



Materialien

Boris Augurzky
Sebastian Krolop
Roman Mennicken
Arndt Reichert
Hartmut Schmidt
Hendrik Schmitz
Stefan Terkatz

Pflegeheim Rating Report 2009 Konsolidierung voraus!



ADMED

Heft 54

Impressum

Vorstand des RWI

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D. (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; Oliver Burkhard; Dr. Hans Georg Fabritius;
Hans Jürgen Kerkhoff; Dr. Thomas Köster; Dr. Wilhelm Koll;
Prof. Dr. Walter Krämer; Dr. Thomas A. Lange; Tillmann Neinhaus;
Hermann Rappen; Dr.-Ing. Sandra Scheermesser

Forschungsbeirat

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

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

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

Ehrenmitglieder des RWI

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

RWI Materialien Heft 54

Herausgeber:

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Hohenzollernstraße 1-3, 45128 Essen, Tel. 0201 - 8149-0

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2009

Schriftleitung:

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Redaktionelle Bearbeitung:

Joachim Schmidt

Konzeption und Gestaltung:

Julica Marie Bracht, Daniela Schwindt, Benedict Zinke

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-132-6



ADMED

Materialien

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

Pflegeheim Rating Report 2009

Konsolidierung voraus!

Heft 54

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

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

ISSN 1612-3573 (online)
ISBN 978-3-86788-132-6

Inhalt

	Vorwort	11
	Executive Summary	13
	Pflegemarkt	13
	Wirtschaftliche Lage	15
1.	Einleitung	17
2.	Der Pflegemarkt	19
2.1	Datengrundlage	19
2.2	Status quo	20
2.2.1	Marktübersicht	20
2.2.2	Leistungen	21
2.2.3	Preise	25
2.2.4	Qualität	40
2.2.5	Kapazitäten	46
2.2.6	Personal	60
2.3	Projektionen	61
2.3.1	Trends	61
2.3.2	Nachfrage	66
2.3.3	Kapazitäten	74
2.3.4	Personal	78
2.3.5	Kosten und Erlöse	78
2.4	Soziale Pflegeversicherung	79
2.5	Wesentliche Ergebnisse im Überblick	80
2.5.1	Status quo	80
2.5.2	Projektion	82
3.	Das Rating der Pflegeheime	85
3.1	Datengrundlage	85
3.2	Methodik	86
3.3	Aktuelle Situation	87
3.3.1	Stichprobe	87
3.3.2	Erwartete Situation 2008 und 2009	93
3.3.3	Ergebnisse für Untergruppen 2006/2007	93
3.4	Projektion der Ratings	99
3.5	Der RWI-HCB-Pflegeheimindex	103
3.6	Wesentliche Ergebnisse im Überblick	104

Pflegeheim Rating Report 2009

4.	Auswirkungen von Mindestlöhnen	105
4.1	Hintergrund	105
4.2	Theorie zu Mindestlöhnen	107
4.3	Aktuelle Lohnverteilung	109
4.4	Folgen eines Mindestlohns	114
5.	Schlussfolgerungen	118
5.1	Pflegemarkt	118
5.2	Pflegeversicherung	119
5.3	Finanzierung	120
5.4	Personal	121
5.5	Mindestlohn	122
5.6	Qualität	123
5.7	Pflegeheim der Zukunft	123
5.7.1	Horizontale und vertikale Integration	124
5.7.2	Diversifikation	125
5.7.3	Größe	126
6.	Anhang	126
6.1	Benchmarks	126
6.2	Weitere Schaubilder und Karten	135
6.4	Das Ratingverfahren in dieser Studie	145
7.	Glossar	146
	Literatur	148

Verzeichnis der Schaubilder

Schaubild 1	Zahl der Heime nach Art der Pflege	20
Schaubild 2	Marktvolumen im Gesundheitswesen	21
Schaubild 3	Verteilung der Gesundheitsausgaben	22
Schaubild 4	Marktvolumen: Gesundheitswesen, BIP und Preise	23
Schaubild 5	Der Pflegemarkt	24
Schaubild 6	Verteilung der Pflegefälle nach Art der Pflege	25
Schaubild 7	Verteilung der Pflegefälle nach Pflegestufen	27
Schaubild 8	Verteilung der Pflegefälle nach Pflegestufen und Trägerschaft	27

Schaubild 9	Verteilung der Pflegefälle nach Trägerschaft	30
Schaubild 10	Komponenten des Heimentgelts	31
Schaubild 11	Abgrenzung zwischen Pflegesätzen und UV in ausgewählten Bundesländern	31
Schaubild 12	Durchschnittliche Vergütung je Entgeltkomponente	32
Schaubild 13	Preise für stationäre Pflege nach Pflegestufen	32
Schaubild 14	Durchschnittlicher Preis nach Trägerschaft	38
Schaubild 15	Durchschnittlicher Preis (ohne IK) nach Trägerschaft	38
Schaubild 16	Durchschnittlicher Preis nach Trägerschaft und West-/Ostdeutschland	39
Schaubild 17	Preisniveau der Pflegeheime nach Markteintritt	40
Schaubild 18	Preise der Pflegeheime (DP) nach West-/Ostdeutschland	40
Schaubild 19	Preisniveau der Pflegeheime nach Ländlichkeit	42
Schaubild 20	Definition der Strukturqualität	42
Schaubild 21	Definition der Prozessqualität	43
Schaubild 22	Definition der Ergebnisqualität	44
Schaubild 23	Zusammenhang zwischen Preisniveau und Strukturqualität	44
Schaubild 24	Zusammenhang zwischen Preisniveau und Prozessqualität	45
Schaubild 25	Zusammenhang zwischen Preisniveau und Ergebnisqualität	45
Schaubild 26	Zusammenhang zwischen Preisniveau und Trägerschaft	47
Schaubild 27	Verteilung der stationären Pflegeplätze nach Art der Pflege	47
Schaubild 28	Zahl der Pflegeeinrichtungen und Plätze	48
Schaubild 29	Veränderung der Zahl der Pflegeplätze nach Trägerschaft	49
Schaubild 30	Verteilung der Heime und ambulante Dienste nach Trägerschaft	51
Schaubild 31	Verteilung der Pflegeheime nach Trägerschaft und Ländlichkeit	53
Schaubild 32	Verteilung der Pflegeheime nach Größe	53
Schaubild 33	Auslastung der Pflegeheime	54
Schaubild 34	Auslastung der Pflegeheime nach Trägerschaft	54
Schaubild 35	Auslastung der Pflegeheime nach Untergruppen	55
Schaubild 36	Auslastung der Pflegeheime nach Markteintritt	57

Pflegeheim Rating Report 2009

- Schaubild 37 Art der Zimmer in Pflegeheimen 57
- Schaubild 38 1-Bett-Zimmer in Pflegeheimen nach Markteintritten 58
- Schaubild 39 Art der Zimmer in Pflegeheimen nach Trägerschaft 58
- Schaubild 40 Beschäftigte in Pflegeheimen und ambulanten Diensten 60
- Schaubild 41 Pflegefachkräfte in Krankenhäusern, Reha-Kliniken sowie stationären und ambulanten Pflege 62
- Schaubild 42 Personal je Bewohner in Pflegeheimen 62
- Schaubild 43 Personal in Pflegeheimen nach Bundesländern 63
- Schaubild 44 Personal je Bewohner in Pflegeheimen nach Trägerschaft 64
- Schaubild 45 Bevölkerungsentwicklung nach Altersklassen 64
- Schaubild 46 Pflegesätze der SPV nach Art der Pflege 66
- Schaubild 47 Kostenträger der ambulanten und stationären Pflege 67
- Schaubild 48 Stationäre Pflegequoten nach Geschlecht 69
- Schaubild 49 Zahl der stationären und ambulanten Fälle 72
- Schaubild 50 Marktvolumen der stationären und ambulanten Pflege 72
- Schaubild 51 Pflegeplätze und Auslastung 74
- Schaubild 52 Bedarf an stationären Pflegeplätzen gegenüber 2010 75
- Schaubild 53 Kumulierter Bedarf an Neu- und Re-Investitionen 75
- Schaubild 54 Bedarf an ambulanten und stationären Pflegefachkräften 76
- Schaubild 55 Einnahmen und Ausgaben der SPV 83
- Schaubild 56 Kapitalreserven der SPV 84
- Schaubild 57 Verteilung der Pflegeheime nach Bundesländern in der Stichprobe und in der Grundgesamtheit 85
- Schaubild 58 Verteilung der Pflegeheime nach Trägerschaft in der Stichprobe und in der Grundgesamtheit 87
- Schaubild 59 Kennzahlen zur Bestimmung des Bilanzratings 88
- Schaubild 60 Rating-Klassifizierung über errechnete Ausfallwahrscheinlichkeiten 89
- Schaubild 61 Ausfallwahrscheinlichkeit von Pflegeheimen im Vergleich mit anderen Branchen 90
- Schaubild 62 Verteilung der Pflegeheime in der Ampelklassifikation im Vergleich zu anderen Branchen 91

- Schaubild 63** Verteilung der Pflegeheime nach der Höhe des Jahresüberschusses im Vergleich zu anderen Branchen 91
- Schaubild 64** Verteilung der Pflegeheime nach der Höhe des Jahresüberschusses im Zeitverlauf 92
- Schaubild 65** Verteilung der Pflegeheime nach der Ampelklassifikation im Zeitverlauf 92
- Schaubild 66** Beispiel einer Bilanz für ein Pflegeheim 93
- Schaubild 67** Verteilung der Pflegeheime nach der Ampelklassifikation 94
- Schaubild 68** Ausfallwahrscheinlichkeit nach Art des Pflegeheims 95
- Schaubild 69** Vergleich der Pflegeheime in der Ampelklassifikation nach Trägerschaft 97
- Schaubild 70** Vergleich der Pflegeheime in der Ampelklassifikation nach Größe 97
- Schaubild 71** Vergleich der Pflegeheime in der Ampelklassifikation nach Ländlichkeit 98
- Schaubild 72** Vergleich der Pflegeheime in der Ampelklassifikation nach Regionen 98
- Schaubild 73** Verteilung der Pflegeheime in der Ampelklassifikation im Basisszenario 101
- Schaubild 74** Verteilung der Pflegeheime nach der Höhe des Jahresüberschusses im Basisszenario 101
- Schaubild 75** Verteilung der Pflegeheime in der Ampelklassifikation im Szenario „Markteintritte“ 102
- Schaubild 76** Verteilung der Pflegeheime nach der Höhe des Jahresüberschusses im Szenario „Preisdruck“ 102
- Schaubild 77** RWI-HCB-Pflegeheimindex: Erwartete Ertragslage der Pflegeheime 103
- Schaubild 78** Kommission zur Festlegung eines Mindestlohns 106
- Schaubild 79** Wirkung eines Mindestlohns in Modellen 108
- Schaubild 80** Wirkungsweise eines Mindestlohns in der Pflege 111
- Schaubild 81** Sonderposten in der Bilanz der Pflegeheime nach Trägerschaft 112

Pflegeheim Rating Report 2009

- Schaubild 82** Verteilung der Stundenlöhne in privaten Heimen in Westdeutschland 113
- Schaubild 83** Verteilung der Stundenlöhne in privaten Heimen in Ostdeutschland 113
- Schaubild 84** Verteilung der privaten Pflegeheime nach der Ampelklassifikation bei einem Mindestlohn von 9,68 € 116
- Schaubild 85** Verteilung der privaten Pflegeheime nach der Ampelklassifikation bei einem Mindestlohn von 8,50 € in West- und 7,50 € in Ostdeutschland 117
- Schaubild 86** Angebot und Nachfrage nach stationären Plätzen in West-/Ostdeutschland 118
- Schaubild 87** Überweisungen aus dem Krankenhausbereich in Pflegeheime 120
- Schaubild 88** Strukturbilanz des repräsentativen Pflegeheims 127
- Schaubild 89** Struktur-GuV des repräsentativen Pflegeheims 127
- Schaubild 90** Ambulante Pflegequoten nach Alter und Geschlecht 136

Verzeichnis der Karten

- Karte 1** Anteil stationärer Fälle an allen Fällen nach Kreisen 26
- Karte 2** Anteile der Heimbewohner der Pflegestufe I nach Kreisen 28
- Karte 3** Anteile der Heimbewohner der Pflegestufe III nach Kreisen 29
- Karte 4** Preise für Pflegestufe I inkl. UV nach Kreisen 34
- Karte 5** Preise für Pflegestufe II inkl. UV nach Kreisen 35
- Karte 6** Preise für Pflegestufe III inkl. UV nach Kreisen 36
- Karte 7** Investitionskosten nach Kreisen 37
- Karte 8** Veränderung der Zahl der Pflegeplätze nach Kreisen 50
- Karte 9** Private Pflegeplätze nach Regionen 52
- Karte 10** Durchschnittliche Auslastung in der stationären Pflege nach Kreisen 56
- Karte 11** Plätze in 1-Bett-Zimmern 59
- Karte 12** Anteil stationärer Pflegefälle über 80 Jahren an allen Senioren über 80 Jahren nach Kreisen 70

Karte 13	Anteil aller Pflegefälle über 80 Jahren an allen Senioren über 80 Jahren nach Kreisen	71
Karte 14	Veränderung der Zahl der stationären Pflegefälle nach Kreisen	73
Karte 15	Bedarf an stationären Pflegeplätzen nach Kreisen	77
Karte 16	Durchschnittsalter der Heimbewohner nach Kreisen	136
Karte 17	Anteil der Senioren an Gesamtbevölkerung nach Kreisen	137
Karte 18	Personaleinsatz in Pflegeheimen nach Kreisen	138
Karte 19	Einsatz von Pflegepersonal in Pflegeheimen nach Kreisen	139
Karte 20	Veränderung der Zahl stationärer Fälle nach Kreisen	140
Karte 21	Veränderung der Zahl der Heimbewohner (Stufe I) nach Kreisen	141
Karte 22	Veränderung der Zahl der Heimbewohner (Stufe II) nach Kreisen	142
Karte 23	Veränderung der Zahl der Heimbewohner (Stufe III) nach Kreisen	143
Karte 24	Ländlichkeit nach Kreisen	144

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1	Annahmen zur Projektion der Finanzsituation der SPV	80
Tabelle 2	Multivariate Regressionsanalyse zur PD	94
Tabelle 3	Szenarien zur Fortbeschreibung der GuV	100
Tabelle 4	Das repräsentative Pflegeheim nach Ausfallwahrscheinlichkeit	128
Tabelle 5	Das repräsentative Pflegeheim nach der Ampelklassifikation	129
Tabelle 6	Das repräsentative Pflegeheim nach Trägerschaft	130
Tabelle 7	Das repräsentative Pflegeheim nach Größe	131
Tabelle 8	Das repräsentative Pflegeheim nach Preisniveau	132
Tabelle 9	Das repräsentative Pflegeheim nach Stadt und Land	133
Tabelle 10	Das repräsentative Pflegeheim nach Einzelhaus und Kette	134

Pflegeheim Rating Report 2009

Vorwort

Bei dem vorliegenden Pflegeheim Rating Report 2009 handelt es sich um den zweiten seit 2007. Hauptziel ist die Verbesserung der Transparenz im deutschen Pflegemarkt – mit Fokus auf der stationären Pflege. Daraus abgeleitet ergibt sich der Anspruch, den Entscheidungsträgern auf den verschiedenen Ebenen (Pflegeheimen und deren Geschäftspartnern, Politik, Krankenversicherungen, Banken und Investoren) empirisch abgesicherte Erkenntnisse über diesen Markt an die Hand zu geben.

Für die aktuelle Ausgabe hat sich die Datenlage im Vergleich zu 2007 deutlich verbessert, was zusätzliche Analysen ermöglichte. Einerseits können wir nun auf die amtlichen Daten aller rund 11 000 Pflegeheime von Dezember 2007 und aus früheren Jahren zugreifen, sodass neben zahlreichen Untersuchungen zum Status quo auch Trends dargestellt werden können. Darauf aufbauend wurden die Projektionen zur Zahl der Pflegefälle verbessert. Außerdem konnte die Zahl der untersuchten Jahresabschlüsse auf fast 400 gesteigert werden – sie umfassen insgesamt 1 052 Pflegeheime. Damit lassen sich insbesondere Auswirkungen eines Mindestlohns analysieren. Schließlich war es uns erstmals möglich, Daten eines MDK auszuwerten und mit den Vergütungssätzen der Pflegeheime ins Verhältnis zu setzen, um daraus einen Zusammenhang zwischen Qualität und Preisniveau abzuleiten.

Wir danken Mathias Cramer, Dr. Michaela Lemm, Reiner Meenken, Adam Pilny, Magdalena Stroka, Joachim Schmidt und Daniel Weitz für wertvolle Unterstützung, Kommentare und Anregungen bei der Erstellung der Studie. Dem MDK Rheinland-Pfalz danken wir für die Bereitstellung anonymisierter Daten, hier insbesondere Dr. Ursula Weibler-Villalobos und Oliver Meny, dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. für die Bereitstellung von Lohndaten privater Betreiber, den Forschungsdatenzentren der Länder für die Bereitstellung der amtlichen Daten, Karl-Heinz Herlitschke für die engagierte Unterstützung bei Fragen zu den Daten und Julia Bracht, Daniela Schwindt, Benedict Zinke, Marlies Tapaß und Lutz Morgenroth für die organisatorische Hilfe. Die Verantwortung für den Inhalt und für eventuelle Fehler tragen selbstverständlich allein die Autoren. Wir freuen uns über Kritik und Anregungen zur stetigen Verbesserung des Reports.

Essen, Pulheim, Büttelborn, den 3. Juli 2009

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

Pflegeheim Rating Report 2009

Executive Summary

Pflegemarkt

Der Gesundheitsmarkt erreichte im Jahr 2007 ein Volumen von rund 252 Mrd. €. 11% davon bzw. 27 Mrd. € entfielen auf ambulante Pflegedienste und Pflegeheime. 1997 betrug ihr Anteil noch 8,6%. Damit rangiert die Pflege in ihrer Bedeutung an vierter Stelle hinter Krankenhäusern, Arztpraxen und Apotheken. Ende 2007 waren 2,25 Mill. Menschen pflegebedürftig, 5,6% mehr als 2005. Die professionelle Pflege in Heimen oder durch ambulante Dienste gewinnt immer mehr an Bedeutung, während der Anteil der Pflege durch Angehörige rückläufig ist. Sowohl für stationäre als auch ambulante Pflege lässt sich eine Verschiebung hin zu mehr leichten Fällen (Stufe I) erkennen. Der Anteil der Pflegebedürftigen in privaten Einrichtungen nimmt deutlich zu. 33% aller stationär Pflegebedürftigen suchten 2007 ein Heim in privater Trägerschaft auf (2005: 31%), 45% einen ambulanten Dienst in privater Trägerschaft (2005: 43%).

Es ist davon auszugehen, dass sich die Art der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen verändern wird. Sehr wahrscheinlich wird die Pflege durch Angehörige aufgrund der demografischen und anderer gesellschaftlicher Faktoren weiter rückläufig sein. Davon dürften die professionellen Anbieter profitieren. Der Rückgang der Pflege durch Angehörige und die relative Verteuerung der stationären gegenüber der ambulanten Pflege infolge des PflWG dürften dazu führen, dass ambulante Dienste den größten Zuwachs verzeichnen werden. Ohne diese Trends, bei konstanten Pflegequoten, erwarten wir einen Anstieg der Zahl der stationären Pflegefälle von 709 000 im Jahr 2007 um 252 000 auf 962 000 bis 2020 (+36%) und um 402 000 auf 1 111 000 bis 2030 (+57%). Bis 2030 dürfte das Marktvolumen des stationären Bereichs (in Preisen von 2008) auf 30 Mrd. € und des ambulanten auf 12 Mrd. € wachsen.

