun das Notrufsystem bis zur
59 Wohnung komplett ausbauen und wenn jemand zum Beispiel ein Notrufsystem benötigt, dann
60 braucht man es nur mehr anstecken. Infrastrukturelle Barrieren oder Vorgaben sind die, dass
61 man eine geeignete Infrastruktur zur Verfügung stellen muss bei dieser Wohnhausanlage. Das
62 heißt eine Nähe zu einem Nahversorger oder zu Freizeitgestaltungen, beziehungsweise zu
63 öffentlichen Verkehr oder behördlichen Einrichtungen. Ich kann nicht ein betreutes Wohnen
64 am Randbezirk errichten, sondern wir müssen schauen, dass die Infrastruktur dementsprechend
65 auch gegeben ist. Darüber hinaus ist begleitetes und barrierefreies Wohnen vom Land

66 Niederösterreich vorgegeben, dass es nur angemietet und nie erworben werden kann. Also
67 Eigentümersmöglichkeit gibt es bei den Wohnungen nie. Wichtig ist, dass man gut vernetzt ist
68 und überall Zugänge hat. Die Bewohner sollten selbständig den Haushalt führen können und
69 um das ganze Selbständig zu führen, darf natürlich nicht davon ausgehen, dass sich jeder ins
70 Auto setzen kann, sondern man sollte natürlich davon ausgehen, dass etwas fußläufig oder mit
71 den öffentlichen Verkehrsmittel sehr leicht erreichbar ist.

72 I: Also infrastrukturelle sowie barrierefreie Aspekte sind von großer Relevanz, das entspricht
73 auch meiner Literaturrecherche. Sind die Wohneinheiten technisch darauf ausgerichtet Active
74 and Assisted Living (Smarte Assistenz für Pflegebedürftige) zu ermöglichen?

75 B: Unsere Wohnungen haben von Haus aus einen Internetanschluss, auch einen Sat- Anschluss.
76 Veränderungen innerhalb der Wohneinheit müssen immer mit der Hausverwaltung
77 abgesprochen werden. Da legen wir uns aber auch grundsätzlich nicht quer. Mit den Anbietern
78 von smarten Assistenten wir noch nicht direkt Anfragen gehabt. Also wir haben hauptsächlich
79 bei begleiteten Wohnungsanfragen ein Schlüsselsafe. Der wird vor der Wohnungseingangstür
80 dementsprechend montiert, das genehmigen wir alles. Grundsätzlich Erweiterungen von
81 Elektroinstallationen sind auch kein Problem, muss natürlich der jeweilige Nutzer, also in dem
82 Fall der Mieter, immer selbst für die Kosten aufkommen. Ja, einzige was wirklich
83 problematisch ist, wo wir keine Genehmigungen geben, wenn man den Grundriss verändern
84 will. Wenn ich aus einer Zweizimmerwohnung zum Beispiel die Wand zwischen Wohnzimmer,
85 Schlafzimmer rausnehme, um es zu erweitern, das werden wir nicht zulassen, weil sie eine
86 Mietwohnung ist. Das heißt, die werden wir irgendwann wieder retour bekommen, und dann
87 müssen wir natürlich einen gewissen Standard bei belassen, dass jede Wohnung einen Wohn-
88 und Schlafzimmer hat und ein Bad etc., aber grundsätzlich, wenn man etwas erweitern möchte,
89 und ich brauche statt einer Steckdose, zwei oder drei Steckdosen, dann ist das kein Problem.
90 Und es gibt bei uns keine externen Genehmigungen, wenn ich an eine Wand anbohre oder
91 sonstiges.

92 I: Das bedeutet minimalinvasive Veränderungen, die heutzutage bei den Assistenzsystemen
93 möglich sind, wären kein Problem. Gut, dann zur nächsten Frage: Inwieweit können die
94 angebotenen Wohnformen selbstständiges Wohnen im Alter ermöglichen?

95 B: Wenn wir etwas in der Vermarktung haben, müssen wir natürlich schauen, dass der jeweilige
96 Mieter oder Mieterin dementsprechend die Wohnungen selbstständig bewohnen kann oder
97 muss ja, also sie müssen auch einen selbstständigen Haushalt führen können. Jemand, der schon
98 eine höhere Pflegestufe hat und sagt „ich bin angewiesen auf das Pflegeheim“ etc. das dürfen

99 wir dann grundsätzlich auch gar nicht nehmen. Es ist ein selbstständiger Mietvertrag, wo wir
100 eine Wohnung zur Verfügung stellen, die im Vorhinein schon eine gewisse Altersvorsorge hat,
101 in der barrierefreies Wohnen möglich ist. Aber grundsätzlich ist es schon so, dass es nicht wie
102 eine Wohnung des Pflegeheims angedacht ist, sondern eine selbständige Wohnhausanlage. Das
103 heißt, wenn sich etwas mit dem Gesundheitszustand verschlechtert, dann werden die natürlich
104 nicht von uns aufgekündigt, sondern dann kann man auch weiterhin in der Wohnung drinnen
105 bleiben und sich zum Beispiel eine 24-Stundenpflege oder die Pflege vom benachbarten
106 Landespflegeheim in Anspruch nehmen. Das ist alles kein Problem. Aber grundsätzlich bei
107 Anmietung ist es notwendig, dass man einen selbstständigen Haushalt führen kann.

108 I: Wissen Sie, bis zu welcher Pflegestufe Sie Bewohnerinnen und Bewohner annehmen dürfen?

109 B Das ist nicht pauschal zu beantworten. Wir hatten Fälle von Pflegestufe 2, die konnten nicht
110 selbstständig einen Haushalt führen. Wir hatten aber auch schon welche mit Pflegestufe 3 oder
111 4, die selbstständig ein Haushalt führen können. Es ist immer die Frage, welche Einschränkung
112 die jeweilige Person hat.

113 I: Es wird nicht ein Cut gemacht, sagen wir mal bei Pflegestufe 3, sondern es wird sich jeder
114 Fall dann doch individuell noch angeschaut?

115 B: Genau, es ist so bei uns, dass wir grundsätzlich auch mit unseren Hilfsorganisationen
116 zusammenarbeiten und sagen, Pflegestufe 3-4 ist schon ziemlich hoch und das müssen wir uns
117 genauer anschauen. Entweder lernen wir die Person schon bei der Besichtigung kennen, dann
118 wissen wir schon, die ist mobil oder nicht. Oder wir lernen sie nicht kennen und reden mit
119 Angehörigen. Ja, es werden auch sehr viele von Angehörigen begleitet, weil es natürlich meist
120 Personen in einem höheren Alter sind. Wenn wir uns unsicher sind, dann gibt es eine Beratung
121 oder ein Gespräch mit dem Pflegeheim oder mit der zuständigen Person der Hilfsorganisation.
122 Die nimmt mit denen Kontakt auf und die gibt uns dann die Genehmigung. Wenn das nicht
123 gegeben ist, müssen wir auch schauen, das alles dementsprechend ordnungsgemäß abläuft. Ja,
124 es ist grundsätzlich individuell anzusehen, weil die Pflegestufe nicht immer darüber aussagt, ob
125 die Person jetzt einen selbstständigen Haushalt führen kann oder nicht.

126 I: Danke, das war sehr verständlich. Und wie setzt sich die Finanzierung der Angebote für
127 Nutzer*innen zusammen? Welche Förderungsmöglichkeiten gibt es?

128 B: Jeder Mieter bekommt ein unbefristeten Mietvertrag. Es ist immer ein gewisser
129 Finanzierungsbeitrag zu bezahlen, das heißt, ein Finanzierungsbeitrag sind Einmalkosten, die
130 bei Vertragsunterfertigung zu bezahlen sind, grundsätzlich eben im frei finanzierten Markt. Und
131 natürlich die monatliche Belastung, das heißt, eine monatliche Belastung sind die ganzen

132 Betriebskosten und Verwaltungskosten etc. Dann kommt noch extra dazu Heizung,
133 Warmwasser, Strom, das ist entweder eine Akontozahlung oder ist es dementsprechend je nach
134 Verbrauch abhängig. Es ist also eine normale Mietwohnung, die natürlich preisgünstiger ist.
135 Wir sind ein gemeinnütziger Bauträger, wir bauen geförderte Wohnungen. Eine Person mit
136 einer Mindestpension oder mit weniger Pension kann natürlich um eine Förderung ansuchen,
137 das heißt Wohnzuschuss beim Land Niederösterreich, das heißt, es minimiert die monatliche
138 Belastung. Ab Pflegestufe 2 bekomme ich einen erhöhten Wohnzuschuss, das heißt, ich
139 bekomme mehr Mietbeihilfe als jemand ohne eine Pflegestufe.

