



STÄDTEBAU DER ZUKUNFT



Selbstständiges Wohnen bis ins hohe Alter – eine volkswirtschaftliche Analyse

Vorwort

Wir leben heute in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Daher verwundert es nicht, dass zahlreiche Studien den Wunsch älterer Menschen belegen, möglichst lange selbstständig in ihrer bisherigen Wohnung und im vertrauten Wohnumfeld zu leben.

Gleichzeitig wird die Alterung der Bevölkerung zu einem deutlichen Anstieg der Pflegebedürftigen, zu Mehrbelastungen für öffentliche Haushalte, Sozial- und Pflegekassen, private Haushalte sowie zu Nachfrageänderungen in der Wohnungswirtschaft zu bedarfs- und altersgerechtem Wohnen führen.

Die „Sicherung der Daseinsvorsorge unter den Bedingungen des demografischen Wandels“ bildet einen zentralen Schwerpunkt im Rahmen des Landesentwicklungsplanes in Sachsen, die den sozialen Zusammenhalt in der Gesellschaft befördern soll. Im Hinblick auf den steigenden zukünftigen Bedarf an Versorgungsmöglichkeiten und den Forderungen nach selbstbestimmtem Leben im Alter steigt deshalb die Bedeutung der Schaffung bedarfsgerechtem Wohnraumes und alternativer Wohnformen für Ältere und Pflegebedürftige in ganzheitlich gedachten Stadtentwicklungskonzepten.

Informationsdefizite bestehen jedoch insbesondere im Wissen um die Kosten für die bedarfsgerechte Wohnungsanpassung des jeweiligen Wohnungsbestands an die Bedürfnisse älterer Menschen, einschließlich der häuslichen Pflege im Vergleich zu den Kosten für stationäre Pflege. Hinzu kommen notwendige Betrachtungen zu möglichen Kosten bei Sozial- und Pflegekassen sowie öffentlichen und privaten Haushalten, die im Zusammenhang mit dem Mangel an alters- und bedarfsgerechten Wohnungen entstehen bzw. entstehen werden. Hier braucht es ein Mehr an Transparenz, um mögliche Handlungsoptionen erkennen und objektiv gegeneinander abwägen zu können.

Um für den Zeitraum bis 2030/2050 eine angemessene Versorgung mit einer entsprechenden Verteilung von Wohnformen zu gewährleisten, gibt die Studie Antworten auf wichtige Fragen der handelnden Akteure: „Für welche Haushalte und Zielgruppen sind welche Versorgungsszenarien (Pflegeleistungen) in der Praxis typisch? Was kostet das? Was bedeutet dies im Einzelfall für die Kosten der jeweiligen ambulanten und stationären Wohn- und Versorgungsformen aus Sicht des Staates bzw. der Sozialleistungsträger? Was bedeuten die typischen Versorgungsszenarien für die Entwicklung des Bedarfs an barrierearmen Wohnungen?“.

Der Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e. V. (VSWG) hat daher in Kooperation mit dem Gesundheitsökonomischen Zentrum (GÖZ) der Technischen Universität Dresden und der ATB Arbeit, Technik und Bildung gemeinnützige GmbH im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums des Innern in der vorliegenden Studie "Städtebau der Zukunft: Selbstständiges Wohnen bis ins hohe Alter – eine volkswirtschaftliche Analyse" die unterschiedlichen ambulanten und stationären Wohn- und Versorgungsformen volkswirtschaftlich analysiert.

An dieser Stelle sei herzlich der Liga der freien Wohlfahrtspflege Sachsen und dem Kommunalen Sozialverband Sachsen gedankt, die das vorliegende Forschungsprojekt unterstützt und ihre Expertise eingebracht haben. Wertvolle Anregungen entstanden darüber hinaus in Expertenworkshops, an denen Vertreter von Wohlfahrtsverbänden (Diakonie Sachsen, DRK Sachsen), Gesetzlichen Pflegeversicherungen (AOK Plus, Barmer GEK, Knappschaft), des Sächsischen Städte- und Gemeindetages, kommunaler Sozialämter (Chemnitz, Dresden) und verschiedener Ministerien teilnahmen.

Wir wünschen allen Lesern interessante Anregungen und Impulse aus der Vielfalt der hier vorgestellten Ergebnisse.

Dr. Axel Viehweger
Vorstand
Verband Sächsischer
Wohnungsgenossen-
schaften e. V.

Prof. Dr. Alexander Karmann
Seniorprofessor
Gesundheitsökonomisches
Zentrum GÖZ der Tech-
nischen Universität Dresden

Dr. Michael Uhlmann
Geschäftsführer
ATB Arbeit, Technik und
Bildung gemeinnützige
GmbH

Inhalt

Vorwort	1
Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	7
1 Ziel der Studie	8
2 Der demografische Wandel	9
2.1 Bevölkerungsentwicklung in Sachsen seit 1990.....	9
2.2 Bevölkerungsprognosen in Sachsen bis 2050.....	14
2.3 Pflegebedürftigkeit – Trends und Herausforderungen	15
3 Forschungskonzeption – Theoretischer Rahmen	18
3.1 Grundbetrachtung.....	18
3.2 Methodik	23
4. Wohn- und Versorgungsformen	28
4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen	28
4.1.1 Baurechtliche Bestimmungen	29
4.1.2 Mietrechtliche Bedingungen	34
4.1.3 Heimrechtliche Bestimmungen	34
4.2 Investitions- und Betriebs-/Versorgungskosten	37
4.2.1 Häusliches Wohnen.....	37
4.2.2 Stationäres Wohnen	44
4.3 Wirtschaftlichkeitsberechnungen häusliches Wohnen	45
4.3.1 Bestand	45
Exkurs: barrierefreie/behindertengerechte Gestaltung von Wohnungen im Bestand	47
Exkurs: Neubau.....	47
5 Wohnsituation in Sachsen	48
5.1 Häusliches und betreutes Wohnen in Sachsen	49
5.1.1 Häusliches Wohnen in Sachsen	49
5.1.2 Exkurs: Betreutes Wohnen in Sachsen.....	53
5.2 Stationäres Wohnen in Sachsen	54

6 Übergänge zwischen den verschiedenen Betreuungs- bzw. Versorgungs-	
formen (Überblick)	56
7 Einkommen/staatliche Leistungen	61
7.1 Einkommen	61
7.2 Staatliche Leistungen und ihre Bedeutung	62
7.2.1 SGB I Wohngeld	62
7.2.2 SGB XII Sozialhilfe	63
7.2.3 SGB XI Pflege	64
8 Modellrechnungen	65
8.1 Praxisbeispiele	65
8.1.1 Ältere Menschen mit Bedarf an Pflege SGB V und SGB XI, ohne Demenz	68
8.1.2 Ältere Menschen mit Bedarf an Pflege SGB V und SGB XI, mit Demenz	69
8.1.3 Zusammenfassende Darstellung der Praxisbeispiele	70
8.2 Modellrechnungen	72
8.3 Zusammenfassung /Fazit der Modellrechnung	83
9 Abstraktion der volkswirtschaftlichen Auswirkungen	86
9.1 Fallstudien	89
10 Handlungsempfehlungen	101
11 Fazit	111
Glossar	115
Literatur	116
Anhang 1	122
Anhang 2	124
Anhang 3	131

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1:</i> Zu- und Fortzüge 1990 bis 2012 (StaLa 2014).....	10
<i>Abbildung 2:</i> Zu- und Fortzüge 1990 bis 2012 nach Herkunfts- bzw. Zielgebiet	11
<i>Abbildung 3:</i> Zu- und Fortzüge 1990 bis 2012 nach Alter und Geschlecht.....	11
<i>Abbildung 4:</i> Lastenquotienten in Sachsen von 1991 bis 2011	12
<i>Abbildung 5:</i> Lastenquotienten in Deutschland von 1991 bis 2010	13
<i>Abbildung 6:</i> Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger Pflegeversicherung (SGBXI).....	16
<i>Abbildung 7:</i> Bedürfnisse des Menschen.....	18
<i>Abbildung 8:</i> Grundbetrachtung des Vergleichs der Wohn- und Versorgungsformen	22
<i>Abbildung 9:</i> Dreiecksbetrachtung vom allgemeinen Bedarf zur konkreten Nachfrage.....	23
<i>Abbildung 10:</i> Relevante Situationen im häuslichen Bereich	25
<i>Abbildung 11:</i> Entstehung der DIN 18040	29
<i>Abbildung 12:</i> Darstellung Gebäudebestand	39
<i>Abbildung 13:</i> Kostenaufstellung für Aufzugsanbau.....	39
<i>Abbildung 14:</i> Kostenzuordnung nach Gewerken für die bauliche und technische Wohnungsanpassung.....	43
<i>Abbildung 15:</i> Dimensionen 1 und 4.....	48
<i>Abbildung 16:</i> Entwicklung der Privathaushalte in Sachsen	50
<i>Abbildung 17:</i> Gründe für den Übergang in eine vollstationäre Versorgung.....	59
<i>Abbildung 18:</i> Dimensionen 2 und 3.....	61
<i>Abbildung 19:</i> Schema A - monatliche, durch die Pflegeversicherung finanzierte Höchstbeträge für ambulante und stationäre Pflegeleistungen	74
<i>Abbildung 20:</i> Schema B - Übersicht durchschnittlicher wohnraumbezogener Kosten, Lebenshaltungskosten und möglicher Einnahmen aus Rente und Grundsicherung bei häuslicher und vollstationärer Versorgung	75
<i>Abbildung 21:</i> Schema C1 - Belastung der Sozialhilfeträger als Resultat der durchschnittlichen wohnraumbezogenen Kosten (barrierearmer Wohnraum), Lebenshaltungskosten und den Einkünften aus Rente bei häuslicher Versorgung.....	77
<i>Abbildung 22:</i> Schema C2 - Belastung der Sozialhilfeträger als Resultat der Kosten bei vollstationärer Versorgung, Lebenshaltungskosten und den Einkünften aus Rente.....	79

<i>Abbildung 23:</i> Schema D1 - Kosten für häusliche Versorgung in verschiedenen Pflegearrangements (exklusive HKP-Leistungen) im Vergleich zu Kosten bei vollstationärer Versorgung.....	80
<i>Abbildung 24:</i> Schema D2 - Kosten für häusliche Versorgung in den häufigsten Pflegearrangements (exklusive HKP - Leistungen) im Vergleich mit Kosten bei vollstationärer Versorgung.....	81
<i>Abbildung 25:</i> Schema D3 - Kosten für häusliche Versorgung in den häufigsten Pflegearrangements (inklusive HKP-Leistungen) im Vergleich mit Kosten bei vollstationärer Versorgung.....	82
<i>Abbildung 26:</i> Entwicklung von vollstationären Pflegeplätzen.....	86
<i>Abbildung 27 :</i> Entwicklung häuslicher Versorgung unter Berücksichtigung der Bedarfsdeckung im vollstationären Bereich	87
<i>Abbildung 28:</i> Bedarf an barrierearmen 1- und 2-Personen-Haushalten in den einzelnen Szenarien	88
<i>Abbildung 29:</i> Szenario Status Quo häusliche Versorgung: 2011, 2030 und 2050	96
<i>Abbildung 30:</i> Szenario Heimsog häusliche Versorgung 2011, 2030 und 2050	96
<i>Abbildung 31:</i> Szenario Kompression häusliche Versorgung 2011, 2030 und 2050	97
<i>Abbildung 32:</i> Szenario Status Quo vollstationäre Versorgung 2011, 2030 und 2050	98
<i>Abbildung 33:</i> Szenario Heimsog vollstationäre Versorgung 2011,2030 und 2050	99
<i>Abbildung 34:</i> Szenario Kompression vollstationäre Versorgung 2011,2030 und 2050	99

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1:</i> Demografische Kennzahlen für Sachsen 1991 und 2011.....	13
<i>Tabelle 2:</i> Verweildauer in unterschiedlichen Versorgungsformen.....	21
<i>Tabelle 3:</i> Kostenvergleich Maßnahmenpaket vertikale Erschließung	37
<i>Tabelle 4:</i> Beispiel Investitionskosten Neubau.....	44
<i>Tabelle 5:</i> Kennzahlen für das häusliche Wohnen in Sachsen.....	51
<i>Tabelle 6:</i> Auslastung der vollstationären Dauerplätze in sächsischen Pflegeheimen, Status Quo, 2011	55
<i>Tabelle 7:</i> SGB-Leistungen (Grundansatz für relevante Szenarien)	67
<i>Tabelle 8:</i> Vergleich der Einzelszenarien.....	71
<i>Tabelle 9:</i> Entwicklung der häuslichen Versorgung unter Berücksichtigung der Bedarfsdeckung im vollstationären Bereich.....	87
<i>Tabelle 10:</i> Bevölkerungsverteilung nach Direktionsbezirken 2011	90
<i>Tabelle 11:</i> Verteilung der Pflegebedürftigen (Leistungsempfänger) nach Leistungsart und Versorgungs-/Wohnform	91
<i>Tabelle 12:</i> Entwicklung Anzahl Leistungsempfänger SGB XI im Status Quo Szenario	92
<i>Tabelle 13:</i> Entwicklung Anzahl Leistungsempfänger SGB XI im Heimsog Szenario.....	94
<i>Tabelle 14:</i> Entwicklung Anzahl Leistungsempfänger SGB XI im Kompressionsszenario	95

1 Ziel der Studie

Der demografische Wandel in Sachsen rückt seit einigen Jahren vermehrt in den Mittelpunkt politischer und gesellschaftlicher Diskussionen. Die individuelle Bedarfssituation älterer und jüngerer Menschen im Freistaat Sachsen ist sehr differenziert und befindet sich in einem stetigen Wandel, der wesentlich von demografischen Einflüssen mitbestimmt wird. Die jeweils in Gemeinde und Quartier gegebenen Rahmenbedingungen erfordern daher eine stetige Entwicklung. Erforderliche Hilfestrukturen, nachbarschaftliche Beziehung und Unterstützung sowie vielfältige Dienstleistungen müssen in intensiver Auseinandersetzung mit den jeweiligen Akteuren gestaltet werden, um integrative Quartiers- und Stadtentwicklungskonzepte umzusetzen. Grundlegende Veränderungen stehen in fast allen Bereichen des täglichen Lebens bevor. Erste Studien (Sächsische Staatskanzlei, 2006; Sächsischer Landtag, 2008) haben bereits den einhergehenden Bevölkerungsrückgang und die Verschiebung der Altersstrukturen zugunsten älterer Bevölkerungsgruppen im Freistaat Sachsen quantifiziert. Diese Bevölkerungsalterung führt zwangsläufig zu einem „deutliche(n)“ (s. Raffelhüschen et al., 2011, S. 20) Anstieg der Pflegebedürftigen in allen Landkreisen und kreisfreien Städten und beinhaltet mindestens zwei Komponenten: erstens **Mehrbelastungen** für öffentliche Haushalte, Sozial- und Pflegekassen sowie für Privathaushalte und zweitens **Nachfrageänderungen** in der Wohnungswirtschaft hin zu bedarfs- und altersgerechtem Wohnen. Die Enquete-Kommission verlangt in ihrem Bericht, dass der „unumkehrbare Prozess der Bevölkerungsentwicklung nicht passiv hingenommen werden darf, sondern ... durch aktives politisches Handeln gesteuert und gestaltet werden müssen“ (Enquete-Kommission, 2008, Vorwort).

Dieses Gutachten setzt an diesem Punkt an. Raffelhüschen et al. (2011) untersuchten bereits die demografische Entwicklung im Freistaat Sachsen untergliedert in Landkreise und kreisfreie Städte bis 2050 und deren Auswirkungen auf die Anzahl der Pflegebedürftigen in drei ausgewählten Szenarien. Basierend auf diesen Daten ergeben sich Veränderungen bei Ausgaben und Empfängern von Leistungen nach Kapitel 5 (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) und Kapitel 7 (Hilfe zur Pflege) SGB XII. **Das vorliegende Gutachten nutzt die Ergebnisse zur demografischen Entwicklung und zu den Auswirkungen auf die Pflege aus Raffelhüschen et al. (2011).** Darüber hinaus verknüpft es die entstehende Nachfrageveränderung in der Wohnungswirtschaft mit dadurch möglichen Einsparpotenzialen für die Sozialleistungsträger bzw. Kostenträger von Pflegeleistungen. Desweiteren wird das Potenzial von barrierearmer Wohnungsanpassung als gleichberechtigte Versorgungsform im Rahmen des Ansatzes „Gesundheitsstandort Wohnung“, neben der stationären Wohn- und Versorgungsform untersucht (qualitativ in Form typischer Fallszenarien sowie quantitativ in Form mikro- und makroökonomischer Analysen unter Zuhilfenahme von Sekundärdatenanalysen). Dafür werden Daten zum durchschnittlichen Renteneinkommen, zu Miet- und Lebenshaltungskosten sowie zu Sozialleistungen einbezogen.

2 Der demografische Wandel

Der demografische Wandel beinhaltet die demografische Entwicklung, die vorrangig den Alterungsprozess in einer Gesellschaft beschreibt. Er ist gekennzeichnet durch eine Verschiebung der Altersstrukturen zugunsten älterer Jahrgänge. Diese Entwicklung ist kein plötzliches Phänomen, sondern ein lang anhaltender demografischer Veränderungsprozess mit Auswirkungen auf fast alle Lebensbereiche. Betroffen sind die meisten Industrienationen. Ursächlich für den Alterungsprozess sind hauptsächlich zwei Faktoren: die Senkung der Geburtenrate unter das Reproduktionsniveau¹ und die Erhöhung der Lebenserwartung in Industrienationen. Zudem werden diese Entwicklungen nicht durch Einwanderungen ausgeglichen, wodurch die Gesamtbevölkerung langfristig schrumpft.

Spätestens seit den 1970ern befindet sich die Geburtenrate in Deutschland unter dem Wert, der die Bevölkerung konstant hält. Zudem hat sich die Lebenserwartung in Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten stetig erhöht. Dies führte dazu, dass seit der Wiedervereinigung der demografische Wandel vermehrt in den Mittelpunkt zahlreicher Diskussionen gestellt wird – obwohl er bereits seit mehr als 100 Jahren gesellschaftspolitisch diskutiert wird (s. Bryant, 2011).

So wurde beispielsweise 1992 eine Enquete-Kommission vom Deutschen Bundestag eingesetzt, mit dem Ziel die „Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ (s. Deutscher Bundestag, 2002) zu benennen.

Mittlerweile ist das Thema in der Mitte der Gesellschaft angekommen und wird von Ministerien, Forschungsinstituten, Unternehmen und sozialen Netzwerken gleichermaßen aufgegriffen. Auch auf regionaler Ebene wird der demografische Wandel seit mehreren Jahren intensiv diskutiert. In Sachsen beispielsweise beschäftigte sich u. a. eine Expertenkommission „Demografischer Wandel Sachsen“ im Auftrag der Sächsischen Staatskanzlei (2006), die Enquete-Kommission des sächsischen Landtags (2008) sowie Raffelhüschen et al. im Auftrag des Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2011) mit der Verschiebung der Altersstrukturen zugunsten älterer Bevölkerungsgruppen. Im Folgenden soll zur besseren Darstellung des demografischen Wandels zunächst die Bevölkerungsentwicklung Sachsens seit 1990 dargestellt werden. Das Jahr 1990 wird hierbei als Startpunkt gewählt, da ab diesem Jahr Daten für ganz Deutschland existieren.

2.1 Bevölkerungsentwicklung in Sachsen seit 1990

Nirgends in der Europäischen Union ist das Durchschnittsalter der Menschen so hoch wie in Deutschland. Im Durchschnitt sind die Deutschen 44,2 Jahre alt und somit über drei Jahre älter als der EU-weite Durchschnitt (40,9 Jahre, Stand 2010; vgl. Europäische Kommission, 2011, S. 63). Weltweit hat nur Japan eine ältere Bevölkerung. Das Bundesland Sachsen nimmt hierbei mit 46,4² Jahren im bundesweiten Vergleich eine Spitzenposition ein. 1991 lag

¹ Das Reproduktionsniveau beschreibt die durchschnittliche Anzahl an Kindern je Frau, die erforderlich ist, um die Bevölkerung bei gegebener Sterbehäufigkeit konstant zu halten in einer Welt ohne Migration. In der Literatur wird dieser Wert mit 2,1 angegeben. Der Wert berücksichtigt dabei die Tatsache, dass mehr Jungen als Mädchen geboren werden und nicht alle Mädchen das gebärfähige Alter erreichen.

² Stand 2011.

das Durchschnittsalter in Sachsen noch bei knapp 40 Jahren. Somit erhöhte sich das Durchschnittsalter in 20 Jahren um mehr als sechs Jahre. Ursächlich hierfür sind, wie bereits oben erwähnt, eine Geburtenrate unterhalb des Reproduktionsniveaus sowie die Erhöhung der Lebenserwartung. Hinzu kommt der Wegzug junger Arbeitskräfte – aber auch anderer Altersklassen – in westliche Bundesländer aufgrund besserer Beschäftigungsmöglichkeiten nach der Wiedervereinigung (vgl. Fuchs et al., 2011, S. 15/16). Diese drei demografischen Prozesse – Migration, Geburtenrate und Lebenserwartung – haben auch gravierende Auswirkungen auf die Bevölkerungsgröße und Bevölkerungsstruktur. Ende 2012 lebten im Freistaat Sachsen insgesamt 4,05 Millionen Menschen und damit mehr als 700.000 Personen weniger als nach der Wiedervereinigung. Dies bedeutet einen Rückgang der Bevölkerung in den letzten 20 Jahren um 15 Prozent. Im Vergleich zu 1950 – das Jahr mit der höchsten Bevölkerungszahl in Sachsen – lebten sogar mehr als 1,5 Millionen Menschen weniger im Freistaat. Die Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur verdeutlichen, dass das Bundesland Sachsen besonders stark durch den demografischen Wandel geprägt ist.

Die amtliche Wanderungsstatistik erfasst sämtliche Bevölkerungsbewegungen innerhalb Sachsens (Binnenwanderung) sowie über die Landesgrenzen (Außenwanderung). In der Bevölkerungsbewegung zeichnet sich ein Trend hin zu den Ballungsgebieten Leipzig, Chemnitz und Dresden ab (vgl. StaLa 2013a).

Abbildung 1 stellt Zuzüge und Fortzüge von 1990 bis 2012 dar. Über 1/3 des beschriebenen Bevölkerungsrückganges seit Beginn der 1990er Jahre resultiert aus Wanderungsverlusten. Seit 2011 ist ein positiver Wanderungssaldo (Überschuss der Zuzüge) zu verzeichnen, nachdem Anfang der neunziger Jahre das Ausmaß des negativen Wanderungssaldos (Überschuss der Fortzüge) historische Bedeutung erlangte.

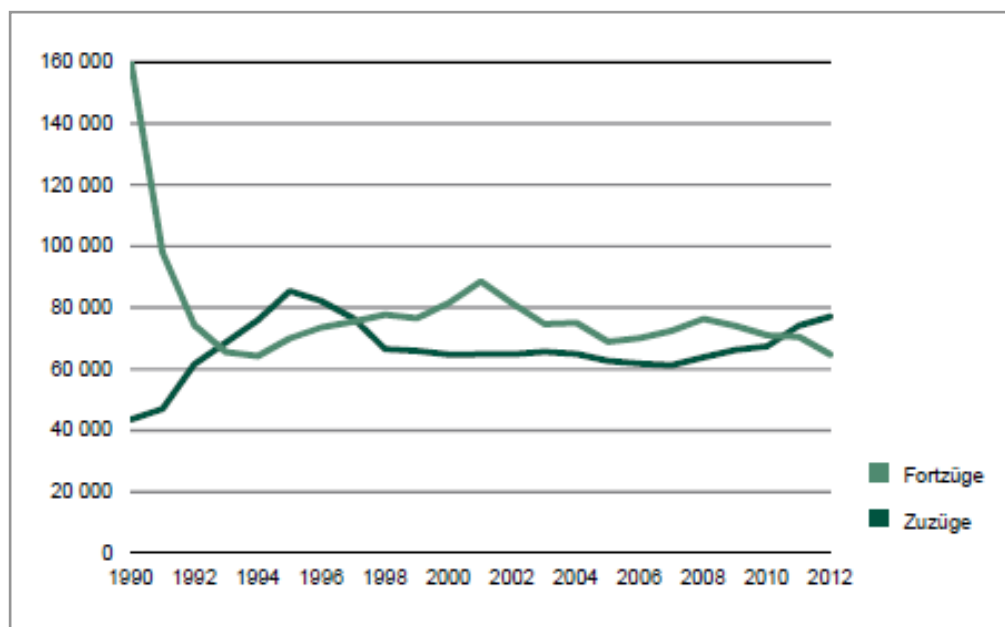


Abbildung 1: Zu- und Fortzüge 1990 bis 2012 (StaLa 2014)

Die Wanderungsbilanz von 1990 bis 2012, in der 1,8 Mio. Fortzüge 1,5 Mio. Zuzügen gegenüber stehen, ist zum größten Teil durch Abwanderungen in das frühere Bundesgebiet geprägt (vgl. Abbildung 2).

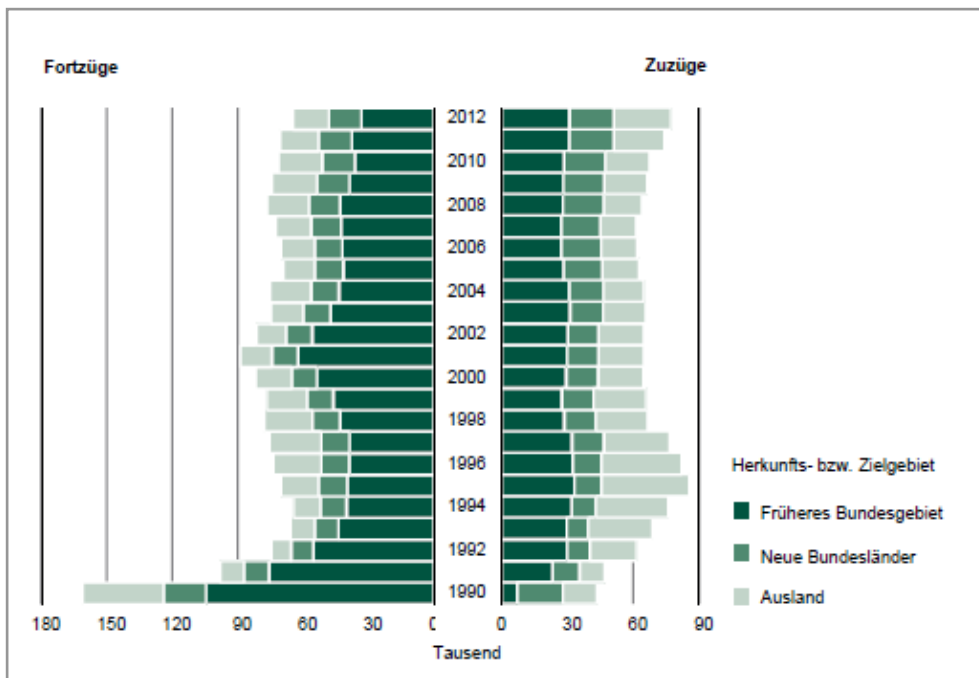


Abbildung 2: Zu- und Fortzüge 1990 bis 2012 nach Herkunfts- bzw. Zielgebiet (StaLa 2014)

Wie in Abbildung 3 ersichtlich, wurde das Wanderungsverhalten im betrachteten Zeitraum vorwiegend von Menschen im Alter zwischen 18 und 35 Jahren bestimmt.

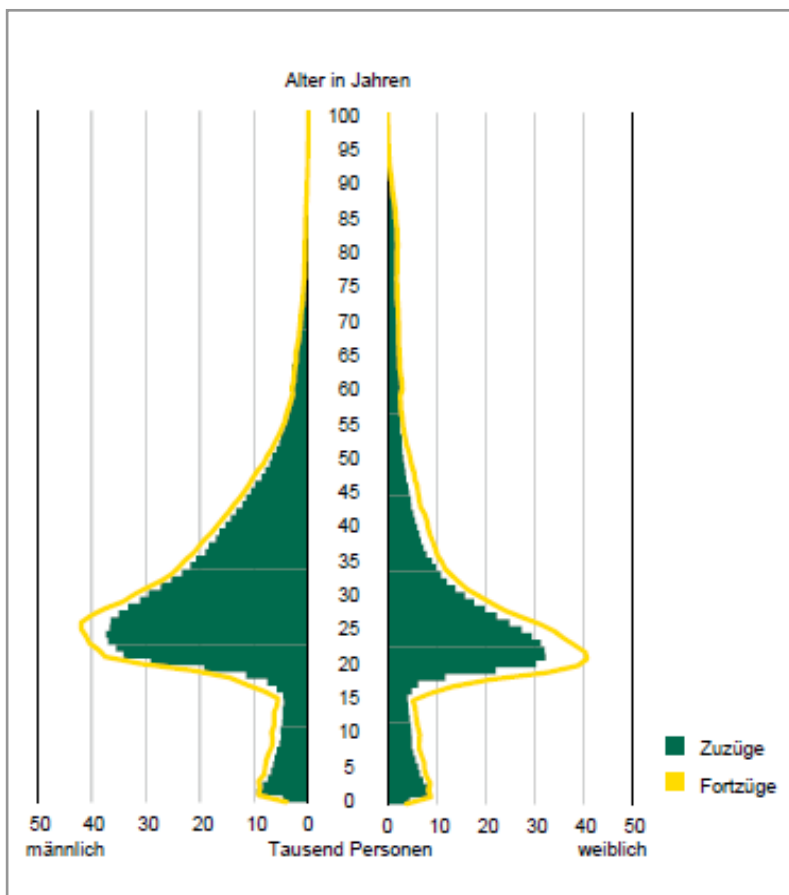


Abbildung 3: Zu- und Fortzüge 1990 bis 2012 nach Alter und Geschlecht (StaLa 2014)

Der Anteil der 65-jährigen an der sächsischen Bevölkerung stieg seit 1991 von knapp 16 Prozent auf ungefähr 25 Prozent. Jeder vierte Sachse ist somit über 65 Jahre alt. Quasi umgekehrt haben sich dafür die Zahlen für die Bevölkerungsgruppe unter 20 Jahren. Hier sank der Anteil an der Gesamtbevölkerung von reichlich 23 Prozent auf ungefähr 15 Prozent. Der Anteil der Erwerbsbevölkerung³ an der Gesamtbevölkerung ist beinahe konstant geblieben.

Im Vergleich dazu ist im Jahr 2012 in Deutschland nur jeder Vierte (21 Prozent) über 65 Jahre, eine Steigerung von etwa 6 Prozent im Vergleich zu 1991. Die Erwerbsbevölkerung ist von ca. 63 Prozent auf ungefähr 61 Prozent gesunken. Ebenso ist auch der Anteil der unter 20-jährigen von 22 Prozent auf 18 Prozent zurückgegangen.

Weitere wichtige Hinweise über demografische Veränderungen liefern die Jugend- und Altenquotienten. Ersteres beschreibt das Verhältnis von Personen unter 20 Jahren und Letzteres das Verhältnis von Personen über 65 Jahren zur Erwerbsbevölkerung. Zusammen addiert ergeben die beiden Quotienten den Abhängigkeitsquotienten, d. h. das Verhältnis der wirtschaftlich abhängigen Bevölkerungsgruppen (Rentner und Jugendliche) zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. M.a.W., dieser Quotient gibt die Belastung einer Volkswirtschaft durch die Altersstruktur an. Abbildungen 4 und 5 zeigen die Entwicklungen des Jugend-, Alten- und Abhängigkeitsquotienten in Sachsen und Deutschland.

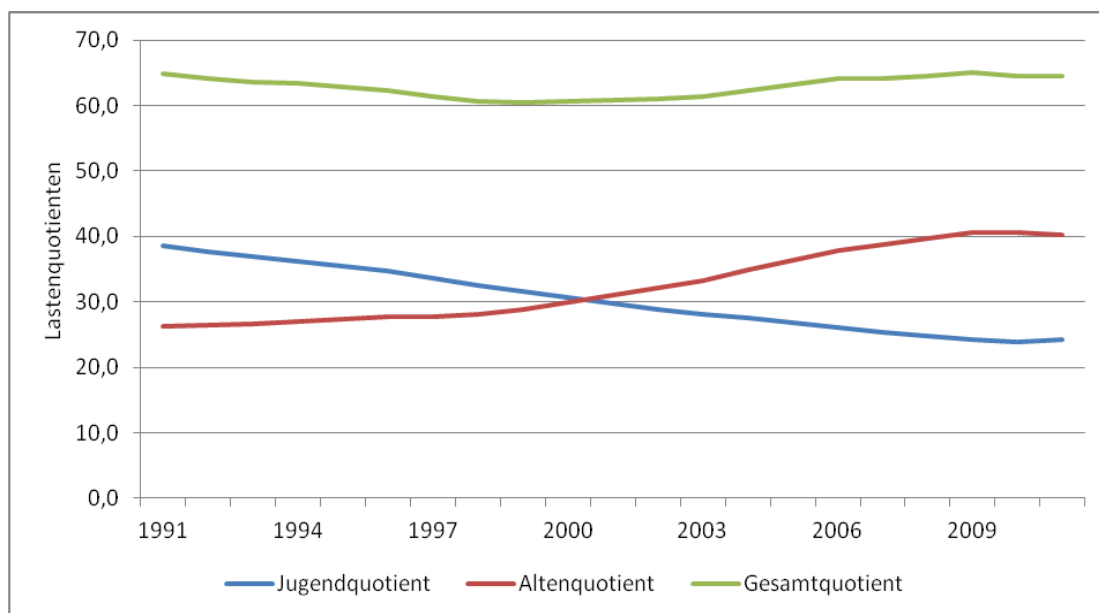


Abbildung 4: Lastenquotienten in Sachsen von 1991 bis 2011
(Statistisches Bundesamt 2013, eigene Berechnungen)

³ Hinweis: hier definiert als 20- bis unter 65-jährige.

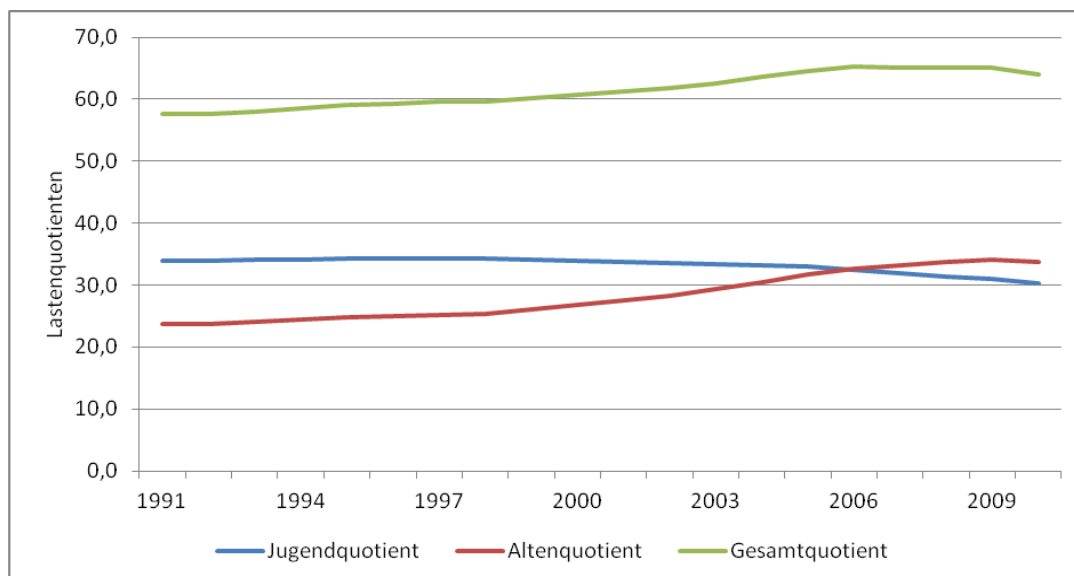


Abbildung 5: Lastenquotienten in Deutschland von 1991 bis 2010
(Statistisches Bundesamt 2013, eigene Berechnungen)

Hervorzuheben ist, dass sich der Jugend- und Altenquotient im Freistaat Sachsen in den letzten 20 Jahren – wie bereits weiter oben angedeutet – gegenläufig verhalten hat und die Prozentzahlen des Alten- und Jugendquotienten fast eins zu eins getauscht sind. Der Abhängigkeitsquotient fällt in den ersten Jahren zunächst etwas aufgrund des Rückgangs im Jugendquotienten. Seit 1999 hat der Gesamtquotient aber wieder zugelegt, da der Altenquotient schneller zunimmt als der Jugendquotient fällt.

Der Jugend-, Alten- und Abhängigkeitsquotient für Deutschland verläuft in etwa parallel zum sächsischen. Allerdings ist der Alterungsprozess im Durchschnitt für Deutschland noch nicht ganz so weit fortgeschritten wie er in Sachsen (höchster Altenquotient) ist. Tabelle 1 fasst die wichtigsten demografischen Kennzahlen für Sachsen aus den Jahren 1991 und 2011 zusammen:

Tabelle 1: Demografische Kennzahlen für Sachsen 1991 und 2011
(StaLa 2013, eigene Berechnungen)

Sachsen	1991	2011
Bevölkerungszahl (in Mio.)	4,69	4,137
Durchschnittsalter	39,8	46,4
Anteil über 65-jährigen (in Prozent)	16	25
Anteil unter 20-jährigen (in Prozent)	23	15
Erwerbsbevölkerung (in Prozent)	61	60
Jugendquotient	38,7	24,2
Altenquotient	26,3	40,3
Gesamtquotient	64,9	64,5

2.2 Bevölkerungsprognosen in Sachsen bis 2050

Eine Prognose über die zukünftige Bevölkerungsentwicklung in Sachsen bietet die 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes in Verbindung mit der 5. Regionalisierten Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes für Sachsen und der Veröffentlichung des Sächsischen Sozialministeriums für Soziales und Verbraucherschutz: Alter, Rente, Grundsicherung (ARG) – Eine Studie für Sachsen. Die folgenden Angaben beziehen sich, sofern nicht anders gekennzeichnet, auf die Ergebnisse dieser Prognosen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2009a; StaLa, 2011, Raffelhüschen 2011).

Für die Annahmen bis zum Jahr 2030 wurden die Berechnungen des Statistischen Landesamtes empirisch und methodisch mit denen des Bundes koordiniert, um vergleichbare Ergebnisse zu erzielen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2009, S. 513/514). Es wurden zwei Prognosevarianten, V1 und V2, berechnet, die einen „Korridor“ (vgl. StaLa 2013) um die voraussichtliche Bevölkerungszahl bilden. Erstere Prognose wurde aus der Bevölkerungsberechnung des Statistischen Bundesamtes entnommen und „regionalisiert“ (vgl. StaLa 2013), die zweite Variante wurde mit bundeslandspezifischen Annahmen für den Freistaat Sachsen erstellt. Insgesamt kann festgehalten werden, dass Variante 1 einen etwas langsameren demografischen Umbruch als Variante 2 vorhersagt. Die Prognosen erfolgen bis zum Jahr 2025 für das Land, die kreisfreien Städte, die Landkreise und die Gemeinden ab 5.000 Einwohner zum Gebietsstand vom 01.01.2012. Hierzu wurde auf Bundeslandebene eine Prognose bis 2030 erarbeitet.

In der vorliegenden Arbeit stützen sich die Vorausberechnungen bis zum Jahr 2050 auf die Daten der ARG-Studie. In dieser Studie wird für Projektionen bis zum Jahr 2030 die Prognosevariante V1 der 5. Regionalisierten Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes für Sachsen zugrunde gelegt. Für Projektionen, die über 2030 hinausgehen, wird aus der Prognosevariante V1 der 5. Regionalisierten Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes für Sachsen in Verbindung mit den Annahmen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (z. B. für Änderung der Lebenserwartung nach Geschlecht, Fertilität und Wanderung) eine Bevölkerungsprognose für die sächsischen Landkreise bis 2050 dargestellt. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass alle Berechnungen in dieser Arbeit Modellcharakter haben.

Die Bevölkerung im Freistaat Sachsen wird bis 2030 auf 3,64 (V1) bzw. 3,46 (V2) Millionen Menschen schrumpfen. Dies bedeutet einen Rückgang der Bevölkerungszahl von 10,1 bzw. 14,6 Prozent im Vergleich zu 2012. **Lediglich die Städte Dresden und Leipzig können in Prognosevariante 1 aufgrund ihres Wirtschafts- und Hochschulstandortes mit einem Anstieg der Bevölkerung bis 2025 rechnen. Alle anderen Landkreise und Kreisfreien Städte verlieren bis 2025 bis zu 16 Prozent ihrer Bevölkerung.** Besonders betroffen ist hierbei Mittelsachsen und der Erzgebirgskreis.

Das Durchschnittsalter im Freistaat Sachsen wird weiter steigen. Prognosevariante 1 erwartet einen **Anstieg des Durchschnittsalters bis 2030** auf 50,2 Jahre und Variante 2 einen Anstieg auf 51,2 Jahre. Damit erhöht sich das Durchschnittsalter um 3,8 bzw. 4,8 Jahre. Auch in Dresden und Leipzig wird das Durchschnittsalter in diesem Zeitraum zunehmen. Der Anstieg ist jedoch vergleichsweise gering. Zudem wird in den beiden großen Städten der demografische Wandel am wenigsten zu spüren sein. In der Altersgruppe der unter 20-jährigen wächst die Bevölkerung sogar. In Dresden um knapp 25 % (V1) und in Leipzig um knapp 22 Prozent (V1). **Als einzige Region Sachsens kann Dresden seine**

Bevölkerung im arbeitsfähigen Alter⁴ in etwa konstant halten. Alle anderen Regionen verlieren teils deutlich an Bevölkerung in dieser Altersgruppe. Die bereits in der Vergangenheit beobachtete starke Zunahme der Bevölkerung im hohen Alter wird sich weiter fortsetzen. In beiden Bevölkerungsvarianten wird sich die Altersgruppe der über 65-jährigen um mehr als 20 Prozent erhöhen. Somit werden im Jahr 2030 ungefähr 33 (V1) bzw. 35 (V2) Prozent der Bevölkerung in Sachsen über 65 Jahre alt sein. Mit anderen Worten, **jeder Dritte wird im Jahr 2030 über 65 Jahre alt sein.** Hierbei wird insbesondere die Gruppe der über 80-jährigen stark zunehmen. Beide Bevölkerungsvarianten erwarten einen Anstieg in dieser Bevölkerungsgruppe um über 40 Prozent. **Jeder zehnte Sachse wird demnach im Jahr 2025 über 80 Jahre alt sein.** Zudem wird es fast doppelt so viele über 65-jährige geben wie unter 20-jährige und **die erwerbsfähige Bevölkerung wird im Jahr 2025 nur noch knapp über 50 Prozent der Gesamtbevölkerung ausmachen** (V1: 53,6 Prozent im Jahr 2025 zu 60,4 Prozent im Jahr 2012).

Diese Prognosen bedeuten auch Veränderungen in den Lastquotienten. Maßgeblich ist hierbei der Altenquotient, welcher 2030 einen Wert von 65 (V1) bzw. 70 (V2) annehmen wird. Der Jugendquotient steigt nur gering auf 30 (V1) bzw. 29 (V2). **Insgesamt werden also 95 (V1) bzw. 99 (V2) nichterwerbsfähige Menschen auf 100 Erwerbsfähige kommen.** Der Abhängigkeitsquotient ist im Vergleich zu Deutschland deutlich höher. Etwa die Hälfte der Bevölkerung in Sachsen muss durch die noch Erwerbsfähigen unterstützt werden. Somit wird quasi jeder im erwerbsfähigen Alter für sich selbst und eine zusätzliche Person „verantwortlich“ sein. Damit steht Sachsen schon in wenigen Jahren vor gravierenden gesellschaftlichen Veränderungen, die nur gemeinschaftlich und in vernetzten Strukturen angepackt werden können.⁵

2.3 Pflegebedürftigkeit – Trends und Herausforderungen

In den kommenden Jahren wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen im Zuge der demografischen Veränderungen deutlich erhöhen. Neben den Herausforderungen für die Versorgung der Pflegebedürftigen, haben diese Entwicklungen Auswirkungen auf die Sozialversicherungssysteme. Die entsprechende Pflegeinfrastruktur muss bereitgestellt werden und vor dem Hintergrund der fortschreitenden Professionalisierung der Pflege sind passende Pflegearrangements zu schaffen.

Um Entwicklungstendenzen in der Versorgung aufzuzeigen, werden verschiedene Szenarien/Thesen zur Darstellung ausgewählt. Im Folgenden werden die Begriffe Pflegebedürftige und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung (kurz: Leistungsempfänger) synonym verwendet.

Im **Status Quo Szenario** nach Breyer und Felder (2006) bleiben die alterstypischen Pflegeprävalenzen trotz Zunahme an Lebenserwartung im Zeitablauf konstant. Eine Veränderung der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen in der Menge ist hierbei ausschließlich durch eine Veränderung der Zahl der Anspruchsberechtigten bedingt (vgl. Breyer 2006).

⁴ Hier definiert als 15- bis 65-jährige.

⁵ Hinweis: Die 5. Regionalisierte Bevölkerungsprognose bietet Bevölkerungsvorhersagen bis 2030. Wie oben gesehen, ist hierbei mit gravierenden demografischen Veränderungen zu rechnen. Um politische Aussagen zu treffen, ist es wichtig, die langfristige Perspektive zu betrachten und zu erwähnen, dass sich die demografische Lage bis 2050 voraussichtlich etwas entspannt.

Die **Kompressionsthese** geht auf Fries (1980) zurück. Mit steigender Lebenserwartung verschieben sich die alterstypischen Pflegeprävalenzen in höhere Lebensalter. Damit ergibt sich eine Abhängigkeit der Pflegeprävalenzen vom Todeszeitpunkt unabhängig vom Lebensalter (vgl. Fries 1980).

Während die beiden vorgenannten Theorien verschiedene Hypothesen zur Entwicklung von Pflegeprävalenzen darstellen, geht das **Heimsogszenario** bei konstanten Pflegeprävalenzen von einer Verschiebung innerhalb der ambulanten und stationären Pflege aus. Die informelle Pflege durch Angehörige wird vermehrt durch professionelle Pflege in ambulanter und stationärer Form ersetzt (vgl. Raffelhüschen 2011).

Entsprechend der Szenarien Status Quo, Kompression und Heimsog ergeben sich unterschiedliche Zahlen für zukünftige Leistungsempfänger in Sachsen.

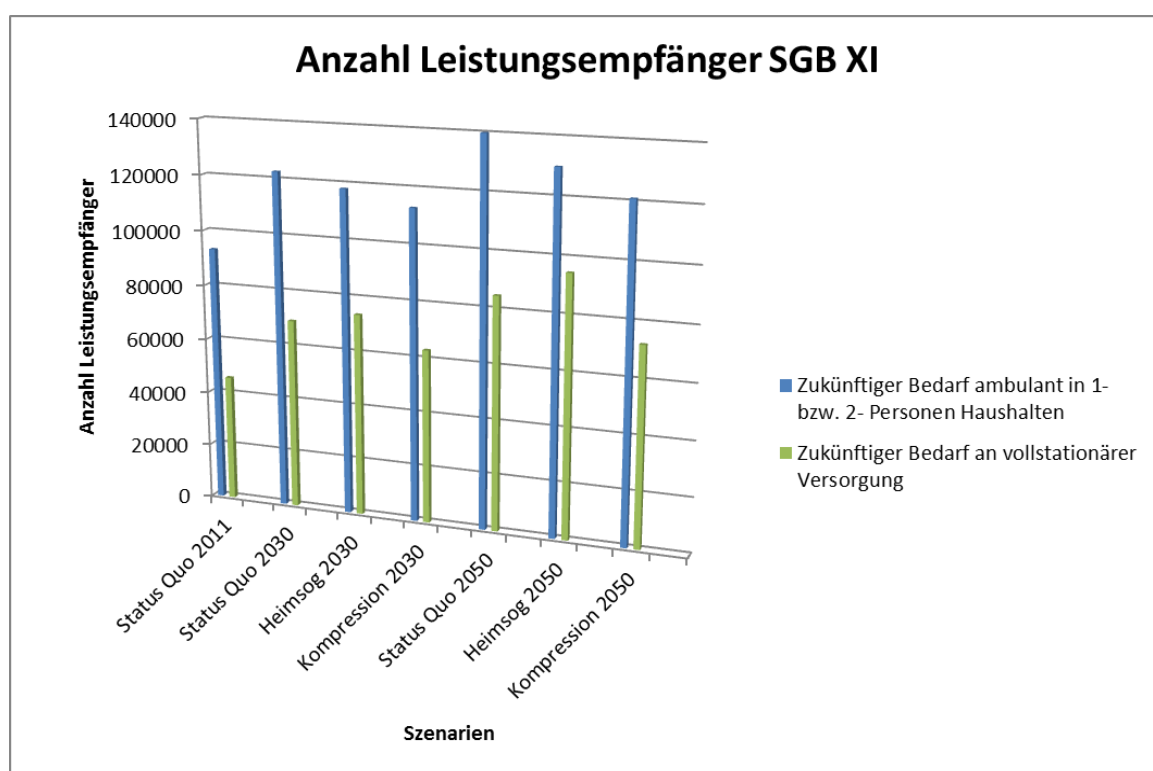


Abbildung 6: Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger Pflegeversicherung (SGB XI) (eigene Darstellung)

Die Abbildung 6 zeigt die unterschiedliche Entwicklung der Leistungsempfänger ausgehend vom Status Quo Szenario 2011 (ambulant: 93172 und stationär: 45815 Leistungsempfänger) in den einzelnen Szenarien im ambulanten und stationären Pflegebereich.

