



Projektbericht

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Faktenbuch Pflege 2016

**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

Prof. Dr. Reinhard F. Hüttl (Vorsitzender);

Manfred Breuer; Prof. Dr. Claudia Buch; Reinhold Schulte (Stellv. Vorsitzende)

Hans Jürgen Kerkhoff; Dr. Thomas A. Lange; Dr.-Ing. Herbert Lütkestratkötter;

Hans Martz; Andreas Meyer-Lauber; Dr. Stefan Profit; Hermann Rappen; Prof.

Regina T. Riphahn, Ph.D.; Dr. Michael H. Wappelhorst; Josef Zipfel

Forschungsbeirat

Prof. Regina T. Riphahn, Ph.D. (Vorsitzende);

Prof. Dr. Stefan Felder (Stellv. Vorsitzender)

Prof. Dr. Monika Büttler; Prof. Dr. Lars P. Feld; Prof. Dr. Alexia Fürnkranz-

Prskawetz; Prof. Timo Goeschl, Ph.D.; Prof. Timothy W. Guinnane, Ph.D.; Prof. Dr.

Kai Konrad; Prof. Dr. Wolfgang Leininger; Prof. Dr. Nadine Riedel; Prof. Dr. Kerstin

Schneider; Prof. Dr. Conny Wunsch

Ehrenmitglieder des RWI

Heinrich Frommknecht; Dr. Eberhard Heinke; 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 2016

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Faktenbuch Pflege 2016

Forschungsprojekt im Auftrag des Arbeitgeberverbandes Pflege

Januar 2016

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Faktenbuch Pflege 2016

**Forschungsprojekt im Auftrag des
Arbeitgeberverbandes Pflege**

Januar 2016

Projektbericht

Projektteam:

Prof. Dr. Augurzky und Dr. Dörte Heger

Wir danken Corinna Hentschker und Dr. Magdalena Stroka für wertvolle Unterstützung, Kommentare und Anregungen bei der Erstellung der Studie sowie Julica Bracht, Vanessa Kuske und Claudia Lohkamp für die organisatorische Hilfe.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Executive Summary	4
1. Einleitung	7
2. Der Pflegemarkt.....	7
2.1. Datengrundlage.....	7
2.2. Marktübersicht.....	9
2.2.1 Status quo.....	9
2.2.2 Ausblick	13
3. Besonderheiten der privaten Anbieter.....	16
3.1. Gewinnorientierung und die Pflege älterer Menschen.....	16
3.2. Leichtere Rahmenbedingungen für nicht-private Anbieter	21
4. Bedeutung der privaten Anbieter	22
4.1. Angebot	22
4.2. Personal	29
4.3. Pflegebedürftige	35
4.4. Preise	38
5. Fazit.....	41
6. Glossar	43
Literatur	43

Verzeichnis der Tabellen und Schaubilder

Tabelle 1	Zahl der Heime nach Art der Pflege	8
Schaubild 1	Marktvolumen nach Gesundheitssegmenten	9
Schaubild 2	Zahl und Verteilung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Art der Pflege	10
Schaubild 3	Zahl der Pflegebedürftigen nach Art der Pflege	11
Schaubild 4	Verteilung der Pflegefälle nach Pflegestufen.....	12
Schaubild 5	Zahl der Einrichtungen und Plätze	13
Schaubild 6	Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt	15
Schaubild 7	Marktvolumen der stationären und ambulanten Pflege.....	15
Schaubild 8	Bilanz und GuV eines beispielhaften privaten Pflegeheims	18
Schaubild 9	Soll-EBITDAR-Marge nach Trägerschaft.....	19
Schaubild 10	Investitionsfähigkeit nach Trägerschaft	20
Schaubild 11	Zahl der Heime und ambulanter Dienste nach Trägerschaft und Größe	22

Schaubild 12	Verteilung der Heime und ambulanter Dienste nach Trägerschaft.....	23
Schaubild 13	Zahl der stationären Plätze und ambulanten Fälle	24
Schaubild 14	Verteilung der stationären Plätze nach Trägerschaft	24
Schaubild 15	Verteilung stationärer Plätze und ambulanter Pflegebedürftiger nach Ländlichkeit.....	26
Schaubild 16	Kumuliertes Investitionsvolumen ¹ nach Trägerschaft.....	27
Schaubild 17	Kumuliertes Neuinvestitionsvolumen nach Trägerschaft.....	27
Schaubild 18	Fortschreibung des kumulierten Investitionsvolumen ¹ bis 2030	28
Schaubild 19	Erwarteter Marktanteil in der stationären Pflege.....	28
Schaubild 20	Geschaffene Arbeitsplätze in der stationären Pflege nach Trägerschaft.....	29
Schaubild 21	Geschaffene Arbeitsplätze in der ambulanten Pflege nach Trägerschaft.....	30
Schaubild 22	Zusätzlich erwarteter Bedarf an Pflegefachkräften und Beschäftigten insgesamt (ambulant und stationär, ohne Ersetzen der jährlichen Fluktuation).....	31
Schaubild 23	Zusätzlich erwarteter Bedarf an Beschäftigten im Basisszenario nach Trägerschaft (stationär, ohne Ersetzen der jährlichen Fluktuation).....	32
Schaubild 24	Zusätzlich erwarteter Bedarf an Pflegefachkräften im Basisszenario nach Trägerschaft (stationär, ohne Ersetzen der jährlichen Fluktuation).....	32
Schaubild 25	Zusätzlich erwarteter Bedarf an Beschäftigten im Basisszenario nach Trägerschaft (ambulant, ohne Ersetzen der jährlichen Fluktuation).....	33
Schaubild 26	Zusätzlich erwarteter Bedarf an Pflegefachkräften im Basisszenario nach Trägerschaft (ambulant, ohne Ersetzen der jährlichen Fluktuation).....	33
Schaubild 27	Bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldete, offene Stellen	34
Schaubild 28	Verteilung ambulanter und stationärer Pflegebedürftiger nach Trägerschaft	35
Schaubild 29	Anteil der Plätze in 1-Bett Zimmern nach Trägerschaft.....	36
Schaubild 30	Zahl der Plätze in 1-Bett Zimmern nach Trägerschaft.....	36
Schaubild 31	Fortschreibung des Anteils der Plätze in 1-Bett Zimmern nach Trägerschaft.....	37
Schaubild 32	Stationäre Personalquoten nach Trägerschaft	37
Schaubild 33	Ambulante Personalquoten nach Trägerschaft	38
Schaubild 34	Durchschnittlicher Preis nach Trägerschaft und Ost/West.....	39
Schaubild 35	Anteil Sonderposten am Anlagevermögen versus IK.....	39
Schaubild 36	Förderquote nach Trägerschaft	40
Schaubild 37	Zusammenhang Preisniveau und Anteil privater Anbieter.....	41

Vorwort

Im Jahr 2013 umfasste die Gesundheitswirtschaft in Deutschland ein Volumen von 315 Mrd. €, darunter die ambulante und stationäre Pflege 40 Mrd. € bzw. fast 13%. 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. 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 2015 (Augurzky et al. 2015) werden dafür allein für Pflegeheime Investitionen in der Größenordnung von 58 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 2016** arbeitet die Bedeutung der privaten Anbieter in der ambulanten und stationären Pflege heraus und kann diesen Befürchtungen mit empirischen Auswertungen entgegen treten. Es handelt sich dabei bereits um das zweite Faktenbuch. Ein Vergleich über die Zeit verdeutlicht die wachsende Bedeutung privater Anbieter im Pflegemarkt.

Essen, 15. Januar 2016

Prof. Dr. Boris Augurzky, Dr. Dörte Heger

Executive Summary

2013 waren insgesamt 2,6 Mill. Menschen pflegebedürftig. Davon wurden 764 000 vollstationär und 616 000 durch ambulante Dienste versorgt, 1,25 Mill. erhielten Pflegegeld und wurden meist von ihren Angehörigen gepflegt. Das Marktvolumen der ambulanten und stationären Pflegedienste betrug zusammen rund 40 Mrd. €. Gegenüber anderen Teilbereichen des Gesundheitsmarkts ist der Pflegemarkt am stärksten gewachsen: 1997 betrug der Anteil der Pflege 9,3% des gesamten Gesundheitsmarkts, 2013 bereits 12,7%. Aufgrund der Alterung der Gesellschaft ist bis 2030 insgesamt mit 3,4 bis 3,5 Mill. Pflegebedürftigen zu rechnen.

Im stationären Bereich befanden sich 2013 schon 41% der Pflegeheime in privater Trägerschaft, im ambulanten Bereich waren es sogar 64% der ambulanten Dienste. Private Anbieter versorgten 36% der stationär und fast 50% der durch ambulante Dienste betreuten Pflegebedürftigen. Damit erbringen private Einrichtungen bereits einen großen Teil der Pflegeleistungen in Deutschland. Zwischen 1999 und 2013 haben sie 175 000 neue stationäre Pflegeplätze geschaffen (nicht-private 82 000). Private Pflegeheimanbieter haben dabei mehr als 15 Mrd. € in neue Plätze investiert und damit privates Kapital für die Pflege bereitgestellt. Nicht-private Anbieter investierten rund 6 Mrd. € zur Errichtung neuer Plätze. Davon dürfte ein großer Anteil in Form von öffentlichen Fördermitteln bereitgestellt worden sein. 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 2013 wurden 235 000 neue Arbeitsplätze in Pflegeheimen und ambulanten Diensten geschaffen, davon 117 000 für Pflegefachkräfte. Allein von privaten Anbietern wurden dabei rund 164 000 Arbeitsplätze geschaffen, darunter 73 000 für Pflegefachkräfte. Bei unveränderten Rahmenbedingungen ist bis 2020 von einem Mehrbedarf an Personal im Bereich der Altenpflege von 115 000 Vollkräften auszugehen, darunter 54 000 Pflegefachkräfte. Bis 2030 erwarten wir einen Mehrbedarf von rund 273 000 Vollkräften in der Altenpflege, darunter etwa 123 000 Pflegefachkräfte. Hinzu kommen Mitarbeiter, die aufgrund von Fluktuation ersetzt werden müssen. Bei einem „Mitarberschwund“ von 2% jährlich müssten bis 2020 insgesamt rund 106 000 Vollstellen ersetzt werden. Dies wird den bereits heute deutlich spürbaren Mangel an Fachkräften weiter erhöhen. Im Juli 2015 lag die Zahl der gemeldeten offenen Stellen bei Heimen mit etwa 14 000 schon 3-mal so hoch wie noch im Juli 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 freigemeinnütziger 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 19% ihrer Gesamterlöse für Kapitalkosten erwirtschaften, um kostendeckend arbeiten zu können. Bei freigemeinnützigen genügen 17%, bei öffentlich-rechtlichen 15%.

Dennoch setzen private Heime – bei gleicher Pflegebedürftigkeit der Bewohner – pro Bewohner fast gleich viele Pflegekräfte ein wie nicht-private. Trotz nahezu gleichem Personaleinsatz bieten private Heime ihre Leistungen im Durchschnitt um 4% 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% günstiger. Dadurch liegen bei einem hohen Anteil privater Anbieter in einem Kreis die Preise 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 bereitstellen 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 Länderheimgesetze 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 2013 schon 41% der Pflegeheime in privater Trägerschaft, im ambulanten Bereich sogar über 64%.

Das vorliegende Faktenbuch Pflege 2016 soll den Bereich der Pflege aus privater Hand näher beleuchten. Verschiedentlich wird kritisiert, dass die Gewinnerzielungsabsicht privater Anbieter zu Lasten der Pflegebedürftigen 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. 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 Einrichtungen¹ 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 fand im Dezember 2013 statt. Die Erhebungsmerkmale umfassen für die Pflegeeinrichtungen:

¹ *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).“*

Tabelle 1
Zahl der Heime nach Art der Pflege
 2013

	Vollstationär	Teilstationär
Ältere Menschen	10 433	1 795
Behind. Menschen	265	^a
Psych. Kranke	303	23
Schwerkranke und Sterbende	211	^a
Gesamt	11 212	1 818

Quelle: Augurzky et al. 2015. – ^ain vollstationär berücksichtigt.