140 I: Und sehen Sie in Zukunft einen steigenden Bedarf am Wohnungsmarkt für begleitete/
141 barrierefreie Wohnformen?

142 B: Grundsätzlich einen Trend sehen wir schon, aber nur dort, wo wir hauptsächlich gekoppelt
143 mit Landespflegeheimen sind. Und wieso wissen wir jetzt auch schon langsam, weil natürlich
144 das Landespflegeheim sehr viele Benefits zu bieten hat, das heißt, wenn ich dort wohne, und
145 ich habe ein gesundheitliches Problem, habe ich natürlich ziemlich schnell einen Betreuer, und
146 der ist ziemlich schnell auch in meiner Wohneinheit. Ich kann auch vor Ort dementsprechend
147 preisgünstiger Mittagessen gehen. Ich kann bei Veranstaltungen teilnehmen und der große
148 Benefit ist und da denken natürlich Personen im höheren Alter auch ganz anders: wenn ich
149 natürlich eine Kurzübergangspflege oder Langzeitpflege brauche, werde ich bevorzugt
150 behandelt, das heißt zum Beispiel, ich wohne dort in Top 2. und mir geht es gesundheitlich
151 nicht gut, dann sieht das der Betreuer schon und der Betreuer meldet es im Pflegeheim. Das
152 heißt, es wird früh genug dort gekennzeichnet, dass man vielleicht in Zukunft einen Platz
153 brauchen könnte. Ja, der Trend ist so, dass wir mit den betreuten Wohneinheiten eigentlich eine
154 gute Vermarktung haben. Das heißt, wir haben auch dementsprechend ein sehr hohes Interesse.
155 Wir bauen jetzt eine neue Wohnungsanlage in Langelois, das ist dann die vierte
156 Wohnhausanlage direkt neben dem Landespflegeheim, weil die Nachfrage dort sehr hoch ist.
157 Dort, wo es eher mehr zurückgeht, ist im ländlichen Bereich. Das heißt, wir haben manche
158 Bezirke, da wird es schon ziemlich schwierig. Das heißt, ich habe dort nur eine mobile
159 Hilfsorganisation, ich habe die Infrastruktur nicht ganz so ausgebaut, wie in einer Stadt oder in
160 einem Ort mit einem städtischen Wachstum. Sie möchten nicht in diesem Ort bleiben, sondern
161 sie schauen schon, wo gibt es das beste infrastrukturelle Angebot. Die Menschen werden immer
162 älter, in der Vermarktung sehe ich schon ein Potenzial auf diesem Wohnungsmarkt beim
163 begleitenden Wohnen. Wichtig ist, nicht einfach irgendwo zu bauen, sondern den Bewohnern
164 etwas zu bieten und da ist die Nähe zum Pflegeheim das Beste, wahrscheinlich das beste Paket,
165 das es nun geben wird. Oder in Langenzersdorf zum Beispiel, da sind Hilfsorganisationen

166 dahinter etwas zu veranstalten. Ja, wir haben in jeder Wohnungsanlage Allgemeinbereiche, die
167 müssen wir errichten, das heißt Allgemeinbereiche mit Sessel, Tischen, einer möblierten
168 Kochnische, barrierefreien WCs etc. Dort wären auch Veranstaltungen möglich. Ich muss
169 schauen, dass ich natürlich das ältere Publikum dementsprechend motiviert für eine
170 Gemeinschaft, das ist in begleitetem Wohnhaus Thema. Grundsätzlich wissen wir, wenn eine
171 gute Gemeinschaft ist, das spricht sich herum und da haben wir auch dementsprechend kein
172 Problem in der Vermarktung, weil die Vormerkliste hoch ist. Es ist auch so, dass vor allem die
173 älteren Nutzer schauen, dass sie ihre Lebenssituation verbessern wollen. Dann muss ich auch
174 schauen, dass die ganze Umgebung gut passt. Also wir haben auch im ländlichen Bereich
175 Begleitetes Wohnen, das sind dann hauptsächlich Personen, die sagen, ich ziehe jetzt von
176 meinem Haus in diese Wohnung, weil ich in dieser Ortschaft bleiben will, aber die meisten
177 werden trotzdem schauen, was es rundherum für Möglichkeiten gibt, weil man im Alter
178 grundsätzlich fußläufig nicht mehr alles so gut erreichen kann und nicht mehr mit dem Auto
179 fahren kann etc. Dafür muss alles auch dementsprechend vorgesorgt sein.

180 I: Ihre Beschreibung der Situation deckt sich auch mit meinen Ergebnissen, da kann ich Ihnen
181 nur zustimmen. Nochmals vielen Dank für das Interview!

Anhang 4 – Interview Marco Brunner, auxilio

Leitfaden:

Zunächst möchte ich mich herzlich für Ihre Zustimmung zu diesem Interview bedanken. Ich möchte das Interview einleiten, in dem ich mich kurz vorstelle. Ich heiße A.B. und studiere auf der Universität Wien im Master Lehramt die Fächer Geografie sowie Geschichte. Diese Masterarbeit wird im Fach Geografie verfasst, in Kooperation mit dem Land Niederösterreich, welches ein fachliches Interesse an diesem Thema hat. Die Arbeit handelt über „Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Menschen mit Behinderung in NÖ“. Falls Sie eine Frage nicht beantworten wollen, steht es Ihnen jederzeit frei, dies mitzuteilen. In diesem Sinne, möchten Sie sich zu Beginn kurz vorstellen, Ihre Profession bekanntgeben und für welche Institution Sie arbeiten?

1. Können Sie kurz Ihre Angebote vorstellen?
2. Auf welche Zielgruppe sind die Produkte ausgerichtet?
3. Gibt es Kooperationen von auxilio mit Bauträgern/ betreuten Wohneinrichtungen/ gemeinwohlorientierten Organisationen in Niederösterreich?
4. Wenn ja, können Sie diese kurz beschreiben: Abläufe, Rollenverteilung etc. Welche Stakeholder (auch im politischen Sinne) sind in diesen Kooperationen involviert?
5. Wie setzt sich die Finanzierung der Angebote zusammen? Existieren mögliche Förderungen Ihrer Angebote?
6. Inwieweit können Ihre angebotenen Assistenzsysteme selbstbestimmtes Wohnen fördern?
7. Gibt es politische, soziale, verwaltungstechnische Barrieren mit welchen auxilio konfrontiert wird?
8. Wie behandeln Sie das Thema Datengenerierung sowie -schutz für die Nutzer*innen? Stellt dieses Thema eine Herausforderung dar?
9. Inwieweit passen sich zukünftige Ideen/ Projekte/ Innovationen den demografischen Herausforderungen einer alternden Gesellschaft an?

Transkript:

1 I: Zunächst möchte ich mich herzlich für Ihre Zustimmung zu diesem Interview bedanken. Ich
2 möchte das Interview einleiten, in dem ich mich kurz vorstelle. Ich heiße A.B. und studiere auf
3 der Universität Wien im Master Lehramt die Fächer Geografie sowie Geschichte. Diese
4 Masterarbeit wird im Fach Geografie verfasst, in Kooperation mit dem Land Niederösterreich,
5 welches ein fachliches Interesse an diesem Thema hat. Die Arbeit handelt über
6 „Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Menschen mit Behinderung in NÖ“. Falls Sie eine
7 Frage nicht beantworten wollen, steht es Ihnen jederzeit frei, dies mitzuteilen.

8 In diesem Sinne, möchten Sie sich zu Beginn kurz vorstellen, Ihre Profession bekanntgeben
9 und für welche Institution/Gesellschaft Sie arbeiten?

10 B: Ich heiße Marco Brunner, bin der Geschäftsführer von auxilio Berlin und auxilio Wien. Ich
11 habe auxilio entwickelt, ich habe die Idee entwickelt, ich habe das Konzept entwickelt, ich habe
12 von Grund auf eigentlich alles konzipiert und umgesetzt. Wir haben zwei Unternehmen in
13 Berlin und in Wien gleichzeitig seit 2020 gestartet. Das war ursprünglich eine Idee aus 2017
14 mit meiner kleinen Einzelfirma in Potsdam, in der Nähe von Berlin kam ich über das Thema
15 Licht eigentlich an die Gesobau, und die hat mich beauftragt, eine Lichtlösung für eine
16 Musterwohnung in Berlin Reinickendorf zu entwickeln. So kam ich über das Thema Licht, weil
17 Licht ist ein wichtiger Faktor für die Psyche und für ältere Menschen überhaupt, wie es den
18 Körper positiv und negativ beeinflussen kann. Das Thema KI begleitet mich eigentlich seit
19 2013. Ich habe ursprünglich mit einem System für Smart Homes gearbeitet, dieses 2013
20 konzipiert und bis heute weiterentwickelt. Ich habe gesehen, dass da eigentlich keine
21 vernünftigen Produkte am Markt sind und 2017 haben wir daraus das Konzept entwickelt, so
22 wie es jetzt eigentlich ist.

23 I: Ihre Produkte sieht man auch auf Ihrer Website. Können Sie kurz Ihre Angebote vorstellen?

24 B: Die Produkte wandeln sich leider ständig, weil wir immer wieder, immer mehr darauf
25 kommen über die Jahre, dass das Thema Technik bei alten Menschen kaum Relevanz hat, also
26 eher abgelehnt wird oder ganz abgelehnt wird. Wir haben ein System zusammengefasst, wo wir
27 sagen, daraus kann man präventiv Ableitungen machen. Also auxilio ist das einzige, uns
28 bekannte, präventive Systemen im deutschsprachigen Markt. Ich würde fast sagen europaweit,
29 und wir wollen eigentlich nicht erst dann eingreifen, wenn was passiert ist. Also dieser
30 Notknopf oder das Armband, Dinge, wenn schon eigentlich zu spät ist, sondern wir wollen
31 eigentlich viel früher bei den Leuten sein und beobachten und schauen, ändert sich dort etwas.

32 Und da gibt es ein Basispaket, das quasi eine gewisse Anzahl an Komponenten aufweist, also
33 Sensorik und Aktorik, die mit einer kleinen Zentrale verbunden sind. Diese Geräte über Funk
34 und diese Zentrale, das so ein kleines Display ist, 4 Zoll groß, mit Touch Display, kleiner
35 Mikrorechner darin, hat eine lokale künstliche Intelligenz, die aus diesen Mustern, die da
36 entstehen, von den unterschiedlichsten Quellen, sammeln und auswerten kann. Das kann eben
37 ein Aufstehsensor sein am Bett. In der Küche ein Sensor, der die Herdsicherheit erkennt, ist der
38 Herd an, was verbraucht der Herd, wieviel Energie fließt da, ist Brandgefahr, ist keine
39 Brandgefahr, ist der Fernseher an, die Stehlampe an, wenn die Wohnung verlassen wird, wird
40 die Bestecklade verwendet, der Kühlschrank und daraus wird ein Ritualmuster erkannt. Dazu
41 noch Bewegungsprofile. Was macht die Person und dann ist irgendwann eine Art Referenz da
42 und diese Referenz wird dann in die Zukunft quasi projiziert und es wird immer zugeschaut,
43 ändert sich irgendetwas am Verhalten. Also man möchte Daten und das wertet sie dann aus Es
44 sind aber eigentlich sehr schmale Daten, also nicht Fotos oder Videos, sondern nur „Person
45 steht auf“, „Person macht den Herd an“, „Person verlässt die Wohnung“.

46 I: In meiner Literaturrecherche habe ich eine Musterwohnung gefunden, welche Auxilio in
47 Kooperation mit der Caritas St. Pölten ausgestattet hat.

