

Augurzky, Boris et al.

Research Report

Pflegeheim Rating Report 2007: Wachstum und Restrukturierung

RWI Materialien, No. 39

Provided in Cooperation with:

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen

Suggested Citation: Augurzky, Boris et al. (2007) : Pflegeheim Rating Report 2007: Wachstum und Restrukturierung, RWI Materialien, No. 39, ISBN 978-3-86788-029-9, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen, <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-200911022385>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/61119>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Boris Augurzky, Sebastian Krolop,
Roman Mennicken, Hartmut Schmidt,
Hendrik Schmitz und Stefan Terkatz

Pflegeheim Rating Report 2007

Wachstum und Restrukturierung

Heft 39



Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Vorstand:

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D. (Präsident),

Prof. Dr. Thomas K. Bauer

Prof. Dr. Wim Kösters

Verwaltungsrat:

Dr. Eberhard Heinke (Vorsitzender);

Dr. Dietmar Kuhnt, Dr. Henning Osthues-Albrecht, Reinhold Schulte
(stellv. Vorsitzende);

Prof. Dr.-Ing. Dieter Ameling, Manfred Breuer, Dr. Hans Georg Fabritius,

Prof. Dr. Harald B. Giesel, Dr. Thomas Köster, Dr. Wilhelm Koll, Dr. Thomas A.

Lange, Tillmann Neinhaus, Dr. Torsten Schmidt, Dr. Gerd Willamowski

Forschungsbeirat:

Prof. Michael C. Burda, Ph.D., Prof. David Card, Ph.D., Prof. Dr. Clemens Fuest,

Prof. Dr. Justus Haucap, Prof. Dr. Walter Krämer, Prof. Dr. Michael Lechner,

Prof. Dr. Till Requate, Prof. Nina Smith, Ph.D.

Ehrenmitglieder des RWI Essen

Heinrich Frommknecht, Prof. Dr. Paul Klemmer †

RWI : Materialien Heft 39

Herausgeber: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung,
Hohenzollernstraße 1/3, 45128 Essen, Tel. 0201/81 49-0

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2007

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D.

Redaktionelle Bearbeitung: Joachim Schmidt

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-029-9

RWI : Materialien

Heft 39

Boris Augurzky, Sebastian Krolop,
Roman Mennicken, Hartmut Schmidt,
Hendrik Schmitz und Stefan Terkatz

Pflegeheim Rating Report 2007

Wachstum und Restrukturierung



Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-029-9

Vorwort

Mit dem vorliegenden Pflegeheim Rating Report 2007 haben die ADMED GmbH, die HCB GmbH und das RWI Essen die Serie der Rating Reports komplettiert. Neben dem 2004 begonnenen *Krankenhaus Rating Report* liegen auch die entsprechenden Gegenstücke für Reha-Kliniken und Pflegeheime vor. Ziel ist die Schaffung bzw. Erhöhung der Transparenz im stationären Sektor des Gesundheitswesens.

Für den vorliegenden *Pflegeheim Rating Report* werden hierzu erstmals die Daten der in den Forschungsdatenzentren der Länder vorliegenden aller rund 10 000 Pflegeheime Deutschlands ausgewertet. Damit lichtet sich das Bild im Pflegeheimbereich deutlich. Da der Pflegemarkt ein sehr lokaler Markt ist, besitzen Analysen auf lokaler Ebene eine große Aussagekraft und werden in diesem Report soweit wie möglich durchgeführt. Auch konnte eine ansehnliche Anzahl von Geschäftsberichten von Pflegeheimen ausgewertet werden, sodass die wirtschaftliche Lage der Heime mit Hilfe statistischer Methoden valide untersucht werden kann.

Wir hoffen, damit Entscheidungsträgern auf den verschiedensten Ebenen (Politik, Pflegeheime und deren Geschäftspartner, Krankenversicherungen, Banken und Investoren) empirisch abgesicherte Erkenntnisse über diesen Markt an die Hand zu geben.

Im Gegensatz zum *Krankenhaus Rating Report* haben wir uns dazu entschlossen, die Namen der Pflegeheime in unserer Stichprobe zu nennen, jedoch ohne Bewertung durch ein Rating.

Wir danken Sabine Becker, Christine Kraan, Dr. Michaela Lemm, Joachim Schmidt und Melanie Stocker-Müller für wertvolle Unterstützung, Kommentare und Anregungen bei der Erstellung der Studie und Analysen. Besonderen Dank geht an die statistischen Ämter der Länder und des Bundes für die Bereitstellung von Daten, an Karl-Heinz Herlitschke für die engagierte Unterstützung bei Fragen zu den Daten und an Anette Hermanowski, Daniela Schwindt und Marlies Tapaß für die redaktionelle Hilfe. Die Verantwortung für den Inhalt und für eventuelle Fehler tragen selbstverständlich allein die

Autoren. Wir nehmen Kritik und Anregungen zur stetigen Verbesserung dieses Reports gerne auf.

Essen, Köln, Büttelborn, 3. Dezember 2007

*Dr. Boris Augurzky, Dr. Sebastian Krolop, Roman Mennicken,
Hartmut Schmidt, Hendrik Schmitz, Dr. Stefan Terkatz*

Inhalt

	Executive Summary	13
1.	Einleitung	18
2.	Der Pflegemarkt.	19
2.1	Datengrundlage	19
2.2	Status quo	21
2.2.1	Nachfrage	22
2.2.2	Angebot	29
2.2.3	Preise	40
2.3	Trends	48
2.3.1	Nachfrage	48
2.3.2	Preise.	56
2.3.3	Kosten	56
2.4	Prognose	57
2.4.1	Nachfrage	57
2.4.2	Bedarf	59
2.4.3	Preise	63
2.4.4	Marktvolumen.	64
2.4.5	Soziale Pflegeversicherung	64
3.	Die wirtschaftliche Lage	66
3.1	Daten.	66
3.2	Methodik.	68
3.2.1	Bilanzrating	68
3.2.2	Planbilanzen und Plan-GuV bis 2020	71
3.3	Ratings	73
3.3.1	Aktuell und Vergangenheit.	73
3.3.2	Untergruppen	75
3.3.3	Prognose	79
3.3.4	Exkurse	82
4.	Benchmarks	83
5.	Fazit	86

5.1	Politische Handlungsempfehlungen	88
5.1.1	Zusätzliche private Vorsorge	90
5.1.2	Erhöhung der Erwerbstätigenquote	91
5.1.3	Verpflichtende Transparenz über die Pflegequalität	92
5.1.4	Freigabe der Preise	92
5.1.5	Differenzierung des Leistungsangebots	93
5.2	Anforderungen an Pflegeheime	93
6.	Anhang.	95
6.1	Weitere Schaubilder.	95
6.2	Weitere Kennzahlen auf regionaler Ebene (Karten)	95
6.3	Das Ratingverfahren in dieser Studie	103
6.4	Die Heime der Stichprobe	105
7.	Glossar	114
	Literatur	115

Verzeichnis der Schaubilder

Schaubild 1:	Fokus der Studie: Altenheime mit Dauer und/oder Kurzzeitpflegeplätzen.	20
Schaubild 2:	Verteilung der Gesundheitsausgaben	20
Schaubild 3:	Der Pflegemarkt.	21
Schaubild 4:	Verteilung der Pflegefälle nach Art der Pflege	22
Schaubild 5:	Verteilung der Pflegefälle auf Pflegestufen	24
Schaubild 6:	Verteilung der Pflegestufen nach Trägerschaft	25
Schaubild 7:	Zahl der Einrichtungen, Plätze und Personal	29
Schaubild 8:	Durchschnittliche Heimgröße	30
Schaubild 9:	Auslastung der Heime.	32
Schaubild 10:	Auslastung nach Untergruppen	34
Schaubild 11:	Verteilung der Heime nach Trägerschaft	35
Schaubild 12:	Personal je Bewohner in Pflegeheimen	35
Schaubild 13:	Personal je Bewohner in Pflegeheimen nach Bundesländern	39
Schaubild 14:	Personal je Bewohner in Pflegeheimen nach Trägerschaft	39
Schaubild 15:	Komponenten des Heimentgelts	40
Schaubild 16:	Abgrenzung zwischen Pflegesätzen und U&V in ausgewählten Bundesländern	40
Schaubild 17:	Reale Preise für Pflegeleistungen nach Pflegestufen	41
Schaubild 18:	Preise der Pflegeheime nach Trägerschaft	45
Schaubild 19:	Preisniveau der Pflegeheime nach Markteintritt	46
Schaubild 20:	Preisniveau der Pflegeheime nach Ländlichkeit	48
Schaubild 21:	Zukünftige demografische Entwicklung.	49
Schaubild 22:	Häufigkeit stationärer Pflege nach Altersklassen (Pflegequoten)	51
Schaubild 23:	Pflegefälle und Bevölkerung der Altersklasse 81+	53

Schaubild 24:	Pflegefälle der Über-80-Jährigen und Bevölkerung dieser Altersklasse.	53
Schaubild 25:	Pflegequoten nach Altersklassen, stationär, Stufe I.	54
Schaubild 26:	Pflegequoten nach Altersklassen, stationär, Stufe II.	54
Schaubild 27:	Pflegequoten nach Altersklassen, stationär, Stufe III.	55
Schaubild 28:	Verteilung der Altersklassen ab 76 Jahren.	55
Schaubild 29:	Prognose der stationären Pflegefälle nach Szenarien.	59
Schaubild 30:	Bedarf an stationären Pflegeplätzen.	61
Schaubild 31:	Geschätzter Kapitalbedarf für den Bau neuer Pflegeplätze . . .	61
Schaubild 32:	Marktvolumen der stationären und ambulanten Pflege in den Szenarien.	64
Schaubild 33:	Zukünftige Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung . .	65
Schaubild 34:	Kapitalreserven der sozialen Pflegeversicherung.	66
Schaubild 35:	Vergleich der Stichprobe und der Grundgesamtheit: Verteilung auf Bundesländer	67
Schaubild 36:	Vergleich der Stichprobe und der Grundgesamtheit: Verteilung nach Trägerschaft	68
Schaubild 37:	Vergleich der Stichprobe und der Grundgesamtheit: Verteilung nach Zahl der Betten	69
Schaubild 38:	Vergleich der Stichprobe und der Grundgesamtheit: Preisniveau.	70
Schaubild 39:	Rating-Klassifikation über errechnete Ausfallwahrscheinlichkeiten.	71
Schaubild 40:	Ampelklassifikation von Pflegeheimen im Vergleich.	73
Schaubild 41:	Verteilung der Pflegeheime nach der Ampelklassifikation. . . .	74
Schaubild 42:	Veränderung der Verteilung der Pflegeheime nach der Ampelklassifikation.	74
Schaubild 43:	Pflegeheime mit Jahresüberschuss.	75
Schaubild 44:	Ausfallwahrscheinlichkeiten der Pflegeheime nach Untergruppen	76
Schaubild 45:	Verteilung der Pflegeheime in der Ampelklassifikation nach Trägerschaft	77
Schaubild 46:	Verteilung der Pflegeheime in der Ampelklassifikation nach Größe.	77
Schaubild 47:	Verteilung der Pflegeheime in der Ampelklassifikation nach Ländlichkeit	78
Schaubild 48:	Verteilung der Pflegeheime in der Ampelklassifikation nach Regionen.	78

Schaubild 49:	Szenarien zum Rating der Pflegeheime	80
Schaubild 50:	Verteilung der Pflegeheime nach der Ampelklassifikation im Szenario konstante Pflegequoten	81
Schaubild 51:	Verteilung der Pflegeheime nach der Ampelklassifikation im Szenario sinkende stationäre Stufe I	81
Schaubild 52:	Kosten für Altersvorsorge nach Trägerschaft	82
Schaubild 53:	Verbindlichkeiten der Pflegeheime gegenüber Kreditinstituten nach Trägerschaft	83
Schaubild 54:	Strukturbilanz des durchschnittlichen Pflegeheims.	84
Schaubild 55:	Struktur-GuV der durchschnittlichen Einrichtung in der Stichprobe	84
Schaubild 56:	Pflegequoten nach Altersklassen, ambulant, Stufe I	95
Schaubild 57:	Pflegequoten nach Altersklassen, ambulant, Stufe II.	96
Schaubild 58:	Pflegequoten nach Altersklassen, ambulant, Stufe III	96
Schaubild 59:	Vergleich der Ratings von Moody's KMV und AHR für andere Unternehmen	103
Schaubild 57:	Vergleich der Güte von Moody's KMV und AHR	104

Verzeichnis der Karten

Karte 1:	Anteil stationärer Fälle an allen Fällen	23
Karte 2:	Anteile an Heimbewohnern der Pflegestufe 1.	26
Karte 3:	Anteile an Heimbewohnern der Pflegestufe 3.	27
Karte 4:	Durchschnittsalter der Heimbewohner	28
Karte 5:	Wachstum Plätze 1999 bis 2005	31
Karte 6:	Auslastung 2005	33
Karte 7:	Anteile privater Betten an Gesamtbettenanzahl	36
Karte 8:	Vollzeitäquivalente je Heimbewohner.	37
Karte 9:	Vollzeitäquivalente in der Pflege je Bewohner	38
Karte 10:	Preise für Pflegestufe I inkl. U&V	42
Karte 11:	Preise für Pflegestufe II inkl. U&V.	43
Karte 12:	Preise für Pflegestufe III inkl. U&V	44
Karte 13:	Investitionskosten.	47
Karte 14:	Anteil der Pflegefälle an Senioren	52
Karte 15:	Wachstum Heimbewohner 2005 bis 2020	60
Karte 16:	Relativer Bedarf Plätze 2020	62
Karte 17:	Wachstum der stationären Fälle 1999 bis 2005.	97
Karte 18:	Anteile Senioren an Gesamtbevölkerung	98
Karte 19:	Wachstum Heimbewohner Stufe 1 2005 bis 2020	99
Karte 20:	Wachstum Heimbewohner Stufe 2 2005 bis 2020	100
Karte 21:	Wachstum Heimbewohner Stufe 3 2005 bis 2020	101
Karte 22:	Ländlichkeit	102

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	Preise nach Trägerschaft, Ländlichkeit und Pflegestufe	46
Tabelle 2:	Szenarien zu Pflegequoten	58
Tabelle 3:	Annahmen zur Preisentwicklung.	63
Tabelle 4:	Annahmen des Basisszenarios	72
Tabelle 5:	Das Pflegeheim nach Ausfallwahrscheinlichkeit: insgesamt . . .	85
Tabelle 6:	Das Pflegeheim nach Ausfallwahrscheinlichkeit: städtisch vs. ländlich.	86
Tabelle 7:	Das Pflegeheim nach Ausfallwahrscheinlichkeit: Einzelhaus vs. Kette	87
Tabelle 8:	Das Pflegeheim nach Ausfallwahrscheinlichkeit: Trägerschaft .	88
Tabelle 9:	Das Pflegeheim nach Ausfallwahrscheinlichkeit: Größe	89
Tabelle 10:	Das Pflegeheim nach Ausfallwahrscheinlichkeit: Ampelklassi- fikation	90
Tabelle 11:	Das Pflegeheim nach Ausfallwahrscheinlichkeit: Bundesland . .	91

Verzeichnis der Kästen

Kasten 1:	Erklärungsfaktoren für den Anteil der stationären Fälle in einem Kreis	24
Kasten 2:	Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz.	50
Kasten 3:	Kennzeichen des „Pflegeheims der Zukunft“	94

Pflegeheim Rating Report 2007 – Wachstum und Restrukturierung

Executive Summary

Ziele des vorliegenden Reports sind die Darstellung des Pflegemarkts, so weit möglich auf regionaler Ebene, sowie der wirtschaftlichen Situation der Pflegeheime – aktuell und in der Prognose. Grundlage der Untersuchungen über den Pflegemarkt bilden die Daten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder. Damit werden alle rund 10 400 Pflegeheime Deutschlands erfasst. Wir beschränken uns auf Pflegeheime mit Dauer- und Kurzzeitpflege für ältere Menschen und psychisch Kranker. Hospize und Heime für behinderte Menschen schließen wir also aus. Dabei handelte es sich 2005 um 9 418 Heime. Grundlage zur Beurteilung der wirtschaftlichen Lage der Heime bilden 270 Jahresabschlüsse von etwa 600 Pflegeheimen.

Marktübersicht

Die gesamte Gesundheitswirtschaft umfasste 2005 ein Volumen von fast 240 Mrd. €. Der Anteil der professionellen Pflege in Pflegeheimen oder durch ambulante Dienste betrug 10,5%, 1995 belief sich der Anteil auf nur 8,7%. Die Pflege ist innerhalb des Gesundheitswesens der am stärksten wachsende Teilbereich. 2005 wurden 678 000 Menschen in Heimen versorgt, 472 000 durch ambulante Dienste und 980 000 durch ihre Angehörigen, insgesamt 2,1 Mill., 110 000 bzw. 5,6% Menschen mehr als 1999. Die Anzahl der Pflegeheime stieg zwischen 1999 und 2005 um 17,7% von 8 859 auf 10 424. In gleichem Maße erhöhte sich die Zahl der verfügbaren Plätze von rund 645 000 auf 757 000. In fast allen Regionen stieg die Zahl der Plätze zwischen 1999 und 2005, es finden sich nur wenige Kreise mit einem leichten Rückgang.

Der Anteil stationärer Fälle an allen Fällen liegt im Durchschnitt bei 32% mit regionalen Schwankungen zwischen 20% und 40%. Er fällt in ländlichen Gebieten und in Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit signifikant niedriger aus. In Regionen mit einem hohen Anteil älterer Menschen liegt der Anteil statio-

närer Fälle signifikant höher. Das Preisniveau und das verfügbare Einkommen in einer Region weisen indessen keinen Einfluss auf.

Die durchschnittliche Auslastung (ohne Pflegestufe 0) lag zwischen 1999 und 2005 nahezu unverändert bei rund 88% mit beachtlichen regionalen Schwankungen zwischen 65% und über 100%. Pflegeheime in privater Trägerschaft weisen gegenüber freigemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen eine signifikant niedrigere Auslastung auf. Ländliche Heime besitzen ebenfalls eine geringere Auslastung. Die Auslastung nimmt darüber hinaus mit dem Anteil der Bewohner in Pflegestufe III zu. Vermutlich schichten Pflegeheime mit hoher Auslastung zu Gunsten der höher vergüteten Stufe III um.

Die Verteilung nach Trägerschaft weist eine enorme regionale Streuung auf. Es gibt Kreise mit weniger als 10% privaten Heimen und Kreise mit über 50%. Es fällt auf, dass es besonders in Nordrhein-Westfalen nur sehr wenige private Heime gibt, während in Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Hessen, Sachsen-Anhalt und Ost-Bayern private Heime einen bedeutenden Stellenwert besitzen.

Der Personaleinsatz je Bewohner lag zwischen 1999 und 2005 bei 0,60. Den höchsten Wert von 0,66 weist Baden-Württemberg auf, gefolgt von Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein. In Ost-Deutschland liegt der Wert weit unterdurchschnittlich. Private Heime setzen zwar insgesamt weniger Personal je Bewohner ein. Beim Einsatz von Pflegefachkräften je Bewohner gibt es allerdings keine Unterschiede zwischen privaten und freigemeinnützigen Trägern. Möglicherweise setzen private Anbieter verstärkt auf Outsourcing der nicht-pflegerischen Bereiche.

Inflationsbereinigt blieben die Heimentgelte zwischen 1999 und 2005 unverändert. Regional bestehen signifikante Preisdifferenzen. Die Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Teile Bayerns sowie die Stadtstaaten und das Rhein-Main-Gebiet stechen bei den Entgelten für die Pflegeleistung und für Unterkunft und Verpflegung als besonders teuer hervor. Auffallend ist das um 10% niedrigere Preisniveau von Heimen in privater Trägerschaft. Gründe hierfür könnten unter anderem der geringere Personaleinsatz und die geringere Auslastung sein. Bezogen auf den Investitionskostenanteil liegt Niedersachsen an der Spitze, gefolgt von Schleswig-Holstein, Hessen und Nordrhein-Westfalen. Innerhalb eines Bundeslands geht mit zunehmender Ländlichkeit der Investitionskostenanteil signifikant zurück.

Entgegen der häufig geäußerten Vermutung eines Rückgangs der Pflegequoten¹, erhöhten sie sich zwischen 1999 und 2005 in der stationären Stufe I. Sie blieben für die Stufe II und III weitgehend konstant. In der ambulanten Pflege

¹ Unter der Pflegequote bzw. der Pflegehäufigkeit wird für eine definierte Gruppe die Zahl der Pflegefälle bezogen auf die Bevölkerung der Gruppe verstanden.

stieg die Pflegequote für Stufe I, sie sank für Stufe II und III. Es gab indessen eine Verschiebung der relativen Bevölkerungsanteile zu Gunsten von Altersklassen mit geringerer Pflegequote und eine leichte Zunahme des Anteils pflegebedürftiger Männer, die eine deutlich geringere Pflegequote als Frauen aufweisen.

Geht man von konstanten Pflegequoten aus, würde die Zahl der Pflegefälle in den untersuchten rund 9 400 Altenheimen von 648 000 im Jahr 2005 um 236 000 auf 884 000 bis 2020 steigen, was insgesamt einem Anstieg um 36,4% bzw. jährlich 2,1% entspricht. Es gibt keine Region, in der keine Zunahme zu erwarten wäre, dabei variiert der Anstieg von unter 20% bis über 50%. Vor allem in Ostdeutschland ist eine hohe Zunahme zu erwarten, ebenso in der Region um München. Gering ausfallen dürfte sie im Ruhrgebiet, in Süd-Niedersachsen und Nord-Hessen. Unter Berücksichtigung der gegenwärtigen Überkapazitäten ist bis 2020 mit einem Mehrbedarf von rund 162 000 Plätzen zu rechnen. In einigen wenigen Kreisen können aber auch 2020 noch Überkapazitäten bestehen. Fast überall ist jedoch ein zusätzlicher Bedarf erkennbar, insbesondere in Ostdeutschland, wo die Nachfrage stark wächst. Plätze zur Deckung der Nachfrage von Selbstzahlern (Pflegestufe 0) können noch hinzukommen. Bundesweit bestünde ab 2011 ein Investitionsbedarf zur Bereitstellung neuer Pflegeplätze. Bis 2020 dürfte sich der Bedarf auf 12 Mrd. € summieren.

Bei sinkenden Pflegequoten (rund $-0,5\%$ p.a.) würde sich die Zahl der Pflegefälle nur auf 829 000 bzw. um $1,7\%$ p.a. erhöhen. Es läge bis 2020 ein Bedarf von rund 107 000 neuen Plätzen vor. Sollte die Pflegequote der stationären Pflegestufe I stark zurückgehen – ggf. durch neue politische Weichenstellungen –, würde sich die jährliche Zunahme auf $1,0\%$ reduzieren und die stationäre Fallzahl 2020 753 000 betragen. Bis 2020 würden nur etwa 32 000 zusätzliche Plätze benötigt. Im Fall eines Fortschreibens der vergangenen Pflegequoten profitiert der stationäre Bereich am meisten mit einer jährlichen Wachstumsrate von $2,7\%$ auf 963 000 Pflegefälle. Der Bedarf an neuen Plätzen stiege auf 241 000 bis 2020.

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) soll die Leistungsseite erstmals seit Einführung der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) stärken. Die Pflegesätze der SPV sollen zwischen 2007 und 2014 im Durchschnitt um $0,96\%$ p.a. angehoben werden. Zudem sollen Leistungen für Demente ausgeweitet werden. Zur Finanzierung der Leistungsausweitungen und der zunehmenden Zahl der Pflegefälle soll der Beitragssatz zur SPV 2008 um $0,25\%$ -Punkte steigen. Die Einnahmen- und Ausgabensituation der SPV verbessert sich dadurch zunächst spürbar. Die Kapitalreserve der SPV kann unter diesen Annahmen 2008 erstmals wieder steigen. 2008 erwarten wir einen Überschuss von fast 0,4 Mrd. € und 2009 von über 1,3 Mrd. €. Zwar sinken die

Überschüsse anschließend wieder, bleiben aber bis 2014 bestehen. Die Kapitalreserve dürfte fast bis 2018 ausreichen.

Wirtschaftliche Lage

Die aktuelle Ausfallwahrscheinlichkeit liegt bei den Pflegeheimen unseres Datensatzes bei rund 1,0% und damit wesentlich günstiger als bei Krankenhäusern und Reha-Kliniken. 13% befinden sich im roten Bereich (erhöhte Insolvenzgefahr), fast 71% im grünen Bereich. Wesentlicher Grund hierfür ist die Verbesserung der wirtschaftlichen Lage der Pflegeheime zwischen 2003 und 2005. Der Anteil der Heime mit einem Jahresüberschuss hat deutlich zugenommen.

Unterschiede lassen sich zwischen Untergruppen feststellen. Fast 18% der privaten Heime befinden sich im roten Bereich, für freigemeinnützige und öffentlich-rechtliche trifft dies nur für 8% bzw. 9% der Heime zu. Heime in Ostdeutschland weisen signifikant schlechtere Werte auf als Heime in Westdeutschland. Nordrhein-Westfalen schneidet von allen untersuchten Regionen am besten ab, gefolgt von norddeutschen Bundesländern. Der Südwesten liegt im Mittelfeld, Bayern rangiert vor Ostdeutschland. Das gute Abschneiden Nordrhein-Westfalens könnte auf sein hohes Preisniveau zurückzuführen sein. Grundsätzlich gilt, dass Heime mit einem höheren Preisniveau ein signifikant besseres Rating besitzen.

Vor allem durch wachsende Nachfrage bzw. Auslastung und zum Teil steigende Preise verbessert sich die Ausgangslage weiter. Bis 2020 würden sich 87% aller Heime im grünen Bereich befinden. Bei sinkenden Pflegequoten änderte sich die Prognose kaum. Bis 2020 wären dann noch 84% der Heime im grünen Bereich. Dies hat damit zu tun, dass auch bei sinkenden Pflegequoten eine als maximal anzusehende Auslastung von 98% fast überall erreicht werden kann. Sollte die Stufe I in Pflegeheimen stark an Bedeutung verlieren würde sich dies im Zeitablauf negativ bemerkbar machen. Lange Zeit bliebe der grüne Bereich bei rund 70% stabil. Am Ende des Prognosezeitraums überwögen aber wieder die positiven Effekte der steigenden Auslastung und Preise. Sollte indessen die angespannte Lage der SPV und der Sozialämter zu einem Preisdruck auf Pflegeheime führen, würde sich die Situation ohne betriebliche Gegenmaßnahmen deutlich verschlechtern. Bei einem Sinken der Preise um 0,35% p.a., d.h. um 5,4% bis 2020, nähme der rote Bereich von gegenwärtig 13% auf über 35% bis 2020 zu.

Folgerungen

Trotz einer Stabilisierung der SPV durch einen höheren Beitragssatz ab 2008 empfehlen wir, ergänzend eine zusätzliche private Vorsorge einzuführen –

analog zur „Riester-Rente“ bei der gesetzlichen Rentenversicherung. Von mindestens ebenso großer Bedeutung ist die Erhöhung der Erwerbstätigenquote älterer Menschen und von Frauen. Dadurch dürfte auch die Zahl der Beitragszahler zunehmen. Die Bezugsdauer des Arbeitslosengelds I für ältere Menschen sollte vor diesem Hintergrund nicht erhöht werden. Eine qualifizierte Migration nach Deutschland sowie eine Straffung der Ausbildungszeiten sind weitere unterstützende Maßnahmen.

Neben der Erhöhung der Erwerbstätigenquote muss über eine stärkere Differenzierung des Pflegeangebots nachgedacht werden. Da auch die Kommunen in den kommenden Jahren wohl tendenziell mit weniger Finanzmitteln auskommen müssen, wird die ergänzende Sozialhilfe langfristig wahrscheinlich nicht mehr alle Pflegekosten tragen können. Eine stärkere Differenzierung des Pflegeangebots könnte die Finanzierbarkeit gewährleisten helfen. Derzeit erlauben gesetzliche Regelungen kaum eine Differenzierung des Angebots. Denkbar wären „2-Sterne“ bis „5-Sterne“-Pflegeheime und eine Differenzierung innerhalb eines Heimes. Es genügt, den Mindeststandard gesetzlich vorzugeben und zu kontrollieren. Die zu erwirtschaftenden Deckungsbeiträge dürften bei 5-Sterne-Plätzen höher ausfallen als bei 2-Sterne-Plätzen, womit das erste Segment möglicherweise einen größeren Anteil der Fixkosten im Pflegeheim tragen könnte.

Notwendig ist ferner eine deutliche Erhöhung der Transparenz über die Pflegequalität. Ein Qualitätswettbewerb zwischen Heimen zu Gunsten der Pflegebedürftigen kann derzeit noch nicht stattfinden, ebenso wenig kann das Preis-Leistungsverhältnis objektiv beurteilt werden. Zudem könnten die Preise weitgehend freigegeben werden. Durch die hohe Eigenbeteiligung des Pflegebedürftigen an den Pflegekosten ist die Pflegenachfrage preissensitiv. Pflegesatzverhandlungen in ihrer derzeitigen Form sind daher überflüssig. Es würde genügen, wenn der Gesetzgeber erstens Mindestnormen zur Pflege vorgibt und zweitens übermäßige Preiserhöhungen nach Abschluss eines Pflegevertrags unterbindet – ähnlich wie dies im Mietmarkt auch der Fall ist.

Schließlich dürften Pflegeheime langfristig den Finanzierungseingpass der SPV und bei der Sozialhilfe durch zunehmenden Preisdruck zu spüren bekommen. Dies bedeutet, dass die Leistungserbringung effizienter werden muss. Wir erwarten vor diesem Hintergrund eine verstärkte Bildung von Pflegeheimketten zur Hebung von Synergieeffekten.

1. Einleitung

Die Pflege älterer Menschen gewinnt in unserer Gesellschaft immer mehr an Bedeutung. Bereits in den vergangenen Jahren stieg die Anzahl pflegebedürftiger Menschen beträchtlich. Sie werden durch Angehörige, durch ambulante Pflegedienste oder in Heimen versorgt. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird sich diese Zunahme auch in den nächsten Jahren und Jahrzehnten nahezu ungebremst fortsetzen. Dabei dürfte die professionelle Pflege gegenüber der Angehörigen-Pflege noch an Bedeutung gewinnen. Aus Sicht der Pflegeheimbetreiber und Kapitalgeber stellt dies ein Markt mit erheblichem Wachstumspotenzial dar. Zahlreiche Markteintritte konnten seit 1999 verzeichnet werden.

Gleichzeitig schwinden allerdings die gesellschaftlichen Ressourcen zur Finanzierung von Pflegeleistungen. Die Unterstützung durch die Soziale Pflegeversicherung (SPV) nimmt seit 1995 kontinuierlich ab, weil deren Pflegesätze nicht der Inflation angepasst wurden. Der reale Eigenanteil der Pflegebedürftigen ist seitdem stetig gestiegen. Damit wächst der Druck auf die Pflegeheime, ein günstiges Preis-Leistungsverhältnis zu bieten. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach der aktuellen Marktsituation, nach der aktuellen wirtschaftlichen Lage der Pflegeheime und den Aussichten. Der vorliegende Report stellt den Gesamtmarkt sowie die wirtschaftliche Lage der Pflegeheime dar, analysiert Zusammenhänge und erstellt eine Prognose über die kommenden Jahre. Wir beschränken uns dabei auf Pflegeheime mit Dauer- und Kurzzeitpflege für ältere Menschen und psychisch Kranker. Heime für Schwerkranke und Sterbende wie z.B. Hospize und Heime für behinderte Menschen schließen wir also von der Analyse aus.

Abschnitt 2 beschreibt den Pflegemarkt auf Bundes- und Kreisebene. Die Pflege ist ein lokales „Geschäft“, weshalb uns eine detaillierte Darstellung der lokalen Gegebenheiten besonders wichtig erscheint. Aus Datenschutzgründen kann jedoch nur die Kreis-, nicht jedoch die Gemeindeebene als kleinste räumliche Einheit gewählt werden. Auf Grundlage vergangener Entwicklungen und zu erwartender Trends im Pflegemarkt erstellen wir Prognosen zu den Fallzahlen und zum Bettenbedarf – jeweils für unterschiedliche Szenarien. Im Basisszenario unterstellen wir keine externen Einflüsse auf den Pflegemarkt und keine Änderung der Pflegewahrscheinlichkeiten. Auch Markteintritte finden nicht statt. Alternative Szenarien variieren diese Annahmen.

Abschnitt 3 analysiert die aktuelle wirtschaftliche Lage der Pflegeheime und schreibt sie auf Basis der Szenarien bis zum Jahr 2020 fort. Zentrale Kennziffer ist die Ein-Jahres-Ausfallwahrscheinlichkeit bzw. die Ratingklasse. Die Ausfallwahrscheinlichkeit berechnet sich aus verschiedenen zentralen Finanzkennzahlen. Abschnitt 4 präsentiert Benchmarks zu Finanzkennzahlen der dieser Studie zugrundeliegenden Jahresabschlüsse von Pflegeheimen. In

Abschnitt 5 diskutieren wir Thesen und Schlussfolgerungen und stellen aus unserer Sicht unter anderem das Pflegeheim der Zukunft dar. Im Anhang wird das Ratingverfahren erläutert, und es finden sich weitere Kennzahlen von Pflegeheimen in ihrer regionalen Ausprägung sowie ein Glossar.

2. Der Pflegemarkt

2.1 Datengrundlage

Grundlage der Analysen dieses Abschnitts bilden die Daten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder nach § 109 Abs. 1 SGB XI in Verbindung mit der Pflegestatistikverordnung vom 24.11.1999. Die Pflegestatistik wird von den Statistischen Ämtern seit 1999 alle zwei Jahre durchgeführt. Es werden sowohl ambulante und stationäre Einrichtungen² befragt (Stichtag ist jeweils 15. Dezember) als auch Informationen zu den Pflegegeldleistungen der Spitzenverbände der Pflegekassen und des Verbands der privaten Krankenversicherung erfasst (Stichtag 31. Dezember).

Die Erhebungsmerkmale umfassen für die Pflegeeinrichtungen:

- Art der Pflegeeinrichtung und deren Trägerschaft,
- Anzahl und Art der Pflegeplätze,
- Zahl der beschäftigten Personen nach Geschlecht, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich sowie Qualifikation,
- Zahl der betreuten Pflegebedürftigen³ nach Geschlecht, Geburtsjahr, Grad der Pflegebedürftigkeit und
- von den Pflegebedürftigen zu zahlende Entgelte für Pflegeleistungen nach Pflegestufen sowie für Unterkunft und Verpflegung.

Die Informationen zu den Pflegegeldleistungen nach §§ 37 und 38 SGB XI beinhalten

- Art des Leistungsträgers und des privaten Versicherungsnehmers sowie
- Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort nach Postleitzahl und Grad der Pflegebedürftigkeit des Pflegegeldempfängers.

Die Pflegestatistik unterscheidet nach dem Versorgungsschwerpunkt vier unterschiedliche Arten von Pflegeheimen: Pflegeheime für ältere Menschen, für behinderte Menschen, für psychisch Kranke sowie für Schwerkranke und

² Pflegeeinrichtungen im Sinne der Verordnung sind „ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) sowie teilstationäre und vollstationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime), mit denen ein Versorgungsvertrag nach dem Elften Sozialgesetzbuch besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen).“

³ Erfasst werden hier nur Pflegebedürftige nach SGB XI. Vollständig selbst zahlende Heimbewohner der so genannten Pflegestufe 0 werden nicht mit einbezogen.

Schaubild 1

Fokus der Studie: Altenheime mit Dauer und/oder Kurzzeitpflegeplätzen

	Dauer- und Kurzzeitpflege	Übrige	Insgesamt
Altenheime	9 087	636	9 723
Heime für psychisch und geronto-psychisch Kranke	331	22	353
Heime für behinderte Menschen	231	5	236
Hospize u.a.	112	0	112
Insgesamt	9 761	663	10 424

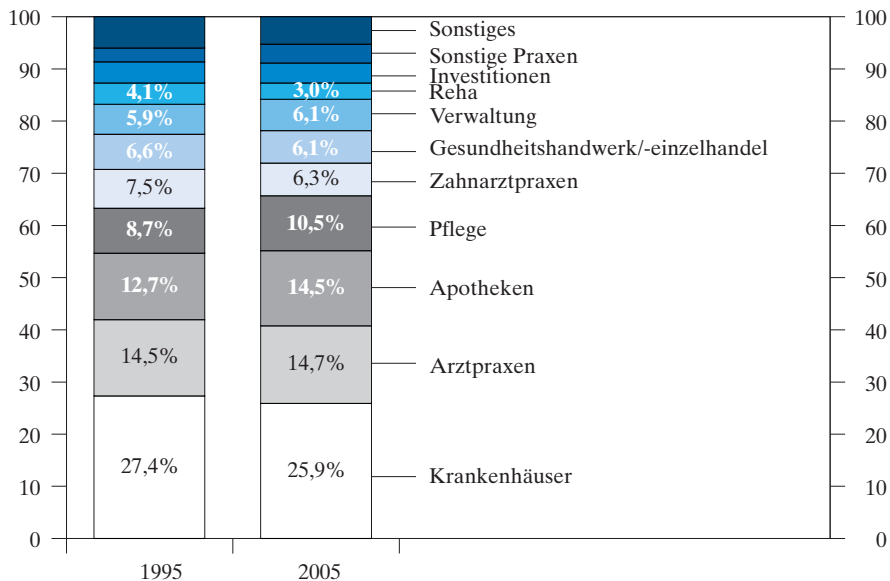
Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. – Grundlage dieser Studie: 9 418 Heime.

Sterbende, z.B. Hospize. Sie unterscheidet außerdem nach stationärer (Dauer- und Kurzzeitpflege) sowie teilstationärer (Tages-/Nachtpflege) Pflege. Der Fokus dieser Studie liegt auf der stationären Pflege älterer Menschen (Schaubild 1). In die weiteren Analysen werden daher nur Pflegeheime für die Dauer- oder Kurzzeitpflege älterer Menschen und psychisch Kranker einbezogen. Dabei handelte es sich 2005 um 9.418 Heime. Zum Teil liegen auf aggregierter

Schaubild 2

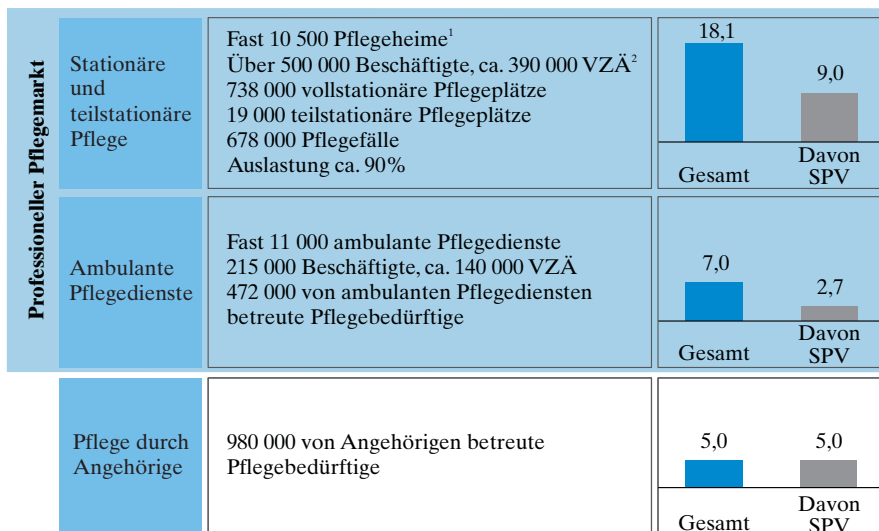
Verteilung der Gesundheitsausgaben

1995 bis 2005; Anteil in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: Statistisches Bundesamt 2006.

Schaubild 3

Der Pflegemarkt
 2005; in Mrd. Euro


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: Statistisches Bundesamt 2007. – ¹Alle Heime. – ²Vollzeitäquivalente. – Die Gesamtausgaben der SPV liegen bei 17,88 Mrd. €, nicht aufgeführt sind Verwaltungs- und sonstige Ausgaben der SPV über 1,8 Mrd. €.

Ebene nur Vergleichszahlen über die Gesamtheit aller 10 424 Heime vor. Um diesen gegenüber die Vergleichbarkeit mit unseren Daten zu gewährleisten, beziehen wir soweit erforderlich ebenfalls die anderen Heime mit ein.

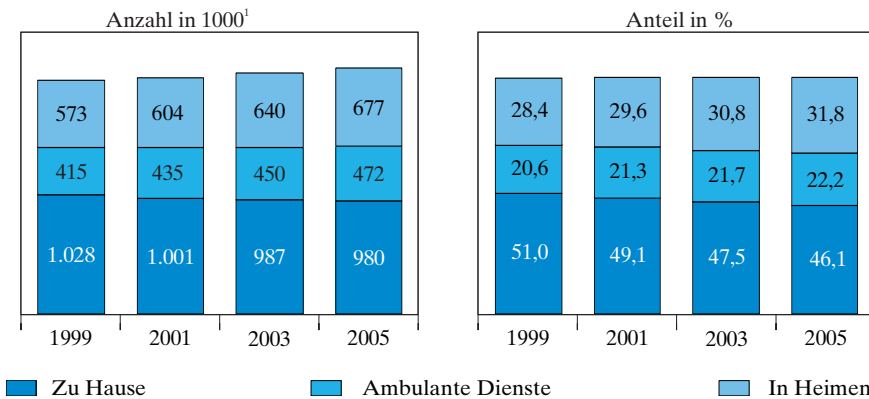
2.2 Status quo

Die gesamte Gesundheitswirtschaft umfasste 2005 ein Volumen von fast 240 Mrd. € bzw. 10,7% des Bruttoinlandsprodukts. Der Anteil der professionellen Pflege in Pflegeheimen oder durch ambulante Dienste betrug davon 10,5% bzw. 25 Mrd. €. Die SPV finanziert davon 11,7 Mrd. €. 1995 belief sich der Anteil der Pflege noch auf 8,7% bzw. 16 Mrd. €. Damit ist die Pflege innerhalb des Gesundheitswesens der am stärksten wachsende Teilbereich (Schaubild 2). Die SPV finanziert außerdem die Pflege durch Angehörige mit 5 Mrd. €. Schaubild 3 gibt einen Überblick über den Pflegemarkt. 2005 wurden 677 000 Menschen in Heimen versorgt, 472 000 durch ambulante Dienste und 980 000 durch ihre Angehörigen.