Die größte Zunahme an ambulanten Leistungsbeziehern weist das Status Quo Szenario im Jahr 2050 auf (139903 Leistungsempfänger; +50,2 %), gefolgt vom Heimsogszenario 2050 (130010 Leistungsempfänger; +39,5 %) und dem Status Quo Szenario 2030 (122599 Leistungsempfänger; +31,6 %). Den geringsten Zuwachs weist das Kompressionsszenario 2030 auf (113062 Leistungsempfänger; +21,4 %). Im stationären Bereich zeichnet sich im Heimsogszenario 2050 die größte Zunahme an Leistungsempfängern ab (94797 Leistungsempfänger; +106,9 %), gefolgt von Status Quo 2050 (84903 Leistungsempfänger; +85,3 %) und Heimsog 2030 (73791 Leistungsempfänger; +61,1 %). Analog zum

ambulanten Bereich gibt es den geringsten Zuwachs an Leistungsempfängern im Kompressionsszenario 2030 (63309 Leistungsempfänger; +38,2 %).

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ist innerhalb aller Zukunftsszenarien ein Anstieg der Leistungsempfänger von 2011 über 2030 bis 2050 zu verzeichnen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2009a; StaLa, 2011, Raffelhüschen 2011).

Durch eine wachsende Anzahl von Leistungsempfängern ergeben sich vermehrte Bedarfe an stationären und ambulanten Betreuungsformen. Zusätzlich ist für ältere, insbesondere pflegebedürftige Menschen neben einer barrierefreien oder barrierearmen Wohnung ein entsprechend gestaltetes Wohnumfeld bedeutsam. Um eine möglichst lange Selbstständigkeit und Teilhabe zu ermöglichen, sind verschiedenste Anforderungen zu berücksichtigen, beispielsweise die fußläufige Erreichbarkeit des öffentlichen Personennahverkehrs, die barrierereduzierte Gestaltung von öffentlichen Gebäuden, Einrichtungen der medizinischen Versorgung, kirchlichen Einrichtungen und Einkaufsmöglichkeiten. Zukünftig sollte mit der Schaffung barrierearmer Wohnsituationen der Ausbau einer unterstützenden Infrastruktur einhergehen. Wohnungsbauliche Maßnahmen sollten nicht isoliert betrachtet werden, sondern städtebaulichen Anforderungen genügen (vgl. BMVBS 2011).

3 Forschungskonzeption – Theoretischer Rahmen

3.1 Grundbetrachtung

Menschen unterliegen, insbesondere auch im Alter, vielfältigen Bedürfnissen, die von der Sicherstellung der eigenen Existenz über die Einbindung in soziale Strukturen bis hin zu Fragen der Selbstverwirklichung reichen. Beispielhaft sei dies in Abbildung 7 dargestellt, die die Differenziertheit individueller Bedürfnisse verdeutlicht.

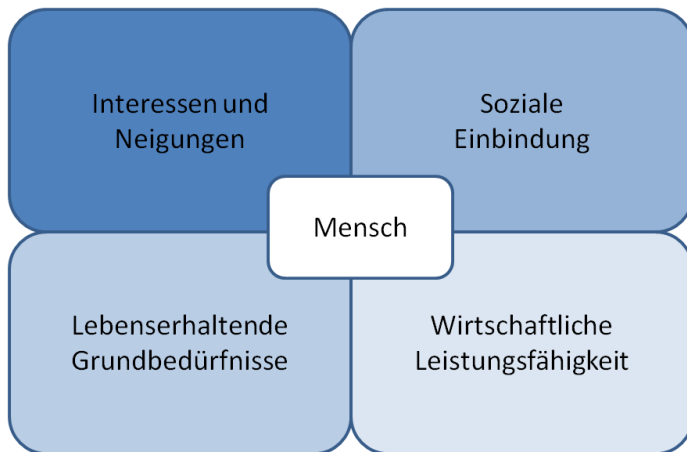


Abbildung 7: Bedürfnisse des Menschen (Begleitetes Wohnen e. V.)

Diese Bedarfslagen lassen sich folgendermaßen untersetzen:

Interessen und Neigungen:

- Selbstbestimmung
- Religion

Soziale Einbindung:

- Partner, Familie
- Nachbarn, Freunde
- „Kümmerer“

Lebenserhaltende Grundbedarfe:

- Wohnen
- Lebenspraktische Bedarfe
- Mobilität
- Sicherheit, Hilfe bei Krisen und Notfällen
- Sicherstellen der medizinischen Versorgung
- Sicherstellen der pflegerischen Versorgung
- Bei eingeschränkter Alltagskompetenz: Angebote für Beaufsichtigung und Betreuung

Wirtschaftliche Leistungsfähigkeit:

- Bedarfsdeckendes Einkommen und Vermögen
- Unterstützung bei Antragsstellung
- Einkommensverwaltung

Wesentlich ist also, dass einzelne Bedürfnisse in vielfältigen Bezügen stehen – so kann zum Beispiel die Einbindung in eine eigene Familie verschiedene Bedürfnisse tangieren:

- das Bedürfnis, wahrgenommen und wertgeschätzt zu werden,
- das Bedürfnis, in Notfällen umgehend Hilfe und Nachsorge zu erhalten,
- das Bedürfnis, dass eine vertraute Person meine persönlichen Angelegenheiten in meinem Sinne regelt, da ich selbst nicht mehr dazu in der Lage bin.

Eine weitere Besonderheit besteht darin, dass nach einer Sicherstellung grundlegender Bedürfnisse wie Essen, Trinken, Schlaf oder Sicherheit die subjektive Bewertung der Befindlichkeit des eigenen Lebens nach sehr unterschiedlichen und nicht-objektiven Kriterien (und teilweise sehr entfernt von üblichen sozialen Normen) erfolgt. So kann das Bedürfnis nach Hygiene oder nach Gesunderhaltung in einer sehr großen Bandbreite ausgeprägt sein, ohne dass der einzelne Mensch dieses abwertend für seine eigene Befindlichkeit empfindet. In einem Gegensatz wäre zu behaupten, dass gerade an der Schwelle einer eintretenden Hilfe- und Unterstützungsbedürftigkeit neben der Sicherstellung grundlegender Bedürfnisse die Frage des mittelfristigen Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit wesentlich auch davon abhängt, wie die weiteren sich im Zeitverlauf ändernden Bedürfnisse abgesichert werden können. Jedoch muss auch in jungen Jahren ein Bewusstsein für eine gesunde Lebensweise geschaffen werden, um gesund altern zu können und damit „fitte“ Lebensjahre zu gewinnen.

Die grundsätzliche Annahme ist also, dass die konkreten individuellen Bedarfe eines einzelnen Menschen in seinem Umfeld gedeckt sein müssen, um ein Leben in der eigenen Häuslichkeit abzusichern. Wenn entsprechende Angebote im Quartier nicht vorgehalten werden, ist eine Sicherstellung eines selbstbestimmten Lebens in der eigenen Häuslichkeit ggf. gefährdet.

Zahlreiche Studien belegen ferner den Wunsch älterer Menschen, möglichst lange selbstständig in ihrer bisherigen Wohnung und im vertrauten Wohnumfeld zu leben.

„Wohnen im Alter“ assoziieren viele Menschen mit Sonderwohnformen. Aber: 93 Prozent der 65-jährigen und älteren Menschen leben in „normalen“ Wohnungen, und auch noch rund zwei Drittel der 90-jährigen nutzen keine besonderen Wohnformen für das Alter, sondern wohnen im „normalen“ Wohnungsbestand. Die meisten älteren Menschen leben auch dann noch in einer „normalen“ Wohnung, wenn sie auf Hilfe und Pflege angewiesen sind.“ (BMVBS, Forschungen Heft 147, Berlin 2011, S.9) Dies belegt die Pflegestatistik 2011. Nur etwa 7 Prozent der Altersklasse 65plus nutzen Sonderwohnformen, die sich wie folgt aufteilen: vier Prozent wohnen in Heimen, zwei Prozent in betreuten Wohneinrichtungen und ein Prozent in Altenwohnungen. Wohnformen im Alter werden zwar immer individueller und vielfältiger, dennoch nutzt nur eine Minderheit alternative Wohnformen wie gemeinschaftliches Wohnen (unter 0,1 Prozent; vgl. BMVBS, 2011, S. 27). Gemeinschaftliches Wohnen bezeichnet hier Wohnformen, z. B. Mehrgenerationenhäuser, in denen Jung und Alt zusammen leben und ein Miteinander in Form von Projekten und Unternehmungen stattfindet.

Die in dieser Studie betrachteten Wohn- und Versorgungsformen lassen sich somit folgendermaßen skizzieren:

Häusliche Wohnformen umfassen das klassische Wohnen sowie die Unterkategorie des Betreuten Wohnens.

Das *klassische („normale“) Wohnen* stellt die Ausgangssituation dar. Je nach durchlaufenen Lebensphasen bis hin zur aktuellen Lebensphase wohnt das Individuum in einer ihm mehr oder weniger vertrauten Wohnumgebung.

Bei zunehmenden Einschränkungen in der Alltagskompetenz (eingeschränkte körperliche und/oder geistige Fähigkeiten beeinträchtigen den Wohnalltag in erheblichem Umfang, der alleine nicht mehr kompensiert werden kann) ist im Rahmen einer häuslichen Versorgung eine Unterstützung durch ambulante Pflege- und Versorgungsdienstleister in der eigenen, vertrauten Wohnumgebung möglich. Unter ambulanter Pflege versteht man die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung von in der Alltagskompetenz eingeschränkten und pflegebedürftigen Menschen in ihrer häuslichen Umgebung.

Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, sich für eine Form des *Betreuten Wohnens* zu entscheiden. Die Unterstützungsmöglichkeiten durch ambulante Pflege- und Versorgungsdienstleister entsprechen denen in der häuslichen Versorgung. Jedoch handelt es sich bei dieser Wohnform um eine speziell gestaltete Wohnumgebung (barrierefrei, mit Grund- und Wahlleistungen), die das Verlassen der bisherigen vertrauten Wohnumgebung erfordert (vgl. Exkurs Betreutes Wohnen in Sachsen).

(Voll-)stationäre Wohnformen umfassen in einer nach dem Schweregrad der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit der Bewohner unterscheidenden Dreigliedrigkeit stationärer Altenpflegeeinrichtungen: Altenwohnheime, Altenheime und Altenpflegeheime. Daneben bestehen Wohnformen für Menschen mit Behinderungen. Beim *Altenwohnheim* hat der Bereich Wohnen das größte Gewicht, andere Leistungen werden nur in geringem Umfang angeboten. Im *Altenheim* überwiegt das selbstbestimmte Leben, bei geringer Pflegebedürftigkeit. Allgemeine Dienstleistungen wie Zimmerreinigung und Speiserversorgung werden regelmäßig beansprucht. Es wird kein eigener Haushalt geführt. Im *Altenpflegeheim* steht die stationäre Pflege ausgeprägt pflegebedürftiger Menschen rund um die Uhr im Vordergrund. Die derzeit häufigste Form stellt das Altenpflegeheim (Pflegeheim) dar.

Dabei wird konstatiert, dass **kein Zwangslauf** zum Durchlaufen der einzelnen Versorgungsformen besteht, d.h. jede Versorgungsform steht für sich und kann je nach aktuellem Bedarf genutzt werden. Mit Blick auf die Verweildauer in den betrachteten Versorgungsformen wurden in einzelnen Einrichtungen z. T. bereits statistische Auswertungen durchgeführt (vgl. Beispiele in Tabelle 2). Hier zeigte sich eine große Streuung über einen Zeitraum von bis zu über 10 Jahren hinaus, wobei sich der **Schwerpunkt der Unterstützung über einen begrenzten Zeitraum von null bis fünf Jahren** erstreckt. Tendenziell werden die Zeiträume, in denen zusätzliche Versorgung in Anspruch genommen wird kürzer, d. h. die Menschen bleiben so lange wie möglich in ihrer vertrauten Wohnumgebung. Diese generelle Beobachtung des Pflegepersonals über alle befragten Einrichtungen hinweg lässt sich statistisch offenbar am ehesten in Ballungszentren (Beispiel Leipzig) nachvollziehen. Hier betrug die Verweildauer vom Einzug ins Altenpflegeheim bis zum Tod in 50 Prozent der Fälle weniger als ein Jahr (vgl. Tabelle 2). Im

ländlichen Raum dagegen werden Menschen deutlich länger in solchen Einrichtungen betreut. Ob es an der schwierigeren infrastrukturellen Anbindung einzelner Haushalte an die öffentliche Versorgung liegt, lässt sich nur vermuten. Möglich ist auch ein unterschiedlicher Auslastungsgrad der Heime in den einzelnen Regionen, der ein frühzeitigeres Eintreten ermöglicht bzw. verhindert.

Tabelle 2: Verweildauer in unterschiedlichen Versorgungsformen (Diakonie Auerbach, Pflegeheime der Stadt Leipzig für 2012 und 2011)

Verweildauer	Klassisches (normales) Wohnen mit „häuslicher“ Versorgung	Betreutes Wohnen	Stationäres Wohnen in Auerbach (Leipzig)
0-1 Jahre	41%	Aussagen von ca. 3 bis 15 Jahre, je nach Gesundheit bzw. Alter bei Einzug	21% (50%)
1-5 Jahre	43%		52% (32%)
5-10 Jahre	12%		21% (18% über 5 J.)
>10 Jahre	4%		6%

Der „BFS-Marktreport Pflege 2012 – Pflegeheime unter Druck“ beschreibt ebenfalls, dass sich schon heute signifikante Veränderungen in der Nachfrage abzeichnen: *„Schon heute entspricht die vollstationäre Versorgung im Pflegeheim nicht den Lebensvorstellungen eines Großteils der Senioren. Gefragt sind hingegen Wohn-, Unterstützungs- und Pflegeangebote für Senioren, die Versorgungssicherheit bieten und gleichzeitig ein selbstbestimmtes Leben im vertrauten Wohnumfeld auch bei intensivem Unterstützungs- und Pflegebedarf ermöglichen. Die Bedarfslagen der Klientel der pflegerischen Versorgung werden zudem vielfältiger (Demenz, Behinderung, etc.). Es wird immer mehr Personen geben, die in der herkömmlichen, undifferenzierten und unspezifischen vollstationären Dauerpflege nicht optimal versorgt werden. Zudem werden sie infolge der zunehmenden Eigenbeteiligung der Senioren und ihrer Angehörigen verstärkt auf das Preis-Leistungs-Verhältnis der Wohn-, Unterstützungs- und Pflegeangebote achten und demzufolge bei gleichen Leistungen die günstigeren Versorgungsangebote bevorzugen.“* (S. 10-11)

Hieraus wird deutlich, dass es bei der Grundbetrachtung zu den Wohn- und Versorgungsformen und deren monetäre Auswirkungen für öffentliche Haushalte, Privathaushalte, Sozial- und Pflegekassen sowie für die Politik der zusammenhängenden Betrachtung verschiedener Dimensionen bzw. Einflussvariablen und einer Kategorisierung bedarf (vgl. Abbildung 8).

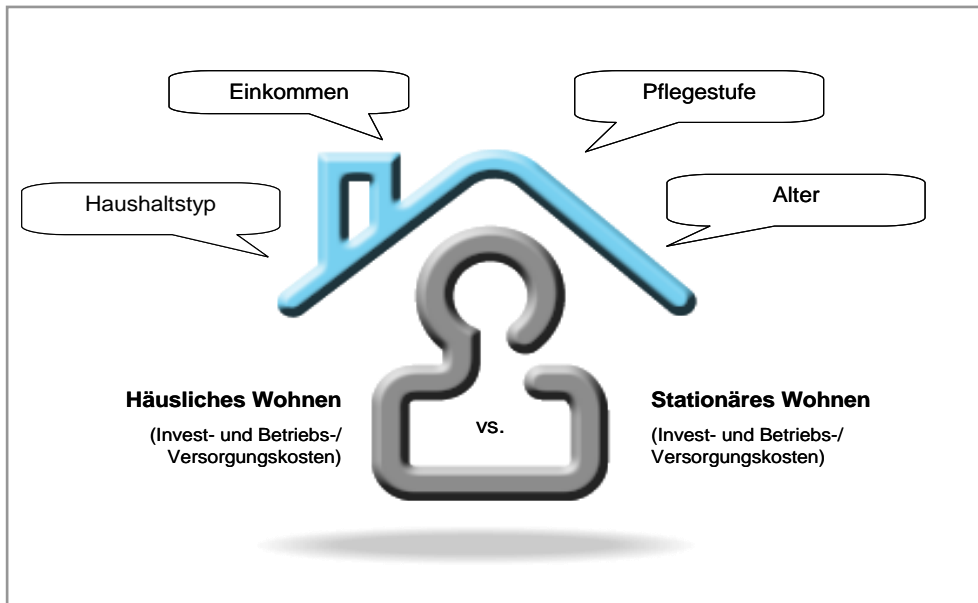


Abbildung 8: Grundbetrachtung des Vergleichs der Wohn- und Versorgungsformen (eigene Darstellung)

Dies ermöglicht die Erfassung der Nachfrageveränderung hinsichtlich der Wohn- und Versorgungsformen in der städtebaulichen Entwicklung. Ausgehend von oben angeführten Entwicklungen und den Erkenntnissen aus der Veröffentlichung „Alter leben – die Mitalternde Wohnung“ (VSWG, 2012) wird die Forschungskonzeption vom ersten Gesundheitsstandort her sukzessiv aufgebaut. Der erste Gesundheitsstandort stellt dabei die „normale“ Wohnung als Versorgungsform dar (entgegen der üblichen Darstellung der Wohnung als 3. Gesundheitsstandort), da hier noch vor Nutzung ambulanter und stationärer Leistungen u. a. Krankheitsbewältigung und Prävention erfolgt. Hierbei wird vom Lösungsansatz der „Mitalternden Wohnung“ ausgegangen. Das Konzept geht von einem kombinierten Ansatz, bestehend aus wirtschaftlich vertretbaren bautechnischen Maßnahmen in der Wohnung zur Reduktion von Barrieren im Wohnungsbestand (bzw. bedarfsgerechte Planung bei Neubau), von der Einbindung technischer Unterstützungssysteme zur Assistenz im Wohnalltag sowie bei entsprechendem Versorgungsbedarf von angekoppelten Dienstleistungen für die Mieter, aus. Die „Mitalternde Wohnung“ ist hierbei dem ersten⁶ und zweiten⁷ Gesundheitsmarkt zuzuordnen.

⁶ Der **Erste Gesundheitsmarkt** bezeichnet den Kernbereich des deutschen Gesundheitswesens mitsamt seinen Institutionen und Leistungserbringern. Er beinhaltet die Bereiche der Gesundheitsversorgung, welche überwiegend durch erstattungsfähige Leistungen („Regelversorgung“) der Gesetzlichen (GKV) und Privaten Krankenversicherung (PKV) in Deutschland abgedeckt werden [vgl. Henke 2009]

⁷ Der **Zweite Gesundheitsmarkt** betrachtet darüber hinaus weitere rein privat finanzierte Güter und Dienstleistungen.

3.2 Methodik

Um zukünftig (2030/2050) eine angemessene Versorgung mit einer entsprechenden Verteilung von Wohnformen zu gewährleisten, stellen sich also die Grundfragen:

Was ist der Bedarf? Was ist das Angebot? Wie regelt sich die Finanzierung?

Was bedeutet das für die zu erwartende konkrete Nachfrage?

Mit zunehmendem Alter erhöht sich die Bedeutung des Wohnumfeldes und der eigenen Wohnung. Mit Wegfall des Arbeitsplatzes durch den Eintritt in das Rentenalter verlagert sich der Großteil des täglichen Lebens in die eigene Häuslichkeit. Der Aktionsradius verringert sich. Diese Entwicklung verstärkt sich durch körperliche und kognitive Einschränkungen. Eine entsprechende Versorgung dieses Personenkreises mit barrierearmem Wohnraum ist aktuell nicht gewährleistet. Bedürfnisse entstehen aus einem empfundenen Mangel und aus dem Wunsch, diesen zu beseitigen. Fallen Bedürfnisse und Kaufwille zusammen, spricht man von Bedarf. Ist der Kaufwille mit entsprechender Kaufkraft, Konsumpräferenz und Angebot hinterlegt, wird aus dem Bedarf eine Nachfrage. Damit ist die Nachfrage der Bedarf, welcher am Markt wirksam ist. Die bedarfsbeeinflussenden Faktoren Kaufkraft, Konsumpräferenz und Angebot müssen bei der weiteren Entwicklung der Versorgungsstrukturen Beachtung finden.

Dabei wird der Bedarf zunächst in den Vordergrund gerückt.

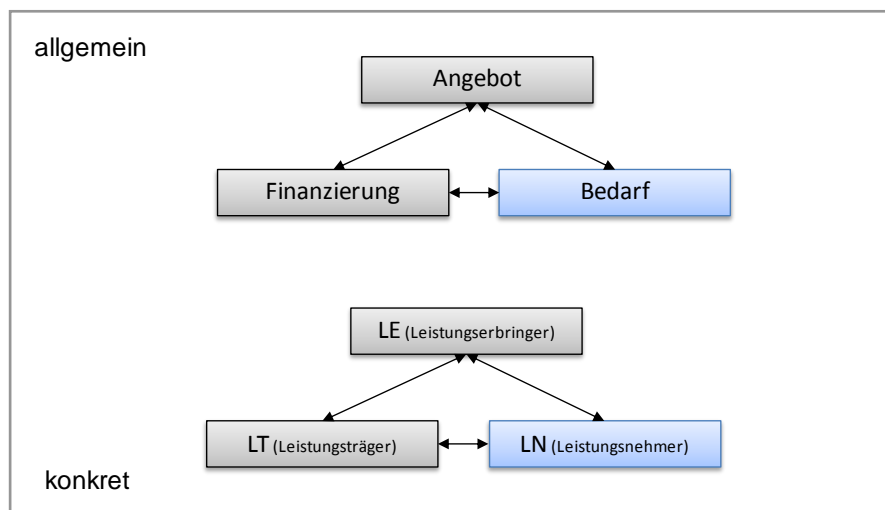


Abbildung 9: Dreiecksbetrachtung vom allgemeinen Bedarf zur konkreten Nachfrage (eigene Darstellung)

Am Bedarf sowie entsprechenden Leistungsnehmern werden das Angebot und momentane Finanzierungsstrukturen abgebildet. Betrachtet man die Bevölkerungsentwicklung ergeben sich folgende Bevölkerungsgruppen, die langfristig demografisch im Freistaat Sachsen relevant sind:

- **Menschen ohne Pflege SGB V, ohne Pflege SGB XI, ohne Demenz**
(altersunabhängig, z. B. der „fitte“ Rentner)
- **Ältere Menschen mit Bedarf an Pflege SGB V und SGB XI, ohne Demenz**
(vgl. Pkt. 8.1.1 Szenario 1.1.-1.4)

- **Ältere Menschen mit Bedarf an Pflege SGB V und SGB XI, mit Demenz**
(vgl. Pkt. 8.1.2 Szenario 2.1.-2.3)

Die Darstellung von beispielhaften konkreten Einzelszenarien auf Basis dieser Personengruppen ermöglichen die Betrachtung verschiedener Versorgungsformen (Leben in der eigenen Häuslichkeit, in Wohngemeinschaft für pflegebedürftige Menschen nach § 2 Abs. 5 SächsBeWoG, im Pflegeheim) unter pflegfachlichen und finanziellen Aspekten. Der Vergleich erfolgt dabei in den Einzelszenarien zwischen den Versorgungsformen und im Hinblick auf das häusliche Unterstützungspotential (Pflegeperson im Haushalt).

Eine nachfolgend makroökonomische Hochrechnung lässt sich anhand der Definition von vier Dimensionen abbilden:

Die **erste Dimension** besteht aus der Betrachtung der **Haushaltstypen**:

- 1-Personen-Haushalt
- 2-Personen-Haushalt
- Mehrpersonenhaushalt

Diese Haushaltstypen beinhalten alle möglichen Fälle von Wohnsituationen im Verlauf der verschiedenen Lebensphasen. Alle relevanten Zielgruppen, die es insbesondere auch im Geschosswohnungsbau gibt, werden dadurch erfasst: Hochbetagte, Alleinstehende (Junge/Ältere), Aktive Familie (mit/ohne Kinder).

Inwiefern für wesentliche Haushaltstypen bauliche Maßnahmen zu Entlastungen bei Finanzierungsströmen des öffentlichen Haushaltes führen können, ist bei der Betrachtung dieser verschiedenen Finanzströme (z. B. Pflegeversicherung, Wohngeld, Grundsicherung und u. U. Hilfe zur Pflege) zu beachten.

Daraus resultiert eine **zweite Dimension**, die **Einkommenssituation**:

- „ausreichend“ Einkommen
- „nicht ausreichend“ Einkommen, wobei zwischen Beziehern von Wohngeld und Beziehern von Sozialhilfeleistungen (z. B. Grundsicherung) unterschieden werden muss

Übergreifend kann als „Einkommen“ zu den eben benannten Differenzierungen als **dritte Dimension** die „**Pflegeversicherung/-leistungen nach Pflegestufen**“ gezählt werden. D. h. es liegt eine Pflegebedürftigkeit vor (Stufe 0 bis 3) oder keine. Generell ist die Betrachtung der Pflegestufen ein maßgeblicher Faktor für die Finanzierungsströme.

Die **vierte Dimension** umfasst die **Unterteilung des Alters** in kalendarischer Art. Der Alterungsprozess ist physiologisch und unumkehrbar. Das sogenannte sekundäre Altern bezeichnet äußere Faktoren, wie Krankheit, Bewegungsmangel, Fehlernährung und Suchtmittelkonsum, die zur Verkürzung der maximalen Lebensspanne führen können. Es werden bezüglich des Alters zwei Referenzgruppen gebildet:

- 20 bis 65 Jahre
- 65+ Jahre.

Infolge von alterungsbedingten Veränderungen erfolgt ab dem Alter 65+ ggf. eine Orientierung für eine barrierearme Anpassung der Wohnbedingungen.

Aus der Kombination der beschriebenen Dimensionen mit den jeweiligen Kriterien ergibt sich eine Vielzahl von möglichen Szenarien, die in ausgewählter Form betrachtet werden (vgl. Abbildung 10).

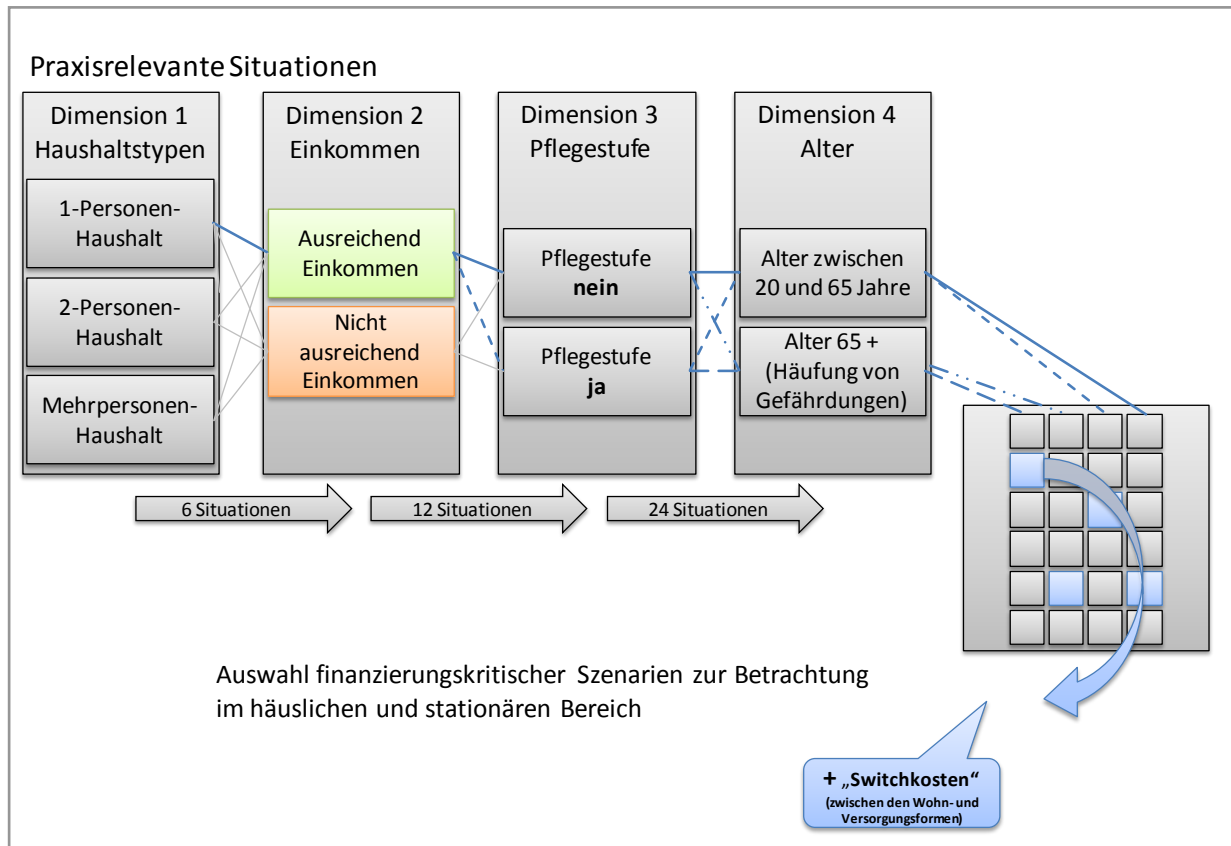


Abbildung 10: Relevante Situationen im häuslichen Bereich (eigene Darstellung)

Es können ferner qualitative Schnittstellen zwischen häuslicher und stationärer Versorgung definiert werden, die finanzielle Auswirkungen („Switchkosten“) haben. Dabei treten z. B. folgende Schnittstellenthemen auf:

- **Bereits bezuschusster Einpersonenhaushalt:**
Ein sofortiger Wechsel vom Krankenhaus in eine stationäre Unterbringung bewirkt zeitlich begrenzte aber parallel auftretende Kosten für auslaufenden Mietvertrag und für stationäre Unterbringung.
- **Bereits bezuschusster Zweipersonenhaushalt:**
Der Wechsel eines Partners in die stationäre Pflege bewirkt, dass beide Partner künftig auf noch höhere Zuschüsse angewiesen sind (geteiltes Familieneinkommen). Evtl. kommen auf den selbstständig bleibenden Partner zusätzlich Umzugskosten zu.
- **Zweipersonenhaushalt mit (bislang) ausreichend Eigenmitteln:**
Der Wechsel eines Partners in die stationäre Pflege bewirkt, dass beide, sowohl der in der Wohnung verbleibende Partner als auch der in die stationäre Pflege gehende

Partner künftig auf Zuschüsse angewiesen sind (geteiltes Familieneinkommen). Evtl. kommen auf den selbstständig bleibenden Partner zusätzlich Umzugskosten zu.

Mit der Beschreibung „relevanter Situationen im häuslichen Bereich“ können grundlegende Problemstellungen bezüglich der Finanzierung von Pflege im Rahmen ausgewählter Wohn- und Versorgungsformen plastisch nachgezeichnet werden.

Im vorliegenden Bericht werden unter dem Fokus des demografischen Wandels in Sachsen die zukünftigen Herausforderungen bezüglich der Versorgungsformen für Pflegebedürftige in Form von verschiedenen Berechnungen erstellt. Grundlage für diese bilden bevölkerungsrelevante Daten, so die Bevölkerungsentwicklung in Sachsen, Wanderungsbewegungen innerhalb des Freistaates und über die Landesgrenzen hinweg und Bevölkerungsprognosen bis in das Jahr 2050. Die zugrunde gelegten Daten entstammen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes sowie der 5. Regionalisierten Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes in Sachsen in Verbindung mit der Veröffentlichung des Sächsischen Sozialministeriums für Soziales und Verbraucherschutz: Alter, Rente, Grundsicherung (ARG) – Eine Studie für Sachsen. Daraus entwickeln sich in den verschiedenen Szenarien: Status Quo, Kompression und Heimsog unterschiedliche Zahlen für die Anzahl möglicher Leistungsempfänger der Pflegeversicherung nach SGB XI (vgl. 2.3). In allen drei Szenarien ist im ambulanten und im stationären Bereich eine Zunahme der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung bis 2050 zu verzeichnen. Da bereits jetzt eine nahezu 100-prozentige Auslastung im stationären Bereich besteht (vgl. 5.2), ist trotz eines hinzugerechneten jährlichen Zuwachses im stationären Bereich (vgl. Pflegestatistik 2009 und 2011) in den aufgezeigten Szenarien eine Deckung des darüber hinausgehenden Bedarfes mithilfe von ambulanten Versorgungsformen anzunehmen.

Nachfolgend richtet sich die Betrachtung auf die Bedürfnisse älterer und pflegebedürftiger Personen bezogen auf Wohnsituation, Alltagsbewältigung und erforderliche Infrastruktur.

Die verschiedenen Wohnformen, in denen Pflege möglich ist (stationär oder ambulant), sind in der Errichtung bzw. für Umbaumaßnahmen mit unterschiedlichen Kosten verbunden, welche sich in Investitionskosten, resultierender Abschreibung und Miete als Belastung des Bewohners darstellen (vgl. 4.2.2). Die verwendeten Zahlen entstammen Wirtschaftlichkeitsberechnungen, basierend auf aktuellen Daten öffentlicher und freigemeinnütziger Träger und den Angaben des VSWG e. V. zu den Kosten für eine barrierearme Sanierung, aus denen ein Durchschnittswert bezogen auf die Ausstattung ermittelt wurde (vgl. 4.3). Um eine Bedarfsermittlung in Abhängigkeit der vorherrschenden Haushalts- und Lebensformen zu erstellen, sind Angaben über bestehende Haushaltsformen verwendet worden. Durch die Veränderung von Bevölkerungsstruktur und Lebensformen tendiert die Haushaltsform in Sachsen bei steigendem Rückgang von Privathaushalten insgesamt zu kleinen Haushalten, vorrangig Ein- und Zweipersonenhaushalte. Die Datengrundlage bildet hier die Darstellung der Entwicklung der Privathaushalte in Sachsen des Statistischen Landesamtes von 2011 (vgl. 5.1.1). Das häusliche Wohnen bei dem Personenkreis 65+ verteilt sich fast vollständig auf Ein- und Zweipersonenhaushalte (vgl. 5.1.1.1). Bei der Gesamtanzahl der Haushalte mit mindestens einem Bewohner 65+ entfallen 48 Prozent auf Einpersonenhaushalte und 49 Prozent auf Zweipersonenhaushalte (3 Prozent auf Drei- und Mehrpersonenhaushalte). Weitere Bezugspunkte bilden die Einnahmen der über 65-jährigen aus dem Gesamtrentenzahlbetrag, welcher für die projizierten Berechnungen für Sachsen als Durchschnitt unter der Berücksichtigung der prozentualen Anteile von Männern und Frauen

ermittelt wurde (vgl. 7.1). Im Weiteren sind mögliche Einnahmen aus dem Bezug staatlicher Leistungen berücksichtigt (vgl. 7.2). Für die mikroökonomische Darstellung wurden spezielle Einzelfallszenarien erarbeitet, denen definierte Annahmen für die Höhe des Lebensunterhaltes und des Wohnens (vgl. 8.1) zugrunde liegen. Bei den Einzelfallszenarien wurden verschiedene typische Fallkonstruktionen erstellt, welche auch die aufwändigere Betreuung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz berücksichtigen. Entsprechend der Einstufung in eine Pflegestufe und der Inanspruchnahme verschiedener Leistungen innerhalb der häuslichen Pflege entstehen Finanzierungslücken in unterschiedlicher Höhe (vgl. 8.1.3).

Nach dem Vergleich der Kosten in den verschiedenen Versorgungsformen und Versorgungsarrangements erfolgt die Darstellung des Bedarfes an vollstationären Pflegeplätzen an Hand der vorgestellten Thesen zur Entwicklung des Pflegebedarfes. Weiterhin wird unter Berücksichtigung der Bedarfsdeckung im vollstationären Bereich aus dem Bedarf der Versorgung in der Häuslichkeit die Anzahl der erforderlichen barrierearmen Ein- und Zweipersonenhaushalte abgeleitet. Grundlage bilden hier die Theorien: Kompression, Heimsog und Status Quo mit der erwarteten Zahl an Leistungsempfängern im SGB XI Bereich zu den jeweiligen Endpunkten 2030 und 2050. Diese Anzahl und die damit verbundenen Kosten bilden die Grundlage für Handlungsempfehlungen an Politik und Leistungsträger.

4. Wohn- und Versorgungsformen

Im Rahmen dieses Kapitels erfolgt eine Analyse und Basisdatenzusammenstellung des häuslichen und stationären Wohnens. Neben einer Beleuchtung der Rahmenbedingungen (baurechtliche, mietrechtliche, heimrechtliche sowie leistungsrechtliche Bestimmungen) werden Investitions- und Betriebs- bzw. Versorgungskosten (Bestand und Neubau) gegenübergestellt. Darüber hinaus erfolgen Wirtschaftlichkeitsberechnungen für häusliches Wohnen.

4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Rechtliche Rahmenbedingungen beeinflussen das Bauen, Umbauen bzw. Modernisieren häuslicher und stationärer Wohnformen. Diese lassen sich unterteilen in:

- Bundesgesetzliche Vorgaben
- Landesgesetzliche Vorschriften
- Empfehlungen mit Normierungscharakter (z. B. nach DIN)
- Zielsetzungen/Konzepte des Bundes (z. B. Demografie-Strategie (2012))

Diese Oberkategorien werden jedoch untersetzt durch unterschiedliche rechtliche und fachliche Bereiche, die die Versorgungsformen tangieren. Insbesondere im Bereich der Gesetzgebung gilt es folgende Ebenen zu beachten:

- Öffentliches Recht
- Zivilrecht (u. a . Mietrecht, Dienstvertragsrecht)
- Baurecht
- Steuerrecht
- Datenschutzrecht
- Förderrichtlinien
- Heimrecht (Zivilrechtliche, Ordnungsrechtliche und Leistungsrechtliche Regelungen)
- Sozialrecht

Im Folgenden werden diejenigen Grundlagen näher erläutert, die insbesondere auch wichtig für die Potentialanalyse des häuslichen vs. stationären Wohnens sind, indem sie Rahmenbedingungen definieren, die sich auf die entstehenden Kosten auswirken.

4.1.1 Baurechtliche Bestimmungen

Häusliches Wohnen

Es existiert eine Vielzahl an Begrifflichkeiten zur Beschreibung häuslicher Wohnformen, beispielhaft sollen benannt sein: altersgerecht, seniorenfreundlich, barrierefrei, behindertengerecht, generationengerecht, barrierearm, barrierereduziert, bedienungsfreundlich, universal design, Komfortwohnen, „Wohnen plus“. Diese sind nicht eindeutig trennscharf und werden zumeist auch in vielen Studien unterschiedlich interpretiert, da sich die einzigen vergleichbaren Kriterien lediglich in festgeschriebenen Normen wie der DIN 18040 finden lassen.

Im Zuge einer wirtschaftlichen Anpassung von Wohnraum im Bestand sowie der Erkenntnis, dass individuelle Lebenssituationen auch Wohnraumanpassungen jenseits der DIN 18040 vielen Mietern ein längeres Leben in der vertrauten Wohnumgebung ermöglichen können, werden in dieser Studie Umbau-/Anpassungsmaßnahmen im Bereich des alten-, generationen- oder auch behindertengerechten Wohnens in zwei Bereiche gegliedert:

„barrierefrei und barrierearm“.

Unter der Zuordnung „barrierefrei“ sind (trennscharf) alle Maßnahmen der DIN 18040 zu verstehen, welche vorgegebene Mindestmaße erfordern. Der Begriff „barrierearm“ hingegen schließt (etwas unscharf) alle Maßnahmen ein, die generell zur Reduzierung von Barrieren im Wohnungsbestand (barrierereduziert) beitragen, allerdings nicht die vorgeschriebenen DIN-Werte erreichen.

Im Folgenden wird diese Unterteilung nochmals differenzierter betrachtet, da diese die Grundlage für die Darstellung der Investitionskosten bildet.

Barrierefreiheit

Die DIN 18040 beruht auf den Vorläufer-DIN Normen 18024 und 18025 (vgl. Abbildung 11).

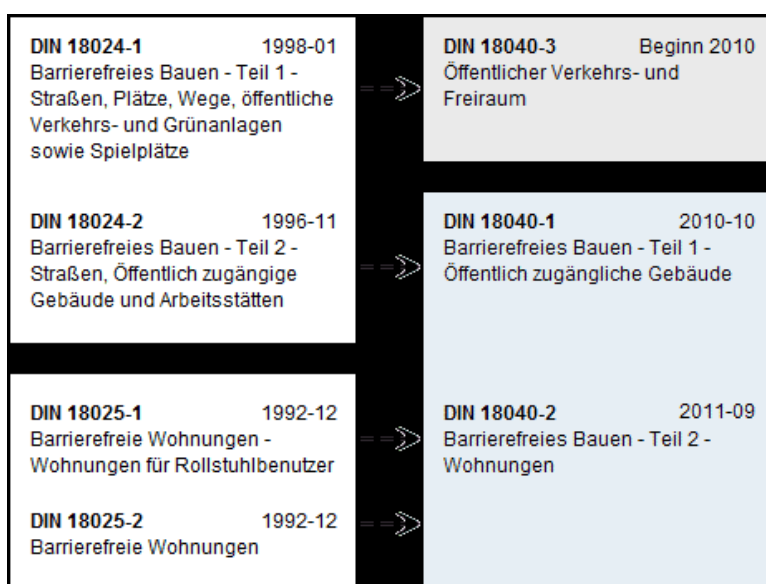


Abbildung 11: Entstehung der DIN 18040 (<http://nullbarriere.de/din18040-2-inhaltsverzeichnis.htm>)

Insbesondere die DIN 18040-2 ist für den zu untersuchenden Sachverhalt maßgeblich. Diese *„gilt für die barrierefreie Planung, Ausführung und Ausstattung von Wohnungen, Gebäuden mit Wohnungen und deren Außenanlagen, die der Erschließung und wohnbezogenen Nutzung dienen. Die Anforderungen an die Infrastruktur der Gebäude mit Wohnungen berücksichtigen grundsätzlich auch die uneingeschränkte Nutzung mit dem Rollstuhl. Innerhalb von Wohnungen wird unterschieden zwischen - barrierefrei nutzbaren Wohnungen und - barrierefrei und uneingeschränkt mit dem Rollstuhl nutzbaren Wohnungen“* (vgl. Rauh 2013; <http://www.din18040.de/>).

Die Anforderungen der Norm sollen zu Nutzungserleichterungen führen, dabei werden insbesondere die Bedürfnisse folgender Menschen berücksichtigt: Menschen mit Sehbehinderung, Hörbehinderung, motorischen Einschränkungen, kognitiven Einschränkungen, Großwüchsigkeit, Kleinwüchsigkeit, Menschen die Mobilitätshilfen und Rollstühle benutzen, sowie ältere Menschen, Kinder oder jüngere Menschen mittleren Alters mit Kinderwagen oder Gepäck. Die Aktualisierung der Norm zielte auf eine gebrauchstauglichere Auslegung im Rahmen des „universal design“ ab, da die Umsetzung der DIN 18025-2 im Bestand nicht ohne Weiteres aufgrund bauphysikalischer Voraussetzungen möglich war (z. T. geringe Größen, Breiten, Flächen, konstruktive Gegebenheiten). Spezielle Anforderungen an Wohnungen für Rollstuhlfahrer werden nun hervorgehoben. Grundsätzlich neu integriert sind sensorische Anforderungen (visuell, akustisch, taktil) betreffender Personen.

„Barrierefreiheit“ im Sinne der Norm ist nun kurzgefasst die „Eigenschaft von Bauwerken (etc.) zur weitgehend gleichberechtigten (...) Nutzung durch alle Menschen in jedem Alter, mit unterschiedlichen Fähigkeiten sowie mit oder ohne Behinderungen“. Dies gilt grundsätzlich für den Neubau und sinngemäß für Bestandsbauten.

Inwieweit die Barrierefreiheit in Sachsen umgesetzt werden muss, ist in der sächsischen Landesbauordnung festgehalten. Nach Einbindung "Barrierefreies Bauen" in die sächsische Bauordnung zum 01.10.2004 (SächsBO) sowie nach Inkrafttreten des Integrationsgesetzes des Freistaates Sachsen wurde dem "Barrierefreien Planen und Bauen" eine neue Gewichtung gegeben. Hierbei wird in nachfolgend genannten Paragraphen der sächsischen Landesbauordnung Bezug zum Thema genommen:

§ 50 SächsBO Barrierefreies Bauen:

In Gebäuden mit mehr als zwei Wohnungen müssen die Wohnungen eines Geschosses barrierefrei erreichbar sein.

In diesen Wohnungen müssen Wohn- und Schlafräume, eine Toilette, ein Bad sowie Küche bzw. Kochnische mit dem Rollstuhl zugänglich sein.

Ausnahmen sind möglich, wenn die Anforderungen aufgrund

- schwieriger Geländeverhältnisse
- wegen Einbaus eines sonst nicht erforderlichen Aufzugs
- wegen ungünstiger vorhandener Bebauung
- im Hinblick auf die Sicherheit der Menschen mit Behinderungen oder alten Menschen nur mit einem unverhältnismäßigen Mehraufwand erfüllt werden können.

§ 48 SächsBO Wohnungen:

Jede Wohnung muss eine Küche oder Kochnische haben. Fensterlose Küchen oder Kochnischen sind zulässig, wenn eine wirksame Lüftung gewährleistet ist.

In Wohngebäuden der Gebäudeklassen 3 bis 5 sind leicht erreichbare und gut zugängliche Abstellräume für Kinderwagen und Fahrräder sowie für jede Wohnung ein ausreichend großer Abstellraum herzustellen.

Jede Wohnung muss ein Bad mit Badewanne oder Dusche und eine Toilette haben.

§ 39 SächsBO Aufzüge:

Gebäude höher als 13 m müssen Aufzüge in ausreichender Zahl haben. (Haltestellen im Keller-, Erd- und obersten Geschoss sind nicht erforderlich, wenn sie nur unter besonderen Schwierigkeiten hergestellt werden können.)

Mindestens ein Aufzug muss zur Aufnahme von Kinderwagen, Rollstühlen, Krankentragen und Lasten geeignet (110 cm x 210 cm, ausreichende Bewegungsfläche vor den Fahrschachttüren) und stufenlos erreichbar sein.

Barrierearmut

Für den Begriff der Barrierearmut fehlt eine einheitliche, trennscharfe Definition. Folgende inhaltliche Interpretation, angelehnt an die Begriffsdefinition (vgl. Edinger 2007) von Prof. Edinger, bildet die Grundlage in dieser Studie:

Barrierearmut ist ein Kompendium von Maßnahmen zur Reduzierung und Vermeidung horizontaler, vertikaler, sensorischer und ergonomischer Barrieren im Wohnungsbestand. *Zu überwindende Barrieren betreffen dabei bauliche Hindernisse, das Anbringen von Hilfseinrichtungen (Bedien-, Halte- und Griffelementen), räumliche Anordnungen, sowie die Beachtung individueller psychologischer Faktoren.* Ziel ist eine auch an wirtschaftlichen Gesichtspunkten ausgerichtete Verbesserung der Gebrauchstauglichkeit insbesondere von Wohnungen im Bestand, die ein bedarfsgerechtes Wohnen für möglichst viele Zielgruppen/Menschen mit unterschiedlichen Fähigkeiten und/oder phys. bzw. psych. Einschränkungen ermöglicht.

Je nach Gebäudesituation werden Anpassungsmaßnahmen für Wohnungen im Bestand an die DIN Norm 18040-2 angelehnt, aus wirtschaftlichen und bautechnischen Gründen jedoch nicht vollständig normgerecht ausgeführt. So wird bei Wohnungsgenossenschaften eine barrierearme Anpassung der Wohnungen bevorzugt (Sozialfragebogen des VSWG 2010: N=77 Wohnungsgenossenschaften, 370 barrierefreie Wohnungen, 6.231 barrierearme Wohnungen). Hierbei werden Barrieren so weit wie möglich abgebaut (reduziert), sodass eine entsprechende Nutzbarkeit der Wohnung unter Kompromissen auch für ältere Menschen mit Behinderungen zum Teil gegeben ist (z. B. Zugang zur Wohnung nur mit einem handbetriebenen, nicht aber mit einem elektrischen Rollstuhl).

Im Rahmen beider Begrifflichkeiten (barrierefrei, barrierearm) müssen folgende Handlungsbereiche baulicher (individueller und struktureller) Wohnungsanpassung betrachtet werden:

- Flächen/Platzbedarf/Bewegungsräume
- Türen
- Bad/WC
- Küche/Essplatz
- Wohn- und Schlafraum

Konkrete bauliche Maßnahmen betreffen dabei u. a. Grundrissveränderungen, Türverbreiterungen sowie Ebenerdigkeit bzw. Schwellenlosigkeit.

Ergänzend dazu ist es wichtig, sogenannte **Handlungsbereiche baulicher Wohnumfeldmaßnahmen** zu berücksichtigen, die in Zusammenhang mit der Nutzbarkeit einer angepassten Wohnung stehen:

- Wege und Plätze
- der Zugang: Treppen, Rampen, Aufzug
- sowie eine entsprechende Infrastruktur im Quartier.

Weiterhin sind **Handlungsbereiche technischer Wohnungsanpassungen** im Rahmen von Assistenzsystemen zu forcieren. In den letzten Jahren wurden technische Assistenzsysteme entwickelt und erprobt, die inzwischen praxistauglich und am Markt verfügbar sind und von Wohnungsunternehmen erfolgreich eingesetzt werden. Die in die Wohnung zu integrierenden technischen Systeme schlagen Brücken in das soziale Umfeld der Nutzer, die bei Bedarf somit schnelle und unkomplizierte Hilfe von außen ermöglichen. Das reicht vom einfachen Informationsaustausch über die Anbindung von Hilfen für den Wohnalltag bis hin zur Bewältigung von Notfällen.