Bei konstanten Pflegequoten sowie konstanten Erwerbsquoten sollte die Soziale Pflegeversicherung (SPV) bis 2015 trotz Finanzkrise einen positiven Saldo aufweisen und damit eine Kapitalreserve von fast 10 Mrd. € aufbauen können, die bis etwa 2021 aufgezehrt würde. Sollten in Zukunft mehr erwerbsfähige Menschen am Arbeitsmarkt partizipieren und außerdem die Arbeitslosenquote sinken, könnten sich in einem entsprechenden Szenario der positive Saldo der SPV noch bis 2018 und die Kapitalreserve bis 2026 halten. Sollten die Leistungen der SPV hingegen

Pflegeheim Rating Report 2009

ausgedehnt werden, würde die Kapitalreserve entsprechend früher aufgebraucht. Eine grundlegende Pflegereform sollte schon frühzeitig auf den absehbaren Finanzierungsengpass eingehen.

Für alle drei Pflegestufen erhöhte sich die Vergütung bis 2003 in Einklang mit der Inflationsrate, danach darunter, sodass die realen Preise bis 2007 leicht sanken. Regional bestehen signifikante Preisunterschiede: Besonders teuer sind Heime in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Bayern und Schleswig-Holstein. Günstig sind sie in den ostdeutschen Ländern und in Niedersachsen. Bezogen auf Pflege sowie Unterkunft und Verpflegung sind private Heime im Durchschnitt um 7,1% günstiger als nicht-private Heime. Schließt man den Investitionskostenanteil mit ein, liegt das Preisniveau noch um 3,3% niedriger. Bei wachsender Transparenz über Preise und Qualität, einem wachsenden Eigenanteil der Pflegebedürftigen und knapper werdenden Mitteln der Kommunen sowie durch einen sich intensivierenden Wettbewerb und neuer Pflegeangebote erwarten wir, dass die Preisdifferenzen abnehmen.

Die Strukturqualität eines Heims nimmt mit höherem Preisniveau zu. Auch die Prozessqualität scheint mit dem Preisniveau leicht zu wachsen. Zwischen der Ergebnisqualität und dem Preisniveau lässt sich allerdings kein Zusammenhang mehr feststellen.¹ Offenbar scheint es nicht zu gelingen, bei guten strukturellen Voraussetzungen und vermutlich besseren Prozessen auch die Ergebnisqualität zu steigern. Denkbar ist auch folgende Interpretation der Ergebnisse. Unabhängig vom Preisniveau bieten alle Heime im Durchschnitt die gleiche Ergebnisqualität. Bei höheren Preisen steigt indessen das Angebot zur Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität. Grundlage dieser Untersuchung sind Daten des MDK Rheinland-Pfalz.

Es gibt keine Anzeichen für schlechtere Qualität bei Heimen in privater Trägerschaft. Sowohl bei der Prozess- als auch bei der Ergebnisqualität schneiden sie nicht schlechter ab. Nur die Strukturqualität scheint bei freigemeinnützigen Heimen leicht besser zu sein. Der Unterschied ist statistisch allerdings nicht signifikant.

Mit der wachsenden Nachfrage nach Pflegeleistungen stieg auch das Angebot. Die Zahl der Pflegeheime nahm zwischen 1999 und 2005 um 25% von 8 859 auf 11 029 zu. In gleichem Maße erhöhte sich die Zahl der verfügbaren Plätze von rund 645 000 auf 799 000. Auffallend ist die Zunahme der Zahl der Plätze in privater

¹ Die Strukturqualität umfasst die bauliche Ausstattung des Heims, Hygienebedingungen, die Aufbauorganisation, die Qualifikation des Personals und den Personaleinsatz; die Prozessqualität das Qualitätsmanagement, das Pflegekonzept, die Verabreichung von Medikamenten und des Essens, die soziale Betreuung sowie die Art der Pflegedokumentation. Die Ergebnisqualität bewertet schließlich die Flüssigkeits- und Nahrungsgabe, die Versorgung bei Ernährungsproblemen, Inkontinenz und Dekubitus, Prophylaxemaßnahmen und die Versorgung bei Demenz.

Executive Summary

Trägerschaft: seit 2001 um 47%; in freigemeinnütziger nur um 14%. Besonders in Ostdeutschland stieg die Zahl der Plätze in privater Trägerschaft überproportional (79%). Bei ambulanten Diensten stagnierte die Zahl der Fälle von freigemeinnützigen Diensten, während private ihr Angebot stark ausweiteten.

Der Anteil der Einzelzimmer stieg in den vergangenen Jahren und erreichte 2007 56%. Seit 2003 sank die durchschnittliche Auslastung (ohne Pflegestufe 0) von 89,8% auf 88,8% bis 2007. Private Heime sind stärker davon betroffen als nicht-private. Regional zeigen sich auch hier erhebliche Unterschiede. Die durchschnittliche Auslastung dürfte wegen des vermutlich weiter überproportionalen Angebotswachstums noch bis 2010 weiter sinken. Aufgrund des unverminderten Anstiegs der Zahl der Pflegefälle wird sich jedoch etwa ab 2013 ein Bedarf an neuen Plätzen einstellen. Bis 2020 rechnen wir gegenüber 2010 mit einem Mehrbedarf von rund 155 000 Plätzen, bis 2030 von 312 000. Bis 2030 dürfte sich der hierzu erforderliche Kapitalbedarf (in Preisen von 2008) auf fast 23 Mrd. € summieren. Muss außerdem jährlich 2% des Bestands erneuert werden, fallen bis 2030 weitere 32 Mrd. € an, in der Summe ab 2014 jährlich etwa 3 Mrd. €.

In der ambulanten und stationären Pflege arbeiteten 2007 810 000 Menschen, 30% mehr als 1999. Bei Pflegefachkräften lag der Zuwachs sogar bei 40%. 2007 gab es rund 235 000 Vollstellen für Pflegefachkräfte, 67 500 mehr als 1999. Gleichzeitig fand ein Abbau der Pflege in Krankenhäusern statt (-36 500). Die Betreuungsrelation in Heimen verbesserte sich: 2007 standen 0,24 Pflegefachkräfte je Bewohner zur Verfügung, 1999 waren es erst 0,21. Zusammen mit Pflegehilfskräften stieg der Wert von 0,29 auf 0,32.

Bis 2020 rechnen wir mit einem zusätzlichen Bedarf von rund 50 000 Pflegefachkräften im stationären und 27 000 im ambulanten Bereich. Es ist mit einem Personalangel und mit steigenden Löhnen für Pflegefachkräfte – auch im Krankenhaus – zu rechnen. Nicht zuletzt deshalb sollten Karrierepfade neu definiert werden, die Aufstiegsoptionen bieten und den Beruf attraktiver machen. Dazu gehört z.B. die Schaffung völlig neuer Berufsbilder wie medizinische Assistenz, um die Delegation einfacher ärztlicher Tätigkeiten zu ermöglichen. Dies erfordert zumindest teilweise eine Akademisierung des Pflegeberufs und würde gleichzeitig helfen, dem in manchen Regionen bereits spürbaren Mangel an Ärzten entgegenzuwirken. Schließlich bietet sich an, qualifizierte Pflegefachkräfte aus dem Ausland anzuwerben und Hilfskräfte weiter zu qualifizieren.

Wirtschaftliche Lage

Die durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit von Pflegeheimen beträgt in der vorliegenden Stichprobe von rund 380 Jahresabschlüssen 2006/2007 1,1%. Sie liegt damit niedriger als bei Krankenhäusern und Reha-Kliniken und ist vergleich-

Pflegeheim Rating Report 2009

bar mit Unternehmen anderer Branchen Westdeutschlands. 13% der Pflegeheime waren im roten, 15% im gelben, 72% im grünen Bereich angesiedelt. In Bezug auf die Ertragslage schneiden Pflegeheime ebenfalls besser ab als Krankenhäuser oder Reha-Kliniken. 85% weisen zumindest einen ausgeglichenen Jahresüberschuss aus, 15% schreiben rote Zahlen.

Heime in privater Trägerschaft schneiden beim Rating signifikant schlechter ab als solche in nicht-privater. 16% der privaten Heime befinden sich im roten Bereich, freigemeinnützige und öffentlich-rechtliche zu rund 10%. Dies dürfte daran liegen, dass verhältnismäßig viele private Heime in ländlichen Regionen liegen und ländliche Heime ein signifikant schlechteres Rating aufweisen als städtische. Die Größe eines Heims scheint kaum positiv mit dem Rating zu korrelieren. Heime in Westdeutschland schneiden leicht schlechter ab als die in Ostdeutschland, Heime in Norddeutschland schlechter als in Süddeutschland. Interessanterweise weisen teure Heime kein besseres Rating auf.

Wir erwarten 2008 und 2009 eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Heime aufgrund einer vermutlich weiter sinkenden Auslastung bis 2009. Anschließend sollte sich die Situation leicht bessern, weil die Zahl der Pflegefälle jährlich steigt, wobei 2010 infolge des vermuteten geringeren Nachfragewachstums (bedingt durch höhere Arbeitslosigkeit) noch eine Ausnahme sein dürfte. Langfristig erwarten wir jedoch eine stabile Situation. Bis 2020 dürften fast 70% der Heime im grünen Bereich liegen und 86% zumindest ein ausgeglichenes Ergebnis aufweisen. Risiken bilden ein möglicherweise hoher Mindestlohn, eine starke Verschiebung der Nachfrage und ein Preisdruck infolge zunehmenden Wettbewerbs.

Ein Mindestlohn von 9,68 € pro Stunde, wie von Ver.di und AWO gefordert, würde zu einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Pflegeheime führen, vor allem von Einrichtungen in Ostdeutschland, von privaten Anbietern und von ambulanten Diensten. Die Ausfallwahrscheinlichkeit von Heimen würde sich erhöhen, sodass mittelfristig mehr Anbieter in die Insolvenz gingen. Eine außerdem geringere Verzinsung des Eigenkapitals dürfte zu einem Rückzug von privatem Kapital führen, sodass in Zukunft weniger neue Plätze entstehen würden als ohne einen Mindestlohn. Insgesamt erwarten wir in diesem Fall bis 2020 im stationären Bereich eine Versorgungslücke von rund 100 000 Plätzen (7%) und im ambulanten von schätzungsweise 160 000 Fällen (24%) – jeweils stärker ausgeprägt in Ostdeutschland. Dies dürfte Wartelisten und steigende Preise nach sich ziehen – mit einer möglichen Belastung der Pflegebedürftigen in der Größenordnung von jährlich 250 Mill. € bzw. fast 3 Mrd. € bis 2020. Damit steigt der Anreiz,

1. Einleitung

günstigere Pflegeleistungen auf dem Schwarzmarkt nachzufragen. Die stärkere Belastung ambulanter Dienste wirkt darüber hinaus dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ entgegen. Schließlich besteht die Gefahr, dass durch einen hohen Mindestlohn die Lohndifferenz von Pflegehilfskräften zu -fachkräften schrumpft und damit die Bereitschaft, sich weiter zu qualifizieren, sinkt. Vor dem Hintergrund des zu erwartenden Mangels an Fachkräften im nächsten Jahrzehnt wäre dies kontraproduktiv.

Angesichts dessen raten wir dringend von der Einführung eines Mindestlohns ab. Insbesondere sind bei einem flächendeckenden hohen Mindestlohn drastische Konsequenzen für die Versorgung mit Pflegeplätzen zu erwarten. Sollten sich im politischen Verhandlungsprozess regional differenzierte Mindestlöhne ergeben - beispielsweise von 8,50 € in West- und 7,50 € in Ostdeutschland, was sich in etwa an den bestehenden Lohnunterschieden orientiert - wären die Konsequenzen ebenfalls negativ, allerdings weniger drastisch. Auch hier muss man jedoch eine spürbare Einschränkung der Versorgung befürchten. Es wird nicht gelingen, durch das Einziehen einer Lohnschränke den Interessen der Arbeitnehmer und der Patienten gleichermaßen zu dienen.

1. Einleitung

Die professionelle Pflege älterer Menschen gewinnt in unserer Gesellschaft immens an Bedeutung. Bereits in den vergangenen Jahren stiegen die Anzahl pflegebedürftiger Menschen und die Ausgaben für Pflegeleistungen im Vergleich zu anderen Gesundheitsleistungen deutlich überproportional. Pflegeleistungen werden durch Angehörige, durch ambulante Pflegedienste oder in Heimen erbracht. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird sich diese Zunahme in den nächsten Jahren und Jahrzehnten nahezu ungebremst fortsetzen. Dabei dürfte die professionelle Pflege in Heimen oder durch ambulante Dienste gegenüber der Angehörigen-Pflege noch an Bedeutung gewinnen.² Aus Sicht der Anbieter von Pflegeleistungen stellt dies ein Markt mit erheblichem Wachstumspotenzial dar. Zahlreiche Markteintritte konnten bereits in der Vergangenheit verzeichnet werden.

Gleichzeitig schwinden allerdings die gesellschaftlichen Ressourcen zur Finanzierung von Pflegeleistungen: Die Unterstützung durch die Soziale Pflegeversicherung (SPV) nahm seit 1995 kontinuierlich ab, weil deren Pflegesätze nicht der Inflation angepasst wurden. Der reale Eigenanteil der Pflegebedürftigen ist

² Ebenfalls an Bedeutung gewinnen dürften Haushalthilfen für Pflegebedürftige, insbesondere aus dem EU-Ausland. Mangels valider Daten lassen sich hierzu jedoch keine Aussagen treffen.

Pflegeheim Rating Report 2009

seitdem stetig gestiegen. Erst mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG) wurden die Pflegesätze der SPV 2008 erstmals angehoben, für stationäre Pflege jedoch nur in der Stufe III. Damit bleibt der Druck auf Pflegeheime, ein günstiges Preis-Leistungsverhältnis zu bieten, nach wie vor bestehen.

Abschnitt 2 stellt den Pflegemarkt auf Bundes- und soweit möglich auch auf Kreisebene dar. Gerade die Pflege mit ihrem kleinen Einzugsgebiet ist sehr stark lokal geprägt. Aussagen zur bundesweiten Situation in der Pflege können daher auf der regionalen Ebene in die Irre führen. Aus Datenschutzgründen kann jedoch nur die Kreis-, nicht die Gemeindeebene als kleinste räumliche Einheit gewählt werden. Auf Grundlage vergangener Entwicklungen und zu erwartender Trends im Pflegemarkt erstellen wir Projektionen zur Zahl der Pflegefälle und zum Bedarf an stationären Pflegeplätzen bis 2030. Im Gegensatz zum Pflegeheim Rating Report 2007 (Augurzy et al. 2007a) beschränken wir uns dabei nicht mehr auf Pflegeheime mit Dauer- und Kurzzeitpflege für ältere Menschen und psychisch Kranke. Vielmehr schließen wir auch Heime für Schwerkranke, Hospize und Heime für behinderte Menschen in die Analysen ein. Ein Novum ist die Analyse des Zusammenhangs zwischen der Qualität der Pflegeleistung in Heimen und deren Preisniveau.

Abschnitt 3 analysiert die wirtschaftliche Lage der Pflegeheime und schreibt sie auf Basis von Szenarien bis zum Jahr 2020 fort. Zentrale Kennziffer ist die Ein-Jahres-Ausfallwahrscheinlichkeit (PD), die aus der Verknüpfung verschiedener Finanzkennzahlen resultiert. Dazu gelang es, die Zahl der nutzbaren Jahresabschlüsse von 270 im Pflegeheim Rating Report 2007 auf nun 385 weiter zu erhöhen. Sie umfassen insgesamt 1 052 Heime bzw. rund 9% des Gesamtmarkts. Damit lassen sich Kennzahlen-Benchmarks für verschiedene Untergruppen (Größe, Trägerschaft u.a.) auf ein breiteres Fundament stellen. Erstmals stellen wir auch den RWI-HCB-Pflegeheimindex in Zusammenarbeit mit dem Vincentz-Verlag vor. Er basiert auf einer monatlichen Umfrage unter Pflegeheimen und stellt zeitnah die wirtschaftliche Lage der Heime dar.

Abschnitt 4 behandelt in einem Exkurs die aktuelle Debatte zur Festsetzung eines Mindestlohns für Pflegekräfte. Er zeigt auf, welche Folgen ein Mindestlohn für Pflegeanbieter und Pflegebedürftige haben dürfte. *Abschnitt 5* diskutiert Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen für die Politik und Pflegeheime. Im Anhang finden sich Bilanzbenchmarks für ausgewählte Untergruppen sowie weiteres Kartenmaterial und ergänzende Schaubilder.

2. Der Pflegemarkt

2. Der Pflegemarkt

2.1 Datengrundlage

Grundlage der Analysen dieses Abschnitts bilden die Daten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder nach § 109 Abs. 1 SGB XI in Verbindung mit der Pflegestatistikverordnung vom 24.11.1999. Die Pflegestatistik wird von den Statistischen Ämtern seit 1999 alle zwei Jahre durchgeführt. Es werden sowohl ambulante und stationäre Einrichtungen³ 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 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 Pflegebedürftigen⁴ nach Geschlecht, Geburtsjahr und Grad der Pflegebedürftigkeit sowie
- ❏ von den Pflegebedürftigen zu zahlende Entgelte für Pflegeleistungen nach Pflegestufen sowie für Unterkunft und Verpflegung.
- ❏ Die Informationen zu den Pflegegeldleistungen nach §§ 37 und 38 SGB XI beinhalten
- ❏ Art des Leistungsträgers und des privaten Versicherungsnehmers sowie
- ❏ Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort nach Postleitzahl und Grad der Pflegebedürftigkeit des Pflegegeldempfängers.

Die Pflegestatistik unterscheidet nach dem Versorgungsschwerpunkt vier 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 (Schaubild 1). Über 90% aller Heime sind Altenheime mit Schwerpunkt auf Dauer- und Kurzzeitpflege.

³ 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).“

⁴ Erfasst werden hier nur Pflegebedürftige nach SGB XI. Vollständig selbst zahlende Heimbewohner der so genannten Pflegestufe 0 werden nicht mit einbezogen.

Pflegeheim Rating Report 2009

Schaubild 1

Zahl der Heime nach Art der Pflege

2007

	Dauer- stationär	Kurzzeit- pflege	Tagespflege	Nachtpflege	Gesamt
Heim für ältere Menschen	9 211	1 497	1 787	139	10 259
Heim für behinderte Menschen	228	42	9	1	262
Heim für psychisch Kranke	325	9	37	0	345
Heim für Schwerkranke und Sterbende	155	9	10	1	163
Gesamt	9 919	1 557	1 843	141	11 029

Doppelnennungen möglich. – Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; FDZ der Länder (2009)

2.2 Status quo

2.2.1 Marktübersicht

Der deutsche Gesundheitsmarkt erreichte im Jahr 2007 ein Volumen von rund 252 Mrd. € und damit 7 Mrd. € mehr als 2006. Das entspricht 10,7% des gesamten BIP. 11% des Gesundheitsmarkts bzw. 27 Mrd. € entfallen auf ambulante Pflegedienste und Pflegeheime (Schaubild 2). Damit rangiert die Pflege in ihrer Bedeutung an vierter Stelle hinter Krankenhäusern, Arztpraxen und Apotheken.

Der Anteil des Pflegemarkts an den gesamten Gesundheitsausgaben nimmt zu: 1997 betrug er 8,6%, 2007 schon 10,9% (Schaubild 3). Grund hierfür ist das weit überproportionale Wachstum der ambulanten und stationären Pflege (Schaubild 4). Aufgrund der Alterung der Bevölkerung dürfte die Pflege auch in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen. Die SPV trug 2007 49% der Ausgaben für stationäre Pflege und 50% für ambulante Pflegedienste.⁵ Öffentliche Haushalte trugen 14% bzw. 8% der Ausgaben, womit sie vor allem Pflegebedürftige unterstützen, die ihren Eigenanteil nicht alleine oder über ihre Angehörigen finanzieren können. Schaubild 5 gibt einen Überblick auf den Pflegemarkt 2007.

⁵ Dabei wurden Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 2,4 Mrd. € heraus gerechnet.