48 B: Genau, die ist momentan nicht zu besichtigen, die ist jetzt von einer alten Dame bewohnt,
49 die das System nicht verwendet, weil die Familie nämlich nebenan wohnt. Deswegen wollten
50 sie es im Moment nicht finanzieren. Wir haben aber in Erlaa und Oberlaa fünf Wohnungen.
51 Wir bereiten es vor, idealerweise, wenn noch keiner drin ist.

52 I: Gibt es Kooperationen von auxilio mit anderen Bauträgern, betreuten Wohneinrichtungen
53 oder gemeinwohlorientierten Organisationen in Niederösterreich?

54 B: Ja, wir sind jetzt dabei mit dem Land Niederösterreich, also mit St. Pölten, mit der Frau
55 Teschl-Hofmeister, ein Projekt aufzusetzen seit einem Jahr. Es ist momentan schwierig, wir
56 wollen mit dem Land und vom Land finanziert jetzt eine größere Menge von diesen Produkten
57 installieren. Es ist unsere Erfahrung, es war jetzt in den letzten 5, 6, 7 Jahren, dass sehr viele
58 universitär-gesteuerte Projekte in den Markt versucht haben einzudringen, also
59 Pilotwohnungen, in denen ein paar Sensoren reininstalliert wurden und dann gab es eine
60 Förderung und dann war die Förderung zu Ende und die Rollläden runtergelassen. Wenn sie
61 recherchieren, auch in Deutschland ist es so, dass Hunderte Millionen Euro schon verbraten
62 worden und da ist nichts nachhaltiges am Markt. Es braucht keine Pilotierung mehr, weil wir
63 wissen, was gebraucht wird. Wir haben Systeme mit KI oder Algorithmen, die recht gut
64 analysieren und dann daraus entsprechende Rückschlüsse ziehen können und dann

65 entsprechend Maßnahmen, Nachrichten an Angehörige, Pflegedienste usw. Andere
66 Kooperationen haben wir mit der WAV, einer gemeinnützigen Bau- und
67 Siedlungsgenossenschaft, sowie mit Organisationen wie der Caritas, eventuell auch mit dem
68 Hilfswerk, weil die politischen Bedingungen so sind, dass wir mit mehreren
69 Hilfsorganisationen arbeiten müssen. Unser ursprüngliches Konzept und Zielgruppe waren
70 alleinstehende, alte Menschen in ihrer Wohnung, dann kam Betreutes Wohnen, danach kamen
71 die Immobilienentwickler und jetzt kommt der stationäre Bereich. Projekte mit Demenzzentren,
72 Pflegeheime hatten wir zuvor nie am Radar. Momentan haben wir Projekte mit einem
73 Demenzzentrum im Müritz in Sankt Barbara, weil das Thema Personalentlastung auch
74 zunimmt. Und nun erweitern das eigentliche Thema. Wir arbeiten nicht nur präventiv, sondern
75 gehen auf einzelne Gebiete ein, da die KI-Sachen erkennt, wie Tiefdruckgebiete, Pollenflug,
76 Temperaturänderungen, Feinstaubbelastung, Ozon und aus diesen Mustern, kann ich schon
77 Rückschlüsse ziehen.

78 I: Danke für diese ausführliche Antwort. Gibt es politische, soziale, verwaltungstechnische
79 Barrieren mit welchen auxilio konfrontiert wird?

80 B: Also es gibt diese Barrieren politisch, sozial und auch natürlich individuell gesehen, dass
81 vor allem die ältere Bevölkerung eher ablehnend gegenüber den technischen Neuheiten reagiert.
82 Ich würde sagen, fast 100% der älteren Bevölkerung wollen sich nicht präventiv damit befassen.
83 Sie sagen „Jetzt ist es eh noch schön. Es passt noch alles, also was da kommt, weiß ich nicht,
84 aber jetzt interessiert es mich nicht. Im Moment geht es mir eh noch gut.“ Ja und das ist bei fast
85 allen Kunden so. Was dann geht, ist, wenn man so Teaserelemente wie Lichtleisten, also Dinge,
86 die bekannt sind, die muss ich nicht erklären und die gehen auch schnell in den Kopf. Wenn ich
87 jetzt komme mit Sensoren und wenn ich jetzt komme mit Sturzgefahr und mit dem Problem,
88 du hast ein Problem, das will keiner haben, das wollen sie nicht, ja weil sie einfach sagen, ich
89 habe kein Problem. Und das ist das Problem. Ja, dieses Mindset müssen sie knacken. Ich habe
90 viele Jahre in der Werbebranche gearbeitet und die Kommunikation bei diesen Produkten ist
91 sehr schlecht, weil man sich auf das Problem fokussiert, aber alle wollen eigentlich mehr
92 Sicherheit und kein Problem, das ist grundsätzlich unsere Erkenntnis. Geräte wie die Notrufuhr,
93 das wird falsch kommuniziert, das muss ich emotional positiv aufladen und es ist aber negativ
94 besetzt durch das Wort Notruf. Wir arbeiten jetzt immer mehr dran, diese Technik
95 rauszukriegen, überhaupt nichts mehr von Technik zu erzählen, denn es interessiert niemanden,
96 es beängstigt die Leute, Überwachung ist ein Riesenthema. Wir verkaufen es mittlerweile über
97 die Kinder, die sagen, meine Mama braucht das und die überzeugt dann die Mama, man muss

98 die Kunden mit ganz wenig Dingen abholen. Sie wollen keine Überwachung, sie wollen
99 Sicherheit, sie wollen sich in ihrer Wohnung sicherer fühlen. Wir integrieren diese Geräte in
100 der Wohnung und unser Konzept war auch, dass wir die Wohnung intelligent machen und nicht,
101 dass die Oma dieses Armband tragen muss. In über 50% der Fälle, wo etwas passiert, ist die
102 Notrufuhr nicht am Handgelenk. Deswegen haben wir gesagt, eigentlich darf man sich nicht
103 drauf verlassen, dass die Person intelligent handelt, denn mit dem Alter nimmt die kognitive
104 Leistung ab und deswegen müssen wir die Wohnung intelligent machen.

105 I: Ja das ist ein relevanter Punkt! Wie setzt sich die Finanzierung der Angebote zusammen?
106 Existieren mögliche Förderungen Ihrer Angebote?

107 B: Der finanzielle Aspekt, stellt für viele potenzielle Kunden ein Problem dar. Wir hören oft,
108 dass die Person die Mindestpension erhält, im Gegenteil gibt es das Klientel, die sagen, 79€ ein
109 Mietmodell ist überhaupt kein Thema, 1890 Euro, wenn ich es kaufe, ist auch kein Thema. 70%
110 der Bevölkerung würde die Investition finanziell belasten, das heißt, wir müssen das politische
111 Umfeld, die Krankenkassen, die Versicherungen an der Anerkennung der Leistungen ins Boot
112 holen. In diesen Geräten sehen wir eine Lösung, um Personal zu sparen, um Pflegeheime zu
113 entlasten, das Krankensystem zu entlasten, um die Personen selbstständiger werden zu lassen.
114 Da ist die Politik noch lange nicht so weit. Es ist auch für die Politik eine schwierige Situation,
115 denn keiner will sich rauslehnen und entscheiden, welches System richtig ist, was funktioniert.
116 Und bei den Krankenkassen ist es so, dass es keine belegbaren Zahlen gibt. Für eine Förderung
117 von den Krankenkassen, müssten Sie einen Antrag machen, jedoch haben Sie jetzt gar kein
118 Problem, also wenn Sie präventiv zur Krankenkasse gehen und sagen, Sie wollen da ein
119 Präventivsystem in den Markt bringen, sagen sie präventiv interessiert uns nicht, Sie brauchen
120 mindestens Pflegestufe 1. Was heißt das? Da ist es eigentlich schon im Laufen das Problem und
121 wenn ich jetzt rangehe und sage, ich möchte aber den Siebzigjährigen haben, der noch kein
122 Problem hat, sagen die Krankenkassen, interessiert uns nicht, also das Gesundheitssystem ist
123 generell nicht präventiv ausgelegt. Wir haben auch Lösungen mit der Caritas St. Pölten gesucht
124 und sind uns einig, dass ein System nur verpflichtend Wirkung hat. Wenn man sagt, damit
125 ersparst du dir vielleicht Versicherungsprämie, die Krankenkassen übernehmen ab einer
126 gewissen Pflegestufe, vielleicht sogar alles usw. Ein präventiver Ansatz für das ganze
127 Gesundheitssystem ist wünschenswert, aber nicht Realität. Das System funktioniert, es scheitert
128 bei der Implementierung durch die gesellschaftlichen Herausforderungen, Nischen und
129 Barrieren.

130 I: Momentan also noch schwierig umzusetzen. Inwieweit können Ihre angebotenen

131 Assistenzsysteme selbstbestimmtes Wohnen fördern?

132 B: Wir haben es bereits bewiesen, dass es eine gewisse Selbstbestimmung fördert. Wir haben
133 fast ausschließlich zufriedene Kunden. Eine Dame hat am Anfang ein wenig technische
134 Probleme gehabt, die war ungeduldig, da ist der Türsensor zweimal offengeblieben und hat
135 gemeldet, dann kam die Panik. Grundsätzlich sieht es aber jeder, sobald man damit wohnt, nach
136 einer Woche ist überhaupt kein Thema mehr, da ist es Bestandteil meines Wohnens.
137 Die Menschen lieben die Herdabschaltung und die Lichtleiste und der Rest interessiert sie kaum
138 noch. Und damit ist es auch akzeptiert. Sie gibt den Personen Sicherheit, das System kann ältere
139 Menschen länger zu Hause unterstützen. Das große Problem sind die Fehlalarme. Wenn die zu
140 Beginn sind, dann fliegen potenzielle Kunden sofort wieder raus aus dem System. Es gibt keine
141 100% Sicherheit, dass das System richtig liest. Es gibt nur eine Interpretation und die kann
142 manchmal Schief liegen und wenn sie schief liegt, meldet sie auch und dann sind die Leute
143 genervt, wenn es ein Fehlalarm ist. Es gibt aber keine Foto- oder Videoaufnahmen, nur
144 Bewegungsdaten, Routinen und die können dazu führen.

