



Bundesinstitut
für Bau-, Stadt- und
Raumforschung

im Bundesamt für Bauwesen
und Raumordnung



Potenzialanalyse altersgerechte Wohnungsanpassung



Potenzialanalyse altersgerechte Wohnungsanpassung

Ein Projekt des Forschungsprogramms „Allgemeine Ressortforschung“ des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMUB), betreut vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR).



**Bundesinstitut
für Bau-, Stadt- und
Raumforschung**

im Bundesamt für Bauwesen
und Raumordnung



IMPRESSUM

Herausgeber

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)
im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR)
Deichmanns Aue 31–37
53179 Bonn

Ansprechpartner

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)
im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR), Bonn
Verena Lihs
verena.lihs@bbr.bund.de

Bearbeitung

Prognos AG
Henric Petri-Straße 9
CH - 4410 Basel
Dr. Tobias Hackmann
Dr. Reinhard Schüssler
Sabrina Schmutz

Bildnachweis

Titelbild: Gina Sanders / fotolia.com

Stand

März 2014

Druck

Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, Bonn

Bestellung

forschung.wohnen@bbr.bund.de

Vervielfältigung

Alle Rechte vorbehalten.

Die von den Autoren vertretene Auffassung ist nicht unbedingt
mit der des Herausgebers identisch.

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

die meisten von uns wünschen sich, im gewohnten Wohn- und Lebensumfeld alt zu werden. Je älter wir werden, desto schwerer fällt auch der Alltag in den eigenen vier Wänden. Viele Dinge gehen nicht mehr so leicht von der Hand, und wir sind nicht mehr so beweglich wie früher. Bisher ist aber nur ein sehr geringer Teil der Wohnungen altersgerecht. Schätzungen gehen von ein bis zwei Prozent aus. Über 90 Prozent der über 65-Jährigen und zwei Drittel der Pflegebedürftigen wohnen aber im normalen Wohnungsbestand. Die Zahlen zeigen: Den altersgerechten Umbau des Wohnungsbestandes voranzubringen, ist nicht nur für Eigentümerinnen und Eigentümer eine wichtige Aufgabe. Gefordert ist auch die Wohnungspolitik.

Der altersgerechte Umbau des Bestandes erleichtert nicht nur den Alltag im eigenen Wohnumfeld. Er kann einen Umzug in eine stationäre Einrichtung verhindern oder verzögern und trägt dazu bei, die Aufwendungen der Pflege- und Sozialkassen zu verringern. Darüber hinaus profitieren auch die privaten Haushalte, die über geringere Eigenanteile bei der ambulanten Pflege entlastet werden. Wie groß das Potenzial ist, zeigt die vorliegende Studie. Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung hatte diese für das Bundesbauministerium beauftragt.



Ich freue mich, wenn die hier vorliegenden Ergebnisse zu einer breiten und besseren Datenbasis führen und neue Projekte der altersgerechten Wohnungsanpassung anstoßen können.

A handwritten signature in blue ink that reads "H. Herrmann". The signature is fluid and cursive.

Direktor und Professor Harald Herrmann, BBSR

Inhalt

Kurzfassung	7
Executive Summary	12
1 Einführung	17
1.1 Hintergrund	17
1.2 Systematik der Studie	17
1.3 Klärung von Begrifflichkeiten	18
2 Zielgruppendifkussion	20
2.1 Eingrenzung des untersuchten Personenkreises	20
2.2 Beschreibung und Entwicklung des untersuchten Personenkreises	20
2.2.1 Der Begriff der Pflegebedürftigkeit	20
2.2.2 Status quo	21
2.3 Abgrenzung weiterer Zielgruppen	21
2.3.1 Eingrenzung der Zielgruppe durch das Konzept Behinderung bzw. Beeinträchtigung	23
2.3.2 Eingrenzung der Zielgruppe durch das Konzept Gebrechlichkeit	24
2.3.3 Eingrenzung der Zielgruppe und Bestimmung des baulichen Anpassungsbedarfes der Wohnung durch das Instrument des Housing Enabler	25
3 Gegenwärtige Wohnungsversorgung	27
3.1 Wohnsituation „jüngerer“ und „älterer“ Privathaushalte im Vergleich	27
3.2 Wohnsituation älterer Privathaushalte und Privathaushalte mit pflegebedürftigen Personen im Vergleich	29
3.3 Altersgerechte Ausstattungsmerkmale von Wohnungen	33
3.3.1 Altersgerechte Wohnungen von Älteren	33
3.3.2 Ausstattungsmängel der Wohnungen älterer Menschen	34
3.3.3 Ansatz zur Einschätzung des Bestandes an altersgerechten Wohnungen	34
3.3.4 Fazit	35
4 Kosten und staatliche Förderinstrumente zur barriere-reduzierenden Anpassung von Wohnungen	36
4.1 KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“	36

4.2	Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nach § 40 SGB XI	40
4.3	Wohnungsanpassungsmaßnahmen für behinderte Menschen nach SGB IX	41
4.4	Soziale Wohnraumförderung der Länder	43
5	Einflussgrößen auf das Pflegesetting	44
6	Pflege- und Unterbringungskosten nach Trägerschaft vor und nach altersgerechtem Umbau	46
6.1	Kosten der Pflege und Unterbringung: Gesamtstaatliche Perspektive	46
6.1.1	Pflege- und Unterbringungskosten je Pflegesetting im Status quo	46
6.1.2	Pflege- und Unterbringungskosten je Pflegesetting nach altersgerechtem Umbau	50
6.1.3	Sensitivitätsanalyse bei Variation der zentralen Annahme	54
6.2	Kosten der Pflege und Unterbringung: Individuelle Perspektive	55
6.2.1	Pflege- und Unterbringungskosten je Pflegesetting im Status quo	55
6.2.2	Pflege- und Unterbringungskosten je Pflegesetting nach altersgerechtem Umbau	55
6.2.3	Sensitivitätsanalyse bei Variation der zentralen Annahmen	56
6.3	Kosten durch Stürze bei Barrieren in der Wohnung	56
7	Entlastungseffekte durch Förderinstrumente zum altersgerechten Umbau	58
7.1	Wirksamkeit des KfW-Programms „Altersgerecht Umbauen“	58
7.2	Wirksamkeit der Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nach SGB XI	59
7.3	Fazit	59
8	Szenarien zu Pflege- und Unterbringungskosten bis 2030	61
8.1	Projektion des Basisszenarios	61
8.1.1	Annahmen zur Entwicklung und Wirkung der Einflussfaktoren	61
8.1.2	Wirkungen auf die Kosten der Pflege und der Unterbringung	66
8.2	Projektion des Entlastungsszenarios	66
8.2.1	A: Entlastung über vermehrten altersgerechten Umbau	68
8.2.2	B: Entlastung über besseren Gesundheitszustand	68
8.2.3	C: Entlastung über gleichbleibendes relatives Niveau der Alterseinkommen	70
8.3	Fazit	70

9 Rahmenbedingungen und Handlungsoptionen zur Beeinflussung der Pflegesettings auf kommunaler Ebene	71
9.1 Aufgaben und Instrumente der Kommunen in Bezug auf Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung und der Sozialhilfe	71
9.1.1 Aufgaben und Instrumente der Kommunen im Rahmen des SGB XI (SPV)	71
9.1.2 Aufgaben und Instrumente der Kommunen im Rahmen der „Hilfe zur Pflege“ und weiterer Sozialhilfeleistungen	72
9.2 Problemwahrnehmung und Handlungsfelder in ausgewählten Regionen	74
10 Resümee und Handlungsempfehlungen	77
Abkürzungsverzeichnis	80
Literaturverzeichnis	81
Anhang	I
I. Merkblatt zum KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“	III
II. Katalog möglicher wohnumfeldverbessernder Maßnahmen nach § 40 SGB XI	XI
III. Aufgaben und Instrumente der Kommunen im Rahmen des SGB XI (SPV) und des SGB XII (Sozialhilfe)	XIV

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Pflegebedürftige nach dem SGB XI 2011	22
Tabelle 2: Ergebnisse aus der Anwendung des Housing Enabler im Projekt ILSE	26
Tabelle 3: Mieter-/Eigentümerstatus von jüngeren und älteren Haushalten	28
Tabelle 4: Wohnfläche der Wohnungen pro Haushalt	29
Tabelle 5: Größe und Zusammensetzung der Haushalte ohne Altersbeschränkung	30
Tabelle 6: Wohnsituation nach Art des Gebäudes	30
Tabelle 7: Mieter-/Eigentümerstatus älterer Haushalte im Vergleich zu Haushalten mit Pflegebedürftigen	31
Tabelle 8: Wohnfläche der Wohnungen pro Haushaltsmitglied	31
Tabelle 9: Zahl der Personen im Alter von 65 Jahren und älter mit Bezug von Grundsicherung im Alter und Anteil an der altersgleichen Bevölkerung 2003 bis 2011	32
Tabelle 10: Monatliche Mietbelastung (nur Mieterhaushalte) des Haushaltneinkommens	32
Tabelle 11: Durchschnittliche Investitionen je Wohneinheit und Förderbaustein in der Kredit-Variante im Jahr 2011	37
Tabelle 12: Durchschnittliche Investitionen je Wohneinheit und Förderbaustein in der Zuschuss-Variante im Jahr 2011	38
Tabelle 13: Durchschnittliche Investition je Wohneinheit und Förderbaustein im KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“ im Jahr 2011	39
Tabelle 14: Leistungen der SPV im Jahr 2012 in Euro pro Monat	46
Tabelle 15: Pflege- und Unterbringungskosten nach Trägerschaft im Jahr 2012 (pro Kopf)	48
Tabelle 16: Pflege- und Unterbringungskosten nach Trägerschaft im Jahr 2012 (gesamt)	49
Tabelle 17: Fallzahlen von Pflegebedürftigen in den einzelnen Pflegesettings vor und nach Umbau in altersgerechten Wohnraum	51
Tabelle 18: Einnahmen- und Ausgabeeffekte durch altersgerechten Umbau in der Pflege 2012 (pro Kopf)	52
Tabelle 19: Einnahmen- und Ausgabeeffekte durch altersgerechten Umbau in der Pflege 2012 (gesamt)	53
Tabelle 20: Variation der Einnahme- und Ausgabeeffekte in verschiedenen Szenarien für das Jahr 2012 in Mrd. Euro	54
Tabelle 21: Verweildauer und individuelle Kosten der Pflege und Unterbringung nach Kostenträger unter Berücksichtigung der Lebenserwartung	55
Tabelle 22: Individuelle Kosten der Pflege und Unterbringung nach Kostenträger unter Berücksichtigung der Lebenserwartung nachaltersgerechtem Umbau	56
Tabelle 23: Individuelle Kosten der Pflege und Unterbringung nach Kostenträger nach Variation des Wirkungsgrads altersgerechten Umbaus	56
Tabelle 24: Wirksamkeit des KfW-Programms „Altersgerecht Umbauen“	59
Tabelle 25: Wirksamkeit des Förderinstruments zur Verbesserung des Wohnumfelds nach SGB XI	60
Tabelle 26: Veränderung der Zahl der Bevölkerung 2030 gegenüber 2011 in Tausend Personen	62
Tabelle 27: Entwicklung der Pflegefallzahlen unter Annahme konstanter Pflegequoten für die Jahre 2020 und 2030	63
Tabelle 28: Ausgabenentwicklung bis zum Jahr 2020 in verschiedenen Szenarien	67
Tabelle 29: Ausgabenentwicklung bis zum Jahr 2030 in verschiedenen Szenarien	67
Tabelle 30: Entlastungswirkungen bis zum Jahr 2020 in sich aufbauenden Szenarien zum Basisjahr 2012	69
Tabelle 31: Entlastungswirkungen bis zum Jahr 2030 in sich aufbauenden Szenarien zum Basisjahr 2012	69
Tabelle 32: Bauliche Maßnahmen der untersuchten Städte und Kreise	75
Tabelle 33: Maßnahmen zur Stärkung der informellen Pflege der untersuchten Städte und Kreise	76
Tabelle 34: Aktuelle Landespflegegesetze nach Bundesländern	XIV
Tabelle 35: Träger der Hilfe zur Pflege und der Grundsicherung im Alter nach Bundesländern	XV

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Haushaltsnettoeinkommen nach dem Alter des Haupteinkommensbeziehers	31
Abbildung 2: Ausgaben der gesetzlichen Pflegekassen für Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI und Anzahl der Pflegebedürftigen mit häuslicher Pflege (nicht Anzahl der Zuschussempfänger); Index 1995 = 100	41
Abbildung 3: Entwicklung des Altersaufbaus der männlichen (links) und weiblichen (rechts) Bevölkerung in Deutschland, 2011 und 2030, in Tausend Personen	62
Abbildung 4: Altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeiten in der SPV im Jahr 2009	63
Abbildung 5: Entwicklung der Pflegefälle für die Jahre 2012 bis 2050	64
Abbildung 6: Ausgabenentwicklung bis zum Jahr 2020 in verschiedenen Szenarien	67
Abbildung 7: Ausgabenentwicklung bis zum Jahr 2030 in verschiedenen Szenarien	67
Abbildung 8: Entlastungswirkungen bis zum Jahr 2020 in verschiedenen Szenarien	68
Abbildung 9: Entlastungswirkungen bis zum Jahr 2030 in verschiedenen Szenarien	69

Kurzfassung

Hintergrund

In den kommenden Jahren wird im Zuge der fortschreitenden Alterung der Bevölkerung die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland deutlich ansteigen. Der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen wird trotz abnehmender Tendenz weiterhin zu Hause (und nicht in stationären Pflegeeinrichtungen) gepflegt werden. Dies entspricht den Wünschen der Pflegebedürftigen selbst, aber auch denen der Politik („ambulant vor stationär“) und hat Auswirkungen auf die Nutzung des Wohnraums. So werden künftig deutlich mehr Wohnungen als bisher von Haushalten bewohnt werden, in denen mindestens eine pflegebedürftige Person lebt.

Diskussion der Zielgruppe

Barrierefreie oder -reduzierte Wohnungen bieten für alle Bewohner eine Komfortverbesserung. Insbesondere für Personen mit Bewegungseinschränkungen und für behinderte Menschen, aber auch für Familien mit (kleinen) Kindern wird der Alltag leichter, wenn der Zugang zur Wohnung und die Wohnung selbst wenige oder keine Barrieren aufweisen. Insofern ist die Zielgruppe der Personen, für die ein altersgerechter, barriere-reduzierender Umbau der Wohnung von Vorteil sein kann, weit zu spannen.

Bei staatlichen Förderinstrumenten ist die Zielgruppe für altersgerechte Wohnungsanpassungen unterschiedlich ausgelegt. Das KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“ zielt neben dem akuten Bedarf insbesondere auf einen präventiven Umbau. Förderberechtigt sind Wohnungseigentümer und Mieter unabhängig von Alter, Einkommen oder Gesundheitszustand. Hingegen stellt der altersgerechte Umbau bei Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds nach § 40 SGB XI eine stark subjektbezogene Förderung dar. Anspruchsberechtigt sind hier ausschließlich pflegebedürftige Personen. Ein Zuschuss erfolgt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht bzw. erheblich erleichtert wird, oder aber eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird.

Bei der vorliegenden Studie des Bundesinstituts für Bau-Stadt- und Raumforschung im Auftrag des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, Bauen und Reaktorsicherheit wird der Fokus auf den Personenkreis der Pflegebedürftigen gelegt. Obwohl der altersgerechte Umbau nicht allein die Pflegebedürftigen betrifft, bietet sich diese Zielgruppe für die Untersuchung an, da sich für die Gruppe der Pflegebedürftigen Einspareffekte in der stationären Pflege festmachen lassen und entsprechende Daten für diesen Personenkreis vorliegen.

Zentrale Forschungsfrage

Gegenstand der vorliegenden Studie ist die Frage, inwieweit sich durch den altersgerechten Umbau der Wohnung ein Pflegeheimeintritt verhindern bzw. verzögern lässt und welche fiskalischen Effekte aus Sicht des Staates sowie der privaten Haushalte daraus resultieren. Für den Entscheidungsprozess des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen, ob ein Wohnungswechsel in ein Pflegeheim notwendig oder vielleicht sogar unvermeidlich ist, sind verschiedene Aspekte relevant, u.a. der aktuelle, sowie ein möglicher künftiger, pflegerechterer Zustand der Wohnung, der durch bauliche Maßnahmen herbeigeführt werden kann.

Ein Pflegeheimaufenthalt ist aus Sicht der Pflegeversicherung in der Regel deutlich teurer als die häusliche Pflege durch Angehörige bzw. durch einen professionellen Pflegedienst. Reichen die Zuschüsse der Pflegeversicherung und die eigenen Mittel des Pflegebedürftigen nicht aus, um die Kosten der Pflege zu decken, so sind die verbleibenden Kosten durch den Sozialhilfeträger zu finanzieren. Die Ausgaben der „Hilfe zur Pflege“ (Sozialhilfe) entfallen gegenwärtig zu etwa 74 % auf die stationäre Versorgung in Pflegeheimen. Aus der Perspektive der öffentlichen Haushalte ist die Beeinflussbarkeit dieser Entscheidung insofern von erheblicher fiskalischer Bedeutung.

Die Ergebnisse zahlreicher Forschungsstudien und Befragungen dokumentieren, dass die Mehrzahl der älteren Menschen möglichst lange im angestammten Wohnumfeld leben möchten – selbst im Falle einer Pflegebedürftigkeit. Dies deckt sich im Wesentlichen mit der Prioritätensetzung in der Politik, da die öffentlichen Ausgaben einer professionellen stationären Pflegeversorgung jene einer häuslichen Versorgung bei weitem übersteigen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob, in welchem Ausmaß und unter welchen Bedingungen ein altersgerechter Umbau des Wohnungsbestands zu einer wünschenswerten Entwicklung im Sinne aller betroffenen Interessensgruppen beitragen kann. Von zentraler Bedeutung ist insbesondere eine Entlastung der privaten Haushalte und der öffentlichen Kassen. Die Fragestellung gewinnt durch die demografische Entwicklung immer stärker an Bedeutung. Neben einer steigenden Zahl der Pflegebedürftigen werden sich voraussichtlich auch die Voraussetzungen für eine häusliche Pflege insbesondere aufgrund sich ändernder familiärer Strukturen im Zeitverlauf deutlich verschlechtern.

Wohnsituation von älteren und pflegebedürftigen Menschen

Über die generelle Wohnsituation, sowohl der älteren Bevölkerung als auch der Haushalte mit pflegebedürfti-

gen Personen, sind mit der Zusatzerhebung zum Bereich Wohnen des Mikrozensus (MZ) 2010 aktuelle Informationen verfügbar. In der vorliegenden Studie werden ausschließlich Menschen in privaten Haushalten (und nicht in Einrichtungen ohne selbständige Haushaltsführung wie Pflege- oder Altersheimen) betrachtet.

Ein Vergleich der Wohnsituation der „älteren“ Bevölkerung (Haupteinkommensbezieher 65 Jahre und älter) mit der „jüngeren“ Bevölkerung (unter 65 Jahre) ergibt, dass zwischen beiden Gruppen deutliche Unterschiede bestehen. Insbesondere wohnen ältere Haushalte sehr viel häufiger als jüngere in Gebäuden mit nur wenigen Wohnungen und in älteren Gebäuden. Sie sind häufiger Eigentümer der von ihnen bewohnten Wohnung. Sie wohnen länger in der aktuellen Wohnung und die Wohnfläche pro Haushaltsmitglied ist deutlich größer.

Wird die Wohnsituation der Haushalte mit pflegebedürftigen Personen (aller Altersgruppen) mit der Wohnsituation der „älteren“ Bevölkerung (Haupteinkommensbezieher 65 Jahre und älter) verglichen, so sind die Unterschiede bis auf wenige Abweichungen gering. Die pflegebedürftigen Personen wohnen erwartungsgemäß etwas häufiger in Wohnheimen mit eigener Haushaltsführung. Zudem wohnen sie vermehrt in Gebäuden mit sehr vielen Wohnungen (21 und mehr), sowie in jüngeren Gebäuden (Baujahr nach 1991), die möglicherweise eher altersgerechte Ausstattungsmerkmale aufweisen. Pflegebedürftige Personen bewohnen eher kleinere Wohnungen und verfügen demnach über eine geringere Wohnfläche pro Person. Zudem wohnen sie häufiger zur Miete und weisen eine geringere Mietbelastung auf.

Alle genannten Aspekte zur Wohnsituation von älteren und pflegebedürftigen Menschen wirken sich auf die Möglichkeiten und Kosten eines altersgerechten Umbaus aus.

Altersgerechter Wohnungsbestand

Zur Anzahl an „altersgerechten“ Wohnungen in Deutschland liegen bisher nur wenige Informationen vor. Dies gilt sowohl in Bezug auf die gesamte Bevölkerung als auch auf die Haushalte mit Pflegebedürftigen. Zwar haben sich mit der DIN 18040-2 für den Wohnungsneubau, den Technischen Mindestanforderungen des KfW Programms „Altersgerecht Umbauen“ für den Wohnungsbestand und mit dem Standard der KfW „Altersgerechtes Haus / Wohnung“ inzwischen technische Standards für Barrierefreiheit und Barriereabbau etabliert; eine differenzierte Erfassung der zugehörigen Merkmale schlägt sich jedoch in den einschlägigen Fachstatistiken noch nicht nieder. So finden sich in der amtlichen Statistik des Mikrozensus (MZ), des Zensus, der Pflegestatistik oder auch dem Sozioökonomischen Panel (SOEP), dem Alterssurvey (DEAS), der europaweiten SHARE-Erhebung (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), sowie in den auf die Erfassung der Situation der pfle-

gebedürftigen Personen zugeschnittenen Befragungen zu den Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MuG) lediglich rudimentäre Angaben zum Anteil von altersgerechten Wohnungen in Deutschland.

Derzeit liefert die vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) durchgeführte Studie „Wohnen im Alter“ aus dem Jahr 2011 die aktuellsten und differenziertesten Daten zu diesem Thema. Die Ergebnisse werden in der vorliegenden Studie insbesondere für den Anteil an bereits bestehenden altersgerechten Wohnungen verwendet. Insgesamt bewohnen nach den Ergebnissen der KDA-Studie 5,2 % der 2009 befragten Seniorenhaushalte (65 Jahre und älter) weitgehend altersgerechte Wohnungen, d.h. es sind nicht mehr als drei Stufen beim Zugang zur Wohnung, keine Treppen in der Wohnung, ausreichende Türbreiten, ausreichende Bewegungsflächen im Sanitärebereich sowie eine bodengleiche Dusche vorhanden. Dies entspricht bei ca. 11 Mio. Seniorenhaushalten ca. 570.000 barriere-reduzierten Wohneinheiten in Deutschland. Aus der KDA-Studie lässt sich zudem ermitteln, dass gegenwärtig 7,7 % der Seniorenhaushalte mit pflegebedürftigem Mitglied in altersgerechten Wohnungen leben.

Das bedeutet im Umkehrschluss, dass in rd. 92 % der aktuell von Senioren bewohnten Wohnungen spätestens bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit bzw. bei rd. 95 % der Seniorenhaushalte bei Auftreten von Mobilitätseinschränkungen Handlungsbedarf besteht. Die vorliegende Studie liefert keine abschließende Einschätzung zum Bedarf an altersgerechten Wohnungen. Es werden vielmehr die möglichen fiskalischen Effekte bei einem altersgerechten Umbau für die Zielgruppe der Pflegebedürftigen unter Verweis auf die verfügbaren Statistiken ermittelt.

Kosten und staatliche Förderinstrumente zum altersgerechten Umbau von Wohnungen

Aus der Förderstatistik des KfW-Programms „Altersgerecht Umbauen“ lassen sich empirisch belastbare Angaben zu den Kosten eines altersgerechten Umbaus der Wohnung bzw. des Gebäudes ermitteln. Für die im Jahr 2011 rd. 43.000 geförderten Wohnungen ergeben sich auf der Grundlage der Angaben der antragstellenden Investoren förderfähige Umbaukosten von durchschnittlich rd. 13.990 Euro pro Wohnung (über alle Förderbausteine). Oftmals investieren die Antragsteller jedoch über den förderfähigen Umfang hinaus. Daher sind nach den Erfahrungen der KfW die zuschussfähigen Investitionen um etwa 20 % zu erhöhen, um zu den gesamten, mit der Förderung verbundenen Investitionen zu gelangen. Der Durchschnittsbetrag für den Umbau einer Wohnung erhöht sich damit auf 16.840 Euro. Nach der Art des Gebäudes (z.B. Ein- oder Mehrfamilienhaus, Baulalter) und der Wohnfläche differenzierte Kostangaben sind aus den Statistiken der KfW nicht ableitbar.

Auch zum Grad der durch die Umbaumaßnahmen erzielten Barrierereduzierung oder Barrierefreiheit sind keine Aussagen möglich. Zudem kann die mit dem Umbau erreichte Komfortverbesserung und Verbesserung der gesamten Lebenssituation nicht beziffert werden, ebenso wenig wie die mit dem Umbau verbundenen temporären Unbequemlichkeiten.

Das KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“ bestand bis zum Jahr 2011 mit Bundesbeteiligung aus zwei Fördermöglichkeiten. Zum einen konnte ein zinsverbilligter Kredit von maximal 50.000 Euro je Wohneinheit für alle Investoren in Anspruch genommen werden. Zum anderen konnte ein fünfprozentiger Zuschuss, bezogen auf die aufgewendeten Investitionskosten, für private Antragsteller mit bis zu zwei Wohneinheiten genutzt werden. Die Förderung ist nicht auf eine bestimmte Zielgruppe beschränkt und lediglich durch die Einhaltung der Technischen Mindestanforderungen, die Förderbausteine sowie durch einen förderfähigen Höchstbetrag geprägt.

Die Förderung im Rahmen des § 40 Abs. 4 SGB XI ist auf den Personenkreis der pflegebedürftigen Personen und auf einen Höchstbetrag von 2.557 Euro je Maßnahme und Pflegebedürftigen beschränkt. Bei einer Bedarfsprüfung wird für den konkreten Fall der sich ergebende Anpassungsbedarf der Wohnung festgelegt. Von den im Jahr 2010 in Privathaushalten lebenden Pflegebedürftigen haben 17 % entsprechende Zuschüsse zu baulich-technischen Maßnahmen in der Wohnung erhalten. Die Art der vorgenommenen Anpassungsmaßnahmen und ihre Gesamtkosten sind nicht bekannt. Ebenso ist nicht bekannt, aus welchen Gründen die komplementären 83 % der Pflegebedürftigen keine Leistungen erhielten oder beantragt haben.

Beide Förderinstrumente erfordern ein aktives Handeln und in aller Regel eine erhebliche finanzielle Eigenbeteiligung der Antragsteller.

Effekte einer altersgerechten Wohnungsversorgung

Die Analyse der verschiedenen Einflussfaktoren auf den längeren Verbleib in der häuslichen Umgebung macht deutlich, dass neben dem altersgerechten Umbau der Wohnung weitere wichtige Einflussfaktoren existieren. Der wohl wichtigste Aspekt besteht in dem Vorhandensein einer informellen Pflegeperson. Ferner ist der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen ein wichtiger Einzelfaktor für den Heimeintritt. Grundsätzlich bleibt festzuhalten, dass ab einem bestimmten Pflegebedarf der häuslichen Pflege durch Angehörige sowie der Finanzierung von qualifiziertem Personal Grenzen gesetzt sind.

In diesem Zusammenhang belegen eine Reihe von Studien den Wirkungsgrad von altersgerechtem Umbau auf die Vermeidung eines Heimeintritts. Sie sind vor allem für

die Berechnung der fiskalischen Effekte altersgerechter Wohnungsanpassung von Bedeutung. Niepel (1999) ermittelte auf Basis von Befragungsdaten der Wohnberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen die Wirkung des altersgerechten Umbaus auf die Vermeidung eines Heimeintritts und unterscheidet hierbei zwischen den Pflegestufen I bis III. Danach ließe sich über den altersgerechten Umbau der Wohnung im Mittel für 15 % der Pflegebedürftigen der Heimeintritt verhindern.

Basierend auf diesen Ergebnissen werden in der vorliegenden Studie Berechnungen zu den fiskalischen Effekten einer altersgerechten Wohnungsversorgung durchgeführt. Ausgehend von einer fiktiven, mittels Umbau herbeizuführenden flächendeckenden Versorgung von ambulant gepflegten Pflegebedürftigen mit altersgerechten Wohnungen ließe sich die Zahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen von 735.000 auf 473.000 Personen (im Jahr 2012) reduzieren. Daraus ergeben sich erhebliche fiskalische Einspareffekte bei den Pflege- und Unterbringungskosten, und zwar aus Sicht aller an den Pflegekosten beteiligten Träger - von der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) und den Sozialhilfeträgern bis hin zu den privaten Haushalten.

Der durch die Umbaumaßnahmen und ihre Wirkungen induzierte mögliche Gesamteinspareffekt beträgt rund 5,2 Mrd. Euro pro Jahr. Die größten Einsparungen (2,4 Mrd. Euro) sind bei der SPV zu verbuchen, während die privaten Haushalte eine nahezu gleich hohe Gesamtentlastung von 2,2 Mrd. Euro pro Jahr realisieren können. Darüber hinaus ergibt sich für die Sozialhilfeträger eine jährliche Gesamtentlastung von 0,6 Mrd. Euro. Für die staatlichen Sozialsysteme würde sich nach entsprechendem altersgerechtem Umbau der Wohnungen in Summe eine Entlastungswirkung von etwa 3 Mrd. Euro pro Jahr einstellen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich diese Einspareffekte ausschließlich durch Fallzahlenverschiebungen im Pflegesetting ergeben. Die Kosten für den altersgerechten Umbau der Wohnungen sind nicht inbegriffen.

Um die Berechnungen auf Grundlage der aktuellen Forschungsliteratur abzusichern, werden darüber hinaus Sensitivitätsanalysen mit veränderten Annahmen zur Wirksamkeit von altersgerechtem Umbau auf den Heimeintritt und zum Bestand an altersgerechten Wohnungen in der Gruppe der häuslich Pflegebedürftigen durchgeführt. Diese führen zu einer Bandbreite von Entlastungswirkungen aufgrund von Wohnungsanpassungsmaßnahmen. Abweichend vom Basiswert von 5,2 Mrd. Euro pro Jahr beträgt die Entlastungswirkung im ungünstigsten Fall lediglich 3,3 Mrd. Euro pro Jahr (geringere Wirkung der Umbaumaßnahmen bei einem höheren bereits vorhandenen Bestand an altersgerechten Wohnungen), eine um 35 % geringere Entlastung als im Basiszenario. Im günstigsten Fall ergibt sich eine jährliche Entlastung von 7,2 Mrd. Euro (höhere Wirkung der Umbaumaßnahmen bei geringerem bereits vorhandenem Be-

stand an altersgerechten Wohnungen), eine um 40 % höhere Entlastung als im Basisszenario.

Neben den fiskalischen Einsparungen ergeben sich durch den altersgerechten Umbau und die damit bewirkte Vermeidung bzw. Verzögerung eines Heimeintritts eine Reihe weiterer Effekte, die in dieser Studie nicht näher thematisiert werden. Die Pflege zu Hause entspricht den Präferenzen der Bürger und führt zu einer höheren Zufriedenheit und einer längeren Lebenserwartung der Pflegebedürftigen. Die Pflege zu Hause erfordert wegen ihrer im Vergleich zur stationären Pflege geringeren Personalintensität weniger professionelle Pflegefachkräfte, die vor dem Hintergrund des zunehmenden Fachkräftemangels immer schwerer zu finden sein werden. Nicht zu unterschätzen ist allerdings die Gefahr, dass die hohe Beanspruchung der Angehörigen durch informelle Pflege und Unterstützung bei der ambulanten Pflege zu einer Überbelastung sowie zu einem negativen Beschäftigungseffekt führt.

Im Zuge des demografischen Wandels und der absehbaren deutlichen Zunahme der Pflegebedürftigen in den nächsten Jahrzehnten werden die Entlastungspotenziale durch altersgerechten Umbau noch weiter ansteigen: Sie belaufen sich für die SPV im Jahr 2030 auf 3,5 Mrd. Euro. Die privaten Haushalte könnten dann 3 Mrd. Euro sparen, während der Staat durch die Sozialhilfe etwa 1 Mrd. Euro pro Jahr einsparen könnte. Insgesamt würde sich auf Grundlage des Basisszenarios bei den Pflege- und Unterbringungskosten im Jahr 2030 ein Gesamteinsparpotenzial von nunmehr 7,5 Mrd. Euro ergeben.

Fiskalischer Nettoeffekt der Förderinstrumente zum altersgerechten Umbau

Den Einspareffekten durch den längeren Verbleib in der Wohnung sind die Kosten des altersgerechten Umbaus gegenüberzustellen. Daraus lässt sich der fiskalische Nettoeffekt der Förderung von altersgerechtem Umbau ableiten.

Auf Basis der Niepel-Studie (1999) zur Wirksamkeit von altersgerechtem Umbau ergeben sich Umbaukosten von 6.420 Euro (inflationiert auf das Jahr 2012) pro Wohnung. Das sind 38 % der durchschnittlichen Umbaukosten bei der KfW-Förderung. Für die Analyse der Nettoeffekte wird auf die niedrigeren Umbaukosten nach Niepel verwiesen, da nur für diesen Betrag entsprechende Angaben zum Wirkungsgrad (15 % vermiedene Heimeintritte) von altersgerechtem Umbau vorliegen. Es ist anzunehmen, dass der Wirkungsgrad sich zwar mit zunehmenden Umbaukosten erhöht, dass sich aber eine Erhöhung nicht proportional sondern eher unterproportional auswirkt.

Den möglichen Einsparungen lassen sich die Ausgaben für den altersgerechten Umbau und der Förderung, einerseits gemäß den Leistungen für wohnumfeldverbes-

sernde Maßnahmen nach § 40 SGB XI sowie andererseits dem KfW-Förderprogramm „Altersgerecht Umbauen“ entsprechend den Konditionen aus dem Jahr 2011 mit Bundesbeteiligung, gegenüberstellen.

Bei der Förderung von Wohnungsanpassungsmaßnahmen nach dem SGB XI ergibt sich für die staatlichen Ausgabenträger unmittelbar eine Kostenentlastung, die über den Aufwand für die Förderung hinausgeht. Sie beträgt rd. 840 Euro bei einer pflegebedürftigen Person. Für die privaten Kostenträger besteht diese Kostenentlastung nicht unmittelbar. In finanzieller Hinsicht „rechnen sich“ die von ihnen zu tragenden Kosten für Umbaumaßnahmen erst, wenn mindestens zwei Pflegebedürftige von der Umbaumaßnahme profitieren.

Für das Förderprogramm „Altersgerecht Umbauen“ der KfW gilt, dass es einer ausreichend langen Nutzungsdauer der mit der Förderung umgebauten Wohnungen durch pflegebedürftige Personen bedarf, bis Nettoeinsparungen bei den Pflegekosten entstehen. Die in diesem Sinne berechnete Rentabilität der eingesetzten Mittel wird für den staatlichen Träger bereits nach etwa drei Jahren, für die privaten Haushalte jedoch erst nach 28 Jahren erreicht.

Eine umfassende Evaluation des KfW-Programms und der Förderung nach SGB XI steht noch aus. Insbesondere eine nähere Untersuchung des Grads an Barriereabbau oder Barrierefreiheit, der mit den Wohnungsanpassungsmaßnahmen nach KfW und nach § 40 Abs. 4 SGB XI erreicht wird – etwa im Vergleich zu dem Standard „Altersgerechte(s) Haus/ Wohnung“ der KfW oder dem von der DIN 18040-2 „Barrierefreie Wohnungen“ definierten Standard – ist wünschenswert.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie liefern eindeutige Argumente für eine Ausweitung der staatlichen Förderung sowohl in Form des KfW-Programms als auch nach SGB XI und dabei insbesondere für eine Reduktion des privat zu tragenden Anteils. Auch nach einer Anhebung der entsprechenden staatlichen Fördersätze würden sich die staatlichen Ausgaben für Pflege- und Unfallkosten über altersgerechte Umbaumaßnahmen reduzieren. Zugleich könnte das private Interesse am altersgerechten Umbau aus Wirtschaftlichkeitsüberlegungen erheblich gesteigert werden. Letztlich sind es die privaten Investoren, d.h. Eigentümer selbstgenutzten Wohneigentums und Vermieter, von denen der Impuls für eine Wohnungsanpassungsmaßnahme ausgehen muss. Somit sollten die Anreize zum altersgerechten Umbau für Investoren durch eine Erhöhung der öffentlichen Förderung gestärkt werden. Im Vergleich der beiden Förderinstrumente sollte die Ausweitung der KfW-Förderung an erster Stelle stehen, da in diesem Programm der altersgerechte Umbau vor Eintritt einer Pflegebedürftigkeit realisiert werden kann. Hierdurch wird der präventive Charakter der Förderung gestärkt und teilweise sogar das Entstehen von Pflegebedürftigkeit vermieden. Zugleich

werden die Vorzüge des altersgerechten Wohnens während der gesamten Lebenszeit nutzbar gemacht.

Rolle der Kommunen

Aus der Sicht der Kommunen gibt es im Bereich der Versorgung von Pflegebedürftigen viele Gestaltungsoptionen und Koordinierungsaufgaben, jedoch kaum gesetzliche Kompetenzen. Die Aufgaben beziehen sich eher auf Quartiersansätze und weniger auf das Wohnen von Pflegebedürftigen. Ein unmittelbares materielles Interesse der Kommunen an den hier untersuchten Sachverhalten besteht im Bereich der Ausgaben für Hilfe zur Pflege (HzP). Allerdings variiert in dem dichten, nach Ländern und einzelnen Hilfeleistungen des SGB XII differenzierten Regelungsgeflechts der tatsächliche Träger der Kosten regional erheblich.

Die Kommunen müssen grundsätzlich die Aufwendungen, die sich aus ihrer sachlichen Zuständigkeit bei der Sozialhilfe ergeben, selbst tragen. Das Land und ggf. auch der Bund erstatten ihnen jedoch Teile ihrer Aufwendungen. Im Falle der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung als Bestandteil der Sozialhilfe hat sich die Kostenträgerschaft grundlegend verändert. Als Ergebnis der Gemeindefinanzkommission wird der Bund den Kommunen die Ausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ab dem Jahr 2014 vollständig erstatten. Die Kostenträgerschaft der Ausgaben für Hilfe zur Pflege als weitere Sozialhilfeleistung ist davon unberührt.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wird für einzelne Regionen dargestellt, wie sich diese der Herausforderung prospektiv steigender Zahlen von Pflegebedürftigen sowie einer Zunahme der Armutsriskien im Alter stellen. Diese Entwicklungen führen bei entsprechender Kostenträgerschaft der Kreise und kreisfreien Städte zu einer stark steigenden Belastung der kommunalen Haushalte durch HzP. Die Bandbreite der unterschiedlichen Entwicklungen lässt sich in den zehn untersuchten Kreisen und kreisfreien Städten ablesen. Die Ergebnisse der Befragung zeigen auf, dass die Datenlage bezüglich der altersgerechten Wohnsituation von Privathaushalten auch in den Regionen vergleichsweise schlecht ist. Von Seiten der Regionen besteht eine verhalten positive Einschätzung der Wirkung von Maßnahmen auf die Vermeidung von stationärer Pflege und der weiteren Ermöglichung von ambulanter Pflege, die in ihrem Handlungsrahmen liegen. Dazu gehören bauliche Maßnahmen zur Stärkung der Infrastruktur und der informellen Pflege durch Angehörige und Nachbarn, Verbesserungen der Wohnberatung sowie Maßnahmen zur Kooperation und Vernetzung der beteiligten Akteure. Die Befragten rechnen mehrheitlich mit einer Zunahme des Anteils der Bezieherinnen und Bezieher von HzP an den Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2025, schätzen diese Zunahme jedoch sehr unterschiedlich ein. Die Regionen erwarten durch bereits von ihnen ergriffene Maßnah-

men eine gewisse Abfederung der weiter ansteigenden Ausgabenentwicklung für sozial bedürftige Pflegefälle.

Handlungsempfehlungen

Die Studie hat gezeigt, dass durch die Versorgung von Pflegebedürftigen mit altersgerechten Wohnungen öffentliche und private Haushalte bei den Pflege- und Unterbringungskosten entlastet werden können. Aus den Analysen ergeben sich verschiedene Ansätze, diese Einsparungen tatsächlich zu realisieren bzw. die Entwicklung künftig zu beschleunigen. Die Finanzierbarkeit altersgerechter Umbaumaßnahmen ist entscheidend für die Investitionsbereitschaft von Vermietern und selbstnutzenden Eigentümern. Das private Interesse muss daher erheblich gesteigert werden. Zur Beschleunigung des Prozesses bedarf es verlässlicher staatlicher Förderanreize. Beim Vergleich der Förderinstrumente sollte die KfW-Förderung im Vordergrund stehen. Dabei sollte der präventive Charakter von altersgerechtem Umbau in Zukunft noch stärker herausgearbeitet werden, da insbesondere das Potenzial von Wohnungsanpassungen zur Vermeidung und Verzögerung einer kostenintensiven stationären Pflege in der Vorstufe zur Pflegestufe I liegt. Eine erneute Mittelausstattung des KfW-Programms „Altersgerecht Umbauen“ sowohl in der Darlehens- als auch in Zuschussvariante sollte umgesetzt werden.

Auch die Kommunen als handlungsfähige Akteure vor Ort könnten auf vielfältige Weise Einfluss auf die gesamtwirtschaftlichen Entlastungen bei den Kosten der Unterbringung und Pflege nehmen. Die Kommunen sollten in ihren Handlungsoptionen deutlich gestärkt werden. Beispielsweise wäre eine Wirkungsanalyse des wohnungsbezogenen Regelwerks mit dem Ziel, die Hilfsangebote des Sozialrechts transparenter zu gestalten oder zu bündeln, erstrebenswert.

Die Datenlage hinsichtlich des Bestands und des Bedarfs an altersgerechten Wohnungen ist deutlich zu verbessern. In diesem Zusammenhang sollte eine standardmäßige Übernahme eines entsprechenden Fragenkatalogs in bestehende Befragungen (wie MZ, SOEP) und Statistiken erfolgen. Eine Evaluation zur Effizienz der umgebauten Wohnungen sollte hierbei eine dezidierte Bewertung der Maßnahmen und deren Wirkungsgrad auf den längeren häuslichen Verbleib beinhalten. Voraussetzung wäre eine entsprechende Analyse der Kosten sowie eine Renditebetrachtung altersgerechter Umbaumaßnahmen. Bei der Betrachtung langfristiger Effekte sollte untersucht werden, welche dauerhaften Wertsteigerungen sich für den Investor ergeben und welche Personengruppen heute und zukünftig in welcher Weise von der altersgerecht umgebauten Immobilie profitieren. Zudem wäre es wünschenswert, die bestehende Wohnberatung sowie die durch die Beratung ausgelösten altersgerechten Umbauten einer umfassenden wissenschaftlich fundierten Evaluation zu unterziehen.

Executive Summary

Background

Due to the progressing (demographic) ageing of the population, the number of long-term care patients in Germany will significantly increase in the coming years. Despite a declining tendency, the predominant share of long-term care patients will be cared for at home (and not in in-patient long-term care facilities). This corresponds with the wishes of both long-term care patients and politics ("out-patient care before in-patient care") and will affect the use of housing space. As a result, there will be considerably more households in which at least one long-term care patient lives.

Discussion of target group

Barrier-free and accessible (reduced barriers) apartments improve the comfort for all residents. In particular, everyday life becomes easier for persons with mobility impairments or disabled persons, but also for families with (small) children, if access to the apartment is not impeded by barriers or if the apartment itself has few or no barriers. Hence, the target group of persons that could benefit from senior-friendly conversion of the apartment in order to achieve better accessibility is broad.

As to government support instruments, the target group for senior-friendly conversions varies. The KfW programme "Senior-friendly Conversion" (Altersgerecht Umbauen) does not only target acute requirements but also preventive rebuilding in particular. Home-owners and tenants are eligible for the programme irrespective of age, income or health status. In contrast, senior-friendly conversion aiming at improvement of the home environment according to §40 of Book XI of Social Code (SGB XI) constitutes subject-related benefits. In this case, only long-term care patients are entitled to benefits. A benefit is granted, if in a particular case this enables home care or facilitates it considerably or if the life of the long-term care patient is restored to as much independence as possible.

This study focuses on long-term care patients. Although senior-friendly conversions do not concern long-term care patients alone, this target group serves well for the study as cost-saving effects can be shown for the group of long-term care patients receiving in-patient care and as corresponding data is available for this group.

Main research question

The subject of the present study is the question, to which extent senior-friendly conversions can prevent or delay a person from having to move into an in-patient care facility and which fiscal effects this will have on the state and private households. In regard to the decision making process of the long-term care patient and his fami-

ly, whether a move into an in-patient care facility is necessary or even inevitable, several aspects are relevant, such as the current state of the apartment in regard to accessibility as well as a possible future state that can be achieved by senior-friendly conversion.

Normally, a stay in a nursing home is significantly more expensive for the long-term care insurance than home care by family members or a professional nursing service. If the benefits of the long-term care insurance and the own funds of the long-term care patient do not cover the costs for care, the remaining costs have to be covered by social assistance. Of all expenses for "Help for Care" (social assistance), approximately 74% are spent on in-patient care in nursing homes. In regard to government budgets, the controllability of this decision is hence of significant fiscal relevance.

The results of various studies and surveys show that the majority of elderly people wish to remain in their familiar home environment for as long as possible - even in the case of the need for long-term care. In essence, this correlates with the priorities of politics as public expenditures for professional in-patient long-term care are much higher than the costs associated with home-based long-term care. In this context, the question arises as to whether senior-friendly conversion of the existing housing supply can contribute to a desirable development in the interest of all parties involved and if so, to which extent and under which circumstances the conversion should take place. Cost-saving effects for private households and public funds are of particular importance. Due to demographic development, this question is getting even more important. Besides an increasing number of long-term care patients, the conditions for home-based long-term care will presumably also deteriorate over time, especially due to a change in family structures.

Housing situation of elderly people and people in need of long-term care

Owing to the supplementary survey of the living sector within the micro-census (MZ) 2010, there is up-to-date information available in regard to the general living situation of elderly people as well as households that include persons in need of long-term care. The present study focuses exclusively on persons living in private households (excluding facilities without independent housekeeping, i.e. nursing or retirement homes).

A comparison between the residential situation of the "older" (main income earner 65 years or older) vs. the "younger" (below 65 years) population leads to the conclusion that significant differences between these two groups exist. In particular, older households live much more often in buildings that feature only few apartments

or in older buildings than younger households. They significantly more often own the property they live in. They live significantly longer in their current apartment and the living space per member of the household is significantly higher.

A comparison between the housing situation of persons in need of long-term care (all age groups) and that of the "older" population (main income earner 65 years or older) leads to the conclusion that, apart from few divergences, the differences are minor. As can be expected, persons in need of long-term care are more often living in residential homes that include independent housekeeping. They also more often live in buildings that comprise a rather high number of apartments (21 and more) or in younger buildings (built after 1991) that possibly feature more senior-friendly amenities. Persons in need of long-term care live in rather smaller apartments and thus have less living space per person. Furthermore, they more often live in rented apartments and pay less rent.

All mentioned aspects of the home situation of elderly persons and persons in need of long-term care have an effect on the possibilities and costs of senior-friendly conversion.

Senior-friendly housing stock

Up to this point, there is only little information available in regard to the number of senior-friendly apartments in Germany. This applies both to the total population and to households with long-term care patients. On the one hand, technical standards for barrier-free and accessible (barrier-reduced) facilities have been established with DIN 18040-2 for new residential construction, the minimum technical requirements of the KfW programme "Senior-friendly conversion" for the existing housing stock and the KfW standard "Senior-friendly House"; on the other hand, however, a differentiated recording of the corresponding features does not yet reflect in the relevant specialised statistics. For this reason, only rudimentary information in regard to the share of senior-friendly apartments in Germany is given in the official statistics of the micro-census (MZ), of the census of long-term care statistics or the Socio-Economic Panel (SOEP), the Ageing Survey (DEAS), the pan-European SHARE-data collection (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) and in the tailored surveys that examine the situation of long-term care patients considering the potential and limitation of independent living (MuG).

At present, the most up-to-date and differentiated data in this context can be found in the study "Senior Living" (Wohnen im Alter) that was conducted by the Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) on behalf of the Federal Ministry of Transport, Building and Urban Development (BMVBS) in 2011. In the present study, the results are used in particular in regard to the share of senior-friendly apartments that already exist. According to the findings

of the study of the KDA, 5.2% of the 2009 interviewed senior households (aged 65 or older) are living in apartments that are generally senior-friendly, i.e. there are no barriers impeding access to the apartment, no stairs in the apartment, doors are sufficiently wide, sanitary areas are wide enough for movement and there is a walk-in shower. When extrapolated for the approx. 11 million senior households in Germany, this corresponds to approx. 570,000 accessible (with reduced barriers) living units in Germany. Furthermore, the study of the KDA identifies that 7.7% of the senior households that include at least one person in need of long-term care are currently living in senior-friendly apartments.

By implication, this means that for almost 92% of all apartments currently inhabited by senior citizens a senior-friendly conversion will be in need at the latest when a long-term care dependency arises or even for approx. 95% of all senior households when mobility impairments occur. The present study does not provide a conclusive assessment on the demand of senior-friendly apartments. Instead, the focus is set on possible fiscal effects in case of senior-friendly conversions for the target group of long-term care patients with reference to the statistics available.

Costs and state support instruments for senior-friendly conversion of apartments

Empirically reliable information in regard to the costs of senior-friendly conversion of an apartment or a building can be gathered from the funding data of the KfW programme "Senior-friendly Conversion". In 2011, the conversion costs for approx. 43,000 subsidized apartments in both programme variations (1. subsidized loans to a maximum of EUR 50,000 per apartment unit and 2. five percent subsidy to a maximum of EUR 2,500) amounted to an average of approx. EUR 13,990 per apartment (over all funding modules) on the basis of the information of the applicant investors. Often, however, applicants invest an amount that exceeds the eligible volume. Hence, according to the experience of the KfW eligible investments have to be raised by approximately 20% in order to reach the total investments connected with the funding. Thus, the average value for the conversion of an apartment increases to EUR 16,840. Cost information differentiated by the type of building (e.g. detached houses or apartment houses, year of construction) and by living space cannot be deduced from the statistics of the KfW. Furthermore, it is also not possible to make any statements in regard to the degree in which conversion measures have improved the accessibility. In addition, the improvements of comfort and of the general life situation that were achieved by the conversion or temporary inconveniences caused by the conversion cannot be determined.

Until 2011, the KfW programme "Senior-friendly Conversion" comprised two funding possibilities. On the one

hand, all investors were entitled to a subsidized loan to a maximum of EUR 50,000 per apartment unit. On the other hand, private applicants with up to two apartment units could make use of a subsidy of five percent of the actual investment costs. The funding is not limited to a specific group and is only determined by complying with the minimum technical requirements, by the funding modules as well as by a maximum eligible amount.

The support pursuant to §40 para. 4 Book XI Social Code (SGB XI) is restricted to the group of long-term care patients and to a maximum eligible amount of EUR 2,557 per measure and long-term care patient. In case of a needs-related control, the degree of the needed conversion measures for the apartment is determined for the specific case. In 2010, 17% of the long-term care patients living in private households have received corresponding subsidies for structural-technical conversion measures in their apartment. The type of the conducted conversion measures and their total costs are not identified. Likewise, it is not identified why the remaining 83% of long-term care patients did not receive or did not apply for benefits.

Both support instruments require action as well as, in general, a financial contribution on the part of the applicants.

Effects of a senior-friendly housing supply

The analysis of the different factors that influence a longer stay in one's home environment shows that further important influencing factors exist besides a senior-friendly conversion. The existence of an informal caregiver is probably the most important aspect. Furthermore, the health status of a long-term care patient is an important single contributing factor for the admission to a nursing home. Generally, it has to be stated that home care provided by family caregivers as well as the financing of qualified nursing staff has limits from a certain long-term care level.

In this context, a series of studies identify the efficiency of senior-friendly conversions in regard to the avoidance of an admission to a nursing home. They are of particular importance for the calculation of the fiscal effects of senior-friendly conversions. Niepel (1999) examined the effect of senior-friendly conversion on the avoidance of nursing home admittance on the basis of survey data from residential consulting agencies in North Rhine-Westphalia. He differentiates between long-term care levels I – III. His findings show that, on average, for 15% of the long-term care patients admittance to a nursing home could be avoided by means of a senior-friendly conversion.

Based on these results, calculations of the fiscal effects of a senior-friendly housing supply are conducted in the present study. Taking a notional, comprehensive supply

of senior-friendly apartments for long-term care patients receiving out-patient care by means of senior-friendly conversion, the number of long-term care patients receiving in-patient care could be reduced from 735,000 to 473,000 persons (in the year 2012). This leads to substantial fiscal effects in regard to nursing and accommodation costs, i.e. for all parties bearing the costs of care - from Statutory Long-term Care Insurance (SPV) and the social assistance authorities to private households.

The potential total savings effect induced by measures of conversion and its impacts amount to approximately EUR 5.2 billion per year. The highest savings (EUR 2.4 billion) can be realised by the SPV, while private households can save almost the same total amount with EUR 2.2 billion per year. In addition, the social assistance authorities can realise an annual total savings of EUR 0.6 billion. As a result of an appropriate senior-friendly conversion of apartments, the social security systems would realise a total savings effect of approximately EUR 3 billion per year. It should be noted that these savings effects only arise as a result of the shift in case numbers of the long-term care setting. Costs for senior-friendly conversions are not included.

In order to validate the calculations on the basis of present research literature, additional sensitivity analyses are conducted with alternative assumptions in regard to the effects of senior-friendly conversion on nursing home admissions and to the existing senior-friendly housing stock within the group of long-term care patients receiving out-patient care. These lead to a range of saving effects as a result of measures to improve home environment. Differing from the base value of EUR 5.2 billion, the savings effect amounts to only EUR 3.3 billion per year in the worst-case scenario (smaller effect of the senior-friendly conversion in case of a higher existing senior-friendly housing stock), i.e. a lower savings effect of 35% compared to the base-case scenario. In the best-case scenario, the annual savings effect amounts to EUR 7.2 billion (bigger effect of senior-friendly conversion in case of a lower existing senior-friendly housing stock), i.e. a higher savings effect of 40% compared to the base-case scenario.

Apart from fiscal savings, senior-friendly conversion and the thus effected avoidance or delay of an admission to a nursing home has a number of other effects, which are not addressed further in the present study. Out-patient care corresponds to the preferences of the citizens and leads to a higher satisfaction and a longer life expectancy of long-term care patients. Due to its lower staff intensity compared to in-patient care, out-patient care is in need of less professional nursing personnel, who, taking the increasing shortage of skilled labour into consideration, will become more difficult to find. However, one should not underestimate the danger of overburdening as well as of a negative impact on employment for

family members due to the high strain on family caregivers through informal care or support in out-patient care.

In the course of demographic change and a foreseeable significant increase in the number of long-term care patients within the next decades, the savings potential due to senior-friendly conversion will continue to rise: for Statutory Long-term Care Insurance (SPV) they will amount to EUR 3.5 billion in 2030. Private households could realise savings of EUR 3 billion, while the government could save approximately EUR 1 billion through "Help for Care". On the basis of the base-case scenario, in regard to nursing and accommodation costs a total savings potential of EUR 7.5 billion would be achieved in 2030.

