

# Pflegeimmobilienreport

2012–2013

**CBRE**

  
**immotISS**  
care



# Inhalt

<b>1. Zusammenfassung</b>	<b>4</b>
<b>2. Einleitung</b>	<b>6</b>
2.1 Sozialwirtschaft und ihr volkswirtschaftliches Gewicht	6
<b>3. Seniorenimmobilienmarkt – Ausgangssituation</b>	<b>8</b>
3.1 Pflegebedürftigkeit in Deutschland – aktuelle Situation	8
3.2 Vollstationäre Pflegeplätze – aktueller Bestand	9
3.2.1. Quantitative Analyse	9
3.2.2. Qualitative Analyse	10
3.3 Belegungssituation der vollstationären Pflegeplätze	11
3.4 Hospitalisierungsquote	11
3.5 Rechtliche Rahmenbedingungen	13
3.6 Künftige Pflegebedürftigkeit sowie Nachfrageentwicklung nach Pflegeplätzen	15
3.6.1. Nachfrageentwicklung – qualitativ	15
3.6.2. Nachfrageentwicklung – quantitativ	16
3.7 Exkurs – Pflegekräfte	19
3.8 Zusammenfassung Seniorenimmobilienmarkt	20
<b>4. Investmentmarkt – Maßgebliche Bestimmungsgrößen von vollstationären Einrichtungen</b>	<b>22</b>
4.1 Gesamtinvestitionsaufwand bis 2030	22
4.2 Renditeentwicklung & Investmenttransaktionen	23
4.3 Betreiber – Status quo & Entwicklung	24
4.4 Investitionsfolgekosten	25
<b>5. Finanzierungsumfeld</b>	<b>27</b>
<b>6. Ausblick: Lebensforum-Generationencampus – Gemeinsamer Ansatz von Sozial- &amp; Wohnungswirtschaft</b>	<b>28</b>
<b>7. Kriterien für Top-Objekte</b>	<b>31</b>
<b>Unternehmensportraits</b>	<b>32</b>

# 1. Zusammenfassung

Seit 2008 steigen die Transaktionsvolumina im Segment der Pflegeimmobilien kontinuierlich an und auch im Investmentjahr 2012 ist mit einer weiteren – wenn auch leichten – Erhöhung zu rechnen. Ursache hierfür ist zum einen die Robustheit gegen konjunkturelle Schwankungen in Zeiten großer Unsicherheit an den Finanzmärkten und die Erfordernis freier Finanzierungen von neuen Objekten aufgrund einer sich verschärfenden Situation öffentlicher Haushalte. Zum Anderen begründet sich das wachsende Interesse an dieser Assetklasse durch vergleichsweise attraktive Renditeaussichten, während die Renditekompression im Segment der Büro- und Einzelhandelsimmobilien bereits weiter fortgeschritten ist. Steigende Nachfrage und Herstellungskosten führten jedoch auch bei Pflegeimmobilien zuletzt zu einem weiteren Ansteigen der Kaufpreise. Aktuell wird für Spitzenobjekte in Ballungszentren bis zum 15-fachen der Jahrespacht gezahlt, wohingegen Pflegeeinrichtungen außerhalb von Wirtschaftsregionen weiterhin zwischen dem 12,5- bis 13,7-fachen erworben werden können. Die Steigerung des Ankaufsfaktors ist auch der starken Zunahme der Aktivitäten von „Aufteilern“ geschuldet, die im Jahr 2012 nahezu bei rund 30 % des Transaktionsvolumens beteiligt waren.

Gleichzeitig entwickeln sich die „Erfolgsfaktoren“ für den Betrieb von Pflegeimmobilien, vornehmlich soziodemografische und politische Veränderungen, durchaus positiv. Bereits zum Ende des Jahres 2011 waren rund 2,46 Mio. Menschen oder 3 % der in Deutschland lebenden Bevölkerung pflegebedürftig bzw. bezogen Pflegeleistungen nach SGB XI, Tendenz steigend. Dies liegt vor allem an der stets mit demografischer Schrumpfung einhergehenden Alterung der Gesellschaft sowie der mit dem Alter signifikant ansteigenden Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden.

Deutlich zeigt sich dies an der überdurchschnittlichen Bedeutung der Hochbetagten (über 80-jährigen) in Bezug auf ihre Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen. Während nur ca. 4 % der über 65-jährigen Bevölkerung Deutschlands vollstationär versorgt werden, steigt dieser Anteil bei den über 80-jährigen auf über 11 % sprunghaft an. Darüber hinaus muss der Effekt multimorbider und demenzieller Erkrankungen in den Vorausberechnungen berücksichtigt werden. Insgesamt ist dadurch eher mit steigenden als sinkenden Pflegequoten zu rechnen, zumal durch sukzessive Verringerung des häuslichen Pflegepersonals bei gleichzeitig zunehmender Schwere der Pflegebedürftigkeit von einer höheren Prävalenzrate auszugehen ist.

Zwar wird von Seiten des Gesetzgebers der Grundsatz „ambulant vor stationär“ verfolgt, die steigende Schwere von Pflegebedürftigkeit sowie der effizientere Einsatz von Pflegepersonal in stationären Einrichtungen sprechen jedoch gegen eine „Ambulantisierung“ der Pflege. Eine signifikante Rückläufigkeit der Pflegequoten durch medizinischen Fortschritt ist indes kaum zu erwarten.

Bis 2030 kann daher von einer starken Zunahme der Nachfrage nach vollstationären Pflegeleistungen ausgegangen werden. Nach Berechnungen von CBRE/ITC werden ca. 380.000 zusätzliche Pflegeplätze auf den Markt kommen müssen, um den wachsenden Bedarf der Pflegebedürftigen befriedigen zu können. Daneben werden aufgrund des hohen Sanierungsstaus rund 240.000 bestehende Plätze nach den aktuellen Marktanforderungen revitalisiert werden müssen. Hierdurch entsteht ein sehr hohes Investitionspotenzial von insgesamt rund 54 Mrd. €.

Allerdings wird sich der Bedarf und damit das Investitionspotenzial nicht gleichmäßig im Raum verteilen. Aufgrund massiver Wanderungen in wirtschaftlich attraktive Zentren Deutschlands, prognostiziert das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) erhöhten Pflegebedarf vor allem in den suburbanen Räumen der Großstädte sowie in Städten wie Hannover, Nürnberg, Bonn oder Freiburg.

Diese unterschiedliche Entwicklung des Bedarfs auf Ebene der Länder und Kommunen wird – verstärkt durch erhöhten Wettbewerbsdruck um Personal – zusätzlichen Kosten- und Leistungsdruck auf viele Betreiber ausüben. Ein großes Bonitätsrisiko ist insbesondere bei Betreibern zu sehen, die in der Vergangenheit von staatlichen Förderungen profitierten. Finanzierungsanteile aus staatlicher Förderung konnten nicht auf die Pflegeheimbewohner umgelegt und entsprechend keine bilanziellen Rücklagen gebildet werden. Angesichts des Rückzugs des Staates von Förderungen im Pflegeimmobiliensektor ist bei einigen Pflegeheimbetreibern daher von einer nicht mehr ausreichenden Finanzkraft auszugehen, wodurch eine Marktkonsolidierung mittelfristig wahrscheinlich wird. Folglich sind es gerade die bereits etablierten privaten und freigemeinnützigen Betreiber, die in den letzten Jahren Marktanteile hinzugewinnen konnten. Die größten 25 Betreiber konnten ihren Anteil seit 2009 um 2,2 Prozentpunkte steigern und besitzen heute einen Marktanteil von knapp 17 %.

Langfristig betrachtet, kann daher gerade in Regionen eine hohe Wertstabilität von erstklassigen Pflegeimmobilien erwartet werden, in denen Betreiber eine hohe wirtschaftliche Produktivität aufweisen können. Hierbei sind insbesondere Regionen von großer Bedeutung, die einen relativ starken Zuzug von solventen Senioren erwarten dürfen und über einen hohen Anteil an Unter-

nehmern und Beamten verfügen, da diese nach Berechnungen des Deutschen Institutes der Wirtschaft in Deutschland über das höchste Netto-Geldvermögen und Sachvermögen verfügen.

Darüber hinaus erscheinen Standorte attraktiv, deren Wohneigentumsanteil relativ hoch ist und der dortige Wohnungsmarkt ein erhöhtes Wertsteigerungspotenzial zu erwarten hat, da der zu erwartende Veräußerungserlös bzw. die Beleihung über eine Umkehrhypothek der eigenen genutzten Wohnimmobilie zum Werteverzehr bzw. der Kostendeckung für den Aufenthalt in einem Pflegeheim für Bewohner dienen kann.

Bei „Middle-Agern“ und Senioren besteht grundsätzlich die Bereitschaft in seniorengerechte Wohneinrichtungen umzuziehen. Dies scheitert jedoch derzeit an einem nicht vorhandenen, den Anforderungen entsprechendem Angebot. Neben der vollstationären Pflege werden daher neue Wohnformen mit sich gegenseitig unterstützenden und generationsübergreifenden Dienstleistungen erforderlich werden, um einerseits der steigenden Nachfrage sowie andererseits den sich weiter differenzierenden Qualitätsanforderungen nach adäquaten Betreuungsangeboten seitens der Nachfrager gerecht zu werden. Hier ist eine enge Kooperation der Wohn- mit der Sozialwirtschaft gefordert, so dass neue Lebensformen und Konzepte nach dem Vorbild eines „Lebensforum-Generationencampus“ entstehen. Dieses Konzept einer gemeinwesenorientierten Quartiersversorgung hat einerseits für die Bewohner den Vorteil im Krisenfall Pflege langfristig im häuslichen Umfeld zu verweilen und andererseits den sozialwirtschaftlichen Effekt von Einsparungen und Effizienzsteigerungen.

# 2. Einleitung

## 2.1 Sozialwirtschaft und ihr volkswirtschaftliches Gewicht

Unter dem Begriff „Sozialwirtschaft“ werden im Wesentlichen Dienstleistungen subsumiert, die sich mit der unmittelbaren Produktion individueller sowie gemeinschaftlicher Wohlfahrt befassen. In diesem Segment sind drei Unternehmensgruppen tätig: öffentliche, gewerbliche sowie freigemeinnützige Unternehmen. Die letzte Gruppe wird dem so genannten „Dritten Sektor“ zwischen Markt und Staat zugeordnet, der vielfach auch als „Non-Profit-Sektor“ umschrieben und fälschlicherweise mit dem Verbot assoziiert wird, Geld verdienen zu dürfen. Dieser Vorbehalt hat das „Wirtschaften“ in diesem Segment bis in die jüngste Vergangenheit hinein belastet.

### Sozialwirtschaft – der verkannte Riese

Die wirtschaftliche Bedeutung der Sozialwirtschaft zu bestimmen und zu anderen Wirtschaftssektoren hinreichend trennscharfe Benchmarks zu finden, stellt sich als schwierig dar. Das ist unter anderem darin begründet, dass es anhaltende Datenlücken gibt sowie hinreichend belastbare wirtschaftliche Kenngrößen vielfach fehlen. Sämtliche Bemühungen, den Sektor „Sozialwirtschaft“ zu definieren und die Schnittmengen zu anderen Bereichen wie dem „Dritten Sektor“ zu bestimmen, erweisen sich als schwierig

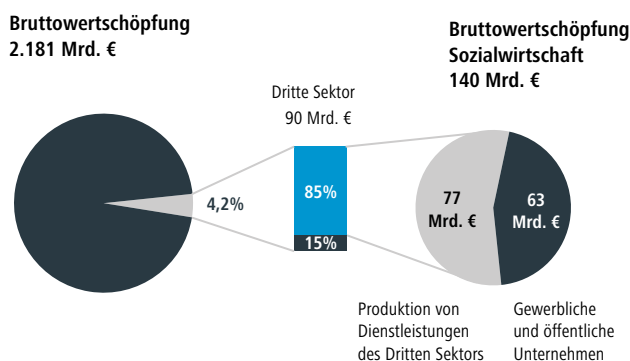
und auch nicht ganz frei von Partikularinteressen bestimmter Akteursgruppen, wie etwa der Freien Wohlfahrtspflege.

Zwar hat das Statistische Bundesamt erst jüngst (März 2012) eine Studie zur wirtschaftlichen Bedeutung des „Dritten Sektors“ veröffentlicht, jedoch fehlen darin wichtige Darstellungen: Einerseits sind dort die „gewerblichen Akteure“ in der Sozialwirtschaft nicht erfasst, andererseits aber auch sämtliche Sportvereine und andere nicht erwerbswirtschaftlich tätige Unternehmen mit eingeschlossen. Daher bleiben Daten zur wirtschaftlichen Bedeutung der „Sozialwirtschaft“ vage. Lediglich Teilssegmente, wie Gesundheitsdienste oder Pflege sind annähernd zutreffend erfasst.

### Health Care ist umsatzstärkster Bereich

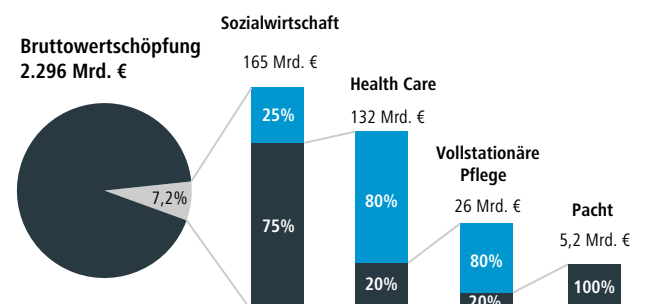
Diesen Angaben nach zählt der „Dritte Sektor“ von seiner Wirtschaftsleistung her zu den bedeutendsten volkswirtschaftlichen Bereichen mit einer „Bruttowertschöpfung“ von rund 90 Mrd. € oder rund 4,2 % der gesamten Bruttowertschöpfung im Jahr 2007 in Deutschland. Rund 85 % der Tätigkeiten des „Dritten Sektors“ entfallen auf die Produktion von Dienstleistungen. Das Äquivalent der darauf bezogenen Bruttowertschöpfung beträgt

Abb. 1: Bedeutung des „Dritten Sektors“ 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt, CBRE / ITC

Abb. 2: Anteil der Pflege an der Bruttowertschöpfung 2011



Quelle: Statistisches Bundesamt, CBRE / ITC

etwa 77 Mrd. €. Auf der anderen Seite „produzieren“ auch gewerbliche Unternehmen sowie öffentliche Hände vergleichbare Dienstleistungen, deren Anteil zusammen etwa 45 % am gesamten sozialen Dienstleistungsbereich erreicht. Dieser Berechnung nach erreichte dieser Wirtschaftssektor im Jahr 2007 – das sind die Basiszahlen des Statistischen Bundesamtes – eine Bruttowertschöpfung in Höhe von 140 Mrd. €. Die genannten Wirtschaftsbereiche haben insbesondere in den Segmenten Gesundheit und Pflege besonders stark zugenommen, wodurch der soziale Dienstleistungsbereich gegenüber dem normalen Wirtschaftswachstum deutlich überproportional gewachsen ist – man geht von 2,5 % p.a. über der durchschnittlichen Wachstumsquote des BIP aus –, so dass das Wachstum im sozialen Dienstleistungssektor in den vergangenen vier Jahren rund 18 % betragen hat. Somit erreicht die Bruttowertschöpfung aktuell etwa 165 Mrd. €.

### Regulierung oder Deregulierung?

Von „Markt in der Sozialwirtschaft“ kann nur eingeschränkt gesprochen werden. Zwar hat sich durch anhaltende Deregulierungen, z. B. im Bereich der Förderung, der Vorrang planwirtschaftlicher Vorgaben abgeschwächt, indessen kann von einem freien Spiel der Marktkräfte keinesfalls die Rede sein. Das anhaltende Agieren der öffentlichen Hände konterkariert die Grundsätze des sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses, wonach die Kosten sozialer Dienstleistungen in erster Linie die Nachfrager zu tragen haben. Sozialleistungsträger treten nur dann und insoweit ein, als der Leistungsempfänger dem Grunde sowie der Höhe nach einen Anspruch auf Kostenübernahme hat.

### Immobilien bestimmen die „Produktion“ in der Sozialwirtschaft

Die „Produktion sozialer Dienstleistungen“ ist immobilienlastig. Nahezu 90 % der „Produktion“ findet in Spezialimmobilien statt: Krankenhäuser, Fachkliniken, Medizinische Versorgungszentren, Pflegeeinrichtungen, Behinderteneinrichtungen, Kindergärten u.v.a.m.

Der Bereich „Health-Care“ deckt 75 % der Umsätze in der Sozialwirtschaft ab. Innerhalb dieses Segments wiederum stellt der Bereich Pflege einen der Hauptsatzträger dar. Allein die vollstationäre Pflege erreicht eine Umsatzgröße von ca. 26 Mrd. €, davon ca. 5,2 Mrd. € Aufwendungen für Mieten und/oder Pachten.

### Und wer bezahlt? – der Selbstzahler als favorisierter Kunde

Entgegen landläufiger Meinungen zahlt der überwiegende Teil der Bewohner einer vollstationären Pflegeeinrichtung die Kosten selbst (ggf. unterstützt von seinen Angehörigen in gerader Linie). Regional unterschiedlich erreicht der Anteil dieser sog. „Selbstzahler“ bis zu 95 % – z. B. in den neuen Bundesländern –, in Nordrhein-Westfalen liegt er nur bei rund 60 %. Aufgrund verstärkter (Risiko-)Vorsorge privater Haushalte ist zu erwarten, dass der Anteil der Selbstzahler mittelfristig gehalten oder aber sogar ansteigen kann, obwohl mit einer Steigerung der Kosten für Pflegeleistungen und einem allgemeinen Rückgang von Alterseinkünften zu rechnen ist. Gestützt auf ihre Eigenschaft als Selbstzahler werden die Nachfrager selbstbewusster und kritischer. Sie wählen den künftigen „Alterssitz“ vorausschauend nach Leistung und Preis aus. Der Grundsatz der Wohnortnähe beginnt sich vornehmlich in Kreisen der Selbstzahler zu relativieren, die diesen Status aufrechterhalten wollen. Reine „Pflegebatterien“ werden abgelehnt. Präferenz haben qualitativ hochwertige Seniorenzentren, die Wohnen bei zukaufbaren Dienstleistungen – auch Pflege – anbieten. Folglich wird sich der Markt zunehmend mehr zu komplexen Wohn- und Dienstleistungsangeboten hin entwickeln, die ein Dienstleistungszentrum (Ärzte, Apotheke, Physiotherapie, Pflege u. a.) sowie geeignete und flexible Wohnformen – auch als vollstationäre Pflege – integrieren (siehe Kapitel 6). Unabhängig davon werden vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die im Wohngruppencharakter und nach disparaten Indikationen strukturiert sind, auch weiterhin erforderlich sein.

