

Politik der altersgerechten Wohnungsanpassung und Wohnberatung für einen möglichst langen Verbleib in vertrauter Häuslichkeit

Anschluss an die Konzepte des Wohlfahrtsmarktes
und der sozialen Innovation

Inauguraldissertation
zur Erlangung des akademischen Doktorgrades (Dr. phil.)
im Fach Sozialwissenschaften mit Schwerpunkt Soziale Gerontologie

vorgelegt von

Bohye Joo

aus Jin-Ju (Südkorea)

Gutachter

Erstgutachter: Prof. Dr. Gerhard Naegele

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Monika Reichert

Tag der mündlichen Prüfung: 15.03.2018

Fakultät für Erziehungswissenschaft, Psychologie und Soziologie
der Technischen Universität Dortmund

Danksagung.....	II
Abstract.....	III
Inhaltsverzeichnis.....	VI
Abbildungsverzeichnis.....	X
Tabellenverzeichnis.....	X
Abkürzungsverzeichnis.....	XI

Danksagung

Mein erster Dank gilt meinem Doktorvater Prof. Dr. Gerhard Naegele. Er hat all die Jahre hindurch mit viel Geduld und Verständnis meine Arbeit unterstützt und unter seiner Betreuung konnte ich mein Forschungsinteresse realisieren. Prof. Dr. Monika Reichert danke ich sehr für ihre Unterstützung und ihre wertvolle Lehre, die die Basis meiner Arbeit darstellt. In den Lehrveranstaltungen von Prof. Dr. Reichert und Prof. Dr. Naegele konnte ich an der TU Dortmund ein fundiertes gerontologisches Fachwissen erwerben und meine Forschungsvorhaben weiterentwickeln.

Mein Dank gilt auch dem Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD) für die finanzielle Unterstützung meiner Forschung. Es ist eine Ehre für mich, ein DAAD-Alumni zu sein, und ich werde mich dem DAAD auch in Zukunft immer verbunden fühlen.

Dr. Vera Gerling und Julia Dumin möchte ich sehr herzlich für ihre Korrekturen und Änderungsvorschläge danken. Als ausländische Studentin hätte ich ohne ihre freundliche Unterstützung diese Arbeit im vorliegenden Umfang nicht abschließen können.

Mein Dank geht ebenfalls an die ExpertInnen und GesprächspartnerInnen, die sehr hilfreiche Informationen und ihre Erfahrungen für meine Forschung zur Verfügung gestellt haben. Insbesondere danke ich den WohnberaterInnen in Nordrhein-Westfalen für ihre Professionalität und Ehrlichkeit, die sie während der Interviews gezeigt haben. Ich finde es bedauerlich, dass ich aufgrund des Geheimhaltungsversprechens ihre Namen an dieser Stelle nicht nennen kann, um ihre Beiträge zu meiner Arbeit angemessen zu würdigen.

Ein großer Dank gilt auch meinen Eltern und meiner Schwester für ihre bedingungslose Unterstützung. Nicht zuletzt möchte ich herzlichen Dank an meinen Mann aussprechen, der mit großem Verständnis und liebevoll meine Arbeit begleitet hat und mir in schwierigen Zeiten Mut gemacht hat.

Abstract

Der demografische Wandel ist mit einer erheblichen Erhöhung der finanziellen Belastung im Gesundheits- und Pflegebereich sowie einem Mangel an Pflegekräften verbunden und macht somit weitreichende gesellschaftliche Reformprozesse notwendig. Unter anderem erfährt angesichts der gesellschaftlichen Alterung der längstmögliche Verbleib im gewohnten Wohnraum noch größeren Stellenwert, da die zunehmenden Fallzahlen von Pflegebedürftigkeit und der damit verbundene Heimeinzug eine Herausforderung für Pflegekassen und Sozialhaushalte darstellen. Die mittlerweile üblichen sozialpolitischen Zielsetzungen *möglichst lange zu Hause wohnen* sowie *ambulant vor stationär* geraten daher zunehmend in den Fokus. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass der Verbleib in einer vertrauten Umgebung als ein großes finanzielles Einsparpotenzial für den Sozialstaat gilt. Zum anderen entsprechen diese politischen Leitlinien aber auch den persönlichen Wünschen der älteren Menschen: Sie möchten auch bei Pflegebedürftigkeit oder Behinderung möglichst lange in ihren eigenen vier Wänden gut zurechtkommen.

Als Einführung zu diesen Themen wird aufbauend auf der Klärung der Begriffe *Wohnen* und *Wohnbedürfnisse* den theoretischen Konzepten von *Wohnen im Alter* (Lebenslagenkonzept und ökologische Gerontologie) und verschiedenen Dimensionen des Wohnens nachgegangen. Anschließend werden die in der vorliegenden Studie schwerpunktmäßig behandelten politischen Leitlinien analysiert, die die hohe Priorität des Wohnens in der häuslichen Umgebung zum Ausdruck bringen, und auf altersgerechte Wohnungsanpassung, die altersgerechten Umbau und Einsatz von technischen Hilfsmitteln umfasst, als eine Herangehensweise an die Realisierung dieser politischen Leitlinien fokussiert. Da die Gestaltung und Ausstattung der Wohnung und des Wohnumfeldes einen großen Einfluss auf die Selbstständigkeit der älteren Menschen haben, wird der altersgerechten Wohnungsanpassung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ein starker Bedeutungsgewinn zugeschrieben.

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass der Markt für altersgerechte Wohnungsanpassung durch ein komplexes Verhältnis marktwirtschaftlicher Elemente und öffentlicher Subventionierung gekennzeichnet ist. Gleichzeitig nimmt seine sozialpolitische Bedeutung zu, und es werden verstärkt öffentliche Geldmittel in diesem Bereich eingesetzt. Parallel dazu expandiert dieser Markt durch eine erhöhte Nachfrage, weshalb sein wirtschaftliches Potenzial als hoch eingeschätzt wird. In diesem Kontext fokussiert diese Studie auf die Trägerstrukturen und Akteurskonstellationen im Bereich der altersgerechten Wohnanpassung sowie deren Wechselwirkungen. Angesichts einer zunehmend komplexer werdenden Akteursstruktur in diesem Bereich und der sich dadurch verschärfenden antagonistischen Interessenkonstellationen sind aber ein neues Netzwerk und ein neuer

Steuerungsmechanismus notwendig. Diesbezüglich hat diese Studie die Funktion der Wohnberatung in den Blick genommen, bei welcher insbesondere das Land Nordrhein-Westfalen mit Best Practice vorangeht.

In der vorliegenden Studie wird hinsichtlich des theoretischen Rahmens für diese Thematisierung auf die Konzepte *Wohlfahrtsmarkt* und *Soziale Innovation* Bezug genommen. Auf Basis der theoretischen Grundlagen des Wohlfahrtsmarktkonzeptes wird hier die Soziale Innovation praxisorientiert als Handlungskonzept betrachtet. In erster Linie wird hierbei der Markt für altersgerechte Wohnungsanpassung im Rahmen der Theorie des Wohlfahrtsmarktes analysiert. Der Wohlfahrtsmarkt unterscheidet sich vom allgemeinen Markt insofern, als dass er einen Bezug zu den sozialpolitischen Zielen und Regulierungen hat. Diese wohlfahrtsstaatliche Einbettung des Marktes wird im Detail erläutert. Auf Basis dieser theoretischen Auseinandersetzung ergibt sich hierzu die Forschungsfrage, ob die Marktmechanismen im Rahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung der Umsetzung der damit verbundenen sozialpolitischen Zielsetzungen dienen. Hingegen ist das Konzept Soziale Innovation ein Ansatz, der von bestimmten Akteuren und Akteurskonstellationen ausgeht und praktische Lösungen der sozialen Probleme anregt. In dieser Studie findet dieses Konzept Anwendung, um die Partnerschaft von öffentlichen und privaten Akteuren im Rahmen des Wohlfahrtsmarktes und die Einflussfaktoren auf ihr optimales Funktionieren im Markt zu betrachten. Insbesondere wird hierbei das Augenmerk auf die fördernde und kontrollierende Rolle der Wohnberater gegenüber dem Marktvorgang und auf ihren Einfluss auf die zunehmende Dynamik zwischen den Akteuren, die in die Umsetzung von Wohnungsanpassungsmaßnahmen involviert sind.

Das Experteninterview gilt hierbei als ideale und praktische Erhebungsmethode, mit deren Hilfe Antworten auf die Forschungsfrage gefunden werden sollen. Zur Exploration des Feldes werden demnach leitfadengestützte Experteninterviews mit 23 Experten wie Wohnberatern, Mitarbeitern bei Kommunen, Pflegekassen, Wohlfahrtsverbänden sowie Unternehmern für Umbaumaßnahmen und technische Hilfsmittel durchgeführt. Die Daten werden in Anlehnung an Kuckartz kategorienbasiert ausgewertet.

Die Ergebnisse der Feldphase zeigen, dass es in dem Markt für altersgerechte Wohnungsanpassung verschiedene Faktoren gibt, die zu einer eingeschränkten Markttransparenz führen. Unter anderem eröffnete die Zuschussanhebung der Pflegekassen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen im Jahr 2015 eine gute Gelegenheit für die vorliegende Studie, diese Marktverhältnisse und Marktdynamiken zu untersuchen. Die Experteninterviews zeigten diesbezüglich verschiedene Aspekte auf, beispielsweise die Gewinnorientierung der Unternehmer, Unwissenheit von Ratsuchenden bezüglich der technischen Möglichkeiten oder auch Ausnutzung von öffentlichen Geldern. In dieser Hinsicht wird mit besonderem Interesse in den Blick genommen werden, dass die Intransparenz dieses Marktes sowie bürokratische Hürden und komplexe Finanzierungsmöglichkeiten einen Unterstützungsbedarf

für die Ratsuchenden in Form einer Orientierungshilfe für den bedarfsgerechten Ansatz *möglichst langer Verbleib zu Hause* mit sich bringt. Der Wohnberater gilt als relativ neuer Akteur, der sich als Fallmanager für die Ratsuchenden mit der Frage beschäftigt, welche Maßnahmen und Dienstleistungen für einen langen Verbleib in der Häuslichkeit eingesetzt werden können. Auf Grundlage der Interviews mit mehreren Experten wird festgestellt, dass durch die Wohnberatung die Kommunikationswege zwischen den relevanten öffentlichen und privaten Akteuren verkürzt werden und dadurch zwischen Elementen einer fragmentierten Struktur vermittelt wird. Wohnberatung leistet letztendlich einen großen Beitrag dazu, dass im Rahmen der Marktmechanismen im Markt für altersgerechte Wohnungsanpassung die sozialpolitische Zielsetzung *langer Verbleib in der vertrauten Häuslichkeit* verwirklicht wird. Außerdem sollte hierbei auch erwähnt werden, dass bei der Entstehung und Weiterentwicklung der Wohnberatungsstruktur in Nordrhein-Westfalen insbesondere die freien Träger als Scharnier zwischen dem formellen und dem informellen Sektor eine wesentliche Rolle gespielt haben.

Aus diesen Erkenntnissen gelangt diese Studie zu dem Schluss, dass die Wohnberater die interdisziplinäre und interprofessionelle Vernetzung einer fragmentierten Struktur erwirken und somit als Initiatoren von Sozialer Innovation bezeichnet werden können. Diese systematische, wirkungs- sowie netzwerkorientierte Koordinierungsarbeit kann dazu dienen, im Rahmen der Marktmechanismen die sozialpolitischen Ziele zu realisieren. Diese Zusammenhänge weisen darauf hin, dass Soziale Innovation dem erwartungsgemäßen Ablauf der Prozesse und dem optimalen Funktionieren des Wohlfahrtsmarktes dienen kann. Aufbauend auf diese Ergebnisse werden anschließend Handlungsempfehlungen jeweils an Politik und Praxis dargestellt. Die empfohlene Herangehensweise zur effektiven Nutzung des Wirkungspotenzials der Maßnahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung und der Wohnberatung bezüglich des langen Verbleibs in der vertrauten Häuslichkeit wird hierbei thematisiert. Zuletzt wird auch die Hoffnung zum Ausdruck gebracht, dass diese Studie einen neuen Einblick in die Einflussfaktoren für die optimale Funktionsweise des Wohlfahrtsmarktes geben und somit letztlich auch zur Etablierung eines neuen produktiven Diskursfeldes für praxisbezogenes Handlungswissen beitragen kann.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	1
2.	Demografischer Wandel als Herausforderung für Wohnen im Alter	6
2.1.	Demografischer und sozialer Wandel	6
2.2.	Veränderung im Krankheitsspektrum in der alternden Gesellschaft.....	12
2.3.	Wohnsituation	19
2.3.1.	Veränderung der Haushaltsstruktur	19
2.3.2.	Wohnverhältnisse der älteren Menschen.....	22
2.4.	Wohnen im Wandel.....	28
2.4.1.	Der Privathaushalt als Gesundheits- und Pflegestandort und sein Marktpotenzial	28
2.4.2.	Altersgerechte Wohnung	32
2.4.3.	Weitere Wohnalternativen.....	36
2.5.	Zwischenfazit	40
3.	Möglichst langer Verbleib in der vertrauten Häuslichkeit.....	42
3.1.	Wohnen im Alter.....	42
3.1.1.	Definition des Wohnens	42
3.1.2.	Wohnbedürfnisse	45
3.1.3.	Lebenslage und Wohnen im Alter	49
3.1.4.	Ökologische Gerontologie: Person-Umwelt-Ansatz	53
3.1.5.	Wohndimensionen und Wohnen im Alter	57
3.2.	Das Zuhause im Alter und relevante politische Leitlinien	63
3.2.1.	Möglichst langer Verbleib in der vertrauten Häuslichkeit	63
3.2.2.	„Ambulant vor stationär“.....	68
3.2.3.	„Selbstständiges Wohnen zu Hause“	70
3.3.	Altersgerechte Wohnungsanpassung.....	73
3.3.1.	Altersgerechter Umbau.....	77
3.3.2.	Technische Assistenzsysteme.....	86

3.3.2.1.	Technische Hilfsmittel für ältere Menschen	86
3.3.2.2.	AAL (Ambient Assisted Living) und häuslicher Alltag	92
3.3.2.3.	Untergruppen der technischen Assistenzsysteme und Beispiele	96
3.3.3.	Finanzierung und gesetzliche Rahmenbedingungen	105
3.4.	Wohnberatung: Beratungsangebote bezüglich der Möglichkeiten zur altersgerechten Wohnungsanpassung	111
3.4.1.	Tätigkeitsfelder der Wohnberatung	111
3.4.2.	Wirtschaftlicher Nutzen und Finanzierung der Wohnberatungsstellen	116
3.4.3.	Stand der Wohnberatungsstellen und Trägerstruktur (Nordrhein-Westfalen).....	121
3.5.	Zwischenfazit	125
4.	Theoretischer Rahmen	127
4.1.	Sozialpolitik und sozialpolitische Zielsetzung	127
4.2.	Wohlfahrtsstaat und Wohlfahrtsmarkt	131
4.2.1.	Wohlfahrtsstaat im Wandel	131
4.2.2.	Vermarktlichung und Wohlfahrtsmarkt.....	138
4.2.3.	Kriterien des Wohlfahrtsmarktes.....	144
4.2.3.1.	Soziale Güter.....	144
4.2.3.2.	Marktmechanismus	150
4.2.3.3.	Altersgerechte Wohnungsanpassung als Wohlfahrtsmarkt?.....	157
4.2.4.	Exkurs: Wohlfahrtsmix-Debatte in Deutschland.....	165
4.3.	Soziale Innovation.....	170
4.3.1.	Neue Technologien und soziale Innovation	170
4.3.2.	Soziale Innovation	174
4.3.3.	Soziale Innovation und Wohnen im Alter	180
4.4.	Zwischenfazit	186
5.	Methodisches Vorgehen	189
5.1.	Forschungsgegenstand und Forschungsdesign: Kernakteure im Rahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung und Funktion der Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen	189

5.2.	Fragestellung	194
5.3.	Erhebungsmethode: Experteninterview	196
5.4.	Datensammlung.....	199
5.5.	Datenauswertung.....	202
6.	Ergebnisanalyse	206
6.1.	Altersgerechte Wohnungsanpassung als Wohlfahrtsmarkt	206
6.1.1.	Altersgerechte Wohnungsanpassung zum möglichst lange zu Hause Wohnen....	206
6.1.2.	Marktverhältnisse der altersgerechten Wohnungsanpassung und ihr Innovationspotenzial als Wachstumsmarkt	208
6.1.3.	Die Frage ist nur: Wer bezahlt es?.....	212
6.1.4.	Diskussion	217
6.2.	Politische Maßnahmen und Marktdynamiken.....	220
6.2.1.	Die Folge der Zuschusserhöhung der Pflegekasse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen.....	220
6.2.2.	Reale Marktdynamiken und Handlungen der relevanten Akteure sowie deren Wechselwirkungen	225
6.3.	Wohnberatung für einen langen Verbleib in der häuslichen Umgebung	227
6.3.1.	Ein Beruf für die Umsetzung der Zielsetzung des langen Verbleibs in der häuslichen Umgebung	227
6.3.2.	Marktgeschehen und Wohnberatung	231
6.3.3.	Wohnberater als Koordinatoren.....	234
6.4.	Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen	240
6.4.1.	Die Anfangsphase der Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen.....	240
6.4.2.	Trägerschaft und Finanzierung der Wohnberatungsstelle	243
6.4.3.	Wohnberatung und Demenz	249
6.4.4.	Wohnberatung und Pflegeberatung	252
6.4.5.	Diskussion	257
6.5.	Zwischenfazit	260

7. Fazit	264
7.1. Zusammenfassung und Diskussion	264
7.2. Politische Reflexion und Handlungsempfehlungen an die Politik	270
7.3. Handlungsempfehlungen an die Praxis	274
7.4. Schlussfolgerung und Ausblick.....	277
Literaturverzeichnis	279
Anhang	303
Anhang 1: Interviewpartner.....	303
Anhang 2: Interviewleitfaden	304
Anhang 3: Kategoriensystem	309
Anhang 4: Einverständniserklärung	310
Erklärungen gemäß § 11 Abs. 2 PromO v. 08.02.2011/08.05.2013.....	311

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil von Personen mit mehreren gleichzeitig vorliegenden Erkrankungen/ Beschwerden nach Geschlecht und Alter.....	15
Abbildung 2: Privathaushalte nach Haushaltsgröße.....	19
Abbildung 3: Zahl der Privathaushalte und durchschnittliche Haushaltsgröße in Deutschland, 1991- 2030.....	20
Abbildung 4: Zahl der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen nach Altersgruppe, 1999- 2015.....	24
Abbildung 5: Maßnahmen zur altersgerechten Gestaltung der eigenen Wohnsituation.....	83
Abbildung 6: Wege zur Wohnberatungsstelle.....	115
Abbildung 7: Wohnberatung in NRW.....	123
Abbildung 8: Typologie von (reinen) Gütern.....	145
Abbildung 9: Kernakteure für altersgerechte Wohnungsanpassung.....	190

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Durchschnittliche Lebenserwartung 1871/1881 und 2009/2011.....	7
Tabelle 2: Entwicklung der Bevölkerung Deutschlands bis 2060.....	9
Tabelle 3: Die zehn häufigsten Diagnosen für ambulante Behandlungen bei BKK-krankenversicherten Männern und Frauen im Alter 65 und älter.....	14
Tabelle 4: Privathaushalte mit und ohne ältere Menschen.....	21
Tabelle 5: Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2015.....	23
Tabelle 6: Geförderte Maßnahmen im KfW-Programm Altersgerecht Umbauen	82
Tabelle 7: Produktgruppen.....	88
Tabelle 8: Finanzierungsstruktur der Wohnberatung in den einzelnen Bundesländern	119
Tabelle 9: Geschätzte Anzahl örtlicher Wohnberatungsstellen.....	121
Tabelle 10: Interviewpartner und Themen der Interviewfragen.....	200

Abkürzungsverzeichnis

AAL	Ambient Assisted Living
Abs.	Absatz
APG NRW	Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen
Aufl.	Auflage
AT	Assistierende Technik
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
Bd.	Band
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz
BGS	Bundessozialgericht
BKK	Betriebskrankenkasse
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMVBS	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BVG	Bundesversorgungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DESTATIS	Statistisches Bundesamt
d.h.	das heißt
DIN	Deutsches Institut für Normung
DOGEWO	Dortmunder Gesellschaft für Wohnen
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen
et al.	et alii/aliae
etc.	et cetera
e. V.	eingetragener Verein
f. / ff.	[eine] folgende/ [mehrere] folgende
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Hg.	Herausgeber
Hg. v.	Herausgegeben von

IKT	Informations- und Kommunikationstechnik
i. V. m.	in Verbindung mit
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KVJS	Kommunalverband für Jugend und Soziales
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
MDK	Medizinischer Dienst der gesetzlichen Krankenversicherung
Mio.	Million
Mrd.	Milliarde
Nr.	Nummer
NRW	Nordrhein-Westfalen
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
o. Ä.	oder Ähnliche
qm	Quadratmeter
S.	Seite
SDK	Süddeutsche Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
ULD	Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz
VDI/VDE	Verein Deutscher Ingenieure/ Verband der Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik e. V.
Verl.	Verlag
WHO	World Health Organization
vgl.	vergleiche
usw.	und so weiter
zit. in	zitiert in
z.B.	zum Beispiel
ZSI	Zentrum für soziale Innovation

1. Einleitung

Der demografische Wandel stellt eine große Herausforderung für den Wohlfahrtsstaat dar und ist mit weitreichenden gesellschaftlichen Reformprozessen verbunden. Insbesondere hat die Alterung der Gesellschaft eine erhebliche Erhöhung der finanziellen Belastung im Gesundheits- und Pflegebereich und einen Mangel an Pflegekräften zur Folge. Dies erweist sich auch für die Wohnungspolitik als eine Herausforderung, da die altersbedingten Erkrankungen im Hinblick auf das selbstständige Wohnen als hohes Risiko zu werten sind. Mit dem im Alter zunehmenden Krankheitsrisiko steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die älteren Menschen ihr eigenes Leben nicht mehr in voller Selbstständigkeit führen können und gegebenenfalls in ein Alten- oder Pflegeheim einziehen müssen. Die zunehmende Zahl an Fällen der Pflegebedürftigkeit und der damit verbundene Heimeinzug stellen eine finanzielle Belastung für Pflegekasse und Sozialhaushalte dar.

Allerdings ist eine eigene Häuslichkeit Voraussetzung, um das Leben „*individuell und selbstbestimmt*“ zu führen und zu gestalten (Georgieff 2009, S. 14). Die stationären Wohneinrichtungen grenzen die Realisierung dieses Ziels aber strukturell ein. Die Inanspruchnahme von Hilfe in stationären Einrichtungen ist stark von den Regeln der Einrichtungen bestimmt. Versorgungsleistungen und Alltagsgestaltung sind durch Heimroutinen festgelegt, wobei individuelle Wünsche in hohem Maße unterzuordnen sind (Stamm 2007, S. 5).

Vor diesem Hintergrund besteht hinsichtlich des Credo *Zuhause im Alter* weitgehender Konsens. Der lange Verbleib in der vertrauten Häuslichkeit besitzt im Alter hohe Priorität, um die Autonomie und Lebensqualität älterer Menschen zu erhalten und zu fördern. Das längere Wohnen zu Hause hat neben dem Eigeninteresse der älteren Menschen auch einen volkswirtschaftlichen Nutzen, da es eine Entlastung des öffentlichen Haushaltes durch verzögerten Heimeinzug bringt (Nöst 2010, S. 7). Vor dem aktuellen Hintergrund des demografischen Wandels ist insofern der möglichst lange Verbleib in der vertrauten Häuslichkeit nicht mehr nur privat, sondern auch politisch im Gespräch. Die mittlerweile üblichen sozialpolitischen Zielsetzungen *ambulant vor stationär* und *möglichst langes Wohnen zu Hause* werden zunehmend diskutiert, unter anderem um den hohen Kosten der Heimunterbringung entgegenzuwirken.

Im Kontext der erhöhten sozialpolitischen Bedeutung wächst hierbei auch die Summe der im Rahmen vielfältiger Programme eingesetzten öffentlichen Geldmittel: Bundesweit sowie landesweit wurden beispielsweise unter Namen wie „Selbstbestimmt Wohnen im Alter“ (BMFSFJ) oder „Zu Hause daheim“ (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen)

Modellprojekte durchgeführt und bezüglich dieser Themen auch zunehmend Publikationen wie beispielsweise „Länger zuhause leben“ (BMFSFJ 2014) veröffentlicht. Darüber hinaus wurden im Jahr 2015 die Zuschüsse für die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen vonseiten der Pflegekasse, die zu einem langen Verbleib in der vertrauten Häuslichkeit beitragen sollen, deutlich angehoben.

In den vergangenen Jahren haben sich diesbezüglich auch zunehmend Angebote der alternativen Wohnung mit einer bedarfsgerechten Hilfe wie *Betreutes Wohnen* oder *Gemeinschaftliches Wohnen* entwickelt. Die Grundidee der neuen Wohnformen ist es, so lange wie möglich eine selbstständige Gestaltung des Alltags zu ermöglichen und der Vereinsamung durch gesellschaftliche Teilhabe vorzubeugen (Kudermann 2009, S. 25). Aber trotz des steigenden Interesses an diesen verschiedenen Wohnalternativen bleibt unverändert, dass das individuelle Wohnen in der normalen Privatwohnung nach wie vor die dominante Wohnform der älteren Menschen ist: Dem Mikrozensus 2014 zufolge wohnte die Mehrheit der älteren Menschen (rund 96 %) im eigenen privaten Haushalt. Im Jahr 2014 lebten nur 4 % der älteren Menschen (ab 65 Jahren) im Altenheim oder in einer Gemeinschaftsunterkunft (Statistisches Bundesamt 2016, S. 62).

Angesichts des demografischen Wandels müssen erhebliche zusätzliche Anstrengungen vollbracht werden, um den jetzigen Anteil der in „normalen“ Wohnungen lebenden älteren Menschen stabil zu halten (BMFSFJ 2006, S. 16). Diesbezüglich haben die Wohnverhältnisse der älteren Menschen verstärkte Aufmerksamkeit in der öffentlichen Debatte gefunden, da sich unter anderem mit dem Alter das Alltagsleben stärker auf den innerhäuslichen Bereich und das unmittelbare Wohnumfeld konzentriert. Nach einer Zeitbudgetanalyse verbringen von den über 65-jährigen Menschen durchschnittlich etwa zwei Drittel und von den über 85-jährigen Menschen etwa vier Fünftel ihrer Zeit in der eigenen Wohnung (Schulmeyer 2011, S. 5). Von Bedeutung ist hierbei, dass die Gestaltung und Ausstattung der Wohnung und des Wohnumfeldes einen wesentlichen Einfluss auf die Selbstständigkeit der älteren Menschen haben. Jedoch sind viele Wohnungen und Häuser in Deutschland nicht auf die Bedürfnisse älterer Menschen mit physischen und psychischen Einschränkungen sowie von Rollstuhlfahrern¹ angepasst. Altersgerechter Umbau und technische Hilfsmittel können den älteren Menschen die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit ermöglichen, indem sie prinzipiell vielfältige Möglichkeiten bieten, entstehende Probleme und Schwierigkeiten zu bewältigen und die Belastungen für die pflegenden Angehörigen sowie die professionellen Pflegekräfte zu vermindern.

¹ Zur Verbesserung der Lesbarkeit wird hier und im Folgenden in denjenigen Fällen, in denen keine geschlechtsneutrale Bezeichnung für Personengruppen anwendbar ist, ausschließlich die männliche Wortform verwendet. Selbstverständlich sind dabei aber immer beide Geschlechter gleichermaßen gemeint.

Der Fokus dieser Studie liegt daher auf dem Wohlfahrtsmix und betrachtet dabei alle Umsetzungsstadien der altersgerechten Wohnungsanpassung. Das Augenmerk ist auf heterogene Interessenslagen der verschiedenen Akteure zu richten: die öffentlichen Kostenträger, die mit möglichst wenig Aufwand den Erwartungen entsprechende Effekte erzielen wollen, die Unternehmer, die nach möglichst hohem Gewinn streben, sowie die Ratsuchenden, die sich bedarfsgerechte und effiziente Anpassungsmaßnahmen wünschen. Angesichts einer komplexer werdenden Akteursstruktur in diesem Bereich und sich dadurch verschärfenden antagonistischen Interessenkonstellationen sind ein neues Netzwerk und ein neuer Steuerungsmechanismus notwendig.

In dieser Studie wird der Markt für altersgerechte Wohnungsanpassung im Rahmen der Theorie des Wohlfahrtsmarktes analysiert. Der Markt für altersgerechte Wohnungsanpassung ist durch ein komplexes Verhältnis zwischen marktwirtschaftlichen und sozialpolitischen Elementen gekennzeichnet, dessen sozialpolitische Bedeutung zunimmt. Darüber hinaus ist das Konzept sozialer Innovation ein Ansatz, der von bestimmten Akteuren und Akteurskonstellationen ausgeht und praktische Lösungen der sozialen Probleme anregt. In dieser Studie findet dieses Konzept Anwendung, um die Partnerschaft von öffentlichen und privaten Akteuren im Rahmen des Wohlfahrtsmarktes zu thematisieren. Es gab bisher zwar zahlreiche Untersuchungen, die der Öffentlich-Privat-Partnerschaft vertiefend nachgegangen sind, aber der praxisorientierte Ansatz für bessere Dynamiken wurde dabei wenig beleuchtet. Die vorliegende Studie geht aufbauend auf der theoretischen Herangehensweise den Einflussfaktoren für soziale Innovation unter Anwendung empirischer Methoden wirkungsorientiert nach.

In diesem Zusammenhang wird ferner die Funktion von Wohnberatung betrachtet, bei welcher insbesondere das Land Nordrhein-Westfalen mit Best Practice vorangeht. In dieser Studie wird hauptsächlich die Funktion der Wohnberatung in Bezug auf altersgerechte Wohnung ins Blickfeld der Analyse gerückt. Die Wohnberatung aus sozialpolitischer Sicht wurde zuvor kaum erforscht und soll nun in Bezug auf die tatsächliche Praxis und ihre Bedeutung analysiert werden. Der Wohnberater gilt als relativ neuer Akteur, der sich als Fallmanager der Maßnahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung mit der Frage beschäftigt, welche Maßnahme bedarfsgerecht und erforderlich ist und welche Möglichkeiten es zur Finanzierung gibt. Aufgrund der Akteursvielfalt in der altersgerechten Wohnungsanpassung ist in der Wohnberatung vor allem interdisziplinäre und interprofessionelle Vernetzung gefragt. In diesem Zusammenhang stehen die Auswirkungen der Arbeit der Wohnberater auf die Akteurskonstellation im Bereich Maßnahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung im Fokus der Betrachtungen. Durch beispielhafte Analyse der Wohnberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen lassen sich unter anderem die praktischen Handlungsmöglichkeiten erkennen, wie für einen funktionierenden Wohlfahrtsmarkt die

sektorenübergreifenden Dynamiken positiv gestaltet werden können. Vor diesem Hintergrund geht diese Studie folgenden Fragestellungen nach:

Hauptforschungsfragen:

Dienen die Marktmechanismen im Rahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung der Umsetzung der sozialpolitischen Zielsetzungen *möglichst langer Verbleib zu Hause* sowie *ambulant vor stationär*?

Welche Akteurskonstellationen und Dynamiken in der Zusammenarbeit zwischen den relevanten Akteuren haben sich seit der Einrichtung und Stabilisierung der Wohnberatung im Bereich altersgerechter Wohnungsanpassung ergeben?

Hinsichtlich dieser Studie kommt einem praxisnahen qualitativen Forschungszugang eine hohe Bedeutung zu. Zur Erkundung des angewandten Wohlfahrtsmix im Bereich altersgerechte Wohnungsanpassung und der Bedeutung der Wohnberatung in der Praxis wurde ein qualitatives Forschungsdesign entworfen. Zur Exploration des Feldes werden demnach leitfadengestützte Experteninterviews mit 23 Experten wie Wohnberatern, Mitarbeitern bei Kommunen, Pflegekassen und Wohlfahrtsverbänden sowie Unternehmern für Umbaumaßnahmen und technische Hilfsmittel durchgeführt. Die Daten werden in Anlehnung an Kuckartz kategorienbasiert ausgewertet. Diese Feldphase soll der Herausarbeitung einer wirkungsorientierten praktischen Handlungsempfehlung für die Realisierung der sozialpolitischen Zielsetzungen im Rahmen der Marktlichkeit dienen.

Die vorliegende Studie wurde wie folgt strukturiert: Nach dieser Einführung (Kapitel 1) wird in Kapitel 2 der thematische Hintergrund der vorliegenden Studie dargestellt. In erster Linie werden hier der demografische und der soziale Wandel thematisiert. Diese Veränderungsprozesse haben Auswirkungen im Krankheitsspektrum und in der Haushaltsstruktur. Nach der Darstellung der aktuellen Wohnsituation der älteren Menschen folgt eine neue Perspektive, die den Privathaushalt als Gesundheits- und Pflegestandort präsentiert. Der zentrale Forschungsgegenstand „Altersgerechte Wohnungsanpassung“ wird danach einführend erläutert.

In Kapitel 3 werden das Untersuchungsumfeld für die politische Leitlinie *Zuhause im Alter* und die in vorliegender Studie betrachtete Herangehensweise zu deren Realisierung, der altersgerechten Wohnungsanpassung, im Detail beschrieben. Als Einführung zu diesen Themen wird aufbauend auf der Klärung der Begriffe *Wohnen* und *Wohnbedürfnisse* den theoretischen Konzepten über *Wohnen im Alter* (Lebenslage und ökologische Gerontologie) und verschiedenen Wohndimensionen nachgegangen. Nach dieser Beschreibung werden die verschiedenen politischen Leitlinien wie beispielsweise *möglichst langes Wohnen zu Hause* behandelt und anschließend die Definition der altersgerechten Wohnungsanpassung mit Beispielen konkretisiert, welche sich in die Bereiche

altersgerechter Umbau und technische Hilfsmittel unterteilen lässt. Danach folgt eine Darstellung der verschiedenen öffentlichen Fördermaßnahmen und gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Finanzierung. Zuletzt setzt sich dieses Kapitel mit dem praktischen Tätigkeitsfeld der Wohnberatung, die das Hauptinteresse der vorliegenden Studie darstellt, auseinander.

Kapitel 4 befasst sich mit dem theoretischen Bezugsrahmen für die vorliegende Studie. Im Rahmen der theoretischen Abhandlung werden die Konzepte Wohlfahrtsmarkt und soziale Innovation mithilfe einer Literaturanalyse vorgestellt. Nach einer Betrachtung von Sozialpolitik und sozialpolitischen Zielsetzungen wird eine ausführliche theoretische Auseinandersetzung mit dem Wohlfahrtsmarktkonzept vorgenommen. Das Innovationskonzept wird zunächst im Kontext technischer Entwicklung betrachtet, und anschließend werden die sozialen Zusammenhänge beleuchtet. Nach einer ausführlichen Thematisierung der sozialen Innovation werden die Theoriekonzepte von Wohlfahrtsmarkt und sozialer Innovation in Zusammenhang zur vorliegenden Studie gesetzt, und dies dient als Grundlage für die folgende empirische Untersuchung und die Interpretation ihrer Ergebnisse.

In den Kapiteln 5 und 6 wird die empirische Herangehensweise dargestellt. Zunächst werden in Kapitel 5 der Forschungsgegenstand und das Forschungsdesign sowie die Fragestellung präsentiert. Anschließend werden die Erhebungsmethode und die Prozesse der Datensammlung erläutert und schließlich die Auswertungsmethode dargestellt. Kapitel 6 beschäftigt sich mit den Ergebnissen der qualitativen Datenanalyse. Hierbei werden die Erfahrungen und Einstellungen der Hauptakteure gegenüber den Maßnahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung in den Blick genommen. Zudem wird sich mit der Interaktion zwischen den Hauptakteuren und ihr Kommunikationsverhalten sowie mit der Rolle der Wohnberatung im Kontext dieser Dynamiken auseinandergesetzt.

Basierend auf diesen Ergebnissen wird in Kapitel 7 abschließend auf die in der vorliegenden Studie erarbeiteten Fragestellungen zusammenfassend geantwortet, und die praktischen Reformperspektiven werden beleuchtet.

2. Demografischer Wandel als Herausforderung für Wohnen im Alter

2.1. Demografischer und sozialer Wandel

In vielen Industriestaaten zeigt sich ein anhaltender Trend hin zu einer alternden Gesellschaft. Diese Veränderung bringt eine Restrukturierung der Altersstruktur der ganzen Bevölkerung mit sich. In den meisten Staaten weltweit läuft ein ähnlicher demografischer Veränderungsprozess ab. Dieser demografische Wandel ergibt sich aus diesen Veränderungen auf globaler Ebene, manifestiert sich aber regional unterschiedlich (vgl. Schmidt 2011, S. 131). Seit den 1970er-Jahren tritt auch in Deutschland diese Veränderung auf: Die Bevölkerung in Deutschland wird kontinuierlich älter und schrumpft zugleich. Dies bringt eine Verschiebung in der Bevölkerungsstruktur Deutschlands mit sich, die durch einen sinkenden Anteil der jüngeren Altersgruppen und einen wachsenden Anteil der älteren Altersgruppen gekennzeichnet ist. Auch in Anbetracht dessen, dass eine erhöhte Zuwanderung mit einer Abmilderung des Altersprozesses einhergeht, lässt sich dieser Trend nicht ändern.

Diese Veränderung, die als demografischer Wandel bezeichnet werden kann, lässt sich im Wesentlichen auf zwei grundlegende Entwicklungen zurückführen: (1) steigende Lebenserwartung und (2) konstant niedrige Geburtenraten. Diese beiden Punkte werden im Folgenden näher betrachtet.

Zunächst resultiert die steigende Lebenserwartung in einer zunehmenden Anzahl älterer Menschen. Unter Lebenserwartung ist „*ein Maß zur Standardisierung des Sterbegeschehens innerhalb von Bevölkerungen einer ausgewählten Region in einem bestimmten Zeitraum*“ zu verstehen (Hoffmann et al. 2009, S. 92). Die durchschnittliche Lebenserwartung gilt als ein zentraler Maßstab, der bei der Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung Anwendung findet. Sie dient vornehmlich als wichtiger Indikator bei internationalen Vergleichen der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, der Qualität der gesundheitlichen Versorgung und der Lebensverhältnisse in den verschiedenen Ländern. Sie wird bei Geburt oder in einem bestimmten Alter anhand von Sterbetafeln berechnet, die „*das nach Alter und Geschlecht differenzierte Verhältnis zwischen den registrierten Sterbefällen und dem Bevölkerungsstand abbilden*“ (Robert Koch Institut 2014, S. 2).² In Deutschland hat sich

² Die mittlere Lebenserwartung bezeichnet die Anzahl der Jahre, die ein Neugeborenes bei Geburt unter den gegenwärtigen Sterblichkeitsverhältnissen im Durchschnitt leben würde. Die fernere Lebenserwartung gibt

im Vergleich zur Situation vor 130 Jahren die Lebenserwartung mehr als verdoppelt. Den Angaben des Statistischen Bundesamtes zufolge ist die Lebenserwartung eines neugeborenen Mädchens beispielsweise von 1871/1881 mit 38,5 Jahren bis 2009/2011 auf 82,7 Jahre gestiegen, die eines Jungen im gleichen Zeitraum von 35,6 auf 77,7 Jahre. Hieran kann zudem die deutlich höhere Lebenserwartung von Frauen gegenüber Männern beobachtet werden.

<Tabelle 1: Durchschnittliche Lebenserwartung 1871/1881 und 2009/2011 >

(in Jahren)

Alter in Jahren	Jungen/Männer		Mädchen/Frauen	
	1871/1881	2009/2011	1871/1881	2009/2011
0	35,6	77,7	38,5	82,7
1	46,5	77,0	48,1	82,0
5	49,4	73,1	51,0	78,0
10	46,5	68,1	48,2	73,1
20	38,4	58,3	40,2	63,2
30	31,4	48,6	33,1	53,3
40	24,5	38,9	26,3	43,5
50	18,0	29,7	19,3	34,0
60	12,1	21,3	12,7	25,0
70	7,3	13,9	7,6	16,5
80	4,1	7,8	4,2	9,1
90	2,3	3,8	2,4	4,3

Quelle: Grobecker et al. 2013, S. 22

Die Lebenserwartung dient selten als Prognose, sondern beschreibt vielmehr die Sterblichkeit in einem bestimmten Kalenderjahr. Die Sterblichkeitsrate (Mortalität) bezeichnet das Verhältnis der Anzahl der Todesfälle zur gesamten Bevölkerung und weist einen deutlichen Rückgang seit Ende des 19. Jahrhunderts auf. Dem Statistischen Bundesamt zufolge ist zwischen 1990 und 2011 die allgemeine Sterblichkeit in Deutschland bei den Männern um 41 % und bei den Frauen um 36 % gesunken (Böhm 2013, S. 232). Die Entwicklung der Sterblichkeit in Deutschland ist langfristig durch zwei Teilprozesse geprägt: Zum einen durch den Rückgang des Sterblichkeitsniveaus von Säuglingen, Kindern und Müttern und zum anderen durch eine geringe Geburtenrate.

Die drastische Erhöhung der Lebenserwartung ist demzufolge eine Folge des drastischen Rückgangs der Kinder- und Säuglingssterblichkeit in den vergangenen Jahren und des Rückgangs der Alterssterblichkeit, der seit der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts beobachtet wird. Diese Sterblichkeit unterliegt allerdings starken regionalen Schwankungen, die insbesondere durch die hohe Säuglingssterblichkeit in vielen Entwicklungsländern bedingt sind. Die reichen Länder weisen

diesen Indikator für eine Person eines bestimmten Alters an und berechnet, wie viele Lebensjahre diese Person unter den gegenwärtigen Sterblichkeitsverhältnissen durchschnittlich noch zu erwarten hätte.

wiederum einen drastischen Rückgang der Kinder- und Säuglingssterblichkeit und eine hohe durchschnittliche Lebenserwartung auf. Die durch den verbesserten Gesundheitszustand erhöhte Anzahl der Lebensjahre der älteren Menschen trägt auch dazu bei.

Die zweite Ursache für den demografischen Wandel bezieht sich auf eine geringe Geburtenrate. Durch die konstante Stagnierung der Geburtenzahl verstärkt sich der Trend zur alternden Gesellschaft. Die Geburtenrate wird häufig anhand der zusammengefassten Geburtenziffer bezeichnet, die das Geburtenverhalten der Frauen im jeweiligen Kalenderjahr darstellt und somit vornehmlich bei zeitlichen und regionalen Vergleichen des Geburtenverhaltens Anwendung findet. Die zusammengefasste Geburtenziffer gibt die durchschnittliche Zahl der Kinder an, die eine Frau im Verlauf ihres Lebens lebend zur Welt bringen würde. Der Generationenerhalt wird gewährleistet, wenn durchschnittlich 2,1 Kinder pro Frau geboren werden, aber die Geburtenziffer geht in den meisten Industrieländern seit Beginn des 20. Jahrhunderts zurück und liegt somit schon seit Langem unter diesem Bestandserhaltungsniveau. Die Geburtenziffer in Deutschland ist seit der Mitte der 1970er-Jahre weltweit eine der niedrigsten weltweit. Sie ging von ehemals knapp über vier im Jahr 1900 über 2,37 im Jahr 1960 bis hin zu 1,5 im Jahr 2012 kontinuierlich zurück (Schmücker 2011, S. 2; SDK Stiftung 2014, S. 4–5).

Der deutliche Rückgang der Geburtenzahl bedeutet beispielsweise, dass sich zusammen lebende Paare heutzutage öfter für Kinderlosigkeit entscheiden. Hierbei ist relevant, dass die jüngere Generation eine im Vergleich zu der Elterngeneration verlängerte Studien- und Ausbildungszeit hat und somit das verspätete Berufseintrittsalter die Familiengründung hinausschiebt. Insbesondere verstärken viele Akademikerinnen, die der eigenen Karriere Vorrang geben, diese Tendenz. Neben den veränderten Berufsbiografien ist zugleich die veränderte Art und Weise der Arbeitszeitgestaltung und der Arbeitsbedingungen verantwortlich für diese niedrige Geburtenzahl. Die mangelhafte Vereinbarkeit von Arbeit und Familie gilt demnach als Hauptgrund dafür, Kinderwünsche zu verschieben oder aufzugeben.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass im Zuge des steigenden Wohlstandes und medizinischen Fortschritts die Mortalität deutlich gesunken und somit die Lebenserwartung erheblich gestiegen ist, wodurch der Anteil der älteren Menschen in der Gesamtbevölkerung deutlich zugenommen hat. Die geringe Geburtenrate forciert diesen Trend zusätzlich, und somit ergibt sich aus diesen Veränderungen ein demografischer Wandel. Die bisherige demografische Entwicklung wird von Tews als „*dreifaches Altern*“ bezeichnet. Diese sind

(1) *Zunahme des Anteils Älterer an der Gesamtbevölkerung,*

(2) *Zunahme der absoluten Zahl der Älteren,*

(3) *Zunahme von Anteilen und Zahlen sehr alter Menschen (80/85+) („Hochaltrige“)* (Tews 1993, S. 17)

Dreifaches Altern heißt somit, dass die Zahl der älteren Menschen im Verhältnis zu der sich verringernden Anzahl jüngerer Menschen zunimmt, was den Anstieg sowohl der absoluten als auch der relativen Zahl an Älteren zur Folge hat. Zugleich erscheint aufgrund des Rückgangs der Sterblichkeit erstmals eine bisher beispiellos große Gruppe von Hochaltrigen. Der Prognose zufolge wird sich dieses „dreifaches Altern“ weiter fortsetzen.

Der demografische Wandel steht als eine der einschneidendsten Veränderungen der letzten Jahre im Zentrum der gesellschaftlichen Debatten. Der sich in den oben genannten Zahlen manifestierende demografische Wandel und vor allem die skizzierte Alterung der Bevölkerung birgt große Herausforderungen für unsere Gesellschaft. Dass die Zahl der geborenen Kinder nicht mehr zur Ersetzung der Elterngeneration ausreicht, hat den Rückgang des Anteils der Menschen im berufstätigen Alter in der ganzen Bevölkerung zur Folge (SDK-Stiftung 2014, S. 4–5). Aus dieser Tendenz ergibt sich, dass eine immer weiter schrumpfende Zahl an jüngeren Menschen für eine immer weiter steigende Zahl an älteren Menschen finanziell aufkommen muss. Im Vergleich zu anderen OECD-Ländern ist der demografische Wandel in Deutschland bereits weit fortgeschritten. Dies wird in den nächsten Jahren zunehmend in den Fokus rücken, da die fortschreitende Alterung der „Baby-Boomer-Generation“ diesen Prozess beschleunigen wird (Schmücker 2011, S. 2). In den Jahren 2025 bis 2030 werden die geburtenstarken „Babyboomer“ das Rentenalter erreichen, und dies wird die zahlenmäßig weniger stark vertretenen Jüngeren, die sich im erwerbsfähigen Alter befinden, finanziell stark belasten.

Die 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes enthält eine seriöse Prognose über den zukünftigen Wandel der Altersstruktur: Ihr zufolge verschiebt sich die Altersstruktur aufgrund der fortschreitenden gesellschaftlichen Alterung weiter. Die folgende Tabelle vergleicht die Altersstruktur (Jugend-, Alten-, Gesamtquotienten) des Jahres 2013 und die erwarteten Quoten von 2020 bis 2060, die auf Basis der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung errechnet wurden.

<Tabelle 2: Entwicklung der Bevölkerung Deutschlands bis 2060>

(in %)

Auf 100 20- bis unter 65-Jährige kommen	2013	2020	2030	2040	2050	2060
unter 20-Jährige (Jugendquotient)	29,8	29,3	31,7	31,3	30,3	31,8
65-Jährige und Ältere (Altenquotient)	34,2	37,6	50,0	57,6	60,3	64,9
zusammen (Gesamtquotient)	64,1	67,0	81,7	88,9	90,5	96,7

Quelle: Statistisches Bundesamt 2015b, S. 45

Dies zeigt die kontinuierliche Tendenz, dass der Anteil der älteren Menschen ansteigt, während der Anteil der anderen Altersgruppen konstant bleibt oder zurückgeht. Der in dieser Tabelle beobachtbare Anstieg des gesamten Anteils von unter 20-Jährigen und mindestens 65-Jährigen bedeutet zudem, dass in den nächsten Jahren der Anteil der Menschen im arbeitsfähigen Alter an der gesamten Bevölkerung sinken wird. Weiterhin weist der siebte Altenbericht darauf hin, dass im Jahr 2050 voraussichtlich 38 % der Bevölkerung mindestens 60 Jahre alt sein werden und sich die Zahl der Menschen, die 80 Jahre alt oder älter sind, im Vergleich zu 2014 (rund 4,5 Mio. Menschen) bis 2050 so gut wie verdoppeln wird (auf rund 9,9 Mio. Menschen).

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass eine verlängerte Lebenserwartung der älteren Menschen mit einer altersabhängigen Leistungsanspruchnahme korrespondiert. Zwar deuten die Daten zur Entwicklung der gesunden Lebenserwartung in Deutschland darauf hin, dass sich der durchschnittliche Gesundheitszustand der heutigen älteren Menschen deutlich verbessert hat, aber dies ändert nichts daran, dass das Altern ein degenerativer Prozess ist. Die zunehmende Fallzahl an chronischen Erkrankungen und verstärkten Funktionseinbußen und Mobilitätseinschränkungen im Alltag darf vor allem bei den politischen Maßnahmen in Bezug auf die alternde Gesellschaft nicht übersehen werden. Zu bedenken ist hierbei, dass sich in der letzten Lebensphase zunehmend schwere Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit konzentrieren. Da diese hochaltrigen Menschen einen höheren Anteil der gesamten Bevölkerung ausmachen, wird die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Leistungen intensiver (Böhm 2010, S. 461–462; SDK Stiftung 2014, S. 5).

Berücksichtigt werden müssen aber auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die durch Abnahme der Unterstützung innerhalb der Familie gekennzeichnet sind. In der soziologischen Forschung werden die Themen Wandel der Haushalte und der Familie intensiv aufgegriffen (Heinze et al. 2009, S. 775). Es gibt immer mehr Faktoren, die Unterstützung, Betreuung und Pflege innerhalb der Familie ausschließen. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Individualisierung und Pluralisierung der Lebensstile zunehmen. Diese zunehmende Singularisierung der Haushalte hat mittlerweile deutliche Auswirkungen auf die Versorgung der älteren Generation durch deren Angehörige (Trapp und Klug 2009, S. 840). Die hohe berufsbedingte Mobilität der jüngeren Generation und fehlende familiäre Bindungen führen dazu, dass verschiedene Generationen nicht in räumlicher Nähe zueinander wohnen. Insbesondere wegen der steigenden Bildungs- und Erwerbstätigkeit der Frauen können die Töchter und Schwiegertöchter nicht mehr die traditionellen Versorgungsmustern entsprechenden Aufgaben leisten.

Empirisch belegt wird, dass die meisten Haushalte der älteren Menschen Ein- und Zweipersonenhaushalte sind, wobei der Anteil der Mehr-Generationen-Haushalte immer weiter

zurückgeht, worauf in Kapitel 2.3.1. näher eingegangen werden wird. Zugleich wächst aufgrund der erhöhten Scheidungsquoten und der Verwitwung mit zunehmendem Alter der Anteil der Alleinstehenden. Wegen der im Vergleich zu Männern höheren Lebenserwartung der Frauen ist zu verzeichnen, dass Einpersonenhaushalte überwiegend aus alleinlebenden Frauen bestehen (vgl. Backes und Clemens 2013, S. 46). Diese älteren Menschen in den Ein- oder Zweipersonenhaushalten geraten insbesondere in eine Problemlage, wenn ein Pflegefall in der Familie eintritt, da die Selbsthilfepotentiale der Familie eingeschränkt sind. Die Zunahme der Pflegefälle, zu deren Versorgung vornehmlich professionelle Pflegekräfte benötigt werden, geht mit erhöhten Anforderungen an die Ressourcen des sozialen Gesundheitssystems einher. Die zunehmende Singularisierung und die dadurch veränderten Bedürfnisse hinsichtlich der Lebensgestaltung führen zusammen mit der voranschreitenden Alterung der Bevölkerung zu einer gesellschaftlichen Herausforderung.

Der demografische Wandel in Deutschland wird vornehmlich als eine langfristige und relativ stabile Entwicklung betrachtet. Dadurch muss zunächst der wesentlichen Frage nachgegangen werden, wie die Gesundheits- und Sozialpolitik darauf reagieren soll. Dieser demografische Strukturwandel und die veränderte Art und Weise des familiären Zusammenlebens verlangen, die bestehenden Angebote der Sozial- und Gesundheitssysteme vor allem auf die altersspezifischen Erfordernisse der Gesellschaft einzustellen. Andererseits geht die Volumenzunahme der älteren Menschen mit einem Anstieg der zahlenmäßigen Größe dieser Kundengruppe einher und kann somit neue Märkte und Chancen erschließen (vgl. Schmücker 2011, S. 2). Dies umfasst den neuen Ansatz, der den demografischen Wandel nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Belastung, insbesondere für Renten- oder Gesundheitsversicherung, sondern auch als Chance für neue Geschäftsmodelle betrachtet. Insbesondere neue privatwirtschaftliche Potenziale vor dem Hintergrund des Alterns der Gesellschaft machen die Entwicklung und Umsetzung neuer Technik und Dienstleistungen auf verschiedenen Ebenen sinnvoll und möglich.

2.2. Veränderung im Krankheitsspektrum in der alternden Gesellschaft

Demografie und Morbiditätsentwicklung sind unerlässliche Informationen in Bezug auf Sozial- und Gesundheitspolitik. Hurrelmann definiert Gesundheit als einen *„Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet“* (Hurrelmann 1988, S. 16). Der persönliche Gesundheitszustand wirkt sich insofern auf generelle Lebensgestaltung sowie Lebensqualität aus.

Es gibt zahlreiche Faktoren, die sich auf das Krankheitsspektrum auswirken. Dank des medizinischen Fortschritts in den letzten fünfzig Jahren können mittlerweile viele früher unheilbare und tödliche Krankheiten wie Tuberkulose, Pest und Typhus in hohem Maße erfolgreich behandelt werden. Moderne Untersuchungsgeräte erleichtern die Diagnose, und ständig neue Behandlungsansätze verbessern die Aussichten auf einen Erfolg oft erheblich. Neben der verbesserten medizinischen Versorgung und verbesserten Lebensbedingungen stehen älteren Menschen nun relativ umfangreiche Angebote zur Verfügung, die ein gesundes Altern unterstützen. Vor diesem Hintergrund hat sich der Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich verbessert. Die erhöhte Lebenserwartung bietet heute vielen Menschen die Perspektive, dass sie mit dem Alter auch ein gesundes und aktives Leben führen können. Andererseits gibt es heutzutage wegen der ungünstigen Ess- oder Lebensgewohnheiten neue bedrohende Krankheiten, die in der Vergangenheit nicht häufig auftraten. Das Krankheitsspektrum dieser „neuen Morbidität“ ist teilweise durch Verhaltensweisen bedingt, die sich im Erwachsenenalter manifestieren.

Zu den wichtigsten Faktoren, die auf das Krankheitsspektrum der Gesellschaft einwirken, zählen die Veränderung des Arbeitsverhaltens und der demografische Wandel.

Zunächst bringt der Wandel in der Arbeitswelt hin zu Arbeitsprozessen und dadurch verursachte arbeitsbedingte Krankheiten eine Veränderung des Krankheitsspektrums mit sich. Die Veränderung der Arbeitswelt ist durch verlängerte Arbeitszeit, gesteigerte Arbeitsintensität sowie Zeitdruck geprägt. Die Schicht- und Nachtarbeit, die in der modernen Gesellschaft nicht mehr wegzudenken ist, ist ein Beispiel für diese veränderten Arbeitsbedingungen. Darüber hinaus verursacht der schnelle und unvorhersehbare Wandel der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen nicht selten Anpassungsprobleme. Dies verursacht hohe physische Belastung und hat somit arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zur Folge. Dadurch kommt es zu erhöhter psychischer Belastung und Stress, was durch Zeitdruck und Arbeitsüberlastung noch verstärkt wird.

Den Ergebnissen des Mikrozensus 2013 zufolge gaben 21,3 % der Erwerbstätigen an, dass sie eine psychische Belastung bei der Arbeit empfinden. Dieser Anteil war im Jahr 2007 mit 16 % deutlich niedriger, wobei die am häufigsten genannte Belastungsart mit „starker Zeitdruck“ gleichblieb (Liersch 2013, S. 561). Ähnlich weist die Statistik der Betriebskrankenkasse (BKK) darauf hin, dass sich arbeitsbedingte Belastungen in den letzten Jahren deutlich vermehrt haben. Es wurde berichtet, dass im Jahr 2009 6,3 % der Beschäftigten an arbeitsbedingten Gesundheitsbeschwerden litten (Badura 2010, S. 190). Die häufigsten Fälle waren dabei Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems (Rückenleiden, Beschwerden an Schultern, Nacken, Händen sowie Probleme mit Hüfte, Beinen und Füßen), gefolgt von psychischen Erkrankungen.

Der wichtigste Faktor, der sich auf die Veränderung des Krankheitsspektrums auswirkt, ist vor allem der oben genannte demografische Wandel. Da der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung wächst, werden die ständigen Verschiebungen in der Altersstruktur mit den Morbiditätsverschiebungen in Zusammenhang gebracht (vgl. Fuchs 2010, S. 435). Diese haben unmittelbaren Einfluss auf das Krankheitsspektrum, weil sich die absolute und die relative Häufigkeit von altersspezifischen Krankheiten erhöhen. Auch wenn sich der Gesundheitszustand der älteren Menschen in den letzten Jahrzehnten verbessert hat, verändert sich nicht, dass das Altern ein mit Abbau einhergehender Prozess ist. Leistungsfähigkeit und hohes Lebensalter sind nicht notwendige Gegensätze, aber es existiert eine starke Assoziation zwischen Altern und Gesundheitsproblemen. Die körperliche Funktion der älteren Menschen ist mit dem höheren Alter von Abbau gefährdet, und somit nimmt die Anfälligkeit für gesundheitliche Schädigung und Funktionseinbußen zu (Schmücker 2011, S. 21). Der Wandel im Krankheitsspektrum der Bevölkerung ist daher vor allem durch zwei Faktoren gekennzeichnet, die mit zunehmendem Alter mit zunehmender Wahrscheinlichkeit eintreten: die steigenden Prävalenzraten von 1) chronischen Erkrankungen sowie 2) Multimorbidität.

Zum einen ergibt sich mit dem Alter ein erhöhtes Risiko altersbedingter chronischer Krankheiten. Die folgende Tabelle stellt die zehn häufigsten Diagnosen bei ambulanten Behandlungsfällen dar.

<Tabelle 3: Die zehn häufigsten Diagnosen für ambulante Behandlungen bei BKK-krankenversicherten Männern und Frauen im Alter 65 und älter, 2013>

Rang	Männer	Frauen
1	Essentielle (primäre) Hypertonie	Essentielle (primäre) Hypertonie
2	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien
3	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler
4	Prostatahyperplasie	Rückenschmerzen
5	Rückenschmerzen	Notwendigkeit der Impfung (Immunisierung) gegen andere einzelne Viruskrankheiten
6	Notwendigkeit der Impfung (Immunisierung) gegen andere einzelne Viruskrankheiten	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen
7	Chronische ischämische Herzkrankheit	Klimakterische Störungen
8	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes)	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes)
9	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)
10	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten

Quelle: BKK Dachverband e.V. 2013, S. 46–47, eigene Darstellung

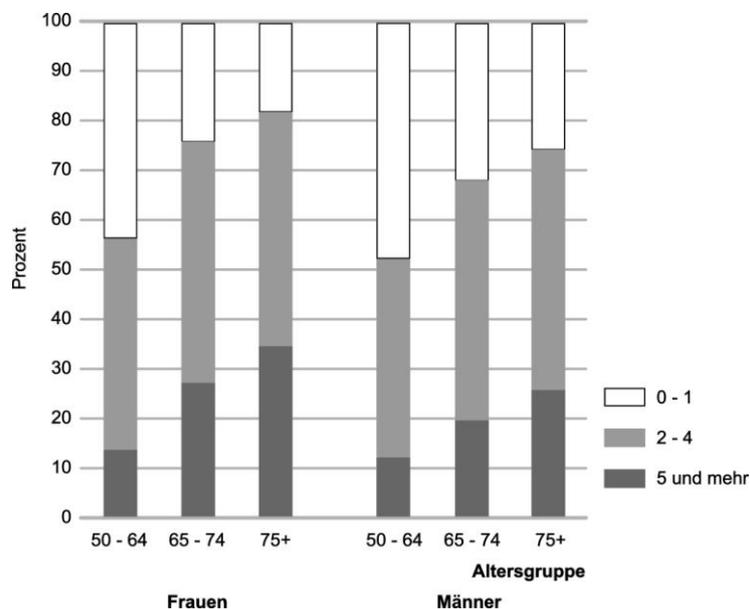
Am häufigsten ambulante Versorgung verursachende Diagnosen bei Männern und Frauen in der Altersgruppe 65 Jahre und älter sind Hypertonie und Fettstoffwechselstörungen. Darüber hinaus treten bei dieser Altersgruppe häufige Muskel- und Skeletterkrankungen wie Rückenschmerzen (Rang 5 und Rang 4) und Altersdiabetes (Rang 8) auf. Fasst man diese Behandlungsfälle zusammen, lässt sich sagen, dass mit dem Alter die Menschen häufig ein bedeutendes somatisches Krankheitsspektrum von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Bewegungsapparates aufweisen. Bei dieser Altersgruppe rücken chronische und altersbedingte Störungen in den Vordergrund, die insbesondere als degenerative Krankheiten im fortgeschrittenen Alter häufig vorkommen. Zudem ist eine Zunahme bestimmter Gesundheitsprobleme wie Diabetes, Hypertonie sowie Schlaganfälle und ihre Folgeerkrankungen ersichtlich, da diese insbesondere mit dem Alter stärker ausgeprägt sind. Darüber hinaus leidet mit erhöhtem Alter ein Großteil der älteren Patienten unter psychiatrischen Symptomen und demenzspezifischen Verhaltensweisen (Schönemann-Gieck 2012, S. 9). Insbesondere die exponentiell steigende Anzahl der Demenzpatienten wird mittlerweile zu einem großen Faktor als Bedrohung der Gesellschaft hinsichtlich eines Pflegenotstandes.

Die Fallzahlen der altersspezifischen Krankheiten werden außerdem mit dem weiteren Anstieg des Altenquotienten zunehmend steigen. Derzeitige Prognosen besagen, dass bis 2050 über 50 % der Bevölkerung (derzeit 42 %) von Hypertonie betroffen sein wird. Auch die folgenden Erkrankungen sind nach der Prognose von einem weiterem Anstieg betroffen: Arthrose (von 16,5 % auf 21,6 %),

Rückenschmerzen (von 15,5 % auf 17,6 %) und Schwerhörigkeit (von 10,7 % auf 16,2 %) (Fuchs 2010, S. 435).

Zweitens steigt mit dem zunehmenden Alter das Risiko der Multimorbidität und der Komorbidität. Dies beschreibt ein Krankheitsgeschehen, bei dem verschiedene Krankheiten gleichzeitig vorkommen oder zusätzlich zur Grunderkrankung eine oder mehrere weitere Erkrankungen hinzutreten. Insbesondere treten chronische Krankheiten mit zunehmendem Alter nur noch selten vereinzelt und stattdessen häufig in kombinierter Form auf. Damit ist Multimorbidität ein charakteristisches Phänomen des Alterns, das die gesundheitliche Lage eines erheblichen Teils der Bevölkerung bestimmt (Fendrich et al. 2010, S. 480).

<Abbildung 1: Anteil von Personen mit mehreren gleichzeitig vorliegenden Erkrankungen/Beschwerden nach Geschlecht und Alter>



Quelle: Fuchs et al. 2012, S. 579

Die abgebildete Grafik stellt den Anteil von Personen mit zwei oder mehr gleichzeitig vorliegenden Erkrankungen dar und zeigt, dass mit zunehmendem Alter das Risiko der Multimorbidität steigt. Dieser Statistik zufolge wurden ab einem Alter von 75 Jahren bei über 80 % bzw. 70 % der Frauen und Männer mehr als zwei Erkrankungen diagnostiziert, während im jungen Erwachsenenalter der Anteil deutlich niedriger liegt (Fuchs et al. 2012; Robert Koch Institut 2012, S. 3). Zugleich leiden einer anderen Statistik bei Wiesner und Bittner zufolge unter den 60- bis 79-Jährigen etwa jeder sechste Mann und jede vierte Frau an fünf und mehr Krankheiten (Wiesner und Bittner 2005 zit. in Peters et al. 2010, S. 419).

Multimorbidität führt zu einem erhöhten Risiko für das Eintreten von Behinderungen sowie von funktionellen Einschränkungen, die sich oftmals in komplexer und zusammenwirkender Weise verstärken. Im hohen Alter sind häufig somatische von psychischen Erkrankungen (oftmals „psychische Komorbiditäten“) überlagert, was weitere Schwierigkeiten bei der Behandlung mit sich bringt. Diese Einschränkungen haben auch großen Einfluss auf psychosoziale Faktoren der Gesundheit, die negative Lebensqualität und einen subjektiv als negativ empfundenen Gesundheitszustand zur Folge haben (Kuhlmeier 2009, S. 426).

Die oben genannten altersspezifischen Krankheiten und Multimorbiditäten gehen auch mit daraus folgender funktionaler Beeinträchtigung, Behinderung im Alltag und Pflegebedürftigkeit einher. Die Behandlung zieht sich über längere Zeit hin, da viele alterstypische Beschwerden chronisch und progressiv verlaufen und keine erkennbare Ursache haben und es daher keine einfache Behandlungsmöglichkeit gibt. Dies verursacht somit gestiegene Anforderungen an eine kontinuierliche medizinische und pflegerische Versorgung, welche auch einen Ausgleich der Funktionseinschränkungen umfasst, der für die Aufrechterhaltung der selbstständigen Lebensführung bei langzeitiger Pflege- und Hilfebedürftigkeit wichtig ist.

Fasst man die bisherigen Angaben zu Veränderungen des Krankheitsspektrums zusammen, lässt sich sagen: Chronifizierung der Versorgung ist zum Trend geworden. Das Spektrum der chronischen Erkrankungen umfasst *„Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, der Atmungsorgane, der Verdauungsorgane, Krankheiten des Skeletts, der Muskeln, des Bindegewebes sowie Stoffwechsel- und Krebserkrankungen“* (Wittke 2006, S. 16). Dieses von chronischen Krankheiten geprägte Krankheitsgeschehen ist ein typisches Anzeichen in entwickelten Industrieländern. Chronische Krankheiten und Multimorbidität sind heute in der Bevölkerung vorherrschend und haben die Infektionskrankheiten verdrängt. Infektionskrankheiten und Unfälle sind nicht mehr die Hauptursache für körperliche Behinderungen und Tod. Eine wesentliche Eigenschaft von chronischen Erkrankungen lässt sich im Vergleich mit Infektionskrankheiten erkennen, da sich diese Krankheiten hinsichtlich Krankheitsverlauf und Herangehensweise diametral gegenüberstehen. Zunächst unterscheiden sich chronische Krankheiten und Infektionskrankheiten stark in Bezug auf ihre Ätiologie:

Die Ätiologie chronisch-degenerativer Krankheiten ist durch die Heterogenität ihrer Ursachen und lange Latenzzeiten individueller Alltagsbeobachtung nicht zugänglich, sondern bedarf der systematischen Beobachtung von Kollektiven und statistischen Analysen. Zwar gilt auch für die Erreger von Infektionskrankheiten, dass sie der Beobachtung des Alltags entzogen sind, die Ursachen von Krankheiten dieses Typs konnten ebenfalls nur durch eine wissenschaftliche Vorgehensweise geklärt werden. Allerdings ist diese Ätiologie mit alltagstheoretischen Problemlösungsstrategien sehr viel besser vereinbar, da hier von Kausalzusammenhängen mit zeitlich kurz aufeinander folgenden Ursachen und Wirkungen ausgegangen werden kann. Die Identifizierung von Erregern, die man bekämpfen und beseitigen kann, bietet vielfältige Anknüpfungspunkte für Analogisierungen und

Projektionen und insbesondere ein Ziel, auf das sich alle Anstrengungen richten können. Demgegenüber sind Modelle chronisch-degenerativer Erkrankungen komplexer und abstrakter: Es gibt, wie gesagt, eine Fülle möglicher Ursachen mit zeitlich weit versetzten Folgen und unübersichtlichen Wechselwirkungen, ohne dass sich eindeutige Kausalbeziehungen beobachten lassen (Jacob 1994, S. 170–171).

Im Vergleich zu chronischen Krankheiten haben Infektionskrankheiten eine isolierbare Ursache, was grundsätzlich eine Erhöhung der Behandlungschancen zur Folge hat. Der Krankheitsverlauf ist auch relativ kurz und zeigt distinkte Symptome wie Fieber, Übelkeit und Hautveränderungen (Jacob 1994, S. 170–171). Typisch bei chronischen Krankheiten ist dagegen, dass sie durch eine langsame Entwicklung und Multikausalität geprägt sind und häufig irreparable Gesundheitsschäden mit sich bringen (Wittke 2006, S. 16). Dies wird folglich mit einer Langzeitbetreuung in Zusammenhang gebracht.

Diese Veränderung des Krankheitsspektrums führt demnach zu bedeutenden neuen Anforderungen an die Gesundheitsversorgung. Der demografische Strukturwandel und daraus resultierende Veränderungen im Krankheitsspektrum haben das erhöhte Auftreten chronischer Erkrankungen sowie von Multimorbidität zur Folge. Insbesondere bei den Patienten, die an chronisch-degenerativen Krankheiten leiden, ist die Behandlung mit der Zielsetzung „Heilung“ im klassischen Sinne nicht in den Fokus gerückt. Vielmehr erfordert dies einen neuen Ansatz bei der Krankheitsbehandlung. Vor diesem Hintergrund gerät die deutsche Gesundheitspolitik, deren Fokus auf „*Diagnose, Kuration und Medikalisierung*“ gerichtet ist, an ihre Grenzen (Naegele 2013b, S. 21).

Ein Großteil der Schwierigkeiten in der Versorgung der chronischen Erkrankungen geht tatsächlich nicht lediglich auf die „Krankheit“ zurück, sondern wird bedingt durch den Umgang mit dem „Kranksein“. Braeseke hebt hierbei hervor, dass dies einen Perspektivwandel erfordert, der auf „*die Etablierung ressourcen- und empowermentorientierter Denk- und Handlungsweisen in der Gesundheitsversorgung*“ ausgerichtet ist (Braeseke 2010, S. 172). Es bedarf der Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und der Anpassung der Versorgungsstrukturen. Dabei sollten mehrdimensionale und multiprofessionell zu befriedigende Versorgungsbedarfe betrachtet und „*die darin angelegte Zuständigkeit unterschiedlicher Akteursgruppen und Politikbereiche jenseits der Medizin*“ miteinbezogen werden (Naegele 2013a, S. 246).

Was hinsichtlich dieser Veränderung des Krankheitsspektrums sozialpolitisch angesetzt werden muss, ist vermehrte Heimeinweisung aufgrund von chronischen Krankheiten zu vermeiden. Aber es wird erwartet, dass angesichts des demografischen Wandels und begrenzter familiärer und professioneller Pflegressourcen die absolute Zahl der Heimbewohner weiter steigen wird. Diesbezüglich gewinnt der Privathaushalt als Gesundheitsstandort an Bedeutung, welcher es ermöglicht, dass auch ältere Menschen mit schwerer Pflegebedürftigkeit zu Hause versorgt werden

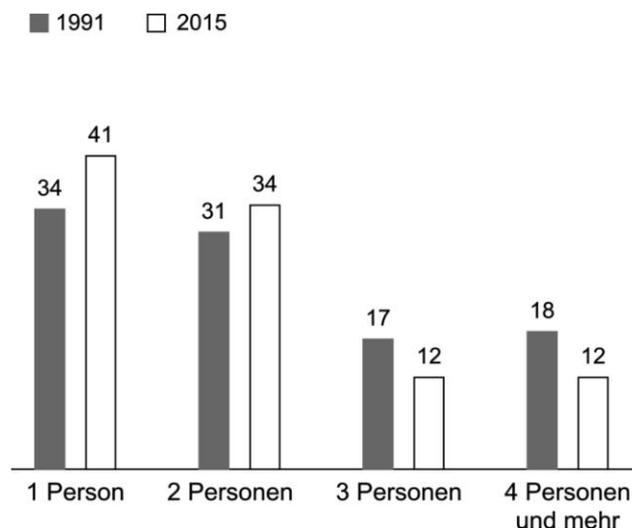
können. Um die Privathaushalte als Gesundheitsstandort zu gestalten und dieses Modell in der Praxis zu etablieren, müssen aber angesichts der jetzigen Situation erhebliche politische und individuelle Anstrengungen vollbracht werden. Vor allem wird in der vorliegenden Studie auf die Wohnverhältnisse der älteren Menschen fokussiert, und darauf basierend werden die sozialpolitischen Ansätze zum möglichst langen Verbleib in der vertrauten Häuslichkeit diskutiert. Im Folgenden wird die aktuelle Wohnsituation der Seniorenhaushalte anhand statistischer Daten zusammengefasst.

2.3. Wohnsituation

2.3.1. Veränderung der Haushaltsstruktur

Die Haushaltsstruktur in Deutschland ist vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ebenfalls einem Wandel unterworfen. Die Haushalte werden nach Angaben des Mikrozensus in den letzten Jahrzehnten immer kleiner. Die Haushaltsverkleinerung und die Veränderung der Haushaltsstruktur sind in den Statistiken dadurch ersichtlich, dass vor allem der Anteil von Ein- und Zwei-Personen-Haushalten stark zunimmt und die der Mehrpersonenhaushalte ständig abnimmt.

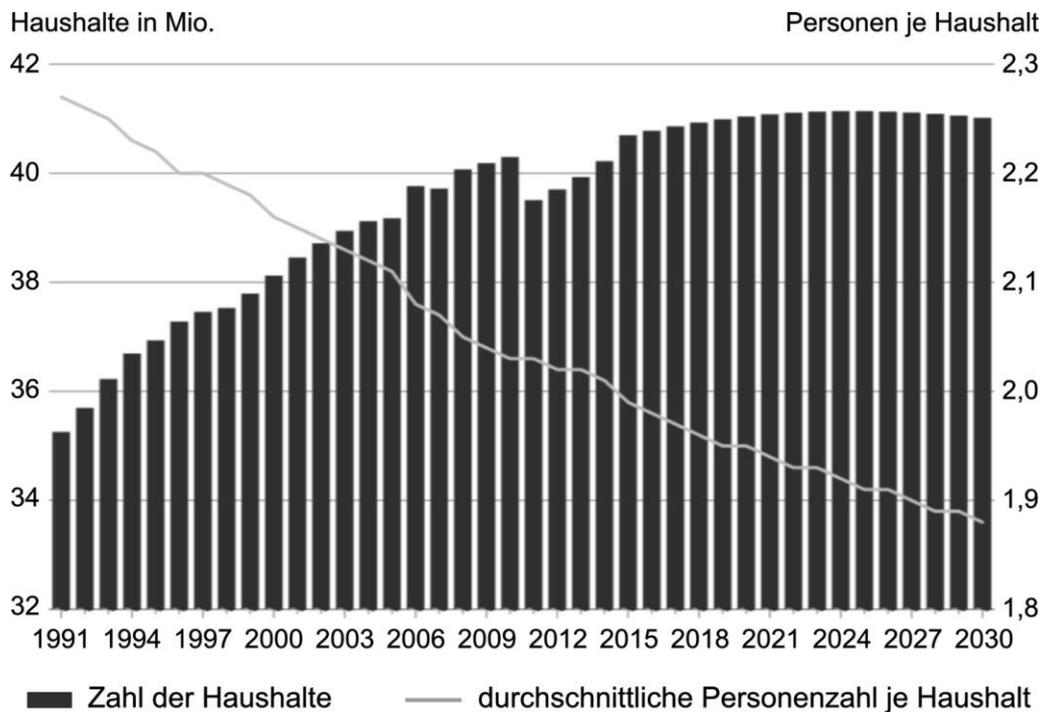
<Abbildung 2: Privathaushalte nach Haushaltsgröße >
(in %)



Quelle: Statistisches Bundesamt 2013, 2015; Homepage von DESTATIS (Haushalte nach Haushaltsgrößen Deutschland) URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bevoelkerung/lrbev05.html> [letzter Zugriff: 30.04.2017]

Den obenstehenden Angaben des Statistischen Bundesamtes zufolge betrug im Jahr 2015 der Anteil der Ein- und Zwei-Personen-Haushalte drei Viertel aller Haushalte. Im Vergleich dazu war der Anteil im Jahr 1991 mit knapp 34 % deutlich geringer. Umgekehrt zeigt die Zahl der Mehr-Personen-Haushalte eine sinkende Tendenz. Dieser Rückgang der Zahl der Haushaltsmitglieder hängt beispielsweise mit der erhöhten Lebenserwartung, weniger Eheschließungen und der wachsenden Zahl kinderloser Paare zusammen. Dies reflektiert neben dem Trend zur Individualisierung den Effekt des demografischen Wandels. Diesbezüglich kommt insbesondere der Zuwachs an Ein-Personen-Haushalten zum Ausdruck, welche im Jahr 2015 41 % aller Haushalte ausmachten. Dies führt außerdem dazu, dass die Gesamtzahl der Haushalte stark anwächst. Die folgende Grafik stellt diese Tendenz und die weitere voraussichtliche Entwicklung dar.

<Abbildung 3: Zahl der Privathaushalte und die durchschnittliche Haushaltsgröße in Deutschland, 1991-2030>



Quelle: Homepage vom Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BIB) URL: http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Download/Abbildungen/13/a_13_02_durchschnittl_hhgroesse_d_1991_2030.pdf?__blob=publicationFile&v=9 [letzter Zugriff: 23.12.2016]

Diese Grafik basiert auf den Angaben des Mikrozensus 1991-2014, und die Zahl der Privathaushalte von 2015 bis 2030 ist hochgerechnet. Der Prognose zufolge wird in erster Linie mit einem kontinuierlichen Rückgang der durchschnittlichen Haushaltsgröße gerechnet. Bis 2027 wird die durchschnittliche Haushaltsgröße unter 1,9 fallen und danach weiter sinken. Des Weiteren wird der Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes zufolge die Anzahl der Haushalte bis 2020 langsam, aber stetig zunehmen, danach aber stagnieren oder sogar wieder rückläufig werden.

In Bezug auf diese Veränderung der Haushaltsstruktur ist darüber hinaus äußerst auffällig, dass die Zahl der Seniorenhaushalte vor dem Hintergrund der steigenden Lebenserwartung und des zunehmenden Wunsches vieler Älterer, möglichst lange einen eigenen Haushalt zu führen, stetig wächst. Die Wohnung ist heute nur noch in Ausnahmefällen „die Heimstätte einer (Groß-)Familie mit mehreren Generationen“ (Hanrath 2011, S. 122). Aus diesem Grund sind unter den älteren Menschen zwischen 60 und 69 Jahren Paare ohne Kinder die häufigste Haushaltsform (Hilse 2011, S. 44), und somit handelt es sich in der Regel bei Seniorenhaushalten um Ein- oder Zwei-Personen-Haushalte. Diese Tendenz hat sich auch in der folgenden Tabelle niedergeschlagen:

<Tabelle 4: Privathaushalte mit und ohne ältere Menschen>

in 1 000 (in %)

Jahr	insgesamt	ohne Personen ab 65 Jahre	mit Personen ab 65 Jahre		
			zusammen	ausschließlich mit Personen ab 65 Jahren	mit Personen ab 65 Jahren und Jüngeren
2014	40 223 (100)	27 940 (69,5)	12 283 (30,5)	9 901 (24,6)	2 382 (5,9)
1991	35 256 (100)	25 954 (73,6)	9 302 (26,4)	7 005 (19,9)	2 297 (6,5)

Quelle: Statistisches Bundesamt 2015a, S. 2

Im Jahr 2014 hat im Vergleich zu 1991 die Anzahl der Haushalte, in denen ausschließlich Personen ab 65 Jahren wohnen, deutlich zugenommen: Innerhalb dieser 13 Jahre ist der Anteil der Haushalte ohne ältere Menschen um 4 Prozentpunkte gesunken. Bei jedem dritten Haushalt handelte es sich 2014 um einen Seniorenhaushalt, und 80 % dieser Seniorenhaushalte bestanden ausschließlich aus Senioren (ab 65 Jahren).

Die Angaben des Mikrozensus zeigen weiterhin, dass mit höherem Alter die Anzahl und der Anteil der Ein-Personen-Haushalte zunimmt und diese Haushalte mehr aus Frauen bestehen als aus Männern: Unter den älteren Menschen in Privathaushalten wohnen durchschnittlich 33,3 % in einem Ein-Personen-Haushalt, aber bei den Männern beträgt dieser Anteil nur 18,6 %, während es bei den Frauen 44,7 % sind (DZA 2014, S. 4). Dieser Sachverhalt spiegelt sich außerdem in der Statistik über den Familienstand älterer Menschen wider: 2014 lebten unter den 65-bis 69-Jährigen 18 % der Frauen verwitwet, aber ab 85 Jahren sogar 76 %. Im Vergleich dazu gab es unter den 65-bis 69-Jährigen nur 5 % verwitwete Männer und ab 85 Jahren 35 % (Statistisches Bundesamt 2016, S. 62). Dies ist unter anderem auf die höhere Lebenserwartung der Frauen zurückzuführen, aber die Tatsache, dass häufiger Frauen mit älteren Männern verheiratet sind als umgekehrt, verstärkt diese Tendenz. Unter anderem ist das Augenmerk darauf zu richten, dass bei diesen älteren Alleinlebenden hohe Risiken für einen Heimeinzug bestehen: Falls diese Personen aus gesundheitlichen Gründen regelmäßige Hilfe für das Alltagsleben brauchen, müssen sie auf professionelle Hilfe zurückgreifen. Bei erhöhtem Pflegebedarf bleibt in der Regel keine andere Möglichkeit mehr übrig als in ein Heim zu ziehen, da keine helfenden oder pflegenden Angehörigen Unterstützung zur Verfügung stellen.

Vor diesem Hintergrund ist es ersichtlich, dass diese Ein- oder Zwei-Personen-Haushalte in der Zukunft noch stärker die Haushaltsstruktur prägen werden. In dieser Studie steht im Fokus der Betrachtungen, dass der demografische Wandel und die sich verändernde Haushaltsstruktur zu neuen Ansprüchen an die Wohnungen sowie an das Wohnumfeld führen. Im nächsten Kapitel wird

deshalb die Wohnsituation der älteren Menschen und insbesondere der Pflegebedürftigen anhand der empirischen Daten ausführlich analysiert.

2.3.2. *Wohnverhältnisse der älteren Menschen*

Die Wohnverhältnisse erfahren als zentrale handlungsrelevante Ressource mit zunehmendem Alter einen höheren Stellenwert. Die angemessene und sachgerechte Ausgestaltung der Wohnbedingungen bei älteren Menschen ist diesbezüglich von erheblicher Bedeutung – nicht nur für Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe, sondern auch für die Aufrechterhaltung der selbstständigen Lebensführung selbst bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit.

Dem Mikrozensus 2014 zufolge wohnte die Mehrheit der älteren Menschen (rund 96 %) im eigenen privaten Haushalt. Im Jahr 2014 lebten nur 4 % der älteren Menschen (ab 65 Jahren) in einer Gemeinschaftsunterkunft wie einem Pflegeheim. Dieser Anteil wächst aber mit zunehmendem Alter, sodass ab 85 Jahren fast 15 % der Menschen in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht waren (Statistisches Bundesamt 2016, S. 62). Ähnliches wurde im Bericht des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) 2011 dargestellt. Nach dessen Angaben lebten im Jahr 2008 93 % der älteren Menschen (65 Jahre und älter) im „normalen“ Wohnungsbestand. Lediglich etwa 7 % der über 65-Jährigen wohnten in besonderen Wohnformen für Ältere, in Heimen (4 %) und in Formen von betreutem Wohnen (2 %) (BMVBS 2011, S. 27-28). Als mit großem Abstand häufigste Wohnform der Seniorenhaushalte wird von der eigenen Häuslichkeit erwartet, dass dies trotz des steigenden Interesses an verschiedenen Wohnalternativen nach wie vor die dominante Wohnform der älteren Menschen bleiben wird.

Nun wird die Betrachtung auf die Pflegebedürftigen fokussiert. Hierbei ist das Augenmerk insbesondere auf die Versorgungsorte dieser Pflegebedürftigen zu richten. Nach Angaben der Pflegestatistik waren Ende 2015 2,9 Mio. Menschen in Deutschland nach den Maßstäben des SGB XI pflegebedürftig. Diese Zahl weist eine steigende Tendenz auf und die Schätzung des DZA geht von 3,5 Mio. Pflegebedürftigen bis 2030 aus (DZA 2016, S. 18). Die folgende Tabelle stellt die Versorgungsformen dieser Pflegebedürftigen dar.

<Tabelle 5: Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2015>

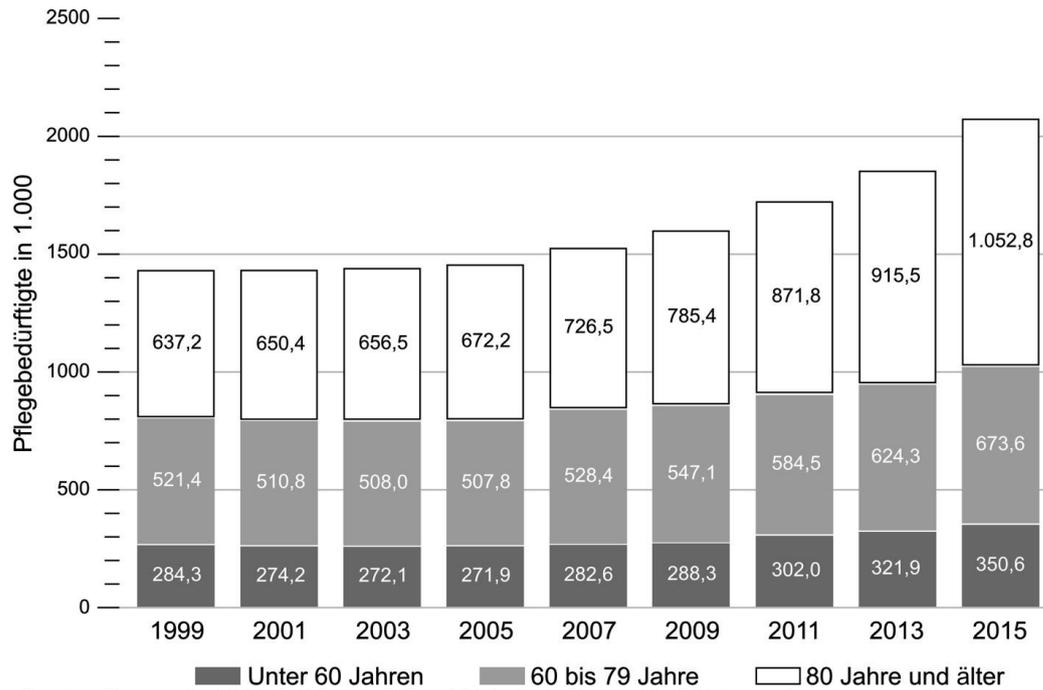
2,9 Mio. Pflegebedürftige insgesamt			
Versorgungsort	zu Hause versorgt: 1,86 Mio. (73 %)		in Heimen vollstationär versorgt: 783.000 (27 %)
Versorger	durch Angehörige: 1,38 Mio. Pflegebedürftige (48 %)	zusammen mit/ durch ambulante Pflegedienste: 692.000 Pflegebedürftige (24 %)	
		durch 13.300 ambulante Pflegedienste mit 355.600 Beschäftigten	in 13.600 Pflegeheimen (einschließlich teilstationärer Pflegeheime) mit 730.000 Beschäftigten

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017, S. 5

Angaben des Statistischen Bundesamtes zufolge waren im Dezember 2015 83 % der Pflegebedürftigen 65 Jahre und älter, und 37 % waren mindestens 85 Jahre alt. Darüber hinaus war die Mehrheit der Pflegebedürftigen Frauen mit 64 %. Der Anteil der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen betrug unter allen Pflegebedürftigen 73 % (2,08 Mio.), während 27 % der Pflegebedürftigen in Heimen vollstationär versorgt wurden. 48 % der Pflegebedürftigen (1,38 Mio. Personen) wurden ausschließlich durch Angehörige gepflegt und erhielten nur Pflegegeld. Bei 24 % der Pflegebedürftigen erfolgte die ambulante Pflege zusammen mit bzw. vollständig durch ambulante Pflegedienste. Besonders auffällig ist, dass 2015 die Zahl der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen im Vergleich zu im Jahr 2013 um 11,6 % gestiegen ist. Der Pflegestatistik zufolge hängt diese Zunahme mit den Reformen der Pflegeversicherung zusammen. Innerhalb dieser zwei Jahre hat die Zahl der vollstationär in Heimen versorgten Pflegebedürftigen lediglich um 2,5 % zugenommen.

Es wurde weiterhin in der Pflegestatistik berichtet, dass der Anteil der in Heimversorgungen betreuten Pflegebedürftigen mit zunehmendem Alter weiter ansteigt. Aber aufgrund des fortschreitenden demografischen Wandels nimmt die Gesamtzahl der hochaltrigen Pflegebedürftigen zu, und es steigt auch der Anteil der hochaltrigen Pflegebedürftigen unter den zu Hause versorgten Pflegebedürftigen. Die folgende Grafik spiegelt diese Tendenz wider.

<Abbildung 4: Zahl der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen nach Altersgruppe 1999-2015>
(in 1 000)



Die obenstehende Abbildung verdeutlicht die Entwicklung der Zahl der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen im Zeitraum zwischen 1999 bis 2015. Besonders auffällig ist, dass die Gesamtzahl seit 2005 kontinuierlich gewachsen ist und der Anteil der häuslich versorgten Pflegebedürftigen im Alter von 80 Jahren und älter überproportional gestiegen ist. Diese Tendenz wird sich infolge des fortschreitenden demografischen Wandels weiter verstärken, und dies führt wiederum zu der Frage, ob die private häusliche Umgebung für die Unterbringung oder Versorgung von älteren Menschen auch mit gesundheitlichen Einschränkungen geeignet ist. Hierbei werden zuerst die Eigentumsverhältnisse, die Wohnungsgröße sowie die Wohnungsausstattung der von Seniorenhaushalten (65 Jahre und älter) genutzten Wohneinheiten anhand der Ergebnisse empirischer Datenanalysen zusammengefasst.

Eigentumsverhältnisse: Dem Bericht des Statistischen Bundesamtes zufolge ist bei den älteren Menschen die Eigentümerquote überdurchschnittlich hoch: Die Seniorenhaushalte (65 Jahre und älter) wohnen mit 48 % in Wohneigentum, während dies bei den unter 65-Jährigen bei 41 % der Fall ist (Statistisches Bundesamt 2016, S. 70). Unter den Nichteigentümern wohnt jeweils ein Viertel in einer Mietwohnung bei einem privaten Eigentümer und das andere Viertel bei Wohnungsunternehmen sowie -genossenschaften (BMVBS 2011, S. 29). Hierbei ist aber ein relativ großer Unterschied zwischen neuen und alten Bundesländern ersichtlich, da in der DDR die Eigentümerquote sehr niedrig war. In den neuen Ländern ist der Eigentümeranteil unter den älteren

Menschen mit 33 % deutlich niedriger als bei Seniorenhaushalten (54 %) und sogar jüngere Haushalten (44 %) in den alten Bundesländern (Statistisches Bundesamt 2016, S. 70). Darüber hinaus lässt sich von dem Bericht des Statistischen Bundesamtes die Erwartung ableiten, dass die Zahl und der Anteil der Wohneigentümer unter älteren Menschen – vor allem unter Hochaltrigen – weiter steigen wird, da ab den 1970er-Jahren in Deutschland der sogenannte Bauboom einsetzte und dementsprechend vor allem bei den 65- bis 80-Jährigen ein überdurchschnittlich hoher Eigentümeranteil zu verzeichnen ist (BMVBS 2011, S. 29).

Wohnungsgröße: Den Angaben des Mikrozensus zufolge wird die durchschnittliche Wohnfläche pro Kopf mit zunehmendem Alter kontinuierlich ansteigen. In der Regel sind zu kleine Wohneinheiten problematisch, sodass die Mindestwohnfläche wohnungspolitisch geregelt ist. Aber hinsichtlich der Seniorenhaushalte ist auch eine zu große Wohnung als nicht altersgerecht zu betrachten. Durchschnittlich beträgt die Wohnfläche der Seniorenhaushalte 91 m² (BMVBS 2011, S. 31). Es wohnen nahezu 50 % der älteren Menschen in Wohneinheiten mit einer Fläche von über 100 m², wodurch sich ältere Bewohner häufig überfordert fühlen (BMVBS 2011, S. 31). Von Relevanz ist, wie im letzten Kapitel angedeutet, dass die Wohnsituation durch den Trend zu kleinen Haushaltsgrößen gekennzeichnet ist: Nach dem Auszug der Kinder vollziehen die Elternhaushalte einen Übergang zum Zwei-Personen-Haushalt, die sogenannte „Empty-Nest-Phase“; oder es wohnen aufgrund des Todes des Ehepartners häufig die verwitweten Partner in einem Ein-Personen-Haushalt; eine Tendenz, die sich infolge des demografischen Wandels weiter fortsetzen wird. Dies führt außerdem zu einer wachsenden Nachfrage nach kleineren Wohneinheiten, vor allem Zwei-/Drei-Zimmer-Wohnungen, worauf die Wohnungspolitik und Wohnungswirtschaft reagieren sollte, um diesen wachsenden Bedarf zu decken.

Wohnungsausstattung: Die altersgerechte Wohnungsausstattung ist eine der zentralen Voraussetzungen für die Selbstständigkeit der älteren Menschen im Wohnraum. Der Generali-Altersstudie zufolge haben 65 % der älteren Menschen (65- bis 85-Jährige) das subjektive Empfinden, dass ihre Wohnung oder Haus nur eingeschränkt altersgerecht ist (Köcher und Bruttel 2012, S. 303f.). Hinsichtlich der tatsächlichen altersgerechten Wohnungsausstattung der Seniorenhaushalte sind aber zu wenige verlässliche empirische Daten vorhanden, um die tatsächliche Wohnsituation zu erkennen und eine zielgenaue Planung zu entwickeln. Die durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) im Jahr 2009 durchgeführte Befragung liefert aber relativ aktuelle und ausführliche Informationen über die Wohnsituation der älteren Menschen.

Es wurde ausdrücklich als problematisch dargestellt, dass der jetzige Bestand an altersgerechten Wohnungen dem tatsächlichen gesellschaftlichen Bedarf nicht entspricht: Nach den Ergebnissen der KDA-Repräsentativbefragung, die in Form von mündlichen Kurzinterviews in 1.000 Seniorenhaushalten durchgeführt wurde, gibt es in Deutschland nur etwa eine halbe Million

Wohnungen (rund 570.000), die barrierefrei oder -reduziert sind.³ In Seniorenhaushalten leben nur rund 5 % aller Senioren in Wohnungen, die als altersgerecht bewertet werden können (BMVBS 2011, S. 10). Besonders auffällig ist, dass im Vergleich zu jüngeren viel mehr ältere Menschen in älteren Gebäuden mit erheblichen Barrieren und Hindernissen wohnen, da ein hoher Anteil von ihnen (rund die Hälfte der Eigentümer und ein Drittel der Mieter) schon über 30 Jahre in derselben Wohnung leben; wobei beim Bau dieser Wohnungen Barrierefreiheit keine wichtige Rolle gespielt hat (BMVBS 2011, S. 10). Dies erklärt vor allem die Situation, dass die Wohnungen von Seniorenhaushalten, in denen Pflegebedürftige wohnen, nur zu 8 % auf den Bedarf von älteren Menschen ausgerichtet sind (BMVBS 2011, S. 10).

An dieser Stelle wird die allgemeine Wohnsituation im von Seniorenhaushalten genutzten Wohnraum vor allem im Eingangs- und Sanitärbereich zusammengefasst. In erster Linie erschwert oft eine Zugangsbarriere das Betreten und Verlassen der Wohnung, und diese Einschränkung beeinflusst die Selbstständigkeit der älteren Menschen erheblich. Der KDA-Repräsentativbefragung zufolge gibt es in mehr als 31 % der von Seniorenhaushalten genutzten Wohneinheiten mehr als drei Stufen im Zugangs- und Eingangsbereich. Außerdem ist das Stockwerk für die Zugänglichkeit der Wohnung entscheidend. Statistiken zufolge wohnen 55 % der älteren Menschen im zweiten Stockwerk oder darunter, aber fast die Hälfte der Seniorenhaushalte befinden sich im dritten Stockwerk oder höher. Aber unter den befragten Seniorenhaushalten waren nur 9,1 % mit Aufzügen, Rampen oder anderen technischen Hilfen ausgestattet, und mehr als 90 % der Seniorenhaushalte müssen ohne technische Hilfe im Zugangsbereich der Wohnung auskommen. Weiterhin können auch Barrieren innerhalb der Wohnung die selbstständige Lebensführung der älteren Menschen erheblich einschränken. Dem Ergebnis der Befragung zufolge gibt es in 27,4 % der Seniorenhaushalte innerhalb der Wohneinheiten Treppen oder Stufen, aber nur 3,6 % der Haushalte verfügen über Rampen oder Treppenleitern zur Überwindung der Treppen (BMVBS 2011, S. 34).

Die Ausstattung im Sanitärbereich ist neben dem Zugangsbereich zwar auch ein wichtiger Faktor für die selbstständige Lebensführung, aber detaillierte Informationen lassen sich „aufgrund der methodischen Anlage der Untersuchung“ in diesem Bereich nur eingeschränkt gewinnen (BMVBS 2011, S. 37). Die in der Untersuchung abgefragten Kriterien für die Analyse der Altersgerechtigkeit des Sanitärbereiches waren „Breite der Badezimmertür“, „Bewegungsfläche im Bad“, „Bewegungsfläche an der WC-Schüssel“ (BMVBS 2011, S. 38). Besonders auffällig ist, dass die

³ Diese Barrieren im Wohnraum gelten als wesentliche Hindernisse für das Alltagsleben der Bewohner mit körperlichen Einschränkungen, und somit wird bei einer Wohnung *barrierefrei* häufig mit *altersgerecht* gleichgesetzt. Eine ausführliche Darstellung über Barrierefreiheit und altersgerechte Wohnung erfolgt in Kapitel 2.4.2.

Einschätzung der Sanitäranlagen vonseiten der jetzigen Rollatornutzer positiver ausfällt als die Antworten der Befragten, die für eine mögliche zukünftige Rollatornutzung ihre Sanitäranlagen bewertet haben: Während über 70 % der jetzigen Rollatornutzer ihren Sanitärbereich als altersgerecht bewertet haben, befanden die jetzigen Nicht-Rollatornutzer für den Fall einer zukünftigen Rollatornutzung mit 26,3 % die Breite der Badezimmer, mit 34,4 % die Bewegungsfläche im Bad sowie mit 31,4 % die Bewegungsfläche an der WC-Schüssel für nicht ausreichend. Darüber hinaus ist bei über 83 % der Seniorenhaushalte eine Badewanne im Badezimmer vorhanden, und nur 15 % der Seniorenhaushalte steht eine bodengleiche Dusche zur Verfügung, wodurch sich der zukünftige Anpassungsbedarf im Sanitärbereich als hoch einschätzen lässt. Tatsächlich zeigt der Bericht der KfW-Bank, dass unter den Förderungsfällen im Zusammenhang mit altersgerechtem Umbau Sanitärbereiche mit dem höchsten Betrag bezuschusst wurden (KfW Bankengruppe 2011, S. 6).

Auf der Grundlage der oben dargestellten Wohnsituation der Seniorenhaushalte lässt sich der Schluss ziehen, dass der Bedarf an altersgerechter Wohnungsanpassung sehr groß ist. Was diese Notwendigkeit verstärkt, ist die Tatsache, dass 71 % der Pflegebedürftigen in einem normalen Privathaushalt wohnen. Um diesen Bedarf zu decken, wurden verschiedene soziale Förderprogramme eingerichtet, und es wird erwartet, dass die Summe sowie der Umfang der Förderung weiter ansteigen. Parallel dazu werden in der Industrie neue Ansätze für den altersgerechten Umbau entwickelt, und innovative technische Hilfsmittel, die Mobilität und Sicherheit im Wohnraum unterstützen und die häusliche Gesundheitsversorgung in hohem Maße ermöglichen, werden weiterhin in den Markt einfließen. Im nächsten Kapitel werden diese verschiedenen technischen Ansätze im Detail zusammengefasst.

2.4. Wohnen im Wandel

2.4.1. *Der Privathaushalt als Gesundheits- und Pflegestandort und sein Marktpotenzial*

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels erwächst absolut und relativ eine hohe Zahl an älteren Menschen, vor allem an Hochaltrigen, die gesundheitlich besonders anfällig sind. Die damit korrespondierenden Veränderungen im Krankheitsspektrum sind von vermehrtem Auftreten von chronischen Krankheiten gekennzeichnet. Neben der Zahl der Hochaltrigen steigt daher auch die Zahl chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen. In diesem Zusammenhang ist es gesellschaftlich erforderlich, die bestehenden Systeme für Gesundheitsversorgung „auf eine insgesamt alternde Patientenschaft auszurichten“ (Naegele 2013b, S. 21). Wie oben angedeutet, gewinnen angesichts des hohen Anteils der älteren Menschen vor allem für Hochaltrige der Erhalt der Alltagskompetenzen und der Selbstbestimmtheit bzw. der Ausgleich von Einschränkungen in diesen Bereichen hinsichtlich mehrfacher Gesundheitsbeeinträchtigungen mehr an Bedeutung als Gesundung durch Krankheitsbehandlung (Braeseke 2010, S. 172).

Steigender Pflegebedarf ist ohne wachsendes Engagement privater Haushalte nicht zu bewältigen. Schon heute führt die demografische Entwicklung zu einem wachsenden Unterstützungsbedarf älterer Menschen, die zu Hause leben. Der Haushalt als Gesundheitsstandort steigt damit in seiner Bedeutung. Die steigende Bedeutung der Privathaushalte als Gesundheitsstandorte hängt damit zusammen, dass angesichts wachsender Gesundheitsausgaben „neue und auch kostengünstigere Standorte für die Leistungserbringung“ gefunden werden müssen (Dahm-Griess 2013, S. 218).

Der Staat und insbesondere die Pflegekassen werden massiv überfordert, wenn die Menschen nicht die Möglichkeit haben, möglichst lange zu Hause zu leben. Die teure Heimunterbringung für den überdurchschnittlich stark zunehmenden Anteil der älteren Menschen kann sich unsere Gesellschaft eindeutig nicht leisten. Dass die älteren Menschen möglichst länger in den eigenen vier Wänden wohnen, ist aber nicht nur gesundheitsökonomisch sehr viel wert, sondern entspricht auch dem Wunsch der meisten älteren Menschen. Neben den Einsparpotenzialen auf Seiten der Kostenträger soll daher das große Interesse der älteren Menschen am eigenen Zuhause als Gesundheitsstandort in den Blickpunkt rücken. Aus der durch Chronifizierung gekennzeichneten Veränderung des Krankheitsspektrums resultiert auch, dass Versorgung und Genesung in Zukunft immer mehr in Privathaushalten stattfinden (Deiters 2011, S. 10).

Als Gesundheitsstandort gelten traditionell die ambulanten und stationären Bereiche, aber nun kommt hierbei auch das Zuhause zunehmend in Betracht. Häufig werden im Übrigen die Leistungserbringung im ambulanten Sektor als Erster Gesundheitsstandort, dementsprechend die stationäre Leistungserbringung als Zweiter Gesundheitsstandort sowie das eigene Zuhause als

Dritter Gesundheitsstandort definiert (vgl. Gersch et al. 2010, S. 3; Dahm-Griess 2013, S. 221).⁴ Der Gesundheitsstandort *Zuhause* wird vornehmlich durch die ambulante Versorgung und technische Assistenzsysteme gestärkt. Neue sozial-organisatorische und medizintechnische Lösungen ermöglichen insofern den Ausbau von Gesundheitsdienstleistungen im Haushalt (Hilbert 2010, S. 9). Dadurch wird auch eine bessere medizinische Betreuung im Wohnumfeld ermöglicht und somit eine längere Versorgung zu Hause erleichtert. In vielen Fällen wird außerdem eine zielgerichtete Anpassungsphase des Wohnungsbestandes vorausgesetzt, um die eigenen vier Wände als Gesundheitsstandort nutzen zu können. Bei der Ausstattung von Wohnungen mit Assistenzsystemen müssen zudem Standards wie „*Mindestbreiten für Türen, rutschfeste Böden, Haltegriffe oder Toilettentüren, die sich nach außen öffnen lassen*“ berücksichtigt werden (Henke und Troppens 2010, S. 225–226).

Besonderes Augenmerk wird nun jedoch auf Finanzierbarkeit der Hilfesysteme gerichtet. Angesichts der Veränderung der Wohngegebenheiten sowie der Wünsche der älteren Menschen ergibt sich mittlerweile die große Herausforderung, wie diese im Rahmen der jetzigen Vergütungsstruktur finanziert werden können. Die Kosten, die bei der Umsetzung des Konzeptes *Gesundheitsstandort Haushalt* entstehen, lassen sich kaum in den jetzigen gesellschaftlichen Finanzierungssystemen abbilden, was zur Notwendigkeit der Schaffung neuartiger Finanzierungsmodelle führt (vgl. Norgall 2009, S. 304).

Als soziale Institution gehört das Gesundheitswesen im klassischen Modell zu den wesentlichen innenpolitischen Politikfeldern. Aus den gesundheitspolitischen Maßnahmen der Vergangenheit, mit denen versucht wurde, allen Bürgern die umfassende Versorgung zum Nulltarif zu garantieren, resultierte aber eine Kostenexplosion: Angesichts des demografischen Wandels, der zu stark erhöhten und belastenden Gesundheitsausgaben der Gesellschaft führt, stellt sich die Frage nach der nachhaltigen Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Insbesondere die mit dem demografischen Wandel einhergehende steigende Zahl pflegebedürftiger Menschen droht „*zu Finanzierungsengpässen und damit zu einer Rationierung des Leistungsangebots [zu] führen*“ (Kuhn 2009, S. 7).

Vor diesem Hintergrund bestimmen Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen die derzeitige gesundheitspolitische Diskussion. Aber dem steht entgegen, dass die gestiegene Lebenserwartung und die verbesserte Lebenssituation der älteren Menschen steigende Aufmerksamkeit hinsichtlich gesundheitsrelevanter Dienstleistungen und Produkte mit sich bringen. Das erhöhte Interesse an

⁴ In diesem Kapitel wird schwerpunktmäßig das Zuhause als Dritter Gesundheitsstandort thematisiert. Der Erste und Zweite Gesundheitsstandort werden hingegen in Kapitel 3.2.2. ausführlich diskutiert.

gesundheitsbezogenen Informationen und Angeboten zur Gesundheitsförderung wird angesichts der steigenden Zahl der älteren Menschen und ihrer hohen Kaufkraft mit einem wachsenden Wirtschaftsfaktor in Zusammenhang gebracht. Hilbert spricht hier von einem „*Paradigmenwechsel*“, der die Gesundheit als soziale und wirtschaftliche Chance und nicht als Zukunftsbelastung versteht (Hilbert 2010, S. 3). Hierzu ist es notwendig, komplexe Kundenbedürfnisse zu verstehen und die „*Potenziale und Entwicklungschancen der Gesundheitswirtschaft zu nutzen*“ (Trill 2012, S. 28).

Angesichts der Erweiterung des Gesundheitsmarktes versuchen einige Autoren, den Gesundheitsmarkt zu differenzieren. Hierbei wird häufig in Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt unterteilt, und die Zuordnung richtet sich nach der Form der Finanzierung bzw. der Kostenerstattung der angebotenen Sach- und Dienstleistungen (Henke und Troppens 2010, S. 225; Gersch et al. 2010, S. 1).

Der Erste Gesundheitsmarkt umfasst gesundheitsrelevante Waren und Dienstleistungen, die über öffentliche Ausgaben erstattet werden. Der Kernbereich des deutschen Gesundheitswesens einschließlich seiner Institutionen und Leistungserbringer wird dem Ersten Gesundheitsmarkt zugeordnet (Gersch et al. 2010, S. 1). Die zuständigen Kostenträger der Versorgung sind gesetzliche und private Krankenkassen, deren finanzielle Leistungen auch durch Zuschüsse aus anderen Sozialversicherungssystemen sowie durch staatliche Zuschüsse ergänzt werden (vgl. Gersch et al. 2011, S. 3). Neben der Regelversorgung hat sich zunehmend ein Zweiter Gesundheitsmarkt entwickelt. Der Zweite Gesundheitsmarkt umfasst gesundheitsrelevante Produkte und Dienstleistungen, die privat finanziert werden müssen. Dazu zählen beispielsweise Sport- und Wellness-Angebote, deren Kosten in der Regel nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden, die aber als gesundheitswirksam angesehen werden.

Zwar bildet der „klassische“, stark regulierte und reglementierte Erste Gesundheitsmarkt nach wie vor den Kernbereich des deutschen Gesundheitswesens, stößt aber im Zuge der steigenden Bedeutung des Schlagwortes *Kosteneinsparung* zunehmend an seine Grenzen. Während das Wachstum des durch öffentliche Mittel finanzierten Bereiches in Folge mehrerer Gesundheitsreformen gehemmt wird, befindet sich der Zweite Gesundheitsmarkt auf Wachstumskurs. Produkte, Dienstleistungen und Gesundheitskonzepte im Rahmen des Zweiten Gesundheitsmarktes, die nicht durch staatliche Mittel, sondern durch individuelle Konsumausgaben bezahlt werden, liegen aktuell stark im Trend (vgl. Henke und Troppens 2010, S. 214). Diese Angebote sind auf gesunde Ernährung, medizinisch empfehlenswerte Bewegung und Stressprävention fokussiert und leisten einen Beitrag, die Gesundheit dauerhaft und langfristig zu erhalten. Gleichzeitig ändern sich die Einstellungen allmählich dahingehend, dass die Gesundheit steuerbar und konsumierbar ist, und somit wird der Eigenverantwortung hinsichtlich der Gesundheit

eine größere Bedeutung beigemessen. Neben dem Wertewandel beschleunigt die erhöhte Kaufkraft der älteren Menschen das Wachstum des sogenannten Zweiten Gesundheitsmarktes, da das wachsende Gesundheitsbewusstsein vornehmlich zu mehr Eigenleistung führt. Aus diesem Grund erwächst im Bereich der Gesundheitswirtschaft ein Gestaltungsfeld, von dem große Zukunfts- und Wachstumspotentiale erwartet werden (vgl. Heinze et al. 2009, S. 773–774).

Allerdings ist die Differenzierung der beiden Gesundheitsmärkte nicht immer trennscharf, denn es bestehen verschiedene Mischformen an der Schnittstelle zwischen Erstem und Zweitem Gesundheitsmarkt, und dies wird in Zukunft noch stärker verschwimmen. Es werden vermehrt im Ersten Gesundheitsmarkt Zuzahlungsmodelle und Selbstbeteiligungen eingeführt, und zugleich werden im Zweiten Gesundheitsmarkt zunehmend öffentlich finanzierte Zuschüsse gewährt, wenn dadurch ein wertvoller Beitrag zur wichtigen Primärprävention von Erkrankungen geleistet wird. Dies kann durch Regelungen in den Kranken- bzw. Pflegeversicherungen erfolgen, indem persönliche technische Hilfesysteme in den Leistungskatalog erstattungsfähiger Kosten aufgenommen werden, wobei auch staatliche oder kommunale Finanzmittel eingesetzt werden können (Norgall 2009, S. 304). Auch kann dies die subjektiven Kaufentscheidungen seitens der älteren Menschen beeinflussen. Der eigentliche Zweck der Subventionen durch öffentliche Mittel auf dem Zweiten Gesundheitsmarkt besteht aber darin, dass dadurch gegebenenfalls erforderliche Gesundheitsausgaben zur Behandlung in ambulanten und stationären Einrichtungen reduziert werden.

Diese steigende Vermischung zwischen organisierter und freier Versorgung zu Hause bringt vornehmlich die Herausforderung mit sich, ein neues Marktpotenzial für Industrie, Handwerk und Dienstleistungen zu erschließen. Die Konzepte der Zusammenarbeit müssen im Rahmen der Gesundheitsmärkte entwickelt werden, da sektorenübergreifende Kooperation und gemeinsame Entwicklung neuer Prozesse, Technologien, Produkte und Dienstleistungen einen großen Mehrwert versprechen. Dies erfordert eine neue Versorgungsstruktur, in die neue Geschäfts- und Finanzierungsmodelle integriert sind. Im Rahmen des Konzeptes der finanziellen Eigenbeteiligung von Kunden mit individuellen Wünschen ist es wichtig, dass den Kunden Wahlfreiheit gelassen wird und somit die Leistungen variantenreicher und kundenorientierter angeboten werden.

Mit einer am Patientennutzen orientierten Bedarfsplanung wird, wie oben angedeutet, die sektorenübergreifende Behandlung zunehmend in den Fokus gerückt. Das Gesundheitswesen in Deutschland mit „strukturellen Mängeln in der Vernetzung einzelner Versorgungssysteme“ steht seit Längerem in der Diskussion (Naegel 2013b, S. 21). Überdies erfordern die Erweiterung und die Ausdifferenzierung von Gesundheitsmarkt und Gesundheitsstandort eine Anpassung der Versorgungsstrukturen. Um die sektoralen Versorgungsgrenzen weiter zu überwinden, müssen vor

allein die ambulante und die stationäre Versorgung besser miteinander verzahnt werden, wobei der Gesundheitsstandort Zuhause einen sinnvollen Schritt und ein Beispiel für eine Lösungsmöglichkeit darstellt. Die modernen Informations- und Kommunikationstechnologien bieten leicht zugängliche Zugriffspunkte zu den komplexen Steuerungsmechanismen. Die neue Versorgungsstruktur des Gesundheitswesens erfordert daher auch ein Geschäftsmodell zur Integration moderner Informations- und Kommunikationstechniklösungen, wobei nicht nur technische, sondern auch soziale Innovationen durchgesetzt werden müssen (vgl. Dahm-Griess 2013, S. 221). Dieses neue Konzept der integrierten sozialen Innovation wird im theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit im Detail dargestellt.

2.4.2. *Altersgerechte Wohnung*

Wie oben bereits angedeutet, will die Mehrheit der älteren Menschen so lange wie möglich in der vertrauten Häuslichkeit mit den gewachsenen sozialen Kontakten und der bekannten Infrastruktur bleiben. Besonders ausgeprägt soll dieser Wunsch bei Pflegebedarf ausfallen (BBSR 2014, S. 51). Bei körperlicher oder kognitiver Gebrechlichkeit birgt der Wohnraum jedoch ein Gefahrenpotenzial. *Zu Hause* weckt zwar in der Regel Assoziationen wie Sicherheit und Autonomie, dort passieren aber in der Realität nahezu zwei Drittel aller Unfälle.⁵ Es ist offensichtlich, dass bei älteren Menschen diese Wahrscheinlichkeit besonders hoch ist. Angesichts der abnehmenden körperlichen Fähigkeiten fallen älteren Menschen die alltäglichen Tätigkeiten und Handgriffe schwerer. Zudem verursachen die nachlassenden Sinnesleistungen und geistigen Fähigkeiten, die im höheren Lebensalter mit hoher Wahrscheinlichkeit auftreten, motorische Unsicherheit und Orientierungslosigkeit.

Vor diesem Hintergrund steht für ältere Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz die Gestaltung des Wohnraums in einer engeren Beziehung zu den Grenzen und Möglichkeiten einer eigenständigen Lebensführung zu Hause. Beispielsweise können angesichts abnehmender physischer Fähigkeiten und Geschicklichkeit sowie eines entsprechend reduzierten Körperbewusstseins etwa Treppen oder Schwellen die Mobilität eines Menschen einschränken. Zugleich sind ein unsicherer Gang, Türschwellen, rutschige Fußböden, fehlende Haltegriffe, hoch hängende Schränke oder sperrige Möbel mit einem erhöhten Sturzrisiko verbunden (Schader-Stiftung 2000, S. 7; Bundesamt für Statistik 2012, S. 19). Für einen Verbleib in der vertrauten

⁵ Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen (27.11.2013) URL: http://www.brd.nrw.de/gesundheit_soziales/sozialpolitische_foerderprogramme/Modellprojekte_Sozialpolitik.html [letzter Zugriff 06.04.2015]

Wohnung bei abnehmenden körperlichen Funktionen gilt es somit als wichtige Voraussetzung, dass die Wohnung und das unmittelbare Wohnumfeld an die veränderten Bedürfnisse der älteren Menschen angepasst sind. Sie sollte so gestaltet sein, dass sie älteren Menschen ein unabhängiges Leben bis ins hohe Alter ermöglicht.

Der Begriff *altersgerechte Wohnung* kommt in diesem Zusammenhang in Betracht. Dieser Begriff wurde bislang noch nicht gesetzlich allgemeingültig definiert. Nach Lang bedeutet altersgerechte Gestaltung, dass die Merkmale der Wohnumwelt altersgerecht angepasst werden – durch technische Hilfen, die Verluste der Alltagskompetenz ausgleichen und Gefährdung im Alltag verhindern (Lang 2012, S. 100). Das Bundesamt für Schweizerisches Wohnungswesen formuliert eine umfangreiche Definition, die auch sozialräumliche Aspekte des Wohnens berücksichtigt: *„Altersgerechte Wohnungen sind Normalwohnungen, die aufgrund ihres Standortes, ihrer Wohnlage, Grundrisskonzeption und Ausstattung dem Betagten erlauben, möglichst weitgehend und lange unabhängig zu leben“* (Teti et al. 2013, S. 1).

Umgekehrt kann eine nicht *altengerechte* Wohnung die selbstständige oder selbstbestimmte Lebensführung in der eigenen Wohnung gefährden. Baumgartner et al. nach werden die älteren Menschen durch *alters-ungerechte* Wohnumgebungen auf diese Weise benachteiligt:

Das Antonym von „-gerecht“- „-ungerecht“ impliziert dabei eine ungleiche Betroffenheit von räumlichen Strukturen. In einer altersgerechten Wohnumgebung wird der Raum älteren Menschen „gerecht“, während in einer „alters-ungerechten“ Wohnumgebungen ältere Menschen durch die räumlichen Strukturen im Vergleich zu anderen Altersgruppen auf eine Weise benachteiligt werden, die als nicht legitim empfunden wird (Baumgartner et al. 2013, S. 39).

Im Gegensatz dazu wird durch eine altersgerechte Wohnung niemand benachteiligt. Eine altersgerechte Gestaltung des Wohnraums kommt allen Generationen zugute. Gleiches gilt für Behinderte und Familien mit Kindern. So liegt es nahe, dass *altersgerecht* häufig im Zusammenhang mit *behindertengerecht* erwähnt wird. Weiterhin steht neben *altersgerecht* und *behindertengerecht* immer stärker das Prinzip *Universal Design* im Fokus der Betrachtungen. Hierbei werden spezielle Lösungen für bestimmte Gruppen vermieden; stattdessen wird das Lebensumfeld funktional gestaltet, sodass es von allen genutzt werden kann (Herwig 2008, S. 17).

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass *altersgerecht* nicht einfach bedeutet, lediglich älteren Menschen eine Privilegiertheit zu geben. Es geht vielmehr um die Kompensation von anderweitiger Benachteiligung. Da bei den meisten Bauwerken die Infrastruktur *„etwas von Menschen Gestalte[s]“* ist, wird erwartet, dass es für alle Menschen gerecht hergestellt wird. Ist dies nicht der Fall, gilt es in diesem Sinne als Benachteiligung und lässt sich durch *altersgerechte* sowie *behindertengerechte* Umgestaltung mehrheitlich als *„gerecht“* empfinden (Baumgartner et al. 2013, S. 39). Demnach können die altersgerecht umgestalteten Wohnungen über Altersklassen hinweg

positiv bewertet werden, sodass sich dies als altersneutral bezeichnen lässt. Einerseits klingt es ironisch, dass *altersgerecht* und *altersneutral* im wesentlichen Sinne keinen großen Unterschied darstellt. Jedoch lassen sich andererseits damit wichtige Einblicke dazu gewinnen, dass die Umgestaltung zur altersgerechten Wohnung eine breite altersneutrale Akzeptanz herstellt.

Darüber hinaus ist es in baulicher Hinsicht auch schwer, *altersgerecht* und *behindertengerecht* zu unterscheiden. Es gibt zwar eine besondere bauliche Berücksichtigung für „Rollstuhlbenutzer“ im Rahmen der DIN-Normung, der in den nächsten Kapiteln nachgegangen werden wird, aber altersgerecht und behindertengerecht lassen sich auch in diesem Sinne nicht unterscheiden. Insofern lassen sich die beiden Begriffe danach unterscheiden, ob sie vor dem Eintritt als Präventionsmaßnahme eingesetzt werden können. Im Gegensatz zur Behinderung unterliegt jeder Mensch dem Alterungsprozess. Trotz der individuellen Einzigartigkeit gibt es dabei bestimmte typische Alterungsverläufe. Demnach sind diese in hohem Maße zu erwarten und die Risiken zu antizipieren, sodass Ansätze zur altersgerechten Umgestaltung planmäßig vorangetrieben werden können.

Bei näherer Betrachtung ist in der altersgerechten Wohnung die Prämisse enthalten, dass sich mit dem Alter die persönlichen Bedürfnisse ändern und die Ausstattung der Wohnungen dementsprechend „*mitaltern*“ sollte (BMBF 2009, S. 5). Laut dem *Verwendungsnachweis Altersgerecht Umbauen* der KfW wird der *Standard Altersgerechtes Haus* folgendermaßen dargestellt.

„Der Standard Altersgerechtes Haus wird erreicht, wenn eine einzelne oder alle Wohnungen des Gebäudes die nachfolgenden Anforderungen (einschließlich der technischen Mindestanforderungen der jeweiligen Maßnahmen) erfüllen. Die Bestimmungen der jeweiligen Maßnahmen sind vollständig umgesetzt.“⁶

- *Altersgerechter Zugang*
 - *Wege zu Gebäuden und Wohnumfeldmaßnahmen (Förderbereich 1)*
 - *Eingangsbereich und Wohnungszugang (Förderbereich 2)*
 - *Vertikale Erschließung/Überwindung von Niveauunterschieden (Förderbereich 3)*
- *Altersgerechtes Wohn- und/oder Schlafzimmer sowie eine altersgerechte Küche (Förderbereich 4),*
- *Altersgerechtes Bad (Förderbereich 5),*
- *Anforderungen an die Bedienelemente (Förderbereich 6)“*

⁶ KfW. Verwendungsnachweis Altersgerecht Umbauen – Investitionszuschuss (455) (Stand: 10.2014) – URL: [https://www.kfw.de/PDF/Download-Center/F%C3%B6rderprogramme-\(Inlandsf%C3%B6rderung\)/ PDF-Dokumente/6000003279_F_455_AU_VWN.pdf](https://www.kfw.de/PDF/Download-Center/F%C3%B6rderprogramme-(Inlandsf%C3%B6rderung)/PDF-Dokumente/6000003279_F_455_AU_VWN.pdf) [letzter Zugriff: 29.05.2015]

Die weiteren baulichen Mindestanforderungen werden im nächsten Kapitel ausführlich behandelt. Allerdings gelten in baulicher Hinsicht *barrierefreie* sowie *barrierereduzierte* Wohnungen als *altersgerecht*, auch wenn keine einheitliche Definition oder Norm vorhanden ist (KfW Bankengruppe 2011, S. 1; BMVBS 2011, S. 25). Diese Konzepte weisen darauf hin, dass die baulichen Anforderungen für *altersgerecht* oder *behindertengerecht* weitgehend das Vorhandensein von „Barrieren“ behandeln. „Barrierefreiheit“ gilt vor allem als bauliche Mindestanforderung für Wohnungen, in denen alle Menschen mit oder ohne Bewegungseinschränkungen ein selbstbestimmtes Leben führen können.

