

Augurzky, Boris; Mennicken, Roman

**Research Report**

## Faktenbuch Pflege: Die Bedeutung privater Anbieter im Pflegemarkt. Endbericht - September 2011

RWI Projektberichte

**Provided in Cooperation with:**

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen

*Suggested Citation:* Augurzky, Boris; Mennicken, Roman (2011) : Faktenbuch Pflege: Die Bedeutung privater Anbieter im Pflegemarkt. Endbericht - September 2011, RWI Projektberichte, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/69918>

**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.*



Projektbericht

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

## **Faktenbuch Pflege – Die Bedeutung privater Anbieter im Pflegemarkt**

**Endbericht**

Forschungsprojekt im Auftrag des  
Arbeitgeberverbandes Pflege

# Impressum

## Vorstand des RWI

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt (Präsident)

Prof. Dr. Thomas K. Bauer (Vizepräsident)

Prof. Dr. Wim Kösters

## Verwaltungsrat

Dr. Eberhard Heinke (Vorsitzender);

Dr. Henning Osthues-Albrecht; Dr. Rolf Pohlig; Reinhold Schulte  
(stellv. Vorsitzende);

Manfred Breuer; Dr. Hans Georg Fabritius; Hans Jürgen Kerckhoff; Dr. Thomas  
Köster; Dr. Thomas A. Lange; Andreas Meyer-Lauber; Hermann Rappen;  
Dr.-Ing. Sandra Scheermesser; Reinhard Schulz; Vertreter des Fachressorts der  
Bundesregierung NN; Vorsitzender des Forschungsbeirats NN

## Forschungsbeirat

Prof. Dr. Claudia M. Buch; Prof. Michael C. Burda, Ph.D.; Prof. Dr. Lars P. Feld;  
Prof. Dr. Stefan Felder; Prof. Nicola Fuchs-Schündeln, Ph.D.; Prof. Timo Goeschl,  
Ph.D.; Prof. Dr. Justus Haucap; Prof. Dr. Kai Konrad; Prof. Dr. Wolfgang Leininger;  
Prof. Regina T. Riphahn, Ph.D.

## Ehrenmitglieder des RWI

Heinrich Frommknecht; Prof. Dr. Paul Klemmer †; Dr. Dietmar Kuhnt

## RWI Projektbericht

Herausgeber:

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Hohenzollernstraße 1/3, 45128 Essen, Germany

Phone +49 201-81 49-0, Fax +49 201-81 49-200, e-mail: rwi@rwi-essen.de

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2011

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

**Faktenbuch Pflege – Die Bedeutung privater Anbieter im Pflegemarkt**

Endbericht – September 2011

Forschungsprojekt im Auftrag des Arbeitgeberverbandes Pflege

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

**Faktenbuch Pflege –  
Die Bedeutung privater Anbieter  
im Pflegemarkt**

**Endbericht – September 2011**

Forschungsprojekt im Auftrag des  
Arbeitgeberverbandes Pflege

# Projektbericht

## Projektteam

Dr. Boris Augurzky und Dr. Roman Mennicken (Projektleiter)

Wir danken Corinna Hentschker, Carina Mostert, Adam Pilny und Hendrik Schmitz für wertvolle Unterstützung, Kommentare und Anregungen bei der Erstellung der Studie. Den Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes, der Länder und des IAB danken wir für die Bereitstellung der amtlichen Daten, Karl-Heinz Herlitschke für die engagierte Unterstützung bei Fragen zu den Daten und Julica Bracht, Daniela Schwindt, Marlies Tapaß und Gabriele Pomorin für die organisatorische Hilfe.

# Inhalt

---

Vorwort .....	7
Executive Summary .....	8
1. Einleitung und Hintergründe .....	11
2. Der Pflegemarkt .....	11
2.1. Datengrundlage .....	11
2.2. Marktübersicht .....	12
2.2.1 Status quo .....	12
2.2.2 Ausblick .....	17
3. Besonderheiten der privaten Anbieter .....	19
3.1. Gewinnorientierung und die Pflege älterer Menschen .....	19
3.2. Heterogenität der privaten Anbieter .....	24
4. Bedeutung der privaten Anbieter .....	25
4.1. Angebot .....	25
4.2. Personal .....	32
4.3. Pflegebedürftige .....	40
4.4. Preise und Qualität .....	47
5. Fazit .....	53
6. Glossar .....	55
Literatur .....	55

## Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1	Zahl der Heime nach Art der Pflege .....	13
-----------	------------------------------------------	----

## Verzeichnis der Schaubilder

Schaubild 1	Marktvolumen nach Gesundheitssegmenten .....	13
Schaubild 2	Verteilung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Art der Pflege .....	14
Schaubild 3	Zahl der Pflegebedürftigen nach Art der Pflege .....	15
Schaubild 4	Verteilung der Pflegefälle nach Pflegestufen .....	15
Schaubild 5	Zahl der Einrichtungen und Plätze .....	16
Schaubild 6	Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt .....	18
Schaubild 7	Marktvolumen der stationären und ambulanten Pflege.....	18
Schaubild 8	Mindest-EBITDAR-Marge, Bilanz und GuV für beispielhafte Pflegeheime nach Trägerschaft .....	21
Schaubild 9	Investitionsfähigkeit nach Trägerschaft .....	23
Schaubild 10	Steuern und Sonderposten nach Trägerschaft .....	24
Schaubild 11	Verteilung der Heime und ambulanten Dienste nach Trägerschaft und Größe .....	25
Schaubild 12	Verteilung der Heime und ambulanten Dienste nach Trägerschaft .....	26
Schaubild 13	Wachstum der Zahl der stationären Plätze und ambulanten Fälle.....	26
Schaubild 14	Verteilung der stationären Plätze nach Trägerschaft .....	27
Schaubild 15	Verteilung stationärer Plätze und ambulanten Pflegebedürftiger nach Ländlichkeit.....	29
Schaubild 16	Kumuliertes Investitionsvolumen nach Trägerschaft.....	30
Schaubild 17	Kumuliertes Investitionsvolumen nach Trägerschaft und Größe .....	30

Schaubild 18	Fortschreibung des kumulierten Investitionsvolumen bis 2030 .....	31
Schaubild 19	Marktanteil in der stationären Pflege.....	32
Schaubild 20	Geschaffene Arbeitsplätze in der stationären Pflege nach Trägerschaft und Größe.....	33
Schaubild 21	Geschaffene Arbeitsplätze in der ambulanten Pflege nach Trägerschaft und Größe.....	33
Schaubild 22	Zusätzlicher Bedarf an Pflegefachkräften und Beschäftigte insgesamt (ambulant und stationär, ohne Ersetzen der jährlichen Fluktuation) .....	34
Schaubild 23	Zusätzlicher Bedarf an Beschäftigten im Basisszenario nach Trägerschaft (stationär, ohne Ersetzen der jährlichen Fluktuation) .....	35
Schaubild 24	Zusätzlicher Bedarf an Pflegefachkräfte im Basisszenario nach Trägerschaft (stationär, ohne Ersetzen der jährlichen Fluktuation) .....	36
Schaubild 25	Zusätzlicher Bedarf an Beschäftigten im Basisszenario nach Trägerschaft (ambulant, ohne Ersetzen der jährlichen Fluktuation) .....	36
Schaubild 26	Zusätzlicher Bedarf an Pflegefachkräfte im Basisszenario nach Trägerschaft (ambulant, ohne Ersetzen der jährlichen Fluktuation) .....	37
Schaubild 27	Bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldete, offene Stellen .....	38
Schaubild 28	Teilzeitquoten für stationäre und ambulante Dienste nach Trägerschaft und Größe.....	39
Schaubild 29	Einkommen für im Sozialwesen arbeitende Krankenschwestern und -pfleger .....	40
Schaubild 30	Verteilung ambulanter und stationärer Pflegebedürftiger nach Trägerschaft und Größe.....	41
Schaubild 31	Verteilung der Pflegestufen nach Trägerschaft und Größe .....	41



Schaubild 32	Anteil der Plätze in 1-Bett Zimmern nach Trägerschaft und Größe .....	42
Schaubild 33	Zahl der Plätze in 1-Bett Zimmern nach Trägerschaft und Größe .....	43
Schaubild 34	Fortschreibung des Anteils der Plätze in 1-Bett Zimmern nach Trägerschaft und Größe.....	43
Schaubild 35	Stationäre Pflegekraftquote nach Trägerschaft und Größe .....	44
Schaubild 36	Betreuungskräfte nach §87b SGB XI.....	45
Schaubild 37	Ambulante Pflegekraftquote nach Trägerschaft und Größe .....	46
Schaubild 38	Durchschnittlicher Preis nach Trägerschaft und Größe .....	46
Schaubild 39	Förderquote und Sonderposten im Anlagevermögen nach Trägerschaft .....	47
Schaubild 40	Preiswettbewerb durch private Anbieter.....	48
Schaubild 41	Beispielhafte Qualitätsbenotung .....	49
Schaubild 42	Gesamtnote nach Bundesländern.....	50
Schaubild 43	Gesamtnote und Unternoten nach Trägerschaft und Größe .....	51
Schaubild 44	Noten der Kriterien des GKV-Spitzenverbands nach Trägerschaft und Größe .....	52

## **Verzeichnis der Karten**

Karte 1	Anteil der Plätze in privater Trägerschaft an allen stationären Plätzen .....	28
---------	-------------------------------------------------------------------------------	----

## Vorwort

Im Jahr 2009 umfasste die Gesundheitswirtschaft in Deutschland ein Volumen von 277 Mrd. €, darunter die ambulante und stationäre Pflege 30 Mrd. € bzw. fast 11%. Während die Gesundheitswirtschaft in den vergangenen Jahren ähnlich stark wuchs wie das Bruttoinlandsprodukt, verzeichnete die Pflege einen deutlich überproportionalen Anstieg. Grund dafür ist die starke Zunahme der Zahl der hochbetagten Menschen seit 2000. Auch in den kommenden Jahren und Jahrzehnten wird ihre Zahl weiter merklich zunehmen. Es ist daher davon auszugehen, dass die ambulante und stationäre Pflege weiter an Bedeutung gewinnen werden. Laut Pflegeheim Rating Report 2011 (Augurzky et al. 2011) werden dafür allein für Pflegeheime Investitionen in der Größenordnung von 60 bis 80 Mrd. € bis 2030 nötig.

Es ist unwahrscheinlich, dass das dazu notwendige Kapital allein von öffentlich-rechtlichen oder freigemeinnützigen Trägern aufgebracht werden kann. Ohne zusätzliches Kapital aus privater Hand wird das Angebot zur Deckung des Pflegebedarfs nicht ausreichen. Oftmals werden jedoch Befürchtungen geäußert, dass die Erzielung einer Verzinsung auf das eingesetzte Kapital privater Anbieter und die Pflege älterer Menschen nicht miteinander vereinbar seien. Das **Faktenbuch Pflege** arbeitet die Bedeutung der privaten Anbieter in der ambulanten und stationären Pflege heraus und kann diesen Befürchtungen mit empirischen Auswertungen entgegen treten.

Essen, den 21. September 2011

Dr. Boris Augurzky und Dr. Roman Mennicken

## Executive Summary

2009 waren insgesamt 2,34 Mill. Menschen pflegebedürftig. Davon wurden 749 000 stationär und 555 000 durch ambulante Dienste versorgt, 1,07 Mill. erhielten Pflegegeld und wurden meist von ihren Angehörigen gepflegt. Das Marktvolumen der ambulanten und stationären Pflegedienste betrug zusammen rund 30 Mrd. €. Gegenüber anderen Teilbereichen des Gesundheitsmarkts ist der Pflegemarkt am stärksten gewachsen: 1997 betrug der Anteil der Pflege 8,6% des gesamten Gesundheitsmarkts, 2009 bereits 11%. Aufgrund der Alterung der Gesellschaft ist bis 2030 insgesamt mit 3,2 bis 3,4 Mill. Pflegebedürftigen zu rechnen.

Im stationären Bereich befanden sich 2009 schon 40% der Pflegeheime in privater Trägerschaft, im ambulanten Bereich sogar über 60%. Private Anbieter versorgten 34% der stationär und 47% der durch ambulante Dienste betreuten Pflegebedürftigen. Damit erbringen private Einrichtungen bereits einen großen Teil der Pflegeleistungen in Deutschland. Zwischen 1999 und 2009 haben sie 135 000 neue stationäre Pflegeplätze geschaffen (nicht-private 64 000). Private Pflegeheimanbieter haben dabei mehr als 10 Mrd. € in neue Plätze investiert und damit privates Kapital für die Pflege bereitgestellt. Nicht-private Anbieter investierten rund 5 Mrd. € zur Errichtung neuer Plätze. Davon dürfte ein großer Anteil in Form von öffentlichen Fördermitteln bereit gestellt worden sein. Aufgrund von Informationen aus vorliegenden Geschäftsberichten schätzen wir diesen auf 2 bis 2,5 Mrd. €, während der Anteil für private Anbieter schätzungsweise nur 0,5 bis 0,6 Mrd. € betragen haben dürfte. Zur Deckung der Nachfrage bis 2030 sind voraussichtlich weitere 30 Mrd. € an Neu-Investitionen nötig und zur Substanzerhaltung bereits bestehender Einrichtungen weitere rund 40 Mrd. €. Ohne weiteres privates Kapital wird dies nicht zu bewältigen sein.

Zwischen 1999 und 2009 wurden 160 000 neue Arbeitsplätze in Pflegeheimen und ambulanten Diensten geschaffen, davon 90 000 für Pflegefachkräfte. Allein von privaten Anbietern wurden dabei rund 110 000 Arbeitsplätze geschaffen, darunter fast 60 000 für Pflegefachkräfte. Bei unveränderten Rahmenbedingungen ist bis 2020 von einem Mehrbedarf an Personal im Bereich der Altenpflege von 170 000 Vollkräften auszugehen, darunter 75 000 Pflegefachkräfte. Bis 2030 erwarten wir einen Mehrbedarf von rund 325 000 Vollkräften in der Altenpflege, darunter etwa 140 000 Pflegefachkräfte. Hinzu kommen Mitarbeiter, die aufgrund von Fluktuation ersetzt werden müssen. Bei einem „Mitarberschwund“ von 2% jährlich müssten bis 2020 insgesamt rund 150 000 Vollstellen ersetzt werden. Dies wird den bereits heute deutlich spürbaren Mangel an Fachkräften weiter erhöhen. Im Vergleich zum März 2011 lag die Zahl der gemeldeten offenen Stellen bei Heimen mit etwa 10 000

schon mehr als doppelt so hoch wie noch im März 2007. Ungemeldete Stellen kommen noch hinzu. Erkennbar sind aber bereits verstärkte Ausbildungsaktivitäten der Pflegeanbieter, wobei sich auch die privaten Anbieter immer stärker in der Ausbildung engagieren.

Verschiedentlich wird kritisiert, dass die Gewinnerzielungsabsicht privater Anbieter zu Lasten der Pflegebedürftigen und der Qualität der Pflege gehen würde. Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass dies nicht der Fall ist – und dies obwohl private Anbieter seltener öffentliche Fördermittel zum Bau und zum Erhalt von Pflegeheimen erhielten als nicht-private. Korrekt ist zwar, dass private Anbieter eine Gewinnerzielungsabsicht haben. Gewinne sind jedoch nötig, um die Kapitalkosten decken zu können, die höher ausfallen als die freigemeinnützigere oder öffentlich-rechtlicher Anbieter. Während z.B. das eingesetzte Eigenkapital zum Bau eines Pflegeheims in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft kostenlos zur Verfügung steht, muss ein privater Anbieter Investitionskapital am Kapitalmarkt zu den marktüblichen Konditionen beschaffen. Da private Anbieter in der Vergangenheit außerdem weniger oder keine öffentlichen Fördermittel zur Errichtung eines Heims erhielten, benötigten sie darüber hinaus mehr Kapital pro Pflegeplatz als nicht-private Anbieter. Sowohl die höhere Kapitalverzinsung als auch der höhere Kapitalbedarf erfordern zwangsläufig Gewinne zur Deckung der Kapitalkosten. Private Anbieter müssen rund 20% ihres Umsatzes für Kapitalkosten erwirtschaften, um kostendeckend arbeiten zu können. Bei freigemeinnützigen genügen 12 bis 13%, bei öffentlich-rechtlichen 9 bis 10%.