145 I: Gleich dazu die Frage: Wie behandeln Sie das Thema Datengenerierung sowie -schutz für
146 die Nutzer*innen? Stellt dieses Thema eine Herausforderung dar?

147 B: Auf jeden Fall. Viele merken an, dass es Überwachung ist. Kundenarbeit umfasst einen
148 großen Teil des technischen Supports, es muss regelmäßig mit den Leuten geredet werden. Die
149 Angst ist da, dass das System ihre Privatsphäre missbraucht, und sie sehen die Überwachung
150 nicht eindeutig. Was viele nicht verstehen, ist, dass wir offline in der Wohnung arbeiten, die
151 Daten gehen gar nicht raus. Selbst wenn Angehörige da einen Zugang wollen, brauchen wir das
152 Einverständnis, sie müssen sich anmelden, mit dem Telefon, mit der App in der Wohnung
153 mithilfe eines QR-Codes an die Zentrale, das heißt, ich kann von draußen nicht rein, aber das
154 verstehen die Leute oft nicht, das ist viel zu kompliziert, um es zu erfassen.

155 I: Glauben Sie, dass künftige Generationen einen höheren technischen Akzeptanzgrad haben?

156 B: Es gibt immer wieder Enttäuschungen, die Technik wird immer schneller, es wird immer
157 unüberschaubarer und die Technik entlastet nicht mehr, sondern sie belastet. Es heißt, die
158 Generationen wachsen damit auf. Das stimmt nicht, denn die Technik entwickelt sich
159 permanent weiter und es wird immer unüberschaubarer. Also es geht eigentlich die Schere eher
160 auseinander zwischen jenen, die sich sehr gut auskennen und jene, die sich damit nicht
161 beschäftigen wollen. Wir müssen eigentlich schauen, dass wir die Technik wieder reduzieren
162 und ich glaub die Zukunft liegt in der Reduktion. Zwar sind technische Systeme integriert, aber
163 sie sind für den Nutzer nicht sichtbar bzw. sie müssen sich nicht direkt damit auseinandersetzen.

164 I: Gibt es politische, soziale, verwaltungstechnische Barrieren mit welchen Auxilio konfrontiert
165 wird?

166 B: Die Thematik braucht und deswegen suchen wir Kooperationen, auch mit dem Mitbewerber
167 und mit der Politik, wir brauchen jetzt ein Netz, die Druck ausüben, ohne Druck wird der
168 Fortschritt ausbleiben. Daher haben wir auch die ehemalige Pressesprecherin von der
169 Parteivorsitzenden der NEOS, Beate Meinel-Reisinger, welche sehr gut in der Politik vernetzt
170 ist. Die haben wir ins Boot geholt und macht einen Teil der Öffentlichkeitsarbeit. Das ist ein
171 Prozess, ich habe mit der Professorin Birgit Wilkes, von der TH Wildau in Berlin, ein System
172 konzipiert im Jahr 2016, mit ihr habe ich auch diese Studie über das Smarthome gemacht, das
173 über eine KI läuft, hier haben wir drei grundlegende Probleme gesehen. Zuerst ist der Markt
174 dafür noch nicht bereit, die technische Akzeptanz der älteren Bevölkerung ist die zweite Sache
175 und die Überbelastung durch Informationen aus dem Technikbereich ist das dritte Problem.
176 Grundsätzlich funktionieren die technischen Anwendungen und ergeben auch verlässliche
177 Ergebnisse, aber es braucht ein Umdenken in der Gesellschaft, es fehlt die Akzeptanz
178 gegenüber der Technik und es muss auf politischer Ebene der Wille zur Umsetzung da sein. Es
179 gibt Lösungen, die markttauglich sind, aber es scheitert eigentlich an Kleinigkeiten. Das beste
180 Beispiel ist der Rollator, er dient als Unterstützung und Entlastung, er ist zwar funktionell, aber
181 nicht emotional positiv aufgeladen. Und die Realität zeigt, es gibt eine Studie über 10 Jahre
182 über Assistenzsysteme und ihre Geschichte von der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Und
183 dann werden Sie sehen, dass kein einziges von diesen 142 Projekten noch existiert. Die meisten
184 Assistenzsysteme waren zwar funktionell, aber nicht ergebnisorientiert. Sie wurden nicht
185 dementsprechend vermarktet und sämtliche Schritte danach haben gefehlt. Deswegen scheitern
186 diese Projekte. An dieser Schnittstelle muss man die Wissenschaft rausnehmen und
187 verständlich für den Normalverbraucher machen, also eine Vereinfachung. Das Problem ist,
188 dass die alle über die Technik reingehen, Sensorsets, Zentralen, LTE und WIFI damit können
189 kaum ältere Kunden gewonnen werden. Aus diesem Grund haben wir die Funktionen ganz
190 simpel auf dem Folder beschrieben, wobei das auch noch fast zu viel ist.

191 I: Ja das wird sicherlich eine große Thematik sein. Inwieweit passen sich zukünftige Ideen/
192 Projekte/ Innovationen den demografischen Herausforderungen einer alternden Gesellschaft
193 an?

194 B: Die Hauskrankenpflege benötigt dringend diese Systeme, über diesen Weg haben wir die
195 Caritas St. Pölten eigentlich kennengelernt. Wir haben einen Infoabend gemacht und da waren
196 am Abend das gesamte Personal anwesend, die haben alle gesagt, wir brauchen das, sie wissen

197 gar nicht mehr, wo sie anfangen sollen. Sie kommen mit dem Personalmangel gar nicht mehr
198 zurecht. Und man hat über dieses Thema so lang gesprochen und eigentlich ist seit zehn Jahren
199 überhaupt nichts passiert, ja also gar nichts. Es sind kaum Systeme wirklich im Umlauf, in ganz
200 Europa sind vielleicht 80.000 Systeme installiert von unterschiedlichsten Herstellern. Das sind
201 sehr wenige, wenn man bedenkt, dass ungefähr 18 Millionen Menschen im deutschsprachigen
202 Raum betrifft in den nächsten Jahren. Da würde es sicherlich mehr Bedarf geben. Also wir
203 versuchen über die politische Ebene und viel über Pflegeheime zu einer allgemeinen
204 Verbreitung zu gelangen.

Anhang 5 - Interview Isabella Reichart, Volkshilfe

Leitfaden:

Zunächst möchte ich mich herzlich für Ihre Zustimmung zu diesem Interview bedanken. Ich möchte das Interview einleiten, in dem ich mich kurz vorstelle. Ich heiße A.B. und studiere auf der Universität Wien im Master Lehramt die Fächer Geografie sowie Geschichte. Diese Masterarbeit wird im Fach Geografie verfasst, in Kooperation mit dem Land Niederösterreich, welches ein fachliches Interesse an diesem Thema hat. Die Arbeit handelt über „Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Menschen mit Behinderung in NÖ“. Falls Sie eine Frage nicht beantworten wollen, steht es Ihnen jederzeit frei, dies mitzuteilen. In diesem Sinne, möchten Sie sich zu Beginn kurz vorstellen, Ihre Profession bekanntgeben und für welche Institution Sie arbeiten?

10. Die Volkshilfe Niederösterreich bietet für den Bereich des Wohnens im Alter das betreutes Wohnen an. Welche Leistungen stehen den Nutzer*innen zur Verfügung?
11. Inwieweit haben sich die Ansprüche der genannten Zielgruppe in Hinblick auf Ihre Angebote und Dienstleistungen in den letzten Jahren verändert?
12. Inwieweit passen sich zukünftige Projekte den demografischen Herausforderungen einer alternden Gesellschaft an?
13. Welche Stakeholder sind bei Projektentwicklungen von Wohnen im Alter involviert?
14. Wie gestaltet sich die Rollenverteilung in der Kooperationen von Wohnbauträgern und der Volkshilfe?
15. Welche infrastrukturellen oder politischen Barrieren müssen bei betreutem Wohnen berücksichtigt werden?
16. Inwieweit ist selbstständiges Wohnen im hohen Alter mit Behinderung bei betreuten Wohnen möglich?
17. Ist eine Partizipation von den Nutzer*innen in der Gestaltung des Angebotes vorgesehen oder bereits etabliert?

Einwilligungserklärung für Interviews

Forschungsprojekt:	Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Personen mit Behinderung in Niederösterreich
Durchführende Hochschule:	Universität Wien, Institut für Geografie und Regionalforschung
Interviewerin:	Anja Bundo BEd.
Befragte:	
Interviewdatum:	

Ich erkläre mich hiermit bereit, dass meine personenbezogenen Kontaktdaten im Zuge des durchgeführten Interviews für das Forschungsprojekt verwendet werden dürfen. Darüber hinaus willige ich ein, dass Ton- und Videoaufzeichnungen bis zur Beendigung des Projektes gespeichert und für die angegebenen Forschungszwecke verarbeitet werden dürfen. Nach der Beendigung des Projektes werden die Originalaufnahmen gelöscht.

Als freiwillige Teilnehmer*in steht es Ihnen jederzeit zu, das Interview abubrechen oder Interviewfragen abzuweisen. Darüber hinaus können Sie nach Belieben Ihre Einwilligung zurückziehen.

Durch meine Unterschrift erkläre ich meine Einwilligung zu den aufgeführten Punkten:

REICHART ISABELLA
Name, Vorname

Isabelle Reichart
Unterschrift

Transkript

1 I: Zunächst möchte ich mich herzlich für Ihre Zustimmung zu diesem Interview bedanken. Ich
2 möchte das Interview einleiten, in dem ich mich kurz vorstelle. Ich heiße A.B. und studiere auf
3 der Universität Wien im Master Lehramt die Fächer Geografie sowie Geschichte. Diese
4 Masterarbeit wird im Fach Geografie verfasst, in Kooperation mit dem Land Niederösterreich,
5 welches ein fachliches Interesse an diesem Thema hat. Die Arbeit handelt über
6 „Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Menschen mit Behinderung in NÖ“. Falls Sie eine
7 Frage nicht beantworten wollen, steht es Ihnen jederzeit frei, dies mitzuteilen. In diesem Sinne,
8 möchten Sie sich zu Beginn kurz vorstellen, Ihre Profession bekanntgeben und für welche
9 Institution Sie arbeiten?