Schaubild 4

Verteilung der Pflegefälle nach Art der Pflege

1999 bis 2005



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: Statistisches Bundesamt 2007. – ¹Alle Heime.

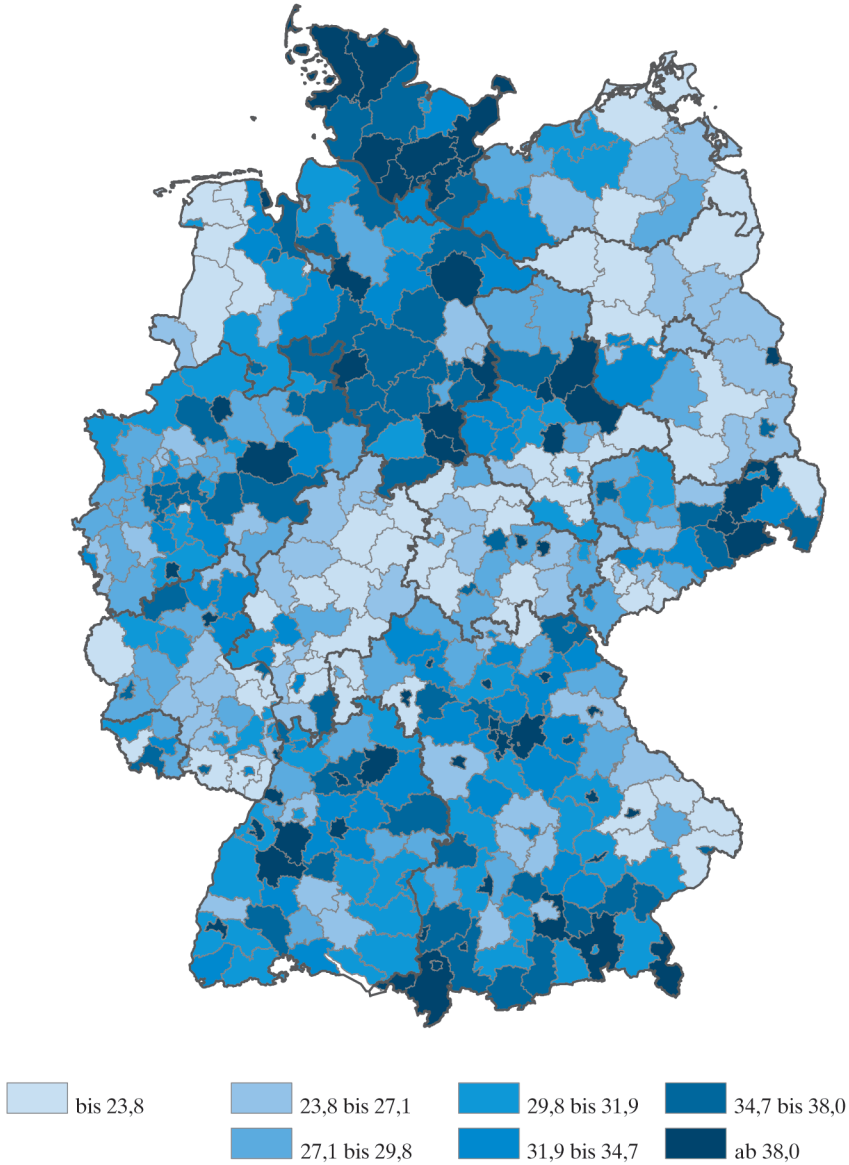
2.2.1 Nachfrage

Für 2005 werden über 2,1 Mill. Menschen als offiziell pflegebedürftig ausgewiesen, 110 000 bzw. 5,6% mehr als 1999. Nicht nur die Zahl der Pflegebedürftigen erhöhte sich beträchtlich, sondern auch bei der Art der Inanspruchnahme lassen sich erhebliche Verschiebungen feststellen. Die professionelle Pflege in Heimen oder durch ambulante Dienste gewinnt immer mehr an Bedeutung, während der Anteil der Pflege durch Angehörige von 51% 1999 auf 46% 2005 zurückging (Schaubild 4). Dieser Trend zur Professionalisierung dürfte einerseits der Singularisierungen der Gesellschaft und andererseits der wachsenden Erwerbsquote von Frauen, die häufig die Pflege von Angehörigen leisten, geschuldet sein.

Regional gibt es beträchtliche Unterschiede in der Art der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. Der Anteil stationärer an allen Pflegefällen liegt im Durchschnitt bei 32%. Regional schwankt der Wert indessen zwischen 20% und 40% (Karte 1). Ballungsgebiete scheinen höhere Werte aufzuweisen, allerdings nicht durchgehend. Kasten 1 diskutiert verschiedene Erklärungsfaktoren für diese Unterschiede.

Ferner zeigen die Analysen, dass der Anteil stationärer Fälle mit dem Anteil der Senioren an der Bevölkerung signifikant wächst. Es ist offensichtlich, dass generell die Zahl der Pflegefälle mit der Zahl Senioren in einem Kreis zunimmt. Der wachsende stationäre Anteil lässt sich aber vermutlich dadurch

Karte 1

**Anteile stationärer Fälle an allen Fällen
in %**

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Kasten 1

Erklärungsfaktoren für den Anteil stationärer Fälle in einem Kreis

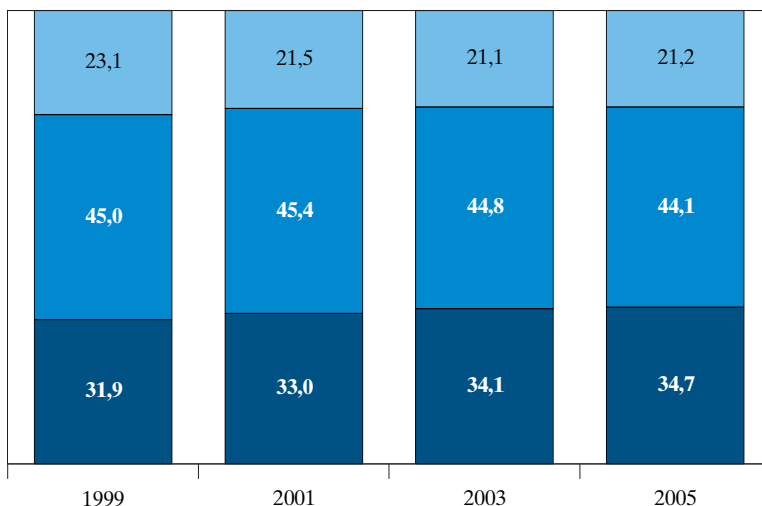
Der Anteil stationärer Fälle in einem Kreis kann von verschiedenen Faktoren gleichzeitig abhängen. In einer multivariaten Regressionsanalyse untersuchen wir daher mehrere Faktoren simultan auf ihre Erklärungskraft. Es stellt sich dabei heraus, dass der Anteil an stationären Fällen in ländlichen Gebieten signifikant niedriger liegt, weil dort vermutlich die Pflege durch Angehörige stärker in Anspruch genommen wird oder genommen werden kann. Die Höhe der Arbeitslosenquote zeigt ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang zum Anteil stationärer Fälle: Je höher die Arbeitslosigkeit in einer Region, desto weniger muss auf Lohneinkommen bei der Pflege eines Angehörigen verzichtet werden und desto eher können Angehörige die Pflege selbst übernehmen bzw. durch die Pflege etwas hinzuverdienen. Der Anteil der stationären Pflege sinkt.

Ferner zeigen die Analysen, dass der Anteil stationärer Fälle mit dem Anteil der Senioren an der Bevölkerung signifikant wächst. Es ist offensichtlich, dass generell die Zahl der Pflegefälle mit der Zahl Senioren in einem Kreis zunimmt. Der wachsende stationäre Anteil lässt sich aber vermutlich dadurch erklären, dass mit einem wachsenden Bevölkerungsanteil der Senioren auch der Anteil der Hochbetagten steigt, die eher ein Pflegeheim als ambulante Pflegedienste wählen. Keinen statistischen Zusammenhang stellen wir indessen zwischen dem Anteil stationärer Fälle und dem Preisniveau der Pflegeheime bzw. dem verfügbaren Einkommen fest.

Schaubild 5

Verteilung der Pflegefälle auf Pflegestufen

1999 bis 2005; Anteil in %



■ Stufe I

■ Stufe II

■ Stufe III

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen. – Bewohner mit unbekannter Pflegestufe auf Stufe I bis III aufgeteilt.

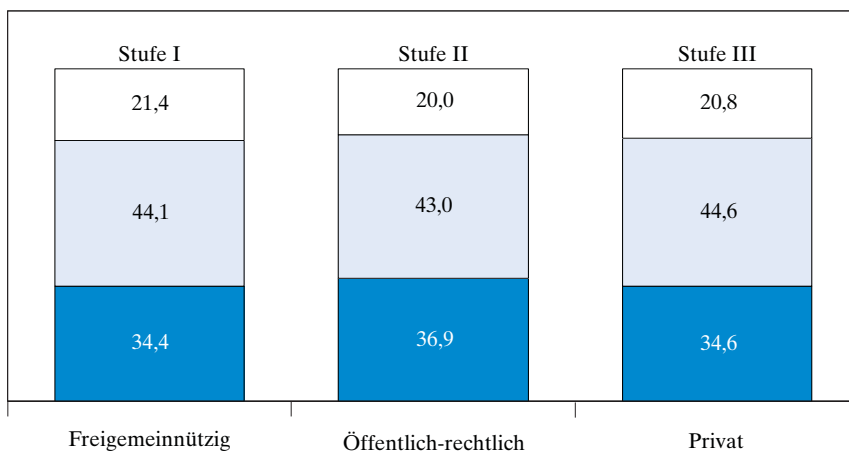
erklären, dass mit einem wachsenden Bevölkerungsanteil der Senioren auch der Anteil der Hochbetagten steigt, die eher ein Pflegeheim als ambulante Pflegedienste wählen. Keinen statistischen Zusammenhang stellen wir indes- sen zwischen dem Anteil stationärer Fälle und dem Preisniveau der Pflegehei- me bzw. dem verfügbaren Einkommen fest.

Für stationäre Fälle lässt sich in den vergangenen Jahren eine Verschiebung hin zu mehr leichten Fällen (Stufe I) erkennen (Schaubild 5). Ursache hierfür könnte die genannte Professionalisierung der Pflege sein. Wenn Angehörige tendenziell Pflegebedürftige mit geringem Schweregrad versorgen, führt das Verschieben dieser Fälle in Heime oder ambulante Dienste zu einem wach- senden Anteil der Heimbewohner mit Schweregrad der Stufe I. Ein anderer Grund könnte auch eine sich ändernde Einstufungspraxis des Medizinischen Diensts der Krankenkassen (MDK) sein. Karte 2 und 3 zeigen die aktuelle re- gionale Verteilung der Schweregrade mit erheblichen regionalen Schwankun- gen. In ländlichen Regionen fällt der Anteil der Fälle mit Pflegestufe III signi- fikant höher aus als in städtisch geprägten Gebieten. Das Preisniveau für Stu- fe III spielt dabei keine Rolle. Die Ursache hierfür dürfte darin zu finden sein, dass in ländlichen Gebieten die Pflege durch Angehörige stärker ausgeprägt ist und nur schwere Fälle von Heimen versorgt werden. Zwischen den Träger- schaften gibt es keine Unterschiede in der Verteilung der Pflegestufen (Schaubild 6).

Schaubild 6

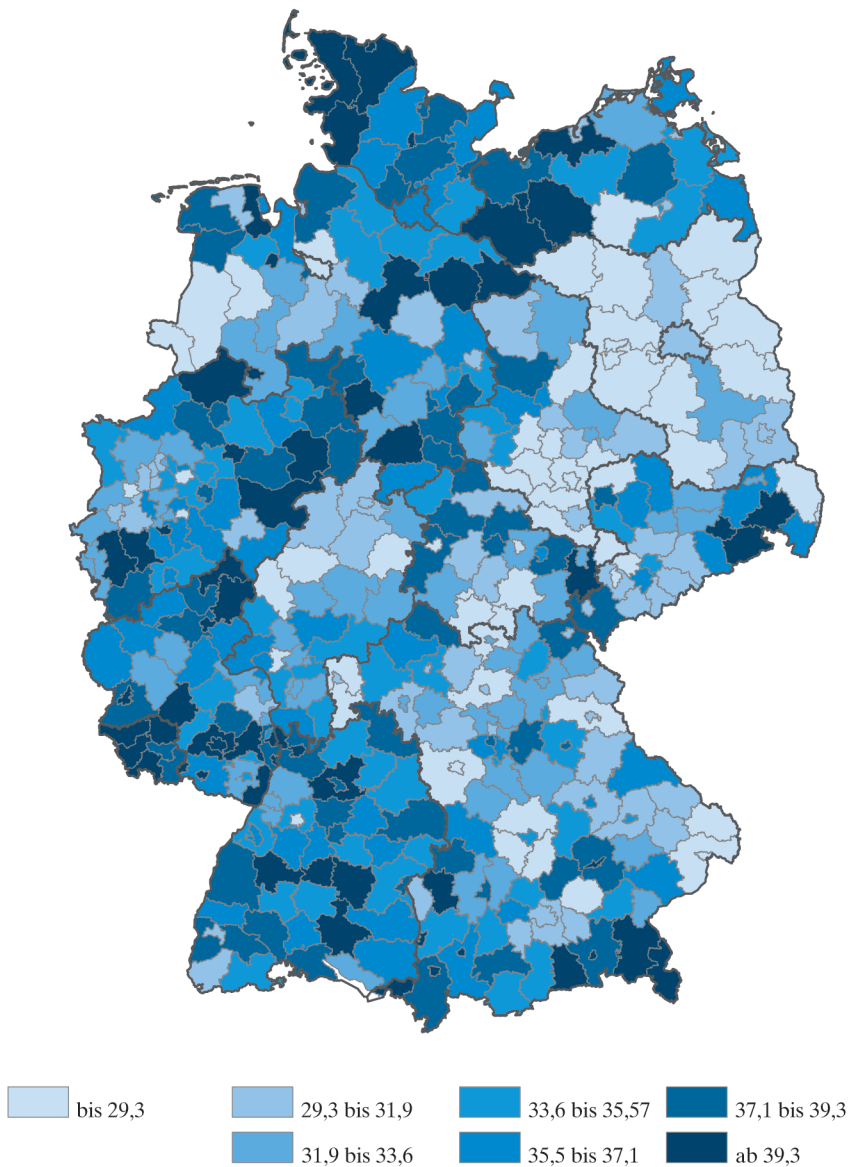
Verteilung der Pflegestufen nach Trägerschaft

Anteil in %



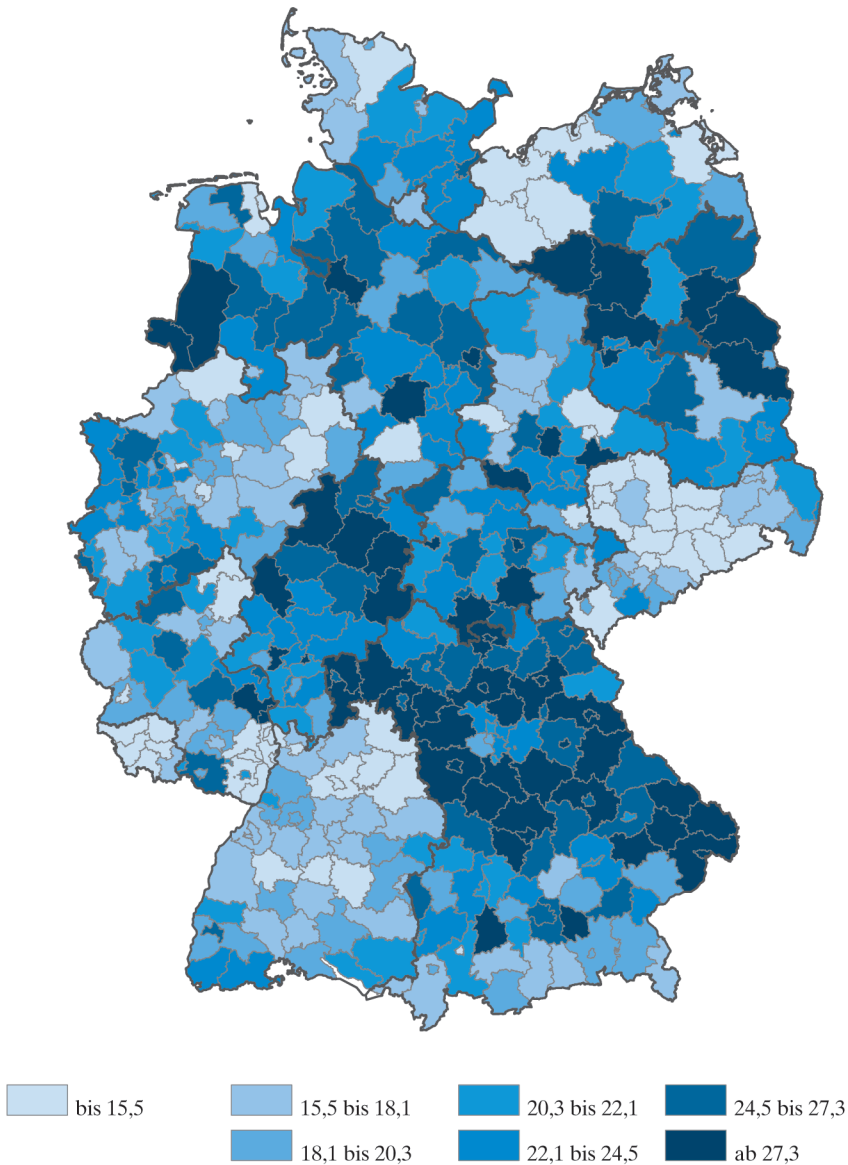
Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen. – Bewohner mit unbekannter Pflegestufe auf Stufe I bis III aufgeteilt

Karte 2

**Anteile an Heimbewohnern der Pflegestufe 1
in %**

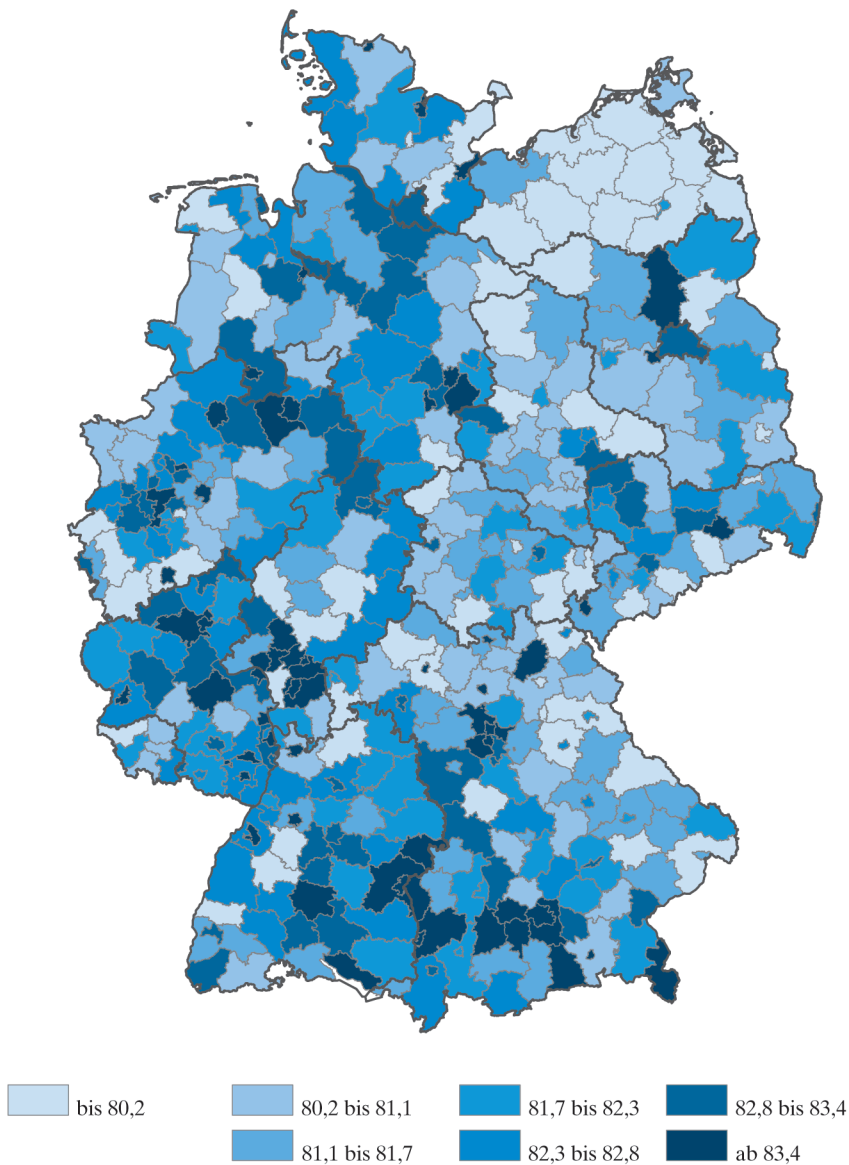
Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Karte 3

**Anteile an Heimbewohnern der Pflegestufe 3
in %**

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Karte 4

**Durchschnittsalter der Heimbewohner
in Jahren**

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

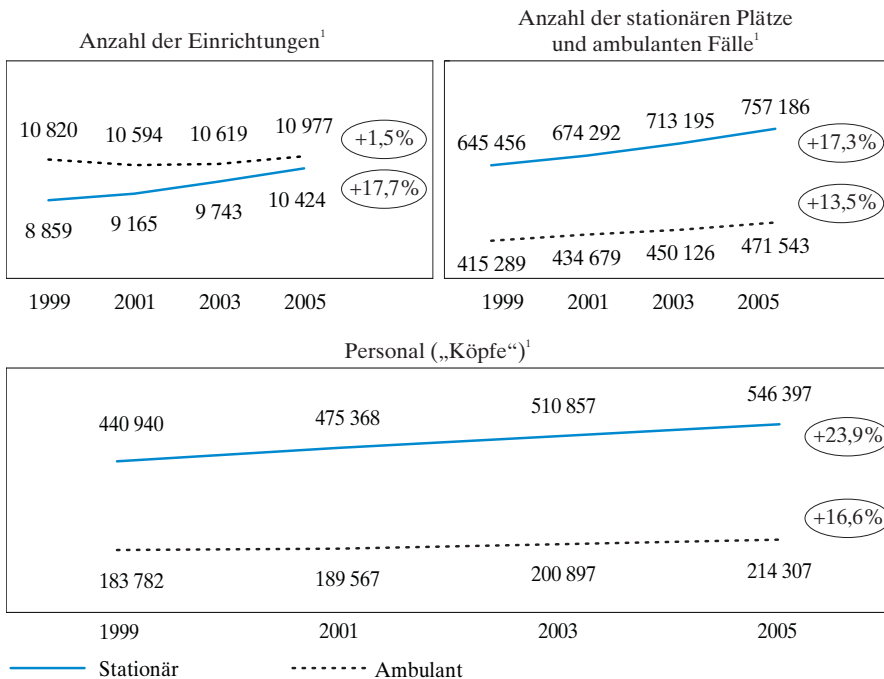
Ferner bleibt festzuhalten, dass der Anteil männlicher Heimbewohner zwischen 1999 und 2005 von 21,1% auf 22,7% leicht gestiegen ist und dass das Alter des durchschnittlichen Bewohners im gleichen Zeitraum von 81,5 auf 81,8 Jahre zugenommen hat. Der Anstieg des Durchschnittsalters fällt in Ostdeutschland stärker aus als in Westdeutschland. Schließlich scheint in ländlichen Regionen das Durchschnittsalter der Heimbewohner deutlich geringer zu sein als in städtischen (Karte 4). Regressionsanalysen bestätigen diesen Zusammenhang. Die Hintergründe hierfür sind allerdings unklar.

2.2.2 Angebot

Mit der wachsenden Nachfrage nach Pflegeleistungen ist auch eine entsprechende Zunahme des Angebots zu verzeichnen. Die Anzahl der Pflegeheime stieg zwischen 1999 und 2005 um 17,7% von 8 859 auf 10 424 (Schaubild 7). In gleichem Maße erhöhte sich die Zahl der verfügbaren Plätze von rund 645 000

Schaubild 7

Zahl der Einrichtungen, Plätze und Personal 1999 bis 2005

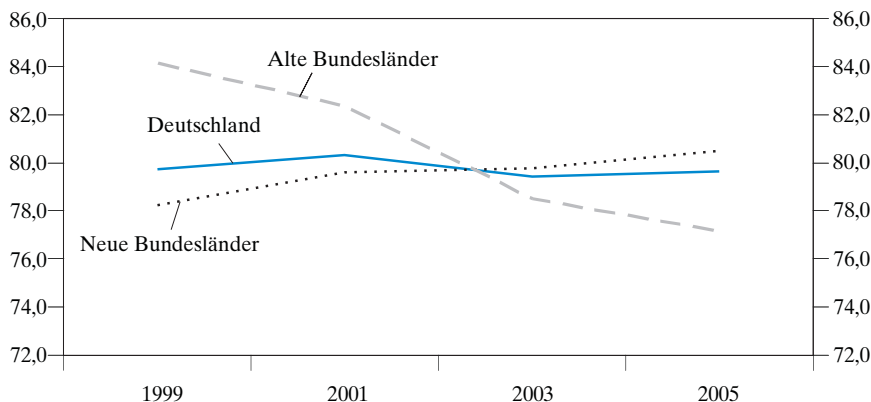


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: Statistisches Bundesamt 2007. – ¹Alle Heime.

Schaubild 8

Durchschnittliche Heimgröße

1999 bis 2005; Zahl der Pflegeplätze je Heim

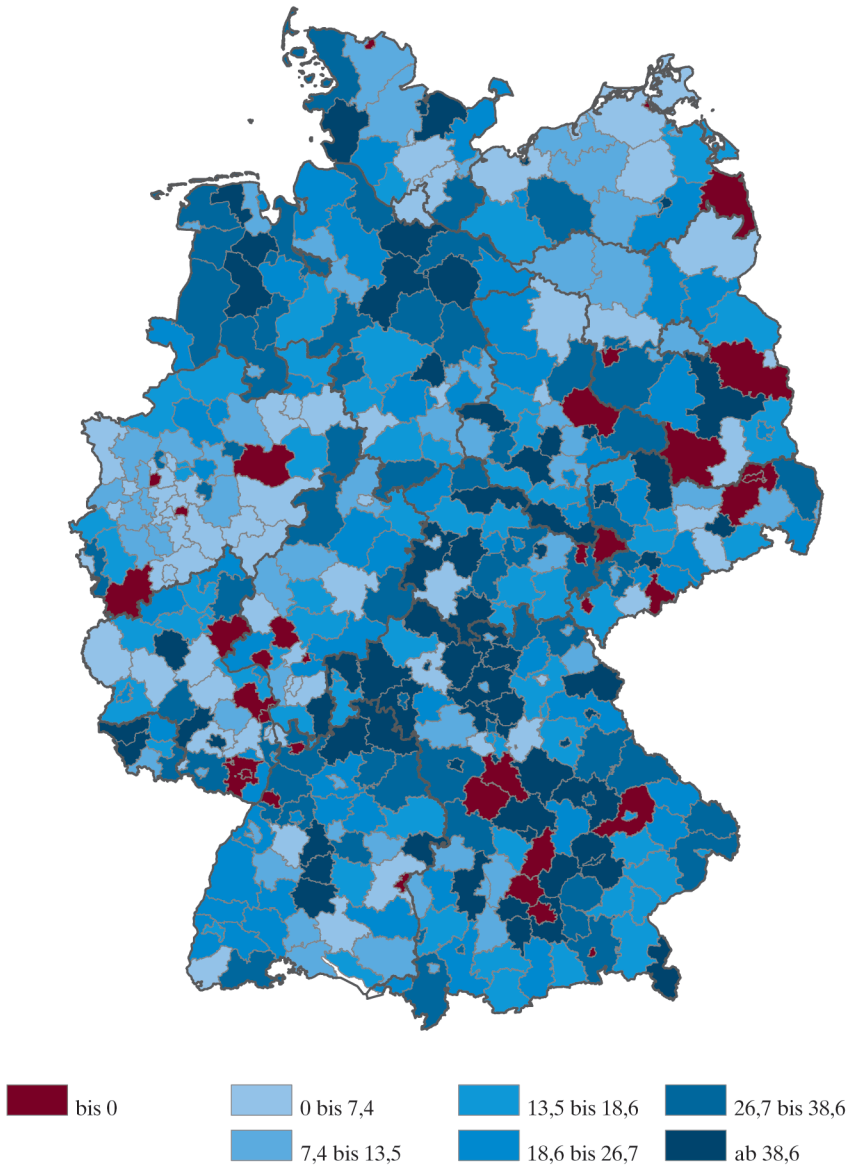


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

auf 757 000. Die durchschnittliche Heimgröße blieb damit unverändert bei rund 80 Plätzen. Allerdings zeigt sich, dass die durchschnittliche Größe in Ostdeutschland abnimmt und in Westdeutschland leicht zunimmt (Schaubild 8). In fast allen Regionen wurde die Zahl der Plätze zwischen 1999 und 2005 (Karte 5) angehoben. Es finden sich nur wenige Kreise mit einem leichten Rückgang der Plätze. Die Zahl der Mitarbeiter in stationären Einrichtungen erhöhte sich in diesem Zeitraum um 23,9%.

Die durchschnittliche Auslastung blieb ebenfalls unverändert bei rund 88% (Schaubild 9). Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass erstens die Berechnung der Auslastung nur stichtagsbezogen für den 15.12. der jeweiligen Jahre erfolgen kann und zweitens sie sich nur auf Pflegefälle nach SGB XI bezieht, d.h. jene in Stufe I bis III oder Härtefälle. Selbstzahler der so genannten Pflegestufe 0 sind darin nicht enthalten. Die tatsächliche Auslastung dürfte deshalb über 88% liegen. Aufgrund der Projekterfahrung der ADMED und der HCB GmbH vermuten wir, dass der Anteil der Fälle der Pflegestufe 0 etwa 4% beträgt. Damit würde die bundesweite Auslastung bei 92% liegen. Auf regionaler Ebene zeigen sich erhebliche Unterschiede: Die Auslastung schwankt zwischen 65% und über 100% (Karte 6). Im Rheinland und in ostdeutschen Bundesländern liegt sie zum Beispiel deutlich über dem Durchschnitt. Die Analysen ergeben ferner, dass die Auslastung in keinem statistischen Zusammenhang mit der Zunahme der Zahl der Plätze zwischen 1999 und 2005 steht. Zunächst liegt die Vermutung nahe, dass bei einer Ausweitung des lokalen Angebots die Auslastung sinkt. Dies scheint nicht der Fall. Offenbar nahm die Zahl der Plätze im Durchschnitt weitgehend proportional zur Nachfrage zu.

Karte 5

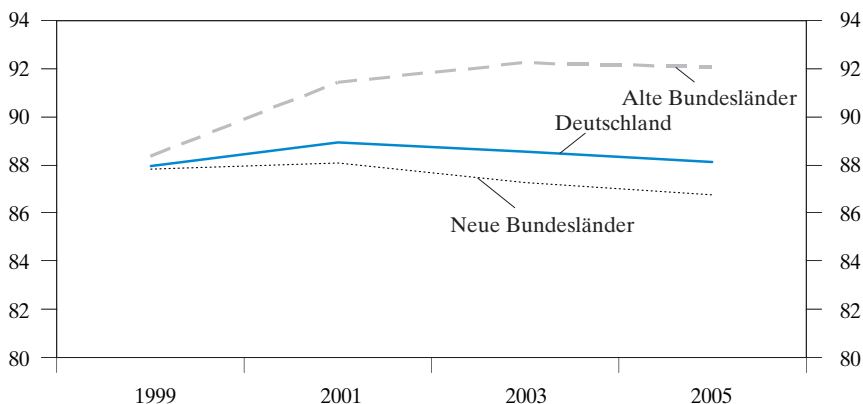
**Wachstum Plätze 1999 bis 2005
in %**

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Schaubild 9

Auslastung der Heime

1999 bis 2005; in %

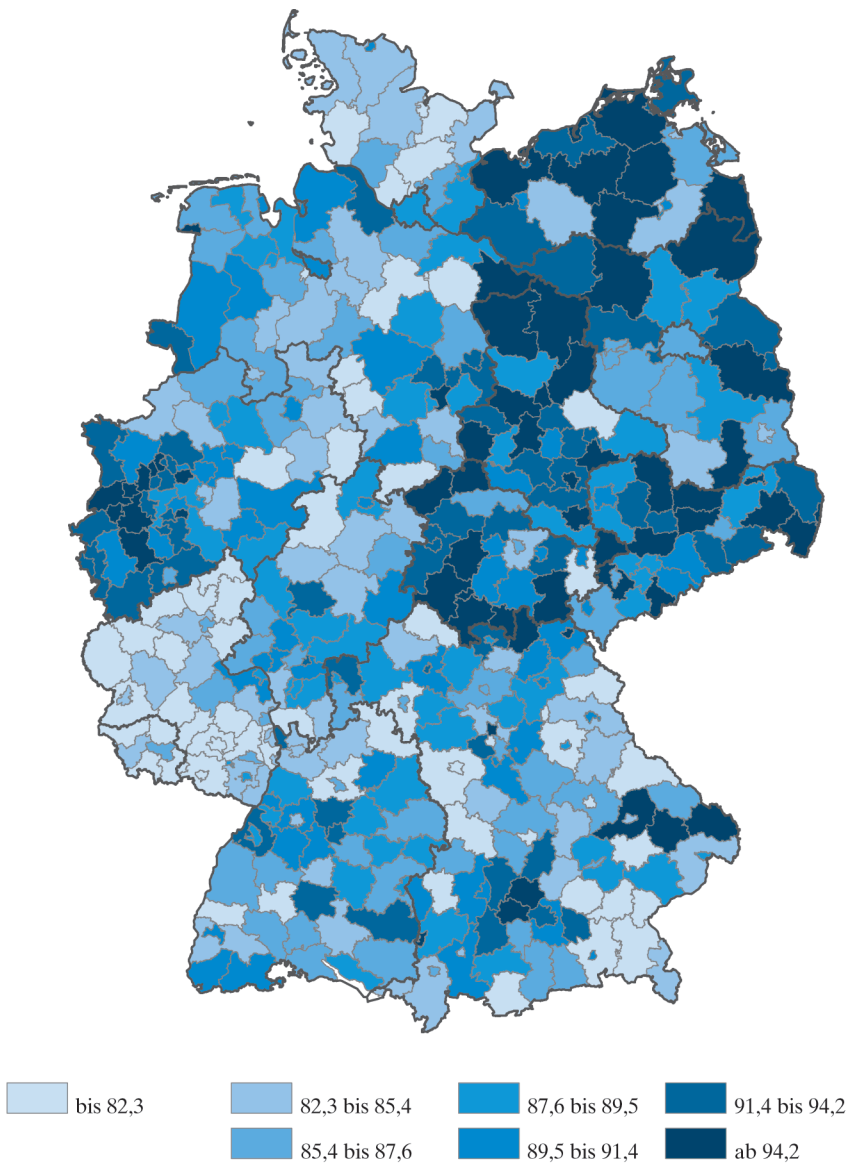


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Eine detaillierte Untersuchung der Auslastung kommt zu folgenden Ergebnissen (Schaubild 10). Pflegeheime in privater Trägerschaft weisen gegenüber freigemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen eine signifikant niedrigere Auslastung auf. Ländliche Heime besitzen ebenfalls eine geringere Auslastung. Die Auslastung nimmt mit dem Anteil der Bewohner in Pflegestufe III zu. Der kausale Zusammenhang hierzu ist jedoch unklar. Obgleich aus dem Schaubild nicht ersichtlich, sondern nur durch eine multivariate Analyse, die alle genannten Faktoren simultan berücksichtigt, sinkt mit der Zunahme der Heimgröße die Auslastung signifikant. Kein Zusammenhang besteht zwischen dem Preisniveau und der Auslastung. Auffällig ist der stark negative Zusammenhang zwischen dem Personaleinsatz je Bewohner und der Auslastung. Dies ist allerdings nicht überraschend und spiegelt wohl im Wesentlichen economies of scale wieder. Je höher die Auslastung, desto geringer ist der Fixaufwand. Umgekehrt bedeutet dies, dass hoher Personaleinsatz mit einer niedrigen Auslastung korreliert.

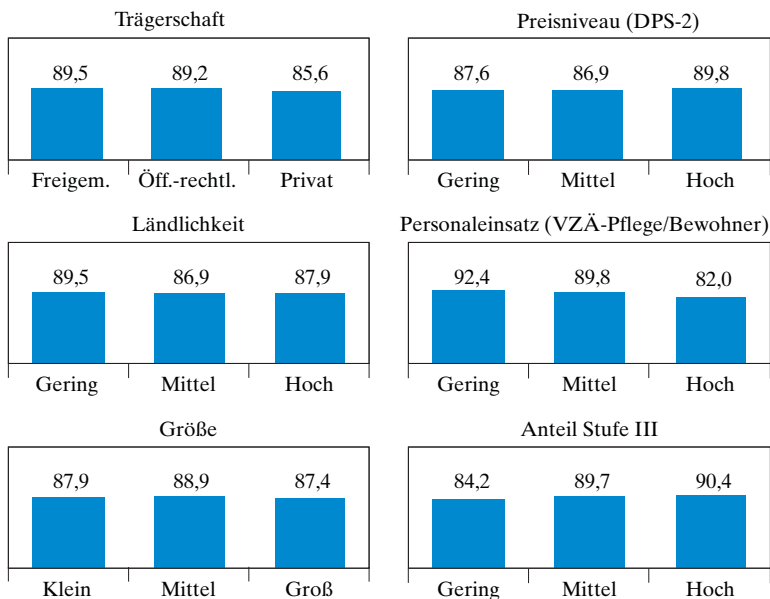
Der Pflegeheimmarkt wird durch die freigemeinnützigen Anbieter dominiert. Über 60% der Bewohner leben in einer freigemeinnützigen Einrichtung (Schaubild 11). Rund 30% leben im Heim eines privaten Anbieters, weniger als 10% in einer öffentlich-rechtlichen Einrichtung. Die Verteilung der Trägerschaft weist auch eine enorme regionale Streuung auf (Karte 7). Es gibt Kreise mit weniger als 10% privaten Heimen und Kreise mit über 50%. Es fällt auf, dass es besonders in Nordrhein-Westfalen nur sehr wenige private Heime gibt, während in Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Hessen, Sach-

Karte 6

Auslastung 2005
in %

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Schaubild 10

Auslastung nach Untergruppen
in %

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

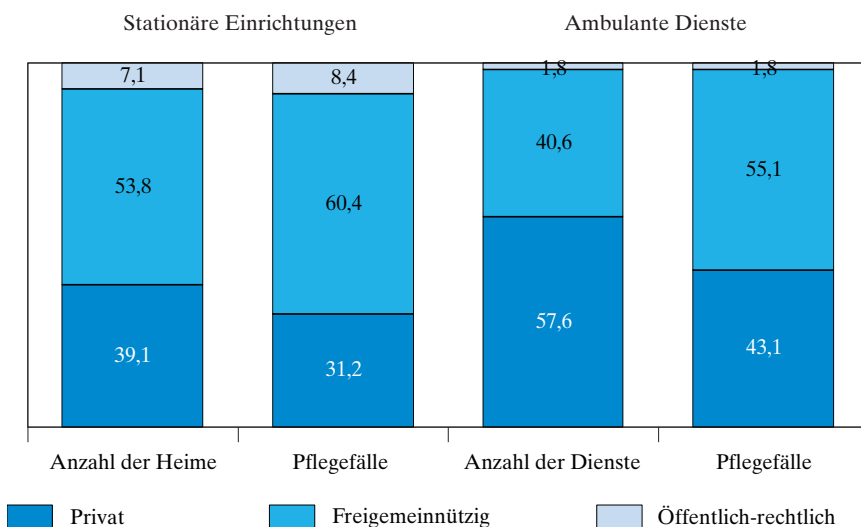
sen-Anhalt und Ost-Bayern private Heime einen bedeutenden Stellenwert besitzen.

Die Pflege von Menschen ist eine sehr personalintensive Dienstleistung. Von großem Interesse ist daher die Frage nach dem Personaleinsatz je Heimbewohner. Schaubild 12 zeigt die Zahl der eingesetzten Vollzeitkräfte je Heimbewohner. Der durchschnittliche Wert lag 2005 unverändert auf dem Niveau von 1999 bei 0,60 je Bewohner. In Ost-Deutschland lag der Wert signifikant darunter bei nur 0,50 bis 0,52. Die Zahl der Pflegefachkräfte je Bewohner stieg in diesem Zeitraum indessen von 0,21 auf 0,23. Die höchste Zahl an Vollzeitkräften je Bewohner weist Baden-Württemberg mit 0,66 auf, gefolgt von Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein (Schaubild 13, Karte 8 und 9). Private Heime setzen mit 0,58 bis 0,59 zwar insgesamt weniger Personal je Bewohner ein als nicht-private Heime mit 0,61 bis 0,63. Vergleicht man allerdings den Einsatz von Pflegefachkräften je Bewohner, gibt es keine Unterschiede zwischen privaten und freigemeinnützigen Trägern (Schaubild 14). Lediglich die Werte öffentlich-rechtlicher Einrichtungen fallen leicht höher aus.