- Art der Pflegeeinrichtung und deren Trägerschaft,
- Anzahl und Art der Pflegeplätze,
- Zahl der beschäftigten Personen nach Geschlecht, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich sowie Qualifikation,
- Zahl der betreuten Pflegebedürftigen² 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 vollstationärer (Dauer- und Kurzzeitpflege) sowie teilstationärer (Tages-/Nachtpflege) Pflege (Tabelle 1). Insgesamt liegen für 2013 Daten von 13 030 Pflegeheimen vor. Circa 84% aller Heime bieten vollstationäre Leistungen an³.

² Erfasst werden hier nur Pflegebedürftige nach SGB XI. 2013 wurden zum ersten Mal auch Personen ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nachrichtlich erfasst. Vollständig selbst zahlende Heimbewohner werden nicht mit einbezogen.

³ Sofern nicht anders vermerkt, beziehen sich alle nachfolgenden Analysen auf die 11 212 Pflegeheime, die vollstationäre Leistungen anbieten. Aus Geheimhaltungsgründen sind in dieser Zahl auch teilstationäre Heime für behinderte Menschen sowie Schwerkranke und Sterbende enthalten.

2.2. Marktübersicht

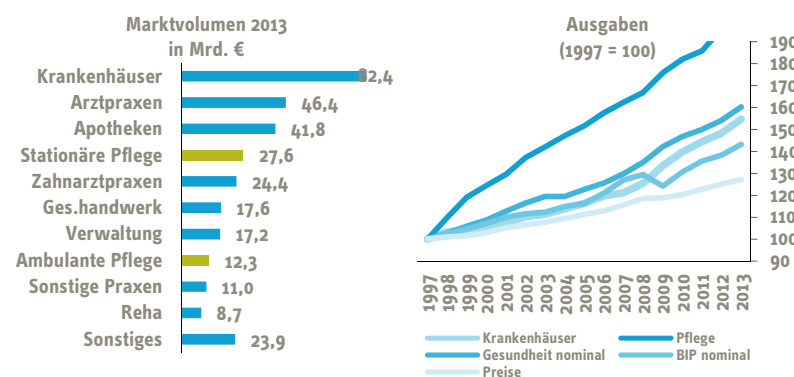
2.2.1 Status quo

Der deutsche Gesundheitsmarkt erreichte im Jahr 2013 ein Volumen von rund 315 Mrd. € und damit 12 Mrd. € bzw. 4,0% mehr als 2012. Es handelt sich um das größte Wachstum seit 2009. Somit machten die Gesundheitsausgaben 2013 11,2% des BIP aus – nach 11,0% im Vorjahr. Insgesamt entfielen rund 40 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. Über die Zeit ist eine kontinuierliche Zunahme des Anteils des Pflegemarkts an den gesamten Gesundheitsausgaben ist zu erkennen: 1997 betrug er 9,3%, 2013 schon 12,7%.

Schaubild 1

Marktvolumen nach Gesundheitssegmenten

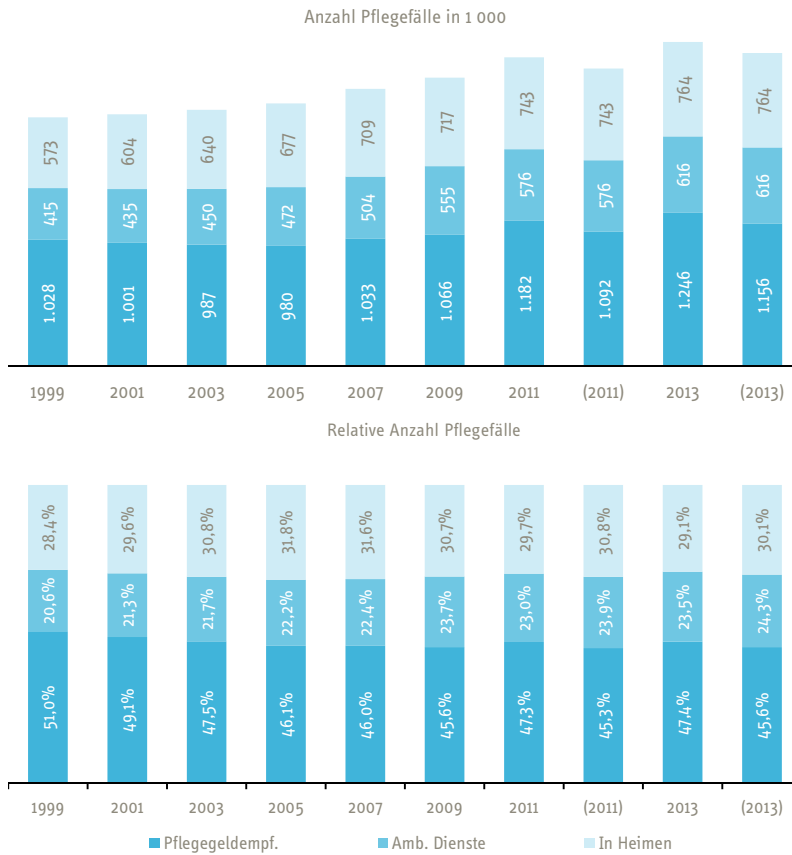
2013



Quelle: Augurzky et al. (2015). – Gesamtkosten ohne Kosten fürs Ausland; Ausgaben für stationäre Pflege in 2013 sind um den Anteil der Investitionskosten (13,83%) bereinigt.

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

Schaubild 2
Zahl und Verteilung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Art der Pflege
 1999 bis 2013



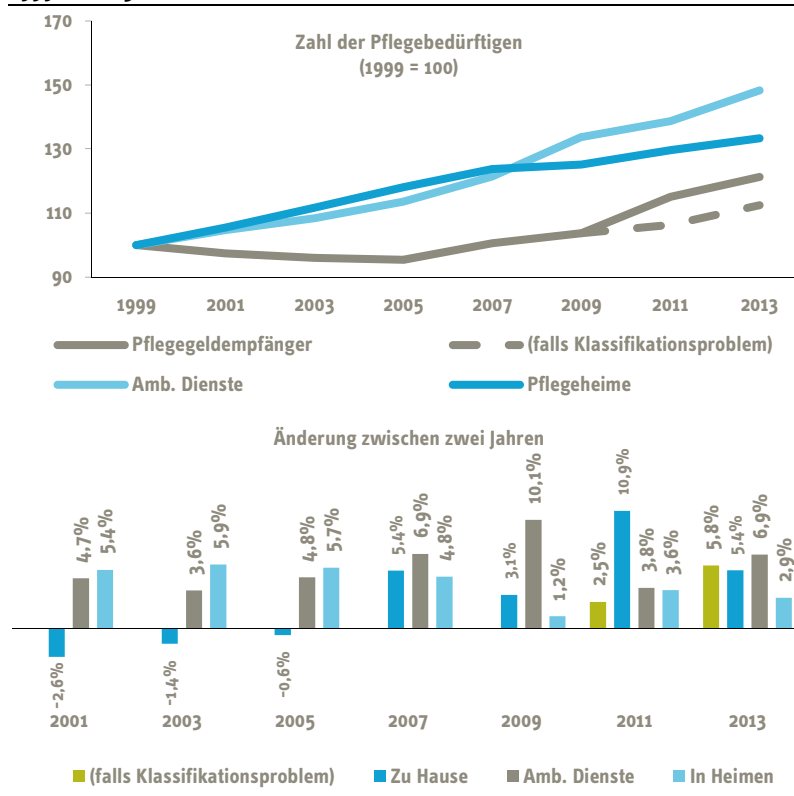
Quelle: Augurzky et al. (2015).

Für Ende 2013 wurden 2,63 Mill. Menschen von der Statistik als pflegebedürftig ausgewiesen, 125 000 bzw. 5% mehr als Ende 2011 und 30% mehr als 1999. Allerdings könnte dieser Wert überhöht sein. Aufgrund einer Erfassungsänderung bei den Pflegegeldempfängern kann die Zahl der Pflegegeldempfänger ab 2011 um bis zu 90 000 zu hoch ausgefallen sein. In diesem Fall wären 2013 immerhin noch 2,54 Mill. Menschen pflegebedürftig. Die Verteilung der Pflegebedürftigen nach Art der Pflege blieb zwischen

Faktenbuch Pflege

2011 und 2013 nahezu konstant. Geht man nicht von einer Überschätzung der Pflegegeldempfänger aus, dann wurden 29,1% der Pflegebedürftigen in stationären Heimen und 23,5% von ambulanten Diensten versorgt. 47,4% der Pflegebedürftigen erhielten Pflegegeld. Im Vergleich zu 1999 sank damit der Anteil der Pflegegeldempfänger, während die Pflege durch ambulante Dienste und Heime ihre Marktanteile ausbauen konnten (Schaubild 2). Seit 1999 hat insbesondere die Versorgung durch ambulante Dienste an Bedeutung gewonnen: Zuletzt lag das Wachstum in der ambulanten Versorgung bei knapp 7% (Schaubild 3).

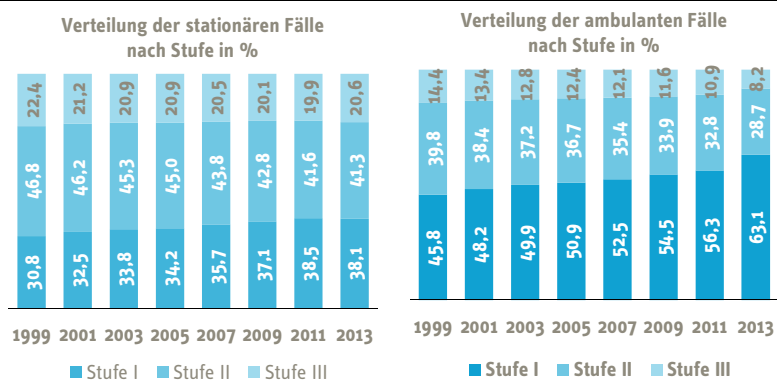
Schaubild 3
Zahl der Pflegebedürftigen nach Art der Pflege
 1999 bis 2013



Quelle: Augurzky et al. (2015).

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). Für ambulante Fälle hat sich dieser Trend zwischen 2011 und 2013 weiter bestätigt; für stationäre Fälle blieb der Anteil an leichten Fällen in diesem Zeitraum dagegen konstant. Ursache für die Zunahme leichterer Fälle 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).

Schaubild 4
Verteilung der Pflegefälle nach Pflegestufen
 1999 bis 2013; in %

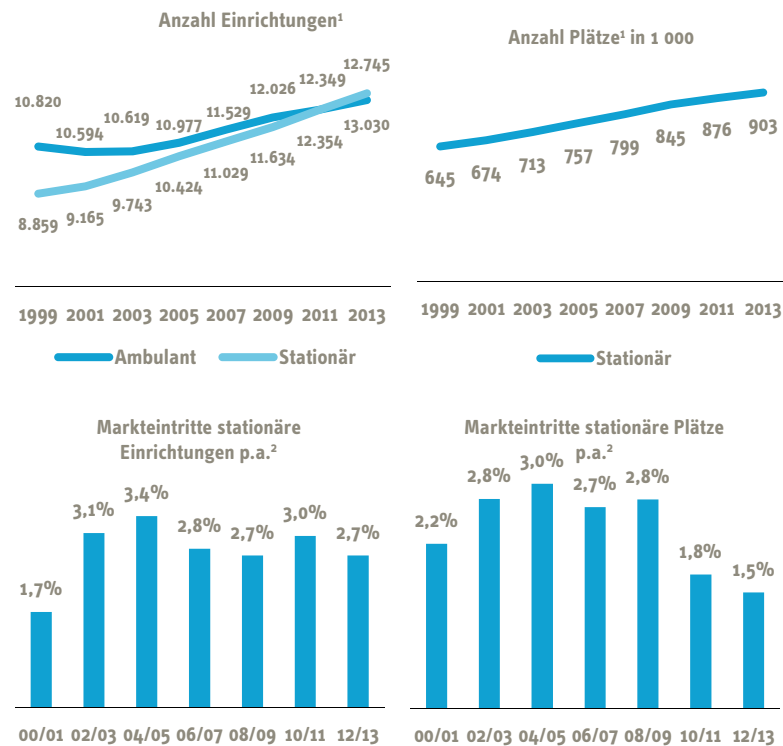


Quelle: Augurzky et al. (2015).