10 B: Mein Name ist Isabella Reichert, ich bin die Leiterin vom Wohnen im Alter, das ist das
11 betreute Wohnen bei der Volkshilfe Niederösterreich Service Mensch GMBH.

12 I: Die Volkshilfe Niederösterreich bietet für den Bereich des Wohnens im Alter das betreutes
13 Wohnen an. Welche Leistungen stehen den Nutzer*innen zur Verfügung?

14 B: Wir sind für das betreute Wohnen zuständig. Der Begriff wurde vom Land Niederösterreich
15 herausgegeben, das hat auch mit den Förderrichtlinien von Niederösterreich zu tun, obwohl in
16 der neuesten Richtlinie heißt es nicht mehr betreutes Wohnen, sondern begleitetes Wohnen und
17 hier unterstützen wir die Bewohner im Rahmen von diesen Förderrichtlinien mit einem
18 Grundpaket. Die Volkshilfe hat es sehr simpel gehalten, wir sind primär weniger in der Pflege,
19 sondern da geht es mehr um soziale, sozialarbeiterische Themen. Also wir schauen, dass eine
20 Gemeinschaft in die einzelnen Häuser entstehen kann und wir fördern und begleiten diese
21 Entwicklung damit sich diese Leute wohlfühlen und diese Hilfe untereinander sich gegenseitig
22 austauschen können. Der große Part ist diese gemeinschaftsbildenden Aktivitäten. Pflege ist in
23 diesem Grundpaket nur einmal im Monat vorgesehen, also Pflegeplaner-Sprechstunde, sonst
24 sind wir einmal wöchentlich vor Ort, das hängt von der Größe und von der Einheit ab.

25 I: Also sozialen Aspekte und soziale Partizipation sind bei Ihnen primär die Thematik beim
26 selbstbestimmten Wohnen.

27 B: In einem Wohnhaus und auch bei dieser Zielgruppe, ja, denn die Vereinsamung von älteren
28 Personen ist ein großes Thema. Wenn die Leute, die einziehen, und ich glaube, das ist eben das
29 Wichtigste an diesem Thema, dass die sich kennenlernen, auch wenn sie vom Ort sind und in
30 dem Ort ein betreutes Wohnen ist. Aber viele kommen von außerhalb und da geht es darum,
31 dass man mit den Bewohnern schaut, dass man eine Gemeinschaft bilden kann, weil der Grund,
32 warum sie in ein betreutes Wohnen ziehen, sind meistens eben Häuser, die nicht barrierefrei

33 sind oder große Gärten haben, die sie nicht mehr in ihrem Alter bewältigen. Beim betreuten
34 Wohnen ist es auch schon so, dass barrierefreie Wohnungen oder Wohneinheiten natürlich
35 inkludiert sind, alles das ist die Voraussetzung für diesen Bau, also es sind barrierefreie
36 Wohnungen. Die Bewohner müssen oft gegenseitige Rücksicht nehmen und schauen, wie man
37 zurechtkommt und auch ein bisschen Respekt entgegenbringt.

38 I: Ja das ist bestimmt ein wichtige Thema, um da anzuknüpfen: Welche Stakeholder sind bei
39 Projektentwicklungen von Wohnen im Alter involviert?

40 B: Das ist sehr unterschiedlich und da gibt es verschiedene Zugänge, wie man so ein Projekt
41 aufsetzt, aber oft kommt der Vorschlag von einer Genossenschaft. Wenn der Bauträger stimmt,
42 dann sind auch natürlich die Gemeinden involviert. Je nachdem, wo sich die Grundstücke
43 befinden, meldet sich die dazugehörige Gemeinde. Das Gemeindewesen ist daher sehr wichtig
44 für eine Einbindung, weil die Unterstützung braucht man vor Ort. Die Volkshilfe ist nicht
45 immer mit eingebunden, je nachdem wie das Projekt zustande kommt. Natürlich wäre es von
46 Vorteil, wenn wir eingebunden sind, aber manchmal sind es auch kurzfristige Projekte, die
47 entstehen.

48 I: Es gibt daher keine fixen Richtlinien, nachdem ein Projekt konzipiert wird, sondern es gibt
49 immer verschiedene Stakeholder, die zusammenarbeiten.

50 B: Genau das wird im Sinne des Prozesses erst entschieden. Natürlich wäre es wünschenswert,
51 wenn alle drei Parteien zusammenarbeiten, das ist aber nicht immer der Fall. Das ist sehr stark
52 gemeinde- und bauträgerabhängig würde ich sagen. Der große Part ist der Bauträger und auch
53 die Gemeinde, die Volkshilfe liefert nur die Dienstleistungen.

54 I: Und wenn Sie mit den Wohnbauträgern zusammenarbeiten: Wie gestaltet sich die
55 Rollenverteilung in der Kooperationen von Wohnbauträgern und der Volkshilfe?

56 B: Simple ausgedrückt sind wir für die Dienstleistungen zuständig und sämtliche baulichen
57 Anliegen erledigt der Wohnbauträger. Es gibt aber natürlich viele Genossenschaften, also jetzt
58 von meiner Expertise her kann ich sagen, die Interesse an unsere Informationen haben und
59 Fragen zur Hardware von der Ausstattung haben. Wir geben gerne unsere Erfahrungen weiter,
60 weil wenn wir jetzt sehen, in den Häuser ist dieses und jenes Problem, dann ist es im nächsten
61 Haus meistens auch der Fall. Man benötigt besondere Stiegen, die barrierefrei sind oder
62 barrierefreie Toilette im Gemeinschaftsraum, die Gestaltung des Gemeinschaftsraum etc. also
63 unsere Vorschläge und Beratungsfunktion sind ebenfalls Teil davon. Grundsätzlich läuft die
64 Zusammenarbeit sehr gut, denn die Zusammenarbeit ist nicht beschränkt auf den Einzug,
65 sondern sie wird laufend fortgeführt und über Verbesserungspotentiale geredet. Und wir sehen

66 hier auch unsererseits einen großen Einfluss, auch mit baulichen Ausstattungen, der Hardware,
67 aber genauso diese Soft Facts.

68 I: Bleiben wir bei den baulichen Gegebenheiten, sind bei ihren Paketen auch technische
69 Assistenzsysteme integriert und sind dafür die Voraussetzungen gegeben?

70 B: Also die technische Voraussetzung für eine Notruftelefonanlage, die ist in jedem Bau
71 gegeben, das ist auch in den Förderungen vorgesehen. Wir selbst haben unsere Dienstleistungen
72 sowie das Rote Kreuz wie beispielsweise die Notrufuhr. Aber an der Wohnung gekoppelte
73 haben wir noch nicht. Hier gibt es noch wenige Anbieter und dann müsste das Personal
74 dahingehend geschult werden sowie eine Zentrale für diesen Bereich geschaffen werden. So
75 weit sind wir noch nicht. Aber diese Angebote sind frei wählbar. Die Bewohner müssen nicht
76 alle Angebote von der Volkshilfe annehmen. Wir können das Betreuungspaket anbieten, aber
77 jeder kann selbstständig über den Anbieter und Unterstützungsmöglichkeiten auswählen.

78 I: Inwieweit haben sich die Ansprüche der genannten Zielgruppe in Hinblick auf Ihre Angebote
79 und Dienstleistungen in den letzten Jahren verändert?

80 B: Es kommt stark auf die individuellen Personen an, wir haben eine Vielfalt der
81 Persönlichkeiten, die dort einziehen. Manchmal hat man dort eine gute Gemeinschaft. Die
82 meisten brauchen jemand, mit dem sie reden können. Das ist meine Erfahrung, der Halt da ist,
83 der zuhört und der ihnen auch Ratschläge geben kann. Für die Mieter versuchen wir Begleitung
84 zu sein, wo man sagt, man gibt heute Ratschläge von Bewegung, basteln, kochen, was auch
85 immer. Aber die Leute sollen, das soll ja eigentlich initiiert werden, dass sie sich dann selbst
86 treffen, sich selbst unterstützen oder vielleicht auf irgendwen schauen, denen es nicht so gut
87 geht. Die wichtigste Arbeit ist die Selbstständigkeit zu fördern. Manche sind sehr schnell
88 selbstständig, es kann sich jedoch durch das Alter relativ schnell ändern. Man hat auch einige,
89 die vielleicht schon von der Pflege her Betreuung brauchen. Ja, aber prinzipiell schauen wir,
90 dass wir viel mit Bewegung einbinden, das ist ein großer Wunsch, damit sie auch geistig und
91 körperlich aktiviert werden. Dann hat man meistens eine Person, also es sind 80%-90% Frauen,
92 also deutlich weniger Männer, die informell die Gruppenleitung in den Wohnhäusern
93 übernehmen.

94 I: Also die meisten der Bewohner*innen sind doch Frauen bei Ihnen?

95 B: Ja, sehr deutlich.

96 I: Kennen Sie den Grund dafür?

97 B: Wir erhalten von den meisten Frauen das Feedback, dass ihre Partner schon verstorben sind.
98 Mehr als dreiviertel der Bewohner*innen haben sich dann für das betreute Wohnen entschieden.