Schaubild 11

Verteilung der Heime nach Trägerschaft

in %

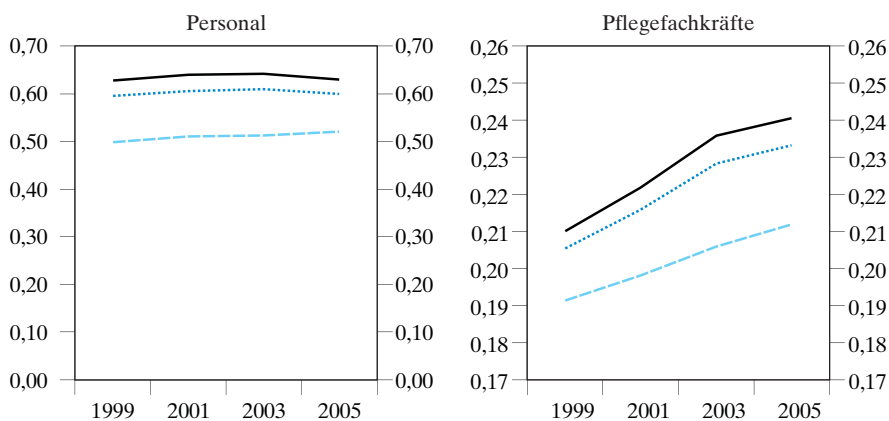


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Schaubild 12

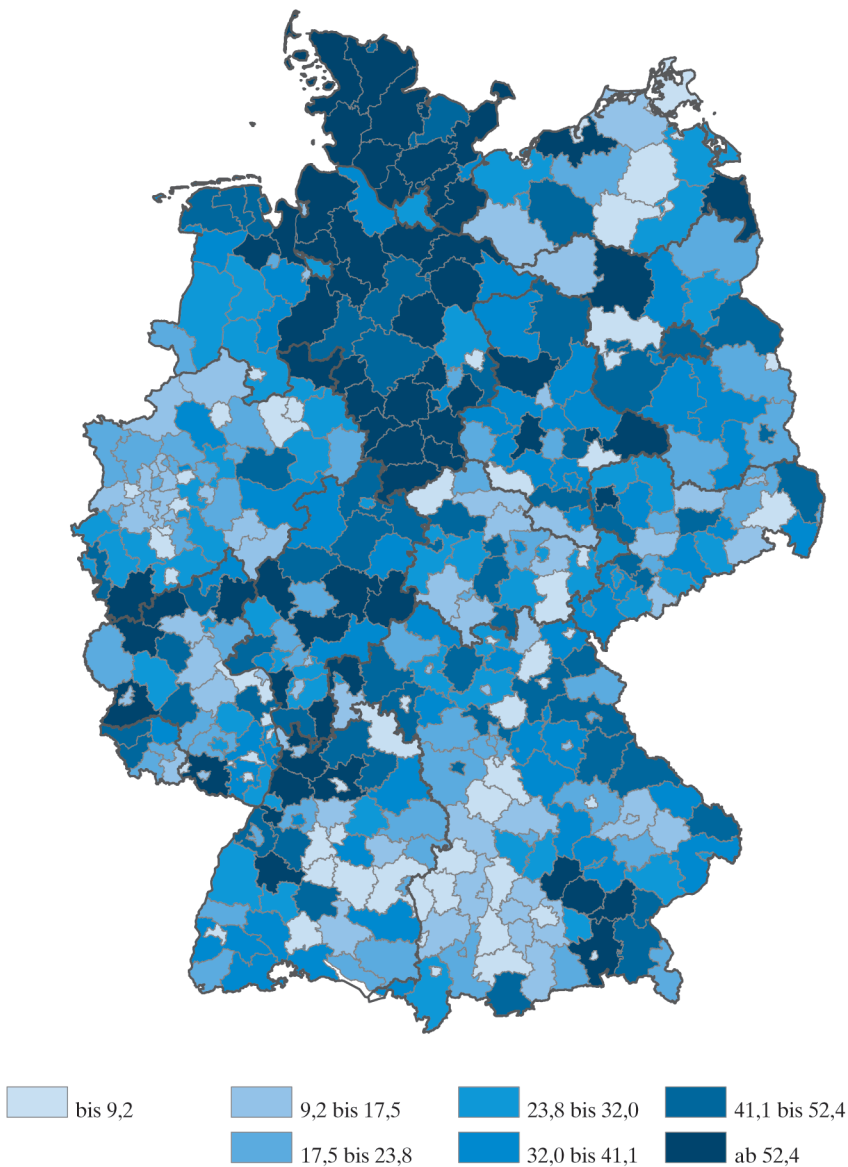
Personal je Bewohner in Pflegeheimen

1999 bis 2005; Vollzeitäquivalente



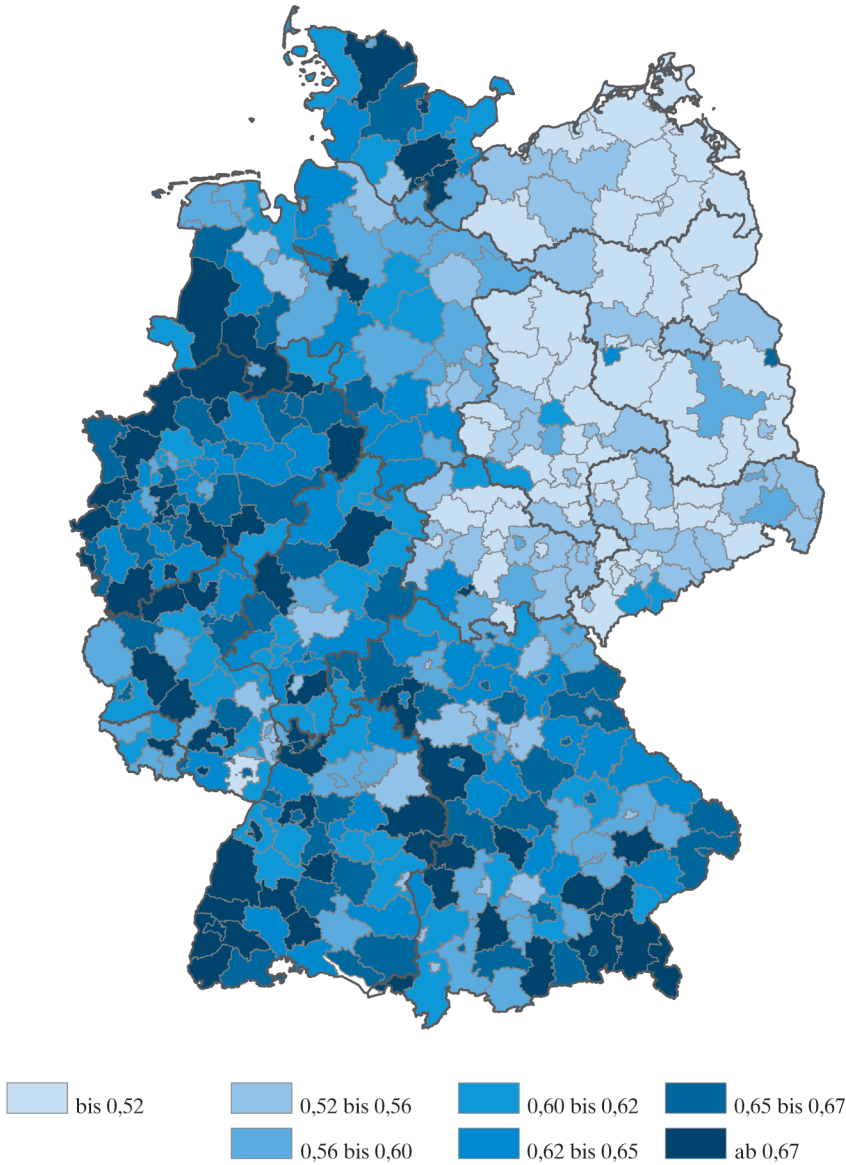
..... Deutschland — West Deutschland - - - Ost Deutschland
 Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Karte 7

**Anteile privater Betten an Gesamtbettenanzahl
in %**

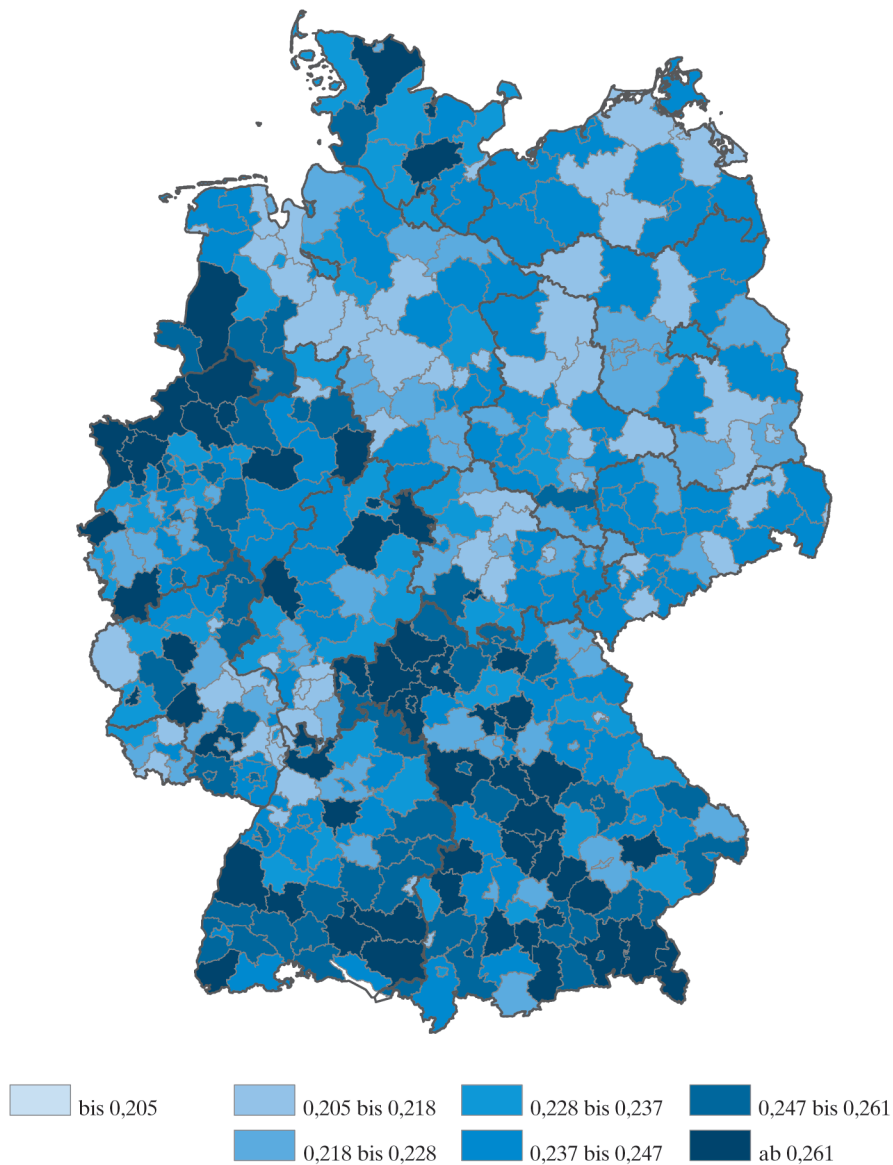
Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Karte 8

Vollzeitäquivalente je Heimbewohner

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Karte 9

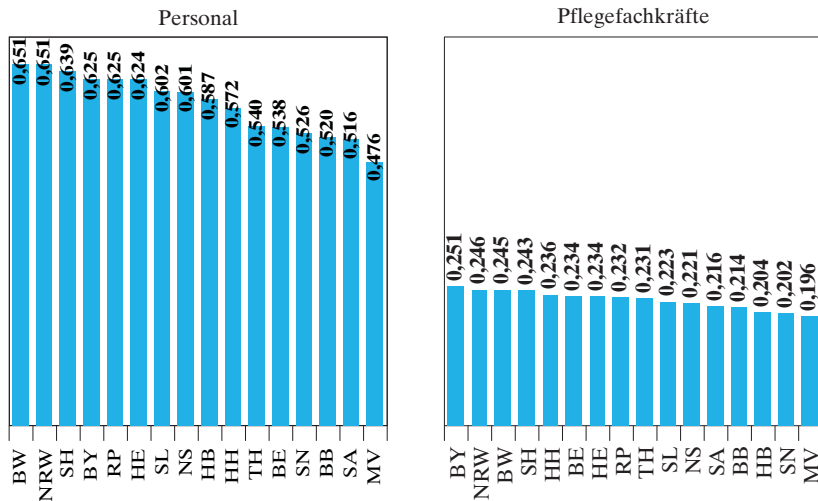
Vollzeitäquivalente in der Pflege je Bewohner

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Schaubild 13

Personal je Bewohner in Pflegeheimen nach Bundesländern

Vollzeitäquivalente

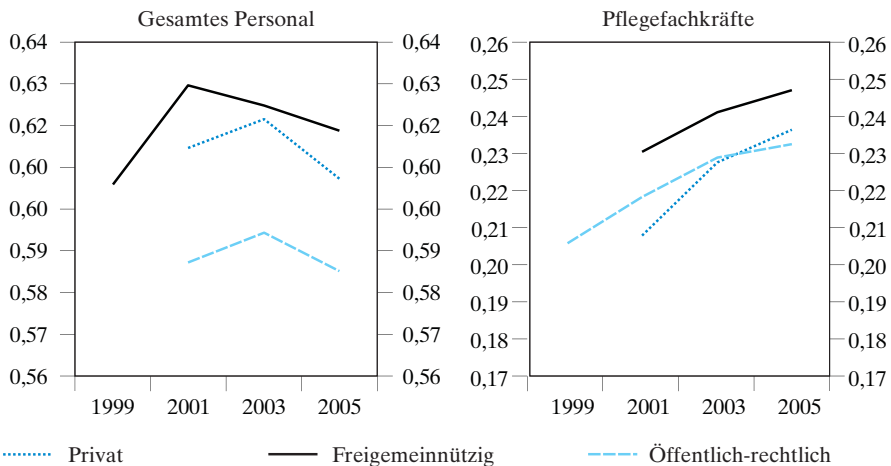


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Schaubild 14

Personal je Bewohner in Pflegeheimen nach Trägerschaft

1999 bis 2005; Vollzeitäquivalente



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Schaubild 15

Komponenten des Heimentgelts

Preiskomponente	Beschreibung
Investitionskostenanteil (IK)	Entgelt für Investitionstätigkeiten (Bau, Umbau etc.)
Unterkunft und Verpflegung (U&V)	Entgelt für „Hotelleistungen“
Pflegesatz	Entgelt für pflegerische Leistungen, nach Schweregrad differenziert: <ul style="list-style-type: none"> – Stufe I – Stufe II – Stufe III – Härtefall Hinzu kommt „Stufe 0“ für Leistungen außerhalb des SGB XI

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

2.2.3 Preise

Die Preise für Pflegeleistungen setzen sich aus drei Komponenten zusammen (Schaubild 15): dem nach Schweregrad differenzierten Pflegesatz für pflegerische Leistungen, dem Entgelt für Unterkunft und Verpflegung (U&V bzw. Hotelleistungen) sowie dem Investitionskostenanteil zur Deckung der Investitionen in das Pflegeheim. Die Zuordnung der im Betrieb anfallenden Kosten als Pflegeleistung oder als Hotelleistung erfolgt allerdings zwischen einzelnen Bundesländern nach einem unterschiedlichen Schlüssel. Schaubild 16 stellt sie für ausgewählte Bundesländer dar. Es wird insbesondere deutlich, dass in Nordrhein-Westfalen mehr Kostenbestandteile der Unterkunft und Verpflegung zugerechnet werden als in anderen Bundesländern. Ein direkter Vergleich der einzelnen Preiskomponenten zwischen Bundesländern ist daher

Schaubild 16

Abgrenzung zwischen Pflegesätzen und U&V in ausgewählten Bundesländern

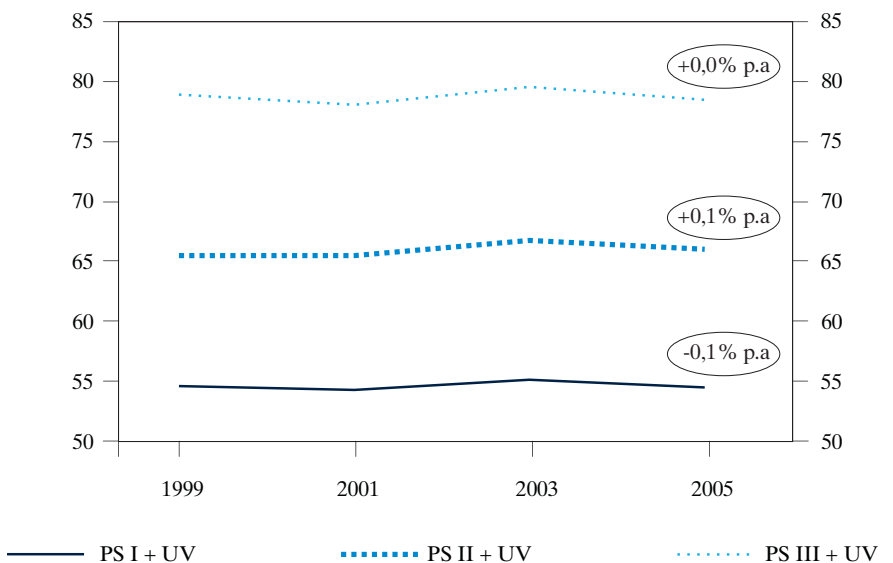
	Aufteilung auf	
	Pflege	U&V
Einheitliche, nicht näher spezifizierte pauschale Anweisungen		
Niedersachsen	50%	50%
Rheinland-Pfalz	70%	30%
Baden-Württemberg	50%	50%
Bayern	50%	50%
Detaillierte Aufschlüsselungen		
Hessen	ca. 50%	ca. 50%
Nordrhein-Westfalen		
Generell	ca. 50%	ca. 50%
Hauswirtschaftlicher Dienst	0%	100%
Wirtschaftsbedarf	0%	100%

Analyse von ADMED, Lehrstuhl Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen, RWI Essen, ZeS.

Schaubild 17

Reale Preise für Pflegeleistungen nach Pflegestufen

1999 bis 2005; in Preisen von 1999

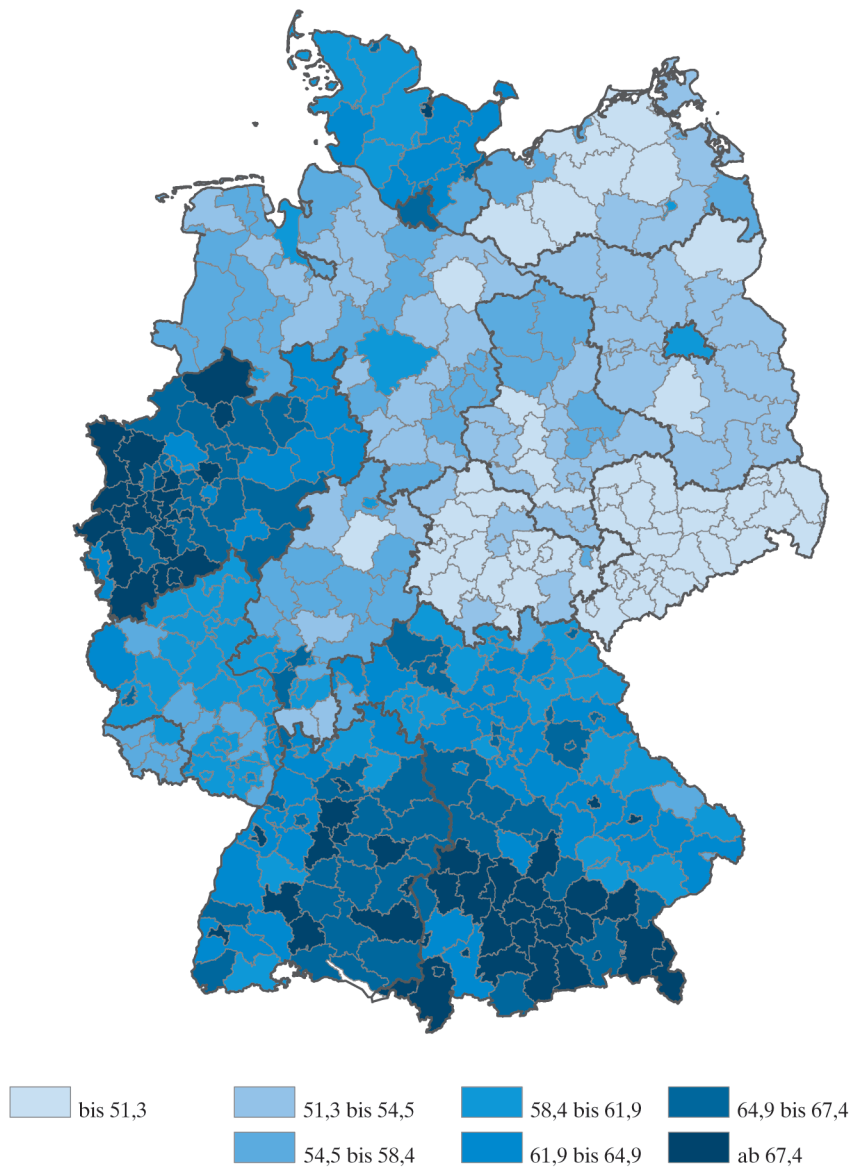


— PS I + UV PS II + UV PS III + UV
 Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

nur sehr eingeschränkt möglich. Das Entgelt für Pflegeleistungen muss stets gemeinsam mit dem für Unterkunft und Verpflegung betrachtet werden. Wir untersuchen aus diesem Grund jeweils die Summe aus den einzelnen Pflegesätzen und dem Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und separat den Investitionskostenanteil.

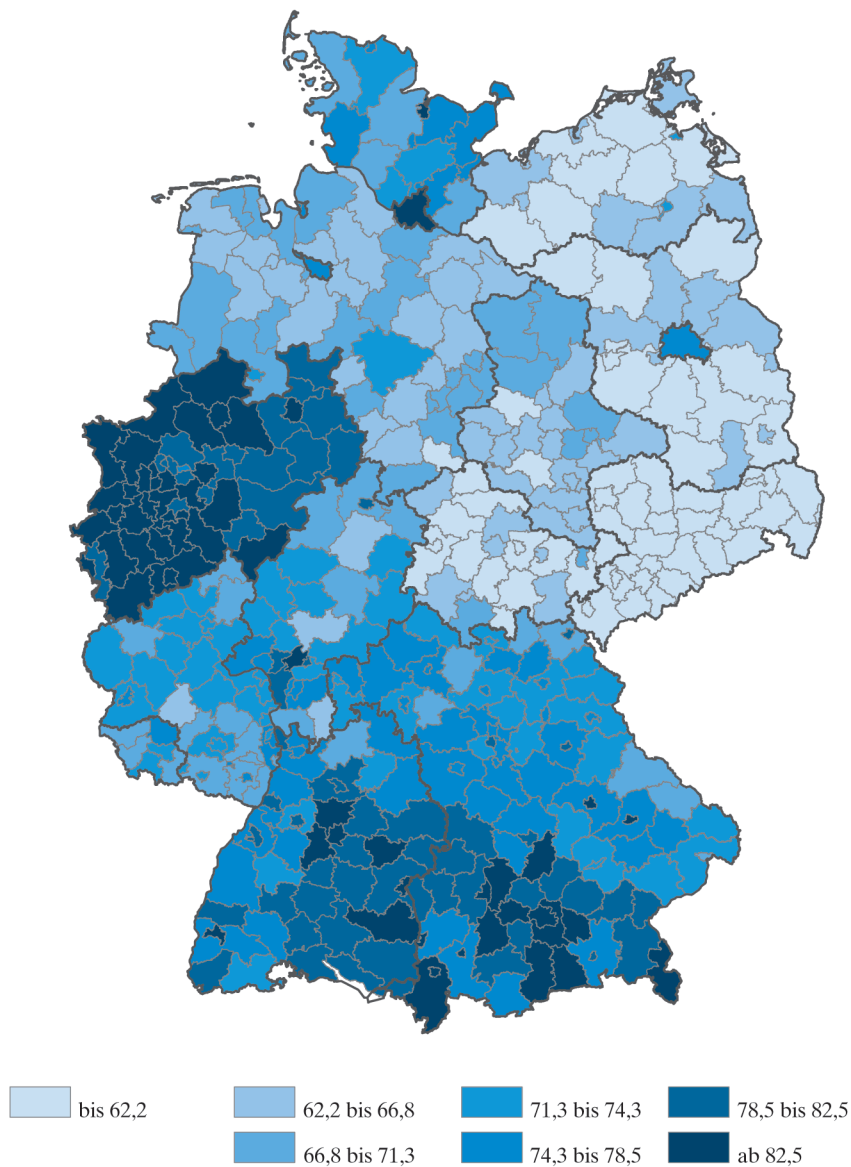
Die Heimentgelte für alle drei Pflegestufen erhöhen sich seit 1999 in Einklang mit der Inflationsrate (Schaubild 17). In Preisen von 1999 bleiben die Heimentgelte also konstant. Auf regionaler Ebene bestehen indessen signifikante Preisgefälle. Bei Pflegestufe I (zzgl. U&V) stechen folgende Bundesländer als besonders teuer hervor: Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Bayern und Schleswig-Holstein (Karte 10). Die ostdeutschen Länder und Niedersachsen sind am günstigsten. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei Pflegestufe II (Karte 11). Bei Pflegestufe III hingegen weist Nordrhein-Westfalen fast flächendeckend das höchste Preisniveau auf, Schleswig-Holstein, Baden-Württemberg und Bayern liegen nun niedriger, Saarland, Rheinland-Pfalz und Hessen fallen relativ teuer aus (Karte 12). Die Gründe für diese erheblichen Preisunterschiede sind vielfältig. In einem Gutachten für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen werden Erklärungen hierfür im Detail analysiert (RWI et al. 2007).

Karte 10

**Preise für Pflegestufe I inkl. U&V
für Dauerpflegeplätze; in Euro**

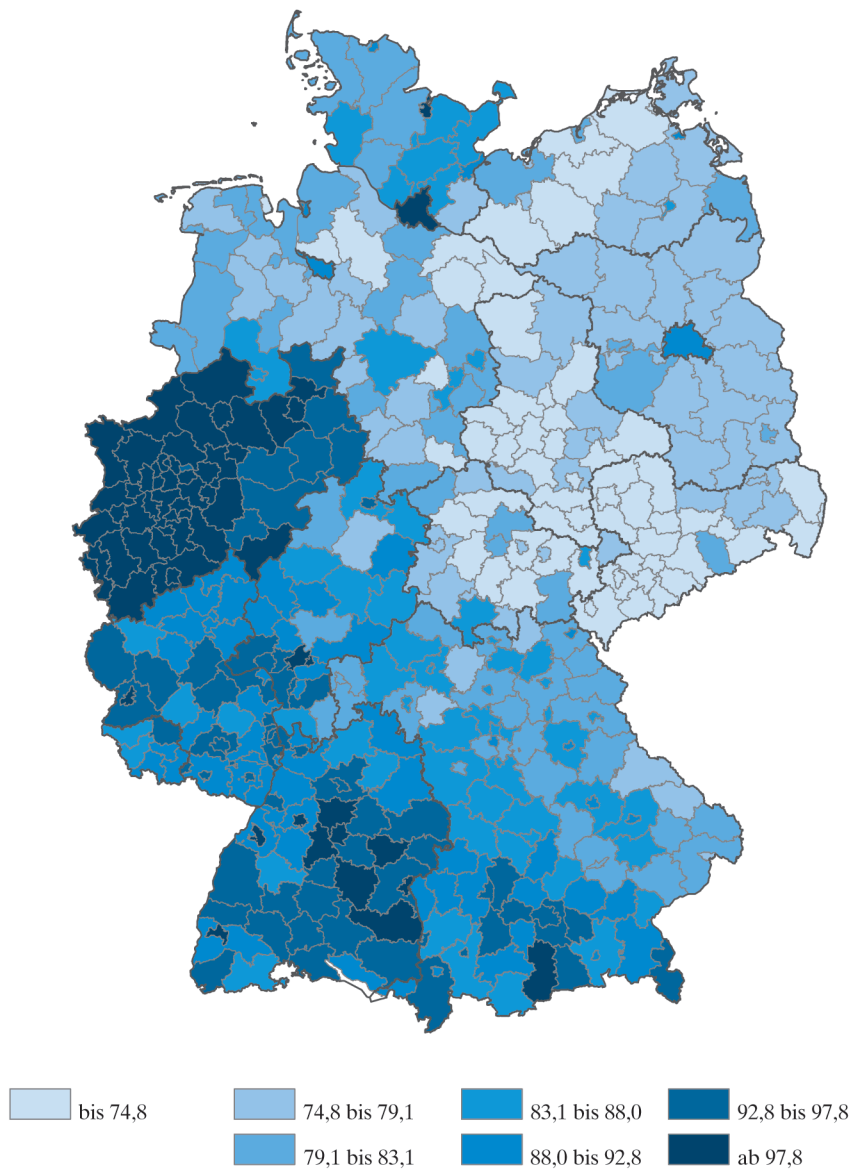
Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Karte 11

**Preise für Pflegestufe II inkl. U&V
für Dauerpflegeplätze; in Euro**

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

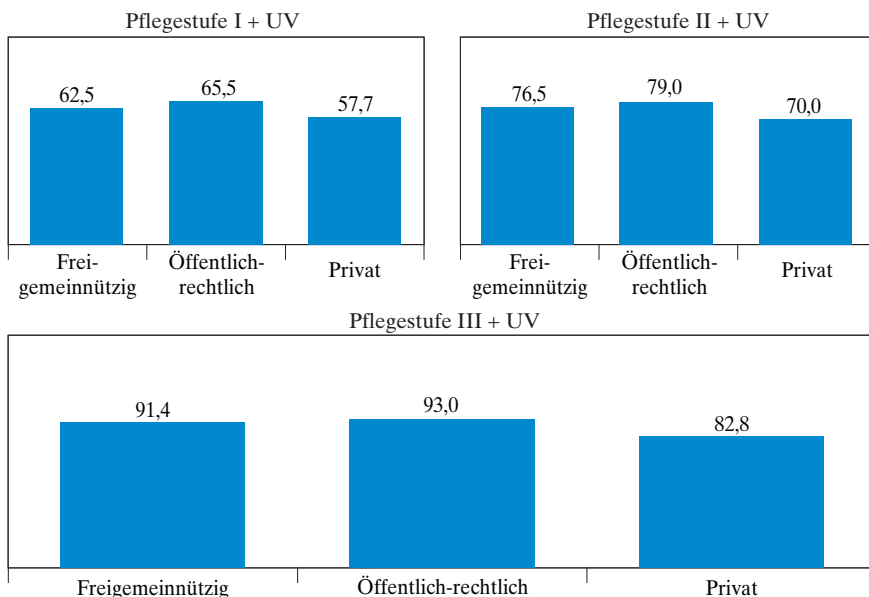
Karte 12

**Preise für Pflegestufe III inkl. U&V
für Dauerpflegeplätze; in Euro**

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Schaubild 18

Preise der Pflegeheime nach Trägerschaft
in Euro

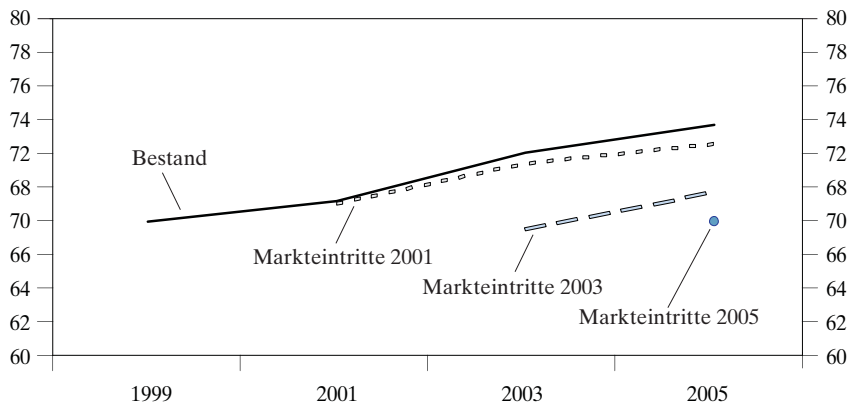


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen. – Investitionskosten können nicht nach Trägerschaft dargestellt werden.

Auffallend ist das deutlich niedrigere Preisniveau von Heimen in privater Trägerschaft (Schaubild 18). Dies gilt für alle drei Pflegestufen. Die Preisdifferenz liegt bei fast 10%. Dies kann mehrere Ursachen haben. Wie bereits gezeigt wurde, liegt der Personaleinsatz in privaten Heimen unter dem der nicht-privaten – möglicherweise wegen stärkerem Outsourcing – und ihre Auslastung fällt signifikant geringer aus. Darüber hinaus könnte die Position der privaten Heime in den Pflegesatzverhandlungen schlechter sein als bei den nicht-privaten, oder die Nachfrage der Pflegebedürftigen nach privaten Heimen fällt geringer aus, sodass sie ein niedrigeres Preisniveau anbieten müssen. Die Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit werden im dritten Abschnitt diskutiert. Bemerkenswert ist außerdem, dass neue Heime (Markteintritte) im Durchschnitt günstigere Preise bieten als am Markt etablierte (Schaubild 19).

Preise in ländlichen Regionen liegen deutlich unter denen in städtischen. Auch hier beträgt die Differenz rund 10% (Schaubild 20). Zwischen dem Investitionskostenanteil und der Ländlichkeit besteht kein eindeutiger Zusammenhang. Er ist stark durch spezifische gesetzliche Regelungen auf Bundeslandebene geprägt. Beispielsweise ist der Investitionskostenanteil in Nieder-

Schaubild 19

Preisniveau der Pflegeheime nach Markteintritt1999 bis 2005; in Euro¹

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen. – ¹Die Preise beziehen sich auf einen Durchschnittswert (DPS-2) ohne Hamburg und Schleswig-Holstein, weil dort Pflegenummern in jedem Erhebungsjahr neu vergeben werden und damit kann kein Pflegeheim über mehrere Jahre beobachtet werden.

sachsen, einem eher ländlich geprägten Bundesland, am höchsten (Karte 13). Nordrhein-Westfalen liegt in Westdeutschland nur noch im Mittelfeld. Am günstigsten sind wieder die Heime in den ostdeutschen Bundesländern. Innerhalb eines Bundeslands zeigen die Analysen aber, dass mit zunehmender Ländlichkeit der Investitionskostenanteil signifikant zurück geht.

Tabelle 1

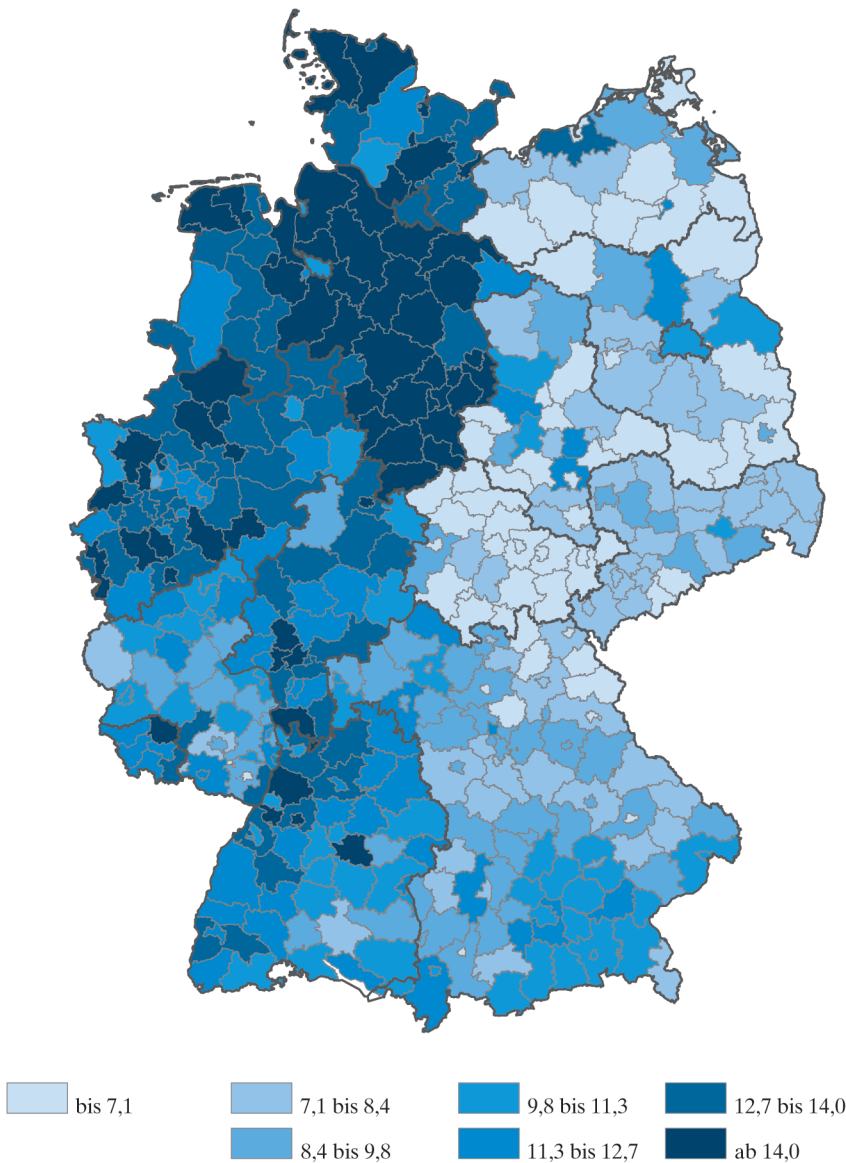
Preise nach Trägerschaft, Ländlichkeit und Pflegestufe

Preise der Pflegestufen zzgl. Unterkunft und Verpflegung in €

	Geringe Ländlichkeit	Mittlere Ländlichkeit	Hohe Ländlichkeit
Pflegestufe I			
Freigemeinnützig	64,81	62,80	59,02
Öffentlich-rechtlich	69,00	64,11	62,82
Privat	60,30	57,85	55,81
Pflegestufe II			
Freigemeinnützig	80,10	76,89	71,07
Öffentlich-rechtlich	83,92	77,50	74,83
Privat	73,96	70,20	66,91
Pflegestufe III			
Freigemeinnützig	95,95	92,45	83,95
Öffentlich-rechtlich	99,00	92,35	87,19
Privat	88,01	83,50	78,46

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

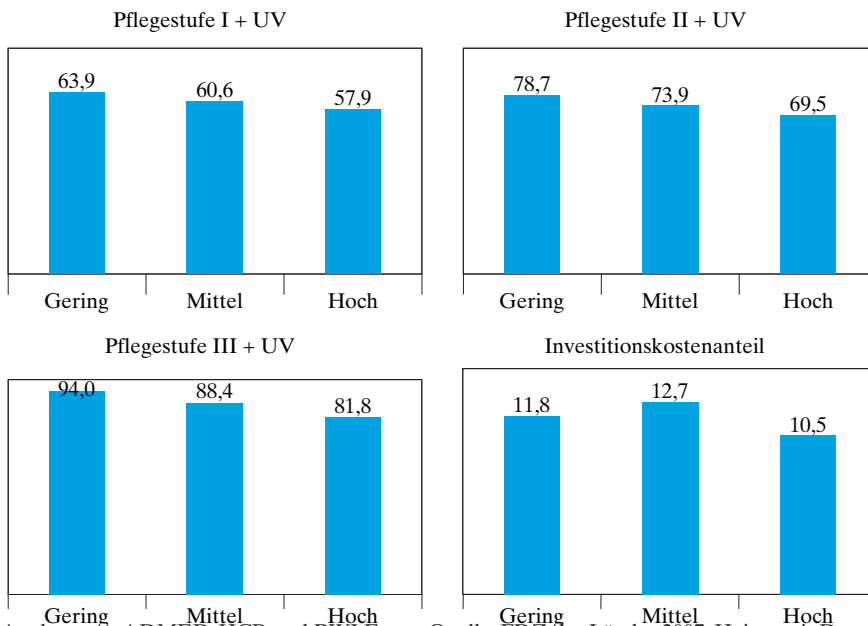
Karte 13

Investitionskosten
für Dauerpflegeplätze in Euro

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Schaubild 20

Preisniveau der Pflegeheime nach Ländlichkeit in Euro



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen und PAULA. – Gering: 0%, vor, mittel: 0,1% bis 32%, hoch: ab 32,1%.

2.3 Trends

2.3.1 Nachfrage

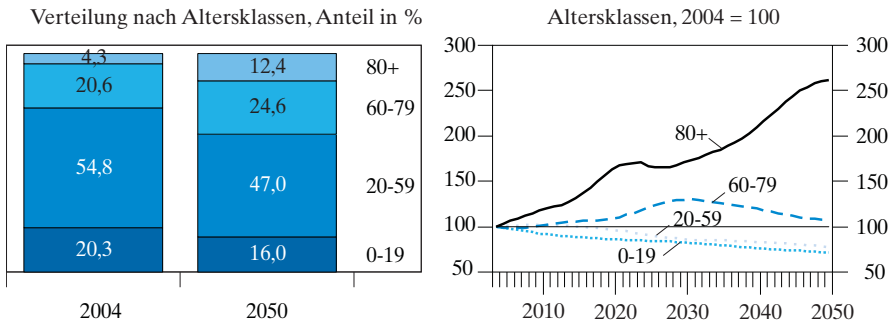
Die zukünftige Nachfrage nach Pflegeplätzen wird zum überwiegenden Teil durch die demografische Entwicklung bestimmt. Die Bevölkerung befindet sich derzeit in einem Alterungsprozess. Die Zahl der Menschen im Alter ab 80 nimmt kontinuierlich zu und wird im Vergleich zu allen anderen Altersklassen in den kommenden Jahrzehnten den größten Zuwachs erleben (Schaubild 21). 2004 betrug der Anteil dieser Altersklasse noch 4,3%, bis 2050 wird er sich auf voraussichtlich 12,4% nahezu verdreifachen. Gleichzeitig besitzt diese Altersklasse die größte Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, sodass die Nachfrage nach Pflegeleistungen in einem ähnlichen Maße zunehmen dürfte. Möglich ist aber, dass sich die Pflegewahrscheinlichkeiten je Alterstufe verringern, wenn sich neben der wachsenden Lebenserwartung auch die Jahre in Gesundheit erhöhen.⁴

⁴ Dies könnte überdies zu einer rückläufigen Verweildauer in Pflegeheimen führen. Valide Daten zur Verweildauer in Pflegeheimen liegen allerdings nicht vor. Nach Aussagen einzelner Pfl-

Schaubild 21

Zukünftige demografische Entwicklung

2004 bis 2050



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: 10. koordinierte Bevölkerungsvorausbe-
rechnung des Statistischen Bundesamtes, mittleres Szenario.