Dennoch setzen private Heime – bei gleicher Pflegebedürftigkeit der Bewohner – pro Bewohner gleich viele Pflegekräfte ein wie nicht-private und schneiden hinsichtlich der Pflegequalität genauso gut ab wie nicht-private. Dies gilt sowohl für die Gesamtnote nach der Pflege-Transparenzvereinbarung als auch für wichtige Teilnoten wie z.B. bei Dekubitusprophylaxe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung, Schmerzeinschätzung, Blasenkatheter und Sturzprophylaxe. Trotz gleicher Qualität bieten private Heime ihre Leistungen im Durchschnitt um 5% bis 10% günstiger als nicht-private an. Dabei sind die bei den privaten Heimen höher ausfallenden Investitionskostenanteile berücksichtigt, die wegen geringerer öffentlicher Investitionsfördermittel für private Anbieter deutlich höher liegen. Müssten nicht-private Anbieter ihren Pflegebedürftigen ebenso hohe Investitionskosten in Rechnung stellen, wären private Anbieter sogar um 8% bis 12% günstiger. Ferner ist festzustellen, dass Markteintritte privater Anbieter preissenkend auch für nicht-private wirken: In Kreisen mit einem höheren Anteil privater Anbieter liegen die Preise der nicht-privaten signifikant niedriger. Insofern profitieren Pflegebedürftige durch ein verbessertes Preis-Leistungsverhältnis vom Engagement der privaten

Anbieter in den vergangenen Jahren. Auch scheinen Wartelisten, anders als in der Vergangenheit, keine Bedeutung mehr zu haben.

Da in den nächsten Jahren weiter mit einer stark wachsenden Nachfrage nach professioneller Pflege zu rechnen ist, wird auch der Bedarf an Pflegeplätzen und ambulanten Diensten entsprechend zunehmen. Vor dem Hintergrund des Mangels an öffentlichem Kapital ist daher zwingend auch die Akquise von privatem Kapital für den Ausbau der Pflegeangebote notwendig. Dazu müssen in erster Linie bestehende Wettbewerbsverzerrungen, wie eine trägerspezifische Vergabe von Fördermitteln konsequent beseitigt und eine angemessene Verzinsung des eingesetzten Kapitals in den Pflegeentgelten sichergestellt werden.

Auch ist mit einem Personalengpass zu rechnen, dem rechtzeitig entgegen gewirkt werden muss, um genügend bezahlbare Leistungen für die künftigen Pflegebedürftigen bereit stellen zu können. Neben der Verbesserung der generellen Attraktivität des Arbeitsplatzes in der Pflege und der verstärkten Ausbildung von Pflegefachkräften würde ein konsequenter Bürokratieabbau dazu beitragen, Fachkräfte effizienter einsetzen zu können. Dazu gehören z.B. die Vereinheitlichung der Länder-Heimgesetze und die Reduktion von Dokumentationsanforderungen, die Bündelung von Kontrollinstanzen (Heimaufsicht und MDK) und die Flexibilisierung der Fachkraftpflegeschlüssel. Nicht zuletzt könnten die Pflegesatzverhandlungen entfallen. Flankiert werden sollten diese Maßnahmen durch eine gesteuerte Zuwanderung von Pflegefachkräften aus EU- und Nicht-EU-Ländern. Denn die Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs wird schon allein deswegen nicht ausreichen, um den Bedarf zu decken, weil der Wettbewerb um gute Fachkräfte weiter zunehmen wird, da auch andere Branchen durch den Fachkräftemangel betroffen sind.

## 1. Einleitung

Die professionelle Pflege älterer Menschen gewinnt in unserer Gesellschaft immer mehr an Bedeutung. In den vergangenen Jahren stieg die Zahl der pflegebedürftigen Menschen. Gleichzeitig wuchsen die Ausgaben für Pflegeleistungen im Vergleich zu anderen Gesundheitsleistungen deutlich überproportional. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird sich diese Zunahme in den nächsten Jahren und Jahrzehnten weiter fortsetzen. Dabei gewinnen private Anbieter immer mehr an Bedeutung. Im stationären Bereich befanden sich 2009 schon 40% der Pflegeheime in privater Trägerschaft, im ambulanten Bereich sogar über 60%.

Das vorliegende Faktenbuch Pflege soll den Bereich der Pflege aus privater Hand näher beleuchten. Verschiedentlich wird kritisiert, dass die Gewinnerzielungsabsicht privater Anbieter zu Lasten der Pflegebedürftigen und der Qualität der Pflege gehen würde. Die vorliegende Untersuchung soll insbesondere untersuchen, ob dies der Fall ist. *Abschnitt 2* gibt einen kurzen Marktüberblick. *Abschnitt 3* erläutert die Besonderheiten privater Anbieter, insbesondere die Hintergründe der Gewinnorientierung. *Abschnitt 4* stellt die Unterschiede zwischen privaten und nicht-privaten Trägern dar und unterscheidet auch stets nach großen und kleinen Einrichtungen. Dabei gehen wir auf Veränderungen im Angebot, in der Versorgung der Pflegebedürftigen und beim Personal ein und geben einen Ausblick bis auf das Jahr 2030. *Abschnitt 5* schließt mit einem Fazit und Handlungsempfehlungen für die Politik und Pflegeheime.

## 2. Der Pflegemarkt

### 2.1. Datengrundlage

Grundlage des Faktenbuchs 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 erhoben. Es werden sowohl ambulante und stationäre Einrichtungen<sup>1</sup> zum Stichtag 15. Dezember befragt als auch Informationen zu den Pflegegeldleistungen der Spitzenverbände der Pflegekassen und des Verbands der privaten Krankenversicherung zum Stichtag 31. Dezember erfasst. Die letzte Erhebung

---

<sup>1</sup> *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).“*

fand im Dezember 2009 statt. 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 Pflegebedürftigen<sup>2</sup> nach Geschlecht, Geburtsjahr und Grad der Pflegebedürftigkeit sowie
- von den Pflegebedürftigen zu zahlende Entgelte für Pflegeleistungen nach Pflegestufen sowie für Unterkunft und Verpflegung (nur stationäre Einrichtungen).

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 Arten von Pflegeheimen: Pflegeheime für ältere Menschen, für psychisch Kranke, für behinderte Menschen sowie für Schwerkranke und Sterbende, z.B. Hospize. Sie unterscheidet außerdem nach stationärer (Dauer- und Kurzzeitpflege) sowie teilstationärer (Tages-/Nachtpflege) Pflege (Tabelle 1). Über 90% aller Heime sind Altenheime mit Schwerpunkt auf Dauer- und Kurzzeitpflege.

## 2.2. Marktübersicht

### 2.2.1 Status quo

Der deutsche Gesundheitsmarkt erreichte im Jahr 2009 ein Volumen von rund 277 Mrd. € und damit 14 Mrd. € bzw. 5,2% mehr als 2008. Es handelt sich um das größte Wachstum in den vergangenen 15 Jahren. Gleichzeitig brach das Bruttoinlandsprodukt in Folge der Finanzkrise stark ein, sodass die Gesundheitsausgaben 2009 11,5% des BIP ausmachten – nach 10,5% im Vorjahr. Insgesamt entfielen rund

---

<sup>2</sup> Erfasst werden hier nur Pflegebedürftige nach SGB XI. Vollständig selbst zahlende Heimbewohner der so genannten Pflegestufe 0 werden nicht mit einbezogen.

# Faktenbuch Pflege

Tabelle 1

## Zahl der Heime nach Art<sup>1</sup> der Pflege

2009

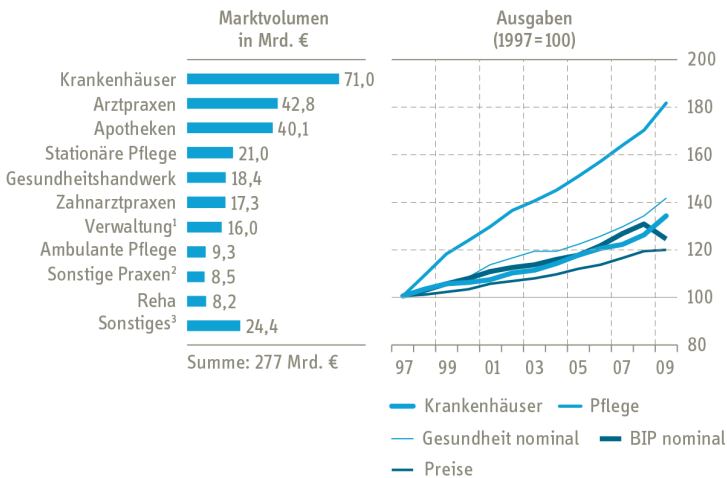
	Dauerstationär	Kurzzeit	Tagespflege	Nachtpflege
Ältere Menschen	9.678	1.541	2.091	134
Behind. Menschen	224	38	7	2
Psych. Kranke	308	10	35	0
Schwerkranke & Sterbende	173	7	8	0
<b>Gesamt</b>	<b>10.383</b>	<b>1.596</b>	<b>2.141</b>	<b>136</b>

Quelle: Augurzky et al. 2011. – <sup>1</sup>Doppelnennungen möglich.

Schaubild 1

## Marktvolumen nach Gesundheitssegmenten

2009



Quelle: Augurzky et al. (2011). – <sup>1</sup>Davon vor allem Verwaltungsausgaben der Krankenkassen. – <sup>2</sup>Praxen sonstiger medizinischer Berufe: physio-, sprach-, ergo- und musiktherapeutische Praxen, Massagepraxen, Praxen von Hebammen, Heilpraktikern oder medizinischen Fußpflegern. – <sup>3</sup>Investitionen (Krankenhausfördermittel, Mittel für Pflegeheime u.a.), Gesundheitsschutz, Rettungsdienste, sonst. Einrichtungen und private Haushalte. Gesamtkosten ohne Kosten fürs Ausland.

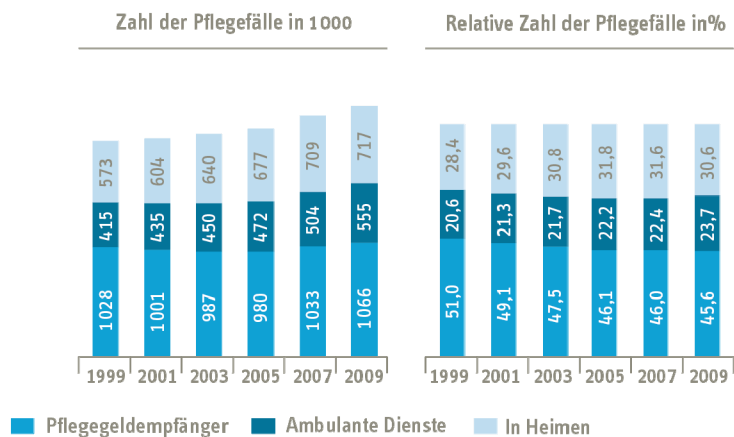


30 Mrd. € auf den professionellen Pflegemarkt, d.h. die stationäre Pflege in Pflegeheimen und die ambulanten Sachleistungen durch Pflegedienste (Schaubild 1). Damit rangiert die Pflege in ihrer Bedeutung im Gesundheitswesen an vierter Stelle hinter Krankenhäusern, Arztpraxen und Apotheken.

Für Ende 2009 wurden 2,34 Mill. Menschen von der Statistik als pflegebedürftig ausgewiesen, 90 000 bzw. 4,1% mehr als Ende 2007 und 16% mehr als 1999. Allerdings erhöhte sich nicht nur die Zahl der Pflegebedürftigen, sondern es gab auch leichte Änderungen bei der Art der in Anspruch genommenen Leistungen: Die Pflege in Heimen ging um 1%-Punkt zurück, der Anteil Pflegegeldempfänger sank nur leicht, während die Pflege durch ambulante Dienste ihren Marktanteil von 22,4% auf 23,7% ausbauen konnte. 1999 lag er noch bei 20,6%. In absoluten Werten war die Zahl der Pflegegeldempfänger bis 2005 rückläufig, sie nimmt seitdem aber wieder zu und erreichte 2009 einen neuen Höchstwert (Schaubild 2). Die Versorgung durch ambulante Dienste hat insbesondere von 2007 auf 2009 an Bedeutung gewonnen: Das Wachstum in der ambulanten Versorgung lag in diesem Zeitraum bei über 10% (Schaubild 3).

Schaubild 2

### Verteilung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Art der Pflege 1999 bis 2009

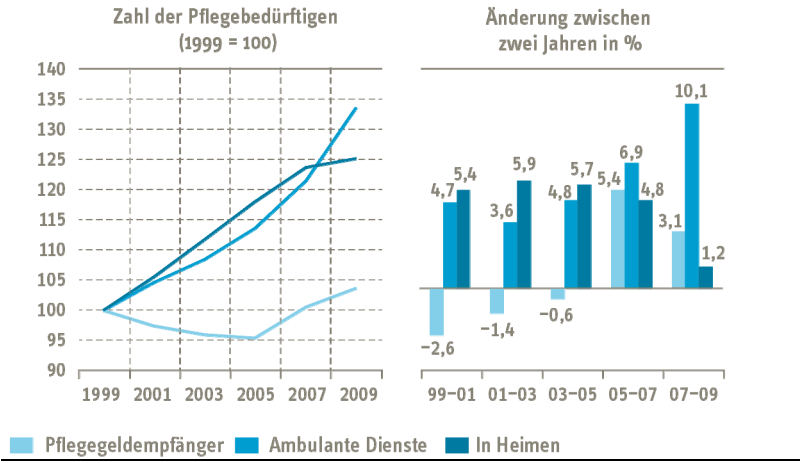


Quelle: Augurzky et al. (2011).

Sowohl für stationäre als auch für ambulante Fälle lässt sich in den vergangenen Jahren eine Verschiebung hin zu leichten Fällen (Stufe I) erkennen (Schaubild 4).

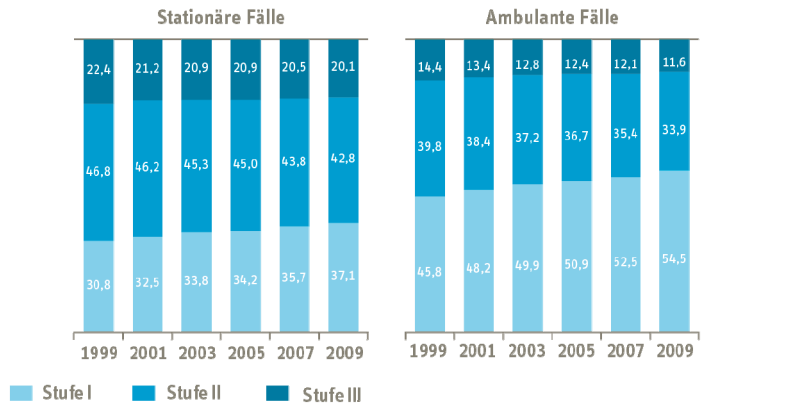
# Faktenbuch Pflege

**Schaubild 3**  
**Zahl der Pflegebedürftigen nach Art der Pflege**  
 1999 bis 2009



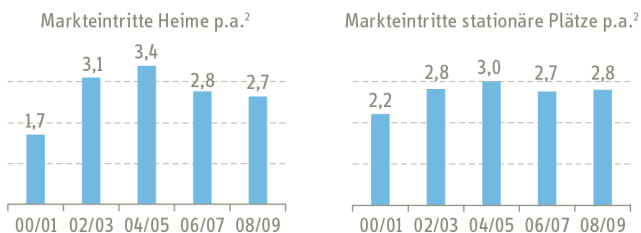
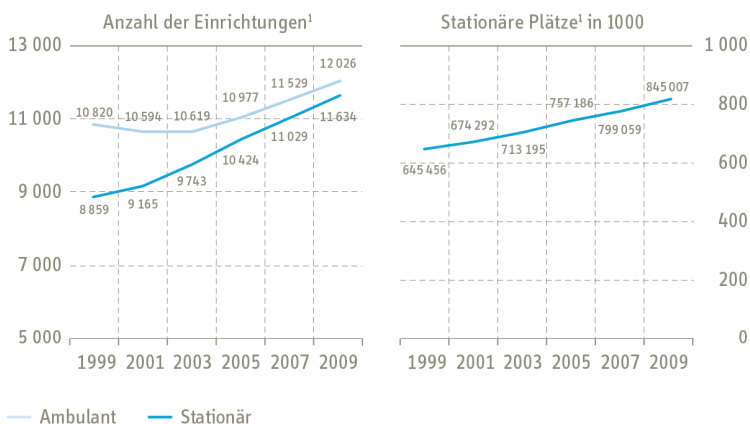
Quelle: Augurzky et al. (2011).

**Schaubild 4**  
**Verteilung der Pflegefälle nach Pflegestufen**  
 1999 bis 2009; Anteil in %



Quelle: Augurzky et al. (2011).

**Schaubild 5**  
**Zahl der Einrichtungen und Plätze**  
 1999 bis 2009



Quelle: Augurzky et al. (2011). – <sup>1</sup>Alle Heime. – <sup>2</sup>Interpolation auf die einzelnen Jahre.

Dies hat sich 2009 fortgesetzt. Ursache könnte die Professionalisierung der Pflege, also die Leistungserbringung durch Pflegeheime oder Pflegedienste sein. Wenn Angehörige tendenziell Pflegebedürftige mit geringem Schweregrad versorgen und trotz steigender absoluter Zahlen dieser Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen sinkt, führt die Unterbringung dieser Fälle in Heimen oder ambulanten Diensten zu einem steigenden Anteil mit Schweregrad der Stufe I. Ein anderer Grund könnte eine sich ändernde Einstufungspraxis des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) sein (Häcker und Hackmann 2010).