Mit der wachsenden Nachfrage nach Pflegeleistungen ist eine entsprechende Zunahme des Angebots zu verzeichnen. Die Anzahl der Pflegeheime stieg zwischen 1999 und 2013 um 47% von 8 859 auf 13 030 (Schaubild 5). Dabei erhöhte sich die Zahl der verfügbaren Plätze von rund 645 000 auf 903 000. Im Durchschnitt waren damit jährlich 2,8% Markteintritte zu verzeichnen⁴. Zwischen 2011 und 2013 lag die Zahl der Markteintritte knapp darunter bei durchschnittlich 2,7% pro Jahr.

⁴ 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.

Schaubild 5
Zahl der Einrichtungen und Plätze
1999 bis 2013



Quelle: Augurzky et al. (2015). – ¹Alle Heime. – ²Interpolation auf die einzelnen Jahre.

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 Pflegegeldempfänger⁵) jeweils konstante Pflegequoten. Da die Pflegequoten auf regionaler

⁵ In den nachfolgenden Projektionen sind die Pflegegeldempfänger um die potenzielle Überschätzung von 90.000 Pflegebedürftigen reduziert.

Ebene variieren, differenzieren wir die Pflegequoten nicht nur nach Alter und Geschlecht, sondern auch nach Regionen.⁶ Eine noch feinere Differenzierung ist aus statistischen Gründen nicht sinnvoll und aus Datenschutzgründen nicht möglich. Die Prognosen beinhalten Pflegebedürftige der Stufen I bis III sowie Härtefälle und Personen ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.⁷

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 4% 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 (0,51% p.a.) und zwischen 2023 und 2030 zu weiteren 5,25% (0,77% 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 2015 (Augurzky et al. 2015).

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 2,64 Mill. 2013 bis 2030 um 33% auf 3,51 Mill. steigen (Schaubild 6). Bei Nachfragereduktion um 4% läge die Zahl 2030 bei 3,37 Mill. (28%). Weitere Ergebnisse, insbesondere detaillierte Projektionen nach Art der Pflege, finden sich in Augurzky et al. (2015).

Unter der Annahme, dass es zu keiner Preiserhöhung oberhalb der allgemeinen Preisinflation kommt und die Verteilung nach Pflegestufen konstant bleibt⁸, würde sich das Marktvolumen 2030 auf 56 Mrd. € (Schaubild 7) belaufen. Davon entfielen

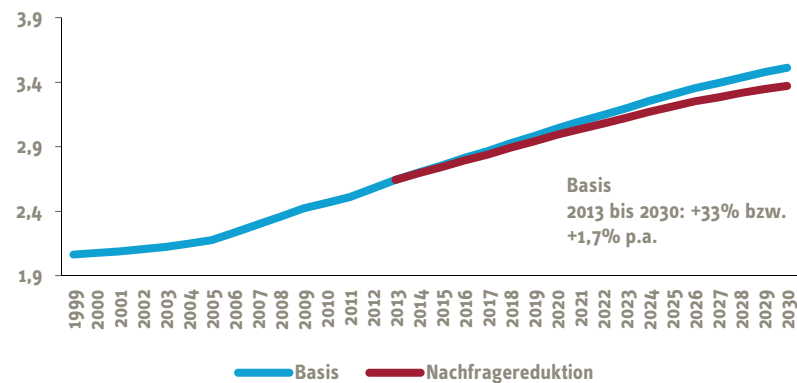
⁶ Folgende Regionen werden unterschieden: Baden-Württemberg und Bayern; Rheinland-Pfalz, Saarland und Hessen; Nordrhein-Westfalen; Niedersachsen, Bremen und Schleswig-Holstein; Hamburg; Berlin und die neuen Bundesländer.

⁷ Um einen Bruch in den Datenreihen zu vermeiden, wurde für Werte vor 2013 für jede Pflegeform ein konstanter Anteil an Personen ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz auf Basis des Jahres 2013 angenommen.

⁸ 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.

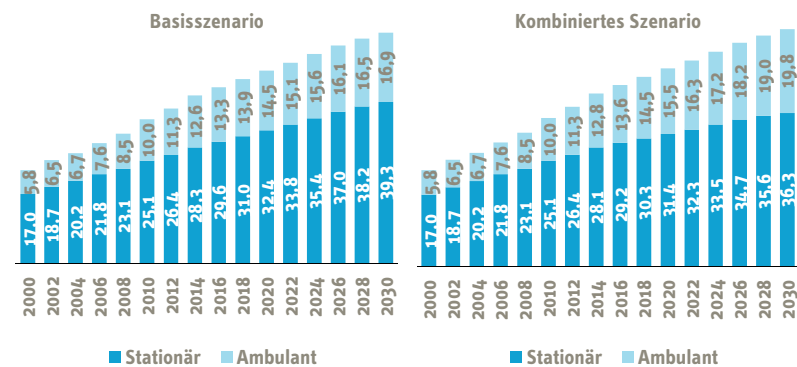
39,3 Mrd. € (70%) auf den stationären und 16,9 Mrd. € auf den ambulanten Bereich. Im kombinierten Szenario würde es insgesamt genauso hoch ausfallen, jedoch entfielen nur 36,3 Mrd. € (65%) auf den stationären, aber 19,8 Mrd. € auf den ambulanten Bereich.

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



Quelle: Augurzky et al. (2015).

Schaubild 7
Marktvolumen der stationären und ambulanten Pflege
 2000 bis 2030; in Mrd. € (in Preisen von 2015)



Quelle: Augurzky et al. (2015).

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 2013 betreuten die öffentlich-rechtlichen bzw. kommunalen Pflegeheime 5,8% aller Pflegefälle, die freigemeinnützigen 57,8% und die privaten 36,4%. Bei ambulanten Diensten entfielen 2013 nur 1,7% aller Pflegebedürftigen auf kommunale Dienste, 48,9% auf freigemeinnützige und 49,5% auf private (vgl. Abschnitt 4.1).

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. 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 EBITDAR⁹ 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 3,5%. Für (privates) Eigenkapital ist im Durchschnitt eine

⁹ Englisch: *Earnings before interest, taxes, depreciation and rent.*

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 7,5% 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. Eine angemessene Verzinsung des eingesetzten Kapitals ist daher notwendig, um überhaupt (privates) Eigenkapital zu bekommen. Für freigemeinnützige Pflegeheime setzen wir nur eine Eigenkapitalverzinsung von 3,0% und für öffentlich-rechtliche Pflegeheime nur 0,0%, 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.

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 (2015) werden diese Margen auch für andere Träger hergeleitet.

Wir setzen je Pflegeheimplatz eine Bilanzsumme von 88 000 € an. Darin enthalten ist auch die kapitalisierte Miete im Fall von angemieteten Immobilien.¹⁰ In diesem Beispiel ist es also unerheblich, ob die Immobilie gemietet oder in Eigenbesitz über Fremdkapital finanziert ist. Für Grundstücke und Bauten setzen wir eine jährliche Abschreibung von 2,8% an, für technische Anlagen und Maschinen sowie für Betriebs- und Geschäftsausstattung eine Abschreibung von 10,5%. Schaubild 8 gibt eine beispielhafte Übersicht für ein typisches privates Heim. Fördermittel, die sich in den Sonderposten niederschlagen, bleiben unverzinst. Befindet sich die genutzte Immobilie nicht in Eigenbesitz, fällt an der Stelle von Abschreibung und Kapitalverzinsung ein Mietzins an, den wir auf 7,5% des Immobilienwerts ansetzen.

¹⁰ Das Vorgehen zur Kapitalisierung der Miete wird in Augurzky et al. (2015) im Detail beschrieben.

Schaubild 8
Bilanz und GuV eines beispielhaften privaten Pflegeheims
 2013; Angaben in €/Fall

Aktiva	Anteil	€ / Fall	Zu AHK	Abschr.
Anlagevermögen	68,6%	18.100		
Immaterielles Anlageverm.	0,0%	0		
Sachanlagevermögen	64,8%	17.100	28.500	
Grundstücke und Bauten	54,5%	14.400	24.000	2,8%
Technische Anlagen und Maschinen	1,5%	400	667	10,5%
Betriebs- und Geschäftsausstattung	8,7%	2.300	3.833	10,5%
Finanzanlagen	3,8%	1.000		
Umlaufvermögen	30,3%	8.000		
Rest	1,1%	300		
Bilanzsumme	100,0%	26.400		
Kapitalisierte Miete		61.600		
		88.000		

GuV	€ / Fall
Umsatz	35.000 100,0%
Sonstige betriebl. Erlöse	2.100 6,0%
Sonstige betriebl. Aufw.	-3.500 -10,0%
Operative Kosten	27.008 77,2%
EBITDAR	6.592 18,8%
Miete	-4.620 -13,2%
EBITDA	1.972 5,6%
Abschreibungen insges.	-1.145 -3,3%
Abschreib.-geförderte Anl.	294 0,8%
Zinsen	-462 -1,3%
Jahresüberschuss v. St.	660 1,9%

Passiva	€ / Fall	Zins
Eigenkapital	33,3%	8.800 7,5%
Sonderposten	16,7%	4.400 0,0%
Fremdkapital (Rest)	50,0%	13.200 3,5%
Bilanzsumme	100,0%	26.400
Kapitalisierte Miete		61.600 7,5%

EBITDAR mit Fördermitteln / Umsatz	19,7%
EBITDAR ohne Fördermittel / Ges.erlöse	17,8%
EBITDAR mit Fördermitteln / Ges.erlöse	18,6%

Quelle: Augurky et al. (2015).

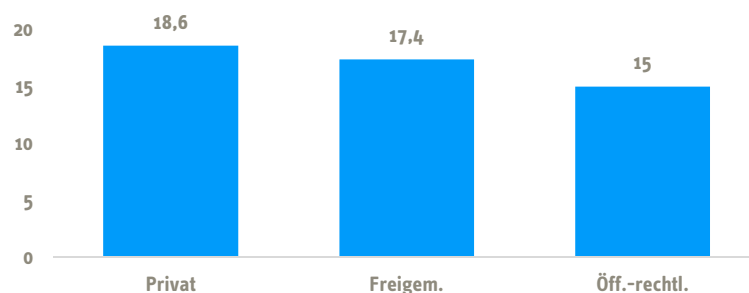
Bei einer Gesamtvergütung von durchschnittlich 94 € je Pflegetag ergibt sich ein Umsatz je Platz von annähernd 35 000 € jährlich. Der Kapitalumschlag (inkl. der kapitalisierten Miete) beträgt 0,42. Ausgehend von den zu erreichenden Zins- und Abschreibungssätzen muss der Jahresüberschuss vor Steuern 1,9% des Umsatzes betragen, um die Eigenkapitalkosten tragen zu können. Zinsen auf das Fremdkapital machen 1,3% des Umsatzes aus, Abschreibungen auf das Anlagevermögen ergeben 3,3%, davon 0,8% auf geförderte Anlagen. Die Mieten betragen 13,2%. In der Summe ist also ein EBITDAR von 18,8% des Umsatzes zu erreichen („Soll-EBITDAR-Marge“). Bezogen auf die Gesamterlöse, d.h. Umsatz zuzüglich der sonstigen betrieblichen Erlöse, beträgt die Soll-EBITDAR-Marge 18,6%. Liegt die tatsächliche Marge darüber, fällt eine höhere Verzinsung des Eigenkapitals (Jahresüberschuss) an, liegt sie darunter, 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. Die privaten Heime benötigen dagegen eine höhere EBITDAR-Marge um ihre Kapitalkosten zu decken.