99 I: Inwieweit ist selbstständiges Wohnen im hohen Alter mit Behinderung bei betreuten Wohnen
100 möglich?

101 B: Die meisten haben maximal Pflegestufe 1. Falls sie stark kognitiv beeinträchtigt sind durch
102 Demenz z.B. dann ist das schlichtweg kaum möglich. Das sind normale Wohnungen,
103 barrierefreie Wohnungen und wir sind nicht täglich vor Ort, meistens einmal die Woche, wenn
104 gewünscht wird natürlich von unserer mobilen Hauskrankenpflege dazugebucht. Es ist
105 schwieriger, auch mit einer Pflegekraft oder mit Pflegestufe 3 kommt man sowieso nicht hinein,
106 weil da bist du dann schon sehr eingeschränkt, da kannst du wenig selbstständig machen. Wenn
107 sich die Gesundheit der Bewohnerinnen drastisch verschlechtert, gehen sie dann meistens in
108 ein Pflegeheim, also das ist oft der nächste Schritt. Das betreute Wohnen ist geeigneter für
109 selbstständigere und ältere Menschen ohne große Einschränkung, aber sobald man
110 Mehrfachbehinderungen hat, gibt es leider für viele nur mehr die Option des Pflegeheimes. Und
111 das ist dann die Grenze, obwohl da sollte es noch etwas dazwischen geben. Und dieser
112 Tatbestand kristallisiert sich immer mehr. Es ist leider so ein Cut bei Menschen im hohen Alter,
113 die noch sehr aktiv sind und bei denen funktioniert das selbstbestimmte Wohnen auch sehr gut
114 und hier gibt es auch viele Angebote, die das ermöglichen. Aber mit einer höheren Pflegestufe
115 oder einem höheren Behinderungsgrad gibt es leider oft nur die Wahl zwischen der 24-Stunden
116 Pflege zu Hause oder einem Pflegeheim. Gut wäre ein Zwischenschritt, in dem ein betreutes
117 Wohnen mit deutlich höherem Betreuungs- und Pflegeschlüssel möglich wäre. Dies wäre
118 jedoch wiederum deutlich kostenintensiver als ein Pflegeheim und die spendablen
119 Förderungsmöglichkeiten wären auch nicht dieselben. Es gibt bereits diese Sonderformen von
120 Seniorenresidenzen in Wiener Neustadt, die sind jedoch für den oder die Durchschnitts-
121 Pensionistin kaum leistbar.

Anhang 6 - Interview Daniela Stadler, Caritas

Leitfaden:

Zunächst möchte ich mich herzlich für Ihre Zustimmung zu diesem Interview bedanken. Ich möchte das Interview einleiten, in dem ich mich kurz vorstelle. Ich heiße A.B. und studiere auf der Universität Wien im Master Lehramt die Fächer Geografie sowie Geschichte. Diese Masterarbeit wird im Fach Geografie verfasst, in Kooperation mit dem Land Niederösterreich, welches ein fachliches Interesse an diesem Thema hat. Die Arbeit handelt über „Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Menschen mit Behinderung in NÖ“. Falls Sie eine Frage nicht beantworten wollen, steht es Ihnen jederzeit frei, dies mitzuteilen. In diesem Sinne, möchten Sie sich zu Beginn kurz vorstellen, Ihre Profession bekanntgeben und für welche Institution Sie arbeiten?

1. Welche Projekte werden zurzeit oder in Zukunft für hochaltrige Personen mit Behinderung seitens der Caritas angeboten?
2. Inwieweit haben sich die Ansprüche der genannten Zielgruppe in Hinblick auf die Angebote und Dienstleistungen in den letzten Jahren verändert?
3. Werden die Angebote hinsichtlich ihrer Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorgaben (der UN-BRK Art. 19 oder des Sozialhilfegesetzes) evaluiert?
4. Die Caritas St. Pölten leitete von 2020 bis 2023 ein LEADER Projekt – „In Zukunft Daheim“, in dem technische Assistenzsysteme in Bestandswohnungen integriert werden. Inwieweit verändert ein solches Projekt den Pflegebedarf der Zielgruppe?
5. Ist eine niederösterreichweite Umsetzung von technischen Assistenzsystemen seitens der Caritas in den nächsten Jahren angedacht? Fördern Ihrer Meinung nach Assistenzsysteme das selbstbestimmte Wohnen?
6. Welche Ressourcen bräuchte man, um eine Umsetzung zu erleichtern?
7. Die Caritas bietet auch eine Online-Plattform Alles Clara an. Wer sind die hauptsächlichsten Nutzer*innen und wer profitiert davon?
8. Welche Stakeholder sind bei Alles Clara involviert?
9. In Bezugnahme auf Ihre Expertise aus Ihrer jahrelangen Arbeit im Pflegebereich, was sind die größten Herausforderungen für selbstbestimmtes Wohnen in Niederösterreich für hochaltrige Menschen mit Behinderung?

Einwilligungserklärung für Interviews

Forschungsprojekt:	Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Personen mit Behinderung in Niederösterreich
Durchführende Hochschule:	Universität Wien, Institut für Geografie und Regionalforschung
Interviewerin:	Anja Bundo BEd.
Befragte:	
Interviewdatum:	

Ich erkläre mich hiermit bereit, dass meine personenbezogenen Kontaktdaten im Zuge des durchgeführten Interviews für das Forschungsprojekt verwendet werden dürfen. Darüber hinaus willige ich ein, dass Ton- und Videoaufzeichnungen bis zur Beendigung des Projektes gespeichert und für die angegebenen Forschungszwecke verarbeitet werden dürfen. Nach der Beendigung des Projektes werden die Originalaufnahmen gelöscht.

Als freiwillige Teilnehmer*in steht es Ihnen jederzeit zu, das Interview abubrechen oder Interviewfragen abzuweisen. Darüber hinaus können Sie nach Belieben Ihre Einwilligung zurückziehen.

Durch meine Unterschrift erkläre ich meine Einwilligung zu den aufgeführten Punkten:

Daniela Stedler, BA, MA

Name, Vorname

[Signature]

Unterschrift

Transkript:

1 I: Zunächst möchte ich mich herzlich für Ihre Zustimmung zu diesem Interview bedanken. Ich
2 möchte das Interview einleiten, in dem ich mich kurz vorstelle. Ich heiße A.B. und studiere auf
3 der Universität Wien im Master Lehramt die Fächer Geografie sowie Geschichte. Diese
4 Masterarbeit wird im Fach Geografie verfasst, in Kooperation mit dem Land Niederösterreich,
5 welches ein fachliches Interesse an diesem Thema hat. Die Arbeit handelt über
6 „Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Menschen mit Behinderung in NÖ“. Falls Sie eine
7 Frage nicht beantworten wollen, steht es Ihnen jederzeit frei, dies mitzuteilen. In diesem Sinne,
8 möchten Sie sich zu Beginn kurz vorstellen, ihre Profession bekanntgeben und für welche
9 Institution sie arbeiten?

10 B: Mein Name ist Daniela Stadler, vom Grundberuf bin ich diplomierte Gesundheits- und
11 Krankenpflegeperson, ich habe danach den Bachelor und den Master im
12 Gesundheitsmanagement absolviert und am IMC-Krems, bin zurzeit in einem weiteren
13 Masterstudium in der Gesundheits- und Pflegepädagogik. Ich habe ebenfalls ein paar Semester
14 Jus studiert. Bei meiner Tätigkeit bei der Caritas bin ich im Angestelltenverhältnis mit 30
15 Stunden, da habe ich eine vierfach Funktion: stundenweise im Projektmanagement in der
16 Pflegedirektion, stundenweise bei der Hauskrankenpflege, ich habe ein paar Stunden in der
17 Onlineberatung für pflegende Angehörige und ein paar Stunden in der 24-Stunden-Betreuung.
18 Daneben bin ich als Lehrerin tätig in dem Caritas Bildungszentrum für Gesundheits- und
19 Sozialberufe, hier bin ich jede zweite Woche als Selbstständige im Rahmen von Pflegeberatung
20 und Wundmanagement tätig.

21 I: Dankeschön für die Vorstellung. Gleich zu Beginn: Welche Projekte werden zurzeit oder in
22 Zukunft für hochaltrige Personen mit Behinderung seitens der Caritas angeboten?

23 B: Wenn wir jetzt auf die Thematik „Wohnen im Alter“ Bezug nehmen, hat es kürzlich ein
24 Projekt gegeben, indem die Caritas involviert war. Das war ein Leader-Projekt der Region
25 Waldviertler Grenzland, in dem eine Wohnung, mithilfe der Beratung und Kooperation von
26 AUXILIO die technischen Komponenten in der Musterwohnung zur Verfügung gestellt hat.
27 Das Projekt ist mehr oder weniger momentan ausgelaufen. Auch die Musterwohnung ist zurzeit
28 wieder aufgelassen worden, weil das Problem ist, dass die technischen Mittel, die AUXILIO
29 auch anbietet, relativ hochpreisig sind und sich viele Menschen im Alter nicht in dem Ausmaß
30 leisten können, wie wir es uns gerne wünschen würden. Auch die Caritas hat gewisse digitale
31 Mittel im Einsatz. Aber im Kontext dieser Musterwohnungen können wir es nur dann

32 ermöglichen, wenn der Wunsch und der Bedarf von unseren Kunden und Kundinnen
33 angesprochen wird.

34 I: OK, denn das wäre nämlich auch meine Frage gewesen. Die Caritas St. Pölten leitete von
35 2020 bis 2023 ein LEADER Projekt – „In Zukunft Daheim“, in dem technische
36 Assistenzsysteme in Bestandswohnungen integriert werden. Inwieweit verändert ein solches
37 Projekte den Pflegebedarf der Zielgruppe?

38 B: Es ist ein zweischneidiges Schwert: meiner Ansicht nach hätten wird die Kontrolle über
39 gewisse Funktionen und Situationen, wobei man die andere Seite des zweischneidigen
40 Schwertes natürlich immer bedenken muss, dass es im Rahmen des Datenschutzes, unter der
41 eigenen Selbstbestimmung, immer ein bisschen schwierig zu sehen ist. Wann würden solche
42 Geräte in Einsatz kommen? Wenn jemand eine Form der Behinderung oder Pflegebedarf hat.
43 Ich nehme zum Beispiel den Fall einer Demenz her. Woher weiß ich, dass diese Person im
44 Rahmen der Demenz genau diese Assistenzsysteme haben möchte. Dass sie beobachtet wird,
45 dass sie, sobald sie zu ruhig ist, ein Alarm ertönt. Das ist immer die Frage, wollen wir das,
46 brauchen wir das? Es macht die Situation ein bisschen leichter, weil mit wenig Personaleinsatz
47 viel beobachten können. Dennoch brauche ich das Personal, welches direkt mit dem Kunden
48 arbeitet. Das Fazit: Die Pflege direkt wird sich kaum verringern. Es sind nur diese Sonderfälle
49 oder Notfallsituationen, welche einen wesentlichen Unterschied machen. Das bedeutet, die
50 Assistenzsysteme nehmen kaum einen Einfluss auf die Dauer und die Unterstützung in der
51 Pflege.