Mit der wachsenden Nachfrage nach Pflegeleistungen ist eine entsprechende Zunahme des Angebots zu verzeichnen. Die Anzahl der Pflegeheime stieg zwischen 1999 und 2009 um 31% von 8 859 auf 11 634 (Schaubild 5). Dabei erhöhte sich die

Zahl der verfügbaren Plätze von rund 645 000 auf 845 000. Im Durchschnitt waren damit jährlich 2,8% Markteintritte zu verzeichnen<sup>3</sup>.

## 2.2.2 Ausblick

Auf Basis von Pflegequoten und der erwarteten Bevölkerungsentwicklung schreiben wir die Pflegenachfrage bis 2030 fort. In einem Basisszenario unterstellen wir für die Zahl der Pflegefälle für jede Art der Pflege (stationär, ambulant und Pflegegeldempfänger) jeweils konstante Pflegequoten. Da die Pflegequoten auf regionaler Ebene variieren, differenzieren wir die Pflegequoten nicht nur nach Alter und Geschlecht, sondern auch nach Regionen sowie nach städtischen und ländlichen Gebieten.<sup>4</sup> Eine noch feinere Differenzierung ist aus statistischen Gründen nicht sinnvoll und aus Datenschutzgründen nicht möglich.

Im Szenario „Nachfragereduktion“ nehmen wir an, dass sinkende Pflegequoten und eine rückläufige Verweildauer in der Pflege bis 2030 die Nachfrage gegenüber dem Basisszenario um insgesamt 5% verringern. Im Szenario „Professionalisierung“ bilden wir eine Verlagerung der Nachfrage von der informellen Pflege (Pflegegeldempfänger) zur professionellen Pflege (stationär und ambulant) ab. Dazu nehmen wir an, dass es gegenüber dem Basisszenario bis 2023 zu einer Verlagerung von 5% der Pflegegeldempfänger (0,37% p.a.) und zwischen 2023 und 2030 zu weiteren 7,5% (1,11% p.a.) kommt. Diese werden je hälftig auf den ambulanten und stationären Bereich verteilt. Im Szenario „Ambulantisierung“ werden 10% der stationären Fälle bis 2030 ambulant erbracht. Schließlich werden alle Szenarien miteinander kombiniert. Weitere Ausführungen dazu finden sich im Pflegeheim Rating Report 2011 (Augurzky et al. 2011).

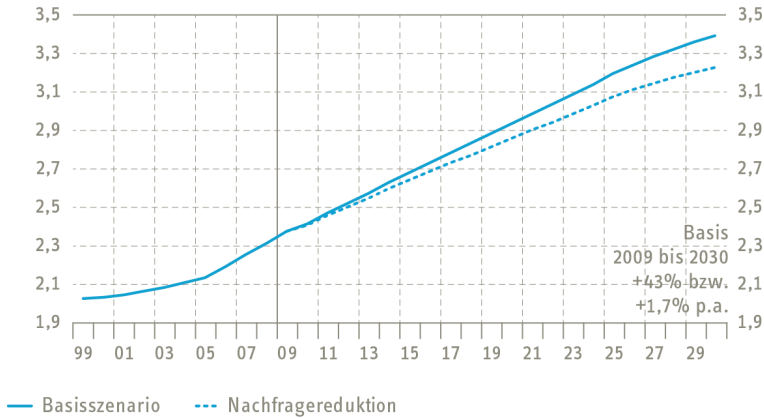
Was die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt betrifft, sind nur das Basisszenario und das Szenario „Nachfragereduktion“ von Bedeutung. Die beiden anderen Szenarien führen nur zu einer unterschiedlichen Verteilung auf die Arten der Pflege. Ihre Zahl dürfte von 2,37 Mill. 2009 bis 2030 um 43% auf 3,39 Mill. steigen (Schaubild 6). Bei Nachfragereduktion um 5% läge die Zahl 2030 bei 3,22 Mill. (36%). Weitere Ergebnisse, insbesondere detaillierte Projektionen nach Art der Pflege, finden sich in Augurzky et al. (2011a).

---

<sup>3</sup> Es handelt sich hierbei um Netto-Markteintritte von Pflegeplätzen, d.h. um Eintritte abzüglich Austritte. Die Brutto-Eintritte und die Austritte können nicht identifiziert werden.

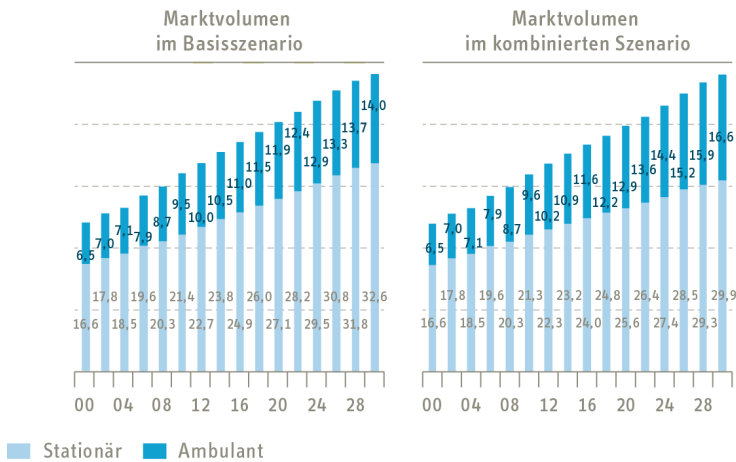
<sup>4</sup> Folgende Regionen werden unterschieden: Baden-Württemberg und Bayern; Rheinland-Pfalz, Saarland und Hessen; Nordrhein-Westfalen; Niedersachsen, Bremen und Schleswig-Holstein; Hamburg; Berlin; die neuen Bundesländer. In den Flächenregionen unterteilen wir außerdem nach Agglomerationsraum, städtischen und ländlichen Gebieten.

**Schaubild 6**  
**Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt**  
 1999 bis 2030, in Mio.



Quelle: Augurzky et al. (2011).

**Schaubild 7**  
**Marktvolumen der stationären und ambulanten Pflege**  
 1999 bis 2030; in Mrd. €



Quelle: Augurzky et al. (2011).

Unter der Annahme, dass es zu keiner Preiserhöhung oberhalb der allgemeinen Preisinflation kommt und die Verteilung nach Pflegestufen konstant bleibt<sup>5</sup>, würde sich das Marktvolumen 2030 auf 46,5 Mrd. € (Schaubild 7) belaufen. Davon entfielen 32,6 Mrd. € (70%) auf den stationären und 14 Mrd. € auf den ambulanten Bereich. Im kombinierten Szenario würde es insgesamt genauso hoch ausfallen, jedoch entfielen nur 29,9 Mrd. € (64%) auf den stationären, aber 16,6 Mrd. € auf den ambulanten Bereich.

### 3. Besonderheiten der privaten Anbieter

Drei Arten von Trägerschaften engagieren sich im stationären und ambulanten Pflegemarkt: öffentlich-rechtliche, freigemeinnützige und private Einrichtungen. Unter den freigemeinnützigen werden Einrichtungen der Caritas, der Diakonie, der Arbeiterwohlfahrt, des Deutschen Roten Kreuzes, des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland und sonstige gemeinnützige Träger zusammengefasst. Private Einrichtungen unterscheiden sich im Wesentlichen dadurch von den anderen, dass sie privates Kapital einsetzen und gewinnorientiert sind. Im Jahr 2009 umfassten die öffentlich-rechtlichen bzw. kommunalen Pflegeheime 6,5% aller Pflegeplätze, die freigemeinnützigen 57,8% und die privaten 35,7%. Bei ambulanten Diensten entfielen 2009 nur 1,8% aller Pflegebedürftigen auf kommunale Dienste, 51,2% auf freigemeinnützige und 47,0% auf private.

#### 3.1. Gewinnorientierung und die Pflege älterer Menschen

Häufig wird in der Öffentlichkeit argumentiert, dass eine Gewinnorientierung nicht mit der Pflege von älteren Menschen vereinbar sei, weil Gewinne zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen müssten. Zum besseren Verständnis der Zusammenhänge geht dieser Abschnitt auf die Hintergründe einer Gewinnorientierung ein. Generell gilt, dass für eine effiziente Produktion jedes Unternehmen auf qualifiziertes Personal und hochwertige Zulieferprodukte angewiesen ist. Das allein genügt jedoch nicht. Ebenso wichtig ist die Bereitstellung von Kapital, um z.B. Anlagen und Gebäude erwerben und erhalten zu können. Zur Aufrechterhaltung und zur Verbesserung der Produktion sind in regelmäßigen Abständen Investitionen nötig: Investitionen in das Personal (= Humankapital) sowie Investitionen zur Erhaltung oder Verbesserung der Kapitalsubstanz. Pflegeheime bilden hiervon keine Ausnahme, z.B.

---

<sup>5</sup> *Bislang nahm der Anteil der Pflegebedürftigen in Stufe I stetig zu und der in den Stufen II und III ab. Dadurch dürfte das künftige Marktvolumen leicht überschätzt werden. Dagegen könnten aber die Preise in der Pflege aufgrund des Personalmangels und damit höheren Personalkosten in Zukunft stärker steigen als die allgemeine Inflation. In diesem Fall würde das projizierte Marktvolumen unterschätzt.*

müssen sie ihre Immobilie in regelmäßigen Abständen renovieren. Hierzu ist Kapital erforderlich, das je nach Art des Kapitals ebenso Kosten verursacht wie Personal.

Kapitalkosten werden aus dem so genannten EBITDAR<sup>6</sup> bedient, d.h. aus dem Ertrag nach Abzug von Personal- und Sachkosten. Am günstigsten ist öffentliches Eigenkapital, das oft kostenlos zur Verfügung gestellt wird – daher in der Regel aber auch relativ knapp ist. Schon für Fremdkapital, zum Beispiel für Kredite von Banken, ist ein Kreditzins zu zahlen. Dabei handelt es sich auch um Kapitalkosten, die in einer Gewinn- und Verlustrechnung (GuV) eines Unternehmens aber nicht Teil der Gewinne sind, sondern schon vorab abgezogen werden. Wir unterstellen hierfür im Folgenden einen Zinssatz von 4,0%. Für (privates) Eigenkapital ist im Durchschnitt eine höhere Verzinsung zu zahlen, weil es im Fall einer Insolvenz haftet, d.h. gegenüber Fremdkapital nachrangig behandelt wird. Insofern muss der Eigenkapitalgeber stets das Risiko des vollständigen Kapitalverlusts einkalkulieren und im Durchschnitt eine höhere Verzinsung verlangen als für Fremdkapital. Man spricht von einem Risikoaufschlag. Wir setzen für privates Eigenkapital eine durchschnittliche Verzinsung von 8,0% an. Sie fällt höher aus als die Verzinsung des Fremdkapitals, weil sie einen Risikozuschlag beinhaltet. Das Risiko besteht darin, dass das Eigenkapital im Falle einer Insolvenz gegenüber Fremdkapital nachrangig ist und damit auch vollständig verloren gehen kann.

Je nach Kapitalzusammensetzung (Fremdkapital, Eigenkapital und Art des Eigenkapitals) lässt sich unter diesen Annahmen eine Mindest-EBITDAR-Marge zur Finanzierung der durchschnittlichen Kapitalkosten eines Pflegeheims errechnen. Wird diese Mindest-EBITDAR-Marge dauerhaft unterschritten, wird mittelfristig kein Kapital zu bekommen sein, sodass der Betrieb eines Heims nicht mehr optimal funktionieren kann oder der Bau eines neuen Heims unmöglich wird. Im Folgenden soll an Hand von ausgewählten, vereinfachten Beispielen die Mindest-EBITDAR-Marge für private Heime abgeleitet werden. In Augurzky et. al (2011) werden diese Margen auch für andere Träger hergeleitet.

Wir nehmen an, dass der Bau eines Pflegeheimplatzes 77 000 € kostet und setzen ein kurzfristig verfügbares Umlaufvermögen von 10 000 € an. Ferner unterstellen wir eine Abschreibung des Anlagevermögens von 2,5% p.a. und, wie erwähnt, eine Verzinsung für Fremdkapital von 4,0%. Sollte der Pflegeheimplatz in Fremdbesitz sein, ist stattdessen eine Miete an den Eigentümer der Immobilie zu zahlen. Im Marktgleichgewicht würde in diesem Beispiel der entsprechende Mietzins 6,5%

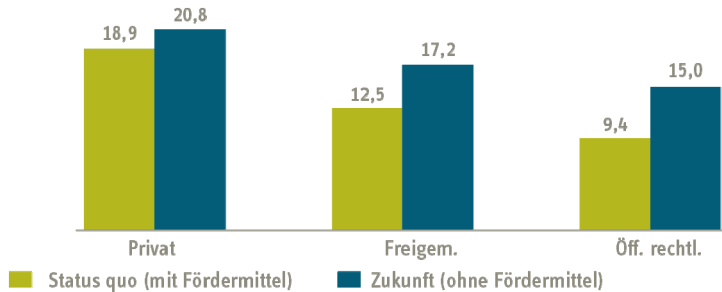
---

<sup>6</sup> Englisch: Earnings before interest, taxes, depreciation, amortization and rent.

Schaubild 8

## Mindest-EBITDAR-Marge, Bilanz und GuV für beispielhafte Pflegeheime nach Trägerschaft

2009; Angaben pro Platz



Beispiel	Bilanz				GuV				
	in €	Aktiva	Passiva	in €					
Privat, Immobilie in Eigenbesitz, keine Fördermittel	89%	Anlageverm.	77000	21750	EK	25%	Umsatz	30222	100,0%
	11%	Umlaufverm.	10000	0	SoPo	0%	Operative Kosten	23947	79,2%
				65250	FK	75%	<b>EBITDAR</b>	<b>6275</b>	<b>20,8%</b>
			<b>87000</b>	<b>87000</b>			Mieten	0	0,0%
							<b>EBITDA</b>	<b>6275</b>	<b>20,8%</b>
		Außerbilanziell	0				Abschr. (auf eigenf. Anl.)	1925	6,4%
			<b>87000</b>			Zinsen	2610	8,6%	
						<b>Jahresüberschuss</b>	<b>1740</b>	<b>5,8%</b>	

Quelle: HCB/RWI.

betragen, d.h. die Summe aus Fremdkapitalkosten und Abschreibung. In diesen Beispielen ist es also unerheblich, ob die Immobilie gemietet oder in Eigenbesitz über Fremdkapital finanziert ist. Für privates Eigenkapital setzen wir eine Verzinsung von 8,0%, für freigemeinnütziges dagegen nur 3,0% und für kommunales 0,0% an, weil die jeweiligen Träger geringere oder gar keine Verzinsung auf das eingesetzte Eigenkapital leisten müssen. Da – anders als Fremdkapital – die Verzinsung des Eigenkapitals aus den Gewinnen eines Unternehmens finanziert werden muss, sind bei höheren Eigenkapitalkosten privater Anbieter auch höhere Gewinne privater Anbieter nötig.

Bei einer Gesamtvergütung von 90 € je Pflegeetag, einer durchschnittlichen Auslastung von 92%, einer Eigenkapitalquote von 25% und ohne öffentliche Fördermittel (Sonderpostenquote von 0%) ergibt sich im Fall eines privaten Pflegeheims die in Schaubild 8 gezeigte Bilanz und GuV. Die Bilanzsumme beträgt 87 000 €, der Umsatz 30 222 €, der Kapitalumschlag also 0,35. In diesem Beispiel muss der Jahresüberschuss vor Steuern 5,8% des Umsatzes betragen, um die Eigenkapitalkosten tragen zu können. Zinsen auf das Fremdkapital machen 8,6% des Umsatzes aus, Abschreibungen auf das Anlagevermögen 6,4%. Mieten fallen keine an. Insgesamt



sind unter diesen Annahmen 20,8% des Umsatzes zur Deckung der Kapitalkosten und Abschreibungen nötig (EBITDAR). Damit verbleiben zur Deckung der Personal- und Sachkosten 79,2%. Liegen die Personal- und Sachkosten darunter, fällt eine höhere Verzinsung des Eigenkapitals (Jahresüberschuss) an, liegen sie darüber, eine geringere. Wird dauerhaft eine zu geringe Verzinsung des Eigenkapitals erreicht, ist der Betrieb nicht aufrecht zu halten. Bei nicht-privaten Heimen kann der Jahresüberschuss wegen der geringeren Eigenkapitalverzinsung niedriger ausfallen – und damit auch die Mindest-EBITDAR-Marge.