Fiscal net effect of support instruments for senior-friendly conversion

The savings effects realised through a longer stay in one's own home have to be compared with the costs resulting from senior-friendly conversion. By doing so, the fiscal net effect of the support of senior-friendly conversion can be deduced.

On the basis of the study by Niepel (1999) concerning the effectiveness of senior-friendly conversion, the conversion costs amount to 6,420 Euro per apartment (in prices of 2012). This amounts to 38% of the average conversion costs in case of support through the KfW programme. Regarding the analysis of net effects, we refer to the lower conversion costs according to Niepel, as information on the efficiency of senior-friendly conversion (avoidance-rate of admissions to nursing homes: 15%) are only available for this figure. It can be assumed that the efficiency will rise with increasing conversion costs, this rise, however, is not proportional but rather less than proportional.

Potential savings effects can be contrasted with expenditures for senior-friendly conversion and for subsidies, on the one hand according to benefits for measures to improve the home environment under the terms of §40 Book XI Social Code (SGB XI) and on the other hand according to the KfW programme "Senior-friendly Conversion" to the terms of the year 2011 with government participation.

As to the subsidization of measures to improve the home environment under the terms of Book XI Social Code (SGB XI), the government budget holders realise direct cost savings which exceed the expenditures of the subsidization. These cost savings amount to approx. EUR 840 per long-term care patient. These cost savings do not accrue directly for private budget holders. From a financial perspective, the costs of conversion measures only "pay off" if at least two long-term care patients benefit from the conversion measures.

Concerning the KfW programme „Senior-friendly Conversion“, net savings on long-term care costs accrue only after a sufficiently long period of use by long-term care patients. The calculated profitability of the financial resources employed is attained after three years for government budget holders, but only after 28 years in case of private households.

Comprehensive evaluations of the KfW programme as well as of the subsidization according to Book XI Social Code (SGB XI) have so far not been conducted. In particular, a closer examination of the degree of conversion towards accessibility that is to be accomplished by means of measures to improve the home environment under the terms of KfW and §40 para. 4 Book XI Social Code (SGB XI) is desirable - e.g. a comparison to the KfW standard "Senior-friendly House" or to the standard "Barrier-free Apartments" defined by DIN 18040-2.

The results of the present study provide clear-cut arguments for an expansion of government subsidisation through both the KfW programme as well as according to Book XI Social Code (SGB XI) and especially for a reduction of the cost share of private households. Even after an increase of the respective government subsidy rates, government expenditures for long-term care and accidents could be reduced by senior-friendly conversions. At the same time, private interest for senior-friendly conversion could be increased significantly due to economic reasons. Ultimately, the momentum for senior-friendly conversion has to come from private investors, i.e. home-owners and landlords. Consequently, incentives for senior-friendly conversion by investors should be boosted by an increase in public subsidies. Comparing both subsidy instruments, the increase of the KfW subsidy should be number one priority, as senior-friendly conversion can be realised in this programme before long-term care dependency begins. Thus, the preventative character of the subsidy is strengthened and the occurrence of long-term care dependency can even be partly prevented. At the same time, the advantages of senior-friendly living are made available for the whole lifetime.

The role of the municipalities

From the perspective of the municipalities, there are many possible actions and many coordination tasks in regard to the support of long-term care patients, however, they possess only few legal competences. These possible tasks rather focus on integrated service areas than on individual housing of long-term care patients. Concerning the issues analysed here, municipalities have a direct material interest concerning expenditures in scope of the "Help for Care" scheme. However, due to the detailed body of regulations applying to individual federal states and individual benefits of Book XII of the Social Code (SGB XII), there is considerable regional variation concerning the actual funding institution.

Generally, the municipalities have to bear the costs for social assistance resulting from their substantive competence. The federal state and, where applicable, the federal government will partly reimburse their expenditures. In case of minimum needs-based provision in old age and in the event of reduced earning capacity (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) as an element of social assistance, the question as to which institution will bear the costs has changed substantially. As a result of the municipal finances commission (Gemeindefinanzkommission) the federal government will fully reimburse the municipalities for the expenditures of minimum needs-based provision in old age and in the event of reduced earning capacity as from the year 2014. The regulation concerning the cost bearing of the expenditures for "Help for Care" as a further social assistance benefit remains unaffected.

In the framework of the present study, we illustrate how specific regions take on the challenge of a prospective rise in the number of long-term care patients and an increase in poverty risks in old-age. These developments

lead to a sharply increasing burden for municipal budgets through "Help for Care", as the costs have to be borne by the administrative districts and cities. The range of different developments can be seen in the ten administrative districts and cities that have been analysed. The results of the survey illustrate that there is also comparably poor data for the regions on the senior-friendly housing situation of private households. On the part of the regions, the assessment of the effects of measures to prevent in-patient care and to enable out-patient care that are within their scope of action is cautiously positive. These include construction measures to strengthen infrastructure and informal care given by family and neighbours, improvements of living counselling as well as measures for cooperation and networking of the parties involved. The majority of the interviewed persons expect the share of people receiving "Help for Care" among long-term care patients to increase until 2025, however, the extent of this increase is viewed differently. The regions expect the development of expenditures for long-term care patients in social need to increase slower due to measures already taken.

1 Einführung

1.1 Hintergrund

Im Zuge der fortschreitenden Alterung der Bevölkerung wird die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland in den kommenden Jahren deutlich ansteigen. Der überwiegende Anteil der Pflegebedürftigen wird hierbei auch künftig zu Hause und nicht in stationären Pflegeeinrichtungen gepflegt werden, jedoch voraussichtlich mit abnehmender Tendenz. Das Leben zu Hause entspricht den Wünschen der Pflegebedürftigen selbst, aber auch denen der Politik und hat Auswirkungen auf die Nutzung des Wohnraums. So werden künftig deutlich mehr Wohnungen als bisher von Haushalten bewohnt werden, zu denen eine pflegebedürftige Person gehört.

Im vorliegenden Forschungsprojekt des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Auftrag des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, Bau- und Reaktorsicherheit (BMUB) werden die Kosten für eine altersgerechte Wohnraumanpassung den möglichen Einsparungen bei den Pflege- und Heimunterbringungskosten gegenübergestellt. Um diese Analyse durchführen zu können, wird der Fokus dieser Studie auf den Personenkreis der Pflegebedürftigen gelegt. Obwohl der altersgerechte Umbau nicht allein den Personenkreis der Pflegebedürftigen betrifft, bietet sich diese Zielgruppe für eine Untersuchung an, da sich für die Gruppe der Pflegebedürftigen entsprechende Einspareffekte in der stationären Pflege festmachen lassen und auszuwertende Daten für diesen Personenkreis vorliegen.

Im Zentrum der Untersuchung steht somit die aus der Perspektive der privaten Haushalte zu treffende Entscheidung des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen, ob ein Wohnungswechsel in ein Pflegeheim notwendig oder vielleicht sogar unvermeidlich ist. Für diesen Entscheidungsprozess sind viele verschiedene Aspekte relevant, darunter u. a. der aktuelle sowie ein möglicher künftiger, pflegerechterer Zustand der Wohnung sowie die Höhe der Kosten von Anpassungsmaßnahmen und deren Finanzierbarkeit. Aus der Perspektive der öffentlichen Haushalte hat diese Entscheidungssituation und deren Beeinflussbarkeit fiskalische Bedeutung, weil der Pflegeheimaufenthalt für die Pflegeversicherung deutlich teurer und für die Träger der Sozialhilfe ggf. mit hohen Aufwendungen verbunden ist, wenn die Zuschüsse der Pflegeversicherung und die eigenen Mittel des Pflegebedürftigen nicht ausreichen, die Kosten des Pflegeheimaufenthalts zu decken.

Die Ergebnisse zahlreicher Forschungsstudien sowie Befragungen belegen, dass die Mehrzahl der älteren Menschen möglichst lange im angestammten Wohnumfeld – selbst im Falle einer Pflegebedürftigkeit – leben möchte. Dies deckt sich im Wesentlichen mit der Prio-

ritätensetzung in der Politik gemäß dem Vorsatz „ambulant vor stationär“, da die öffentlichen Ausgaben einer professionellen stationären Pflegeversorgung jene einer ambulanten Versorgung bei weitem übersteigen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob, in welchem Ausmaß und unter welchen Bedingungen ein altersgerechter Umbau des Wohnungsbestands zu einer wünschenswerten Entwicklung im Sinne aller betroffenen Interessensgruppen beitragen kann. Die Fragestellung gewinnt durch die demografische Entwicklung immer stärker an Bedeutung, da sich neben einer absoluten Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen die Voraussetzungen für eine ambulante Pflege im Zeitverlauf voraussichtlich deutlich verschlechtern werden.

Im Vorfeld der nachfolgenden Analyse sei auf die oft unzureichende Datenbasis zur Beantwortung der aufgestellten Forschungsfragen hingewiesen. Während die Datenbasis für den Kreis der Pflegebedürftigen und deren Verweildauer (nach Pflegestufen und Versorgungsformen) sowie die daraus resultierenden Pflegekosten aufgrund der Vielzahl an vorliegenden Studien vergleichsweise gut ist, ergeben sich erhebliche Datenprobleme bei der Thematik Wohnen von älteren Menschen und Bestand an altersgerechten Wohnungen“. So bestehen erhebliche Datenprobleme bzgl. der Frage, wie viele der heutigen (pflegebedürftigen) Personen in altersgerecht umgebauten Wohnungen leben. Darüber hinaus finden sich nur wenige Studien und auswertbare Statistiken zum Wirkungsgrad von altersgerechtem Umbau (bezogen auf einen längeren Verbleib in der eigenen Wohnung) sowie den damit verbundenen Kosten.

Aufgrund dieser schwierigen Ausgangslage werden eigene empirische Modelle entwickelt, die sich auf Annahmen aus wissenschaftlich fundierten Studien und Datenauswertungen berufen. Die vorgestellten Ergebnisse werden erstmals Potenziale der altersgerechten Wohnungsanpassung auf Basis der verfügbaren Daten aufzeigen können.

1.2 Systematik der Studie

Die Studie hat herausgearbeitet, inwieweit sich ein längerer Verbleib der Zielgruppe in der häuslichen Umgebung über geeignete altersgerechte Umbaumaßnahmen erreichen lässt. Darüber hinaus wurden die möglichen daraus resultierenden fiskalischen Einspareffekte bei den Sozialhilfeträgern und den Pflegekassen bei einer Versorgung in einem gegenüber der Heimunterbringung günstigeren häuslichen Pflegesetting quantifiziert. Der ermittelte potenzielle Einsparbetrag dient als Anhaltswert für die Dimensionierung von Fördermaßnahmen für altersgerechtes Wohnen durch die öffentliche Hand.

Darüber hinaus wurden entlang von sechs Ebenen folgende inhaltliche Aspekte betrachtet:

Ebene 1: Bevölkerungsentwicklung

Die absehbare demografische Entwicklung wird erfasst und die daraus resultierenden Effekte auf die veränderte Nachfrage nach Wohnraum sowie den erhöhten Pflegebedarf werden beschrieben.

Ebene 2: Wohnsituation und bauliche Anforderungen

In diesem Zusammenhang wird die aktuelle Wohnsituation der älteren und der pflegebedürftigen Bevölkerung ermittelt. Zudem werden die Anforderungen an den altersgerechten/pflegegerechten Wohnraum beschrieben. Die baulichen Anforderungen leiten sich hierbei aus der Prämisse ab, den Wohnraum so zu gestalten, dass pflege- und hilfsbedürftige Personen so lange wie möglich in ihrer Wohnung versorgt werden können.

Ebene 3: Wohnungsbedarf von Pflegebedürftigen

Basierend auf bereits vorliegenden Analysen richtet sich das Augenmerk in dieser Ebene auf die Nachfrage der gegenwärtig pflegebedürftigen Personen nach geeignetem Wohnraum.

Ebene 4: Pflegesetting und Wohnungswechsel

In diesem Themenabschnitt werden „Risikokonstellationen“ analysiert, die in der Regel einen Übergang in eine stationäre Pflege nach sich ziehen. Diese werden nach ihrer Beeinflussbarkeit, u.a. durch Wohnungsanpassungsmaßnahmen, analysiert.

Ebene 5: Ausgabenentwicklung und Wirksamkeit von Förderung

Diese Ebene befasst sich mit den Kosten der Pflege auf der einen und den Kosten für altersgerechte Wohnungsanpassungsmaßnahmen auf der anderen Seite. Darüber hinaus wurde die Wirksamkeit der Förderinstrumente zum altersgerechten Umbau untersucht.

Ebene 6: Einkommenssituation von Pflegebedürftigen

Anknüpfend an die Vorüberlegungen zur Kostenträgerschaft der Pflegeausgaben werden auf dieser Ebene entsprechende Daten zum Anteil der sozialhilfebedürftigen Personen im Sinne der Hilfe zur Pflege (HzP) und der Grundsicherung im Alter heute wie in Zukunft bestimmt.

Die vorangegangenen Ausführungen entlang der sechs Ebenen waren Gegenstand einer umfassenden Status-quo-Analyse.

Darauf aufbauend wurde ein **Basisszenario** (vgl. Kapitel 8) ermittelt, welches den Trend für Deutschland bis zum Jahr 2030 beschreibt. Das Basisszenario unterstellt die Annahme, dass sich die heute absehbaren Trends entlang der sechs Ebenen in Zukunft bewahrheiten bzw. sich der Status quo in die Zukunft fortschreiben lässt. Mit Hilfe von **Stellschrauben** werden nun verschiedene Maßnahmen definiert, die es den relevanten Entscheidungsträgern ermöglichen sollen, unerwünschte Entwicklungen (wenn möglich) abzuwenden bzw. ungenutzte Potenziale auszuschöpfen. So wird u.a. analysiert, in welchem Ausmaß sich durch bauliche Maßnahmen ein Übergang in ein stationäres Pflegeheim hinauszögern oder sogar verhindern lässt. Eine weitere Stellschraube ist ein verbesserter Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung. Die entsprechenden Ergebnisse des Basisszenarios sowie die Einflussnahme durch den Einsatz verschiedener Stellschrauben sind schließlich Gegenstand eines **Entlastungsszenarios**. Die Entlastungspotenziale lassen sich hierbei den zuvor beschriebenen sechs Ebenen zuordnen.

1.3 Klärung von Begrifflichkeiten

Im Sinne der Fragestellung der Studie soll altersgerechtes Wohnen den Bewohnern ermöglichen, im Falle der Pflegebedürftigkeit nicht aufgrund von Barrieren oder baulichen Mängeln in eine stationäre Pflegeeinrichtung umziehen zu müssen. In der Studie werden verschiedene Konzepte vorgestellt, mit denen ein derart qualifizierter Wohnraum charakterisiert werden kann. Dabei handelt es sich aus baulicher Sicht um die Technischen Mindestanforderungen des KfW-Förderprogramms „Altersgerecht Umbauen“ sowie um den Eigenschaftskatalog einer Wohnung nach dem Konzept des „Housing Enabler“. Ganz allgemein gilt, dass zumindest verschiedene minimale Elemente einer barrierearmen Bauweise vorhanden sein sollten, damit eine Wohnung als altersgerecht bezeichnet werden kann. Nach der BMVBS-Studie (2011), ausgeführt vom KDA, sind dies zum Beispiel ein barrierearmer Zugang zur Wohnung, keine Stufen innerhalb der Wohnung, ausreichende Bewegungsflächen und Türbreiten im Sanitärbereich und eine bodengleiche Dusche. Neben den baulichen Anforderungen an die Wohnung sind die Gestaltung des Wohnumfeldes, infrastrukturelle und soziale Angebote vor Ort sowie die Möglichkeit, bei Bedarf auf Unterstützungsangebote zurückgreifen zu können, von Relevanz.

Im Unterschied zum altersgerechten Wohnen ergibt sich der Begriff von barrierefreiem Wohnraum aus der DIN-Norm 18040-2, welche die nachfolgende Zielsetzung aufgreift:

„Ziel dieser Norm ist die Barrierefreiheit baulicher Anlagen, damit sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind (nach § 4 BGG Behindertengleichstellungsgesetz).“

Zwischen barrierefrei, barrierearm, barrierereduziert und altersgerecht, jeweils als Anforderung an bzw. als Standard für eine Wohnung gedacht, bestehen im allgemeinen Sprachverständnis, aber auch in der fachlichen Verwendung vielfältige Überschneidungen. Barrierefreiheit im Sinne der DIN 18040-2 kann dabei als das anforderungsreichste Konzept angesehen werden. Die Studie trifft zu diesem Themenkomplex keine eigenen Aussagen, sondern orientiert sich an den vorhandenen Definitionen (vgl. KDA-Studie).

In der Studie wird bezüglich der pflegebedürftigen Personen zwischen drei verschiedenen Pflegesettings bzw. Versorgungsformen unterschieden:

- a) informelle Pflege durch Angehörige,
- b) ambulante Pflege durch einen professionellen Anbieter (Pflegedienst),
- c) stationäre Pflege in einer Einrichtung.

Pflegebedürftige Personen, die informell durch Angehörige gepflegt werden, und pflegebedürftige Personen, die durch einen ambulanten Pflegedienst zu Hause professionell gepflegt werden, gehören zu der zusammengefassten Gruppe der Personen mit „**häuslicher**“ **Pflege**. Für die Personen mit häuslicher Pflege interessieren deren Wohnsituation und im Weiteren die Gründe für einen Übergang in stationäre Pflege und die Beeinflussbarkeit des Überganges durch bauliche, barrierereduzierende Maßnahmen in der Wohnung oder an dem Gebäude. Zudem sind die Auswirkungen auf die Kosten der Pflege für die Sozial- und Pflegekassen sowie die Pflegebedürftigen selbst, differenziert nach den drei Pflegestufen, zu untersuchen.

2 Zielgruppendifkussion

2.1 Eingrenzung des untersuchten Personenkreises

Barrierearme oder -reduzierte Wohnungen bieten allen Bewohnern eine Komfortverbesserung. Insbesondere für Personen mit Bewegungseinschränkungen, aber auch für Familien mit (kleinen) Kindern wird der Alltag leichter, wenn der Zugang zur Wohnung und die Wohnung selbst wenig oder keine Barrieren aufweist. Insofern ist eine Zielgruppe der Personen, für die ein „altersgerechter, barriere-reduzierender Umbau“ der Wohnung von Vorteil sein kann, weit zu spannen. Aus diesem Grund werden in der vorliegenden Studie neben dem Konzept der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI weitere Konzepte vorgestellt und diskutiert, anhand derer der Bedarf eines Bewohners an Wohnungsanpassungsmaßnahmen festgestellt werden kann. Dazu gehören die Personen mit „Behinderung“, „Gebrechlichkeit“ im Sinne eingeschränkter physischer Kapazitäten sowie das Konzept des „Housing Enabler“ zur Identifikation funktionaler Einschränkungen und der Abhängigkeit von Mobilitätshilfen.

Die Analysen der vorliegenden Studie zu den Entlastungswirkungen von altersgerechtem Umbauen beziehen sich jedoch ausschließlich auf die nach SGB XI als pflegebedürftig eingestuften Personen. Die Beschränkung auf den Personenkreis der Pflegebedürftigen erklärt sich zum einen durch die Tatsache, dass für diese Gruppe belastbare Daten vorliegen, und zum anderen über die Möglichkeit, entsprechende Einsparungen bei den Pflege- und Unterbringungskosten zu ermitteln.

Mit den Angaben der amtlichen Pflegestatistik wäre es zwar möglich, eine weitergehende Eingrenzung der Zielgruppe, bspw. auf die Pflegebedürftigen über 65 Jahren, vorzunehmen. Untersuchungen zur Wirksamkeit von baulichen Wohnungsanpassungsmaßnahmen auf einen längeren Verbleib in der bisherigen Wohnung liegen jedoch nicht in der entsprechenden Altersdifferenzierung vor. Aus diesem Grund werden die Berechnungen zu den Entlastungswirkungen für Pflegebedürftige aller Altersgruppen durchgeführt. Auch ist die Entscheidung über einen möglichen Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung im Wesentlichen für pflegebedürftige Personen mit Leistungsbezug (= Einstufung in Pflegeversicherung) von Bedeutung, der Anteil der stationären Pflegeheimbewohner ohne entsprechenden Leistungsbezug ist gering.¹

Für die Gruppe der Pflegebedürftigen mit Leistungsbezug werden mittels bestimmter Annahmen die fiskalischen Auswirkungen eines durch bauliche Maßnahmen verzögerten oder gänzlich vermiedenen Umzuges in ein Pflegeheim quantifiziert.

2.2 Beschreibung und Entwicklung des untersuchten Personenkreises

2.2.1 Der Begriff der Pflegebedürftigkeit

Wenn es um den Bedarf an barrierefreiem oder barrierearmem Wohnen geht, dann sind in erster Linie Einschränkungen in der körperlichen Mobilität angesprochen. Die Definition von Pflegebedürftigkeit richtet sich an 24 Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL's) aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung aus. Seit Mitte des Jahres 2008 werden zu einem gewissen Umfang auch Bedürfnisse erfasst, die aus einer eingeschränkten Alltagskompetenz resultieren, wobei eine eingeschränkte Alltagskompetenz (z.B. Demenz) jedoch bisher für die Einstufung in Pflegestufen nicht relevant ist. Das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) nach den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches geprüft. Je nach Prüfungsergebnis werden die Pflegebedürftigen in die Pflegestufen I, II und III eingestuft und erhalten entsprechend gestaffelte Leistungen. Für besondere Härtefälle sind zudem entsprechende Zuschläge vorgesehen.

Der gegenwärtig in der Pflegeversicherung gültige Pflegebedürftigkeitsbegriff wird kritisch diskutiert. Zurzeit liegt ein „konsensfähiger“ Vorschlag zu seiner Neugestaltung vor, welcher jedoch – aus fiskalischen Gründen – weiterhin auf eine Umsetzung wartet. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff sieht hierbei fünf statt bislang drei Pflegestufen vor und soll zudem den bisherigen Fokus auf körperliche Gebrechlichkeiten um kognitive Einschränkungen erweitern.

Nach heutigem Rechtsstand verlangt der Gesetzgeber für den Erhalt von Pflegeleistungen bzw. die Anerkennung des Pflegebedarfs (für den Zeitraum von mindestens sechs Monaten) das Vorliegen von dauerhaften Einschränkungen bei mindestens zwei ADL's sowie einen Pflegezeitaufwand von mindestens 90 Minuten pro Tag, von denen 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen müssen (siehe § 14, 15 SGB XI).

Während es sich bei den für einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegeleistungen relevanten ADL's um grundlegende körperliche Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens wie Anziehen und Waschen handelt, umfassen die IADL's (Instrumental activities of daily living) komplexere Aktivitäten des täglichen Lebens wie die Mahlzeitenzubereitung oder die Erledigung von Bankangelegenheiten.² Während die ADL-Kriterien zur Bestimmung des Pflegebedarfs herangezogen werden, dienen die IADL-Kri-

(1) Gemäß den Auswertungen des BMG (2011) lebten im Jahr 2010 3 % Pflegestufe-0-Fälle und 1 % reine Bewohner ohne eine Pflegestufe in stationären Pflegeeinrichtungen.

(2) Vgl. Schneekloth und Wahl (2005).

terien eher zur Bestimmung des vorgelagerten Hilfebedarfs einer Person der aus vorwiegend kognitiven und weniger aus körperlichen Einschränkungen resultiert.

2.2.2 Status quo

Nach Angaben der Pflegestatistik³ waren am Ende des Jahres 2011 nach den Maßstäben des SGB XI 2,5 Mio. Personen pflegebedürftig. Davon lebten 1,8 Mio. Personen zu Hause („häusliche Pflege“), mehr als zwei Drittel aller Pflegebedürftigen. 0,7 Mio. Personen waren in einem stationären Pflegeheim untergebracht („stationäre Pflege“), siehe Tabelle 1. Aus der Sicht der Pflegeversicherung unterteilt sich die häusliche Pflege in den Kreis der Empfänger von Pflegegeld einerseits und in den Kreis der Personen, der von der Pflegeversicherung Sachleistungen in Form ambulanter Pflege durch Pflegedienste erhält, andererseits. Im Jahr 2011 gab es 1,2 Mio. Personen mit Pflegegeld, also ebenfalls rd. zwei Drittel der Pflegebedürftigen mit häuslicher Pflege, und 0,6 Mio. Personen mit ambulanten Sachleistungen.

Die Pflegebedürftigen lassen sich anhand der Pflegestatistik weiter nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit, dem Alter und dem Geschlecht unterteilen. Auf die Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) entfielen rd. 1,4 Mio. Personen, auf die Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) rd. 0,8 Mio. Personen und auf die Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) rd. 0,3 Mio. Personen. In der Gliederung nach dem Alter dominiert mit rd. 1,7 Mio. Personen die Gruppe der über 75-Jährigen deutlich, während auf die Altersgruppe zwischen 65 und 75 Jahren und auf die der unter 65-Jährigen jeweils rd. 0,4 Mio. Personen entfallen. Nach dem Geschlecht unterschieden dominieren mit rd. 1,7 Mio. Personen die Frauen, wohingegen die Männer rd. 0,8 Mio. Personen umfassen. Der Geschlechterunterschied nimmt, in absoluten Zahlen wie auch in Anteilen an der altersgleichen Bevölkerung gemessen, mit zunehmendem Alter zu.

2.3 Abgrenzung weiterer Zielgruppen

Die Nutzergruppe von altersgerechten Wohnungsanpassungen kann – gegenüber der in Kapitel 2.2 beschriebenen „engen“ Nutzergruppe der pflegebedürftigen Personen – auf alle Personen unabhängig von Alter oder Beeinträchtigung erweitert werden, um den präventiven Ansatz zur Sturzvorbeugung, Komfortsteigerung oder das familiengerechte Wohnen zu fördern.

Über Pflegebedürftige nach SGB XI, anerkannt durch den MDK hinaus, gibt es in der Bevölkerung viele Personen mit Hilfebedarf sowie gesundheitlichen Einschränkungen, für die sich ihr Alltag und ihre wohnliche Situation ebenfalls durch barriere-reduzierende bauliche Maßnahmen verbessern würden. Im Folgenden werden drei weitere Konzepte vorgestellt, anhand deren es möglich ist, eine erweiterte Zielgruppe für altersgerechte Woh-

nungsanpassungsmaßnahmen zu definieren. Für diese „erweiterten“ Zielgruppen werden – anders als für die „enge“ Zielgruppe der Pflegebedürftigen in Kapitel 2.2 – keine Ausgabeneffekte durch altersgerechten Umbau und keine Wirtschaftlichkeitsbetrachtung einer Förderung von Wohnungsanpassungsmaßnahmen erhoben. Der Grund dafür ist, dass dafür zwar Angaben über erforderliche Aufwendungen für die altersgerechte Anpassung der Wohnung vorlägen, aber keine (monetären) Angaben über den Wert der damit erzielten Komfortverbesserung, über ggf. vermeidbare Mehrausgaben bei einer stationären Unterbringung und auch keine Angaben, wo und wie die Menschen nach im Folgenden vorgestellten Konzepten wohnen.

Es handelt sich um die Konzepte „Behinderung“, „Gebrechlichkeit“ und „Housing Enabler“. Die Konzepte Behinderung und Gebrechlichkeit nehmen dabei wie das Konzept Pflegebedürftigkeit Bezug auf die Abgrenzung eines Personenkreises, für den eine barriere-reduzierende Wohnungsanpassung a priori als angemessen angesehen wird. Das Konzept des Housing Enabler ist umfassender und beinhaltet darüber hinaus eine Bedarfsprüfung, bei welcher der Zustand der Wohnung (das Vorhandensein von Barrieren) ins Verhältnis zu den (gesundheitlichen) Fähigkeiten der Zielperson gesetzt wird. Bei den Konzepten Behinderung und Gebrechlichkeit werden andere Zielgruppen als die Gruppe der Pflegebedürftigen und auch als die Zielgruppe des Housing Enabler definiert, während die Art und Weise einer ggf. durchzuführenden Bedarfsprüfung offen bleibt.

Eine weitere, sehr einfach abzugrenzende Zielgruppe für den altersgerechten Umbau wäre nach dem Alter der Bevölkerung, z.B. ab 65 Jahren, da Mobilitätseinschränkungen mit zunehmendem Alter steigen. 16,9 Mio. Menschen sind in Deutschland 65 Jahre oder älter, davon haben rund 22,6 % körperliche Bewegungseinschränkungen.⁴ Da die Abgrenzung nach dem Lebensalter zu pauschal für die Entlastungswirkungen durch altersgerechten Umbau erscheint, wird sie in dieser Studie nicht weiter verfolgt.

Weitere mögliche, an vorhandene Legaldefinitionen anknüpfende Abgrenzungen von Zielgruppen sind die rd. 1,6 Mio. Bezieher laufender Erwerbsminderungsrenten, d.h. Personen, die vor dem Erreichen des gesetzlichen Renteneintrittsalters nach den Regeln des SGB VI teilweise oder voll erwerbsgemindert sind, und die zahlenmäßig nicht exakt bekannte, der Größenordnung nach aber abschätzbare Gruppe von etwa 3 Mio. Rentnern über 65 Jahre, die zuvor Erwerbsminderungsrentner (unter 65 Jahre) waren (vgl. Hauser, R. (2012), S. 18). Eine weitere Zielgruppe sind die knapp eine Mio. Bezieher einer Rente der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV). Rd. 44 % der Rentenbezieher der GUV sind jünger als 65 Jahre. Auf die Altersgruppen 65 bis 75 Jahre und über 75 Jahre entfallen jeweils rd. 28 % der Unfallrentner.

(3)

Vgl. Statistisches Bundesamt (2013a).

(4)

Vgl. BMVBS (2011), S. 49ff.

Tabelle 1
Pflegebedürftige nach dem SGB XI 2011*

Art der Pflege	Pflegestufe	Altersgruppe	Männlich	Weiblich	Zusammen
Häusliche Pflege	I	Unter 65	101.000	98.000	199.000
		65 bis unter 75	83.000	101.000	184.000
		Über 75	195.000	527.000	722.000
		Zusammen	379.000	727.000	1.106.000
	II	Unter 65	60.000	58.000	118.000
		65 bis unter 75	45.000	44.000	89.000
		Über 75	104.000	226.000	330.000
		Zusammen	209.000	329.000	537.000
	III	Unter 65	28.000	28.000	56.000
		65 bis unter 75	11.000	10.000	22.000
		Über 75	25.000	55.000	80.000
		Zusammen	64.000	94.000	158.000
	Zusammen	Unter 65	189.000	185.000	374.000
		65 bis unter 75	139.000	156.000	295.000
		Über 75	324.000	809.000	1.132.000
		Zusammen	652.000	1.150.000	1.801.000
Stationäre Pflege	I	Unter 65	12.000	7.000	19.000
		65 bis unter 75	17.000	17.000	34.000
		Über 75	45.000	186.000	231.000
		Zusammen	74.000	209.000	283.000
	II	Unter 65	10.000	8.000	18.000
		65 bis unter 75	16.000	18.000	34.000
		Über 75	47.000	201.000	248.000
		Zusammen	73.000	226.000	299.000
	III	Unter 65	8.000	7.000	15.000
		65 bis unter 75	8.000	11.000	18.000
		Über 75	19.000	100.000	119.000
		Zusammen	35.000	117.000	152.000
	Zusammen	Unter 65	30.000	21.000	51.000
		65 bis unter 75	41.000	45.000	86.000
		Über 75	111.000	486.000	597.000
		Zusammen	182.000	552.000	734.000
Zusammen	I	Unter 65	113.000	105.000	218.000
		65 bis unter 75	100.000	118.000	218.000
		Über 75	240.000	713.000	953.000
		Zusammen	453.000	936.000	1.389.000
	II	Unter 65	70.000	66.000	136.000
		65 bis unter 75	61.000	62.000	123.000
		Über 75	151.000	427.000	578.000
		Zusammen	282.000	555.000	837.000
	III	Unter 65	36.000	35.000	71.000
		65 bis unter 75	19.000	21.000	40.000
		Über 75	44.000	155.000	199.000
		Zusammen	99.000	211.000	310.000
	Zusammen	Unter 65	219.000	206.000	425.000
		65 bis unter 75	180.000	201.000	381.000
		Über 75	435.000	1.295.000	1.730.000
		Zusammen	834.000	1.702.000	2.536.000
*Ohne Fälle die bislang noch keiner Pflegestufe zugeordnet sind.					

Quelle: Statistisches Bundesamt (2013a), Pflegestatistik 2011.

2.3.1 Eingrenzung der Zielgruppe durch das Konzept Behinderung bzw. Beeinträchtigung

„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“, so lautet das Grundrecht, das 1994 in Artikel 3, Absatz 3 des Grundgesetzes verankert wurde. Die Formulierung im Grundgesetz ist eindeutig, aber was konkret als Benachteiligung aufgefasst wird, hängt vom Verständnis von Behinderung ab, welches in der Gesellschaft vorherrscht. Dieses Verständnis hat sich in den letzten Jahrzehnten auch in Deutschland stark verändert.

Über lange Zeit wurde Behinderung vorwiegend als individuelles Problem verstanden, dessen Ursachen biopsychischer Art sind. Menschen mit Beeinträchtigungen wurden vor allem als abhängig und hilfebedürftig angesehen, sie hatten daher einen Anspruch auf eine fürsorgende Hilfe des Staates. Gegen dieses Verständnis und die fremdbestimmende Politik, die ihm folgte, regte sich vor allem der intensive Widerstand der Betroffenen. Heute gilt das Bild von Menschen mit Beeinträchtigungen gleichgesetzt mit abhängig und hilfebedürftig als überholt. Ihr menschenrechtlicher Anspruch auf ein selbstbestimmtes Leben und soziale Teilhabe ist – wie in der UN-Behindertenrechtskonvention niedergeschrieben – anerkannt.

Nach der gesetzlichen Definition in § 2 Absatz 2 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) und nach § 3 des Gesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen (Behindertengleichstellungsgesetz – BGG) spricht man von Menschen mit Behinderungen, wenn „ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“. Das im Juli 2001 in Kraft getretene SGB IX spiegelt dabei ausdrücklich eine Abkehr von der Defizitorientierung wider. Das Ziel der Teilhabe in den verschiedenen Lebensbereichen wird in den Vordergrund gerückt.⁵

Die Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die im Jahr 2001 von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlicht wurde, [...] fokussiert ebenfalls die Dimension der Teilhabe, berücksichtigt jedoch über das Konzept im SGB IX hinaus den Einfluss von Kontextfaktoren. Im bio-psycho-sozialen Modell der ICF wird Behinderung in der Zusammenschau der körperlichen, geistigen oder seelischen Voraussetzungen mit kontextbedingten Barrieren verstanden. Entscheidend ist die Dimension der Folgen und nicht die Tatsache einer – wie immer auch gearteten – Störung oder Schädigung körperlicher, psychischer oder kognitiver Funktionen oder Strukturen. Behinderung entsteht durch die negative Wechselwirkung zwischen den Gegebenheiten einer Person auf der einen und den Kontexten auf der anderen Seite.⁶

Nach dem neuen und erweiterten Verständnis „entsteht Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen gegebenen Beeinträchtigungen, Umweltfaktoren sowie Aktivitäten und Teilhabe. Der Begriff Umweltfaktoren umfasst Produkte und Technologien, natürliche und vom Menschen gestaltete Umwelt, Unterstützung und Beziehungen zu anderen Menschen und deren Einstellungen sowie Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze - mit im ungünstigen Fall vielgestaltigen Barrieren, die einer gleichberechtigten Teilhabe im Wege stehen.“⁷

Es wird zwischen Beeinträchtigung und Behinderung(en) unterschieden. „Liegt aufgrund von Besonderheiten von Körperfunktionen (inkl. psychischen und geistigen Funktionen) oder Körperstrukturen eine Einschränkung, z. B. beim Sehen, Hören oder Gehen vor, wird dies als Beeinträchtigung bezeichnet. Erst wenn im Zusammenhang mit dieser Beeinträchtigung Teilhabe und Aktivitäten durch ungünstige Umweltfaktoren dauerhaft eingeschränkt werden, wird von Behinderung gesprochen.“⁸

Im Bereich **Alltägliche Lebensführung** sieht die Bundesregierung gemäß dem Teilhabebericht über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen „aufgrund einer älter werdenden Gesellschaft die barrierefreie Gestaltung von Wohnungen und Wohnungsumfeld als zentrale Ansatzpunkte für die Sozialraumgestaltung. Eine barrierefreie Wohnung erschließt den Zugang zum sozialen und infrastrukturellen Umfeld. Der Nationale Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention sieht neben einer Förderung von Mehrgenerationenhäusern kostenlose Beratung zur barrierefreien Umgestaltung der häuslichen Umgebung und die Förderung von universellem Design vor.“⁹

Über die Zahl und die Zusammensetzung der **Schwerbehinderten**¹⁰ berichtet die „Statistik der schwerbehinderten Menschen“. Im Folgenden wird der Überblick über zentrale Ergebnisse wiedergegeben:

Am 31. Dezember 2011 waren bei den Versorgungsämtern 7,3 Mio. Menschen als Schwerbehinderte mit gültigem Ausweis amtlich anerkannt.¹¹ Das entsprach einem Anteil von rd. 8,9 % der Bevölkerung. Knapp über die Hälfte des Personenkreises (51,2 %) waren Männer.

Erwartungsgemäß kamen Schwerbehinderungen bei Personen im fortgeschrittenen Alter häufiger vor als bei jüngeren Menschen. So waren 3,9 Mio. Behinderte (53,4 %) über 65 Jahre und älter. Dagegen fiel der Anteil der unter 25-Jährigen mit 4 % gering aus.

Der Grad der Schwerbehinderung wird ebenfalls erfasst. Knapp die Hälfte (47,5 %) weisen einen Behinderungsgrad von 50 bis 60 % auf. 24,3 % sind hingegen zu 100 % behindert.

Am häufigsten litten schwerbehinderte Menschen unter körperlichen Behinderungen (63,6 %): Bei 24,8 % der

(5)

Im SGB XI hingegen wird Behinderung ausschließlich über mangelnde Funktion oder Verlust von Körperfunktionen definiert: „Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind: 1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, 2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, 3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.“ (§ 14 SGB XI).

(6)

Bundesregierung (2013b), S. 29f.

(7)

Bundesregierung (2013b), S. 3.

(8)

Bundesregierung (2013b), S. 4.

(9)

Bundesregierung (2013b), S. 12.

(10)

Eine Schwerbehinderung besteht, wenn der Grad einer Behinderung von wenigstens 50 vorliegt. (§ 2 Abs. 2 SGB IX).

(11)

Im Vergleich sind rd. 2,5 Mio. Menschen in Deutschland pflegebedürftig.

Personen waren die inneren Organe bzw. Organsysteme betroffen, bei 14,3 % waren Arme und Beine in ihrer Funktion eingeschränkt, bei weiteren 11,9 % Wirbelsäule und Rumpf. In 4,8 % der Fälle lag Blindheit oder Sehbehinderung vor und 4,2 % litten unter Schwerhörigkeit, Gleichgewichts- oder Sprachstörungen. Lediglich bei 0,2 % lag eine Querschnittslähmung vor.¹²

In der Schwerbehindertenstatistik wird das Bestehen einer Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI nicht erhoben, sodass keine Aussagen über den „überlappenden“ Personenkreis getroffen werden können.

Anhand der Ergebnisse des Mikrozensus (MZ) 2009, in dem sowohl die Eigenschaft „Schwerbehinderung“ als auch die Eigenschaft „Anspruch auf Pflegegeld/ Pflegegeldleistung“ (pflegebedürftig in häuslicher Pflege) erfasst wurden¹³, lässt sich näherungsweise einschätzen, wie groß der „überlappende“ Bereich zwischen den beiden Merkmalen ist. Im Ergebnis ist festzuhalten, dass **nahezu alle Pflegebedürftigen auch schwerbehindert** sind. Mit anderen Worten stellen die Pflegebedürftigen mit wenigen Ausnahmen eine Teilgruppe der Schwerbehinderten dar. Unter den erfassten Pflegebedürftigen mit häuslicher Pflege waren nur rd. 4 % nicht gleichzeitig schwerbehindert.

Informationen zur aktuellen Wohnsituation der Behinderten wurden bislang nicht erhoben. Ebenso ist nicht bekannt, welche spezifischen Bedarfe Behinderte aufweisen, die einen altersgerechten Umbau der Wohnung erforderlich machen würden. Weiterhin ungeklärt ist auch, welche fiskalischen Aufwendungen für den alters- bzw. behindertengerechten Umbau von Wohnungen gegenwärtig entstehen. Daher sind Berechnungen zu möglichen fiskalischen Entlastungswirkungen eines alters- oder behindertengerechten Umbaus von Wohnungen auf der gegenwärtig gegebenen Datengrundlage nicht möglich.

2.3.2 Eingrenzung der Zielgruppe durch das Konzept Gebrechlichkeit

„Seit einiger Zeit setzt sich in der geriatrischen Forschung die Überzeugung durch, dass der Übergang von gesunden zu hilfsbedürftigen alten Menschen über eine phänotypisch identifizierbare Zwischenstufe erfolgt. Diese Zwischenstufe (Syndrom) wird in der englischsprachigen Literatur als „frailty“ (Gebrechlichkeit) bezeichnet.“¹⁴ Gebrechlichkeit weist hohe prognostische Aussagekraft im Hinblick auf im weiteren Lebensverlauf auftretende gesundheitsbezogene Funktionseinschränkungen auf, wie etwa den Eintritt von Pflegebedürftigkeit, die Erforderlichkeit von Krankenhausaufenthalten, die Erforderlichkeit von Heimeinweisungen (Institutionalisierung) und den Tod. Die Feststellung von Gebrechlichkeit kommt damit als Indikator für den Einsatz präventiv (im Sinne von noch nicht vorhandener Pflegebedürftigkeit) wirkender Interventionen, wie bspw. unfall-

verhütender und anderer baulicher Wohnungsanpassungsmaßnahmen, in Betracht. Eine solche präventive Wirkung von barriere-reduzierenden Wohnungsanpassungsmaßnahmen kann sich insbesondere auf die Verhinderung von Stürzen erstrecken, die in der Folge Aufenthalte im Akutkrankenhaus und in der weiteren Folge Pflegebedürftigkeit auslösen.

Gebrechlichkeit kann ohne großen Aufwand mit einfachen Tests festgestellt werden. Diese Tests erstrecken sich nach einem Konzept, das weitgehenden Konsens gefunden hat, auf fünf Merkmale¹⁵: Schrumpfung, gemessen durch Gewichtsverlust, Schwäche, gemessen durch Griffstärke der Hand, Erschöpfung gemessen durch Selbstauskunft, Langsamkeit gemessen durch Gehgeschwindigkeit und geringe physische Aktivität gemessen durch den Energiegehalt der aufgenommenen Nahrung. Die Tests dauern bei Durchführung in einer Hausarztpraxis etwa zehn Minuten und führen zu einer dreistufigen Bewertung in „frail“, „pre-frail“ und „non-frail“. Eine ältere Person (über 65 Jahre) wird als gebrechlich („frail“) eingestuft, wenn sie bei drei oder mehr Kriterien positive Werte aufweist. Personen mit einem oder zwei positiven Kriterien werden als „pre-frail“ angesehen und Personen, die bei keinem der Kriterien einen positiven Wert aufweisen, sind „rüstig“.

Bei einer testweisen Anwendung des Instrumentariums und der entsprechenden Kriterien in einer Hausarztpraxis wurde die Anwendbarkeit nachgewiesen¹⁶. Von den 119 Teilnehmern über 65 Jahre wurden 17 Teilnehmer (14,3 %) als gebrechlich bewertet, 62 Teilnehmer (52,1 %) als „pre-frail“ und 40 Teilnehmer (33,6 %) wiesen keine Anzeichen von Gebrechlichkeit auf. Unter den Gebrechlichen waren die geringe Gehgeschwindigkeit, Erschöpfung und geringe Greifkraft die häufigsten Kriterien. Die Wahrscheinlichkeit einer gebrechlichen Person zu stürzen, war fünfmal höher als für eine nicht gebrechliche Person. Mit dieser Studie wurde demonstriert, dass die Einschätzung von Gebrechlichkeit in einer normalen Hausarztpraxis ohne weitere Umstände möglich ist.

In einem weiteren Forschungsvorhaben der Universität Hamburg¹⁷ basiert die Einteilung der Untersuchungspopulation in frail, pre-frail und non-frail auf den Antworten der Teilnehmer auf einem von den Teilnehmern selbst ausgefüllten schriftlichen Fragebogen. Es werden mithin anders als in der oben dargestellten Hausarzt-Studie auch keine physikalischen Tests durchgeführt. Den fünf Kriterien zur Diagnose von Gebrechlichkeit entsprechen fünf „Markerfragen“. Ergänzend wurde ein weiteres Kriterium berücksichtigt, das insbesondere der Früherkennung von Sturzgefahr dienen soll („Sind Sie im Laufe der letzten 12 Monate jemals hingefallen?“).

Da es sich bei dem an der Universität Hamburg angesiedelten Forschungsvorhaben um eine Längsschnittuntersuchung handelt, kann die prognostische Eigen-

(12)

Vgl. Statistisches Bundesamt (2013c).

(13)

Fragen zur Gesundheit, so auch die Fragen zur Schwerbehinderung, werden im MZ alle vier Jahre erhoben, während die Fragen nach dem Anspruch auf Pflegegeld/Pflegesachleistungen jährlich gestellt werden.

(14)

Vgl. Dapp et al. (2012).

(15)

Vgl. Fried et al. (2001).

(16)

Vgl. Drey et al. (2011).

(17)

Vgl. Dapp et al. (2012).

schaft der Einstufung als „gebrechlich“ für die spätere Einstufung als pflegebedürftig untersucht werden. Der Anteil der Personen, die aufgrund der Befragungsergebnisse des Jahres 2007/2008 als gebrechlich und gleichzeitig als pflegebedürftig anzusehen waren, hat sich binnen zwei Jahren von 14,3 % (n=83 Personen) um 7,5 %-Punkte auf 21,8 % (n = 126 Personen) erhöht. Die gebrechlichen Personen haben zu mehr als 50 % angegeben, im vergangenen Jahr gestürzt zu sein. Bei den pre-frail Personen lag der Anteil mit Stürzen nur halb so hoch, und unter den „rüstigen“ Personen war er nochmals halb so hoch. Mit den Untersuchungsergebnissen wird belegt, dass die Diagnose von Gebrechlichkeit in vielen Fällen entstehende Pflegebedürftigkeit voraussagt.

Eine hohe prospektive Kraft der Diagnose „gebrechlich“ für den späteren Eintritt von Pflegebedürftigkeit zeigt sich auch bei einer Analyse des SHARE-Datensatzes.¹⁸ Gemäß Ergebnissen der SHARE-Erhebung 2004 sind in Deutschland 7,1 % bzw. 2,4 Mio. Personen der Bevölkerung im Alter von 50 Jahren und älter in Privathaushalten als gebrechlich einzustufen. Davon weisen etwa 1,5 Mio. Personen (62 %) Anzeichen von Pflegebedürftigkeit auf.

SHARE-Datensatz

Für Deutschland liegen im europaweiten SHARE-Datensatz (Survey of Health, Ageing and Retirement) für etwa 3.000 Personen im Alter von 50 Jahren und älter Informationen zum Wohnverhalten sowie deren Gebrechlichkeit vor. Die Fallzahlen wurden mit den entsprechenden Gewichtungsfaktoren ausgewertet, um repräsentative Ergebnisse für Deutschland zu erzielen. Die Ausführungen zur Gebrechlichkeit lassen sich in diesem Zusammenhang zur Bestimmung einer engeren Zielgruppe für die Förderung von Wohnungsanpassungsmaßnahmen heranziehen.

Auch bei SHARE werden in Anlehnung an die Definition der Gebrechlichkeit an Fried et. al (2001) fünf Indikatoren erhoben, die Gebrechlichkeit anzeigen. Bei vier Indikatoren handelt es sich um Selbstauskünfte von befragten Personen, ein Indikator (Muskelkraft) wurde mit einem Gerät zur Messung der Griffstärke der Hand gemessen. Dapp et al. (2012) untersuchen die Häufigkeit, mit der Pflegebedürftigkeit neu auftritt oder sich verschlimmert, bei Personen, die zwei Jahre zuvor noch nicht pflegebedürftig, aber bereits gebrechlich waren. So weisen gebrechliche Personen nach 2 Jahren ein siebenfach erhöhtes Risiko bei Einschränkungen der BADLs¹⁹ (z.B. Gehen, Baden, Anziehen, Essen, Transferbewegungen aus dem Bett/von der Toilette) bzw. ein fünffach erhöhtes Risiko bei Einschränkungen der IADLs (z.B. leichte Hausarbeit, Essenszubereitung, Einkäufe) gegenüber den nicht-gebrechlichen Personen auf.

Das an der Universität Hamburg durchgeführte Forschungsvorhaben empfiehlt eine breite Anwendung ihres Klassifikationsschemas: „Um die ältere Bevölkerung zu screenen und dem Status non-frail, pre-frail und frail zuzuordnen, wäre ein solches Verfahren in Hausarztpraxen, Gesundheitsambulanzen oder für Krankenkassen nutzbar.“²⁰

Das Konzept „Gebrechlichkeit“ bietet sich bspw. an, den Status frail oder auch pre-frail zum Anknüpfungspunkt für die Bestimmung einer Zielgruppe für den Bedarf von altersgerechten Wohnungen und schließlich für die Förderung von baulichen Wohnungsanpassungsmaßnahmen zu machen. Damit wäre eine hohe Treffsicherheit, etwa zur Vermeidung von Stürzen, gegeben. Für die Gruppe von „rüstigen“ Personen (pre-frail) würde eine Wohnungsanpassung eher einem präventiven Ansatz entsprechen.

2.3.3 Eingrenzung der Zielgruppe und Bestimmung des baulichen Anpassungsbedarfes der Wohnung durch das Instrument des Housing Enabler

Für die Erfassung von Personen, bei denen aufgrund bestehender körperlicher Einschränkungen ein Anpassungsbedarf der Wohnung besteht, ist auch das Instrument des „Housing Enabler“²¹ geeignet. Dieses Instrument kam in Deutschland bspw. in der „Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE)“²² und in dem deutschen Beitrag zu dem europäischen Projekt ENABLE-AGE²³ zum Einsatz.²⁴ Im Bericht zur ILSE-Studie wird das Instrument des Housing Enabler wie folgt charakterisiert:

„Zur differenzierten objektiven Erfassung der unmittelbaren Wohnumwelt vor Ort wurde das im Rahmen ergotherapeutischer Forschung entwickelte Instrument des „Housing Enabler“ eingesetzt (Iwarsson und Slaug (2010)). [...] Besonders berücksichtigt wurde dabei die Wohnausstattung im Sinne von Barrieren und daraus resultierender Zugänglichkeitsprobleme als Ausdruck von Person-Umwelt-Passung bzw. Fehlanpassung. Die Messung erfolgte dreistufig: Zunächst wurde die Person-Komponente von Zugänglichkeit erhoben (dichotome Einschätzung von 15 möglichen kognitiven, sensorischen und motorischen Einbußen). Daran schloss sich die Messung der Umweltkomponente von Zugänglichkeit an. Dazu wurden 188 mögliche Barrieren in der Wohnung, im Eingangsbereich und im unmittelbaren Außenbereich der Wohnung dichotom erfasst. Schließlich erfolgte die Berechnung des Zugänglichkeitswertes als Kombination beider Werte. Auf der Basis ergotherapeutischer Expertise [...] sind im Instrument Werte für jede Barriere in Abhängigkeit vorliegender Funktionseinbußen vordefiniert. Diese Werte spiegeln den Schweregrad (1 bis 4) der zu erwartenden Zugänglichkeitsprobleme beim Vorliegen der entsprechenden Barriere wider [...]“.

(18)

Vgl. Macklai et al. (2013).

(19)

Physical Activities of Daily Living.

Vgl. Dapp et al. (2012)..

(21)

Vgl. Iwarsson und Slaug (2010).

(22)

Vgl. BMFSFJ (2008).

(23)

Vgl. Oswald et al. (2008).

(24)

Aktuell verwenden in Deutschland Arbeitsgruppen um Prof. Dr. Frieder Lang an der Universität Erlangen Nürnberg und jene um Prof. Dr. Clemens Becker (Robert Bosch Krankenhaus, Stuttgart) den Housing Enabler. Gegenwärtig (September 2013) wird unter der Leitung von Herrn Prof. Oswald an einer Neuauflage der deutschen Version des Housing Enabler gearbeitet.

Im Projekt ILSE²⁵ wurden bei 242 Personen (das entspricht 76,1 % aller Teilnehmenden) in den Untersuchungsregionen Heidelberg und Leipzig Hausbesuche zur Messung der Zugänglichkeit der Wohnung durchgeführt. Die Untersuchung erfolgte durch speziell zum „Housing Enabler“ qualifizierte Ergotherapeuten.

Im Ergebnis wurden pro Person bis zu 15 mögliche Funktionseinbußen erfasst. In den beiden Regionen wiesen die erfassten Personen im Durchschnitt 1,9 bzw. 2,4 solcher Funktionseinbußen auf (siehe Tabelle 2, Zeile 1). Wie viele der Befragten gänzlich ohne Funktionseinbuße waren und wie sich die Funktionseinbußen über die Befragten verteilen, ist der Tabelle 2 nicht zu entnehmen. Im Ganzen kann von einer relativ geringen Beeinträchtigung der Befragten ausgegangen werden.

Des Weiteren wurden im zweiten Schritt mögliche Barrieren erfasst, und zwar im Ganzen 188. Davon treten in den beiden Regionen bei den erfassten Situationen/Wohnungen im Durchschnitt 73,3 bzw. 80,3 auf (Zeile 2), die meisten innerhalb der Wohnung (Zeile 5). Wie viele Wohnungen gänzlich barrierefrei waren und bei wie vielen Wohnungen ggf. mehrere Barrieren vorliegen, dazu macht die Tabelle 2 keine Aussage.

Im dritten Schritt wurden die Barrieren entsprechend ihrer (je nach Funktionseinbuße unterschiedlichen) Schwere bewertet (Zeilen 7 bis 11). Wenn, wie im Falle der Ergebnisse für Heidelberg, die bewertete Zahl der Barrieren mit 71,6 kleiner ist als die Zahl der Barrieren selbst mit 73,3, dann wird daraus deutlich, dass in der hinterlegten, ergotherapeutisch begründeten Bewertung manchen Barrieren für die vorhandenen Funktionseinschränkungen der Bewohner keine Bedeutung beigemessen wird. Anders ist die erfasste Situation in

Leipzig, dort spielen die Barrieren eine deutlich stärkere Rolle (109,8 zu 80,3).