Im Rahmen unterschiedlicher Arten zur Schaffung bedarfsgerechten Wohnraumes (z. B. Neubau, Sanierung eines gesamten Wohnblockes, Sanierung eines Gebäudestranges, Sanierung einer einzelnen Wohneinheit) wird in dieser Studie vom kostenintensivsten sowie bauphysikalisch schwierigsten Fall ausgegangen: der Sanierung einer einzelnen Bestandswohnung (individuelle Wohnungsanpassung). Die Ergebnisse können dann auf die anderen Bereiche übertragen werden bzw. lassen eine Mischkalkulation zu.

Die Sanierung und Nutzungsänderung bestehender Bauten stellt einen großen Anteil aller Baumaßnahmen dar, da vorhandene Ressourcen weiter genutzt werden sollen und die wirtschaftlichste Variante angestrebt wird.

Wohnungen im Bestand müssen über ihre wirtschaftlich begründete Nutzungsdauer den Anforderungen sowohl der in ihnen alternden Menschen als auch der potentiell neuen Mieter gerecht werden, da sich die Anforderungen an das Wohnen und die Wohnungen innerhalb der Generationen verändert⁸. Der Fokus liegt somit auf dem Wohnungsbestand, da dort die meisten Menschen, insbesondere auch Ältere, leben. Dabei ist eine verzahnte Betrachtung der Wohnungsnutzung durch unterschiedliche Zielgruppen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit (aufgrund der Zeitintervalle der Sanierungen) und Mietrechtserfordernisse maßgeblich.

Stationäres Wohnen

Bauliche Standards für stationäre Versorgungseinrichtungen wie Altenheime, Altenwohnheime, Pflegeheime und Einrichtungen mit Mischcharakter sowie jeweils gleichartige Einrichtungen sind in der Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz zur Durchführung des Sächsischen Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetzes - SächsBeWoGDVO (ehemals HeimMindBauV) festgelegt. Die

⁸ Mit einem „Design für alle“ (universal design) besitzen die Wohnungen eine verbesserte Gebrauchstauglichkeit, die sich positiv auf die künftige Nachfrage auswirkt und eine größere soziokulturelle Gerechtigkeit ermöglicht.

Bestimmungen richten sich vor allem auf: Barrierefreie Zugänglichkeit (z. B. Vorhandensein von Handläufen, ausreichende Breite von Fluren, Aufzüge), Rutschfestigkeit von Verkehrsflächen, einfache Bedienbarkeit und Erreichbarkeit von Lichtquellen und Rufanlagen, Vorhandensein von fernsprechtechnischen Anlagen, Zugänglichkeiten von außen für auftretende Notfälle, Mindestanforderungen für sanitäre Anlagen, erforderliche Anzahl an Wirtschafts- und Versorgungsräumen und geeignete Heizungsanlagen zur Sicherstellung einer angemessenen Raumtemperatur. Für Altenheime, Altenwohnheime und Altenpflegeheime gelten jeweils weitere Vorschriften für Wohn- und Pflegeplätze, Funktions-, Zubehör-, Gemeinschafts- und Therapieräume sowie sanitäre Anlagen (vgl. BMFSFJ 2014).

Im Kapitel 4.1.1 wurden bereits wesentliche Punkte zum Thema baurechtliche Bestimmungen im Bereich häusliche Wohnform (ambulante Versorgung) und öffentlicher Gebäude erläutert. Wichtigste Grundlage bildet hier die Norm DIN 18040 – barrierefreies Bauen, Planungsgrundlagen Teil 1: öffentlich zugängliche Gebäude; Teil 2: Wohnungen. Weitere geltende Vorschriften und Richtlinien wurden vom Deutschen Institut für Normung (DIN), durch den Verein Deutscher Ingenieure (VDI) und den Verband der Elektrotechnik, Elektronik, Informationstechnik (VDE) erarbeitet und herausgegeben (vgl. Anhang 1). Zusätzlich gelten weitere lichttechnische Normen, Regelungen für betriebstechnische Anlagen in öffentlichen Gebäuden sowie behördliche Vorschriften zum Arbeitsschutzrecht und Unfallverhütungsrecht.

4.1.2 Mietrechtliche Bedingungen

Häusliches Wohnen

Das BGB regelt die mietrechtliche Umsetzung und Auswirkung der Instandhaltung und Modernisierung auf den Mieter. Modernisierungsmaßnahmen, die auch altersgerechte Umbauten von Wohnungen durch den Vermieter beinhalten und eine wohnwertverbessernde Maßnahme gemäß § 555b darstellen, sind gemäß 555d Abs.1 vom Mieter zu dulden. Die Absätze 2 bis 7 § 555d regeln abweichendes. Die Pflichtformalien für den Vermieter wie Ankündigung der Baumaßnahme, Dauer, Umfang oder Mieterhöhung regelt § 555c. Der Vermieter ist berechtigt, gemäß § 559 die jährliche Miete um 11 Prozent der Kosten der Maßnahme zu erhöhen (Modernisierungsumlage). Gleiches gilt für Maßnahmen außerhalb der Wohnung, wie z. B. den Einbau eines Aufzugs.

Das Mietrecht ermöglicht sowohl dem Vermieter als auch dem Mieter die Durchführung von Baumaßnahmen, die der Barrierereduzierung dienen. Basis bildet § 554a BGB, der auch die Ablehnung des Verlangens eines Mieters durch den Vermieter regelt.

Seit der Mietrechtsreform von 2001 hat der Mieter einen Anspruch auf Zustimmung des Vermieters zu baulichen Veränderungen innerhalb und außerhalb der Wohnung, die für eine behindertengerechte (barrierefreie) Nutzung der Wohnung oder den Zugang erforderlich sind, wenn er ein berechtigtes Interesse daran hat. Die Vorschrift ermöglicht älteren Menschen die altersgerechte Umgestaltung ihrer Wohnung.

Der Vermieter kann seine Zustimmung verweigern, wenn sein Interesse an der unveränderten Erhaltung der Mietsache das Interesse des Mieters an einer barrierefreien Nutzung überwiegt. Die berechtigten Interessen anderer Mieter sind mit zu berücksichtigen. Der Vermieter kann seine Zustimmung auch von der Leistung einer zusätzlichen Sicherheit durch den Mieter für die Wiederherstellung des ursprünglichen Zustandes abhängig machen.

Daneben kann nach dem Grundsatz der Vertragsfreiheit im Mietrecht eine Vereinbarung zwischen Mieter und Vermieter über eine mieterseitige Modernisierung der Wohnung geschlossen werden. Soweit der Vermieter die vom Mieter geschaffenen Einrichtungen nach dessen Auszug behalten will, trifft ihn nach § 552 BGB eine Ausgleichspflicht. (vgl. BMVBS, Heft 147: Wohnen im Alter, S.69)

4.1.3 Heimrechtliche Bestimmungen

Häusliches Wohnen

Mit dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) sind bestimmte Vertragskonstellationen *zivilrechtlich* geregelt worden. Allerdings gilt, dass Wohnen mit allgemeinen Unterstützungsleistungen⁹ nicht unter das WBVG fällt: In diesen Fällen gilt für das Wohnen das bürgerliche Mietrecht und für die Betreuung das Dienstvertragsrecht. Beides ist im BGB geregelt. Ebenso gilt es, für das Wohnen mit technischer Assistenz weitere Gesetze zu beachten. Jedoch kann das WBVG bei der Sonderform des „Betreuten

⁹ Gemeint ist das "Service-Wohnen". Hier geht es ausschließlich um die Erbringung von allgemeinen Unterstützungsleistungen durch den Unternehmer, wie beispielsweise die Vermittlung von Pflege- oder Betreuungsleistungen oder Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Wohnens“ greifen. Dies wird zivilrechtlich ausführlich nachfolgend im Abschnitt stationäres Wohnen dargestellt.

Ordnungsrechtlich ist das SächsBeWoG zu beachten, dies findet allerdings beim häuslichen Wohnen keine Anwendung, wenn es um allgemein unterstützende Dienstleistungen geht. Es ist also nicht anzuwenden, wenn Wohnraum vermietet bzw. verkauft wird und Mietern oder Käufern aus den jeweils geschlossenen Verträgen die Verpflichtung entsteht, allgemeine Unterstützungsleistungen nur von durch den Vermieter/Verkäufer festgelegten Anbietern zu beziehen. Als allgemeine Unterstützungs- oder Grundleistungen sind im Sinne des SächsBeWoG z. B. Notrufdienste, Vermittlung von Pflege- und Betreuungs- und/oder Hauswirtschaftsleistungen zu verstehen. Demnach findet das SächsBeWoG keine Anwendung, wenn die Anbieter weitergehender Dienstleistungen von den Mietern bzw. Käufern selbst und frei gewählt werden können. Bei solchen Wohnformen handelt es sich um betreutes Wohnen. Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen fallen ebenso wenig unter den Geltungsbereich des SächsBeWoG wie Krankenhäuser, Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation oder (Schul-) Internate. Das Gesetz gilt auch nicht für Wohngemeinschaften pflegebedürftiger oder behinderter Menschen, wenn und solange diese unabhängig von Dritten sind. Unabhängig sind Wohngemeinschaften dann, wenn sie ihre Angelegenheiten als Gemeinschaft selbst regeln und eine Wahlfreiheit hinsichtlich der Betreuungsleistungen uneingeschränkt besteht. Hier ist nicht die Wahlfreiheit des Einzelnen entscheidend, sondern die in der Gruppe miteinander lebender Menschen und ihre Unabhängigkeit von Dritten wie z. B. vom Vermieter oder anderen Dienstleistern. Das Gesetz regelt, dass Unabhängigkeit regelmäßig nicht gegeben ist, wenn Vermieter und Pflegedienstleister rechtlich oder organisatorisch miteinander verbunden sind.

Das Sozialrecht (leistungsrechtlich) ist ein sehr weites Feld. Es gibt bisher 12 Sozialgesetzbücher und diverse spezielle Gesetze zum Sozialrecht. Folgende Sozialgesetzbücher sind zu dem Thema Wohnformen und Betreuung relevant:

- SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung
- SGB VII: Gesetzliche Unfallversicherung
- SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- SGB XI: Soziale Pflegeversicherung
- SGB XII: Sozialhilfe
- BVG: Versorgung der Opfer des Krieges (heute insbesondere für Opfer von Gewalttaten anwendbar)
- Wohngeldgesetz.

Die – nicht eben die unwichtigste – Regelungsebene sind daraus *die leistungsrechtlichen Bestimmungen* des § 36 SGB XI und des § 37 SGB V.

Im Jahr 2012 wurde das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) erlassen, das für alle Pflegebedürftigen erhöhte Leistungsansprüche ermöglicht. Ein weiterer Schwerpunkt des PNG ist die Stärkung von neuen Wohn- und Betreuungsformen. Hierbei sind vor allem die ambulant betreuten Wohngruppen zu erwähnen. Weitere Hinweise finden sich in Kapitel 6.

Stationäres Wohnen

Die erste Ebene bildet das zum 01.10.2009 als Teil des Gesetzes zur Neuregelung *der zivilrechtlichen Vorschriften* des Heimgesetzes nach der Föderalismusreform in Kraft getretene Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG). Es löste die vormaligen Bestimmungen des im HeimG verankerten Heimvertragsrechts ab.

Das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) ist ein Verbraucherschutzgesetz. Es findet auf Verträge Anwendung, bei denen die Überlassung von Wohnraum mit der Erbringung von Pflege- oder Betreuungsleistungen verbunden wird. Im Mittelpunkt des Gesetzes stehen Vorschriften über den Abschluss und die Umsetzung eines Wohn- und Betreuungsvertrages (ehemals "Heimvertrag") mit einem Unternehmer, die die Verbraucher besonders schützen sollen.

Die Einrichtungsform ist für die Anwendbarkeit des WBVG – im Gegensatz zum Heimgesetz – nicht entscheidend. Die Wohn- und Betreuungsverträge können sich sowohl auf Bewohnerinnen und Bewohner herkömmlicher Pflegeeinrichtungen als auch auf neue Wohnformen, etwa dem "Betreuten Wohnen", beziehen. Es genügt, wenn sich der Unternehmer zum Vorhalten der Pflege- oder Betreuungsleistungen verpflichtet. Zwischenzeitlich hat Sachsen daneben eigene *ordnungsrechtliche Regelungen* geschaffen. Im August 2012 ist das SächsBeWoG in Kraft getreten und hat das bis dahin geltende Bundes-Heimgesetz abgelöst. Das SächsBeWoG regelt die Anforderungen, die an den Betrieb einer Pflegeeinrichtung gestellt werden und beinhaltet Aufgaben und Befugnisse der zuständigen Aufsichtsbehörde gegenüber den Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen. Zuständige Aufsichtsbehörde ist seit 01.01.2013 der Kommunale Sozialverband Sachsen.

Das SächsBeWoG beschreibt neben den stationären Pflegeeinrichtungen auch andere Wohnformen, die im Sinne des Gesetzes keine Pflegeeinrichtungen sind. So werden bspw. ambulant betreute Wohngemeinschaften in den Bereichen der Altenpflege, der Hilfe für Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen, aber auch betreute Wohneinrichtungen voneinander abgegrenzt. Demnach ist das SächsBeWoG auf Einrichtungen anzuwenden, die ältere und pflegebedürftige Menschen, Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen, die volljährig sind, aufnehmen. Dabei muss Wohnraum überlassen, Verpflegung vorgehalten sowie Pflege- und Betreuungsleistungen angeboten werden. Ein weiteres Kriterium ist, dass die Leistungen gegen Entgelt abgerechnet werden.

Das Gesetz gilt dann für gemeinschaftlich betreute Wohnformen für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen, wenn sie für mehr als neun Personen organisiert sind.

Notwendige Ausführungsverordnungen zum SächsBeWoG wie eine Personalverordnung, eine Verordnung, die die Mitwirkung der Bewohnerinnen regelt oder eine Bauverordnung liegen derzeit noch nicht vor. Deswegen gelten – bis zum Inkrafttreten landesrechtlicher Regelungen – die bundesrechtlichen Bestimmungen des Heimgesetzes.

4.2 Investitions- und Betriebs-/Versorgungskosten

Wohngebäude und -umfeld ohne Hindernisse so zu gestalten, dass es persönlichen Belangen verschiedener Nutzergruppen in allen Lebenslagen bzw. im Rahmen des universal designs Rechnung trägt, erfordert im Bereich des barrierefreien und barrierearmen Bauens ein gewisses Investitionsvolumen.

4.2.1 Häusliches Wohnen

4.2.1.1 Bestand

Folgende Erkenntnisse liegen aus der bundesweiten Recherche des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2011) vor: „Während zu den Kosten für die Schaffung von Barrierefreiheit im Neubau relativ verlässliche Zahlen vorliegen, gibt es für Maßnahmen der Barrierereduzierung im Bestand keine vergleichende Kostenuntersuchungen, die klare Rückschlüsse darauf zulassen, wie hoch einerseits der Mehraufwand gegenüber „normaler“ Modernisierung (also mit Barrieren) ist, und insbesondere nicht, wie hoch die Kostenunterschiede bezüglich unterschiedlicher Standards der Barrierereduzierung sind. Hier liegen nur exemplarische Kostenangaben für Maßnahmenpakete einzelner Wohnungsunternehmen, Wohnberatungsstellen und Architekten vor.“ (BMBVS, 2011, S.61)

Tabelle 3: Kostenvergleich Maßnahmenpaket vertikale Erschließung (BMBVS 2011)

Kosten	Beispiel Bautzen, 32 WE	Beispiel Kassel, 10 WE
Gesamtkosten Modernisierung	1.449.400 Euro (45.290 Euro/WE)	576.000 Euro (57.600 Euro/WE)
davon Zusatzkosten für Barrierereduzierung	395.000 Euro (12.344 Euro/WE)	110.125 Euro (11.013 Euro/WE)
Anteil an Gesamtkosten	ca. 27 %	ca. 19 %
Aufzugskosten mit Umbaukosten (Teil der Zusatzkosten)	327.590 Euro (10.234 Euro/WE) mit Laubengang	71.410 Euro (7.141 Euro /WE) innen mit Grundrissänderung
Anteil an Zusatzkosten	ca. 83 %	ca. 65 %
Zusatzkosten ohne Aufzug	2.110 Euro/WE	3.872 Euro/WE
Anteil an Gesamtkosten	4,6 %	6,7 %

Daraus schlussfolgernd lassen sich Erkenntnisse sächsischer Wohnungsgenossenschaften spiegeln.

Geht man von den drei Handlungsbereichen (bauliche Wohnumfeldmaßnahmen, bauliche, technische Wohnungsanpassung) aus, ist somit der nachträgliche Einbau eines Aufzuges, um den schwellenfreien Zugang zum Gebäude zu gewährleisten, am kostenintensivsten. Desweiteren kommen die Baumaßnahmen hinzu, die in die Baukonstruktion der Wohnung eingreifen (z. B. Grundrissveränderungen, Installationsleitungen).

Die nachfolgenden Beispiele werden verdeutlichen, dass kein 100 Prozent vergleichbarer Kostenansatz möglich ist. Das ist darin begründet, dass die Kosten abhängig von der Bauart des Gebäudes, des Gebäudealters, der Anzahl der Wohnungen im Gebäude, der Vorlaufsanierung, der gewählten Standards usw. abhängig sind. Dennoch lassen sich „Spannweiten“ und generalisierte Ableitungen zu Kostenaussagen treffen:

- die Modernisierung einer Einzelwohnung ist im Vergleich zum Neubau nicht teurer
- die Strangmodernisierung mehrerer Wohnungen ermöglicht eine Kostenreduzierung
- barrierearm:
die baulichen Gesamtkosten je WE betragen zwischen 20 T€ und 35 T€ abhängig vom Bauzustand des Objektes
die baulichen und technischen (AAL) Gesamtkosten je WE betragen zwischen 30 T€ und 45 T€ abhängig vom Bauzustand des Objektes (davon umfassen die technischen Assistenzsysteme einschließlich der elektrischen Installation zwischen 2,5 T€ und 10,0 T€ je nach Kombination nur ca. 8 bis max. 22 Prozent der Gesamtkosten)
- barrierefrei:
die baulichen Gesamtkosten je WE betragen zwischen 45T€ und 60T€ Kosten abhängig vom Bauzustand des Objektes
die baulichen und technischen (AAL) Gesamtkosten je WE betragen zwischen 55 T€ und 70 T€ abhängig vom Bauzustand des Objektes (davon umfassen die technischen Assistenzsysteme einschließlich der elektrischen Installation zwischen 2,5 T€ und 10,0 T€ je nach Kombination nur ca. 4,5 bis max. 15 Prozent der Gesamtkosten).

Generell ist festzuhalten, dass der normale Wohnstandard heute ein mind. „barrierearmes Wohnen“ darstellt, um den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit so lang als möglich zu gewährleisten. Aus diesem Grund wird im Folgenden nicht die Darstellung der Mehrkosten eines barrierearmen/-freien Wohnens zu einem normalen Wohnen fokussiert, sondern die Betrachtung der Investitionskosten für barrierearmes/-freies Wohnen (mit technischer Assistenz) als „normaler Wohnstandard“ insgesamt hinweg über die unterschiedlich zu betrachtenden Handlungsbereiche und deren Rahmenbedingungen.

Handlungsbereich Wohnumfeldmaßnahmen

Zugang zum Gebäude

Im Folgenden werden am Beispiel der Wohnungsgenossenschaft Kamenz die Kosten für eine barrierefreie Erschließung eines Bestandsgebäudes dargestellt:



Wohngebäude Blücherstraße in Kamenz

Gebäudebestand

- Wohnblock IW64 (Blockbauweise), Baujahr ca.1972
- 5 Geschosse, 2 Spänner (4-Raum-WE)
- Wärmedämmung an Fassade (WDVS-EPS), Kellerdecke, oberste Geschossdecke (Dachboden)
- neue Fenster (Kunststoff)
- Heizungsinstallation und Stelgestänge bereits erneuert
- noch alte Innentüren
- Betonloggien nur ca. 95cm tief, Außenschwellenhöhe tw. 38cm hoch
- Eingangspodest Gebäudezugang mit 15cm Schwelle

Umgestaltung der Wohnungen, barrierefrei nach SAB-Standard "Mehrgenerationenwohnen"

- Einbau eines Personenaufzuges Kablengröße 1,00m x 1,25m, barrierefreie Erschließung aller Wohnungen und des Kellergeschosses
- Vergrößerung des Treppenhauses aufgrund Einordnung von Aufzugsvorräumen
- Neubau der Loggien, Vergrößerung der Tiefe auf 1,80m, schwellenlos begehrbar, Erneuerung der Balkontüren, Brüstungen als Metallkonstruktion mit Glas- und Plattenfüllungen, barrierefreier Sichtbereich oberhalb 60cm
- Neubau eines Vorhauses als Metall-Glas-Konstruktion integrierte Briefkastenanlage (als Durchwurfanlage) und Klingel-/Türsprechanlage
- barrierefreier und stufenloser Gebäudezugang
- Ersatz der bestehenden Treppenhause-Türen zum Dach- und Kellerbereich durch selbstschließende, rauchdichte T30-Türen

Baubeschreibung



Bauherr: Wohnungsbaugenossenschaft Kamenz eG

Vorhaben: Altgerechter Umbau IW 64 Blücherstraße 6 In 01917 Kamenz

Phase: Studie (19.04.2012)

Abbildung 12: Darstellung Gebäudebestand (iBBB, WBG Kamenz)

Gesamtabnahme
(Aufzug, Wohnungen rechts+links, Loggien, Vorhaus)

Leistung	KG DIN 276	Kosten in € (netto)	Kosten in € (brutto)
Abbrucharbeiten	390	34.955 €	41.597 €
Maurer-, Betonarbeiten	320,330,340,360	33.010 €	39.281 €
Beschlagsarbeiter	340	8.975 €	10.680 €
Trockenbauarbeiten	340,350	19.841 €	23.611 €
Tischlerarbeiten	330,34	34.950 €	41.590 €
Malerarbeiten	330,340,350	41.809 €	49.753 €
Bodenlegerarbeiten	350	20.187 €	24.023 €
Fliesenlegerarbeiten	340,350	20.855 €	24.817 €
Loggiaanbau	330,350	38.467 €	45.776 €
Zwischensumme KG 300	300	253.049 €	301.129 €
Abbrucharbeiten Gebäudetechnik	490	10.649 €	12.672 €
Elektroinstallation	440	19.770 €	23.526 €
Sanitärinstallation	410	31.300 €	37.247 €
Heizungsinstallation	420	15.900 €	18.921 €
Aufzugseinbau	460	38.000 €	45.220 €
Zwischensumme KG 400	400	115.619 €	137.586 €
Außenanlagen	500	2.189 €	2.605 €
Zwischensumme KG 500	500	2.189 €	2.605 €
Zwischensumme Baukosten	300,400,500	370.867 €	441.320 €
Baunebenkosten	700	55.629 €	66.198 €
Gesamtsumme	300,400,600,700	426.486 €	507.518 €

Umgestaltung der Wohnungen, barrierefrei nach SAB-Standard "Mehrgenerationenwohnen"

Die vorgesehene Baumaßnahme wird aufgeteilt in folgende 4 Teilbereiche, welche aber auch getrennt von einander ausgeführt werden können:

- 1- Aufzugseinbau und Umbau der rechten Wohnung
- 2- Umbau der linken Wohnung
- 3- Erneuerung der Logglattüre
- 4- Anbau eines Vorhauses

Varlante 1
Kostenschätzung



Bauherr: Wohnungsbaugenossenschaft Kamenz eG

Vorhaben: Altgerechter Umbau IW 64 Blücherstraße 6 In 01917 Kamenz

Phase: Studie (19.04.2012)

Abbildung 13: Kostenaufstellung für Aufzugsanbau (iBBB, WBG Kamenz)

Bei einer getrennten Durchführung der Modernisierung gemäß den o. g. Teilbereichen ist im Einzelnen mit folgenden Bruttobaukosten zu rechnen:

1. Aufzugseinbau und Umbau der rechten Wohnungen: ca. 238.000 Euro
2. Umbau der linken Wohnungen: ca. 150.500 Euro
3. Erneuerung der Loggiatürme: ca. 103.500 Euro
4. Anbau eines Vorhauses: ca. 16.500 Euro

Es lässt sich jedoch kein Durchschnittswert über die Bestandsbauten in Sachsen ermitteln, da die Vielfältigkeit der zu beachtenden Faktoren der betreffenden Objekte (Baualter, Bauzustand, Größe, ...) keine vergleichbaren Durchschnittsberechnungen zulassen. Eine Orientierung bietet eine anzunehmende Spannweite (aufgrund der exemplarisch aufgeführten Beispiele von S. 33 und 35) von ca. 7.000 bis 15.000 Euro/WE.

Handlungsbereich Wohnungsanpassung

barrierearme Gestaltung + technisches Assistenzsystem („Mitalternde Wohnung“)

Die Kosten für den baulichen Umbau von Wohnungen in Mehrgeschossbauten liegen in Sachsen in einer Spannweite von ca. 20.000 bis 35.000 Euro pro Wohneinheit in Abhängigkeit der Baustruktur des Gebäudes. Hierbei ist generell davon auszugehen, dass Siedlungsbauten einen höheren Aufwand verzeichnen als Plattenbauten, da sie durch die monolithische Ziegelbauweise variabler umzugestaltet sind.

Aus den Kosten für den baulichen und technischen Umbau („Mitalternde Wohnung“) von Wohnungen lässt sich ein Referenzwert von durchschnittlich 35.000 bis 45.000 Euro pro Wohneinheit ableiten in Abhängigkeit der Art des technischen Assistenzsystems (funk- vs. kabelbasiert sowie dessen modularisierten Funktionalitäten).

Der nachfolgende Vorschlag zur Modularität und Einordnung technischer Assistenzlösungen im Rahmen neuer Wohnstandards ermöglichen die Einordnung verschiedener marktfähiger Lösungen (kabelgebunden oder funkbasiert) in eine ganzheitliche Betrachtung aus Sicht der Wohnungswirtschaft und daraus möglicher resultierender Finanzierungsträger:

Basisausstattung (Unterputz):

Grundlage bildet eine bautechnisch ertüchtigte und mit ausreichend Anschlussmöglichkeiten ausgestattete Wohnung.

In diese fließen Maßnahmen zur Reduktion von Barrieren:

- Grundrissveränderungen,
- Türverbreiterungen,
- Schwellenlosigkeit etc.

sowie notwendige baulich/technische Aktivitäten:

- Verlegung von Kabeln und Anschlüssen (z. B. Internet, Steckdosen, Busklemmen) zur Schaffung technischer Voraussetzungen für weitere Ausbaustufen ein. Die Basisausstattung ist auf das Sachgut „Wohnung“ bezogen und wenig variabel (immobil) und bedarf adäquater struktureller Rahmenbedingungen. Hierbei wird der bauliche Umbau bereits seit einigen Jahren durch die Wohnungswirtschaft getragen. Jedoch ist die richtige

Ausführung der Verkabelung entscheidend für eine langfristige Investition. Daher ist die Verkabelung so auszuführen, dass sie zukunftssicher ist und spätere, weiterentwickelte Systeme diese nutzen können.

Hierbei entsteht ein zusätzliches Investitionsvolumen von durchschnittlich 2.500 Euro pro Wohneinheit in Abhängigkeit der Baustruktur und Größe der Wohnung.

Im Rahmen der nachfolgenden Module können einzelne technische Lösungen (funk- als auch kabelgebundene Hausautomatisierungslösungen) eingeordnet werden, die jeweils ihre modularen Servicepakete anbieten nach dem Bedarf des Nutzers (Bsp. Sicherheit, Komfort, etc.) – dies ist aber rein produktspezifisch. Nachfolgend werden deshalb Funktionalitäten zugeordnet, die aus bauphysikalischer, technischer und finanzierbarer Sicht produktunabhängig wirtschaftlich und sinnfällig sind für ein bedarfsgerechtes generationsübergreifendes Modell des selbstbestimmten Wohnens im Mietwohnungsbau oder privaten Wohnungsbau.

Individuelle modulare Ausstattung (Oberputz)

Basis-Grundmodul:

Im Rahmen dieses Moduls wird entsprechende Sensorik (z. B. 1 Multisensor pro Raum), Aktorik und eine wohnungsinterne Steuerungseinheit (z. B. Gateway, Miniserver, ...) verbaut. Die Steuerung der Funktionalitäten erfolgt nur automatisch über das System oder über Schalterbetätigung des Nutzers. (Ein Endgerät zur Bedienung ist hier noch nicht inbegriffen.)

Folgende Basis-Funktionalitäten sind relevant:

- Alles aus Funktion (Zentral Aus/Ein-Stromabschaltung)
- Herdabschaltung
- Wassermeldung/Wasserabschaltung
- Rauchmeldung
- Einbruchsmeldung
- Hilferuffunktion.

Die Installationskosten für das Basismodul belaufen sich auf durchschnittlich 1.500 – 2.500 Euro je nach Anbieter und Erweiterungsmöglichkeiten des eingesetzten Systems.

Die Funktionalitäten sind unterschiedlicher Ausprägung zu betrachten, zum einen zielgruppenspezifisch (z. B. auch Gehörlose) und zum anderen hinsichtlich der Wohnsituation und Möglichkeiten (Mietwohnungsbau, Eigentum).

1. und 2. Ausbaustufe:

Im Rahmen der „1. Ausbaustufe“ und „2. Ausbaustufe“ wird zur Visualisierung von Systemzuständen innerhalb der Wohnung ein *Endgerät* eingebunden (z. B. Tablet, Smartphone, PC, Fernseher etc.) Die grafische Nutzerschnittstelle eröffnet den Nutzern erweiterte Kontroll- und Einstellmöglichkeiten für die wohnungsinterne Steuerung.

Folgende Funktionalitäten lassen sich einer 1. Ausbaustufe zuordnen:

- Türöffnung (mit oder ohne Videosprechanlage)
- Heizungssteuerung
- Rolllösteuerung
- Lichtsteuerung
- Klimasteuerung und -überwachung
- Lüftungssteuerung.

Im Rahmen der „2. Ausbaustufe“ werden die Voraussetzungen für eine Integration externer Leistungsangebote durch das Endgerät geschaffen. Im Rahmen dieser Ausbaustufe ist die technische Anbindung nahezu aller vor Ort verfügbaren Dienstleistungs- und Unterstützungsangebote möglich. Hierbei müssen auch technische und personelle Infrastrukturen bei den DL-Anbietern aufgebaut werden, um reibungslose technisch unterstützte Dienstleistungsketten zu gewährleisten.

Die Kosten für die 1. und 2. Ausbaustufe sind variabel je nach Endgerät, das noch erworben werden muss bzw. der regionalen Bedingungen der DL-angebote vor Ort, schätzungsweise durchschnittlich 900 - 1.500 Euro an Installationskosten.

Für den Betrieb und Servicepauschalen (Wartung und Instandhaltung) muss eine Einzelfallbetrachtung für das jeweilige Assistenzsystem erfolgen.

Abbildung 14 zeigt zusammenfassend die Spannweiten der Kosten für entsprechende bauliche und technische Umbaumaßnahmen (bis Ausbaustufe 2) in Siedlungsbauten nach Gewerken.

Die aus den Investitionskosten resultierenden Mietkosten werden zusammen mit den Betriebskosten für das häusliche Wohnen in Kapitel 4.3. Wirtschaftlichkeitsberechnungen betrachtet.

Kostenzuordnung nach Gewerken für den Wohnungsausbau

Stand 2014

Handwerksleistung	WE Ausbau	Malerarbeiten	Elektrarbeiten Standard	Elektroarbeiten Assistenzsystem	Heizung	Sanitärausbau	Summe	Assistenzsystem	Summe
	T€	T€	T€	T€	T€	T€	T€	T€	T€
Kosten	12,0	2,3	2,8	2,5	6,6	6,0	32,2	2,5	34,7
	bis	bis	bis	bis	bis	bis	bis		
Kosten	14,0	2,5	3,3	2,5	6,6	6,5	35,4	10,0	45,4

Kosten sind Bruttopreise

Anmerkung:

WE Ausbau beinhaltet Zuschnittsveränderung der Wohnung, Trockenbau, Fußboden, Fließen, breitere Türen, abgehängte Decke, Dusche bodengleich u.a.

Heizung ist neu als Etagenheizung mit Warmwasseraufbereitung installiert bzw. angepasst.

Sanitärausstattung beinhaltet neue Keramik, Dusche und Duschwand.

Elektroinstallation mehr Schalter und aufwendigere Installation.

Die Kosten variieren je nach Bauzustand der WE und der Größe der WE.

Abbildung 14: Kostenzuordnung nach Gewerken für die bauliche und technische Wohnungsanpassung (eigene Darstellung)

4.2.1.2 Neubau

Im mehrgeschossigen Wohnungsbau entstehen bei Gebäuden mit mehr als vier Geschossen keine unmittelbaren Zusatzkosten, insbesondere beim Anbau eines Aufzuges, da in der Landesbauordnung für Gebäudehöhen von 13 m ohnehin eine entsprechende Ausführung gefordert wird. Dennoch entstehen erhöhte Investitionskosten, die sich nicht wirtschaftlich tragen lassen.

Table 4: Beispiel Investitionskosten Neubau (eigene Darstellung)

Investitionskosten	Beispiel Dresden, 47 WE	Beispiel Hoyerwerda, 18 WE (2 Gebäude)
Gesamtkosten	4.812.576,49 Euro	2.003.993,00 Euro
Pro WE	102.000,00 Euro	111.000,00 Euro

4.2.2 Stationäres Wohnen

Eine Unterscheidung nach Bestand und Neubau ist nicht notwendig, da alle Pflegeheime als Neubau gewertet werden können und von Beginn an auf die Versorgung Pflegebedürftiger ausgerichtet sind.

Die Errichtungskosten für einen vollstationären Pflegeheimplatz betragen durchschnittlich 79.770,00 Euro (Neubau, Errichtung und Einrichtung eines Pflegeheimplatzes ohne Personalkosten; vgl. Leitner 2010) und beinhalten Barrierefreiheit nach der Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz zur Durchführung des Sächsischen Wohnqualitätsgesetzes (SächsBeWoGDVO) vom 05.09.2014 (diese ersetzt die Heim-Mindestbauverordnung¹⁰).

Davon werden ca. 10,00 € pro Tag (öffentliche und freigemeinnützige Träger) als Investitionskosten auf den Nutzer umgelegt (gesamt 304,20 € im Monat). Bei privaten Trägern erhöht sich der Betrag auf durchschnittlich 15,00 € täglich und die monatliche Belastung somit auf 456,30 €.

Die Investitionskosten bei öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern setzen sich aus einem Betrag für Abschreibungen in Höhe von 4,00 € und einer anteiligen Kaltmiete in Höhe von 6,00 € pro Tag zusammen. Damit ergibt sich eine monatliche Kaltmiete (6,00 € x 30,42 Tage) von 182,52 €. Bei einer Wohnfläche von 45 m² gemäß SächsBeWoGDVO beträgt die monatliche Kaltmiete im stationären Wohnen (Pflegeheim) pro Quadratmeter 4,10 €.

Damit ist die monatliche Kaltmiete pro Quadratmeter im stationären Wohnen (barrierefrei) günstiger als die vergleichbaren Kosten für barrierearmes Wohnen im häuslichen Bereich.

¹⁰ Verordnung über bauliche Mindestanforderungen für Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige (Heimmindestbauverordnung - HeimMindBauV); Ausfertigungsdatum: 27.01.1978 Vollzitat: "Heimmindestbauverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. Mai 1983 (BGBl. I S. 550), die durch Artikel 5 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2346) geändert worden ist" Stand: Neugefasst durch Bek. v. 3.5.1983 I 550, geändert durch Art. 5 V v. 25.11.2003 I 2346

4.3 Wirtschaftlichkeitsberechnungen häusliches Wohnen

Die Mietpreisgestaltung unterliegt vielfältigen objektiven und subjektiven Einflüssen. Der Mietpreis ist u. a. abhängig von der Lage des Wohnobjektes, der Infrastruktur, dem regionalen Marktpreis und vom Sanierungs- und Modernisierungsstand (hierbei ist insbesondere die Modernisierungsumlage zu berücksichtigen, die eine Deckelung bis 11 % erfährt). Zu berücksichtigen sind der Mietspiegel und die gesetzlichen Vorgaben im BGB.

Über den Mietpreis sind die Bewirtschaftungskosten und der Kapitaldienst zu realisieren. Eine wesentliche Ermittlungsmethode ist die Ertrags- und Wirtschaftlichkeitsberechnung. Mittels dieser Berechnung lässt sich unter Rentabilitäts Gesichtspunkten eine Zielmietspiegel ermitteln. Eine Betrachtung der Rendite ermöglicht somit die Beurteilung der Nachhaltigkeit der Investitionsmaßnahme.

4.3.1 Bestand

Im Folgenden finden Sie unterschiedliche Wirtschaftlichkeitsberechnungen bzgl. verschiedener Varianten der Sanierung von Bestandsgebäuden (Siedlungsbauten) – Stand 2011 aus den Ergebnissen der „Mitalternden Wohnung“ des Konzeptes „Alter leben“:

Standartgebäude

Im Jahr 2000 modernisiertes Gebäude mit Zentralheizung und Balkon
ohne barrierearme Gestaltung, ohne Vollwärmeschutz, ohne Personenaufzug

Buchwert der Wohnung	Buchwert der Wohnfläche	Nachrüstkosten Assistenzsystem	Buchwert der Wohnung	Buchwert der Wohnfläche	Nettokaltmiete	Mietzuwachs
€	€/m ²	€	€	€/m ²	€/m ²	€/m ²
22114	467,23	0	22114	467,23	4,87	
		2500	24614	520,05	5,11	0,24
		5000	27114	572,87	5,34	0,23
		7500	29614	625,69	5,58	0,24
		10000	32114	678,51	5,81	0,23

Standartgebäude barrierearm

Im Jahr 2000 modernisiertes Gebäude mit Zentralheizung und Balkon
mit barrierearme Gestaltung, ohne Vollwärmeschutz, ohne Personenaufzug

Buchwert der Wohnung	Buchwert der Wohnfläche	Nachrüstkosten Assistenzsystem	Buchwert der Wohnung	Buchwert der Wohnfläche	Nettokaltmiete	Mietzuwachs
€	€/m ²	€	€	€/m ²	€/m ²	€/m ²
42111	889,73	0	42111	889,73	5,93	
		2500	44611	942,55	6,16	0,23
		5000	47111	995,37	6,46	0,30
		7500	49611	1048,19	6,69	0,23
		10000	52111	1101,01	6,93	0,24

Gebäude barrierearm und Vollwärmeschutz

Im Jahr 2000 modernisiertes Gebäude mit Zentralheizung und Balkon
mit barrierearme Gestaltung, mit Vollwärmeschutz, ohne Personenaufzug

Buchwert der Wohnung	Buchwert der Wohnfläche	Nachrüstkosten Assistenzsystem	Buchwert der Wohnung	Buchwert der Wohnfläche	Nettokaltmiete		
€	€/m ²	€	€	€/m ²	€/m ²	€/m ²	€/m ²
47666	1007,10	0	47666	1007,10	6,45		
		2500	50166	1059,92	6,69	0,24	
		5000	52666	1112,74	6,93	0,24	
		7500	55166	1165,56	7,22	0,29	
		10000	57666	1218,38	7,45	0,23	

Gebäude barrierearm, Vollwärmeschutz und Personenaufzug

Im Jahr 2000 modernisiertes Gebäude mit Zentralheizung und Balkon
mit barrierearme Gestaltung, mit Vollwärmeschutz, mit Personenaufzug

Buchwert der Wohnung	Buchwert der Wohnfläche	Nachrüstkosten Assistenzsystem	Buchwert der Wohnung	Buchwert der Wohnfläche	Nettokaltmiete		
€	€/m ²	€	€	€/m ²	€/m ²	€/m ²	€/m ²
67111	1417,94	0	67111	1417,94	8,33		
		2500	69611	1470,76	8,57	0,24	
		5000	72111	1523,58	8,80	0,23	
		7500	74611	1576,40	9,10	0,30	
		10000	77111	1629,22	9,33	0,23	

In den meisten Fällen kann von einer barrierearmen Ausstattung mit technischem Assistenzsystem und Vollwärmeschutz ausgegangen werden, die eine durchschnittliche Miete von 7,00€/m² ergibt.

Hinzu kommen die kalten Betriebskosten (z. B. Grundsteuer, Hausmeisterdienste, Messung und Wartung der Heizung, Müllgebühren, Winterdienst, Wasser u. a.) von 1,06 €/m² und die warmen Betriebskosten (kalkulierte Heizkosten) von 1,05 €/m² (Jahresstatistik VSWG, 2011).

Es ergeben sich somit Gesamtkosten in Höhe von 9,11 €/m².

Im bewohnten Zustand und zum Betrieb des technischen Assistenzsystems ergeben sich jedoch weitere Kostenpositionen. Hier wird eine Servicepauschale für den Nutzer für den Internetanschluss, den Notrufanschluss, Kabelnetzanschluss Fernsehen, Stromkosten Assistenzsystem sowie Wartung/Betreuung in Höhe von ca. 60,00 €/Monat pro Wohnung in Ansatz gebracht.

Exkurs: barrierefreie/behindertengerechte Gestaltung von Wohnungen im Bestand

Die generellen Kosten für eine barrierefreie und behindertengerechte Gestaltung nach DIN je nach Anforderungen der Nutzer bewegen sich in einem finanziellen Rahmen von 45.000 bis 60.000 Euro pro WE.¹¹ Die durchschnittliche Mietkalkulation beträgt ca. 12,50 Euro pro m² (Kaltmiete)¹², um den Umbau zu refinanzieren. Die durchschnittlich veranschlagte Kaltmiete, welche der Mieter zu zahlen hat, beträgt durchschnittlich 9 Euro pro m². Wie ersichtlich ist, wird hierbei keine Rendite veranschlagt, sondern die Wohnungsunternehmen subventionieren quer. Aufgrund der hohen Investitionen und schlechter Refinanzierungsmöglichkeiten ist ein solcher Umbau in vielen Wohnungsgenossenschaften nur in geringeren Fällen möglich, da die betroffene Mieterschaft sich eine solche Wohnung trotz bereits reduzierter Miete nicht leisten kann. Insbesondere die Zugangsmöglichkeiten (z.B. Fahrstuhl oder 2. Eingang mit Rampe) und Sicherheitseinrichtungen (z.B. Brandschutztüren, Türschließer etc.) sind kostenintensive bauliche Maßnahmen, die in der Miete kaum darstellbar sind. Ferner ist hier der Unterschied zwischen Großstädten und „übrigen Besiedlungen“ aufgrund der Verteilung der Wohnbauten zu unterscheiden. Im ländlichen Raum finden sich eher kleinere Wohnblöcke, bei denen ein Fahrstuhlanbau so gut wie nicht finanzier- und tragbar ist, denn barrierefrei bedeutet in diesem Fall niveaugleich zur Wohnungsebene.

Exkurs: Neubau

Nach Prüfung verschiedener Wirtschaftlichkeitsberechnungen und Beispielen in Sachsen lässt sich festhalten, dass ein den normalen Standards entsprechend energetisch hochwertiger und barrierefreier Neubau einschließlich einer marktgerechten Finanzierung aufgrund der hohen Baukosten mindestens eine Kaltmiete von 8-9 €/m² benötigt, um wirtschaftlich zu sein. Erst bei einer Miete von 8-9 €/m² ¹³ liegt eine tatsächliche Wirtschaftlichkeit der Objekte vor. Bei den niedrigeren Mieten außerhalb der Großstädte (Dresden, Leipzig, Chemnitz) ist ein Neubau kaum möglich bzw. nur durch Quersubventionierung im Bestand.

¹¹ 55.000 bis 70.000 Euro mit technischem Assistenzsystem

¹² Erfahrungsrunde der Mitglieder des VSWG zum behindertengerechten Umbau von 2012

¹³ Die Studie des ARGE e.V. – Untersuchung und Umsetzungsbetrachtung zum bautechnisch und kostenoptimierten Mietwohnungsbau in Deutschland können mit Erfahrungen der realen Kostenaufwendungen für Neubau von den Mitgliedern des VSWG gespiegelt werden.

5 Wohnsituation in Sachsen

Im Folgenden werden die Dimensionen Haushaltstypen und Alter im Rahmen der Wohnsituation in Sachsen dargestellt.

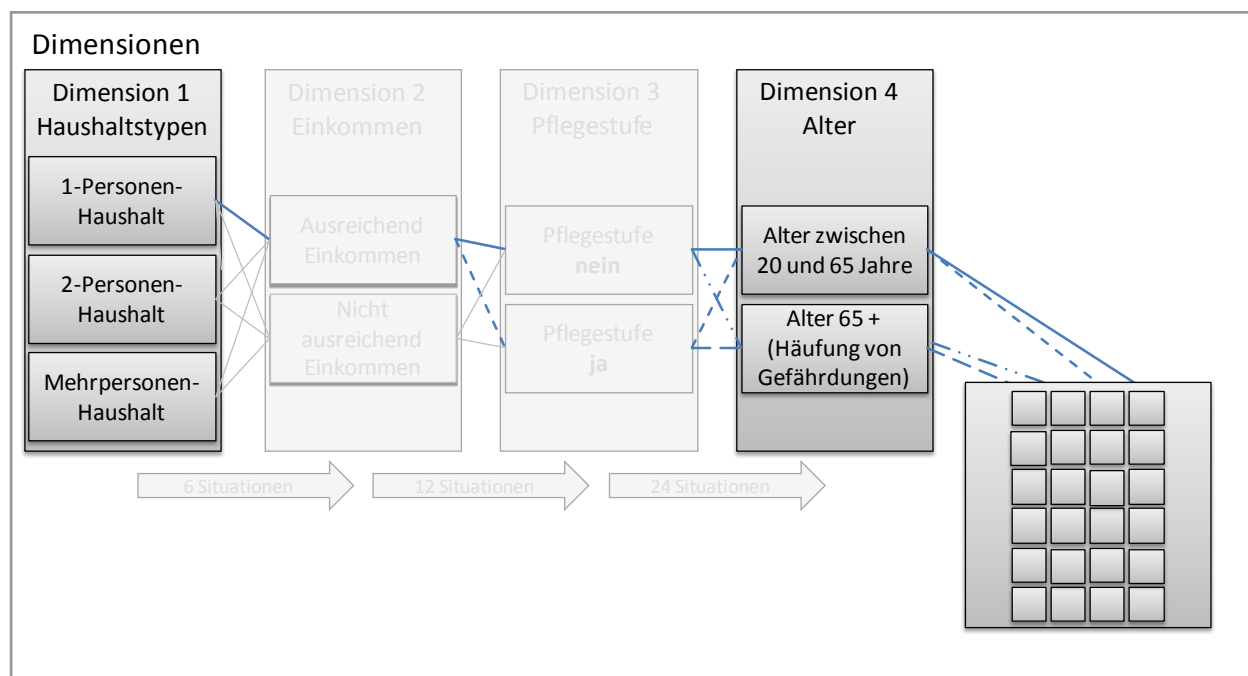


Abbildung 15: Dimensionen 1 und 4 (eigene Darstellung)

In der öffentlichen Diskussion rückt aktuell die Preisentwicklung auf dem deutschen Wohnungsmarkt in den Vordergrund. Parteiübergreifend wird dieses Thema aufgegriffen und debattiert. Dies spiegelt die Sorge der Menschen wider, dass Wohnungen nicht mehr bezahlbar sein werden. Tatsächlich steigen bundesweit insbesondere in den Großstädten und Ballungsgebieten die Mieten deutlich. Dennoch stimmt auch, dass die prozentualen Ausgaben für Wohnungen an dem Gesamteinkommen insgesamt seit mehreren Jahrzehnten rückläufig sind. Heutzutage gibt man einen geringeren Anteil seines Einkommens für Mietausgaben aus.

In Sachsen ist Wohnen vergleichsweise günstig und die Mietpreise liegen unter dem Bundesdurchschnitt. Der Bauboom in Ostdeutschland in den 90er Jahren sowie die bereits thematisierten Migrationsbewegungen von Ost nach West führten zu Wohnungsleerstand und drückten die Mietpreise. Der geförderte Abriss von Wohnungen seit Beginn des 21. Jahrhunderts führt dazu, dass sich der Wohnungsmarkt in Sachsen langsam wieder stabilisiert. Die Großstädte Dresden und Leipzig, in denen ungefähr ein Viertel aller Sachsen leben, sind schon jetzt stark von Mietpreiserhöhungen betroffen.

Im folgenden Kapitel soll in einem ersten Schritt die Wohnsituation in Sachsen insgesamt dargestellt und in einem zweiten Schritt – sofern möglich – gesondert auf die Wohnsituation in den Altersgruppen der über 65-jährigen sowie der 20- bis 65-jährigen eingegangen werden. Dazu unterscheiden wir zwischen häuslichem Wohnen (inkl. betreutem Wohnen) und stationärem Wohnen. Verschiedene Datenquellen, die im Folgenden aufgezählt werden, dienen als Datengrundlage: das sozioökonomische Panel (SOEP), das statistische

Bundesamt, das statistische Landesamt des Freistaates Sachsen, Daten des Verbands Sächsischer Wohnungsgenossenschaften sowie Daten der Diakonie Sachsen.

5.1 Häusliches und betreutes Wohnen in Sachsen

Was bedeutet der Demografische Wandel für die Wohnsituation in Sachsen? Wie werden sich die Mietpreise entwickeln? Wie werden sich die Immobilienpreise entwickeln? Wie wird sich die Haushaltsgröße und -zusammensetzung verändern?