2. Der Pflegemarkt

Schaubild 2

Marktvolumen im Gesundheitswesen

2007; in Mrd. €



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 – Quelle: Statistisches Bundesamt (2009); ADMED/HCB/RWI Analyse

2.2.2 Leistungen

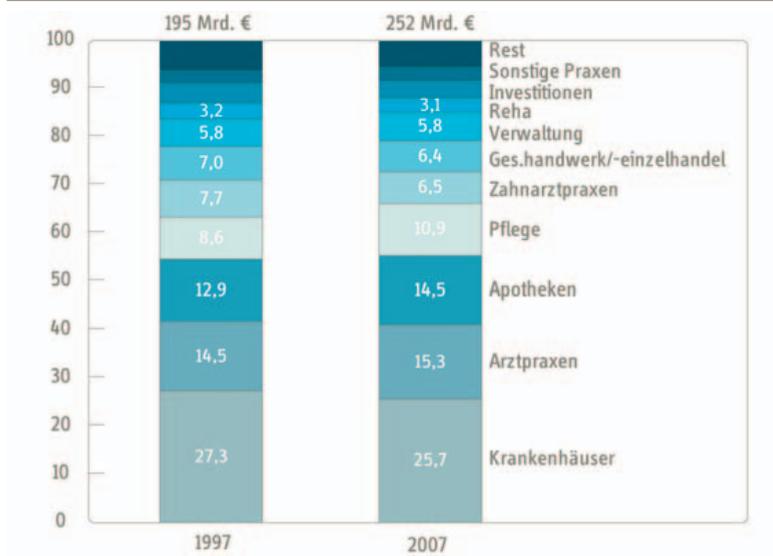
Für Ende 2007 wurden 2,25 Mill. Menschen offiziell als pflegebedürftig ausgewiesen, 120 000 bzw. 5,6% mehr als Ende 2005 und 11,4% mehr als 1999. Jedoch nicht nur die Zahl der Pflegedürftigen erhöhte sich, sondern es änderte sich auch die Art der Inanspruchnahme von Leistungen. Die professionelle Pflege in Heimen oder durch ambulante Dienste gewinnt immer mehr an Bedeutung, während der Anteil der Pflege durch Angehörige von 51% 1999 auf 46% 2007 zurückging (Schaubild 6). Dieser Trend zur Professionalisierung dürfte einerseits der Singularisierungen der Gesellschaft und andererseits der wachsenden Erwerbsquote von Frauen, die häufig die Pflege von Angehörigen leisten, geschuldet sein. Allerdings lässt sich 2007 erstmals kein Rückgang des Anteils der Pflege durch Angehörige erkennen. Während bis 2005 die Zahl der durch Angehörige gepflegten Fälle stets zurückging, stieg ihre Zahl 2007 gegenüber 2005 um 4,8%, also fast so stark wie die professionelle Pflege.

Pflegeheim Rating Report 2009

Schaubild 3

Verteilung der Gesundheitsausgaben

1997 und 2007; Anteil in %



Rest: Gesundheitsschutz, sonstige Einrichtungen, Rettungsdienste, sonstige Einrichtungen und private Haushalte – Quelle: Statistisches Bundesamt (2009); ADMED/HCB/RWI Analyse

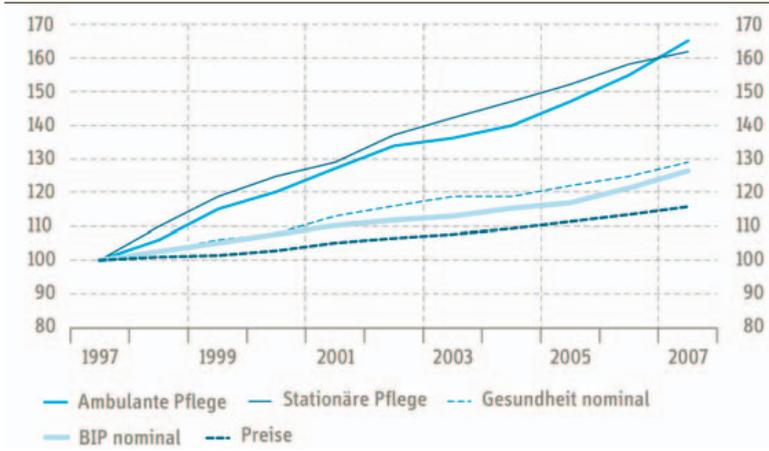
Gründe hierfür könnten sein: eine höhere Arbeitslosigkeit, was die Möglichkeit zur häuslichen Pflege vergrößern könnte, eine Zunahme männlicher Pflegebedürftige, wovon generell mehr zu Hause als in Heimen gepflegt werden, oder eine Zunahme der Haushaltshilfen von Pflegegeldempfängern im Rahmen der Osterweiterung der EU. Die Arbeitslosigkeit nahm allerdings zwischen 2006 und 2007 nicht zu. Auch nahm die Zahl der männlichen Pflegegeldempfänger nicht stärker zu als die weiblichen. Möglich ist auch ein Fehler in den Daten, was das Statistische Bundesamt nicht ausschloss. Allerdings prüfte das Statistische Bundesamt zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieses Reports die Daten noch, sodass derzeit keine definitive Aussage möglich ist. Wir gehen nicht davon aus, dass es sich 2007 tatsächlich um eine Trendumkehr handelt. Mittelfristig dürfte die Pflege durch Angehörige damit weiter an Bedeutung verlieren. Kurzfristig könnte die höhere Arbeitslosigkeit infolge der Finanzkrise 2010 und 2011 jedoch zu weiter steigender Angehörigenpflege führen.

2. Der Pflegemarkt

Schaubild 4

Marktvolumen: Gesundheitswesen, BIP und Preise

1997 bis 2007; 1997 = 100



BIP nominal = Ursprungswerte in den jeweiligen Preisen – Quelle: Statistisches Bundesamt (2009); ADMED/HCB/RWI Analyse

Regional sind beträchtliche Unterschiede in der Art der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen zu erkennen. Der Anteil stationärer an allen Pflegefällen liegt im Durchschnitt bei 32%, regional schwankt der Wert zwischen 20% und 40% (Karte 1). Ballungsgebiete scheinen höhere Werte aufzuweisen, allerdings nicht durchgehend. In einer multivariaten Regressionsanalyse untersuchen wir mehrere Faktoren, die den Anteil stationärer Fälle erklären könnten, simultan. Es stellte sich heraus, dass der Anteil stationärer Fälle in ländlichen Gebieten signifikant niedriger liegt, weil dort vermutlich die Pflege durch Angehörige stärker in Anspruch genommen wird oder genommen werden kann. Die Höhe der Arbeitslosenquote zeigt ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang zum Anteil stationärer Fälle: Je höher die Arbeitslosigkeit in einer Region, desto weniger muss auf Lohn Einkommen bei der Pflege eines Angehörigen verzichtet werden und desto eher können Angehörige die Pflege selbst übernehmen bzw. durch die Pflege etwas hinzuverdienen.

Sowohl für stationäre als auch für ambulante Fälle lässt sich in den vergangenen Jahren eine Verschiebung hin zu mehr leichten Fällen (Stufe I) erkennen (Schaubild 7). Ursache hierfür könnte die Professionalisierung der Pflege sein. Wenn Angehörige tendenziell Pflegebedürftige mit geringem Schweregrad versorgen, führt die Unterbringung dieser Fälle in Heimen oder ambulanten Diensten zu einem wachsenden Anteil der Heimbewohner mit Schweregrad der Stufe I. Ein

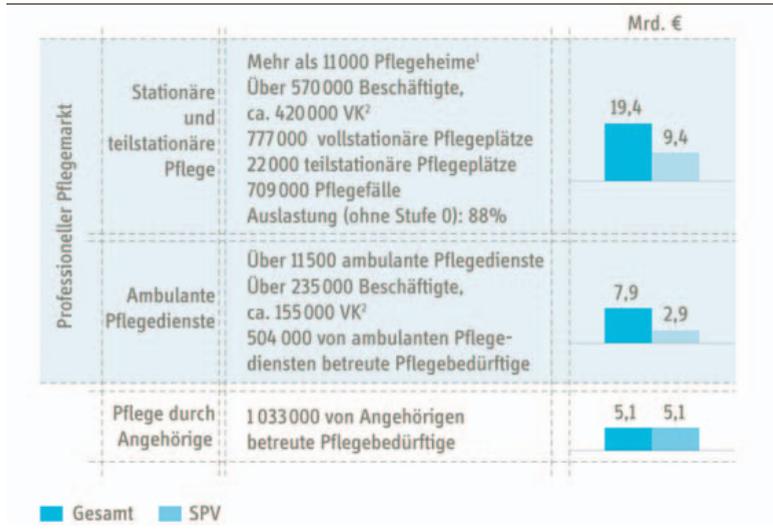
Pflegeheim Rating Report 2009

anderer Grund könnte eine sich ändernde Einstufungspraxis des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) sein. Karte 2 und 3 zeigen die aktuelle regionale Verteilung der Schweregrade. Zwischen den Trägerschaften gibt es keine nennenswerten Unterschiede in der Verteilung der Pflegestufen (Schaubild 8).

Schaubild 5

Der Pflegemarkt

2007



¹Alle Heime – ²Vollkräfte – Die Gesamtausgaben der SPV lagen 2007 bei 18,34 Mrd. €, nicht aufgeführt sind Verwaltungs- und sonstige Ausgaben der SPV über 1,8 Mrd. € – Quelle: Statistisches Bundesamt (2009), Pflegestatistik 2007 und Gesundheitsausgaben 2007

Die meisten Pflegebedürftigen suchen ein Heim in freigemeinnütziger Trägerschaft auf (60%), davon 19% ein Heim der Diakonie, 15% ein Heim der Caritas und 26% Heime anderer freigemeinnütziger Träger. Jeder dritte Pflegebedürftige wählt ein Heim in privater und nur 7% eins in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft. Dabei nahm der Anteil der Pflegebedürftigen in privaten Einrichtungen in den vergangenen Jahren weiter zu (Schaubild 9). Durch private Pflegedienste ließen sich 2007 bereits 45% aller ambulant Pflegebedürftigen versorgen – ebenfalls mit steigender Tendenz.

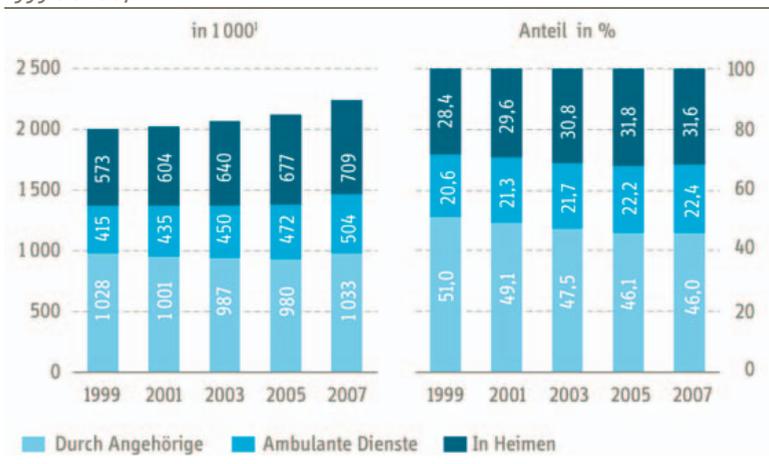
Der Anteil männlicher Heimbewohner stieg zwischen 1999 und 2007 von 21,1% auf 24,2%, was mit besonderen demografischen Bedingungen in diesem Zeitraum zusammenhängt. Allmählich reduziert sich die Bevölkerungslücke der männlichen

2. Der Pflegemarkt

Gefallenen des 2. Weltkriegs. Insofern ist in Zukunft von einem weiter leicht stärkeren Anstieg der männlichen Pflegebedürftigen zu rechnen. Das durchschnittliche Alter der weiblichen Heimbewohner hat im gleichen Zeitraum von 83,3 auf 83,9 Jahre zugelegt, das der männlichen von 74,3 auf 75,5 Jahre.

Schaubild 6

Verteilung der Pflegefälle nach Art der Pflege¹
1999 bis 2007



¹Alle Heime – Alle Angaben zum 15.12. des jeweiligen Jahres – Quelle: Statistisches Bundesamt (2008), Pflegestatistik 2007; ADMED/HCB/RWI Analyse

2.2.3 Preise

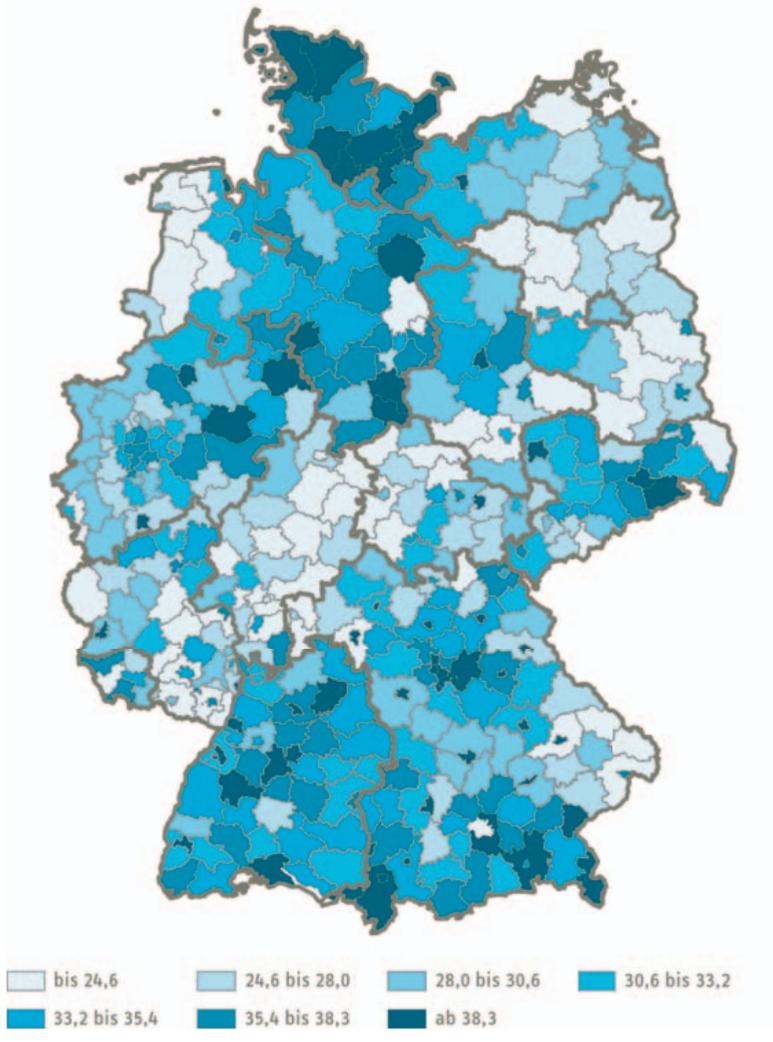
Die Preise für Pflegeleistungen setzen sich aus drei Komponenten zusammen (Schaubild 10): dem nach Schweregrad differenzierten Pflegesatz für pflegerische Leistungen, dem Entgelt für Unterkunft und Verpflegung (UV) sowie dem Investitionskostenanteil (IK) zur Deckung von Investitionen des Pflegeheims. Die Zuordnung als Pflegeleistung oder als UV erfolgt allerdings zwischen Bundesländern unterschiedlich (Schaubild 11). Insbesondere werden in Nordrhein-Westfalen noch mehr Kostenbestandteile der UV zugerechnet als in anderen Bundesländern. Ein direkter Vergleich der einzelnen Preiskomponenten zwischen Bundesländern ist daher nicht möglich. Das Entgelt für Pflegeleistungen sollte daher stets gemeinsam mit dem für UV betrachtet werden.

Pflegeheim Rating Report 2009

Karte 1

Anteil stationärer Fälle an allen Fällen nach Kreisen

2007; in %



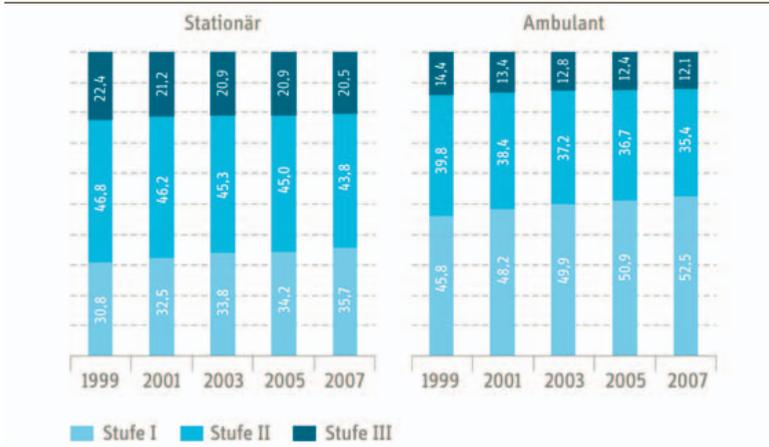
Quellen: FDZ der Länder (2009), ADMED/HCB/RWI Analyse

2. Der Pflegemarkt

Schaubild 7

Verteilung der Pflegefälle nach Pflegestufen

1999 bis 2007; Anteil in %

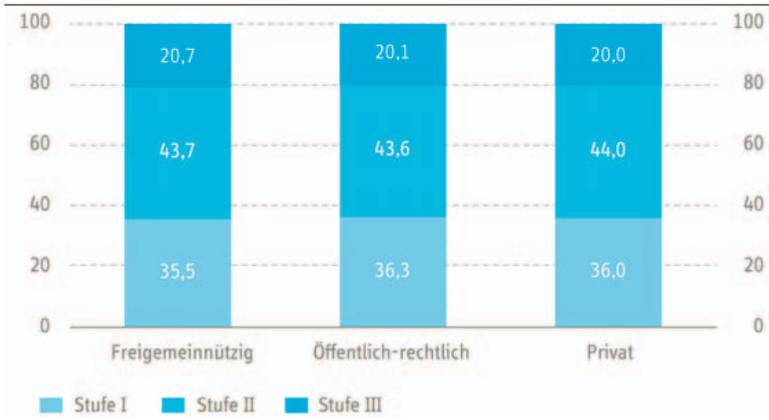


Bewohner mit unbekannter Pflegestufe wurden Pflegestufe 2 zugeordnet. – Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI

Schaubild 8

Verteilung der Pflegefälle nach Pflegestufen und Trägerschaft

2007; Anteil in %

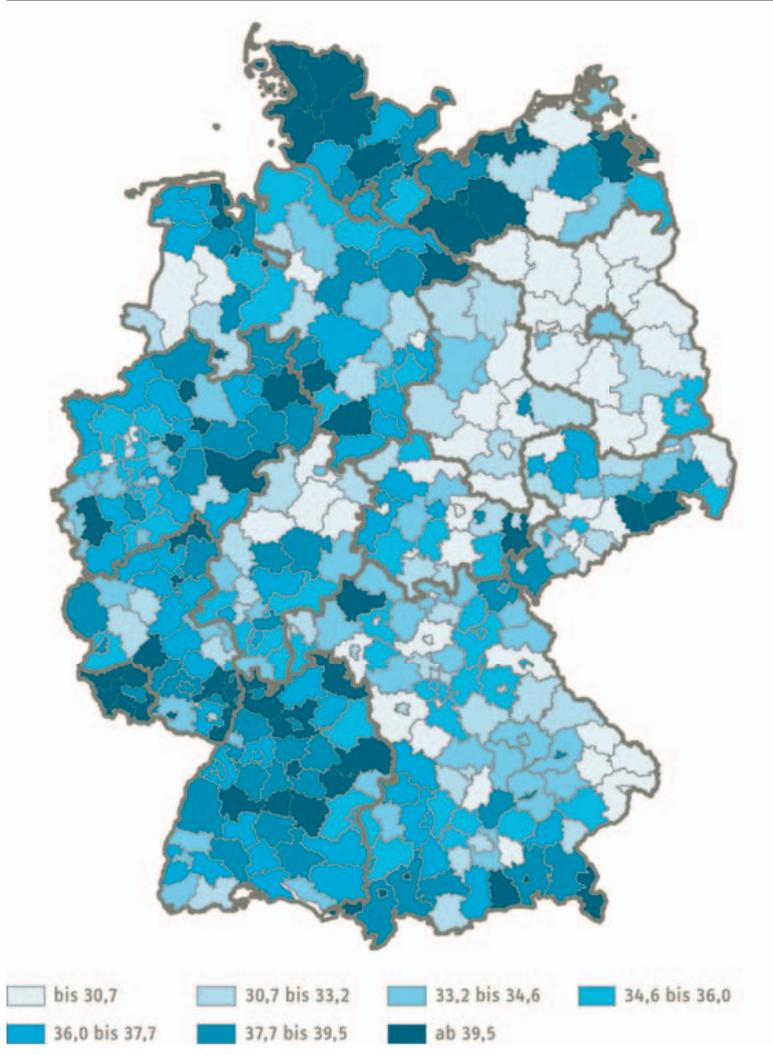


Bewohner mit unbekannter Pflegestufe wurden Pflegestufe 2 zugeordnet. – Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI

Pflegeheim Rating Report 2009

Karte 2

Anteile der Heimbewohner der Pflegestufe I nach Kreisen
2007; in %

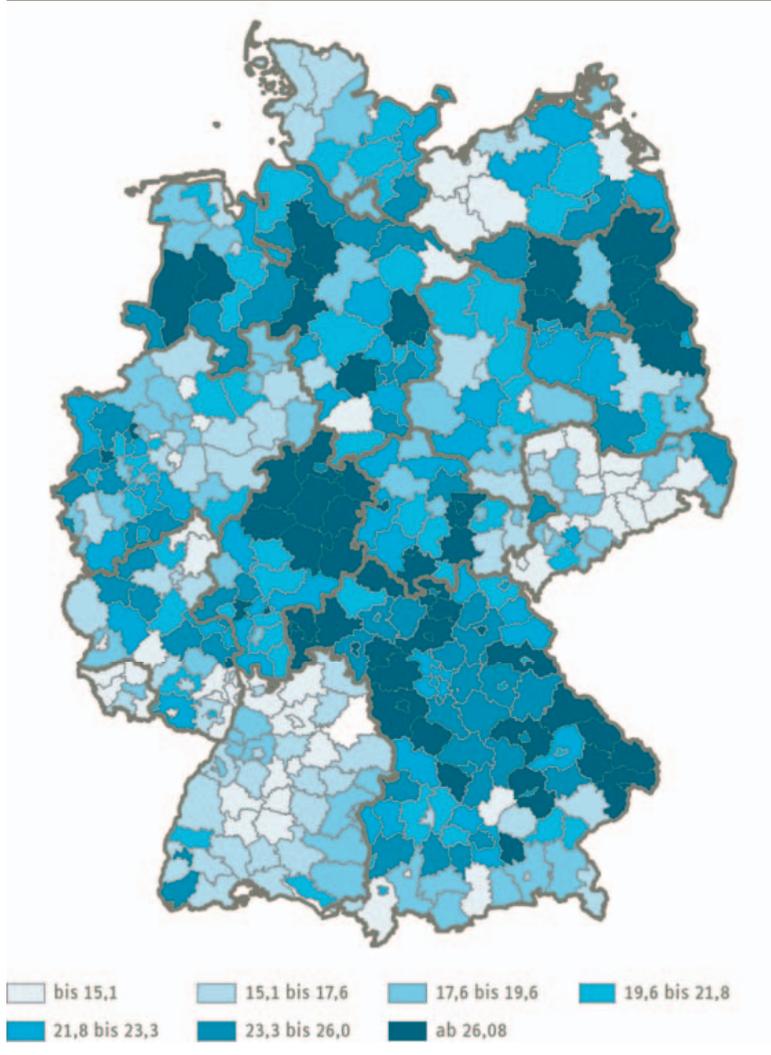


Quellen: FDZ der Länder (2009), ADMED/HCB/RWI Analyse

2. Der Pflegemarkt

Karte 3

Anteile der Heimbewohner der Pflegestufe III nach Kreisen
2007; in %



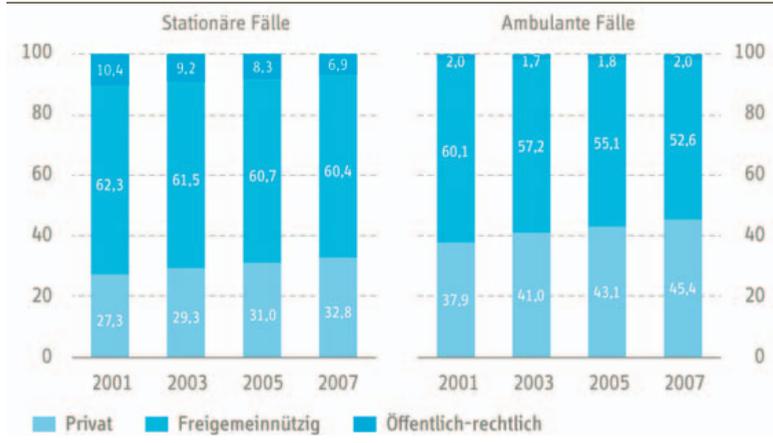
Quellen: FDZ der Länder (2009), ADMED/HCB/RWI Analyse

Pflegeheim Rating Report 2009

Schaubild 9

Verteilung der Pflegefälle nach Trägerschaft

2001 bis 2007; Anteil in %



Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI

Zur Vereinfachung der Darstellung bilden wir aus den einzelnen Preisen für Pflegestufe I bis III einen durchschnittlichen Preis für Pflegeleistungen, wobei die Preise der einzelnen Stufen mit dem bundesweiten Anteil der Pflegefälle der entsprechenden Pflegestufe gewichtet werden.⁶ Dann wird der Preis für UV addiert, sodass sich ein durchschnittlicher Preis (DP) für Pflege und UV ergibt. Den Investitionskostenanteil weisen wir separat aus. Schaubild 12 zeigt die durchschnittliche Vergütung je Entgeltkomponente. Für alle drei Pflegestufen erhöhte sich die Vergütung bis 2003 weitgehend in Einklang mit der Inflation (Schaubild 13). Danach lag ihr Anstieg unter der Inflationsrate, sodass die realen Preise bis 2007 leicht sanken.

⁶ Das Gewicht des Preises der Stufe I beträgt 35,7%, der Stufe II 43,8% und der Stufe III 20,5%. Die Gewichtung ist für alle Heime identisch. Würden stattdessen die Preise mit dem tatsächlichen Anteil der Pflegefälle des jeweiligen Heims gewichtet, würde beispielsweise ein Heim mit teurer Stufe III, aber wenigen Fällen in Stufe III, und mit günstiger Stufe I, aber vielen Fällen in Stufe I, als sehr günstiges Heim dargestellt. Wenn sich die Nachfrage an den Preisen eines Heims orientiert, würde bei einer solchen Gewichtung das Preisniveau tendenziell zu niedrig dargestellt, weil hochpreisige Stufen eines Heims gemieden würden.

2. Der Pflegemarkt

Schaubild 10

Komponenten des Heimentgelts

Pflegesatz	Entgelt für pflegerische Leistungen, nach Schweregrad differenziert <input type="checkbox"/> Stufe I <input type="checkbox"/> Stufe II <input type="checkbox"/> Stufe III <input type="checkbox"/> Härtefall Hinzu kommt „Stufe 0“ für Leistungen außerhalb des SGB XI.
Unterkunft und Verpflegung (UV)	Entgelt für „Hotelleistungen“
Investitions-kostenanteil (IK)	Entgelt für Investitionstätigkeiten (Bau, Umbau etc.)

Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

Schaubild 11

Abgrenzung zwischen Pflegesätzen und UV in ausgewählten Bundesländern

Einheitliche, nicht näher spezifizierte pauschale Anweisungen	Aufteilung auf	
	Pflege	U&V
Niedersachsen	50%	50%
Rheinland-Pfalz	70%	30%
Baden-Württemberg	50%	50%
Bayern	50%	50%

Detaillierte Aufschlüsselungen		
Hessen	ca. 50%	ca. 50%
Nordrhein-Westfalen		
Generell	ca. 50%	ca. 50%
Hauswirtschaftlicher Dienst	0%	100%
Wirtschaftsbedarf	0%	100%

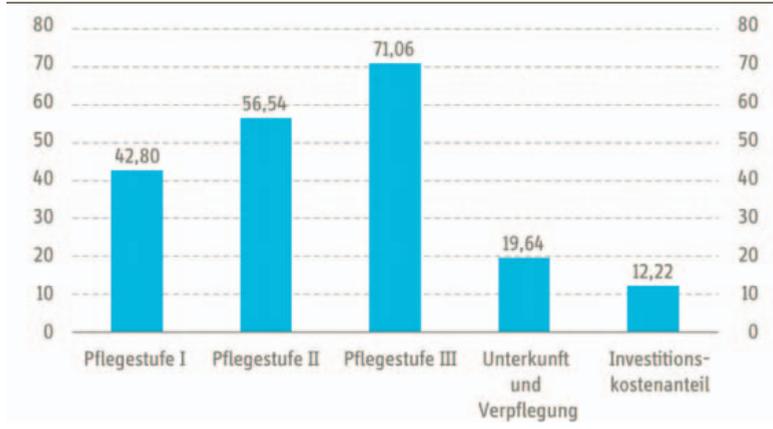
Quelle: ADMED/Medman/ZeS/RWI

Pflegeheim Rating Report 2009

Schaubild 12

Durchschnittliche Vergütung je Entgeltkomponente

2007; in €/Tag

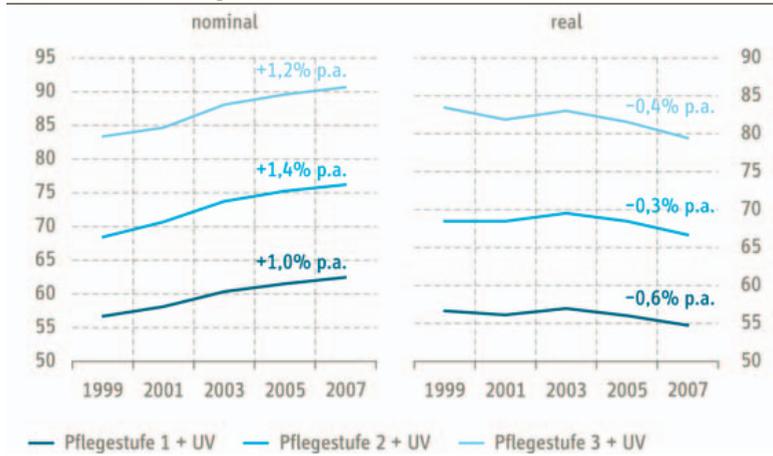


Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime (mit dauerstationären Plätzen), ADMED/HCB/RWI

Schaubild 13

Preise für stationäre Pflege nach Pflegestufen

1999 bis 2007; in €/Tag



Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime (mit dauerstationären Plätzen), ADMED/HCB/RWI

2. Der Pflegemarkt

Regional bestehen signifikante Preisunterschiede. Bei Pflegestufe I (zzgl. UV) stehen Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Bayern und Schleswig-Holstein als besonders teuer hervor (Karte 4). Die ostdeutschen Länder und Niedersachsen sind am günstigsten. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei Pflegestufe II (Karte 5). Bei Pflegestufe III weist wiederum Nordrhein-Westfalen fast flächendeckend das höchste Preisniveau auf, Schleswig-Holstein, Baden-Württemberg und Bayern liegen nun niedriger, Saarland, Rheinland-Pfalz und Hessen fallen relativ teuer aus, ebenso die Stadtstaaten (Karte 6). Die Gründe für diese erheblichen Preisunterschiede sind vielfältig. In Augurzky et al. (2008b) werden Erklärungen hierfür im Detail analysiert.

Anders sieht die Situation bei den Investitionskosten⁷ aus (Karte 7). Hier liegt nun Niedersachsen oben, gleichwohl schneidet aber auch Nordrhein-Westfalen wieder als verhältnismäßig teuer ab. Auffallend ist, dass innerhalb eines Bundeslands mit zunehmender Ländlichkeit der Investitionskostenanteil signifikant zurückgeht. Die Investitionskosten sind allerdings nur bedingt zwischen Bundesländern vergleichbar, weil in manchen Bundesländern Investitionskosten nach Art der Heimbewohner (mit oder ohne Sozialhilfe) differenziert werden. Beispielsweise ist in Baden-Württemberg eine größere Preisdifferenzierung zu beobachten. Für Sozialhilfeempfänger werden dann deutlich niedrigere IK gezahlt. Wir messen jeweils den niedrigsten IK-Satz.

Auffallend ist ebenfalls, das deutlich niedrigere Preisniveau von Heimen in privater Trägerschaft (Schaubild 14), beim DP sind sie im Durchschnitt um 7,1% günstiger als nicht-private Heime. Da bei privaten Heimen aufgrund geringerer öffentlicher Förderung allerdings die IK deutlich höher ausfallen, liegt das Preisniveau inkl. IK nur noch um 3,3% niedriger. Heime der Caritas und in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft sind am teuersten, gefolgt von Heimen der Diakonie und andere freigemeinnütziger Träger, darunter z.B. der AWO, des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbands und des DRK (Schaubild 15).

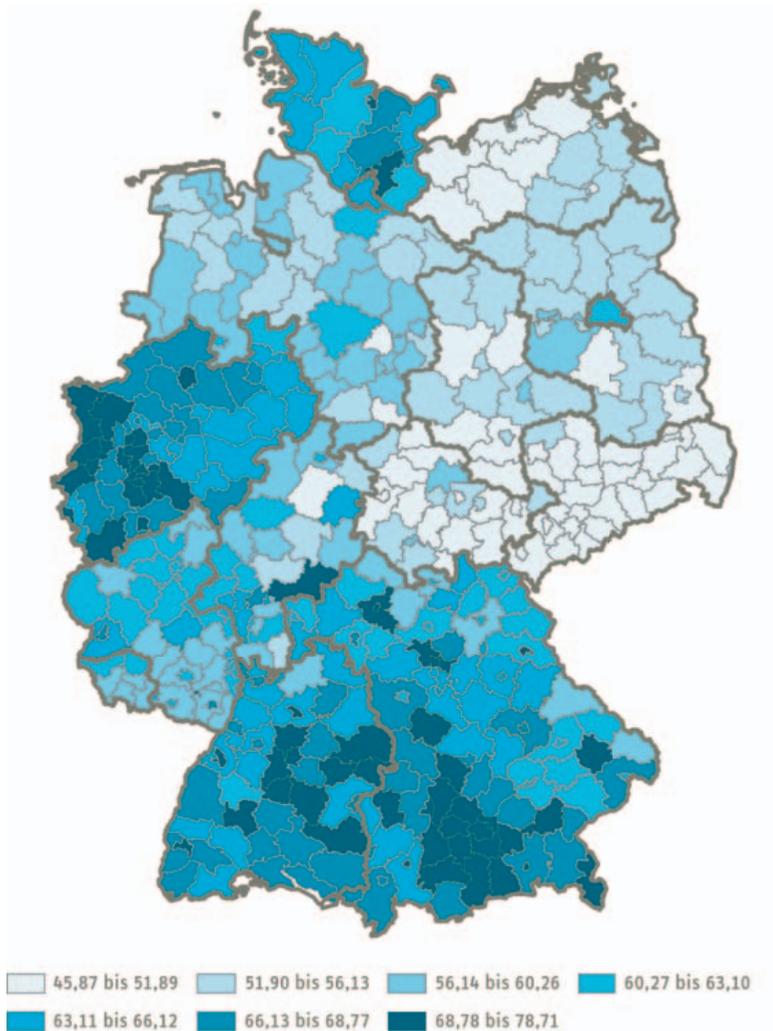
⁷ Bei einer von der Art des Bewohners abhängigen Differenzierung der IK liegen uns für die Heime jeweils die niedrigsten IK vor.