### Wachstumsmarkt Sozialimmobilie

Der Markt für Seniorenimmobilien in Deutschland bleibt auch in Zukunft interessant. Er wird im Gegensatz zu allen anderen Immobilienanlageklassen weniger von konjunkturellen Schwankungen abhängig sein, als vielmehr von politischen Vorgaben sowie soziodemografischen Veränderungen.

Das besondere Interesse, welches die Sozial- bzw. Seniorenimmobilie in der Vergangenheit ausgelöst hat, führte nicht selten dazu, dass institutionelle Investoren Bestände in dieser Assetklasse aufgebaut haben, deren Bestand am Markt nunmehr gefährdet ist. Die Auswahl der jeweiligen Immobilien erfolgte vielfach ohne die erforderliche Vorausschau auf den Markt sowie seine Einflussfaktoren. Daher bedarf es sorgfältiger Analysen der Bestände, insbesondere vor künftigen Ankaufsentscheidungen.

# 3. Seniorenimmobilienmarkt – Ausgangssituation

Dem Bereich Seniorenimmobilien wird ein breites Spektrum unterschiedlicher Immobilienklassen zugerechnet, welche die differenzierten Wohn-, Service- sowie Betreuungs- und Pflegebedürfnisse von Senioren abdecken. Die Verteilung der jeweiligen Angebote ist nicht allein von der „bedürfnisgesteuerten“ Nachfrage der Senioren abhängig, sondern vielfach auch von sozialpolitischen Vorgaben und materiellen Förderungen. Folglich hat sich ein breit aufgefächertes Angebot entwickelt. Die Dynamik der demografischen Entwicklung hat einerseits das Nachfragewachstum beschleunigt, andererseits die Akzente zwischen den jeweiligen Angeboten verlagert. Ein Prozess, der sich insbesondere aktuell am Markt bemerkbar macht und auch neue Akteure veranlasst, sich dem Segment der Sozialimmobilien zu öffnen. Diese Trends tangieren in besonderer Weise den Markt für Pflegeimmobilien.

## 3.1 Pflegebedürftigkeit in Deutschland – aktuelle Situation

### Prävalenz Pflegebedürftigkeit und Prävalenz stationäre Quote

Als pflegebedürftig gelten Personen, die von einer dauerhaften, nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung ihres gesundheitlichen Zustandes betroffen sind und folglich Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhalten. Zum 31.12.2011 erhielten

rund 2,46 Mio. Personen Leistungen der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung (SGB XI). Das entspricht einem Anteil von rund 3 % an der gesamten Bevölkerung sowie 11,5 % an den über 65-jährigen. Von den Leistungsbeziehern nach SGB XI wurden rund 758.000 pflegebedürftige Personen (ca. 31 % aller Pflegebedürftigen) in vollstationären Pflegeeinrichtungen beherbergt und versorgt.

Ein Viertel der vollstationär Pflegebedürftigen ist zwischen 65 und 80 Jahre alt, ca. zwei Drittel sind über 80 Jahre.

### Profil der Leistungsempfänger

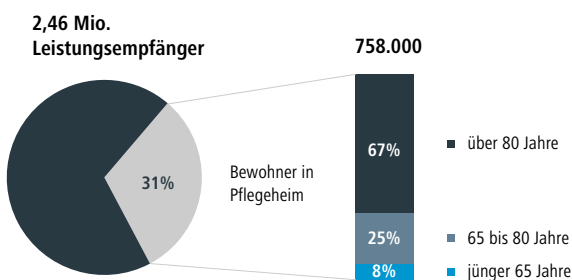
Rund 42,2 % der Empfänger vollstationärer Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung erhielten Leistungen nach Pflegestufe I, weitere 38,3 % nach Pflegestufe II sowie schließlich 19,5 % nach Pflegestufe III.

In der Privaten Pflegeversicherung weicht das Profil der Leistungsempfänger deutlich von dem der Sozialen Pflegeversicherung ab. Die Mehrheit von 43,1 % erhält Leistungen nach Pflegestufe II, demgegenüber lediglich 32,9 % Leistungen nach Pflegestufe I und 24,0 % Leistungen nach Pflegestufe III.

### Veränderungen im vollstationären Bereich

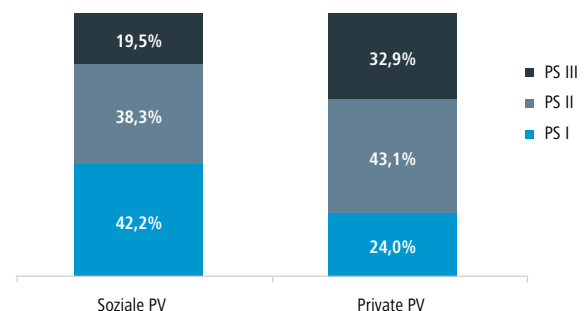
Während in den Jahren 2007 bis 2009 die Nettoeinzugänge in den vollstationären Bereichen rückläufig waren, sind sie seither wieder angestiegen – allein in der Pflegestufe I um 3,2 %.

Abb. 3: Leistungsbezieher der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung



Quelle: Statistisches Bundesamt, CBRE / ITC

Abb. 4: Vergleich Privater mit Sozialer Pflegeversicherung – Leistungsbezieher



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, CBRE / ITC



Tiefenanalysen sowie Sondererhebungen z.B. des Landes Berlin bestätigen diesen Trend. Ebenso scheint zumindest in der Bundeshauptstadt das Einzugsalter in ein Seniorenzentrum langsam zu sinken.

## 3.2 Vollstationäre Pflegeplätze – aktueller Bestand

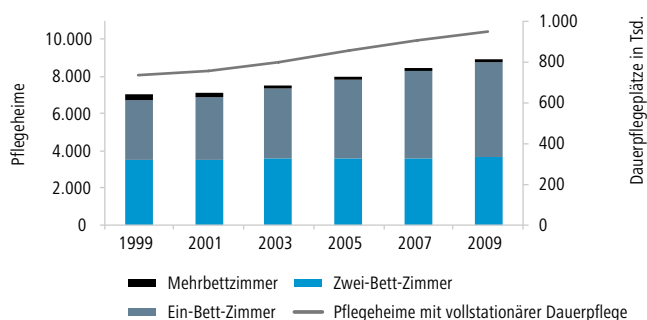
### Spektrum der stationären Pflege

Pflege wird ambulant und / oder stationär erbracht. Den gesetzlichen Leistungsvorgaben nach unterscheidet man im ambulanten Bereich die Pflegegeldleistungen (für häusliche Pflege durch Angehörige) sowie professionelle Pflege durch einen ambulanten Dienst. Im stationären Bereich wiederum wird zwischen dem vollstationären Bereich und dem teilstationären Bereich unterschieden, im vollstationären Bereich wiederum nach temporären Aufenthalten sowie der vollstationären Dauerpflege. Dem teilstationären Bereich ist die Tages- sowie die Nachtpflege zuzurechnen, während die Kurzzeitpflege dem vollstationären Bereich zugeordnet ist. Die drei letztgenannten Leistungsbereiche dienen dem Ziel, häusliche Pflege zu sichern aber die pflegenden Angehörigen temporär zu entlasten. Kurzzeitpflegeplätze können auch als Dauerpflegeplätze genutzt werden, daher werden sie in der Literatur vielfach als „Wandelplätze“ bezeichnet.

### 3.2.1. Quantitative Analyse

Nach der (jüngsten) Pflegestatistik zum Stichtag 15.12.2009 gab es in Deutschland 11.634 stationäre Pflegeeinrichtungen

Abb. 5: Bestandsentwicklung – Pflegeheime & Dauerpflegeplätze



Quelle: Statistisches Bundesamt, CBRE / ITC

mit 818.608 vollstationären Pflegeplätzen, von denen 10.384 Häuser insgesamt 808.213 vollstationäre Dauerpflegeplätze vorhielten. Die Differenz (1.250 Häuser) entfällt auf Häuser, die ausschließlich temporäre Plätze für Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege anbieten.

Der Bestand vollstationärer Pflegeplätze hat seit Einführung der Pflegestatistik im Jahr 1999 um 29,7 % zugenommen. Während 1999 noch 31.505 Plätze (= 5 %) in Mehrbettzimmern (3 und mehr Personen) vorgehalten wurden, waren es 2009 nur noch 1,1 %. Umgekehrt hat sich der Bestand an Plätzen in Einzelzimmern im gleichen Zeitraum von 288.800 auf 474.181 erhöht (+ 64,2 %) und damit ihr Anteil am jeweiligen Platzbestand von 45,7 % im Jahr 1999 auf 57,9 % im Jahr 2009 vergrößert. Das bedeutet, dass sich der Bettenproporz gegenüber dem allgemeinen Zuwachs an vollstationären Dauerpflegeplätzen überproportional verbessert hat. Demgegenüber ist die absolute Anzahl der Plätze in Doppelzimmern nahezu gleich geblieben.

Abb. 6: Korrekturberechnung verfügbarer vollstationärer Dauerpflegeplätze zum 15.12.2009 nach Strukturqualität

Ausgangsbestand vollstationärer Dauerpflegeplätze	808.213
Nicht belegbare Betten in Mehrbettzimmern	-3.050
Betten in zu kleinen Zimmern	-12.250
Betten in ungünstig geschnittenen Doppelzimmern	-13.500
Kurzzeitpflegebetten (ca. 25 % der Wandelbetten)	-7.500
Verfügbare Plätze für die vollstationäre Dauerpflege	771.913

Quelle: Statistisches Bundesamt, CBRE / ITC

### 772.000 verfügbare vollstationäre Dauerpflegeplätze zum Ende 2009

Der Platzbestand wird im Wege der Heimstatistik ermittelt. Der Bestand an so genannten „aufgestellten Betten“ ist nicht identisch mit „belegbaren Betten“. Das trifft in erster Linie die nach wie vor vorhandenen Plätze in Mehrbettzimmern, die der aktuellen und künftigen Rechtslage nach nicht mehr in vollem Umfang belegbar sind. Dadurch entfallen allein rund 3.050 Plätze. Weiterhin entsprechen sowohl Einzelzimmer als auch Doppelzimmer nicht mehr den Größenvorgaben der Landesheimgesetzte. Nicht selten liegen die Größen zahlreicher Zimmer auch aktuell unter den Vorgaben der Heimmindestbauverordnung oder erreichen sie nur knapp. Nach Schätzungen von CBRE / ITC dürften etwa 1,5 % der Bestandsplätze entfallen, das sind in absoluten Zahlen rund 12.250 Plätze. Darüber hinaus sind Zimmer teilweise unvorteilhaft gestaltet, so dass Pflegebetten (ca. 13.500 Plätze) nicht in der Weise aufgestellt werden können, dass sie von drei Seiten

zugänglich sind. Das erschwert die Belegung dieser Zimmer. In Doppelzimmern kann vielfach aus den gleichen Gründen kein zweites Bett aufgestellt werden.

Ausweislich der aktuellen Pflegestatistik sind von den Plätzen der vollstationären Pflege 30.529 (= 3,7 %) Plätze definiert, die flexibel für Kurzzeitpflegeplätze genutzt werden können (so genannte „Wandelpflegeplätze“). Unter Marketinggesichtspunkten bildet das Angebot von Kurzzeitpflegeplätzen für die Unternehmer ein unverzichtbares Instrument der „Kundengewinnung“. Allein aus diesem Grund werden sich die Häuser diesen wertvollen Akquiseweg nicht durch Dauerbelegungen „verbauen“. Der Stichtagserhebung zum 15.12.2009 nach sind 17.819 vollstationäre Pflegeplätze mit Kurzzeitpflegebewohnern belegt, wovon nach Abzug der ausschließlich für Kurzzeitpflege zur Verfügung stehenden Plätze (10.395) weitere 7.424 Wandelpflegeplätze für die Kurzzeitpflege verwendet werden. Daher sollte man davon ausgehen, dass zumindest 25 % der zur Verfügung stehenden Wandelpflegeplätze (das entspricht in etwa dem Delta aus Soll-Plätzen sowie Ist-Belegung) nicht für die Dauerpflege verfügbar sind.

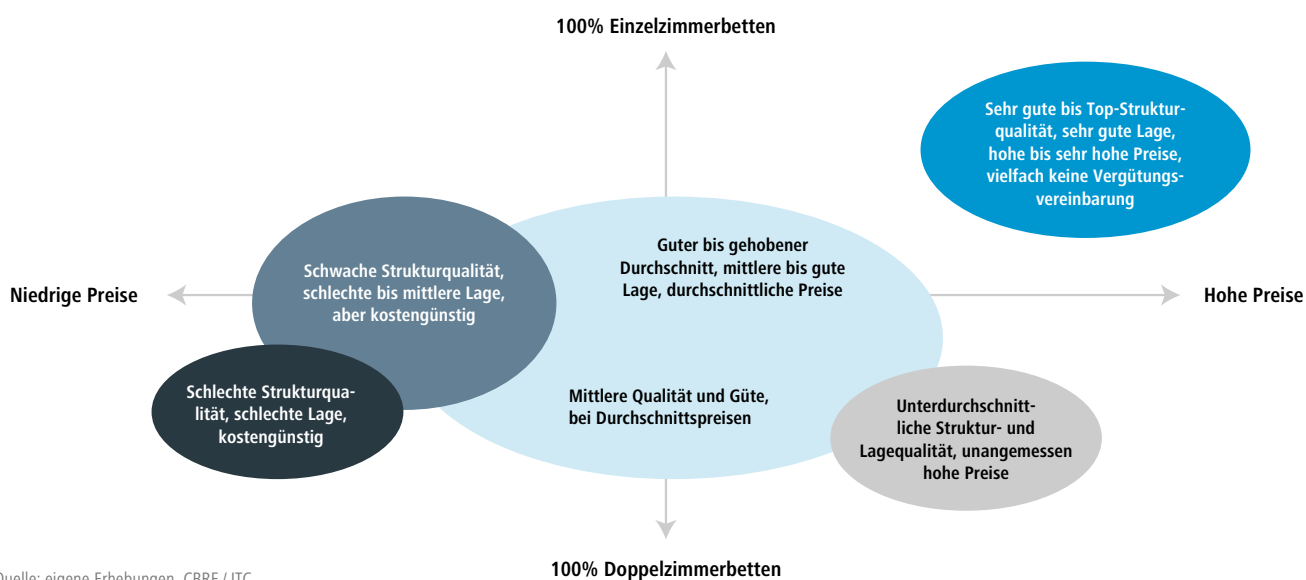
Folglich stehen der Nachfrage nach vollstationärer Dauerpflege (Stand 15.12.2009) rund 772.000 Plätze zur Verfügung.

### 3.2.2. Qualitative Analyse

#### 30 % aller bestehenden Pflegeplätze sind nicht mehr marktfähig

Die Darstellung bildet die visualisierte Auswertung sämtlicher vollstationärer Pflegeheime in sechs Großstädten, sieben mittleren Städten sowie 25 Landkreisen unter Wettbewerbsgesichtspunkten ab (Wettbewerbsvorteilsmatrix nach Zimmerproporz sowie Preisen). Somit ist eine näherungsweise durchaus repräsentative Einwertung des gesamtdeutschen Bestands möglich. Danach sind etwa 30 % sämtlicher Plätze nicht mehr marktfähig, weil sie entweder von ihrer Strukturqualität oder von ihrer Lage und Ausstattung nicht mehr den Erwartungen der Nachfrager entsprechen. Ein Drittel dieser Plätze ist immerhin von ihrem Preis her „tolerabel“ während ein weiteres Drittel von den aufgerufenen Preisen her nicht konkurrenzfähig ist.

Abb. 7: Pflegeimmobilienbestand – qualitativ



### 3.3 Belegungssituation der vollstationären Pflegeplätze

Mit der Stichtagserhebung zum 15.12.2009 lebten in den vollstationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland 717.490 Personen, die auch Leistungen nach SGB XI erhalten haben. Von ihnen waren 7,0 % jünger als 65 Jahre, 23,7 % zwischen 65 und 80 Jahre alt sowie 69,3 % über 80 Jahre alt.

#### Belegung auch mit Personen, die keine Leistungen nach SGB XI beziehen

In vollstationären Pflegeheimen leben jedoch nicht allein Leistungsempfänger nach SGB XI, sondern auch Bewohner, die keine Leistungen nach diesem Gesetz erhalten oder erhalten können. In erster Linie handelt es sich hierbei um Personen, die in der so genannten Pflegestufe 0 in einer Senioreneinrichtung leben, oder Personen, die zwar pflegebedürftig sind, aber keinen Leistungsanspruch nach SGB XI haben.