Als Vorsorgemaßnahme oder bereits beim Neubau können viele Erleichterungen eingeplant werden, die im Alter oder im Falle einer Behinderung ein möglichst langes Wohnen zu Hause erleichtern und weiterhin ermöglichen. Bei rechtzeitiger Wohnungsanpassung können mögliche innerhäusliche Unfälle wie Stürze und damit einhergehende gesundheitliche Verschlechterungen verhindert werden. In barrierefreien bzw. -reduzierten Wohnungen sollen bestimmte Mindeststandards eingehalten werden, sodass sie in der Nutzung reduzierte bzw. keine Barrieren beinhalten. Laut der BMVBS-Studie sind aber nur 5 % aller Seniorenhaushalte barrierefrei nach folgenden Kriterien:

- *Nicht mehr als 3 Stufen zum Haus oder Wohnungseingang (oder technische Hilfe zur Überwindung der Barrieren),*
- *Keine Stufen innerhalb der Wohnung (oder technische Hilfen zur Überwindung der Barrieren),*
- *Ausreichende Bewegungsflächen und Türbreiten im Sanitärbereich,*
- *Vorhandensein einer bodengleichen Dusche (BMVBS 2011, S. 42)*

Es besteht demnach der Bedarf – insbesondere bei Verschlechterung der Gesundheit oder bei nachlassender Mobilität –, die Wohnungen altersgerecht neu auszugestalten, um ein selbstständiges Wohnen fortzusetzen. Bei der Gestaltung und Ausstattung von Wohnungen müssen Maßnahmen ergriffen werden, die den Bedürfnissen älterer Menschen angepasst sind. Für ältere Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz können barrierereduzierende Umbaumaßnahmen oder die Bereitstellung technischer Hilfsmittel einen Beitrag leisten, Kompetenzverluste auszugleichen und Gefährdungen im Alltag zu verhindern (Lang 2012, S. 100).

Darüber hinaus wird vielfach argumentiert, dass lediglich barrierefreie Gestaltung des Wohnraums oder Einsatz technischer Hilfsmittel nicht ausreichen, um von altersgerechtem Wohnen sprechen zu können. Neben dieser altersgerechten Anpassung in bautechnischer Hinsicht ist für das Verbleiben in der vertrauten Häuslichkeit auch die Verfügbarkeit von Hilfe- und Betreuungsleistungen wichtig (Kremer-Preiss und Stolarz 2003, S. 29). Das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung formuliert dies folgendermaßen:

Auch das Wohnumfeld muss barrierefrei gestaltet sein und über eine entsprechende Infrastruktur verfügen, die ein selbstständiges Wohnen auch bei Hilfebedarf ermöglicht. Gleichzeitig müssen

wohnortnah Betreuungs-, Pflege- und Kommunikationsangebote verfügbar gemacht werden. [...] Er [Dieser Begriff] beinhaltet dann nicht nur Wohnen, sondern auch Infrastruktur, Soziales und Pflege (BMVBS 2011, S. 25).

Das Wohnen im Bestand ist demnach mit einem Bedarf nach wohnungsnahen Dienstleistungen verbunden. Um Kontrolle und Selbstbestimmung des eigenen Lebens zu ermöglichen, sollten nicht nur die familiären oder bekanntschaftlichen Hilfen, sondern auch professionelle Hilfe einfach in der Nähe erworben werden können. Bei der Bereitstellung von verschiedenen Hilfsangeboten, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder zu Fuß gut zu erreichen sind, sollten besonders ältere Menschen mit Bewegungseinschränkungen berücksichtigt werden. Die Verfügbarkeit von Einkaufsmöglichkeiten in der Nähe sowie soziale und pflegerische Unterstützungsangebote sind insbesondere bedeutend für ein längeres Wohnen im Bestand. Die Bereitstellung von Infrastrukturleistungen in der Umgebung für ein autonomes Wohnen – wie Dienstleistungen, Handel sowie öffentliche Verkehrsmittel – ist aber eine kommunale Aufgabe, wofür ein umfassendes und sorgfältiges Planen sowie eine langfristige Finanzierung gewährleistet werden sollten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass für eine bedarfsgerechte Gestaltung des Wohnraums eine qualitative Entwicklung von vorhandenem Wohnungsbestand gefragt ist. Parallel dazu bestätigt sich, dass eine altersgerechte Wohnung über eine barrierefreie bzw. -reduzierte Wohnung hinaus auch deren Umfeld und benachbarte Infrastruktur umfasst. In diesem Sinne bedingt das Konzept *möglichst lange zu Hause wohnen*, bis zum Lebensende den Alltag in der eigenen Wohnung so selbstständig wie möglich gestalten zu können, ein ganzheitliches sozial- und wohnbaupolitisches Konzept. Es benötigt Hilfeleistungen aller Art, und diese sollten sozial vernetzt sein. In dieser Studie wird im Rahmen der Ansätze, welche sich auf ein längeres Wohnen im Bestand beziehen, hauptsächlich die altersgerechte Wohnungsanpassung behandelt. Die altersgerechte Umgestaltung der Wohnung in baulicher sowie technischer Hinsicht wird demnach im nächsten Kapitel ausführlich vorgestellt.

2.4.3. Weitere Wohnalternativen

Demografischer Wandel schafft neuen Wohnbedarf. In dieser Hinsicht erfahren momentan diejenigen Wohnkonzepte großen Stellenwert, die an die Bedürfnisse der älteren Menschen angepasst sind. Ü berdies haben ältere Menschen heutzutage sehr hohe und individuelle Ansprüche, wenn es um Wohnformen geht. In den letzten Jahrzehnten hat sich daher das Spektrum der

Wohnformen, die auf Wohnbedarf und -bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten sind, erheblich erweitert. Nach Schlag und Megel sind

die Wohnoptionen für die heutigen älteren Menschen so vielfältig wie nie, was man in sozialökologischer Diktion auch so interpretieren könnte, dass die Chancen einer möglichst optimalen Person-Umwelt-Passung im Alter heute so hoch wie wohl nie sind (Schlag und Megel 2002, S. 57).

Vor dem Hintergrund, dass sich Wohnalternativen zum klassischen Pflegeheim immer größerer Beliebtheit erfreuen, haben sich in den letzten Jahren deutschlandweit im städtischen und ländlichen Raum alternative Formen des Wohnens und der Betreuung entwickelt. Daher besteht zurzeit ein breites Spektrum an Wohnformen zwischen dem Privathaushalt und dem Altenheim. Aufgrund des großen Umfangs der Wohnalternativen wird auch davon gesprochen, dass die Dichotomie *Daheim* und *ins Heim* aufgelöst wird. Viele Altenheime wurden mittlerweile *normalisiert*, und es gibt zunehmend Ältere, die ihre angestammte Wohnung zu einem *Mini-Pflegeheim* machen.

Das Wohnen in den Wohnformen, die speziell altersgerecht konzipiert sind, setzt einen Umzug im hohen Alter voraus. Neben den traditionellen Altenheimen werden neue Formen wie Betreutes Wohnen, Seniorengemeinschaften, Hausgemeinschaften und Mehrgenerationenwohnen herangezogen. Die Grundidee der neuen Wohnformen ist, so lange wie möglich den Alltag zu gestalten und der Vereinsamung durch gesellschaftliche Teilhabe vorzubeugen (Kudermann 2009, S. 25). Im Folgenden werden diese einzelnen Wohnformen vertiefend behandelt.

Betreutes Wohnen: Betreutes Wohnen ist eine Bezeichnung für die Kombination von Wohnen und Betreuungsleistungen. Beim Betreuten Wohnen handelt es sich in der Regel um spezielle Wohnanlagen, deren Ausstattung nach den Wohnwünschen vieler Älterer und Behinderter ausgerichtet sind, wobei neben dem Mietvertrag ein Betreuungsvertrag geschlossen wird. Bei nachgewiesener Pflegestufe wird die monatliche Betreuungspauschale teilweise durch die Pflegekasse gefördert. Senioren, die in keiner Pflegestufe sind, haben auch keinen Anspruch auf versicherungsbezogene Förderung für Betreutes Wohnen. Wer wenig Rente bezieht und keine Rücklagen nachweisen kann, hat aber selbstverständlich Anspruch auf soziale Unterstützung sowie Grundsicherung.

Im Betreuten Wohnen führen die Bewohner ihren Haushalt selbständig, haben aber jederzeit einen Anspruch auf Serviceleistung. Die Wohnungen können gemietet oder Eigentum der älteren Menschen selbst sein, und in diesen Wohnungen haben sie einfacheren Zugang zu Dienst- und Pflegeleistungen und Nothilfe als in privaten Wohnungen. Die Serviceleistungen werden von internen oder externen Betreuungs- oder Pflegekräften übernommen. Dies beinhaltet ein Paket von Grundleistungen, das Betreuungs- und pflegerische Dienste, hauswirtschaftliche Dienste, Beratungs- und Informationsleistungen sowie den Hausnotruf umfasst. Je nach individuellem

Bedarf der Bewohner können auch zusätzliche wohnbegleitende Dienstleistungsangebote in Anspruch genommen werden, aber deren Verträge sind häufig rechtlich getrennt von den Mietverträgen (Hanrath 2011, S. 124).

Betreutes Wohnen hat sich in den 1980er- bis 1990er-Jahren in hohem Maße erweitert. Einerseits wurde das Wachstum durch die Wohnungswirtschaft angetrieben, da diese das Betreute Wohnen als Markt mit Wachstumspotenzial betrachtet hat; andererseits gab es dabei auch finanzielle Förderung in einigen Bundesländern. Nach dieser Hochkonjunktur verlangsamte sich das Wachstum zurzeit, aber das Wachstumspotenzial wird immer noch hoch eingeschätzt (vgl. BMFSFJ 2006, S. 23–24).

Gemeinschaftliches Wohnen: Ältere Menschen erwarten von ihrer Wohnung eine gewisse Privatheit, aber gleichzeitig haben sie den Wunsch, in Gemeinschaft mit anderen zu wohnen. Die gemeinschaftlichen Wohnformen haben sich in den vergangenen Jahren insbesondere für diejenigen der älteren Menschen etabliert, die ein selbstständiges Leben führen, aber zugleich mit anderen in Gemeinschaft leben wollen. Gemeinschaftliche Wohnformen, in denen verschiedene Altersgruppen ohne familiäre Beziehung zusammenleben, gibt es in Deutschland schon seit mehr als 30 Jahren. Trotz des wachsenden Interesses an gemeinschaftlichen Wohnformen sowie Hausgemeinschaften und intergenerativen Wohnprojekten machen diese Wohnungen bisher aber nur einen geringen Anteil der Seniorenhaushalte aus.

Diese Wohnkonzepte gehen in Bezug auf den gemeinschaftlichen Aspekt weit über das hinaus, was man im Allgemeinen als Nachbarschaftsgemeinschaft versteht (KDA und Wüstenrot Stiftung 2014, S. 39). Dabei können Isolation überwunden und außerfamiliäre Partner für gegenseitige Hilfe gefunden werden – somit kann der jeweils eigene Hilfebedarf unterstützt werden (BMFSFJ 2006, S. 27). Die Bandbreite reicht von selbstorganisierten Wohngemeinschaften über betreute Wohngemeinschaften im Rahmen der ambulanten Betreuung bis hin zu stationären Betreuungsformen (Hanrath 2011, S. 124).

Die selbstorganisierte Wohngemeinschaft wird meist von den Älteren selbst initiiert – oder zumindest sind sie an der Planung und der Umsetzung beteiligt (KDA und Wüstenrot Stiftung 2014, S. 39). Parallel zu den selbstorganisierten Wohngemeinschaften erhöht sich mittlerweile die Zahl größerer Wohnprojekte, die von verschiedenen Trägern initiiert werden. *Integriertes Wohnen* und *Mehrgenerationenwohnen* werden beispielsweise im Unterschied zu den selbstorganisierten Wohngemeinschaften häufig im Rahmen eines großen Wohnprojektes geplant und umgesetzt.

Unter anderem sollen Mehrgenerationenhäuser als Orte verstanden werden, an denen nachbarschaftliche Hilfe zwischen verschiedenen Generationen erreicht werden soll. Hier begegnen sich Kinder, Jugendliche und Erwachsene unterschiedlichen Alters und helfen sich gegenseitig, wobei sie gleichzeitig ihre jeweils eigene Selbstständigkeit bewahren. Zudem können

Bewohnergruppen mit besonderem Bedarf wie Alleinerziehende oder kinderreiche Familien unter einem Dach zusammengebracht werden und von gegenseitiger Hilfe profitieren. Darüber hinaus gibt es immer mehr Wohngemeinschaften, die mit speziellen Serviceleistungen verbunden sind. Beispielsweise werden Wohngemeinschaften für Menschen mit Behinderung oder dementiell erkrankte Menschen als ambulante Alternative zu den stationären Einrichtungen angeboten. Hier können die Mieter je nach Neigung und Fähigkeit den gemeinsamen Alltag so weit wie noch möglich selbst gestalten.

Diese sogenannten betreuten Wohngemeinschaften, bei denen das Element der Betreuung hervorgehoben ist – wie beispielsweise bei ambulanten und stationären betreuten Hausgemeinschaften – wurden als Alternative zum Altenheim in Gang gebracht. Aber da mittlerweile die Altenheime auch in hohem Maße „normalisiert“ werden, sind diese Wohngemeinschaften manchmal schwer von den stationären Altenheimen zu unterscheiden. Auch ist es möglich, dass bei diesem Konzept der Wohngemeinschaft die Umsetzung der Pflegeleistungen in der Praxis unterschiedlich praktiziert wird (BMFSFJ 2006, S. 34).

Für das Thema altersgerechte Wohnalternativen werden die älteren Menschen und ihre Angehörigen mittlerweile zunehmend sensibilisiert. In diesem Unterkapitel wurden die Konzepte des betreuten Wohnens und des gemeinschaftlichen Wohnens, denen vor allem ein wachsendes Interesse zukommt, zusammengefasst. Von Bedeutung ist aber, dass trotz des deutlichen Anstiegs der medialen Aufmerksamkeit und der Sensibilisierung für dieses Thema eine relativ geringe quantitative Verfügbarkeit an neuem und altengerechtem Wohnraum zu verzeichnen ist (Kudermann 2009, S. 25). Wie in Kapitel 2.3.2. anhand statistischer Daten gezeigt wurde, ist das individuelle Wohnen in der normalen Privatwohnung nach wie vor die dominante Wohnform der älteren Menschen. Dennoch wird deutlich, dass vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Alterung der Bedarf nach altersgerechten Wohnalternativen weiterhin wachsen wird und mit der Zeit noch weitere Alternativen für altersgerechte Wohnmöglichkeiten entwickelt werden.

2.5. Zwischenfazit

Mittlerweile lässt sich eine Tendenz zur verstärkten Thematisierung des demografischen Wandels feststellen. Dieser gesellschaftliche Wandlungsprozess lässt sich im Wesentlichen auf eine steigende Lebenserwartung und konstant niedrige Geburtenraten zurückführen. Es wird erwartet, dass sich dieser Trend fortsetzt, und den Auswirkungen dieses Prozesses auf die Gesellschaft wird ein starker Bedeutungsgewinn zugeschrieben. Unter anderem hat die Erhöhung des Anteils an älteren Menschen in der Bevölkerung – ein Phänomen, das als gesellschaftliche Alterung bezeichnet werden kann – ein verändertes Krankheitsspektrum und die „Chronifizierung der Versorgung“ zur Folge. Parallel dazu ist eine generelle Haushaltsverkleinerung in den Statistiken ersichtlich, sodass bei einer immer weiter ansteigenden Zahl der Pflegefälle und des verlängerten Pflegestandes gleichzeitig nur schwer auf familiäre Pflegeressourcen zurückgegriffen werden kann.

Der normale traditionelle Privathaushalt ist jedoch mit großem Abstand nach wie vor die häufigste Wohnform der Seniorenhaushalte. Infolgedessen rücken vor diesem Hintergrund die Privathaushalte als Gesundheits- und Pflegestandort stärker in den Vordergrund. Neben der ambulanten und der stationären Versorgung wird mit dem Privathaushalt ein *Dritter Gesundheitsstandort* geschaffen. Das zunehmende Aufkommen des Ansatzes, Privathaushalte als Gesundheitsstandorte zu gestalten, hängt damit zusammen, dass die häusliche Versorgung gegenüber der Unterbringung in kollektiven Einrichtungen einen ökonomischen Vorteil aufweist und dem Wunsch der älteren Menschen selbst entspricht. Insbesondere aus dem Grund, dass die zunehmende Anzahl der Fälle von Pflegebedürftigkeit und des damit verbundenen Heimeinzugs eine Herausforderung für Pflegekasse und Sozialhaushalte darstellt, erhält der längstmögliche Verbleib im Wohnraum einen hohen Stellenwert.

Das Konzept des *langen Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit* ruft aber auch neue Anforderungen an Wohnungen und Wohnumfeld hervor. Die vorangegangene Analyse der Wohnverhältnisse machte deutlich, dass ein Großteil der Wohnungen nicht an den Bedarf von älteren Menschen mit Funktionseinschränkungen angepasst ist. Um das Konzept des *langen Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit* zu realisieren, muss daher die private Wohnung technisch und baulich angemessen ausgestattet werden, da in dieser Wohnung eine selbstständige Lebensführung der älteren Menschen auch mit Funktionseinschränkungen oder zumindest eine häusliche Pflege ermöglicht werden muss.

Dem Umstand entgegenzuwirken, dass es aktuell viel zu wenige den Bedürfnissen der älteren Menschen entsprechende Wohnungen gibt und sozusagen eine „graue Wohnungsnot“ droht, stellt also eine neue und notwendige Aufgabe der Wohnungspolitik und Altenpolitik dar. Von besonderem Interesse an der vorliegenden Studie ist, dass die altersgerechte Umgestaltung der Wohnung und der zielgerichtete Einsatz neuer Technik im Wohnraum einerseits als Kostenfaktor,

aber andererseits auch als großes Marktpotenzial für verschiedene Bereiche gilt und dementsprechend einen Mehrwert für Gesundheit, Pflege, Handwerk und Dienstleistung verspricht. Aufbauend auf diesem Verständnis werden im folgenden Kapitel das Thema *Wohnen im Alter* und relevante politische Leitlinien betrachtet. Anschließend werden die verschiedenen Maßnahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung und ihre öffentlichen Fördermöglichkeiten im Detail analysiert.

3. Möglichst langer Verbleib in der vertrauten Häuslichkeit

3.1. Wohnen im Alter

3.1.1. *Definition des Wohnens*

Wohnen umschreibt einen existentiellen Bezug des Menschen zum Raum, und somit ist das Wohnen „*die erste und unmittelbarste Beziehung, die der Mensch zum Raum überhaupt hat*“ (Kluge 1975, S. 867 zit. in Tillich et al. 1990, S. 151). Bollnow spricht hiervon, dass beim Wohnen von der „*Räumlichkeit des Menschen im Ganzen*“ die Rede sein soll (Bollnow 1963, S. 277). Darüber hinaus beschreibt Teuteberg weiterhin, dass „*das Wohnen alle Lebensbereiche des Menschen direkt wie indirekt verbindet und damit eine Erscheinung ist, die alle Zeiten und Orte erfasst*“ (Teuteberg 1985, S. 1–2). So bestimmt und strukturiert das Wohnen den Lebensablauf und berührt nahezu sämtliche Lebensbereiche.

Eine bekannte Definition von Heidegger (1959) besagt, dass Wohnen die „*Art und Weise, der Menschen auf der Erde ist*“ (zit. in Flade 1987, S. 16). In dieser in der Existenzphilosophie und Phänomenologie verwurzelten Definition wird ausgedrückt, dass der Mensch „*wohnt*“, „*wo immer er gerade geht, steht oder liegt und unabhängig davon, ob er eine Wohnung hat oder nicht*“ (Harloff und Ritterfeld 1993, S. 31). In dieser Definition wird mit dem Ausdruck *Wohnen* kein konkreter Ort in Zusammenhang gebracht. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass bei diesen Auffassungen das Wort *Wohnen* als ein Synonym des *Lebens* zu verstehen ist. Wohnen und Leben bedeutet, dass sich dies in sozialen wie physischen Räumen oder Orten vollzieht und nicht ohne diese gedacht werden kann.

Im allgemeinen Kontext wird jedoch der Begriff *Wohnen* als ein Teil des Lebens – relativ eng – verstanden. Zwar ist das Wohnen ein wesentlicher Teil des Lebens und umfasst viele Bedeutungsebenen verschiedener Teilaspekte des Lebens (vgl. Teuteberg 1985, S. 1–2), aber bezüglich des durchgängigen Verständnisses und Gebrauchs beider Begriffe bestehen deutliche Unterschiede. Dieses Verständnis des Wohnens weist darauf hin, dass man nicht nur in der Wohnung und im Wohnumfeld lebt, sondern auch darauf, dass unübersehbare Teile des Erlebens und Handelns der Menschen keinen Bezug zum Wohnen haben (Harloff und Ritterfeld 1993, S. 32). In diesem Sinne wird das Verständnis des Begriffes *Wohnen* eher auf die Erscheinungen innerhalb des Wohnraums eingegrenzt, die einen zentralen Bestandteil der Lebenszeit darstellen.

Damit lässt sich ein Einblick dazu gewinnen, dass das Wohnen nicht einfach *Sein* bedeutet, sondern auf Verbundenheit mit einem Ort hinweist. Von Anbeginn an wurde somit Wohnen mit Verweilen und Bleiben und mit Behaglichkeit und Geruhsamkeit in Verbindung gebracht (Flade 2006, S. 13). Unter diesem Verständnis stellt das Wohnen nicht die ganze Räumlichkeit des Lebens, sondern „das mehr oder weniger dauerhafte Verbleiben an einem Platz (Habitat)“ dar (van Leeuwen 1984, S. 6). Neben dem regelmäßigen Aufenthalt in einer Behausung hat das Wohnen auch die Bedeutung im Sinne einer „Realisierung exklusiver Verfügung von Räumlichkeiten“ (Schandl 2009, S. 1).

Das Wohnen wird demnach selbstverständlich mit dem Wohnraum im Zusammenhang gebracht. Da sich das Wohnen als Handlung auf den Raum bezieht, hat das Wohnen zu der Wohnung und dem Wohnumfeld immer einen unmittelbaren Bezug. Der Definition des Statistischen Bundesamtes zufolge ist eine Wohnung die „Gesamtheit der Räume, die die Führung eines Haushalts ermöglichen, darunter immer eine Küche oder ein Raum mit Kochnische oder Kochschrank“ (Statistisches Bundesamt 2010, S. 288). Bei dieser Sichtweise wird die Wohnung als Immobilie, als „physische Behausung“ betrachtet. Aber auf dieser Grundlage wird dem Wohnkonzept ein weiterer Sinn zugesprochen, der auf dessen Funktion und Bedeutung im Lebensverlauf fokussiert ist. Schandl spricht hiervon, dass die Wohnung nicht nur eine bauliche Beschaffenheit ist, sondern „die unmittelbare Existenz oder noch genauer: die Koordinaten räumlichen Existierens [verortet]“ (Schandl 2009, S. 1).

In diesem Zusammenhang sind neben der Gestaltung der Wohnung und des Wohnumfeldes die subjektiven Wohnbedeutungen, insbesondere die Bedeutung eines Ortes als Zuhause, immer mehr in den Fokus gerückt. Wohnen bedeutet nicht nur „die räumliche Ausgestaltung und Anbindung in einem Wohnumfeld“ oder „das gemeinsame Sitzen im Wohnzimmer“ (Lang 1982 zit. in Steffens et al. 2004, S. 5), sondern auch „an einem bestimmten Ort Zuhause sein, an ihm verwurzelt sein und an ihn hingehören“ (Bollnow 1963, S. 125). Die Bezeichnung *Zuhause* gilt in diesem Sinne „als besonderer Marker für die lokale emotionellen Beziehungen“ (Teuteberg 1985, S. 23). Die Begriffe *daheim sein* oder *Zuhause* werden zwar im alltäglichen Sprachgebrauch häufig als Synonyme zu *Wohnen* verwendet, aber *Zuhause* spiegelt im Unterschied zu *Wohnen* „stärker die emotionale Bindung an einen vertrauten Ort innerhalb einer Struktur der bebauten und unbebauten Umwelt“ wider (Sowarka und Baltes 1999, S. 54).

Flade definiert Wohnen in diesem Zusammenhang

„als enge Mensch-Umwelt-Beziehung [...], die physische, soziale und psychologische Transaktionen umfasst, über die Menschen ihre Wohnumwelt gestalten und in ein Zuhause verwandeln, über die sie ihr alltägliches Leben und ihre sozialen Beziehungen organisieren, über die sie sich „verorten“ und ihrem Leben Sinn und Bedeutung verleihen“ (Flade 2006, S. 17).

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die Wohndefinition über infrastrukturelle Wohnbedingungen hinaus auch den Aspekt des menschlichen Wohnverhaltens miteinbezieht. Um die umfassende individuelle psychosoziale bzw. soziokulturelle Raumbezogenheit zu erfassen, sollten „*alle jene sozialen Handlungen und Verhaltensweisen*“ eingeschlossen werden (Tränkle 1972, S. 2). Dieser Aspekt findet sich auch in der Definition des Wohnens von Teuteberg, in der das Wohnen als „*eine Form soziokulturellen Handelns begriffen werden [kann] [...], das nach Handlungssträgern, Handlungsräumen und Handlungszeiten differenziert werden kann, auf die dann überindividuelle Normen bzw. psychisch-subjektive Werthaltungen einwirken*“ (Teuteberg 1985, S. 2). Tränkle sowie Teuberg beschreiben das Wohnen so, dass es einen Zusammenhang zwischen dem sozialen Interaktionsfeld und der materiellen Wohnumwelt gibt. Lang (1982) vertritt eine ähnliche Auffassung: dass das Wohnen eine zentrale Tätigkeit des Menschen in seiner von ihm nicht zu trennenden gegenständlichen und sozialen Umwelt ist (zit. in Flade 2006, S. 14).

Darüber hinaus lässt sich aus einer Reihe von Untersuchungen feststellen, dass die Definition des Wohnens im Kontext des Verhältnisses zwischen Wohnraum und Menschsein und der damit einhergehenden Wechselwirkungen und Dynamiken verstanden werden sollte. Wohnen ist eine enge, sich im Laufe des Lebens wandelnde Beziehung zwischen Mensch und Umwelt, die durch die Art und Weise des Bauens beeinflusst wird. Einerseits hat die Wohnung Einfluss auf viele Alltagsaktivitäten und Lebensäußerungen der Bewohner. Die familiären Handlungsmöglichkeiten und individuelle Gesundheit bzw. Wohlfinden unterliegen in hohem Maße dem Einfluss der Wohnbedingungen (Hannemann 2014, S. 37). Andererseits beeinflusst und gestaltet der Mensch die eigene Wohnung und das Wohnumfeld. Die Wohnbedingungen wirken insofern, als dass sie Handlungsmöglichkeiten im Wohnraum erweitern oder verhindern. Die durch Wohnumwelt und Mobiliar begründeten Handlungsformen wirken demnach wiederum auf die Wohnumwelt zurück (Teuteberg 1985, S. 2–4). Zugleich nimmt der Mensch den Wohnraum auf bestimmte Weise wahr und bewertet ihn, wobei die soziokulturelle Beeinflussung dies mitprägt. Besonders bedeutsam ist hierbei, dass der soziokulturelle Raum, in dem der Mensch verortet ist, auch der mittelbaren oder unmittelbaren Wechselwirkung mit dem Wohnraum unterliegt. Wie und wo der Mensch wohnt, ist demnach sozial und kulturell geprägt und gestaltet zugleich die eigene Lebenswelt und die Handlungsmöglichkeiten. In diesem Sinne ist das Wohnen als „Spiegel der Gesellschaft“ ein komplexes Geflecht gesellschaftlicher Einflüsse und wiederum selbst gesellschaftliche Ausdrucksform.

3.1.2. *Wohnbedürfnisse*

Dorsch zufolge sind Bedürfnisse *„der Ausdruck dessen, was ein Lebewesen zu einer Erhaltung und Entfaltung notwendig braucht“* (Dorsch 1982 zit. in Flade 1993, S. 47). Zwar ist Wohnen selbst kein Bedürfnis, aber dessen Funktion ist ein Mittel, um Bedürfnissen zu entsprechen. Diese von erwarteter Wohnfunktion geprägten Wohnbedürfnisse sind aber nicht eindimensional. Diesbezüglich ist es sinnvoll, die Bedürfnispyramide von Maslow in den Blick zu nehmen.

Der von Maslow bezeichneten Bedürfnispyramide zufolge taucht das Bedürfnis mehrfach in unterschiedlicher Weise auf. Die menschlichen Bedürfnisse bilden fünf verschiedene „Stufen“ der Pyramiden, die nach der Folge der Dringlichkeit und Wichtigkeit aufeinander aufgebaut sind. Das Bedürfnis nach der nächsthöheren Stufe wird erst nach der Befriedigung der Stufe darunter erzielt und angestrebt werden. Vor allem das Bedürfnis, zu überleben und eine materielle Lebensgrundlage zu haben, gilt als Grundlage für die anderen Bedürfnisse. Die Befriedigung dieser Grundbedürfnisse ist vorausgesetzt, um die Funktion Lebenserhaltung zu erfüllen.

Die Wohnbedürfnisse sind eng gekoppelt mit der Klassifikation nach Maslow. Flade bezieht sich in diesem Sinne auf Maslow, wenn sie den Zusammenhang zwischen allgemeinen Wohnbedürfnissen und Grundbedürfnissen aufstellt:

- *physiologische Bedürfnisse nach Wärme, Licht, Ruhe, Erholung und Schlaf,*
- *das Bedürfnis nach Sicherheit, Beständigkeit, Vertrautheit,*
- *das Bedürfnis nach Privatheit im Sinne der Zugangskontrolle zum eigenen Selbst (Altmann 1976), d. h. sowohl nach Alleinsein als auch nach Zusammensein,*
- *das Bedürfnis nach sozialer Anerkennung, Prestige, Status und Ansehen,*
- *das Bedürfnis nach Selbstentfaltung (Flade 1993, S. 47).*

Die Wohnungen und Wohnumgebungen werden mit diesem Bedürfnismodell in Zusammenhang gebracht. Im Folgenden werden die oben genannten Bedürfnisse näher betrachtet.

Das fundamentale Bedürfnis nach Wohnen kann zunächst im Kontext biologisch-physiologischer Bedürfnisse betrachtet werden, welche den Bedürfnissen nach Wärme, Licht, Ruhe, Erholung sowie Schlaf entsprechen. Darüber hinaus entsprechen die Bedürfnisse nach Ernährung, Hygiene sowie Regeneration den physiologischen Grundbedürfnissen, die vom Wohnraum erwartet werden. Wohnung und Wohnumwelt können diese fundamentalen Bedürfnisbefriedigungen unmittelbar erleichtern oder erschweren. In diesem Sinne ist Wohnen als Grundbestandteil der Erfüllung biologischer Bedürfnisse zu bezeichnen als *„[...] die Gestaltung und Nutzung eines gegen die Unbilden der Natur geschützten Ortes, der zum Aufenthalt während Tag und Nacht werden und weiteren Grundvollzügen dienen kann“* (Goldschmitt 1959 zit. in Meier 2012, S. 30). Wenn dieses Bedürfnis nicht erfüllt wird, können Bedürfnisse in höheren Stufen der Bedürfnispyramide nicht

angestrebt werden. Um diese Bedürfnisse in Bezug auf Wohnen zu erfüllen, wird der Wohnraum häufig in verschiedene Bereiche wie Essbereich, Arbeitsbereich, Schlafbereich sowie Badebereich aufgeteilt, wodurch die die wesentliche Funktion des Wohnens unterstützt wird, was somit beiträgt, physisches und psychisches Wohlbefinden der Bewohner zu erhöhen.

Weiterhin kann das Wohnen auch Sicherheitsbedürfnisse erfüllen, da eine Unterkunft Schutz und Abschirmung vor der Außenwelt ermöglicht. Neben der Sicherstellung von Grundbedürfnissen wie Unterkunft und Ernährung kann man sich in den Wohnraum zurückziehen und sich dort entspannen. Das Wohnen vermittelt demnach „*Schutz, Geborgenheit, Ruhe und Gewohnheit*“ (BMFSFJ 1998, S. 33). Nach Tillich wird im Wohnraum „*ein Stück des Daseins heimisch gemacht, zur Vertrautheit gebracht*“ (Tillich 1975, S. 308 zit. in Hahn 2008, S. 8). Ein abgeschlossener, sicherer Wohnraum bietet demnach beispielsweise Schutz vor Klimaeinflüssen und vor Lärm, Einsehbarkeit sowie Freiheit von Kriminalität und Vandalismus. Näher betrachtet spricht Bollnow hiervon folgendermaßen:

[Die] Wohnung [muss] nicht nur Ausdruck eines Menschen sein, sondern zugleich eine lange Vergangenheit widerspiegeln, wenn sie dem Menschen das Gefühl einer sicheren Stetigkeit des Lebens vermitteln soll. Dazu gehört alles, was in ihr eine Geschichte hat [...]. So ist die Wohnung nicht künstlich geschaffen, sondern allmählich gewachsen und hat Teil an der verlässlichen Sicherheit des langsamen Wachstums (Bollnow 1994 zit. in Häußermann und Siebel 1996, S. 45).

In diesem Zusammenhang umfasst das Bedürfnis nach Sicherheit nicht nur Unabhängigkeit von Klimaeinflüssen, sondern auch das Bedürfnis nach Vertrautheit und Kontinuität, was eine grundlegende Funktion des Wohnraums darstellt (Mästle 2006, S. 24).

Als Drittes geht das Wohnbedürfnis mit den menschlichen Bedürfnissen sowohl nach Alleinsein als auch nach Zusammensein einher. Dabei liegt die Auffassung zugrunde, dass der Mensch einen ambivalenten Wunsch nach Privatheit und Geselligkeit hat. Flade beleuchtet den Begriff *Privatheit* folgendermaßen:

Privatheit, definiert als Zugangskontrolle zum eigenen Selbst, umfasst sowohl den Pol „Alleinsein“ als auch den Gegenpol „Zusammensein“. Das Bedürfnis nach Privatheit ist demnach das Bestreben, zwischen Zusammensein und Alleinsein frei wählen zu können. Ein Mangel an Zugangskontrolle zum eigenen Selbst kann bedeuten: zuviel Alleinsein, d.h. Einsamkeit, oder unerwünschtes gezwungenes Zusammensein, also z.B. nicht die Möglichkeit, eine Tür hinter sich zumachen zu können. Dass Privatheit ein erworbenes Bedürfnis ist, zeigen historische und interkulturelle Vergleiche (Flade 1993, S. 47).

In diesem Zusammenhang ist die Privatheit ein „*Wechselspiel zwischen Zugänglichkeit und Unzugänglichkeit, zwischen Alleinsein und Zusammensein*“ (Hellbrück und Fischer 1999, S. 303). Dies kann sich sowohl auf Einzelpersonen als auch auf kleine Gruppen beziehen, die „unter sich“ bleiben wollen (Mästle 2006, S. 25). Darin ist auch der Wunsch enthalten, dass der Mensch ungestört sein, d. h. von sozialen Einflüssen geschützt bleiben möchte (Ehmayer 2014, S. 73). Die

eigene Wohnung dient hierzu als privater Rückzugsort, wo man sich von der Arbeitswelt und seiner gesellschaftlichen Rolle abgrenzen kann. Die Wohnung bestimmt demnach, wie die eigene Privatsphäre geschützt werden kann (Hannemann 2014, S. 37). Teuteberg bezeichnet das Wohnen in diesem Sinne als „*Scheidung von öffentlicher und privater Sphäre*“ (Teuteberg 1985, S. 23). Zu bedenken ist jedoch, dass die halböffentlichen bzw. halbprivaten Räume (wie Wohnzimmer, Treppenhaus, Vorgarten) soziale Kontakte fördern können. Diese Übergangszonen dienen zur Aufnahme von Kontakten im eigenen Wohnraum. Das heißt, neben dem Ort der Privatsphäre bzw. Intimität gilt die eigene Wohnung zugleich als Ort für soziale Kontakte. Die Zugänglichkeit sowie Infrastrukturen des Wohnraums beeinflussen die Gestaltung der gemeinschaftlichen Räumlichkeiten. Hierbei bietet die eigene Wohnung effiziente Möglichkeiten – vor allem durch Haustür, Zäune oder Mauern, die eine offensichtliche Grenze privater Bereiche darstellen. Der Bewohner kontrolliert dadurch, wem der Zugang zum eigenen Wohnraum ermöglicht wird und wem nicht.

Ein weiteres Bedürfnis ist soziale Anerkennung, also der Wunsch, durch soziale Kontakte und Kommunikationen anerkannt zu sein. Größe und Lage der Wohnung wirken als die wesentlichen Informationen zum Lebensstandard des Subjektes. Zugleich spiegeln die Wohnbereiche, insbesondere jene, in denen Besuch empfangen wird, den sozialen Status der Bewohner wider, und somit beeinflussen sie in hohem Maße die Erfahrung sozialer Anerkennung (Hannemann 2014, S. 37). In der Ungleichheits- und Milieuforschung wird in diesem Zusammenhang das Wohnen als „*Teil lebensweltlicher Sozialmilieus*“ konzeptualisiert (Weltzien 2004, S. 31). Lage und Wohnform, Wohnumfeld sowie Architektur repräsentieren schon seit Beginn des Wohnungsbaus immer auch die gesellschaftliche Stellung der Eigentümer und Mieter (Hannemann 2014, S. 37). Das Wohnen ist demnach verbunden „*mit der Ausübung von Herrschaft und Darstellung sozialer Rollen, mit Geltungsstreben, Gruppensolidarität und Schichtidentifikation*“ (Teuteberg 1985, S. 2).

Das Wohnen dient zugleich der Selbstentfaltung und -verwirklichung. Der Mensch hat den Wunsch, in der eigenen Wohnung sich selbst auszudrücken und wiederzuerkennen. Die Bedeutung des Wohnens umfasst in diesem Sinne über Unterkunft hinaus zugleich „*Ort und Medium der Selbstdarstellung und der Repräsentation*“ (Hannemann 2014, S. 37). Die personenspezifische Gestaltung der Wohnumwelt agiert demnach als Träger von subjektbezogener Information über sich selbst. Dies wird umgesetzt durch Wohngrundrisse, Wohnmöbel sowie technische und künstlerische Ausstattung. Man kann dadurch eigene Vorstellungen in Bezug auf Wohnraum verwirklichen. Diesem Bedürfnis nach Selbstentfaltung, das in der Maslowschen Pyramide an höchster Stelle angesiedelt ist, wird nachgekommen, nachdem untergeordnete Bedürfnisse befriedigt wurden. Anders als ein untergeordnetes Bedürfnis entspricht dieses Bedürfnis nicht dem Homöostaseprinzip. Im Vergleich zu anderen Bedürfnissen, deren Existenz nach der Erfüllung aufhört und die somit an

der Aufrechterhaltung eines bestimmten Zustandes orientiert sind, ist das Bedürfnis der Selbstentfaltung auf Veränderungen im Tagesablauf gerichtet (Flade 1993, S. 48).

Der Aspekt der Selbstdarstellung findet sich auch in der Definition des Wohnens von Fuhrer und Kaiser (1993):

„Wir wohnen, weil wir uns mit den Dingen, mit denen wir uns umgeben, und mit den Orten, in denen wir wohnen, bestätigen können, wer wir sind. [...] Gleichzeitig können wir auch anderen – Bekannten wie Fremden – zeigen, wer wir sind und was wir wollen“ (Fuhrer und Kaiser 1993, S. 59).

Die selbst gestaltete Wohnung und das Wohnumfeld bedeuten demnach für die Menschen ein Mittel der Kommunikation mit sich selbst, damit sie sich ihrer selbst vergewissern können. Zugleich dient eigener Wohnraum dazu, anderen gegenüber die eigene Individualität zum Ausdruck zu bringen und weiterhin Zugehörigkeit zur Gesellschaft auszudrücken (vgl. Linneweber 2010, S. 267).

Vor diesem Hintergrund ist darauf hinzuweisen, dass bei den Aussagen zu Wohnbedürfnissen und zum Wohnbedarf die große Spannweite des menschlichen Daseins berücksichtigt werden muss. Diese verschiedenen Wohnbedürfnisse wurden bisher mehrmals kategorisiert. Unter Bezugnahme auf Tränkle lassen sich generelle Wohnbedürfnisse in drei Gruppen einordnen.

In erster Linie soll Wohnen die biologischen Grundbedürfnisse des Menschen abdecken, ihm Schutz vor Außeneinwirkungen gewähren und sein biologisches Funktionieren sicherstellen. Lässt man andere Wohnbedürfnisse außer Acht und konzentriert man sich nur auf die Erfüllung dieser biologischen Bedürfnisse, so entsteht rein funktionales Wohnen, das kaum den Vorstellungen der Bewohnerschaft entspricht. Psychische und soziale Bedürfnisse spielen gemeinsam mit den biologischen Bedingungen eine wichtige Rolle in der Wohnzufriedenheit und der Wahrnehmung des Wohnens und sind bedeutende Faktoren einer spezifischen Wohnkultur (Tränkle 1972, S. 8).

Diese Kategorie von biologischen, psychischen und sozialen Wohnbedürfnissen umfasst verschiedene Dimensionen der Wünsche und Anliegen, deren Erfüllung durch das Wohnen erwartet wird. Mittlerweile sind insbesondere psychische und soziale Bedürfnisse vermehrt in den Blickpunkt gerückt. Dies zeigt, dass je nach Schwerpunktsetzung die verschiedenen Bereiche der Wohnbedürfnisse unterschiedlichen Kategorien zugeordnet werden.

Hierauf aufbauend werden in den folgenden Kapiteln vornehmlich die theoretischen Konzepte hinsichtlich des Wohnens und der verschiedenen Wohndimensionen näher betrachtet. Unter der Annahme, dass sich in verschiedenen Phasen des Lebens verschiedene Bedürfnisse und Ansprüche an den Wohnraum äußern lassen, wird hierbei vornehmlich die Bedeutung des Wohnens im Alter erforscht.

3.1.3. *Lebenslage und Wohnen im Alter*

Der Begriff *Lebenslage* bezeichnet mehrdimensionale individuelle Lebensentwürfe, die wesentlich durch lebensgeschichtliche Ereignisse und Bedingungen beeinflusst werden. Als Ausgangslage für individuelle und kollektive Lebensbewältigung findet dieses Konzept in der Gerontologie häufig Verwendung. Der Begriff *Lebenslage* stellt eine theoretische Auffassung dar, wobei das Zusammenwirken verschiedener Faktoren in den Lebensverhältnissen von Individuen und gesellschaftlichen Institutionen verdeutlicht wird. Dieses Konzept ermöglicht, dass individuelle und gesellschaftliche Lebensbedingungen mehrdimensional und dynamisch im zeitlichen und räumlichen Sinne erfasst werden. Als ein Konzept mit Dynamik und Kontinuitätsansatz berücksichtigt die Lebenslage neben dem Einkommen auch soziale Indikatoren wie Alter, Einkommen, Bildung, soziale Netzwerke, Gesundheit oder Wohnraum etc. als Einflussfaktoren auf Lebenslagen.

Der Begriff *Lebenslage* wird von mehreren Studien – beispielsweise Nahnsen (1975), Amann (1983), Backes und Clemens (2013) – als „Handlungsspielraum“ bezeichnet. Nahnsen zufolge steht der „Spielraum“ beim Lebenslagenkonzept im Mittelpunkt, den die „gesellschaftlichen Umstände dem Einzelnen zur Entfaltung und Befriedigung seiner wichtigsten Interessen bieten“ (Nahnsen 1975, S. 148). Ähnlich verweist Amann bei dem Konzept der Lebenslagen auf den „Lebens- und Existenzraum von Menschen mit individuellen Fähigkeiten, Bedürfnissen und Lebenserfahrungen, der sich in Erleben, Handeln und Entscheidungen aktualisiert“ (Amann 1983, S. 13).

Dabei geht es insbesondere darum, dass der Lebenslagenansatz neben den objektiven auch die subjektiven Dimensionen berücksichtigt. Die objektive Seite der strukturellen Bedingungen wird mit den subjektiven Seiten des individuellen Handelns in Beziehung gesetzt.

Die objektive Seite des Lebenslagenkonzeptes umfasst sowohl materielle als auch immaterielle Dimensionen und verweist auf deren wechselseitige Abhängigkeiten (Dieck und Naegele 1993, S. 46). Beispielsweise werden Rahmenbedingungen wie „Einkommen und Bildung, aber auch weitere grundlegende Sozialkategorien bzw. Sozialindikatoren wie Geschlecht, regionale Herkunft, die gesundheitliche Situation und die Wohnqualität“ als besonders bedeutsam angeführt (Wahl und Schneekloth 2008, S. 29). Dies umfasst eine Vielzahl der von Individuen nicht beeinflussbaren strukturellen Gegebenheiten. Zugleich werden beim Lebenslagenansatz die subjektiven Dimensionen, zum Beispiel „Ausprägungen als subjektive Lebensführung“ (Backes und Clemens 2013, S. 201), und subjektive Wahrnehmung und deren wechselseitige Beeinflussung zusammengeführt.

Das Hauptaugenmerk dieses Ansatzes gilt dabei dem Verhältnis zwischen Individuen und Institutionen, in der objektive und subjektive Dimensionen als Handlungsspielräume zur

Lebensgestaltung beschrieben werden. Die Reaktion der Menschen auf die materiellen und immateriellen Rahmenbedingungen ist der wichtigste Untersuchungsgegenstand beim Lebenslagenansatz. Die Frage ist hierbei, wie der jeweilige Handlungsspielraum im Rahmen der strukturellen Bedingungen und gesetzten Grenzen ausgefüllt wird.⁷ Vor diesem Hintergrund lässt sich die Lebenslage folgendermaßen konzeptualisieren.

Nach Amann ist

Lebenslage die je historisch konkreten Konstellationen von äußeren Lebensbedingungen, die Menschen im Ablauf ihres Lebens vorfinden, sowie die mit diesen äußeren Bedingungen in wechselseitiger Abhängigkeit sich entwickelnden kognitiven und emotionalen Deutungs- und Verarbeitungsmuster, die diese Menschen hervorbringen (Amann 1983, S. 147).

Ähnlich thematisieren Clemens und Naegele dieses Konzept:

Das Konzept der Lebenslage dient zur Beschreibung der materiellen und immateriellen Lebensverhältnisse und versucht objektive und subjektive Determinanten in Verbindung zu bringen, wobei diese objektiven, äußeren Bedingungen und die subjektiven Wahrnehmungen, Deutungen und Handlungen des Menschen in wechselseitiger Abhängigkeit stehen (Clemens und Naegele 2004, S. 388).

Fasst man die bisherigen Ansätze über Lebenslagen zusammen, sind Lebenslagen als mehrdimensionale Gefüge zu bezeichnen. In der Lebenslage wirken objektive Merkmale wie Einkommens-, Vermögens-, Wohnverhältnisse sowie Grad der Versorgung mit öffentlichen Gütern etc. mit individuellen Werten, subjektiven Interessen und Anliegen zusammen. Die Lebenslage umfasst demnach eine Vielzahl von Lebensbereichen zugleich. In diesem Sinne werden Bäcker et al. zufolge Lebenslagen als „Ausgangsbedingungen menschlichen Handelns wie auch als Produkt dieses Handelns verstanden, die sich aus den jeweiligen konkreten ökonomischen, sozialen, kulturellen und politischen Lebensbedingungen von Menschen im Ablauf ihres Lebens ergeben“ (Bäcker et al. 2010a, S. 45). In diesem Zusammenhang ist die Verknüpfung zwischen Struktur- und Handlungsebene herzustellen.

Vor diesem Hintergrund ist die Lebenslage durch Multidimensionalität und Multikausalität gekennzeichnet. Die einzelne Lebenslage besteht aus verschiedenen Lebensbereichen, die „in wechselseitiger Abhängigkeit zueinander stehen“ und sich demnach keineswegs isoliert voneinander betrachten lassen (Engels 2008, S. 643). Diese Multidimensionalität im Lebenslagenkonzept weist vor allem darauf hin, dass neben ökonomischen Faktoren auch andere umfangreiche Faktoren, die die Lebenslage betreffen, in eine Analyse miteinbezogen werden. Zwar spielt das Einkommen eine vorrangige Rolle, doch spiegelt nicht nur die Einkommenssituation die

⁷ Der Handlungsspielraum bildet die Grundlage des individuellen Handelns. Unter Handlungsspielraum ist somit jener zu verstehen, „den ein Mensch hat, sich bei einem gegebenen Entwicklungsstand einer Gesellschaft zu entfalten und seine Interessen zu befriedigen“ (Bäcker et al. 2008, S. 45–46).

Lebenslage wider, sondern es werden auch nicht-ökonomische Dimensionen unmittelbar berücksichtigt. Vor allem findet das Konzept Verwendung bei der Erfassung neuer horizontaler Ungleichheiten, die insbesondere auf „*Geschlecht, Ethnie, Arbeits-, Wohn- und Freizeitbedingungen*“ bezogen sind (Weltzien 2004, S. 32). Im Vergleich zu konventionellen, am vertikalen Aufbau der Gesellschaft orientierten Klassen- und Schichtansätzen ermöglicht der Ansatz der Lebenslagen eine Analyse, die sowohl die vertikale als auch die „horizontale Ungleichheit“ umfasst. Nach Hradil erfasst dieser Ansatz demnach die „*Gesamtheit ungleicher Lebensbedingungen eines Menschen, die durch das Zusammenwirken von Vor- und Nachteilen in unterschiedlichen Dimensionen sozialer Ungleichheit zustande kommen*“ (Hradil 2001, S. 44).

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass das Lebenslagenkonzept ein Grundkonzept ist, das in der Theorie sozialer Ungleichheit verankert ist. Die Ungleichverteilung dieser lebenslagenrelevanten Indikatoren kann eine erhebliche soziale Ungleichheit zur Folge haben. Durch dieses Lebenslagenkonzept wird somit eine Vielzahl an Ungleichheitsdimensionen berücksichtigt. In diesem Sinne definiert Amann den Begriff *Lebenslage* folgendermaßen:

„Lebenslage heißt unterschiedliche Höhe und Verteilungsform des gesellschaftlichen Reichtums, der sozialen Chancen und der politischen Freiheiten sowie der kulturellen Potenziale, unter denen Menschen leben, und schließlich die auf diesem Hintergrund sich ergebenden tatsächlichen und potenziellen Zugangs und Verfügungschancen im je individuellen Fall“ (Amann 2000, S. 57).

Demnach richtet sich der Lebenslagenansatz darauf, am Einkommen orientierte Armutsmessung zu erweitern, sodass die „*Unterversorgung in mehreren Bereichen wie Erwerbstätigkeit, Bildung, materiellem Lebensstandard, Wohnqualität, Gesundheit und weiteren Bereichen*“ erfasst wird (Engels 2008, S. 643). Als eine theoretisch-konzeptionelle Basis beim Verfahren zur Erfassung sozialer Ungleichheiten wird dieses mehrdimensionale Konzept in der Armutsforschung, der Ungleichheitsforschung und in der Sozialpolitik umfassend verwendet. Mit dem sozialgerontologischen Verständnis wurde die Aufgabe der Sozialpolitik, Strategien und Unterstützungsangebote zur Bewältigung abhängiger Lebenslagen zu entwickeln, vertiefend begründet. Unter anderem können „konventionelle“ Klassen- und Schichtansätze die Unterschiede in den Lebensverhältnissen nicht vertiefend erklären, sodass hier verschiedene Lebenslagenansätze herangezogen werden, damit durch das Lebenslagenkonzept die Lebensverhältnisse eines älteren Menschen in ihrer Gesamtheit erfasst werden können. Clemens sagt hierzu:

Da Lebenslagen gesellschaftlich produzierte Ungleichheit ausdrücken, sind damit auch – kohortenspezifisch differierende – Start- und Entwicklungschancen festgelegt, die im soziohistorischen wie individuell-biografischen Verlauf strukturell und handlungsgenerierend wirksam werden und die Lebenslage im Alter als Produkt lebenszeitlicher Entwicklung prägen (Clemens 2004, S. 47).

Vor allem ist Wohnen speziell für ältere Menschen eine zentrale Dimension der Lebenslage. Innerhalb des Konzeptes der Lebenslagen stellt Wohnen eine eigene Dimension dar (Weltzien 2004, S. 31). Neben Ernährung und Bekleidung wird Wohnen den drei Grundproblemen der Lebenshaltung zugeordnet, und es wird sich immer mit den multidimensionalen Analysen von Lebenslagen auseinandergesetzt (Voges 2002, S. 266). Dies wurde von Voges und Zinke folgendermaßen dargestellt:

Die Lebensverhältnisse Älterer werden stark durch das Wohnen geprägt. Da altersbedingte Veränderungen keine soziale Nivellierung bewirken, gilt es bei der Betrachtung des Handlungsspielraumes und der Lebensqualität die Heterogenität der Lebenslagen im höheren Lebensalter zu berücksichtigen. Vor dem Hintergrund der Wohnverhältnisse Älterer und Hochbetagter wird deutlich, dass ein erheblicher innenarchitektonischer, städtebaulicher sowie sozialpolitischer Handlungsbedarf besteht (Voges und Zinke 2010, S. 308).

Weitgehender Konsens besteht darüber, dass Wohnen sowohl materielle als auch immaterielle Lebenslagenaspekte darstellt. Das Wohnen ist in erster Linie als eine wesentliche Dimension der Lebenslage direkt mit deren materiellen Bedingungen wie Immobilien und Ausstattung verknüpft. Die Wohnqualität und die weitere Wohnumwelt sind stark abhängig von Einkommen der Bewohner. Das Risiko, sich in einer schlechten Wohnsituation wiederzufinden, ist in der Unterschicht höher als in der Oberschicht. Beispielsweise ist die Verteilung der verschiedenen Wohnungsgrößen, Wohnungsformen und Wohnausstattung der älteren Menschen vor allem von der finanziellen Situation abhängig. Darüber hinaus sind Wohnverhältnisse neben den Einkommenslagen auch auf mehrdimensionale Versorgungslagen und deren Wechselwirkungen bezogen. In diesem Zusammenhang thematisieren Heinze et al. im Rahmen des Lebenslagenkonzeptes folgende acht Dimensionen bezüglich des Wohnens:

- *Dimension Wohnstandard und -qualität*
- *Dimension der Wohnform und -gemeinschaft*
- *Ökonomische und wohnrechtliche Dimension*
- *Dimension der Selbstständigkeit*
- *Regionale Dimension*
- *Dimension der Wohnumweltbedingungen*
- *Soziale und gesellschaftsbezogene Dimension*
- *Gefährdungs- und Risikodimension (vgl. Heinze et al. 1997a, S. 23–24)*

Besonders auffällig bei diesen Dimensionen in Bezug auf das *Wohnen im Alter* ist, dass einige Dimensionen im hohen Alter eine besondere Bedeutung haben; vornehmlich die Dimension der Selbstständigkeit, also die Fähigkeit, die eigenständige Lebensführung aufrechtzuerhalten, gewinnt mit höherem Alter immer mehr an Bedeutung, da diese aufgrund der nachlassenden körperlichen Funktionen immer mehr gefährdet ist. Zudem haben die Wohnumweltbedingungen, die unter

anderem durch Erreichbarkeit und Zugänglichkeit der Wohnung und wichtige Infrastruktur bestimmt sind, engsten Bezug zur Lebenslage der älteren Menschen. Der begrenzte Aktivitätsradius der älteren Menschen führt zudem dazu, dass die soziale und gesellschaftliche Aktivität im Wohnraum oder in nahegelegenen Räumlichkeiten stattfindet. Die soziale und gesellschaftsbezogene Dimension ist daher explizit als Teil dieser Dimension der Lebenslage in der Analyse zu betrachten. Zugleich wird sich immer häufiger vor dem Hintergrund oben genannter altersrelevanter Funktionseinschränkungen mit den hohen Risiko- und Gefährdungswahrscheinlichkeiten hinsichtlich des Wohnens im Alter auseinandergesetzt.

3.1.4. *Ökologische Gerontologie: Person-Umwelt-Ansatz*

Das Altern ist nicht nur als körperliche und persönliche Entwicklung oder Veränderung zu betrachten, sondern auch als Folge von Wechselwirkungen zwischen den jeweiligen gegebenen Umweltbedingungen und individueller Entität. Angesichts der mit dem Alter zunehmenden Risiken aufgrund der physischen bzw. kognitiven Einschränkungen spielen Umweltbedingungen eine immer wichtigere Rolle.

Bei der ökologischen Gerontologie stellt sich die Frage, inwieweit die jeweilige Umwelt Erklärungen für das Verhalten und Erleben von älteren Menschen geben kann. Im Gegensatz zum Konzept der Lebenslagen umfasst der ökologisch-gerontologische Ansatz in der Regel keine kontroversen sozialstrukturellen Diskurse wie zum Beispiel den in Bezug auf soziale Ungleichheiten. Im Rahmen des Konzeptes der ökologischen Gerontologie wird eher auf individuell wahrgenommene Umweltbedingungen fokussiert (vgl. Weltzien 2004, S. 50). Dies wird insofern häufig als ein psychologischer Ansatz angesehen und thematisiert primär subjektive Faktoren der Lebenssituation älterer Menschen. Wahl zufolge betrachtet der Ansatz der ökologischen Gerontologie schwerpunktmäßig *„die Beschreibung und Erklärung der Auseinandersetzung des Individuums“* mit umweltrelevanten Rahmenbedingungen (Wahl 2000, S. 204). Dabei wird vorausgesetzt, dass es sich in fortgeschrittenem Alter gegenüber jüngerem Alter um eine distinkte Wechselwirkung mit der Umwelt handelt. Wahl et al. (2010) sprechen beispielsweise hiervon, dass *„das Zusammenwirken und die wechselseitige Verzahnung des umweltrelevanten Leistungsbündels wie Sensorik, Motorik und Kognition dieser Komponenten im Alter so eng wie in keiner anderen Phase des Erwachsenenlebens“* sind (Wahl et al. 2010, S. 17). Schlag und Megel vertreten eine ähnliche Auffassung, nämlich dass *„Entwicklungsprozesse im höheren Lebensalter in besonders intensiver und kontingenter Weise von den Ressourcen und Begrenzungen der jeweils gegebenen Umweltbedingungen abhängig sind bzw. von diesen stimuliert und gefördert oder unterdrückt und*

begrenzt werden können“ (Schlag und Megel 2002, S. 50).

Die ökologische Gerontologie umfasst daher Kompetenzen und Verhaltensweisen von älteren Menschen und räumlich-materielle Aspekte der Umweltgegebenheiten. Insofern ist die Person-Umwelt-Beziehung für Ansätze der ökologischen Gerontologie zentral. Der Ansatz der Person-Umwelt-Beziehung interessiert sich insbesondere für „*das Zusammenspiel mit dinglichen und sozialen Strukturen der Umwelt, die bisherige Ziele, Lebensmuster und den Erhalt von Kompetenzen stärken oder schwächen*“. Im Falle der Abnahme der Kompetenz der Person werden das Verhalten und Lebensqualität der Person stärker durch Faktoren außerhalb der Person beeinflusst. Der Fokus dieses Ansatzes liegt demnach auf dem Verhältnis zwischen Umwelтанforderungen und individuellen Kompetenzverläufen (Sowarka 2002, S. 92-93).

Bei Betrachtung der persönlichen Fähigkeiten ist nicht abzustreiten, dass mit zunehmendem Alter das Risiko wächst, verschiedene Kompetenzen einzubüßen. Aber dieser Prozess verläuft individuell stark unterschiedlich und wird unterschiedlich wahrgenommen und kompensiert. Weitgehender Konsens besteht mittlerweile darüber, dass der Blick statt auf Defizite, die dazu führen, dass ältere Menschen hilfebedürftig oder passiv werden, verstärkt auf ihre Ressourcen und Chancen gerichtet werden sollte. Darin ist ein Perspektivwechsel enthalten: dass sich ältere Menschen gemäß den eigenen Wünschen und Bedürfnissen an die sozial-räumlichen Gegebenheiten anpassen oder diese initiativ aktiv mitgestalten. Der Ressourcencharakter der Umwelt lässt sich auch in mehrdimensionaler Weise betrachten. Lawton (1989) argumentiert, dass Umwelten sowohl Unterstützung (environmental support) als auch Anregung (environmental stimulation) bieten. Bezüglich der anregenden Funktion ist bemerkenswert, dass die Umwelt nicht nur als Barriere agiert, die Anpassung oder Überwindung erfordert, sondern auch Entwicklungsanreize bietet (vgl. Wahl 2010, S. 185).

Vor dem Hintergrund dieser vielfältigen Eigenschaften der Umwelt wurden mehrere Modelle der Person-Umwelt-Konstellation betrachtet (Saup 1993, S. 58). Hierzu gibt es drei Modelle, um die Person-Umwelt-Beziehungen zu konzeptualisieren. Diese sind das *Kompetenzmodell*⁸, das

⁸ Das Kompetenzmodell richtet in diesem Verständnis den Blick stark auf die Bedeutung von Fähigkeiten und Fähigkeitseinbußen an Umwelтанforderungen im Alter. Dabei geht es davon aus, dass der Alterungsprozess häufig mit der Verringerung bestimmter Kompetenzen verbunden ist. Diese altersrelevanten Funktionseinbußen führen dazu, dass die Anforderungen, Herausforderungen und Stimulationen durch die räumliche Umwelt wachsen. Lawton und Nahemow bezeichnen dies als *Umweltdruck*, dem man sich mehr oder weniger fügen müsse (Lawton und Nahemow 1973, zit. in Wahl 2000, S. 205–206). Individuelle Anpassungsbedingungen an die Umwelt wurden andererseits von mehreren Forschungen als *Umweltkompetenz* konzeptualisiert. Nach Lantermann wird Umweltkompetenz als Fähigkeit eines Individuums zusammengefasst, „*die für seine Handlungsintentionen relevanten Komponenten einer objektiven Situation angemessen wahrzunehmen und auf dieser Grundlage eigeninitiiertes Handeln zu planen*“

Kongruenzmodell⁹ und das Stressverarbeitungsmodell¹⁰ (Saup 1993). Die individuellen Bewältigungsrepertoires entscheiden, wie man mit den Anforderungen und den Belastungen umgeht. Hinsichtlich dieser Ansätze besteht aber auch Kritik dahingehend, dass diese Betrachtungen die subjektive Wahrnehmung und das Erleben der älteren Menschen vernachlässigen. Dieser Kritik nach sollten bei Person-Umwelt-Austauschprozessen objektives Handeln und subjektives Erleben zusammen betrachtet werden. Oswald argumentiert, dass „*Handlungs- und Erlebensebene im Alltag eng miteinander verwoben sind, aber es gibt nur wenige Konzepte und Studien, die sowohl objektive als auch subjektive Aspekte des Person-Umwelt-Austausches adressieren*“ (Oswald 2010, S. 169–170). Ähnlicherweise versteht Saup (1993) die Person-Umwelt-Austauschprozesse folgendermaßen:

Unser Prozessmodell der Person-Umwelt-Interaktion im Alter konzeptualisiert die Beziehung des älteren Menschen zu seiner alltäglichen räumlich-sozialen Umwelt als einen Handlungsprozess, der einerseits durch Umweltfaktoren und Situationsmerkmale, andererseits durch personenspezifische Faktoren wie Umweltdispositionen und -fähigkeiten als auch extern Ressourcen beeinflusst ist. Als wesentliche Elemente des Prozessgeschehens werden situationsspezifische Handlungsziele, die individuelle Umweltperzeption, Ziel-Perzeptionsbilanzierungen sowie Copingversuche berücksichtigt. Als Folgen der Konfrontation und Auseinandersetzung der älteren Menschen mit ihrer Umwelt werden situationsspezifische Reaktionen (z. B. Ortsidentität, Wohnzufriedenheit) als auch allgemeine Indikatoren (z. B. persönliche Weiterentwicklung, Lebenszufriedenheit, psychische Belastung) berücksichtigt (Saup 1993, S. 59).

und zu realisieren unter Einschluss der Möglichkeit, auf Elemente der Situation in Relation zu den Handlungszielen einzuwirken“ (Lantermann 1975, S. 436 zit. in Wahl 2010, S. 186). Damit lassen sich wichtige Einblicke dazu gewinnen, dass die Person-Umwelt-Beziehung ein dynamischer Prozess ist und sich dadurch verändert, dass sich die Umwelt bzw. die persönliche Kompetenz verändert.

⁹ Im Rahmen des Kongruenzmodells legt man den Schwerpunkt auf die individuellen Bedürfnisse der älteren Menschen oder deren Lebenszufriedenheit (vgl. z. B. Kahana 1982, Carp und Carp 1982). Dabei wird vorausgesetzt, dass die Lebenszufriedenheit davon abhängig ist, wie stark eine Passung zwischen Person und Umwelt besteht. Unterschiedliche Passungsformen und Passungsgrade zwischen Person und Umwelt werden daher in diesem Ansatz in den Blick genommen. In Anlehnung an Lawton bezeichnen Carp und Carp die Kompetenz der Person als die Gesundheit und die sensomotorischen und kognitiven Fähigkeiten, wobei die Umwelt sowohl als Barriere als auch als Ressource gesehen wird (Carp und Carp 1984, S. 291 zit. in Gottlieb 2009, S. 21). Wenn die Umweltgegebenheiten und persönliche und alltägliche Bedürfnisse der Älteren nicht optimal übereinstimmen, führt dies zu ungünstigen Effekten im Erleben und Verhalten der Person. Darüber hinaus wirkt sich positive Passung beispielsweise auf die gute physische und psychische Gesundheit sowie auf hohe Lebenszufriedenheit aus.

¹⁰ Das Stressverarbeitungsmodell legt Augenmerk darauf, wie prozessuale Person-Umwelt-Beziehungen insbesondere in der belastenden Situation ablaufen. Dieses Modell beleuchtet insbesondere die Belastungsaspekte von Umwelten. Beim Person-Umwelt-Stress-Ansatz geht man davon aus, dass ganz bestimmte Umweltmerkmale belastend sein können, wodurch einer Person Privatheit oder Kontrolle über die Umwelt verloren gehen können. Aber individuelle Verhaltens- und Erlebenseffekte werden nicht lediglich durch Veränderung der Umweltbedingungen erklärt, sondern individuelle Auseinandersetzung mit den Umweltfaktoren wird als zentraler Einflussfaktor betrachtet (Schooler 1982 zit. in Saup 1993, S. 45).

In diesem Zusammenhang hebt Oswald weiter hervor, dass dieser Zugang eine Sichtweise der Person-Umwelt-Relation im Alter erlaubt, *„die nicht nur Anpassung fordert und Anreize bietet, sondern auch lebenslang erworbene Bedeutung repräsentiert und Identität stiftet“* (Oswald 2010, S. 171). Das ist so zu verstehen, dass auf der subjektiven, empirischen Ebene die objektiven Mängel in den Lebensbedingungen im Alter nicht zwangsläufig zu schlechterer Lebensqualität führen müssen und das Leben gegebenenfalls trotzdem ein durchaus hohes Maß an Lebensqualität besitzen kann. Da beispielsweise die gewohnten Umweltbedingungen die eigene Identität widerspiegeln, beurteilen die älteren Menschen ihr Wohnen und ihr Wohnumfeld nicht nur nach deren Funktion, sondern auch nach deren Bedeutung. Manche ältere Menschen empfinden daher trotz der mangelhaften Anlage und Ausstattung das eigene Zuhause nicht als negativ – und somit einen notwendigen Umzug als Bedrohung des Selbst. Dieses Zufriedenheitsparadox in Bezug auf Wohnen weist darauf hin, dass Konzepte wie Umweltidentität oder Ortsidentität von einer untrennbaren Einheit von Person und Umwelt ausgehen (Oswald 2010, S. 171).

Die obigen Ausführungen machen bereits deutlich, dass die ökologische Gerontologie unmittelbar mit praxisbezogenen Fragestellungen des Wohnens im Alter konfrontiert ist. Das Altern findet in der räumlichen Umwelt statt, und in der Lebensphase des Alters treten das Wohnumfeld und die Wohnung in den Vordergrund. Nach Mollenkopf et al. spiegelt sich im Wohnen *„das facettenreiche Zusammenspiel äußerer sozial-räumlicher Umweltbedingungen mit den vielfältigsten Aspekten von Verhalten (z.B. Nutzung und Anpassung, Rückzug und Gestaltung) und Erleben (z.B. Selbstständigkeit und Abhängigkeit, Gewöhnung und Anregung, Orientierung und Unsicherheit, Identität und Fremdheit) wider“* (Mollenkopf et al. 2004, S. 302). Die Person-Umwelt-Ansätze bieten einen Erklärungsrahmen zu den Fragestellungen, ob Unterstützungsbedarf, insbesondere Wohnbedarf, zu Umweltangeboten und -möglichkeiten bzw. Umweltkompetenz zu objektiven Umweltgegebenheiten passen.

Die Anpassung des Wohnraums an die sich verändernden Fähigkeiten und Bedürfnisse der älteren Menschen ermöglicht es beispielsweise, möglichst lange im Privathaushalt zu bleiben. Zugleich werden die Interventionen und Förderungen in verschiedenen Lebensbereichen verstärkt benötigt, die der Verminderung des Umweltdrucks und der Unterstützung beim Alltagsleben dienen. In dieser Zeit ist der Umfang der Fördermöglichkeiten für die älteren Menschen sehr groß, und daher sind auch die Chancen einer *„möglichst optimalen Person-Umwelt-Passung“* sehr hoch (Schlag und Megel 2002, S. 57). Insbesondere ist die Rolle von Wohnmerkmalen, infrastrukturellen Gegebenheiten und Hilfsmitteln zunehmend in den Fokus des Person-Umwelt-Ansatzes gerückt, da dadurch die Auseinandersetzung des Individuums mit (veränderten) wohnumweltspezifischen Rahmenbedingungen beschrieben und erklärt werden kann. In den zurückliegenden Dekaden hat eine starke Durchdringung mit technischen Elementen stattgefunden (Mollenkopf et al. 2004, S.

302). Der technische Ansatz in der Wohnung soll dazu beitragen, optimale Person-Umwelt-Anpassungen und somit möglichst selbstständiges Wohnen zu schaffen, indem räumliche und strukturelle Rahmenbedingungen verbessert werden; so können neue Verhältnisse zwischen Person und Umwelt hergestellt werden.

3.1.5. *Wohndimensionen und Wohnen im Alter*

Die Wohnung und das Wohnumfeld wirken auf die Lebensführung der älteren Menschen in vielerlei Hinsicht ein. In der Lebensverlauf- und Biographieforschung wird das Wohnen als „Bestimmungsfaktor für Alternsprozesse“ bezeichnet (Weltzien 2004, S. 31). Die oben thematisierten Konzepte von Lebenslagen und ökologischer Gerontologie stellen die Grundlage für das Verstehen des Wohnens im Alter dar, welches wiederum eine mehrdimensionale Erfassung des Einflusses der Wohnung und des Wohnumfeldes auf die älteren Menschen und ihre Hintergründe ermöglicht.¹¹ Die vorliegende Studie lässt sich bezüglich der Wohnung und des Wohnumfeldes in Anlehnung an Hellgardt (2013) folgendermaßen einteilen: in die räumliche, die soziale und die psychologische Wohndimension (Hellgardt 2013, S. 280). Im Rahmen dieser Wohndimensionen wird sich weiterhin mit der Bedeutung des Wohnens für ältere Menschen auseinandergesetzt. Wenn man diese Auffassung auf das *Wohnen im Alter* bezieht, kommt altersrelevanten Einheiten in diesem Zusammenhang Bedeutung zu. Es ist kein besonderer Ausnahmefall, dass die älteren Menschen mit dem zunehmenden Alter stärker abnehmende Kraft und Beweglichkeit und sinkende Sehkraft aufweisen. Saup und Reichert beschreiben dies folgendermaßen:

In den Lebenslaufphasen des frühen und mittleren Erwachsenenalters werden berufs- und freizeitbezogene Aktivitäten häufig in verschiedenen räumlich-sozialen Bezügen ausgeübt, und deshalb stehen auch viele Wohnungen am Tage stundenlang leer. Dies ist im Alter nicht mehr so: Die Wohnung wird intensiver genutzt. Das Wohnen in der Altersphase umfasst wieder eine Vielfalt innerhäuslicher Lebensvorgänge, die Gestaltung des Alltags – also die Haushaltsführung, die Kontaktpflege, die Nutzung von Medien, spielerische und schöpferische Betätigungen und so weiter – geschieht stärker wohnungs- und nachbarschaftszentriert als zuvor (Saup und Reichert 1999, S. 249–250).

¹¹ Die Kategorisierung der Wohndimensionen kann je nach dem zugrundegelegten Verständnis des Wohnens oder der Lebensdimensionen variieren. Nach dem Bericht der Schader-Stiftung werden drei Lebensdimensionen in Betracht gezogen, und diese sind emotionaler Raum, Handlungsraum und sozialer Raum. Die grundlegenden Wohndimensionen werden demnach folgendermaßen unterscheiden: Wohnung und Wohnumfeld als emotionaler Raum und Handlungsraum sowie sozialer Raum (Schader-Stiftung 2000, S. 6). Hierauf aufbauend werden die Wohndimensionen von Grymer dem Aspekt der „Partizipation“ einbezogen, und somit werden folgende Wohndimensionen unterteilt: infrastrukturelle, infrastrukturell-partizipative, psychologische sowie partizipatorische-aktivitätsbezogene Wohndimension (Grymer 2005, S. 119).

Anders als für die Erwachsenen und jüngeren Alten, für die die Wohnung ein Rückzugsbereich ins Private ist, wird diese aber mit höherem Alter vermehrt zum eigentlichen Lebensmittelpunkt (vgl. Clemens und Naegele 2004, S. 392). Die innerhäusliche Lebensaktivität weitet sich bei älteren Menschen weiter aus, während die Umweltbezüge abnehmen. Mit dem Alter konzentrieren sich mehr und mehr alltagsweltliche Lebenserfahrungen wie Freizeitinteressen und -aktivitäten auf den Wohnraum, somit wird das Wohnen als ein wesentlicher Faktor der Lebensgestaltung im Alter betrachtet. In Anbetracht dieser wesentlich längeren Aufenthaltszeiten der älteren Menschen in eigenen Wohnraum hat das Wohnen bei der Auseinandersetzung mit Altersfragen einen sehr großen Stellenwert.

Darüber hinaus ist der eigene Wohnraum für die älteren Menschen von Bedeutung, in dem Hilfe- und Betreuungsmöglichkeiten bereitgestellt werden. Im höheren Lebensalter erleiden Ältere nicht selten Mehrausfälle der Leistungsfähigkeit in Folge bestimmter Krankheiten, insbesondere Multimorbidität. Zudem bestehen Beeinträchtigungen in Bezug auf Sensorik, Motorik und Kognition mit dem zunehmenden Alter häufiger. Wie in Kapitel 2.3.2. angedeutet, werden der Pflegestatistik zufolge über 70 % der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt und die meisten zu Hause wohnenden Pflegebedürftigen durch Angehörige versorgt, welche durch die Pflegekasse im Rahmen des Pflegegeldes finanziell unterstützt werden. Die anderen Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, bekommen entweder ausschließlich die Unterstützung professioneller Pflegekräfte oder kombinierte formelle und informelle Pflegeleistungen. In diesem Sinne dient die Wohnung als Pflegestandort, an dem umfangreiche öffentliche und private Hilfesysteme herangezogen werden.

Vor diesem Hintergrund wird sich umfassend mit den Bedeutungen des Wohnens für die älteren Menschen im Rahmen der oben genannten verschiedenen Wohndimensionen befasst. Die verschiedenen Dimensionen, die in dieser Studie als räumliche, psychologische und soziale Dimension unterschieden werden, sind miteinander vernetzt und können einander stark beeinflussen. Im Folgenden wird dies vornehmlich mit dem *Wohnen im Alter* in Zusammenhang gebracht.

Die räumliche Dimension des Wohnens umfasst den eigentlichen Wohnraum und den räumlich-geografischen Aspekt des Wohnumfeldes (Hellgardt 2013, S. 280–281). Saup und Reichert zufolge

beginnt das Umfeld der Wohnung mit dem Hausflur, dem Treppenhaus und dem Hauseingang oder dem Eingangsbereich eines Wohngebäudes, und es weitet sich aus in die engere Hausumgebung, die Nachbarschaft, das Wohnviertel und den Stadtteil (Saup und Reichert 1999, S. 250).

Unter räumlichen Wohndimensionen werden demnach vornehmlich Wohnausstattung und bauliche Gegebenheiten des physischen Wohnumfeldes verstanden. Räumlicher Rahmen und technische Ausstattung sowie das Vorhandensein nutzbarer Handlungsressourcen im Wohnumfeld prägen die

Handlungsmöglichkeiten in Wohnung und Wohnumfeld (vgl. Schader-Stiftung 2000, S. 6). In Anlehnung an Bronfenbrenner (1981) lassen sich drei Ebenen der räumlichen Wohndimensionen in Bezug auf das *Wohnen im Alter* unterteilen:

(1) die Mikroebene umfasst den engen Radius des Wohngebäudes an sich. Hier stehen altengerechte Gestaltung, Funktionalität, aber auch Verfügbarkeit von Angeboten im Fokus

(2) die Mesoebene beinhaltet das nahe Wohnumfeld (Nachbarschaft, zusammengehörende Hauseinheiten, Wohnblocks) und

(3) die Makroebene umfasst das weitere Wohnumfeld, das Quartier oder den Stadtteil mit seinen Partizipationsangeboten und der infrastrukturellen Ausstattung (Nahversorgung, medizinische Versorgung, öffentlicher Personennahverkehr, Sicherheitsangebote) (zit. in Hellgardt 2013, S. 280–281)

Die oben genannten verschiedenen räumlichen Dimensionen sind verbunden mit unterschiedlichen Anforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten für die älteren Menschen.

Die Wohnbedingungen können die Selbstständigkeit und die Kompetenz im Alter fördern oder erheblich beeinträchtigen (Kaiser 2000, S. 263). Eine gut eingerichtete Wohnung und ein anregendes Wohnumfeld entscheiden somit über den Aktivitätsradius der älteren Menschen. Von Bedeutung sind dabei die Beseitigung oder Reduktion der Barrieren für die problemlose Mobilität im innerhäuslichen Bereich. Die Zugänglichkeit zu solcher Ausstattung ist im Alter demnach maßgeblich für Alltagsgestaltung und Alltagskompetenz. Neben dieser Schaffung von barrierefreier Erreichbarkeit und Mobilitätsfreiheit kommt auch haushaltstechnischen Geräten und Kommunikationstechnik zunehmende Bedeutung zu.

Der räumliche Rahmen des Wohnens umfasst auch Wohnumfelder, in denen Interaktionen und Kontakte stattfinden, und städtische Infrastruktur, in der Versorgungsmöglichkeiten angesiedelt sind. Die Verfügbarkeit von Konsum- und Dienstleistungsangeboten und verkehrstechnischer Infrastruktur ist in Bezug auf die Handlungschancen im außerhäuslichen Bereich und weitere Möglichkeiten individueller Entfaltung entscheidend (vgl. Schader-Stiftung 2000, S. 6). Darüber hinaus ist die Abnahme der Alltagskompetenz im Alter mit den speziellen Versorgungsanforderungen verbunden. Die körperlichen bzw. kognitiven Bedingungen der Älteren erfordern daher die Verfügbarkeit von menschlichen Hilfeleistungen. Insbesondere die verschiedenen Angebote, die innerhalb dieses Wohnumfeldes zur Verfügung stehen, und die den Bedürfnissen der Älteren angepasst sind, können deren mögliche Funktionseinbußen kompensieren.

Diese bauliche Gestaltung der Wohnung und infrastrukturelle Bedingungen der Wohnumwelt können die Aktivitäten im Wohnraum stark beeinflussen. Die Beurteilungen, die über objektive Indikatoren erfolgen, entsprechen aber nicht immer den subjektiven Beurteilungen (Meier 2012, S. 31). Rüßer stellt die objektiven und subjektiven Dimensionen des Wohnens folgendermaßen dar:

Wohnen umfasst aber nicht nur „objektive“ Dimensionen, sondern auch „subjektive“, wie Wohnbedürfnisse bzw. -präferenzen, Wohnerleben, Wohnzufriedenheit, Sicherheit, Vertrautheit etc. Mit Blick auf die „subjektive“ Seite der Lebenslage Wohnen geht es z. B. um die Wahrnehmung der sozialen und räumlichen Umgebung, die Nutzung bestimmter Betreuungsangebote, die Teilnahme an Gemeinschaftsaktivitäten etc. Biographisch bedingt verändern sich in der Alterslebensphase die Wohnpräferenzen (Rüßler 2007, S. 55).

Diese subjektive Dimension des Wohnens ist genau wie die objektive Dimension insbesondere mit dem hohen Lebensalter untrennbar verbunden. Der Wohnraum – als subjektiv wichtiger Ort – dient nicht nur zum Zwecke der Befriedigung, sondern auch zur Erhaltung eines erfüllten Lebens im Alter. Das subjektive Wohnerleben und Wohnzufriedenheit kann mit dem objektiven korrespondieren, muss aber nicht (vgl. Rüßler 2007, S. 55; Grymer 2005, S. 113–115).

Vor diesem Hintergrund wird weiterhin die psychologische und soziologische Dimension des Wohnens betrachtet. Zunächst kann die psychologische Dimension des Wohnens mit individuellem Wohnverhalten und Wohnerleben – insbesondere im emotionalen und kognitiven Sinne – in Zusammenhang gebracht werden. Insbesondere ist dabei die Wechselwirkung zwischen dem Menschen und seiner Wohnumgebung in den Fokus gerückt.

Wohnen als Prozess der Person-Umwelt-Wechselwirkung ist nicht nur durch Handlungen, sondern auch durch unterschiedliche subjektive Bedeutungen geprägt. Oswald verbindet mit dem Erleben des Wohnens fünf verschiedene Kategorien subjektiver Wohnbedeutungen:

- *das Erleben von Wohnanlage, Anbindung und Ausstattung,*
- *das Erleben von Anregung, Gestaltungsmöglichkeit und Autonomie,*
- *das Erleben von Gewöhnung, Vertrautheit und Verinnerlichung,*
- *das Erleben von Zufriedenheit, Wohlbefinden und Privatheit und*
- *das Erleben von sozialen Gefügen (Oswald 1996, S. 187)*

Diese Auffassungen von subjektivem Wohnerleben spiegeln die Definition des Wohnens von Flade wider, in der das Wohnen als „*physischer, sozialer und psychologischer Austauschprozess zwischen dem Menschen und seiner Umwelt*“ (Flade 1987, S. 16) bezeichnet wird. Aus psychologischer Betrachtungsweise wird die Debatte bezüglich des Wohnens vornehmlich auf subjektives Wohnerleben fokussiert.

Zunächst gilt die Wohnung psychologisch als Ort der Privatheit und Intimität. Bei der psychologischen Dimension wird auf das Wohnen als Ort der Privatheit und Intimität, an dem emotionale und körperliche Bedürfnisse ausgelebt werden, fokussiert. Das Bedürfnis nach Privatheit ist durch soziokulturelle Normen geprägt und intraindividuellen Veränderungen unterworfen. Beispielsweise haben Kinder zwar keine bestimmte Vorstellung von *privat*, das Bedürfnis nach Abgrenzung wächst aber mit dem Alter. Diese Faktoren stellen die besondere

Bedeutung des Wohnens für das Leben im Alter dar. Des Weiteren sind die Einrichtung der Wohnung insgesamt und einzelne Einrichtungsgegenstände mit emotionalen Erinnerungen verknüpft, indem sie verschiedene Sphären der Biografie repräsentieren. Lüdtke postuliert:

Mit steigendem Alter steigt der Wert der eigenen Wohnung als angeeignetes Habitat, als „Museum“ und symbolische Stätte der Erinnerungen und der Ansammlung biographisch bedeutsamer Symbole. Ihre endgültige Aufgabe unter Zurücklassen der meisten Ausstattungselemente kommt daher für die Betroffenen sehr oft einer nicht mehr kompensierbaren Katastrophe gleich (Lüdtke 1999, S. 61).

Fasst man bisherige Auffassungen zusammen, lässt sich sagen: Die Wohnung und das Wohnumwelt ermöglichen das Privatleben in einer individuell gestalteten Umgebung und bedeuten eine emotionale Bindung durch Gegenstände, welche Erinnerungen anregen (vgl. Lang 2012, S. 100). Aus diesem Grund ist die Veränderungsbereitschaft der älteren Menschen in Bezug auf den gewohnten Wohnraum relativ gering. Dies spiegelt den Wunsch der älteren Menschen wider, in ihrem gewohnten Wohnraum möglichst lange bleiben zu wollen. Obwohl ihr Wohnraum objektiv nicht geeignet ist, empfinden viele ältere Menschen eine Angst, ihr Zuhause zu verlassen, die als Unzufriedenheitsdilemma bzw. Zufriedenheitsparadoxon bezeichnet wird (Rüßler 2007, S. 55). In diesem Fall ist der Wohnraum im Bestand, wo jahrelange aufgebaute soziale Kontakte bestehen und höchstmögliche Erhaltung der Selbstständigkeit ermöglicht wird, für Senioren nicht durch vollständig sanierte und gut ausgestattete Räume in Wohneinrichtungen ersetzbar.

Nicht zuletzt ist die soziale Dimension des Wohnens durch die kulturelle und mitmenschliche Erfahrung geprägt. Wohnen impliziert intrapersonale Kommunikation. Insbesondere wird die Wohnung im Alter stärker zum zentralen Ort für soziale Kontakte. Neben dem Wohnen als „*ein Dualismus von Privatheit und Öffentlichkeit*“ bzw. „*Scheidung von öffentlicher und privater Sphäre*“ (Teuteberg 1985, S. 23), ist heute von einer halbprivaten und halböffentlichen Übergangszone in der Wohnung und in der Wohnumgebung die Rede (Bär 2008, S. 45). Zu bemerken ist, dass das soziale Netzwerk von nachweislich hoher Bedeutung für das Wohlbefinden im höheren Lebensalter ist. Die meisten älteren Menschen haben die Fähigkeit und den Wunsch, bis ins hohe Alter aktiv bei der Gestaltung und Veränderung ihrer Wohnumwelt mitzuwirken. Demnach tragen nicht nur die familiären Kontakte, sondern auch die freundschaftlichen Kontakte, die vornehmlich durch Nachbarn, Sportgruppen, Gemeinde und Vereine geprägt sind, zu einem aktiven Lebensstil bei (Ehmayer 2014, S. 74; Grymer 2005, S. 114–115). Diese haben einen bedeutenden Einfluss auf die Lebensführung der älteren Menschen, indem sie das Zusammengehörigkeits- und Zufriedenheitsgefühl stärken, was zu subjektivem Wohlbefinden führt.

Die baulichen Gegebenheiten der Wohnung und des weiteren Wohnumfeldes gelten hierbei als Voraussetzung für aktive gesellschaftliche Kontakte und Teilnahme. Um zu Hause Besuch empfangen zu können, sollten beispielsweise die räumlichen Bedingungen und entsprechende

qualitative Wohnstandards der Wohnung vorhanden sein. Zudem tragen im Wohnumfeld die Nachbarschaft und die Sozialstruktur des Stadtviertels dazu bei, dass soziale Beziehungen aufgebaut werden, die im Bedarfsfall auch als Unterstützungsnetze fungieren können (vgl. Schader-Stiftung 2000, S. 6). Die fehlenden Infrastrukturen führen demnach zu einem Mangel an Aktivitäts- und Partizipationsmöglichkeiten. Beispielsweise werden nachbarschaftliche Beziehungen verhindert, wenn enge oder hellhörige Bebauung nachbarlichen Ärger steigern (Hellgardt 2013, S. 281).

In diesem Kapitel wurde das Thema *Wohnen im Alter* mehrdimensional beleuchtet und auf die besondere soziale und psychische Bedeutung des Zuhauses hingewiesen. Im hohen Alter, in dem man häufig einer Verringerung bestimmter Kompetenzen begegnet und daraus resultierend der Aktivitätsradius eingeschränkt wird, ist das häusliche Umfeld der wichtigste Faktor für die Lebenssituation. Dieser mehrdimensionale Ansatz gibt somit einen Einblick und einen Ansatzpunkt dafür, die Wohnsituation der älteren Menschen positiv zu verändern. Darüber hinaus weisen die Ergebnisse der bisherigen Betrachtungen auf die besondere soziale und psychische Bedeutung des Zuhauses hin. Besonders ist mittlerweile auffällig, dass im Zuge der gesellschaftlichen Alterung hinsichtlich des langen Verbleibs in der vertrauten Häuslichkeit und der häuslichen Versorgung der älteren Menschen verstärkt politische Maßnahmen eingesetzt werden. Im folgenden Kapitel werden diesbezüglich politische Leitlinien und aktuelle Praktiken vertiefend analysiert.

3.2. Das Zuhause im Alter und relevante politische Leitlinien

Die älteren Menschen wollen auf das Zuhause, eine lang vertraute Wohnsituation und ein langjähriges sozial verwurzeltes Umfeld, möglichst nicht verzichten. Dies entspricht nicht nur dem Wunsch der älteren Menschen, sondern wird auch durch politische Maßnahmen – beispielsweise durch verschiedene Modellprojekte – bei Bedarf auch mit finanzieller Unterstützung aktiv gefördert. In diesem Kapitel werden die diesen Maßnahmen zugrunde liegenden politischen Grundsätze eingehend analysiert.

3.2.1. *Möglichst langer Verbleib in der vertrauten Häuslichkeit*

Die eigene Wohnung stellt für die Menschen ihren Lebensmittelpunkt dar, mit dem viele persönliche Erinnerungen und Bedeutungen verknüpft sind. Das Wohnen ermöglicht „räumliche und zeitliche Strukturierung des individuellen und sozialen Lebens, die den Menschen mit seiner Umwelt verbindet“ (Metzler und Rauscher 2004, S. 16). Laut Flade ist es eine der wichtigen Funktionen des Wohnens, das Bedürfnis nach Beständigkeit sowie Vertrautheit zu erfüllen. Das Wohnen in einer vertrauten Wohnung und in dem gewohnten Wohnumfeld ist vor allem bezüglich der Bewahrung der Lebenskontinuität wichtig (vgl. Flade 1987, S. 54 ff.).

Dem dritten Altenbericht zufolge wohnen die älteren Menschen durchschnittlich über 20 Jahre in derselben Wohnung (BMFSFJ 2001, S. 243). Da die Wohnung und die Umgebung den älteren Menschen gut bekannt sind, ist die Orientierung leichter, und es entsteht ein Gefühl der Sicherheit. Die Alltagsgewohnheiten sind mit dem vertrauten Wohnraum verbunden, und diese Gewohnheiten und alltäglichen Routinen ermöglichen vor allem ein Gefühl der Entlastung. Des Weiteren hat der Verbleib in der gewohnten Umgebung für die älteren Menschen eine besondere Bedeutung, da mit dem Alter die Flexibilität abnimmt, sich in einer neuen Umgebung einzuleben. Das Verlassen der gewohnten Umgebung fällt älteren Menschen schwer – auch weil sie fürchten, dass ein Umzug zwangsläufig zum Verlust aller sozialen Beziehungen führt, die mit der gewohnten Umgebung verbunden sind (Hanrath 2011, S. 122).

Es ist schwer zu leugnen, dass gesellschaftliche „starke [...] Ressentiments gegen die stationäre Unterbringung“ bestehen (Egger de Campo 2009, S. 351): Anders als die angestammte Wohnung, mit der sich die älteren Menschen im Laufe ihres Lebens mehr und mehr identifiziert haben, besteht in einer Seniorenwohnanlage die Gefahr, dass das Bedürfnis nach Kontinuität und Vertrautheit zu kurz kommt. Die älteren Menschen haben insbesondere die Befürchtung, durch den Umzug in eine Seniorenwohnanlage ihre Selbstbestimmung und Privatsphäre zu verlieren (Hoffmann et al. 2007, S. 6). In der Regel ist demnach ein Heimeinzug nicht ein geplanter Umzug, sondern hat den Charakter

einer „*Einweisung*“ (Voges und Borchert 2008, S. 203). Ein weiterer negativer Aspekt ist das Gefühl der Endgültigkeit. Diese Schlagwörter werden vor allem in den Medien allzu gern in Verbindung mit Altenheimen verwendet.

Vor diesem Hintergrund ist es nun unbestritten, dass es die überwiegende Mehrheit der älteren Menschen bevorzugt, längstmöglich in vertrauter Häuslichkeit wohnen zu bleiben. Sie wollen (allein oder in Gemeinschaft mit anderen) auch im Alter möglichst selbstständig bzw. zumindest selbstbestimmt bis zum Lebensende wohnen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass das Prinzip *möglichst langes Wohnen zu Hause* bei der Planung der Altenpolitik noch nicht sehr lange im Vordergrund steht. Bis Ende der 1950er-Jahre wurde die Altenpolitik vielmehr durch die Institutionalisierung des Alters geprägt. Aber danach richtete sich eine wachsende Aufmerksamkeit auf die negativen Aspekte des Heimaufenthalts. Baumgartl vertritt beispielsweise die Ansicht, dass es nicht einzusehen ist,

„[...] dass ein alter Mensch, nur weil er sein Zimmer nicht mehr vollständig in Ordnung zu halten vermag oder nicht mehr gut Treppen steigen oder Wäsche waschen oder Lasten tragen kann, bereits in jedem Fall für altersheimreif erklärt wird“ (Stadt Köln 1959, S. 18 f. zit. in Baumgartl 1997, S. 112).

Diese Ansicht geht davon aus, dass unnötige Heimaufenthalte vermieden werden sollten und die stationäre Pflegeeinrichtung als letzte Alternative des Wohnortes für ältere Menschen betrachtet wird. Kritik gegenüber der Institutionalisierung wurde laut, und das Paradigma der Altenpolitik wandelte sich in Richtung einer höheren Schätzung der Selbstständigkeit und Lebensqualität der älteren Menschen (Hämel 2012, S. 99).

Darüber hinaus sind Vermeidung eines Heimaufenthaltes und die Aufrechterhaltung der gewohnten Wohnumwelt nicht nur den individuellen Wünschen entsprechend, sondern auch gesellschaftlich sinnvoll. Insbesondere hat das Wohnen zu Hause anstatt der Heimunterbringung fiskalisch nicht zu unterschätzende Effekte: Da ein Heimaufenthalt sehr kostenintensiv ist, kann eine Verhinderung oder Verzögerung von Heimeinzügen durch konsequente Umsetzung des Prinzips *ambulant vor stationär* eventuell zu Einsparungen bei den Pflegekosten führen. Insbesondere in Anbetracht der gegenwärtigen Situation in Pflegeheimen, in denen 30 % der Bewohner zur Gruppe der Sozialhilfeempfänger gehören, ist die finanzielle Belastung für die Gesellschaft sehr hoch, solange das Wohnen zu Hause im Alter nicht vorangebracht wird (Viehweger et al. 2012, S. 209–210).

Jedoch stehen dem Plan, im Sinne der Bewahrung von Lebenskontinuität die eigene Wohnung in ein potientiell Mini-Pflegeheim zu verändern, häufig die hochschwelligten Hilfesysteme entgegen, die sich alterskorreliert und demografisch bedingt als dünnes soziales Unterstützungs- und Hilfenetz darstellen (Mollenkopf et al. 2004, S. 302). Zudem erfüllen viele der Privatwohnungen nicht die baulichen Anforderungen des altersgerechten Wohnens und erschweren alltägliche Verrichtungen.

Die Gründe für einen Heimeinzug wurden in mehreren Studien untersucht. Hierbei werden zuallererst der Gesundheitszustand und die Pflegebedürftigkeit (Klein und Salaske 1994, Klein et al. 1997, Schneekloth und von Törne 2009, Angelini und Laferrere 2008) sowie die Familiensituation (Heiden et al. 2012; Angelini und Laferrere 2008) genannt. Die meisten Heimeinzüge sind auf einen schlechten Gesundheitszustand zurückzuführen. Die Mehrheit der betreuten Personen weist demnach bei ihrem Einzug in ein Altenheim körperliche oder kognitive Einbußen sowie den daraus resultierenden Grad der Pflegebedürftigkeit auf. Neben diesen gesundheitlichen Gründen kann auch die Familiensituation zu einem Umzug in ein Pflegeheim führen. Nach der Untersuchung von Heiden et al. hat sich ein hoher Anteil der Pflegebedürftigen oder der pflegenden Angehörigen für den Heimeinzug entschieden, um eine Überforderung der Angehörigen zu vermeiden (Heiden et al., 2012, S. 23). Wenn dagegen ein Familienangehöriger zum Pflegefall wird und keine informelle Pflegeperson zu Hause vorhanden ist, bleibt in der Regel ein Heimeinzug die einzige Möglichkeit. Die Studie von Voges und Borchert (2008), die den unterschiedlichen Risikofaktoren für einen Heimeinzug nachgegangen ist, hat auch ergeben, dass der Familienstand einer der wichtigsten Faktoren ist. Den Angaben dieser Untersuchung zufolge haben nicht verheiratete Männer ein erheblich höheres Heimeintrittsrisiko als verheiratete Männer, da die verheirateten Männer von ehelicher Pflege und partnerschaftlicher Unterstützung profitieren. Verheiratete Frauen wiederum haben ein höheres Heimeintrittsrisiko als verheiratete Männer (Voges und Borchert 2008, S. 205).

Neben diesen Faktoren ist die Gestaltung der Wohnung – insbesondere hinsichtlich baulicher Hindernisse – oft entscheidend für einen unvorhergesehenen und ungewollten Heimeinzug (Perrig-Chiello und Dubach 2012, S. 54). Eine Wohnung mit mehreren Barrieren beeinträchtigt die tägliche Haushaltsführung unnötig und erschwert somit Menschen mit körperlichen bzw. kognitiven Einschränkungen eine selbstständige Lebensführung. Die Studien von Klein et al. (1997) sowie Schneekloth und von Törne (2009) weisen darauf hin, dass 11,8 % bzw. 22 % der Heimbewohner aufgrund einer ungeeigneten Wohnsituation zu Hause in ein Pflegeheim eingezogen sind.

Diese Gründe für einen Heimeinzug bieten Ansatzpunkte zu dessen Vermeidung. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des prognostizierten Pflegenotstandes sind neue Ansätze zur Vermeidung eines Heimeinzuges unumgänglich. Es erscheint jedoch schwierig oder unwahrscheinlich, die Tendenz zum demografischen Wandel und die daraus resultierende erhöhte Anzahl pflegebedürftiger Menschen abzuändern oder familiäre Pflegeressourcen zu stärken. Liegt eine erhebliche schwere Krankheit oder Pflegebedürftigkeit vor, ist eine häusliche Pflege nahezu unmöglich. Es ist auch zu bezweifeln, dass die häusliche Pflege in der Zukunft mehr als zuvor durch die Angehörigen geleistet werden wird. Vielmehr ist es erfolgversprechender, die häusliche Pflege systematisch von außen zu unterstützen sowie den Wohnungsbestand zu verbessern. Hierbei

sind vor allem politische Maßnahmen gefordert, die gezielt in die Richtung *möglichst länger zu Hause wohnen* gehen.

Im angelsächsischen Raum ist seit längerem ein Trend zu selbstständigen Wohnformen zu beobachten (Braeseke 2010, S. 176). Hierbei wird das Verbleiben im vertrauten und privat organisierten Wohnen mit dem Begriff *ageing in place* bezeichnet. Abgesehen von Wahl und Oswald, bei denen von „*traditionellem Wohnen im Privathaushalt*“ gesprochen wird, gibt es in der deutschsprachigen Literatur wenige Beispiele für solche Begriffe (Jann 2013, S. 2).

Ageing in place wird als Möglichkeit gesehen, den eigenen Alltag mit größtmöglicher Autonomie zu gestalten – in Kombination mit Bekanntheit und Verlässlichkeit des Umfeldes. Den älteren Menschen ermöglicht es das Leben im vertrauten Wohnraum, dass sie die Kontrolle über das eigene Leben wahren und somit mit Selbstbewusstsein ein eigenständiges und unabhängiges Leben führen. *Ageing in place* geht demnach mit der Notwendigkeit einher, sich „*eine Kompetenz in der Selbstversorgung, Haushaltsführung, persönlichen Lebensgestaltung auch im Bereich des sozialen und bürgerschaftlichen Lebens anzueignen*“ (Stamm 2007, S. 5). Die Bedeutung von *ageing in place* für die älteren Menschen und die soziale Allgemeinheit haben Perring-Chiello und Dubach folgendermaßen zusammengefasst:

„Sie ist aus sozial-psychologischer Sicht, aus einer gesellschaftlich soziologischen und schließlich aus einer individuell ökonomischen und volkswirtschaftlichen Perspektive anzustreben. Sie fördert nicht nur Autonomie und Selbstbestimmung, sie wirkt auch der sozialen Segregation entgegen, spart volkswirtschaftliche Kosten im Gesundheitswesen und reduziert potenziell den Bedarf an Ergänzungsleistungen für finanziell schlechter gestellte ältere Menschen“ (Perrig-Chiello und Dubach 2012, S. 53).

In der vertrauten Wohnung bzw. im vertrauten Wohnumfeld findet man den Raum, soziale Rollen auszufüllen und soziale Teilhabe zu ermöglichen. Da der gewohnte Wohnraum häufig ein über Jahre hinweg gewachsenes Zuhause ist, wurde eine langjährige Beziehung mit der Nachbarschaft gebildet, und eine Teilhabe am Leben in der Kommune ist auch möglich. Das „*gewohnte Zuhause*“ und daran orientierte soziale Unterstützungs- und Hilfsnetze ermöglichen es den älteren Menschen, mit dem jeweiligen Wohnquartier eng verbunden zu sein (Mollenkopf et al. 2004, S. 302). Diese Aspekte verdeutlichen auch, dass *ageing in place* es erleichtert, dank der vorhandenen sozialen Beziehungen in der Nähe einen selbstständigen Haushalt aufrechtzuerhalten. Es wurde berichtet, dass in Folge der verschiedenen Maßnahmen im Rahmen von *ageing in place* die Zahl der stationären Pflegeeinrichtungen erheblich gesunken ist (Braeseke 2010, S. 176).

Wie etwa in Form des Bundesmodellprogramms „Selbstbestimmt Wohnen im Alter“ (BMFSFJ 1998-2001) wurden auch in Deutschland politische Maßnahmen ergriffen, die Selbsthilfe und Eigeninitiative der älteren Generation fördern (Weltzien 2004, S. 42). Bis 2014 wurden bundesweit 35 Projekte für eine bessere Versorgung im eigenen Wohnraum gefördert, für die der Bund

insgesamt vier Mio. Euro zur Verfügung gestellt hat (BMFSFJ 06.10.2011). Vor allem mit der sozialpolitischen Zielsetzung *ambulant vor stationär* wird sich politisch darum bemüht, dass ältere Menschen möglichst lange durch Angehörige und ambulante Dienste unterstützt bzw. versorgt werden. Der allgemeine Trend über die letzten Jahrzehnte hinweg bewegt sich demnach in Richtung „*Erhalt der eigenen Wohnung um jeden Preis*“ (BMFSFJ 2001, S. 254). In diesem Zusammenhang ist das durchschnittliche Heimeintrittsalter bis Mitte der 2000er-Jahre von etwa 72 Jahren Anfang der 1970er-Jahre auf 80,5 Jahre gestiegen (Voges und Zinke 2010, S. 307).

Der weiter fortschreitende demografische Wandel und der prognostizierte Pflegenotstand erfordern nun eine erhebliche Anstrengung, um den aktuellen Anteil der häuslich versorgten älteren Menschen beizubehalten. Dies erfordert weitere Impulse, welche auf „*Maßnahmen und Hilfen formeller und informeller Unterstützungssysteme*“ ausgerichtet sind (Backes und Clemens 2013, S. 312). Einer Forschung des KDA im Auftrag des BMFSFJ zufolge muss die Gestaltung des Wohnbestandes dem Hilfe- und Pflegebedarf der Bewohner entsprechen, damit die älteren Menschen möglichst lange in „normalen“ Wohnungen bleiben können. Hierbei ist es wichtig,

- *zum einen die Wohnungen und das Wohnumfeld so zu gestalten, dass man auch bei Bewegungsbeschwerden und Hilfebedarf dort wohnen bleiben kann und*
- *zum anderen Hilfeangebote verfügbar zu machen, um bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nicht in eine andere Wohnform wechseln zu müssen (BMFSFJ 2006, S. 16).*

Wie oben angedeutet, sind im Rahmen der Interventionsmaßnahmen für das Verbleiben in der vertrauten Häuslichkeit Wohnungsanpassungen, technische Hilfsmittel und Dienstleistungen vorgesehen, die den Analyseschwerpunkt der vorliegenden Studie bilden. Unter den verschiedenen Herangehensweisen ist die vorliegende Studie vor allem auf die aktive Gestaltung des Wohnumfeldes fokussiert. Von den verschiedenen Maßnahmen von Interventionen im Wohnbereich wird erwartet, dass altersrelevante Einschränkungen durch Umgestaltung des Wohnraums und Nutzung notwendiger technischer Lösungen ausgeglichen werden und somit ein selbstbestimmtes Wohnen in der angestammten Wohnung weiterhin ermöglicht wird. Neben der Unterstützung der älteren Menschen bei der Bewältigung des Alltags sollen die Interventionen im Wohnbereich auch dabei helfen, Hilfeleistungen durch Familie bzw. ambulante Dienste zu erleichtern.

Bevor auf die verschiedenen Maßnahmen im Kontext der altersgerechten Wohnungsanpassung eingegangen wird, werden in den folgenden beiden Kapiteln zuerst für die sozialpolitische Zielsetzung *Zuhause im Alter* relevante Konzepte jeweils in einem gesonderten Kapitel zusammengefasst. Diese sind *ambulant vor stationär* und *selbstständiges Wohnen*. Diese Konzepte sind sich zwar im weiteren Sinne ähnlich, aber haben jeweils eigene Schwerpunkte, die für die vorliegende Studie von Interesse sind.

3.2.2. „Ambulant vor stationär“

Wie oben angedeutet, ist das lange Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit sozial erwünscht und politisch gewollt. Die Rechtsnorm *ambulant vor stationär*, die in verschiedenen Sozialgesetzen festgeschrieben wurde, gilt seit über 20 Jahren als Grundsatz für den Gesundheits- und Pflegebereich: Dem Grundsatz *ambulant vor stationär* zufolge, der für gesetzliche Krankenversicherungen sowie entsprechend für die soziale Pflegeversicherung festgesetzt ist, hat der ambulante Sektor bei der Leistungserbringung Vorrang vor teilstationären und stationären Leistungen (vgl. Gersch et al. 2010, S. 3). Dieses Leitbild bringt unter den derzeitigen Rahmenbedingungen eine Verlagerung in die häusliche Versorgung hervor, da die zunehmende Alterung der Bevölkerung Handlungsmaßnahmen erfordert, um den Wechsel in vollstationäre Betreuungseinrichtungen zu vermeiden.

Als die zentralen Versorgungsformen für gesundheitliche sowie pflegerische Leistungen lassen sich der ambulante und der stationäre Sektor jeweils als Erster und Zweiter Gesundheitsstandort definieren.¹² An dieser Stelle werden nacheinander der Kranken- sowie der Pflegebereich analysiert, in denen jeweils durch die Kranken- bzw. Pflegeversicherung das Leitbild *ambulant vor stationär* geprägt wurde.

SGB V: In erster Linie regelt das Krankenversicherungsgesetz (SGB V), dass die Versicherten nur dann Anspruch auf eine stationäre Behandlung haben, wenn *durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung* das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann (§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Die ambulante ärztliche Versorgung wird schwerpunktmäßig durch niedergelassene Haus- und Fachärzte in ihrer Praxis oder in therapeutischen Praxen erbracht. Vor dem Hintergrund des medizinisch-technischen Fortschritts, der durch moderne Diagnostik, schonendere Behandlungsverfahren und bessere Medikamente geprägt ist, können auch schwerstkranke Menschen zunehmend ambulant versorgt werden, bei denen früher ein stationärer Krankenhausaufenthalt unumgänglich war.¹³

Die stationäre ärztliche Versorgung (Krankenhausbehandlung) kommt in Betracht, wenn Bedarf an intensivmedizinischer Versorgung und ständiger medizinischer Überwachung besteht. Die

¹² Als Dritter Gesundheitsstandort gilt die private Wohnung, die in Kapitel 2.4.1. schwerpunktmäßig behandelt wurde.

¹³ Das Spektrum ambulanter Medizin umfasst daher eine Bandbreite „von relativ einfach zu therapierenden Erkrankungen bis hin zu schweren, hochkomplexen und seltenen Erkrankungen“ (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. 2011, S. 1). Damit ältere Menschen mit bestimmten Krankheiten in ihrem vertrauten Wohnumfeld bleiben können, sollte aber das Angebot der ambulanten medizinischen Versorgung ortsnahe und leicht zugänglich sein. Aber die Versorgung ist nicht immer ausreichend, vor allem in entlegenen Regionen.

Kostendämpfung unter dem Primat der Beitragsstabilität steht angesichts des demografischen Wandels im Vordergrund der gesundheitspolitischen Bemühungen. Die stationäre Behandlung ist besonders kostenintensiv und häufig kein passendes Versorgungsmodell für chronische Krankheiten. Da die ambulante Behandlung vor der stationären Behandlung Vorrang hat, müssen für eine stationäre Behandlung medizinische Gründe nachgewiesen werden. Darüber hinaus verfolgt die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (vgl. § 17b KHG, Abs. 2) auch das Ziel, Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhaus zu mobilisieren und damit eine deutliche Verkürzung der Patientenverweildauern zu erreichen (Gittler-Hebestreit 2006, S. 13).

SGB XI: Auch in § 3 SGB XI wird der Grundsatz *ambulant vor stationär* ausdrücklich festgelegt. Daneben wurden durch mehrere große Reformen der Pflegeversicherung (z.B. Pflegeneuausrichtungsgesetz und Pflegestärkungsgesetz) dieses Leitbild kontinuierlich gefördert und finanzielle Anreize geschaffen: Für die ambulante Pflege wurde die Finanzierung überproportional verstärkt, sodass die Pflege möglichst anstelle von stationär in der häuslichen Umgebung stattfinden kann. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) muss insofern die Notwendigkeit der stationären Pflege der Pflegebedürftigen regelmäßig überprüfen.

Die ambulante Pflege wird häufig im privaten Wohnumfeld je nach der Pflegesituation von professionellen Pflegediensten durchgeführt. Neben der Grund- und Behandlungspflege zählen hierzu auch die ambulante Altenpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und weitere Betreuungsleistungen wie Hilfe beim Einkaufen. Ab einem gewissen Grad der Pflegebedürftigkeit haben aber bei der Versorgung zu Hause auch die ambulanten Pflegedienste Schwierigkeiten, den ansteigenden Pflegebedarf zu decken. In diesen Fällen bildet die stationäre Versorgung den Zweiten Gesundheitsstandort und wird hauptsächlich durch Krankenhäuser bzw. stationär tätige Ärzte vorgenommen.

Neben den Krankenhäusern ist das Alten- und Pflegeheim der häufigste Gesundheitsstandort für stationäre Versorgung. Hierzu gehören weiterhin beispielsweise Reha-Einrichtungen und Hospize, welche auch als Zweiter Gesundheitsstandort klassifiziert werden. Obwohl der Anteil an Personen, die im Alten- oder Pflegeheim wohnen, mit 4 % (im Jahr 2014) relativ niedrig ist, erhöht sich die absolute Zahl der Heimbewohner infolge des demografischen Wandels erheblich. Mit dem höheren Altersdurchschnitt erhöht sich auch der Anteil chronischer sowie multimorbider Patienten, der einen Zuwachs an stationären Gesundheitsdienstleistungen begründet. In Anbetracht des wachsenden Anteils älterer Menschen und Hochbetagter in der Bevölkerung wird diese Zahl zukünftig weiter ansteigen. Im Übrigen zeigen die wesentlichen gesellschaftlichen Veränderungen die Tendenz, dass die familiären Pflegeressourcen immer weiter nachlassen. Daraus ergibt sich eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass ein erhöhter Bedarf an stationären Pflegeplätzen entsteht und somit das

Leben in stationären Altenheimen auch weiterhin eine Form sozialer Versorgung darstellen wird. Besonders bedeutsam ist auch, dass ein großer Anteil der Pflegeheimbewohner an einer dementiellen Erkrankung leidet. Daher müssen gesundheitsförderliche Interventionen insbesondere auf die speziellen Bedürfnisse dementiell erkrankter Menschen ausgerichtet werden (Schmitt 2011, S. 31).

Darüber hinaus gilt auch im Sozialhilfegesetz *ambulant vor stationär* als ein wichtiger Grundsatz, aus dem sich eine Reihe von Ansprüchen ergeben (§§ 63 Satz 1, 64 - 66, 70 SGB XII). Um diesen Grundsatz konsequenter umzusetzen, besteht Becke darauf, „*gelingende Pflegelandschaften*“ zu schaffen (Becke et al. 2011, S. 44), in die verschiedene Berufsfelder (pflegerische und therapeutische Berufe) und Akteure sowie eine Reihe von Dienstleistungen wie Essen auf Rädern, Notrufsystem oder Nachbarschaftshilfen integriert sind. Neben den altersgerechten Wohnausstattungen, die in der vorliegenden Studie schwerpunktmäßig behandelt werden, lässt sich durch pflegefreundliche Infrastruktur dieses Leitbild nachhaltig verwirklichen. Weitgehender Konsens besteht darüber, dass innovative Konzepte der Vernetzung entwickelt und praktiziert werden sollten, um dem kommenden Bedarf zu entsprechen.

3.2.3. „*Selbstständiges Wohnen zu Hause*“

Nur in den seltensten Fällen wird das eigene Leben in vollständiger Selbstständigkeit geführt oder verbleibt ausschließlich im Zustand der Abhängigkeit. Vielmehr befindet sich das Leben je nach der zeitlichen und räumlichen Situation im Balanceakt zwischen diesen Daseinspolen. Wo man sich auf diesem Kontinuum befindet, kommt auf den erforderlichen Bedarf an sozialer und materieller Unterstützung an (Backes und Clemens 2013, S. 312). Vor diesem Hintergrund stellt die ausgewogene „*Balance zwischen Selbstständigkeit in der Lebensführung und Abhängigkeit von sozialen Beziehungen*“ ein zentrales Thema menschlicher Lebensgestaltung dar (Häußler et al. 1996, S. 292).

Der Ausgangspunkt der individuellen Selbstständigkeit ist, dass man Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung einer eigenständigen Lebensführung hat (Backes und Clemens 2013, S. 250). Aber es sollte betont werden, dass „selbstständig sein“ nicht unbedingt bedeutet, alles aus eigener Fähigkeit erledigen zu können. Weitgehender Konsens besteht darüber, dass der Begriff *Selbstständigkeit* die Hilfeleistung von anderen Menschen oder Hilfsmittel nicht ausschließt. Kruse definiert Selbstständigkeit folgendermaßen:

Selbstständigkeit beschreibt die Fähigkeit des Individuums, ein von Hilfen anderer Menschen weitgehend unabhängiges Leben zu führen oder im Falle des Angewiesensein auf Hilfen diese so zu

gebrauchen, dass ein selbstständiges Leben in den für die Person zentralen Lebensbereichen möglich ist (Kruse 2005, S. 277).

Die WHO definiert den Begriff der Selbstständigkeit so:

Independence is commonly understood as the ability to perform functions related to daily living –i.e. the capacity of living independently in the community with no or little help from others (WHO 2002, S. 13).

In diesem Sinne haben die Kriterien für Selbstständigkeit einen Bezug zur Art und Weise sowie zum Umfang der Unterstützung. Dabei ist die Frage von Interesse, „*wie und wo sich Grenzen von Selbstständigkeit ergeben und mit welchen Maßnahmen diese zu erweitern sind*“ (Backes und Clemens 2013, S. 306–307). Hier sollten Einschränkungen festgestellt und die Verteilung der Unterstützungsressourcen bedarfsgerecht organisiert werden.

Mit Selbstständigkeit werden relevante Begriffe wie Selbstbestimmung oder Autonomie assoziiert, und nicht selten werden diese synonym verwendet. Die Begriffe *Selbstständigkeit*, *Selbstbestimmung* und *Autonomie* hingegen werden nicht nur im Sinne von Unabhängigkeit interpretiert, sondern führen ebenfalls zur „*Eröffnung von gewollten Handlungsspielräumen*“ (Kremer-Preiss und Stolarz 2003, S. 72). Lensing bezeichnet Autonomie als „*die Möglichkeit, Entscheidungen unabhängig und eigenständig zu treffen, sowie das eigene Leben aktiv beeinflussen und selbstbestimmt gestalten zu können*“ (Lensing 1999, S. 49). Unter Selbstbestimmung versteht man „*die Entscheidungs- und Verfügungsmöglichkeit über die eigene Lebensführung*“ (Dräger et al. 2012, S. 169). In der sozialwissenschaftlichen Diskussion werden die Begriffe Autonomie und Selbstbestimmung zumeist als Synonyme verwendet, während sich philosophisch zwischen ihnen unterscheiden lässt.

Autonomie ist aber nicht gleichbedeutend mit Selbstständigkeit, sondern geht über den Begriff von Selbstständigkeit hinaus (Schüz et al. 2011, S. 9–10). Der Grad der Autonomie der älteren Menschen bei der Lebensführung hängt davon ab, wie groß ihre Handlungs- und Entscheidungsautonomie ist. Die Frage nach dem Ausmaß der Selbstständigkeit hängt wiederum mit den Einschränkungen und den verfügbaren Hilfeleistungen in Bezug auf die persönlichen Ressourcen zusammen. In diesem Sinne wird „*Selbstständigkeit als (notwendiger) Bestandteil von oder aber als (kompensierbare) Ressource für Autonomie*“ gesehen (Kuhlmey und Tesch-Römer 2012, S. 16). Sich für einen bestimmten Pflegedienst zu entscheiden oder von verschiedenen Menüs ein bestimmtes Essen auszuwählen wird beispielsweise als eine autonome Handlung betrachtet, ist aber für sich genommen noch kein Ausdruck von Selbstständigkeit (Schüz et al. 2011, S. 9–10).

Die Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit stellt eine der herausragenden Erkenntnisinteressen der angewandten Gerontologie dar (Kaiser 2000, S. 261). Der möglichst lebenslange Erhalt der eigenen Selbstständigkeit ist das wichtigste Bedürfnis der älteren Menschen

von heute und morgen. In der vorliegenden Studie werden die bestehenden Beeinträchtigungen der individuellen Selbstständigkeit und damit der relevanten individuellen Möglichkeiten und Strategien der Bewältigung erforscht. Diese Auseinandersetzung umfasst die „Entscheidungsfindung und die Fertigkeit, diese Entscheidungen auch umzusetzen“ (Dräger et al. 2012, S. 169).

Backes und Clemens haben die Barrieren für die Selbstständigkeit wie folgt beschrieben:

Die Selbstständigkeit wird dann letztlich durch alters- oder krankheitsbedingte Funktionseinbußen und ungünstige externe Rahmenbedingungen herabgesetzt: Mit zunehmendem Alter wächst das Risiko gesundheitlicher Beeinträchtigung der Sinneskräfte und der Bewegungsfähigkeit. Der Lebensraum älterer und alter Menschen entspricht dann sehr schnell nicht mehr ihrem reduzierten Leistungsvermögen: Wohnung, Wohnumfeld, Verkehrsmittel und Versorgungseinrichtungen aller Art sind häufig nicht funktional und barrierefrei. Sie schränken den Lebensraum alter Menschen zusätzlich ein, weil sie nicht altersgerecht gestaltet sind (Backes und Clemens 2013, S. 306–307).

Über den Zusammenhang zwischen Wohnqualität und Selbstständigkeit wurde auch im zweiten Altenbericht der Bundesregierung berichtet. Diesem zufolge könnte der Pflegebedarf wegen der einschränkenden Wohnverhältnisse zunehmen oder überhaupt entstehen, was ein selbstständiges Leben unmöglich machen kann (BMFSFJ 1998, S. 99).

Das *selbstständige Wohnen* ist auf die weitgehend selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung ausgerichtet. In diesem Sinne werden die älteren Menschen soweit unterstützt und befähigt, dass sie sich so lange wie möglich selbst versorgen können. Sowarka zufolge zeigt der Überblick über Definitionen von Selbstständigkeit im Alter, dass das selbstständige Wohnen als eine Fähigkeit der älteren Menschen begriffen werden kann. Das selbstständige Wohnen wird innerhalb der angewandten Gerontologie meistens mit einem Kompetenzbegriff zusammengeführt, und dabei wird „die Anfälligkeit des Alterns gegenüber Anforderungen und Bedingungen der dinglichen und sozialen Umwelt“ miteinbezogen (Sowarka 2002, S. 93).

Wie vorhin der Begriff der Selbstständigkeit angedeutet hat, heißt selbstständiges Wohnen nicht, dass die ganze Lebensführung im Wohnraum aus eigener Fähigkeit geleistet und Hilfe ausgeschlossen werden soll. Stattdessen sollten die Unterstützungen – ausgerichtet auf die Bedeutung von Wohnen als Ausdruck der Kontinuität der Lebensumstände – es den älteren Menschen ermöglichen, trotz veränderten gesundheitlichen Zustandes das bisher geführte Alltagsleben im Wohnraum weiter fortsetzen zu können. Die Richtung und das Ausmaß der Hilfe sollten auf die Selbstständigkeitsförderung ausgerichtet und minimalisiert werden. In diesem Zusammenhang sollen die Hilfen zum selbstständigen Wohnen den älteren Menschen eine möglichst lange selbstbestimmte Lebensführung ermöglichen, indem sie vorhandene Ressourcen reaktivieren und aufbauen.

3.3. Altersgerechte Wohnungsanpassung

Die „normalen“ Wohnungen können durch Wohnungsanpassung so umgestaltet werden, dass diese selbst bei Pflegebedürftigkeit zu Hause unterbracht werden können. Wohnungsanpassung ist eine Maßnahme, die den möglichst langen Verbleib in der vertrauten Wohnumgebung ermöglicht und fördert. Dies wird durch den Einsatz von Hilfsmitteln oder durch barrierefreies Bauen sowie Umbauen ermöglicht. Unter dem Begriff *Wohnungsanpassung* versteht man daher kleinere bis mittelgradige technische bzw. bauliche Maßnahmen, die auf die individuellen Bedürfnisse der Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ausgerichtet sind. Im Rahmen der Wohnungsanpassung werden die Hindernisse im Wohnbereich, die ein Verbleiben in den eigenen vier Wänden erschweren, beseitigt und verschiedene Hilfsmittel, die die Selbstständigkeit der älteren Menschen unterstützen, eingesetzt. Diese Maßnahmen dienen daher neben der Vermeidung von Stürzen der Förderung sowie der Steigerung der Lebensqualität der Bewohner.

Aber es wurde von mehreren Studien bestätigt, dass der lange Verbleib in der häuslichen Umgebung nicht nur dem individuellen Wunsch der älteren Menschen entspricht, sondern auch volkswirtschaftlich sinnvoll ist. Die Schaffung von altersgerechtem Wohnraum hat tatsächlich erhebliche finanzielle Aspekte, da diese der Vermeidung bzw. Hinauszögerung stationärer Unterbringung dient und die Sozialsysteme nachhaltig entlastet. Häusliche Pflegeangebote können einer Untersuchung zufolge im Vergleich zu stationärer Pflege monatlich bis zu 1.950 Euro günstiger sein: Wenn ältere Menschen statt in einem Heim mithilfe der häuslichen Pflegedienstleistung zu Hause unterbracht werden, ergeben sich Einsparungen, abhängig von der Höhe der Miete (5-10 Euro/qm), von zwischen 1.650 Euro und 1.950 Euro monatlich (Verbände der Bau- und Wohnungswirtschaft und IG BAU 2007, S. 2). Der Schätzung des Landesverbandes Bayerischer Bauinnungen nach können jährlich mehr als 500 Mio. Euro eingespart werden, wenn lediglich 30.000 stationäre Pflegeplätze in niederschwellige Betreuungsangebote umgewandelt werden (Landesverband Bayerischer Bauinnungen 2012, S. 19).

Um fiskalische Effekte durch die altersgerechte Wohnungsanpassung zu erreichen, sollten die Einsparungen sozialer Kosten durch die Verringerung der Heimunterbringungen die Kosten der Umbaumaßnahmen überschreiten. Der Schätzung der KDA nach müssen bis zum Jahr 2020 nahezu 2,5 Mio. Wohnungen umgebaut werden, wenn für jeden älteren Menschen mit körperlichen Einschränkungen ein barrierearmer Wohnraum geschaffen werden soll. Die Gesamtkosten werden auf 39 Mrd. Euro geschätzt. Die Untersuchung von Niepel (1999) ergab, dass durch entsprechende altersgerechte Umbaumaßnahmen der Heimeinzug je nach Pflegestufe in von 13 % (Pflegestufe I)

bis zu 20,5 % (Pflegestufe III) der Fälle vermieden werden kann (Niepel 1999 zit. in BBSR 2014, S. 50).

Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) schätzt außerdem die Entlastungseffekte durch Förderinstrumente zum altersgerechten Umbau auf 5,156 Mrd. Euro pro Jahr. Dabei enthalten sind die Einsparungen bei drei Kostenträgern: soziale Pflegeversicherung, Sozialhilfeträger sowie private Haushalte. Die Entlastungswirkung bei der sozialen Pflegeversicherung umfasst jährlich 2,368 Mrd. Euro, wobei in privaten Haushalten 2,186 Mrd. Euro eingespart werden. Die Sozialhilfeträger können so jährlich mit insgesamt 0,602 Mrd. Euro entlastet werden (BBSR 2014, S. 56). Zugleich beträgt Schätzungen der Verbände der Bau- und Wohnungswirtschaft zufolge das Einsparpotential, das durch eine Million barrierefreier bzw. barrierearmer Wohnungen verwirklicht wird, jährlich 15 bis 20 Mrd. Euro (Verbände der Bau- und Wohnungswirtschaft und IG BAU 2007, S. 6).

Bei einer solchen Wohnungsanpassung wird nach BMFSFJ (2008) zwischen der strukturellen und der individuellen Wohnungsanpassung unterschieden (BMFSFJ 2008, S. 9-10). Anders als die strukturelle Wohnungsanpassung bezieht sich die individuelle Wohnungsanpassung auf die einzelnen Wohnungen, wobei kleine baulich-technische Veränderungen vorgenommen werden (Kremer-Preiss und Stolarz 2003, S. 33).

Bei der individuellen Wohnungsanpassung geht es um die Kompensation von Wohnungsmängeln bzw. um die Optimierung der Wohnungssituation, die auf die besonderen Anpassungserfordernisse der jeweiligen Bewohner ausgerichtet ist (vgl. BMFSFJ 2002, S. 110). Die bestehenden Wohnungen der älteren Menschen werden in diesem Sinne so umgestaltet, dass die alltägliche Nutzung der Wohnung nicht durch Barrieren oder Gefahrenquellen eingeschränkt wird. Diese individuelle Wohnungsanpassungsmaßnahme liegt in der Regel zwar „unterhalb der Schwelle einer strukturellen Anpassung“ (BMFSFJ 2008, S. 9), aber schon diese kleinen bis mittleren Veränderungen können einer Erleichterung des Alltags dienen. Die Anpassung der vertrauten Wohnung an die individuellen Bedürfnisse ist eventuell mit einer Art von Modernisierung der Wohnung verbunden, wodurch auch eine Werterhöhung der Wohnung zu erwarten ist.

Die strukturelle Wohnungsanpassung, die auch als generelle Wohnungsanpassung bezeichnet wird, stellt die Anpassung der Wohnungen in einem oder in mehreren Wohngebäuden dar. Dadurch wird eine ganze Siedlung oder zumindest ein ganzer Gebäudekomplex speziell an die Bedürfnisse älterer Menschen angepasst (BMFSFJ 2002, S. 110). Anders als individuelle Wohnungsanpassung ist strukturelle Wohnungsanpassung langfristig zu planen. Diese Maßnahmen werden in einigen Bundesländern unterstützt, wobei die Kommunen mit Wohnungsunternehmen und der lokalen Wirtschaft zusammenarbeiten (BMFSFJ 2002, S. 110). Dem vierten Altenbericht zufolge wird

allerdings in Deutschland Wohnungsanpassung überwiegend als gleichbedeutend mit individueller Wohnungsanpassung verstanden, da anders als beispielsweise in den Niederlanden in Deutschland der Bestand von Wohnungen im Besitz öffentlicher, genossenschaftlicher und privater Wohnungsgesellschaften wesentlich geringer ist (BMFSFJ 2002, S. 110). Unter den Bedingungen des hohen Anteils von Wohnungen im Eigenheimbestand und im privaten Mietwohnungsbestand ist die strukturelle Wohnungsanpassung schwer durchsetzbar.

Vor diesem Hintergrund wird in dieser Studie vornehmlich die individuelle Wohnungsanpassung behandelt. Diese individuelle Wohnungsanpassung hat selbst verschiedene Spektren. Es bestehen verschiedene Möglichkeiten, das Leben in der eigenen Häuslichkeit sicherer und angenehmer zu gestalten. Gegebenenfalls reichen einfache Eingriffe – beispielsweise das Anbringen von Haltegriffen –, aber gibt es auch Fälle, in denen die Maßnahmen in Verbindung mit einem wesentlichen Eingriff in die Bausubstanz stehen, sowie noch schwierigere Fälle, bei denen sich die Wohnungsanpassung in fiskalischer Hinsicht nicht lohnt. Braubach zufolge erfolgt die (individuelle) Wohnungsanpassung durch den Einsatz technischer Hilfsmittel, Ausstattungsveränderungen, bauliche Veränderungen sowie Umzug in eine geeignete Wohnung, Wohnungstausch oder Wohnungsaufteilungen (Braubach 2003, S. 18). Diese Maßnahmen werden den Erfordernissen der Pflegesituation entsprechend individuell eingesetzt. Zu den technischen Hilfsmitteln zählen beispielsweise Wannenslifte, WC-Sitzerhöhungen sowie Geh- und Stehhilfen, wobei zu den Ausstattungsveränderungen auch die Beseitigung von Stolpergefahren, Barrieren und hinderlichen Gegenständen gehört. Unter baulichen Veränderungen versteht man Ansätze wie beispielsweise Türverbreiterungen oder den Einbau einer bodengleichen Dusche. Wenn eine Wohnungsanpassung aufgrund der hohen Umbaukosten oder der fehlenden Zustimmung zum Umbau seitens des Vermieters nicht umsetzbar ist, ist ein Umzug in eine andere Wohnung nicht auszuschließen. Beispielsweise ist in diesem Fall ein Umzug in eine altersgerechte Wohnung oder in eine Erdgeschosswohnung in Betracht zu ziehen.

Die Wohnungsanpassungen lassen sich je nach Zeitpunkt der Interventionen in präventive oder reaktive Maßnahmen unterscheiden. Die individuelle Wohnungsanpassung kann sowohl präventiv als auch reaktiv sein. Momentan wird in Deutschland die präventive Wohnungsanpassung relativ selten durchgeführt, stattdessen dominiert die reaktive Form der Wohnungsanpassung (BMFSFJ 2002, S. 110).

Die präventive Wohnungsanpassung dient vornehmlich der Reduzierung von Unfallgefahren im Wohnraum. Durch die frühzeitigen Ansätze, die zur Sturz- und Unfallvermeidung dienen, werden nicht nur die Gefahren gesenkt, sondern auch das Sicherheitsgefühl im häuslichen Leben erhöht. Präventive Maßnahme bedeutet im Idealfall, dass schon beim Neubau gezielt und bewusst für ältere

Menschen bedarfsgerecht geplant wird. Jedoch kann durch eine architektonisch-strukturelle Anpassungsmaßnahme der Abbau von Barrieren in bestehenden Wohngebäuden realisiert werden (BMFSFJ 2008, S. 9). Vorausschauende Anpassungsmaßnahmen erhöhen nicht nur den Wohnkomfort der älteren Menschen, sondern führen häufig auch zu einem Komfortgewinn der nicht pflegebedürftigen Haushaltsmitglieder.

Die reaktive Wohnungsanpassung gilt zurzeit als überwiegende Form der Wohnungsanpassung. Dies wird als eine Reaktion auf eine Verschlechterung der körperlichen oder kognitiven Fähigkeiten bzw. auf eine Unzulänglichkeit der Wohnungsausstattung angesehen. Von dieser Maßnahme wird erwartet, dass durch ihre Durchführung die Substandards in der Wohnungsausstattung beseitigt werden (Braubach 2003, S. 21). Die Zielgruppe der reaktiven Wohnungsanpassung reicht von Pflegebedürftigen bis zu den pflegenden Personen. Hierbei sind die Reduzierung der Unfallgefahren sowie Erhaltung und Förderung individueller Leistungsfähigkeit die hauptsächlichen Motive.

Eine angepasste Wohnung ermöglicht den Bewohnern eine möglichst selbstständige Lebensführung im eigenen Wohnraum, häufig auch Pflegebedürftigen. Dadurch kann die Selbstständigkeit der älteren Menschen gestärkt, erhalten oder wiederhergestellt werden. Darüber hinaus kann die Maßnahme der Wohnungsanpassung eine effektive Betreuung erheblich erleichtern, wo die pflegende Familie oder Pflegekraft sonst überfordert wären. Diese Wohnungsanpassung ermöglicht zugleich den Bewohnern und den Angehörigen ein erhöhtes Sicherheitsgefühl: Beispielsweise tragen die Beseitigung von Gefahrenquellen wie rutschige Böden oder Stolperschwellen sowie der Einsatz von Haltegriffen und Türsprechanlagen dazu bei, das objektive Unfallsrisiko zu senken. Daneben bewirkt dies für die Bewohner sowie für die Angehörigen ein erhöhtes subjektives Sicherheitsgefühl.

Bislang wurden verschiedene Kategorien von Wohnungsanpassung vorgestellt, aber in dieser Studie wird die Unterscheidung nach der Art der Maßnahmen vorgenommen, nämlich in *Altersgerechten Umbau* und *Altersgerechte technische Hilfsmittel*. Bei altersgerechtem Umbau handelt es sich um Maßnahmen, die mit einem Eingriff in die bauliche Substanz des Gebäudes verbunden sind. Zugleich gehören Ein- und Umbau von Mobiliar in dieser Studie zu dieser Kategorie, obwohl diese Maßnahmen keinen Eingriff in die Bausubstanz darstellen. Im Rahmen dieser Maßnahmen werden die Wohneinheiten „den Erfordernissen der Pflegesituation“ entsprechend umgestaltet (Kamps und Bienstein 2009, S. 81). Besonders auffällig ist, dass ein großer Teil der in diese Kategorie fallenden Maßnahmen im versicherungsrechtlichen Sinne den *wohnumfeldverbessernden Maßnahmen* entspricht, die durch die Pflegekasse finanziert werden (§ 40 Abs. 4 SGB XI). Die andere Kategorie stellt die technischen Hilfsmittel für ältere Menschen dar, die in erster Linie beeinträchtigte Alltagskompetenzen von Betroffenen ausgleichen. Neben den technischen Hilfsmitteln, die in versicherungsrechtlichem Sinne anerkannt werden, werden in dieser Studie auch Aufbau und

Komponenten von AAL-Systemen behandelt, wenn sie dem längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit dienen können. Im Rahmen dieser beiden Konzepte wird die vorliegende Studie weiterhin ausführlich auf die Wohnungsanpassungsmaßnahmen eingehen.

3.3.1. *Altersgerechter Umbau*

Wie bereits angedeutet, werden altersgerechte Wohnungen umfassend mit dem Begriff *barrierefrei* oder *barrierearm* gleichgesetzt. Was genau für die Bewohner oder Besucher als Barriere wirkt, ist je nach Situation und Art der Barriere sehr vielschichtig.¹⁴ Hierbei ist zu bedenken, dass selbst gleiche bauliche Hindernisse von Menschen unter den jeweiligen Umständen sehr verschieden wahrgenommen werden. Eine bauliche Barriere stellt vorwiegend ein wesentliches Hindernis für Bewohner dar, deren Bewegungsapparat eingeschränkt ist. Eine Treppe, die für die meisten Menschen im Alltag kein Hindernis darstellt, kann beispielsweise die Mobilität einiger Teilgruppen einschränken: die Gruppen der Gehbehinderten, der Rollstuhlfahrer sowie der auf einen Rollator angewiesenen Menschen. Demzufolge zielt das Konzept *barrierefrei* darauf ab, dass bei der baulichen Gestaltung die Bedarfslage möglichst aller potenziellen Nutzer berücksichtigt wird (BMVBS 2011, S. 25).

In der Realität wohnen derzeit nahezu in einem Viertel der Seniorenhaushalte auf Gehhilfen, Rollatoren oder Rollstühle angewiesene Personen (KfW Bankengruppe 2011, S. 2), für die eine Wohnung ohne Stufen, Schwellen oder zu schmale Türen zugänglich sein sollte. Zur Verbesserung der Pflegesituation oder zur Erleichterung selbstständiger Tätigkeiten in der eigenen Häuslichkeit werden demnach Maßnahmen barrierefreier Umgestaltung durchgeführt werden. Wird Barrierefreiheit im Sinne des altersgerechten Umbaus umgesetzt, lassen sich die Hemmnisse, die einer freien Zugänglichkeit des Wohnraums entgegenstehen, weitgehend beseitigen. Dies bietet für die Bewohner neben dem Wohnkomfort Sicherheit, sodass Stürze und Unfälle vermieden werden können. Es leistet zugleich einen wesentlichen Beitrag zur häuslichen Pflege.

Um eine Wohnung als altersgerecht bezeichnen zu können, sollte das erforderliche Minimum einer barrierearmen Bauweise eingehalten sein (BBSR 2014, S. 18). Der maßgebliche Impuls in Richtung Barrierefreiheit wurde durch die Einführung des Behindertengleichstellungsgesetzes und die daraus

¹⁴ Edinger et al. zufolge lassen sich Barrieren wie folgt unterscheiden: „*bauliche Hindernisse (Stufen ohne Handläufe, Türschwellen), fehlende Einrichtungen (höhenverstellbare Tische, Griffe), hinderliche räumliche Anordnung (fehlende Abstellflächen an den Garderobeschränken oder an der Ausleihtheke, fehlender Platz neben dem WC), psychologische Hindernisse (auffällige Behindertenhilfen)*“ (Edinger et al. 2007, S. 12).

resultierende Novellierung von Fachgesetzen ausgelöst (Welti 2013, S. 72). Die Barrierefreiheit im Sinne der in § 4 BGG verankerten Norm, die seit 2002 gültig ist, wird folgendermaßen dargestellt:

„Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind (§ 4 BGG Behindertengleichstellungsgesetz).“

Diese Definition gilt so oder in leicht veränderter Form in der Landesgesetzgebung. Barrierefreiheit in diesem Sinne bezieht sich auf freie Zugänglichkeit zum baulich und sozial gestalteten Lebensbereich. Dafür sollten Wohnungen und Gebäude barrierefrei zugänglich sein, sodass auch bei eingeschränkter Mobilität eine eigenständige Versorgung möglich ist und weiterhin soziale Kontakte und Teilhabe ermöglicht werden. Die Schaffung einer weitgehend hindernisfreien Umwelt für Behinderte und ältere Menschen erfordert jedoch eine breite Verankerung der Barrierefreiheit.

Das Konzept der Barrierefreiheit hat zwar in erster Linie behinderte Menschen im Fokus, aber die Bedürfnisse der älteren Menschen sind in diesem Zusammenhang ebenfalls von großer Relevanz, da ein großer Teil von ihnen von einer eingeschränkten Alltagskompetenz betroffen ist. Bislang gibt es aber für die altersgerechte Wohnung keine verbindlichen Standards. Darüber hinaus ist der Begriff *altersgerechte Wohnung* nicht gesetzlich geschützt. Anders als bei altersgerechtem Wohnen handelt es sich bei der Barrierefreiheit um einen *„gerichtlich überprüfbaren Rechtsbegriff, der sowohl empirische als auch normative Elemente enthält“* (Welti 2013, S. 8).

Zur Konkretisierung der Anforderungen hinsichtlich der praktischen Umsetzung von Barrierefreiheit wird auf die vom Deutschen Institut für Normung herausgegebenen Normen (DIN-Normen) verwiesen, in der die notwendigen technischen Anforderungen an bauliche Anlagen dargestellt werden. Bezüglich der Rechtsverbindlichkeit handelt es sich bei diesen Normen um eine verwaltungsrechtliche Vorschrift.¹⁵ Die Grundlage für barrierefreies Bauen ist derzeit die DIN 18040 „Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen“, die im September 2011 veröffentlicht wurde. Die Normreihe DIN 18040 besteht aus drei Teilen: Teil 1: „Öffentlich zugängliche Gebäude“, Teil 2: „Wohnungen“ und Teil 3: „Öffentlicher Verkehrs- und Freiraum“.

¹⁵ Die DIN-Normen sind nicht unmittelbar verpflichtend, sondern haben zunächst den Charakter von Empfehlungen (KfW Bankengruppe 2011, S. 1). Erst nachdem sie in die Liste der Technischen Baubestimmungen der Bundesländer aufgenommen wurden, sind sie bauaufsichtlich verbindlich. Über die Aufnahme der Normen in die Technischen Baubestimmungen entscheidet jedes Bundesland einzeln (vgl. Welti 2013, S. 68). Wird diese Norm als technische Baubestimmung formell eingeführt, erfolgt im jeweiligen Land die Festlegung von Maßnahmen zur Anwendung bzw. zu Modifizierungen (Referat für Stadtplanung und Bauordnung 2013, S. 3).

Da altersgerechtes Wohnen im Bestand den Schwerpunkt der vorliegenden Studie bildet, wird im Folgenden vorwiegend die Norm DIN 18040 Teil 2: „Wohnungen“ von Interesse sein, die als ein Standard für die barrierefreie Gestaltung von Wohnbereichen gilt. Die DIN 18040-2 enthält Festlegungen zu Maßnahmen des barrierefreien/-reduzierten Neubaus oder Umbaus in bestehenden Gebäuden. Somit handelt es sich bei diesen Standards beispielsweise um „*die Empfehlungen zu notwendigen Bewegungsflächen, zur Vermeidung von Stufen und Schwellen zum Zugang und innerhalb der Wohnung, notwendige[n] Türbreiten und Höhen von Bedienungselementen.*“¹⁶ Dies ersetzt DIN 18025 Teil 1 und Teil 2, die seit 1992 gültig waren. Die Schwerpunkte der Änderungen im Vergleich zur DIN 18025 können folgendermaßen umrissen werden:

- a) Zusammenfassung der Anforderungen aus DIN 18025-1 und DIN 18025-2 in einer Norm;
- b) Inhalte vorgenannter Normen grundlegend überarbeitet und umstrukturiert;
- c) sensorische Anforderungen neu aufgenommen;
- d) Schutzziele aufgenommen (Deutsches Institut für Normung e. V. 2011, S. 3)

Die DIN 18040-2 hat über eine Zusammenfassung der DIN 18025-1 und 18025-2 hinaus eine grundlegend überarbeitete sowie umstrukturierte Form. Zudem wurden neben dem bisherigen Aspekt „Motorik“ auch der Aspekt „Sensorik“ aufgenommen und Schutzziele vorangestellt.

Diese Norm gilt in verschiedenen Ländern als Mindestanforderung für die Gewährung von Fördermitteln, soweit sie in die Liste der Technischen Baubestimmungen bauaufsichtlich eingeführt wurde. In den Ländern „Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen“ (Stand 07.01.2015) ist die DIN 18040 Teil 2: „Wohnungen“ für den gesamten im Wohnungsbauprogramm geförderten Wohnungsbau verbindlich vorgeschrieben.¹⁷ Die Förderung von Maßnahmen in diesen Ländern setzt die DIN-Entsprechung voraus, um eine hinreichende Gesamtqualität bei der Barrierereduzierung zu garantieren.¹⁸

¹⁶ Wohnraum für ältere und behinderte Menschen – URL: <http://nullbarriere.de/wohnflaechen.htm> [letzter Zugriff 13.04.2015]

¹⁷ Eingeführte technische Baubestimmungen – URL: <http://nullbarriere.de/technische-baubestimmungen-liste.htm> (Stand: 07.01.2015) [letzter Zugriff: 15.04.2015]

¹⁸ Der relevante Bereich und die Zielsetzung von DIN 18040-2 lassen sich folgendermaßen beschreiben:

DIN 18040-2 gilt für die barrierefreie Planung, Ausführung und Ausstattung von Wohnungen, Gebäuden mit Wohnungen und deren Außenanlagen, die der Erschließung und wohnbezogenen Nutzung dienen. Die Anforderungen an die Infrastruktur der Gebäude mit Wohnungen berücksichtigen grundsätzlich auch die uneingeschränkte Nutzung mit dem Rollstuhl. Innerhalb von Wohnungen wird unterschieden zwischen - barrierefrei nutzbaren Wohnungen und - barrierefrei und uneingeschränkt mit dem Rollstuhl nutzbaren Wohnungen (Deutsches Institut für Normung e. V. 2011, S. 4).

Bei diesen Anforderungen geht man im Besonderen davon aus, dass durch die diesen Anforderungen entsprechende barrierefreie Gestaltung der Wohnung auch für Rollstuhlfahrer eine unabhängige Lebensführung ohne fremde Hilfe ermöglicht wird. Dafür müssen die Wohnungen über die Barrierefreiheit hinaus auf Rollstuhlfahrer abgestimmt sein. Obwohl manchmal *barrierefrei* mit *rollstuhlgerecht* gleichgesetzt wird (BMVBS 2011, S. 25), werden in der DIN 18040-2 diese beiden Begriffe voneinander unterschieden. Für den Begriff *rollstuhlgerecht* sind höhere Anforderungen vorgesehen, da konventionell geschnittene und möblierte Wohnungen Rollstuhlbenutzern häufig nicht zugänglich sind und demnach deren Mobilität schnell an ihre Grenzen stößt.¹⁹ Demnach ist eine Umbaumaßnahme für Rollstuhlbenutzer förderfähig, wenn sie dieser Anforderung von DIN 18040-2 entsprechend durchgeführt wird.

Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass Barrierefreiheit im Sinne der DIN 18040-2, die als das „anforderungsreichste Konzept“ angesehen wird, bei den meisten Wohnungen nicht vollständig umgesetzt werden kann (BBSR 2014, S. 19). Diese Anforderungen haben im Wesentlichen eine Bedeutung für Neubauten. Aufgrund der technischen sowie finanziellen Gegebenheiten ist eine Herstellung von Barrierefreiheit gemäß DIN 18040-2 bei schon vorhandenen Wohnungen nicht immer umzusetzen: Bei der Beseitigung bestehender Barrieren in Bestandsbauten durch einen substanziellen Umbau besteht zum einen das Risiko, unverhältnismäßige Kosten zu verursachen, und zum anderen ist dies unter Umständen baustrukturell oder technisch auch gar nicht möglich. Demzufolge ist es sinnvoll, schon beim Neubau auf diese Norm zu achten, um kostspielige Nachbesserungen zu vermeiden.

Doch in der Realität zeigt sich, dass Neubauten für ältere Menschen in quantitativer Hinsicht von sekundärer Bedeutung sind. Das Augenmerk beim steigenden Bedarf an altersgerechtem Wohnraum richtet sich vorrangig auf den vorhandenen Wohnungsbestand. Angesichts rechtlicher, technischer sowie finanzieller Rahmenbedingungen im Bestand ist es in vielen Fällen sinnvoller, so weit wie möglich die Barrieren zu reduzieren, wobei absolute Barrierefreiheit als anzustrebendes Ideal bleibt. Bei der Durchführung von Wohnanpassungsmaßnahmen im Bestand ist es demnach eine gesetzliche Maßgabe, sich an der DIN 18040-2 zu orientieren – es sei denn, dass aufgrund erheblichen Kostenaufwandes oder baustruktureller sowie technischer Probleme die Maßnahmen nicht umgesetzt werden können.

¹⁹ Diese zusätzlichen Anforderungen für eine uneingeschränkte Rollstuhlnutzung sind in der Norm mit einem „R“ gekennzeichnet. Beispielsweise werden bezüglich der Bewegungsflächen für die rollstuhlgerechte Wohnung mindestens 150 x 150 cm als Wendemöglichkeit in jedem Raum benötigt, während eine barrierefreie Wohnung dafür nur 120 x 120 cm beansprucht.

In diesem Zusammenhang werden die Begriffe *barrierearm* oder *barrierereduziert* aufgegriffen. Die barrierereduzierte Anpassung wird als „*Bündel von Maßnahmen zur Barrierereduzierung im Bestand und zur Verbesserung der Gebrauchstauglichkeit von Wohnungen*“ bezeichnet (BMVBS 2011, S. 25). Im Vergleich zu barrierefreien Wohnungen sind die Anforderungen an barrierearme Wohnungen geringer, wobei keine konkrete Abgrenzung zwischen barrierefreien und barrierearmen Wohnungen besteht (KfW Bankengruppe 2011, S. 2). Wenn aus verschiedenen Gründen Barrierefreiheit durch Umbau nicht weitgehend geschaffen werden kann, sollte man für den Verbleib zu Hause eine Entscheidung über Kompromisse treffen. Hafner und Wölfe sprechen demnach hinsichtlich der Umgestaltung im Bestand von „*eine[m] Kompromiss zwischen den Anforderungen der DIN-Normen, Wirtschaftlichkeit, technischer Machbarkeit und Bestandsschutz*“ (Welti 2013, S. 72).

Ältere Menschen leben häufig in Wohnungen, die ihre Selbstständigkeit beeinträchtigen können, und somit gibt es zuweilen Situationen, in denen ein altersgerechter Umbau erforderlich ist, um ein selbstständiges Wohnen fortzusetzen. Dieser Umbau dient als Ausgleich von persönlichen Defiziten wie mangelnder Mobilität (Baumgartner et al. 2013, S. 39). In vielen Fällen kann auch ein teilweiser Abbau von Barrieren für die Bewohner – insbesondere für ältere Menschen – eine erhebliche Verbesserung der Lebensumstände bewirken. Eine verbesserte Nutzbarkeit der Wohnung sowie die daraus resultierende Erleichterung der Alltagsaktivitäten erhöht die Selbstständigkeit der älteren Menschen und führt somit zum möglichst langen Leben in der vertrauten Umgebung.

Die altersgerechten Umbaumaßnahmen lassen sich hauptsächlich über die folgenden sieben Förderbereiche realisieren: (Stand: 10.2014)

1. *Wege zu Gebäuden und Außenanlagen*
2. *Eingangsbereich und Wohnungszugang*
3. *Überwindung von Treppen und Stufen*
4. *Umgestaltung der Raumgeometrie*
5. *Maßnahmen an Sanitärräumen*
6. *Bedienelemente und Hilfssysteme*
7. *Umgestaltung zu Gemeinschaftsräumen (KfW 2014, S. 1-9)*

Alle diese sieben Förderbereiche beinhalten eigene förderfähige, barrierereduzierende Maßnahmen. Diese Maßnahmen können einzeln oder kombiniert angewendet werden. In der folgenden Tabelle werden die von der KfW geförderten Maßnahmen zum altersgerechten Umbau aufgeführt. Dies veranschaulicht, in welchen Teilbereichen altersgerechter Umbau häufig durchgeführt wird.

<Tabelle 6: Geförderte Maßnahmen im KfW-Programm *Altersgerecht Umbauen* von April 2009 bis Juni 2011>

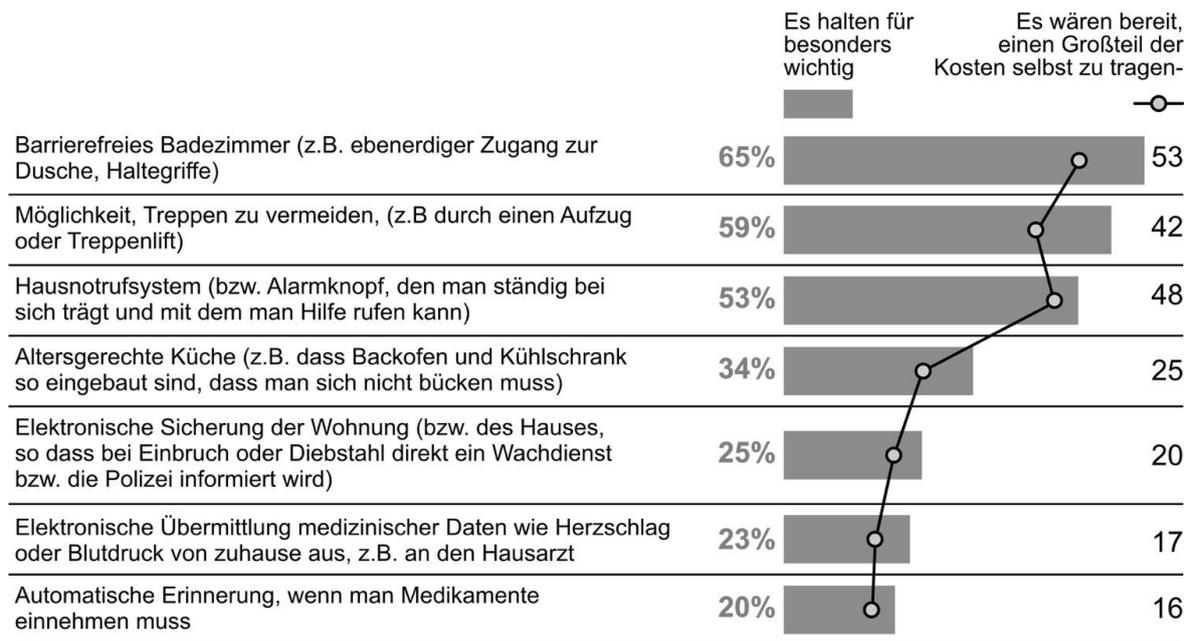
Förderbausteine	Kreditvariante		Zuschussvariante	
	Anzahl Maßnahmen	Zusagebetrag (Mio. EUR)	Anzahl Maßnahmen	Zusagebetrag (Mio. EUR)
Erschließungssysteme (Wege zum Gebäude, Gebäudezugang, Aufzugsanlagen, Treppen und Rampen etc.)	8.666	257,0	3.328	1.771,5
Maßnahmen in Wohnungen, Änderungen des Wohnungszuschnitts (Wohn- und Schlafräume, Küche, Türen und Fenster, Flure)	8.013	135,9	2.979	1.044,4
Sanitärräume (Bewegungsfläche / Raumgeometrie, Sanitärobjekte, Sicherheitssystem / -vorkehrungen)	8.443	128,1	5.681	3.319,1
Sonstiges (Bedienelemente, Kommunikationsanlagen, Verbesserung des Wohnumfeldes etc.)	1.789	49,2	509	80,2
Gesamt	26.911	570,2	12.497	6.251,2

Quelle: KfW Bankengruppe 2011, S. 6

Der Tabelle zufolge wird die finanzielle Förderung durch die KfW meistens für den Umbau in den Bereichen Erschließungssysteme, Sanitärräume sowie sonstige Wohnräume bereitgestellt. Hiervon wird nahezu die Hälfte der gesamten Zuschüsse im Bereich der Sanitärräume eingesetzt (KfW Bankengruppe 2011, S. 5).

Die Generali Altersstudie 2013 ergab, dass der befragte Teil der 65- bis 85-jährigen Bevölkerung bei der altersgerechten Gestaltung der eigenen Wohnsituation das barrierefreie Badezimmer für besonders wichtig hält und mehr als die Hälfte der Befragten bereit wäre, einen Großteil der Kosten selbst zu tragen. Neben dem barrierefreien Badezimmer halten die befragten älteren Menschen die Vermeidung von Treppen und ein Hausnotrufsystem für wichtig.

<Abbildung 5: Maßnahmen zur altersgerechten Gestaltung der eigenen Wohnsituation>



Quelle: Köcher und Bruttel 2012, S. 307

Diese erhöhte Nachfrage nach altersgerechtem Umbau bringt zudem neue Wachstumspotenziale in wirtschaftlicher Hinsicht mit sich. Der aktuelle sowie der zukünftige Bedarf an weiteren altersgerechten Wohneinheiten wird als sehr groß eingeschätzt: Kurzfristig schätzt die KfW-Bank den Bedarf auf 2,5 Mio. Wohnungen. Dieser Bedarf wird weiterhin bis 2020 auf 3 Mio. Wohnungen ansteigen (BMVBS 2011, S. 11). Dies bedeutet, dass in den nächsten Jahren neben den vorhandenen 0,5 Mio. altersgerechte Wohneinheiten weitere 2,5 Mio. Wohnungen altersgerecht angepasst werden sollen. Die KfW-Bank schätzt in diesem Zusammenhang den Investitionsbedarf auf etwa 50 Mrd. Euro (BBSR 2016, S. 24). Ähnlich schätzt das Deutsche Institut für Urbanistik den „Investitionsbedarf für eine altengerechte Anpassung von Infrastruktur“ insgesamt auf 53,31 Mrd. Euro (DZA 2013, S. 10).

An dieser Stelle werden die notwendigen baulichen Veränderungen für einen langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit im Detail zusammengefasst. Hierzu wird auf DIN 18040-2 (Auszug aus der DIN-Norm Beuth-Verlag) und die Internetseite „nullbarriere.de“ verwiesen.

Im Zugangs- und Eingangsbereich ist das Ziel die Überwindung von Barrieren und somit eine barrierefreie Erreichbarkeit der Wohnung. Barrieren erschweren den Alltag der Bewohner mit motorischen Einschränkungen. Bei Wohnungen im Hochparterre sollte vor allem für Rollstuhlnutzer ein barrierefreier Zugang geschaffen werden, wofür die Pflegekasse Zuschüsse

gewährt.²⁰ Da die meisten Hauseingänge aber nicht barrierefrei, sondern mit Schwellen oder Stufen ausgestaltet sind, sind Handläufe an Treppen oder Rampen förderfähig. Aber bei Wohnungen ab dem ersten Stock ist es ohne den Einbau eines Aufzuges für Rollstuhlfahrer, Menschen mit motorischen Einschränkungen oder Pflegebedürftige schwer, selbstständig die Wohnung zu betreten und zu verlassen. In diesen Fällen bleibt nichts anderes übrig, als einen Aufzug einzubauen, was mit hohen Kosten verbunden und nicht in jedem Gebäude realisierbar ist.

Innerhalb der Wohnung müssen für Bewegungsfreiheit in der Wohnung in erster Linie Stufen und Hindernisse überwunden werden. Treppen innerhalb der Wohnung benötigen technische Ausstattung wie beispielsweise einen Treppenlift. Durch die Nachrüstung mit einem Treppenlift lassen sich Treppen überwinden, aber es wurde als Problem bezeichnet, dass häufig pflegebedürftige Bewohner oder Behinderte den Lift nicht selbstständig benutzen können. Zuletzt wurde daher ein Treppendeckelift entwickelt, mit welchem die Betroffenen in einem Transportstuhl oder auch in ihrem Rollstuhl von unten nach oben und umgekehrt gebracht werden können (Interviewzitat 607061.01_001: 16 - 16). Im innerhäuslichen Bereich sind daneben besonders strenge Regelungen für Rollstuhlnutzer ersichtlich. Für Rollstuhlnutzer sollen eine angemessene Türbreite und eine ausreichend große Bewegungsfläche gegeben sein. Aber Umbaumaßnahmen für diese Zwecke wie Türverbreiterungen oder Schaffung von mehr Platz sind häufig mit wesentlichen Veränderungen der Bausubstanz verbunden, die eine lange Bauzeit und einen sehr hohen Kostenaufwand nach sich ziehen.

²⁰ Ein Wohnberater macht im Rahmen eines Interviews mit der Autorin die Regeln der Zuschussgewährung bezüglich eines Umbaus im Eingangsbereich mit dem folgenden Beispiel deutlich:

Ich habe jetzt gerade ein Ehepaar, die haben behinderte Zwillinge. Die Zwillinge sind fünfzehn. Ein Junge kann laufen, er hat eine Gehschiene, eine Orthese, kann laufen, auch ziemlich so Treppen zügig steigen. Er geht zwar so ein bisschen schief, aber er kann laufen und auch kann rennen. Und der andere, sein Zwillingbruder, kann überhaupt nicht laufen, ist fast bewegungsunfähig. Und jetzt soll ein neuer Zugang, ein barrierefreier Zugang durch den Garten zur Straße gemacht werden, weil die wohnen im Hochparterre. (...) Für den einen Jungen, der nicht laufen kann, ist das kein Problem, weil jeder von beiden kriegt ja 4000 Euro. Also ich (Wohnberaterin) würde 8000 Euro für die Familie bekommen. Einer kann aber laufen. Wenn ich jetzt für ihn auch für diese Maßnahme einen Zuschuss beantrage, kann die Pflegekasse sagen, der kann ja laufen, wieso braucht er einen barrierefreien Zugang zum Garten. Das könnte ein Problem geben (Interviewzitat 906061. 7: 77 – 77).

Anhand dieses Beispiels lässt sich die Förderungsgewährung der Pflegekasse für diesen Zweck verstehen: Da in diesem Beispiel nur einer der Betroffenen aufgrund der motorischen Einschränkung ohne den Umbau die Treppe nicht selbstständig überwinden kann, werden nur für diesen Jungen die Zuschüsse für die Schaffung des barrierefreien Zugangs gewährt, und insofern müssen die Eltern den Rest selbst bezahlen, um diesen Bauplan umzusetzen. Für die im Folgenden beschriebenen Maßnahmen in Wohnungen wurden ähnliche Kriterien zur Anwendung gebracht. Die Leistungen der Pflegekasse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen werden außerdem in Kapitel 3.3.3. im Detail zusammengefasst.

Die Küche beinhaltet auch umfangreichen Anpassungsbedarf für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Damit ein Rollstuhlnutzer Küchenarbeit selbstständig leisten kann, müssen die Arbeitsplatte und die Schränke manuell oder elektromotorisch absenkbar sein. Neben diesen höhenverstellbaren Kücheneinrichtungen müssen auch hierbei ausreichende Freiräume für einen optimalen Aktionsradius geschaffen werden, sodass das Drehen und Wenden auch mit Gehhilfe oder Rollstuhl ermöglicht wird.

Baden, Duschen und Waschen fällt Menschen mit altersbedingten Bewegungseinschränkungen bereits relativ früh schwer. Die Sanitärräume sind für den langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ein sehr entscheidender Faktor, da sie in jedem Haushalt mit den wichtigsten Grundbedürfnissen verbunden sind. Die Sanitärräume gelten aber häufig als ein besonderer Problembereich, da hierbei neben den Barrieren auch die Größe des Raums ein großes Thema ist. Beim Umbau der Sanitärräume ist wichtig, dass vor dem Waschtisch und vor oder neben der Toilette genug Platz ist. Durch eine veränderte Anordnung der Objekte kann in der Regel etwas mehr Raum geschaffen werden; aber da die Wände bleiben, sind die Umgestaltungsmöglichkeiten begrenzt (Interviewzitat 115061.3_001: 58 - 61).

Aus diesem Grund kommt häufig ein Badumbau in Frage, da durch Badumbauten oder ohne Badewanne das Badezimmer großräumiger genutzt werden kann. Die Badumbauten machen unter anderem den überwiegenden Teil der Handwerksarbeit im Zusammenhang mit altersgerechtem Umbau aus, da der Ein- und Ausstieg in das Bad für Menschen mit motorischen Einschränkungen manchmal eine gefährliche Angelegenheit darstellt und da dies bei der Pflege immer die Engstelle für den Pflegebedürftigen, die Angehörigen und auch für den Pflegedienst darstellt (Interviewzitat 115061.3:51-51). Die Badewanne wird demnach zunehmend durch eine bodengleiche Dusche ersetzt. Der Einbau einer bodengleichen Dusche ermöglicht eine Umfunktionierung der alten Badewannenfläche, sodass mehr nutzbarer Raum im Sanitärbereich geschaffen wird.²¹

Darüber hinaus stärkt ein höhenverstellbarer Waschtisch, der in für Rollstuhlnutzer erreichbarer Höhe angebracht werden kann, die Selbstständigkeit der Bewohner. In Bezug auf die Zuschussgewährung vonseiten der Pflegekasse ist die Gewährung von Zuschüssen für einen Badumbau relativ niedrigschwellig im Vergleich zu anderen Umbaumaßnahmen, da es in diesem

²¹ Aber da dieser komplette Badumbau sehr umfangreiche Umbauarbeiten und einen hohen Kostenaufwand erfordert, werden auch einfachere Maßnahmen umgesetzt. Beispielsweise kann die Badewanne durch eine altersgerechte Dusche mit niedriger Einstiegshöhe ersetzt werden (*Wanne zu Dusche*). Da das Abwassersystem der alten Badewanne bleibt, ist der Aufwand für die Umbaumaßnahme geringer und schonend für Fliesen oder Mauerwerk. Daneben ist auch als Teillösung eine Badewanntür denkbar, wodurch das Ein- und Aussteigen in die Badewanne erleichtert wird.

Fall ausreichend ist, pflegeerleichternde Effekte der geplanten Maßnahme nachzuweisen (Interviewzitat 906061. 7_001: 77 - 77).

Neben diesen wesentlichen Umbaumaßnahmen gibt es auch einfache, aber sehr effektive Maßnahmen: Stützgriffe oder Haltegriffe (senkrecht oder waagrecht) neben dem WC-Becken, der Badewanne oder auch im Duschbereich erhöhen die Sicherheit bei der Badnutzung. Auch Duschklapsitze und Duschhocker erleichtern ein selbstständiges Duschen oder entlasten pflegende Angehörige oder den Pflegedienst.

3.3.2. *Technische Assistenzsysteme*

3.3.2.1. *Technische Hilfsmittel für ältere Menschen*

Der technische Ansatz erweitert den Umfang der Selbstständigkeit der älteren Menschen und unterstützt die ambulante Versorgung, indem die Angehörigen oder Pflegenden entlastet werden. *Technisches Hilfsmittel* ist ein gebräuchlicher Begriff in Deutschland, aber eine allgemeingültige oder sozialversicherungsrechtliche Definition ist noch nicht vorhanden. Man spricht von technischen Hilfsmitteln insbesondere in Bezug auf behinderungsausgleichende oder behinderungsvorbeugende Technik, und dies wird in der Regel gleichbedeutend mit *Assistierender Technik* (AT) benutzt.²² Im Englischen werden Begriffe wie *assistive technologies* und *assistive technology device* synonym verwendet, wobei *Assistierende Technik* als eine Übersetzung dieser englischen Begriffe erscheint. Eine oft zitierte amerikanische Definition von *assistive technologies* aus dem Jahr 1988 lautet folgendermaßen:

„Assistive technologies include any item, piece of equipment, or product system, whether acquired commercially off the shelf, modified or customized, that is used to increase, maintain or improve the functional capabilities of individuals with disabilities“ (Individuals with Disabilities Act 1988)²³

In diesem Sinne sollen technische Hilfsmittel dazu dienen, funktionale Fähigkeiten der Menschen mit Einschränkungen zu erhöhen, aufrechtzuerhalten oder zu verbessern. Es bestehen unterschiedliche Definitionen über Hilfsmittel in den deutschen Sozialgesetzbüchern, die sich danach unterscheiden lassen, wie der Bedarf am jeweiligen Produkt zustande gekommen ist

²² Zu bedenken ist jedoch, dass assistierende Technologien auch Teilsysteme und Komponenten beinhalten, die in der Regel nicht als eigenständige Hilfsmittel bezeichnet werden.

²³ Early Childhood Technical Assistance Center - Federal Definitions of Assistive Technology. URL: <http://ectacenter.org/topics/atech/definitions.asp> [letzter Zugriff: 20.5. 2015]

(Aleskov et al. 2012, S. 55). Auch wenn es einen gewissen Nutzen für Pflegebedürftige hat, gilt im sozialrechtlichen Sinne nicht jedes sächliche Produkt als Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel (Kamps und Bienstein 2009, S. 30). Beispielsweise ist der Rechtsanspruch auf Hilfsmittelversorgung in § 33 SGB V festgehalten, wobei der Begriff des Hilfsmittels nicht definiert wird, sondern beispielhaft verschiedene Gegenstände und Produkte genannt werden. Aus Sicht des Krankenversicherungsrechts ist im Allgemeinen definiert, dass Hilfsmittel „sächliche medizinische Leistungen“ sind, die eine Behinderung ausgleichen oder einen Erfolg von Krankenbehandlung sichern (Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen 2004, S. 3). Die Definition von Kamps und Bienstein, die auf § 31 SGB IX i. V. m. § 33 SGB V sowie auf die ständige Rechtsprechung verweist, lautet folgendermaßen:

Hilfsmittel sind sächliche Gegenstände, Produkte, Apparate oder Geräte, wie z.B. Hörhilfen, Körperersatzstücke oder orthopädische Hilfsmittel. Hilfsmittel können vom behinderten Menschen getragen oder mitgeführt und bei einem Wohnungswechsel auch mitgenommen und weiter benutzt werden, um sich im jeweiligen Umfeld zu bewegen, zurechtzufinden und die elementaren Grundbedürfnisse des täglichen Lebens zu befriedigen (Kamps und Bienstein 2009, S. 31).

Darüber hinaus müssen Kamps und Bienstein zufolge Hilfsmittel von der Funktion her transportabel sein (Kamps und Bienstein 2009, S. 31). Insbesondere versteht man – anders als bei „Maßnahmen zur Wohnraumanpassung“ im Sinne von § 40 Abs. 4 SGB XI – unter technischen Hilfsmitteln mobile Gegenstände, die nicht feste Bestandteile der Bausubstanz sind. Als nicht fest verbaute Gegenstände in der Wohnung unterscheiden sich diese auch von alltäglichen Gebrauchsgegenständen insofern, als dass ihre Entwicklung und Herstellung von der Konzeption her den speziellen Bedürfnissen der Patienten, Behinderten und Pflegebedürftigen entsprechend erfolgt (KVJS 2011, S. 18).

In diesem Zusammenhang lassen sich Hilfsmittel von allgemeinen Gebrauchsgegenständen vorwiegend nach der vom Hersteller festgelegten Zweckbestimmung und aus Sicht der tatsächlichen Benutzer unterscheiden. Hilfsmittel sind in diesem Sinne „Geräte, die spezifisch für Bedürfnisse kranker oder behinderter Menschen entwickelt und hergestellt werden und die ausschließlich oder überwiegend von diesen benutzt werden“, wobei allgemeine Gebrauchsgegenstände im täglichen Leben benutzt werden und dabei im Regelfall keine spezielle Zielgruppe festgelegt wird (Wabnitz 2009, S. 63).

Die Hilfsmittel lassen sich zu Lasten der Krankenkasse verordnen, wenn dies notwendig ist. Die Versicherten haben auch Anspruch auf Hilfsmittel im Sinne von SGB V, wenn es sich um folgende Zwecke handelt:

- den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern,
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder

- eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen,
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
- Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden,
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, S. 4–5).

Die Hilfsmittel werden demnach eingesetzt, um die beeinträchtigten Körperfunktionen zu ergänzen oder gar zu ersetzen, wobei es im Vergleich zu Heilmitteln nicht auf die Besserung in medizinischer Hinsicht ankommt. Hinzu kommt, dass dieses Hilfsmittel nicht direkt auf den menschlichen Körper einwirken muss. Laut einem Urteil des Bundessozialgerichtes „dient [es] auch dann der Sicherung der ärztlichen Behandlung, wenn es die häusliche Behandlung durch eine Hilfsperson ermöglicht oder erheblich erleichtert“. ²⁴ Insofern steht gemäß § 40 SGB XI den Pflegebedürftigen eine Vielfalt an Pflegehilfsmitteln zu, wenn die leistungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen. Pflegehilfsmittel im Sinne von § 40 SGB XI dienen vorwiegend der Erleichterung der Pflege oder der Ermöglichung einer selbstständigeren Lebensführung.

Die technischen Hilfsmittel werden durch die Krankenkasse oder Pflegekasse finanziert, sofern sie im Hilfsmittelverzeichnis (§ 139 SGB V) aufgeführt werden, das vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt wird. ²⁵ Im Hilfsmittelverzeichnis werden entsprechend ihrem Einsatzbereich die untenstehend aufgeführten Produktgruppen von Hilfsmitteln gelistet. ²⁶ Diese Liste enthält

²⁴ BSG, Urteil v. 03.08.2006, B 3 KR 25/05 R, Sozialrecht und Praxis 2006, S. 782.

²⁵ Für die Finanzierung des Hilfsmittels sind je nach Ursache der Erkrankung und je nach Einsatzbereich noch weitere Kostenträger zuständig (Aleskov et al. 2012, S. 56): Neben den Krankenkassen und Pflegekassen werden die Hilfsmittel auch durch die Rentenversicherung, das Arbeitsamt, das Integrationsamt sowie durch Sozialhilfeträger finanziert. In dieser Studie werden jedoch hauptsächlich die Hilfsmittel, die von den Krankenkassen und Pflegekassen finanziert werden, thematisiert. Siehe Aleskov (2012) für weitere Informationen.

²⁶ <Tabelle 7: Produktgruppen>

Gruppe	Bezeichnung	Gruppe	Bezeichnung
01	Absauggeräte	21	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen
02	Adaptionshilfen	22	Mobilitätshilfen
03	Applikationshilfen	23	Orthesen/Schienen
04	Badehilfen	24	Prothesen
05	Bandagen	25	Sehhilfen
06	Bestrahlungsgeräte	26	Sitzhilfen
07	Blindenhilfsmittel	27	Sprechhilfen
08	Einlagen	28	Stehhilfen
09	Elektrostimulationsgeräte	29	Stomaartikel
10	Gehhilfen	30	Nicht besetzt

Informationen darüber, für welche Hilfsmittel die Kasse eine Kostenübernahme genehmigt. Zur Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis muss der Hersteller des Produktes selbst einen Antrag stellen, und danach wird geprüft, ob die Produkte den angestrebten medizinischen Nutzen aufweisen sowie Qualitätsanforderungen erfüllen können. Zugleich werden die Voraussetzungen für die Verordnung von Hilfsmitteln und der Versorgungsumfang an Hilfsmitteln durch die Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geregelt.

Das Hilfsmittelverzeichnis besteht aus 40 Produktgruppen, die in 34 Hilfsmittel und sechs Pflegehilfsmittel zu untergliedern sind (VdK 2010, S. 8). Zu beachten ist, dass Zuständigkeit der Krankenkasse oder Pflegekasse für die Hilfsmittelversorgung nur dann besteht, wenn eine ärztliche Verordnung oder anerkannte Pflegestufen vorliegen (Bundesministerium für Gesundheit 2013, S. 30). Unter Umständen wird mit der Zuständigkeit nicht eindeutig geklärt, ob es sich um Krankenkassen oder um Pflegekassen handelt, da Funktionsausgleich und Pflegerleichterung nicht immer klar abzugrenzen sind. Wenn das Hilfsmittel nur der Pflegerleichterung dient, besteht eine Zuständigkeit der Pflegekasse für die Hilfsmittelversorgung, aber bei Überlappung der Funktionen von Produkten liegt die Leistungspflicht vorrangig bei der Krankenkasse (VdK 2010, S. 6). In der Regel fallen die Produktgruppen 1 bis 33 in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen, und diese Produkte dienen in erster Linie zum Ausgleich von funktionalen Einschränkungen bzw. zur Vorbeugung drohender Behinderung. Zu den Hilfsmitteln, die zum Ausgleich körperlicher Einschränkungen dienen, zählen Seh- und Hörhilfen, Badehilfen sowie Geh- und Aufrichthilfen. Beispielsweise fallen ein Badewannenbrett, Toilettensitzerhöhungen, Toilettenstühle, Haltegriffe, Rollstühle oder Wannenslifte darunter.

Die Produktgruppen 50 bis 54, denen als ein hauptsächlicher Nutzen Pflegerleichterung zugeschrieben ist, können zu Lasten der Pflegekasse beansprucht werden. Gesetzlich ist es durch § 40 Abs. 1 SGB XI geregelt, dass Pflegehilfsmittel „zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung

11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	31	Schuhe
12	Hilfsmittel bei Tracheostoma	32	Therapeutische Bewegungsgeräte
13	Hörhilfen	33	Toilettenhilfen
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	50	Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege
15	Inkontinenzhilfen	51	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene
16	Kommunikationshilfen	52	Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität
17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	53	Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden
18	Kranken-/Behindertenfahrzeuge	54	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel
19	Krankenpflegeartikel	98	Sonstige Pflegehilfsmittel
20	Lagerungshilfen	99	Verschiedenes

(Quelle: GKV Spitzenverband – URL: https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/hmvAnzeigen_input.action [letzter Zugriff: 20.04.2015])

der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen“ sollen (Bundesministerium für Gesundheit 2013, S. 35). Hierbei steht hinsichtlich der Funktion von Hilfsmitteln der Behinderungsausgleich eher im Hintergrund, und dies wiederum stellt die Pflege in den Vordergrund. Unter anderem umfassen die Pflegehilfsmittel, die zu den Produktgruppen 50 bis 54 zählen, folgende Produkte:

„Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege“ (Produktgruppe 50): Pflegebetten, Pflegebettzubehör, Pflegebettische und Pflegerollstühle,

„Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene“ (51): Bettpfannen, Urinflaschen und Waschsysteme,

„Pflegehilfsmittel zur Selbstständigen Lebensführung“ (52): Notrufsysteme,

„Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden“ (53): Lagerungsrollen,

„Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel“ (54): saugende Bettschutzeinlagen, Schutzbekleidung und Desinfektionsmittel.²⁷

Durch bedarfsgerechten Ansatz dieser Pflegehilfsmittel lässt sich der Alltag der Pflegebedürftigen erleichtern, sodass weniger fremde Hilfe benötigt wird. Zugleich entlasten diese Hilfsmittel die Pfl egetätigkeit, was eine möglichst lange Versorgung zu Hause ermöglicht.

Die obengenannte Definition stellt fest, dass es sich bei Hilfsmitteln nicht nur um Hilfsmittel für ältere Menschen, sondern um Hilfsmittel zur Versorgung funktionaler Einschränkungen in jeder Altersgruppe handelt. Der Einsatz von technischen Hilfsmitteln ist also altersunabhängig von entscheidender Bedeutung in einer Lebensphase, die ein hohes Risiko des Nachlassens der alltagsrelevanten Fähigkeiten mit sich bringt. Diese alltagsbedeutsamen Verluste in physischer und kognitiver Hinsicht sind aber insbesondere im höheren Lebensalter ausgeprägt (Wahl et al. 2010, S. 17). In dieser Studie werden somit vielmehr die Hilfsmittel für jene Einschränkungen, die vor allem im Zuge des Alterungsprozesses auftreten, von Relevanz sein. Neben dem altersgerechten Umbau sind die nicht baulichen Maßnahmen – also technische Hilfsmittel für ältere Menschen – als Maßnahmen zu berücksichtigen, die ein *möglichst langes Verbleiben zu Hause* ermöglichen. Insbesondere da viele Privatwohnungen nicht für die Bedürfnisse älterer Menschen ausgestattet sind, bedarf es technischer Intervention, welche die nachlassenden Alltagskompetenzen der älteren Menschen kompensiert. Vor diesem Hintergrund wird mit diesem technischen Ansatz das Ziel verfolgt, zum einen Leistungseinbußen und Behinderungen zu kompensieren sowie zum anderen die Lebensqualität zu optimieren sowie das alltägliche Leben zu bereichern (Georgieff 2009, S. 5). Altersgerechte Technik ermöglicht älteren Menschen die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit, indem sie prinzipiell vielfältige Möglichkeiten bietet, auftretende Probleme und Schwierigkeiten zu

²⁷ GKV Spitzenverband – URL: <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/hmvAnzeigen.action?gruppeId=37> (Stand: 2015) [letzter Zugriff: 20.04.2015]

bewältigen und Belastungen zu vermindern. Bei den technischen Hilfsmitteln für ältere Menschen ist in erster Linie deren Ausgleichsfunktion zu beachten. Dieses kompensatorische Ziel des technischen Hilfsmittels richtet sich an die mit höherem Alter eintretenden Kompetenzeinbußen im Bereich der Sensorik und der Motorik. Je stärker die sensorischen und motorischen Fähigkeiten der älteren Menschen abnehmen, desto höher sind die Anforderungen an technische Hilfsmittel sowie sonstige assistierende Systeme. Technische Hilfsmittel unterstützen hierbei die älteren Menschen dabei, möglichst lange zu Hause zu bleiben und dabei ihre Selbstständigkeit zu erhalten, auch wenn gesundheitliche Einschränkungen bestehen.

Vor dem Hintergrund der steigenden Bedeutung technischer Innovationen wird derzeit eine Vielfalt an technischen Hilfsmitteln angeboten und weiter in diesem Bereich verstärkt geforscht und neue Produkte entwickelt. Hierbei bedarf es insbesondere der Klärung von Vorgehensweisen bei Beschaffung, Trägerschaft sowie Finanzierung. Beispielsweise ist es ein großer Vorteil für Pflegebedürftige sowie für Patienten, dass viele Hilfsmittel im erstattungsfähigen Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt werden. Jedoch müssen dem Wirtschaftlichkeitsgebot der gesetzlichen Krankenversicherung zufolge die Leistungen *„ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“* (§ 12 SGB V). Es wird demnach erwartet, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach strikten Kriterien über die Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis entscheidet, da diese durch Sozialbeiträge finanziert werden müssen und eine erheblich höhere Anzahl an erstattungsfähigen Hilfsmitteln zu einer erhöhten finanziellen Belastung der Beitragszahler führt. Im nächsten Unterkapitel werden weitere technische Assistenzsysteme unter dem Begriff *Ambient Assisted Living* vorgestellt. Dies umfasst neben den hier erwähnten klassischen Hilfsmitteln auch High-Tech-Geräte, wobei ein großer Teil dieser neu entwickelten technischen Geräte sehr kostspielig sein kann und diese zurzeit nicht gesellschaftlich finanziert werden. Demnach ist es mittlerweile zu einem vielfach diskutierten Thema avanciert, inwieweit die Kosten für die technischen Assistenzsysteme gesellschaftlich mitgetragen werden sollten.

3.3.2.2. AAL (*Ambient Assisted Living*) und häuslicher Alltag

Eine gute technische Ausstattung der Wohnung soll den älteren Menschen größtmögliche Selbstständigkeit ermöglichen. *Ambient Assisted Living* ist ein in Deutschland entwickeltes Konzept, das sich als alltags- sowie umgebungsunterstütztes Leben umschreiben lässt. AAL (Kurzform für *Ambient Assisted Living*) wird häufig zusammen mit *System* verwendet, was eine Wohnumgebung beschreibt, in der technische sowie soziotechnische Assistenzsysteme das Leben der Menschen unterstützen. Dies meint in der Regel über einzelne technische Hilfsmittel hinaus eine Umgebungstechnik, die die Infrastruktur des Alltagslebens bildet.

Es bestehen häufig Schwierigkeiten, klassische Hilfsmittel und AAL-Systeme vollständig voneinander abzugrenzen, da letztere eine große Bandbreite an Nutzen und Komplexität aufweisen. Das Spektrum der AAL-Systeme reicht von Low-Tech- bis hin zu High-Tech-Geräten, die sich jeweils nach dem Grad ihrer Komplexität unterscheiden lassen. Die im Wesentlichen auf mechanischen Prinzipien basierenden Low-Tech-Geräte sind in der Regel relativ einfache technische Hilfsmittel mit eindimensionaler Funktionalität, die direkt bei akuten Problemen eingesetzt werden. Hierbei werden häufig Hilfsmittel mit Bezug auf die Mobilität der Betroffenen erwähnt, die bei der Ausübung einfacher Aktivitäten helfen (Claßen 2012, S. 75). Darüber hinaus handelt es sich bei High-Tech-Geräten vor allem um vernetzte Geräte sowie um Kombinationen von Systemkomponenten (z. B. Hardware und Software), wodurch die Vermittlung außerhäuslicher Hilfe sowie soziale Kommunikation ermöglicht werden. Beispielsweise werden durch die technischen Systeme Daten an dritte Dienstleistungsanbieter übertragen, die vertraglich angebunden sind. In diesem Zusammenhang lautet eine bekannte Definition des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zu AAL folgendermaßen:

Unter „Ambient Assisted Living (AAL)“ werden Konzepte, Produkte und Dienstleistungen verstanden, die neue Technologien und soziales Umfeld miteinander verbinden und verbessern mit dem Ziel, die Lebensqualität für Menschen in allen Lebensabschnitten zu erhöhen (BMBF 2008, S. 1).

Mit „*allen Lebensabschnitten*“ werden in diesem Zusammenhang die älteren Menschen in den Fokus gerückt, sodass sich der Begriff der AAL-Systeme mit „*altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben*“ übersetzen lässt (BMBF 2008, S. 1). Diese altersgerechten Assistenzsysteme auf Basis moderner Mikrosystem- und Kommunikationstechnik unterstützen die Integration von neuer Technologie in das direkte Lebensumfeld, indem sie an die Bedürfnisse der älteren Menschen angepasst wird (vgl. Zimmermann et al. 2012, S. 213). Neben der Technik werden Dienstleistungen eingesetzt, die die alltägliche Lebensführung der älteren Menschen unterstützen und die Kommunikation mit ihrem sozialen Umfeld verbessern (BMBF 2009, S. 4). In diesem Sinne handelt es sich bei AAL um altersgerechte Assistenzsysteme, durch die eine Kombination von Technik mit entsprechenden Dienstleistungsangeboten zur Verfügung steht.

Da viele ältere Menschen die meiste Zeit dort verbringen, zielt dieser Ansatz hauptsächlich auf den direkten sowie den indirekten Wohnraum. In diesem Sinne definiert Manzeschke den Begriff AAL als *„eine intelligente Wohnumgebung, in der alle technischen Geräte miteinander kommunizieren können und dem Bewohner ein auf seine Bedürfnisse und Bedarfe ausgerichtetes Lebensumfeld herstellen“* (Manzeschke 2013, S. 1). Mit der Entwicklung und Installierung von AAL-Systemen wird vor allem das Ziel verfolgt, dass ältere Menschen trotz des Nachlassens der körperlichen sowie kognitiven Fähigkeiten möglichst selbstständig in den eigenen vier Wänden wohnen können (Lehr 2013, S. 153). Zudem können die technischen Assistenzsysteme, die die funktionalen Beeinträchtigungen der älteren Menschen ausgleichen, auch einen Teil des Alltags erleichtern, was einen Zugewinn an Lebensqualität zur Folge hat.

Vor diesem Hintergrund lassen sich AAL-Systeme und technische Hilfsmittel folgendermaßen voneinander unterscheiden: In erster Linie gilt, dass im Vergleich zu technischen Hilfsmitteln bei AAL-Systemen auch hochtechnologische alltägliche Gebrauchsgegenstände, die alltägliche Tätigkeiten bzw. Verrichtungen unterstützen oder erleichtern. Im Gegensatz dazu werden technische Hilfsmittel hauptsächlich zum Ausgleich von Beeinträchtigungen oder Einschränkungen eingesetzt. Das AAL-System umfasst aber über lebensnotwendige Mittel für die älteren Menschen oder für behinderte Menschen hinaus auch Produkte, die zu Luxusgütern tendieren. Darum zählen zu dieser breiten Palette auch Güter, welche häufig sehr teuer sind und vor allem in ihrer Benutzung sehr kompliziert für ältere Menschen sein können. Hierbei ist außerdem entscheidend, inwieweit der erste oder der zweite Gesundheitsmarkt die AAL-Produkte und -Dienstleistungen finanzieren können. Da es bei der Nachfrageentwicklung einen großen Unterschied darstellt, ob die Güter aus der eigenen Tasche oder von der Kasse bezahlt werden, hat das Hilfsmittelverzeichnis eine *„marktsteuernde Wirkung“* (ULD 2010, S. 146).

Zweitens sind im Vergleich zu AAL-Systemen, die ein unterstütztes Leben ermöglichen und als hybrides Systemmodell bezeichnet werden, Hilfsmittel eher abgegrenzte sowie in sich schlüssige Objekte. Unter dem Begriff AAL wird neben einzelnen Komponenten (wie klassischen Hilfsmitteln) immer mehr eine vernetzte Infrastruktur für das tägliche Leben in unterschiedlichen Lebensbereichen verstanden.

Das im Jahr 2007 gestartete Programm für AAL ist eines der größten Förderprogramme auf europäischer Ebene, in dessen Rahmen ein Gesamtbudget von rund 700 Mio. Euro eingesetzt wird. Deutschland beteiligt sich mit 20 weiteren europäischen Staaten daran, und hierbei übernehmen zunächst der *„VDI/VDE (Verein Deutscher Ingenieure e. V. und Verband der Elektrotechnik) Information und Technik GmbH und das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)“* die Koordination und Finanzierung (Zens et al. 2010, S. 475). Vor dem Hintergrund der

demografischen Entwicklung ist es nicht zu bezweifeln, dass in der Zukunft AAL-Systemen ein größerer Bedeutungsgewinn zugeschrieben werden wird.

Hinsichtlich der Wachstumsimpulse des AAL-Systems kommt der Forschung und Entwicklung, die von profitorientierten Trägern wie Technik- und Geräteherstellern sowie Dienstleistern durchgeführt wird, eine große Bedeutung zu. Zum möglichst selbstständigen Wohnen im Alter werden verschiedene Technologien kombiniert und weiterentwickelt. Hierbei spielen insbesondere private kommerzielle Anbieter, die innerhalb sowie außerhalb der etablierten Technologien neue Produkte entwickeln, eine wesentliche Rolle. Die Industrie setzt sich dafür ein, die wissenschaftliche Lücke zu schließen. Hierbei sind insbesondere die Hersteller von Hilfsmitteln und der Wissenschaftsbereich gefragt, nach geeigneten Wegen zu suchen, um die Wirksamkeit von Hilfsmitteln zu steigern sowie um die Kooperation der Endnutzer zu werben (Habetha und Golbach 2014, S. 3).

Der politische Bereich agiert hierbei vor allem als Förderer der Entwicklung und als Verantwortlicher für gesetzliche Rahmenbedingungen für den Einsatz von AAL-Systemen (ULD 2010, S. 27). Das Bundesministerium für Bildung und Forschung ist zuständig für das Modellprogramm, mit dessen Umsetzung die VDI/VDE Innovation + Technik GmbH beauftragt ist, und für die Bewertung der geförderten Projekte. Besonderes Interesse des politischen Bereiches resultiert aus der Erwartung, dass durch die AAL-Anwendungen das Leben zu Hause im Alter und bei Pflegebedarf erleichtert wird und demnach eventuell die Kosten im medizinischen und im pflegerischen Bereich reduziert werden können, was eine Entlastung der Kranken- und Pflegekassen zur Folge hat.

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass es bei AAL-Konzepten neben baulichen und technischen Aspekten auch pflegerische und soziale Dienstleistungen zu berücksichtigen gilt. Im Rahmen von AAL-Systemen werden die vorhandene Technik und Dienstleistungen (bis hin zu Pflegeleistungen) einander ergänzend eingesetzt: Die auf neuen mikrosystemtechnischen und multimedialen Systemlösungen basierenden technischen Produkte werden mit Dienstleistungen kombiniert (BMBF 2009, S. 5). Neben einzelnen Komponenten sind demnach vernetzte Infrastrukturen zu einem vielfach diskutierten Thema avanciert, sodass nicht nur die Entwicklung der technischen Produkte, sondern auch der Dienstleistungssektor immer stärker in den Vordergrund des Tätigkeitsfeldes der AAL rücken (Prilla et al. 2012, S. 160).

Auch aus pflegerischer Perspektive ist die Kombination mit Technik sinnvoll. Durch technikunterstützte Dienstleistungen im häuslichen Umfeld können Vorteile und Nutzen von praktikablen Techniken und unterstützenden Dienstleistungen miteinander verknüpft werden. Eine technikintegrierte Dienstleistung ermöglicht oder erleichtert somit eine ambulante Pflege zu Hause.

Angesichts der alternden Gesellschaft, die einen steigenden Anteil an Hochaltrigen mit sich bringt, werden die Kosten im Bereich Pflege gesellschaftlich auf Dauer nicht finanzierbar sein, wenn keine andere Option als „menschliche Pflege“ vorhanden ist (Wahl et al. 2010, S. 28). Ein integrativer technischer Ansatz fungiert in diesem Sinne als wichtige Voraussetzung für menschliche Unterstützung. Insbesondere können durch den technischen Ansatz vereinfachte Dienstleistungen günstiger sowie leichter zugänglich angeboten werden.

Zugleich erfordern die AAL-Systeme eine ethische, rechtliche sowie sozialwissenschaftliche Betrachtung. Demnach sollen verschiedene Akteure aus Politik, Forschung, Wirtschaft sowie dem Sozialbereich an ihrer weiteren Entwicklung beteiligt werden. Prilla et al. beschreiben die relevanten Akteure, die in diese Integration von Technik und Dienstleistungen einbezogen sind, folgendermaßen:

Die Entwicklung, Umsetzung und das Angebot AAL-unterstützter Dienstleistungen für Senioren sehen sich einem Anwendungsbereich gegenüber, der durch ein komplexes Netzwerk von Akteuren, Erwartungen und anderen Einflussfaktoren charakterisiert ist. Insbesondere spielen neben den Bedürfnissen und Erwartungen der eigentlichen Zielgruppe der Senioren auch weitere Akteure wie Wohlfahrtsverbände, Pflegedienstleister und andere eine Rolle sowie auch aktive Dienstleistungsanbieter oder Wohnungsbaugesellschaften. Eine zusätzliche wichtige Gruppe von Akteuren sind die Technikanbieter, die Produkte oder Dienste zur Unterstützung bereitstellen (Prilla et al. 2012, S. 160).

In diesem Sinne funktionieren AAL-Systeme nur „im komplexen Zusammenspiel vieler Unternehmen und Institutionen, technischer Subsysteme und Individuen“ (Manzeschke 2013, S. 1). Besonders auffällig ist, dass dieses Konzept in der Wohnungswirtschaft unter den Labels *Vernetztes Wohnen* oder *Service Wohnen* realisiert wird, die einen Mix aus technischen Assistenzsystemen und bewohnerorientierten Dienstleistungen beinhalten (Heinze und Naegele 2010; Heinze und Ley 2009). Um das Leben in den eigenen Wohnräumen möglichst angenehm zu gestalten, werden hierbei neben der Technik wohnungsnah Dienstleistungen bereitgestellt. Eine Voraussetzung für die weitere Erweiterung dieses Wohnmodells ist ein passendes sowie kooperatives Geschäftsmodell. Das vernetzte Wohnen ist zwar bereits heute ein wichtiges Thema für die Wohnungswirtschaft, aber kommerziell noch nicht leicht erhältlich.

Die allgemeinen Defizite in diesem Bereich liegen darin, dass trotz ausreichender vorhandener Angebote diese nicht gut aufeinander abgestimmt sind. Beispielsweise sind die technikintegrierten Dienstleistungen nicht mehr singulär von einzelnen Anbietern zu erbringen, sondern eine Verzahnung von relevanten Akteuren ist unerlässlich. Als ein interdisziplinäres Forschungsfeld werden bei Forschung und Entwicklung im Bereich AAL je nach Anwendungsbereich verschiedene Beteiligte miteinbezogen und eine intensive Zusammenarbeit dieser Akteure vorausgesetzt. In

diesem Zusammenhang besagt die von der DKE (Deutsche Kommission Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik) herausgegebene deutsche Normungsroadmap für AAL:

„Nicht nur das Verständnis unter den Akteuren erfordert gegenseitige Rücksichtnahme, sondern auch das zwangsweise Interagieren unterschiedlicher Systeme und Komponenten bedarf hoher Anpassungsfähigkeit und vor allem Interoperabilität“ (VDE 2014, S. 7).

Auf dieser Grundlage wird sich diese Studie weiterhin mit den verschiedenen Aspekten von AAL-Anwendungen befassen. Aufgrund des großen Spektrums werden mittlerweile in der wissenschaftlichen und politischen Diskussion verschiedene Themenschwerpunkte von AAL-Systemen unterschieden. Die hauptsächlichen Anwendungsfelder von AAL-Systemen lassen sich folgendermaßen in vier Schwerpunkte einteilen: *„Gesundheit und Pflege, Sicherheit und Privatsphäre, Haushalt und Versorgung, Kommunikation und soziales Umfeld“* (Georgieff 2008, S. 32). Die Marktgröße und der Durchdringungsgrad der AAL-Systeme variieren je nach Anwendungsfeld. Insbesondere sind die verschiedenen Bereiche von der Marktentwicklung unterschiedlich betroffen. Die Sicherheits- und Kommunikationstechnik ist vergleichsweise am weitesten verbreitet, und der reifste Markt besteht dabei im Bereich Notrufsysteme. Im Vergleich dazu stecken die meisten AAL-Produkte in der Vormarktphase fest (Bundesministerium für Gesundheit 2013, S. 9). Die Anwendungsbereiche *Mobilität, Sicherheit und Privatsphäre* sowie *Gesundheit und Pflege* stehen hierbei im Zentrum des Interesses, da diese Felder unmittelbaren Bezug zu dem Thema möglichst langes Wohnen zu Hause haben. Alltägliche Gebrauchsgegenstände werden in diesem Sinne von der Betrachtung zunächst ausgeschlossen. Im Folgenden werden diese Bereiche näher in den Blick genommen.

3.3.2.3. *Untergruppen der technischen Assistenzsysteme und Beispiele*

1) *Mobilität*

Hierbei wird das Konzept der Mobilität älterer Menschen im Zusammenhang mit dem selbstständigen Wohnen erläutert. Mobilität ist ein zentrales menschliches Bedürfnis. Die Bewegungsfähigkeit ist Voraussetzung für die Handlungsfähigkeit der Menschen und gilt damit gleichzeitig auch als Grundlage für ihre Selbstständigkeit (Kaiser 2000, S. 261). Aus einer Reihe von Untersuchungen ist bekannt, dass Mobilität bei allen Menschen in allen Altersgruppen eine wichtige Bedingung für Gesundheit und Lebensqualität ist (Bundesamt für Statistik 2012, S. 19). Nach Klie ist *„Mobilität ein emotionales Erlebnis, ein intrinsisches Bedürfnis, die Voraussetzung für gesellschaftliche Integration und Autonomie, die Quelle neuer Eindrücke und Ausdruck eigener Lebenskraft“* (Klie et al. 2009, S. 292).

Ältere Menschen haben mit dem Alter einen eingeschränkten Bewegungsradius, der durch den Rückzug aus der Erwerbsarbeit bzw. durch Erkrankungen und daraus resultierenden zunehmenden funktionellen Einschränkungen bedingt ist. Angesichts des Rückgangs bestimmter alltagsrelevanter Kompetenzen tragen ältere Menschen das Risiko, bei im bisherigen Leben selbstverständlichen inner- und außerhäuslichen Aktivitäten Problemen zu begegnen.

Mobilität ist außerdem nicht nur für Beweglichkeit relevant, sondern fördert oder beeinträchtigt auch andere Kompetenzen und Selbstständigkeit der älteren Menschen (vgl. Klie et al. 2009, S. 293). Eine abnehmende Mobilität ist weiterhin mit Angst und Unsicherheitsgefühlen bei jeder Fortbewegung verbunden. Zum Beispiel führt die alterstypisch nachlassende Kraft und Balance nicht selten zu Angst vor Stürzen. Somit erleben viele Ältere einen Verlust des Selbstvertrauens, was wiederum einen Teufelskreis aus Inaktivität und weiter nachlassender Kraft verursacht (Heusinger et al. 2012, S. 132–133).

Vor diesem Hintergrund lässt sich festhalten, dass Wahlmöglichkeiten begrenzt und die Autonomie beschnitten werden können, wenn die Mobilitätseinschränkung nicht angemessen kompensiert wird (Heusinger et al. 2012, S. 132–133). Eingeschränkte Mobilität ist in diesem Sinne ein Anzeichen dafür, dass die Wahrscheinlichkeit sinkt, dass selbständiges Wohnen bewältigt werden kann. Die Experten fordern, dass Mobilität als Bestandteil einer selbstständigen Lebensführung so lange wie möglich erhalten werden sollte, da die Mobilitätseinschränkung nicht nur individuelle, sondern auch gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Verluste zur Folge hat (Klie et al. 2009, S. 293). Insofern sind Aufrechterhaltung und Förderung der Mobilität durch Prävention von Unfällen und Mobilitätseinschränkungen bei der Versorgung älterer Menschen von Bedeutung (vgl. Strupeit et al. 2013, S. 1).

Wenn man die Aktivitäten in Bezug auf Mobilität nach inner- und außerhäuslicher Mobilität gruppiert, ist die innerhäusliche Mobilität Mindestvoraussetzung dafür, einen eigenen Haushalt zu führen; und außerhäusliche Mobilität ist Mindestvoraussetzung für soziale Teilhabe. Innerhäusliche Mobilität ist häufig eine Frage der Alltagskompetenz der älteren Menschen und der konkreten Wohnsituation. Dabei sollte die Gestaltung des Wohnraums den Mobilitätsbedürfnissen der älteren Menschen entsprechen. Die selbstständige Lebensführung beschränkt sich aber nicht auf Bewegung im Bereich der häuslichen Umgebung (Kaiser 2000, S. 261). Mobilität beeinflusst den Zugang zu Informationen und Angeboten und ermöglicht soziale Kontakte (Heusinger et al. 2012, S. 132–133). Soziale Teilhabe erschließt älteren Menschen den Sozialraum und ermöglicht Mitgestaltung. Durch Ausgehen können Ältere daher *„Gefühle der Autonomie, der sozialen Integration und der gesellschaftlichen Partizipation gewinnen“* (Klie et al. 2009, S. 292).

Die vorliegende Untersuchung ist auf die innerhäusliche Mobilität fokussiert. Aufgrund nachlassender Mobilität wird die eigene Häuslichkeit mit zunehmendem Alter weitgehend zum Lebensmittelpunkt. Aber auch die Fähigkeit, sich in der eigenen Umgebung fortzubewegen, nimmt mit steigendem Alter ab (Bundesamt für Statistik 2012, S. 19). Anhand der innerhäuslichen Mobilität lässt sich das Zusammenwirken individueller und sozialräumlicher Ressourcen exemplarisch veranschaulichen. Angesichts abnehmender physischer Fähigkeiten entwickeln sich selbst kleinere Hürden zu Gefahrenquellen (Schader-Stiftung 2000, S. 7). Den älteren Menschen mit Mobilitätseinschränkungen – vor allem denen, die in einer Wohnung wohnen, in der es bauliche Barrieren gibt – stehen unterschiedliche technische Interventionen und menschliche Hilfe zur Verfügung. Die Mobilitätsbedürfnisse der älteren Menschen können durch technische Möglichkeiten auf den unterschiedlichsten Ebenen unterstützt werden. Kaiser zufolge sollte für die Mobilität der älteren Menschen zum einen der Abbau von Mobilitätsbarrieren und zum anderen der Aufbau von Mobilitätskompetenzen die Zielsetzung der Intervention sein (Kaiser 2000, S. 263).

Aufgrund dieser wesentlichen Bedeutung von Mobilität im Leben sind viele im Hilfsmittelverzeichnis eingetragene Hilfsmittel mit Mobilitätsproblemen – vor allem mit aufgrund von motorischen Einschränkungen entstandenen – verbunden. Die Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses sind Gehhilfen (Gruppe 10), Kranken-/Behindertenfahrzeuge (Gruppe 18), Mobilitätshilfen (Gruppe 22), Sitzhilfen (Gruppe 26), Stehhilfen (Gruppe 28), [Sanitäräume: Badehilfen (Gruppe 04), Toilettenhilfen (Gruppe 33)]. Demnach ist das Spektrum von mobilitätsrelevanten Hilfsmitteln, das von sehr einfachen Hilfsmitteln wie Handstöcken bis hin zu hochtechnisierten Anlagen reicht, sehr groß. Diese Hilfsmittel sind bei vorliegender ärztlicher Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung förderfähig.

Der Rollator und der Rollstuhl sind unter anderem die am weitesten verbreiteten genutzten derjenigen Hilfsmittel, die Mobilitätseinschränkungen der Betroffenen ausgleichen. Der Rollator kommt als fahrbare Gehhilfe für Menschen mit motorischen Einschränkungen zum Einsatz und ist eines der am meisten genutzten Hilfsmittel. Dieses Hilfsmittel wird zunehmend für ältere Menschen verschrieben, soll den Nutzern das Gehen erleichtern und sie langfristig zu selbstständiger Bewegung außerhalb der eigenen Wohnung befähigen. Ihre Funktionen und Qualität haben sich in den letzten Jahrzehnten erheblich weiterentwickelt: Der moderne Rollator ist leichter, besser einstellbar und hat eine bessere Bremsenfunktion und einen Sitz.

Der Rollstuhl ist auch häufig für Menschen mit Bewegungseinschränkungen unerlässlich, besonders für diejenigen, die nicht (oder temporär nicht) gehen können. Er macht den Nutzer trotz der Einschränkungen im innerhäuslichen und außerhäuslichen Bereich mobil, wobei für seine sichere und handhabbare Nutzung einige Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Zum Beispiel werden für die

innerhäusliche Nutzung vor allem zum Wenden und Drehen ausreichende Freiräume benötigt, da man sich mit dem Rollstuhl sitzend mithilfe der Räder fortbewegt. Der Rollstuhl existiert in vielen Varianten, aber grundlegend lässt sich zwischen mit Muskelkraft betriebenen, manuellem Antrieb und elektrischem Antrieb unterscheiden, wobei es wichtig ist, dass das Produkt gut zum Betroffenen passt. Darüber hinaus gibt es auch elektrische Zusatzantriebe für Rollstühle mit manuellem Antrieb. Der Faltrollstuhl, der geschoben werden muss, ist für ältere Menschen recht anstrengend. Für diesen gibt es einen Zusatzantrieb, einmal für die Begleitperson, und es gibt Zusatzantriebe für die Faltrollstühle zum Selbstfahren. Beispielsweise kann man, wenn man aufgrund eines Schlaganfalls einseitig gelähmt ist, über einen Joystick solch einen Rollstuhl selbst fahren (Interviewzitat 607061.01_001: 4 - 4).

2) *Sicherheit und Privatsphäre*

Das Sicherheitsbedürfnis der älteren Menschen scheint erhöht zu sein, vor allem infolge eines sich verschlechternden Gesundheitszustandes. Die mit dem Alter abnehmende Mobilitätskompetenz und die erhöhte Sturzneigung sind zunächst eine große Bedrohung für die häusliche Sicherheit. Die motorischen Einschränkungen im Alter erhöhen das Unfallrisiko im Wohnraum, und dies erschwert angemessene Reaktionen bei unerwartet eintretenden Notfällen. Daneben ist die Sturzgefahr im hohen Alter ausgeprägt. Die Gefahr eines Sturzes führt insbesondere zu einem gesunkenen Sicherheitsgefühl zu Hause, was über die Wohnzufriedenheit hinaus die allgemeine Lebensqualität negativ beeinflussen kann. Bei kognitiv eingeschränkten älteren Menschen – insbesondere Demenzerkrankten – besteht die Gefahr oft darin, dass gefährliche Situation selbst verursacht werden können – wie beispielsweise beim Benutzen des Elektroherds. Diesen Sicherheitsproblemen gilt daher die größte Sorge von Angehörigen und Pflegepersonal von Demenzerkrankten (Auner 2002; Kinney et al. 2004 zit. in Mollenkopf et al. 2005, S. 28).

Sicherheit wird daher in den verschiedenen Dimensionen zu einem zentralen Ansatzpunkt beim *Wohnen im Alter* und bietet zahlreiche Anknüpfungspunkte für Technik- und Dienstleistungskonzepte. Für die innerhäusliche Sicherheit gibt es das größte Spektrum an technischen Assistenzsystemen, die neben der Sturz- sowie Unfallprävention die Überwachung und Steuerung der nötigen Vorgänge übernehmen. Diese Ansätze können zum möglichst langen Verbleib in der eigenen Wohnung beitragen (BMFSFJ 2004, S. 14).

Im Hinblick auf Sicherheitsmaßnahmen werden in erster Linie einzelne Geräte und Funktionen oder die Demenzerkrankten selbst betrachtet (Mollenkopf et al. 2005, S. 28). Die Haussicherungssysteme wie Türkameras, mittels derer man feststellen kann, wer sich an der Türe befindet, können einen Beitrag zur Vorbeugung gegen Kriminalität leisten. Daneben kann beispielsweise ein Sturzdetektor

eingesetzt werden, um gefährliche Stürze in der eigenen Wohnung zu erkennen und automatisch Hilfe zu rufen. Dies hilft Alleinlebenden und Angehörigen, wenn die Gefahr besteht, nach einem Sturz unentdeckt liegen zu bleiben. Darüber hinaus zählen zur Sicherheitstechnik für Menschen mit Demenzerkrankung elektronische Geräte mit Abschaltautomatik wie etwa Herdsicherungssysteme. Diese können nachlassende Gedächtnisleistungen kompensieren helfen und für mehr Sicherheit sorgen (Claßen 2012, S. 39).

Unter den sicherheitsrelevanten technischen Hilfsmitteln ist der Hausnotruf sehr bekannt. Als ein Beispiel für eine erfolgreiche Verknüpfung von Technik und Dienstleistung ist der Hausnotruf insbesondere unter allein lebenden Pflegebedürftigen weit akzeptiert und verbreitet. Durch Hausnotrufe kann im Notfall rechtzeitige Hilfe erfolgen, wodurch das Sicherheitsgefühl allein lebender Älterer erhöht wird und Angehörige beruhigt werden (Schirmmacher 2008, S. 169). Es gibt zwar verschiedene Varianten des Hausnotrufes, aber Prinzip und Funktion sind relativ einheitlich. In der Regel besteht ein Hausnotrufgerät aus einem Notrufsender und einer Basisstation, die normalerweise an die Telefonanlage angeschlossen ist und eine Freisprecheinrichtung enthält (Gellenbeck et al. 2012, S. 6). Es ist sehr wichtig, dass der Notrufsender wie eine Armbanduhr oder ein Anhänger am Körper tragbar ist, um im Notfall direkt einen Hilferuf auszulösen. Der Betroffene kann durch einen einfachen Knopfdruck einen Alarm senden, damit die vertraglich verpflichtete Notrufzentrale die notwendige Hilfe organisiert. Je nach der Situation und dem vorher abgesprochenen Maßnahmenplan entscheidet die Notrufzentrale über die nächsten Eingriffe. In vielen Fällen werden die hiermit verbundenen Dienstleistungen von den Wohlfahrtsverbänden angeboten (Bundesministerium für Gesundheit 2013, S. 9).

Darüber hinaus lassen sich diese traditionellen Hausnotrufsysteme durch erweiternde Komponenten ergänzen: Neue Systeme können eine Notfallsituation feststellen, indem sie sich die Alltagsroutine der Betroffenen merken. Durch Sensoren in Matten oder im Fußboden erkennt das System eine mögliche Notfallsituation, wenn das Verhalten des Betroffenen von seiner Routine abweicht, und meldet dies bei Bedarf an Familie oder Pflegedienste. Als ein Zeichen gilt beispielsweise, wenn der Betroffene am Morgen das Bett nicht verlässt, keine Bewegung auf dem Weg zum Badezimmer erfolgt oder wenn der Betroffene in der Nacht nach einem Badezimmerbesuch nicht ins Bett zurückkommt.²⁸

Zu bedenken ist jedoch, dass es gegebenenfalls auch nötig ist, „Überwachungsmaßnahmen“ zu ergreifen, die Eingriffe in die Privatsphäre darstellen können. Der Einsatz von Sicherheits- und

²⁸ Diese Ausstattungen gelten aber als eine passive Sicherheitsmaßnahme für ältere Menschen mit körperlichen oder kognitiven Einschränkungen. Auf weitere technische Maßnahmen im medizinischen und pflegerischen Bereich wird im nächsten Kapitel näher eingegangen.

Überwachungssystemen ist daher auch mit ethischen Diskussionen verbunden. Es liegt die Verlockung nahe, in Sicherheitssysteme Funktionen zu implementieren, die die Privatsphäre von Betroffenen verletzen. Um den Nutzen solcher Technik voll auszuschöpfen, ist ein wesentliches Eindringen in die privaten Lebensräume unvermeidbar. Dies bezeichnen Bjørneby und Topo (1999) sowie Marshall (2000) als ein „*dilemma between beneficence and autonomy*“ (zit. in Mollenkopf et al. 2005, S. 30).

Da die Sorge hinsichtlich der Sicherheit zur Eingrenzung der Privatheit führt, ist dieses Dilemma ein heikles Thema in Bezug auf die Befriedung der Bedürfnisse der älteren Menschen. Es wurde aber auch schon gesagt, dass die älteren Menschen durchaus bereit sind, für ihre Sicherheit einen Teil ihrer Privatsphäre aufzugeben, weil im hohen Alter neben dem Grundbedürfnis nach Autonomie das Erleben von Sicherheit eine zunehmende Bedeutung hat (Lensing 1999, S. 49). Tatsächlich äußerten sich einer Untersuchung von Zens zufolge ältere Menschen zum Einbau von Überwachungsfunktionen in der eigenen Wohnung positiv, wenn dadurch eine Gewährleistung von mehr Sicherheit vorliegt (Zens et al. 2010, S. 477). Daneben haben viele ältere Menschen Befürchtungen, anderen zur Last zu fallen (Grauel und Spellerberg 2007, S. 192), und in diesem Sinne könnte der Einsatz von Sicherheitsmaßnahmen dazu beitragen, das Autonomiegefühl älterer Menschen zu steigern und somit zu ihrem Wohlbefinden beizutragen.

3) *Gesundheit und Pflege*

Die entsprechende Technik unterstützt Pflege und Versorgung in den eigenen vier Wänden, auch wenn die betreffenden Menschen gesundheitlich eingeschränkt oder pflegebedürftig sind. Darüber hinaus unterstützen technische Anwendungen neben dem medizinischen auch den pflegerischen Bereich, mit dem Ziel, die Pflegearbeit zu erleichtern sowie die Pflegesituation zu verbessern. Die hohe Arbeitsbelastung wird beispielsweise durch verbesserte Ausstattung im Wohnraum abgemildert, und die Angehörigen können entspannter mit der Pflegesituation umgehen, wodurch längere häusliche Pflege ermöglicht wird.

Dieser Bereich hat ein besonders großes Spektrum. Die Hilfsmittel für Gesundheit und Pflege nehmen einen großen Teil des Hilfsmittelverzeichnis ein.²⁹ Und darüber hinaus schaffen in Übereinstimmung mit dem Konzept *Zuhause als Gesundheitsstandort* zunehmend AAL-Systeme

²⁹ Die an dieser Stelle thematisierten technischen Ansätze sind (Pflege-)Hilfsmittel im Sinne der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Dies umfasst einfache Gebrauchsgegenstände bis hin zu Pflegehilfsmitteln, die in Kapitel 3.3.2.1. analysiert wurden.

die Voraussetzungen für ein möglichst langes Leben zu Hause, indem sie medizinische und pflegerische Leistungen zu Hause ermöglichen.

Bei Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln erfolgt die Kostenübernahme durch Kranken- oder Pflegeversicherungen, da ihre Notwendigkeit für Betroffene durch ärztliche Verordnung anerkannt wird und ihre Effektivität im Rahmen des Aufnahmeverfahrens in das Hilfsmittelverzeichnis bewiesen wurde. Hierzu zählen viele technische Ansätze, die trotz geringer Kosten und einfacher Mechanismen und Nutzung sehr effektive Funktionen haben. Beispielsweise dient das Tragen von Hüftprotektoren, einer speziellen Unterhose mit Schutzschalen, für sturzgefährdete Personen zur Prävention von Oberschenkelhalsbrüchen. Darüber hinaus werden in der Industrie mittlerweile im Hilfsmittelbereich insbesondere viele neue Varianten von Produkten entwickelt und die für die möglichst lange häusliche Versorgung relevanten Kategorien erweitert. Es gibt auch Geräte, die nur begrenzt aus medizinischer Notwendigkeit genutzt werden, aber deren Anwendungsbereich mit hoher Wahrscheinlichkeit erweitert werden wird. Zum Beispiel ermöglicht das Dusch-WC, das in Deutschland eher fremd ist, Personen mit Bewegungseinschränkungen einen selbstständigen Toilettengang, der eine Wahrung der Intimsphäre und bessere Hygiene darstellt. Die potenzielle Nachfrage nach dem Dusch-WC wird als hoch eingeschätzt, wenn sein Beitrag zu mehr Komfort und Lebensqualität anerkannt wird.

Neben diesen im Hilfsmittelkatalog verzeichneten Hilfsmitteln vollziehen die AAL-Systeme im Gesundheits- und Pflegebereich eine erstaunliche Entwicklung. AAL-Systeme können insbesondere eingesetzt werden, um die Lücken von medizinischer Leistung am ambulanten oder stationären Standort und pflegerischer Versorgung zu Hause zu schließen oder zu verringern. Gesundheitsbezogene Aktivitäten geschehen in Privathaushalten im Allgemeinen zwar eigenständig, aber hierauf aufbauend kommt noch zu Hause durchgeführten professionellen Angeboten, die die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung unterstützen, eine wichtige Rolle zu (Heinze et al. 2009, S. 773). Vor allem die gesundheitliche und pflegerische Versorgung über das Internet trägt dazu bei, Technik und soziales Umfeld miteinander zu verbinden. Durch diese Informations- und Kommunikationstechnik wird das eigene Zuhause zum *dritten Gesundheitsstandort*. Die Anwendungsbereiche sind hier beispielsweise Gesundheitsvor- und -fürsorge sowie die Behandlung chronischer Krankheiten und bestimmter altersbedingter Erkrankungen (Georgieff 2008, S. 32).

Voraussichtlich nimmt in Zukunft die Anzahl derer immer weiter zu, die zu Hause ärztliche Behandlung sowie pflegerische Unterstützung benötigen. Insbesondere aufgrund der verkürzten Hospitalisierungsdauer werden viele Patienten zu Hause untergebracht, auch diejenigen mit Bedarf an kontinuierlicher Überwachung. Buschmann und Huang zufolge kann ein AAL-System „ambulante Überwachungslücken“ schließen, indem es auch zu Hause kontinuierliches Monitoring

ermöglicht (Buschmann und Huang 2012, S. 208). In Fällen wie nach einer Hospitalisierung oder bei erhöhtem Gesundheitsrisiko erfolgt eine Fernüberwachung mittels IT-basierter Technologien sowie Sensortechnologien.

Dies wird als Telemedizin, Telecare oder E-Health bezeichnet. *E-Health* gilt als ein international üblicher Sammelbegriff für Informations- und Kommunikationstechnologien, die für eine patientenorientierte gesundheitliche Versorgung genutzt werden. Telemedizin und Telecare fallen unter diesen Begriff. Unter Telemedizin versteht man laut der *Deutschen Gesellschaft für Telemedizin* (2012) „die Erbringung konkreter medizinischer Dienstleistung (Diagnostik und/oder Therapie) in Ü berbrückung räumlicher Entfernungen durch Zuhilfenahme moderner Informations- und Kommunikationstechnologien“ (Zimmermann et al. 2012, S. 211). Die Telemedizin unterstützt instrumentell die Veränderungsprozesse in der Gesundheitswirtschaft und im Gesundheitswesen. Diese Informations- und Kommunikationstechnologien dienen beispielsweise dazu,

- den medizinischen Wissenszuwachs zu beschleunigen und das Verständnis krankheitsbedingter Prozesse zu verbessern,
- die Bürger in die Lage zu versetzen, sich am Management ihrer eigenen Gesundheit zu beteiligen,
- die Früherkennung und Prävention von Krankheiten zu verbessern und damit Gesundheitskosten zu senken und die Lebensqualität der Bürger zu steigern,
- die Patientensicherheit zu erhöhen,
- kosteneffektives Management chronischer Krankheiten zu verbessern sowie
- aktives Altern und unabhängige Lebensführung der alternden Bevölkerung („ambient assisted living“) zu erleichtern (Dahm-Griess 2013, S. 221).

Es lässt sich also feststellen, dass mit Hilfe der Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) neue Chancen für ältere und pflegebedürftige Menschen entwickelt wurden, möglichst lange und sicherer in der häuslichen Umgebung zu leben („Home Care“) (Dahm-Griess 2013, S. 218). Der Einsatz moderner IKT kann bei der Bewältigung der neuen Herausforderungen eine wesentliche Unterstützungsfunktion einnehmen. In diesem Zusammenhang eröffnet die Telekommunikationstechnik den zu Hause lebenden Menschen sehr zeitnahe und sehr direkte Möglichkeiten, ergänzende Diagnostik und Therapie zu bekommen. Vor allem durch ein enges Zusammenspiel mit den ambulanten und stationären Gesundheitsdiensten kann erwartet werden, dass sich Effizienz und Effektivität von Gesundheitsleistungen verbessern (vgl. Heinze et al. 2009, S. 773–774).

Beispielsweise werden Gewicht, Blutdruck sowie Herzfrequenz von Patienten in den eigenen vier Wänden mit zu Hause vorhandenen Geräten gemessen und kontrolliert. Hierbei kann Wearable Technology (Intelligent Vernetzte Wearables) wie vernetzte Kleidung eingesetzt werden. Im Rahmen dieses Systems werden die gemessenen Werte des Patienten manuell oder automatisch an

den Arzt oder das telemedizinische Zentrum übermittelt, mit dem eine vertragliche Beziehung besteht. Durch AAL-Verfahren und komplexer werdende IT-Infrastruktur lassen sich insofern immer mehr personenbezogene Gesundheitsdaten von externen Dritten verarbeiten (ULD 2010, S. 65). Dies ermöglicht eine nachhaltige Versorgung von chronisch Kranken in den eigenen vier Wänden. Die Telemedizin ist vor allem bei der Versorgung im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen am weitesten verbreitet und umfasst beispielsweise die Versorgung von „*Herzrhythmusstörungen und chronischer Herzinsuffizienz bis zur schwer einstellbaren Hypertonie*“ (Middeke 2012, S. 81).

Der Einsatz von telemedizinischen Geräten kann demnach mit relativ geringem Aufwand als eine ergänzende Option von Hausbesuch bzw. Praxisbesuch fungieren, indem er die Arzt-Patienten-Kommunikation unterstützt – insbesondere durch optimale Bestimmung des Zeitpunktes für notwendige direkte Kontakte. Durch diese Intensivierung der Betreuung sowie der Verstärkung des Arzt-Patienten-Verhältnisses wird erwartet, dass die Qualität der medizinischen Versorgung gesichert und die Kosten verringert werden können (Zimmermann et al. 2012, S. 211). Vor allem in ländlichen Regionen mit schwacher medizinischer Infrastruktur hat die Telemedizin ihren Stellenwert, da in diesen Regionen die Entfernung zwischen Arzt und Patient stark ansteigt. Bei drohender Unterversorgung in dünn besiedelten Gebieten kann die Telemedizin eingesetzt werden, um die „*Lücken in der ambulanten hausärztlichen und pflegerischen Versorgung*“ zu schließen bzw. zu verringern (Zimmermann et al. 2012, S. 211). Darüber hinaus macht dieses System einen Übergang von der medizinischen und kurativen Versorgung zur „unterstützenden“ Versorgung für das Leben im häuslichen Bereich fließend.

Fasst man die bisherigen Aussagen zusammen, lässt sich festhalten: Eine Kombination von Technik mit ärztlicher Expertise und dem Dienstleistungsbereich kann die Gesundheitsversorgung hinsichtlich der Qualität sowie der Effizienz verbessern und kostengünstiger gestalten. Dies wiederum wird vom häuslichen Technikeinsatz im Zusammenhang von Pflege und Medizin erwartet – dass er den Prozess der Krankenbehandlung begleitet und dessen Erfolg sichert. Eberhardt und Fachinger zufolge zeigen die Waren und Dienstleistungen im medizinischen und pflegerischen Bereich „*geringe Preiselastizitäten*“ (Eberhardt und Fachinger 2010, S. 52). An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die Nachfrage bei diesem System eher schwache Reaktionen auf Preisveränderungen aufweist, und somit Preiserhöhungen kaum einen Nachfragerückgang nach sich ziehen (Bundeskartellamt 2012, S. 42). Dies bedeutet, dass es sich bei einem wesentlichen Teil der Elemente der AAL-Systeme um notwendige Güter für einen längeren Verbleib zu Hause handelt. Vor allem für zu Hause wohnende Pflegebedürftige oder Pflegende erweist es sich als nur bedingt substituierbar.

Im Verlauf der weiteren Entwicklung der AAL-Systeme ist darüber hinaus die Technikakzeptanz immer mit Fragezeichen versehen. Inwieweit die älteren Menschen oder Pflegekräfte mit der Technik zurechtkommen, liegt zunehmend im Fokus der Betrachtungen. Die Technik wird genutzt, um die Selbstständigkeit der älteren Menschen zu erhöhen – aber wenn die älteren Menschen dieses technische System nicht bedienen können, können sie nicht vom Einsatz der Technik profitieren. Die Technik soll auch dem Pflegepersonal die Arbeit erleichtern, aber dafür muss die richtige Bedienung des Systems erlernt werden.

Hinsichtlich der Technikakzeptanz und Nutzerintegration der AAL-Systeme existieren sowohl Skepsis als auch positive Erwartungen. Es wird gemeinhin davon ausgegangen, dass die jetzige ältere Generation nicht technikaffin ist und Berührungsängste hat, aber die neuesten Studien berichten, dass sich für einen großen Teil der älteren Nutzergruppe die Technikerfahrung positiver darstellt als erwartet. Andererseits ist die Einschätzung der Pflegekräfte hinsichtlich ihres Umgangs mit Technik in der Pflege eher verschieden. Unter anderem wird in Bezug auf Technikakzeptanz gefordert, dass in erster Linie die Technik den Anforderungen der Nutzer entsprechen soll und vor allem dazu dient, die Pflege im häuslichen Bereich bedarfsgerecht auszurichten. Für eine langfristige Einsetzbarkeit der Technik ist es daneben entscheidend, dass die Technik einfach zu handhaben ist und durch sie optimale Bedingungen geschaffen werden (vgl. Becker und Goletz 2012, S. 250; Haubner und Nöst 2012, S. 4).

3.3.3. *Finanzierung und gesetzliche Rahmenbedingungen*

Bei den altersgerechten Wohnungsanpassungen stehen neben den infrastrukturellen und architektonischen Bedingungen die ökonomischen Bedingungen im Vordergrund. Wohnungsanpassung darf nicht nur Bedürfnisbefriedigung sein, sondern muss auch finanzierbar sein. Neben persönlichen Bedürfnissen spielen beim altersgerechten Umbau auch finanzielle Aspekte eine bedeutende Rolle. Die Kosten dieser Maßnahmen können sehr unterschiedlich sein. Bei kleinen Veränderungen – beispielsweise wenn lediglich ein kleines Geländer oder Haltegriff benötigt wird – hält sich der finanzielle Aufwand in Grenzen. Bauliche Veränderungen wie „Türen verbreitern“ oder „Einbau einer bodengleichen Dusche“ lassen sich hingegen nur mit großem finanziellem Aufwand bewerkstelligen. Häufig gibt es Fälle, in denen für die bedarfsgerechte Anpassung eine kostspielige Umbaumaßnahme nötig ist.

Fachinger und Erdmann zufolge spielen bei der Entscheidung für „selbstständiges Wohnen“ oder „häusliche Pflege“ die Alternativkosten eine wesentliche Rolle (Fachinger und Erdmann 2010, S. 158). Öffentliche Finanzierung für altersgerechte Umgestaltung der Wohnung kann mit dem

Verbleib in der häuslichen Umgebung verbundene Alternativkosten reduzieren und somit die Ratsuchenden dazu motivieren, den Heimeinzug zu vermeiden oder zu verzögern. Es bestehen sozialrechtliche Förderangebote für die altersgerechte Wohnungsanpassung, und es werden zunehmend Stimmen dafür laut, dass sie noch ausgeweitet werden sollten. Für den altersgerechten Umbau ist davon auszugehen, dass aufgrund der Begrenzung der öffentlichen finanziellen Mittel die staatliche Förderung nicht allen älteren Menschen in gewünschtem Maße zur Verfügung gestellt werden kann. Das gilt auch für die technischen Hilfsmittel, die sich unter den Bedingungen der Mittelknappheit nicht vollständig finanzieren lassen. Anders als pflegerische Dienstleistungen, die zu einem großen Teil über die Pflegeversicherung finanziert werden, herrscht bei den wohnungsnahen Produkten und Umbaumaßnahmen die Annahme, dass diese Kosten in erster Linie von den Abnehmern selbst getragen werden müssten. In vielen Fällen ist daher ein bestimmter Eigenanteil aufzubringen, weshalb sich mittlerweile auch die Notwendigkeit eines Diskurs darüber ergibt, inwiefern diese Produkte gesellschaftlich mitfinanziert werden können.

Die Finanzierung von Umbaumaßnahmen und Hilfsmitteln unterliegt daher verschiedenen rechtlichen und finanziellen Vorgaben. Die Gewährung der Fördermittel erfolgt von verschiedenen Leistungsträgern nach den vorgegebenen Richtlinien und gesetzlichen Bestimmungen. Welcher Kostenträger in Frage kommt, muss immer im Einzelfall überprüft werden, wobei Kriterien wie Einkommen, Vermögen, Pflegestufe, oder Behinderung berücksichtigt werden. Bei sehr hohen Umbaukosten wird häufig eine Mischfinanzierung durchgeführt, um die Kosten für die Antragsteller zu verringern.³⁰ Mögliche Kostenträger und Rechtsgrundlagen werden im Folgenden aufgelistet.

Leistung der Pflegekasse: Der Zuständigkeitsbereich der Pflegekasse umfasst auch Maßnahmen der Wohnungsanpassung. Neben den Hilfsmitteln, die von den Krankenkassen finanziert werden, können die zu Hause lebenden Pflegebedürftigen auch Pflegehilfsmittel in Anspruch nehmen. Voraussetzung ist, dass durch die Leistung eine möglichst selbstständige Lebensführung der Pflegebedürftigen wiederhergestellt oder die häusliche Pflege erheblich erleichtert wird (Bundesministerium für Gesundheit 2013, S. 19). Die Leistungen durch die Pflegeversicherung werden nur bei anerkannter Pflegebedürftigkeit gewährt (§ 37 oder § 123 SGB XI). Die Leistungsberechtigten sind daher laut SGB XI:

³⁰ Im Fall des Umbaus einer Mietwohnung, der die bauliche Substanz des Gebäudes betrifft, benötigt man eine schriftliche Zustimmung des Vermieters. Falls der Umbau eine Modernisierung der Wohnung zum Ziel hat, ist zu erwarten, dass sich der Vermieter teilweise an der Finanzierung beteiligt. Der Vermieter kann allerdings die Zustimmung zum Umbau verweigern oder gegebenenfalls für den umgebauten Wohnraum einen Rückbau beim Auszug fordern, der in der Regel nicht finanziert wird (§ 554a BGB).

„Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen“ (§ 14 SGB XI).

Für Maßnahmen zur Wohnungsanpassung gewährt die Pflegekasse nach § 40 des SGB XI pflegebedürftigen Menschen technische Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen. Zunächst dienen Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 SGB XI der Erleichterung der Pflege oder Verbesserung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen. Dies umfasst auch die Installationsarbeiten zum Einsatz eines technischen Hilfsmittels (Bundesministerium für Gesundheit 2013, S. 18–19). Im Pflegehilfsmittelkatalog werden die Pflegehilfsmittel aufgelistet und verzeichnet, welche davon die Pflegekassen bewilligen können.

Neben den Pflegehilfsmitteln bezuschusst die Pflegekasse bauliche *Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes* im Sinne von § 40 Abs. 4 SGB XI, wenn dadurch eine Wiederherstellung selbstständiger Lebensführung der Pflegebedürftigen oder eine Erleichterung der häuslichen Pflege erwartet wird. Als Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes werden Umbauten in der Wohnung oder ihrem unmittelbaren Umfeld bezeichnet. Dabei kann es sich oft um bauliche Maßnahmen handeln, die *„mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind“* (VdK 2010, S. 13). Der Zuschuss beträgt infolge der Änderung des § 40 Abs. 4 SGB XI im Pflegestärkungsgesetz seit Januar 2015 bis zu 4.000 Euro je Maßnahme. In der Regel ist somit eine Eigenbeteiligung der Antragsteller an den Kosten der Maßnahme vorgesehen.^{31 32}

Leistung der Krankenkasse: Anspruchsberechtigte für die Leistungen der Krankenkasse sind kranke und behinderte Versicherte. Die Krankenversicherung gewährt die Leistungen, die dazu dienen, einer Krankheit vorzubeugen, Krankheiten zu behandeln oder eine Behinderung auszugleichen und einer Verschlimmerung zu vorzubeugen. In Rahmen der Krankenversicherung kommt eine Finanzierung der Hilfsmittel nach § 33 SGB V in Betracht. Nach § 33 SGB V übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für Hilfsmittel – vorausgesetzt, dass dadurch eine Behinderung ausgeglichen oder einer Behinderung vorgebeugt werden kann. Die

³¹ Wenn mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung wohnen, hat jeder einen Anspruch auf bis zu 4.000 Euro, maximal aber insgesamt bis zu 16.000. Bei einer Veränderung der Pflegesituation oder des Pflegegrades, durch die weitere Maßnahmen erforderlich werden, kann im Sinne des § 40 Abs. 4 SGB XI ein weiterer Antrag für eine neue Maßnahme gestellt werden.

³² Zwar ist hierbei keine ärztliche Verordnung erforderlich, aber die Zuschüsse für die Wohnungsanpassung müssen vor dem Beginn des Umbaus bei der Kasse beantragt und bewilligt werden; und die Notwendigkeit der Maßnahme kann eventuell durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüft werden.

Hilfsmittel werden nach ärztlicher Verordnung von der Krankenkasse zur Verfügung gestellt (§§ 27, 139 SGB V). In der ärztlichen Verordnung sollten die medizinische Diagnose, die Begründung der medizinischen Notwendigkeit des Hilfsmittels und möglichst auch die Hilfsmittelnummer bezeichnet werden. Maßgeblich ist hierbei, dass die betreffenden Hilfsmittel in dem Hilfsmittelverzeichnis der zuständigen Krankenkasse aufgeführt sind.

Leistung der Sozialhilfe: Die Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII können auch zur Verbesserung der Wohnsituation älterer, pflegebedürftiger sowie behinderter Menschen herangezogen werden. Da diese Leistungen gegenüber den Leistungen anderer Träger nachrangig sind, übernimmt unter Umständen das Sozialamt die Kosten zur Verbesserung der Wohnsituation – allerdings nur, wenn weder die Pflege- noch die Krankenversicherung die Kosten tragen. Die Rechtsgrundlage für die Finanzierung von Wohnungsanpassungsmaßnahmen im Rahmen der SGB XII bilden §§ 53, 54 Abs. 1 SGB XII i. V. m. § 55 Abs. 2 Satz 5 SGB IX (*Eingliederungshilfen - Kapitel 6*) oder § 61 Abs. 2 SGB XII i. V. m. §§ 28 Abs. 1 Nr. 5 und 40 Abs. 4 SGB XI (*Hilfe zur Pflege - Kapitel 7*).

- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB XII (Kapitel 6 - §§ 53 bis 60 SGB XII): *Eingliederungshilfe für behinderte Menschen* wird nach Kapitel 6 SGB XII als Sonderleistung der Sozialhilfe erbracht. Die Eingliederungshilfe wirkt vorbeugend, wiederherstellend und einfügend. Die Eingliederungshilfe hat die Aufgabe, „eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft einzugliedern“ (§ 53 Abs. 3 SGB XII).³³ Für die Gewährung der Eingliederungshilfe kommen die Reha-Träger nach SGB IX und die Sozialhilfe nach SGB XII in Frage, wobei vorzugsweise die Reha-Träger Zuschüsse leisten und die Leistung der Sozialhilfeträger nachrangig in Betracht kommt. Die Leistungen umfassen Beihilfen oder Darlehen zur Beschaffung, Erhaltung oder Ausstattung einer behindertengerechten Wohnung.
- Hilfe zur Pflege (Kapitel 7 - §§ 61 bis 66 SGB XII): Die *Eingliederungshilfe* (Kapitel 6, SGB XII) sowie die *Hilfe zur Pflege* (Kapitel 7) unterscheiden sich in ihrer Zielsetzung von der Wohnungsanpassungsmaßnahme. Im Vergleich zur Eingliederungshilfe, die teilweise auf Besserung und Wiederherstellung der Gesundheit ausgerichtet ist, stehen bei der Hilfe zur Pflege der „Erhalt“ und die „Sicherung“ vorhandener Lebensmöglichkeiten in Vordergrund.

³³ Oft sind Menschen mit Behinderungen auf mehrere Leistungen angewiesen. Die Hilfsmittel, die „zum Ausgleich der durch die Behinderung bedingten Beeinträchtigung“ beitragen, werden beispielsweise nicht nur durch § 31 SGB IX (med. Reha), § 33 SGB IX (berufliche Reha), sondern auch durch § 33 SGB V und § 40 SGB XI gewährt.

Die Leistungsberechtigten im Sinne von SGB XII sind „*Personen mit einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung*“, die die bestimmten Voraussetzungen für die Gewährung von Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII erfüllen.³⁴

- Hilfe in anderen Lebenslagen (§§ 70 bis 74 SGB XII): Im Rahmen des Leistungskataloges *Hilfen in anderen Lebenslagen* des SGB XII finden sich weiterhin die Leistungen für Altenhilfe.³⁵

Leistung der Unfallversicherung: Leistungen der Unfallversicherung werden gewährt, wenn eine versicherte Person aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufserkrankung eine Behinderung zurückbehält. Auf der Rechtsgrundlage von SGB VII § 41 finanziert die gesetzliche Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft) Hilfsmittel und Maßnahmen der Wohnungsanpassung, den Umzug in eine geeignete Wohnung sowie die Ausstattung mit Hilfsmitteln.³⁶ Die anfallenden Kosten für die Maßnahme werden in voller Höhe unabhängig vom Einkommen gewährt, wenn dies zum Ausgleich der eingetretenen Behinderung dient.

Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW): Die KfW-Bankengruppe gewährt finanzielle Förderung für altersgerechten Umbau. Durch KfW-Programm können die Antragsteller ein Darlehen mit subventionierten niedrigen Kreditzinsen oder Zuschüsse für Wohnungsanpassungen bekommen. Die barriere-reduzierenden Maßnahmen sind insbesondere für die Antragstellung auf Kredit (159)

³⁴ *Hilfe zur Pflege* im Rahmen des Sozialhilfegesetzes erhalten Personen, die nicht pflegeversichert sind oder gesetzlich versicherte Personen, die ergänzende Hilfe benötigen. Neben den Pflegebedürftigen, die durch SGB XI anerkannt werden, werden durch SGB XII auch Personen, die weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen, als Leistungsberechtigte anerkannt (§ 61 SGB XII). Insbesondere seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung sind die Leistungsberechtigten von *Hilfe zur Pflege* im Rahmen des Sozialhilfegesetzes unter anderem Personen mit einem Pflegebedarf unterhalb der anerkannten Pflegestufen oder Personen, bei denen die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichend sind.

³⁵ Die Regelungen im Sinne von *Hilfen in anderen Lebenslagen* (SGB XII), welche für die Maßnahme der Wohnungsanpassung relevant sind, lauten folgendermaßen:

2. *Leistungen bei der Beschaffung und zur Erhaltung einer Wohnung, die den Bedürfnissen des alten Menschen entspricht,*
3. *Beratung und Unterstützung im Vor- und Umfeld von Pflege, insbesondere in allen Fragen des Angebots an Wohnformen bei Unterstützungs-, Betreuungs- oder Pflegebedarf sowie an Diensten, die Betreuung oder Pflege leisten (§ 71 Altenhilfe Abs. 2)*

³⁶ Die Regelungen für *Wohnungshilfe* beinhalten nach SGB VII Folgendes:

(1) *Wohnungshilfe wird erbracht, wenn infolge Art oder Schwere des Gesundheitsschadens nicht nur vorübergehende Anpassung des vorhandenen Wohnraums oder Bereitstellung behindertengerechten Wohnraums erforderlich ist (§ 41 Wohnungshilfe Abs. 1).*

(3) *Die Wohnungshilfe umfasst auch Umzugskosten sowie Kosten für die Bereitstellung von Wohnraum für eine Pflegekraft (§ 41 Wohnungshilfe Abs. 3).*

sowie Investitionszuschuss (455)³⁷ relevant. Oft ist dieses KfW-Programm eines der wenigen Fördermittel für einen altersgerechten Umbau, wenn der Antragsteller weder pflegebedürftig noch krank noch in Grundsicherung ist.³⁸ Für die Kredite und Zuschüsse können nicht nur Eigentümer und Wohnungsbaugesellschaften, sondern auch die Mieter unabhängig von Alter, Gesundheitszustand oder Einkommen den Antrag stellen, wenn die Zustimmung des Vermieters vorliegt.

Weitere Kostenträger:

Leistung nach dem Bundesversorgungsgesetz – Kriegsgeschädigte und Hinterbliebene können auf Grundlage des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) die Kosten für Hilfsmittel und altersgerechten Umbau beantragen.³⁹

Kommunale Sonderprogramme – Die Kommunen bieten oft länderspezifische Förderprogramme zur Finanzierung der Wohnungsanpassung an. In der Regel werden Landesfördermittel als zinsgünstige Darlehen für Neubau oder altersgerechte Umgestaltung im Wohnungsbestand gewährt.⁴⁰ In Nordrhein-Westfalen fördert beispielsweise die NRW-Bank Baumaßnahmen zur Reduzierung von Barrieren durch zinsvergünstigte Darlehen.

Wie sich die tatsächliche Umsetzung der in diesem Unterkapitel dargestellten Finanzierungs- und Förderungsregelungen in der Praxis gestaltet und welche Probleme sich dabei unter Umständen ergeben, wird im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit detailliert dargestellt.

³⁷ Seit Oktober 2014 bietet die KfW-Bankgruppe erneut einen Investitionszuschuss (Programm 455) an. Diese Zuschussförderung wird unabhängig von Alter oder Einkommen gewährt.

³⁸ Die bisherigen obengenannten Förderungsmöglichkeiten richten sich an Personen, die pflegebedürftig oder behindert sind. Ohne anerkannte Pflegebedürftigkeit oder Krankheit ist hierbei also ausgeschlossen, dass die Maßnahme der Wohnungsanpassung bezuschusst wird. Anders als diese subjektgebundene Förderung zählt das KfW-Programm dagegen zur objektgebundenen Förderung. Durch KfW-Förderung kann somit der altersgerechte Umbau vor Eintritt einer Pflegebedürftigkeit erfolgen. Dies eignet sich daher als eine präventive Unterstützung.

³⁹ Antragsberechtigt sind Kriegsgeschädigte, wenn der Antragsteller eine Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 50 % aufweist, die durch Krieg oder Wehrdienst verursacht wurde. Hierbei werden im Rahmen der *Wohnungshilfe* (§ 27c BVG) Geldleistungen gewährt und im Sinne der *Versorgung mit Hilfsmitteln* (§§ 11, 13 BVG) notwendige Hilfsmittel finanziert.

⁴⁰ Hierbei bildet die DIN 18040-2 „Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen: Wohnungen“ die baurechtliche Grundlage. Die Förderkonditionen – insbesondere die Art und Höhe der kommunalen Förderung – ist in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich. Einige Länder – beispielsweise Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg und Hessen – gewähren Zuschüsse für die Wohnungsanpassung. Quelle: Medhost Homepage – URL: <http://www.medhost.de/pflege/finanzierung.html> (Stand 2017) [letzter Zugriff: 20.04.2017]

3.4. **Wohnberatung: Beratungsangebote bezüglich der Möglichkeiten zur altersgerechten Wohnungsanpassung**

3.4.1. *Tätigkeitsfelder der Wohnberatung*

Dass die altersgerechte Wohnungsanpassung einen Beitrag zur selbstständigen Lebensführung der älteren Menschen leistet, ist inzwischen unbestritten. Auch die Erschwernisse häuslicher Pflege und die mit der Pflegearbeit einhergehenden Gefährdungen können durch vorzeitige Wohnungsanpassung erleichtert oder vermieden werden. Die Durchführung einer Maßnahme der Wohnungsanpassung kann jedoch sehr komplex und aufwändig sein. Beispielsweise sollte neben der Auswahl aus der Fülle von Produkten oder Handwerkern auch die Finanzierung geklärt werden. Bei Mietwohnungen muss zudem vor Beginn der Maßnahme die Genehmigung der Eigentümer eingeholt werden. Es ist aber davon auszugehen, dass von vielen älteren Menschen häufig die Notwendigkeit der räumlichen Veränderung nicht selbst wahrgenommen und die Maßnahme der Wohnungsanpassung nicht in Eigenregie durchgeführt wird (vgl. BMFSFJ 2008, S. 9). Des Weiteren sind sie oft nicht hinreichend über die verschiedenen (finanziellen) Möglichkeiten zur Wohnungsanpassung informiert.

Aufgrund dieser Vielschichtigkeit der Wohnungsanpassungsmaßnahmen wurden Wohnberatungsstellen etabliert, die klientenzentrierte und produktneutrale Beratungen zur Wohnungsanpassung anbieten. Die Wohnberatungsstelle beschäftigt sich mit den verschiedenen Prozessen und Problemen im Rahmen der Maßnahme der Wohnungsanpassung und unterstützt somit zielorientiert den möglichst langen Verbleib zu Hause. Die Wohnberatungsstelle bietet hauptsächlich qualifizierte Beratung bezüglich der Maßnahmen zur Wohnungsanpassung und deren Finanzierungsmöglichkeiten an. Nach Tyll werden die Tätigkeitsfelder der Wohnberatung folgendermaßen zusammengefasst: *„Individuelle Beratung über Möglichkeiten und Formen des barrierefreien Wohnens und der Wohnungsanpassung, Öffentlichkeitsarbeit, Fach- und Institutionenberatung sowie Vermittlungs- und Vernetzungsarbeit“* (Tyll 23.11.2012, S. 13–18).

Durch die individuelle Beratung wird der tatsächliche Bedarf der älteren Menschen geklärt. Erst danach können die entsprechenden Anpassungsmaßnahmen angemessenen und wirkungsvoll eingesetzt werden. Bei der Beratungstätigkeit ist es notwendig, das Bewusstsein für ein *Wohnen im Alter* oder Motivation für den altersgerechten Umbau zu schaffen, damit sich die Ratsuchenden an der Planung der Maßnahme beteiligen oder zumindest daran teilnehmen können.

Die Aufgaben der Wohnberatung beinhalten neben der Beratungsleistung an sich auch praktische Hilfe bei der Anpassungsmaßnahme. Die Wohnberatung begleitet und unterstützt eine Reihe von Vorgängen sowohl in Bezug auf Planung als auch auf Durchführung der Anpassungsmaßnahmen.

Hierbei handelt es sich in erster Linie um Beratung zu baulichen Anpassungsmaßnahmen und zur Anschaffung von Hilfsmitteln. Im Rahmen der Wohnberatung wird über Anpassungsmöglichkeiten, beispielsweise Reduzierung bestehender Barrieren, durch Vor-Ort-Beratung (Hausbesuch) informiert und je nach Bedarf die weiterführende bautechnische Beratung durchgeführt.

Ein großer Informationsbedarf besteht hinsichtlich der Finanzierungsmöglichkeiten der Wohnungsanpassung. Von der Wohnberatungsstelle wird erwartet, dass sie die möglichen Kosten und Finanzierungswege aufzeigt. Zugleich gehört es auch zu den Beratungstätigkeiten der Wohnberatung, dafür zu sorgen, dass die geförderten oder vom Antragsteller selbst bereitgestellten Geldmittel für eine geeignete Maßnahme eingesetzt werden. Weiterhin gehört es zu den Tätigkeiten der Wohnberatung, den Bedarf für andere Angebote im Rahmen der Altenhilfe wahrzunehmen und diese Angebote an die Ratsuchenden zu vermitteln, was eine zentrale Schnittstelle zur ambulanten Versorgung darstellt (BMFSFJ 2008, S. 9). Darüber hinaus richtet sich in den Fällen, in denen es nicht möglich ist, die bereits bestehende Wohnung ausreichend anzupassen, die Beratung auf einen möglichen Umzug in eine altersgerechte Wohnanlage. Die Wohnberatung kann hierbei auch bei der Wohnungssuche helfen oder einen Umzug organisieren (BMFSFJ 2008, S. 9; BMFSFJ 2004, S. 12).

Neben der Beratungstätigkeit zählt die Informations- und Öffentlichkeitsarbeit zu den wichtigen Tätigkeitsfeldern der Wohnberatung. Die Informations- und Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen der Wohnberatung ist ein Instrument zur Bekanntmachung und zur Anregung der Nutzung der Beratungsstelle. Die Zielgruppen sind hierbei zunächst ältere Menschen oder Behinderte und deren Angehörige sowie Mitarbeiter verschiedener Einrichtungen, insbesondere im Bereich Alten- und Behindertenarbeit, im medizinischen Bereich sowie bei Behörden und Sozialversicherungsträgern und bei Wohnungsbaugesellschaften oder Genossenschaften. Darüber hinaus gelten private Vermieter, Mieter, Architekten, Verbände, Politiker sowie Medien als Zielgruppen der Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Niepel 2003, S. 10; Bezirksregierung Düsseldorf 2011, S. 5). Durch verschiedene Messen, Veranstaltungen, Vorträge, Projekte sowie Veröffentlichungen in der Presse wird die Arbeit der Wohnberatungsstelle bei den Bürgern gezielt angesprochen. Dies gilt weiterhin auch als ein wichtiges Instrument für eine präventive Arbeit in der Wohnberatung, wodurch bereits vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit die Anpassungsmaßnahme vorgenommen werden kann (Niepel 2003, S. 10).

