

Veröffentlichungsreihe des  
Instituts für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bielefeld (IPW)

ISSN 1435-408X

P03-119

**Wohnumwelt und Pflegebedürftigkeit  
im Alter**

Matthias Braubach

Bielefeld, März 2003

Institut für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bielefeld (IPW)  
Universitätsstr. 25  
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 6880  
Telefax: (0521) 106 - 6437  
E-Mail: [ipw@uni-bielefeld.de](mailto:ipw@uni-bielefeld.de)  
Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

## Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung .....	3
1. Selbständiges Wohnen im Alter: ein Überblick .....	4
1.1 Bedeutung und Aktivierungspotenzial selbständigen Wohnens .....	4
1.2 Wohnanforderungen, Alter und Pflegebedürftigkeit .....	6
1.3 Merkmale der aktuellen Wohnversorgung älterer Menschen .....	11
2. Wohnungsanpassungen zur Förderung der Selbständigkeit im Alter .....	17
2.1 Wohnungsanpassung: die Wohnung als Ressource .....	17
2.2 Wohnberatung: Was, warum und für wen? .....	22
2.3 Bauliche Rahmenbedingungen: Vorgaben und Richtlinien .....	25
3. Wohnungsanpassungen und Pflegeversicherung .....	26
3.1 Finanzierung im Rahmen der Pflegeversicherung .....	27
3.2 Wohnungsanpassungen: Was wird wo gefördert? .....	30
3.3 Erfolge und Probleme der Wohnungsanpassung .....	34
4. Zusammenfassung und Ausblick .....	37
Literaturverzeichnis .....	41
Abkürzungsverzeichnis .....	45
Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen .....	45

## **Vorbemerkung**

Menschen leben stets in einer Vielzahl von Umwelten – sei es die räumlich-geographische, die soziale, die kulturelle oder die bauliche Umwelt (Wahl 2000: 203). Geprägt durch sozio-kulturelle und individuelle Faktoren der Wahrnehmung lassen sich diese Umweltdimensionen weiter unterteilen in objektive Strukturen sowie deren subjektive Wahrnehmung und Interpretation. Die Multidimensionalität spiegelt sich in der räumlichen Wohnfunktion wieder: Oswald et al. (2000: 201) definieren Wohnen in Anlehnung an Flade (1987) als „einen physischen, sozialen und psychischen Austauschprozeß zwischen dem Menschen und seiner Umwelt“.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Wohnsituation älterer Pflegebedürftiger und folgt dabei dem Blickwinkel der ökologischen Gerontologie, die „die Beziehungen von alten Menschen zu ihren räumlich-sozialen Umwelten in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses“ stellt (Wahl 2000: 203). Der Schwerpunkt der Arbeit liegt darin, die Probleme des häuslichen Wohnens bei Pflegebedürftigkeit zu erörtern und die Auswirkungen der im Rahmen der Pflegeversicherung förderbaren Wohnungsanpassungen abzuschätzen. Dabei wird der baulich-technische Ansatz (BMRBS 1995: 14) in den Vordergrund gerückt.

# 1. Selbständiges Wohnen im Alter: ein Überblick

## 1.1 Bedeutung und Aktivierungspotenzial selbständigen Wohnens

Die Wohnumwelt und das eigenständige Wohnen bieten drei sog. benefits, die einer Pflegebedürftigkeit entgegenwirken und deren Einfluss durch Anpassungsmaßnahmen verstärkt werden kann (BMFSFJ 2001: 243):

- *Unterstützung (support)* in der Lebensführung: Ausgefallene Funktionen oder körperliche Einschränkungen werden durch die Ausstattung der Wohnung ausgeglichen oder ersetzt – beispielsweise durch einen Aufzug, mit dessen Hilfe ein gehbehinderter Bewohner weiterhin seine Wohnung erreichen kann, das Entfernen von Türschwellen oder den Einbau einer begehbaren, bodengleichen Dusche.
- *Aufforderung (stimulation)* zu bestimmten Handlungen und Stärkung der Eigeninitiative im Rahmen der täglichen Selbstversorgung: Gewohnte Alltagshandlungen bieten eine Vielzahl an körperlichen Stimulationen und Aktivierungen, die einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit entgegenwirken können.
- *Beibehaltung von Lebenskontinuität (maintenance) und Selbstwirksamkeit (self-efficacy)* durch Reflektion der individuellen Lebensgeschichte, ontologische Sicherheit und „place attachment“<sup>1</sup>. Die Möglichkeit beispielsweise, in der eigenen Wohnung Möbel, Bilder, Fotos und andere persönliche Gegenstände täglich „erfahren“ zu können, gilt als wichtige existentielle und psychosoziale Grundlage für eine hohe Wohnzufriedenheit. Diese wirkt zwar nicht direkt auf die Eigenständigkeit ein, ist jedoch unentbehrlich für den Lebenswillen und die individuelle Leistungsfähigkeit.

Alle drei benefits tragen dazu bei, Leben und Wohnen in den üblichen Abläufen beizubehalten. Um jedoch die Vermittlung von „support“, „stimulation“ und „maintenance“ zu gewährleisten, ist eine Anpassung und Individualisierung der Wohnbedingungen oft unumgänglich. Aufgrund der technischen Möglichkeiten, Wohnungsanpassungen durchzuführen, wird der alte Mensch in der ökologischen Gerontologie nicht mehr – wie früher üblich – als „Umweltopfer“ verstanden, sondern als aktiver Gestalter seines Lebensraumes („Environmental Proactivity-Hypothese“, vgl. Oswald 1994: 357). Verbunden mit der aktiven Rolle des Bewohners ist auch eine größere Selbstsicherheit und Eigenständigkeit, die in einer Alten- und Pflegeheimunterkunft nicht erreicht werden kann. Eigenständiges Wohnen hat daher sowohl präventive und rehabilitative als auch humane Motive (Kliemke 1989: 93ff).

Unterstützt durch eine aktive Gestaltung des Wohnumfeldes hat sich über die Jahrzehnte hinweg ein allgemeiner Trend herauskristallisiert, der sich durch das Schlagwort „Erhalt der eigenen Wohnung um jeden Preis“ umschreiben lässt (BMFSFJ 2001: 254). Hintergrund ist der generelle Wunsch älterer Menschen nach Aufrechterhaltung der gewohnten Lebensverhältnisse, welcher sich vor allem im Versuch der Beibehaltung der bisherigen Wohn-

---

<sup>1</sup> Für eine detailliertere Beschreibung der Bedeutung einer eigenen Wohnung für alte Menschen und das Konzept „place attachment“ siehe Williams 2002. Die Bedeutung ontologischer Sicherheit als Grundlage psychosozialer Bedeutung eigenständigen Wohnens wird genauer erklärt bei Hiscock et al. 2001.

umwelt ausdrückt (Oswald 1996: 57, BMFSFJ 1998: 22, Heath 2002: 1535). Laut LBS-Bundesgeschäftsstelle (1999: 11) wohnen ca. 70% der bundesdeutschen Pflegebedürftigen (insgesamt ca. 1,6 Mio) in ihrer privaten Wohnung. Häusliche Pflege wird in diesem Kontext auch als Mittel gesehen, den Pflegebedürftigen eine optimales Maß an Unabhängigkeit und Lebensqualität zu ermöglichen (Tesch-Römer 2001: 28).

Das Paradigma der Selbständigkeit in der angestammten Wohnung als optimaler Lebensausklang wird heute jedoch zunehmend in Frage gestellt. In Dänemark z.B. ist seit einigen Jahren ein Wechsel zum Slogan „Umziehen, solange Du es noch kannst – und bevor andere für Dich entscheiden“ erkennbar (Palsig-Jensen 1999: 530). Empirisch gestützt wird dies durch eine steigende Anzahl älterer Menschen, die sich einen Wohnungswechsel im Alter vorstellen können, bzw. einen solchen aktiv planen. Daten des sozio-ökonomischen Panels (SOEP) lassen vermuten, dass über 50% der Personen über 55 und unter 76 Jahre noch mindestens einmal umziehen werden (Oswald i.E.). Im Rahmen dieser starken Altersmobilität ist es ein deutliches Zeichen, dass nur 4% der Bürger über 60 Jahren das Altenheim als eine geeignete Wohnform ansehen (Wilderer 1989: 29). Dies trifft auch auf die Angehörigen älterer Menschen zu (Williams 2002: 144).

Der dritte Altenbericht der Bundesregierung nimmt das Thema ebenfalls kritisch auf und fragt nach der Sinnhaftigkeit einer „zwanghaften“ Unabhängigkeit in der eigenen Wohnung. Die Verfasser weisen ausdrücklich darauf hin, dass es *„auch bei bester ambulanter Betreuung und einer optimalen Ausschöpfung aller Möglichkeiten einer Wohnungsanpassung Grenzen der häuslichen Pflege gibt, in denen der Gewinn des Verbleibens in den 'eigenen vier Wänden' für alle Beteiligten letztlich in eine Verlusterfahrung umschlagen kann“* (BMFSFJ 2001: 254, Hervorhebung im Original). Ergebnisse des experimentellen Wohn- und Städtebau-Forschungsvorhabens „Wohnen im Alter“ zeigen allerdings, dass der Wunsch nach Verbleib in der eigenen Wohnung selbst bei deutlicher Einschränkung der selbständigen Lebensführung oft weiter aufrechterhalten wird. In vielen Fällen wird dies nur durch eine zunehmende Anpassung von Lebensstil und Freizeitinteressen an die Wohnbedingungen ermöglicht (BMFSFJ 1998: 23). Eine Bereitschaft zum Umzug entsteht häufig erst durch eine an Hilflosigkeit grenzende Lebenseinschränkung (BMRBS 1995: 23). Dies deckt sich mit Ergebnissen des Modellprojektes „Wohnungsanpassung“ des Landes NRW, in welchem gesundheitliche Beeinträchtigungen in fast zwei Drittel aller Fälle als Hauptursache für einen Umzug in eine stationäre Einrichtung angegeben werden. Bei einem Viertel aller Neueinzüge schließt der Altenheimaufenthalt sogar direkt an einen Krankenhausaufenthalt an (Niepel 1995: 28).

Forschungen zur Altersmobilität haben ergeben, dass nicht nur Umzüge in Heime, sondern auch andere Umzüge zum überwiegenden Teil unfreiwillig und durch den Bedarf an Hilfeleistungen bedingt sind. Beispiele dafür sind Wohnsitzverlagerungen aufgrund eingeschränkter Fähigkeiten (oft in die Nähe von Angehörigen) mit 32% und durch äußere Umstände veranlasste Umzüge mit 30% (BMFSFJ 1998: 199). Dabei können Wohnungsprobleme ebenso eine Rolle spielen wie familiäre Gründe.

Diese kurze Zusammenfassung zeigt zum einen, dass Mobilität im Alter ein nicht zu unterschätzender Faktor auf dem Wohnungsmarkt sein kann und

damit auch ein Potenzial für entsprechende Wohnformen birgt. Es zeigt sich jedoch auch, dass im sogenannten „jungen Alter“ durch eine geeignete Wohnungswahl bereits die Weichen für die Wohnbedingungen der Zukunft gestellt werden (können).

Das Dilemma des langfristigen Verbleibs älterer, pflegebedürftiger Menschen in ihrer eigenen Wohnung, oft verstärkt durch eine persönliche Zielvorstellung der Selbständigkeit (im Sinne eines „So alt bin ich noch nicht, dass ich das nicht mehr kann“) und eine fehlende Vorausplanung für den potenziellen Eintritt ernsthafter Krankheiten im Alter (Carrese et al. 2002: 125), lässt sich an den Ergebnissen vielfältiger Studien ablesen: Die Wohnbedingungen älterer Menschen sind oft unzulänglich. Die möglichen Konsequenzen einer unzureichenden Wohnversorgung sind z.B. soziale Isolation, steigende Unfallgefahr bei Übersteigerung der individuellen Kompetenzen, ggf. sogar eine Verstärkung der Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit. Der damit verbundene Selbstständigkeitsverlust und die daraus resultierenden Einschränkungen im Alltag könnten jedoch vermieden oder reduziert werden, wenn das Wohnumfeld den veränderten Handlungsspielräumen der Bewohner angepasst würde.

## **1.2 Wohnanforderungen, Alter und Pflegebedürftigkeit**

Der Zusammenhang zwischen Pflegebedürftigkeit und biologischem Alter ist unbestritten. Im Verlauf des Alterungsprozesses stellen sich, oft in Verbindung mit chronischen Krankheiten, mehr und mehr Beeinträchtigungen bei grundlegenden Alltagsverrichtungen ein. Pflegebedürftigkeit tritt „vorrangig im hochbetagten Alter ab dem 75. bis 80. Lebensjahr“ auf (BMG 1999: 31). Laut Wunner (1994: 79) sind ca. 8% der über 65jährigen pflegebedürftig, in der Altersgruppe über 80 Jahren sind es bereits 28%. Der letzte Bericht zur Lage der älteren Generation gibt für die Hochaltrigen (ab 80 Jahre) sogar einen Anteil von 32% an (BMFSFJ 2002a: 98). In absoluten Zahlen ausgedrückt waren 1998 insgesamt 1,34 Millionen Bundesbürger über 65 Jahren pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Von diesen erhielten 0,43 Millionen Leistungen stationärer und 0,89 Millionen Leistungen ambulanter Pflege (RKI 2002: 17).

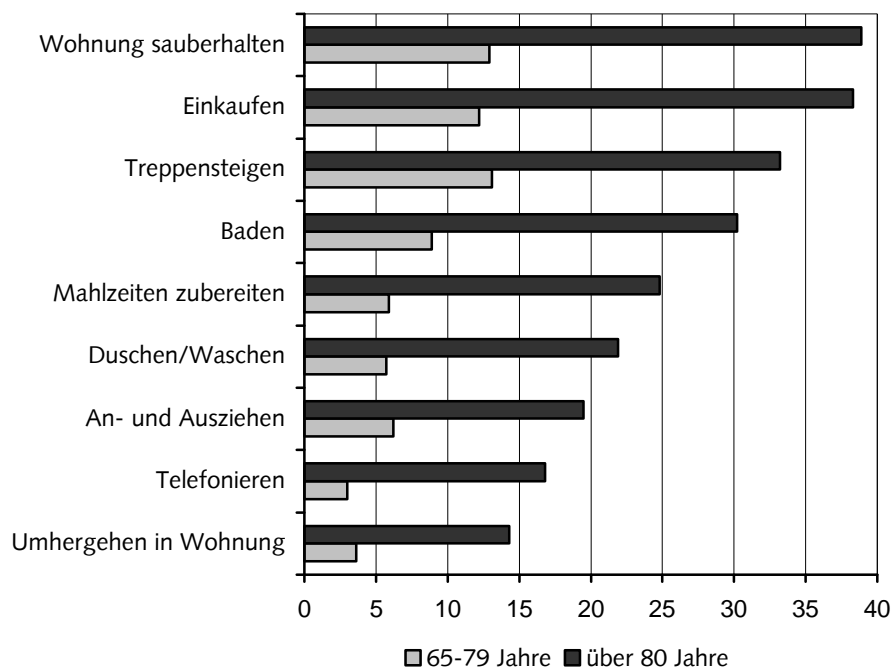
Mobilitätseinschränkungen sind, neben kognitiven Einbußen, die häufigste Ursache für Unterstützungsbedarf im Bereich körperlicher Pflege, hauswirtschaftlicher Versorgung und sozialer Aktivitäten (vgl. BMFSFJ 1996). Dabei ist es jedoch wichtig, verschiedene Effekte einer solchen Funktionseinschränkung zu unterscheiden, denn nicht jede körperliche Limitation führt zwangsläufig zu einer funktionalen Limitation. In vielen Fällen kann erst im Zusammenhang mit dem Umfeld bzw. dem jeweiligen Gebrauchsgegenstand von einer funktionalen Limitation gesprochen werden (vgl. Iwarsson/Slaug 2001: 13f). Unterschieden werden muss daher zwischen folgenden individuellen Bewegungseinschränkungen:

- Eine Bewegung/Handlung ist generell unmöglich.
- Eine bestimmte Bewegung/Handlung ist körperlich möglich, jedoch nicht ausreichend zur Durchführung einer Aufgabe (z.B. Öffnen einer Tür, Anstellen des Wasserhahns).

- Eine Bewegung/Handlung ist prinzipiell geeignet zur Durchführung einer zielgerichteten Aktivität, kann jedoch in bestimmten Fällen (schwere Türen, klemmende Wasserhähne) dennoch nicht ausreichen.

Diese Aufteilung verdeutlicht bereits den Einfluss, den die räumliche Umgebung auf die Kapazität und Leistungsfähigkeit des Individuums hat: Die Gebrauchlichkeit eines Gegenstandes bzw. die Durchführung einer Handlung hängt zu einem entscheidenden Anteil ab von Design und Funktionalität der umgebenden Umwelt. Bei nicht ausreichender Anpasstheit der Umwelt kann es zu wohnlichen Beeinträchtigungen verschiedenster Art kommen. Die häufigsten Beeinträchtigungen betreffen die Bereiche der Körperhygiene. So ist z.B. das Baden für 30,2% der über 80jährigen „schwierig“ oder „unmöglich“, während 10,8% dieser Altersgruppe Probleme beim Benutzen der Toilette haben. An- und Ausziehen wird für fast ein Fünftel aller über 80jährigen zu mehr als nur einer Herausforderung (BMFSFJ 1996: 46). Weitere Funktionseinschränkungen treten auf bei der Nahrungszubereitung und -aufnahme, der Haushaltsführung und -pflege sowie der Mobilität (vgl. Abb. 1). So gaben z.B. fast 40% der über 80jährigen an, nicht selbst einkaufen und reinigen zu können, während ca. ein Drittel Probleme beim Treppensteigen hatte. Laut Infratest erhielten jedoch nur 40% bis maximal 80% der beeinträchtigten Personen Hilfe bei diesen Tätigkeiten (Angaben schwanken je nach Tätigkeit).