#### Nachfrage nach 767.500 vollstationären Dauerpflegeplätzen im Jahr 2009

Während es sich im ersten Fall um Personen handelt, die aus persönlichen Gründen den Aufenthalt in einem Seniorenzentrum suchen und die Kosten in vollem Umfang selbst tragen, handelt es sich im zweiten Fall um Personen, bei denen durch den Sozialhilfeträger ein „Heimbetreuungsbedarf“ festgestellt wurde und dieser auch die Kosten übernimmt. Hinsichtlich der Personengruppe mit „Heimbetreuungsbedarf“ liegen Zahlen vor: Danach erreicht diese Gruppe etwa einen Anteil von rund 2,5 % (oder

Abb. 8: Nachfrage nach vollstationären Dauerpflegeplätzen zum 15.12.2009

Leistungsbezieher nach SGB XI in vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen	717.490
Empfänger von Leistungen mit „Heimbetreuungsbedarf“	+18.000
Reine Selbstzahler der Pflegestufe 0	+25.000
Pflegebedürftige ohne Anspruch auf Leistungsbezug SGB XI „Hilfe zur Pflege“	+7.000
Gesamte Nachfrager nach vollstationären Dauerpflegebetten	767.490

Quelle: Statistisches Bundesamt, CBRE / ITC

rund 18.000 Personen) der Bewohner von Pflegeeinrichtungen. Einer Schätzung der Bundesregierung aus dem Jahr 2006 nach leben insgesamt rund 50.000 Personen in Pflegeeinrichtungen, die keine Leistungen nach SGB XI erhalten (können). Nach Schätzungen von CBRE / ITC entfallen davon rund 25.000 auf „reine Selbstzahler“ in der Pflegestufe 0 und schlussendlich rund 7.000 auf pflegebedürftige Personen, die mangels „Versicherungseigenschaft“ keinen Anspruch nach SGB XI geltend machen können. Sie erhalten in vollem Umfang Hilfe zur Pflege nach SGB XII.

#### Nahezu kalkulatorische Vollbelegung von belegbaren Plätzen

Im Ergebnis standen den rund 772.000 (baulich) belegbaren vollstationären Dauerpflegeplätzen rund 767.500 Nachfrager nach vollstationären Dauerpflegeplätzen zum 15.12.2009 gegenüber. Allein von daher kann man durchschnittlich von einer annähernden Vollbelegung der belegbaren Plätze sprechen.

Der allgemeine Trend, wonach zunehmend mehr Doppelzimmer als Einzelzimmer an Selbstzahler zu einem erhöhten Investitionskostensatz „verkauft“ werden, wurde bei der vorangegangenen Berechnung noch nicht berücksichtigt. Über die exakte Zahl gibt es keinerlei statistische Angaben, jedoch liegt nach Schätzungen von CBRE / ITC der Anteil dieser Bewohner bundesweit bereits bei rund 1,25 % (oder ca. 10.000).

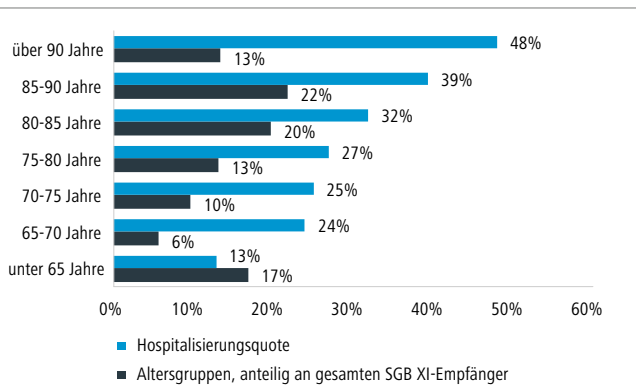
### 3.4 Hospitalisierungsquote

Unter „Hospitalisierungsquote“ versteht man den Anteil an Pflegebedürftigen, die vollstationär betreut werden (müssen). Das Risiko pflegebedürftig zu werden, steigt mit zunehmendem Alter an, das „Hospitalisierungsrisiko“ nimmt jedoch weit überproportional zu. So liegt derzeit die Hospitalisierungsquote bei den 65-jährigen bis 80-jährigen bei rund 26 %, bei den 80-jährigen bis 85-jährigen springt sie bereits auf 32 %, bei den 85-jährigen bis 90-jährigen liegt sie bei 39 % und bei den über 90-jährigen bei 48 %.

#### Mit zunehmendem Alter steigt die „Heimnotwendigkeit“ sprunghaft an

Führt also der medizinische Fortschritt zu einer weiteren Erhöhung der Lebenserwartung und der Zahl Hoch- und Höchstbetagter, so ist eine exponentielle Steigerung der Pflegebedürftigkeit und der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen zu erwarten.

Abb. 9: Hospitalisierungsquote nach Altersgruppen

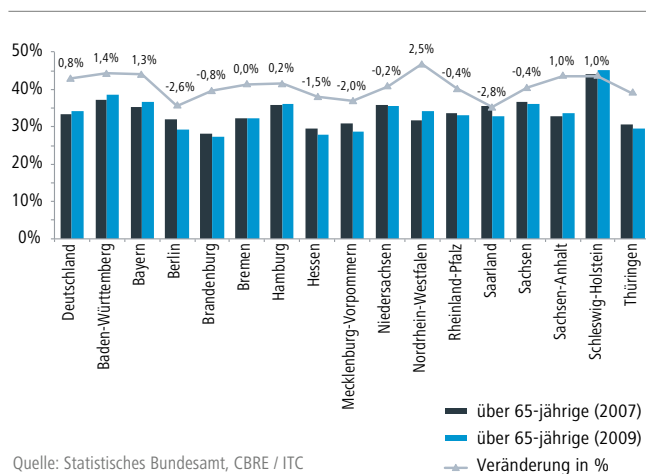


Quelle: Statistisches Bundesamt, CBRE / ITC

Die Hospitalisierungsquote weicht sowohl im Vergleich der Bundesländer als auch der Landkreise und einzelner Kommunen erheblich voneinander ab. Im Bundesdurchschnitt liegt sie bei 30,7 %, bei den über 65-jährigen sind es 34,3 %. Die höchste Hospitalisierungsquote bei über 65-jährigen zeigt das Land Schleswig-Holstein mit 45,2 %, die niedrigste Brandenburg mit 27,4 %.

Die Unterschiede in den Hospitalisierungsquoten können nicht in erster Linie mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit in Korrelation gesetzt werden und auch nicht unmittelbar als Sogwirkung vorhandener Angebote eingestuft werden.

Abb. 10: Hospitalisierungsquote der über 65-jährigen 2007 und 2009



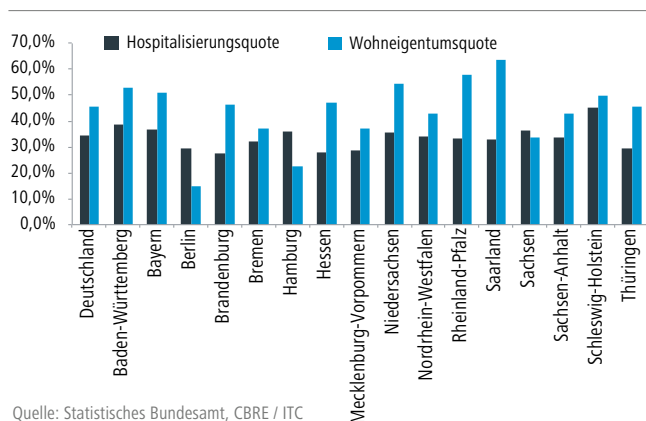
Quelle: Statistisches Bundesamt, CBRE / ITC

### Deutliche Unterschiede auf regionaler Ebene

Die Regionalität der Präferenzen und / oder Notwendigkeiten eines vollstationären Aufenthaltes bestätigt auch der Vergleich der Entwicklungen der Jahre 2007 mit 2009 in den einzelnen Bundesländern. In neun von 16 Bundesländern ist die Hospitalisierungsquote zurückgegangen – am stärksten in Berlin (- 2,6 %), am geringsten in Niedersachsen (- 0,2 %) –, ansonsten ist sie weiter gestiegen – am stärksten in Nordrhein-Westfalen (+ 2,5 %), am geringsten in Hamburg (+ 0,2 %).

Eindeutige Erklärungen lassen sich nicht finden. Am Beispiel der Bundesländer Brandenburg sowie Mecklenburg-Vorpommern lässt sich zumindest zeigen, dass der Trend zu einer höheren Professionalisierung allein wegen der durch Abwanderungen ausgelösten abbröckelnden familiären Unterstützungspotenziale unvermindert anhält und weiter steigt. Allerdings nimmt der Grad der Unterbringung in vollstationären Häusern hingegen nicht zu. Einer Untersuchung des Landesgesundheitsamtes in Brandenburg nach würden zahlreiche pflegende Angehörige einen vollstationären Platz für ihre jeweiligen Gepflegten präferieren, sofern diese Plätze in ausreichender Zahl und in entsprechender Qualität verfügbar wären.

Abb.11: Gegenüberstellung Wohneigentumsquote mit Hospitalisierungsquote



Quelle: Statistisches Bundesamt, CBRE / ITC

### Kein Zusammenhang zwischen Wohneigentumsquote und stationärer Pflege

Vielfach wird vermutet, dass eine hohe Wohneigentumsquote daran hindert, in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung umzuziehen. Die nachfolgende Grafik lässt keinen dahingehenden unmittelbaren Zusammenhang erkennen. Folglich dürften auch die vermuteten Zusammenhänge, wie sie im Nürnberger Modell der Berechnung von Bedarfsindikatoren eingestellt sind, empirisch nur begrenzt belastbar sein. Der Autor sieht in einer hohen Wohneigentumsquote einen nachhaltigen bedarfsmindernden Faktor.

## 3.5 Rechtliche Rahmenbedingungen

Durch die am 1.9.2006 in Kraft getretene „Föderalismusreform I“ ist die Gesetzgebungskompetenz für das Heimrecht trotz heftiger Kritik aus allen Reihen auf die 16 Landesgesetzgeber (Bundesländer) übergegangen.

### Neue Rechtslage nach Verlagerung der Zuständigkeit auf die Länder

Als Folge der Übertragung der Gesetzgebungskompetenz des Bundes im Rahmen der „öffentlichen Fürsorge“ (Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG) auf die Länder mussten gesetzliche Neuregulungen entwickelt werden. Danach ist auch das so genannte „Heimordnungsrecht“ auf die Bundesländer übergegangen, die in unterschiedlicher Form von der „neugewonnenen“ Kompetenz bzw. Verpflichtung Gebrauch gemacht haben und den ordnungsrechtlichen Teil des Heimrechts in Landesgesetzen neu gefasst haben. Der „zivilrechtliche“ Teil verblieb in der Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes, der das Heimvertragsrecht im „Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG)“ vom 31.7.2009 mit Wirkung zum 1.10.2009 neu geregelt hat.

### 16 unterschiedliche Heimgesetze und Verordnungen

Die Bundesländer können nunmehr eigene Landesheimgesetze beschließen und die baulichen Mindestanforderungen an Pflegeeinrichtungen eigenständig regeln. Eine Mehrheit der Bundesländer hat hier bereits reagiert und eigene Landesheimgesetze und zum Teil auch schon Landesheimbauverordnungen erlassen. Als einziges Bundesland behält Thüringen erst einmal die bundesrechtlichen Regelungen bei.

Die Änderung des Grundgesetzes in diesem Bereich hatte keine sachlichen, sondern alleine politische Gründe. Kritiker bemängeln insbesondere die Gefährdung der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse und ein schwierigeres Planungs- und Finanzierungsumfeld für Investoren und Betreiber durch eine „Rechtszersplitterung“.

Am weitesten fortgeschritten sind die Gesetzgeber in Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen. In diesen Bundesländern existieren sowohl Landesheimgesetze als auch landesrechtliche Heimmindestbauverordnungen.

In der Praxis wird die Arbeit mit dem Heimrecht zusätzlich dadurch erschwert, dass in den Bundesländern, in denen noch keine landesheimrechtlichen Regelungen – gemäß Artikel 125 a GG – existieren, das Bundesheimgesetz und die Bundes-Heimmindestbauverordnung weiterhin gelten. In den meisten Bundes-

ländern existieren zwar Landesheimgesetze, aber noch keine landesrechtlichen Heimmindestbauverordnungen. In diesen Bundesländern gilt daher bis auf weiteres die Bundes-Heimmindestbauverordnung fort.

Während sich Investoren und Heimbetreiber also früher am Bundesheimgesetz und der Heimmindestbauverordnung als verlässlichen Rechtsquellen orientieren konnten, rücken nunmehr bei Investitionsentscheidungen die einzelnen, zudem in der Erprobungsphase befindlichen, landesrechtlichen Heimbauverordnungen in den Vordergrund.

Die Bandbreite der einzelnen Landesheimgesetze reicht von einer weitgehenden Orientierung an den vormals existierenden Regelungen des Bundesheimgesetzes bis hin zu völlig neuen Ansätzen. Diese Vielfalt gilt dann auch für die einzelnen Landesheimbauverordnungen.

Bestehende Einrichtungen können sich in den einzelnen Ländern, wenn überhaupt, nur auf eingeschränkten baulichen Bestandschutz berufen. Einige Länder sehen aber zumindest großzügige Übergangsfristen und Befreiungsmöglichkeiten vor.

### Steigende bauliche Anforderungen

Bei einem Blick auf die einzelnen Landesgesetze lässt sich als allgemeiner Trend festhalten, dass die baulichen Anforderungen an Pflegeeinrichtungen weiter steigen werden. Die Interessen des einzelnen Heimbewohners rücken in den Vordergrund. So ist das Einzelzimmer nach den Vorstellungen etlicher Landesgesetzgeber der Regelfall, das Doppelzimmer die Ausnahme bzw. sogar ein Auslaufmodell. Außerdem steigen die Anforderungen an die Größe der Pflegezimmer und die Sanitäreinrichtungen. Der längerfristige Trend dürfte sogar hin zur Sanitäreinrichtung pro Bewohner gehen und spiegelt damit das gestiegene Komfortbedürfnis der Pflegebedürftigen wider. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass in den nächsten Jahren die ersten Nachkriegsjahrgänge verstärkt Leistungen der Pflegeeinrichtungen abfragen werden.

Insbesondere die bevölkerungsreichen Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg sehen zukünftig einen besonders hohen Anteil an Einzelzimmern vor. In diesen Ländern reicht dies von einer angemessenen Verteilung (Bayern), 80 % (Nordrhein-Westfalen) bis hin zu 100 % (Baden-Württemberg).

Neben qualitativen Vorgaben haben einzelne Bundesländer Regelungen getroffen, wonach die maximale Bettenkapazität neuer vollstationärer Einrichtungen begrenzt ist. In Nordrhein-Westfalen ist die Platzzahl auf 80 begrenzt, in Baden-Württemberg liegt die Obergrenze für neue Häuser bei 100 Dauerpflegeplätzen.

Abb. 12: Ableitung eines Trends der wesentlichen landesrechtlichen Bestimmungen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Kriterien	zu erwartender Wert / gesamtd deutscher Trend
Anzahl vollstationärer Pflegeplätze	100 Betten
EZ-Anteil	mind. 80 %
EZ-Größe	mind. 14 m <sup>2</sup>
DZ-Größe	mind. 20 m <sup>2</sup>
NGF je Bewohner	mind. 45 m <sup>2</sup>
Nasszelle	je Bewohner

Länder, die Ausführungsverordnungen haben: Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen

Quelle: Dr. Ulbrich & Kaminski, CBRE / ITC

Im Ergebnis und ausgehend von den bevölkerungsreichen Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg lässt sich der Trend ableiten, dass die baulichen Anforderungen an neu zu errichtende und bestehende Einrichtungen steigen werden. Der Trend geht langfristig hin zu Einzelzimmern und individuellen Sanitäreinrichtungen pro Bewohner. Das deckt sich auch mit den präferierten Wünschen der Nachfrager und somit dem Markttrend.

### Im Ergebnis – hoher Substitutionsbedarf nach einzelnen Landesgesetzen

Die Verlagerung der Gesetzgebungskompetenz auf die Landesebene führt in der Praxis durch die „Rechtszersplitterung“ dazu, dass Investitionsentscheidungen in Zukunft unnötig erschwert werden. Da sich viele der landesrechtlichen Gesetze in der Erprobungsphase befinden, ständig Gesetzesänderungen erfolgen, die gesetzliche Entwicklung also „im Fluss“ ist, wird der Beratungsbedarf für Investoren und Betreiber steigen. Erneut zeigt es sich, dass der Staat als Partner für Leistungserbringer und als Garant von Rechten von Bürgern unkalkulierbar ist.

Die künftigen rechtlichen Rahmenbedingungen lösen den hohen Anspruch in den jeweiligen „Programmbestimmungen“ in ihrer materiellen Ausgestaltung nicht oder nur begrenzt ein. Vielfach haben die Bundesländer auf eine Quantifizierung des Bettenproporztes verzichtet. Dort wo eine Festlegung erfolgte, geht sie – mit Ausnahme der Vorgaben für das Bundesland Baden-Württemberg – an den Kundenerwartungen vorbei. Unterstellt man jedoch einen durchschnittlichen Einzelzimmeranteil von 80 %, sind in den kommenden Jahren rund 40.000 zusätzliche Einzelzimmerplätze erforderlich. Würde man den Erwartungen

der Nachfrager folgen, wären es sogar 200.000 bis 270.000 Plätze, da diese auch im „Krisenfall“ Pflege erwarten, ausschließlich in Einzelzimmern leben zu können. Das steigende Bedürfnis nach „Komfort im Alter“ würde sich daher mit den hohen Ansprüchen nach Individualität in den Landesgesetzen decken.

### Exkurs – Folgen des Urteils des BSG für die Refinanzierung der Investitionen

Das Bundessozialgericht hat am 8.9.2011 vier Urteile (Az. B 3 P 4 / 10 R, B 3 P 2 / 11 R, B 3 P 3 / 11 R und B 3 P 6 / 10 R) gefällt, die gravierende Auswirkungen auf die Finanzierung von Pflegeeinrichtungen haben. In den Verfahren klagten geförderte vollstationäre Pflegeeinrichtungen gegen den Zustimmungsbeschcheid zur gesonderten Berechnung von Investitionsaufwendungen nach § 82 Absatz 3 SGB XI. Gegenstand der Rechtsstreitigkeiten waren die Umlage der Positionen Eigenkapitalverzinsung für Grundstückerschließungskosten, Rückstellungen für künftige Investitionen in Form von Ersatzbeschaffungen sowie für Instandhaltungs- und Instandsetzungsmaßnahmen und Erbbauzins.

