

»Pflegebedürftig« in der »Gesundheitsgesellschaft«

Tagung vom 26.–28. März 2009 in Halle (Saale)

**Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention durch
betreutes Wohnen im Alter - Ergebnisse einer Studie zu
Sozialbeziehungen und Lebenszufriedenheit in
altersheterogenen und altershomogenen Lebenswelten**

Margit Stein und Martin Stummbaum

HERAUSGEBER: JOHANN BEHRENS

REDAKTION & GESTALTUNG: GERO LANGER & MARIA GIRBIG

8. JAHRGANG

ISSN 1610-7268

40

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L^AT_EX 2_ε in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 3. Juli 2009

IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Redaktion & Gestaltung: Dr. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft ·
German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 8 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4454 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail gero.langer@medizin.uni-halle.de

Website <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=341>

ISSN 1610-7268

Alle Rechte vorbehalten.

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

Inhaltsverzeichnis

1 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention durch Settinggestaltung im Alter	6
1.1 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Alter	6
1.2 Verhaltens- und Verhältnisprävention von Krankheit im Alter	9
2 Studien zum Betreuten Wohnen als gesundheitsförderliches Setting im Alter	9
2.1 Betreutes Wohnen als neue Option des Lebens im Alter	9
2.2 Soziales Wohlbefinden im Betreuten Wohnen	12
2.3 Psychisches Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit im Betreuten Wohnen	14
3 Resümee	16
Literatur	16

Zusammenfassung

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention wird als Querschnittsaufgabe aller Disziplinen angesehen. Insbesondere chronische Krankheiten sind durch psychische Prozesse und soziale Gegebenheiten stark mitbedingt und deshalb durch Änderungen des Lebenssettings gut präventiv verhinder- bzw. behandelbar.

Angesichts demografischer Veränderungen wird über die Bereitstellung von Settings des Wohnens und Lebens für ältere Menschen nachgedacht, die gesundheitsförderlich wirken, wie etwa das Betreute Wohnen als Beitrag zur Steigerung von Gesundheit, Sozialkontakten, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit (Saup, 2001; Lind, 2005).

In einer empirisch-qualitativen Interviewstudie wurden Frauen zwischen 70 und 85 Jahren, die entweder allein in ihren Wohnungen oder in betreuten Wohnanlagen leben, hinsichtlich Sozialkontakten und Lebenszufriedenheit miteinander verglichen. Durch den Umzug ins betreute Wohnen blieben die Kontakte zu Kindern, Verwandten und externen Freunden in Stärke und Qualität aus Sicht der Betroffenen in einer längsschnittlichen Rückschau unverändert. Auch zwischen den beiden Gruppen der Alleinlebenden und der in betreuten Wohnanlagen lebenden Frauen waren Kontaktqualität und -intensität vergleichbar. Angesichts der neuhinzutretenden Kontakte zu Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern erleben sich die Personen im Betreuten Wohnen jedoch insgesamt besser sozial eingebunden. Die Lebenszufriedenheit ist im betreuten Wohnen höher (Stein, 2005a; 2005b).

Im Rahmen der Studie wurde geschlossen, dass das Setting des Betreuten Wohnens gesundheitsförderlich ist, da nicht nur medizinische Versorgung und Beratung sowie gesundheitsförderliche Angebote bestehen, sondern da auch weiche Faktoren wie etwa befriedigendere Sozialkontakte und die quantitativ stärkere Einbindung in die Anlagen zu einem Anstieg der Lebenszufriedenheit und einer besseren objektiven und subjektiven Gesundheit beitragen.

Abstract

The promotion of health and the prevention of disease and illness are cross-sectional tasks all disciplines are concerned with. In particular chronic diseases are highly influenced by psychological processes and social conditions. Chronic diseases can therefore be prevented or treated also by changes of life settings.

Due to an enormous demographic change especially settings for old people are discussed like sheltered housing that would contribute to an increase of health, social contacts, well-being and life satisfaction as well (Saup, 2001; Lind, 2005).

Within a study women between 70 and 85 years of age living alone in their flats or living in sheltered housing were compared on an empiric basis regarding social contacts and life satisfaction. The contacts to children, relatives and friends outside the sheltered housing did not changed concerning as well the total amount of contacts and the quality of contacts due to the move to the cared community. Both groups, the women living by themselves and the women living in sheltered housing are also comparable regarding quantity and quality of contacts. Nevertheless the women living in sheltered housing describe themselves as better socially involved regarding the huge amount auf formal and informal contacts with fellow inhabitants. Women living in sheltered housing do also feel more life satisfaction (Stein, 2005a; 2005b).

Facing the results of the study sheltered housing has to be seen as a setting contributing to health not only due to medical support and health offers like sports programmes within the cared community, but also due to more satisfying social contacts and stronger social integration contributing to a rise in life satisfaction and therefore in better health.

Schlagworte

- Betreutes Wohnen
- Settinggestaltung
- Gesundheitsförderung im Alter
- Sozialbeziehungen im Alter
- Lebenszufriedenheit im Alter
- Sheltered Housing
- Setting
- Health support in old age
- social relations in old age
- life satisfaction in old age

Über die Autoren

Prof. Dr. phil. habil. Margit Stein ist Professorin im Fachbereich Gesundheitswesen und Sozialwesen der Fachhochschule Nordhausen

Martin Stummbaum ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Sozialpädagogik und Gesundheitspädagogik der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt



1 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention durch Settinggestaltung im Alter

1.1 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Alter

Das relativ neue Feld der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention gewinnt im Vergleich zur traditionellen kurativen oder rehabilitativen Medizin zunehmend an Bedeutung. Nicht nur die Medizin, sondern auch die Pflegewissenschaft, die (Sozial)Pädagogik und Sozialarbeit und die Psychologie sind mit Fragen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention befasst. Als neue Disziplin und Profession hat sich im Bereich Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention die Gesundheitspädagogik etabliert, die in den kommenden Jahren an Bedeutung zunehmen wird.