Durch die Bereitstellung öffentlicher Fördermittel für den Bau eines Pflegeheims sinken die Kapitalkosten bei den begünstigten Unternehmen. Im Durchschnitt beträgt der Anteil der Fördermittel (Sonderposten) bei öffentlich-rechtlichen Einrichtungen 18% der Bilanzsumme, bei freigemeinnützigen 10% und bei privaten 5% (Augurzky et al. 2015). Durch den höheren Wert an Sonderposten und die geringere Eigenkapitalverzinsung kann die nötige Soll-EBITDAR-Marge jeweils sinken – wie in Schaubild 9 dargestellt. Diese selektive Objektförderung schlägt sich auch in niedrigeren Investitionskosten der nicht-privaten Heime nieder. Auf die Investitionskosten bezogen haben nicht-private Heime somit einen Preisvorteil.

Schaubild 9

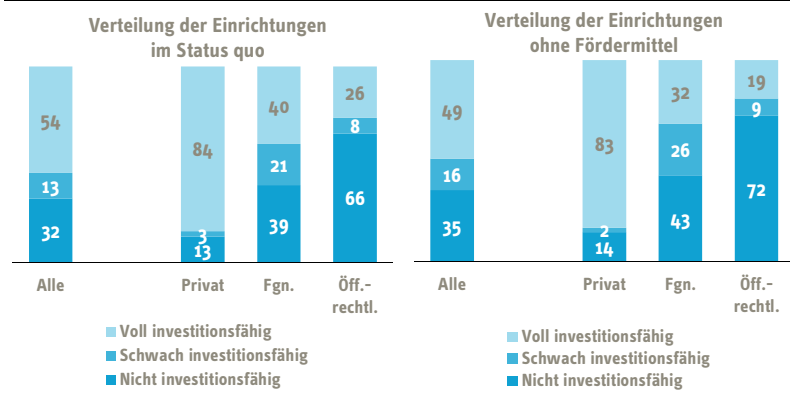
Soll-EBITDAR-Marge nach Trägerschaft

2013; Anteil EBITDAR mit Fördermittel an Gesamterlöse in %



Quelle: RWI; Augurzky et al. (2015).

Schaubild 10
Investitionsfähigkeit nach Trägerschaft
 2013; Anteile in %



Quelle: Augurzky et al (2015).

Die diskutierten Beispiele beziehen sich auf das jeweils typische Heim. Im Einzelfall weichen die Zusammensetzung der Aktiv- und Passivseite sowie der Umsatz jedoch davon ab. Für jeden vorliegenden Jahresabschluss wurde in Augurzky et al. (2015) daher eine individuelle Soll-EBITDAR-Marge definiert und untersucht, wie viele Heime, diese Marge überspringen. Ein Pflegeheim gilt dabei als „voll investitionsfähig“, wenn es seine individuelle Soll-EBITDAR-Marge erreicht, und als „schwach investitionsfähig“, wenn es nur die abgeschwächte Marge erzielt, die auf leicht niedrigeren Abschreibungsraten und Zinssätzen beruht. 2013 waren 54% der Heime voll investitionsfähig und 13% schwach investitionsfähig (Schaubild 10). Dagegen waren 32% nicht investitionsfähig. Trotz höherer Soll-Margen wiesen private und freigemeinnützige Einrichtungen eine höhere Investitionsfähigkeit auf als öffentlich-rechtliche, von denen nur 26% voll investitionsfähig waren. Bei den privaten waren 84% voll investitionsfähig, bei den freigemeinnützigen 40%. Mit dem Wegfall öffentlicher Fördermittel würde sich das Bild für die öffentlich-rechtlichen Heime weiter verschlechtern. Dann wären nur noch 20% voll investitionsfähig. Bei den freigemeinnützigen Heimen ergäbe sich eine leichte Verschlechterung, bei den privaten Heimen keine Änderung. Da sich mit dem Rückgang öffentlicher Fördermittel die Kapitalkosten privater und nicht-privater Heime angleichen werden, wird in Zukunft eine schlechtere Investitionsfähigkeit der nicht-privaten Heime erwartet.

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Kapitalkosten ist es also nicht verwunderlich, dass private Anbieter höhere Margen aufweisen müssen. Hätten sie dauer-

haft 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. Schränkt die Politik die Refinanzierungsmöglichkeiten von Eigenkapital zu stark ein, riskiert sie, dass sich private Anbieter aus dem Pflegemarkt zurückziehen und das Angebot an Pflegeeinrichtungen damit zurückgeht oder bestenfalls nicht mehr mit dem Bedarf wächst. 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. Ferner entlasten sie die Steuerzahler, weil sie weniger Subventionen oder steuerliche Begünstigungen erhalten. So gelten für nicht-private Heime, die als gemeinnützige Körperschaft organisiert sind beispielsweise gewisse steuerliche Vorteile wie die Befreiung von der Körperschaft- und Gewerbesteuer, Grundbesitz ist unter bestimmten Bedingungen grundsteuerfrei. Für viele Leistungen gilt der ermäßigte Mehrwertsteuersatz von 7 %. Die Heime können außerdem Spendenquittungen ausstellen und Schenkungen oder Vermächnisse sind von der Schenkungs- bzw. Erbschaftssteuer befreit.

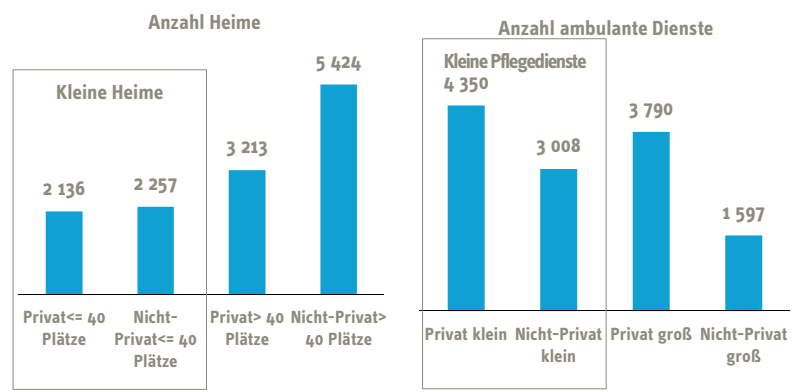
3.2. Leichtere Rahmenbedingungen für nicht-private Anbieter

Im Vergleich zu privaten Anbietern profitieren nicht-private Heime in einigen Punkten von ihrem gemeinnützigem Image. So fällt ihnen beispielsweise die Rekrutierung ehrenamtlicher Helfer durch die Ehrenamtspauschale für nebenberuflich ehrenamtlich Tätige leichter. Diese können Besuchsdienste übernehmen oder das Heimpersonal bei einfachen Tätigkeiten unterstützen. Zudem verbessert das Fehlen einer Gewinnerzielungsabsicht möglicherweise die Verhandlungsposition bei Pflegesatzverhandlungen gegenüber den Pflegekassen und Sozialversicherungsträgern. Dies kann sich positiv auf die Refinanzierbarkeit von Leistungen auswirken.

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. 40% aller stationären privaten Ein-

richtungen besitzen nur 40 Betten oder weniger, während dies bei freigemeinnützigen nur 29% sind. Auch bei den kleineren ambulanten Diensten (fünf Beschäftigte oder weniger) überwiegen die privaten Dienste deutlich (Schaubild 11). 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.

Schaubild 11
Zahl der Heime und ambulanter Dienste nach Trägerschaft und Größe
 2013



Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 2013. 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.

In der Vergangenheit fiel bei privaten Heimen im Allgemeinen und insbesondere bei kleinen privaten Heimen der Anteil an 1-Bett-Zimmern noch deutlich niedriger ausfiel als bei nicht-privaten Heimen (vgl. Augurzky et al. 2011). Damit ergibt sich für die privaten Heime ein deutlich höherer Umbau- und Investitionsbedarf, um die in den Landesheimgesetzen geregelten Vorgaben zum 1-Bett-Zimmer-Anteil zu erfüllen.

4. Bedeutung der privaten Anbieter

4.1. Angebot

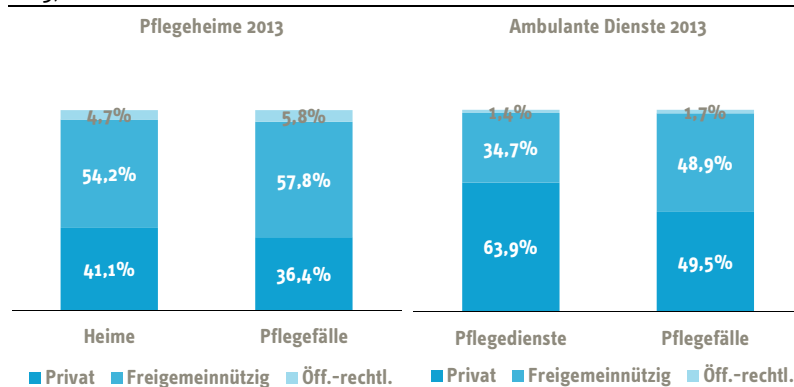
41% der Heime befinden sich in privater Trägerschaft, die 36% der Pflegebedürftigen stationär versorgen (Schaubild 12). Anders sieht die Lage in 2013 bei ambulanten

Diensten aus, die mehrheitlich in privater Hand sind (64%). Durch ihre vergleichsweise geringe Größe betreuen sie aber nur 50% aller ambulanten Pflegefälle.

Schaubild 12

Verteilung der Heime und ambulanter Dienste nach Trägerschaft

2013; in %

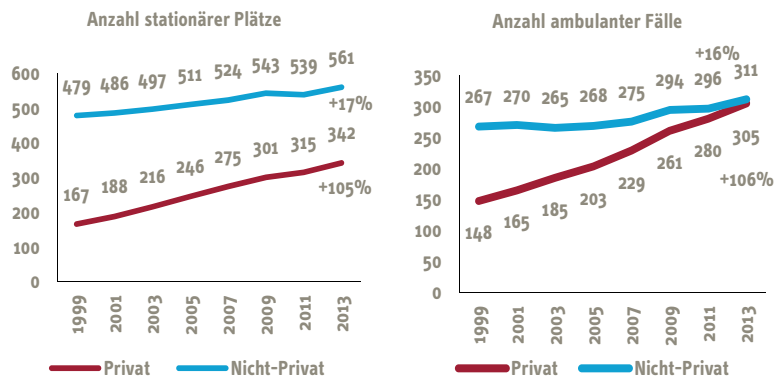


Quelle: Augurzky et al. 2015.

Seit 1999 hat sich das Angebot an stationären Pflegeplätzen stark ausgeweitet (Schaubild 13), besonders durch die beachtliche Zunahme von 175 000 Plätzen in Heimen privater Trägerschaft (+105%). Bei den ambulanten Diensten in privater Trägerschaft ist ein ebenso starkes Wachstum zu verzeichnen (+106%). Die Zahl der Plätze in nicht-privaten Einrichtungen wuchs indessen eher bescheiden um 17%. Die Zahl der betreuten Personen in nicht-privaten ambulanten Einrichtungen nahm um 16% zu.