**Abb. 1: Beeinträchtigungen bei Alltagsaktivitäten nach Alter (Prozentangaben)**



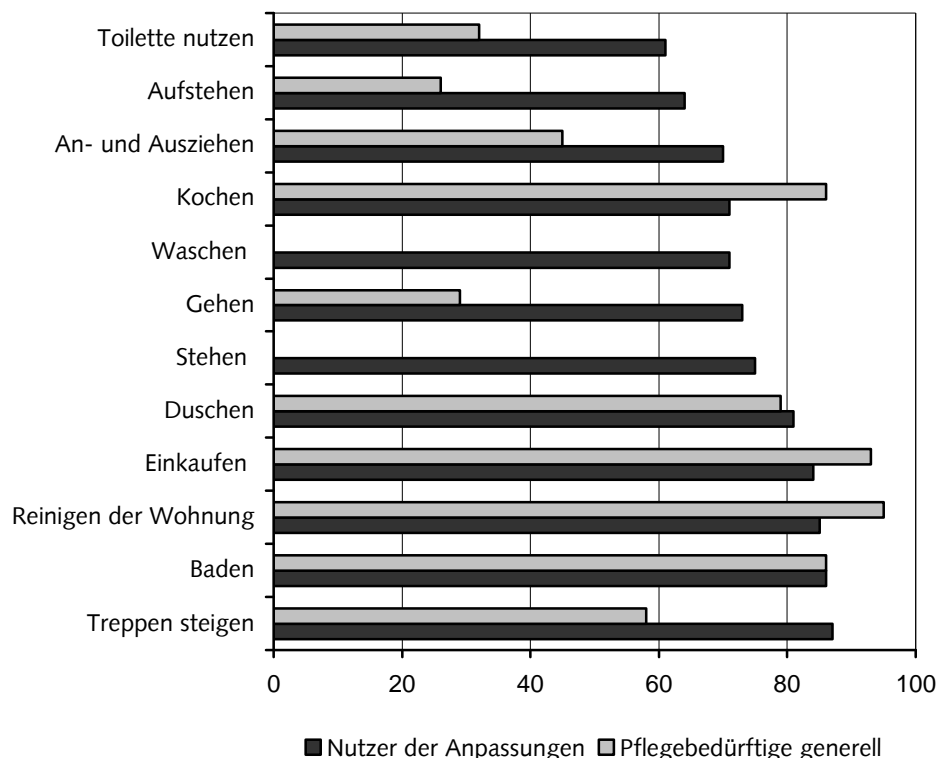
Quelle: BMFSFJ 1996: 46

Im vierten Altenbericht werden – speziell für Hochaltrige – folgende aktuelle Daten über die häufigsten Funktionseinschränkungen angegeben (BMFSFJ 2002a: 114): Für 39% ist die Nutzung der Badewanne problematisch, für 37% reicht der Bewegungsraum im Bad nicht aus und für 36% ist die Badezimmertür problematisch. Weitere häufig genannte Problempunkte wie z.B. das Fehlen von Haltegriffen (31%) oder Probleme bei der Nutzung von Du-

sche und WC (27% und 22%) zeigen deutlich, dass das Bad der neuralgische Punkt für Wohnungsanpassungen ist. Weitere Problembereiche sind Treppen und Stufen im Außenbereich (38%), Stolperfallen und Bodenbeläge im Wohnzimmer (23%) und das Treppenhaus (20%).

Eine durch eine unzulängliche Umgebung entstandene Unfähigkeit, bestimmte Alltagsverrichtungen durchführen zu können, kommt dabei letztlich einer körperlichen Behinderung gleich (Hacihasanoglu/Hacihasanoglu 2001: 657). Infratest-Daten zeigen in diesem Zusammenhang die Stärke der Beeinträchtigungen, die bei Menschen mit täglichem Pflegebedarf präsent sind: 30% haben Probleme beim An- und Ausziehen, 58% beim Duschen und Waschen, 23% bei der Toilettennutzung, und 42% beim Umhergehen in der Wohnung (BMFSFJ 1996: 73). Die Limitation bei der Durchführung alltäglicher Verrichtungen ist somit im Vergleich zu den in Abbildung 1 angegebenen Werten, die für Ältere generell gültig sind, bei Pflegebedürftigen deutlich erhöht. Diese Annahme wird gestützt durch Daten eines NRW-Modellprojektes zur Effizienz von Wohnberatung:

**Abb. 2: Einschränkungen bei Alltagsverrichtungen von Nutzern der Wohnanpassung im Vergleich zu Pflegebedürftigen generell (Prozentangaben)**



Quelle: Niepel 1999; BMG 1999: 50

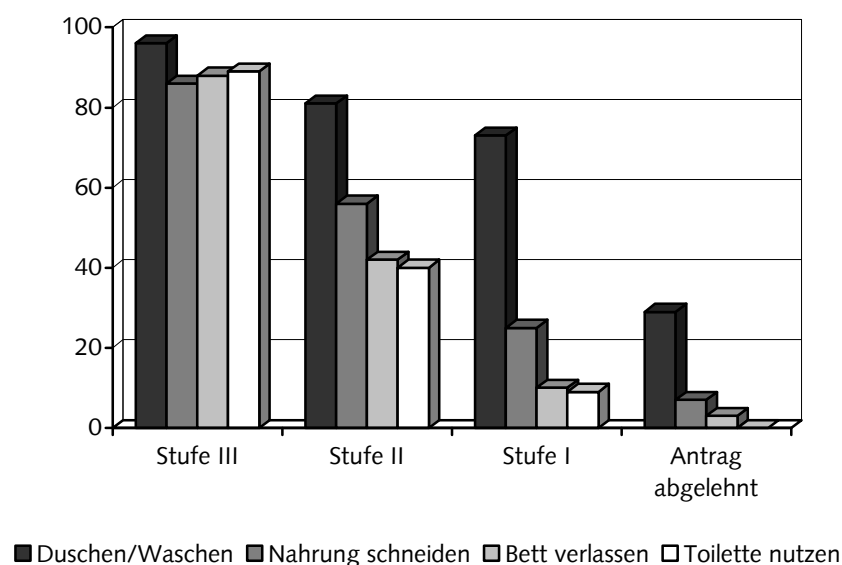
Die Prävalenz funktioneller Einschränkungen von Personen, in deren Wohnungen Anpassungsmaßnahmen im Anschluss an eine Wohnberatung durchgeführt wurden, liegt in den meisten Fällen deutlich höher als die Einschränkungen Pflegebedürftiger in privaten Haushalten generell. Die Ausnahmen (Kochen, Reinigen, Einkaufen) sind alle dem hauswirtschaftlichen Bereich zu-



zuordnen (Blinkert/Klie 1999: 79) und können relativ einfach durch externe Dienste abgedeckt werden, sind demzufolge also nur selten Gegenstand von Anpassungsmaßnahmen. Hauptproblembereiche sind wiederum alle Aktivitätsfelder im Zusammenhang mit Hygiene und Mobilität.

Vergleicht man exemplarisch die Einschränkungen für vier Alltagsverrichtungen in den verschiedenen Pflegestufen, so zeigt sich in allen Funktionsbereichen eine deutliche Verstärkung der Einschränkungen (Abb. 3). Dabei liegt in der Pflegestufe III zum Teil eine fast vollständige Hilflosigkeit vor.

**Abb. 3: Pflegebedürftige in Privathaushalten – Körperliche Einschränkungen nach Pflegestufe (Prozentangaben)**



Quelle: BMG 1999: 45

Über körperliche Beeinträchtigungen hinausgehende Gesundheitsprobleme treten ebenfalls gehäuft im Alter auf und können in vielen Fällen Grund für eine Pflegebedürftigkeit sein, bzw. eine existente Bedürftigkeit verstärken. Daten von Infratest (BMFSFJ 1996: 91ff) zeigen, dass bei 65-79jährigen Hilfs- und Pflegebedürftigen (insgesamt 12,6% der Altersgruppe) folgende Krankheitsbilder regelmäßig auftreten<sup>2</sup>:

- Gelenkerkrankungen (40%),
- Krankheiten des Nervensystems (59%),
- Hirngefäßkrankheiten, insbesondere Schlaganfall (61%).

<sup>2</sup> Das hier angesprochene Verständnis von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit stammt aus der Zeit vor Einführung der Pflegeversicherung und darf nicht mit den Definitionen des SGB XI verwechselt werden. Als *pflegebedürftig* galten im Rahmen der Infratest-Studie Personen, die mindestens mehrfach wöchentlich Unterstützung bei körperbezogenen Verrichtungen benötigen, als *hilfsbedürftig* Personen, die zwar keinen Pflegebedarf in diesem Sinne aufweisen, jedoch auf Hilfestellung im Bereich der hauswirtschaftlichen oder sozialkommunikativen Aktivitäten angewiesen sind.

Bei Hilfs- und Pflegebedürftigen im Alter ab 80 Jahren (Anteil von ca. 39% an der Gesamtaltersgruppe) steigen die Prävalenzraten auf 74% für Gelenkerkrankungen und 81% für Hirngefäßkrankheiten, insbesondere Schlaganfall. Zu Krankheiten des Nervensystems wurden keine Angaben gemacht, es treten jedoch mit einer Prävalenz von 77% Erkrankungen auf, die bei den jungen Alten noch keine tragende Rolle spielten. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass ca. die Hälfte aller pflegebedürftigen alten Menschen an Demenz leidet (BMFSFJ 1998: 25). Generell wird dabei deutlich, dass – unabhängig von der jeweiligen Altersstufe – die Krankheitsbelastung bei Hilfs- und Pflegebedürftigen um ein Vielfaches höher liegt als in der Gesamtbevölkerung (vgl. BMFSFJ 1998: 24). Das Robert-Koch-Institut führt diese Multimorbidität zurück auf eine „erhöhte Anfälligkeit des Organismus für Schädigungen der Organe (Vulnerabilität), die sich in dem mit steigendem Alter wachsenden Risiko chronischer körperlicher und hirnorganischer Erkrankungen widerspiegelt“ (RKI 2002: 5).

Bedingt durch die Vielzahl an Krankheiten und Beeinträchtigungen entstehen besondere Anforderungen an den Wohn- und Lebensraum älterer Menschen. So bemerken Gilderbloom/Markham (1996: 512), dass z.B. alleine lebende Ältere und Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand einen erhöhten Bedarf für Wohnungsanpassungen haben. Auch wenn im Prinzip die Wohnbedürfnisse alter Menschen nicht anders sind als die der jüngeren Bevölkerung, so steigt doch die Abhängigkeit von der Erfüllung dieser Anforderungen (BMFSFJ 2002a: 111). Es gibt einige besondere Punkte, die aufgrund einer verstärkten emotionalen und aktionsräumlichen Bindung an die eigene Wohnung („place attachment“, vgl. Oswald/Wahl 2001, Williams 2002) zu beachten sind. Das Landesinstitut für Bauwesen und Bauschadensforschung (LBB) des Landes NRW hat bereits in den 90er Jahren in einem Bericht über „Wohnen im Alter“ die folgenden Schwerpunkte identifiziert (LBB 1993: 19ff):

- Funktionsgerechtigkeit im Sinne einer Anpassung der Wohnung an den individuellen Alltag (Barrierefreiheit, präventive Anpassungen).
- Sicherheit und Schutz im physischen Bereich (Schutz vor Einbrechern, Sicherheit der Wohnung etc.) wie auf sozialer Ebene (Schutz vor Mieterhöhung, Kündigung etc.).
- Beständigkeit und Vertrautheit als Kontinuität von Wohn- und Wohnumfeldbedingungen (durch Wohnungsanpassungen etc.).
- Selbstverwirklichung im Sinne einer informierten, selbstbestimmten Entscheidung über die gewählte Wohnform.
- Soziale Kontakte durch Pflegepersonal und Familie, Unterstützung gewachsener sozialer Netze, Entwicklung von Formen gesellschaftlichen Zusammenlebens.

Als Fazit wird eine Funktionsverbesserung der Wohnung bzw. die Ermöglichung selbständigen Wohnens durch die im Folgenden aufgeführten zentralen Ansätze gefordert (vgl. LBB 1993: 26):

- *Barrierefreies Bauen*: verbesserte Zugänglichkeit von Wohngebäuden und Förderung der Mobilität innerhalb des Wohnraums.
- *Wohnungsanpassung*: Verbesserung der Wohnbedingungen durch eine Anpassung der Wohnung an die Fähigkeiten bzw. Limitationen eines Bewohners.
- *Wohnumfeldgestaltung*: Anpassung der die Wohnung umgebenden Bereiche an die Fähigkeiten bzw. Limitationen eines Bewohners.
- *Entwicklung von altersgerechten Wohnkonzepten*: Planung und Errichtung speziell ausgestatteter Wohngebäude mit angepasstem Design.
- *Integration von Wohnen und Pflege*: verbesserte Verzahnung von unabhängigen Wohnmöglichkeiten mit Pflegeangeboten.

Eine Studie der LBS nennt darüber hinaus eine Wohnlage im Erdgeschoss (bzw. einen Aufzug), eine angemessene Wohnausstattung mit Zentralheizung und Sanitäranlagen, die Sicherheit vor Unfällen und eine problemlose Pflege der Wohnung selbst (LBS-Bundesgeschäftsstelle 1999: 19). Unabhängig von solchen objektiven Wohnungsbewertungen und -studien kann sich jedoch die subjektive Wohnungswahrnehmung älterer Menschen an individuellen Werten und Idealen ausrichten und somit von den Bewertungen einer externen Stelle abweichen (Iwarsson/Slaug 2001: 10). Nicht immer wird ein „person-environment-misfit“, also ein Konflikt zwischen Bedarf und Bedarfsdeckung, als solcher erkannt bzw. bei Erkennung negativ gewertet („Zufriedenheitsparadoxon“, vgl. Glatzer/Zapf 1984), oft dient ein solches „Nicht-wahrnehmen-wollen“ unzureichender Lebensbedingungen auch als Anpassungsmechanismus (Williams 2002: 147). Grund dafür ist vor allem eine Gewöhnung und Anpassung an die Wohnung, eine Angst vor dem Eingeständnis körperlicher und funktionaler Limitationen, sowie die starre Beibehaltung von Lebensgewohnheiten und Wohnbedingungen aus Prinzip (Oswald 2000: 213). Es sind vor allem identitätsstiftende und biographische Aspekte der Wohnung, die eine Zufriedenheit mit den gewohnten Wohnbedingungen selbst dann verursachen, wenn die Wohnung objektiv von geringer Qualität ist oder eine Selbstständigkeit offensichtlich erschwert (BMFSFJ 1998: 23/167). Dies macht deutlich, dass allein mit objektiv bewertbaren Wohnungsanpassungen das Problem der Selbstständigkeit und pflegerischen Versorgung alter Menschen im privaten Heim nicht gelöst werden kann.

### **1.3 Merkmale der aktuellen Wohnversorgung älterer Menschen**

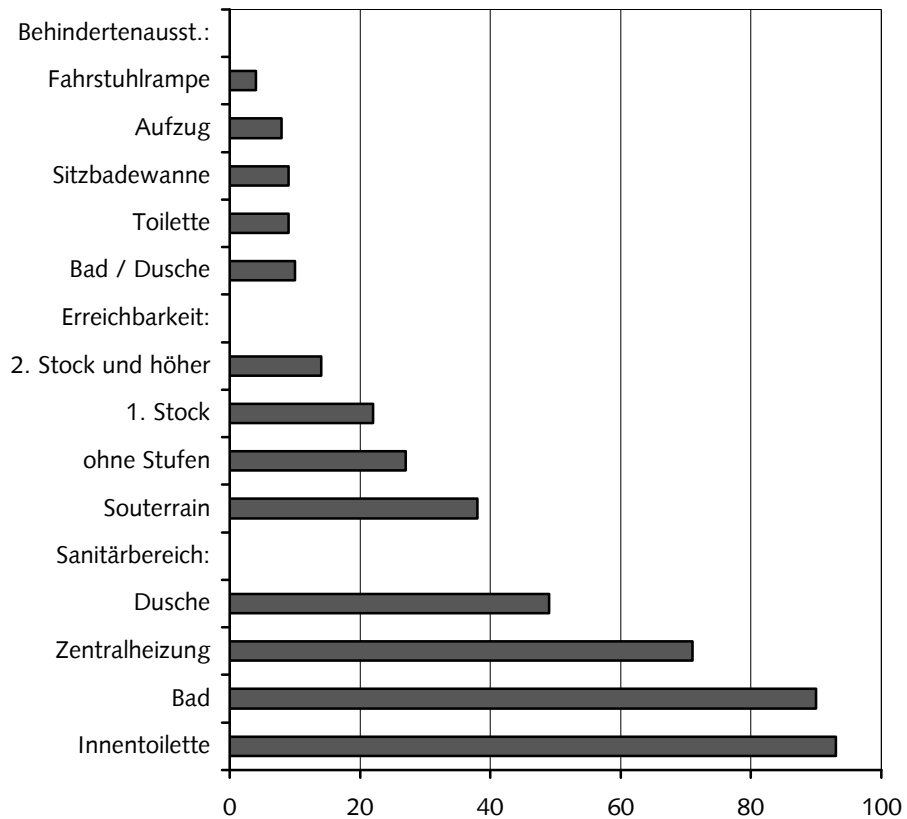
Insgesamt leben ca. 93% aller über 65jährigen Deutschen in privaten Haushalten, ca. 5% in Heimen und knapp 2% in Altenwohnungen (Narten/Stolarz 1999: 7). Von den selbständig lebenden Senioren sind ca. 30% 85 Jahre und älter, weitere 29% befinden sich im Alter zwischen 75 und 84 Jahren (BMG 1999: 31). Statistisch gesehen müssen von den privat wohnenden Senioren nur etwa 10% der Männer und 20% der Frauen mit einem späteren Umzug in ein Pflegeheim rechnen (Oswald 1998: 251), d.h. der überwiegende Teil der Bevölkerung bleibt auch im Alter und bei zunehmender Hilfsbedürftigkeit in einer Privatwohnung. Zu beachten ist jedoch, dass der geringe Anteil der Heimunterbringung mit zunehmendem Alter stark ansteigt: von den 85-89jährigen lebt ca. ein Sechstel, von den 90jährigen und Älteren ca. ein Drittel in speziellen Alteneinrichtungen (RKI 2002: 10).