Diese zunehmende Bedeutsamkeit von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sowohl in den traditionellen als auch den sich neu etablierenden Disziplinen ist auf primär zwei Entwicklungen zurückzuführen:

1. *Veränderung des Begriffs von Gesundheit und Krankheit.* Zunehmend setzt sich die bereits schon früh von der WHO formulierte Erkenntnis durch, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit. Ein eher sozialwissenschaftlich oder salutogenetisch orientierter erweiterter Gesundheitsbegriff verdrängt den klassischen, pathogen determinierten Gesundheitsbegriff der Schulmedizin. Begriffe wie Lebenszufriedenheit und ein soziales und psychisches Wohlbefinden rücken verstärkt in den Mittelpunkt.
2. *Veränderung des Krankheitsbildes durch Zunahme von degenerativen, psychosomatischen, psychischen und chronischen Krankheiten.* Diese vorgenannten Erkrankungen sind einer Behandlung allein durch die kurative Medizin nicht mehr zugänglich. Die Entwicklung weg von den Akutkrankheiten hin zu einer Zunahme degenerativer, psychosomatischer, psychischer und chronischer Krankheiten wird von weltweiten demographischen Veränderungen und der globalisierten Verbreitung und Dominanz eines krankmachenden pathogenen westlichen Lebensstils vorangetrieben und ist nicht allein auf die westlichen Industrieländer beschränkt. Die Vereinten Nationen berichten über eine Zunahme von chronischen degenerativen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ebenso in den sogenannten Entwicklungsländern bei gleichzeitig hohem Niveau der Akuterkrankungen.

Der *Gesundheitsbegriff* unterlag in den letzten Jahrzehnten einem sehr großen Bedeutungswandel weg von rein pathogenetisch definierten Begriffen hin zu holistisch ausgerichteten Definitionen vor sozialwissenschaftlichem oder salutogenetischem Hintergrund:

Das bisher oftmals vorherrschende medizinische Modell ist in erster Linie auf Akutkrankheiten zugeschnitten, weniger auf *degenerative Erkrankungen, chronische Erkrankungen, psychosomatische Erkrankungen* und auf Zivilisationserkrankungen. Insbesondere in westlichen Gesellschaften waren die letzten fünfzig Jahre, unter anderem bedingt durch die starke proportionale Zunahme älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung,

Tabelle 1: Gesundheitsbegriffe (nach Stein, 2009)

① Medizinischer Gesundheitsbegriff	② Homöostatischer Gesundheitsbegriff	③ Sozialwissen- schaftlicher Ge- sundheitsbegriff	④ Salutogenetischer Ge- sundheitsbegriff
Gesundheit = Abwesenheit von Krankheit / „Noch- nicht-Kranksein“	Gesundheit = Leistungsfähigkeit in körperlicher und so- zialer Hinsicht	Gesundheit = Zustand des voll- ständigen körperli- chen, geistigen und sozialen Wohlbefin- dens (WHO Grün- dungserklärung 1948)	Gesundheit = Positive Bilanz auf dem Gesundheits-Krankheits- Kontinuum
Krankheitsverursa- chung durch körper- liche Auslöser und Risikofaktoren wie Bakterien, Viren, Gendefekte, Schad- stoffe etc.	Krankheitsverursa- chung durch aus dem Gleichgewicht gera- tene Parameter in körperlicher wie gei- stiger Hinsicht	Krankheitsverursa- chung durch Risiko- faktoren in körperli- cher, geistiger und sozialer Hinsicht (z.B. schlechte finan- zielle Situation, Mar- ginalisierung)	Krankheitsverursachung durch Stressoren, die die Widerstandsressourcen übersteigen; Hauptressource ist das Kohärenzgefühl (Versteh- barkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit) (Antonovsky, 1997)

von einer Abnahme von Akutkrankheiten bei einer gleichzeitigen Zunahme von chronischen degenerativen Krankheiten (z.B. Demenz), psychosomatische Erkrankungen (z. B. Krebs) und Zivilisationserkrankungen (z.B. Diabetes) gekennzeichnet. Diese Krankheiten sind weniger durch die Schulmedizin und mehr durch Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention bearbeitbar. Sie sind durch soziale und psychische Gegebenheiten zumindest stark mitbedingt und deshalb durch Änderungen auf der Einstellungs- und Verhaltensseite gut präventiv verhinder- bzw. behandelbar. Im klassischen medizinischen Sinne sind sie oftmals nicht heilbar und führen deshalb zu einer lebenslangen Inanspruchnahme medizinischer Dienste.

Die Gesundheitspädagogik bedient sich eines sozialwissenschaftlichen oder salutogenetischen Gesundheitsbegriffs, der eher in den Blick nimmt, was getan werden kann, um Gesundheit bei einzelnen Menschen zu fördern und weniger auf Krankheit fokussiert ist. Anders als beim klassischen medizinischen Modell wird die Verantwortungszuschreibung für Gesundheit auch an die Politik und an soziale Gebilde wie etwa Wohnumwelten, Nachbarschaften und die Alten- und Pflegebetreuung herangetragen und liegt insbesondere in der Verantwortung jedes einzelnen. Aber auch die Schulmedizin bedient sich zunehmend präventiver Ansätze.

Der Ansatz der präventiven Medizin wurde im 19. Jahrhundert aus den Bestrebungen der Hygieneforschung heraus (Nightingale, Semmelweis) mit dem Ziel der Vermeidung von Krankheiten entwickelt. Jünger als der Begriff der Prävention ist der Begriff der Gesundheitsförderung, der im Nachgang zur gesundheitspolitischen Debatte der WHO 1948 entwickelt wurde mit dem Ziel der Verbesserung der Gesundheit, der Lebensbedingungen sowie der Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten aller Menschen. Eine

Abgrenzung zwischen beiden Begriffen ist nicht möglich, da sonst eine unproduktive Spaltung in medizinische Aspekte und sozialwissenschaftliche Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention entstehen würde (Hurrelmann, 2006).