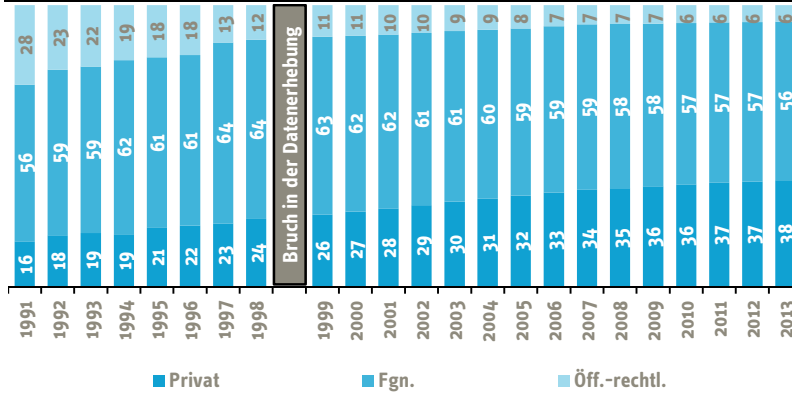
Entsprechend ist der Marktanteil privater Anbieter seit 1999 gestiegen (Schaubild 14). Aber schon seit 1991 konnten private Pflegeheime ihren Marktanteil stetig ausbauen. Gemessen am Anteil der Plätze lag er 1991 bei nur 16%, 1999 bereits bei 26% und 2013 bei 38%. Auf regionaler Ebene variiert die Verteilung der Trägerschaft allerdings erheblich (Karte 1). Es gibt Regionen mit weniger als 23% Plätze in privaten Heimen und solche mit über 55%. 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. Der Anteil privater Heime in ländlichen Regionen ist dabei ähnlich hoch wie bei nicht privaten Heimen (Schaubild 15).

Schaubild 13
Zahl der stationären Plätze und ambulanten Fälle
 1999 bis 2013; nach Trägerschaft; in 1 000



Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 1999-2013.

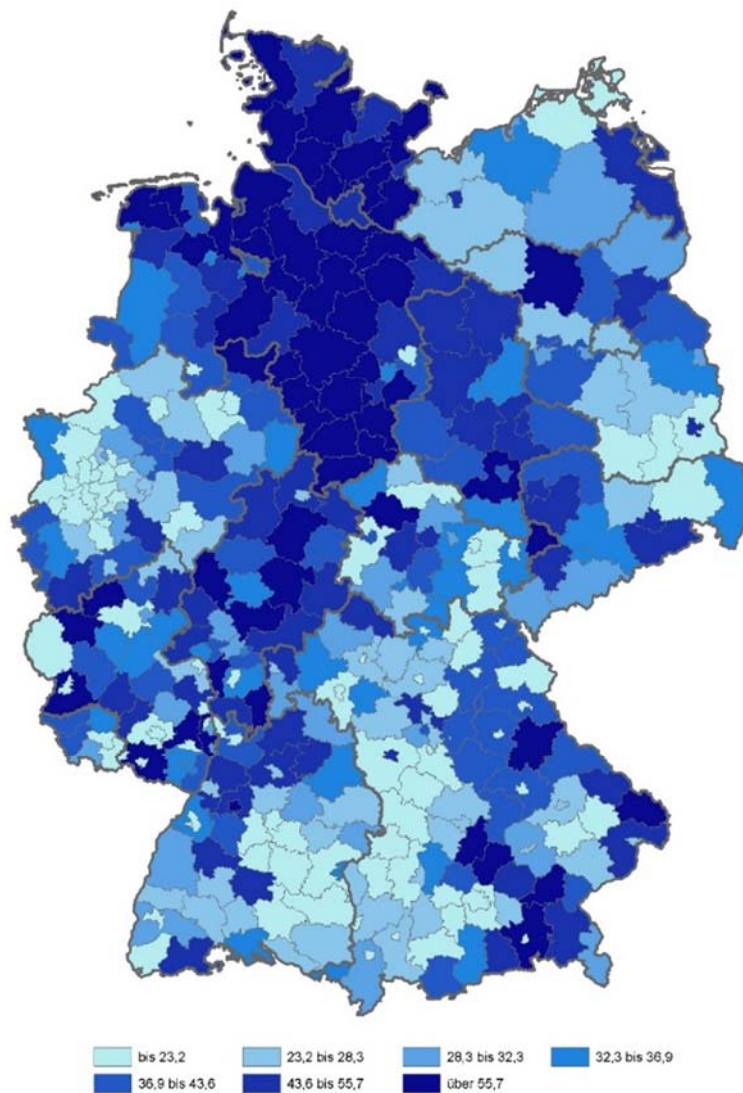
Schaubild 14
Verteilung der stationären Plätze nach Trägerschaft
 1991 bis 2013; in %



Quelle: Augurzky et al. (2015).

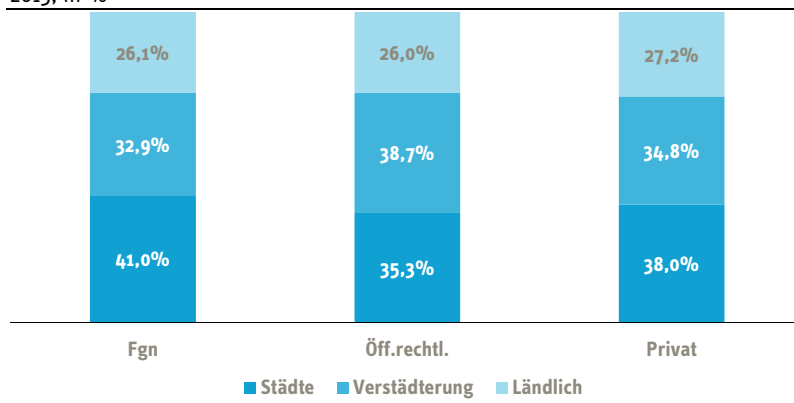
Karte 1

Anteil der Plätze in privater Trägerschaft an allen stationären Plätzen
2013; in %



Quelle: Augurzky et al. 2015.

Schaubild 15
Verteilung stationärer Plätze und ambulanter Pflegebedürftiger nach Ländlichkeit
 2013; in %



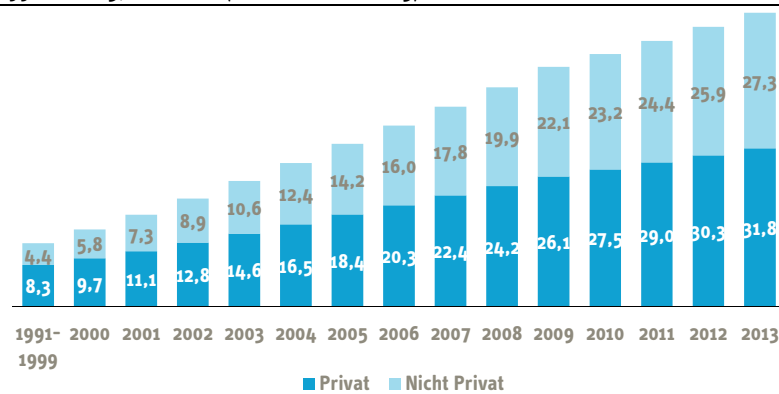
Quelle: Augurzky et al. (2015). – Städte: Regionen, in denen mind. 50% der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten lebt und in der sich eine Großstadt mit rund 500.000 Einwohnern und mehr befindet sowie Regionen mit einer Einwohnerdichte ohne Berücksichtigung der Großstädte von mindestens 300 E./km². Verstädterung: Regionen, in denen mindestens 33% der Bevölkerung in Städte lebt mit einer Einwohnerdichte zwischen 150 und 300 E./km². Ländlich: Regionen, in denen weniger als 33% der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten lebt mit einer Einwohnerdichte unter 150 E./km²

In den Jahren 1991 bis 2013 wurden schätzungsweise 59 Mrd. € in den stationären Bereich investiert (Neu- und Bestandsinvestitionen)¹¹, davon 31,8 Mrd. € bzw. 54% von privaten Trägern (Schaubild 16). Seit 1999 dominierten bei privaten Anbietern die Neu-Investitionen (21,1 Mrd. € sowie 0,7 Mrd. € bei den nicht-privaten), während die nicht-privaten überwiegend Bestandsinvestitionen (26,6 Mrd. € sowie 10,7 Mrd. € bei den privaten) durchführten (Schaubild 17).

Auf Grundlage der Projektionen zur Zahl der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen werden bis zum Jahr 2030 weitere 71 Mrd. € Kapital benötigt, um den zusätzlichen Bedarf an Pflegeplätzen zu decken und den Bestand zu halten (Schaubild 18). Darin enthalten sind 31 Mrd. € für Neu-Investitionen. Bei Fortschreibung der

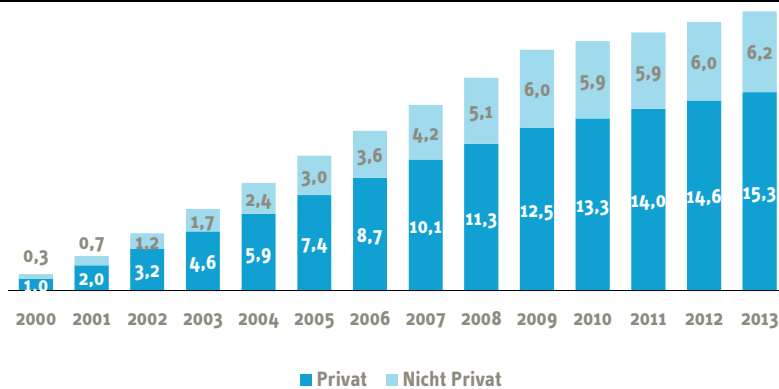
¹¹ Wir nehmen an, dass die Errichtung eines stationären Pflegeplatzes Investitionen von etwa 95 000 € nach sich zieht und dass bestehende Plätze mit einer Rate von 2,5% abgeschrieben werden. Dabei wurde das Preisniveau des Jahres 2015 zugrunde gelegt.

Schaubild 16
Kumuliertes Investitionsvolumen¹ nach Trägerschaft
 1991 bis 2013; in Mrd. € (in Preisen von 2015)



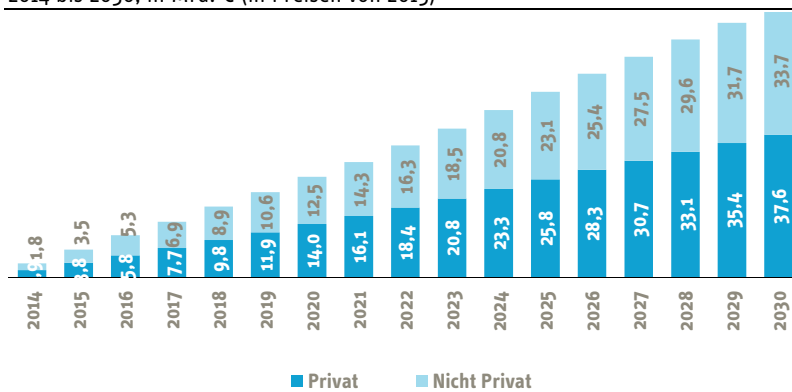
Quelle: RWI; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn (Stand 2002); FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 1999-2013. ¹Inklusive re-investierte Abschreibungen.