Die Nachfrage nach professioneller Pflege dürfte einen zusätzlichen Schub durch die zunehmende Singularisierungen der Gesellschaft bekommen.⁵ Eine wachsende Zahl der Senioren hat keine eigenen Kinder, die sie als Angehörige pflegen könnten. Darüber hinaus nehmen bei einer zunehmenden Erwerbstätigenquote Lohneinbußen durch die Pflege Angehöriger zu und damit die Bereitschaft zur Pflege eines Angehörigen ab. Wir gehen daher davon aus, dass der Anteil der älteren Menschen, die durch ihre Angehörigen versorgt werden – wie bereits in der Vergangenheit – weiter abnehmen wird. Abschnitt 2.4 untersucht verschiedene Szenarien zur Pflegenachfrage. Andererseits wurden die nominalen Pflegesätze der SPV seit ihrer Einführung im Jahr 1995 nicht angehoben, sind also real gesunken. Damit hat sich der Eigenanteil der Heimbewohner im vergangenen Jahrzehnt erhöht und die relative Attraktivität der professionellen Pflege vermindert. Die Vergangenheitsdaten zeigen jedoch, dass der Anteil der professionellen Pflege trotzdem gestiegen ist.

Einen schwer zu beurteilenden Einfluss auf die Pflegenachfrage haben mögliche Änderungen der politischen Rahmenbedingungen. Derzeit liegen der Entwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PFWG) vom 10.9.2007 und eine Zusammenfassung zum PFWG des BMG vom 17.10.2007 vor. Es beabsichtigt erstmals eine Anhebung der Pflegesätze der SPV um 0,96% p.a. Dabei soll die Anhebung für ambulante Pflege allerdings stärker ausfallen als für sta-

geheimbetreiber nimmt die Verweildauer in den vergangenen Jahren ab. Dies reduziert die Nachfrage nach Pflegetagen. Mangels ausreichender Daten berücksichtigen wir Änderungen in der Verweildauer nicht.

⁵ Möglich ist auch, dass die häusliche Pflege durch illegale Arbeitskräfte zunimmt. Hierzu liegen jedoch keine Daten vor.

Kasten 2

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG, Referentenentwurf vom 10.9.2007 und BMG vom 17.10.2007)¹**Leistungsseite**

Das PfWG soll die Leistungsseite erstmals seit Einführung der Sozialen Pflegeversicherung stärken. Die Pflegesätze der SPV sollen zwischen 2007 und 2014 im Durchschnitt um 0,96 % p.a. angehoben werden. Es würde sich um die erste Anhebung seit 1995 handeln. Dennoch würden die inflationsbereinigten Pflegesätze auch in Zukunft weiter sinken, da davon auszugehen ist, dass die Inflationsrate über 0,96 p.a. liegt. Im Vergleich zu vorher würde der reale Wert der Pflegesätze jedoch zumindest weniger stark sinken. Ab 2015 soll die jährliche Anpassung in Höhe der Inflationsrate erfolgen.

Innerhalb der Pflege kann es zu Verschiebungen kommen. Die Pflegesätze der SPV zur ambulanten Versorgung sollen schrittweise jenen der stationären angeglichen werden, indem die Sätze für die ambulante Pflege stärker als 0,7 % p.a. erhöht werden. Damit wird die ambulante Pflege gestärkt. Darüber hinaus sollen Betreuungsleistungen für Demente ausgeweitet und der Pflegebedürftigkeitsbegriff grundsätzlich überarbeitet werden. Geplant ist ferner die Schaffung von Transparenz über die Qualität der Pflegeleistungen durch die Veröffentlichung der Prüfberichte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK).

Das PfWG strebt schließlich eine bessere Verzahnung von Pflege und Rehabilitation an. Bislang wird der Grundsatz „Reha vor Pflege“ in der Praxis nicht umgesetzt. Daher sollen erstens der Informationsfluss über Reha-Empfehlungen des MDK und die Verknüpfung einer Reha-Empfehlung und eines Reha-Antrags verbessert werden (§31 Abs. 3 SGB XI i.V.m. §18 Abs. 6 SGB XI). Zweitens sollen Pflegeheime bei der erfolgreichen Reha und damit bei Herabstufung der Pflegestufe eines Heimbewohners mit 1 536 € belohnt (§87a SGB XI) und Krankenkassen bei unterlassener Reha mit 1 536 € bestraft werden (§40 SGB XI).

Finanzierungsseite

Die Art der Finanzierung der SPV bleibt unverändert. Ein teilweiser Übergang zu einem kapitalgedeckten Verfahren ist nicht vorgesehen. Zur Finanzierung der Leistungsausweitungen und der zunehmenden Zahl der Pflegefälle soll der Beitragssatz zur SPV 2008 um 0,25%-Punkte steigen, was voraussichtlich zu Mehreinnahmen von über 2,5 Mrd. € führen wird. Damit lassen sich die Ausgaben der SPV noch einige weitere Jahre finanzieren. Die nächste Pflegereform wird dann folgen müssen. Am Monopol der SPV als alleinigem Anbieter der Pflegepflichtversicherung wird festgehalten. Ein Kassenwettbewerb wie in der GKV wäre denkbar gewesen.

¹Vgl. auch Rothgang 2007.

tionäre. Kasten 2 stellt wesentliche Punkte des PfWG vor. Insgesamt muss davon ausgegangen werden, dass auch zukünftige Pflegereformen die kostengünstigere ambulante Pflege bevorzugen werden. In einem Szenario untersuchen wir daher die Folgen eines starken Rückgangs der Stufe I in Heimen.

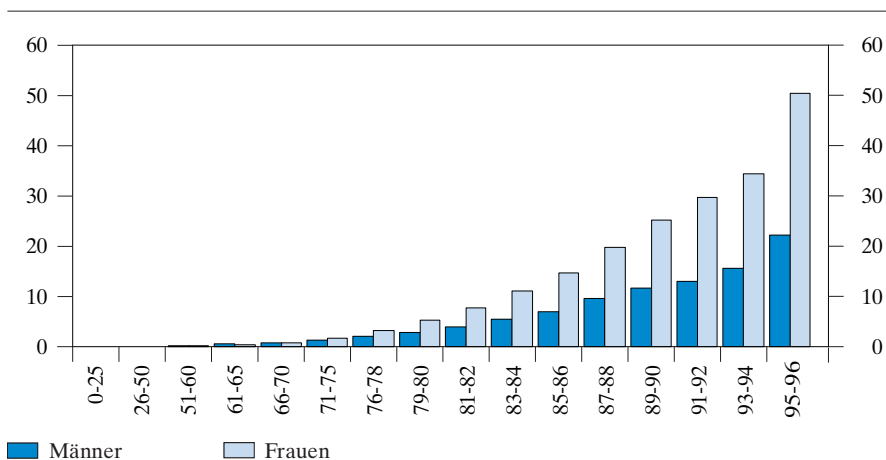
Schaubild 22 zeigt die Pflegequoten im Jahr 2005 nach Altersklassen und für Frauen und Männer. Es ist deutlich erkennbar, wie die Pflegehäufigkeit ab dem Alter von 80 Jahren stark steigt. Auffällig ist auch, dass Frauen eine erheblich höhere Pflegehäufigkeit aufweisen als Männer.⁶ Wie bei vielen anderen Kennzahlen variiert auch die Pflegehäufigkeit stark auf regionaler Ebene

⁶ Auch in der ambulanten Pflege sind diese Muster erkennbar. Der Unterschied in der Pflegehäufigkeit zwischen Männern und Frauen ist jedoch weniger stark ausgeprägt.

Schaubild 22

Häufigkeit stationärer Pflege nach Altersklassen (Pflegequoten)

in %



■ Männer ■ Frauen

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

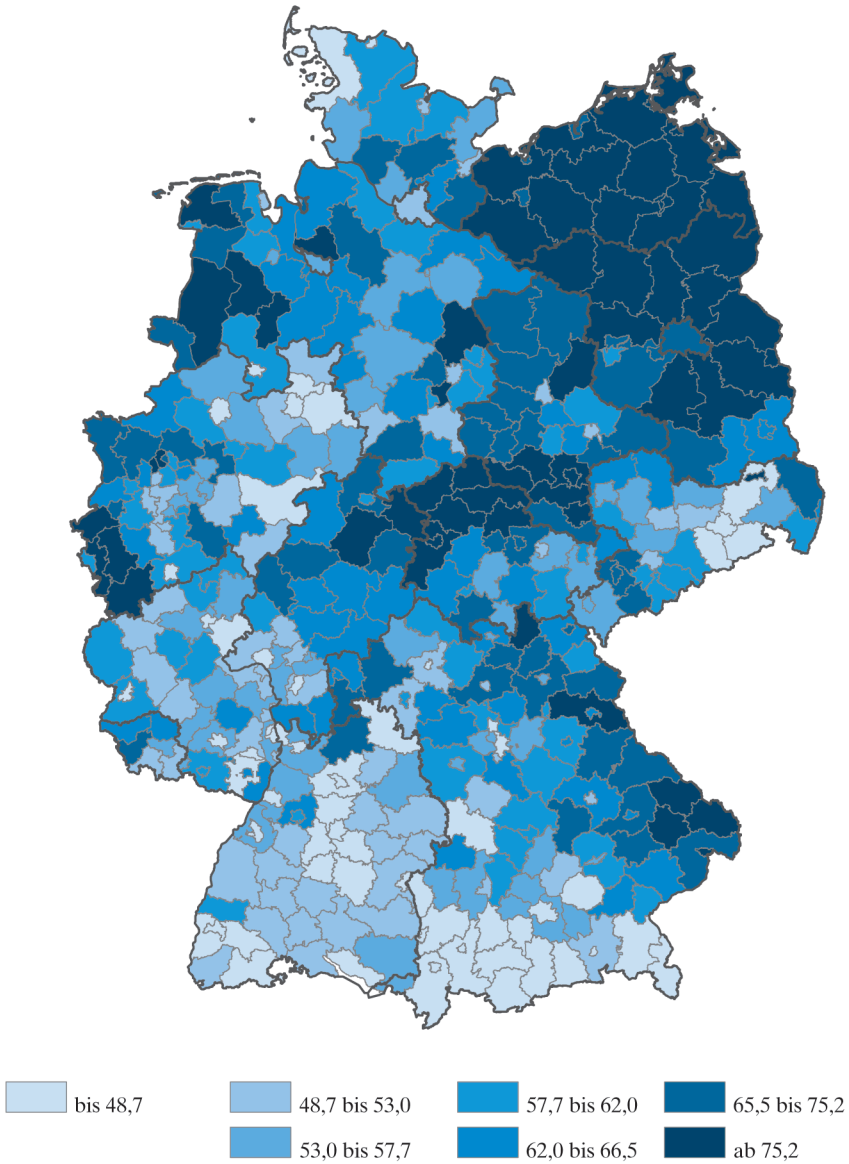
(Karte 14). Offenbar liegt sie in östlichen Gebieten höher. Für die Prognose differenzieren wir die Pflegehäufigkeit daher nach Raumordnungsregionen (ROR) und Geschlecht. Bei einer ROR handelt es sich um eine Zusammenfassung von benachbarten Kreisen, die in einem engen wirtschaftlichen Kontakt zueinander stehen. In Deutschland gibt es rund 100 Raumordnungsregionen und 440 Kreise. Eine feinere Differenzierung der alters- und geschlechts-spezifischen Pflegenachfrage auf Kreisebene ist aus Datenschutzgründen nicht möglich.

Die Zahl der gesamten Pflegefälle nahm zwischen 1999 und 2005 um 5,5% zu, die Bevölkerung ab 81 aber um 23,9%, also deutlich stärker als die Fallzahl (Schaubild 23)⁷. Auf den ersten Blick scheinen also die Pflegequoten seit 1999 rückläufig zu sein. Bei dieser Aussage werden allerdings die Pflegefälle aller Altersklassen mit nur dem Teil der Bevölkerung ab 81 Jahren verglichen. Die Fälle der Altersklasse ab 81 hingegen nahmen im stationären Bereich um 22,2% zu, im ambulanten um 18,3% (Schaubild 24). Im Vergleich dazu scheint die Pflegequote kaum abgenommen zu haben.

Tatsächlich erhöhten sich zwischen 1999 und 2005 die Pflegequoten der stationären Stufe I sogar (Schaubild 25), für die Stufe II und III blieben sie mehr oder weniger konstant (Schaubild 26 und 27). Unter der Pflegequote bzw. der Pflegehäufigkeit wird für eine definierte Gruppe die Zahl der Pflegefälle be-

⁷ Aufgrund einer unterschiedlichen Abgrenzung von Altersklassen wählen wir zur Schaffung von Vergleichbarkeit an dieser Stelle die Bevölkerung ab 81 Jahren statt wie oben ab 80 Jahren.

Karte 14

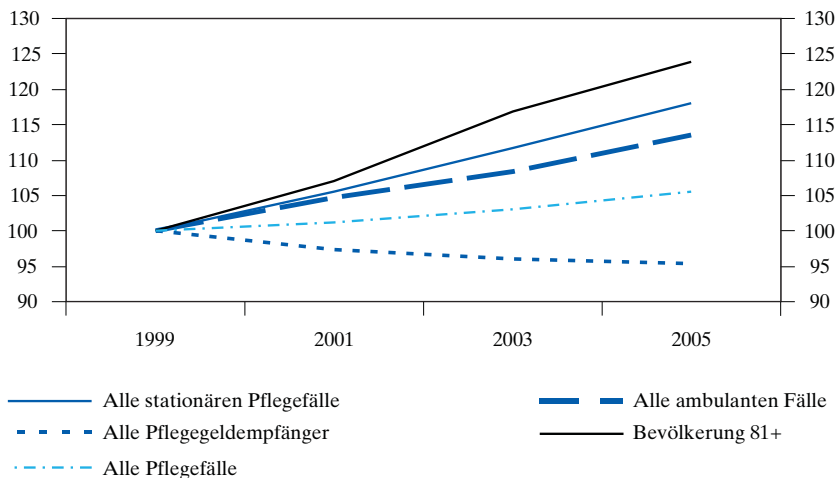
**Anteil aller Pflegefälle an Senioren
in %**

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Schaubild 23

Pflegefälle und Bevölkerung der Altersklasse 81+

1999 bis 2005; 1999 = 100

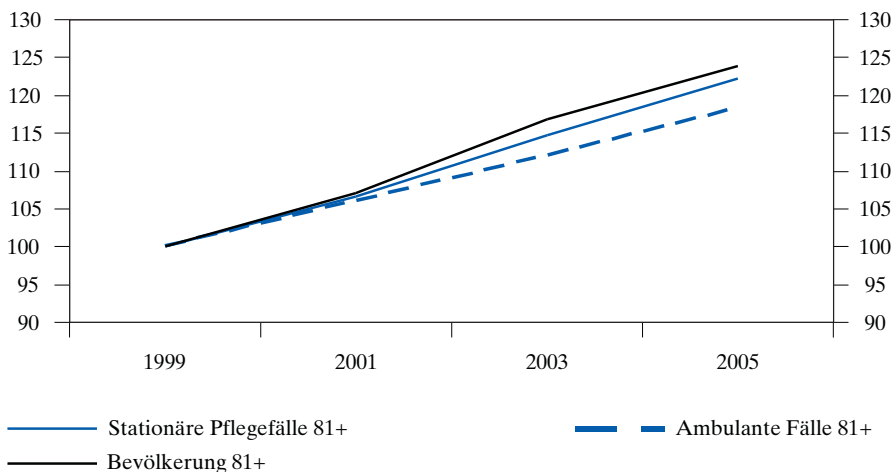


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Schaubild 24

Pflegefälle der Über-80-Jährigen und Bevölkerung dieser Altersklasse

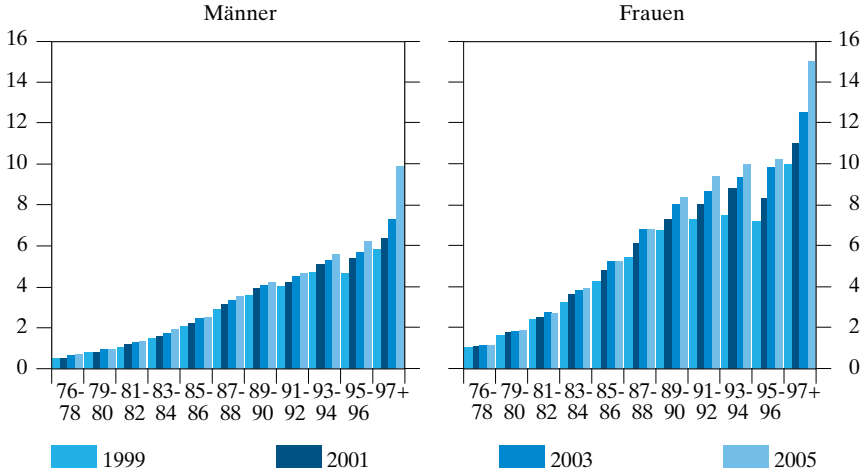
1999 bis 2005; 1999 = 100



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Schaubild 25

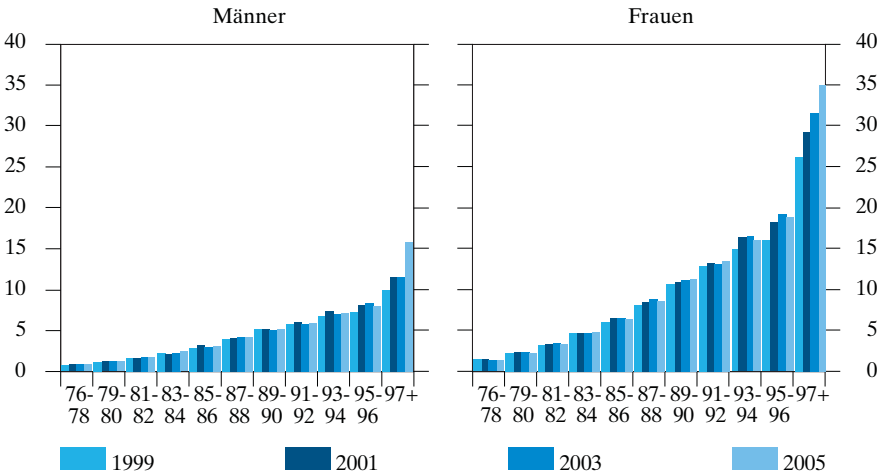
Pflegequoten nach Altersklassen, stationär, Stufe I
in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Schaubild 26

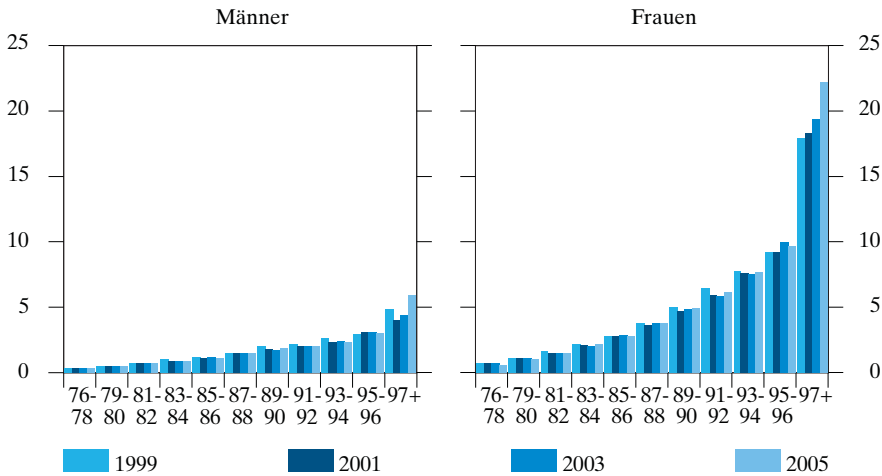
Pflegequoten nach Altersklassen, stationär, Stufe II
in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Schaubild 27

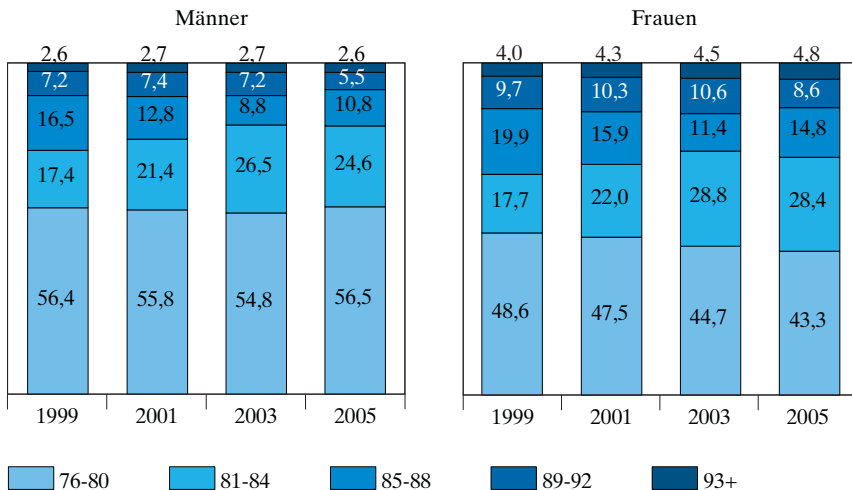
Pflegequoten nach Altersklassen, stationär, Stufe III
in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Schaubild 28

Verteilung der Altersklassen ab 76 Jahren
Anteil in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

zogen auf die Bevölkerung der Gruppe verstanden. In der ambulanten Pflege steigt auch die Pflegequote für Stufe I, allerdings sinkt sie für Stufe II und III (Anhang). Außerdem gibt es eine Verschiebung der relativen Bevölkerungsanteile zu Gunsten von Altersklassen mit geringerer Pflegequote (Schaubild 28) und eine Zunahme des Anteils der Männer, die ebenfalls eine geringere Pflegequote aufweisen. Das Gesamtbild kann daher auf den ersten Blick täuschen. In Abschnitt 2.4 definieren wir vier verschiedene Szenarien zu den Pflegequoten.

2.3.2 Preise

Wie bereits dargestellt, ist das Preisniveau für stationäre Pflege regional sehr unterschiedlich. Ein beachtliches Preisgefälle existiert beispielsweise an der Grenze von Nordrhein-Westfalen zu Niedersachsen und generell zwischen Ballungsgebieten und ländlichen Räumen. Aufgrund der Art der Pflegesatzverhandlungen und der geringen Mobilität der Pflegebedürftigen können sich derartige Preisunterschiede halten. Dies könnte sich aber in Zukunft ändern. Grundsätzlich könnten im Pflegebereich die Preise freigegeben werden, da die Nachfrage rund 50% der Pflegekosten selbst trägt und damit ein eigenes Interesse an niedrigen Preisen hat – anders als zum Beispiel im Krankenhausbereich. Aber auch ohne Freigabe der Preise könnten die Marktkräfte über die Pflegesatzverhandlungen in Zukunft stärker wirken als bislang.

Die Marktkräfte werden durch folgende Faktoren gestärkt. Der durch konstante Pflegesätze der SPV hervorgerufene wachsende Eigenanteil zu den Pflegekosten dürfte Pflegebedürftige, deren Angehörige und die Sozialämter preissensitiver werden lassen. Dies könnte die Mobilität der Pflegebedürftigen erhöhen. Infolgedessen müssen sich Pflegeheime stärker an den Preisen ihrer Wettbewerber messen lassen. Trotz aller Widerstände erwarten wir ferner eine langsam wachsende Transparenz über die Pflegequalität und damit über das Preis-Leistungsverhältnis, was ebenfalls einen Preisdruck auslösen kann. Regelmäßige Markteintritte dürften darüber hinaus der wachsenden Nachfrage entgegenwirken und damit Preissteigerungen verhindern. Schließlich werden Pflegeheime wohl nicht nur in Konkurrenz zu anderen Heimen stehen, sondern – zumindest für die Pflegestufe I – verstärkt zu ambulanten Diensten, betreutem Wohnen und möglicherweise auch zur häuslichen Pflege durch illegale Arbeitskräfte aus dem Ausland.

2.3.3 Kosten

Personalkosten stellen den größten Kostenblock eines Pflegeheims dar. Kostensteigerungen in diesem Bereich wirken sich daher erheblich auf dessen wirtschaftliche Situation aus. Die demografisch bedingte wachsende Nachfrage nach Pflegeleistungen wird vermutlich in fast gleichem Maße den Personal-

bedarf erhöhen. Ob die dadurch ausgelöste Nachfrage nach zusätzlichen Pflegekräften zu steigenden Kosten führt, ist jedoch offen. Gleichzeitig bauen Krankenhäuser Pflegepersonal ab, und es öffnen sich die Grenzen Deutschlands zu osteuropäischen Nachbarländern mit niedrigem Lohnniveau. Denkbar ist, dass damit vermehrt ausländische Pflegekräfte in Deutschland Arbeit in Heimen suchen. Wir gehen insgesamt davon aus, dass sich die Reallöhne von Pflegekräften im Vergleich zum derzeitigen Stand nicht ändern werden. Lediglich in Ostdeutschland erwarten wir ein langsames Angleichen des Lohnniveaus an das in Westdeutschland.

Bei den Sachkosten gehen wir davon aus, dass sie nicht stärker als die Inflationsrate steigen. Einzig Energiekosten dürften überproportional zunehmen. Eine weitere Anhebung der Mehrwertsteuer schließen wir aus. Was die Finanzierungskosten angeht, dürfte es zu einer stärkeren Differenzierung kommen. Manche Heime mit guter Bonität und vorteilhaften Perspektiven dürften sich günstigeren Finanzierungskosten gegenübersehen, während jene mit mäßiger Bonität Schwierigkeiten bekommen dürften, in ausreichender Menge Investitionen tätigen zu können.

2.4 Prognose

2.4.1 Nachfrage

Für die Prognose der Pflegefälle bis 2020 werden vier Szenarien zu den Pflegequoten erarbeitet (Tabelle 2). Im ersten Szenario verbleiben die Pflegequoten bis 2020 auf dem Niveau von 2005 (konstante Pflegequoten). Im Szenario Fortschreibung steigen die Pflegequoten zur stationären Stufe I und II und zur ambulanten Stufe I weiterhin an, die für Pflegegeldempfänger nehmen um 1% p.a. ab. Im dritten Szenario gehen wir davon aus, dass die Pflegequoten sinken werden, weil die längere Lebenserwartung auch zu einer gesteigerten Fitness älterer Menschen beitragen könnte (sinkende Pflegequoten). Schließlich nehmen wir in einem vierten Szenario an, dass durch politische Weichenstellungen die Pflegestufe I in der stationären Pflege an Bedeutung verlieren wird und die entsprechende Pflegequote um 5% p.a. abnimmt, was bis 2020 kumuliert 54% ausmacht (sinkende Pflegestufe I). Die jeweiligen Prognosen zu den Pflegefällen fließen in Abschnitt 3 in die Prognosen zur wirtschaftlichen Situation der Pflegeheime ein.

Schaubild 29 stellt die Prognose zu den stationären Pflegefällen je Szenario dar. Im Fall von konstanten Pflegequoten steigt die Zahl der Pflegefälle in Altenheimen von 648 000 im Jahr 2005 um 236 000 auf 884 000 bis 2020, was insgesamt einem Anstieg um 36,4% bzw. jährlich 2,1% entspricht. Bei sinkenden Pflegequoten würde sich die Zahl der Pflegefälle nur auf 829 000 bzw. um 1,7% p.a. erhöhen. Sollte die Pflegequote der stationären Pflegestufe I sinken, würde sich die jährliche Zunahme auf 1,0% verringern und die stationäre Fall-

Tabelle 2

Szenarien zu Pflegequoten
 in %

	Konstante Pflegequoten	Fortschreibung	Sinkende Pflegequoten	Sinkende stationäre Stufe I
Änderung der Pflegequoten p.a. ab 2006				
Stationär				
Stufe I	0,0	1,0	0,0	-5,0
Stufe II	0,0	0,5	-0,5	0,5
Stufe III	0,0	0,0	-1,0	0,0
Ambulant				
Stufe I	0,0	0,5	-0,5	1,0
Stufe II	0,0	0,0	-1,0	0,0
Stufe III	0,0	-0,5	-1,5	-0,5
Pflegegeldempfänger				
Stufe I	0,0	-1,0	-2,0	0,0
Stufe II	0,0	-1,0	-2,0	-1,0
Stufe III	0,0	-1,0	-2,0	-1,0
Änderung der Pflegequoten kumulativ 2006 bis 2020				
Stationär				
Stufe I	0,0	16,1	0,0	-53,7
Stufe II	0,0	7,8	-7,2	7,8
Stufe III	0,0	0,0	-14,0	0,0
Ambulant				
Stufe I	0,0	7,8	-7,2	16,1
Stufe II	0,0	0,0	-14,0	0,0
Stufe III	0,0	-7,2	-20,3	-7,2
Pflegegeldempfänger				
Stufe I	0,0	-14,0	-26,1	0,0
Stufe II	0,0	-14,0	-26,1	-14,0
Stufe III	0,0	-14,0	-26,1	-14,0

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

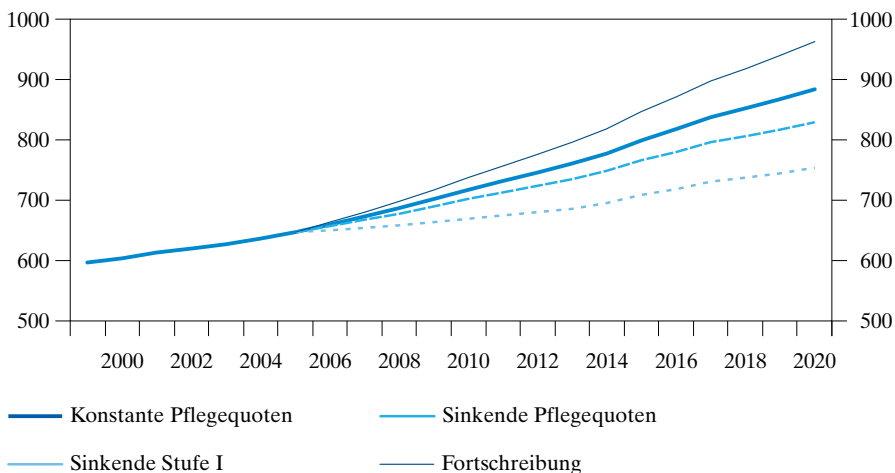
zahl 2020 753 000 betragen. Im Fall eines Fortschreibens profitiert der stationäre Bereich am meisten mit einer jährlichen Wachstumsrate von 2,7% auf einer Zunahme der Pflegefälle auf 963 000 bis 2020.

Karte 15 zeigt für das Szenario mit konstanten Pflegequoten die prognostizierte Zunahme der Zahl der Pflegefälle bis 2020. Im Anhang finden sich entsprechende Karten für die drei Pflegestufen. Es gibt keine Region, in der kein Wachstum zu erwarten wäre, dabei variieren die Raten von unter 20% bis über 50%. Vor allem in Ostdeutschland ist eine hohe Zunahme zu erwarten, ebenso in der Region um München. Gering ausfallen dürfte sie im Ruhrgebiet, in Süd-Niedersachsen und Nord-Hessen. Der deutliche Anstieg in Ostdeutschland hängt unter anderem daran, dass der Anteil der 60- bis 79-Jährigen derzeit relativ hoch ist, weil ältere Menschen seit 1990 weniger häufig

Schaubild 29

Prognose der stationären Pflegefälle nach Szenarien

1999 bis 2020; in 1000



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

nach Westdeutschland gezogen sein dürften. Diese Altersgruppe wird in den kommenden Jahren die Nachfrage nach Pflegeleistungen bestimmen. Im Ruhrgebiet fällt die Zunahme geringer aus, weil der Anteil der Altersklasse ab 80 Jahren bereits derzeit relativ hoch ist.

2.4.2 Bedarf

Bei konstantem Angebot an Pflegeplätzen führt die prognostizierte Zunahme der Pflegefälle zunächst zu einer erhöhten Auslastung der Pflegeheime. Wächst sie jedoch über eine gewisse maximale Auslastung, die wir bei 98% annehmen⁸, entsteht ein Bedarf an neuen Pflegeplätzen. Je nach Ausgangslage im Jahr 2005 und Nachfrage bis 2020 stellt sich der Bedarf regional unterschiedlich dar. Schaubild 30 stellt den zusätzlichen Bedarf in Abhängigkeit der vier Nachfrageszenarien dar. Im Szenario konstanter Pflegequoten gibt es bis 2010 keinen zusätzlichen Bedarf, weil die Auslastung der meisten Pflegeheime noch unter 98% liegt. Erst ab 2011 übersteigt die Nachfrage das Angebot an Plätzen. Bis 2020 ist mit einem Mehrbedarf von rund 162 000 Plätzen zu rechnen. Plätze zur Deckung der Nachfrage von Selbstzahlern (Pflegestufe 0) können noch hinzukommen. In diesem Szenario bestünde ab 2011 Investitionsbe-

⁸ Darin sind keine Pflegefälle der Stufe 0 enthalten. Die maximale Auslastung von 98% bezieht sich auf SGB XI-Fälle.

Karte 15

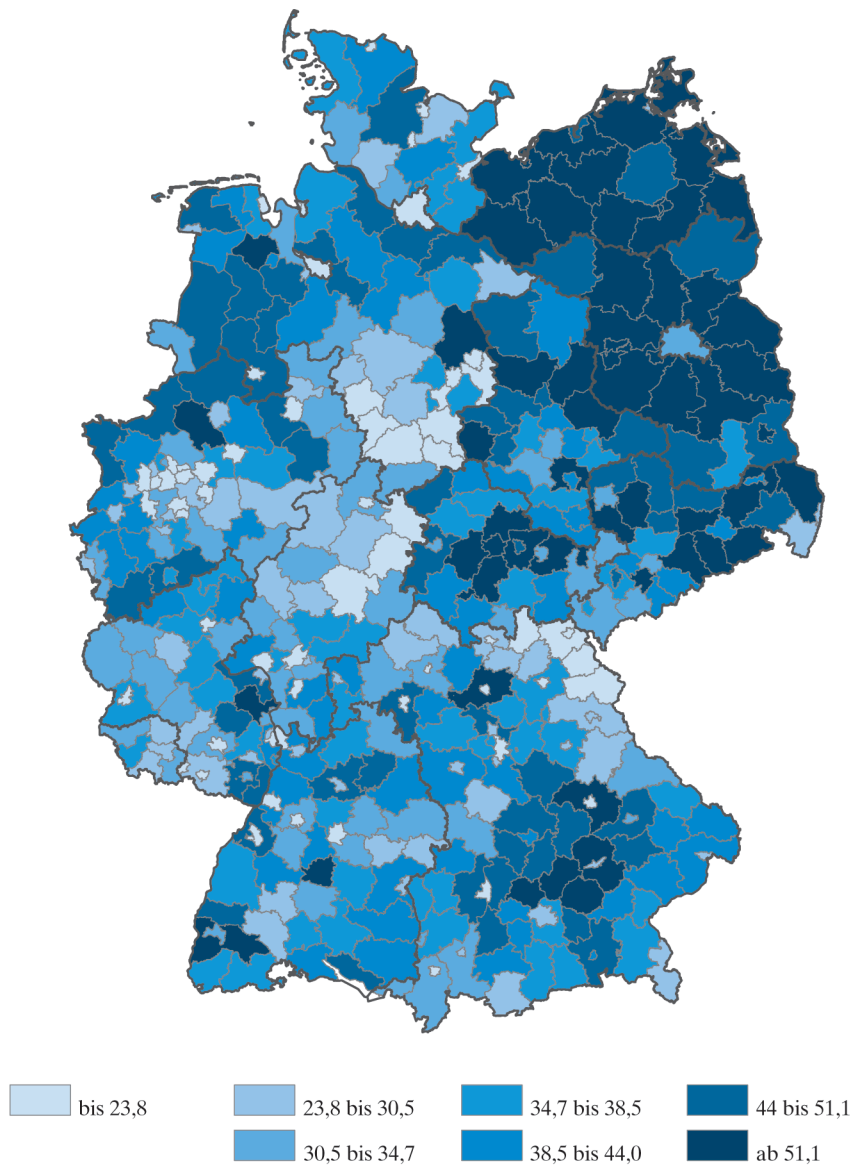
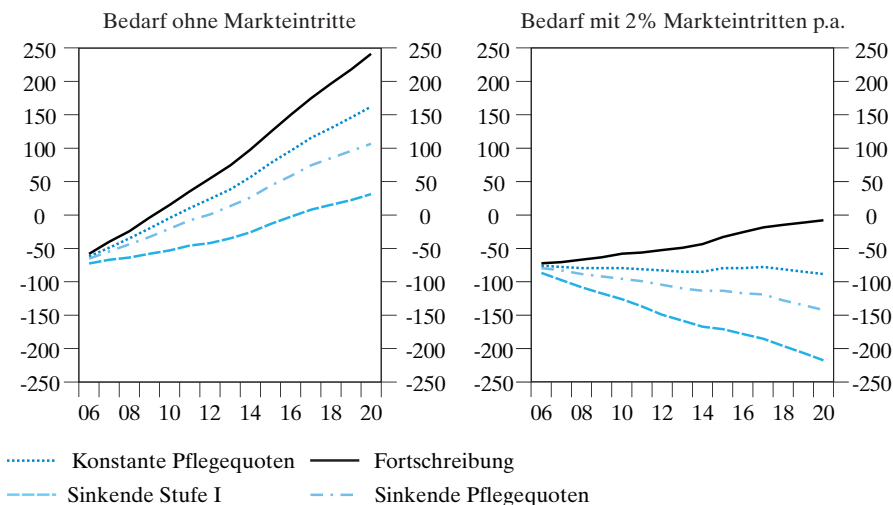
**Wachstum Heimbewohner 2005 bis 2020
in %**

Schaubild 30

Bedarf an stationären Pflegeplätzen

2006 bis 2020; in 1000



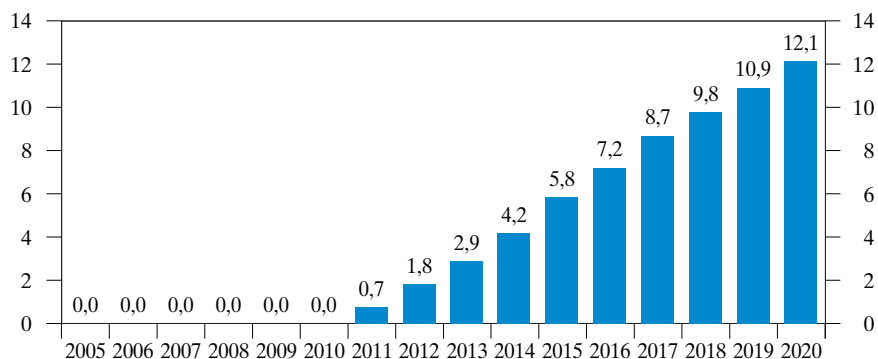
Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

bedarf zur Bereitstellung neuer Pflegeplätze. Bis 2020 dürfte sich der hierzu erforderliche Kapitalbedarf auf 12 Mrd. € summieren (Schaubild 31). Bei sinkenden Pflegequoten liegt erst ab 2012 ein Bedarf an neuen Plätzen vor, bis

Schaubild 31

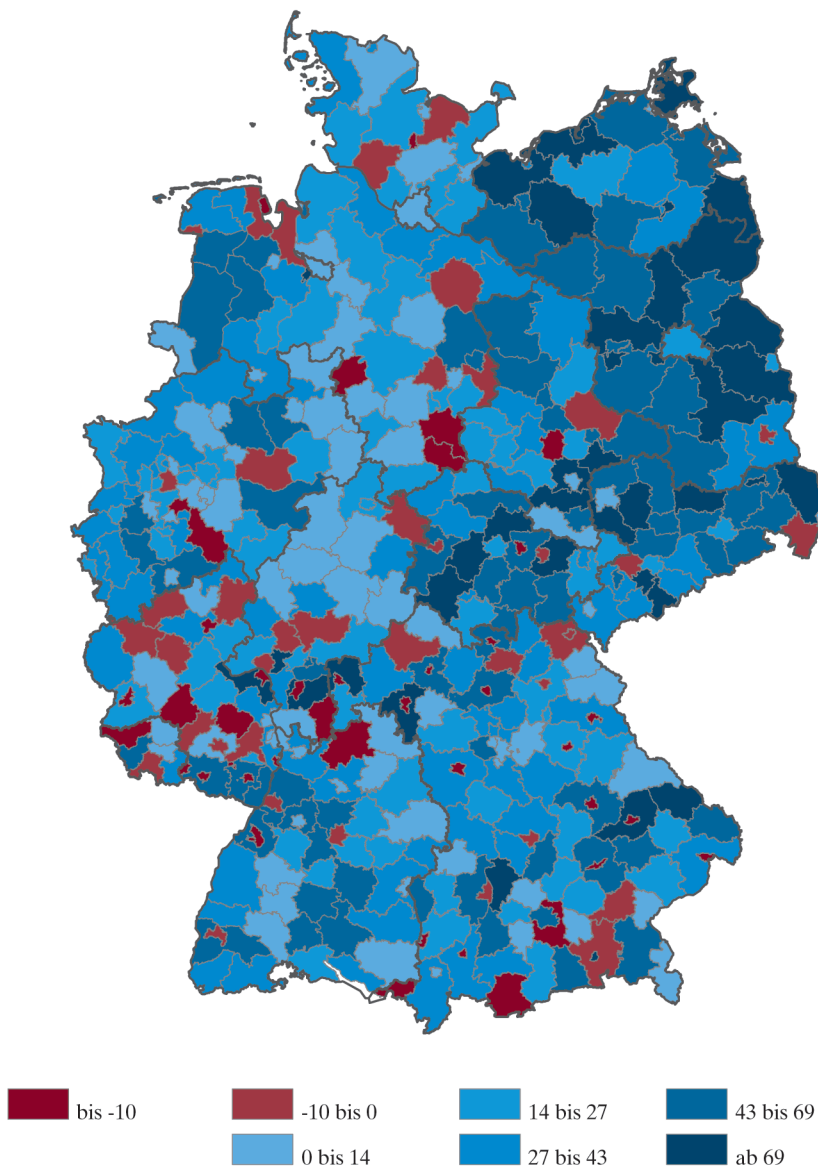
Geschätzter Kapitalbedarf für den Bau neuer Pflegeplätze

2005 bis 2020 (kumuliert); in Mrd. Euro



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Annahme zu den Investitionskosten: 75 000 € je Pflegeplatz.