Darüber hinaus zielt die Fach- und Institutionsberatung darauf, dass neben der Schaffung eines Problembewusstseins auch für das Erkennen möglicher Lösungswege die Voraussetzungen geschaffen werden (Tyll 23.11.2012, S. 13–18). Dies richtet sich gezielt an Fachkräfte oder professionelle und ehrenamtliche Multiplikatoren. Die Ziele dieser Tätigkeit werden im Folgenden aufgelistet:

- *Schaffung von Problembewusstsein für präventive Möglichkeiten durch Wohnungsanpassung bei Hilfe- und Pflegebedarf und bei Demenz,*
- *Schaffung von Problembewusstsein für die Notwendigkeit von barrierefreiem Neubau sowie barrierefrei orientierter Modernisierungsmaßnahmen,*
- *Befähigung zum Erkennen von Problemen und möglichen Lösungsmöglichkeiten,*
- *Befähigung zur eigenständigen Durchführung von Veränderungen,*
- *Befähigung zur barrierefreien Gestaltung von Wohnungen (Bezirksregierung Düsseldorf 2011, S. 6)*

Hinsichtlich dieser Tätigkeiten sollte das Beratungsangebot der Wohnberatungsstelle bekannt werden, da die Vermittlung von verschiedenen Informationen an die Ratsuchenden die Funktion der Fach- und Institutionsberatung darstellt. Hierbei ist vor allem eine effektive Zusammenarbeit zwischen den Wohnberatungsstellen und Fachkräften oder Multiplikatoren unerlässlich.

Nicht zuletzt gehört die Vermittlungs- und Vernetzungsarbeit zur Grundlage der Tätigkeiten im Rahmen der Wohnberatung. Die Wohnberatungsstelle dient als „*Verknüpfungsstelle*“ oder „*Anlaufstelle*“ für alle individuellen Fragen rund um das Wohnen (Niepel 2003, S. 11). Um die jeweilige Maßnahme an die individuellen Bedürfnisse der älteren Menschen anzupassen, ist eine koordinierte Zusammenarbeit der Akteure aus verschiedenen Bereichen erforderlich. Ohne Vernetzungen verschiedener Träger und Betroffener sowie potentiell Betroffener ist die Tätigkeit der Wohnberatung von Anfang an nicht realisierbar. Niepel zufolge umfassen die Vernetzungs- und Vermittlungstätigkeiten zudem ein „*über die konkrete Durchführung von Maßnahmen zur Optimierung der Wohnressourcen hinaus gehendes Engagement*“, das dem barrierefreien Wohnen und dem möglichst langen Verbleib zu Hause dient (Niepel 2003, S. 10).

Dieser Tätigkeit von Vernetzung verschiedener Akteure, Einrichtungen und Organisationen hat zum Ziel, dass im Rahmen der angemessenen „*gesellschaftlichen, sozialpolitischen, organisatorischen und institutionellen Bedingungen*“ die selbstständige und barrierefreie Haushaltsführung sowie Lebensführung in Quartier, Stadtteil, Kommune und Kreisgebiet ermöglicht wird (Tyll 23.11.2012, S. 13–18). Von konstruktiver und lösungsorientierter Zusammenarbeit profitieren vor allem die Ratsuchenden (Städteregion Aachen 2015, S. 16). Insbesondere hat die optimale Vernetzung die übersichtliche Gestaltung der verschiedenen Angebote und eine vereinfachte Problembearbeitung zur Folge.

Da sich außer der Wohnberatung kein anderes Angebot an der „*Schnittstelle zwischen Selbstständigkeit und beginnendem Hilfebedarf*“ befindet, ist es für die Wohnberatungsstellen notwendig, Versorgungslücken aufzudecken (LAG Wohnberatung NRW 2014, S. 14). Vor allem die Zusammenarbeit mit dem Pflegebereich wird dabei in den Fokus gerückt. Eine kontinuierliche Kooperation mit den Pflegestützpunkten und Demenz-Servicezentren ist hierbei erwünscht (Bezirksregierung Düsseldorf 2011, S. 7). Besondere Aufmerksamkeit kommt seit 2005 der

Wohnberatung für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen zu. Für diesen neuen Arbeitsschwerpunkt erfolgte eine Modellförderung im Rahmen des § 45c SGB XI, wobei die Pflegekassen, die Kommunen und das Land anteilig zur Finanzierung herangezogen werden. Die weiteren Akteure, die mit den Wohnberatungsstellen zusammenarbeiten, werden im nächsten Abschnitt ausführlich behandelt.

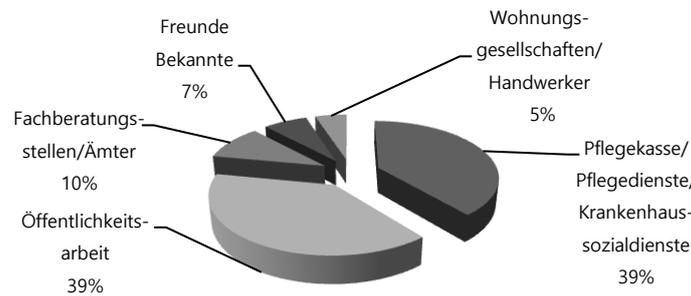
Vor diesem Hintergrund agiert die Wohnberatungsstelle als ein Verknüpfungspunkt aller Akteure im Bereich des Wohnens, der dazu dient, die Zersplitterung in Spezialdienstleistungen aufzuheben und die vielfältigen Einzelangebote zusammenzuführen (Niepel 2003, S. 11). Hierbei spielt das Konzept von Fallmanagement (Case Management) eine bedeutende Rolle. Als Fallmanager koordiniert der Wohnberater das Verfahren der Wohnungsanpassung und kooperiert mit Akteuren aus verschiedenen Fachbereichen mit dem Ziel der Vermeidung eines Heimeinzuges. Die Definition von Fallmanagement lässt sich folgendermaßen zusammenfassen:

Das Fallmanagement stellt eine geeignete Methode dar, um die im Einzelfall erforderlichen Leistungen aus unterschiedlichen Bereichen zu erschließen. In einem mehrstufigen Prozess umfasst das Fallmanagement unter anderem die Feststellung des Hilfebedarfs, die individuelle Hilfeplanung mit dem Klienten sowie die Begleitung, Koordinierung und Überprüfung der Hilfebringung (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. 2014, S. 17).

Um eine durchgängige Prozessunterstützung über Sektorengrenzen und Fachbereiche hinweg zu ermöglichen, ist eine intensive Zusammenarbeit unter den Kooperationspartnern erwünscht. Im Pflegebereich ist ein gesetzlicher Anspruch auf Fallmanagement (in Form von Pflegeberatung) durch § 7a SGB XI gegeben. Fallmanagement im Rahmen der Wohnberatung ist jedoch gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt, wird aber in §§ 67 ff. SGB XII vorausgesetzt. Als Grundlage der Hilfe zur Überwindung besonderer Lebenssituationen ist es hierbei erforderlich, dass einzelfallbezogene Hilfeangebote im Rahmen einer engen Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren erbracht werden. Vor diesem Hintergrund sind klar abgestimmte Vernetzungswege und ein weiterer Aufbau von Kooperationsstrukturen aller handelnden Institutionen gefragt, wodurch eine strukturierte Zusammenarbeit im Rahmen der Wohnungsanpassung geschaffen wird. Als Fallmanager, bei dem alle Prozessen zusammenlaufen, kann die Tätigkeit der Wohnberater in vier Abschnitte unterschieden werden: Erstkontakt (in der Regel am Telefon), Erstberatung vor Ort, Begleitung und Nachschau (Niepel 2003, S. 11).

Erstkontakt: Bei der individuellen Wohnberatung erfolgt der erste Kontakt mit den Ratsuchenden auf unterschiedlichen Wegen. Das nachfolgende Diagramm stellt diese Zugangswege zur Wohnberatungsstelle dar (Städteregion Aachen 2015, S. 16). Diese Angaben beziehen sich auf die 388 Fälle der Wohnberatung, die im Jahr 2014 in der Städteregion Aachen durchgeführt wurden.

<Abbildung 6: Wege zur Wohnberatung>



Quelle: Städteregion Aachen 2015, S. 16

Laut dieser Statistik werden die meisten Ratsuchenden durch die Öffentlichkeitsarbeit der Wohnberatungsstelle und durch die Vermittlung durch die Pflegekassen oder Pflegedienste auf das Beratungsangebot aufmerksam. Der Erstkontakt findet vornehmlich am Telefon statt. Hierbei werden Informationen über die derzeitige Wohnsituation übermittelt sowie das weitere Vorgehen und eventuelle Hausbesuche besprochen.

Erstberatung vor Ort: Nach Angabe der Städteregion Aachen wurde dort im Jahr 2014 bei den Wohnberatungsstellen in 307 von 388 Fällen die Beratung mit einem oder mehreren Hausbesuchen durchgeführt (Städteregion Aachen 2015, S. 17). Hierbei wird zuerst die Wohnsituation der Ratsuchenden besichtigt und über mögliche Anpassungsmaßnahmen informiert. Neben der Wohnsituation sollten auch die persönliche Lebenslage sowie die Wünsche der Ratsuchenden erfragt werden. Eine mögliche Anpassungsmaßnahme muss daher einer Vielzahl von Wünschen und Anforderungen gerecht werden. Die Finanzierungsmöglichkeiten sollten auch von vornherein in Betracht gezogen werden.

Begleitung: Nach der Erstberatung vor Ort wird damit angefangen, die Wohnanpassungsmaßnahme umzusetzen. Als Fallmanager begleitet der Wohnberater diese Maßnahme. Insbesondere das Antragsverfahren benötigt Unterstützung. Die notwendigen Antragsunterlagen – beispielsweise der Antrag auf Förderung einer Wohnungsanpassungsmaßnahme, die Einverständniserklärung des Vermieters oder Kostenvoranschläge – können mit Unterstützung des Wohnberaters fristgemäß und vollständig eingereicht werden. Besondere Aufmerksamkeit kommt der Frage der Finanzierung zu, beispielsweise bei der Beantragung von finanziellen Hilfen oder bei Problemen mit den Finanziers im Rahmen der Anpassungsverfahren. Im weiteren Verlauf werden zur Umsetzung der Baumaßnahmen oder zur Anschaffung von Hilfsmitteln verschiedene Kooperationspartner (siehe oben) herangezogen. Der Wohnberater arbeitet darauf hin, dass zwischen Akteuren aus verschiedenen Handlungsfeldern eine verbindliche Vernetzung und Zusammenarbeit stattfindet. Die

Beachtung des zeitlichen Rahmens und der Umgang mit Problemstellungen stehen hierbei im Fokus der Betrachtungen (Niepel 2003, S. 13).

Nachschau: Der Wohnberater agiert als Ansprechpartner für die mit der Wohnungsanpassung in Zusammenhang stehenden Fragen, bis alle baulichen und sozialen Maßnahmen abgeschlossen sind. Der Wohnberater kann demnach in einer Nachschau überprüfen, ob die Maßnahme planmäßig durchgeführt wurde. Neben der Mängelfeststellung sollte auch geprüft werden, ob der geplante zeitliche und finanzielle Rahmen eingehalten wurde, wobei gegebenenfalls auch die entsprechenden Akteure zur Mängelbeseitigung aufgefordert werden sollten (Niepel 2003, S. 13).

Die oben beschriebene Abfolge der Vorgänge stellt die allgemeinen Abläufe der Wohnberatung dar, aber dies ist nicht in allen Fällen gleich. Die Wohnberater werden auch häufig erst in der Mitte des Prozesses herangezogen oder es werden zusätzliche Tätigkeiten bei Bedarf in Anspruch genommen. Das nächste Kapitel befasst sich darüber hinaus mit dem wirtschaftlichen Nutzen der oben genannten Arbeit der Wohnberatung und mit den Finanzierungsmodalitäten der Wohnberatungsstellen. Hierzu wird schwerpunktmäßig das Beispiel des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen analysiert.

3.4.2. *Wirtschaftlicher Nutzen und Finanzierung der Wohnberatungsstellen*

Der möglichst lange Verbleib in der häuslichen Umgebung entspricht vielfach dem Wunsch der älteren Menschen, aber die sozialpolitische Forderung nach ambulant vor stationär ist zugleich in hohem Maße von dem Motiv wirtschaftlicher Einsparungen geprägt. Für die Kranken- und Pflegekassen sowie für die Kommunen, die zu einer Regelfinanzierung der Wohnberatungsstelle einen Beitrag leisten, ist es aber von Bedeutung, ob die Beratungsstelle kosteneffektiv ist. Diesbezüglich ist eine realistische Kalkulation des finanziellen Kosten-Nutzen-Verhältnisses notwendig. Der wirtschaftliche Nutzen der Wohnberatung bezieht sich auf ihre Erfolge in der Vermeidung eines Heimeinzuges. Diese sind festzustellen, wenn durch infolge der erfolgreichen Wohnberatung stattfindende bedarfsgerechte technische Anpassungsmaßnahmen im Wohnumfeld die stationäre Versorgung durch ambulante Versorgung ersetzt wird. Hierbei ist die ausführliche Kalkulation des Kreises Unna zu erwähnen. Der Pflegebedarfsplan 2015 des Kreises Unna berichtet, dass durch die Wohnberatungsangebote zwischen 1997 und 2013 rund 4.300 anstehende Heimunterbringungen vermieden werden konnten (Zakel 2015, S. 30).

Die Haushalte der Kommunen sind damit unmittelbar für diese Frage relevant aufgrund der Sozialhilfekosten und der Kosten für das Pflegegeld, die die Heimunterbringung zur Folge hat.

Mit bewusst konservativer Kalkulation wurden bei zweijähriger finanzieller Förderung die Nettoeinsparungen (Einsparungen durch Heimeinzugsvermeidung abzüglich der Kosten für die Wohnberatungsstellen) für den Kreis Unna durch Heimunterbringung kostenvermindernde Effekte der Wohnberatung in Höhe von 2,4 Mio. Euro errechnet (Zakel 2009b, S. 5). Darüber hinaus berichtet der Pflegebedarfsplan 2015, dass der Kreis Unna durch die Finanzierung aller kommunalen Beratungsangebote (Wohnberatung, Pflegeberatung und das psychosoziale Hilfemanagement PSB) und durch daraus resultierende Vermeidung der Heimunterbringung jährlich die Nettosumme von 2,4 Mio. Euro einsparen konnte (Zakel 2015, S. 31).

Die Kranken- und Pflegekassen profitieren auch von dieser verminderten Heimunterbringung der Pflegebedürftigen. Beispielsweise liegt – anhand von 63 Personen kalkuliert, bei denen durch die Wohnberatung begleitete Wohnungsanpassung Heimunterbringung für zwei Jahre vermieden werden kann – die Nettoeinsparung bei den Pflegekassen im Kreis Unna bei schätzungsweise mindestens 236.877 Euro (Zakel 2009a, S. 5). Es ist auch zu erwähnen, dass sich diese wirtschaftlichen Effekte sogar ohne Berücksichtigung potenzieller Einsparungen durch Unfallprävention durch altersgerechte Wohnungen ergeben haben. Diese Effekte waren aber zu erwarten, da schon im Jahr 1999 die „Modellrechnung zur Effektivität und Effizienz von Wohnberatung in NRW“ ergab, dass pro Beratungsstelle bei Kommunen und Pflegekassen jeweils 89.987 Euro und 161.057 Euro eingespart werden können. Dagegen lassen sich die Ausgaben für den Unterhalt der Wohnberatungsstellen mit jährlich zwischen 102.258 und 127.823 Euro rechnen (Kremer-Preiss und Stolarz 2003, S. 48–52).

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Aufwendungen der Kostenträger wie Kommunen und Kranken- und Pflegekassen für Wohnberatung durch die Einsparungen aufgrund der verhinderten Heimunterbringung deutlich amortisiert werden. Der wirtschaftliche Nutzen der erfolgreichen Wohnberatung übersteigt die anfallenden Kosten für die Einrichtung und den Unterhalt der Beratungsstellen. Trotzdem besteht die Finanzierungsfrage bei der Wohnberatung seit ihrer Einführung und bleibt nach wie vor ein heißes Thema. Neben den Personalkosten fallen bei den Wohnberatungsstellen auch Miet- und Sachkosten an, sodass ein regelmäßiger Finanzierungsbedarf besteht. Jedoch fehlt es weitgehend an einer Regelfinanzierung für diese qualifizierten Beratungsleistungen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass keine gesetzliche Regelung für die Finanzierung der Wohnberatungsstellen vorhanden ist.

Es besteht bisher keine verbindliche Regelung für die Bereitstellung von Wohnberatungsstellen, die Wohnberatung ist aber eine Möglichkeit, den Rechtsanspruch auf Hilfe nach § 71 SGB XII einzulösen sowie ein Angebot zur leistungerschließenden Beratung nach § 45c SGB XI für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (LAG Wohnberatung NRW 2014, S. 14) zu erhalten. Jedoch

hat die Tatsache, dass die Wohnberatung keine gesetzliche Aufgabe ist, dazu geführt, dass seit längerer Zeit verschiedene Modelle zur Finanzierung der Wohnberatungsstellen diskutiert und verschiedene Wege erprobt wurden.

Insofern kann davon ausgegangen werden, dass es eine Vielfalt an Finanzierungsmodellen für die Wohnberatung gibt. In der Anfangsphase wurde die Wohnberatung im Rahmen von Modellprogrammen zwar befristet finanziert (Kremer-Preiss und Stolarz 2003, S. 48–52), aber nach Auslauf dieses Modellprogramms fehlt bislang eine regelhafte und unbefristete Finanzierung. Es ist zunächst zwar denkbar, dass die Träger der Wohnberatungsstellen die anfallenden Kosten selbst übernehmen oder Beratungsgebühren bei den Ratsuchenden abrechnen. Tatsächlich gibt es viele Wohnberatungsstellen, selbst solche in Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände und Vereine, die für den Personal- und Sachaufwand sowie für die Öffentlichkeitsarbeit einen erheblichen Eigenanteil leisten müssen, wobei sie auch versuchen, eigene Mittel zu erwirtschaften (Kremer-Preiss und Stolarz 2003, S. 48–52).

Hingegen sind andere Wohnberatungsstellen auf die Finanzierung aus öffentlichen Mitteln angewiesen. Hierbei besteht weitgehender Konsens darüber, dass diejenigen unter den Trägern die Kosten übernehmen sollten, die einen Nutzen aus der Tätigkeit der Wohnberatung ziehen. Hierbei gelten vor allem die Kommunen und Pflegekassen als Nutznießer der Leistungen der Wohnberatung und werden somit zur Beteiligung bei der Finanzierung herangezogen. Die Beratungstätigkeiten können zur Verminderung ihrer Ausgaben beitragen, insbesondere in Bezug auf die *„Kosten für Pflegeleistungen im Rahmen des § 68 BSHG“* und auf die *„Leistungsregelungen nach dem SGB XI“* (Kremer-Preiss und Stolarz 2003, S. 48–52). Die Ergebnisse des Modellprogramms *„Wohnberatung“* des Landes Nordrhein-Westfalen zeigen, dass die Sozialhilfeträger und Pflegekassen durch die Vermeidung eines Heimeinzuges und die Verringerung des Hilfebedarfs infolge der Wohnungsanpassung ein Vielfaches der Kosten für die Wohnberatungsstellen einsparen können (BMFSFJ 2004, S. 20).

Diesbezüglich kann es, wie oben angedeutet, als realistisch betrachtet werden, dass bei Kommunen und Pflegekassen ein Wille zur finanziellen Beteiligung besteht, da sie von der Arbeit der Wohnberatung profitieren. Daneben wurde durch die Koordinierungsstelle Hannover die Möglichkeit erwähnt, dass auch die Wohnungswirtschaft zur Finanzierung herangezogen werden kann (BMFSFJ 2004, S. 20). Insbesondere ist aber die Debatte über die Rolle der Pflegekassen in den Fokus gerückt. Obwohl eine Finanzierung der Wohnberatung als eigenständige Leistung der Pflegeversicherung nicht vorgesehen ist, gilt es als eine Aufgabe der Pflegekasse (§ 7 Abs. 2 Satz 1 SGB XI), die Versicherten über die Versicherungsleistungen und über die Unterstützung anderer Träger bezüglich der Pflegebedürftigkeit zu unterrichten, zu beraten und aufzuklären. In Anbetracht

der Finanzierung der Wohnungsanpassung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung, also der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach § 40 SGB XI, ist es denkbar, dass die dafür relevanten Beratungsleistungen mitfinanziert werden (BMVBS 2011, S. 73–74). Im vierten Altenbericht wurden beispielsweise vier mögliche Modelle für eine finanzielle Beteiligung der Pflegekassen an der Wohnberatung dargestellt.

Modell 1: Pflegekasse zahlt keine Beratungskosten.

Modell 2: Pflegekasse zahlt fallbezogene Beratungskosten, aber nur im Rahmen der Maßnahmeleistungen.

Modell 3: Pflegekasse zahlt fallbezogene Beratungskosten zusätzlich zur Maßnahmenleistung.

Modell 4: Die Pflegekasse zahlt einen pauschalen Anteil der Kosten einer Beratungsstelle (BMFSFJ 2002, S. 118–119).

Derzeit ist noch Modell 1 der Normalfall: Außer in den Ländern Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt beteiligt sich die Pflegekasse nicht an den Beratungskosten. Die fallbezogenen Kostenerstattungen durch die Pflegekasse, Modell 2, werden teilweise in Baden-Württemberg praktiziert. Bei den Wohnberatungsstellen in Baden-Württemberg werden zwar die Personal- und Sachkosten vorwiegend von den Trägern selbst finanziert, der Auftraggeber trägt aber eine Gebühr für die Wohnberatung, die sich aus fallbezogenen Einzelabrechnungen ergibt. Zu den möglichen Auftraggebern zählen vor allem Kommunen und Pflegekassen, aber auch gegebenenfalls die Ratsuchenden selbst (Kremer-Preiss und Stolarz 2003, S. 48–52). Die pauschale Kostenregelung (Modell 4) erfolgt in Nordrhein-Westfalen, aber die Kosten übernimmt nicht allein die Pflegekasse, sondern das Land (nur bis 2008); die Kommunen und die Pflegekasse beteiligen sich an der Finanzierung mit einem eigenen Anteil. Dieser Sachverhalt wird im nächsten Kapitel und im empirischen Teil dieser Studie näher betrachtet.

Es gibt also auf Länderebene verschiedene Finanzierungsstrukturen von Wohnberatung. Neben der Rolle der Pflegekassen werden in den verschiedenen Ländern auch die Beteiligung der Länder selbst und der Kommunen sowie deren Umfang der Kostenübernahme unterschiedlich gehandhabt. Nicht in allen Ländern erfolgt eine öffentliche Regelfinanzierung der Wohnberatungsstellen durch Kommunen bzw. Pflegekassen. Einer Erhebung des KDA zufolge leisten lediglich sechs Länder einen Beitrag zur Finanzierung der Wohnberatungsstellen, und in drei Ländern werden die Beratungskosten von verschiedenen Akteuren wie Kommunen und Pflegekassen mitgetragen.⁴¹

⁴¹ <Tabelle 8: Finanzierungsstruktur der Wohnberatung in den einzelnen Bundesländern >

Bundesland	Örtliche Wohnberatungsstelle		
	Finanzierungsträger	Zahl der Beratungsstellen	Vollzeitstellen pro Beratungsstelle
Baden-Württemberg	-	-	-

Weiterhin ist es erforderlich, dass die Wohnberatungsstellen entsprechende personelle Ressourcen zur Verfügung stellen. Einem Modellprogramm von Niepel zufolge sollte eine Wohnberatungsstelle mit mindestens 1,5 bis zwei Stellen ausgestattet sein, um diese Arbeit erfolgreich leisten zu können (Niepel 1999 zit. in Kremer-Preiss und Stolarz 2003, S. 50). In der Realität zeigt sich jedoch, dass in vielen Ländern nicht einmal eine Vollzeitstelle pro Beratungsstelle vorhanden ist. Darüber hinaus gibt es lediglich in fünf Ländern eine Koordinierungs- bzw. Fachstelle, die sich mit allgemeinen oder speziellen Fragen hinsichtlich der Wohnungsanpassung bzw. des Wohnens beschäftigt (Stand: 12/2012) (KDA und Wüstenrot Stiftung 2014, S. 65).

In Anbetracht der Situation in den meisten anderen Ländern, in denen die Kostenbeteiligung durch öffentliche Träger kaum praktiziert wird, ist diese Diskussion um die Finanzierungsträger nicht abgeschlossen, sondern gerade erst eröffnet. Vor diesem Hintergrund kommt den bisherigen Erfahrungen in Nordrhein-Westfalen eine wachsende Bedeutung zu. Nordrhein-Westfalen ist das bislang einzige Bundesland, in dem eine fast flächendeckende Infrastruktur von Wohnberatung aufgebaut wurde. Um eine flächendeckende Wohnberatung zu ermöglichen, wurden in Nordrhein-Westfalen bisher verschiedene Modelle zur Kostenbeteiligung unterschiedlicher Akteure diskutiert und ausprobiert. Im empirischen Teil dieser Studie werden dementsprechend anhand des Beispiels von Nordrhein-Westfalen die tatsächlichen Prozesse in der Wohnberatung, die finanzielle Förderung sowie die Einflussfaktoren für die Entwicklung dieser neuen Versorgungsstruktur analysiert.

Bayern	-	-	-
Berlin	Land	13	1,25-1,5
Brandenburg	Aktion Mensch	1	1
Bremen	Land	1	0,75
Hamburg	Land	1	4
Hessen	-	-	-
Mecklenburg-Vorpommern	-	-	-
Niedersachsen	-	-	-
Nordrhein-Westfalen	Pflegekassen (u. Kommunen)	36 (geplant 56)	ca. 2
Rheinland-Pfalz	Land	9	0,06
Saarland	Land (u. Kommunen)	6	0,15
Sachsen	-	-	-
Sachsen-Anhalt	Pflegekasse	1	1
Schleswig-Holstein	-	-	-
Thüringen	-	-	-

Quelle: Erhebung KDA 2009, modifiziert nach BMVBS 2011, S. 75

3.4.3. *Stand der Wohnberatungsstellen und Trägerstruktur (Nordrhein-Westfalen)*

Wohnberatungsstellen, in denen verschiedene Akteure über Wohnungsanpassungsmöglichkeiten informiert und dessen Umgang organisiert werden, existieren deutschlandweit nicht flächendeckend. Stattdessen wird Wohnberatung länderabhängig hinsichtlich ihres Umfangs und inhaltlicher Ausrichtung in sehr unterschiedlicher Form angeboten (BBSR 2014, S. 75). Während in vier von zehn Regionen (Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen) umfassend eigenständige Wohnberatungsstellen vorhanden sind oder zumindest Teil- oder Nebenberatungsstellen aufgebaut wurden, gibt es in anderen Regionen nur punktuell Wohnberatungsstellen oder lediglich ein ehrenamtliches Beratungsnetz.⁴²

Nach einer Länderumfrage, die im Jahr 2013 vom KDA durchgeführt wurde, gibt es in Deutschland aktuell ungefähr 370 Wohnberatungsstellen. Davon ist lediglich jede dritte Stelle eine eigenständige Beratungsstelle, in der die Leistungen durch professionelle Berater erbracht werden. In den übrigen Stellen wird die Wohnberatung neben anderen Leistungen angeboten. Der Angabe des KDA zufolge bestand im Jahr 2009 lediglich 35 % des gesamten Wohnberatungsangebotes aus öffentlich finanzierten Wohnberatungsstellen, wobei Nebenstellen (nicht öffentlich finanziert) und ehrenamtliche Stellen (mit und ohne öffentliche Finanzierung) jeweils 33 % und 26 % des gesamten Angebotes ausmachten (BMVBS 2011, S. 74–75).

Hinsichtlich der Trägerschaft sind die Wohnberatungsstellen unterschiedlich strukturiert: Es fungieren Städte und Landkreise (u. a. Sozialamt, Wohnungsamt), Wohlfahrtsverbände, die

⁴²

<Tabelle 9: Geschätzte Anzahl örtlicher Wohnberatungsstellen>

Bundesland	Örtliche Wohnberatungsstellen
Baden-Württemberg	60
Bayern	40
Berlin	7
Brandenburg	19
Bremen	1
Hamburg	3
Hessen	28
Mecklenburg-Vorpommern	3
Niedersachsen	44
Nordrhein-Westfalen	128
Rheinland-Pfalz	10 (inkl. 1 Fachstelle)
Saarland	3
Sachsen	9
Sachsen-Anhalt	9
Schleswig-Holstein	1
Thüringen	5

Quelle: KDA-Länderumfrage 2013 (Stand 09/2013) zit. in KDA und Wüstenrot Stiftung 2014, S. 66

Wohnungswirtschaft, Architektenkammern sowie Verbraucherorganisationen als Träger (BBSR 2014, S. 75).

Aufgrund regionaler Besonderheiten erfolgt die Umsetzung trägerübergreifender Unterstützung auf der kommunalen Ebene. Die Kommunen agieren dabei als die maßgeblichen Akteure für die konkrete Ausgestaltung sozialer Daseinvorsorge (BMFSFJ 2008, S. 4). Demnach gehört die Verbesserung der „normalen“ Wohnsituation zu den wichtigen Handlungsfeldern der Kommunen (BMFSFJ 2008, S. 10). Da die Nachfrage nach Wohnberatung vor Ort erfolgt, wird diese in erster Linie auf lokaler Ebene von Kommunen organisiert. Es gibt somit Kommunen, in denen die Tätigkeit der Wohnberatung von den Kommunen selbst übernommen wird, aber sie wird auch häufig an freie Träger delegiert. Beratungsstellen, die in Wohlfahrtsverbänden angesiedelt sind, haben den Vorteil, dass sie die Vermittlungs- und Vernetzungsarbeit innerhalb des sozialpflegerischen Netzes vor Ort leisten können. Insbesondere können Wohnberatungsstellen bei der Freien Wohlfahrtspflege durch die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste Mangelsituationen hinsichtlich des Wohnraums erkennen.⁴³ Zugleich gilt auch als ein Vorteil, dass sich die Wohlfahrtsverbände durch ein besonderes Vertrauensverhältnis zu den Klienten auszeichnen (Bäcker et al. 2008, S. 535), da dies die Erreichbarkeit der Stellen verbessert. Auch die Wohnungsbaugesellschaften bieten Wohnberatung an, und hierbei können barrierefreier Umbau oder barrierefreies Einrichten über eigene Fachhandwerker in Auftrag gegeben und praktiziert werden, wodurch finanzielle Vorteile oder besondere technische Kompetenz erwartet werden können. Darüber hinaus werden die Wohnberatungsstellen auch gegebenenfalls bei Pflegestützpunkten platziert.

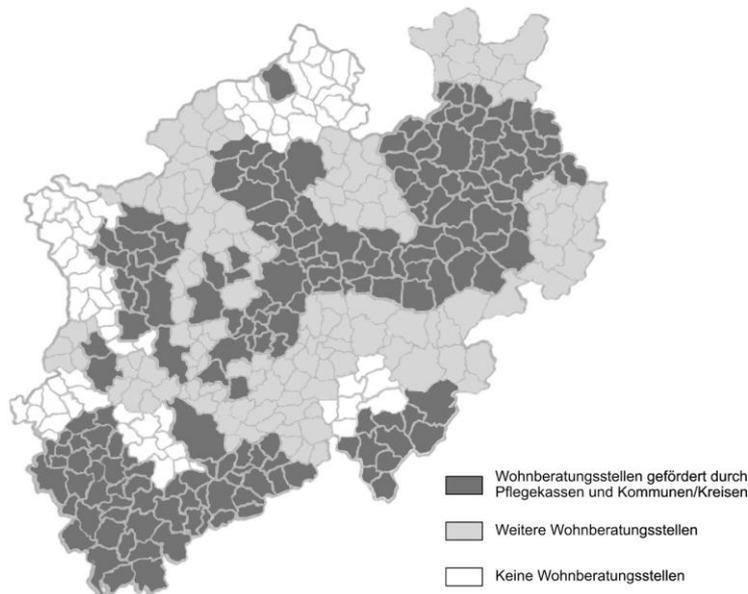
Wie oben angedeutet, arbeiten im Rahmen der Wohnberatung verschiedene Akteure zusammen. Unter Hinzuziehung von verschiedenen Akteuren aus amtlichen, medizinisch-pflegerischen, präventiven sowie technischen Bereichen koordiniert der Wohnberater die Zusammenarbeit und Vernetzung. Die unzureichende Kooperation der beteiligten Akteure hat häufig „*Versorgungsmängel und Fehlplanungen*“ zur Folge (BMFSFJ 2008, S. 28). Die Hauptakteure, die im Mittelpunkt der Zusammenarbeit stehen, sind kommunale Ämter, Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege, Pflege- und Krankenkassen, Sozial- und Pflegestationen, Wohnungsbaugesellschaften, Bankwesen, Vermieter usw.. Insbesondere sind die Pflegekassen bei finanziellen Mängeln einer der vorrangigen Ansprechpartner. Darüber hinaus sind die Wohnungs- und Handwerksunternehmen bedeutende Partner bei der baulichen und technischen Umsetzung.

⁴³ Homepage „Tischler Berlin“ – URL: <http://www.tischler-berlin.de/infos-fuer-kunden/servicewelten/barrierefreies-einrichten/wohnberatung/> [letzter Zugriff: 06.04.2017]

Da wie im vorherigen Kapitel angedeutet bei der Versorgungsstruktur für Wohnberatung – vor allem bei ihrer Trägerstruktur und der Finanzierung – kein bundesweiter Standard vorhanden ist und daraus resultierend auf Länderebene jeweils verschiedene Systeme existieren, wird an dieser Stelle die Untersuchung auf Nordrhein-Westfalen fokussiert. Insgesamt gibt es nun in Nordrhein-Westfalen zwar 128 Wohnberatungsstellen⁴⁴, darunter aber nur 50 von Kommunen bzw. Kreisen und Pflegekassen finanziell geförderte Wohnberatungsstellen.⁴⁵

Folgendes Bild zeigt die geografische Struktur der Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen. Die farbigen Bereiche kennzeichnen allgemein die Gebiete, in denen es Wohnberatung gibt. Hierbei zeigt die dunklere Einfärbung zusätzlich speziell die Gebiete mit geförderten Wohnberatungsstellen an.

<Abbildung 7: Wohnberatung in NRW>



Quelle: Homepage „Koordination Wohnberatung NRW“ – URL: www.wohnberatungsstellen.de/landkarte/wohnberatungen.html [letzter Zugriff: 06.04.2017]

Bei diesen kostenlosen sowie unabhängigen Beratungsangeboten in unterschiedlicher Trägerschaft, die durch hauptamtliche Wohnberater geleistet werden, bedarf es aber auch eines fachlichen Austausches und der Koordinierung. Seit dem 01.12.2015 beschäftigt sich diesbezüglich die Landeskoordinierungsstelle (Koordination Wohnberatung NRW) mit dem Netzaufbau zwischen den jeweiligen Wohnberatungsstellen, Informationsveranstaltungen sowie Fortbildungen,

⁴⁴ Homepage „Koordination Wohnberatung NRW“ – URL: <http://www.koordination-wohnberatung-nrw.de/wohnberatungsstellen> [letzter Zugriff: 8.12.2016], und Homepage „Landesarbeitsgemeinschaft Wohnberatung NRW“ – URL: <http://www.wohnberatungsstellen.de/wohnberatung> [letzter Zugriff: 08.12.2016]

⁴⁵ In dieser Studie werden in erster Linie diese finanziell geförderten Wohnberatungsstellen behandelt.

welche zuvor von der Landesarbeitsgemeinschaft Wohnberatung (LAG) ehrenamtlich durchgeführt wurden.

Aus den Gesetzen § 71 SGB XII und § 45c SGB XI lässt sich ein Rechtsanspruch auf Beratung über Wohnraumanpassung ableiten, aber auch das Landespflegegesetz enthält eine entsprechende Regelung. Der entsprechende Paragraph ist hier § 16 Abs. 2 *Alten- und Pflegegesetz* Nordrhein-Westfalen, welches seit dem 16.10.2014 als Nachfolgeregelung des § 14 Abs. 2 *Landespflegegesetz* Nordrhein-Westfalen (PfG NRW) gilt. Dem *Alten- und Pflegegesetz* Nordrhein-Westfalen (APG NRW) zufolge stellen „*Kreise und kreisfreie Städte die zur Umsetzung des Vorranges der häuslichen Versorgung erforderlichen komplementären ambulanten Dienste sicher*“ (§ 16 Abs. 2 APG NRW). Die komplementären ambulanten Dienste umfassen laut § 16 Abs. 1 APG NRW neben den verschiedenen Diensten auch „Beratungsdienste zur Wohnraumanpassung“. Die Umsetzung des Prinzips *ambulant vor stationär* wird zwar anhand dieser Regelungen eingefordert, aber die Sicherstellung der Wohnberatung wird in der Regel nicht als Pflichtaufgabe der Kommunen angesehen. Das hängt damit zusammen, dass im APG NRW die Wohnberatung als Pflichtaufgabe nicht ausdrücklich erwähnt wird und die Beratung für Wohnraumanpassung häufig beispielsweise von Pflegestützpunkten neben ihrer hauptsächlichen Tätigkeit durchgeführt wird.

Vor diesem Hintergrund liegt das Einrichten oder Unterhalten der Wohnberatungsstellen als freiwillige kommunale Aufgabe in der Hand der Kommunen. Die vorliegende Studie stellt die Frage, wie in Nordrhein-Westfalen bei der Wohnberatung ohne gesetzliche Verbindlichkeit die dichteste Versorgungsstruktur in ganz Deutschland geschaffen wurde. Was sind der Hintergrund und die entscheidenden Einflussfaktoren dafür? Auf diese Frage wird anhand der empirischen Zugänge näher eingegangen werden.

3.5. Zwischenfazit

In diesem Kapitel wurde nach der Thematisierung der besonderen Bedeutung des Wohnraums der Forschungsgegenstand der vorliegenden Studie definiert und die Hintergründe analysiert. Bekanntlich geht Wohnen über *das Leben in den eigenen vier Wänden* hinaus. Dies gilt in ganz besonderer Weise für ältere Menschen, für die Lebensalltag zumeist auch Wohnalltag ist: Unter anderem führt der begrenzte Aktivitätsradius der älteren Menschen dazu, dass die sozialen Aktivitäten vornehmlich im Wohnraum oder in nächster Nähe stattfinden.

Nach dem Lebenslagenkonzept, das sich mit den mehrdimensionalen und multikausalen Faktoren der verschiedenen Lebenslagen befasst, lassen sich die Lebensverhältnisse der älteren Menschen im Kontext von vielfältigen materiellen sowie immateriellen Interdependenzen verstehen. Unter Berücksichtigung des Wohnens als wesentlicher Dimension der Lebenslagen dient das Lebenslagenkonzept als Grundlage für den sozialpolitischen Ansatz für das *Wohnen im Alter*.

Dagegen stellt sich bei der ökologischen Gerontologie die Frage, inwieweit die jeweilige Umwelt Erklärungen für Verhalten und Erleben der älteren Menschen geben kann. Hierzu werden Person-Umwelt-Beziehungen konzeptualisiert, die einen Erklärungsrahmen für die Anpassung des Wohnbedarfs an objektive Umweltgegebenheiten bieten. Interventionen und Anpassungen im Wohnraum können in diesem Zusammenhang so verstanden werden, dass diese der Verminderung des Umweltdrucks und der Unterstützung der älteren Menschen im Alltagsleben dienen. Auf Basis dieser theoretischen Auseinandersetzungen wird weiterhin das Wohnen in eine räumliche, eine soziale und eine psychologische Wohndimension unterteilt und deren jeweilige besondere Bedeutung für die Lebensverhältnisse der älteren Menschen beleuchtet.

Anschließend wurden die in der vorliegenden Studie schwerpunktmäßig behandelten politischen Leitlinien analysiert. Diese politischen Leitlinien haben im Wesentlichen dieselbe Zielsetzung, aber hinsichtlich des Hintergrundes der Argumente und des Fokus gibt es subtile Unterschiede. Unter anderem ist die Catchphrase *möglichst langer Verbleib zu Hause*, die die hohe Priorität des Wohnens in der häuslichen Umgebung zum Ausdruck bringt, mittlerweile zu einer wichtigen Anforderung an die Sozial- sowie Wohnungspolitik geworden. *Ambulant vor stationär* bezieht sich eher auf den medizinischen und pflegerischen Bereich, stellt den Vorrang der ambulanten und der häuslichen Versorgung als Gesundheits- und Pflegestandort vor der stationären Versorgung dar und betont die besondere Bedeutung präventiver Ansätze. *Selbstständiges Wohnen zu Hause* ist neben der Altenpolitik auch in der Behindertenpolitik ein wichtiger Grundsatz, der eine längstmögliche Erhaltung der Selbstständigkeit fördert.

Als Herangehensweise zur Realisierung dieser politischen Leitlinien wird die vorliegende Studie auf altersgerechte Wohnungsanpassung fokussiert, die altersgerechten Umbau und Einsatz von technischen Hilfsmitteln umfasst. Darüber hinaus wurden in diesem Kapitel auch AAL-Systeme analysiert, die ein besonders hohes Entwicklungspotential haben. Diese altersgerechte Technik ermöglicht den älteren Menschen die Aufrechterhaltung ihrer Selbstständigkeit, indem sie prinzipiell vielfältige Möglichkeiten bietet, entstehende Probleme und Schwierigkeiten zu bewältigen und die Belastungen zu vermindern. Diese technischen Hilfsmittel und Assistenzsysteme werden wie folgt kategorisiert und mit Beispielen dargestellt: Mobilität, Sicherheit und Privatsphäre, Gesundheit und Pflege.

Anschließend wurden öffentliche Fördermöglichkeiten für Maßnahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung und ihre gesetzliche Grundlage zusammengefasst. Beispielsweise gelten Krankenkassen, Pflegekassen, die Sozialhilfe und die KfW-Bankgruppe als zentrale Kostenträger. Von ihnen zur Verfügung gestellte Zuschüsse oder Darlehen begünstigen zwar den Wohnungsumbau oder den Einsatz technischer Hilfsmittel in der Regel bis zu einer gewissen Grenze, aber in vielen Fällen müssen die Ratsuchenden oder Konsumenten derzeit selbst als Kostenträger eintreten. Bei der Umsetzung einer erforderlichen Anpassungsmaßnahme stößt man schnell an finanzielle Grenzen, und ohne finanzielle Förderung ist die Realisierung des Ansatzes der Wohnungsanpassung stark an das individuelle Einkommen und Vermögen gekoppelt.

Nach dieser Zusammenfassung gelangt diese Studie zu dem Schluss, dass die Prozesse der Wohnungsanpassung durch die Vielfalt der teilnehmenden Akteure gekennzeichnet sind. Die verschiedenen individuellen, betrieblichen sowie öffentlichen Akteure arbeiten zusammen, um die verschiedenen einsetzbaren Maßnahmen miteinander zu kombinieren. Die Tätigkeit der Wohnberatungsstellen erweist sich hierbei als hilfreich, um die individuellen Anpassungsmaßnahmen vor Ort zu begleiten und über die bestehenden Förderangebote zu informieren. Der Wohnberater unterstützt oder begleitet die baulichen und sozialen Maßnahmen im Rahmen der Wohnungsanpassung von der Vorbereitung über die Planung bis zum Abschluss von allen Prozessen. Insbesondere organisiert die Beratungsstelle die Zusammenarbeit der verschiedenen relevanten Akteure, wodurch altersgerechte Wohnungsanpassung ermöglicht wird.

Im folgenden Kapitel werden die Konzepte Wohlfahrtsmarkt und soziale Innovation behandelt, um die theoretische Grundlage für die Bearbeitung der zentralen Forschungsfrage zu schaffen, mithilfe derer der in diesem Kapitel unter praktischen Gesichtspunkten analysierte Forschungsgegenstand in Kapitel 4 unter theoretischen Aspekten betrachtet wird.

4. Theoretischer Rahmen

4.1. Sozialpolitik und sozialpolitische Zielsetzung

Sozialpolitik wird eingesetzt, um negativen Effekten von sozialen Risiken und Problemen entgegenzuwirken. Als eine staatliche Tätigkeit zugunsten von Personen in risikobehafteten und wechselnden Lebenssituationen beeinflusst die Sozialpolitik die Lebensverläufe sowie Lebenschancen der Menschen. Die Sozialpolitik ist konstitutiv für die jeweilige Lebenslage der Bürger, während sie selbst zugleich Veränderungen unterliegt (Bäcker et al. 2010a, S. 48; Clemens 2010, S. 96). Die Reichweite und die Leistungsbilanz der Sozialpolitik weisen in der Realität in vielen Bereichen ein großes Spektrum auf, dennoch agiert Sozialpolitik aber insgesamt als soziales Sicherungsnetz der Gesellschaft. Kaufmann zufolge wurde seit den 1970er-Jahren der Begriff Sozialpolitik erweitert und differenziert, sodass sich der Adressatenkreis zugleich weiter ausdehnte. Damit sind weitgehend „problembezogene“, interdisziplinäre Ansätze hinsichtlich der Sozialpolitik gemeint (Kaufmann 2002, S. 25). Aufgrund ihres breiten Zugriffs umfassen die Aktionsfelder der Sozialpolitik verschiedene Bereiche wie „*arbeitsweltorientierte Aufgabenbereiche*“, „*gruppenorientierte Handlungsbereiche*“ sowie verschiedene „*sonstige Aufgaben wie Wohnungspolitik, Gesundheitspolitik, Vermögenspolitik und Bildungspolitik*“ (Kevenhörster 2006, S. 220–221). Sozialpolitik hat insofern nicht nur ökonomische, sondern auch rechtliche, pädagogische und weitere Dimensionen.

In erster Linie werden unter Sozialpolitik Regelungen sowie politische Institutionen verstanden. Tatsächlich bilden diese zwar einen zentralen Gegenstand des sozialpolitischen Ansatzes, aber die Sozialpolitik umfasst außerdem neben den politischen Institutionen „*Vorgänge und Entscheidungsinhalte*“ (Schmidt 2005, S. 15). All diese Inhalte finden in den sozialpolitischen Zielsetzungen ihren Ausdruck. Schmidt weist in diesem Zusammenhang auf den engeren und weiteren Sinn von Zielsetzungen der Sozialpolitik hin:

Zu den Zielen der Sozialpolitik im weiteren Sinn gehören vor allem Hilfe und Schutz gegen Risiken der Überlastung des Einzelnen durch Wechselfälle des Lebens, insbesondere gegen Risiken infolge von Alter, Invalidität, Krankheit, Arbeitslosigkeit, Tod des Ernährers, Pflegebedürftigkeit oder Mutterschaft, aber auch Ziele wie soziale Gerechtigkeit, Verminderung von Ungleichheit, Mehrung der Wohlfahrt eines Teils oder der Gesamtheit der Gesellschaft, Unterstützung der Selbsthilfe- und Selbstregulierungsfähigkeit der Wirtschaftssubjekte und das Streben nach Vollbeschäftigung. [...] Die engere Definition der Sozialpolitik hingegen zielt hauptsächlich auf die Sicherung gegen die Risiken einer arbeitsteiligen Gesellschaft, die der Mindestnormenkatalog der sozialen Sicherheit der Internationale Arbeitsorganisation enthält: Alter, Arbeitslosigkeit, Invalidität, Krankheit, Unfall, Tod

und bestimmte familienpolitische Gegebenheiten wie Mutterschaft und Hinterbliebenenversorgung gehören vor allem zu ihm (Schmidt 2005, S. 15–16).

Die staatliche Tätigkeit im Rahmen der Ziele der Sozialpolitik im weiteren Sinne richtet sich auf die Gestaltung der Gesellschafts- und Arbeitsordnung, welche nach bestimmten Zielvorstellungen festgelegt wird. Diese Tätigkeit geht deutlich über den „*Aktionsradius des liberalen Rechts- und des Obrigkeitsstaates*“ hinaus (Schmidt 2005, S. 15). Andererseits wird im engeren Sinne der Sozialpolitik diese eher praktisch definiert und vor allem als die institutionelle Dimension oder das politische Handeln betrachtet, das auf die Risiken von „*arbeitsteiliger Gesellschaft*“ ausgerichtet ist (Schmidt 2005, S. 16).

Darüber hinaus ist es von Bedeutung, dass die Sozialpolitik hauptsächlich mit sozialen Problemen in Zusammenhang gebracht wird. Bäcker et al. zufolge sind unter Sozialpolitik die Maßnahmen, Leistungen und Dienste zu verstehen, die folgende Ziele haben:

- *Vorbeugung des Entstehens sozialer Risiken und Probleme,*
- *Schaffung der Voraussetzungen zur Befähigung der Bürgerinnen und Bürger zur Bewältigung sozialer Probleme,*
- *Ausgleich der Wirkungen sozialer Probleme,*
- *Sicherung und Verbesserung der Lebenslage einzelner Personen oder Personengruppen (Bäcker et al. 2010a, S. 43).*

Dieser Definition zufolge dient Sozialpolitik dazu, sozialen Problemen vorzubeugen, von sozialen Problemen verursachte Wirkungen auszugleichen und Menschen zur Bewältigung von sozialen Problemen zu befähigen. Hierbei werden als Beispiele für soziale Risiken und Probleme die folgenden genannt, welche als Grund für sozialpolitische Intervention gelten: „*Arbeitslosigkeit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit, Einkommensverlust, Armut, soziale Ausgrenzung, Behinderung*“ (Bäcker et al. 2010a, S. 44).

Von Sozialpolitik wird in diesem Zusammenhang primär eine Präventionsfunktion gegenüber sozialen Risiken und Problemen erwartet. Die Sozialpolitik dient in diesem Sinne dazu, (nicht natürliche) soziale Ungleichheit zu kontrollieren und einzudämmen (Schmidt 2005, S. 15). Die Umverteilungspolitik, die zur Korrektur der am Markt entstandenen Einkommensunterschiede dient, spielt hierbei eine zentrale Rolle. Darüber hinaus zählt zu den wichtigen Zielen der Sozialpolitik, die Bürger dazu zu befähigen, soziale Probleme zu bewältigen. Die sozialpolitischen Rahmenbedingungen ermöglichen beispielsweise die Humankapitalbildung, die einerseits zur Erhöhung der Arbeitsbereitschaft und der Arbeitsproduktivität und andererseits zur Vermeidung des vorzeitigen Arbeitsausstiegs dient (Kaufmann 1997, S. 34; Bäcker et al. 2010a, S. 181). In dieser Hinsicht hat die Sozialpolitik die Funktion der Aktivierung der Selbstverantwortung, und dabei

werden Selbsthilfe und Selbstregulierung des Einzelnen gefördert. In diesem Zusammenhang wird von Sozialpolitik auch ein hoher wirtschaftlicher Wert erwartet.

Insofern verfolgt die Sozialpolitik das Ziel, eine Teilhabe aller Mitglieder an der Gesellschaft sowie an den gesellschaftlichen Leistungssystemen zu ermöglichen. Dies gilt auch für die Personen, die ihre Leistung aus verschiedenen Gründen am Arbeitsmarkt ganz oder teilweise nicht erbringen können. Sozialpolitik wird hierbei eingesetzt, um mögliche negative Effekte sozialer Probleme zu kompensieren. Die Folgen der gefährdenden Risiken werden im Rahmen der sozialpolitischen Systeme gemildert (Engel und Bieker 2011, S. 14). In erster Linie sind hierbei alle Zweige der sozialen Versicherung betroffen, welche nach dem Prinzip Leistungsgerechtigkeit funktionieren. Zudem zählen finanzielle Leistungen als Lohnersatz im Rahmen der Arbeits- oder Familienpolitik zu jenen Systemen. Mit deren Hilfe wird eine gesundheits- oder familienbedingte Erwerbsunterbrechung oder -reduzierung in Rahmen der Sozialpolitik durch eine finanzielle Unterstützung ausgeglichen.

Nicht zuletzt gilt die Garantie des Existenzminimums als grundlegendes Ziel des sozialpolitischen Ansatzes (Schmidt 2005, S. 15). Sozialpolitik ist in diesem Sinne eine gezielte politische Beeinflussung, um auch im Falle von prekären Lebenssituationen ein Existenzminimum zu garantieren. Eine existenzminimale Grundsicherung wird in erster Linie in der Situation gewährleistet, in der Eigenvorsorge und Selbsthilfe nicht mehr möglich ist. Das „zum Leben Unerlässliche“ garantiert zu bekommen gilt als Recht, für das die Prinzipien sozialer Gleichheit eine Grundlage darstellen (Welti 2005, S. 436). Welches Maß konkret sozialpolitisch als das „zum Leben Unerlässliche“ angesehen wird, richtet sich nach dem rechtlich anerkannten Mindestbedarf (Welti 2005, S. 436). Außerdem enthält diese Mindestsicherung in der Regel Elemente des Fürsorgeprinzips, sodass unter Umständen bei der Leistungsgewährung eine Bedürftigkeitsprüfung erforderlich ist (Wendt 2013, S. 52).

Während sich dieses Kapitel bisher schwerpunktmäßig mit den verschiedenen sozialpolitischen Zielsetzungen auseinandergesetzt hat, unterscheidet Kevenhörster die bisher genannten sozialpolitischen Zielsetzungen von „Finalzielen“, indem er die folgende Frage stellt: „*Welches sind die verbindlichen Zielvorstellungen des Gesetzgebers?*“ (Kevenhörster 2006, S. 219). Er nennt in diesem Zusammenhang neben den Grundwerten Freiheit (wie „Abwesenheit von Not“ oder „Freiheit der Berufswahl“) und soziale Sicherheit die Finalziele der Sozialpolitik „Gleichheit, Gerechtigkeit und Solidarität“. Zumindest eines von diesen Finalzielen wird in der Regel bei den sozialpolitischen Ansätzen Anwendung finden:

- Gleichheit zielt auf gleiche Voraussetzungen für alle, d. h. letztlich auf Chancengleichheit im Sinne der Gleichheit von Startchancen im gesellschaftlichen Wettbewerb.
- Gerechtigkeit stellt sich auf dieser Grundlage als Start-, Leistungs- und Bedarfsgerechtigkeit, ferner als Geschlechter-, Generationen- und distributive Gerechtigkeit dar.
- Solidarität ist ein Grundprinzip des Sozialstaates und stellt eine Wechselbeziehung zwischen dem Einzelnen und der Gemeinschaft her: durch Anspruch auf Zuwendung und Hilfe zumindest bei allen nicht allein individuell zu tragenden Existenzrisiken im Rahmen kollektiver Verantwortlichkeit, daneben aber auch durch das Entstehen des Einzelnen für die Gesellschaft im Rahmen der Individualverantwortlichkeit (Kevenhörster 2006, S. 219).

Diese Prinzipien stellen eine wesentliche Grundlage dar, um eine Auseinandersetzung mit der praktizierten Sozialpolitik zu ermöglichen. Hierbei ist zu bedenken, dass das sozialpolitische Ziel *Gleichheit* nicht davon ausgeht, die Gleichstellung vollständig zu erzielen. Es ist darauf ausgerichtet, einen grundsätzlichen Versuch zu unternehmen, die Ungleichheit zu mildern. *Gleichheit* und *Gerechtigkeit* lassen sich weiterhin in dieser Hinsicht kaum trennen, da Gerechtigkeit in einer Gesellschaft in erster Linie daran orientiert ist, ungerechtfertigte Unterschiede zu beseitigen. Die Reichweiten dieser Konzepte überlappen sich demnach stark, sodass unter Umständen politisch entschieden werden muss, welche Zielsetzung Vorrang hat.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Sozialpolitik bezüglich verschiedener sozialer Risiken und sozialer Probleme eingesetzt wird, um die Lebenslagen sowie die Lebensverhältnisse der Bürger gezielt zu verbessern. Dabei werden ein Existenzminimum garantiert und Rahmenbedingungen geschaffen, in denen sich die Menschen entwickeln und entfalten können. Insbesondere um die oben genannten sozialpolitischen Ziele umzusetzen, greift der Staat in verschiedene Bereiche des täglichen Lebens von Individuen geplant ein. Die sozialpolitische Zielsetzung eines Staates bestimmt somit insgesamt das soziale Sicherungssystem, und dies beeinflusst in hohem Maße die Lebenslagen der Bürger. Der Rahmen der Sozialpolitik muss demnach die Bedürfnisse und den Bedarf der Bürger im Blick haben, und dabei sollen vor allem die Menschen, die sich in schwierigen oder benachteiligten Lebenslagen befinden, berücksichtigt werden. Durch welche Vorgehensweise und inwiefern ein Nationalstaat diese Prinzipien verwirklichen wird, hängt außerdem in hohem Maße von seiner Wohlfahrtsstaatlichkeit ab. Bei der Beurteilung der Wohlfahrtsstaatlichkeit eines Staates sollte außerdem nicht nur betrachtet werden, welche Probleme sozialpolitisch bearbeitet werden, sondern auch auf die angestrebten sozialpolitischen Zielsetzungen eingegangen werden.

4.2. Wohlfahrtsstaat und Wohlfahrtsmarkt

4.2.1. Wohlfahrtsstaat im Wandel

Um ein Nationalstaat, ein Wohlfahrtsstaat sowie ein Sozialstaat zu werden, reicht es nicht aus, nur Sozialpolitik zu betreiben, sondern deren Reichweite, Qualität sowie Quantität sind ebenso von Belang. Dem Wohlfahrtsstaat kommt die Verantwortung zu, insbesondere in Bezug auf die Steuerung wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Abläufe eine aktive Rolle zu übernehmen. Dieser Staat entscheidet über die Zielrichtung und die Struktur der Sozialpolitik sowie darüber, in welchen Bedarfslagen und in welchem Umfang die Sozialpolitik Unterstützung anbietet. Bei der Auseinandersetzung um den sozialpolitischen Ansatz geht es insofern insbesondere um die Frage, wie der Wohlfahrtsstaat bzw. Sozialstaat gestaltet und strukturiert ist. In diesem Sinne ist es insbesondere sinnvoll, sich mit dem Begriff *Wohlfahrtsstaat* auseinanderzusetzen, um sich dem Ziel und den Rahmenbedingungen der Sozialpolitik zu nähern.

Ullrich zufolge gibt es für den Begriff *Wohlfahrtsstaat* keine einheitliche Definition, und die Versuche einer expliziten Definition von Wohlfahrtsstaat sehen sich häufig heftiger Kritik ausgesetzt, da diese die wohlfahrtsstaatliche Wirklichkeit nur unzureichend erfassen können. Darüber hinaus sind die Definitionen häufig zu allgemein und undifferenziert, sodass eine vergleichende Analyse erschwert wird (Ullrich 2008, S. 78).

Hierzu werden der Wohlfahrtsstaat und der mit diesem Begriff häufig synonym verwendete Begriff *Sozialstaat* vergleichend gegenübergestellt. Zum Vergleich wird zunächst auf die Definition von Sozialstaat eingegangen werden. Für Andersen und Woyke bedeutet Sozialstaat

„die Gesamtheit staatlicher Einrichtungen, Steuerungsmaßnahmen und Normen innerhalb eines demokratischen Systems, mittels derer Lebensrisiken und soziale Folgewirkungen einer kapitalistisch-marktwirtschaftlichen Ökonomie aktiv innerhalb dieser selbst politisch bearbeitet werden. [...] Sozialstaat bezeichnet zugleich die Ausrichtung staatlichen Handelns auf die Herstellung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit, auf die Sicherung eines sozialen Existenzminimums für alle sowie die Milderung der ökonomischen Ungleichverteilung und der sozialen (Klassen-, Schichten-, Gruppen-) Gegensätze. Als generelle Sozialbindung staatlichen Handelns fordert Sozialstaatlichkeit die politisch-demokratische Überformung der Marktprozesse nach Maßstäben sozialer Gerechtigkeit“ (Andersen und Woyke 2003, S. 568–569).

Diese Definition zeigt, dass der Sozialstaat darauf abzielt, dass in der Gesellschaft soziale Gerechtigkeit und soziale Sicherheit erzeugt werden, sodass dementsprechend den sozial und wirtschaftlich Benachteiligten zumindest das Existenzminimum gesichert wird. Als ein Staat, dessen Wirtschaftspolitik sich am Konzept der sozialen Marktwirtschaft orientiert, greift er mittels sozialpolitischer sowie wirtschaftspolitischer Maßnahmen in das Marktgeschehen ein. Diese staatlichen Maßnahmen, die *„zur Sicherung des Einkommens beim Ausfall oder im Falle der*

Unzulänglichkeit der Arbeitskraft dienen“, werden als Funktion des Sozialstaates bzw. als Sozialpolitik aufgefasst (Schmid 2010, S. 43). Im Vergleich dazu unterscheidet Leisering zwischen Sozialstaat im weiteren und Sozialstaat im engeren Sinne. Unter Sozialstaat im engeren Sinne versteht man *„die soziale Sicherung und das Arbeitsrecht“*, während im weiteren Sinne dieses Begriffes hierzu auch *„das Bildungswesen, die Wirtschafts- und Betriebsverfassung und die Arbeitsbeziehungen sowie die wachstums- und beschäftigungsbezogene Wirtschaftspolitik“* zählen (Leisering 2004, S. 11).

Während in der wissenschaftlichen sowie politischen Diskussion in Deutschland in erster Linie der Begriff *Sozialstaat* verwandt wird, wird auf internationaler Ebene häufig der Begriff *Wohlfahrtsstaat* mit seinem Konzept der sozialen Absicherung in der Öffentlichkeit diskutiert. Auffällig ist, dass sich die verschiedenen Definitionsversuche des Wohlfahrtsstaates von denen des Sozialstaates nicht wesentlich unterscheiden.

Im Allgemeinen versteht man unter dem Begriff *Wohlfahrtsstaat* eine staatliche Intervention, im engeren Sinne eine Intervention in Märkte (Katznelson 1988, S. 517). Damit rücken diejenigen staatlichen Mechanismen in den Blickpunkt, die auch mit dem Konzept des Wohlfahrtsstaates an Bedeutung gewinnen. Schmid postuliert, dass im Wohlfahrtsstaat *„eine staatliche, über private Vorsorge und gemeinschaftliche Fürsorge hinausgehende Verpflichtung zur sozialen Sicherung und Förderung aller Bürger“* besteht (Schmid 2010, S. 45). Ullrich nach soll als Wohlfahrtsstaat *„die Gesamtheit der als wohlfahrtsstaatlich (bzw. sozialpolitisch) definierten Institutionen und Politiken“* verstanden werden. Hierbei deutet *„wohlfahrtsstaatlich“* in erster Linie auf die Funktionen hin, die ein Existenzminimum sichern und die Chancengleichheit gewährleisten. Darüber hinaus sollen diese Funktionen weitgehend von *„staatlichen oder öffentlichen Instanzen“* erfüllt werden (Ullrich 2008, S. 78).

Wie beim Sozialstaat umfasst die Aufgabe des Wohlfahrtsstaates je nach Reichweite der Definition über die Grundsicherung hinaus die Bildungs-, Wohnungs- sowie Arbeitspolitik. Beispielsweise behauptet Luhmann, dass der Wohlfahrtsstaat *„mehr als nur soziale Hilfe und mehr als nur Ausgleich von Benachteiligungen“* erfordert (Luhmann 1981, S. 7). Dies benötigt im Übrigen umfangreiche Ressourcen sowohl für monetäre Transfers als auch für soziale Dienste und Infrastruktur (Schmid 2010, S. 45). Wohlfahrtsstaat wird in diesem Sinne häufig mit *Versorgungsstaat* gleichgesetzt, in dem eine starke staatliche Fürsorge bewerkstelligt wird. Es existiert die Meinung, dass in diesen Staatstypen *„von der Wiege bis zur Bahre“* alles vom Staat geregelt wird (Heinze et al. 1999, S. 17), wobei dies mit sehr hohen Staatsausgaben verbunden ist. Vor diesem Hintergrund ergaben manche Forschungen, in denen die Differenz zwischen Wohlfahrtsstaat und Sozialstaat näher betrachtet wurde, dass der Wohlfahrtsstaat mehr staatliche

Leistungen als der Sozialstaat verlangt.⁴⁶ In dieser Studie werden außerdem die Begriffe *Wohlfahrtsstaat* und *Sozialstaat* synonym verwendet, da die oben angeführten Aspekte, unter denen die beiden Begriffe voneinander abzugrenzen sind, für die vorliegende Studie wenig von Bedeutung sind.⁴⁷

⁴⁶ Es ist jedoch zu bezweifeln, ob sich Wohlfahrtsstaat und Sozialstaat als Realtypen unterscheiden lassen. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass sich der Wohlfahrtsstaat in verschiedenen Ländern in verschiedene Realtypen ausdifferenziert hat, sodass außer der Grundlage des Wohlfahrtsstaates – also sozialer Sicherung und Daseinsvorsorge für seine Bürger – nur schwer Gemeinsamkeiten zu finden sind. Diese Ausdifferenzierungen beziehen sich beispielsweise darauf, „*wann und durch welche Umstände staatliche Sozialleistungen in einem Land eingeführt wurden*“ (Hilpert 2012, S. 24) und unter welchen Gegebenheiten sich der Wohlfahrtsstaat entwickelt hat. Aufgrund dieses Sachverhaltes – dass der Wohlfahrtsstaat allein bereits ein breites Spektrum an Realtypen umfasst – hat es wenig Sinn, Wohlfahrtsstaat und Sozialstaat nach ihren Realtypen voneinander abzugrenzen.

Vor diesem Hintergrund besteht Einigkeit vielmehr darüber, dass die Unterscheidung der beiden Begriffe *Wohlfahrtsstaat* und *Sozialstaat* nicht über den Wortsinn oder die Definition, sondern über den Sprachgebrauch und den Ursprung des Begriffes erfolgt. Zunächst hat sich der Begriff Wohlfahrtsstaat im internationalen (Sozial-)Wissenschaftsraum als deskriptives Konzept etabliert, der staatliche Maßnahmen zu den Bereichen Einkommenssicherung, Gesundheit, Wohnen, Bildung und Familie kennzeichnet (Hilpert 2012, S. 25). Der Begriff *Sozialstaat* wird vergleichsweise eher als normativ bezeichnet und im Kontext juristischer und politischer Ebenen verwendet. Beispielsweise ist in Deutschland das Sozialstaatsprinzip verfassungsrechtlich verankert, siehe Art. 20 Abs. 1 des Grundgesetzes, dass „*die Bundesrepublik Deutschland ein demokratischer und sozialer Bundesstaat*“ ist. Insofern sind die Staatsstrukturmerkmale von Deutschland durch die Stichworte Republik, Demokratie, Bundesstaat und Sozialstaat geprägt, und es ist davon auszugehen, dass diese Zielbestimmung im Grundgesetz Deutschland zur Sozialstaatlichkeit verpflichtet.

Wenn es um den Ursprung des Begriffes geht, wird der Begriff *Sozialstaat* auf Lorenz von Stein im Jahr 1850 zurückgeführt; und war als Antwort auf Probleme, die funktional differenzierten Gesellschaften zu integrieren, gedacht (Leisering 2001, S. 116). Dieser Begriff wurde in der Weimarer Republik weiterentwickelt und verwendet, um die „*Weiterentwicklung von der politischen zur wirtschaftlichen Demokratie zu charakterisieren oder als Forderung aufzustellen*“ (Ritter 2010, S. 12). Bei dem Ausdruck *Sozialstaat* ist immer noch dieses Verständnis anzutreffen. In Deutschland wird demnach dieser Begriff im wissenschaftlichen sowie im politischen Bereich immer noch weitgehend für Wohlfahrtsstaat verwendet, während in der internationalen Diskussion im Allgemeinen vom „Wohlfahrtsstaat“ gesprochen wird. Darüber hinaus hat das heutige moderne Verständnis des international verwendeten Begriffes *Wohlfahrtsstaat* (welfare state) seinen Ursprung in den 1940er-Jahren in Großbritannien. Der im Jahr 1942 in Großbritannien veröffentlichte Beveridge-Plan war ein Entwurf über Wohlfahrtsstaatlichkeit als Staatskonzept, was eine nachhaltige Wirkung auf das europäische Sozialsystem der Nachkriegszeit hatte. Als fürsorglich geprägte Form der Vergesellschaftung nach dem Zweiten Weltkrieg füllte dieses Konzept das entstandene Vakuum und verbreitete sich weltweit.

⁴⁷ Jedoch soll darauf hingewiesen werden, dass weiterhin in dieser Studie der Begriff *Wohlfahrtsstaat* häufiger verwendet werden wird, obwohl in dieser Studie hauptsächlich deutsche Sozialsysteme behandelt werden. Dies hängt damit zusammen, dass in dieser Studie häufig erwähnte und zitierte Studien, die für die vorliegende Studie relevant sind, üblicherweise den Begriff *Wohlfahrtsstaat* aufgenommen haben.

Die Aufgabe des Wohlfahrtsstaates wurde nach dem Zweiten Weltkrieg ausgeweitet, zwischen 1945 und 1974, also zu einer Zeit, als die wirtschaftliche Lage in Deutschland außerordentlich gut war. In der Nachkriegszeit hat sich ein gesellschaftlicher sowie politischer Konsens über den Wohlfahrtsstaat herausgebildet, sich im Zuge des „Wirtschaftswunders“ noch verstärkte. Dieser Zeitraum wird insofern als „*Goldenes Zeitalter*“ bezeichnet, und zu dieser Zeit wurden (west-)europaweit umfassend neue soziale Schutzprogramme eingeführt (Schommer 2008, S. 19). In Bezug auf den Staat wurde dessen aktive Rolle vermehrt in den Vordergrund gerückt, insbesondere im Einsatz gegen soziale und wirtschaftliche Ungleichheit. Damals gab es die Forderung, dass die Zuständigkeit des Staates ausgeweitet werden sollte, sodass er über den Schutz der Bürgerrechte hinaus individuelle Wohlfahrt garantiert.

Jedoch erfuhren diese Entwicklungen vor dem Hintergrund der Ölpreiskrise von 1973 einen Wendepunkt. Die Grenzen des wirtschaftlichen Wachstums wurden dadurch ersichtlich. Diese Wachstumsschwäche der Wirtschaft brachte eine zunehmende Arbeitslosigkeit hervor, und dies belastete die öffentlichen Haushalte erheblich. Die anhaltend schwierigen wirtschaftlichen Verhältnisse führten zu Steigerungen des Sozialbudgets, was wiederum das wirtschaftliche Wachstum und die Beschäftigung beeinträchtigte. Weiterhin stieß der Staat angesichts der parallel dazu ansteigenden öffentlichen Schulden an seine Finanzierungsgrenzen. Vor diesem Hintergrund war der Anspruch auf Allzuständigkeit des Wohlfahrtsstaates ebenfalls an seine Leistungsgrenze gelangt (Blanke 2001, S. 7), und demzufolge war die weitere Ausrichtung des Wohlfahrtsstaates durchaus umstritten.

Vor diesem Hintergrund war neben der Wirtschaftskrise von einer „Krise des Sozialstaates“ die Rede. Durch diese Krise sahen sich der Arbeitsmarkt und die sozialen Sicherungssysteme wesentlichen Wandlungsprozessen ausgesetzt. Insbesondere brachte die weltweite Vernetzung und Integration von Wirtschafts-, Waren- sowie Handelsverkehr die Deregulierung und Liberalisierung der Märkte mit sich. Der sich beschleunigende Globalisierungsprozess in den 1990er-Jahren hat demzufolge den Reformbedarf des Sozialstaates verstärkt, was auf eine wesentliche Revision des bisherigen Verständnisses des Wohlfahrtsstaates verweist. Vobruba beschreibt dies folgendermaßen: „*Globalisierung braucht für ihren Erfolg Sozialpolitik, erfolgreiche Globalisierung aber untergräbt nationale Wohlfahrtsstaaten*“ (Vobruba 2001, S. 51–52). Das zeigt, dass vor dem Hintergrund der Globalisierung und der europäischen Integration die staatliche Steuerungswirkung begrenzt wird, und parallel dazu wird der politische Handlungsspielraum des Nationalstaates eingeengt. Ähnlich werden Schmid zufolge aufgrund der Globalisierung die Wechselwirkungen zwischen Wohlfahrtsstaat und Wirtschaft verstärkt (Schmid 2010, S. 72). Zur Erlangung wirtschaftlicher Konkurrenzfähigkeit und gezielten Versorgungsmanagements wird der Wohlfahrtsstaat einer wesentlichen Reform unterzogen, und insofern ist es nicht auszuschließen, dass verschiedene

sozialpolitische Ziele gegenüber Wachstums- und Wirtschaftszielen in eine subalterne Rolle geraten. Die nationalen Handlungsspielräume in der Wirtschafts- und Sozialpolitik wurden demnach angesichts der sich verschärfenden Weltmarktkonkurrenz immer weiter eingegrenzt.

Diese um sich greifende Ökonomisierung des Politischen hat demnach den Wohlfahrtsstaat „zur neoliberalen Hegemonie eines (jedenfalls rhetorisch) militanten Antietatismus“ geführt (Lessenich 2012, S. 2). Der Wohlfahrtsstaat wird im Übrigen von den Befürwortern des Neoliberalismus als wirtschaftliche Wachstumsbremse kritisiert. Die Kritiker behaupten, dass der Wohlfahrtsstaat als bürokratisches Investitionshindernis „verschlankt“ werden sollte. Der staatliche Eingriff im Wirtschaftsbereich wird kritisiert – er senke die Effizienz beim Ressourceneinsatz. Vor dem Hintergrund dieses Erstarkens des Neoliberalismus wurden in westeuropäischen Ländern Beschneidungen sozialer Leistungen in verschiedenen Bereichen praktisch als Sparmaßnahmen vorgenommen (Schommer 2008, S. 20–21). Im Prozess dieser Restrukturierung des Wohlfahrtsstaates nach neoliberalen Konzept werden die sozialen Leistungen rückgebaut und die soziale Sicherung individualisiert. Neben den sozialpolitischen Leistungsreduktionen und einer Verschärfung der Anspruchsvoraussetzungen werden Steuerkürzungen durchgesetzt, sodass der Wohlfahrtsstaat einer Schlankheitskur unterzogen wird. Die Aufgabe des Staates wird in diesem Sinne auf Korrekturen sozialer Ungerechtigkeiten und Unsicherheiten begrenzt, und es werden marktkonforme soziale Sicherungssysteme eingerichtet (Heinze et al. 1999, S. 16).

Man kann gleichwohl nicht davon ausgehen, dass der Wohlfahrtsstaat im Wesentlichen abgebaut wurde. Zwar bleibt der Wohlfahrtsstaat immer noch als ein wesentliches Strukturmerkmal des Staates bestehen, es aber muss darauf hingewiesen werden, dass das Modell staatlicher Leistungen stark von einem universellen hin zu einem residualen Modell verändert wird. So kommt es, dass primär auf Armutsvermeidung sowie interpersonelle Umverteilung ausgerichtete Fürsorgepolitik zunehmend durch „intensive bzw. präventive und aktivierende Programme“ ersetzt wird (Schnell 2007, S. 32–33). Hinzu kommen Forderungen, dass der Staat nun „vom versorgenden zum ermöglichenden Staat“ werden soll (Schubert 2013, S. 15). Dies bedeutet, dass die neue Perspektive den Schwerpunkt auf individuelle Eigenverantwortung und Selbstständigkeit setzt.

In der wissenschaftlichen Diskussion über den Wandel des Wohlfahrtsstaates wird sich diesbezüglich vor allem mit einer „Reduktion der Sozialausgaben und Deregulierungs- bzw. Privatisierungsstrategien“ befasst (Schmid 2010, S. 347). Der Umbau des Sozialstaates vollzieht sich in mehreren Dimensionen (Fehmel 2014, S. 1276). Insbesondere lässt sich eine Vielfalt an Trägerformen in der Wohlfahrtsproduktion beobachten. Es beteiligen sich demnach immer mehr Akteure an der Wohlfahrtsgenerierung, die früher als reine staatliche Aufgabe galt. Zu dieser Wohlfahrtsgenerierung gehören beispielsweise „güterbezogene Leistungen, personenbezogene

(Dienst-)Leistungen und immaterielle Leistungen“ (Richarz 1998, S. 115). Während früher eher einheitliche und standardisierte Wohlfahrtskonzepte vorherrschten, wurde vor dem Hintergrund der wachsenden „*Individualisierung und Pluralisierung*“ der Lebensformen das Spektrum erweitert (Schmid 2010, S. 348). Die traditionell staatlichen Aufgaben werden in diesem Zusammenhang in wachsendem Maße vollständig oder teilweise privatisiert. Unter Privatisierung der Wohlfahrtsproduktion versteht Nullmeier, dass die Wohlfahrtsproduktion „*auf privatrechtlich verfasste Organisationen*“ übertragen wird (Nullmeier 2004, S. 495). Privatisierung bezeichnet in diesem Sinne, dass die Verantwortlichkeiten von Staaten an nicht-staatliche Einheiten abgegeben werden (Köppe 2008, S. 13). Weiterhin kann man Nullmeier zufolge erst von Privatisierung sprechen, wenn „*die Wohlfahrtsproduktion von einer Mehrzahl miteinander konkurrierender Unternehmen getragen wird*“ (Nullmeier 2004, S. 495).

Die Sozialleistungen werden vor diesem Hintergrund nicht mehr nur vom Staat selbst, sondern weitgehend in einem Mix aus öffentlicher und privater Hand erbracht. Der Zustand, in dem Wohlfahrt im Zusammenspiel von Leistungen unterschiedlicher gesellschaftlicher Bereiche produziert wird, wird als Wohlfahrtsmix oder Wohlfahrtspluralismus bezeichnet (Evers und Olk 1996 zit. in Leisering und Berner 2001, S. 4). Diese Konzepte sind seit den 1980er-Jahren als „*eine theoretische Gegenposition zum allumfassenden Interventions- und zum neoliberalen schlanken Staat*“ in die Wohlfahrtsstaatsforschung eingegangen (Blanke 2001, S. 11).

Der Begriff *Wohlfahrtspluralismus* (Wohlfahrtsmix) erfasst die verschiedenen Sektoren der Wohlfahrtsgenerierung. Kaufmann spricht davon, dass

„Wohlfahrtsproduktion [...] ein gleichzeitig auf mehreren Ebenen soziologisch rekonstruierbarer Prozess [ist], der gleichzeitig den Staat, die Erwerbswirtschaft, den Wohlfahrtssektor und die Privathaushalte involviert“ (Kaufmann 2002, S. 232).

Diese Ausführung von Kaufmann legt nahe, dass der gewohnte Fokus von Wohlfahrtsproduktion neben staatlichen Institutionen auf die neuen Kategorien, beispielsweise Markt und Familie, erweitert werden soll. Die Ressourcen und Beiträge dieser verschiedenen Sektoren werden im Rahmen der sozialpolitischen Leistungen zusammengesetzt. Hierbei stellt sich die Frage, welche Verantwortung und Rolle die jeweiligen Sektoren, die „*als funktional eigenständige Bereiche nebeneinander stehend gedacht sind*“, übernehmen können oder müssen (Evers und Olk 1996, S. 17; Becke et al. 2011, S. 35).

Betrachtet man hierbei die verschiedenen Organisationen des formellen Sektors, so sind in erster Linie staatliche Strukturen, Unternehmen und Dritte-Sektor-Organisationen zu nennen. Diese formell strukturierten Sektoren lassen sich vom informellen Sektor wie der Familie abgrenzen. Besonders auffällig ist, dass es dazwischen einen intermediären Bereich mit hybridem Charakter

gibt. Als Beispiel werden hierbei in erster Linie die Wohlfahrtsverbände herangezogen, die mit ihren gemeinnützigen Einrichtungen als hybride organisatorische Mischformen aus herkömmlicher öffentlicher Organisation und vollkommener Privatisierung bestehen (Evers 2011b, S. 268).

Die Pluralisierung der Anbieterlandschaft und die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Trägern mit verschiedenen Charakteren tragen dazu bei, dass der Wohlfahrtsstaat neue Herausforderungen zu bewältigen hat. Bei dieser Herangehensweise erscheint der Wohlfahrtsmix als „*die Summe der wohlfahrtsrelevanten Leistungen der einzelnen Sektoren*“ (Leisering und Berner 2001, S. 4). So stellt Naegele fest:

„Ein erfolgreich funktionierender institutioneller ‚Wohlfahrtsmix‘ bildet eine wichtige Voraussetzung für die integrierte Dienstversorgung. Darunter versteht man die auf den Einzelfall, ein bestimmtes soziales Problem bezogene, professions- und organisationsübergreifende Zusammenarbeit der jeweils beteiligten Dienste, Institutionen und Einzelakteure. [...] Die Betroffenen sind jedoch bei der Hilfesuche häufig mit problem- bzw. aufgabenspezifisch parzellierten Angebotsstrukturen konfrontiert und überfordert“ (Naegele 2011, S. 418).

Diese differenzierten Akteure sowie Organisationen stehen insofern in einer wechselseitigen Abhängigkeitsbeziehung. Hierbei werden insbesondere die Spannungsfelder zwischen den Sektoren betont, die zwar Konflikte und Koordinationsprobleme zur Folge haben, aber auch einer „*reformorientierten Weiterentwicklung des Wohlfahrtspluralismus*“ dienen können (Schmid 2010, S. 350).

Das institutionelle Gefüge beim Erzeugungsprozess von sozialen Gütern und Diensten befindet sich demnach in einem Strukturwandel, in dem es zu einer „*Neuordnung der Beziehungen und [der] komplementäre[n] Vernetzung zwischen den unterschiedlichen Sektoren der Wohlfahrtsproduktion*“ kommt (Blanke 2001, S. 11). Dies zeigt sich insbesondere darin, dass der bis zu den 1990er-Jahren ausgeprägte Etatismus einem Prozess der Relativierung unterliegt. Beispielsweise wird die Beziehung zwischen Staat und Markt, die früher „*stark voneinander separiert*“ waren, im Zuge der Entstehung des Wohlfahrtspluralismus von einer neuen Partnerschaft geprägt, sodass die Grenzen zwischen diesen beiden Bereichen sogar verschwimmen (Bode 2005, S. 251; EyBell 2015, S. 87). Darüber hinaus wird das Konzept *Wohlfahrtspluralismus* herangezogen, um ein verbreitetes gesellschaftliches Engagement der Bevölkerung zu thematisieren.

Im folgenden Kapitel wird hinsichtlich der marktbezogenen Wohlfahrtsproduktion das Konzept *Wohlfahrtsmarkt* im Detail analysiert.

4.2.2. *Vermarktlichung und Wohlfahrtsmarkt*

Bezüglich des Wandels im Wohlfahrtsstaat ist es im wissenschaftlichen Diskurs offensichtlich, dass derzeit die Wohlfahrtsgenerierung vermehrt von kommerziell agierenden Privaten wahrgenommen wird. Soziale Sicherheit, insbesondere Erbringung sozialer Dienste, wird verstärkt durch marktförmige Wohlfahrtsproduktion realisiert. Diese Tendenzen, die in den verschiedenen Sozialpolitikfeldern und unter anderem in den Bereichen sozialer sowie gesundheitsbezogener Dienstleistungen ersichtlich sind, lassen sich als Prozesse der Vermarktlichung beschreiben. Die flächendeckende Einführung der Vermarktlichung bedeutet insofern, dass die staatliche Aufgabe im Wohlfahrtsstaat teilweise zum Markt hin verschoben wird (Bode 2005, S. 251).

Vor diesem Hintergrund wurden in verschiedenen Bereichen des Sozialsystems Marktelemente wie „Wettbewerb, Wahlrechte, (Leistungs-)Verträge und betriebswirtschaftliche Steuerung“ eingeführt (Bode 2005, S. 250). Das profitorientierte Handeln wie Gewinnmaximierung, das die für die Wirtschaft kennzeichnende Handlungslogik ist, wird auch bei der Wohlfahrtsproduktion initiiert. Das Marktprinzip beruht auf Wettbewerb und dem Preismechanismus, mit dem eine effiziente Ressourcenallokation erzielt werden kann. Dieser Marktöffnungsprozess für die gewinnorientierten privaten Anbieter im Bereich der Wohlfahrtsproduktion soll demnach so erfolgen, dass die Anbieter auch im sozialen Bereich untereinander um Nachfrager und die Nachfrager um das günstige Angebot konkurrieren. Dies soll zur wettbewerbsgünstigen Herstellung von Gütern und Dienstleistungen führen, da angesichts des Wettbewerbsdrucks die Anbieter versuchen, die Kostensituation zu verbessern und eine bessere Qualität anzubieten.

Nullmeier zufolge lässt sich die Vermarktlichung in drei Dimensionen unterteilen: interne, externe sowie subjektbezogene Vermarktlichung. Die *interne* Vermarktlichung bezeichnet die „Schaffung von Wohlfahrtsmärkten“, welche in dieser Studie als theoretischer Bezugsrahmen dient. Hinzu kommt die *externe* Vermarktlichung, durch welche die bestehenden Sozialstaaten in Konkurrenz zueinander stehen, und die „*subjektbezogene*“ Vermarktlichung, die „*Erziehung zur Marktlichkeit*“ bedeutet (Nullmeier 2004, S. 495). In dieser Studie wird in Hinsicht auf diese drei verschiedenen Dimensionen der Vermarktlichung vor allem die „interne“ Vermarktlichung behandelt. Die „interne“ Vermarktlichung von Wohlfahrtsstaaten ist in denjenigen Sozialpolitikfeldern ausgeprägt, in denen die Marktlogik zuvor nicht vorherrschte. Hiervon sind vor allem die Gesundheits- und Pflegebereiche betroffen, in denen private Formen der Leistungserbringung ausgeweitet werden. Insbesondere führt die subjektbezogene Finanzierung der sozialen Dienstleistungen in Form von Geldleistungen oder Gutscheinen zu einer Stärkung der Selbstbestimmung der Leistungsberechtigten. Die Leistungsberechtigten werden nun nicht mehr als passive Leistungsnehmer, sondern als individuelle Konsumenten behandelt.

Die Einführung des Marktmechanismus bei der Erbringung sozialer Leistungen wird häufig mit dem Wohlfahrtsmarkt in Zusammenhang gebracht. Mit dem Konzept des Wohlfahrtsmarktes lässt sich der „wohlfahrtsstaatlich gerahmte“ Markt thematisch erfassen. Diesbezüglich wird in einigen Studien postuliert, dass die Vermarktlichung sozialer Sicherung den „Übergang vom Wohlfahrtsstaat zum Wohlfahrtsmarkt“ darstellt (Nullmeier 2004; Fehmel 2014, S. 1276). In diesem Sinne wird der Wohlfahrtsmarkt im Zuge des Vermarktlichungsprozesses so eingerichtet, dass immer mehr öffentliche Angebote an sozialen Dienstleistungen auf kommerzielle Anbieter verlagert werden. Im Rahmen des Marktmechanismus werden also zunehmend wohlfahrtsstaatliche Leistungen bereitgestellt, die den Zweck der sozialen Sicherung erhalten.

Der Begriff *Wohlfahrtsmarkt* (welfare market) geht auf Taylor-Goodby (1999) zurück. Taylor-Goodby zufolge lässt sich der Wohlfahrtsmarkt über seinen Gutcharakter definieren. Er unterscheidet sich von normalen Märkten insofern, als dass im Wohlfahrtsmarkt öffentliche Güter angeboten werden (Taylor-Goodby 1999, S. 100). Taylor-Goodby et al. sprechen vom Konzept der „*market means and welfare ends*“ (Taylor-Goodby et al. 2004), das einen Konflikt zwischen den Mechanismen und Zielen darstellt. In diesem Sinne wird der Markt erst dann zum Wohlfahrtsmarkt, wenn das in dem Markt produzierte Gut der Wohlfahrt der Konsumenten dient. Dabei bezieht sich Taylor-Goodby auf die marktbasierende Wohlfahrtsproduktion, beispielsweise Angebote aus den Bereichen Alterseinkommen, Pflege, Gesundheit, Bildung, Mobilität sowie Wohnraum (Taylor-Goodby 1999).

Den Begriff des Wohlfahrtsmarktes hat Nullmeier in die deutsche Debatte eingebracht und um die Frage der staatlichen Regulierung erweitert. Nullmeier zufolge können

unter Wohlfahrtsmärkten [...] alle marktförmigen wirtschaftlichen Strukturen begriffen werden, die auf die Produktion und Verteilung von traditionell unter dem Schutz des Sozialstaates stehenden Gütern und Diensten gerichtet sind. Demnach sind unter Wohlfahrtsmärkten staatlich subventionierte oder regulierte Märkte als auch Quasimärkte zu fassen, nicht aber Marktlichkeit nur nachahmende Wettbewerbsprozesse ohne Beteiligung privater Anbieter oder ohne Preismechanismus. Von Wohlfahrtsmärkten soll nur dann gesprochen werden, wenn eine sozialpolitische Gesetzgebung als Marktrahmen oder Marktregulation fortbestehen“ (Nullmeier 2003, S. 962).

Im Folgenden werden die „traditionellen“ Schutzbereiche des Staates einerseits und „sozialpolitische Gesetzgebung“ andererseits in den Blick genommen werden. Auf der einen Seite soll nach Nullmeier der Wohlfahrtsmarkt nur in den Bereichen eingerichtet werden, die zuvor als nicht marktkompatibel galten und demnach nicht oder nur in geringem Maße marktwirtschaftlich orientiert waren. Hierunter fallen beispielsweise Alterssicherung und Gesundheit, welche im Zuge des Privatisierungsprozesses an den neuen Marktmechanismus gekoppelt wurden. Nullmeier weist darauf hin, dass der Begriff *Wohlfahrtsmarkt* konkret in Bezug auf Sozialversicherung genutzt werden kann. Diesbezüglich hat er am Beispiel der Reform der Rentenpolitik den Wohlfahrtsmarkt

erläutert: „Die Rentenpolitik wird mit dem Altersvermögensgesetz von der alten öffentlich unverteilenden Sozialpolitik partiell auf eine marktregulative Politik mit der Schaffung und Förderung eines Wohlfahrtsmarktes umgestellt“ (Nullmeier 2001, S. 651). Hierbei wird unter anderem thematisiert, dass im Zuge der „Riesterreform“ des Jahres 2001 in Deutschland ein Absinken sozialer Sicherungsniveaus der gesetzlichen Rentenversicherung mit der staatlichen Förderung der privaten Altersvorsorge verknüpft wurde. Dieses neue sozialpolitische Instrument hat veranlasst, dass staatlich subventionierte Altersvorsorge durch privatwirtschaftliche Erbringung erfolgt. Dies zielt darauf ab, dass individuelle Kapitalbildung zur Altersvorsorge durch ökonomische Anreize gefördert wird.

Darüber hinaus sollen Nullmeier zufolge die im Wohlfahrtsmarkt produzierten sozialen Güter, die vormals von staatlicher Seite bereitgestellt wurden, „sozialpolitischer Regulation“ unterliegen. Die sozialpolitische Gesetzgebung hinsichtlich des Wohlfahrtsmarktes weist darauf hin, dass die wohlfahrtsstaatlichen Zuständigkeiten weiter bestehen, auch wenn sich die sozialen Leistungen weitgehend privaten Gütern annähern. In diesem Sinne spricht Nullmeier weiterhin davon, dass die „Wohlfahrtsmärkte eine Dimension des Wandels vom Leistungs- zum Gewährleistungs- und Regulationsstaat“ sind (Nullmeier 2003, S. 963).

Die hierbei angesprochenen Regelungen, die sozialpolitischen Zielsetzungen dienen sollen, werden jedoch bei der Definition von Taylor-Gooby nicht genauer spezifiziert. Bei der Definition von Taylor-Gooby ist statt staatlicher Intervention das „produzierte Gut“ entscheidend. Dies hängt damit zusammen, dass deutsche sowie kontinentaleuropäische Staaten eine Tradition des „relativ starken Staats“ aufweisen, wobei Taylor-Gooby der angelsächsischen Tradition eher „liberaler, marktbezogener Vorstellungen“ folgt (Kopischke 2006, S. 13). In den angelsächsischen bzw. liberalen Ländern nach Esping-Andersen gibt es eher schwache staatszentrierte Traditionen, sodass in Bezug auf den Wohlfahrtsmarkt anstelle der staatlichen Regulierung der Gutcharakter hervorgehoben wird. Der Ansatz von Taylor-Gooby spiegelt insofern die selbstverständliche Akzeptanz der Marktelemente hinsichtlich der Wohlfahrtproduktion wider.

Demgegenüber sagt Berner, dass in Deutschland „Märkte jedoch nur in Bezug zu staatlichen Interventionen als Wohlfahrtsmärkte“ konzeptualisiert werden können, wodurch sozialpolitische Ziele erreicht werden sollen (Berner 2009, S. 289). Berner äußert sich insgesamt kritisch zu den Wohlfahrtsmarktkonzeptionen von Taylor-Gooby und Nullmeier: Von Taylor-Goobys Wohlfahrtsmarkt distanziert sich Berner, indem er einen wohlfahrtsmarktlichen Bezug zur staatlichen Regulierung hervorhebt. Zugleich ist für Berner Nullmeiers Konzept aufgrund des starken Staatsbezugs bei Ländern mit schwacher staatszentrierter Tradition, beispielsweise den liberalen Wohlfahrtsstaaten, nicht anwendbar (Kopischke 2006, S. 14). Er hat insofern die

Verlagerungsbedingung von Nullmeier, dass den sozialen Gütern staatlicher Ursprung zugeschrieben wird, nicht übernommen (Berner 2004, S. 35–42). Hinsichtlich der staatlichen Regulierung von Märkten spricht Berner weiter davon, dass diese über die ordnungstheoretische Relevanz hinaus mit dem Anspruch verbunden ist, bestimmte sozialpolitische Ziele zu erreichen (Berner 2004, S. 40). In diesem Sinne würden die Märkte erst dann zu Wohlfahrtsmärkten, wenn „wohlfahrtsstaatlich gerahmte“ Märkte der Realisierung sozialpolitischer Ziele dienen. Das produzierte Gut oder die Dienstleistung der Wohlfahrt sollen insofern der Bevölkerung dienen und dabei ein bestimmtes soziales Sicherungsniveau nicht unterschritten werden.

Auf dieser Grundlage formuliert Leisering, dass die Instrumente der sozialpolitischen Regulierung „*rechtlicher, organisatorischer, finanzieller und normativer Natur*“ sein können (Leisering 2005, S. 5). Die staatliche Aufgabe umfasst in diesem Sinne die Regulierung bis hin zur Subventionierung der Funktion des Wohlfahrtsmarktes. In erster Linie erfolgt die Regulierung durch „*Festsetzung von Produktstandards, Lizenzierung, Monitoring und Sanktionierung*“ (Köppe 2008, S. 13). Bei der wettbewerblichen Erbringung der sozialen Güter oder Dienstleistungen ist insofern staatliche Regelsezung erforderlich, um Qualitätsstandards zu sichern und Kunden bzw. Nutzer zu schützen. Regulative Sozialpolitik lässt sich diesbezüglich als die „*Beschränkung des Handlungsspielraums der Akteure in Wohlfahrtsmärkten durch den Staat*“ verstehen, insbesondere um ein Marktversagen zu vermeiden (Köppe 2007, S. 3). Es wird also ein Marktzugang nur unter bestimmten Voraussetzungen gewährt. Kritiker können hierbei zwar einwenden, dass soziale Regulierungen im Rahmen des Wohlfahrtsmarktes wettbewerbsschädigende Rahmenbedingungen hervorrufen. Demgegenüber weist Berner darauf hin, dass die wohlfahrtsstaatliche Einbettung von Märkten nicht zwangsläufig das Marktprinzip abschwächt, sondern zur „*Verschärfung des Wettbewerbs und der Konkurrenz*“ zumindest zwischen den Anbietern führen kann (Berner 2004, S. 36).

Hinsichtlich der sozialen Verantwortlichkeit des Staates gehört es also weiterhin zu den Aufgaben der staatlichen Sozialpolitik, die Nutzer sowie die Nachfrager der Wohlfahrtsmärkte zu unterstützen. Durch die sozialpolitischen Regulierungsinstrumente wird insofern nicht nur Marktversagen verhindert, sondern verschiedene finanzielle Anreize und Transfers werden eingesetzt, um sozialpolitische Ziele wie „*Gerechtigkeit, Gleichheit oder Armutsvermeidung*“ zu erreichen (Köppe 2007, S. 3–4). Insbesondere werden finanzielle Subventionen in verschiedenen Formen gewährt: direkte Zuschüsse, indirekte Steuererleichterungen sowie Gutscheine für Sach- und Dienstleistungen (Köppe 2008, S. 13). Die durch Subventionen verbesserte Kaufkraft stärkt außerdem die Konsumentenrolle der Leistungsberechtigten.

Damit lassen sich wichtige Einblicke darüber gewinnen, dass der Wohlfahrtsmarkt vorwiegend über Politik oder politische Entscheidungsprozesse generiert wird (Nullmeier 2001, S. 647).

Beispielsweise wird im Endeffekt durch politische Entscheidungen festgesetzt, dass bestimmte Güter für förderfähig befunden werden. Zentral für den Wohlfahrtsmarkt ist insofern die Verknüpfung von zunehmender marktwirtschaftlicher Durchdringung und sozialen Erfordernissen mit der sich daraus ergebenden politischen Relevanz. Demgegenüber weist Berner darauf hin, dass nicht nur der Wohlfahrtsmarkt, sondern auch die meisten Märkte politisch konstruiert sind, da zur Funktion des Marktes von der Politik bereitgestellte Rahmenbedingungen vorausgesetzt werden (Berner 2004, S. 9–10). In diesem Sinne reicht die staatliche Zertifizierung oder Regulierung gegenüber den Märkten allein nicht aus, um einen Markt als Wohlfahrtsmarkt bezeichnen zu können. Was den Wohlfahrtsmarkt vom allgemeinem Markt unterscheidet, ist nicht die politische Regulierung an sich, sondern „*der Bezug zur sozialen Sicherheit und zu den sozialpolitischen Zielen der Regulierung*“ (Berner 2009, S. 288). Von Bedeutung ist demnach, dass die im Markt gehandelten Güter oder Dienstleistungen für die jeweilige Lebenslage als bedeutsam angesehen werden und somit die Regulierung des Marktes „*mit sozialpolitischen Argumenten*“ begründet wird (Berner 2009, S. 290).

Die Entwicklung zum Wohlfahrtsmarkt – dass die Wohlfahrtsstaatlichkeit nun weitgehend durch Ergänzung oder sogar Ersetzung durch private Verantwortlichkeit organisiert wird – erweist sich als widersprüchlich, ambivalent und hybrid. Im Folgenden wird der Wohlfahrtsmarkt unter besonderer Berücksichtigung von zweien dieser Aspekte – Ambivalenz und Hybridität – näher betrachtet.

In erster Linie ist der Wohlfahrtsmarkt von Ambivalenz geprägt. Die gewinnorientierten Zielsetzungen der Marktanbieter widersprechen dem „*normativen Anspruch sozialstaatlich orientierter Wohlfahrtsproduktion*“ (Lob-Hüdepohl 2009, S. 114). Jedoch werden seit dem 19. Jahrhundert diese beiden Institutionen, die durch antagonistische Interessenkonflikte geprägt sind, zusammengeführt (Hämel 2012, S. 33). Dieser ambivalente Charakter des Wohlfahrtsmarkt-Begriffes zieht insofern einen Zielkonflikt zwischen Staat und Markt, also zwischen Daseinsvorsorge und privatwirtschaftlichen Interessen, nach sich. In Folge dieser Entwicklung, dass soziale Risiken zunehmend im Rahmen des Wohlfahrtsmarktes abgesichert werden, könnte vor allem der politische Raum für demokratische Entscheidungen eingeschränkt werden. In diesem Zusammenhang wird der demokratischen Gesellschaft die Möglichkeit entzogen, die Ressourcen wohlfahrtsstaatlich umzuverteilen (Butterwegge 2014, S. 388). Die Verhaltensanreize, die marktwirtschaftlich induziert und aus wirtschaftlicher Sicht als Erfolg betrachtet werden, könnten gegebenenfalls aus politischer Sicht zu Fehlentwicklungen führen. Wenn vom Markt hergestellte soziale Risiken durch „*marktförmige Mechanismen ausgeglichen werden sollen*“ (Nullmeier 2002, S. 270), besteht jedoch die Gefahr, wiederum markttypische Unsicherheiten hervorzubringen. Es entstehen demzufolge Befürchtungen, dass durch diese Entwicklungen die Grundlagen der Wohlfahrtsstaatlichkeit bedroht werden. Jedoch bedeutet es Butterwegge zufolge keinesfalls den

Sozialstaatsabbau, dass die Sozialleistungsbereitstellung auf gewerbliche Träger übertragen wird sowie die vorrangige Steuerung des Leistungsgeschehens durch Märkte erfolgt (Butterwegge 2014, S. 388). Dennoch ist Butterwegge in diesem Kontext auf Kritikpunkte gegenüber dieser Tendenz und diesem Konzept eingegangen. Diese Kritik bezieht sich jedoch nicht auf die Vermarktlichung an sich, sondern auf mögliche Folgen der betriebenen Vermarktlichung des Sozialen – nämlich, dass ein sich verstärkender Einfluss der kapitalistischen Ökonomie zu einer Schwächung der Demokratie führen kann (Butterwegge 2014, S. 388).

Unter einem anderen Aspekt kann man bei der Auseinandersetzung um den Wohlfahrtsmarkt den Fokus auf den hybriden Charakter dieses Konzeptes legen. Aus dieser Perspektive wirken Aufgabe und Funktion von Staat und Markt im Rahmen des Wohlfahrtsmarktes harmonisierend. Bei näherer Betrachtung erweist sich, dass sich marktförmige Absicherung und sozialpolitische Regulierung gegenseitig dynamisieren (Böckmann 2011, S. 41). In diesem Zusammenhang werden sozialpolitische Leistungen als auf dem Markt gehandelte Güter konstruiert, welche sich auch zu Marktpreisen verrechnen lassen (Armingeon et al. 2013, S. 203). Einer traditionellen scharfen Unterscheidung von Staat und Markt wird hinsichtlich des Wohlfahrtsmarktes eine klare Absage erteilt (Berner 2009, S. 289). Im Rahmen des Wohlfahrtsmarktes unterliegt das Sozialsystem einer marktförmigen Organisation, und hierbei lassen sich Funktion und Aufgabe des Staates und des Marktes nicht klar voneinander unterscheiden. Diesbezüglich postuliert Bode, dass in diesem Zusammenhang die „Geltungsgrenzen“ zwischen Markt und Wohlfahrtsstaat aufgelöst und tendenziell entdifferenziert werden (Bode 2005, S. 251). Weiterhin ist in diesem Sinne das Verständnis von Wettbewerb und Regulierung als Gegensätzen auch nicht mehr passend. Dass der Wettbewerb der Marktakteure sozialpolitisch reguliert wird, bedeutet nicht, dass dabei auf die Grundlage des Marktmechanismus verzichtet wird. Der Wohlfahrtsmarkt soll mithilfe des Marktmechanismus der sozialen Sicherung dienen. Der Wohlfahrtsmarkt, der Wandel des staatlichen Handelns zwecks sozialer Sicherung mit sich bringt, führt somit nicht nur zu weiterreichender Liberalisierung, sondern wird auch von der umfassenden Regulierung des Marktes begleitet (vgl. Köppe 2007, S. 3).

Weiterhin schließt diese Studie an Köppes Konzept an, der die Ansätze von Nullmeier und Berner kombiniert und diese weiterentwickelt hat, indem er auf Marktsoziologie und Wohlfahrtsökonomie verweist. Köppe hat hinsichtlich der Kriterien des Wohlfahrtsmarktes Nullmeiers Ansatz gelockert, wobei er im Unterschied zu Taylor-Gooby das Feld der Sozialpolitik beibehält (Köppe 2015, S. 39). Köppes Ansatz unterscheidet sich von anderen, indem er verschiedene Aspekte des Wohlfahrtsmarktes dimensionalisiert. Wohlfahrtsmärkte werden somit auch basierend auf diesen beiden Kriterien definiert: „*Erstens werden auf ihnen soziale Güter getauscht und zweitens wirken Marktmechanismen*“ (Köppe 2015, S. 39). Wenn diese beiden Kriterien nicht zusammen erfüllt

werden, lässt sich ein Markt nicht als Wohlfahrtsmarkt definieren. In diesem Sinne bezeichnet der Begriff *Wohlfahrtsmarkt* bei Köppe den Sachverhalt, dass die sozialen Güter in Marktmechanismen enthaltenden Institutionen gehandelt werden (Köppe 2015, S. 40). Dieser multidimensionale Ansatz des Wohlfahrtsmarktes ermöglicht eine umfassende Darstellung des Wandels zum Wohlfahrtsmarkt. Die zwei von Köppe genannten Kriterien werden im nächsten Kapitel im Detail behandelt.

In diesem Kapitel wurden bisher der Vermarktlichungsprozess sowie der Wohlfahrtsmarkt näher betrachtet. Es ist zu vermuten, dass wenn die Generierung sozialer Güter oder Dienstleistungen in privat-gewerbliche Bereiche überführt wird, weitgehende Effizienz- und Einsparungseffekte hinsichtlich der Wohlfahrtsgenerierung ermöglicht und somit umfangreiche Wahlmöglichkeiten der Leistungsberechtigten gewährt werden. Es gibt jedoch auch verschiedene Punkte, die diese Entwicklung kritisch betrachten lassen. Beispielsweise stellen sich hierbei Fragen – zum einen, ob im Rahmen des Wohlfahrtsmarktes ein akzeptables Maß an gesellschaftlichem Wohlstand generiert werden kann; zum anderen, ob hierbei auch wie bei reinen Marktmechanismen eine entsprechende ökonomische Leistungsfähigkeit eintreten kann. Inwiefern im Rahmen des Wohlfahrtsmarktes die sozialen Belange berücksichtigt sowie Verteilungsgerechtigkeit erreicht werden, ist entscheidend für die vollständige Funktion des Systems. Auch diese Fragestellungen werden im Zusammenhang mit der altersgerechten Wohnungsanpassung weiter diskutiert.

Auf dieser Grundlage wird nun zuerst auf die Kriterien von Wohlfahrtsmärkten, die für das zu behandelnde Thema der altersgerechten Wohnungsanpassung besonders relevant sind, näher eingegangen werden.

4.2.3. *Kriterien des Wohlfahrtsmarktes*

4.2.3.1. *Soziale Güter*

Kospischke und Leisering weisen darauf hin, dass der Wohlfahrtsmarkt zum einen durch das der Wohlfahrt der Konsumenten dienende Gut und zum anderen durch Regulierung definiert wird, die sozialpolitisch orientiert und wohlfahrtsstaatlich gerahmt ist (Kospischke und Leisering 2007, S. 7). Köppe hat demgegenüber die sozialpolitisch begründeten Güter als *soziale Güter* konzeptualisiert, die eines der beiden von ihm genannten Kriterien des Wohlfahrtsmarktes darstellen. Nach Köppe sollen unter sozialen Gütern einzeln handelbare Dienstleistungen oder Produkte verstanden werden, denen eine sozialpolitische Funktion zugeschrieben wird (Köppe 2015, S. 40).

Die von Nullmeier genannten *sozialen Güter* sind per definitionem staatlichen Ursprungs, wodurch vormals marktwirtschaftlich organisierte Güter von der Betrachtung ausgeschlossen werden. Da ein solcher Ansatz die Perspektive unnötig einengt, werden in der vorliegenden Studie weiterhin in Anlehnung an Berner und Köppe *soziale Güter* eher im weiteren Sinne und vor allem unter Bezug auf die sozialpolitische Zielsetzung betrachtet. Hierbei ist hervorzuheben, dass die Wahrnehmung der staatlichen Verantwortung für bestimmte Märkte nicht über im Markt gehandelte Güter und Dienstleistungen, sondern über den Sachverhalt entschieden wird, ob ihnen sozialpolitische Bedeutung beigemessen wird (Berner 2009, S. 291).

Um auf die Eigenschaften der sozialen Güter näher einzugehen, ist es wichtig, die Definitionskriterien dieser Güter zu thematisieren.⁴⁸ Die hierzu verwendeten Kriterien für die Unterscheidung von Gütern sind *Rivalität* und *Ausschließbarkeit*. Zunächst bedeutet *Rivalität* im Konsum, dass eine bestimmte Menge an Gütern nur von einer begrenzten Menge an Konsumenten genutzt werden kann. Zum anderen meint Ausschließbarkeit die Exklusivität des Zuganges zur Nutzung der Güter. Dieses Ausschlussprinzip ist indes nicht bei allen Gütern wirksam. Anhand dieser Kriterien werden die verschiedenen Arten von Gütern wie in untenstehender Tabelle kategorisiert (vgl. Priddat 2009, S. 13-16).⁴⁹

Mit Gütern werden im Allgemeinen *private Güter* assoziiert. Die *privaten Güter* werden über das Gegenleistungsprinzip auf dem Markt angeboten und nachgefragt. Der Markt koordiniert diesen

⁴⁸ Als produzierte Menge können Güter von Wirtschaftssubjekten konsumiert werden. In der Regel wird unter dem Begriff *Gut* das Sachgut verstanden, das materiell und sichtbar ist. Jedoch wird dies in vorliegender Studie im weiteren Sinne betrachtet, sodass der Begriff des *Gutes* hier auch nichtmaterielle Güter wie Dienstleistungen umfasst.

<Abbildung 8: Typologie von (reinen) Gütern>

		Exklusivität des Zugangs	
		Exklusiver Zugang	Nicht-exklusiver Zugang
Rivalität des Konsums	Rivalisierender Konsum	Private Güter (Lebensmittel)	Gemeinsame Ressourcenbasis / Quasi-Kollektivgut (Fischereigebiet)
	Nicht-rivalisierender Konsum	Club-Güter (GATT / WTO-Abkommen)	Öffentliche Güter (Frieden, Recht)

⁴⁹ Quelle: Priddat 2009, S. 13

Tauschprozess, sodass sich Angebot und Nachfrage durch Wettbewerb und Preismechanismus in Balance halten. Die privaten Güter sind in diesem Zusammenhang durch einen hohen Rivalitätsgrad und Ausschlussmöglichkeiten gekennzeichnet. Nahrungsmittel sind hierbei ein Paradebeispiel, da insbesondere bei ihnen eine maximale Rivalität beim Konsum besteht: Sie können in der Regel nur einmal konsumiert werden, ein zweiter Verbrauch ist unmöglich. Darüber hinaus ist bei dieser Art von Gütern auch das Ausschlussprinzip wirksam, sodass der Zugang zu den Gütern nur dem Besitzer bzw. Bezahler ermöglicht wird.

Andererseits sind die *öffentlichen Güter*, die auch als kollektive Güter bezeichnet werden, als volkswirtschaftliches Konzept durch *Nichtausschließbarkeit* und *Nichtrivalität* gekennzeichnet: Zum einen kann kaum jemand von der Nutzung (rein) öffentlicher Güter ausgeschlossen werden, und zum anderen können diese zugleich von verschiedenen Individuen in Anspruch genommen werden (Stieglitz 2009, S. 130). Aus diesen Gründen hofft jeder auf die Möglichkeit, diese Güter kostenlos mitzubenehmen, was an dieser Stelle das *Free-Rider-Problem* hervorbringen kann. Diese öffentlichen Güter werden demnach in der Regel nicht am Markt angeboten, sondern der Staat hat die Verantwortung, sie bereitzustellen. Zu den öffentlichen Gütern gehören beispielsweise Landesverteidigung, Deichschutz, Straßenbeleuchtung sowie Klimaschutz.

Es ist andererseits denkbar, dass es auch Mischformen zwischen privaten Gütern und öffentlichen Gütern gibt. In diesem Sinne lässt sich in Bezug auf öffentliche und private Güter zwischen *reinen* und *unreinen* (Mischform-) Gütern unterscheiden. Im Vergleich zu den beiden Extremen (private Güter, öffentliche Güter), die auch als rein private Güter oder rein öffentliche Güter zu bezeichnen sind, werden diese je nach Grad der Rivalität und Anwendung des Ausschlussprinzips unrein öffentliche Güter oder unrein private Güter genannt.⁵⁰ Diese Güter, die zum Teil zu den öffentlichen Gütern oder den privaten Gütern zählen, zeigen sich auch je nach Eigenschaft in Typen mit verschiedenen Bezeichnungen wie Club-Güter, Quasi-Kollektivgüter, Allmendegüter oder Mautgüter (Priddat 2009, S. 13).

Unter diesen Gütern mit gemischtem Gutcharakter rücken in der sozialpolitischen Disziplin die *meritorischen Güter* stärker in den Vordergrund. Unter *meritorischen Gütern* werden solche Güter

⁵⁰ Bei den unreinen öffentlichen Gütern, die zwischen öffentlichen Gütern und privaten Gütern anzusiedeln sind, greift entweder das Ausschlussprinzip nicht oder es besteht keine Rivalität im Konsum. Diese Güter werden demnach zwar teilweise unentgeltlich, aber auch teilweise marktlich verteilt, sodass sie gegebenenfalls nur gegen Entgelt erhältlich sind. Da, wie von Taylor-Gooby hervorgehoben, die Güter im Markt gehandelt werden, ist dies demnach so zu verstehen, dass es bei den von Taylor-Gooby genannten *öffentlichen Gütern* vorwiegend um unreine öffentliche Güter geht. In der vorliegenden Arbeit werden daher öffentliche Güter als *reine* öffentliche Güter verstanden.

verstanden, deren Vorhandensein aus gesellschaftlicher Sicht wünschenswert ist.⁵¹ Als Mischgüter weisen die meritorischen Güter sowohl positive interne Effekte als auch positive externe Effekte auf. Dies bedeutet, dass diese Güter den Gutcharakter sowohl von öffentlichen und als auch von privaten Gütern haben (Funck 2008, S. 57). Musgrave zufolge zeigen die meritorischen Güter nur begrenzte Möglichkeiten des Ausschlusses: Das Ausschlussprinzip ist nur auf den „*internen Effekt (privates Gut)*“ anzuwenden (zit. in Funck 2008, S. 57). Priddat weist außerdem darauf hin, dass die öffentlichen Güter als „*Spezialfall der meritorischen Güter*“ angesehen werden, da eine Vielzahl an staatlichen Leistungen meritorischen Charakter aufweist (Priddat 2009, S. 16).

Diese meritorischen Güter werden jedoch bei marktwirtschaftlicher Zuteilung nicht ausreichend produziert oder konsumiert. Der Grund dafür, dass Angebot und Nachfrage der meritorischen Güter nicht in ausreichendem Maße vorhanden sind, ist zum einen der unbekannte Nutzen bestimmter Güter aufgrund fehlender Informationen über diese Güter und zum anderen die irrationale oder kurzsichtige Beurteilung zukünftiger Bedürfnisse (Rau 2007, S. 112). Demnach engagiert sich der Staat dafür, die Bereitstellung dieser Güter unabhängig von der eigenen Leistung oder der Präferenzen der Individuen zu begünstigen (Schlipf 2006, S. 45). Die meritorischen Staatsaktivitäten sind in diesem Zusammenhang auch im Rahmen des marktwirtschaftlichen Systems gerechtfertigt. Brümmerhoff weist darauf hin, dass die meritorischen Güter dadurch identifiziert werden können, dass der staatliche Eingriff in die Marktfunktion auch dann praktiziert wird, wenn nicht ein Fall von Marktversagen vorliegt (Brümmerhoff 2001, S. 114). Als Beispiele für solche Güter werden hierbei in erster Linie die Sozialversicherung, die Bildung und das Gesundheitswesen genannt. Der Staat kann durch politische Wahlverfahren legitimieren, dass er diese meritorischen Güter als öffentliche Güter den Bürgern zugänglich macht (Priddat 2009, S. 16).

Neben der Bereitstellung der meritorischen Güter hat der Staat die Aufgabe, in die Konsumentensouveränität einzugreifen. Der staatliche Eingriff wird hierbei damit gerechtfertigt, dass die individuellen Präferenzen aufgrund der Informationsasymmetrie als „*verzerrt*“ angesehen werden (Brümmerhoff 2001, S. 113). Der Staat setzt sich in diesem Zusammenhang zum Ziel, die individuelle Nachfrage möglichst an die Nachfrage anzupassen, die gesellschaftlich erwünscht ist. So versucht der Staat, den Konsum von sogenannten demeritorischen Gütern zu verringern, deren Angebote zu großzügig und deren Nachfrage zu stark ist.

⁵¹ Die Bezeichnung *meritorisch* ist ein veraltetes Wort, das „*verdienstwürdig*“ oder „*verdienstvoll*“ bedeutet (Funck 2008, S. 57).

Der für die vorliegende Studie entscheidende Aspekt ist, wo die sozialen Güter der oben aufgelisteten Kategorien zu platzieren sind. Kaufmann weist zuerst darauf hin, dass man soziale (sozialpolitische) Güter den meritorischen Gütern zuordnen kann:

Die Theorie öffentlicher Güter unterstellt ‚öffentliche Bedürfnisse‘ oder ‚kollektive Nutzen‘, deren Befriedigung durch eine rein marktmäßig gesteuerte Produktion nicht gesichert werden kann. ‚Sozialpolitische Güter‘ gehören dabei typischerweise zur Klasse der ‚meritorischen Güter‘, bei denen zwar individuell zurechenbare Nutzen (z. B. Schulbildung) entstehen, welche aber gleichzeitig ‚externe Effekte‘ (z. B. Qualifizierung von Arbeitskraft) zeitigen, an denen ein öffentliches Interesse besteht. Das öffentliche Interesse richtet sich also auf die mutmaßlichen Folgen, welche aus der Befriedigung bzw. Nicht-Befriedigung individueller Bedürfnisse entstehen. Die ökonomische Theorie betrachtet dabei vor allem den Produktions- und Verteilungsaspekt bestimmter Güter, bzw. den ökonomischen Nutzen und den Kostenaspekt externer Effekte. Die ist jedoch nur ein Aspekt kollektiver Bedeutung (Kaufmann 2002, S. 84).

Diese kollektive Bedeutung und externe Effekte, die durch Bereitstellung meritorischer Güter erwartet werden, legen nahe, dass sie mit sozialen Gütern in diesem Sinne gleichzusetzen sind. Der Einsatz sozialpolitischer Instrumente ist jedoch nicht für alle meritorischen Güter relevant. Andererseits ist, wie vorhin angedeutet, bei sozialen Gütern entscheidend, ob diese Güter dazu beitragen können, zumindest eines der sozialpolitischen Ziele zu erreichen. Da die gesellschaftlich erwünschten Güter (meritorische Güter) nicht immer mit sozialpolitischen Zielsetzungen in Zusammenhang gebracht werden, lassen sich soziale Güter als eine spezielle Form der meritorischen Güter auffassen. Darüber hinaus werden in dieser Hinsicht die sozialen Güter auch als unterschiedlich zu den öffentlichen Gütern betrachtet: Alle sozialen Güter haben eine konkrete sozialpolitische Zielsetzung, wobei öffentliche Güter eher der allgemeinen Wohlfahrt umfangreicher Personengruppen dienen. Im Vergleich zu (reinen) öffentlichen Gütern sind außerdem soziale Güter solche, von deren Mitbenutzung das Individuum weitgehend ausgeschlossen ist oder bei denen auch eine Rivalität beim Konsum bestehen kann.

Zuletzt soll darauf hingewiesen werden, dass die Verteilungsprozesse der sozialen Güter in hohem Maße als ein wirtschaftlicher Sachverhalt anzusehen sind. Die sozialen Güter haben auch den Gutcharakter der privaten Güter, sodass bei deren Verteilung auch die marktwirtschaftliche Ordnung wirksam ist. Jedoch werden sie, anders als (rein) private Güter, nicht allein durch das Marktprinzip bereitgestellt. Aufgrund dieses gemischten Gutcharakters werden demnach neben wirtschaftlichen auch sozialpolitische Instrumente eingesetzt.

Bisher wurde versucht, die sozialen Güter von Gütern anderer Kategorien abzugrenzen. An dieser Stelle ist es von Bedeutung, der Frage der gesellschaftlichen Bedeutung von sozialen Gütern nachzugehen. Das Vorhandensein sozialer Güter gewährleistet in erster Linie menschenwürdige Lebensbedingungen, und diese gelten wiederum als Grundlage für die sozialen Grundrechte (Meyer

und Hinchman 2011, S. 264). Die Verfügbarkeit bestimmter sozialer Güter hat insoweit einen großen Einfluss auf die Lebenslagen der Menschen. Demnach hat der Staat die Verantwortung, die wichtigen sozialen Güter allen Mitgliedern der Gesellschaft zugänglich zu machen, was den Einsatz sozialer Ressourcen erfordert. Da die Gewährung sozialer Güter die Verbindung mit bestimmten sozialpolitischen Zielen voraussetzt, wird deren Versorgung nicht den Individuen überlassen, sondern der Staat greift in den Versorgungsprozess ein. Wenn die Bedürftigen nicht ausreichend mit diesen Gütern versorgt werden, hat der Staat die Verantwortung, entsprechende Leistungen bereitzustellen. Dass die *Sozialität* eines Gutes in der Gesellschaft anerkannt wird, ist somit mit finanziellen Ausgaben sowie verwaltungsrelevantem Aufwand des Staates verbunden. Dieser Prozess ist außerdem ohne weitgehende Akzeptanz vonseiten der Mitglieder der Gesellschaft unmöglich.

Vor dem Hintergrund der aktuell zu beobachtenden Ökonomisierung der Sozialpolitik ist es insbesondere keine einfache und unumstrittene Entscheidung, den Umfang von sozialen Gütern zu erweitern. Die Erhöhung staatlicher Leistungszusagen und die Erweiterung des öffentlichen Verantwortungsbereiches sind in der Regel ohne eine weitgehend anerkannte Notwendigkeit sehr schwer zu vollziehen. Eine mögliche Konsequenz daraus wäre dann, dass die Einstufung der *Sozialität* eines Gutes in hohem Maße aus politischem Interesse erfolgt. Der wesentliche Faktor, der diese politische Entscheidung beeinflusst, sind die Diskurse darüber, ob man in dem betreffenden Bereich so viel staatliche Einmischung und Regulierung überhaupt wollen würde. Dieser Prozess der Entscheidungsfindung ist immer umstritten und politisch konstruiert. Kennzeichnend ist ferner, dass dieser Prozess durch verschiedene Faktoren auf nationaler sowie auf internationaler Ebene beeinflusst wird. Umfang und Reichweite der sozialen Güter variieren somit stark je nach gesellschaftlichem und kulturellem Hintergrund. Die gesellschaftlich vorherrschenden Werte und Normen bewirken auch weitgehend die allgemeine Akzeptanz des jeweiligen Produktes oder der jeweiligen Dienstleistung als soziales Gut. Berner (2009) und Köppe (2015) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sich diese Wahrnehmung und Akzeptanz als soziale Güter, die mit sozialpolitischen Argumenten begründet sind, mit der Zeit oder der Räumlichkeit verändern, sodass funktional wesentliche Bestandteile solcher Güter schwer zu identifizieren sind. In der vorliegenden Studie nimmt insbesondere die Feststellung einen großen Stellenwert ein, dass *soziale Güter* ein dynamisch-offener Begriff ist, der die Dynamiken von Sozialstruktur, sozialem Wandel und Wertewandel der Gesellschaft widerspiegelt.⁵²

⁵² Die Pflege dient hierbei als Beispiel. Pflege wurde vor Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 nicht als soziales Gut betrachtet. Als eines der privaten Güter musste Pflege durch Angehörige der Pflegebedürftigen oder im Markt organisiert werden, und der Staat hatte nur eine ergänzende Rolle. Jedoch

Hierbei wird dieses Konzept der sozialen Güter mit Blick auf die altersgerechte Wohnungsanpassung behandelt. Zunächst sollte die Frage gestellt werden, ob das Konzept des Wohlfahrtsmarktes auf den Bereich der Wohnungsanpassung anwendbar ist. In dieser Hinsicht ist in den Fokus gerückt, dass die Wohnungsanpassung trotz des Ökonomisierungs- und Rückzugsprozesses des Staates aus der Sozialpolitik zunehmend aus öffentlichen Ressourcen finanziert wird.

4.2.3.2. *Marktmechanismus*

Die grenzüberschreitende wirtschaftliche Annäherung, die durch marktfreundliche Umstrukturierung erzeugt wird, führt zur Anwendung des marktbasierten Ansatzes hinsichtlich einer Reihe sozialer Probleme (Ruser 2011, S. 184). Die Verteilungsprinzipien, die auf individuellen Beiträgen und Leistungen basieren, gewinnen auch im sozialen Bereich weitgehend an Legitimität. Die Verstärkung von Marktprinzipien gilt insofern als eine belebende Möglichkeit für die Wohlfahrtsgenerierung. Es ist gleichwohl klar, dass hier nicht ein rein kapitalistischer Markt, sondern ein Markt als Tauschform bei sozialwirtschaftlichem Handeln gemeint ist. Im Vergleich zu klassischen Märkten befinden sich Marktteilnehmer im sozialen Bereich in einer anderen Ausgangsposition, sodass sich dies vor allem hinsichtlich der Konsumentenrolle mit anderen Wirtschaftsbeziehungen nicht vergleichen lässt. Auch wenn der in der vorliegenden Studie behandelte Markt nicht mit einem klassischen Markt gleichgesetzt werden kann, werden hier in erster Linie die sozialen Güter wie jedes andere auf dem Markt gehandelte Produkt betrachtet, um die Eigenschaften des Marktmechanismus analysieren zu können. Im Folgenden wird auf die Merkmale des Marktmechanismus aus der theoretischen Perspektive eingegangen werden.