Laut Bundesministerium für Gesundheit wurden 1997 von den 1,7 Millionen Pflegebedürftigen ca. 74% in Privathaushalten betreut. Dies ist zu einem beträchtlichen Anteil auch noch im Bereich der Pflegestufe III (56%) der Fall (BMG 1999: 19). Daten einer Studie in Baden-Württemberg zeichnen ein ähnliches Bild: Die meisten der pflegebedürftigen Senioren in Privathaushalten wohnen im Durchschnitt seit 30 Jahren in ihrer Wohnung (Blinkert/Klie 1999: 51). Die generellen Wohnbedingungen von Hilfe- und Pflegebedürftigen sind dabei kaum anders als die Wohnbedingungen eines Großteils der Bevölkerung (BMFSFJ 1996: 21), wobei Blinkert und Klie für Baden-Württemberg darauf hinweisen, dass in vielen Fällen ein überdurchschnittliches Zimmer- und Quadratmeterangebot in den Wohnungen älterer Pflegebedürftiger existiert. So hat eine Person statistisch gesehen 1,8 Zimmer zur Verfügung, und nur 6% der Pflegebedürftigen wohnen in einer Einzimmerwohnung (Blinkert/Klie 1999: 54f).

Wenngleich eine normale Wohnungsausstattung mit Sanitäreinrichtungen etc. die allgemeinen Wohnbedürfnisse abzudecken vermag, wurde im Rahmen von Wohnberatungsmaßnahmen festgestellt, dass in ca. 17% aller Wohnungen, in denen Anpassungsmaßnahmen durchgeführt wurden, Modernisierungsdefizite bestanden. Diese bezogen sich vor allem auf eine mangelhafte Qualität von Heizungsanlagen, Fenstern, und Elektro- oder Wasserinstalltionen. Darüber hinaus wurde der räumliche Zuschnitt in über der Hälfte aller Wohnungen als mangelhaft bewertet (Niepel 1999: 19). In diesem Zusammenhang ist u.a. darauf hinzuweisen, dass 15% der Pflegebedürftigen mit Wohnsitz in den neuen Bundesländern (NBL) das Fehlen einer Innenraumtoilette bewältigen müssen, (alte Bundesländer, ABL: 3%), was nicht einfach nur einen weiteren Weg, sondern u.U. eine immense Anstrengung und beträchtlichen Aufwand bedeuten kann. Ein dringlicheres Problem stellt jedoch die unzureichende behindertengerechte Wohnausstattung dar. So haben z.B. die wenigsten Pflegebedürftigen ein behindertengerechtes Bad (ABL: 11%; NBL: 5%) oder eine behindertengerechte Toilette zur Verfügung (ABL: 10%; NBL: 5%) (BMFSFJ 1996: 21).

Die folgende Abbildung zeigt die Wohnungsausstattung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in bundesdeutschen Privathaushalten, unterteilt in Variablen der Wohnungserreichbarkeit, der Grundausstattung und der behindertengerechten Ausstattung.

**Abb. 4: Ausstattung der Wohnungen Hilfe- und Pflegebedürftiger (Prozentangaben)**



Quelle: BMFSFJ 1996: 151

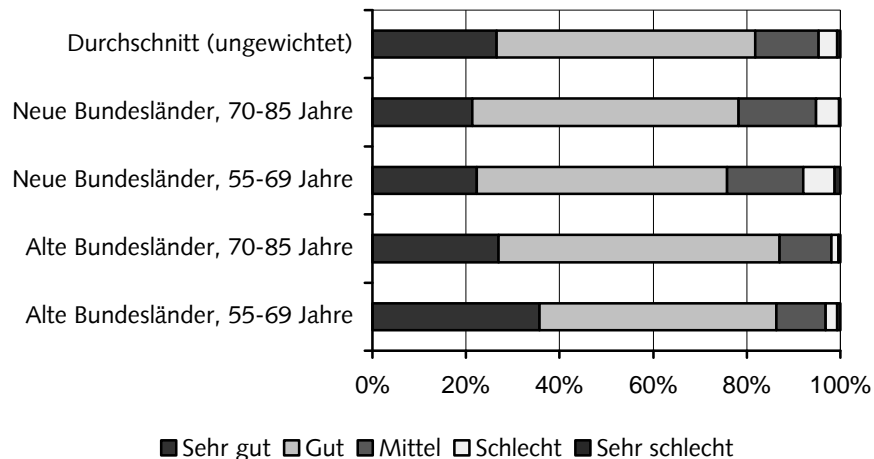
Nur 27% der Wohnungen sind ohne Treppensteigen erreichbar, während 14% im 2. Stock oder höher liegen. Dem gegenüber sind nur 8% der Wohnungen in Häusern mit Aufzügen untergebracht. Bedenkt man, dass vier von fünf Pflegebedürftigen unter Bewegungseinschränkungen leiden (BMFSFJ 1996: 153), so lässt dieser Überblick erahnen, welche Mühe allein das Verlassen und Betreten der Wohnung oftmals machen kann bzw. welcher Hilfeaufwand dafür benötigt wird. Dies ist vor allem problematisch in Ballungsräumen, in denen der Anteil der pflegebedürftigen Senioren mit Wohnungen in mehrstöckigen Gebäuden bis auf zwei Drittel steigen kann (Blinkert/Klie 1999: 55). In Großstädten wohnen insgesamt 10% in Wohnungen im vierten Stock oder höher (ebd.), was trotz Fahrstuhl zu einem erheblichen Problem werden kann. Für NRW verfügbare Daten zeigen, dass ca. 40% aller Wohnungsanpassungen in Etagenwohnungen durchgeführt wurden, wovon 23% im dritten Geschoss oder höher lagen (Niepel 1998: 53).

Oswald (2000: 209) gibt die Rate der Älteren, die in Wohnungen mit „Substandard“ leben, für die neuen Bundesländer mit 26% an (ABL: 3,4%). „Substandard“ beinhaltet z.B. fehlende oder mangelhafte Sanitäranlagen und Heizungssysteme, aber auch Barrieren, gefährliche Stellen, Schwellen oder schlechte Beleuchtungsverhältnisse. Daten der Gebäude- und Wohnungsstichprobe 1993 zeigen, dass damals ca. 29% aller Wohnungen von über 65jährigen als „nicht modern“ bezeichnet werden mussten (BMFSFJ 1998: 103). Schwere Mängel traten zwar nur in 7% aller Fälle auf, aber die Verfasser weisen ausdrücklich darauf hin, dass diese 7% eine Zahl von 600.000

Wohnungen und damit eine Größenordnung repräsentieren, die der Gesamtheit der Alten- und Pflegeheimplätze entspricht.

Die DZA-Datenbank GeroStat, basierend auf Daten des Alters-Survey von 1996, gibt im Kontrast zu den o.g. objektiven Wohnungsbewertungen ein eher positives Bild der Wohnbedingungen ab. Nach der Bewertung der eigenen Wohnung auf einer fünfstufigen Skala gefragt, zeigte sich eine hohe Zufriedenheit älterer Menschen mit der Wohnsituation:

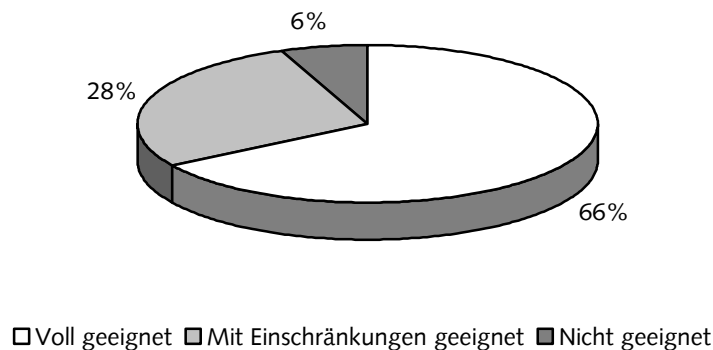
**Abb. 5: Subjektive Bewertung der Wohnsituation im Alter**



Quelle: GeroStat

Diese Ergebnisse stehen im Konflikt mit weiteren GeroStat-Daten, die z.B. den Beweis erbringen, dass fast ein Drittel aller Menschen in den NBL im Alter von 55-85 Jahren in Wohnungen mit Mängeln an der baulichen Ausstattung lebt (ABL: über 10%). Jeder zehnte Befragte in den NBL gab an, dass sich die Wohnsituation in den letzten 10 Jahren verschlechtert habe (ABL: 2-3%). Fast ein Viertel aller 70-85jährigen in den NBL wünscht sich eine altersgerechtere Wohnung (ABL: 17,2%). Der Gegensatz dieser Studienergebnisse verdeutlicht dabei die Existenz des zuvor beschriebenen Zufriedenheitsparadoxons, demzufolge eine objektive Unzulänglichkeit der Wohnbedingungen nicht zwangsläufig eine subjektiv messbare Unzufriedenheit verursachen muss. Diese Tendenz ist zum Teil auch noch bei pflegebedürftigen alten Menschen erkennbar, die aufgrund ihrer individuellen Limitationen bereits spezielle Anforderungen stellen dürften. Abbildung 6 zeigt in diesem Zusammenhang, dass zwei Drittel aller Pflegebedürftigen ihre Wohnung auch für pflegebedürftige Personen für geeignet halten. Gleichzeitig zeigen die Daten, dass für immerhin 6% das Wohnen in ihrer Unterkunft ein Problem darstellt, während 28% gewisse Einschränkungen machen. Es ist durchaus möglich, dass im Bereich dieser 28% eine deutliche Verbesserung durch wohnungsbezogene Anpassungsmaßnahmen erreicht werden könnte.

**Abb. 6: Eignung der Wohnung für Pflegebedürftige – Selbsteinschätzung**



Quelle: Blinkert/Klie 1999: 57

Bereits seit den 60er Jahren ist im Rahmen der „docility hypothesis“ (vgl. Lawton 1986) bekannt, dass die Balance zwischen der Kapazität eines Menschen und dem bestehenden Umweltzustand durch das Anpassen des individuellen Verhaltens bzw. des jeweiligen Umweltkontexts, oder durch gegenseitige Anpassung beider Aspekte erreicht werden kann. Zuviel sowie zuwenig Anpassungsdruck durch die Umwelt – gepaart mit geringem bzw. hohem individuellem Kompetenzniveau – kann gemäß dem „Umweltdruck-Modell“ (ecological model) von Lawton/Nahemow (1973: 661) zu nachteiligen Anpassungsreaktionen führen, die den Bewohner je nach Situation unter- oder überfordern können. Ein zunehmender Kontrast zwischen den Wohnanforderungen älterer und pflegebedürftiger Menschen und der Bedarfsabdeckung durch die Wohnungsausstattung bedeutet daher bei unveränderter Wohnsituation zwangsläufig eine Zunahme von Kompensationsversuchen und Anpassungen durch die Bewohner. Der Erfolg solcher Strategien hängt maßgeblich ab von der Kapazität der Bewohner, sich räumlich und funktional zielgerichtet und erfolgreich zu bewegen (vgl. Oswald 1994: 356). Fehlt diese Kapazität, so kann sich dieser Mangel vielfältig im Alltag ausdrücken, z.B. als eine Vermeidung von Aktivitäten (Minimierung von Wohnungsreinigung und persönlicher Hygiene oder Vermeidung von Aktivitäten außer Haus), eine Veränderung von Verhaltensmustern in Abhängigkeit von den räumlich umsetzbaren Gegebenheiten, oder eine Durchführung von Tätigkeiten unter funktionell nicht angepassten oder sogar gefährlichen Umständen. Bei unveränderter Wohnsituation kann daher schnell ein erhöhtes Unfallrisiko auftreten (vgl. Niepel 1995: 48; Biderman et al. 2002: 631). So ereignen sich z.B. 43% der Unfälle älterer Menschen im Haus oder der eigenen Wohnung, und 35% aller Unfälle älterer Menschen führen zu bleibenden Folgen (Niepel 1998: 78/79). Dies sind vor allem Stürze und Fallereignisse, die häufig langwierige gesundheitliche Folgen haben können und oft Pflegebedürftigkeit hervorrufen bzw. verstärken (Niepel 1995: 51). Von den tödlichen Unfällen sind es bereits 52%, die sich in der eigenen Wohnung ereignen (ebd.: 53), was zeigt, dass eigenständiges Wohnen durchaus als ein Risikofaktor gesehen werden muss. Generell steigt das Risiko eines Unfalls naturgemäß mit steigendem Alter, kann jedoch durch geeignete Wohnungsanpassungen reduziert werden (Day et al. 2002: 128).

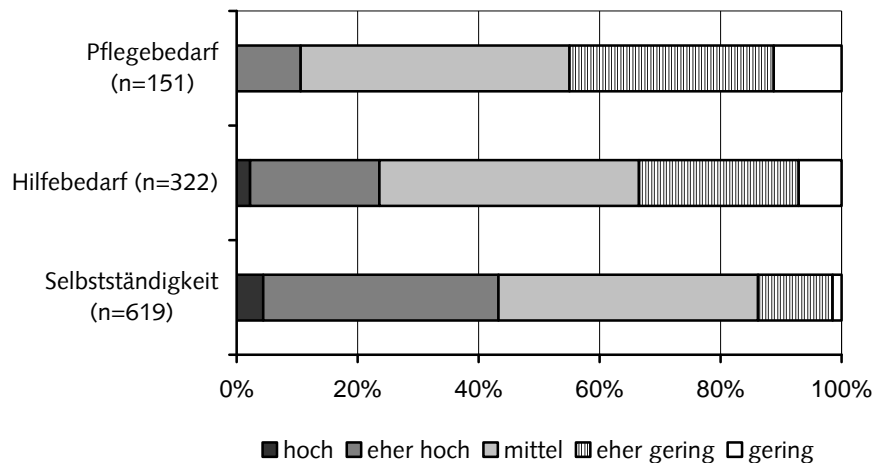
**Tab. 1: Häusliches Unfallrisiko älterer Menschen**

	50-65 Jahre	65-80 Jahre	Über 80 Jahre
Generelles Unfallrisiko	53%	55%	62%
Bereits erfolgter Unfall	19%	26%	39%

Quelle: Niepel 1998: 79

Unzureichend angepasste Wohnbedingungen sind jedoch nicht nur gefährlich, sondern korrelieren auch mit dem generellen Grad der Selbstständigkeit. So leben z.B. nur 13,8% der relativ Selbstständigen unter ungünstigen oder schlechten Wohnbedingungen. Für hilfsbedürftige Menschen trifft dies bereits für ein Drittel zu, und für pflegebedürftige Menschen in 45% aller Fälle (Abb. 7, BMFSFJ 1998: 165).

**Abb. 7: Wohnqualität und Grad der Selbständigkeit**



Quelle: Schmitt et al. 1994

Dies kann nicht direkt als Beweis gesehen werden, dass eine ungenügende Wohnsituation Grund für Pflegebedürftigkeit ist. Dennoch konstatieren die Verfasser des Zweiten Altenberichts, dass „Wohnungsmängel, die bei dieser Gruppe älterer Menschen häufig sind, die Bewirtschaftung und die Betreuung erschweren. Darüber hinaus können schlechte Wohnverhältnisse mitverantwortlich dafür sein, dass Pflegebedarf zunimmt oder überhaupt erst entsteht“ (BMFSFJ 1998: 99). Aussagekräftig sind die Daten jedoch vor allem in der Hinsicht, dass Pflegebedürftigkeit nicht nur als „individuelles Problem“ gesehen werden darf, sondern immer in den jeweiligen räumlichen Kontext gestellt werden muss: Eine körperliche Limitation wird erst durch eine unangepasste Umwelt zu einer realen Behinderung (Bickenbach 1999: 1176)<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Die Verfasser des Zweiten Altenberichtes argumentieren in ähnlicher Weise, wenn sie „die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit als (deutlich) verringerte Fähigkeit, Anforderungen einer spezifischen Umwelt zu bewältigen“ definieren (BMFSFJ 1998: 166, Ergänzung im Original). Verbesserungen der Wohnumwelt werden somit als bedeutsame Elemente für Rehabilitation und Prävention identifiziert: Sie sind „vital to successful independent living for older people, as well as to the prevention of ill



## **2. Wohnungsanpassungen zur Förderung der Selbständigkeit im Alter**

Im Rahmen des NRW-Modellprojektes zur Wohnberatung wurde die Wohnungsanpassung wie folgt definiert (Niepel 1998: 16): „Wohnungsanpassung ist die Förderung, Optimierung, Wiederherstellung der Passung zwischen den Fähigkeiten des (älteren/behinderten) Menschen und den Merkmalen seiner unmittelbaren Lebensumgebung“ (Ergänzung im Original).