Die Kernaussagen der Entscheidungen des Bundessozialgerichts sind:

- Investitionsaufwendungen sind nicht auf der Grundlage einer prospektiven Kalkulation umzulegen, sondern aufgrund einer retrospektiven Betrachtung der tatsächlichen Kosten. Das bedeutet, dass die Umlage prospektiv kalkulierter, fiktiver oder pauschalierter Kosten ausscheidet. Ebenfalls sind die kalkulierten Wiederbeschaffungskosten und pauschalieren Instandhaltungs- bzw. Instandsetzungskosten nicht umlagefähig.
- Pauschalierter Auslastungsgrade sind bei der Umlage der Investitionsaufwendungen unzulässig. Die Pflegeeinrichtung muss den tatsächlichen Auslastungsgrad beachten.
- Kosten mit einem Bezug zum Grundstück sind nicht umlagefähig. Insbesondere ist die Umlage von Fremd- und Eigenkapitalzinsen unzulässig. Denn § 82 Absatz 3 SGB XI sieht im Rahmen der Investitionskostenberechnung keine (versteckten) Gewinne des Trägers vor. Gewinnerwartungen sind allein bei den Vergütungen für Pflegeleistungen, Unterkunft und Verpflegung nach § 82 Absatz 1 zu realisieren.
- Beim Mietmodell ist dies allerdings anders. Dort sind die Mieten umlagefähig, denn Miete, Pacht und auch Erbbauzins vermitteln regelmäßig keinen Vermögenswert, der später vom Träger verwertet werden kann.
- Die Zustimmungserklärungen zur gesonderten Berechnung von Investitionsaufwendungen nach § 82 III SGB XI dürfen ebenfalls aufgrund der laufenden Veränderlichkeit der

umzulegenden Aufwendungen nicht unbefristet erteilt werden. Grundsätzlich ist die Zustimmung begrenzt für das jeweilige Rechnungsjahr zu erteilen.

Abschließend stellte das BSG die Pflicht auf, dass die Ausführungsbestimmungen der Länder nach § 82 Absatz 3 Satz 3 SGB XI und Vereinbarungen, die diesen Grundsätzen nicht genügen und Ansprüche auf eine Umlage auch tatsächlich nicht angefallener Aufwendungen begründen, nur noch bis zum 31.12.2012 als zulässig akzeptiert werden.

### 3.6 Künftige Pflegebedürftigkeit sowie Nachfrageentwicklung nach Pflegeplätzen

Der Markt befindet sich in einer nachhaltigen Umbruchphase. Sie wird insbesondere durch Trends folgender drei Faktoren getragen: Demografie, Öffentliche Hand und den Kunden.

Die Nachfrage respektive Marktgerechtigkeit zahlreicher Sozialimmobilien sowie der Anlagehorizont der Investoren sind vielfach nicht mehr deckungsgleich mit der Folge, dass zahlreiche Bestände restrukturiert werden müssen. Künftige Ankaufentscheidungen sollten daher sorgfältig auf ihre Nachhaltigkeit vor dem Hintergrund allgemeiner Trends, disperser demografischer Entwicklungen sowie einer sich wandelnden Nachfrage- und Wettbewerbsstruktur überprüft werden.

Abb. 13: Einflussfaktoren des Pflegemarktes und Trends

Faktor	Trend
Demografie	Wandel des demographischen Aufbaus der Bevölkerung, Anstieg der Lebenserwartung, wachsende Risiken (Multimorbidität, Demenz), Rückgang familiärer Unterstützungspotenziale u.a.
Öffentliche Hand	Veränderungen politischer Vorgaben, Einschränkung der Kalkulierbarkeit der Politik, Rückzug der öffentlichen Hände aus der Objektförderung,
Kunde	Wandel des Nachfragerverhaltens

Quelle: CBRE / ITC

### 3.6.1. Nachfrageentwicklung – qualitativ

Mit dem Thema der „Neuorganisation“ des Wohn- und Lebensumfeldes im Alter hat sich die Immobilienwirtschaft in zweifacher Hinsicht beschäftigt: Zum einen ist es von Bedeutung, in welchem Alter die Beschäftigung mit einem möglichen Umzug „Entscheidungsreife“ erreicht und zum anderen welche Wohnform dann präferiert sowie auch letztlich gewählt wird.

#### TOP-Motiv – höhere Altersgerechtigkeit des künftigen Wohnumfeldes

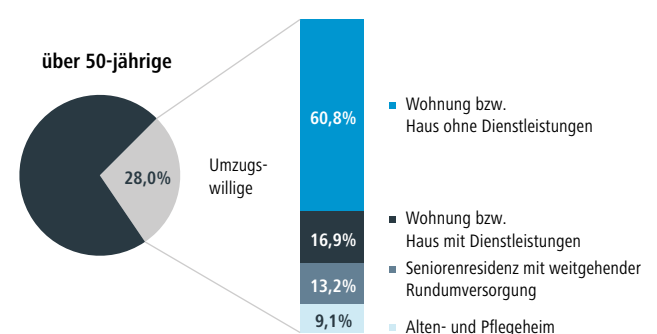
Die relevante Altersschwelle liegt interessanterweise bei 50 Jahren. Bezieht man das Ergebnis auf die Alterskohorten 50 bis 75 Jahre, dann sind davon nahezu 30 % bereits umzugswillig.

Demnach befinden sich rund 7,2 Mio. Menschen „auf dem Sprung“. Die Motive fächern sich breit auf (siehe Abb. 15).

Höchste Priorität sowie Häufigkeit kommt den altersrelevanten Themenbereichen zu: Verbesserung der Wohnqualität (bei Beeinträchtigungen), Nähe zu Dienstleitungen sowie Altersgerechtigkeit des Standorts (kurze Wege u.a.).

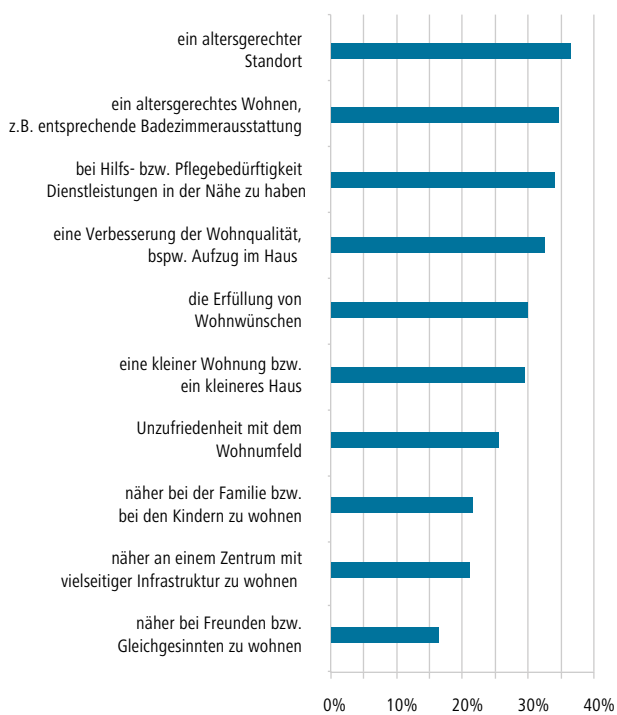
Gefragt nach den jeweiligen Wohnformen, kann sich von den Umzugswilligen immerhin jeder 10. den Umzug in ein Alten- und Pflegeheim vorstellen. Rund 30 % wünschen ein dienstleistungsgestütztes Umfeld – das entspricht etwa 2,1 Mio. Menschen –, fast die Hälfte dieser Gruppe eine Rundumversorgung – das sind rund 1 Mio. Menschen. Immerhin beschäftigen sich 720.000 der über 50-jährigen mit der Frage, ob sie zu einem späteren Zeitpunkt in ein Alten- und Pflegeheim umziehen wollen.

Abb. 14: Umzugswillige / -bereitschaft von über 50-jährigen



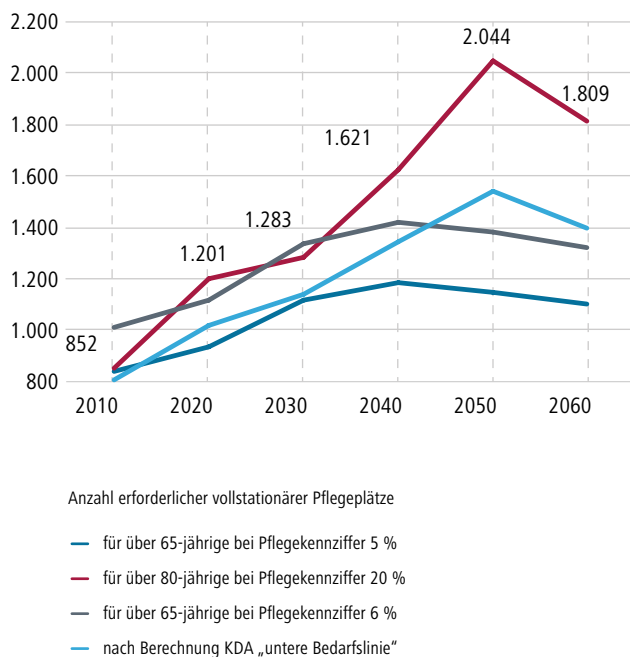
Quelle: LBS, CBRE / ITC

Abb. 15: Beweggründe für einen Wohnungswechsel bei über 50-jährigen



Quelle: LBS, CBRE / ITC

Abb. 16: Vergleich der prognostizierten Bedarfsgößen nach verschiedenen Berechnungsmodellen



Quelle: Statistisches Bundesamt, CBRE / ITC

### Dienstleistungsangebote zwingend für Wohnumfeld

Wenngleich die Mehrheit der befragten Altersgruppe lediglich in eine andere Wohnung umziehen will, ist es doch bei einem erheblichen Teil der „Middle-Ager“ bei der Neuordnung des Wohn- und Lebensumfeldes wahlentscheidend, ob es hinreichend Assistenzangebote im Umfeld gibt oder ob die Option für eine Rundumversorgung möglich ist. Keiner der Befragten konnte es sich vorstellen, die einmal getroffene Umzugsentscheidung noch einmal zu wiederholen. Das heißt, dass in aller Regel die abschließende Wahl als eine definitive Umzugsentscheidung getroffen werden wird. Von daher liegt es nahe, komplexe Wohn- und Dienstleistungslösungen zu entwickeln, die eine flexible Nutzung von Wohnangeboten bei hinreichender Dienstleistungs-dichte und -qualität auch im „Krisenfall“ Pflege sichern.

### 3.6.2. Nachfrageentwicklung – quantitativ

Das Pflegeversicherungsgesetz kennt den Vorrang „ambulant vor stationär“ sowie den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“. Daher wird anhaltend darüber diskutiert, welche Indikationen den Umzug in eine vollstationäre Einrichtung unvermeidbar machen bzw. umgekehrt, unter welchen Voraussetzungen ein Verbleib im eigenen Wohnumfeld möglich ist.

Es ist keine Frage, dass die Senioren im Krisenfall Pflege die vertraute Umgebung präferieren. Indessen stehen Senioren in der Regel nicht erst in dieser Krisensituation vor der Entscheidung, ihr Wohnumfeld den gewandelten Lebensumständen anzupassen. Daher hat sich die Altersforschung bereits vor geraumer Zeit mit der Thematik der „Umzugsanlässe“ sowie der „Umzugsmotivation“ befasst.

Danach gibt es einen breiten Fächer von Motiven sowie dann auch konkreten Anlässen, die Wohnung sowie das Wohnumfeld neu zu wählen. Im Kern steht das Ziel, sich mit der Wahl der Wohnung sorgfältig auf kommende vorhersehbare Risiken im fortschreitenden Alter vorzubereiten. Daher werden mögliche Wohnangebote danach ausgewählt, dass sie ein Leben ohne Barrieren ermöglichen und dass im Umfeld verlässliche Serviceangebote verfügbar sind und bei Bedarf abgerufen werden können. Priorität haben Wohnungen, die letztlich auch bei Pflege ein hohes Maß an Sicherheit und Qualität bieten und ohne lange Wege und Wartezeiten verfügbar sind.

### Bedarf an zusätzlichen 2,5 Mio. seniorengerechten Wohnungen

Diesen Prioritäten folgend hat das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) einen Bedarf von rund 2,5 Mio. Wohnungen für diesen Nachfragerkreis ermittelt. Um dem hohen Sicherheitsbedarf



dieser Gruppe nachzukommen und die flankierenden Dienstleistungen sicher zu stellen, sind aktuell Konzepte im Gespräch, welche die „differenzierten Bedarfe“ quartiersnah darstellen: Komplexeinrichtungen, die verschiedene Wohn- und Pflegeangebote flexibel miteinander verknüpfen und ein breites Spektrum an Dienstleistern – von der Arztpraxis bis zum häuslichen Dienstleister – anbinden. Die Hürden für die Entwicklung sowie Implementierung geeigneter Strukturen liegen weniger auf der konzeptuellen oder investiven Ebene sondern vielmehr in der fehlenden Flexibilität der Kostenträger im Bereich Pflege sowie angrenzender (Gesundheits-)Dienstleistungen. Die Kostenträger fordern eine – den bestehenden gesetzlichen Vorgaben folgende – stringente Trennung von stationär und ambulant, verschließen sich aber einer sinnvollen Integration, z.B. über einen gestaltungsfähigen Gesamtversorgungsvertrag.

### Unterschiedliche Szenarien

Die gegenwärtigen Entwicklungen sind widersprüchlich. Ebenso die Prognosen, die eine hinreichend sichere Zukunftsbasis darstellen könnten. Die Konzepte für Seniorenresidenzen sind buchstäblich in die Jahre gekommen und werden mittlerweile nach „Generationen“ gezählt. Dadurch kann allenfalls eine qualitative Verbesserung nach innen erreicht werden. Erste Quartierskonzepte entstehen, nach wie vor vergütungsseitig auf tönernen Füßen. Indessen werden bereits Zukunftsszenarien – hier federführend von der Bank für Sozialwirtschaft – entwickelt, die von einem künftig hinreichend funktionierenden und wachsend aufnahmefähigen ambulanten Bereich ausgehen. Den Berechnungen nach werden nämlich die derzeit bestehenden vollstationären Plätze (rund 808.000) bis zum Jahr 2040 ausreichend sein können, weil die Pflegestufe I (das sind immerhin 320.000 Personen) und das Delta zu sämtlichen weiteren Pflegebedürftigen, die nach derzeitigen Berechnungen eine Zahl von rund 450.000 Personen erreichen werden, nicht mehr in klassischen Pflegeheimen betreut werden müssen.

Diesen Zukunftsszenarien stehen konkrete Erfahrungen und Erhebungen z.B. der Senatsverwaltung in Berlin konträr entgegen, wonach

- die Zahl vollstationär Pflegebedürftiger erneut steigt,
- zunehmend mehr Menschen bereits in Pflegestufe I in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung umziehen,
- die Zahl der Bewohner in Pflegestufe 0 stabil bleibt bzw. zunimmt und
- zunehmend mehr Bewohner ein Doppelzimmer als Einzelzimmer mieten.

Nach Einschätzungen der statistischen Landesämter wird in Deutschland die Nachfrage nach professioneller Pflege weiter steigen und zugleich der Bedarf an vollstationären Plätzen den

Bedarf an ambulanter Pflege überholen. Sie führen das unter anderem darauf zurück, dass der ambulante Bereich mit der rasch wachsenden Zahl professionell zu betreuender Pflegefälle überfordert ist und dass zugleich die familiären und verwandtschaftlichen Pflegepotenziale rasch sinken.

### Ergänzungsbedarf bis 2030: 380.000 Plätze

Folglich kann man auch weiterhin davon ausgehen, dass in Deutschland bis in das Jahr 2030 schätzungsweise mehr als 1,2 Mio. Menschen auf vollstationäre Pflege angewiesen sein werden. Auf Basis der zum Ende 2009 verfügbaren rund 772.000 vollstationären Pflegeplätze und unter der Annahme der Herstellung weiterer neuer Pflegeheime in den Jahren 2010 bis Mitte 2012 von rund 50.000 Plätzen (ca. 20.000 Plätze p. a.), sind zusätzlich 380.000 vollstationäre Pflegeplätze bis 2030 erforderlich. In diese „Nachfrageabdeckung“ können durchaus Komplexeinrichtungen einbezogen werden, sofern sie quantitativ in hinreichendem Umfang – z.B. gemeinsam mit der Wohnungswirtschaft – geschaffen werden können. Den wachsenden Pflegebedarf ausschließlich im ambulanten Bereich versorgt wissen zu wollen, würde diesen Sektor völlig überfordern.

### Ungebrochenes Wachstum der Pflegebedürftigen und Demenzkranken bis 2050

Dem Demografiebericht der Bundesregierung (Oktober 2011) nach wird die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2020 um rund 20 % auf dann 2,9 Mio. und bis 2030 um weitere 17 % auf 3,37 Mio. Menschen ansteigen. Damit erhöht sich die Zahl der Pflegebedürftigen bezogen auf das Jahr 2010 um 40 %. In dieser Hochrechnung ist das Pflegerisiko durch die überproportionale Zunahme demenzieller Erkrankungen noch nicht hinreichend abgebildet. Ebenso ist davon auszugehen, dass die Zahl von 1,2 Mio. Demenzkranker, die heute in Deutschland leben, bis zum Jahr 2030 auf etwa 1,8 Mio. ansteigen und sich bis zum Jahr 2050 verdoppeln wird.