Auf den ersten Blick sieht es so aus, als ob der Markt nach natürlichen Verteilungsregeln funktioniert. Der Marktmechanismus ist somit durch ein freies Zusammenspiel von Nachfrage und Angebot gekennzeichnet. Die Prozesse des Marktes laufen nach eigenen Gesetzmäßigkeiten ab, sodass sich dessen Verteilungsergebnisse weitgehend nicht von außen beeinflussen lassen (Wegener

wird angesichts des demografischen Wandels und um die Kommunen finanziell zu entlasten auch der Gesellschaft Verantwortung für die Pflege zugeschrieben. Hierbei gilt unter anderem die Einführung der Pflegeversicherung als ein wichtiger Meilenstein. Mittlerweile macht die Pflege, deren Risiken als soziale Problemstellung wahrgenommen werden, einen wesentlichen Teil sozialer Dienstleistungen aus. Neben Pflege gehören zu den sozialen Gütern beispielsweise Altersvorsorge, Gesundheitsversorgung, Bildung sowie Arbeitsvermittlung.

1992, S. 274). In diesem Sinne weist Bode darauf hin, dass die Marktprozesse „*normativ ungebunden*“ sind (Bode 2005, S. 254).

Im Rahmen der Marktbeziehungen handeln die Beteiligten Güter oder Dienstleistungen, und der Austausch wird unter Anwendung gewisser Allokations- und Distributionsprinzipien praktiziert. Die im Markt tauschenden Akteure zielen vor allem darauf ab, im Rahmen des Marktprozesses einen möglichst hohen Vorteil zu erzielen. Im Markt herrschen insofern ökonomische Austauschbeziehungen, und hierbei erfolgt der Austausch nur, wenn das Preis-Leistungs-Verhältnis stimmt. Der Marktteilnehmer, der im Markt Güter oder Dienstleistungen tauscht, erwartet eine gleichwertige Gegenleistung. Diese Verteilungsweise im kapitalistischen Marktprozess ist zwar gewinnorientiert, aber nicht wohlfahrtsorientiert, und das Individualprinzip stellt eine wichtige Grundlage dar. Im Vergleich zu staatlicher Wirtschaft handelt der Marktteilnehmer in der privaten Wirtschaft als *homo oeconomicus*, und er zielt in erster Linie nicht auf das Gemeinwohl, sondern auf sein Eigeninteresse ab. Dieses marktorientierte Modell enthält sich insofern einem Gerechtigkeitsurteil, was jedoch nicht der gleichen Verteilung der Güter und Dienstleistungen entspricht. Wegener formuliert dies folgendermaßen:

Marktgerechtigkeit meint, dass es gerecht ist bzw. als gerecht empfunden wird, dass die Zuteilungen von Gütern in einer Gesellschaft über marktmäßige Austauschprozesse vorgenommen werden. Die Ergebnisse der Tauschprozesse mögen zwar zu Ungleichheiten führen, der Mechanismus der Verteilung gilt aber als gerecht. Dem steht gegenüber die Vorstellung von politischen Instanzen, die die Güter verteilen, und die Frage der Gerechtigkeit dieser Organisationsform [...]. Obwohl der Markt von unbeeinflussbaren Gesetzen regiert wird, vermittelt er den Teilnehmern andererseits das Gefühl, ihr Schicksal selbst in der Hand zu haben und ihr Selbstinteresse realisieren zu können. Das ist bei politisch verwalteten Zuteilungen offensichtlich nicht der Fall, weswegen mit dieser Zuteilungsorganisation häufig das Gefühl der Machtlosigkeit einhergeht und sich eine Haltung des distributiven Fatalismus bereit macht (Wegener 1992, S. 274).

In diesem Sinne entsteht hinsichtlich der Marktprozesse der Eindruck, dass sie, wie oben angedeutet, nach natürlichen Gesetzmäßigkeiten ablaufen, während die politischen Verfahren demgegenüber geradezu „willkürlich“ aussehen. Tatsächlich ist der Marktmechanismus durch weitgehende Freiheit in Gewerbe und Vertrag gekennzeichnet. *Gerechtigkeit* im Rahmen des Marktes bedeutet, dass Leistung und Gegenleistung ohne Einmischung von außen in einem adäquaten Verhältnis stehen. Dies bedeutet, dass es bei Gerechtigkeit hier weniger um die Ergebnisse der Verteilung geht, sondern dass vielmehr gerechte Prozesse und Abläufe des Marktmechanismus sowie Chancengleichheit in den Märkten erzielt werden sollen. An diesem Tauschprozess, der dem Modell der Marktbeziehungen entspricht, beteiligen sich verschiedene Akteure, die ihre Bedürfnisse durch Kauf und Verkauf erfüllen wollen. Dieser Prozess wird nicht nur von Individuen, sondern auch von kollektiven Akteuren wie Kommunen, Genossenschaften oder Unternehmen getätigt (Freydorf 2009, S. 31). Diese Akteure, also Anbieter und Nachfrager, sprechen im Austausch über

die Preise, wobei die Schaffung von Markttransparenz im Rahmen der marktwirtschaftlichen Strukturen entscheidend ist. Die Preise von Marktanbietern werden innerhalb des Marktes bestimmt und sollen untereinander vergleichbar sein.

Außerdem wird hierbei auch ein rechtlicher und politischer Rahmen vorausgesetzt. Auch wenn die marktlichen Spielräume für einen instrumentellen Einsatz weitgehend eingeschränkt sind, besteht jedoch Einigkeit darüber, dass bei den Märkten eine institutionelle Einbettung gebraucht wird. Damit der Markt der Erwartung entspricht, als effizienter Allokationsmechanismus zu agieren, sollten bestimmte Voraussetzungen eingehalten werden. Der Austausch der Anbieter und Nachfrager und die Funktion des Marktes werden demnach in der Realität von komplexen Zusammenhängen gesteuert und sind insbesondere mit Regulation verbunden. Jedes Wirtschaftssubjekt kann sich nur dann wirtschaftlich frei betätigen und auf Vertragsverhältnisse eingehen, wenn dies sich innerhalb des von den Gesetzen vorgegebenen Rahmens bewegt. Die Unerlässlichkeit des staatlichen Eingriffes ist in erster Linie auf Marktversagen zurückzuführen. Ein komplett unkontrollierter Markt kann zu Marktversagen führen – beispielsweise über externe Effekte, asymmetrische Information sowie Monopole. Das Monopol ist ein typisches Beispiel, das zu einer deutlichen Einschränkung der Wahlfreiheit der Konsumenten führt. Bei einer Monopolsituation kommt es darüber hinaus beispielsweise zu überhöhten Preisen für die Konsumenten oder zum Qualitätsverlust. Im Falle des Marktversagens ist der Eingriff seitens des Staates gerechtfertigt, um volkswirtschaftlich sinnvolle Ergebnisse zu erzielen.

In der Funktion des Marktmechanismus ist die Prämisse enthalten, dass im Tauschprozess *Wettbewerb* stattfindet. Der *Wettbewerb*, der zwischen einer Vielzahl von verschiedenen Anbietern stattfindet, gilt als einer der wesentlichen Faktoren für das Funktionieren des Marktmechanismus (SVR 2012, S. 36). Der Wettbewerb, der sich aus dem egoistischen Handeln der Menschen ergibt, wird durch Kostenersparnis angeregt und dient einer effizienten Allokation der knappen Ressourcen. Der verstärkte Wettbewerb zwischen den Anbietern, der vor allem durch die Privatisierung vorangetrieben wird, zielt auf eine steigende Effizienz beim Austausch und auf kostengünstige Versorgung ab (Bäcker et al. 2010b, S. 563). Aus volkswirtschaftlicher Sicht werden außerdem vom Wettbewerb zahlreiche Funktionen erfüllt:

a) Allokationsfunktion: Durch Wettbewerb entsteht ein Angebot, das den Präferenzen der Konsumenten entspricht.

b) Freiheitsfunktion: Durch Wettbewerb entstehen mehr Handlungsalternativen. Es gibt ein größeres Angebot für Nachfrager, Unternehmen können Angebote kreativer gestalten.

c) Anreizfunktion: Durch Wettbewerb entstehen Anreize für bessere Qualität, mehr Effizienz und neue Produkte.

d) Auslesefunktion: Wettbewerb sorgt für Auslese unter den Teilnehmern am Markt entsprechend ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.

e) *Anpassungsfunktion: Durch Wettbewerb müssen sich Unternehmen ständig an veränderte Marktbedingungen anpassen, um ihr Ü berleben zu sichern.*

f) *Innovationsfunktion: Wettbewerb führt dazu, dass sich neue Produkte sowie Produktionsmethoden durchsetzen können (Unger 2015, S. 37).*

Die Funktionen von Allokation und Freiheit werden mit einer Diversifizierung des Angebotes in Zusammenhang gebracht. Der Allokationsmechanismus sorgt beispielsweise dafür, dass die Güter oder Dienstleistungen dem individuellen Bedarf der Konsumenten entsprechen. Die Identifizierung der Kundenbedürfnisse und die rechtzeitige Anpassung des Angebotes sind für die Anbieter erfolgversprechend. Zwar ist der Allokationsmechanismus ein wesentliches Element von Wettbewerb, doch beschränkt sich die Funktion des Wettbewerbs nicht darauf.

Die Anreiz- und Innovationsfunktion ist darüber hinaus von Bedeutung, damit der Markt als ein effizienter Austauschmechanismus gelten kann. Im Rahmen des Wettbewerbsprozesses wird eine Vielzahl von Anbietern einem Leistungs- und Kostenvergleich unterzogen. Dieser Vergleich soll zu vernünftigen Entscheidungen der Konsumenten führen, wobei entscheidend ist, dass Transparenz bei Preis- und Qualitätsinformationen besteht. Der Wettbewerb soll insgesamt zu verbesserter Qualität sowie zu niedrigen Kosten führen. Insbesondere der scharfe Kostenwettbewerb erschwert indes hohe Profite auf der Anbieterseite. Aus ökonomischer Sicht ist es trotzdem bedeutsam, dass die Unternehmen dem Kostenwettbewerb unterliegen und der daraus resultierende Markt möglichst für alle verbindlich ist.

Um im Rahmen dieser Bedingungen langfristige Wettbewerbsvorteile zu erzielen, sind im Übrigen innovative Ansätze wesentliche Erfolgsfaktoren im Markt. Puhani zufolge müssen angesichts des Wettbewerbs die Anbieter im Markt zwangsläufig nach „*kostengünstige(n) Produktionsverfahren und Organisationsstrukturen, leistungsfähigere(n) Maschinen, neuartige(n) und bessere(n) Materialien*“ suchen (Puhani 2009, S. 22). In diesem Sinne gilt der Marktwettbewerb als eine „*wichtige Triebfeder für Innovationen*“ (Schumpeter 1993, S. 136–138). Bei der Innovation hinsichtlich neuer Produkte, Dienstleistungen sowie Herstellungsweisen spielt insofern die unternehmerische Initiative eine wesentliche Rolle, und gute Leistung hat einen wirtschaftlichen Erfolg der Anbieter zur Folge. In diesem Sinne lässt sich der Wettbewerb als ein Motor für Wohlstand und Wachstum bezeichnen, der für eine effiziente Verteilung knapper Ressourcen sorgt. Im Rahmen der wettbewerblichen Marktallokation wird somit die Entwicklung der differenzierten Leistungs- und Qualitätsstandards in hohem Maße dem Entdeckungs- und Innovationsprozess überlassen (Meyer 2009, S. 25). Der Staat greift demzufolge bei fehlendem Wettbewerb oder Monopolbereichen ein und sorgt für eine Schaffung einer funktionsfähigen Wettbewerbssituation.

Neben dem bisher analysierten Konzept des Wettbewerbs ist darüber hinaus aber auch die *Wahlfreiheit* ein wichtiges Marktelement. Weber formulierte dies im Jahr 1922 folgendermaßen:

„Von einem Markt soll gesprochen werden, sobald auch nur auf einer Seite eine Mehrheit von Tauschreflektanten um Tauschchancen konkurrieren“ (Weber 1922 zit. in Aspers und Beckert 2008, S. 226). Diese Definition besagt also, dass zum marktlichen Austausch zumindest auf einer Seite eine Wahlfreiheit bestehen muss.

Wahlfreiheit meint im Kontext der Marktbeziehungen normalerweise Wahlfreiheit seitens der Konsumenten sowie der Nutzer. Die Wahlfreiheit ermöglicht es, freiwillig eine bessere Wahlalternative zu wählen, welche dazu dient, individuelle Präferenzen zu erfüllen. Dies hängt weiterhin mit dem Anstieg der Wohlfahrt zusammen. Darüber hinaus ermöglicht es die Wahlfreiheit im Rahmen des Marktmechanismus, Autonomie und Kompetenzerleben zu fördern (Benz 2004, S. 38). Benz beschreibt weiterhin:

Der Marktmechanismus ist eng mit dem Begriff der wirtschaftlichen Freiheit verbunden: er gibt Menschen die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, wie sie ihre Ziele am besten erreichen und welche Ziele sie überhaupt verfolgen möchten. Diese Wahlfreiheit wird zwar auch in der traditionellen Ökonomie als vorteilhaft gesehen, weil sie es den Individuen erlaubt, ihre unterschiedlichen Bedürfnisse am besten zu befriedigen, und weil sie den Wettbewerb fördert. Das Konzept Prozessnutzen legt jedoch nahe, dass die Bedeutung der Wahlfreiheit weit über diese rein instrumentellen Vorteile hinausgeht. Die Möglichkeit, selbstbestimmt zu behandeln, stellt einen Wert an sich dar. Der Marktmechanismus ist eine Prozessnutzen generierende Institution, wenn er Grundbedürfnisse des menschlichen Selbst nach Autonomie und Kompetenz befriedigt (Benz 2004, S. 38).

Diese Beschreibung berücksichtigt, dass die Wahlfreiheit sowohl instrumentelle Vorteile als auch einen intrinsischen Wert hat. Durch die Gewährleistung der Wahlfreiheit im Marktprozess haben die Menschen das Recht, eigene Ressourcen nach individuellen Bedürfnissen zu verwalten.

Trotzdem zeigen sich in der Realität verschiedene Faktoren, die die Wahlfreiheit einschränken. Ein erweitertes Angebot mit Wahlalternativen und Gewährleistung der Wahlfreiheit ohne gewisse Zwangsmaßnahmen ist zwar immer wünschenswert, aber gibt es unter Umständen Fälle, in denen der Staat selbst den Marktzugang von Anbietern kontrollieren muss. Beispielsweise organisiert der Staat einen Marktzugang in Form von Zertifizierungen oder Lizenzen. Hier sollen Anbieter aus verschiedenen Bereichen um öffentliche Aufträge konkurrieren. Es ist daher zu vermuten, dass bei den Marktprozessen von Allokation und Distribution neben Wettbewerb im Markt auch Wettbewerb um den Markt stattfindet. Bei der Etablierung der Wettbewerbsstrukturen handelt es sich um Konkurrenz untereinander um die Kunden oder den Vertrag, wobei eine Teilnahme mehrerer Anbieter gesichert werden soll, um Wahlmöglichkeiten für die Nutzer zu bieten. Darüber hinaus setzt der Staat Mindeststandards bei der Qualität von Gütern oder Dienstleistungen und steuert die Erstellungs- sowie Verteilungsprozesse durch bewährte Regelungen. Die Marktbedingungen werden insofern sowohl juristisch als auch praktisch kontrolliert.

In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass der Staat die Funktionen von Wettbewerb und Wahlfreiheit kontrolliert und steuert. Eine mögliche Konsequenz aus diesem Sachverhalt wäre dann, dass Markt und Staat in der Tat in einer engen Wechselbeziehung zueinander stehen. Der Einfluss von politischem sowie gesellschaftlichem Umfeld auf die Marktfunktion einerseits und andererseits der Sachverhalt, dass es im Markt ohne Kontrolle zu Fehlfunktionen kommen kann, weisen darauf hin, dass sich die Funktionsbereiche von Staat und Markt nicht klar voneinander unterscheiden lassen. Hierbei ist es sinnvoll, auf Mayntz zu verweisen, der die Verflechtungen von Staat und Markt beschrieben hat:

Ideengeschichtlich handelt es sich bei Markt und Staat um Prinzipien sozialer Ordnung. Man muss jedoch unterscheiden zwischen Markt und Staat als Ordnungs- oder Gestaltungsprinzipien einerseits und als konkrete soziale Handlungszusammenhänge andererseits. Die Wirtschaft als konkreter sozialer Handlungszusammenhang ist in kaum einem Land rein als „Markt“ organisiert, und reale politische Systeme sind selten strikt hierarchisch. Mehr noch: Markt und Staat, Wirtschaft und Politik sind nicht nur wechselseitig aufeinander angewiesen, sie konstituieren sich gegenseitig: Es gibt keine völlig politikfreien Märkte – und keine politischen Regime ohne ökonomische Basis (Mayntz 2014, S. 4).

Diese enge Verbundenheit zwischen Staat und Markt wird im System soziale Marktwirtschaft noch stärker. Unter anderem fordert die soziale Marktwirtschaft einen stärkeren Staat, sodass die Spielregeln festgesetzt und deren Einhaltung überwacht werden können. Diese Steuerung oder Eingriffe in das Marktgeschehen gelten zum Teil zwar als „nicht marktkonform“, jedoch wird dies unter bestimmten Umständen in Kauf genommen (Lederer, S. 4).

Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, sich mit weiteren staatlichen Eingriffen in Marktprozesse zu befassen. Wie oben angedeutet gilt eine funktionierende Leistungsmessung als Grundlage für den effektiven Einsatz des Marktmechanismus. Die Steuerung von Preisbildung und Austausch wird auch unter bestimmten Bedingungen vollzogen. Darüber hinaus gilt es neben der Kontrolle und Regulation als Aufgabe des Staates, die Konsumenten und Nutzer finanziell zu unterstützen. Mittlerweile finanziert der Staat die Nutzer oder Konsumenten durch nachfrageorientierte Förderung, was diesen eine größere Nachfragemacht lässt (Hämel 2012, S. 33). Der Kunde trifft seine eigene marktwirtschaftliche Entscheidung nicht nur nach seinem Interesse, sondern auch nach Einkommens- sowie Eigentumsverhältnissen. Ein Austausch von Waren oder Leistungen erfolgt nur bei vorhandener Zahlungsfähigkeit der Kunden. Wenn hierbei staatliche finanzielle Unterstützung vollzogen wird, können die Marktprozesse ein anderes Bild zeigen. Diese Unterstützung sowie Förderungen seitens der öffentlichen Kostenträger werden im Übrigen auch mit „Budgetgrenzen öffentlicher Haushalte“ und „politischen Prioritätensetzungen“ in Zusammenhang gebracht (Nüssele 2000, S. 834).

Tatsächlich wird in nicht seltenen Fällen die öffentliche Finanzierung im Marktprozess in erster Linie angesetzt, um sozialpolitische Ziele zu erreichen. Hierbei wird oft der Quasi-Markt als

Beispiel herangezogen, welcher durch die Trennung von „Beschaffern“ und „Lieferanten“ (purchaser-provider-split) gekennzeichnet ist. Le Grand hat in den 1990er-Jahren am Beispiel der Reform des Gesundheitssystems in Großbritannien (National Health Service) den Begriff Quasi-Markt benutzt, welcher bezeichnet, dass die Markt- und Wettbewerbsprinzipien in „staatlich finanzierte Versorgungssysteme“ integriert werden (Le Grand 1991 zit. in Böckmann 2011, S. 38). Im Rahmen des Quasi-Marktes werden somit „marktwirtschaftliche und staatlich-bürokratische Elemente“ kombiniert (Hämel 2012, S. 33). Im Vergleich zum Wohlfahrtsmarkt, für dessen Funktionieren vollständiger Wettbewerb und Wahlfreiheit vorausgesetzt werden, werden im Rahmen des Quasi-Marktes Wettbewerb oder Wahlfreiheit eher simuliert (Köppe 2015, S. 45). Jedoch organisiert der Quasi-Markt wie der Wohlfahrtsmarkt die Wettbewerbsstruktur zwischen den Marktanbietern und bietet den Kunden eine weitgehendere Wahlfreiheit als das klassische Wohlfahrtsarrangement (Fischer 2005, S. 87–88).

Diese Struktur wird als „sozialrechtliches Leistungsdreieck“ bezeichnet und zur Deckung struktureller und gemeinwohlorientierter Bedarfe angesetzt (Brinkmann 2014, S. 7). Zu diesem Leistungsdreieck gehören Kostenträger, Leistungserbringer sowie Leistungsberechtigte, und hierbei erfolgt eine Finanzierung oder Subvention vom Staat beispielsweise durch Gutscheine oder Pflegebudgets (Brinkmann 2014, S. 7). Ob der Quasi-Markt seine Funktion den Erwartungen entsprechend erfüllen kann, hängt im Übrigen davon ab, inwieweit im Rahmen des Quasi-Marktes ein Qualitätswettbewerb stattfindet, welcher nur bei ausreichender Konkurrenz zwischen den Anbietern erfolgen kann. Parallel dazu besteht weitgehender Konsens darüber, dass die Verantwortung für die Leistungsmessung nicht lediglich dem Marktmechanismus überlassen werden kann. Insbesondere ist es beim Einsatz öffentlicher Fördermittel von Bedeutung, dass das Einhalten der qualitativen Mindeststandards vom Staat sichergestellt wird, damit diese Politik keinesfalls Fehlanreize und unerwünschte Mitnahmeeffekte bringt.

Im Folgenden werden die bisher genannten Marktelemente zur Analyse der altersgerechten Wohnungsanpassung herangezogen. Die altersgerechte Wohnungsanpassung, die bisher im privaten Wirtschaftsbereich angesiedelt war, wird derzeit weitgehend sozialpolitisiert. Hierbei werden die Maßnahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung, die im Rahmen der politischen Zielsetzungen *selbstständiges Wohnen* sowie *ambulant vor stationär* vorangetrieben werden, mit den Kriterien des Wohlfahrtsmarktes in Zusammenhang gesetzt. Dadurch wird analysiert, wie der Marktmechanismus tatsächlich umgesetzt wird, um die sozialpolitischen Ziele zu verwirklichen.

4.2.3.3. *Altersgerechte Wohnungsanpassung als Wohlfahrtsmarkt?*

Die Diskussion um mehr Markt und Wettbewerb erfährt derzeit hohen Stellenwert. Vor dem Hintergrund der wohlfahrtsstaatlichen Reform in den letzten Jahrzehnten ist zwar vom „schlanken Staat“ die Rede, aber dies wird auch als Anpassungsprozess der Staaten an die neuen sozioökonomischen Gegebenheiten mit dem Ziel der Stabilisierung des Sozialsystems bezeichnet (Schommer 2008, S. 20–21). Besonders bedeutsam ist demnach, dass neben Kürzungen der wohlfahrtsstaatlichen Leistungen auch „*expansive*“ Politik ersichtlich ist (Schommer 2008, S. 20–21). Dies betrifft beispielsweise auch Familien- und Pflegepolitik sowie das Beispiel der „altersgerechten Wohnungsanpassung“, auf das hier näher eingegangen werden wird.

Die Maßnahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung stellen einen Markt dar, dessen sozialpolitische Betrachtung zunimmt. Dass bestimmte Güter oder Dienstleistungen, die sich vormals im privaten Sektor befanden, zunehmend sozialpolitisiert sind, ist mit der Öffnung der Wohlfahrtsgenerierung für gewinnorientierte Anbieter verbunden. Diese wohlfahrtsstaatliche Einbettung des Marktes wird hier am Beispiel der Wohnungsanpassung im Detail erläutert.

Im Folgenden wird untersucht, ob der Markt für Maßnahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung als Wohlfahrtsmarkt angesehen werden kann. Anhand der von Köppe genannten Kriterien des Wohlfahrtsmarktes, *soziale Güter* und *Marktmechanismus*, wird der Markt für Wohnungsanpassung aus mehrdimensionaler Perspektive näher betrachtet.

1) „Sozialität“ von Gütern

Hierbei wird thematisiert, ob die Maßnahme der altersgerechten Wohnungsanpassung als soziales Gut gelten kann. Dafür sollte die Wohnungsanpassungsmaßnahme unter dem Aspekt der sozialpolitischen Zielsetzung betrachtet werden.

Ein menschenwürdiges Leben setzt ausreichenden und familiengerechten Wohnraum voraus (Bäcker et al. 2010a, S. 352). In dieser Hinsicht gilt die Wohnungspolitik als zentraler Bestandteil der Sozialpolitik. Der Wohnraum ist besonders für die Lebensverhältnisse älterer Menschen von Bedeutung. Es ist insofern keinesfalls zu bezweifeln, dass sich die große Mehrheit der älteren Menschen wünscht, möglichst lange in ihrer eigenen Häuslichkeit wohnen zu können, was zurzeit als Leitbild der Altenpolitik gilt. Die Selbstständigkeit längstmöglich zu bewahren ist außerdem nicht nur ein wichtiges Ziel für die älteren Menschen selbst, sondern auch für die Politik. Aus gesellschaftlicher Perspektive wird dieses Ziel ebenfalls vertreten (BMFSFJ 2001, S. 254).

Wohnung und Wohnumfeld vor allem barrierefrei zu gestalten gilt als Grundlage für die Schaffung von altersgerechtem Wohnraum, aber auch als große Herausforderung für die Wohnungspolitik. Im

Rahmen der Wohnungspolitik besteht sozialpolitischer Handlungsbedarf, vor allem in Bezug darauf, durch altersgerechten Umbau und Einsatz technischer Hilfsmittel einen möglichst langen Verbleib zu Hause zu ermöglichen. Voges und Zinke weisen hierbei darauf hin, dass die Übersiedlung in ein Heim nicht nur von individuellen Funktionseinbußen oder strukturellen Versorgungsproblemen, sondern auch von sozialpolitischen Vorgaben abhängt (Voges und Zinke 2010, S. 307). Dies alles ist mit hohen Anforderungen an die lokale Wohnungspolitik verbunden und erfordert insbesondere eine aktive Rolle von Politik und Gesetzgebung. Vormalig wurden Maßnahmen der Wohnungsanpassung nach dem Prinzip der Selbstverantwortlichkeit betrieben und erst in den letzten Jahrzehnten zunehmend auch gesellschaftlich finanziert. In dieser Hinsicht gilt die Maßnahme der altersgerechten Wohnungsanpassung nach dem Nullmeierschen Konzept nicht als soziales Gut, da sie nicht zu den vormalig staatlich finanzierten Versorgungssystemen gehört. Demgegenüber ermöglicht es der sozialpolitische Bezug dieser Maßnahme, diese als soziales Gut zu betrachten.

Zunächst wird hierbei die altersgerechte Wohnungsanpassung unter dem Aspekt „soziale Güter“ beleuchtet. Dies wird tatsächlich im Rahmen einer sozialpolitischen Zielsetzung praktiziert und unterliegt somit der sozialpolitischen Regulierung und Kontrolle. Es ist somit sinnvoll, die verschiedenen Formen der Wohnungsanpassung – vor allem den Wohnungsumbau und den Einsatz technischer Hilfsmittel – und deren sozialpolitischen Bezug näher zu betrachten.

Der altersgerechte Wohnungsumbau wird vor allem unter dem Schlagwort *Barrierefreiheit* diskutiert. Barrierefreiheit gilt hierbei als eine praktische Zielsetzung für Menschen mit funktionaler Einschränkung. Welti weist hierbei darauf hin, dass Barrierefreiheit als sozialpolitische Strategie dazu dient, die Lösung sozialer Probleme zu internalisieren:

Damit sind Pflichten zur Barrierefreiheit auch Teil einer sozialpolitischen Strategie, Behinderung durch fördernde Umweltfaktoren zu verhindern und zu mindern, auch um die sozialen Sicherungssysteme zu entlasten. Dabei geht es darum, soziale Probleme internalisierend dort zu lösen, wo sie entstehen, statt Behinderung in besondere Wohn-, Arbeits- und Lebenswelten zu externalisieren und behinderte Menschen aus den allgemeinen gesellschaftlichen Bezügen auszuschließen. Barrierefreiheit ist insoweit ein zentraler Bestandteil einer modernen Politik verhältnisbezogener Prävention und der Inklusion von Behinderung (Welti 2013, S. 25).

Im Sinne dieser sozialpolitischen Bedeutung unterliegt die Barrierefreiheit den staatlichen Regulierungen. Die erheblichen Kosten zur Herstellung von barrierefreier Infrastruktur und die daraus resultierenden finanziellen Ausgaben der öffentlichen Hand erhöhen die Notwendigkeit von Kontrollen und Sanktionen. Näher betrachtet sind in Deutschland entsprechende Anpassungen der DIN-Normen bereits in Kraft. Die Bundesregierung sowie die Bundesländer und Kommunen haben in den letzten zwanzig Jahren eine große Anzahl an Maßnahmen entwickelt, die eine barrierefreie Wohnumwelt der älteren Menschen fördern (Jann 2012, S. 45). In Bezug auf relevante

Rechtsvorschriften sind die Standards nach DIN 18040 Teil 2 zu beachten, die sich mit den Anforderungen an die Gestaltung barrierefreier Wohnungen befassen.

Darüber hinaus werden wohnungsbezogene technische Hilfsmittel und die AAL-Technologien zum Ausgleich funktionaler Einschränkungen älterer Menschen sowie zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen eingesetzt, sodass ein zwangsläufiger Heimeinzug zumindest verzögert werden kann. Vor allem hat hierbei die Liste des Hilfsmittelverzeichnisses, in der die am Markt erhältlichen Produkte verzeichnet sind, deren Kosten gegen ärztliche Verordnung von Kassen erstattet werden können, eine marktsteuernde Wirkung. Dies sind Regulierungen, die die Grundlagen hinsichtlich der Funktion und der Qualität der Güter festlegen und somit technische Hilfsmittel zu gesellschaftlich finanzierbaren Gütern machen sollen. In diesem Bereich verändern sich insofern je nach Entscheidung der öffentlichen Hand der Preis oder die Nachfrage. Die politische Steuerung hat darüber hinaus starke Einflussmöglichkeiten auf die „*Innovations- und Diffusionsdynamik*“ sowie die einzelnen „*Wirkungsmechanismen*“ (Wydra 2010, S. 203).

Es ist demnach klar, dass die altersgerechte Wohnungsanpassung sozialpolitisch begründet und reguliert wird. An dieser Stelle soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass diese Perspektive von der tradierten Sicht auf Sozialpolitik abweicht. Eine sozialpolitische Neubewertung der „*investiven Allokation gesellschaftlicher Ressourcen*“ ist hierbei von Bedeutung (Dollinger 2007, S. 147). Diese Veränderung hinsichtlich der inhaltlichen Ausrichtung der Sozialpolitik ist mit dem Paradigmenwandel im Wohlfahrtsstaat verbunden: In der Sozialpolitik vollzieht sich ein Paradigmenwechsel, sodass mittlerweile hinsichtlich der Wohnbedürfnisse der älteren Menschen statt Fürsorge und Versorgung „*Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe*“ in den Blickpunkt rücken (Hanrath 2011, S. 123).

Unter dem Schlagwort des „*aktivierenden Staates*“ wird die Sozialpolitik immer mehr „*investiv orientiert*“ (Evers 2011a, S. 580). Diese Perspektive berücksichtigt, dass sich das Gewicht der Sozialpolitik weitgehend von Absicherung und Versorgung zu Fragen des „*Förderns und Forderns*“ verlagert hat. Vor dem Hintergrund des Umbaus des Wohlfahrtsstaates ist somit ein Übergang von der „*kompensierenden zur investiven Sozialpolitik*“ ersichtlich. In einem investiv orientierten Reformansatz zur Sozialpolitik rücken – anders als in auf Armutsvermeidung oder Einkommenssicherung gerichteten Ansätzen – Konzepte zur *Eigenverantwortung und Selbstständigkeit* eher in den Vordergrund. Hierbei wird unter dem Grundsatz *Hilfe zur Selbsthilfe* eine Förderung der eigenen Fähigkeiten der Bürger vollzogen. Dies bringt darüber hinaus eine Erweiterung der Betroffenengruppe der sozialpolitischen Maßnahmen mit sich, sodass dies neben gesellschaftlichen Problemgruppen auch weitere Bevölkerungsschichten umfasst (Schubert 2013, S. 15).

Vor diesem Hintergrund orientiert sich die Sozialpolitik weitgehend an der Schaffung von Chancen oder Rahmenbedingungen, wodurch den Menschen eigenverantwortliche Lebensführung ermöglicht wird. Die Vermittlung lebenspraktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten und die damit einhergehende Befähigung zu eigenverantwortlicher Lebensführung sind im Rahmen der sozialen Marktwirtschaft immer mehr von Bedeutung. Neue Konzepte der Sozialpolitik sollen auf die Schaffung einer Grundlage ausgerichtet werden, mit deren Hilfe ein größeres Ausmaß an Selbstständigkeit im Alltagsleben und somit ein der Menschenwürde entsprechendes Wohnen möglich werden. Während es sich bei Kindern und Jugendlichen hierbei um die Erziehung handelt, entspricht dies bei den älteren Menschen der Schaffung der Rahmenbedingungen oder dem Fördern einer selbstständigen Lebensführung. Hiervon werden alle Formen der Interventionen für ein selbstständiges Wohnen zu Hause betroffen sein.

In diesem Sinne entspricht die altersgerechte Wohnungsanpassung dem neuen Verständnis der Sozialpolitik. Zugleich erfüllt sie in hohem Maße die bereits angedeuteten Eigenschaften eines sozialen Gutes. Die zunehmende finanzielle Förderung aus verschiedenen öffentlichen Ressourcen, die die altersgerechte Wohnungsanpassung unterstützen, spiegelt die sozialpolitische Bedeutung der Wohnungsanpassung wider. Weiterhin zeigt die Tatsache, dass der „lange Verbleib in der eigenen Wohnung“ sowohl politisch als auch gesellschaftlich initiiert wird, die gesamtwirtschaftliche Bedeutung dieser Politik.

Basierend auf diesem Verständnis lässt sich bestätigen, dass momentan hinsichtlich der Maßnahme der altersgerechten Wohnungsanpassung insbesondere die „Sozialität“ verstärkt wird. Dennoch ist zu bezweifeln, dass das ganze Spektrum der Anpassungsmaßnahmen der Wohneinheiten umfassend als soziales Gut angesehen wird. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die Maßnahme der altersgerechten Wohnungsanpassung neben den erforderlichen Erneuerungen zusätzliche kundenspezifische Wünsche bezüglich der Wohneinheiten umfasst. Denjenigen Maßnahmen, die in erster Linie dazu dienen, den Wert von Immobilien zu steigern, kommt jedoch im Rahmen des Wohlfahrtsmarktes keine besondere Betrachtung zu. Beispielsweise sind Reparaturen sowie Modernisierungen zur energetischen Sanierung oder zur Steigerung des allgemeinen Komforts zwar für das Wohlbefinden der Bewohner oder auch klimatechnisch sinnvoll, aber eine direkte sozialpolitische Relevanz ist mit Fragezeichen versehen. Kennzeichnend ist aber auch, dass es nicht immer einfach ist, beim Umsetzen der Anpassungsmaßnahmen diese verschiedenen Motivationslagen trennscharf voneinander zu unterscheiden. Unter Anführung genau dieses Sachverhaltes wird in der Diskussion oft der Standpunkt vertreten, dass der Ansatz öffentlicher Finanzierung für die Wohnungsanpassung nicht angemessen sei, weil die „Sozialität“ dieses Gutes nicht gegeben sei. Wenn man die altersgerechte Wohnungsanpassung weiterhin im Rahmen der Sozialpolitik thematisieren will, sollte man auf auch diese Kritikpunkte näher eingehen.

2) Altersgerechte Wohnungsanpassung und ihre Märkte

In der Sozialpolitik wird zunehmend die marktwirtschaftliche Komponente deutlich gestärkt. Vor diesem Hintergrund funktioniert auch die Wohlfahrtsgenerierung weitgehend wie ein echter Marktprozess. Wie oben angedeutet, erfolgt die Erweiterung der sozialen Leistungen hinsichtlich der altersgerechten Wohnungsanpassung trotz des Prozesses der Ökonomisierung sowie der fortschreitenden Privatisierung des Wohlfahrtsstaates. Die Wohnungsanpassung wurde zuvor in der Regel individuell organisiert, und es herrschen in diesem Bereich immer noch weitestgehend marktwirtschaftliche Prinzipien vor. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass vor dem Hintergrund des demografischen Wandels immer mehr Menschen ihre Wohnungen und Wohnumgebungen an ihren Bedürfnissen ausrichten, um möglichst lange im eigenen Wohnraum verbleiben zu können. Heinze und Ley schätzen die Marktchancen bezüglich des Wohnens im Alter folgendermaßen ein:

Durch die wechselseitige Verknüpfung von leistungsfähigen, leicht bedienbaren Technologien insbesondere für ältere Menschen und sozialen Diensten im Wohnumfeld könnte sich sogar – bei entsprechender Förderung – ein international beachteter neuer „Leitmarkt“ für „welfare technologies“ herauskristallisieren. Angesichts der strukturellen Probleme des Wirtschafts- und Sozialstandorts Deutschland ist diese Option nicht nur aus alten- und sozialpolitischer Sicht eine interessante Strategie, sondern auch wirtschaftspolitisch reizvoll. Zudem könnte über den Umweg der innovativen Technologien auch das Bewusstsein der Bevölkerung hinsichtlich der Herausforderungen einer alternden Gesellschaft geschärft werden. Von politischer Seite ist neben der Anerkennung und Förderung des „Wirtschaftsfaktors Alter“ sowie eines verstärkten Marketings für dieses oft vergessene Wirtschaftssegment eine intensivere Verbraucherpolitik für ältere Konsumenten gefragt. Speziell das immer bedeutsamer werdende „Wohnen im Alter“, das treffender als Wohnen für ein langes Leben beschrieben werden sollte, muss hinsichtlich der Qualitätssicherung thematisiert werden (Heinze und Ley 2009, S. 81).

Damit lassen sich wichtige Einblicke dahingehend gewinnen, dass die altersgerechte Wohnungsanpassung nicht nur als staatlicher Aufgabenbereich, sondern als ein expandierender wirtschaftlicher Wachstumssektor verstanden werden kann (Becke et al. 2011, S. 20–21): Aufgrund der Tatsache, dass nur wenige Wohnungen und Häuser in Deutschland altersgerecht gestaltet sind, ist einerseits mit erheblichen Kosten für die private sowie für die öffentliche Hand zu rechnen; ein anderer Standpunkt geht hingegen davon aus, dass hier ein riesiges Marktpotenzial besteht. Der demografisch bedingte Nachfrageimpuls nach barrierefreien Wohnungen bedeutet eine hohe Wachstumsdynamik für diese Marktbranche.

In Rahmen dieses Marktes wird der Wettbewerb unter den Anbietern vorangetrieben, und dies begünstigt Innovationen bei der technischen Entwicklung sowie bei der Leistungserbringung. Hierbei bemühen sich die Akteure um „*qualitativ hochwertige, bedarfsangemessene und zugleich wirtschaftliche Leistungen*“ (Becke et al. 2011, S. 20–21). Heinze und Ley weisen darauf hin, dass eine selbstständige Lebensführung der älteren Menschen auch viel auf eine „*überregionale*

Innovationsstrategie“ angewiesen ist (Heinze und Ley 2009, S. 81). Der Wettbewerb gilt hierbei als Anreiz für Innovation und Weiterentwicklung, welche technischen sowie sozialen Fortschritt der Gesellschaft nach sich ziehen können.

Gestaltung und Funktion des Marktes für altersgerechte Wohnungsanpassung zeigen demzufolge kein anderes Bild als ein gewöhnlicher Markt. Diese Marktchancen für altersgerechte und barrierefreie Anpassung des Gebäudebestandes, die neue Umsatzpotenziale mit sich bringt, betrifft vor allem Handwerksunternehmen und Architekten. Das Spektrum dieser Maßnahmen reicht von der Schaffung einer rudimentären Barrierefreiheit bis hin zu kostspieliger Modernisierung sowie Renovierung der Wohneinheiten. Der Umfang technischer Hilfsmittel zeigt auch ein breites Spektrum. Hier wird vermehrt neben dem *Wettbewerb im Markt* der *Wettbewerb um den Markt* (beispielsweise bezüglich der Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis) stattfinden. In diesen Bereichen herrscht insgesamt – wie in anderen Marktbereichen – das Schlagwort Preis-Leistungs-Verhältnis, welches die Etablierung des Marktmechanismus verdeutlicht. Preis und Qualität der Waren bestimmen hierbei hauptsächlich die Geschäftskontakte und Warenflüsse. Insofern ist hier die Kaufkraft der Konsumenten oder Nutzer, die diesen zur Verfügung steht, um den jeweils eigenen Bedarf im Markt zu befriedigen, der entscheidende Faktor.

Dennoch lohnt es sich, einige Besonderheiten dieses Marktes zu betrachten. Eine wachsende öffentliche Finanzierung und sozialpolitische Thematisierung strukturiert den gesamten Markt der altersgerechten Wohnungsanpassung neu. Hinsichtlich dieser sozialpolitischen Relevanz werden einige regulative Elemente in diesem Bereich implementiert. An dieser Stelle ist jedoch hervorzuheben, dass die sozialen Wirkungen der sozialpolitischen Steuerungen und Regulierungen die wesentlichen Marktmechanismen nicht antasten.

Zunächst zeigt sich im Markt der altersgerechten Wohnungsanpassung – insbesondere bei den technischen Hilfsmitteln – ein relativ hochschwelliger und bürokratischer Zugang für die Marktanbieter. Neben diesen Marktstrukturen werden die Aktivitäten der Anbieter durch ein striktes institutionelles Umfeld geprägt. Bei der Zugangshürde handelt es sich hauptsächlich um ein Hilfsmittelverzeichnis, welches als Steuerungsinstrument des Hilfsmittelmarktes gilt. Bei den Hilfsmitteln, die zum Behinderungsausgleich dienen sowie Krankenbehandlung und Pflegearbeit fördern, wird zwar freier Warenverkehr garantiert, aber gleichzeitig vorausgesetzt, dass die Waren durch gewisse Prozesse in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen wurden und Ärzte die Notwendigkeit des Hilfsmittels für den jeweiligen Patienten per Rezept bescheinigen.

Zweitens richtet sich die Finanzierung nicht nur nach der Kaufkraft der Konsumenten. Der Markt für altersgerechte Wohnungsanpassung ist durch ein komplexes Verhältnis zwischen marktwirtschaftlichen und sozialpolitischen Elementen gekennzeichnet. Es werden verschiedene

öffentliche finanzielle Anreize gesetzt, um dadurch das Interesse für altersgerechte Wohnung zu steigern. Diese finanzielle Förderung aus öffentlicher Hand trägt zur Schaffung eines bedarfsgerechten Marktes für Baumaßnahmen und technische Produkte bei. Im Wohlfahrtsmarkt läuft die Finanzierung in der Regel über eine Mischung von verschiedenen Trägern und Ressourcen. Beispielsweise – wenn man den Wohnungsumbau für Pflegebedürftige betrachtet – soll in vielen Fällen die öffentliche Finanzierung durch private Selbstzahlung ergänzt werden. Umgekehrt erfolgt der Wohnungsumbau für nicht Pflegebedürftige in hohem Maße über Selbstzahlung, die durch Zuschüsse oder Zinsvergünstigungen vom Bund ergänzt wird.

Darüber hinaus ist deutlich, dass die weitere Erweiterung des Umfangs dieser Märkte neben politischen Entscheidungen in hohem Maße auch davon abhängt, inwieweit sie Selbstzahler gewinnen kann, was den Bereich zweiter Gesundheitsmarkt betrifft. Tatsächlich zielen mittlerweile die Entwickler und Hersteller von verschiedenen Hilfsmitteln zunehmend auf den zweiten Gesundheitsmarkt, in dem das Wachstumspotenzial als größer anzusehen ist. Allerdings kann man nicht außer Acht lassen, dass auch die Möglichkeit besteht, dass die erhöhte öffentliche Finanzierung hinsichtlich der Anschaffung technischer Hilfsmittel sinkende private Investitionen und Selbstzahlungen nach sich zieht, was als „crowding out“-Effekt bezeichnet wird. Um im Rahmen dieser Politik die erwarteten Ergebnisse zu erzielen, sollten solche indirekten Effekte durch sorgfältige Strukturierung des Marktes möglichst vermieden werden.

3) Zusammenfassung

Vor allem der „demografische Wandel“ nimmt nun einen prominenten Stellenwert in der Gesellschaft ein, da er als Bedrohung des politischen sowie ökonomischen Fundamentes betrachtet wird. Die Produktion und Entwicklung der technischen Hilfsmittel und das Praktizieren altersgerechten Umbaus schienen schon immer eher nicht-staatlicher Natur gewesen zu sein, sodass diese schon früher in der Regel von privatwirtschaftlichen Akteuren und ihren Ressourcen übernommen wurden. Trotz der aktuellen Tendenz der Staatsentlastung und Privatisierung gewinnt hinsichtlich der altersgerechten Wohnung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels die Rolle des Staates an Bedeutung. Hervorzuheben ist, dass die Verstärkung der öffentlichen Finanzierung vor dem Hintergrund der Ökonomisierungstendenzen in der deutschen Gesundheits- sowie Pflegepolitik erfolgt. Dass die öffentliche Finanzierung in die privatwirtschaftlichen Bereiche ausgelagert wird, führt einerseits dazu, dass der relevante Markt vergrößert wird, aber andererseits unterliegen nun die privaten Unternehmer als Koproduzenten bei der Gestaltung des Sozialen verstärkter institutioneller Kontrolle, da die rechtlichen Grundlagen hohe Anforderungen stellen.

Durch die Sozialpolitisierung der vormals privaten Räume wird demnach auch in diesem Bereich nun zwangsläufig Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und privaten Akteuren stattfinden.

Vor diesem Hintergrund befinden sich die technischen Hilfsmittel und der altersgerechte Umbau nicht auf dem freien Markt, sondern zum großen Teil auf einem regulierten Markt: Die staatlichen Rahmenbedingungen und Vergütungssysteme sowie die anderen öffentlichen Träger wie Kranken- und Pflegekassen haben enorme „Marktmacht“. Das fordernde und fördernde Vorgehen der öffentlichen Träger und technische Entwicklungen in der Wohntechnik stehen demzufolge in einer Abhängigkeitsbeziehung zueinander. Hierbei wurde darauf hingewiesen, dass die öffentlichen Träger neben der Kontrolle und der Regulierung des Marktes zum einen aber auch zum anderen dafür sorgen sollten, dass dadurch die Wachstumsimpulse durch innovative Technik nicht verloren gehen. Dies hängt damit zusammen, dass im Bereich Wohntechnik trotz der zunehmenden öffentlichen Finanzierung in hohem Maße ein Selbstzahlermodell vorherrscht, und dieser sozusagen „zweite“ Gesundheitsmarkt ein besonders hohes Wachstumspotenzial hat. Anzumerken ist, dass unter den privatwirtschaftlichen Akteuren im Wesentlichen Wettbewerb herrscht, was Innovationsbereitschaft und ein nachfrageorientiertes Angebot anregt. In diesem Zusammenhang gilt es auch als Aufgabe des Staates sowie der anderen öffentlichen Träger, dass sie neben der Kontrolle und der finanziellen Unterstützung des Marktes auch ein ausreichendes Maß an Wettbewerb fördern und dadurch die Vorteile des Marktmechanismus sich entfalten lassen.

Darüber hinaus beruht die vorliegende Studie auf der Ansicht, dass die neue technische Entwicklung und der innovative Ansatz des altersgerechten Umbaus allein den möglichst langen Verbleib zu Hause nicht erwartungsgemäß realisieren können. Angesichts komplex werdender Akteure in diesem Bereich und sich dadurch verschärfender antagonistischer Interessenkonstellationen sind ein neues Netzwerk und ein neuer Steuerungsmechanismus erforderlich.

Vor diesem Hintergrund wird an dieser Stelle darauf fokussiert, wie die Tätigkeit der freigemeinnützigen Träger die Versorgungsstruktur und die Beziehung zwischen Staat und Markt beeinflusst.⁵³ Nahezu überall in der deutschen Versorgungsstruktur der sozialen Wohlfahrt werden diese freien Träger einbezogen. Die starke Beteiligung der freien Wohlfahrtspflege an der Wohlfahrtsproduktion erfolgt im Bereich des altersgerechten Wohnens in Form von Wohnberatung. Die Wohnberatungsstellen vermitteln im Bereich altersgerechtes Wohnen Dienste, Produktentwickler, Ratsuchende sowie öffentliche Kostenträger. Im empirischen Teil dieser Studie

⁵³ Auf die sozialpolitische Bedeutung und Funktion der freien Wohlfahrtspflege wird in Kapitel 4.2.4 näher eingegangen.

wird diese Akteurskonstellation analysiert, in der neben den öffentlichen Trägern die freie Wohlfahrtspflege eine Schlüsselrolle spielt. Dabei wird der Frage nachgegangen, wie sich die Tätigkeit der freien Träger auf die Akteursstruktur und -dynamik, Netzwerke sowie Interessenskonflikte in Bezug auf altersgerechte Wohnungsanpassung auswirkt.

4.2.4. *Exkurs: Wohlfahrtsmix-Debatte in Deutschland*

Wie bereits oben angedeutet, ist zusätzlich zur staatlichen Tätigkeit nun immer häufiger auch der Beitrag von nicht-staatlichen Akteuren gefordert. Die staatlichen Akteure können angesichts der zunehmenden Komplexität sozialer Probleme diese nicht alleine lösen und sich an ständig fortschreitende soziale Veränderungsprozesse nicht schnell genug anpassen. Diese kontinuierlichen Wandlungsprozesse stellen eine gesellschaftliche Herausforderung dar, und auf der Seite der staatlichen Akteure erfordern diese Prozesse vor allem politische Flexibilität. In diesem Zusammenhang gewinnt die Zusammenarbeit der staatlichen und der nicht-staatlichen Akteure an Bedeutung und wird dadurch gerechtfertigt, dass auf diese Weise private Expertise und Ressourcen in die öffentlichen Bereiche fließt.

Zu den nicht-staatlichen Akteuren, die für Wohlfahrt und Wohlergehen eine zentrale Bedeutung haben, gehören Evers zufolge gesellschaftliche Assoziationen (Wohlfahrtsverbände, Genossenschaften, Versicherungsvereine), der informelle Bereich (Gemeinschaften, Familien) sowie der Markt und die Wirtschaft (Evers 2014, S. 1–2). Als wohlfahrtsrelevante Akteure entlasten diese Individuen oder Institutionen den Staat in seiner Verantwortung, und diese Aktivierung der Ressourcen im Privatsektor gestaltet vor allem die Prozesse und Dynamiken in der Wohlfahrtsproduktion um. Durch die Zunahme der wohlfahrtsrelevanten Ressourcen gewinnt aber gleichzeitig auch ein optimaler Wohlfahrtsmix immer mehr an Bedeutung.

Hinsichtlich dieser Wohlfahrtsmix-Debatte in Deutschland sind insbesondere die Konzepte des Korporatismus von Relevanz. Die nicht-staatlichen gesellschaftlichen Akteure spielten und spielen in der Trägerschaft von sozialen Leistungen und in ihrer konkreten Erbringung eine prominente Rolle, und somit werden traditionell soziale Angebote häufig im Rahmen der korporatistischen Zusammenarbeit von öffentlichen Trägern und privatgemeinnützigen Trägern erbracht (Evers 2014, S. 1–2; von Boetticher und Münder 2011, S. 221). Der Ansatz des Korporatismus hebt diese Organisationsform, die historisch gewachsen ist, hervor. Unter Korporatismus versteht Schmitter ein System zur Interessenvermittlung,

„dessen wesentliche Bestandteile organisiert sind in einer begrenzten Anzahl singulärer Zwangsverbände, die nicht miteinander in Wettbewerb stehen, über eine hierarchische Struktur

verfügen und nach funktionalen Aspekten voneinander abgegrenzt sind. Sie verfügen über staatliche Anerkennung und Lizenz, wenn sie nicht sogar auf Betreiben des Staates hin gebildet worden sind. Innerhalb der von ihnen vertretenen Bereiche wird ihnen ausdrücklich ein Repräsentationsmonopol zugestanden, wofür sie als Gegenleistung bestimmte Auflagen bei der Auswahl des Führungspersonals oder Unterstützung zu beachten haben“ (Schmitter 1979, S. 94).

Weiterhin übernehmen die Verbände als Gegenleistung zum Erhalt des Repräsentationsmonopols bestimmte staatliche Aufgaben (Grzeszick 2010, S. 18). Hierbei werden die (Interessen-)Verbände „als legitime Teilhaber am politischen Willensbildungsprozess“ verstanden (Meier 1995, S. 92 zit. in van Bentem 2006, S. 114). Aufgrund der Mitwirkung von Verbänden als Partner des Staates werden diese beiden bei der Leistungserbringung in bestimmten Bereichen als funktional verschränkt gesehen. Demnach beinhaltet die Verbandstätigkeit neben Interessenaggregation und -vermittlung, die als klassische Tätigkeiten von Verbänden gelten, Organisation und Durchführung der Dienstleistungen (Schmid und Mansour 2007, S. 244). Es liegt nahe anzunehmen, dass die Verbände Eigeninteressen verfolgen und diese in der Öffentlichkeit vertreten.⁵⁴

Hinsichtlich der Wohlfahrtsproduktion, die in dieser Studie das Hauptinteresse darstellt, sollen insbesondere die freien Träger erwähnt werden. Der Korporatismus entwickelt schon seit der Weimarer Republik zwischen öffentlicher und freier Wohlfahrtspflege ein „*exklusives konsensorientiertes Kooperations- und Austauschgeflecht*“ (Wohlfahrt 2004, S. 72).⁵⁵ Als wohlfahrtsstaatliche Akteure spielen die sechs „Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege“ in der Sozialpolitik eine wesentliche Rolle. Diese Wohlfahrtsverbände verbinden die staatliche Verantwortung und die Rolle als gemeinnütziger Leistungserbringer und lassen sich durch diese Doppelfunktion von anderen Verbänden unterscheiden.⁵⁶ Diese Verbände werden an der sozialen

⁵⁴ Besonders auffällig ist jedoch, dass die Verbände gegebenenfalls auch gegenüber ihren Mitgliedern staatliche Politik unterstützen müssen, um attraktiver Verhandlungspartner des Staates zu bleiben (Grzeszick 2010, S. 22). Andererseits kann der Staat mithilfe der Verbände auf eine effiziente Problemlösung abzielen, da Einzelinteressen der Bürger bereits aggregiert sind und somit eine erhöhte Akzeptanz für politische Maßnahmen geschaffen werden kann (Grzeszick 2010, S. 23). Vor diesem Hintergrund wird von Alemann und Heinze zufolge die Staat-Verbände-Beziehung nicht als eine „Pressure“-Beziehung, sondern als „Push and Pull“-Verhältnis verstanden. Im Hinblick auf die politisch-administrativen Systeme sind die relevanten Interessenverbände relativ fest im System selbst integriert (von Alemann und Heinze 1979, S. 31). Die Verbände greifen insbesondere in Problemfeldern ein, die weder durch staatliche Intervention noch durch den Marktmechanismus erreichbar sind, und stellen somit einen dritten Weg zwischen Markt und Staat bereit (Voelzkow 2007, S. 153).

⁵⁵ Seit den 1970er-Jahren ist neben Korporatismus von Neokorporatismus die Rede, um eine kurzschlüssige Verbindung mit dem autoritären Korporatismus der Zwischenkriegsphase zu vermeiden, wobei diese Begriffe weitgehend synonym verwendbar sind (Pankau 2002, S. 66).

⁵⁶ Im Unterschied zu anderen Interessenverbänden wie Gewerkschaften oder Unternehmensverbänden sind die deutschen Wohlfahrtsverbände durch korporatistische Einbindung der Spitzenverbände geprägt.

Leistungserbringung beteiligt oder bekommen vollständig die Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe übertragen (Brinkmann 2014, S. 3–4). Kennzeichnend für diese neokorporatistische Einbindung der Wohlfahrtsverbände in die Sozialpolitik ist ferner, dass sie im Gegensatz zu anderen Interessenverbänden wie Gewerkschaften oder Unternehmensverbänden eher in einer dauerhaften und stabilen Beziehung zueinander stehen (Hauke und Lausch 2000, S. 4).

Vor diesem Hintergrund verdeutlicht der (Neo-)Korporatismus in erster Linie die durch Aushandlung geprägte Wechselwirkung zwischen verbandlich organisierten Akteuren und dem Staat im Rahmen von Verfahren der Entscheidungsfindung und Umsetzung von Maßnahmen. Dies stellt insofern ein Ineinandergreifen der verschiedenen Akteure dar, das planvoll und aufeinander abgestimmt ist, und dessen Konzept *„von einem Grundverständnis, einem Arrangement zwischen öffentlichen und freien Trägern über die Ziele im Bereich der Fürsorge“* ausgeht (von Boetticher und Münder 2011, S. 221).

Bei näherer Betrachtung wird dieses korporatistische Verhältnis mit dem Subsidiaritätsprinzip begründet, welches als dessen wichtigste Legitimationsquelle gilt (Eyßell 2015, S. 28). Im Rahmen des Subsidiaritätsprinzips werden Rechte und Pflichten auf kleinere Einheiten oder kleinere Gemeinschaften verlagert (Sachße 2003, S. 194). Als Grundlage der Verbindung von Verbänden und Staatsaktivitäten umfasst das Subsidiaritätsprinzip auch *„die Verpflichtung zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit von öffentlichen und freien Trägern“* (Brinkmann 2014, S. 3). Die Wohlfahrtsverbände in Deutschland werden im Rahmen dieses Konzeptes in den Fokus der Betrachtungen gerückt, insbesondere *„als Scharnier zwischen dem formellen Sektor (Markt und Staat) und dem informellen Sektor (Familie und Ehrenamt)“* (Becke et al. 2011, S. 31–32). Butterwegge zufolge ist Deutschland als ein „Wohlfahrtsverbändestaat“ zu bezeichnen, da sich dem historisch gewachsenen Subsidiaritätsprinzip gemäß die Ämter und Behörden vergleichsweise wenig als Träger und Organisatoren sozialer Dienste betätigen und stattdessen den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege ein Vorrang gewährt wird (Butterwegge 2014, S. 34). Dies zeigt, dass das Subsidiaritätsprinzip eine Nachrangigkeit staatlicher Intervention bei sozialen Problemen festlegt, wobei die Wohlfahrtsverbände die zentralen Dienstleistungsanbieter sind und sozialrechtlich eine Vorrangstellung genießen.

Im Kontext der neoliberalen Wende ist jedoch diese korporatistische Ausprägung in der Wohlfahrtsproduktion in einem Umbruchprozess begriffen. Vor dem Hintergrund des Wandlungsprozesses im Zuge der Ökonomisierung verliert insbesondere die privilegierte Position der Wohlfahrtsverbände als exklusive und gleichberechtigte Partner des Staates an Bedeutung. Man spricht bereits davon, dass sich das korporatistische Geflecht in der Auflösung befindet (von Boetticher und Münder 2011, S. 221–222). Die Sonderstellung der freien Wohlfahrtsverbände wird

erheblich eingeschränkt, und darüber hinaus haben sich marktliche Elemente in der Wohlfahrtsproduktion verstärkt, sodass nun neben dem Staat und dem Dritten Sektor neue Prinzipien in der Wohlfahrtsproduktion herrschen.

Vor allem in der Gesundheits- und Seniorenwirtschaft stehen die Wohlfahrtsverbände parallel zu den privat-gewerblichen Anbietern in Konkurrenz zueinander. Die „Wettbewerbsverzerrung“ durch die subsidiarisch begründete Vorrangstellung von Wohlfahrtsverbänden wird in diesem Zusammenhang zunehmend abgebaut (Schubert 2013, S. 17). Diese Gleichstellung der Wohlfahrtsverbände zu den privaten Trägern und der zunehmenden subjektbezogenen Finanzierung sozialer Dienstleistungen führt dazu, dass nun die Wohlfahrtsverbände unter Umständen das Belegungsrisiko selbst tragen müssen. Die Wohlfahrtsverbände müssen jetzt die Konsumenten davon überzeugen, die Leistungen ihrer jeweiligen Dienste und Einrichtungen zu wählen. Die Wohlfahrtsverbände haben demnach die Aufgabe, ihre „Leistungs-, Organisations- und Produktionsstrukturen wettbewerbsfest zu organisieren“ (Evers et al. 2011, S. 19). Zur Sicherung der wirtschaftlichen Existenz wird nun auch bei sozialer Dienstleistungserbringung eine primär betriebswirtschaftlich ausgerichtete Strategie benötigt. Buestrich und Wohlfahrt fassen diesen Wandlungsprozess folgendermaßen zusammen:

„Das für das deutsche Sozialmodell fundamentale Subsidiaritätsprinzip verliert [...] allmählich seine sozialpolitische Ordnungsfunktion, die sich vor allem darin äußerte, dass die Fortentwicklung der sozialen Infrastruktur nicht nur als partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern vonstatten ging, sondern darüber hinaus dem Prinzip der bedarfsorientierten Planung sozialer Infrastruktur verpflichtet war“ (Buestrich und Wohlfahrt 2008, S. 22).

Vor diesem Hintergrund stellt die traditionelle Aufgabenteilung zwischen Staat und Verbänden ein Auslaufmodell dar. Während der Korporatismus durch Gleichbehandlung von privat-gewerblichen und gemeinnützigen Trägern eingeschränkt wird (Heinze et al. 1997b, S. 249), werden stattdessen die Marktprinzipien gestärkt. Dass immer mehr privat-gewerbliche Anbieter, die vor allem betriebswirtschaftliche Effizienz verfolgen, als Akteure von Wohlfahrtsproduktion vertreten sind, bedeutet, dass dieser Bereich zunehmend Marktgesetzen unterworfen wird.

Die traditionelle Sonderstellung der Wohlfahrtsverbände für soziale Wohlfahrt gilt zwar als Auslaufmodell, aber das bedeutet nicht, dass diese nicht mehr wichtige Partner des Staates für Wohlfahrtsproduktion sind. In Deutschland ist immer noch soziale Wohlfahrt ohne das Einbeziehen von Wohlfahrtsverbänden und weiteren freien, gemeinnützigen Trägern nicht denkbar, und neben den größten Spitzenverbänden gelten auch weitere verschiedene gemeinnützige Träger als wichtigste Mitproduzenten sozialer Leistungen. Angesichts der Ökonomisierung und Vermarktlichung behalten die meisten Akteure und Organisationen bei freien Trägern ihre

eigenständigen Elemente bei und spielen weiterhin eine wichtige Rolle in ihren traditionellen Tätigkeitsbereichen. Ihr Beitrag für die Wohlfahrtsproduktion wird insbesondere im Kontext der sich wandelnden gesellschaftlichen Anforderungen noch wichtiger. Diese freigemeinnützigen Träger können neue soziale Problemlagen flexibel und zeitgemäß aufgreifen, indem sie Staatsversagen und Marktversagen auffangen. Sie wurden bisher in diesem Sinne von öffentlichen Trägern bereits häufig einbezogen und gefördert, und ihre freiwillige Einsatzbereitschaft in verschiedenen sozialen Problemlagen erhöht ihren gesellschaftlichen Wert. In Anbetracht dieser Eigenschaft liegt in dieser Studie der Fokus auf der Rolle von freien Trägern als „Pioniere“ und „Innovatoren“ vor dem Hintergrund des demografischen Wandels (Evers 2014, S. 1–2).

Im folgenden Kapitel werden Innovationstheorien behandelt. Neben der technischen Entwicklung werden Theorien sozialer Innovation thematisiert, um den neuen Ansatz für die Koordination antagonistischer Interessen und Netzwerke der verschiedenen Akteure im Rahmen der sozialpolitischen Zielsetzungen näher zu analysieren.

4.3. Soziale Innovation

4.3.1. *Neue Technologien und soziale Innovation*

Unter *Innovation* wird im Allgemeinen etwas Neues verstanden, das eine wesentliche Veränderung des Bestehenden oder eine Erschaffung von noch nicht Vorhandenem bedeutet (Hornung 2014, S. 5). Beispielsweise versteht Schumpeter unter Innovation „*the doing of new things or the doing of things that are already being done in a new way*“ (Schumpeter 1947, S. 151). Diese Definition weist darauf hin, dass Innovation neben der Neuheit hinsichtlich des Gegenstandes auch eine neue Art von Änderung bedeutet.

Hierbei stellt sich die Frage, welche Bedingungen noch bestehen, damit eine Neuerung als Innovation betrachtet werden kann. Die Rede ist hierbei von dem Grad der Änderung sowie der Art der Änderung; jedoch ist schwer zu bestimmen, wie umfassend die Neuerung sein muss, um als Innovation zu gelten. Zudem ist die Neuartigkeit in hohem Maße eine relative und subjektive Bezeichnung (Gillwald 2000, S. 10). Hierüber sagt Hornung Folgendes: „*Sie [die Innovation, Anm. d. A.] ist abhängig von der individuellen Einschätzung derjenigen, die ein Innovationsbewusstsein aufbauen und wie es organisationsindividuell festgelegt ist*“ (Hornung 2014, S. 8).

Darüber hinaus spricht Besio davon, dass Innovation semantisch als „*neu, positiv und folgenreich*“ zu bezeichnen ist (Besio 2013, S. 73) und dass Innovation eine spezielle Art der Beobachtung ist, „*die für die Beschreibung von unterschiedlichen Sachverhalten angewendet werden kann*“ (Besio 2013, S. 73). In diesem Zusammenhang postulieren Aderhold und John Innovationen als „*überraschende Neuerungen*“, „*die durch soziale Akzeptanz und die kollektive Attribuierung von Neuheit gekennzeichnet sind*“ (Aderhold und John 2005, S. 14). Außerdem ist es von Bedeutung, Innovation von dem ähnlich klingenden Begriff Invention zu unterscheiden. Invention wird definiert als „*Idee für eine neue Technik oder ein neues (patentierfähiges) Verfahren*“ (ZSI 1998, S. 15). Damit die Invention als Innovation angesehen werden kann, muss sie erstmalig erfolgreich angewendet werden. Wenn es um Produkte geht, handelt es sich hierbei um die Durchsetzung am Markt, welche als Diffusion bezeichnet wird (Howaldt und Schwarz 2012, S. 49–50; Howaldt 2014, S. 29; ZSI 1998, S. 15).

Die zuvor nicht vorhandene Neuheit muss insofern zuerst verbreitet und angewendet werden, um als Innovation angesehen zu werden. Dies bedeutet, dass zur Bezeichnung einer Neuheit als Innovation im Rahmen des Erneuerungsprozesses die Diffusion und „*Veralltäglichung*“ vorausgesetzt wird. Beck und Kropp heben in diesem Zusammenhang hervor, dass jede Innovation in der Folge eine „*gesellschaftliche*“ Entität ist (Beck und Kropp 2012, S. 18). Es ist außerdem offensichtlich, dass sich nur wenige Inventionen und Erfindungen am Markt

durchsetzen werden, sodass die sogenannte Innovation als eine seltene Bezeichnung gilt. Von Bedeutung dabei ist die Tatsache, dass der Innovationsprozess in mehreren Phasen verläuft und nur wenige Produkte am Ende dieses Prozesses, in dessen Verlauf aus einer ausgearbeiteten Idee neue Produkte entstehen und diese sich am Markt durchsetzen, übrig bleiben. Darüber hinaus gilt Beck und Kropp zufolge auch innovative Kombination oder Rekombination von Bekanntem als Innovation. In Anlehnung an Zapf sprechen Beck und Kropp davon, dass auch eine Nachahmung als Innovation anzusehen ist, wenn ein Produkt oder eine Dienstleistung erst nach der Nachahmung Verbreitung findet. Daneben lässt sich das auch als Innovation bezeichnen, das entsteht, wenn bisher Unbekanntes eingeführt wird oder alternative Lösungen für Probleme gefunden werden (Beck und Kropp 2012, S. 17).

In der Regel ist bei Innovation das Augenmerk auf technische Produkte oder Verfahren gerichtet. Rammert beschreibt dies folgendermaßen: *„Fragt man nach den relevanten Innovationen der letzten 100 Jahre oder liest man Listen mit wichtigen Innovationen, da wird in der Regel mit einer Reihe von technischen Erfindungen geantwortet. Da trifft man fast nur neue Techniken und damit zusammenhängende Innovationen“* (Rammert 2010, S. 25; Howaldt 2014, S. 20). Tatsächlich lässt sich besonders technischen Innovationen die Entwicklung und Neuartigkeit gewissermaßen ausdrücklich zuschreiben. Obwohl diese Fokussierung als zu eng verstanden wird, wird sich diese Tendenz höchstwahrscheinlich weiter fortsetzen, da die technische Entwicklung deutlich erkennbar und wahrnehmbar abläuft.

Neben dem technisch orientierten Verständnis von Innovation wird auch der wirtschaftliche Fortschritt in Bezug auf Innovation häufig aufgegriffen. Schumpeter hat diese Innovationstheorie angewandt, um wirtschaftliche Konjunkturzyklen zu erklären. In seinem Werk *„Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung“* hat er den Prozess der wirtschaftlichen Entwicklung als *„schöpferische Zerstörung“* bezeichnet (Schumpeter 1952, S. 138). Ausgehend von diesem Verständnis setzt Innovation eine Zerstörung voraus, da eine neue Struktur das Vorhandene ersetzen wird. Eine Innovation ist in diesem Zusammenhang zwar unumgänglich zerstörerisch, aber der Fokus wird in der Regel auf Neuerungen gelegt (Newig 2013, S. 139). Für Schumpeter bedeutet Innovation Schaffung von neuen Formen der Organisation sowie neuer Kombinationen bereits bestehender Elemente.

Die von ihm thematisierten fünf Typen der Innovation umfassen *„die Herstellung neuer Produkte, die Einführung neuer Produktionsmethoden, die Erschließung von neuen Absatzmärkten, die Eroberung neuer Bezugsquellen und die Entwicklung neuer Organisationsformen“* (Schumpeter 1952, S. 100–101). Er grenzt *„Produkt- und Prozessinnovationen sowie organisatorische Innovationen, den Einsatz neuer Ressourcen und die Erschließung neuer Märkte“* voneinander ab.

Im Rahmen des Innovationsprozesses setzen sich in der Gesellschaft beispielsweise neue Kombinationen durch, und es entstehen neue Funktionen der Produktion (Howaldt und Schwarz 2012, S. 49–50). Schumpeters Auffassung ist zwar auf den Wirtschaftsbereich fokussiert, gilt aber als theoretischer Ausgangspunkt hinsichtlich des Innovationskonzeptes.

Diese ökonomisch orientierte Auffassung von Schumpeter in Bezug auf Innovation geht einher damit, dass die Thematisierung von Innovation weiterhin hauptsächlich auf technischen Fortschritt und technische Innovation gerichtet ist (Braun-Thürmann und John 2010, S. 54–55; Howaldt und Schwarz 2012, S. 50). Dies liegt daran, dass letztere als besonders förderlich für Konjunktur und wirtschaftliches Wachstum gesehen werden (Gillwald 2000, S. 1). Dass das wissenschaftliche, wirtschaftliche sowie politische Interesse an Innovation auf technische und materielle Innovation gerichtet ist, führt indes zu der Forderung an die Innovationsforschung, dass neben den technischen auch die nicht-technischen Neuerungen betrachtet werden sollten. Die Betrachtung sozialer Innovation gilt insofern als Ausgleich gegenüber der technisch orientierten Darstellung des sozialen Wandels (Braun-Thürmann und John 2010, S. 56–57). Dieses Konzept findet nun zwar Eingang, ist jedoch in der Innovationsforschung noch nicht durchgängig erforscht.

Tatsächlich ist die Aufmerksamkeit in der Sozialwissenschaft gegenüber sozialer Innovation erst seit Mitte der 1990er-Jahre, angefangen bei Zapf (1994), gestiegen. Gillwald zufolge soll zur Bewältigung sich verschärfender sozialer Probleme soziale Innovation durchgesetzt werden, aber diese erhalte zu wenig Beachtung (Gillwald 2000, S. 1). Albery und Yule nach lässt sich soziale Innovation wie folgt von technischer Innovation unterscheiden: *„Im Gegensatz zu einer technischen Erfindung handelt es sich dabei eher um eine neue Dienstleistung als um ein neues Produkt oder einen patentierfähigen Prozess, und meist sind solche Erfindungen nicht kapitalintensiv“* (Albery und Yule 1992, S. 1). Im Rahmen der sozialen Innovation sind somit beispielsweise *„die Gesellschaft beziehungsweise soziale Gruppen oder individuelle Akteure“* sowie *„neue Verhaltensweisen oder soziale Organisationsformen“* Gegenstand der Betrachtungen (Blättel-Mink 2013, S. 156–157; ZSI 1998, S. 14).

Daher unterscheidet sich in erster Linie unter *„stofflichen“* Aspekten die soziale von technischer Innovation insofern, als dass die soziale Innovation eine *„immaterielle“* und *„intangibile“* Struktur aufweist und die Neuheit *„auf der Ebene der sozialen Praktiken“* eingeführt wird (Schwarz und Howaldt 2013, S. 56). Rammert zufolge werden im Übrigen in Anlehnung an Zapf und Braun-Thürmann *„materielle Technologien“* und *„materielle Artefakte“* sowie *„technische Formen und Einsätze von Maßnahmen“* als *technisch* bezeichnet (Rammert 2008, S. 229–230; 2010, S. 40). *Technische* und *soziale* Innovation bezeichnen demnach zwar jeweils verschiedene Entitäten, aber Rammert weist darauf hin, dass das Gegenteil von *„technisch“* nicht *„sozial“*, sondern *„nicht-*

technisch“ ist (Rammert 2010, S. 40). Technische und soziale Innovation überschneiden sich auch in gewissen Bereichen und lassen sich somit in diesem Zusammenhang nicht durchweg klar unterscheiden. Als Erneuerungsprozess wird im Zuge der sozialen Innovation angestrebt, bessere Lösungen für soziale Probleme zu finden (Zapf 1989, S. 177). An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die Innovationsprozesse in den Bereichen Technik, Wissenschaft, Organisation etc. letztendlich keinesfalls zwangsläufig verschiedene Ziele verfolgen.

Darüber hinaus ist eine lange und oft diskutierte Frage, ob am Anfang des Prozesses soziale Innovation oder technische Innovation stehen sollte. Die unterschiedlichen Auffassungen in dieser Frage weisen in erster Linie darauf hin, dass technische und soziale Innovation in einer kausalen Beziehung zueinander stehen. Es ist indes durchaus umstritten, welche der beiden Erscheinungen zuerst kommt und welche als kompensatorische oder begleitende Erscheinung gilt. Daneben stellt sich hierbei auch die Frage, ob technische oder soziale Innovation überhaupt als jeweils separate, unabhängige Erscheinung auftreten kann.

Hinsichtlich dieser Debatte ist in erster Linie die Auffassung von Ogburn (1923) zu erwähnen. Ogburn zufolge verzögert sich im Vergleich zu materieller Entwicklung die Entwicklung immaterieller Kultur, was von ihm als „cultural lag“ bezeichnet wird. Seiner Ansicht nach zieht diese verzögerte Anpassung gesellschaftliche Probleme nach sich. Das von ihm genannte ständige Anpassungsdefizit, das an der unterschiedlichen Entwicklungsgeschwindigkeit des materiellen und des immateriellen Bereiches liegt, legt nahe, dass die Technik als Ursache des sozialen Wandels agiert und soziale Innovation eine begleitende Erscheinung von technischer Neuerung ist. Eine technische Neuheit wirkt sich in diesem Sinne beispielsweise in veränderten gesellschaftlichen Verhaltensweisen aus. Der soziale Wandel wird so vorwiegend den technischen Veränderungen zugeschrieben.

Dieses Verständnis ist zwar nach wie vor vorherrschend, aber Howaldt hebt hervor, dass Ogburn in seinen späteren Arbeiten das mögliche Missverständnis, das sein vorheriges Werk verursacht hat, aufzuklären versucht hat. Ogburn sagte dort, dass auch nicht-technische Erscheinungen als „*unabhängige Variable*“ agieren können (Ogburn 1957 zit. in Howaldt 2014, S. 17). In diesem Zusammenhang kann auch soziale Innovation technische Innovation anregen und sich auf deren Richtung auswirken. Dass soziale Innovation auch die Gestaltung technischer Entwicklung zur Folge hat, legt nahe, dass technische und soziale Veränderungen oder Innovationen in einem wechselseitigen Wirkungsverhältnis, in dem sie sich auch gegenseitig ergänzen, stehen.

Darüber hinaus wird unter einer Perspektive, die vornehmlich auf die sozial induzierten Veränderungen gerichtet ist, hervorgehoben, dass technische Innovation auch im sozialen Zusammenhang verstanden werden kann. Die technische Entwicklung ist in diesem Sinne in hohem

Maße auf gesellschaftliche sowie institutionelle Praktiken angewiesen. Beispielsweise kommt Braun-Thürmann zufolge allem menschlichen Handeln eine soziale Bedeutung zu, sodass sich technisch-wirtschaftliches Handeln auch als soziales Handeln bezeichnen lässt. Er sagt weiterhin, dass alle Innovation im Rahmen des Prozesses einer gegenseitigen Beeinflussung neue soziale Komponenten nach sich zieht (Braun-Thürmann 2005, S. 28–29).

Zapf, auf dessen Thesen im nächsten Kapitel näher eingegangen werden wird, hat sich mit dieser Perspektive befasst, indem er die enge Verbindung zwischen technischer und sozialer Innovation hervorhebt. Ihm zufolge ist soziale Innovation sowohl die Voraussetzung für technische Innovation als auch ihre mögliche Folge (Zapf 1989, S. 177). Soziale Innovation trägt dazu bei, dass technische Innovation an die Gesellschaft angeschlossen wird. Der Beitrag von sozialer Innovation kann demnach in der Überwindung von aus technischem Wandel hervorgehender gesellschaftlicher Fehlanpassung bestehen.

Andererseits weist Howaldt darauf hin, dass soziale Innovation auch ohne Bezug auf Technik entstehen kann. Ihm zufolge sollte die Eigengesetzlichkeit der sozialen Innovation berücksichtigt werden, um den systematischen Zusammenhang von sozial oder technisch induzierten Veränderungen oder Pfadveränderungen zu verstehen (Howaldt 2014, S. 20).

Sozialer Innovation kommt in dieser Zeit angesichts der „*Veränderungsdynamik und -tiefe moderner Gesellschaften und der zunehmenden Dysfunktionalität etablierter Praktiken*“ im Vergleich zu technischer Innovation eine besondere Bedeutung zu (Schwarz und Howaldt 2013, S. 57). Dies thematisiert im Wesentlichen einen neuen Ansatz zur Problemlösung, der bisher nicht ausreichend beleuchtet wurde. Soziale Innovation gilt insofern vor allem als „*geeignete(s) Mittel*“ zur Überwindung gesellschaftlicher Herausforderungen (Gillwald 2000, S. 7–8). Das Konzept *Soziale Innovation* dient daher der vorliegenden Studie als theoretischer Rahmen, um die Akteure und Akteurskonstellationen in Bezug auf altersgerechte Wohnungsanpassung zu thematisieren.

4.3.2. *Soziale Innovation*

Im vorangegangenen Unterkapitel wurde das Verhältnis von technischen und sozialen Innovationen behandelt. Nun soll auf die soziale Innovation näher eingegangen werden. In erster Linie soll diesbezüglich die Bedeutung der Bezeichnung *sozial* in den Blick genommen werden. Die Bezeichnung *sozial* gilt als kompliziert und mehrdeutig, sodass diese bei der Wortverwendung Probleme verursacht (Aderhold 2010, S. 121).

Zunächst ist von Bedeutung, was mit dem Wort *sozial* im Alltag angesprochen wird. In der alltagssprachlichen Sinngebung wird unter *sozial* zunächst die „ethisch-moralische Haltung“ verstanden, was häufig als das Gegenteil von „asozial“ bezeichnet wird. Zudem wird das Zitat von Seneca angeführt, dass „*es sozial sei, ein gutes Werk zu tun*“ (Seneca 1989 zit. in Aderhold 2010, S. 121; Henecka 1985, S. 19–20). In diesem Sinne wird dieses Wort in der Umgangssprache insbesondere im christlichen Verständnis benutzt, beispielsweise im Zusammenhang von ein „*sozialer Typ*“ sein oder einen „*sozialen Tag*“ haben (Henecka 1985, S. 19–20).

Neben diesem alltäglichen Verständnis gibt es verschiedene weitere Sinngebungen. Rammert weist darauf hin, dass bei dem Wort *sozial* zwei Bedeutungen, im engeren und weiteren Sinne, unterscheiden lassen. Zum einen wird im engeren Sinne unter diesem Wort „*ökonomisch, ökologisch, politisch und kulturell*“ verstanden, und zum anderen wird es im weiteren Sinne mit „*gesellschaftlich*“ verbunden (Rammert 2010, S. 40).

Der von Rammert genannte engere Sinn von *sozial* umfasst neben „*spezielle(n) soziale(n) Sphäre(n)*“ die „*Werte sozialen Fortschritts*“ (Rammert 2010, S. 40). Dem engeren Sinne von *sozial* kommt vor allem beim politischen Gebrauch eine besondere Bedeutung zu. Hierbei bezieht es sich auf kollektive Sachverhalte, bei denen die Probleme nicht einzeln zu lösen sind, sondern von politischer Seite umfassender angegangen werden sollen (Schillo 2000, S. 19; Aderhold 2010, S. 121). Diese Perspektive ermöglicht eine öffentlich-politische Auseinandersetzung in Bezug auf die Bezeichnung *sozial*. Dabei stehen insbesondere Wortverbindungen wie beispielsweise soziale Gerechtigkeit, Sozialpolitik oder Sozialstaat im Vordergrund (Aderhold 2010, S. 122; Henecka 1985, S. 20).

Das Soziale im weiteren Sinne wird häufig mit der Bezeichnung *gesellschaftlich* in Zusammenhang gebracht. Da der Mensch ein soziales Wesen ist, stehen die Menschen in einem Abhängigkeitsverhältnis zueinander. Aderhold befasst sich mit diesem Verständnis folgendermaßen:

Sozial sind all diejenigen Phänomene, die nicht erklärt werden können, ohne dabei den Einfluss des einen Menschen oder einer sozialen Institution auf den anderen Menschen einzubeziehen. Es geht somit um soziale Handlungen, also um das Zusammenwirken oder das Zusammenarbeiten von Akteuren. Der Schwerpunkt liegt ganz im Sinne Simmels auf sozialen Wechselwirkungen, also darauf, dass man sich aufeinander bezieht und dies nicht allein auf Akteure (Menschen, Kollektive) bezogen versteht, sondern auf deren Handlungsbeiträge sowie auf die rahmenden Bedingungen des Handelns (u. a. der Andere, gesellschaftliche Normen) und auch auf die Handlungseffekte (Folgen) (Aderhold 2010, S. 122)

Ähnlich sagen Hillmann und Hartfiel, dass soziale Innovation die „*wertneutrale Bezeichnung für prozesshafte zwischenmenschliche Beziehungen, für wechselseitig orientiertes Handeln und für Gebilde, die aus relativ dauerhaften zwischenmenschlichen Beziehungen hervorgehen*“ ist

(Hillmann und Hartfiel 2007, S. 797). Das Wort *sozial* bezeichnet insofern diese zwischenmenschlichen Sachverhalte, und dies lässt sich unter wissenschaftlichen Rahmenbedingungen behandeln (vgl. Schillo 2000, S. 19). Da hierbei neben den zwischenmenschlichen Wechselwirkungen auch die soziale Struktur miteinbezogen wird, umfasst dieser Begriff als Gegenstand der Sozialwissenschaften auch die organisatorische sowie die infrastrukturelle Ebene. In dieser Sinngebung wird er im Vergleich zum engeren Sinne, in dem *sozial* als normativer Begriff betrachtet wird, eher als wertneutral sowie abstrahierend angesehen. Ohne normative Ladung wird er in der Sozialwissenschaft häufig als „Oberbegriff für alle ausdifferenzierten Rationalitäten“ verstanden und verwendet (Rammert 2010, S. 40). Insbesondere bei der Beobachtung der zwischen Menschen ablaufenden Handlungen ermöglicht diese neutrale Sinngebung des Wortes *sozial* eine bessere Erkenntnis (Henecka 1985, S. 21).

Aufgrund der breiten Bedeutung des *Sozialen* umfasst wiederum das Spektrum des Konzeptes von sozialer Innovation normative bis wertneutrale Herangehensweisen. Dies scheint sich in der Definition von sozialer Innovation widerzuspiegeln, worauf im Folgenden eingegangen werden wird. Seit Ende der 1980er-Jahre wird von Zapf die Debatte im Kontext der sozialen Innovation im deutschsprachigen Raum geführt. Für Zapf ist Innovation ein soziales Phänomen, das mit sozialem Wandel in Zusammenhang gebracht wird. Er hebt in Anlehnung an Ogburn hervor, dass die technische und die gesellschaftliche Entwicklung in einem engen Zusammenhang zueinander stehen. Ihm zufolge umfasst soziale Innovation sowohl die Begleitumstände oder Folgen als auch die Voraussetzungen technischer Innovation. Zapf thematisiert daneben die Rolle der Sozialwissenschaft im Kontext sozialer Innovation. Er legt nahe, dass soziale Innovation Entscheidungshilfen bietet, die wiederum als Ansatzpunkte zu einer allgemeinen Theorie der Innovation gesehen werden können (Zapf 1989, S. 182–183). Von ihm wird im Übrigen der Entwicklungscharakter der Innovation wie folgt hervorgehoben:

Soziale Innovationen sind neue Wege, Ziele zu erreichen, insbesondere neue Organisationsformen, neue Regulierungen, neue Lebensstile, die die Richtung des sozialen Wandels verändern, Probleme besser lösen als frühere Praktiken, und die es deshalb wert sind, nachgeahmt und institutionalisiert zu werden (Zapf 1989, S. 177).

In Form von neuen Handlungsmustern und Regelungen wirkt soziale Innovation darauf hin, dass bessere Lösungen für soziale Probleme gefunden werden. Neue Problemlösungen sollen gegenüber den alten ein besseres Ergebnis zur Folge haben, und dies gilt gleichzeitig auch als „Erfolgskriterium“ dieser Innovationen (Braun-Thürmann und John 2010, S. 56–57).

Ähnlich lassen sich laut Howald und Schwarz Innovationen als „*Neukombination sozialer Praktiken*“ darstellen: Neben Organisationsformen, Regulierungen sowie Lebensstilen, die durch

sozialen Wandel verändert werden, erwähnen sie wie folgt die Akteure bzw. Akteurskonstellationen dieser sozialen Praktiken:

„eine von Akteuren bzw. Akteurskonstellationen ausgehende intentionale, zielgerichtete Neukombination bzw. Neukonfiguration sozialer Praktiken in bestimmten Handlungsfeldern [...] mit dem Ziel, Probleme oder Bedürfnisse besser zu lösen bzw. zu befriedigen, als dies auf der Grundlage etablierter Praktiken möglich ist“ (Howaldt und Schwarz 2010b, S. 54).

Dass die soziale Innovation von bestimmten Akteuren bzw. Akteurskonstellationen ausgeht, wird weiterhin von anderen Versuchen der Definition von sozialer Innovation übernommen. Außerdem sind unter sozialen Praktiken beispielsweise *„Lebensstile, Verhaltensweisen, Verfahren, Akteurskonstellationen“* zu verstehen (Kopf et al. 2015, S. 7). Da darüber hinaus diese Definition auf *„neue Wege der Problemlösung“* ausgerichtet ist, umfasst sie außerdem ein sehr weites Feld an Disziplinen (Rammert 2010, S. 43). In diesem Zusammenhang hat Zapf folgende sieben Typen der sozialen Innovation aufgelistet:

*„Organisationsveränderungen innerhalb des Unternehmens“,
„Neue Dienstleistungen“,
„Sozialtechnologien“,
„Selbsterzeugte soziale Erfindungen [...] durch Beteiligung der Betroffenen“,
„Politische Innovationen“,
„Neue Muster der Bedürfnisbefriedigung“ und
„Neue Lebensstile“ (Zapf 1989, S. 175–176).*

Das Bezugsfeld des Begriffes *Innovation* wird in diesem Sinne über technische Entwicklung oder ökonomischen Erfolg hinaus auf die gesamte gesellschaftliche Entwicklung ausgeweitet (Rammert 2010, S. 28). Somit wird ein sozial gewendeter Innovationsbegriff etabliert, der neue Entwicklungen hinsichtlich der Lebensweisen und des politischen Regulierungsstils umfasst (Braun-Thürmann und John 2010, S. 56–57). In diesem Zusammenhang kommen Gillwald zufolge zur Bestimmung sozialer Innovation *„gesellschaftliche Errungenschaften“* in Frage (Gillwald 2000, S. 14). Er verweist hierbei auf die postmateriellen Werte der sozialen Innovation, welche nicht nur eine ökonomische, soziale und politische Dimension, sondern auch eine ökologische sowie kulturelle Rationalität umfassen (Gillwald 2000, S. 14).

Vor diesem Hintergrund sind bei der Definition *sozialer Innovation* zwei Punkte hervorzuheben. Diese Punkte beziehen sich auf die oben angeführten Bestimmungen des *Sozialen*, das sich im engeren sowie im weiteren Sinne unterscheiden lässt.

In erster Linie ist soziale Innovation normativer Natur, und dies wird mit Adjektiven wie *besser*, *wertvoll* und *nachahmenswert* in Zusammenhang gebracht. Aufgrund dieser normativen Komponenten soll soziale Innovation in der Gesellschaft positiv wirken, insbesondere für die

Förderung des „*Gemeinwohl(s)*“ (Kopf et al. 2015, S. 7). Demnach wird soziale Innovation darauf ausgerichtet, dass durch neue Entwicklung soziale Bedürfnisse vor allem schwacher, benachteiligter, behinderter Personen befriedigt werden (Franz 2010, S. 335–336). Darüber hinaus soll soziale Innovation in Form von „*intendierte[n] und zielgerichtete[n] Praktiken*“ zum sozialen Wandel beitragen (Beck und Kropp 2012, S. 18).

Jedoch ist die Bestimmung des *Besseren* nicht immer einfach. Parpan-Blaser behaupten, dass hierbei Bedarf an einer präzisen Bestimmung besteht, und führen folgende Kriterien, die das *Bessere* erfüllen sollte, an: zielführend, nachhaltig, kostengünstig, bedürfnisgerecht sowie präzise oder schnell (Parpan-Blaser 2011, S. 55–56). Ob die neue Art und Weise gegenüber der alten zu höherer Qualität führt, ist aber möglicherweise auch schwer zu beurteilen. Auch ist es möglich, dass trotz guter Absicht die Umsetzung oder die Verbreitung ein negatives Ergebnis zur Folge hat (Kopf et al. 2015, S. 7).

Zweitens liegt der Fokus sozialer Innovation auf der „*Gesellschaft bzw. soziale[n] Gruppen, Bürgerinnen und Bürger[n]*“ (Blättel-Mink 2013, S. 156–157). Als *sozial* bezeichnete Innovation beeinflusst soziale Innovation zwar das individuelle Handeln sowie das informelle Alltagsgeschehen, jedoch handelt es sich bei diesem Konzept eher um gesellschaftliche Aggregate und Strukturen, sodass sie sich nicht auf die individuelle Ebene reduzieren oder damit gleichsetzen lässt (Wendt 2005, S. 14). In Bezug auf die gesellschaftliche Natur hat erfolgreiche soziale Innovation eine umfassende positive Wirkung auf die Gesellschaft. Was diese positive Wirkung betrifft, so ist insbesondere von „*neue(n) Formen von Teilhabe und sozialer Integration, von Interessenausgleich und sozialer Gerechtigkeit und von Individualität sowie Solidarität*“ die Rede (Rammert 2010, S. 43). Da soziale Innovation die praktische Umsetzung oder Nutzung, umfassende Verbreitung und Akzeptanz des Wandels erfordert, wird dabei immer die Frage gestellt, „*inwieweit die neuen Formen maßgeblich Vorbildfunktion übernehmen und inwieweit sie massenhaft zu mobilisieren in der Lage sind*“ (Rammert 2010, S. 43). Kennzeichnend ist ferner, dass bei der Definition von sozialer Innovation ebenso die im vorherigen Abschnitt erwähnte Definition von Innovation gilt. In diesem Sinne sollte eine neue Lösung sozialer Probleme über eine bloße Idee hinaus bereits Verbreitung gefunden haben, um eine neue soziale Praktik als Innovation bezeichnen zu können (Kopf et al. 2015, S. 7).

An dieser Stelle ist jedoch darauf hinzuweisen, dass allgemein akzeptierte und etablierte soziale Praktiken nicht als Innovation bezeichnet werden, da bei diesen die *Neuheit* nicht mehr wahrgenommen wird. Soziale Innovation befindet sich demnach zwischen diesen beiden Extremen. Die Bezeichnung einer Erscheinung als *neuartig* und *andersartig* ist darüber hinaus eine relative Entität, die dem gesellschaftlichen Einfluss unterliegt. Dabei ist jedoch zu beachten, dass soziale

Innovation keine beliebige oder automatische Erscheinung ist, sondern ein gezielter Eingriff, der in gesellschaftlichen Zusammenhängen verbreitet und stabilisiert sowie verändert wird, was wiederum infolge der gesellschaftlich oder politisch beobachtbaren Wandlungsprozesse Veränderungen bewirken wird.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass soziale Innovation als eine neue Art gilt, soziale Phänomene aus anderen Perspektiven zu betrachten und damit der wachsenden Komplexität der sozialen Probleme Rechnung zu tragen. Soziale Innovation wird insofern gesellschaftlich begründet, woraus sich die Anforderung ergibt, sie gesellschaftlich zu verankern. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass Innovation im Wesentlichen „*a collective achievement*“ (van de Ven 1988, S. 105) und ein „*network-effort*“ (van de Ven 1988, S. 115) ist. Auch Blättel-Mink und Ebner sind der Meinung, dass Innovation „*im Kontext interaktiver Lernprozesse systemisch vernetzter Akteure*“ entsteht (Blättel-Mink und Ebner 2009, S. 11).⁵⁷

Dieses Verständnis in Bezug auf Innovation ist zugleich im Konzept von sozialer Innovation enthalten: Soziale Innovation ist durch Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure gekennzeichnet. Soziale Innovation erfordert es, einen Raum für neue Mitwirkungsmöglichkeiten aller beteiligten Akteure zu schaffen. Gemeint ist damit nicht nur das bloße Vernetzen von Akteuren aus verschiedenen Disziplinen, sondern es sollen Beziehungen zwischen diesen hergestellt werden. Bezugnehmend auf diese gesellschaftstheoretisch fundierte Konzeption kommt Schwarz und Howaldt zufolge aus der Perspektive der sozialen Innovation den „*Schnittstellen*“ und der damit einhergehenden „*Handlungsrationalität*“ sowie „*Regelungsmechanismen*“ eine besondere Bedeutung zu (Schwarz und Howaldt 2013, S. 57). Im Zuge der „*Neukombination bzw. Neukonfiguration sozialer Praktiken*“, welche bei der Thematisierung sozialer Innovation hauptsächlich betrachtet wird, werden somit vor allem das Schnittstellenmanagement und die übergreifende Vernetzung, Kooperation sowie Koordination in den Vordergrund gerückt (Schwarz und Howaldt 2013, S. 57). Im folgenden Kapitel wird dieses Konzept im Zusammenhang mit *Wohnen im Alter* beleuchtet werden. Dabei sollen die Akteure und Akteurskonstellationen hinsichtlich der altersgerechten Wohnungsanpassung näher in den Blick genommen werden.

⁵⁷ Im Detail beschreibt Blättel-Mink dies folgendermaßen:

Innovationen finden in sozialen Konstellationen statt, die mehr oder weniger heterogen sind und in denen ganz unterschiedliche Wissensbestände und Interessen zusammenkommen und kommuniziert werden müssen. [...] Zu untersuchen sind Formen der Kooperation, Motive der Beteiligten, Bedingungen für problemorientierte Beteiligung sowie Art und Weise der Koordination oder Steuerung derartiger Netzwerke der Beteiligung (Blättel-Mink 2013, S. 157).

4.3.3. *Soziale Innovation und Wohnen im Alter*

Als drängendste Herausforderung belastet der demografische Wandel die Gesellschaft stark. Gleichzeitig hat der Staat jedoch immer weniger Ressourcen, um sich dieser zu stellen. Um den steigenden sowie umfangreicher werdenden Bedürfnissen und ebenso gleichzeitig schwindenden Ressourcen zu begegnen, bedarf es neuer Initiativen zu sozialer Innovation. Das Konzept der sozialen Innovation kommt hierbei als ein neuer Ansatz zur Generierung von Mehrwert zur Anwendung. Soziale Innovation kann dazu genutzt werden, sozialpolitische Belange effektiv anzugehen – mit möglichst geringen finanziellen Mitteln und interdisziplinärer Vernetzung. Die öffentliche Hand erwartet von diesem Ansatz, mit effektivem Einsatz des Budgets die sozialpolitischen Ziele in kurzer Zeit zu erreichen.

Unter den verschiedenen Herangehensweisen zum möglichst langen Verbleib der älteren Menschen zu Hause wird der Fokus dieser Studie auf der „altersgerechten Wohnungsanpassung im Bestand“ liegen. In Rahmen des Konzeptes sozialer Innovation werden – am Beispiel der altersgerechten Wohnungsanpassung – dafür relevante Akteure und Akteurskonstellationen thematisiert: Hierbei wird vor allem die neue Konfiguration von Zusammenarbeit, Wettbewerb sowie Versorgungsnetzen vor dem Hintergrund der sich verstärkenden Bedeutung der altersgerechten Wohnungsanpassung untersucht.

Technische Innovationen haben tatsächlich in allen menschlichen Lebensbereichen enorme Auswirkungen. Beispielsweise haben sie einen großen Beitrag zur Arbeitsproduktivität geleistet und moderne Transport- sowie Kommunikationsmöglichkeiten geschaffen. Eine Vielfalt technischer Neuerungen hat entsprechende Anwendungskonzepte auch im Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens entwickelt (Klein 2010, S. 279). Die vorliegende Studie beleuchtet unter den Beiträgen von technischer Innovation insbesondere das Folgende: Technik unterstützt und erweitert menschliche Fähigkeiten, die insbesondere bei Behinderung oder Pflegebedürftigkeit in höherem Maße unterstützt werden müssen. Dies kompensiert vor allem physische oder kognitive Defizite der älteren Menschen und erleichtert deren alltägliche Aktivitäten.

Die Gerontechnologie thematisiert die Schnittstelle von technischer Entwicklung und dem Älterwerden. Dieses relativ junge Forschungsgebiet befasst sich vor allem mit technischer Innovation unter Berücksichtigung der besonderen Bedarfslagen älterer Menschen (vgl. Oswald und Kaspar 2011, S. 4). Gerontechnologie wird von van Bronswij et al. definiert als

„interdisciplinary field that links existing and developing technologies to the aspirations and needs of aging and aged adults. It helps support ‘successful aging’, is organized according to the WHO definition of health, and is a response to the combination of the aging of society and rapidly emerging new technologies. Distinguishing it from other technology approaches is its focus on the total human life-span, its recognition of different technology generations, its cross-fertilization of specific

technology and gerontology disciplines, its public health goals and the encompassing of all domains of human activity. An enhanced quality of life in older adults is the ultimate goal of Gerontechnology“ (van Bronswijk et al. 2009, S. 3).

Durch gerontechnologische Konzepte erhält die alterssensible Perspektive auf Forschung und Entwicklung der Technik einen großen Stellenwert. Vor allem von der Gestaltung der Alltagstechnik wird erwartet, dass sie auf den Ausgleich der abnehmenden motorischen und sensorischen Kompetenzen der älteren Menschen abzielt. Gerontechnologie und insbesondere die als Ambient Assisted Living (AAL) bezeichnete Technologie legen insoweit ihren Schwerpunkt auf die Probleme und Herausforderungen im Alltag der älteren Menschen.

Neben der technischen Entwicklung haben aber auch die sozialen Prozesse hohes Innovationspotenzial. Wie vorhin bereits angedeutet, stehen technische und soziale Neuerung in einem wechselseitigen Zusammenhang. Der sinnvolle Einsatz neuer Technologien für ältere Menschen lässt sich ohne soziale Perspektive nicht erreichen. Die sozio-technischen Strukturen werden vor allem durch neue technische Artefakte und soziale Praktiken in einen neuen Zusammenhang gebracht (Ornetzeder und Rohracher 2012, S. 173): In erster Linie tangiert der Einsatz von Technik verschiedene Lebensbereiche der älteren Menschen. Neben den älteren Menschen selbst beeinflusst dieser Einsatz auch das Alltagsleben von deren Angehörigen und professionellen Pflegekräften. Durch den Einsatz von Technik verändert sich die Art und Weise, wie die älteren Menschen selbst oder die Angehörigen und Pflegekräfte im „*sozio-technischen Arrangement wahrnehmen und agieren*“ (Manzeschke 2013, S. 1). Die verschiedenen Anwendungsbereiche der innovativen Technologien umfassen folgende lebensrelevante Bereiche: „*Gesundheit und Selbstwertgefühl, Wohnen und Alltagsleben, Mobilität und Transport, Kommunikation und Steuerung sowie Arbeit und Freizeit*“ (Claßen 2012, S. 76–77). Andererseits wird umgekehrt der soziale Wandel auch auf technische Neuerungen Auswirkungen haben. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wird das politische, wissenschaftliche sowie unternehmerische Interesse darauf gerichtet, dass bei den neuen Produkten und Systemen verstärkt Interessen, Erwartungen, Leitbilder sowie Bedürfnisse der älteren Menschen berücksichtigt werden. Diese aus der Alterung der Bevölkerung resultierende Veränderung der gesellschaftlichen Bedürfnisse und Präferenzen erfordert insofern neue Anpassungen in verschiedenen Bereichen. Hierbei ist es insbesondere gefragt, neue Technologien an den Bedarf und die Wünsche der älteren Menschen anzupassen.

Vor diesem Hintergrund kann die Entwicklung neuer Technologien auch in sozialen Zusammenhängen verstanden werden. Im Zuge der Betrachtung der neuen sozialen Risiken und Probleme werden materielle und immaterielle Bedarfslagen zunehmend differenzierter (Heinze und Naegele 2010, S. 298). In der lediglich auf Technik ausgerichteten Perspektive werden indes die

sozialen Praktiken wie gesellschaftliche Zielsetzungen, individuelle Wünsche sowie Neigungen außer Acht gelassen. Die Diskussion um Gerontechnologie ist auch häufig mit neuen Technologien im Bereich Wohnen verbunden. Eine Vielzahl an Forschungsinstituten und Unternehmen engagieren sich für technische Neuerungen, um es älteren Menschen zu ermöglichen, auch bei Pflegebedürftigkeit länger im eigenen Wohnumfeld zu leben.

Der technische Ansatz gilt insofern als Lösungsansatz zur Verbesserung und Erleichterung der Aktivitäten von älteren Menschen im Wohnraum und bei der Pflegearbeit. Die Technik an sich ist indes keine Lösung, um gesellschaftlichen Herausforderungen entgegenzuwirken. Damit die technische Entwicklung zum langen Verbleib in der vertrauten Häuslichkeit beitragen kann, reicht der technische Ansatz im Rahmen der Wohnungsanpassung nicht aus. Insofern ist neben technischen Neuerungen wie AAL-Systemen hierbei eine neue Schwerpunktsetzung auf soziale Praktiken erforderlich, und dementsprechend sollen hier auch die nicht-technischen und immateriellen Aspekte des Wohnens im Alter in den Blick genommen werden.

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass sich soziale Innovation vor allem mit Innovation im Bereich soziale Praktiken befasst und bei der Thematisierung „*die Reflexion des sozialen Beziehungsgefüges*“ vorausgesetzt wird (Schwarz und Howaldt 2013, S. 56–57). Außerdem wird soziale Innovation im Kontext der Herausforderungen des demografischen Wandels stärker in den Vordergrund gerückt. Der demografische Wandel ist mit einer erheblichen Erhöhung der finanziellen Belastungen im Gesundheits- und Pflegebereich und einem Mangel an Pflegekräften verbunden und erfordert somit weitreichende gesellschaftliche Reformprozesse. Das Ziel des möglichst langen Erhaltes der eigenen Wohnung – was auch grundsätzlich individuell und gesellschaftlich erwünscht ist – gilt hierbei als Ansatz, den sich zuspitzenden Herausforderungen des demografischen Wandels entgegenzuwirken.

Zur Förderung sozialer Innovation entstehen in vielen Ländern neue Initiativen oder Programme im politischen und sozialen Bereich. Vor dem Hintergrund der verschiedenen Diskussionen über soziale Innovation wird in dieser Studie das Beispiel der altersgerechten Wohnungsanpassung – Umbaumaßnahmen sowie technische Ansätze zum längeren Wohnen zu Hause – thematisiert. Diese Aufgabe erfährt besondere Aufmerksamkeit vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der verstärkten Betonung des Wertes von selbstständiger Lebensführung. Darüber hinaus wird angesichts der erforderlichen Kürzungen der Kosten des Wohlfahrtsstaates insbesondere der altersgerechten Wohnungsanpassung im Bestand stärkeres Gewicht beigemessen, da dadurch erhebliche finanzielle Belastungen aufgrund der Heimunterbringung einigermaßen abgemildert werden können.

Dieser Studie liegt die Auffassung zu Grunde, dass mit dem demografischen Wandel neben den Akteurskonstellationen in der Wohlfahrtsproduktion auch die Machtstrukturen sowie Wettbewerbsverhältnisse Veränderungen unterliegen werden. Der Fokus dieser Studie wird somit nicht nur auf die technischen Entwicklungen im Bereich der altersgerechten Wohnungsanpassung, sondern auch auf die nicht-technischen, also sozialen Praktiken gerichtet. Hierbei handelt es sich um umfassende Innovationsstrategien, die sowohl partnerschaftliche Unterstützung als auch konkurrierende Wechselwirkungen umfassen (Heinze und Ley 2009, S. 81). Damit technische Neuerungen im Rahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung wie erwartet zur Selbstständigkeit der älteren Menschen und folglich zu deren längerem Verbleib zu Hause beitragen, sind insofern umfassende Veränderungen bezüglich der Rollen und der Wechselwirkungen der relevanten Akteure gefordert.

Das Konzept sozialer Innovation ist vor allem in einem Bereich anzusetzen, wo ein branchen-, berufs- sowie sektorenübergreifender Ansatz erforderlich ist. In einem solchen Bereich bestehen in der Regel komplexe Problemstellungen auf mehrschichtigen Ebenen. Heinze und Naegele weisen darauf hin, dass das Wohnen zum „*integrierten Versorgungskonzept*“ gehört (Heinze und Naegele 2010, S. 303). Jedoch geht aus dem Beispiel der vernetzten Haushaltstechnologien hervor, dass die aufgrund der bisher separat funktionierenden Sektoren und Organisationen soziale Innovation sehr schwer zu koordinieren und zu gestalten ist (vgl. Heinze und Naegele 2010, S. 307). Howaldt et al. zufolge sollten hierbei „*Kommunikation, Kooperation und Wissensintegration zwischen heterogenen Akteuren*“ gelingen (Howaldt et al. 2008, S. 68). Vor allem ist „*ein engmaschiges Versorgungsnetz im Sozialraum*“ gefragt, damit die älteren Menschen trotz der sinkenden familiären Pflegepotenziale zu Hause verbleiben können (Köhler und Goldmann 2010, S. 261).

An dieser Stelle ist von Bedeutung, dass das Konzept von sozialer Innovation als „*intendierter Eingriff*“ in soziale Probleme auch das Vorgehen von Unternehmen unter wirtschaftlichen und sozialen Zielsetzungen umfasst (Howaldt und Schwarz 2010a, S. 89). Wohnungsumbau und Herstellung technischer Hilfsmittel sind traditionell die Branchen, in denen in der Regel von privaten Handwerkern sowie Unternehmen produziert wird. Die traditionell marktgängigen Produkte werden nun zunehmend zum Teil auch wohlfahrtsstaatlich finanziert, und demnach unterliegt die Versorgung mit diesen auch der wohlfahrtsstaatlichen Steuerung. Trotz der wachsenden sozialpolitischen Bedeutung der altersgerechten Wohnungsanpassung bleiben die privat-gewerblichen Träger zwar als Produzent oder Hersteller bestehen, jedoch ergeben sich insgesamt neue Geschäftsmodelle und Wertschöpfungsketten für den Markt. Besonders ausgeprägt hierbei ist, dass nun die privatwirtschaftlichen Träger als wesentliche Akteure in der Wohnungspolitik gelten. Die altersgerechte Wohnungsanpassung ist somit ein passendes Beispiel,

um durch den demografischen Wandel hervorgehobene gesellschaftliche Herausforderungen sowie damit verbundene Dynamiken der sozialen Praktiken zu analysieren.

Das Einbeziehen der gewerblichen Träger in die Versorgungsstruktur von Sozialpolitik bedeutet eine neue Gestaltung des wohlfahrtsstaatlichen Arrangements. Aufgrund der Tendenz zu einer erhöhten Vielfalt an Akteuren in der Wohlfahrtsproduktion wird ein Umdenken hinsichtlich der Wohlfahrtspolitik gefordert. Dies bedeutet zugleich eine Chance auf eine neue Rollenverteilung, vor allem auf die Schaffung eines *Wohlfahrtsmix*, wobei verschiedene relevante Akteure zur Vernetzung aufgerufen werden. Eine „*richtige Mischung*“ der öffentlichen und privatwirtschaftlichen Trägergruppen ist hierbei vonnöten, welche sich Heinze und Ley zufolge als „*Feld des Experimentes für die Konzepte des Wohlfahrtsmix*“ bezeichnen lässt (Heinze und Ley 2009, S. 81; Heinze und Naegele 2010, S. 304).

Hinsichtlich der Besonderheiten des *Wohnens im Alter* sagt Naegele, dass es sich dafür eignet, neue und sozial innovative „*strategische Allianzen*“ zu etablieren (Naegele 2013b, S. 21). Unter den Stichworten *ambulant vor stationär* und *möglichst länger zu Hause wohnen* wird in der Tat für die altersgerechte Wohnungsanpassung eine Form des Wohlfahrtsmix organisiert. In dieser Studie wird insofern die These vertreten, dass der erfolgreiche Wohlfahrtsmix eine soziale Innovation darstellt. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die an diesen Prozessen beteiligten öffentlichen Träger und die privaten Partner im Wesentlichen unterschiedliche Interessenslagen haben. Diese Studie stellt die Frage, ob diese verschiedenen Interessen und Zielsetzungen im Rahmen von Verhandlungen, Vereinbarungen sowie Kooperationen miteinander kompatibel sein können.

Vor diesem Hintergrund zeigen öffentliche und private Akteure durchaus gemischte Interessenslagen, aber die Interdependenzen zwischen öffentlichem und privatem Sektor nehmen vermehrt zu – wohl auch deswegen, weil die Marktteilnehmer im Bereich der Wohnungsanpassung als neue Akteure des Wohlfahrtsmarktes einbezogen werden. Wie bereits oben angedeutet, müssen insofern entsprechende Netzwerke dieser Akteure aufgebaut und deren Zusammenarbeit sichergestellt werden, um den Übergang älterer Menschen ins Altenheim zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern. Dennoch ist es aufgrund der Tatsache, dass die öffentlichen und privaten Akteure in der Regel wesentlich unterschiedliche Interessen haben, fraglich, ob diese Ziele komplementär sein können. Den bisher veröffentlichten Berichten zufolge wird jedoch deutlich, dass in Bezug auf die Zusammenarbeit oder Vernetzung der verschiedenen Akteure große Defizite bestehen (Köhler und Goldmann 2010, S. 260).⁵⁸

⁵⁸ Hinsichtlich der altersgerechten Wohnungsanpassung im Bestand stehen in der Regel die gewerblichen Träger nicht unbedingt in direkter vertraglicher Beziehung mit den öffentlichen Trägern. Der Nutzer oder

Demgegenüber wird hierbei das Augenmerk auf die Funktion der Wohnberatung gerichtet. Der Wohnberater ist ein relativ neuer Akteur in der sozialpolitischen Versorgungsstruktur, der als Fallmanager für altersgerechtes Wohnen agiert. Er beschäftigt sich mit der Frage, welche Maßnahme im Einzelfall bedarfsgerecht und erforderlich ist und welche Möglichkeiten es zur Finanzierung gibt. Aufgrund der oben beschriebenen Akteursvielfalt in der Wohnungsanpassung ist in der Wohnberatung vor allem interdisziplinäre und interprofessionelle Vernetzung gefragt. In diesem Zusammenhang stehen hierbei die Auswirkungen der Arbeit der Wohnberater auf die Akteurskonstellation in der altersgerechten Wohnungsanpassung im Fokus der Betrachtungen. Mithilfe der empirischen Untersuchung in dieser Studie wird auf ihre koordinierende Funktion näher eingegangen werden. Nicht zuletzt geht diese Studie der Frage nach, in welchem Zusammenhang die Wohnberatungsstellen mit dem Konzept von sozialer Innovation verbunden sind.

Bewohner trifft selbst eine Entscheidung für einen Anbieter, und die Vergütung von privat-gewerblichen Anbietern erfolgt durch die öffentliche Hand oder durch den Nutzer (Antragsteller) oder durch beide. In diesem Fall entsteht die Beziehung zwischen öffentlichen und privaten Trägern über die Vertrags- sowie Kaufentscheidung vonseiten der Antragsteller. Diese öffentliche Finanzierung gewährt dem Nutzer erhöhte Kaufkraft und den privaten Unternehmen eine neue Chance für profitable Geschäfte. Neben der objekt- oder subjektbezogenen Finanzierung für Pflegebedürftige oder sonstige Konsumenten werden zurzeit kurzfristige sowie längerfristige Projekte zur Forschung und Entwicklung von Maßnahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung gesellschaftlich finanziert. Das hängt auch damit zusammen, dass die Entwicklung neuer Technologien für die medizinische und pflegerische Betreuung im Wohnraum nicht nur mit dem privaten Interesse von Entwicklern und Herstellern, sondern auch mit gesellschaftlichem Interesse verbunden ist. Darüber hinaus werden die altersgerechte Umgestaltung der Wohnung und der Einsatz technischer Hilfsmittel als potenzielle Wachstumsbranchen angesehen, und demnach ist diese Entwicklung auch für die künftige Wettbewerbsfähigkeit der Industrie von Bedeutung.

4.4. **Zwischenfazit**

Die aktuellen Diskussionen über den Wohlfahrtsstaat legen nahe, dass angesichts der weltweiten Wirtschaftskrise und globaler Marktintegration die umfassende staatliche Versorgung an ihre Grenzen gestoßen ist und somit eine grundlegende Veränderung hinsichtlich der sozialen Infrastruktur erforderlich ist. Darüber hinaus ist demografischer Wandel ebenso mit der Notwendigkeit der Neugestaltung der sozialen Sicherungssysteme verbunden, da er erhebliche gesellschaftliche Finanzierungsdefizite mit sich bringt.

Es gibt demnach zunehmend die Forderung, dass die Verantwortung der sozialen Sicherung nicht lediglich dem staatlichen System überlassen werden darf. Von Wohlfahrtspluralismus und neuem Wohlfahrtsmix ist vor diesem Hintergrund die Rede. Das verweist darauf, dass in den verschiedenen Bereichen der Wohlfahrtsproduktion neue Akteure einbezogen werden können und sich die Wechselwirkungen ihrer Handlungen verändern. Im Zuge des Reformdiskurses über den Wohlfahrtsstaat wird in dieser Studie der Fokus auf die „wohlfahrtsstaatliche Einbettung“ von Märkten gerichtet. Hierbei geht diese Studie von dem Konzept eines Wohlfahrtsmarktes aus, in dem Güter und Dienstleistungen gehandelt werden, die mit sozialpolitischen Zielsetzungen verbunden sind. Im Rahmen des Wohlfahrtsmarktes wird zwar die staatliche Verantwortung der Wohlfahrtsproduktion auf die Märkte verlagert, dies soll jedoch dazu dienen, sozialpolitische Ziele zu erreichen.

Diese Studie stellt sich außerdem die Frage, ob der Marktmechanismus im Rahmen des Wohlfahrtsmarktes in der Realität wie erwartet dazu dienen kann, sozialpolitische Ziele zu erreichen. Im Markt werden die Ressourcen über Knappheitspreise gehandelt und damit effiziente Allokation erzielt – ein Mechanismus, der sich von traditioneller wohlfahrtsstaatlicher Versorgung wesentlich unterscheidet. Insofern werden die Bedingungen und Einflussfaktoren für das Erreichen der sozialpolitischen Ziele im Rahmen des Wohlfahrtsmarktes in diesem Zusammenhang auch thematisiert. Genau hier setzt die Fragestellung der vorliegenden Studie an: Sorgt der profitorientierte Marktprozess für die Bearbeitung der sozialen Risiken und Problemlagen – und wenn ja, in welchem Umfang? Welche Faktoren sind entscheidend, um im Rahmen des Marktmechanismus sozialpolitische Ziele zu erreichen?

Auf diese Fragestellung wird in der vorliegenden Studie anhand des Beispiels altersgerechter Wohnungsanpassung eingegangen werden: In der Wohnungspolitik für ältere Menschen sind derzeit grundlegende Reformprozesse zu beobachten, die unter den Schlagwörtern *selbstständiges Wohnen* sowie *ambulant vor stationär* subsumiert werden können. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Pflegekassen und die Kommunen mit der Unterbringung der älteren Menschen und

Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen finanziell überfordert sind. Die bauliche sowie technische Infrastruktur im Wohnraum gilt für die älteren Menschen, die die meiste Zeit zu Hause verbringen, als einer der wichtigsten Faktoren für die Selbstständigkeit zu Hause. Da der nicht altersgerecht ausgestaltete Wohnraum insofern eine wesentliche Hürde zur selbstständigen Lebensführung in der Wohnung ist, sollen der Umbau der Wohnung sowie der Einsatz technischer Hilfsmittel dem langen Verbleib zu Hause dienen. Vor dem Hintergrund der sozialpolitischen Zielsetzung der Vermeidung eines Heimeinzuges ergibt sich hieraus eine erhöhte finanzielle Unterstützung der öffentlichen Hand für verschiedene relevante Maßnahmen.

Besonders bemerkenswert ist, dass die Wohnungsanpassung traditionell als ein auf den Markt ausgerichteter Bereich gilt. Während in der stationären Pflege öffentliche Planung und in der ambulanten Pflege die korporative Koordination dominierende Allokationsmechanismen bilden, spielt bei der altersgerechten Wohnungsanpassung der Marktmechanismus eine vergleichsweise größere Rolle. Im Vergleich zur Altersvorsorge oder Bildung zählt insofern die Wohnungsanpassung nicht als Paradebeispiel für klassische Sozialpolitik. Hierbei gilt es insofern, den gewohnten Fokus von Sozialpolitik auf zum Beispiel Armutsvermeidung um die Kategorie Markt zu erweitern, was zuvor nicht als ein zur sozialen Sicherung relevanter Bereich angesehen wurde.

Diese Neudefinition der Grenze zwischen Staat und Markt beeinflusst vor allem die Akteursdynamik der relevanten Akteure. Hierbei wird das Verhältnis von öffentlichen und privaten, kommerziellen Akteuren neu geordnet. Es ist indes eine große Herausforderung, dass sich Akteure aus unterschiedlichen Branchen mit ihren heterogenen Interessen und Zielsetzungen im Rahmen des Wohlfahrtsmarktes zusammensetzen. Von einer neuen Vorgehensweise wird insofern erwartet, dass sie sektoren- und abteilungsübergreifend vernetzt wird. Der Aufbau eines Versorgungsnetzes zur Umsetzung der geplanten Politik ist tatsächlich zwar eine seit Langem gestellte Forderung, aber die praktische Herangehensweise und die Einflussfaktoren für diese Vernetzung wurden bisher wenig beleuchtet.

Zur Praktizierung umfassender Wohnungsanpassungen für einen langen Verbleib zu Hause ist ein zugleich interdisziplinärer und branchenübergreifender Ansatz notwendig. Jedoch wurde hinsichtlich dieser Politik bisher nur der technische Ansatz betrachtet, und die gesellschaftlichen Zusammenhänge wurden nur am Rande erwähnt. In dieser Studie wird daher die These aufgestellt, dass hierbei auch nicht-technische Neuerungen vonnöten sind. Hinsichtlich der sektorenübergreifenden Vernetzung und Zusammenarbeit kommt zudem dem Konzept von sozialer Innovation wachsende Bedeutung zu. Soziale Innovation ist der Ansatz, der von bestimmten Akteuren und Akteurskonstellationen ausgeht und praktische Lösungen von sozialen Problemen

anregt. In dieser Studie findet dieses Konzept Anwendung, um die Partnerschaft von öffentlichen und privaten Akteuren im Rahmen des Wohlfahrtsmarktes zu thematisieren. Unter diesem Aspekt wird vor allem der Akteurskonstellationen der öffentlichen und privaten Akteure nachgegangen und dabei gefragt, ob und wie die Dynamik der Wechselwirkungen der Handlungen dieser Akteure den sozialpolitischen Zielsetzungen dient. Dabei wird weiterhin beleuchtet, inwieweit die Konzepte von sozialer Innovation und Wohlfahrtsmarkt miteinander in Verbindung stehen. In diesem Zusammenhang wird ferner auch die Funktion der Wohnberatung betrachtet, bei welcher insbesondere das Land Nordrhein-Westfalen mit Best Practice vorangeht. Der Wohnberater wird in dieser Studie als wichtiger Akteur der sozialen Innovation angesehen, und es wird daher auch der Frage nachgegangen, welche Rolle der Wohnberater (als Fallmanager) bei der Umsetzung sozialer Innovation spielt.

5. Methodisches Vorgehen

5.1. Forschungsgegenstand und Forschungsdesign: Kernakteure im Rahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung und Funktion der Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen

Im empirischen Teil der vorliegenden werden vor allem folgende Akteursgruppen betrachtet: öffentliche Kostenträger (Kassen, Kommunen) sowie Unternehmer und Ratsuchende.⁵⁹ Darüber hinaus gilt die Wohnberatung als ein wichtiges Element, worauf in Kapitel 3.4 näher eingegangen wurde. In erster Linie soll hierbei beantwortet werden, wer diese zu untersuchenden Akteure sind und wie deren Interessenslagen in Bezug auf den Markt für altersgerechte Wohnungsanpassung dargestellt werden können.

1) Forschungsgegenstand und das Ziel der Studie

<Fokusthemen>

Der Markt für altersgerechte Wohnungsanpassung als Wohlfahrtsmarkt

Wohnberater als Initiator sozialer Innovation

Der Forschungsgegenstand dieser Studie sind Trägerstrukturen und Akteurskonstellationen im Bereich der altersgerechten Wohnanpassung sowie deren Wechselwirkungen. Hierzu gehören nicht nur Individuen, sondern auch bestimmte Berufsfelder sowie Organisationen. Die Kernakteure lassen sich grob in Wohnberater, öffentliche Kostenträger, Unternehmer sowie Ratsuchende einteilen. Sie umfassen öffentliche Akteure aus dem politisch-administrativen Bereich sowie private Akteure aus den Bereichen Wirtschaft und Zivilgesellschaft.

An dieser Stelle wird empirisch untersucht, wie sich im System der Wohlfahrtsproduktion das gewinnbringende unternehmerische Verhalten der Marktakteure gestaltet. Hierbei stellt sich die Frage, ob die Marktorientierung der Unternehmer im Rahmen der Wohlfahrtsproduktion mit den sozialpolitischen Zielen vereinbart werden kann. Darüber hinaus – aufbauend auf dem oben

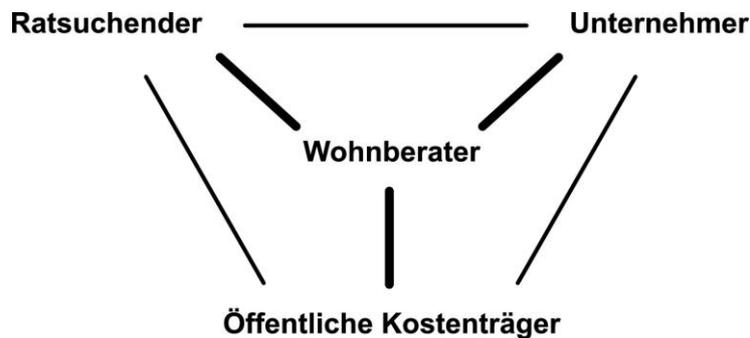
⁵⁹ Das hängt damit zusammen, dass in Bezug auf die altersgerechte Wohnungsanpassung ein historisch gewachsener Markt besteht, sodass die Beziehung zwischen öffentlichen und privaten Akteuren bei der Umsetzung der sozialpolitischen Vorgaben von Bedeutung ist.

analysierten Konzept von sozialer Innovation – wird an dieser Stelle die Frage gestellt, ob die Wohnberater als Initiator sozialer Innovation agieren können. Hierbei wird vor allem die Einrichtung und Entwicklung der Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen unter dem Aspekt der Sozialpolitik beleuchtet.