Eine andere Formulierung wählt das Institut zur Erhaltung und Modernisierung von Bauwerken e.V., in dessen Bauherren-Informationssystem folgende Definition zu finden ist: „Wohnungsanpassungsmaßnahmen sind bauliche Maßnahmen, die in einer Wohnung nachträglich auf Anforderung der Bewohner durchgeführt werden“ (IEMB 2002).

Die zweite Formulierung stellt den baulichen Aspekt stärker heraus, limitiert die Durchführung von Anpassungsmaßnahmen dabei jedoch auf eine Reaktion der Bewohner und unterscheidet nicht zwischen aus gesundheitlichen Gründen notwendigen Umbauten und baulichen Veränderungen zur Erzielung eines verbesserten Komforts. Die erste Definition integriert dagegen bewusst die präventive Wirkung vorbereitender Baumaßnahmen, die eine Passung zwischen Mensch und Wohnumwelt nicht erst wiederherstellen, sondern ebenso fördern und optimieren können.

In beiden Fällen zielt der Begriff der Wohnungsanpassung – wie auch andere gängige Definitionsmodelle – in aller Regel auf spezielle Veränderungen in der Wohnung und im Bereich des Wohnungszugangs ab, wobei der Ausgleich von Bewegungseinschränkungen meist im Vordergrund steht (BMFSFJ 2001: 246).

### **2.1 Wohnungsanpassung: die Wohnung als Ressource**

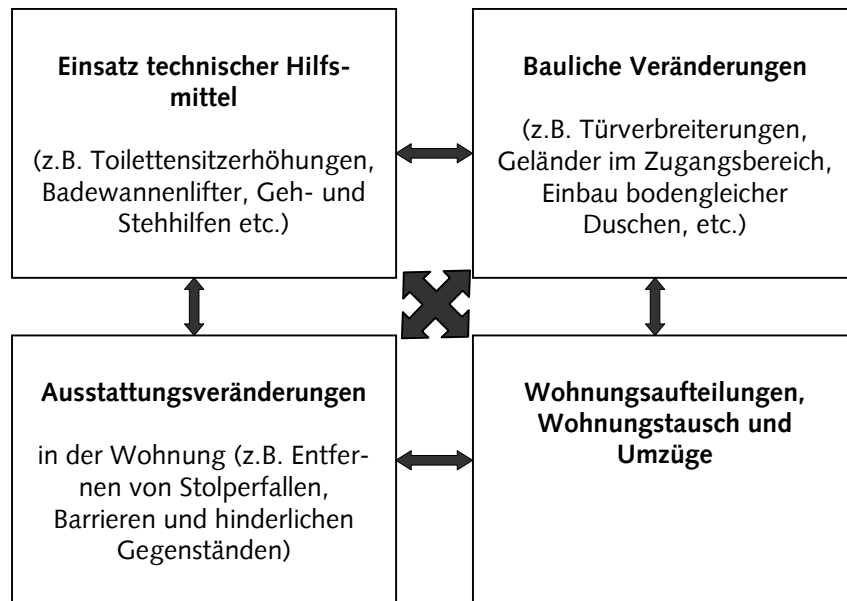
Die eigene Wohnung kann – bei entsprechender Ausstattung – ein aktiver Faktor zur Beibehaltung der Eigenständigkeit sein und dadurch eine gesundheitsfördernde Wirkung haben: „(...) if a healthy, definitive place identity fit exists, the home is deemed therapeutic as it contributes to well-being“ (Williams 2002: 142). Durch geplante Wohnungsgestaltung kann dieser Effekt bewusst erreicht bzw. verstärkt werden.

Eine zweckgerichtete Gestaltung des individuellen Lebensraumes kann durch verschiedene Arten der Wohnraumanpassung erfolgen. Nach Niepel (1998: 18) kann dabei zwischen folgenden Formen – die jedoch untereinander beliebig kombinierbar sind – unterschieden werden:

---

health“ (Harrison/Heywood 2000: 150). Im Kontext unterschiedlicher Pflegebedürfnisse konstatieren Gilderbloom/Markham (1996: 530) jedoch, dass im Rahmen einer empirischen Studie die Nutzung von Wohnungsanpassungen bei leicht behinderten Älteren deutlich höher lag als bei Schwerbehinderten, für die Wohnungsanpassungen oft unzureichend für die Wiederherstellung eines eigenständigen Lebens sind (vgl. auch Niepel 1999: 41ff).

Abb. 8: Arten der Wohnraumanpassung



Die eigentlichen Formen der Wohnraumanpassung, die mit einer Veränderung und Beibehaltung der eigenen Wohnung einhergehen, sind dabei (a) die technischen Hilfsmittel, (b) die baulichen Veränderungen und (c) die Ausstattungsveränderungen. Der Umzug oder Wohnungstausch bleibt jedoch in einigen Fällen die einzige Lösung, eine Passung zwischen Wohnbedarf und Wohnbedingungen herzustellen. Daten aus NRW zufolge ist dies in ca. 5% aller Fälle unvermeidlich und resultiert zum einen aus der Nicht-Anpassbarkeit von Wohnungen, zum anderen aus einem nicht leistbaren Kostenaufwand für die erforderlichen Maßnahmen (Niepel 1999: 19). Im Rahmen der Wohnberatungsaktivitäten der Wohnberatung der Stadt Bonn zeigte sich, dass in 14% aller Beratungsfälle nur ein Umzug die entsprechenden Wohnbedingungen erbringen konnte<sup>4</sup>. Es ist durchaus möglich, dass diese Zahl in größeren Städten aufgrund der verstärkten Geschossbauweise generell höher liegt.

Die drei Hauptformen der Wohnungsanpassung werden in allen Wohnbereichen umgesetzt und variieren in ihrer Bedeutung in Abhängigkeit vom Wohnumfeld und den jeweiligen Bedürfnissen der Bewohner. In der folgenden Tabelle sind die wichtigsten Anpassungsformen, getrennt nach Wohnbereich, aufgeführt:

<sup>4</sup> Wohnberatung Bonn, persönliche Mitteilung.

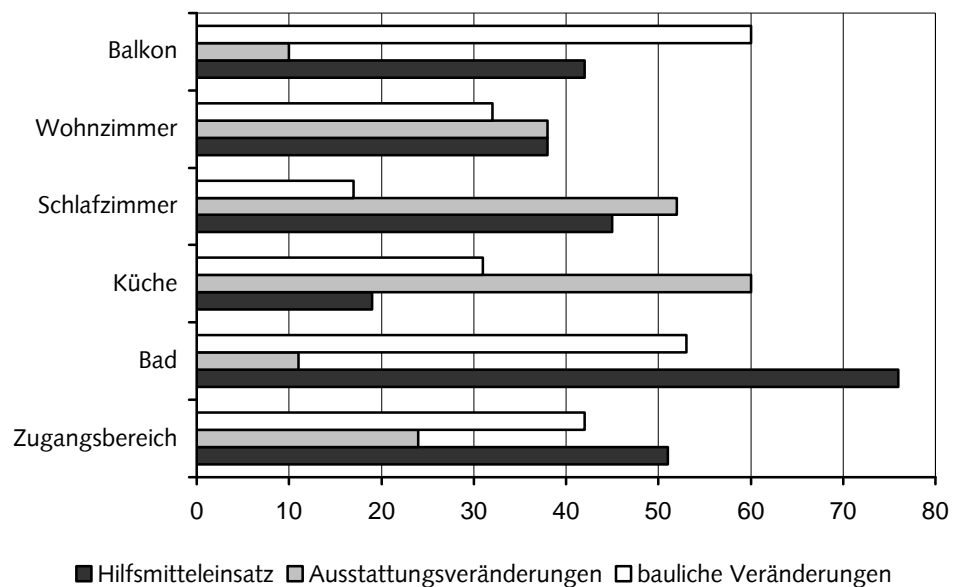
**Tab. 2: Wichtige Anpassungsformen in Privatwohnungen**

<b>Wohnbereich</b>	<b>Hilfsmittel</b>	<b>Bauliche Maßnahme</b>	<b>Ausstattungsänderung</b>
Zugangsbereich	Treppenlift, Hebebühne, Rampe, elektrische Türöffner	Rampe, Treppenumbau, Wegeveränderung	(beidseitige) Geländer, ausreichende Beleuchtung, Türveränderungen (Stopper, andere Griffe etc.)
Sanitärbereich	Haltegriffe, Duschsitz, Toiletten-sitzerhöhung, Wannenslifter	Türverbreiterung, Umbau der Dusche (bodengleiche Dusche), neue Toilette, rutschfeste Böden, Badumbau	neue Armaturen, Duschtrennung, Spiegel, nach außen öffnende Tür, Möbelanordnung
Schlafbereich	Pflegebett (u.U. elektrisch verstellbar), Aufstehhilfen, Nachtstuhl	Neuer Bodenbelag, elektrische Rollos	Betterhöhung, Zimmerverlegung, Möbelumstellung/-entfernung
Wohnzimmerbereich	Elektrischer Sessel, Haltegriffe, Sitzkissen	Elektrische Rollos, Türverbreiterung	Möbelerhöhung, Möbelumstellung/-entfernung, neuer Bodenbelag, Entfernung gefährlicher Kanten
Küchenbereich	Stehhilfen, Alltagshilfen wie Fixierbrett, Spezialbesteck etc.	Türverbreiterung, neue Spüle, neue Anschlüsse für Gas, Strom und Wasser, neuer Bodenbelag	Umbau von Schränken, Hochstellen/Tieferhängen von Möbeln/Schränken, Unterfahrbarkeit der Arbeitsflächen, Entfernung gefährlicher Kanten
Allgemein		Schwellenfreier Zugang zu allen Räumen, ausreichende Bewegungsflächen	Höhenanpassung von Lichtschaltern, Steckdosen, Türgriffen etc.

Quelle: Niepel 1999, LBS-Bundesgeschäftsstelle 1999, BMFSFJ 1998

Für die Stadt Bonn zeigte sich in den Jahren 2000 und 2001, dass Umbaumaßnahmen die häufigsten durchgeführten Maßnahmen waren, gefolgt von den Hilfsmittleinsätzen. Ausstattungsänderungen waren die seltenste Maßnahmenkategorie<sup>5</sup>. Die beschriebenen Wohnungsanpassungsformen sind jedoch nicht gleich in der Wohnung verteilt, es besteht vielmehr ein variables Profil bestgeeigneter Anpassungsformen in verschiedenen Wohnbereichen. Eine Analyse der Maßnahmen, die durch die Vermittlung und Beratung nordrhein-westfälischer Wohnberatungsstellen durchgeführt wurden, zeigt dies besonders deutlich:

**Abb. 9: Arten der Wohnanpassung nach Wohnbereichen (Prozentangaben)**



Quelle: Niepel 1999: 21

Wohnungs- und gebäudebezogene Maßnahmen, die die Wohn- und Lebensbedingungen älterer Menschen im oben beschriebenen Sinne verbessern sollen, lassen sich des Weiteren grob nach drei Anwendungsmöglichkeiten unterteilen (BMRBS 1995: 31; BMFSFJ 2002a: 110):

- *reaktive Wohnungsanpassung*: Beseitigung von Substandards in der Wohnungsausstattung als Reaktion auf eine Verschlechterung der Fähigkeiten des Bewohners bzw. eine Unzulänglichkeit der Wohnungsausstattung.
- *reaktive oder präventive Anpassungsformen*: darunter kann zum einen eine generelle Gebäudeanpassung und zum anderen eine individuelle Anpassung einzelner Wohnungen an neue Bedürfnisse und Vorgaben verstanden werden. Je nach Zeitpunkt der baulichen Interventionen können diese Anpassungen entweder reaktiv, oder – im Falle einer baulichen Vorwegnahme möglicher Anpassungsmaßnahmen – präventiv ausgerichtet sein.

<sup>5</sup> Wohnberatung Bonn, persönliche Mitteilung.

- *präventiver Wohnungsbau*: altenorientierte Neubauprojekte, die architektonisch, bautechnisch und ausstattungs­mäßig speziell auf die Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten sind und verschiedene Anpassungs­maßnahmen bereits integrieren bzw. dafür vorbereitet sind.

Eine erfolgreiche Anpassung der Wohnumwelt erleichtert zusätzlich die effektive Betreuung durch Angehörige und ambulante Dienste (LBB 1993: 37). Momentan dominiert in Deutschland jedoch noch die reaktive Form der Wohnungsanpassung, eine präventive Anwendung ist eher selten (BMFSFJ 2002a: 110) und erfolgt zumeist nur im Kontext von Großprojekten und Baumaßnahmen institutioneller Träger. Präventive Anpassungen im privaten Wohnungsbau scheinen jedoch eher die Ausnahme zu sein. Vorausschauende Anpassungsmaßnahmen werden daher zunehmend gefordert: Wohnberatung muss „präventiv orientiert sein, denn hier liegt eines ihrer größten Wirkungspotenziale“ (Niepel 1998: 25).

Informationen aus den Forschungsvorhaben des experimentellen Wohnungs- und Städtebaus (ExWoSt) geben zudem Hinweise darauf, dass in vielen Modernisierungsprojekten die vorhandenen Anpassungsmöglichkeiten nur zum Teil ausgenutzt wurden (z.B. Schwellenbeseitigung, rutschfeste Bodenbeläge) bzw. ohne großen Mehraufwand einbaubare Hilfsmittel (z.B. Haltegriffe, Rampen etc.) nicht realisiert wurden. Erschreckend häufig sind solche Konstruktions- und Planungsfehler auch in speziell als altengerecht definierten Gebäuden (BMRBS 1995: 24), in denen zwar eine Anzahl baulicher Maßnahmen realisiert wurde, zusätzlich notwendige Anpassungen aber nicht immer durchführbar sind. Dies kann z.B. an der Größe der Räume oder der Festigkeit der Wände liegen. Die mangelhafte Ausstattung solcher Wohnungen kann z.B. durch Daten aus NRW nachgewiesen werden: 12% aller Anpassungsmaßnahmen erfolgen in spezifisch auf Alte und Behinderte zugeschnittenen Wohnformen. 60% dieser Anpassungen entfallen dabei auf Altenwohnungen, 28% auf behindertengerechte Wohnungen (Niepel 1998: 54).

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass eine Vielzahl an Hilfsmitteln und Umbauoptionen, die auch bei erheblichen physischen Limitationen eine (fast) selbstständige Haushaltsführung ermöglichen, zur Verfügung stehen. Eine Studie in den USA erbrachte jedoch das Resultat, dass insgesamt nur 10% der Haushalte älterer Personen eine Wohnungsanpassung in ihrer Wohnung durchgeführt haben (Gilderbloom/Markham 1996: 512), und es ist nicht davon auszugehen, dass der Wert für Deutschland deutlich höher liegt. Aus der unzureichenden Übereinstimmung von (a) dem offensichtlichen Bedürfnis vieler Senioren, (b) den technisch-architektonisch machbaren Lösungsansätzen, und (c) der individuellen Motivation der Betroffenen zur Abrufung der möglichen Leistungen kann gefolgert werden, dass eine entsprechend aufbereitete Informationskampagne und verstärkte Bekanntmachung sowohl der Thematik als auch der Interventionsmöglichkeiten die Nutzung der Wohnanpassungsmaßnahmen verbessern könnten. Potenzielle Verbesserungen würden dabei nicht nur im Bereich der Lebensqualität des Einzelnen erreichbar sein, sondern auch im Rahmen des Pflegesektors.

## 2.2 Wohnberatung: Was, warum und für wen?

Ziel einer jeden Wohnungsanpassungsmaßnahme ist, wie oben beschrieben, der Ausgleich von Bewegungseinschränkungen und funktionalen Beeinträchtigungen des jeweiligen Bewohners durch eine entsprechende komplementäre und substituierende Anpassung und Ausstattung der Wohnumgebung. Im Rahmen einer Wohnberatung, die sowohl Probleme als auch Lösungsansätze der Wohnsituation alter Menschen identifizieren und mit den Betroffenen zusammen „angreifen“ kann, ist eine effiziente Anpassung der individuell erforderlichen Wohn- und Lebensbedingungen erreichbar. Ziel der Wohnungsberatung und darauf folgenden Anpassungsmaßnahmen muss es daher auch sein, die gewohnte Lebensführung in die Planung von baulichen Eingriffen einzubeziehen. Niepel (1998: 7) beschreibt dementsprechend das Ziel der Wohnberatung zur Vorbereitung eventueller Anpassungsmaßnahmen als den „Erhalt, die Förderung oder Wiederherstellung selbständigen Wohnens im Alter und bei Behinderungen“, was immer nur im direkten Zusammenhang mit den Fähigkeiten des Bewohners möglich ist und ebenso den präventiven Effekt von vorausschauenden Anpassungen verdeutlicht.