Schaubild 17
Kumuliertes Neuinvestitionsvolumen nach Trägerschaft
 2000 bis 2013; in Mrd. € (in Preisen von 2015)



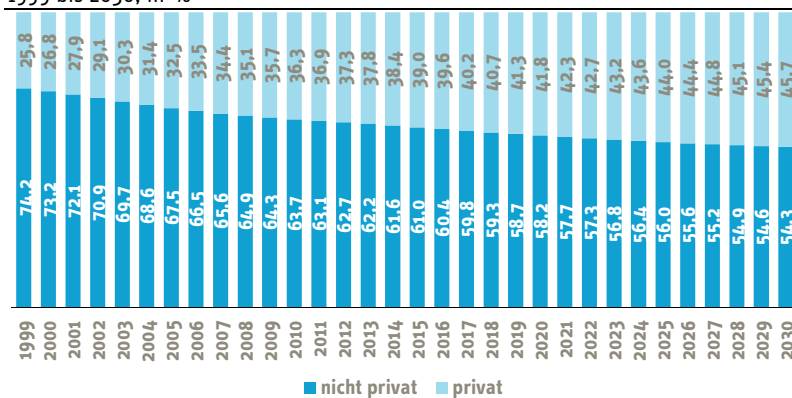
Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 1999-2013.

Schaubild 18
Fortschreibung des kumulierten Investitionsvolumen¹ bis 2030
 2014 bis 2030; in Mrd. € (in Preisen von 2015)



Quelle: RWI. ¹Inklusive re-investierte Abschreibungen.

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



Quelle: RWI.

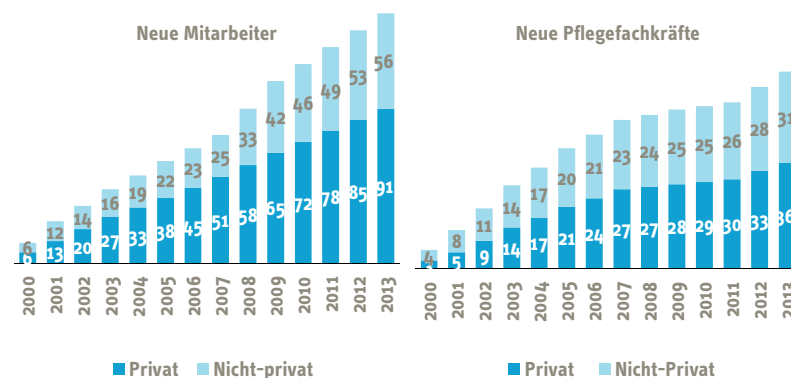
vergangenen Trends dürften 38 Mrd. € der gesamten Investitionen und 21 Mrd. € der Neu-Investitionen von privaten Investoren aufgebracht werden, d.h. zwei Drittel der neuen Plätze würden in privater Trägerschaft entstehen. In diesem Fall würde sich der Marktanteil der privaten Anbieter auf insgesamt 46% in 2030 ausweiten (Schaubild 19).

4.2. Personal

In der stationären und ambulanten Pflege waren 2013 rund 1 005 000 Menschen beschäftigt. Aufgrund zahlreicher Teilzeitstellen entspricht dies etwa 704 000 Vollkräften, davon 491 000 in Pflegeheimen und 213 000 in ambulanten Diensten. Zwischen 1999 und 2013 wurden 147 000 neue Arbeitsplätze in Pflegeheimen geschaffen, fast 62% davon in privaten Heimen. Von den neuen Arbeitsplätzen waren 67 000 für Pflegefachkräfte¹² (Schaubild 20). Im ambulanten Bereich wurden im selben Zeitraum 88 000 neue Mitarbeiter eingestellt, davon waren rund 50 000 Pflegefachkräfte. Auch hier haben die großen privaten Dienste den größten Anteil (Schaubild 21).

Schaubild 20

Geschaffene Arbeitsplätze in der stationären Pflege nach Trägerschaft 2000 bis 2013; in 1 000 VK

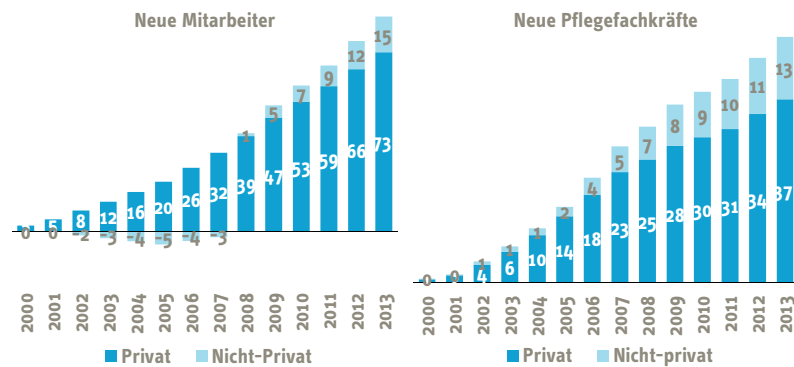


Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 1999-2013.

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-

¹² Pflegefachkräfte umfassen Beschäftigte mit einem Abschluss in Altenpflege, Krankenpflege, Kinder-Krankenpflege, Heil(erziehungs)pflege oder einem pflegewissenschaftlichen Abschluss.

Schaubild 21
Geschaffene Arbeitsplätze in der ambulanten Pflege nach Trägerschaft
 2000 bis 2013; in 1 000 VK



Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 1999-2013.

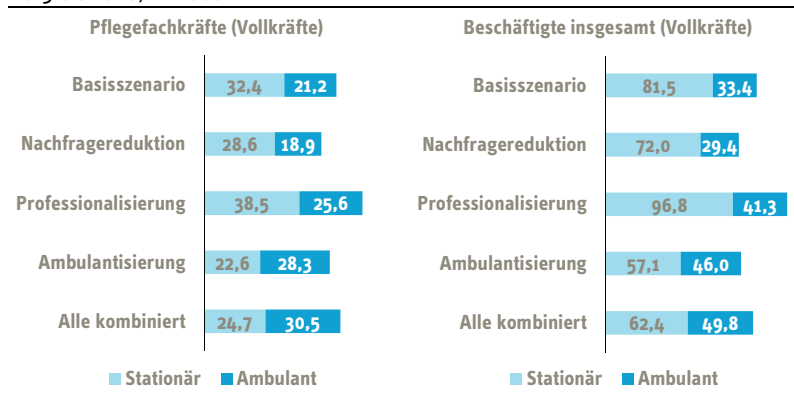
pflegerischen, aber auch im pflegerischen Bereich sicherlich noch Personaleinsparungen möglich, wie regionale und trägerspezifische Vergleiche zeigen. Die Reduktion von bürokratischen Vorgaben könnte hierzu einen Beitrag leisten. Ziel ist jedoch die Hochrechnung des Personalbedarfs unter den Rahmenbedingungen 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.

Ausgehend von 2013 zeigt Schaubild 22 den zu erwartenden zusätzlichen Personalbedarf bis 2020. Im Basisszenario sind demzufolge fast 54 000 weitere Pflegefachkräfte erforderlich, um die Nachfrage nach Pflege auf dem derzeitigen Niveau bedienen zu können, davon über 32 000 im stationären und 21 000 im ambulanten Bereich. Je nach Szenario schwankt der gesamte Bedarf zwischen 47 000 und 64 000. Darüber hinaus ist Pflegehilfspersonal und nicht-pflegerisches Personal erforderlich. In der Summe ergibt sich damit im Basisszenario bis 2020 ein Personalbedarf von 115 000 Personen, davon 82 000 in der stationären und 33 000 in der ambulanten Pflege. Je nach Szenario schwankt der gesamte Bedarf zwischen 101 000 und

Schaubild 22

Zusätzlich erwarteter Bedarf an Pflegefachkräften und Beschäftigten insgesamt (ambulant und stationär, ohne Ersetzen der jährlichen Fluktuation)

2013 bis 2020; in 1 000 VK



Quelle: Augurzky et al. 2015.

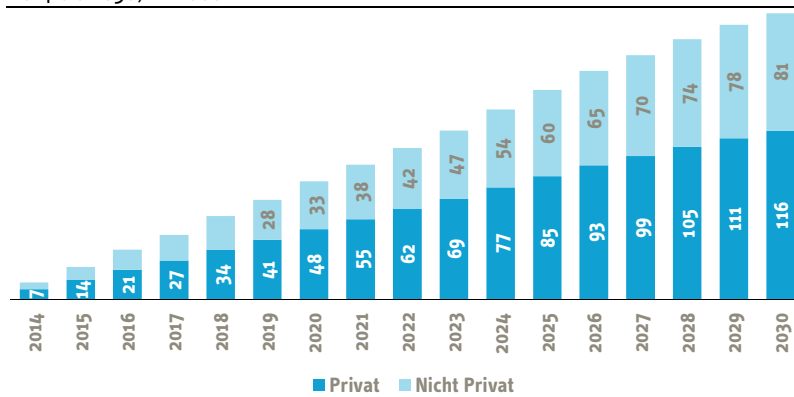
138 000.¹³ Hinzu kommt noch das Ersetzen von Personal, das entweder in Rente geht oder die Pflegebranche verlässt. Wenn wir annehmen, dass dies jedes Jahr auf 2% des Personals zutrifft, müssen bis 2020 weitere 106 000 Vollkräfte in der ambulanten und stationären Pflege ersetzt werden, darunter 48 000 Pflegefachkräfte.

Bis 2030 erwarten wir einen zusätzlichen Bedarf an Pflegefachkräften je Szenario zwischen 106 000 und 156 000 und bei den Beschäftigten insgesamt zwischen 234 000 und 345 000. Im Basisszenario wird der zusätzliche Bedarf an Arbeitskräften in stationären Einrichtungen bis 2030 rund 197 000 betragen, davon allein rund 59% in privaten Heimen (Schaubild 23). Bezogen nur auf Pflegefachkräfte werden bis 2030 ca. 78 000 mehr gebraucht als 2013, auch hier ca. 59% in privaten Einrichtungen (Schaubild 24). Im ambulanten Bereich werden bis 2030 knapp 75 000 weitere Arbeitsplätze benötigt (Schaubild 25), davon knapp 45 000 Pflegefachkräfte (Schaubild 26). Der größte Anteil des zusätzlichen Bedarfs (rund 82%) dürfte bei privaten Diensten anfallen.

¹³ Darüber hinaus ist auch in Krankenhäusern und in Rehabilitationseinrichtungen mit einem wachsenden Bedarf an Pflegefachkräften zu rechnen.

Schaubild 23
Zusätzlich erwarteter Bedarf an Beschäftigten im Basisszenario nach Trägerschaft (stationär, ohne Ersetzen der jährlichen Fluktuation)

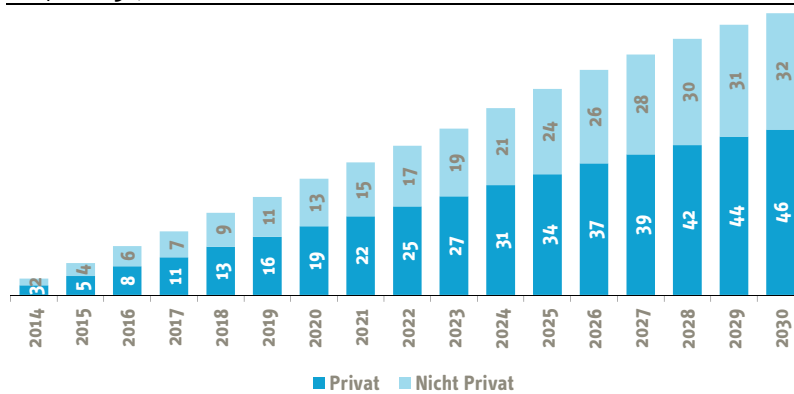
2014 bis 2030; in 1 000 VK



Quelle: RWI.