52 I: Also Sie sehen den Unterstützungsbedarf vor allem bei Notfällen und eine Verringerung der
53 akuten Gefahr durch die technischen Assistenzsysteme im Eigenheim?

54 B: Ja, also ich glaube für die langfristige Pflege sind diese nicht ein wirklicher Benefit. Dennoch
55 kann es für den Kunden ein Benefit sein. Wenn eine Pflegeperson per Videoüberwachung sieht,
56 dass der Kunde inaktiv ist und nur im Bett liegt, müsste man trotzdem hinfahren und
57 sicherstellen, dass diese Person nur schläft. Anders wäre es wenn man Zugriff auf einen Ton
58 und Herzfrequenzen hat, wenn die Person aber einen Herzstillstand hat müsste ja trotzdem eine
59 Pflegekraft anwesend sein, um Erste Hilfe zu leisten. Also die direkte Arbeit der Pflegekräfte
60 wird wahrscheinlich nicht weniger werden aufgrund dessen.

61 I: Das war sehr verständlich, danke schön. Welche Ressourcen bräuchte man, um eine
62 Umsetzung von technischen Assistenzsystemen in Bestandswohnungen zu erleichtern?

63 B: Auf jeden Fall noch finanzielle Ressourcen und Förderungen in diesem Bereich. Aber ein
64 zweiter Punkt ist, auf den ich schon sehr plädieren möchte: Verstehen die Kunden und
65 Kundinnen, wie diese Systeme funktionieren? Und können sie auch selbst entscheiden, dass sie
66 genau diese oder jene Funktionen haben wollen? Aus Seiten der Pflege, ist es beispielsweise
67 relevant, wenn die betroffene Person inaktiver wird und man eine Dekubitusprophylaxe macht,
68 dann ist es ein gutes Tool. Ja, dann habe ich die Daten und Fakten dazu. Jedoch haben wir dazu
69 Checklisten, Skalen, also es wäre nur ein zusätzliches Tool, wo wir einfach sagen können,
70 aufgrund dessen ist meine Entscheidung derart ausgefallen.

71 I: Ja, ich verstehe Ihre Bedenken. Grundsätzlich nimmt man an, dass diese technischen
72 Assistenzmittel ein selbstbestimmtes Leben fördern sollen, aber wer entscheidet über die
73 Anwendung, Nutzer*in oder Angehöriger? Wenn die Entscheidung nicht beim Nutzer liegt, ist
74 es auch keine Selbstbestimmung mehr.

75 B: Genau es stellt sich die Frage: Kann die Person die Gesamtheit der gesammelten Daten
76 erfassen? Ich nehme jetzt ein Beispiel her, diese technischen Uhren, die wir zum Beispiel auch
77 anbieten, die zum Beispiel einen Fallsensor und eine Notruftaste haben, welche auch andere
78 Daten mitregistrieren, da bin ich der Überzeugung, dass die meisten unserer Kunden die
79 gesamten Funktionen dieser Uhr nicht erfassen können. Sei es jetzt Herzfrequenz,
80 Schlafrhythmus, die Aufzeichnung der Schritte usw. Die Frage ist, was geschieht mit diesen
81 Daten? Wer hat Zugriff darauf? Das Datenschutzgesetz umfasst viele dieser Aspekte, aber die
82 Kunden können diese Datenmenge kaum kognitiv erfassen.

83 I: Danke für die ausführliche Antwort! Die Caritas hat mehrere Leistungen, die sie für
84 hochaltrige Menschen anbietet: Teilzeitbetreutes Wohnen, vollzeitbetreutes Wohnen und die
85 24 Stunden Pflege. Inwieweit haben sich die Ansprüche der genannten Zielgruppe in Hinblick
86 auf die Angebote und Dienstleistungen in den letzten Jahren verändert?

87 B: Es ändert sich einiges. Wir bemerken die Überalterung, in der Pflege. Wenn wir von einer
88 Bevölkerungspyramide ausgehen, so bemerkt man den Wandel hin zur Urnenform. Dieses
89 Problem, was wir jetzt schon sehen, und gerade zu Stoßzeiten, sei es jetzt Weihnachten,
90 Silvester, ist ganz oft auch ein Mehrbedarf da. Aber das Bild passt nicht mehr, dass die Pflege
91 viele Ressourcen hat und jederzeit ausreichend Personal vorhanden ist und, dass sie kostenlos
92 ist. Das möchte ich schon ein wenig bewerten, weil es zwar positiv ist, dass der Sozialstaat
93 Pflegemöglichkeiten bietet und dass es ein Teil der Versorgung ist. Jedoch ist negativ zu werten,
94 weil der Stellenwert der Pflege als gratis und daher die Wertigkeit nicht genügend gegeben ist.

95 Weiters ist es bereits manchmal der Fall, dass die Bedürfnisse der Kunden oft nicht mehr gestillt
96 werden können.

97 Es bräuchten mehr Personalressourcen in der Pflege und Betreuung, die wir teilweise nicht
98 mehr anbieten können. Gerade zu Stoßzeiten wie Weihnachten war jetzt wieder ganz, ganz
99 akut. Menschen haben angerufen und brauchen sofort eine 24-Stunden-Kraft, da Verwandte aus
100 dem Krankenhaus entlassen werden, und es sich teilweise die Kräfte frühestens in 2 Tagen
101 verfügbar. Das ist so ein Punkt den man sich anschauen müsste. Wenn pflegende Angehörige
102 erst sehr spät einen Pflegeheimplatz angeboten bekommen, kaum Organisationen und keine
103 Kapazitäten haben, durch den eigenen Beruf, findet man in solchen Akutfällen leider oft keine
104 Lösung. Und das ist jetzt der Beginn, wo wir wirklich sehen, wohin geht es jetzt hin in der
105 Zukunft. Und dieser Trend wird sich wahrscheinlich jetzt noch in den nächsten Jahren und
106 Jahrzehnten steigern. Also ich vermute, wenn wir uns diese demografische Entwicklung
107 anschauen und die Prognosen des Personalbedarfs, wird es sehr spannend werden.

108 I: Welche Möglichkeiten gäbe es den Pflegeberuf attraktiver zu machen?

109 B: Eine Möglichkeit wäre der freiberufliche Faktor. Viele Kolleginnen und Kollegen, die
110 freiberuflich arbeiten, haben das Benefit selbstbestimmt arbeiten zu können. Jedoch bedürfte
111 dies mehr Ressourcen und Förderungen für die freiberufliche Pflege.

112 I: Vielen Dank, ich gehe nun auf ein anderes Thema ein. Die Caritas bietet auch eine Online-
113 Plattform Alles Clara an. Wer sind die hauptsächlichen Nutzer*innen und wer profitiert davon?
114 Und welche Stakeholder sind bei Alles Clara involviert?

115 B: Die App Alles Clara, wurde von der Ersten Stiftung erfunden und befindet sich zurzeit im
116 Aufbau. Es ist ein Pilotprojekt und wird momentan noch nicht von der öffentlichen Hand
117 finanziert, das heißt, wir haben zwar ein super Agreement mit dem Land Niederösterreich, die
118 fördern hier schon mit, aber es ist noch nicht komplett finanziert, das bedeutet, es ist auch leider
119 noch nicht für alle verfügbar. Prinzipiell ist die Zielgruppe von alles Clara pflegende
120 Angehörige, weil die einfach zu wenig Lobby haben, weil die zu wenig gehört werden und weil
121 sie gute und viel Arbeit leisten in unserem System, ohne die wir uns die Pflege und Betreuung
122 gar nicht leisten könnten, selbst wenn wir wollten. Mit dieser Zielgruppe arbeiten wir in der
123 Pflege. Wir arbeiten nicht nur auf der Wissensebene, sondern wir arbeiten auch ganz viel auf
124 der emotionalen und Beziehungsebene. Wir versuchen über Alles Clara auf diese Personen
125 einzugehen. Diese stehen aber oft hilflos da und wissen nicht genau, wie und wo sie sich
126 hinwenden können. Das Hauptproblem ist, man setzt sich mit dem Thema Pflege und Betreuung

127 erst auseinander, wenn man mit dem Thema betroffen ist. In diesem Fall sind zum Beispiel die
128 Community Nurses eine gute Möglichkeit, die in den Gemeinden teilweise schon unterwegs
129 und unsere Ansprechpartnerinnen sind. Community Nurses sollten meiner Ansicht nach einen
130 Spielraum bekommen, da sie in vielen Fällen die erste Ansprechperson sind, sie haben ein
131 regionales Netzwerk und können relativ schnell Dinge organisieren, an die jemand anders zum
132 Beispiel gar nicht denken würde. Ein Vorschlag wäre beispielsweise, wenn Knappheit bei den
133 Big Playern herrscht, dass in der Zwischenzeit die Community Nurses übernehmen.

134 I: In Bezugnahme auf Ihre Expertise aus ihrer jahrelangen Arbeit im Pflegebereich, was sind
135 die größten Herausforderungen für selbstbestimmtes Wohnen in Niederösterreich für
136 hochaltrige Menschen mit Behinderung? B: Es gibt mehrere Bereiche. Erstens: Wir brauchen
137 Personal in der Pflege, das ist bereits Tatsache. Die Schwierigkeit besteht darin adäquates
138 Personal zu finden. Das heißt gut ausgebildete Personen, die diese Tätigkeit auch machen
139 möchten. Wir haben es geschafft, dass wir eine Ausbildungsprämie in die Pflege mitinkludiert
140 bekommen haben. Ich bin mir aber nicht sicher, ob diese immer bei den richtigen Personen
141 ankommt. Es ist wichtig, dass die Personen nach Absolvierung der Ausbildung im Beruf
142 bleiben. Also Fazit: Ausbildung stärken und genügend Personal nachbekommen. Der zweite
143 Punkt ist, dass wir diese Arbeit an sich attraktiver und diese starren Systeme aufbrechen und
144 familienfreundlicher gestalten müssen. Weiters müsste man die Wohnformen für ältere
145 Menschen überdenken. Das Ganze ist im städtischen Bereich wieder leichter, weil es
146 Tageszentren und weitere Strukturen gibt usw. Im ländlichen Bereich wird es ein bisschen
147 schwieriger, weil auch die Infrastruktur nicht dafür ausgerichtet ist. Aber ich bin der
148 Überzeugung, dass es auch im Rahmen von Senioren WGs möglich wäre, komprimiert Pflege
149 und Betreuung anzubieten und die älteren Menschen so eigentlich sehr gut leben können. Es ist
150 immer nur die Frage, wie finanziert, wie baut man diese Projekte auf und welche bürokratischen
151 Hürden gibt es dafür. Es gibt schon ein paar gute Ideen, nicht bestehen tun sie oftmals in der
152 Ausführung oder sie lassen noch zu wünschen übrig.