Hauptadressaten der Wohnberatung sind demzufolge ältere und behinderte Menschen, von denen ein beträchtlicher Anteil alleinlebend ist und keine Hilfeleistung durch einen Partner erwarten kann (BMG 1999: 32). Aufgeteilt nach Alter finden ca. 70% aller Anpassungsmaßnahmen in Wohnungen von Bewohnern über 65 Jahren statt, wobei steigendes Alter deutlich mit einem steigenden Bedarf korreliert: Über-80jährige repräsentieren ein Viertel aller Senioren ab 65 Jahren in NRW, sind aber mit 39% eine Gruppe mit überproportionalem Bedarf an Anpassungsleistungen (Niepel 1998: 40f). Eine Analyse der in NRW durchgeführten und von Wohnberatungsstellen vermittelten Maßnahmen zeigt dabei, dass mit 85% der überwiegende Teil aller Anpassungen in Wohnungen hilfs- und pflegebedürftiger Menschen durchgeführt wurde, von denen ca. zwei Drittel in einer Pflegestufe nach SGB XI eingestuft sind (Niepel 1998: 9). Wohnungsanpassungen leisten damit nicht nur einen Dienst für ein verbessertes eigenständiges Wohnen von Senioren, sondern auch für Effizienz und Praktikabilität beruflicher und familiärer Pflege.

Als Beispiel für das Profil der Empfänger von Wohnungsanpassungen ist in Tabelle 3 eine Zusammenfassung der Jahresstatistiken 2000 und 2001 der Bonner Wohnberatungsstelle dargestellt.

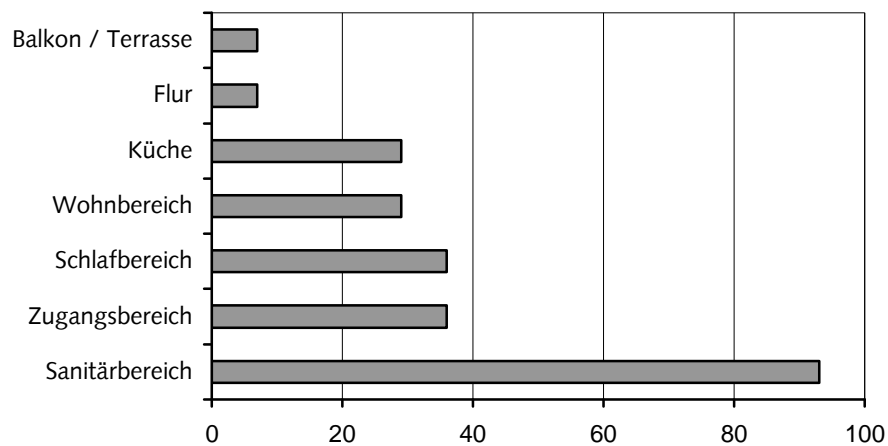
**Tab. 3: Nutzer von Anpassungsmaßnahmen**

	2000	2001	Total
Personen insgesamt	126	129	255
Über 60 Jahre	92 (73%)	98 (76%)	190 (75%)
Behindert	102 (81%)	98 (76%)	200 (78%)
Pflegebedürftig	84 (67%)	74 (57%)	158 (62%)

Quelle: Wohnberatung Bonn, Jahresstatistik (unveröffentlicht)

Schwerpunkt von Beratungsleistungen sind die Beseitigung von Unfallursachen und Gefahrenstellen, eine Gewährleistung von Barrierefreiheit und Zugänglichkeit, sowie die Anbringung von Hilfsmitteln (BMFSFJ 2000: 9). Als besonders effektiv bezeichnet die LBS Maßnahmen, die eine eigenständige Badbenutzung ermöglichen und die räumliche Mobilität in der Wohnung verbessern (LBS-Bundesgeschäftsstelle 1999: 14). Passend dazu hat eine Auswertung der Beratungsaktivitäten einer Wohnberatungsstelle in Dortmund folgende Schwerpunktbereiche für Wohnungsanpassungen ergeben:

**Abb. 10: Baumängel im Rahmen von Wohnberatung in Dortmund (Prozentangaben)**



Quelle: Verein für Gemeinwesen- und Sozialarbeit Kreuzviertel e.V. 2000: 33

Einem Zwischenbericht des Modellprojekts „Wohnberatung für Bürgerinnen und Bürger in NRW“ entnommene Daten zeigen in ähnlicher Weise, dass durch die Wohnberatungen ein besonderer Schwerpunkt auf die als problematisch erkannten Bereiche der Wohnbedingungen gelegt wird. Basierend auf einer Erfassung von über 600 Wohnungen, in denen Anpassungsmaßnahmen durchgeführt wurden, zeigt die folgende Abbildung, welche Räume zu welchem Prozentsatz als „generell problematisch“ für die Bewohner erkannt wurden und welche Hauptursachen dafür verantwortlich waren.

Abb. 11: Schwerpunkte für Anpassungsmaßnahmen in NRW

		<b><u>Balkon/Terrasse 19%</u></b> Schwellen/Stufen 13,5%	
<b><u>Schlafzimmer 32%</u></b> Bett 16% Erreichbarkeit 7% Bewegungsfreiheit 5,5% Stolperfallen und Stosskanten 5%		<b><u>Wohnzimmer 27%</u></b> Stolperfallen & Stosskanten 11% Möbelanordnung 6,5%	
<b><u>Sanitärbereich 75%</u></b> Haltegriffe 32% Badewanne 29% Türöffnungsrichtung 27,5% Bewegungsfreiheit 26% Toilette 21% Türbreite 19,5% Dusche 17% Bodenbelag 9% Erreichbarkeit 9%	<b><u>Flur 23%</u></b> Bodenbelag 8,5% Eingangstür 7,5% Bewegungsfreiheit 6% Schwellen/Stufen 6%	<b><u>Küche 19%</u></b> Kücheneinrichtung 5,5%	
<b><u>Zugangsbereich 59%</u></b> Stufen/Treppen 34,5% Stolper-/Rutschgefahr 6%		<b><u>Generell</u></b> Stufen/Treppen innerhalb des Wohngebäudes 18% Notrufsystem fehlt 5%	

Quelle: Niepel 1999: 16;18

Die Daten zeigen, dass häufig eine Vielzahl an Problemen zusammenkommt – dies ist vor allem im Badezimmer/Sanitärbereich der Fall.

Insgesamt machen die allgemeine Wohnberatung und die Beratung über Wohnungsanpassungen etwa ein Drittel der Beratungsaktivitäten der am Bundesmodellprogramm „Selbständig Wohnen im Alter“ beteiligten Koordinierungsstellen aus. Weitere Hauptarbeitsbereiche sind die Information über betreutes Wohnen (26%) und seniorenrechtliche Wohnformen (18%) (BMFSFJ 2002b: 2). Daten des NRW-Modellprojektes zur Wohnberatung zeigen jedoch, dass bei einem weiterführenden Angebot an Dienstleistungen vor allem die konkreten, in der Wohnung individuell durchzuführenden Maßnahmen im Mittelpunkt der Beratung stehen:



**Tab. 4: Inhalte von Wohnberatungen**

Konkrete Anpassungsberatung im Bereich „Barrierefreies Wohnen/Wohnungsanpassung“	85%
<i>Davon: Anpassungsberatung im Bereich</i>	
- Hilfsmiteileinsatz	60%
- Bauliche Veränderungen	44%
- Ausstattungsveränderungen	42%
- Wohnungsumzug/-tausch	29%
- Wohnungsaufteilung	4%
Finanzierungsberatung	36%
Beratung zu barrierefreien Wohnformen	31%
Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung	24%
Beratung zu Neubauvorhaben	2%

Quelle: Niepel 1999: 72

### **2.3 Bauliche Rahmenbedingungen: Vorgaben und Richtlinien**

Im Rahmen der baulichen Anpassung von Wohnraum an spezielle Bedürfnisse älterer, pflegebedürftiger oder behinderter Menschen sind einige Vorgaben und Richtlinien zu beachten. Neben den Vorgaben für die förderbaren Wohnrauminterventionen nach § 40 Abs. 4 SGB XI sind vor allem die DIN Richtlinien 18025 Teil 1 und Teil 2 als Planungsnorm für barrierefreie Wohnungen für alte und behinderte Menschen wichtig. Teil 2 bezieht sich auf barrierefreie Wohnungen, welche auch von Gehbehinderten etc. nutzbar sein müssen, während sich Teil 1 auf Wohnungen und öffentliche Gebäude für Rollstuhlbewohner bezieht (LBS-Bundesgeschäftsstelle 1999: 20). Für die äußere Wohnumgebung gibt die DIN 18024 entsprechende Richtlinien (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange Behinderter 1997: 3). Sollen also Wohngebäude für ältere bzw. potenziell bewegungseingeschränkte Menschen nach DIN 18024 Teil 2 gebaut werden, so sind eine Reihe von baulichen Vorgaben einzuhalten (wie z.B. Schwellenfreiheit, mindestens 80 cm breite Innentüren, 90 cm breite Wohnungstür, ausreichende Bewegungsflächen, rutschfeste Fußböden etc.) (vgl. LBS-Bundesgeschäftsstelle 1999: 20).

In Nordrhein-Westfalen existierten in den 90er Jahren drei Ebenen von relevanten Vorgaben für Bauprojekte, die öffentlich gefördert werden konnten (LBB 1993: 57f):

- *altenfreundliche Wohnungen* (gemäß Wohnbauförderungsbestimmungen), die sich auf Wohnungen für Kleinhaushalte im Erdgeschoss bzw. ersten Geschoss beziehen und Vorbedingungen für spätere Anpassung erfüllen müssen,

- *altengerechte Wohnungen* (gemäß Altenwohnungsbestimmungen), welche einem differenzierten Anforderungskatalog entsprechen müssen (z.B. geräumige Badezimmer, bodengleiche Dusche, Haltegriffe, breite Türen etc.) und nur von bedürftigen Bewohnern über 60 Jahren bezogen werden dürfen,
- *barrierefreie Wohnungen* (gemäß DIN 18025), welche auf eine vielseitige Anpassungsmöglichkeit der Wohnung an verschiedenste Nutzer zielen anstatt auf eine festgelegte Personengruppe.

Dabei decken sich die Anforderungen der DIN 18025 zum größten Teil mit den Altenwohnungsbestimmungen, so dass eine barrierefreie Wohnung relativ einfach zu einer altengerechten Wohnung umfunktioniert werden kann (LBB 1993: 60)<sup>6</sup>. Die Standards für altenfreundliche Wohnungen hält das LBB jedoch für zu schwach und empfiehlt, den Status „altenfreundlich“ aufzugeben (LBB 1993: 59). Das LBB plädierte schon in den 90er Jahren für eine Zusammenfassung der Altenwohnungsbestimmungen mit der DIN 18025 (Teil 2), so dass folgende Vorgaben für eine altengerechte Wohnung gelten würden:

- Barrierefreiheit und mögliche Nachrüstbarkeit in Einzelfällen,
- angemessene Größe von Wohnung und Räumen,
- spezielle potenziell erforderliche Ausstattungsdetails wie z.B. Haltegriffe,
- Erreichbarkeit von öffentlichen Verkehrsmitteln und Einkaufs-/Versorgungszentren.

### **3. Wohnungsanpassungen und Pflegeversicherung**

Die Praxis der Wohnberatung und Wohnungsanpassung im Kontext der Pflegeversicherung (dort definiert als „wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“; § 40 Abs. 4 SGB XI) reflektiert zum größten Teil die baulichen Vorgaben: bis auf die von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen weitestgehend ausgeschlossenen Außenbereiche repräsentieren die im vorangegangenen Kapitel aufgelisteten Forderungen an altengerechte Wohnungen die Kernstücke der Wohnungsinterventionen. Im Rahmen der hier vorgesehenen Wohnungsanpassung werden im Allgemeinen folgende Maßnahmen durchgeführt (BMFSFJ 1998: 110):

- Beseitigung von Ausstattungsmängeln (z.B. Bad, WC, Zentralheizung),
- Reorganisation der Wohnung bzw. des Hauses (z.B. Wohnungsverkleinerung, Stockwerktausch),
- Beseitigung von Barrieren (z.B. Lift oder Rampeneinbau, Einbau einer bodengleichen Dusche, Verbreiterung von Türen),
- kleinere Alltagserleichterungen (z.B. bessere Erreichbarkeit der KÜcheneinrichtung, Erhöhung des Bettes, niedrigere Fenstergriffe etc.),
- technische Hilfen (z.B. Anbringen von Haltegriffen, Bereitstellung von Stütz- und Gehhilfen).

---

<sup>6</sup> Für einen Detailvergleich von DIN 18025 Teil 1+2 und den Altenwohnungsbestimmungen NRW siehe LBB 1993: 64ff.

Dabei sind Maßnahmen zur sicheren selbständigen Nutzung des Bades sowie zur Mobilitäts erleichterung in der Wohnung von herausragender Bedeutung, d.h. die von den Bewohnern am meisten gewünschten Interventionen und – nach der Realisierung – auch die am meisten akzeptierten. Wohnungsanpassungen besitzen gerade dann eine hohe Realisierungswahrscheinlichkeit, wenn die durchführbaren Interventionsmöglichkeiten mit den eigenen Zielen, Wohnwünschen und ästhetischen Vorstellungen der Bewohner übereinstimmen (Oswald 2000: 213).

### **3.1 Finanzierung im Rahmen der Pflegeversicherung**

Im Rahmen der Pflegeversicherung besteht die Möglichkeit, eine Wohnungsanpassung bzw. einen aus Gründen der Pflegefähigkeit erforderlichen Umzug oder Umbau mit bis zu 2.557 Euro (ehemals 5.000 DM) fördern zu lassen (BMG 1999: 61). Im Wortlaut ist dies im Absatz 4 des § 40 SGB XI (Pflegehilfsmittel und technische Hilfen) wiedergegeben:

„Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren (...), wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird.“

Es handelt sich also um eine Kann-Vorschrift. Derzeit besteht keine gesetzliche Grundlage, einen solchen Zuschuss gerichtlich einzuklagen. Darüber hinaus darf nicht übersehen werden, dass auch bei Senioren, die keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, ein beträchtlicher Bedarf an solchen Leistungen besteht, die dann über andere Träger (Krankenkassen, Sozialhilfe etc.) oder privat finanziert werden müssen. Die folgenden Ausführungen müssen daher stets vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass die beschriebenen Förderungen und Zuschüsse nicht unbedingt allen Älteren zur Verfügung stehen.

Deutlich wird bei genauerer Betrachtung des Weiteren, dass auch innerhalb der Gruppe der Anspruchsberechtigten der Pflegeversicherung keine Gleichverteilung herrscht. Es sind zum Großteil die Pflegebedürftigen der unteren Pflegestufen, die von der Förderung eigenständigen Wohnens durch wohnumfeldverbessernde Maßnahmen profitieren: Die Pflegestatistik wies z.B. für 1998 insgesamt 49% aller ambulant oder teilstationär versorgten Leistungsempfänger als Pflegestufe I aus, während nur 12% der ambulant oder teilstationär Versorgten der Pflegestufe III angehörten. Im stationären Bereich liegt dagegen ein deutlich höherer Anteil Pflegebedürftiger mit höheren Pflegestufen vor (BMG 1999: 16). Dies verdeutlicht, dass Wohnungsanpassungen nur Sinn machen, wenn die Bewohner zumindest zum Teil noch die Fähigkeit besitzen, sich selbst zu versorgen. Bei zunehmendem Pflegebedarf ist dies immer weniger möglich, was dazu führt, dass räumliche Anpassungen am häufigsten bei älteren Menschen mit vergleichsweise geringem Pflegebedarf erfolgreich sein können. Daten aus einem NRW-Modellprojekt zur Wohnberatung verdeutlichen dies: 86% aller, bei denen Wohnungsanpassungen durchgeführt wurden, wurden als hilfe- und pflegebedürftig eingestuft. Davon wiederum entfallen knapp 70% auf die Pflegestufen I (30,5%), II (28%) und III (11%) (Niepel 1999: 35). Aus anderer Perspektive

betrachtet zeigt eine Statistik des Gesundheitsministeriums jedoch, dass insgesamt nur 8% der Pflegebedürftigen Zuschüsse für baulich-technische Maßnahmen in ihrer Wohnung erhalten haben – der Grossteil des nötigen „Anpassungsbedarfs“ kann z.B. bereits mit dem Stellen eines Pflegebettes oder spezieller Waschsyste me abgedeckt werden (BMG 1999: 63).

Nicht jede bauliche Veränderung der Wohnung ist eine förderungsfähige Wohnungsanpassung im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung. Nach § 40 Absatz 4 SGB XI können z.B. nicht gefördert werden<sup>7</sup>:

- Verbesserung von Wärmedämmung und Schallschutz,
- Reparatur schadhafter Treppenstufen,
- Brandschutzmaßnahmen,
- Reparaturen/Einbau von Beleuchtung im Eingangsbereich und Treppenhaus,
- Beseitigung von Feuchtigkeitsschäden.

Förderungsfähige Wohnumfeldverbesserungen sind – unterteilt nach Maßnahmen außerhalb und innerhalb der Wohnung – der Einbau von Aufzügen, Orientierungshilfen, Treppensteighilfen und Schwellenabbau, der Umbau der Bewegungsflächen, Änderung des Bodenbelags, Installation von elektrischen Heizgeräten, Tieferlegung von Lichtschaltern etc., Türvergrößerungen und Schwellenabbau. Besondere Maßnahmen stehen für Küchen, Schlafzimmer und Badezimmer/WC zur Verfügung.