Karte 16

Relativer Bedarf Plätze 2020
in %

2020 steigt er auf rund 107 000. Bricht Stufe I teilweise weg, werden erst ab 2017 zusätzliche Pflegeplätze benötigt, bis 2020 nur etwa 32 000. Im Szenario des Fortschreibens erhöht sich der Bedarf nach neuen Plätzen am stärksten, auf 241 000 bis 2020.

Kommt es zu durchschnittlich 2% Markteintritten pro Jahr, bestünde in keinem Szenario ein Zusatzbedarf an weiteren Plätzen. Im Szenario konstanter Pflegequoten würde sich die derzeitige Auslastung der Heime etwa halten, bei Fortschreiben des Status quo erreichten die Heime am Ende des Prognosehorizonts eine Auslastung von fast 98%. Erst in den beiden Szenarien mit sinkenden Pflegequoten würden die Markteintritte zu einer erheblichen Reduktion der Auslastung führen. Allerdings dürften dann die Markteintritte nach einer Anpassungsphase, in der die Marktteilnehmer das sich ändernde Umfeld feststellen, geringer als 2% p.a. ausfallen. Insofern ist eine Kombination von jährlich 2% Markteintritten und eines der beiden Szenarien mit sinkenden Pflegequoten eher unwahrscheinlich.

Karte 16 gibt einen regionalen Überblick zum zusätzlichen Bedarf bis 2020 bei konstanten Pflegequoten. In einzelnen Kreisen können auch 2020 noch Überkapazitäten bestehen, wenn die Auslastung 2005 und das Nachfragewachstum bis 2020 jeweils gering ausfallen. Diese Regionen sind jedoch in der Minderheit. Fast überall ist ein zusätzlicher Bedarf zu erkennen, insbesondere in Ostdeutschland, wo auch die Nachfrage stark wächst.

2.4.3 Preise

Aufgrund wachsenden Wettbewerbs zwischen den Pflegeheimen nehmen wir an, dass sich die Preise bis 2020 einander annähern, wobei allerdings das reale durchschnittliche Preisniveau in Deutschland konstant bleibt. Tabelle 3 stellt die Annahmen dieser Preiskonvergenz dar. Sie spielen bei der Prognose der Ratings eine wichtige Rolle.

Tabelle 3

Annahmen zur Preisentwicklung

2005 bis 2020; Veränderung in %

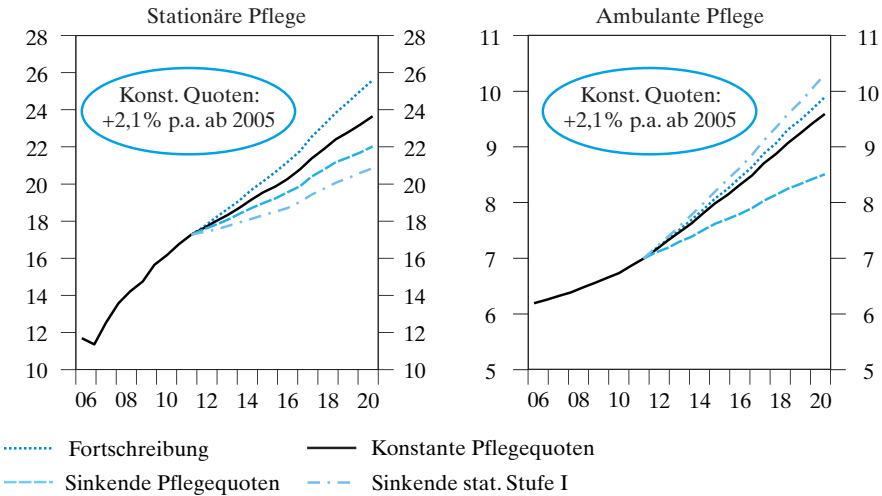
Derzeitige Preisdifferenz zwischen dem einzelnen Heim und dem Durchschnittspreis aller Heime eines Kreises	-50
Derzeitige Preisdifferenz zwischen dem Durchschnittspreis aller Heime eines Kreises und dem Durchschnittspreis auf Bundeslandebene	-33
Derzeitige Preisdifferenz zwischen dem Durchschnittspreis auf Bundeslandebene und dem Durchschnittspreis	
Westdeutschland	-20
Ostdeutschland	-40

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

Schaubild 32

Marktvolumen der stationären und ambulanten Pflege in den Szenarien

2006 bis 2020; in Mrd. Euro



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

2.4.4 Marktvolumen

Das gesamte Marktvolumen im stationären und ambulanten Bereich errechnet sich aus dem Preisniveau auf Kreisebene je Pflegestufe sowie der Nachfrage nach Pflegeplätzen auf Kreisebene je Stufe⁹. Wir erwarten, dass im Szenario der konstanten Pflegequoten das Marktvolumen des stationären Bereichs – gemessen in Preisen von 2005 – bis 2020 auf 23,6 Mrd. € steigt und des ambulanten Bereichs auf 9,6 Mrd. €, insgesamt also auf 33,2 Mrd. € (Schaubild 32). Im Fall sinkender Pflegequoten belief sich das Marktvolumen 2020 auf 30,5 Mrd. €, bei Fortschreibung des Status quo auf 35,5 Mrd. € und bei sinkender stationärer Stufe I auf 31,2 Mrd. €.

2.4.5 Soziale Pflegeversicherung

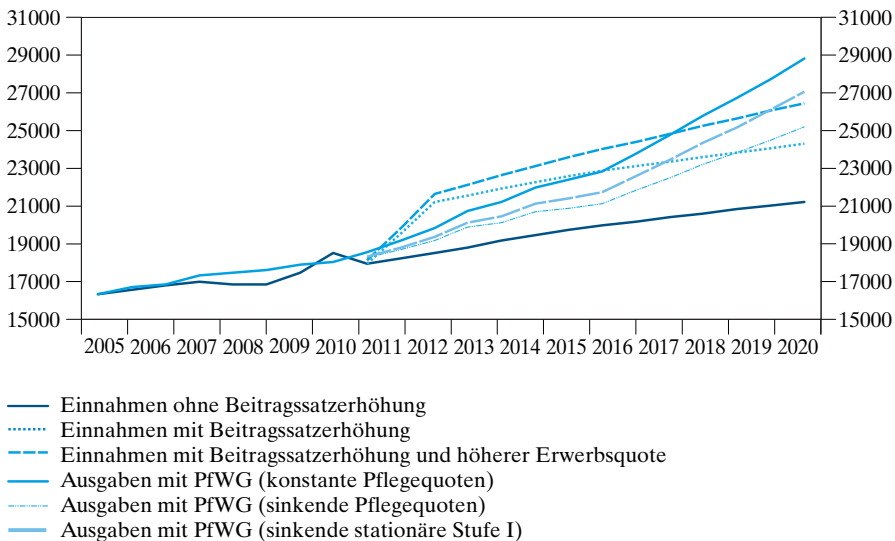
Unter Berücksichtigung der geplanten Beitragssatzanhebung um 0,25%-Punkte ab Mitte 2008 und konstanter Pflegequoten verbessert sich die Einnahmen- und Ausgabensituation der SPV zunächst spürbar (Schaubild 33). Wir unterstellen ein Wachstum der nominalen Löhne und Gehälter um 1,5%

⁹ Da sich das Preisniveau für einzelne Kreise bis 2020 ändert, muss sich das Marktvolumen nicht proportional zur deutschen Pflegenachfrage entwickeln. Zum Beispiel können in Kreisen mit starkem Nachfragewachstum die Preise steigen oder sinken, wodurch das durchschnittliche Gesamtpreisniveau positiv oder negativ beeinflusst wird.

Schaubild 33

Zukünftige Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung

2005 bis 2020; in Mill. Euro (in jeweiligen Preisen)



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: BMG 2007.

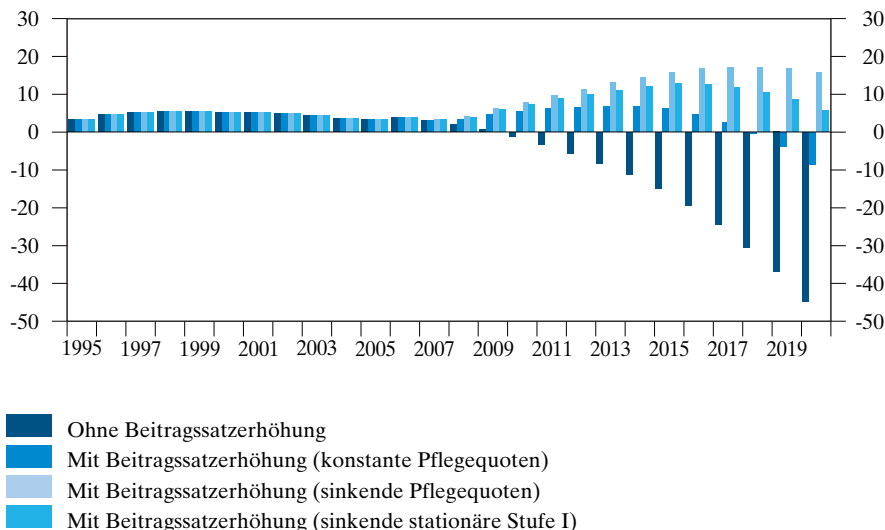
p.a. Eine mögliche Erhöhung der Erwerbstätigenquote von Frauen und Über-55-Jährigen ist zunächst nicht berücksichtigt. Die Kapitalreserve der SPV kann unter diesen Annahmen 2008 erstmals wieder ausgeweitet werden (Schaubild 34). 2008 erwarten wir einen Überschuss von fast 0,4 Mrd. € und 2009 von über 1,3 Mrd. €. Zwar sinken die Überschüsse anschließend wieder, bleiben aber lange Zeit bestehen. Damit kann die Kapitalreserve bis 2014 auf 6,8 Mrd. € erhöht werden. Ab 2015 dürfte sie aber wieder sinken, ab 2018 negativ werden. Größere Schwierigkeiten werden außerdem in den 2020er Jahre auf die SPV zukommen, wenn die Babyboomer-Generation das Pflegealter erreicht.

Zahlreiche andere Szenarien sind denkbar. Eine Erhöhung der Erwerbstätigenquote hat sehr positive Effekte auf die Finanzsituation der SPV. Sollte sich beispielsweise die Erwerbsquote von Frauen und älteren Menschen um 1,0% p.a. erhöhen, können die Einnahmen die Ausgaben (bei konstanten Pflegequoten) zwei Jahre länger übersteigen. Dasselbe gilt, wenn die Löhne statt um 2,0% p.a. um 1,5% steigen sollten. Im Falle einer sehr optimistischen Entwicklung – Löhne steigen nominal um 2,0% p.a., Erwerbstätigenquote von Frauen und älteren Menschen um 1,0% p.a., die Quote sozialversicherungspflichtig Beschäftigter um 0,5% p.a. und sinkende Pflegequoten – kann die SPV sogar

Schaubild 34

Kapitalreserven der sozialen Pflegeversicherung

1995 bis 2020; in Mrd. Euro



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: BMG 2005.

noch 2020 einen Überschuss von 1,2 Mrd. € ausweisen bzw. Kapitalreserven von 31,4 Mrd. €. Im pessimistischen Fall – Löhne steigen nominal nur um 1,0% p.a., Erwerbstätigenquote von Frauen und älteren Menschen und die Quote sozialversicherungspflichtig Beschäftigter bleiben konstant sowie Fortschreibung der Pflegequoten des Status quo – würde der Finanzsaldo der SPV schon 2012 wieder negativ und die Kapitalreserve bis 2016 aufgebraucht sein.

3. Die wirtschaftliche Lage

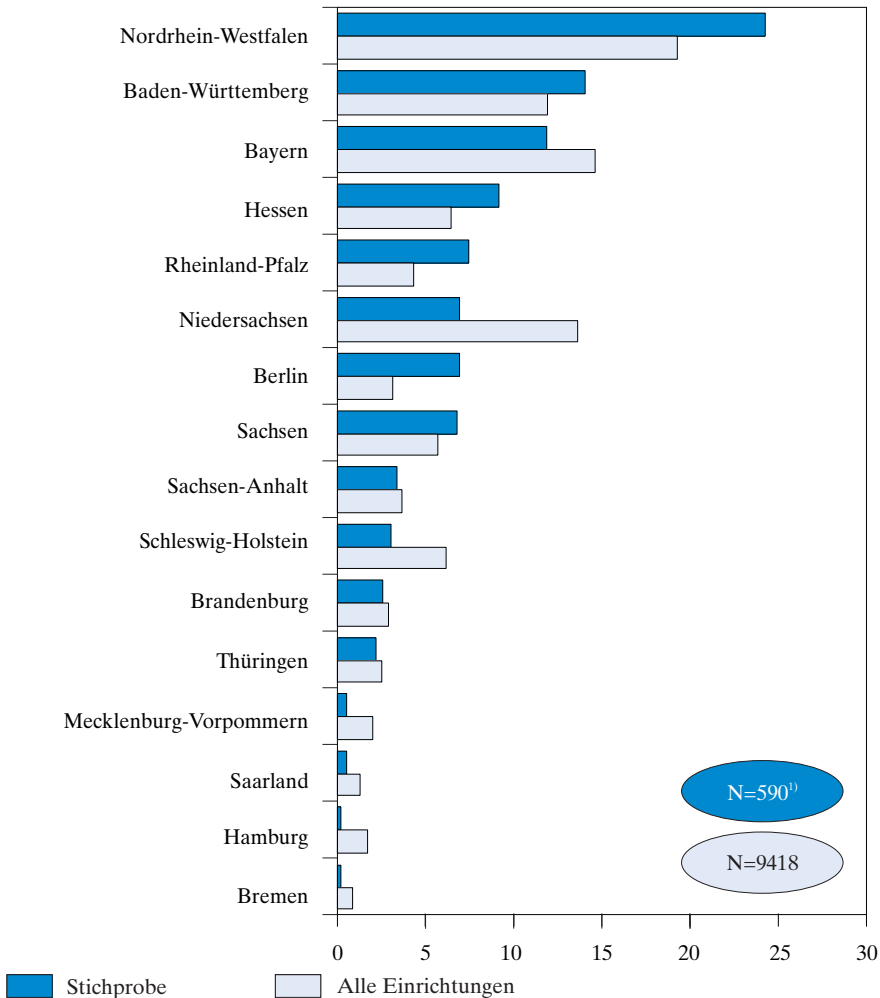
3.1 Daten

Zur Darstellung der wirtschaftlichen Lage der Pflegeheime und zur Berechnung von Ratings greifen wir auf eine Stichprobe von 635 Pflegeheimen, d.h. rund 6% aller deutschen Heime, zurück. Es handelt sich dabei jedoch nur um 270 Jahresabschlüsse, weil sich darunter auch zahlreiche große und kleine Pflegeheimketten befinden, die nur Abschlüsse auf Konzern-, nicht aber auf Einrichtungsebene veröffentlichen. 55% aller Jahresabschlüsse stammen aus 2005 bzw. 2006. Im Vergleich zum Krankenhaus Rating Report 2007 liegen

Schaubild 35

Vergleich der Stichprobe und der Grundgesamtheit: Verteilung auf Bundesländer

Anteil in %

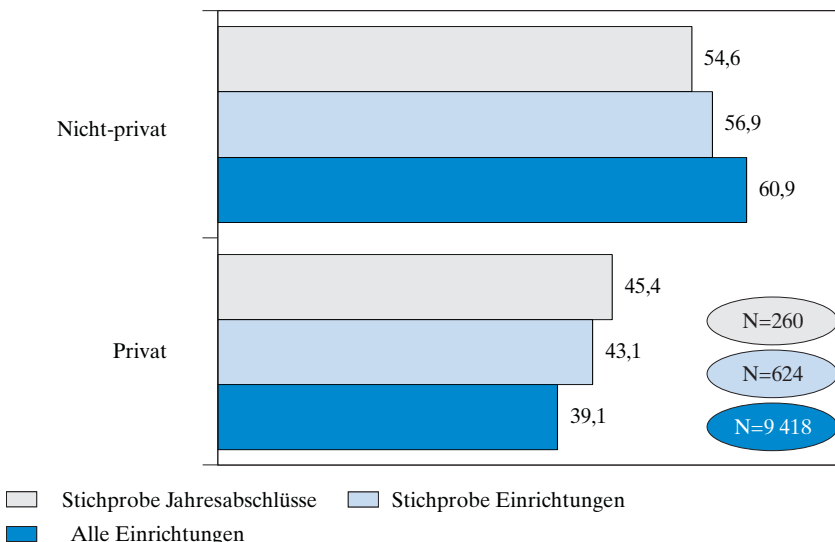


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen. – Insgesamt handelt es sich um 270 Jahresabschlüsse, wovon einzelne mehr als eine Einrichtung umfassen.

deutlich weniger Jahresabschlüsse vor. Im Vergleich zur Vorgängerstudie (Augurzky et al. 2006) hat sich ihre Zahl allerdings mehr als verdoppelt. Die in dieser Studie genannten Zahlen beziehen sich stets nur auf die hier verwendete Stichprobe und sind nicht notwendigerweise repräsentativ für alle Pflegeheime.

Schaubild 36

Vergleich der Stichprobe und der Grundgesamtheit: Verteilung nach Trägerschaft
in % der Einrichtungen und der Jahresabschlüsse



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

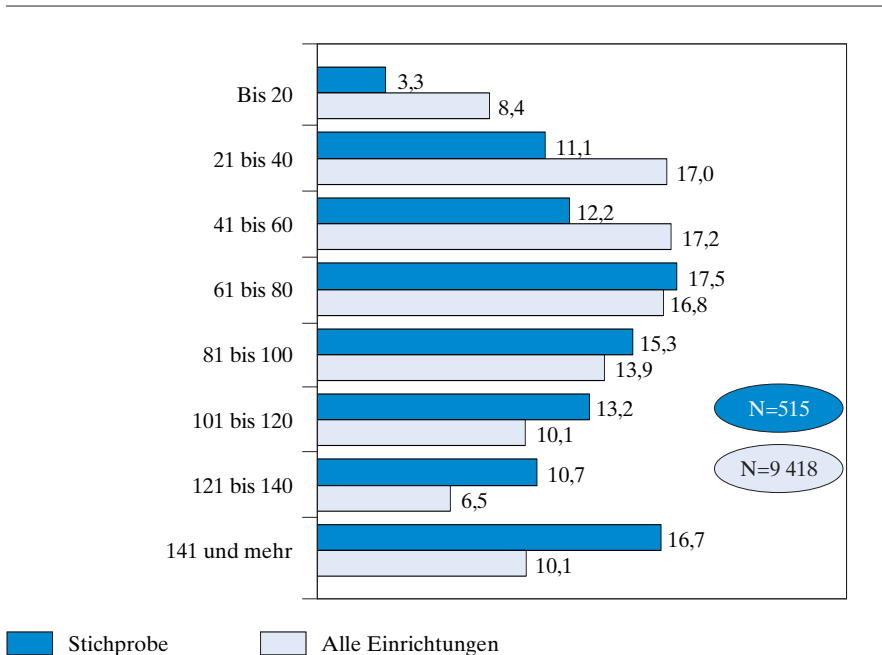
In der Stichprobe sind Einrichtungen aus allen Bundesländern vertreten. Bayern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Saarland, Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg und Bremen sind unterrepräsentiert, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz, Berlin und Sachsen überrepräsentiert (Schaubild 35). Private Pflegeheime sind leicht überrepräsentiert (Schaubild 36). Das durchschnittliche Heim in der Stichprobe ist außerdem größer als jenes der Grundgesamtheit (Schaubild 37). Ihr Preisniveau entspricht dem der Grundgesamtheit (Schaubild 38).

3.2 Methodik

3.2.1 Bilanzrating

Zentraler Indikator zur Beurteilung der wirtschaftlichen Lage eines Pflegeheims ist im Folgenden die so genannte Ausfallwahrscheinlichkeit (Probability of default: PD). Mit Hilfe eines Bilanzratings berechnen wir diese für jede Einrichtung anhand der vorliegenden Jahresabschlüsse. Das Rating beruht auf Engelmann et al. (2003). Deren Modell enthält insgesamt elf Kennziffern und wurde auf Bundesbankdaten, die auf Jahresabschlüssen von rund 16 000 Unternehmen basieren, getestet und kalibriert. Im Rahmen eines Koopera-

Schaubild 37

Vergleich der Stichprobe und der Grundgesamtheit: Verteilung nach der Zahl der Betten in %


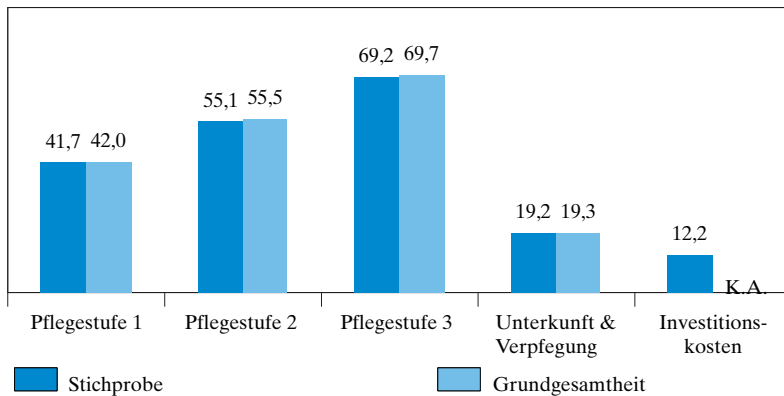
Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

tionsvorhabens durch die ADMED GmbH, die HCB GmbH, das RWI Essen und die GENO-RiskSolutions GmbH wurde es für die vorliegenden Daten modifiziert. Im Anhang befinden sich eine Beschreibung des Vorgehens und eine Beurteilung seiner Güte.

Die Ausfallwahrscheinlichkeiten liegen theoretisch zwischen 0% und 100% und geben an, mit welcher Wahrscheinlichkeit das bewertete Unternehmen innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr seinen Zahlungsverpflichtungen nicht mehr nachkommen kann und damit ggf. Insolvenz anmelden muss. Für die weit überwiegende Mehrzahl der Unternehmen bewegen sich PD zwischen 0% und etwa 5%. Je höher die PD, desto schlechter ist die Bonität und desto teurer können Kredite werden. Es sei allerdings darauf hingewiesen, dass die berechneten PD für Pflegeheime gelten, die völlig auf sich alleine gestellt sind. Ein Träger, der als impliziter oder expliziter Bürge auftreten kann, bleibt also unberücksichtigt. Ziel dieser Studie ist nicht die Darstellung der konkreten Ausfallgefahr aus Sicht einer Bank. Der Ausfall muss sich nicht realisieren, falls der Träger oder die öffentliche Hand einspringt und Zah-

Schaubild 38

Vergleich der Stichprobe und der Grundgesamtheit: Preisniveau
 Preise in Euro pro Person und Tag



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen. – Gewichtet mit der Anzahl der Plätze.

lungsverpflichtungen der Einrichtung übernimmt. Darüber hinaus kann nicht berücksichtigt werden, ob ein Heim mangels Einhaltung der gesetzlichen Mindestbauvorschriften geschlossen werden müsste.

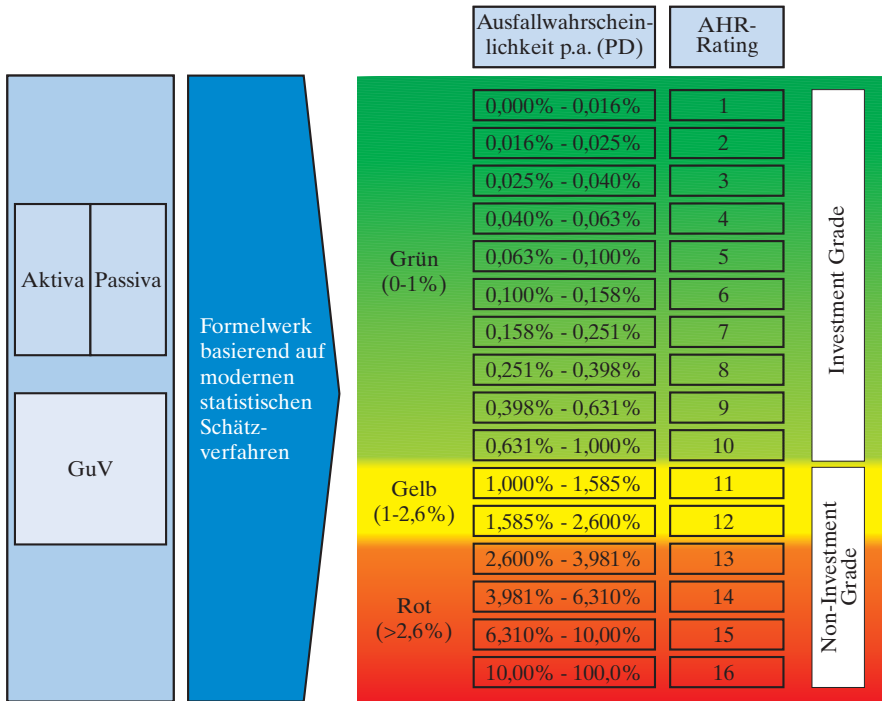
Die errechneten PD werden zur Veranschaulichung einem Ampelsystem und feineren Ratingklassen zugeordnet (Schaubild 39). Wir bezeichnen die Ratingklassen als AHR 1 bis 16. Die Abkürzung AHR lehnt sich an „ADMED, HCB und RWI Essen“ an. Der niedrigste Wert stellt das beste, der höchste Wert das schlechteste Rating dar. PD zwischen 0,0% und 1,0% bzw. AHR 1 bis 10 sind mit einem geringen bis moderaten Ausfallrisiko verbunden und werden mit der Farbe grün hinterlegt. Eine Kreditaufnahme im grünen Bereich sollte einfach bzw. zu geringen Kosten möglich sein. Werte zwischen 1,0% und 2,6% bzw. AHR 11 und 12 sind gelb hinterlegt. In diesem Bereich ist die Kreditaufnahme erschwert, und Kredite werden teurer. Alle Werte darüber sind rot hinterlegt; hier ist mit erheblichen Problemen bei der Kreditaufnahme zu rechnen bzw. ist sie sogar unmöglich. Wir gehen schließlich der Frage nach, ob sich das Rating von Pflegeheimen für Untergruppen, z.B. Trägerschaft oder Region, unterscheidet.

3.2.2 Planbilanzen und Plan-GuV bis 2020

Wir bilden zu erwartende Entwicklungen für Pflegeheime in Form von Planbilanzen und Plan-Gewinn- und Verlustrechnungen (Plan-GuV) bis 2020 ab,

Schaubild 39

Rating-Klassifizierung über errechnete Ausfallwahrscheinlichkeiten



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

für die dann jeweils ein Rating erstellt wird. Tabelle 4 stellt die Annahmen dar. Die Annahmen und die Prognosen beziehen sich stets auf Preise von 2005, d.h. es handelt sich um inflationsbereinigte Werte.

Wie in Tabelle 3 dargestellt, erwarten wir eine Preiskonvergenz, d.h. eine langsame, schrittweise Reduktion der Preisdifferenzen zwischen einzelnen Heimen und dem Kreismittelwert, dem Kreismittelwert und dem Bundeslandmittelwert sowie zwischen Bundeslandmittelwert und dem nationalen Preisdurchschnitt. Die Belegtage nehmen solange zu, bis die maximal mögliche Auslastung von 98% erreicht ist. Danach erfolgt kein weiteres Wachstum der Zahl der Pflegefälle in dem betroffenen Heim, allerdings steigen aufgrund einer Übernachtfrage die Preise annahmegemäß um 0,5% p.a. Die Erlöse steigen oder fallen mit den Belegtage und Preisen. Die Kosten erhöhen sich mit den Belegtage jedoch unterproportional. Eine Zunahme der Belegtage um 1% führt nur zu einer Zunahme der Personalkosten um 0,6% und der Sachkosten um 0,2%. Eine höhere Auslastung verbessert das Betriebsergebnis.

Tabelle 4

Annahmen des Basisszenarios

Preise	<p>Realer durchschnittlicher bundesweiter Preis bleibt bis 2020 konstant Preiskonvergenz zum gewichteten Kreismittelwert</p> <ul style="list-style-type: none"> - Differenz Heimpreis zum Kreismittelwert in 2005 geht bis 2020 um 50% zurück - Differenz Kreismittelwert zu Bundeslandwert in 2005 geht bis 2020 um 33% zurück - Differenz Bundeslandwert zum Bundeswert in 2005 geht bis 2020 in Westdeutschland um 20%, in Ostdeutschland um 40% zurück
Belegtage	Fallwachstum p.a. auf Kreisebene aus der Prognose aus Teil I, jedoch nur bis 98% Auslastung auf Kreisebene erreicht ist, danach kein Fallwachstum, aber Zunahme der Preise um 0,5% p.a.
Effekt der Belegtage auf Kosten	<p>1,0% mehr Belegtage → 1,0% mehr Erlöse → 0,6% mehr Personalkosten → 0,2% mehr Sachkosten</p>
Personalkosten	<p>Reale Lohnänderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - West: 0,0% p.a. - Ost: 0,7% p.a. <p>Einmaleffekte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beitrag zur Rentenversicherung 2007: +0,40%-Punkte - Beitrag zur GKV 2007: +0,50%-Punkte - Beitrag zur Arbeitslosenversicherung 2007: -2,30%-Punkte - Beitrag zur Pflegeversicherung 2008: +0,25%-Punkte - Beitrag zur Arbeitslosenversicherung 2008: -0,20%-Punkte
Sachkosten	<p>Reale Sachkostenänderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Energiekosten um 1,2% p.a. (Annahme: Energie = 4% der Sachkosten) - Rest: 0,0% p.a. <p>Einmalig</p> <p>Erhöhung der Mehrwertsteuer 2007 um 3%-Punkte, 2%-Punkte werden von der Einrichtung getragen und 1%-Punkt vom Zulieferer, MwSt.-relevante Sachkosten = 90% der Sachkosten</p>
Zinsen	Risikoaufschlag hängt von Ausfallwahrscheinlichkeit ab (Basel II - Effekt)

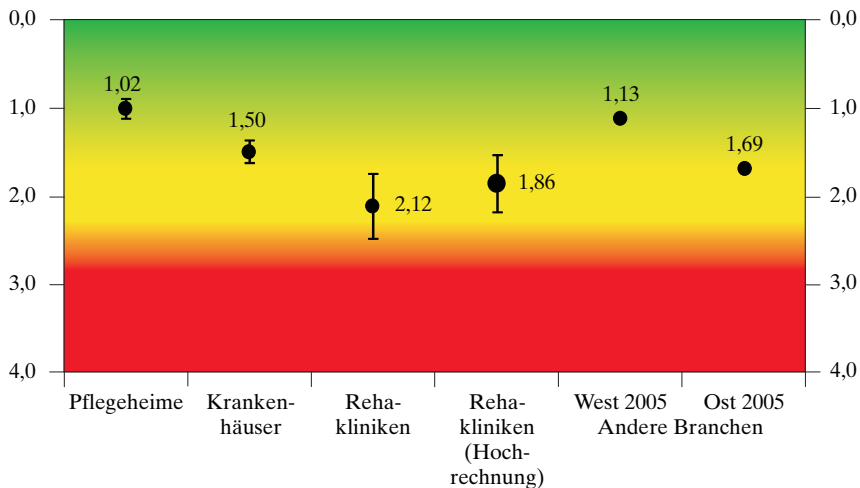
Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

In allen Szenarien bleiben die realen Personalkosten in Westdeutschland in den folgenden Rechnungen auf ihrem heutigen Niveau. In Ostdeutschland findet eine langsame Anpassung an das Lohnniveau in Westdeutschland statt. Die ostdeutschen Personalkosten steigen daher mit 0,7% p.a. Da das Preisniveau in Ostdeutschland deutlich niedriger als in Westdeutschland ist, nehmen im Zuge der Preiskonvergenz aber auch die Erlöse in Ostdeutschland zu. Wir berücksichtigen ferner Einmaleffekte bei der Änderung der Sozialabgaben. Im Bereich der Sachkosten erwarten wir ein Ansteigen der realen Energiepreise um 1,2% p.a. Die Erhöhung der Mehrwertsteuer zum 1.1.2007 fließt als Einmaleffekt in die Prognose ein. Wir nehmen an, dass von der Erhöhung um 3%-Punkte 1%-Punkt an Zulieferer abgewälzt werden kann, sodass nur 2%-Punkte beim Pflegeheim anfallen. Schließlich nehmen wir an, dass zukünftig die Zinskosten von der Bonität des Pflegeheims abhängen. Je schlechter das Rating ist, desto höher fällt der Zinsaufschlag aus, und umgekehrt. Wir legen dabei das Formelwerk von Basel II zugrunde (BIS 2003, 2004).

Schaubild 40

Ampelklassifikation von Pflegeheimen im Vergleich

Ausfallwahrscheinlichkeit der Heime im Datensatz in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Spannweite (Fehlerbalken) entspricht einer Standardabweichung.

3.3 Ratings**3.3.1 Aktuell und Vergangenheit**

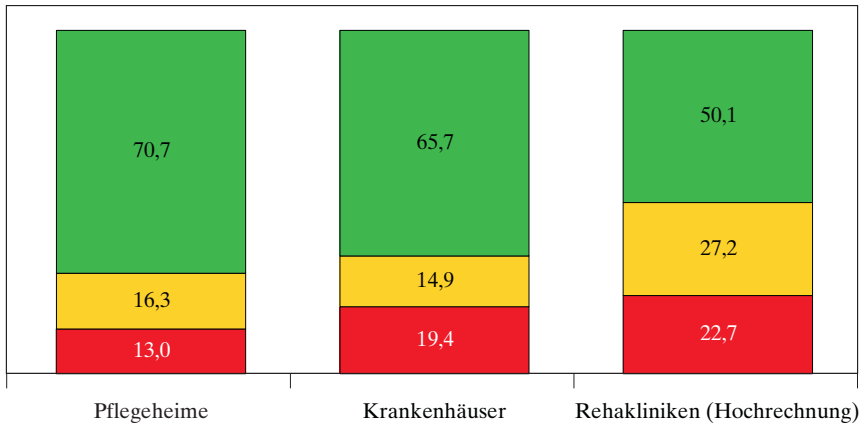
Schaubild 40 zeigt die aktuelle Ausfallwahrscheinlichkeit von Pflegeheimen im Vergleich zu jener von Krankenhäusern und Reha-Kliniken. Sie liegt bei den Pflegeheimen unseres Datensatzes bei rund 1,0% und damit wesentlich besser als bei Krankenhäusern und Reha-Kliniken. Der Wert fällt unter dem Wert aus der Vorgängerstudie von 1,9% (Augurzky et al. 2006). Auch in Bezug auf die Ampelklassifikation (Schaubild 41) schneiden die vorliegenden Pflegeheime besser ab als Krankenhäuser bzw. Reha-Kliniken. Nur 13% befinden sich im roten Bereich mit erhöhter Insolvenzgefahr, fast 71% im grünen Bereich.

Wesentlicher Grund für dieses nun deutlich bessere Abschneiden ist die Verbesserung der wirtschaftlichen Lage der Pflegeheime zwischen 2003 und 2005. Die Vorgängerstudie basierte hauptsächlich auf Jahresabschlüssen aus dem Jahr 2003, die vorliegende auf 2005 und 2006. Für 75 der 270 Jahresabschlüsse liegen auch frühere Jahresabschlüsse vor. Bezogen auf diese hat der Anteil der Heime mit einem positiven Jahresergebnis von 68% 2003 auf 77% 2005 zugenommen (Schaubild 42). Der Anteil der Heime mit einem Rating im roten Bereich nahm von 15% auf 8% ab (Schaubild 43). Die durchschnittlichen Werte

Schaubild 41

Verteilung der Pflegeheime nach der Ampelklassifikation

Anteil in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

Schaubild 42

Veränderung der Verteilung der Pflegeheime nach der Ampelklassifikation

2003 bis 2005; Anteil in %



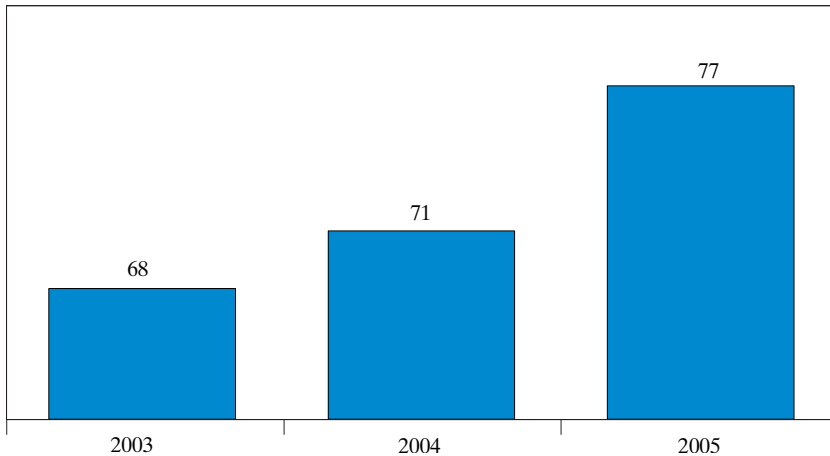
Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – N=75.

(Anteil im roten Bereich, Anteil mit Jahresüberschuss) in dieser Untergruppe weichen von den Werten aller 270 Heime ab. Von Bedeutung ist jedoch nicht das Niveau der Werte, sondern der Trend, der eindeutig eine Verbesserung der Lage zeigt.

Schaubild 43

Pflegeheime mit Jahresüberschuss

2003 bis 2005; Anteil in %



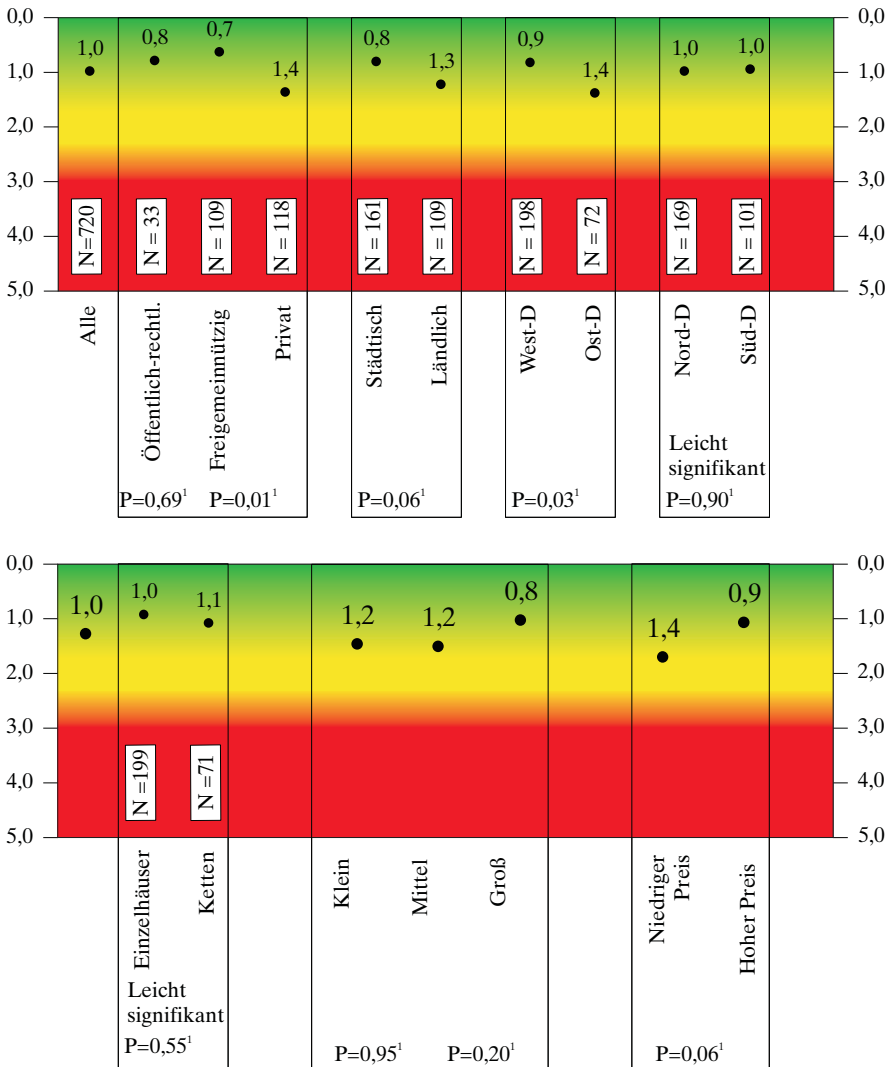
Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – N=75.

3.3.2 Untergruppen

Die Größe des Datensatzes lässt eine Darstellung der Ergebnisse für einige Untergruppen von Pflegeheimen zu. Schaubild 44 fasst die PD für ausgewählte Untergruppen zusammen. Ein interessanter Unterschied lässt sich zwischen den Trägerschaften feststellen. Heime in privater Trägerschaft schneiden signifikant schlechter ab als jene in nicht-privater. Fast 18% der privaten Heime befinden sich im roten Bereich, für freigemeinnützige und öffentlich-rechtliche trifft dies nur für 8% bzw. 9% der Heime zu (Schaubild 45). Hierfür kann es verschiedene Ursachen geben. Eine könnte darin liegen, dass die Preise der privaten Heime 10% und damit deutlich unter jenen der nicht-privaten liegen. Ferner erhielten private Heime in der Vergangenheit weniger öffentliche Fördermittel und müssen ihre Investitionen daher weitgehend selbst finanzieren. Darüber hinaus scheinen private Träger tendenziell mehr neue Heime zu eröffnen als nicht-private, was dazu führt, dass ihre Auslastung und ihr Preisniveau zunächst geringer sind.

Eine gemeinsame Analyse des Zusammenhangs der Preise und der Trägerschaft mit der PD zeigt, dass zwar die niedrigeren Preise der privaten Heime tatsächlich einen Teil erklären können. Dennoch bleibt ein schwacher negativer Zusammenhang zwischen privater Trägerschaft und PD und damit weiterer Erklärungsbedarf bestehen.