Pflegeheim Rating Report 2009

Karte 4

Preise für Pflegestufe I inkl. UV nach Kreisen

2007; in €/Tag

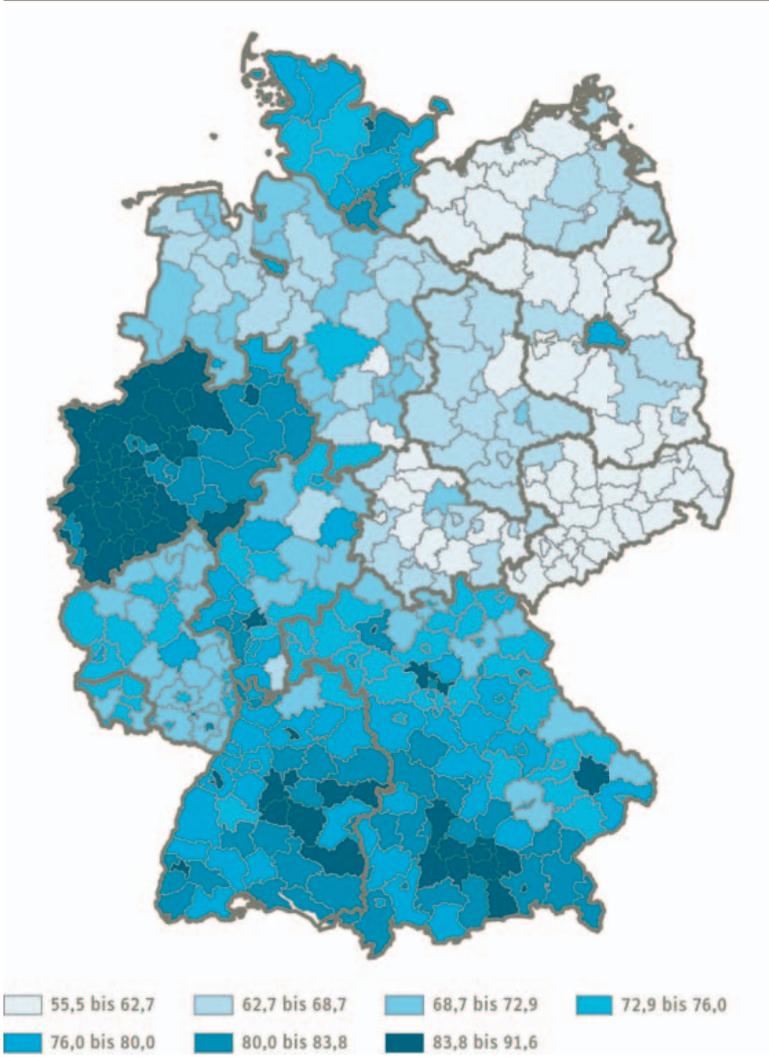


Quellen: FDZ der Länder (2009), ADMED/HCB/RWI Analyse

2. Der Pflegemarkt

Karte 5

Preise für Pflegestufe II inkl. UV nach Kreisen
2007; in €/Tag

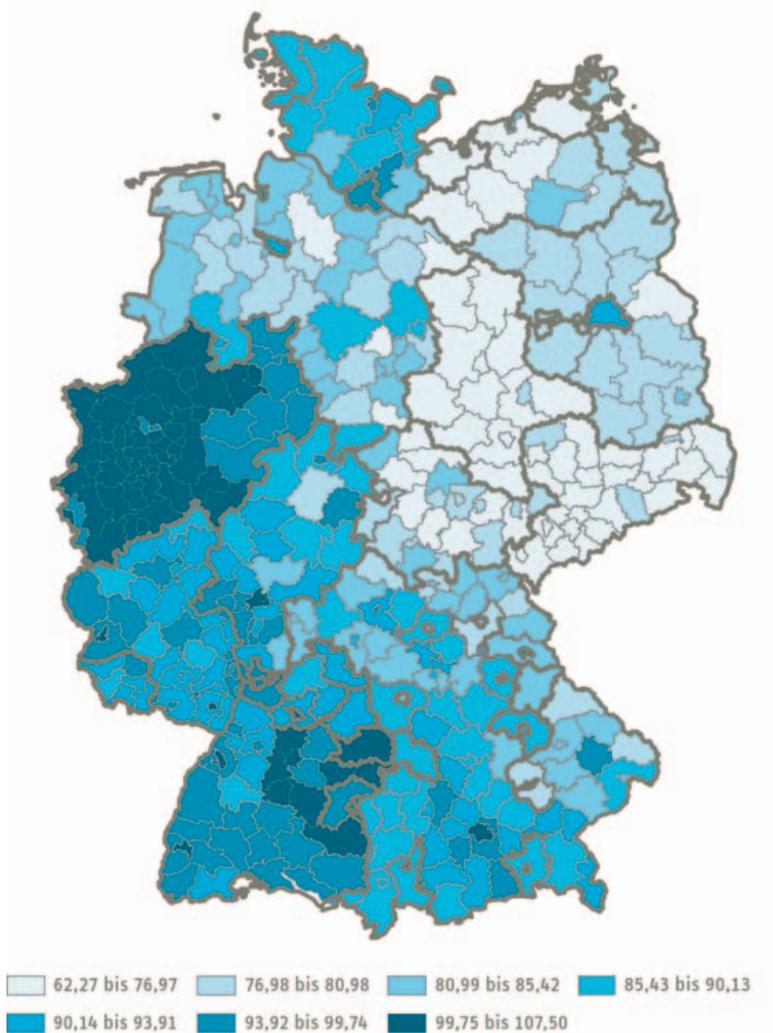


Quellen: FDZ der Länder (2009), ADMED/HCB/RWI Analyse

Pflegeheim Rating Report 2009

Karte 6

Preise für Pflegestufe III inkl. UV nach Kreisen
2007; in €/Tag



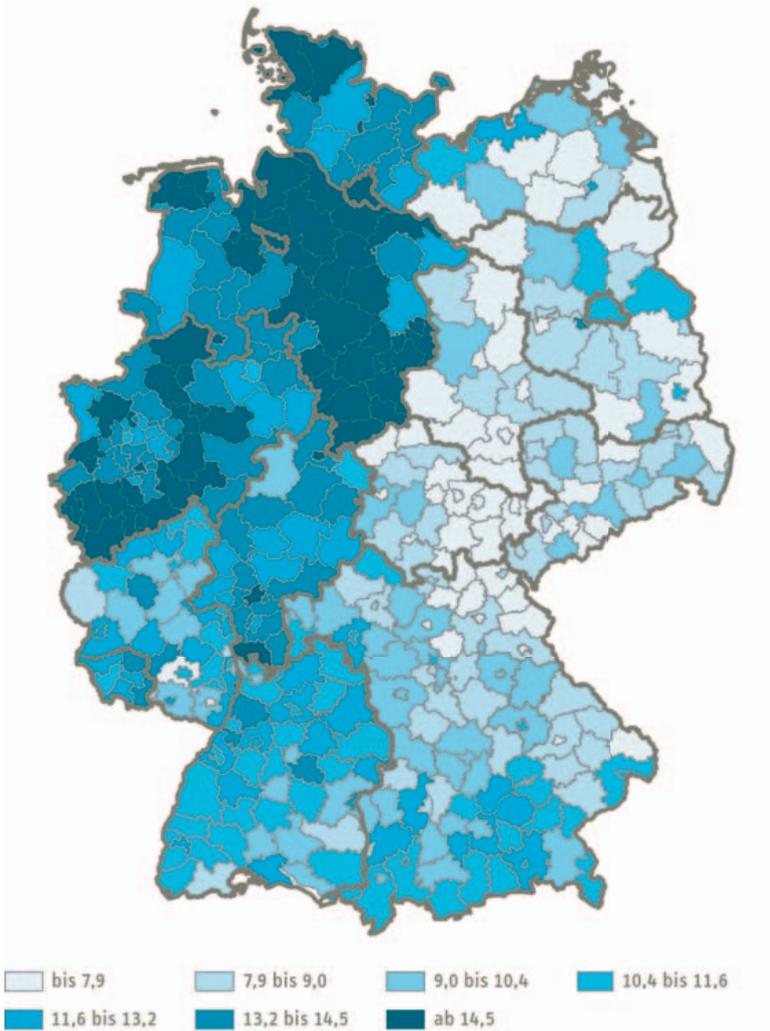
Quellen: FDZ der Länder (2009), ADMED/HCB/RWI Analyse

2. Der Pflegemarkt

Karte 7

Investitionskosten nach Kreisen

2007; in €/Tag



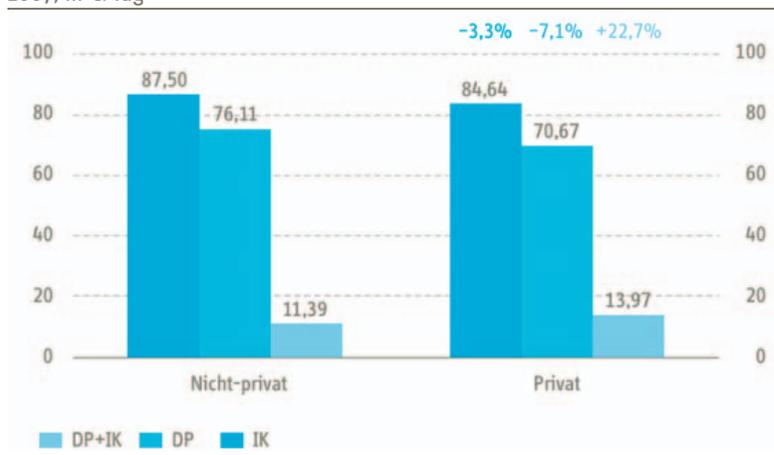
Aktuelle IK für Mecklenburg-Vorpommern und Frankfurt/Oder liegen nicht vor; daher wurden frühere Werte verwendet und hochgerechnet. – Quellen: PAULA (2009), alle Heime (mit dauerstationären Plätzen), ADMED/HCB/RWI Analyse

Pflegeheim Rating Report 2009

Schaubild 14

Durchschnittlicher Preis nach Trägerschaft

2007; in €/Tag

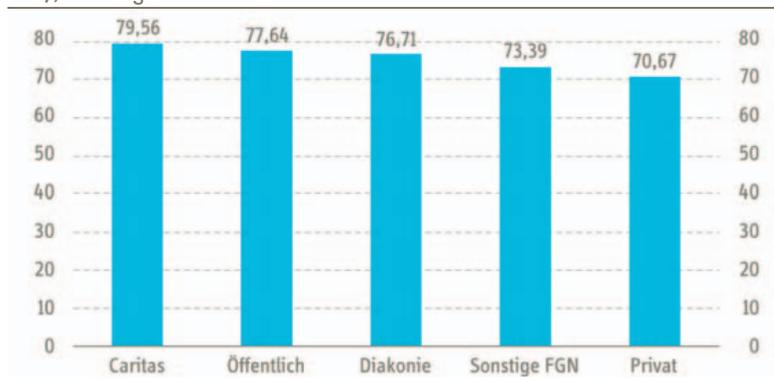


Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime (mit dauerstationären Plätzen), ADMED/HCB/RWI

Schaubild 15

Durchschnittlicher Preis (ohne IK) nach Trägerschaft

2007; in €/Tag

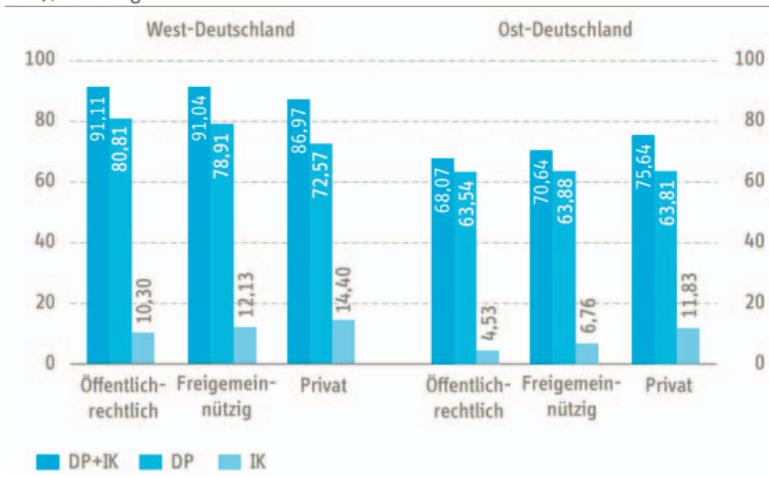


Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime (mit dauerstationären Plätzen), ADMED/HCB/RWI

2. Der Pflegemarkt

Schaubild 16

Durchschnittlicher Preis nach Trägerschaft und West-/Ostdeutschland
2007; in €/Tag



Quelle: FDZ der Länder (2009) und PAULA (2009), alle Heime (mit dauerstationären Plätzen), ADMED/HCB/RWI

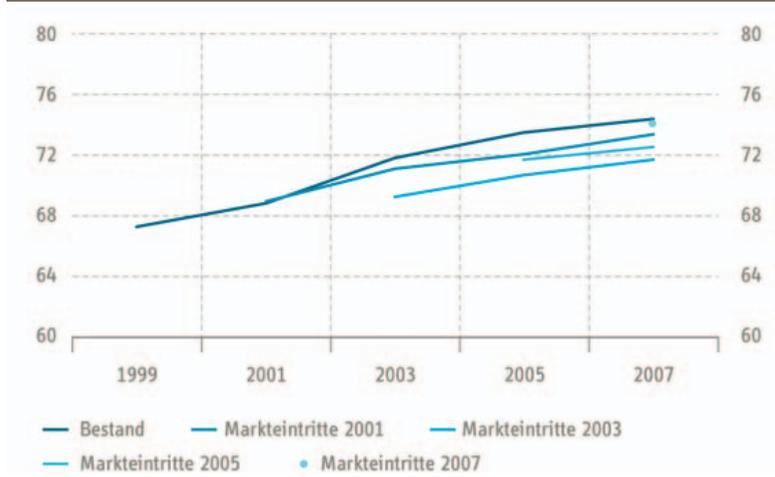
Differenziert nach Ost- und Westdeutschland weisen private Heime in Ostdeutschland ein höheres Preisniveau auf (Schaubild 16). Grund ist, dass die IK bei privaten Heimen im Osten deutlich höher sind als bei nicht-privaten. Der Unterschied beträgt in Westdeutschland nur zwischen 2 und 4 €, in Ostdeutschland aber 5 bis 7 €. Darin dürfte sich eine trägerspezifische Förderpraxis der öffentlichen Hand niederschlagen. Aber auch im Hinblick auf den durchschnittlichen Preis liegen die privaten Heime in Ostdeutschland nicht unter den nicht-privaten, sodass sie die höheren IK nicht wie im Westen durch geringere DP wettmachen können. Ihr Preisniveau fällt daher in Ostdeutschland insgesamt um 7% bis 10% höher aus als bei nicht-privaten Heimen.

Gründe für das niedrigere Preisniveau privater Anbieter in Westdeutschland könnten in günstigeren Kosten bzw. effizienteren Arbeitsabläufen zu suchen sein. Tatsächlich zeigt sich im nächsten Abschnitt, dass private Heime weniger Arbeitskräfte pro Heimbewohner einsetzen und die Personalkosten als Anteil vom Umsatz deutlich geringer ausfallen als bei nicht-privaten Heimen. Verstärktes Outsourcing von Leistungen könnte dabei eine Rolle spielen. Auch könnte die Position der privaten Heime in den Pflegesatzverhandlungen schlechter sein als die der nicht-privaten, oder die Nachfrage der Pflegebedürftigen nach privaten Heimen fällt geringer aus, sodass sie niedrigere Preise anbieten müssen. Die deutlich gerin-

Pflegeheim Rating Report 2009

Schaubild 17

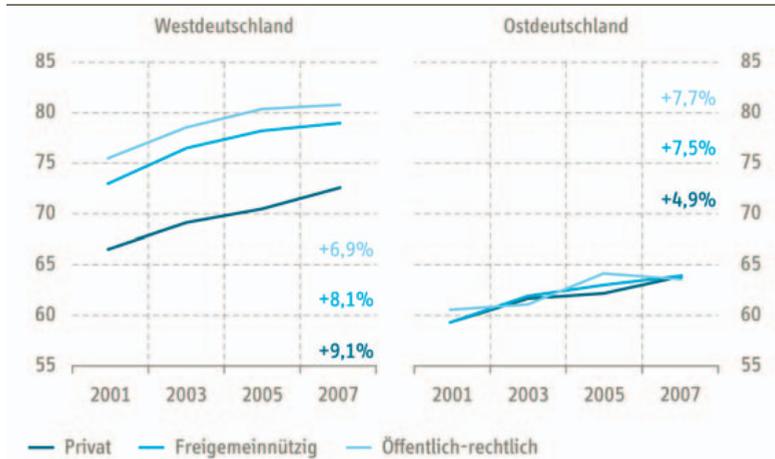
Preisniveau der Pflegeheime nach Markteintritt
1999 bis 2007; in €



¹Preise beziehen sich auf einen Durchschnittswert (DPS-2) ohne Hamburg und Schleswig-Holstein, weil Pflegenummern in jedem Erhebungsjahr neu vergeben werden; damit kann kein Pflegeheim über mehrere Jahre beobachtet werden. - Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime (mit dauerstationären Plätzen), ADMED/HCB/RWI

Schaubild 18

Preise der Pflegeheime (DP) nach West-/Ostdeutschland
2001 bis 2007; in €



Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI

2. Der Pflegemarkt

gere Auslastung der privaten im Vergleich zu nicht-privaten Heime würde diese These untermauern (Abschnitt 2.2.5). Darüber hinaus nahm die Zahl der privaten Anbieter in den letzten Jahren überproportional stark zu, was zu einer Ausweitung des Angebots und damit zu geringeren Auslastungen geführt hat.

Markteintritte bieten günstigere Preise als bestehende Einrichtungen (Schaubild 17). In den vergangenen Jahren stieg das Preisniveau privater Heime in Westdeutschland stärker als das der nicht-privaten (Schaubild 18), in Ostdeutschland schwächer. Es lässt sich daher eine leichte Preiskonvergenz erkennen. Schließlich fällt auf, dass Heime in ländlichen Regionen deutlich günstiger sind als Heime in städtischen. Die Differenz beträgt rund 10% (Schaubild 19). Ein niedrigeres Kostenniveau auf dem Land, insbesondere bei Personalkosten, kann dies erklären.

2.2.4 Qualität

Bei den vergleichsweise großen Preisunterschieden zwischen Pflegeheimen stellt sich die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Qualität und Preisniveau. Bietet ein teures Heim auch eine bessere Qualität? Dazu greifen wir auf die Prüfdaten des MDK Rheinland-Pfalz aus dem Jahr 2008 zurück, denen die Preise der Pflegeheime gegenübergestellt wurden. Die Daten wurden anschließend dem RWI anonymisiert zu Analyse Zwecken zur Verfügung gestellt. Insgesamt handelt es sich um 81 Heime. Die Ergebnisse geben zwar nur Hinweise für Rheinland-Pfalz; sie zeigen allerdings Tendenzen für die bundesweite Situation. Die Daten sind für Rheinland-Pfalz in Bezug auf Trägerschaft, Größe und Preisniveau repräsentativ. Die Stichprobe besteht zu 32% aus privaten Heimen (Rheinland-Pfalz: 30%), die durchschnittliche Zahl der Pflegeplätze beträgt 83 (RP: 84) und das durchschnittliche Preisniveau entspricht exakt dem rheinland-pfälzischen.

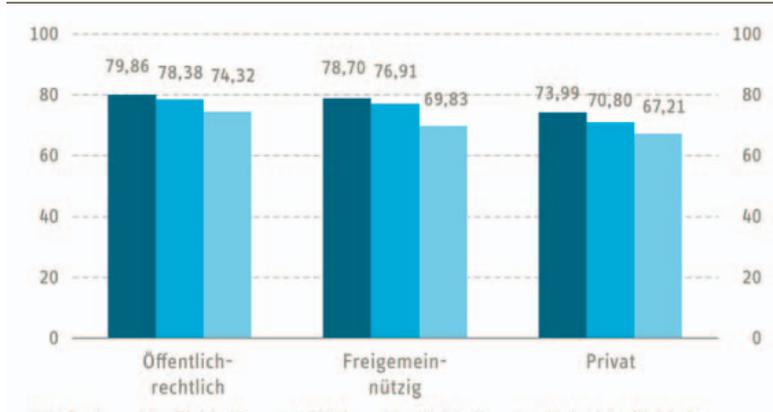
Unterschieden werden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Strukturqualität umfasst die bauliche Ausstattung des Heims, Hygienebedingungen, die Aufbauorganisation, die Qualifikation des Personals und den Personaleinsatz (Schaubild 20). Die Prozessqualität beinhaltet das Qualitätsmanagement, das Pflegekonzept, die Verabreichung von Medikamenten und des Essens, die soziale Betreuung sowie die Art der Pflegedokumentation (Schaubild 21). Die Ergebnisqualität bewertet schließlich die Flüssigkeits- und Nahrungsgabe, die Versorgung bei Ernährungssonden, Inkontinenz und Dekubitus, Prophylaxemaßnahmen und die Versorgung bei Demenz (Schaubild 22).

Pflegeheim Rating Report 2009

Schaubild 19

Preisniveau der Pflegeheime nach Ländlichkeit

2007; in €



Quelle: FDZ der Länder (2009) und PAULA (2009), alle Heime (mit dauerstationären Plätzen), ADMED/HCB/RWI

Schaubild 20

Definition der Strukturqualität

Struktur	Struktur	Ausstattung Klingel Orientierungshilfen Private Ausgestaltung der Zimmer demenzgerechte Ausstattung Hygiene
	Aufbauorganisation/ Personal	Qualifizierung PDL Beschäftigungsumfang PDL Stellvertretung PDL
	Personaleinsatz	Qualifikationsgemäßer Personaleinsatz - KPH Qualifikationsgemäßer Personaleinsatz - Hilfskräfte Ausreichendes Personal im Nachtdienst Ausreichendes Personal am Wochenende Ausreichende Dienstpläne Pflegeprozesssteuerung durch Fachkräfte

Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; MDK Rheinland-Pfalz

2. Der Pflegemarkt

Schaubild 21

Definition der Prozessqualität

Prozess	Qualitätsmanagement/ Pflegerische Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> Stellenbeschreibungen vorhanden Fachliche Überprüfungen Fachbegleitung Hilfskräfte Interne Qualitätssicherungsmaßnahme Fortbildung Prospektive Fortbildungsplanung Interne Besprechungen Einarbeitungskonzept Strikte Anwendung des Einarbeitungskonzepts Hygieneplan Beschwerdemanagement Leitbild Pflegekonzept
	Medikamente	<ul style="list-style-type: none"> Vollständige Verordnung Kontrollierte Abläufe beim Verrichten Korrekte Aufbewahrung Korrektes Richten Versorgung durch Fachkräfte Ordnungsgemäße Bedarfsmedikation Korrekte Versorgung mit flüssigen Medikamenten Medikamente ausreichend haltbar
	Essen	<ul style="list-style-type: none"> Speiseplan Diätkost Spätmahlzeiten Getränkeversorgung
	Soziale Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> Gruppenbetreuung Einzelbetreuung
	Pflegedokumentation Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> Stammdaten Pflegeanamnese Biografie Pflegeprobleme Ressourcen Pflegeziele Maßnahmenplanungen Prophylaxen Doku auf aktuellem Stand Handlungsanleitend Pflegeprozesssteuerung durch Fachkräfte

Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; MDK Rheinland-Pfalz

Pflegeheim Rating Report 2009

Schaubild 22

Definition der Ergebnisqualität

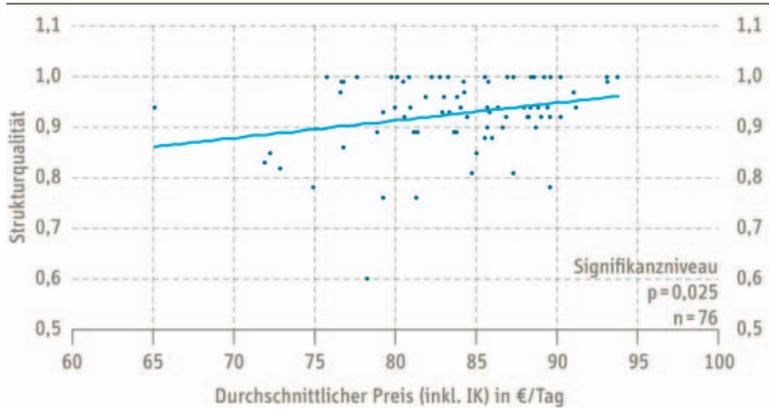
Ergebnis	Ergebnisqualität (einzeln und kumuliert)	Ausreichende Flüssigkeitsgabe
		Ausreichende Nahrungsgabe
		Versorgung bei Ernährungssonden
		Versorgung bei Inkontinenz
		Versorgung bei Dekubitus
		Dekubitusprophylaxe
		Sturzprophylaxe
		Versorgung bei Demenz
		Kontrakturprophylaxe
		Pneumonieprophylaxe
		Intertrigoprophylaxe

Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; MDK Rheinland-Pfalz

Schaubild 23

Zusammenhang zwischen Preisniveau und Strukturqualität

2008



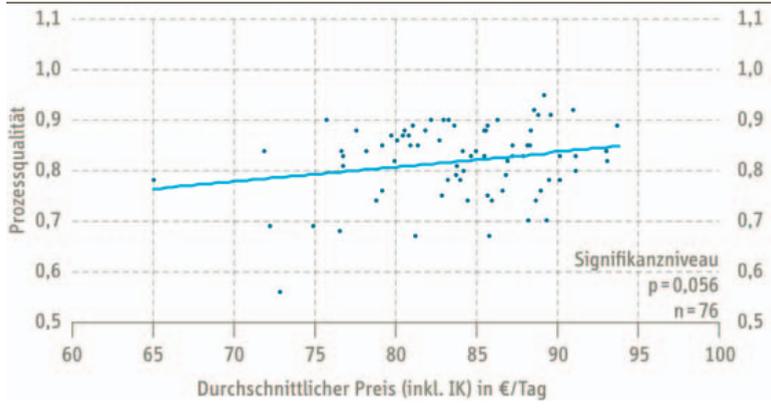
Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; MDK Rheinland-Pfalz

2. Der Pflegemarkt

Schaubild 24

Zusammenhang zwischen Preisniveau und Prozessqualität

2008

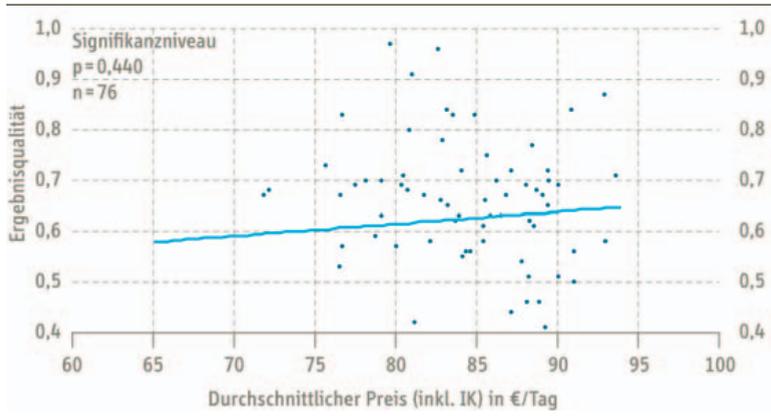


Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; MDK Rheinland-Pfalz

Schaubild 25

Zusammenhang zwischen Preisniveau und Ergebnisqualität

2008



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; MDK Rheinland-Pfalz

Pflegeheim Rating Report 2009

Es zeigt sich, dass die Strukturqualität eines Heims mit höherem Preisniveau (DP+IK) zunimmt. Dieser Zusammenhang ist in Rheinland-Pfalz statistisch signifikant (Schaubild 23). Auch die Prozessqualität scheint mit dem Preisniveau leicht zu wachsen (Schaubild 24). Allerdings ist dieser Zusammenhang nur noch schwach signifikant. Zwischen der Ergebnisqualität und dem Preisniveau lässt sich allerdings kein Zusammenhang mehr feststellen (Schaubild 25). Offenbar gelingt es nicht, bei guten strukturellen Voraussetzungen und vermutlich besseren Prozessen auch die Ergebnisqualität zu steigern. Denkbar ist jedoch auch folgende Interpretation der Ergebnisse. Unabhängig vom Preisniveau bieten alle Heime im Durchschnitt die gleiche Ergebnisqualität. Bei höheren Preisen steigt indessen das Angebot zur Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität.

Schließlich gibt es keine Anzeichen für eine schlechtere Qualität bei Heimen in privater Trägerschaft. Sowohl bei der Prozess- als auch bei der Ergebnisqualität zeigen sich keine Unterschiede. Nur die Strukturqualität scheint bei freigemeinnützigen Heimen leicht besser zu sein. Der Unterschied ist allerdings statistisch nicht signifikant (Schaubild 26).

2.2.5 Kapazitäten

Das Pflegeangebot teilt sich in voll- und teilstationäre Pflege auf. Unter vollstationärer Pflege ist einerseits die (übliche) Dauerpflege zu verstehen, andererseits auch die Kurzzeitpflege, die in der Regel dann genutzt wird, wenn die ambulante Pflege vorübergehend, z.B. wegen Urlaub des Pflegenden, unterbrochen wird. Die teilstationäre Pflege beinhaltet einmalige Tages- und Nachtpflege (Schaubild 27).

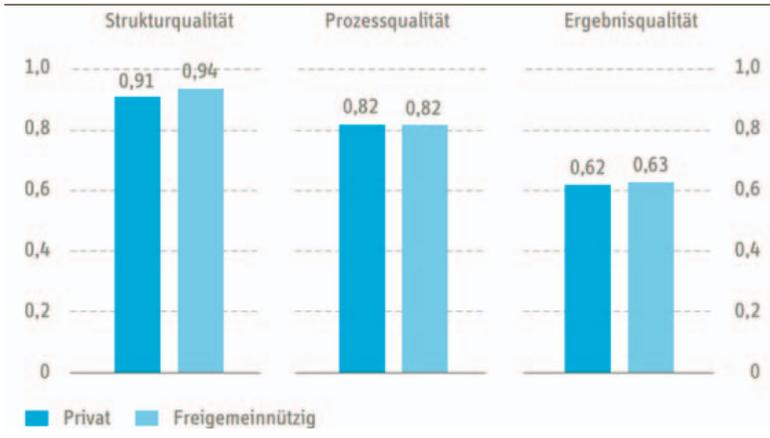
Mit der wachsenden Nachfrage nach Pflegeleistungen ist eine entsprechende Zunahme des Angebots zu verzeichnen. Die Anzahl der Pflegeheime stieg zwischen 1999 und 2005 um 25% von 8 859 auf 11 029 (Schaubild 28). In gleichem Maße erhöhte sich die Zahl der verfügbaren Plätze von rund 645 000 auf 799 000. Zwischen 2001 und 2007 sind pro Jahr rund 3% Markteintritte zu verzeichnen. In fast allen Regionen nahm die Zahl der Plätze zwischen 2003 und 2007 (Karte 8) deutlich zu. Eine Ausnahme bilden nur 41 der rund 440 Kreise. Besonders auffallend ist die Zunahme der Zahl der Plätze in privater Trägerschaft: Seit 2001 nahm sie um 47% zu, während jene in freigemeinnütziger nur um 14% stiegen, jene in öffentlich-rechtlicher sogar um 21% sanken (Schaubild 29). Besonders in Ostdeutschland stieg die Zahl der Plätze in privater Trägerschaft sehr stark um 79%. Bei ambulanten Diensten stagnierte die Zahl der Fälle von freigemeinnützigen Diensten, während private ihr Angebot stark ausweiteten. Wir schätzen, dass zwischen 2001 und 2007 rund 9,4 Mrd. € für Neu-Investitionen in den stationären Bereich aufgebracht wurden, davon alleine 6,5 Mrd. € durch private Träger.

2. Der Pflegemarkt

Schaubild 26

Zusammenhang zwischen Preisniveau und Trägerschaft

2008

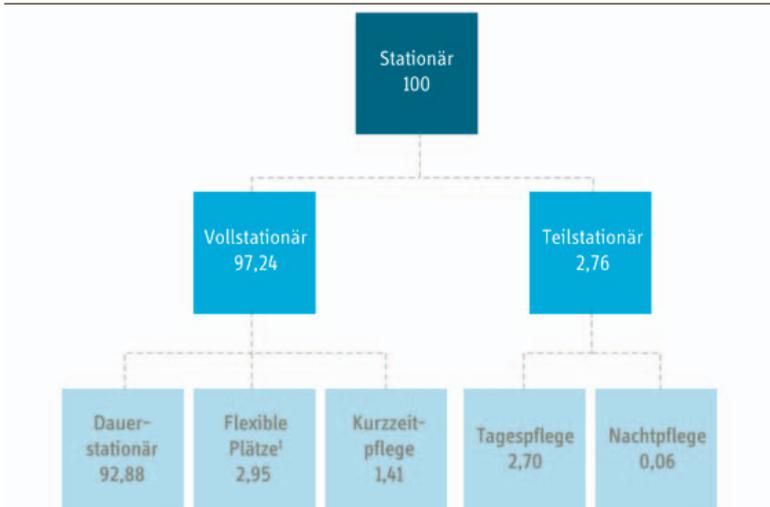


Daten zu öffentlich-rechtlichen Heimen liegen nicht vor; Anzahl Heime = 72 – Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI

Schaubild 27

Verteilung der stationären Pflegeplätze nach Art der Pflege

2007; Anteil in %

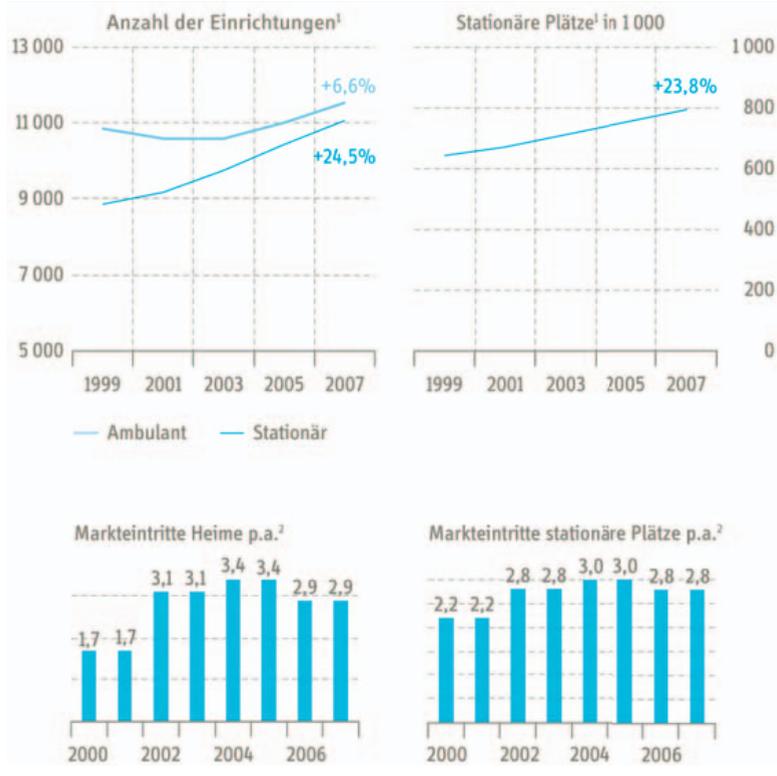


¹Die flexiblen Plätze können sowohl für dauerstationäre als auch für Kurzzeitpflege genutzt werden. – Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; Statistisches Bundesamt (2007)

Pflegeheim Rating Report 2009

Schaubild 28

Zahl der Pflegeeinrichtungen und Plätze
1999 bis 2007



¹Alle Heime - ²Interpolation auf die einzelnen Jahre - Quelle: Statistisches Bundesamt (2008), Pflegestatistik 2007; ADMED/HCB/RWI Analyse

Nach wie vor dominieren jedoch freigemeinnützige Anbieter mit 55% der Heime und 60% der stationären Fälle den stationären Pflegemarkt, 39% der Heime und 32% der Fälle befinden sich in privater Trägerschaft (Schaubild 30). Anders sieht die Lage bei ambulanten Diensten aus, die mehrheitlich privat sind (60%). Durch ihre vergleichsweise geringe Größe betreuen sie aber nur 45% aller ambulanten Pflegefälle. Auf regionaler Ebene variiert die Verteilung der Trägerschaft erheblich (Karte 9). Es gibt Regionen mit weniger als 20% privaten Heimen und solche mit über 50%. Es fällt auf, dass es besonders in Nordrhein-Westfalen und in Teilen Baden-Württembergs und Bayerns nur sehr wenige private Heime gibt, während

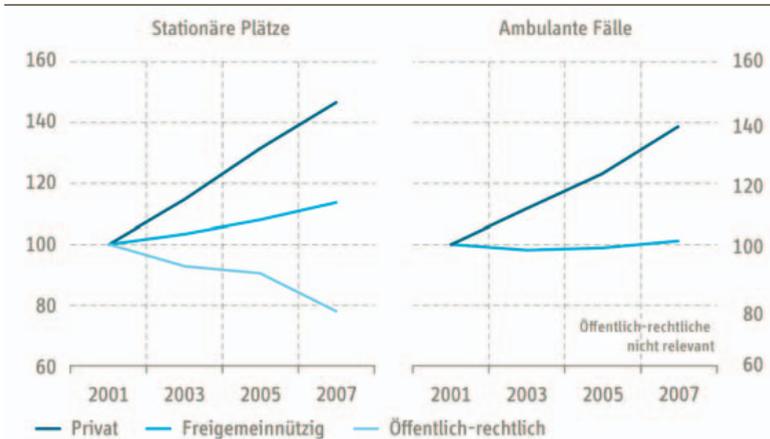
2. Der Pflegemarkt

in Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Hessen, Sachsen-Anhalt und Ost-Bayern private Heime einen bedeutenden Stellenwert besitzen. Auch ist der Anteil privater Heime in ländlichen Regionen deutlich höher (Schaubild 31).

Schaubild 29

Veränderung der Zahl der Pflegeplätze nach Trägerschaft

2001 bis 2007; 2001 = 100



Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI

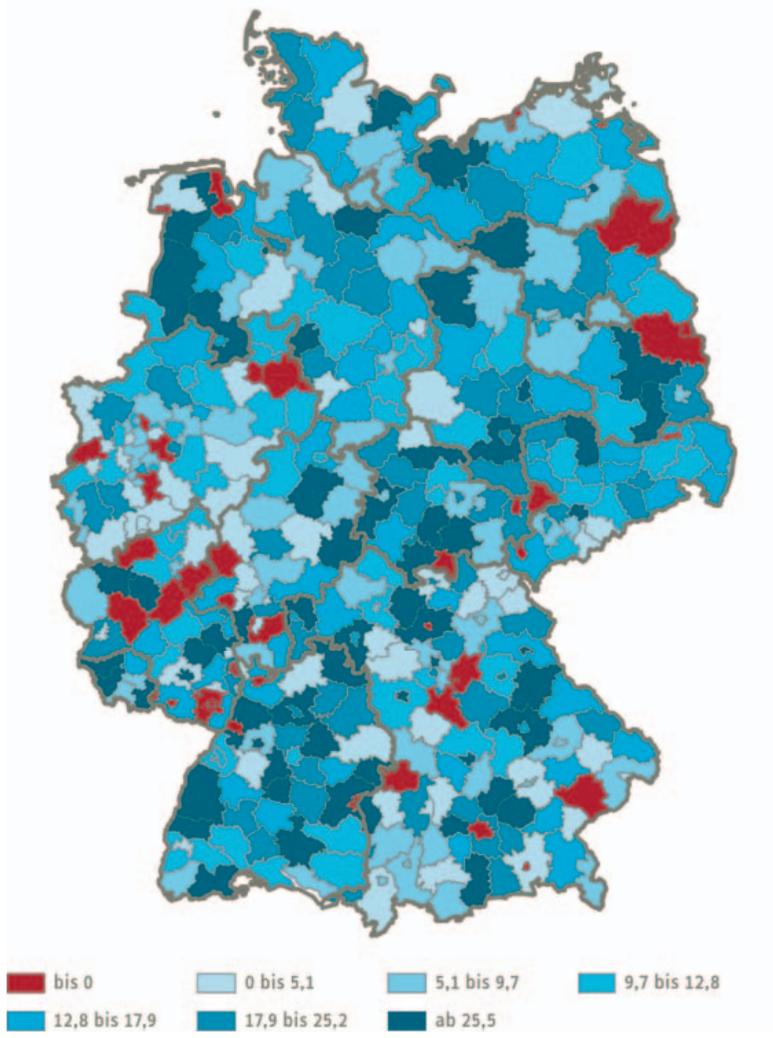
Die durchschnittliche Heimgröße blieb in den vergangenen Jahren unverändert bei rund 73 Plätzen. Es gibt erstaunlich viele kleine Heime mit bis zu 40 Plätzen (31%). 9% der Heime bieten über 140 Plätze an. Die Mehrheit befindet sich im Bereich 60 bis 120 Plätze (Schaubild 32). Private Heime sind mit durchschnittlich rund 64 Plätzen deutlich kleiner als freigemeinnützige (77 Plätze) oder öffentlich-rechtliche (85 Plätze). Der Abstand hat in den vergangenen Jahren merklich abgenommen.

Regional unterscheidet sich die Auslastung erheblich: Sie schwankt zwischen 63% und über 100% (Karte 10). In Teilen Nordrhein-Westfalens und in ostdeutschen Bundesländern liegt sie deutlich über dem Durchschnitt, in Rheinland-Pfalz und in Teilen Süddeutschland darunter. Allerdings kann anhand der vorliegenden Daten nicht nachvollzogen werden, ob in einzelnen Bundesländern Doppelzimmer verstärkt als Einzelzimmer genutzt werden. Damit würde die Zahl der angebotenen Plätze zu hoch und die Auslastung zu gering ausgewiesen.