In den Jahren zwischen 2050 und 2060 wird die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen ihren Höhepunkt erreichen. Geschuldet ist dies der Alterung der geburtenstarken 1960er-Jahrgänge (Baby-Boomer) und der mit einer zunehmenden Lebenserwartung wachsenden Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden. Während die Altersgruppe der über 65-jährigen bereits in der Dekade zwischen 2040 und 2050 zurückgeht, wächst die Gruppe der Hochaltrigen weiter und wird auch noch zu einem weiteren Nachfrageschub nach vollstationären Plätzen beitragen. Die Nachfrage wird erst in den Jahren nach 2050 merklich zurückgehen.

Das in die Prognoserechnung eingegangene Basisszenario unterstellt gleichbleibende Prävalenzraten (Def.: Verbreitungsgrad z.B.

einer Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit nach Stufen). Verschärfende Nachfragetreiber – wie z.B. höhere Lebenserwartung, Multimorbidität sowie Demenz – sind in die Berechnungen noch nicht eingegangen. Umgekehrt sind mögliche Verschiebungen der Pflegebedürftigkeit in ein höheres Lebensalter unberücksichtigt geblieben. Die Darstellung deckt sich mit den Einschätzungen sämtlicher Statistischen Landesämter, wonach der Trend zur Professionalisierung der Pflege nicht umkehrbar ist und die Nachfrage nach vollstationärer Betreuung schneller wachsen wird, als nach ambulanter Pflege bzw. Pflegegeldleistungen. Die Grafik veranschaulicht ergänzend, dass der „Peak“ des Wachstums der Pflegefälle um das Jahr 2050 erreicht ist. Danach wird die Anzahl der Pflegefälle zurückgehen, lediglich der Anteil der über 80-jährigen wird ansteigen.

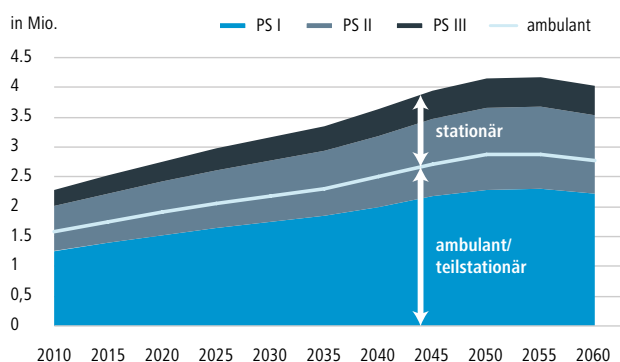
Diese Trendeinschätzung ist zunächst die Folge der kontinuierlich ansteigenden Lebenserwartung, mit der eine stationäre Betreuungsbedürftigkeit deutlich wächst. Ende 2010 waren rund 46 % aller ambulant versorgten Pflegebedürftigen bereits über 80 Jahre alt, im stationären Bereich waren es hingegen rund 63 %.

### Rückgang häuslicher Betreuungspotenziale

Erschwerend kommt hinzu, dass die Betreuungspotenziale im häuslichen und familiären Bereich kontinuierlich zurückgehen, insbesondere bedingt durch

- eine zunehmende Singularisierung,
- allgemein sinkende Anteile der Bevölkerung im Erwerbsalter,
- wachsende Berufstätigkeit von (bislange pflegenden) Frauen,
- konkurrierende Berufsfelder „Erzieher versus Pflege“,
- hohe berufliche Mobilität der jüngeren Generation sowie
- eine wachsende Überforderung der bereits älteren Pflegepersonen.

Abb. 17: Prognose Pflegebedürftige



Quelle: Statistisches Bundesamt, CBRE / ITC

### Zusätzlicher Bedarf aufgrund Multimorbidität und Demenz bis 2030: 150.000 Plätze

Im Ergebnis ist nach Schätzungen von CBRE / ITC davon auszugehen, dass aufgrund eines Anstieges dementieller Erkrankungen und Multimorbidität einerseits sowie rückläufiger familiärer Betreuungsmöglichkeiten andererseits ein zusätzlicher Bedarf vollstationärer Pflegeplätze i.H.v. rund 150.000 Plätzen bis zum Jahr 2030 erforderlich ist.

### Regionalisierung der Nachfrage

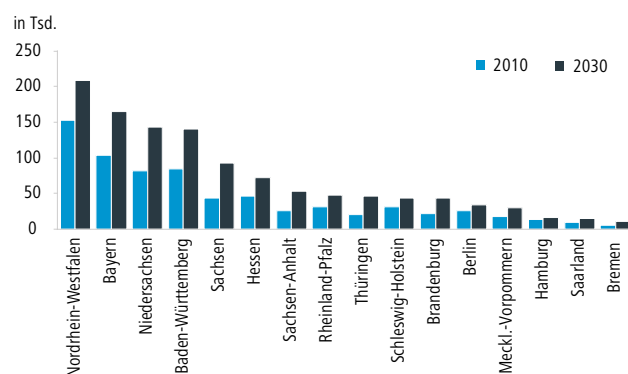
Die deutlich abweichenden demografischen Verläufe in den Bundesländern führen zwangsläufig auch zu erheblichen Abweichungen im Bevölkerungsaufbau sowie in der Nachfrage nach vollstationären Pflegeeinrichtungen.

Nach Auswertung der vorliegenden regionalen Anpassungen der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Bundes werden die Flächenstaaten und zugleich bevölkerungsreichsten Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen den größten Zuwachs an Pflegebedürftigen haben. Allein mehr als jeder zweite künftig Pflegebedürftige (58 %) lebt in diesen Bundesländern. Mit Ausnahme der Stadtstaaten Hamburg und Bremen sowie dem Saarland werden die geringsten Wachstumsraten an stationär Pflegebedürftigen vornehmlich in Ostdeutschland aufgrund des bereits heute schon schrumpfenden Bevölkerungsanteils zu verzeichnen sein.

### Anstieg der Nachfrage nach Pflegeleistungen in suburbanen Regionen

Aufbauend auf den regionalisierten Daten der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes hat das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung die

Abb. 18: Prognose Pflegebedürftiger nach Bundesland (nur vollstationäre Dauerpflege)



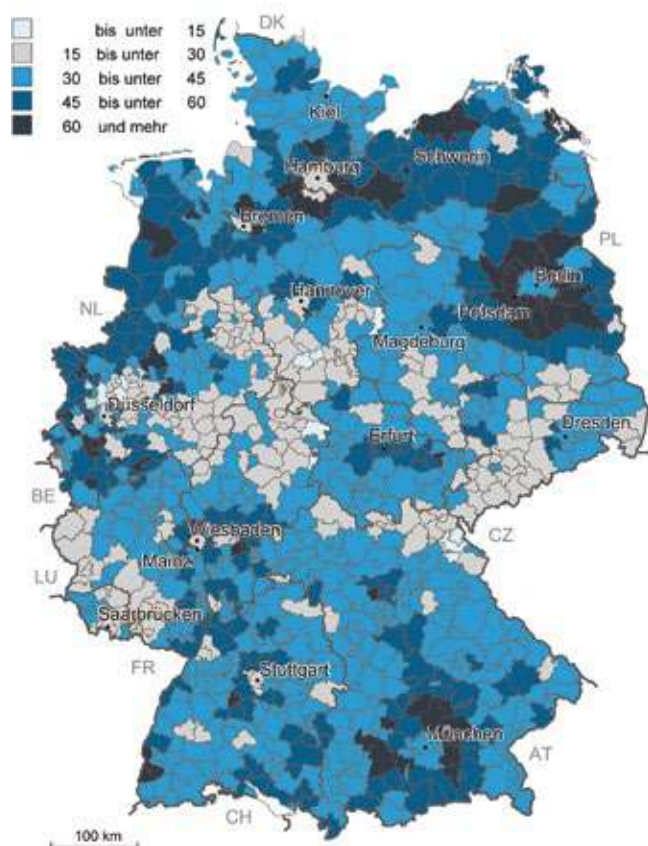
Quelle: Statistisches Bundesamt, CBRE / ITC

Entwicklung der Nachfrage nach Pflegeleistungen bis in das Jahr 2030 auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte prognostiziert. Damit wurden die Folgen von regionalen Wanderungen, großflächigen Konversionen, Entwicklungen der Wirtschafts- sowie Siedlungsstrukturen abgebildet. Auffällig ist hierbei, dass zukünftig die generelle Nachfrage nach Pflegeleistungen in Städten wie Hannover, Nürnberg, Bonn oder Freiburg sowie im suburbanen Raum der Großstädte Berlin, Hamburg, München, Köln, Frankfurt und Stuttgart bis in das Jahr 2030 erheblich ansteigen wird. In anderen Regionen steigt sie nur mäßig an. Es ist auch erkennbar, dass sie in einzelnen Kommunen wegen anhaltender Bevölkerungsverluste sogar fallen wird.

### Folgen der wachsenden Nachfrage in und um Ballungszentren

Die wachsende Nachfrage nach Pflegeleistungen in großstädtischen sowie suburbanen Räumen zieht ein Folgeproblem nach sich. Vollstationäre Häuser sind dort wegen der hohen Grundstückspreise nur mehr begrenzt innerhalb der üblichen Rahmen-

Abb. 19: Veränderung der Pflegebedürftigen nach Landkreisen und kreisfreien Städten bis zum Jahr 2030



Quelle: BBSR, CBRE / ITC

größen für Investitionsfolgekosten darstellbar. Daher kommt es zu großräumigen Wanderungen von Pflegebedürftigen z.B. aus dem Großraum München ins flache Land nach Oberbayern, Schwaben, Niederbayern sogar bis in die Oberpfalz, aus dem Großraum Hamburg nach Holstein u.a.. Besonders mobil zeigen sich hier Selbstzahler, die durch die gezielte Wahl eines Seniorenzentrums ihren Status als Selbstzahler erhalten wollen.

## 3.7 Exkurs – Pflegekräfte

In einem Pflegeheim sind neben den Pflegekräften noch weitere Berufsgruppen in verschiedenen Funktionsbereichen beschäftigt. Hierbei handelt es sich um den Bereich Hauswirtschaft, den Sozialdienst, ggf. den Bereich Physio- und Ergotherapie, die Verwaltung sowie den Bereich Haustechnik.

Die jeweilige Anzahl der Mitarbeiter bestimmt sich nach Personalanhaltswerten, die wiederum den Vergütungsverhandlungen zugrunde liegen. Für den Bereich Pflege sind diese in der so genannten „Heimmindestpersonalverordnung“ geregelt, die auch nach der Föderalismusreform in der Zuständigkeit des Bundes verblieben ist. Danach ist festgelegt, dass das Pflegepersonal aus Fach- und Hilfskräften besteht, welche Vorbildungen für die jeweiligen Tätigkeitsbereiche qualifizieren sowie die so genannte Fachkraftquote (derzeit 50 %).

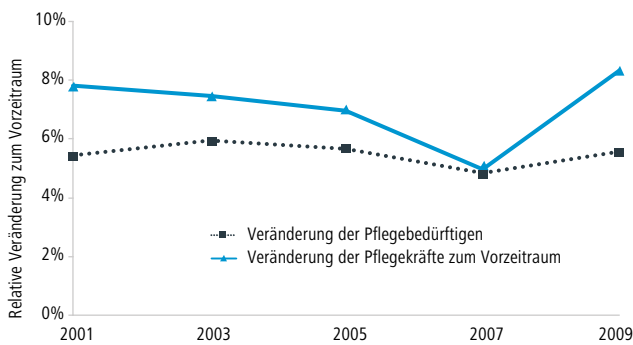
Angeführt durch die gewerblichen Betreiber kam es in zahlreichen Pflegebetrieben zu (weiteren) Betriebsaufspaltungen, bei denen Teileleistungen (z.B. Reinigung, Catering, Haustechnik) durch „Out-Sourcing-Prozesse“ in teils eigene Betriebe ausgelagert und gleichzeitig die Leistungen zugekauft wurden. Die bislang in diesen Funktionsbereichen tätigen Mitarbeiter wurden in aller Regel von den Lieferfirmen oder den Dienstleistern übernommen und sind von der „Pay-Roll“ des Pflegebetriebes verschwunden. Daher kam es zu einem Abbau von Beschäftigten in diesen Betrieben.

Umgekehrt wurden in den vergangenen Jahren die Personalschlüssel (teilweise) verbessert, wodurch es zu einem Anstieg der Beschäftigten im Pflegebereich gekommen ist.

Zwischen 1990 und 2009 ist die Zahl der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen um 30,6 % gestiegen, die Zahl der Pflegekräfte (Tätigkeitsbereich: Pflege und Betreuung) jedoch um 43,8 %.

Aufgrund der steigenden Nachfrage nach vollstationären Plätzen wird sich der Fachkräftemangel im Pflegesektor jedoch

Abb. 20: Pflegebedürftige und Beschäftigte in Pflegeheimen



Quelle: Statistisches Bundesamt, CBRE / ITC

zusehends verschärfen. Dieser Fachkräftemangel wirkt sich gegenwärtig bereits – vornehmlich in Ballungszentren und somit in den künftigen Nachfrageschwerpunkten – nachteilig auf die Auslastungsquoten von Häusern aus. Konkret können derzeit in Frankfurt und in München wegen fehlender Fachkräfte – trotz hoher Nachfrage nach Plätzen – die Häuser vielfach nicht weiter belegt werden.

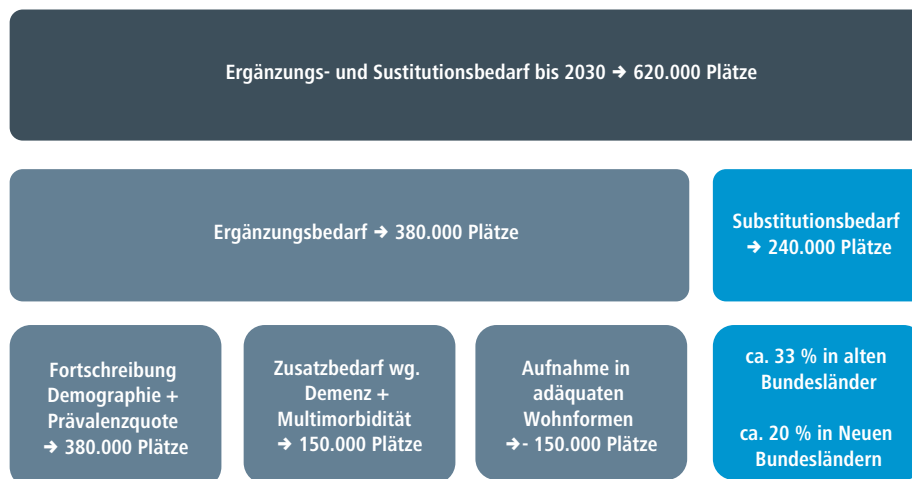
### 3.8 Zusammenfassung Seniorenimmobilienmarkt

Die Gegenüberstellung des demografischen Effekts zu einem gewandelten Nachfragerverhalten führt zwangsläufig zu einer Modifikation der bislang üblichen Form der Fortschreibung eines Bedarfs an vollstationären Pflegeplätzen. Ohnehin wird der „planwirtschaftliche“ Begriff „Bedarf“ dem Begriff „Nachfrage“ weichen (müssen), weil die Kunden kritischer werden, aber auch in ihrer Mehrheit über hinreichend Risikokaufkraft verfügen werden, um die nicht durch die Pflegeversicherung gedeckten Kosten der Pflege selbst zu tragen.

#### 380.000 zusätzliche Plätze mit vollstationärer Versorgung

Die Umzugswünsche von Senioren schließen eine Seniorenresidenz aktuellen Zuschnitts keinesfalls aus. Ganz im Gegenteil ist ein Leben dort auch von vielen präferiert. Indessen verweisen weitere Nachfrageindikatoren darauf, dass „seniorengerechtes“ Wohnen innerhalb eines Netzes von unterstützenden aber auch pflegerischen Dienstleistungen von nahezu einem Drittel der „umzugswilligen“ Senioren gewünscht wird.

Abb. 21: Zusammenfassung Prognose erforderlicher vollstationärer Pflegeplätze bis 2030



Quelle: Statistisches Bundesamt, CBRE / ITC

Daher fächert sich die Nachfrage bis zum Jahr 2030 künftig wie folgt auf:

- Die „Fortschreibung“ des Bedarfs nach klassischen Anhaltswerten führt zu einem Ergänzungsbedarf von 380.000 vollstationären Plätzen;
- Wachsende demenzielle Erkrankungen und Multimorbidität einerseits sowie rückläufige familiäre Betreuungsmöglichkeiten andererseits führen zu einer weiteren Steigerung des Bedarfs um rund 150.000 Plätze;
- Auf der anderen Seite werden künftig mehr Nachfrager auf geeignete, quartiersnahe „Wohnungen mit Service“ und Pflegeangeboten – bevorzugt in Komplexeinrichtungen oder „intelligenten“ Quartierslösungen – ausweichen;
- Dadurch kommt es zu einem „Substitut“ von vollstationären Plätzen vornehmlich bei Nachfragern mit Unterstützungsbedarf (Pflegestufe 0) sowie bei Pflegestufe I. Für die „Größe“ dieses Effekts liegen keine belastbaren empirischen Anhaltspunkte vor, dieser wird von CBRE / ITC etwa mit 150.000 Plätze geschätzt;
- Der Bedarf an Wohnungen mit Dienstleistungsangeboten ist hoch, er muss teils durch Neubauten bzw. durch Restrukturierung von Bestandsbauten geschaffen werden.
- Ergänzend muss das Spektrum seniorengerechter Wohnformen (Betreutes Wohnen, Wohnen mit Concierge, Serviced Senior Apartments, etc.) weiter aufgefächert und um innovative Quartierskonzepte erweitert werden („Lebensform Generationencampus“), um die künftigen Wohnwünsche von Senioren aufgreifen zu können.

Im Ergebnis ist mit einem Ergänzungsbedarf von 380.000 Pflegeplätzen mit vollstationärer Versorgung zu rechnen.