5.1.1 Häusliches Wohnen in Sachsen

In Sachsen gibt es im Jahr 2011 etwas mehr als 2,2 Millionen Haushalte. Damit sind die Anzahl der Haushalte – trotz Bevölkerungsrückgang – seit 1991 um fast 200.000 gestiegen. Zurückzuführen ist dies auf die kontinuierliche Verkleinerung der Haushaltsgröße. Lebten 1991 noch durchschnittlich 2,3 Personen in einem Haushalt zusammen, sind es 2011 nur noch 1,9 Personen – Tendenz weiterhin sinkend. Ursächlich für den Anstieg der Haushalte ist der Zuwachs an Einpersonenhaushalten. Zudem haben im Jahr 2001 die Einpersonenhaushalte erstmals die Zweipersonenhaushalte als führende Haushaltsgröße abgelöst und bilden seitdem die größte Gruppe. Im Jahr 1991 lebten nur 29,1 Prozent in Einpersonenhaushalten, 33,7 Prozent in Zweipersonenhaushalten, 19 Prozent in Dreipersonenhaushalten und 18,3 Prozent in Vier-und-mehr-Personenhaushalten. In den letzten 20 Jahren hat sich dies stark verändert. 2011 lebten 43,3 Prozent der Sachsen in Einpersonenhaushalten und 36,9 Prozent in Zweipersonenhaushalten. Somit sind 80 Prozent der Haushalte in Sachsen Ein- oder Zweipersonenhaushalte. Nur 20 Prozent leben in Drei- oder Vier-und-mehr-Personenhaushalten (12 resp. 7,9 Prozent). Hervorzuheben ist zusätzlich, dass die Gemeindegröße Einfluss auf die Haushaltsgröße hat. Genauer, je größer eine Gemeinde desto mehr Einpersonenhaushalte und weniger Mehrpersonenhaushalte.

Das Statistische Bundesamt geht auf Basis der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung von einem Rückgang der Privathaushalte um 9 Prozent bis 2030 aus. Im Jahr 2030 gibt es dementsprechend noch 2.011.000 Haushalte. Bei Drei- bzw. Vier-und-mehr-Personenhaushalten beträgt der Rückgang 20 bzw. 30 Prozent, im Unterschied dazu ist die Zahl der Ein- und Zweipersonenhaushalte nur um 7 bzw. 3 Prozent rückläufig. Der Anteil der Ein- und Zweipersonenhaushalte an den gesamten Privathaushalten steigt von 80 Prozent im Jahr 2011 auf 83 Prozent im Jahr 2030. Der Trend zu kleineren Haushaltsgrößen wird folglich anhalten (vgl. Statistisches Bundesamt 2011, StaLa 2011a sowie Abbildung 16)

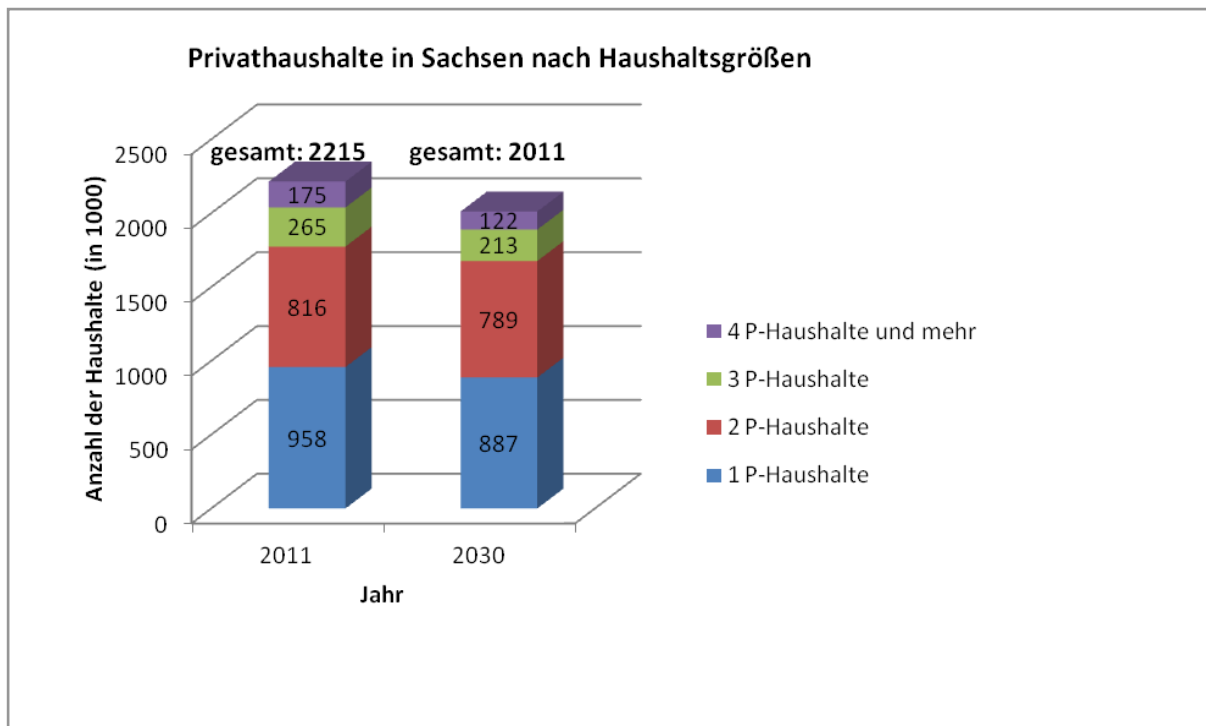


Abbildung 16: Entwicklung der Privathaushalte in Sachsen
(eigene Darstellung, StaLa 2012, Statistisches Bundesamt 2011)

Der Bevölkerungsrückgang in Sachsen bedeutet eine Erhöhung des Wohnungsleerstandes. Insbesondere ländliche Gegenden werden den Bevölkerungsschwund spüren und müssen mit stark sinkenden Immobilien- und Mietpreisen rechnen. Die Städte Dresden und Leipzig hingegen erwarten zunächst weiter steigende Immobilien- und Mietpreise.

Die überwiegende Lebensform in Sachsen bilden die Paare. 2011 lebten in Sachsen ungefähr 1,1 Millionen Paare – eheliche und nichteheliche Lebensgemeinschaften, 130.800 Alleinerziehende und 983.000 Alleinstehende. Die Zahl der Familien nimmt ständig ab und es bilden sich immer mehr Lebensformen ohne Kinder. Im Jahr 2011 waren nur noch knapp 24 Prozent der Lebensformen Familien. Im Jahr 2000 lebten Kinder immerhin noch in 34 Prozent der Lebensformen. Die häufigste Lebensform mit Kindern sind weiterhin Ehepaare mit Kindern (2011: 58,6 Prozent), gefolgt von nichtehelichen Lebensgemeinschaften (2011: 16,4 Prozent) und Alleinerziehenden (25 Prozent). Dennoch wird der Anteil der nichtehelichen Lebensgemeinschaften mit Kindern im Vergleich zu Ehepaaren mit Kindern immer größer. Zudem wird die Zahl der Alleinerziehenden immer geringer.

Insgesamt gibt es 2010 2,33 Millionen Wohnungen in Sachsen. Davon sind ungefähr 320.000 Wohnungen unbewohnt bzw. leerstehend. Das entspricht in etwa 13 Prozent. Zwei Drittel der bewohnten Wohnungen sind vermietet und ein Drittel wird von Eigentümern genutzt. Auch hier ist hervorzuheben, dass sich die Gemeindegröße auf die Art der Nutzung auswirkt. Je kleiner eine Gemeinde desto mehr Wohnraum wird von Eigentümern genutzt. In Gemeinden mit einer Einwohnerzahl unter 5.000 wohnen sogar mehr Menschen in ihrem Eigentum als zur Miete. Erst ab einer Gemeindegröße von 5000 Einwohnern wohnen mehr Menschen zur Miete, wobei sich dieser Anteil mit dem Anstieg der Gemeindegröße immer mehr erhöht.

Die durchschnittliche Wohnung, die von Eigentümern genutzt wird, hat eine Größe von 101 m² und die zur Miete wohnenden Personen leben im Durchschnitt auf 63 m².

Zwei Drittel der privaten Haushalte wohnen in Wohngebäuden mit drei oder mehr Wohnungen. Knapp jeder Vierte wohnt in einem Einfamilienhaus und acht Prozent in Zweifamilienhäusern. Im Vergleich zu Deutschland zeigt sich, dass in Sachsen überwiegend viele private Haushalte in Wohngebäuden mit drei und mehr Wohnungen leben. In Deutschland lebt nur etwas mehr als die Hälfte in Wohngebäuden mit drei und mehr Wohnungen. Die anderen Haushalte leben in Ein- und Zweifamilienhäusern. Dies ist ein typisches Beispiel für die unterschiedliche Wohnungsbaupolitik in Ost- und Westdeutschland nach dem 2. Weltkrieg, in dem in Ostdeutschland die Wohnungspolitik Bestandteil der Planwirtschaft war und der Neubau von Plattenbauten über den Erhalt alter Wohnstrukturen favorisiert wurde.

Die Hälfte aller Wohnungen in Sachsen, 52 Prozent, stammen aus der Zeit vor der DDR, etwa 13 Prozent wurden nach der Wende gebaut und die restlichen ca. 35 Prozent sind in der DDR errichtet worden. Die Mietpreise in Sachsen lagen im Jahr 2011 deutlich unter dem Bundesdurchschnitt von 6,10 Euro pro Quadratmeter. Zum einen ist dies auf den relativ hohen Wohnungsleerstand in Sachsen zurückzuführen, zum anderen hängt dies aber auch mit den geringeren Haushaltseinkommen in Sachsen zusammen. Der Einpersonenhaushalt hat durchschnittlich 1.042 Euro zur Verfügung und die Zweipersonenhaushalte im Durchschnitt 1.898 Euro. Laut Berechnungen des statistischen Landesamtes in Sachsen entfallen ca. 31 Prozent der monatlichen Kosten auf das Wohnen.

Tabelle 5 fasst die für das vorliegende Gutachten wichtigsten Kennzahlen zusammen.

Tabelle 5: Kennzahlen für das häusliche Wohnen in Sachsen (StaLa 2011a)

Sachsen	1991	2011
Anzahl der HH (in Mio)	2,048	2,214
Ø-Anzahl der HH-Mitglieder	2,3	1,9
Anteil 1-Pers.-HH (in Prozent)	29,1	43,3
Anteil 2-Pers.-HH (in Prozent)	33,7	36,9
Anteil 3-Pers.-HH (in Prozent)	19	12
Anteil 4-und mehr-Pers.-HH (in Prozent)	18,3	7,9

5.1.1.1 Häusliches Wohnen der Altersgruppe 20 bis 65

Ebenso wie bei der Altersgruppe 65+ leben auch die Personen im Alter von 20 bis 65 fast ausschließlich in privaten Haushalten. Allerdings sind im Unterschied zu der obigen Altersgruppe die Drei- und Mehrpersonenhaushalte stark vertreten. Bei den 20 bis 45-jährigen sind sie sogar die am häufigsten auftretende Haushaltgröße aufgrund der Familien mit Kindern und aufgrund der jungen Leute, die in Wohngemeinschaften leben. Erst ab dem 46. Lebensjahr lebt die wohnberechtigte Bevölkerung zum Großteil in Zweipersonenhaushalten. Der Einpersonenhaushalt lebt typischerweise/im Durchschnitt in einer Wohnung mit 65 Quadratmetern wofür im Mittel eine Kaltmiete in Höhe von 350 Euro anfällt. Demgegenüber steht ein Arbeitseinkommen von 1.944 Euro brutto. Der

Zweipersonenhaushalt wohnt im Durchschnitt auf 83 Quadratmetern, bezahlt eine durchschnittliche Miete in Höhe von 431 Euro und bekommt ein Arbeitseinkommen von insgesamt 3434 Euro (SOEP, 2014). Die Drei- und Mehrpersonenhaushalte wohnen im Durchschnitt auf 102 Quadratmetern und bezahlen hierfür eine Kaltmiete von 516 Euro. Das Arbeitseinkommen der Haushalte beläuft sich auf 3.984 Euro.

5.1.1.2 Häusliches Wohnen im Alter (über 65 Jahre)

In Sachsen leben derzeit etwas mehr als eine Million über 65-jährige. Dies entspricht einem Viertel der Gesamtbevölkerung. Jeder vierte Sachse ist somit über 65 Jahre und damit nicht mehr im erwerbsfähigen Alter. Das Verhältnis Frauen zu Männern ist in etwa 60 zu 40. Die meisten der über 65-jährigen wohnen in privaten Haushalten (vgl. StaLa, 2011a). Zudem wohnen fast alle in einem Ein- oder Zweipersonenhaushalt. Lediglich drei Prozent der wohnberechtigten Bevölkerung in privaten Haushalten wohnt mit drei oder mehr Personen zusammen. Etwa ein Drittel wohnt in einem Einpersonenhaushalt und knapp über 60 Prozent in Zweipersonenhaushalten. Insbesondere Frauen leben im Alter verhältnismäßig oft in Einpersonenhaushalten, nämlich fast jede zweite Frau. Laut SOEP haben die Einpersonenhaushalte eine durchschnittliche Wohnungsgröße von 61 Quadratmetern. Hierfür beträgt die durchschnittliche Warmmiete entsprechend der VSWG Jahresstatistik 2011 405 Euro¹⁴ bei einem durchschnittlichen Gesamtrentenzahlbetrag von 981 Euro (vgl. Deutsche Rentenversicherung, 2013 sowie eigene Berechnungen). Die Zweipersonenhaushalte leben auf 73 Quadratmetern und bezahlen hierfür im Durchschnitt 484 Euro Warmmiete. Ihr durchschnittlicher Gesamtrentenzahlbetrag beträgt 1.962 Euro.

Entsprechend den Angaben des Statistischen Landesamtes Kamenz (2011) bestehen 442.800 Haushalte mit einer Person, welche das 65. Lebensjahr erreicht hat (100 Prozent). Davon sind 79 Prozent Einpersonenhaushalte, 19 Prozent Zweipersonenhaushalte und lediglich 2 Prozent Dreipersonenhaushalte.

Darüber hinaus werden 289.100 (100 Prozent) Haushalte von zwei oder mehreren Personen bewohnt, die mindestens 65 Jahre alt sind. Diese gliedern sich in 97 Prozent Zweipersonenhaushalte und nur 3 Prozent Dreipersonenhaushalte.

Zusammengefasst ergeben sich insgesamt 731.900 (100 Prozent) Haushalte mit mindestens einem Bewohner, der das 65. Lebensjahr erreicht hat. Davon entfallen 48 Prozent auf Einpersonenhaushalte, 49 Prozent auf Zweipersonenhaushalte und lediglich 3 Prozent auf Dreipersonenhaushalte. (Anmerkung: Aufgrund der geringen Anzahl von Dreipersonenhaushalten im dargestellten Kontext, beziehen sich die folgenden Ausführungen ausschließlich auf Ein- und Zweipersonenhaushalte.)

Aus den Angaben des Statistischen Landesamtes Kamenz (2011) geht weiterhin hervor, dass in den aufgeführten Ein- und Zweipersonenhaushalten insgesamt 990.300 Personen leben, die das 65. Lebensjahr erreicht haben. 35 Prozent dieser Personen leben in den aufgeführten Einpersonenhaushalten und die übrigen 65 Prozent in den Zweipersonenhaushalten.

¹⁴ Lt. Jahresstatistik VSWG 2011: Kaltmiete pro qm : 4,52€ + Betriebskosten (warm, kalt) 1,05€+1,06€ = 6,63€ 6,63€ x 61qm = 405€

In sächsischen Haushalten leben insgesamt 75.060 Pflegebedürftige 65+, davon 34.723 Pflegebedürftige, die durch einen ambulanten Pflegedienst betreut werden und 40.337 Pflegegeldempfänger (ausschließlich Pflegegeld). Basierend auf der Annahme, dass in jedem Haushalt maximal ein Pflegebedürftiger 65+ lebt, ergeben sich für diese Personengruppe 75.060 Haushalte, die barrierearm ausgestattet werden müssten (Minimalbedarf). Entsprechend der Verteilung der Personengruppe 65+ in den Ein- und Zweipersonenhaushalten (35 Prozent/65 Prozent), werden diese beiden Haushaltsgrößen im entsprechenden Verhältnis barrierearm umgestaltet benötigt. Es werden also 26.511 Einpersonenhaushalte (35 Prozent) und 48.549 Zweipersonenhaushalte (65 Prozent) benötigt, um den Minimalbedarf an barrierearmem Wohnraum, der aufgrund der Anzahl an ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Alter ab 65 Jahren besteht, zu decken.

Darüber hinaus haben auch Personen, die älter als 65 Jahre sind und keine Pflegebedürftigkeit aufweisen, den Wunsch, in einer barrierearmen Wohnung zu leben. Perspektivisch wird damit ein möglichst langer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit auch bei Pflegebedürftigkeit gesichert, ohne dass ein Umzug nötig wird. Deshalb wird angenommen, dass der tatsächliche Bedarf an barrierearmem Wohnraum den dargestellten Minimalbedarf übersteigt (vgl. StaLa 2011a, StaLa 2011b).

5.1.2 Exkurs: Betreutes Wohnen in Sachsen

Beim Betreuten Wohnen besteht die Möglichkeit der Betreuung im eigenen Haushalt innerhalb einer Wohnanlage. Dies wird oftmals als „Service-Wohnen“ oder „Wohnen Plus“ bezeichnet.

Im Idealfall bietet Betreutes Wohnen:

- eine zentral gelegene, barrierefreie Wohnung,
- eine Grundversorgung (Hausmeisterdienste, Notrufsystem, Beratung, Vermittlung von Hilfen und Diensten, Freizeitangebote), für die monatlich eine Betreuungspauschale, unabhängig von deren Inanspruchnahme, entrichtet werden muss,
- zusätzliche Wahlleistungen (ambulante Pflege, hauswirtschaftliche Hilfen, Essens- und Getränkeversorgung, Wäschedienst), die angeboten werden und bei Bedarf in Anspruch genommen und bezahlt werden. Bei den zusätzlichen Wahlleistungen ist der Anbieter frei wählbar.

Der Begriff "Betreutes Wohnen" war lange nirgendwo verbindlich definiert, außerdem finden sich darunter unterschiedliche Modelle. Erst im April 2006 hat das Deutsche Institut für Normung die DIN Norm 77800 Qualitätsanforderungen an Anbieter der Wohnform "Betreutes Wohnen für ältere Menschen" (vgl. Mühlbauer 2008) verabschiedet. Einrichtungen/Träger können sich nach dieser Norm zertifizieren lassen. Die DIN Norm ist nicht verpflichtend. In folgenden Bereichen werden darin Mindeststandards beschrieben:

- Transparenz des Leistungsangebotes

schriftliche Information über Wohnanlage, Wohnung, Grund- und Wahlleistungen mit Kosten; kostenlose Beratung mit Besichtigung der Einrichtung

- Anforderungen an die Dienstleistungen

Grundleistungen: haustechnischer Service, Notrufsicherung und allgemeine Betreuungsleistungen (Beratung, Hilfenvermittlung) durch Fachkräfte (1 Vollzeitstelle pro 100 Wohneinheiten); Angebot oder Vermittlung von Wahlleistungen (Pflege, Hauswirtschaft, Essen) bei Wahlfreiheit des Bewohners hinsichtlich der Anbieter

- Anforderungen an das Wohnangebot

Einbindung der Wohnanlage in die örtliche Infrastruktur (Einkaufen, Versorgung, Nahverkehr); Barrierefreiheit und Ausführungsstandards der Wohnungen

- Anforderungen an die Vertragsgestaltung

getrennte Miet- und Betreuungsverträge mit vollständig beschriebenen Vertragsleistungen und Entgelten sowie Regelung von Entgelterhöhungen

- Anforderungen an die Qualitätssicherung

regelmäßige Bewohnerbefragung sowie schriftliches Konzept zum Beschwerdemanagement und Dokumentation von Beschwerden.

Insgesamt gibt es kaum Daten zum Betreuten Wohnen in Sachsen. Auf der Homepage des Pflegenetzes Sachsen werden aktuell 413 Anlagen zum Betreuten Wohnen geführt. Beispielhaft werden im Folgenden die Kapazitäten des Diakonischen Werk Sachsens zum Betreuten Wohnen für ältere Menschen aufgeführt. Das Diakonische Werk Sachsen verfügt im Freistaat Sachsen über 1.756 Wohnungen für ältere Menschen. Diese teilen sich auf 54 Wohnanlagen auf. Dementsprechend liegt die durchschnittliche Anzahl von Wohnungen pro Wohnanlage zwischen 32 und 33 Wohnungen. Die kleinste Anlage des Diakonischen Werk Sachsens hat zwei Wohnungen und die größte Wohnanlage verfügt über 100 Wohnungen.

5.2 Stationäres Wohnen in Sachsen

Stationäre Wohnformen umfassen, wie im Kapitel 3.1 beschrieben, insbesondere Altenwohnheime, Altenheime und Altenpflegeheime, aber auch Wohnformen für Menschen mit Behinderungen und bieten den Bewohnern eine umfängliche Betreuung vor Ort. In Altenpflegeheimen, der häufigsten Form stationären Wohnens, steht die Pflege ausgeprägt pflegebedürftiger Menschen im Vordergrund. Anders als im Pflegeheim ist in den Wohnformen des Altenheimes die Pflegebedürftigkeit keine primäre Einzugs-Voraussetzung. In Sachsen gibt es im Jahr 2011 insgesamt 608 Einrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege, die über 46.996 Plätze verfügen. Dazu gibt es noch 196 Einrichtungen mit Angeboten für Kurzzeit-, Tages- und/oder Nachtpflege. Diese bieten weitere 3.496 Pflegeplätze für Pflegebedürftige. Die Träger der stationären Pflegeeinrichtungen sind mit 57,3 Prozent mehrheitlich freigemeinnützig. 38,8 Prozent dieser Einrichtungen sind in privater Trägerschaft und die restlichen 3,9 Prozent in öffentlicher Trägerschaft.

Die stationären Pflegeplätze sind fast komplett ausgelastet. In Sachsen gibt es Ende 2011 insgesamt 48.712 Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen, wovon 44.874 vollstationär versorgt werden. Dies entspricht einer Auslastung von 96,5 resp. 95,5 Prozent. Die meisten Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen, ca. 44,4 Prozent, sind der Pflegestufe II zugeordnet. 37,1 Prozent der Pflegebedürftigen sind Pflegestufe I und 18,5

Prozent Pflegestufe III. Ein kleiner Anteil, 0,9 Prozent, ist noch ohne Zuordnung zu einer Pflegestufe.

Tabelle 6: Auslastung der vollstationären Dauerplätze in sächsischen Pflegeheimen, Status Quo, 2011 (Statistisches Bundesamt 2011a)

Landkreise und kreisfreie Städte	Verfügbare vollstationäre Dauerplätze	Auslastung in %
Bautzen	3385	98,0
Chemnitz	3085	95,3
Dresden	5382	94,8
Erzgebirgskreis	3863	95,1
Görlitz	3499	98,7
Leipzig	2758	95,1
Leipzig Stadt	6105	92,8
Meißen	2496	97,9
Mittelsachsen	3641	94,9
Nordsachsen	2226	97,4
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	2958	96,9
Vogtlandkreis	3075	93,1
Zwickau	4523	95,3
Sachsen	46996	95,5

Unter Berücksichtigung des zu erwartenden Anstieges der Pflegebedürftigen reicht die Versorgung mit vollstationären Dauerpflegeplätzen in der Zukunft nicht aus. Für nachfolgende Berechnungen wurden die Daten des Sächsischen Sozialministeriums für Soziales und Verbraucherschutz (ARG-Studie) und des Statistischen Landesamtes Sachsen zugrunde gelegt.

6. Übergänge zwischen den verschiedenen Betreuungs- bzw. Versorgungsformen (Überblick)

Die Betrachtung von Gründen für einen Übergang in verschiedene Betreuungs- bzw. Versorgungsformen bildet einen wichtigen Baustein zur Erarbeitung von praktischen Szenarien, die eine Gegenüberstellung von Betreuungskosten für verschiedene Versorgungsformen ermöglichen.

Deshalb erfolgte im Zeitraum von Juli bis August 2013 im Raum Sachsen eine qualitative, interviewbasierte Befragung von 14 ausgewählten Pflegeeinrichtungen, u. a. hinsichtlich baulicher Anforderungen an die häusliche Versorgung und unterstützender Arbeitsbedingungen für das Pflegedienstpersonal in der Wohnung nach einem definierten Verteilungsschlüssel (Ballungsgebiet, mittlere Stadt, Land/unterschiedliche Wohn- bzw. Betreuungsformen/Grad der Funktionseinschränkungen bzw. Pflegestufen).

Ziel der Expertenbefragung war ein Abgleich der Erkenntnisse aus der statistischen Auswertung bereits verfügbarer Datenbestände (s. obige Kapitel) mit den Erfahrungen der Pflegekräfte vor Ort und auf der Basis ausgewählter Fragestellungen. Diese sollten Hinweise liefern für die Schnittstellen der Übergänge in verschiedene Wohnformen.

Gründe für einen Übergang in verschiedene Betreuungs- bzw. Versorgungsformen

Nach Einschätzung der befragten Experten existieren keine „spezifischen Krankheitsfälle“ bzw. „Funktionseinschränkungen“, die für einzelne Betreuungsformen (besonders) typisch sind. Vielmehr spielen Intensitäten von Einschränkungen und Krankheitsverläufen sowie persönliche Lebensumstände eine entscheidende Rolle.

Dennoch lassen sich einige Indikatoren für einen Übergang in die einzelnen Versorgungsformen identifizieren. Dazu gehören die „Kraft und Beweglichkeit“, „kognitive Fähigkeiten“ sowie „somatische Erkrankungen“, deren Ursachen vorwiegend, aber nicht ausschließlich altersbedingt sind.

Häusliches Wohnen

Nachlassende Kraft und Beweglichkeit sind erste Indikatoren für häusliche Versorgungsformen und haben ihre Ursachen in Einschränkungen und Behinderungen des Bewegungsapparates aufgrund des natürlichen Alterungsprozesses, aber auch in der Folge von Stürzen oder Schlaganfällen mit Hemiparese (Lähmungserscheinungen) etc. Hinzu kommen beginnende Einschränkungen kognitiver Fähigkeiten, die häufig die Folge von Altersdemenz sind und bereits zu ersten Selbst- bzw. Fremdgefährdungstendenzen führen können. Schließlich bilden somatische Erkrankungen einen wichtigen Indikator für den Übergang in häusliche Versorgungsformen. Dazu gehören u. a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Arthrosen, Diabetes Mellitus Typ 2, chronische Wunden, aber auch Erblindung und Ertaubung im Alter, Palliativpatienten sowie zunehmend Folgen von Suchterkrankungen.

Für den Übergang in Versorgungsformen des betreuten Wohnens können die gleichen Indikatoren angenommen werden wie bei häuslichen Versorgungsformen. Jedoch liegen oft

auch noch keine oder lediglich sehr geringe Anzeichen von Erkrankungen bzw. Funktionseinschränkungen vor. Entscheidend ist hier eher das Bewusstsein über die zu erwartende Hilfebedürftigkeit im Alter. Personen sind beim Übergang oft noch „fit“.

Stationäres Wohnen

Der Übergang in eine stationäre Versorgung ist in der Regel mit erheblichen Einschränkungen bei Kraft und Beweglichkeit verbunden. Auslöser sind dabei u. a. Pflegebedürftigkeit nach Krankenhausaufenthalt in Folge von Sturz, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, schweren Schlaganfällen, etc. Auch erfordern erhebliche Einschränkungen kognitiver Fähigkeiten oft eine stationäre Betreuung der betreffenden Personen. So führen beispielsweise die fortgeschrittene Demenz mit Weglauftendenzen oder psychische Erkrankungen zu teilweise erheblichen Gefahren in Form von Selbst- bzw. Fremdgefährdungen, die in der häuslichen Umgebung nicht mehr zu verantworten sind. Schließlich führen bereits benannte somatische Erkrankungen in ihren schweren Verläufen, oft in Ausprägung von Multimorbidität zur Notwendigkeit einer stationären Versorgung.

Nach Einschätzung der befragten Experten lassen sich jedoch keine „spezifischen Krankheitsfälle“ bzw. „Funktionseinschränkungen“ benennen, die für einen Übergang in einzelne Betreuungsformen (besonders) typisch sind, jedoch lassen sich unterschiedliche **Situationen und Ereignisse** benennen, **die** in der Regel **zum Übergang vom „normalen“ häuslichen Wohnen in unterschiedliche Versorgungsformen** führen.

Der **Einstieg in die häusliche Versorgung** erfolgt häufig auf Initiative von Angehörigen, welche erkennen, dass Probleme mit Medikamenteneinnahme, Essenversorgung bzw. Körperhygiene etc. bestehen. Sind diese nicht präsent, ist es wichtig, ein „Nachfragesystem“ zu haben, *„... um Hilfebedürftigkeit zu erkennen, z.B.: durch Hausmeister, Nachbarschaft, Hausgemeinschaft, ...“*. Entscheidende Indikatoren für einen Einstieg in die häusliche Versorgung sind:

- Unterstützungsbedarf im häuslichen Alltag (physische Leistungsfähigkeit) nach Verschlechterung des Allgemeinzustandes
- Mangelnde Betreuungsmöglichkeiten durch Angehörige (Angehörige sind berufstätig, überfordert bzw. überlastet, wohnen nicht vor Ort oder nicht präsent ... fehlende bzw. nicht permanent anwesende Pflegeperson)
- Sicherheitsbedürfnis bei erhöhtem Gesundheitsrisiko (Notruf, regelmäßige Hausbesuche)
- medizinische Notwendigkeit aufgrund Verordnung (Wundversorgung, Medikamentengabe)
- Bedarf zur Tagesstrukturierung (nachlassendes Gedächtnis, Verwahrlosungstendenzen)
- Pflegebedürftigkeit nach Krankenhausaufenthalt und Reha infolge von Stürzen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (plötzliche Ereignisse) oder progredient (fortschreitend) verlaufenden Erkrankungen
- altgewordene geistig bzw. körperlich eingeschränkte Personen

Der **Einstieg in eine Versorgung im Rahmen des betreuten Wohnens** folgt nur zum Teil den Motiven für den Einstieg in die häusliche Versorgung. Entscheidend ist hier jedoch bei oft noch vollständig vorhandener geistiger und körperlicher Leistungsfähigkeit in erster Linie die Sorge um eine gute Versorgung, wenn sie denn in naher oder auch ferner Zukunft notwendig werden sollte. Dieser Logik entsprechend lassen sich andere Indikatoren für einen Einstieg in das betreute Wohnen erkennen:

- Prävention (Personen sind noch fit aber im Bewusstsein, dass sie früher oder später auf Hilfe angewiesen sein werden. Gleichzeitig sind finanzielle Mittel vorhanden.)
 - Die eigene Wohnung ist aufgrund Grundriss, Lage oder baulicher Mängel nicht mehr alltagstauglich (z. B. Lebensphasenübergang nach Aus-/Wegzug der Kinder, Ableben des Partners)¹⁵
 - Es werden viele nutzbare Angebote und bessere Kontakte zu gleichaltrigen Nachbarn erwartet.
 - Der Partner ist verstorben (Einsamkeit) und die Wohnung wird zu groß bzw. ist nicht altersgerecht.
 - Umzug aus gewohnter Umgebung, um näher bei den Kindern zu wohnen
- Sicherheit
 - Ansprechpartner vor Ort (schnellere Hilfe im Bedarfsfall)
 - „Es kümmert sich jemand um mich.“ / „Es kümmert sich jemand um meine(n) Angehörigen“
- Wohnkomfort/Lebensqualität
 - Personen sind aufgrund von Gebehinderungen dauerhaft auf Rollstuhl bzw. Gehilfen angewiesen (Barrierefreiheit der Wohnung)
 - Rückgriff auf verfügbare Angebote wie Essensversorgung, obwohl geistige und körperliche Verfassung Selbstversorgung noch zulassen
 - *Anmerkung: Gegenseitige Hilfe wird z. T. abgelehnt. Akzeptanz und Rücksichtnahme sind begrenzt („Man bezahlt schließlich für Unterbringung und Versorgung viel Geld!“). Aktivierungspotentiale sind so schwer umzusetzen (Auch von gegenteiligen Beispielen wurde berichtet, wo Personen sich darüber freuen, „gebraucht zu werden“!)*

Für den **Einstieg in eine stationäre Versorgung** machen die befragten Experten eine Reihe von Situationen und Ereignissen aus, die von plötzlich eintretenden Ereignissen über fortschreitende Krankheitsverläufe bis hin zur Überlastung der Pflegepersonen aufgrund permanenter Präsenz vor Ort reichen (vgl. Abbildung 17). Benannte und mit Beispielen hinterlegte Indikatoren sind hier u. a.:

- Plötzliche Ereignisse, wie Sturz, Apoplexie → Schlaganfall mit Eintritt von Pflegebedürftigkeit (z.B. Oberschenkelhalsbruch, Halbseitenlähmung) oder progredient (fortschreitend) verlaufenden Erkrankungen
- Erhöhter Pflegebedarf aufgrund fortgeschrittener physischer und/oder psychischer Einschränkungen führen zu sehr hoher finanzieller Belastung (ab 4-6 Anfahrten pro

¹⁵ Spezifische Situation im Oberland (Löbau): Wenige Arbeitsangebote bewirken Wegzug der arbeitsfähigen Generation. Ältere Generation bleibt in Häusern zurück, die kaum noch erhalten werden können (geringe Finanzkraft, hohe Arbeitslosigkeit). Häuser beginnen zu verfallen und werden unbewohnbar.

Tag oder Nachtversorgung ... private Zuzahlung bis 1.500 €). Übergang in stationäre Betreuung mit 24 h Rundumversorgung aufgrund drastischer Verschlechterung des Gesundheitszustandes des zu Pflegenden.

- Die Angehörigen kommen an ihre Grenzen, können steigenden Pflegebedarf in der häuslichen Umgebung, z. B. wegen eigener Leistungsfähigkeit, wegen Berufstätigkeit, wegen entferntem Wohnort o. ä. nicht mehr abdecken (Wegfall der pflegerischen Unterstützung durch Angehörige).
- Auch möglich aufgrund Aufforderung durch das Krankenhaus möglich, oft ohne zu wissen, welche Möglichkeiten in der häuslichen Versorgung gegeben sind.

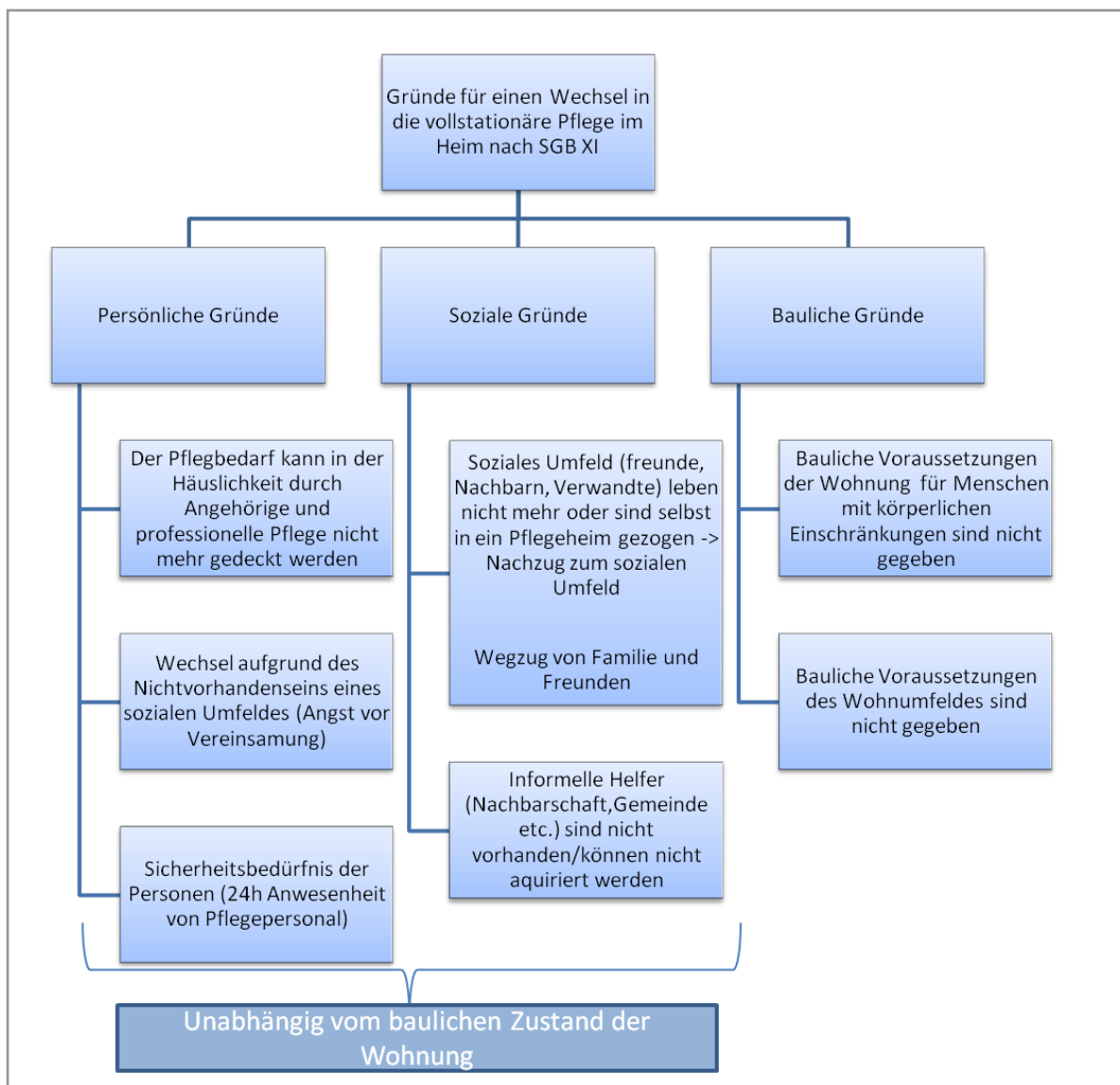


Abbildung 17: Gründe für den Übergang in eine vollstationäre Versorgung (KSV, eigene Darstellung)

Aus den Erfahrungen des Pflegepersonals lassen sich zusammenfassend einige kritische **Situationen im häuslichen Bereich** benennen, die damit zur wichtigen Schnittstellen-thematik werden:

- Stolpergefahr: Schwellen in der Wohnung, Teppichkanten, Wellen in Läufern, Stufen und Treppen, etc.
- Rutschgefahr innerhalb der Wohnung: glatte Fußböden, Fliesen, rutschende Bettvorleger, etc.
- Bewegungsräume: enge Sanitärräume mit wenig Platz für Haltegriffe, hohen Einstiegen in Wanne bzw. Dusche, Schwellen zwischen den Räumen (Transport der zu pflegenden Person schwierig) etc.; fehlende Ablagemöglichkeiten (der Einsatz von Hilfsmitteln wird erschwert), ungeeignete Betten (nicht höhenverstellbar, nicht von allen Seiten zugänglich), enge Türen
- Wohnungszuschnitt: Wasseranschlüsse (Bad, Toilette, Küche)

7 Einkommen/staatliche Leistungen

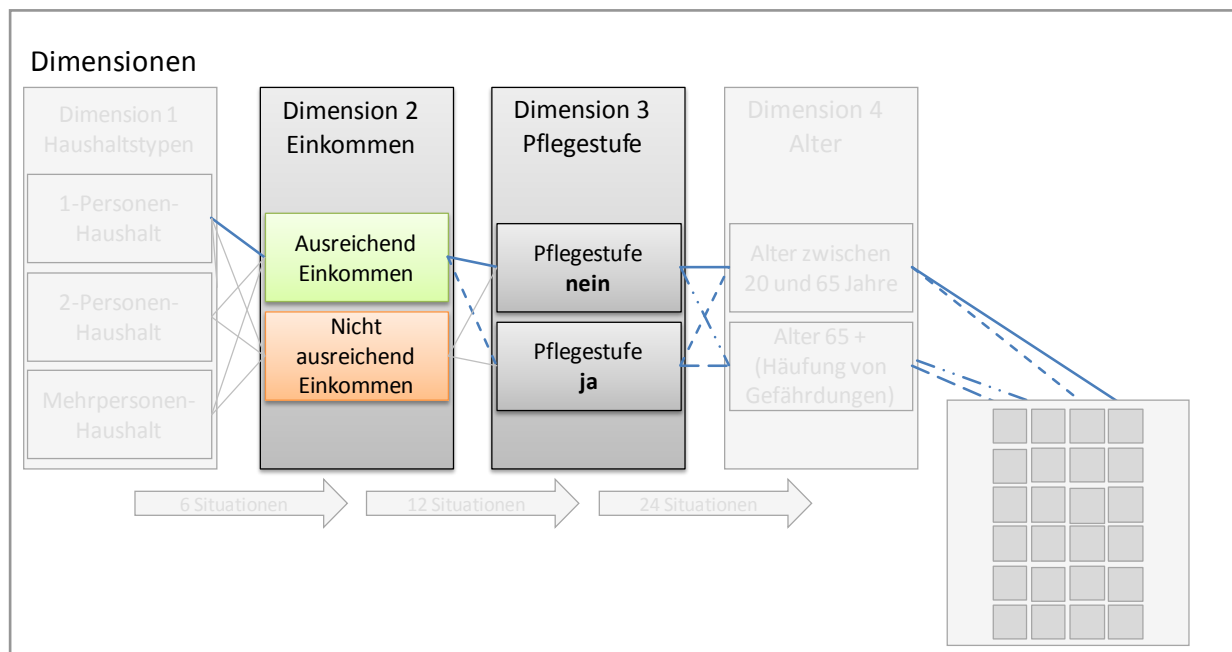


Abbildung 18: Dimensionen 2 und 3 (eigene Darstellung)

7.1 Einkommen

Der durchschnittliche Gesamtrentenzahlbetrag, bestehend aus allen Rentenleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. Versichertenrente und/oder Hinterbliebenenrente), basiert auf Zahlen der Deutschen Rentenversicherung. In Sachsen erhalten Männer durchschnittlich 1.058 Euro, Frauen dagegen nur 928 Euro. Aufgrund der Zahl der männlichen (506.870) und der weiblichen Rentempfänger (733.221) ergibt sich in Sachsen ein durchschnittlicher Rentenzahlbetrag in Höhe von 981,14 Euro. Einem Zweipersonenhaushalt stünden entsprechend 1.962,27 Euro zur Verfügung. Eine Reduzierung ist auf Grund der demografischen Veränderungen zu erwarten (vgl. Deutsche Rentenversicherung, 2013).

7.2 Staatliche Leistungen und ihre Bedeutung

Im Folgenden werden für unsere Modellrechnungen wichtige staatliche Leistungen thematisiert und erfasst. Hierbei handelt es sich um die Pflegeversicherung, Grundsicherung im Alter, Wohngeld und Hilfe zur Pflege.

Im Zusammenhang mit dem Bezug von staatlichen Leistungen wird ein gestiegenes Anspruchsdenken seitens der Versicherten diskutiert.

In den neuen Bundesländern, die im Vergleich zu den alten Bundesländern nicht durch lange wohlfahrtsstaatliche Traditionen geprägt wurden, unterlagen Strukturen, Institutionen und individuellen Lagen seit dem Systemwechsel einem stärkeren sozialen Wandel. Dieser Wandel spiegelt sich auch im Anspruchsdenken der Versicherten wider.

Außerdem bedingt der Abbau von Informationsdefiziten im Hinblick auf staatliche Leistungen ein gestiegenes Anspruchsdenken. Dieser Abbau resultiert aus einer frühzeitigen Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation im Alter, den Versorgungsangeboten im Lebensumfeld, sowie deren Finanzierungsmöglichkeiten.

7.2.1 SGB I Wohngeld

Wohngeld ist ein staatlicher Zuschuss zum Wohnen (nach § 68 SGB I gilt das Wohngeldgesetz [WoGG] als besonderer Teil des SGB I), der sowohl an Mieter (Mietzuschuss) als auch an Eigentümer (Lastenzuschuss) gezahlt wird und soll Menschen mit niedrigem Einkommen einen angemessenen Wohnraum ermöglichen. Das Wohngeld ist eine Sozialleistung und wird nur auf Antrag bewilligt. Das Wohngeldgesetz regelt die Vergabe des Wohngeldes und ist ein besonderer Bestandteil des Ersten Buches Sozialgesetzbuch. Wohngeldberechtigter ist das Haushaltsoberhaupt. Empfänger staatlicher Transferleistungen sind nicht wohngeldberechtigt. Der Höchstbetrag des Wohngeldes hängt von dem Mietenniveau ab. Im Wohngeldgesetz wird unterschieden zwischen „reinen“ Wohngeldhaushalten und wohngeldrechtlichen Teilhaushalten in sogenannten Mischhaushalten. In Mischhaushalten leben Empfänger von staatlichen Transferleistungen, die nicht wohngeldberechtigt sind mit Personen zusammen, die Wohngeld empfangen.

In Sachsen gibt es laut dem statistischen Landesamt Ende 2011 84.538 Wohngeldhaushalte. Davon sind 66.674 reine Wohngeldhaushalte mit Mietzuschuss, wobei die Rentner und Pensionäre mit 37.257 Ansprüchen den größten Anteil darstellen. Das durchschnittliche Wohngeld bei Mietzuschuss beträgt 94 Euro, wobei die Ansprüche der Rentner und Pensionäre bei durchschnittlich 74 Euro liegen. Somit kommt man für Rentner und Pensionäre auf Ausgaben in Höhe von 33 Millionen Euro pro Jahr. Insgesamt belaufen sich die Wohngeldkosten auf ca. 93 Millionen Euro.

7.2.2 SGB XII Sozialhilfe

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung:

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, § 41ff. geregelt. Sie ist eine seit 2003 existierende Leistung der Sozialhilfe mit dem Ziel, Armut im Alter und bei Erwerbsminderung zu verhindern. Empfangsberechtigte sind Personen über 65 Jahre sowie dauerhaft voll erwerbsgeminderte Menschen. Die Höhe der Leistung hängt von der Bedürftigkeit ab, wobei eigenes Einkommen und Vermögen berücksichtigt werden. Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung umfasst im Wesentlichen den Regelsatz der entsprechenden Regelbedarfsstufe, die angemessenen tatsächlichen Ausgaben für Unterkunft, Heizung und Warmwasserversorgung sowie die Übernahme der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge. Die tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft richten sich nach der ortsüblichen Miete und einer angemessenen Wohnungsgröße. Diese beträgt bei einem Einpersonenhaushalt etwa 50 m² und bei einem Zweipersonenhaushalt 60 m² (vgl. Kruse 2013). Finanziert wird die Grundsicherung im Alter von den Trägern der Sozialhilfe – den Kommunen. Jedoch übernimmt der Bund seit 2009 einen steigenden Teil der Ausgaben und wird ab 2014 die Kommunen komplett entlasten.

In Sachsen gab es Ende 2011 25.638 Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Hierbei sind 38 Prozent der Fälle dem Personenkreis über 65 Jahre zuzuordnen. Die anderen Empfänger sind voll erwerbsgeminderte Personen im Alter von 18 bis 65 Jahren. Die Anzahl der Empfänger ist in den letzten fünf Jahren um mehr als ein Fünftel gestiegen. Bei den über 65-jährigen empfangen deutlich mehr Frauen als Männer Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Verhältnis fast 2:1). Bezogen auf alle über 65-jährigen Personen in Sachsen empfangen weniger als ein Prozent (0,95 %) Grundsicherungsleistungen. Betrachtet man nur die vollstationär versorgten über 65-jährigen, so beträgt der Anteil der Grundsicherungsempfänger in diesem Personenkreis 4,4 Prozent, in der Gruppe der über 65-jährigen außerhalb von stationären Einrichtungen liegt der Anteil mit 0,8 Prozent deutlich niedriger. Der durchschnittliche monatliche Netto-Leistungsanspruch in der Altersgruppe 65+ beträgt 318 Euro monatlich. Im häuslichen Bereich liegt dieser mit 335 Euro deutlich höher als im vollstationären Bereich mit 245 Euro. Bei Anspruch auf Grundsicherung beläuft sich das durchschnittlich angerechnete Einkommen pro Monat bei den über 65-jährigen 373 Euro. Die Gesamtausgaben für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung beliefen sich im Jahr 2011 auf über 110 Millionen Euro. Dies entspricht in etwa 16 Prozent der gesamten Sozialhilfeausgaben des Freistaates Sachsens (vgl. StaLa 2012a). In den nächsten Jahren werden aufgrund von geringeren Verdiensten und der wachsenden Zahl von Personen mit lückenhaften Erwerbsbiografien, die das Rentenalter erreichen, steigende Empfängerquoten erwartet.

Hilfe zur Pflege:

Die Hilfe zur Pflege ist im Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch, § 61-66, geregelt und bildet eine bedarfsorientierte Unterstützungsleistung für pflegebedürftige Personen. Hilfe zur Pflege wird ergänzend geleistet, wenn die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht ausreichen und der Pflegebedürftige die Pflegeleistungen finanziell nicht selber tragen kann. Die Leistung Hilfe zur Pflege ist Teil der Sozialhilfe und gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung nachrangig. Sie wird im ambulanten Bereich durch die Landkreise und kreisfreien Städte finanziert. Im stationären Bereich ist für die Altersgruppe der 18- bis 64-

jährigen der Kommunale Sozialverband Sachsen und ab der Vollendung des 65. Lebensjahres die Landkreise und kreisfreien Städte zuständig.

Im Freistaat Sachsen gab es im Jahr 2011 15.922 Empfänger von Hilfe zur Pflege. Dies führte im Jahr 2011 zu Ausgaben in Höhe von knapp 53 Millionen Euro (vgl. StaLa2013a und 2013b).

7.2.3 SGB XI Pflege

Pflegeversicherung:

Die Pflegeversicherung ist seit 1995 Bestandteil der Sozialversicherungen und gesetzliche Pflicht in Deutschland. Sie ist im Sozialgesetzbuch Elftes Buch geregelt und wird paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert. Als Leistungsempfänger der Pflegeversicherung zählen ambulant und stationär betreute Pflegebedürftige und Pflegegeldempfänger, die nach dem SGB XI entsprechende Leistungen erhalten. Die Pflegebedürftigkeit wird im Auftrag der Pflegekassen vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen oder anderen unabhängigen Gutachtern festgestellt.