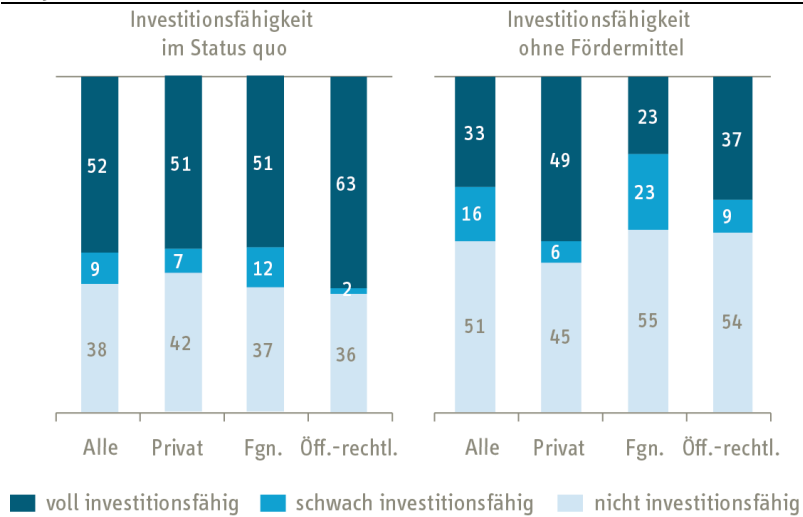
Durch die Bereitstellung öffentlicher Fördermittel für den Bau eines Pflegeheims sinken die Kapitalkosten bei dem begünstigten Unternehmen. Im Durchschnitt beträgt der Anteil der Fördermittel bei kommunalen Einrichtungen 30% des eingesetzten Kapitals, bei freigemeinnützigen 25% und bei privaten 10% (Augurzky et al. 2011). Damit kann die nötige Mindest-EBITDAR-Marge jeweils sinken – wie in Schaubild 8 dargestellt. Da diese trägerspezifische Vergabe von Fördermittel offensichtlich zu Wettbewerbsverzerrungen führt, werden sie kaum noch gewährt. Daher ist die künftig relevante Mindest-EBITDAR-Marge jeweils diejenige ohne Fördermittel.

Tatsächlich beobachtet man, dass die EBITDAR-Marge bei privaten Anbietern deutlich höher ausfällt als bei nicht-privaten. 2009 betrug sie in Bezug auf den Umsatz bei privaten Pflegeheimen 18,8%, bei freigemeinnützigen 12,0% und bei kommunalen 11,3% (Augurzky et al. 2011). In Bezug auf die Gesamterlöse belief sie sich auf 17,1%, 10,8% bzw. 10,5%. Definiert man ein Pflegeheim als „voll investitionsfähig“, wenn es die jeweilige Mindest-EBITDAR-Marge erreicht, waren 2009 52% der Heime voll investitionsfähig (Schaubild 9). Nimmt man eine geringere nötige Eigenkapitalverzinsung und Abschreibung<sup>7</sup> an, schaffen weitere 9% die Hürden. Wir bezeichnen sie als schwach investitionsfähig. Dagegen waren 38% nicht investitionsfähig. Für private Heime traf dies wegen der deutlich höheren Mindest-EBITDAR-Marge sogar auf 42% zu. Kommunale Heime schnitten diesbezüglich am besten ab. Mit dem Wegfall öffentlicher Fördermittel würde sich das Bild jedoch drehen. Dann sind 54% der kommunalen und 55% der freigemeinnützigen nicht mehr investitionsfähig und „nur“ 45% der privaten.

---

<sup>7</sup> Wir nehmen hierzu eine reduzierte Verzinsung von privatem Eigenkapital von 5% und bei freigemeinnützigem von 0% an. Die jährliche Abschreibung vermindern wir von 2,5% auf 2,0%.

Schaubild 9  
**Investitionsfähigkeit nach Trägerschaft**  
 2009; Anteile in %



Quelle: Augurzky et al (2011).

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Kapitalkosten ist es also nicht verwunderlich, dass private Anbieter höhere Margen aufweisen müssen. Hätten sie dauerhaft geringere Margen, würden sie am Markt gar nicht existieren, weil sie kein Kapital bekämen. Dieser vermeintliche Nachteil ist damit aber gleichzeitig ein Vorteil: Weil privates Kapital marktüblich verzinst wird, kann überhaupt privates Kapital akquiriert werden. Dies gelingt den nicht-gewinnorientierten Einrichtungen nicht. Durch diesen Mechanismus kann also privates Kapital für einen „guten Zweck“ gewonnen werden. Damit lässt sich erklären, weshalb sich erst mit dem Ende des Selbstkostendeckungsprinzips private Anbieter allmählich auf dem Pflegemarkt engagieren konnten. In den 1980er Jahren galt noch das Selbstkostendeckungsprinzip, das Kapitalkosten nicht als Kosten betrachtete. Damit war es nicht möglich, kostenpflichtiges privates Kapital zu investieren. Die hier genannten Zusammenhänge sind im Übrigen analog zur Akquise von qualifiziertem Personal: nur wenn qualifiziertes Personal marktüblich vergütet wird, kann es für die Arbeit in einem Unternehmen gewonnen werden.

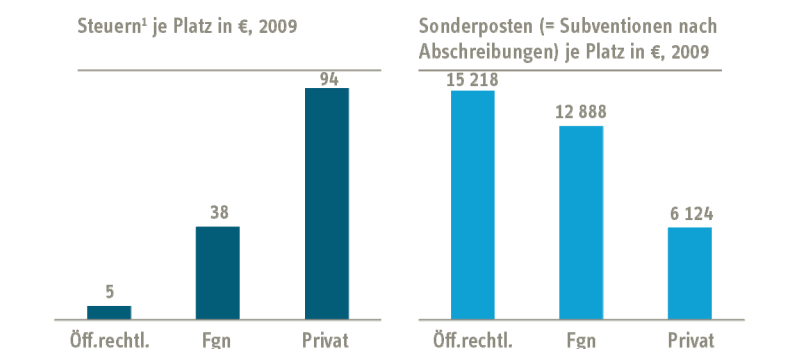
Gewinne bieten für die Gesellschaft übrigens weiter den Vorteil, dass damit Steuereinnahmen entstehen. Private Heime zahlen rund 28 Mio. € an Steuern im Vergleich zu rund 18 Mio. € bei nicht-privaten Anbietern (Schaubild 10). Ferner entlas-

ten sie die Steuerzahler, weil sie weniger Subventionen erhalten. Die unterschiedliche Förderpraxis der Vergangenheit wird im rechten Teil von Schaubild 10 zusammengefasst: Die privaten Heime weisen deutlich weniger Sonderposten (abgeschriebene Fördermittel der öffentlichen Hand) auf als nicht-private Anbieter. Insgesamt liegen die Sonderposten der nicht-privaten Heime bei ca. 7,1 Mrd. € und der privaten bei 1,8 Mrd. €.

Schaubild 10

## Steuern und Sonderposten nach Trägerschaft

2009; Angaben pro Platz in €



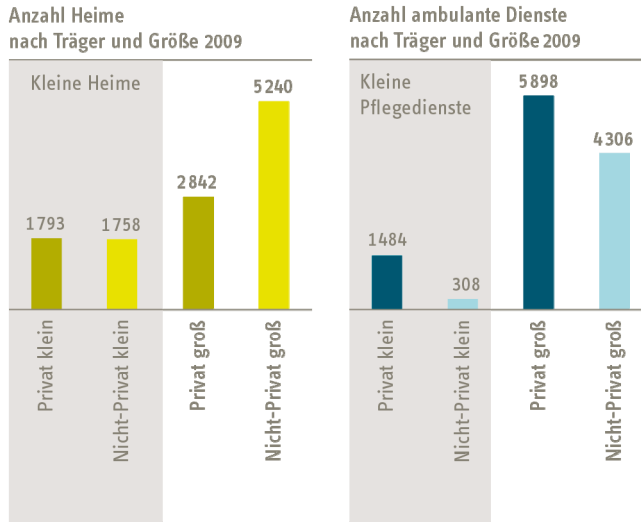
Quelle: HCB / RWI; Daten aus 538 Jahresabschlüssen von Pflegeheimen bzw. Pflegeheimketten, hochgerechnet auf die Grundgesamtheit. <sup>1</sup> Summe aus „Steuern vom Einkommen und Ertrag“ und „Sonstige Steuern“.

### 3.2. Heterogenität der privaten Anbieter

Was die Größe der einzelnen Einrichtungen angeht, zeigt sich, dass vor allem private Anbieter sehr viel heterogener sind als die nicht-privaten: unter den privaten Anbietern gibt es viel mehr kleine Einrichtungen. 39% aller stationären privaten Einrichtungen besitzen nur 40 Betten oder weniger, während dies bei freigemeinnützigen nur 25% sind. Auch bei den kleineren ambulanten Diensten (fünf beschäftigte Vollkräfte (VK)<sup>8</sup> oder weniger) überwiegen die privaten Dienste deutlich. Stärker als bei den anderen Trägerschaften scheint sich der Teilmarkt der privaten Einrichtungen einerseits in große und mittelgroße Pflegeheime und andererseits in kleinere Heime zu segmentieren. Letztere dürften häufig vom Eigentümer selbst betrieben werden. Im Folgenden werden wir daher stets zwischen zwei Größensegmenten unterscheiden (Schaubild 11).

<sup>8</sup> Wir verwenden den Begriff Vollkräfte synonym zu Vollzeitkräften bzw. Vollzeitäquivalenten.

*Schaubild 11*  
**Verteilung der Heime und ambulanter Dienste nach Trägerschaft und Größe**  
 2009



Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 2009. Anmerkung: Die Größe der Heime wird anhand der Plätze bestimmt: Mehr als 40 Plätze wird als „groß“ definiert. Die Größe der ambulanten Dienste wird anhand der beschäftigten VK bestimmt. Ein Dienst mit mehr als fünf VK wird im Folgenden als „groß“ bezeichnet.

## 4. Bedeutung der privaten Anbieter

### 4.1. Angebot

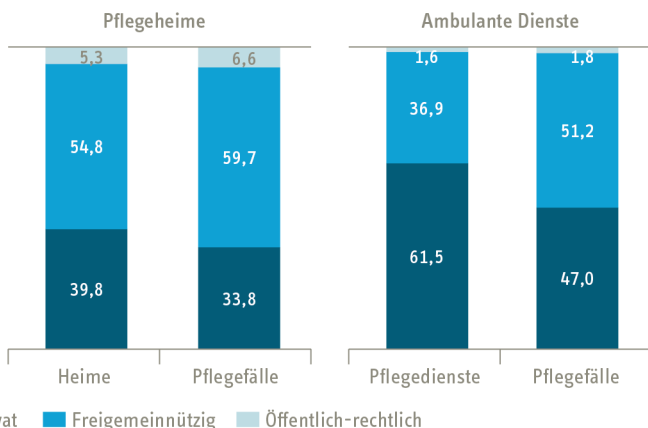
40% der Heime befinden sich in privater Trägerschaft, die 34% der Pflegebedürftigen stationär versorgen (Schaubild 12). Anders sieht die Lage in 2009 bei ambulanten Diensten aus, die mehrheitlich in privater Hand sind (62%). Durch ihre vergleichsweise geringe Größe betreuen sie aber nur 47% aller ambulanten Pflegefälle.

Seit 1999 hat sich das Angebot an stationären Pflegeplätzen stark ausgeweitet (Schaubild 13), besonders durch die beachtliche Zunahme von 125 000 Plätzen in größeren Heimen privater Trägerschaft (+96%). Bei den großen ambulanten Diens-

Schaubild 12

## Verteilung der Heime und ambulanter Dienste nach Trägerschaft

2009; in %

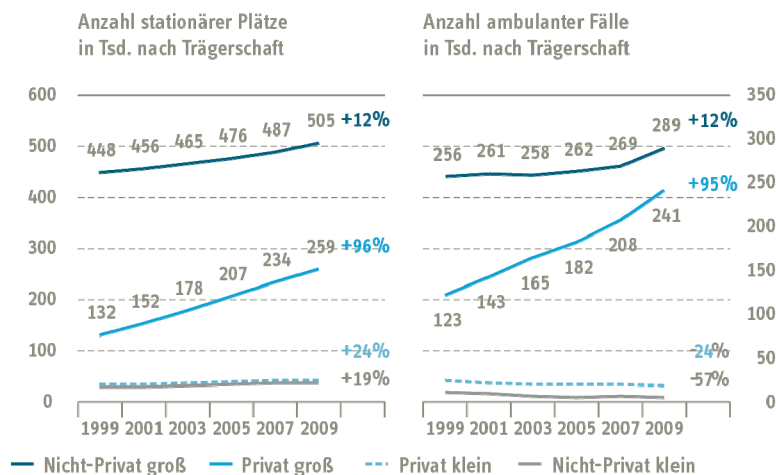


Quelle: Augurzky et al. 2011.

Schaubild 13

## Wachstum der Zahl der stationären Plätze und ambulanten Fälle

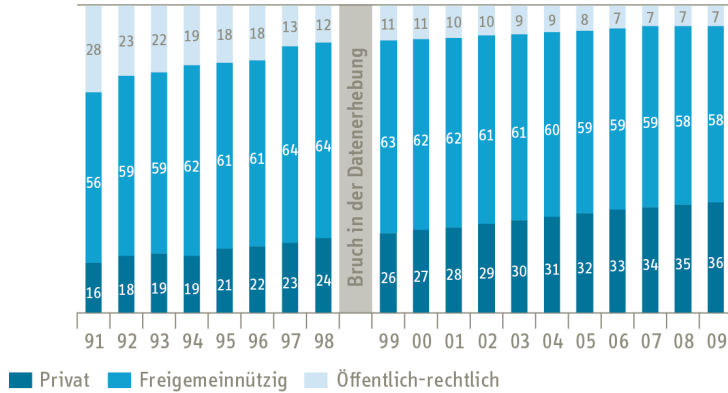
2009; in 1 000



Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 2009.

Schaubild 14

**Verteilung der stationären Plätze nach Trägerschaft**  
1991 bis 2009; Anteil in %



Quelle: Augurzky et al. (2011).

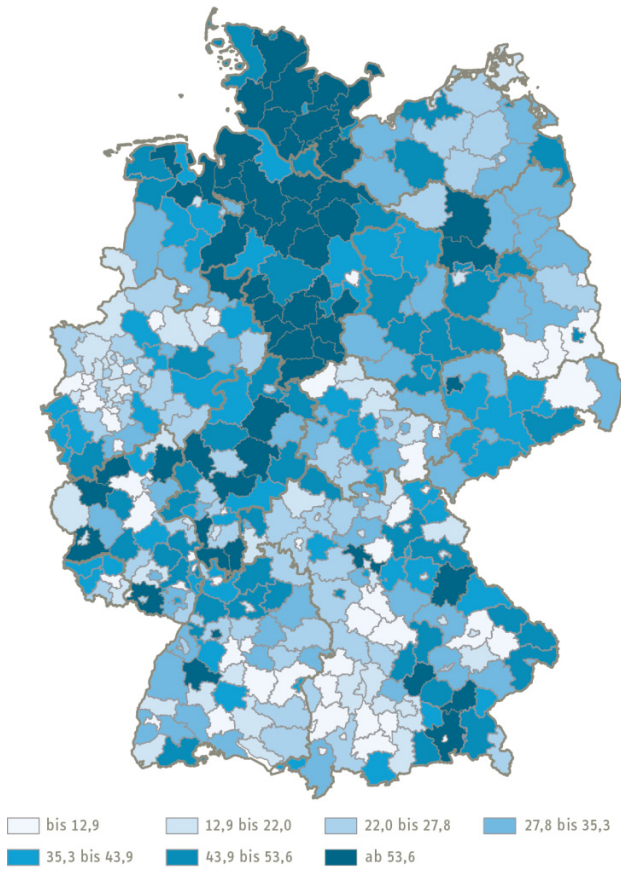
ten in privater Trägerschaft ist ein ähnlich ausgeprägtes Wachstum zu verzeichnen (+95%). Die Zahl der Plätze in kleinen stationären Einrichtungen wuchs indessen eher bescheiden. Sie boten in 1999 und 2009 jeweils etwa 40 000 Plätze an. Kleine ambulante Einrichtungen haben ihr Angebot sogar abgebaut, wobei die nicht-privaten kleinen ambulanten Einrichtungen mit noch ca. 5 000 versorgten Pflegebedürftigen praktisch keine Rolle mehr spielen. Die kleinen privaten Anbieter versorgen immer noch ca. 20 000 Pflegefälle.

Entsprechend ist der Marktanteil privater Anbieter seit 1999 gestiegen (Schaubild 14). Aber schon seit 1991 konnten private Pflegeheime ihren Marktanteil stetig ausbauen. Gemessen am Anteil der Plätze lag er 1991 bei nur 16%, 1999 bereits bei 26% und 2009 bei 36%. Auf regionaler Ebene variiert die Verteilung der Trägerschaft allerdings erheblich (Karte 1). Es gibt Regionen mit weniger als 13% Plätze in privaten Heimen und solche mit über 54%. Besonders in Nordrhein-Westfalen und in Teilen Baden-Württembergs, Bayerns und Thüringens gibt es nur wenige private Heime, während in Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Hessen, Sachsen-Anhalt und Ost-Bayern private Heime einen bedeutenden Stellenwert besitzen. Für den stationären Bereich kann man festhalten, dass private Anbieter häufiger in ländlichen Regionen anzutreffen sind, während private ambulante Dienste eher städtische Regionen bevorzugen (Schaubild 15).