153 I: Vielen Dank für die interessanten Einblicke und dieses Interview!

Anhang 7 – Interview Martina Jurkovic, Lebenshilfe

Leitfaden:

Zunächst möchte ich mich herzlich für Ihre Zustimmung zu diesem Interview bedanken. Ich möchte das Interview einleiten, in dem ich mich kurz vorstelle. Ich heiße A.B. und studiere auf der Universität Wien im Master Lehramt die Fächer Geografie sowie Geschichte. Diese Masterarbeit wird im Fach Geografie verfasst, in Kooperation mit dem Land Niederösterreich, welches ein fachliches Interesse an diesem Thema hat. Die Arbeit handelt über „Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Menschen mit Behinderung in NÖ“. Falls Sie eine Frage nicht beantworten wollen, steht es Ihnen jederzeit frei, dies mitzuteilen. In diesem Sinne, möchten Sie sich zu Beginn kurz vorstellen, Ihre Profession bekanntgeben und für welche Institution Sie arbeiten?

10. Welche Tätigkeitsfelder umfasst Ihr Beruf in der teilbetreuten Wohngemeinschaft für Menschen mit Behinderung?
11. Inwieweit ist selbstbestimmtes Wohnen für die Bewohner*innen in den teilbetreuten Wohngemeinschaften möglich?
12. Sind die Angebote der Zielgruppe entsprechend und individuell angepasst?
13. Inwieweit sind Änderungen nach den Bedürfnissen der Nutzer*innen der teilbetreuten Wohngemeinschaften realisierbar?
14. Welche Herausforderungen bestehen zwischen dem Unterstützen der Bewohner*innen und des Verwirklichen des selbstständigen Wohnens?
15. Ist ein Austausch mit den Angehörigen relevant und erwünscht?
16. Welche Verbesserungen könnte man Ihrer Ansicht nach in Zukunft in Ihrem Tätigkeitsfeld vornehmen?

Transkript:

1 I: Zunächst möchte ich mich herzlich für Ihre Zustimmung zu diesem Interview bedanken. Ich
2 möchte das Interview einleiten, in dem ich mich kurz vorstelle. Ich heiße A.B. und studiere auf
3 der Universität Wien im Master Lehramt die Fächer Geografie sowie Geschichte. Diese
4 Masterarbeit wird im Fach Geografie verfasst, in Kooperation mit dem Land Niederösterreich,
5 welches ein fachliches Interesse an diesem Thema hat. Die Arbeit handelt über
6 „Selbstbestimmtes Wohnen für hochaltrige Menschen mit Behinderung in NÖ“. Falls Sie eine
7 Frage nicht beantworten wollen, steht es Ihnen jederzeit frei, dies mitzuteilen. In diesem Sinne,
8 möchten Sie sich zu Beginn kurz vorstellen, Ihre Profession bekanntgeben und für welche
9 Institution/Gesellschaft Sie arbeiten?

10 B: Mein Name ist Martina Jurkovic. Ich arbeite bei der Lebenshilfe in einer teilbetreuten WG
11 für Menschen mit Behinderung als Lebens- und Sozialberaterin.

12 I: Welche Tätigkeitsfelder umfasst Ihr Beruf in der teilbetreuten Wohngemeinschaft für
13 Menschen mit Behinderung?

14 B: Die Tätigkeiten umfassen eine Unterstützung für den Alltag wie beispielsweise Einkaufen
15 gehen, Ausflüge machen, Spaziergänge, soziale Projekte oder Unternehmungen, Arztbesuche
16 tätigen, Gesellschaftsspiele spielen, Gespräche führen etc. Also meine Tätigkeiten umfassen
17 rein das Psychologische sowie Soziales und nicht die Pflege.

18 I: Danke, für die Einblicke. Inwieweit können die Personen in den teilbetreuten WGs
19 selbstbestimmt Wohnen?

20 B: Meine Kollegin und ich sind in etwa 25 Stunden in der Woche im Kontakt mit den
21 Menschen, jeweils 5 Tage die Woche für 5 Stunden. Den Rest der Zeit können sie autonom
22 bestimmen, also meiner Ansicht nach relativ selbstbestimmt. Wir sind hauptsächlich
23 unterstützend da.

24 I: Wie sind die Angebote der Zielgruppe entsprechend angepasst, ändern sich die Bedürfnisse
25 der Benutzerinnen der teilbetreuten WGs?

26 B: Ja, wir können beispielsweise noch nicht stark physisch beeinträchtigte Personen
27 aufnehmen, da wir eine Wohnung im 1. Stock haben, die Zimmer sind teilweise noch einen
28 Stock höher, also wenn eine Person von einer stärkeren Beeinträchtigung betroffen ist, dann
29 stellt das ein Problem für die Aufnahme dar, das ist leider nicht sehr gut überlegt. Die älteren
30 Senioren sind größtenteils in dem Pflegeheim untergebracht, weil dort die Pflege kompakt

31 möglich ist und auch die Barrierefreiheit kein Thema ist. Sobald man in der teilbetreuten WG
32 stärker eingeschränkt ist, nicht mobil ist und einen Rollstuhl braucht, ist eine Nutzung nur
33 schwer möglich. Oder auch die soziale Komponente, ein Besuch, der im Rollstuhl kommt, ist
34 auch nicht möglich.

35 I: Also würden Sie sagen, dass eine Mehrfachbehinderung oder eine deutliche Beeinträchtigung
36 eine Herausforderung für das selbstbestimmte Wohnen darstellt?

37 B: Eine Nutzung der teilbetreuten WG ist überhaupt nur möglich, solange man keine Pflege
38 braucht. Falls ein Pflegebedarf ist, muss da die Lebenshilfe ran. Und wahrscheinlich wäre das
39 mit einem Umzug in eine andere Einrichtung verbunden. Es bietet natürlich eine Möglichkeit
40 zum Wohnen, solange man keine größeren Einschränkungen hat. In meinem Fall betreute ich
41 eine Epileptikerin, da bin ich öfter hingefahren, vor allem bei Notfällen. Aber eigentlich ist es
42 nicht mein Aufgabenbereich. Wir sind grundsätzlich für das soziale Teilhabe verantwortlich.
43 Die Pflege ist in dem Fall die Lebenshilfe und bei Akutsituationen sind sowieso die Rettung
44 und das Krankenhaus relevant. Die Lebenshilfe hat auch an sich Pflegedienste oder auch
45 Kontakt zu Pfleger*innen und Pflegestellen. Aber das wäre über einen anderen Kanal. Wir sind
46 nur unterstützend da, wir als Lebens- und Sozialberaterin. Also ich sehe meine Aufgabe, sie zu
47 fördern, dass sie noch selbständiger werden, also dass ich wirklich dahinter bin. Sie sollen sich
48 auch Termine selbst ausmachen, und wenn sie Hilfe brauchen, ja, gehe ich mit.

49 I: Wie ist der Grat zwischen der Unterstützung und des selbstständiges Wohnens? Ist hier auch
50 der Austausch mit den Angehörigen relevant?

51 B: Also eine Kommunikation mit den Angehörigen ist schon gegeben, wenn Bedarf ist. Also
52 ein Austausch ist sehr wohl möglich. Manche von ihnen haben auch Erwachsenenvertreter,
53 dieser Austausch ist auch sehr wichtig. Für viele von den Bewohner*innen sind die
54 Angehörigen trotz ihres selbständigen Wohnens eine große Stütze. Und wenn eine angehörige
55 Person wegfällt, ja das merkt man schon sehr, wie sich die Lebenslage der Bewohner*innen
56 ändert.

57 I: Welche Verbesserungen könnte man Ihrer Ansicht nach in Zukunft in Ihrem Tätigkeitsfeld
58 vornehmen?

59 B: Unser großer Wunsch, den wir alle hätten, also Betreuer sowie Bewohner, wäre eine
60 Möglichkeit, dass sich Menschen treffen können. Ein Kaffeehaus, Projekte, Feste, Gärten etc.
61 in denen sie einfach Kontakte schließen können. Sie haben kaum Möglichkeiten sozial zu
62 interagieren mit anderen, Freundschaften zu schließen oder Menschen zu treffen. Wir sind eine

63 große Bezugsperson für die Bewohner*innen, aber dass sie wirklich neue Menschen
64 kennenlernen können im Haus oder außerhalb ist kaum möglich. Ja, also mehr soziales
65 Teilhabe, mehr Möglichkeiten, soziales Teilhabe überhaupt stattfinden zu lassen, wäre eine
66 Verbesserung, die mir jetzt einfällt. Sie sehen im Endeffekt auch immer dieselben Menschen.
67 Sie sind eigentlich jetzt nicht in der Gesellschaft integriert, weil sie ja immer für sich sind. In
68 ihren eigenen sozialen, alltäglichen Systemen, aber ein großer Wunsch besteht, dass sie
69 vermehrt Kontakte schließen könnten oder dass da irgendwas gibt. Sie wohnen zwar
70 selbstbestimmt, aber das Risiko zu vereinsamen ist dennoch sehr hoch.

71 I: Danke für die Schilderung der Problematik. Ich bedanke mich recht herzlich für Ihre
72 Teilnahme an diesem Interview und für die spannenden Einblicke!