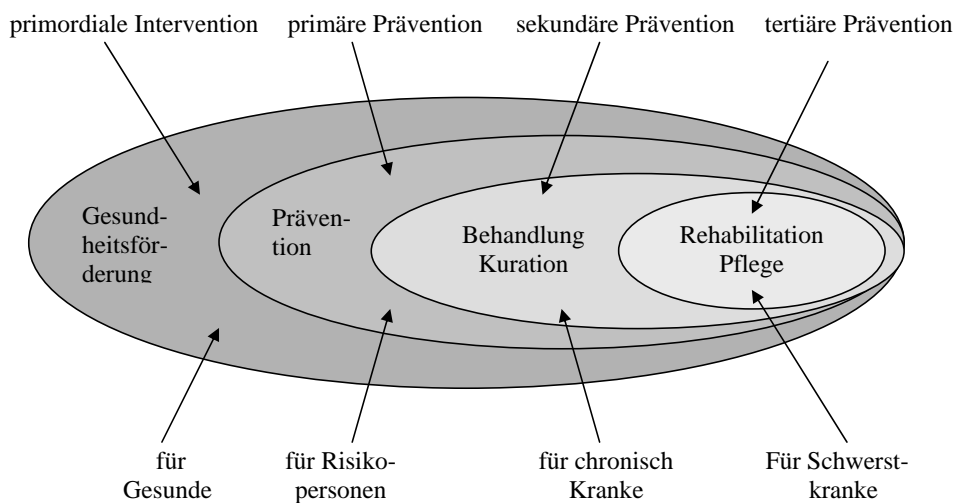


Abbildung 1: Stadienmodell der Prävention/Gesundheitsförderung (nach Hurrelmann, 2006)

Mit der Zunahme von älteren Menschen in der Gesellschaft steigt der Anteil an Personen, die unter den oben genannten chronischen und nicht kurativ heilbaren Krankheiten leiden. Mit dem Anstieg chronischer Krankheiten und der Pflegebedürftigkeit wachsen die Gesundheitskosten enorm an. In den letzten Jahren wird dabei medienwirksam oftmals von einer Kostenexplosion gesprochen, der man mit innovativen Ansätzen jenseits der kurativen Medizin begegnen müsse.

Die Pro-Kopf-Ausgaben im Gesundheitsbereich stiegen von 1990 bis 2005 in Deutschland um 80% an (OECD Health Data, 2007) und werden bedingt durch die Zunahme von hochaltrigen Menschen mit degenerativen, chronischen, psychischen und psychosomatischen Krankheiten weiter ansteigen. Ältere Menschen über 65 stellen 20% der Bevölkerung, nehmen jedoch 43% der Gesundheitsausgaben in Anspruch (Statistisches Bundesamt, 2002). Frauen in Deutschland haben statistisch durchschnittlich 3160 € Gesundheitsausgaben pro Jahr und Männer 2240 €. Grund für diese Geschlechterdifferenz bei den Gesundheitsausgaben ist, dass Frauen älter werden und häufiger an chronischen und psychosomatischen Krankheiten leiden, während Männer früher und eher an akuten Krankheiten versterben.

Gegenwärtig werden die meisten Kosten des Gesundheitswesens für die Risikoübernahme, also die finanzielle Absicherung bei Eintritt des Krankheitsfalles, ausgegeben, während die Risikoprävention, also die Verringerung der Wahrscheinlichkeit des Risikoeintritts, nur unzureichend finanziert ist. 2005 wurden 10,7% des Bruttoinlandsprodukts für Ausgaben im Gesundheitswesens ausgegeben (OECD-Durchschnitt: 9,0%) (OECD Health Data, 2007). Dabei entfielen 2003 239,6 Mrd. € auf die Deckung der kurativen Krankheitsbehandlung in Deutschland (Risikoübernahme) (Adam & Henke, 2006), während

nur 3,3% für Präventionsmaßnahmen ausgegeben wurden (Risikoprävention) (OECD Health Data, 2007).

Nur 18,8 Mrd. € der Ausgaben im Gesundheitswesen werden von der öffentlichen Hand ausgegeben, worunter auch größtenteils die Kosten für die Gesundheitsförderung fallen (Adam & Henke, 2006). Der größte Teil der Gesundheitskosten werden durch die Krankenkassen abgedeckt, die primär die Risikoübernahme finanzieren, weniger die Risikoprävention.

Angesichts der hohen Gesundheitsausgabe, insbesondere für Personen über 65 Jahren, wird eine verstärkte Fokussierung auf den Bereich der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention und damit die Verhinderung des Eintritts des Krankheitsfalles diskutiert. Die Enquete-Kommission ‚Demographischer Wandel‘ des Bundestages schlussfolgert (2002, S. 200): »Würde eine systematische und gezielte Prävention durchgeführt, so könnte schätzungsweise die Hälfte der auftretenden Komplikationen und Folgeerkrankungen verringert oder in spätere Lebensabschnitte verschoben werden.«

Eine solchermaßen verstandene Gesundheitsförderung wurde nicht nur Krankheit verhindern, sondern auch Lebensqualität sichern helfen. Insbesondere ältere Menschen sind Adressaten einer Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, welche Lebensqualität sichert.

1.2 Verhaltens- und Verhältnisprävention von Krankheit im Alter

Bei der Prävention von Krankheit und Pflegebedürftigkeit wird die Verhaltens- von der Verhältnisprävention im Bezug auf Krankheit und Pflegebedürftigkeit unterschieden. Insbesondere dem Settingansatz der Verhältnisprävention, welcher die sozialen, ökologischen und ökonomischen Dimensionen ändert, wird eine große Bedeutung im Bereich der Altenhilfe und der Prävention von Pflegebedürftigkeit bei Hochaltrigkeit eingeräumt.

Gegenwärtig findet in der Gesundheitspädagogik ein Paradigmenwechsel statt, der von der Gesundheitserziehung kommend einen umfassenden Gesundheitsförderungsansatz propagiert, der im Sinne eines Settings gesunde Lebensräume zur Verfügung stellt (Hörmann, 2004; Zwick, 2004). Im Rahmen eines solchen Settingansatzes, der Pflegebedürftigkeit bei Hochaltrigen reduzieren will, werden insbesondere neue Möglichkeiten des Wohnens im Alter als gesundheitsförderliche Option diskutiert. Das Betreute Wohnen als Wohnform des Alters wird hierbei in Zukunft stärker in den Blick genommen werden.