Karte 1

**Anteil der Plätze in privater Trägerschaft an allen stationären Plätzen  
2009; in %**

---

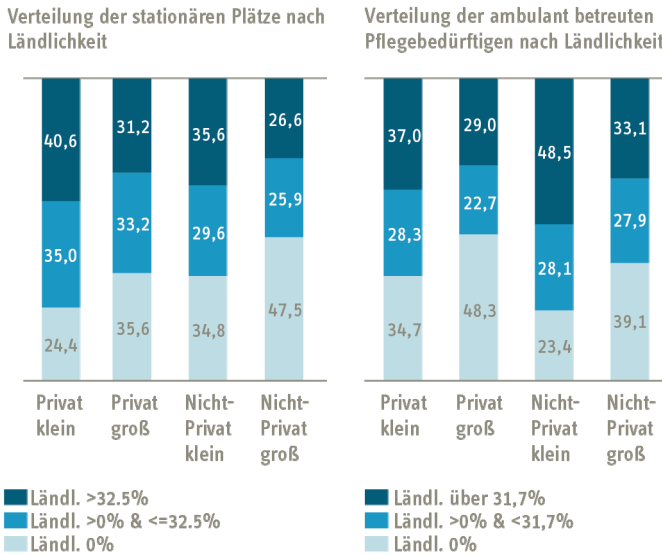


---

Quelle: Augurzky et al. 2011.

Schaubild 15

**Verteilung stationärer Plätze und ambulanter Pflegebedürftiger nach Ländlichkeit 2009; in %**



Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 2009. Anmerkung: Ländlichkeit ist definiert als der „Anteil der Einwohner in Gemeinden mit einer Bevölkerungsdichte von weniger als 150 Einwohner je Quadrat-Kilometer.“

In den Jahren 1991 bis 2009 wurden schätzungsweise fast 40 Mrd. € in den stationären Bereich investiert (Neu- und Bestandsinvestitionen)<sup>9</sup>, davon 21,6 Mrd. € bzw. 54% von privaten Trägern (Schaubild 16). Bei privaten Anbietern dominierten in diesem Zeitraum die Neu-Investitionen (15,2 Mrd. € sowie 0,4 Mrd. € bei den nicht-privaten), während die nicht-privaten überwiegend Bestandsinvestitionen (17,8 Mrd. € sowie 6,4 Mrd. € bei den privaten) durchführten. Seit 1999 lässt sich das Investitionsverhalten differenziert nach Heimgröße betrachten (Schaubild 17). Insgesamt haben die großen Anbieter jeweils ca. 13, 4 Mrd. € zwischen 1999 und 2009 investiert, die kleinen Anbieter jeweils 1,2 bis 1,3 Mrd. €. Kleine und große

<sup>9</sup> Wir nehmen an, dass die Errichtung eines stationären Pflegeplatzes Investitionen von etwa 77 000 € nach sich zieht und dass bestehende Plätze mit einer Rate von 2,5% abgeschrieben werden. Dabei wurde das Preisniveau des Jahres 2009 zugrunde gelegt.



Schaubild 16

## Kumuliertes Investitionsvolumen nach Trägerschaft

1991 bis 2009; in Mrd. € (in Preisen von 2009)

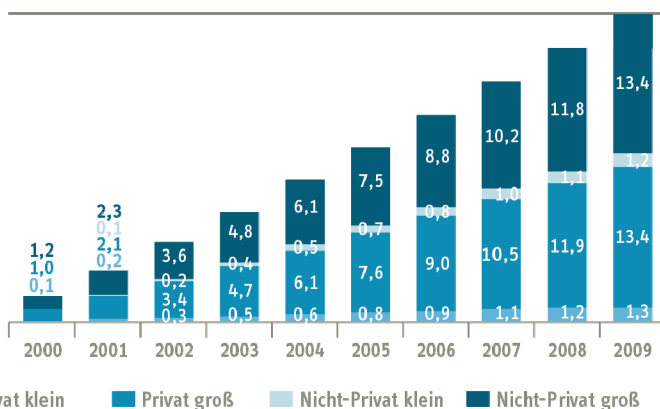


Quelle: RWI; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn (Stand 2002); FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 1999-2009. <sup>1</sup> Inklusive re-investierte Abschreibungen

Schaubild 17

## Kumuliertes Investitionsvolumen nach Trägerschaft und Größe

1999 bis 2009; in Mrd. € (in Preisen von 2009)



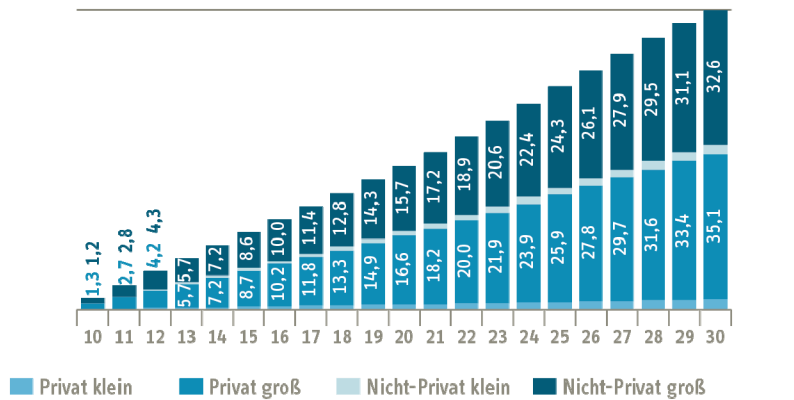
Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 1999-2009.

# Faktenbuch Pflege

private Heime haben zusammen rund die Hälfte des Gesamtvolumens investiert. Auch für diesen Zeitraum liegen die Neu-Investitionen bei den privaten mit 10,4 Mrd. € deutlich über den nicht-privaten mit 5,0 Mrd. €. Bei den Bestandsinvestitionen müssten die privaten 4,3 Mrd. € und die nicht-privaten insgesamt 9,7 Mrd. € investiert haben.

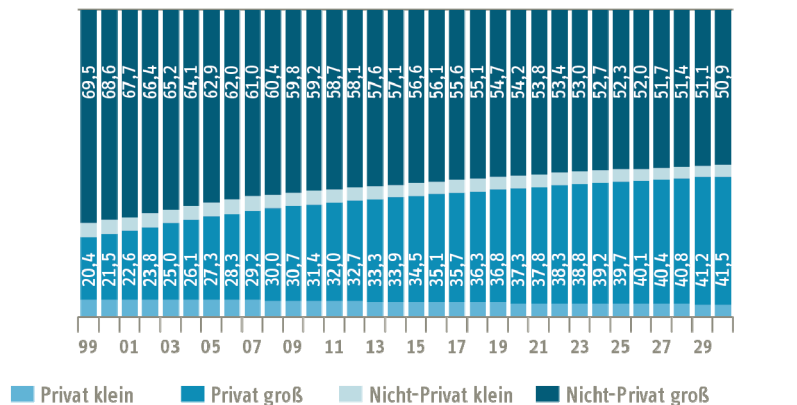
Auf Grundlage der Projektionen zur Zahl der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen werden bis zum Jahr 2030 weitere 72 Mrd. € Kapital benötigt, um den zusätzlichen Bedarf an Pflegeplätzen zu decken und den Bestand zu halten (Schaubild 18). Darin enthalten sind 30 Mrd. € für Neu-Investitionen. Bei Fortschreibung der vergangenen Trends dürften 37 Mrd. € der gesamten Investitionen und 20 Mrd. € der Neu-Investitionen von privaten Investoren aufgebracht werden, d.h. zwei Drittel der neuen Plätze würden in privater Trägerschaft entstehen. In diesem Fall würde sich der Marktanteil der privaten Anbieter auf insgesamt 45% in 2030 ausweiten (Schaubild 19).

Schaubild 18  
**Fortschreibung des kumulierten Investitionsvolumen bis 2030**  
 2010 bis 2030; in Preisen von 2009



Quelle: RWI.

Schaubild 19  
**Marktanteil in der stationären Pflege**  
 1999 bis 2030; in %



Quelle: RWI.

## 4.2. Personal

In der stationären und ambulanten Pflege waren 2009 rund 890 000 Menschen beschäftigt. Aufgrund zahlreicher Teilzeitstellen entspricht dies etwa 630 000 Vollkräften, davon 453 000 in Pflegeheimen und 177 000 in ambulanten Diensten. Zwischen 1999 und 2009 wurden 108.000 neue Arbeitsplätze in Pflegeheimen geschaffen, mehr als 55% davon in großen privaten Heimen. Von diesen neuen Arbeitsplätzen waren mehr als 53 000 für Pflegefachkräfte<sup>10</sup> (Schaubild 20). Im ambulanten Bereich wurden im selben Zeitraum 52 000 neue Mitarbeiter eingestellt, davon waren rund 36 000 Pflegefachkräfte. Auch hier haben die großen privaten Dienste den größten Anteil (Schaubild 21).

Unter der Annahme eines gleichbleibenden Verhältnisses der Zahl der Beschäftigten und der Zahl zu versorgender Pflegebedürftiger lässt sich für jedes der in Abschnitt 2.2.2 beschriebenen Szenarien der Personalbedarf bis 2030 schätzen. Mit dieser Annahme wird implizit angenommen, dass es keinen Produktivitätsfortschritt gibt. Bei der Pflege von Menschen scheint diese Annahme auf den ersten Blick plausibel. Dennoch sind auch hier durch Betriebsoptimierungen z.B. im nicht-

<sup>10</sup> Pflegefachkräfte umfassen Beschäftigte mit einem Abschluss in Altenpflege, Krankenpflege, Kinder-Krankenpflege, Heil(erziehungs)pflge oder einem pflegewissenschaftlichen Abschluss.

Schaubild 20

## Geschaffene Arbeitsplätze in der stationären Pflege nach Trägerschaft und Größe 1999 bis 2009

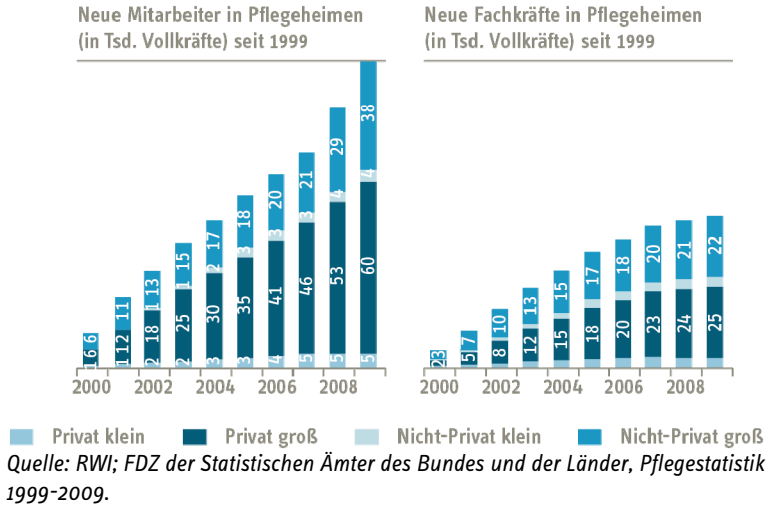
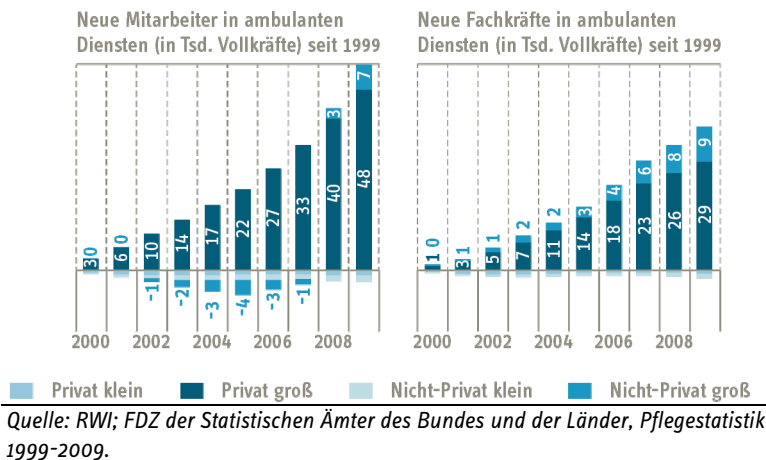


Schaubild 21

## Geschaffene Arbeitsplätze in der ambulanten Pflege nach Trägerschaft und Größe 1999 bis 2009; in 1 000

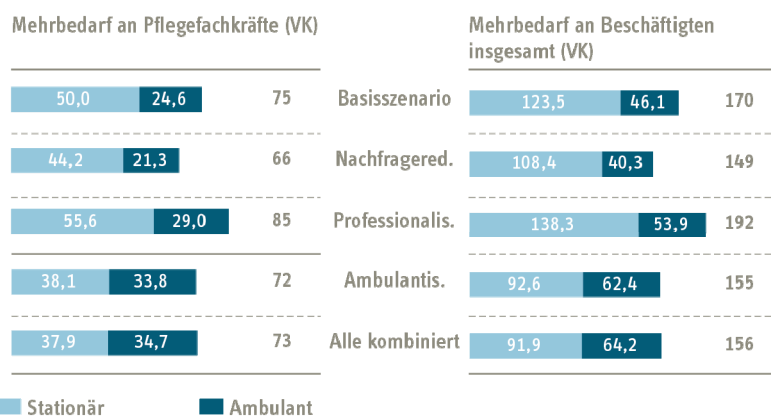


pflegerischen, aber auch im pflegerischen Bereich sicherlich noch Personaleinsparungen möglich, wie regionale und trägerspezifische Vergleiche zeigen. Die Reduktion von bürokratischen Vorgaben könnte hierzu einen Beitrag leisten. Ziel ist jedoch die Hochrechnung des Personalbedarfs unter den Rahmenbedingungen des Status quo, d.h. ohne die Berücksichtigung von betrieblichen oder gesetzlichen Optimierungen. Letztere sind vielmehr Teile der Lösung, um die aufgezeigte Bedarfslücke zu reduzieren.

Schaubild 22

### Zusätzlicher Bedarf an Pflegefachkräften und Beschäftigte insgesamt (ambulant und stationär, ohne Ersetzen der jährlichen Fluktuation)

2009 bis 2020; in 1 000 und VK



Quelle: Augurzky et al. 2011.

Ausgehend von 2009 zeigt Schaubild 22 den zu erwartenden zusätzlichen Personalbedarf bis 2020. Im Basisszenario sind demzufolge fast 75 000 weitere Pflegefachkräfte erforderlich, um die Nachfrage nach Pflege auf dem derzeitigen Niveau bedienen zu können, davon 50 000 im stationären und fast 25 000 im ambulanten Bereich. Je nach Szenario schwankt der gesamte Bedarf zwischen 65 000 und 85 000. Darüber hinaus ist Pflegehilfspersonal und nicht-pflegerisches Personal erforderlich. In der Summe ergibt sich damit im Basisszenario bis 2020 ein Personalbedarf von 170 000 Personen, davon 124 000 in der stationären und 46 000 in der ambulanten Pflege. Je nach Szenario schwankt der gesamte Bedarf zwischen 149 000 und 192 000.<sup>11</sup> Hinzu kommt noch das Ersetzen von Personal, das entweder

<sup>11</sup> Darüber hinaus ist auch in Krankenhäusern und in Rehabilitationseinrichtungen mit einem wachsenden Bedarf an Pflegefachkräften zu rechnen. Bis 2020 schätzen Augurzky et al. (2011b)

# Faktenbuch Pflege

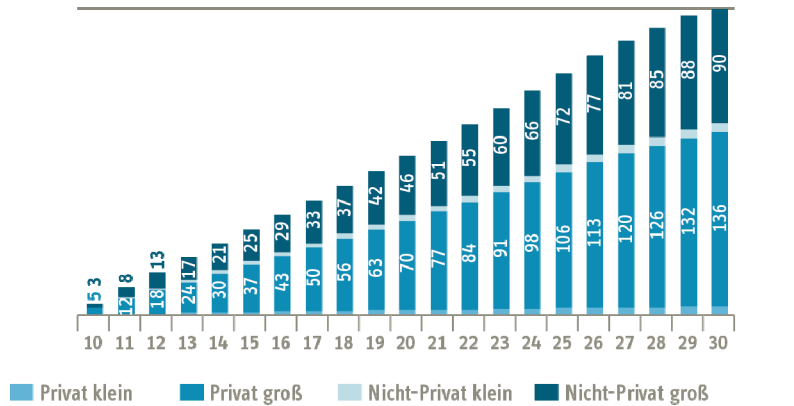
in Rente geht oder die Pflegebranche verlässt. Wenn wir annehmen, dass dies jedes Jahr auf 2% des Personals zutrifft, müssen bis 2020 weitere 155 000 Vollkräfte in der ambulanten und stationären Pflege ersetzt werden, darunter 67 000 Pflegefachkräfte.