Für die Zuteilung der Zuschüsse gelten folgende Bedingungen (vgl. Niepel 1995: 224):

- Alle zum Zeitpunkt der Zuschussgewährung erforderlichen Einzelmaßnahmen werden als eine Gesamtmaßnahme gewertet.
- Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach (a) den Kosten der Gesamtmaßnahme und (b) der Einkommenssituation des Pflegebedürftigen.
- Ein Eigenanteil ist vorgesehen (§ 40 Abs. 4 SGB XI).
- Eine erneute Beanspruchung von Zuschüssen der Pflegekassen im Fall eines erneuten Anpassungsbedarfes aufgrund veränderter Wohnbedürfnisse wird nicht ausgeschlossen.

Dies bedeutet u.a., dass auch bei Kosten unterhalb der Maximalgrenze von 2.557 Euro eine nach Kosten und Finanzressourcen gestaffelte Zuschussberechnung stattfindet. Dafür können jedoch mehrere Anpassungsmaßnahmen, die sukzessive über einen Zeitraum hinweg erforderlich sind, einzeln und unabhängig voneinander mit jeweils bis zu 2.557 Euro gefördert werden. Dennoch bleibt für die Betroffenen in vielen Fällen eine finanzielle Belastung unvermeidbar<sup>8</sup>. In diesem Zusammenhang muss zusätzlich gesehen werden,

---

<sup>7</sup> Vgl. die von den Kassen formulierten „Gemeinsamen Empfehlungen zu den Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen nach §40 Abs. 4 SGB XI“ vom 10.7.1995, abgedruckt in Klie 2001: 736ff.

<sup>8</sup> Der Eigenanteil soll sich nach den „Gemeinsamen Empfehlungen ...“ auf 10% der Kosten der Maßnahme, höchstens jedoch auf 50% der monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt belaufen. Bei Personen ohne eigene Einnahmen zum Lebensunterhalt entfällt der Eigenanteil gänzlich (vgl. Klie 2001: 742).

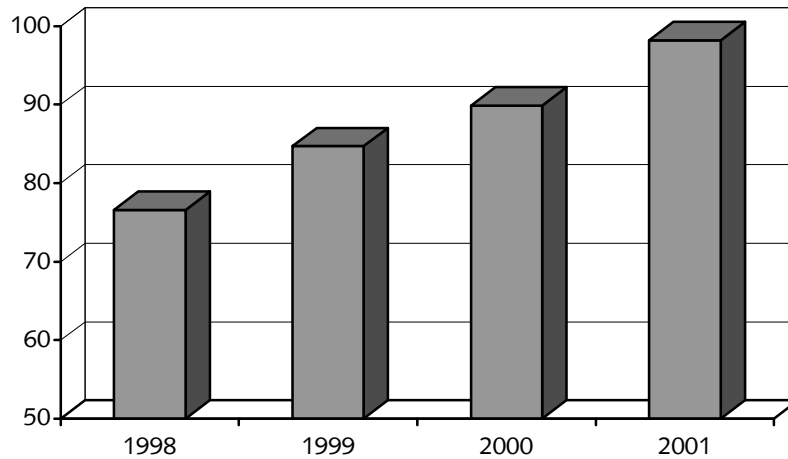
dass ca. 14% der Pflegebedürftigen in den alten und 12% in den neuen Bundesländern über ein Einkommen von unter 1.000 DM verfügen, was ungefähr der relativen Einkommensarmut-Grenze entspricht (BMG 1999: 37f).

Bei den über Wohnberatungsstellen in NRW vermittelten Wohnungsanpassungen betrug der Kostendurchschnitt der Maßnahmen in etwa 6.070 DM (Niepel 1999: 50). Dieser Kostendurchschnitt bezieht sich jedoch auf alle Anpassungsmaßnahmen und beinhaltet auch Leistungen, die in Haushalten ohne Leistungsanspruch im Rahmen der Pflegeversicherung durchgeführt wurden. Im Gegensatz dazu lag der durchschnittliche Finanzierungsbedarf bei Haushalten, in denen die Pflegekassen an der Umsetzung der Anpassungsmaßnahmen beteiligt sind, mit 9.850 DM deutlich höher (ebd.). Die Pflegekassen steuerten im Durchschnitt eine Summe von 3.400 DM zu den Maßnahmen bei, was einer Kostendeckung von durchschnittlich ca. 35% entspricht. Dies zeigt zum einen, dass Anspruchsberechtigte im Rahmen der Pflegeversicherung einen höheren Bedarf für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen haben, und zum anderen, dass trotz hoher Kosten der Maximalzuschuss von 2.557 Euro nur selten bewilligt wird. Daten aus NRW zeigen, dass in nur 54% aller Fälle, in denen Anpassungen in Wohnungen von anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen durchgeführt wurden, die Pflegekassen an der Finanzierung beteiligt waren (ebd.). Ein Grossteil der Finanzlast liegt also – trotz Pflegeversicherung – auf privater Seite.

Abgesehen von der Pflegeversicherung können Gebäudemaßnahmen aber auch durch die staatliche Wohnungsbauförderung oder die Sozialhilfe mitfinanziert werden. Die Krankenkasse stellt darüber hinaus bei Bedarf technische Hilfsmittel zur Verfügung (Pflegebett, Rollstuhl, Hausnotrufsystem etc.), mit denen körperliche Einschränkungen ausgeglichen werden sollen (MASQT NRW 2000: 27f). Ein Anspruch auf die Versorgung mit solchen Hilfsmitteln ist im Rahmen der Pflegeversicherung nur gegeben, wenn diese nicht bereits anderweitig abgedeckt ist (§ 40 Abs. 1 SGB XI).

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Ausgaben der Pflegekassen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, unter die auch die Wohnanpassung fällt. Da dieser Ausgabenbereich jedoch nur einen geringen Teil der Gesamtausgaben ausmacht (im Jahre 1999 unter 3%, BMFSFJ 2002a: 333), wird auf Bundesebene statistisch keine weitere Unterteilung mehr durchgeführt. Eine Übersicht über die Aufteilung der Gelder ist daher nur durch Anfragen bei lokalen Stellen möglich. Ersichtlich ist dennoch ein stetig ansteigender Trend für die Ausgaben der Wohnumfeldverbesserung in Deutschland.

**Abb. 12: Ausgaben der Pflegekassen für „wohnungsfeldverbessernde Maßnahmen“**



in Millionen DM  
Quelle: VdAK, pers. Mitteilung

Vergleichbare Daten aus England, Wales und Nordirland zeigen, dass 1995 eine Gesamtsumme von ca. 730 Millionen DM öffentlicher Gelder für Anpassungsmaßnahmen in Wohnungen ausgegeben wurden – mit steigendem Trend (Heywood 2002: 2). Von solchen Dimensionen ist man in Deutschland, wo ein völlig anderes Wohnungsmarkmodell herrscht als in Großbritannien, noch weit entfernt. Nimmt man die Zahlen aus England jedoch als Indikator für Nachfrageintensität, so ist davon auszugehen, dass die Pflegeversicherungsausgaben nur einen geringen Teil der realen Bedürfnisse ausdrücken.

### **3.2 Wohnungsanpassungen: Was wird wo gefördert?**

Wohnungsanpassungsmaßnahmen sind teilweise in der gesamten Wohnung durchzuführen oder beziehen sich auf spezielle Wohnräume oder Funktionen. In der folgenden Tabelle soll ein kurzer Überblick über die wichtigsten Anpassungsmaßnahmen gegeben werden. Die Abkürzungen hinter den einzelnen Maßnahmen verdeutlichen, ob und wie die jeweiligen Maßnahmen förderbar sind (siehe Legende). Die Zusammenfassung beruht auf Beiträgen und Veröffentlichungen der LBS-Bundesgeschäftsstelle (1999), der IKK (o.J.), der LBB (1993), des BMFSFJ (1998) und von Hacıhasanoglu/Hacıhasanoglu (2001); sie beansprucht keine Vollständigkeit.

## Übersicht über mögliche Wohnungsanpassungen und deren Förderbarkeit

Förderung möglich durch:

PV (Pflegeversicherung)

KK (Krankenkasse)

SA (Sozialamt)

Keine Markierung = keine Fördermöglichkeit

Generelle Anpassungen, Empfehlungen und Verbesserungen	Förderung
Schwellenfreier Zugang zu allen Räumen	PV
Ausreichende Türbreite: 80 cm Minimum, Eingang 90 cm	PV
Ausreichende Bewegungsfläche: 120 cm zwischen Wänden, 90 cm zwischen Einrichtungsgegenständen	
Alle Bedienelemente (Schalter, Griffe etc.) in 85 cm Höhe	PV
Rutschfeste, ebene Bodenbeläge ohne Stolperkanten	PV
Ausreichende Zimmer- und Quadratmeterzahl, um Enge und Funktionsüberschneidungen zu vermeiden	
Nutzungsorientierte Raumanordnung und kurze Wege	PV
Umbau von Feststoffheizung auf Elektroheizung	PV
Anpassung der Wohnungsaufteilung, Funktionsverlagerung	PV

Anpassungen, Empfehlungen und Verbesserungen am Hauseingang	Förderung
Stolperfreier Zugang ohne Treppenstufen	PV, KK, SA
Beleuchtung und Überdachung	
Ausreichende Bewegungsfläche vor der Tür	
Anbringung von Rampen etc.	PV, KK, SA

Anpassungen, Empfehlungen und Verbesserungen am Hauseingang in Flur/Treppenhaus	Förderung
Genügend Bewegungs- und Abstellfläche, Platz für Rollstuhldrehung	
Optische Markierungen an den Treppenstufen	PV
Ausreichende Brenndauer der Treppenhausbeleuchtung	
Festes und sicheres Treppengeländer, möglichst beidseitig	PV
Anbringung von Aufzug oder Mobil-Liftern etc.	PV, SA
Aufzugskabinen-Mindestgröße: 110 cm x 140 cm	
Geschosstreppen nicht als Wendeltreppe und mit Zwischenpodesten	

<b>Anpassungen, Empfehlungen und Verbesserungen im Wohnungsflur</b>	<b>Förderung</b>
Ausreichend breite Wohnungstür für Rollstühle Genug Bewegungsfläche und Platz zum An-/Ausziehen Bequeme Erreichbarkeit von Garderobe/Abstellfächern	PV

<b>Anpassungen, Empfehlungen und Verbesserungen in der Küche</b>	<b>Förderung</b>
Ausreichend Platz zum Bewegen/Drehen (auch mit Rollstuhl), minimal 8 m <sup>2</sup>	
Entfernung von gefährlichen Möbelkanten	PV
Einstellung der Arbeitsflächen auf richtige Höhe	PV
Erreichbarkeit aller Schränke durch Neuankombung	PV
Ausreichende Beleuchtung an Arbeitsflächen	
Anpassung der Armaturen von Spülbecken, Herd und Ofen	PV
Wohnküche zur Vermeidung von langen Wegen	
Ausziehbare Fächer zum Vermeiden von Bücken	PV

<b>Anpassungen, Empfehlungen und Verbesserungen in Bad und WC</b>	<b>Förderung</b>
Ausreichende Größe/Bewegungsfläche (auch mit Rollstuhl), minimal 6 m <sup>2</sup>	
Optische Absetzungen von Kanten und Rändern	PV
Haltegriffe/Lifter für Toilette und Wanne/Dusche	PV, KK, SA
Anpassung der Armaturen von Waschbecken, Dusche, Wanne	PV
Erhöhung der Toilettensitzfläche, Einbau eines Duschsitzes	PV
Bodengleiche begehbare Dusche oder Wannen-Einstieghilfe	PV, SA
Bequeme Höhe von Waschbecken, Spiegel und Schränken	PV, SA
Nach außen öffnende, ausreichend breite Badezimmertür	PV
Lage in Nähe des Schlafzimmers zur Wegvermeidung	PV
Waschmaschinen-Stellplatz	
Massive Bauweise zum späteren Ergänzen von Haltegriffen etc.	

<b>Anpassungen, Empfehlungen und Verbesserungen im Wohnzimmer</b>	<b>Förderung</b>
Beseitigung von gefährlichen Möbelkanten	PV
Anpassung von Sitzmöbeln und Tischhöhe	
Bequeme Erreichbarkeit der Schränke und Fenstergriffe etc.	PV
Ausreichende Beleuchtung	
Mindestbreite von 3,30 m	



<b>Anpassungen, Empfehlungen und Verbesserungen im Schlafzimmer</b>	<b>Förderung</b>
Ausreichende Größe und Bewegungsfläche (auch mit Rollstuhl)	
Bequeme Erreichbarkeit der Schränke und Fenstergriffe etc.	PV
Anpassung von Betthöhe/-gestell	PV, KK
Leicht und im Dunkeln erreichbare Lichtschalter	PV
Ablageflächen neben dem Bett	PV
Platz für Tisch und Stuhl neben dem Bett	

<b>Anpassungen, Empfehlungen und Verbesserungen bei Balkon/Terrasse</b>	<b>Förderung</b>
Ausgleich eventueller Höhenunterschiede durch Rampen	PV, SA
Sicherung von Balkonen durch erhöhte Balustraden/Geländer	PV
Loggien/Balkone mit mindestens 140 cm Tiefe	

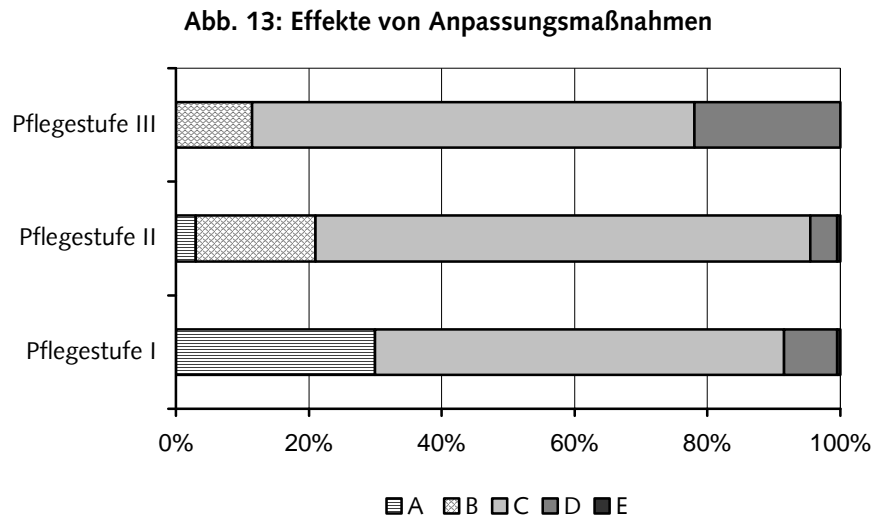
Speziell für pflegebedürftige Menschen im Rollstuhl ist darüber hinaus zu beachten, dass alle Arbeits- und Aufenthaltsflächen unterfahrbar sein müssen. Türgriffe und Schalter oder Hebel sollten gut erreichbar sein, und in jedem Raum muss eine Fläche von ca. 150 cm x 150 cm für Rollstuhldrehungen um 180° freigehalten werden (Hacihasanoglu/Hacihasanoglu 2001: 663f). Von Vorteil ist auch eine möglichst hohe funktionale und konstruktive Flexibilität, die es bei wechselnden Anforderungen erlaubt, durch qualitative und funktionale Veränderungen sowie durch bauliche Eingriffe eine Anpassung der Wohnung an die jeweils gegebenen Wohnansprüche zu erreichen (Chmella-Emrich 2001: 4). Je funktionsneutraler die Räumlichkeiten einer Wohnung sind, umso größer sind die späteren Optionen für eine flexible funktionelle und konstruktiv-bauliche Anpassung.

Trotz aller Vorgaben und Richtlinien muss eine altersgerechte Wohnung aber nicht teuer sein. Für eine 3-Zimmer-Wohnung mit 70 m<sup>2</sup> beträgt der Mehrkostenbetrag bei Einrichtung nach den Richtlinien der DIN in etwa 3% der Gesamtbausumme (LBS-Bundesgeschäftsstelle 1999: 27). Hauptanteile der Mehrkosten werden dabei in aller Regel durch Fahrstuhlanlagen und Notruf- bzw. Fernmeldeanlagen verursacht.

Im Rahmen von Stabilisierungsprojekten in Plattenbaugebieten, in denen ca. eine Million Menschen über 60 Jahren wohnen, wurde die Modernisierung zu alten- und behindertengerechten Wohnungen untersucht. Die Modernisierungskosten wurden dabei mit 1.350 DM pro m<sup>2</sup> für seniorengeeignete 1-Raum-Wohnungen und 1.407 DM für altengerechte 2-Raum-Wohnungen angegeben. Für eine rollstuhlgerechte 2-Raum-Wohnung wurden knapp 1.700 DM pro m<sup>2</sup> berechnet (Paap 2000). Mit durchschnittlichen m<sup>2</sup>-Baukosten von 1.544 DM war die Aufwertung zu Altenwohnungen wesentlich kostengünstiger als ein Neubau von Altenwohnungen (ca. 2.590 DM/m<sup>2</sup>).