In Sachsen gibt es laut dem Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen im Jahr 2011 138.987 Leistungsempfänger der Pflegeversicherung. Davon sind ca. 84 Prozent über 65 Jahre alt. 2011 ist ungefähr jeder zehnte über 65-jährige pflegebedürftig. Zwei Drittel aller Pflegebedürftigen sind weiblich (92.823) und mehr als die Hälfte aller Pflegebedürftigen sind der Pflegestufe I zugeordnet (77.277). Die meisten Pflegebedürftigen werden zu Hause von der Familie und/oder anderen nicht erwerbsmäßig pflegenden Personen (55.087) betreut. Gut ein Drittel wird vollstationär versorgt (45.815) und etwas mehr als ein Viertel wird ambulant durch einen Pflegedienst betreut (38.085). Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung belaufen sich im Jahr 2010 auf 1,6 Milliarden Euro. Damit sind die Ausgaben allein seit 2006 um mehr als 40 Prozent gestiegen.

8 Modellrechnungen

Im Kapitel 8.1 werden konkrete Praxisbeispiele als Einzelfallszenarien dargestellt, wohingegen sich Kapitel 8.2 der mikroökonomischen Sichtweise (Schema A-C) sowie der makroökonomischen Betrachtung (Schema D1 – D3) widmet.

8.1 Praxisbeispiele

Im Rahmen des im Projekt mit relevanten Akteuren (u. a. Krankenkassen, Sozialamt, SMI, SMWA) durchgeführten Workshops wurde festgehalten, dass eine dezidierte Untersetzung der vorgestellten Allgemeinszenarien erarbeitet werden soll. **Eine pauschale Vergleichssituation zwischen häuslichem und stationärem Wohnen ist aufgrund der hohen Heterogenität wenig aussagefähig. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf Leistungen im Zusammenhang mit Pflege und Betreuung nach dem SGB V und SGB XI, die von den Kranken- bzw. Pflegekassen vollständig oder teilweise getragen werden.**

Aufgrund der Komplexität des Sozialversicherungssystems zur Unterstützung, der Leistungsart und der Grundlage der Leistung/Finanzierung ergibt sich folgender Grundansatz für die Erstellung der Einzelfallszenarien auf Basis der momentan gültigen Gesetzeslage.

Die Finanzierung von Pflegeleistungen in der häuslichen und der stationären Versorgung ist unterschiedlich. In der häuslichen Versorgung werden grundpflegerische, Betreuungs- und Hauswirtschaftsleistungen nach SGB XI mit dem Leistungserbringer vertraglich vereinbart, von diesem erbracht und die Kosten der Pflegekasse in Rechnung gestellt. Diese erstattet die Kosten bis zu einem Maximalbetrag entsprechend der Pflegestufe des Leistungsempfängers. Darüber hinausgehende Kosten müssen vom Pflegebedürftigen selbst oder durch den Sozialhilfeträger getragen werden. Daneben werden notwendige Leistungen der Häuslichen Krankenpflege (HKP) nach dem SGB V (z. B. Behandlungspflege) vom Arzt verordnet, von der Krankenkasse genehmigt, durch den Leistungserbringer erbracht und der Krankenkasse in Rechnung gestellt. Demgegenüber sind im stationären Bereich mit dem durch die Pflegekasse entsprechend der Pflegestufe gezahlten pauschalen Pflegesatz sowohl die grundpflegerischen Leistungen nach SGB XI als auch die behandlungspflegerischen Leistungen nach SGB V abgegolten.

Nach Angaben der AOK Plus betragen die durchschnittlichen Ausgaben für HKP-Leistungen nach dem SGB V pro Pflegebedürftigem in häuslicher Versorgung, der diese Leistungen beansprucht, in der Pflegestufe I 13,82 Euro täglich (414,75 Euro monatlich), in der Pflegestufe II 19,61 € pro Tag (588,23 Euro monatlich) und in der Pflegestufe III 36,75 Euro (1102,40 Euro monatlich).

In den dargestellten Einzelfallszenarien werden die Kosten für die haus- und fachärztliche Versorgung, für Krankenhausversorgung, Sterbebegleitung und palliative Versorgung vernachlässigt, weil dafür keine verwertbaren Daten vorliegen.

Da die Bandbreite der Einflussvariablen zu groß ist bzw. sich anhand fehlender Finanzierungsstrukturen keine Berechnungen ergeben, stellen sich für die erste Personengruppe „Menschen ohne Pflege“ keine konkreten Einzelfallszenarien dar. Dieses Szenario wird übergreifend Betrachtung finden.

Generelle Annahmen zur Darstellung der Szenarien:

Dem erforderlichen Lebensunterhalt wird der Satz der Regelbedarfsstufe 1 für Lebenshaltung nach dem SGB XII Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung zugrunde gelegt. Dieser beträgt für Erwachsene 391 Euro, für Lebenspartner im gleichen Haushalt 353 Euro (Regelbedarfsstufe 2) und umfasst die Aufwendungen für Lebenshaltung, Rundfunk und Mobilität. Bei vollstationärer Versorgung basiert der erforderliche Lebensunterhalt auf dem Barbetrag zur persönlichen Verfügung als Leistung der Sozialhilfe nach dem SGB XII im Rahmen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Dieser beträgt 105,57 € (= 27 Prozent des Eckregelsatzes der Grundsicherung).

Als Kosten für Wohnen werden bei häuslicher Versorgung in Ein-Personenhaushalten 405 Euro (Warmmiete) und bei Zwei- und Mehrpersonenhaushalten 242 Euro (484 Euro Warmmiete/2) veranschlagt.

Im Folgenden werden typische Fallkonstellationen aus den Erfahrungen der Leistungserbringer als Einzelfallszenarien dargestellt. In Anhang 2 ist die genaue Aufschlüsselung der Berechnungen ersichtlich.

Tabelle 7: SGB-Leistungen (Grundansatz für relevante Szenarien) (eigene Darstellung)

	vst. Pflege § 43 SGB XI	häusliche Versorgung	Leistungsart		Grundlage Leistung
			Sach- leistung	Geld- leistung	
Behandlungspflege SGB V	I	B	X	-	§ 37 SGB V
Grundpflege SGB XI	I	B	X	X	§§ 36 - 38 SGB XI
Hauswirtschaft	I	B	X	X	§§ 36 - 38 SGB XI
Ambulant betreute Wohngruppe	I	B	X	-	§ 38 a SGB XI
Kurzzeit-/Verhinderungspflege	I	B	X	-	§§ 39, 42 SGB XI
Tagesstruktur	I	B	X	-	§ 41 SGB XI
Eingeschränkte Alltagskompetenz, Beaufsichtigung	B	B	X	-	§ 45 b SGB XI
Soziale Betreuung	I	B	X	X	§§ 123, 124 SGB XI
hospizliche + palliative Versorgung	I/B	B	X	-	
Wohnen	I	E + V	X	X	
Sonstiger Lebensunterhalt (Barbetrag)	E + V	E + V	-	X	

Legende:

- I** In Leistung § 43 SGB XI integriert
- B** Baustein nach Bedarf
- E + V** Inanspruchnahme nach Einkommen und Vermögen, ggf. als Sozialleistung
- I/B** je nach Einzelfall: integriert, ambul. Hospizdienst, SAPV, Sonstiges
- X** Ja
- _** Nein

Weitere Aspekte zu den Szenarien:

- Kosten haus- und fachärztliche Versorgung, Krankenhausversorgung, Sterbebegleitung und palliative Versorgung
- **vst. Pflege § 43 SGB XI:** Kosten p.m. (30,42 Tage), Annahmen, Pflegestufe umfasst: Grundpflege, Behandlungspflege, soziale Betreuung, anteilig Sterbebegleitung, Leitung und Verwaltung und Betriebskosten
- U+V umfasst Hotelkosten und anteilig Betriebskosten, Invest umfasst Kaltmiete, Instandhaltung/-setzung, Ausstattung, Abschreibungen, Leasing und Miete
- **häusliche Versorgung:** mögliche Leistungsansprüche, teilweise Annahmen, Grundpflege hier inkl. Hauswirtschaft

8.1.1 Ältere Menschen mit Bedarf an Pflege SGB V und SGB XI, ohne Demenz

(Szenario 1.1.-1.4)

Szenario 1.1 beschreibt einen alleinstehenden Pflegebedürftigen mit primär somatischen Einschränkungen und Pflegestufe 1, der zusätzlich Behandlungspflege benötigt.

Bei einer häuslichen Versorgung entstehen aufgrund des Pflegebedarfs monatlich Kosten in Höhe von 414,75 Euro für Behandlungspflege, 450,00 Euro für Grundpflege als Sachleistung und 258,33 Euro für Kurzzeit-/Verhinderungspflege. Darüber hinaus fallen jeden Monat 405,00 Euro für Wohnen und 391,00 Euro für den erforderlichen Lebensunterhalt an, was einem Gesamtbedarf von 1.919,08 Euro entspricht. Die Pflegekosten werden komplett von der Kranken- und Pflegekasse getragen, so dass eine monatliche Finanzierungslücke von 796,00 Euro (für Wohnen und den erforderlichen Lebensunterhalt) besteht.

Die vollstationäre Versorgung kostet in diesem Fall 1.825,20 Euro. Sie setzt sich aus den Kosten für die pflegerische Versorgung (1.064,70 Euro), für Unterkunft und Verpflegung (456,30 Euro) und für Wohnen (304,20 Euro Investitionskosten) zusammen. Der erforderliche Lebensunterhalt beträgt zusätzlich 105,57 Euro. Die Pflegekasse trägt die Kosten für die stationäre Versorgung in Höhe von 1.023,00 Euro, so dass eine Finanzierungslücke von 907,77 Euro übrig bleibt.

Szenario 1.2 beschreibt einen alleinstehenden Pflegebedürftigen mit primär somatischen Einschränkungen und Pflegestufe 2, der zusätzlich Behandlungspflege benötigt.

Bei einer häuslichen Versorgung entstehen aufgrund des Pflegebedarfs monatlich Kosten in Höhe von 588,23 Euro für Behandlungspflege, 1.100,00 Euro für Grundpflege als Sachleistung und 258,33 Euro für Kurzzeit-/Verhinderungspflege. Darüber hinaus fallen jeden Monat 405,00 Euro für Wohnen und 391,00 Euro für den erforderlichen Lebensunterhalt an, was einem Gesamtbedarf von 2.742,56 Euro entspricht. Die Pflegekosten werden komplett von der Kranken- und Pflegekasse getragen, so dass eine monatliche Finanzierungslücke analog Szenario 1.1 von 796,00 Euro (für Wohnen und den erforderlichen Lebensunterhalt) besteht.

Im Gegensatz dazu fällt im Rahmen der vollstationären Versorgung ein Heimentgelt in Höhe von 2.129,40 Euro an, das sich aus den Kosten für die pflegerische Versorgung (1.368,90 Euro), für Unterkunft und Verpflegung (456,30 Euro) und für Wohnen (304,20 Euro Investitionskosten) zusammensetzt. Darüber hinaus entstehen Kosten für den erforderlichen Lebensunterhalt von 105,57 Euro. Die Pflegekasse trägt die Kosten für die stationäre Versorgung in Höhe von 1.279,00 Euro, so dass eine Finanzierungslücke von 955,97 Euro übrig bleibt.

Szenario 1.3 beschreibt einen Pflegebedürftigen mit primär somatischen Einschränkungen und Pflegestufe 2, der zusätzlich Behandlungspflege benötigt. Im Haushalt lebt eine Pflegeperson, die selbst keine Pflegestufe hat.

Bei einer häuslichen Versorgung entstehen aufgrund des Pflegebedarfs monatlich Kosten in Höhe von 588,23 Euro für Behandlungspflege, 770,00 Euro für Grundpflege, davon 550,00 Euro als Sachleistung und 220,00 Euro als Geldleistung, und 258,33 Euro für Kurzzeit-/

Verhinderungspflege. Darüber hinaus fallen jeden Monat 242,00 Euro für Wohnen und 372,00 Euro für den erforderlichen Lebensunterhalt an, was einem Gesamtbedarf von 2.230,56 Euro entspricht. Die Pflegekosten werden komplett von der Kranken- und Pflegekasse getragen, so dass eine monatliche Finanzierungslücke von 614,00 Euro (für Wohnen und den erforderlichen Lebensunterhalt) besteht.

Die Kosten der stationären Versorgung mit einer Finanzierungslücke von 955,97 Euro entsprechen Szenario 1.2.

Szenario 1.4 beschreibt einen Pflegebedürftigen mit primär somatischen Einschränkungen und Pflegestufe 2, der zusätzlich Behandlungspflege benötigt. Im Haushalt lebt eine Pflegeperson, die selbst keine Pflegestufe hat.

Die häusliche Versorgung entspricht Szenario 1.3 mit dem Unterschied, dass die Grundpflege mit 440 Euro gänzlich als Geldleistung vergütet wird und der Gesamtbedarf damit bei 1.900,56 Euro liegt. Da die Pflegekosten komplett von der Kranken- und Pflegekasse getragen werden, bleibt die monatliche Finanzierungslücke von 614,00 Euro (für Wohnen und den erforderlichen Lebensunterhalt) bestehen.

Die Kosten der stationären Versorgung mit einer Finanzierungslücke von 955,97 Euro entsprechen den Szenarien 1.2 und 1.3.

8.1.2 Ältere Menschen mit Bedarf an Pflege SGB V und SGB XI, mit Demenz

(Szenario 2.1.-2.3)

Szenario 2.1 beschreibt einen alleinstehenden Pflegebedürftigen mit primär eingeschränkter Alltagskompetenz und Pflegestufe 1.

Bei einer häuslichen Versorgung entstehen aufgrund des Pflegebedarfs monatlich Kosten in Höhe von 729,00 Euro für Grundpflege als Sachleistung, 735,00 Euro für Tagespflege an 21 Tagen, 200,00 Euro für zusätzliche Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz, 60,75 Euro für soziale Betreuung und 258,33 Euro für Kurzzeit-/Verhinderungspflege. Darüber hinaus fallen jeden Monat 405,00 Euro für Wohnen und 391,00 Euro für den erforderlichen Lebensunterhalt an, was einem Gesamtbedarf von 2.779,08 Euro entspricht. Die Kosten für zusätzliche Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz und für Kurzzeit-/Verhinderungspflege werden komplett von der Pflegekasse getragen. Anteilig übernimmt die Pflegekasse die Kosten für Grundpflege (665,00 Euro) und für Tagespflege (225,00 Euro). Somit besteht eine monatliche Finanzierungslücke von 1.430,75 Euro.

Die vollstationäre Versorgung kostet in diesem Fall 1.825,20 Euro. Sie setzt sich aus den Kosten für die pflegerische Versorgung (1.064,70 Euro), für Unterkunft und Verpflegung (456,30 Euro), und für Wohnen (304,20 Euro Investitionskosten) zusammen. Darüber hinaus fallen 91,26 Euro für zusätzliche Betreuungsleistungen bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf an, die die Pflegekasse gänzlich trägt. Der erforderliche Lebensunterhalt beträgt zusätzlich 105,57 Euro. Die Kosten für die stationäre Versorgung übernimmt die Pflegekasse in Höhe von 1.023,00 Euro, so dass eine Finanzierungslücke von 907,77 Euro übrig bleibt.

Szenario 2.2 beschreibt einen alleinstehenden Pflegebedürftigen in einer ambulant betreuten Wohngruppe mit primär eingeschränkter Alltagskompetenz und Pflegestufe 1, der zusätzlich Behandlungspflege benötigt.

Bei der Versorgung in der ambulant betreuten Wohngruppe entstehen aufgrund des Pflegebedarfs monatlich Kosten in Höhe von 414,75 Euro für Behandlungspflege, 450,00 Euro für Grundpflege als Sachleistung, 735,00 Euro für Tagespflege an 21 Tagen, 200,00 Euro für zusätzliche Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz, 215,00 Euro für soziale Betreuung, 258,33 Euro für Kurzzeit-/Verhinderungspflege und 200,00 Euro für die Präsenzkraft in der ambulant betreuten Wohngruppe. Darüber hinaus fallen jeden Monat 405,00 Euro für Wohnen und 391,00 Euro für den erforderlichen Lebensunterhalt an, was einem Gesamtbedarf von 3.269,08 Euro entspricht. Die Kosten für Grund- und Behandlungspflege, zusätzliche Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz, für Kurzzeit-/Verhinderungspflege, für soziale Betreuung und für die Präsenzkraft werden komplett von der Kranken- bzw. Pflegekasse getragen. Anteilig übernimmt die Pflegekasse die Kosten für Tagespflege (225,00 Euro). Somit besteht eine monatliche Finanzierungslücke von 1.306,00 Euro.

Die Kosten der stationären Versorgung mit einer Finanzierungslücke von 907,77 Euro entsprechen dem Szenario 2.1.

Szenario 2.3 beschreibt einen Pflegebedürftigen mit primär eingeschränkter Alltagskompetenz und Pflegestufe 1. Im Haushalt lebt eine Pflegeperson, die selbst keine Pflegestufe hat.

Bei einer häuslichen Versorgung entstehen aufgrund des Pflegebedarfs monatlich Kosten in Höhe von 450,00 Euro für Grundpflege als Sachleistung, 210,00 Euro für Tagespflege an 6 Tagen, 200,00 Euro für zusätzliche Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz, 215,00 Euro für soziale Betreuung und 258,33 Euro für Kurzzeit-/Verhinderungspflege. Darüber hinaus fallen jeden Monat 242,00 Euro für Wohnen und 372,00 Euro für den erforderlichen Lebensunterhalt an, was einem Gesamtbedarf von 1.947,33 Euro entspricht. Die Pflegekosten werden komplett von der Pflegekasse getragen, so dass eine monatliche Finanzierungslücke von 614,00 Euro (für Wohnen und den erforderlichen Lebensunterhalt) besteht.

Die Kosten der stationären Versorgung mit einer Finanzierungslücke von 907,77 Euro entsprechen den Szenarien 2.1 und 2.2.

8.1.3 Zusammenfassende Darstellung der Praxisbeispiele

Anhand der Einzelszenarien wird deutlich (vgl. Tabelle 8), dass bei somatischen Einschränkungen (Szenarien 1.1 bis 1.4) die häusliche Versorgung kostengünstiger ist als die vollstationäre Versorgung. In diesen Fällen übernehmen Kranken- und Pflegekasse die kompletten pflegebedingten Aufwendungen, so dass lediglich die Kosten für Wohnen und den erforderlichen Lebensunterhalt von Pflegebedürftigen selbst getragen werden müssen.

Bei einer eingeschränkten Alltagskompetenz (Szenarien 2.1 bis 2.3) kann im Einzelfall, abhängig vom individuellen Pflege- und Betreuungsbedarf, im Einpersonenhaushalt die vollstationäre Versorgung die kostengünstigere Variante sein. Im Zwei- und Mehrpersonenhaushalt ist die häusliche Versorgung am günstigen, die vollstationäre Versorgung etwas kostenintensiver, aber am teuersten die Versorgung in einer ambulant

betreuten Wohngruppe. Bei häuslicher Versorgung im Einpersonenhaushalt (2.1) und bei Versorgung in einer ambulant betreuten Wohngruppe (2.2) sind im Einzelfall die Leistungen der Kranken- und Pflegekasse nicht ausreichend, um die pflegebedingten Aufwendungen zu decken, so dass neben den Kosten für Wohnen und dem erforderlichen Lebensunterhalt auch diese Aufwendungen teilweise vom Pflegebedürftigen selbst zu finanzieren sind.

Tabelle 8: Vergleich der Einzelszenarien (eigene Darstellung)

	1-Personen-Haushalt		2-Personen-Haushalt (und Mehrpersonenhaushalt)		
	vst. Pflege	Häusliche Versorgung	vst. Pflege	Häusliche Versorgung	
Ältere Menschen mit Bedarf an Pflege SGB V und XI (ohne Demenz) Somatische Einschränkungen Pflegestufe 2		Behandlungspfleg		Kombileistun	Geldleistung
<i>Bedarf/Kosten</i>	2234,97 €	2742,56 €	2234,97 €	2230,56 €	1900,56 €
<i>Finanzierungslücke</i>	955,97 €	796,00 €	955,97 €	614,00 €	614,00 €
Ältere Menschen mit Bedarf an Pflege SGB V und XI (mit Demenz) Demenz (eingeschränkte Alltagskompetenz) Pflegestufe 1		Tagesspflege		Tagesspflege	Wohngruppe
<i>Bedarf/Kosten</i>	2022,03 €	2779,08 €	2022,03 €	1947,33 €	3269,08 €
<i>Finanzierungslücke</i>	907,77 €	1430,75 €	907,77 €	614,00 €	1306,00 €

Finanzierungslücken müssen also zusammenfassend gedeckt werden, je nach Regionalbezug, Versorgungsarrangement und finanzieller Leistungsfähigkeit des Betroffenen durch: Rente(n), private Vorsorge, Grundsicherung, Wohngeld und Hilfe zur Pflege.

Die Sicherstellung einer pflegerischen Betreuung in der eigenen Häuslichkeit ist abhängig von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit (verfügbares Einkommen und Vermögen) und vom verfügbaren familiären und nachbarschaftlichen Unterstützungspotential (z. B. erforderliche Pflegeperson) und dessen "Pflege und Erhaltung". Bei permanenter Überlastung z. B. im Rahmen einer sich entwickelnden dementiellen Erkrankung kann das Arrangement nicht aufrecht erhalten werden und eine alternative Versorgungsform wird erforderlich (z. B. ergänzende professionelle ambulante Pflege oder Umzug in ein Pflegeheim).

Eine weitere wesentliche Rolle bei der Wahl und Sicherstellung eines Versorgungsarrangement besteht in der Fähigkeit des Umfeldes, die Entwicklung latenter und manifester Krisen in der Versorgung (z. B. Überlastung, schwerwiegende Erkrankung mit Krankenhausaufenthalt) frühzeitig zu erkennen und geeignete Maßnahmen zum Abwenden oder zur Dämpfung einzuleiten. Auch die Eigentumsverhältnisse am genutzten Wohnraum, die baulich-räumlichen Gegebenheiten und das Wohnumfeld üben Einfluss auf die Wahl des Versorgungsarrangements aus.

Wesentliche Kriterien sind:

- individuelle Bedarfslagen
- verfügbares Einkommen und Vermögen, Eigentumsverhältnisse am Wohnraum
- familiäres und nachbarschaftliches Unterstützungspotential
- Umgang mit latenten und manifesten Krisen baulich-räumliche Gegebenheiten und Wohnumfeld

Die Wahl einer Versorgungsform ist von einer Vielzahl unabhängiger variabler Kriterien abhängig und lässt sich zumindest nach Versorgungsgesichtspunkten nicht verallgemeinern. Warum? Eine Aufgabe im Projekt stellte die Erarbeitung eines Fragebogens, der an die AOK PLUS, Barmer und Knappschaft gegeben wurde, dar. Dieser fokussierte die Frage, ob die dargestellten Einzelfallszenarien eine Hochrechnung und Querschnittsanalyse für Sachsen erlauben. Dies wurde seitens der Krankenkassen geprüft. Es liegen jedoch nicht alle benötigten Daten vor bzw. können die Fragen teilweise nicht ausgewertet werden, weil dies eine separate Programmierung der Software und Datenerfassung nach sich zieht, deren Aufwand nicht tragbar ist. Die Krankenkassen bestätigten jedoch, dass eine solche Erfassung einmalige Hochrechnungen für Sachsen erlauben würde, die Systematisierung des Fragebogens gut gestaltet ist und im Blick behalten wird (vgl. Anhang 3).

8.2 Modellrechnungen

Die vorbenannte Darstellung der Einzelfallszenarien lässt sich aus statistischer und volkswirtschaftlicher Perspektive aus öffentlich verfügbaren Datenquellen nur verallgemeinert hochrechnen. Diese Hochrechnung erfolgt in Form einer Querschnittsanalyse: Status Quo vs. 2030/2050 bezogen auf die einzelnen Versorgungsformen, da wie oben dargestellt, ein direkter Vergleich aufgrund der unterschiedlichen Leistungsbausteine nicht unmittelbar zielführend ist. Ausgehend von den im Expertenworkshop diskutierten allgemeinen Szenarien (z. B. Szenario 1: 1-Pers.-HH, weiblich, Pflegestufe 1/2, durchschnittliches Renteneinkommen – Status Quo Analyse Meilensteinbericht 2) sowie den dargestellten Einzelfallszenarien wird ein typisches Haushaltsszenario abgeleitet und das „Einkommen“ als variable Determinante dargestellt. Damit lässt sich ein Zukunftshaushaltsszenario im Sinne der Entwicklung eines makroökonomischen Szenarios heute und wie es 2030/2050 in der jeweiligen Versorgungsform aussehen würde, abbilden.

In den Schemata A - C werden die Kosten in Zusammenhang mit Wohnen und pflegerischer Versorgung aus Sicht des Pflegebedürftigen betrachtet. Aus Sicht des Pflegebedürftigen ist diejenige Versorgungsform am günstigsten, die die wenigsten privat zu tragenden Kosten verursacht. Wobei auch Faktoren wie individuelle Bedarfslagen, familiäres und nachbarschaftliches Unterstützungspotential, baulich-räumliche Gegebenheiten und Wohnumfeld für die Wahl der Versorgungsform eine wichtige Rolle spielen. In den Schemata D1 – D3 werden die Kosten in Zusammenhang mit Wohnen und pflegerischer Versorgung aus Sicht der Sozialleistungsträger (Kranken- und Pflegekassen, Sozialhilfeträger) betrachtet. Am vorteilhaftesten ist die Versorgungsform, die die wenigsten Kosten für das Sozialversicherungssystem verursacht.

In Schema A wird ein Überblick über die durch die Pflegeversicherung finanzierten monatlichen Höchstbeträge für ambulante und stationäre Pflegeleistungen gegeben. Den Angaben liegt das SGB XI in der derzeit geltenden Fassung, letztmalig geändert durch das Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG) vom Januar 2012, zu Grunde. Zum 1. Januar 2015 wird das SGB XI durch das Fünfte Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz - 5. SGB XI-ÄndG) aktualisiert. Ohne Berücksichtigung bleiben in dieser Darstellung die Aufwendungen für Häusliche Krankenpflege (HKP nach SGB V), da diese komplett von der Krankenkasse getragen werden, für Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI), sowie für Investitionskosten der ambulanten Pflege, welche ca. 7 % der monatlichen Kosten für Pflegesachleistungen betragen. Es wird angenommen, dass die Leistungen der Pflegeversicherung im häuslichen Bereich angemessen sind und keine private Zuzahlung erforderlich ist.

Schema B stellt die Unterschiede der durchschnittlichen wohnraumbezogenen Kosten und der Lebenshaltungskosten zwischen ambulanter (barrierearmer Umbau) und vollstationärer Versorgung dar. Die durchschnittlichen wohnraumbezogenen Kosten im häuslichen Bereich setzen sich aus Miete, Betriebskosten kalt und warm, sowie einer Servicepauschale für technische Assistenzsysteme und deren Instandhaltung zusammen (vgl. Kapitel 4.3.1). Der barrierearme Umbau zieht eine durchschnittliche Mieterhöhung von 2,48 €/m² nach sich. Im stationären Bereich werden Pflegesätze erhoben und bis zu einem Maximalbetrag entsprechend Pflegestufe von der Pflegeversicherung getragen. Der eventuell darüber hinausgehende Teil des Pflegesatzes, sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und die Investitionskosten müssen vom Pflegebedürftigen durch Rente(n), private Vorsorge, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Wohngeld und Hilfe zur Pflege gedeckt werden. Bei den Lebenshaltungskosten ambulant wird als Minimum der Betrag der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung je nach Haushaltsform Regelbedarfsstufe I oder II angenommen. Abweichend davon wird stationär zusätzlich zu den bereits erwähnten Kosten für Unterkunft und Verpflegung ein Barbetrag in Höhe von 27 Prozent des Eckregelsatzes der Grundsicherung als ausreichend angesehen (vgl. Kapitel 8.1).

Hinsichtlich der Einkünfte unterscheidet man zwischen der Personengruppe mit durchschnittlichem Gesamtrentenzahlbetrag (vgl. Kapitel 7.1) und der Personengruppe, deren Renteneinkommen für Wohnen und Lebenshaltung nicht ausreichend ist. Hier besteht Anspruch auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Die Höhe der durchschnittlichen Leistungsansprüche bei Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist abhängig von der Versorgungsform (vgl. Kapitel 7.2.2). Die durchschnittlichen Renteneinkünfte (vgl. Kapitel 7.1) sind unabhängig von der Versorgungsform. Leistungsempfänger der gesetzlichen Rentenversicherung zahlen Beiträge für Kranken- und Pflegeversicherung sowie wohnraumbezogene und Lebenshaltungskosten aus den zur Verfügung stehenden Einkünften.

Schema A: monatliche, durch die Pflegeversicherung finanzierte Höchstbeträge für ambulante und stationäre Pflegeleistungen

Häusliche Versorgung			
<u>Leistungen</u>		Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA)	
Pflegegeld § 37 SGB XI	ohne Pflegestufe (PS)		120 €
	PS I	235 €	305 €
	PS II	440 €	525 €
	PS III	700 €	700 €
Pflegesachleistung § 36 SGB XI	ohne PS		225 €
	PS I	450 €	665 €
	PS II	1.100 €	1.250 €
	PS III	1.550 €	1.550 €
Teilstationäre Versorgung § 41 SGB XI	PS I	450 €	507 € (§ 87b SGB XI)
	PS II	1.100 €	1.157 € 2,85 € an 20 Tagen)
	PS III	1.550 €	1.607 €
kombinierte Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen und teilstat. Versorgung § 41 SGB XI	PS I	675 €	947 € (§ 87b SGB XI)
	PS II	1.650 €	1.857 € 2,85 € an 20 Tagen)
	PS III	2.325 €	2.382 €
Kurzzeitpflege § 42 SGB XI	PS I	129 €	136 €
	PS II	129 €	136 € (§ 87b SGB XI)
	PS III	129 €	136 € 2,85 € an 28 Tagen)
Verhinderungspflege § 39 SGB XI	ohne PS		136 € (§ 87b SGB XI)
	PS I	129 €	136 € 2,85 € an 28 Tagen)
	PS II	129 €	136 €
	PS III	129 €	136 €
zusätzliche Betreuungsleistungen § 45b SGB XI	ohne PS		200 €
	PS I		200 €
	PS II		200 €
	PS III		200 €
ambulante betreute Wohngruppe Präsenzkraft § 38a SGB XI	ohne PS		200 €
	PS I	200 €	200 €
	PS II	200 €	200 €
	PS III	200 €	200 €
Vollstationäre Versorgung			
	PS I	1.023 €	1.109,70 € (§ 87b SGB XI)
	PS II	1.279 €	1.365,70 € 2,85 € an 30,42 Tagen)
	PS III	1.550 €	1.636,70 €

Abbildung 19: Schema A - monatliche, durch die Pflegeversicherung finanzierte Höchstbeträge für ambulante und stationäre Pflegeleistungen (eigene Darstellung)

Schema B: Übersicht durchschnittlicher wohnraumbezogener Kosten, Lebenshaltungskosten und möglicher Einnahmen aus Rente und Grundsicherung bei häuslicher (barrierearmer Wohnraum) und vollstationärer Versorgung

Häusliche Versorgung				Vollstationäre Versorgung			
Durchschnittliche Miete ohne Betriebskosten Sachsen				4,52 € pro m ²			
Durchschnittliche Mietbelastung nach Umbau				Durchschnittliche Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in stationären Einrichtungen			
7,00 € /m ²	mittlerer Mietbetrag (Ausstattung mit technischen Assistenzsystemen, Vollwärmeschutz)			Pflegesatz PS I	35,00 €	PEA zzgl.	
1,06 € /m ²	Betriebskosten (kalt)			pro Tag PS II	46,00 €	§ 87b SGB XI	
1,05 € /m ²	Betriebskosten (warm)			PS III	62,00 €	2,85 € an 30,42 Tagen	
60,00 € /Monat	Servicepauschale Technik			Entgelt für Unterkunft und Verpflegung			
Wohnungsgröße				pro Tag			
Durchschnitt in m ²	1-P-HH	61		15,00 €			
	2-P-HH	73		Investitionskosten			
bei Anspruch auf	1-P-HH	50		pro Tag			
Grundsicherung SGB XII in m ²	2-P-HH	60		10,00 €			
Durchschnittl. Gesamtrentenzahlbetrag							
Anzahl M		durchschn.	Anzahl F	durchschn.	Durchschnitt Sachsen gesamt		
506870		1058	733221		928		
					981,14 €		
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung SGB XII							
durchschnittlicher monatl. Netto-Leistungsanspruch 65+				318 €			
außerhalb von Einrichtungen 65+				335 €			
in Einrichtungen 65+				245 €			
durchschnittliches angerechnetes Einkommen pro Monat 65+				373 €			
Lebenshaltungskosten				Lebenshaltungskosten			
Annahme: Minimum an Lebenshaltungskosten entspricht Lebensunterhalt nach Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung:				Annahme: Minimum an Lebenshaltungskosten entspricht			
Regelbedarfstufe I				Barbetrag für Leistungsberechtigte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung SGB XII			
391,00 €				27% des Eckregelsatzes der Grundsicherung			
Regelbedarfstufe II				105,57 €			
353,00 €							
SV-Beiträge							
KV-Beitrag 8,20% des Rentenzahlbetrages							
PV-Beitrag 2,05% des Rentenzahlbetrages (Kinderlosenzuschlag von 0,25% unberücksichtigt)							
bei Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden die Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung vom Sozialhilieträger übernommen							

Abbildung 20: Schema B - Übersicht durchschnittlicher wohnraumbezogener Kosten, Lebenshaltungskosten und möglicher Einnahmen aus Rente und Grundsicherung bei häuslicher (barrierearmer Wohnraum) und vollstationärer Versorgung (eigene Berechnungen)

Resultierend aus den in Tabelle B dargestellten relevanten Faktoren ergeben sich in den Schemen C1 und C2 die Belastung der Sozialhilfeträger in den einzelnen Versorgungsarten. Aus der Gegenüberstellung der Kosten in den verschiedenen Haushaltsformen und der Differenzierung hinsichtlich der Einkünfte (ausreichend vs. nicht ausreichend) ergeben sich Finanzierungslücken.

Schema C 1: Häusliche Versorgung

- bei Anspruch auf Grundsicherung ergibt sich im Einpersonenhaushalt eine Belastung des Sozialhilfeträgers in Höhe von 571,73 Euro, diese umfasst 184,00 Euro Mehrkosten aufgrund der barrierearmen Umgestaltung des Wohnraumes;
- bei Anspruch auf Grundsicherung ergibt sich im Zweipersonenhaushalt eine Belastung des Sozialhilfeträgers pro Person in Höhe von 340,53 Euro, diese umfasst eine Mehrbelastung von 104,40 Euro aufgrund der barrierearmen Umgestaltung des Wohnraumes;
- bei Erhalt des durchschnittlichen Gesamtrentenzahlbetrages ergibt sich im Einpersonenhaushalt eine Finanzierungslücke in Höhe von 126,14 Euro, ein Anspruch auf Wohngeld ist zu prüfen;
- nur im Zweipersonenhaushalt bei Bezug des durchschnittlichen Gesamtrentenzahlbetrages ist das Einkommen ausreichend zur Kostendeckung.

2011 beträgt der durchschnittliche monatliche Netto-Leistungsanspruch pro Leistungsempfänger der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in der Personengruppe 65+ in Sachsen in der Häuslichkeit 335,00 Euro. In der Darstellung Schema C 1 (bei Anspruch auf Grundsicherung im barrierearmen Wohnraum) liegt der tatsächliche Grundsicherungsbedarf im Zweipersonenhaushalt nur geringfügig (341 Euro), im Einpersonenhaushalt deutlich (572 Euro) über dem sachsenweiten Durchschnitt. Im Einpersonenhaushalt (barrierearmer Wohnraum) mit Gesamtrentenzahlbetrag ist das Einkommen zur Deckung aller Kosten nicht ausreichend (Finanzierungslücke: 126,14 Euro). Es sind zusätzliche Privateinkünfte (private Altersvorsorge, Beschäftigungsentgelt) oder Sozialleistungen (Wohngeld) heranzuziehen bzw. ein Anspruch ist zu prüfen. Im Zweipersonenhaushalt sind die Einkünfte bei Bezug des Gesamtrentenzahlbetrages ausreichend.

Wie bereits dargestellt, werden im ambulanten Bereich die Kosten für Pflegeleistungen SGB XI und SGB V unter der Annahme, dass diese komplett durch die Pflege- und Krankenversicherung finanziert werden, separat betrachtet (vgl. Schema A). Darüber hinausgehende notwendige Pflegeleistungen müssen privat oder über die Hilfe zur Pflege SGB XII finanziert werden.

Schema C 1: Belastung der Sozialhilfeträger als Resultat der durchschnittlichen wohnraumbezogenen Kosten (barrierearmer Wohnraum), Lebenshaltungskosten und den Einkünften aus Rente bei häuslicher Versorgung

		<u>Häusliche Versorgung</u>			
		Durchschnitt		Grundsicherung SGB XII	
		1-P-HH	2-P-HH	1-PP-HH	2-PP-HH
Kosten barrierearm	mittlere Miete inkl. Betriebs- und Servicekosten (a;c)	615,71 €	725,03 €	515,50 €	606,60 €
	Lebenshaltungskosten	391,00 €	744,00 €	391,00 €	744,00 €
	KV-Beiträge	80,45 €	160,91 €	30,59 €	61,17 €
	PV-Beiträge	20,11 €	40,23 €	7,65 €	15,29 €
Einnahmen	durchschnittlicher Gesamtrentenzahlbetrag	981,14 €	1.962,27 €		
	durchschnittliches angerechnetes Einkommen bei Grundsicherung			373,00 €	746,00 €
Finanzierungslücke/ Belastung Sozialhilfeträger pro Person		126,14 €	-146,05 €	571,73 €	340,53 €

Vergleiche: Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung SGB XII
durchschnittlicher monatl. Netto-Leistungsanspruch pro Leistungsempfänger außerhalb von Einrichtungen 65+:

335,00 €

Abbildung 21: Schema C1 - Belastung der Sozialhilfeträger als Resultat der durchschnittlichen wohnraumbezogenen Kosten (barrierearmer Wohnraum), Lebenshaltungskosten und den Einkünften aus Rente bei häuslicher Versorgung (eigene Berechnungen)

Schema C 2: Vollstationäre Versorgung

- trotz Bezug des durchschnittlichen Gesamtrentenzahlbetrages ergeben sich in allen sechs Versorgungsarrangements (Pflegestufen I bis III, mit und ohne PEA) Finanzierungslücken zwischen 27,20 Euro und 321,54 Euro; Kostenzuwachs mit steigender Pflegestufe; ein Anspruch auf Grundsicherung oder Hilfe zur Pflege SGB XII ist zu prüfen;
- bei Anspruch auf Grundsicherung beträgt die Belastung des Sozialhilfeträgers je nach Versorgungsarrangement zwischen 573,00 Euro und 867,34 Euro; Kostenzuwachs mit steigender Pflegestufe.

2011 betrug der durchschnittliche monatliche Netto-Leistungsanspruch pro Leistungsempfänger der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in der Personengruppe 65+ in Sachsen in vollstationärer Versorgung 245,00 Euro. In der Darstellung C 2 (bei Anspruch auf Grundsicherung) liegt der tatsächliche Grundsicherungsbedarf weit über dem sachsenweiten Durchschnitt

In **Schema D1** sind die Kosten für die häusliche Versorgung in verschiedenen Pflegearrangements ohne HKP-Leistungen im Vergleich zur vollstationären Versorgung dargestellt.

Mit zunehmender Pflegestufe und Leistungskomplexität übersteigen die Kosten bei Versorgung in der Häuslichkeit die Kosten bei vollstationärer Versorgung. Bei gleichzeitig vorliegendem Anspruch auf Grundsicherung tritt diese Verschiebung später ein. Bei Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz tritt diese Verschiebung, unabhängig vom Anspruch auf Grundsicherung, eher ein. Grundsätzlich ist die häusliche Versorgung im Zweipersonenhaushalt länger mit geringeren Kosten verbunden – im Vergleich zur vollstationären Versorgung – als im Einpersonenhaushalt. Basierend auf der Annahme, dass eine zweite Person im Haushalt lebt, ist Unterstützungspotenzial vorhanden. (Schema D 1)

In den Schemen D2 und D3 werden aus den häufigsten Pflegearrangements im häuslichen Bereich entsprechend der Pflegestufe Mittelwerte (gewichtetes arithmetisches Mittel) der Kosten nach SGB XI gebildet. Nicht berücksichtigt werden bei dieser Mittelwertberechnung die Pflegearrangements in einer ambulanten betreuten Wohngruppe, da diese weniger als 5 Prozent aller ambulant betreuten Pflegebedürftigen in Sachsen betreffen.

Bleiben die HKP-Ausgaben unberücksichtigt (Schema D2) ergibt sich nur in der Pflegestufe 2 bei Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz unabhängig vom Anspruch auf Grundsicherung eine vorteilhaftere vollstationäre Versorgung, die Kostensituation betreffend. Alle anderen Pflegestufen und Haushaltsformen zeigen eine vorteilhaftere häusliche Versorgung. Unter Einbeziehung der durchschnittlichen HKP-Ausgaben pro Pflegebedürftigem bei Inanspruchnahme dieser Leistungen bedingt lediglich die häusliche Versorgung bei Pflegestufe 1 bei Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz unabhängig vom Anspruch auf Grundsicherung geringere Kosten als die vollstationäre Versorgung (Schema D3).

Schema C 2: Belastung der Sozialhilfeträger als Resultat der Kosten bei vollstationärer Versorgung, Lebenshaltungskosten und den Einkünften aus Rente

		<u>Vollstationäre Versorgung</u>						<u>Grundsicherung SGB XII</u>					
		Durchschnitt		PS II		PS III		PS I		PS II		PS III	
		PS I	PEA	PS I	PEA	PS I	PEA	PS I	PEA	PS I	PEA	PS I	PEA
Kosten bei vollstat. Versorgung	Pflegesatz	1.064,70 €	1.151,40 €	1.399,32 €	1.486,02 €	1.886,04 €	1.972,74 €	1.064,70 €	1.151,40 €	1.399,32 €	1.486,02 €	1.886,04 €	1.972,74 €
	Unterkunft- u. Verpflegung	456,30 €	456,30 €	456,30 €	456,30 €	456,30 €	456,30 €	456,30 €	456,30 €	456,30 €	456,30 €	456,30 €	456,30 €
	Invest	304,20 €	304,20 €	304,20 €	304,20 €	304,20 €	304,20 €	304,20 €	304,20 €	304,20 €	304,20 €	304,20 €	304,20 €
zusätzl. Kosten	Lebenshaltungskosten	105,57 €	105,57 €	105,57 €	105,57 €	105,57 €	105,57 €	105,57 €	105,57 €	105,57 €	105,57 €	105,57 €	105,57 €
	KV-Beitrag	80,45 €	80,45 €	80,45 €	80,45 €	80,45 €	80,45 €	30,59 €	30,59 €	30,59 €	30,59 €	30,59 €	30,59 €
	PV-Beitrag	20,11 €	20,11 €	20,11 €	20,11 €	20,11 €	20,11 €	7,65 €	7,65 €	7,65 €	7,65 €	7,65 €	7,65 €
Einnahmen	A) durchschnittlicher Gesamtrentenzahlbetrag	981,14 €	981,14 €	981,14 €	981,14 €	981,14 €	981,14 €						
	B) durchschnittliches angerechnetes Einkommen bei Grundsicherung							373,00 €	373,00 €	373,00 €	373,00 €	373,00 €	373,00 €
	Leistungen der PV	1.023,00 €	1.109,70 €	1.279,00 €	1.365,70 €	1.550,00 €	1.636,70 €	1.023,00 €	1.109,70 €	1.279,00 €	1.365,70 €	1.550,00 €	1.636,70 €
	Finanzierungslücke/ Belastung Sozialhilfeträger	27,20 €	27,20 €	105,82 €	105,82 €	321,54 €	321,54 €	573,00 €	573,00 €	651,62 €	651,62 €	867,34 €	867,34 €

Finanzierungslücken bei Durchschnittsrentenzahlbetrag:
Anspruch auf Leistungen nach SGB XII - Hilfe zur Pflege prüfen

Vergleiche: Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung SGB XII durchschnittlicher monatl. Netto-Leistungsanspruch pro Leistungsempfänger in Einrichtungen 65+:
245,00 €

Abbildung 22: Schema C2 - Belastung der Sozialhilfeträger als Resultat der Kosten bei vollstationärer Versorgung, Lebenshaltungskosten und den Einkünften aus Rente (eigene Berechnungen)

Schema D 1: Kosten für häusliche Versorgung in verschiedenen Pflegearrangements (exklusive HKP-Leistungen) im Vergleich zu Kosten bei vollstationärer Versorgung

Kosten für häusliche Versorgung in verschiedenen Pflegearrangements (exklusive HKP-Leistungen) im Vergleich zu Kosten bei vollstationärer Versorgung

Annahme: 1 Pflegebedürftiger pro Haushalt

Pflegestufe	Pflegearrangement	ohne Anspruch auf Grundsicherung nach SGBXII (Durchschnittsrentenzahlbetrag)								mit Anspruch auf Grundsicherung SGB XII							
		ohne PEA				mit PEA				ohne PEA				mit PEA			
		1-P-HH		2-P-HH		1-P-HH		2-P-HH		1-P-HH		2-P-HH		1-P-HH		2-P-HH	
		Höchst- beträge SGB XI pro Monat	Finanzierun- gslücke	Höchst- beträge SGB XI pro Monat	Finanzierun- gslücke	Höchst- beträge SGB XI pro Monat	Finanzierun- gslücke	Höchst- beträge SGB XI pro Monat	Grund- sicherungs- anspruch	Höchst- beträge SGB XI pro Monat	Grund- sicherungs- anspruch	Höchst- beträge SGB XI pro Monat	Grund- sicherungs- anspruch	Höchst- beträge SGB XI pro Monat	Grund- sicherungs- anspruch		
ohne PS	Pflegegeld																
	Sachleistung																
	Sachleistung und amb.betreute Wohngruppe																
PS I	Pflegegeld	493 € 126 €		493 € 0,00 €		777 € 126 €		777 € 0,00 €		493 € 572 €		493 € 341 €		777 € 572 €		777 € 341 €	
	Sachleistung	708 € 126 €		708 € 0,00 €		1.137 € 126 €		1.137 € 0,00 €		708 € 572 €		708 € 341 €		1.137 € 572 €		1.137 € 341 €	
	Sachleistung und amb. Betreute Wohngruppe	908 € 126 €		908 € 0,00 €		1.337 € 126 €		1.337 € 0,00 €		908 € 572 €		908 € 341 €		1.337 € 572 €		1.337 € 341 €	
	Sachleistung und Tagespflege	933 € 126 €		933 € 0,00 €		1.419 € 126 €		1.419 € 0,00 €		933 € 572 €		933 € 341 €		1.419 € 572 €		1.419 € 341 €	
	Sachleistung, Tagespflege, amb. Betreute Wohngruppe	1.133 € 126 €		1.133 € 0,00 €		1.619 € 126 €		1.619 € 0,00 €		1.133 € 572 €		1.133 € 341 €		1.619 € 572 €		1.619 € 341 €	
PS II	Pflegegeld	698 € 126 €		698 € 0,00 €		997 € 126 €		997 € 0,00 €		698 € 572 €		698 € 341 €		997 € 572 €		997 € 341 €	
	Sachleistung	1.358 € 126 €		1.358 € 0,00 €		1.722 € 126 €		1.722 € 0,00 €		1.358 € 572 €		1.358 € 341 €		1.722 € 572 €		1.722 € 341 €	
	Sachleistung und amb. Betreute Wohngruppe	1.558 € 126 €		1.558 € 0,00 €		1.922 € 126 €		1.922 € 0,00 €		1.558 € 572 €		1.558 € 341 €		1.922 € 572 €		1.922 € 341 €	
	Sachleistung und Tagespflege	1.908 € 126 €		1.908 € 0,00 €		2.329 € 126 €		2.329 € 0,00 €		1.908 € 572 €		1.908 € 341 €		2.329 € 572 €		2.329 € 341 €	
	Sachleistung, Tagespflege, amb. Betreute Wohngruppe	2.108 € 126 €		2.108 € 0,00 €		2.529 € 126 €		2.529 € 0,00 €		2.108 € 572 €		2.108 € 341 €		2.529 € 572 €		2.529 € 341 €	
PS III	Pflegegeld	958 € 126 €		958 € 0,00 €		1.172 € 126 €		1.172 € 0,00 €		958 € 572 €		958 € 341 €		1.172 € 572 €		1.172 € 341 €	
	Sachleistung	1.808 € 126 €		1.808 € 0,00 €		2.022 € 126 €		2.022 € 0,00 €		1.808 € 572 €		1.808 € 341 €		2.022 € 572 €		2.022 € 341 €	
	Sachleistung und amb. Betreute Wohngruppe	2.008 € 126 €		2.008 € 0,00 €		2.222 € 126 €		2.222 € 0,00 €		2.008 € 572 €		2.008 € 341 €		2.222 € 572 €		2.222 € 341 €	
	Sachleistung und Tagespflege	2.583 € 126 €		2.583 € 0,00 €		2.854 € 126 €		2.854 € 0,00 €		2.583 € 572 €		2.583 € 341 €		2.854 € 572 €		2.854 € 341 €	
	Sachleistung, Tagespflege, amb. Betreute Wohngruppe	2.783 € 126 €		2.783 € 0,00 €		3.054 € 126 €		3.054 € 0,00 €		2.783 € 572 €		2.783 € 341 €		3.054 € 572 €		3.054 € 341 €	

Im 2-P-HH fällt der Grundsicherungsanspruch auch für die 2. Person an. Dieser ist in der Berechnung nicht berücksichtigt.

 ambulante Versorgung günstiger als stationäre Versorgung
 stationäre Versorgung günstiger als ambulante Versorgung
 nur ambulante Versorgung möglich

Abbildung 23: Schema D1 - Kosten für häusliche Versorgung in verschiedenen Pflegearrangements (exklusive HKP-Leistungen) im Vergleich zu Kosten bei vollstationärer Versorgung (eigene Berechnungen)

Schema D 2: Kosten für häusliche Versorgung in den häufigsten Pflegearrangements (exklusive HKP-Leistungen) im Vergleich mit Kosten bei vollstationärer Versorgung – **gewichtetes arithmetisches Mittel**

Annahme: 1 Pflegebedürftiger pro Haushalt
Pflegegeld und Sachleistung in der Pflegestufe 0 sind gleich verteilt
nicht berücksichtigt werden Pflegearrangements in einer amb. Betreuten Wohngruppe mit weniger als 5% aller ambulant betreuten Pflegebedürftigen in Sachsen
Berechnung des gewichteten arithmetischen Mittelwertes

Pflegestufe	Pflegearrangement	Anteil	ohne Anspruch auf Grundsicherung nach SGBXII (Durchschnittsrentenzahlbetrag)								mit Anspruch auf Grundsicherung SGB XII							
			ohne PEA				mit PEA				ohne PEA				mit PEA			
			1-P-HH		2-P-HH		1-P-HH		2-P-HH		1-P-HH		2-P-HH		1-P-HH		2-P-HH	
			Mittelwert SGB XI pro Monat	Finanzierungs-lücke	Mittelwert SGB XI pro Monat	Finanzierungs-lücke	Mittelwert SGB XI pro Monat	Finanzierungs-lücke	Mittelwert SGB XI pro Monat	Finanzierungs-lücke	Mittelwert SGB XI pro Monat	Grundsicherungs-anspruch	Mittelwert SGB XI pro Monat	Grundsicherungs-anspruch	Mittelwert SGB XI pro Monat	Grundsicherungs-anspruch	Mittelwert SGB XI pro Monat	Grundsicherungs-anspruch
ohne PS	Pflegegeld	50%																
	Sachleistung	50%																
PS I	Pflegegeld	62%																
	Sachleistung und Tagespflege	38%	618 €	126 €	618 €	0,00 €	967 €	126 €	967 €	0,00 €	618 €	572 €	618 €	341 €	967 €	572 €		
PS II	Pflegegeld	54%																
	Sachleistung und Tagespflege	46%	1.128 €	126 €	1.128 €	0,00 €	1.470 €	126 €	1.470 €	0,00 €	1.128 €	572 €	1.128 €	341 €	1.470 €	572 €		
PS III	Pflegegeld	52%																
	Sachleistung und Tagespflege	48%	1.552 €	126 €	1.552 €	0,00 €	1.779 €	126 €	1.779 €	0,00 €	1.552 €	572 €	1.552 €	341 €	1.779 €	572 €		

Im 2-P-HH fällt der Grundsicherungsanspruch auch für die 2. Person an. Dieser ist in der Berechnung nicht berücksichtigt.

ambulante Versorgung günstiger als stationäre Versorgung
 vollstationäre Versorgung günstiger als ambulante Versorgung
 nur ambulante Versorgung möglich

Abbildung 24: Schema D2 - Kosten für häusliche Versorgung in den häufigsten Pflegearrangements (exklusive HKP-Leistungen) im Vergleich mit Kosten bei vollstationärer Versorgung (eigene Berechnungen)

Schema D 3: Kosten für häusliche Versorgung in den häufigsten Pflegearrangements (inklusive HKP-Leistungen) im Vergleich mit Kosten bei vollstationärer Versorgung – gewichtetes arithmetisches Mittel

Annahme: 1 Pflegebedürftiger pro Haushalt

Pflegegeld und Sachleistung in der Pflegestufe 0 sind gleich verteilt

nicht berücksichtigt werden Pflegearrangements in einer amb. Betreuten Wohngruppe mit weniger als 5% aller ambulant betreuten Pflegebedürftigen in Sachsen

Berchnung des gewichteten arithmetischen Mittelwertes

Durchschnittliche HKP Ausgaben der AOK PLUS pro pflegebedürftigem Versicherten (in der Häuslichkeit) bei Inanspruchnahme HKP-Leistungen		
	pro Tag	pro Monat
PS I	13,82 €	414,75 €
PS II	19,61 €	588,23 €
PS III	36,75 €	1.102,40 €

Pflegestufe	Pflegearrangement	Anteil	ohne Anspruch auf Grundsicherung nach SGBXII (Durchschnittsrentenzahlbetrag)								mit Anspruch auf Grundsicherung SGB XII							
			ohne PEA				mit PEA				ohne PEA				mit PEA			
			1-P-HH		2-P-HH		1-P-HH		2-P-HH		1-P-HH		2-P-HH		1-P-HH		2-P-HH	
			Mittelwert SGB XI pro Monat	Finanzierun gslücke	Mittelwert SGB XI pro Monat	Finanzierun gslücke	Mittelwert SGB XI pro Monat	Finanzierun gslücke	Mittelwert SGB XI pro Monat	Finanzierung slücke	Mittelwert SGB XI pro Monat	Grund- sicherungs- anspruch	Mittelwert SGB XI pro Monat	Grund- sicherungs- anspruch	Mittelwert SGB XI pro Monat	Grund- sicherungs- anspruch	Mittelwert SGB XI pro Monat	Grund- sicherungs- anspruch
ohne PS	Pflegegeld	50%																
	Sachleistung	50%																
								509 €	126 €	509 €	0,00 €			509 €	572 €	509 €	341 €	
PS I	Pflegegeld	62%																
	Sachleistung	38%	618 €	126 €	618 €	0,00 €	967 €	126 €	967 €	0,00 €	618 €	572 €	618 €	341 €	967 €	572 €	967 €	341 €
	Sachleistung und Tagespflege																	
PS II	Pflegegeld	54%																
	Sachleistung	46%	1.128 €	126 €	1.128 €	0,00 €	1.470 €	126 €	1.470 €	0,00 €	1.128 €	572 €	1.128 €	341 €	1.470 €	572 €	1.470 €	341 €
	Sachleistung und Tagespflege																	
PS III	Pflegegeld	52%																
	Sachleistung	48%	1.552 €	126 €	1.552 €	0,00 €	1.779 €	126 €	1.779 €	0,00 €	1.552 €	572 €	1.552 €	341 €	1.779 €	572 €	1.779 €	341 €
	Sachleistung und Tagespflege																	

Im 2-P-HH fällt der Grundsicherungsanspruch auch für die 2. Person an. Dieser ist in der Berechnung nicht berücksichtigt.