2) Forschungsdesign

Das Forschungsdesign dieser Studie lässt sich anhand dieses Bildes darstellen.

<Abbildung 9: (Dynamik der) Kernakteure für altersgerechte Wohnungsanpassung>



Quelle: Eigene Darstellung

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf der Darstellung der Dynamiken zwischen den involvierten Akteuren. Durch die Analyse sollen die Dynamiken zwischen den verschiedenen relevanten Akteuren und die intervenierende sowie koordinierende Rolle der Wohnberater im Rahmen der sozialpolitischen Zielsetzung dargelegt werden. Im Folgenden sollen zunächst die Charakteristika und Funktionen der einzelnen Akteure analysiert und zusammengefasst werden.⁶⁰

Unternehmer: Im Bereich der altersgerechten Wohnungsanpassung treten – wie vorhin angedeutet – traditionell die gewerblichen Träger, die durch ihr Gewinninteresse geprägt sind, als Anbieter auf. Am Markt gibt es demnach mehrere regionale Anbieter und Anbieterketten. Marktteilnehmer als Auftragnehmer oder Anbieter von Maßnahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung sind beispielsweise Handwerker und Entwickler sowie Hersteller von Produkten im Bereich (Pflege-)Hilfsmittel. Vor dem Hintergrund der sozialpolitischen Bedeutung der altersgerechten Wohnungsanpassung treten nun diese gewerblichen Träger als wichtige Anbieter in den Wohlfahrtsmärkten auf. Die Handwerker oder Entwickler und Hersteller der technischen Geräte und technischen Assistenzsysteme bieten Lösungen zum barrierefreien Leben in der eigenen Wohnung und somit zur selbstständigen Lebensführung an.

⁶⁰ Auf die Wohnberater, auf denen in dieser Studie das Augenmerk liegt, wurde in Kapitel 3.4 bereits ausführlich eingegangen.

Unter diesen Marktteilnehmern läuft ein Wettbewerb um mehr Aufträge und Erträge ab. Hier ist die Kompetenz der Unternehmer sehr entscheidend. Von den Anbietern wird demnach erwartet, leistungstechnisch und auch vom Preis her konkurrenzfähig zu sein. Bei der Entwicklung beispielsweise neuer Produkte bedarf es insofern einer Sensibilisierung in Bezug auf die Bedürfnisse oder Präferenzen der Nutzer und der Fähigkeit, diese in neue Produkten umzusetzen. In diesem Zusammenhang werden diejenigen Anbieter, die zur altersgerechten Umgestaltung der Wohnung passgenaue günstige Lösungen in hoher Qualität bereitstellen, im Markt erfolgreich sein. Darüber hinaus müssen sich Entwickler und Hersteller von Hilfsmitteln auch einem Wettbewerb aussetzen, um zu erreichen, dass ihre Produkte im Hilfsmittelverzeichnis (§ 139 SGB V) aufgeführt werden, welches eine marktsteuernde Wirkung hat.

Damit bestehen in dieser Marktbranche ideale Voraussetzungen, um Innovationen auf den Weg zu bringen. Die innovativen Produkte und Technologien werden in diesem Zusammenhang marktreif erarbeitet. Schumpeter sieht den Unternehmer als Hauptakteur der Einführung von Innovation, der zur Ausübung von Autorität und zu vorausschauender Planung fähig sein muss (Schumpeter 1952, S. 100). Da die altersgerechte Wohnung als „Wachstumsbranche“ gilt, wird von diesen gewerblichen Marktakteuren zusätzlich Innovationsfähigkeit gefordert, wodurch ein Beitrag zur Entwicklung von technischen Lösungsansätzen geleistet werden kann, die einen längeren Verbleib zu Hause ermöglichen. Beispielsweise wird der Handwerker, der den Kundenwunsch „von der Idee bis zur Markteinführung“ umsetzt, in diesem Zusammenhang als „Multiplikator bei der Verbreitung neuer Technologien“ bezeichnet (Albrecht und Pütz 2008, S. 17).

Ratsuchende⁶¹: Für diese Personengruppe gibt es sehr unterschiedliche Bezeichnungen, die sich danach richten, welcher Aspekt ihrer Rolle im jeweiligen Kontext betont wird: Ratsuchende, Konsumenten, Nutzer, Bedürftige, Versicherte, Berechtigte etc. Je nach ihrer Situation sind sie entweder förderfähig für die durchzuführende Maßnahme der Wohnungsanpassung oder sie sind Eigenzahler. Auch im Falle einer Förderung vonseiten der Kostenträger müssen die Ratsuchenden außerdem häufig einen hohen Anteil selbst bezahlen, da die Förderung gedeckelt ist. Bei der Gewährung der öffentlichen Finanzierung ist bei der altersgerechten Wohnungsanpassung das Kriterium „Vorhandensein einer Pflegestufe“ sehr entscheidend. Des Weiteren gelten das Krankheitsbild und die amtlich anerkannte Behinderung als entscheidende Kriterien, um über die

⁶¹ Zu beachten ist, dass der Ratsuchende oder Konsument im Rahmen der Wohnungsanpassung als ein bedeutender Kostenträger gilt, da insbesondere Ratsuchende ohne Pflegestufe einen großen Teil der Kosten selbst tragen müssen. Jedoch ist der für die vorliegende Studie entscheidende Aspekt die Zusammenarbeit zwischen der öffentlichen Hand und den privat-gewerblichen Anbietern, sodass die Gruppe der Ratsuchenden hierbei relativ randständig betrachtet wird.

Kranken- oder Pflegekasse förderfähig zu werden. Ratsuchende ohne Pflegebedarf oder Schwerbehinderung müssen im Wesentlichen die anfallenden Kosten für altersgerechte Umbaumaßnahmen selbst tragen. Die Ratsuchenden haben darüber hinaus als Versicherter oder Staatsbürger einerseits das Recht, bei vorliegendem Bedarf gefördert zu werden, aber andererseits auch die Pflicht, zur zweckgemäßen Nutzung der öffentlichen Gelder beizutragen und dementsprechend die öffentliche Hand möglichst zu schonen. Im Zuge der fortschreitenden Alterung der Gesellschaft sieht man diesbezüglich bei den Eigenzählern großes wirtschaftliches Wachstumspotenzial, vor allem für die präventive Anwendung der Maßnahmen.

Wichtige öffentliche Kostenträger: Die Kranken- und Pflegekassen sowie Bund, Land und Kommunen stellen Fördermittel für eine altersgerechte Umgestaltung der Wohnung zur Verfügung. Je nach der Situation der Ratsuchenden finanzieren auch Träger wie die Rentenversicherung, Unfallversicherung etc. Maßnahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung, aber an dieser Stelle wird vor allem auf die häufigsten Kostenträger – Kommunen und Kranken- bzw. Pflegekassen – fokussiert werden. Diese Schwerpunktsetzung ist auch darin begründet, dass diese Akteure von der infolge der Einrichtung einer altersgerechten Wohnung verhinderten Heimunterbringung am meisten profitieren. Für eine ausführliche Betrachtung von Finanzierungsaspekten siehe Kapitel 3.3.3..

Kommune ⁶²: Als Träger der öffentlichen Verwaltung können der Staat, die Länder oder die Kommunen angesichts der alternden Gesellschaft die altersgerechten Wohnungsanpassungen

⁶² Als wichtige Finanziere der Sozialpolitik spielen der Staat und die Kommunen eine wesentliche Rolle bei der Ausgestaltung der Altenpolitik. Als zentrales politisches Organ beschäftigt sich der Staat vor allem mit der Sozialgesetzgebung und entsprechender sozialpolitischer Flankierung. In Rahmen der staatlichen Regulierung wird demnach die gesellschaftliche Wohlfahrtsproduktion gestaltet und sichergestellt. Daneben übernehmen die Länder die Rolle als Gewährleister, sie erarbeiten somit die Leitlinien und bestimmen die Ziele des Landes (Becke et al. 2011, S. 44). Den Kommunen fällt dennoch die Schlüsselfunktion bei der Versorgung der älteren Menschen zu, was auf dem Grundgesetz (Art. 28 GG, Abs. 2) gründet: „*Den Gemeinden [...] (muss) das Recht gewährleistet sein, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln.*“ Für die Versorgung auf kommunaler oder lokaler Ebene kommt in diesem Zusammenhang eine führende und steuernde Funktion von Kommunen in Betracht. Die Kommunalverwaltung umfasst insofern Initiierung und Moderierung der geeigneten „*Instanz*“ und „*Entwicklungspartnerschaften*“ (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. 2008, S. 13). Da die Systeme der sozialen Sicherheit ein zentrales Element des kommunalen Lebens sind, arbeiten die Kommunen an der Umsetzung der sozialen und infrastrukturellen Daseinvorsorge. In den Kommunen liegt somit die Zuständigkeit für die Steuerung der unterstützungsbezogenen Akteure und der Vernetzung zu deren Zusammenarbeit. Außerdem stellt der demografische Wandel die Kommune vor die Anforderung, auf den wachsenden Bedarf an Versorgung der älteren Menschen und altersgerechten Angeboten zu reagieren. Dies führt zudem dazu, dass die Kommune neue Arbeitsfelder und somit eine neue Aufgabe der Koordination hat.

Angesichts der gesellschaftlichen Herausforderung werden Naegele zufolge die Handlungsspielräume der Kommunen wie folgt zusammengefasst:

attraktiver machen, welche im Endeffekt hohe Sozialkosten verringern sowie ihre Haushalte entlasten. Die altersgerechte Wohnungsanpassung wird als eines der staatlichen Programme zum *möglichst lange zu Hause Wohnen* je nach Regelung öffentlich finanziert. Bezüglich der altersgerechten Wohnungsanpassung beschäftigt sich der Bund vor allem mit den Aktionsprogrammen der Bundesministerien und der KfW-Bank. Die Länder indes setzen Anreize, um landespolitische Ziele zu erreichen – beispielsweise indem die Förderung der Investitionskosten vom stationären vermehrt in den neben-stationären Bereich verlagert oder der Umfang der Darlehen der Landesförderbanken und länderspezifische Förderprogramme zur altersgerechten Wohnungsanpassung erhöht werden; so verhindern die Länder den Übergang ins Pflegeheim oder zögern ihn hinaus.

Viele Kommunen haben auch im Rahmen der eigenen Programme ein lokales Konzept für diese Zielsetzung entwickelt. Die Schaffung von altersgerechten Wohn- und Infrastrukturen ist eines der wichtigsten Ziele der kommunalen Altenpolitik. Im Rahmen von Leistungen der Sozialhilfe oder kommunaler Sonderprogramme wird die altersgerechte Wohnungsanpassung von den Kommunen stellenweise auch mit anderen Mitteln finanziert. Da die kommunale Infrastruktur in der Praxis bei Fragen der altersgerechten Wohnungsanpassung in der Regel der nächste Ansprechpartner unter den öffentlichen Verwaltungen ist, werden für den empirischen Teil der vorliegenden Arbeit im Wesentlichen Mitarbeiter bei Kommunen befragt.

-
- *Moderieren, Begleiten, Vernetzen, Bündeln und Steuern,*
 - *eigenständige kommunale Angebote zur Stützung und Absicherung der häuslichen Pflege,*
 - *„Leuchtturmfunktion“ der eigenen Dienste und Einrichtungen,*
 - *Förderung niederschwelliger Angebote,*
 - *Informations- und Beratungsaufgaben,*
 - *Bereitstellung neuer Wohnformen,*
 - *Mitwirkung bei der Sicherung der Pflegequalität,*
 - *Mitwirkung beim Abbau von Schnittstellenproblemen,*
 - *Mitwirkung bei der integrierten gesundheitlichen Versorgung,*
 - *Mitwirkung an den lokalen Pflegestützpunkten und*
 - *Unterstützung bei einer lokalen „Kultur des Helfens“ (Naegle 2010, S. 101).*

In diesem Sinne bewerkstelligen und fördern die Kommunen die kommunalen sowie die regionalen Angelegenheiten finanziell und organisatorisch. Die Kommunen leisten diese Arbeit indes nicht allein. Hierbei werden die Vertreter von freien und privaten Trägern und der jeweiligen Kommune zusammengebracht. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene wird die Struktur von Steuerung und Planung geschaffen. Als *„Kooperationspartner oder Initiatoren“* übernehmen die Kommunen eine steuernde Funktion zur vernetzten Versorgung (Kreuzer und Scholz 2011, S. 54). Sie initiieren, koordinieren und tätigen die sozialpolitische Versorgung auf kommunaler Ebene durch die Zusammenarbeit mit freien und privaten Träger.

Kranken- und Pflegekassen: Neben den Kommunen sind die Kranken- und Pflegekassen wichtige Kostenträger bezüglich der altersgerechten Wohnungsanpassung. Die Sozialversicherung gilt als Risikogemeinschaft, durch die negativen Folgewirkungen von sozialen Risiken vorgebeugt wird und diese reduziert werden. Laut dem Versicherungsprinzip entsteht der Anspruch auf Leistung auf Grundlage des gezahlten Beitrages (Wendt 2013, S. 53). Die Beitragszahler finanzieren durch ihre Beiträge das System mit, und es gilt in der Regel die gemeinsame Selbstverwaltung des Geldfonds als Ordnungsprinzip. Bezüglich der altersgerechten Wohnungsanpassung kommt vor allem der Pflegeversicherung eine tragende Funktion zu. Sie beteiligt sich an der Finanzierung des altersgerechten Umbaus (wohnumfeldverbessernde Maßnahmen) und an der Anschaffung der Hilfsmittel für Pflegebedürftige. Die Kosten für Hilfsmittel, die ein Leben in den eigenen vier Wänden ermöglichen, werden ebenfalls von der Krankenversicherung übernommen. Dafür müssen die neu entwickelten Hilfsmittel zunächst in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden, wobei geprüft wird, ob sie der Prävention oder der Erleichterung einer Behandlung dienen. Vor diesem Hintergrund sollen im Folgenden die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit zusammengefasst werden.

5.2. Fragestellung

Dieser Arbeit wird ein exploratives, qualitatives Vorgehen zugrunde gelegt. Wie bereits in Kapitel 1 ausgeführt, lautet die Hauptfragestellung dieser Arbeit folgendermaßen:

Dienen die Marktmechanismen im Rahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung der Umsetzung der sozialpolitischen Zielsetzungen *möglichst langer Verbleib zu Hause* sowie *ambulant vor stationär*?

Welche Akteurskonstellationen und Dynamiken in der Zusammenarbeit zwischen den relevanten Akteuren haben sich seit der Einrichtung und Stabilisierung der Wohnberatung im Bereich altersgerechter Wohnungsanpassung ergeben?

Diese Hauptfragestellung lässt sich in verschiedene Teilaspekte ausdifferenzieren, die sich an den Stichwörtern *Wohnungsanpassung als Wohlfahrtsmarkt* und *Wohnberater als Initiator sozialer Innovation* orientieren:

Welchen Nutzen hat die altersgerechte Wohnungsanpassung für die älteren Menschen und deren Angehörige?

Wie ist das Innovationspotenzial des Marktes für altersgerechte Wohnungsanpassung einzuschätzen?

Welche Auswirkungen hat die Zuschusserhöhung der Pflegekasse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen im Jahr 2015 auf die Marktvorgänge und auf das Verhalten der relevanten Akteure?

Ist die Gewährung öffentlicher Fördermittel für altersgerechte Wohnungsanpassung zielführend für einen langen Verbleib in häuslicher Umgebung?

Wie beeinflusst die Wohnberatung den Markt für altersgerechte Wohnungsanpassung?

Wie wirkt sich die Koordinationsarbeit der Wohnberatung auf die Wechselwirkungen zwischen den anderen relevanten Akteuren aus?

Welche Akteure und Institutionen haben bei der Einrichtung und Stabilisierung der Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen eine wesentliche Rolle gespielt?

Welche Motive der Kommunen und Pflegekassen liegen der öffentlichen Förderung der Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen zugrunde?

5.3. Erhebungsmethode: Experteninterview

In dieser Studie sind die handlungsbezogenen Aussagen der relevanten Akteure wie Wohnberater, Sachbearbeiter bei internen Fachstellen (Kommunen, Kranken- und Pflegekassen) sowie Unternehmer von Bedeutung. Die Marktsituation für altersgerechte Wohnungsanpassung und die tatsächliche Funktion der Wohnberater – vor allem ihre Tätigkeit als Koordinatoren und deren Wirkung auf den Markt – sind bisher relativ wenig empirisch erforscht und ausführlich beschrieben worden, und Veröffentlichungen zu diesem Thema sind nur in begrenztem Maße vorhanden. Eine qualitative Untersuchung empfiehlt sich in erster Linie bei einem detaillierten Forschungsvorhaben in einem Bereich, in dem bisher wenig geforscht wurde. Die Untersuchung der individuellen Einstellungen der relevanten Akteure gegenüber den sozialpolitischen Zielsetzungen *möglichst langes Wohnen zu Hause* sowie *ambulant vor stationär* erfordert insofern ein qualitatives Forschungsdesign.

Durch die qualitative Forschungsmethode erschließen sich auch bislang wenig erforschte Wirklichkeitsbereiche (Flick et al. 2008, S. 25). Diese entdeckende Forschungslogik wurde von Brüsemeister im Rahmen eines Vergleiches mit quantitativer Forschung, die mit Hilfe von bestehenden Theorieaussagen konkrete Hypothesen aufstellt, folgendermaßen beschrieben: „*Qualitative Ansätze zielen dagegen auf die Entdeckung (Generierung) von Theorieaussagen anhand empirischer Daten*“ (Brüsemeister 2008, S. 19). Qualitative Forschung wird insofern angesetzt, um bestehende Forschungslücken zu schließen, und sie wird zur Theoriebildung oder als Beitrag dazu verwendet.

In diesem Zusammenhang lassen sich durch qualitative Interviews umfassende sowie tiefgründige Informationen erheben (Bogner und Menz 2009, S. 7). Im Gegensatz zu quantitativen Methoden, bei denen Repräsentativität im statistischen Sinne erreicht werden soll, werden durch die qualitative Forschungsmethode Verständnisse, Einstellungen, Haltungen sowie Reaktionen der Interviewten dargestellt und somit ein konkretes Bild der forschungsrelevanten Sachverhalte gezeichnet, wodurch ihre komplexen und interdependenten Strukturen und Inhalte gegenstandsgerecht erfasst werden können (Flick 2007, S. 13 f.).

Zur Datenerhebung in der vorliegenden Studie findet konkret das Erhebungsinstrument des Experteninterviews Anwendung. Diese sozialwissenschaftliche Feldforschungsmethode ist hierbei als Instrument der qualitativen Sozialforschung geeignet, da durch ihre Anwendung aktuelle, auf fachlichen Perspektiven und Erfahrungen basierende Informationen erhalten werden können. Mit Hilfe von leitfadengestützten Experteninterviews werden hierbei die realen Vorgänge im Wohlfahrtsmarkt und die Funktion der Wohnberatung erfasst. Durch geschickte Fragen lassen sich

Muster von Wechselwirkungen und Dynamiken zwischen den relevanten Akteuren aus verschiedenen Bereichen erkennen und darstellen.

Die interviewten Experten gelten außerdem zwar als Medium und als „Quelle von Spezialwissen“, aber nicht als Gegenstand der Untersuchung (vgl. Gläser und Laudel 2009, S. 11-12). Experteninterviews bieten den Forschern vor allem Zugang zum sozialen Feld (Bogner und Menz 2009, S. 7). Durch Experteninterviews lassen sich neue und aussagekräftige Informationen zum Verständnis der gängigen Praxis gewinnen, die in Bezug auf die Forschungsfrage der vorliegenden Studie von Bedeutung sind. Meuser und Nagel verweisen auf folgende Charakteristika von Experten: „eine Person wird zum Experten gemacht, weil wir wie auch immer begründet annehmen, dass sie über ein Wissen verfügt, das sie zwar nicht alleine besitzt, das aber doch nicht jedermann bzw. jederfrau in dem interessierenden Handlungsfeld zugänglich ist“ (Meuser und Nagel 1997, S. 484). Im Experteninterview haben somit die befragten Experten die spezifische Funktion als Wissensträger. Die Expertise der Befragten ermöglicht über das Führen und Auswerten von Experteninterviews den Erwerb eines Wissensvorsprungs. Bei den interviewten Experten ist insofern davon auszugehen, dass sie über bestimmte Informationen und Wissen bzw. zumindest über einen privilegierten Zugang zu diesen Informationen verfügen, welche sie sich durch ihre professionellen Handlungsfelder und bestimmten Berufsstände bzw. Positionen angeeignet haben. Demnach ist hierbei nicht nur „systematisches Fach- oder Sonderwissen“, sondern vielmehr „Praxis- oder Handlungswissen“ relevant (Wehmeyer 2013, S. 81).

Vor diesem Hintergrund wird das Experteninterview in der Regel weniger als ein Instrument zur strukturierten Erhebung, sondern eher explorativ eingesetzt (Meuser und Nagel 2009, S. 465). Deutlich hervorzuheben ist aber, dass hierbei nicht allgemeinen Sachverhalten oder sozialen Regeln, sondern vielmehr bereichsspezifischen, sachbezogenen Aussagen der Experten nachgegangen wird. Das Erkenntnisinteresse des Experteninterviews bezieht sich dementsprechend weniger auf die individuellen Perspektiven der Experten oder die subjektiven Deutungen und Interpretationen der relevanten Akteure, sondern stattdessen vielmehr auf die Generierung objektbezogener Aussagen. Meuser und Nagel formulieren dies folgendermaßen:

„Das Ziel ist [...], im Vergleich mit den anderen ExpertInnentexten das Überindividuell-Gemeinsame herauszuarbeiten, Aussagen über Repräsentatives, über gemeinsam geteilte Wissensbestände, Relevanzstrukturen, Wirklichkeitskonstruktionen, Interpretationen und Deutungsmuster zu treffen (Meuser und Nagel 2005, S. 80).“

Infolgedessen geht es bei dem Experteninterview vor allem um einen überindividuellen Forschungsgegenstand. Die Experten gelten im Rahmen des Experteninterviews als Repräsentanten des für die jeweilige Forschung interessanten organisatorischen oder institutionellen Kontextes, die ihr eigenes spezifisches Kontextwissen reflektiert weitergeben oder zur Problemlösung einsetzen

können (vgl. Meuser und Nagel 2005, S. 74). Meuser und Nagel halten hierbei fest, dass sich das Experteninterview zur „*Rekonstruktion komplexer Wissensbestände*“ eignet (Meuser und Nagel 1997, S. 481). Im Rahmen der Experteninterviews und ihrer Auswertungen werden insofern die relevanten sozialen Situationen rekonstruiert; ein Vorgehen, das darauf abzielt, erfahrungs- und wissensbasierte Erklärungen zu finden.

In Anbetracht des Erkenntnisinteresses der vorliegenden Arbeit ist die Erhebung von Informationen über wichtige Entscheidungsprozesse notwendig. Die Experteninterviews sollen hierbei unter Zuhilfenahme des privilegierten Zugangs der befragten Experten der Erfassung dieser Wissensbestände dienen. Die politische Initiative zur altersgerechten Wohnungsanpassung mit der sozialpolitischen Zielsetzung *ambulant vor stationär* sowie die politischen Entscheidungsprozesse für die Wohnberatung werden an dieser Stelle im Rahmen der Experteninterviews erfasst werden. Im Zentrum des Forschungsinteresses steht somit das Sonderwissen über fachbezogene Sachverhalte, wobei die Expertise der entsprechenden Interviewpartner für die Forschung entscheidend ist.

Um den untersuchten Gegenstand inhaltlich facettenreich darzustellen, muss eine bewusste Auswahl der Stichproben getroffen werden. Bei der Auswahl der Experten für diese Studie ist vor allem von zentraler Wichtigkeit, ob die Person aufgrund ihrer Tätigkeit spezifisches Expertenwissen über die zu erforschenden Sachverhalte erworben hat. Zudem wurde hervorgehoben, dass die Auswahl intersubjektiv nachvollziehbar, akzeptabel sowie begründbar sein sollte (Langer 2014, S. 185). Für die vorliegende Studie gelten die Wohnberater als die wichtigsten Interviewpartner. Dieser Expertenstatus der Wohnberater ermöglicht dieser Studie einen Zugang zu wichtigen Entscheidungsprozessen der relevanten Akteure.

Dabei ist auch zu beachten, dass nicht nur der Expertenstatus der Wohnberater, der den Zugang zu exklusiven Informationen ermöglicht, sie zu den zentralen Interviewpartnern dieser Studie macht. In dieser Studie wird vor allem darauf geachtet, Wohnberater aus möglichst verschiedenen trägerschaftlichen Strukturen und mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund als Interviewpartner zu gewinnen, um facettenreiche und intersubjektive Informationen zu gewinnen. Des Weiteren werden hierbei vorzugsweise Wohnberater mit langjähriger Erfahrung ausgewählt, um das historische Wissen bezüglich der Anfangsphase und der Entwicklungsprozesse der Versorgungsstruktur in Nordrhein-Westfalen mitzuerfassen. Die Gruppe der Interviewpartner setzt sich darüber hinaus aus Personen, die in Behörden (bei Kommunen und Kreisen) tätig sind, sowie aus Handwerks- und Hilfsmittelunternehmern zusammen.

5.4. Datensammlung

Das qualitative Experteninterview wird auf Basis eines Leitfadens durchgeführt. Der Leitfaden basiert auf theoretischem Vorwissen und wissenschaftlichen Grundlagen. Das leitfadengestützte Interview als Forschungsinstrument steuert den Forschungsverlauf, damit themenbezogenes Wissen erhoben werden kann. Dieser nach dem theoretischen Hintergrund entwickelte Leitfaden erwähnt nicht notwendigerweise die theoretischen Begriffe ausdrücklich; stattdessen werden die anzusprechenden Themen anhand des Leitfadens erzählanregend dargestellt, wodurch das Expertenwissen ins Interview einfließen kann (vgl. Meuser und Nagel 1997, S. 487; vgl. Lamnek 1995, S. 63 ff.). Der Leitfaden führt insofern dazu, dass die Einstellungen und Erfahrungen der Experten zu bestimmten Themengebieten sprachlich erfasst werden.

Der für die Durchführung des leitfadengestützten Interviews entscheidende Aspekt ist, dass die Offenheit des Gesprächsverlaufs gewährleistet wird. Die Teilstrukturierung des Leitfadens ist somit insofern von Belang, als dass sie Flexibilität und Offenheit des Interviews ermöglicht. In diesem Sinne werden auch hier teilstrukturierte Interviews eingesetzt: Der Leitfaden wird nicht sehr detailliert ausformuliert, und im Interviewprozess bleibt jede Erkenntnis offen, damit unerwartete Themendimensionierungen seitens des Experten durch die Perspektive des Forschers nicht verhindert werden können (vgl. Meuser und Nagel 1997, S. 487).

In der vorliegenden Studie wurde der Leitfaden für die Interviews auf Basis der Konzepte von Wohlfahrtsmarkt und sozialer Innovation entwickelt. Aufbauend auf diesen Konzepten bilden die Vorgänge im Markt für altersgerechte Wohnungsanpassung, die Funktion der Wohnberatung als sozialpolitische Versorgungsstruktur in Bezug auf diesen Markt, die Effekte der politischen Steuerungsmaßnahmen sowie die Einflussfaktoren auf die Tätigkeit der Wohnberater die Grundlage des Leitfadens. Die Analyse der bisherigen theoretischen Bearbeitung dieses Themengebietes und von Berichten aus der Praxis sowie die Teilnahme an relevanten Seminaren und Tagungen ermöglichten die Formulierung eines sowohl theoriegeleiteten als auch praxisnahen Leitfadens.

Der Leitfaden besteht daher aus vier Hauptkategorien. Auf Basis dieser Kategorien wurde der Leitfaden entwickelt und im Interview ergebnisoffen und flexibel eingesetzt. Die grundlegenden Fragen wurden allen Interviewpartnern gestellt, aber es wurden auch spezifische Fragen für das jeweilige Berufsfeld vorbereitet. Im Folgenden werden die erwähnten vier Hauptkategorien überblicksartig dargestellt (für den ausführlichen Leitfaden siehe Anhang).

<Tabelle 10: Interviewpartner und Themen der Interviewfragen>

Themen der Interviewfragen	Interviewpartner	Unternehmer	Wohnberater	Interne Fachkräfte (Kommune, Pflegekasse etc.)
Altersgerechte Wohnungsanpassung als Wohlfahrtsmarkt				
Politische Steuerung und Marktdynamiken				
Wohnberatung für einen langen Verbleib in der häuslichen Umgebung				
Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen				

Zentraler Themenbereich
 Nachrangig behandelter Themenbereich

Quelle: Eigene Darstellung

Wie obenstehend gezeigt, wurden die Unternehmer nach ihren Erkenntnissen über das konkrete Marktgeschehen und über die Innovationspotenziale des Marktes sowie nach ihrer Erfahrung im Umgang mit ihren Kunden gefragt. Den Wohnberatern wurden Fragen aus allen Hauptkategorien gestellt, aber je nach Trägerschaft der jeweiligen Institution und Arbeitserfahrung zusätzliche Fragen hinzugefügt. Bei den Mitarbeitern bei Kommunen und Kreisen sowie bei Pflegekassen wurde verstärkt nach den Finanzierungsmodalitäten der Maßnahmen der Wohnungsanpassung sowie der Wohnberatungsstellen gefragt. Von diesen internen Fachkräften der Kostenträgerseite (Kommunen, Pflegekassen) wurde insbesondere erwartet, dass sie bezüglich der Einrichtung und Weiterentwicklung der Wohnberatungsstruktur in Nordrhein-Westfalen erfahrungsbezogenes Wissen liefern können. Vor dem ersten Interview wurde außerdem die Tauglichkeit des Leitfadens durch ein Probeinterview mit einer Mitarbeiterin bei einem Forschungsinstitut, die in der Vergangenheit an einschlägigen Projekten mitgewirkt hat, überprüft und auf ihren Vorschlag hin einige Fragen angepasst.

Bei der Auswahl der Experten wurden je nach Berufsfeld verschiedene Strategien angewandt. In erster Linie wurden einige Wohnberater bei der Teilnahme an Seminaren und Tagungen angesprochen. Mithilfe dieser Kontakte konnte eine Art Schneeballsystem in Gang gesetzt und so weitere Interviewpartner gewonnen werden. Parallel dazu wurden Wohnberater in Institutionen verschiedener Trägerschaft per Email um ein Interview gebeten. Hierbei wurde insbesondere darauf Wert gelegt, dass möglichst Wohnberater aus verschiedenen Trägerschaftsstrukturen als Interviewpartner gewonnen werden konnten. Die Mitarbeiter bei Kommunen und Kreisen konnten – ähnlich wie die Wohnberater – sowohl durch Empfehlung als auch durch Initiativanfragen per Email kontaktiert werden. Um bedeutsame Ergebnisse zu erhalten, wurden in erster Linie direkt

relevante Sachbearbeiter bzw. Mitarbeiter in leitender Funktion angesprochen. Hinsichtlich der Kontaktaufnahme mit Unternehmern war vor allem die Aktivierung des Schneeballsystems entscheidend. Die meisten Unternehmer konnten durch Empfehlung und Vorstellung kontaktiert werden. Hierbei wurde darauf geachtet, sowohl bei Handwerkern als auch bei Hilfsmittelanbietern Interviewpartner aus verschiedenen Expertise-Bereichen zu gewinnen.

Über dieses Vorgehen konnten 23 Interviewpartner gewonnen werden; und nach den individuellen Terminabsprachen per Telefon und Email wurden persönliche Interviews durchgeführt.⁶³ Die Datenerhebung fand im Zeitraum von April 2016 bis August 2016 statt. Alle Interviews wurden in Nordrhein-Westfalen am Arbeitsplatz der Interviewpartner durchgeführt. Die Intervieworte waren demnach Wohnberatungsstellen, Stadthäuser, Kreishäuser, Pflegestützpunkte sowie Firmenbüros. Die Interviews wurden mit einer Dauer von 50 bis 120 Minuten geführt. Um eine maximale Konzentration auf das Gespräch zu gewährleisten, wurden die Interviews mit vorheriger Zustimmung der Befragten aufgezeichnet.

⁶³ Für eine Übersicht über die Interviewpartner und ihre Position sowie ihre Expertise siehe Anhang 1.

5.5. Datenauswertung

Im nächsten Schritt wurde das gesamte Tonmaterial der Interviews transkribiert. Nach der Transkription der 23 durchgeführten Experteninterviews folgte die Auswertungsphase. Die Transkripte hatten insgesamt einen Umfang von 451 Seiten. Das methodische Vorgehen für die Auswertung solcher Daten sollte dem Forschungsziel angepasst werden. Meuser und Nagel zufolge orientiert sich die Auswertung von Experteninterviews *„an thematischen Einheiten, an inhaltlich zusammengehörigen, über die Texte verstreuten Passagen – nicht an der Sequenzialität von Äußerungen je Interview“* (Meuser und Nagel 1997, S. 488)“. In diesem Sinne geht es hierbei weniger um Sequenzanalyse, sondern vielmehr darum, dass thematische Sinneinheiten hervorgehoben werden. Das Ziel der Auswertung ist es daher, anhand eines inhaltsbasierten Ansatzes und des *„gemeinsam geteilten institutionell-organisatorischen Kontext[es] der ExpertInnen“* Gemeinsamkeiten der Interviewdaten herauszuarbeiten. Insbesondere die Tatsache, dass das Expertengespräch leitfadenorientiert strukturiert wird, gewährleistet eine weitgehende Vergleichbarkeit der Interviewtexte (Meuser und Nagel 1997, S. 488; Bogner et al. 2013, S. 269). Bei der Auswertung dieser Untersuchungsdaten kam insofern die qualitative Inhaltsanalyse zum Einsatz. Im Folgenden werden Methode und Verfahren der Auswertung im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse kurz zusammengefasst.

Als Methode der Datenauswertung ist die qualitative Inhaltsanalyse *„ein Verfahren der intersubjektiven Zuordnung ausgewählter Textteile zu ausgewählten Bedeutungsaspekten mit dem Ziel einer systematischen Beschreibung der Textbedeutung“* (Rustemeyer 1992, S. 13). Im Rahmen dieser inhaltsanalytischen Vorgehensweisen werden also Erlebnisse und Gedanken der Interviewten klarer und transparenter gemacht und darüber hinaus relevante soziale Sachverhalte aufgedeckt. Dieser Auswertungsvorgang kann auf Texte jeder Art angewandt werden. Die Äußerungen in den Texten werden vor allem anhand des Kategoriensystems geordnet. Die Kategorien dienen hierbei als Variablen, die es erlauben, die Bedeutung dieser Äußerungen interpretativ zu beschreiben und auch latente Bedeutungen einzubeziehen.

Die qualitative Inhaltsanalyse wurde von verschiedenen Forschern ausdifferenziert und methodisch jeweils leicht verändert. Auf Basis der quantitativ ausgerichteten Inhaltsanalyse entwickelte Mayring (2003) ein qualitativ-inhaltsanalytisches Verfahren. Dabei wurde von ihm die Systematik der Vorgehensweise hervorgehoben und diese Methode im Wesentlichen als theoriegeleitetes Verfahren verstanden. Dies wird aber wegen der Fokussierung auf quantitativ ausgerichtete Verfahren und wegen des geschlossenen Kategoriensystems kritisiert (vgl. Gläser und Laudel 2009, S. 198 f.).

Die in der vorliegenden Studie verwendete Methode nach Kuckartz betont außerdem insbesondere die induktiv am Textmaterial entwickelte Kategorienbildung. Die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) ist relativ aktuell und wird in drei Varianten beschrieben: die *inhaltlich-strukturierende*, die *evaluative* sowie die *typenbildende qualitative Inhaltsanalyse*. Die aus den Interviews erhobenen Daten werden in der vorliegenden Studie im Rahmen der *inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse* nach Kuckartz ausgewertet. Die inhaltlich-strukturierte Vorgehensweise gilt als „*Beispiel für eine inhaltlich-reduktive Auswertung*“ (Lamnek 1995, S. 110 ff.). Bestimmte in den Interviews angesprochene Themen werden hierbei konzeptualisiert und anhand der ausgewählten inhaltlichen Aspekte systematisch beschrieben. Die verschiedenen Themen und inhaltlichen Aspekte werden anhand der Kategorien des Kategoriensystems strukturiert. Bei diesem Vorgehen erfolgt automatisch eine Reduktion der Datenfülle, wodurch forschungsrelevante Informationen zusammengefasst und kompakt kategorisiert werden können.

Der Ablauf der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse folgt systematischen und regelgeleiteten Schritten. Dieser Vorgang läuft nach einer festen Reihenfolge ab, angefangen mit der Exploration der Untersuchungsdaten über die die Entwicklung der Kategorien bis hin zur Codierung sowie Darstellung der Ergebnisse. Die Entwicklung und Anwendung der Kategorien stellt unter anderem den zentralen Vorgang innerhalb der Auswertung der qualitativen Inhaltsanalyse dar. Als ein „*Label zur Bezeichnung der in den Daten identifizierten Phänomene*“ bilden die Kategorien die Grundlage zur Zuordnung der Textstellen (Kuckartz 2014, S. 112). Neben den theoriegeleiteten Kategorien liegen bei der Methode von Kuckartz wie oben angedeutet die am Material entwickelten Kategorien im Fokus der Betrachtung sodass das Kategoriensystem an das Material angepasst ist, weil ein bestimmter Teil der Kategorien aus dem Material selbst stammt: Die Kategorien (und auch Subkategorien) basieren in den meisten Fällen sowohl auf für die Forschungsfrage relevantem theoretischen Vorwissen als auch induktiv auf analysierten Textmaterial, und insofern wird bei der Kategorienbildung häufig in einer Mischung von deduktiver und induktiver Vorgehensweise gearbeitet.

Auf Basis dieser Kategorienbildung folgt die Codierung, welche die thematische Ordnung des auszuwertenden Materials nach Kategorien ermöglicht. Kuckartz sieht einen zweistufigen Codierungsprozess vor (Kuckartz 2014, S. 112). Zunächst wird die Textstelle einer Hauptkategorie zugeordnet: Die Textabschnitte werden induktiv oder deduktiv entwickelten thematischen Kategorien zugewiesen.⁶⁴ Nach diesem ersten Schritt folgt die Ausdifferenzierung der

⁶⁴ Das Spektrum der Kategorien für die inhaltlich-strukturierende Herangehensweise ist groß. Kuckartz zufolge umfassen die Kategorien ein Spektrum von am Material direkt erworbenen „*natürlichen*

Hauptkategorien durch Subkategorien. Die Subkategorien werden direkt am Material gebildet, die Hauptkategorien dadurch konkretisiert und verfeinert. Auf Basis dieser inhaltlichen Strukturierung wird die Analyse weiter fortgesetzt (vgl. Kuckartz 2014, S. 112).

Mit Kuckartz lässt sich das Verfahren der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse in sieben Teilschritte aufspalten, die auch mehrfach durchlaufen werden können (Kuckartz 2014, S. 110).

- 1) *Initiierende Textarbeit: Markieren wichtiger Textstellen, Schreiben von Memos*
- 2) *Entwickeln von thematischen Hauptkategorien*
- 3) *Codieren des gesamten Materials mit den Hauptkategorien*
- 4) *Zusammenstellen aller mit der gleichen Hauptkategorie codierten Textstellen*
- 5) *Induktives Bestimmen von Subkategorien am Material*
- 6) *Codieren des kompletten Materials mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem*
- 7) *Einfache und komplexe Analysen, Visualisierungen (Kuckartz 2016, S. 100)*⁶⁵

Im Folgenden wird das Auswertungsverfahren der vorliegenden Studie nach diesen Schritten zusammengefasst. Zunächst wurde die initiierende Textarbeit getätigt. In dieser explorierenden Phase wurden hierbei die transkribierten Experteninterviews sorgfältig durchgelesen und wichtige Stellen markiert.

Danach folgte die Entwicklung thematischer Hauptkategorien. Diese erfolgte aus dem theoretischen Vorwissen, der Fragestellung der Studie sowie dem Interviewleitfaden. Die vorliegende Studie wurde vor allem auf Grundlage von Theorien zu den Themen Wohlfahrtsmarkt und Soziale Innovation durchgeführt. Nach der theoretischen Auseinandersetzung lassen sich zunächst innerhalb des Theoriekomplexes *Wohlfahrtsmarkt* die Unterthemen *Sozialpolitik* (und *sozialpolitische Zielsetzung*) sowie *Marktmechanismus* als zentrale Faktoren unterscheiden, und daraus wurden für die kategorienbasierte Auswertung in Anlehnung an die Forschungsfrage Kategorien abgeleitet. Bei dem Unterthema *Sozialpolitik* (und *sozialpolitische Zielsetzung*) wurden beispielsweise *Vermeidung eines Heimeinzuges*, *Wohlfahrtsmix* und *Ökonomisierungsprozess als Trend* als Hauptkategorien identifiziert, und bei dem Unterthema *Marktmechanismus* die Kategorien *Marktverhältnisse*, *Wettbewerb*, *Wirtschaftlichkeit*, *Innovation* sowie *unerwünschte Begleiterscheinung*. Daneben wurden anhand des Vorwissens und unter Zuhilfenahme sozialwissenschaftlicher Theorie zum

Kategorien“ bis hin zu abstrahierenden „*analytischen Kategorien*“. Daneben gibt es beispielsweise auch „*thematische*“, „*evaluative*“ sowie „*formale*“ Kategorien (Kuckartz 2016, S. 34-35).

⁶⁵ Für ein Ablaufschema der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse und für ausführliche Erläuterungen der jeweiligen Schritte siehe Kuckartz (2016, S. 100).

Thema Soziale Innovation folgende Kategorien entwickelt: *Vernetzung*, *Vermittlungsarbeit* und *Wohnberatung als Koordinatorin*. Die gesamte Kategorienstruktur wurde im Anhang aufgelistet.

Anhand dieser Hauptkategorien wurde das gesamte Material codiert. Nachdem die jeweilige Kategorie umfassend definiert wurde, wurde die Textstelle mit einem passenden Code versehen. Hierbei wurde eine Software (MAXQDA 12) zur erleichterten Handhabung der Texte und zur systematischen Arbeit mit den Codes genutzt. Danach wurden die in die gleiche Hauptkategorie codierten Textstellen zusammengestellt. Die Weiterbearbeitung dieser Textstellen führte zu der Notwendigkeit einer Ausdifferenzierung und Konkretisierung der Kategorien.

Daher wurden daran anschließend die Subkategorien bestimmt, die mithilfe der induktiven Herangehensweise direkt am Material identifiziert wurden. Diese Bearbeitung des Kategoriensystems verfeinert das Codesystem, womit die weitere Analyse und Interpretation eine Struktur erhält und wichtige Befunde des empirischen Verfahrens nicht vernachlässigt oder komplett übergangen werden: Beispielsweise wurde bei diesem Schritt die Hauptkategorie *Vermeidung eines Heimeinzuges* anhand der konkretisierten Unterkategorien *wirtschaftlicher Nutzen* und *gesundheitsfördernder und lebensqualitätsrelevanter Nutzen* weiter ausdifferenziert, und die Hauptkategorie *Wohlfahrtsmix* durch die Unterkategorien *Neue Akteure für die Wohlfahrtsproduktion* und *Relevante Finanzierungsmodalitäten* spezifiziert. Anhand dieses überarbeiteten Kategoriensystems wurden dann die entsprechenden Textpassagen zugeordnet. Parallel dazu wurde das ganze Kategoriensystem weiter modifiziert und angepasst. Im Rahmen dieser Arbeit wurden beispielsweise mehrere neue Kategorien direkt am Material abgeleitet und im Kategoriensystem ergänzt, zum Beispiel die Kategorien: *Flexibilität der freien Träger*, *Finanzierungsmix der Wohnberatungsstellen* und „*Die Frage ist nur: Wer bezahlt es?*“ (In-vivo-Code). Das Ergebnis der anhand dieses Kategoriensystems durchgeführten Analyse wird im folgenden Kapitel dargestellt.

6. Ergebnisanalyse

6.1. Altersgerechte Wohnungsanpassung als Wohlfahrtsmarkt

Die Maßnahme der altersgerechten Wohnungsanpassung ist weder eine rein marktwirtschaftliche noch eine rein wohlfahrtsstaatliche Angelegenheit, sondern wird von verschiedenen gesellschaftlichen Akteuren gestaltet. Im empirischen Teil der vorliegenden Studie wird das Zusammenwirken der verschiedenen relevanten Akteure, sozusagen der Wohlfahrtsmix, beleuchtet. In erster Linie wird anhand der Experteninterviews der Markt für Wohnungsanpassungsmaßnahmen aus der Perspektive „Wohlfahrtsmarkt“ analysiert. Weiterhin werden die Marktverhältnisse der altersgerechten Wohnungsanpassung und ihr Innovationspotenzial als Wohlfahrtsmarkt dargestellt.

6.1.1. *Altersgerechte Wohnungsanpassung zum möglichst lange zu Hause Wohnen*

Der Maßnahme der altersgerechten Wohnungsanpassung wird vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ein starker Bedeutungsgewinn zugeschrieben. Im Zuge der Umsetzung der Handlungs- und Leistungskonzepte *möglichst langes Wohnen zu Hause* und *ambulant vor stationär* ist die Schaffung einer häuslichen Infrastruktur einer der entscheidenden Faktoren. Und dieses Prinzip entspricht auch den persönlichen Wünschen der Menschen: Die älteren Menschen möchten auch bei Pflegebedürftigkeit oder Behinderung möglichst lange in ihren eigenen vier Wänden gut klarkommen. Der Verbleib in einer vertrauten Umgebung gilt außerdem als ein großes finanzielles Einsparpotential des Sozialstaates.

Das Interesse an altersgerechter Wohnungsanpassung ist mittlerweile gestiegen, aber erst in den letzten Jahrzehnten. Ein Mitarbeiter einer Kommune in Nordrhein-Westfalen erzählt hiervon: *Schon vor ca. 25 Jahren war das Thema der Wohnraumanpassung im Alter in den Städten noch nicht so im Blickfeld der Wohnungspolitik. Und auch noch nicht der Altenpolitik. Die damalige Bundesrepublik hatte die Altenpolitik insgesamt noch gar nicht so im Fokus wie heute (117061.31_001: 2 - 2).*

Eine Wohnberaterin, die seit langem in diesem Bereich beschäftigt ist, berichtet, dass früher die Akzeptanz gegenüber Pflegeheimen anders war als heute: *Also damals (1986 oder 1987), als wir hier angefangen haben, sind viele ältere Menschen relativ jung und gesund ins Altenheim gezogen, weil sie sagten: „Dann gewöhne ich mich da jetzt noch daran, ich bin dann da zu Hause und ich*

kann da alt werden.“ Und die haben dann wirklich manchmal 20, 30 Jahre im Altenheim gewohnt (517061.51_001: 2 - 2).

Nun hat sich die Situation vor allem vor dem Hintergrund des demografischen Wandels grundsätzlich geändert. Die enormen Kosten, die den Pflegekassen durch Unterbringung im Pflegeheim entstehen, haben zu dem Prinzip *ambulant vor stationär* geführt. In diesem Zusammenhang ist nun der möglichst lange Verbleib der Menschen in der vertrauten Umgebung eine wichtige kommunal- und sozialpolitische Zielsetzung: *Ja, das ist hier unsere absolute Zielrichtung. Ich habe ja auch zwei Kolleginnen, wir haben hier ein Projekt, das nennt sich „Ambulant vor Stationär“, wo wir ganz genau hinschauen, die Menschen beraten, was alles noch gemacht werden muss um den Einzug in das Pflegeheim zu verhindern (208061.12_001: 48 - 48).*

Aber ein Interviewpartner weist auch darauf hin, dass ein Großteil der Wohnungen in Deutschland nicht altersgerecht oder barrierefrei gebaut worden ist. Er erklärt dies folgendermaßen: *Alles, was bisher Bestand ist an Häusern, ist meistens aus der Nachkriegszeit und da war die Nutzung des Kellers aufgrund von Kohlen, die da eingelagert werden mussten, genauso wichtig oder noch wichtiger als heute. Also musste der Keller zum Teil etwas aus dem Boden heraus sein, damit man durch das Kellerfenster die Kohlen noch einbringen konnte. Auf der anderen Seite musste dann natürlich zwangsläufig das Erdgeschoss etwas angehoben sein, und man hat drei oder vier Stufen davor. Und so sind die meisten Häuser alle mit irgendeiner Treppe versehen, um auch ungebetenes, wie Mäuse, Ratten und so etwas, auszuschließen, die keine Treppen steigen können (607061.01_001: 16 - 16).*

Demnach muss man häufig bei auftretenden Einschränkungen der Mobilität die Wohnung zwangsläufig verlassen: *Und wenn die Leute die Treppen nicht mehr schafften, dann (...) blieb eben in der Regel nur noch das Altenheim, in das ja aber auch viele nicht hinein wollten (117061.31_001: 2 - 2).*

In diesem Zusammenhang werden finanzielle Mittel der Krankenkasse, Pflegekasse sowie Sozialhilfeträger bei altersgerechtem Umbau und bei der Beschaffung von Hilfsmitteln eingesetzt, um den Heimeinzug zumindest hinauszuzögern. Wenn die älteren Menschen auch mit Pflegebedürftigkeit in ihrer gewohnten Umgebung wohnen können, werden diese Kostenträger entlastet. Ein ehemaliger Mitarbeiter eines Sozialamtes drückt es folgendermaßen aus: *Dann kommt das wieder, wo ich sage, jeder Tag, wo jemand nicht im Heim ist, ist erstmal für die Person ein gewonnener Tag, aber auch für die Geldgeber, weil das ganz ganz wichtig ist. Denn der Unterschied zwischen dem, was sie an Pflege, in einer Pflegestufe an Pflegegeld bekommen und dem, was sie im Altenheim dann an Pflegegeld von der Pflegekasse bezahlen, der ist sehr groß (827061.91_001: 211 - 211).*

Oder anders ausgedrückt: *Je länger ich in der eigenen Wohnung bleiben kann, umso weniger werde ich dem Staat zur Last fallen (607061.01_001: 130 - 130).*

Vor diesem Hintergrund gibt es einen großen gesellschaftlichen Bedarf an barrierefreien Wohnungen, und die Schaffung dieser Wohnungen soll durch politische Anreize realisiert werden. Aber die Umsetzung ist noch nicht weit fortgeschritten: *Die Leute werden in den Wohnungen nicht bleiben können. Also ich schätze, in 20/30 Jahren wird es ganz schwierig werden mit Wohnraum, weil der einfach nicht angepasst ist. Aber das ist ein ganz schwieriger Lernprozess, glaube ich, auch für die Politik, wie wichtig das ist. Es geht mehr um Beschaffung von Wohnraum, aber nicht um die Beschaffung von barrierefreiem Wohnraum. Oder es geht um die Beschaffung von sozialem Wohnraum, also günstig bezahlt. Auch da fällt der barrierefreie Wohnraum zu weit hinten ab. Also wir haben zwar Projekte, aber viel zu wenig (726061.9_001: 28 - 28).*

Diese bisherigen Beobachtungen weisen darauf hin, dass es vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der damit verbundenen enormen gesellschaftlichen Kosten ein Einsparpotenzial durch die Ausweitung ambulanter Versorgung gibt und der Staat dieses durch entsprechende politische Steuerung nutzen könnte. In dieser Studie wird vor allem darauf fokussiert, dass die Umsetzung altersgerechter Wohnungsanpassung im Rahmen eines marktwirtschaftlichen Mechanismus realisiert wird. Diesbezüglich werden im Folgenden die Besonderheiten dieses Marktes und die Interaktion der relevanten Akteure in diesem Markt anhand der Experteninterviews weitergehend analysiert.

6.1.2. Marktverhältnisse der altersgerechten Wohnungsanpassung und ihr Innovationspotenzial als Wachstumsmarkt

Es ist offensichtlich, dass nun vor dem Hintergrund des demografischen Wandels der Markt für altersgerechte Wohnungsanpassung auch einem Wandel unterworfen ist. In diesem Kapitel wird auf diese Marktverhältnisse näher eingegangen.

Mehrere Interviewpartner berichten, dass der Markt für altersgerechte Umbaumaßnahmen und Hilfsmittel in den letzten Jahren besonders expandiert ist: *Die Bekanntheit ist deutlich gestiegen, die Anzahl der Anbieter hat zugenommen in den letzten fünf, sechs, sieben, acht Jahren. Das ist gerade auf Messen deutlich zu sehen, wenn dann alle Anbieter ihre Produkte präsentieren (217061.41_001: 92 - 92).*

Das Spektrum der Hilfsmittel hat sich infolgedessen vergrößert und hat immer noch großes Wachstumspotenzial: *Das hat sich immer mehr ausdifferenziert, das Angebot. Es gibt nicht nur*

einen Haltegriff, sondern es gibt von dem Haltegriff noch fünf Variationen und das gibt es bei ganz, ganz vielen Produkten und, ja, man weiß gar nicht wie es in zehn, 15 Jahren aussehen wird, wie weit sich das noch differenzieren wird (915061.5_001: 40 - 40).

Zugleich ist die Zahl der Handwerker, die altersgerechten Umbau durchführen, im Vergleich zu vor ein bis zwei Jahrzehnten stark gewachsen und die Konkurrenz wird schärfer: *Ich denke mal, so ein Handwerker vor zehn Jahren oder 15 Jahren - mal so eine bodengleiche Dusche einbauen war eher die Ausnahme. Jetzt ist es eher die Regel und ich kann mir auch vorstellen, dass, so sage ich mal, Betriebe, die sich jetzt nicht mit dem Thema auseinandersetzen doch auch sehen, dass da eine Nische ist, wo man dann auch sehr gut sein Geld verdienen kann (915061.6_001: 78 - 78).*

Ein Handwerker nimmt an, dass dieser Wettbewerb in der Zukunft weiter wachsen wird: *Für die nächsten zehn Jahre würde ich sagen, geht es immer mehr in den barrierefreien Bereich. Der wird also stetig wachsen. (...) Es gründen sich im Moment viele große Unternehmen, die schon bundesweit agieren. Da weiß man nicht, inwieweit der Preiskampf immer noch weitergeht (707061.11_001: 301 - 301).*

Dieser Wettbewerb gibt den Unternehmern Anreize dazu, neue Produkte sowie Produktionsmethoden entwickeln, um sich in der wachsenden Konkurrenzsituation durchzusetzen: *Ich sage mal, die Starken werden überleben und die, die immer in die Preiskämpfe verfallen sind, die werden irgendwann auf der Strecke bleiben, ganz einfach. Deswegen muss man schauen, dass man sich irgendwo ein bisschen abhebt von dem normalen Bild des Anlagemechanikers, wie man das heute so bei uns schimpft. Und dementsprechend muss man die Aufgaben halt eben irgendwo so ein bisschen ausgliedern, dass man auch andere Sachen macht, was nicht jeder eben macht. (...) Und dann ist man aus der Vergleichbarkeit raus und kann auch neue Geschäftsfelder dann erschließen (707061.11_001: 301 - 301).*

Ein Interviewpartner sagt hierzu auch, dass die Handwerker im Kontext der Wettbewerbssituation sich um neue und bessere Ansätze bemühen: *Da gibt es durchaus auch Handwerker, die wirklich sehr, sehr gute Ideen haben und die auch wirtschaftlich interessante Ideen haben (115061.3_001: 185 - 185).*

Wie in Kapitel 4.2.3.2. erwähnt, gilt der Marktwettbewerb als ein wesentlicher Marktmechanismus, als eine „wichtige Triebfeder für Innovation“, und die innovativen Ansätze wiederum als wesentliche Erfolgsfaktoren im Markt. Aber Unternehmer betonen auch, dass im Rahmen der Marktwirtschaft neue Ansätze und weiterer Entwicklungsaufwand für Unternehmer häufig auch mehr Kosten zur Folge haben. Ein Unternehmer einer Hilfsmittelfirma sagt hierzu: *Es steckt eine Menge Entwicklungsarbeit in diesem Gerät, oder es sind eben gewisse Vorschriften zu erfüllen. Und man kann das nicht kostenlos machen, das geht nicht. Und solche Dinge begründen dann natürlich auch einen Preisunterschied. Das ist ganz klar (217061.41_001: 82 - 82).*

Alle Prozesse bei den Anpassungsmaßnahmen sind tatsächlich immer mit Kostenfragen verbunden: *Geld spielt halt immer eine Rolle. Und wenn man viel Geld einsetzt, dann kann man natürlich auch ganz viel machen (115061.3_001: 170 - 170).*

Bei einer unternehmerischen Entscheidung ist es selbstverständlich einer der wichtigsten Faktoren, dass der Umsatz den investierten Aufwand übersteigt, also ein Gewinn erzielt wird. Aufgrund der hohen Kosten und langen Zeiten, die zur Produktentwicklung zur Verfügung gestellt werden müssen, muss ein Unternehmer sich immer fragen: *Lohnt es sich, etwas dafür zu bauen, in einer Stückzahl, dass man es hinterher vermarkten kann? Weil die Kosten für die Entwicklung von Produkten natürlich immens hoch sind (607061.01_001: 22 - 22).*

Für diesen Markt, in dem Käufe zu einem großen Teil öffentlich finanziert werden, gibt es außerdem systemimmanente Einschränkungen in Bezug auf die Preisallokation. Ein Produktwickler übt diesbezüglich Kritik an den Kostenträgern, dass die Kostenträger wie zum Beispiel Krankenkassen auf Kosten von Unternehmern ihre Ausgaben niedrig halten wollen: *Das ganz große Problem sind natürlich die Kostenträger auf der einen Seite, die mit ihren Budgets nicht mehr auskommen, und deswegen auf Dumpingpreise setzen (607061.01_001: 30 - 30).*

Ein anderer Interviewpartner gibt auch zu, dass sowohl bei Hilfsmitteln als auch bei altersgerechtem Umbau mit zu stark gedrückten Preisen keine hohen Qualitätsstandards erfüllt werden können: *Ich habe ja schon einige Umbauten im Nachgang gesehen, ich sage mal, die Qualität wird ausreichend sein und zweckmäßig, was sie machen. Es wird jetzt kein hoher Standard sein. Weil auch ein hoher Standard wird dann natürlich auch den Preis haben (027061.61_002: 377 - 377).*

Einem Wohnberater zufolge ist es auch verständlich, dass unter diesen Bedingungen nicht auf individuelle Wünsche der Nutzer eingegangen werden kann: *Und die Qualität ist eigentlich eher mittelmäßig, also die ist einwandfrei, das ist sauber ausgeführt, aber es geht nach Schema F, weil zu einem Dumpingpreis können die nicht auf individuelle Wünsche eingehen. Sondern die (Handwerker) machen sich gegenseitig eigentlich nur das Geschäft kaputt (115061.3_001: 51 - 51).*

Diesbezüglich weist er aber auch darauf hin, dass in diesem Markt nicht Spezialanfertigungen, sondern überwiegend „Standard“-Produkte nachgefragt werden und es dabei nur ordentlich verarbeitete Produkte sein müssen: *Aber Spezialdinge brauchen wir eigentlich nicht, sondern das sind Standard-Handwerkerarbeiten, auf die man genau gucken muss, dass es passt. Aber mit besonderen Ausstattungsgegenständen haben wir es eigentlich selten zu tun. Das sind auch Standard-Hilfsmittel, Rollator, Duschrollstuhl, Duschhocker oder so was (115061.3_001: 57 - 57).*

Basierend auf diesen Beobachtungen kommt dieser Interviewpartner zu der eher gewagten Schlussfolgerung, dass in diesem „Markt“ die üblichen Marktmechanismen selten eine Rolle spielen: *Ich glaube auch, dass unsere Zielgruppe, überwiegend ältere oder hochalte, überwiegend*

krank Menschen, also chronisch kranke Menschen oder Menschen mit Behinderung, überwiegend mit geringen Einkommen oder vielleicht auch mal mittleren Einkommen, ich glaube, die spielen im Markt einfach keine Rolle (115061.3_001: 38 - 38).

Diese Einschätzung weicht relativ deutlich vom allgemeinen Empfinden ab, ist aber auch bemerkenswert, da sie die besondere Zielgruppe und Käufergruppe dieses Marktes und die daraus resultierenden Marktvorgänge reflektiert. Dies führt zudem auch zu Skepsis darüber, ob der technische und bauliche Ansatz für den langen Verbleib in der häuslichen Umgebung Innovationspotenzial hat und weiteren Zuwachs des Marktes erwarten kann. Diese Skepsis fußt wiederum auf der Annahme, dass die Maßnahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung nicht auf einer normalen Kaufentscheidung basieren, sondern eher eine bedarfsrelevante Anschaffung sind, bei der eine Standard-Funktion ausreichend ist, und demzufolge eine zusätzliche Eigenleistung der Ratsuchenden eher selten vorkommt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass hinsichtlich des Innovations- und Wachstumspotenzials dieses Marktes verschiedene Aspekte eine Rolle spielen. Vor allem die Kostenfrage ist immer ein heißes Thema für Kostenträger und Unternehmer. Wenn die öffentlichen Träger neben den Konsumenten als Kostenträger eintreten, ist der Marktpreis in hohem Maße auch vom System beeinflusst. Daher geht man davon aus, dass die politischen Entscheidungen und die Höhe der öffentlichen Finanzierung in Bezug auf die Umbaumaßnahmen und die Anschaffung von Hilfsmitteln den Qualitäts- und Preisstandard der Produkte oder Dienstleistungen mitbestimmen. Vor diesem Hintergrund lässt sich einem Interviewpartner zufolge dieser ganze Verhandlungsprozess letztendlich unter einem Satz subsumieren: *Die Frage ist nur: Wer bezahlt es? Oder wer kann es bezahlen? Das ist die ganz große Frage: Was wird demnächst seitens des Staates noch bezahlt oder nicht? (607061.01_001: 128 - 128).*

Auf diese Frage soll im Folgenden näher eingegangen werden. In Rahmen des Wohlfahrtsmarktes wird die Wohlfahrtsproduktion in der Regel im Markt praktiziert und das Geld hierfür muss irgendwo herkommen; aber wer die Bezahlung leistet, wird weiterhin verhandelt und diskutiert. Tatsächlich sind die Marktabläufe im Bereich der Maßnahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung zu einem großen Teil auf den Ressourcenzufluss vonseiten der öffentlichen Kostenträger existenziell angewiesen. Dies wiederum machen sich die öffentlichen Träger im Rahmen des Marktmechanismus für ihre sozialpolitischen Interessen zu Nutze: Der Einsatz von Ressourcen privater oder unternehmerischer Akteure soll durch die Dynamik des Marktes zur Umsetzung der sozialpolitischen Zielsetzung „Heimeinzugsvermeidung“ beitragen. In diesem Zusammenhang werden nun zunächst die wichtigsten Kostenträger für altersgerechte Wohnungsanpassung detailliert thematisiert und die kritischen Aspekte dargestellt.

6.1.3. *Die Frage ist nur: Wer bezahlt es?*

1) *Finanzierung der öffentlichen Träger und ihre Sparmaßnahmen*

Die Kranken- und Pflegekassen sind ein wichtiger Kostenträger für die altersgerechte Wohnungsanpassung. Als Solidargemeinschaften haben die Kranken- und Pflegekassen die Verantwortung, ihre finanziellen Mittel bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu organisieren. Dieses Prinzip wird auch bei der Finanzierung von altersgerechtem Umbau und Hilfsmitteln angewandt.

Die Krankenkasse finanziert ein Hilfsmittel nicht, wenn nicht gewährleistet wird, dass es der medizinischen oder therapeutischen Zielsetzung zu Nutzen kommt. Ein Mitarbeiter einer Firma für medizinische Hilfsmittel erklärt dies folgendermaßen: *Letztendlich ist es auch so, dass dieses Gerät dazu da ist, die Selbstständigkeit zu erhalten, und da fallen sicherlich auch schon einige Krankheitsbilder per se heraus. Zumindest was die Unterstützung der Krankenkassen oder die Finanzierung durch Krankenkassen betrifft. Das heißt, der Nutzer muss das Gerät selber bedienen können. Sobald er das nicht kann, würde eine Krankenkasse so sagen, „wir können es nicht bewilligen.“ Weil im Vordergrund die Selbstständigkeit stehen muss (217061.41_001: 102 - 102).*

Die Finanzierung durch die Pflegekassen wird außerdem mit „Erleichterung der Pflege“ oder „Schaffung von Selbstständigkeit“ begründet: *In der Pflegeversicherung muss eine Erleichterung der Pflege erkennbar sein. Vor allem selbstständig, die Möglichkeit des selbstständigen Lebens. Oder dass die Pflege dann überhaupt erst möglich wird (027061.61_002: 191 - 196).*

Neben dem Krankheitsbild ist auch die Wirtschaftlichkeit ein wichtiger Aspekt: *Dann gibt es sicherlich auch hin und wieder den Ablehnungsgrund, dass die Wirtschaftlichkeit nicht gegeben ist, oder ein günstigeres Gerät vielleicht auch in Betracht kommt (217061.41_001: 108 - 108).*

Diese Striktheit erweckt manchmal den Eindruck: *Es werden da Begründungen an den Haaren herbeigezogen, um eine Leistung ablehnen zu können (208061.12_001: 32 - 32).*

Für die Unternehmer sind auch die Kranken- und Pflegekassen sehr wichtige Partner. Für die Produktentwickler und marktrelevanten Firmen ist die Aufnahme in den Hilfsmittelkatalog sehr wichtig, über die durch die Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) entschieden wird. Die Kasse prüft den Nutzen von Hilfsmitteln strikt, sodass keine als unwirksam eingeschätzten Hilfsmittel öffentlich finanziert werden. Hierbei ist auch neben dem Nutzen der Hilfsmittel die Wirtschaftlichkeit eine der obersten Prioritäten: *Sie (die Krankenkassen) haben eine große Macht am Markt. Es gibt, seitdem ich jetzt in der Branche tätig bin, von Jahr zu Jahr immer mehr Einschnitte auf der preislichen Ebene. Das heißt, die Preise sind letztendlich für die Produkte immer weiter gesunken. Und das ist eigentlich unvorstellbar, aber es ist tatsächlich so und um diese*

Preise irgendwo zu erfüllen, zu diesen Preisen zu liefern, müssen letztendlich immer billigere Produkte herhalten (607061.01_001: 76 - 76).

Darüber hinaus kommt als Sozialhilfeträger und Finanzierer der kommunalen Sozialpolitik den Kommunen eine wichtige Funktion zu. Es gibt die Finanzierungsmöglichkeit der altersgerechten Wohnungsanpassung über die Eingliederungshilfe der Kommunen. Das ist ein relativ kompliziertes Antragsprozedere und wird als nachrangiges Instrument herangezogen, wenn weder die Ratsuchenden selbst noch die Pflegekasse oder Krankenkasse die Umbaumaßnahme bezahlen können. Mehrere Interviewpartner weisen darauf hin, dass die Prozesse für die Finanzierung über die Eingliederungshilfe kompliziert und langwierig sind: *Das sind relativ komplizierte Antragsprozedere, aber das funktioniert. Aber das Geld ist knapp. Da wird ganz genau hingeguckt (115061.4_001: 72 - 74).*

Eine Wohnberaterin erzählt davon, dass bei Anträgen für relativ teure Umbaumaßnahmen über die Eingliederungshilfe darauf gedrängt wird, es zuerst mit günstigeren Alternativen zu versuchen: *Also ich dränge dann natürlich schon drauf, wenn es um Eingliederungshilfe geht. Da muss ich natürlich auch dem Sozialamt gegenüber begründen und auch deutlich machen, dass das mit dem und dem Hilfsmittel nicht gegangen ist oder nicht umsetzbar war (726061.9_001: 112 - 112).*

Selbstverständlich ist das wesentliche Ziel bei der Finanzierung der altersgerechten Wohnungsanpassung vonseiten der Kommune bei Sozialhilfefällen der lange Verbleib zu Hause: *Immer mit dem Ziel eben, zu Hause zu verbleiben. Und nur dann wird auch das Sozialamt die Kosten übernehmen. Und natürlich müssen die einkommens- und vermögentechnischen Voraussetzungen erfüllt sein. Es muss Bedürftigkeit vorliegen. Weil es sich um eine Sozialhilfeleistung handelt (208061.12_001: 26 - 26).*

Besonders auffällig ist allerdings, dass es für Menschen ohne Pflegestufe nur wenige Fördermöglichkeiten gibt. Die Zuschüsse und Kredite der KfW-Bank im Rahmen des Programms „Altersgerecht Umbauen“ sind eine Möglichkeit. Aber eine Interviewte ist der Meinung, dass das den Menschen nicht sehr viel weiter hilft, da ein größerer Teil der Kosten vom Ratsuchenden selbst finanziert werden muss: *Das bringt es aber in unserem Zusammenhang auch nicht unbedingt, weil diejenigen, die den Kredit aufnehmen möchten für einen vernünftigen barrierefreien Umbau, der aufwändiger ist, denen fehlt das Geld auch einfach. Der Zuschuss ist ja mehr so ein Taschengeld. 10 %, das ist auch viel Geld, aber wenn ich das Geld für den Umbau nicht habe, bringt mich der Zuschuss nicht weiter (115061.3_001: 118 - 120).*

2) *Eigenzahler-Modell realistisch?*

Wenn Ratsuchende keine Pflegestufe haben, oder wenn der Zuschuss von der Pflegekasse für den Umbau nicht ausreicht, oder beim Kauf eines Hilfsmittels, das nicht von der Kasse bezahlt wird, müssen eigene Finanzierungswege gefunden werden. Aber mehrere Wohnberater berichten von der Tendenz, dass vor allem ältere Menschen sehr ungern aus eigener Tasche den Umbau oder Hilfsmittel bezahlen: *Es gibt auch immer wieder die alten Menschen, die sparen ihr ganzes Leben fürs Alter und die geben es dann nicht aus. Auch nicht für eine Anpassungsmaßnahme. Und können sich da einfach nicht überwinden* (726061.9_001: 38 - 38).

Dies ist darauf zurückzuführen, dass sie für sich selbst nicht Geld aufbrauchen möchten: *Ja, die sparen dann fürs Alter und dann sind sie alt und denken aber, es könnte irgendwie vielleicht noch mal für was anderes gebraucht werden* (726061.9_001: 192 - 192).

Oder manche denken, dass es sich nicht lohnt: *Eine Sparsamkeit, die immer sagt, „ja, ich lebe ja vielleicht nur noch ein Jahr. Für dieses eine Jahr lohnt es sich nicht, einen Umbau zu machen.“* (607061.01_001: 72 - 72).

Von Bedeutung ist ferner, dass beim präventiven Ansatz für altersgerechte Wohnung eher das Eigenzahlermodell der Regelfall ist. Erfolgreiche Unfallpräventionsansätze tragen dazu bei, den Heimeinzug zu vermeiden. In der Regel müssen Menschen, die noch gar nicht so alt oder bedürftig sind, präventive Maßnahmen aus eigener Tasche bezahlen. Über die KfW-Bank bekommt man zwar Zuschüsse oder Kredite, aber die sind nicht sehr hilfreich für den wesentlichen altersgerechten Umbau.

Es gibt zwar tatsächlich nicht pflegebedürftige ältere Menschen, die schon präventiv ihre Wohnungen altersgerecht anpassen wollen. Andererseits sind Veränderungen des Umfelds generell eher schwierig für ältere Menschen und stoßen häufig auf Widerstände, da die gesunden älteren Menschen nicht an eine mögliche Pflegebedürftigkeit denken wollen: *Wenn man da eine Sendung machen würde, Wohnungsumbaumaßnahmen, Hilfsmittel, das würde ausgeschaltet selbst bei 70jährigen, die noch gesund sind, weil man da diese Probleme gar nicht wahrhaben will* (915061.5_001: 70 - 70).

Erstaunlicherweise haben aber Jüngere häufig Interesse an präventiven Ansätzen. Eine Wohnberaterin erzählt diesbezüglich von ihren Erfahrungen: *Zu uns kommen teilweise junge Menschen, die ein Haus bauen und die sagen: „Wir haben da etwas von Barrierefreiheit gehört, was wäre denn da für uns wichtig und sinnvoll?“* (517061.51_001: 8 - 8).

Ein anderer Wohnberater meint, dass diese Entscheidung mit Bildungsmilieu und Vermögen zu tun hat: *Das hat meistens etwas mit Bildung zu tun, also mit dem Bildungsmilieu zu tun, dass man sich über seine Zukunft auch bisschen Gedanken macht. Und das hat auch immer was damit zu tun, dass*

man sich es mal so grundsätzlich leisten kann. (...) Die haben dann ein offenes Ohr. Das ist eigentlich so eine feste Gruppe (115061.3_001: 106 - 106).

Ähnliches berichtet ein Handwerker: *Die Sozialwohnungen oder so, da kommen wir gar nicht hin, weil die sagen: „Nee, können wir nicht.“ „Können wir nicht bezahlen.“ Und die Leute, die mehr Einkommen haben, die rechnen natürlich auch ganz anders, weil die sagen: „Wenn ich jetzt meine Eltern oder wen auch immer ins Heim gebe, dann müssen die ja auch irgendwo mitbezahlen“ (527061.81_001: 89 - 89).*

Und die Eigenzahler sind meistens die Eigentümer: *Die Leute, die Eigentum haben, sind dann auch eher bereit, mehr auszugeben. Mieter, ist natürlich dann immer so eine Sache, ich weiß auch nicht, ob ich meinem Vermieter ein neues Bad jetzt dann in dem Falle schenken würde. Das würde ich auch nicht machen (12. 160707_001: 293 - 293).*

Und hierbei kommt die Initiative auch häufig von Angehörigen: *Oder es sind gut strukturierte Familien, wo die Angehörigen die Dinge in die Hand nehmen, die betroffenen Kinder (115061.4_001: 106 - 107); Aber wenn es um die Investition von eigenem Geld geht, dann spielen die Angehörigen eine große Rolle (726061.9_001: 42 - 42).*

Diese Befunde über die potenziellen Eigenzahler weisen darauf hin, dass systematische Anreize für die präventiven Ansätze altersgerechter Wohnungsanpassung realisierbar wären. Der frühzeitige präventive Ansatz ist aus Sicht der Politik insbesondere wirtschaftlich sehr sinnvoll: *Ich weiß, dass die Ministerin, Frau Steffens, oft in ihren Vorträgen und Grußworten Rechnungsbilder erzählt hat, wie sehr sich das rechnet, wenn so-und-so-viele Menschen gar nicht erst eine Pflegestufe brauchen, weil wir so toll präventiv gearbeitet haben, dass sich das einfach für die Geldgeber rechnet. Also auch für die Pflegeversicherung. Deswegen geben ja auch Krankenkassen zum Beispiel Hilfsmittel ab. Die kosten ja auch Geld. Aber wenn zum Beispiel ein Wannendifter in der Badewanne ist, der war ja teuer in der Anschaffung, fällt dadurch der Mensch aber nicht mehr beim Baden hin und verletzt sich schwer. Dann rechnet sich das (517061.51_001: 48 - 48).*

An dieser Stelle sollte erwähnt werden, dass, wie auch in Kapitel 4.2.3.3. bereits thematisiert, sich das Spektrum altersgerechter Wohnungsanpassung über den staatlichen Aufgabenbereich hinaus zum expandierenden wirtschaftlichen Wachstumssektor erweitern kann. Für diese fortschreitende Erweiterung dieser Märkte, insbesondere im Bereich des zweiten Gesundheitsmarktes, ist es entscheidend, Kunden, die die Kosten weitgehend selbst tragen, zu gewinnen. Dies hängt damit zusammen, dass die öffentliche Finanzierung den wachsenden individuellen Bedarf nicht vollständig decken kann.

Ein Mitarbeiter bei einer Kommune erzählt, dass die Bereitschaft zur Eigenzahlung immer größer wird: *Die (Ratsuchenden) bekommen dann vielleicht ihre 4.000 Euro, aber das ist ja oftmals gar*

nicht ausreichend, und wenn sie dann erkennen, dass sie durch die Maßnahme eine bessere Lebensqualität haben im Alter, dann ist heute die Bereitschaft schon größer als vielleicht noch vor zehn Jahren oder vor 20 Jahren, das dann auch zu machen (117061.31_001: 54 - 54).

Dieses Marktpotenzial könnte auch dazu führen, dass nicht nur einzelne Vermieter, sondern auch die Wohnungsbaugesellschaften von sich aus Barrierefreiheit in ihren Wohnungen schaffen, was insbesondere für die Umsetzung einer allgemein barrierefreien Umgebung von Bedeutung ist: *Dann ergibt sich in den Wohnungsgesellschaften auch wieder so ein Impetus, dafür noch mehr eigenen Bestand anzupassen. Da muss man ja immer mit den Aufsichtsräten sprechen: Warum tun wir das? Wir wollen unsere Mieter halten, das sind alte Mieter. Wir müssen die Wohnungen anpassen, solche Dinge. (...) So, was wird auf dem Markt wirklich gebraucht? (408061.22_001: 22 – 22).*

Ein interviewter Elektrotechniker legte seine Erfahrungen im Umgang mit Wohnungsbaugesellschaften folgendermaßen dar: *Also was wir machen wollen, das ist halt auch mal mit Wohnungsgesellschaften zu reden und zu sagen: „Wir würden gerne mal so eine Wohnung installieren.“ Weil die sind ja auch interessiert daran, dass Leute so lange wie möglich bei denen wohnen bleiben und sie nicht immer eine Fluktuation haben von den Mietern (527061.81_001: 119 - 119).*

Allerdings gab es vonseiten eines Wohnberaters auch eine gegenteilige Einschätzung: *Und da haben die Wohnungsgesellschaften, die großen Wohnungsgesellschaften einfach überhaupt gar kein Interesse mehr dran (115061.4_001: 208 - 208).*

Dass die Wohnungsbaugesellschaften dafür sensibilisiert werden und dazu gebracht werden, sich mehr mit diesem Thema auseinanderzusetzen, ist nicht nur ein guter Ansatz für die Wohnungsanpassung im Bestand, worauf in vorliegender Studie der Fokus liegt, sondern auch für die Umsetzung der altersgerechten Bauweise von Neubauten. Ein Interviewpartner führt hierbei das Beispiel der städtischen Wohnungsbaugesellschaft in Dortmund (DOGEWO) an. DOGEWO insbesondere aus großem Interesse an altersgerechten Wohnungen verschiedene Ansätze erprobt, sodass nun viele ihrer Wohnungen barrierearm oder sogar barrierefrei ausgestattet sind.⁶⁶ Vor allem dient dies als Vorbild für die Zusammenarbeit zwischen Stadt und Wohnungsbaugesellschaft: *Sie (Die Stadt) gibt eine Information an die DOGEWO zurück und mit gemeinsamen Konzepten, also mit einem Masterplan Wohnen sind die zum Beispiel angetreten, die städtischen Immobilienbestände anzupassen an den Bedarf und eben auch andere Wohnungseigentümer, Groß-*

⁶⁶ Homepage DOGEWO21 (Das Unternehmen) URL: <https://www.dogewo21.de/de/dogewo21/das-unternehmen.htm> [Letzter Zugriff 12.8.2017]

und Kleinvermieter da noch mal anzusprechen. Also, da tut sich ja auch durchaus was. Da ist der Bürgermeister mit im Boot und die arbeiten ganz eng zusammen (115061.3_001: 141 - 141).

Ein Mitarbeiter bei einer Kommune berichtet, dass auch die Wohnberatungsstelle in Dortmund zu dieser Initiative einen Beitrag geleistet hat: *Damals hat auch schon der Kreuzviertel-Verein versucht, mit dieser städtischen Wohnungsbaugesellschaft dieses Thema zu bearbeiten. Denn man muss ja in besonderer Weise mit den Wohnungsvermietern ins Gespräch kommen, dass die Wohnungen seniorengerecht angepasst werden. Das kann ja der Mieter nicht alleine machen (117061.31_001: 10 - 10).*

Das aktuelle Sozialsystem setzt verstärkt auf Selbstfinanzierung. Selbst wenn die altersgerechte Wohnungsanpassung gewissermaßen als Ausnahmefall von dieser Tendenz gilt, ist die finanzielle Selbstbeteiligung bei der Wohnungsanpassung häufig unabdingbar. Die Schaffung eines Anreizsystems für die selbstfinanzierte altersgerechte Wohnungsanpassung oder für die Anschaffung eines technischen Assistenzsystems ist außerdem auch aus Sicht der Wirtschaftlichkeit wünschenswert, da es möglichen Unfällen vorbeugen und weiterhin zum längeren Verbleib zu Hause dienen kann. Mit solchen privaten Investitionen für sich oder für die Familie lässt sich einerseits ein Einzug ins Altenheim verhindern oder hinauszögern, und andererseits auch dazu beitragen, das innovative Spektrum der Maßnahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung zu erweitern.

6.1.4. *Diskussion*

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die gesellschaftlichen Erwartungen an den technischen Ansatz zur Erhöhung von Selbstständigkeit und Erleichterung der Pflege in der häuslichen Umgebung sehr groß sind. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass diese technischen Maßnahmen im Wohnraum dazu beitragen, dass die Menschen in der vertrauten Umgebung bleiben können. Zu bedenken ist jedoch, dass die Technik nicht als Allheilmittel gilt: *Das können Sie durch die ganze Technik nicht lösen (905061.1_001: 183 - 183).*

Es wird also davon ausgegangen, dass Technik alleine die aktuellen, durch den demografischen Wandel bedingten, gesellschaftlichen Problemstellungen in den Bereichen Pflege und Wohnen nicht lösen kann. Diesbezüglich hebt eine Interviewpartnerin hervor, dass die jetzige ältere Generation menschlichen Kontakt bevorzugt: *Also es (die technische Lösung) wird von der Politik natürlich richtig gepusht, weil man auch sieht, dass es jetzt preiswerter wäre. Aber das Ergebnis war, die jetzige Generation ist dafür nicht geeignet. Ja, die nächste Generation dann, man sieht das doch*

schon beim Handy. (...) Durch Technik muss man das alles steuern und der Telearzt und dann gibt der da seine Blutzuckerwerte noch durch und so. Zumindest die jetzige Generation will das nicht. Die wollen menschlichen Kontakt. Und das ist das A und O (905061.1_001: 183 - 183).

An dieser Stelle weist eine Interviewpartnerin darauf hin, dass der Stellenwert der Dienstleistung, menschliche Pflege, nicht unterschätzt werden darf. Ihr zufolge leistet in der Regel die Pflege für die älteren Menschen in ihrer eigenen häuslichen Umgebung und für ihre Angehörigen eine größere Hilfe als Technik: *Man kommt aus dieser menschlichen Nummer, und auch für die Angehörigen, dass wirkliche Entlastung nur da stattfindet, wo die einfach eine Auszeit haben, wo derjenige mal in der Tagespflege ist, (...) und wenn sie acht Stunden nur schlafen oder sonst irgendwas machen - das ist viel wichtiger als die Technik (905061.1_001: 183 - 183).*

Von besonderem Interesse ist, dass für die Bedienung mancher technischen Systeme der Einsatz der Pflegekräfte unumgänglich ist: *Weil, wenn Sie auf die Messe fahren, dann gibt es halt das verkabelte Haus, das verkabelte Wohnzimmer, (...), in jeder Steckdose ist irgendwie ein Empfänger, derjenige liegt im Bett, dann ist da ein Sensor, wenn der aufsteht, dann wird das wieder gemeldet und so. Und dann sagt mir der Typ: „Ja, wir können hier 300 Leute speichern, die können dann angerufen werden.“ Und dann habe ich gefragt: „Die entscheidende Frage bleibt: Wer fährt hin?“. Und das können Sie durch die ganze Technik nicht lösen und das können Sie vor allen Dingen bei Dementen nicht lösen dadurch (905061.1_001: 183 - 183).*

Diese Einschätzung impliziert die Notwendigkeit, die technischen Ansätze mit menschlicher Hilfeleistung zu verbinden und diese Verbindung zu systematisieren. Aber dieser systematische Ansatz wird bei der technikorientierten Innovationsdebatte häufig vernachlässigt. Vonseiten der Pflegedienste stellt diese technische Möglichkeit zwar auch eine neue Chance dar, da ihre Arbeitsbelastung dadurch verringert und effizientere Arbeitsabläufe ermöglicht werden, aber zugleich wird auch eine gewisse Sorge zum Ausdruck gebracht: *Die (Pflegedienste) haben eher Angst davor, dass man denen Arbeit wegnimmt. Weil die dann meinen, sie werden überflüssig, wenn man so Systeme hat. Aber das ist ja Quatsch, also da könnte ja auch dieses System auf die auflaufen. Und die können wirklich reagieren dann, wenn was ist. Wenn sie eine Nachricht kriegen, dann können sie auch da hin. Also ich sehe es eher so, dass die (Pflegedienste) entlastet werden (527061.81_001: 26 - 28).*

Es ist insofern nicht zu bestreiten, dass die technischen Ansätze Änderungen in der jetzigen Pflegelandschaft hervorrufen können. Aber den interviewten Experten zufolge ist es unwahrscheinlich, dass sich die Nachfrage nach menschlichem Kontakt und Pflegeleistungen verringert. Der technische Ansatz im Wohnraum dient eher dazu, die nachhaltige häusliche Versorgung zu erleichtern und Pflegekräfte und Angehörige entlasten. Zusammenfassend lässt sich

feststellen, dass weitere technische Ansätze in der häuslichen Umgebung wahrscheinlich die jetzige Praxis der ambulanten Versorgung in hohem Maße verändern können. Diese Veränderungen sind mit großen Erwartungen an die technische Entwicklung verbunden, aber das Thema Pflege hat dennoch einen hohen Stellenwert, vor allem wenn es um eine integrierte Struktur von Dienstleistungen und Technik geht.

Hierbei ist aber zu erwähnen, dass die technische Entwicklung im Bereich altersgerechter Umbau und technische Hilfsmittel sinnvoll ist, wenn diese die Selbstständigkeit der älteren Menschen erhöht und pflegerische Tätigkeiten erleichtert. Dabei muss allerdings beachtet werden, dass die technische Entwicklung allein nicht immer eine positive gesellschaftliche Wirkung auslöst und vor allem nicht immer den sozialpolitischen Zielsetzungen entsprechend wirkt. Dieser Sachverhalt ist insbesondere deshalb wichtig, da in diesen Bereich mittlerweile in hohem Maße öffentliche Finanzierung fließt. Demnach ist die Frage gerechtfertigt, ob diese Finanzierung dem erwarteten Nutzen dient. Im Folgenden wird diesbezüglich auf die Folgen der politischen Steuerungsmaßnahmen und die Handlungen der relevanten Akteure sowie deren Wechselwirkungen näher eingegangen.

6.2. Politische Maßnahmen und Marktdynamiken

6.2.1. *Die Folge der Zuschusserhöhung der Pflegekasse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen*

In diesem Kapitel werden in erster Linie die Veränderungen nach der Zuschusserhöhung grundlegend analysiert. Am Beispiel dieser Dynamik ließe sich weiter erforschen, wie Gesetzes- oder Politikänderungen sich auf das Verhalten der relevanten Akteure auswirken und auch unintendierte Auswirkungen haben können. Die Zuschüsse der Pflegekasse für die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen wurden im Jahr 2015 von 2.557 Euro auf 4.000 Euro aufgestockt. Diese Erhöhung wurde von den Experten positiv gewertet und ist insbesondere deshalb bemerkenswert, weil sie in eine Zeit fällt, in der die Sozialausgaben im Zuge der Ökonomisierung zusehends gekürzt werden: *Wenn man das jetzt mal so ganz allgemein sagt, global sagt, nehme ich eher an, dass diese 4.000 Euro sicherlich toll sind, weil man muss das ja sehen, überall wird gekürzt im Sozialwesen. Ja, es wird zusammen gekürzt und hier in dem Bereich wird was aufgestockt. (...) Das sehe ich erst mal sehr positiv (915061.6_001: 101 - 103).*

Einige Folgen dieser Erhöhung fallen besonders ins Auge und sollen an dieser Stelle auf der Basis von Erfahrungen der interviewten Wohnberater, Unternehmer sowie Mitarbeiter bei Kommunen analysiert werden.

1) *Interesse an Wohnungsanpassungen ist gestiegen*

Die Anhebung des Zuschusses der Pflegekasse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen war der erste Schritt dafür, um die bestehenden Wohnungen altersgerecht umzubauen und aufzuwerten. Die Erhöhung des Zuschusses gilt als Anreiz für die Durchführung einer altersgerechten Wohnungsanpassung. Nach der Erhöhung im Jahr 2015 ist das gesellschaftliche Interesse an der altersgerechten Wohnungsanpassung deutlich gestiegen. Ein Wohnberater berichtet: *Ja, gerade im Januar bis März haben wir einen extremen Anstieg an Beratungen, was Sanitär besonders betrifft, gespürt (015061.2_001: 51 - 51).*

Die Nachfrage hat bei den Ratsuchenden deutlich angezogen, da ein Teil der Ratsuchenden damit rechnete, dass es sich um eine vorübergehende Gelegenheit handelte: *Es ging 2015, jeder hat davon gehört, jetzt gibt es mehr Geld und da ging das so schlagartig hoch. Jetzt geht es langsam wieder runter, aber wir haben noch immer viel zu tun. Also wir hatten, gerade letztes Jahr, im ersten halben Jahr extrem viel zu tun. (...) Und ich glaube auch, dass das so war, dass die Leute deswegen letztes Jahr so stark kamen, weil sie gedacht haben, ja, mal gucken, wie lange das noch aufrecht*

erhalten wird. Das ist ja so ähnlich wie mit der Abwrackprämie damals mit den Autos (915061.5_001: 72 - 73).

Ein Wohnberater sagte zudem, dass diese Zuschusserhöhung auch eine Art Mitnahmeeffekt hatte: *Es haben sowohl die Versicherungen ihre Versicherten angeschrieben und haben die einfach informiert über die Neuigkeiten und haben offensichtlich auch noch mal ausdrücklich auf diesen Zuschuss hingewiesen. Dann hat es von allen Trägern eigentlich auch noch mal Rundbriefe gegeben. Also, [Name des Wohlfahrtsverbandes] als Landes- und als Bundesverband beispielsweise hat eine Internetseite geschaltet, da steht dann drauf, das ist neu. Das Land hat Seiten geschaltet. Das gibt, glaube ich, so einen Mitnahmeeffekt (115061.4_001: 44 - 44).*

Dieser abrupte Anstieg der Nachfrage ist aber auch darauf zurückzuführen, dass viele Kunden mit der Ausführung von Umbaumaßnahmen bis zum Inkrafttreten des Gesetzes gewartet haben: *Viele haben (erst dann) überhaupt erfahren, dass es diese Zuschussmöglichkeit gibt. Aber viele haben auch gewartet über den Jahreswechsel damals (726061.9_001: 32 - 32).*

Einige Unternehmer haben im Zuge der Zuschusserhöhung ihren Arbeitsschwerpunkt erweitert oder verlagert, um von diesem größeren Topf profitieren zu können. Das hängt auch mit der bestehenden Sorge zusammen, dass im Vergleich zur Förderung von Umbaumaßnahmen die Kosten für Hilfsmittel in Zukunft in geringerem Maße übernommen werden könnten: *Also wir müssen unsere Produkte daraufhin ausrichten, morgen, wenn der Tag X käme, dass verschiedene Produkte aus unserem Katalog trotz Hilfsmittelnummer nicht mehr von den Kostenträgern übernommen werden, dass wir Alternativprodukte haben oder dass wir mehr und mehr auf die wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, wo wir jetzt schon dabei sind, verlagern. Weil das die Zukunft sein wird, in diesen Bereich zu investieren und Innovation zu schaffen, weil das unmittelbare Folgen hat für die Pflegekosten (607061.01_001: 130 - 130).*

Dies wiederum führte zu einer Erweiterung des relevanten Marktes: *Es kommen sehr viele neue hinzu, die versuchen, auf dem Sektor auch Fuß zu fassen. Und man braucht schon eine gewisse, ja, Kompetenz, um auch die Arbeiten dann ausführen zu können (707061.11_001: 83 – 83).*

2) Preisanstieg bei Umbaumaßnahmen

Die erhöhten Zuschüsse eröffneten die Möglichkeit, den finanziellen Rahmen auch über die ursprüngliche Zweckbestimmung hinaus auszunutzen. Beispielsweise berichten viele Experten aus der Praxis, dass Handwerksarbeiten nach der Zuschusserhöhung deutlich teuer geworden ist: *Was wir sehr gemerkt haben: Dass natürlich auch die Produkte teurer geworden sind. Stichwort*

Treppenlift, Sanitärumbauten. Alles ist teurer geworden. Der Markt für gebrauchte Treppenlifte ist geschrumpft bis gar nicht mehr vorhanden (015061.2_001: 51 - 51).

Dass die Preise für Umbaumaßnahmen sofort erhöht wurden, führt dazu, dass letztendlich die älteren Menschen von der Anhebung nicht in dem Maße profitieren, wie sie eigentlich sollten: *Und da kam man immer, wenn man gesagt hat, „okay jetzt, eine bodengleiche Dusche statt einer Badewanne“, kam man mit dem Geld immer ungefähr so hin. Habe ich gedacht: „Klasse, wenn sich das jetzt ändert, dann kannst du ja noch eine Türverbreiterung machen und das noch, muss ja alles für 4.000 Euro gehen“. Die Preise haben sich sofort angeglichen. (...) Das, was Sie vorher für 2.500 gekriegt haben, das kriegen sie jetzt für 4.000 (905061.1_001: 73 - 73).*

Ein Wohnberater bei einer Kommune wies jedoch darauf hin, dass es die Preiserhöhung zwar gibt, aber nicht der Regelfall ist: *Ich habe hier einen aktuellen Fall, den habe ich gerade noch zur Pflegekasse gefaxt. Da hat ein Herr eine Maßnahme beantragt und hat dem Handwerker gesagt: „Jetzt habe ich dafür 4.000 Euro.“ Und der Handwerker hat dann ein Gewerk hingelegt, das 4.000 Euro kostet. Das fand ich schon eine Unverschämtheit, ja. In diesem einen Fall kann ich das bestätigen, ja. Aber generell bisher eigentlich nicht (208061.12_001: 30 - 30).*

Ein Interviewpartner ist der Meinung, dass dieser Effekt ein normaler Vorgang der Marktwirtschaft ist und zu erwarten war: *Es ist freie Marktwirtschaft und ich denke mal, wenn ich als Installateur merke, (...) ich mache diese Umbauten und ich kann eine bestimmte Summe da abgreifen, dass ich sagen kann, ich kann jetzt natürlich auch mein Material teurer machen, die Arbeitsstunden. Die Arbeitnehmer, die ich habe, die verdienen ja auch mehr Geld. (...) Das war eigentlich abzusehen, dass das dann auch in die Höhe geht (027061.61_002: 281 - 281).*

Ähnliches beobachtet auch ein Wohnberater: *Die Handwerker sind ja auch nicht dumm. Die wissen das. Die merken das ja dann auch mit den Zuschüssen (906061.7_001: 68 - 69).*

Ein Wohnberater berichtet außerdem, dass es auch vonseiten der Ratsuchenden Versuche gibt, erhöhte Zuschüsse auszunutzen, um Umbaumaßnahmen durchzuführen, die im Sinne von Pflegebedürftigkeit eigentlich noch nicht notwendig wären: *Es gibt Menschen, die, ja, das ausnutzen und speziell auch Versicherte darauf hinweisen, die das eigentlich noch nicht erfüllen-habe ich bisher drei- oder viermal gehabt, wo der Hauswirt dann gesagt hat; Ja, dann bauen wir das um. Der will sanieren und sagt, aber ihr stellt den Antrag, dass die 4.000 Euro reinkommen (027061.61_002: 369 - 369).*

Nichtsdestotrotz sagte eine Wohnberaterin aber auch, dass diese Zuschusserhöhung generell eine positive Wirkung hatte: *Es gibt auch da eben viele Facetten. Es war im Prinzip absehbar, dass das passiert, aber es ist nicht so, als wäre das überall passiert. Die Menschen können mit dem Geld schon mehr machen als vorher (517061.51_001: 66 - 66).*

Darüber hinaus profitieren die Kommunen von dieser politischen Maßnahme: Das Sozialamt wird durch die Zuschusserhöhung entlastet, da danach deren Ausgaben für Zuschüsse für Wohnungsumbau geringer wurden: *Und das spüren wir auch, dass das Sozialamt hier da entlasteter ist. Ist klar, weil natürlich die Pflegekasse vorrangig ist zur Sozialhilfe. Das heißt, erst muss natürlich die Pflegekasse in dem Sinne bezahlen. Und dann bleibt für die Sozialhilfe natürlich nicht mehr so viel übrig (015061.2_001: 63 - 63).*

3) Notwendigkeit der verstärkten Kontrolle

Die erhöhte Förderung des Marktes aus öffentlicher Hand (indirekt und direkt) führt demnach zu der Notwendigkeit, die Kontrolle zu verstärken. Eine Wohnberaterin spricht auch davon, dass die Kontrolle der Pflegekasse in Bezug auf die Gewährung der Zuschüsse tatsächlich nach der Zuschusserhöhung strenger geworden ist: *Die Kassen, seitdem sie (die Zuschüsse) jetzt erhöht worden sind, gucken genauer (905061.1_001: 75 - 75).*

Ähnliches sagt auch ein anderer Wohnberater: *Was mir auch aufgefallen ist, ist, dass die Pflegekassen stärker kontrollieren. Die prüfen stärker die Kostenvoranschläge auf Plausibilität. Das hat meine Kollegin auch nochmal gesagt. Das ist uns beiden sehr stark aufgefallen. Also die Widersprüche sind gestiegen, die Kritik an einem Kostenvoranschlag ist auch gestiegen. Finde ich aber nur nachvollziehbar, muss ich sagen. Das ist ja viel Geld (015061.2_001: 59 - 59).*

Diesbezüglich gibt eine Interviewpartnerin zu bedenken, dass die Marktmacht der Pflegekasse mittlerweile zwar gestiegen sei, aber dass diese Kontrolle auch zweckmäßig sei: *Einige Beratungsstellen sagten: „Manche übertreiben es aber auch bei den Pflegekassen“. Da wird dann vielleicht mehr Einfluss ausgeübt. Aber ich glaube, dass es eigentlich eher so ist: Die haben die Aufgabe, verstärkt zu kontrollieren, damit nicht unnötig Gelder herausgeschmissen werden, damit das nicht verplempert wird (517061.51_001: 54 - 54).*

Sie weist außerdem hierzu auf die Kontrollfunktion der Wohnberatung hin: *Wenn die Wohnberatungsstellen mit im Spiel sind, ist ja auch dadurch schon eine gewisse Kontrolle gegeben (517061.51_001: 54 - 54).*

Eine andere Wohnberaterin berichtet zugleich über ihre Erfahrung, dass seit der Erhöhung der Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen die Pflegekasse die Wohnberatung mehr in die Entscheidungsprozesse miteinbezieht, um diese 4.000 Euro vernünftig einzusetzen, da die Wohnberater dafür ausgebildete Fachkräfte sind: *Mittlerweile kommt die [Name der Pflegekasse] aber wieder auf uns zu, weil sie das auch merken, dass sie nicht die fachlichen Voraussetzungen haben und es einfach nicht damit getan ist zu sagen ja oder nein, sondern dass den Leuten geholfen*

ist. Und das war auffällig, dass das mit diesen 2.500 Euro und 4.000 Euro zusammenhing (426061.8_001: 40 - 40).

Auf die Frage nach ihrer Einschätzung, ob die Höhe des Zuschusses nun angemessen ist, antworten einige Interviewpartner, dass es zwar viel Geld sei, aber der erhöhte Zuschuss von 4.000 Euro auch nicht ausreichend ist für die wesentlichen Umbaumaßnahmen: *Badezimmerumbau, wenn man den günstig hält, wenn das komplett umgebaut werden muss, kann man immer mit mindestens 8.000 bis 10.000 Euro rechnen. (...) Aber wenn das Badezimmer vorher viel zu klein war, da muss vergrößert werden, da müssen Wände weggenommen werden, da muss eine Rohrleitung neu gemacht werden, dann kann das schnell auf 14.000 bis 16.000 Euro laufen, weil es muss neu gefliest werden und und. Und dann sind 4.000 Euro auch nicht viel (027061.61_002: 277 - 277).*

Außerdem ist ein häufig angeführtes Argument, dass die Zuschussgewährung für Umbaumaßnahmen im Endeffekt durch verzögerten Heimeinzug die öffentlichen Haushalte entlastet. Ein Mitarbeiter einer Kommune wies aber auch darauf hin, dass bei Subventionspolitik auch immer unbeabsichtigte Mitnahmeeffekte berücksichtigt werden müssen, über deren Entstehung auch im vorliegenden Fall wie oben bereits erwähnt schon berichtet wurde: *Wenn eine Subventionspolitik dazu führt, dass da nur sogenannten Mitnahmeeffekte stattfinden und der Markt das im Grunde genommen schon alleine trägt, dann sollte man die Subventionen irgendwann beenden, weil die Menschen es ja dann von selbst machen. (...) Deswegen muss man bei Anreizen eigentlich immer genau beobachten, ob der Anreiz noch nötig ist. Wenn der Markt es selbst trägt, dann sollte es der Markt auch alleine machen (117061.31_001: 56 - 56).*

Dass bei der altersgerechten Wohnungsanpassung Subventionen von öffentlicher Hand praktiziert werden, ist ein Signal dafür, dass vonseiten der Politik eine Notwendigkeit gesehen wird, finanzielle Anreize für diese Maßnahmen zu setzen. Die öffentlichen Kostenträger sind hierbei wiederum verpflichtet, ihre Finanzen wirtschaftlich und sachgerecht zu organisieren und Mitnahmeeffekte zu verhindern. Das Prinzip der Wirtschaftlichkeit impliziert auch, unnötige sowie ineffektive Ausgaben zu vermeiden. Die Diskussion über die Marktentwicklung nach der Zuschusserhöhung und die verstärkte Kontrolle sind zugleich mit der Sorge um eine möglicherweise nicht zweckgemäße Verwendung der öffentlichen Gelder verbunden.

Im nächsten Kapitel werden die tatsächlich ablaufenden Marktdynamiken näher analysiert mit dem Ziel, Anhaltspunkte für eine sachgemäße Steuerung, Kontrolle und Förderung des Marktes zu geben.

6.2.2. *Reale Marktdynamiken und Handlungen der relevanten Akteure sowie deren Wechselwirkungen*

Die Marktmechanismen funktionieren nicht immer wie erwartet und mehrere interviewte Experten haben dies kritisiert. Auf Grundlage der Interviews lässt sich feststellen, dass es in dem in dieser Studie untersuchten Markt verschiedene Faktoren gibt, die zu einer eingeschränkten Markttransparenz führen. An dieser Stelle wird den verschiedenen Aspekten der Intransparenz des Marktes und ihren Folgen nachgegangen.

Kritisch äußerten sich einige Interviewte beispielsweise dazu, dass sich nun in einigen Bereichen des Marktes zu viele Anbieter drängen. Der Treppenlift ist ein klassisches Beispiel: *Man kann das ja immer daran sehen, dass zum Beispiel bei den Treppenliftanbietern, die ja wie Pilze aus dem Boden geschossen sind, dass immer mehr gerne von diesem Kuchen was ab haben möchten (915061.6_001: 80 - 80).*

Ähnlich sorgt sich ein Wohnberater am Beispiel des Handwerks für Badumbauten um die Auswirkungen eines überhitzten Konkurrenzkampfes zwischen den Anbietern: *Ich glaube auch, was das Handwerk angeht, also der überwiegende Teil, ich sage mal so, 60,70 % dessen, was wir machen, sind ja die Badumbauten. (...) Wenn da vielleicht auch mehr Anbieter auf den Markt drängen, das ist ruinös (115061.3_001: 51 - 51).*

Einigkeit besteht unter den Interviewpartnern zwar darüber, dass die Ratsuchenden oder Konsumenten von den normalen Wettbewerbssituationen der Anbieter profitieren, aber ein zu stark verschärfter Wettbewerb es zugleich erschwert, eine Übersicht über den Markt zu behalten: *Da bei dem ganzen Angebot die Übersicht zu behalten und zu gucken, was nehme ich denn davon, (das) ist für die Leute sicherlich schwieriger geworden, glaube ich, da die Übersicht zu behalten (915061.5_001: 90 - 90).*

Hierzu kritisiert ein Wohnberater, dass bei manchen Hilfsmitteln der Marktpreis außerdem sehr intransparent ist: *Da gibt es schwarze Schafe bei, die wollen so ein Ding, da ist viel Geld dran zu verdienen, das sind fast immer identische Produkte, weil die meistens in Holland hergestellt werden. Und wenn wir da Kostenvoranschläge für das gleiche Produkt haben, dann sehen wir oft, das ist ein Unterschied von 4.000, 5.000 Euro (915061.6_001: 20 - 20).*

Eine Wohnberaterin berichtet auch über ihre Erfahrung mit manchen Unternehmern: *Viele (Unternehmer) wissen auch, dass es Zuschüsse gibt und versprechen den Klienten schon mal so Dinge, ja das kriegen Sie auf jeden Fall, ja. Und dann werde ich natürlich ganz böse, wenn ich so was höre (906061.7_001: 37 - 37).*

Diese fehlende Markttransparenz kann insofern zur Folge haben, dass öffentliche Gelder unsachgemäß verwendet werden. Das Problem ist, dass ältere Menschen als Konsumenten diese

Verhältnisse häufig nicht gut beurteilen können: *Es ist leider so auch, das muss man eigentlich sagen, dass es Firmen gibt, die haben sich darauf spezialisiert, Badsanierung zu machen unter dem Deckmantel altersgerechter, behindertengerechter Umbau Badezimmer. Und leider lassen sich manche älteren Menschen dann darauf ein. (...) Und in Wirklichkeit, sage ich mal, wird da nur Umsatz gemacht (027061.61_002: 349 - 349).*

In diesem Zusammenhang ist ein Preisvergleich von mehreren Anbietern zu empfehlen, und bei der öffentlichen Finanzierung der Anpassungsmaßnahmen ist dieser Preisvergleich für den Antrag bei der Pflegekasse nun obligatorisch: *Ich sage den Klienten auch, wenn sie beispielsweise ein Bad umbauen wollen oder einen Treppenlift-Anbieter suchen, dann sollen sie sich nicht nur ein Angebot einholen, sondern zwei oder drei. Nur dadurch kann man sich eine Kostenübersicht holen (906061.7_001: 45 - 45).*

Darüber hinaus berichtet eine Interviewpartnerin, dass nicht nur Unternehmer, sondern auch die Versicherten selbst manchmal den verfügbaren Zuschuss ausnutzen wollen. Sie weist darauf hin, dass solche individuellen Wünsche nicht durch öffentliche Finanzierung realisiert werden können: *Das haben wir auch manchmal: „Ich möchte ein schönes Badezimmer haben“. Das kann ich gut verstehen, aber dafür ist die Pflegekasse nicht da (517061.51_001: 54 - 54).*

Bei näherer Betrachtung erweist sich, dass es tatsächlich Ratsuchende gibt, die einerseits das System möglichst effizient nutzen wollen, aber andererseits in eine Situation geraten sind, in der sie keine vernünftige Entscheidung treffen können. In solcher Situation ist oft ein sinnvoller Vergleich oder die Abwägung zwischen Alternativen eher schwierig. Die Entscheidung muss unter großem zeitlichen und emotionalen Druck getroffen werden: *Bei alten Menschen ist es in der Regel so, wir (Wohnberater) werden gerufen: „Mein Mann hatte gerade einen Schlaganfall“, und dann stehen die vor einem riesen Problem, weil die gar keine Alternativen kennen, die kennen ja die Möglichkeiten gar nicht.(...) Das ist so eine Sondersituation, in der die Leute sind (915061.5_001: 58 - 61).*

Einige der oben genannten Zitate machen deutlich, dass es für die Konsumenten nicht immer einfach ist, eine auf rationalen Überlegungen basierende Kaufentscheidung zu treffen. Eine Gefahr einer unsachgemäßen Ausnutzung öffentlicher Gelder vonseiten der Unternehmer sowie Konsumenten besteht ständig. Die Motive dafür sind unterschiedlich, allerdings erhöht diese Situation den Bedarf nach Kontrolle. Die von Interviewpartnern berichtete verstärkte Kontrolle von öffentlichen Kostenträgern gegenüber den unternehmerischen Handlungen der Anbieter nach der Zuschusserhöhung reflektiert diesen Sachverhalt. Aufgrund der Intransparenz des Marktes erhöht sich neben der Kontrolle jedoch auch der Bedarf nach einer Koordinierung. Genau hier sieht die Wohnberatung mit ihrer neutralen und kostenlosen Beratung ihren Ansatzpunkt. Dies wird im folgenden Kapitel thematisiert.

6.3. Wohnberatung für einen langen Verbleib in der häuslichen Umgebung

Vor dem Hintergrund der alternden Gesellschaft gibt es einen großen gesellschaftlichen Handlungsbedarf in Bezug auf Beratung und Bewusstseinsarbeit für eine Wohnraumanpassung: Vor allem bringt die Unübersichtlichkeit und Intransparenz des Marktes für altersgerechte Wohnungsanpassung einen Unterstützungsbedarf für die Ratsuchenden mit sich. Darüber hinaus ist aufgrund der bürokratischen Hürden und komplexen Finanzierungsmöglichkeiten ein vertrauenswürdigen und kostenloses Beratungsangebot als Orientierungshilfe für den bedarfsgerechten Ansatz *möglichst langer Verbleib zu Hause* sehr sinnvoll. Ferner kommt vor dem Hintergrund einer sich wandelnden und dynamischer werdenden Akteursstruktur der Vermittlungs- und Vernetzungsarbeit der Wohnberatung eine besondere Bedeutung zu. An dieser Stelle wird demnach die allgemeine Beratungstätigkeit der Wohnberater, ihre Rolle und Funktion hinsichtlich des Marktvorgangs sowie ihre Rolle als Koordinator für verschiedene relevante Akteure anhand von Experteninterviews analysiert.

6.3.1. *Ein Beruf für die Umsetzung der Zielsetzung des langen Verbleibs in der häuslichen Umgebung*

Die Wohnberatung zielt im Wesentlichen darauf ab, die Heimunterbringung zu vermeiden, oder zumindest zu verzögern. Sie ist eine Nahtstelle zwischen stationär und ambulant, und arbeitet vor Ort.

Eine Maßnahme der Wohnungsanpassung wird in der Regel erst bei vorliegender Pflegebedürftigkeit angesetzt. Die Hilflosigkeit der Pflegebedürftigen und die Angehörigen sind der erste Ansatzpunkt der Wohnberater: *Von heute auf morgen passiert ein Schlaganfall, Herzinfarkt, die Leute sind in einem Ausnahmezustand. Und sie mögen auch gebildet sein und so und auch sich im Internet informieren darüber, was es gibt. Aber wie sie das alles zusammen kriegen sollen, das ist für die Leute sehr, sehr schwierig und deswegen hat man ja auch wirklich überlegt, die Wohnberatungsstellen überhaupt zu installieren, damit den Leuten damit geholfen wird* (915061.6_001: 63 - 63).

Vor allem ist die Antragstellung für die Finanzierung für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen oder Hilfsmittel sehr kompliziert, und dabei müssen die Wohnberater unterstützen: *Also, das wird dann sehr kompliziert und wir müssen uns dann halt bei den Antragstellern auch um jeden einzelnen Schritt kümmern, meistens weil die das total überfordert* (115061.3_001: 83 - 83).

Im Falle einer Ablehnung des Kostenvoranschlags kann die Expertise der Wohnberater hilfreich sein: *Die haben das beantragt, aber nicht richtig beantragt oder im Kostenvoranschlag ist es*

irgendwie unschlüssig, was wollen die eigentlich machen. Und dann kommen wir wieder ins Boot (426061.8_001: 40 - 40).

Für die Ausübung ihrer Tätigkeit benötigen die Wohnberater eigentlich an sich schon interdisziplinäres Wissen. Insofern ist es sehr hilfreich, dass die Wohnberater aus verschiedenen beruflichen Hintergründen kommen: *Wohnberatung speist sich ja aus verschiedenen Berufsgruppen, und das macht ja auch jeden Wohnberater und jede Wohnberatung dann in der Kommune auch aus. Das ist ja auch so spannend, weil wir ja so unterschiedlich sind (015061.2_001: 15 - 15).*

Da einzelne Wohnberater über eine ihrem individuellen beruflichen Hintergrund entsprechende Expertise verfügen, wird die Zusammenarbeit von Wohnberatern aus unterschiedlichen Disziplinen, beispielsweise einer sozialpädagogischen und einer technischen Disziplin, gemeinsam in einer Wohnberatungsstelle häufig praktiziert, was bei den Wohnberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen häufig zu sehen und sehr vorbildlich ist.

Im Grunde gilt der Wohnberater als Unterstützter der Ratsuchenden und ihrer Angehörigen: *Je nachdem, welchen Menschen man vor sich hat und wie man ihm erklärt, wie die soziale Lage eines Menschen ist und dass er Hilfe braucht, setzen wir uns natürlich auch fast anwaltschaftlich für die ein (426061.8_001: 145 - 145).*

Wo die Voraussetzungen stimmen, setzt der Wohnberater sich dafür ein, dass die Leute Hilfe erhalten können. Das aussagekräftigste Argument in der Stellungnahme des Wohnberaters ist das Heimeinzugsrisiko: *Ich mache deutlich, warum es notwendig, um ambulante Pflege beispielsweise zu ermöglichen. Also ich finde, das ist immer ein gutes Argument. Also es geht nur mit, ansonsten droht stationäre Aufnahme. Das ist natürlich ein sehr mächtiges Argument, aber ist auch ein sehr kostspieliges Argument (726061.9_001: 56 - 56).*

Darüber hinaus unterstützt der Wohnberater die Ratsuchenden dabei, möglichst vernünftige Entscheidungen zu treffen. Hier kommt vor allem die Neutralität der Wohnberater ins Spiel: *Wenn die (Ratsuchenden) bei uns merken, wir beraten firmenunabhängig, das ist ein unheimlicher Vertrauensvorschuss, den wir dadurch kriegen. Wenn ich sage: „Ich suche für Sie die beste Lösung“, das kann eine teure sein, es gibt aber auch viele Zwischenstufen. Viele Sachen kosten gar nichts, oder wenig. (...) Und ich finde es für meine Beratung auch sehr angenehm, dass das so ist. Dass ich nicht für eine Firma Produkte verkaufen muss (905061.1_001: 167 - 167).*

Eine wichtige Eigenschaft der Wohnberater ist insofern, dass sie neutral beraten können, da Umbaumaßnahmen oder Hilfsmittel oft mit Firmeninteressen verknüpft sind. Diese Neutralität gilt außerdem nicht nur gegenüber den Unternehmen, sondern auch gegenüber den Ratsuchenden und dem Sozialamt: *Unsere Neutralität betrifft ja nicht nur, dass wir keine Marken, keine Hersteller empfehlen, sondern unsere Neutralität betrifft auch, dass wir klar für die Ratsuchenden da sind.*

Aber wir sind nicht dafür da, Menschen, die es nicht benötigen, Zuschüsse zu verschaffen. Also wir sind keine Geldholer. Das heißt, wir sind wirklich auch fair und transparent und neutral dem Sozialamt gegenüber (015061.2_001: 65 - 65).

Insofern bedeutet das Prinzip der Neutralität zugleich, dass die Wohnberater nicht immer zugunsten der Ratsuchenden entscheiden oder sich für die Ratsuchenden einsetzen. Einen Beitrag zur zielgerechten und wirtschaftlichen Verwendung der öffentlichen Fonds zu leisten, gilt auch als Aufgabe der Wohnberater: *Wir prüfen sehr genau, was irgendwo finanziell erforderlich ist und was nicht, und wenn wir sagen, dass das nicht erforderlich ist, dann werden wir das auch nicht unterstützen und auch nicht finanzieren, und dass hier die öffentliche Hand eigentlich nicht geschröpft wird (208061.12_001: 52 - 52).*

Demnach gilt es auch als Aufgabe der Wohnberater, in manchen Fällen zu versachlichen und zu vermitteln: *Ich stelle aber hier in meiner Arbeit fest, dass viele Menschen bei uns im Land auch so eine „Vater Staat muss für alles aufkommen“-Mentalität haben und sich benachteiligt fühlen, wenn eine Leistung abgelehnt wird. (...) Und meine Aufgabe ist es hier, die Sache mal etwas zu versachlichen und sachlich darzustellen, aber das wollen viele Menschen auch gar nicht hören (208061.12_001: 34 - 34).*

Trotz ihres Neutralitätsgrundsatzes kommt es aber auch vor, dass Wohnberater in Interessenskonflikte geraten. Diese hängen zumeist mit ihrem Angestelltenverhältnis zusammen, insbesondere bei Wohnberatern, die bei einem Wohlfahrtsverband, der auch selbst einen Pflegedienst anbietet, angestellt sind. Wenn ein Wohnberater dann bei einem Hausbesuch den Bedarf für einen Pflegedienst sieht, kann ein Konflikt zwischen der Neutralität des Wohnberaters und seiner Loyalität zum Arbeitgeber entstehen. Hierzu zwei Zitate: *Hier würden wir eben erst einmal gucken, braucht derjenige zum Beispiel einen professionellen Pflegedienst. Ja, wobei wir immer - wir beraten neutral. (...) Der Kunde ist König. Und wer jetzt zum Beispiel religiös gebunden ist, möchte vielleicht lieber von der Kirche gepflegt werden - ist völlig in Ordnung. Es geht ja nur um das Angebot erstmal, dass wir sagen: „Wir sehen da einen Unterstützungsbedarf und möchten Sie nicht einen Pflegedienst in Anspruch nehmen, das macht Ihre häusliche Situation leichter.“ Ja, das heißt, das wäre unsere Sozialstation oder ein fremder Pflegedienst, wir haben da gar keine Berührungspunkte. Hausnotruf ist dasselbe. Wir haben einen Hausnotruf, aber [Name des Wohlfahrtsverbandes] hat hier auch einen Hausnotruf, Krankenkassen, Pflegekassen, Kurzzeitpflege (905061.1_001: 89 - 89).*

Also jeder sucht sich den, den er haben will oder kommt zu mir und sagt, suche mir doch mal einen Pflegedienst, ich bin aber katholisch, ich hätte gern einen katholischen Pflegedienst. Das ist ganz wichtig, das ist bei uns Credo (827061.02_001: 256 - 256).

Die interviewten Wohnberater berichteten, dass bei ihnen Interessenskonflikte keine Rolle spielen, aber einem informellen Interview zufolge gibt es immer noch Bedenken auf Seiten der relevanten Sachbearbeiter dahingehend, ob die Wohnberater trägerunabhängig arbeiten können. Und dieses Bedenken führe manchmal mit dazu, dass die Sachbearbeiter zögerten, Kontakt zu den Wohnberatern aufzunehmen. Hingegen sind die Wohnberater bei öffentlichen Arbeitgebern wie Kommunen und Kreise relativ befreit von diesen potentiellen Konflikten. In diesem Zusammenhang ist die Neutralität sowohl das wichtigste Prinzip und sogar Pflicht der Wohnberater als auch gleichzeitig unter Umständen eine empfindliche Stelle.

Neben den Beratungsarbeiten anhand ihrer Expertise ist darüber hinaus Aufmerksammachen und Sensibilisierung in Bezug auf die altersgerechte Wohnungsanpassung eine der wichtigsten Aufgaben der Wohnberatung: *Das wissen viele nicht, wie man so was (Altersgerechte Wohnungsanpassung) machen kann. Es wissen auch viele Architektinnen und Architekten nicht. Und aus diesem Grunde ist die Wohnberatung eben ganz wichtig als verlässlicher fachkundiger professioneller Partner da tätig zu sein, als Ansprechpartner (827061.91_001: 334 - 334).*

Ein Mitarbeiter bei einer Handwerkskammer sagt in diesem Zusammenhang, dass seit der Verstärkung der politischen Förderung der Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen die Nachfrage bei Handwerksbetrieben größer wird: *Die Betriebe werden öfter angesprochen - das kann man mit Sicherheit sagen (127061.32_001:100-100).*

Ein erfahrener Handwerker berichtet auch, dass er, nachdem das relativ neue Konzept „Wohnberatung“ etabliert wurde, mit diesen Wohnberatern sehr eng zusammenarbeitet und wiederholt von ihnen kontaktiert wird: *Die Wohnberater kamen erst dann so im Laufe (der Zeit), (...) das ist eher der neumodische Aspekt. Und mittlerweile durch die Wohnungsbaugesellschaften, wo wir jetzt den Kontakt mittlerweile zu haben, zu einigen, da kommen auch immer mehr Wohnberater mit hinzu. Man plant dann mit denen zusammen. Oder die sagen halt, fahren Sie da hin, gucken Sie sich das vor Ort an und da entsteht schon eine gewisse Harmonie dann, wenn man ein paar Mal zusammen gearbeitet hat, dann rufen die auch noch an (707061.11_001: 245 - 245).*

Ihre Expertise in Bezug auf Maßnahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung erlaubt neben der Beratung von Individuen auch Beratungen in Wohnprojekten, sodass sie zur allgemeinen Schaffung der Barrierefreiheit in Wohneinheiten beitragen können: *Wir haben hier in [Name der Stadt] einige generationenübergreifende Wohnprojekte, die sind zum Teil im Vorfeld auch mit ihren Bauplänen zu uns gekommen, wir haben uns die angesehen, haben uns Notizen gemacht, sind dann mit unseren Notizen in die Gruppen gegangen, die ja diese Wohnprojekte aufbauen wollen und haben mit denen durchgesprochen, was wir gut finden, was wir nicht gut finden, damit zum einen dieses Thema Barrierefreiheit wirklich konsequent durchgezogen wird, aber auch die vielen Kleinigkeiten, die noch nebenher bei Bauten natürlich sinnvoll sein können (517061.51_001: 8 - 8).*

Diese Erfahrung der Wohnberater weist darauf hin, dass sich der Tätigkeitsbereich der Wohnberater erweitert. Ein Wohnberater berichtet beispielsweise, dass er nun bei den Gremienarbeiten mitwirkt, in der ein Plan für das gesamte Lebensumfeld einer Region entwickelt wird: *Und vor allen Dingen, was wir auch haben, wir haben ganz, ganz viele Gremienarbeiten mehr. (...) Wir hier in [Name der Stadt] haben zum Beispiel den Aktionsplan [Name des Aktionsplans] mitentwickelt. Und auch da ist das Umfeld, die Infrastruktur drum herum auch wichtiger geworden. (...) Und deshalb hat sich die Wohnberatung – das ganze Wissen ist wesentlich globaler geworden, finde ich (915061.5_001: 1 - 1).*

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Wohnberater weder Geldgeber sind noch Entscheidungsgewalt haben. Sie können zwar die Ratsuchenden befähigen, vernünftige Entscheidungen zu treffen, können aber nur beraten, nicht selbst entscheiden. Trotzdem können sie mithilfe ihrer Expertise im komplexen Prozess der verwaltungsbezogenen Kommunikation und der Orientierung im Markt wertvolle Hilfestellung leisten und relevante Akteure vernetzen. Ihre Funktion im Marktgeschehen wird im Folgenden weiter thematisiert.

6.3.2. **Marktgeschehen und Wohnberatung**

Die Tätigkeit der Wohnberatung, die bei der Realisierung der sozialpolitischen Zielsetzungen wie *ambulant vor stationär* und *langer Verbleib zu Hause* ansetzt, ist erstaunlicherweise weitgehend marktbezogen. In der vorliegenden Studie kommt der Funktion der Wohnberatung für den Markt, vor allem für gegenseitige Austauschbeziehungen der relevanten Akteure, besondere Aufmerksamkeit zu. Insbesondere ist hierbei das Augenmerk auf ihre Rolle in der Förderung und Kontrolle des Marktvorgangs gerichtet. In erster Linie ist die Beziehung zwischen den Unternehmen und der Wohnberatung kooperativ. Dabei kommt insbesondere die Expertise der Wohnberater als Koordinatoren von verschiedenen Aufgabenbereichen in Bezug auf die Wohnungsanpassung zum Tragen: *Das Verhältnis zu den Handwerkern (ist) eigentlich immer eine Kooperation, denn wir haben sozusagen das Metawissen, wie es denn laufen sollte, und die haben das konkrete Fachwissen und wir müssen gucken, dass wir ideale Ergebnisse zusammenbringen. (...) So, und da stehen wir eigentlich immer nur als Kontrollinstanz zwischen dem Auftraggeber und dem Handwerker und gucken, dass das so läuft, wie der Auftraggeber das haben möchte (115061.3_001: 170 - 170).*

Einem Interviewpartner zufolge kontrolliert die Wohnberatung gewissermaßen auch die effektive Umsetzung der Maßnahme: *Wenn man die neutrale Wohnberatung einsetzt, dann habe ich automatisch auch so ein bisschen eine Effizienzkontrolle. Ich als Pflegekasse würde gerne einen*

neutralen Wohnberater am Start haben, der dann auch mal dann schaut: Läuft das auch so, wie ich es bezahle? (408061.22_001: 78 - 78).