Vertiefende Untersuchungen, die im Rahmen der oben genannten ENABLE-AGE-Studie durchgeführt wurden, führten zu folgenden Ergebnissen: „Die Person-Umwelt-Passung im Sinne von (bewerteten) Zugänglichkeitsproblemen, und nicht die Zahl der Barrieren für sich genommen, war bedeutsam für das gesunde Altern im Sinne hoher alltäglicher Selbstständigkeit, höheren Wohlbefindens und geringerer Depressivität. Weiterführende Analysen der deutschen Verlaufsdaten zeigten zudem, dass die Zugänglichkeitsprobleme ein besserer Prädiktor von Stürzen in der Wohnung sind als die Anzahl der Barrieren oder andere bekannte Indikatoren. Die Ergebnisse sind für die Wohnpraxis bedeutsam, wenn es darum geht, die Wohnberatung oder Wohnraumanpassung zu optimieren, um die Selbstständigkeit und das Wohlbefinden zu erhalten.“²⁶

Anhand der vorhandenen Informationen kann nicht abgeschätzt werden, wie hoch der Anteil der „anpassungsbedürftigen“ Wohnungen entsprechend dem gesundheitlichen Zustand der Bewohner und dem baulichen Zustand der Wohnung/des Gebäudes in Deutschland ausfallen würde, wenn die Maßstäbe des Housing Enabler umfassend angelegt werden würden. Aber zukünftig könnte das Konzept des „Housing Enabler“ als ein Instrument zur Bestimmung einerseits des Wohnungsbestands mit Barrieren sowie andererseits des Umbaubedarfs von Wohnungen und Gebäuden breiter eingesetzt werden.

(25)

Das Projekt ILSE erfasst zwei Kohorten, und zwar Personen der Jahrgänge 1930/32 und 1950/52, die zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten befragt wurden, und zwar in den Jahren 1993/96, 1997/2000 sowie 2005/07. Die hier wiedergegebenen Ergebnisse beziehen sich auf den dritten Befragungszeitraum. Zur Zeit der Befragung in t3 waren die Teilnehmer um die 70 (Kohorte 1930/32) bzw. um die 50 Jahre (Kohorte 1950/52) alt. Nähere Angaben zum Alter der besuchten Haushalte liegen nicht vor, ebenso wenig Angaben zum Gebäudetyp.

(26)

Oswald et al. (2008).

Tabelle 2
Ergebnisse aus der Anwendung des Housing Enabler im Projekt ILSE

Lfd. Nr.	Variable	Wertebereich	Heidelberg (n=118) Mittelwert	Leipzig (n=124) Mittelwert
1	Funktionseinbußen	0 - 15	1.9	2.4
2	Barrieren im Wohnbereich	0 - 188	73.3	80.3
3	Außerhalb der Wohnung	0 - 33	12.6	15.6
4	Im Eingangsbereich	0 - 49	14.5	15.0
5	Innerhalb der Wohnung	0 - 100	44.4	47.5
6	Im Bereich Kommunikation	0 - 6	1.8	2.1
7	Bewertete Zugänglichkeitsprobleme	0 - 685	71.6	109.8
8	Außerhalb der Wohnung		16.8	29.3
9	Im Eingangsbereich		15.5	22.3
10	Innerhalb der Wohnung		38.6	57.8
11	Im Bereich Kommunikation		0.7	0.5

Quelle: BMFSFJ (2008), Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE), Abschlussbericht anlässlich der Fertigstellung des dritten Messzeitpunktes, Tabelle 26.

3 Gegenwärtige Wohnungsversorgung

Wohnen ist ein zentrales Grundbedürfnis aller Menschen. Die Bedeutung der eigenen Wohnung und des Wohnumfelds steigt mit zunehmendem Alter an, da mehr Zeit zuhause verbracht wird und sich der Aktionsradius (z.B. durch den Wegfall des Arbeitsplatzes) verkleinert. Jedoch sind nicht alle älteren bzw. pflegebedürftigen Menschen mit geeignetem Wohnraum versorgt. Das vorliegende Kapitel analysiert Daten zur heutigen Wohnungsversorgung, die den Ausgangspunkt für die Identifikation der Zahl und der Struktur der noch altersgerecht umzubauenden Wohnungen bilden. Dazu wären sie mit den entsprechenden Zielgruppen (Kapitel 2) zu kombinieren bzw. für solche Zielgruppen auszuwerten. Weiterhin könnten – ausgehend von dem gegenwärtigen Zustand – daraus auch die Kosten eines altersgerechten Umbaus der Wohnungen (Kapitel 4.1), die von den Zielgruppen bewohnt werden, abgeleitet werden.

Mit der gegebenen Datenlage lassen sich diese Ziele jedoch nur teilweise realisieren. Zum einen liegen keine flächendeckenden, repräsentativen Daten zu dem „altersgerechten“ Zustand der Wohnungen vor. Zum anderen ist eine Kombination von Angaben zur Wohnung mit der jeweiligen Zielgruppe nur in begrenztem Umfang möglich. Näherungswerte zu Kosten des altersgerechten Umbaus von Wohnungen liegen vor (Kapitel 4.1). Für diese Kostenangaben ist jedoch weder der Ausgangszustand der umgebauten Wohnung noch der mit den Umbauten erreichte altersgerechte Zustand der Wohnungen bekannt, so dass auch aus diesem Grund das Gesamtbild bisher mehr als unvollständig bleiben muss.

Der Schwerpunkt der Darstellung liegt zunächst auf dem Vergleich der Wohnsituation der „jüngeren“ privaten Haushalte mit den „älteren“ privaten Haushalten (Kapitel 3.1). Sie unterscheiden sich, wie im Folgenden detailliert dargestellt wird, sowohl hinsichtlich ihrer aktuellen Wohnsituation als auch hinsichtlich der Dringlichkeit von Wohnungsanpassungsmaßnahmen. Diese Unterscheidung ist für die vorliegende Fragestellung von Relevanz, denn die „ältere Bevölkerung“ ist (unabhängig von vorhandenen Beeinträchtigungen) eine der zentralen Zielgruppen des altersgerechten Umbaus. In Kapitel 3.2 wird die Wohnsituation der älteren Bevölkerung mit denjenigen Haushalten verglichen, in denen pflegebedürftige Personen wohnen (Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, also solche mit Bezug von Pflegegeld, also meist durch Angehörige versorgt, und solche mit Bezug von Leistungen ambulanter Pflege). Die Wohnsituationen unterscheiden sich nur geringfügig voneinander.

Angaben zur sozio-demografischen Struktur und zur Wohnsituation privater Haushalte in Deutschland werden durch Befragungen wie den Mikrozensus (MZ), die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe²⁷ (EVS) oder das Sozioökonomische Panel (SOEP) regelmäßig und detailliert erfasst. Die jüngst veröffentlichten Ergebnisse

des Zensus 2011 zu Gebäuden und Wohnungen enthalten noch keine Merkmale der Bewohner der Wohnungen und sind daher für die hier vorliegende Fragestellung nicht aussagekräftig. Haushaltszusammenhänge zwischen Bevölkerungs- und Gebäudestatistik werden künftig als Ergebnisse des Zensus 2011 zur Verfügung stehen, und zwar nach der sogenannten Haushaltegenerierung, mit der im Rahmen des Zensus Registerdaten und Befragungsdaten zusammengeführt werden.

In der amtlichen Statistik wird die Grenze zwischen Personen in privaten Haushalten und in Gemeinschaftsunterkünften bestimmt, indem danach gefragt wird, ob z.B. die Bewohner eines Wohnheimes eine eigene Haushaltsführung ausüben oder nicht. Pflegebedürftige, die häusliche Pflege in Anspruch nehmen, werden den Personen in Privathaushalten zugerechnet. Die stationär Gepflegten werden dagegen tendenziell den Personen in Gemeinschaftsunterkünften zugerechnet. Zur Wohnsituation von Personen, die nicht in privaten Haushalten leben (Personen in Gemeinschaftsunterkünften) liegen nur vereinzelte Informationen vor. In der vorliegenden Studie werden nur pflegebedürftige Personen in Privathaushalten mit eigener Haushaltsführung betrachtet.

Insgesamt weisen die genannten amtlichen Statistiken (MZ und EVS) sowie das SOEP allerdings jeweils nur begrenzt Merkmale zur Wohnsituationen aus. Spezifische Ausstattungsmerkmale von Wohnungen, die sich bspw. auf die Barrierefreiheit oder -armut des Zugangs zur Wohnung und innerhalb der Wohnung beziehen, gehören (bisher) nicht dazu oder umfassen eine zu geringe Fallzahl für aussagekräftige Auswertungen. In den Datensätzen ließ sich keine passgenaue Variable für den Bestand an altersgerechten Wohnungen gemäß dem hier gewählten Untersuchungsschwerpunkt finden. Über solche Merkmale geben spezielle Erhebungen Auskunft, deren zentrale Ergebnisse in Kapitel 3.3 zusammengefasst werden.

Im Kontext der vorliegenden Fragestellung dient die nachfolgende Darstellung der statistischen Ergebnisse einerseits einer allgemeinen Einordnung, andererseits haben die Merkmale der Wohnung und des Gebäudes maßgeblichen Einfluss auf die Möglichkeiten und Kosten von altersgerechten Wohnungsanpassungsmaßnahmen.

3.1 Wohnsituation „jüngerer“ und „älterer“ Privathaushalte im Vergleich

Die im Folgenden vorgestellten Ergebnisse zur Wohnsituation von „jüngeren“ und „älteren“ Personen in Privathaushalten beruhen auf Ergebnissen des Mikrozensus 2010. In dieser Erhebung sind erstmals seit vier Jahren repräsentative Daten zur Wohnsituation für die gesamte Bevölkerung erhoben worden. Bezüglich der Eck-

(27)

Vgl. Statistisches Bundesamt (2009).

werte bei Gebäuden und Wohnungen sind die Ergebnisse des MZ 2010 durch die jüngst veröffentlichten Ergebnisse des Zensus 2011 teilweise anzupassen. Der MZ wird zur Darstellung der allgemeinen Wohnsituation der Privathaushalte verwendet, weil vergleichbare Ergebnisse, die einen Bezug zwischen Merkmalen des Gebäudes, der Wohnung und des bewohnenden Haushalts im Rahmen des Zensus noch nicht vorliegen.

Im Zentrum der Darstellung stehen zunächst die Unterschiede in der Wohnsituation zwischen der jüngeren Bevölkerung (Haushaltsvorstand unter 65 Jahre) und der älteren Bevölkerung (Haushaltsvorstand über 65 Jahre). Daher werden nur vereinzelt absolute Werte dargestellt. Die Darstellung konzentriert sich hingegen auf die jeweiligen Anteile und deren Unterschiede. Des Weiteren wird bei den Unterschieden zwischen den Strukturen, die für die Wohnsituation der Haushalte der jüngeren und der älteren Bevölkerung bestehen, zwischen „wichtigen“ und „weniger wichtigen“ Unterschieden differenziert. Dafür wird eine statistische Kennziffer berechnet, die immer dann, wenn deren Betrag größer als zwei ist, „statistisch signifikante“ Unterschiede signalisiert. Die Ergebnisse (Anteile) der Merkmalsausprägungen, bei denen statistisch signifikante Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Bevölkerungsgruppen bestehen, sind in den nachfolgenden Tabellen (siehe Tabelle 4, 6, 8 und 10) entsprechend kenntlich gemacht.

Wohngebäude

Ältere wie jüngere Personen in Privathaushalten wohnen mit knapp 99 % überwiegend in Wohngebäuden. Alle anderen Gebäudearten wie Wohnheime mit eigener Hausführung kommen sehr selten vor.

Ältere wohnen zu einem erheblich höheren Anteil in Ein- und Zweifamilienhäusern. Dementsprechend fallen die Anteile der älteren Haushalte bei den anderen Gebäudetypen deutlich geringer aus als bei den jüngeren Haushalten. Das gilt jedoch nicht für die Gebäude mit sehr vielen Wohnungen (21 und mehr). Dort sind die Anteile der beiden Haushaltsgruppen annähernd gleich hoch.

Darüber hinaus wohnen ältere Haushalte häufiger in älteren Gebäuden als jüngere Haushalte. Anders gesagt

sind die Anteile der älteren Haushalte, die in neueren Gebäuden wohnen, deutlich geringer als bei den jüngeren Haushalten. Für beide Haushaltsgruppen ist der Anteil der Bewohner, der auf die Gebäude mit Baujahr ab dem Jahr 1949 entfällt, am höchsten. Gerade in dieser Altersgruppe der Gebäude ist auch der Unterschied zwischen den jüngeren und den älteren Haushalten am stärksten ausgeprägt. Ältere Haushalte leben anteilig viel häufiger in Gebäuden von 1949 bis 1978. Jüngere Haushalte bewohnen deutlich öfter Gebäude, die nach 1979 gebaut wurden.

Ältere Haushalte wohnen zu 54 % im Eigentum und zu 46 % zur Miete. Damit unterscheiden sie sich signifikant von den jüngeren Haushalten, bei denen die Verhältnisse sich umgekehrt darstellen (siehe Tabelle 3). Der Unterschied in der Eigentümerquote zwischen den beiden Gruppen beträgt 15 %-Punkte.

Wohnungsgröße

Ältere Haushalte wohnen anteilig seltener in sehr großen Wohnungen (120 qm und mehr) als jüngere Haushalte, und häufiger in Wohnungen mittlerer Größe (siehe Tabelle 4). Bei den sehr kleinen Wohnungen (unter 40 qm) ist ihr Anteil geringer als bei den jüngeren Haushalten. Dabei ist jedoch die unterschiedliche Haushaltsgröße zu beachten.

Die Auswertungen zur Wohnfläche pro Haushaltsmitglied machen deutlich, dass ältere Haushalte – gemessen an der Wohnfläche – deutlich größer wohnen als jüngere Haushalte. Unter den kleineren Wohnflächen sind sie verhältnismäßig seltener anzutreffen, und unter den größeren Wohnflächen anteilig deutlich häufiger.

Unter den Mieterhaushalten müssen die älteren Haushalte eine höhere Wohnungsmiete als jüngere Haushalte tragen. Sie sind in den Kategorien mit höherem Anteil der Ausgaben für Warmmieten (gemessen am Haushaltsnettoeinkommen) häufiger vertreten als die jüngeren Haushalte (siehe auch Kapitel 3.2). Angaben zur Belastung der Haushaltsbudgets durch wohnbezogene Kosten bei Eigentümerhaushalten sind im MZ 2010 nicht erhoben worden.

Tabelle 3
Mieter-/Eigentümerstatus von jüngeren und älteren Haushalten

Mieter-/Eigentümerstatus	Jüngere Haushalte (1)	Ältere Haushalte (2)
Eigentümer des Gebäudes oder der Wohnung (3)	40,4%	54,4%
Mieter oder Untermieter	59,6%	45,6%
Zusammen (Anzahl in 1.000)	27.336	10.920

(1) Haupteinkommensbezieher im Haushalt ist jünger als 65 Jahre oder 65 Jahre und älter (2).
(3) Haushalt ist Eigentümer der von ihm selbst bewohnten Wohnung bzw. des von ihm selbst bewohnten Hauses (selbst genutztes Wohneigentum).

Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf MZ 2010.

Tabelle 4
Wohnfläche der Wohnungen pro Haushalt

Wohnfläche pro Person	Jüngere Haushalte (1)	Ältere Haushalte (2)
unter 40 qm	5,7%*	2,2%*
40 bis 60 qm	16,7%	16,9%
60 bis 80 qm	23,2%*	26,4%*
80 bis 100 qm	16,6%*	18,9%*
100 bis 120 qm	11,8%*	13,4%*
120 und mehr qm	26,0%*	22,2%*
Zusammen (Anzahl in 1.000)	27.336	10.920

(1) Haupteinkommensbezieher im Haushalt ist jünger als 65 Jahre oder 65 Jahre und älter (2).
* Signifikanter Unterschied auf der 95%-Ebene.

Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf MZ 2010.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass zwischen den „jüngeren“ und den „älteren“ Haushalten deutliche Unterschiede bestehen, die die Wohnsituation betreffen. Besonders hervorzuheben sind, bezogen auf die älteren Haushalte

- der höhere Anteil von Gebäuden mit einer oder zwei Wohnungen,
- das höhere Baualter der Gebäude sowie die längere Verweildauer in der Wohnung,
- der höhere Eigentümeranteil,
- die größere Wohnfläche pro Bewohner,
- die höhere Mietbelastung (gemessen am Haushaltsnettoeinkommen).

3.2 Wohnsituation älterer Privathaushalte und Privathaushalte mit pflegebedürftigen Personen im Vergleich

Der Schwerpunkt liegt auf einem Vergleich der Wohnsituation von Privathaushalten mit pflegebedürftigen Personen im Vergleich zu älteren Privathaushalten ohne pflegebedürftige(s) Mitglied(er). Dabei sind die Größe und die Zusammensetzung der Haushalte sowie ihre Wohnsituation und ihre wirtschaftliche Situation entscheidend.

Pflegebedürftige Personen sind zu einem großen Teil, aber nicht ausschließlich, älter als 65 Jahre.²⁸ Insofern handelt es sich bei der Gruppe der Haushalte mit pflegebedürftigen Personen im Wesentlichen (zu 83 %) um eine Teilmenge der älteren Haushalte. Daher sind die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen von vornherein weniger ausgeprägt als bei dem Vergleich zwischen der Gruppe der älteren mit der der jüngeren Haushalte. Nachfolgend werden nur die wesentlichen Unterschiede im Wohnverhalten der pflegebedürftigen gegen-

über der älteren Bevölkerung dargestellt. Bei den Haushalten mit pflegebedürftigen Personen ist nicht nach dem Alter der pflegebedürftigen Person eingeschränkt worden, die Darstellung bezieht sich auf Haushalte mit einer pflegebedürftigen Person jeden Alters.

Die im Folgenden vorgestellten Ergebnisse zur Wohnsituation von Privathaushalten mit pflegebedürftigen Personen beruhen überwiegend auf Ergebnissen des MZ 2010. Darin sind unter der Bevölkerung in Privathaushalten 798.000 pflegebedürftige Personen in 775.000 Haushalten als solche zu erkennen. Gegenüber den Angaben der Pflegestatistik 2011 mit 1,8 Mio. der pflegebedürftigen Personen in häuslicher Pflege (1,8 Mio. Personen) stellt dies eine deutliche Untererfassung dar.²⁹

Neben den pflegebedürftigen Personen, die zur Bevölkerung in Privathaushalten gehören, sind im MZ 2010 weitere 465.000 Pflegebedürftige in 131.000 Haushalten erfasst, die zur Bevölkerung in Gemeinschaftsunterkünften gehören (Pflegestatistik: ca. 0,8 Mio. stationär versorgte Pflegebedürftige). Diese Haushalte und deren Wohnsituation werden in der Studie nicht betrachtet.

Haushaltsgröße

Pflegebedürftige (in häuslicher Pflege) leben zu rd. 41 % alleine (siehe Tabelle 5). Mit diesem Anteil unterscheiden sie sich nur wenig von allen Privathaushalten in Deutschland ohne pflegebedürftige Person. Anders ist dagegen die Situation bei den Zweipersonenhaushalten. Hier ist der Anteil der Haushalte mit Pflegebedürftigen mit rd. 40 % deutlich höher als der der Vergleichsgruppe. Unter den größeren Haushalten mit drei und mehr Personen sind die Haushalte mit Pflegebedürftigen seltener vertreten als Haushalte ohne Pflegebedürftige. Der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen befindet sich bereits in höherem Lebensalter, in dem „die Kinder bereits aus dem Haus“ sind. Zugleich zeigt das Ergebnis auf, dass die Mehrgenerationenhaushalte, in denen die pflegebedürftige Person mit den Kindern und Enkelkindern zusammen lebt, diesen Unterschied nicht ausgleichen können. Dabei ist einschränkend zu beachten, dass eine Situation, in der (erwachsene) Kinder von Pflegebedürftigen zwar nicht im gleichen Haushalt mit dem Pflegebedürftigen, aber in dessen Nähe wohnen, in dieser Datenquelle nicht identifizierbar ist. In nur wenigen Privathaushalten (0,06 %) leben zwei oder mehr Pflegebedürftige miteinander.

(28)

Nach Angaben der amtlichen Pflegestatistik für das Jahr 2011 sind 427.000 von 2.536.000 Pflegebedürftigen jünger als 65 Jahre. Das sind 16,8 % aller Pflegebedürftigen.

(29)

Die Untererfassung ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die Fragen zur Pflegebedürftigkeit im MZ im Zusammenhang mit Fragen zu verschiedenen Einkommensbestandteilen gestellt worden sind, so dass sich bei der Befragung irrtümlicherweise nur pflegebedürftige Personen mit Bezug von Pflegegeld angesprochen gefühlt haben und nicht pflegebedürftige Personen mit Bezug von Sachleistungen. Die weitere Aufklärung dieser Fragen obliegt der amtlichen Statistik. Die Untererfassung von rd. 40 % der Pflegebedürftigen im MZ wird auch von Lindert (2010) bestätigt.

Tabelle 5
Größe und Zusammensetzung der Haushalte ohne Altersbeschränkung

Haushaltsgröße	ohne pflegebedürftige Person	mit einer pflegebedürftigen Person	mit mehr als einer pflegebedürftigen Person	Insgesamt
in 1.000				
1 Person	15.401	317	0	15.718
2 Personen	13.370	308	15	13.693
3 Personen	4.986	84	4	5.074
4 und mehr Personen	5.143	68	3	5.214
Insgesamt	38.900	776	23	39.699
in %				
1 Person	39,6	40,9	0,0	39,6
2 Personen	34,4	39,7	65,2	34,5
3 Personen	12,8	10,8	17,4	12,8
4 und mehr Personen	13,2	8,8	13,0	13,1
Insgesamt	100	100	100	100

Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf MZ 2010.

Wohngebäude

Haushalte mit mindestens einer pflegebedürftigen Person wohnen wie die älteren Haushalte überwiegend in Wohngebäuden. Alle anderen Gebäudearten kommen sehr selten vor. Haushalte mit pflegebedürftigen Personen wohnen signifikant häufiger als die älteren Haushalte in Wohnheimen mit eigener Haushaltsführung der Bewohner (siehe Tabelle 6). Knapp 15.000 Haushalte mit pflegebedürftigem Mitglied wohnen in Deutschland in einem Wohnheim mit eigener Haushaltsführung. Der Umfang ist damit sehr gering.

Etwa die Hälfte der Haushalte mit pflegebedürftigen Personen wohnt in Gebäuden, die in den 30 Jahren der Nachkriegszeit (1949 bis 1978) errichtet worden sind. Rd. 30 % wohnen in Gebäuden mit früherem Baujahr, und gut 20 % in Gebäuden mit jüngerem Baujahr. Die Verteilung der Haushalte mit pflegebedürftigen Personen auf die Baualter der Gebäude unterscheidet sich von der der Haushalte von älteren Personen dadurch, dass Haushalte mit pflegebedürftigen Personen einerseits signifikant häufiger in älteren Gebäuden und andererseits signifikant häufiger in jüngeren Gebäuden wohnen als die Haushalte Älterer. Dem höheren Anteil der Haushalte mit pflegebedürftigen Personen bei den jün-

geren Gebäuden liegt möglicherweise ein entsprechendes Umzugsverhalten (z.B. ins Wohnheim) zu Grunde.

Darauf deuten auch die Ergebnisse zum Einzugsjahr in die Wohnung hin. So ist die Hälfte aller Haushalte mit pflegebedürftigen Personen vor bis zu 29 Jahren (1981 bis 2010) in ihre jetzige Wohnung eingezogen. Andererseits wohnen rd. 19 % der Haushalte mit pflegebedürftigen Personen sieben Jahre oder weniger (2003 bis 2010) in ihrer jetzigen Wohnung. Ältere Haushalte wohnen im Vergleich häufiger sehr lange in der gleichen Wohnung, dafür weniger häufig in Wohnungen mit jüngerem Einzugsdatum.

Haushalte mit pflegebedürftigen Personen wohnen zum leicht kleineren Teil im Eigentum und knapp über der Hälfte zur Miete. Damit unterscheiden sie sich signifikant von den Haushalten der Älteren, bei denen die Verhältnisse sich umgekehrt darstellen (siehe Tabelle 7).

Wohnungsgröße

In der Darstellung der Wohnfläche pro Haushaltsmitglied (siehe Tabelle 8) wird deutlich, dass Haushalte mit Pflegebedürftigen deutlich häufiger als ältere Haushalte über verhältnismäßig wenig Wohnfläche pro Person verfügen;

Tabelle 6
Wohnsituation nach Art des Gebäudes

Art des Gebäudes	Ältere Haushalte (1)	Haushalte mit mind. einem pflegebedürftigen Mitglied
Wohngebäude	98,6%	97,6%
Wohnheim mit eigener Haushaltsführung der Bewohner	1,0%*	2,0%*
Sonstiges Gebäude mit Wohnraum	0,4%	0,4%
Ständig bewohnte Unterkunft	0,0%	0,0%
Zusammen (Anzahl in 1.000)	10.920	747

(1) Haupteinkommensbezieher im Haushalt ist 65 Jahre oder älter.
* Signifikanter Unterschied auf der 95%-Ebene.

Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf MZ 2010.

Tabelle 7
Mieter-/Eigentümerstatus älterer Haushalte im Vergleich zu Haushalten mit Pflegebedürftigen

Mieter-/Eigentümerstatus	Ältere Haushalte (1)	Haushalte mit mind. einem pflegebedürftigen Mitglied
Eigentümer des Gebäudes oder der Wohnung (2)	54,4%	48,1%
Mieter oder Untermieter	45,6%	51,9%
Zusammen (Anzahl in 1.000)	10.920	747

(1) Haupteinkommensbezieher im Haushalt ist 65 Jahre oder älter.
(2) Haushalt ist Eigentümer der von ihm selbst bewohnten Wohnung bzw. des von ihm selbst bewohnten Hauses (selbst genutztes Wohneigentum).

Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf MZ 2010.

die Anteile der Haushalte mit Pflegebedürftigen mit einer Wohnfläche pro Haushaltsmitglied von unter 40 qm sind signifikant höher als bei der älteren Bevölkerung. Anders ist dagegen die Situation bei den Wohnungen mit mehr als 50 qm Wohnfläche pro Person. Hier sind

die Anteile der Haushalte mit Pflegebedürftigen deutlich geringer als unter der älteren Bevölkerung.

Finanzielle Situation der Haushalte

Die Haushalte werden nach dem Alter des Haupteinkommensbeziehers und ihrem Haushaltsnettoeinkommen betrachtet. Haushalte im Alter von 35 bis 45 Jahren verfügen mit 3.439 Euro pro Monat im Durchschnitt über die höchsten Einkommen. Die älteren Haushalte liegen mit durchschnittlich unter 2.600 Euro pro Monat deutlich darunter (siehe Abbildung 1).

Tabelle 8
Wohnfläche der Wohnungen pro Haushaltsmitglied

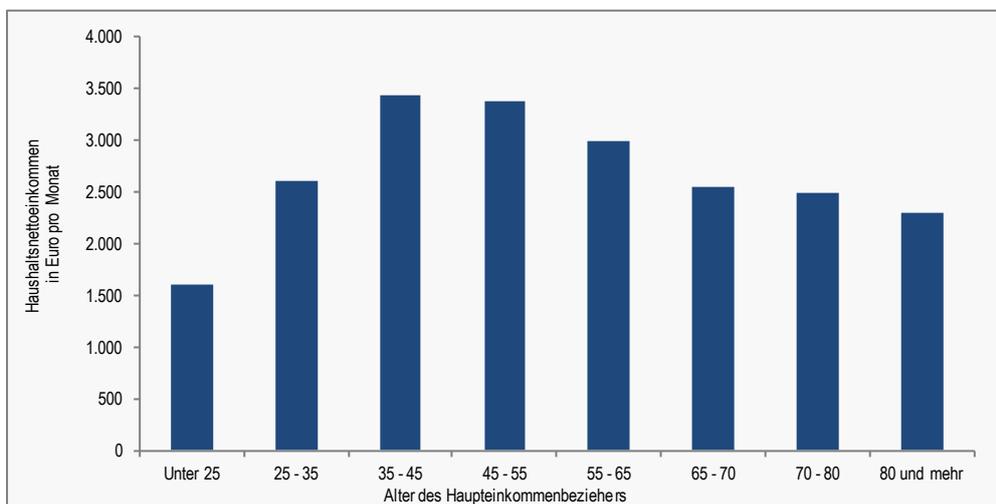
Wohnfläche pro Person	Ältere Haushalte (1)	Haushalte mit mind. einem pflegebedürftigen Mitglied
unter 30 qm	6,4%*	15,3%*
30 bis 40 qm	14,1%*	19,0%*
40 bis 50 qm	15,1%	16,3%
50 bis 60 qm	16,0%	14,2%
60 bis 70 qm	14,8%*	12,2%*
70 bis 80 qm	9,9%*	6,7%*
80 bis 90 qm	6,6%*	5,0%*
90 bis 100 qm	4,4%*	3,1%*
100 und mehr qm	12,8%*	8,2%*
Zusammen (Anzahl in 1.000)	10.920	747

(1) Haupteinkommensbezieher im Haushalt ist 65 Jahre oder älter.
* Signifikanter Unterschied auf der 95%-Ebene.

Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf MZ 2010.

Bei dieser Darstellung ist jedoch nicht berücksichtigt, dass die Haushalte unterschiedlich groß sind und sich aus Personen mit unterschiedlichen „Bedarfen“ zusammensetzen können. Die wirtschaftliche Situation unterschiedlich großer und zusammengesetzter Haushalte wird methodisch vergleichbar gemacht, indem äquivalenzbereinigtes Einkommen berechnet werden. Das Ergebnis der Berechnung ist eine abstrakte Größe, das äquivalenzbereinigte Haushaltsnettoeinkommen, die als Maß des Lebensstandards einer Person verwendet wird. Personen mit höherem äquivalenzbereinigtem Haushaltsnettoeinkommen verfügen – im Vergleich über verschieden zusammengesetzte Haushalte – über einen höheren Lebensstandard als Personen mit geringerem äquivalenzbereinigtem Haushaltsnettoeinkommen.

Abbildung 1
Haushaltsnettoeinkommen nach dem Alter des Haupteinkommensbeziehers



Quelle: Prognos Darstellung basierend auf EVS 2008.

Tabelle 9

Zahl der Personen im Alter von 65 Jahren und älter mit Bezug von Grundsicherung im Alter und Anteil an der altersgleichen Bevölkerung 2003 bis 2011

Jahr	Insgesamt		Männer		Frauen	
	Personen	Anteil in %	Personen	Anteil in %	Personen	Anteil in %
2003	257.734	1,2	74.748	1,3	182.986	2,1
2004	293.137	1,9	88.810	1,4	204.327	2,3
2005	342.855	2,2	110.166	1,7	232.689	2,5
2006	364.535	2,2	119.821	1,8	244.714	2,6
2007	392.368	2,4	129.695	1,9	262.673	2,7
2008	409.958	2,5	138.651	2,0	271.307	2,8
2009	399.837	2,4	140.324	2,0	259.513	2,7
2010	412.081	2,5	147.076	2,0	265.005	2,8
2011	436.210	2,6	158.437	2,2	277.773	2,9

Quelle: Bundesregierung (2013a), Tabelle B V.2.2.

Ältere Personen mit Armutsrisiko, die einen entsprechenden Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung im Alter (SGB XII) wahrnehmen, machen in Deutschland gegenwärtig nur einen kleinen, wenn auch zunehmenden Teil der Bevölkerung aus (siehe Tabelle 9). Gegenwärtig sind unter der Bevölkerung im Alter über 65 Jahren 2,6 % auf den Bezug von Grundsicherungsleistungen angewiesen. Der Umfang von Anspruchsberechtigten, die keine Leistungen beziehen („verschämter“ Armut), wird auf 68 % der Anspruchsberechtigten geschätzt.³⁰ Unter Frauen ist das Altersarmutsrisiko stärker ausgeprägt als unter Männern. Wird die Armut von Seniorenhaushalten mit dem Maßstab der „Armutgefährdung“ entsprechend den EU-weit vereinbarten sogenannten Laeken-Indikatoren gemessen, dann bewegt sich Deutschland im europäischen Mittelfeld.³¹

Unter den Haushalten mit pflegebedürftigen Personen sind signifikant häufiger Haushalte mit einer vergleichsweise moderaten Mietbelastung vertreten als im Vergleich zu den älteren Haushalten (siehe Tabelle 10). Es wird davon ausgegangen, dass dies mit einem höheren Anteil sehr kleiner Wohnungen korrespondiert. Dafür spricht, dass sich bei einem Vergleich der Bruttowarmmieten pro Quadratmeter keine signifikanten Unterschiede zwischen den Verhältnissen bei den Haushalten mit pflegebedürftigen Personen und den älteren Haushalten zeigen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass gemessen an den Gebäude- und Wohnungsmerkmalen, die durch den MZ erfasst werden, die Wohnsituation der Haushalte von Pflegebedürftigen sich zwar hinsichtlich einiger Merkmale von der Wohnsituation der älteren Bevölkerung unterscheidet, insgesamt jedoch weitgehend ähnlich ist. Die wesentlichen Abweichungen zwischen der pflegebedürftigen und der älteren Wohnbevölkerung lassen sich somit wie folgt benennen:

- Pflegebedürftige wohnen signifikant häufiger in Wohnheimen mit eigener Haushaltsführung der Bewohner. Die absoluten Zahlen sind allerdings sehr klein.
- Pflegebedürftige wohnen häufiger in jüngeren Gebäuden (Baujahr nach 1991), die möglicherweise eher altersgerechte Baustandards aufweisen.
- Pflegebedürftige wohnen häufiger zur Miete und weisen eine geringere Mietbelastung auf.
- Pflegebedürftige bewohnen eher kleinere Wohnungen und verfügen häufiger über geringe Wohnflächen pro Person.

Tabelle 10

Monatliche Mietbelastung (nur Mieterhaushalte) des Haushalt Nettoeinkommens³²

Monatliche Mietbelastung (Bruttowarmmiete) des Haushaltsnettoeinkommens	Ältere Haushalte (1)	Haushalte mit pflegebedürftigem Mitglied
Unter 10%	0,8%*	2,3%*
10 bis 15%	5,1%*	8,1%*
15 bis 20%	14,0%*	19,2%*
20 bis 25%	18,8%	20,2%
25 bis 30%	17,7%	17,6%
30 bis 35%	14,7%*	11,7%*
35 bis 40%	10,6%	8,8%
40 und mehr %	18,2%*	12,4%*
Zusammen (Anzahl in 1.000)	4.053	307

(1) Haupteinkommensbezieher im Haushalt ist 65 Jahre oder älter.
* Signifikanter Unterschied auf der 95%-Ebene.

Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf MZ 2010.

(30)

Becker (2012). Für alle grundsätzlich Anspruchsberechtigten vgl. auch IAB Autorengemeinschaft (2013).

(31)

Vgl. Schüssler et al. (2012).

(32)

Die geringere Zahl der Mieterhaushalte im Vergleich zu Tabelle 7 erklärt sich daraus, dass in Tabelle 10 nur Haushalte mit Angabe zur Mietbelastung dargestellt sind.

3.3 Altersgerechte Ausstattungsmerkmale von Wohnungen

Barrierefreie oder -reduzierte Wohnungen bieten grundsätzlich für alle Bewohner eine Komfortverbesserung. Insbesondere für Personen mit Bewegungseinschränkungen und für behinderte Menschen, aber auch für Familien mit (kleinen) Kindern wird der Alltag leichter, wenn der Zugang zur Wohnung und die Wohnung selbst wenige oder keine Barrieren aufweisen. Barrierereduzierte Wohnungen fördern auch die Selbständigkeit von Älteren und beugen Stürzen vor.

Ziel ist es, die Häufigkeit der Ausstattungsmerkmale von Wohnungen, die diese als „altersgerecht“, „pflegegerecht“ oder „barrierefrei“ charakterisieren, zu untersuchen. Dazu gehören einerseits die „klassischen“ Ausstattungsmerkmale wie Inntoilette und Zentralheizung, sowie andererseits Ausstattungsmerkmale, die unter dem Aspekt der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit der Bewohner stärker in den Vordergrund treten. Letztere umfassen einerseits den barrierefreien Zugang zur Wohnung (z.B. Aufzug) und andererseits barrierefreie Verhältnisse innerhalb der Wohnung (z.B. Vermeidung oder Überwindung von Treppen, Sanitäranlagen und Türbreiten). Ausstattungsmerkmale wie Balkon, Terrasse, Gartennutzung etc. sowie Merkmale des Wohnumfeldes (Erreichbarkeit des ÖPNV, Einkaufsgelegenheiten, Beeinträchtigung durch Lärm und andere Immissionen etc.) werden hier nicht behandelt. Im Ganzen liegen nur bruchstückhafte Erkenntnisse über die Barrierefreiheit bzw. Barrierearmut von Wohnungen vor. Es existiert aktuell keine flächendeckende, repräsentative Statistik, aus der sich die Anzahl altersgerecht gestalteter Wohnungen und deren Veränderung darstellen ließen.

3.3.1 Altersgerechte Wohnungen von Älteren

Eine Repräsentativbefragung von Seniorenhaushalten (mindestens eine Person ist 65 Jahre oder älter) wurde 2009 vom Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KDA) im Auftrag des BMVBS³³ durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden hier zusammengefasst wiedergegeben.

Zugangsbarrieren außerhalb der Wohnung

Es zeigt sich, dass sich mehr als drei Viertel der von den Seniorinnen und Senioren genutzten Wohnungen in Wohngebäuden mit zwei und mehr Stockwerken befinden. Dies betrifft vor allem Zwei- und Mehrfamilienhäuser. Nur ein Viertel der dort wohnhaften Seniorenhaushalte bewohnt eine Erdgeschosswohnung, die meisten nutzen eine Wohnung in den ersten drei Stockwerken. Auch mehr als die Hälfte der Einfamilienhäuser haben zwei und mehr Stockwerke.

Eine Vielzahl von älteren Menschen muss eine erhebliche Anzahl von Stufen überwinden, um in ihre Wohnung

zu gelangen. Nach der Repräsentativbefragung müssen die Bewohnerinnen und Bewohner von drei Vierteln der Seniorenhaushalte Treppenstufen beim Zugang zum Haus überwinden und ca. die Hälfte (48 %) muss Stufen zur Wohnung bewältigen, sofern die Wohnungs- und Haustür nicht identisch sind. Die überwiegende Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner der befragten Seniorenhaushalte kann diese Treppen nicht durch Rampen, Treppenlifter oder Aufzüge überwinden. Nur knapp jedem zehnten Seniorenhaushalt, der eine Wohnung mit Zugangsbarrieren bei der Haustür bewohnt, stehen solche technischen Hilfsmittel zur Verfügung und nur rd. 4 % können mit technischen Hilfen Barrieren zur Wohnungstür überwinden.

Barrieren innerhalb der Wohnung

Über ein Viertel (27,4 %) des von den Seniorenhaushalten genutzten Wohnraums weist innerhalb der Wohnung Treppen auf. Mehrheitlich befinden sich diese Treppen in Einfamilienhäusern mit mehreren Stockwerken. Nur bei 3,6 % können diese Stufen durch einen Treppenlift oder eine Rampe überwunden werden.

Zu geringe Bewegungsflächen im Bad und nicht ausreichend breite Badezimmertüren können eine altersgerechte Nutzung beeinträchtigen – vor allem dann, wenn Seniorinnen und Senioren auf Gehhilfen angewiesen sind. Ebenso können hohe Schwellen zur Dusche oder eine Badewanne die Nutzung im Alter erheblich einschränken und die Sturzgefahr erhöhen. Die vorhandenen Türbreiten zum Badezimmer werden entsprechend den Ergebnissen der Befragung von der Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner der Seniorenhaushalte als ausreichend eingeschätzt. Dennoch halten die Seniorinnen und Senioren jedes fünften befragten Haushaltes, welche derzeit eine Gehhilfe nutzen, die Türbreiten für zu gering. Die Bewegungsflächen im gesamten Bad sowie vor oder neben dem WC-Becken werden von 24 % der Seniorenhaushalte mit mobilitätseingeschränkten Bewohnern als zu eng eingeschätzt. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner von 20 % bis 35 % der Seniorenhaushalte ihre Bewegungsflächen im Bad als zu eng einstufen.³⁴

Üblicherweise sind die Sanitärräume von Seniorenhaushalten mit einer Badewanne oder einer Dusche ausgestattet. Über 80 % haben eine Badewanne und/oder 45 % eine separate Dusche mit Duschtasse (und Schwelle). Über eine bodengleiche Dusche, die auch bei erheblicher Bewegungseinschränkung genutzt werden kann, verfügen nur rd. 15 % der Seniorenhaushalte.

Insgesamt bewohnen 5,2 % der befragten Seniorenhaushalte weitgehend altersgerechte Wohnungen nach der strengeren Definition des KDA, d.h. weniger als 3 Stufen beim Zugang zur Wohnung, keine Treppen innerhalb der Wohnung, ausreichende Türbreiten und Bewegungsflächen im Sanitärbereich sowie eine bodenglei-

(33)

Vgl. BMVBS (2011).

(34)

Im Rahmen der Repräsentativbefragung war es aufgrund der methodischen Anlage der Untersuchung (mündliche Kurzinterviews) nicht möglich, die Seniorinnen und Senioren über genaue Türbreiten oder Bewegungsflächen ihrer Sanitärräume zu befragen.

che Dusche. Dies entsprach 2009 bei ca. 11 Mio. Seniorenhaushalten ca. 570.000 barrierearmen Wohneinheiten in Deutschland. Im Vergleich dazu ergibt sich gemäß der weicheren Definition von altersgerechtem Wohnraum (keine bodengleiche Dusche) ein Anteil von 12,2 %.

Aus dieser KDA-Studie lässt sich zudem ein Anteil von Haushalten mit Pflegebedürftigen ohne Barrieren ermitteln.³⁵ So leben 7,7 % aller Seniorenhaushalte mit pflegebedürftigem Mitglied in altersgerechten Wohnungen nach der strengeren Definition des KDA. Gemäß der weicheren Definition von altersgerechtem Wohnraum (keine bodengleiche Dusche) ergibt sich hier ein Anteil von 20,5 %. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass in mindestens 80 % der Wohnungen spätestens bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit Handlungsbedarf für einen barriere-reduzierenden Umbau besteht.

Auch die Ergebnisse des SHARE-Datensatzes für 2004 ermöglichen eine Einschätzung des Bestandes an altersgerechten Wohnungen in Deutschland. Die Daten wurden danach differenziert, ob die Wohnung von einem Haushalt mit einer pflegebedürftigen Person bewohnt wird, oder nicht, sowie nach dem Alter der Bewohner. Bezogen auf alle Haushalte mit einem Haushaltsmitglied, das älter ist als 50 Jahre, beträgt der Anteil der altersgerechten Wohnungen rd. 10 %. Im Ganzen handelt es sich bei dem SHARE-Datensatz um ein verhältnismäßig „weiches“ Kriterium zur Bestimmung von Altersgerechtigkeit der Wohnung.³⁶ Unter den Haushalten mit einer pflegebedürftigen Person liegt dieser Anteil entsprechend dem SHARE-Datensatz deutlich höher. Er beträgt 59,3 %, wohingegen unter den Haushalten, bei denen (noch) keine Person pflegebedürftig ist, der Anteil nur 7,2 % beträgt. Im Ganzen nimmt der Anteil der Wohnungen, die altersgerecht ausgestattet sind, mit dem Alter der Personen zu. Der in dieser Befragung angezeigte Anteil aller pflegebedürftigen Bewohner in altersgerechtem Wohnraum von knapp 60 % scheint hingegen aufgrund des verhältnismäßig „weichen“ Kriteriums zur Bestimmung von Altersgerechtigkeit deutlich zu hoch zu sein.

Nach einer Befragung des Bundesverbandes deutscher Wohnungs- und Immobilienunternehmen (GdW) sind zum 31.12.2012 5,7 % der Wohnungen in den Mitgliedsunternehmen barrierearm oder barrierefrei. Das entspricht rund 328.000 der etwa 5,7 Mio. Wohnungen der Mitgliedsunternehmen.³⁷

Nach Ergebnissen der MuG III-Studie³⁸ verfügten gemäß der TNS-Infratest-Repräsentativerhebung aus dem Jahr 2002 die Wohnungen der Haushalte von Hilfe- und Pflegebedürftigen (hochgerechnet 4,5 Mio. Personen) in den alten Ländern zu 59 % und in den neuen Ländern zu 56 % über einen barrierefreien Zugang. Zwar besser als früher aber noch nicht ausreichend war die Ausstattung der Wohnungen mit Merkmalen wie etwa einem pflegegerecht ausgebauten Bad und WC, auf das

im Jahr 2002 30 % der Pflegebedürftigen in den alten Ländern und 24 % in den neuen Ländern im Vergleich zu 19 % bzw. 5 % zu Beginn der 1990er Jahre zurückgreifen konnten.

Die nachfolgenden Analysen basieren trotz des vergleichsweise geringen Stichprobenumfanges im Wesentlichen auf dem Anteil von 7,7 % an Pflegebedürftigen in altersgerechtem Wohnraum aus der KDA-Studie (BMVBS 2011).

3.3.2 Ausstattungsmängel der Wohnungen älterer Menschen

Nach Ergebnissen des vom Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) erhobenen „Alterssurvey“ von 2008³⁹ haben 3,6 % der Wohnungen der Befragten entweder kein innenliegendes WC oder keine Zentralheizung. Solche Ausstattungsmängel sind häufiger in Altershaushalten als in jüngeren Haushalten anzutreffen. 2008 wiesen nur 3,6 % der Wohnungen der 40- bis 54-Jährigen einen entsprechenden Mangel auf, aber 4,6 % der Wohnungen der 70- bis 85-Jährigen.⁴⁰

Jeder zwanzigste Ältere lebt in Wohnungen mit elementaren Ausstattungsmängeln. Dies bestätigen auch Untersuchungen des SOEP aus dem Jahr 2006. Diese Mängel treten gehäuft in von Älteren genutzten Mietwohnungen als in Eigentümerhaushalten auf. So fehlt in Mieterhaushalten doppelt so oft ein innenliegendes WC wie in einem Eigentümerhaushalt. Auch verfügen Mieterhaushalte mit 5,2 % seltener über eine Zentral- oder Etagenheizung als Eigentümerhaushalte mit 3,1 %.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass sich die Zahl der Wohnungen mit elementaren Mängeln im Rahmen von Modernisierungsaktivitäten von Vermietern und Eigentümern sowie durch Wohnungswechsel bei Senioren zukünftig deutlich reduzieren wird. Wie die Ergebnisse der MuG III-Studie aus 2002 zeigen, verfügten alle Haushalte von Hilfe- und Pflegebedürftigen über eine wohnstandardsgemäße Grundausstattung wie Innentoilette, Zentralheizung und Telefon.

3.3.3 Ansatz zur Einschätzung des Bestandes an altersgerechten Wohnungen

Ausreichend konkrete Informationen hinsichtlich der Barrierefreiheit oder -armut von Wohnungen liegen derzeit nicht vor. Eine Möglichkeit, wie diese Datenlücke in Zukunft teilweise geschlossen werden könnte, ist ein Verfahren, das die Anzeigen für Wohnungen und Häuser auf verschiedenen Internetportalen, zusammengestellt in Datenbanken, untersucht. Hierbei lassen sich mit Suchkriterien wie „altersgerecht“, „barrierefrei“ oder „seniorenrecht“ Rückschlüsse auf die Ausstattung von Wohnungen ziehen. Der Ansatz kann auf einzelne Regionen oder auf Gesamtdeutschland angewendet werden. Darüber hinaus kann die Preisentwicklung für die-

(35)

Einschränkend sei an dieser Stelle auf die geringe Fallzahl von nur 78 pflegebedürftigen Fällen in der Stichprobe von etwa 1.000 Seniorenhaushalten verwiesen. Dem Anteil von Pflegebedürftigen an der Bevölkerung (beide 65 Jahre und älter) von 7,8 % (KDA) steht ein Anteil laut Pflegestatistik von 8,2 % gegenüber.

(36)

Kriterium im SHARE-Fragenbogen: „Gibt es bei Ihnen besondere Einrichtungselemente, um Menschen mit körperlichen Behinderungen oder gesundheitlichen Problemen zu helfen? (z.B. verbreiterte Korridore, Rampen, automatische Türen, Treppenlifte, Alarmknöpfe, Besonderheiten in Küche oder Bad)“.

(37)

Vgl. GdW (2013), S. 12.

(38)

Vgl. Schneekloth und Wahl (2005). Aktuellere Ergebnisse zu den Ausstattungsmerkmalen von Hilfe- und pflegebedürftigen Personen liegen nicht vor.

(39)

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) ist eine bundesweit repräsentative Querschnittsbefragung von Personen, die 40 Jahre und älter sind. Der DEAS wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert.

(40)

Mahne et al. (2010), Abbildung A1.

se Immobilien zur Miete und zum Kauf beobachtet werden, falls eine hinreichende Fallzahl vorliegt.

Die Vorteile dieser Methode bestehen darin, dass die Daten ohne große Zeitverzögerung verfügbar sind. Zudem erlaubt die Menge der Daten eine hohe räumliche Differenzierung. Die Daten beziehen sich jedoch nicht auf den gesamten Gebäude- bzw. Wohnungsbestand, sondern auf Markttransaktionen, d.h. auf Wohnungen und Gebäude, die zum Verkauf bzw. zur Vermietung angeboten werden. Ebenso nutzen Wohnungsunternehmen eigene Vertriebswege und gerade in ländlichen Regionen bevorzugen Vermieter die Lokalzeitung statt des Internets. In angespannten Märkten werden ebenfalls aufgrund der Nachfrage nicht mehr alle Immobilien inseriert.

Zudem ist die Zugänglichkeit von aufbereiteten Datenbanken der Internetportale gut, aber nur kostenpflichtig verfügbar. Zu bedenken ist auch, dass die Wohnungsanbieter Angaben einstellen, die sich in unbestimmten Kategorien wie „seniorengerecht“ einordnen. Dies gewährleistet hinsichtlich Barrierefreiheit nicht unbedingt den versprochenen Baustandard. Eine Vergleichbarkeit ist damit nur eingeschränkt gegeben.

Unter den in einer Studie von Kholodilin und Mense (2012) erfassten marktgängigen Miet- und Eigentumswohnungen in Berlin weisen nach Angaben der Vermieter/Verkäufer jeweils rd. 16 % die Eigenschaft „seniorengerecht“ bzw. „barrierefrei“ auf.

3.3.4 Fazit

Eine speziell altersgerecht ausgestattete Wohnung bewohnt heute nur die Minderheit der älteren Bevölkerung. Ähnlich lässt sich die Situation bei Haushalten mit pflegebedürftigen Personen beschreiben. Diese Gruppe von Haushalten lebt mit einem Anteil von 7,7 % in altersgerecht ausgestatteten Wohnungen. Aus dieser Situation einer Unterversorgung der Haushalte mit pflegebedürftigen Personen mit altersgerechten Wohnungen ergeben sich sowohl hohe Kosten als auch erhebliche Einsparpotenziale bei einem längeren Verbleib in der häuslichen Umgebung (siehe Kapitel 6).

Die Datenlage hinsichtlich des Bestands an altersgerechten Wohnungen ist als unzureichend einzustufen und dringend verbesserungsbedürftig. Hierfür sollten entsprechende Kriterien in die amtlichen Statistiken eingebunden werden. Ein Ansatz zur Einschätzung über die Analyse der Internetportale bietet eine von mehreren Möglichkeiten, die Datenlage für die marktgängigen Wohnungen und Gebäude künftig etwas zu verbessern.

4 Kosten und staatliche Förderinstrumente zur barrierereduzierenden Anpassung von Wohnungen

Aus Sicht der Bewohner und aus Sicht der Politik ist der altersgerechte Umbau von Wohnungen ein erstrebenswertes Ziel. Er ist allerdings mit Kosten verbunden. Die Umbaukosten differenzieren stark und hängen insbesondere vom Ausgangszustand der Wohnung und dem Maßnahmenumfang ab, d.h. vom angestrebten Grad an Barrierefreiheit oder Barrierereduzierung.

Um speziell den altersgerechten Umbau von Wohnungen zu erleichtern, fördert die Politik unterschiedliche Zielgruppen mit unterschiedlichen Instrumenten. Dazu gehört das Programm „Altersgerecht Umbauen“, das von der KfW angeboten wurde und wird. Außerdem wird im Rahmen des Sozialgesetzbuchs Elftes Buch (Pflegeversicherung) die Anpassung der Wohnung einer pflegebedürftigen Person in einen „pflegegerechten“ Zustand gefördert. Diese Fördermaßnahmen werden im Folgenden ausführlicher vorgestellt. Daneben wird auf weitere Fördermaßnahmen verwiesen.

4.1 KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“

Mit dem Programm „Altersgerecht Umbauen“ stellte der Bund im Rahmen des Konjunkturpaketes I durch das BMVBS Zinsverbilligungs- und Zuschussmittel für von der KfW-Bankengruppe ausgereichte Förderdarlehen und Zuschüsse zur altersgerechten Umgestaltung von Wohnraum bereit. Dies erfolgte

- für den Zeitraum von April 2009 bis Dezember 2011 für alle Investoren mittels zinsverbilligter Kredite, maximal 50.000 Euro je Wohneinheit;
- für den Zeitraum von Mai 2010 bis Dezember 2011 für private Antragsteller mit bis zu zwei Wohneinheiten in Form fünfprozentiger Zuschüsse bezogen auf die aufgewendeten Investitionskosten, maximal 2.500 Euro je Wohneinheit.

Das KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“ fördert bei Einhaltung von Technischen Mindestanforderungen barrierereduzierende Investitionen im Wohnungsbestand. Im Jahr 2011 existierten 17 Förderbausteine, die einzeln oder in Kombination flexibel eingesetzt werden konnten. Die Technischen Mindestanforderungen der Förderbausteine orientieren sich an der DIN 18040-2 „Barrierefreies Bauen für Wohnungen“, bleiben jedoch i.d.R. unterhalb deren Anforderungen für den Neubau. Durch die verminderten Anforderungen sind die Kosten für die Anpassungsmaßnahmen beim KfW-Programm

im Vergleich zur DIN-gerechten Modernisierung in der Regel niedriger.

Das BMVBS hat 18 Modellvorhaben u.a. zum KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“ drei Jahre lang gefördert. Die Broschüre „Altersgerecht umbauen – Mehr Lebensqualität durch weniger Barrieren“ informiert über die Erfahrungen vor Ort und gibt praktische Hinweise insbesondere für Wohnungsanbieter, selbstnutzende Eigentümer und Kommunen (BMVBS 2013).

Gegenwärtig wird die Kreditvariante des Programms „Altersgerecht Umbauen“ mit Eigenmitteln der KfW und mit inhaltlich weitgehend unveränderter Ausprägung fortgeführt; die Zuschussvariante ist mit dem Wegfall der Förderung durch den Bund entfallen. Unter den Förderbedingungen wurden im Wesentlichen die zuvor 17 Förderbausteine zu 7 Förderbereichen zusammengefasst (siehe Anhang I).⁴¹

Aus dem vom Bund geförderten KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“ liegen in großer Zahl Daten über von Investoren für den Umbau veranschlagte und beantragte Kosten vor. Die Daten werden im Folgenden aufbereitet dargestellt und als Näherungswerte für erforderliche Investitionen bzw. Kosten für den altersgerechten Umbau von Wohnungen interpretiert. Gegenüber den bisher vorliegenden Recherchen zu Kostenangaben für einzelne Objekte, die eine große Streuung aufweisen, ist die Zahl der beobachteten Fälle der KfW groß genug, um verlässliche Durchschnitte bilden zu können. Die Ergebnisse dieses Kapitels bilden ein zentrales Argument, das in die Berechnungen der Einsparwirkungen von altersgerechten Umbaumaßnahmen einfließt.