- ambulante Versorgung günstiger als stationäre Versorgung
- vollstationäre Versorgung günstiger als ambulante Versorgung
- nur ambulante Versorgung möglich

Abbildung 25: Schema D3 - Kosten für häusliche Versorgung in den häufigsten Pflegearrangements (inklusive HKP-Leistungen) im Vergleich mit Kosten bei vollstationärer Versorgung (eigene Berechnungen)

8.3 Zusammenfassung /Fazit der Modellrechnung

Rückblickend auf die Beispiele in verschiedenen Einzelfallszenarien, die im Punkt 8.1 ff. als Praxisbeispiele differenziert dargestellt werden, ist deutlich sichtbar, dass beim Vorliegen von Pflegebedürftigkeit ohne eingeschränkte Alltagskompetenz die Versorgung in der Häuslichkeit in den aufgezeigten Szenarien für die Betroffenen vorteilhafter und weniger kostenaufwändig ist als die vollstationäre Versorgung. Ein anderes Bild ergibt sich bei der Versorgung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Hier sind Unterschiede zwischen Ein- und Zweipersonenhaushalten erkennbar, bzw. bei der Versorgung in der ambulant betreuten Wohngruppe. Die vollstationäre Versorgung ist bei dieser Personengruppe kostengünstiger. Einzig die Versorgung in der Häuslichkeit im Zweipersonenhaushalt ist im betrachteten Szenario auch für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz kostengünstiger als die vollstationäre Versorgung.

Für die Sicherung des Pflegearrangements in der Häuslichkeit ist neben der verfügbaren wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Einzelnen auch das Wohnumfeld maßgeblich. Welches Unterstützungspotenzial steht zur Verfügung? Welche räumlichen Voraussetzungen sind gegeben? Wie ist der Wohnraum in die infrastrukturelle Situation eingebunden? Eine Verallgemeinerung ist an diesem Punkt nicht zu treffen, sondern von diversen Variablen bzw. der Inanspruchnahme von einzelnen Leistungsbausteinen abhängig.

Bei den anschließenden Modellrechnungen in Punkt 8.2 ergeben sich aus den detaillierten Kosten für Pflege (monatliche, durch die Pflegeversicherung finanzierte Höchstbeträge für ambulante und stationäre Pflegeleistungen - Tabelle A), den wohnraumbezogenen Kosten, Lebenshaltungskosten, Einnahmen aus Rente oder Grundsicherung bei häuslicher und vollstationärer Versorgung eine Vielzahl von Kostenfaktoren, die das Versorgungsarrangement beeinflussen. Ergänzend wurden hier die Kostenveränderungen durch einen barrierearmen Wohnungsumbau einbezogen (Schema B). Alle hier einbezogenen Faktoren ergeben in den Schemen C1-C2 mögliche Finanzierungslücken und die folgenden Belastungen für den Sozialhilfeträger. In den Schemen D1-D3 sind die vorteilhafteren Zuordnungen der Versorgungsformen gekennzeichnet. Diese zeigen die stärksten Differenzierungen durch die Einbeziehung bzw. Nichteinbeziehung der Aufwendungen für Leistungen der häuslichen Krankenpflege.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels in Sachsen werden im folgenden Kapitel 9 zukünftige Entwicklungen von Leistungsempfängern und der daraus erwachsende Versorgungsbedarf dargestellt. Als wesentliche kostenbeeinflussende Faktoren stellen sich bisher die Betreuung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und die Berücksichtigung der Kosten für HKP-Leistungen in der häuslichen Versorgung dar. HKP-Leistungen werden von ambulanten Leistungsanbietern erbracht. Im Hinblick auf den steigenden zukünftigen Bedarf (vgl. Kapitel 9) an Versorgungsmöglichkeiten und den Forderungen nach selbstbestimmtem Leben im Alter steigt die Bedeutung der Schaffung barrierearmen Wohnraumes und alternativer Wohnformen für Ältere und Pflegebedürftige. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) stellt hierzu einen neuen Denkansatz zur modernen Altenhilfe in den Mittelpunkt und entwickelt u. a. aus dem Lebensqualitätsmodell nach Michell-Auli (vgl. Michell-Auli 2010) Handlungs- und Lebensbereiche für die Betreuung älterer Menschen. Der KDA-Quartieransatz besteht aus mehreren Ziele der Quartiersentwicklung:

1. Wertschätzendes gesellschaftliches Umfeld
2. Tragende soziale Infrastruktur
3. Generationsgerechte räumliche Infrastruktur
4. Bedarfsgerechte Wohnangebote
5. Bedarfsgerechte Dienstleistungen und Angebote
6. Wohnortnahe Beratung und Begleitung (vgl. Michell-Auli 2012).

Gleichzeitig stehen weitere Problemfelder im Fokus. Der Rückgang an informeller Pflege (Pflege durch Bezugspersonen ohne pflegerische Ausbildung wie Angehörige, Nachbarn oder Freunde) bei gleichzeitigem Anstieg des Pflegekräftemangels. Der Bedarf an Pflegekräften wird in den kommenden Jahrzehnten weiter stark ansteigen.

Die Schaffung barrierearmen Wohnraums innerhalb der Quartierskonzepte ermöglicht entsprechend der Ziele des Quartiersansatzes eine Optimierung der professionellen Pflege durch die regionalen ambulanten Anbieter von Pflegeleistungen, die Unterstützung der Pflegebedürftigen innerhalb des Quartiers und eine bessere Nutzung der Infrastruktur. Das KDA fordert aus diesem Grund Bund, Länder und Kommunen auf, die Rahmenbedingungen für die Umsetzung alternativer Wohnangebote rechtlich und strukturell zu verbessern (vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2014). Die Förderung der Mittelzentren (Sachsen: 38 Mittelzentren, z. B. Meißen, Löbau), die eine Mindestgröße von 35.000 Einwohner haben und eine entsprechende Infrastruktur aufweisen müssen (Fachärzte, Einkaufsmöglichkeiten, kulturelle Einrichtungen, Rechtsanwälte, Steuerberater, Notare, Krankenhaus, Kino, Schwimmbad, weiterführende Schule, Berufsschule) ist für die Schaffung von alternativen Wohnformen sinnvoll und richtig, da die bestehenden Strukturen eine gute Basis für die entsprechende Wohn- und Lebensraumgestaltung der Pflegebedürftigen und älteren Bevölkerung bilden.

Ein wesentliches Argument für die Bereitstellung barrierearmen Wohnraumes ist neben den vorab genannten Vorteilen von Versorgungsformen in der Häuslichkeit und alternativen Wohnformen die Vermeidung von Stürzen. Der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit auch bei bestehenden und zunehmenden somatischen und kognitiven Einschränkungen und die damit einhergehende Selbstbestimmung werden länger ermöglicht. Darüber hinaus zeigt sich eine Reduktion von Verschlechterungen des physischen Zustandes durch sturzbedingte Verletzungen, auftretende psychische Veränderungen, wie Ängste und die ggf. damit verbundene vermehrte Inanspruchnahme von professioneller Pflege bzw. der vorzeitige Übergang in die vollstationäre Versorgungsform. Nicht unberücksichtigt sollte das Potenzial bleiben, welches sich aus einem barrierearmen Umbau ergibt, um Stürze zu vermeiden, die zu Pflegebedürftigkeit führen.

Die von Kreileder und Holeczek ermittelten Sturzursachen und Häufigkeiten nach einer Auswertung von Unfallursachen in Heim und Freizeit machen deutlich, dass 25 Prozent der Stürze älterer Personen im eigenen Haushalt auf Barrieren im Wohnraum und baulichen Gegebenheiten beruhen (vgl. Kreileder; Holeczek, 2002). Pflegebedürftige Personen weisen nach Rothgang et al. ein deutlich höheres Sturzrisiko auf, infolgedessen in 5,9 Prozent aller Stürze ein stationärer Aufenthalt nötig ist. Nach den Berechnungen von Rothgang et al. ergeben sich durch die stationäre Behandlung in Folge eines Sturzes Kosten von 208 Mio.

Euro jährlich (vgl. Rothgang et al., 2012). Die Betrachtung des einzelnen durchschnittlichen Pflegefalles ergibt unter Berücksichtigung der vermiedenen Krankenhaus- und Pflegekosten durch Stürze bei barrierearmer Wohnraumanpassung ein Einsparpotenzial von 330-410 Euro pro Person (vgl. BBSR 2014). Die von Hager ermittelten Sturzursachen und Sturzfolgen im Alter reduzieren sich nicht nur auf physische Folgen sondern betrachten ebenso die Auswirkungen auf die Lebensqualität wie Angst, Schmerz und Einschränkung im Alltag. Er ermittelt innerhalb der extrinsischen Sturzursachen im Bereich der eigenen Häuslichkeit folgende Häufigkeiten: 10-15 % aller Stürze finden im Bad statt, 73 % davon mit Verletzungen und 2/3 aller Stürze entstehen bei Transfers (vgl. Aminzadeh et al. 2001). Die Prüfung des Wohnraumes und die Beseitigung sturzverursachender Faktoren innerhalb des Wohnumfeldes wird von Hager empfohlen. Der HTA Bericht (vgl. Balzer et al 2012) zur Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung befasst sich mit den Effekten und der Kosteneffektivität von Maßnahmen zur Verhinderung von Stürzen und den damit verbundenen sturzbedingten Verletzungen. Methodisch erfolgt die Untersuchung als systematische Literaturrecherche. In den ermittelten Studien ergeben sich Hinweise darauf, dass Maßnahmen zur Wohnraumanpassung sturzprophylaktische Effekte bei älteren Menschen mit bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen zeigen.

Desweiteren kann durch eingebaute technische Assistenzsysteme bei Auftreten von Stürzen eine schnelle und sichere Hilfeleistung gewährleistet werden, die auch Folgekosten minimieren kann in der stationären Krankenhausversorgung bzw. Leistungen der häuslichen Krankenpflege.

9 Abstraktion der volkswirtschaftlichen Auswirkungen

Ausgehend von Schema D2 in Kapitel 8.2 unter Betrachtung der durchschnittlichen Ausgaben im SGB XI und SGB XII Bereich ist ersichtlich, dass eine Versorgung von pflegebedürftigen Personen in der Häuslichkeit fast immer mit weniger Kosten für die Sozialleistungsträger verbunden sind als eine vollstationäre Versorgung. Lediglich bei Personen in Pflegestufe II mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die in einem Ein-Personen-Haushalt leben, unabhängig davon ob der durchschnittliche Gesamtrentenzahlbetrag zur Verfügung steht oder ein Anspruch auf Grundsicherung besteht, ist die Versorgung in der Häuslichkeit geringfügig kostenintensiver als die häusliche Versorgung. Die Differenz beträgt 14 bzw. 25 Euro pro Monat.

Die Entwicklung der Leistungsempfänger und der Bedarf an ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten werden nachfolgend in verschiedenen Szenarien 2011, 2030 und 2050 in Anlehnung an die Ergebnisse von Raffelhüschen et al. (2011) dargestellt.

Der Bestand an vollstationären Pflegeplätzen ergibt sich aus dem Bestand 2011 zuzüglich eines jährlichen Aufwuchses von 987 Pflegeplätzen. Dieses Plus an vollstationären Pflegeplätzen entspricht dem Durchschnitt des jährlichen Zuwachses nach den Pflegestatistiken 2007 bis 2011 (vgl. Statistisches Bundesamt, 2009b, 2011a). Damit stehen im Jahr 2030 65.749 und im Jahr 2050 85.489 vollstationäre Pflegeplätze zur Verfügung. Im Unterschied zur vorliegenden Arbeit stützen sich die Berechnungen zum Bestand vollstationärer Pflegeplätze bei Raffelhüschen et al. (2011) auf einen jährlichen Zuwachs, der aus unveröffentlichten Daten der AOK Sachsen ermittelt und mit 890 vollstationären Pflegeplätzen beziffert wurde.

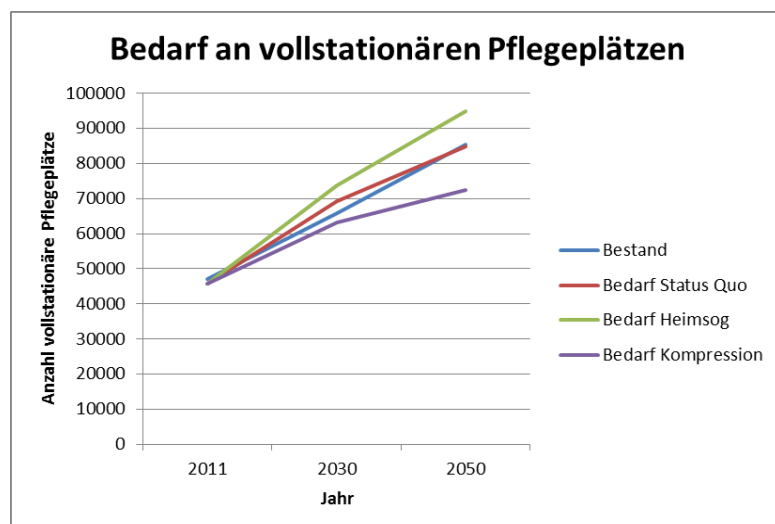


Abbildung 26: Entwicklung von vollstationären Pflegeplätzen (ARG Studie, eigene Darstellung)

2030 reichen im Status Quo Szenario und im Heimsog-Szenario die vorhandenen vollstationären Plätze nicht zur Bedarfsdeckung. Es fehlen im Status Quo Szenario 3.544 (Bedarf: 69.293) und im Heimsog-Szenario 8.042 Plätze (Bedarf: 73.791). 2050 reichen die vorhandenen vollstationären Pflegeplätze im Heimsog-Szenario nicht aus, der Bedarf von 94.797 Plätzen übersteigt den Bestand von 85.489 Plätzen deutlich (-9.308). Im Kompressionsszenario liegt der Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen sowohl 2030

(Bedarf: 63.309) als auch 2050 (Bedarf: 72.446) unterhalb des vorhandenen Bestandes. Insbesondere 2050 stehen weit mehr vollstationäre Plätze zur Verfügung als perspektivisch benötigt werden, so dass im vollstationären Bereich eine Auslastung von lediglich ca. 85 % erreicht wird und damit 15 % der Pflegeplätze nicht benötigt werden. Im Status Quo Szenario entsprechen Bedarf und Bestand an vollstationären Pflegeplätzen 2050 einander.

Anzumerken ist in dem Zusammenhang, dass bei den Modellrechnungen von einer 100 %-igen Auslastung ausgegangen wird, die jedoch in der Praxis nicht realisierbar ist. Bei einer Auslastung von unter 100 Prozent liegt der Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen sogar über den berechneten Werten.

Tabelle 9 stellt den zukünftigen Bedarf an häuslicher Versorgung dar, wobei fehlende vollstationäre Pflegeplätze als zusätzlicher Bedarf im häuslichen Bereich einfließen. Danach gibt es im Status Quo und im Heimsog-Szenario keine Unterschiede im Bedarf an häuslicher Versorgung. Die Zahl der Leistungsempfänger SGB XI beträgt im Jahr 2030 126.143 und im Jahr 2050 139.318. Der Bedarf im Kompressionsszenario liegt mit 113.062 Leistungsempfängern im Jahr 2030 und mit 121.021 Leistungsempfängern im Jahr 2050 darunter.

Tabelle 9: Entwicklung der häuslichen Versorgung unter Berücksichtigung der Bedarfsdeckung im vollstationären Bereich (ARG Studie, eigene Darstellung)

	Bedarf an barrierearmen Wohnungen (nur Leistungsempfänger PV)											
	2011				2030				2050			
	ausschließ- lich Pflegegeld	Pflegesach- leistungen (incl. Kombi- leistungen)	fehlende voll- stationäre Pflegeplätze	gesamt	ausschließ- lich Pflegegeld	Pflegesach- leistungen (incl. Kombi- leistungen)	fehlende voll- stationäre Pflegeplätze	gesamt	ausschließ- lich Pflegegeld	Pflegesach- leistungen (incl. Kombi- leistungen)	fehlende voll- stationäre Pflegeplätze	gesamt
Status Quo	55087	38085	0	93172	66386	56213	3544	126143	72918	66985	0	139903
Heimsog	55087	38085	0	93172	57028	61070	8042	126140	52282	77728	9308	139318
Kompression	55087	38085	0	93172	61556	51506	0	113062	63583	57438	0	121021

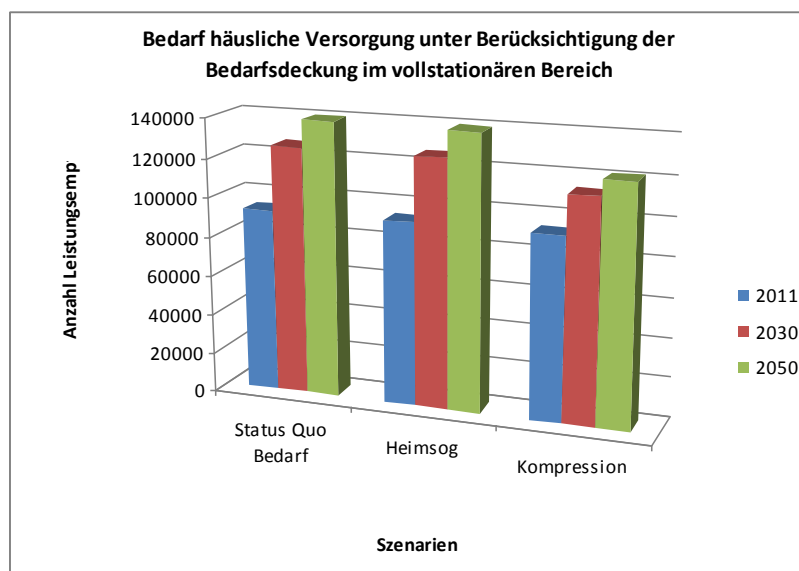


Abbildung 27: Entwicklung häuslicher Versorgung unter Berücksichtigung der Bedarfsdeckung im vollstationären Bereich (ARG Studie, eigene Darstellung)

Die Anzahl der Leistungsempfänger im häuslichen Bereich entspricht dem Bedarf an barrierearmen Wohnungen. Entsprechend dem in Kapitel 5.1.1 dargestellten Verhältnis von Ein-Personen-Haushalten zu Zwei-Personen-Haushalten, 35 zu 65, ergibt sich der in Abbildung 28 dargestellte Bedarf an barrierearmem Wohnraum in den entsprechenden Haushaltstypen. Im Status Quo und analog im Heimsog-Szenario steigt der Bedarf an barrierearmem Wohnraum für Ein-Personen-Haushalte von 32.610 im Jahr 2011 bis auf 48.966 (44.150) im Jahr 2050 (2030). Im Jahr 2011 wird barrierearmer Wohnraum für 60.562 Zwei-Personen-Haushalte benötigt. Bis zum Jahr 2050 (2030) erhöht sich dieser Bedarf auf 90.937 (81.993). Der Bedarf an barrierearmem Wohnraum im Kompressionsszenario liegt mit 42.357 (39.572) Ein-Personen-Haushalten und 78.664 (73.490) Zwei-Personen-Haushalten im Jahr 2050 (2030) niedriger.

Im Status Quo Szenario umfasst der Bedarf an barrierearmem Wohnraum im Jahr 2011 3,4 Prozent aller Ein-Personen-Haushalte und 7,4 Prozent aller Zwei-Personen-Haushalte in Sachsen. Bis 2030 ist ein Anstieg auf 5,0 Prozent bzw. 10,4 Prozent im Status Quo und Heimsog-Szenario und 4,5 Prozent bzw. 9,3 Prozent im Kompressionsszenario zu erwarten. **Dieser Bedarf an barrierearmen Wohnungen ist als Mindestbedarf zu verstehen, da auch die hier nicht erfassten Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz unterhalb der Pflegestufe I sowie Senioren ohne Leistungsanspruch nach SGB XI eine solche Wohnung präferieren würden.**

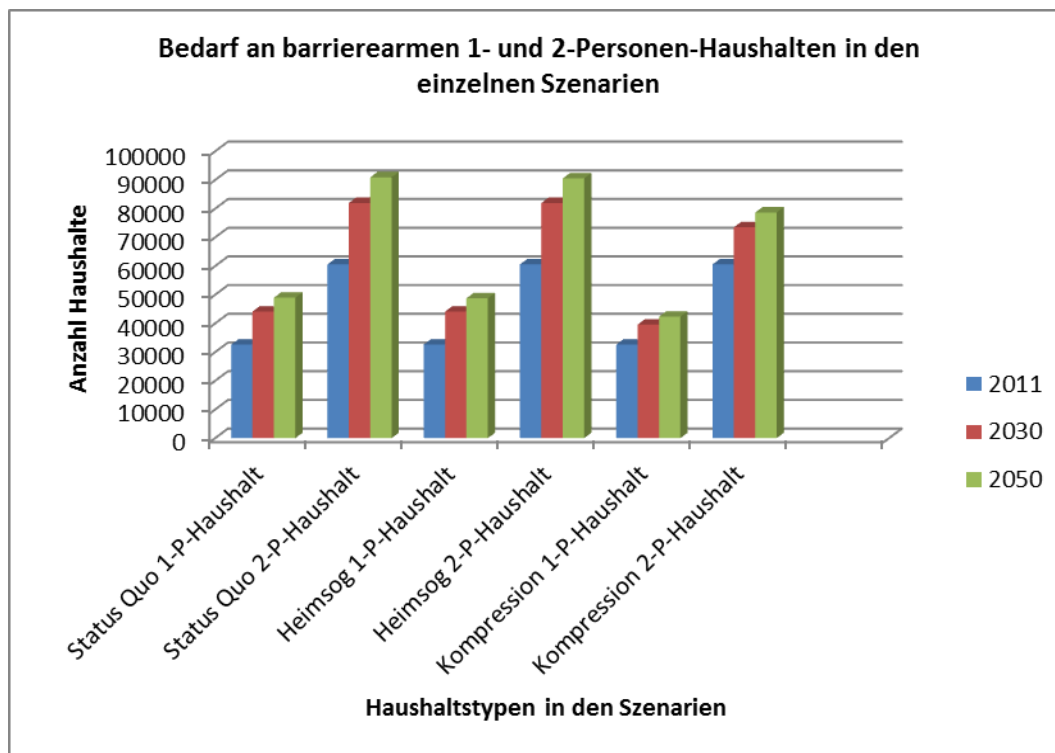


Abbildung 28: Bedarf an barrierearmen 1- und 2-Personen-Haushalten in den einzelnen Szenarien (ARG Studie, eigene Darstellung)

9.1 Fallstudien

Auswahl von Fallstudien

Die Fallstudien sollen regionale Unterschiede in Sachsen prüfen bezugnehmend auf die zukünftigen Entwicklungen von Leistungsnehmern und Leistungsträgern. Im Rahmen der statistischen Analyse und Betrachtung ergibt sich für die Fallstudien die sinnfällige Differenzierung nach den kreisfreien Städten und Landkreisen bzw. Direktionsbezirken im Freistaat Sachsen:

Direktionsbezirk Chemnitz:

- Stadt Chemnitz
- Erzgebirgskreis
- Mittelsachsen
- Vogtlandkreis
- Zwickau

Direktionsbezirk Dresden:

- Stadt Dresden
- Bautzen
- Görlitz
- Meißen
- Sächsische Schweiz
Osterzgebirge

Direktionsbezirk Leipzig:

- Stadt Leipzig
- Leipzig
- Nordsachsen

Entwicklung der älteren und pflegebedürftigen Bevölkerung und deren Unterkunftsform

Der Status Quo der älteren und pflegebedürftigen Bevölkerung und deren Unterkunftsform wird nachfolgend dargestellt (Basis der Datenerhebung bildet die Pflegestatistik 2011, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich - Statistische Ämter des Bundes und der Länder)

Tabelle 10: Bevölkerungsverteilung nach Direktionsbezirken 2011 (StaLa 2011 Freistaat Sachsen bis 2025: 5. Regionalisierte Bevölkerungsprognose für den Freistaat Sachsen bis 2025)

	Bevölkerung gesamt 2011	davon 65- bis 79-Jährige	Anteil der 65- bis 79- Jährigen an der Bevölkerung gesamt	davon 80- Jährige und Ältere	Anteil der 80-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung gesamt
Direktionsbezirk Chemnitz	1511700	286000	18,9%	106500	7,0%
Stadt Chemnitz	243200	48400	19,9%	17000	7,0%
Erzgebirgskreis	363700	65000	17,9%	25300	7,0%
Mittelsachsen	324900	59800	18,4%	22900	7,0%
Vogtlandkreis	241600	47700	19,7%	17100	7,1%
Zwickau	338300	65100	19,2%	24200	7,2%
Direktionsbezirk Dresden	1624100	291800	18,0%	102000	6,3%
Stadt Dresden	529800	85900	16,2%	29100	5,5%
Bautzen	318600	58700	18,4%	20400	6,4%
Görlitz	273500	53400	19,5%	19700	7,2%
Meißen	251300	46800	18,6%	16500	6,6%
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	250900	47000	18,7%	16300	6,5%
Direktionsbezirk Leipzig	1001300	170400	17,0%	57600	5,8%
Stadt Leipzig	531800	87300	16,4%	29400	5,5%
Leipzig	265300	47600	17,9%	16000	6,0%
Nordsachsen	204200	35500	17,4%	12200	6,0%
Sachsen	4137100	748200	18,1%	266100	6,4%

Tabelle 11: Verteilung der Pflegebedürftigen (Leistungsempfänger) nach Leistungsart und Versorgungs-/Wohnform (Pflegestatistik 2011, eigene Berechnungen)

Direktionsbezirke/ Kreisfreie Städte/ Landkreise	Pflegebe- dürftige	Anteil der Pflegebed. an der Bevölkerung gesamt (Pflegequote)	Pflegebedürftige (Leistungsempfänger)						
			Amb. Pflege inkl. Kombi- leistung	Anteil amb. Pflege an Pflegebe- dürftigen gesamt (in Prozent)	Ausschl. Pflegegeld	Anteil Pflege- geldempfänger an Pflegebed. gesamt (in Prozent)	Anteil häusliche Versorgung (ambulante Pflege und Pflegegeld) an Pflegebedürftigen gesamt (in Prozent)	Vollstatio- näre Versorgung	Anteil vollstationäre Versorgung an Pflegebed. gesamt (in Prozent)
Sachsen	138.987	3,4	38.085	27,4	55.087	39,6	67,0	45.815	33,0
Direktionsbezirk Chemnitz	54.828	3,6	15.858	28,9	21.388	39,0	67,9	17.582	32,1
Stadt Chemnitz	8.099	3,3	2.022	25,0	3.055	37,7	62,7	3.022	37,3
Erzgebirgskreis	14.115	3,9	4.379	31,0	6.003	42,5	73,6	3.733	26,4
Mittelsachsen	11.100	3,4	3.175	28,6	4.362	39,3	67,9	3.563	32,1
Vogtlandkreis	7.956	3,3	2.306	29,0	2.774	34,9	63,9	2.876	36,1
Zwickau	13.558	4,0	3.976	29,3	5.194	38,3	67,6	4.388	32,4
Direktionsbezirk Dresden	52.889	3,3	13.832	26,2	21.420	40,5	66,7	17.637	33,3
Stadt Dresden	13.455	2,5	3.234	24,0	4.977	37,0	61,0	5.244	39,0
Bautzen	11.196	3,5	2.796	25,0	4.995	44,6	69,6	3.405	30,4
Görlitz	11.579	4,2	3.230	27,9	4.831	41,7	69,6	3.518	30,4
Meißen	8.259	3,3	2.311	28,0	3.449	41,8	69,7	2.499	30,3

Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	8.400	3,3	2.261	26,9	3.168	37,7	64,6	2.971	35,4
Direktionsbezirk Leipzig	31.270	3,1	8.395	26,8	12.279	39,3	66,1	10.596	33,9
Stadt Leipzig	15.220	2,9	4.080	26,8	5.413	35,6	62,4	5.727	37,6
Leipzig	8.920	3,4	2.534	28,4	3.727	41,8	70,2	2.659	29,8
Nordsachsen	7.130	3,5	1.781	25,0	3.139	44,0	69,0	2.210	31,0

Tabelle 12: Entwicklung Anzahl Leistungsempfänger SGB XI im Status Quo Szenario (ARG Studie, eigene Darstellung)

Landkreise/ kreisfreie Städte	2011		2030			2030			2050			2050		
	Status Quo	Status Quo	Status Quo		Status Quo		Status Quo		Status Quo		Status Quo			
	ambulant	vollstat.	ambulant	Veränderung zu 2011 absolut	Prozent	vollstat.	Veränderung zu 2011 absolut	Prozent	ambulant	Veränderung zu 2011 absolut	Prozent	vollstat.	Veränderung zu 2011 absolut	Prozent
Bautzen	7791	3405	9271	1480	19,0%	5259	1854	54,4%	10881	3090	39,7%	6735	3330	97,8%
Chemnitz	5077	3022	7768	2691	53,0%	4471	1449	47,9%	7842	2765	54,5%	4797	1775	58,7%
Dresden	8211	5244	15333	7122	86,7%	8532	3288	62,7%	17340	9129	111,2%	9904	4660	88,9%
Erzgebirgskr	10382	3733	10643	261	2,5%	5952	2219	59,4%	11946	1564	15,1%	7532	3799	101,8%
Görlitz	8061	3518	8307	246	3,1%	4743	1225	34,8%	9389	1328	16,5%	5857	2339	66,5%
Leipzig	6261	2659	7913	1652	26,4%	4445	1786	67,2%	9695	3434	54,8%	5922	3263	122,7%
Leipzig Stadt	9493	5727	14968	5475	57,7%	8364	2637	46,0%	17584	8091	85,2%	10104	4377	76,4%
Meißen	5760	2499	7465	1705	29,6%	4240	1741	69,7%	8791	3031	52,6%	5367	2868	114,8%
Mittelsachse	7537	3563	9432	1895	25,1%	5325	1762	49,5%	10813	3276	43,5%	6686	3123	87,7%
Nordsachsen	4920	2210	5990	1070	21,7%	3361	1151	52,1%	7401	2481	50,4%	4558	2348	106,2%
Sächsische S	5429	2971	7756	2327	42,9%	4412	1441	48,5%	8807	3378	62,2%	5325	2354	79,2%
Vogtlandkre	5080	2876	7461	2381	46,9%	4279	1403	48,8%	8197	3117	61,4%	5139	2263	78,7%
Zwickau	9170	4388	10292	1122	12,2%	5910	1522	34,7%	11217	2047	22,3%	6977	2589	59,0%
Sachsen	93172	45815	122599	29427	31,6%	69293	23478	51,2%	139903	46731	50,2%	84903	39088	85,3%

Die Pflegequote gibt den Anteil von Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung an. Sie beträgt im sachsenweiten Durchschnitt 3,4. Bei insgesamt 4.087.853 Einwohnern sind 138.987 pflegebedürftig. Der Regierungsbezirk Chemnitz weist von den drei sächsischen Regierungsbezirken mit 3,6 die höchste Pflegequote auf. Bei den Landkreisen zeigen Zwickau (4,0), Görlitz (4,2) und der Erzgebirgskreis (3,9) die höchsten Pflegequoten. Die niedrigsten Pflegequoten weisen die beiden Städte Dresden (2,5) und Leipzig (2,9) auf. Dabei korrespondiert ein hoher Anteil der 75-jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung mit einer hohen Pflegequote. Sachsenweit werden 27,4 Prozent aller Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit durch einen Pflegedienst (mit)versorgt, 39,6 Prozent erhalten ausschließlich Pflegegeld und werden von Angehörigen versorgt, 33 Prozent befinden sich in vollstationärer Betreuung. Damit werden zwei Drittel aller Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit versorgt. In den drei Großstädten Chemnitz (37,3 Prozent; 62,7 Prozent), Dresden (39,0 Prozent; 61,0 Prozent) und Leipzig (37,6 Prozent; 62,4 Prozent) liegen die Anteile stationär versorgter Pflegebedürftiger weit über dem sachsenweiten Durchschnitt und die Anteile an Pflegebedürftigen, die in der Häuslichkeit versorgt werden, weit darunter. Den mit Abstand niedrigsten Anteil vollstationär versorgter Pflegebedürftiger weist der Erzgebirgskreis auf (26,4 Prozent), damit wird in diesem Landkreis gleichzeitig der sachsenweit höchste Anteil an Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit betreut (73,6 Prozent). In den Landkreisen Bautzen (44,6 Prozent) und Nordsachsen (44,0 Prozent) liegt der Anteil informeller Pflege (Pflegegeld) am höchsten. Den niedrigsten Anteil an Pflegegeldempfängern findet man in den Landkreisen Vogtlandkreis (34,9 Prozent) und Sächsische Schweiz-Osterzgebirge (37,7 Prozent) sowie in den Großstädten Chemnitz (37,7 Prozent), Dresden (37,0 Prozent) und Leipzig (35,6 Prozent).

Tabelle 13: Entwicklung Anzahl Leistungsempfänger SGB XI im Heimsog Szenario (ARG Studie, eigene Darstellung)

Landkreise/ kreisfreie Städte	2011		2030			2030			2050			2050		
	Status Quo	Status Quo	Heimsog		Heimsog		Heimsog		Heimsog		Heimsog			
	ambulant	vollstat.	ambulant	Veränderung zu 2011 absolut	Prozent	vollstat.	Veränderung zu 2011 absolut	Prozent	ambulant	Veränderung zu 2011 absolut	Prozent	vollstat.	Veränderung zu 2011 absolut	Prozent
Bautzen	7791	3405	8933	1142	14,7%	5597	2192	64,4%	10124	2333	29,9%	7492	4087	120,0%
Chemnitz	5077	3022	7488	2411	47,5%	4752	1730	57,2%	7285	2208	43,5%	5354	2332	77,2%
Dresden	8211	5244	14756	6545	79,7%	9108	3864	73,7%	16061	7850	95,6%	11183	5939	113,3%
Erzgebirgskr	10382	3733	10255	-127	-1,2%	6340	2607	69,8%	11113	731	7,0%	8364	4631	124,1%
Görlitz	8061	3518	8006	-55	-0,7%	5044	1526	43,4%	8739	678	8,4%	6507	2989	85,0%
Leipzig	6261	2659	7623	1362	21,8%	4736	2077	78,1%	9018	2757	44,0%	6600	3941	148,2%
Leipzig Stadt	9493	5727	14405	4912	51,7%	8926	3199	55,9%	16300	6807	71,7%	11389	5662	98,9%
Meißen	5760	2499	7191	1431	24,8%	4513	2014	80,6%	8176	2416	41,9%	5982	3483	139,4%
Mittelsachse	7537	3563	9088	1551	20,6%	5669	2106	59,1%	10059	2522	33,5%	7441	3878	108,8%
Nordsachser	4920	2210	5769	849	17,3%	3581	1371	62,0%	6886	1966	40,0%	5073	2863	129,5%
Sächsische S	5429	2971	7472	2043	37,6%	4695	1724	58,0%	8185	2756	50,8%	5946	2975	100,1%
Vogtlandkre	5080	2876	7192	2112	41,6%	4548	1672	58,1%	7629	2549	50,2%	5707	2831	98,4%
Zwickau	9170	4388	9920	750	8,2%	6282	1894	43,2%	10435	1265	13,8%	7759	3371	76,8%
Sachsen	93172	45815	118098	24926	26,8%	73791	27976	61,1%	130010	36838	39,5%	94797	48982	106,9%

Tabelle 14: Entwicklung Anzahl Leistungsempfänger SGB XI im Kompressionsszenario (ARG Studie, eigene Darstellung)

Landkreise/ kreisfreie Städte	2011	2011	2030			2030			2050			2050		
	Status Quo	Status Quo	Kompression		Kompression		Kompression		Kompression		Kompression			
	ambulant	vollstat.	ambulant	Veränderung zu 2011	vollstat.	Veränderung zu 2011	ambulant	Veränderung zu 2011	vollstat.	Veränderung zu 2011	vollstat.	Veränderung zu 2011		
			absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent		
Bautzen	7791	3405	8542	751	9,6%	4804	1399	41,1%	9384	1593	20,4%	5740	2335	68,6%
Chemnitz	5077	3022	7157	2080	41,0%	4082	1060	35,1%	6784	1707	33,6%	4089	1067	35,3%
Dresden	8211	5244	14179	5968	72,7%	7797	2553	48,7%	15131	6920	84,3%	8490	3246	61,9%
Erzgebirgskr	10382	3733	9808	-574	-5,5%	5441	1708	45,8%	10285	-97	-0,9%	6403	2670	71,5%
Görlitz	8061	3518	7647	-414	-5,1%	4331	813	23,1%	8088	27	0,3%	4987	1469	41,8%
Leipzig	6261	2659	7298	1037	16,6%	4063	1404	52,8%	8372	2111	33,7%	5054	2395	90,1%
Leipzig Stadt	9493	5727	13844	4351	45,8%	7646	1919	33,5%	15321	5828	61,4%	8659	2932	51,2%
Meißen	5760	2499	6880	1120	19,4%	3873	1374	55,0%	7591	1831	31,8%	4578	2079	83,2%
Mittelsachse	7537	3563	8690	1153	15,3%	4865	1302	36,5%	9328	1791	23,8%	5696	2133	59,9%
Nordsachse	4920	2210	5522	602	12,2%	3071	861	39,0%	6384	1464	29,8%	3887	1677	75,9%
Sächsische S	5429	2971	7149	1720	31,7%	4030	1059	35,6%	7614	2185	40,2%	4544	1573	52,9%
Vogtlandkre	5080	2876	6869	1789	35,2%	3908	1032	35,9%	7063	1983	39,0%	4375	1499	52,1%
Zwickau	9170	4388	9477	307	3,3%	5398	1010	23,0%	9676	506	5,5%	5944	1556	35,5%
Sachsen	93172	45815	113062	19890	21,3%	63309	17494	38,2%	121021	27849	29,9%	72446	26631	58,1%

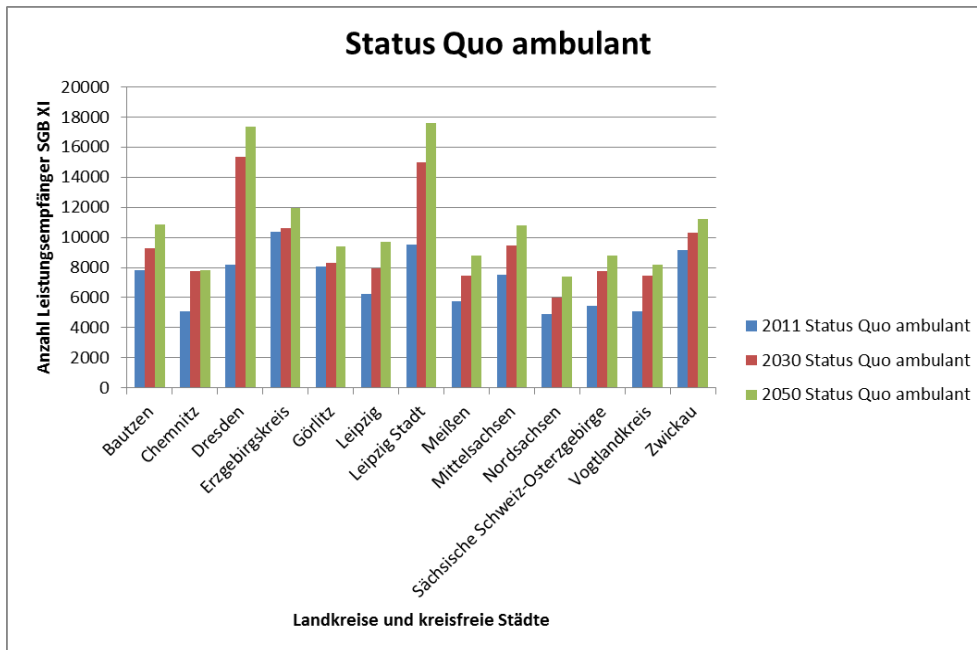


Abbildung 29: Szenario Status Quo häusliche Versorgung: 2011, 2030 und 2050 (ARG Studie, eigene Darstellung)

Sachsenweit steigt die Zahl der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im Status Quo Szenario in der häuslichen Versorgung bis 2050 (2030) im Vergleich zu 2011 um 50,2 Prozent (31,6 Prozent). Den geringsten Anstieg verzeichnen dabei die Landkreise Erzgebirgskreis und Görlitz mit 15,1 Prozent (2,5 Prozent) und 16,5 Prozent (3,1 Prozent). Am deutlichsten fällt der Zuwachs der Pflegebedürftigen in den Städten Dresden und Leipzig mit 111,2 Prozent (86,7 Prozent) und 85,2 Prozent (57,7 Prozent) aus (vgl. Tabelle 12).

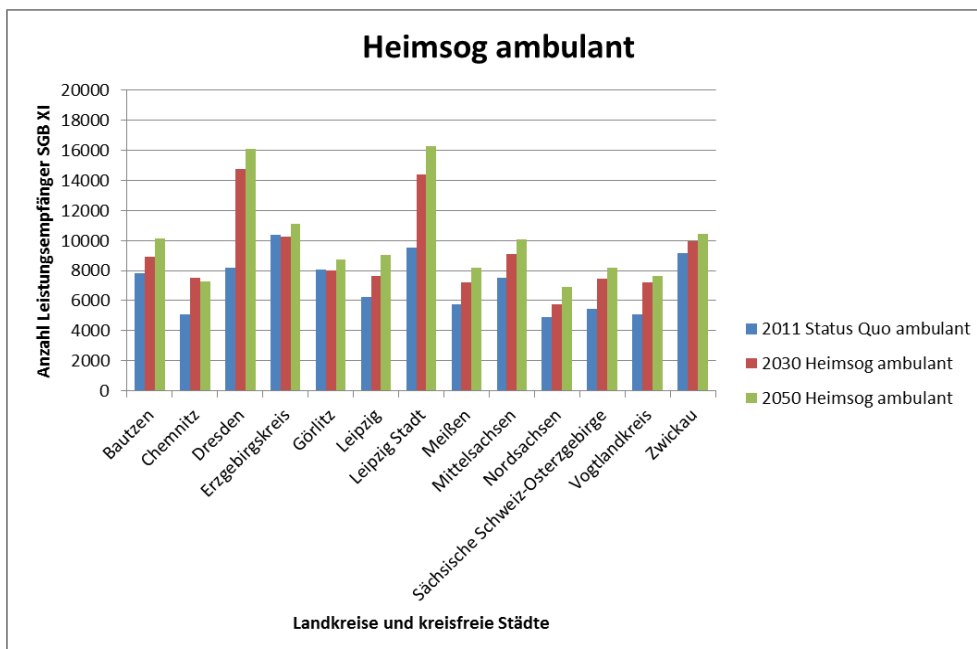


Abbildung 30: Szenario Heimsog häusliche Versorgung 2011, 2030 und 2050 (ARG Studie, eigene Darstellung)

Sachsenweit steigt die Zahl der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im Heimsog Szenario in der häuslichen Versorgung bis 2050 (2030) im Vergleich zu 2011 um 40,0 Prozent (26,8 Prozent). Den geringsten Anstieg bzw. eine Abnahme der Leistungsempfänger verzeichnen dabei die Landkreise Erzgebirgskreis und Görlitz mit 7,0 Prozent (-1,2 Prozent) und 8,4 Prozent (-0,7 Prozent). Am deutlichsten fällt der Zuwachs der Pflegebedürftigen in den Städten Dresden und Leipzig mit 95,6 Prozent (79,7 Prozent) und 71,7 Prozent (51,7 Prozent) aus (vgl. Tabelle 13).