2 Studien zum Betreuten Wohnen als gesundheitsförderliches Setting im Alter

2.1 Betreutes Wohnen als neue Option des Lebens im Alter

Aufgrund demographischer Veränderungen und der Zunahme von chronischen Krankheiten nimmt der Anteil an Pflegebedürftigkeit in der Gesellschaft zu. Infolge der höheren Scheidungsrate, geographischer Mobilität und Berufstätigkeit auf Seiten der Kinder sowie der steigenden Anzahl unverheirateter und kinderloser Frauen und der zunehmenden Lebenserwartung auf Seiten der Elterngeneration nimmt gleichzeitig der Anteil an Menschen ab, die im häuslichen Lebensumfeld von Kindern gepflegt werden. Die Situation ist

Tabelle 2: Ansätze einer Verhaltens- und einer Verhältnisprävention im Bereich Alter (nach Stein, 2009)

Verhaltensprävention	Verhältnisprävention
<p>Änderung individueller Verhaltensweisen</p> <p>1. Edukativer Ansatz: Gesundheitserziehung/Gesundheitsbildung Schritte: Frage, was krank macht (Risikofaktoren) → Aufklärung über Risikofaktoren → Fernhalten von Risikofaktoren → Gesundheit</p> <p>2. Health-Belief-Ansatz Einbeziehung nicht nur kognitiver, sondern auch motivationaler und emotionaler Aspekte Wenn ich weiß, dass etwas gesundheitsschädlich ist, dann unterlasse ich es nur, wenn... ... ich glaube, dass ich anfällig bin ... ich glaube, dass mich dies beeinträchtigt ... ich eine hohe Kompetenzerwartung habe ... die Kosten-Nutzen-Abwägung positiv ist</p> <p><i>Beispiel Aufklärung für Personen im Betreuten Wohnen über gesunde Ernährung und körperliche Fitness durch adäquates Sportverhalten</i></p>	<p>Änderung sozialer, ökologischer und ökonomischer Dimensionen</p> <p>Settingansatz Wechsel hin zur Bereitstellung von Settings, die gesundheitsförderlich wirken → Gestaltung von Lebensräumen Gesundheitsbezogene Beratung → Gestaltung von Lebensweisen (etwa gesunde Alteinrichtungen etc.)</p> <p><i>Beispiel Förderung von sozialen Kontakten und sozialen Unternehmungen im Betreuten Wohnen, um die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit zu steigern</i></p>

insbesondere für ältere Frauen prekär, da diese durch das frühere Versterben der Männer oftmals nicht vom Ehepartner gepflegt werden können.

Zudem zeigt sich aufgrund veränderter Wertvorstellungen und Lebensentwürfen, dass das Zusammenleben mit den Kindern nur mehr eine wenig erwünschte Alternative unter vielen anderen für das Leben im Alter und bei Pflegebedürftigkeit darstellt. In ihrer Studie befassen sich Krings-Heckemeier, Beyenburg und Sinz (1995) mit den Wohnwünschen für das Leben im Alter. 90% der Befragten lehnten es rigoros ab, sich in der Planung der Lebensumwelt im Alter auf die Kinder zu verlassen. Eine überwältigende Mehrheit von 76% sprach sich für eine Form des betreuten Wohnens aus, da diese Wohnform dem Wunsch nach größtmöglicher Autonomie bei sozialer Eingebundenheit gerecht wird (Stein, 2007).

Gleichzeitig wünschen sich ältere Menschen aber intensive soziale Kontakte.

Das Alleinleben im Alter wird von einem Großteil älterer Menschen als sehr belastend erlebt; zwischen 30 und 60% der allein lebenden älteren Frauen schildern Einsamkeit (Institut für Demoskopie Allensbach, 1993). Insbesondere zeigt sich eine große Kluft hinsichtlich der Unzufriedenheit mit dem Ausmaß an Sozialkontakten zwischen Menschen, die mit dem Partner leben (11% Unzufriedenheit), und den bereits verwitweten oder

allein lebenden (40% Unzufriedenheit) (Peukert, 1997). Durch zunehmende Immobilität und Pflegebedürftigkeit sowie das Versterben von Freunden und Bekannten kann der Mangel an Kontakt nicht mehr ausreichend kompensiert werden.

Lind (2005) schildert, dass bei einer Feldstudie in einer deutschen Kleinstadt 38% der Seniorinnen und Senioren als extrem isoliert eingestuft werden mussten. 9,5% der Untersuchten hatten nur 0 bis 20 Kontakte und 28,5% lediglich 21 bis 60 Kontakte im Monat, wobei hierunter auch flüchtige, ungeplante Kontakte hinzugezählt wurden, wie das Klingeln des Postboten (Welz, 1994).

In den letzten Jahren wurden in vielen Gemeinden und Kommunen um den beiden Wünschen älterer Menschen nach Autonomie bei gleichzeitiger sozialer Einbindung nachzukommen Einrichtungen des Betreuten Wohnens für ältere Menschen und Menschen mit altersbedingten Behinderungen und Beeinträchtigungen gebaut. Betreutes Wohnen wird als attraktive Option für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Alter angesehen. Es ist zwischen der scheinbar völligen Autonomie des Lebens im eigenen Haushalt in altersgemischten Wohnvierteln und der Abhängigkeit der oftmals als totale Institution erlebten Versorgung im Altersheim angesiedelt.

Das Setting des Betreuten Wohnens gilt dabei als gesundheitsförderlich weil

- medizinische Versorgung und medizinische Ansprechpartner verfügbar sind,
- ökotrophologische und psychologische Beratung und sportliche Angebote bestehen,
- die Lebenszufriedenheit ansteigt,
- durch den Kontakt mit Personen in der gleichen Lebenslage mehr Modelle für gesundes und zufriedenes Altern bestehen und
- Sozialkontakte befriedigender und die soziale Einbindung höher sind als beim Verbleib in der eigenen Wohnung.