Über die gesamte Laufzeit der Bundesförderung (2009 bis 2011) wurden in beiden Programmvarianten zusammen Umbauten in 82.348 Wohnungen gefördert. Das sind 0,2 % des Wohnungsbestandes in Deutschland zum Jahresende 2011.⁴² Die KfW hat während dieser Laufzeit 11.454 Förderkredite mit einem Volumen von 855,9 Mio. Euro vergeben. Im gleichen Zeitraum wurden zusätzlich 12.765 Zuschüsse mit einem Volumen von 12,8 Mio. Euro ausgereicht.

Im Folgenden werden auf der Grundlage der Förderdaten der KfW für 2011 durchschnittliche Kosten für einzelne geförderte bauliche Anpassungsmaßnahmen (Förderbausteine) je Wohneinheit dargestellt. Hinsichtlich der Umbaukosten wird hier auf die als Grundlage für die Kredit- bzw. Zuschussgewährung fungierenden Investitionen Bezug genommen. Dabei ist zwischen den grundsätzlich förderfähigen und den als Grundlage für Zusa-

(41)

Die aktuelle Fassung des Programms findet sich unter: www.kfw.de/

(42)

Vgl. Statistisches Bundesamt (2012b).

gen fungierenden Summen zu unterscheiden. Nach Angaben der KfW wurde mit den beiden Programmvarianten zusammen ein Investitionsvolumen von 1,367 Mrd. Euro angestoßen. Diese Angabe beruht auf Auswertungen der Angaben der Antragsteller in den Antragsformularen zu den beabsichtigten Investitionen bzw. Umbaukosten. Die Angabe schließt Eigenmittel oder andere Fremdmittel ein, die die Antragsteller über die bewilligten/bewilligungsfähigen Kredite bzw. Zuschüsse hinaus für die Finanzierung der Umbaumaßnahmen einsetzen mussten bzw. eingesetzt haben.

Die als Grundlage für die Zusagen von Krediten und Zuschüssen fungierenden Investitionen sind geringer als die förderfähigen Mittel. Die als Grundlage für die Zusagen fungierenden Investitionen belaufen sich für das Kreditprogramm auf 855,9 Mio. Euro. Für das Zuschussprogramm kann auf die als Grundlage für die Zuschussgewährung fungierenden Investitionen anhand des Fördersatzes von 5 % hochgerechnet werden. Für die Zuschüsse wurden 12,8 Mio. Euro ausgereicht, das entspricht hochgerechnet bewilligungsfähigen Investitionen von 256 Mio. Euro. Für beide Programme zusammen errechnen sich 1,135 Mrd. Euro Investitionen als Grundlagen für Kredite und Zuschüsse.

Der Unterschied zwischen den beiden Kostenabgrenzungen – 1,367 Mrd. Euro förderfähige Investitionen einerseits und 1,135 Mrd. Euro Investitionen als Grundlage für die Zusagen bei Krediten und Zuschüssen andererseits – beträgt rd. 0,232 Mrd. Euro bzw. (bezogen auf die zugesagten Mittel) 20,4 %. Die im Folgenden vorgestellten Ergebnisse beziehen sich meist auf die als Grundlage für die Zusagen fungierenden Investitionen. Nach Aussagen der KfW ist es aus administrativen und EDV-technischen Gründen nicht möglich, entsprechende Daten anhand der förderfähigen Investitionsbeträge statistisch aufzubereiten. Die vorgestellten Ergebnisse sind daher für eine Anwendung in planerischen Zusammenhängen im Durchschnitt um 20,4 % zu erhöhen.

Alle Angaben in den folgenden drei Tabellen beziehen sich nur auf Bewilligungen des Jahres 2011. In den Tabellen wird zwischen geförderten „Maßnahmen“, „Wohneinheiten“ und „Förderbausteinen“ unterschieden. Die drei Begriffe stehen in folgender Beziehung zueinander: Die kleinste Einheit ist der Förderbaustein. Bei dem geförderten Umbau einer Wohnung können mehrere Bausteine gefördert worden sein, z.B. „Sanitärobjekte“ und „Türen“. Die „Maßnahmen“ sind statistische Zähl-einheiten. Bspw. wurde in der Förderlinie „Kredit“ im Jahr

Tabelle 11
Durchschnittliche Investitionen je Wohneinheit und Förderbaustein in der Kredit-Variante im Jahr 2011

Programm 155 „Altersgerecht Umbauen“ Kredit	Jahr 2011			
	Maßnahmen	Wohneinheiten	Kredit-Volumen	Volumen je Wohneinheit und Förderbaustein
KfW-Förderbaustein	Anzahl	Anzahl	Euro	Euro
Äußere Erschließung	4	45	104.000	2.310
Stellplätze	744	3.407	7.912.000	2.320
Gebäudezugang	1.321	13.146	19.442.000	1.480
Gebäudeinterne Erschließung	4	146	58.000	400
Aufzugsanlagen/mechanische Fördersysteme	911	15.626	102.330.000	6.550
Treppenanlagen	712	4.190	8.670.000	2.070
Rampen	428	3.903	4.802.000	1.230
Flure innerhalb der Wohnung	987	5.121	10.650.000	2.080
Wohn- und Schlafräume	5	109	87.000	800
Küche	6	113	38.000	340
Türen	2.115	10.693	22.255.000	2.080
Fenster	1.322	6.103	21.655.000	3.550
Erschließung bestehender Freisitze	690	5.281	11.580.000	2.190
Bewegungsfläche/Raumgeometrie in Sanitärräumen	2.169	8.636	34.036.000	3.940
Sanitärobjekte	3.959	12.149	65.514.000	5.390
Sicherheitssystem/-vorkehrungen	741	3.362	4.202.000	1.250
Bedienelemente	767	4.120	6.238.000	1.510
Kommunikationsanlagen	4	46	504.000	10.960
Schriften, Information, Beleuchtung	2	3	1.000	330
Gemeinschaftsräume	118	2.240	3.654.000	1.630
Wege zu Gebäuden	1.033	10.086	15.518.000	1.540
Wohnungszugang	736	6.835	11.360.000	1.660
Raumgeometrie Wohnen/Schlafen/Küche	1.778	8.933	66.773.000	7.470
Förderbausteine Gesamt	20.556	124.293	417.383.000	-
Wohnungen	20.556	30.163	417.383.000	13.840

Quelle: Prognos Berechnungen auf der Grundlage von Angaben der KfW.

2011 im Rahmen von 744 Maßnahmen der Förderbaustein „Stellplätze“ gefördert, wobei die Förderung sich auf 3.407 Wohneinheiten erstreckte. Im Ganzen wurde in dieser Förderlinie im Jahr 2011 der altersgerechte Umbau von 30.163 Wohnungen gefördert, wobei 124.293 einzelne Förderbausteine umgesetzt wurden, im Durchschnitt vier pro Wohnung.

Für das Jahr 2011 wurden in dem Kreditprogramm pro Wohneinheit im Durchschnitt Kredite für Investitionen/Kosten in Höhe von 13.840 Euro ausgereicht. Im Zuschussprogramm wurden Zuschüsse entsprechend bewilligungsfähigen Investitionen in Höhe von 14.330 Euro pro Wohneinheit ausgereicht. Im Jahr 2011 wurden in beiden Programmen Förderzusagen für rd. 43.000 Wohneinheiten vergeben, davon rd. 30 % im Zuschussprogramm (13.147 Wohneinheiten) und 70 % im Kreditprogramm (30.163 Wohneinheiten).

Der besondere Nutzen der Tabellen liegt in den nach Förderbausteinen aufgeschlüsselten Angaben. Sie können zur ersten Grob-Orientierung vor einer verfeinerten Planung als empirisch fundierte Durchschnitte für Planungs-

und Kalkulationszwecke verwendet werden. Angaben zu Förderbausteinen, die nur auf wenigen Fallzahlen beruhen, sind dabei jedoch wenig verlässlich (z.B. Kommunikationsanlagen). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass aus den Daten weder der Ausgangszustand noch der mit dem Umbau erreichte Zustand – jeweils im Hinblick auf Barrierefreiheit bzw. Barrierearmut - bekannt sind.

Durch die Summe der beiden Programmvarianten (siehe Tabelle 13) ergeben sich Investitionen in Höhe von 13.990 Euro je Wohneinheit.⁴³ Im Jahr 2011 wurden Aufzugsanlagen für 19.946 Wohneinheiten und Sanitärprojekte in 18.631 Wohneinheiten gefördert. In über 14.000 Wohneinheiten wurden Anpassungsmaßnahmen im Gebäudezugang umgesetzt. Hohe Fallzahlen geförderter Wohneinheiten betreffen darüber hinaus den Förderbaustein „Türen“ und die Förderbausteine „Raumgeometrie in Sanitärräumen“ sowie „Wege zu Gebäuden“.

Wie eingangs des Kapitels bereits beschrieben, basieren die Angaben in den drei obigen Tabellen auf den bewilligungsfähigen Investitionen. Davon zu unterscheiden sind die durch die Förderung angestoßenen Investitio-

(43)

Mit der Anzahl der geförderten Wohneinheiten gewichtetes Mittel.

Tabelle 12
Durchschnittliche Investitionen je Wohneinheit und Förderbaustein in der Zuschuss-Variante im Jahr 2011*

Programm 159 „Altersgerecht Umbauen“ Zuschuss	Jahr 2011				
	Maßnahmen	Wohneinheiten	Zuschuss-Volumen	Investitions-Volumen hochgerechnet	Investitions-Volumen pro Wohneinheit und Förderbaustein
KfW-Förderbaustein	Anzahl	Anzahl	Euro	Euro	Euro
Äußere Erschließung	1	1	1.000	20.000	20.000
Stellplätze	313	597	106.000	2.120.000	3.550
Gebäudezugang	636	1.186	205.000	4.100.000	3.460
Aufzugsanlagen/mechanische Fördersysteme	2.517	4.320	1.992.000	39.840.000	9.220
Treppenanlagen	837	1.243	434.000	8.680.000	6.980
Rampen	226	805	54.000	1.080.000	1.340
Flure innerhalb der Wohnung	475	643	113.000	2.260.000	3.510
Küche	1	1	1.000	20.000	20.000
Türen	1.604	2.232	330.000	6.600.000	2.960
Fenster	1.509	1.952	801.000	16.020.000	8.210
Erschließung bestehender Freisitze	344	477	102.000	2.040.000	4.280
Bewegungsfläche/Raumgeometrie in Sanitärräumen	1.599	1.986	695.000	13.900.000	7.000
Sanitärprojekte	5.192	6.482	3.775.000	75.500.000	11.650
Sicherheitssystem/-vorkehrungen	851	1.008	134.000	2.680.000	2.660
Bedienelemente	99	948	99.000	1.980.000	2.090
Gemeinschaftsräume	23	82	8.000	160.000	1.950
Wege zu Gebäuden	350	767	128.000	2.560.000	3.340
Wohnungszugang	229	407	68.000	1.360.000	3.340
Raumgeometrie Wohnen/Schlafen/Küche	614	839	372.000	7.440.000	8.870
Förderbausteine Gesamt	17.420	25.976	9.418.000	188.360.000	-
Wohnungen	17.420	13.147	9.418.000	188.360.000	14.330

* Die Unterschiede in der Zahl der Förderbausteine in Tabelle 11 und 12 sind durch Umstrukturierungen des Programms entstanden.

Quelle: Prognos Berechnungen auf der Grundlage von Angaben der KfW

Tabelle 13

Durchschnittliche Investition je Wohneinheit und Förderbaustein im KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“ im Jahr 2011

Summe der KfW-Programme Kredit und Investitionszuschuss	Jahr 2011	
	WE	Kosten pro WE und Förderbaustein
KfW-Förderbaustein	Anzahl	Euro
Äußere Erschließung	46	2.690
Stellplätze	4.004	2.500
Gebäudezugang	14.332	1.640
Gebäudeinterne Erschließung	146	400
Aufzugsanlagen/mechanische Fördersysteme	19.946	7.130
Treppenanlagen	5.433	3.190
Rampen	4.708	1.250
Flure innerhalb der Wohnung	5.764	2.240
Wohn- und Schlafräume	109	800
Küche	114	510
Türen	12.925	2.230
Fenster	8.055	4.680
Erschließung bestehender Freisitze	5.758	2.360
Bewegungsfläche/Raumgeometrie in Sanitärräumen	10.622	4.510
Sanitärobjekte	18.631	7.570
Sicherheitssystem/-vorkehrungen	4.370	1.580
Bedienelemente	5.068	1.620
Kommunikationsanlagen	46	10.960
Schriften, Information, Beleuchtung	3	330
Gemeinschaftsräume	2.322	1.640
Wege zu Gebäuden	10.853	1.430
Wohnungszugang	7.242	1.570
Raumgeometrie Wohnen/Schlafen/Küche	9.772	7.120
Förderbausteine Gesamt	150.269	-
Wohnungen	43.310	13.990

Quelle: Prognos Berechnungen auf der Grundlage von Angaben der KfW.

nen, die eher den von den Investoren tatsächlich verauslagten Aufwendungen/Kosten entsprechen dürften. Sie sind, wie oben bereits dargestellt, um durchschnittlich 20,4 % höher als die bewilligungsfähigen Investitionen. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass aus der Sicht der Investoren die Kosten einer altersgerechten Anpassung einer Wohnung sich eher auf 16.840 Euro belaufen dürften, dem 1,204-fachen von 13.990 Euro.⁴⁴

An diesen Kosten im umfassenderen Verständnis haben sich die KfW bzw. der Haushalt des Bundes durch ihre Förderung mit 10,8 % beteiligt, d.h. es wurde durch die altersgerechten Umbaumaßnahmen ein Investitionsvolumen von rd. 1,367 Mrd. EUR bei einem Einsatz von insgesamt 148,24 Mio. EUR an Steuermitteln (Steuermittelausgabenquote von 10,8 %) angestoßen. Daraus ergibt sich als absoluter Förderbetrag pro Wohnung ein Betrag von rd. 1.800 Euro. Der Eigenbeitrag der Investo-

ren beträgt dem entsprechend rd. 15.000 Euro pro Wohnung. Es wird darauf hingewiesen, dass die Wohnung nach Umbau mit diesem durchschnittlichen Kosteneinsatz nicht unbedingt als „altersgerecht“ gilt. Es wurden barriere-reduzierende Maßnahmen in unterschiedlichen Förderbausteinen durchgeführt. Aussagen über den Ursprungs- und Zielzustand der Wohnung oder des Gebäudes sind der KfW nicht bekannt.

Darüber hinaus ist es anhand der Förderdaten nicht möglich, nach der Art der Gebäude zu differenzieren, für die die Ausreichung von Krediten oder Zuschüssen beantragt wurde (z.B. Baualter, Ein- oder Mehrfamilienhaus). Auch sind Angaben über die Wohnflächen nicht bekannt. Dennoch sind die Durchschnittsangaben wegen der ihnen zugrunde liegenden hohen Fallzahlen überwiegend als belastbar anzusehen.

(44)

Nach den Ergebnissen der im Auftrag des BMVBS durchgeführten KDA-Studie betragen die Umbaukosten für die Beseitigung der Barrieren im Durchschnitt 15.600 Euro pro Wohnung. Dabei handelt es sich um einen gewogenen Durchschnitt aus drei Typen mit unterschiedlich hohem Anpassungsbedarf im Zugangs- und im Innenbereich sowie unterschiedlich hohen Anpassungskosten pro Wohnung.

4.2 Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nach § 40 SGB XI

Neben dem KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“, das eine objektbezogene Förderung darstellt, besteht eine subjektbezogene Förderung altersgerechten Umbaus in den Zuschüssen im Rahmen des Elften Buchs Sozialgesetzbuch. Ausschließlich für die Zielgruppe der Pflegebedürftigen gilt, dass sie nach § 40 Abs. 4 SGB XI eine Förderung durch die Pflegekassen zu technischen und baulichen Veränderungen des Wohnumfeldes von bis zu 2.557 Euro je Maßnahme und Pflegebedürftigem erhalten können. Der entsprechende gesetzliche Passus hat den folgenden Wortlaut:

„Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 2.557 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe von 2.557 Euro je Pflegebedürftigem nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme nach Satz 3 ist auf 10.228 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.“

Für welche Maßnahmen des Wohnumfeldes diese Förderung im Einzelnen beantragt werden kann, ergibt sich aus dem „Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften“ des GKV-Spitzenverbandes (2008) zu den leistungsrechtlichen Vorschriften (siehe Anhang II).

Die Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes grenzen sich von technischen Pflegehilfsmitteln wie Pflegebetten, Hausnotrufanlagen, Rollstühlen, Hebegegeräten, Gehwagen etc. ab, indem sie fest mit der Wohnung oder dem Grundstück verbunden sind. Sie umfassen einerseits technische Hilfen und andererseits Umbaumaßnahmen. Die Gesetzesbegründung nennt als Umbaumaßnahmen beispielhaft die Verbreiterung von Türen, den Einbau einer Dusche oder eines Treppenliftes. Auch der Umzug in eine den Bedürfnissen des Pflegebedürftigen entsprechende Wohnung kann eine förderfähige Maßnahme sein. Bezuschusst werden können grundsätzlich alle Maßnahmen, die einen behinderungsbedingten Mehraufwand ausgleichen sollen, um die Selbständigkeit des pflegebedürftigen Menschen zu sichern oder zu verbessern oder die Pflegeperson deutlich zu entlasten.

Die Leistung ist zu beantragen und steht im Ermessen der Pflegekassen. Diese stellen die Förderfähigkeit einer Maßnahme in Zusammenarbeit mit einer Pflegefachkraft oder dem MDK fest. Als zuschussfähige Maßnahme ist die behindertengerechte Umgestaltung der Wohnung des Pflegebedürftigen insgesamt zu werten. Die Verbesserungsmaßnahme ist nicht in Einzelschritte aufzuteilen. Z.B. stellt die Befahrbarmachung einer Wohnung mit einem Rollstuhl insgesamt eine Maßnahme dar, sodass alle hierfür notwendigen Türverbreiterungen und Entfernungen von Türschwellen dazugehören und nicht jede einzelne Türverbreiterung eine bezuschussbare Maßnahme darstellt. Der Zuschuss kann vom Pflegebedürftigen auch mehrfach beantragt werden. Voraussetzung ist eine Verschlechterung des Gesundheitszustands.

Die Höhe des Zuschusses war bis zum 30. Oktober 2012 nach den Kosten der Verbesserungsmaßnahme und den Einkommensverhältnissen des Pflegebedürftigen zu bemessen. Der Eigenanteil des Pflegebedürftigen sollte mindestens 10 %, aber höchstens 50 % seiner monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt betragen. Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz⁴⁵ ist kein Eigenanteil des Versicherten mehr zu berücksichtigen. Die Höhe des Zuschusses ist auf 2.557 Euro je Maßnahme und Versicherten begrenzt. Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz gilt beim Zusammenleben mehrerer Versicherter in einer Wohnung ein gemeinsamer Höchstbetrag von 10.228 Euro. Der Betrag je Versichertem wurde seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 nicht verändert.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz wurde zudem ein zeitlich befristetes Initiativprogramm zur Gründung ambulanter Wohngruppen etabliert, mit dem das Zusammenleben mit Anderen in kleinen Gruppen gefördert werden soll. 2.500 Euro pro pflegebedürftiger Person (maximal 10.000 Euro pro Wohngruppe) können dafür als Zuschuss für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung gewährt werden. Unter bestimmten Umständen gibt es für solche Wohngruppen je Bewohner 200 Euro monatlich zusätzlich, um dem höheren Organisationsaufwand gerecht werden zu können. Insgesamt steht für die Förderung eine Summe von 30 Mio. Euro zur Verfügung. Der Zuschuss aus dem Initiativprogramm gilt zusätzlich zu dem Zuschuss nach § 40 Abs. 4 SGB XI.

Gemäß den Befragungsergebnissen der im Jahr 2010 durchgeführten MuG-Studie⁴⁶ haben 17 % aller befragten Pflegebedürftigen in Privathaushalten entsprechende Zuschüsse zu baulich-technischen Maßnahmen in der Wohnung erhalten. In absoluten Zahlen ausgedrückt handelt es sich um 340.000 Personen. Die Förderquote schwankt hierbei zwischen 11 % in Pflegestufe I bis zu 33 % in Pflegestufe III. Die durchschnittliche Höhe der Summe der bewilligten Zuschüsse je Pflegebedürftigem, dem entsprechende Leistungen zugebilligt wurden, unterlag ebenfalls je nach Pflegestufe erheblichen

(45)

In Kraft getreten am 30. Oktober 2012.

(46)

Vgl. BMG (2011).

Schwankungen. So bewegte sich der durchschnittliche Leistungsbetrag⁴⁷ zwischen 1.975 Euro (in Pflegestufe I), 2.608 Euro (in Pflegestufe II) und 2.703 Euro (in Pflegestufe III). Unabhängig von der Pflegestufe beträgt der Durchschnittsbetrag 2.382 Euro.

Nach Angaben des BMG wurde seit 1995 bis zum Jahr 2011 insgesamt von den gesetzlichen Pflegekassen rd. 1 Mrd. Euro für Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI aufgewendet. Im Jahr 2011 beliefen sich die Ausgaben auf ca. 100 Mio. Euro. Abbildung 2 zeigt den Verlauf über die Zeit. Die Ausgaben der privaten Pflegekassen sind hier nicht einbezogen. Die Ausgaben haben sich in diesem Zeitfenster deutlich schneller erhöht als die Zahl der Pflegebedürftigen mit häuslicher Pflege; pro Pflegebedürftigem (potenziell Anspruchsberechtigtem) haben sie sich seit 1995 mehr als verfünffacht. Die Ursachen für diese Entwicklung im Einzelnen sind unbekannt. So besteht die Möglichkeit, dass die Förderung von den grundsätzlich anspruchsberechtigten Personen im Zeitverlauf intensiver wahrgenommen wird oder/und die Pflegekassen eine entsprechende Förderung nach Antragstellung häufiger bewilligen oder/und die Bedürftigkeit zunimmt oder/und dass die Pflegebedürftigen häufiger in anpassungsbedürftigen Wohnungen wohnen oder/und eine Anpassung wünschen.

Studien zur Evaluation von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Förderung von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen liegen nicht vor. Beispielsweise gibt es keine Erkenntnisse, wie viele Empfänger den Zuschuss erhalten haben, welche Umbaumaßnahmen wie häufig gefördert wurden und wie hoch der Eigenanteil der

Versicherten bzw. die gesamten Kosten der Umbaumaßnahme waren.

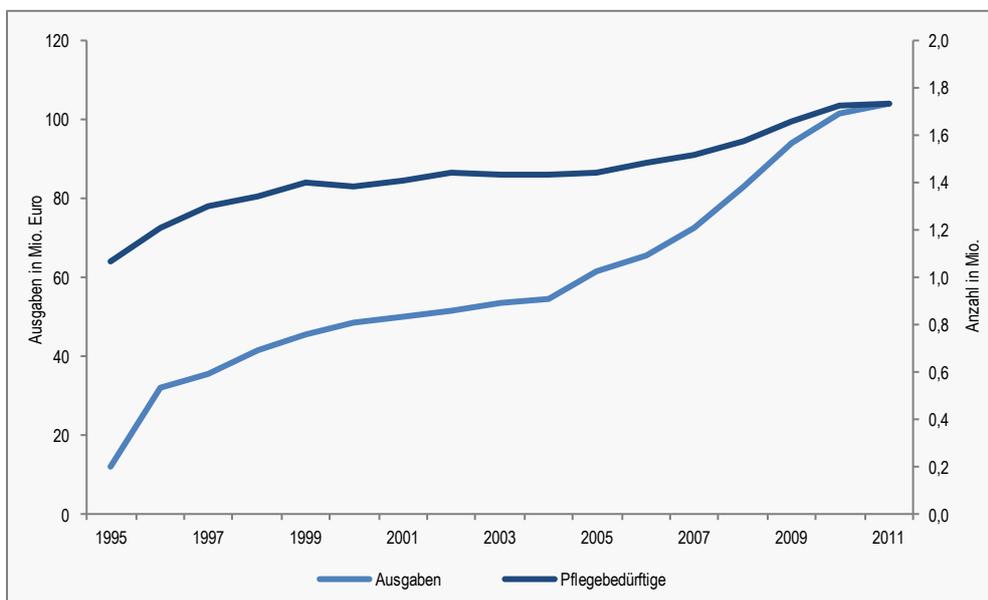
Zusammenfassend zeichnet sich die Förderung der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI durch eine starke Zielgruppenorientierung und eine Bedarfsprüfung aus. Die Zielgruppenorientierung besteht in der Beschränkung auf die Pflegebedürftigen mit häuslicher Pflege. Gegenstand der Bedarfsprüfung ist der durch eine fachliche Begutachtung vorgenommene Abgleich zwischen dem Zustand der Wohnung und des Gebäudes, dem Grad der Pflegebedürftigkeit des Pflegebedürftigen, den fachlichen Anforderungen der Pflege seitens der Pflegepersonen sowie dem finanziellen Rahmen des Pflegebedürftigen.

4.3 Wohnungsanpassungsmaßnahmen für behinderte Menschen nach SGB IX

Menschen mit Behinderung können häufig nur dann ein selbstbestimmtes Leben führen und am Leben in der Gemeinschaft und am Arbeitsleben teilhaben, wenn sie über eine barrierefreie Wohnung verfügen. Jeweils abhängig von der Behinderung und der Wohnsituation kann dies durch Umbau und Wohnungsanpassungsmaßnahmen, durch die Verwendung von Hilfsmitteln oder durch barrierefreies Bauen ermöglicht werden. Zum Leistungsangebot der Rehabilitationsträger, Integrationsämter und Pflegekassen gehören deshalb auch Wohnungshilfen. Sie umfassen vor allem Leistungen, die dazu dienen, die Wohnung des Antragstellers so umzubauen oder

(47) Der Umstand, dass der Durchschnitt höher ist als der Höchstbetrag, erklärt sich daraus, dass bei Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit Leistungen mehrfach beantragt werden können und bewilligt wurden.

Abbildung 2
Ausgaben der gesetzlichen Pflegekassen für Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI und Anzahl der Pflegebedürftigen mit häuslicher Pflege (nicht Anzahl der Zuschussempfänger); Index 1995 = 100



Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf Angaben des BMG.

auszustatten, dass sie seinen individuellen Bedürfnissen gerecht wird. Aber auch Hilfen zur Beschaffung und Erhaltung einer barrierefreien Wohnung sind möglich.

Nach dem SGB IX (§ 4 – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung) können Wohnungshilfen gewährt werden als

- Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft,
- begleitende Hilfe im Arbeits- und Berufsleben und
- Hilfe, um eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Ein Ratgeber-Leitfaden kommentiert die Situation wie folgt: „Auf Anrieb den richtigen Antrag beim richtigen Träger zu stellen, ist nicht ganz einfach. Das liegt zum einen an den komplizierten Regelungen des Sozialrechts. Zum anderen kommen als zuständige Rehabilitationsträger ganz unterschiedliche Stellen in Betracht, z.B. die Bundesagentur für Arbeit (BA), die gesetzliche Unfallversicherung (GUV), die gesetzliche Rentenversicherung (GRV), die öffentliche Jugendhilfe oder die Träger der Sozialhilfe. Um das Verfahren zu erleichtern, wurden in den Städten und Kreisen gemeinsame Servicestellen der Rehabilitationsträger eingerichtet. Sie sind zwar meist bei einem der Träger angesiedelt, beraten jedoch trägerübergreifend.“⁴⁸

Im SGB IX wird an drei Stellen die Förderung einer behindertengerechten Ausstattung der Wohnung direkt angesprochen, und zwar im Rahmen des § 33 Abs. 8 Nr. 6 unter den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, im Rahmen des § 55 Abs. 2 Nr. 5 unter den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie in § 102 Abs. 3 Nr. 1 Buchstabe d als Leistung der Integrationsämter.

Bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben lautet der Fördertatbestand „Kosten der Beschaffung, der Ausstattung und der Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung in angemessenem Umfang“. Die Leistung setzt einen kausalen Zusammenhang zwischen Arbeitsfähigkeit und Art der Wohnung voraus. Die Leistungen haben das Ziel, die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Teilweise ist die BA der Träger der Leistung. In den letzten drei Jahren (2010 bis 2012) gab es dort 62 Bewilligungen für Wohnungs(umbau)förderung bei insgesamt 120.000 Leistungen der BA zur Teilhabe am Arbeitsleben.⁴⁹ Auch bei der GRV, die als Leistungsträger pro Jahr insgesamt

280.000 Förderfälle zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringt, sind die Wohnungshilfen eher eine Seltenheit mit Fallzahlen in der gleichen Größenordnung wie bei der BA, aber nicht exakt statistisch ausgewiesen.⁵⁰

Bei den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bezieht sich die Förderung auf „Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht. Als Hilfe kommen vor allem Beratung und Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Wohnung oder eines Wohnheimplatzes, aber auch die Übernahme von Umzugskosten in Betracht. Die Hilfe zur Wohnungserhaltung kann auch notwendige Umbauten zur behindertengerechten Gestaltung einer Wohnung umfassen. [...] Die Kosten für bauliche Änderungen in der Wohnung selbst, z.B. eine behindertengerechte Anpassung von Sanitärbereich und Küche, gehören zu den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, wenn die Wohnung nur mit solchen baulichen Änderungen für den behinderten Menschen geeignet ist.“⁵¹ Leistungsträger sind die Sozialämter im Rahmen des Sechsten Kapitels SGB XII, der die „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ regelt. In den Jahren 2008 bis 2010 wurden zusammen 2.148 geförderte Maßnahmen für Personen außerhalb von Einrichtungen statistisch erfasst (durchschnittlich 716 Fälle pro Jahr mit steigender Tendenz). Die Ausgaben betragen 24,9 Mio. Euro, wobei sich der durchschnittliche Förderbetrag pro Fall auf rd. 11.600 Euro belief.⁵²

Im Rahmen der Leistungen der Integrationsämter ist der Fördertatbestand wie folgt formuliert: „Das Integrationsamt kann im Rahmen seiner Zuständigkeit für die begleitende Hilfe im Arbeitsleben aus den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln auch Geldleistungen erbringen, insbesondere an schwerbehinderte Menschen [...] zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung.“⁵³ Die möglichen Leistungen der Integrationsämter treten also zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ergänzend hinzu. „Die Leistungen dürfen nur erbracht werden, soweit Leistungen für denselben Zweck nicht von einem Rehabilitationsträger (Träger der GUV, Träger der GRV, Träger der Kriegsopferfürsorge, Träger der öffentlichen Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe), vom Arbeitgeber oder von anderer Seite (z.B. private Unfall-, Haftpflichtversicherung) [...] erbracht werden. [...] Das Integrationsamt ist deshalb in der Regel nur für Beamte und Selbstständige zuständig, die keinen Anspruch gegen einen Rehabilitationsträger haben.“⁵⁴ Über die Zahl der Leistungsbezieher und deren Entwicklung, die Höhe der Förderbeträge oder die Art der Fördermaßnahmen ist nichts bekannt.

(48)
Vgl. Familienratgeber der Aktion Mensch: http://www.familienratgeber.de/jugendliche_erwachsene/wohnen/behindertengerechte_umgestaltung.php.

(49)
Telefonische Auskunft der BA.

(50)
Telefonische Auskunft der GRV.

(51)
Jussen in Hauck und Noftz.

(52)
Vgl. Statistisches Bundesamt (2011b).

(53)
Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2009).

(54)
ebd.

4.4 Soziale Wohnraumförderung der Länder

Die soziale Wohnraumförderung ist ein wesentliches Element einer sozial verantwortlichen Wohnungspolitik. Die Zuständigkeit für die Soziale Wohnraumförderung wurde im Zuge der Föderalismusreform I mit Wirkung vom 1. September 2006 nunmehr vollständig vom Bund auf die Länder übertragen. Den Ländern obliegen das Recht zur Gesetzgebung in diesem Bereich und die Finanzierung der sozialen Wohnraumförderung. Sie erhalten hierfür bis einschließlich 2019 vom Bund eine Kompensation in Höhe von 518,2 Mio. Euro jährlich. Die Förderprogramme der einzelnen Länder unterstützen dabei sowohl private Investoren als auch öffentliche Wohnungsunternehmen.

Im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung wird von zahlreichen Ländern und Kommunen dabei auch die Schaffung von alters- und behindertengerechtem Wohnraum gefördert. Einige Bundesländer nutzen die Möglichkeit, spezielle Programme zur Barriere-reduzierung anzubieten. Andere beschränken sich auf die Förderung barrierefreier Wohnungen im Rahmen der Neubauförderung oder auf allgemeine Modernisierungsprogramme.

Die Ausgabe von Fördermitteln ist jedoch an bestimmte Voraussetzungen geknüpft, z.B. Einkommensgrenzen oder Behinderung. Aufgrund der sehr differenzierten Förderlandschaft werden die Förderangebote der Länder nicht weiter ausgeführt und sind nur der Vollständigkeit halber erwähnt.

Dabei obliegt die Förderung von Wohnberatungsstellen ebenfalls den Ländern und Kommunen. Aktuell gibt es in Deutschland bei Weitem keine flächendeckende Versorgung mit Beratungsstellen zur Wohnungsanpassung.⁵⁵

Wohnberatung ist ein wichtiger Erfolgsfaktor, um die Bürger und Betroffenen durch geschultes, neutrales Personal u.a. über bauliche Anpassungsmaßnahmen sowie über rechtliche und finanzielle Möglichkeiten zu informieren. Häufig fehlen bei den Beratungsinteressenten Kenntnisse zum altersgerechten Wohnen, zu alternativen Wohnangeboten, zu speziellen Hilfsmitteln und zu Förder- und Umsetzungsmöglichkeiten. Die Effekte der Förderung von Wohnungsanpassungsmaßnahmen durch die Wohnberatung werden in nachfolgenden Abschnitten zum Pflegesetting (Kapitel 5) und zur Berechnung der Auswirkungen bei der Versorgung von Pflegebedürftigen (Kapitel 6) thematisiert.

(55)

Vgl. BMVBS (2011), S. 74f. und S. 79f.

5 Einflussgrößen auf das Pflegesetting

Die Form der Pflege entscheidet maßgeblich über die Kosten der Pflege. Besonders teuer ist die stationäre Pflege, gefolgt durch die Pflege durch ambulante Pflegedienste und schließlich durch die Pflege durch Angehörige (informelles Pflegesetting). Sowohl aus der Sicht der Pflegebedürftigen als auch aus der Sicht der Kostenträger wird eine häusliche Pflege angestrebt. Der nachfolgende Abschnitt dient der Darstellung der verschiedenen Einflussgrößen auf das Pflegesetting, d.h. die Versorgung in häuslicher (informell oder professionell ambulant) oder in professionell stationärer Unterbringung. Entscheidend ist dabei, ob häusliche Pflege angesichts der Umstände des Einzelfalles überhaupt als Wahlmöglichkeit gegeben ist, und welche Faktoren die Entscheidung beeinflussen. Das Augenmerk liegt einerseits auf den nichtbaulichen Einflussfaktoren auf dem informellen Pflegesetting sowie auf einem Heimeintritt. Andererseits werden die Grenzen von altersgerechten Umbaumaßnahmen bezogen auf den Verbleib in der häuslichen Umgebung aufgezeigt.

Die große Mehrheit der Pflegebedürftigen präferiert die informelle Pflege⁵⁶ durch Angehörige, Bekannte und niedrigschwellige Angebote im Privathaushalt. Insofern greifen Pflegebedürftige in der Regel erst dann auf professionelle Hilfen zurück, wenn die Gruppe der informellen Pflegekräfte nicht mehr in der Lage ist, die Pflegeleistungen zu erbringen. Dabei sind der physische, der zeitliche und der emotionale Aufwand einer informellen Pflege für die pflegenden Personen erheblich. Darüber hinaus geht die informelle Pflege meist zu Lasten der Berufstätigkeit der Pflegeperson. Die Alternative ist schließlich die Inanspruchnahme von professionellen ambulanten Leistungen oder der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung.

Vor diesem Hintergrund modellieren Hackmann und Moog (2010) in einem 3-Generationen-Strukturmodell das Pflegeangebot von Partner, Kindern und Enkelkindern des Pflegebedürftigen und sind dadurch in der Lage, mit den im Modell abgebildeten Motivstrukturen 72 % der Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten zutreffend zu erfassen.

Ob und zu welchem Anteil den Pflegebedürftigen die informelle Pflege als Wahlmöglichkeit künftig überhaupt zur Verfügung steht, wird auf gesellschaftlicher Ebene vor allem durch die demografische Entwicklung, die Zusammenlevenswahrscheinlichkeit sowie den Gesundheitszustand des Partners bestimmt. Für die Kinder und Enkelkinder sind darüber hinaus die räumliche Nähe, die Haushaltskonstellation sowie die eigene Erwerbsbeteiligung von entscheidender Bedeutung. So besteht gerade in der aus ökonomischen Gründen erwünschten zunehmenden Erwerbsbeteiligung der weiblichen Bevölkerung ein negativer Einflussfaktor auf deren informelles Pflegepotenzial.

Gründe für den Heimeintritt und die ihn begleitenden Risikokonstellationen werden auch durch die Studien anderer Wissenschaftler untersucht. Deren Ergebnisse werden im Folgenden zusammenfassend wiedergegeben.

Die Befragungsergebnisse ambulanter Pflegedienste von An der Heiden et al. (2012) machen deutlich, dass das bauliche Umfeld nur bei 13 % der Pflegebedürftigen als Grund für den Umzug in ein Pflegeheim angesehen wird. Die weitaus wichtigeren Gründe für einen Heimeintritt sehen An der Heiden et al. (2012) in der Überforderung der Angehörigen (30 %), nicht vorhandenen Angehörigen (20 %), verschiedenen Aspekten der Versorgung (21 %)⁵⁷ sowie sonstigen Gründen (17 %).

Schneekloth und von Törne (2009) beschreiben in ihrer Studie die Ergebnisse einer Befragung von auskunftsbereiten Pflegerinnen und Pflegern zu den von ihnen gepflegten Personen in der jeweiligen stationären Pflegeeinrichtung. So wird von der Mehrzahl der Bewohner (66 %) der schlechte Gesundheitszustand sowie der daraus resultierende Grad der Pflegebedürftigkeit genannt, während 38 % auf eine unzureichende Zahl von Helferinnen und Helfern und 27 % auf eine Überlastung der pflegenden Angehörigen verwiesen haben. Die für die Pflege ungeeignete wohnliche Situation wird von 22 % der Befragten genannt. Weitere 18 % nennen den Wunsch nach sozialer Einbindung und 8 % wollen ihren Angehörigen nicht zur Last fallen.

Angelini und LaFerrere (2008) untersuchen anhand des SHARE-Datensatzes die Mobilität von Älteren in Haushalten. In diesem Zusammenhang werden der Umzug in eine andere Wohnung sowie der Umzug in ein Pflegeheim tiefergehend analysiert. Die wesentlichen Gründe für den Umzug in ein Pflegeheim fassen Angelini und LaFerrere mit dem Gesundheitszustand, der Familiensituation und einem zu geringen Einkommen der pflegebedürftigen Personen zusammen, also nicht vorrangig die bauliche Situation und die Ausstattung der vorherigen Wohnung.

Klein und Salaske (1994) geben an, dass in praktisch allen Studien gesundheitliche Gründe der Betroffenen vor allen anderen Gründen des Heimeintritts genannt werden, wobei der Einzeleffekt des Gesundheitszustands je nach Studiendesign zwischen 26 % und weit über 50 % schwankt. Die Wohnverhältnisse finden hingegen neben der mangelnden Hilfe durch Familienangehörige sowie einer schlechten finanziellen Ausstattung der Betroffenen nur peripher Berücksichtigung. In einer Analyse des Heimeintritts mit Daten des SOEP weisen Klein und Salaske als Einflussfaktoren auf den Heimeintritt die Variablen Alter, Familienstand, sowie die Entfernung der Wohnung zu öffentlichen Verkehrsmitteln nach. Elementare Ausstattungsmängel der Wohnung⁵⁸ hatten in dieser Untersuchung keinen Effekt auf den Heimeintritt.

(56)

In einem informellen Pflegesetting wird ein Pflegebedürftiger ausschließlich durch Angehörige, Nachbarn sowie weitere nicht professionelle Pflegekräfte versorgt. Die informellen Pflegepersonen werden für deren Pflegeleistung zumindest teilweise durch das Pflegegeld entlohnt.

(57)

Unter den verschiedenen Aspekten der Versorgung summieren die Autoren die Nichtsicherung der ärztlichen Versorgung (3 %), die Nichtsicherung der pflegerischen Versorgung (12 %) und die Haushaltsführung (6 %).

(58)

Dazu wurde das Merkmal verwendet, ob die Wohnung ohne WC oder Zentralheizung ausgestattet ist.

In einer Analyse der Daten des Altenheimsurvey spezifizieren Klein et al. (1997) die Gründe für den Heimeintritt mit Wahrscheinlichkeiten. Klein et al. führen den Heimeintritt zu 54 % auf den Gesundheitszustand, zu 13 % auf das soziale Netzwerk, zu 9 % auf die Ausgestaltung des Wohnraums, zu 4 % auf das Alleinsein sowie zu 18 % auf sonstige Gründe zurück.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der wohl wichtigste Faktor für den Verbleib in der häuslichen Umgebung eines Pflegefalls in dem Vorhandensein einer informellen Pflegeperson zu sehen ist. Wenn eine informelle Pflegeperson nicht vorhanden ist, führt in der Regel kein Weg an der stationären Pflege vorbei. Daneben finden sich eine Reihe weiterer Einflussfaktoren, von denen ein hoher Grad an Pflegebedürftigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit den wichtigsten Einzelfaktor für den Heimeintritt darstellt. Insofern bleibt festzuhalten, dass ab einem bestimmten Pflegebedarf die häusliche Pflege durch Angehörige zunehmend unwahrscheinlicher wird. Bei einem hohen Grad an Pflegebedürftigkeit sind einer häuslichen Pflege durch ambulante Pflegedienste ebenfalls allein schon aus finanziellen Gründen Grenzen gesetzt.

Daneben findet sich aber eine Reihe von Studien, die eindeutig den Wirkungsgrad von altersgerechtem Umbau auf die Vermeidung eines Heimeintritts aufzeigen. Eine selbstständige Lebensführung kann in einer altersgerechten Wohnung (ohne Barrieren) eher gewährleistet werden. Auch die Versorgung von Pflegebedürftigen – sowohl in einem informellen als auch in einem ambulant professionellen Pflegesetting – ist in einer altersgerechten Wohnung deutlich komfortabler. Aus diesem Grund werden im nachfolgenden Unterkapitel 6.1.2 die zuvor beschriebenen Studien zur Wirkung altersgerechter Umbaumaßnahmen nochmals aufgegriffen und speziell im Hinblick auf den längeren Verbleib im häuslichen Wohnumfeld vergleichend gegenübergestellt.

6 Pflege- und Unterbringungskosten nach Trägerschaft vor und nach altersgerechtem Umbau

In diesem Kapitel wird untersucht, wie sich die Kosten der Pflege und Unterbringung insgesamt darstellen, wie sie sich auf die verschiedenen Träger verteilen und welche Einspareffekte sich unter Berücksichtigung der Wirkung altersgerechter Umbaumaßnahmen für die verschiedenen Träger sowie in der Gesamtheit ergeben. Neben der gesamtstaatlichen Betrachtung der Kosten pro Jahr wird aufgezeigt, welche Pflege- und Unterbringungskosten sich aus individueller Perspektive unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Verweildauer der Pflegebedürftigen in Pflegebedürftigkeit ergeben. Zudem werden Einsparungen in den Krankenhauskosten bei einer Reduktion der durch Stürze entstehenden Gesundheitsaufwendungen betrachtet.

6.1 Kosten der Pflege und Unterbringung: Gesamtstaatliche Perspektive

6.1.1 Pflege- und Unterbringungskosten je Pflegesetting im Status quo

Es wird bei den Kostenträgern unterschieden zwischen:

- den Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SPV)⁵⁹,
- den Leistungen der Sozialhilfe nach SGB XII, die im Wesentlichen aus der Hilfe zur Pflege und der Grundsicherung im Alter besteht,⁶⁰ sowie
- dem privat zu tragenden Anteil.

Für die Bestimmung der Leistungen der SPV wird auf die aktuellen Ansprüche der Pflegebedürftigen nach Pflegesetting und Pflegestufe (siehe Tabelle 14) zurückgegriffen. Die Aufwendungen der Angehörigen bei informeller Pflege, die über das Pflegegeld hinaus geleistet werden, sind in der Studie nicht weiter berücksichtigt.

Für die Leistungen der Sozialhilfe wird auf die Sozialhilfestatistik⁶¹ zurückgegriffen. Sowohl Hilfe zur Pflege als auch Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sind bedarfsgeprüfte Leistungen. Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung stellt das Komplement zu den Leistungen nach dem SGB II für erwerbsfähige Hilfebedürftige und den mit ihnen eine Bedarfsgemeinschaft bildenden Angehörigen dar. Es bezieht sich auf die Personen im Alter jenseits des gesetzlichen Renteneintrittsalters (sowie auf jüngere, erwerbsgeminderte Personen) und weist grundsätzlich das gleiche Leistungsniveau wie die SGB II-Leistungen auf. Das Leistungsniveau setzt sich zusammen aus den (anerkannten) Kosten für Unterkunft und Heizung sowie aus „Regelsätzen“ für die Sicherstellung des notwendigen Lebensunterhalts. Auf den so definierten Bruttobedarf, der ein (je nach Haushaltszusammensetzung unterschiedliches, aber nach Regelbedarfsstufen einheitliches) Niveau der materiellen Grundsicherung vorgibt, werden eigene Einkommen meist vollständig angerechnet. Die Hilfe zur Pflege deckt im Wesentlichen die Kosten der stationären Unterbringung, soweit sie die eigenen Einkommen und die ggf. bestehenden Grundsicherungsleistungen übersteigen, sowie ein „Taschengeld“ für die pflegebedürftige Person.

Die Daten über privat getragene Leistungen im ambulanten sowie im teilstationären Bereich basieren auf den Ergebnissen der Studie des BMG (2011). Der darin ausgewiesene Wert von 247 Euro (pro Monat) bzw. 2.964 Euro pro Jahr wird im Folgenden rechnerisch auf die einzelnen Pflegesettings und Pflegestufen verteilt. Die privat getragenen Pflegekosten im stationären Bereich werden je nach Pflegestufe anhand der gesamten stationären Pflegekosten gemäß den Angaben der BMG-Studie ermittelt. Davon werden die Leistungen der SPV sowie die Leistungen der Sozialhilfe abgezogen, so dass der privat zu tragende Teil als Restgröße verbleibt.

Darüber hinaus wird zwischen den rein pflegebedingten Aufwendungen sowie wohnungsbedingten Zahlungen unterschieden. Mit letzteren werden die im stationären Sektor anfallenden sogenannten Hotelleistungen für Wohnen und Verpflegung mit den bei häuslicher Pflege bestehenden Ausgaben für Wohnen und Nahrungsmittel vergleichbar gemacht. Alle Angaben beziehen sich auf das Jahr 2012.

Die für die Unterbringung und Verpflegung im häuslichen Pflegesetting angesetzten Ausgaben setzen sich aus den Ausgaben für Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke sowie den Ausgaben für Wohnen, Energie und Wohnungsinstandhaltung gemäß EVS 2008 zusammen.

(59)

Die Leistungen und Kostenträger der privaten Pflege-Pflichtversicherung für Bürgerinnen und Bürger, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, bleiben in dieser Studie unberücksichtigt.

(60)

Weitere staatliche Unterstützungsleistungen (u.a. für Pflegebedürftige) wie das Wohngeld nach Wohngeldgesetz und „Hilfe zur Pflege“ im Rahmen der Kriegsfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz bleiben in dieser Studie unberücksichtigt.

(61)

Statistisches Bundesamt (2012c).

Tabelle 14
Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung im Jahr 2012 in Euro pro Monat

Pflegestufen	I	II	III
Informell: Pflegegeld	235	440	700
Ambulant (professionell): Pflegesachleistung - maximale Leistung	450	1.100	1.550
Eränzende Leistungen für Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf - maximale Leistung*	200	200	200
Stationär: Pflegesachleistung - maximale Leistung	1.023	1.279	1.550

* Leistung für Bezieher von Pflegegeld und ambulanten Sachleistungen

Quelle: Statistisches Bundesamt (2011a).

Für die Einpersonenhaushalte weist die Statistik Ausgaben für Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke von 179 Euro sowie Ausgaben für Wohnen, Energie, Wohnungsinstandhaltung von 511 Euro pro Monat aus. Bei den Zweipersonenhaushalten geht entsprechend der Systematik der Äquivalenzziffernkalkulation die zweite Personen im Haushalt nur mit einem Gewicht von 0,5 in die Berechnungen ein.⁶² Der zweiten Person, das ist die bei einem Übergang in stationäre Pflege den Haushalt verlassende Person, werden somit bei häuslicher Pflege Ausgaben für Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke von 100 Euro sowie Ausgaben für Wohnen, Energie, Wohnungsinstandhaltung von 260 Euro pro Monat zugerechnet. Nach Inflationierung der Ausgaben aus dem Jahr 2008 auf das hier zugrunde liegenden Basisjahr 2012 ergeben sich Gesamtausgaben pro Pflegefall für die Unterbringung und Verpflegung im ambulanten Pflegesetting von monatlich 495 Euro.⁶³

Für ein besseres Verständnis der nachfolgenden Tabelle 15 bzw. Tabelle 16 wird im unten stehenden Informationskasten anhand einzelner Fallbeispiele die Systematik erläutert.

Der mit Abstand größte Anteil der Pflegedürftigen (knapp 1,2 Mio. Personen) wird gegenwärtig in einem informellen Pflegesetting durch Angehörige versorgt. Auf den Bereich der Pflegeaufwendungen entfallen insgesamt 7,084 Mrd. Euro pro Jahr, wobei die SPV mit 5,541 Mrd.

Euro den mit Abstand größten Anteil trägt. Von privater Seite fallen 1,543 Mrd. Euro an selbst zu tragenden Ausgaben für (zugekaufte) professionelle Pflegeleistungen an. Der Großteil der erbrachten Pflegeleistung entsteht allerdings durch die Pflegeleistung der Angehörigen und ist in der Kostendarstellung nicht abgebildet. Die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung belaufen sich auf 6,872 Mrd. Euro von privater Seite zuzüglich 0,145 Mrd. Euro von Seiten der Sozialhilfe in Form der Grundsicherung im Alter, wodurch sich die Gesamtkosten im informellen Pflegesektor auf 14,101 Mrd. Euro summieren. In der verglichen mit den anderen Pflegesettings günstigsten Pflegeform, der informellen Pflege, fallen somit insgesamt Kosten in Höhe von 11.930 Euro pro Kopf und Jahr an.

Im Bereich der professionellen ambulanten Pflege bzw. der Empfänger von ambulanten Pflegesachleistungen ergibt sich ein Gesamtkostenblock von 9,673 Mrd. Euro pro Jahr, von dem 3,350 Mrd. Euro auf die privat zu tragenden Ausgaben für die Unterbringung und Verpflegung entfallen. Unter Berücksichtigung der privaten Zahlungen für professionelle Pflegeleistungen von 2,150 Mrd. Euro summiert sich der privat zu tragende Anteil auf 5,500 Mrd. Euro. Die SPV übernimmt 3,335 Mrd. Euro für pflegerische Aufwendungen und von Seiten der Sozialhilfe werden weitere 0,839 Mrd. Euro für finanziell bedürftige Pflegefälle übernommen.

Lesehilfe zu Tabelle 15 und Tabelle 16

Pflegestufe III-Pflegebedürftige Person wird durch Angehörige versorgt (informelle Pflege):

Die Gesamtpflegekosten liegen für den Stufe-III-Fall bei 12.851 Euro pro Jahr. Hiervon übernimmt die SPV einen Betrag von 10.098 Euro, der Rest ist privat zu tragen. Die Kosten der Unterkunft und Verpflegung werden mit 5.814 Euro pro Jahr angesetzt. Somit ergibt sich ein Gesamtkostenbetrag (Pflege + Wohnen) von 18.788 Euro pro Jahr. Die Grundsicherung im Alter übernimmt 123 Euro, während der private Anteil auf 8.567 Euro ansteigt. Die Leistungen der SPV sind nicht berührt.

In diesem Pflegesetting (Stufe III, informelle Pflege) werden im Jahr 2012 etwa 89.800 Personen versorgt. Somit ergeben sich Gesamtausgaben (Pflege und Wohnen) für diesen Personenkreis von 1,686 Mrd. Euro.

Pflegestufe II-Pflegebedürftige Person befindet sich in stationärem Pflegeheim:

In diesem Fall liegen die Gesamtpflegekosten bei 23.378 Euro pro Jahr. Hiervon übernimmt die HzP einen Betrag von 2.954 Euro, während die SPV einen Betrag von 15.867 Euro leistet. Der verbleibende Restbetrag von 4.557 Euro wird von privater Seite getragen. Die Kosten der Unterkunft und Verpflegung sind mit 12.622 Euro pro Jahr angesetzt (der privat zu tragende Anteil der Wohnkosten liegt hier bei 12.517 Euro, während von Seiten der Sozialhilfe weitere 105 Euro an Unterbringungskosten erstattet werden). Somit ergibt sich ein Gesamtkostenbetrag (Pflege + Wohnen) von 36.000 Euro pro Jahr. Die Sozialhilfeträger (HzP und Grundsicherung im Alter) übernehmen 3.059 Euro und die SPV trägt weiterhin 15.867 Euro, während der private Anteil auf 17.074 Euro ansteigt.

Im Jahr 2012 werden in der Pflegestufe II (stationäre Pflege) etwa 299.000 Personen gepflegt. Daraus ergeben sich Gesamtausgaben (Pflege und Wohnen) für diesen Personenkreis von 10,779 Mrd. Euro pro Jahr.

(62)

Diese Vorgehensweise unterstellt, dass sich nach Auszug einer pflegebedürftigen Person in einem Zweipersonenhaushalt die entsprechenden Ausgaben nicht halbieren, sondern nur mit dem Faktor 1/3 zurückgehen.

(63)

Aus 494,70 Euro pro Monat errechnen sich 5.936 Euro pro Jahr. Die auf ein Jahr bezogene Angabe in Tabelle 15 von 5.814 Euro in der Zeile „Wohnen, Leistung Privat“ unterscheidet sich davon, indem ein Teil der Kosten (123 Euro) dem Kostenträger „Leistung SGB XII“ zugerechnet wurde. Dabei handelt es sich um Leistungen der Grundsicherung im Alter.