Bis 2030 erwarten wir einen zusätzlichen Bedarf an Pflegefachkräften je Szenario zwischen 120 000 und 175 000 und bei den Beschäftigten insgesamt zwischen 280 000 und 400 000. Im Basisszenario wird der zusätzliche Bedarf an Arbeitskräften in stationären Einrichtungen bis 2030 rund 240 000 betragen, davon allein rund 60% in den großen privaten Heimen (Schaubild 23). Bezogen nur auf Pflegefachkräfte werden bis 2030 ca. 94 000 mehr gebraucht als 2009, auch hier ca. 60% in den großen privaten Einrichtungen (Schaubild 24). Im ambulanten Bereich werden bis 2030 über 85 000 weitere Arbeitsplätze benötigt, davon rund 47 000 Pflegefachkräfte (Schaubild 25). Der größte Anteil des zusätzlichen Bedarfs (rund 85%) dürfte bei den großen privaten Diensten (Schaubild 26) anfallen.

Schaubild 23

### Zusätzlicher Bedarf an Beschäftigten im Basisszenario nach Trägerschaft (stationär, ohne Ersetzen der jährlichen Fluktuation)

2009 bis 2030; in 1 000 VK

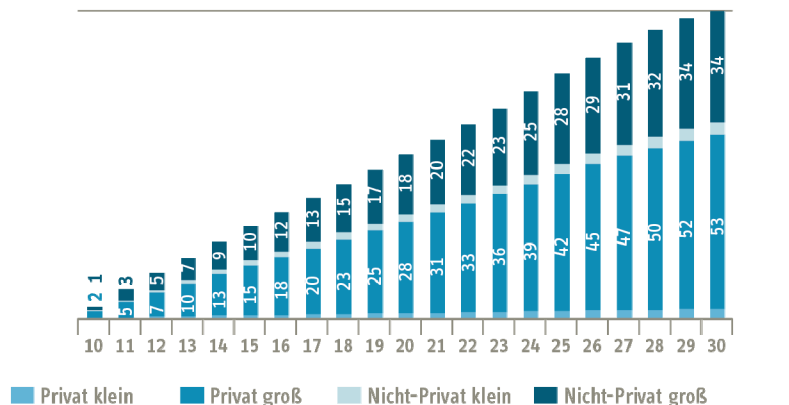


einen zusätzlichen Bedarf im Krankenhaus von 31 500 Pflegefachkräften und in Rehabilitationseinrichtungen von 1 500.

Schaubild 24

**Zusätzlicher Bedarf an Pflegefachkräfte im Basisszenario nach Trägerschaft (stationär, ohne Ersetzen der jährlichen Fluktuation)**

2009 bis 2030; in 1 000 VK

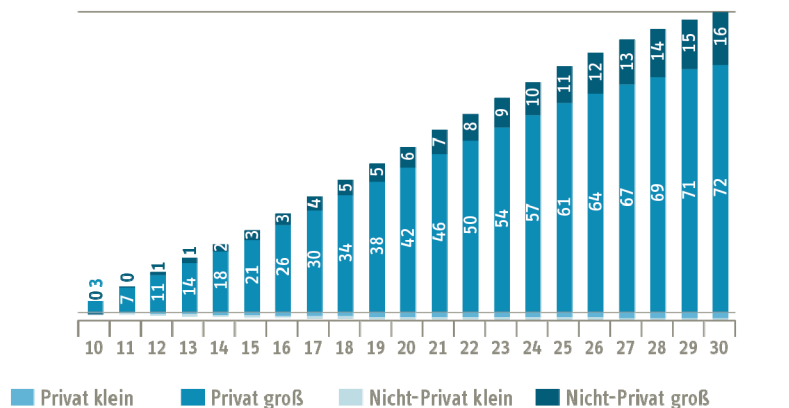


Quelle: RWI.

Schaubild 25

**Zusätzlicher Bedarf an Beschäftigten im Basisszenario nach Trägerschaft (ambulant, ohne Ersetzen der jährlichen Fluktuation)**

2009 bis 2030; in 1 000 VK

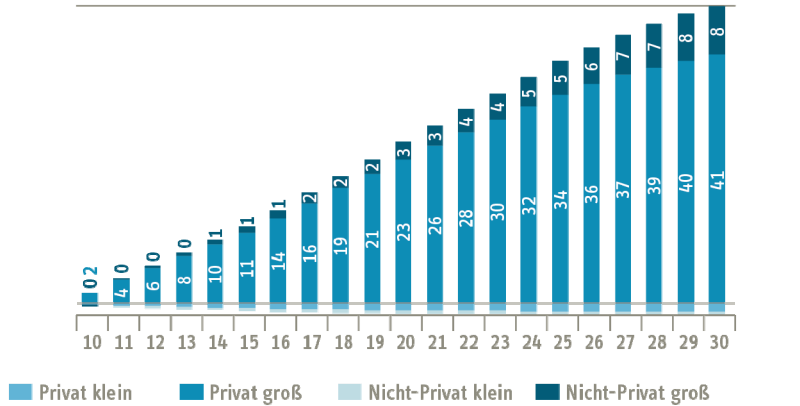


Quelle: RWI.

Schaubild 26

**Zusätzlicher Bedarf an Pflegefachkräfte im Basisszenario nach Trägerschaft (ambulant, ohne Ersetzen der jährlichen Fluktuation)**

2009 bis 2030; in 1 000 VK



Quelle: RWI.

Man muss derzeit davon ausgehen, dass nicht genügend Pflegefachkräfte zur Verfügung stehen werden, um diesen wachsenden Bedarf zu decken. Aufgrund dessen dürften das Lohnniveau von Fachkräften und infolgedessen die Preise von Pflegeleistungen steigen. Um die Pflege für Pflegebedürftige nicht übermäßig zu verteuern, sind daher Maßnahmen zur Reduktion des Fachkräftemangels einzuleiten, z.B. Erhöhung der Ausbildungsanstrengungen, Qualifizierungsmaßnahmen für Pflegehilfskräfte, Abbau von Bürokratie und Erleichterung der Einwanderung von qualifizierten ausländischen Arbeitskräften.

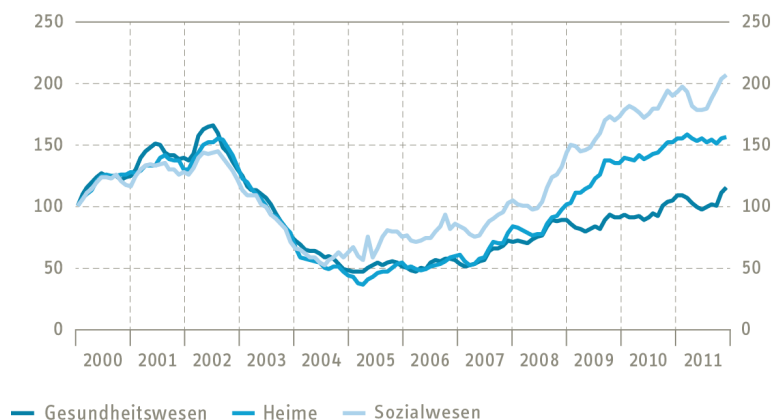
Bereits seit 2007 zeigt sich ein Anstieg bei der Zahl der gemeldeten offenen Stellen im Gesundheitswesen und insbesondere bei Heimen (Schaubild 27). Im März 2011 lag deren Zahl bei Heimen mit fast 10 000 mehr als doppelt so hoch wie im März 2007. In Ostdeutschland lag die Zahl der gemeldeten offenen Stellen im März 2011 sogar 2,5-mal höher als im März 2007. Vermutlich wird die Zahl offener Stellen sogar unterschätzt, weil nicht alle freien Stellen gemeldet werden bzw. bei mehr als einer freien Stelle in einem Heim nur eine gemeldet wird. In einigen Regionen scheint es immer schwieriger zu werden, qualifiziertes Personal zu finden. Pflegeheime reagieren auf diese Situation bereits. Seit 2005 beschäftigen sie deutlich



Schaubild 27

## Bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldete, offene Stellen

2000 bis 2011; 2000 = 100



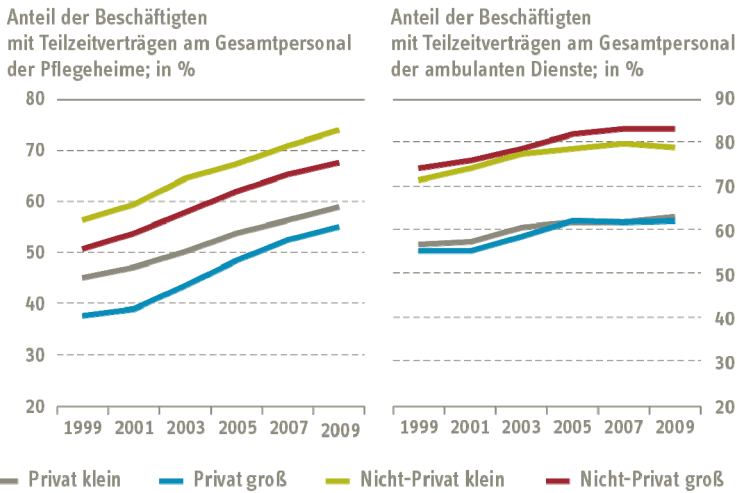
Quelle: Augurzky et al. (2011). – „Gesundheitswesen“: Krankenhäuser, Arztpraxen und sonstige Einrichtungen. „Heime“: alle Heime ausschließlich Erholungsheime; „Sozialwesen“: Betreuung älterer Menschen und Behinderter sowie sonstiges Sozialwesen.

mehr Auszubildende als in den Jahren davor. Große private Pflegeheime haben in der Zeit von 1999 bis 2009 die Zahl der Auszubildenden fast verdreifacht. Insgesamt kommen private Anbieter in der stationären Pflege damit auf einen Anteil von rund 28% an den knapp 35 000 Auszubildenden in 2009.

Seit 1999 ist die Zahl der Mitarbeiter mit Teilzeitverträgen im stationären Bereich jährlich mit ca. 3% konstant gestiegen. Bei ambulanten Pflegediensten kam es zu einem geringeren Anstieg von jährlich rund 1% bei den Teilzeitverträgen. Große private Heime hatten 2009 mit 55% die niedrigste Teilzeitquote während große nicht-private Heime bei rund 68% lagen. Insgesamt nähert sich der stationäre Sektor dem höheren Teilzeitniveau des ambulanten Sektors an (Schaubild 28).

Schaubild 28

**Teilzeitquoten für stationäre und ambulante Dienste nach Trägerschaft und Größe 1999 bis 2009, in %**

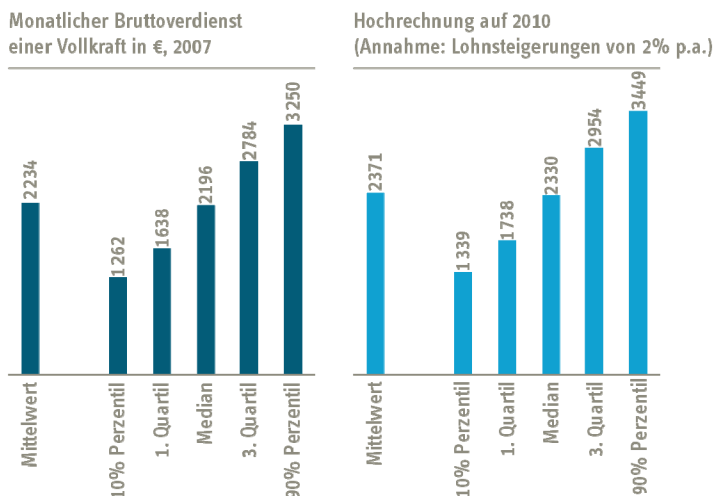


Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 1999-2009. Ohne Auszubildende, Mitarbeiter im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) und Zivildienstleistende.

Schaubild 29 zeigt den monatlichen Bruttoverdienst einer examinierten Pflegekraft im Jahr 2007 mit einer Hochrechnung auf 2010<sup>12</sup>. Das Durchschnittseinkommen lag 2007 bei 2 234 € und dürfte 2010 schätzungsweise bei 2 371 € gelegen haben. Es zeigt sich eine breite Streuung: die 10% der beschäftigten Vollzeitkräfte mit dem

<sup>12</sup> Dabei handelt es sich um Angaben zum sozialversicherungspflichtigen Monatsentgelt (Arbeitnehmerbrutto) in Euro inkl. Sonderzahlungen für vollzeitbeschäftigte Krankenschwestern und -pfleger im Sozialwesen. Zum Sozialwesen zählen Jugendwohnheime, Erziehungsheime, Altenwohnheime, Altenheime, Altenpflegeheime, Heime für werdende Mütter sowie Mütter oder Väter mit Kind, Einrichtungen zur Eingliederung und Pflege Behinderter, Wohnheime für Behinderte, sonstige Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime), Tagesstätten (ohne Kinderkrippen, Kindergärten, Kinderhorte und Jugendzentren), Kinderkrippen und anderweitig nicht genannte außerhäusliche Kinderbetreuung, Jugendzentren und Häuser der offenen Tür, Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstellen, sonstige soziale Beratungsstellen, ambulante soziale Dienste, Organisationen der freien Wohlfahrtspflege und Jugendhilfe, Unterstützungskassen, sonstiges Sozialwesen soweit anderweitig nicht genannt.

Schaubild 29  
**Einkommen für im Sozialwesen arbeitende Krankenschwestern und -pfleger**  
 2007 und 2010, in €



Quelle: RWI; Schwach anonymisiertes BA-Beschäftigtenpanel (Version 2007), Datenzugang mittels kontrollierter Datenfernverarbeitung beim Forschungsdatenzentrum der Bundesagentur für Arbeit im Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.

geringsten Einkommen verdienten 2007 bis zu 1 262 € (1 339 in 2010), während die 10% mit dem höchsten Einkommen bei über 3 250 € (3 449 in 2010) monatlich lagen. Das durchschnittliche Einkommen in Westdeutschland lag 2007 rund 18% höher als in Ostdeutschland einschließlich Berlin.

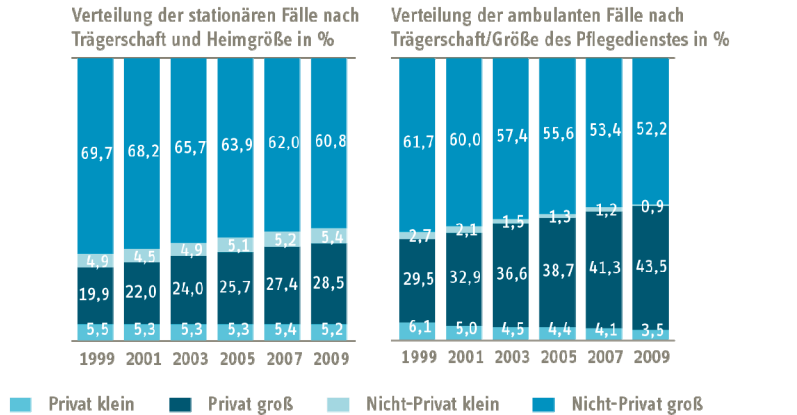
### 4.3. Pflegebedürftige

In den vergangenen Jahren haben im stationären Sektor die großen privaten Anbieter immer mehr Pflegebedürftige betreut. Ihr Anteil hat sich von 1999 bis 2009 um über 9 Prozentpunkte auf 28,5% erhöht (Schaubild 30). Der Anteil der großen nicht-privaten Anbieter ging dagegen um 9 Prozentpunkte zurück. Auch die großen privaten ambulanten Dienste konnten ihren Marktanteil bis 2009 auf fast 44% ausdehnen. Die großen nicht-privaten haben Anteile verloren, aber auch die kleinen Anbieter, die zusammen auf nur noch knapp 4,5% kommen.

Schaubild 30

## Verteilung ambulanter und stationärer Pflegebedürftiger nach Trägerschaft und Größe

1999 bis 2009, in %

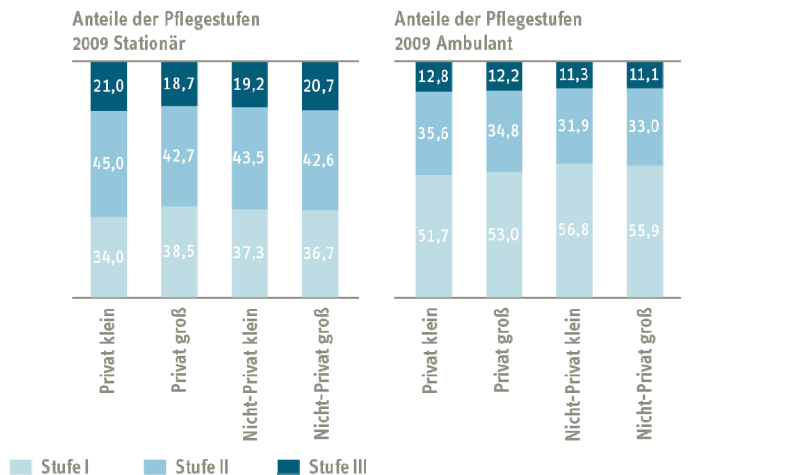


Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 1999-2009.