Pflegeheim Rating Report 2009

Karte 8

Veränderung der Zahl der Pflegeplätze nach Kreisen
2003 bis 2007; in %

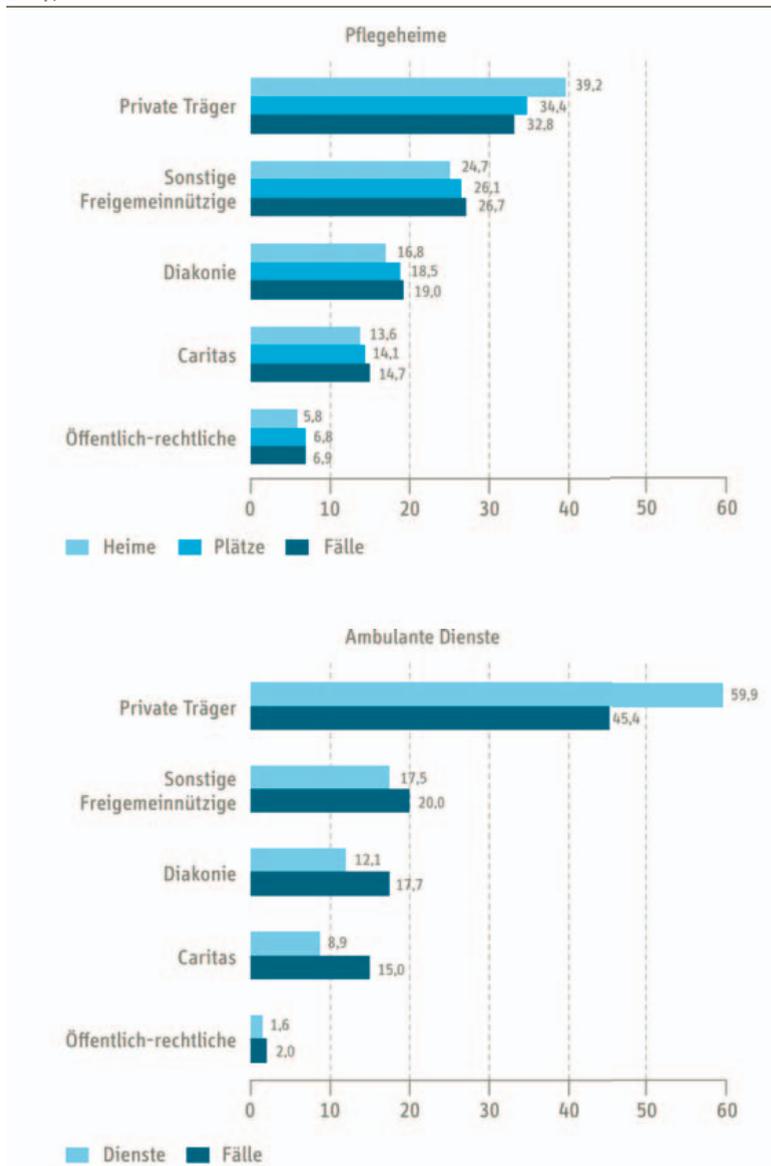


Quellen: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI Analyse

2. Der Pflegemarkt

Schaubild 30

Verteilung der Heime und ambulante Dienste nach Trägerschaft
2007; Anteil in %



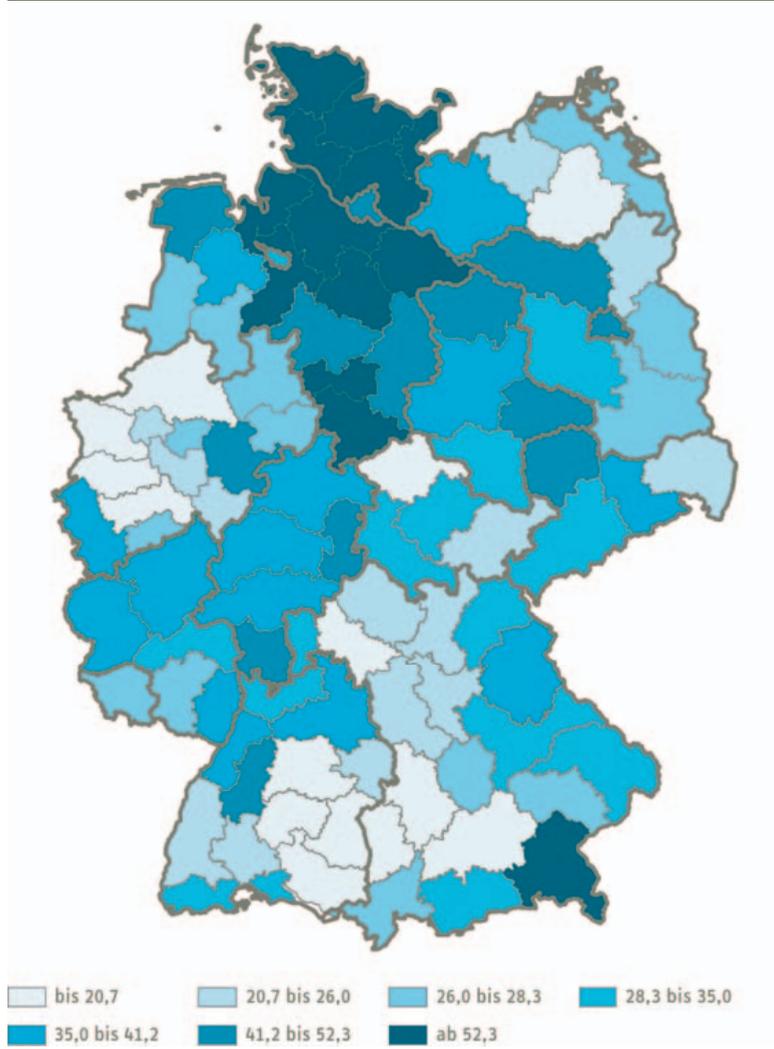
Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI Analyse

Pflegeheim Rating Report 2009

Karte 9

Private Pflegeplätze nach Regionen

2007; in %



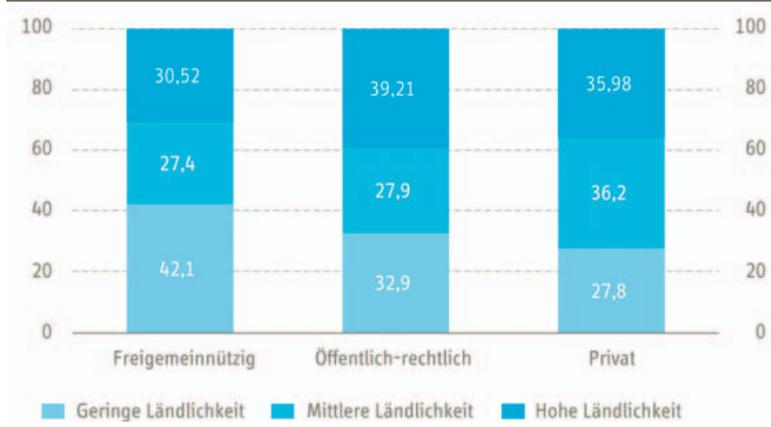
Quellen: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI Analyse

2. Der Pflegemarkt

Schaubild 31

Verteilung der Pflegeheime nach Trägerschaft und Ländlichkeit

2007; Anteil in %

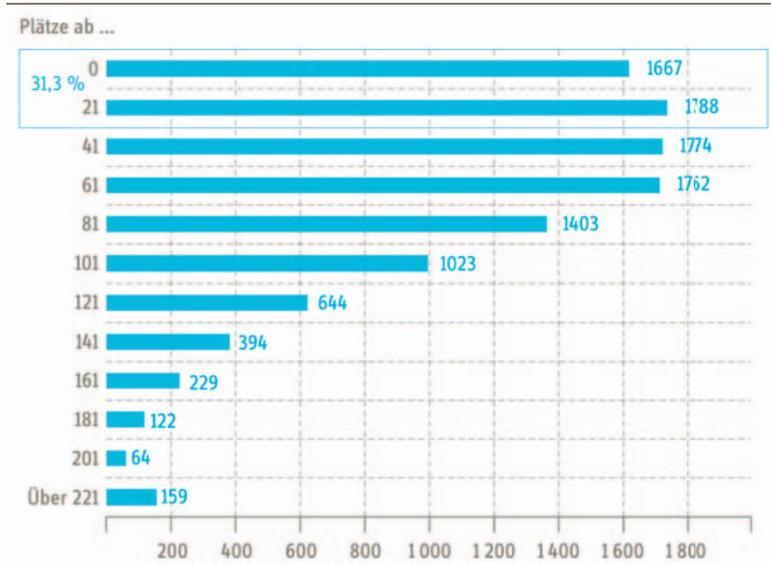


„Geringe Ländlichkeit“ liegt bei einem Wert von 0% vor, mittlere bei Werten zwischen 0,1% und 31,4%, hohe ab 31,5%. – Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI

Schaubild 32

Verteilung der Pflegeheime nach Größe

2007; Anzahl



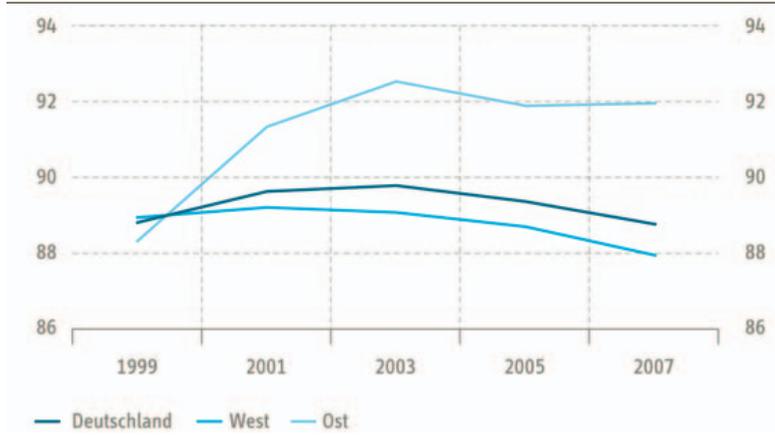
Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; Statistisches Bundesamt (2007)

Pflegeheim Rating Report 2009

Schaubild 33

Auslastung der Pflegeheime

1999 bis 2007; in %



„Stationär“ = vollstationäre und teilstationäre Pflege – Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI

Schaubild 34

Auslastung der Pflegeheime nach Trägerschaft

2001 bis 2007; in %



Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI

2. Der Pflegemarkt

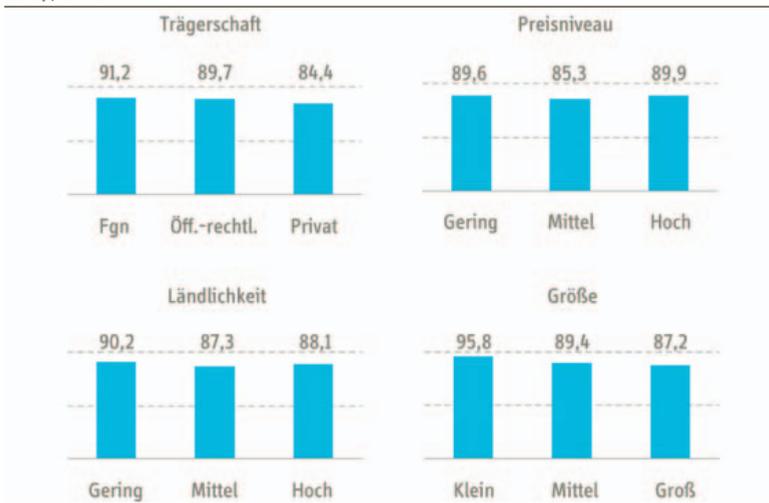
Die Auslastung ist bei ländlichen Heimen leicht unterdurchschnittlich (Schaubild 35). Besonders auffallend ist, dass kleine Heime im Gegensatz zu großen sehr gut ausgelastet sind. Im Pflegeheim Rating Report 2007 stellten wir noch keine größenspezifischen Unterschiede fest. Darüber hinaus liegt die Auslastung bei Markteintritten erwartungsgemäß deutlich niedriger als bei bestehenden Heimen (Schaubild 36). Markteintritte im Jahr 2005 und 2007 weisen im Jahr des Eintritts eine Auslastung von unter 77% auf. Generell schaffen es neue Heime jedoch innerhalb von zwei Jahren ihre Auslastung auf den Durchschnitt anzuheben.

Der Anteil der Ein-Bett-Zimmer in Pflegeheimen stieg in den vergangenen Jahren kontinuierlich an (Schaubild 37). 2007 wurden mehrheitlich Ein-Bett-Zimmer angeboten (56%), 1999 waren dies nur 46%. Das Angebot passt sich hier offenbar der Nachfrage an. Man sieht dies sehr deutlich an den Markteintritten, die immer mehr auf Ein-Bett-Zimmer setzen (Schaubild 38). Bei aktuellen Markteintritten liegt der Anteil bereits bei über 70%. Private Heime weisen noch einen größeren Anteil an Zwei-Bett-Zimmern aus (Schaubild 39). Dies kann ein Grund für ihre geringere Auslastung sein. Auch regional zeigen sich große Schwankungen. In Norddeutschland gibt es tendenziell mehr Ein-Bett-Zimmer als im Süden (Karte 11).

Schaubild 35

Auslastung der Pflegeheime nach Untergruppen

2007; in %

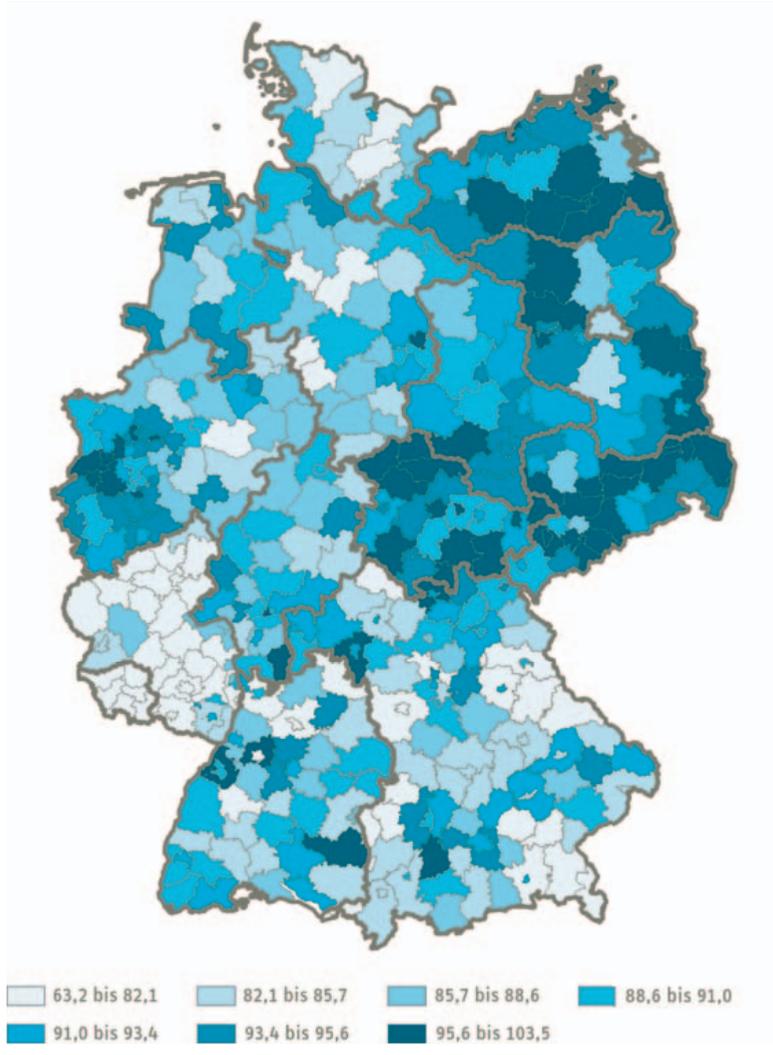


Die Bildung der Kategorien bei Preisniveau, Ländlichkeit und Größe erfolgte stets derart, dass in jede Kategorie ein Drittel aller Heime fällt; ohne Berücksichtigung von Outsourcing-Effekten - Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI

Pflegeheim Rating Report 2009

Karte 10

Durchschnittliche Auslastung in der stationären Pflege nach Kreisen
2007; in %



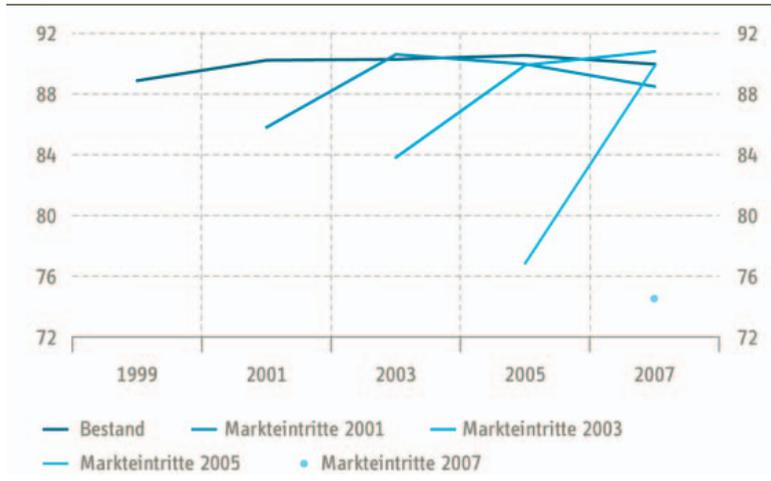
Quellen: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI Analyse

2. Der Pflegemarkt

Schaubild 36

Auslastung der Pflegeheime nach Markteintritt

2007; in %

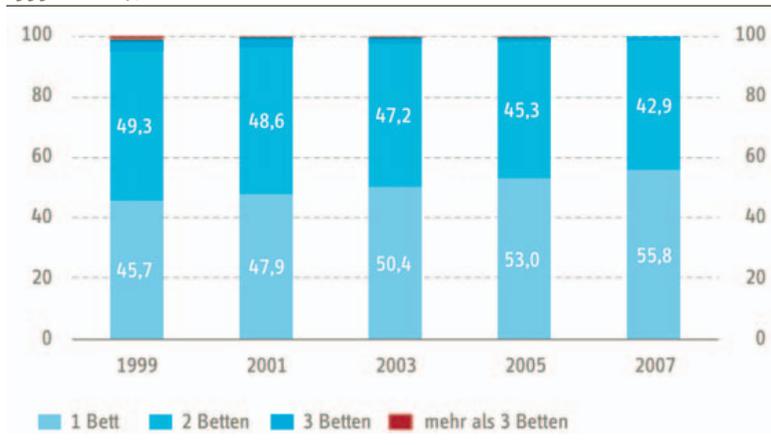


Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime ohne Schleswig-Holstein und Hamburg, ADMED/HCB/RWI

Schaubild 37

Art der Zimmer in Pflegeheimen

1999 bis 2007; Anteil in %

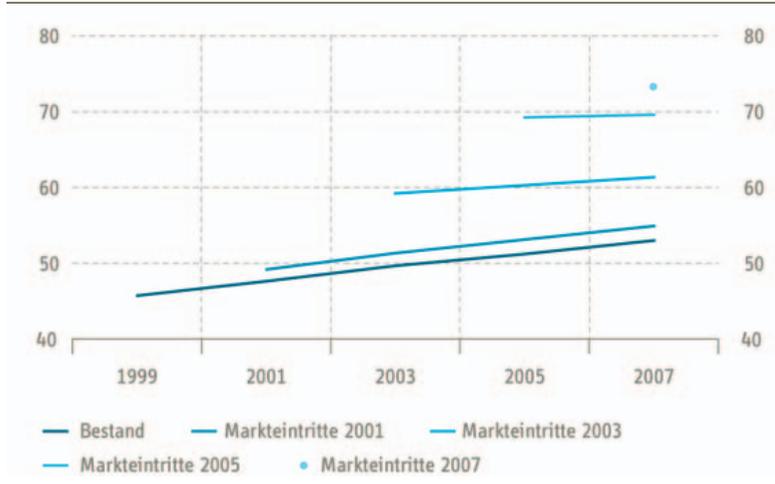


Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI

Pflegeheim Rating Report 2009

Schaubild 38

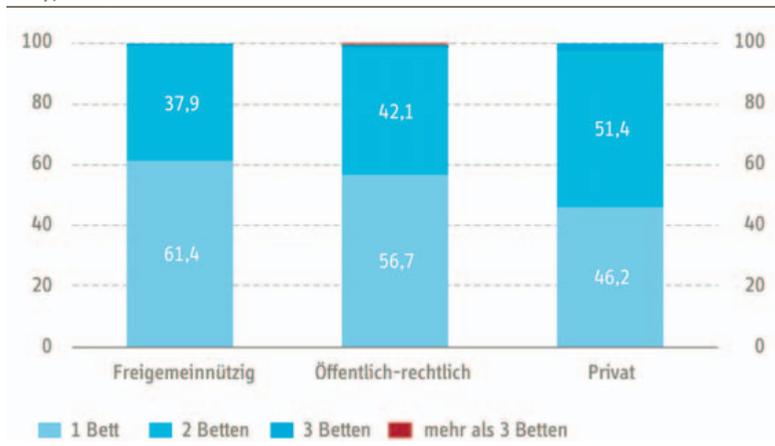
1-Bett-Zimmer in Pflegeheimen nach Markteintritten
1999 bis 2007; in %



Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime ohne Schleswig-Holstein und Hamburg, ADMED/HCB/RWI