Tabelle 15
Pflege- und Unterbringungskosten nach Trägerschaft im Jahr 2012 (pro Kopf)*

Pflegestufen				I	II	III	Gesamt	
inf. ambulante Pflege	Pro Kopf	Fälle	Anzahl	762.366	329.912	89.779	1.182.057	
		Gesamtkosten	in €	9.860	14.845	18.788	11.930	
		Pflege & Wohnen	Leistung SGB XII	in €	123	123	123	123
			Leistung SPV	in €	3.043	7.014	10.098	4.687
			Leistung Privat	in €	6.694	7.708	8.567	7.120
		Wohnen	Leistung Privat	in €	5.814	5.814	5.814	5.814
			Gesamtkosten	in €	3.923	8.908	12.851	5.993
			Leistung SPV	in €	3.043	7.014	10.098	4.687
		Pflege	Leistung Privat	in €	880	1.894	2.753	1.306
			Gesamtkosten	in €	13.488	19.571	25.413	16.786
Leistung SGB XII	in €		1.115	1.473	3.150	1.455		
ambulante prof. Pflege	Pro Kopf	Fälle	Anzahl	324.385	188.874	63.005	576.264	
		Gesamtkosten	in €	13.488	19.571	25.413	16.786	
		Pflege & Wohnen	Leistung SGB XII	in €	1.115	1.473	3.150	1.455
			Leistung SPV	in €	3.677	7.675	10.984	5.786
			Leistung Privat	in €	8.696	10.423	11.279	9.544
		Wohnen	Leistung Privat	in €	5.814	5.814	5.814	5.814
			Gesamtkosten	in €	7.551	13.634	19.476	10.849
			Leistung SGB XII	in €	992	1.351	3.027	1.332
		Pflege	Leistung SPV	in €	3.677	7.675	10.984	5.786
			Leistung Privat	in €	2.882	4.609	5.465	3.730
Gesamtkosten	in €		15.343	19.387	26.093	18.326		
teilstationäre Pflege	Pro Kopf	Fälle	Anzahl	19.492	18.665	4.938	43.095	
		Gesamtkosten	in €	15.343	19.387	26.093	18.326	
		Pflege & Wohnen	Leistung SGB XII	in €	651	842	1.734	858
			Leistung SPV	in €	3.677	7.675	10.984	6.246
			Leistung Privat	in €	11.014	10.871	13.375	11.223
		Wohnen	Leistung Privat	in €	5.814	5.814	5.814	5.814
			Gesamtkosten	in €	9.406	13.451	20.156	12.389
			Leistung SGB XII	in €	528	719	1.611	735
		Pflege	Leistung SPV	in €	3.677	7.675	10.984	6.246
			Leistung Privat	in €	5.200	5.057	7.561	5.409
Gesamtkosten	in €		18.287	23.378	29.069	22.592		
stationäre Pflege	Pro Kopf	Fälle	Anzahl	283.266	299.404	151.952	734.622	
		Gesamtkosten	in €	30.909	36.000	41.691	35.214	
		Pflege & Wohnen	Leistung SGB XII	in €	2.300	3.059	5.096	3.188
			Leistung SPV	in €	12.691	15.867	19.229	15.338
			Leistung Privat	in €	15.918	17.074	17.367	16.689
		Wohnen	Leistung Privat	in €	12.517	12.517	12.517	12.517
			Gesamtkosten	in €	18.287	23.378	29.069	22.592
			Leistung SGB XII	in €	2.195	2.954	4.991	3.082
		Pflege	Leistung SPV	in €	12.691	15.867	19.229	15.338
			Leistung Privat	in €	3.401	4.557	4.850	4.172
Gesamtkosten	in €		15.075	23.582	31.491	19.887		
Gesamt	Pro Kopf	Fälle	Anzahl	1.389.509	836.855	309.674	2.536.038	
		Gesamtkosten	in €	15.075	23.582	31.491	19.887	
		Pflege & Wohnen	Leistung SGB XII	in €	806	1.494	3.205	1.326
			Leistung SPV	in €	5.167	10.345	14.773	8.049
			Leistung Privat	in €	9.103	11.742	13.513	10.512
		Wohnen	Leistung Privat	in €	7.180	8.212	9.103	7.756
			Gesamtkosten	in €	7.775	15.253	22.273	12.013
			Leistung SGB XII	in €	686	1.378	3.090	1.208
		Pflege	Leistung SPV	in €	5.167	10.345	14.773	8.049
			Leistung Privat	in €	1.922	3.530	4.410	2.757
Gesamtkosten	Summe der Leistungen (Privat + SPV + SGB XII)							
Legende	Leistungen SGB XII	Anteilige Zahlungen der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege & Grundsicherung im Alter) an den prof. erbrachten Pflegekosten bzw. Ausgaben für Unterbringung & Verpflegung						
	Leistungen SPV	Anteilige Zahlungen der Sozialen Pflegeversicherung an den Pflegekosten						
	Leistung Privat	Privat zu tragende Kosten für professionell erbrachte Pflegeleistungen bzw. für die Ausgaben der Unterbringung & Verpflegung						

*Während sich die Kostenangaben auf das Jahr 2012 beziehen, gilt die Angabe zur Zahl der Pflegebedürftigen für den Stichtag 31.12.2011.

Tabelle 16
Pflege- und Unterbringungskosten nach Trägerschaft im Jahr 2012 (gesamt)*

Pflegestufen				I	II	III	Gesamt	Anteile	
inf. ambulante Pflege	Insgesamt	Fälle	Anzahl	762.366	329.912	89.779	1.182.057		
		Pflege & Wohnen	Gesamtkosten	in Mio. €	7.517	4.898	1.687	14.102	100%
			Leistung SGB XII	in Mio. €	94	41	11	145	1%
			Leistung SPV	in Mio. €	2.320	2.314	907	5.541	39%
			Leistung Privat	in Mio. €	5.104	2.543	769	8.416	60%
		Wohnen	Leistung Privat	in Mio. €	4.432	1.918	522	6.872	
			Gesamtkosten	in Mio. €	2.991	2.939	1.154	7.084	100%
		Pflege	Leistung SPV	in Mio. €	2.320	2.314	907	5.541	78%
			Leistung Privat	in Mio. €	671	625	247	1.543	22%
ambulante prof. Pflege	Insgesamt	Fälle	Anzahl	324.385	188.874	63.005	576.264		
		Pflege & Wohnen	Gesamtkosten	in Mio. €	4.375	3.696	1.601	9.673	100%
			Leistung SGB XII	in Mio. €	362	278	198	839	9%
			Leistung SPV	in Mio. €	1.193	1.450	692	3.335	34%
			Leistung Privat	in Mio. €	2.821	1.969	711	5.500	57%
		Wohnen	Leistung Privat	in Mio. €	1.886	1.098	366	3.350	
			Gesamtkosten	in Mio. €	2.450	2.575	1.227	6.252	100%
		Pflege	Leistung SGB XII	in Mio. €	322	255	191	768	12%
			Leistung SPV	in Mio. €	1.193	1.450	692	3.335	53%
			Leistung Privat	in Mio. €	935	870	344	2.150	34%
teilstationäre Pflege	Insgesamt	Fälle	Anzahl	19.492	18.665	4.938	43.095		
		Pflege & Wohnen	Gesamtkosten	in Mio. €	299	362	129	790	100%
			Leistung SGB XII	in Mio. €	13	16	9	37	5%
			Leistung SPV	in Mio. €	72	143	54	269	34%
			Leistung Privat	in Mio. €	215	203	66	484	61%
		Wohnen	Leistung Privat	in Mio. €	113	109	29	251	
			Gesamtkosten	in Mio. €	183	251	100	534	100%
		Pflege	Leistung SGB XII	in Mio. €	10	13	8	32	6%
			Leistung SPV	in Mio. €	72	143	54	269	50%
			Leistung Privat	in Mio. €	101	94	37	233	44%
stationäre Pflege	Insgesamt	Fälle	Anzahl	283.266	299.404	151.952	734.622		
		Pflege & Wohnen	Gesamtkosten	in Mio. €	8.756	10.779	6.335	25.869	100%
			Leistung SGB XII	in Mio. €	651	916	774	2.342	9%
			Leistung SPV	in Mio. €	3.595	4.751	2.922	11.267	44%
			Leistung Privat	in Mio. €	4.509	5.112	2.639	12.260	47%
		Wohnen	Leistung Privat	in Mio. €	3.546	3.748	1.902	9.195	
			Gesamtkosten	in Mio. €	5.180	6.999	4.417	16.597	100%
		Pflege	Leistung SGB XII	in Mio. €	622	884	758	2.264	14%
			Leistung SPV	in Mio. €	3.595	4.751	2.922	11.267	68%
			Leistung Privat	in Mio. €	964	1.364	737	3.065	18%
Gesamt	Insgesamt	Fälle	Anzahl	1.389.509	836.855	309.674	2.536.038		
		Pflege & Wohnen	Gesamtkosten	in Mio. €	20.947	19.735	9.752	50.433	100%
			Leistung SGB XII	in Mio. €	1.120	1.250	992	3.362	7%
			Leistung SPV	in Mio. €	7.179	8.658	4.575	20.412	40%
			Leistung Privat	in Mio. €	12.648	9.827	4.185	26.659	53%
		Wohnen	Leistung Privat	in Mio. €	9.977	6.872	2.819	19.669	
			Gesamtkosten	in Mio. €	10.804	12.765	6.897	30.466	100%
		Pflege	Leistung SGB XII	in Mio. €	954	1.153	957	3.064	10%
			Leistung SPV	in Mio. €	7.179	8.658	4.575	20.412	67%
			Leistung Privat	in Mio. €	2.671	2.954	1.366	6.991	23%
Legende	Gesamtkosten	Summe der Leistungen (Privat + SPV + SGB XII)							
	Leistungen SGB XII	Anteilige Zahlungen der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege & Grundsicherung im Alter) an den prof. erbrachten Pflegekosten bzw. Ausgaben für Unterbringung & Verpflegung							
	Leistungen SPV	Anteilige Zahlungen der Sozialen Pflegeversicherung an den Pflegekosten							
	Leistung Privat	Privat zu tragende Kosten für prof. erbrachte Pflegeleistungen bzw. für die Ausgaben der Unterbringung & Verpflegung							
*Während sich die Kostenangaben auf das Jahr 2012 beziehen, gilt die Angabe zur Zahl der Pflegebedürftigen für den Stichtag 31.12.2011.									

Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf BMG (2011), Statistisches Bundesamt (2011a, 2012c und 2013a) und EVS 2008.

In dem dritten hier untersuchten Pflegesetting, der teilstationären Pflege, werden nur rd. 43.100 Pflegefälle versorgt. Insofern belaufen sich Gesamtkosten (für die Pflege sowie die Unterbringung und Versorgung) auf 0,790 Mrd. Euro, wobei die privat zu tragenden Leistungen bei 0,484 Mrd. Euro liegen, von denen 0,251 Mrd. Euro auf die Unterbringungskosten entfallen und 0,233 Mrd. Euro für die professionelle Pflege entstehen. Auf die Sozialversicherungsträger entfallen 0,269 Mrd. Euro und auf die Sozialhilfeträger 0,037 Mrd. Euro.

Um ein vollständiges Bild der Pflegekosten zu erzeugen, sind zudem die Ausgaben der vergleichsweise teuersten Versorgungsform, der vollstationären Pflege, mit ca. 25,869 Mrd. Euro zu berücksichtigen. Von privater Seite sind insgesamt 12,260 Mrd. Euro zu tragen, wobei der größte Teil mit 9,195 Mrd. Euro für Aufwendungen der Unterbringung und Verpflegung gegenüber 3,065 Mrd. Euro für Pflegeleistungen entfällt. Die SPV trägt 11,267 Mrd. Euro und auf die Sozialhilfeträger entfallen 2,264 Mrd. Euro für pflegedringende Aufwendungen in Form der HzP sowie weitere 0,077 Mrd. Euro für Aufwendungen der Unterbringung und Verpflegung von sozial Bedürftigen in Form der Grundsicherung im Alter.

In Summe ergeben die verschiedenen Kostenkomponenten der einzelnen Pflegesettings einen Gesamtkostenblock von 50,433 Mrd. Euro, wobei 30,466 Mrd. Euro den pflegedringenden Aufwendungen zuzuordnen sind und 19,669 Mrd. Euro für die Unterbringungs- und Verpflegungskosten aufgebracht werden. Der höchste Anteil der Kosten ist von privater Seite zu tragen. So liegen die privat zu tragenden Pflegeaufwendungen bei 6,991 Mrd. Euro pro Jahr und die privaten Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung bei 19,669 Mrd. Euro, wodurch sich ein Gesamtbetrag für die privaten Haushalte von 26,660 Mrd. Euro pro Jahr ergibt. Die Soziale Pflegeversicherung finanziert einen Pflegeaufwand von 20,412 Mrd. Euro pro Jahr. Die Zahlungen der Sozialhilfeträger für sozial Bedürftige Pflegefälle liegen bei 3,064 Mrd. Euro für Hilfe zur Pflege sowie weiteren 0,299 Mrd. Euro für die Grundsicherung im Alter.

Im Ganzen wird mit der Verteilung der Gesamtkosten der Pflege auf die einzelnen Kostenträger deutlich, dass es sich bei der gesetzlichen Pflegeversicherung um eine „Teilkaskoversicherung“ handelt, die zwar einen minimalen Standard der unmittelbaren Kosten der Pflege (67 %) abdeckt, jedoch nicht die damit im Zusammenhang stehenden von den Versicherten zusätzlich eingekauften Pflegeleistungen sowie die weiteren Elemente des Lebensunterhaltes, wie insbesondere Wohnen und Ernährung. Unter Berücksichtigung aller Kosten für Pflege und Wohnen sinkt der von der gesetzlichen Pflegeversicherung getragene Anteil auf 40 % ab, während der von den Pflegebedürftigen privat zu tragende Anteil etwa 53 % ansteigt.

6.1.2 Pflege- und Unterbringungskosten je Pflegesetting nach altersgerechtem Umbau

Eine altersgerechte, d.h. barriere-reduzierende, Wohnungsanpassung ist auch für die Zielgruppe der Pflegebedürftigen sinnvoll. Der Wunsch älterer Menschen, zuhause und selbstständig wohnen bleiben zu können, ist auch bei Pflegebedarf stark ausgeprägt. Vor dem Hintergrund möglicher fiskalischer Effekte wird ergänzend zu den Überlegungen in Kapitel 5 der Wirkungsgrad altersgerechter Umbaumaßnahmen auf das Pflegesetting im Folgenden analysiert.

Die Ergebnisse der bereits in Kapitel 5 zitierten Studien werden in diesem Zusammenhang erneut aufgegriffen, sofern sich darin Aussagen zur Wirkung altersgerechter Umbaumaßnahmen auf das Pflegesetting finden lassen.

Kruse (1992) weist in seiner Analyse darauf hin, dass 3 % der Heimbewohner aufgrund ungünstiger oder schlechter Wohnverhältnisse einen Umzug ins Heim gewählt haben. In die gleiche Richtung weisen die Ergebnisse von Klein et al. (1997). Sie beziffern, basierend auf den Befragungsergebnissen des Altenheimsurveys durch Befragung der Heimbewohner, den Heimeintritt aufgrund von Barrieren oder baulichen Mängeln mit 8,8 %. Darüber hinaus geben 3 % der Heimbewohner die Folgen eines Sturzes oder eines Unfalls als Gründe für den Heimeintritt an. In Summe hätte sich somit für 11,8 % der Heimbewohner ein Umzug ins Heim verhindern lassen, wäre ein altersgerechter Umbau rechtzeitig erfolgt.⁶⁴

In einer aktuelleren Studie zu den Gründen des Heimeintritts beziffern Schneekloth und von Törne (2009) den Heimeintritt aufgrund einer ungeeigneten Wohnsituation für das Jahr 2005 mit 22 %. Im Vergleich zum Jahr 1994 mit 15 % belegen Schneekloth und von Törne anhand der Befragungsergebnisse einen signifikanten Zuwachs in der Relevanz des baulichen Zustands der Wohnung.

Die Untersuchungsergebnisse von Niepel (1999) für das Land Nordrhein-Westfalen machen deutlich, dass sich durch entsprechende altersgerechte Umbaumaßnahmen der Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim für 13 % (Pflegestufe I) bzw. 20 % (Pflegestufe II), sowie 20,5 % (Pflegestufe III) aller Fälle vermeiden ließe. Im gewogenen Durchschnitt könnten durch die Versorgung in einer altersgerechten Wohnung 15 % der Umzüge, die von Pflegebedürftigen in ein Heim stattfinden, vermieden werden.

Vor dem Hintergrund des Literaturüberblicks erscheinen die Ergebnisse von Niepel (1999) durchaus belastbar und werden daher im Folgenden für die Berechnung der fiskalischen Effekte herangezogen.⁶⁵ Sie bewegen sich in diesem Zusammenhang eher am oberen Rand der in der Literatur bisher vorfindlichen Wirkungen altersgerechter Umbaumaßnahmen an. Darüber hinaus

(64)

In diesem Zusammenhang wird unterstellt, dass sich die Stürze durch den altersgerechten Umbau der Wohnung nachhaltig reduzieren lassen.

(65)

Einschränkend sei allerdings auf die geringe Fallzahl der Studienteilnehmer verwiesen. So basieren die Auswertungen auf Befragungsdaten von 945 Pflegebedürftigen. Zudem beruhen die Ergebnisse auf den Erfahrungen mit Wohnberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen. Nachfolgend werden diese Ergebnisse für den Wirkungsgrad von altersgerechter Wohnraumanpassung verallgemeinert.

ermöglichen es diese Ergebnisse, eine nach Pflegestufen differenzierte Betrachtung vorzunehmen und zudem über die Berücksichtigung der Kosten einen „Return of Investment“ zu bestimmen. Gleichwohl werden in der nachfolgenden Analyse die weiteren von Niepel genannten Wirkungskanäle von altersgerechten Umbauten (z.B. Reduzierung der Pflegestufe) nicht weiter berücksichtigt. Neben den Ergebnissen von Niepel werden nachfolgend zudem die bei Klein et al. (1997) gemessenen Effekte von 11,8 % als unterer Rand bzw. Schneekloth und von Törne (2009) mit 22 % als oberer Rand im Sinne einer Sensitivitätsanalyse herangezogen.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse von Niepel (1999) ergibt sich durch die Versorgung von Pflegebedürftigen in altersgerechten Wohnungen eine Verschiebung der Fallzahlen in den einzelnen Pflegesettings (siehe Tabelle 17). Die Kosten für den altersgerechten Umbau bleiben in dieser Analyse unberücksichtigt.

Die ausgewiesenen Effekte wurden in diesem Zusammenhang über eine entsprechende Korrektur der Übergangswahrscheinlichkeiten zwischen den verschiedenen Pflegesettings berücksichtigt. Demnach sinkt die Zahl der stationär versorgten Pflegefälle auf nunmehr 473.000 Fälle pro Jahr ab, wohingegen die Anzahl der Pflegefälle in den anderen Pflegesettings entsprechend ansteigt (informelle Pflege: 1.351.000, professionelle ambulante Pflege: 662.000, teilstationäre Pflege: 50.000). Dabei ist berücksichtigt, dass gemäß den Ergebnissen aus Kapitel 3.3.1 7,7 % der ambulant ver-

sorgten Pflegefälle bereits in altersgerechten Wohnungen leben und der Umbau in altersgerechten Wohnraum somit bei 92,3 % der ambulanten Pflegefälle seine Wirkung entfalten kann.

Die Umverteilung der Pflegebedürftigen zwischen den Pflegesettings führt je nach Pflegesetting zu den in Tabelle 18 und Tabelle 19 ausgewiesenen Mehrkosten bzw. Entlastungen bei den jeweiligen Kostenträgern.

Während der stationäre Sektor aufgrund der geringeren Fallzahl einen Einspareffekt von insgesamt 8,919 Mrd. Euro pro Jahr erzielt, ergeben sich im häuslichen Sektor (informell und professionell) sowie im teilstationären Sektor durch einen Anstieg der Pflegebedürftigen entsprechende Mehrbelastungen. Von zentralem Interesse ist der durch die Versorgung mit altersgerechten Wohnungen und ihre Wirkungen induzierte Gesamteinspareffekt von 5,156 Mrd. Euro pro Jahr. Dabei profitieren alle drei Kostenträger von der Fallzahlenverschiebung. Die größten Einsparungen (2,368 Mrd. Euro) sind in diesem Zusammenhang bei der Sozialen Pflegeversicherung zu verbuchen, während die privaten Haushalte eine nahezu identische Gesamtentlastung von 2,186 Mrd. Euro realisieren können. Darüber hinaus ergibt sich für die Sozialhilfeträger eine Gesamtentlastung von 0,602 Mrd. Euro. Für die staatlichen Sozialsysteme würde sich nach entsprechendem altersgerechtem Umbau des Wohnraums in Summe eine Entlastungswirkung von 2,970 Mrd. Euro (SPV + SGB XII) pro Jahr einstellen.

Tabelle 17

Fallzahlen von Pflegebedürftigen in den einzelnen Pflegesettings vor und nach Umbau in altersgerechten Wohnraum

	Pflegestufen	I	II	III	Gesamt
inf. ambulante Pflege	vor Umbau	762.366	329.912	89.779	1.182.057
	nach Umbau	853.842	390.814	106.767	1.351.423
ambulante prof. Pflege	vor Umbau	324.385	188.874	63.005	576.264
	nach Umbau	363.308	223.740	74.926	661.975
teilstationäre Pflege	vor Umbau	19.492	18.665	4.938	43.095
	nach Umbau	21.831	22.111	5.872	49.814
stationäre Pflege	vor Umbau	283.266	299.404	151.952	734.622
	nach Umbau	150.528	200.191	122.109	472.827

Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf Statistisches Bundesamt (2013a) und Niepel (1999).

Tabelle 18
Einnahmen- und Ausgabeneffekte durch altersgerechten Umbau in der Pflege 2012 (pro Kopf)*

Pflegestufen				I	II	III	Gesamt	
inf. ambulante Pflege	Pro Kopf	Fälle	Anzahl	853.842	390.814	106.767	1.351.423	
		Pflege & Wohnen	Gesamtkosten	in €	9.860	14.845	18.788	11.930
			Leistung SGB XII	in €	123	123	123	123
			Leistung SPV	in €	3.043	7.014	10.098	4.687
			Leistung Privat	in €	6.694	7.708	8.567	7.120
		Wohnen	Leistung Privat	in €	5.814	5.814	5.814	5.814
			Gesamtkosten	in €	3.923	8.908	12.851	5.993
		Pflege	Leistung SPV	in €	3.043	7.014	10.098	4.687
			Leistung Privat	in €	880	1.894	2.753	1.306
ambulante prof. Pflege	Pro Kopf	Fälle	Anzahl	363.308	223.740	74.926	661.975	
		Pflege & Wohnen	Gesamtkosten	in €	13.488	19.571	25.413	16.786
			Leistung SGB XII	in €	1.115	1.473	3.150	1.455
			Leistung SPV	in €	3.677	7.675	10.984	5.786
			Leistung Privat	in €	8.696	10.423	11.279	9.544
		Wohnen	Leistung Privat	in €	5.814	5.814	5.814	5.814
			Gesamtkosten	in €	7.551	13.634	19.476	10.849
		Pflege	Leistung SGB XII	in €	992	1.351	3.027	1.332
			Leistung SPV	in €	3.677	7.675	10.984	5.786
			Leistung Privat	in €	2.882	4.609	5.465	3.730
teilstationäre Pflege	Pro Kopf	Fälle	Anzahl	21.831	22.111	5.872	49.814	
		Pflege & Wohnen	Gesamtkosten	in €	15.343	19.387	26.093	18.326
			Leistung SGB XII	in €	651	842	1.734	858
			Leistung SPV	in €	3.677	7.675	10.984	6.246
			Leistung Privat	in €	11.014	10.871	13.375	11.223
		Wohnen	Leistung Privat	in €	5.814	5.814	5.814	5.814
			Gesamtkosten	in €	9.406	13.451	20.156	12.389
		Pflege	Leistung SGB XII	in €	528	719	1.611	735
			Leistung SPV	in €	3.677	7.675	10.984	6.246
			Leistung Privat	in €	5.200	5.057	7.561	5.409
stationäre Pflege	Pro Kopf	Fälle	Anzahl	150.528	200.191	122.109	472.827	
		Pflege & Wohnen	Gesamtkosten	in €	30.909	36.000	41.691	35.214
			Leistung SGB XII	in €	2.300	3.059	5.096	3.188
			Leistung SPV	in €	12.691	15.867	19.229	15.338
			Leistung Privat	in €	15.918	17.074	17.367	16.689
		Wohnen	Leistung Privat	in €	12.517	12.517	12.517	12.517
			Gesamtkosten	in €	18.287	23.378	29.069	22.592
		Pflege	Leistung SGB XII	in €	2.195	2.954	4.991	3.082
			Leistung SPV	in €	12.691	15.867	19.229	15.338
			Leistung Privat	in €	3.401	4.557	4.850	4.172
Gesamt	Pro Kopf	Fälle	Anzahl	1.389.509	836.855	309.674	2.536.038	
		Pflege & Wohnen	Gesamtkosten	in €	13.175	21.289	29.560	17.854
			Leistung SGB XII	in €	626	1.205	2.847	1.089
			Leistung SPV	in €	4.264	9.326	13.930	7.115
			Leistung Privat	in €	8.285	10.758	12.784	9.650
		Wohnen	Leistung Privat	in €	6.540	7.417	8.457	7.064
			Gesamtkosten	in €	6.514	13.753	20.988	10.670
		Pflege	Leistung SGB XII	in €	505	1.087	2.731	969
			Leistung SPV	in €	4.264	9.326	13.930	7.115
			Leistung Privat	in €	1.745	3.341	4.327	2.587
Legende	Gesamtkosten	Summe der Leistungen (Privat + SPV + SGB XII)						
	Leistungen SGB XII	Anteilige Zahlungen der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege & Grundsicherung im Alter) an den prof. erbrachten Pflegekosten bzw. Ausgaben für Unterbringung & Verpflegung						
	Leistungen SPV	Anteilige Zahlungen der Sozialen Pflegeversicherung an den Pflegekosten						
	Leistung Privat	Privat zu tragende Kosten für prof. erbrachte Pflegeleistungen bzw. für die Ausgaben der Unterbringung & Verpflegung						
*Während sich die Kostenangaben auf das Jahr 2012 beziehen, gilt die Angabe zur Zahl der Pflegebedürftigen für den Stichtag 31.12.2011.								

Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf BMG (2011), Statistisches Bundesamt (2011a, 2012c und 2013a) und EVS 2008.

Tabelle 19
Einnahmen- und Ausgabeneffekte durch altersgerechten Umbau in der Pflege 2012 (gesamt)*

Pflegestufen			I	II	III	Gesamt		
inf. ambulante Pflege	Insgesamt	Fälle	Anzahl	853.842	390.814	106.767	1.351.423	
		Pflege & Wohnen	Gesamtkosten	in Mio. €	902	904	319	2.125
			Leistung SGB XII	in Mio. €	11	7	2	21
			Leistung SPV	in Mio. €	278	427	172	877
			Leistung Privat	in Mio. €	612	469	146	1.227
		Wohnen	Leistung Privat	in Mio. €	532	354	99	985
			Gesamtkosten	in Mio. €	359	543	218	1.120
		Pflege	Leistung SPV	in Mio. €	278	427	172	877
			Leistung Privat	in Mio. €	81	115	47	243
ambulante prof. Pflege	Insgesamt	Fälle	Anzahl	363.308	223.740	74.926	661.975	
		Pflege & Wohnen	Gesamtkosten	in Mio. €	525	682	303	1.510
			Leistung SGB XII	in Mio. €	43	51	38	132
			Leistung SPV	in Mio. €	143	268	131	542
			Leistung Privat	in Mio. €	338	363	134	836
		Wohnen	Leistung Privat	in Mio. €	226	203	69	498
			Gesamtkosten	in Mio. €	294	475	232	1.001
		Pflege	Leistung SGB XII	in Mio. €	39	47	36	122
			Leistung SPV	in Mio. €	143	268	131	542
			Leistung Privat	in Mio. €	112	161	65	338
teilstationäre Pflege	Insgesamt	Fälle	Anzahl	21.831	22.111	5.872	49.814	
		Pflege & Wohnen	Gesamtkosten	in Mio. €	36	67	24	127
			Leistung SGB XII	in Mio. €	2	3	2	6
			Leistung SPV	in Mio. €	9	26	10	45
			Leistung Privat	in Mio. €	26	37	12	76
		Wohnen	Leistung Privat	in Mio. €	14	20	5	39
			Gesamtkosten	in Mio. €	22	46	19	87
		Pflege	Leistung SGB XII	in Mio. €	1	2	2	5
			Leistung SPV	in Mio. €	9	26	10	45
			Leistung Privat	in Mio. €	12	17	7	37
stationäre Pflege	Insgesamt	Fälle	Anzahl	150.528	200.191	122.109	472.827	
		Pflege & Wohnen	Gesamtkosten	in Mio. €	-4.103	-3.572	-1.244	-8.919
			Leistung SGB XII	in Mio. €	-305	-303	-152	-761
			Leistung SPV	in Mio. €	-1.685	-1.574	-574	-3.833
			Leistung Privat	in Mio. €	-2.113	-1.694	-518	-4.325
		Wohnen	Leistung Privat	in Mio. €	-1.661	-1.242	-374	-3.277
			Gesamtkosten	in Mio. €	-2.427	-2.319	-868	-5.614
		Pflege	Leistung SGB XII	in Mio. €	-291	-293	-149	-733
			Leistung SPV	in Mio. €	-1.685	-1.574	-574	-3.833
			Leistung Privat	in Mio. €	-451	-452	-145	-1.048
Gesamt	Insgesamt	Fälle	Anzahl	1.389.509	836.855	309.674	2.536.038	
		Pflege & Wohnen	Gesamtkosten	in Mio. €	-2.640	-1.918	-598	-5.156
			Leistung SGB XII	in Mio. €	-249	-242	-111	-602
			Leistung SPV	in Mio. €	-1.254	-853	-261	-2.369
			Leistung Privat	in Mio. €	-1.136	-824	-226	-2.186
		Wohnen	Leistung Privat	in Mio. €	-890	-665	-200	-1.755
			Gesamtkosten	in Mio. €	-1.753	-1.255	-398	-3.406
		Pflege	Leistung SGB XII	in Mio. €	-251	-243	-111	-606
			Leistung SPV	in Mio. €	-1.254	-853	-261	-2.369
			Leistung Privat	in Mio. €	-247	-159	-26	-431
Legende	Gesamtkosten	Summe der Leistungen (Privat + SPV + SGB XII)						
	Leistungen SGB XII	Anteilige Zahlungen der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege & Grundsicherung im Alter) an den prof. erbrachten Pflegekosten bzw. Ausgaben für Unterbringung & Verpflegung						
	Leistungen SPV	Anteilige Zahlungen der Sozialen Pflegeversicherung an den Pflegekosten						
	Leistung Privat	Privat zu tragende Kosten für prof. erbrachte Pflegeleistungen bzw. für die Ausgaben der Unterbringung & Verpflegung						
*Während sich die Kostenangaben auf das Jahr 2012 beziehen, gilt die Angabe zur Zahl der Pflegebedürftigen für den Stichtag 31.12.2011.								

6.1.3 Sensitivitätsanalyse bei Variation der zentralen Annahme

Die im vorangegangenen Abschnitt dargestellten Ergebnisse basieren im Wesentlichen auf den beiden Indikatoren:

I. Anteil von Pflegefällen in nicht-altersgerechtem Wohnraum und

II. Wirkungsgrad von altersgerechten Wohnraumanpassungen

Nachfolgend wird für Indikator I im Sinne des Basis Szenarios (I_Basis) der Anteil von Pflegefällen in nicht-altersgerechtem Wohnraum von 92,3 % (100 % abzüglich 7,7 %) gemäß der Bestandserfassung von altersgerechtem Wohnraum der KDA-Studie verwendet (siehe Kapitel 3.3.1). Analog dazu wird analysiert, wie sich die Ergebnisse verändern, wenn für den Anteil von Pflegefällen in nicht-altersgerechtem Wohnraum der geringere Wert der KDA-Studie (I_Gering) von 79,5 % (100 % abzüglich 20,5 %) gewählt wird. Insofern lässt sich der Indikator I durch folgende Varianten beschreiben:

- I_Basis: Anteil von Pflegefällen in nicht-altersgerechtem Wohnraum von 92,3 %.
- I_Gering: Anteil von Pflegefällen in nicht-altersgerechtem Wohnraum von 79,5 %.

Für den Indikator II werden drei Varianten unterschieden:

- II_Gering: Wirkungsgrad von 12 % gemäß Klein et al. (1997).
- II_Basis: Wirkungsgrad von 15 % gemäß Niepel (1999).
- II_Hoch: Wirkungsgrad von 22 % gemäß Schneekloth und von Törne (2009).

Bei Variation der Indikatoren I und II ergeben sich sechs Szenarien mit einer entsprechenden Variation in den Einspareffekten für die einzelnen Träger (siehe Tabelle 20). Insgesamt zeigt sich, dass alle Varianten durch die Versorgung von Pflegebedürftigen in altersgerechten Wohnungen zu Einspareffekten bei den jeweiligen Kostenträgern führen.

Das Szenario 2 (I_Basis & II_Basis) bildet den Ausgangspunkt mit Gesamteinsparungen von 5,156 Mrd. Euro pro Jahr ab (siehe Tabelle 20). Die Bandbreite der Ergebnisse weist eine Variation der Einsparungen von 3,335 Mrd. Euro im Szenario 4 (I_Gering & II_Gering) bis hin zu 7,219 Mrd. Euro im Szenario 3 (I_Basis & II_Hoch) pro Jahr auf.

Die Analyse macht deutlich, dass die Ergebnisse je nach gesetzter Annahme eine hohe Schwankungsbreite aufweisen. Durch unzureichende Datengrundlagen können aktuell keine eindeutigen Ergebnisse geliefert werden. Während der Indikator I in der Variante I_Gering eine Abweichung von -13,9 % gegenüber dem Basiswert erfährt, liegt die Variation im Indikator II im Intervall von -30,6 % bis +29,4 %. Im Ergebnis führt dies bei entsprechender Kombination der beiden Indikatoren zu einer Variation der Gesamteinsparungen von -35,3 % (im Szenario 4) bzw. +40,0 % (im Szenario 3).

Die nachfolgende Analyse in Kapitel 6.2 basiert auf dem Referenzszenario 2 (I_Basis & II_Basis).

Tabelle 20
Variation der Einnahme- und Ausgabeneffekte in verschiedenen Szenarien für das Jahr 2012 in Mrd. Euro

			1	2	3	4	5	6
			I_Basis & II_Gering	I_Basis & II_Basis	I_Basis & II_Hoch	I_Gering & II_Gering	I_Gering & II_Basis	I_Gering & II_Hoch
Insgesamt	Pflege & Wohnen	Gesamtkosten	-3,872	-5,156	-7,219	-3,335	-4,441	-6,218
		Leistung SGB XII	-0,433	-0,602	-0,806	-0,373	-0,518	-0,695
		Leistung SPV	-1,792	-2,369	-3,341	-1,544	-2,040	-2,878
		Leistung Privat	-1,647	-2,186	-3,071	-1,419	-1,883	-2,645
	Wohnen	Leistung Privat	-1,315	-1,755	-2,452	-1,133	-1,511	-2,112
		Gesamtkosten	-2,561	-3,406	-4,774	-2,205	-2,934	-4,112
	Pflege	Leistung SGB XII	-0,436	-0,606	-0,813	-0,376	-0,522	-0,700
		Leistung SPV	-1,792	-2,369	-3,341	-1,544	-2,040	-2,878
		Leistung Privat	-0,332	-0,431	-0,620	-0,286	-0,371	-0,534

Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf BMG (2011), Statistisches Bundesamt (2011a, 2012c und 2013a), Klein et al. (1997), Niepel (1999), Schneekloth und von Törne (2009) und EVS 2008.

6.2 Kosten der Pflege und Unterbringung: Individuelle Perspektive

6.2.1 Pflege- und Unterbringungskosten je Pflegesetting im Status quo

Entscheidend für die Kosten ist aus individueller Perspektive die Dauer der Pflege und hier insbesondere die Länge der stationären Versorgung als teuerstes Pflegesetting für Privatpersonen. Im Gegensatz zur gesamtstaatlichen Betrachtung stellt sich nun aus individueller Perspektive eines Pflegebedürftigen die Frage, welche fiskalischen Effekte aus dem altersgerechten Umbau resultieren. Hierbei ist von entscheidender Bedeutung, wie lange ein durchschnittlicher Pflegebedürftiger insgesamt sowie in den verschiedenen Pflegesettings (ambulante professionelle vs. informelle Pflege) verweilt. Im Unterschied zu dem vorangegangenen Abschnitt 6.1 werden nachfolgend geschlechterspezifische Analysen durchgeführt, da sich aus individueller Perspektive erhebliche Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern ergeben.

Die Arbeiten von Häcker et al. (2011b) zur Verweildauer der Pflegebedürftigen unterscheiden nach Pflegesetting, Alter und Geschlecht anhand eines repräsentativen Datensatzes der AOK-Versicherten in Berlin und machen deutlich, dass die männlichen Pflegebedürftigen im Durchschnitt 48,4 Monate in Pflege verbringen, wohingegen die weiblichen Pflegebedürftigen eine Verweildauer von 60,3 Monaten aufweisen. Des Weiteren wird deutlich, dass die weiblichen Pflegebedürftigen im Mittel absolut sowie relativ betrachtet deutlich länger in der stationären Pflege verweilen. So verbringt ein männlicher Pflegefall im Mittel 11,1 und ein weiblicher 19,8 Monate in der stationären Pflege (siehe Tabelle 21).

Neben Häcker et al. existieren weitere Studien, die sich mit der Pflegeverweildauer sowie den entstehenden Pflegekosten befassen. Die Ergebnisse von Rothgang et al. (2012) zu den Gesamtpflegekosten im Lebensverlauf weisen ein hohes Maß an Übereinstimmung mit den Berechnungen von Häcker et al. (2011b) auf, wenn die Ausgaben für Unterkunft und Verpflegung im ambulanten Bereich keine Berücksichtigung in der Kostenkalkulation finden. Gegenüber einer Auswertung des BMG (2011) fällt die stationäre Verweildauer bei Häcker et al. hingegen deutlich geringer aus. Die Ergebnisse des BMG (2011) beruhen allerdings nicht auf einer Längsschnittbefragung. Vielmehr liegt ihnen eine Auswertung von Querschnittsdaten zu Pflegefällen zu Grunde, die gegenwärtig in einer stationären Einrichtung leben. Insofern sind die Ergebnisse nicht direkt vergleichbar. Aufgrund der hohen Datenqualität sowie der Verfügbarkeit der Daten im Längsschnitt wird nachfolgend auf die Berechnungen von Häcker et al. (2011b) zurückgegriffen.

Tabelle 21

Verweildauer und individuelle Kosten der Pflege und Unterbringung nach Kostenträger unter Berücksichtigung der Lebenserwartung

		Mann	Frau
Restlebenserwartung in Monaten (Anteil in Prozent)	Gesamt	48,4 (100%)	60,3 (100%)
	I amb	21,3 (44,0%)	25,6 (42,5%)
	II amb	13,1 (27,2%)	12,2 (20,2%)
	III amb	2,8 (5,9%)	2,7 (4,5%)
	I stat	4,0 (8,3%)	6,4 (10,6%)
	II stat	4,7 (9,7%)	8,8 (14,6%)
	III stat	2,4 (5,0%)	4,6 (7,6%)
Pflege- und Unterbringungskosten (in Euro)	Insgesamt	75.248	104.605
	SPV	30.448	42.496
	SGB XII	4.679	7.468
	Privat	40.121	54.641
Deckungslücke		53,3%	52,2%

Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf Häcker et al. (2011a) und Niepel (1999).

Unter Berücksichtigung der zuvor dargestellten Pflegeverweildauer ergeben sich für den männlichen Durchschnittspflegefall Gesamtkosten für die Pflege und Unterbringung von 75.200 Euro, wobei die privat zu finanzierenden Kosten bei rd. 40.100 Euro liegen und von Seiten der SPV rd. 30.400 Euro und von der Sozialhilfe weitere rd. 4.700 Euro zur Finanzierung beigetragen werden.⁶⁶ Dies entspricht einer durchschnittlichen Deckungslücke im Sinne der selbst zu tragenden Kosten von 53,3 %.

Ein durchschnittlicher weiblicher Pflegefall weist hingegen im Laufe seiner Pflegehistorie Gesamtkosten für die Pflege und Unterbringung von rd. 104.600 Euro auf. Von privater Seite sind davon rd. 54.600 Euro zu tragen, die SPV zahlt rd. 42.500 Euro und die Sozialhilfeträger finanzieren zudem rd. 7.500 Euro. Die privat zu finanzierende Deckungslücke liegt in diesem Fall anteilig bei 52,2 % (siehe Tabelle 21).

6.2.2 Pflege- und Unterbringungskosten je Pflegesetting nach altersgerechtem Umbau

Gelingt es über die beschriebenen altersgerechten Umbaumaßnahmen die ausgewiesenen Effekte zur Verhinderung eines Heimeintritts (vgl. Kap. 6.1) zu verwirklichen, so ergeben sich die in Tabelle 22 dargestellten Verschiebungen von der stationären in die ambulante Pflege. Auch hier sind die Kosten für den altersgerechten Umbau nicht berücksichtigt.

Die Pflege- und Unterbringungskosten für einen durchschnittlichen Pflegefall sinken auf 72.000 Euro bei Männern und auf 98.900 Euro bei Frauen. Die Kostenentlastung tritt bei allen Kostenträgern auf. Die hier ausgewiesenen Einsparungen gelten für den durchschnittlichen Pflegefall, der eine altersgerechte Umbaumaßnahme umsetzt und schließlich mit durchschnittlich 15 % im angestammten Wohnraum verbleibt.

(66)

Die Berechnung der ambulanten Pflegekosten erfolgt entlang dem in Statistisches Bundesamt (2011b) angegebenen Verhältnis von ambulanten Geldleistungs- zu Sachleistungsbeziehern.

Tabelle 22

Individuelle Kosten der Pflege und Unterbringung nach Kostenträger unter Berücksichtigung der Lebenserwartung nach altersgerechtem Umbau

		Mann	Frau
Restlebenserwartung in Monaten (Anteil in Prozent)	Gesamt	48,4 (100%)	60,3 (100%)
	I amb	21,8 (45,0%)	26,5 (43,9%)
	II amb	14,1 (29,0%)	13,9 (23,1%)
	III amb	3,4 (6,9%)	3,7 (6,1%)
	I stat	3,5 (8,1%)	5,5 (9,2%)
	II stat	3,8 (7,8%)	7,0 (11,7%)
	III stat	1,9 (4,0%)	3,6 (6,0%)
	Insgesamt	72.024	98.873
Pflege- und Unterbringungskosten (in Euro)	SPV	28.999	39.903
	SGB XII	4.253	6.715
	Privat	38.771	52.255
Deckungslücke		53,8%	52,9%

Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf Häcker et al. (2011a) und Niepel (1999).

Die Einsparungen pro Pflegefall liegen somit bei insgesamt 3.200 (5.700) Euro je männlichen (weiblichen) Pflegefall, wobei die selbst zu tragenden Kosten um durchschnittlich 1.400 (2.400) Euro zurückgehen. Von staatlicher Seite ergeben sich Einsparungen von 1.900 (3.400) Euro für einen männlichen (weiblichen) Pflegefall, wobei der größere Teil mit 1.500 (2.600) Euro auf die Einsparungen der SPV zurückzuführen ist.

Für einen durchschnittlichen Pflegefall (unabhängig vom Geschlecht) liegen die Einsparungen insgesamt bei etwa 5.000 Euro. Auf die privaten Träger entfallen 2.200 Euro, auf die SPV 2.200 Euro und auf die HzP 600 Euro. Somit werden auch bei der Analyse aus individueller Perspektive alle Kostenträger durch altersgerechte Wohnungen entlastet.

6.2.3 Sensitivitätsanalyse bei Variation der zentralen Annahmen

(67)

Von einer Variation des Indikators I (Anteil von Pflegefällen in nicht-altersgerechtem Wohnraum) wird in diesem Fall abgesehen, da die individuelle Betrachtung von einem Pflegebedürftigen ausgeht, der noch nicht in einer altersgerecht umgebauten Immobilie lebt.

Entsprechend der Sensitivitätsanalyse in Kapitel 6.1.3 wird nachfolgend dargestellt, wie sich die Ergebnisse bei Variation des Indikators II zum Wirkungsgrad von altersgerechtem Umbau verändern (siehe Tabelle 23).⁶⁷

Im Falle eines Wirkungsgrads von 12 % (II_Gering) gemäß Klein et al. (1997) steigt der Gesamtbetrag für die

Pflege- und Unterbringungskosten auf 73.000 Euro bzw. 100.800 Euro für einen durchschnittlichen männlichen bzw. weiblichen Pflegefall (siehe Tabelle 23). Die Einsparungen pro Pflegefall verringern sich in diesem Fall auf insgesamt 2.200 (3.800) Euro je männlichem (weiblichem) Pflegefall.

Im Falle eines Wirkungsgrads von 22 % (II_Hoch) durch altersgerechte Wohnraumanpassung gemäß Schneekloth und von Törne (2009) sinkt der Gesamtbetrag für die Pflege- und Unterbringungskosten auf 71.200 Euro bzw. 97.500 Euro für einen durchschnittlichen männlichen (weiblichen) Pflegefall. Die Einsparungen pro Pflegefall steigen in diesem Fall auf insgesamt 4.000 (7.100) Euro je männlichen (weiblichen) Pflegefall.

Die Variation des Indikators II im Sinne eines Schwankungsintervalles von -30,6 % bis hin zu +29,4 % führt demnach zu Abweichungen bei den individuellen Einsparungen der Pflegefälle von -34,5 % bis +24,1 %. Auch bei diesen beiden Varianten ergeben sich für alle Kostenträger Entlastungseffekte.

6.3 Kosten durch Stürze bei Barrieren in der Wohnung

Neben den originär pflegebedingten Zusatzkosten bei einem Heimeintritt ergeben sich zudem erhebliche Kosten in der Akutversorgung im Krankenhaus, wenn eine pflegebedürftige Person in Folge eines Sturzes aufgrund von Barrieren in der eigenen Wohnung stürzt. So berichten Kreileder und Holeczek (2002) nach einer Auswertung der Unfallursachen davon, dass sich 25 % aller Stürze von älteren Personen auf Barrieren oder bauliche Mängel in Privathaushalten zurückführen lassen. Im Vergleich dazu liegt der Anteil der Stürze aufgrund von Barrieren in der Gesamtbevölkerung nur bei 15 %.

Rothgang et al. (2012) stellen in ihren Berechnungen fest, dass pflegebedürftige Personen ein deutlich höheres Risiko eines Sturzes sowie eines darauf folgenden Krankenhausaufenthalts aufweisen. So werden nach deren Ergebnissen jedes Jahr 5,9 % aller Pflegebedürftigen mit einem Sturz als Haupt- bzw. Nebendiagnose stationär behandelt, wohingegen dieser Anteil bei

Tabelle 23

Individuelle Kosten der Pflege und Unterbringung nach Kostenträger nach Variation des Wirkungsgrads altersgerechten Umbaus

		II_Gering		II_Hoch	
		Mann	Frau	Mann	Frau
Pflege- und Unterbringungskosten (in Euro)	Insgesamt	73.079	100.810	71.205	97.530
	SPV	29.467	40.768	28.620	39.275
	SGB XII	4.404	6.987	4.165	6.572
	Privat	39.209	53.054	38.420	51.683
	Deckungslücke	53,7%	52,6%	54,0%	53,0%

Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf Häcker et al. (2011a), Klein et al. (1997), Niepel (1999) und Schneekloth und von Törne (2009).

den nichtpflegebedürftigen Personen bei 0,2 % liegt. Das erhöhte Sturzrisiko der pflegebedürftigen Personen aufgrund von Barrieren führt nach deren Berechnungen zu Krankenhauskosten von 208 Mio. Euro pro Jahr. Im besten Falle ließen sich diese Kosten über entsprechende Umbaumaßnahmen vollständig einsparen. Die Einsparungen würden der GKV zugutekommen.⁶⁸ Unter Berücksichtigung der Einsparpotenziale in Höhe von 5,165 Mrd. Euro im Bereich der Pflege- und Unterbringungskosten berechneten Kosteneinsparungen (siehe Kapitel 6.1) würde sich somit ein Gesamteinsparpotenzial nach altersgerechtem Umbau von 5,364 Mrd. Euro pro Jahr ergeben.

Aus der subjektiven Perspektive des einzelnen Pflegefalls würden sich unter Berücksichtigung der Pflegeverweildauer durch die Vermeidung der Krankenhauskosten von Stürzen pflegebedürftiger Personen durch bauliche Wohnungsanpassungsmaßnahmen Einsparpotenziale von 330 (410) Euro bei einem durchschnittlichen männlichen (weiblichen) Pflegefall ergeben. Die gesamten Einsparpotenziale aus individueller Perspektive würden demnach unter Berücksichtigung der in Kapitel 6.2 ausgewiesenen Beträge auf 3.600 (6.100) Euro je männlichen (weiblichen) Pflegefall ansteigen.

Nicht berücksichtigt in den Berechnungen ist das Potenzial, das sich aus der Vermeidung von Stürzen ergibt, die Pflegebedürftigkeit herbeiführen. Inwiefern solche Stürze einerseits im weiteren Verlauf zu dem Entstehen von Pflegebedürftigkeit oder der Erhöhung des Grades der Pflegebedürftigkeit führen und inwieweit sie sich andererseits – im Sinne einer präventiven Maßnahme – durch bauliche Wohnungsanpassungsmaßnahmen vermeiden ließen, bedarf weiterer Untersuchungen. Die Vermeidung von Stürzen durch bauliche Wohnungsanpassungsmaßnahmen kann jedoch als ein zentraler Wirkungsmechanismus angesehen werden, der die Wirksamkeit der von Niepel (1999) dargestellten Erfolge erklärt.

Die hier verwendete Statistik über Unfallverletzte im Hausbereich beruht auf einer repräsentativen Haushaltsbefragung aus dem Jahr 2000. Eine Neuauflage dieser Befragung ist derzeit seitens der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit (BAuA) aufgrund einer Neuorganisation in 2009 nicht geplant.

(68)

Hier handelt es sich um Kosten der Akutversorgung in Krankenhäusern, die durch Stürze entstehen. In den Kapiteln 6.1 und 6.2 handelt es sich um Kosten der Pflege.

7 Entlastungseffekte durch Förderinstrumente zum altersgerechten Umbau

Im nachfolgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der vorangegangenen Kapitel zu den Anforderungen sowie den Kosten von altersgerechten Umbaumaßnahmen mit den Ergebnissen zur Wirksamkeit der Verzögerung bzw. Verhinderung eines Heimeintritts kombiniert.

7.1 Wirksamkeit des KfW-Programms „Altersgerecht Umbauen“

(69)

Die Untersuchungsergebnisse machen beispielhaft für das Land Nordrhein-Westfalen deutlich, dass sich durch entsprechende altersgerechte Umbaumaßnahmen der Umzug in ein Alten- und Pflegeheim für durchschnittlich 15 % aller Pflegebedürftigen vermeiden ließe. Die Gesamtkosten der hierfür erforderlichen Umbaumaßnahmen beziffert die Studie mit durchschnittlich 5.026 Euro pro Fall, wobei von der SPV nach § 40 Abs. 2 SGB XI etwa 35 % der Umbaukosten (1.760 Euro) und der Restbetrag von privater Hand finanziert wurde.

(70)

An dieser Stelle sei angemerkt, dass in der KDA-Studie Haushalte und nicht pflegebedürftige Personen befragt worden sind. Allerdings macht Tabelle 5 deutlich, dass in 97 % aller Haushalte mit pflegebedürftigen Bewohnern genau eine pflegebedürftige Person im Haushalt lebt. Insofern wird an dieser Stelle die Zahl der Haushalte mit pflegebedürftiger Person der absoluten Zahl an pflegebedürftigen Personen gleichgesetzt.

(71)

Die KDA-Studie weist für Gesamtdeutschland einen Bestand von 570.000 altersgerechten Wohnungen unter Seniorenhaushalten auf. Von den 1,4 Mio. zu Hause wohnenden Pflegebedürftigen (über 65 Jahren) im Jahr wohnen gegenwärtig etwa 110.000 Personen (7,7 % gemäß KDA Statistik) in altersgerechten Wohnungen. Insofern liegt der Anteil der Pflegebedürftigen in altersgerechten Wohnungen gegenwärtig bei 19,3 % (110.000 von 570.000). Die Auswertungen des SHARE-Datensatzes weisen zum Vergleich auf einen Anteil von 31,4 % hin, bei einer entsprechend „weicheren“ Definition von altersgerechtem Wohnraum.

Gemäß den in Kapitel 4.1 ausgewiesenen Ergebnissen wurden durch das KfW-Förderprogramm „Altersgerecht Umbauen“ im Jahr 2011 im Rahmen der Bundesförderung 43.000 Wohneinheiten mit einem Betrag von im Durchschnitt jeweils rd. 1.800 Euro gefördert. Neben dem Förderbetrag der KfW wird zudem ein erheblicher Eigenbeitrag geleistet. So liegt der Gesamtbetrag der Umbaumaßnahmen bei 16.840 Euro pro Wohneinheit, wodurch sich ein Eigenbetrag von 15.040 Euro ergibt.

Für die nachfolgende Analyse wird allerdings von einem Gesamtbetrag der Umbaumaßnahme von 5.026 Euro gemäß Niepel (1999)⁶⁹ ausgegangen, da für diesen Betrag der Wirkungseffekt altersgerechter Umbaumaßnahmen ermittelt wurde. Zwar ist davon auszugehen, dass mit den im Vergleich dazu höheren Umbaukosten, die sich im Rahmen der KfW-Förderung ergeben haben, auch eine höhere „Wirksamkeit“ der baulichen Anpassungsmaßnahmen auf den längeren Verbleib der pflegebedürftigen Person in der eigenen Wohnung ergibt; dazu liegen jedoch keine Ergebnisse vor. Insofern wäre im Fall von deutlich höheren Umbaukosten von einem zeitgleich gestiegenen Wirkungsgrad der Maßnahme auszugehen.

Die Umbaukosten von 5.026 Euro werden entsprechend der Entwicklung des Preisindex für die Bauwirtschaft (Statistisches Bundesamt (2013b)) für die Jahre 1999 bis 2012 auf 6.420 Euro je Wohneinheit inflationiert. Insofern wird nachfolgend der Effekt eines Umbauvolumens von rd. 276 Mio. Euro (43.000 Wohnungen x Umbaukosten in Höhe von 6.420 Euro pro Wohneinheit) betrachtet. Als weitere Elemente fließen in die Berechnungen die folgenden Sachverhalte ein: Der Förderanteil durch die KfW beträgt entsprechend dem Ergebnis der Darstellung des KfW-Programmes 10,8 % der Umbaukosten, das sind 693 Euro pro Wohneinheit und rd. 30 Mio. Euro für 43.000 Wohneinheiten. Entsprechend beläuft sich der privat getragene Teil der Umbaukosten auf 5.727 Euro pro Wohneinheit und auf rd. 246 Mio. Euro für 43.000 Wohneinheiten.