Schaubild 31

## Verteilung der Pflegestufen nach Trägerschaft und Größe

1999 bis 2009, in %



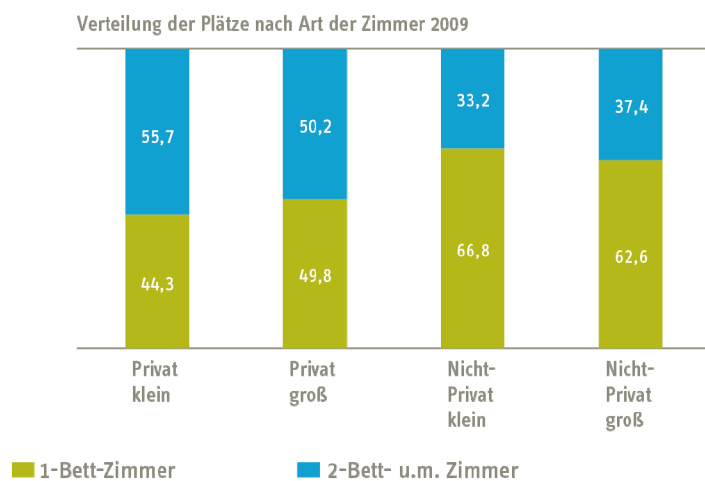
Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 1999-2009.

Betrachtet man die Verteilung der Pflegestufen nach Trägerschaft und Größe, so gibt es keine besonderen Unterschiede zwischen den Anbietern. Im stationären Sektor haben die großen privaten einen leicht höheren Anteil an Pflegebedürftigen der Stufe I und einen etwas geringeren Anteil an Stufe III. Umgekehrt ist es im ambulanten Bereich: Dort haben die großen nicht-privaten Dienste mehr Pflegebedürftige in Stufe I und weniger in Stufe III (Schaubild 31).

Schaubild 32

### Anteil der Plätze in 1-Bett Zimmern nach Trägerschaft und Größe

2009, in %

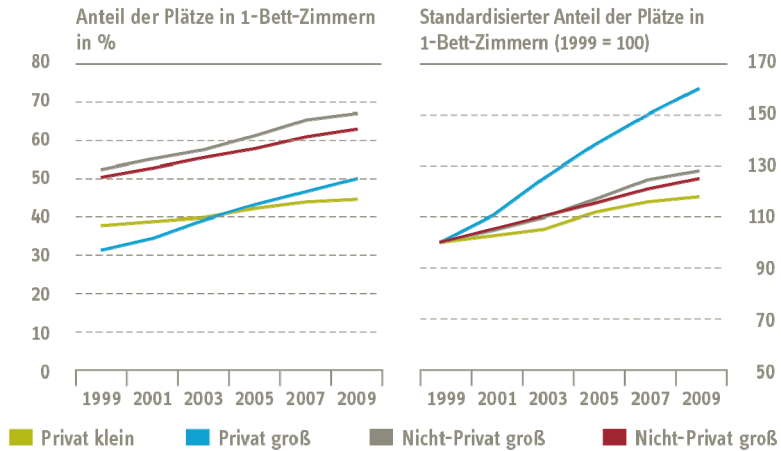


Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 2009.

Im Vergleich zu den nicht-privaten Anbietern haben die Heime in privater Trägerschaft einen geringeren Anteil von Plätzen in 1-Bett Zimmern. Während die großen privaten bei knapp 50% liegen, haben die großen nicht-privaten Pflegeheime ca. 63% Plätze in 1-Bett Zimmern (Schaubild 32). Allerdings haben insbesondere die großen privaten Heime in den letzten Jahren ihre Platzzahlen in 1-Bett Zimmern ausgeweitet (Schaubild 33). Unklar ist, ob bei einer Modernisierung von Räumen und der damit in einigen Fällen verbundenen Umwidmung von 2-Bett- in 1-Bett Zimmer auch immer eine entsprechende Umwidmung in den Versorgungsverträgen erfolgt. Schreibt man die vergangene Entwicklung fort, ist von einer weiteren Annäherung der 1-Bett-Zimmerquoten in den kommenden Jahren auszugehen (Schaubild 34).

Schaubild 33

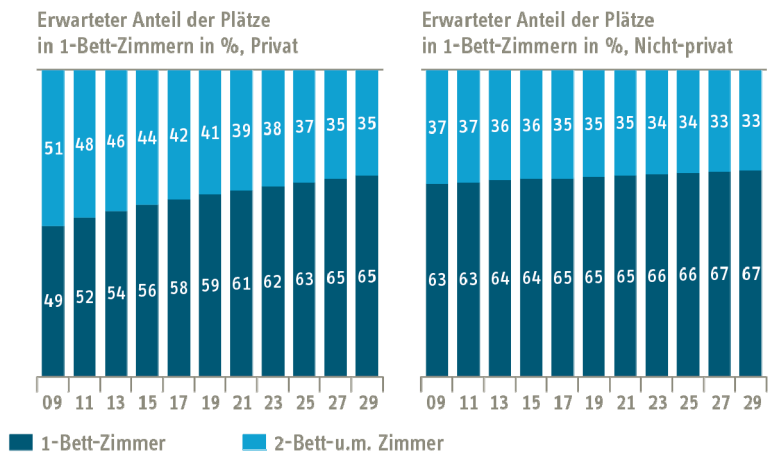
## Zahl der Plätze in 1-Bett Zimmern nach Trägerschaft und Größe 1999-2009



Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 1999-2009.

Schaubild 34

## Fortschreibung des Anteils der Plätze in 1-Bett Zimmern nach Trägerschaft und Größe 2009-2030, in%



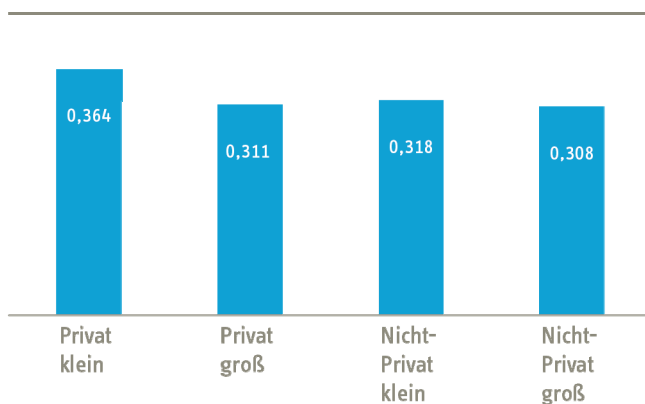
Quelle: RWI.

In Bezug auf den Personaleinsatz je Pflegebedürftigen (Betreuungsrelation) gibt es praktisch keine Unterschiede zwischen den großen Pflegeheimen. Kleinere private Heime setzen mehr Pflegekräfte<sup>13</sup> ein wie kleine nicht-private Heime (Schaubild 35). Private Heime haben dabei sogar leicht mehr Betreuungskräfte §87b SGB XI als nicht-private (Schaubild 36). Diese Betreuungskräfte sollen die Betreuungs- und Lebensqualität von Heimbewohnern verbessern, die infolge demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, psychischer Erkrankungen oder geistiger Behinderungen dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind und deshalb einen hohen allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf haben.

Schaubild 35

### Stationäre Pflegekraftquote nach Trägerschaft und Größe

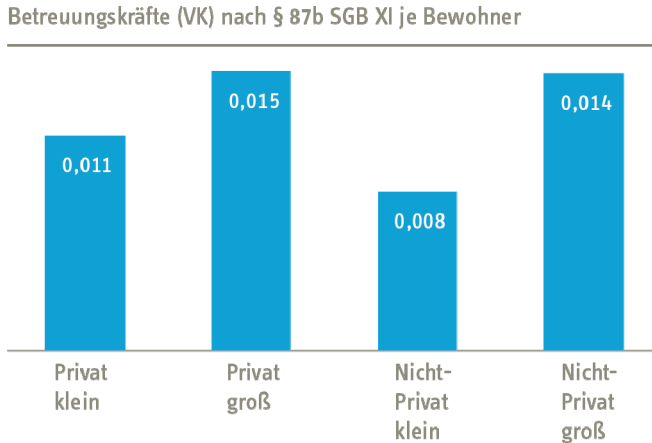
2009, VK je Bewohner



Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 2009.

<sup>13</sup> Pflegekräfte umfassen die Pflegefachkräfte und die Pflegehilfskräfte, also Beschäftigte mit einem Abschluss als Altenpflege-, Heilerziehungspflege- oder Krankenpflegehelfer sowie Familienpfleger und Dorfhelfer mit staatlichem Abschluss und sonstige pflegerischen Berufe.

Schaubild 36  
**Betreuungskräfte nach §87b SGB XI**  
2009, VK je Bewohner



Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 2009.

Im ambulanten Sektor haben die privaten Anbieter unabhängig von der Größe eine höhere Betreuungsrelation bei den Pflegekräften (Schaubild 37). Allerdings liegt im ambulanten Bereich bei den nicht-privaten die Zahl der Beschäftigten mit Teilzeitverträgen deutlich höher (vgl. Abschnitt 4.2). Bei der Approximation der Vollkräfte<sup>14</sup> kann es daher zu einer Unterschätzung bei den nicht-privaten kommen. Insofern können die beobachteten großen Unterschiede auch mit der Umrechnung in Vollzeitäquivalente zusammen hängen.

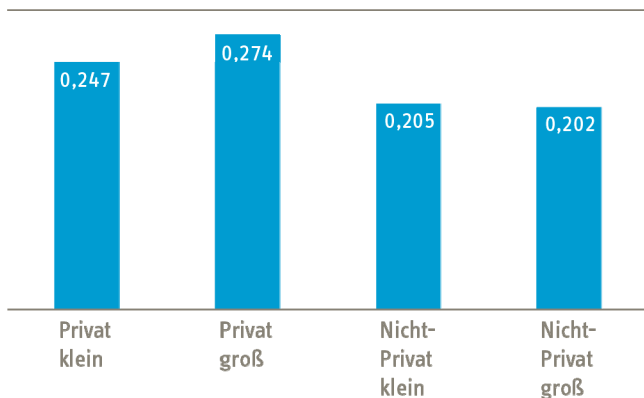
<sup>14</sup> Die VK werden nach den „Faktoren zur Berechnung von geschätzten Vollzeitäquivalenten“ des Statistischen Bundesamts berechnet. Die Pflegestatistik unterscheidet bei den Mitarbeitern in „Vollzeitbeschäftigte, mehr als 50% Stelle, weniger als 50% Stelle und weniger als 400 € pro Monat“. Bei der Berechnung der Vollkräfte wird die erste Gruppe mit 100%, die zweite mit 75%, die dritte mit 45% und die letzte mit 25% einer Vollzeitstelle bewertet.



Schaubild 37

## Ambulante Pflegekraftquote nach Trägerschaft und Größe

2009, VK je Bewohner

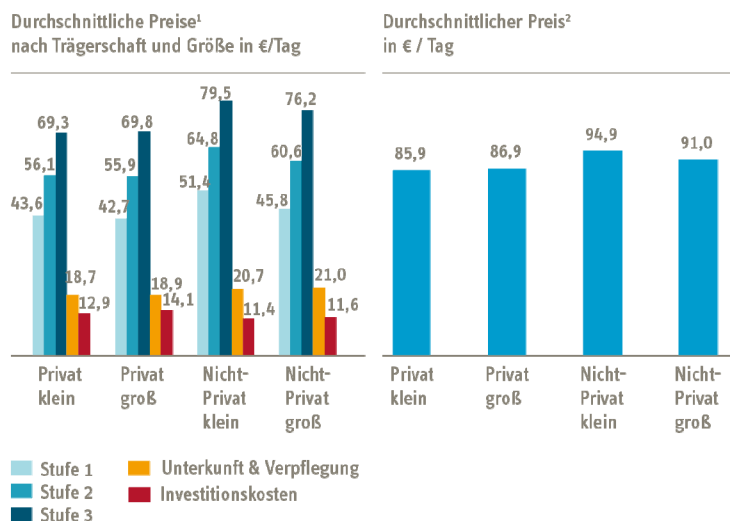


Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 2009.

Schaubild 38

## Durchschnittlicher Preis nach Trägerschaft und Größe

2009; in €/Tag



Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 2009 und PAULA (2009). – <sup>1</sup>Angaben wurden mit Platzzahlen gewichtet. – <sup>2</sup>Angenom-

# Faktenbuch Pflege

mene Verteilung nach Pflegestufen I zu II zu III = 36,8% : 42,7% : 20,5% inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten.

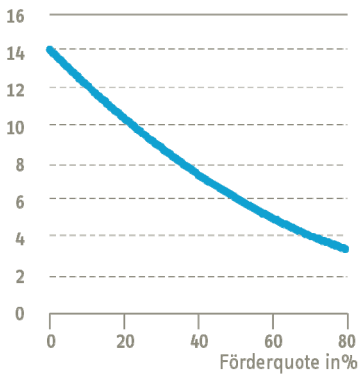
## 4.4. Preise und Qualität

Heime in privater Trägerschaft weisen ein deutlich niedrigeres Preisniveau auf als solche in nicht-privater Trägerschaft (Schaubild 38). Sie sind in allen Preiskomponenten bis auf die Investitionskosten (IK) um 6% bis 15% günstiger. Dagegen fallen die IK der privaten Heime deutlich höher aus, was auf ihre geringere öffentliche Förderung zurückzuführen ist (Schaubild 39). In der Summe liegt damit das Preisniveau der großen privaten um 5% niedriger als das der großen nicht-privaten. Das Preisniveau der kleinen privaten liegt um 10% niedriger als das der kleinen nicht-privaten Heime. Hätten die nicht-privaten Heime in der Vergangenheit genauso wenige öffentliche Fördermittel erhalten wie private und lägen dann ihre IK ähnlich hoch, würde der Preisunterschied bei den großen Heimen sogar 8% und bei den kleinen Heimen 12% betragen.

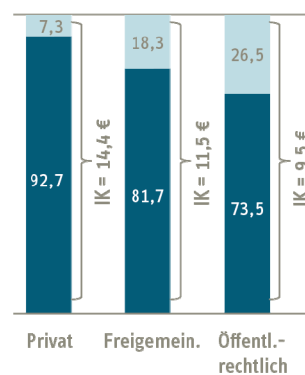
Schaubild 39

### Förderquote und Sonderposten im Anlagevermögen nach Trägerschaft 2009;

Anteil Sonderposten am Anlagevermögen (inkl. kapitalisierte Miete) versus IK in € pro Tag, 2009



Gefördertes und nicht-gefördertes Anlagevermögen (inkl. kapitalisierte Miete) in %, 2009



■ Sonderposten  
■ Eigenfinanziertes Anlagevermögen

Quelle: HCB / RWI; - Repräsentatives Heim mit Kapitalisierung der Miete durch einen Zinssatz in Höhe von 6,5%.

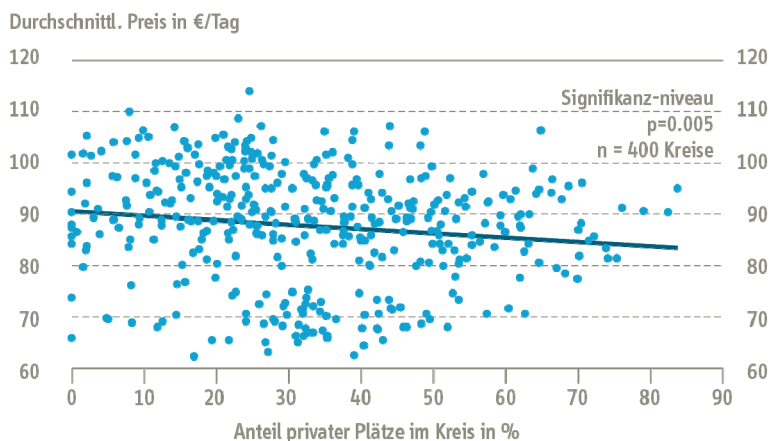
Ein hoher Anteil an privaten Heimen in einer Region führt außerdem zu einem geringeren Preisniveau der nicht-privaten Heime in der Region (Schaubild 40):

Steigt der Anteil der privaten Plätze in einem Kreis um 10%, so sinkt der Durchschnittspreis (inkl. UV und IK) der nicht-privaten Anbieter im Kreis um 0,85 €. Damit zeigt sich ein gewisser Preiswettbewerb zugunsten des Pflegebedürftigen.

Schaubild 40

### Preiswettbewerb durch private Anbieter

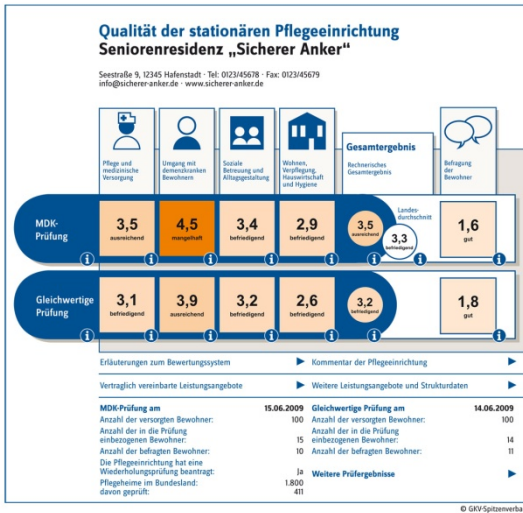
2009; in €/Tag



Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 2009, PAULA (2009).