In einer empirisch-qualitativen Interviewstudie mit Frauen zwischen 70 und 85 Jahren aus altershomogenen (eigene Wohnung) und altersheterogenen Lebenswelten (Betreutes Wohnen) wurde der Frage nachgegangen, ob das Setting des Betreuten Wohnens als Option für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Alter angesehen werden kann. Hierbei wurden in einer Studie 45 Frauen, die entweder allein in ihren Wohnungen oder in betreuten Wohnanlagen leben, hinsichtlich Sozialkontakten und Lebenszufriedenheit miteinander verglichen. Die Lebenszufriedenheit wurde über den Fragebogen zur Lebenszufriedenheit im Alter von Closs und Kempe (1986) erfasst, der sich explizit auch der Zufriedenheit mit der Wohn- und Lebenssituation im Alter in einer Skala annimmt. Die soziale Einbindung wurde in einem qualitativ strukturierten Interview erfragt. Hierbei wurde der Umfang der Kontakte zu Kindern, Verwandten, externen Freunden und Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern des Betreuten Wohnens erfasst.

Es erfolgte zum einen ein Vergleich der beiden Gruppen in querschnittlicher Hinsicht. Darüber hinaus wurden die Sozialkontakte auch längsschnittlich erfragt hinsichtlich der Veränderungen in Quantität und Qualität der Kontakte zu Kindern, Verwandten und externen Freunden, um Veränderungen durch den Umzug ins Betreute Wohnen abzubilden.

2.2 Soziales Wohlbefinden im Betreuten Wohnen

Trotz des zunehmenden Wunsches nach Autonomie und Eigenständigkeit und des Ablehns der Pflege in der Familie, wird der Kontakt zu Kindern, Verwandten und Freunden als elementar für ein zufriedenes und erfülltes Leben auch in Alter und Pflegebedürftigkeit angesehen. Kinder und Verwandte, insbesondere die Geschwister, sind nach dem Tod des Partners die wichtigsten Bezugspersonen wie Studien zeigen (Stein, 2007). Daneben ist der Kontakt zu gleichaltrigen Freunden und Bekannten von größter Wichtigkeit. Das Konzept der 'Funktionalen Spezifität' (Litwak, 1985) postuliert, dass die Familie und die Freunde unterschiedliche Aufgaben übernehmen: während Ehepartner die Funktion der Privatheit und Intimität übernehmen und die Kinder die Funktion der Fürsorge und des Vertrauens, bietet die weitere Verwandtschaft soziale und finanzielle Sicherheit, während die Freunde zum Selbstwertgefühl und der Identitätsbildung des einzelnen beitragen. Die Wichtigkeit der Beziehung zu Freunden wird auch unterstrichen durch die Tatsache, dass oftmals innerhalb der Familie und Verwandtschaft anders als in Freundschaften ein austauschtheoretisches Ungleichgewicht emotionaler oder materieller Art besteht, etwa insbesondere im Bereich der häuslichen Pflege. Dies kann zu einer Verschlechterung der Beziehungsqualität zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und den pflegenden Angehörigen führen.

40% der allein lebenden älteren Menschen schildern sich zumindest als partiell sozial isoliert (Peukert, 1997). Alleinlebende Seniorinnen und Senioren wenden laut der Berliner Altersstudie (Baltes, Maas, Wilms & Brochelt, 1997) nur 6,7% der Tageszeit für soziale Aktivitäten im weitesten Sinne wie Gespräche, Telefonate oder ähnliches auf. Der größte Teil des Tages wird allein verbracht.

In bisherigen Untersuchungen zu den sozialer Vor- und Nachteilen des Betreuten Wohnens manifestiert sich die durch die große räumliche Nähe zwischen Menschen gleichen Alters und Hintergrundes sich ergebende Chance, aus der sozialen Einsamkeit herauszutreten und neue Freundschaften zu knüpfen. Durch die Rollenvorbilder anderer in der Gemeinschaft lebender Menschen können sich Modelle für ein besseres Selbstbild und eine neue Identität im Alter ausbilden, die sich nicht an ein Jugendlichkeitsideal anlehnt, sondern eigene Stärken selbstbewusst betont. In seiner Studie beweist Messer (1967), dass nicht mehr 'jung' und 'produktiv' die beiden Schlagwörter für ein aktives, zufriedenes Leben darstellen, sondern dass Freizeit und Muße als selbstverständliche Bestandteile des Tages im Betreuten Wohnen zugelassen werden.

Dass von den Frauen im Betreuten Wohnen mehr Zeit in Sozialbeziehungen investiert wird, wird dabei bedingt durch die Maximierung der Kontaktmöglichkeiten und durch die Konzentration potentieller Freunde, indem man räumliche Nähe zwischen Personen gleichen Alters und Lebensabschnittes innerhalb der Betreuten Einrichtungen schafft.

Lind (2005, S. 121) schlussfolgert: »Am häufigsten treffen die Bewohner des Betreuten Wohnens in der Regel ihre Mitbewohner.« Dieser soziale Vorteil wurde schon von anderen Autoren in älteren Arbeiten aufgedeckt und postuliert (Rosow, 1961; Messer, 1967; Schulz, 1979; Fennell, 1986; Stephens & Bernstein, 1984; Christensen & Cranz, 1987; Klupp, Aydogan & Engelbrecht, 1994). Diese Eingebundenheit potenziert sich da, wo die

strukturierte Möglichkeit zur Begegnung in Gruppen und Veranstaltungen innerhalb des Betreuten Wohnens gegeben ist.

Die verbesserte soziale Einbindung von Personen aus Betreuten Wohnanlagen ließ sich auch in der empirischen Studie von Stein (2005b) darstellen.

Die Tabellen 3 und 4 zeigen, dass die meisten der befragten Bewohnerinnen aus Betreuten Anlagen mindestens einmal pro Woche Kontakt zu einem der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner haben und dass sie mit der Kontaktintensität zufrieden sind.