### **Bedarf an zu restrukturierenden vollstationären Pflegeplätzen bis 2030: 240.000 Plätze**

Über diesen Ergänzungsbedarf hinaus sind weitere Investitionen in bestehende Pflegeplätze unabdingbar, die aufgrund ihres Alters sowie ihres technischen Zustands sowie weiterer Strukturchwächen den künftigen gesetzlichen Vorgaben nicht standhalten und/oder aus weiteren Gründen nicht mehr wettbewerbsfähig sind. Nach Schätzungen von CBRE / ITC ist von einem Substitutionsbedarf i.H.v. ca. 30 % bzw. 240.000 Plätzen des zum Ende des Jahres 2009 bestehenden Pflegeheimbestandes auszugehen.

Obwohl in den neuen Bundesländern aufgrund der in der Vergangenheit stark geförderten neuen Seniorenzentren ein geringerer Renovierungsbedarf besteht, ist der Anpassungsbedarf für einen angemessenen Einzelzimmerstandard teilweise hoch oder sehr hoch. Das scheint einzelne Bundesländer veranlasst zu haben, hierzu keine quantitativen Vorgaben getroffen zu haben. Hinsichtlich der Flächen und weiterer Strukturanforderungen orientieren sich manche Verordnungen zu den baulichen Mindeststandards an den nicht marktgerechten Standards der alten Heimmindestbauverordnung (insbesondere bei den Vorgaben zu dem Mindestflächenbedarf).

Der Ausbaugrad sowie die Gestaltung des ambulanten Sektors und die nach wie vor fehlende Verzahnung mit dem Wohnumfeld einerseits sowie die weitgehend fehlende Seniorengerechtigkeit des Wohnungsbestandes andererseits machen es unwahrscheinlich, dass kurzfristig tatsächlich ein nennenswerter Teil der derzeitigen Nachfrage nach vollstationären Plätzen in Seniorenzentren durch alternative Angebote kompensiert werden kann. Dies ist auch deshalb nicht kurzfristig realisierbar, da nach Berechnungen des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) ein Ergänzungsbedarf an seniorengerechten Wohnungen von 2,5 Mio. Einheiten besteht. Das bestätigt die Aussage, wonach ein wachsender Pflegebedarf die Nachfrage nach vollstationären Angeboten weitgehend parallel ansteigen lässt.

# 4. Investmentmarkt – Maßgebliche Bestimmungsgrößen von vollstationären Einrichtungen

## 4.1 Gesamtinvestitionsaufwand bis 2030

Die zu erwartenden Nachfragezuwächse im Bereich der vollstationären Dauerpflege werden die Immobilienbranche vor erhebliche Herausforderungen stellen. Insgesamt werden bis zum Jahr 2030 etwa 380.000 zusätzliche Betreuungsplätze entstehen müssen, um die wachsende Nachfrage seitens der Pflegebedürftigen abzudecken. Gleichzeitig ist aufgrund des hohen Sanierungsstaus vieler Pflegeimmobilien mit einem erheblichen Revitalisierungs- bzw. Ersatzbedarf zu rechnen.

### Gesamtinvestitionsaufwand bis 2030: 54 Mrd. €

Ungeachtet der Möglichkeiten der Nutzung alternativer Betreuungsformen wird der zukünftige Bedarf ausschließlich durch Neubau sowie Aufrechterhaltung des Bestands von Pflegeimmobilien erfolgen. Für dieses Szenario wird nach Berechnungen von CBRE / ITC mit einem Gesamtinvestitionsvolumen von rund 54 Mrd. € zu rechnen sein (zu heutigen Preisen). Etwa 60 % dieses Volumens, also rund 33 Mrd. €, entfallen hierbei auf den Neubau von Pflegeimmobilien, die verbleibenden 21 Mrd. € auf die Erhaltung bereits bestehender Häuser.

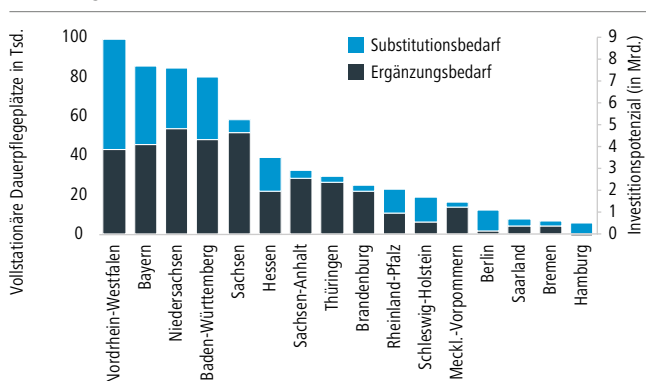
Analog zur räumlichen Verteilung des Ergänzungsbedarfs fällt mit ca. 16,5 Mrd. € rund die Hälfte des Investitionspotenzials für den Bau neuer Pflegeheime allein auf die Flächenstaaten Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Bayern und Baden-Württemberg. Hinsichtlich des Revitalisierungs- bzw. Ersatzbedarfs liegt das Investitionspotenzial anteilmäßig sogar noch etwas höher. Dies ist jedoch nicht ausschließlich auf die höheren Bestandszahlen an Pflegeheimen in diesen Ländern zurückzuführen, sondern insbesondere auch auf die ältere Bausubstanz im Vergleich zu Ostdeutschland. Demzufolge wird der Ersatzbedarf in den neuen Bundesländern bis 2030 grundsätzlich niedriger eingeschätzt.

### Rund 18 Mrd. € Investitionspotenzial für Einrichtungen mit mehr als 100 Plätzen

Die künftige Entwicklung weist eindeutig auf so genannte „Komplexeinrichtungen“. Das sind Seniorenzentren, die neben genuinen Pflegeplätzen Wohnungen anbieten, für die auch (ambulante) Pflegeleistungen erbracht werden. Vornehmlich in Nordrhein-Westfalen – aber auch in anderen Bundesländern – werden diese Häuser 80 vollstationäre Pflegeplätze mit 20 bis 30 Wohnungen kombinieren. Bei der Investmentkalkulation als auch für die Refinanzierung werden die Wohnungen mit Pflegeplätzen gleichgestellt.

Von daher wird nach Berechnungen von CBRE / ITC die aus Investorensicht bedeutsame Teilmenge für Investitionsobjekte mit mindestens 100 Einheiten je Objekt auf einen Neubaubedarf von rund 1.500 Seniorenzentren bis 2030 definiert. Das entspricht einem Gesamtinvestitionsvolumen von 13,5 Mrd. €. Ein zusätzlicher Investitionsbedarf von rund 4,2 Mrd. € entsteht im gleichen Zeitraum durch die Revitalisierung von rund 650 Pflegeimmobilien mit 100 und mehr Betten.

Abb. 22: Prognostizierte zusätzliche und zu ersetzende oder zu modernisierende Plätze



Quelle: Statistisches Bundesamt, CBRE / ITC

## 4.2 Renditeentwicklung & Investmenttransaktionen

Seit dem Jahr 2005 ist der Kaufpreis für Pflegeimmobilien kontinuierlich angestiegen. Höhepunkt war das Jahr 2007. So wurde noch im Sommer des Jahres 2007 für Top-Objekte das 14- bis 15-fache des Jahresrohertrages am Investmentmarkt erzielt. In den Folgejahren pendelten sich die Kaufpreise wieder auf einem relativ moderaten Marktniveau ein.

### Kontinuierlicher Anstieg des Transaktionsvolumens seit 2008

In den Jahren 2008 und 2009 ging das gesamte Investmentvolumen auf rund 200 bzw. 210 Mio. € zurück, es stieg seither jedoch wieder kontinuierlich an und erreichte im Jahr 2011 ein Volumen von rund 350 Mio. € – überwiegend getragen von Käufen durch offene und geschlossene Immobilienfonds. Darunter sind Spezialfonds wie der Catella Real Estate AG, Reef Spezial Invest GmbH und AXA Investment Managers Deutschland GmbH oder geschlossene Vehikel der ILG Fonds GmbH sowie der Immac Immobilienfonds GmbH. Letzterer erwarb im Dezember 2011 drei Pflegeimmobilien in Norddeutschland mit insgesamt 315 Pflegeplätzen für rund 27,5 Mio. € (exkl. Erwerbsnebenkosten). Dem Fondsinitiator zufolge entspricht dies dem 12,6-fachen der anfänglichen Jahresgesamtpacht bzw. einer Bruttoanfangsrendite von 7,93 %.

Der Investmentmarkt für Pflegeimmobilien wird auch 2012 weiterhin durch die Aktivitäten institutioneller Investoren bestimmt. So kaufte die INP Holding zunächst im Januar dieses Jahres ein Objekt mit 100 Pflegeplätzen in Haßloch sowie im Mai ein weiteres löffelfertiges Objekt mit 159 Pflegeplätzen in Worms für ein geschätztes Investitionsvolumen von rund 8 Mio. € bzw. 18,5 Mio. €. Nach Angaben von INP entspricht dies in beiden

Abb. 24: Ausgewählte Investmenttransaktionen

Datum	Käufertyp	Transaktionsform	KP*
Q 3 2011	Geschlossener Fonds	Portfolio	62,0
Q 4 2011	Geschlossener Fonds	Portfolio	27,5
Q 1 2012	Geschlossener Fonds	Single Asset	22,7
Q 2 2012	Immobilien-gesellschaft	Single Asset	19,5
Q 2 2012	Geschlossener Fonds	Single Asset	18,5
Q 3 2012	Andere	Portfolio	17,0
Q 2 2012	Andere	Portfolio	16,0
Q 4 2011	Geschlossener Fonds	Single Asset	14,0
Q 2 2012	Immobilien-gesellschaft	Single Asset	11,4
Q 3 2012	Spezialfonds	Single Asset	8,0
Q 1 2012	Geschlossener Fonds	Single Asset	8,0
Q 3 2011	Asset Manager	Single Asset	7,2
Q 1 2012	Andere	Single Asset	7,0

\* ca. Kaufpreis in Mio. €

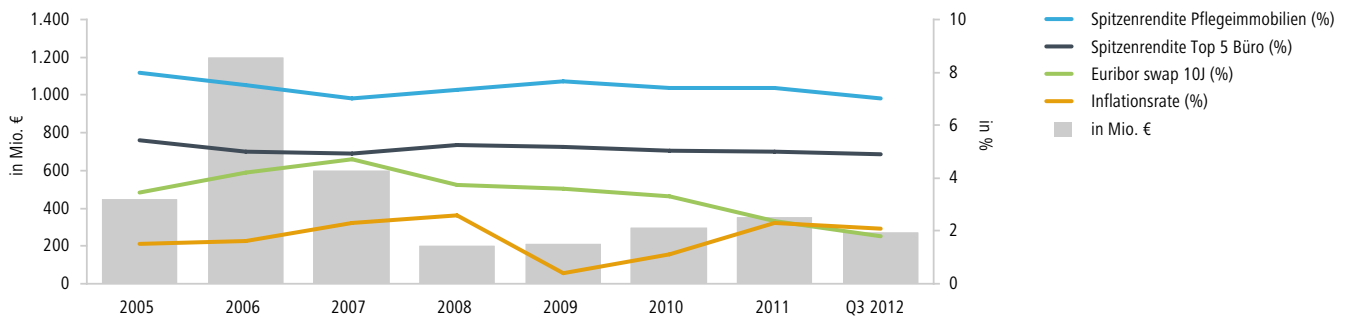
Quelle: CBRE / ITC

Fällen dem 12,9-fachen der Jahresmiete und damit einer Bruttoanfangsrendite von 7,75 %.

### Zunahme des Marktanteils von „Aufteilern“

Bis zum dritten Quartal 2012 wurden bereits Transaktionen mit einem Gesamtvolumen von rund 312 Mio. € registriert. Für das

Abb. 23: Investmenttransaktionen bei Pflegeimmobilien



Quelle: HSH Nordbank, CBRE / ITC

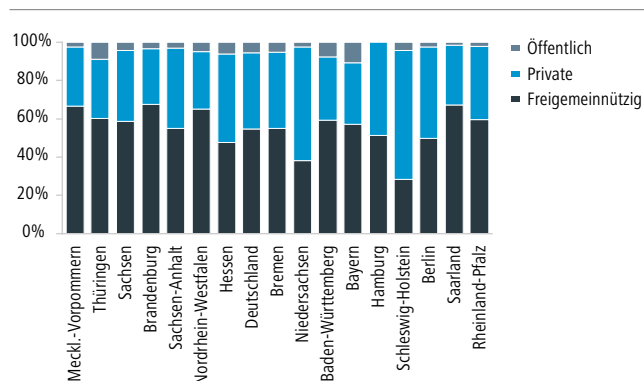
gesamte Investmentjahr 2012 kann somit zuversichtlich von der Fortsetzung des seit mittlerweile drei Jahren anhaltenden Trends ansteigender Transaktionsvolumina im Segment der Pflegeimmobilien ausgegangen werden. Auffällig dabei ist, dass von den in 2012 registrierten Transaktionen die sog. „Aufteiler“, die neue Pflegeeinrichtungen über den Verkauf von einzelnen Pflegeapartments (Teileigentum) an private Kapitalanleger vertreiben, einen Anteil von rund 30 % ausmachen.

### Erhebliche Steigerung der Nettoanfangsrenditen

Insgesamt liegen die Vervielfältiger für Pflegeimmobilien aktuell zwischen dem 12,5- und 13,7-fachen der Jahresmiete, so dass von einer Nettoanfangsrendite von 6,25 % bis 7,00 % auszugehen ist. Bei Objekten in den Wirtschaftszentren und strukturstarken Regionen sind Vervielfältiger von bis zum 15-fachen bzw. Nettoanfangsrenditen von bis zu 5,60 % zu erzielen. Die Steigerung des Ankaufsfaktors bzw. ein Absinken der Nettoanfangsrendite ist auch der starken Zunahme der Geschäftsaktivitäten von „Aufteilern“ geschuldet. Mit zunehmender Markttransparenz ist jedoch von einer fortschreitenden Spreizung der Renditen bzw. der Vervielfältiger zwischen Objekten mit gutem und weniger gutem Abschneiden hinsichtlich der Investitionskriterien auszugehen. Aktuell werden im Vergleich zu den Top-Objekten für in die Jahre gekommene, nur unterdurchschnittliche Objekte an weniger guten Standorten Vervielfältiger um das 1,1-fache aufgerufen.

In diesem Zusammenhang sind neben dem Bundesland, dem Standort, dem baulichen Zustand und der Flexibilität des Gebäudes, insbesondere auch die Refinanzierungsfähigkeit des Betreibers, seine langjährige Erfahrung im Pflegebereich – zunehmend auch im Hinblick auf das Thema Personalmanagement – sowie seine Reputation für die Maximierung des Multiplikators ausschlaggebend. Pflegeimmobilien, die von bonitätsstarken Betreibern geführt werden, gelten nicht zuletzt aufgrund des stabilen Cashflows als relativ sichere Anlageklasse.

Abb. 25: Marktaufteilung nach Betreiber (Anzahl der Pflegeheime)



Quelle: Statistische Bundesamt, Statistische Landesämter, CBRE / ITC

## 4.3 Betreiber – Status quo & Entwicklung

Die Betreiberstruktur bei Pflegeheimen in Deutschland ist relativ klar aufgeteilt, weist allerdings bei näherer Betrachtung auf Ebene der Länder unterschiedliche Schwerpunkte auf. So wurden im Jahr 2009 etwa 54,8 % der Pflegeimmobilien von freigemeinnützigen bzw. 39,9 % von privaten Betreibern geführt. Lediglich 5,3 % waren in öffentlicher Trägerschaft. In Hamburg waren nach der Übernahme von „Pflege und Wohnen“ durch einen privaten Betreiber keine öffentlichen Betreiber mehr am Markt tätig. Die höchsten Anteile privater Betreiber – gemessen an der Anzahl der Pflegeheime – finden sich in Schleswig-Holstein und Niedersachsen. Mit einem Marktanteil von 67,5 % bzw. 59,4 % wird der Pflegemarkt dieser beiden Länder von privaten Betreibern dominiert.

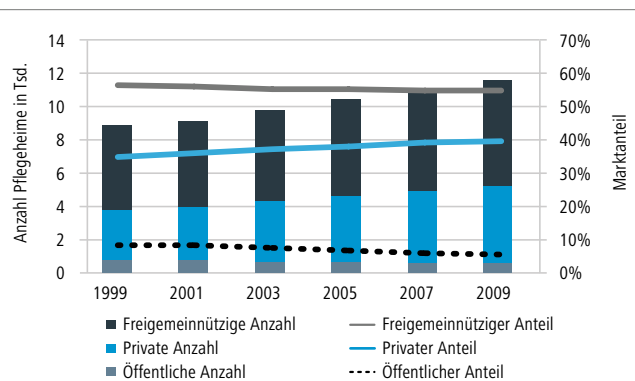
### Fortlaufende Zunahme des Marktanteils privater Betreiber

In der Zeit von 1999 bis 2009 haben sich die Marktanteile deutlich zu Gunsten der privaten Pflegeheimbetreiber verschoben. Zwar hat die Anzahl der Pflegeheime freigemeinnütziger Betreiber um 27 % zugenommen, jedoch hat aufgrund der immens gestiegenen Anzahl privater Pflegeheime um rund 50 % der freigemeinnützige Sektor in Relation zum gesamten Markt Anteile an die privaten Betreiber verloren. Der Anteil des öffentlichen Sektors ging im gleichen Zeitraum von 8,5 % auf 5,4 % zurück und verlor damit weiterhin an Bedeutung. Nur im Freistaat Bayern hielten öffentliche Betreiber 2009 noch einen nennenswerten Marktanteil von 10,7 %.

### Betreiberkonsolidierung

Zwischen 2009 und 2012 ist der Marktanteil der zehn größten privaten Betreiber von 10 % auf 12 % angewachsen. Dennoch

Abb. 26: Entwicklung der Betreiberstruktur



Quelle: Statistisches Bundesamt, CBRE / ITC



ist die private Betreiberlandschaft in Deutschland damit nach wie vor von einer relativ stark fragmentierten Marktstruktur geprägt, so dass auf den Marktführer Pro Seniore lediglich ein Marktanteil von 2,1 % entfällt. Der Trend zeigt jedoch weiter in Richtung steigender Marktanteile privater Betreiber und einer weiteren Konsolidierung.