Bei den vergleichsweise großen Preisunterschieden zwischen Pflegeheimen stellt sich die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Qualität und Preisniveau. Dazu greifen wir auf die Daten der Transparenzvereinbarungen, d.h. auf die veröffentlichten Pflegenoten zurück. Bis zum 23.9.2010 lagen Berichte von etwa 5 000 stationären Einrichtungen vor, die mit den Preisen kombiniert werden konnten. Die Qualitätsbeurteilung fußt auf insgesamt 82 Kriterien, die jeweils einzeln benotet werden (GKV-Spitzenverband 2008). Die Kriterien werden vier Kategorien zugeordnet: (i) Pflege und medizinische Versorgung, (ii) Umgang mit demenzkranken Bewohnern, (iii) soziale Betreuung und Alltagsgestaltung und (iv) Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene. Aus der Benotung der 82 Einzelkriterien ergibt sich eine durchschnittliche Benotung der vier Kategorien, die wiederum zu einer Gesamtnote für das Pflegeheim zusammengefasst werden. Daneben gibt es eine Befragung der Bewohner zur Zufriedenheit mit dem Pflegeheim, deren Ergebnis allerdings nicht in die Gesamtnote einfließt. Schaubild 41 stellt ein Beispiel dar.

Schaubild 41  
Beispielhafte Qualitätsbenotung



Quelle: RWI; GKV Spitzenverband (<http://www.pflegenoten.de/Home.gkvnet> [Zugriff am 09.05.2011])

Die Pflegenoten sind vor allem durch drei Unzulänglichkeiten in die öffentliche Kritik geraten (Hasseler und Wolf-Ostermann 2010). Erstens beschränkt sich ein Großteil der Fragen auf die Dokumentation der Pflege sowie auf Serviceleistungen, während die Ergebnisqualität nur durch zwei Fragen abgedeckt wird. Zweitens ist die „Gesamtnote“, die neben den Einzelnoten veröffentlicht wird, ein ungewichtetes Mittel aller Einzelnoten. Demnach können für die Gesamtnote schlechte Noten in einem Teilbereich durch gute in einem anderen Teilbereich ausgeglichen werden. „K.O.-Kriterien“, durch die ein Pflegeheim bei Nichterfüllung keine gute Note mehr erreichen kann, gibt es nicht. Drittens ist die Bezeichnung „Note“ irreführend, da die Skalierung der Pflegenoten wenig mit den bekannten Schulnoten gemein hat und zum Beispiel eine 3,0 nicht gleichbedeutend mit einer „befriedigenden“ Leistung ist.

Der GKV-Spitzenverband empfiehlt daher besonders die Beachtung folgender Einzelkriterien (jeweils mit der Nummer im Transparenzbericht in Klammern):

- Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt? (Nr. 7),
- Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung? (Nr. 15),

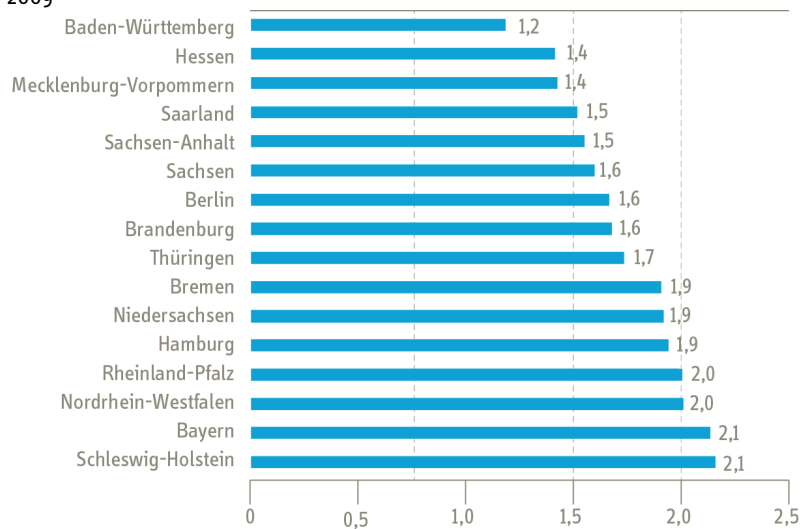
- Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung? (Nr. 18),
- Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? (Nr. 20),
- Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt? (Nr. 23) und
- Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt? (Nr. 26).

Für unsere Analysen nutzen wir sowohl die Gesamtnoten als auch diese Einzeldikatoren. Zunächst fällt auf, dass die durchschnittlichen Pflegenoten zwischen den Bundesländern erheblich streuen. (Schaubild 42). Dies kann entweder mit einer sehr länderspezifischen Benotungspraxis zusammenhängen oder tatsächliche absolute Qualitätsunterschiede widerspiegeln. Da der Grund unklar ist und die Pflegenoten noch relativ neu und zum Teil umstritten sind, bereinigen wir alle folgenden Auswertungen um Bundeslandeffekte.

Schaubild 42

### Gesamtnote nach Bundesländern

2009



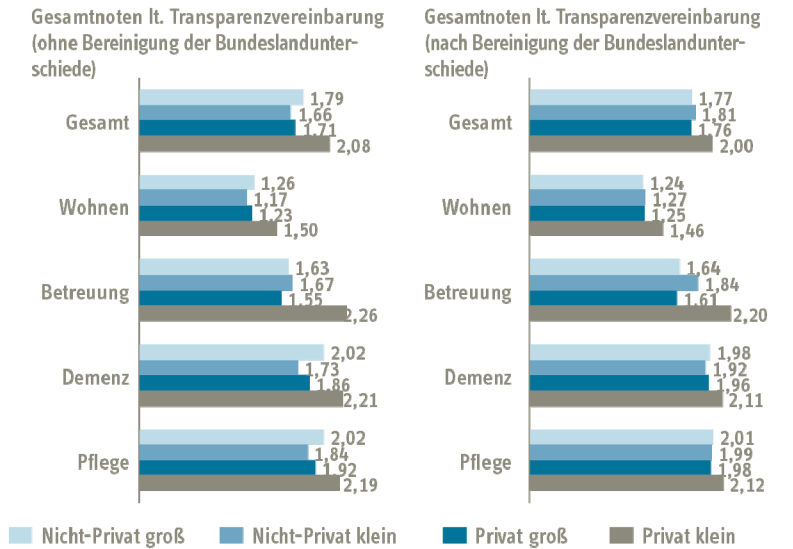
Quelle: Augurzky et al. 2011.

Ein Vergleich der Noten nach Trägerschaft und Größe zeigt auf den ersten Blick, dass große private und große nicht-private Einrichtungen ähnlich gut abschneiden und beide wiederum besser als kleine private Heime (Schaubild 43). Rechnet man

Schaubild 43

## Gesamtnote und Unternoten nach Trägerschaft und Größe

2009

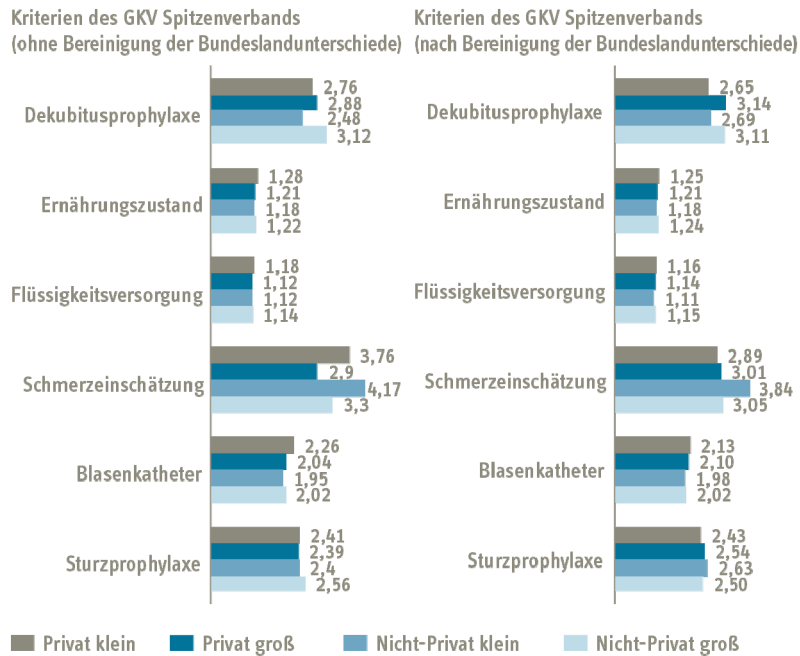


Quelle: RWI; *Pflegetransparenzberichte und PAULA (2009)*.

allerdings Bundeslandspezifika heraus, verringern sich die Unterschiede zu den kleinen nicht-privaten Heimen. Bei den vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagenen sechs Einzelkriterien gibt es nach Bereinigung um Bundeslandspezifika keine Unterschiede zwischen privaten und nicht-privaten Einrichtungen; kleine nicht-private schneiden hier bei der Schmerzeinschätzung leicht schlechter ab (Schaubild 44). Hier zeigt sich, dass private Heime mindestens ebenso gut sind wie nicht-private.

Schaubild 44

## Noten der Kriterien des GKV-Spitzenverbands nach Trägerschaft und Größe 2009



Quelle: RWI; Pflegetransparenzberichte und PAULA (2009).

## 5. Fazit

In den nächsten Jahren ist weiter mit einer stark wachsenden Nachfrage nach professioneller Pflege zu rechnen. Damit steigt auch der Bedarf an ambulanten Diensten und Pflegeplätzen bzw. an Kapital und Personal. Vor dem Hintergrund des Mangels an öffentlichem Kapital ist zwingend auch die Gewinnung von privatem Kapital für den Ausbau der Pflegeangebote notwendig. Dazu müssen in erster Linie **bestehende Wettbewerbsverzerrungen**, wie eine trägerspezifische Vergabe von Fördermitteln, **konsequent beseitigt** und eine **angemessene Verzinsung** des eingesetzten Kapitals in den Pflegeentgelten **möglich sein**. Tatsächlich profitieren Pflegebedürftige durch das gemeinsame Angebot von privaten und nicht-privaten Anbietern von einem guten Preis-Leistungsverhältnis und einem breiteren, qualitativ hochwertigeren Angebot. Hierdurch werden auch Wartelisten bzw. Wartezeiten, wie früher häufig üblich, vermieden.

Darüber hinaus ist mit einem Personalengpass zu rechnen, dem rechtzeitig entgegen gewirkt werden muss. Zwar müssen **die Attraktivität des Pflegeberufs wachsen** und **die Ausbildungsaktivitäten zunehmen**. Eine **stärkere Lohnspreizung** könnte Pflegekräften Anreize bieten, im Beruf zu bleiben oder ihn erst aufzunehmen. Auch **die Einführung einer Ausbildungsumlage** unter Beteiligung der Kommunen, des MDK und der Pflegekassen dürfte die Ausbildungsaktivitäten erhöhen. Andere Branchen werden diesbezüglich aber nachziehen und ebenfalls ihre Attraktivität ausbauen. Daher müssen noch zusätzliche Maßnahmen ergriffen werden, um genügend bezahlbare Leistungen für die künftigen Pflegebedürftigen bereit stellen zu können.

Erstens sollten **Pflegefachkräfte effizienter eingesetzt** werden können. Dazu gehören z.B. eine **bundesweite Vereinheitlichung der Weiterqualifikation** von Pflegehilfs- zu Pflegefachkräften, **die bundesweite Anerkennung der Heil(erziehungs)pflegerkräfte** und **die Delegation von „leichter“ Behandlungspflege** an Pflegehilfskräfte. Auch ein **konsequenter Bürokratieabbau** würde die Effizienz erhöhen. Darunter fallen **die Vereinheitlichung der Länder-Heimgesetze**, **die Bündelung von Kontrollinstanzen** (Heimaufsicht und MDK), **die Flexibilisierung der Fachkraftpflegeschlüssel**, **die Reduktion und Vereinheitlichung von Dokumentationsanforderungen**. Der Fokus in der Dokumentation sollte auf die Ergebnisqualität beim Pflegebedürftigen gelegt werden und nicht auf die Dokumentation von Prozessen. Nicht zuletzt könnten **die Pflegesatzverhandlungen entfallen**. Durch die hohe Eigenbeteiligung des Pflegebedürftigen an den Pflegekosten ist die Nachfrage nach Pflegeleistungen preissensitiv. Eine weitgehende Preisregulierung ist deshalb nicht erforderlich. Es würde genügen, wenn der Gesetzgeber eine grobe Rahmenplanung und Mindestnormen zur Pflege vorgibt und übermäßige Preiserhöhungen nach Ab-



schluss eines Pflegevertrags unterbindet – ähnlich wie dies im Mietmarkt der Fall ist.

Zweitens würde eine **gezielte Zuwanderung von Pflegefachkräften** aus EU- und Nicht-EU-Ländern zu einer Entlastung führen. Dazu sollte die **Anerkennung von ausländischen Bildungs- und Berufsabschlüssen** vereinfacht werden und die Anerkennung als Fachkraft schon bei berufsbegleitenden Sprachkursen erfolgen. Daneben könnten die Pflegeanbieter bei der Suche nach ausländischen Fachkräften von staatlicher Seite (z.B. durch die Arbeitsagenturen und die Einrichtung eines „Pflegeportals“ im Internet) unterstützt werden. Die **Umschulung und Weiterqualifikation geeigneter Arbeitsloser** könnte schließlich durch Zahlung des Schulgelds und eine Förderung im dritten Umschulungsjahr unterstützt werden.

## 6. Glossar

Agglomerationsraum	Region mit großstädtischen Zentren und hoher Bevölkerungsdichte, zum Beispiel Ruhrgebiet, Rhein-Main-Region
EBITDAR- Marge	EBITDA-Marge zzgl. Mietaufwand (im Verhältnis zu den Erlösen)
Gewinn- und Verlustrechnung	Aufstellung der Aufwendungen und Erträge eines Unternehmens für einen bestimmten Zeitraum, normalerweise für ein Wirtschaftsjahr.
IK	Investitionskostenanteil
Kapitalumschlag	Erlöse dividiert durch Bilanzsumme
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen
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
Sachkosten	Materialaufwand (Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe, bezogene Waren und Dienstleistungen)
Sonderpostenquote	Sonderposten dividiert durch Bilanzsumme
UV	Entgelt für Unterkunft und Verpflegung
VK	Voll(zeit)kräfte (Vollzeitäquivalente)

## Literatur

Augurzky, B., S. Krolop, R. Mennicken, H. Schmidt, H. Schmitz und St. Terkatz (2007), Pflegeheim Rating Report 2007 – Wachstum und Restrukturierung, RWI Materialien 39. Essen.

Augurzky B., L. Borchert, R. Deppisch, S. Krolop, R. Mennicken, M. Preuss, H. Rothgang, M. Stocker-Müller und J. Wasem (2008), Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen – Ein Bundeslandvergleich, RWI Materialien 44. Essen.

Augurzky, B., S. Krolop, R. Mennicken, A. R. Reichert, H. Schmidt, H. Schmitz und St. Terkatz (2009), Pflegeheim Rating Report 2009 - Konsolidierung voraus!. RWI Materialien 54. Essen.

Augurzky, B., S. Krolop, R. Mennicken, H. Schmidt, H. Schmitz und S. Terkatz (2011a), Pflegeheim Rating Report 2011 – Boom ohne Arbeitskräfte? RWI Materialien 68. Essen.

Augurzky, B., S. Krolop, R. Gülker, Ch.M. Schmidt, H. Schmidt, H. Schmitz und St. Terkatz (2011b) Krankenhaus Rating Report 2011 – Die fetten Jahre sind vorbei. RWI Materialien 67. Essen.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002), Alten- und Behinderteneinrichtungen nach §1 Heimgesetz, Mai 2002, Bonn.

FDZ der Länder - Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und Länder (2009), Nutzung von Mikrodaten der Pflegestatistiken 1999-2009, Projektnummer 1559-2010.

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2008), Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der

stationären Pflege – Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) – vom 17. Dezember 2008.

Häcker, J. and T. Hackmann (2010), LOS(T) in Long-term care: empirical evidence from German data 2000-2009. University of Freiburg, unpublished manuscript.

Hasseler, M. und K. Wolf-Ostermann (2010). Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich. Abschlussbericht. HAW Hamburg and ASH Berlin.

**Pflege Angebot und Leistungsanbieter (PAULA)** (2009), Daten des BKK-Bundesverbandes.

Schmucker, A und S. Seth (2009), BA-Beschäftigtenpanel 1998-2007 Codebuch. (FDZ Datenreport, 01/2009), Nürnberg.

Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Bestand an gemeldeten Arbeitsstellen nach ausgewählten Wirtschaftszweigen, Zeitreihe ab Januar 2000, Datenstand: März 2011.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010), Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland und die Länder, Variante 1-W1 (Untergrenze der „mittleren“ Bevölkerung).

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (20011a), Gesundheit: Ausgaben 1995 bis 2009, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (20011b), Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.