Besonders bedeutsam ist, dass der Wohnberater häufig die möglicherweise extreme Gewinnorientierung der Unternehmer bremsen kann: *Wenn ich(Wohnberater) sehe, dass eine Firma, die vor zwei Jahren 2.000 Euro für diesen Umbau genommen hat und jetzt 4.000 Euro für den gleichen Umbau nimmt und es die gleiche Firma ist, dann frage ich die auch, was das denn soll. Das ist ihnen dann manchmal auch peinlich, und dann wird manchmal auch der Preis wieder nach unten gedrückt (517061.51_001: 66 - 66).*

Auch wenn dies nicht der Regelfall ist, können Konsumenten und Pflegekasse doch vor einer möglichen Mehrausgabe geschützt werden, wenn ein Wohnberater bei einem Fall miteinbezogen wird: *Von daher ist wirklich immer entscheidend, wie beraten wird und wir unterstellen ja nicht, dass alle Handwerker nur darauf aus sind, den Leuten teuer was zu verkaufen. Es gibt sicherlich auch sehr gute Handwerksbetriebe, die auch den Leuten wirklich das Preis-Leistungs-Verhältnis geben, wo das auch stimmt. Aber es ist eben auch mal nicht so (915061.6_001: 48 - 48).*

Darüber hinaus kann Wohnberatung einen möglichen Fehlumbau oder Anschaffung von unpassenden Hilfsmitteln vermeiden. Am Beispiel eines schlecht durchgeführten Umbaus argumentiert eine Wohnberaterin: *Wenn es die Wohnberatung gegeben hätte, hätte es diesen Umbau nicht gegeben. Also das wird in Chaos versinken, wenn die Leute das alleine machen. Weil die einfach gar nicht wissen und auch die Installateure in der Regel nicht so geschult sind, bedürfnisgerecht umzubauen für denjenigen (906061.7_001: 103 - 103).*

In diesem Zusammenhang muss der Wohnberater auch manchmal einen Konflikt mit den Unternehmern riskieren: *Zum Beispiel, wir wollen eher das Spartanische, die klassischen Arbeiten konservativ gut ausgeführt, und dann kann man gucken, was man noch on top oben drauf gibt. Die Handwerker, die spinnen manchmal aber rum und überlegen: „Wir können noch dies und das machen“. Es gibt einfach oft Konflikte. Ja, die wollen Geld verdienen, das merkt man schon (015061.2_001: 85 - 85).*

Darüber hinaus kann neben der Kontrolle der Effizienz die Wohnberatung auch ein Qualitätsmanagement der Umbaumaßnahme praktizieren: *Das ist mehr eine Frage der Qualität der Arbeit. Auch in dieser Beziehung ist unsere Arbeit mehr geworden: Mehr mit den Pflegekassen verhandeln, mehr mit den Firmen verhandeln, mehr aufpassen, dass die Firmen das auch korrekt machen. Selbst Firmen, mit denen wir immer gute Erfahrungen gemacht haben, beauftragen manchmal Subunternehmer, die wir dann überhaupt nicht kennen. Und die machen dann manchmal Unsinn (517061.51_001: 68 - 68).*

Durch ihre Erfahrung haben die Wohnberater zwar Meinungen über Unternehmen, aber aufgrund des Neutralitätsprinzips können sie nicht eine bestimmte Firma weiterempfehlen oder von einer bestimmten Firma abraten: *Die Leute wünschen sich, glaube ich, mehr den einfachen Weg – „Empfehlen Sie einfach jemanden“ (...) Ja, also es ist ein Dilemma manchmal. Da stoßen wir auch oft auf Probleme, wenn ich dann sage, ich darf gar nichts sagen. Das ist oft ein Problem. Ich glaube, deshalb knicken auch viele Wohnberater mal ein, glaube ich (015061.2_001: 13 - 13).*

In diesem Zusammenhang finden es manche Interviewpartner schade, aber nicht vermeidbar, dass Informationen über besonders gut qualifizierte Handwerker oder preisgünstige innovative Hilfsmittel den Ratsuchenden nicht zugänglich gemacht werden darf: *Wir haben natürlich, so wie ich es eben gezeigt habe, Hilfsmittel, die es dann häufig auch nur von einem Anbieter gibt oder so, das ist hier eine italienische Firma, die wunderbare Scalamobile halt herstellen. Wir kennen die Sachen natürlich alle, aber ich würde jetzt da keine Firmen benennen (905061.1_001: 167 - 167).*

Vor diesem Hintergrund wurde es vielfach als Problem bezeichnet, dass es wenige Möglichkeiten gibt, die Qualität der Wohnungsanpassungsmaßnahmen auf einem hohen Niveau zu halten. Vonseiten der Wohnberater ist auch mehr Handlungsspielraum im Bereich des Qualitätsmanagements erwünscht. Hinsichtlich eines Qualitätssiegels, das den Konsumenten bei der Orientierung am Markt helfen kann, haben die Interviewten verschiedene Meinungen. Eine Wohnberaterin ist eher skeptisch: *Was sagt denn ein Qualitätssiegel? Sagt doch nichts aus. Ich kann tausend Siegel haben, aber ich kann trotzdem einen Unterhandwerker haben, der das nicht verstanden hat. Sagt gar nichts aus (426061.8_001: 138 - 138).*

Ähnlicherweise sagt ein Interviewpartner, dass bei Qualitätssiegeln die Gefahr besteht, dass eine unübersichtliche Menge solcher Siegel auf den Markt kommt, und das einzelne Siegel dann seinen Wert für den Ratsuchenden verliert: *Diese Siegelidee, also diese Labels, die man dann vergeben kann, die geraten natürlich immer schnell sozusagen in eine Inflation. Also, dass man plötzlich noch ein Siegel findet und noch irgendein Qualitätszertifikat. Ob das schlussendlich den Vermietern oder auch den Ratsuchenden hilft, das ist dann die große Frage (117061.31_001: 52 - 52).*

Andererseits ist eine Wohnberaterin aber der Meinung, dass Qualitätssiegel durchaus eine Hilfe sein könnten, gerade bei eigener Recherche: *Ich werde immer nach Empfehlungen gefragt. Wenn die dann nachgucken könnten oder den Nachbarn oder der Tochter oder dem Sohn mal sagen könnten, geh doch mal ins Netz und gucke mal, wer sich da irgendwie gut aufgestellt hat oder wer das gut kann, wer da zertifiziert ist, ich glaube schon, das würde den Leuten helfen (726061.9_001: 122 - 122).*

Vor allem im Vergleich zu Hilfsmitteln, wo die Qualität der Produkte im Rahmen des Prozesses der Aufnahme des Hilfsmittels in den Hilfsmittelkatalog geprüft wird, sind Informationen über zertifizierte oder bewertete Handwerker schwer zu finden. In diesem Zusammenhang ist ein neuer

Ansatz vonseiten der Wohnberatung, der Kommune oder der Handwerkskammer denkbar, der neutrale Rahmenbedingungen dafür schaffen würde, dass Informationen über besonders gut qualifizierte Handwerker für Ratsuchende zugänglich wären.

6.3.3. *Wohnberater als Koordinatoren*

Der Markt für altersgerechte Wohnungsanpassung ist durch ein komplexes Zusammenwirken marktwirtschaftlicher Elemente gekennzeichnet und im Zuge der sich zusehends diversifizierenden Akteursstruktur wird die Interessenskonstellation noch dynamischer.

Die große Bedeutung der Wohnberatung ist mit der wachsenden Kritik gegenüber dem fragmentierten Versorgungssystem der Wohnungspolitik verbunden. Einer der häufigsten Kritikpunkte sind, den Interviewpartnern zufolge, die Kommunikationsprobleme zwischen verschiedenen Akteuren in verschiedenen Institutionen. Am Beispiel eines vor kurzem gescheiterten barrierefreien Wohnprojektes in dem von ihm betreuten Ort kritisiert ein Wohnberater diesen Punkt: *Meiner Meinung nach ist der Stadt [Name der Stadt] damit eine weitere gut funktionierende barrierefreie Wohnanlage verloren gegangen. Das ist aber rein auf einer Kommunikationsstörung basierend. (...) Das ist ein Strukturproblem (115061.4_001: 142 - 142).*

Aufgrund der Akteursvielfalt in der Wohnungsanpassung ist daher vor allem interdisziplinäre und interprofessionelle Vernetzung gefragt. Hierbei steht insbesondere der Aufbau eines funktionierenden Netzwerkes im Fokus der Betrachtungen. Ein Interviewpartner argumentiert, dass der erbrachte Arbeitsaufwand einzelner Akteure ohne Einbettung in ein Netzwerk nicht effizient ist: *Also Netzwerk ist einfach ganz, ganz wichtig. Denn wenn einer in eine Richtung arbeitet und der andere in eine Richtung arbeitet und die von anderen nichts wissen oder miteinander nicht kommunizieren, ist das verlorengegangene Energie. (...) Und das Zusammenzuführen, das ist ganz, ganz wichtig (827061.91_001: 319 - 319).*

Ihm zufolge kann die Wohnberatung diesbezüglich eine Schlüsselrolle spielen: *Also, das sind eben wichtige Netzwerkpartner oder auch Netzwerkaufbauer. (...) Allein ist man also ganz, ganz wenig, aber im Zusammenspiel der Angebote, das kann also schon eine ganze Menge ausmachen (827061.91_001: 317 - 317).*

Hierzu berichtet ein Wohnberater über seine Tätigkeit in Bezug auf die Koordinierung der verschiedenen relevanten Akteure für die altersgerechte Wohnungsanpassung: *Also, wir müssen im Grunde genommen im Blick haben, wie ist jetzt die Entwicklung zur Entscheidung hin und dann koordinieren wir, so: Handwerker, ich sage dir jetzt Bescheid, die Pflegekasse hat ja gesagt, du*

kannst jetzt anfangen. (...) Also, wir müssen sehr hoch moderieren und koordinieren, das ist sehr wichtig, sonst klappt es manchmal nicht (915061.5_001: 191 - 191).

Die zentralen Partner der Wohnberater für diese koordinierende Funktion sind vor allem die Kommunen und Pflegekassen. Im Folgenden werden Beispiele dieser Zusammenarbeit und deren Dynamik analysiert.

1) Vermittlungsarbeit zwischen Kommunen und Ratsuchenden

Wohnberater müssen in ihrer täglichen Tätigkeit viel mit den Kommunen zusammenarbeiten. Die Wohnberater berichten insgesamt von einer relativ guten Zusammenarbeit zwischen Wohnberatungsstellen und Kommunen: *Also, am engsten in der Kommune arbeiten wir hier in [Name der Stadt] mit den städtischen Seniorenbüros zusammen, mit den 12 in den Stadtbezirken verorteten Seniorenbüros – das ist unser engster Kontakt – und dem Demenz-Servicezentrum hier in [Name der Stadt], überhaupt mit dem Fachbereich Senioren hier in [Name der Stadt], einfach ein guter Kontakt. So, und da kommen auch viele Anfragen, werden weitergeleitet, vernetzt einfach, perfekt, kann man gar nicht anders sagen. Dann mit dem Sozialamt, (...) mit dem Bauamt, manchmal beim Bauordnungsamt. (...) Da ist eine enge Zusammenarbeit, mit dem psychosozialen Dienst, wenn es mal um schlimmere Situationen geht (015061.2_001: 69 - 69).*

Der oben zitierte Wohnberater sagt sogar, dass ihm fast keine Stelle in der Kommune einfällt, mit der die Wohnberatung nicht in Kontakt steht: *Wir sind mit Stadt [Name der Stadt] ganz gut vernetzt, nicht permanent, immer auf Bedarf, aber eigentlich gerade überlege ich wirklich, mit welchem Fachresort in [Name der Stadt] wir eben gar keinen Kontakt haben? (015061.2_001: 69 - 69).*

Eine enge Zusammenarbeit zwischen Wohnberatern und Mitarbeitern bei den Kommunen erfolgt vor allem bei Menschen, die auf Sozialhilfe angewiesen sind. Das betrifft nicht nur Wohnberater bei freien Trägern, sondern auch Wohnberater, die bei der Kommune angestellt sind, müssen dafür mit Kollegen von anderen Stellen zusammenarbeiten: *Da bin ich dann aber nicht ganz alleine tätig, sondern wenn es dann um konkrete Umbaumaßnahmen geht und unser Haus Kostenträger ist, also die Sozialhilfe, dann kommt auch noch eine Kollegin vom Bauamt ins Spiel, eine Bauingenieurin, die prüft die Gewerke und schaut sich die Wohnung an, misst das aus, und ist dann teilweise auch in die Planung eingebunden (208061.12_001: 14 - 14).*

2) Vermittlungsarbeit zwischen Pflegekassen und Ratsuchenden

Da die Kranken- und Pflegekassen einer der wichtigsten Kostenträger der Wohnanpassungsmaßnahmen sind, ist die Funktion der Wohnberater als Koordinatoren für die Kommunikation zwischen Ratsuchenden und Kassen sehr wichtig. Vor allem unterstützen die

Wohnberater ihre Ratsuchenden durch Informationsaustausch mit den Kassen: *Also ich arbeite sehr gut mit der [Name der Pflegekasse] hier zusammen. Da habe ich eine eigene Ansprechpartnerin. (...) Das ist also, wenn jetzt mich ein [Name der Pflegekasse]-Klient anruft, oder ein Versicherter anruft, und sagt, ich möchte einen Umbau, dann gehe ich dahin, mache den Hausbesuch, informiere meine Ansprechpartnerin bei der [Name der Pflegekasse]. Dann weiß die schon mal Bescheid, dass der Antrag kommt (906061.7_001: 75 - 75).*

Es gibt auch Fälle, in denen die Pflegekasse auch selbst auf die Wohnberatung zukommt, wenn sie zur Beurteilung eines Falles deren Expertise benötigt: *Die (Mitarbeiter der Pflegekasse) sagen: „Kann ich Ihnen mal hier einen Kostenvoranschlag zufaxen, ich kann das inhaltlich gar nicht richtig beurteilen, ist das jetzt eine gute Lösung hier, der will eine neue Küche haben, ich weiß gar nicht, ist das barrierefrei?“ (905061.1_001: 99 - 99).*

Insbesondere gilt die Arbeit der Wohnberater an der Schnittstelle zwischen Ratsuchenden und Pflegekassen als einer der wichtigsten Ansatzpunkte der Wohnberater, vor allem in den Fällen, die die Pflegekasse nicht richtig beurteilen kann, da sie in der Regel vom Schreibtisch aus entscheidet. Durch diese Arbeitsweise können die Sachbearbeiter die tatsächliche Situation der Antragsteller nicht vollständig realistisch beurteilen. Hierzu zwei Zitate von Wohnberatern: *Nach welchen Kriterien werden solchen Umbauten angeregt? Sie (Mitarbeiter in Pflegekasse) sagen selbst, dass sie selbst unheimlich viel darüber gelernt haben, was notwendig ist oder was nicht. Die sitzen am Schreibtisch. Die sehen ja die Wohnungen nicht. Deswegen ist das nicht unbedingt mangelnde Qualität oder so etwas, sondern das ist dann einfach in dem Moment Nichtwissen. Man muss dann genauer hinschauen (517061.51_001: 58 - 58).*

Und diese realistische Situation, in der die Leute stecken, die scheint bei den meisten Sachbearbeitern in der Form gar nicht anzukommen (115061.4_001: 155 - 155).

Eine Wohnberaterin berichtet diesbezüglich auch, dass manchmal der Kostenübernahmeantrag von Ratsuchenden an der Pflegekasse aus ihrer Sicht ohne vernünftige Gründe abgelehnt wird und sie sich häufig für die Genehmigung einsetzen muss: *Es gibt Krankenkassen, Pflegekassen, mit denen ist es ein bisschen schwierig. Die lehnen schon mal gerne ab. Und dann gehe ich halt in das Streitgespräch, telefonisch, und versuche da natürlich irgendwas zu regeln. Bevor ich irgendwelche Widersprüche schriftlich mache, versuche ich das irgendwie per Telefon zu regeln und irgendwie eine Lösung zu suchen (906061.7_001: 75 - 75).*

Die Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit mit den Pflegekassen werden von einem Interviewpartner folgendermaßen begründet: *Sehr gut ist hier die Zusammenarbeit (mit) der [Name der Pflegekasse], die auch eigene Mitarbeiter haben, die rausfahren und das beurteilen, dann teilweise auch mit mir hier direkt Kontakt aufnehmen.(...) Und da gibt es natürlich auch viele*

Pflegekassen, die ihr Büro in Leipzig oder in Kiel haben und das aus der Ferne irgendwo machen und da wird es dann manchmal schwierig (208061.12_001: 44 - 44).

In ähnlicher Weise sind auch Umstrukturierungen bei den Kassen und infolgedessen wechselnde Ansprechpartner ein Grund dafür, dass der gewinnbringende Austausch erschwert wird: *Leider gibt es ja bei einigen Pflegekassen ja die Tendenz. Es gab früher in einzelnen Städten auch Filialen von der [Name der Pflegekasse 1], [Name der Pflegekasse 2] oder so was. Mittlerweile haben sie die ja auch oft aufgelöst. (...) Man versucht, die Strukturen zu dezentralisieren oder zu zentralisieren. Wenn ich jetzt zum Beispiel mit [Name der Pflegekasse 2] (telefoniere), muss ich mit Kiel telefonieren, ja. Und da ist dann entweder Frau Müller, Meier, Schulze (915061.6_001: 135 - 135).* In diesem Zusammenhang gelten die räumliche Distanz und häufig wechselnde Ansprechpartner als ein Faktor, der gute Zusammenarbeit verhindert. Diese Einschränkungen sind aber manchmal unvermeidbar, und machen ein besseres System zur Stabilisierung des Netzwerks erforderlich.

3) Netzwerk

Neben der Schaffung und Aufrechterhaltung eines Netzwerkes mit den Kranken- und Pflegekassen sowie den Kommunen gilt die Funktion als Koordinatoren zwischen Unternehmen und Ratsuchenden als zentraler Ansatzpunkt der Wohnberater. Als Koordinatoren können Wohnberater Probleme zwischen Unternehmern und Ratsuchenden, die aufgrund von fehlender Sozialkompetenz bei Unternehmern oder aufgrund von mangelhafter Kommunikation entstehen können, vermeiden: *Auch übrigens, was das Thema Gesprächsführung betrifft. Die soziale Komponente. Ich finde, auch da ist sehr viel Bedarf. Ich nehme jetzt mal ein Klischee: Die ältere Dame, ihr Partner ist verstorben, möchte noch einmal umbauen. Dann kommen, es sind ja meistens Handwerker, die männliche Variante, sehr barsch, sehr grob, bestimmend in die Wohnung, das ist schwierig (015061.2_001: 45 - 45).*

Darüber hinaus können die Wohnberater mit ihrer Expertise in Bezug auf Krankheitsbilder den Unternehmern helfen. Hierzu zwei Zitate: *Wir merken häufig, dass sich Handwerker natürlich auch nicht mit dem Krankheitsbild beschäftigen, das machen wir wiederum als Wohnberater (915061.5_001: 3 - 3).*

:Ich war bei einer Dame, die hat auch MS, also Multiple Sklerose, hier in [Name der Stadt], die ist umgezogen. Und ich hatte vorher schon mit ihr besprochen, was sie so im Badezimmer, wo was so sinnvoll ist, wie sie duscht, wo sie die Haltegriffe gerne hätte (906061.7_001: 37 - 37).

Wenn es um eine Mietwohnung geht, setzen sich die Wohnberater bei Bedarf mit den Wohnungsbaugesellschaften sowie mit den privaten Vermietern in Verbindung. Die interviewten Wohnberater weisen darauf hin, dass für die Koordinationsarbeit die Wohnberater die idealen

Ansprechpartner sind. Ihre Funktion als Koordinatoren erleichtert den Ablauf des Umsetzungsprozesses und dies ist ein großer Gewinn für alle involvierten Akteure: *Wir sind ja auch immer ein bisschen Vermittler. (...) Wenn wir dann hingehen, dann können wir mit denen noch einmal das Ganze durchsprechen, auch noch einmal mit den Firmen sprechen, das ist ein großer Gewinn (517061.51_001: 62 - 62).*

Diese komplizierten und aufwändigen Prozesse der altersgerechten Wohnungsanpassung werden außerdem von einer Interviewpartnerin als „Puzzle“ bezeichnet: *Das ist nicht nur die Wohnberatung, sondern wir haben ein riesiges Puzzle, ein Mosaik aus Einzelbestandteilen, wo ganz viele einzelne Sachen dazugehören, um das zu sichern, dass jemand zu Hause bleiben kann und die Wohnberatung ist ein wichtiger Baustein (905061.1_001: 3 - 3).*

Vor diesem Hintergrund werden durch die Funktion der Wohnberatung die Kommunikationswege der relevanten öffentlichen und privaten Akteure verkürzt und dadurch wird zwischen Elementen einer fragmentierten Struktur vermittelt. Wohnberatung bringt insofern die Veränderung der Dynamik zwischen verschiedenen Akteuren mit sich und dies führt zu einer Verbesserung von Synergieeffekten. Daran anknüpfend berichtet eine erfahrene Wohnberaterin, dass sie im Verlauf ihrer Arbeit sehr umfangreiche Netzwerke aufgebaut hat: *Wir haben mal aufgelistet, wo eigentlich unsere Netze alle hingehen. Es ist eigentlich in sämtliche [Name der Stadt]er Einrichtungen. Es kommt natürlich dazu, dass ich diese Arbeit seit 18 Jahren mache und jeden möglichen Gesprächspartner schon inzwischen persönlich kenne. Das ist natürlich auch ein großer Vorteil. Es ist also auch so ein bisschen aus dem Beruf entstandene Netzwerke (827061.02_001: 321 - 321).*

Ähnliches erzählt auch ein anderer Wohnberater: *Wir beraten nicht nur alleine, wir sind super vernetzt, wenn es um Wohnungsbauförderung geht, dann nehmen wir aus dem [Name des Kreises] die Leute mit (915061.5_001: 76 – 76).*

Ich habe mir in den vier Jahren ein großes Netzwerk aufgebaut. (...) Und dadurch habe ich Kontakt mit allen möglichen Stellen bei den Städten. (...) Ich bin auch in verschiedenen Arbeitskreisen und von daher haben wir ein sehr gutes Netzwerk (906061.7_001: 89 - 89).

Dieses Netzwerk durch Wohnberatung verbessert sowie vereinfacht im Endeffekt erheblich den Austausch zwischen Ratsuchenden, internen Fachdienststellen sowie Unternehmern. Dieses persönliche Netzwerk der Wohnberater hat somit für ihre tägliche Arbeit einen großen Nutzen. Diese Netzwerke kommen jedoch einem Mitarbeiter einer Kommune zufolge manchmal zum Stillstand, wenn solche erfahrenen Mitarbeiter aus verschiedenen Gründen aus dem Beruf aussteigen müssen: *Das ist sehr schade, aber da ist man vielleicht doch überaltert. Traurig, aber man kann ja niemanden mit weit über 80 noch weiterhin zu Ehrenamtlichkeit verpflichten. Es hängt immer an Menschen, Netzwerke und gut funktionierende Netzwerke und Kooperationen hängen immer an Menschen (408061.22_001: 9 - 10).*

An dieser Stelle ist die Verstärkung der Aus- und Weiterbildungssysteme für Wohnberatung ein sinnvoller Ansatz: *Und an der Stelle sind wir froh, dass die [Name des Wohlfahrtsverbandes] dann Fachpersonen hat schulen lassen bei der Landesarbeitsgemeinschaft, um eben den Stand möglichst rasch wieder aufzuholen, der jetzt durch altbewährte Wohnberater quasi weggebrochen ist (408061.22_001: 9 - 10).*

Insofern ist in diesem Zusammenhang ein systematischer und strukturierter Ansatz für eine nachhaltige Versorgungsstruktur, in der auch im Falle des Personalwechsels ohne Unterbrechung die Tätigkeit weiter fortgesetzt werden kann, gefragt: *Also diese Nähe in einem Team, aber institutionell abgesichert, nicht nur auf freiwilliger Basis: „Ich kenne jemanden, den rufe ich an“, sondern institutionell abgesichert sollte es sein (408061.22_001: 82 - 82).*

Daran anschließend erwähnt ein interviewter Wohnberater auch den Stellenwert der Struktur: *Und das weiß ich genau, das liegt nicht an den Personen, es liegt an der Struktur (115061.4_001: 208 - 208).*

Vor diesem Hintergrund lässt sich die Aufgabe erkennen, die jetzige eher personenabhängige Wohnberatung zur systematischen sowie nachhaltigen Versorgungsstruktur weiterzuentwickeln. Diese systematisierte Struktur für Wohnberatung dient zugleich dazu, dass die Ratsuchenden unabhängig von ihrem Wohnort die benötigte Beratung und Unterstützung erhalten können. Für die sozialpolitische Zielsetzung *möglichst langes Wohnen zu Hause* sind die Wohnberater die besten Ansprechpartner, da ihre Tätigkeit ausdrücklich auf die Realisierung dieses Leitbildes hinarbeitet. Dieses Berufsbild kann das Zusammenwirken der verschiedenen Akteure im Handlungsfeld der altersgerechten Wohnungsanpassung koordinieren. Hohen Stellenwert hat in diesem Zusammenhang vor allem die koordinierende Funktion der Wohnberater, da sie auch die Marktakteure direkt ansprechen und in die Marktvorgänge eingreifen können. Darüber hinaus ist eine Vernetzungsarbeit für die Ratsuchenden auch für den Umgang mit sozialpolitischen Instanzen von Relevanz, da deren komplexe Abläufe und bürokratische Anforderungen eine orientierende Hilfe erforderlich machen. Die vielfältigen relevanten öffentlichen sowie privaten Akteure durch Wohnberatung im Bedarfsfall zusammenzubringen, zu vernetzen sowie zusammenwirken zu lassen, kann die Akteurskonstellation und Dynamiken zwischen Ratsuchenden, internen Fachstellen in Kommunen sowie Pflegekassen und Unternehmern positiv verändern.

Im nächsten Kapitel werden anhand des Beispiels der Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen die Wechselwirkungen der Handlungen der relevanten Akteure näher analysiert werden. Dabei soll neben einer detaillierten Analyse der Funktion der Wohnberatung der Beitrag der Hauptakteure zu der jetzigen Versorgungsstruktur und der aktuelle Stand der Wohnberatung als sozialpolitische Maßnahme geklärt werden.

6.4. Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen

Das Bundesland Nordrhein-Westfalen hat, verglichen mit den anderen Bundesländern, das dichteste Versorgungsnetz an Wohnberatungsstellen in den Kreisen und kreisfreien Städten. Bei dessen Entstehung spielte die Initiative einzelner wichtiger Personen und der freien Träger sowie ihre Zusammenarbeit mit Städten und Kommunen eine große Rolle. An dieser Stelle wird der Hintergrund für die Etablierung eines dichten Versorgungsnetzes für Wohnberatung, die Finanzierungsmodalitäten der Wohnberatungsstellen sowie die Abgrenzung zu anderen relevanten Berufsgruppen analysiert.

6.4.1. Die Anfangsphase der Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen

Nordrhein-Westfalen hat das dichteste Versorgungsnetz für Wohnberatung. Im Folgenden wird die Anfangsphase der Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen anhand von Interviews mit Personen, die diese Zeit selbst miterlebt haben, kurz dargestellt.

Es wurde vielfach berichtet, dass in der Anfangszeit der Wohnberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen Ende der 1980er-Jahre vor allem persönliches Engagement entscheidend war: *In diesem Zusammenhang hat sich seinerzeit dann ein hier in [Name der Stadt] engagierter Sozialarbeiter besonders dafür eingesetzt, (...) der das Thema schon sehr stark für sich bearbeitet hat (117061.31_001: 2 - 2).*

Einer Interviewpartnerin zufolge wollten aber dieser Sozialarbeiter und seine Kollegin in erster Linie eigentlich eine Wohngemeinschaft für ältere Menschen, die nicht mehr in ihrer gewohnten Umgebung bleiben konnten, gründen: *(In) der Anfangszeit (war) eher das Thema, beispielsweise, Wohngemeinschaften für ältere Menschen (interessant), denn vor Jahren hat es hier einmal ein Altenheim gegeben, in der Kirche, das gab es aber nicht mehr. Und es gab aber viele Anfragen von älteren Menschen, die nicht mehr zu Hause bleiben konnten (517061.51_001: 2 - 2).*

Erstaunlicherweise hatten damals ältere Menschen zwar Interesse an diesem neuen Projekt, wollten aber lieber länger in der eigenen Wohnung bleiben: *[Namen der Wohnberater] haben dann ganz viele Ältere dazu befragt, ob sie das Thema interessant finden, ob sie sich das vorstellen könnten. Interessant fanden es so ziemlich alle, aber „nicht für mich, so alt bin ich noch nicht und ich wohne jetzt noch lieber alleine, solange ich kann“. Das war immer so der Tenor, also die wollten das dann eigentlich nicht (517061.51_001: 2 - 2).*

Nachdem die beiden Sozialarbeiter also mehr über die tatsächlichen Wünsche der älteren Menschen erfahren hatten, fingen sie an, intensiv weitere Partner zu suchen und relevante Informationen zu

sammeln. Da beide einen sozialpädagogischen Hintergrund hatten, sollte in erster Linie technisches, architektonisches Fachwissen eingeholt werden: *Und [Namen der Wohnberater] waren dann 1986 oder 1987 in Düsseldorf beim ersten Deutschen Seniorentag. Und dort hatten wir dann damals den [Name des Architekten] kennengelernt. (...) Und er hat als Architekt eben geschaut, ob man denn solche Wohnungen so verbessern könnte, dass die Älteren da bleiben können (117061.31_001: 2 - 2).*

Überzeugt vom gesellschaftlichen Nutzen dieser Arbeit, begannen die beiden Sozialarbeiter und weitere Partner damit, eine neue Struktur für die Beratungsarbeit im Bereich der altersgerechten Wohnungsanpassung zu schaffen. In erster Linie war entscheidend, dieses Thema bei Stadt und Land bekannt zu machen: *Und als [Namen der Wohnberater] dann mit (der) Anfrage, mit diesem Thema, wie das mit Wohnberatung aussieht, damit die Menschen länger in der Wohnung bleiben können, bei ihnen ankamen, sind [Namen der Wohnberater] beim Minister auf ziemlich offene Ohren gestoßen (...) (517061.51_001: 2 - 2).*

Dadurch konnte die erste Wohnberatungsstelle in Nordrhein-Westfalen einen ersten Dreijahresvertrag bekommen und in diesen drei Jahren durften die Wohnberater vor Ort ausprobieren, ob Wohnberatung den Menschen tatsächlich hilft. Hieraus ergab sich die Etablierung einer ersten Struktur von Wohnberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen: *[Namen der Wohnberater] haben 1989 angefangen mit der Wohnberatung und 1992 sind [Namen der Wohnberater] dann erstmal in die Landesförderung gekommen mit sechs Beratungsstellen (517061.51_001: 2 - 2).*

Aber bereits seit ihrer Anfangsphase laufen die Wohnberatungsstellen ständig Gefahr, aufgrund eingestellter Finanzierung geschlossen zu werden, wodurch die Wohnberater ihren Arbeitsplatz verlieren würden: *Mein längster Arbeitsvertrag waren die drei Jahre. (...) Danach hatte ich zwei oder drei Mal nochmal Zeiten, in denen wir über zwei Jahre einen festen Vertrag hatten und seitdem immer nur von Jahr zu Jahr. Auch wir wissen nie, ob wir im nächsten Jahr noch da sind (517061.51_001: 26 - 26).*

Natürlich gab es auch Fälle, in denen aufgrund von nicht verlängerten Verträgen Beratungsstellen geschlossen werden mussten, aber oft wurden einzelne Finanzierungskrisen immer wieder überbrückt. Heute existiert in Nordrhein-Westfalen eine fast lückenlose Wohnberatungsstruktur. Ein Mitarbeiter bei einer Kommune hebt diesbezüglich hervor, dass die Kommune, das Land sowie die Landespflegekassen sich besonders an der Förderung beteiligt haben: *Diese Entscheidungsfindung ist schon sehr unter starker Beteiligung der Kommunen erfolgt, aber schon sehr stark vom Land Nordrhein-Westfalen ausgehend, und dass eben auch die Landespflegekassen bereit waren, sich auf diese Lösung einzulassen. Sonst wären diese Stellen wahrscheinlich damals schon auseinandergefallen (117061.31_001: 18 - 18).*

In diesem Zusammenhang muss noch ein weiterer Akteur erwähnt werden. Eine weitere Person, die bisher meistens selbstständig gearbeitet hat, hat aktiv in der Aus- und Weiterbildung dieser Fachkräfte einen wichtigen Beitrag geleistet: *Im Moment ist [Name der Wohnberaterin] auch noch zum Teil in der neuen Koordinierungsstelle Wohnberatung NRW angestellt, aber im Prinzip ist sie meistens selbstständig gewesen. Sie ist auch erst später dazugekommen über die frühere Koordinierungsstelle bei der Verbraucherzentrale. Da war sie angestellt und für unsere Fortbildung und alles drum und dran zuständig (517061.51_001: 2 - 2).*

Kennzeichnend ist ferner, dass diese besonders engagierten Akteure der Gewinnung von Unterstützern aus der Politik große Aufmerksamkeit geschenkt haben. Einer Interviewpartnerin zufolge hat dieser politische Ansatz der Initiatoren besonders dazu beigetragen, die Wohnberatung auf ganz Nordrhein-Westfalen auszuweiten: *[Name der Wohnberaterin] ist Politologin und hat auf diesen Stufen immer mit [Name der Wohnberater], immer die politische Seite auch betrachtet, wie müssen wir agieren. Ohne [Name der Wohnberaterin] und ohne [Name der Wohnberater] wäre die Wohnberatung schon längst im Niemandsland verschwunden (426061.8_001: 108 - 108).*

Sie waren sich schon von Anfang an der Wichtigkeit der politischen Arbeit bewusst und haben tatsächlich besonders viel Kraft auf diese Arbeit verwandt: *[Name des Wohnberaters] hat schon sehr früh erkannt, dass, wenn man Arbeit weiterbringen will, man viel in den politischen Bereich gehen muss. (...) Auch [Name der Wohnberaterin], die ja auch so ein Typ ist, die viel Ahnung von politischer Arbeit hat - (die beiden) haben dann auch sehr viel gemeinsam in NRW, im Land, politische Arbeit betrieben. (...) Und auch das haben natürlich viele erkannt in der politischen Landschaft und haben sich entsprechend dafür eingesetzt und dieses Zusammenspiel hat ganz viel bewirkt (517061.51_001: 10 - 10).*

Im Rahmen dieses politischen Ansatzes wurde außerdem die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) gegründet. Sie gilt insofern sowohl als ein Ergebnis als auch als ein Instrument dieser politischen Arbeit. Das Ziel ihrer Gründung war, dass die Wohnberatungsstellen auch im politischen Sektor tätig sein können. Ein Interviewpartner bewertet den Beitrag dieser Gemeinschaft folgendermaßen: *Die Gründung der Landarbeitsgemeinschaft der Wohnberatungsstellen: Das ist natürlich auch noch einmal ein Vorteil gewesen für den Erhalt dieser Stellen (117061.31_001: 18 - 18).*

Ferner hat man auch große Erwartungen an die Koordinierungsstelle der Wohnberatung Nordrhein-Westfalen, die seit Anfang 2016 besteht, vor allem bezüglich der Vernetzung der zahlenmäßig gestiegenen Wohnberatungsstellen und der Aus- und Fortbildung für das Fachwissen: *Die Koordinierungsstelle hat sehr viele Aufgaben, um die Wohnberatungsstellen untereinander gut vernetzt zu halten, zu informieren, verstärkt Treffen zu organisieren, auf denen Austausch möglich ist, sich mehr um das Thema Fortbildung auch zu kümmern (517061.51_001: 4 - 4).*

Zwar gibt es bezüglich der Effizienz dieser Koordinierungsstelle skeptische Stimmen, da sie

zunächst nur als befristetes Projekt angesetzt ist und nur wenige Mitarbeiterstellen dafür vorgesehen sind, aber dennoch ist die Einrichtung dieser Stelle durchaus als ein guter Ansatz für die Vernetzung der einzelnen Wohnberatungsstellen und den erleichterten Informationsaustausch und fachliche Unterstützung zu bewerten. Um die Koordinierungsstelle richtig in der schon bestehenden Infrastruktur zu positionieren ist außerdem die politische Unterstützung des Landes entscheidend. Im folgenden Kapitel wird daran anschließend der Hintergrund der jetzigen Träger- und Finanzierungsstruktur der Wohnberatungsstellen näher analysiert werden.

6.4.2. **Trägerschaft und Finanzierung der Wohnberatungsstelle**

1) *Trägerschaft*

Die Wohnberatungsstellen werden in der Regel von Wohlfahrtsverbänden, Vereinen, Kreisen sowie Kommunen getragen.⁶⁷ Die jetzige Trägerstruktur ergab sich daraus, dass verschiedene Akteure in der Anfangszeit von sich aus begannen, sich mit dem Thema zu beschäftigen: *Es haben sich damals einige Wohnberatungsstellen in Verbänden entwickelt, weil die das Thema spannend fanden, weil die auch Menschen hatten, die so eine Arbeit gut machen können, und die haben es dann über gute Kontakte zu ihren Städten hinbekommen, dass die Städte ihnen diese Arbeit abgegeben haben. (...)* Die Entwicklung, das ist einfach passiert, je nachdem, wer in einer Stadt oder in einem Kreis dieses Thema aufgegriffen hat und es geschafft hat, so eine Stelle bei sich zu etablieren, der hat die gemacht (517061.51_001: 8 - 8).

Die daraus entstehende vorläufige Struktur wurde auch von den Kommunen zumeist übernommen. Der Grund für das Überlassen der Wohnberatung an freie Träger war zumeist, dass es vermieden werden sollte, dass eine neue Verwaltungsstruktur in den Kommunen errichtet und infolgedessen deren bürokratisches System erweitert werden musste. Zudem wollten die Kommunen von den Erfahrungen der Akteure in diesem Tätigkeitsfeld profitieren: *Wir (Kommune) als Verwaltung sind ja durchaus angehalten zu sagen: „Wir brauchen Bündnispartner“. Wir wollen ja nicht an der Lebensrealität vorbei irgendwas neues Bürokratisches erfinden, wir schauen uns also an: Wo gibt es Partner, die in einem Themenspektrum bereits verortet sind? So, und das ist in der Regel unterschiedlich, aber in der Regel sind es Wohlfahrtsverbände* (408061.22_001: 22 - 22).

⁶⁷ Manche Wohnungsunternehmen haben ebenfalls eine eigene Wohnberatungsstelle, aber in dieser Studie wurden ausschließlich Wohnberatungsstellen analysiert, die mit keinerlei Firmeninteresse verbunden sind und infolgedessen neutral beraten.

Es ist ein wichtiger Vorteil der freigemeinnützigen Träger, dass sie flexibel und unabhängig arbeiten können: *Aber ein freier Träger ist eben flexibler und hat den Vorteil, dass er nicht in so einem System wie in der Stadtverwaltung eingebunden ist. Er kann dann etwas unabhängiger arbeiten (117061.31_001: 4 – 4).*

Ein Mitarbeiter einer Kommune, wo die Wohnberatungsstelle hingegen bei der Stadt platziert ist, gibt eine einfache Begründung diesbezüglich: *Die Frage, weshalb das nicht an einen Verband gegeben wurde, ist sicherlich auch kommunal bedingt, weil in dem Augenblick, als wir das so gebildet haben, da hat keiner hier geschrien und gesagt: „Das würden wir aber gerne machen“ (827061.91_001: 332 - 332).*

Eine ähnliche Situation liegt bei einer Beratungsstelle in einem Kreis vor: *Das hätte die Kreisverwaltung hier nicht machen müssen, die Kreisverwaltung hätte diese Aufgabe auch an einen freien Träger oder an die Städte und Gemeinden abgeben können. Die Städte und Gemeinden hatten aber damals kein Interesse daran, diese Aufgabe zu übernehmen (208061.12_001: 2 - 2).*

Tatsächlich ist bei der Abgabe der Wohnberatungsstellen an freie Träger in der Regel die Initiative der freien Träger und ihrer Mitarbeiter entscheidend: *In [Name der Stadt] war eben [Name des Wohlfahrtsverbandes] und in Person eben von [Name des Wohnberaters] schon sehr stark und auch die Wohlfahrtsverbände haben das unterstützt, dass diese Stelle eben nicht bei der Stadt angesiedelt wird, sondern außerhalb. Und insofern ist das eine politische Entscheidung. Natürlich hängt es auch davon ab, ob man in einer Stadt so eine Beratungsstelle überhaupt an einen Träger geben kann, weil dafür ja auch eine Fachlichkeit erforderlich ist. Und [Name des Wohnberaters] hatte die Fachlichkeit damals schon erworben (117061.31_001: 8 - 8).*

Darüber hinaus unterstützen freie Träger als Arbeitgeber der Wohnberater die Wohnberatung sowohl organisatorisch als auch finanziell: *Die (Träger) haben uns natürlich immer unterstützt, sowohl finanziell als natürlich auch mit Arbeitskraft (517061.51_001: 32 - 32).*

Man kann diesbezüglich fragen, warum diese freigemeinnützigen Träger angesichts der anfallenden Kosten diese finanziell nicht lukrative Aufgabe übernehmen.⁶⁸ Einem Mitarbeiter bei einer Kommune zufolge hat das meistens mit einer erhöhten öffentlichen Sichtbarkeit für die Träger zu tun, was auf längere Sicht ihrer weiteren Arbeitsleistung zugutekommt: *Durch ein zusätzliches Betätigungsspektrum sind die Verbände in der Öffentlichkeit in der Wahrnehmung näher an den potenziellen Ratsuchenden: Mindestens zum Teil refinanziert, sie stecken immer noch ein bisschen*

⁶⁸ In Nordrhein-Westfalen gibt es sowohl öffentlich finanzierte Wohnberatungsstellen als auch solche, die nicht durch die öffentliche Hand finanziert werden. Aber auch bei öffentlich finanzierten Wohnberatungsstellen muss der Träger als Arbeitgeber zum Teil eigene Mittel einbringen. Dazu zählen beispielsweise Aufwendungen für Verwaltungskosten und Büromiete.

selber rein, haben aber den Vorteil, dass sie wieder ein Stück präsenter sind für ihre Kunden. Jetzt will ich nicht von einem Wettbewerb groß sprechen, den gibt es aber selbstverständlich (408061.22_001: 22 - 22).

Die Wohnberatung ist ein sinnvolles Betätigungsfeld vor allem für freie Träger wie Wohlfahrtsverbände und der Interviewpartner hebt in diesem Zusammenhang hervor, dass auch die freien Träger von der Partnerschaft mit den Kommunen profitieren: *Jeder Bürger weiß ja: da kommt die [Name des Wohlfahrtsverbandes 1] vorgefahren mit ihrem Auto, die sagen natürlich: „Wir sind für den Kreis [Name des Kreises] unterwegs, machen dies und jenes“. Da kommt auch mal ein Vertreter von [Name des Wohlfahrtsverbandes 1] dann, weil der Mann von [Name des Wohlfahrtsverbandes 2] erkrankt ist, so was. Unterm Strich ist es natürlich schon so, dass die Wohlfahrtsverbände in ihren Quartieren, in ihrem Umfeld, im Sozialraum, den sie sich ja ohnehin schon über Jahrzehnte gegeben haben, aktiv sind. Und wenn sie jetzt ein Betätigungsfeld haben, wie die Wohnberatung, das ist ja etwas sehr Auffälliges: Man geht in die Wohnungen, man steht auf Wochenmärkten, man hat Flyer und ähnliche Dinge (408061.22_001: 22 - 22).*

Als Vorteil der Arbeit als Wohnberater bei einem Verband oder Verein nennt eine Wohnberaterin die Freiräume, die sie bei ihrer Arbeit und ihren Entscheidungen hat: *Ich bin ganz alleine verantwortlich, wie meine Wohnberatungsstelle hier läuft. (...) Also es ist wie ein Selbstständiger arbeiten. Also ich würde da nichts dran ändern wollen (426061.8_001: 173 - 173).*

Im Vergleich zu den Wohnberatern, die bei Kommunen tätig sind, gibt außerdem bei denjenigen, die bei freien Trägern arbeiten, die Tendenz, lange Zeit in derselben Stelle zu bleiben. Von einer Wohnberaterin wird es als problematisch bezeichnet, dass bei den Wohnberatungsstellen mancher Kommunen der Personalwechsel häufig erfolgt oder eine Aufgabe auf verschiedene Personen aufgeteilt wird, sodass die Sammlung von langjähriger Erfahrung in diesem Bereich bei diesen Stellen erschwert wird: *Es gibt auch einige Kommunen und Kreise, in denen das Personal relativ häufig wechselt. Da gibt es ja ganz andere Hierarchien und Aufbauten und viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wollen natürlich die Stufe nach oben gehen und wechseln entsprechend irgendwann wieder. Und wir haben leider auch einige Kommunen und Kreise, die die Stellen, die sie für Wohnberatung bekommen, auch aufteilen auf verschiedene Personen. Ich persönlich glaube nicht, dass das eine gute Lösung ist, weil das dann verwischt (517061.51_001: 8 - 8).*

Andererseits haben die Wohnberater bei den Kommunen auch Vorteile. Vor allem haben sie einen kurzen Dienstweg zu den Sachbearbeitern in der Verwaltung, was die Zusammenarbeit erleichtert: *Also bei der Kommune ist der kleine Dienstweg innerhalb der Verwaltung irgendwie noch einfacher. Die gehen dann halt zum Nachbarn ins Büro und wir müssen anrufen wenn wir hier halt jemanden von der Stadt [Name der Stadt], wenn ich da jemanden erreichen will (905061.1_001: 49 - 49).*

Darüber hinaus haben sie auch einen direkteren Zugang zu Informationen über die potenziellen Ratsuchenden. Allerdings erhöht die Tatsache, dass ihre Stelle häufig im Sozialamt angesiedelt ist, die Hürde zur ersten Kontaktaufnahme durch die Ratsuchenden: *Wir haben einen Fachdienst im Sozialamt in [Name der Stadt], der die alten Menschen zu Hause besucht, die Grundsicherung erhalten. Darüber kriege ich guten Rücklauf. Also ich kriege dann immer wieder darüber auch Informationen, wo sind die Menschen, die ich besuchen kann und nehme Kontakt auf. Manchmal hindert das aber auch, weil ich halt übers Sozialamt komme und vielleicht man sich nicht an mich wendet, weil das vielleicht auch ein Stigma bedeuten kann (726061.9_001: 14 - 14).*

Es gibt also sowohl bei der Ansiedlung der Wohnberatungsstellen bei Kommunen als auch bei freien Trägern Vor- und Nachteile. Wichtig ist aber unabhängig von der Ansiedlung der Wohnberatungsstellen vor allem, dass die Ratsuchenden angemessene Beratung und Unterstützung erhalten. Eine gesicherte Finanzierung ist hierbei ein entscheidender Faktor, weshalb im Folgenden den Finanzierungsmodalitäten der Wohnberatung anhand des Beispiels der Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen weiter nachgegangen werden soll.

2) Finanzierung

Die Finanzierung der Beratungsstellen ist seit dem Anfang der Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen ein heikles Thema. Der aktuelle Finanzierungsmix für öffentlich finanzierte Wohnberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen ist in der Regel eine Dreiteilung: Kommune, Pflegekasse und Arbeitgeber stellen gemeinsam die finanziellen Mittel zur Verfügung.⁶⁹ Angefangen beim Landesmodellprojekt im Jahr 1992 wurden bisher zahlreiche Arten des Finanzierungsmix ausprobiert. Die zentralen Kostenträger waren bis 2009 das Land, der Kreis oder die Stadt sowie die Pflegekasse:⁷⁰ *Natürlich hatten wir tausend Wendepunkte: Immer wenn irgendetwas anderes kam, ein anderer Minister kam, andere finanzielle Situationen kamen - immer war die Diskussion dann natürlich in Aufruhr und es gab unterschiedliche Finanzierungen. Und 2009 war bis jetzt der letzte Wendepunkt in der Art der Finanzierung. Ob das jetzt so bleibt oder ob sich das alles irgendwann wieder ändert, wissen wir nicht (517061.51_001: 22 - 22).*

⁶⁹ Im Detail sieht die genaue Aufteilung der Kosten je nach Region und Stelle unterschiedlich aus. Für viele geförderte Wohnberatungsstellen übernehmen Kommunen und Pflegekassen jeweils die Hälfte der Sach- und Personalkosten und der Arbeitgeber den Rest. Aber es gibt auch beispielsweise einen Kreis, in dem die Wohnberatungsstellen ohne Beitrag der Pflegekasse zu 80% von den Kommunen und zu 20 % vom Arbeitgeber finanziert werden.

⁷⁰ Zu den wechselnden Arten der Finanzierung der Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen siehe auch http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/Wohnungsanpassung_bei_Demenz.pdf

Das Finanzierungskonzept der Wohnberatungsstellen wurde tatsächlich neu erstellt, nachdem ab 2009 das Land aus dem Kostenbeitrag aussteigen musste.⁷¹ Ein Mitarbeiter bei einer Kommune erinnert sich an die damaligen Gespräche: *Daraufhin hat es dann Gespräche gegeben mit den Kommunen in Nordrhein-Westfalen, mit dem Land, und dann auch mit den Pflegekassen. Und das Ergebnis war, dass dann am Schluss gesagt wurde: „Gut, also es gibt eine Finanzierung durch die Landespflegekassen, es gibt eine Finanzierung dann durch die Kommunen, wenn sie bereit sind, für diese Wohnraumberatung auch Mittel bereitzustellen, dann natürlich auch eigenes Geld des Trägers miteinzubringen.“ (...) Das führte dann dazu, dass auch die Stadt [Name der Stadt] sich entscheiden musste, ob wir weiterhin diese Stelle fördern wollen oder nicht. Und der Rat der Stadt [Name der Stadt] hat dann schlussendlich sich dafür ausgesprochen, und gesagt: „Gut, dann fördern wir das weiter, zur Hälfte quasi, oder zu einem fast fünfzigprozentigen Anteil, im Rahmen der kommunalen Seniorenarbeit.“ Und das ist bis heute so (117061.31_001: 14 - 14).*

Da die Wohnberatung nun eine kommunale Aufgabe geworden war, mussten Kommunen in Nordrhein-Westfalen wie diese Stadt selbst entscheiden, ob sie die Kosten dieser Stellen übernehmen oder nicht. Eine Wohnberaterin stellt diese Zeit als „kritischen Punkt“ dar: *Und das war ein ganz kritischer Punkt, wo viele gesagt haben: Nein, die anderen Kosten übernehmen wir nicht. Das hat der Kreis aber hier getan. Und das soll auch so weiterlaufen (426061.8_001: 12 - 12).*

Ein weiterer wichtiger Punkt bei dem Finanzierungskonzept der Wohnberatung Nordrhein-Westfalen ist es, dass die Pflegekassen anders als in anderen Bundesländern seit den 1990er-Jahren (2001-2005 nur Einzelfallpauschalen) einen großen Teil der Wohnberatungsstellen finanzieren: *Und dass es hier in NRW möglich war, die Pflegekassen auch mit ins Boot zu holen, das war noch einmal ein ganz großes Pfund, denn je mehr Schultern so eine Finanzierung tragen, desto eher funktioniert so etwas. Und das haben die anderen Bundesländer nicht so hinbekommen (517061.51_001: 10 - 10).*

Durch die große politische Aufmerksamkeit für das Thema Wohnberatung hat vor allem das Land diese Struktur unterstützt und gute Kontakte zu den Pflegekassen etabliert: *Wenn ein Land sich für so etwas stark macht, wenn man das politisch stark gewichtet, das ist ja auch so passiert, viele Jahre auch mit Landesfinanzen unterstützt hat, dann ist da natürlich eine Struktur entstanden, die man nicht so einfach zerstören wollte. Und die guten Kontakte zu den Landespflegekassen haben dann dazu beigetragen, dass das so aufrechterhalten werden konnte. (...) Hier in Düsseldorf war das immer sehr, sehr politisch stark gewichtet, dadurch ist das wohl im Vergleich zu anderen*

⁷¹ Das Land hat die Wohnberatungsstellen von 1992 bis 2009 im Rahmen der Projekte mitfinanziert. Diese lange Projektförderung musste im Jahr 2009 aufgrund des Prüfungsberichtes des Landesrechnungshofs beendet werden.

Bundesländern nur in Nordrhein-Westfalen so stark (117061.31_001: 24 - 24).

Da die Pflegekassen die Wohnberatung mitfinanzierten, ergab sich auch für andere Kommunen ein Anreiz, Wohnberatungsstellen einzurichten: *Als jetzt die Pflegekassen mit in die Finanzierung eingestiegen sind, war das natürlich ein großer finanzieller Anreiz auch für andere Städte und Kreise, Wohnberatung bei sich zu installieren, weil sie eben sagen konnten: „Wir stellen die Hälfte selbst, die Hälfte bekommen wir von der Pflegekasse“. Da sind dann daraufhin nochmal eher Kommunen und Kreise als Verbände ins Boot gesprungen, weil die Kommunen und Kreise natürlich viel näher dran sind (517061.51_001: 8 - 8).⁷²*

Auch nach der Übernahme der Finanzierung der Wohnberatung durch die Kommunen ist aber die Kontinuität der Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen nicht garantiert: Unbefristete Finanzierung ist bei den Wohnberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen selten zugesichert. Die Befristung der Finanzierung der Wohnberatungsstellen ist darauf zurückzuführen, dass die Wohnberatung eine freiwillige Leistung der Kommune ist. Ein Mitarbeiter einer Kommune sagt: *Das hängt natürlich immer mit den Finanzen zusammen, die die Kommunen bereit sind dafür auszugeben. Denn es handelt sich hier um eine freiwillige Aufgabe. Es gibt also nirgendwo ein Gesetz, in dem steht, dass eine Kommune das machen muss. Das ist eine freiwillige Aufgabe (117061.31_001: 28 - 28).*

Die Bewilligung von freiwilligen Leistungen ist immer vom aktuellen Haushalt der Kommunen abhängig. Dieser Aspekt spielt insbesondere bei finanzschwächeren Kommunen eine große Rolle: *[Name der Stadt] ist ja auch immer haushaltsmäßig im Defizit sehr gefährdet, auch in den Sicherungshaushalt abzurutschen. Und das wäre natürlich tragisch, wenn es uns dann als – wir sind ja eine freiwillige Leistung – wenn es uns treffen würde (015061.2_001: 133 - 133).*

Neben der befristeten Finanzierung kritisieren Wohnberater das niedrige Stellenkontingent. Die Kommunen sind hierbei der erste Ansprechpartner, aber die Forderung nach einer Stellenerhöhung wird in der Regel abgelehnt: *Der nächste Punkt ist einfach Stellenerhöhung und da weigert sich der Kreis (426061.8_001: 12)*

: wir haben jetzt quasi flächendeckend überall einen stark erhöhten Bedarf (115061.4_001: 272 - 272).

Dies führt dazu, dass die Wohnberater ihre umfangreichen Arbeitsbereiche oft nicht abdecken können und auf einige sinnvolle Tätigkeiten verzichten müssen: *Würde man die noch mehr ansprechen, aber wir haben ja kaum Kapazitäten. Wenn wir mit 1,25 Stellen (auf zwei Mitarbeiter verteilt) hier arbeiten und 280, 284 Wohnberatungen im Jahr haben, dann sind wir kaum in der Lage, noch weiter Öffentlichkeitsarbeit zu machen. Und da müsste man eigentlich mehr Geld*

⁷² Außerdem muss hierbei auch erwähnt werden, dass der Finanzierungsbeitrag der Pflegekassen für die Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen thematisch an die Demenzberatung gekoppelt ist, was im nächsten Kapitel näher analysiert werden soll.

reinsetzen, mehr Personal. Wir arbeiten ja seit Jahren mit dem gleichen Personal (426061.8_001: 74 - 76).

Eine Interviewpartnerin hebt hierbei hervor, dass die Finanzierung der Wohnberatung sich für die öffentliche Hand lohnt: *Ich bin bei der [Name des Wohlfahrtsverbandes] und wir werden aber vom Kreis [Name des Kreises] refinanziert. Und zwar ist der Kreis [Name des Kreises] da sehr fortschrittlich, also die haben eben erkannt, dass durch uns auch Geld eingespart wird, weil wir eben stationäre Unterbringung verhindern (905061.1_001: 21 - 21).*

Mehrere der bisher zitierten Interviewpartner bringen diesbezüglich zum Ausdruck, dass eine Stabilisierung und ein weiterer Ausbau der Wohnberatung ein wirksamer und effektiver politischer Ansatz ist. Obwohl der Nutzen der Wohnberatung politisch anerkannt ist, ist die Finanzierung nach wie vor instabil und unzureichend. Zudem ist Wohnberatung bisher nur auf Landes- bzw. kommunaler Ebene angesiedelt. Auf Bundesebene wurde noch kein einheitliches System eingerichtet. Für dieses Modell, das es bisher nur in Nordrhein-Westfalen in dieser Form gibt, sind dieser Aspekt sowie die thematische Verknüpfung von Wohnberatung mit der Versorgung von Demenzerkrankten wichtig und soll im Folgenden detailliert beschrieben werden.

6.4.3. Wohnberatung und Demenz

Im vorherigen Kapitel wurde dargestellt, dass die Wohnberatungsstellen zu einem Teil von den Landesverbänden der Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen finanziert werden, und dies erfolgt nur in Nordrhein-Westfalen: Seit 2005 finanzieren die Landesverbände der Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen einen Teil der Kosten für die Wohnberatung im Rahmen der Förderung Niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote gemäß §45 SGB XI, die sich insbesondere an demente Pflegebedürftige und Pflegebedürftige mit erheblichen Einschränkungen der Alltagskompetenz richten (KDA 2012, S. 7)⁷³. Seitdem ist dieser Anteil der Pflegekasse formell mit der Demenzversorgung verbunden. Die Aufstockung der öffentlichen Finanzierung ist darauf zurückzuführen, dass mittlerweile die Etablierung der Versorgungsstruktur für Demenz als eine dringende gesellschaftspolitische Aufgabe gilt: *Das Thema Demenz war ja bis vor zehn Jahren kaum Thema in der politischen Landschaft oder auch bei den Kommunen und Kreisen. Wir haben, glaube ich, vor vierzehn Jahren ungefähr hier in der Stadt noch zusammengesessen mit allen*

⁷³ Seit Januar 2014 entspricht die Höhe der Förderung durch die Landesverbände der Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen dem finanziellen Bedarf für eine Vollzeitstelle in der Wohnberatung pro 45.000 Einwohner über 64 Jahre.

möglichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus der politischen und sozialen Arbeit hier in [Name der Stadt] und da ging es auch um die Neustrukturierung der Altenarbeit. (...) Das eine Thema war das Thema „Demenz muss enttabuisiert werden“, und zwar in unserer Gemeinschaft, bei unseren Bewohnern hier in [Name der Stadt] und wir brauchen „pantoffelnahe“ Erreichbarkeit für die Menschen, also dass die Menschen Beratung und Unterstützung bekommen, ohne lange Wege gehen zu müssen (517061.51_001: 14 - 14).

Vor diesem Hintergrund haben die Landesverbände der Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen Fördermaßnahmen für die Unterstützung bei Demenzerkrankungen eingerichtet, und in deren Rahmen wird die Wohnberatung zu einem Teil refinanziert: *Das Geld, das wir von den Pflegekassen bekommen, das ist ja schwerpunktmäßig für den Bereich Arbeit mit demenzerkrankten Menschen. Und die Pflegekassen hier in NRW - es gibt ja für die Pflegekassen einen großen Topf für das Thema Demenz - haben zum einen die Demenzservicezentren, die sie mitfinanzieren, und ganz viel präventive Arbeit im Bereich Demenz und die Wohnberatung bekommt eben auch einen Teil aus diesem Topf Demenz* (517061.51_001: 12 - 12).

Die Bereitstellung von Mitteln für Menschen mit demenziellen Erkrankungen ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Demenzerkrankte oft früher ins Heim einziehen: *Und ich glaube, es ist auch bei den Angehörigen immer noch so in den Köpfen, dass Menschen mit Demenz nicht alleine wohnen können, also die ziehen, sehr viel früher als Menschen mit Mobilitätseinschränkung, sodass meine Beratung gar nicht mehr in Anspruch genommen wird* (726061.9_001: 138 - 138).

An dieser Stelle ist jedoch darauf hinzuweisen, dass es im Falle der Demenz im Vergleich zur physischen Krankheit relativ schwer ist, durch die Wohnungsanpassung einen Heimeinzug zu verhindern: *Da kann man mit Umgestaltung auch gar nicht so viel machen, weil das Langzeitgedächtnis noch gut funktioniert, und desto mehr man jetzt verändert, desto schlechter finden die sich letzten Endes zurecht* (905061.1_001: 3 - 3).

Insofern müssen die Wohnberater bei diesen Ratsuchenden manchmal eine entgegengesetzte Herangehensweise als bei Mobilitätseinschränkungen wählen: Vom großen Umbau abraten. Diese Aspekte werden häufig von Angehörigen der Demenzerkrankten übersehen: *Und ja, manche haben einfach die Vorstellung, jetzt machen wir alles anders und dann ist alles gut. Und dann sage ich um Gottes willen, wir lassen das jetzt alles so. Die wollen nach Hause. Die wollen das so vorfinden, wie sie das gewohnt sind* (426061.8_001: 163 - 163).

Die Wohnberater helfen den Ratsuchenden dabei, einen Kompromiss zu finden und mit dem kleineren Ansatz anzufangen: *Das sind diese Kompromisse, die eben auch ein Wohnberater erkennt und sagt: „Stopp, das ist falsch. Da gibt es Schwierigkeiten. Machen Sie langsame Schritte. Deshalb erst mal kostengünstig mit Hilfsmitteln arbeiten. Arbeiten Sie mit Farben, mit Dunkelheit,*

mit Helligkeit, mit Licht. Arbeiten Sie mit wenig Spiegeln, arbeiten Sie mit zeitlicher Orientierung, mit Düften, mit Gehör und so weiter“ (015061.2_001: 137 - 137).

Dies deckt sich mit der Aussage einer Wohnberaterin, dass hinsichtlich des Demenzproblems der technische Ansatz eigentlich wenig Bedeutung hat: *Wenn ich jetzt den Demenzbereich nehme, ist es nicht unbedingt ein Segen, was alles so auf dem Markt ist. Muss ich einfach so sagen. (...) Durch technische Lösungen das Demenzproblem in den Griff zu kriegen halte ich für eine Illusion (905061.1_001: 183 - 183).*

Sie hebt hervor, dass diesbezüglich der pflegerische Ansatz viel wichtiger ist: *Gerade im Bereich Demenz ist Tagespflege, wirklich Entlastung für die Angehörigen, dass die ein paar Stunden auch mal wieder für sich haben, viel, viel (wichtiger), oder genauso wichtig. Und der Anteil Dementer steigt ja leider (905061.1_001: 3 - 3).*

In diesem Zusammenhang entsteht also der Eindruck, dass die Wohnberater in den Fällen von Demenzerkrankungen weniger Betätigungspunkte als bei den Ratsuchenden mit Mobilitätseinschränkungen haben. Dennoch gilt es zu beachten, dass die Landesverbände der Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen, „offiziell“ für den Bereich Demenz, in der Regel die Hälfte der Gesamtkosten einer Wohnberatungsstelle finanzieren. Das mag zunächst widersprüchlich erscheinen, aber eine Wohnberaterin weist darauf hin, dass eine mögliche geistige Schwäche der älteren Menschen bei der Beratung immer eine Rolle spielt: *Wenn ich eine normale Wohnberatung mache, dann habe ich natürlich immer auch im Hinterkopf, dass natürlich irgendwann eine Demenz ins Spiel kommen kann. (...) Wenn wir über Hilfsmittel nachdenken und die Menschen haben eine Badewanne, wollen nicht umbauen, wollen Hilfsmittel haben, da schauen wir immer gleich mit, wie gut die das schaffen mit diesem Wannenlift klarzukommen oder was man einfacher machen kann, wenn ihnen das zu schwierig ist. Und das ist eigentlich immer schon auch ein Blick auf den geistigen Zustand. (...) Das heißt, auch bei der Beratung spielt das Thema Demenz eigentlich immer mit hinein. Wir haben das immer mit auf dem Schirm (517061.51_001: 14 - 14).*

Darüber hinaus trägt diese Beratungstätigkeit sowie relevante Öffentlichkeitsarbeit dazu bei, dass das Thema Demenzerkrankungen mehr allgemeine Aufmerksamkeit erfährt: *Generell in der Öffentlichkeitsarbeit, die wir machen, ist das Thema Demenz immer dabei. Und es gibt ja auch nicht in so vielen Städten und Kreisen diese vielen Beratungsstellen wie hier in [Name der Stadt], die sich ja auch ganz viel mit dem Thema Demenz auseinandersetzen. Und da ist Wohnberatung auch ein ganz wichtiger Partner, um das Thema in die Stadt oder in den Kreis zu tragen, und das tun die auch (517061.51_001: 14 - 14).*

Vor diesem Hintergrund hat die Tätigkeit der Wohnberatung auch die Funktion, eine allgemeine Infrastruktur für die Versorgung Demenzerkrankter sicher zu stellen, damit eine längere Versorgung

demenziell erkrankter Menschen im Rahmen der häuslichen Pflege umsetzbar ist. Letztendlich hat das Interesse an einer besseren Versorgung von demenziell erkrankten Menschen mit dazu geführt, dass die Wohnberatung einen höheren Stellenwert bekommen hat.

6.4.4. *Wohnberatung und Pflegeberatung*

Für den Erfolg von Wohnberatung ist mitentscheidend, inwieweit sie mit anderen Akteuren der ambulanten und teilstationären Versorgungsstruktur, vor allem mit der Pflegeberatung, zusammenarbeitet. Dies hängt damit zusammen, dass die Wohnberatung nicht allein auf die Durchführung von Umbaumaßnahmen oder die Anschaffung technischer Hilfsmittel abzielt, sondern in erster Linie dazu beitragen will, eine häusliche Pflege ermöglichen: *Aber die ganzen anderen komplementären Dienste, wie zum Beispiel Hausnotruf, Tagespflege, Kurzzeitpflege, Angebote für die Angehörigen, damit die die Pflege eben überhaupt durchhalten können, das gehört alles dazu und nach diesem Ansatz arbeiten wir hier im Kreis [Name des Kreises] eben auch (905061.1_001: 3 - 3).*

Pflegeberatung und Wohnberatung sind benachbarte Berufsfelder. Seit 2009 bieten in Nordrhein-Westfalen Pflegestützpunkte individuelle Pflegeberatung nach §7a SGB XI an, welches die bestehenden dezentralen Beratungsangebote ergänzt. Der Rechtsanspruch auf Pflegeberatung wurde mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingeführt. Träger der Pflegestützpunkte als zentrale Pflegeberatungsstellen sind Kranken- und Pflegekassen sowie die örtlichen Sozialhilfeträger. Die Beratung wird kostenlos angeboten und die Pflegeberater sind verpflichtet, standortunabhängig und trägerunabhängig zu beraten. Ein Wohnberater berichtet, dass sich durch die Einrichtung flächendeckender Pflegestützpunkte die Bearbeitungsprozesse der Pflegekassen beschleunigt haben: *Also da hat sich zum einen die Information über Pflege und alles drumrum verbessert. Und zum anderen sind auch eigentlich seit Anfang letzten Jahres die mit der Bearbeitung deutlich schneller geworden. Also das ist viel häufiger, dass eine Genehmigung nach drei Wochen, manchmal auch schon nach zwei Wochen oder nach vier Wochen vorliegt. Das hat früher sehr viel länger gedauert (115061.3_001: 44 - 44).*

Als ein Instrument zum individuellen Fallmanagement für pflegende Angehörige und Betroffene stellt die Pflegeberatung Informationen über mögliche Hilfeleistungen bereit und koordiniert diese Unterstützungsangebote. Die zentrale Funktion der Pflegeberatung ist es, für eine optimale Pflege die Tätigkeiten aller Beteiligten zu koordinieren. Sie hat die Aufgabe, durch bessere ambulante Versorgung den Heimeinzug möglichst zu vermeiden oder zumindest zu verzögern.

In diesem Zusammenhang haben Wohn- und Pflegeberatung sehr viele Gemeinsamkeiten: Das Prinzip *ambulant vor stationär* gilt als eine der wichtigsten Zielsetzungen der Pflegeberatung. Auch die Zielgruppe ist sehr ähnlich, da sich die meisten Ratsuchenden erst nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit an Wohnberater wenden. Jedoch unterscheiden sich die beiden Beratungsstellen in ihrer rechtlichen Lage: Die Gewährleistung der Pflegeberatung und ihre sozialstaatlichen Instanzen sind gesetzlich festgeschrieben (§7a SGB XI). Aber wie oben erwähnt ist die Wohnberatung eine freiwillige kommunale Aufgabe und die Kommunen sind demnach relativ frei in ihrer Ausgestaltung.

Bezüglich der Pflegeberater und Wohnberater stellt sich deshalb die Frage, ob eine Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Berufsfeldern notwendig ist. Es zeigt sich in vielen Interviews, dass die Wohnberater zwar sehr gerne eine Zusammenarbeit mit den Pflegeberatern wünschen, viele Pflegeberater es aber umgekehrt nicht unbedingt nötig finden, mit Wohnberatern zusammenzuarbeiten. Im Folgenden werden die Standpunkte der Wohnberater und Pflegeberater genauer analysiert.

Eine Wohnberaterin berichtet in erster Linie über eine relativ positive Zusammenarbeit mit Pflegeberatern. Sie sagt, dass sie sich bei Widersprüchen oder bei Verzögerungen der Prozesse direkt mit den Pflegeberatern in Kontakt setzt und diese Vernetzung für die Ratsuchenden sinnvoll ist: *Also mit den Pflegekassen ist es eher so, dass wir da was einfordern für die Leute, dass wir Widersprüche schreiben. Wobei es auch da wieder unterschiedlich ist, es gibt schon eine gute Zusammenarbeit, das ist eher so, dass wir sagen: „Hallo, warum ist das nicht bewilligt worden?“. (...) Und dann haben die Leute auch schnell meistens einen Bescheid (905061.1_001: 99 - 99).*

Andererseits sagt eine Wohnberaterin, dass sie nur mit einer Pflegeberaterin einer Pflegekasse guten Austausch hat, und mit den anderen Pflegekassen nicht zusammenarbeitet. Ein Kritikpunkt vonseiten der Wohnberatung ist, dass die Pflegekassen das Beratungsangebot der Wohnberatungsstelle nicht gut nutzen und oft alleine entscheiden: *Aber ich finde einfach, die Wohnberatung ist bei den Pflegekassen überhaupt noch nicht angekommen, überhaupt nicht akzeptiert. Und ich wünsche mir einfach viel mehr Austausch, so wie ich das mit meiner Ansprechpartnerin bei der [Name der Pflegekasse] habe. (...) Viele andere Pflegekassen, die entscheiden das einfach vom Schreibtisch aus, obwohl meine Nummer darunter steht, rufen sie nicht mal irgendwie an. Und wir sprechen das nicht ab (906061.7_001: 93 - 93).*

Hierbei muss erwähnt werden, dass die Pflegekassen und Kommunen die wichtigsten Kostenträger sowohl der altersgerechten Wohnungsanpassung als auch der Wohnberatungsstellen sind und diese Kostenträger zugleich Träger der Pflegestützpunkte sind. Die zentrale Aufgabe der Wohnberater ist eine Vermittlungstätigkeit. Zur Ausübung ihrer Arbeit zugunsten der Ratsuchenden ist ein guter

Zugang zu den entsprechenden Stellen bei Kommunen und Pflegekassen entscheidend. Da nach der Einrichtung der Pflegestützpunkte hinsichtlich der altersgerechten Wohnungsanpassung die relevanten Ansprechpartner bei den Pflegekassen oder Kommunen häufig die Pflegeberater sind, ist die Forderung nach Zusammenarbeit vonseiten der Wohnberater dringender und die Kooperation vonseiten der Pflegeberater eher auf freiwilliger Basis.

Die Veränderung, die eine Wohnberaterin nach der Einführung flächendeckender Pflegeberatung erlebt hat, reflektiert diese Verhältnisse: *Also bei mir war es bei der [Name der Pflegekasse], von denen habe ich die meisten Kunden, aber mittlerweile ist das nicht mehr so. Ich kriege die von allen Seiten. Da war das kein Problem, da hat die eigentlich jede Person, die eine Umbaumaßnahme machte, zu mir geschickt. Das wurde dann gekappt. Wurde dann gesagt, das machen wir selber, wir haben Pflegeberatung und so weiter. Ganz auffällig, keine Kunden mehr (426061.8_001: 40 - 40).*

Ein Pflegeberater bei einer Pflegekasse (Pflegestützpunkt) bestätigt dies: *Liegt sehr wahrscheinlich daran, weil wir da sind. Das ist natürlich klar, wenn wir eigene Pflegeberater haben, warum soll man jemand anders beauftragen, dass der das macht (027061.61_002: 125 - 129).*

Oben zitiertem Pflegeberater zufolge ist fast die gesamte Beratungsarbeit dort ohnehin eng mit Wohnungsanpassung verbunden. Dies weist darauf hin, dass sich das Betätigungsfeld von Pflegeberatung und Wohnberatung in hohem Maße überschneidet: *Wir gucken uns auf jeden Fall, wenn wir in einer Pflegeberatung sind, ist egal, um was es erstmal geht, die Wohnverhältnisse an, ganz besonders im Badezimmer, weil: Das ist meistens der Fall, dass das mit dem Baden nicht mehr funktioniert, dass geduscht werden muss, dass man da umbauen muss (027061.61_002: 53 - 55).*

Die Pflegeberater berichten auch, dass sie bisher keine direkten Berührungspunkte mit der Wohnberatungsstelle in ihrer Stadt hatten: *Ich weiß, dass es die gibt, auch gerade [Name des Wohlfahrtsverbandes, wo eine Wohnberatungsstelle platziert ist] hier in [Name der Stadt]. Ich würde immer auf die zurückgreifen, wenn ich jetzt nicht weiterkomme. Aber bisher hatte ich auch wirklich überhaupt keine Berührungspunkte, nein (027061.71_002: 141 - 141).*

Bisher habe ich alle unsere Versicherten zufrieden beraten und die Umbauten haben auch funktioniert, also dass da keine Notwendigkeit jetzt bestand, die Wohnberatung mit heranzuziehen (027061.61_002: 156 - 156).

Dem Kritikpunkt, dass die Pflegekasse „vom Schreibtisch aus“ entscheidet, entgegnet ein Pflegerater: *Dazu ist ja gerade Pflegeberatung da. Gerade dafür. (...) Das ist richtig, selbstverständlich werden die Anträge vom Schreibtisch aus her entschieden, immer im Abgleich mit dem Gutachten über die Pflegestufe und wenn dann Schwierigkeiten sind, die die Sachbearbeiter haben, dann werden die Pflegeberater involviert. Die werden dann herangezogen*

(027061.71_002: 323 - 323).

Hierzu kritisieren die Wohnberater, dass die Pflegekassen dabei die vorgesehene Aufgabenverteilung nicht einhalten. Sie heben hervor, dass die Pflegeberater nicht für die Wohnberatung ausgebildet sind: *Ja, Pflegekassen meinen, Wohnberatung machen zu können. Aber eigentlich machen die Pflegeberatung. (...) Die großen Kassen haben alle Pflegeberater. Und in [Name der Stadt] haben sie keine Wohnberatung, da sind die aber extra geschult worden für Wohnberatung. Die holen sich bei mir schon mal Rat. Und eigentlich müssen die Pflegeberatung machen, aber keine Wohnberatung. Also es ist auch uns vorbehalten eigentlich, weil die Pflegekassen zahlen uns ja dafür* (426061.8_001: 42 - 42).

In diesem Zusammenhang wirft die Unterscheidung der Tätigkeit der Wohnberatung und Pflegeberatung die Frage auf, ob eigentlich die Wohnberatung als eigenständiges Berufsfeld eine Legitimation hat. Hierzu argumentieren die Wohnberater, dass sie aufgrund ihrer besonderen Expertise und der hohen Bedeutung der Wohnberatungsstellen nicht durch die Pflegeberatung zu ersetzen sind. Die Argumente seitens der Wohnberatung lassen sich auf zwei Punkte zusammenfassen.

Zum einen verfügen die Wohnberater über Expertise für Umbaumaßnahmen und technische Hilfsmittel, die sie durch ihre eigene berufliche Erfahrung, ihr Studium sowie Aus- und Fortbildung erworben haben. Einem Wohnberater zufolge werden aufgrund der schnellen technischen Entwicklungen Fachkräfte benötigt, die sich speziell damit auseinandersetzen. Die Wohnberater würden speziell für diese komplexen Aufgaben ausgebildet, und dies sei kein Expertisebereich der Pflegeberater: *Oftmals sind die Wohnberatungsstellen dann gekoppelt dann mit sogenannten Pflegeberatungsstellen. Wie ich darüber denke, sei einmal dahin gestellt, weil: Ich bin immer der Meinung, der Mensch muss nicht alles können. Der muss nicht ein guter Wohnberater sein und muss auch gleichzeitig ein guter Pflegeberater sein. (...) Ich sehe, dass sich die Wohnberatung im Laufe der Jahre sehr geändert hat, die Technik ist auch weiter gegangen. Die ganzen Umbaumaßnahmen sind wesentlich komplexer geworden* (915061.5_001: 1 - 1).

Ein Berater bei einem Kreis, der als Pflege- und Wohnberater angestellt ist, gibt zu, dass er in punkto Wohnberatung weniger spezialisiert ist: *Wenn ich eine spezialisierte oder nur in der Wohnraumberatung tätige Beratungsstelle bin, (kann ich), natürlich viel mehr an Know-How und auch Zeit für so etwas vorhalten* (208061.12_001: 20 - 20).

Das zweite Argument ist, dass die Wohnberatungsstelle bezüglich der präventiven Wohnungsanpassung auch von relativ jungen Leuten herangezogen wird, aber die Pflegeberatung in der Regel ausschließlich mit pflegebezogenen Sachverhalten von Pflegebedürftigen oder ihren Angehörigen angefragt wird. An dieser Stelle sind die Pflegestützpunkte für die Ratsuchenden, die

frühzeitig ihre Wohnungen anpassen wollen, höherschwelliger als die Wohnberatungsstellen: *Ich glaube, dass die Menschen in der Stadt oder im Kreis nicht so gerne zu einer Pflegeberatung gehen, wenn sie überhaupt noch nicht pflegebedürftig sind. (...) Wir machen jetzt nur Wohnberatung, das ist unsere Arbeit in [Name der Stadt] und darunter sind wir bekannt und wir machen sehr viel Beratung auch bei Menschen, die vorsorglich etwas machen wollen, die haben überhaupt noch gar keine Verbindung mit Pflegebedürftigkeit, aber die sagen: „Wir bauen jetzt unser Badezimmer um, wir modernisieren das, wie sollen wir das denn machen, damit wir in unserem Badezimmer auch alt werden können?“. Und das finde ich natürlich super (517061.51_001: 8 - 8).*

Vor diesem Hintergrund kommt einer Wohnberaterin zufolge der Aufteilung der Aufgaben zwischen Wohn- und Pflegeberatung eine hohe Bedeutung zu, da die beiden Bereiche jeweils eine eigene Expertise benötigen und die Mitarbeiter sich im Rahmen der Arbeit weiter spezialisieren können, auch wenn im Zuge dessen das Tätigkeitsfeld vielleicht enger wird: *Trotzdem, finde ich, hat das hier Vorteile, dass es so getrennt ist, weil ich mich ganz anders spezialisieren kann so auf die Wohnberatung. Und ich habe doch noch mal gemerkt, als ich hier angefangen habe, dass ich mein Wissen noch mal enorm aufgearbeitet habe genau für diesen Bereich. Der andere (Teil) leidet jetzt ein bisschen, der pflegerische Teil, das ist so. Aber das macht hier die Pflegeberatung, die ist separat (726061.9_001: 26 - 26).*

Es gibt aber tatsächlich viele Wohnberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen, die mit einer Pflegeberatung unter einem Dach lokalisiert sind. Ein ehemaliger Mitarbeiter bei einer Kommune berichtet über das Beispiel seiner Stadt, die für die Schaffung von Synergieeffekten die Pflege- und Wohnberatung zusammengelegt hat: *Bei einer Umgestaltung einer Wohnung gibt es Leistungen der Pflegekasse. Das ist eigentlich eine Sache der Pflege, aber es ist natürlich vor Ort eine Sache des Wohnens. Und deshalb haben wir, hat die Stadt irgendwann gesagt, wir fügen das zusammen. Es gibt andere Städte, die haben das noch getrennt. Was ich so höre, wenn die Zusammenarbeit gut funktioniert, ist das alles kein Problem. Aber in dem Augenblick, wenn das eine in dem Amt angesiedelt ist und das andere in dem Amt angesiedelt ist und die können nicht miteinander gut kommunizieren, ist das also wieder verschwendete Energie (827061.91_001: 332 - 332).*

Einige Interviewpartner verweisen darauf, dass das Modell einer gemeinsamen Wohn- und Pflegeberatung auch für den Ratsuchenden angenehmer ist: *(Eine Trennung von Wohn- und Pflegeberatungsstelle) heißt aber auch, dass durch die Familien dann mehrere Berater gehen müssen. Der Pflegeberater, der Wohnraumberater, und das ist gerade bei älteren Menschen auch nicht so angenehm, wenn sie sich immer wieder auf neue und unterschiedliche Personen einlassen müssen. Da macht es dann eher Sinn, das Ganze aus einer Hand zu machen (208061.12_001: 20 - 20).*

Er gibt weiterhin zu Bedenken, dass die Unterhaltung von zwei eigenständigen Beratungsstellen für Pflege- und Wohnberatung manchmal aus finanziellen Gründen nicht möglich ist: *Letztendlich ist das eine Fragestellung der politisch Verantwortlichen: Was wollen wir? Und ist es uns das wert, das auch zu finanzieren? Eine eigenständige Stelle beispielsweise. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass das gerade die kleineren Kommunen oder auch die Kreise aufgrund des finanziellen Drucks, der heutzutage herrscht, so nicht leisten können und wollen und sagen, „wir bieten diese Beratungstätigkeit an“, aber eben in einem Mix von mehreren Aufgaben, die zwar alle einen Schwerpunkt haben (208061.12_001: 20 - 20).*

Diesbezüglich schlägt ein Interviewpartner vor, dass bei einem weiteren Ausbau der Wohnberatungsstruktur die Pflegestützpunkte genutzt werden sollen, um Doppelstrukturen zu vermeiden: *Wenn zum Beispiel kleinere Kommunen hier auch schon Pflegestützpunkte oder Pflegeberatung aufgebaut haben, oder vielleicht gerade dabei sind das auszuweiten, das dann sozusagen als einen weiteren Schwerpunkt (Wohnberatung) hinzuzunehmen in die Beratung. Das ist schon vernünftig (117061.31_001: 32 - 32).*

Solange die Wohnberatung eine freiwillige Arbeit der Kommune bleibt, bleibt bezüglich der zukünftigen Entstehung weiterer Wohnberatungsstellen die Frage, ob diese getrennt von oder zusammen mit der Pflegeberatung platziert werden sollen. Aus einer Reihe der bisherigen Interviews wird deutlich, dass die beiden Ansätze jeweils Vor- und Nachteile haben. Bei dieser Diskussion ist aber darauf zu achten, dass es nicht nur um die Sicherstellung der jeweiligen Aufgabenfelder geht, sondern darum, dass den Ratsuchenden ein niederschwelliger Zugang zu einer bedarfsgerechten Beratung angeboten wird. Insbesondere gilt es zu vermeiden, dass zwischen Wohnberatern und Pflegeberatern eine Art Wettbewerb um Ratsuchende entsteht. Für die Zukunft sollte politisch darauf geachtet werden, dass durch eine bessere Zusammenarbeit der beiden Berufsfelder Synergieeffekte erzielt werden und darauf aufbauend die ursprüngliche sozialpolitische Zielsetzung des *möglichst langen Verbleibs in der häuslichen Umgebung* realisiert wird.

6.4.5. **Diskussion**

Trotz der häufig unsicheren Finanzierung hat sich die Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen in den letzten 30 Jahren quantitativ und qualitativ in hohem Maße weiterentwickelt. Im Gegensatz zu anderen sozialpolitischen Ansätzen wie der Pflegeberatung erfolgte der Anstoß dieser Entwicklung allerdings weitestgehend von unten nach oben. Der engagierte Einsatz vieler Wohnberater und die aktive Mitarbeit der Verbände und Vereine haben dazu geführt, dass mithilfe der finanziellen und

politischen Förderung auf Kommunal- und Landesebene die dichteste Versorgungsstruktur für Wohnberatung in Deutschland aufgebaut wurde.

Jedoch werden viele Wohnberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen, wie in den oben analysierten Interviews dargestellt, nur befristet finanziert und damit ist eine strukturelle Verankerung der Wohnberatungsstellen nicht gewährleistet. Diesbezüglich unterbreitet ein Mitarbeiter einer Kommune den Vorschlag, die Wohnberatung durch ehrenamtliche Tätigkeit zu unterstützen. Am Beispiel von Rettungsdiensten und Hospizen argumentiert er, dass aus finanziellen Gründen auch die Wohnberatung durch das Ehrenamt ergänzt werden kann: *Es gibt ein hochqualifiziertes Ehrenamt. Das sehen Sie im Rettungsdienst bei den Feuerwehren, bei der Hospizbewegung läuft 90 % übers Ehrenamt, weil eben da auch das Geld fehlt, um das alles hauptamtlich zu bewerkstelligen. Und genauso sehe ich das bei der ehrenamtlichen Wohnberatung (827061.91_001: 346 - 348).*

Im Gegensatz hierzu lehnen viele hauptamtliche Wohnberater und die Landesarbeitsgemeinschaft ausdrücklich den Vorschlag ab, dass die Wohnberatung durch ehrenamtliche Arbeit ergänzt werden soll: *(Die Wohnberatung muss) hauptamtlich, nicht ehrenamtlich (arbeiten). Das wird nicht funktionieren, das ist also ganz wichtig, und [dafür] setzt sich die Landesarbeitsgemeinschaft ja eben auch ein. (...) Man kann das nicht mit Ehrenamtlichen stemmen. Sondern es muss wirklich ein hauptamtliches Angebot von hauptamtlichen Kräften auch geben (905061.1_001: 9 - 9).*

Die ehrenamtliche Wohnberatung werde in Nordrhein-Westfalen nur selten praktiziert, sondern vor allem in anderen Bundesländern ergänzend zur hauptamtlichen Arbeit erbracht. Aus Sicht der Wohnberater sei dies nicht akzeptabel, da die Tätigkeit sehr zeitintensiv und anspruchsvoll sei und mit großer Verantwortung einhergehe: *Die anderen Bundesländer arbeiten eher über ein paar wenige zentrale Stellen, die dann über das Land oder über eine Stadt finanziert werden, aber das ist für so ein Land ja auch wenig, oder sie arbeiten viel mit Ehrenamtlichen, was ich persönlich auch nicht richtig finde, weil es eine harte Arbeit ist und man viel Verantwortung hat und sehr viel Öffentlichkeitsarbeit machen muss, um überhaupt Anfragen zu bekommen, und ich weiß auch nicht, wie wichtig in der politischen Ebene ehrenamtliche Arbeit genommen wird, wenn es darum geht, auch Strukturen zu verändern (517061.51_001: 12 - 12).*

Ein ehemaliger Mitarbeiter einer Kommune weist darauf hin, dass die Bedenken der Wohnberater, das Ehrenamt in ihrer Arbeit zusätzlich einzuführen, auch darauf fußen, dass sie Sorge haben, dass die Ehrenamtlichen den hauptamtlichen Wohnberatern ihre Arbeitsplätze wegnehmen: *Das sind immer die Profis, die sagen, das können die Ehrenamtlichen nicht. Weil die müssen ja auch ihren eigenen Arbeitsplatz im Auge behalten. (...) [Es] soll keine Stelle gestrichen werden, das ist auch nicht Aufgabe des Ehrenamtes, sondern die Aufgabe des Ehrenamtes ist ja, ergänzend zu wirken, aber professionell. (...) Die politische Ausrichtung auch der Landesarbeitsgemeinschaft in dem*

Bereich ist mir durchaus klar, (...) egal ob die bei der Kommune sind oder bei den Verbänden sind, die sind natürlich angetreten, um diese Arbeitsstellen auch im Rahmen des Landesprogrammes Wohnberatung zu erhalten. Ich verstehe das alles, aber das, diese Monostruktur, die ist für mich überholt (827061.91_001: 353 - 356).

Ihm zufolge sind die Kommunen vor dem Hintergrund des in Zukunft weiter fortschreitenden demografischen Wandels und angesichts knapper finanziellen Ressourcen nicht im Stande, die hauptamtlichen Mitarbeiter ausreichend zu finanzieren: *Aber wenn ich die Entwicklung, also die altersmäßige Entwicklung in unserer Gesamtgesellschaft sehe, da muss man oder müssen wir alle darauf achten, dass unser Geld, was wir haben, ja endlich ist. (...) Man kann natürlich sich immer hinstellen und sagen, die Städte müssten also mehr Stellen schaffen. (...) Und die Städte sagen, wir würden gerne mehr Stellen [schaffen], aber wir haben kein Geld dafür. Und das ist nicht so einfach (827061.91_001: 353 - 356).*

Die Argumente gegen eine Ausweitung der Wohnberatung durch ehrenamtliches Engagement sind also einerseits mit der Angst und Sorge der hauptamtlichen Wohnberater um ihren Arbeitsplatz verbunden. Andererseits wird befürchtet, dass die Ausweitung dieses Ansatzes ein falsches Signal geben kann und damit die strukturelle Verankerung der Wohnberatung als eine sozialpolitische Aufgabe verhindert wird.

Aus den durchgeführten Experteninterviews geht hervor, dass klargestellt werden muss, dass der Einsatz von ehrenamtlichen Wohnberatern keinesfalls mit der Motivation verbunden ist, die jetzigen hauptamtlichen Wohnberater zu ersetzen, sondern ihre Tätigkeiten nur ergänzen und fördern soll, um den Widerständen gegen die ehrenamtliche Wohnberatung entgegenzuwirken. Dabei wiederum haben die hauptamtlichen Wohnberater selbst die Aufgabe, anhand ihrer Expertise und Erfahrung zu zeigen, dass ihre Funktion und Tätigkeit nicht durch ehrenamtliche Mitarbeiter zu ersetzen ist.

6.5. Zwischenfazit

Der altersgerechten Wohnungsanpassung kommt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der daraus resultierenden gesellschaftlichen Belastung ein großer Stellenwert zu. Die Umsetzung der Maßnahmen, die beispielsweise dazu führen, dass sich ältere Menschen auch mit eingeschränktem Gesundheitszustand in ihrem Wohnraum sicher bewegen können, trägt dazu bei, dass diese Menschen insgesamt länger in ihrer eigenen Wohnung verbleiben können. Diese Ansätze werden politisch gefördert, da Kommunen und Pflegekassen in Bezug auf Heimaufenthaltskosten damit entlastet werden können. Die altersgerechte Wohnungsanpassung als präventiver Ansatz kann ferner dazu beitragen, Unfälle bei älteren Menschen zu vermeiden und damit weitere gesundheitsrelevante Ausgaben einzusparen.

Die Analyse der Experteninterviews hat ergeben, dass der Markt für altersgerechte Wohnungsanpassung in den letzten Jahren spürbar expandiert ist und auch in Zukunft über ein großes Wachstumspotenzial verfügt. Der wachsende Markt und die vermehrte Zahl an Anbietern auf dem Markt wird nach Meinung vieler Experten das Innovationspotenzial des Marktes erhöhen. Andererseits gibt es auch Stimmen, die das Wachstumspotenzial des Marktes für altersgerechte Wohnungsanpassung als weniger groß einschätzen, da eine altersgerechte Wohnungsanpassung weniger privat, sondern in erster Linie öffentlich finanziert wird und dementsprechend das einzubringende Budget begrenzt ist.

In diesem Zusammenhang ist die Aussage eines Unternehmers sehr bemerkenswert – dass nämlich die Innovation sowie das Wachstumspotenzial dieses Marktes ganz klar mit der Fragestellung zusammenhängen: „Wer bezahlt es?“. Der öffentlich finanzierte Topf ist immer gedeckelt. Als Solidargemeinschaften haben die Kranken- und Pflegekassen die Verantwortung, ihre finanziellen Mittel bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu organisieren. Darüber hinaus wird die Finanzierung im Rahmen der Sozialhilfe als nachrangiges Instrument herangezogen. Eine fortschreitende Erweiterung dieser Märkte würde daher neben der Finanzierung durch die öffentliche Hand vor allem auf Selbstzahlern basieren. Ferner gelten die Wohnungsbaugesellschaften als ein weiterer wichtiger Initiator sowohl für das Wachstum dieses Marktes als auch für die Umsetzung einer allgemein barrierefreien Umgebung.

Die Notwendigkeit des Ausbaus von Prävention und Prophylaxe wird von mehreren Interviewpartnern hervorgehoben. Die Experten bestätigen, dass auf diesen Markt die politischen Maßnahmen einen wesentlichen Einfluss haben. Die Anreize müssen so gesetzt werden, dass die relevanten Akteure dabei unterstützt werden können, eine auf die häusliche Pflege zugeschnittene Infrastruktur bereitzustellen, die zudem präventiv wirkt.

Die Zuschusserhöhung der Pflegekasse im Jahr 2015 für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen stellte eine gute Gelegenheit dar, den Einfluss politischer Maßnahmen auf die Dynamiken des Marktes zu analysieren. Das Ergebnis dieser Analyse kann wiederum als Grundlage für weitere politische Entscheidungen in diesem Bereich dienen. Ein positives Ergebnis ist, dass das Interesse an der barrierefreien Gestaltung des Wohnraums in hohem Maße gestiegen ist. Dies hat zu einer wachsenden Zahl an Kunden und Anbietern auf dem Markt geführt. Tatsächlich ist zu beobachten, dass einige Unternehmer im Zuge der Zuschusserhöhung ihren Arbeitsschwerpunkt erweitert oder verlagert haben, um von diesem größeren Topf an Zuschüssen profitieren zu können. Allerdings ist ein negatives Ergebnis, dass nicht wenige Handwerkerunternehmen die Preise für die Umbaumaßnahmen erhöht haben und die Zuschusserhöhung damit zu einem Mitnahmeeffekt geführt hat. Damit wird eine verstärkte Kontrolle seitens der Pflegekasse als Kostenträger erforderlich, um sicherzustellen, dass die öffentliche Finanzierung sachgerecht genutzt wird.

Es wurden des Weiteren reale Marktdynamiken und das Verhalten der relevanten Akteure analysiert. Den Experten zufolge gibt es hinsichtlich der technischen Hilfsmittel häufig viele verschiedene, aber sich untereinander sehr ähnliche Produkte zu unterschiedlichen Preisen. Darüber hinaus ist der Markt stellenweise überflutet mit Anbietern, die Qualität der Umbaumaßnahmen jedoch vielerorts nicht ausreichend gesichert. Die Ratsuchenden oder Konsumenten können insofern leicht die Übersicht über den Markt verlieren – zumal es aufgrund der Ausnahmesituation, in der sie sich oft befinden, nicht einfach ist, im Markt eine vernünftige Entscheidung zu treffen. Es gibt Hinweise darauf, dass eine extreme Gewinnorientierung der Unternehmer punktuell zu einem Ausnutzen der öffentlichen Zuschüsse führt.

Ein Interviewpartner stellt die speziellen Eigenschaften dieses Marktes heraus: Als ein wachsender Markt mit steigender Bedeutung ist dieser durch eine erhöhte Akteursvielfalt und damit auch durch antagonistische Interessenkonflikte gekennzeichnet. Die Akteursvielfalt, die Unübersichtlichkeit sowie die Intransparenz des Marktes erhöhen vor allem den Bedarf an Beratungsangeboten, wobei der Wohnberatung eine besondere Bedeutung zukommt.

Im Rahmen der Befragung wurde deutlich, dass die Wohnberater ihre fachliche Expertise und ihre Erfahrungen der Wohnberater für die altersgerechte Wohnungsanpassung gut einsetzen können. Dabei leisten sie auch Unterstützung hinsichtlich der Verbesserung der Zugänglichkeit von Unterstützungsangeboten oder bei individuellen Problemlagen. Insbesondere durch ihre direkten Kontakte zu Unternehmern auf dem Markt bieten Wohnberater ihren Klienten nicht nur Orientierung, sondern koordinieren und kontrollieren teilweise das Marktgeschehen. In diesem Sinne ist die Beziehung zwischen den Unternehmen und der Wohnberatung in der Regel zwar kooperativ, aber auch angespannt, da der Wohnberater manchmal möglicherweise eine extreme

Gewinnorientierung der Unternehmer bremsen muss. Des Weiteren erhalten sie unmittelbare Kontakte zu den verantwortlichen Mitarbeitern der Verwaltung in Kommunen und Pflegekassen aufrecht, da diese für die inhaltliche und organisatorische Umsetzung der wichtigsten Förderungen zuständig sind. Diese Ergebnisse der empirischen Forschung zeigen, dass die Wohnberatung in ein Netzwerk von verschiedenen Akteuren mit unterschiedlichem Berufsethos eingebunden ist, sodass auf den Bedarf der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen zeitgemäß eingegangen werden kann. Dadurch werden Kommunikationswege vereinfacht und verbessert sowie die Dynamik der Zusammenarbeit der relevanten Akteure positiv verändert.

Die Interviewpartner weisen jedoch zugleich auf einen Weiterentwicklungsbedarf hin. Insbesondere die innovative Entwicklung der Technik erfordert erweiterte Kompetenz- sowie Qualifikationsprofile der Wohnberater. Darüber hinaus heben die Interviewpartner hervor, dass die Qualität der Vernetzungsarbeit zum Teil abhängig von der Person des Wohnberaters ist. Für ein nachhaltiges Beratungsangebot sind ein erweitertes Weiterbildungssystem und die Systematisierung der Zusammenarbeit zwischen relevanten Akteuren gefragt. Darüber hinaus wird mehr Handlungsspielraum für die Wohnberater in Bezug auf Qualitätsmanagement gewünscht.

In dieser Studie wurden anhand des Beispiels von Nordrhein-Westfalen der geschichtliche Hintergrund der Wohnberatung und ihr jetziger Entwicklungsstand analysiert. In Nordrhein-Westfalen wurde in den letzten 25-30 Jahren eine neue Struktur für die Wohnberatung etabliert. Aus den Erfahrungen in Nordrhein-Westfalen lassen sich viele Hinweise für einen erfolgreichen Umsetzungsprozess, aber auch für die mit derartigen Prozessen verbundenen Implementierungsbarrieren ableiten.

Die Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen hat ihre Versorgungsstruktur ohne gesetzlich legitimierte Struktur eingerichtet. Dies ist zu einem großen Teil auf die individuelle Initiative von einigen wichtigen Akteuren und auf politischen Druck dieser Akteure sowie freier Träger zurückzuführen. Zugleich haben das Landesministerium, die Kommunen sowie freie Träger die Wohnberatung sowohl organisatorisch als auch finanziell gefördert. Die jetzige Trägerstruktur wurde und wird darüber hinaus in hohem Maße durch die finanziellen Beiträge der Pflegekassen realisiert, wobei das gesellschaftliche Interesse an dem Thema Demenz eine wichtige unterstützende Rolle gespielt hat. Dieser Finanzierungsmix, der so nur in Nordrhein-Westfalen praktiziert wird, hat das dichteste Versorgungsnetz aller Bundesländer zur Folge.

Dennoch ist die Finanzierung von Wohnberatungsstellen in der Regel befristet, sodass eine nachhaltige Versorgung nicht gewährleistet werden kann. Der Bekanntheitsgrad und die Inanspruchnahme der Beratungsangebote werden zudem teilweise als niedrig bewertet. Zu beachten ist darüber hinaus, dass die Pflegeberatung als gesetzliche Aufgabe zwar einen anderen

Schwerpunkt als Wohnberatung hat, sich aber die Zielgruppen und Beratungsinhalte teilweise überschneiden. Insofern müssen politische Anstrengungen unternommen werden, klare Zuständigkeiten zwischen Pflege- und Wohnberatung in der Beratungslandschaft zu verankern, damit durch eine optimale Zusammenarbeit die Umsetzung der sozialpolitischen Zielsetzung des möglichst langen Verbleibs in der vertrauten Häuslichkeit weiter voran getrieben wird.

7. Fazit

7.1. Zusammenfassung und Diskussion

Das Ziel des möglichst langen Erhaltes der eigenen Wohnung, was grundsätzlich sowohl individuell als auch gesellschaftlich und politisch erwünscht ist, gilt hierbei als Ansatz, den sich zuspitzenden Herausforderungen des demografischen Wandels entgegenzuwirken. Gegenstand dieser Studie war es, das Spektrum an Umsetzungsformen der altersgerechten Wohnungsanpassung aus sozialpolitischer Perspektive zu analysieren. Die technische Innovation im Wohnraum eröffnet zwar neue Chancen dafür, dass ältere Menschen auch mit eingeschränkter Mobilität oder Pflegebedürftigkeit in der eigenen Häuslichkeit wohnen bleiben können; aber damit die Gesellschaft als Ganzes von dieser Entwicklung profitieren kann, sind soziale und sozialpolitische Zusammenhänge sehr entscheidend.

Dieser weitestgehend von marktwirtschaftlichen Prinzipien beherrschte Bereich zählt zwar nicht als Beispiel für klassische Sozialpolitik, hängt aber vor dem Hintergrund der erhöhten gesellschaftlichen Wertschätzung zunehmend mit sozialpolitischen Zielsetzungen zusammen. Im Zuge der wohlfahrtsstaatlichen Einbettung von Märkten für altersgerechte Wohnungsanpassung werden die relevanten Maßnahmen durch die öffentliche Hand finanziert und unterliegen zunehmend den Instrumenten der sozialpolitischen Regulierung. Die altersgerechte Wohnungsanpassung ist ein passendes Beispiel, um durch den demografischen Wandel hervorgerufene gesellschaftliche Herausforderungen sowie die damit verbundene Dynamik der sozialen Praktiken zu analysieren.

Der Ansatz der Wohlfahrtsproduktion im Zusammenspiel von Leistungen unterschiedlicher gesellschaftlicher Bereiche wird unter dem Konzept Wohlfahrtsmix oder Wohlfahrtspluralismus zusammengefasst. In dieser Studie wird in diesem Zusammenhang das Konzept Wohlfahrtsmarkt im Detail analysiert: Märkte können als Wohlfahrtsmärkte bezeichnet werden wenn „wohlfahrtsstaatlich gerahmte“ Märkte der Realisierung sozialpolitischer Ziele dienen, indem der Staat die Erbringung von Gütern und Diensten der sozialen Sicherung auf diese Märkte verlagert. Im Rahmen des Wohlfahrtsmarktes wird die Wohlfahrtsproduktion in der Regel am Markt umgesetzt, aber die Maßnahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung sind zum großen Teil auf den Ressourcenzufluss vonseiten der öffentlichen Kostenträger existenziell angewiesen.

In dieser Studie wurde diesbezüglich eine ausführliche theoretische Auseinandersetzung mit den Wohlfahrtsmarktkonzepten von Nullmeier, Leisering, Berner und Köppe vorgenommen. Unter anderem wird bei Köppe der Wohlfahrtsmarkt anhand der zwei Kriterien „soziale Güter“ und „Marktmechanismus“ definiert und operationalisiert. Übertragen auf diese Studie bedeutet dies, dass der Einsatz von Ressourcen privater oder unternehmerischer Akteure zur Produktion und Versorgung mit sozialen Gütern durch die Marktdynamik zur Umsetzung der sozialpolitischen Zielsetzung „Heimeinzugsvermeidung“ beitragen soll. Dies wiederum bedeutet, dass sich die öffentlichen Träger hierbei den Marktmechanismus für ihre sozialpolitischen Interessen zu Nutzen machen. Aus dieser Perspektive kann der Markt der altersgerechten Wohnungsanpassung als Wohlfahrtsmarkt angesehen werden.

Hierbei stellt sich die vorliegende Studie die fundamentale Frage, ob die Marktmechanismen im Rahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung der Umsetzung der sozialpolitischen Zielsetzungen *möglichst langer Verbleib zu Hause* sowie *ambulant vor stationär* dienen. Daher stellt die Frage, ob eine gewinnorientierte unternehmerische Initiative im Rahmen des Wohlfahrtsmarktes grundsätzlich sozialpolitischen Zielen dienen kann, die zentrale Überlegung dieser Studie dar.

Von besonderem Interesse war hierbei, dass die Prozesse der altersgerechten Wohnungsanpassung und ihre sozialpolitische Versorgungsstruktur durch ein komplexes Zusammenwirken marktwirtschaftlicher Elemente gekennzeichnet sind und dass im Kontext der sich diversifizierenden Akteursstruktur die Interessenskonstellation noch dynamischer wird. Somit ist es eine große Herausforderung, dass sich die hier relevanten Akteure aus unterschiedlichen Branchen mit ihren jeweiligen, heterogenen Interessen und Zielsetzungen im Rahmen des Wohlfahrtsmarktes zusammensetzen. Diesbezüglich setzt die Politik zunehmend auf soziale Innovation, um die Schaffung von neuen und besseren Lösungen für sozialpolitische Belange effektiv anzugehen.

Eine neue und innovative strategische Allianz zur sozialpolitischen Zielsetzung wurde in dieser Arbeit als soziale Innovation definiert, und weiterhin wurde den konkreten Einflussfaktoren für die Realisierung dieser sozialen Innovation nachgegangen. Von einer neuen Vorgehensweise erwartet man eine sektoren- und abteilungsübergreifende Vernetzung. Darüber hinaus bringen die potentielle Unübersichtlichkeit und Intransparenz des Marktes sowie bürokratische Hürden und komplexe Finanzierungsmöglichkeiten einen Unterstützungsbedarf für die Ratsuchenden als Orientierungshilfe für den bedarfsgerechten Ansatz *möglichst langer Verbleib zu Hause* mit sich.

Insbesondere wurde hierbei das Augenmerk auf die fördernde und kontrollierende Rolle der Wohnberater gegenüber dem Marktvorgang und auf die wachsende Akteursdynamik in der Vermittlungs- und Vernetzungsarbeit der Wohnberatung gerichtet. Vor diesem Hintergrund wurde

für die vorliegende Arbeit die folgende zweite wesentliche Forschungsfrage gestellt: „Welche Akteurskonstellationen und Dynamiken in der Zusammenarbeit zwischen den relevanten Akteuren haben sich seit der Einrichtung und Stabilisierung der Wohnberatung im Bereich altersgerechter Wohnungsanpassung ergeben?“ Dieser Fragestellung wurde anhand des Beispiels der Wohnberatungsstellen im Bundesland Nordrhein-Westfalen nachgegangen.

Mit Blick auf die Ergebnisse, die aus den Experteninterviews dieser Studie gewonnen wurden, lässt sich festhalten, dass der Markt für altersgerechte Umbaumaßnahmen und Hilfsmittel in den letzten Jahren besonders expandiert ist. Das Spektrum der Hilfsmittel hat sich infolgedessen vergrößert und weist immer noch großes Wachstumspotenzial auf. Diesbezüglich hat sich auch die Zahl der Unternehmer im Markt vermehrt und die Konkurrenz zwischen den Unternehmern verschärft. Auf Grundlage der Interviews mit mehreren Experten über die Marktverhältnisse der altersgerechten Wohnungsanpassung lässt sich aber feststellen, dass es in dem untersuchten Markt verschiedene Faktoren gibt, die zu einer eingeschränkten Markttransparenz führen. Das Problem ist, dass es für die Ratsuchenden oder Konsumenten häufig aufgrund des zeitlichen und emotionalen Drucks sowie einer fehlenden Expertise und Unsicherheit bezüglich der technischen Möglichkeiten nicht immer einfach ist, eine auf rationalen Überlegungen basierende Kaufentscheidung zu treffen. Darüber hinaus besteht auch ständig die Gefahr einer unsachgemäßen Ausnutzung öffentlicher Gelder vonseiten der Unternehmer sowie der Konsumenten. Besonders bedeutsam ist, dass in diesem Markt die finanzielle Förderung von der öffentlichen Hand eingesetzt wird, um sozialpolitische Ziele zu erreichen. Die fehlende Markttransparenz kann aber zur Folge haben, dass öffentliche Gelder nicht zweckgemäß verwendet werden.

Hinsichtlich des Innovationspotentials im Bereich der altersgerechten Wohnungsanpassung betonten die Interviewpartner die zentrale Rolle staatlicher und kommunaler Akteure in diesem Prozess. Die politischen Entscheidungen und die Höhe der öffentlichen Finanzierung für Umbaumaßnahmen und die Anschaffung von Hilfsmitteln bestimmen den Qualitäts- und Preisstandard der Produkte oder Dienstleistungen. Unter anderem ist das Augenmerk darauf zu richten, dass Kranken- und Pflegekassen sowie Sozialhilfeträger zwar als wichtige Kostenträger gelten, aber dieser öffentlich finanzierte Topf immer gedeckelt ist. Eine fortschreitende Erweiterung dieser Märkte würde daher neben der Finanzierung durch die öffentliche Hand vor allem auch auf dem Selbstzahlermodell basieren. Verstärkte Anreizsysteme für den Einsatz selbstfinanzierter präventiv wirkender Anpassungsmaßnahmen oder auf die häusliche Pflege zugeschnittener Infrastruktur können dazu beitragen, einen frühzeitigen Heimeinzug zu vermeiden.

Die Zuschussanhebung der Pflegekassen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen im Jahr 2015 stellt eine Gelegenheit dar, den Einfluss von politischen Entscheidungen auf Marktverhältnisse und

Konsumenten exemplarisch zu analysieren. Die Erhöhung des Zuschusses gilt als Anreiz für die Durchführung einer altersgerechten Wohnungsanpassung. Die erhöhten Zuschüsse eröffneten aber gleichzeitig auch die Möglichkeit, den finanziellen Rahmen auch über die ursprüngliche Zweckbestimmung hinaus auszunutzen. Die erhöhte Förderung des Marktes aus öffentlicher Hand führt demnach zu der Notwendigkeit, gleichzeitig die Kontrolle zu verstärken. Die interviewten Experten berichten, dass die Kontrolle der Pflegekasse in Bezug auf die Gewährung von Zuschüssen tatsächlich nach der Zuschusserhöhung strenger geworden ist.

Diese Ergebnisse zeigen in erster Linie, dass die Auslagerung der öffentlichen Finanzierung an die privatwirtschaftlichen Bereiche einerseits dazu führt, dass sich der relevante Markt vergrößert. Aber andererseits unterliegen nun die privaten Unternehmer als Mitwirkende bei der Gestaltung des sozialen Sektors verstärkter institutioneller Kontrolle, da die rechtlichen Grundlagen hohe Anforderungen mit sich bringen. Vor allem da die Marktmechanismen nicht immer wie erwartet funktionieren, werden die sozialpolitischen Regulierungsinstrumente eingesetzt, um sozialpolitische Zielsetzungen zu realisieren. Trotz der Notwendigkeit dieses Eingriffs kann aber selbstverständlich auf den wesentlichen Teil der Marktmechanismen, durch die fairer Wettbewerb und die auf korrekten Informationen basierenden Wahlfreiheiten der Konsumenten gewährleistet werden, nicht verzichtet werden. Dies führt demnach dazu, dass neben der Kontrolle von öffentlichen Institutionen rege Wechselwirkungen und Informationsaustausch zwischen relevanten öffentlichen und privaten Akteuren notwendig werden. In der vorliegenden Studie wurde daher die These untersucht, dass das Case Management einer neutralen Instanz sich für das Erreichen von sozialpolitischen Zielsetzungen positiv auswirken kann.

Den Experteninterviews zufolge leisten die Wohnberater mithilfe ihrer Expertise im komplexen Prozess der verwaltungsbezogenen Kommunikation und der Orientierung im Markt wertvolle Hilfestellung und vernetzen relevante Akteure. Wohnberater sind zwar weder Geldgeber noch haben sie Entscheidungsgewalt, können aber die Ratsuchenden befähigen, vernünftige Entscheidungen zu treffen. Darüber hinaus kann Wohnberatung einen möglichen Fehlbau oder die Anschaffung von unpassenden Hilfsmitteln vermeiden. Durch die Arbeit der Wohnberater kann der tatsächliche Bedarf der Ratsuchenden und der potenziellen Ratsuchenden geklärt werden. Eine qualifizierte Wohnberatung spielt weiterhin eine Schlüsselrolle bei dem wirkungsvollen Einsatz von Anpassungsmaßnahmen. Die Wohnberatung ermöglicht im Endeffekt einen verbesserten und vereinfachten Austausch zwischen Ratsuchenden, internen Fachdienststellen sowie Unternehmern. Die verbesserten Dynamiken zwischen diversen Akteuren führen zu einer Weiterentwicklung von Synergieeffekten. Als Knotenpunkt der sektorenübergreifenden Netzwerke kann somit die Wohnberatung zum optimalen Wohlfahrtsmix beitragen. Wohnberatung leistet letztendlich also einen großen Beitrag dazu, dass im Rahmen der Marktfunktion für altersgerechte

Wohnungsanpassung die sozialpolitischen Zielsetzungen *langer Verbleib in der vertrauten Häuslichkeit* sowie *ambulant vor stationär* verwirklicht werden.

Diese Ergebnisse der empirischen Experteninterviews bildeten die Basis für den Schluss, die Wohnberater als Initiatoren für soziale Innovation anzusehen. An dieser Stelle wurde diese Studie weiterhin darauf fokussiert, dass Nordrhein-Westfalen das einzige Bundesland ist, das fast lückenlos eine Versorgungsstruktur mit Wohnberatungsstellen etabliert hat, und die Erfolgsfaktoren für diese Entwicklung wurden analysiert. Hierbei wurde soziale Innovation als Ansatz zur erfolgreichen Umsetzung eines Wohlfahrtsmix durch Wohnberatung konzeptualisiert, und die für diesen Erfolg entscheidenden Einflussfaktoren wurden analysiert. Dabei ergab sich auch das Ergebnis, dass die Wohnberatungsstruktur in Nordrhein-Westfalen zwei Besonderheiten aufweist: zum einen den Finanzierungsmix, der auch die Pflegekasse miteinschließt, und zum anderen die aktive Initiative der Akteure aus dem Kreis der freien Träger.

Anders als in anderen Bundesländern finanzieren in Nordrhein-Westfalen die Landesverbände der Pflegekassen seit den 1990er-Jahren einen bestimmten Anteil der Kosten für die Wohnberatungsstellen. Die Einbeziehung der Kranken- und Pflegekassen in die Finanzierung der Wohnberatung ist gerechtfertigt, da sie von den durch die Arbeit der Wohnberatung erwarteten Effekten in Bezug auf „Vermeidung des Heimeinzuges“ am meisten profitieren können. Das Land Nordrhein-Westfalen hat mit großer politischer Aufmerksamkeit in Bezug auf das Thema Wohnberatung gute Kontakte zu den Pflegekassen aufgebaut, was wiederum dazu beigetragen hat, diese Struktur des Finanzierungsmix zu etablieren und aufrechtzuerhalten. Vor allem das Einbeziehen der verschiedenen Träger in die Entscheidungsprozesse und deren weitere Zusammenarbeit waren entscheidend dafür, dass das Land Nordrhein-Westfalen nun eine einzigartige, flächendeckende Versorgungsstruktur für Wohnberatung hat.

Ein weiterer wichtiger Punkt bei den Wohnberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen ist es, dass die Trägerstruktur von Anfang an von der aktiven Initiative und der Beteiligung der freigemeinnützigen Träger und ihrer Mitarbeiter geprägt war. Die Akteure aus dem Kreise der freien Träger haben sich insbesondere in der Anfangsphase der Etablierung der Wohnberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen aktiv engagiert und einen großen Beitrag zur Stabilisierung der jetzigen Struktur geleistet. Dies belegt auch die Tatsache, dass viele, teilweise seit Jahrzehnten gut funktionierende Wohnberatungsstellen bei freien Trägern platziert sind. Diese freien Träger unterstützen als Arbeitgeber der Wohnberater die Wohnberatung sowohl organisatorisch als auch finanziell. Als Scharnier zwischen dem formellen und dem informellen Sektor können diese gemeinnützigen Träger zwischen verschiedenen Interessenslagen vermitteln. Sie können neue soziale Problemlagen flexibel und zeitgemäß aufgreifen, indem sie Staatsversagen und Marktversagen auffangen.

Darunter gilt die Wohnberatungsarbeit als ein passendes und sinnvolles Betätigungsfeld für die freien Träger selbst, um als einer der wichtigsten Mithersteller sozialer Leistungen aufzutreten und ihre eigene zentrale Expertise zu praktizieren.

Durch das Belassen der Wohnberatung bei freigemeinnützigen Trägern konnten außerdem die staatlichen und kommunalen Akteure es vermeiden, dass eine neue Verwaltungsstruktur in den Kommunen errichtet werden musste. Infolgedessen musste deren bürokratisches System nicht erweitert werden, wobei bei der Abgabe der Wohnberatung an freie Träger in der Regel die Initiative der freien Träger und ihrer Mitarbeiter entscheidend ist. Deren wichtiger Vorteil ist tatsächlich, dass sie unter Einhaltung des Subsidiaritätsprinzips flexibel und unabhängig arbeiten können. Es kann als Fazit festgehalten werden, dass es für die soziale Innovation eine große Rolle spielen kann, wenn Träger und Institutionen genügend Raum haben, um Flexibilität und Eigeninitiative entfalten zu können.

Die Versorgungsstruktur für Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen ist in diesem Zusammenhang ein Beispiel für die Entwicklung eines sozialpolitischen Ansatzes von unten nach oben. Die Sozialarbeiter und Architekten vor Ort haben die Nachfrage erkannt, waren von dem Wert und den Effekten der altersgerechten Wohnung überzeugt und sind daraufhin selbst in die Politik gegangen, um eine neue Struktur dafür zu schaffen. Das Land und die Städte waren bereit, die Stimme der Sachbearbeiter zu hören, und sie fördern bis heute den Aufbau und den Erhalt der Wohnberatungsstellen sehr aktiv politisch und finanziell. Das hat dazu geführt, dass die Wohnberatungsstruktur in Nordrhein-Westfalen bis heute weiter ausgebaut wird. Für die weitere Entwicklung und den Erhalt dieser wertvollen Struktur arbeitet die öffentliche Hand nach wie vor mit den Wohnberatungsstellen, der Koordinierungsstelle sowie der Landesarbeitsgemeinschaft der Wohnberatung zusammen.

Selbstverständlich hat die Wohnberatungsstruktur noch einen weiten Weg vor sich, um weitgehend als eigenständige Versorgungsstruktur zu gelten. Beispielsweise sind die befristete Finanzierung von vielen Wohnberatungsstellen und der relativ niedrige Bekanntheitsgrad Faktoren, die dazu führen, dass das Wirkungspotenzial der Wohnberatung nicht vollständig genutzt werden kann. Zudem erfordert die Aufgabenüberschneidung von Wohn- und Pflegeberatung politische Maßnahmen, die die Bestimmung klarer Zuständigkeiten und die Systematisierung der Zusammenarbeit fördern.

Aufbauend auf diese empirischen Befunde wird im Folgenden eine Handlungsempfehlung jeweils an Politik und Praxis dargestellt.

7.2. **Politische Reflexion und Handlungsempfehlungen an die Politik**

Um das Angebot an altersgerechten Wohnungen auszuweiten, das Wohnumfeld entsprechend zu gestalten und es damit den Menschen zu ermöglichen, möglichst lange zu Hause zu wohnen, sind politische Ansätze notwendig, die den Systemaufbau unterstützen. Basierend auf dem bisher analysierten Diskurs werden an dieser Stelle Handlungsempfehlungen an die Politik dargestellt.

1) Ein Modell verstärkter öffentlich-privater Partnerschaft

Erstens sollte die öffentlich-private Partnerschaft weiter optimiert und innovative Ansätze für den langen Verbleib zu Hause initiiert werden. Es besteht weitgehender Konsens darüber, dass der Erfolg des Wohlfahrtsmarktes davon abhängt, wie die Akteure mit ihren verschiedenen Interessenslagen zur Mitarbeit an der sinnvollen Wohlfahrtsproduktion motiviert werden können. Eine gewinnbringende Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und privaten Partnern verspricht ein gutes Funktionieren des Wohlfahrtsmarktes. Vor allem das Einbeziehen der Handwerksunternehmen und Herstellerfirmen von technischen Hilfsmitteln in die Entscheidungsprozesse der Kommunal- oder Landespolitik kann dazu dienen, die jeweils aktuelle Nachfrage zu erkennen und praxisnahe politische Ansätze zu entwickeln. Die privaten Träger und Experten können vor allem praxisnahe Lösungen und pragmatische Perspektiven geben. Aus unternehmerischer Sicht ist aber darüber hinaus von Bedeutung, dass die investierte Arbeit lukrativ ist und zumindest potenziell hohe Gewinne bringt. Die Zusammenarbeit mit der öffentlichen Hand kann in diesem Zusammenhang neue Marktchancen eröffnen, die auch hohe Gewinne zur Folge haben können. Vor diesem Hintergrund lässt sich der Schluss ziehen, dass – solange die Unternehmer im Wohlfahrtsmarkt als Produzenten der Wohlfahrtsproduktion gelten und somit von ihnen zum Erreichen der sozialpolitischen Zielsetzungen dienende soziale Güter hergestellt werden – ein Modell verstärkter öffentlich-privater Partnerschaft für eine Aufwärtsdynamik im Wohlfahrtsmarkt sorgen sollte. Dies hätte zur Folge, dass einerseits unverzichtbare Produkte und Umbaumaßnahmen im Markt verantwortungsvoll gehandelt werden und andererseits die Unternehmen durch ihre Investitionen in Forschung und Produktentwicklung entsprechenden Umsatz generieren könnten. Einen stabilen und transparenten, gleichberechtigten Informationsaustausch und produktive Netzbildung zu betreiben ist hier eine wichtige Voraussetzung für die Entstehung einer Aufwärtsdynamik.

2) Sektorenübergreifende Strategie und Entwicklung des Technik-Dienstleistungsmodells

Um einen langen Verbleib in der häuslichen Umgebung zu realisieren und den Haushalt als Gesundheitsstandort zu gestalten, muss der Wohnraum notwendigerweise mit verschiedenen Hilfeleistungen vernetzt werden. Tatsächlich erscheinen die Unterstützungspotenziale technischer Lösungen auch für die personelle Dienstleistung vielversprechend, da der technische Ansatz einer Ergänzung durch personelle Hilfeleistung bedarf, um sein Wirkungspotenzial zu entfalten. Vor allem die steigende Vermischung von organisierter und freier Versorgung zu Hause bringt die Herausforderung mit sich, ein neues Marktpotenzial für Industrie, Handwerk und Dienstleistungen zu erschließen. Die Konzepte der Zusammenarbeit sollten im Rahmen der Gesundheitsmärkte entwickelt werden, da Kooperation und die gemeinsame Entwicklung neuer Prozesse, assistiver Technologien, Produkte und Dienstleistungen einen großen Mehrwert versprechen. Dies erfordert somit eine neue Versorgungsstruktur, in die neue Geschäfts- und Finanzierungsmodelle integriert sind.

Jedoch gibt es bisher nur wenige marktreife, bezahlbare technische Ansätze im Wohnraum, die systematisch mit hochqualifizierten Serviceleistungen verbunden wurden. Technik und Dienstleistungen werden immer noch eher getrennt voneinander eingesetzt, und ihre entsprechende Vernetzung und Abstimmung werden häufig außer Acht gelassen. Die Ratsuchenden oder Angehörigen können nur sehr schwer allein die Installation und Anwendung dieser benötigten Systeme koordinieren, und somit spielen hierbei auch sektorenübergreifende systematische Ansätze eine wichtige Rolle, für die ein passendes Geschäftsmodell entwickelt werden muss.