### 3.3 Erfolge und Probleme der Wohnungsanpassung

Die teils durch die Pflegeversicherung, Krankenkassen und das Sozialamt finanzierten und unterstützten Anpassungsmaßnahmen haben nachweisbaren Einfluss auf den Hilfe- und den Pflegebedarf der jeweiligen Wohnungsnutzer. Bei den insgesamt fast 70% aller hilfsbedürftigen Empfänger von Anpassungsmaßnahmen, die nach dem SGB XI als pflegebedürftig anerkannt waren (Stufe I: 30,5%; Stufe II: 28%; Stufe III: 11%), konnten folgende Auswirkungen festgestellt werden:



Legende:

- A: Verringerung des Bedarfs auf einen Umfang unterhalb der Pflegestufe I
- B: Verringerung des Bedarfs um eine oder mehrere Stufen (oberhalb Pflegestufe 0)
- C: Verringerung des Bedarfs bei unveränderter Pflegestufe
- D: Erhalt der Pflegestufe
- E: Zunahme des Hilfe- und Pflegebedarfs unvermeidlich

Quelle: Niepel 1999: 41-43

Die externen Urteile der Wohnberater ergaben dabei, dass in 59% aller Fälle einer eingeschränkten Selbständigkeit wieder entgegengewirkt werden kann, während in 41% der Fälle einem weiteren oder abzusehenden erstmaligen Selbständigkeitsverlust vorgebeugt wird. Nach der Selbsteinschätzung der Bewohner hätte eine Nichtdurchführung der Maßnahmen zu 16% einen Umzug in eine andere Wohnung, zu 15% in ein Alten- oder Pflegeheim verursacht (Niepel 1999: 10f). Aufgrund dessen wurde die Arbeit der Wohnberatungsstellen sowie die Durchführung der Anpassungsmaßnahmen von den Betroffenen durchweg positiv beurteilt: 82% der Beratenen waren mit der Arbeit der Beratungsstelle sehr zufrieden (12% zufrieden); 93% empfanden die umgesetzten Anpassungen als hilfreich (5% teilweise hilfreich) (ebd.: 7f). In 60% der Fälle konnte ein akutes Unfallrisiko beseitigt werden (Niepel 1998: 28).

Darüber hinaus kann anhand der NRW-Daten abgeleitet werden, dass in 13,5% (Pflegestufe I) bis 20,5% (Pflegestufe III) aller Fälle ein Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim durch die Anpassungsmaßnahmen vermieden werden

konnte (Niepel 1999: 45). Dies entspricht zum einen dem bereits beschriebenen Grundsatz „ambulant vor stationär“, entlastet darüber hinaus aber auch die Kosten der Pflegekassen. Häusliche Pflegeansätze gelten daher international als Kostensparansätze, die sowohl für das Gesundheitssystem als auch für die Betroffenen von Vorteil sein können: „In addition to its Potenzial for cost reduction, home care has the Potenzial for improvement in the quality of life for patients“ (Williams 2002: 144). Niepel beispielsweise errechnete ein Einsparpotenzial von 372.000 DM bei 15 vermiedenen Heimeinzügen pro Jahr durch die Entlastung der stationären Pflege. Neben den Kosteneinsparungen für die Pflegekassen kann durch Wohnungsanpassungen auch ein Spareffekt für Sozialhilfeträger, Sozialversicherungsträger und natürlich für die Betroffenen selbst erreicht werden (Niepel 1995: 131).

Interessant – weil im Ergebnis konträr – ist in diesem Zusammenhang eine Erhebung von Infratest im Jahr 1998, die zu Hause wohnende Leistungsempfänger der Pflegeversicherung nach ihrer Zufriedenheit befragte und herausfand, dass ein erforderlicher Umzug in ein Heim durch die Leistungen der Pflegeversicherung wohl eher nicht verhindert werden könne (Dumeier 2001: 317). Dies wird im Bundesministerium für Gesundheit offensichtlich ähnlich gesehen: „(...) hinsichtlich eines möglicherweise notwendig werdenden Übergangs in ein Heim sind im Vergleich zur Situation vor Einführung der Pflegeversicherung bisher nur geringfügige Unterschiede feststellbar“ (BMG 1999: 86). Dennoch wurde der Effekt der Pflegeversicherung insofern positiv beurteilt, als die Betroffenen eine Verbesserung sowohl der Lebenssituation als auch der finanziellen Belastung in Folge der Leistungen der Pflegeversicherung angaben (ebd.: 68). Eine Unzufriedenheit mit den Leistungen der Pflegeversicherung hängt in den meisten Fällen – neben einer vermeintlich falschen Pflegestufenzuweisung – von einer Vorenthaltung als wichtig erachteter Hilfsleistungen ab. Meistgenannte Beispiele sind z.B. ein pflegerechtes Badezimmer, eine geeignete Toilette, oder die allgemeine Wohnungsausstattung (Blinkert/Klie 1999: 162ff).

Bezugnehmend auf die bisherigen Effekte der Pflegeversicherung stellt Tesch-Römer (2001: 31) fest, dass seit 1996 unter anderem eine Konsolidierung der Pflegearrangements erreicht werden konnte, was den Leistungsempfängern eine höhere Sicherheit und Unabhängigkeit gibt (vgl. BMG 1999: 85). Dies bestätigt die Meinung von Klie (1998: 391), der von einer hohen subjektiven Zufriedenheit der Leistungsempfänger mit der Pflegeversicherung spricht, die jedoch nicht auf eine Veränderung der traditionellen Pflegearrangements hinwirke. Von offizieller Seite wird jedoch darauf hingewiesen, dass sich im Rahmen der ersten Jahre der Pflegeversicherung ein leichter Trend von den privaten Pflegearrangements zu den Kombi- und Sachleistungsangeboten entwickelt hat (BMG 1999: 22; Blinkert/Klie 1999: 202).

Probleme im Rahmen der Anpassung von Wohnungen an altengerechte Standards können vielseitig sein. So sind zum Beispiel in vielen Gebäudetypen nur limitierte Anpassungsmöglichkeiten vorhanden: In Altbauten lassen sich ein Aufzugeinbau oder eine Veränderung der Zimmergrößen kaum noch durchführen. Je nach Bauqualität erlaubt eine Vielzahl von Wänden keine Anbringung von Haltegriffen. Rampen und barrierefreie Räumlichkeiten benötigen ein Minimum an Fläche, und die Installation von Sanitäranlagen kann vor allem in altem Baubestand, in denen kein Wasseranschluss verfügbar und die Toilette auf dem Flur ist, nicht umgesetzt werden. Hauptursache für die

Nichtdurchführung erforderlicher Maßnahmen aus baulichen Gründen sind jedoch vor allem die Grundrisse und Wohnungsschnitte (besonders älterer Wohnungen), die zu einer unzureichenden Bewegungsfreiheit führen und eine Umsetzung von Maßnahmen gar nicht erst ermöglichen. In solchen Fällen ist statt baulicher Veränderung der Einsatz von Hilfsmitteln erforderlich. Sind Hilfsmittel nicht vorhanden, so kann ein Umzug mittelfristig unvermeidbar sein (so sind z.B. Treppenhäuser, die nicht angepasst werden können, ein Hauptgrund für einen Umzug).

Weitere Probleme entstehen durch Anpassungsmaßnahmen, die sich nicht nur auf die Wohnung beziehen, sondern auch Nachbarwohnungen, gemeinschaftliche Flächen oder die Gebäudeaußenhülle betreffen. In solchen Fällen ist zum Teil eine spezielle Genehmigung der Mitbewohner oder der Hausgemeinschaft einzuholen, bzw. eine Mitfinanzierung von Eigentümern und Mitbewohnern abzuklären. In Mietwohnungen fängt dieses Problem zudem nicht erst vor der Wohnungstür an, da alle substantiellen Veränderungen der Wohnung genehmungspflichtig sind. Die LBS nennt zwei gute Gründe, den Vermieter auch finanziell mit in die baulichen Änderungen einzubeziehen: Zum einen können viele Interventionen problemlos wieder entfernt werden, zum anderen können Verbesserungen der Grundausstattung (z.B. Heizung, Badmodernisierung etc.) zu einer deutlichen Mietpreiserhöhung führen (LBS-Bundesgeschäftsstelle 1999: 43). Dennoch ist nicht jeder Eigentümer und Vermieter sofort dazu bereit, und auch das Argument der Wohnwertsteigerung ist nicht immer erfolgreich.

Im finanziellen Bereich muss zudem als Problem gesehen werden, dass die Förderung von Anpassungsmaßnahmen nur reaktiv erfolgt, d.h. dass nur bauliche Änderungen bezuschusst werden, die sich auf vorhandene und begutachtete Funktionseinbußen beziehen. Präventive und vorausschauende Anpassungen werden nicht bezuschusst, was jedoch eine wichtige Voraussetzung für die Effizienz der Maßnahmen wäre und ebenso ein langfristig angepasstes Wohnumfeld ermöglichen würde.

Exemplarisch kann aus den Angaben der Wohnberatungsstelle Bonn geschlossen werden, dass eine Vielzahl von Gründen besteht, die erforderliche Maßnahmen verhindern können. Meistgenannte Gründe waren

- Verweigerung der Zustimmung durch den Mieter,
- Unentschlossenheit oder Ablehnung durch den Betroffenen selbst oder durch Angehörige,
- bautechnische Gründe,
- finanzielle Gründe.

Als ein Beispiel sei die Installation einer bodengleichen Dusche genannt, deren Einbau – je nach Bautyp und Deckenhöhe – u.U. eher in der unterliegenden Wohnung durchgeführt wird als in der anzupassenden Wohnung. Generell gehören Anpassungen in Bad und WC zu den Interventionen, die fast immer eine Abstimmung mit den Eigentümern voraussetzen (MASQT NRW 2000: 34).

Ein weiteres Problem stellt die Motivation der Bewohner dar. Verschiedenen Studien haben darauf hingewiesen, dass zum einen eine Diskrepanz zwischen der Bewertung der eigenen Wohnung und der objektiven Qualität be-

stehen kann (vgl. BMFSFJ 1998: 167). Zum anderen ist deutlich geworden, dass alte Menschen den Aufwand, den eine Wohnungsanpassung – wie überhaupt jede Intervention im heimischen Bereich – mit sich bringt, eher scheuen. Dies bedeutet, dass in vielen Fällen eine vorausschauende Planung und Ausstattung erforderlich ist, denn „eine zweite Modernisierungsphase, die zuvor versäumte Maßnahmen nachholt, scheitert in der Regel an der Finanzierung und an der fehlenden Akzeptanz bei den älteren Bewohnern“ (BMRBS 1995: 24). Bei Durchführung einer Wohnungsanpassung gilt daher also im buchstäblichen Sinn, die Anpassungsmöglichkeiten für die Zukunft nicht zu verbauen: Wer einmal eine Wohnungsanpassung durchführt, wird sich nur mit geringer Wahrscheinlichkeit ein zweites Mal dazu durchringen können (LBS-Bundesgeschäftsstelle 1999: 31).

Benachteiligt sind dadurch vor allem jene Senioren, die in suboptimalen, angeblich „altengerecht“ konzipierten Immobilien wohnen. Die Pflegeversicherung bietet zwar die Möglichkeit, bei veränderten Wohnbedürfnissen aufgrund fortschreitender Intensität der Pflegebedürftigkeit auch nachträglich erforderliche Anpassungen erneut fördern zu lassen (IKK o.J.: 6). Dennoch scheint eine solche Realisierung eher selten, da die Fördersumme für größere Anpassungen nicht ausreichend ist (vgl. BMFSFJ 2002a: 98) und bei vielen Senioren eine entsprechende Motivation fehlt.

Eine effiziente Wohnberatung, die professionell durchgeführt wird, potenzielle Probleme einer Wohnungsanpassung vorhersehen und zur Diskussion stellen kann, ist somit ein unerlässliches Hilfsangebot zur erfolgreichen Anwendung der verfügbaren technischen und baulichen Möglichkeiten.

#### **4. Zusammenfassung und Ausblick**

Die Wohnsituation alter und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland ist bisher in so mancher Hinsicht noch nicht zufriedenstellend gelöst. Politische Entscheidungsträger, Institutionen wie das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA), das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) und das Deutsche Zentrum für Altersforschung (DZFA), sowie Verbünde wie die Forschungsarbeitsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ oder die Bundesarbeitsgemeinschaft „Wohnungsanpassung“ arbeiten daher seit geraumer Zeit an der Erforschung und Verbesserung der Wohn- und Lebensumstände. Auch die Pflegeversicherung, in diesem Zusammenhang sicherlich als ein politisches Zeichen einer Stärkung der Pflegeverantwortung im privaten Bereich zu verstehen (vgl. Dumeier 2001: 316), sieht in den wohnumfeldverbessernden Maßnahmen eines ihrer Arbeitsfelder.

Die Möglichkeiten und Grenzen der Pflegeversicherung, der Wohnberatung und Wohnungsanpassung sollen hier noch einmal resümiert werden:

### *Leistungsumfang der Pflegeversicherung*

- Die Förderung wohnumfeldverbessernder Maßnahmen durch die Pflegeversicherung hat subsidiären Charakter, kann also nur genutzt werden, wenn andere Leistungsträger nicht vorrangig verpflichtet sind. Sie umfasst wichtige, aber keineswegs alle im Einzelfall sinnvollen oder erforderlichen Maßnahmen.
- Die Begrenzung auf eine Maximalförderung von 2.557 Euro und die gestaffelte Leistungsvergabe führen nicht selten dazu, dass – sofern nicht andere Leistungsträger in der Pflicht stehen – notwendige Maßnahmen nicht erfolgen können bzw. privat finanziert werden müssen.
- Der Wirkungsbereich der Pflegeversicherung und ihrer Zuschussvergabe ist begrenzt auf die Gruppe der als pflegebedürftig anerkannten Leistungsbezieher. Ein Bedarf an wohnumfeldverbessernden Maßnahmen ist jedoch auch bei anderen Senioren gegeben. Die Pflegeversicherung wirkt daher Tendenzen einer reaktiven Wohnungsanpassung kaum entgegen.

### *Wohnberatung*

- Wohnberatung steht allen Bürgern offen und konzentriert sich auf die Vermittlung von Informationen zu Wohnformen, Anpassungsmöglichkeiten, Finanzierungsfragen sowie eine Unterstützung bei der Durchführung von baulichen Änderungen.
- Die Wohnberatung zielt darauf ab, die zur Verfügung stehenden Anpassungsmaßnahmen zusammen mit den Betroffenen zu diskutieren, um gemeinsam mit ihnen ein Wohnumfeld zu entwickeln, welches nicht nur den objektiven Wohnanforderungen, sondern auch den subjektiven Erwartungen und Vorstellungen der Bewohner gerecht wird.
- Wohnberatung kann daher indirekt wesentlich zur Verringerung bzw. Stabilisierung des Pflegebedarfs durch erforderliche Maßnahmen beitragen und damit langfristig Kosten im Pflege- und Gesundheitssektor einsparen helfen; die Ausgaben zur Förderung eigenständigen Wohnens reichen bei weitem nicht an die Kosten ambulanter oder stationärer Pflege heran.

### *Wohnungsanpassungen*

- Wohnungsanpassung ist der Oberbegriff für eine Vielzahl baulicher und struktureller Maßnahmen, die in der Wohnung (meist pflegebedürftiger oder behinderter) Menschen umgesetzt werden können. Zu den klassischen Formen der Wohnungsanpassung gehören Vergabe und Einbau von Hilfsmitteln, Durchführung baulicher Maßnahmen und Ausstattungsveränderungen.
- Ziel der Anpassungen ist es, die Wohnbedingungen so gut wie möglich an den Bedarf der Bewohner anzunähern und die individuellen Funktionsmängel und Behinderungen durch eine entsprechende Wohnumwelt auszugleichen. Dadurch kann eigenständiges Wohnen zumindest über einen begrenzten Zeitraum ermöglicht und gefördert werden.

- Der Erfolg und die Durchführung von Anpassungsmaßnahmen hängen stark ab von dem subjektiven Eindruck der Bewohner, die aufgrund einer langjährigen Gewöhnung oft nicht die potenziellen Gefahren und Probleme erkennen können. Hier ist die Wohnungsanpassung auf eine Bewusstseinsbildung durch die Wohnberatung angewiesen.
- Die Realisierung von Wohnungsanpassungen ist maßgeblich von den anfallenden Kosten, der Qualität der Bausubstanz und dem Gesundheitsstatus der Bewohner abhängig. Da eine Selbstbeteiligung stets eingefordert wird und oft gar keine Förderung erfolgt, sind die Kosten ein direkter Limitationsfaktor für die Umsetzung. Das Gebäude selbst kann eine Vielzahl technisch möglicher Anpassungsmaßnahmen vereiteln, da gewisse Grundvoraussetzungen (Größe, Zuschnitt, Installationen, Stabilität der Wände etc.) unabdingbar sind. Letztlich ist die individuelle Kapazität und Beweglichkeit der Betroffenen mitentscheidend, da bei hohem Pflegebedarf bzw. hohem Behinderungsgrad nur ein geringes Verbesserungspotenzial durch bauliche Änderungen besteht.

Wohnungsanpassungen allein bieten keine hinreichende Voraussetzung für selbständiges Wohnen. Je nach Situation müssen unterstützende Maßnahmen wie z.B. ambulante Pflegedienste mit eingebunden werden, und in Fällen einer unzureichenden Anpassbarkeit – verursacht durch hohen Anpassungsbedarf durch die Bewohner, oder eine geringe Anpassbarkeit der Wohnung – ist auch ein Umzug nicht immer vermeidbar. Die Durchführung von Wohnungsanpassungen sollte daher immer an eine vorhergehende Pflege- und Wohnberatung angeschlossen sein, um eine möglichst effiziente Anwendung der bestehenden Möglichkeiten zu garantieren.