Schaubild 24
Zusätzlich erwarteter Bedarf an Pflegefachkräften im Basisszenario nach Trägerschaft (stationär, ohne Ersetzen der jährlichen Fluktuation)

2014 bis 2030; in 1 000 VK



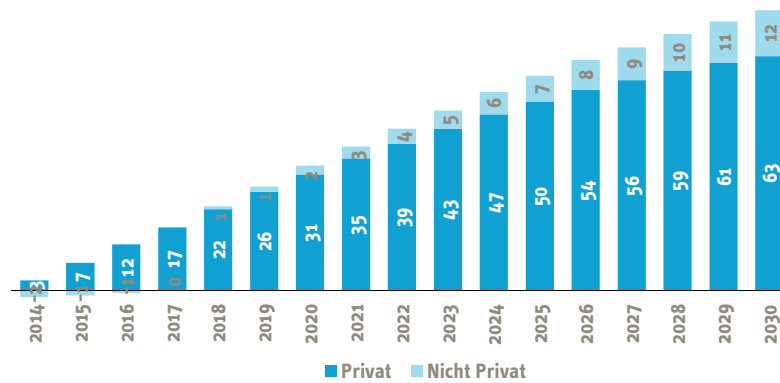
Quelle: RWI.

Faktenbuch Pflege

Schaubild 25

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

2014 bis 2030; in 1 000 VK

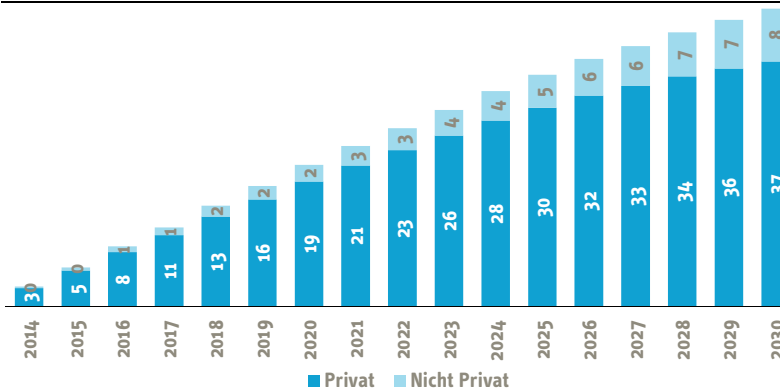


Quelle: RWI.

Schaubild 26

Zusätzlich erwarteter Bedarf an Pflegefachkräften im Basisszenario nach Trägerschaft (ambulant, ohne Ersetzen der jährlichen Fluktuation)

2014 bis 2030; in 1 000 VK

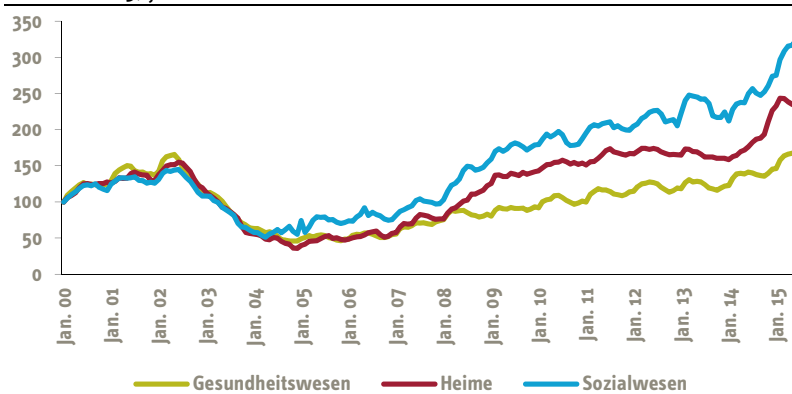


Quelle: RWI.

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 Juli 2015 lag deren Zahl bei Heimen mit rund 14 000 fast 3-mal höher als im Juli 2007. In Ostdeutschland lag die Zahl der gemeldeten offenen Stellen im Juli 2015 sogar 4-mal höher als im Juli 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. 2013 ist die Zahl der Auszubildenden deutlich gestiegen. Private Pflegeheime haben in der Zeit von 1999 bis 2015 die Zahl der Auszubildenden mehr als vervierfacht. Insgesamt kommen private Anbieter in der stationären Pflege damit auf einen Anteil von rund 37% an den rund 55 000 Auszubildenden in 2015.

Schaubild 27
Bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldete, offene Stellen
 2000 bis 2015; Januar 2000 = 100



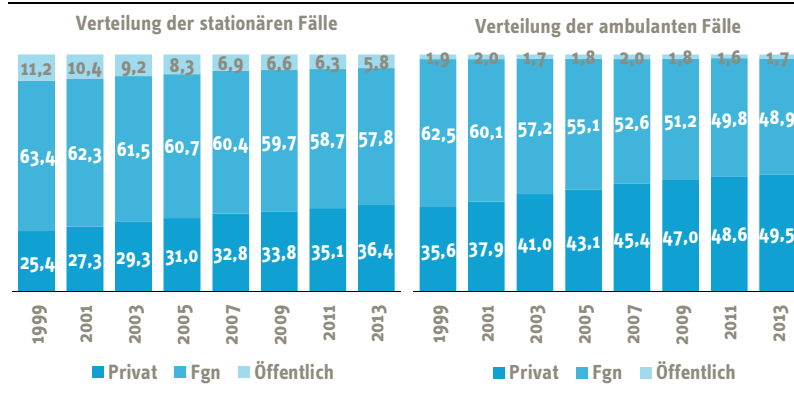
Quelle: Augurzky et al. (2015). – „Gesundheitswesen“: Krankenhäuser, Arztpraxen und sonstige Einrichtungen. „Heime“: alle Heime ausschließlich Erholungsheime; „Sozialwesen“: Betreuung älterer Menschen und Behinderter sowie sonstiges Sozialwesen.

4.3. Pflegebedürftige

In den vergangenen Jahren haben im stationären Sektor die privaten Anbieter immer mehr Pflegebedürftige betreut. Ihr Anteil hat sich von 1999 bis 2013 um 11 Prozentpunkte auf 36,4% erhöht (Schaubild 28). Auch die privaten ambulanten Dienste konnten ihren Marktanteil bis 2013 auf fast 50% ausdehnen.

Schaubild 28

Verteilung ambulanter und stationärer Pflegebedürftiger nach Trägerschaft 1999 bis 2013, in %

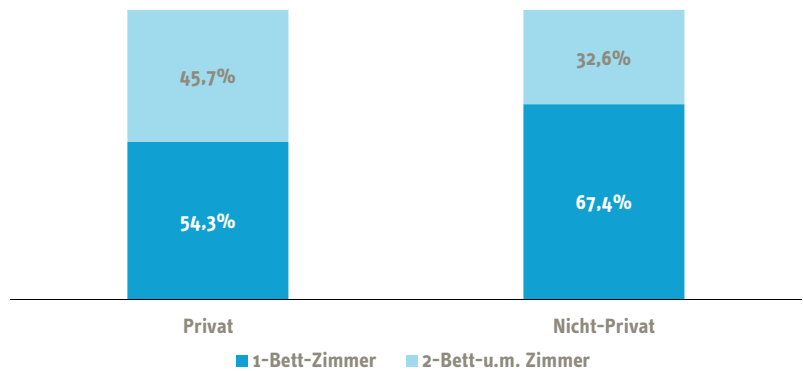


Quelle: Augurzky et al. (2015).

Im Vergleich zu den nicht-privaten Anbietern haben die Heime in privater Trägerschaft einen geringeren Anteil von Plätzen in 1-Bett Zimmern. Während die privaten bei 54% liegen, haben die nicht-privaten Pflegeheime ca. 67% Plätze in 1-Bett Zimmern (Schaubild 29). Allerdings haben insbesondere die privaten Heime in den letzten Jahren ihre Platzzahlen in 1-Bett Zimmern ausgeweitet (Schaubild 30). 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 31).

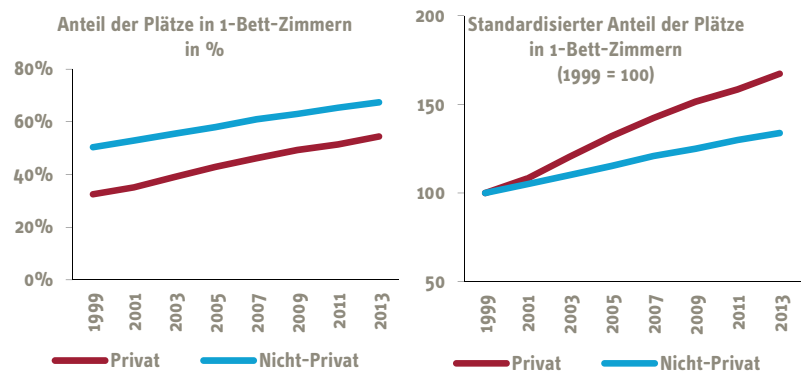
In Bezug auf den Personaleinsatz je pflegebedürftiger Person (Betreuungsrelation) gibt es keine großen Unterschiede zwischen privaten und nicht-privaten Pflegeheimen. Private Heime setzen etwas weniger Personal ein pro pflegebedürftiger Person, aber nur geringfügig weniger Pflegefachkräfte (Schaubild 32).

Schaubild 29
Anteil der Plätze in 1-Bett Zimmern nach Trägerschaft
 2013, in %



Quelle: RWI; Augurzky et al. (2015).

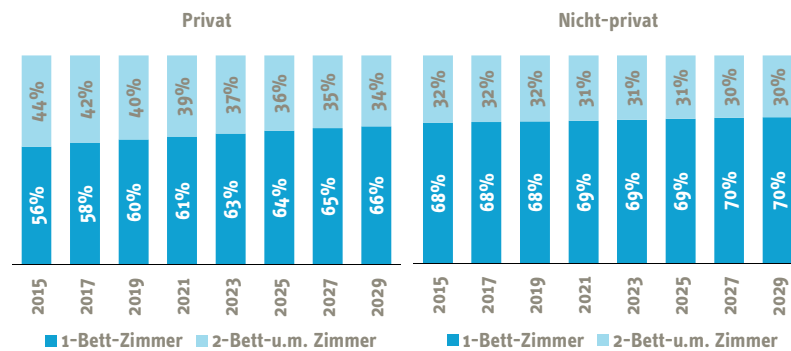
Schaubild 30
Zahl der Plätze in 1-Bett Zimmern nach Trägerschaft
 1999-2013



Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 1999-2013.

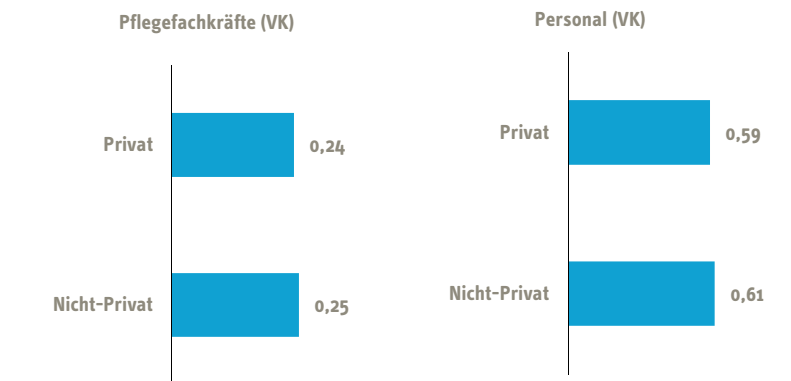
Faktenbuch Pflege

Schaubild 31
Fortschreibung des Anteils der Plätze in 1-Bett Zimmern nach Trägerschaft
 2015-2030, in %



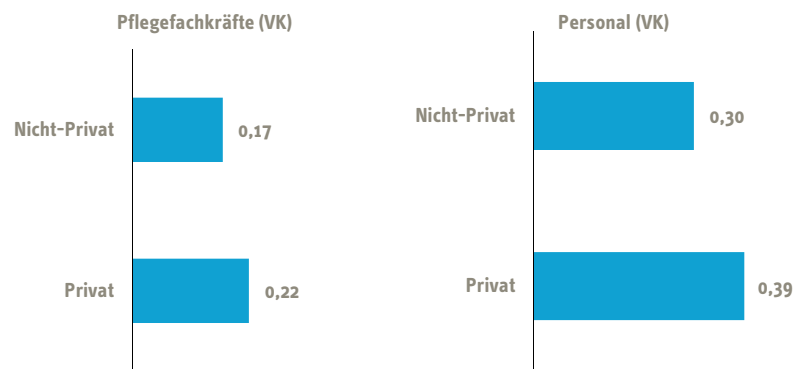
Quelle: RWI.