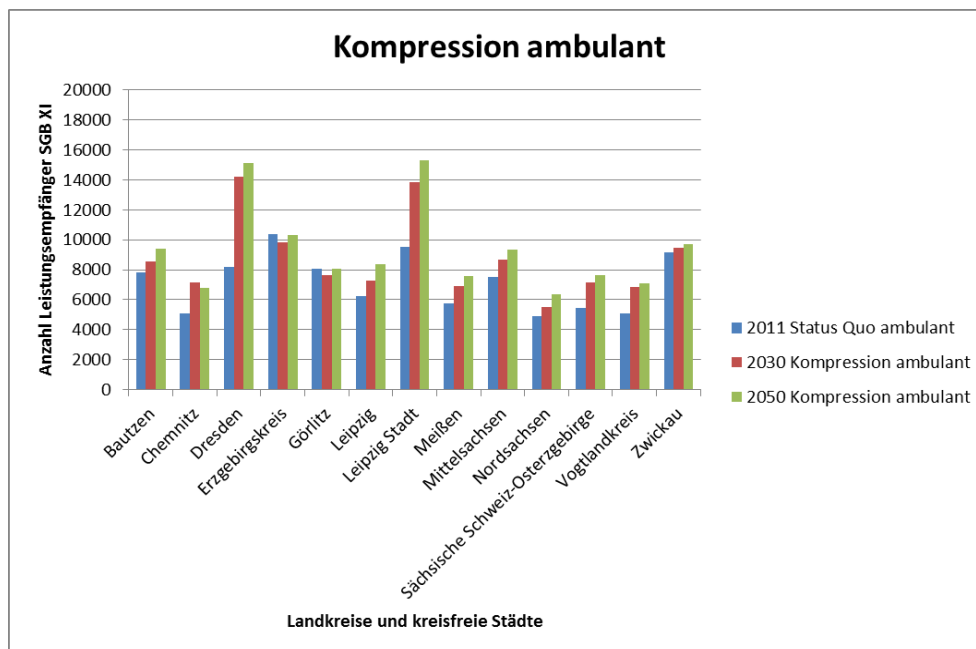


Abbildung 31: Szenario Kompression häusliche Versorgung 2011, 2030 und 2050 (ARG Studie, eigene Darstellung)

Sachsenweit steigt die Zahl der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im Kompressionsszenario in der häuslichen Versorgung bis 2050 (2030) im Vergleich zu 2011 um 29,9 Prozent (21,4 Prozent). Den geringsten Anstieg bzw. eine Abnahme der Leistungsempfänger verzeichnen dabei die Landkreise Erzgebirgskreis und Görlitz mit -0,9 Prozent (-5,5 Prozent) und 0,3 Prozent (-5,1 Prozent). Am deutlichsten fällt der Zuwachs der Pflegebedürftigen in den Städten Dresden und Leipzig mit 84,3 Prozent (72,7 Prozent) und 61,4 Prozent (45,8 Prozent) aus (vgl. Tabelle 14).

Die Abbildungen 29 bis 31 zeigen die Entwicklung der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in der häuslichen Versorgung (informelle und professionelle Pflege) in den Szenarien Status Quo, Heimsog und Kompression von 2011 über 2030 bis 2050. Dabei ist allen drei Zukunftsszenarien gleich, dass die Zahl der Leistungsempfänger bis 2050 sachsenweit ansteigt, der Anstieg fällt jedoch in den einzelnen Szenarien, Landkreisen und kreisfreien Städten unterschiedlich aus. Bezogen auf Sachsen fällt der Zuwachs an Leistungsempfängern in allen Szenarien von 2011 bis 2030 größer aus, als der Zuwachs von 2030 bis 2050 (vgl. dazu Abbildung 6 in Kapitel 2.3) Den größten Anstieg verzeichnen die beiden Städte mit den aktuell niedrigsten Pflegequoten, Dresden und Leipzig. Dabei fällt dieser Anstieg im Status Quo Szenario am größten aus und im Kompressionsszenario am geringsten. Den schwächsten Anstieg erwarten die Landkreise mit den aktuell höchsten Pflegequoten, Zwickau, der Erzgebirgskreis und Görlitz. Im Landkreis Zwickau ist der

Anstieg im Status Quo am größten, in den anderen beiden Szenarien steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in geringerem Maß an. Dagegen ist in den Kreisen Görlitz und Erzgebirgskreis nur im Status Quo Szenario ein Anwachsen der Zahl der Pflegebedürftigen in häuslicher Versorgung von 2011 über 2030 bis 2050 darstellbar. Im Heimsog- und im Kompressionsszenario sinkt diese Anzahl bis 2030 unter das Niveau von 2011 und steigt erst bis 2050 wieder an. Im Kompressionsszenario werden 2050 ungefähr die Zahlen von 2011 erreicht, im Heimsogszenario liegen diese 2050 darüber. In Chemnitz steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in allen Szenarien nur bis 2030 an, im Status Quo Szenario bleibt diese bis 2050 auf demselben Niveau, im Heimsog- und Kompressionsszenario geht sie bis 2050 wieder zurück.

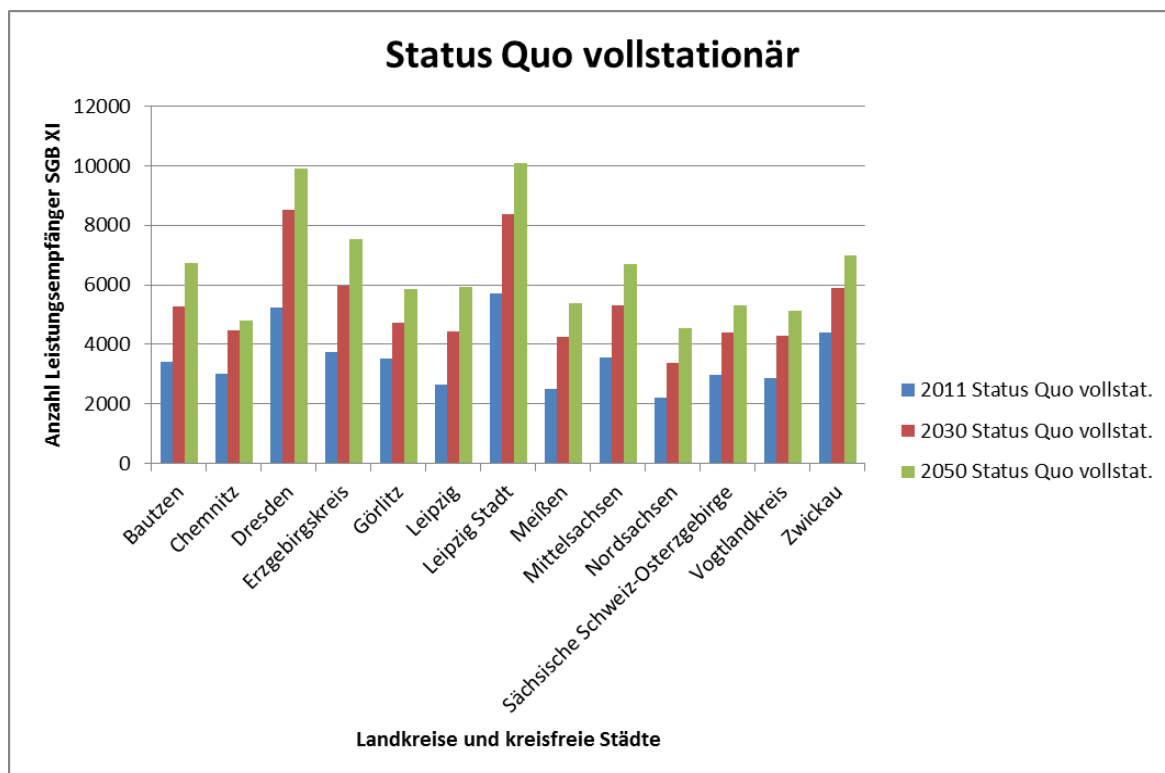


Abbildung 32: Szenario Status Quo vollstationäre Versorgung 2011, 2030 und 2050 (ARG Studie, eigene Darstellung)

Sachsenweit steigt die Zahl der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im Status Quo Szenario in der vollstationären Versorgung bis 2050 (2030) im Vergleich zu 2011 um 85,3 Prozent (51,2 Prozent). Den geringsten Anstieg der Leistungsempfänger verzeichnen dabei die Landkreise Görlitz und Zwickau mit 66,5 Prozent (34,8 Prozent) und 59,0 Prozent (34,7 Prozent) sowie die Stadt Chemnitz mit 58,7 Prozent (47,9 Prozent). Am deutlichsten fällt der Zuwachs der Pflegebedürftigen in den Landkreisen Leipzig und Meißen mit 122,7 Prozent (67,2 Prozent) und 114,8 Prozent (69,7 Prozent) aus (vgl. Tabelle 12).

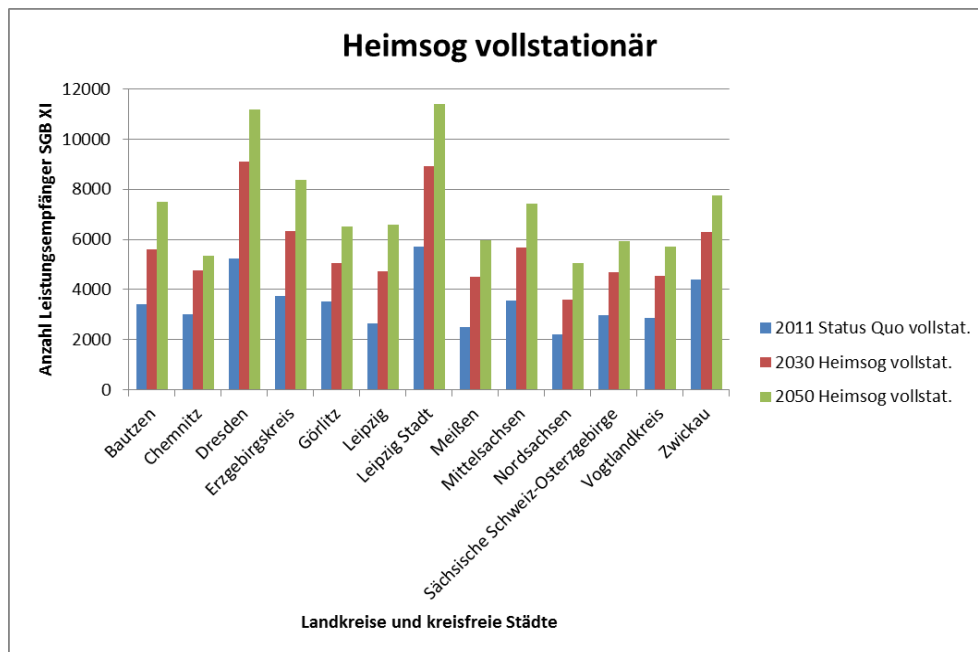


Abbildung 33: Szenario Heimsog vollstationäre Versorgung 2011,2030 und 2050 (ARG Studie, eigene Darstellung)

Sachsenweit steigt die Zahl der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im Heimsog Szenario in der vollstationären Versorgung bis 2050 (2030) im Vergleich zu 2011 um 106,9 Prozent (61,1 Prozent). Den geringsten Anstieg der Leistungsempfänger verzeichnen dabei die Landkreise Görlitz und Zwickau mit 85,0 Prozent (43,4 Prozent) und 76,8 Prozent (43,2 Prozent) sowie die Stadt Chemnitz mit 77,2 Prozent (57,2 Prozent). Am deutlichsten fällt der Zuwachs der Pflegebedürftigen in den Landkreisen Leipzig und Meißen mit 148,2 Prozent (78,1 Prozent) und 139,4 Prozent (80,6 Prozent) aus (vgl. Tabelle 13).

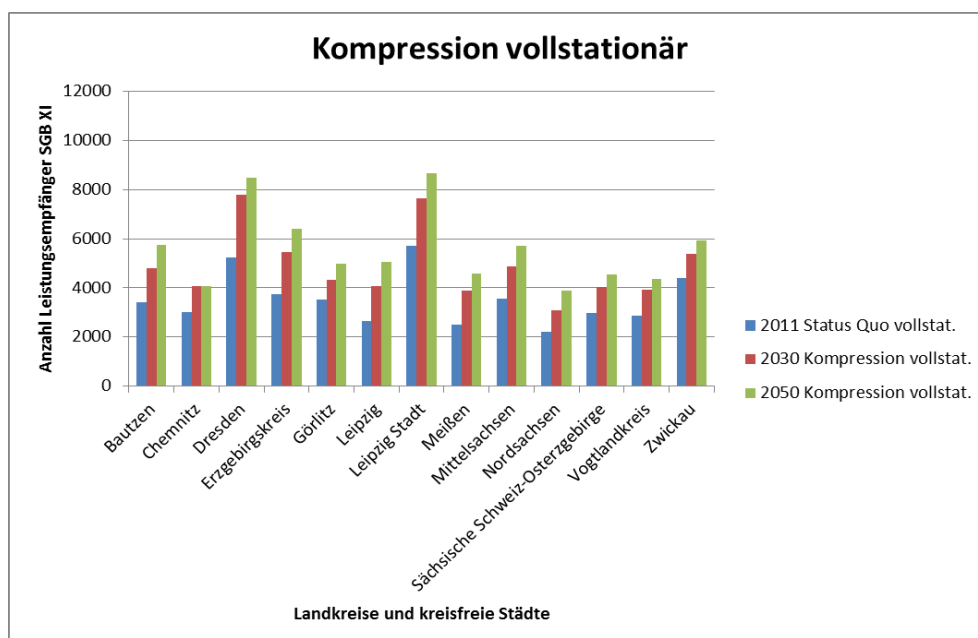


Abbildung 34: Szenario Kompression vollstationäre Versorgung 2011, 2030 und 2050 (ARG Studie, eigene Darstellung)

Sachsenweit steigt die Zahl der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im Kompressionsszenario in der vollstationären Versorgung bis 2050 (2030) im Vergleich zu 2011 um 58,1 Prozent (38,2 Prozent). Den geringsten Anstieg der Leistungsempfänger verzeichnen dabei die Landkreise Görlitz und Zwickau mit 41,8 Prozent (23,1 Prozent) und 35,5 Prozent (23,0 Prozent) sowie die Stadt Chemnitz mit 35,3 Prozent (35,1 Prozent). Am deutlichsten fällt der Zuwachs der Pflegebedürftigen in den Landkreisen Leipzig und Meißen mit 90,1 Prozent (52,8 Prozent) und 83,2 Prozent (55,0 Prozent) aus (vgl. Tabelle 14).

Die Abbildungen 32 bis 34 stellen die Entwicklung der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in der vollstationären Versorgung in den Szenarien Status Quo, Heimsog und Kompression von 2011 über 2030 bis 2050 dar. Dabei ist allen drei Zukunftsszenarien gleich, dass die Zahl der Leistungsempfänger bis 2050 sachsenweit ansteigt, der Anstieg fällt jedoch in den einzelnen Szenarien, Landkreisen und kreisfreien Städten unterschiedlich aus. Bezogen auf Sachsen fällt der Zuwachs an Leistungsempfängern in allen Szenarien von 2011 bis 2030 größer aus als der Zuwachs von 2030 bis 2050 (vgl. dazu Abbildung 6 in Kapitel 2.3) Den größten Anstieg verzeichnen die beiden Landkreise Leipzig und Meißen, die momentan einen Anteil an vollstationärer Versorgung aufweisen, der unterhalb des sächsischen Durchschnitts liegt. Dabei fällt dieser Anstieg im Heimsog Szenario am größten aus und im Kompressionsszenario am geringsten. Den schwächsten Anstieg erwarten die Landkreise mit den aktuell höchsten Pflegequoten, Zwickau und Görlitz sowie die Stadt Chemnitz, deren aktueller Anteil an vollstationärer Versorgung deutlich über dem sachsenweiten Durchschnitt liegt.

10 Handlungsempfehlungen

Bevor die aus der Studie resultierenden Ergebnisse in Handlungsempfehlungen münden, wird nachfolgend als Ausgangspunkt zuerst auf den Bereich der Stadtentwicklung Bezug genommen: Niedrige Geburtenraten und Abwanderung prägen noch immer die Stadtentwicklung in Sachsen. Sie sind eine Folge der Deindustrialisierung und Abwanderung seit Anfang der 1990er Jahre. Der notwendige Um- und Rückbau von Industriebrachen und leer stehenden Wohnungen wird seit 2000 im Rahmen von Stadtumbauprogrammen gefördert. Zugleich zeigen Erfahrungen in sächsischen Wohnungsgenossenschaften, aber auch Erkenntnisse weiterer Studien, dass es vielerorts zwar verfügbaren Wohnraum gibt, dieser aber z. T. nicht mehr den aktuellen Bedürfnissen entspricht. Eine der Hauptaufgaben der Stadtentwicklung besteht nun darin, *„... das zu groß gewordene Kleid unserer Städte dem zumindest mittelfristig geringeren Bedarf anzupassen, wobei es gilt, die regionalen und örtlichen Unterschiede und Besonderheiten zu beachten. Vorrang besitzt nach wie vor die Stärkung der Innenstädte, der innerstädtischen Quartiere und der Ortskerne. Diese sollen zu bevorzugten Orten von Wohnen für Jung und Alt, Arbeiten, Handel und Bildung weiterentwickelt werden.“* Es gilt: *„Wo die Bevölkerung deutlich schrumpft, muss das bewohnte Stadtgebiet von außen nach innen konzentriert werden, um lebenswerte Städte auch in Zukunft zu erhalten“* (vgl. SMI 2014). Gleichzeitig besteht die Aufgabe, die Bewohnbarkeit der Innenstädte über alle sozialen Schichten hinweg zu ermöglichen, um die gesamtgesellschaftlich erarbeitete Infrastruktur auch der gesamten Gesellschaft zur Nutzung bereitzustellen. Das kommt auch im Landesentwicklungsplan 2013 für Sachsen ab S. 157 ff zum Ausdruck. Die Handlungsschwerpunkte des Landesentwicklungsplanes 2013 für Sachsen reichen von der „Einbindung Sachsens in die europäische Raumentwicklung“ über die „Förderung von Innovation und Wachstum – Sicherung der räumlichen Rahmenbedingungen für die Wirtschaft“, eine „ressourcenschonende Mobilität und integrierte Verkehrsentwicklung“ und der „effizienten Flächennutzung und Reduzierung der Flächenneuanspruchnahme“ bis hin zur „Einbindung von Strategien zum Klimaschutz und zur vorausschauenden Anpassung an die Folgen des Klimawandels“. Die „Sicherung der Daseinsvorsorge unter den Bedingungen des demografischen Wandels“ bildet dabei einen zentralen Schwerpunkt, der den sozialen Zusammenhalt in der Gesellschaft befördert. Im Rahmen dieses Handlungsschwerpunktes wird in Sachsen eine Reihe von Zielen formuliert. Ausgehend von zu definierenden Versorgungsknoten („zentrale Orte“) ist die Versorgung in der Fläche mit allen notwendigen Leistungen der Daseinsvorsorge („Funktionen“ ... *zur Bereitstellung der für ein menschliches Dasein als notwendig erachteten Güter und Leistungen – die so genannte Grundversorgung, (Wikipedia 2014)*) durch öffentliche und freie Träger sicherzustellen. Barrieren oder Zugangshindernisse (physische Erreichbarkeit, Informations- und Kommunikation-möglichkeiten) zu den Leistungsträgern sind abzubauen. Die verbrauchernahe Versorgung der Bevölkerung mit Waren und Dienstleistungen des kurzfristigen (täglichen) Bedarfs wird regional organisiert. Dazu sollen die öffentlichen, freien und privat-gewerblichen Träger der Daseinsvorsorge ihre Einrichtungen und Leistungen miteinander abstimmen sowie möglichst untereinander vernetzen und in übergeordnete Konzepte einbinden. Zur Sicherung der Daseinsvorsorge sollen Strukturen und Projekte unterstützt werden, die durch eine Beteiligung lokaler Akteure getragen werden und bürgerschaftliches Engagement ermöglichen (vgl. Landesentwicklungsplan 2013).

Der Bereich der Stadtentwicklung erfordert in diesem Sinne eine ganzheitliche Sichtweise. Aus diesem Grund ergibt sich eine komplexe integrative Betrachtung (verschiedenster Fachbereiche) zum Thema und sich daraus ableitender Handlungsempfehlungen für eine ganze Reihe von Akteuren, die mit der Versorgung, dem Leben und Wohnen der Bürger zu tun haben, die auszugsweise nachfolgend skizziert werden.

Dies erfordert eine Unterstützung und entsprechende Verteilung der Versorgungsformen nach den Bedarfen der Regionen in Sachsen. Eine Politik für den „Städtebau der Zukunft“ sollte aufgrund unterschiedlicher Gegebenheiten und Rahmenbedingungen örtlich und räumlich differenziert ansetzen. Abgestimmte Strategieschwerpunkte hinsichtlich der Größe und Zentralität der Orte bzw. Regionen im Sinne eines Kontinuums sind zielführend (vgl. Hochschule Neubrandenburg, 2013):

1. kleine Orte/Dörfer ohne Versorgung in zumutbarer Entfernung:

Stärkung des sozialen Zusammenhaltes, der Selbstverantwortung und -organisation und gegenseitigen Unterstützung mit den Teilaufgaben der Organisation und Sicherstellung von sozialen und medizinischen Kontakten (z. B. Unterstützung durch AAL) und der Sicherung der Mobilität (z. B. Gewährleistung von Fahrten zu den Versorgungszentren) durch Nachbarschaftshilfen und flexible selbstorganisierte Mobilitätsangebote. Dort wo keine Selbstorganisation gelingt, sollte eine öffentliche Unterstützung erfolgen bzw. Umzüge älterer Menschen in die Zentren mit ausreichend Beratungs- und Dienstleistungsangeboten gezielt gefördert und unterstützt werden.

2. Kleinstädte und Orte (Randgebiete von Ober- und Mittelzentren) mit einem Minimum an Versorgung (Nahversorgung, Arzt):

Die sächsischen Kleinstädte könnten aufgrund ihrer räumlichen Übersichtlichkeit ebenso gute Voraussetzungen bieten, im Sinne „der Kleinstadt als Quartier“, um das Wohnen im Alter zu ermöglichen. In ländlichen Kleinstädten sollten die Handlungsschwerpunkte auf der Gestaltung einer „barrierearmen Stadt/Wohnangebote“, Sicherung der Versorgungsangebote und einer Mischung aus ehrenamtlichen und professionellen Hilfs- und Pflegeangeboten liegen.

3. Ober- und Mittelzentren:

In diesen Zentren sind zwar überwiegende professionelle Angebote zum Wohnen, der Versorgung, Unterstützung und Pflege vorhanden, jedoch nicht immer ausreichend räumlich in entsprechenden Stadtvierteln, Quartieren konzentriert und somit nicht immer gut erreichbar. Auch hier bedarf es einer entsprechenden Betrachtung von zu ergänzenden Angeboten. Der Mietwohnungsmarkt wird in den größeren Städten meist von Wohnungsgesellschaften und -genossenschaften bestimmt, die damit neben der öffentlichen kommunalen Verantwortung zum zentralen Akteur für das Wohnen im Alter und generationsübergreifenden Wohnraumstrukturen werden.

Ausgehend von dem in der Studie beschriebenen Ansatz des Dreiecksverhältnisses (Bedarf, Angebot und Nachfrage) ergeben sich für Politik, Leistungsträger und Leistungserbringer zentrale Handlungsempfehlungen für den Städtebau der Zukunft:

Politische Akteure

Handlungsempfehlung für das Sächsische Staatsministerium des Innern (SMI):

Quartiersbezogene Wohnkonzepte

Im Rahmen dieser Studie kommt dem Wohnen in der normalen Wohnung und im vertrauten Wohngebiet eine Schlüsselrolle für die Altenhilfe zu. Quartiersbezogene Wohnkonzepte, in denen Alt und Jung zusammenleben, verfolgen dabei zusammenfassend die Stoßrichtungen

- Stärkung sozialer Netze zur sozialen Integration und zur Ermöglichung von Selbst- und Nachbarschaftshilfe,
- Integration von Wohnformen für Pflegebedürftige, die nicht mehr zu Hause versorgt werden können sowie
- Stärkung des selbständigen Wohnens durch Hilfe- und Gemeinschaftsangebote im Quartier.

Im Sinne des Universal Design ist dazu die Förderung eines familienfreundlichen, alters- und behindertengerechten Wohnens im Ortskern sinnvoll.

*Anpassung von Wohnungen im **Bestand**:*

Verstärkt werden ältere Menschen die Angebote der Stadt nutzen und eine spezifische Nachfrage schaffen. Um in Zukunft einen wachsenden Anteil zu Hause lebender älterer Menschen zu erreichen, müssen neben der sozialen Infrastruktur auch das räumliche Umfeld und Wohnungen selbst in weit höherem Maße als bisher bedarfsgerecht gestaltet sein. Dies betrifft sowohl die mobilitätsfördernde Gestaltung als auch die Eignung für häusliche Pflege. Die hierfür erforderlichen Anstrengungen lohnen sich, weil dadurch verhindert werden kann, dass ältere Menschen wegen baulicher Unzulänglichkeiten in eine spezielle Wohnform wechseln müssen, oder gar – etwa nach einem Sturz – deshalb erst pflegebedürftig werden.

*Förderung des **Neubaus** von bezahlbaren Wohnungen:*

Aufgrund des anhaltenden Trends zu kleineren Haushalten mangelt es in vielen Städten an bezahlbaren Wohnungen für einkommensschwache kleine Haushalte – etwa Studenten, alleinlebende Niedrigverdiener oder Bezieher von niedrigen Renten bzw. von Arbeitslosengeld II. Gefragt sind Neubaukonzepte, die günstigere Mieten ermöglichen (vgl. auch Regiokontext, 2012).

Ressort- und fachübergreifende Zusammenarbeit

Generell empfiehlt sich eine ressort- und fachübergreifende Zusammenarbeit hinsichtlich der Ausrichtung der Unterstützungs- und Fördermodalitäten zum „Wohnen im Alter bzw. generationsübergreifende Wohnraumstrukturen“. Dies könnte in einem ressortübergreifenden Aktionsprogramm bzw. Fachgruppe gebündelt werden, um dann effektiv die einzelnen Unterstützungs- und Förderprogramme an den Bedarfen der Regionen in Sachsen auszurichten bzw. zu novellieren. Hierzu bedarf es den skizzierten ganzheitlichen und örtlich differenzierten Strategieansatz mit den Themen: Beratung, Wohnungsanpassung, bedarfsgerechter Wohnungsneubau, bedarfsgerechte Hilfe- und Pflegeangebote,

barrierearmes/-freies Wohnumfeld, wohnungsnaher Versorgung, gesellschaftlicher Zusammenhalt und gegenseitige Alltagshilfen zu betrachten. Die Bündelung aller Ressorts (vertikale und horizontale Ebenen) erfordern eine übergreifende Kommunikation und Koordination. Hierfür sind entsprechende Abstimmungs- und Kommunikationsstrukturen zu schaffen.

Beispielhafte Elemente der Zusammenarbeit:

- Datenerfassung, Raumbesichtigung und Monitoring der Wohn- und Lebenssituation in verschiedenen Altersstufen sollte abgestimmt und inhaltlich abgestuft auf allen räumlichen Ebenen erfolgen.
- Regelmäßige Informationsbereitstellung für die wichtigsten Akteure zur Wohn- und Versorgungsbereitstellung (Regionen, Kommunen, Wohnungsunternehmen, Verbände) sowie Etablierung eines „Runden Tisches“ zur Transparenz, Beförderung des interdisziplinären und regionalen Austausches sowie Hilfe zur Selbsthilfe für Regionen.
- Unterstützung des Ausbaus von umfassenden Wohnraumberatungen in den Landkreisen und kreisfreien Städten (sofern noch nicht vorhanden). Über einen organisierten Erfahrungsaustausch und die Vermittlung guter Beispiele aus anderen Regionen oder Bundesländern können weitere Beratungsstellen geschaffen, qualifiziert oder gestärkt werden. Hier kann einerseits fachliches Wissen transportiert werden als auch die Aufklärung über bestehende Fördermöglichkeiten.
- Die Prüfung und Novellierung bestehender Förderrichtlinien zur Nutzbarkeit für verschiedene Vermietergruppen und Eigentümer.
- Prüfung neuer Fördermöglichkeiten für spezielle Fälle (z. B. Zuschuss für behindertengerechte Wohnungen) oder ein neues ressortübergreifendes Landesmodellvorhaben.

Handlungsempfehlungen für das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz:

Verstärkte Verknüpfung von selbstbestimmtem Wohnen und sozialer Integration (vgl. Bertelsmann Stiftung 2005):

Für eine intensive Betreuung und Pflege in Gemeinschaft gibt es die Möglichkeit der eigenen Häuslichkeit oder das Heim. Im Widerspruch dazu, dass die Gesellschaft ein weitergehendes gesellschaftliches Engagement bei der Versorgung und sozialen Einbindung von Menschen mit Einschränkungen wünscht, werden Möglichkeiten der Betreuung in einer Gemeinschaft kaum unterstützt. Für die Betreuung in einer Gemeinschaft, die nicht aus Familienmitgliedern besteht, müssen Wohnformen (immer noch) „kreative Wege gehen“. Entweder sie weisen nach, dass ihre Betreuungsangebote „unerheblich“ sind, oder dass es sich um keine wirkliche Gemeinschaft, sondern um die „eigene Häuslichkeit“ handelt. Eine Förderung neuer innovativer Wohnformen, die ein innerstädtisches Wohnen unterschiedlichster Zielgruppen ermöglichen, erscheint daher dringend geboten.

Förderung einer gemeindenahen Versorgung durch gesetzliche Verankerung und Sicherstellung der Finanzierung (vgl. Stula 2012):

- Präventive Hausbesuche für Seniorinnen und Senioren, die noch keine häusliche Pflege und Betreuung in Anspruch nehmen sowie Prävention von sozialer Isolation und Einsamkeit im Alter bei einer steigenden Anzahl von älteren Alleinstehenden und Ein-Personen-Haushalten.
- Schaffung zentraler Anlaufpunkte im Quartier in Zusammenarbeit mit den Hauptakteuren der Wohnungs-, Sozial- oder Gesundheitswirtschaft vor Ort. Die Vielzahl der Förderungen und Leistungen mit unterschiedlichen Zuständigkeiten ist kompliziert und schwer überschaubar. Das betrifft insbesondere die Bereiche Alltagsbegleitung und Nachbarschaftshilfe. Zur Bündelung der Ressourcen werden „Begegnungsstätten“ vorgeschlagen, in denen (dauerhaft geförderte) „Kümmerer“ über die Förderung von Begegnungen in Quartiersnähe (im Sozialraum) Anlaufpunkte für alle Bewohner organisieren. So entstehen in der Breite akzeptierte und genutzte Anlaufstellen mit fachlicher Kompetenz für Beratungs- und Unterstützungsangebote.
- Unterstützung der integrierten Dienstleistungserbringung für Demenzerkrankte vor Ort, die von Fallmanagern koordiniert werden.
- Weiterer Ausbau der Informations- und Beratungsangebote vor Ort für ältere Menschen und ihre Angehörigen.
- Einsatz technischer Hilfsmittel zur häuslichen Unterstützung älterer Menschen (bspw. Sturzprävention) und zur Entlastung des Pflegepersonals.
- Zugänglichkeit der Angebote bei sinkenden Alterseinkommen und Kürzungen staatlicher Leistungen (Niederschwelligkeit).

Handlungsempfehlungen für das Sächsische Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr:

Förderung der Diffusion altersgerechter Assistenzsysteme (vgl. Fachinger et. al. 2012):

Möglichkeiten der Unterstützung einer breiten Diffusion altersgerechter Assistenzsysteme in den Markt durch „die Politik“ liegen insbesondere

- in der Unterstützung von Standardisierungsprozessen.
- in der Informationsbereitstellung zur Reduzierung von Informationsasymmetrien, aber auch bei der Gewährleistung von Informationssicherheit (Verbraucherschutz).
- in der Aus- und Weiterbildung von Arbeitskräften in bestehenden und neuen Berufsfeldern.

Handlungsempfehlungen für das Sächsische Staatsministerium für Finanzen:

Förderung der Diffusion altersgerechter Assistenzsysteme und sozialer Kooperationen

- Die Förderung von Netzwerken und vertraglichen Vereinbarungen zwischen der Wohnungswirtschaft und Kooperationspartnern bezüglich der Bewältigung des demografischen Wandels ohne deren Abwertung – z.B. Veränderung der Leistungswertung durch Finanzämter: Wegfall der Einordnung als steuerschädliches Geschäft.
- Sonderabschreibungsmöglichkeiten für Basisausstattungen technischer Assistenzsysteme.
- Einführung von Steuerermäßigungen von Mietern und/oder Unternehmen, die entsprechende Systeme einbauen.
- Investitionszuschüsse über öffentliche Sonderkredit-Programme.

Handlungsempfehlungen für die Bundespolitik:

Aspekte von Akzeptanz und Finanzierung über alle Akteure hinweg

Sicherung eines bezahlbaren Wohnens:

„Infolge auslaufender Bindungen geht der Bestand an gebundenen Wohnungen in allen Bundesländern kontinuierlich zurück (bundesweit um fast 38 % seit 2002). Für die angespannten Wohnungsmarktregionen ist (mindestens) von einem gleich starken Rückgang auszugehen. Um hier wirksam gegensteuern zu können, sind die Kompensationszahlungen des Bundes für die soziale Wohnraumförderung der Länder auch nach 2014 mit jährlich 518 Millionen Euro nicht nur fortzusetzen und zu verstetigen, sondern bedarfsgerecht aufzustocken – unter der Maßgabe, dass die Gelder zweckgebunden eingesetzt und durch geeignete Länderförderungen ergänzt werden. Dies sind Grundvoraussetzungen für eine bedarfsgerechte soziale Wohnraumförderung und damit zusätzlichen Wohnungsneubau im unteren bzw. gebundenen Preissegment“ (von Bodelschwingh et. al. 2013). Unter dieser Blickrichtung werden Handlungsempfehlungen für die Förderung von Wohnraum gegeben. Die Förderung sollte zielgenau ausgebaut, vereinfacht und über lange Zeiträume verlässlich gestaltet werden.

Der GDW unterstreicht und ergänzt eine Reihe dieser Forderungen in seiner Pressemitteilung vom 10.07.2014 zur „Wohnstrategie – 10 Vorschläge für bezahlbaren Wohnraum und einen stabilen Wohnungsmarkt in Deutschland“ (vgl. GDW 2014). Die Grundforderung lautet auch hier, dass der Wohnungsmarkt in Deutschland nur stabil gehalten werden kann, *„... indem man auf der einen Seite die Bedingungen für Investoren so verbessert, dass diese zu bezahlbaren Mieten neuen Wohnraum schaffen können. Auf der anderen Seite darf man aber die Regionen, in denen Wohnungsleerstand ein großes Problem ist, nicht aus den Augen verlieren.“* Dabei wird auch die Verantwortung der Kommunen hervorgehoben, die trotz klammer Kassen ihrer Verantwortung mit der Vergabe städtischer Grundstücke gerecht werden müssen, indem Sie Bauland *„... nach Konzeptqualität und nicht im Höchstbieterverfahren“* vergeben.

Für Finanzierungsfragen hinsichtlich technischer Assistenzsysteme ist die Bewertung darüber, bei welchen Partnern der Nutzen (finanziell, organisatorisch, ...) anteilig entsteht, entscheidend. *„Die Finanzierung lässt sich nur mittels hybrider Geschäftsmodelle (Teilzahlungen verschiedener Akteure) realisieren. Aber auch gesetzliche Standards zum altersgerechten Bauen, Zuschüsse oder steuerliche Förderung können Anreize schaffen. Geschäftsmodelle mit vielen unterschiedlichen Akteuren erfordern in der Regel einen Koordinator [auch Orchestrator genannt, Gersch et al. (2010)], um einen reibungslosen Informationsfluss und Prozessablauf zu ermöglichen. Zur Unterstützung beim Aufbau solcher Geschäftsmodelle eignet sich eine staatliche Anschubfinanzierung, ähnlich der befristeten Finanzierung von Netzwerkmanagern im Förderprogramm „ZIM Zentrales Innovationsprogramm Mittelstand – Netzwerke“ des Bundeswirtschaftsministeriums. Dort werden bei mindestens sechs teilnehmenden Unternehmen Management- und Organisationsleistungen eines externen Netzwerkmanagers über drei Jahre mit jährlich abnehmenden Förderquoten (70 %, 50 %, 30 %) unterstützt“ (BMG 2013, S. 120).*

Leistungsträger

Handlungsempfehlungen für die Kranken/Pflegekassen:

Verstärkte Förderung von Präventionsansätzen (vgl. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2011):

In der alternden Bevölkerung Sachsens steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen. Notwendig werden daher sowohl eine Ausweitung gesundheitsfördernder Maßnahmen mit dem Ziel, den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern und so den Beginn der Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern als auch neue Versorgungsformen, vor allem im privaten Bereich, um einem starken Kostenanstieg, der mit dem sogenannten Heimsog-Effekt einhergeht, vorzubeugen.

Hilfs- und Pflegehilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (vgl. BMG 2013):

Es sind eine Reihe geeigneter Systeme und Produkte¹⁶ gelistet, um körperliche Einschränkungen auszugleichen und den Alltag zu unterstützen (z. B. Sensorsysteme), jedoch fast ausschließlich als Bestandteil der Leistungen der Krankenversicherung. Voraussetzung für die Inanspruchnahme zu Lasten der Versicherung sind spezifische akute Erkrankungen bzw. Behinderungen.

Einen Leistungsanspruch aufgrund Pflegebedürftigkeit zu Lasten der GKV oder SPV wäre für eine Reihe geeigneter Systeme und Produkte wünschenswert, welche die Pflege und den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit unterstützen.

Zudem sollte eine nutzerfreundlichere Systematik¹⁷ erarbeitet werden, welche die Recherchierbarkeit des Verzeichnisses nach gelisteten Produkten übersichtlicher gestaltet.

Darüber hinaus könnten altersgerechte Assistenzsysteme beispielsweise über Wahltarife der gesetzlichen Krankenversicherungen angeboten werden. Haben sich die Zusatzangebote

¹⁶ Hilfsmittel gemäß § 33 SGB V

¹⁷ vgl. Qualitätsanforderungen § 139 SGB V

unter ökonomischen und gesundheitlichen Aspekten bewährt, könnten sie auch in die Regelversorgung aufgenommen werden.

Systematik des Hilfsmittelverzeichnisses auch für technische Hilfen im Pflegesektor hilfreich:

Komplexere technische Lösungen inklusive der damit erforderlichen Dienstleistungen für den Bereich der häuslichen Langzeitpflege zur Unterstützung der Selbstständigkeit oder der Sicherheit bzw. zur Verbesserung der Teilhabe auch bei Pflegebedürftigkeit werden kaum erfasst, ebenso wie der Nutzen bei pflegenden Angehörigen oder professionell Pflegenden.

Technische Unterstützung für die Prävention von Pflege:

Gemäß des Grundsatzes „Prävention vor Rehabilitation und Pflege“ müssten technische Hilfen frühzeitig, oft bereits schon zu Beginn der Pflegebedürftigkeit eingesetzt werden, um diese zu verhindern oder zu verzögern, z. B. im Bereich Gedächtnistraining oder Assistenz zur Mobilisierung durch Bewegungstrainer.

Anwendung von § 87 Abs. 2 Satz 2 SGB V für Telemedizin prüfen: (vgl. Mangiapane, 2012)

Telemedizin soll vor allem für den ländlichen Raum ein wichtiger Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und besonders gefördert werden. [...] Dieser Auftrag bezieht sich auch auf die Überprüfung des Anpassungsbedarfs der bundesmantelvertraglich vereinbarten Kostenpauschalen (Kapitel 40 des EBM – Einheitlicher Bewertungsmaßstab) hinsichtlich der elektronischen Übermittlung ärztlicher Unterlagen.

Handlungsempfehlungen für die Kommunen:

Verstärkung von Kommunikation und Kooperation

- Zur breitenwirksamen Umsetzung von Gestaltungsansätzen sind vermehrte Angebote zur Information und Beratung älterer und jüngerer Menschen erforderlich. Hierzu gehören vor allem Anlaufstellen für die Vermittlung von Hilfen und für die Wohnberatung sowie die Organisation gemeinschaftsförderlicher Aktivitäten.
- Für die Entwicklung von flexiblen und innovativen Wohnangeboten ist eine enge Kooperation zwischen Wohlfahrtspflege, Wohnungsunternehmen, Kommunen und lokalen Initiativen notwendig. In einem solchen Rahmen werden Beratung, Alltagshilfen und Betreuungsangebote an das Quartier und bei Bedarf an die Wohnung angebunden.
- Förderung von Initiativen und Umsetzungen zur barrierefreien Gestaltung des öffentlichen Raumes.

Selbstbestimmtes Wohnen mit technischer Assistenz:

Kommunen sollten ein Interesse haben, die Bereitschaft Dritter zur Beteiligung an der Finanzierung der meist für den Anwender zu teuren technischen Assistenzlösungen zu fördern bzw. zu unterstützen, da die Kommune maßgeblich für die Sicherung der Daseinsvorsorge verantwortlich ist. Schließlich steht dem direkten finanziellen Aufwand ein (wenn auch nur indirekt erkennbarer) Nutzen gegenüber. Das ist u. a. denkbar in Form vermiedener Fahrwege, verhinderter Schädigungen durch Unfallvermeidung usw., dies muss

aber im Rahmen von Studien zur Wirksamkeit von alltagsunterstützenden Assistenzlösungen noch nachgewiesen werden.

Leistungserbringer

Handlungsempfehlungen für die Wohnungswirtschaft (vgl. Bertelsmann Stiftung 2005; BMVBS 2011; Gädker et. al. 2012):

Strategische Ausrichtung von Gestaltungsmaßnahmen

- Verstärkung des barrierefreien Bauens (Neubau) und barrierearmen Umbauens, der strukturellen Umwandlung des Wohnungsbestandes, der Wohnumfeldverbesserung und der individuellen Anpassung der Wohnungen.
- Verstärkte Vernetzung wohnungswirtschaftlicher Angebote und Maßnahmen (bauliche Ertüchtigung sowie technische und soziale Unterstützung) mit regionalen Angeboten sowie strategische Mitwirkung bei der Planung und Umsetzung regionaler Strukturentwicklung.
- Integration von technischen Basisausstattungen bei Neubau und Modernisierungen.

Standardisierung und Qualitätssicherung für Gestaltungsmaßnahmen

- Anpassung von Rahmenbedingungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes erfordern u. a. Mindestanforderungen an ein altersgerechtes Wohnumfeld festzulegen, Wohnungsbau nicht als isolierte Aufgabe zu begreifen, mehr kleinräumig und quartiersbezogen zu planen sowie integrierte Ansätze fachlich zu begleiten.
- Differenzierung des Wohnungsangebotes hinsichtlich Standard, Ausstattung, Raumgestaltung und flexibler Nutzung, um ein innerstädtisches Wohnen unterschiedlicher Zielgruppen zu ermöglichen.
- Der Einsatz von Checklisten hilft, die aktuelle Planungs- und Ausstattungsqualität von Wohnungsbeständen und Wohnquartieren unter dem Aspekt der Altersgerechtigkeit zu beurteilen und auf dieser Grundlage eine strategische Weiterentwicklung der bestehenden Qualitäten zu ermöglichen. Dabei kommen die meisten Aspekte, die für ältere Menschen von Vorteil sind (keine Schwellen, Rampen etc.) auch anderen Bevölkerungsgruppen, wie Eltern mit Kinderwagen, Fahrradfahrern etc. zu Gute.

Handlungsempfehlungen für die Sozialwirtschaft und Wohlfahrt:

Absicherung einer gemeindenahen Versorgung (vgl. Stula, 2012):

- Präventive Hausbesuche für Seniorinnen und Senioren, die noch keine häusliche Pflege und Betreuung in Anspruch nehmen sowie Prävention von sozialer Isolation und Einsamkeit im Alter bei einer steigenden Anzahl von älteren Alleinstehenden und Ein-Personen-Haushalten.
- Schaffung zentraler Anlaufpunkte im Quartier in Zusammenarbeit mit den Hauptakteuren der Wohnungs-, Sozial- oder Gesundheitswirtschaft vor Ort. Zur Bündelung der Ressourcen werden „Begegnungsstätten“ vorgeschlagen, in denen (dauerhaft geförderte) „Kümmerer“ über die Förderung von Begegnungen in

Quartiersnähe (im Sozialraum) Anlaufpunkte für alle Bewohner organisieren. So entstehen in der Breite akzeptierte und genutzte Anlaufstellen mit fachlicher Kompetenz für Beratungs- und Unterstützungsangebote.

- Umsetzung der integrierten Dienstleistungserbringung für Demenzerkrankte vor Ort, die von Fallmanagern koordiniert werden.
- Weiterer Ausbau der Informations- und Beratungsangebote vor Ort für ältere Menschen und ihre Angehörigen.
- Einsatz technischer Hilfsmittel zur häuslichen Unterstützung älterer Menschen (bspw. Sturzprävention) und zur Entlastung des Pflegepersonals.
- Entwicklung und Umsetzung von Pflege- und Betreuungskonzepten in den zu schaffenden neuen Wohnformen.

Entlastung von pflegenden Angehörigen

- Schaffung bedarfsgerechter Angebote von Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflegeplätzen.
- Ausbau zusätzlicher Betreuungsangebote nach § 45b SGB XI bspw. als Einzelbetreuung oder in Form von Betreuungsgruppen.
- Einsatz (technischer) Hilfsmittel zur häuslichen Unterstützung älterer Menschen (bspw. Sturzprävention).
- Pflegekurse für pflegende Angehörige.

11 Fazit

Rückblickend auf die **Beispiele in verschiedenen Einzelfallszenarien** (vgl. Punkt 8.1 ff.) die als typische Praxisbeispiele differenziert dargestellt wurden, ist deutlich sichtbar, dass beim Vorliegen von Pflegebedürftigkeit ohne eingeschränkte Alltagskompetenz die Versorgung in der Häuslichkeit in den aufgezeigten Szenarien für die Betroffenen vorteilhafter und weniger kostenaufwändig ist als die vollstationäre Versorgung. Ein differenziertes Bild ergibt sich bei der Versorgung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Hier sind Unterschiede zwischen Ein- und Zweipersonenhaushalten erkennbar, bzw. bei der Versorgung in der ambulant betreuten Wohngruppe. Die vollstationäre Versorgung kann im Einzelfall bei dieser Personengruppe kostengünstiger sein. Einzig die Versorgung in der Häuslichkeit im Zweipersonenhaushalt ist im betrachteten Szenario auch für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz kostengünstiger als die vollstationäre Versorgung.

Für die Sicherung des Pflegearrangements in der Häuslichkeit ist neben der verfügbaren wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Einzelnen auch das Wohnumfeld maßgeblich. Welches Unterstützungspotenzial steht zur Verfügung? Welche räumlichen Voraussetzungen sind gegeben? Wie ist der Wohnraum in die infrastrukturelle Situation eingebunden? Eine Verallgemeinerung ist an diesem Punkt nicht zu treffen, sondern von diversen Variablen bzw. der Inanspruchnahme von einzelnen Leistungsbausteinen abhängig. Wie eine optimale infrastrukturelle Versorgung aussehen könnte, wurde in den Handlungsempfehlungen erörtert.

Bei den **Modellrechnungen** (volks- und gesamtwirtschaftlich, vgl. Punkt 8.2) ergeben sich aus den detaillierten Kosten für Pflege (monatliche, durch die Pflegeversicherung finanzierte Höchstbeträge für ambulante und stationäre Pflegeleistungen) eine Vielzahl von Kostenfaktoren, die das Versorgungsarrangement beeinflussen. Ergänzend wurden hier die Kostenveränderungen durch einen barrierearmen Wohnungsumbau einbezogen. Alle hier einbezogenen Faktoren ergeben mögliche Finanzierungslücken und die folgenden Belastungen für den Sozialhilfeträger. In den Schemen D1-D3 sind die vorteilhafteren Zuordnungen der Versorgungsformen gekennzeichnet. Diese zeigen die stärksten Differenzierungen durch die Einbeziehung bzw. Nicht-Einbeziehung der Aufwendungen für Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Unter Betrachtung der durchschnittlichen Ausgaben im SGB XI und SGB XII Bereich ist ersichtlich, dass eine Versorgung von pflegebedürftigen Personen in der Häuslichkeit fast immer mit weniger Kosten für die Sozialleistungsträger verbunden ist als eine vollstationäre Versorgung. Lediglich bei Personen in Pflegestufe II mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die in einem Ein-Personen-Haushalt leben, unabhängig davon ob der durchschnittliche Gesamtrenten-zahlbetrag zur Verfügung steht oder ein Anspruch auf Grundsicherung besteht, ist die Versorgung in der Häuslichkeit geringfügig kostenintensiver als die häusliche Versorgung. Die Differenz beträgt 14 bzw. 25 Euro pro Monat.

Als wesentliche kostenbeeinflussende Faktoren stellen sich bisher die Betreuung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und die Berücksichtigung der Kosten für HKP-Leistungen in der häuslichen Versorgung dar. HKP-Leistungen werden von ambulanten Leistungsanbietern erbracht. Im Hinblick auf den steigenden zukünftigen

Bedarf an Versorgungsmöglichkeiten und den Forderungen nach selbstbestimmtem Leben im Alter steigt deshalb die Bedeutung der Schaffung barrierearmen Wohnraumes und alternativer Wohnformen für Ältere und Pflegebedürftige.

Entsprechend der Verteilung der Personengruppe 65+ in den Ein- und Zweipersonenhaushalten (35 % / 65 %), werden diese beiden Haushaltsgrößen im entsprechenden Verhältnis barrierearm umgestaltet benötigt. Es werden also Wohnraum für 26.511 Einpersonenhaushalte (35 %) und 48.549 Zweipersonenhaushalte (65 %) benötigt, um den Minimalbedarf an barrierearmem Wohnraum, der aufgrund der Anzahl an ambulant versorgten Pflegebedürftigen besteht, zu decken. Darüber hinaus haben auch Personen, die älter als 65 Jahre sind und keine Pflegebedürftigkeit aufweisen, den Wunsch, in einer barrierearmen Wohnung zu leben. Perspektivisch wird damit ein möglichst langer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit auch bei Pflegebedürftigkeit gesichert, ohne dass ein Umzug nötig wird. Deshalb wird angenommen, dass der tatsächliche Bedarf an barrierearmem Wohnraum den dargestellten Minimalbedarf übersteigt.