Des Weiteren werden gemäß den Ergebnissen der Auswertung der KDA-Studie gegenwärtig 19,3 % des altersgerechten Wohnraumes von pflegebedürftigen Per-

sonen⁷⁰ nach SGB XI bewohnt.⁷¹ Das gilt annahmegermäÙ auch für die hier betrachteten, gefördert umgebauten 8.299 Wohnungen. Für die nachfolgenden Analysen wird beispielhaft eine Nutzungsdauer von 30 Jahren (vom Jahr 2011 bis zum Jahr 2040) unterstellt. In dieser Zeitspanne wird sich der entsprechende Anteil, der von Pflegebedürftigen bewohnt wird, gemäß der zu beobachtenden demografischen Entwicklung (im Sinne des Anstiegs des Anteils der Pflegebedürftigen) bei einer sinkenden Bevölkerungszahl gemäß den Berechnungen in Kapitel 8.1.1 bis zum Jahr 2035 auf 29,5 % erhöhen. Insofern steigt die Zahl der mit der Förderung altersgerecht umgebauten und von pflegebedürftigen Personen bewohnten Wohnungen von 8.299 im Jahr 2011 auf 12.703 Wohnungen bis zum Jahr 2040 an.

In Tabelle 24 werden die Ausgaben im Rahmen der KfW-Förderung (276 Mio. Euro) den bis dato erzielten Einsparungen durch altersgerechten Umbau gegenüber gestellt. So werden im ersten Nutzungsjahr der umgebauten Wohnungen entsprechend den oben gesetzten Annahmen 8.299 Pflegefälle erreicht, sie partizipieren von der besseren Zugänglichkeit und Nutzbarkeit der umgebauten Wohnungen. Für diesen Personenkreis lassen sich (gemäß den Angaben in Tabelle 18 sowie den eingesparten Unfallkosten in Kapitel 6.3) pro Fall 2.110 Euro an Pflege- und Unfallkosten pro Jahr einsparen, da durch den altersgerechtem Umbau der Wohnung ein Heimeintritt verzögert wird. Die Einsparungen verteilen sich auf 1.250 Euro für die „staatliche“ und 860 Euro für die private Seite. Im ersten Jahr (nach altersgerechtem Umbau der 43.000 Wohnungen) verbleibt allerdings ein Verlust von 258 Mio. Euro, da die in diesem Jahr erzielten Einsparungen von 17,6 Mio. Euro (2.120 Euro pro Fall x 8.299 Fälle) noch deutlich unter den Ausgaben im Rahmen der KfW-Förderung von 276 Mio. Euro liegen.

Da die altersgerecht umgebauten Wohnungen auch in den darauf folgenden Jahren genutzt werden, ergeben sich weitere Einsparungen. Im Gegensatz dazu entstehen keine weiteren Umbaukosten. So wird nach etwa 15 Jahren die Gewinnzone erreicht. Kumuliert über diesen Zeitraum lassen sich Einsparungen bei den Pflege- und Unfallkosten von 297 Mio. Euro realisieren. Sie stehen den geförderten Umbaukosten entgegen, womit im 15ten Jahr der Nutzung ein Überschuss der Einsparungen gegenüber den Kosten („Gewinn“) von rd. 21 Mio. Euro entsteht.

Aus Sicht des Staates (bzw. des über die KfW finanzierten Beitrags) wird die Gewinnzone aufgrund der geringen Kostenbeteiligung von 10,8 % (Steuermittelersatzquote) bereits nach drei Jahren erreicht. Demgegenüber wird die Gewinnzone aus privater Finanzierungs-

sicht aufgrund der hohen Kostenbeteiligung erst nach 28 Jahren erreicht. Es bestehen somit unterschiedliche Spielräume und Anreize für Entlastungswirkungen bei den jeweiligen Kostenträgern. Insofern scheint es sinnvoll, die staatliche Förderung in Form des KfW-Programms „Altersgerecht Umbauen“ (wieder) deutlich auszuweiten, um die Investition in altersgerechten Wohnraum für Investoren attraktiver zu gestalten. Falls sich die Förderung gegenüber den Konditionen des Jahres 2011 erhöht, würde sich damit der Zeitraum bis zum Erreichen der Gewinnzone aus der Sicht der Staates entsprechend verlängern.

7.2 Wirksamkeit der Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nach SGB XI

Im nachfolgenden Abschnitt wird die Wirksamkeit der Förderung zur altersgerechten Wohnraumanpassung nach SGB XI auf ihre Wirksamkeit aus der individuellen Perspektive einzelner Pflegefälle beleuchtet. In die Bewertung der Wirksamkeit fließen die Ergebnisse der vorangegangenen Abschnitte ein. Bei der Fördersumme für altersgerechten Wohnraum gemäß SGB XI wird auf den Durchschnittsbetrag von 2.382 Euro je Wohneinheit (siehe Kapitel 4.2) verwiesen. Für die Berechnung der Einspareffekte wird gemäß den Vorüberlegungen aus den Kapiteln 6.1 und 6.2 ein Betrag für einen Durchschnittspflegefall bestimmt, der zu 65,5 %⁷² weiblich ist.

Beim Vergleich der Ausgaben sowie der Einspareffekte durch altersgerechte Wohnraumanpassung wird deutlich, dass die Investition in altersgerechten Wohnraum im Ganzen erst dann einen Gewinn erzielt, wenn zwei Pflegefälle die Wohnung bewohnt haben (siehe Tabelle 25). Aus Sicht der Pflege- und Sozialkassen wird die Gewinnzone bereits bei einem Pflegefall erreicht, und zwar aufgrund der niedrigen Beteiligung an den Gesamtkosten von 37,1 % (2.382 Euro SGB XI-Förderung von 6.420 Euro Umbaukosten je Wohneinheit).

Insofern könnte aus Sicht der Pflege- und Sozialkassen ein gewisser Anreiz für eine Erhöhung ihres Finanzierungsanteiles bestehen. Damit könnten Investitionen in altersgerechten Wohnraum für Haushalte, die den privaten Eigenanteil tragen, attraktiver gestaltet werden.

7.3 Fazit

Die Ergebnisse machen deutlich, dass sich aus Sicht des Staates wegen seiner bisher geringen Beteiligung an den Umbaukosten von 10,8 % im Sinne der KfW-Förderung bzw. 37,1 % gemäß der Förderung nach SGB XI eine deutlich kürzere Amortisierungszeit der eingesetzten Mittel ergibt als für private Investoren. Im Fall der KfW-Förderung wird dieses Ergebnis noch weiter verstärkt, da die Berechnungen unter den Bedingun-

Tabelle 24
Wirksamkeit des KfW-Programms „Altersgerecht Umbauen“

		Kosten für altersgerechten Umbau (in Tsd. €)		
		Gesamt	Staat	Privat
		276.050	29.813	246.236
		Gewinne nach altergerechtem Umbau (in Tsd. €)		
Nutzungsdauer in Jahren	Pflegefälle in 43.000 altersgerechten Wohnungen	Gesamt	Staat	Privat
1	8.299	-258.495	-19.411	-239.084
2	8.451	-240.619	-8.819	-231.800
3	8.603	-222.421	1.964	-224.385
4	8.755	-203.903	12.936	-216.839
5	8.906	-185.063	24.100	-209.163
6	9.058	-165.902	35.453	-201.355
7	9.210	-146.420	46.997	-193.417
8	9.362	-126.616	58.732	-185.348
9	9.514	-106.492	70.656	-177.148
10	9.666	-86.046	82.771	-168.817
11	9.818	-65.278	95.077	-160.355
12	9.969	-44.190	107.572	-151.762
13	10.121	-22.781	120.258	-143.039
14	10.273	-1.050	133.135	-134.184
15	10.425	21.002	146.201	-125.199
16	10.577	43.376	159.458	-116.083
17	10.729	66.070	172.906	-106.836
18	10.881	89.086	186.543	-97.458
19	11.032	112.423	200.371	-87.949
20	11.184	136.081	214.390	-78.309
21	11.336	160.060	228.599	-68.538
22	11.488	184.361	242.998	-58.637
23	11.640	208.983	257.587	-48.604
24	11.792	233.926	272.367	-38.441
25	11.944	259.190	287.337	-28.147
26	12.095	284.776	302.497	-17.722
27	12.247	310.682	317.848	-7.166
28	12.399	336.910	333.389	3.521
29	12.551	363.459	349.120	14.339
30	12.703	390.330	365.042	25.288

Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf vorangegangenen Ergebnissen.

gen der Bundesförderung im Jahr 2011 erfolgt sind und die gegenwärtige staatliche Förderung durch die KfW (ohne Bundesbeteiligung) deutlich geringer ausfällt (siehe Kapitel 4.1).

Vor diesem Hintergrund scheint es sinnvoll, die staatliche Förderung sowohl in Form des KfW-Programms als auch nach SGB XI deutlich auszuweiten, um stärkere Anreize für Investitionen in altersgerechten Wohnraum von privaten Investoren zu schaffen. Im Vergleich der beiden Instrumente sollte die Ausweitung der KfW-Förderung an erster Stelle stehen, da in diesem Programm der altersgerechte Umbau vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit realisiert werden kann. Hierdurch werden der präventive Charakter der Förderung gestärkt und zugleich die Vorzüge des altersgerechten Wohnens während der gesamten Pflegebedürftigkeit nutzbar gemacht.

(72)

Vgl. Statistisches Bundesamt (2013a).

Tabelle 25
Wirksamkeit des Förderinstruments zur Verbesserung des Wohnumfelds nach SGB XI

		1 Pflegefall	2 Pflegefälle	3 Pflegefälle
Ausgaben altersgerechter Wohnraum	Gesamt	-6.420	-6.420	-6.420
	Eigenanteil	-4.038	-4.038	-4.038
	SPV	-2.382	-2.382	-2.382
Einsparungen altersgerechter Wohnraum	Gesamt	5.252	10.503	15.755
	Eigenanteil	2.028	4.057	6.085
	SPV + GKV + SGB XII	3.223	6.446	9.670
Nettoeffekt altersgerechter Wohnraum	Gesamt	-1.168	4.083	9.335
	Eigenanteil	-2.009	19	2.047
	SPV + GKV + SGB XII	841	4.064	7.288
Rendite altersgerechter Wohnraum	Gesamt	-18,2%	63,6%	145,4%
	Eigenanteil	-49,8%	0,5%	50,7%
	SPV + GKV + SGB XII	35,3%	170,6%	305,9%

Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf vorangegangenen Ergebnissen.

Gegen die erweiterte Zielgruppe von nicht-pflegebedürftigen Personen könnte ein möglicher „Streuverlust“ der Förderung angeführt werden. Die uneingeschränkte Förderung von Umbaumaßnahmen birgt das Risiko, dass Personen diese in Anspruch nehmen, die im weiteren Verlauf ihres Lebens nicht pflegebedürftig werden. Jedoch besteht ein hohes Risiko im Laufe des Lebens pflegebedürftig zu werden (siehe Kapitel 8.1.1). So beträgt die Wahrscheinlichkeit bei gegenwärtig 30-Jährigen Männern 50 %. Bei Frauen liegt die Wahrscheinlichkeit im Alter von 30 Jahren sogar bei 72 %.⁷³ Diese Wahrscheinlichkeiten nehmen mit steigendem Alter weiter zu. Der potenzielle Streuverlust bei einer auf eine breitere Zielgruppe orientierten Förderung des Barriereabbaus beim Zugang und innerhalb der Wohnung ist damit überschaubar. Zusammenfassend sprechen die dargelegten Argumente nachdrücklich für eine Ausweitung der Förderung auf nicht-pflegebedürftige Personen.

Alternativ könnten die Leistungsgrenzen für Wohnungsanpassungsmaßnahmen im Rahmen der Sozialen Pflegeversicherung (§ 40 SGB XI) geprüft werden. Die Förderung könnte beispielsweise auf „Gebrechliche“, auf Bedürftige mit „Pflegestufe 0“ oder auf schwerbehinderte Personen nach SGB IX ausgeweitet werden.

(73)

Vgl. Rothgang et al. (2011).

8 Szenarien zu Pflege- und Unterbringungskosten bis 2030

Die vorangegangenen Kapitel haben deutlich gemacht, dass sich durch die flächendeckende Versorgung mit altersgerechten Wohnungen für informell und ambulant professionell versorgte Pflegebedürftige im Jahr 2012 Einsparungen bei den Pflege- und Unterbringungskosten von etwa 5,2 Mrd. Euro erzielen ließen. Die Pflege und Sozialkassen hätten dabei ein Einsparpotenzial von etwa 3 Mrd. Euro realisieren können. Darauf aufbauend wird nachfolgend dargestellt, welche fiskalischen Effekte durch den altersgerechten Umbau in den Jahren 2020 und 2030 entstehen würden. Dabei werden zentrale Einflussfaktoren auf die Pflegekosten, die im Betrachtungszeitraum wirksam sind, in die Vorausrechnungen einbezogen.

Die wirksamen, hier berücksichtigten Einflussfaktoren sind

- die demografische Alterung,
- die Entwicklung der spezifischen Pflegekosten,
- der Trend hin zur stationären Pflege („Heimsoffekt“) sowie
- ein relatives Absinken der Alterseinkommen gegenüber dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt.

Sie werden in ihrer Wirkung auf die Kosten der Pflege und der Unterbringung beleuchtet.

Dabei werden in einem **Basisszenario** zunächst Annahmen über die künftige Entwicklung der Einflussfaktoren und die Art und Weise ihrer Wirkung auf die Kosten der Pflege und der Unterbringung getroffen. Diese folgen einem breiten Konsens der Auffassungen unter den mit diesen Fragen befassten Wissenschaftlern und anderen Fachleuten.

Darauf aufbauend werden in einem **Entlastungsszenario** mögliche Verringerungen der gemäß Basisszenario absehbaren Kostenentwicklung anhand von veränderten Annahmen über die künftige Entwicklung der Einflussfaktoren modelliert. Die dabei betrachteten „Stellschrauben“, die zu einer Entlastung der Kostenentwicklung an dieser Stelle führen könnten, sind

- der vermehrte altersgerechte Umbau von Wohnungen,
- ein günstigerer Gesundheitszustand insbesondere von älteren Menschen zur Verschiebung von Pflegebedürftigkeit sowie

- ein gleichbleibendes relatives Niveau der Alterseinkommen.

Im Zentrum des Interesses stehen dabei die Wirkungen des altersgerechten Umbaus von Wohnungen. Die anderen, kostensenkenden Stellschrauben werden betrachtet, um die relative Bedeutung der Wirkung des Eintritts der jeweils kostenentlastenden Annahme zu verdeutlichen.

8.1 Projektion des Basisszenarios

8.1.1 Annahmen zur Entwicklung und Wirkung der Einflussfaktoren

Demografie

Nach der Bevölkerungsvorausrechnung der statistischen Ämter wird die Bevölkerung in Deutschland künftig einerseits insgesamt zahlenmäßig geringer werden, andererseits wird der Anteil der älteren Bevölkerung an der gesamten Bevölkerung zunehmen. Beispielhaft ist die nach dieser Vorausrechnung zu erwartende Entwicklung in der Abbildung 3 und Tabelle 26 für die weibliche und männliche Bevölkerung im Vergleich der Jahre 2011 und 2030 dargestellt. Danach wird sich die gesamte Bevölkerung im Jahr 2030 gegenüber dem Jahr 2011 um 2,1 Mio. Personen vermindern, während sich die Zahl der Personen im Alter von 65 und mehr Jahren sich um etwa 5,6 Mio. auf 22,5 Mio. Personen erhöhen wird. Der Rückgang der Bevölkerungszahl in den jüngeren Altersgruppen unter 65 Jahre beträgt 7,6 Mio. Personen.⁷⁴

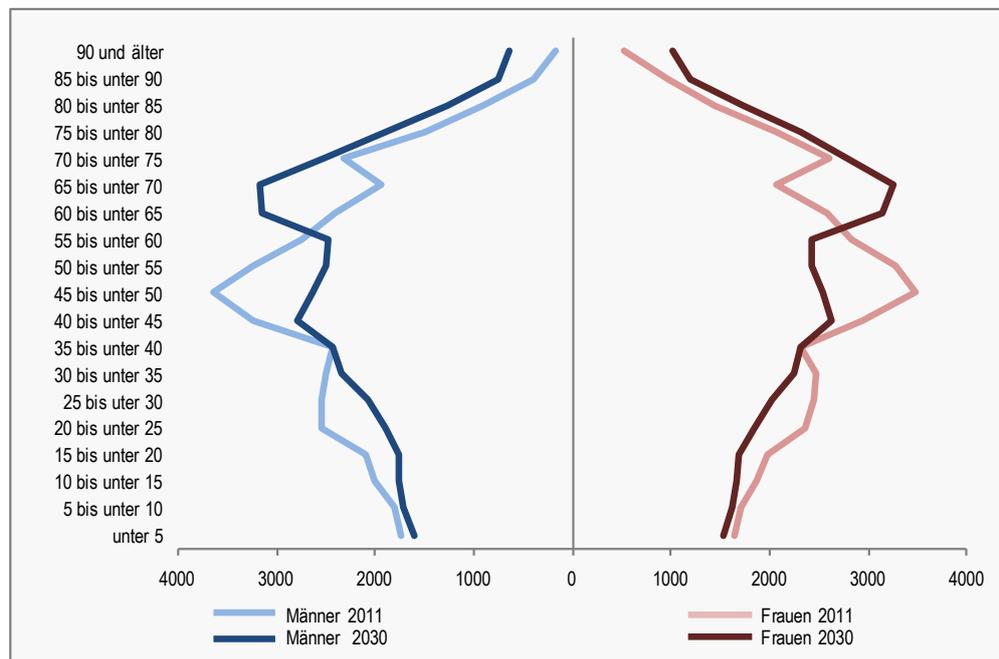
Die demografische Alterung wird zu einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen führen, da die Pflegewahrscheinlichkeit – im Sinne des Anteils der pflegebedürftigen Personen an allen Personen in einer Altersgruppe – mit zunehmendem Alter deutlich ansteigt (siehe Abbildung 4). Die in Tabelle 1 vorgestellten Daten zur Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2011 dienen – zusammen mit den Daten der Bevölkerungsvorausrechnung und unter Annahme konstanter Pflegewahrscheinlichkeiten (in der Differenzierung nach Geschlecht, Altersgruppe, Pflegestufe, Pflegesetting) – der rechnerischen Fortschreibung der Zahl der Pflegebedürftigen in den kommenden Jahrzehnten.

Die Alterung der Bevölkerung führt unter der Annahme konstanter Pflegequoten zu einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen von gegenwärtig (Jahresende 2011) 2,536 Mio. Personen bis zum Jahr 2020 auf 2,974 Mio. Fällen, was einer prozentualen Zunahme um 17 % entspricht (siehe Tabelle 27). Bis zum Jahr 2030 steigt de-

(74)

Vgl. Statistisches Bundesamt (2009a), angepasst an die Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung für die Jahre 2009 bis 2011, Bevölkerungsfortschreibung vor Revision durch die Ergebnisse des Zensus 2011.

Abbildung 3
Entwicklung des Altersaufbaus der männlichen (links) und weiblichen (rechts) Bevölkerung in Deutschland, je 2011 und 2030, in Tausend Personen



Quelle: Statistisches Bundesamt (2009a), angepasst an die Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung für die Jahre 2009 bis 2011, Bevölkerungsfortschreibung vor Revision durch die Ergebnisse des Zensus 2011; Berechnungen Prognos.

Tabelle 26
Veränderung der Zahl der Bevölkerung 2030 gegenüber 2011 in Tausend Personen

Altersgruppe (in Jahren)	2011		2030		Veränderung 2030 gegenüber 2011	
	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich
unter 5	1.647	1.748	1.524	1.606	-7%	-8%
5 bis unter 10	1.697	1.804	1.621	1.708	-4%	-5%
10 bis unter 15	1.856	2.004	1.664	1.753	-10%	-13%
15 bis unter 20	1.973	2.095	1.681	1.761	-15%	-16%
20 bis unter 25	2.367	2.538	1.847	1.904	-22%	-25%
25 bis unter 30	2.451	2.543	2.020	2.081	-18%	-18%
30 bis unter 35	2.469	2.505	2.252	2.340	-9%	-7%
35 bis unter 40	2.321	2.425	2.316	2.436	0%	0%
40 bis unter 45	2.948	3.247	2.634	2.785	-11%	-14%
45 bis unter 50	3.478	3.647	2.527	2.643	-27%	-28%
50 bis unter 55	3.263	3.245	2.427	2.496	-26%	-23%
55 bis unter 60	2.833	2.755	2.434	2.469	-14%	-10%
60 bis unter 65	2.581	2.403	3.130	3.140	21%	31%
65 bis unter 70	2.073	1.944	3.256	3.160	57%	63%
70 bis unter 75	2.609	2.322	2.776	2.525	6%	9%
75 bis unter 80	2.057	1.498	2.309	1.892	12%	26%
80 bis unter 85	1.437	913	1.721	1.273	20%	39%
85 bis unter 90	972	398	1.188	752	22%	89%
90 und älter	524	173	1.011	637	93%	268%
Insgesamt	41.555	40.207	40.339	39.360	-3%	-2%
65 und älter	9.671	7.248	12.262	10.238	27%	41%
Anteil 65 Jahre und älter an Gesamtbevölkerung	23%	18%	30%	26%	31%	44%
80 Jahre und älter	2.933	1.484	3.920	2.661	34%	79%
Anteil 80 Jahre und älter an Gesamtbevölkerung	7%	4%	10%	7%	38%	83%

Quelle: Statistisches Bundesamt (2009), angepasst an die Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung für die Jahre 2009 bis 2011, Bevölkerungsfortschreibung vor Revision durch die Ergebnisse des Zensus 2011; Berechnungen Prognos.

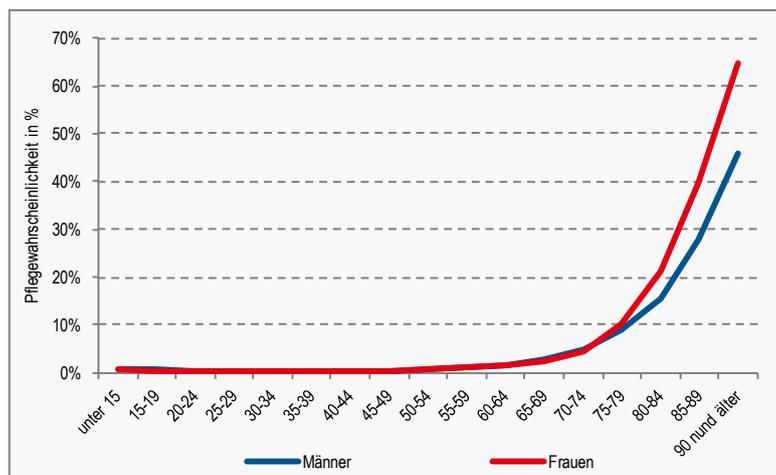
ren Anzahl schließlich auf 3,435 Mio. Personen an. Dies entspricht einer prozentualen Steigerung um 35 %.

Die methodisch vergleichbaren Ergebnisse der Vorausrechnungen des Statistischen Bundesamtes⁷⁵ weisen bei ebenfalls konstanten Pflegequoten einen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen auf 3,4 Mio. Personen im Jahr 2030 auf (2020: 2,9 Mio. Personen). Bis zum Jahr 2050 wird die Zahl der Pflegebedürftigen unter den hier beschriebenen Annahmen weiter auf dann voraussichtlich rd. 4,6 Mio. Personen ansteigen.

Für die Entwicklung der zukünftigen Anzahl der zu versorgenden Pflegefälle ist neben der demografischen Alterung der geburtenstarken Jahrgänge von entscheidender Bedeutung, wie sich der ebenfalls zu erwartende Zugewinn an Lebenserwartung auf die Krankheits- bzw. Pflegewahrscheinlichkeit auswirkt. Dabei werden in der wissenschaftlichen Literatur drei Thesen unterschieden:

1. Im Status quo bleiben die altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten konstant. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird durch eine zunehmende Lebenserwartung tendenziell erhöht (mehr ältere Menschen).
2. Unter der These der „Medikalisierung“ nehmen die altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten zu. Die Medikalisierungsthese geht davon aus, dass mit der Alterung der Bevölkerung insbesondere die Zahl der chronisch Kranken und Multimorbiden zunimmt.
3. Unter der These der „Kompression“ nehmen die Pflegequoten ab, da sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit durch medizinisch-technischen Fortschritt in höhere Altersjahre verschieben lässt.

Abbildung 4
Altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeiten in der SPV im Jahr 2012



Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis einer Auszählung der Pflegestatistik 2009 (Statistisches Bundesamt 2011a) nach Einzelaltersjahren sowie der Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013a).

Wie aus Abbildung 5 beispielhaft und in stilisierter Weise hervorgeht, führen die unterschiedlichen Annahmen zu deutlich unterschiedlichen Ergebnissen bei der künftigen Zahl der Pflegebedürftigen. Die Berechnungen von Häcker und Hackmann (2012) sowie Hackmann und Moog (2009) deuten in diesem Zusammenhang auf das Eintreten der Status-quo-These hin. Den Berechnungen zum Basisszenario liegt die Status-quo-These zugrunde. Zu den Stellschrauben des Entlastungsszenarios in Kapitel 8.2.2 gehört, dass statt der Status-quo-These die Kompressionsthese in die Berechnungen einbezogen wird.

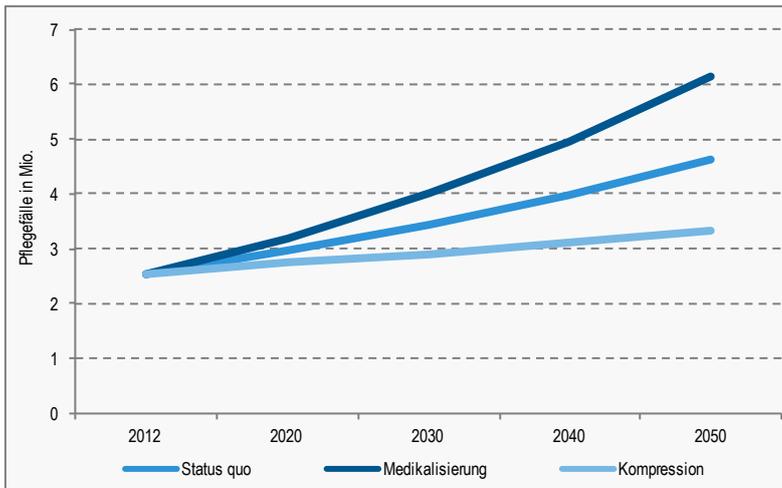
(75) Statistische Ämter der Bundes und der Länder (2010).

Tabelle 27
Entwicklung der Pflegefallzahlen unter Annahme konstanter Pflegequoten für die Jahre 2020 und 2030

Pflegestufe	2020				Veränderung ggü. 2011
	I	II	III	Gesamt	in %
informelle Pflege	867.425	369.034	95.959	1.332.418	13%
ambulante prof. Pflege	393.856	229.923	73.965	697.745	21%
teilstationäre Pflege	23.751	22.729	5.898	52.379	22%
stationäre Pflege	345.161	364.601	181.508	891.270	21%
Gesamt	1.630.194	986.288	357.331	2.973.812	17%
Pflegestufe	2030				Veränderung ggü. 2011
	I	II	III	Gesamt	in %
informelle Pflege	921.994	389.005	97.530	1.408.528	19%
ambulante prof. Pflege	480.783	281.058	88.070	849.911	47%
teilstationäre Pflege	29.828	28.422	7.218	65.469	52%
stationäre Pflege	433.480	455.919	222.123	1.111.522	51%
Gesamt	1.866.085	1.154.404	414.942	3.435.431	35%

Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf vorangegangenen Ergebnissen.

Abbildung 5
Entwicklung der Pflegefälle für die Jahre 2012 bis 2050



Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf Hackmann und Moog (2009).

Pflegekosten

Als zweiter wesentlicher Einflussfaktor wird die Entwicklung der Pflegekosten für den Betrachtungszeitraum modelliert. Für die pflegebedingten Aufwendungen kommt es im Wesentlichen auf die Entwicklung der Lohnkosten im Pflegesektor an, da die pflegerische Arbeitskraft den größten Inputfaktor bei Pflegedienstleistungen darstellt. Weitere Faktoren wären die übrigen Kosten ambulanter Pflegedienste und von Pflegeheimen (Medikamente, Pflegehilfsmittel, Energiekosten, Wäscherei, Verpflegung etc.).

(76)

Vgl. Prognos (2014)

(77)

Das reale Wachstum der Pflegegehälter bestimmt sich aus der unterstellten Produktivitätsentwicklung im Sektor Gesundheits- und Sozialwesen des Prognos World Report (2013). Im Betrachtungszeitraum bis zum Jahr 2030 ist diese nur etwa halb so hoch wie die gesamtwirtschaftliche Produktivitätsentwicklung.

(78)

Zur Entwicklung der künftigen Pflegesettings siehe auch Prognos (2012).

(79)

Siehe beispielsweise auch Berechnungen zum Altenquotient im Rahmen der BBSR-Raumordnungsprognose (BBSR 2012) auf der Grundlage der Bevölkerungsvorausrechnungen der statistischen Ämter.

(80)

Seit dem 1. Januar 2012 unterstützt die Bundesregierung mit dem Familienpflegezeitgesetz eine erleichternde Vereinbarkeit von Beruf und häuslicher Pflege.

Für die Lohnentwicklung im Pflegesektor wird angenommen, dass sie weiterhin hinter der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung der Löhne zurückbleibt. Die Analysen von Bellmann et al. (2013) sowie von Hackmann (2010) machen deutlich, dass die Lohnentwicklung im Altenpflegesektor in den letzten Jahren von einer gegenüber dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt zurückbleibenden Entwicklung geprägt war. Auch bei Häcker (2008) sowie dem darin geführten Beleg für ein überdurchschnittliches Wachstum der Pflegekosten (Baumol'sche Kostenkrankheit) ergibt sich ein Zurückbleiben der Löhne im Pflegesektor.

Auch wenn sich im Wettbewerb um die immer knapper werdenden Pflegekräfte argumentieren ließe, dass in Zukunft eher überdurchschnittliche Lohnsteigerungen im Altenpflegesektor erforderlich wären, um ausreichend Fachkräfte für diesen Wirtschaftszweig anzuziehen, bleibt die Studie hier bei der Annahme unterdurchschnittlicher Lohnentwicklung. Damit handelt es sich um eine eher konservative Annahme. Als Ergebnis zur gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung werden Projektionen des Prognos World Report 2013 verwendet.⁷⁶ Der Prognos World Report stützt sich auf ein umfassendes makroökonomisches Modell der gesamt-

wirtschaftlichen Entwicklung in Deutschland und in 41 weiteren Ländern.

Nach den Projektionen des Prognos World Report werden die gesamtwirtschaftlichen Reallöhne im Jahr 2020 um rd. 13,8 % und im Jahr 2030 um rd. 30,2 % über dem Niveau des Jahres 2012 liegen. Im Gegensatz dazu werden die Reallöhne in der Pflegebranche gemäß den hier verwendeten Annahmen bis zum Jahr 2020 um rd. 5,5 % und bis zum Jahr 2030 um rd. 13,5 % gegenüber 2012 steigen. Im Ergebnis erhöhen sich die Ausgaben je pflegebedürftiger Person real (inflationsbereinigt) um 5 % (14 %) bis zum Jahr 2020 (2030).⁷⁷

Für den Bereich der Aufwendungen für Wohnen und Verpflegung wird entsprechend auf die im Prognos World Report (2013) prognostizierte Entwicklung der preisbereinigten Ausgaben für Wohnen sowie Nahrungsmittel und nichtalkoholische Getränke verwiesen. Für die Ausgabenentwicklung im Bereich Wohnen und Verpflegung wird entsprechend ein realer Anstieg um 3 % (14 %) bis zum Jahr 2020 (2030) zugrunde gelegt.

Heimsogtrend

Beim Heimsogeffekt ergibt sich eine Verschiebung innerhalb der verschiedenen Pflegesettings. Es kommt (bei gleich hoher Zahl von Pflegebedürftigen insgesamt) zu einem (anteiligen) Absinken der Versorgung mit informeller Pflege durch Angehörige, während die Versorgung mit professioneller Pflege im ambulanten sowie im stationären Bereich anteilig zunimmt.

Hackmann und Moog (2010) weisen in diesem Zusammenhang auf die verschiedenen Aspekte hin, die diese Entwicklung begünstigen können.⁷⁸ So wird die informelle Pflege gegenwärtig zu knapp 75 % von Frauen und insgesamt hauptsächlich von den Eltern, dem Partner, den Kindern und der Schwiegertochter geleistet. Dieses Potenzial an informellen Pflegepersonen wird bei einer zukünftig stark steigenden Anzahl an pflegebedürftigen nicht ausreichen, um den heutigen Anteil von ausschließlich informell gepflegten Pflegefällen aufrechtzuerhalten.

Für diese Entwicklung gibt es mehrere Gründe. So wird, bedingt durch die demografische Entwicklung im Allgemeinen und die niedrigen Geburtenraten im Besonderen, pro Pflegefall die Anzahl der Kinder, welche – als dann selbst erwachsene oder bereits alte Menschen – informelle Pflege erbringen könnten, deutlich zurückgehen.⁷⁹ Verstärkend kommt hinzu, dass infolge des demografisch getriebenen Rückgangs der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter die Erwerbsbeteiligung der Frauen steigen wird. Damit wird eine zeitgleiche informelle Pflege immer häufiger mit den Anforderungen des Berufes unvereinbar werden.⁸⁰ Darüber hinaus wird auch das Partnerpflegepotenzial durch den Rückgang der Ehe-

schließungen sowie einen Anstieg der Scheidungswahrscheinlichkeiten weiter schrumpfen.

Nach den Berechnungen für das Basisszenario wird sich der Anteil der Pflegebedürftigen mit stationärer Pflege von gegenwärtig 29 % auf 29,8 % im Jahr 2020 und auf 30,8 % im Jahr 2030 erhöhen. Dieser Effekt kommt durch die Veränderung in der Alterszusammensetzung der Pflegebedürftigen zustande. Ihr durchschnittliches Alter steigt im Zeitverlauf an, und damit erhöhen sich einerseits auch der durchschnittliche Grad der Pflegebedürftigkeit sowie andererseits der Anteil der Personen mit stationärer Pflege. Das gilt, obwohl die differenzierten Pflegewahrscheinlichkeiten in der Projektion konstant gehalten wurden.

Die Analysen von Hackmann und Moog (2010) erwarten trotz der den Heimaufenthalt begünstigenden Aspekte bis zum Jahr 2020 eine vergleichsweise konstante Heimquote, während im weiteren Verlauf bis zum Jahr 2030 ein leichter Anstieg zu verzeichnen sein wird.⁸¹ Die in dieser Studie entwickelte zeitliche Dynamik der Verschiebung der Anteile der Pflegesettings, die über die rein demografisch bedingten Alterungseffekte hinaus geht, wurde hier übernommen.

Alterseinkommen

Neben der gesetzlichen Rente sind Betriebsrenten, Pensionen und Vermögenserträge die wichtigsten Einnahmequellen von Senioren, jedoch dominieren die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung deutlich. Verschiedene Studien kommen zu dem Ergebnis, dass die Alterseinkommen in Deutschland und hierbei insbesondere in den neuen Bundesländern in Zukunft hinter der allgemeinen Einkommensentwicklung zurückbleiben, wenn nicht gar deutlich sinken werden. In diesem Zusammenhang sei auf die Auswertungen von Kumpmann et al. (2012), Geyer und Steiner (2010), Heien et al. (2007), Krenz und Nagl (2009) sowie Frommert und Himmelreicher (2010) verwiesen. Zu einer abweichenden Auffassung kommt der wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie in seinem Gutachten „Altersarmut“ vom November 2012. Siehe dazu den Kommentar von Faik und Köhler-Rama (2013). In den Studien werden allerdings jeweils unterschiedliche Kohorten betrachtet, z.B. betrachten Geyer und Steiner (2010) und Heien et al. (2007) jüngere Kohorten als Kumpmann et al. (2012). Darüber hinaus erfolgt in den Studien eine unterschiedliche Abgrenzung der Alterseinkommensarten. Während Kumpmann et al. (2012) und Heien et al. (2007) versuchen möglichst alle Alterseinkommensarten mit einzubeziehen, konzentrieren sich Geyer und Steiner (2010) nur auf die Anwartschaften in der Gesetzlichen Rentenversicherung. Im Zuge der eingeleiteten Maßnahmen zur Reduzierung des Rentenniveaus wird vielfach befürchtet, dass der Anteil der Transferleistungsbezieher künftig stark zunehmen und sich die Bezahlbarkeit von Mieten für ältere Haushalte verschlechtern

wird.⁸² In der vorliegenden Studie werden unter Verwendung dritter Forschungsergebnisse eigene Berechnungen zur künftigen Entwicklung der Alterseinkommen und ihrer Auswirkungen auf die Anzahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege durchgeführt.

Der Rückgang in den Alterseinkommen lässt sich auch für die älteren Pflegebedürftigen beobachten.⁸³ Diese Entwicklung kann dazu führen, dass sich der Anteil der Armutsgefährdeten unter den älteren Personen erhöht. Sie kann auch dazu führen, dass sich der Anteil der Bezieher von Grundsicherung im Alter unter den älteren Personen erhöht. Wenn Pflegebedürftigkeit und geringe Alterseinkommen gleichzeitig vorliegen, ist es wahrscheinlich, dass sich die Ausgaben für die Sozialhilfeleistung HzP ebenfalls (anteilig) erhöhen.

Die Gründe für die mögliche Zunahme des Anteils von Haushalten mit niedrigen Alterseinkommen, die die privat zu tragenden Kosten der Pflege und Unterbringung nicht abdecken, lassen sich in diesem Zusammenhang wie folgt beschreiben: So sind die zukünftigen Rentnergenerationen von längeren Zeiten der Arbeitslosigkeit sowie mehr prekären Beschäftigungsverhältnissen betroffen als die gegenwärtige Rentnergeneration.⁸⁴ Darüber hinaus wird durch die beschlossenen Rentenreformen sowie die daraus hervorgehende Abschmelzung des Rentenwerts die Gesetzliche Rentenversicherung in Zukunft an Bedeutung für das Alterseinkommen verlieren.⁸⁵

Für die nachfolgenden Berechnungen wird auf die mögliche Entwicklung des Altersarmutrisikos verwiesen. Sie steht stellvertretend für eine zu vermutende generell zunehmende Ungleichheit der Alterseinkommen mit einem steigenden Anteil von Haushalten von Pflegebedürftigen, die die privaten Kosten der Pflege und Unterbringung nicht tragen können. Dabei werden die Ergebnisse von Kumpmann et al. (2012) zugrunde gelegt. Neben den Rentenzahlungen werden weitere Einkommensbestandteile (wie Kapitaleinkünfte sowie der Wohnwert der selbstgenutzten Immobilie) in den Modellierungen berücksichtigt. Kumpmann et al. untersuchen in ihrer Studie die Entwicklung der „armutsgefährdeten“ Personen in der Altersgruppe 65 bis 70 Jahre im Zeitraum der Jahre 2007 bis 2023. Unter der Gruppe der armutsgefährdeten Personen erfassen die Autoren jene Individuen mit einem verfügbaren Einkommen von weniger als 60 % des gesellschaftlichen Medianeinkommens.

Der Anteil der armutsgefährdeten älteren Bevölkerung steigt in diesem Zeitraum von 13,4 % (2007) auf 16,3 % (2023) an. Dies entspricht einem Anstieg um 22 % in einem Zeitraum von 16 Jahren. Unter Fortschreibung der Kohorte um fünf Altersjahre in den Zeitraum der Jahre 2012 bis 2030 lassen sich Ergebnisse für die Altersgruppe 70 bis 77 Jahre ableiten. Für die nachfolgenden Berechnungen wurde vereinfachend unterstellt, dass sich der Personenkreis der Pflegebedürftigen bzgl.

(81)

Nach dem Jahr 2030 steigt diese Quote hingegen deutlich an.

(82)

Dieser Frage wird in dem Ressortforschungsprojekt des BMUB „Lebenslagen und Einkommenssituation älterer Menschen – Implikationen für Wohnungsversorgung und Wohnungsmärkte“ vertiefend nachgegangen.

(83)

Nach den Ergebnissen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008 unterscheiden sich die Einkommen der Haushalte mit Pflegebedürftigen im Durchschnitt nur wenig von denen der Haushalte der älteren Bevölkerung. Der Unterschied bei den Nettoeinkommen ist gering, da die Haushalte mit Pflegebedürftigen einerseits deutlich höhere Einnahmen aus dem Pflegegeld und andererseits deutlich geringere Einnahmen aus öffentlichen Transferzahlungen aufweisen, wie insbesondere den Renten der GRV.

(84)

Vgl. Kumpmann et al. (2012).

(85)

Siehe hierzu die Ausführungen von Müller und Raffelhüschen (2011).

seines Armutsrisikos analog zu dieser Altersgruppe (70 bis 77 Jahre) verhalten wird. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse von Kumpmann et. al. wird sich der Anteil der von Armut gefährdeten Menschen in der pflege-relevanten Altersgruppe 70 bis 77 Jahre in Deutschland ausgehend von dem Jahr 2012 um 11 % (22 %) bis zum Jahr 2020 (2030) erhöhen.

Die voraussichtliche Zunahme der von Armut bedrohten Pflegebedürftigen als Indikator für die Zunahme des Anteils der Haushalte, die die privat zu tragenden Kosten einer stationären Pflege überfordern, hat zur Folge, dass die Zahl der Bezieher der Sozialhilfeleistung HzP im Zeitverlauf deutlich ansteigt. In der Berechnung der Lastenverteilung der Pflegekosten führt dies zu einer Umverteilung von privat zu tragenden Leistungen auf die Leistungen der HzP. Die gesamten Kosten pro Pflegefall bleiben davon unberührt.

8.1.2 Wirkungen auf die Kosten der Pflege und der Unterbringung

Die zuvor beschriebenen Einflussfaktoren (Demografie, Pflegekosten, Heimsogtrend und Alterseinkommen) führen (in unterschiedlichem Ausmaß) zu einem Anstieg der Kosten für Pflege bis zum Jahr 2020 und auch weiter bis zum Jahr 2030. In der Abbildung werden die Einflüsse einzeln dargestellt, indem sie jeweils zu den zuvor berücksichtigten Einflüssen hinzugenommen werden (siehe Abbildung 6 und Abbildung 7).

Unter Berücksichtigung nur der demografischen Veränderungen (Schritt I), steigen die Zahl der Pflegebedürftigen und somit die Gesamtpflegekosten bis zum Jahr 2020 (2030) auf 59,7 Mrd. Euro (70,0 Mrd. Euro) pro Jahr (siehe Tabelle 28 und Tabelle 29). Die Gesamtkosten verteilen sich entsprechend der in Kapitel 6 beschriebenen Systematik auf die verschiedenen Kostenträger.

Ergänzend dazu steigen die realen Kosten unter Berücksichtigung der angenommenen realen Lohnentwicklung und der realen Kostenentwicklung bei Unterkunft und Verpflegung (Schritt II) bis zum Jahr 2020 (2030) auf dann 62,1 Mrd. Euro (79,5 Mrd. Euro).⁸⁶

Unter Berücksichtigung einer möglichen Verlagerung aus der informellen in die professionelle Pflege (Heimsogeffekt) (Schritt III) steigen die Gesamtausgaben bis zum Jahr 2020 (2030) auf 62,3 Mrd. Euro (80,9 Mrd. Euro) an.

Aus Schritt IV zur Wirkung eines Anstiegs des Altersarmutsrisikos ergibt sich keine Zunahme der Gesamtkosten, wohl aber eine Verlagerung von den privat zu tragenden Kosten hin zur Sozialhilfeleistung HzP. So lässt sich ein Anstieg der Sozialhilfezahlungen von 4,2 Mrd. Euro auf 4,7 Mrd. Euro im Jahr 2020 festhalten, während diese Leistung im Jahr 2030 von 5,7 Mrd. auf 6,9 Mrd. Euro ansteigt. Entsprechend dieser Entwicklung gehen

die privat zu tragenden Leistungen mangels eigener Einkommen zurück.

Unter Berücksichtigung der hier aufgeführten Einflussfaktoren (Demografie, Pflegekosten, Heimsogtrend und Alterseinkommen) stellt die aufgezeigte Ausgabenentwicklung die aus heutiger Sicht realistische Entwicklung bis zum Jahr 2020 (2030) dar. Während sich die Einflussfaktoren der demografischen Alterung und des Anstiegs der Pflegekosten nur schwer beeinflussen lassen, bieten die Faktoren des Heimsogtrends und der absinkenden Alterseinkommen Möglichkeiten der Beeinflussung durch die Politik. Eine Reduzierung des Heimsogtrends lässt sich unter anderem durch den altersgerechten Umbau der Wohnung erreichen, während ein Absinken der Alterseinkommen durch eine veränderte Arbeitsmarkt- und Rentenpolitik beeinflusst werden kann. Im folgenden Kapitel werden daher die Ergebnisse einer „Entlastungsvariante“ beschrieben.

8.2 Projektion des Entlastungsszenarios

Nachdem im vorangegangenen Abschnitt die wesentlichen Ausgabentreiber der nächsten Jahre bezogen auf das **Basisszenario** dargestellt wurden, gilt es nachfolgend entlang von drei Maßnahmen das **Entlastungsszenario** für die jeweiligen Kostenträger darzustellen:

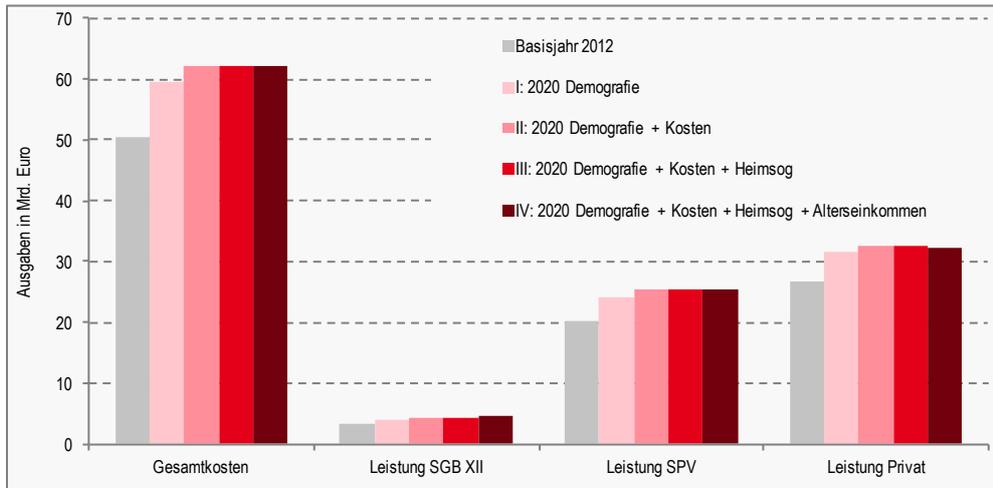
- **A:** Entlastung aus einem vermehrten altersgerechten Umbau, so dass der Anteil der Übergänge in stationäre Pflege reduziert wird,
- **B:** Entlastung über einen besseren Gesundheitszustand, so dass der Eintritt der Pflegebedürftigkeit sich in das höhere Lebensalter verschiebt, sowie
- **C:** Entlastung über Steigerung bzw. bestehende Höhe der Alterseinkommen, so dass ein höherer Anteil der Gesamtkosten der Pflege privat getragen werden kann und die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege sowie die Grundsicherung im Alter vermindert werden.

Die Berechnungen zu den Entlastungswirkungen setzen somit an dem zuvor beschriebenen Ausgabenzenario IV (Demografie + Kosten + Heimsog + Alterseinkommen) an. Hierbei werden die jeweils kumulierten Wirkungen der Entlastungsszenarien dargestellt (siehe Abbildung 8 und 9 sowie Tabelle 30 und 31)

(86)

Die Preisangaben unterliegen in diesem Zusammenhang einer Realbetrachtung.

Abbildung 6
Ausgabenentwicklung bis zum Jahr 2020 in verschiedenen Szenarien



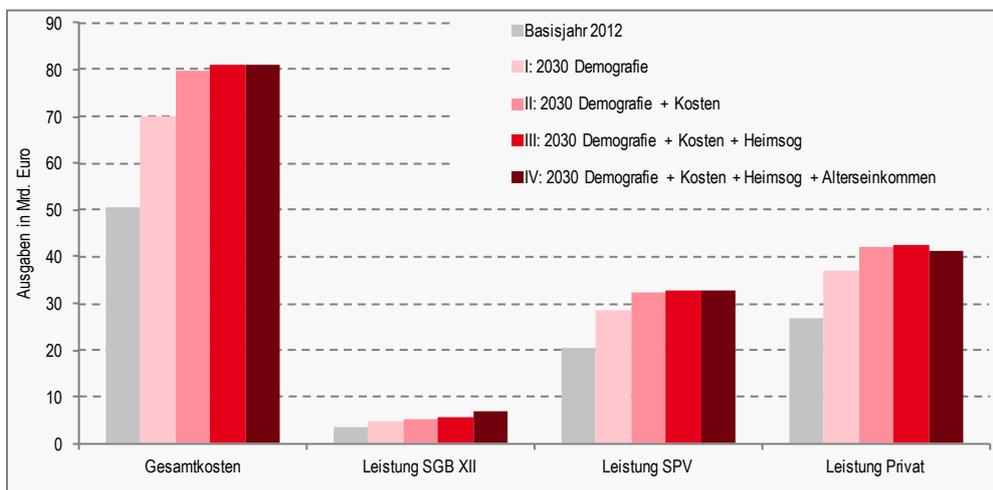
Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf vorangegangenen Ergebnissen.

Tabelle 28
Ausgabenentwicklung bis zum Jahr 2020 in verschiedenen Szenarien

	Gesamtkosten	Leistung SGB XII	Leistung SPV	Leistung Privat
	in Mrd. Euro			
Basisjahr 2012	50,43	3,36	20,41	26,66
I: 2020 Demografie	59,70	4,03	24,15	31,52
II: 2020 Demografie + Kosten	62,13	4,20	25,34	32,59
III: 2020 Demografie + Kosten + Heimsog	62,29	4,22	25,40	32,67
IV: 2020 Demografie + Kosten + Heimsog + Alterseinkommen	62,29	4,68	25,40	32,21

Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf vorangegangenen Ergebnissen.

Abbildung 7
Ausgabenentwicklung bis zum Jahr 2030 in verschiedenen Szenarien



Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf vorangegangenen Ergebnissen.

Tabelle 29
Ausgabenentwicklung bis zum Jahr 2030 in verschiedenen Szenarien

	Gesamtkosten	Leistung SGB XII	Leistung SPV	Leistung Privat
	in Mrd. Euro			
Basisjahr 2012	50,43	3,36	20,41	26,66
I: 2030 Demografie	69,97	4,79	28,35	36,83
II: 2030 Demografie + Kosten	79,54	5,44	32,16	41,93
III: 2030 Demografie + Kosten + Heimsog	80,92	5,66	32,70	42,56
IV: 2030 Demografie + Kosten + Heimsog + Alterseinkommen	80,92	6,88	32,70	41,34

Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf vorangegangenen Ergebnissen.

8.2.1 A: Entlastung über vermehrten altersgerechten Umbau

Entsprechend den im Kapitel 6 beschriebenen Effekten zum altersgerechten Umbau lässt sich zeigen, in welchem Ausmaß sich die künftigen Gesamtpflegekosten durch den flächendeckenden altersgerechten Umbau der Wohnungen von Pflegebedürftigen reduzieren lassen und welche Einspareffekte hieraus für die einzelnen Kostenträger resultieren. Die Kosten für den altersgerechten Umbau sind dabei nicht berücksichtigt worden.

Ausgehend von dem Basisszenario IV (unter Berücksichtigung der Faktoren Demografie, Pflegekosten, Heimsogtrend und Alterseinkommen) wird im Entlastungsszenario modelliert, welche fiskalischen Effekte sich durch die Versorgung mit altersgerechten Wohnungen sowie dem daraus resultierenden längeren Verbleib in der häuslichen Umgebung in den Jahren 2020 bzw. 2030 ergeben würden. Entsprechend den Analysen in Kapitel 6 und 7 wird unterstellt, dass durch den flächendeckenden altersgerechten Umbau der Wohnungen ambulant versorgter Pflegebedürftiger in 15 % der Fälle ein Heimeintritt vermieden werden kann.

Demnach werden durch den vermehrten altersgerechten Umbau die Gesamtpflegekosten von 62,3 Mrd. Euro im Jahr 2020 auf 56,1 Mrd. Euro sinken. Im Jahr 2030 wird sich der Gesamtkostenblock von 80,9 Mrd. Euro auf 73,5 Mrd. Euro reduzieren, was einem Rückgang von etwa 7,5 Mrd. Euro (bzw. 9 %) entspricht.⁸⁶

(86)

Unterschieden nach den verschiedenen Kostenträgern reduzieren sich die Ausgaben der Sozialhilfe um etwa 1 Mrd. Euro, der SPV um 3,5 Mrd. Euro sowie der privaten Träger um etwa 3 Mrd. Euro pro Jahr.

(87)

Unter den Stichworten „Kompressions- vs. Medikalisierungsthese“ geführt.

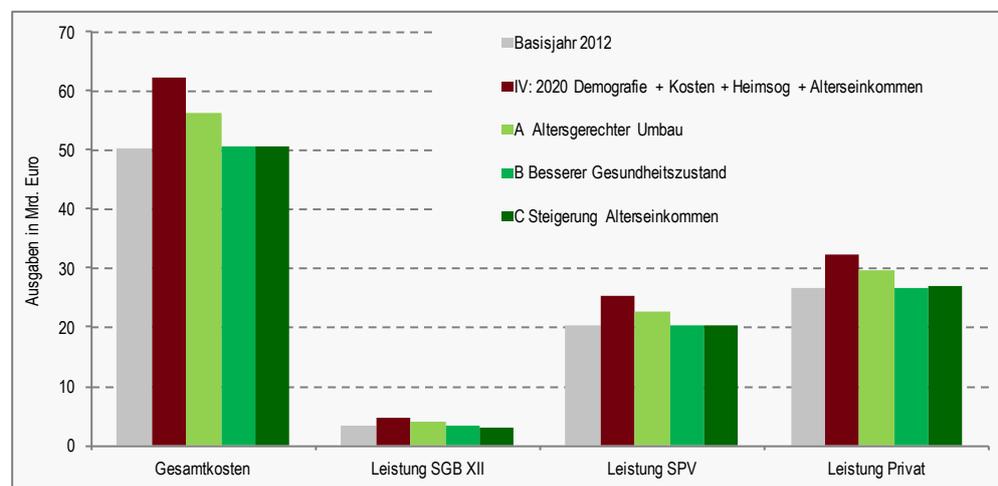
8.2.2 B: Entlastung über besseren Gesundheitszustand

Die bisherigen wissenschaftlichen Studien⁸⁷ zeigen ein sehr heterogenes Bild zur Entwicklung von Pflegebedürftigen aufgrund von Krankheits- bzw. Pflegewahrscheinlichkeiten auf. Im Ergebnis lassen sich aber konstante bzw. leicht sinkende Pflegequoten feststellen. So führt der Zugewinn an Lebenserwartung zwar zu einem etwas späteren Pflegeeintritt, zugleich steigt aber die Verweildauer in Pflege, wodurch sich diese beiden gegenläufigen Effekte aufheben können. Dies ließ sich in der Vergangenheit durch Studien (oder Daten) bestätigen.