Schaubild 32
Stationäre Personalquoten nach Trägerschaft
 2013; VK je Bewohner



Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder; Pflegestatistik 2013.

Schaubild 33
Ambulante Personalquoten nach Trägerschaft
 2013; VK je gepflegter Person



Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder; Pflegestatistik 2013.

Im ambulanten Sektor haben die privaten Anbieter eine höhere Betreuungsrelation (Schaubild 33). Allerdings liegt im ambulanten Bereich bei den nicht-privaten die Zahl der Beschäftigten mit Teilzeitverträgen deutlich höher. Bei der Approximation¹⁴ der Vollkräfte kann es daher zu einer Unterschätzung bei den nicht-privaten kommen. Insofern können die beobachteten großen Unterschiede auch mit der Umrechnung in Vollzeitäquivalente zusammenhängen.

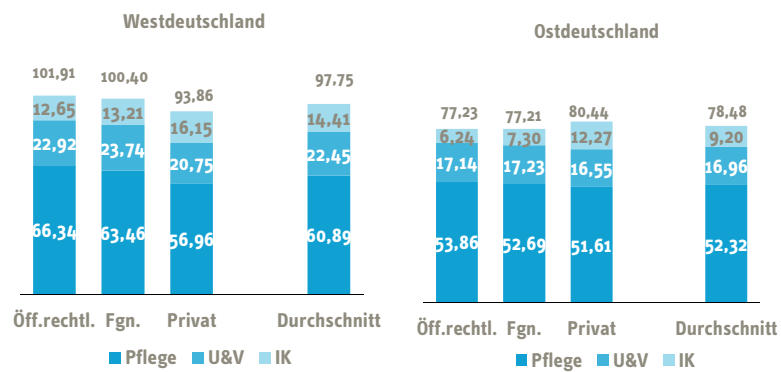
4.4. Preise

Heime in privater Trägerschaft weisen in Westdeutschland ein deutlich niedrigeres Preisniveau auf als solche in nicht-privater Trägerschaft (Schaubild 34). Sie sind in allen Preiskomponenten bis auf die Investitionskosten (IK) um 6% bis 8% günstiger als der Durchschnittspreis. Dagegen fallen die IK der privaten Heime deutlich höher aus, was auf ihre geringere öffentliche Förderung zurückzuführen ist (Schaubild 35 und Schaubild 36). In der Summe liegt damit das Preisniveau der privaten in West

¹⁴ Die VK werden nach den Faktoren der Pflegestatistik 2013 umgerechnet, wobei Vollzeitbeschäftigte mit Faktor 1 gewichtet werden, Teilzeitbeschäftigte über 50 % mit Faktor 0,75, Teilzeitbeschäftigte 50 % und weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt mit Faktor 0,45 und geringfügig Beschäftigte mit Faktor 0,25.

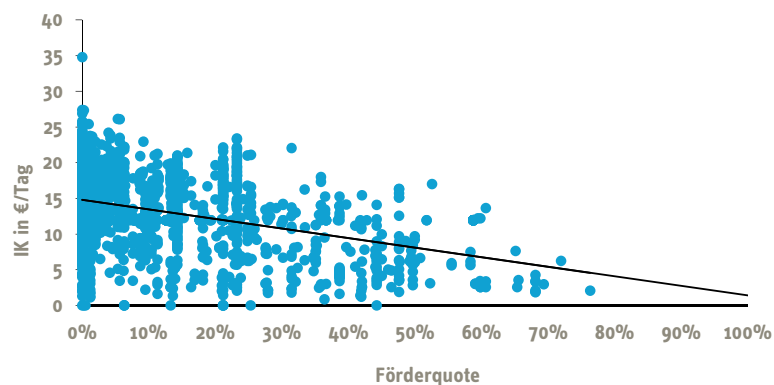
Faktenbuch Pflege

Schaubild 34
Durchschnittlicher Preis nach Trägerschaft und Ost/West
 2013; in €/Tag



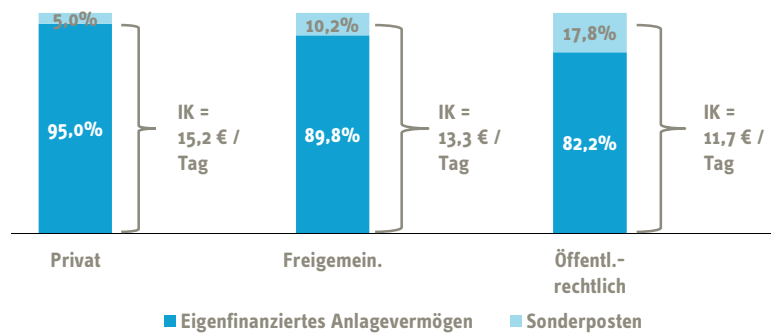
Quelle: Augurzky et al. (2015). – Angenommene Verteilung nach Pflegestufen 1 zu 2 zu 3 = 38,1 % : 41,3 % : 20,6 % inkl. Unterkunft und Verpflegung, mit Platzzahlen gewichtet. Berechnung mit 4.855 Heimen (von 13.030) vorgenommen.

Schaubild 35
Anteil Sonderposten am Anlagevermögen versus IK
 2013



Quelle: Augurzky et al. (2015). – Die Förderquote ist als der Anteil der Sonderposten am Anlagevermögen definiert.

Schaubild 36
Förderquote nach Trägerschaft
 2013; in %

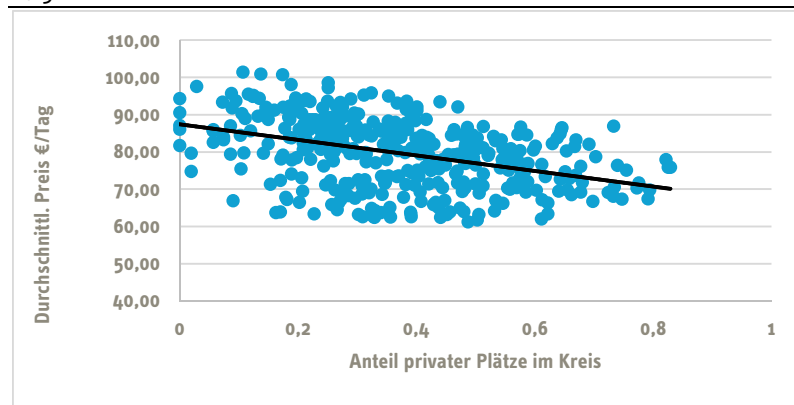


Quelle: Augurzky et al. (2015); – Fusioniertes Heim mit Kapitalisierung der Miete durch einen Zinssatz in Höhe von 7,5%. Die Förderquote ist als der Anteil der Sonderposten am Anlagevermögen definiert.

deutschland um 4% niedriger als das der nicht-privaten. Das Preisniveau in Ostdeutschland ist homogener. Private Heime haben auch hier die niedrigsten Kosten für Pflege und Unterkunft und Verpflegung. Durch die höheren Investitionskosten liegt der Gesamtpreis der privaten aber um 2% höher als das der Durchschnitt.

Ein hoher Anteil an privaten Heimen in einer Region korreliert entsprechend mit einem geringeren Preisniveau für stationäre Pflege in der Region (Schaubild 37): Liegt der Anteil der privaten Plätze in einem Kreis um 10% über dem Durchschnitt, so liegt der Durchschnittspreis (inkl. UV) in diesem Kreis um 2,10 € unter dem bundesweiten Durchschnitt. Damit zeigt sich ein gewisser Preiswettbewerb zugunsten des Pflegebedürftigen.

Schaubild 37
Zusammenhang Preisniveau und Anteil privater Anbieter
2013



Quelle: RWI; FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 2013, AOK-Daten (2015).

5. Fazit

In den nächsten Jahren ist weiter mit einer stetig 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. Aber auch weiche Faktoren spielen eine wesentliche Rolle (Hackmann 2009), wie z.B. weniger Bürokratie, eine gute Führungskultur, größeres gesellschaftliches Ansehen des Berufs und bessere Karriereöglichkeiten. 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 bereitstellen 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 Abschluss eines Pflegevertrags unterbindet – ähnlich wie dies im Mietmarkt der Fall ist.

Zweitens würde eine stärkere Zuwanderung von Pflegefachkräften aus EU- und Nicht-EU-Ländern zu einer Entlastung führen. Dazu sollte die Anerkennung von ausländischen Bildungs- und Berufsabschlüssen weiter vereinfacht werden und die Anerkennung als Fachkraft schon bei berufsbegleitenden Sprachkursen erfolgen. Die Umschulung und Weiterqualifikation geeigneter Arbeitsloser könnte schließlich durch Zahlung des Schulgelds und eine Förderung im dritten Umschulungsjahr unterstützt werden. Zu begrüßen sind auch Orientierungsangebote, die es interessierten Personen erlaubt ihre Eignung für einen pflegerischen Beruf zu testen.

Drittens sollten auch in der Pflege arbeitssparende Techniken verstärkt zum Einsatz kommen. Insbesondere Überwachungsfunktionen könnten viel stärker von moderner Technik übernommen werden. Dies gilt sowohl im häuslichen Umfeld als auch im Pflegeheim. Potenzial besteht z.B. bei der Nutzung innovativer Technik im Bereich Ambient Assisted Living (AAL).

6. Glossar

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 -gehaltssumme, soziale Abgaben, Aufwendungen für die Altersversorgung
Pflegequote	Anteil Pflegefälle an Bevölkerung für eine gegebene Altersklasse und/oder je Geschlecht
Pflegestufe 0	Ohne Pflegestufe, für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Betrifft insbesondere Menschen mit Demenz.
Pflegestufe I bis III	Schweregrad der Pflegebedürftigkeit: I = gering, II = mittel, III = stark
Sachkosten	Materialaufwand (Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe, bezogene Waren und Dienstleistungen)
UV	Entgelt für Unterkunft und Verpflegung
VK	Voll(zeit)kräfte (Vollzeitäquivalente)

Literatur

AOK Pflegeheimdaten (2014), Daten: Stand 07.01.2014, vollstationäre Pflege.

Augurzky, B., D. Heger, C. Hentschker, S. Krolop, M. Stroka (2015), Pflegeheim Rating Report 2015. Hannover: Vincentz Network.

Augurzky, B., R. Mennicken (2011), Faktenbuch Pflege – Die Bedeutung privater Anbieter im Pflegemarkt – Endbericht, RWI Projektberichte.

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.

FDZ der Länder - Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und Länder (2011), Nutzung von Mikrodaten der Pflegestatistiken 1999-2013, Projektnummer 2237-2013.

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

Hackmann, T (2009), Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Diskussionsbeiträge, Forschungszentrum Generationenverträge, No. 40, Oktober 2009, Freiburg.

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.

Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Bestand an gemeldeten Arbeitsstellen nach ausgewählten Wirtschaftszweigen, Zeitreihe ab Januar 2000, Datenstand: Juli 2015.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015), Bevölkerungsvorausberechnung: stärkere Zuwanderung – abgerufen über Genesis am 25.08.2015.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015), Gesundheit: Ausgaben 2013. Fachserie 12 Reihe 7.1.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015), Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.