Schaubild 44

Ausfallwahrscheinlichkeiten der Pflegeheime nach Untergruppen in %


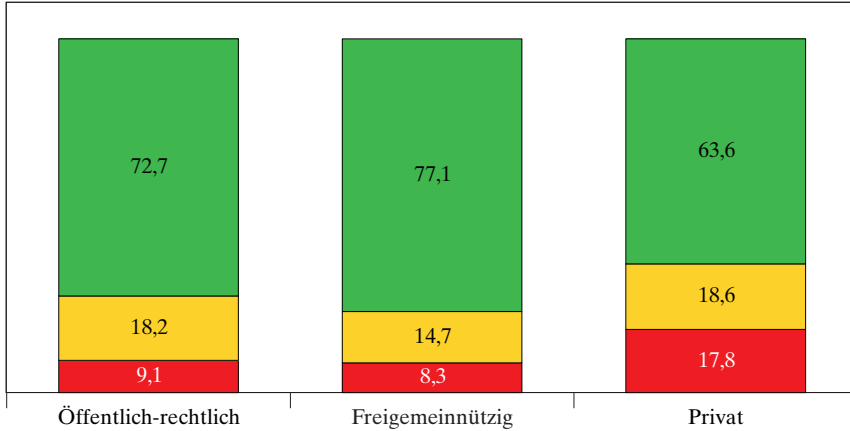
Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – ¹p-Werte geben das statistische Signifikanzniveau an. p<0,05 weist auf statistisch signifikante Unterschiede hin.

Die Größe eines Heimes scheint positiv mit dem Rating zu korrelieren. Große Heime mit mehr als 100 Plätzen weisen eine bessere PD auf als kleine und mittlere. Der Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant. Betrachtet

Schaubild 45

Verteilung der Pflegeheime in der Ampelklassifikation nach Trägerschaft

Anteil in %

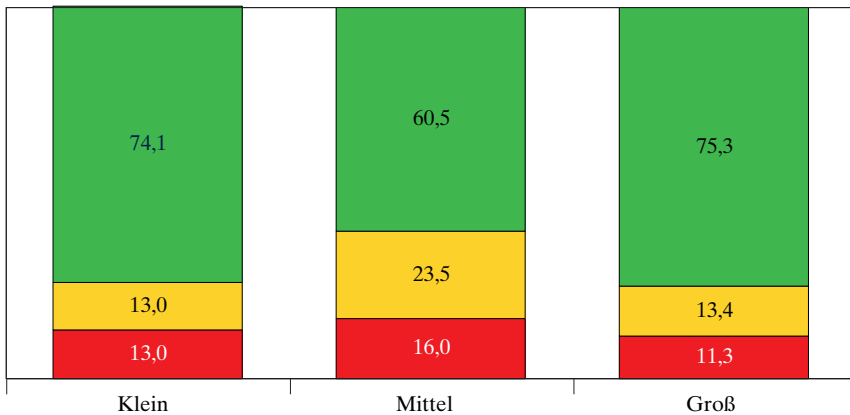


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

Schaubild 46

Verteilung der Pflegeheime in der Ampelklassifikation nach Größe

Anteil in %

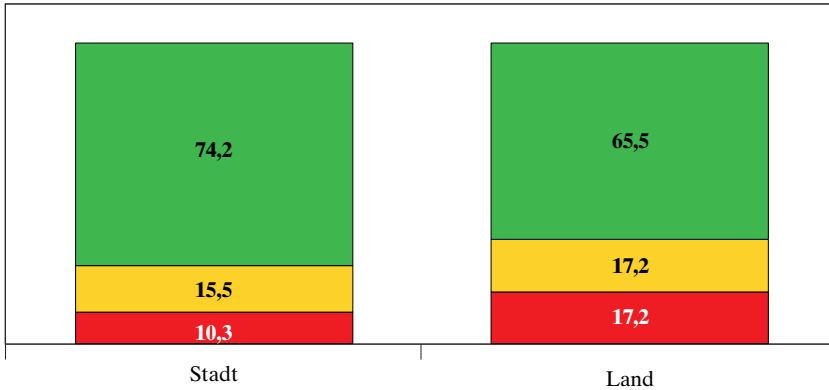


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Klein: bis 60 Pflegeplätze, mittel: 61 bis 100 Plätze, groß: mehr als 100 Plätze.

man die Verteilung der Ratings nach Größenklassen (Schaubild 46) schneiden ebenfalls größere Heime besser ab. Im Gegensatz zur Darstellung der PD fällt auf, dass bei mittleren Heimen der gelbe und rote Bereich größer ausfällt als bei kleinen. Dies lässt nicht den Schluss zu, dass es eine „optimale Betriebs-

Schaubild 47

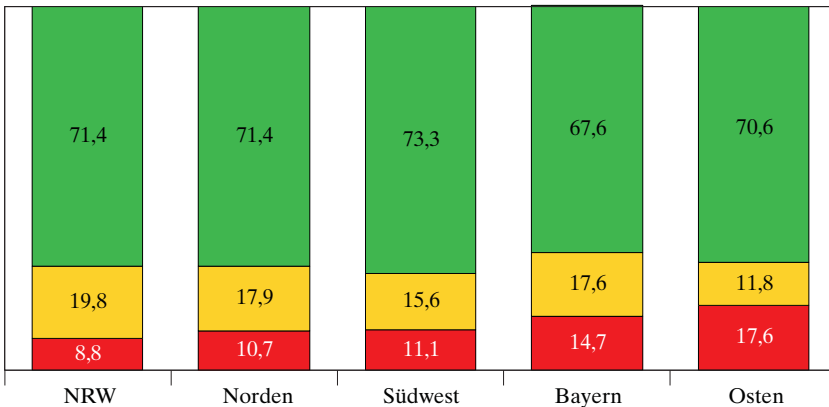
Verteilung der Pflegeheime in der Ampelklassifikation nach Ländlichkeit
in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

Schaubild 48

Verteilung der Pflegeheime in der Ampelklassifikation nach Regionen
Anteil in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Norden: Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Bremen; Südwest: Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Baden-Württemberg.

größe“ gibt. Sowohl große als auch kleine Heime scheinen gegenüber mittleren gewisse Vorteile zu besitzen. Der genaue Wirkmechanismus dahinter ist unklar. Eine Erklärung könnte die Fixkostenstruktur sein. Kleine familiengeführte Heime haben kaum Fixkosten, sehr große Heime können ihre Fixkosten hingegen auf mehrere Plätze verteilen. Mittlere Heime mit relativ höheren Fixkosten schneiden vor diesem Hintergrund schlechter ab.

Heime in städtischen Regionen weisen eine geringere Ausfallwahrscheinlichkeit auf als ländliche Heime: Nur rund 10% der städtischen befinden sich im roten Bereich, während dies bei 17% der ländlichen zutrifft (Schaubild 47). Der Zusammenhang ist statistisch allerdings nicht signifikant. Der Unterschied zwischen Ost- und Westdeutschland – mit dem schlechteren Abschneiden ostdeutscher Heime – ist indessen signifikant (Schaubild 48). Nordrhein-Westfalen schneidet von allen untersuchten Regionen am besten ab, gefolgt von norddeutschen Bundesländern. Der Südwesten liegt im Mittelfeld, Bayern rangiert vor Ostdeutschland. Das gute Abschneiden Nordrhein-Westfalens könnte auf sein hohes Preisniveau zurückzuführen sein. Grundsätzlich gilt, dass Heime mit einem höheren Preisniveau ein signifikant besseres Rating besitzen. Dieser Zusammenhang ist sehr stark. Zwischen Einzelheimen und Ketten lassen sich schließlich keine Unterschiede ausmachen.

3.3.3 Prognose

Wir schreiben die aktuelle Situation für sieben Szenarien bis 2020 fort (Schaubild 49). Neben den vier Szenarien aus Abschnitt 2 untersuchen wir jeweils bei konstanten Pflegequoten zusätzlich die Wirkung von (i) Markteintritten und von (ii) mit 0,35% p.a. fallenden Preisen sowie (iii) die Entwicklung ohne eine bundesweite Preiskonvergenz (Vergleichsszenario). Wir nehmen stets an, dass die maximale Auslastung 98% beträgt. Sollte in einem Kreis die Auslastung darüber hinaus wachsen, findet eine Erhöhung der Preise um 0,5% statt, was die Nachfrage und damit die Auslastung senken würde. Im Hintergrund findet außerdem wie unter 3.2.2 beschrieben eine Preiskonvergenz statt, die dazu führt, dass derzeit günstige Regionen teurer werden und umgekehrt. Im Vergleichsszenario schalten wir diese Preiskonvergenz aus, berücksichtigen aber, dass sich das Preisniveau in Ostdeutschland um 0,5% p.a. erhöht.

Schaubild 50 stellt die Prognose für das Szenario mit konstanten Pflegequoten vor. Vor allem durch wachsende Nachfrage bzw. Auslastung und zum Teil steigende Preise verbessert sich die bereits günstige Ausgangslage weiter. Bis 2020 würden sich 87% aller Heime im grünen Bereich befinden. Im Vergleichsszenario ohne Preiskonvergenz findet eine sehr ähnliche Entwicklung statt. Auf regionaler Ebene würden sich diese beiden Szenarien wegen der regionalen Preiskonvergenz allerdings erheblich unterscheiden.

Bei sinkenden Pflegequoten ändert sich die Prognose kaum. Bis 2020 sind dann nur noch 84% der Heime im grünen Bereich. Dies hat damit zu tun, dass auch bei sinkenden Pflegequoten die Auslastung von 98% fast überall erreicht wird und sich damit die Betriebsergebnisse der Heime verbessern dürften. Ein starker Bedeutungsverlust der stationäre Stufe I macht sich im Zeitablauf negativer als das Ausgangsszenario bemerkbar (Schaubild 51). Lange Zeit bleibt der grüne Bereich bei rund 70% stabil. Am Ende des Prognosezeitraums

Schaubild 49

Szenarien zum Rating der Pflegeheime

Szenario	Angebot an nutzbaren Plätzen	Nachfrage	Preise
Konstante Pflegequoten	konstant maximale Auslastung 98%	Demografie konstante Pflegequoten	Preiskonvergenz wenn Auslastung über 98% → Preise: +0,5%
Sinkende Pflegequoten	konstant maximale Auslastung 98%	Demografie sinkende Pflegequoten	Preiskonvergenz wenn Auslastung über 98% → Preise: +0,5%
Sinkende Stufe I	konstant maximale Auslastung 98%	Demografie sinkende Stufe I	Preiskonvergenz wenn Auslastung über 98% → Preise: +0,5%
Fortschreibung	konstant maximale Auslastung 98%	Demografie Fortschreibung des Status quo	Preiskonvergenz wenn Auslastung über 98% → Preise: +0,5%
Markteintritte bei konstanten Pflegequoten	Plätze wachsen mit der Nachfrage je Kreis, ca. 2% p.a.; maximale Auslastung 98%	Demografie konstante Pflegequoten	je ohne und mit Preiskonvergenz
Preisdruck	konstant maximale Auslastung 98%	Demografie konstante Pflegequoten	generell: -0,35% p.a., zusätzlich: Preiskonvergenz; wenn Auslastung über 98% → Preise: +0,5%
Vergleich	konstant maximale Auslastung 98%	Demografie	keine Preiskonvergenz Preise Ost: +0,5% p.a. Preise West: 0,0% p.a.

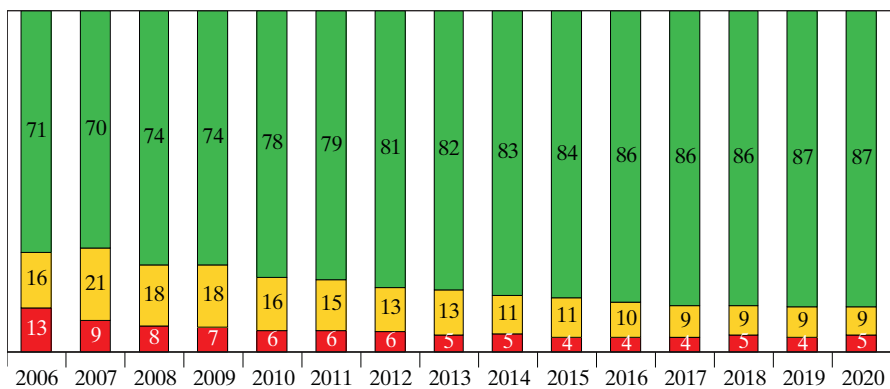
Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Die maximale Auslastung bezieht Pflegestufe 0 nicht mit ein.

überwiegen aber wieder die positiven Effekte der steigenden Auslastung und Preise. Das Szenario der Fortschreibung des Status quo unterscheidet sich praktisch nicht von jenem sinkender Pflegequoten.

Bei den bislang vorgestellten Szenarien mussten die Pflegeheime mit keiner neuen Konkurrenz rechnen. Wie in der Vergangenheit ist aber auch in der Zukunft vom Auftreten neuer Wettbewerber auszugehen. Schon alleine um die gesamte Nachfrage befriedigen zu können, sind weitere Pflegeplätze nötig. Im Szenario Markteintritte unterstellen wir daher, dass jährlich so viele neue Heime bzw. zusätzliche Pflegeplätze hinzukommen wie die Nachfrage nach Pflegeplätzen wächst. Die Auslastung ändert sich daher gegenüber dem Status quo nicht. In diesem Fall verschlechtert sich die Lage der Pflegeheime bis 2020, weil durch die Preiskonvergenz mehr Pflegeheime verlieren als gewinnen. In Ostdeutschland steigen die Preise dadurch, in vielen westdeutschen Bundesländern sinken sie. In der Summe führt dies jedoch zu einer Verschlechterung. Ohne Preiskonvergenz ändert sich die Lage ab 2007 kaum. 2007 nimmt der Anteil grüner Heime wegen der Anhebung der Mehrwertsteuer auf 65% ab und bleibt weitgehend auf diesem Wert bis 2020.

Schaubild 50

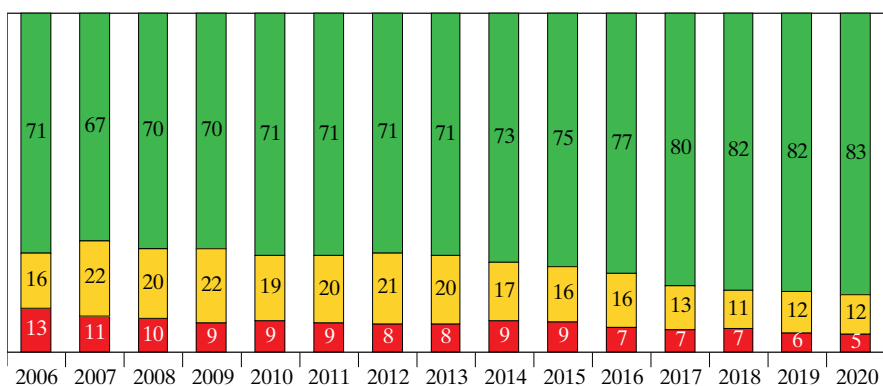
Verteilung der Pflegeheime nach der Ampelklassifikation im Szenario konstante Pflegequoten
2006 bis 2020; Anteil in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

Schaubild 51

Verteilung der Pflegeheime nach der Ampelklassifikation im Szenario sinkende stationäre Stufe I
2006 bis 2020; Anteil in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

Sollte die angespannte Lage der SPV und der Sozialämter zu einem Preisdruck auf Pflegeheime führen, würde sich die Situation ohne betriebliche Gegenmaßnahmen deutlich verschlechtern. Bei einem Sinken der Preise um 0,35% p.a., d.h. um 5,4% bis 2020, nähme der rote Bereich von gegenwärtig 13% auf über 35% bis 2020 zu.

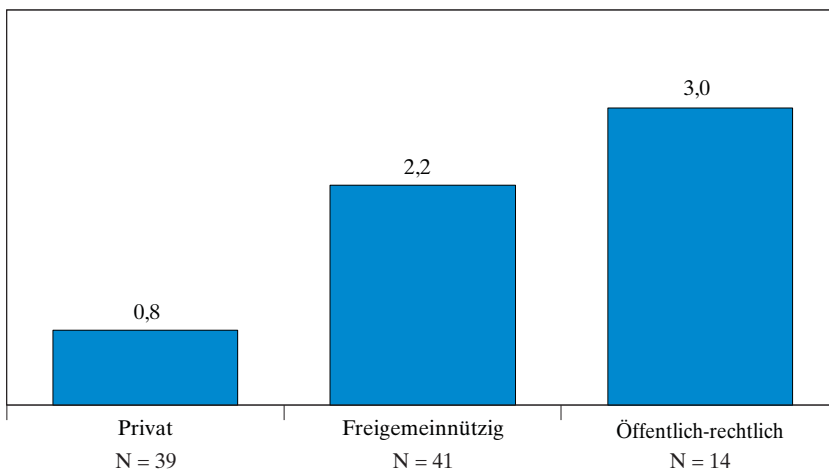
3.3.4 Exkurse

Dieser Abschnitt stellt zusätzliche Analysen zu den Personalkosten und zur Kreditfinanzierung von Pflegeheimen nach Trägerschaft dar. Aufgrund zusätzlicher Verpflichtungen für die Altersvorsorge im öffentlichen Dienst sollte der Anteil an Altersvorsorgeaufwendungen bei öffentlich-rechtlichen Pflegeheimen höher ausfallen als bei privaten. Schaubild 52 bestätigt dies. Die Situation gleicht damit jener im Krankenhausbereich (Augurzky et al. 2007a). Im Gegensatz zu Krankenhäusern können Pflegeheime ihre höheren Kosten in den Pflegesatzverhandlungen zum Teil aber geltend machen. In der Tat weisen öffentlich-rechtliche Heime ein signifikant höheres Preisniveau als private auf. Dies dürfte ein Grund dafür sein, weshalb zwar öffentlich-rechtliche Krankenhäuser ein schlechteres Rating als private besitzen, öffentlich-rechtliche Pflegeheime jedoch nicht.

Schaubild 52

Kosten für Altersvorsorge nach Trägerschaft

Anteil am Umsatz; in %

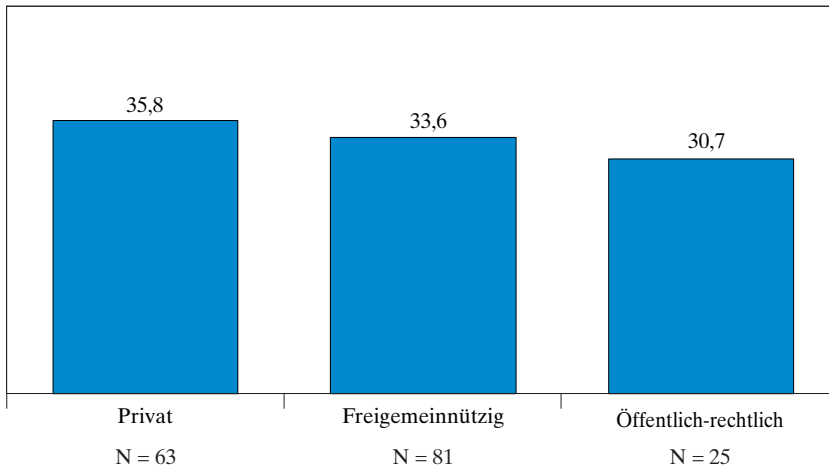


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

Schaubild 53

Verbindlichkeiten der Pflegeheime gegenüber Kreditinstituten nach Trägerschaft

Anteil an der Bilanzsumme; in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

Schließlich stellt Schaubild 53 den Anteil der Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten nach Trägerschaft dar. Private Heime finanzieren sich stärker als öffentlich-rechtliche über Kredite. Eine Ursache hierfür könnten mehr öffentliche Fördermittel für nicht-private Heime sein.

4. Benchmarks

Dieser Abschnitt stellt ausgewählte Kennzahlen der 270 Jahresabschlüsse dar. Hierzu bilden wir für jede Untergruppe eine repräsentative Einrichtung. In einem ersten Schritt werden hierfür die Umsätze jeweils auf 100 normiert und die übrigen Positionen der Bilanz und GuV (z.B. Eigenkapital, Gewinn/Verlust) entsprechend angepasst. Diese Werte werden dann über alle Einrichtungen in der jeweiligen Untergruppe summiert. Damit ergibt sich ein „repräsentatives“ Pflegeheim, für das schließlich die dargestellten Kennzahlen errechnet werden. Diese Vorgehensweise hat zwei Vorteile. Erstens erhält jede Einrichtung dasselbe Gewicht, also werden die dargestellten Parameter nicht von wenigen großen Pflegeheimen dominiert. Zweitens ist gewährleistet, dass die Kennzahlen in sich konsistent sind.¹⁰

¹⁰ Würden wir für jede Kennzahl den Durchschnittswert mehrerer Einrichtungen wählen, wäre es aus mathematischen Gründen möglich, dass sich zwei Kennzahlen widersprechen.

Schaubild 54

Strukturbilanz des durchschnittlichen Pflegeheims

Anteil an der der Bilanzsumme in %

Aktiva		Passiva	
Anlagevermögen	73,5	23,4	Eigenkapital
Vorräte & Forderungen	10,3	19,7	Sonderposten
Kasse & Wertpapiere	13,3	45,4	langfristige Verbindlichkeiten
Sonstiges	2,9	11,4	kurzfristige Verbindlichkeiten

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

Schaubild 55

Struktur-GuV der durchschnittlichen Einrichtung in der Stichprobe

Umsatzerlöse	100,0%
Materialaufwand	-22,5%
Personalaufwand	-61,7%
Sonstiges betriebliches Ergebnis (Erlöse – Aufwand)	-8,2%
EBITDA	7,6%
Abschreibungen	-5,2%
EBIT	2,4%
Finanzergebnis (u.a. Zinsaufwand)	-1,6%
Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	0,8%
Außerordentliches Ergebnis	0,8%
Steuern	-0,2%
Jahresüberschuss	1,4%

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

Tabelle 5

Das Pflegeheim nach Ausfallwahrscheinlichkeit: insgesamt

Kennzahl	Mittelwert				
	Insgesamt	1. Quartil	2. Quartil	3. Quartil	4. Quartil
Ausfallwahrscheinlichkeit in %	1,02	0,00	0,06	0,64	3,34
AHR-Ratingklasse	6,64	1,00	3,57	9,21	12,72
Anzahl Jahresabschlüsse	270	67	68	67	68
Anzahl Pflegeheime	635	130	195	132	178
Anteil grüner Bereich in %	70,7	100,0	100,0	83,6	0,0
Anteil gelber Bereich in %	16,3	0,0	0,0	16,4	48,5
Anteil roter Bereich in %	13,0	0,0	0,0	0,0	51,5
Anteil private Träger in %	45,4	37,5	35,4	53,8	54,5
Anteil freigemeinnütziger Träger in %	41,9	45,3	50,8	36,9	34,8
Anteil öffentlich-rechtliche Träger in %	12,7	17,2	13,8	9,2	10,6
Kapital					
Eigenkapitalquote (ohne SoPo) in %	23,4	42,5	36,3	20,8	8,5
Eigenkapitalquote (mit SoPo) in %	43,1	79,6	57,4	36,3	23,0
Sonderpostenquote in %	19,7	37,1	21,1	15,5	14,5
Anlagendeckung A (mit SoPo) in %	59,3	127,6	87,1	50,2	28,2
Anlagendeckung B (mit SoPo) in %	107,5	148,8	136,2	103,1	81,4
Bankverbindlichkeitenquote in %	37,6	4,1	29,4	35,6	57,4
Liquidität					
Cash Ratio (Liquidität 1. Grades)	63,6	405,3	239,6	44,6	12,7
Current Ratio (Liquidität 3. Grades)	116,8	640,6	361,3	107,0	35,8
Ertrag					
Personalkosten/Umsatz in %	-61,7	-62,6	-63,8	-60,2	-60,1
Sachkosten/Umsatz in %	-22,5	-19,2	-22,1	-23,5	-25,1
Sonstige Erlöse – Kosten /Umsatz in %	-8,3	-11,3	-5,8	-9,8	-6,3
Umsatz je Pflegeplatz in 1 000 €	27,9	29,1	28,7	31,4	24,0
EBITDA-Marge in %	7,6	7,0	8,4	6,6	8,5
EBIT-Marge in %	2,4	3,7	2,9	1,7	1,4
Umsatzrendite (vor Steuern) in %	1,6	4,0	2,7	3,0	-3,3
Return on asset (vor Steuern) in %	1,8	4,8	2,0	1,5	0,7
Kapitalumschlag (Umsatz/Bilanzsumme)	74,0	128,1	70,1	86,2	49,4

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

Schaubild 54 zeigt die Strukturbilanz des durchschnittlichen Pflegeheims. Die Eigenkapitalquote weist einen Wert von rund 23% auf, Sonderposten machen fast 20% der Bilanzsumme aus. Den größten Anteil von 45% stellen die langfristigen Verbindlichkeiten dar. Damit ist das Anlagevermögen zu fast 74% durch langfristiges Kapital mehr als gedeckt. Die Struktur-GuV weist einen Jahresüberschuss von 1,4% auf (Schaubild 55). Das EBITDA (*Earnings before interest, taxes and depreciation*) liegt mit 7,6% jedoch unter einem Wert, der erforderlich wäre, um ausreichend Investitionen über Abschreibungen und Zinsen zu finanzieren. Bei eigenfinanzierten Immobilien sollte der Wert über 20% liegen (Schmidt 2007).

Tabelle 6

Das Pflegeheim nach Ausfallwahrscheinlichkeit: städtisch vs ländlich

Kennzahl	Mittelwert	
	städtisch	ländlich
Ausfallwahrscheinlichkeit in %	0,85	1,27
AHR-Ratingklasse	6,39	7,00
Anzahl Jahresabschlüsse	161	109
Anzahl Pflegeheime	378	257
Anteil grüner Bereich in %	73,3	67,0
Anteil gelber Bereich in %	15,5	17,4
Anteil roter Bereich in %	11,2	15,6
Anteil private Träger in %	40,3	53,5
Anteil freigemeinnütziger Träger in %	46,5	34,7
Anteil öffentlich-rechtliche Träger in %	13,2	11,9
Kapital		
Eigenkapitalquote (ohne SoPo) in %	26,1	18,8
Eigenkapitalquote (mit SoPo) in %	42,8	43,5
Sonderpostenquote in %	16,7	24,8
Anlagendeckung A (mit SoPo) in %	58,6	60,4
Anlagendeckung B (mit SoPo) in %	108,1	106,5
Bankverbindlichkeitenquote in %	40,1	33,5
Liquidität		
Cash Ratio (Liquidität 1. Grades)	74,8	46,2
Current Ratio (Liquidität 3. Grades)	122,7	107,7
Ertrag		
Personalkosten/Umsatz in %	-61,9	-61,3
Sachkosten/Umsatz in %	-23,0	-21,7
Sonstige Erlöse – Kosten /Umsatz in %	-6,2	-11,4
Umsatz je Pflegeplatz in 1 000 €	29,8	24,9
EBITDA-Marge in %	8,9	5,7
EBIT-Marge in %	3,5	0,9
Umsatzrendite (vor Steuern) in %	2,3	0,5
Return on asset (vor Steuern) in %	2,4	0,7
Kapitalumschlag (Umsatz/Bilanzsumme)	70,0	81,0

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

Tabelle 5 bis 11 enthalten ausgewählte Kennzahlen verschiedener Untergruppen. Im Glossar befinden sich die Definitionen der Kennzahlen.

5. Fazit

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (Entwurf vom 10.09.2007) weitet wie erwähnt die Leistungen der SPV aus. Zur Finanzierung dessen und der zunehmenden Nachfrage wird der Beitragssatz zur SPV ab Mitte 2008 um 0,25%-Punkte angehoben, was zu Mehreinnahmen von etwa 2,6 Mrd. € füh-

Tabelle 7

Das Pflegeheim nach Ausfallwahrscheinlichkeit: Einzelhaus vs. Kette

Kennzahl	Mittelwert	
	Einzelhaus	Kette
Ausfallwahrscheinlichkeit in %	0,98	1,13
AHR-Ratingklasse	6,49	7,04
Anzahl Jahresabschlüsse		
Anzahl Pflegeheime	199	436
Anteil grüner Bereich in %	71,4	69,0
Anteil gelber Bereich in %	16,1	16,9
Anteil roter Bereich in %	12,6	14,1
Anteil private Träger in %	47,9	38,6
Anteil freigemeinnütziger Träger in %	42,6	40,0
Anteil öffentlich-rechtliche Träger in %	9,5	21,4
Kapital		
Eigenkapitalquote (ohne SoPo) in %	23,1	24,3
Eigenkapitalquote (mit SoPo) in %	40,2	51,5
Sonderpostenquote in %	17,2	27,1
Anlagendeckung A (mit SoPo) in %	56,1	68,1
Anlagendeckung B (mit SoPo) in %	108,1	105,7
Bankverbindlichkeitenquote in %	40,2	30,1
Liquidität		
Cash Ratio (Liquidität 1. Grades)	62,2	67,8
Current Ratio (Liquidität 3. Grades)	116,5	117,7
Ertrag		
Personalkosten/Umsatz in %	-61,1	-63,2
Sachkosten/Umsatz in %	-22,9	-21,2
Sonstige Erlöse – Kosten /Umsatz in %	-8,1	-8,8
Umsatz je Pflegeplatz in 1 000 €	28,1	27,6
EBITDA-Marge in %	7,9	6,9
EBIT-Marge in %	2,6	1,9
Umsatzrendite (vor Steuern) in %	1,8	0,8
Return on asset (vor Steuern) in %	1,9	1,4
Kapitalumschlag (Umsatz/Bilanzsumme)	73,3	76,3

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

ren wird. Die Mehreinnahmen übersteigen zunächst die Zusatzausgaben, wodurch erstmals die Kapitalreserven der SPV wieder steigen können. Bei konstanten Pflegequoten und Erwerbstätigenquoten sowie konstanten Reallöhnen und -gehälter dürfte vermutlich noch bis 2014 der Saldo der SPV positiv bleiben und zum Wachstum der Kapitalreserven beitragen. Ab 2015 erwarten wir jedoch ein negatives Saldo der SPV, sodass bis 2019 die Kapitalreserven fast aufgebraucht sein dürften. Trotz vorübergehender Erleichterung wird der Kostendruck also mittelfristig weiter bestehen bleiben.

Tabelle 8

Das Pflegeheim nach Ausfallwahrscheinlichkeit: Trägerschaft

Kennzahl	Mittelwert		
	öffentlich-rechtlich	frei-gemeinnützig	privat
Ausfallwahrscheinlichkeit in %	0,83	0,68	1,40
AHR-Ratingklasse	5,48	5,86	7,73
Anzahl Jahresabschlüsse	33	109	118
Anzahl Pflegeheime	90	265	269
Anteil grüner Bereich in %	72,7	77,1	63,6
Anteil gelber Bereich in %	18,2	14,7	18,6
Anteil roter Bereich in %	9,1	8,3	17,8
Anteil private Träger in %	0,0	0,0	100,0
Anteil freigemeinnütziger Träger in %	0,0	100,0	0,0
Anteil öffentlich-rechtliche Träger in %	100,0	0,0	0,0
Kapital			
Eigenkapitalquote (ohne SoPo) in %	32,2	26,1	15,6
Eigenkapitalquote (mit SoPo) in %	66,9	42,8	30,1
Sonderpostenquote in %	34,7	16,7	14,5
Anlagendeckung A (mit SoPo) in %	90,5	54,1	46,2
Anlagendeckung B (mit SoPo) in %	118,9	101,4	106,1
Bankverbindlichkeitenquote in %	25,3	39,5	42,4
Liquidität			
Cash Ratio (Liquidität 1. Grades)	141,0	76,9	30,4
Current Ratio (Liquidität 3. Grades)	202,3	108,5	101,8
Ertrag			
Personalkosten/Umsatz in %	-67,8	-69,4	-51,7
Sachkosten/Umsatz in %	-20,4	-22,5	-23,4
Sonstige Erlöse – Kosten /Umsatz in %	-1,6	-1,7	-16,9
Umsatz je Pflegeplatz in 1 000 €	26,0	30,4	26,1
EBITDA-Marge in %	10,4	6,4	8,0
EBIT-Marge in %	3,1	0,6	3,9
Umsatzrendite (vor Steuern) in %	1,9	0,0	3,3
Return on asset (vor Steuern) in %	1,6	0,4	4,1
Kapitalumschlag (Umsatz/Bilanzsumme)	51,3	64,3	102,7

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

Auch Pflegeheime werden trotz steigender Pflegenachfrage und damit generell positiver Aussichten den zunehmenden Kostendruck zu spüren bekommen. Im Folgenden sollen daher politische Handlungsoptionen aufgezeigt sowie mögliche Anforderungen an Pflegeheime geschildert werden, um den Kostendruck aufzufangen.

5.1 Politische Handlungsempfehlungen

Die Alterung der Bevölkerung wird noch Jahrzehnte andauern und damit die sozialen Sicherungssysteme belasten. Sinkende Sozialabgabenquoten sind vor

Tabelle 9

Das Pflegeheim nach Ausfallwahrscheinlichkeit: Größe

Kennzahl	Mittelwert		
	klein	mittel	groß
Ausfallwahrscheinlichkeit in %	1,21	1,18	0,85
AHR-Ratingklasse	6,72	7,23	6,14
Anzahl Jahresabschlüsse	53	82	97
Anzahl Pflegeheime	122	197	255
Anteil grüner Bereich in %	73,6	61,0	75,3
Anteil gelber Bereich in %	13,2	23,2	13,4
Anteil roter Bereich in %	13,2	15,9	11,3
Anteil private Träger in %	52,0	39,5	42,3
Anteil freigemeinnütziger Träger in %	36,0	49,4	43,3
Anteil öffentlich-rechtliche Träger in %	12,0	11,1	14,4
Kapital			
Eigenkapitalquote (ohne SoPo) in %	23,2	19,9	27,3
Eigenkapitalquote (mit SoPo) in %	55,6	40,2	41,6
Sonderpostenquote in %	32,4	20,3	14,3
Anlagendeckung A (mit SoPo) in %	73,1	52,3	58,9
Anlagendeckung B (mit SoPo) in %	108,0	100,5	109,2
Bankverbindlichkeitenquote in %	27,3	35,8	43,9
Liquidität			
Cash Ratio (Liquidität 1. Grades)	79,7	51,6	69,2
Current Ratio (Liquidität 3. Grades)	138,1	95,6	130,2
Ertrag			
Personalkosten/Umsatz in %	-62,0	-61,7	-59,4
Sachkosten/Umsatz in %	-21,0	-23,5	-23,3
Sonstige Erlöse – Kosten /Umsatz in %	-8,2	-6,4	-7,4
Umsatz je Pflegeplatz in 1 000 €	28,1	30,8	25,8
EBITDA-Marge in %	8,7	8,4	10,0
EBIT-Marge in %	3,1	1,8	5,6
Umsatzrendite (vor Steuern) in %	2,6	2,1	3,6
Return on asset (vor Steuern) in %	2,3	1,1	4,1
Kapitalumschlag (Umsatz/Bilanzsumme)	73,6	64,2	74,1

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – klein: bis 60 Pflegeplätze, mittel: 61 bis 100 Pflegeplätze, groß: mehr als 100 Pflegeplätze.

diesem Hintergrund eher unwahrscheinlich. Ihr weiterer Anstieg sollte jedoch möglichst vermieden werden, um Anreize zur Arbeitsaufnahme bzw. Leistungserbringung von Arbeitnehmern nicht zu mindern. Gerade bei einer schrumpfenden Zahl von Menschen im erwerbsfähigen Alter müssen Anreize zur Leistungserbringung eher gestärkt als geschwächt werden, um die sozialen Sicherungssysteme weiterhin finanzieren zu können. Hierzu bedarf es mehrerer Reformansätze.

Tabelle 10

Das Pflegeheim nach Ausfallwahrscheinlichkeit: Ampelklassifikation

Kennzahl	Mittelwert		
	grün	gelb	rot
Ausfallwahrscheinlichkeit in %	0,18	1,62	4,81
AHR-Ratingklasse	4,22	11,48	13,74
Anzahl Jahresabschlüsse	191	44	35
Anzahl Pflegeheime	438	119	78
Anteil grüner Bereich in %	100,0	0,0	0,0
Anteil gelber Bereich in %	0,0	100,0	0,0
Anteil roter Bereich in %	0,0	0,0	100,0
Anteil private Träger in %	41,0	50,0	63,6
Anteil freigemeinnütziger Träger in %	45,9	36,4	27,3
Anteil öffentlich-rechtliche Träger in %	13,1	13,6	9,1
Kapital			
Eigenkapitalquote (ohne SoPo) in %	33,9	12,5	4,9
Eigenkapitalquote (mit SoPo) in %	56,5	27,4	22,1
Sonderpostenquote in %	22,6	14,9	17,2
Anlagendeckung A (mit SoPo) in %	86,2	31,6	29,3
Anlagendeckung B (mit SoPo) in %	130,8	81,3	85,4
Bankverbindlichkeitenquote in %	24,3	55,1	55,8
Liquidität			
Cash Ratio (Liquidität 1. Grades)	150,4	18,1	9,5
Current Ratio (Liquidität 3. Grades)	254,6	34,3	43,4
Ertrag			
Personalkosten/Umsatz in %	-62,4	-62,2	-57,1
Sachkosten/Umsatz in %	-21,2	-26,2	-24,7
Sonstige Erlöse – Kosten /Umsatz in %	-9,2	-3,6	-9,4
Umsatz je Pflegeplatz in 1 000 €	29,5	30,6	20,2
EBITDA-Marge in %	7,3	8,1	8,8
EBIT-Marge in %	2,8	1,0	2,2
Umsatzrendite (vor Steuern) in %	3,4	-3,0	-2,6
Return on asset (vor Steuern) in %	2,6	0,5	1,2
Kapitalumschlag (Umsatz/Bilanzsumme)	91,7	47,3	55,2

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

5.1.1 Zusätzliche private Vorsorge

Die SPV muss auf eine solidere Finanzierungsgrundlage gestellt werden. Hierzu empfiehlt sich eine zur SPV ergänzende und verpflichtende private Pflegeversicherung mit Kapitaldeckungsverfahren. Dies könnte in Analogie zur so genannten „Riester-Rente“, die neben der gesetzlichen Rentenversicherung existiert, geschehen. Auch die heute ältere Bevölkerung sollte einen höheren Beitrag zur SPV entrichten. Sie hat vor Einführung der SPV 1995 keine Beiträge gezahlt, kann aber von deren Leistungen profitieren. Eine solche Maßnahme dient der Erhöhung der Generationengerechtigkeit.

Tabelle 11

Das Pflegeheim nach Ausfallwahrscheinlichkeit: Bundesland

Kennzahl	Mittelwert				
	Nordrhein-Westfalen	Bayern	Südwesten	Norden	Osten
Ausfallwahrscheinlichkeit in %	0,82	1,09	0,75	0,96	1,24
AHR-Ratingklasse	6,49	6,41	6,69	7,14	6,57
Anzahl Jahresabschlüsse	91	34	45	28	68
Anzahl Pflegeheime	140	96	186	57	149
Anteil grüner Bereich in %	71,4	67,6	73,3	71,4	70,6
Anteil gelber Bereich in %	19,8	17,6	15,6	17,9	11,8
Anteil roter Bereich in %	8,8	14,7	11,1	10,7	17,6
Anteil private Träger in %	24,4	68,8	38,1	51,9	61,5
Anteil freigemeinnütziger Träger in %	65,6	21,9	47,6	37,0	20,0
Anteil öffentlich-rechtliche Träger in %	10,0	9,4	14,3	11,1	18,5
Kapital					
Eigenkapitalquote (ohne SoPo) in %	24,9	18,0	21,2	28,4	23,1
Eigenkapitalquote (mit SoPo) in %	30,3	26,6	50,3	29,5	62,2
Sonderpostenquote in %	5,4	8,5	29,1	1,1	39,1
Anlagendeckung A (mit SoPo) in %	39,7	49,0	69,7	44,6	81,0
Anlagendeckung B (mit SoPo) in %	100,3	120,7	113,5	118,6	106,9
Bankverbindlichkeitenquote in %	51,7	38,2	28,0	50,4	23,6
Liquidität					
Cash Ratio (Liquidität 1. Grades)	65,9	39,0	58,9	67,2	76,4
Current Ratio (Liquidität 3. Grades)	102,4	132,5	136,9	106,0	120,3
Ertrag					
Personalkosten/Umsatz in %	-63,5	-53,1	-63,0	-66,8	-60,9
Sachkosten/Umsatz in %	-22,5	-25,9	-22,1	-21,0	-22,0
Sonstige Erlöse – Kosten /Umsatz in %	-4,2	-13,7	-7,9	-14,9	-7,4
Umsatz je Pflegeplatz in 1 000 €	29,2	22,3	31,6	47,2	26,9
EBITDA-Marge in %	9,8	7,4	7,1	-2,6	9,7
EBIT-Marge in %	5,2	4,1	0,5	-7,1	3,1
Umsatzrendite (vor Steuern) in %	2,9	5,6	0,7	-6,8	1,7
Return on asset (vor Steuern) in %	3,7	4,0	0,5	-6,7	1,8
Kapitalumschlag (Umsatz/Bilanzsumme)	71,5	96,3	84,8	94,4	57,6

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

5.1.2 Erhöhung der Erwerbstätigenquote

Weit bedeutender dürften Reformen auf dem Arbeitsmarkt und im Bildungswesen zur Erhöhung der Erwerbstätigenquote in den nächsten Jahren sein. Je mehr Menschen über ihre Erwerbstätigkeit Zahlungen an die sozialen Sicherungssysteme leisten, desto einfacher kann der demografische Wandel abgefedert werden. Hierzu zählt die Erhöhung der Erwerbstätigenquote älterer Menschen zwischen 55 und 67 Jahren. Die bereits beschlossene schrittweise Erhöhung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahren war diesbezüglich ein zentraler und wichtiger Schritt. Auch darf die Bezugsdauer des Arbeitslosengelds

I nicht mit dem Alter zunehmen, um Arbeitsanreize älterer Menschen nicht zu schwächen. Deutlich höhere Erwerbsquoten älterer Menschen in anderen europäischen Ländern, vor allem in Nordeuropa, zeigen, dass für Deutschland noch erheblicher Spielraum besteht (Statistisches Bundesamt 2006b). In demselben Maße ist die Frauenerwerbsquote zu sehen. Auch sie liegt in Deutschland europaweit nur im Mittelfeld.