Abbildung 28: Ausgewählte Betreiber

Träger / Betreiber von Pflegeeinrichtungen	Stationäre Plätze 2011	Stationäre Plätze 2012
Pro Seniore Unternehmensgruppe	18.327	18.768
Kursana	12.600	13.600
Curanum	7.950	8.000
Johanniter Seniorenhäuser	5.568	8.119
Casa Reha	8.217	9.446
Marseille- Kliniken	7.171	8.080
AWO Westliches Westhafen	7.255	7.141
Evangelische Heimstiftung	6.306	6.935
Vitanas + Pflegen und Wohnen	7.543	7.485
Cura Gruppe + Maternus- Kliniken	5.770	5.726

Quelle: CarÉ Invest, CBRE / ITC

## 4.4 Investitionsfolgekosten

Betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen einer Pflegeimmobilie – wie z.B. ihre Herstellungskosten, die Instandhaltung oder die Bedienung von Fremdkapitalzinsen – werden, sofern nicht öffentlich bezuschusst, umgelegt und entsprechen damit der Kaltmiete, die von den Bewohnern aufzubringen ist.

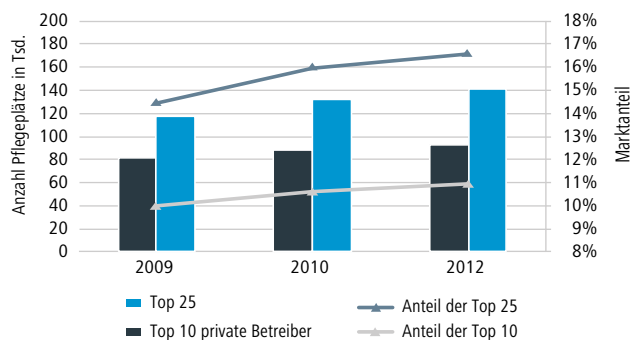
### Preissteigerung für Herstellungskosten

Bei anhaltendem Trend der seit 2010 wieder ansteigenden Baukosten für Pflegeheime, werden sich auch die Investitionskosten weiter erhöhen. Laut Baukosteninformationszentrum ist die Herstellung eines Pflegeplatzes für die Kostengruppen 300 und 400 (Baukonstruktionen und technische Anlagen) nach einem Rückgang in 2010 in den letzten zwei Jahren wieder insgesamt um 5,1 % teurer geworden. In strukturstarken Wirtschaftsregionen sind nach Angaben von Marktteilnehmern Preissteigerungen von bis zu 9,0 % zu verzeichnen.

### Investitionskosten bei privaten Betreibern am höchsten

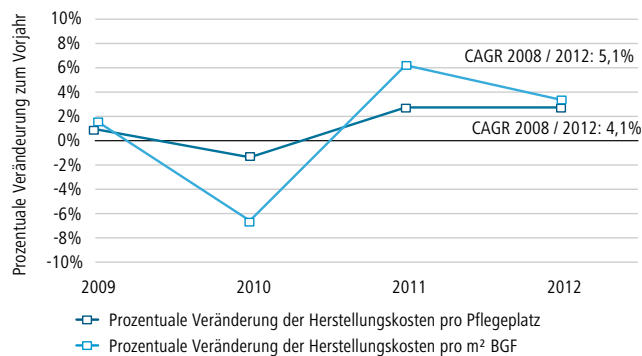
Gemäß der jüngsten Berechnung der statistischen Bundesämter aus dem Jahr 2009 lagen die durchschnittlichen Investitionskosten auf Bundesebene (hier: Basiskosten im Doppelzimmer nach Vergütungsvereinbarungen mit Sozialhilfeträgern) bei privaten Trägern mit 13,70 €/Tag/Person am höchsten. Mit 7,50 €/Tag/Person bei öffentlichen bzw. 11,70 €/Tag/Person bei freigemeinnützigen Betreibern, lagen die durchschnittlichen Investitionskosten damit deutlich unter denen der privaten. Grund hierfür sind Zuschüsse der öffentlichen Hand, deren Umlegung nicht zulässig ist und in deren Genuss private Träger in der Regel nicht kommen.

Abb. 27: Entwicklung des Marktanteils der Top 10 und der Top 25-Betreiber



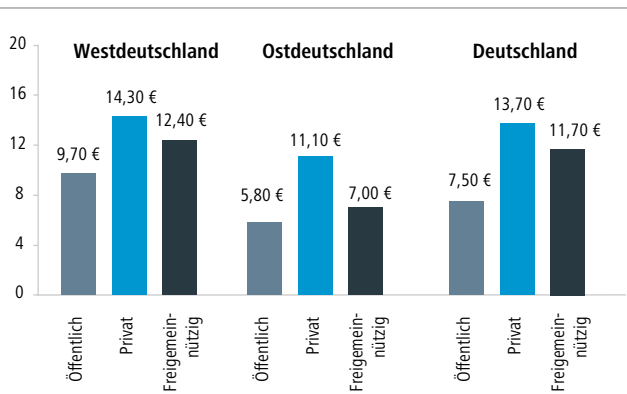
Quelle: CarÉ Invest, CBRE / ITC

Abb. 29: Entwicklung der Herstellungskosten



Quelle: BKI, CBRE / ITC

Abb. 30: Durchschnittliche Investitionskosten (in € / Tag / Person) nach Trägerschaft



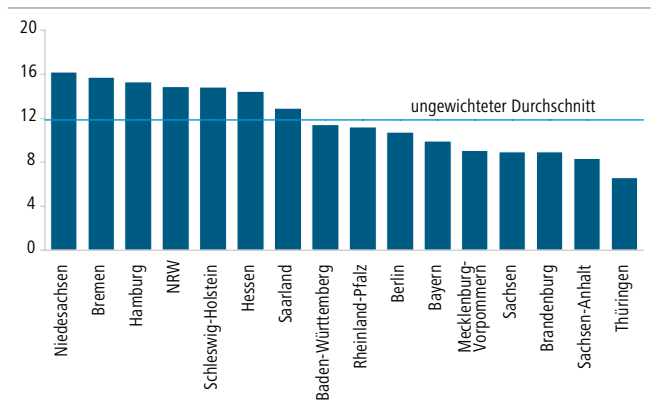
Quelle: RWI, CBRE / ITC

### Ost-West-Gefälle durch genehmigte Förderungen

Indessen ist ein Gefälle im Ost-West-Vergleich festzustellen. So sind die Investitionskosten öffentlicher Betreiber in Westdeutschland mit 9,70 €/Tag/Person um 3,90 €/Tag/Person höher als in Ostdeutschland. Bei freigemeinnützigen Betreibern sind es in Westdeutschland 12,40 €/Tag/Person, im Vergleich zu 7,00 €/Tag/Person in Ostdeutschland. Bei privaten Betreibern ist das geringste Ost-West-Gefälle mit 14,30 €/Tag/Person in Westdeutschland gegenüber 11,10 €/Tag/Person in Ostdeutschland festzustellen. Ursache für diesen erheblichen Unterschied zwischen westdeutschen und ostdeutschen Ländern sind die unterschiedlichen Handhabungen der öffentlichen Förderpolitik der vergangenen Jahre. So fand in der Vergangenheit in Ostdeutschland verstärkt eine Objektförderung statt (so genannte Art. 52-Förderung), die meist im Nachgang die marktgerechte Erhöhung der Investitionskosten unterbindet.

Sieben von sechzehn Ländern liegen aktuell über dem auf Bundesebene ungewichteten Durchschnitt der Investitionskosten in Höhe von 11,85 €/Tag/Person. In Niedersachsen sind nahezu flächendeckend die Investitionskosten bei mindestens 16,20 € anzusetzen. Thüringen weist mit 6,61 € die schlechteste Entwicklung auf.

Abb. 31: Durchschnittliche Investitionskosten (in € / Tag / Person) nach Trägerschaft



Quelle: RWI, CBRE / ITC

### „Mischfinanzierung“ gewinnt an Bedeutung

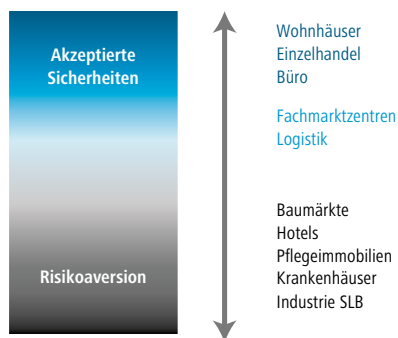
Aktuell kann davon ausgegangen werden, dass bei einem nicht geförderten bzw. frei finanzierten Objekt in guter Lage, mit einer modernen Ausstattungsqualität, einer Mindestauslastung von 95 % sowie einer Bettenanzahl von mindestens 100 Betten aus den Investitionskosten ein jährlicher Pachtzins von mindestens 500.000 € bis 600.000 € erzielbar ist.

Der Rückzug der öffentlichen Hände aus der Förderung von vollstationären Pflegeeinrichtungen zwingt die Betreiber dazu, die Pachten über eine „Mischfinanzierung“ darzustellen. Das bedeutet, dass (gestaffelte) Zuschläge für Einbettzimmer oder Komfortzimmer erhoben werden müssen (und auch können; vgl. § 82 Abs. 4 SGB XI), die dann von den Selbstzahlern beglichen werden. Quersubventionierungen aus anderen Erlösbereichen sind unzulässig.

# 5. Finanzierungsumfeld

Während die Investitionsaufwendungen in der Vergangenheit zu großen Teilen aus öffentlichen Mitteln von Staat und Kommunen finanziert wurden, werden heute kaum noch stationäre Pflegeheime auf diesem Wege gefördert. Im Zuge dieses Wechsels von einer Objekt- zu einer bedarfsorientierten Subjektförderung gewinnt der Träger von Pflegeimmobilien eine gewisse – wenn auch staatlich weiterhin kontrollierte und reglementierte – unternehmerische Freiheit. Jedoch muss die Finanzierung des Investitionsaufwandes über den Markt dargestellt werden.

Abb. 32: Geschäftspräferenzen der Banken



Quelle: CBRE / ITC

## Überschaubare Anzahl von Sozialimmobilien-Finanzierern

Aufgrund der Eigenkapitalverknappung durch Basel III sowie der generellen Folgen der Finanzkrise ist das Finanzierungsangebot für Gesundheitsimmobilien besonders stark geschrumpft. In risikoaversen Zeiten konzentrieren Banken ihre vorhandene Liquidität bzw. das Neugeschäftsangebot auf wenige Kerngeschäftsfelder und Stammkunden. Die statistisch hohe Quote an problembehafteten Kreditengagements bei Gesundheitsimmobilien, das Betreiberimmobilienrisiko, der notwendige Spezialisierungsbedarf der Bankmitarbeiter bei gleichzeitig geringen Losgrößen sowie breiter Streuung der Kundenbasis lässt das Geschäftsfeld für die meisten Immobilienfinanzierer unattraktiv erscheinen.

Die positive Seite des derzeit krisengeplagten Finanzierungsumfelds sind die niedrigen Basiszinsen, die die steigenden Margenanforderungen weitgehend kompensieren. CBRE / ITC schätzen, dass es heute – neben den Finanzinstituten aus dem kirchlich-diakonischen bzw. sozialen Bereich – nur noch rund ein halbes Dutzend Banken gibt, die sich diesem Produktbe-

reich zuwenden. Die Anforderungen an das Eigenkapital sind jedoch gestiegen und dürften heute selten unter 40 % liegen bei gleichzeitig hohen Margen von mindestens 200 Basispunkten. Daneben wird zunehmend wieder verstärkt auf die Kapitaldienstfähigkeit geachtet und bankenseitig eine Kapitaldienststrategie von mindestens 8 % aus dem Investitionskostensatz verlangt.

## Drittverwendbarkeit und Betreiber als wesentliche Treiber

Das Risiko einer Pflegeheimfinanzierung hängt sehr stark von der Expertise und Leistungsfähigkeit des Betreibers ab. Nach Expertenschätzungen des RWI ist davon auszugehen, dass im Jahr 2012 gerade einmal 16 % der Pflegeimmobilienbetreiber ein sehr hohes Risiko für eine Ausfallwahrscheinlichkeit aufweisen. Weitere 16 % weisen ein erhöhtes Risiko auf.

Die Managementfähigkeit und die jeweiligen Standortqualitäten sind für eine Bank allerdings nur sehr schwer einschätzbar. Scheitert ein Betreiber an einem Standort, ist es oft nur schwer möglich einen Ersatzmieter / -betreiber zu kontrahieren. Meist erfordert dies Zugeständnisse hinsichtlich Mietzins und Kreditbedingung.

Aufgrund dieser – im Vergleich zu anderen Immobilienklassen – eingeschränkten Drittverwendungsfähigkeit ist die Höhe der Deckungsstockfähigkeit bzw. Anrechenbarkeit für den Hypothekenspfandbrief von Realkreditinstituten umstritten. Die meisten Banken möchten sich aber heute nur noch pfandbrieffähige Engagements ins Kreditbuch legen, da die sonstigen Refinanzierungsmittel zu volatil im aktuellen Kapitalmarktumfeld sind.

Der gegenwärtige Trend bei Neukonzeptionierungen von Seniorenzentren, diese neben vollstationären Pflegeplätzen mit bedeutenden Anteilen an Betreuten Wohnungen zu ergänzen, tragen jedoch zu einer Risikodiversifikation und damit zu einer Erhöhung der Drittverwendbarkeit bei, so dass hier mittelfristig mit einer verbesserten Refinanzierungssituation gerechnet werden kann.

# 6. Ausblick: Lebensforum-Generationencampus – Gemeinsamer Ansatz von Sozial- & Wohnungswirtschaft

Der fortschreitenden Alterung unserer Gesellschaft und der damit einhergehenden erhöhten Nachfrage nach Pflegeleistungen ist die Politik mit einem separaten sozialen Sicherungssystem begegnet, welches in der Folge zu einem raschen Ausbau einer Pflegeinfrastruktur führte. Teilweise sehr auskömmliche Investitionsförderungen hatten Investoren zu einem „Run“ in die Pflegeimmobilie veranlasst. Dieser Trend veranlasste die Politik zum Gegensteuern, weil sie eine sukzessive Erschöpfung der (steuer- und/oder beitragsgespeisten) Solidarsysteme befürchteten.

## Zahlreiche Modelle und Konzepte

Die programmatische Forderung „Ambulant vor Stationär“ bzw. umgekehrt „die Pflegebatterie ist out“ haben zu einer Vielzahl von experimentellen Ansätzen geführt, die jedoch letztlich in kein übergreifendes, integratives Konzept resultierten. Konzepte wie sie unter den Begriffen „Komplexeinrichtung“, „Quartierskonzepte“, „Serviced Living“, „Senior assisted Living“, „Wohnen für Jung & Alt“ bis hin zu „Senioren-Wohngemeinschaften“ und „Ambulant-betreuten Wohngruppen“ entwickelt wurden, stellten jeweils lediglich punktuelle Alternativen zum Pflegeheim dar. Die

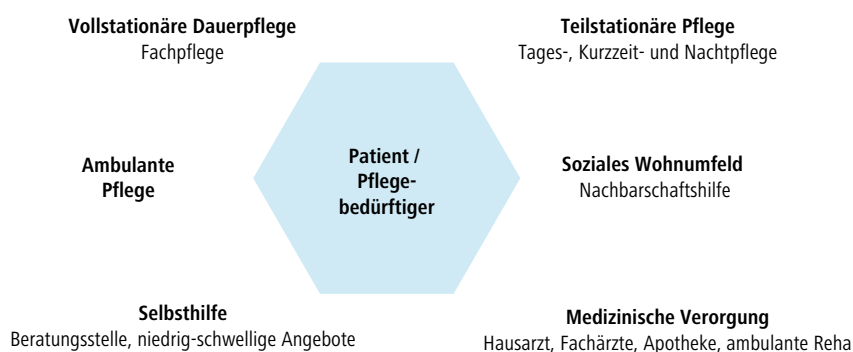
„steuernden“ Vorgaben der bestehenden gesetzlichen Vorschriften sowie eine Reihe von neu aufgemachten Fördertöpfen führen ergänzend dazu, dass die „Artenvielfalt“ experimenteller Versuche zügig wächst, ohne dass sich daraus nachhaltige Lösungen ableiten lassen. Nicht zuletzt führten und führen die genannten „kleinen Lösungen“ zu einem zunehmenden Auseinanderdriften von Lebenswelten, in denen der „Krisenfall“ Pflege vielfach nur durch Aufgabe des bisherigen Wohnumfeldes lösbar ist.

## Verzahnung wohnungs- und sozialwirtschaftlicher Aspekte

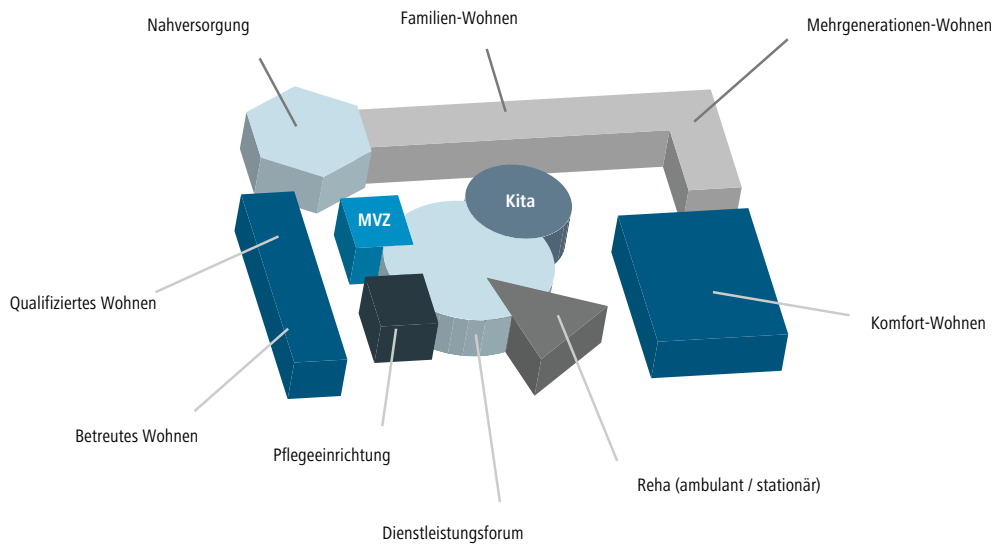
Wohnungswirtschaft sowie Pflegewirtschaft stehen daher vor neuen Herausforderungen. In der Vergangenheit war ein getrenntes Wirtschaften und Handeln beider Branchen die Regel. Sowohl die Wohnungswirtschaft als auch die Sozialwirtschaft entwickelten in der Vergangenheit neue Ideen. Erfolgreiche gemeinsame Ansätze beider Branchen sind rar, zumal hier eher der Wettbewerbsgedanke dominierte.