In dem hier zugrunde gelegten sehr optimistischen Szenario wird beziffert, wie sich die Ergebnisse verändern, falls es gelingen sollte, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit durch medizinisch-technischen Fortschritt in höhere Altersjahre (Kompressionsthese) hinauszuzögern. Dazu werden in den Berechnungen „sinkende Pflegequoten“ berücksichtigt, und zwar gemäß den Annahmen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2008). Demnach steigt die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2020 auf nur 2,680 Mio. Personen statt 2,974 Mio. Personen gemäß Basisszenario an. Bis zum Jahr 2030 erhöht sich die Zahl der Pflegebedürftigen auf 2,950 Mio. Personen anstatt auf 3,435 Mio. Personen.

In Folge des verbesserten Gesundheitszustands lassen sich (basierend auf dem Entlastungsszenario A) die Gesamtpflegekosten im Jahr 2020 von 56,1 Mrd. Euro auf 50,6 Mrd. Euro weiter reduzieren. Dies entspricht einem Rückgang um 10 %. Für das Jahr 2030 stellt sich gemäß diesem Szenario ein deutlich höherer Einspareffekt von 14 % ein. Demnach reduzieren sich die Gesamtpflegeausgaben von 73,5 Mrd. Euro auf nunmehr 63,1 Mrd. Euro.

Abbildung 8
Entlastungswirkungen bis zum Jahr 2020 in verschiedenen Szenarien



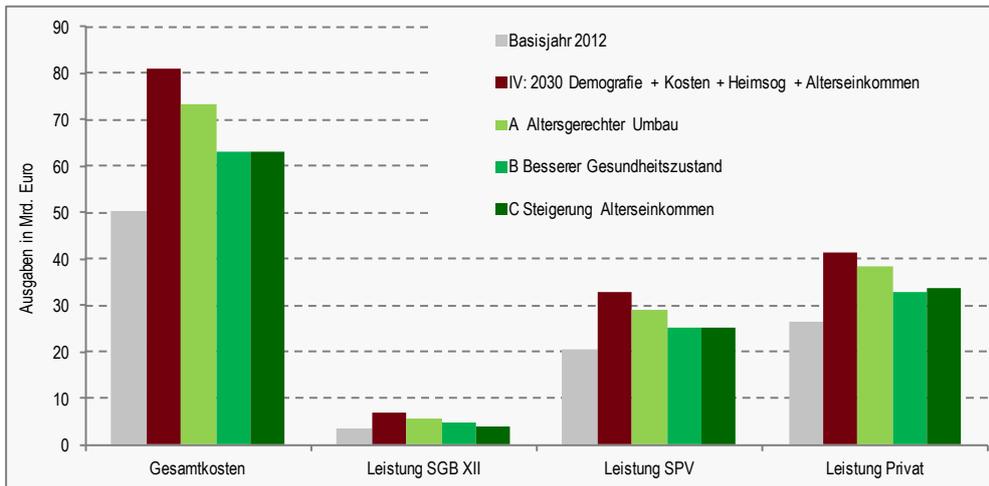
Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf vorangegangenen Ergebnissen.

Tabelle 30
Entlastungswirkungen bis zum Jahr 2020 in sich aufbauenden Szenarien zum Basisjahr 2012

Basisjahr 2012		Gesamt- kosten	Leistung SGB XII	Leistung SPV	Leistung Privat
absolut in Mrd. Euro		50,43	3,36	20,41	26,66
Prognosejahr 2020					
"Szenario IV 2020 Demografie + Kosten + Heimsog + Alterseinkommen"	absolut in Mrd. Euro	62,29	4,68	25,40	32,21
Entlastungsszenario A „Altersgerechter Umbau“	absolut in Mrd. Euro	56,12	3,89	22,53	29,69
	Entlastung in %	9,91%	16,90%	11,28%	7,81%
Entlastungsszenario B „Besserer Gesundheitszustand“	absolut in Mrd. Euro	50,57	3,51	20,31	26,76
	Entlastung in %	9,88%	9,88%	9,88%	9,88%
Entlastungsszenario C „Steigerung Alterseinkommen“	absolut in Mrd. Euro	50,57	3,16	20,31	27,10
	Entlastung in %	0,00%	9,76%	0,00%	-1,28%

Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf vorangegangenen Ergebnissen.

Abbildung 9
Entlastungswirkungen bis zum Jahr 2030 in verschiedenen Szenarien



Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf vorangegangenen Ergebnissen.

Tabelle 31
Entlastungswirkungen bis zum Jahr 2030 in sich aufbauenden Szenarien zum Basisjahr 2012

Basisjahr 2012		Gesamt- kosten	Leistung SGB XII	Leistung SPV	Leistung Privat
absolut in Mrd. Euro		50,43	3,36	20,41	26,66
Prognosejahr 2030					
"Szenario IV 2030 Demografie + Kosten + Heimsog + Alterseinkommen"	absolut in Mrd. Euro	80,92	6,88	32,70	41,34
Entlastungsszenario A „Altersgerechter Umbau“	absolut in Mrd. Euro	73,46	5,85	29,25	38,36
	Entlastung in %	9,22%	15,03%	10,55%	7,20%
Entlastungsszenario B „Besserer Gesundheitszustand“	absolut in Mrd. Euro	63,08	5,02	25,12	32,94
	Entlastung in %	14,13%	14,13%	14,13%	14,13%
Entlastungsszenario C „Steigerung Alterseinkommen“	absolut in Mrd. Euro	63,08	4,13	25,12	33,83
	Entlastung in %	0,00%	17,79%	0,00%	-2,71%

Quelle: Prognos Berechnungen basierend auf vorangegangenen Ergebnissen.

8.2.3 C: Entlastung über gleichbleibendes relatives Niveau der Alterseinkommen

Auf Grundlage des Basisszenarios werden in diesem Abschnitt die fiskalischen Entlastungswirkungen dargestellt, wenn es gelingt, die Zunahme von armutsgefährdeten Personen im Zeitraum der Jahre 2020 bzw. 2030 abzumildern. Insofern impliziert dieses Szenario die Umsetzung von wirkungsvollen Maßnahmen zur Vermeidung eines Absinkens der Alterseinkommen.

Im Rahmen der hier dargestellten Analyse der Kostenträgerschaft in der Pflege lässt sich mit einer Umsetzung von wirkungsvollen Maßnahmen dieser Art aber lediglich eine Umverteilung zwischen den einzelnen Kostenträgern erreichen.

Insofern würde eine Entlastung durch HzP von 3,5 Mrd. Euro auf 3,2 Mrd. Euro im Jahr 2020 bzw. von 5,0 Mrd. Euro auf 4,1 Mrd. Euro im Jahr 2030 resultieren. Im Gegensatz dazu sind entsprechende Mehrbelastungen durch die privaten Haushalte zu tragen, die aufgrund ihrer Alterseinkommen nun weniger von Armut betroffen sind.

8.3 Fazit

Die Ausgaben für Pflege und Unterbringung werden vor dem Hintergrund der hier aufgeführten Einflussfaktoren (Demografie, Pflegekosten, Heimsogtrend und Alterseinkommen) von 50,4 Mrd. Euro im Jahr 2012 auf 62,3 Mrd. Euro (bis zum Jahr 2020) bzw. 80,9 Mrd. Euro (bis zum Jahr 2030) ansteigen. Dies entspricht einer prozentualen Steigerung bis zum Jahr 2020 (2030) um 24 % (60 %).

Von den einzelnen Faktoren bedingt die demografische Entwicklung den größten Ausgabenzuwachs (ca. 39 %

bis zum Jahr 2030) gefolgt von dem Anstieg der Pflegekosten (ca. 14 % bis zum Jahr 2030) und dem Heimsogtrend (ca. 2 % bis zum Jahr 2030) während der Rückgang der Alterseinkommen zu keinem weiteren Ausgabenanstieg sondern zu einer Umverteilung zwischen den Trägern der Sozialhilfe (+22 %) und der privaten Haushalte (-3 %) führt.

Ausgehend vom Ausgabeniveau im Jahr 2020 (2030) unter Berücksichtigung aller aufgeführten Einflussfaktoren (Demografie, Pflegekosten, Heimsogtrend und Alterseinkommen) führen die Entlastungswirkungen (altersgerechter Umbau, besserer Gesundheitszustand und Steigerung der Alterseinkommen) zu einem Rückgang der Pflege- und Unterbringungskosten. Unter Berücksichtigung aller drei Entlastungswirkungen wird es möglich, das Ausgabeniveau von 62,3 Mrd. Euro (im Jahr 2020) bzw. 80,9 Mrd. Euro (im Jahr 2030) auf nunmehr 50,6 Mrd. Euro (im Jahr 2020) bzw. 63,1 Mrd. Euro (im Jahr 2030) zu reduzieren. Dies entspricht einer prozentualen Entlastung bis zum Jahr 2020 (2030) von 19 % (22 %).

Von den verschiedenen Entlastungswirkungen birgt der verbesserte Gesundheitszustand das größte Entlastungspotenzial (ca. 14 %) gefolgt von dem Einsparpotenzial durch den altersgerechten Umbau von 9 % (im Jahr 2030). Durch den altersgerechten Umbau bestehen somit aus Sicht des Staates im Jahr 2030 erhebliche Einsparpotenziale (Sozialhilfe: 15 % und Soziale Pflegeversicherung: 11 %). Eine Steigerung der Alterseinkommen wird zu keiner weiteren Entlastung der Gesamtkosten der Pflege und Unterbringung führen. Die Sozialhilfeträger werden allerdings um 18 % entlastet, während der Beitrag der privaten Haushalte aufgrund der gestiegenen Alterseinkommen um 3 % ansteigt.

9 Rahmenbedingungen und Handlungsoptionen zur Beeinflussung der Pflegesettings auf kommunaler Ebene

Die Ergebnisse der vorstehenden Kapitel haben verdeutlicht, dass durch das hier im Zentrum des Interesses stehende altersgerechte Umbauen von Wohnungen, aber auch durch Veränderungen auf anderen Handlungsfeldern, die gesamtwirtschaftlichen Kosten der Pflege entlastet werden können. Dabei richtet sich die Aufmerksamkeit oftmals auf die Kommunen als handlungsfähige Akteure, die vor Ort auf vielfältige Weise Einfluss nehmen können. Im Folgenden werden die für diese Bereiche bestehenden Rahmenbedingungen und Handlungsoptionen der Kommunen allgemein dargestellt. Zudem werden für eine Reihe ausgewählter Kommunen in Momentaufnahmen die tatsächlichen Aktivitäten beleuchtet.

Trotz der in Teilen stattfindenden Verlagerung sozialpolitischer Aufgaben auf die zentralstaatliche Ebene sind die Kommunen in erster Linie zuständig für die soziale und infrastrukturelle Daseinsvorsorge der Bürgerinnen und Bürger aller Bevölkerungsgruppen. Der fünfte Altenbericht⁸⁸ spricht in diesem Zusammenhang von einer kommunalen Vorleistungsverpflichtung. Diese besondere Zuständigkeit der Kommunen ist explizit politisch gewollt. Föderalismus- und Subsidiaritätsprinzip als tragende Elemente der politischen und gesellschaftlichen Ordnung in der Bundesrepublik weisen den Kommunen als kleinsten politischen Einheiten grundsätzlich Verantwortlichkeiten zu.⁸⁹ Im Einzelnen sind die gesetzlichen Aufgaben, die sich daraus ableitenden finanziellen Verpflichtungen und die Handlungsoptionen der Kommunen im Rahmen des SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) und SGB XII (Sozialhilfe) jedoch entweder unbestimmt oder unübersichtlich. Dabei wird an zehn Beispielkommunen exemplarisch dargestellt, wie sich Kommunen, die sich in unterschiedlichen demografischen und finanziellen Situationen befinden, der Aufgaben annehmen.

9.1 Aufgaben und Instrumente der Kommunen in Bezug auf Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung und der Sozialhilfe

9.1.1 Aufgaben und Instrumente der Kommunen im Rahmen des SGB XI (SPV)

Im Diskurs über Alter und Pflege wird zunehmend die kommunale Planung bemüht. Viele Bundesprogramme richten sich an die Kommunen, z. B. „Freiwilligendienste aller Generationen“. Bei den gesetzlichen Regelungen zu Pflegestützpunkten (§ 92c SGB XI) werden die Kommunen als wichtige Partner angesprochen. Die Landespflegegesetze einiger Länder verpflichten zur kommunalen Pflegeplanung. Es ist zu vermuten, dass die Kommu-

nen ein großes Potenzial an Regelungskompetenz besitzen. Bei näherer Betrachtung der Regelungen und den daraus erwachsenden Handlungsmöglichkeiten zeigt sich allerdings, dass dies nur eingeschränkt der Fall ist – zumindest in einem klassischen Planungsverständnis.⁹⁰

Die Vorzeichen für die Kommunalpolitik und die Sozialplanung haben sich in den letzten Jahren geändert: Im Bereich der Pflege ist eine klassische Bedarfsplanung mit Richtwerten für Pflegeheime und Pflegedienste seit Einführung der Pflegeversicherung, aber auch unter europarechtlichen Vorzeichen, obsolet geworden.⁹¹ Neue Instrumente der Einflussnahme auf die Infrastrukturentwicklung in der Pflege sind gefragt. Aufgrund knapper finanzieller Ressourcen werden im Wesentlichen an Steuerung (Governance) orientierte Handlungsansätze angewendet, die auf Vernetzung, Moderation, Gewährleistung, aber nicht auf Gewährung ausgerichtet sind.⁹²

Die Kompetenzen und Aufgaben der Kommunen variieren je nachdem, wie sie in den entsprechenden **Landespflegegesetzen** der einzelnen Bundesländer Erwähnung finden. Tabelle 34 im Anhang gibt einen Überblick über die aktuellen Landespflegegesetze in den einzelnen Bundesländern. Zu beachten ist, dass Sachsen als einziges Bundesland kein Landespflegegesetz erlassen hat.

Trotz des Verbots der Praxis der **Bedarfsplanung** im Rahmen der **Investitionskostenförderung** durch das Urteil des Bundessozialgerichtes vom Juni 2001 sehen einige Landespflegegesetze und die entsprechenden Verordnungen bis heute Bedarfsplanung und Investitionskostenförderung vor. Es ist davon auszugehen, dass entsprechende Anpassungen der Landespflegegesetze an die geänderte Rechtslage noch ausstehen. Dementsprechend werden den Kommunen noch heute per Landesgesetz Aufgaben in diesem Bereich zugeschrieben, die sie nicht wahrnehmen können.

In den meisten Landesgesetzen wird das **Zusammenwirken aller verantwortlichen Akteure**, u. a. auch der Landkreise und kreisfreien Städte, gefordert. Die meisten Länder delegieren zudem die **Gewährleistung der pflegerischen Grundversorgung**, d. h. die im Rahmen des SGB XI verpflichtende Versorgung, an die Kommunen alleine oder im Zusammenwirken mit den anderen Akteuren. Ausnahme bilden die Landespflegegesetze von Hessen und Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und dem Saarland. In den anderen Ländern, die Grundversorgung in der Pflege an die Kommunen delegieren, gibt es jeweils spezifische Varianten hinsichtlich der Verant-

(88)

Vgl. BMFSFJ (2006).

(89)

Vgl. Naegele (2010).

(90)

Vgl. Klie und McGovern (2010).

91)

Vgl. Klie und Pfundstein (2010).

(92)

Vgl. Klie (2010).

wortung der Kommunen für die gesetzlich erforderliche Grundversorgungsstruktur.

Zwar haben die Kommunen mit der Einführung der Pflegeversicherung die Kompetenz für das Thema Pflege verloren, dennoch bleiben ihnen Möglichkeiten der Steuerung. Zu unterscheiden sind im kommunalen Planungszusammenhang Gestaltung-, Gewährleistungs- und Gewährleistungsaufgaben der Kommunen: Zentral ist die Gestaltungsfunktion, die Beteiligung aller wesentlichen Sektoren und Akteursgruppen an der Kommunalentwicklung - die sog. Governance.⁹³

Generelle kommunale Gestaltungsmöglichkeiten im Bereich der wohnortnahen Pflegeinfrastruktur

Für die Gestaltung einer lokalen Pflegeinfrastruktur haben die Kommunen vielfältige Handlungsmöglichkeiten. Insbesondere können sie planen, steuern, entscheiden, initiieren und sich beteiligen.⁹⁴

Planen: Planung erfolgt im Bereich der Pflegeinfrastruktur vorrangig durch Sozialplanung. Dabei hat sich das Planungsverständnis der Sozialplanung verändert. Um das Ziel einer integrierten Sozialplanung zu erreichen, werden andere Bereiche in der Kommune (z.B. Wohnungsbau, Wirtschaftsförderung, ÖPNV, Bauleitplanung) regelhaft mit einbezogen.

Entscheiden: Für die Gestaltung der lokalen Pflegeinfrastruktur relevante Entscheidungen können insbesondere auf Verwaltungs- und Ratsebene getroffen werden. Politisch ist eine Entscheidung für die aktive Gestaltung einer demografiefesten Pflegeinfrastruktur erforderlich. Auf Verwaltungsebene (z.B. bei der Ausführung des Bauordnungs- oder Gewerbebereichs) sind Entscheidungen an diesem Ziel auszurichten.

Steuern: Steuerung geschieht im Pflegeinfrastrukturbereich vorrangig durch die aktive Gestaltung einer sozialen Infrastruktur im Vorfeld von und bei Pflegebedürftigkeit. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass im SGB XI keine und in den Landespflegegesetzen sowie insgesamt im Bereich der Altenhilfe nur wenige inhaltliche Vorgaben für die Kommunen existieren. Die Gestaltungsspielräume sind also insgesamt groß.

Initiieren: Das Initiieren von Angeboten und Kooperationen ist insbesondere dort erforderlich, wo sich passgenaue Angebote oder Kooperationsstrukturen nicht entwickelt haben. Kommunen sollten sich nicht zurückziehen, wenn andere Akteure (z.B. Pflegekassen, Leistungserbringer, bürgerschaftliches Engagement) bereits tätig geworden sind oder für Teilbereiche keine Finanzierungszuständigkeit besteht, sondern sollten gemeinsam mit den anderen Akteuren die Entwicklung passgenauer Angebote oder Kooperationen initiieren und begleiten.

Aktiv kooperieren: Beteiligung der Kommune ist im Sinne einer aktiven Kooperation mit allen Akteuren in der Kommune (örtlich wie überörtlich) und einer Vernetzung mit Akteuren in der Region zu verstehen. Diese Kooperationen sind vor Ort verbindlich zu gestalten.

Klassische Planungen orientieren sich an Richtwerten, die den Bedarf an Pflegeplätzen ausweisen und an allgemeine Zielsetzungen für die kommunale Altenhilfe festhalten. Diese entsprechen nicht mehr einem modernen, an Governance orientierten Planungsansatz. Ein heute als angemessen zu bezeichnender Planungsansatz berücksichtigt in gleichgewichtiger Weise empirische Daten, fachliche Expertise und Partizipation.⁹⁵

9.1.2 Aufgaben und Instrumente der Kommunen im Rahmen der „Hilfe zur Pflege“ und weiterer Sozialhilfeleistungen

Die Kommunen sind insbesondere auch als Träger der Sozialhilfe angesprochen. Von Interesse ist daher, inwieweit die verschiedenen bundes- und landesrechtlichen Regelungen ihnen hierbei eigene Aufgaben zuweisen und von welcher Ebene die Ausgaben für die HzP letztlich getragen werden. Die Sachlage ist kompliziert. In den bundesrechtlichen Vorschriften sind generelle Regeln für die Zuständigkeiten gegeben, die greifen, wenn keine davon abweichenden landesrechtlichen Regelungen getroffen wurden. Allerdings finden sich in den Landesgesetzen davon abweichende aber geltende Regelungen. Auch in den landesrechtlichen Regelungen, in denen die weitere Aufgabenteilung geregelt ist, findet sich diese Konstruktion häufig (generalisierende Auffang-Regelung auf Landesebene, davon abweichende Gestaltung auf kommunaler Ebene). Außerdem kann die Zuständigkeit je nach den verschiedenen Arten der Sozialhilfe variieren, so dass sich insgesamt ein dichtes Geflecht an speziellen, vorrangigen sowie allgemeinen, nachrangigen Regelungen ergibt. Grundsätzlich ist dabei zwischen überörtlichen und örtlichen Trägern der Sozialhilfe zu unterscheiden, sowie – in Kombination damit – zwischen den verschiedenen Kapiteln des SGB XII.

Örtliche und überörtliche Träger der Sozialhilfe

§ 3 SGB XII Abs. 1 legt fest, dass bei der Sozialhilfe generell zwischen örtlichen und überörtlichen Trägern zu unterscheiden ist. Gemäß § 3 SGB XII Abs. 2 handelt es sich als bundeseinheitliche Auffangregelung bei den örtlichen Trägern der Sozialhilfe um „die kreisfreien Städte und die Kreise, soweit nicht nach Landesrecht etwas anderes bestimmt wird.“ Abs. 3 dieses Paragraphen regelt zudem, dass es Ländersache ist, die überörtlichen Träger der Sozialhilfe zu bestimmen. Tabelle 35 im Anhang gibt einen Überblick über die überörtlichen Träger der Sozialhilfe nach Bundesländern. Dies sind beispielsweise Kommunalverbände, Senate, Landesämter.

(93)

Vgl. Klie und McGovern (2010).

(94)

Vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2011).

(95)

Vgl. Klie und McGovern (2010).

Während in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen die Kommunen die überörtlichen Träger der Sozialhilfe sind, haben in den übrigen Bundesländern die Länder selbst bzw. die entsprechenden Stadtstaaten die überörtliche Trägerschaft inne.

Sachliche Zuständigkeit der Träger der Sozialhilfe

Bei der Aufteilung der Zuständigkeiten auf örtliche und überörtliche Träger ist außerdem nach den verschiedenen Leistungen der Sozialhilfe zu unterscheiden. Die sachliche Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe wird nach Landesrecht bestimmt. Enthält das Landesrecht keine Bestimmung, dann ist der überörtliche Träger der Sozialhilfe gemäß § 97 SGB XII Absatz 3 u.a. zuständig für Leistungen der HzP.

Die Zuständigkeiten der Kommunen bei der Sozialhilfe sind je nach Bundesland sehr unterschiedlich ausgestaltet. In den meisten Ländern teilen sich die örtlichen und der überörtliche Träger die Aufgaben der Verwaltung und der Finanzierung bzw. unterstützen sich ggf. gegenseitig. Dass die Zuständigkeit nur bei einem der beiden Träger liegt, ist eher die Ausnahme. Entsprechend uneinheitlich sind auch die spezifischen Landesregelungen hinsichtlich der HzP.

Kostenträger der Sozialhilfe

Falls den Landkreisen und kreisfreien Städten die sachliche Zuständigkeit für ein Kapitel der Sozialhilfe zugewiesen ist, sind sie auch Träger der mit den entsprechenden Aufgaben anfallenden Kosten der Sozialhilfe. Andernfalls liegt die Verantwortung für die Kosten bei den jeweils zuständigen (überörtlichen) Trägern. Je nach Bundesland unterschiedlich geregelt ist die Erstattung der Ausgaben der Landkreise und kreisfreien Städte durch das Land und ggf. auch durch den Bund. In einigen Landesgesetzen wird explizit dargestellt, ob und, wenn ja, welche Art von Kosten den Trägern der Sozialhilfe von den Ländern erstattet werden.

Bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, einer Leistung im Vierten Kapitel des SGB XII, die im Rahmen der Rechnungen des Kapitels 6 und 8 angesprochen wurde, werden die Kommunen in ihrer Funktion als örtlicher Sozialhilfeträger künftig durch den Bund nachhaltig entlastet. Die Leistung erstreckt sich auf Personen, die 65 Jahre und älter oder die erwerbsgemindert nach den Regeln des SGB VI sind. Wenn deren eigene Einkommen und die der anderen Mitglieder ihrer Bedarfsgemeinschaft geringer sind als die Mittel, die für ihre physische Existenz und für ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben unerlässlich sind, dann werden sie durch die Leistung auf das Mindestmaß aufgefüllt. Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung umfassen u.a. die Regelsätze sowie die Auf-

wendungen für Unterkunft und Heizung (§ 42 SGB XII). Die bisherige Bundesbeteiligung an den Ausgaben der Kommunen für die Leistung wurde schrittweise auf eine vollständige Erstattung aller Nettoausgaben des laufenden Kalenderjahres ab dem Jahr 2014 angehoben.⁹⁶ Die Ausgaben betragen für das Jahr 2011 4,583 Mrd. Euro. Im Vergleich sind dazu für die Leistung „Hilfe zur Pflege“ 3,577 Mrd. Euro im Jahr 2011 ausgegeben worden.⁹⁷

Als weitere Leistung der Sozialhilfe sind die Kommunen mit der „Altenhilfe“ angesprochen. In § 71 SGB XII als „Soll-Leistung“ konzipiert, liegt es im Ermessen der Kommunen entsprechende Leistungen zur Gestaltung einer regionalen altersgerechten Infrastruktur bereit zu stellen. Die Altenhilfe dient dem Zweck, jene Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen (§ 71 Abs. 1 Satz 2 SGB XII). Als Leistungen der Altenhilfe kommen insbesondere in Betracht:

- a) Leistungen zu einer Betätigung und zum gesellschaftlichen Engagement, wenn sie vom alten Menschen gewünscht wird,
- b) Leistungen bei der Beschaffung und zur Erhaltung einer Wohnung, die den Bedürfnissen des alten Menschen entspricht,
- c) Beratung und Unterstützung in allen Fragen der Aufnahme in eine Einrichtung, die der Betreuung alter Menschen dient, insbesondere bei der Beschaffung eines geeigneten Heimplatzes,
- d) Beratung und Unterstützung in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste,
- e) Leistungen zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung, der Bildung oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dienen,
- f) Leistungen, die alten Menschen die Verbindung mit nahe stehenden Personen ermöglichen.

Brutto wurden im Jahr 2012 für alle aufgeführten Leistungen der Altenhilfe zusammen bundesweit etwa 8 Mio. Euro⁹⁸ verausgabt. Die Ausgaben für den Zweck Beschaffung oder Erhaltung einer altersgerechten Wohnung sind nicht einzeln ausgewiesen, es wäre ein entsprechender Bruchteil dieser Ausgabenposition anzusetzen. Auf Grund der vergleichsweise geringen fiskalischen Bedeutung dieser Leistungsform wurden die Zahlungen der Altenhilfe für den altersgerechten Umbau im Rahmen der Studie nicht weiter berücksichtigt.

(96)

BMF (2013).

(97)

Vgl. Statistisches Bundesamt (2012c).

(98)

Vgl. Statistisches Bundesamt (2012c).

9.2 Problemwahrnehmung und Handlungsfelder in ausgewählten Regionen

In dem vorliegenden Kapitel wird aus der Perspektive der Regionen dargestellt, wie sie sich der Herausforderung prospektiv steigender Zahlen von Pflegebedürftigen sowie einer zunehmenden Zahl von Haushalten stellen, die mit den privat zu tragenden Kosten der stationären Pflege überfordert sind. Bei entsprechender Kostenträgerschaft der Kreise und kreisfreien Städte kann dies zu einer stark steigenden Belastung der kommunalen Haushalte durch die HzP führen. Die regionale Ebene der Untersuchung sind die Kreise und kreisfreien Städte. Bei den im Folgenden vorgestellten Ergebnissen handelt es sich um Potenziale und Tendenzen. Die Beurteilung der Ergebnisse gestaltet sich zudem aufgrund der unübersichtlichen Rahmenbedingungen (siehe Anhang III) schwierig.

Methodik

Zunächst wurden alle Kreise und kreisfreien Städte in Deutschland anhand von sechs Indikatoren bewertet. Die Indikatoren sind Demografie & Pflege,⁹⁹ Armut & Pflege,¹⁰⁰ Verschuldung der Region,¹⁰¹ Siedlungsstruktur,¹⁰² Bevölkerungsdynamik¹⁰³ und Bundesland.

Damit wurde es möglich, jene Kreise zu identifizieren, die besonders stark bzw. schwach von der demografischen Alterung und/oder von hohen Belastungen im Rahmen der HzP bei gleichzeitig geringem Finanzierungsspielraum betroffen sind. Daraus ergaben sich drei Gruppen von Regionen: Kategorie 1 („am wenigsten betroffen“), Kategorie 2 („mittelmäßig betroffen“) und Kategorie 3 („am stärksten betroffen“).

Aus jeder der drei Gruppen wurden 10 Kreise und kreisfreie Städte ausgewählt, denen ein Fragebogen zugesandt wurde. Als Verantwortliche für das Ausfüllen der Fragebögen wurde die Leitung der zuständigen Abteilungen im Landratsamt (i.d.R. Sozialämter) angeschrieben. Mit dem Fragebogen wurden die Regionen nach ihren Einschätzungen und Plänen befragt. 10 Regionen haben geantwortet. Die Antworten sind im Folgenden nach den Kategorien ausgewertet, denen die Regionen zugeordnet sind.

Die für die Kategorie 1 („am wenigsten betroffene Regionen“) ausgewerteten Ergebnisse beruhen auf Angaben aus Erlangen und Ulm. Für die mittlere Kategorie 2 stehen die Auswertungen der Kreise Offenbach, Schleswig-Flensburg und Dithmarschen sowie der kreisfreien Städte Mainz und Erfurt zur Verfügung. Die dritte Kategorie („am stärksten betroffene Regionen“) ist durch Duisburg und Primasens sowie dem Werra-Meißner-Kreis besetzt. Im regionalen Vergleich finden sich folglich jeweils zwei Kreise aus den Bundesländern Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz sowie Schleswig-Holstein. Hin-

zu kommt je ein Kreis aus den Ländern Nordrhein-Westfalen und Thüringen.

Ergebnisse

Aus der Befragung ergibt sich, dass die Datenlage über das Vorhandensein von bereits altersgerechter Wohnungen in den Regionen als vergleichsweise schlecht eingestuft werden kann. Auch dem Bund liegen keine regionalisierbaren Statistiken zum altersgerechten Wohnungsbestand vor. Einige Regionen schätzen den Anteil der Privathaushalte mit altersgerechtem Wohnraum mit etwa 5 % ein. Das könnte dafür sprechen, dass dort die Ergebnisse der KDA-Studie¹⁰⁴ bekannt sind und als „Anker“ verwendet werden. Allerdings bezieht sich der Anteil von 5,2 % in der KDA-Studie auf alle Seniorenhaushalte (über 65 Jahre) mit altersgerechtem Wohnraum in Deutschland. Es ist zudem zu vermuten, dass den Angaben der Kreise und kreisfreien Städte unterschiedliche Definitionen von „altersgerechtem Wohnraum“ zugrunde liegen.

Die Auskünfte der Regionen zum Anteil von Privathaushalten mit einer pflegebedürftigen Person, die in altersgerechten Wohnungen leben, sind sehr dürftig und heterogen. Die angegebenen Werte liegen zwischen 3 % und 20 %. Die KDA-Studie beziffert den Anteil der deutschen Seniorenhaushalte mit einer pflegebedürftigen Person, die in altersgerechten Wohnungen leben, auf 7,7 %. Wird lediglich von „weitgehend altersgerechten Wohnungen“ (schwächere Definition) ausgegangen, beträgt der Anteil in der KDA-Studie dagegen 20,5 %. Damit liegen die Angaben der befragten Regionen in etwa im Bereich der Werte aus der KDA-Studie.

Die Datenlage in den Regionen, was die heutigen Pflegeformen der Versorgung der Pflegebedürftigen in den Kreisen und kreisfreien Städten angeht, scheint dem gegenüber sehr gut zu sein. (Nur eine Region kann keine Angaben machen, verweist allerdings auf die Pflegekasse.) Die Ergebnisse der Pflegestatistik sind in den Regionen anscheinend geläufig.

In nahezu allen Regionen werden Anstrengungen zur Förderung des längeren Verbleibs von älteren Personen in der häuslichen Wohnung durch **Unterstützung baulicher Maßnahmen** unternommen. In Tabelle 32 werden die entsprechenden Antworten aufgelistet, die eine Vielfalt von Maßnahmen erkennen lassen. Tendenziell werden in den Regionen mit den größten zukünftigen Herausforderungen die wenigsten bzw. keine baulichen Maßnahmen durchgeführt, um pflegebedürftigen Menschen einen längeren Verbleib in der häuslichen Pflege zu ermöglichen.

Zudem werden in allen zehn Regionen Maßnahmen zur **Kooperation und Vernetzung** für einen längeren Verbleib in der häuslichen Pflege umgesetzt. Insgesamt zeigt sich, dass die Akteure gut vernetzt sind, jedoch

(99)

Anteil der Bevölkerung über 75 Jahre an der Bevölkerung unter 75 Jahren im Jahr 2025 entsprechend der regionalisierten Bevölkerungsprognose des BBSR.

(100)

Anteil der Empfänger von HzP an den stationär Pflegebedürftigen im Jahr 2009 entsprechend den Ergebnissen der Pflegestatistik.

(101)

Öffentliche Schulden je Einwohner im Verhältnis zu den Steuerzahlungen je Einwohner im Jahr 2008.

(102)

Ballungszentren vs. dünn besiedelte Regionen im Jahr 2008 entsprechend der Gebietstypisierung des BBSR.

(103)

Entwicklung der Bevölkerungszahl im Zeitraum der Jahre 2009 bis 2025 gemäß der Bevölkerungsprognose des BBSR.

(104)

Vgl. BMVBS (2011).

gibt es auch hier Regionen, bei denen eine besonders intensive Vernetzung vorliegt. Insbesondere das Konzept von Pflegekonferenzen ist weit verbreitet, vereinzelt werden aber auch spezielle Seniorenbetreuerinnen/-betreuer und Altenplanerinnen und -planer eingesetzt.

Acht der zehn Regionen geben Maßnahmen zur **Stärkung der informellen Pflege** an. Beispielsweise werden Pflegeberatungen oder Gesprächskreise für Angehörige angeboten. In Tabelle 33 sind die Antworten wiedergegeben.

Möglichkeiten zur **Wohnberatung** gibt es in neun von zehn Regionen. Vier Regionen können eine umfassende Wohnberatung vorweisen. Je nach Region unterscheidet sich die Form der Wohnberatung in ihrem Umfang und in ihrer inhaltlichen Ausrichtung erheblich. Während die Wohnberatung in einigen Regionen individuell und im Einzelfall erfolgt bzw. vereinzelt im Zusammenhang mit anderen Beratungsangeboten durchgeführt wird, besteht in anderen Regionen eine sehr gut entwickelte spezielle Infrastruktur für Wohnberatung. Beraten wird u.a. zur technischen Machbarkeit und Finanzierung von Wohnungsanpassungsmaßnahmen, Hilfsmitteln und Pflegeangeboten. Dabei werden auch Kontakte zu Vermietern von altersgerechten Wohnungen, Wohnprojekten, Anbietern von Betreuungsleistungen und qualifizierten Handwerkern vermittelt.

In allen drei Regionen-Kategorien spielen insbesondere Pflegestützpunkte, aber auch Senioren- und Behindertenberatungen und -verbände sowie Verbraucherberatungen als Anlaufstellen eine wichtige Rolle. Die Angebote variieren ebenfalls stark nach Trägerschaften: Städte und Landkreise (u.a. Sozialamt, Wohnungsamt), Wohnungswirtschaft oder Wohlfahrtsverband.

Ausgabenentwicklung der untersuchten Städte und Kreise

Alle Regionen rechnen damit, dass sich die Anteile der Pflegesettings in Zukunft von der informellen Pflege zur ambulant professionellen und stationären Pflege verschieben werden.

Die Regionen, die eine Schätzung hinsichtlich der Entwicklung der Alterseinkommen relativ zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung abgeben, kommen einheitlich zu dem Schluss, dass der Anteil der Bezieherinnen und Bezieher von HzP an den Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2025 zunehmen wird. Einige Regionen halten eine Schätzung jedoch für zu spekulativ bzw. nicht hinreichend verlässlich möglich und geben keine Einschätzung ab.

Was die Wirkung der Maßnahmen auf die Entwicklung der Pflegesettings angeht, rechnen die Regionen mehrheitlich damit, dass mit den bereits angegangenen Maßnahmen der Anstieg bei der stationären Pflege gedämpft

Tabelle 32
Bauliche Maßnahmen der untersuchten Städte und Kreise

Am wenigsten betroffene Regionen	Mittelmäßig betroffene Regionen	Am stärksten betroffene Regionen
Öffentliche Förderung von Wohnungsanpassung	Finanzielle Förderung von Wohnungsanpassungen in Privathaushalten	Wohnbauförderung
Neubau seniorengerechter Wohnanlagen durch die städtische Wohnbaugesellschaft	Finanzielle Unterstützung auf Antrag im Einzelfall für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen aus Mitteln der Sozialhilfe	Fachkonzept zur Gewinnung strategischer Planungsgrundlagen (wie z.B. strategische Zielaussagen für die künftige Entwicklung der Region im Bereich „Wohnen“)
Bereitstellung von Grundstücken für Mehrgenerationenhäuser/ Wohnanlagen für Betreutes Wohnen	Schaffung ambulanter Wohngruppen für Menschen mit Demenz	Schaffung von geeignetem Wohnraum, u.a. durch die städtische Wohnungsbaugesellschaft in Kooperation mit dem Sozialamt
Auf städtischen Grundstücken für Geschosswohnungsbau wird nach DIN-Norm barrierefrei gebaut	Schaffung von barrierefreien Wohneinheiten im Bebauungsverfahren	
Ausbau eines bedarfsgerechten Angebots an Betreutem Wohnen in allen Stadtteilen	Bei Sanierung/Neubau schafft die städtische Wohnungsbaugesellschaft grundsätzlich barrierearmen bis barrierefreien Wohnraum	
Förderung von Seniorenwohnemeinschaften	Bauleitplanung zur Beratung der kreisangehörigen Gemeinden, damit altersgerechtes Bauen in Neubaugebieten berücksichtigt wird	
	Umsetzungsmanagement der wichtigen Wohnungsunternehmen: Sozialarbeiter betreuen ältere Mieter	
	Bei der Sanierung wird die altersgerechte Ausstattung beachtet, bei Wohnungsbauförderung wird besonderes Augenmerk auf Förderung von alters- und behindertengerechtem Wohnungsbau gelegt	
	Einrichtung von Concierge-Diensten	

Quelle: Eigene Darstellung.

wird, der abnehmende Trend bei der informellen Pflege aber dennoch nicht aufzuhalten ist.

Insgesamt ergibt sich die Tendenz, dass mit der Betroffenheit einer Region auch die Ausgaben für sozial bedürftige Pflegefälle steigen. Laut den Angaben der befragten Regionen werden sich im Durchschnitt Ausgaben für sozial bedürftige Pflegefälle von rd. 4,9 Mio. Euro pro 100.000 Einwohner bis 2025 ergeben. Für die Schätzung spielt die Erwartung insbesondere in den am stärksten betroffenen Regionen (Kategorie 3) eine entscheidende Rolle, dass die Alterseinkommen künftig hinter der allgemeinen Entwicklung zurück bleiben. Der statistische Durchschnitt von Ausgaben für sozial bedürftige Pflegefälle über alle Regionen in Deutschland ist mit 4,1 Mio. Euro pro 100.000 Einwohner von vergleichbarer Größenordnung.

Schlussfolgerungen

Grundsätzlich stellten sich die Fragen, inwieweit direkte „materielle Anreize“ in Form von verminderten Ausgaben für Hilfe zur Pflege sich auf die Intensität der Anstrengungen der Regionen zur Verminderung des Überganges in

Tabelle 33
Maßnahmen zur Stärkung der informellen Pflege der untersuchten Städte und Kreise

Am wenigsten betroffene Regionen	Mittelmäßig betroffene Regionen	Am stärksten betroffene Regionen
Städtische Pflegeberatung im Sozialamt	Beratungsangebote zum Thema Demenz	Begleitung, Beratung und Unterstützung Angehöriger durch Pflegestützpunkte und Seniorenbüros
Umfangreiche Angebote zur Angehörigenberatung (weitgehend städtisch finanziert), diverse Maßnahmen von Kirchengemeinden und Verbänden zur Beratung, Schulung oder Unterstützung von Angehörigen	Gesprächskreis für Angehörige	Spezielle Angebote für pflegende Angehörige (z.B. Wellnessstag)
Umfassende und neutrale Beratung durch den Pflegestützpunkt	Niedrigschwellige Betreuungsangebote	
Sozialdienst für Ältere	Selbsthilfegruppen zu verschiedenen Themen/Krankheitsbildern	
Verschiedene institutionell geförderte, teils ehrenamtliche Beratungsstellen und Projekte	Beratung durch Pflegestützpunkte	
Öffentlichkeitsarbeit von Stadt, Fachbereich und Pflegestützpunkt	Förderung sozialräumlich organisierter Nachbarschaftshilfe	
	Förderung von Pflegewohngemeinschaften	
	Pflegeberatung durch die Pflegeberatungsstelle des Fachdienstes	
	Gezielte Informationen bzw. rechtliche Hinweise zu Rahmenbedingungen an Multiplikatoren (z.B. Seniorenbeiräte)	
	Einrichtung eines Pflegenetzes: Vernetzung der Beratungs-, Hilfs- und Betreuungsangebote im Bereich der Pflege und Senioren	

Quelle: Eigene Darstellung.

stationäre Pflege auswirken, und wie die Anstrengungen sich in verminderten Fallzahlen pflegebedürftiger Personen auswirken. Dies war mit dem hier verfolgten Untersuchungsansatz nicht zu leisten. Tendenziell werden in den Regionen mit den größten zukünftigen Herausforderungen die baulichen Maßnahmen bzw. Eingriffe zur Stärkung der informellen Pflege am wenigsten durchgeführt. Die Wohnberatung sowie die Kooperation und Vernetzung der Akteure scheinen dagegen in fast allen Regionen aller Kategorien verbreitet zu sein. Angebote zur Wohnberatung unterscheiden sich allerdings je nach Region erheblich in ihrem Umfang und in ihrer Spezifität.

Die Datenlage in den Regionen bezüglich des Anteils bereits altersgerecht umgebauter Wohnungen, sowohl von Privathaushalten insgesamt als auch von Haushalten mit Pflegebedürftigen, kann als vergleichsweise schlecht eingestuft werden. Die Einschätzungen der Befragten sind allerdings als vergleichsweise realistisch zu beurteilen, was u.a. auch an der Verbreitung der KDA-Studie im Auftrag des BMVBS zum bundesweiten Bestand und Bedarf altersgerechter Wohnungen liegen könnte.

Von Seiten der Regionen besteht eine verhalten positive Einschätzung zur Wirkung der ergriffenen Maßnahmen auf die Vermeidung von stationärer Pflege und der weiteren Ermöglichung von ambulanter Pflege. Die Befragten rechnen mehrheitlich mit einer Zunahme des Anteils der Bezieherinnen und Bezieher von HzP an den Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2025, schätzen diese Zunahme jedoch sehr unterschiedlich ein.

Durch die Befragung ergibt sich die Tendenz, dass mit der Zahl der Pflegebedürftigen in einer Region auch die Ausgaben für sozial bedürftige Pflegefälle steigen. Die Regionen erwarten von den ergriffenen Maßnahmen eine Abfederung der weiter ansteigenden Ausgaben. Dabei wird in den meisten Fällen damit gerechnet, dass sich die Maßnahmen auch finanziell lohnen, da die durch die Maßnahmen entstehenden Kosten tendenziell als geringer eingeschätzt werden als die Einsparungen bei den Ausgaben.

10 Resümee und Handlungsempfehlungen

Altersgerechte Wohnraumanpassung entlastet öffentliche und private Kassen

Eine speziell altersgerecht ausgestattete Wohnung bewohnt heute nur die Minderheit der älteren Bevölkerung. Ähnlich lässt sich die Situation bei älteren Haushalten mit pflegebedürftigen Personen beschreiben. Nach den Ergebnissen der vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) durchgeführten BMVBS-Studie „Wohnen im Alter“ aus dem Jahr 2011 lebt diese Gruppe von Haushalten mit einem Anteil von 7,7 % in altersgerecht ausgestatteten Wohnungen. Aus dieser Situation einer Unterversorgung von Pflegebedürftigen mit altersgerechten Wohnungen ergeben sich sowohl hohe Kosten als auch erhebliche Einsparpotenziale.

Die vorliegende Studie liefert zwar keine eigene Einschätzung zum Bedarf an altersgerechten Wohnungen. Sie ergänzt die KDA-Ergebnisse jedoch um die möglichen fiskalischen Effekte für die Zielgruppe der Pflegebedürftigen.

Allein bezogen auf den Kreis der Pflegebedürftigen, für den belastbare statistische Daten und Studienergebnisse vorliegen, kann der Heimeintritt von etwa 15 % verhindert werden, wenn bereits im Jahr 2012 alle rd. 1,8 Mio. häuslich versorgten Pflegebedürftigen in einer altersgerechten Wohnung gelebt hätten. D.h. die Zahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen wäre von 735.000 auf etwa 473.000 Personen gesunken.

Daraus würden Einsparungen bei der Unterbringung und Pflege in Höhe von etwa 5,2 Mrd. Euro jährlich resultieren, weil die Kosten für ambulante Pflege aufgrund der geringeren Personalintensität sowie die Einbindung von Angehörigen und ehrenamtlichem Engagement die günstigere Versorgungsform darstellt. Darüber hinaus sind bei den Unterbringungskosten die „Hotelkosten“ der stationären Pflege höher als die entsprechenden Ausgaben in der eigenen Wohnung.

Von den Einsparungen entfielen 2,2 Mrd. Euro auf die privaten Haushalte und 3,0 Mrd. Euro auf die staatlichen Träger der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der Sozialhilfe nach SGB XII (Hilfe zur Pflege und Grundsicherung im Alter). Aufgrund der demografisch bedingten Zunahme der Pflegebedürftigen, der Entwicklung der Pflegekosten sowie des steigenden Trends zur stationären Pflege als Folge der zunehmenden Singularisierung älterer Menschen kann das Gesamteinsparpotenzial bis zum Jahr 2030 auf bis zu 7,5 Mrd. Euro pro Jahr ansteigen, wenn zumindest für alle häuslich versorgten Pflegebedürftigen eine altersgerechte Wohnung zur Verfügung stünde.

Mit Hilfe von Stellschrauben wurden verschiedene Maßnahmen definiert, die es den relevanten Entscheidungsträgern ermöglichen sollen, unerwünschte Entwicklungen (wenn möglich) abzuwenden bzw. ungenutzte Potenziale auszuschöpfen. So wird u.a. analysiert, in welchem Ausmaß sich durch bauliche Maßnahmen ein Übergang in ein stationäres Pflegeheim hinauszögern oder sogar verhindern lässt. Eine weitere Stellschraube ist ein verbesserter Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung. Die entsprechenden Ergebnisse des Basisszenarios sowie der Einflussnahme durch den Einsatz verschiedener Stellschrauben sind schließlich Gegenstand eines Entlastungsszenarios.

Förderinstrumente zum altersgerechten Umbau aufstocken

Zur Förderung des altersgerechten Umbaus standen bzw. stehen mit den Leistungen für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen nach § 40 SGB XI sowie dem Förderprogramm der KfW „Altersgerecht Umbauen“ zwei staatliche Instrumente zur Verfügung. Während sich die präventive KfW-Förderung ausdrücklich an alle Nutzergruppen (Vermieter, Selbstnutzer, Mieter) ohne Einschränkung durch Lebensalter oder Gesundheitszustand richtete, beschränkt sich die Subjektförderung gemäß SGB XI auf den Kreis der pflegebedürftigen Akutfälle. Für beide Förderinstrumente gilt, dass sich die Kosten bei einer entsprechenden Nutzung der umgebauten Wohnung über die Einsparungen bei den Pflegekosten amortisieren. Aus der Perspektive des staatlichen Trägers amortisieren sich die Pflegekosten aufgrund seiner vergleichsweise geringen Kostenbeteiligung deutlich eher als aus Sicht der privaten Haushalte. Daher würden sich selbst bei einer Verbesserung der Förderung für den altersgerechten Umbau die staatlichen Ausgaben für Pflege- und Unfallkosten reduzieren.

Die Ergebnisse der Untersuchung belegen sowohl volkswirtschaftlich als auch zielgruppenbezogen eindeutig den Nutzen einer intensivierten staatlichen Förderung beider Instrumente. Zugleich kann das private Interesse am rechtzeitigen altersgerechten Umbau aus Wirtschaftlichkeitsüberlegungen erheblich gesteigert werden.

Zur Beschleunigung des Prozesses bedarf es verlässlicher staatlicher Förderanreize, insbesondere mit Blick auf den längeren Zeitbedarf älterer Haushalte für eine Investitionsentscheidung. Beim Vergleich der beiden Förderinstrumente spricht für die KfW-Förderung, dass in diesem Programm der altersgerechte Umbau vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit realisiert werden kann. Hierdurch werden der präventive Charakter der Förderung gestärkt und zugleich Vorzüge des altersgerechten Wohnens während der gesamten Nutzungsdauer generiert (z.B. Wohnkomfort, Werterhaltung bzw. -sicherung). Da-

her sollte der Anreiz für private Investoren zum altersgerechten Umbau durch eine erneute Mittelausstattung des KfW-Programms durch den Bund sowohl in der Darlehens- als auch in Zuschussvariante verstärkt werden. Für selbstnutzende Eigentümer, zu denen mit steigender Tendenz mehr als die Hälfte der Seniorenhaushalte zählen, hat das KfW-Zuschussprogramm besondere Bedeutung.

Kommunale Ebene unterstützen

Obwohl Teile sozialpolitischer Aufgaben auf zentrale staatliche Ebenen verlagert werden, sind in erster Linie die Kommunen für die soziale und infrastrukturelle Daseinsvorsorge der Bürgerinnen und Bürger aller Bevölkerungsgruppen zuständig. Föderalismus- und Subsidiaritätsprinzip als tragende Elemente der politischen und gesellschaftlichen Ordnung in der Bundesrepublik weisen den Kommunen als kleinste politische Einheit grundsätzlich Verantwortlichkeiten zu. Im Einzelnen sind die gesetzlichen Aufgaben, die sich daraus ableitenden finanziellen Verpflichtungen und die Handlungsoptionen der Kommunen im Rahmen des SGB XI (SPV) und SGB XII (Sozialhilfe) jedoch entweder unbestimmt oder unübersichtlich.

Die in der vorliegenden Studie exemplarisch untersuchten Beispiele zeigen, wie unterschiedlich sich Kommunen in ihrer jeweiligen demografischen und finanziellen Situationen, den Herausforderungen altersgerechter Wohnungs- und Infrastrukturanpassung stellen.

Dabei könnten die Kommunen als handlungsfähige Akteure vor Ort auf vielfältige Weise Einfluss auf das altersgerechte Umbauen von Wohnungen aber auch auf andere Handlungsfelder nehmen, die gesamtwirtschaftlich zu Entlastungen bei den Kosten der Pflege führen.

Es wäre daher zu prüfen, inwieweit die (beschränkten) Handlungsoptionen der Kommunen noch stärker mit bundeseinheitlichen Fördermaßnahmen des altersgerechten Umbaus verknüpft und durch diese unterstützt werden können.

Wohnungsanpassungshilfen transparenter gestalten

Für Menschen mit Behinderung und/oder Mobilitätseinschränkungen ist ein selbstbestimmtes Leben und Teilhabe in Gesellschaft und Arbeitsleben ganz wesentlich von ihrer Wohnsituation abhängig. Zum Leistungsangebot der Rehabilitationsträger, Integrationsämter und Pflegekassen gehören deshalb auch Wohnungshilfen. Die Regelungen des Sozialrechts sind jedoch kompliziert und die Trägerschaft der einzelnen Hilfen für die Betroffenen kaum überschaubar. Folglich besteht ein hoher individueller Beratungsbedarf, der aber nicht flächendeckend verfügbar ist. Auch fehlen Informationen, in welchem Umfang diese Hilfen die Wohnsituation der

Anspruchsberechtigten nachhaltig verbessern. Eine Wirkungsanalyse des wohnungsbezogenen Regelwerks mit dem Ziel, die Hilfsangebote des Sozialrechts transparenter zu gestalten oder zu bündeln, scheint dringend geboten.

Datenlage verbessern

Die Datenlage hinsichtlich des Bestands an altersgerechten Wohnungen ist als unzureichend einzustufen und dringend verbesserungsbedürftig. Wie die vorliegende Analyse deutlich macht, bestehen zur Beantwortung der Forschungsfragen erhebliche Schwierigkeiten und Defizite. Während die Datenbasis für den Kreis der Pflegebedürftigen und deren Verweildauer (nach Pflegestufen und Versorgungsformen) sowie die daraus resultierenden Pflegekosten vergleichsweise gut ist, ergeben sich erhebliche Datendefizite bei der Thematik „Pflege und Wohnen“. Aufgrund dieser schwierigen Ausgangslage wurden eigene empirische Modelle entwickelt, die sich auf Annahmen aus wissenschaftlich fundierten Studien und Datenauswertungen berufen. Die vorgestellten Ergebnisse können erstmals Potenziale der altersgerechten Wohnungsanpassung auf Basis der verfügbaren Daten aufzeigen.

In Zukunft sollten daher Schritte unternommen werden, um die Datenlage hinsichtlich des bereits vorhandenen Bestands und dem Bedarf an altersgerecht umgebauten Wohnungen zu verbessern. Weiterhin ist das Wohnverhalten von mobilitätseingeschränkten und pflegebedürftigen Personen genauer zu untersuchen. In diesem Zusammenhang sollte eine standardmäßige Übernahme eines entsprechenden Fragenkatalogs in regelmäßige Befragungen (wie MZ, SOEP) umgesetzt werden. Auch die Erfassung der Haushalte mit Pflegebedürftigen im Mikrozensus sollte verbessert werden. Bedauerlich ist auch, dass die Statistik über häusliche Unfälle seit dem Jahr 2000 nicht mehr fortgeführt wurde.

Wirksamkeit von altersgerechtem Umbau und der Wohnberatung evaluieren

Die Datenlage zum Wirkungsgrad und zur Effizienz der umgebauten Wohnungen zu verbessern, ist ebenfalls erstrebenswert. Die Evaluation sollte hierbei im Sinne einer dezidierten Bewertung der Einzelbausteine (Maßnahmen) für den Barriereabbau und deren Wirkungsgrad auf den längeren häuslichen Verbleib erfolgen. Zeitgleich wäre eine entsprechende Analyse der Kosten altersgerechter Umbaumaßnahmen – unterteilt nach den Einzelbausteinen der Förderung – sowie eine abschließende Kosten-Nutzen-Abwägung bzw. Renditebetrachtung für verschiedenen Maßnahmen durchzuführen.

Darüber hinaus ist es erforderlich, die bestehende Wohnberatung sowie die durch die Beratung ausgelösten altersgerechten Umbauten einer umfassenden wissenschaftlich fundierten Evaluation zu unterziehen. In

diesem Zusammenhang sollte die regionale Verteilung sowie deren Einbindung in öffentliche Aufgaben thematisiert werden. Bisher ist keine flächendeckende Beratungsinfrastruktur in Deutschland verfügbar. Untersuchungsziel sollte schließlich deren Wirkung auf den Verbleib der Bewohner in der bisherigen Wohnung sein.

Neben den altersgerechten Umbaumaßnahmen der bestehenden Förderprogramme ist auch der Einsatz von Technischen Assistenzsystemen (AAL) im Rahmen von Wohnungsanpassungen zu berücksichtigen.