Eine qualifizierte Migration in den deutschen Arbeitsmarkt trägt tendenziell dazu bei, die Leistungskraft der Volkswirtschaft zu stärken. Hierzu ist ein Einwanderungsgesetz nötig, das qualifizierte Erwerbstätige in Deutschland begrüßt. Zur Ausweitung der Erwerbstätigkeit gehört ferner eine Straffung der schulischen und universitären Ausbildung mit dem Ziel, junge Menschen früher als derzeit in das Berufsleben starten zu lassen. Darunter fallen z.B. das Abitur mit 18 Jahren und die Beendigung des Studiums mit rund 23 Jahren.

5.1.3 Verpflichtende Transparenz über die Pflegequalität

Derzeit sind die regionalen Preisunterschiede zwischen Pflegeheimen beträchtlich. Auch wenn Preisunterschiede zu einem Teil durch einen unterschiedlichen Ressourceneinsatz und unterschiedliche Kosten für Personal, Sachmittel und Kapital erklärt werden können, muss letztendlich die Frage beantwortet werden, inwieweit höhere Preise bzw. ein höherer Ressourceneinsatz tatsächlich eine höhere Pflegequalität zur Folge haben. Derzeit lässt sich diese Frage empirisch nicht beantworten. Ein Qualitätswettbewerb zwischen Pflegeheimen zu Gunsten der Pflegebedürftigen kann vor diesem Hintergrund nicht stattfinden. Es muss daher oberstes Ziel sein, Transparenz über die Pflegequalität für alle Beteiligten zu schaffen. Wer hohe Preise verlangt, muss dies mit einer höheren Qualität rechtfertigen. Auch müssen der Pflegebedürftige oder seine Angehörigen die Möglichkeit haben, zwischen Heimen mit unterschiedlichem Preis-Leistungsverhältnissen eine Auswahl treffen zu können.

5.1.4 Freigabe der Preise

Durch die hohe Eigenbeteiligung des Pflegebedürftigen an den Pflegekosten ist die Nachfrage nach Pflegeleistungen durch den Pflegedürftigen, seinen Angehörigen oder die Sozialämter preissensitiv. Pflegesatzverhandlungen in ihrer derzeitigen Form sind daher überflüssig. Es würde genügen, wenn der Gesetzgeber erstens eine grobe Rahmenplanung und Mindestnormen zur Pflege vorgibt und zweitens übermäßige Preiserhöhungen nach Abschluss eines Pflegevertrags unterbindet – ähnlich wie dies im Mietmarkt auch der Fall ist.

5.1.5 Differenzierung des Leistungsangebots

Es muss über eine stärkere Differenzierung des Pflegeangebots nachgedacht werden. Aufgrund des bislang realen Rückgangs der Pflegesätze der SPV stieg der Eigenanteil der Pflegebedürftigen an den Pflegekosten. Damit einher gingen steigende Unterstützungsleistungen durch die Sozialhilfe. Rund ein Drittel aller Pflegebedürftigen erhält derzeit unterstützende Leistungen der Sozialhilfe (BMG 2005). Es ist zu erwarten, dass dieser Anteil weiter zunehmen wird, wenn die Sätze der SPV wie geplant nur unterhalb der Inflationsrate aufgestockt werden. Da aber auch die Kommunen in den kommenden Jahren wohl tendenziell mit weniger Finanzmitteln auskommen müssen, wird auch die ergänzende Sozialhilfe langfristig wahrscheinlich nicht mehr alle Pflegekosten tragen können.

Eine stärkere Differenzierung des Pflegeangebots könnte die Finanzierbarkeit gewährleisten helfen. Derzeit erlauben gesetzliche Regelungen kaum eine Differenzierung des Angebots. Denkbar wären „2-Sterne“ bis „5-Sterne“-Pflegeheime und eine Differenzierung innerhalb eines Heimes. Es genügt, den Mindeststandard gesetzlich vorzugeben und zu kontrollieren. Die zu erwirtschaftenden Deckungsbeiträge dürften bei 5-Sterne-Plätzen höher ausfallen als bei 2-Sterne-Plätzen. Damit kann das erste Segment möglicherweise einen größeren Anteil der Fixkosten im Pflegeheim tragen, sodass die 2-Sterne-Pflege für Sozialhilfeempfänger günstiger angeboten werden könnte.

5.2 Anforderungen an Pflegeheime

Der Report hat gezeigt, dass sich Pflegeheime im Durchschnitt in einer passablen wirtschaftlichen Lage befinden. Auch wenn stetig neue Wettbewerber in den Markt eintreten, dürften die Heime mit einem sicheren Nachfragewachstum in den nächsten Jahren und Jahrzehnten rechnen können. Dennoch werden auch sie den Finanzierungsengpass in der SPV und bei der Sozialhilfe durch die Kommunen zu spüren bekommen. Trotz wachsender Nachfrage müssen sich manche Heime – besonders in Hochpreisregionen – auf einen wachsenden Preisdruck einstellen. Dies bedeutet, dass sie in der Leistungserbringung effizienter werden müssen. Wir erwarten vor diesem Hintergrund eine verstärkte Bildung von Pflegeheimketten. Innerhalb einer solchen Kette lassen sich Sekundärleistungen, zum Beispiel die Wäscherei oder das Catering, günstiger anbieten als durch ein einzelnes Heim. Derzeit ist der Pflegeheimmarkt noch stark zersplittert.

Pflegeheime sollten sich außerdem mit den unter Abschnitt 5.1 genannten möglichen politischen Handlungsempfehlungen auseinandersetzen. Freie Preise und Angebotsdifferenzierung bedeuten mehr Marktwirtschaft, mehr Freiheiten, mehr Chancen, aber auch mehr Risiken für das Pflegeheim. Pflegebedürftige oder deren Angehörige dürften sich möglicherweise individuelle

Kasten 3

Kennzeichen des „Pflegeheims der Zukunft“

1. Kooperation: Das moderne Pflegeheim bietet eigenständig oder in Kooperation mit anderen Gesundheitsanbietern, Krankenhäusern, Rehakliniken, niedergelassenen Ärzten oder Medizinischen Versorgungszentren ein umfangreiches Spektrum von Gesundheitsdienstleistungen an. Es ist möglicherweise baulich Teil eines großen Gesundheitszentrums oder kooperiert im Verbund mit anderen lokalen Anbietern. Die traditionelle sektorale Aufteilung der Gesundheitsbranche in Akut- und Nicht-Akut-Medizin, in stationäre und ambulante Behandlung und in Fachabteilungen weicht einem sequenziellen Aufbau, bei dem der Patient im Mittelpunkt steht und Gesundheitsleistungen auf Grundlage eines sektorübergreifenden Behandlungspfads in Anspruch nimmt. Die Vorteile sind sowohl medizinischer als auch ökonomischer Natur. Doppeluntersuchungen und Kommunikationsprobleme an den Sektorenschnittstellen werden vermieden, Behandlungspfade können standardisiert werden, wodurch sie sowohl für die Anbieter als auch für den Patienten transparenter werden. Das Pflegeheim setzt an der Schnittstelle von Akutmedizin und prä- und poststationären Bereich an. Schließlich wird die Abgrenzung zwischen Senioreneinrichtungen mit zusätzlichen Serviceleistungen zum ambulant betreuten Wohnen, zum Patientenhotel, zur Kurzzeitpflege und zum Pflegeheim zunehmend fließend. Die neuen Pflegeheime zeichnen sich durch eine hohe Variabilität und Flexibilität der Immobilie aus.

2. Angebot: Das Pflegeheim bietet ein auf bestimmte Patientengruppen fokussiertes Leistungspaket an und kann dadurch gezielt auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen im Rahmen ihrer individuellen Budgets eingehen. Standard- und Premium-Pakete sind denkbar, besondere Zusatzleistungen, auch ethnische Belange können berücksichtigt werden. Lösungen für allgemeine stationäre Pflege sehen anders aus als für Schlaganfall-, Wachkoma- und Demenzpatienten, in städtischen Gebieten anders als auf dem Land, in einkommensstarken anders als in strukturschwachen Gebieten. Das Pflegeheim verschafft sich durch die Differenzierung Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Anbietern. Wenn es seine Größe zulässt, im eigenen Betrieb oder im Verbund, bietet es den gesamten Leistungskatalog an. In Bezug auf die Pflegequalität wird sich das Heim um eine verbesserte Transparenz nach außen bemühen und diese als Wettbewerbsvorteil einsetzen. Derzeit kann eine hohe Pflegequalität meist nur vermutet, nicht aber nachgewiesen werden. Um wettbewerbsfähig zu bleiben, werden Kriterien geschaffen, wodurch die Ergebnisqualität messbar und vergleichbar wird. Das Pflegeheim der Zukunft versteht es, diesen Prozess voranzutreiben und sich von anderen Heimen abzusetzen.

3. Größe: Das Pflegeheim erreicht eine Größe, bei der es sein Leistungsangebot wirtschaftlich anbieten kann. Die Zahl der Plätze liegt deutlich über dem derzeitigen Durchschnitt. Nur im „5-Sterne“-Segment können kleine Heime wirtschaftlich betrieben werden. Der Bau von kleinen Pflegeheimen ohne Anbindung an andere Gesundheitsanbieter, wie dies zum Teil noch geschieht, ist kritisch zu beurteilen; ihre Überlebenschancen sind eher gering. Eine starke Marktkonsolidierung führt zu Zusammenschlüssen und zum weiteren Aufbau von regionalen und überregionalen Verbänden. Große Pflegeheimketten dominieren schließlich den Markt und nutzen Skaleneffekte. Ein zentrales Management erarbeitet eine einheitliche Unternehmensstrategie und überträgt sie auf die einzelnen Unternehmensteile. Durch zentrales Leistungs- und Qualitätsmanagement sowie flexiblen Einsatz von Personal im gesamten Verbund werden Kostenvorteile realisiert. Das Know-how bei Planung, Investition und Betrieb von Pflegeheimen wird auch in den Sekundärbereichen wie Verpflegung, Wäsche, Reinigung, Logistik und Zusatzleistungen genutzt. Ein großes Heim besitzt schließlich Vorteile bei der Rekrutierung und Weiterbildung qualifizierter Mitarbeiter. Schon heute bereitet es vielen Heimen Probleme, qualifiziertes Pflegepersonal und Management zu finden.

Lösungen für ihre jeweilige Lebenssituation wünschen. Darunter fällt die Differenzierung des Angebots, ebenso wie betreutes Wohnen, das für den Bewohner noch viel Spielraum für die eigene Lebensgestaltung lässt. Eine vollständige Transparenz über das Preis-Leistungsverhältnis eines Pflegeheims ist hierfür eine selbstverständliche Voraussetzung. Kasten 3 skizziert aus Sicht

der Erfahrungen der ADMED GmbH das Pflegeheim der Zukunft. Es ist Teil einer sektorübergreifenden integrierten Gesundheitsversorgung, segmentiert seine Leistungen in Einklang mit den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und stellt diese transparent dar und verbessert schließlich seine Wirtschaftlichkeit durch Nutzung von Größeneffekten.

6. Anhang

6.1 Weitere Schaubilder

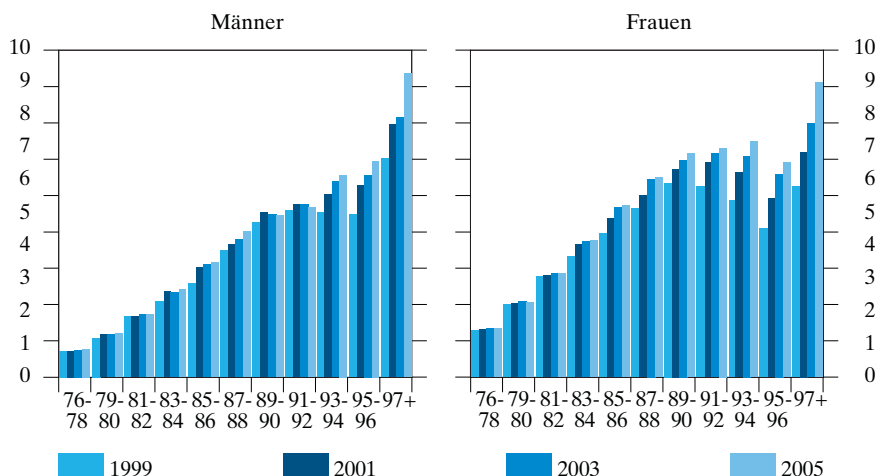
Schaubild 56 bis 58 zeigen die Pflegequoten der ambulanten Pflege für die Stufen I bis III im Zeitverlauf 1999 bis 2005.

6.2 Weitere Kennzahlen auf regionaler Ebene (Karten)

In diesem Abschnitt finden sich ohne Kommentierung weitere für den einen oder anderen Leser möglicherweise interessante Kennzahlen auf regionaler Ebene.

Schaubild 56

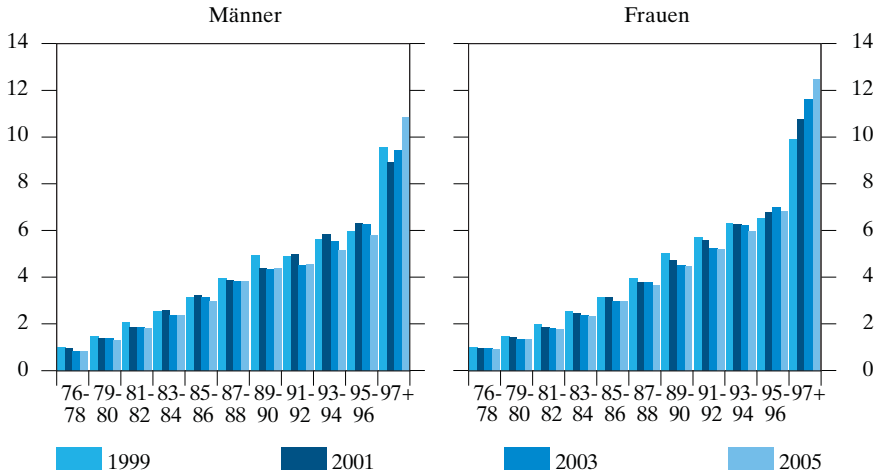
Pflegequoten nach Altersklassen, ambulant, Stufe I
in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Schaubild 57

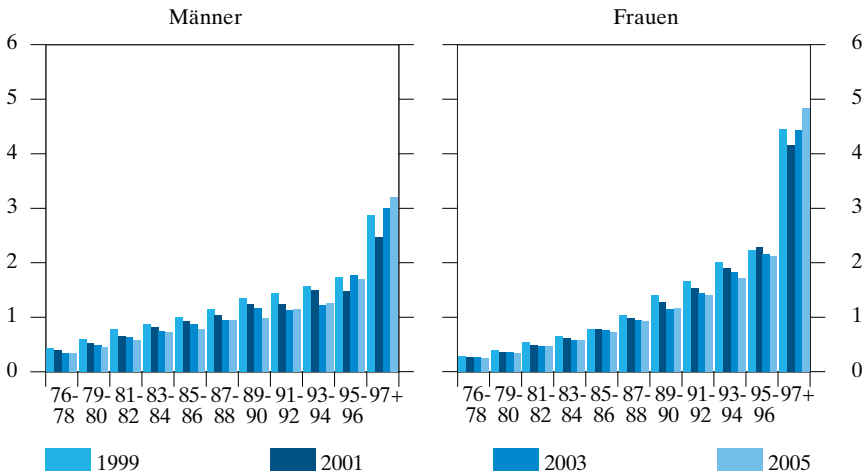
Pflegequoten nach Altersklassen, ambulant, Stufe II
in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

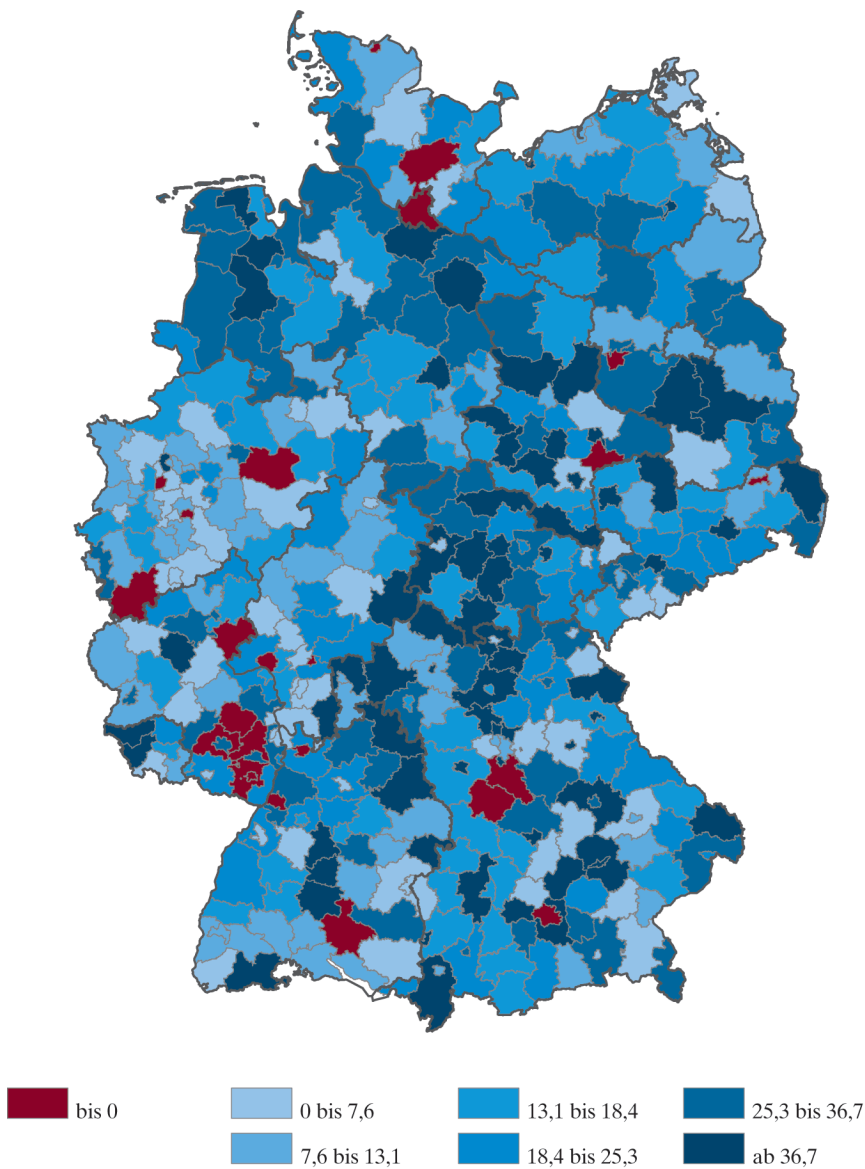
Schaubild 58

Pflegequoten nach Altersklassen, ambulant, Stufe III
in %



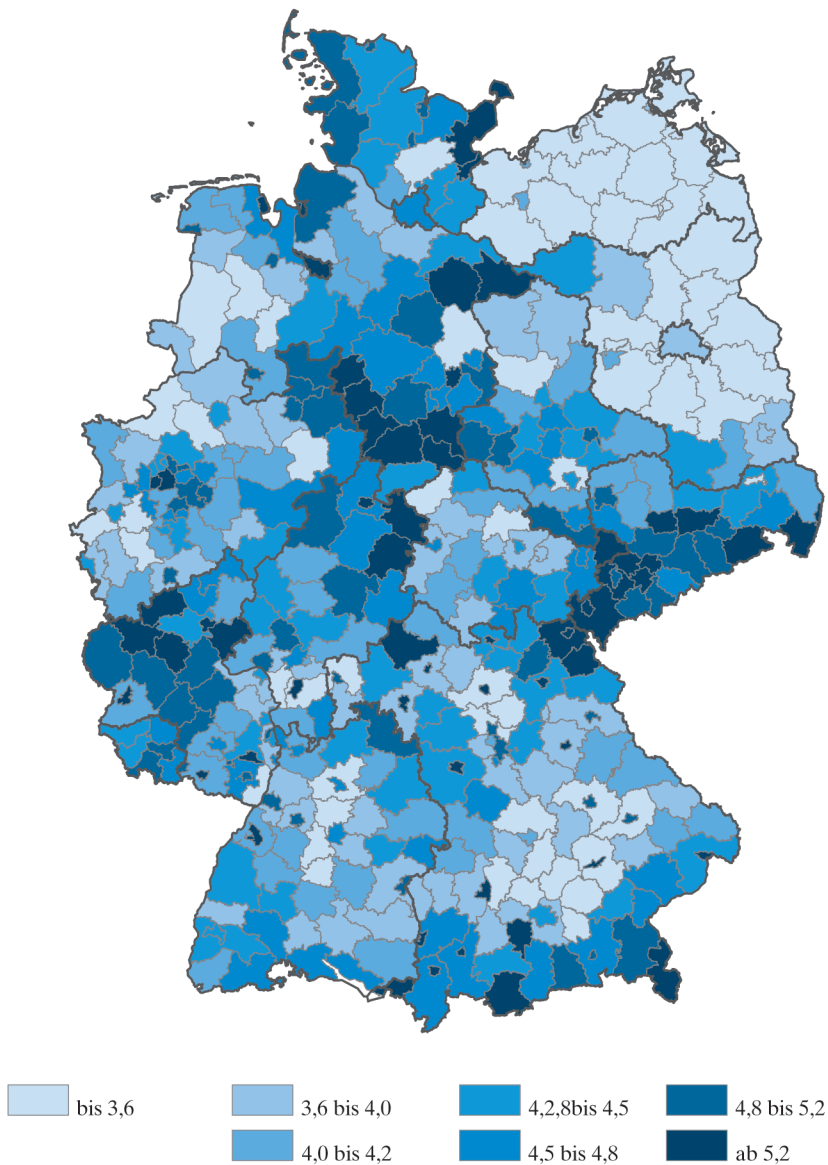
Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Karte 17

**Wachstum der stationären Fälle 1999 bis 2005
in %**

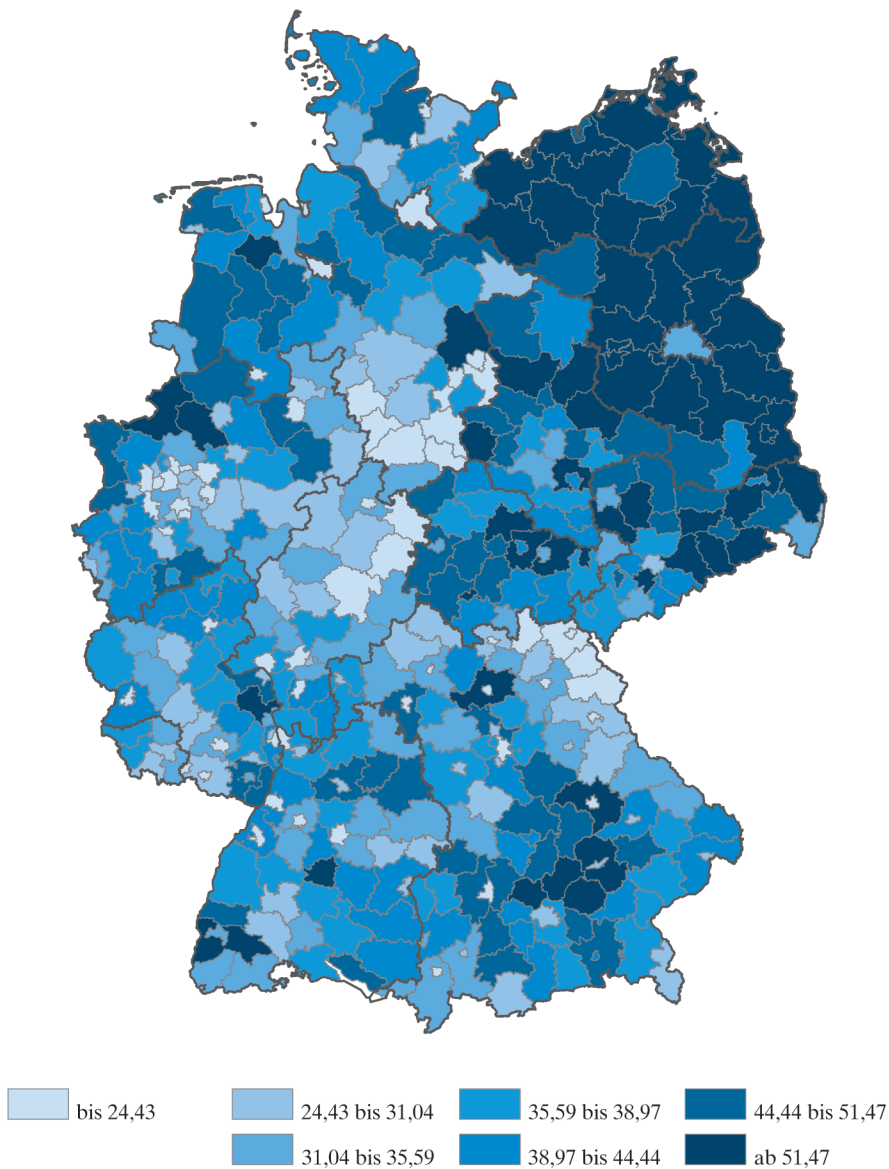
Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

Karte 18

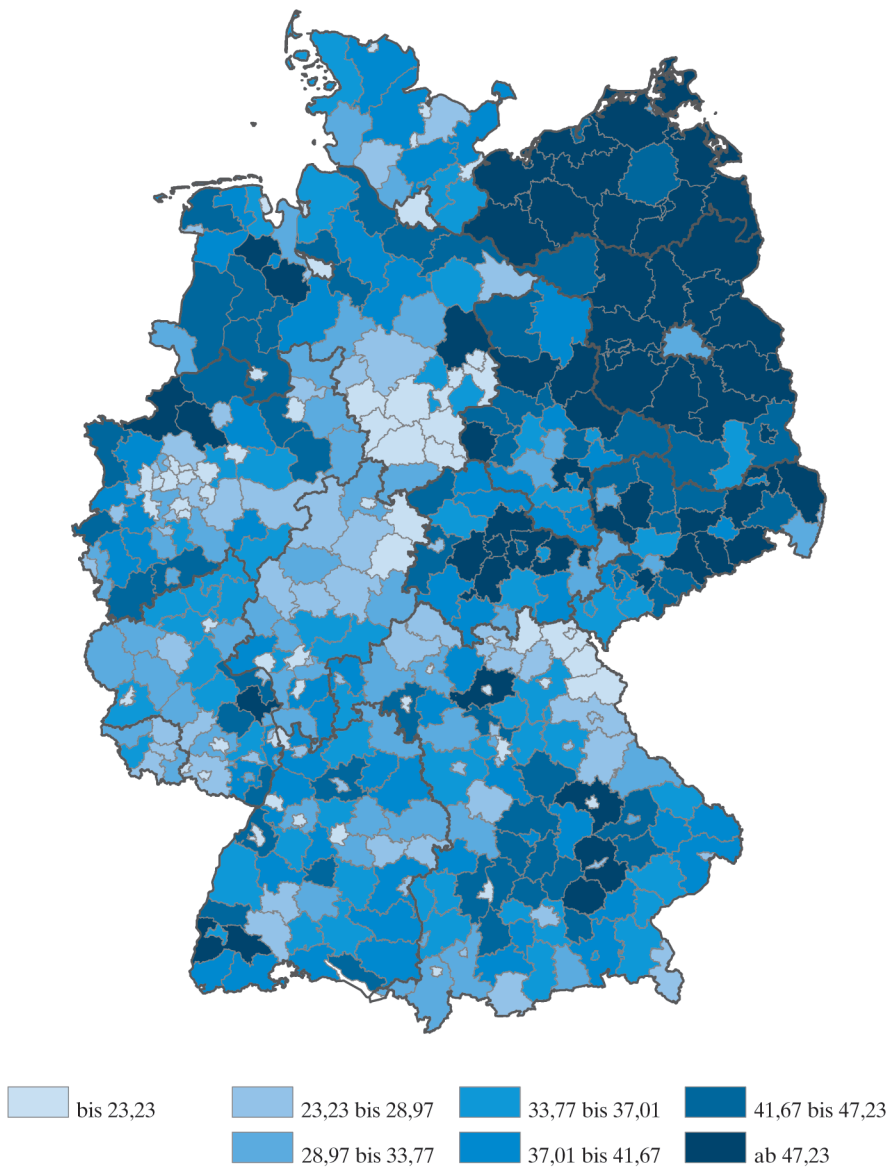
**Anteile Senioren an Gesamtbevölkerung
in %**

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: FDZ der Länder 2007. Heime mit Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen ohne Hospize und Heime für behinderte Menschen.

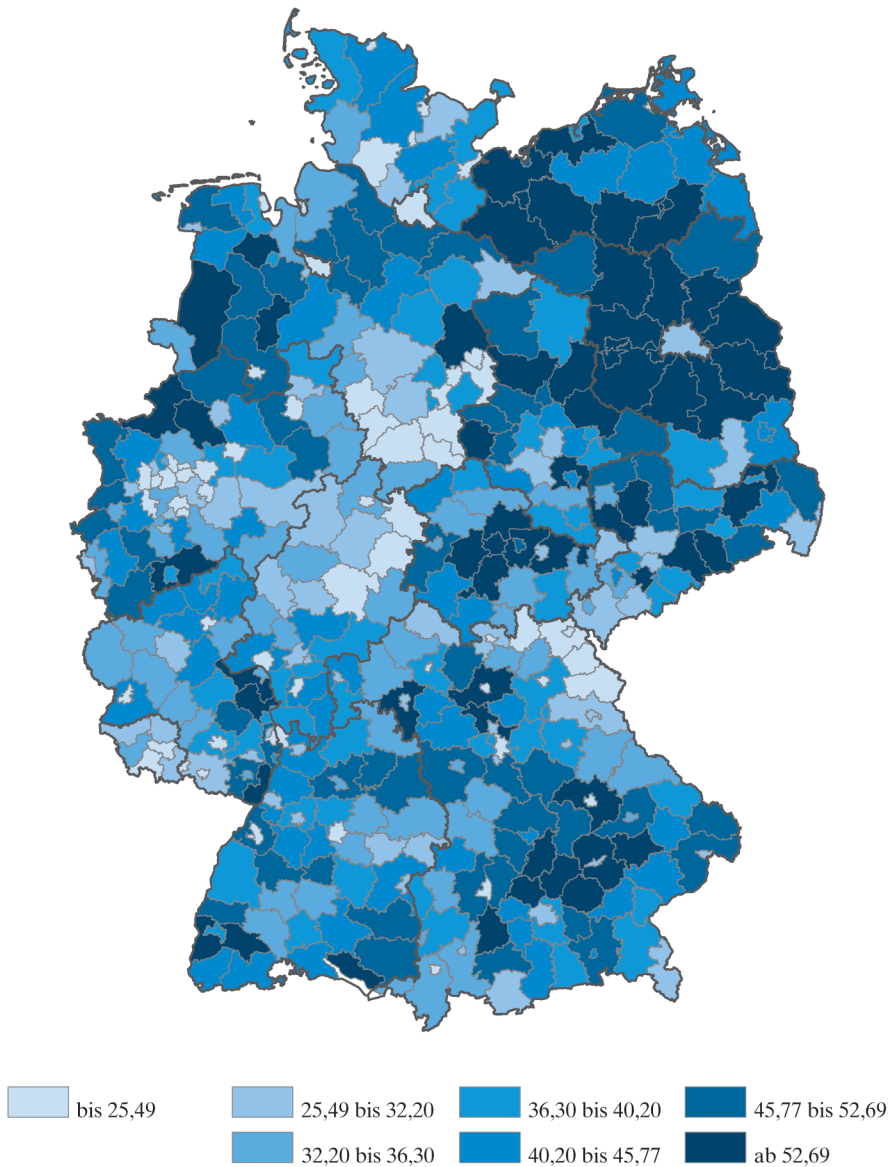
Karte 19

**Wachstum Heimbewohner Stufe I 2005 bis 2020
in %**

Karte 20

Wachstum Heimbewohner Stufe II 2005 bis 2020
in %

Karte 21

**Wachstum Heimbewohner Stufe III 2005 bis 2020
in %**

Karte 22

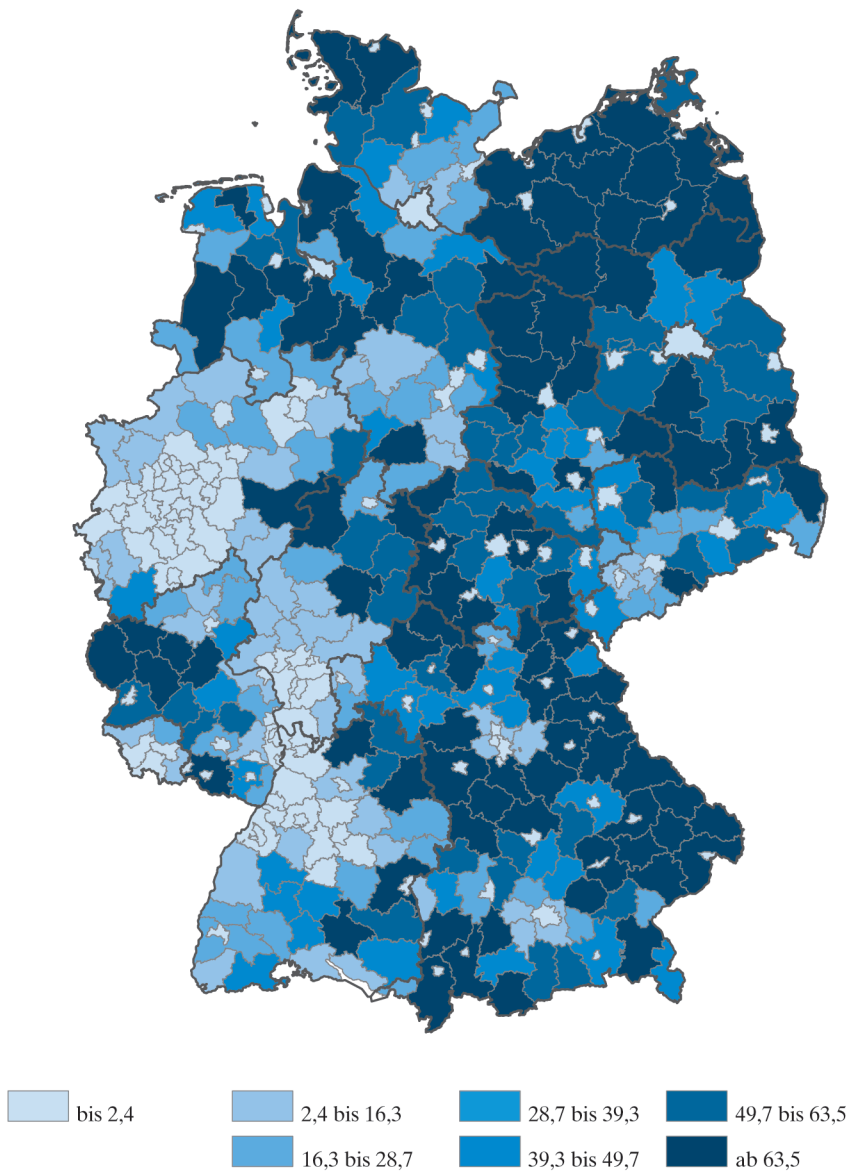
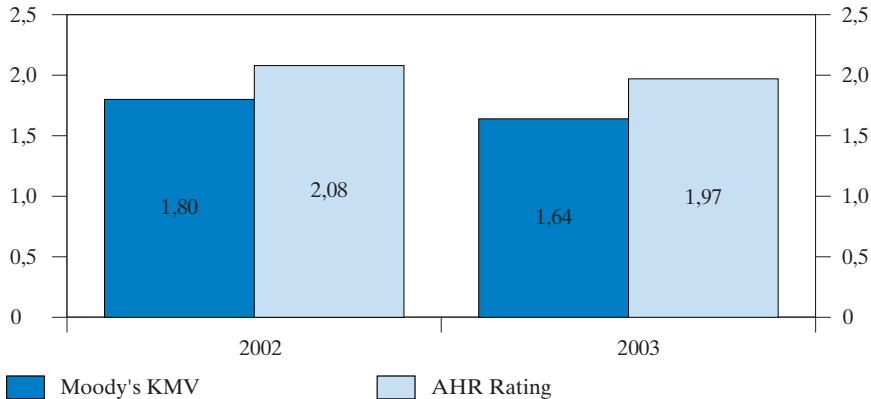
Ländlichkeit
in %

Schaubild 59

Vergleich der Ratings von Moody's KMV und AHR für andere Unternehmen
2002 und 2003; in %

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen auf der Grundlage der Bilanzdatenbank im RWI Essen.

6.3 Das Ratingverfahren in dieser Studie

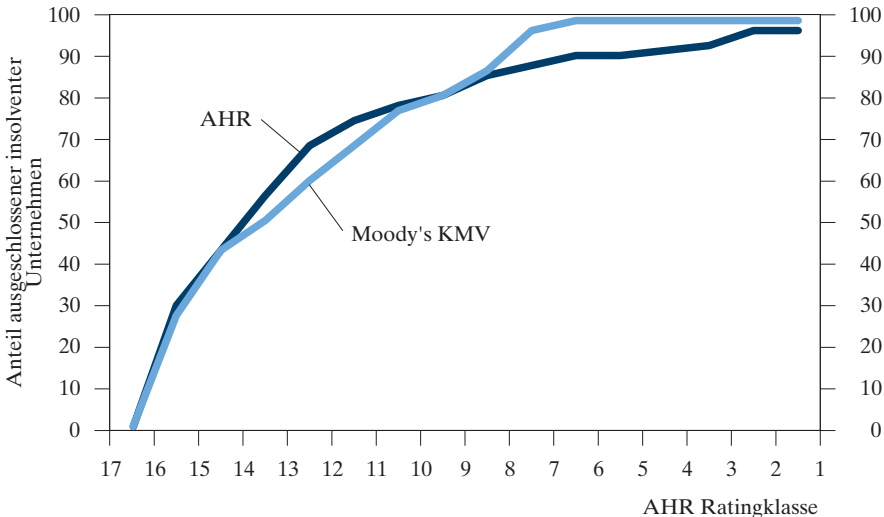
Grundlage des AHR-Ratings bildet das Modell von Engelmann et al. (2003). Die zugrundeliegenden elf Kennziffern und Parameter bleiben im AHR-Rating unverändert. Allerdings erfolgt eine Kalibrierung des Modells. Datengrundlage hierfür bilden Bilanzdatenbanken. Für die Kalibrierung wurden aus dem Gesamtbestand knapp 10 000 vollständige Jahresabschlüsse von Unternehmen des Bilanzjahres 2004 berücksichtigt. Im Rahmen der Kalibrierung werden in allen elf Kennziffern des AHR-Ratingmodells die Extremwerte am unteren Rand durch das 10. Perzentil und Extremwerte am oberen Rand durch das 90. Perzentil ersetzt. Damit ist sichergestellt, dass die ermittelte Ausfallwahrscheinlichkeit nicht allein durch Extremwerte bestimmt wird, die womöglich ein Datenartefakt darstellen.

Zur Beurteilung der Plausibilität des AHR Rating führen wir einen Vergleich mit dem Rating von Moody's RiskCalc für einen Validierungsdatenbestand durch, der die Bilanzjahre 2000 bis 2004 umfasst. Durch die Verwendung einer größeren Stichprobe soll sicher gestellt werden, dass die Güte des Ratings nicht von der Qualität der Daten für die Kalibrierung abhängt. Dies ist insofern von Relevanz, als die ermittelten Extremwerte für die elf Kennziffern auch auf den Datenbestand für die Jahresabschlussdaten der Pflegeheime dieser Studie, der Krankenhäuser aus Augurzky et al. (2007a) und der Reha-Kliniken aus Augurzky et al. (2007b) übertragen werden sollen.

Schaubild 60

Vergleich der Güte von Moody's KMV und AHR

Anteil insolventer Unternehmen in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Moody's KMV (2001); Bilanzdatenbank im RWI Essen. Bilanzjahre 2000 bis 2004; N = 15 972, davon 81 insolvente Unternehmen.

In einem ersten Schritt betrachten wir die Mittelwerte der Ausfallwahrscheinlichkeit basierend auf dem AHR-Rating und den Ratings von Moody's Risk-Calc. Sowohl hinsichtlich der Höhe als auch im Hinblick auf deren Veränderung sind die Werte in den Jahren 2002 und 2003 sehr ähnlich (Schaubild 59). Die Aussagen bleiben dieselben, wenn anstelle der Mittelwerte die Medianwerte zugrunde gelegt werden. Nach diesem Eindruck wenden wir uns einem gängigen Test auf die Güte eines Rating-Modells zu. Hierzu nehmen wir Bezug auf das Konzept der Power Curve, auch unter ROC-Diagnostik bekannt. Für einen gegebenen Wert der Ausfallwahrscheinlichkeit wird betrachtet, wie viel Prozent der insolventen Unternehmen ausgeschlossen bzw. korrekt identifiziert werden. Die ROC-Kurven sowie Flächen unter der ROC-Kurve liegen beide nahe beieinander (Schaubild 60). Mittels eines statistischen Tests kann die Ausgangsthese geprüft werden, ob die Flächeninhalte unter Berücksichtigung der Standardfehler gleich sind. Die Ausgangsthese kann dabei zu gängigen Signifikanzniveaus nicht verworfen werden.¹¹ Mit anderen Worten ist das AHR-Rating weder signifikant schlechter noch signifikant besser als das Rating von Moody's KMV.

¹¹ Mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests wird auf die Gleichheit der Summe der Flächen unterhalb der Kurven getestet. Die Teststatistik beträgt 2,38 und die diesbezügliche Irrtumswahrscheinlichkeit 0,1232. Dieser Wert liegt über dem gängigen Signifikanzniveau von 10%, d.h. die Hypothese, dass die Flächeninhalte gleich sind, kann nicht abgelehnt werden.