Tabelle 3: Mittelwerte und Standardabweichung der Kontakte der BewohnerInnen untereinander im Monat

„Wie oft im Monat erhalten Sie Besuch von MitbewohnerInnen in Ihrem Apartment, wie oft besuchen Sie MitbewohnerInnen in deren Apartments und wie oft treffen Sie MitbewohnerInnen außerhalb der Apartments etwa im Café?“		
	„Betreutes Wohnen/Kinder“	„Betreutes Wohnen/kinderlos“
Besuche der MitbewohnerInnen	12,87 (13,95)	3,77 (10,97)
Besuche bei MitbewohnerInnen	10,72 (13,68)	3,92 (8,53)
Externe Treffen mit MitbewohnerInnen	15,50 (15,03)	11,54 (17,98)

Tabelle 4: Prozentsatz derer, die sich öfter Kontakt zu MitbewohnerInnen wünschen würden

„Würden Sie sich öfters Kontakt zu MitbewohnerInnen wünschen?“		
	„Betreutes Wohnen/Kinder“	Betreutes Wohnen/kinderlos“
Ja	7,69 %	7,69 %
Nein	92,31 %	92,31 %

Insgesamt sind die Frauen aus den Einrichtungen des Betreuten Wohnens quantitativ stärker sozial eingebunden als die allein lebenden Frauen, was in erster Linie durch die ausgeprägten Kontakte innerhalb des Betreuten Wohnens bedingt ist.

Beide Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Ausmaßes der Kontakte zu den Kindern oder zu sonstigen Verwandten. Auch der Kontakt zu externen Freunden unterschied sich zwischen beiden Gruppen nicht. Auch beim längsschnittlichen Vergleich zeigen sich keine Veränderungen in der Kontakthäufigkeit oder der Kontaktqualität zu Kindern, Verwandten und externen Freunden. Die Vermutung, dass die ausgeprägten Sozialkontakte innerhalb der Einrichtung lediglich als Kompensation für eine mangelnde Einbindung in die Familie und den Freundeskreis fungiert, konnte also wissenschaftlich zerstreut werden, in Übereinstimmung mit den früheren amerikanischen Arbeiten etwa von Moss und Lawton (1982) und Butler, Oldman und Greve (1983).

2.3 Psychisches Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit im Betreuten Wohnen

Zufriedenstellende Sozialkontakte stehen mit einer größeren Lebenszufriedenheit in korrelativer Beziehung. Die zwei wichtigsten Erklärungsmodelle hierfür, das »Modell des direkten Effekts« und das »Modell der Abschwächung des Effekts« (Heckhausen & Lang, 1996, S. 394), gehen von einer direkten positiven Wirkung der sozialen Interaktion aus oder von einer Relativierung negativer oder stressreicher Lebensereignisse durch sozialen Austausch und Kontakt. Nach der Austauschtheorie (Winter-von Lersner, 2006) hat die soziale Interaktion nur dann positive Auswirkungen, wenn auch der einzelne seinem Interaktionspartner in ebenbürtiger Weise entgegentreten kann. Das Erleben der eigenen Pflegebedürftigkeit und das Verwiesensein auf Kinder und Angehörige in der Pflege sind einer positiven Beziehungsqualität dabei oftmals abträglich. Oft besteht in der Beziehung zwischen Eltern und Kindern ein austauschtheoretisches Ungleichgewicht emotionaler oder materieller Art. Im Gegensatz dazu werden Freunde durch das erlebte positive Austauschverhältnis oft positiver als Angehörige attribuiert (Heckhausen & Lang, 1996; Felton & Berry, 1992).

Die bessere Eingebundenheit in Freizeitaktivitäten und in das soziale Leben schlägt sich auch in einer größeren Lebenszufriedenheit der Personen in altershomogenen im Gegensatz zu altersheterogenen Nachbarschaften nieder, wie in Studien auch älterer Art aus dem angloamerikanischen Bereich belegt werden konnte (Bultena & Wood, 1969; Gubrium, 1970; Messer, 1967; Teaff, Lawton & Nahemow, 1978; Hinrichsen, 1985; Fennell, 1986). Besondere Beachtung sollten in diesem Zusammenhang die Arbeiten von Lawton und Cohen (1974) und Carp (1966) finden, da es sich um Längsschnittstudien handelt. In beiden konnte nachgewiesen werden, dass die allgemeine Zufriedenheit im Laufe eines Jahres des Verbleibs in einer betreuten Anlage zugenommen hatte. Auch eine Nachfolgestudie von Carp (1975) in derselben Einrichtung nach 8 ½ Jahren belegt die Nachhaltigkeit der größeren Zufriedenheit.

»Der sozialökologische Raum einer altershomogenen Wohnanlage fasst die wesentlichen Elemente für ein Wohlbefindenförderndes Milieu zusammen: Räumlichkeiten, Mitbewohner und kollektive Einstellung konvergieren mit den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner. [...] Soziologisch betrachtet lässt sich dieses Milieu auch als eine Subkultur oder »Seniorenwelt« bezeichnen, denn Verhaltensweisen und Einstellungen der Bewohner sind ruhestands- und auch generationsspezifisch.« (Lind, 2005, S. 131)

Die verbesserte Lebenszufriedenheit von Personen aus Betreuten Wohnanlagen ließ sich auch in der empirischen Studie von Stein (2005a) darstellen.

Hinsichtlich der Lebenszufriedenheitsdimension »Zufriedenheit mit der Lebenssituation im Alter«, die für die Lebens – und Wohnsituation sensitiv sein dürfte, zeigen sich hochsignifikant bessere Werte der Gruppe der in betreuten Anlagen lebenden Frauen. Hierbei erwies sich insbesondere die Dimension »Zufriedenheit mit der Lebenssituation im Alter« als das zwischen den Gruppen der in betreuten Anlagen lebenden Personen und den alleinlebenden Frauen am besten diskriminierende Konstrukt.