Langfristige Effekte des altersgerechten Umbaus prüfen

Während die vorliegende Studie die direkt messbaren Einsparungen aus Sicht der an den Pflege- und Unterbringungskosten beteiligten Kostenträger aufgezeigt hat, sind in Ergänzung dazu die Folgewirkungen des altersgerechten Umbaus von Wohngebäuden im Zeitablauf zu ermitteln. In diesem Zusammenhang ist insbesondere festzustellen, welche dauerhaften Wertsteigerungen sich für den Investor bei Vermietung oder Verkauf der Immobilie ergeben. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, welche Personengruppen (bewegungseingeschränkte Personen, Familien mit kleinen Kindern, Behinderte etc.) zukünftiger Generationen in der altersgerecht umgebauten Immobilie wohnen werden und zu spezifizieren, in welcher Weise diese von der Barrierefreiheit oder Barrierearmut profitieren. In der Tendenz ist davon auszugehen, dass sich die in dieser Studie aufgezeigte positive Bewertung von altersgerechten Umbaumaßnahmen durch die Langfristperspektive und die damit verbundenen Nutzensteigerungen zukünftiger Generationen in Zukunft weiter verbessern wird.

Finanzierbarkeit von altersgerechtem Umbau berücksichtigen

Die Kosten des altersgerechten Umbaus weisen je nach baulichem Zustand des Gebäudes eine große Spannweite auf. Zwar erhöht die Beseitigung von Barrieren die Nutzungs- und Lebensqualität der Bewohner, jedoch lassen sich die Investitionskosten weder beim Mieter noch beim selbstnutzenden Eigentümer durch direkte Einsparungen – wie bei der energetischen Sanierung – refinanzieren. Inwieweit der Zugewinn an Wohnqualität auch die Werthaltigkeit der Immobilie erhöht, wird maßgeblich von ihrem Standort und der jeweiligen Wohnungsmarktsituation beeinflusst. Bei Investitionsentscheidungen zugunsten altersgerechter Bestandsanpassungen spielen daher aus Sicht des Vermieters neben der bes-

seren Vermietbarkeit der Wohnungen und der Mieterzufriedenheit zugleich die Vermeidung von Fluktuation und Leerstand eine Rolle. Aus Sicht der selbstnutzenden Eigentümer sind eher Nutzungskomfort und Wertentwicklung wichtig. In jedem Fall gibt die Finanzierbarkeit der Maßnahmen den entscheidenden Ausschlag.

Daher stellt sich vor dem Hintergrund künftiger relativ zurückbleibender Alterseinkommen die Frage nach der finanziellen Belastungsgrenze der Haushalte. Künftige Analysen sollten daher noch stärker den Haushaltskontext (Anzahl der Personen, regionale Lage, Einkommens- und Vermögenssituation etc.) der relevanten Personen berücksichtigen. Dabei ist auch zu evaluieren, welche Belastungen sich für die verschiedenen Haushaltgruppen durch altersgerechte Umbaumaßnahmen, energetische Gebäudesanierung sowie durch Kombination beider Maßnahmen ergeben. Das Ziel sollte darin bestehen, die Hemmnisse für den altersgerechten Umbau aus Sicht der relevanten Bevölkerungsschichten zu ermitteln, um darauf aufbauend die Förderinstrumente ggf. nachsteuern zu können.

Förderinstrumente zur Wohnraumanpassung weiterentwickeln

Die zur Ausweitung des Angebots an alters- und behindertengerechten Wohnungen bestehenden Förderinstrumente richten sich an jeweils unterschiedliche Zielgruppen – das KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“ an alle interessierten Immobilienbesitzer und die Leistungen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds gemäß § 40 SGB XI ausschließlich an pflegebedürftige Personen. In der vorliegenden Studie wird der Förderbedarf in der Übergangsphase, d.h. der noch nicht, aber absehbar pflegebedürftig werdenden Personen, hervorgehoben. Sowohl aus Sicht der Wissenschaft als auch aus Perspektive der im Rahmen der Studie befragten Experten liegt das größte, bislang noch wenig beforschte Potenzial von Wohnungsanpassungen zur Vermeidung und Verzögerung einer kostenintensiven stationären Pflege in der Vorstufe zur Pflegestufe I. Insofern sollte der präventive Charakter von altersgerechtem Umbau in Zukunft noch stärker herausgearbeitet werden. In diesem Zusammenhang könnten die Leistungsgrenzen des § 40 SGB XI geprüft werden. Zudem könnte eine stärkere Einbindung der Kranken- und Pflegekassen bei der Prävention sowie bei Vorsorge- und Nachsorgemaßnahmen zweckdienlich sein.

Abkürzungsverzeichnis

AAL	Technische Assistenzsysteme (Ambient Assisted Living)
ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens (activities of daily living)
BA	Bundesagentur für Arbeit
BADL	Basic Activities of Daily Living
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMUB	Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit
BMVBS	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
DIN	Deutsches Institut für Normung
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EVS	Einkommens- und Verbrauchsstichprobe
GdW	Bundesverband deutscher Wohnungs- und Immobilienunternehmen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
HzP	Hilfe zur Pflege
IADL	Instrumental activities of daily living
ICF	Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ILSE	Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MuG	Möglichkeiten und Grenzen (selbständiger Lebensführung im Alter)
MZ	Mikrozensus
SGB	Sozialgesetzbuch
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SOEP	Sozioökonomisches Panel
SPV	Soziale Pflegeversicherung

Literaturverzeichnis

An der Heiden et al. (2012), Demografischer Wandel – Auswirkungen auf die Bauwirtschaft durch steigenden Bedarf an stationären und ambulanten Altenpflegeplätzen, Abschlussbericht, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie.

Angelini und LaFerrere (2008), Home, Houses and Residential Mobility, in: Börsch-Supan et al. (2008), First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007): Starting the Longitudinal Dimension, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

BBSR (2012), Raumordnungsprognose 2030, Bevölkerung, private Haushalte, Erwerbspersonen, Reihe Analysen Bau.Stadt.Raum, Band 9.

Becker (2012), Finanzielle Mindestsicherung und Bedürftigkeit im Alter, Zeitschrift für Sozialreform, 58 (2), S. 123-148.

Bellmann et al. (2013), Struktur der Beschäftigung und Entgeltentwicklung in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen – 2004 bis 2008, Sozialer Fortschritt, 62 (3), S. 77-87.

BMFSFJ (2008), Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE), Abschlussbericht anlässlich der Fertigstellung des dritten Messzeitpunktes.

BMFSFJ (2006), Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen, Berlin.

BMF (2013), Bundespolitik und Kommunalfinanzen, Monatsbericht, August 2013.

BMG (2011), Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ (MuG V), Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des BMG, von TNS Infratest Sozialforschung München.

BMVBS (2011), Wohnen im Alter – Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf, Schriftenreihe Forschungen, Heft 147, Berlin.

BMVBS (2013), Altersgerecht umbauen – Mehr Lebensqualität durch weniger Barrieren, Juli 2013.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2009), Empfehlungen für Hilfen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung nach § 102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe d SGB IX in Verbindung mit § 22 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung, Fassung vom 23.01.2009.

Bundesregierung (2013a), Lebenslagen in Deutschland, Der Vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, März 2013.

Bundesregierung (2013b), Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung, Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, August 2013.

Dapp et al. (2012), Ressourcen und Risiken im Alter – Die LUCAS-I Marker zur Klassifizierung älterer Menschen als FIT, pre-FRAIL und FRAIL, Validierung und erste Ergebnisse aus der Longitudinalen Urbanen Kohorten-Alters-Studie (LUCAS), Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 4/2012, S. 262-270.

Drey et al. (2011), The frailty syndrome in general practitioner care, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 44(1), S. 48-54.

Faik und Köhler-Rama (2013), Anstieg der Altersarmut?, Wirtschaftsdienst 2013(3), S. 159-163.

Fried et al. (2001), Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype, Journal of Gerontology: Medical Sciences, 56(3), M 146-M 156.

Frommert und Himmelreicher (2010), Sinkende Rentenanwartschaften – vor allem in den neuen Bundesländern, Analysen zur Entwicklung der Altersrenten in Deutschland. Informationsdienst Soziale Indikatoren, Ausgabe 43, Januar 2010.

GdW (2013), Medieninformation Nr. 42/13 vom 17.06.2013.

GKV-Spitzenverband (2008), Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG), Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften vom 01.07.2008 (aktuelle Fassung vom 13.04.2011).

Geyer und Steiner (2010), Erwerbsbiografien und Alterseinkommen im demografischen Wandel – eine Mikrosimulationsstudie für Deutschland, DIW Berlin – Wirtschaftspolitik kompakt, 55.

Häcker et al. (2008), Die Soziale Pflegeversicherung: Eine Generationenbilanz, Peter Lang, Frankfurt..

Häcker et al. (2011a), Soziale Pflegeversicherung heute und morgen – mit nachhaltigen Reformen aus der Krise, Studie im Auftrag des Deutschen Instituts für Altersvorsorge.

Häcker et al. (2011b), Pflegereform 2010, Karenzzeiten in der Sozialen Pflegeversicherung, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 100(3), S. 347-367.

Häcker und Hackmann (2012), LOS(T) in Long-term Care: Empirical Evidence from German Data 2000-2009, Health Economics, 21(12), S. 1427-1443.

Hackmann und Moog (2009), Die Auswirkungen der steigenden Lebenserwartung auf die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in Deutschland, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 98, S. 73-89.

Hackmann und Moog (2010), Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage, Zeitschrift für Sozialreform, Heft 01/2010, S. 113-137.

Hackmann (2010), Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer, Sozialer Fortschritt, 59(9), S. 235-244.

Hauck und Noftz (wird laufend aktualisiert), Sozialgesetzbuch (SGB) XI, Soziale Pflegeversicherung, Loseblatt-Kommentar.

Hauser (2012), Invalidität und Armut, Deutsche Rentenversicherung, Heft 1/2012, S. 17-30, Frankfurt am Main.

Heien et al. (2007), Altersvorsorge in Deutschland 2005 – Forschungsprojekt im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Berlin: TNS Infratest Sozialforschung.

IAB Autorengemeinschaft (2013), Kerstin Bruckmeier, Johannes Pauser, Regina T. Riphahn, Ulrich Walwei, Jürgen Wiemers, Mikroanalytische Untersuchung zur Abgrenzung und Struktur von Referenzgruppen für die Ermittlung von Regelbedarfen auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Juni 2013.

Iwarsson und Slaug (2010), Housing Enabler – A Method for Rating/Screening and Analysing Accessibility Problems in Housing, second, revised edition, Manual for the complete instrument and Screening Tool.

Kholodilin und Mense (2012), Ein Instrument zur Messung der Preisentwicklung auf dem Wohnungsmarkt, Das Beispiel Berlin, DIW Wochenbericht, Nr. 16.

Klein et al. (1997), Altenheimbewohner in Deutschland: Sozialstrukturelle Charakteristika und die Wahl des Heims, Zeitschrift für Gerontologie, 30, S. 54-67.

Klein und Salaske (1994), Determinanten des Heimeintritts im Alter und Chancen seiner Vermeidung – Eine Längsschnittuntersuchung für die Bundesrepublik Deutschland, Zeitschrift für Gerontologie, 27, S. 442-455.

Klie und McGovern (2010), Planung, Steuerung und Finanzierung kommunaler Politik für das Leben im Alter, in: Bischof und Weigl (Hrsg.) (2010), Handbuch innovative Kommunalpolitik für ältere Menschen, Hand- und Arbeitsbücher 17, Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V., Berlin.

Klie und Pfundstein (2010), Kommunale Pflegeplanung zwischen Wettbewerbsneutralität und Bedarfsorientierung: Am Beispiel der Pflegestrukturplanung des Landes Rheinland-Pfalz, AGP - Alter.Gesellschaft.Partizipation, Institut für angewandte Sozialforschung im FIVE - Forschungs- und Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule Freiburg e. V., Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 43(2), S. 91-97.

Klie (2010), Alter und Kommune, Gestaltung des demographischen Wandels auf kommunaler Ebene, AGP - Alter.Gesellschaft.Partizipation, Institut für angewandte Sozialforschung im FIVE - Forschungs- und Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule Freiburg e. V., Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 43(2), S. 75-76.

Kreieder und Holeczek (2002), Unfallverletzungen in Heim und Freizeit im Jahr 2000 – Repräsentativbefragung in Deutschland, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Sonderschrift.

Krenz und Nagl (2009), A Fragile Pillar, Statutory Pensions and the Risk of Old-Age Poverty in Germany, Finanzarchiv 66(4), 419-441.

Kruse (1992), Konflikt- und Belastungssituationen stationärer Einrichtungen der Altenhilfe und Möglichkeiten ihrer Bewältigung, Stuttgart.

Kumpmann et al. (2012), Armut im Alter – Ursachenanalyse und eine Projektion für das Jahr 2023, Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 232/1, S. 61-83.

Lindert (2010), Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung, Fachkonferenz am 21. November 2008 in Berlin in Kooperation mit dem bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit.

Macklai et al. (2013), Prospective association of the SHARE-operationalized frailty phenotype with adverse health outcomes: evidence from 60+ community-dwelling Europeans living in 11 countries, BioMed Central Geriatrics, 13 (3).

Mahne et al. (2010), Wohnqualität und Wohnmobilität in der zweiten Lebenshälfte, Kurzbericht des Deutschen Alterssurveys 2008, Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Müller und Raffelhüschen (2011), Demografischer Wandel: Künftige Handlungsoptionen für die deutsche Rentenpolitik, IZA Standpunkte, 40, Bonn: Institut zur Zukunft der Arbeit (IZA).

Naegele (2010), Kommunen im demographischen Wandel: Thesen zu neuen An- und Herausforderungen für die lokale Alten- und Seniorenpolitik, Institut für Gerontologie, Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Dortmund, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 43(2), S. 98-102.

Niepel (1999), Wohnberatung: Erfolge, Wirkungsvoraussetzungen und Qualitätssicherung, Bericht im Modellprojekt „Wohnberatung für Bürgerinnen und Bürger in NRW“, 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 et al. (2008), Das europäische Projekt ENABLE-AGE: Der Zusammenhang von Wohnen und gesundem Altern, in: Zank und Hedtke-Becker (Hrsg.), Generationen in Familie und Gesellschaft im demografischen Wandel – Europäische Perspektiven, Stuttgart (Kohlhammer), S. 71-85.

Prognos (2012), Pflegelandschaft 2030, Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V.

Prognos (2014), Prognos World Report, erscheint demnächst.

Rothgang et al. (2011), BARMER GEK Pflegereport 2011 – Schwerpunktthema: zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 11.

Rothgang et al. (2012), BARMER GEK Pflegereport 2012 – Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 17.

Schneekloth und von Törme (2009), Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung, in: Schneekloth und Wahl (Hrsg.), Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen (MuG IV), Stuttgart: Kolhammer.

Schneekloth und Wahl (Hrsg.) (2005), Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III), Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten, integrierter Abschlussbericht im Auftrag des BMFSFJ, München.

Schüssler et al. (2012), Armut unter der älteren Bevölkerung in der Europäischen Union, Studie im Auftrag des Forschungsnetzwerkes Alterssicherung, FNA-Journal, 2/2012.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010), Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2/2010.

Statistisches Bundesamt (2009), Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin.

Statistisches Bundesamt (2011a), Pflegestatistik 2009 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse.

Statistisches Bundesamt (2011b), Statistik der Sozialhilfe – Eingliederungshilfe für behinderte Menschen 2009, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2012a), Bauen und Wohnen: Mikrozensus – Zusatzerhebung 2010, Bestand und Struktur der Wohneinheiten, Wohnsituation der Haushalte, Fachserie 5 Heft 1.

Statistisches Bundesamt (2012b), Bautätigkeit und Wohnungen – Bestand an Wohnungen 2011, Fachserie 5 Reihe 3, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2012c), Sozialleistungen: Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe, Fachserie 13 Reihe 2.1, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2013a), Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse.

Statistisches Bundesamt (2013b), Preisindizes für die Bauwirtschaft, Fachserie 17 Reihe 4, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2013c), Sozialleistungen – Schwerbehinderte Menschen 2011, Fachserie 13 Reihe 5.1, Wiesbaden.

Elektronische Datenquellen:

Aktuelles KfW-Programm:

http://www.kfw.de/kfw/de/Inlandsfoerderung/Programmuebersicht/Altersgerecht_Umbauen_-_Kredit/index.jsp.

Ausführungsgesetze zum SGB XII:

http://www.saarheim.de/Gesetze_Laender/agsgb_laender.htm.

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe:

http://www.lwl.org/LWL/Soziales/BAGues/wir_ueber_uns/mitgliederderbag/#verzeichnis.

Familienratgeber der Aktion Mensch:

http://www.familienratgeber.de/jugendliche_erwachsene/wohnen/behindertengerechte_umgestaltung.php.

Homepage des SHARE-Projekts:

<http://www.share-project.org>.

Anhang

I. Merkblatt zum KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“

Merkblatt Bauen, Wohnen, Energie sparen



Altersgerecht Umbauen

Programmnummer 159

Finanzierung von Maßnahmen zur Barriere-reduzierung in bestehenden Wohngebäuden sowie befristet bis zum 30.06.2014 Beseitigung von Hochwasserschäden

Förderziel

Das Förderprogramm dient unabhängig vom Alter der zinsgünstigen, langfristigen Finanzierung von Maßnahmen zum Barriereabbau im Wohnungsbestand. Es ermöglicht älteren Menschen einen möglichst langen Verbleib in der gewohnten Umgebung und kommt behinderten oder in ihrer Mobilität eingeschränkten Eigentümern und Mietern zugute.

KfW-Aktionsplan Hochwasser 2013

Bis zum 30.06.2014 befristet, stellt die KfW den Betroffenen des Mai/Juni-Hochwassers 2013 zusätzlich besonders zinsgünstige Kredite für Maßnahmen zur Beseitigung von Hochwasserschäden an ihren Wohngebäuden zur Verfügung. Eine gleichzeitige Durchführung barriere-reduzierender Maßnahmen ist in diesem Zusammenhang empfehlenswert und förderfähig.

Wer kann Anträge stellen?

- Alle Träger von Investitionsmaßnahmen an selbst genutzten oder vermieteten Wohngebäuden sowie Eigentumswohnungen.
- Ersterwerber von neu barriere-reduzierten Wohngebäuden oder Eigentumswohnungen

Träger von Investitionsmaßnahmen sind z. B. Privatpersonen (auch Mieter), Wohnungseigentümergeinschaften, Wohnungsunternehmen, Wohnungsgenossenschaften, Bau-träger, Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts sowie Contracting-Geber (Investor).

Was wird gefördert?

- Gefördert werden barriere-reduzierende Maßnahmen in bestehenden Wohngebäuden,
 - die als **Maßnahmen** in den Förderbereichen 1 bis 7 beschrieben sind oder
 - die zur Herstellung von **Barrierefreiheit** gemäß **DIN 18040-2** erforderlich sind oder
 - mit denen der Standard **Altersgerechtes Haus/Altersgerechte Wohnung** erreicht wird - einschließlich der Beratungs- und Prüfungsleistungen durch einen Sachverständigen.
- Es werden alle Kosten für die Beseitigung der durch das Mai/Juni-Hochwasser 2013 entstandenen Schäden am Wohngebäude inkl. der zum Wohngebäude gehörenden Außenanlagen finanziert.
- Die Anschaffung von Einrichtungsgegenständen (z. B. Mobiliar) ist in diesem

Förderziel

KfW-Aktionsplan Hochwasser

Antragsberechtigte

Förderung

KfW-Aktionsplan Hochwasser

Merkblatt

Bauen, Wohnen, Energie sparen



Altersgerecht Umbauen

Zusammenhang nicht förderfähig.

- Im Rahmen einer Nutzungsänderung von beheizten Nichtwohnflächen in Wohnflächen (Umwidmung) sind Maßnahmen zum Barriereabbau förderfähig, wenn die Nutzungsänderung den jeweiligen landesrechtlichen Bestimmungen (insbesondere den bauordnungsrechtlichen Vorschriften) entspricht. Es darf sich nicht um eine Neubaumaßnahme handeln.
- Im Rahmen von Maßnahmen zum Barriereabbau können Wohnflächenenerweiterungen am oder im Gebäude durch Ausbau von nicht beheizten Flächen oder Anbau gefördert werden, sofern die Wohnfläche um nicht mehr als 50 m² erweitert wird.
- Nicht gefördert werden Maßnahmen an Ferienhäusern und -wohnungen, Wochenendhäusern sowie Pflege- und Altenwohnheime, die unter den Anwendungsbereich des Heimgesetzes (§ 1 HeimG) oder unter entsprechende Vorschriften nach den Heimregelungen der Länder fallen.
- **Förderfähige Investitionskosten** sind die durch die fachgerechte Durchführung der Maßnahmen unmittelbar bedingten Kosten einschließlich der Beratungs-, Planungs- und Baubegleitungsleistungen sowie die Kosten notwendiger Nebenarbeiten, die zur ordnungsgemäßen Fertigstellung und Funktion des Gebäudes erforderlich sind.

Alle Maßnahmen müssen die **technischen Mindestanforderungen** einhalten, soweit diese zu den jeweiligen Maßnahmen Vorgaben machen. Die technischen Mindestanforderungen finden Sie in der Anlage "Technische Mindestanforderungen" zu diesem Merkblatt. Alle Maßnahmen sind durch Fachunternehmen des Bauhandwerks auszuführen. Bei Herstellung von Barrierefreiheit ist die DIN 18040-2 einzuhalten.

Die technischen Mindestanforderungen gelten nicht für Maßnahmen zur ausschließlichen Beseitigung von Hochwasserschäden.

Förderbereiche

Die in den folgenden Förderbereichen dargestellten Maßnahmen können jeweils einzeln oder kombiniert ohne Einschaltung eines Sachverständigen durchgeführt werden.

1 Wege zu Gebäuden und Wohnumfeldmaßnahmen

- Wege zu Gebäuden sowie regelmäßig genutzten Einrichtungen wie Stellplätze, Garagen, Spielplätze und Entsorgungseinrichtungen
- Wohnumfeldmaßnahmen, z. B. Sitz- und Spielplätze bei Gebäuden ab 3 Wohneinheiten
- Schaffung von altersgerechten Kfz-Stellplätzen
- Schaffung von Abstellplätzen für Kinderwagen, Rollatoren/Rollstühlen sowie deren Überdachungen

2 Eingangsbereich und Wohnungszugang

Merkblatt

Bauen, Wohnen, Energie sparen



Altersgerecht Umbauen

- Abbau von Barrieren im Hauseingangsbereich und bei Wohnungszugängen
- Schaffung von Bewegungsflächen
- Wetterschutzmaßnahmen

3 Vertikale Erschließung/Überwindung von Niveauunterschieden

- Nachrüstung oder Verbesserung von Aufzugsanlagen als Anbauten oder Einbauten
- Treppenlifte oder andere ergänzende mechanische Fördersysteme
- Barrierereduzierende Umgestaltung von Treppenanlagen
- Rampen zur Überwindung von Barrieren

4 Anpassung der Raumgeometrie

- Änderung des Raumzuschnitts von Wohn- und Schlafräumen, Fluren oder Küchen
- Verbreiterung der Türdurchgänge mit Einbau neuer Türen
- Schwellenabbau
- Erschließung oder Schaffung von Freisitzen (Terrassen, Loggien oder Balkonen)

5 Maßnahmen an Sanitärräumen

- Anpassung der Raumgeometrie
- Schaffung bodengleicher Duschplätze
- Modernisierung von Sanitäröbekten (WCs, Waschbecken und Badewannen)

6 Bedienelemente, Stütz- und Haltesysteme, Orientierung, Kommunikation

- Modernisierung von Bedienelementen
- Stütz- und Haltesysteme einschließlich Maßnahmen zur späteren Nachrüstung
- AAL-Systeme ("Ambient Assisted Living", intelligente Assistenzsysteme und intelligente Gebäudesystemtechnik ohne Endgeräte und Unterhaltungstechnik). Z. B. für die Bedienung und Steuerung von bauebundenen Antriebssystemen, Türkommunikation, Beleuchtung, Heizung- und Klimatechnik, Sicherheit und Gefahrenabwehr sowie Ruf-, Notruf- und Unterstützungssysteme.
- Maßnahmen zur Verbesserung der Orientierung und Kommunikation z. B. Beleuchtung, Gegensprechanlagen, Briefkastenanlagen, taktile Markierungen, ergänzende

Merkblatt

Bauen, Wohnen, Energie sparen



Altersgerecht Umbauen

Beschriftungen mit Braille- oder Reliefschrift

- Nachrüstung von automatischen Tür-, Tor-, oder Fensterantrieben

7 Gemeinschaftsräume, Mehrgenerationenwohnen

- Umgestaltung bestehender Gemeinschaftsräume oder Schaffung von Gemeinschaftsräumen in bestehenden Wohngebäuden

Standard Altersgerechtes Haus/Altersgerechte Wohnung

*Altersgerechtes Haus/
Altersgerechte Wohnung*

Der Standard **Altersgerechtes Haus** wird erreicht, wenn **alle** Wohnungen eines Gebäudes die nachfolgenden Anforderungen erfüllen.

Der Standard **Altersgerechte Wohnung** wird erreicht, wenn die nachfolgend genannten Anforderungen sowie die **Technischen Mindestanforderungen** eingehalten werden.

- ein altersgerechter Zugang (entsprechend den Förderbereichen 1, 2 und ggf. 3),
- ein altersgerechtes Wohn- und/oder Schlafzimmer sowie eine altersgerechte Küche (entsprechend Förderbereich 4),
- ein altersgerechtes Bad (entsprechend Förderbereich 5) und
- die Anforderungen an die Bedienelemente werden erfüllt (entsprechend Förderbereich 6).

Für den Standard **Altersgerechtes Haus/Altersgerechte Wohnung** muss ein **Sachverständiger** die Umsetzung der oben genannten Maßnahmen auf dem Formular "Bestätigung nach Durchführung" (Formularnummer 600 000 2661) gegenüber dem kreditausreichenden Finanzierungsinstitut bestätigen.

Wir empfehlen am Anfang eine Beratung!

- Wir empfehlen vor Durchführung der Maßnahmen eine unabhängige Beratung.
- Wir empfehlen aufeinander abgestimmte Maßnahmen, wie die Verbindung mit einer energetischen Sanierung (vgl. Programm Energieeffizient Sanieren) durchzuführen.

Merkblatt

Bauen, Wohnen, Energie sparen



Altersgerecht Umbauen

Welche Anforderungen bestehen an Sachverständige?

Sachverständige

Sachverständige für die Bestätigung und den Nachweis des Standards **Altersgerechtes Haus/Altersgerechte Wohnung** sind:

- nach Landesrecht Bauvorlageberechtigte oder
- Experten der Wohnberatungsstellen, die eine Fortbildung im Bereich Barriereabbau/Barrierefreiheit erfolgreich absolviert haben oder
- Experten, die eine ergänzende Fortbildung im Bereich Barriereabbau/Barrierefreiheit in Wohngebäuden erfolgreich absolviert haben.

Der Sachverständige ist für das Sanierungsvorhaben wirtschaftlich **unabhängig** zu beauftragen. Neben einer Beratung, Planung und Baubegleitung für das Vorhaben darf der Sachverständige weder in einem Inhaber-, Gesellschafts- oder Beschäftigungsverhältnis zu den bauausführenden Unternehmen oder Lieferanten stehen noch Lieferungen oder Leistungen vermitteln. Nicht unter diese Regelung fallen beim Antragsteller oder Verkäufer von umgebauten Wohneinheiten angestellte Sachverständige.

Welche Kombination mit anderen Förderprogrammen ist möglich?

Kombination mit Förderprogrammen

Die Kombination mit anderen öffentlichen Fördermitteln z. B. Krediten, Zulagen oder Zuschüssen ist grundsätzlich möglich. Dabei darf die Summe der öffentlichen Förderzusagen die förderfähigen Aufwendungen nicht übersteigen.

Regelungen zur Antragstellung und Kreditgewährung

Kredit

Wie erfolgt die Antragstellung?

Antragstellung

Die KfW gewährt Kredite aus diesem Programm ausschließlich über Banken, Sparkassen und Versicherungen (im Folgenden Finanzierungsinstitute genannt), welche für die von ihnen durchgeleiteten Kredite der KfW die Haftung übernehmen. Der Antrag ist daher **vor** Beginn des Vorhabens bei einem Finanzierungsinstitut Ihrer Wahl zu stellen. Planungs- und Beratungsleistungen gelten nicht als Vorhabensbeginn. Bei Antragstellung zum förderfähigen Ersterwerb gilt der Abschluss des Kaufvertrages als Vorhabensbeginn.

Als Programmnummer ist **159** anzugeben.

Umschuldungen und Nachfinanzierungen abgeschlossener Vorhaben sind ausgeschlossen. Eine nachweisliche Zwischenfinanzierung gilt nicht als Umschuldung.

Ein Verzicht auf die Zusage der KfW ist über das kreditdurchleitende Finanzierungsinstitut möglich. Frühestens sechs Monate nach Eingang des Verzichts bei der KfW kann ein neuer Antrag für dasselbe Vorhaben gestellt werden (Sperrfrist). Für den neuen Antrag gelten die dann aktuellen Programmbedingungen einschließlich der Regelungen zum Vorhabensbeginn.

Merkblatt

Bauen, Wohnen, Energie sparen



Altersgerecht Umbauen

Welche Unterlagen sind erforderlich?

Unterlagen

Ihr Finanzierungsinstitut reicht uns zur Antragstellung folgende Unterlagen ein:

- Das von Ihnen und Ihrem Finanzierungsinstitut unterschriebene Antragsformular Nummer 600 000 0141.

Kreditbetrag

- Mit dem Förderprogramm können bis zu 100 % der förderfähigen Investitionskosten einschließlich Nebenkosten (z. B. Planungs- und Beratungsleistungen) finanziert werden.
- Der maximale Kreditbetrag beträgt 50.000 Euro pro Wohneinheit. Für Maßnahmen zur Beseitigung von Hochwasserschäden wird ohne Anrechnung auf den vorgenannten maximalen Betrag ein zusätzlicher Kreditbetrag von maximal 50.000 Euro pro Wohneinheit gewährt.
- Bemessungsgrundlage ist die Anzahl der Wohneinheiten vor Sanierung.

Sonderfälle:

- Beim Ersterwerb von neu barriere reduzierten Wohngebäuden/Wohnungseigentum ist die Bemessungsgrundlage die Summe der zu erwerbenden Wohneinheiten gemäß Kaufvertrag.
- Bei der Nutzungsänderung von beheizten Nichtwohnflächen in Wohnflächen ist die Bemessungsgrundlage die Anzahl der durch die Nutzungsänderung neu geschaffenen Wohneinheiten.

Konditionen

*Kreditbetrag, Laufzeit,
Zinssatz, Sicherheiten,
Bereitstellung, Tilgung*

Laufzeit

Folgende Laufzeitvarianten stehen Ihnen bei einer Mindestlaufzeit von 4 Jahren zur Verfügung:

- bis zu 10 Jahre Kreditlaufzeit bei 1 bis 2 Tilgungsfreijahren (10/2)
- bis zu 20 Jahre Kreditlaufzeit bei 1 bis 3 Tilgungsfreijahren (20/3)
- bis zu 30 Jahre Kreditlaufzeit bei 1 bis 5 Tilgungsfreijahren (30/5)
- bis zu 10 Jahre Kreditlaufzeit mit vollständiger Tilgung zum Laufzeitende (10/10)

Merkblatt

Bauen, Wohnen, Energie sparen



Altersgerecht Umbauen

Zinssatz

- Der Zinssatz wird wahlweise für die ersten 5 oder 10 Jahre der Kreditlaufzeit festgeschrieben; vor Ende der Zinsbindungsfrist unterbreitet die KfW Ihrem Finanzierungsinstitut ein Prolongationsangebot.
- Für die endfällige Kreditvariante mit bis zu zehnjähriger Laufzeit werden die Zinsen für die Gesamtlaufzeit fest vereinbart. Ein Prolongationsangebot erfolgt nicht. Daher ist mit Abschluss des Kreditvertrages zwischen dem Finanzierungsinstitut und Ihnen Einvernehmen über die Ablösung/Fortführung des Kredites zum Laufzeitende herzustellen (z. B. Regelung zur Anschlussfinanzierung oder Vereinbarung zum Ansparen von Ersatzleistungen für die Tilgung).
- Es gilt der am Tag der Zusage der KfW gültige Programmszinssatz oder der bei Antragsingang bei der KfW für Sie günstigere Programmszinssatz.

Die jeweils geltenden Maximalzinssätze (Soll- und Effektivzinssätze gemäß den gesetzlichen Bestimmungen) finden Sie in der Konditionenübersicht für die KfW-Förderprogramme im Internet unter www.kfw.de/konditionen.

Sicherheiten

Für Ihren Kredit sind bankübliche Sicherheiten erforderlich. Form und Umfang der Besicherung werden im Rahmen der Kreditverhandlungen zwischen Ihnen und Ihrem Finanzierungsinstitut vereinbart.

Bereitstellung/Bereitstellungsprovision

- Die Auszahlung des Kredits erfolgt zu 100 % des Zusagebetrages.
- Der Kredit ist in einer Summe oder in Teilbeträgen abrufbar.
- Die Abruffrist beträgt 12 Monate nach Kreditzusage. Diese wird ohne gesonderten Antrag für jeweils 6 Monate um maximal 24 Monate verlängert.
- Für den noch nicht abgerufenen Kreditbetrag wird 2 Bankarbeitstage und 4 Monate nach dem Zusage datum der KfW eine Bereitstellungsprovision von 0,25 % pro Monat fällig.

Tilgung

- Der Kredit wird nach Ablauf der tilgungsfreien Anlaufjahre in monatlichen Annuitäten getilgt.
- Während der Zinsbindungsfrist ist eine vorzeitige Rückzahlung des gesamten ausstehenden Kreditbetrages nur gegen Zahlung eines Vorfälligkeitsentgelts möglich. Teilrückzahlungen sind ausgeschlossen. Gesetzliche Kündigungsrechte bleiben hiervon unberührt.

Merkblatt

Bauen, Wohnen, Energie sparen



Altersgerecht Umbauen

unberührt. Zum Ende der Zinsbindung kann der Kredit ohne Kosten für den Endkreditnehmer teilweise oder komplett abgelöst werden.

Während der tilgungsfreien Anlaufjahre und bei der endfälligen Kreditvariante zahlen Sie lediglich monatlich die Zinsen auf die abgerufenen Kreditbeträge.

Weitergehende Informationen zu diesem Förderprogramm

Weitergehende Informationen zu diesem Programm (z. B. Formulare, Beispiele, häufige Fragen, etc.) finden Sie im Internet unter www.kfw.de/159.

*ausführliche
Programminformationen*

II. Katalog möglicher wohnumfeldverbessernder Maßnahmen nach § 40 SGB XI¹⁰⁵

Allgemeines

Die Zuschussgewährung nach § 40 Abs. 4 SGB XI setzt voraus, dass die geplante Maßnahme die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Von diesen zuschussfähigen Maßnahmen sind reine Modernisierungsmaßnahmen abzugrenzen, wenn diese nicht in direktem Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit stehen.

Insbesondere Folgendes ist keine Maßnahme i. S. von § 40 Abs. 4 SGB XI:

- Ausstattung der Wohnung mit einem Telefon, einem Kühlschrank, einer Waschmaschine,
- Verbesserung der Wärmedämmung und des Schallschutzes,
- Reparatur schadhafter Treppenstufen,
- Brandschutzmaßnahmen,
- Herstellung einer funktionsfähigen Beleuchtung im Eingangsbereich/Treppenhaus,
- Rollstuhlgarage,
- Errichtung eines überdachten Sitzplatzes,
- elektrischer Antrieb einer Markise,
- Austausch der Heizungsanlage, Warmwasseraufbereitung,
- Schönheitsreparaturen (Anstreichen, Tapezieren von Wänden und Decken, Ersetzen von Oberbelägen),
- Beseitigung von Feuchtigkeitsschäden,
- allgemeine Modernisierungsmaßnahmen.

In dem folgenden Katalog des GKV-Spitzenverbandes sind mögliche Maßnahmen aufgelistet, deren Leistungsvoraussetzungen in jedem Einzelfall zu überprüfen sind.

Maßnahmen außerhalb der Wohnung/Eingangsbereich

Um eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen zu gewährleisten, kommen insbesondere Maßnahmen im Treppenhaus/Eingangsbereich in Betracht.

Weiter gehende Maßnahmen außerhalb des Eingangsbereichs/Treppenhauses, z.B. Schaffung eines behindertengerechten Parkplatzes, Markierung und Pflasterung der Zugangswege oder allgemeine Verkehrssicherungsmaßnahmen sind keine Maßnahmen i. S. des § 40 Abs. 4 SGB XI.

(105)
GKV-Spitzenverband (2008).

Mögliche Maßnahmen außerhalb der Wohnung/Eingangsbereich

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Aufzug	Einbau eines Personenaufzugs in einem eigenen Haus Anpassung an die Bedürfnisse eines Rollstuhlfahrers: Ebenerdiger Vergrößerung der Schalterleiste in Greifhöhe Installation von Schaffung von Sitzplätzen
Briefkasten	Absenkung des Briefkastens auf Greifhöhe (z.B. bei Rollstuhlfahrern)
Orientierungshilfen	Schaffung von Orientierungshilfen für Sehbehinderte, z.B. ertastbare Hinweise auf die jeweilige Etage
Treppe	Installation von gut zu umfassenden und ausreichend langen Handläufen auf beiden Seiten Verhinderung der Stolpergefahr durch farbige Stufenmarkierungen an den Vorderkanten Einbau von fest installierten Rampen und Treppenliftern
Türen, Türanschläge und Schwellen	Türvergrößerung Abbau von Türschwellen Installation von Türen mit pneumatischem Türantrieb oder ähnlichem Einbau einer Gegensprechanlage

Mögliche Maßnahmen im gesamten Wohnungsbereich

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Bewegungsfläche	Umbaumaßnahmen zur Schaffung ausreichender Bewegungsfläche, z.B. durch Installation der Waschmaschine in der Küche anstatt im Bad (Aufwendungen für Verlegung der Wasser- und Stromanschlüsse)
Bodenbelag	Beseitigung von Stolperquellen, Rutsch- und Sturzgefahren
Heizung	Installation von z.B. elektrischen Heizgeräten anstelle von Öl-, Gas-, Kohle- und Holzöfen (wenn dadurch der Hilfebedarf bei der Beschaffung von Heizmaterial kompensiert wird)
Lichtschalter/ Steckdosen/ Heizungsventile	Installation der Lichtschalte/Steckdosen/Heizungsventile in Greifhöhe Ertastbare Heizungsventile für Sehbehinderte
Reorganisation der Wohnung	Anpassung der Wohnungsaufteilung (ggf. geplant für jüngere Bewohner, Ehepaare) auf veränderte Anforderungen (alt, allein, gebrechlich) durch Umnutzung von Räumen. Stockwerktausch (insbesondere in Einfamilienhäusern ist häufig das Bad und das Schlafzimmer in oberen Etagen eingerichtet)
Türen, Türanschläge und Schwellen	Türvergrößerung Abbau von Türschwellen, z.B. auch zum Balkon Veränderung der Türanschläge, wenn sich dadurch der Zugang zu einzelnen Wohnungsbereichen erleichtern oder die Bewegungsfläche vergrößern lässt Einbau von Sicherheitstüren zur Vermeidung einer Selbst- bzw. Fremdgefährdung bei desorientierten Personen Bei einer bereits installierten Türöffnungs- und -schließungsanlage eine Absenkung der Anlage in Greifhöhe bzw. behinderungsgerechte Anpassung Absenkung eines Türspions
Fenster	Ansenkung der Fenstergriffe Anbringung von elektrisch betriebenen Rolläden, sofern der Pflegebedürftige zur Linderung seiner Beschwerden ständig auf einen kühlen Raum angewiesen ist und eine Unterbringung nur in diesem Raum erfolgen kann

Spezielle Maßnahmen in besonderen Wohnbereichen - Küche

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Armaturen	Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe, Schlauchbrause Installation von Warmwassergeräten, wenn kein fließend warmes Wasser vorhanden ist und aufgrund der Pflegebedürftigkeit Warmwasserquellen im Haus nicht erreicht oder das warme Wasser nicht - wie bisher - aufbereitet werden kann"
Bodenbelag	Verwendung von rutschhemmendem Belag
Kücheneinrichtung	Veränderung der Höhe von z.B. Herd, Kühlschrank, Arbeitsplatte, Spüle als Sitzarbeitsplätze Schaffung einer mit dem Rollstuhl unterfahrbaren Kücheneinrichtung Absenkung von Küchenoberflächen (ggf. maschinelle Absenkvorrichtung) Schaffung von herausfahrbaren Unterschränken (ggf. durch Einhängkörbe)

Spezielle Maßnahmen in besonderen Wohnbereichen - Bad und WC

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Einbau eines fehlendes Bades/ WC	Umgestaltung der Wohnung und Einbau eines nicht vorhandenen Bades/ WC
Anpassung eines vorhandenen Bades/ WC:	
Armaturen	Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe, Schlauchbrause Installation von Warmwassergeräten, wenn kein fließend warmes Wasser vorhanden ist und aufgrund der Pflegebedürftigkeit Warmwasserquellen im Haus nicht erreicht oder das warme Wasser nicht - wie bisher - aufbereitet werden kann
Badewanne	Badewanneneinstieghilfen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind
Bodenbelag	Verwendung von rutschhemmendem Bodenbelag Schaffung rutschhemmender Bodenbeläge in der Dusche
Duschplatz	Einbau einer Dusche, wenn der Einstieg in eine Badewanne auch mit Hilfsmitteln nicht mehr ohne fremde Hilfe möglich ist Herstellung eines bodengleichen Zuganges zur Dusche
Einrichtungsgegenstände	Anpassung der Höhe
Toilette	Anpassung der Sitzhöhe des Klosettbeckens durch Einbau eines Sockels
Waschmitte	Anpassung der Höhe des Waschtisches (ggf. Einbau eines höhenverstellbaren Waschtisches) zur Benutzung im Sitzen bzw. im Rollstuhl

Die Fliesen, z.B. bei der Herstellung eines bodengleichen Zuganges zur Dusche, sind auch als Kosten bei der Maßnahme mit zu berücksichtigen. Hierbei sind die Kosten der Fliesen nicht auf den Bereich der Dusche gesondert zu berechnen, wenn ggf. das gesamte Bad mit neuen Fliesen ausgestattet wird.

Spezielle Maßnahmen in besonderen Wohnbereichen - Schlafzimmer

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Bettzugang	Umbaumaßnahmen zur Schaffung eines freien Zugangs zum Bett
Bodenbelag	Verwendung von rutschhemmendem Bodenbelag
Lichtschalter/ Steckdosen	Installation von Lichtschaltern und Steckdosen, die vom Bett aus zu erreichen sind

III. Aufgaben und Instrumente der Kommunen im Rahmen des SGB XI (SPV) und des SGB XII (Sozialhilfe)

Tabelle 34

Aktuelle Landespflegegesetze nach Bundesländern

Bundesland	Aktuelles Landespflegegesetz
Baden-Württemberg	Gesetz zur Umsetzung der Pflegeversicherung in Baden-Württemberg (Landespflegegesetz - LPfVG) vom 11. September 1995, letzte berücksichtigte Änderung: §§ 3, 4, 6, 9, 17 und 18 geändert sowie Abschnitt 7 neu gefasst durch Artikel 1 des Gesetzes vom 15. Juni 2010 (GBl. S. 427).
Bayern	Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG) vom 8. Dezember 2006 (GVBl. 2006, S. 942), letzte berücksichtigte Änderung: Art. 114 geänd. (§ 3 G v. 20.12.2011, 689).
Berlin	Gesetz zur Planung und Finanzierung von Pflegeeinrichtungen (Landespflegeeinrichtungsgesetz - LPflegEG) vom 19. Juli 2002 (GVBl. S. 199, 201), geändert durch Gesetz vom 19. Dezember 2005 (GVBl. S. 792).
Brandenburg	Gesetz über die pflegerische Versorgung im Land Brandenburg (Landespflegegesetz- LPflegeG) vom 29. Juni 2004 (GVBl. I/04, [Nr. 15], S.339), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 12. Juli 2011(GVBl. I/11, [Nr. 15]).
Bremen	Gesetz zur Ausführung des Pflege-Versicherungsgesetzes im Lande Bremen und zur Änderung des Bremischen Ausführungsgesetzes zum Bundessozialhilfegesetz (BremAGPflegeVG) vom 26. März 1996 (BremGBl. S. 85), zuletzt geändert durch Art. 1 d. G vom 28. Februar 2012 (BremGBl. S. 96).
Hamburg	Hamburgisches Landespflegegesetz (HmbLPG) vom 18. September 2007 (HmbGVBl. 2007, S. 296124), verkündet als Artikel 1 des Gesetzes zur Deregulierung des Hamburgischen Landespflegerechts vom 18. September 2007 (HmbGVBl. S. 296), letzte berücksichtigte Änderung: § 1 geändert, § 6 aufgehoben, § 7 wird § 6 durch Gesetz vom 22. Juni 2010 (HmbGVBl. S. 440).
Hessen	Hessisches Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz vom 19. Dezember 1994 (GVBl. I 1994, 794), geändert durch Gesetz vom 30. April 1997 (GVBl. I S. 74).
Mecklenburg-Vorpommern	Landespflegegesetz (LPflegeG M-V) vom 16. Dezember 2003 (GVOBl. M-V 2003, S. 675), letzte berücksichtigte Änderung: § 4 neu gefasst durch Artikel 3 des Gesetzes vom 29. September 2010 (GVOBl. M-V S. 534, 535).
Niedersachsen	Gesetz zur Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (Niedersächsisches Pflegegesetz - NPflegeG) in der Fassung vom 26. Mai 2004, letzte berücksichtigte Änderung: §§ 10 und 11 geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17.12.2010 (Nds. GVBl. S. 631).
Nordrhein-Westfalen	Gesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen - PfG NW) vom 19. März 1996, zuletzt geändert durch Artikel 17 (Erster Teil) des Gesetzes v. 3.5.2005 (GV. NRW. S. 498); in Kraft getreten am 26. Mai 2005.
Rheinland-Pfalz	Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (LPflegeASG) vom 25. Juli 2005 (GVBl 2005, 299)
Saarland	Gesetz Nr. 1694 zur Planung und Förderung von Angeboten für hilfe-, betreuungs- oder pflegebedürftige Menschen im Saarland (Saarländisches Pflegegesetz) vom 1. Juli 2009 (Amtsblatt 2009, S. 1217), Geltungsbeginn: 31.7.2009, Geltungsende: 31.12.2015.
Sachsen	In Sachsen existiert kein Landespflegegesetz.
Sachsen-Anhalt	Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeV-AG) vom 7. August 1996, letzte berücksichtigte Änderung: §§ 3, 4 und 11 neu gefasst, §§ 5 bis 8 aufgehoben und § 10 geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 10. August 2007 (GVBl. LSA S. 306).
Schleswig-Holstein	Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz (Landespflegegesetz - LPflegeG) vom 10. Februar 1996 (GVOBl. 1996, 227), letzte berücksichtigte Änderung: Zuständigkeiten und Ressortbezeichnungen ersetzt (Art. 63 LVO v. 08.09.2010, GVOBl. S. 575).
Thüringen	Thüringer Gesetz zur Ausführung des Pflege-Versicherungsgesetzes (ThürAGPflegeVG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Juli 2005, letzte berücksichtigte Änderung: Inhaltsübersicht, § 14 geändert durch Gesetz vom 8. Juni 2010 (GVBl. S. 206).

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 35
Träger der Hilfe zur Pflege und der Grundsicherung im Alter nach Bundesländern

Bundesland	Hilfe zur Pflege	Grundsicherung im Alter	Gesetzliche Grundlage
Baden-Württemberg	kommunaler Träger	kommunaler Träger	"§ 1 Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (AGSGB XII) Vom 1. Juli 2004, verkündet als Artikel 122 des Verwaltungsstruktur-Reformgesetzes vom 1. Juli 2004 (GBl. S. 469)."
Bayern	kommunaler Träger (sachliche Zuständigkeit für ambulante Pflegeleistungen und Pflegegeld) überörtlicher Träger: Bezirke (sachliche Zuständigkeit für stationäre und teilstationäre Pflegeleistungen)	kommunaler Träger (es sei denn der Leistungsberechtigte bezieht zugleich Hilfen in einer stationären Einrichtung nach anderen Kapiteln des SGB XII, dann ist der überörtliche Träger, d.h. die Bezirke, zuständig)	"Artikel 82 Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG) vom 8. Dezember 2006 (GVBl 2006, S. 942)."
Berlin	kommunaler und überörtlicher Träger (das Land Berlin ist überörtlicher und örtlicher Träger der Sozialhilfe): Ämter der Bezirke	kommunaler und überörtlicher Träger (das Land Berlin ist überörtlicher und örtlicher Träger der Sozialhilfe): Ämter der Bezirke	"§ 2 Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (AG-SGB XII) vom 7. September 2005 (GVBl. S. 467)"
Brandenburg	kommunaler Träger (sachliche Zuständigkeit für ambulante Pflegeleistungen und Pflegegeld) überörtlicher Träger: Bezirke (sachliche Zuständigkeit für stationäre und teilstationäre Pflegeleistungen)	kommunaler Träger	"§ 4 Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (AG-SGB XII) vom 03. November 2010 (GVBl.I/10, [Nr. 36],) geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 12. Juli 2011 (GVBl.I/11, [Nr. 15]."
Bremen	kommunaler Träger (Träger ist der Stadtstaat)	kommunaler Träger (Träger ist der Stadtstaat)	§ 4 Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Ausführungsgesetz zum SGB XII), Verkündungsstand: 26.09.2011, in Kraft ab: 13.12.2011.
Hamburg	kommunaler Träger (Träger ist der Stadtstaat)	kommunaler (Träger ist der Stadtstaat)	KEINE GESETZESGRUNDLAGE VORHANDEN.
Hessen	kommunaler Träger (sachliche Zuständigkeit für ambulante Pflegeleistungen und Pflegegeld, sowie stationäre und teilstationäre Pflegeleistungen für über 65-Jährige) überörtlicher Träger: Landeswohlfahrtsverband Hessen (sachliche Zuständigkeit für stationäre und teilstationäre Pflegeleistungen für unter 65-Jährige)	kommunale Trägerschaft (für Personen, die vollstationär betreut werden, unter 65 Jahre alt sind und denen Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII gewährt wird, ist der überörtliche Träger, d.h. der Landeswohlfahrtsverband Hessen, zuständig).	§ 2 Hessisches Ausführungsgesetz zum Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (HAG/ SGB XII) vom 20. Dezember 2004, verkündet als Artikel 1 des Hessischen Gesetzes zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch und zur Änderung anderer sozialrechtlicher Vorschriften vom 20. Dezember 2004 (GVBl. S. 488).
Mecklenburg-Vorpommern	Kommunaler Träger	kommunaler Träger	§ 2 Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII-AG M-V) vom 20. Dezember 2004, verkündet als Artikel 1 des Gesetzes zur Anpassung von Landesgesetzen an das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch, das Zweite Buch Sozialgesetzbuch und das Zuwanderungsgesetz vom 20. Dezember 2004 (GVOBl. M-V S. 546).
Niedersachsen	kommunaler Träger (sachliche Zuständigkeit für ambulante Pflegeleistungen und Pflegegeld, sowie stationäre und teilstationäre Pflegeleistungen für über 65-Jährige) überörtlicher Träger: Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Hildesheim (sachliche Zuständigkeit für stationäre und teilstationäre Pflegeleistungen für unter 65-Jährige)	kommunaler Träger	§ 1 und 6 Niedersächsisches Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buchs des Sozialgesetzbuchs vom 16.12.2004 (Nds.GVBl. Nr.43/2004 S.644), geändert durch Gesetz vom 26.3.2009 (Nds.GVBl. Nr.7/2009 S.116) und Art.1 des Gesetzes vom 16.3.2011 (Nds.GVBl. Nr.7/2011 S.81).
Nordrhein-Westfalen	kommunaler Träger (sachliche Zuständigkeit für ambulante Pflegeleistungen und Pflegegeld, sowie stationäre und teilstationäre Pflegeleistungen für über 65-Jährige) überörtlicher Träger: Landschaftsverbände (sachliche Zuständigkeit für stationäre und teilstationäre Pflegeleistungen für unter 65-Jährige)	kommunaler Träger	§ 1 Landesausführungsgesetz zum Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) - Sozialhilfe - für das Land Nordrhein-Westfalen (AG-SGB XII NRW) vom 16. Dezember 2004 (Artikel 1 des Gesetzes zur Anpassung des Landesrechts an das Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe vom 16.12.2004 (GV. NRW. S. 816))

Bundesland	Hilfe zur Pflege	Grundsicherung im Alter	Gesetzliche Grundlage
Rheinland-Pfalz	überörtlicher Träger: Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung	kommunaler Träger	§ 2 Landesgesetz zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (AGSGB XII) vom 22. Dezember 2004.
Saarland	kommunaler Träger (sachliche Zuständigkeit für ambulante Pflegeleistungen und Pflegegeld, sowie stationäre und teilstationäre Pflegeleistungen für über 65-Jährige) überörtlicher Träger: Landesamt für Soziales (sachliche Zuständigkeit für stationäre und teilstationäre Pflegeleistungen für unter 65-Jährige)	kommunaler Träger (Ausnahme: für Personen, die teil- oder vollstationär betreut werden, unter 65 Jahre alt sind und denen Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII gewährt wird, ist der überörtliche Träger, d.h. das Landesamt für Soziales, zuständig	§ 2 Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (AGSGB XII) (Art. 1 des Gesetzes Nr. 1564) vom 8. März 2005.
Sachsen	kommunaler Träger (sachliche Zuständigkeit für ambulante Pflegeleistungen und Pflegegeld, sowie stationäre und teilstationäre Pflegeleistungen für über 65-Jährige) überörtlicher Träger: Kommunaler Sozialverband Sachsen (sachliche Zuständigkeit für stationäre und teilstationäre Pflegeleistungen für unter 65-Jährige)	kommunaler Träger	§ 9 und 13 Sächsisches Gesetz zur Ausführung des Sozialgesetzbuches (Sächs-AGSGB).
Sachsen-Anhalt	überörtlicher Träger: Sozialagentur Sachsen-Anhalt	kommunaler Träger	§ 3 Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch - Sozialhilfe - (AG SGB XII) vom 11. Januar 2005.
Schleswig-Holstein	kommunaler Träger	kommunaler Träger	§ 2 Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (AG-SGB XII) vom 17. Dezember 2010, verkündet als Artikel 27 des Haushaltsbegleitgesetzes zum Haushaltsplan 2001/201 vom 17. Dezember 2010 (GVBl. S. 789).
Thüringen	kommunaler Träger	kommunaler Träger	§ 3 und 4 Thüringer Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (ThürAGSGB XII) vom 17. Dezember 2004, verkündet als Artikel 1 des Thüringer Gesetzes zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und zur Änderung anderer sozialrechtlicher Vorschriften vom 17. Dezember 2004 (GVBl. S. 891).

Quellen: Ausführungsgesetze zum SGB XII: http://www.saarheim.de/Gesetze_Laender/agsgb_laender.htm; Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe: http://www.lwl.org/LWL/SoziAktuales/BAGues/wir_ueber_uns/mitgliederderbag/#verzeichnis