Von Bedeutung ist, dass nur gesellschaftlich erschwingliche Technik-Dienstleistung-Systeme eine breite Nutzungsbasis in der Gesellschaft haben. Neben den wirtschaftlichen Potenzial muss somit bei der Entwicklung dieser Systeme auch die sozialpolitische Perspektive berücksichtigt werden. In die technischen Ansätze müssen dabei auch soziale Dienste integriert und eine neue Service-Plattform etabliert werden. Es bleibt infolgedessen die Frage, wie diese neuen Technik-Dienstleistungsangebote mit den bestehenden wohlfahrtsstaatlichen Sozialleistungen verbunden werden sollen. Was diesen sektorenübergreifenden Systemaufbau insbesondere schwierig macht, sind die Finanzierungsmodalitäten, da viele Akteure mit verschiedenen Interessenslagen in einem System zusammengeführt werden. Bei der Schaffung von Gesundheits- und Dienstleistungsumgebungen auf Technikbasis müssen zudem mehrere Rechtsgrundlagen berücksichtigt werden. Die Einrichtung einer Kontrollinstanz für diesen gesamten Prozess ist hierbei auch von Bedeutung, wobei zuvor noch diskutiert werden muss, welcher Träger dies übernimmt. Zur Vernetzung von Technik und wohnbegleitenden Dienstleistungen müssen darüber hinaus Treffen und Verhandlungen auf Managementebene sowie regelmäßige Versammlungen und Informationsaustausch auf Sachbearbeiterebene gemeinsam entwickelt werden.

3) Weiterentwicklung der „hybriden“ Finanzierungsmodelle

Die innovativen technischen Hilfsmittel oder Umbaumaßnahmen sind in der Regel mit hohen Kosten verbunden, die irgendwie bezahlt werden müssen. Tatsächlich werden nun zwar zunehmend neue technische Versuche unternommen und neue Modelle für altersgerechtes Wohnen entwickelt, aber aufgrund finanzieller und organisatorischer Hürden nur zögerlich in die Praxis eingeführt. So wurden durchaus schon durch Pilotprojekte neue Modelle erprobt, die Realisierung befindet sich allerdings noch in der Anfangsphase, und das entsprechende Geschäftsmodell ist noch nicht allgemein etabliert. Um für diese neuen Modelle des altersgerechten Wohnens weitreichendes Interesse zu generieren und einen weiten Konsumentenkreis zu erreichen, stellt sich die Frage, wer hauptsächlich die Kosten tragen soll und ob die hohen Marktpreise von den Interessenträgern getragen werden können. Ein bezahlbares System ist aber nur durch variable Finanzierungsansätze mit verschiedenen Kostenträgern realisierbar, da sich bei erhöhter Trägerzahl die Belastung für die einzelnen Träger verringert und sich die Wahrscheinlichkeit einer flächendeckenden Ausweitung der Wohnungsanpassungsmaßnahmen erhöht. In diesem Kontext steht auch der Bedeutungszuwachs der „hybriden“ Finanzierungsmodelle, da diese Ziele ohne gemeinsame Ressourceneinbringung und entsprechende Kooperation nicht erreichbar sind. Diese hybriden Finanzierungsmodelle sind besonders von Bedeutung, um auch sozial Schwächere von der technischen Innovation profitieren lassen zu können. Wenn das Eigenzahlermodell voll im Trend liegt, besteht die Gefahr, dass die jeweils neuesten und sinnvollsten technischen Entwicklungen „Luxusgüter“ bleiben, die sich nur eine begrenzte Konsumentengruppe leisten kann. Nun werden die technischen Hilfsmittel und altersgerechte Umbaumaßnahmen in vielen Fällen durch Pflegekasse, Krankenkasse und Kommune mitfinanziert, aber die Rentenversicherung und die Unfallversicherung sind auch gegebenenfalls miteinbezogen. Die Aufgabe der Politik ist es in diesem Zusammenhang, den Kreis der potenziellen Kostenträger zu erweitern. Stiftungen könnten beispielsweise auf Projektbasis die Umgestaltung der Wohnungen mitfinanzieren; oder die Banken könnten neben den staatlich geförderten Kreditprogrammen auch eigene günstige Kredite dafür anbieten.

4) Förderung von Kauf- und Investitionsbereitschaft bei privaten Kunden und Wohnungsbaugesellschaften

Darüber hinaus ist die Kauf- und Investitionsbereitschaft privater Kunden – vor allem die der Wohneigentümer, aber ebenso die der Wohnungsbaugesellschaften – für die flächendeckende Ausweitung des altersgerechten Wohnens von Bedeutung. Tatsächlich werden die Wohneigentümer (oder die individuellen Mieter) trotz des Versuches der Schaffung eines Finanzierungsmix in

diesem Bereich als wichtiger Kostenträger angesehen, da über öffentlich finanzierte Umbaumaßnahmen oder technische Hilfsmittel hinaus weiterer Bedarf durch den Einsatz eigener Finanzmittel individuell erfüllt werden muss. Darüber hinaus die Beteiligung der Wohnungsbaugesellschaften zu initiieren, gilt für eine generelle altersgerechte Umgestaltung der Wohnungslandschaft als sehr effektiver Ansatz, um allgemeine Barrierefreiheit in den Privathaushalten zu schaffen und mehr Menschen von der technischen Entwicklung profitieren zu lassen.

Außerdem wurde es als problematisch dargestellt, dass es für Ratsuchende ohne Pflegestufe außer den Zuschüssen oder Krediten der KfW-Bankgruppe nur wenige Fördermöglichkeiten gibt, um ihre Wohnung präventiv altersgerecht anzupassen. Als positive Entwicklung ist es zu werten, dass die Investitionsbereitschaft der jüngeren Generation bezüglich präventiver Maßnahmen in diesem Bereich mittlerweile in hohem Maße zugenommen hat. Der präventive Ansatz kann insbesondere Unfällen im Wohnraum vorbeugen und dadurch die Chancen auf einen längeren Verbleib in der eigenen Wohnung erhöhen, weshalb finanzpolitisch der wirtschaftliche Wert hoch geschätzt wird. Deshalb muss der Variantenreichtum der angebotenen Kredite und Zuschüsse gesteigert werden, und gegebenenfalls ist die Einführung von negativen Zinsen in Betracht zu ziehen, um praktische und starke Anreize für Investitionen auf der Konsumentenseite zu schaffen.

5) Die Wohnberatung in NRW als Modell für bundesweite Entwicklung

In der vorliegenden Studie wurde der Nutzen der bestehenden Wohnberatungsangebote analysiert. Vor allem hinsichtlich ihrer heimeinzugsvermeidenden Funktion sind eine Stabilisierung und ein weiterer Ausbau der Wohnberatung ein wirksamer und effektiver politischer Ansatz. Aber trotz dieser Vorteile wird die Wohnberatung als freiwillige kommunale Aufgabe häufig nur auf Projektbasis finanziert, und auf Bundesebene sind keine entsprechende Struktur und Finanzierung vorhanden. Dies führt aber dazu, dass bestehende Ressourcen und Wirkungspotenziale der Wohnberatung nicht vollständig genutzt werden können. Dafür wiederum ist es allerdings wichtig, eine wohnortnahe Infrastruktur von Wohnberatungsstellen mit gesicherter Finanzierung zu entwickeln und vor allem einen systematischen und strukturierten Ansatz für eine nachhaltige Versorgungsstruktur zu schaffen.

Diese bundesweit unzureichende und ungleiche Verteilung von Wohnberatungsstellen ist in hohem Maße auf die fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten zurückzuführen. Besonders ausgeprägt ist in Nordrhein-Westfalen, dass die Wohnberatungsstellen, die durch Pflegekassen und Kommunen mitfinanziert werden, von dem vermiedenen oder verzögerten Heimeinzug profitieren. Dieser Finanzierungsmix führte dazu, dass sich die Versorgungsstruktur der Wohnberatung entwickeln und

diese Struktur aufrechterhalten werden konnte. Damit sich die Pflegekassen und Kommunen an der Finanzierung der Wohnberatungsstellen beteiligen, ist Überzeugungsarbeit erforderlich. Dabei ist hilfreich, dass der von den Beratungsangeboten für Wohnanpassungsmöglichkeiten erwartete wirtschaftliche Nutzen als sehr ausgeprägt erwiesen ist.

Beim Aufbau der Wohnberatungsstruktur auf Bundesebene muss aber die Grenze zwischen Wohn- und Pflegeberatung geklärt werden. Da diese Arbeitsbereiche eine enge und systematische Zusammenarbeit erfordern und da die Pflegeberatung schon eine gesetzliche Aufgabe ist, kann bei der weiteren Etablierung der Wohnberatungsstruktur die bestehende Infrastruktur der Pflegeberatung genutzt werden. Beispielsweise ist denkbar, neu eingerichtete Wohnberatungsstellen an den bestehenden Pflegestützpunkten zu platzieren oder bei den Pflegestützpunkten eine neue Abteilung für zertifizierte Wohnberater einzuführen. Wenn dadurch die Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Wohnberatern optimal läuft, können Synergieeffekte erwartet werden.

7.3. Handlungsempfehlungen an die Praxis

Ein großer Wert dieser empirischen Analyse besteht darin, dass der praxisnahe Weiterentwicklungsbedarf und Handlungsempfehlungen aufgezeigt werden. An dieser Stelle werden diese zu folgenden drei Punkte zusammengefasst:

1) Öffentlichkeitsarbeit für das Thema altersgerechte Wohnung

Hierbei muss erstens die Öffentlichkeitsarbeit fortgesetzt werden, um eine allgemeine Bekanntheit dieser Dienstleistung zu erreichen und neue Einblicke in die Möglichkeiten für einen langen Verbleib zu Hause zu gewähren. Vor allem müssen ältere Menschen und Angehörige bezüglich des Themas altersgerechte Wohnung sensibilisiert werden. Zudem ist von Bedeutung, dass den Faktoren zielorientiert entgegengewirkt werden muss, die dazu führen, dass die älteren Menschen gegenüber dem Einsatz von technischen Lösungen im Wohnraum zurückhaltend scheinen, wobei unter anderem fehlendes Wissen oder fehlende Erfahrung mit Technik sowie die Unübersichtlichkeit des Marktes für Umbaumaßnahmen und technische Produkte eine wesentliche Rolle spielen.

Damit das Thema altersgerechte Wohnung vor Ort Bekanntheit erhalten kann, ist beispielsweise ein gut erreichbares Modellhaus zu eröffnen, in dem die Besucher erleben können, welche

Möglichkeiten es für altersgerechte Umgestaltung im Wohnraum gibt. In diesem Zusammenhang sollten auch regelmäßige Informationstreffen vor Ort organisiert werden, um zu informieren und zu sensibilisieren. Neben den älteren Menschen und ihren Angehörigen ist auch die jüngere Generation eine besonders wichtige Zielgruppe für diese Öffentlichkeitsarbeit. Auch benutzerfreundliche Internetplattformen sind insbesondere hierzu nutzbar, in der die Produkte oder verschiedenen Ansätze angesehen und verglichen werden können. Die bereits bestehenden Plattformen (beispielsweise <https://nullbarriere.de/>, <https://www.rehadat-hilfsmittel.de/>) sind zwar sehr informativ, aber es bedarf darüber hinaus einer Vergleichsmöglichkeit für Preise, Funktion oder Kundenbewertung nach Firmen und Produkten, die den Ratsuchenden dabei helfen, sich im Markt orientieren zu können.

Diesbezüglich lässt sich auch feststellen, dass die Öffentlichkeitsarbeit vonseiten der Wohnberater verstärkt und für mehr Ordnung und Klarheit in dem unübersichtlichen Markt gesorgt werden muss. Ferner hat die Wohnberatung bei den präventiven Ansätzen der altersgerechten Wohnungsanpassung ein großes Wirkungspotenzial. Die Kontaktaufnahme zu Wohnberatungsstellen ist für relativ junge Leute, die frühzeitig ihre Wohnungen anpassen wollen, psychologisch niedrigschwelliger als die zu den Pflegeberatungsstellen. Diese Vorteile können die Wohnberatungsstellen dafür nutzen, weitere Ansatzpunkte für Maßnahmen der Prävention und der Prophylaxe zu schaffen.

2) Verstärkung der Expertise von Handwerkern und Einzelhändlern hinsichtlich der altersrelevanten Einschränkungen und altersgerechten Wohnungen

Zweitens sollten sich die Unternehmer oder Mitarbeiter vor allem in Handwerkerunternehmen, die häufig vor Ort verschiedene altersgerechte Umbaumaßnahmen umsetzen, benötigtes Wissen bezüglich der altersbedingten Einschränkungen aneignen und Verständnis für die technischen Mindestanforderungen des altersgerechten Umbauens haben. Nur so können Unternehmer vor Ort als Multiplikatoren für altersgerechten, familiengerechten Wohnraum agieren. Es gibt zwar mittlerweile viele Fortbildungsveranstaltungen und Handwerks- und Architektenkammern, die Qualifizierungskurse anbieten, aber dieses Angebot wurde noch nicht systematisiert und mit einem regelmäßigen Curriculum verankert. Ohne fachkundiges Wissen über altersbedingte körperliche und psychische Einschränkungen, die ältere Menschen mit dem Alter erleben, ist nicht garantiert, dass die von den Unternehmern angebotenen Umbaumaßnahmen oder Produkte automatisch dem längeren Verbleib in der eigenen Wohnung dienen. Tatsächlich sind nun Schulungen über altersgerechten Umbau in der Regel nicht obligatorisch. Damit die Unternehmen vor Ort und Einzelhändler diesbezüglich Möglichkeiten zur Eigeninitiative für die Weiterbildung und

Zertifizierung haben, muss ein neues Zertifizierungssystem eingeführt werden, das von einem weitgehend anerkannten oder vertrauenswürdigen Institut kontrolliert wird. Die einheitliche Zertifizierung und einfacher Zugang zu Informationen über geschulte, qualifizierte Handwerker und Qualitätssiegel über die Expertise der Unternehmen können zudem den Konsumenten dabei helfen, im Markt vernünftige Entscheidungen zu treffen.

3) Mehr Zuständigkeiten für Wohnberater und Notwendigkeit der Weiterbildung

In erster Linie ist die Verstärkung der Aus- und Weiterbildungssysteme für Wohnberatung ein sinnvoller Ansatz. Es gibt bisher nur wenige Fortbildungsmöglichkeiten für Wohnberater, sodass diese den kommenden Bedarf nicht decken können. Die Fortbildung zum zertifizierten Wohnberater findet nur in einzelnen Städten statt, und manche davon sind keine regelmäßig stattfindenden Kurse. Um die Expertise von Wohnberatern zu erhöhen und der erhöhten Nachfrage nach Experten für altersgerechtes Wohnen nachzukommen, kann in Betracht gezogen werden, ein bundesweit einheitliches Zertifizierungssystem zu entwickeln, dessen Inhalt auch noch entsprechend strukturiert und standardisiert werden müsste.

Neben der Entwicklung von neutralen Standards für die Qualifikation und Zertifizierung der Handwerker für altersgerechte Umbaumaßnahmen ist auch ein Ansatz denkbar, der die Zuständigkeiten und Kompetenzen der Wohnberater hinsichtlich des Qualitätsmanagements zu erweitern sucht. Die Funktion und die Wirkung der technischen Hilfsmittel werden bei der Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis geprüft, aber bezüglich Umbaumaßnahmen gibt es keine derartigen strikten Kontrollmöglichkeiten, sodass weiteres Qualitätsmanagement nötig ist. Nun kann bisher von Wohnberaterseite auf die Qualität der technischen Ansätze nur beschränkt Einfluss ausgeübt werden. Bei der Auswahl der Handwerksunternehmen oder der technischen Hilfsmittel können sie aufgrund des Neutralitätsprinzips keine Empfehlungen aussprechen. Hierzu könnte auch in Betracht gezogen werden, dass gegebenenfalls für die Wohnberater eine Sanktionsmöglichkeit gegenüber den Marktakteuren geschaffen wird. Die neutrale Position der Wohnberater kann beim Qualitätsmanagement von Nutzen sein. Hier ist hervorzuheben, dass die Wohnberater auch sehr effektiv darauf hinwirken können, die dargestellten Probleme – wie die Unübersichtlichkeit des Marktes – auszugleichen und eine mögliche Ausnutzung der öffentlichen Geldmittel zu vermeiden.

7.4. **Schlussfolgerung und Ausblick**

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der demografische Wandel mit einer erheblichen Erhöhung der finanziellen Belastung im Gesundheits- und Pflegebereich und einem Mangel an Pflegekräften verbunden ist und somit weitreichende gesellschaftliche Reformprozesse erforderlich macht. Der möglichst lange Verbleib in der altersgerechten Häuslichkeit gilt hierzu als gesellschaftlich anerkanntes optimales Handlungskonzept, und die erfolgreiche Gestaltung dieses Modells setzt integrative und sektorenübergreifende Innovation voraus. Parallel dazu ist es absehbar, dass die Grenzziehung zwischen öffentlichem und privatem Bereich zunehmend verschwimmt und diese beiden Bereiche somit auch zunehmend interdependent werden. In dieser Zeit, in der Wohlfahrtsmarkt und Wohlfahrtsstaat weitgehend komplementär agieren, gewinnen die als soziale Innovation bezeichneten neuen Ansätze als Erfolgsfaktoren zunehmend an Bedeutung.

In der vorliegenden Studie wurden die Konzepte Wohlfahrtsmarkt und soziale Innovation anhand des Beispiels der altersgerechten Wohnungsanpassung und Wohnberatung analysiert: Angemessene bauliche und technische Änderungen im Wohnraum sowie wohnungsbezogene technische Hilfsmittel und die AAL-Technologien können ein möglichst selbstständiges Leben der älteren Menschen in der eigenen Wohnung ermöglichen. Die fortschreitende technische Entwicklung in diesem Bereich erweitert das Spektrum an Umbaumaßnahmen und technischen Hilfsmitteln, sodass eine zunehmende Zahl an Varianten für die Wohnungsanpassung erprobt werden kann. Aber diese Entwicklung kommt nicht automatisch den Betroffenen zu Gute. Um diese technische Entwicklung, den vergrößerten relevanten Markt sowie die intensiviertere Konkurrenzsituation zwischen den Unternehmern gesellschaftlich positiv wirken zu lassen, müssen entsprechende politische Maßnahmen umgesetzt werden.

Auf Basis der theoretischen Grundlagen des Wohlfahrtsmarktkonzeptes wurde hier somit die soziale Innovation praxisorientiert als Handlungskonzept betrachtet. Eine mögliche Schlussfolgerung aus dieser Betrachtung ist, dass soziale Innovation für den erwartungsgemäßen Ablauf der Prozesse und Funktionen des Wohlfahrtsmarktes eine wesentliche Rolle spielt. Die systematische, wirkungs- sowie netzwerkorientierte Koordinierung kann dazu dienen, im Rahmen der Marktmechanismen die sozialpolitischen Ziele zu realisieren. Als Erfolgsfaktor gilt insofern ein an sozialen Zusammenhängen orientierter Ansatz wie die wirkungsorientierte Steuerung und neutrale Koordination, wodurch die Kommunikationswege und Synergien der relevanten Akteure sowie die Netzwerkgestaltung verbessert werden. In dieser Hinsicht wurde anhand der erhobenen empirischen Daten eine Synergieeffekte erzeugende Funktion der Wohnberater als Initiatoren der sozialen Innovation herausgearbeitet. Zuletzt wird auch die Hoffnung zum Ausdruck gebracht, dass

diese Studie einen neuen Einblick in die Einflussfaktoren für die optimale Funktionsweise des Wohlfahrtsmarktes geben kann. Somit kann sie letztlich auch zur Etablierung eines neuen produktiven Diskursfeldes für praxisbezogenes Handlungswissen beitragen.

Zu bedenken ist außerdem, dass in vorliegender Studie auf den möglichst langen Verbleib zu Hause und darauf aufbauend auf die altersgerechte Wohnungsanpassung im Bestand fokussiert wurde. Parallel dazu bestätigt sich aber, dass für die älteren Menschen die wohnortnahen Versorgungsmöglichkeiten wie Einkaufsangebote, pflegerische und medizinische Versorgung und ÖPNV-Angebote eine besondere Bedeutung haben. Die Nachbarschaft als soziale Bezugsgruppe kann zugleich bezüglich der Lebensqualität in dem vertrauten Wohnumfeld ein wichtiger Faktor sein. Dieser ganzheitliche Quartieransatz umfasst neben den baulichen oder technischen Aspekten auch gesundheits- und verkehrspolitische sowie nachbarschaftliche Aspekte. Diese quartierbezogenen Aspekte können auch als Aufgabe für weiterführende Forschung gesehen werden.

Literaturverzeichnis

Aderhold, Jens (2010): Probleme mit der Unscheinbarkeit sozialer Innovationen in Wissenschaft und Gesellschaft. In: Howaldt, Jürgen; Jacobsen, Heike (Hg.): Soziale Innovation: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 109–126.

Aderhold, Jens; John, René (2005): Neuheit als Problem der Gesellschaft. Zur Bedeutung eines problematisierenden Selbstverständnisses einer Wissenschaft. In: *TRANS. Internet-Zeitschrift für Kulturwissenschaften*. 16. Online verfügbar unter http://www.inst.at/trans/16Nr/07_2/aderhold_john.htm, zuletzt geprüft am 01.09.2015.

Albery, Nicholas; Yule, Valerie (1992): *The Book of visions. An encyclopaedia of social innovations*. London: Virgin.

Albrecht, Günter; Pütz, Mark Sebastian (2008): *Ausbildungsinitiativen im Handwerk*. Bonn: Programmstelle beim BIBB.

Aleskov, J.; Held-Wehmer, A.; Löhnert, D.; Nicolaidis-Franz, C.; Schulze, D.; Templin, E.; Wallis, J. (2012): Hilfsmittelversorgung von Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen. In: *Neurol Rehabil* 18 (1), S. 55–62.

Amann, Anton (1983): *Lebenslagen und Sozialarbeit. Elemente zu einer Soziologie von Hilfe und Kontrolle*. Heft 7. Berlin: Duncker & Humboldt.

Amann, Anton (2000): Sozialpolitik und Lebenslagen älterer Menschen. In: Backes, Gertrud; Clemens, Wolfgang (Hg.): *Lebenslagen im Alter. Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen*. Opladen: Leske + Budrich, S. 53–74.

Andersen, Uwe; Woyke, Wichard (Hg.) (2003): *Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland*. 5. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Angelini, Viola; Laferrère, Anne (2008): Home, Houses and Residential Mobility, In: Börsch-Supan et al., *First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007): Starting the Longitudinal Dimension*, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

Armingeon, Klaus; Becker, Ulrich; Breyer, Friedrich; Burchardt, Hans-Jürgen; Ebbinghaus, Bernhard; Eckert, Andreas et al. (2013): Wohlfahrtspolitik im 21. Jahrhundert. Neue Wege der Forschung. In: Busemeyer, Marius R.; Ebbinghaus, Bernhard; Leibfried, Stephan; Mayer-Ahuja, Nicole; Obinger, Herbert; Pfau-Effinger, Birgit (Hg.). Frankfurt a.M./New York: Campus-Verlag.

Aspers, Patrick; Beckert, Jens (2008): Märkte. In: Maurer, Andrea (Hg.): *Handbuch der Wirtschaftssoziologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 225–246.

Bäcker, Gerhard; Naegele, Gerhard; Bispinck, Reinhard; Hofemann, Klaus; Neubauer, Jennifer (2008): *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland*. 4., grundlegend überarb. und erw. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bäcker, Gerhard; Naegele, Gerhard; Bispinck, Reinhard; Hofemann, Klaus; Neubauer, Jennifer (2010a): *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland*. Band 1: Grundlagen, Arbeit, Einkommen und Finanzierung. 5., durchgesehene Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bäcker, Gerhard; Naegele, Gerhard; Bispinck, Reinhard; Hofemann, Klaus; Neubauer, Jennifer (2010b): *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland*. Band 2: Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste. 5., durchgesehene Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Backes, Gertrud M.; Clemens, Wolfgang (2013): *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung*. 4. Aufl., Weinheim: Juventa Verlag.

- Badura, Bernhard (2010): Fehlzeiten-Report 2010. Vielfalt managen : Gesundheit fördern - Potenziale nutzen : Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Bär, Paul Klaus-Dieter (2008): Architekturpsychologie. Psychosoziale Aspekte des Wohnens. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Baumgartl, Birgit (1997): Altersbilder und Altenhilfe. Zum Wandel der Leitbilder von Altenhilfe seit 1950. Opladen: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Baumgartner, Katrin; Kolland, Franz; Wanka, Anna (2013): Altern im ländlichen Raum. Entwicklungsmöglichkeiten und Teilhabepotentiale. Stuttgart: Kohlhammer.
- BBSR (2014): Potenzialanalyse altersgerechte Wohnungsanpassung. Ein Projekt des Forschungsprogramms „Allgemeine Ressortforschung“ des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMUB), betreut vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR). Online verfügbar unter http://www.prognos.com/uploads/tx_atwpubdb/140828_Prognos_Studie_Potenzialanalyse_altersgerechte_Wohnungsanpassung_BBSR_2.pdf, zuletzt geprüft am 01.11.2015.
- BBSR (2016): Wohnungs- und Immobilienmärkte in Deutschland 2016. Hg. v. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR). Bonn: Franz Steiner Verlag.
- Beck, Gerald; Kropp, Cordula (2012): Die Gesellschaft wird innovativ – und die Wissenschaft von ihr? Zur Einleitung. In: Beck, Gerald; Kropp, Cordula (Hg.): Gesellschaft innovativ. Wer sind die Akteure?. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Becke, Guido; Bleses, Peter; Gundert, Hannah; Wetjen, Anna (2011): Trendreport ambulante soziale Unterstützungsdienstleistungen im Alter – arbeitswissenschaftliche Perspektiven. Hg. v. Universität Bremen. Online verfügbar unter https://www.uni-bremen.de/fileadmin/user_upload/sites/artec/Publikationen/artec_Paper/177_paper.pdf, zuletzt geprüft am 27.04.2016.
- Becker, Jens; Goletz, Ulrike (2012): Governance- und Marktoraussetzungen für Altersgerechte Assistenzsysteme – Herausforderungen an Theorie und Praxis. In: Gersch, Martin; Liesenfeld, Joachim (Hg.): AAL- und E-Health-Geschäftsmodelle. Wiesbaden: Gabler Verlag, S. 241–263.
- Benz, Matthias (2004): Institutionen und menschliches Wohlergehen. Die Rolle von Prozessnutzen in Wirtschaft und Gesellschaft. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Berner, Frank (2004): Wohlfahrtsmarkt und wohlfahrtsstaatliches Arrangement. Marktstrukturen und sozialstaatliche Einbettung der kapitalgedeckten Altersvorsorge in Deutschland. Universität Bielefeld (Regina Arbeitspapier, 6). Online verfügbar unter [http://www.uni-bielefeld.de/\(en\)/soz/personen/Leisering/pdf/Arbeitspapier6.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/(en)/soz/personen/Leisering/pdf/Arbeitspapier6.pdf), zuletzt geprüft am 28.09.2016.
- Berner, Frank (2009): Der hybride Sozialstaat. Die Neuordnung von öffentlich und privat in der sozialen Sicherung. 1. Aufl., Frankfurt a.M.: Campus Verlag GmbH.
- Besio, Cristina (2013): Wie lässt sich Nachhaltigkeit durch Innovation managen? In: Rückert-John, Jana (Hg.): Soziale Innovation und Nachhaltigkeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 71–86.
- Bezirksregierung Düsseldorf (2011): Wohnberatung für Bürgerinnen und Bürger in Nordrhein-Westfalen. Ziele, Aufgaben und Qualitätskriterien der Wohnberatung. Online verfügbar unter http://www.brd.nrw.de/gesundheit_soziales/sozialpolitische_foerderprogramme/pdf/Katalog_Ziele__Aufgaben_und_Qualit__tskriterien.pdf, zuletzt geprüft am 01.09.2017.
- BKK Dachverband e.V. (2013): BKK Gesundheitsreport 2013. Gesundheit in Bewegung. Schwerpunkt Muskel- und Skeletterkrankungen. Berlin (BKK Gesundheitsreport). Online verfügbar

unter http://www.bkk-dachverband.de/images/bkk/gesundheitsreport/2013/materialien/BKK-Gesundheitsreport_2013.pdf, zuletzt geprüft am 15.09.2015.

Blanke, Bernhard (2001): Aktivierender Staat – aktive Bürgergesellschaft. Eine Analyse für das Bundeskanzleramt. Unter Mitarbeit von Henning Schridde und Stefan Plaß. Online verfügbar unter <http://www.reocities.com/Athens/Olympus/5888/aktiverstaat.pdf>, zuletzt geprüft am 05.11.2016.

Blättel-Mink, Birgit (2013): Kollaboration im (nachhaltigen) Innovationsprozess. Kulturelle und soziale Muster der Beteiligung. In: Rückert-John, Jana (Hg.): Soziale Innovation und Nachhaltigkeit: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 153–169.

Blättel-Mink, Birgit; Ebner, Alexander (2009): Innovationssysteme im wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskurs. In: Blättel-Mink, Birgit; Ebner, Alexander (Hg.): Innovationssysteme. Technologie, Institutionen und die Dynamik der Wettbewerbsfähigkeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 11–23.

BMBF (Hg.) (2008): AAL – Altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben. Ambient Assisted Living. Bonn/Berlin.

BMBF (2009): Assistenzsysteme im Dienste des älteren Menschen. Porträts der ausgewählten Projekte in der BMBF-Fördermaßnahme „Altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben – AAL“. Online verfügbar unter <https://www.fit.fraunhofer.de/content/dam/fit/de/documents/projektportrats-aal.pdf>, zuletzt geprüft am 01.08.2017.

BMFSFJ (1998): Zweiter Altenbericht. Online verfügbar unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/13/097/1309750.pdf>, zuletzt geprüft am 01.08.2015.

BMFSFJ (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/95166/19c9b30262438bb77765cafc4264e2e2/prm-5010-3--altenbericht-teil-3-data.pdf>, zuletzt geprüft am 12.08.2017.

BMFSFJ (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/94660/645616f261867c623ef6ed5fa7d8c832/prm-21787-4--altenbericht-teil-ii-data.pdf>, zuletzt geprüft am 12.08.2017.

BMFSFJ (2004): Modellprogramm Selbstbestimmt Wohnen im Alter. Kurzfassung und Ausblick. Berlin. Online verfügbar unter <http://www.neue-wohnformen.de/fileadmin/Informationen/selbstbestimmt-wohnen-im-alter.pdf>, zuletzt geprüft am 22.05.2015.

BMFSFJ (2006): Wohnen im Alter. Strukturen und Herausforderungen für kommunales Handeln. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung der Landkreise und kreisfreien Städte. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/79334/82df71ea1a0daf8a6146d7d174cc5fcf/wohnen-im-alter-data.pdf>, zuletzt geprüft am 12.11.2015.

BMFSFJ (2008): Wohnen im Alter. Bewährte Wege - Neue Herausforderungen. Ein Handlungsleitfaden für Kommunen. Online verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Handlungsleitfaden-Wohnen-im-Alter,property=pdf,bereich=bmfsfj,rwb=true.pdf>, zuletzt geprüft am 22.05.2015.

BMFSFJ (06.10.2011): Bundesfamilienministerium fördert selbstständiges Wohnen im Alter. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/presse/pressemitteilungen/bundesfamilienministerium-foerdert-selbststaendiges-wohnen-im-alter/78058?view=DEFAULT>, zuletzt geprüft am 22.05.2017.

BMFSFJ (2014): Länger zuhause leben. Ein Wegweiser für das Wohnen im Alter. 6. Aufl., Online verfügbar unter http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/L_C3_A4nger-zuhause-leben-Wegweiser,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf, zuletzt geprüft am 22.06.2016.

BMVBS (2011): Wohnen im Alter. Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf. Bonn: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung. Online verfügbar unter http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BMVBS/Forschungen/2011/Heft147_DL.pdf;jsessionid=4523EB6F748DEE09E5EEAF880A03D816.live1042?__blob=publicationFile&v=2, zuletzt geprüft am 11.12.2015.

Böckmann, Roman (2011): Quo vadis, PKV? Eine Branche mit dem Latein am Ende? Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bode, Ingo (2005): Einbettung und Kontingenz. Wohlfahrtsmärkte und ihre Effekte im Spiegel der neueren Wirtschaftssoziologie. In: *Zeitschrift für Soziologie* 34 (5), S. 250–269. Online verfügbar unter <http://www.zfs-online.org/index.php/zfs/article/viewFile/1192/729>, zuletzt geprüft am 28.09.2016.

Bogner, Alexander ; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (2013): Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Böhm, Karin (2010): Demografischer Wandel als Chance für die Gesundheitswirtschaft. In: *Bundesgesundheitsbl.* 53 (5), S. 460–473. DOI: 10.1007/s00103-010-1042-y.

Böhm, Karin (2013): Gesundheit und soziale Sicherung. Gesundheitszustand der Bevölkerung und Ressourcen der Gesundheitsversorgung. In: Statistisches Bundesamt (Hg.): Datenreport 2013. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, S. 227–293.

Bollnow, Otto Friedrich (1963): Mensch und Raum. Stuttgart: Kohlhammer.

Braeseke, Grit (2010): Mikroökonomische Aspekte des Einsatzes assistierender Technologien in privaten Haushalten. In: Fachinger, Uwe; Henke, Klaus-Dirk (Hg.): Der private Haushalt als Gesundheitsstandort. Theoretische und empirische Analysen. 1. Aufl., Baden-Baden: Nomos, S. 163-186.

Braubach, Matthias (2003): Wohnumwelt und Pflegebedürftigkeit im Alter. Bielefeld (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld). Online verfügbar unter <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-119.pdf>, zuletzt geprüft am 05.10.2015.

Braun-Thürmann, Holger (2005): Innovation. Bielefeld: Transcript.

Braun-Thürmann, Holger; John, René (2010): Innovation: Realisierung und Indikator des sozialen Wandels. In: Howaldt, Jürgen; Jacobsen, Heike (Hg.): Soziale Innovation: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 53–69.

Brinkmann, Volker (2014): Sozialwirtschaft und Soziale Arbeit im Wohlfahrtsverband. Tradition, Ökonomisierung und Professionalisierung. Münster: Lit.

Brüsemeister, Thomas (2008): Qualitative Forschung. Ein Überblick. 2., überarb. Aufl., Wiesbaden: Vs Verlag für Sozialwissenschaften.

Brümmerhoff, Dieter (2001): Finanzwissenschaft. 8., völlig überarb. und stark erw. Aufl., München [u.a.]: Oldenbourg.

Buestrich, Michael; Wohlfahrt, Norbert (2008): Alles beim Alten? Entwicklungen der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in der Sozialen Arbeit. In: *Sozial Extra Heft* (1-2), S. 47-51.

Bundesamt für Statistik (2012): Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen. Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/09). Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (Statistik der Schweiz. 14, Gesundheit). Online verfügbar unter http://www.avalems.ch/data/documents/Gesundheit_von_Betagten_D_web.pdf, zuletzt geprüft am 22.05.2015.

Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (2004): Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Online verfügbar unter https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/hilfsmittel/richtlinien/bv_himi_rl_010104.pdf, zuletzt geprüft am 12.11.2015.

Bundeskartellamt (Hg.) (2012): Leitfaden zur Marktbeherrschung in der Fusionskontrolle. Online verfügbar unter http://www.bundeskartellamt.de/SharedDocs/Publikation/DE/Leitfaden/Leitfaden%20-%20Marktbeherrschung%20in%20der%20Fusionskontrolle.pdf?__blob=publicationFile&v=12, zuletzt geprüft am 28.09.2017.

Bundesministerium für Gesundheit (2013): Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme. Hg. v. VDI/VDE Innovation + Technik GmbH; Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH.

Buschmann, Johannes P.; Huang, Jin (2012): Mobiles Monitoring — Quo vadis? Körperkerntemperatur und Pulsoximetrie werden kontinuierliche mobile Vitalparameter. In: Shire, Karen A.; Leimeister, Jan Marco (Hg.): Technologiegestützte Dienstleistungsinnovation in der Gesundheitswirtschaft. Wiesbaden: Gabler Verlag, S. 187–212.

Butterwegge, Christoph (2014): Krise und Zukunft des Sozialstaates. 5. aktualisierte Aufl., Wiesbaden: Imprint: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Carp, F.; Carp, A. (1982): Perceived environmental quality of neighborhoods. *Journal of Environmental Psychology* (2), S. 4-22.

Claßen, Katrin (2012): Zur Psychologie von Technikakzeptanz im höheren Lebensalter: Die Rolle von Technikgenerationen, zuletzt geprüft am 27.09.2017.

Clemens, Wolfgang (2004): Lebenslage und Lebensführung im Alter — zwei Seiten einer Medaille? In: Backes, Gertrud M; Clemens, Wolfgang; Künemund, Harald (Hg.): Lebensformen und Lebensführung im Alter, Bd. 10: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 43–58.

Clemens, Wolfgang (2010): Lebensläufe im Wandel – Gesellschaftliche und sozialpolitische Perspektiven. In: Naegele, Gerhard (Hg.): Soziale Lebenslaufpolitik: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 86-109.

Clemens, Wolfgang; Naegele, Gerhard (2004): Lebenslagen im Alter. In: Kruse, Andreas; Martin, Mike (Hg.): Enzyklopädie der Gerontologie. [Altersprozesse in multidisziplinärer Sicht]. 1. Aufl., Bern [u.a.]: Huber, S. 387–404.

Dahm-Griess, Andreas (2013): Private Haushalte als „dritter Gesundheitsstandort“ (Welt der Krankenversicherung, 9). Online verfügbar unter http://hbsn-ag.de/assets/files/news/WdK-9_2013-BeitragDahm-Griess.pdf, S. 218-221, zuletzt geprüft am 15.11.2015.

Deiters, Wolfgang (2011): Technikunterstützte Assistenzsysteme für ein lebensgerechtes Wohnen – Status Quo, Erfahrungen und Perspektiven. Vortrag am 20.09.2011 (Bielefeld). Online verfügbar unter http://www.lebensgerechtes-wohnen.de/fileadmin/downloads/Fraunhofer_Deiters.pdf, zuletzt geprüft am 11.08.2015.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2008): Eckpunkte des Deutschen Vereins zur sozialräumlichen Ausgestaltung kommunalen Handelns. Online verfügbar unter http://www.quartiersmanagement-berlin.de/fileadmin/content-media/Dokumentation/Eckpunkte_Deutscher_Verein_180608.pdf, zuletzt geprüft am 22.09.2017.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2014): Zugänge zu gesundheitlichen Hilfen für wohnungslose Menschen verbessern. Empfehlungen des Deutschen Vereins für eine Kooperation sozialer und gesundheitsbezogener Hilfen. Online verfügbar unter <https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2014/dv-27-13-gesundheitsbezogene-hilfen.pdf>, zuletzt geprüft am 22.09.2017.

Deutsches Institut für Normung e.V. (2011): DIN 18040 TEIL 2. Barrierefreies Bauen-Planungsgrundlagen- Teil2: Wohnungen: Beuth.

Dieck, Margret; Naegele, Gerhard (1993): „Neue Alte“ und alte soziale Ungleichheiten - vernachlässigte Dimensionen in der Diskussion des Altersstrukturwandels. In: Naegele, Gerhard; Tews, Hans Peter (Hg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft - Folgen für die Politik. Opladen: Westdt. Verl., S. 43-60.

Dollinger, Bernd (2007): Sozialpolitik als Instrument der Lebenslaufkonstitution – Argumente für eine Perspektivenveränderung. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 53 (2), S. 147–164. Online verfügbar unter http://www.z-sozialreform.de/ccm/cms-service/stream/asset/2007-02_Dollinger_Volltext.pdf?asset_id=595006, zuletzt geprüft am 18.10.2016.

Dräger, Dagmar; Kölzsch, Marita; Wulff, Ines; Kalinowski, Sonja; Ellert, Sebastian; Kopke, Kirsten et al. (2012): Autonomie trotz Schmerz? Ressourcen und Barrieren in der Lebenswelt von Pflegeheimbewohnern und -bewohnerinnen. In: Kuhlmeier, Adelheid; Tesch-Römer, Clemens (Hg.): Autonomie trotz Multimorbidität. Ressourcen für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Alter. Göttingen: Hogrefe, S. 165-202.

DZA (Hg.) (2013): Informationsdienst Altersfragen 40 (5). Berlin: Fatamorgana Verlag.

DZA (Hg.) (2014): Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. Unter Mitarbeit von Hoffmann, Elke; Gordo, Laura Rameu; Nowossadeck, Sonja; Simonson, Julia; Tesch-Römer, Clemens (DZA-Fact Sheet). Online verfügbar unter http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Fact_Sheet_Lebenssituation_Aelterer_DZA_12-2014.pdf, zuletzt geprüft am 09.09.2015.

DZA (Hg.) (2016): Pflege und Unterstützung durch Angehörige. Unter Mitarbeit von Nowossadeck, Sonja; Engstler, Heribert; Klaus, Daniela. Berlin (Report Altersdaten, 01). Online verfügbar unter https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Report_Altersdaten_Heft_1_2016.pdf, zuletzt geprüft am 16.09.2017.

Eberhardt, Birgid; Fachinger, Uwe (2010): Verbesserte Gesundheit durch Ambient Assisted Living. In: Fachinger, Uwe; Henke, Klaus-Dirk (Hg.): Der private Haushalt als Gesundheitsstandort. Theoretische und empirische Analysen. 1. Aufl., Baden-Baden: Nomos, S. 33-60.

Edinger, Susanne; Lerch, Helmut; Lentze, Christine (2007): Barrierearm - Realisierung eines neuen Begriffes. Kompendium kostengünstiger Massnahmen zur Reduzierung und Vermeidung von Barrieren im Wohnungsbestand. Stuttgart: IRB-Verlag.

Egger de Campo, Marianne (2009): Abwanderung und Widerspruch auf Wohlfahrtsmärkten. Ein internationaler Vergleich von Altenpflegesystemen. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 55 (4), S. 347–368. Online verfügbar unter http://www.z-sozialreform.de/ccm/cms-service/stream/asset/55_04_03%20Egger%20de%20Campo.pdf?asset_id=1016006, zuletzt geprüft am 22.09.2016.

Ehmayer, Cornelia (2014): Die „Aktivierende Stadtdiagnose“ als eine besondere Form der Organisationsdiagnose: Ein umwelt- und gemeindepsychologischer Beitrag für eine nachhaltige Stadt- und Gemeindeentwicklung. 1. Aufl., Wien: disserta Verlag.

Engel, Heike; Bieker, Rudolf (2011): Sozialpolitische Grundlagen der Sozialen Arbeit. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Engels, Dietrich (2008): Lebenslagen. In: Maelicke, Bernd (Hg.): Lexikon der Sozialwirtschaft. 1. Aufl., Baden-Baden: Nomos, S. 643–646.

Evers, Adalbert (2011a): Sozialpolitik. In: Nohlen, Dieter; Grotz, Florian (Hg.): Kleines Lexikon der Politik. 5., überarb. und erw. Aufl., München: Beck, S. 576-580.

- Evers, Adalbert (2011b): Wohlfahrtsmix und soziale Dienste. In: Evers, Adalbert; Heinze, Rolf G; Olk, Thomas (Hg.): Handbuch Soziale Dienste: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 265–283.
- Evers, Adalbert (2014): Das Konzept des Wohlfahrtsmix, oder: Bürgerschaftliches Engagement als Koproduktion. (BBE-Newsletter, 04). Online verfügbar unter http://www.b-b-e.de/fileadmin/inhalte/aktuelles/2014/03/NL04_Gastbeitrag_Evers.pdf, zuletzt geprüft am 11.10.2016.
- Evers, Adalbert; Heinze, Rolf G; Olk, Thomas (2011): Handbuch Soziale Dienste: VS Verlag für Sozialwissenschaften. In: Evers, Adalbert; Heinze, Rolf G; Olk, Thomas (Hg.): Handbuch Soziale Dienste: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 9-33.
- Evers, Adalbert; Olk, Thomas (1996): Wohlfahrtspluralismus. Analytische und normativ-politische Dimensionen eines Leitbegriffs. In: Evers, Adalbert; Olk, Thomas (Hg.): Wohlfahrtspluralismus: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 9–60.
- Eyßell, Tim (2015): Vom lokalen Korporatismus zum europaweiten Wohlfahrtsmarkt. Der Wandel der Governance sozialer Dienste und zugrundeliegende Strategien. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Fachinger, Uwe; Erdmann, Birte (2010): Determinanten zur Erklärung des Nachfrageverhaltens privater Haushalte nach assistierenden Technologien - Ein Überblick. In: Fachinger, Uwe; Henke, Klaus-Dirk (Hg.): Der private Haushalt als Gesundheitsstandort. Theoretische und empirische Analysen. 1. Aufl., Baden-Baden: Nomos, S. 147–162.
- Fehmel, Thilo (2014): Tarifsozialpolitik und Insider-Solidarität. In: Löw, Martina (Hg.): Vielfalt und Zusammenhalt. Verhandlungen des 36. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Bochum und Dortmund 2012. Frankfurt a.M.: Campus-Verlag.
- Fendrich, K.; van den Berg, N.; Siewert, U.; Hoffmann, W. (2010): Demografischer Wandel. In: *Bundesgesundheitsbl.* 53 (5), S. 479–485. DOI: 10.1007/s00103-010-1051-x.
- Fischer, Jörg (2005): Die Modernisierung der Jugendhilfe im Wandel des Sozialstaates. 1. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flade, Antje (1987): Wohnen psychologisch betrachtet. Bern: Verlag Hans Huber.
- Flade, Antje (1993): Wohnen und Wohnbedürfnisse im Blickpunkt. In: Harloff, Hans Joachim; Burkhardt, Günther, Hans (Hg.): Psychologie des Wohnungs- und Siedlungsbaus. Psychologie im Dienste von Architektur und Stadtplanung. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, S. 45-55.
- Flade, Antje (2006): Wohnen psychologisch betrachtet. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl., Bern [u.a.]: Huber.
- Flick, Uwe (2007): Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung Taschenbuch. 8, Erweiterte Neuauflage. Reinbek: Rowohlt Verlag.
- Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hg.) (2008): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 6., durchgesehene und aktualisierte Aufl., Reinbek: Rowohlt Verlag.
- Franz, Hans-Werner (2010): Qualitäts-Management als soziale Innovation. In: Howaldt, Jürgen; Jacobsen, Heike (Hg.): Soziale Innovation: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 335–354.
- Freydorf, Christoph (2009): Ordnungspolitische Überlegungen zu einer gleichberechtigten, freiheitlichen und effizienten Nutzung der natürlichen Ressourcen. Online verfügbar unter http://userpage.fu-berlin.de/~roehrigw/freydorf/Freydorf_GfueNnR.pdf, zuletzt geprüft am 11.03.2016.
- Fuchs, Christoph (2010): Demografischer Wandel und Notwendigkeit der Priorisierung im Gesundheitswesen. In: *Bundesgesundheitsbl.* 53 (5), S. 435–440. DOI: 10.1007/s00103-010-1045-8.

Fuchs, Judith; Busch, Markus; Lange, Cornelia; Scheidt-Nave, Christa (2012): Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany. In: *Bundesgesundheitsbl.* 55 (4), S. 576–586. DOI: 10.1007/s00103-012-1464-9.

Fuhrer, Urs; Kaiser, Florian G. (1993): Ortsbindung: Ursachen und deren Implikationen für die Wohnungs- und Siedlungsgestaltung. In: Harloff, Hans Joachim (Hg.): *Psychologie des Wohnungs- und Siedlungsbaus. Psychologie im Dienste von Architektur und Stadtplanung.* Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, S. 57-73.

Funck, Saskia (2008): *Die Aufgabenauslagerung in Landesbetriebe im Bundesland Brandenburg und anderen ausgewählten Bundesländern.* Potsdam: Univ.-Verlag.

Gellenbeck, Klaus; Kroll, Katharina; Melchert, Melanie (Hg.) (2012): ProMoTec. Handlungsleitfaden „Technikintegrierte Dienstleistungen“. Online verfügbar unter https://www.fh-muenster.de/fb8/downloads/gellenbeck_2012/Handlungsleitfaden_Promotec.pdf, zuletzt geprüft am 11.10.2015.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2014): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-934/HilfsM-RL_2014-07-17.pdf, zuletzt geprüft am 14.10.2015.

Georgieff, Peter (2008): Ambient Assisted Living. Marktpotenziale IT-unterstützter Pflege für ein selbstbestimmtes Altern. Hg. v. MFG Stiftung Baden-Württemberg. Online verfügbar unter <http://aal.htw-saarland.de/aal/res/downloads/Themeninsel/Zukunftsmarkt%20AAL/AAL%20-%20Marktpotenziale%20IT-unterst%C3%BCtzter%20Pflege%20f%C3%BCr%20ein%20selbstbestimmtes%20Altern.pdf>, zuletzt geprüft am 11.10.2017.

Georgieff, Peter (2009): Aktives Alter(n) und Technik. Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnik (IKT) zur Erhaltung und Betreuung der Gesundheit älterer Menschen zu Hause. Hg. v. Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung. Karlsruhe. Online verfügbar unter [http://aal.htw-saarland.de/aal/res/downloads/Themeninsel/Gesundheit%20und%20pflegerische%20Versorgung/Nutzung%20der%20Informations-%20und%20Kommunikationstechnik%20\(IKT\)%20zur%20Erhaltung%20und%20Betreuung%20der%20Gesundheit%20%20C3%A4lterer%20Menschen%20zu%20Hause.pdf](http://aal.htw-saarland.de/aal/res/downloads/Themeninsel/Gesundheit%20und%20pflegerische%20Versorgung/Nutzung%20der%20Informations-%20und%20Kommunikationstechnik%20(IKT)%20zur%20Erhaltung%20und%20Betreuung%20der%20Gesundheit%20%20C3%A4lterer%20Menschen%20zu%20Hause.pdf), zuletzt geprüft am 11.10.2017.

Gersch, Martin; Lindert, Ralf; Schröder, Susanne (2010): Verbundprojekt „Entwicklung von Geschäftsmodellen zur Unterstützung eines selbst bestimmten Lebens in einer alternden Gesellschaft“. Online verfügbar unter http://www.wiwiss.fu-berlin.de/fachbereich/bwl/angeschlossene-institute/gersch/ressourcen/E-Health/Gersch-Lindert-Schroeder_2010_Erloes-_und_Verguetungsmodelle_im_Gesundheitswesen.pdf?1353071564, zuletzt geprüft am 22.05.2015.

Gersch, Martin; Schröder, Susanne; Hewing, Michael (2011): Verbundprojekt „Entwicklung von Geschäftsmodellen zur Unterstützung eines selbst bestimmten Lebens in einer alternden Gesellschaft“. Online verfügbar unter http://www.wiwiss.fu-berlin.de/fachbereich/bwl/angeschlossene-institute/gersch/ressourcen/E-Health/Gersch-Schroeder-Hewing_2011_Erloes-_und_Finanzierungsmoeglichkeiten_innovativer_Geschaefstsysteme.pdf?1353071567, zuletzt geprüft am 22.05.2015.

Gillwald, Katrin (2000): *Konzepte sozialer Innovation.* Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Querschnittsgruppe Arbeit und Ökologie. Berlin (Discussion Paper P00-519). Online verfügbar unter <http://stages-online.info/pdfs/soziale-innovationen.pdf>, zuletzt geprüft am 01.08.2016.

Gittler-Hebestreit, Norbert (2006): Pflegeberatung im Entlassungsmanagement. Grundlagen - Inhalte - Entwicklungen. Hannover: Schlütersche.

Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 3. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Gottlieb, Gerlinde (2009): Selbstständiges Wohnen im Alter „Gemeinschaftsorientiertes Wohnen“ und „Betreutes Wohnen“ im Vergleich. Online verfügbar unter http://www.urbanes-wohnen-epk.de/fileadmin/Archiv_epk/dokumente%20team/Microsoft_Word_-_IN-Enddruck-26-02-05.doc.pdf, 22.05.2017.

Grael, Jonas; Spellerberg, Annette (2007): Akzeptanz neuer Wohntechniken für ein selbstständiges Leben im Alter. Erklärung anhand sozialstruktureller Merkmale, Technikkompetenz und Technikeinstellungen. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 53 (2), S. 191–215.

Grobecker, Claire; Krack-Roberg, Elle; Pöttsch, Olga; Sommer, Bettina (2013): Bevölkerung und Demografie. Bevölkerungsstand und Bevölkerungsentwicklung. In: Statistisches Bundesamt (Hg.): Datenreport 2013. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, S. 11–25.

Grymer, Herbert (2005): Altengerechte Stadt. Das Handbuch: Partizipation älterer Menschen als Chance für die Städte. Münster: Landesseniorenvertretung NRW.

Grzeszick, Bernd (2010): Wohlfahrt zwischen Staat und Markt. Korporatismus, Transparenz und Wettbewerb im Dritten Sektor. 1. Aufl., Berlin: Duncker & Humblot.

Habetha, Susanne; Golbach, Ute (2014): Sichtung, Sammlung und Auswertung der verfügbaren Belege zur Wirksamkeit von Bandagen und Orthesen am Knie. Hg. v. IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH. Online verfügbar unter http://www.eurocom-info.de/fileadmin/freigabe/user_upload/Dokumente_eurocom/pdf_Dokumente_eurocom/IGSF_Kiel_Analyse_Bandagen_und_Orthesen.pdf, zuletzt geprüft am 21.06.2017.

Hahn, Achim (2008): Architektur als Lebensmittel. Ringvorlesung des Initiativkollegs „Kulturen der Differenz. Transformationen im zentraleuropäischen Raum. Universität Wien, 18.12.2008. Online verfügbar unter https://tu-dresden.de/bu/architektur/ibad/at/ressourcen/dateien/veroeffentlichungen/vortraege/hahn_lebensmittel.pdf?lang=en, zuletzt geprüft am 21.06.2016.

Hämel, Kerstin (2012): Öffnung und Engagement. Altenpflegeheime zwischen staatlicher Regulierung, Wettbewerb und zivilgesellschaftlicher Einbettung. Wiesbaden: Springer VS.

Hannemann, Christine (2014): Zum Wandel des Wohnens. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.). Aus Politik und Zeitgeschichte. Wohnen (Beilage zur Wochenzeitung, 64), S. 36–43.

Hanrath, Stephanie (2011): Selbstbestimmung in Gemeinschaft - Wohnungs- und Sozialgenossenschaften als Zukunftsoption. In: Allgeier, Michaela (Hg.): Solidarität, Flexibilität, Selbsthilfe: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 121–136.

Harloff, Hans Joachim; Ritterfeld, Ute (1993): Psychologie im Dienste von Wohnungs- und Siedlungsplanung. In: Harloff, Hans Joachim; Burkhardt, Hans Günther (Hg.): Psychologie des Wohnungs- und Siedlungsbaus. Psychologie im Dienste von Architektur und Stadtplanung. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, S. 31–44.

Haubner, Dominik; Nöst, Stefan (2012): Pflegekräfte – Die Leerstelle bei der Nutzerintegration von Assistenztechnologien. In: Shire, Karen A.; Leimeister, Jan Marco (Hg.): Technologiegestützte Dienstleistungsinnovation in der Gesundheitswirtschaft. Wiesbaden: Gabler Verlag, S. 3-30.

Hauke, Ester; Lausch, Tatjana (2000): Der Begriff Subsidiarität und seine Geschichte in der deutschen Jugendhilfe. Online verfügbar unter <http://www.soz-paed.com/texte/subsidi1.html#2>, zuletzt geprüft am 08.07.2015.

Häußermann, Hartmut; Siebel, Walter (1996): Soziologie des Wohnens. Eine Einführung in Wandel und Ausdifferenzierung des Wohnens. Weinheim/München: Juventa-Verlag.

Häußler, Monika; Wacker, Elisabeth; Wetzler, Rainer (1996): Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten. Bericht zu einer bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“. Baden-Baden: Nomos.

Heinze, Rolf G.; Eichener, Volker; Naegele, Gerhard; Bucksteeg, Mathias; Schauerte, Martin (1997a): Neue Wohnung auch im Alter. Folgerungen aus dem demographischen Wandel für Wohnungspolitik u. Wohnungswirtschaft. Darmstadt: Schader-Stiftung.

Heinze, Rolf G.; Hilbert, Josef; Paulus, Wolfgang (2009): Der Haushalt - ein Gesundheitsort mit Zukunft. In: Goldschmidt, Andreas J.W.; Hilbert, Josef (Hg.): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche. Wegscheid: WIKOM GmbH.

Heinze, Rolf G.; Ley, Catherine (2009): Vernetztes Wohnen: Ausbreitung, Akzeptanz und nachhaltige Geschäftsmodelle. Abschlussbericht des Forschungsprojekts. Online verfügbar unter http://www.sowi.rub.de/mam/content/heinze/heinze/abschlussbericht_vernetzteswohnen.pdf, zuletzt geprüft am 01.09.2017.

Heinze, Rolf G.; Schmid, Josef; Strünck, Christoph (1997b): Zur politischen Ökonomie der sozialen Dienstleistungsproduktion. Der Wandel der Wohlfahrtsverbände und die Konjunkturen der Theoriebildung. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 49 (2), S. 242–271.

Heinze, Rolf G.; Schmid, Josef; Strünck, Christoph (1999): Vom Wohlfahrtsstaat zum Wettbewerbsstaat. Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik in den 90er Jahren. Opladen: Leske + Budrich.

Heinze, Rolf G.; Naegele, Gerhard (2010): Integration und Vernetzung – Soziale Innovationen im Bereich sozialer Dienste. In: Howaldt, Jürgen; Jacobsen, Heike (Hg.): Soziale Innovation: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 297–313.

Hellbrück, Jürgen; Fischer, Manfred (1999): Umweltpsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie.

Hellgardt, Ernst (Hg.) (2013): Weisheit und Wissenschaft. Festschrift zum 25-jährigen Bestehen des Seniorenstudiums an der LMU. München: Utz.

Henecka, Hans Peter (1985): Grundkurs Soziologie. Opladen: Leske Verlag & Budrich.

Henke, Klaus-Dirk; Troppens, Sabine (2010): Von der qualitativen zur quantitativen Erfassung der Gesundheitswirtschaft unter besonderer Berücksichtigung assistierender Technologien in der Gesundheits- und Pflegeversorgung. In: Fachinger, Uwe; Henke, Klaus-Dirk (Hg.): Der private Haushalt als Gesundheitsstandort. Theoretische und empirische Analysen. 1. Aufl., Baden-Baden: Nomos, S. 207–229.

Heiden, Iris; Meyrahn, Frank; Schweitzer, Melanie (2012): Demografischer Wandel – Auswirkungen auf die Bauwirtschaft durch steigenden Bedarf an stationären und ambulanten Altenpflegeplätzen, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. Online verfügbar unter https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/demografischer-wandel-auswirkungen-auf-die-bauwirtschaft-durch-steigenden-bedarf-an-stationaeren-und-ambulanten-altenpflegeplaetzen.pdf?__blob=publicationFile&v=7, zuletzt geprüft am 12.02.2016.

Herwig, Oliver (2008): Universal-Design. Lösungen für einen barrierefreien Alltag. Basel/Boston/Berlin: Birkhäuser.

Heusinger, Josefine; Falk, Katrin; Kammerer, Kerstin; Khan-Zvornicanin; Kümpers, Susanne; Zander, Michael (2012): Chancen und Barrieren für Autonomie trotz Pflegebedarf. In: Kuhlmeier, Adelheid; Tesch-Römer, Clemens (Hg.): Autonomie trotz Multimorbidität. Ressourcen für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Alter. Göttingen: Hogrefe, S. 111–136.

Hilbert, Josef (2010): Pflege im demografischen Wandel. Soziale und technische Bewältigungsstrategien. Pflegefachtagung 2010 (02.12.2010). Bremen.

Hillmann, Karl-Heinz; Hartfiel, Günter (2007): Wörterbuch der Soziologie. 5., vollst. überarb. und erw. Aufl., Stuttgart: Kröner.

Hilpert, Dagmar (2012): Wohlfahrtsstaat der Mittelschichten? Sozialpolitik und gesellschaftlicher Wandel in der Bundesrepublik Deutschland (1949-1975). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Hilse, Theresa (2011): Gestapelte Generationen. Merkmale des gemeinschaftlichen – generationsübergreifenden Wohnens vor dem Hintergrund der Generationenschichtung. Jenaer Schriften zur Sozialwissenschaft 5(9). Online verfügbar unter https://www.sw.eah-jena.de/dat/publikationen/Schriftenreihe_9_Gestapelte_Generationen.pdf, zuletzt geprüft am 22.05.2015.

Hoffmann, Claudia; Bauer, Kerstin; Geißler, Franziska (2007): Privathaushalte vs. Betreutes Wohnen: Evaluation zweier Wohnformen für ältere Menschen. Online verfügbar unter http://www.architekturpsychologie-dresden.de/ddarbeiten/hofmann_bauer_geissler_wohnenimalter.pdf, zuletzt geprüft am 22.05.2015.

Hoffmann, Elke; Schelhase, Torsten; Menning, Sonja (2009): Lebenserwartung und Sterbegeschehen. In: Böhm, Karin; Tesch-Römer, Clemens; Ziese, Thomas (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert-Koch-Institut, S. 92-104.

Hornung, Helga (2014): Örtliche finanzkontrolle als innovationsfaktor. Kassel: Univ. Diss.

Howaldt, Jürgen (2014): Zur Theorie sozialer Innovationen. Tardes vernachlässigter Beitrag zur Entwicklung einer soziologischen Innovationstheorie. Weinheim: Beltz Juventa.

Howaldt, Jürgen; Kopp, Ralf; Schwarz, Michael (2008): Innovationen (forschend) gestalten – Zur neuen Rolle der Sozialwissenschaften. In: *WSI Mitteilungen* 2, S. 63-69.

Howaldt, Jürgen; Schwarz, Michael (2010a): Soziale Innovation – Konzepte, Forschungsfelder und -perspektiven. In: Howaldt, Jürgen; Jacobsen, Heike (Hg.): Soziale Innovation: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 87–108.

Howaldt, Jürgen; Schwarz, Michael (2010b): Soziale Innovation im Fokus. Skizze eines gesellschaftstheoretisch inspirierten Forschungskonzepts. Bielefeld: Transcript.

Hradil, Stefan (2001): Soziale Ungleichheit in Deutschland. 8. Aufl., Nachdr. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaft.

Hurrelmann, Klaus (1994): Familienstress, Schulstress, Freizeitstress. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. 2. Aufl., Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Hurrelmann, Klaus (1988): Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim/München: Juventa.

Jacob, Rüdiger (1994): Soziologische Implikationen chronischdegenerativer Erkrankungen. In: *Soziale Probleme* (5), S. 168–179. Online verfügbar unter https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/24738/ssoar-sozioprobleme-1994-12-jacob-soziologische_implikationen_chronisch-degenerativer_erkrankungen.pdf?sequence=1, zuletzt geprüft am 16.11.2016.

Jann, Antonia (2013): Age-Wohnmatrix. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, S. 1–5. DOI: 10.1007/s00391-013-0566-9.

- Jann, Antonia (2012): Wohnen im Alter – ein Handlungsfeld und seine Grenzen. Eine explorative Studie des Handelns bei alleinlebenden Menschen unter besonderer Berücksichtigung gesellschaftlicher Faktoren. Vechta: Univ. Diss.
- Kahana, Eva (1982): A congruence model of person-environment interaction. In: Lawton, M. P.; Windley, P.; Byerts, T. O. (Hg.): Aging and the environment: Theoretical approaches. New York: Springer, S. 97-121.
- Kaiser, Heinz Jürgen (2000): Mobilität und Verkehr. In: Wahl, Hans-Werner (Hg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 261-267.
- Kamps, Norbert; Bienstein, Christel (2009): Grundlagen der Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung. Arbeitshilfe zum SGB V und SGB XI; Einführung in das Hilfsmittelverzeichnis. 1. Aufl., Regensburg: Walhalla und Praetoria.
- Katznelson, Ira (1988): The Welfare State as a Contested Institutional Idea. In: *Politics&Society* 16 (4), S. 517–531.
- Kaufmann, Franz-Xaver (1997): Herausforderungen des Sozialstaates. 1. Aufl., Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Kaufmann, Franz-Xaver (2002): Sozialpolitik und Sozialstaat. Soziologische Analysen. Opladen: Leske + Budrich.
- KDA (2012): Wohnungsanpassung bei Demenz. Informationen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. Online verfügbar unter http://www.demenz-service-nrw.de/tl_files/Landesinitiative/Die%20Landesinitiative/Veroeffentlichungen/Band%2010%20WEB%20Version.pdf, zuletzt geprüft am 21.05.2016.
- KDA; Wüstenrot Stiftung (2014): Wohnatlas. Rahmenbedingungen der Bundesländer beim Wohnen im Alter. Unter Mitarbeit von Ursula Kremer-Preiss. Ludwigsburg: Wüstenrot-Stiftung.
- Kevenhörster, Paul (2006): Ergebnisse und Wirkungen der Politik. 1. Aufl., Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaft.
- KfW (2014): Anlage zum Merkblatt. Altersgerecht Umbauen: Investitionszuschuss (455). Liste der förderfähigen Maßnahmen. Online verfügbar unter https://www.kfw.de/PDF/Download-Center/F%C3%B6rderprogramme-%28Inlandsf%C3%B6rderung%29/PDF-Dokumente/6000003271_M_455_AU_Liste_ff_Ma%C3%9Fnahmen.pdf, zuletzt geprüft am 01.09.2015.
- KfW Bankengruppe (2011): Altersgerechter Umbau des Wohnungsbestandes und KfW-Förderung. Frankfurt a.M. Online verfügbar unter <https://www.kfw.de/Download-Center/Konzernthemen/Research/PDF-Dokumente-Akzente/Akzente-Nr.-51-September-2011.pdf>, zuletzt geprüft am 01.09.2015.
- Klein, Thomas; Salaske, Ingeborg (1994): Determinanten des Heimeintritts im Alter und Chancen seiner Vermeidung. Eine Längsschnittuntersuchung für die Bundesrepublik Deutschland. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 27(6), S. 442–455.
- Klein, Thomas; Salaske, Ingeborg; Schilling, Heiner; Schneider, Sven; Wunder, Edgar (1997): Altenheimbewohner in Deutschland: Sozialstrukturelle Charakteristiken und die Wahl des Heims. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 30, S. 54–67.
- Klein, Barbara (2010): Neue Technologien und soziale Innovationen im Sozial- und Gesundheitswesen. In: Howaldt, Jürgen; Jacobsen, Heike (Hg.): Soziale Innovation: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 271–296.
- Klie, Thomas; Kumlehn, Martina; Kunz, Ralph (2009): Praktische Theologie des Alterns. Berlin/ New York: Walter de Gruyter.

- Köcher, Renate; Bruttel, Oliver (2012): Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Originalausg. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Köhler, Kerstin; Goldmann, Monika (2010): Soziale Innovation in der Pflege – Vernetzung und Transfer im Fokus einer Zukunftsbranche. In: Howaldt, Jürgen; Jacobsen, Heike (Hg.): Soziale Innovation: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 253–270.
- Kopf, Hartmut; Müller, Susan; Rüede, Dominik; Lurtz, Kathrin; Russo, Peter (Hg.) (2015): Soziale Innovationen in Deutschland. Von der Idee zur gesellschaftlichen Wirkung. Wiesbaden: Springer VS.
- Kopischke, Ines (2006): Staat und private Altersvorsorge. Entscheidungsprozesse und Debatten zu „Unisex-Tarifen“ in der Politik der Europäischen Union und der Bundesrepublik Deutschland (Regina Arbeitspapier, 18). Online verfügbar unter [http://www.uni-bielefeld.de/\(en\)/soz/personen/Leisering/pdf/Arbeitspapier-18neu-IK-Staat-und-private-Altersvorsorge.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/(en)/soz/personen/Leisering/pdf/Arbeitspapier-18neu-IK-Staat-und-private-Altersvorsorge.pdf), zuletzt geprüft am 10.10.2016.
- Kopischke, Ines; Leisering, Lutz (2007): Grenzen marktregulativer Politik – Die europäische Debatte zu „Unisex-Tarifen“ in der privaten Altersvorsorge. Hg. v. Universität Bielefeld (Regina Arbeitspapier, 25). Online verfügbar unter [http://www.uni-bielefeld.de/\(en\)/soz/personen/Leisering/pdf/Arbeitspapier%2025%20Kopischke%20Leisering%20Grenzen%20marktregulativer%20Politik.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/(en)/soz/personen/Leisering/pdf/Arbeitspapier%2025%20Kopischke%20Leisering%20Grenzen%20marktregulativer%20Politik.pdf), zuletzt geprüft am 16.10.2016.
- Köppe, Stephan (2007): Wohlfahrtsmärkte – regulative Sozialpolitik im Spannungsfeld von internationaler Angleichung und nationalem Eigensinn. In: „Reform der Sozialpolitik. Zwischen Pfadabhängigkeit und transnationaler Konvergenz“. Jahrestagung der Sektion Sozialpolitik. Göttingen, 6.-7. Jun. 2007.
- Köppe, Stephan (2008): Pioniere und Nachzügler der Sozialpolitik : die komplementäre Entstehung von Wohlfahrtsstaat und Wohlfahrtsmarkt. In: *ZeS Report* 13 (1), S. 13–16. Online verfügbar unter http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/35420/ssoar-zesrep-2008-1-koppe-Pioniere_und_Nachzugler_der_Sozialpolitik.pdf?sequence=1, zuletzt geprüft am 16.10.2016.
- Köppe, Stephan (2015): Wohlfahrtsmärkte. Die Privatisierung von Bildung und Rente in Deutschland, Schweden und den USA. 1. Aufl., Frankfurt a.M.: Campus.
- Kremer-Preiss, Ursula; Stolarz, Holger (2003): Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung - eine Bestandsanalyse. Zwischenbericht im Rahmen des Projektes „Leben und Wohnen im Alter“ der Bertelmann Stiftung und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe. Köln: KDA.
- Kreuzer, Volker; Scholz, Tobias (2011): Altersgerechte Stadtentwicklung. Eine aufgaben- und akteursbezogene Untersuchung am Beispiel Bielefeld. Dortmund: Univ. Diss.
- Kruse, A. (2005): Selbstständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung des Alters. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38 (4), S. 273-287. DOI: 10.1007/s00391-005-0323-9.
- Kuckartz, Udo (2014): Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden: Springer VS.
- Kuckartz, Udo (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3., durchgesehene Aufl., Weinheim, Bergstr.: Beltz Juventa.
- Kudermann, Sarah (2009): Wohnen im Alter. Empirische Studie 2009. Bonn: Management consult Unternehmensberatung GmbH.
- Kuhlmey, Adelheid (2009): Spezielle Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42 (6), S. 425–431. DOI: 10.1007/s00391-009-0072-2.

Kuhlmei, Adelheid; Tesch-Römer, Clemens (Hg.) (2012): Autonomie trotz Multimorbidität. Ressourcen für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Alter. Göttingen: Hogrefe.

Kuhn, Michael (2009): Anpassung regionaler medizinischer Versorgung im demographischen Wandel in Mecklenburg-Vorpommern. Online verfügbar unter https://www.rostockerzentrum.de/content/publikationen/rz_diskussionpapier_23.pdf, zuletzt geprüft am 15.09.2017.

KVJS (2011): Finanzierung von Maßnahmen zur Wohnungsanpassung. Stuttgart: Kommunalverband für Jugend und Soziales.

LAG Wohnberatung NRW (2014): Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen. 17. Aufl., Dortmund: Montania Druck- und Verlagsgesellschaft mbH.

Lamnek, Siegfried (1995): Qualitative Sozialforschung. Bd. 2: Methoden und Techniken. 3., korrigierte Aufl., Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union.

Landesverband Bayerischer Bauinnungen (2012): Aktion Impulse für den Wohnungsbau in Bayern. Positionspapier von Verbänden der Bayerischen Bau- und Wohnungswirtschaft und der IG BAU für den Wohnungsbau. München. Online verfügbar unter http://www.steine-erden-bayern.de/sites/default/files/downloads/%5Byyyy%5D/%5Bmm%5D/Brosch%C3%BCre%20Wohnungsbau%20END%2028.11.2011_0.pdf, zuletzt geprüft am 21.08.2016.

Lang, Frieder R. (2012): Entwicklungspsychologie - Erwachsenenalter. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.

Langer, Regina (2014): Innovationslobbying. Eine Analyse am Beispiel der Elektromobilität. Wiesbaden: Springer VS.

Lawton, M. Powell (1989): Behavior-relevant ecological factors. In: Schaie, K. Warner; Schooler, Carmi (Hg.): Social structure and aging: Psychological processes. Hillsdale: Erlbaum, S. 57-58.

Lederer, Klaus: Die „Entstaatlichung“ kommunaler Dienstleistungen vor dem Hintergrund von Recht und Politik auf europäischer Ebene. Online verfügbar unter http://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/wemgehoertdiewelt/lederer_0312.pdf, zuletzt geprüft am 21.08.2016.

Lehr, Ursula (2013): Der demografische Wandel – eine Herausforderung für Länder und Kommunen. In: Bäcker, Gerhard; Heinze, Rolf G. (Hg.): Soziale Gerontologie in gesellschaftlicher Verantwortung: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 145–155.

Leisering, Lutz (2001): Wirklich die beste aller Welten? Die soziologische Kritik am Wohlfahrtsstaat. In: Mayer, Karl Ulrich; Alber, Jens (Hg.): Die beste aller Welten? Marktliberalismus versus Wohlfahrtsstaat: eine Kontroverse. Frankfurt a.M./New York: Campus, S. 113-133.

Leisering, Lutz (2004): Der deutsche Sozialstaat - Entfaltung und Krise eines Sozialmodells. In: Frech, Siegfried; Schmidt, Josef (Hg.): Der Sozialstaat. Reform, Umbau, Abbau? Schwalbach: Wochenschau, S. 10-42.

Leisering, Lutz (2005): From Redistribution to Regulation. Regulating Private Old-Age Pensions as a New Challenge in Ageing Societies (Regina Arbeitspapier, 3). Bielefeld: Universität Bielefeld.

Leisering, Lutz; Berner, Frank (2001): Vom produzierenden zum regulierenden Wohlfahrtsstaat. Zum Policy- und Normwandel in europäischen Wohlfahrtsstaaten am Beispiel der Alterssicherung. Ein Forschungsprojekt der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Universität Bielefeld. Online verfügbar unter [http://www.uni-bielefeld.de/\(en\)/soz/personen/Leisering/pdf/Arbeitspapier1.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/(en)/soz/personen/Leisering/pdf/Arbeitspapier1.pdf), zuletzt geprüft am 16.10.2016.

Lensing, Thomas (1999): Vorschau oder Rückblick? Lebensziele von Menschen im Altenheim. In: Moers, Martin; Schieman, Doris; Schnepf, Wilfried (Hg.): Pflegeforschung zum Erleben chronisch kranker und alter Menschen, Bern: Hans Huber, S. 27-78.

- Lessenich, Stephan (2012): Von der Krise zur Transformation des Wohlfahrtsstaates? Ein Diskussionsanreiz in dreizehn Zehnzeilern. Online verfügbar unter http://www.kolleg-postwachstum.de/sozwgmedia/dokumente/Thesenpapiere+und+Materialien/Thesenpapier+Krise+_+Lessenich.pdf, zuletzt geprüft am 16.10.2016.
- Liersch, Anja (2013): Arbeitsunfälle und arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme. Ergebnisse einer Zusatzerhebung im Rahmen des Mikrozensus 2013. In: Statistisches Bundesamt (Hg.): Wirtschaft und Statistik, S. 561–574.
- Linneweber, Volker (2010): Spezifische Umwelten und umweltbezogenes Handeln. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Lob-Hüdepohl, Andreas (2009): Vermarktlichung des Sozialstaates? Anmerkungen aus sozialemethischer Sicht. In: Aufderheide, Detlef; Dabrowski, Martin (Hg.): Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven für den Pflegesektor. 1. Aufl., Berlin: Duncker & Humblot, S. 109–119.
- Lüdtke, Hartmut (1999): Alte Menschen in ihrer Wohnung: Sichtweise der soziologischen Lebensstilforschung. In: Wahl, Hans-Werner (Hg.): Alte Menschen in ihrer Umwelt. Beiträge zur ökologischen Gerontologie. Opladen [u.a.]: Westdt. Verl., S. 59–66.
- Luhmann, Niklas (1981): Politische Theorie im Wohlfahrtsstaat. München: Olzog.
- Manzeschke, Arne (2013): Mehr Selbstbestimmung im Alter? Technische Assistenzsysteme könnten Freiheitsgewinne ermöglichen – und zu permanenter Kontrolle führen (BIOSKOP, 64). Online verfügbar unter <http://www.bioskop-forum.de/bioskop-themen/gesundheitspolitik/pflege/mehr-selbstbestimmung-im-alter.html>, zuletzt geprüft am 01.04.2016.
- Märtle, Constanze (2006): Verdichtete Wohnformen und ihre Akzeptanz bei den Bewohnern: eine Gebäudeevaluation aus der Nutzerperspektive. 1. Aufl., Göttingen: Cuvillier.
- Mayntz, Renate (2014): Markt oder Staat? Kooperationsprobleme in der Europäischen Union (MPIfG Discussion Paper, 14/3). Online verfügbar unter http://www.mpifg.de/pu/mpifg_dp/dp14-3.pdf, zuletzt geprüft am 16.10.2016.
- Mayring, Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Aufl., Weinheim/Basel: Beltz UTB.
- Meier, Sarah (2012): Wohnen im Wandel. Die Integration von MigrantInnen in den spanischen Wohnungsmarkt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Metzler, Heidrun; Rauscher, Christine (2004): Wohnen inklusiv. Wohn- und Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderungen in Zukunft. Projektbericht. Hg. v. Universität Tübingen; Diakonisches Werk Stuttgart.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (1997): Das ExpertInneninterview. Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, Barbara; Prengel, Annedore (Hg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim/München: Juventa Verlag, S. 481–491.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion, In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung, 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag, S. 71–93.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2009): Das Experteninterview — konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel, Susanne; Pickel, Gert; Lauth, Hans-Joachim; Jahn, Detlef (Hg.): Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 465–479.

- Meyer, Dirk (2009): Das sozialhilferechtliche Verhältnis im Wandel – Von einer korporatistischen hin zu einer wettbewerblichen Prägung. In: *Beiträge zum Recht der sozialen Dienste* (68), S. 17–35.
- Meyer, Thomas; Hinchman, Lew (2011): *Theorie der Sozialen Demokratie*. 2., durchgesehene und aktualisierte Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Middeke, M. (2012): Telemedizin bei chronischer Herzinsuffizienz. In: *Herz* 37 (1), S. 81–84. DOI: 10.1007/s00059-011-3553-1.
- Mollenkopf, Heidrun; Oswald, Frank; Wahl, Hans-Werner (2004): Neue Person-Umwelt-Konstellationen im Alter: Wohnen, außerhäusliche Mobilität und Technik. In: *Sozialer Fortschritt* (11), S. 301–310.
- Mollenkopf, Heidrun; Schakib-Ekbatan, Karin; Oswald, Frank; Langer, Nadine (2005): Technische Unterstützung zur Erhaltung von Lebensqualität im Wohnbereich bei Demenz. Deutsches Zentrum für Alternsforschung an der Universität Heidelberg (Forschungsberichte aus dem DZFA, 19). Online verfügbar unter http://www.demenz-support.de/Repository/fundus_forschung_2005_1.pdf.pdf, zuletzt geprüft am 01.09.2017.
- Naegele, Gerhard (2010): Kommunen im demographischen Wandel. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 43 (2), S. 98–102. DOI: 10.1007/s00391-010-0106-9.
- Naegele, Gerhard (2011): Soziale Dienste für ältere Menschen. In: Evers, Adalbert; Heinze, Rolf G; Olk, Thomas (Hg.): *Handbuch Soziale Dienste*: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 404–424.
- Naegele, Gerhard (2013a): Gesundheitliche Versorgung in einer alternden Gesellschaft. In: Hüther, Michael; Naegele, Gerhard (Hg.): *Demografiepolitik*: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 245–258.
- Naegele, Gerhard (2013b): Handlungsfelder einer zukunftsgerichteten Alterssozialpolitik. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): *Aus Politik und Zeitgeschichte*. *Alternde Gesellschaft*. 4-5. Online verfügbar unter <http://www.bpb.de/apuz/153125/zukunftsgerichtete-alterssozialpolitik>, zuletzt geprüft am 16.10.2016.
- Nahnsen, Ingeborg (1975): Bemerkungen zum Begriff und zur Geschichte des Arbeitsschutzes. In: Osterland, Martin (Hg.): *Arbeitssituation, Lebenslage und Konfliktbereitschaft*. Festschrift für Max E. Graf zu Solms-Rödelheim. Frankfurt a.M./Köln: Europäische Verlagsanstalt, S. 145–166.
- Newig, Jens (2013): Produktive Funktionen von Kollaps und Zerstörung für gesellschaftliche Transformationsprozesse in Richtung Nachhaltigkeit. In: Rückert-John, Jana (Hg.): *Soziale Innovation und Nachhaltigkeit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 133–149.
- Niepel, Thomas (1999): *Wohnberatung: Erfolge, Wirkungsvoraussetzungen und Qualitätssicherung*. Forschungsbericht des Projekts „Wohnberatung für Bürgerinnen und Bürger in NRW“. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Niepel, Thomas (2003): *Tätigkeitsfelder und Qualifizierungsbedarf von freiwillig Engagierten in der Wohnberatung*. Entwurf eines Gutachtens im Rahmen des Bundesmodellprojekts „Erfahrungswissen für Initiativen“. Bielefeld.
- Norgall, Thomas (2009): Fit und selbstständig im Alter durch Technik. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 52 (3), S. 297–305. DOI: 10.1007/s00103-009-0789-5.
- Nöst, Stefan (Hg.) (2010): „Wenn Technik auf Pflegedienstleistungen trifft“. Dokumentation des Expertenworkshops. Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft. Online verfügbar unter http://www.dienstleistungundtechnik.de/pdfs-meta/doku_workshop_pflege_technik.pdf, zuletzt geprüft am 01.08.2016.
- Nullmeier, Frank (2001): Sozialpolitik als marktregulative Politik. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 47, S. 645–668.

- Nullmeier, Frank (2002): Auf dem Weg zu Wohlfahrtsmärkten? In: Süß, Werner (Hg.): Deutschland in den neunziger Jahren. Politik und Gesellschaft zwischen Wiedervereinigung und Globalisierung. Opladen: Leske + Budrich, S. 267–281.
- Nullmeier, Frank (2003): Wohlfahrtsmärkte und Bürgerengagement in der Marktgesellschaft. In: Allmendinger, Jutta (Hg.): Entstaatlichung und soziale Sicherheit. Arbeitsgruppen-, Sektionssitzungs- und Ad-hoc-Gruppen-Beiträge. Opladen: Leske + Budrich, S. 961–974.
- Nullmeier, Frank (2004): Vermarktlichung des Sozialstaats. In: *WSI-Mitteilungen* 57 (9), S. 495–500. Online verfügbar unter http://www.boeckler.de/wsimit_2004_09_nullmeier.pdf, zuletzt geprüft am 01.04.2015.
- Nüssle, Werner (2000): Qualität für wen? Zur Angemessenheit des Kundenbegriffs in der Sozialen Arbeit. In: *Zeitschrift für Pädagogik* 46 (6), S. 831–850. Online verfügbar unter http://www.pedocs.de/volltexte/2012/6926/pdf/ZfPaed_6_2000_Nuessle_Qualitaet.pdf, zuletzt geprüft am 01.08.2016.
- Ogburn, William (1923): Social change. With respect to culture and original nature. London: Allen & Unwind.
- Ornetzeder, Michael; Rohracher, Harald (2012): Nutzerinnovation und Nachhaltigkeit: Soziale und technische Innovationen als zivilgesellschaftliches Engagement. In: Beck, Gerald; Kropp, Cordula (Hg.): Gesellschaft innovativ. Wer sind die Akteure? Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 171–190.
- Oswald, Frank (1996): Hier bin ich zu Hause. Zur Bedeutung des Wohnens: eine empirische Studie mit gesunden und gehbehinderten Älteren. Regensburg: Roderer.
- Oswald, Frank (2010): Subjektiv erlebte Umwelt und ihre Bedeutung für Selbstständigkeit, Identität und Wohlbefinden im Alter. In: Lehr, Ursula; Kruse, Andreas (Hg.): Leben im Alter. Eigen- und Mitverantwortlichkeit in Gesellschaft, Kultur und Politik : Festschrift zum 80. Geburtstag von Prof. Dr. Dres. h.c. Ursula Lehr. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft, S. 169–179.
- Oswald, Frank; Kaspar, Roman (2011): Chancen und Risiken innovativer Technologien im Alter. Vortrag im Rahmen der Veranstaltung „Technikeinsatz in der Pflege – ein Ausweg aus dem Spannungsfeld Sicherheit und Freiheit?“ am 26.05.2011.
- Pankau, Elmar (2002): Sozial-ökonomische Allianzen zwischen Profit- und Nonprofit-Organisationen. Kooperationsbedarf, Kooperationskonzept, Kooperationsmanagement. 1. Aufl., Wiesbaden: Dt. Univ.-Verlag.
- Parpan-Blaser, Anne (2011): Innovation in der Sozialen Arbeit. Zur theoretischen und empirischen Grundlegung eines Konzeptes. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Perrig-Chiello, Pasqualina; Dubach, Martina (2012): Brüchiger Generationenkitt? Generationenbeziehungen im Umbau. Publikation des Forum für Universität und Gesellschaft, Universität Bern. Zürich: vdf Hochschulvlg.
- Peters, E.; Pritzkeleit, R.; Beske, F.; Katalinic, A. (2010): Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten. In: *Bundesgesundheitsbl.* 53 (5), S. 417–426. DOI: 10.1007/s00103-010-1050-y.
- Priddat, Birger P. (2009): Politische Ökonomie. Neue Schnittstellendynamik zwischen Wirtschaft, Gesellschaft und Politik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Prilla, Michael; Frerichs, Alexandra; Rascher, Ingolf; Herrmann, Thomas (2012): Partizipative Prozessgestaltung von AAL-Dienstleistungen: Erfahrungen aus dem Projekt service4home. In: Shire, Karen A.; Leimeister, Jan Marco (Hg.): Technologiegestützte Dienstleistungsinnovation in der Gesundheitswirtschaft. Wiesbaden: Gabler Verlag, S. 159–186.

- Puhani, Josef (2009): Volkswirtschaftslehre für Betriebswirte. Bachelor-Basiswissen. 3., aktualisierte Aufl., München: Oldenbourg-Verlag.
- Rammert, Werner (2008): Die Techniken der Gesellschaft: in Aktion, in Interaktivität und in hybriden Konstellationen. In: Rehberg, Karl-Siegbert (Hg.): Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Frankfurt a.M.: Campus, S. 208–234.
- Rammert, Werner (2010): Die Innovationen der Gesellschaft. In: Howaldt, Jürgen; Jacobsen, Heike (Hg.): Soziale Innovation: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 21–51.
- Rau, Harald (2007): Qualität in einer Ökonomie der Publizistik. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Referat für Stadtplanung und Bauordnung (Hg.) (2013): Barrierefrei Bauen. Baurechtliche und planerische Informationen. Lokalbaukommission. München: RT Reprrotechnik. de GmbH.
- Richarz, Irmintraut (1998): Der Haushalt - Neubewertung in der Postmoderne. Beiträge eines internationalen disziplinübergreifenden Symposions an der Universität Münster vom 12. - 13. März 1997. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ritter, Gerhard Albert (2010): Der sozialstaat. Entstehung und Entwicklung im und internationalen Vergleich. 3., erweiterte Aufl., München: Oldenbourg-Verlag.
- Robert Koch Institut (2012): Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_2_Demografischer_Wandel_Alterung.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 01.08.2016.
- Robert Koch Institut (2014): Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Hg. v. Robert Koch Institut (GBE Kompakt). Online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2014_2_soziale_unterschiede.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 01.08.2016.
- Ruser, Alexander (2011): Der Markt als Mitte(1). Reformprozesse und Diskurse der Alterssicherung in Deutschland und Grossbritannien. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rüßler, Harald (2007): Altern in der Stadt. Neugestaltung kommunaler Altenhilfe im demographischen Wandel. 1. Aufl., Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Rustemeyer, Ruth (1992): Praktisch-methodische Schritte der Inhaltsanalyse. Eine Einführung am Beispiel der Analyse von Interviewtexten. Münster: Aschendorff Verlag.
- Sachße, Christoph (2003): Subsidiarität: Leitmaxime deutscher Wohlfahrtsstaatlichkeit. In: Lessenich, Stephan (Hg.): Wohlfahrtsstaatliche Grundbegriffe. Historische und aktuelle Diskurse. Frankfurt a.M./New York: Campus, S. 191–212.
- Saup, Winfried (1993): Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer.
- Saup, Winfried; Reichert, Monika (1999): Die Kreise werden enger. Wohnen und Alltag im Alter. In: Niederfranke, Annette; Naegele, Gerhard; Frahm, Eckart (Hg.): Funkkolleg Altern 2. Opladen/Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 245–286.
- Schader-Stiftung (2000): Modelle für das Wohnen im Alter. Analysen und Empfehlungen für die Nordweststadt. Online verfügbar unter https://www.schaderstiftung.de/fileadmin/content/2000_WB_Modelle_fuer_das_Wohnen_im_Alter_Nordweststadt.pdf, zuletzt geprüft am 30.8.2016.

Schandl, Franz (2009): Raum für die meiste Zeit. Lose Vermutungen zur alltäglichen Praxis des Wohnens (Streifzüge, 47). Online verfügbar unter <http://www.streifzuege.org/2009/raum-fuer-die-meiste-zeit/print/>, zuletzt geprüft am 21.06.2016.

Schillo, Michael (2000): Vertrauen und Betrug in Multi-Agenten Systemen. Erweiterung des Vertrauensmodells von Castelfranchi und Falcone um eine Kommunikationskomponente. Hg. v. Deutsches Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz. Online verfügbar unter https://publikationen.sulb.uni-saarland.de/bitstream/20.500.11880/25036/1/RR_00_02.pdf, zuletzt geprüft am 25.9.2017.

Schirmacher, Frank (2008): Fitsein im Alter? Leistungsfähigkeit, Gesundheit und Persönlichkeit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit von Senioren. In: Thieme, Frank (Hg.): Alter(n) in der alternden Gesellschaft: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 159–206.

Schlag, Bernhard; Megel, Katrin (2002): Mobilität und gesellschaftliche Partizipation im Alter. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Schlipf, Udo (2006): Angewandte Volkswirtschaft für Finanzberater. 1. Aufl., Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Gabler.

Schmid, Josef (2010): Wohlfahrtsstaaten im Vergleich. Soziale Sicherung in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme. 3., aktualisierte und erw. Aufl., Wiesbaden: VS-Verlag.

Schmid, Josef; Mansour, Julia I. (2007): Wohlfahrtsverbände. Interesse und Dienstleistung. In: von Winter, Thomas; Willems, Ulrich (Hg.): Interessenverbände in Deutschland. 1. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 244–270.

Schmidt, Manfred G. (2005): Sozialpolitik in Deutschland. Historische Entwicklung und internationaler Vergleich. 3., vollst. überarb. und erw. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schmidt, Marco (2011): Demografische Herausforderungen für eine bewohnergerechte Stadtteilentwicklung – ein Fallbeispiel aus Kiel. In: Schnur, Olaf; Drilling, Matthias (Hg.): Quartiere im demografischen Umbruch: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 131–146.

Schmitt, Svenja (2011): Subjektive Gesundheitskonzepte und Gesundheitsförderung im Alter. Eine Analyse gesundheitsbezogener Bedürfnisse von Bewohnern/innen stationärer Altenpflegeeinrichtungen und ihre Relevanz für pflegerische Interventionen. Bremen: Univ. Diss.

Schmitter, Philippe C. (1979): Interessenvermittlung und Regierbarkeit. In: von Alemann, Ulrich; Heinze, Rolf G. (Hg.): Verbände und Staat. Vom Pluralismus zum Korporatismus: Analysen, Positionen, Dokumente. Wiesbaden: Westdt. Verl., S. 92–114.

Schmücker, Stefanie (2011): Marktpotenziale aus dem demografischen Wandel. Systematisierung der Aktivitäten der Handwerkskammern sowie Instrumente zur Sensibilisierung und Information der Handwerksbetriebe. Online verfügbar unter http://www.lfi-muenchen.de/lfi/moe_cms/main/ASSETS/bw1_pdfs/LFI_bw1_Demografischer%20Wandel.pdf, zuletzt geprüft am 05.09.2015.

Schneekloth, Ulrike; von Törne, Ingolf (2009): Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung, In: Schneekloth, Ulrike; Wahl, Hans-Werner (Hg.) Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen (MuG IV), Stuttgart: Kohlhammer, S. 43–157.

Schnell, Christiane (2007): Regulierung der Kulturberufe in Deutschland. Strukturen, Akteure, Strategien. 1. Aufl., Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Schommer, Martin (2008): Wohlfahrt im Wandel. Risiken, Verteilungskonflikte und sozialstaatliche Reformen in Deutschland und Großbritannien. 1. Aufl., Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaft.

Schönemann-Gieck, Petra (2012): Vermittlung und Inanspruchnahme häuslicher Hilfe- und Unterstützungsangebote bei Menschen mit Demenz. Heidelberg: Univ. Diss.

Schubert, Herbert (2013): Kooperative Sozialplanung- Gute Beispiele der Zusammenarbeit von Kommunen und Kreisen mit der Freien Wohlfahrtspflege. Dokumentation der Fachtagung. Hg. v. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW. Online verfügbar unter http://www.sozialberichte.nrw.de/sozialberichterstattung_nrw/Veranstaltungen/Dokumentation_Fachtagung_Kooperative_Sozialplanung.pdf, zuletzt geprüft am 05.10.2017.

Schulmeyer, Werner (2011): Innovative Projekte in Altenarbeit und Altenhilfe. Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung. Online verfügbar unter www.afa-sozialplanung.de, zuletzt geprüft am 01.09.2017.

Schulte, Bernd (1991): Die Folgen der EG-Integration für die wohlfahrtsstaatlichen Regimes. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 37, S. 548–579.

Schumpeter, Joseph A. (1947): The Creative Response in Economic History. In: *The Journal of Economic History* 7 (2), S. 149–159.

Schumpeter, Joseph A. (1952): Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung. 5. Aufl., Berlin: Duncker & Humblot.

Schumpeter, Joseph A. (1993): Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie. 7. Aufl., Tübingen: Francke.

Schüz, B.; Dräger, D.; Richter, S.; Kummer, K.; Kuhlmeier, A.; Tesch-Römer, C. (2011): Autonomie trotz Multimorbidität im Alter – Der Berliner Forschungsverbund AMA. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 44 (2), S. 9-26. DOI: 10.1007/s00391-011-0248-4.

Schwarz, Michael; Howaldt, Jürgen (2013): Soziale Innovationen im Fokus nachhaltiger Entwicklung. Herausforderung und Chance für die soziologische Praxis. In: Rückert-John, Jana (Hg.): Soziale Innovation und Nachhaltigkeit: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 53–70.

SDK Stiftung (2014): Blickpunkte. Pflegefall Zukunft - sind wir reif für die Pflege? (3). Online verfügbar unter https://www.sdk.de/files/SDK_Blickpunkte_Heft_Nr_3.pdf, zuletzt geprüft am 01.09.2017.

Siegler, Beate Finis (2009): Ökonomie Sozialer Arbeit Taschenbuch. 2. Aufl., Freiburg: Lambertus.

Sowarka, Doris (2002): Selbstständiges Wohnen im Alter und die Erhaltung geistiger Kompetenz. In: Tesch-Römer, Clemens (Hg.): Gerontologie und Sozialpolitik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 91–107.

Sowarka, Doris; Baltes, Margret M. (1999): Alte Menschen in ihrer Wohnung: Entwicklungspsychologische Perspektiven. In: Wahl, Hans-Werner (Hg.): Alte Menschen in ihrer Umwelt. Beiträge zur ökologischen Gerontologie. Opladen [u.a.]: Westdt. Verl., S. 52-58.

Städteregion Aachen (2015): Jahresbericht 2014. Pflege- und Wohnberatung der StädteRegion Aachen (Anlage zu Sitzungsvorlagen-Nr. 2015/0077).

Stamm, Christof (2007): Selbstständiges Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung im Kreis Minden-Lübbecke. Dokumentation einer Veranstaltungsreihe 2005–2006 (IH-NRW Projektpapier, Nr. 13). Online verfügbar unter <http://www2.uni-siegen.de/~zpe/ih-nrw/Kreis-Minden-L%FCbbecke/Dokumentation%20Veranstaltungsreihe%20Selbst%20E4ndiges%20Wohnen%20im%20Kreis%20Minden-L%FCbbecke.pdf>, zuletzt geprüft am 01.09.2016.

Statistisches Bundesamt (2010): Bauen und Wohnen. Mikrozensus - Zusatzerhebung 2010. Bestand und Struktur der Wohneinheiten Wohnsituation der Haushalte. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2015a): Pressemitteilung vom 28. September 2015 – 358/15. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/09/PD15_358_122pdf.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 01.09.2017.

Statistisches Bundesamt (2015b): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2016): Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 01.10.2017.

Steffens, Barbara; Garbrecht, Günther; Gemkow, Angelika; Gorcitzka, Gabriele; Monheim, Ursula; Wallrafen-Dreisow, Helmut (2004): Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. Bericht der Arbeitsgruppe Wohnen. Online verfügbar unter http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/AG-Berichte/AG_Bericht_Wohnen.pdf, zuletzt geprüft am 01.09.2017.

Stieglitz, Stefan (2009): Steuerung Virtueller Communities. Instrumente, Mechanismen, Wirkungszusammenhänge. Wiesbaden: Gabler Verlag.

Strupeit, Steve; Buss, Arne; Dassen, Theo (2013): Patientenedukation bei älteren Menschen mit Mobilitätseinschränkungen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46 (8), S. 748-755. DOI: 10.1007/s00391-013-0505-9.

SVR (Hg.) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen). Sondergutachten 2012. Online verfügbar unter http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Langfassung.pdf, zuletzt geprüft am 07.09.2015.

Taylor-Gooby, Peter (1999): Markets and Motives. Trust and Egoism in Welfare Markets. In: *Journal of Social Policy* 28 (1), S. 97–114.

Taylor-Gooby, Peter; Larsen, Trine; Kananen, Johannes (2004): Market Means and Welfare Ends: The UK Welfare State Experiment. In: *Journal of Social Policy* 33 (04), S. 573–592. DOI: 10.1017/S0047279404008001.

Teti, Andrea; Grittner, Ulrike; Kuhlmeier, Adelheid; Blüher, Stefan (2013): Wohnmobilität im Alter. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, S. 1–9. DOI: 10.1007/s00391-013-0538-0.

Teuteberg, Hans Jürgen (1985): Betrachtungen zu einer Geschichte des Wohnens. In: Teuteberg, Hans Jürgen (Hg.): *Homo habitans. Zur Sozialgeschichte des ländlichen und städtischen Wohnens in der Neuzeit*. Münster: F. Coppenrath, S. 1–23.

Tews, Hans Peter (1993): Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters. In: Naegele, Gerhard; Tews, Hans Peter (Hg.): *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft - Folgen für die Politik*. Opladen: Westdt. Verl., S. 15-42.

Tillich, Paul; Ratschow, Carl Heinz; Palmer, Michael F. (1990): *Main works. Hauptwerke*. Berlin/New York: De Gruyter/ Evangelisches Verlagswerk.

Tränkle, Margret (1972): *Wohnkultur und Wohnweisen*. Tübingen: Tübinger Vereinigung für Volkskunde.

Trapp, Friedrich; Klug, Volker (2009): Zukunft der Altenhilfe. In: Goldschmidt, Andreas J.W.; Hilbert, Josef (Hg.): *Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche*. Wegscheid: WIKOM GmbH, S. 838-856.

Trill, Roland (2012): Konzept zum Ausbau des Gesundheitsstandortes Schleswig und der Region Schlei-Ostsee. Online verfügbar unter <http://www.schleswig.de/file.php?ID=5167>, zuletzt geprüft am 01.09.2017.

Tyll, Susanne (23.November.2012): Nicht mehr wegzudenken Wohnberatung in NRW. Luxembourg, Vortrag am 23.11.2012. (Luxemburg). Online verfügbar unter <http://www.sante.public.lu/fr/espace-professionnel/exposes/chut-alors-prevention-accidents-domicile-seniors/Susanne-Tyll.pdf>, zuletzt geprüft am 07.09.2015.

ULD (2010): Juristische Fragen im Bereich Altersgerechter Assistenzsysteme. Unter Mitarbeit von Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein. Hg. v. BMBF. Online verfügbar unter <https://www.datenschutzzentrum.de/uploads/projekte/aal/2011-ULD-JuristischeFragenAltersgerechteAssistenzsysteme.pdf>, zuletzt geprüft am 07.09.2017.

Ullrich, Carsten G. (2008): Die Akzeptanz des Wohlfahrtsstaates. Präferenzen, Konflikte, Deutungsmuster. 1. Aufl., Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaft.

Unger, Claudia (2015): Wettbewerbssteuerung im Primarschulbereich. Vergleichende Fallanalysen. Wiesbaden: Springer VS.

van Bentem, Neil (2006): Vereine, eingetragene Vereine, Dritter-Sektor-Organisationen. Eine empirische Analyse des lokalen Dritten Sektors. Münster: Waxmann.

van Bronswijk, J.E.M.H.; Bouma, H.; Fozard, J. L.; Kearns, W. D.; Davison, G. C.; Tuan, P-C. (2009): Defining gerontechnology for R&D purposes. In: *Gerontechnology* 8(1). DOI: 10.4017/gt.2009.08.01.002.00.

van de Ven, Andrew H. (1988): Approaches to Innovation and Organizing. In: Tushman, Michael L.; Moore, William L. (Hg.): Readings in the Management of Innovations. 2. Aufl., New York: Harper Business.

van Leeuwen Hendrik (1984): Wohnökologie. Allgemeine Einleitung zur Wechselwirkung zwischen Mensch und gebauter Umgebung. Sulzberg/Allgäu: Pädagogischer Verlag Burgbücherei Schneider GmbH.

VDE (2014): Die Deutsche Normungs-Roadmap AAL. Status, Trends und Perspektiven der Normung im AAL-Umfeld. Online verfügbar unter https://www.dke.de/de/std/aal/documents/nr_aal_de_version%202.0.pdf, zuletzt geprüft am 07.09.2015.

VdK (2010): Thema des Monats Februar 2010. Hilfsmittel. Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz e. V. Online verfügbar unter <https://www.vdk.de/rheinland-pfalz/downloadmime/620/Hilfsmittel.pdf>, zuletzt geprüft am 10.10.2017.

Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (2011): Politikbrief. Argumente und Lösungen der deutschen Uniklinika. 01/2011. Online verfügbar unter https://mitglieder.uniklinika.de/media/file/4073.VUD-Politikbrief_Nr._01-2011.pdf, zuletzt geprüft am 10.10.2017.

Verbände der Bau- und Wohnungswirtschaft; IG BAU (2007): Positionspapier der im Rahmen der Aktion „Impulse für den Wohnungsbau“ zusammengeschlossenen Verbände der Bau- und Wohnungswirtschaft sowie der IG BAU zum seniorenrechtlichen Bauen. Jan. 2007. Online verfügbar unter <https://www.bak.de/bundesarchitektenkammer/projekte-und-kooperationen/aktion-impulse-fuer-den-wohnungsbau-1/08-2007-foerderung-des-seniorenrechtlichen-bauens-1.pdf>, zuletzt geprüft am 01.08.2017.

Viehweger, Axel; Brylok, Alexandra; Uhlman, Michael; Zimmermann, Ulrich; Israel, Dagmar (2012): Geschäftsmodell- und Dienstleistungsansätze unter Einbeziehung von AAL-Systemen im Bereich des Wohnens. In: Gersch, Martin; Liesenfeld, Joachim (Hg.): AAL- und E-Health-Geschäftsmodelle: Gabler Verlag, S. 179–212.

- Vobruba, Georg (2001): Integration + Erweiterung. Europa im Globalisierungsdilemma. Wien: Passagen.
- Voelzkow, Helmut (2007): Die Institutionalisierung der Politikbeteiligung von Verbänden in Deutschland. In: von Winter, Thomas; Willems, Ulrich (Hg.): Interessenverbände in Deutschland. 1. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 139–169.
- Voges, Wolfgang (2002): Perspektiven des Lebenslagekonzeptes. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 48 (3), S. 262–278.
- Voges, Wolfgang; Borchert, Lars (2008): Soziale Ungleichheit und Heimkarriere bei Älteren. In: Künemund, Harald (Hg.): Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter. Fakten, Prognosen und Visionen. 1. Aufl., Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwiss, S. 194–220.
- Voges, Wolfgang; Zinke, Melanie (2010): Wohnen im Alter. In: Aner, Kirsten; Karl, Ute (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 301–308.
- von Alemann, Ulrich; Heinze, Rolf G. (1979): Verbändepolitik und Verbändeforschung in der Bundesrepublik. In: von Alemann, Ulrich; Heinze, Rolf G. (Hg.): Verbände und Staat. Vom Pluralismus zum Korporatismus. Analysen, Positionen, Dokumente. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 12–37.
- von Boetticher, Arne; Münder, Johannes (2011): Rechtliche Fragen sozialer Dienste- zentrale Entwicklungen und Eckpunkte der Diskussion. In: Evers, Adalbert; Heinze, Rolf G; Olk, Thomas (Hg.): Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 206-225.
- Wabnitz, Theresa (2009): Medizinprodukte als Hilfsmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin: Springer.
- Wahl, Hans-Werner (2000): Ökologische Intervention. Ergebnisse der ökogerontologischen Forschung. In: Wahl, Hans-Werner; Tesch-Römer, Clemens (Hg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 203–208.
- Wahl, Hans-Werner (2010): Umweltbezogener Aspekt des Alterns. In: Lehr, Ursula; Kruse, Andreas (Hg.): Leben im Alter. Eigen- und Mitverantwortlichkeit in Gesellschaft, Kultur und Politik : Festschrift zum 80. Geburtstag von Prof. Dr. Dres. h.c. Ursula Lehr. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft, S. 181–191.
- Wahl, Hans-Werner; Claßen, Katrin; Oswald, Frank (2010): Technik als zunehmend bedeutsame Umwelt für Ältere. In: Fachinger, Uwe; Henke, Klaus-Dirk (Hg.): Der private Haushalt als Gesundheitsstandort. Theoretische und empirische Analysen. Baden-Baden: Nomos, S. 15-32.
- Wahl, Hans-Werner; Schneekloth, Ulrich (2008): Hintergrund und Positionierung des Projekts MuG III. In: Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner (Hg.): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. 2. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer, S. 11–54.
- Wegener, Bernd (1992): Gerechtigkeitsforschung und Legitimationsnormen. In: *Zeitschrift für Soziologie* 21 (4), S. 269–283. Online verfügbar unter <http://www.zfs-online.org/index.php/zfs/article/viewFile/2801/2338>, zuletzt geprüft am 11.08.2016.
- Wehmeyer, Karin (2013): Aneignung von Sozial-Raum in Kleinstädten. Öffentliche Räume und informelle Treffpunkte aus der Sicht junger Menschen. Wiesbaden: Springer VS.
- Welti, Felix (2005): Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Welti, Felix (Hg.) (2013): Rechtliche Instrumente zur Durchsetzung von Barrierefreiheit: kassel university press. Online verfügbar unter <http://www.uni-kassel.de/upress/online/frei/978-3-86219-410-0.volltext.frei.pdf>, zuletzt geprüft am 03.09.2015.

- Weltzien, Dörte (2004): Neue Konzeptionen für das Wohnen im Alter. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Wendt, Claus (2013): Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich. 3., überarb. Aufl., Wiesbaden: Springer VS.
- Wendt, Wolf Rainer (2005): Dimensionen sozialer Innovation. In: Wendt, Wolf Rainer (Hg.): Innovation in der sozialen Praxis. 1. Aufl., Baden-Baden: Nomos, S. 13–48.
- WHO (2002): Active ageing: A policy framework. Geneva: World Health Organisation.
- Wittke, Sebastian (2006): Gesundheitsmanagement – Gesundheit der Mitarbeiter als strategischer Faktor. GRIN Verlag.
- Wohlfahrt, Norbert (2004): Der sozialwirtschaftliche Transformationsprozess sozialer Dienste in der BRD – der Anfang vom Ende freigemeinnütziger Wohlfahrtspflege? In: Hildemann, Klaus D. (Hg.): Die Freie Wohlfahrtspflege. Ihre Entwicklung zwischen Auftrag und Markt. Leipzig: Evang. Verlag-Anst, S. 69–86.
- Wydra, Sven (2010): Makroökonomische Bedeutung einer gesunden Bevölkerung. In: Fachinger, Uwe; Henke, Klaus-Dirk (Hg.): Der private Haushalt als Gesundheitsstandort. Theoretische und empirische Analysen. 1. Aufl., Baden-Baden: Nomos, S. 187-205.
- Zakel, Hans (2009a): Wohnberatung im Kreis Unna. Einsparpotentiale bei den Kostenträgern.
- Zakel, Hans (2009b): Wohnberatung im Kreis Unna. präventiv, bedarfsgerecht und kostensparend.
- Zakel, Hans (2015): Pflegebedarfsplan Kreis Unna 2015. Kreis Unna.
- Zapf, Wolfgang (1989): Ü ber soziale Innovation. In: *Soziale Welt* 40(1/2), S. 170–183.
- Zens, M.; Gövercin, M.; Steinhagen-Thiessen, E. (2010): Gesundheitstechnik für die alternde Bevölkerung. In: *Bundesgesundheitsbl.* 53 (5), S. 474–478. DOI: 10.1007/s00103-010-1043-x.
- Zimmermann, Markus; Görres, Stefan; Schmitt, Svenja (2012): Soziale und technische Bewältigungsstrategien von Wohnen im Alter. In: Günster, Christian; Klose, Joachim; Schmacke, Norbert (Hg.): Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer, S. 207-218.
- ZSI (1998): Soziale Innovationen für eine nachhaltige Entwicklung. Unter Mitarbeit von Michael Ornetzeder und Barbara Buchegger. Hg. v. Zentrum für soziale Innovation. Online verfügbar unter https://www.zsi.at/attach/Ornetzeder-Bucchegger_SINE-Endbericht.pdf, zuletzt geprüft am 01.08.2016.

Anhang

Anhang 1: Interviewpartner

	Zugehörige Einrichtung, Institution o.Ä .
1	Wohnberaterin (Wohlfahrtsverband)
2	Wohnberater (gemeinnütziger Verein)
3	Wohnberaterin (Wohlfahrtsverband)
4	Wohnberater (Wohlfahrtsverband)
5	Wohnberater (gemeinnütziger Verein)
6	Wohnberater (gemeinnütziger Verein)
7	Wohnberaterin (Pflegedienst)
8	Wohnberaterin (gemeinnütziger Verein)
9	Wohnberaterin (Kommune)
10	Produktentwickler (Unternehmen für technische Hilfsmittel)
11	Handwerker (Sanitär)
12	Mitarbeiter eines Handwerksunternehmens
13	Städtischer Angestellter (Seniorenbüro)
14	Leitender Angestellter (Unternehmen für technische Hilfsmittel)
15	Wohnberaterin (gemeinnütziger Verein)
16	Pflegeberater (öffentliche Pflegekasse)
17	Pflegeberater (öffentliche Pflegekasse)
18	Pressereferent einer Handwerkskammer
19	Handwerker (Elektrotechnik)
20	Beamter im Bereich Wohnen und Soziales
21	Mitarbeiterin eines Wohlfahrtsverbandes
22	Kommunaler Angestellter (Wohn- und Pflegeberatung)
23	Kommunaler Angestellter (Wohn- und Pflegeberatung)

Anhang 2: Interviewleitfaden

<Fragen an Wohnberater>

1. Der Beruf Wohnberater und die dazugehörige Wohnberatungsstelle

- Beruflicher Werdegang: Können Sie mir Ihren akademischen oder beruflichen Werdegang kurz darstellen?
- Zugehörige Einrichtung: Zu welcher Institution oder Einrichtung gehören Sie? In welcher Position sind Sie dort eingestellt? Wer ist Ihr Arbeitgeber?
- Finanzierung der Wohnberatungsstelle: Wie wird Ihre Stelle finanziert?

2. Marktmechanismus

- Wie schätzen Sie die Marktentwicklung für die Maßnahmen der altersgerechten Wohnungsanpassung ein?
- Sind Sie der Meinung, dass beim Umbau und beim Einsatz von Hilfsmitteln bei der altersgerechten Wohnungsanpassung Wahlfreiheit herrscht?
- Sind die Konsumenten über die bestehenden Produkte und möglichen Baumaßnahmen gut genug informiert?

3. Finanzierung der Maßnahme der altersgerechten Wohnungsanpassung

- Die Subvention von der Pflegekasse für die Wohnungsanpassung wurde im Jahr 2015 auf 4000 Euro erhöht. Spüren Sie die Auswirkungen? Was hat sich nach der Erhöhung verändert?
- Es gibt bestimmt Beratungsfälle, die Sie haben, wo Menschen kommen, die keinen Anspruch auf eine Finanzierung durch die Kasse haben, und auf der anderen Seite nicht genug Geld haben, um diese Maßnahmen selbst zu bezahlen. Wie gehen Sie damit um?

4. Kooperation (Umgang mit Mitarbeitern in Kommunen und Pflegekassen)

- In welchen Angelegenheiten müssen Sie mit Kommunen oder gesetzlichen Krankenkassen zusammenarbeiten? Wie sieht das konkret aus?
- Zusammenarbeit mit Pflegekasse: Wie würden Sie die Beziehung Ihrer Beratungsstelle mit der Pflegekasse in Bezug auf die Wohnungsanpassung beschreiben?
- Zusammenarbeit mit Kommunen: Wie würden Sie die Beziehung Ihrer Beratungsstelle mit Kommunen in Bezug auf die Wohnungsanpassung beschreiben?

5. Umgang mit Unternehmern und das Marktgeschehen

- Beziehung mit Herstellern der Produkte oder Handwerkern: Haben Sie im Rahmen Ihrer Arbeit direkte Kontakte zu Handwerkern oder Produktentwicklern?
- Qualitätssicherung und Beschwerdemanagement: Gibt es bestimmte Maßnahmen, um die Qualität der Wohnungsanpassung auf hohem Niveau zu halten?
- Wie beurteilen Sie oder welche Möglichkeit haben Sie als Wohnberatungsstelle, die Qualität von Unternehmen und Handwerkern zu beurteilen?

6. Funktion als Koordinator(in)

- Berufsethos: Ich nehme an, dass das Berufsethos von Unternehmern und Beschäftigten bei Kommunen, recht unterschiedlich sind. Gibt es diesbezüglich manchmal Schwierigkeiten?
- Funktion als Koordinator: Wie koordinieren Sie die Arbeit der verschiedenen Akteure aus den verschiedenen Bereichen?
- Gelungene Zusammenarbeit: Wie sieht für Sie eine gelungene Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Akteuren aus diesem Bereich aus?
- Sektorenübergreifende Versorgung: Was sind fördernde Faktoren einer guten Zusammenarbeit? Was sind für Sie hemmende Faktoren einer guten Zusammenarbeit?

7. Fragen zu Ihren konkreten Arbeitstätigkeiten

- Umgang mit Ratsuchenden:

Wie wird der erste Kontakt mit dem Ratsuchenden geknüpft?

Wenn die Ratsuchenden nicht von sich aus auf Sie zukommen, was hindert Ihrer Meinung nach die älteren Menschen daran den ersten Schritt zu machen?

Was sind aus Ihrer Sicht besonders anspruchsvolle Beratungsfälle?

Was sind Ihre Erfahrungen bei der Wohnberatung für demenzerkrankte Menschen?

Wie oft haben Sie Fälle, bei denen ältere Menschen oder die Angehörigen bereit sind, neben der öffentlichen Finanzierung eigenes Geld aufzubringen?

- Neutralität: Wie neutral müssen die Wohnberater sein? Und hilft diese Neutralität den älteren Menschen?

- Sind Sie mit Ihrer Arbeit als Wohnberater zufrieden? Oder gibt es aus Ihrer Sicht Möglichkeiten einer Optimierung der Beratung?

<Fragen an Unternehmer>

1. Hergestellte Produkte oder Bauarbeit

- Was ist Ihre Hauptproduktlinie?
- Welchen Nutzen haben diese Produkte für Ihre Kunden? Inwieweit würde Ihre Produkte dazu beitragen, dass die älteren Menschen so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit bleiben kann?
- Welche Art von Produkten haben bei Ihnen eine Hilfsmittelnummer? Welche Funktion haben diese Produkte?
- Manchmal sind ein alltäglicher Gebrauchsgegenstand und ein gefördertes Hilfsmittel schwer voneinander zu unterscheiden. Welche genauen Unterschiede gibt es zwischen diesen Produktgruppen in Bezug auf Ihre Produktlinie?
- Ihre Kunden sind zum einen Menschen, die privates Geld investieren, um Ihren Wohnraum anzupassen, zum anderen sind es aber auch Menschen, die selbst nicht über viel Geld verfügen, und auf das Geld der Krankenkasse oder Pflegekasse angewiesen sind. Darauf aufbauend die Frage, nehmen Sie bei der Produktentwicklung und Entwicklung der Marketingstrategie Ihre Kundschaft so differenziert wahr? Wie sieht das konkret aus?

2. Innovation, Ü berleben auf dem Markt

- Welche Innovationen wurden von Ihrem Unternehmen für ältere Konsumenten eingeführt und welche Maßnahmen sind geplant?
- Welche Bedingungen sind für ein Unternehmen am wichtigsten, um innovative Produkte zu entwickeln?
- Konkurrenz: Wie hoch ist die Konkurrenz mit anderen Unternehmen? Finden Sie, dass die Konkurrenz mit den anderen Unternehmern mittlerweile schärfer geworden ist? (Wenn ja) Woran liegt das?

Wie beeinflusst diese Konkurrenzsituation Ihre Arbeit? Was macht Ihr Unternehmen, um konkurrenzfähiger zu werden?

- Festlegung des Preises: Gibt es auch einen Preiswettbewerb zwischen den Unternehmen? Wie sieht die Preispolitik Ihres Unternehmens aus?

3. Einfluss der Politik

- Hat Ihre Arbeit auch mit altersgerechten Umbaumaßnahmen zu tun?

(wenn nein) direkt nächste Frage (-> Nummer 4)

(wenn ja) Welche von Ihren Produkten gilt als wohnumfeldverbessernde Maßnahmen?

Die Subvention der Pflegekasse für die Wohnungsanpassung wurde im Jahr 2015 auf 4000 Euro erhöht. Sind die Auswirkungen davon für Sie spürbar? Was hat sich nach der Erhöhung für Sie verändert?

Hat sich der Wettbewerb zwischen Unternehmern seit der Anhebung der Zuschüsse verschärft?

4. Kooperation

• Beziehung mit Wohnberatern: Haben Sie bei Ihrer Tätigkeit schon mit Wohnberatungsstellen zu tun gehabt? (wenn nein) Wünschen Sie sich eine Zusammenarbeit mit Wohnberatern? In welchen Angelegenheiten?

(wenn ja) In welchen Angelegenheiten? Findet manchmal eine Zusammenarbeit statt? Wie würden Sie die Beziehung Ihres Unternehmens mit den Wohnberatern beschreiben?

• Wo sehen Sie Potenzial weiterer Kooperationen? Warum?

• Umgang mit Pflegekasse oder Krankenkasse: Haben Sie bei Ihrer Tätigkeit mit Pflegekassen oder Krankenkassen zu tun gehabt? (wenn ja) In welchen Angelegenheiten? Wie sieht das konkret aus?

Wo sehen Sie Potenzial weiterer Kooperationen? Warum?

5. Zukunftsperspektive

• Wie würden Sie die Zukunftsperspektive Ihrer Arbeit, Ihres Unternehmens einschätzen?

• Wo sehen Sie für sich die größte Herausforderung, eine gute Position am Markt zu behalten?

• Wie schätzen Sie die weitere Entwicklung des Marktes für altersgerechte Wohnungsanpassung ein?

<Fragen an Experten für Wohnen im Alter>

1. Wachstumsmarkt

• Wachstumsmarkt: Gilt aus Ihrer Sicht die altersgerechte Wohnungsanpassung als wirtschaftlicher Wachstumsmarkt?

2. Geschichte der Wohnberatung

• Anfang der Wohnberatung in NRW: Was war der Hintergrund und das Anliegen der Einführung von Wohnberatung? Auf wessen Initiative hin wurde die Wohnberatung in NRW gefördert?

• Was ist ein entscheidender Faktor, dass die Stadt oder der Kreis sich für oder gegen eine Finanzierung der Wohnberatungsstelle entscheiden? Vor welchem Hintergrund finanziert die Pflegekasse in NRW die Wohnberatungsstelle?

- Nach der Einführung der Wohnberatung: Nachdem die Wohnberatung eingeführt worden ist, welche konkreten Veränderungen haben sich ergeben?
- Sind Sie der Meinung, dass die Wohnberatung, so wie sie ist, ausreichend und qualitativ hochwertig durchgeführt wird?
- Wie schätzen Sie die Rolle und den politischen Willen des Landes oder der Stadt ein, die Wohnberatung stärker zu fördern? Wie hat sich das bis jetzt geändert?
- Welche sozialpolitische Funktion messen Sie da der Wohnberatung bei?

3. Die Funktion und Bedeutung der Wohnberatung

- Sind Sie der Meinung, dass Wohnberatung als eigenständiges Berufsfeld eine Legitimation hat?
- Gibt es eventuell eine überlappende Funktion der Wohnberatung mit einem anderen Berufsfeld wie Pflegeberatung? Inwieweit gibt es aus Ihrer Sicht eine Überschneidung mit anderen Berufsfeldern?
- Qualitätssicherung: Es gibt mittlerweile eine Vielzahl an Qualitätszeichen oder –siegeln. Sind Sie der Meinung, dass diese für den Konsumenten von Vorteil sind? Und hilft das den Konsumenten sich besser am Markt zu orientieren?

4. Finanzierung der altersgerechten Wohnungsanpassung

- Erhöhung der Subvention: Die Subvention von der Pflegekasse für die wohnumfeldverbessernde Maßnahme wurde im Jahr 2015 auf 4000 Euro erhöht. Was war Ihrer Meinung nach der Hintergrund und das Anliegen dieser Anhebung?

Anhang 3: Kategoriensystem

Wohlfahrtsmarkt	
Sozialpolitik und sozialpolitische Zielsetzung	Marktmechanismus
<p><i>(induktiv)</i> Vermeidung eines Heimeinzuges</p> <p>wirtschaftlicher Nutzen</p> <p>gesundheitsfördernder und lebensqualitätsrelevanter Nutzen</p> <p>Wohlfahrtsmix</p> <p>Neue Akteure für Wohlfahrtsproduktion</p> <p>Relevante Finanzierungsmodalitäten</p> <p>Ökonomisierungsprozess als Trend</p> <p>Politische Steuerung</p> <p>Positives Ergebnis</p> <p>Negatives Ergebnis</p> <p>Träger der Wohnberatungsstellen</p>	<p>Marktverhältnisse</p> <p>Wettbewerb</p> <p>Positives Beispiel</p> <p>Negatives Beispiel</p> <p>Innovation</p> <p>Innovationspotenzial</p> <p>Technische Neuerungen</p> <p>Forderungen nach Vernetzung, Netzwerkarbeit</p> <p>Unerwünschte Begleiterscheinung</p>
<p><i>(deduktiv)</i> Die Frage ist nur: „Wer bezahlt es?“</p> <p>Öffentliche Träger</p> <p>Selbstzahler</p> <p>Flexibilität der freien Träger</p> <p>Finanzierungsmix der Wohnberatungsstellen</p> <p>Interessen der öffentlichen Kostenträger</p>	<p>Wirtschaftlichkeit der Anpassungsmaßnahmen</p> <p>Gewinnorientierung der Unternehmer</p> <p>Positives Beispiel</p> <p>Negatives Beispiel</p> <p>Pflegebedürftige und deren Angehörige als Konsumenten</p> <p>Wohnungsanpassung als Wachstumsmarkt</p> <p>Qualität des technischen Ansatzes</p> <p>Mitnahmeeffekte</p>

Soziale Innovation
<p><i>(induktiv)</i></p> <p>Vernetzung (interdisziplinär, interprofessionell), Vermittlungsarbeit (Schnittstellenmanagement), Netzwerk, Wohnberatung als Koordinatorin, Case Management, Pflegeberatung</p>
<p><i>(deduktiv)</i></p> <p>Synergieeffekte, multidisziplinäre Arbeit und Wissen, bestehende Ressourcen finden und vernetzen, Kommunikationswege kürzen, vernünftige Konsumentenrolle fördern, präventiven Ansatz fördern, Markttransparenz fördern, Qualitätsmanagement, Thema Demenzversorgung</p>

Anhang 4: Einverständniserklärung

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das mit mir am . . 2016 von Frau Bohye Joo geführte Interview auf Tonband aufgenommen und verschriftet werden darf, im Hinblick auf die Durchführung der Dissertation zum Thema „Politik der altersgerechten Wohnungsanpassung und Wohnberatung für einen möglichst langen Verbleib in vertrauter Häuslichkeit“. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das verschriftete Interview unter Beschränkung auf kleine Ausschnitte auch für Publikationszwecke verwendet werden darf. Mir wurde zugesichert, dass dabei alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, gelöscht oder anonymisiert werden.

Ort, Datum

Unterschrift