Im Status Quo Szenario umfasst der Bedarf an barrierearmem Wohnraum im Jahr 2011 3,4 Prozent aller Ein-Personen-Haushalte und 7,4 Prozent aller Zwei-Personen-Haushalte in Sachsen. Bis 2030 ist ein Anstieg auf 5,0 Prozent bzw. 10,4 Prozent im Status Quo und Heimsog Szenario und 4,5 Prozent bzw. 9,3 Prozent im Kompressionsszenario zu erwarten. **Dieser Bedarf an barrierearmen Wohnungen ist als Mindestbedarf zu verstehen, da auch die hier nicht erfassten Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz unterhalb der Pflegestufe I sowie Senioren ohne Leistungsanspruch nach SGB XI eine solche Wohnung präferieren würden.**

Die Schaffung barrierearmen Wohnraums und der Einsatz technischer Assistenzsysteme innerhalb der Quartierskonzepte ermöglicht entsprechend der Ziele des Quartiersansatzes eine Optimierung der professionellen Pflege durch die regionalen ambulanten Anbieter von Pflegeleistungen, die Unterstützung der Pflegebedürftigen innerhalb des Quartiers und eine bessere Nutzung der Infrastruktur. Die Förderung der Mittelzentren (Sachsen: 38 Mittelzentren, z. B. Meißen, Löbau), die eine Mindestgröße von 35.000 Einwohner haben und eine entsprechende Infrastruktur aufweisen müssen (Fachärzte, Einkaufsmöglichkeiten, kulturelle Einrichtungen, Rechtsanwälte, Steuerberater, Notare, Krankenhaus, Kino, Schwimmbad, weiterführende Schule, Berufsschule) ist für die Schaffung von alternativen Wohnformen sinnvoll und richtig, da die bestehenden Strukturen eine gute Basis für die entsprechende Wohn- und Lebensraumgestaltung der Pflegebedürftigen und älteren Bevölkerung bilden. Ferner können in Randgebieten von Mittel- und Oberzentren sowie Kleinstädten lebenswerte und aktive Stadtteilzentren entstehen.

Eine veränderte Strategie im Politikfeld „Städtebau der Zukunft – generationsübergreifende Wohnraumstrukturen“ ist gefordert, um diesen zukünftigen Herausforderungen begegnen zu können. Die Schaffung von mehr barrierefreiem/-armem, bezahlbarem Wohnraum mit integrierten Versorgungssettings für eine wachsende Zahl von älteren Menschen mit unterschiedlichen Wohnwünschen wird nicht durch einzelne Maßnahmen zu bewerkstelligen sein. Weder mit einzelnen Fördermaßnahmen noch mit der Erprobung einzelner Modellmaßnahmen wird man diese zukünftigen Anforderungen bewältigen können. Auch kann diese Aufgabe nicht von einzelnen AkteurInnen alleine bestritten oder allein verantwortlich von den traditionellen WohnungsakteurInnen umgesetzt werden. Es bedarf in Zukunft vieler Gruppen, die bereichsübergreifend zusammenwirken und im Rahmen einer

kontinuierlichen Gesamtstrategie an der bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Wohnstrukturen für das Alter mitwirken (vgl. KDA Wohnatlas).

Der KDA Wohnatlas¹⁸ fasst eine solche Gesamtstrategie für das Politikfeld „Wohnen im Alter“, welches auch zum Thema generationsübergreifende Wohnraumstrukturen passt, folgendermaßen zusammen:

Kontinuierlich

Das „Wohnen im Alter“ kontinuierlich auf die politische Agenda stellen und systematisch bearbeiten

Erfahrungen der vergangenen Jahre zeigen, dass das Thema „Wohnen im Alter“ immer wieder im Rahmen von einzelnen Programmen oder Initiativen von den politischen AkteurlInnen aufgegriffen, dann jedoch wieder von anderen Themen im politischen Alltag verdrängt wird. Vielfach wird an die dabei initiierten Maßnahmen nicht angeknüpft, sondern in Wellenbewegungen werden immer wieder neue Akzente gesetzt, die teilweise nebeneinanderstehen und eine kontinuierliche und systematische Weiterentwicklung im Bereich des „Wohnens im Alter“ erschweren. Im Rahmen einer zukunftsweisenden Gesamtstrategie für das „Wohnen im Alter“ sollte das Thema nicht ab und zu in Einzelmaßnahmen angegangen werden, sondern kontinuierlich auf der politischen Agenda stehen und systematisch nach eindeutig definierten Zielen in Angriff genommen werden.

Ressortübergreifend

Beim „Wohnen im Alter“ ressortübergreifend zusammenarbeiten und Verantwortliche für die Umsetzung benennen

Die Themen des Politikfeldes „Wohnen im Alter“ fallen i. d. R. in die Zuständigkeit verschiedener Ressorts. Die unterschiedlichen Zuständigkeiten verhindern ein synergetisches Zusammenwirken, was gerade für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Wohnangebote für ältere Menschen bedeutsam ist. Die unterschiedlichen Zuständigkeiten erschweren auch eine eindeutige Verantwortungszuweisung für die Umsetzung. Im Rahmen einer zukunftsweisenden Gesamtstrategie sollte ein ressortübergreifender Austauschprozess (vor allem der Sozial- und Bauressorts) mit gemeinsamen Sitzungen, Initiativen und Programmen erfolgen und es sollten klare Verantwortliche für die Bearbeitung des Themenfeldes „Wohnen im Alter“ in den Ministerien und Behörden benannt werden. Diese Herausforderung betrifft alle Ebenen – von der Bundes- bis zur Kommunalpolitik.

Beteiligend

Das Thema „Wohnen im Alter“ als gemeinsame Gestaltungsaufgabe unter Beteiligung der Zivilgesellschaft begreifen

Die Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen beim Thema „Wohnen im Alter“ wird nur gelingen, wenn sich möglichst viele Akteursgruppen daran beteiligen. Mit einer primären Delegation der Umsetzungsverantwortung an die traditionellen AkteurlInnen des Wohnungswesens – wie private WohnungseigentümerInnen, Wohnungswirtschaft, InvestorInnen – sowie die Träger der Wohlfahrtspflege werden sich die Herausforderungen nicht lösen lassen. Im Rahmen einer zukunftsweisenden Gesamtstrategie ist das Thema „Wohnen im Alter“ als gemeinsame Gestaltungsaufgabe anzusehen, wo neben den

¹⁸ Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) hat in Kooperation mit der Wüstenrot Stiftung den KDA Wohnatlas erarbeitet. Das Ziel war es, die Aktivitäten der einzelnen Bundesländer vergleichend aufzubereiten und eine Gesamtstrategie vorzustellen.

staatlichen und den MarktakteurInnen auch die Zivilgesellschaft breit zu beteiligen ist. Die Aktivierung der unterschiedlichen AkteurInnen erfordert dabei vor allem Bottom-up-Ansätze, in denen die Politik ihre Rolle darin sieht, die AkteurInnen zu motivieren und ihre Fähigkeiten optimal für die gemeinsame Aufgabe zu nutzen.

Ganzheitlich

Das Thema „Wohnen im Alter“ ganzheitlich in den Blick nehmen und integrierte Ansätze fördern

Erfahrungen der vergangenen Jahre zeigen, dass im Politikfeld „Wohnen im Alter“ vor allem Initiativen gestartet wurden, um das Angebot an barrierefreien/-armen Wohnangeboten oder an alternativen Wohnformen auszuweiten. Seltener wird die gesamte Lebenswelt der älteren Menschen in den Blick genommen und „Wohnen im Alter“ ganzheitlich als Gestaltungsaufgabe begriffen, bei der auch eine barrierearme Wohnumfeldgestaltung, die Sicherung einer fußläufigen Infrastruktur und die Verfügbarkeit ortsnaher Beratungs-, Begegnungs-, Hilfe- sowie Pflegeangebote berücksichtigt werden müssen. Eine zukunftsweisende Strategie für das „Wohnen im Alter“ darf Wohnen nicht als isolierte bauliche Aufgabe begreifen, sondern muss es im Zusammenhang mit dem Ausbau einer das selbstständige Wohnen unterstützenden Infra- und Versorgungsstruktur sehen und den Ausbau integrierter Ansätze fördern.

Flächendeckend

Beim Thema „Wohnen im Alter“ vorhandenes Wissen nutzen und einen flächendeckenden Ausbau fördern

Erfahrungen der Vergangenheit zeigen, dass sich die Förderung im Politikfeld „Wohnen im Alter“ häufig auf Einzelvorhaben und die Erprobung von Modellvorhaben fokussiert hat. Viel Wissen ist so gesammelt worden, wie das Wohnangebot für das Alter bedarfsgerecht zu gestalten ist. Die Auswertung und Nutzung dieses Know-hows sowie die Übertragung auf die jeweiligen Besonderheiten vor Ort erfolgen jedoch häufig nicht systematisch. Ebenso findet eine Strukturförderung zum flächendeckenden Ausbau altersgerechter Wohnangebote eher selten statt. Mit Einzelinitiativen oder Modellförderungen wird man jedoch den oben beschriebenen quantitativen Herausforderungen beim „Wohnen im Alter“ kaum gerecht. Es bedarf der Veränderungen von Strukturen, die eine flächendeckende Verbreitung altersgerechter Wohnangebote ermöglichen. Eine zukunftsweisende Gesamtstrategie für das „Wohnen im Alter“ nutzt vorhandenes Wissen beim „Wohnen im Alter“ und setzt gezielt auf Strukturveränderungen zum flächendeckenden Ausbau altersgerechter Wohnmöglichkeiten.

Flexibel

Beim Thema „Wohnen im Alter“ flexibel Experimentierspielräume öffnen und nutzen

Sich verändernde Wohnwünsche (u. a. Bedarf an selbstbestimmten Wohnformen auch bei Unterstützungsbedarf, Ausdifferenzierung der Wohnwünsche) und die sich verändernden gesellschaftlichen Strukturen (Rückgang des familialen Helferpotenzials und Pflege[fach]-kräftemangel) erfordern für die Zukunft neue Wohn- und Versorgungsmodelle. Für die Entwicklung und Verbreitung solcher neuen Wohnmodelle bedarf es im Rahmen der gesetzlichen Regelungen und Umsetzungsverordnungen der Freiräume bzw. es müssen bestehende Freiräume entsprechend genutzt werden. Diese Offenheit setzt einen schwierigen Balanceakt mit der Sicherung qualitativer Standards voraus. Eine zukunftsweisende Gesamtstrategie für das „Wohnen im Alter“ gewährt bzw. nutzt Experimentierspielräume zur Entwicklung neuer Wohnkonzepte, ohne die Qualitätssicherung aus dem Blick zu verlieren.“

Glossar

- Einzelfallszenarien** Durch Bildung von Szenarien ergeben sich Modelle, die zur Einschätzung perspektivischer Entwicklungen dienen und eine Handlungsgrundlage bilden. Das Szenariomanagement als Methode betrachtet die Komplexität und Dynamik von Entwicklungen, wobei einzelne Faktoren und ihre möglichen Wechselwirkungen untereinander berücksichtigt werden.
- Makroökonomie** In der Makroökonomie werden gesamtwirtschaftliche Größen abgebildet und untersucht (z. B. Wirtschaftswachstum und Staatsausgaben). Die systematische Erforschung eines Sachverhaltes bezüglich einzelner Faktoren (Analyse) kann mithilfe verschiedener Methoden erfolgen.
- Qualitative Interviews** Qualitative Interviews sind in Form von offenen oder teilstandardisierten Interviews in der empirischen Sozialforschung sehr verbreitet. Die von traditionellen, standardisierten Fragebögen abweichenden Befragungen werden meist als persönliche (mündliche) oder telefonische bzw. technisch unterstützte Interviews durchgeführt. Durch die offene Form ergibt sich die Möglichkeit der diskursiven Verständigung.
- Sekundärdaten** Bei Sekundärdaten unterscheidet sich der ursprüngliche Erhebungsanlass von der weitergehenden Nutzung, unabhängig ob durch den Primärnutzer selbst oder durch Dritte (Sekundärnutzer).
- Als Sekundärdaten im gesundheitswissenschaftlichen Kontext werden Routinedaten der Sozialversicherungen, aber auch Daten aus bevölkerungsbezogenen Registern bezeichnet.
- Die Verwendung von Sekundärdaten kennzeichnet die Sekundärdatenanalyse und beinhaltet erforderliche Maßnahmen der Erhebung und Aufbereitung des Sekundärdatenmaterials. Dadurch werden die Daten für wissenschaftliche Untersuchungen nutzbar.

Literatur

Aghamanoukjan, A., Buber, R., Meyer, M., 2009: Qualitative Interviews in: Qualitative Marktforschung, Buber, R.; Holzmüller, H.H. (Hrsg.): Konzepte – Methoden - Analysen, 2. Auflage, Gabler-Verlag, Wiesbaden.

Arbeitsgemeinschaft für zeitgemäßes Bauen e. V., Dietmar Walberg, 2014: Optimierter Wohnungsbau - Untersuchung und Umsetzungsbetrachtung zum bautechnisch und kostenoptimierten Mietwohnungsbau in Deutschland, Bauforschungsbericht Nr. 66, Kiel.

Balzer, K., Bremer, M., Schramm, S., Lühmann, D., Raspe, H., 2012: Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnraumumgebung: HTA Bericht 116: DIMDI, Köln.

Begleitetes Wohnen e. V., 2014: Arbeitspapier zur Entwicklung eines Konzeptes: Instrument zur Erfassung von Bedarfslagen zur Sicherstellung der eigenen Häuslichkeit älterer Menschen im Quartier.

Bertelsmann Stiftung, 2005: Positionspapier Perspektiven für das Wohnen im Alter, Handlungsempfehlungen des Beirates "Leben und Wohnen im Alter" der Bertelsmann Stiftung.

BMVBS, 2011: „Wohnen im Alter“ – Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf, Forschungen Heft 147, Berlin.

Breyer, F.; Felder, S., 2006: Life expectancy and health care expenditures: A new calculation for Germany using the costs of dying. Health Policy 75, 178-186.

Bryant, T., 2011: „Alterungsangst und Todesgefahr – der deutsche Demografie-Diskurs (1911-2011)“, in: Demografischer Wandel, Aus Politik und Zeitgeschichte, 10-11/2011, Bonn, S. 40-46.

Bundesamt für Bau-, Stadt- und Raumordnung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR): Potenzialanalyse altersgerechter Wohnraumanpassung: Berlin: 2014

Bundesministerium für Gesundheit, 2013: Abschlussbericht zur Studie Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme, vorgelegt von der VDI/VDE Innovation + Technik GmbH und der IEGUS – Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH, Berlin.

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS), Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR), 2011: Wohnen im Alter, Forschungen, Heft 147, Berlin.

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V. (BVKM), 2013: Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII.

Deutsche Rentenversicherung, 2013: Statistik der deutschen Rentenversicherung, Rentenversicherung in Zahlen 2013.

Deutscher Bundestag, 2002: „Schlußbericht der Enquete-Kommission: Demografischer Wandel – Herausforderungen für unsere älter werdende Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Drucksache 14/8800.

Enquete-Kommission, 2008, Vorwort

Edinger, S.; Lerch, H.; Lentze, C., 2007: Barrierearm – Realisierung eines neuen Begriffes. Fraunhofer IRB-Verlag, Stuttgart.

Europäische Kommission, 2011: „Demography Report 2010. Older, more numerous and diverse Europeans“, Europäische Union.

Fachinger, U.; Koch, H.; Henke, K.-D.; Troppens, S.; Braeseke, G.; Merda, M., 2012: Ökonomische Potenziale altersgerechter Assistenzsysteme. Ergebnisse der „Studie zu Ökonomischen Potenzialen und neuartigen Geschäftsmodellen im Bereich Altersgerechte Assistenzsysteme“. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), VDE Verlag, Offenbach.

Fink, A.; Schlake, O.; Siebe, A., 2002: Erfolg durch Szenario-Management: Prinzip und Werkzeuge der strategischen Vorausschau, 2. Auflage, Campus Verlag, Frankfurt.

Fries, J. F., 1980: Aging, natural death, and the compression of morbidity. New England Journal of Medicine 303, 130-135.

Fuchs, M., Sujata, U., Weyh, A., 2011: „Herausforderungen des demografischen Wandels für den Arbeitsmarkt in Sachsen“, in: IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz, IAB Sachsen, 01/2011, Nürnberg.

Gädker, J.; Sinning, H.; Thalheim, K., 2012: Checklisten "Altersgerechte Quartiersentwicklung", Ein Handlungsleitfaden für Wohnungswirtschaft, Stadtentwicklung und Seniorenvertretungen, Lang- und Kurzfassung, Erfurt.

GDW, 2014: Pressemitteilung des GDW vom 10.07.2014 zur „Wohnstrategie – 10 Vorschläge für bezahlbaren Wohnraum und einen stabilen Wohnungsmarkt in Deutschland“

Henke, K., D. /Troppens, S., 2010: Zur Finanzierung assistierender Technologien, in Fachinger, Uwe/Henke, Klaus Dirk (Hrsg.): Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft. Der private Haushalt als Gesundheitsstandort, theoretische und empirische Analysen. Band 31, Baden Baden.

Hochschule Neubrandenburg, 2013: Grundlagenexpertise „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“, Teil A: Auswirkungen der demografischen, siedlungs- und infrastrukturellen Veränderungen, im Auftrag des Landtag Mecklenburg-Vorpommern 6. Wahlperiode Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“.

Hopf, C., Weingarten, E. (Hrsg.) 1993: Qualitative Sozialforschung, 3. Auflage, Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart.

Karman, A., Schneider, M., Werblow, A., Hofmann, U., 2014: Hospizstudie - Standorte und demographische Rahmenbedingungen von Hospizangeboten in Sachsen, Gutachten im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz

Karmann, A., Marquardt, G., Werblow, A., Müller, S., Jurack, A., Weinhold, I., Fiala, O., 2013: Gut versorgt im ländlichen Raum, Gutachten im Auftrag der Staatskanzlei Sachsen

Kreileder, M.; Holeczek, M., 2002: Unfallverletzungen in Heim und Freizeit im Jahr 2000 - Repräsentativbefragung in Deutschland, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Sonderschrift

Kruse, K., 2013: Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII - Merkblatt für behinderte Menschen und ihre Angehörigen. Merkblatt des Bundesverbandes für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V (bvkm).

Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2014: Ausbau alternativer Wohnformen für ältere Menschen vorantreiben: Pressemitteilung vom 26.09.2014.

Landesentwicklungsplan 2013 für Sachsen, S. 157 ff.

Leitner Planung & Consulting GmbH, 2010: Volkswirtschaftlicher Vergleich von altengerechten Wohnversorgungstypen. Studie, Wien.

Mangiapane, Nino, Leiter des Referates "Grundsatzfragen der Telematik im Bundesministerium für Gesundheit auf der Frühjahrstagung DG Telemed/ZTG – 2012.

Michell-Auli, P., 2010: Welche Pflege wollen wir? Ein Plädoyer für eine subjektive Sicht der Pflege: In: Pro Alter, 42. Jg., Heft 4/2010, S. 9-17.

Michell-Auli, P., 2012: Denkansatz und Innovationen für eine moderne Altenhilfe. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.

Mühlbauer, H., 2008: Betreutes Wohnen für ältere Menschen: Die Anforderungen nach DIN 77800:, Beuth Verlag, Berlin.

Naten, R., Scherzer, U., 2007: „Älter werden – wohnen bleiben. Strategien und Potenziale der Wohnungswirtschaft in einer alternden Gesellschaft“, Hamburg.

Raffelhüschen, B., Hackmann, T., Metzger, C., 2011: „Alter, Rente, Grundsicherung. Eine Studie für Sachsen“, Dresden. (Auftraggeber: Sächsisches Sozialministerium für Soziales und Verbraucherschutz).

RegioKontext, 2012: Strategien für bezahlbares Wohnen in der Stadt – Welchen Beitrag kann der Neubau angesichts neuer Wohnungsknappheit leisten?, Berlin.

Rau, U. (Hrsg.), 2013: Barrierefrei: Bauen für die Zukunft, Beuth.

Rothgang et al., 2012: Barmer GEK Pflegereport 2012 - Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 17.

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.), 2011: Alter | Rente | Grundsicherung – Eine Studie für Sachsen, Dresden.

Sächsischer Landtag (Hrsg.), 2008: „Bericht der Enquete-Kommission: Demografische Entwicklung und ihre Auswirkungen auf die Lebensbereiche der Menschen im Freistaat Sachsen sowie ihre Folgen für die politischen Handlungsfelder“, Dresden.

Sächsische Staatskanzlei (Hrsg.), 2006: „Expertenkommission Demografischer Wandel Sachsen: Empfehlungen zur Bewältigung des demografischen Wandels im Freistaat Sachsen“, Dresden.

Schneider, M., Karmann, A., Werblow, A., Fiala, O., Weinhold, I., 2012: Gesundheitswirtschaft Sachsen, Gutachten im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz

Schneider, M., Karmann, A., Braeseke, G., 2014: Produktivität der Gesundheitswirtschaft, Springer, Heidelberg.

SMI, 2014: Stadtentwicklung und Stadtumbau - Stadtentwicklungsstrategie Sachsen 2020. <http://www.bauen-wohnen.sachsen.de/671.htm> (2014).

Sozialamt Leipzig 2012: Auswertung der Erhebung stationäre Pflegeeinrichtungen Stadt Leipzig (Stichtag 30.06.2012).

Statistisches Bundesamt, 2009: „Wirtschaft und Statistik 6/2009“. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2009a: Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt, 2009b: Pflegestatistik 2009; Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt, 2011: Demografischer Wandel in Deutschland: Heft 1: Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt, 2011a: Pflegestatistik 2011; Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Zentrales Datenmanagement (Hrsg.), 2013: Datenreport 2013 – Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Bonn

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2009: Statistischer Bericht: Soziale Pflegeversicherung im Freistaat Sachsen - Leistungsempfänger und Pflegegeldempfänger 2009, Kamenz.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (StaLa), 2011a: Haushalte und Lebensformen im Freistaat Sachsen (Ergebnisse des Mikrozensus. 2011)

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (StaLa) 2011b: Statistischer Bericht: Soziale Pflegeversicherung im Freistaat Sachsen - Leistungsempfänger und Pflegegeldempfänger, Kamenz.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2011: „5. Regionalisierte Bevölkerungsprognose für den Freistaat Sachsen bis 2025“, Kamenz, online abrufbar unter <http://www.statistik.sachsen.de/bevprog/> (letzter Abruf am 29.8.2013).

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (StaLa), 2012: Modellrechnung zur Entwicklung der privaten Haushalte für den Freistaat Sachsen bis 2025, Kamenz

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (StaLa), 2012a: Statistischer Bericht: Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Freistaat Sachsen 2011, Kamenz.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (StaLa 2013): Statistischer Bericht: Räumliche Bevölkerungsbewegung im Freistaat Sachsen 1. Halbjahr 2013, A III 2- hj- 1/13, Kamenz.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (StaLa 2013a): Statistischer Bericht: Empfänger von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII im Freistaat Sachsen 2007 bis 2011, Kamenz.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (StaLa 2013b): Statistischer Bericht: Sozialhilfe nach dem SGB XII im Freistaat Sachsen: Ausgaben und Einnahmen 2012, Kamenz.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2013: Statistisch betrachtet: Öffentliche Sozialleistungen in Sachsen, Kamenz.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (StaLa 2014): www.statistik.sachsen.de/ im August 2014.

Swart, E., Ihle, P. (Hrsg.), 2005: Routinedaten im Gesundheitswesen-Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven: Huber-Verlag, Bern.

Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e. V. (VSWG 2010): Sozialfragebogen, Dresden.

Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e. V. (VSWG 2012), Jahresstatistik 2011, Dresden.

VSWG (Hrsg.) 2012: AlterLeben – die „Mitalternde Wohnung“, ISBN 978-3-00-037575-0.

von Bodelschwingh, A.; von Rohr, G.; Keßler, O., 2013: „Strategien für bezahlbares Wohnen in der Stadt“, Berlin, 3; 47-53.

Wildmann, L., 2010: Makroökonomie, Geld und Währung: 2. Auflage, Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München.

Internetquellen:

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2014: <http://www.bmfsfj.de/3/3-3-Baulicher-standard-und-ausstattung-der-heime/3-3-3-regelungen-der-heimmindestbauverordnung.html>, Zugriff am 20.08.2014

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2014: <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegekraefte/pflegefachkraeftemangel.html>: Zugriff am 27.09.2014

Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie 2014: http://dgepi.de/fileadmin/pdf/leitlinien/GPS_fassung3.pdf: Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen, 3. Fassung 2012, Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS), Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi): Zugriff 22.08.2014

Diakonische Dienste Hannover 2014: <http://www.geriatrie-hannover.de/upload/stuerze.pdf>: Zugriff 27.09.2014

DIN e. V. 2014: <http://www.din.de/cmd?level=tpl-home&contextid=din>: Zugriff am 24.08.2014

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) 2014: www.kda.de/monitor-leben-zu-hause-whnatlas.html: Zugriff am 22.08.2014

Mietspiegel 2014: <http://www.mietspiegel.com/sachsen-mietpreise-210-euro-unter-dem-bundesdurchschnitt>: Zugriff am 24.09.2014

PflegeNetz Sachsen 2014: <http://www.pflegenetz.sachsen.de/pflegedatenbank/kategorie/229>: Zugriff 24.09.2014

Sächsisches Staatsministerium des Innern 2014: <http://www.landesentwicklung.sachsen.de/download/Landesentwicklung/karte01-raumstruktur%281%29.pdf>: Zugriff am 27.09.2014

SOEP, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) 2014: <http://www.diw.de/de/soep>: Zugriff am 22.08.2014

Statistik Freistaat Sachsen 2014: http://www.statistik.sachsen.de/download/300_Voe-Zeitschrift/2012_02_51bis54_Hoffmann.pdf: Zugriff am 24.09.2014

Stula, S., 2012.: „Wohnen im Alter in Europa - Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen“, Arbeitspapier Nr. 7 der Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa, URL: http://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/uploads/tx_aebgppublications/AP_7_DE.pdf, Zugriff am 28.11.2014.

Sozialgesetzbuch 2014: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/1.html>: Zugriff 22.08.2014

Verband der Elektrotechnik, Elektronik und Informationstechnik e. V. (VDE) 2014: <http://www.vde.com/de/Verband/>: Zugriff am 22.08.2014

Verein deutscher Ingenieure (VDI) 2014: https://www.vdi.de/richtlinie/vdi_6000_blat_5-ausstattung_von_und_mit_sanitaerraemen_seniorenwohnungen_seniorenheime_seniorenpflegeheime/: Zugriff am 22.08.2014

Verein deutscher Ingenieure (VDI) 2014: https://www.vdi.de/technik/richtlinien/richtliniendetails/?tx_wmdbvdirilisearch_pi1%5BsearchKey%5D=6008&tx_wmdbvdirilisearch_pi1%5Bmode%5D=1&tx_wmdbvdirilisearch_pi1%5BsingleSearch%5D=1: Zugriff am 22.08.2014

Wikipedia 2014: <http://de.wikipedia.org/wiki/Daseinsvorsorge>: Zugriff am 18.07.2014

Anhang 1

Normen

DIN 32975 – Gestaltung visueller Informationen im öffentlichen Raum zur barrierefreien Nutzung: Kennzeichnen von Hindernissen, Bedienelementen, Toiletten, Niveauwechsel usw. für Menschen mit visuellen Einschränkungen.

DIN 32984 – Bodenindikatoren im öffentlichen Verkehrsraum: Erleichterung der Orientierung für visuell eingeschränkte Menschen, Standardlösungen für Straßenräume und Gebäude mit öffentlichem Charakter.

VDI 6000 Blatt 5 – Ausstattung von und mit Sanitärräumen, Seniorenwohneinrichtungen: Die Richtlinie der Anforderungen an Planung und Ausstattung von Sanitärräumen im Neubau gelten in Altenheimen, Altenwohnungen und Pflegeheimen, sind aber auch für die Modernisierung im Bestand übertragbar.

VDI 6008 – Barrierefreie und behindertengerechte Lebensräume (Anforderungen an die Elektro- und Fördertechnik): Inhalte der VDI 6008 sind Grundlagen der Sanitärtechnik, Elektrotechnik, Fördertechnik sowie Türen, Tore, Eingänge, Zugänge im Sinne eines selbstbestimmten Lebens im Alter.

Eine Vielzahl an elektrotechnischen Normen ergänzen die baurechtlichen Anforderungen für stationäre Versorgungsformen:

Reihe DIN VDE 0100 aktuell: Errichten von Niederspannungsanlagen

DIN VDE 0100-710 11/2002: Anforderungen an Betriebsstätten, Räume und Anlagen besonderer Art – medizinisch genutzte Bereiche

DIN VDE 0100 – 718 10/2005: Anforderungen an Betriebsstätten, Räume und Anlagen besonderer Art- bauliche Anlagen für Menschenansammlungen

DIN EN 50172 (VDE 0180-100) 01/2005: Sicherheitsbeleuchtungsanlagen

DIN V VDE 0108-100 (Vornorm) 01/2010: Sicherheitsbeleuchtungsanlagen

DIN EN 50171 (VDE 0558-508) 11/2001: Zentrale Stromversorgung

DIN EN 50272-2 (VDE 0510-2) 12/2001: Sicherheitsanforderungen an Batterien und Batterieanlagen, stationäre Batterien

DIN EN 60896 – Teile 11, 21 und 22 12/2004: Ortsfeste Akkumulatoren, Prüfverfahren und Anforderungen

DIN EN 62034 (VDE 0711-400) 6/2007: Automatische Prüfsysteme für batteriebetriebene Sicherheitsbeleuchtungen für Rettungswege

DIN EN 60598-2-22 (VDE 0711-2-22) 10/2008: Leuchten Teil 2-22: Besondere Anforderungen an Leuchten für Notbeleuchtung

DIN EN 61347-2-3 (VDE 0712-33) 08/2006: Geräte für Lampen-Teil 2-7: Besondere Anforderungen an elektronische Vorschaltgeräte für die Notbeleuchtung

DIN VDE 0100-560 03/2011: Errichten von Niederspannungsanlagen-Einrichtungen für Sicherheitszwecke

Anhang 2

Einzelzenarien

Ältere Menschen mit Bedarf an Pflege SGB V und SGB XI, ohne Demenz

(Szenario 1.1.-1.4)

Szenario 1.1: Alleinstehend, primär somatische Einschränkungen, Pflegestufe I

1 Behandlungspflege

	vt. Pflege		Leistungsart		vt. Pflege		häusliche	
	§ 43 SGB XI	Versorgung	Sachleistung	Geldleistung	§ 43 SGB XI		Versorgung	
Behandlungspflege SGB V		414,75	X		Pflegestufe I	1.064,70	Behandlungspflege SGB V	414,75
Grundpflege SGB XI	1.064,70	450,00	X		U + V	456,30	Grundpflege SGB XI	450,00
Hauswirtschaft	456,30				Invest	304,20	Kurzzeit-/Verhinderungspflege	258,33
Ambulant betreute Wohngruppe					Heimentgelt	1.825,20	Wohnen	405,00
Kurzzeit-/Verhinderungspflege		258,33	X		zzgl. Lebensunterhalt	105,57	Lebensunterhalt	391,00
Tagesstruktur					Gesamtkosten	1.930,77	Gesamtkosten	1.919,08
Eingeschränkte Alltagskompetenz, Beaufsichtigung								
Soziale Betreuung							dv. § 37 SGB V	414,75
hospizliche + palliative Versorgung					dv. § 43 SGB XI	1.023,00	dv. § 36 SGB XI	450,00
Wohnen	304,20	405,00	X	X			dv. § 39, 42 SGB XI	258,33
Erforderlicher Lebensunterhalt	105,57	391,00		X	Finanzierungslücke	907,77	Finanzierungslücke	796,00
Erforderlicher Bedarf p.m.	1.930,77	1.919,08						

Szenario 1.2: Alleinstehend, primär somatische Einschränkungen, Pflegestufe II

1 Behandlungspflege

	vst. Pflege		Leistungsart		vst. Pflege		häusliche	
	§ 43 SGB XI	Versorgung	Sachleistung	Geldleistung	§ 43 SGB XI	Versorgung	Versorgung	Versorgung
Behandlungspflege SGB V		588,23	X		Pflegestufe II	1.368,90	Behandlungspflege SGB V	588,23
Grundpflege SGB XI	1.368,90	1.100,00	X		U + V	456,30	Grundpflege SGB XI	1.100,00
Hauswirtschaft	456,30				Invest	304,20	Kurzzeit-/Verhinderungspflege	258,33
Ambulant betreute Wohngruppe					Heimentgelt	2.129,40	Wohnen	405,00
Kurzzeit-/Verhinderungspflege		258,33	X		zzgl. Lebensunterhalt	105,57	Lebensunterhalt	391,00
Tagesstruktur					Gesamtkosten	2.234,97	Gesamtkosten	2.742,56
Eingeschränkte Alltagskompetenz, Beaufsichtigung							dv. § 37 SGB V	588,23
Soziale Betreuung					dv. § 43 SGB XI	1.279,00	dv. § 36 SGB XI	1.100,00
hospizliche + palliative Versorgung							dv. § 39, 42 SGB XI	258,33
Wohnen	304,20	405,00	X	X	Finanzierungslücke	955,97	Finanzierungslücke	796,00
Erforderlicher Lebensunterhalt	105,57	391,00		X				
Erforderlicher Bedarf p.m.	2.234,97	2.742,56						

Szenario 1.3: Pflegeperson (die keine Pflegestufe hat) im Haushalt, primär somatische Einschränkungen, Pflegestufe II

Inanspruchnahme Kombileistung § 38 SGB XI, 1 Behandlungspflege

	vt. Pflege		Leistungsart		vt. Pflege		häusliche	
	§ 43 SGB XI	Versorgung	Sachleistung	Geldleistung	§ 43 SGB XI	Versorgung	Versorgung	Versorgung
Behandlungspflege SGB V		588,23	X		Pflegestufe II	1.368,90	Behandlungspflege SGB V	588,23
Grundpflege SGB XI - Sachleistung	1.368,90	550,00	X		U + V	456,30	Grundpflege SGB XI	770,00
Grundpflege SGB XI - Geldleistung		220,00		X	Invest	304,20	Kurzzeit-/Verhinderungspflege	258,33
Hauswirtschaft	456,30				Heimentgelt	2.129,40	Wohnen	242,00
Ambulant betreute Wohngruppe					zzgl. Lebensunterhalt	105,57	Lebensunterhalt	372,00
Kurzzeit-/Verhinderungspflege		258,33	X		Gesamtkosten	2.234,97	Gesamtkosten	2.230,56
Tagesstruktur								
Eingeschränkte Alltagskompetenz, Beaufsichtigung							dv. § 37 SGB V	588,23
Soziale Betreuung					dv. § 43 SGB XI	1.279,00	dv. § 38 SGB XI	770,00
hospizliche + palliative Versorgung							dv. § 39, 42 SGB XI	258,33
Wohnen	304,20	242,00	X	X	Finanzierungslücke	955,97	Finanzierungslücke	614,00
Erforderlicher Lebensunterhalt	105,57	372,00		X				
Erforderlicher Bedarf p.m.	2.234,97	2.230,56						

Szenario 1.4: Pflegeperson (die keine Pflegestufe hat) im Haushalt, primär somatische Einschränkungen, Pflegestufe II

Geldleistung § 37 SGB XI, 1 Behandlungspflege

	Geldleistung § 37 SGB XI		Leistungsart		Geldleistung § 39, 42 SGB XI		Geldleistung § 37 SGB XI	
	vst. Pflege § 43 SGB XI	häusliche Versorgung	Sachleistung	Geldleistung	vst. Pflege § 43 SGB XI	häusliche Versorgung	vst. Pflege § 43 SGB XI	häusliche Versorgung
Behandlungspflege SGB V		588,23	X		Pflegestufe II	1.368,90	Behandlungspflege SGB V	588,23
Grundpflege SGB XI - Sachleistung	1.368,90		X		U + V	456,30	Grundpflege SGB XI	440,00
Grundpflege SGB XI - Geldleistung		440,00		X	Invest	304,20	Kurzzeit-/Verhinderungspflege	258,33
Hauswirtschaft	456,30				Heimentgelt	2.129,40	Wohnen	242,00
Ambulant betreute Wohngruppe					zzgl. Lebensunterhalt	105,57	Lebensunterhalt	372,00
Kurzzeit-/Verhinderungspflege		258,33	X		Gesamtkosten	2.234,97	Gesamtkosten	1.900,56
Tagesstruktur								
Eingeschränkte Alltagskompetenz, Beaufsichtigung							dv. § 37 SGB V	588,23
Soziale Betreuung					dv. § 43 SGB XI	1.279,00	dv. § 37 SGB XI	440,00
hospizliche + palliative Versorgung							dv. § 39, 42 SGB XI	258,33
Wohnen	304,20	242,00	X	X	Finanzierungslücke	955,97	Finanzierungslücke	614,00
Erforderlicher Lebensunterhalt	105,57	372,00		X				
Erforderlicher Bedarf p.m.	2.234,97	1.900,56						

Ältere Menschen mit Bedarf an Pflege SGB V und SGB XI, mit Demenz

(Szenario 2.1.-2.3)

Szenario 2.1: Alleinstehend, primär eingeschränkte Alltagskompetenz, Pflegestufe I, zu Hause lebend

Tagespflege 21Tage im Monat

	vst. Pflege		Leistungsart			vst. Pflege		häusliche	
	§ 43 SGB XI	häusliche Versorgung	Sachleistung	Geldleistung		§ 43 SGB XI	häusliche Versorgung	§ 43 SGB XI	häusliche Versorgung
Behandlungspflege SGB V					Pflegestufe I	1.064,70	Grundpflege SGB XI		729,00
Grundpflege SGB XI	1.064,70	729,00	X		U + V	456,30	Kurzzeit-/Verhinderungspflege		258,33
Hauswirtschaft	456,30				Invest	304,20	Tagesstruktur		735,00
							Eingeschränkte Alltagskompetenz,		
Ambulant betreute Wohngruppe					Heimentgelt	1.825,20	Beaufsichtigung		200,00
Kurzzeit-/Verhinderungspflege		258,33	X		zzgl. § 87 b SGB XI	91,26	Soziale Betreuung		60,75
Tagesstruktur		735,00			zzgl. Lebensunterhalt	105,57	Wohnen		405,00
Eingeschränkte Alltagskompetenz, Beaufsichtigung	91,26	200,00			Gesamtkosten	2.022,03	Gesamtkosten		2.779,08
Soziale Betreuung		60,75			dv. § 43 SGB XI	1.023,00	dv. § 36 SGB XI		450,00
hospizliche + palliative Versorgung					dv. § 87 b SGB XI	91,26	dv. § 39, 42 SGB XI		258,33
Wohnen	304,20	405,00	X	X			dv. § 41 SGB XI		225,00
Erforderlicher Lebensunterhalt	105,57	391,00		X			dv. § 45 b SGB XI		200,00
							dv. § 123 SGB XI		215,00
Erforderlicher Bedarf p.m.	2.022,03	2.779,08			Finanzierungslücke	907,77	Finanzierungslücke		1.430,75

Szenario 2.2: Alleinstehend, primär eingeschränkte Alltagskompetenz, Pflegestufe I, Wohngruppe

Tagespflege 21 Tage im Monat, 1 Behandlungspflege

	vst. Pflege		Leistungsart			vst. Pflege			häusliche	
	§ 43 SGB XI	Versorgung	Sachleistung	Geldleistung		§ 43 SGB XI	Versorgung		Versorgung	
Behandlungspflege SGB V		414,75			Pflegestufe I	1.064,70	Behandlungspflege SGB V		414,75	
Grundpflege SGB XI	1.064,70	450,00	X		U + V	456,30	Grundpflege SGB XI		450,00	
Hauswirtschaft	456,30				Invest	304,20	ambulant betreute Wohngruppe		200,00	
Ambulant betreute Wohngruppe		200,00			Heimentgelt	1.825,20	Kurzzeit-/Verhinderungspflege		258,33	
Kurzzeit-/Verhinderungspflege		258,33	X				Tagesstruktur		735,00	
							Eingeschränkte Alltagskompetenz,			
Tagesstruktur		735,00			zzgl. § 87 b SGB XI	91,26	Beaufsichtigung		200,00	
Eingeschränkte Alltagskompetenz, Beaufsichtigung	91,26	200,00					Soziale Betreuung		215,00	
Soziale Betreuung		215,00					Wohnen		405,00	
hospizliche + palliative Versorgung					zzgl. Lebensunterhalt	105,57	Lebensunterhalt		391,00	
Wohnen	304,20	405,00	X	X	Gesamtkosten	2.022,03	Gesamtkosten		3.269,08	
Erforderlicher Lebensunterhalt	105,57	391,00		X			dv. § 37 SGB V		414,75	
							dv. § 36 SGB XI		450,00	
Erforderlicher Bedarf p.m.	2.022,03	3.269,08					dv. § 38a SGB XI		200,00	
							dv. § 39, 42 SGB XI		258,33	
							dv. § 41 SGB XI		225,00	
							dv. § 43 SGB XI	1.023,00	dv. § 45 b SGB XI	200,00
							dv. § 87 b SGB XI	91,26	dv. § 123 SGB XI	215,00
							Finanzierungslücke	907,77	Finanzierungslücke	1.306,00

Szenario 2.3: Pflegeperson (die keine Pflegestufe hat) im Haushalt, primär eingeschränkte Alltagskompetenz, Pflegestufe I, zu Hause lebend

Tagespflege 6 Tage im Monat

	vst. Pflege		Leistungsart		vst. Pflege		häusliche	
	§ 43 SGB XI	Versorgung	Sachleistung	Geldleistung	§ 43 SGB XI	Versorgung	Versorgung	Versorgung
Behandlungspflege SGB V					Pflegestufe I	1.064,70	Grundpflege SGB XI	450,00
Grundpflege SGB XI - Sachleistung	1.064,70	450,00	X		U + V	456,30	Kurzzeit-/Verhinderungspflege	258,33
Grundpflege SGB XI - Geldleistung					Invest	304,20	Tagesstruktur	210,00
							Eingeschränkte Alltagskompetenz,	
Hauswirtschaft	456,30				Heimentgelt	1.825,20	Beaufsichtigung	200,00
Ambulant betreute Wohngruppe					zzgl. § 87 b SGB XI	91,26	Soziale Betreuung	215,00
Kurzzeit-/Verhinderungspflege		258,33	X		zzgl. Lebensunterhalt	105,57	Wohnen	242,00
Tagesstruktur		210,00					Lebensunterhalt	372,00
Eingeschränkte Alltagskompetenz, Beaufsichtigung	91,26	200,00			Gesamtkosten	2.022,03	Gesamtkosten	1.947,33
Soziale Betreuung		215,00			dv. § 43 SGB XI	1.023,00	dv. § 36 SGB XI	450,00
hospizliche + palliative Versorgung					dv. § 87 b SGB XI	91,26	dv. § 39, 42 SGB XI	258,33
Wohnen	304,20	242,00	X	X			dv. § 41 SGB XI	210,00
Erforderlicher Lebensunterhalt	105,57	372,00		X			dv. § 45 b SGB XI	200,00
							dv. § 123 SGB XI	215,00
Erforderlicher Bedarf p.m.	2.022,03	1.947,33			Finanzierungslücke	907,77	Finanzierungslücke	614,00

Anhang 3

Fragebogen

Zahl der über 65 -jährigen Versicherten

Versicherte ohne Pflege SGB XI

Versicherte	Anzahl
ohne Pflegestufe	

Versicherte in häuslicher Versorgung:

Versicherte	Anzahl	davon Versicherte mit eingeschränkter Alltagskompetenz		davon Versicherte ohne eingeschränkte Alltagskompetenz
		Grundbetrag (100€)	Erhöhter Betrag (200€)	
ohne Pflegestufe mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Pflegestufe 0)				-
mit Pflegestufe 1				
mit Pflegestufe 2				
mit Pflegestufe 3				
gesamt				

Versicherte in vollstationärer Dauerpflege:

Versicherte	Anzahl	davon mit eingeschränkter Alltagskompetenz
ohne Pflegestufe		
ohne Pflegestufe mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Pflegestufe 0)		
mit Pflegestufe 1		
mit Pflegestufe 2		
mit Pflegestufe 3		
gesamt		

Leistungsausgaben für über 65-jährige Versicherte (pro Jahr) nach Leistungsarten

Art der Leistung	ohne Pflegestufe	ohne Pflegestufe mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Pflegestufe 0)	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	gesamt
Grundpflege und Hauswirtschaft SGB XI (ambulant) Sachleistung	-					
Grundpflege und Hauswirtschaft SGB XI (ambulant) Kombileistung	-					
Grundpflege und Hauswirtschaft SGB XI (ambulant) Realisierter Pflegegeldanspruch bei Kombileistung						
Tages- und Nachtpflege	-					
Kurzzeitpflege	-					
Verhinderungspflege	-					
Eingeschränkte Alltagskompetenz (ambulant)	-					
Hospizliche und palliative Betreuung						
Vollstationäre Pflege	-					

Wie hoch ist der Anteil Pflegebedürftiger nach PS 0-III, die HKP in Anspruch nehmen?
 Wie hoch sind die durchschnittlichen Kosten HKP im Monat in Euro nach PS 0-III?

Versicherte	Ausgaben für haus- und fachärztliche Versorgung	davon für Versicherte in der Häuslichkeit	davon für Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen
ohne Pflegestufe			-
mit Pflegestufe 0			-
mit Pflegestufe 1			
mit Pflegestufe 2			
mit Pflegestufe 3			
gesamt			

Versicherte	Ausgaben für Krankenhausbehandlung	davon für Versicherte in der Häuslichkeit	davon für Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen
ohne Pflegestufe			-
mit Pflegestufe 0			-
mit Pflegestufe 1			
mit Pflegestufe 2			
mit Pflegestufe 3			
gesamt			

Versicherte	Durchschnittliche Anzahl Krankenhaustage pro Jahr und Versicherten	Durchschnittliche Anzahl Krankenhaustage pro Jahr und Versicherten in der Häuslichkeit	Durchschnittliche Anzahl Krankenhaustage pro Jahr und Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen
ohne Pflegestufe			-
mit Pflegestufe 0			-
mit Pflegestufe 1			
mit Pflegestufe 2			
mit Pflegestufe 3			

Durchschnittliche Pflegesätze und UV und Invest für vollstationär und Tagespflege im Freistaat Sachsen und Kurzzeitpflege in Euro/Belegungstag

Inanspruchnahme Kurzzeit- und Verhinderungspflege

- ➔ Anteil Pflegebedürftiger KZP ja/nein, wenn ja: in welchem Umfang?
- ➔ Anteil Pflegebedürftiger VHP ja/nein, wenn ja: in welchem Umfang?

Leistungsausgaben für über 65-jährige Versicherte (pro Jahr) nach Krankheitsbildern

Psychische Leiden (ICD 10, F 00 – 99)

Chronische Erkrankungen (Disease Management Programme für Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ I und II, Koronare Herzkrankheit, Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, Asthma bronchiale)

Stürze (mit anschließender ärztlicher Behandlung)

Versicherte	Anzahl Stürze	davon bei Versicherten in der Häuslichkeit	davon bei Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen
ohne Pflegestufe			-
mit Pflegestufe 0			-
mit Pflegestufe 1			
mit Pflegestufe 2			
mit Pflegestufe 3			
gesamt			

Ausgaben bei über 65-jährigen Versicherten (pro Jahr) für Prävention

Versicherte	Ausgaben Prävention
ohne Pflegestufe	
mit Pflegestufe 0	
mit Pflegestufe 1	
mit Pflegestufe 2	
mit Pflegestufe 3	
gesamt	

Impressum

Herausgeber:

Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e. V.
Antonstraße 37, 01097 Dresden

In Kooperation mit dem
Gesundheitsökonomischen Zentrum GÖZ der Technischen Universität Dresden
Helmholtzstraße 10, 01069 Dresden

und der ATB Arbeit, Technik und Bildung gemeinnützige GmbH
Neefestraße 76, 09119 Chemnitz

Verantwortliche Autoren der Studie sind:

Dipl.-Psychologin Alexandra Brylok (VSWG)
Prof. Dr. Alexander Karmann (GÖZ)
Medizinpädagogin (B.A.) Susanne Becker (GÖZ)
Dipl.-Betriebswirtin (BA) Romy Schneider (GÖZ)
Dipl.-Wirtschaftsingenieur Ulrich Zimmermann (ATB)

Ansprechpartnerin:

Alexandra Brylok (VSWG)
Referentin Soziales und Projekte
Telefon: 0351 80701-51
E-Mail: brylok@vswg.de

Stand:

01.03.2015

Bildnachweis:

Titel: © contrastwerkstatt - Fotolia.com, © Robert Kneschke - Fotolia.com

ISBN 978-3-00-048899-3

Die Studie wurde als Begleitforschung des Sächsischen Staatsministerium des Innern
(Referat 54: Städtebau- und EU-Förderung, Herr Michael Köppl) durchgeführt.

An der Mitarbeit beteiligt waren Dipl.-Vw. Benedikt Karmann, M. Sc. (LSE)
und Ulrich Grundmann (Referent Altenhilfe Diakonisches Werk Sachsen).

© 2015 Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschließlich aller Abbildungen ist urheberrechtlich geschützt.
Eigenverlag Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e. V.
Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei den Autoren.



**Verband Sächsischer
Wohnungsgenossenschaften e. V.**

Antonstraße 37, 01097 Dresden

Telefon: 0351 80701-0

Telefax: 0351 80701-60

E-Mail: verband@vswg.de

Internet: www.vswg.de

Facebook: www.facebook.com/VSWGGeV

ISBN 978-3-00-048899-3