Insbesondere die Dimension »Zufriedenheit mit der Lebenssituation im Alter« erweist sich als sensitiv für die Zufriedenheit mit der Wohn- und Lebenssettinggestaltung und differenziert hoch zwischen altershomogenen und altersheterogenen Umfeldern. Da

Tabelle 5: Ergebnisse des Lebenszufriedenheitsfragebogens für die Gruppen »Allein/K.« und »Betr./K.«

	„Allein/K.“ Mittlerer Rang	„Betr./K.“ Mittlerer Rang	pempirisch
„Soziale Integration versus Einsamkeit“	12,86	17,81	0,060
„Zufriedenheit mit der Lebenssituation im Alter“	10,04	20,28	0,000****
„Subjektive körperliche Beschwerden“	13,71	17,06	0,145
„Gelassenheit versus Verunsicherung / Besorgnis“	14,64	16,25	0,305
„Positiver Lebensrückblick“	16,79	14,38	0,209
„Zerebrale Beeinträchtigungen“	13,50	17,25	0,115
„Körperliche Funktionseinbußen“	15,71	15,31	0,449
	* p < .05	** p < .01	*** p < .005
			**** p < .001

sich die anderen Dimensionen der Lebenszufriedenheit zwischen den Gruppen nicht unterscheiden, kann man schlussfolgern, dass sich das betreute Wohnumfeld kausal auf die Zufriedenheit seiner Bewohner auswirkt, nicht dass es primär zufriedener Frauen sind, die sich für den Gang in die betreute Anlage entscheiden. Diese Annahme wird durch die US-Längsschnittstudien zur Zufriedenheit im Betreuten Wohnen von Lawton und Cohen (1974), Carp (1966) und Carp (1975) unterstützt.

Diese höhere Zufriedenheit der Bewohnerinnen aus Betreuten Wohnanlagen mit der Wohn- und Lebenssituation ist umso bemerkenswerter, als sich bei Seniorinnen und Senioren das sogenannte »Zufriedenheitsparadoxon« (Lind, 2005, S. 7) ausmachen lässt. Obwohl nur 76,7% der Wohnungen von Seniorinnen und Senioren modernen Standards des Wohnens entsprechen und nur 33% der Wohnungen eine hohen oder sehr hohen Wohnqualität aufweisen (Stolarz, Friedrich & Winkel, 1993; Oswald, 1996), äußern sich 85,6% der in einer Studie befragten Seniorinnen und Senioren (n = 1051) als sehr zufrieden mit ihrer Wohnsituation im Alter (Oswald, 1996). Dies wird mit Gewöhnungs- und Anpassungseffekten, dem kognitiven Bemühen um die Aufrechterhaltung eines positiven Selbstbildes und psychologischen Prozessen der Anspruchsniveauregulierung erklärt (Lind, 2005). Je höher das Lebensalter der Befragten ist, umso weniger können sie sich zudem einen Umzug in eine andere Wohnumwelt vorstellen.

3 Resümee

Die Ergebnisse der Studie von Stein (2005a; 2005b; 2007) lassen den Schluss zu, dass das Betreute Wohnen ein gesundheitsförderliches Setting zur Steigerung von Gesundheit, Sozialkontakten, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit darstellt.

Im Rahmen der Studie wurde geschlossen, dass das Setting des Betreuten Wohnens gesundheitsförderlich ist, da nicht nur medizinische Versorgung und medizinische Ansprechpartner sowie medizinische Beratung und sportliche Angebote bestehen, sondern dass auch weiche Faktoren im Sinne eines salutogenetischen und sozialwissenschaftlichen Gesundheitsbegriffs zur besseren objektiven und subjektiven Gesundheit beitragen. Zu diesen weichen Faktoren zählen der Anstieg der Lebenszufriedenheit, die befriedigenden Sozialkontakte und die quantitativ stärkere soziale Einbindung in die Anlagen. Dies reduziert Gefühle von Stress und Einsamkeit und wertet die Lebenswelt des Ruhestandes auch bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf. Die Sozialkontakte werden durch die Maximierung von Möglichkeiten zur sozialen Interaktion auch bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen und zunehmender Immobilität ermöglicht. Zudem gestalten sich die Sozialkontakt »auf Augenhöhe« zwischen den Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern, also Personen in gleicher Lebenslage.

Diese Faktoren stellen soziale Ressourcen dar, die Gesundheit im Sinne eines sozialen, seelischen und psychischen Wohlbefindens fördern. Der salutogenetischen Gesundheitsbegriff geht davon aus, dass je höher und zahlreicher die Widerstandsressourcen einer Person sind und je höher das Kohärenzgefühl für Erlebtes ist, desto eher werden Situationen positiv im Sinne der Gesundheit gemeistert.

Durch die größere Lebenszufriedenheit mit der Situation im Alter und die gestiegene Qualität und Quantität von Sozialkontakten ist mehr Gesundheit im Sinne des salutogenetischen Gesundheitsbegriffs von Antonovsky (1997) und im Sinne des sozialwissenschaftlichen Gesundheitsbegriffs möglich.

Literatur

- Adam, H. & Henke, K.-D. (2006). Gesundheitsökonomie. In: Hurrelmann, K. (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 4. Auflage. Weinheim, München: Juventa, S. 1147-1168
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese*. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt
- Baltes, M., Maas, I., Wilms, H.-U. & Brochelt, M. (1996). Alltagskompetenz im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In: Mayer, K. U. & Baltes, P. B. (Hrsg.): *Die Berliner Alterstudie*. Berlin: Akademie Verlag, S. 525 – 542
- Bartels, A. & Jenrich, H. (Hrsg.). (2004). *Alt werden in Europa*. Entwicklungen in der europäischen Altenhilfe. Frankfurt am Main: Mabuse
- Bultena, G. & Wood, V. (1969). The American retirement community: Bane or blessing? *Journal of Gerontology*. 24. 209 – 217
- Butler, A., Oldman, C. & Greve, J. (1983). *Sheltered housing for the elderly: Policy, practise and the consumer*. London: Allen and Unwin