6.4 Die Heime der Stichprobe

AD MEDICA HUMANA Senioreenheim Birken, Birken-Honigssessen
 AD MEDICA HUMANA Senioreenheim Dreifelden GmbH, Dreifelden
 APH „Am Stadtfeld“ Demenzbereich Rosengarten, Wernigerode
 APH „Burgbreite“, Wernigerode
 APH „Haus Abendfrieden“, Werdau
 APH „Haus Jahreszeiten“, Hohenstein-Ernstthal
 APH „Rosenhof“, Köthen
 APH „St. Georg“, Wernigerode
 APH Bürgerheim, Glauchau
 APH Caroline-König-Stift, Wernigerode
 APH Hilbersdorf, Hilbersdorf
 APH Riesa, Riesa
 APH Riesa gGmbH, Riesa
 APH Schweikershain, Erlau OT Schweikershain
 ASB Senioreenheim, Halberstadt
 AWO Altenzentrum, Bebra
 AWO Altenzentrum Baunatal, Baunatal
 AWO Altenzentrum Dr. Horst Schmidt Haus, Melsungen
 AWO Altenzentrum Niederzwehren, Kassel
 AWO Altenzentrum Stadtallendorf, Stadtallendorf
 AWO Altenzentrum Sängelsrain, Kassel
 AWO Seniorenzentrum Eschwege, Eschwege
 AWO Seniorenzentrum Quadrath-Ichendorf, Bergheim
 AWO-Pflegeheim am Gesundheitszentrum, Kassel
 AWO-Seniorenpflegeheim, Schwarzenbach a Wald
 Alexanderstift, Berglen-Oppelsbohm
 Alten- und Pflegeheim „Haus Württemberg I“, Bad Nauheim
 Alten- und Pflegeheim „Haus Württemberg II“, Bad Nauheim
 Alten- und Pflegeheim „Haus der Diakonie“, Lage
 Alten- und Pflegeheim Am See, Salzgitter
 Alten- und Pflegeheim An den Salinen, Bad Dürkheim
 Alten- und Pflegeheim Anlagenring, Frankfurt
 Alten- und Pflegeheim Denkendorf, Denkendorf
 Alten- und Pflegeheim Elim, Bad Laasphe
 Alten- und Pflegeheim Haus Kohlscheid, Herzogenrath
 Alten- und Pflegeheim Haus Luise, Bad Homburg
 Alten- und Pflegeheim Haus Oderblick, Klein-Denkte
 Alten- und Pflegeheim Haus Stephanus, Alsfeld
 Alten- und Pflegeheim Haus Weingarten, Minden
 Alten- und Pflegeheim Heilsberg, Bad Vilbel
 Alten- und Pflegeheim Katharinenstift, Hillesheim/Eifel
 Alten- und Pflegeheim Kronberg, Ewersbach, Dietzhöhlztal
 Alten- und Pflegeheim Mainz-Kastel, Mainz-Kastel
 Alten- und Pflegeheim Maria Schutz, Krefeld
 Alten- und Pflegeheim Marienhaus, Meppen
 Alten- und Pflegeheim Simeonhaus GmbH, Wiesbaden
 Alten- und Pflegeheim St. Josefshaus, Frankfurt
 Alten- und Pflegeheim Veitsbronn GmbH, Veitsbronn
 Alten- und Pflegeheim der AWO, Diez
 Alten- und Pflegeheim der AWO, Koblenz
 Alten- und Pflegeheim der AWO, Mainz
 Alten- und Pflegeheim der Stadt Ludwigshafen gGmbH Haus Friesenheim, Ludwigshafen
 Alten- und Pflegeheim der Stadt Ludwigshafen gGmbH Haus Gartenstadt, Ludwigshafen
 Alten- und Pflegeheimes „Framphenhof“, Hannover
 Altenbetreuungszentrum Niederrndodeleben, Niederrndodeleben
 Altenbetreuungszentrum Weferlingen, Weferlingen
 Altenheim „Marthahaus“, Frankfurt
 Altenheim Bruder-Jordan-Haus, Marl
 Altenheim Brüggen-Bracht gGmbH Haus Schleveringhoven, Brüggen
 Altenheim Darmstadt, Darmstadt
 Altenheim Heilig Geist, München
 Altenheim Marialinden gGmbH, Overath
 Altenheim Marienheim, Schembeck

Altenheim Marienkloster, Düren
Altenheim Saassenhof, Krefeld
Altenheim Schwabing, München
Altenheim St. Josef, Krefeld
Altenheim St. Josef, München
Altenheim St. Kilian, Hilders
Altenheim St. Maria, München
Altenheim St. Marien, Straelen
Altenheim St. Martin, München
Altenheim an der Effnerstraße, München
Altenheim an der Tauerstraße, München
Altenpflegeheim Horeb, Teltow
Altenpflegeheim „Küsters Kamp“, Wernigerode
Altenpflegeheim „St. Benno“, Meißen
Altenpflegeheim Doberlug-Kirchhain, Doberlug-Kirchhain
Altenpflegeheim Flöha, Flöha
Altenpflegeheim Haus Assenmacher GmbH & Co. KG, Erkelenz
Altenpflegeheim Haus St. Anna, Twist
Altenpflegeheim Herzberg/E., Herzberg
Altenpflegeheim Kapellenstift, Wiesbaden
Altenpflegeheim Rochlitz, Rochlitz
Altenpflegezentrum St. Georg, Mindelheim
Altenstift zur Heimat, Geringswalde
Altenwohn- und Pflegezentrum Hildegardis Langenbach GmbH, Langenbach
Altenzentrum „Haus Widum“, Lengerich
Altenzentrum Bischof Stählin, Oldenburg
Altenzentrum Erna Hosemann Haus, Fulda
Altenzentrum Käthe-Richter-Haus, Kassel
Altenzentrum Spangenberg, Spangenberg
Altenzentrum Wildeck-Obersuhl, Wildeck
Altenzentrum am Stadtgarten, Kornwestheim
Altenzentrum an der Rosenhöhe, Darmstadt
Altenzentrum der AWO, Idar-Oberstein
Altenzentrum der AWO, Worms
Altenzentrum der AWO Bendorf, Bendorf
Altenzentrum der AWO Lotte-Lemke-Haus, Bad Kreuznach
Altenzentrum der AWO, Ursel-Distelhut-Haus, Mainz-Mombach
Alters- und Pflegeheim Haus Emmaus, Oberursel
Altkönig-Stift, Kronberg
Amalienhof, Dessau
B&O Seniorenzentrum Brühl Alten-Wohn-Pflegeheim gemeinnützige GmbH, Brühl
Barbara-Uttmann-Stift, Schönheide
Betreuungszentrum GmbH – Kloster Meyendorf, Meyendorf
Bodenseeresidenz Lindau, Lindau
Breitwiesenhof, Gerlingen
Bruder- Konrad-Heim, Ebersburg
CURANUM Franziskushaus GmbH Seniorenwohnstätte Franziskus-Haus, Gelsenkirchen
Caritas Alten- und Pflegeheim St. Ulrich, Peißenberg
Caritas Altenheim Albertus-Magnus, Neu-Ulm
Caritas Altenheim St. Hedwig, Königsbrunn
Caritas Altenheim St. Raphael, Augsburg
Caritas-Altenheim St. Elisabeth, Oberstaufen
Caritas-Altenwohn- und Pflegeheim Antoniushaus, Augsburg
Caritas-Pflegezentrum St. Agnes, Mering
Caritas-Seniorenzentrum St. Martin, Lindenberg
Caritas-Seniorenzentrum St. Verena, Augsburg
Caritashaus St. Barbara, Grevenbroich
Carl-Joseph, Leutkirch
Carl-Sonnenschein-Haus, Ochtrup
Christinen-Stift, Baden-Baden
Christliches Aitenpflegezentrum „, Glauchau“
Christliches Altenheim Lützel, Burbach-Lützel
DRK Seniorenwohnanlage Nord gGmbH, Flensburg
DRK Seniorenwohnanlagen Nord GmbH, Flensburg
DRK Seniorenwohnanlagen Nord GmbH, Kiel

DRK Seniorenwohnanlagen Nord gGmbH, Flensburg
DRK-Alten- und Pflegeheim, Schwalmstadt
DRK-Altenhilfezentrum Plön, Plön
DRK-Anschar Pflegeheim, Kiel
DRK-Pflegeheim Haus Ravensberg, Borgholzhausen
DRK-Seniorenwohnanlagen Nord gGmbH Haus Leck, Leck
DRK-Seniorenwohnanlagen Nord gGmbH Haus Bredstedt, Bredstedt
DRK-Seniorenwohnanlagen Nord gGmbH Haus Bredstedt, Breklum
DRK-Seniorenwohnanlagen Nord gGmbH Haus Niebüll-Deezbüll, Niebüll
DRK-Seniorenwohnanlagen Nord gGmbH Haus Niebüll-Gath, Niebüll
Diakonie-Pflegeheim „Sophie von Kühn“, Grüningen
Diakoniewerk Elisabethhaus, Bad Nauheim
Domicil, Haus II., Bad Zwischenahn
Dr. Theodor-Fricke-Heim, Nannhausen
Dr. Theodor-Fricke-Heim, Simmern
Edith-Stein-Haus, Altenberge
Elisa Seniorenstift, Ludwigsburg
Elisabethinum, München
Ev. Alten- und Pflegeheim Bad Kreuznach, Bad Kreuznach
Ev. Alten- und Pflegeheim Haspe, Hagen
Ev. Alten- und Pflegeheim Haus Clarenbach, Remscheid
Ev. Altenheim Theodor-Fliedner-Haus, Altenkirchen
Ev. Altenzentrum Brackwede Johann-Heermann-Haus, Bielefeld
Ev. Altenzentrum Sennestadt – Ernst Barlach Haus, Bielefeld
Ev. Seniorenheim, Berlin
Ev. Seniorenstift, Bad Honnef
Evang. Brüdergemeinde, Korntal-Münchingen
Fachpflege Schleswig, Schleswig
Fliedner-Heim, Siegen
GWG Seniorenwohnenzentrum Haus Elz, Elz
GWG-Seniorenwohnenzentrum Haus Dottendorf, Bonn
Gemeindepflegehaus Härten, Kusterdingen
Geriatrisches Zentrum, Zülpich
Gustav-Schwab-Stift, Gomaringen
Hans-Sieber-Haus, München
Hansa-Haus, Dresden
Hastener Altenhilfe gGmbH, Remscheid
Haus Am Holderbusch, Hannover
Haus Abendfrieden, Remscheid
Haus Am Tiefenbach, Dortmund
Haus Berlin, Bad Eilsen
Haus Eichengrund Seniorenwohn- und Pflegeheim, Simbach
Haus Elisabeth Altenheim GmbH, Niederkassel
Haus Hoffnung, Penig
Haus Höhwäldchen, Wilnsdorf
Haus Marienfried, Greven
Haus Muldenblick, Zwickau
Haus Planitz, Zwickau
Haus Regina, Eschweiler-Kinzweiler
Haus Silberdistel, Sipplingen
Haus Sonnenhalde, Leinfelden-Echterdingen
Haus Sonnenschein, Grimmen
Haus Stormarn, Neumünster
Haus Tobit, Marl
Haus Wiesenfelden, Wiesenfelden
Haus am Brunnenrain, Plüderhausen
Haus am Mühlbach, Kirchheim
Haus am Schiobigpark, Zwickau
Haus der Betreuung & Pflege, Kupferzell
Haus der Betreuung und Pflege, Bad Rappenau
Haus der Betreuung und Pflege, Ravensburg
Haus der Betreuung und Pflege, Sulz
Haus der Betreuung und Pflege, Villingen-Schwenningen
Haus der Betreuung und Pflege Albert Ilnitzky, Berlin
Haus der Betreuung und Pflege Am Grabensprung, Berlin

Haus der Betreuung und Pflege Biesdorf-Süd, Berlin
Haus der Betreuung und Pflege Bruchsal, Bruchsal
Haus der Betreuung und Pflege Nansen, Berlin
Haus der Betreuung und Pflege Schlachtensee, Berlin
Haus der Betreuung und Pflege Steglitz, Berlin
Haus der Betreuung und Pflege Tempelhof, Berlin
Haus der Betreuung und Pflege Zühlsdorfer Straße, Berlin
Heinrich-Roleff-Haus, Steinfurt
Henriettenstift, Kirchheim/Teck
Hubert-Peter-Haus AWO Seniorenheim, Bonn
Ida-Scipio-Heim, Mannheim
Im Lindach, Schwäbisch Hall
Johanneshaus, Berlin
Johanneshaus Ernst Mühlendyck, Köln
Johanniterhaus Bremen, Bremen
Josefinenstift, Sigmaringen
Julienhof Betreuungszentrum GmbH, Altenpflegeheimplätze, Zehringen
Karlsstift, Schorndorf
Karolinenstift, Tübingen
Katharinenstift, Esslingen
Kleeblatt Pflegeheim, Asperg
Kleeblatt Pflegeheim, Bönnigheim
Kleeblatt Pflegeheim, Erdmannhausen
Kleeblatt Pflegeheim, Freiberg am Neckar
Kleeblatt Pflegeheim, Gemmrigheim
Kleeblatt Pflegeheim, Hemmingen
Kleeblatt Pflegeheim, Ludwigsburg
Kleeblatt Pflegeheim, Markgröningen
Kleeblatt Pflegeheim, Möglingen
Kleeblatt Pflegeheim, Oberstenfeld
Kleeblatt Pflegeheim, Remseck
Kleeblatt Pflegeheim, Sachsenheim
Kleeblatt Pflegeheim, Schwieberdingen
Kleeblatt Pflegeheim, Steinheim
Kleeblatt Pflegeheim, Tamm
Kloster-Residenz Maria Hilf, Bedburg-Kirchherten
Krankenhaus Tempelhof, Berlin
Kreisalten- und Pflegeheim St. Lioba, Fulda
Kreisaltenheim, Freudental
Kreisaltenheim Niederaula, Niederaula
Kreisaltenheim St. Ulrich, Hünfeld
Kreisaltenzentrum, Rotenburg
Kunigundenheim an St. Heinrich, Krefeld
Kur- und Pflegeheim Schloß Friedland GmbH – Pflegeheim, Friedland
Landhaus Sonnenhalde, Weinstadt
Landsitz Elfershausen, WNP-K-Malsfeld, Malsfeld-Beiseförth
Lore-Lipschitz-Haus der AWO, Berlin
Lußhardtheim, Waghäusel
MATERNUS Seniorenresidenz Dresdner Hof, Leipzig
MATERNUS Verwaltungs- und Betreuungsgesellschaft für Seniorenwohnheime mbH, Köln
Maillebahn APH, Dresden
Margarethe-Eichholz-Heim, Aachen
Maria-Stäbler-Winter-Heim, Stuttgart
Marienheim (Altbau), Bad Münstereifel
Marienheim an St. Johann, Krefeld
Marienstift, Schorndorf
Martinshaus, Kirchentellinsfurt
Maternus Senioren- und Pflegezentrum, Löhne
Münchener Bürgerheim, München
Neuapostolisches Seniorenzentrum Fröndenberg, Fröndenberg
PAN, Niederstotzingen
PH „Elsa Fenske“, Dresden
Paracelsushof, Halle
Paritätisches Pflegezentrum Beltheim, Beltheim
Parkwohnstift Bad Kissingen, Bad Kissingen

Paul Hofstetter Haus, Stuttgart
Pauline-Maier-Haus, Mannheim
Pfarrer Kurt-Velten-Altenpflegeheim, Sohren
Pflegeheim, Ribnitz-Damgarten
Pflegeheim „Haus Sonnengarten“, Schweinfurt
Pflegeheim „Haus der Geborgen“, Borna
Pflegeheim Am Kiebitzberg, Neustadt
Pflegeheim Appen, Appen
Pflegeheim Buchenhof, Quickborn
Pflegeheim Fridastraße, Hannover
Pflegeheim Fünf-Seen-Allee, Plön
Pflegeheim Hagenhof, Gifhorn
Pflegeheim Hannover-Ricklingen, Hannover
Pflegeheim Haus Lindenhof, Isernhagen
Pflegeheim Klingberg, Quickborn
Pflegeheim Köthen GmbH, Köthen
Pflegeheim Landhaus Lohne, Lohne
Pflegeheim Lindnblick, Bad Schwartau
Pflegeheim Lister Meile, Hannover
Pflegeheim Löbtau, Dresden
Pflegeheim Martin-Luther-Stift, Bingen
Pflegeheim Mildeinitz, Mildeinitz
Pflegeheim Salzestift, Bad Salzuffen
Pflegeheim St. Wolfhard, Augsburg
Pflegeheim Stehla GmbH, Strehla
Pflegeheim Südhof, Rostock
Pflegeheim Waldhof-Ost, Mannheim
Pflegeheim Waldstraße, Hannover
Pflegeheim Wiesengrund, Bad Schwartau
Pflegeheim Winterbach, Winterbach
Pflegeheim im Sunpark, Berlin
Pflegeleitzentrum für Menschen im Wachkoma, Zwickau
Pflegepension Elsterkoppel, Ottendorf
Pflegepension Sonneneck, Borgstedt
Pflegestift, Ebersbach/Fils
Pflegestift, Esslingen
Pflegestift, Schwäbisch Hall
Pflegestift, Stuttgart
Pflegestift, Vellberg
Pflegestift, Waiblingen
Pflegestift, Weinsberg
Pflegestift, Weinstadt
Pflegestift Birkenfeld, Birkenfeld
Pflegestift Geizenberg, Waltershausen
Pflegestift Seifhennersdorf, Seifhennersdorf
Pflegestift Waltershausen, Waltershausen
Pflegezentrum „Am Lehngrund“, Glauchau
Pflegezentrum „Christophorus“, Essen
Pflegezentrum Botanischer Garten, Wilhelmshaven
Pflegezentrum Obernburg, Obernburg
Phönix Haus Am Steinsgraben Senioren- u. Pflegezentrum, Göttingen
Phönix Haus Karwendel, Mittenwald
Phönix Haus Roggenberg Pflegeheim GmbH, Lichtenau
Phönix Haus Sonnengarten Wohn- und Pflegezentrum, Essen
Phönix Seniorenzentrum Taunusblick GmbH, Frankfurt
Phönix Seniorenzentrum im Brühl GmbH, Erfurt
Phönix Seniorenzentrum Ulmenhof, Dreieich
Phönix Sozialzentrum Im Lerchenfeld, Jena
Phönix Sozialzentrum Windsbach, Windsbach
Private Pflegestation Geißler, Schweinfurt
Pro Seniore Residenz, Düsseldorf
Pro Seniore Residenz, Freiburg
Pro Seniore Residenz, Guben, OT Deulowitz
Pro Seniore Residenz „Am See“, Joachimsthal
Pro Seniore Residenz Amandusstift I, Worms

Pro Seniore Residenz Ambiente, Pforzheim
Pro Seniore Residenz Bad Bergzabern I, Bad Bergzabern
Pro Seniore Residenz Cochem, Cochem-Sehl
Pro Seniore Residenz Cottbus, Cottbus
Pro Seniore Residenz Dornheimer Berg, Arnstadt
Pro Seniore Residenz Ellental, Bietigheim-Bissingen
Pro Seniore Residenz Erbach, Homburg
Pro Seniore Residenz Erkelenz, Erkelenz
Pro Seniore Residenz Eschweiler, Eschweiler
Pro Seniore Residenz Felkebad, Bad Sobernheim
Pro Seniore Residenz Frankenhöhe, Mainz
Pro Seniore Residenz Frankenthaler Sonne, Frankenthal
Pro Seniore Residenz Friedländer Weg, Göttingen
Pro Seniore Residenz Friedrichsau, Ulm
Pro Seniore Residenz Hohenburg, Homburg
Pro Seniore Residenz Kirchenbollenbach, Idar-Oberstein
Pro Seniore Residenz Lahnstein, Lahnstein
Pro Seniore Residenz Lauterecken, Lauterecken
Pro Seniore Residenz Mannheim, Mannheim
Pro Seniore Residenz Marienhof, Dülmen
Pro Seniore Residenz Mutterstadt, Mutterstadt
Pro Seniore Residenz Neuhofen, Neuhofen
Pro Seniore Residenz Osnabrück, Osnabrück
Pro Seniore Residenz Posthof, Göttingen
Pro Seniore Residenz am Wald, Waghäusel
Pro Seniore Residenz am Wukensee, Biesenthal
Pro Seniore Schloß Augustenburg, Karlsruhe
Pro Seniore Schloß Friedenweiler, Friedenweiler
Pro Seniore Seniorenzentrum, Brühl
Pro Seniore Residenz Leonberg, Leonberg
Pro Seniore Residenz Neckarpark, Heilbronn
Pro Seniore Residenz Sontheim, Heilbronn-Sontheim
RKB-Senioren-Wohnsitz Mögeldorf, Nürnberg
RKB-Senioren-Ruheplatz „Haus an der Isar“, München
Regine Hildebrand- Haus, Frankfurt Oder
Residenz Ambiente, Bad Hersfeld
Residenz Ambiente, Bonn
Residenz Ambiente, Philippstal
Residenz Ambiente Erfurt, Erfurt
Residenz Ambiente Gummersbach, Gummersbach
Residenz Ambiente Kassel, Kassel
Residenz Schloß Stetten, Künzelsau-Kocherstetten
Residenz zur Weserbrücke, Alten- und Pflegeheim gGmbH, Holzminden
Richard-Böttger-Heim, Mannheim
SH „Olga Körner“, Dresden
SH am Lietzensee GmbH „Haus Rixdorf“, Berlin
SOVITA GmbH Seniorenhaus „Regenbogen“, Cottbus
SPH „An der Burgstädter Straße“, Mittweida
SPH „Schlossberg“, Schwarzenberg
SZ „Am Schwanenteich“, Zwickau
SZK Senioren-Zentrum Krefeld, Krefeld
Schwelmer Seniorenresidenz Am Ochsenkamp, Schwelm
Senioren Centrum Abendstern GmbH, Berlin
Senioren Wohn- und Pflegezentrum Fantaisie, Eckersdorf
Senioren- u. Pflegeheim „Johanneshaus, Dallgow-Döberitz
Senioren- und Pflegeheim, Münchenbernsdorf
Senioren- und Pflegeheim „Am Markt“, Ilsede
Senioren- und Pflegeheim „Säch“, Pirna
Senioren- und Pflegeheim Haus Müller GmbH, Möhnesee-Günne
Senioren- und Pflegeheim der AWO, Trier
Senioren- und Pflegezentrum „Am Lerchenberg“, Luth. Wittenberg
Senioren- und Pflegezentrum Bonifatius, Mülheim
Senioren- und Pflegezentrum Wendhausen, Lehre-Wendhausen
Senioren-Domizil Am Alexanderplatz, Berlin
Senioren-Domizil Tempelhof, Berlin

Senioren-Pflegezentrum Neuengroden, Wilhelmshaven
Senioren-Residenz Humanitas, Mönchengladbach
Senioren-Wohnsitz Humboldthöhe, Vallendar
Seniorenheim Prenzlauer Berg, Berlin
Seniorenheim Veronikaklinik, Stuttgart
Seniorenhaus Am Alten Domhof, Gütersloh
Seniorenhaus Burg Ranzow, Kleve
Seniorenhaus Christinenstift, Nideggen
Seniorenhaus Hindenburg, Mönchengladbach
Seniorenhaus Serafine, Würselen
Seniorenhaus Spich Hermann-Josef-Lascheid-Haus, Troisdorf
Seniorenhaus St. Adelheidis-Stift, Bonn-Villich
Seniorenhaus St. Gertrud, Düren
Seniorenhaus St. Maria, Köln
Seniorenhaus St. Rita, Düren
Seniorenheim, Ribnitz-Damgarten
Seniorenheim, Ruhla
Seniorenheim „Martha Piter“ gGmbH, Brandenburg
Seniorenheim Am alten Domhof, Gütersloh
Seniorenheim Bernhard Lichtenberg Haus, Berlin
Seniorenheim Franz-Jordan Sift, Berlin
Seniorenheim Grüntal GmbH, Berlin
Seniorenheim Haus vom Guten Hirten, Berlin
Seniorenheim Margarethenhof Andreasberg, Bestwig
Seniorenheim Mengede, Dortmund
Seniorenheim Notburga, Neusäß
Seniorenheim Oranienhof GmbH, Köln
Seniorenheim Rosengarten, Ladenburg
Seniorenheim Sonneneck, Bad Sassendorf
Seniorenheim St. Albertus, Berlin
Seniorenheim St. Josef, Eppelborn
Seniorenheim St. Josef, Kröv
Seniorenheim St. Kamillus, Berlin
Seniorenheim am Jungfernstieg GmbH, Berlin
Seniorenheim am Lietzensee GmbH „Haus am Lietzenseepark“, Berlin
Seniorenheim am Lietzensee GmbH „Käthe-Dorsch-Haus“, Berlin
Seniorenheim im Unterspreewald Altbau, Schlepzig
Seniorenheim Möller, Ziethen
Seniorenheim GmbH Schafstädt, Schafstädt
Seniorenheim Am Spessart, Bessenbach
Seniorenresidenz „St. Antonius“, Wegscheid
Seniorenresidenz „Am Kurpark“, Hamm
Seniorenresidenz Arnstadt, Arnstadt
Seniorenresidenz Arnstadt „Haus Ingrid“, Arnstadt
Seniorenresidenz Charlottenhof, Esslingen
Seniorenresidenz Elstertalblick, Plauen
Seniorenresidenz Essen, Essen
Seniorenresidenz Evergreen, Nittenau
Seniorenresidenz Evergreen, Wackersdorf
Seniorenresidenz Evergreen, Waidhaus
Seniorenresidenz Kassel-Wilhelmshöhe, Kassel
Seniorenresidenz Ludwigshafen, Ludwigshafen
Seniorenresidenz Mainz, Mainz
Seniorenresidenz Nieder-Olm, Nieder-Olm
Seniorenresidenz Unter der Homburg GmbH, Stadtoldendorf
Seniorenresidenz Weinbergblick, Radebeul
Seniorenresidenz Wuppertal, Wuppertal
Seniorenresidenzen Bürgerpark GmbH Haus Pankow, Berlin
Seniorenresidenzen Bürgerpark GmbH Haus Steglitz, Berlin
Seniorenresidenz „Arche Noah“, Hameln
Seniorenvilla Florence, Bad Oeynhausen
Seniorenwohn- und Pflegeheim Zum Lietzberg, Bienenbüttel
Seniorenwohnanlage Südpark, Erlangen
Seniorenwohnen Alzenau, Alzenau
Seniorenwohnen Ammertal, Oberammergau

Seniorenwohnen Augsburg-Haunstetten, Augsburg
Seniorenwohnen Bad Füssing, Bad Füssing
Seniorenwohnen Bad Reichenhall-Kirchberg, Bad Reichenhall
Seniorenwohnen Bürgerheim Rothenburg o.d.T., Rothenburg o. d. Tauber
Seniorenwohnen Goldbach, Goldbach
Seniorenwohnen Hof, Hof
Seniorenwohnen Kieferngarten, München
Seniorenwohnen Küberling, Rosenheim
Seniorenwohnen Ludwigsfeld, Neu-Ulm
Seniorenwohnen Pasing-Westkreuz, München
Seniorenwohnen Ruhesitz Staffelsee, Murnau
Seniorenwohnen Westpark, München
Seniorenwohnen Wolframs-Eschenbach, Wolframs-Eschenbach
Seniorenwohnen im Hoefelmayrpark, Kempten
Seniorenwohnen „Haus am Park“*, Bad Tölz
Seniorenwohnen „Lugerweg“, Bad Abbach
Seniorenwohnen „St. Elisabeth“, Schweinfurt
Seniorenwohnen „Am Bruderwald“, Bamberg
Seniorenwohnhaus Am Belmsdorfer Berg, Bischofswerda
Seniorenwohnhaus Erna Lindner, Berlin
Seniorenwohnhaus Frauenbundhaus, Berlin
Seniorenwohnhaus Johannes Zinke, Berlin
Seniorenwohnhaus Josef Deitmer, Berlin
Seniorenwohnhaus Kardinal v. Galen, Berlin
Seniorenwohnhaus Maria im Felde, Berlin
Seniorenwohnhaus Marianne Hapig, Berlin
Seniorenwohnhaus St. Martin, Berlin
Seniorenwohnhaus St. Stephanus, Berlin
Seniorenwohnhaus Walter Adolph, Berlin
Seniorenwohnheim Weisse Taube, Dortmund
Seniorenwohnpark Burgholz, Dortmund
Seniorenwohnpark Dorotheental, Arnstadt
Seniorenwohnsitz Gümbel, Wald-Michelbach
Seniorenwohnsitz Nord, Dortmund
Seniorenwohnsitz Quellenhof, Lübeck
Seniorenwohnsitz WESTHOLZ, Dortmund
Seniorenwohnzentrum „Am Bürgerplatz“, Rödentel
Seniorenwohnzentrum „Am Erlenfeld“, Erlangen
Seniorenwohnzentrum „Franz-Ludwig“, Bamberg
Seniorenwohnzentrum „Tuchmachergasse“, Herzogenaurach
Seniorenwohnzentrum Nonnenbrücke, Bamberg
Seniorenzentrum, Wilhelmsdorf
Seniorenzentrum „Am Volksgarten“, Dortmund
Seniorenzentrum „Gertrud Schäfer Haus“, Jena
Seniorenzentrum „Herbert-Wehner-Haus“, Kerpen
Seniorenzentrum Aichwald-Schanbach, Aichwald
Seniorenzentrum Albert Hirsch, Frankfurt Oder
Seniorenzentrum Albert-Osswald-Haus, Gießen
Seniorenzentrum Alten- und Pflegeheim Am Stockberg, Stößen
Seniorenzentrum Am Herzberg, Peine
Seniorenzentrum Bad Waldsee, Bad Waldsee
Seniorenzentrum Bayerisch Gmain, Bayerisch Gmain
Seniorenzentrum Bethanien, Halver
Seniorenzentrum Buschstraße, Hagen
Seniorenzentrum Dienstleistungs GmbH, Durach
Seniorenzentrum Finsterwalde - geförderte Plätze, Finsterwalde
Seniorenzentrum Gürzenich, Düren
Seniorenzentrum Hahnenklee-Bockswiese GmbH, Goslar
Seniorenzentrum Hellersen, Lüdenscheid
Seniorenzentrum Kardinal Bensch, Berlin
Seniorenzentrum Kastellaun, Kastellaun
Seniorenzentrum Rosenheim, Dortmund
Seniorenzentrum Sankt Konrad, Berlin
Seniorenzentrum Sontra, Sontra
Seniorenzentrum St. Anna, Ostbevern

Seniorenzentrum St. Benedikt, Brandenburg
Seniorenzentrum St. Elisabeth, Velten
Seniorenzentrum St. Josef, Stralsund
Seniorenzentrum Stella Maris, Seebad Heringsdorf
Seniorenzentrum Tessin, Tessin
Seniorenzentrum Wannweil, Wannweil
Seniorenzentrum der AWO, Höhr-Grenzhausen
Seniorenzentrum der AWO, Mayen
Seniorenzentrum der AWO, Neuwied
Seniorenzentrum der AWO, Wörrstadt
Seniorenzentrum und Ambulante Krankenpflege Babenhausen GmbH, Babenhausen
Sophienheim, Siegen
Sozialservice-Gesellschaft des BRK GmbH Senioren-Wohnsitz „Am Bruderwald“, Bamberg
Sozialservice-Gesellschaft des BRK GmbH Senioren-Wohnsitz „Bad Füssing“, Bad Füssing
Sozialservice-Gesellschaft des BRK GmbH Senioren-Wohnsitz „Westpark“, München
Sozialservice-Gesellschaft des BRK GmbH Senioren-Wohnsitz „Haus am Park“, Bad Tölz
St. Anna, Schwäbisch Gmünd
St. Anna Seniorenhaus, Köln
St. Elisabeth-Heim, Kerken
St. Engelbertus-Stift, Mülheim
St. Ida-Haus, Metelen
St. Josef Seniorenhaus, Meckenheim
St. Josefshaus, Wallenhorst
St. Lukas Pflegeheim, Solingen
St. Vinzenz, Wangen
St. Vinzenzhaus, Köln
Stadtresidenz Leipzig-Gohlis, Leipzig
Städt. Altenheim Bettrather Straße, Mönchengladbach
Städt. Altenheim Eicken, Mönchengladbach
Städt. Altenheim Lürrip, Mönchengladbach
Städt. Altenheim Odenkirchen, Mönchengladbach
Städt. Altenheim Rheindahlen, Mönchengladbach
Städt. Altenheim Windberg, Mönchengladbach
Theresien-Stift, Weeze
Tittmoninger Pflege- und Therapiezentrum GmbH, Tittmoning
Victor's Residenz Margarethenhof gemeinnützige GmbH, Laatzen
Vitanas Senioren Centrum Am Stadtpark, Berlin
Vitanas Senioren Centrum Birkenhof, Berlin
Vitanas Senioren Centrum Edmundsthal, Geesthacht
Vitanas Senioren Centrum Märkisches Viertel, Berlin
Vitanas Senioren Centrum Schäferberg, Berlin
Vitanas Senioren Domicil Am blauen Wunder, Dresden
Waldpark Seniorenpflegeheim, Dresden
Werner-Bockelmann-Haus gGmbH, Berlin
Wilhelm-Hansmann-Haus, Dortmund
Wohn- und Begegnungszentrum Zehnthof, Dortmund
Wohn- und Pflegeheim, Ginsheim
Wohnpark Am Weiher, Leutershausen
Wohnpark am Wall, Braunschweig
Wohnpflegedomizil Beiseförth, Malsfeld-Beiseförth
Wohnstift Auf der Kronenburg, Dortmund
Wohnstift Göttingen-GDA, Göttingen
Wohnstift Hannover-Waldhausen, Hannover
Wohnstift Kleefeld, Hannover
Wohnstift Trippstadt, Trippstadt
Wohnstift Wiesbadener Kurpark, Wiesbaden
Wohnstift am Zoo, Frankfurt
habilis gGmbH Seniorenresidenz „Am Eiskellerplatz“, Magdeburg
pro seniore Residenz, Hamburg
pro seniore Krankenhaus Meinekestraße, Berlin
pro seniore Residenz Kurfürstendamm, Berlin
pro seniore Residenz Lietzenburg, Berlin
pro seniore Domizil Duisburg Rheinhausen, Duisburg
pro seniore Krankenhaus Eichborndamm, Berlin
pro seniore Krankenhaus Genthiner Straße, Berlin

pro seniore Residenz „Am Märchenbrunnen“, Berlin
 pro seniore Residenz „Wasserstadt“, Berlin
 pro seniore Residenz Am Schloß Stein, Nürnberg
 pro seniore Residenz Bissingen, Bissingen
 pro seniore Residenz Friedberg, Friedberg
 pro seniore Residenz Gassbach Hof, Grasellenbach
 pro seniore Residenz Kempten, Kempten
 pro seniore Residenz Noris, Nürnberg
 pro seniore Residenz Nürnberg, Nürnberg
 pro seniore Residenz Wittelsbacherhöhe, Straubing
 pro seniore Waldklinik Hösel, Ratingen
 valere Seniorenpflegeheim, Delitzsch

7. Glossar

Agglomerationsraum	Region mit großstädtischen Zentren und hoher Bevölkerungsdichte, zum Beispiel Ruhrgebiet, Rhein-Main-Region.
AHR Rating	Ratingklasse nach ADMED, HCB und RWI Essen. Insgesamt gibt es 16 Ratingklassen. Klasse 1–10 im grünen, 11–12 im gelben und 13–16 im roten Bereich. Die Ratingklassen definieren sich über die Ausfallwahrscheinlichkeiten.
Anlagendeckung A mit Sonderposten	Eigenkapital inklusive Sonderposten dividiert durch das Anlagevermögen
Anlagendeckung B mit Sonderposten	Eigenkapital inklusive Sonderposten zuzüglich Rückstellungen und langfristige Verbindlichkeiten (Restlaufzeit > 1 Jahr) dividiert durch das Anlagevermögen
Ausfallwahrscheinlichkeit	Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Kreditausfalls, in der Regel bezogen auf einen 1-Jahres-Horizont.
Bankverbindlichkeitenquote	Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten dividiert durch die Bilanzsumme
Basel II	Neues Rahmenwerk zur Regelung der Eigenkapitalunterlegung für Kreditinstitute. Ziel der neuen Vereinbarung ist es, die Eigenkapitalunterlegung am tatsächlichen Risikoprofil der Bank auszurichten. Sie tritt 2007 in Kraft.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Bonität	Fähigkeit des Schuldners zur Erfüllung seiner Zahlungsverpflichtungen, auch Kreditwürdigkeit.
Brutto-Umsatzrendite	Betriebliches Ergebnis vor Finanz-, Steuer-, Beteiligungs- und außerordentlichem Ergebnis dividiert durch Erlöse
Cash Flow	Die einem Betrieb zur Verfügung stehenden Geldmittel. In dieser Studie berechnen wir den Cash Flow als Jahresüberschuss zuzüglich Abschreibungen auf eigenfinanziertes Vermögen.
Cash Ratio (Liquidität 1. Grades)	Flüssige Mittel und Wertpapiere des Umlaufvermögens dividiert durch kurzfristige Verbindlichkeiten
Current Ratio (Liquidität 3. Grades)	Gesamtes Umlaufvermögen dividiert durch kurzfristige Verbindlichkeiten
EBITDA- Marge	Betriebliches Ergebnis vor Finanz-, Steuer-, Beteiligungs-, außerordentlichem Ergebnis und Abschreibung dividiert durch Erlöse
Eigenkapitalquote	Eigenkapital dividiert durch Bilanzsumme
Eigenkapitalquote mit Sonderposten	Eigenkapital inklusive Sonderposten dividiert durch Bilanzsumme
Erlöse	Summe aus Umsatzerlöse, Bestandsänderungen, aktivierte Eigenleitungen und sonstige betriebliche Erlöse
Gewinn- und Verlustrechnung	Aufstellung der Aufwendungen und Erträge eines Unternehmens für einen bestimmten Zeitraum, normalerweise für ein Wirtschaftsjahr.

Insolvenzwahrscheinlichkeit	Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Insolvenz, in der Regel bezogen auf einen 1-Jahres-Horizont.
Kapitalumschlag	Erlöse dividiert durch Bilanzsumme
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
PD	<i>Probability of default</i> , Ausfallwahrscheinlichkeit
Personalkosten	Bruttolohn- und -gehaltsumme, soziale Abgaben, Aufwendungen für die Altersversorgung
Pflegequote	Anteil Pflegefälle an Bevölkerung für eine gegebene Altersklasse und/oder je Geschlecht
Pflegestufe I bis III	Schweregrad der Pflegebedürftigkeit: I = gering, II = mittel, III = stark
Rating	Zur Einschätzung der Zahlungsfähigkeit eines Schuldners werden Ratingklassen gebildet. Die Einordnung in eine Klasse erfolgt bei einem bankinternen Rating nach bankeigenen Kriterien, bei international tätigen Ratingagenturen, wie Moody's, Standard & Poor's oder Fitch erfolgt die Einordnung nach einer umfassenden Prüfung des Unternehmens.
Regressionsanalyse	Technik, mit der für eine Gleichung $y = f(x)$ die Parameter so angepasst werden, dass minimale Abweichungen zwischen den beobachteten y -Werten und den mit dieser Technik geschätzten y -Werten entstehen; bivariat: $f(x)$ enthält nur eine erklärende Größe (x) multivariat: $f(x)$ enthält mehrere erklärende Größen (x).
Return on asset	Betriebliches Ergebnis vor Finanz-, Steuer-, Beteiligungs- und außerordentlichem Ergebnis dividiert durch Bilanzsumme
ROR	Raumordnungsregion
Sachkosten	Materialaufwand (Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe, bezogene Waren und Dienstleistungen)
Sonderpostenquote	Sonderposten dividiert durch Bilanzsumme
Sonstige Kosten	Sonstige betriebliche Aufwendungen (z.B. Leasingraten, Miete, Beratungshonorare) ohne gesonderten Ausweis
SPV	Soziale Pflegeversicherung
U&V	Entgelt für Unterkunft und Verpflegung
VZÄ	Vollzeitäquivalente

Literatur

- Augurzky, B., S. Krolop, H. Schmidt und St. Terkatz (2006), Pflegeversicherung, Ratings und Demographie – Herausforderungen für deutsche Pflegeheime. RWI : Materialien 26. RWI, Essen.
- Augurzky, B., D. Engel, S. Krolop, Ch.M. Schmidt, Schmitz, H. Schwierz, Ch. und St. Terkatz (2007), Krankenhaus Rating Report 2007. Die Spreu trennt sich vom Weizen. RWI : Materialien 32. RWI, Essen.
- Augurzky, B., S. Krolop, H. Schmidt, H. Schmitz und Ch. Schwierz (2007b), Reha Rating Report 2007. Die Reha vor der Marktberreinigung. RWI : Materialien 38. RWI, Essen.
- BBR – Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.) (2004), *Indikatoren und Karten zur Raumentwicklung* – Laufende Raumbbeobachtung. Bonn.
- BIS – Bank for International Settlements (ed.) (2003), *Third Consultative Paper*. 29. April, Pillar 1. Basle.

- BIS – Bank for International Settlements (ed.) (2004), *Modifications to the capital treatment for expected and unexpected credit losses*. 30. Januar. Basle.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2005), *Statistisches Taschenbuch Gesundheit*. Berlin.
- Engelmann, B., D. Hayden and E. Tasche (2003), Testing rating accuracy, Credit Risk. RISK, January 2003. Internet: www.risk.net.
- FDZ – Forschungsdatenzentrum der Länder (Hrsg.) (2007), *Pflegestatistiken 1999–2005*. Düsseldorf.
- Rothgang, H. (2007), Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 10.09.2007, Anhörung am 24.09.2007 im Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- RWI Essen, ADMED GmbH Unternehmensberatung, Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen und Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (Hrsg.) (2007), Gründe für die Höhe der Heimentgelte in den stationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. RWI: Projektbericht. Essen, erscheint demnächst..
- Schmidt, H. (2007), *Gesundheitsreport*. Ausgabe 2. Juli 2007. Büttelborn.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006a), *Gesundheit: Ausgaben 1995 bis 2004*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006b), *Deutschland in der EU*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007), *Pflegestatistik 2005*. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.