Folgt man den „Lebensentwürfen“ der „Middle-Ager“ sowie dem Fakt der endlichen Finanzierungsmittel der Solidarkassen, so

Abb. 33: Patient / Pflegebedürftiger im Mittelpunkt des Versorgungsnetzwerkes



Quelle: CBRE / ITC



Quelle: CBRE / ITC

sind neue Lebens-, Wohn- sowie integrierte Dienstleistungskonzepte unabdingbar, die auch in lebensbegleitenden Krisenfällen „sichernde“ und verlässliche Lösungen vorhalten.

### Lebensforum-Generationencampus

Ziel ist die Integration von Wohnen und Leben, von Selbsthilfe, Nachbarschaftshilfe, Bürgerengagement oder auch Genossenschaftsmodellen sowie differenzierter professioneller Angebote, ergänzt um medizinische Versorgung, weitere Angebote (Einkaufsmöglichkeiten) und Kinderbetreuung nach dem Konzept des „Lebensforum-Generationencampus“. Kern des Konzeptes bildet die Idee des „Forums“ als „Markt der Möglichkeiten“ für die Entwicklung von sozialem Miteinander und professionellen Diensten. Um dieses Konzept aufzusetzen, sind hierfür beide Akteure, die Sozial- als auch die Wohnungswirtschaft, in besonderer Weise unter Einbringung ihrer Kernkompetenzen gefordert.

### Substitut von solitären Pflegeplätzen

Das „Lebensforum-Generationencampus“ greift den Gedanken einer kleinräumig organisierten und gemeinwesenorientierten Quartiersversorgung auf, die sämtliche Lebensformen für Jung und Alt – einschließlich bestimmter Infrastrukturangebote wie Kindertagesstätte – integriert und somit die Voraussetzung für soziale Netzwerke schafft. Bezogen auf Senioren sind differenzierte Wohn-, Unterstützungs- und (letztlich auch stationäre) Pflegeangebote vorgesehen, die Versorgungssicherheit bei gleichzeitigem Erhalt eines selbstbestimmten Lebens im vertrauten Wohnumfeld bieten, auch bei intensivem Unterstützungs- und Pflegebedarf.

### Längere Nutzung der eigenen Wohnung auch bei Pflegebedürftigkeit

Durch eine enge Vernetzung von generationenübergreifenden Dienstleistungen und Serviceangeboten (Forum = Marktplatz) mit Wohn- und Lebensformangeboten für unterschiedliche Generationen (Campus) sollen Strukturen geschaffen werden, die insbesondere Folgendes ermöglichen:

- eine adäquate Wohnalternative zur vollstationären Pflegeform,
- längerfristiger Verbleib bei Pflegebedürftigkeit in der eigenen Wohnung,
- eine Reduktion des Personal- und Kostenaufwands für Pflege-, Gesundheits- und Erziehungsleistungen,
- Nutzung von Bestandsimmobilien.

Zudem liegt diesen Überlegungen der Marktplatzgedanke zugrunde: Austausch von professionellen (Leistung gegen Zahlung / Geld) und nicht-professionellen Leistungen (Leistung gegen Leistung, Genossenschafts- oder Nachbarschaftshilfe) wie z.B. der Senior, der bei der Kinderbetreuung hilft oder die Hausfrau / Mutter, die Dienstleistungen für Bewohner erbringt.

Eine zentrale Anlaufstelle (Campusmanagement) stellt neben der Koordination anderer sozialer Dienste (z.B. ambulante Pflege, Betreutes Wohnen, Wohnungsverwaltung) die Koordination der nachbarschaftlichen Hilfe und des Austausches sicher.

## Nachhaltigkeit für Bewohner, Betreiber und Investoren

Die Umsetzung des Konzeptes Lebensforum-Generationencampus profitiert neben sozial(politischen) Vorteilen auch vom Grundsatz der Nachhaltigkeit: die dadurch entstehende Flexibilität der (baulichen) Nutzung ermöglicht einerseits den Bewohnern einen langen Verbleib im Wohnquartier (Kietz) und andererseits eine langfristige Wirtschaftlichkeit für Investoren.

Um eine verzahnte Struktur von professionellen und nicht-professionellen Dienstleistungen zu ermöglichen, ist eine bauliche Durchlässigkeit (keine Geschlossenheit) Voraussetzung. Zentrum des Lebensforums bildet das (virtuelle) Forum (Marktplatz): Dienstleistungen werden angeboten und über das Campusmanagement zielgenau „gesteuert“, die jeweils erforderlichen Einrichtungen sind auf kurzen Wegen erreichbar. Personal und Gebäude können situativ und nachfrageabhängig flexibel in Anspruch genommen und eingesetzt werden. Beispielsweise können Räumlichkeiten von Pflegeeinrichtungen für die Nachversorgung von ambulanten Operationen oder für Tagespflege von erkrankten Kindern berufstätiger Eltern genutzt werden. Schließlich trägt die Vernetzung ambulanter und stationärer Bereiche sowie professioneller und nicht-professioneller Dienstleistungen dazu bei, Doppelstrukturen zu vermeiden und ermöglicht damit einen effizienten, ressourcenschonenden und effektiven Einsatz von Personal und damit Kosteneinsparungen.

## Notwendigkeit eines Gesamtversorgungsvertrages

Die Politik ist gefordert, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Leistungen flexibel erbracht werden können. Eine naheliegende Möglichkeit besteht darin, Gesamtversorgungsverträge entsprechend zu gestalten, dass Leistungen nach SGB XI und auch nach SGB V – also ambulante, teil- bzw. vollstationäre Pflegeleistungen sowie Krankenpflegeleistungen – den Kundenbedürfnissen nach flexibel erbracht werden können.

## „Bausteine“ des Lebensforum-Generationencampus

Für das aus den zwei Bereichen „Forum“ und „Campus“ bestehende Konzept sind folgende Bausteine unabdingbar:

### Campus (Wohn- und Lebensraum):

- Differenzierte Wohnformen für ältere Bürger: Betreutes Wohnen und seniorengerechte/ barrierefreie Wohneinheiten;
- Familien-, Single- und Mehrgenerationenwohnen unterschiedlicher Standards („für jeden etwas dabei“);
- Einkaufsmöglichkeiten für den täglichen Bedarf.

### Forum (zentraler Dienstleistungskern/ Marktplatz):

- Campusmanagement (Sozialstation) mit „Schwarzem Brett“ und Servicezentrum (für Beratung, Begegnung und Bildung);
- Apotheke, Physiotherapie;
- Fußläufig erreichbarer ÖPNV-Anschluss;
- Parkmöglichkeiten für Besucher- und Bewohner;
- Kinderbetreuungseinrichtung;
- „Niederschwellige“ Angebote für Bewohner jeden Lebensalters, Seniorenclub, Senientagesstätte;
- Mahlzeitservice (Mobil oder im Restaurant des Zentrums);
- Teilstationäre Pflege: Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege;
- Pflegekomplexeinrichtung (Ankereinrichtung) mit vollstationärer Dauer- und Fachpflege;
- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) – Gesundheitszentrum mit zumindest ärztlicher Grundversorgung und Physiotherapie.

## Wege der Realisierung

Das hier vorgestellte Konzept kann auf mehreren Wegen entwickelt und/ oder verwirklicht werden:

- Aus dem Bestand eines Seniorenzentrums heraus. Bevorzugt bei solchen Objekten, die bereits in ein Wohnumfeld integriert sind;
- aus dem Bestand eines großen Wohnkomplexes heraus;
- im Zuge völlig neu entstehender Wohnquartiere bevorzugt auf Konversionsflächen.

# 7. Kriterien für Top-Objekte

## Objektbezogene Kriterien

- Mindestens 100 Plätze / Einheiten je Objekt (inkl. ergänzender Betreuer Wohneinheiten)
- Einzelzimmeranteil über 80 %
- Einzelzimmer mindestens 18 m<sup>2</sup> Wohnfläche
- Doppelzimmer mindestens 25 m<sup>2</sup> Wohnfläche
- Objekte sollten über ausbaufähige Reservflächen für neue Zimmer verfügen
- Auslastungsquote von mindestens 90 %
- Double Net bzw. Triple Net Miet- / Pachtverträge ohne Sonderkündigungsrechte des Mieters
- Objekte sollten einen geringen Investitionsstau aufweisen und nicht älter als 10 Jahre alt sein
- Laufzeit des Mietvertrags sollte zwischen 20 bis 25 Jahre betragen
- Flexibilität hinsichtlich Nutzungsmöglichkeit, veränderbare Raumgröße und Raumzuschnitte durch Skelettbauweise

## Standortbezogene Kriterien

- „Anschluss ans Leben“
- Fokus auf A-Städte, Regionalzentren, mittelgroße Universitätsstädte und deren Umland
- Anteil der solventen Senioren sowie Pflegequote soll relativ hoch sein
- Hoher Anteil an Beamten und Unternehmern
- Relativ hohe Pflegesatzpauschalen; relativ hohe Unterkunft- und Verpflegungspauschalen
- Hoher Zuzug von (solventen) Senioren bis 2025
- Relative Nähe zu Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen
- Gute ÖPNV-Anbindung und Nahversorgung am Standort
- Nachhaltiger Bedarf / Nachfrage nach Pflegeplätzen (oder gute Chancen im Verdrängungswettbewerb)

## Betreiberbezogene Kriterien

- Kooperation mit Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und ambulanten Pflegediensten
- Gute bis sehr gute Einbindung in Netzwerke (Palliativ Care, Demenz, Diabetes u.a.)
- Integration vorgelagerter Stufen wie Betreutes Wohnen und ambulanter Pflegedienst
- Risikostreuung durch unterschiedliche bekannte und solvente Betreiber bei Portfoliokäufen
- Private Betreiber: Bei EK-Verzinsung von 8 % soll eine EBITDA-Marge von 20 % erzielt werden
- Freigemeinnützige Betreiber: Bei EK-Verzinsung von 3 % soll eine EBITDA-Marge von 15 % bis 17 % erzielt werden

# Unternehmensportraits



## immoTISS care GmbH (ITC)

immoTISS care GmbH mit Sitz in Oberursel ist ein ausschließlich auf Sozialimmobilien spezialisiertes Beratungs- und Immobilienmanagementunternehmen. Die immoTISS care GmbH kann auf einen nahezu 40-jährigen Track Record der Unternehmensgründer sowie einer flächendeckenden gesamtdeutschen Marktkennntnis bei der Entwicklung / Konzeption und Management von Sozialimmobilien als auch deren Betriebsorganisation verweisen.

### Adresse

Gattenhöferweg 32  
61440 Oberursel

**t:** +49 (0) 6171 9235930

**f:** +49 (0) 6171 9235936

**w:** [www.immotisscare.de](http://www.immotisscare.de)

Die Dienstleistungsschwerpunkte umfassen die Bereiche Markt-, Bedarfs- und Standortanalyse, Restrukturierungs- und Konzeptionsgutachten, Investment- und Asset Management sowie Organisationsberatung.

### Quellenverzeichnis

Bank für Sozialwirtschaft: BFS-Marktreport Pflege 2012, Pflegeheime unter Druck, Köln, Juni 2012

BKI Baukosteninformationszentrum (Hrsg.): BKI Baukosten: Teil 1: Statistische Kostenkennwerte für Gebäude, Stuttgart, Ausgaben 2008 bis 2012

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung: Wohnen im Alter, Forschungen Heft 147, Berlin 2011

Bundesministerium der Gesundheit: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand April 2012

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung: Bildung, Gesundheit, Pflege – Auswirkungen des demographischen Wandels auf die soziale Infrastruktur, November 2011

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung: Die Attraktivität großer Städte- ökonomisch, demographisch, kulturell. Ergebnisse eines Ressortforschungsprojektes des Bundes, Bonn, April 2011

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung: INKAR 2011, Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung in Deutschland und in Europa

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Erster Bericht der Bundesregierung über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, Berlin 15.8.2006

Bundesministerium des Innern: Demografiebericht, Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes, Berlin, Oktober 2011

Car€ Invest: Ausgaben 2009 bis 2012

Deutsches Institut der Wirtschaft in Deutschland (DIW): Die Einkommensverteilung: Eine wichtige Größe für die Konjunkturprognose, Wochenbericht des DIW Berlin 221/2012, S. 3 – 10

Empirica AG: Die Generation über 50: Wohnsituation, Potenziale und Perspektiven, Berlin 2006





## CBRE GmbH

### Adresse Hauptsitz

Bockenheimer Landstraße 24  
60323 Frankfurt am Main

**t:** +49 69 17 00 77 0

**f:** +49 69 17 00 77 77

**w:** [www.cbre.de](http://www.cbre.de)

CBRE Group, Inc. (NYSE: CBG), das Fortune 500- und S&P 500-Unternehmen mit Hauptsitz in Los Angeles, Kalifornien, ist das – in Bezug auf den Umsatz im Geschäftsjahr 2011 – weltweit größte Dienstleistungsunternehmen auf dem gewerblichen Immobiliensektor. Mit etwa 34.000 Mitarbeitern in mehr als 300 Büros weltweit (exklusive Beteiligungsgesellschaften und Verbundunternehmen) ist CBRE Immobiliendienstleister für Eigentümer, Investoren und Nutzer von gewerblichen Immobilien.

Die Dienstleistungsschwerpunkte umfassen die Bereiche Capital Markets, Vermietung, Valuation, Corporate Services, Research, Retail, Investment Management, Property- und Project-Management sowie Building Consultancy. Seit 1973 ist CBRE Deutschland mit seiner Zentrale in Frankfurt am Main vertreten, weitere Niederlassungen befinden sich in Berlin, Düsseldorf, Köln, Hamburg und München

HSH Real Estate: Pflegeheime in Deutschland – Potentiale und Perspektiven, Oktober 2009  
KDA: Was sind altersgerechte Quartiersprojekte? Bausteine und Umsetzungsverfahren, Köln  
KDA: Denkansatz und Innovationen für eine moderne Altenhilfe, Köln 2012  
Michell-Auli, Peter - KDA: Quartiersentwicklung: Ziele Verantwortlichkeiten und politischer Handlungsbedarf, Köln 2011  
Pieper, Richard/MODUS – Institut für angewandte Wirtschafts- und Sozialforschung: Bedarfsermittlung nach Art. 69 AGSG für die Stadt Nürnberg, Dezember 2010  
Puch, Jansjochim/Schellberg, Klaus: Sozialwirtschaft in Bayern – Umfang und wirtschaftliche Bedeutung, Nürnberg 2010  
Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung: Altenheim Expo 2012. Pflegeheim Rating Report 2011 update, Langfassung, 3. Juli 2011

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung: Pflegeheim Rating Report 2011 – Boom ohne Arbeitskräfte?, Heft 68, Essen 2011  
Statistisches Bundesamt - DESTATIS: Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung - 2009, Wiesbaden 2009  
Statistisches Bundesamt - DESTATIS: Demografischer Wandel in Deutschland: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Ausgabe 2010, Wiesbaden, November 2010  
Statistisches Bundesamt - DESTATIS: Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, Wiesbaden Februar 2011  
Statistisches Bundesamt – Wirtschaft und Statistik: Die Bedeutung des Dritten Sektors, Wiesbaden März 2012, S. 209 – 218

# Kontakte

---

## Für weitere Informationen:

### immoTISS GmbH

#### Prof. Dr. Hubert Oppl

Geschäftsführender Gesellschafter

**t:** +49 6171 9235930

**e:** ho@immotisscare.de

#### Jochen Zeeh

Geschäftsführender Gesellschafter

**t:** +49 6171 9235933

**e:** jz@immotisscare.de

### CBRE GmbH

#### Dr. Jan Linsin

Senior Director

Head of Research Germany

**t:** +49 69 170077 663

**e:** jan.linsin@cbre.com

#### Dennis Hartweg

Analyst

**t:** +49 69 170077 633

**e:** dennis.hartweg@cbre.com

#### Hartwig von Garrel

Director

Teamleader Valuation

**t:** +49 30 726154 184

**e:** hartwig.vongarrel@cbre.com

### Disclaimer 2012 CBRE GmbH & immoTISS care GmbH

Die hierin enthaltenen Informationen stammen aus Quellen, die für zuverlässig erachtet werden. Wir zweifeln nicht an ihrer Richtigkeit, haben sie jedoch nicht überprüft. Wir übernehmen dafür keine Gewähr und geben weder eine Garantie ab noch machen wir Zusicherungen. Es obliegt Ihnen, ihre Richtigkeit und Vollständigkeit unabhängig zu bestätigen. Alle in Ansatz gebrachten Prognosen, Stellungnahmen, Annahmen oder Abschätzungen dienen ausschließlich als Beispiele und stellen weder die aktuelle noch die künftige Marktentwicklung dar. Diese Informationen sind ausschließlich zum Gebrauch durch die Kunden der CBRE GmbH & immoTISS care GmbH bestimmt und dürfen nicht ohne die vorherige schriftliche Zustimmung der CBRE GmbH & immoTISS care GmbH vervielfältigt werden.