- Carp, F. (1966). *The future of the aged: Victoria Plaza and its residents*. Austin, Texas: University of Texas Press
- Carp, F. (1985). Relevance of personality traits to adjustments in group living situations. *Journal of Gerontology*. 40. 544 – 551
- Christensen, D. & Cranz, G. (1987). Examining physical and managerial aspects of urban housing for the elderly. In: Regnier, V. & Pynoos, J. (Ed.). *Housing the aged*. New York: Elsevier, pp. 105 – 132
- Closs, C. & Kempe, P. (1979). Kontaktverhalten von Heimbewohnern: Binnen- und Außenorientierung und differentielle Bezüge zur Lebenszufriedenheit und selbstwahrgenommener Kontaktfähigkeit. *Zeitschrift für Gerontologie*. 12. 328 – 340
- Enquete-Kommission Demographischer Wandel (2002). *Gutachten 2001*. Berlin: Drucksache des Bundestages
- Felton, B. J. & Berry, C. A. (1992). Do the sources of the urban elderly's social support determine its psychological consequences? *Psychology and Aging*. 7. (1). 89 – 97
- Fennell, G. (1986). *Anchor tenants' survey report*. Oxford: Anchor Housing
- Gubrium, J. (1970). Environmental effects on morale in old age and the resources of health and solvency. *The Gerontologist*. 10. 294 – 297
- Heckhausen, J. & Lang, F. (1996). Social construction and old age: Normative conceptions and interpersonal processes. In G. Semin & K. Fiedler (Eds.). *Applied Social Psychology*. London: Sage
- Hinrichsen, G. (1985). The impact of age-concentrated, publicly assisted housing on older people's social and emotional well-being. *Journal of Gerontology*. 40. 758 – 760
- Hörmann, G. (2004). *Einführung in die Gesundheitspädagogik*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2006). *Gesundheitswissenschaften*. 4. Auflage. Weinheim, München: Juventa
- Institut für Demoskopie Allensbach (1993). Alte Menschen in Ost- und Westdeutschland. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). *Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung – II*: Aspekte der Alterssituation im Osten und Westen der Bundesrepublik. Berlin: Eigenverlag, S. 1 – 114
- Klupp, M., Aydogan, A. & Engelbrecht, G. (1994). *Nutzungsanalyse altersspezifischer Wohnformen*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 39. Stuttgart: Kohlhammer
- Krings-Heckemeier, M.-Th., Beyenburg, J. & Sinz, R. (1995). *Handbuch für Investoren. Altersgerechtes Wohnen*. Hrsg.: Bundesgeschäftsstelle Landesbausparkassen im Deutschen Sparkassen- und Giroverband. Bonn: Eigenverlag

- Lauter, H. (1977). *Vervielfältigtes Arbeitspapier, Projekt 1A 16 des SFB 115*, Hamburg
- Lawton, M. P. & Cohen, J. (1974). The generality of housing impact on the well-being of older people. *Journal of Gerontology*. 29. (2). 194 – 204
- Lind, S. (2005). *Betreutes Wohnen im Alter*. Eine Literaturrecherche und Sekundäranalyse zur Entwicklung des Betreuten Wohnens in Deutschland, Großbritannien und den USA. Haan: Internetressource
- Litwak, E. (1985). *Helping the elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems*. New York: Guilford Press
- Messer, M. (1967). The possibility of an age-concentrated environment becoming a normative system. *The Gerontologist*. 7. 247 – 251
- Moss, M. S. & Lawton, M. P. (1982). Time budgets of older people: A window on four lifestyles. *Journal of Gerontology*. 37. (1). 115 – 123
- OECD Health Data (2007). *Statistics and Indicators for 30 Countries*. Paris: OECD
- Oswald, F. (1996). *Hier bin ich zu Hause*. Zur Bedeutung des Wohnens. Regensburg: Roderer
- Peukert, R. (1997). Die Destabilisierung der Familie. In: Heitmeyer, W. (Hrsg.): *Was treibt die Gesellschaft auseinander?* Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 287 – 327
- Rosow, I. (1961). Retirement housing and social integration. *The Gerontologist*. 1. 85 – 91
- Sabo, P. (2006). Gesundheitsbildung. Gesundheitserziehung. In: BZgA (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Peter Sabo, S. 69-72
- Saup, W. (2001). *Ältere Menschen im Betreuten Wohnen*. Augsburg: Verlag für Gerontologie, Möckl
- Schulz, H. (1979). *Soziale Beziehungen im Alter. Integration durch Insulation*. Frankfurt a. M.: Campus Verlag
- Statistisches Bundesamt (2002). *Krankheitskosten in Deutschland im Jahr 2002*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Stein, M. (2005a). Lebenszufriedenheit: Ältere altersbeeinträchtigte Frauen aus betreuten Wohnanlagen und allein Lebende im Vergleich. *Heilpädagogische Forschung*. 31. (1). 12-19
- Stein, M. (2005b). Vergleich des Kontaktverhaltens zu Kindern und Verwandten von älteren Frauen aus Betreuten Wohnanlagen und von Alleinlebenden. *Sonderpädagogik*. 35. (3). 135-144
- Stein, M. (2007). *Betreutes Wohnen im Alter*. Soziale Beziehungen und Lebenszufrieden bei allein stehenden Frauen aus altershomogenen und altersheterogenen Lebenswelten. Aachen: Shaker

- Stein, M. (2009). *Einführung in die Allgemeine Pädagogik*. München: Ernst Reinhardt
- Stephens, M. A. & Bernstein, M. D. (1984). Social support and well-being among residents of planned housing. *The Gerontologist*. 24. 2, 144 – 148
- Stolarz, H., Friedrich, K. & Winkel, R. (1993). Wohnen und Wohnumfeld im Alter. in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): *Expertisen zum 1. Altenbericht*, Band II, Berlin
- Teaff, J., Lawton, M. & Nahemow, L. (1978). Impact of age-integration on the well-being of elderly tenants in public housing. In: *Journal of Gerontology*. 33. 126 – 133
- Welz, R. (1994). *Epidemiologie psychischer Störungen im Alter*. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie in Duderstadt. Regensburg: Roderer
- Winter-von Lersner, C. (2006). Soziale Beziehungen im Alter. Eine gerontologisch-epidemiologische Vergleichsstudie an in natürlichen Lebensumwelten und in Heimen lebenden Menschen. *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften*. 5. 1-69
- Wulfhorst, B. (2006). Gesundheitserziehung und Patientenschulung. In: Hurrelmann, K. (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 4. Auflage. Weinheim, München: Juventa, 821-844
- Zwick, E. (2004). Gesundheitspädagogik. Wege zur Konstituierung einer erziehungswissenschaftlichen Teildisziplin. Münster: Lit