Die Dimension, die eine unzureichende Wohnversorgung alternder Menschen erreichen kann, wird vor allem bei einem Blick auf die demographischen Trends deutlich. Die Forschungsarbeitsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ schätzt, dass im Jahre 2015 ca. 960.000 Menschen in Heimen leben werden (Forschungsarbeitsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ 2001: 9). Daten des Statistischen Bundesamtes zeigen, dass bei einer konstanten Versorgungsquote mit Wohnangeboten in Heimen etc. im Jahre 2040 eine geschätzte Zahl von 900.000 Menschen über 80 Jahren (+64%) und 475 000 Menschen zwischen 65 und 80 Jahren (+53%) in institutionellen Unterkünften aufgenommen werden muss. Im selben Zeitraum steigt die Gesamtzahl der über 65jährigen um ca. 60% auf 7,4 Millionen Menschen an (BMFSFJ 1998: 95). Wunner (1994: 234) geht sogar von einer Steigerung der Zahl der Hochbetagten mit hohem Pflegebedarf um mindestens 150% bis 2050 aus.

Der Bedarf an Unterstützungsleistungen wird also, auch wegen der ansteigenden Lebenserwartung, anwachsen. Gleichzeitig schrumpft jedoch aufgrund der relativ absinkenden Personenzahl der Kindergeneration die familiäre Unterstützung, auf die sich viele Ältere heute noch verlassen können (BMFSFJ 1998: 186). Eine stärkere Integration von beruflicher Pflege und wohnraumtechnischer Anpassung scheint daher in Zukunft unvermeidbar zu sein, wenn Grundsätze wie „ambulant vor stationär“ auch weiterhin gelten sollen. Die nächste Senioren generation kann zu einem viel geringeren Anteil auf familiäre Unterstützung hoffen: waren in den Altersstufen 60-79 Jahre und über 80 Jahre bisher nur 14% und 12% der in Privathaushalten lebenden Pflegebedürftigen kinderlos, so sind es in der Altersgruppe unter 60 Jahren bereits 61% (BMG 1999: 32). Dies ist gleichbedeutend mit einem extremen

Bedarfsanstieg für externes und mobiles Pflegepersonal. Langfristig ist durch die demographischen Verschiebungen in jedem Fall eine deutliche Veränderung der Pflegerahmenbedingungen zu erwarten, bei der der stationäre Pflegesektor stärker wächst als die häusliche Versorgung (Wunner 1994: 234).

Für eine weitere Entwicklung und Verbesserung der Wohnsituation älterer und pflegebedürftiger Menschen wird es notwendig sein, ein neues Paradigma zu finden, welches Wohnungsanpassungen nicht als eine Pflichtaufgabe für einen kleinen und benachteiligten Teil der Bevölkerung auffasst, sondern als eine Gesamtaufgabe für eine Gesellschaft, in der sich immer schneller ändernde Anforderungen an die Umwelt zu stets neuen Bedürfnissen führen.

Benötigt wird daher ein flexibler und anpassungsfähiger Wohnbestand, denn: „an exclusively special needs approach to disability is inevitably a short-run approach“ (Bickenbach et al. 1999: 1182).



## Literaturverzeichnis

- Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Behinderten (Hg.) (1997): Spaziergang durch einen barrierefreien Lebensraum. Bonn
- Bickenbach, J.E./Chatterji, S./Badley, E.M./Üstün, T.B. (1999): Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science & Medicine* 48, Nr. 9, 1173-1187
- Biderman, A./Cwikel, J./Fried, A.V./Galinsky, D. (2002): Depression and falls among community dwelling elderly people: a search for common risk factors. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56, Nr. 8, 631-636
- Blinkert, B./Klie, T. (1999): Pflege im sozialen Wandel. Eine Untersuchung über die Situation von häuslich versorgten Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung. Hannover: Vincentz
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (1998): Zweiter Altenbericht der Bundesregierung über das Wohnen in Alter. Bonn
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2002a): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2002b): Newsletter „Selbstbestimmt Wohnen im Alter“ Nr. 9. Berlin
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (1999): Wirkungen der Pflegeversicherung. Band 127 der Schriftenreihe des BMG. Baden-Baden: Nomos
- BMRBS – Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau (Hg.) (1995): Wohnen im Alter – zuhause im Wohnquartier. Forschungsvorhaben des Experimentellen Wohnungs- und Städtebaus. Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung Bonn. Abschlussbericht. Bonn
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (1996): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Endbericht. Schriftenreihe des BMFSFJ, Band 111.2. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Carrese, J.A./Mullaney, J.L./Faden, R.R./Finucane, T.E. (2002): Planning for death but not serious future illness: qualitative study of housebound elderly patients. *British Medical Journal* 325, 125-128
- Chmella-Emrich, E. (2001): Anpassbare Gebäude – Definitionen und Terminologie. Diskussionspapier. Institut Wohnen und Umwelt GmbH (IWU). Darmstadt
- Day, L./Fildes, B./Gordon, I./Fitzharris, M./Flamer, H./Lord, S. (2002): Randomized factorial trial of falls prevention among older people living in their own homes. *British Medical Journal* 325, 128-133
- DIN – Deutsches Institut für Normung e.V. (1992): DIN 18025 Teil 1 (Barrierefreie Wohnungen; Wohnungen für Rollstuhlbenutzer) & DIN 18025 Teil 2 (Barrierefreie Wohnungen). Beuth
- DIN – Deutsches Institut für Normung e.V. (1996/1998): DIN 18024 Teil 1 (Barrierefreies Bauen im öffentlichen Verkehrsraum) & DIN 18024 Teil 2 (Öffentlich zugängliche Gebäude). Beuth
- Dühring, A (1996): Grundpflege und Beziehungspflege. In: Junkers, G./Moldenhauer, B./Reuter, U. (Hg.): Pflegeversicherung. Konsequenzen für die Reorganisation, Finanzierung und Qualitätssicherung. Management in der Altenpflege, Band 1. Stuttgart/New York: Schattauer, 83-88
- Dumeier, K. (2001): Pflegeversicherung – Wirkung und Herausforderung. In: Kollak, I. (Hg.): Internationale Modelle häuslicher Pflege. Eine Herausforderung und verschiedene Antworten. Frankfurt/Main: Mabuse, 315-328

- Flade, A. (1987): Wohnen psychologisch betrachtet. Bern: Huber
- Forschungsarbeitsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ (2001): Aufforderung an die Fraktionen des Deutschen Bundestages, eine Kommission zur „Enquete der Heime“ einzusetzen. Bielefeld
- GeroStat (2002): Datenbank des DZA, Berlin. Basisdaten: Alters-Survey 1996 (<http://www.gerostat.de> v. 17.08.2002)
- Gilderbloom, J.I./Markham, J.P. (1996): Housing modification needs of the disabled elderly. What really matters? *Environment and Behavior* 28, Nr. 4, 512-535
- Glatzer, W./Zapf, W. (1984): Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt/Main: Campus
- Gräßel, E. (1998): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31, Nr. 1, 52-56
- Hacihanoglu, I./Hacihanoglu, O. (2001): Assessment for accessibility in housing settlements. *Buildings and Environment* 36, 657-666
- Harrison, L./Heywood, F. (2000): Health begins at home: The housing-health interface for older people. *Reviews on Environmental Health* 15, Nr. 1-2, 149-167
- Heath, I. (2002): Long term care for older people. *British Medical Journal* 324, 1534-1535
- Heywood, F. (2002): A matter of equal life-chances: the effectiveness of housing adaptations for disabled people. Unveröffentlichter Beitrag ENHR – European Network on Housing Research, Konferenz Juli 2002. Wien
- Hiscock, R./Kearns, A./MacIntyre, S./Ellaway, A. (2001): Ontological security and psycho-social benefits from the home: qualitative evidence on issues of tenure. *Housing, Theory and Society* 18, Nr. 1-2, 50-66
- IEMB – Institut zur Erhaltung und Modernisierung von Bauwerken e.V. (2002): Kompetenzzentrum kostengünstig qualitätsbewusst bauen (<http://www.kompetenzzentrum-iemb.de/informationssystem/lexikon> v. 13.12.2002)
- IKK – Innungskrankenkasse (o.J.): Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 4 SGB XI. Eine Arbeitshilfe der Spitzenverbände der Pflegekassen. Unveröffentlichtes Arbeitspapier
- Iwarsson, S./Slaug, B. (2001): Housing Enabler. An Instrument for Assessing and Analysing Accessibility Problems in Housing. University of Lund
- Klie, T. (1998): Pflege im sozialen Wandel. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31, Nr. 6, 387-391
- Klie, T. (2001): Pflegeversicherung. Hannover (6. Aufl.): Vincentz
- Kliemke, C. (Hg.) (1989): Die Krankenwohnung – Häusliche Krankenpflege rund um die Uhr. Band 17 der Schriftenreihe des Instituts für Krankenhausbau der Technischen Universität Berlin. Berlin
- Kukla, G. (2002): Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – aber nur in kleinen Schritten. *Die Krankenversicherung*, Februar 2002, 58-62
- Lawton, M.P. (1986): *Environment and Aging*. Los Angeles: Brooks/Cole Publishing Co, 2.Auflage
- Lawton, M.P./Brody, E.M. (1969): Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* Nr. 9, 179-186
- Lawton, M.P./Nahemow, L. (1973): Ecology and the aging process. In: Eisdorfer, C./Lawton, M.P. (Hg.): *The psychology of adult development and aging*. American Psychological Association. Washington DC, 619-674

- LBB – Landesinstitut für Bauwesen und angewandte Bauschadensforschung NRW (Hg.) (1993): Wohnen im Alter. Zukunftsweisende Lösungen: Praxis – Probleme – Perspektiven. Düsseldorf
- LBS – Landesbausparkasse Hannover (1990): Ältere Menschen. Wohn- und Lebensbedingungen und ihre Änderungsbereitschaft. Band 13 der Schriftenreihe der LBS. Hannover
- LBS-Bundesgeschäftsstelle (Hg.) (1999): Altersgerecht Wohnen. Umgestalten oder umziehen. LBS-Ratgeber Nr. 5. Berlin: Deutscher Sparkassen Verlag
- MASQT – Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes NRW (Hg.) (2000): Sicher und bequem zu Hause wohnen. Wohnberatung für ältere und behinderte Menschen. Düsseldorf
- Narten, T./Stolarz, H. (1999): Neue Wohnmodelle für das Alter. Dokumentation des Expertenworkshops am 11./12. Juni 1997 in Bonn-Oberkassel. BMFSFJ Bonn/Berlin
- Niepel, T. (1995): Effektivität und Effizienz von Beratung zur Wohnungsanpassung. Daten und Analysen zu Nutzen, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Beratung zur Wohnungsanpassung aus alten-, gesundheitspolitischer und ökonomischer Sicht. Bericht im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW im Rahmen des Modellprojektes „Wohnungsanpassung“. 3. ergänzte und überarbeitete Fassung. Sozialwissenschaftliches Forschungs- und Beratungsinstitut Bielefeld (SoFoB). Bielefeld
- Niepel, T. (1998): Wohnberatung: wirksam und wirtschaftlich. Zwischenbericht im Modellprojekt „Wohnberatung für Bürgerinnen und Bürger in NRW“. Ein Projekt des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes NRW und der Landesverbände der Pflegekassen NRW. Universität Bielefeld
- Niepel, T. (1999): Wohnberatung: Erfolge, Wirkungsvoraussetzungen und Qualitätssicherung. Bericht im Modellprojekt „Wohnberatung für Bürgerinnen und Bürger in NRW“. Ein Projekt des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes NRW und der Landesverbände der Pflegekassen NRW. Universität Bielefeld/Sozialwissenschaftliches Forschungs- und Beratungsinstitut Bielefeld (SoFoB). Bielefeld
- Oswald, F. (1994): Zur Bedeutung des Wohnens im Alter bei gesunden und gehbeeinträchtigten Personen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 27, Nr. 6, 355-365
- Oswald, F. (1996): Hier bin ich zu Hause. Zur Bedeutung des Wohnens. Beiträge zur Gerontologie 6. Regensburg: Roderer
- Oswald, F. (1998): Erleben von Wohnalltag bei gesunden und gehbeeinträchtigten Älteren. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31, Nr. 4, 250-256
- Oswald, F. (2000): Wohnen und Wohnanpassung in Privathaushalten. In: Wahl, H.W./Tesch-Römer, C. (Hg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer, 209-215
- Oswald, F. (i.E.): Linking subjective housing needs to objective living conditions among older adults in Germany. Erscheint in: Schaie, K.W./Wahl, H.W./Mollenkopf, H./Oswald, F. (Hg.): Aging in the Community: Living arrangements and mobility. New York: Springer
- Oswald, F./Schmitt, M./Sperling, U./Wahl, H.W. (2000): Wohnen als Entwicklungskontext: Objektive Wohnbedingungen, Wohnzufriedenheit und Formen der Auseinandersetzung mit dem Wohnen in Ost- und Westdeutschland. In: Martin, P./Etrich, K.U./Lehr, U./Roether, D./Martin, M./Fischer-Cyrulies, A. (Hg.): Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter. Ergebnisse der ILSE – Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters. Darmstadt: Steinkopff, 201-219

- Oswald, F./Wahl, H.W. (2001): Housing in old age: conceptual remarks and empirical data on place attachment. *Bulletin of People-Environment Studies* 19, 7-12
- Paap, H. (2000): Bau- und wohnungswirtschaftliche Bewertung für alten- und behindertengerechtes Wohnen am Beispiel eines Modellprojektes Typ WBS 70/6 – Mittelganghaus. IEMB – Institut zur Erhaltung und Modernisierung von Bauwerken e.V. Info Nr. 2
- Palsig-Jensen, S. (1999): Wohnungspolitik und Altwerden – so lange wie möglich in der eigenen Wohnung bleiben? *Gesundheitswesen* 61, Nr. 11, 528-531
- Robert-Koch-Institut (Hg.) (2002): Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10. Berlin
- Schmitt, E./Kruse, A./Olbrich, E. (1994): Formen der Selbständigkeit und Wohnumwelt – ein empirischer Beitrag aus der Studie „Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung im Alter“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 27, Nr. 6, 390-398
- Tesch-Römer, C. (2001): Intergenerational solidarity and caregiving. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34, Nr. 1, 28-33
- Verein für Gemeinwesen- und Sozialarbeit Kreuzviertel e.V. (Hg.) (2000): Der Kreuzviertel-Verein und die Wohnberatung. Aufbau, Erfolge und Perspektiven. Dortmund
- Wahl, H.W. (2000): Ergebnisse der ökogerontologischen Forschung. In: Wahl, H.W./Tesch-Römer, C. (Hg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer, 203-208
- WHO – World Health Organization (Hg.) (1999): ICDH-2: International Classification of Functioning and Disability. Genf
- Wilderer, H. (1989): Wohnversorgung und Wohnwünsche alter Menschen. In: Flagg, I./Steckeweh, C. (Hg.): *Wohnen im Alter*. Erster Deutscher Fachkongress, Dokumentation. Gütersloh: Bertelsmann, 28-34
- Williams, A. (2002): Changing geographies of care: employing the concept of therapeutic landscapes as a framework in examining home space. *Social Science & Medicine* 55, Nr. 1, 141-154
- Wunner, K.H. (1994): *Die Zukunft der Altenpflege*. Wiesbaden: DUV

## Abkürzungsverzeichnis

ABL	Alte Bundesländer
BBR	Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMRBS	Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DIN	Deutsches Institut für Normung
LBB	Landesinstitut für Bauwesen und angewandte Bauschadensforschung
LBS	Landes-Bausparkasse
MASQT	Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie NRW
NBL	Neue Bundesländer
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel

## Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tab. 1:	Häusliches Unfallrisiko älterer Menschen .....	16
Tab. 2:	Wichtige Anpassungsformen in Privatwohnungen .....	19
Tab. 3:	Nutzer von Anpassungsmaßnahmen .....	22
Tab. 4:	Inhalte von Wohnberatungen .....	25
Abb. 1:	Beeinträchtigungen bei Alltagsaktivitäten nach Alter .....	7
Abb. 2:	Einschränkungen bei Alltagsverrichtungen von Nutzern der Wohnanpassung im Vergleich zu Pflegebedürftigen generell .....	8
Abb. 3:	Pflegebedürftige in Privathaushalten Körperliche Einschränkungen nach Pflegestufe .....	9
Abb. 4:	Ausstattung der Wohnungen Hilfe- und Pflegebedürftiger .....	13
Abb. 5:	Subjektive Bewertung der Wohnsituation im Alter .....	14
Abb. 6:	Eignung der Wohnung für Pflegebedürftige – Selbsteinschätzung .....	15
Abb. 7:	Wohnqualität und Grad der Selbständigkeit .....	16
Abb. 8:	Arten der Wohnraumanpassung .....	18
Abb. 9:	Arten der Wohnanpassung nach Wohnbereichen .....	20
Abb. 10:	Baumängel im Rahmen von Wohnberatung in Dortmund .....	23
Abb. 11:	Schwerpunkte für Anpassungsmaßnahmen in NRW .....	24
Abb. 12:	Ausgaben der Pflegekassen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen ...	30
Abb. 13:	Effekte von Anpassungsmaßnahmen .....	34