Schaubild 39

Art der Zimmer in Pflegeheimen nach Trägerschaft
2007; Anteil in %



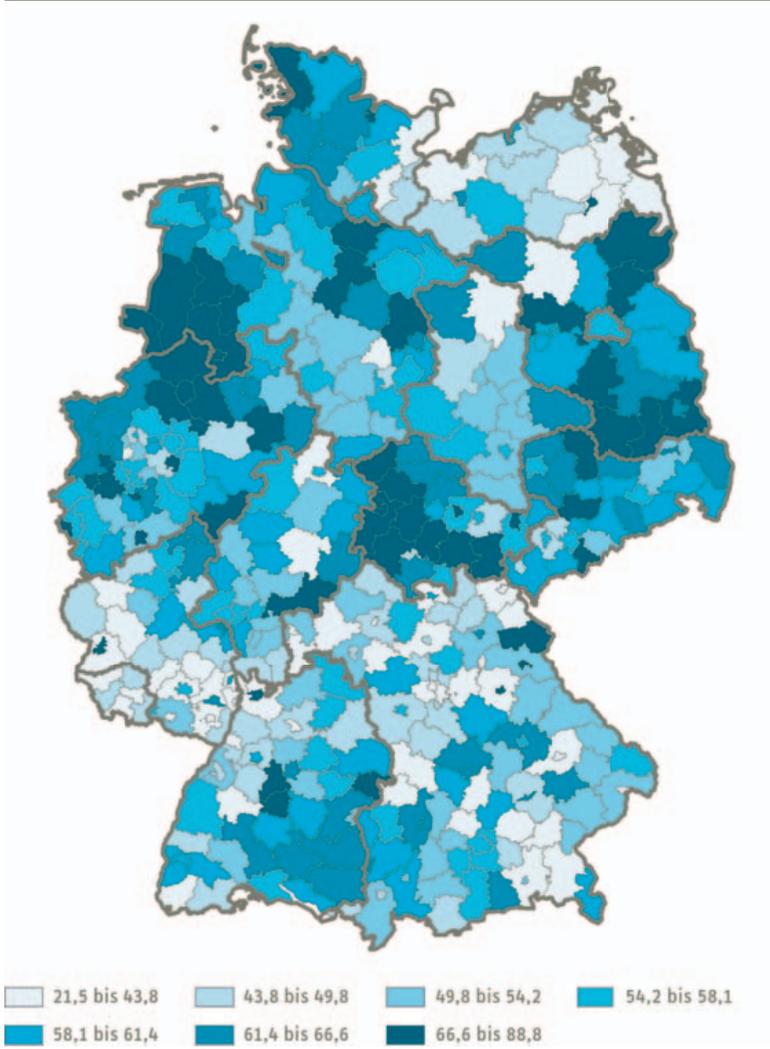
Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI Analyse

2. Der Pflegemarkt

Karte 11

Plätze in 1-Bett-Zimmern

2007; Anteil in %



Quellen: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI Analyse

Pflegeheim Rating Report 2009

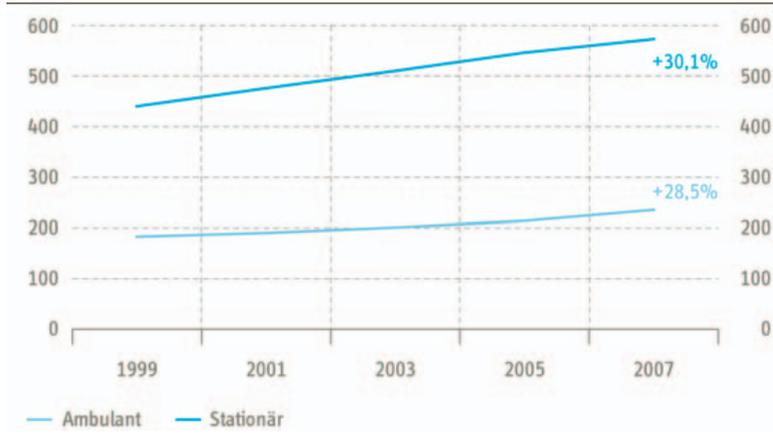
2.2.6 Personal

Im Gesundheitswesen waren 2007 rund 4,1 Mill. Menschen beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2009), davon arbeiteten 810 000 Menschen in der ambulanten und stationären Pflege, 180 000 bzw. 30% mehr als 1999 (Schaubild 40). Bei Pflegefachkräften lag die Zuwachsrate sogar bei 40%, was 67 500 mehr Vollstellen entspricht (2007 rund 235 000 Vollstellen). Gleichzeitig fand ein Abbau der Pflege in Krankenhäusern statt (-36 500), der den Zuwachs in Heimen und ambulanten Diensten jedoch nicht kompensieren konnte (Schaubild 41). Der Bedarf an Pflegefachkräften dürfte sich auch in den kommenden Jahren weiter erhöhen (Abschnitt 2.3).

Schaubild 40

Beschäftigte in Pflegeheimen und ambulanten Diensten

1999 bis 2007; Anzahl



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; Statistisches Bundesamt (2008), Pflegestatistik 2007

Schaubild 42 zeigt, dass sich der überproportionale Zuwachs der Zahl der Pflegefachkräfte in einer verbesserten Betreuungsquote widerspiegelt. 2007 stehen 0,24 Pflegefachkräfte je Bewohner zur Verfügung, 1999 waren es nur 0,21 – bei gleichzeitiger Erhöhung des Anteils der Bewohner mit Pflegestufe I. Zusammen mit Pflegehilfskräften stieg die Quote von 0,29 auf 0,32. Der gesamte Personaleinsatz je Bewohner nahm in dem genannten Zeitraum indessen leicht ab, sodass der Aufbau bei den Pflegefachkräften offenbar zu Lasten anderer Personalgruppen ging oder Outsourcing eine größere Rolle spielt. Auffallend ist, dass der Personaleinsatz in Ostdeutschland deutlich niedriger ist als in Westdeutschland.

2. Der Pflegemarkt

Die höchste Zahl an Vollzeitkräften je Bewohner weisen Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen mit 0,64 auf (Schaubild 43, Karte A3 und A4). Private Heime setzen mit 0,58 zwar weniger Personal ein als nicht-private Heime mit 0,60 bis 0,61. Bei den Pflegefachkräften gibt es aber keine Unterschiede zwischen privaten und freigemeinnützigen Trägern (Schaubild 44). Lediglich die Werte öffentlich-rechtlicher Einrichtungen fallen leicht höher aus.

2.3 Projektionen

2.3.1 Trends

Die zukünftige Nachfrage nach Pflegeplätzen wird zum überwiegenden Teil durch die demografische Entwicklung bestimmt. Die Bevölkerung befindet sich derzeit in einem Alterungsprozess. Die Zahl der Menschen im Alter ab 80 nimmt kontinuierlich zu und wird im Vergleich zu allen anderen Altersklassen in den kommenden Jahrzehnten den größten Zuwachs erfahren (Schaubild 45). 2004 betrug der Anteil dieser Altersklasse noch 4,3%, bis 2050 wird er sich auf voraussichtlich 12,4% nahezu verdreifachen. Gleichzeitig besitzt diese Altersklasse die größte Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, sodass die Nachfrage nach Pflegeleistungen in einem ähnlichen Maß zunehmen dürfte. Nur kurzfristig könnte die aktuelle Finanzkrise zu einem verringerten Nachfragewachstum führen, weil höhere Arbeitslosigkeit zu einer vorübergehenden Ausweitung der Pflege durch Angehörige führen kann.

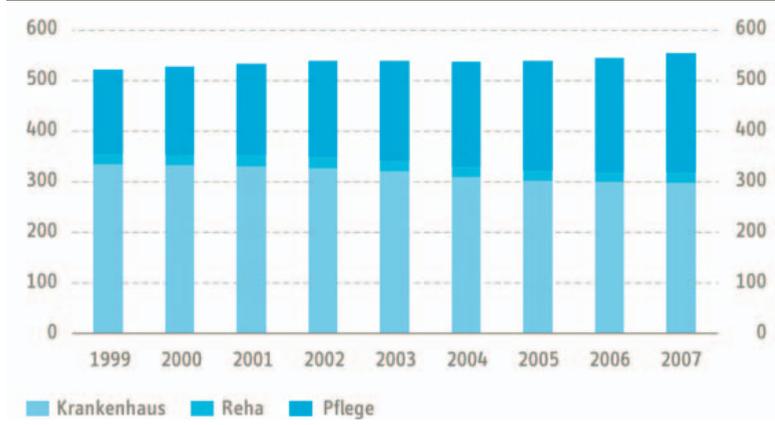
Sinkende Pflegequoten würden auf den Nachfragezuwachs hingegen dämpfend wirken. Sollte die wachsende Lebenserwartung auch die Jahre in Gesundheit erhöhen, reduzierten sich die Pflegequoten je Altersklasse, sodass der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen geringer ausfiele. Allerdings dürfte die professionelle Pflege einen zusätzlichen Nachfrageschub durch die zunehmende Singularisierungen der Gesellschaft bekommen. Eine wachsende Zahl der Senioren hat entweder keine eigenen Kinder, die sie als Angehörige pflegen könnten, oder die Kinder sind aus beruflichen Gründen nicht dazu in der Lage. Eine steigende Erwerbsquote, vor allem von Frauen, dürfte zudem die Bereitschaft zur häuslichen Pflege senken. Vor diesem Hintergrund erwarten wir eine Verschiebung von der Angehörigen- hin zur professionellen Pflege durch ambulante oder stationäre Dienste.

Pflegeheim Rating Report 2009

Schaubild 41

Pflegefachkräfte in Krankenhäusern, Reha-Kliniken sowie stationären und ambulanten Pflege

1999 bis 2007; Vollkräfte

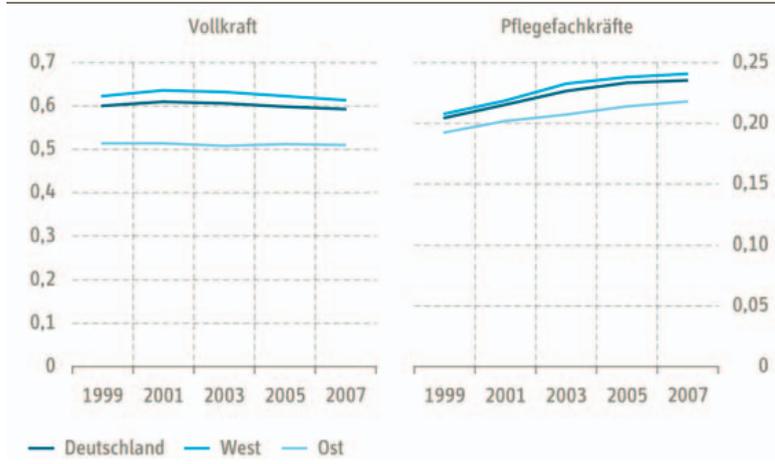


Vollkräfte Pflege 2000, 2002, 2004 und 2006 interpoliert – Quelle: Statistisches Bundesamt (2008), RWI

Schaubild 42

Personal je Bewohner in Pflegeheimen

1999 bis 2007; Vollkräfte je Bewohner



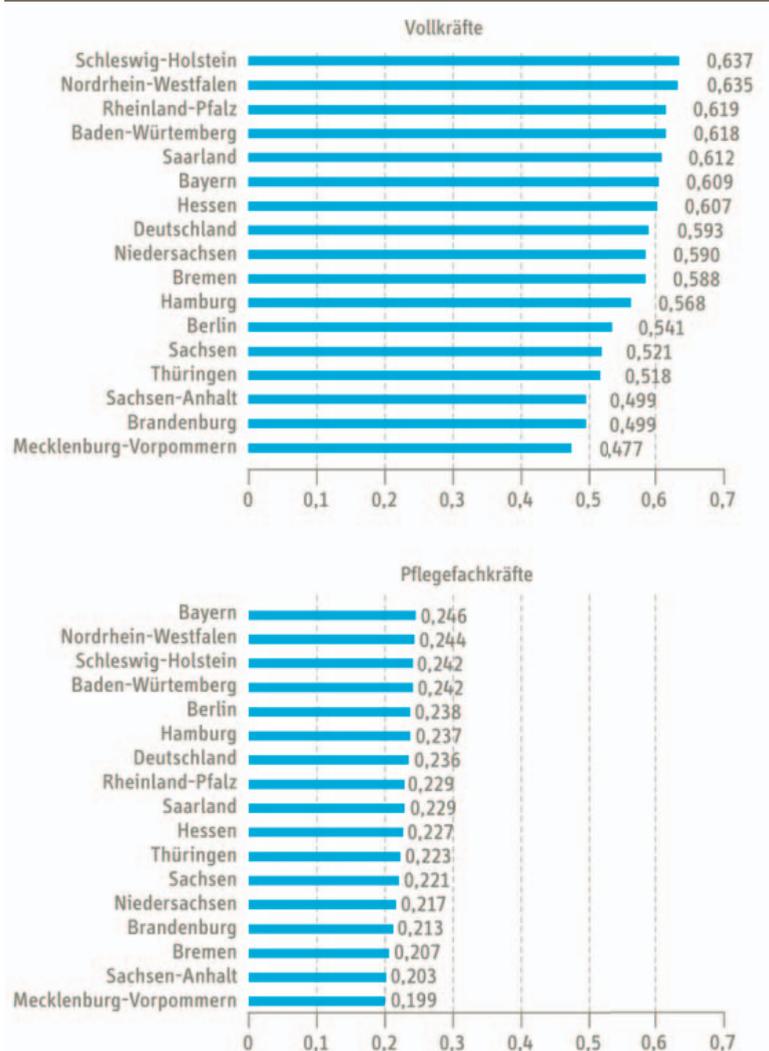
Mögliche Outsourcing-Effekte werden nicht berücksichtigt. – Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI

2. Der Pflegemarkt

Schaubild 43

Personal in Pflegeheimen nach Bundesländern

2007; Vollkräfte je Bewohner

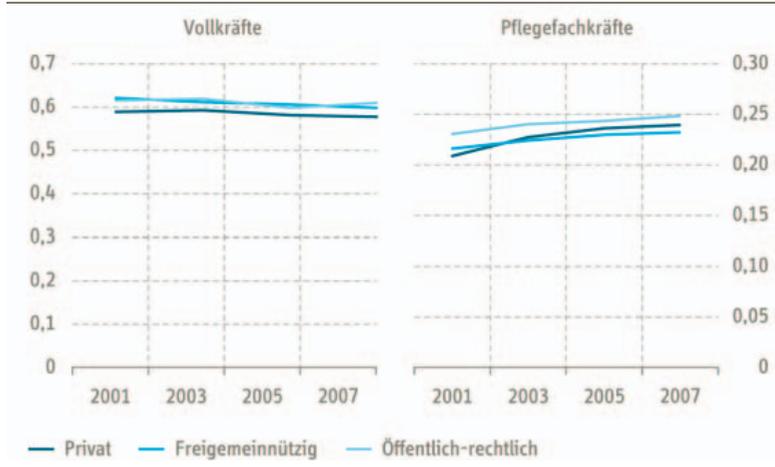


Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI

Pflegeheim Rating Report 2009

Schaubild 44

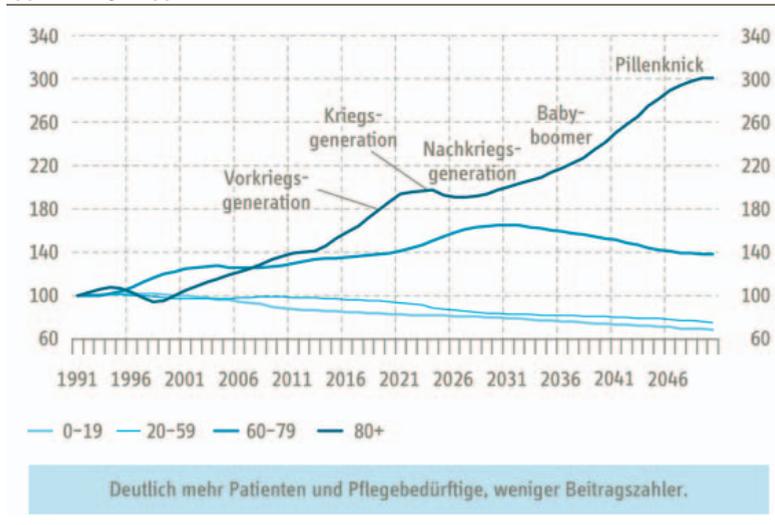
Personal je Bewohner in Pflegeheimen nach Trägerschaft
2001 bis 2007; Vollkräfte je Bewohner



Keine Angaben zu privaten und öffentlich-rechtlichen Trägern 1999; Mögliche Outsourcing-Effekte werden nicht berücksichtigt. - Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI

Schaubild 45

Bevölkerungsentwicklung nach Altersklassen
1991 bis 2050; 1991 = 100



Quelle: Statistisches Bundesamt (2008), RWI

2. Der Pflegemarkt

Innerhalb der professionellen Pflege könnte es zu einer leichten Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich kommen. Mit dem PflWG wurde die ambulante Pflege gegenüber der stationären insofern gestärkt, als dass die Pflegesätze der SPV für die Stufe I und II der stationären Pflege nicht erhöht wurden und in den nächsten Jahren nicht erhöht werden – allerdings die Sätze für die ambulante Pflege aller Stufen (Schaubild 46). Ab 2015 sollen die Pflegesätze im Durchschnitt gemäß der Inflation angehoben werden, die stationären unter- und die ambulanten Sätze überproportional, um eine Konvergenz der stationären und ambulanten Sätze zu erreichen. Ob die Tendenz zu höherer Eigenbeteiligung des Pflegebedürftigen bzw. seiner Angehörigen oder der Sozialämter (Schaubild 47) damit gestoppt werden kann, ist allerdings vor dem Hintergrund der sich verknappenden Ressourcen der SPV fraglich.

Beim Angebot war in den vergangenen Jahren eine große Investitionstätigkeit zu beobachten. Die rückläufige Auslastung zeigt, dass es gerade in den vergangenen fünf Jahren stärker gewachsen ist als die Nachfrage. Besonders private Anbieter hatten ihr Angebot überdurchschnittlich stark ausgeweitet und weisen gleichzeitig die geringste Auslastung auf. Aufgrund der zeitlichen Diskrepanz von Investitionsentscheidungen und der Fertigstellung eines Pflegeheims dürfte sich das Angebot auch 2008 und 2009 noch einmal überproportional erhöhen. Amtliche Zahlen liegen für diese Jahre noch nicht vor. Geht man aber von den vergangenen Wachstumszahlen aus, lässt sich das erwartete Pflegeangebot 2008 und 2009 hochrechnen. Aufgrund der bis 2009 vermutlich sinkenden Auslastung und damit einhergehenden geringeren Neubautätigkeit dürfte das Angebot etwa ab 2011 deutlich geringer zunehmen.

Die Einführung eines Mindestlohns für Pflegekräfte dürfte – je nach Höhe – einen spürbar negativen Effekt auf das Angebot haben. Ambulante Dienste wären davon stärker betroffen als stationäre, private stärker als freigemeinnützige und Anbieter in Ost- stärker als in Westdeutschland. Erstens verschlechtert sich durch die Einführung eines Mindestlohns die wirtschaftliche Lage der betroffenen Einrichtungen, sodass sich deren Insolvenzwahrscheinlichkeit erhöht und damit langfristig mehr Einrichtungen ausfallen. Zweitens sinkt die Verzinsung des eingesetzten Kapitals, sodass die Bereitschaft, privates Kapital in den Pflegemarkt zu investieren, abnimmt. Es ist unwahrscheinlich, dass öffentliches Kapital in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen wird, um die sich dann auftuende Lücke zu schließen. Schon in der Vergangenheit hat vor allem privates Kapital das beachtliche Nachfragewachstum durch die Schaffung eines ausreichenden Angebots flankiert.

Pflegeheim Rating Report 2009

Schaubild 46

Pflegesätze der SPV nach Art der Pflege

2007 bis 2012; monatlich in €



Weitere Pflegesätze für besondere Fälle, insbesondere Härtefälle, nicht dargestellt – Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2008); HCB/RWI Analyse

Schließlich dürften die Preise für stationäre Pflege in den nächsten Jahren in Bewegung kommen. Bislang schränken die geringe Mobilität der Pflegebedürftigen und die geringe Transparenz über die Pflegequalität den Preiswettbewerb ein. Dies könnte sich jedoch ändern, wenn wie vorgesehen Pflegeheime 2009 und 2010 Schulnoten für ihre angebotenen Leistungen erhalten. Mit gewissen Nachbesserungen am Notensystem könnte sich die Transparenz über die Qualität ab 2011 tatsächlich erhöhen. Sollte sich dann auch bundesweit erhärten, dass ein höheres Preisniveau nicht zu einer höheren Ergebnisqualität führt, ist mit einem Preiswettbewerb zu rechnen, der in manchen Regionen zu einer Absenkung des Preisniveaus führen dürfte.

2.3.2 Nachfrage

Auf Basis der Pflegequoten aus dem Jahr 2007 und der erwarteten Bevölkerungsentwicklung schreiben wir die Pflegenachfrage bis 2030 fort. Schaubild 48 zeigt die Pflegequoten im Jahr 2007 nach Altersklassen und Geschlecht. Es ist deutlich

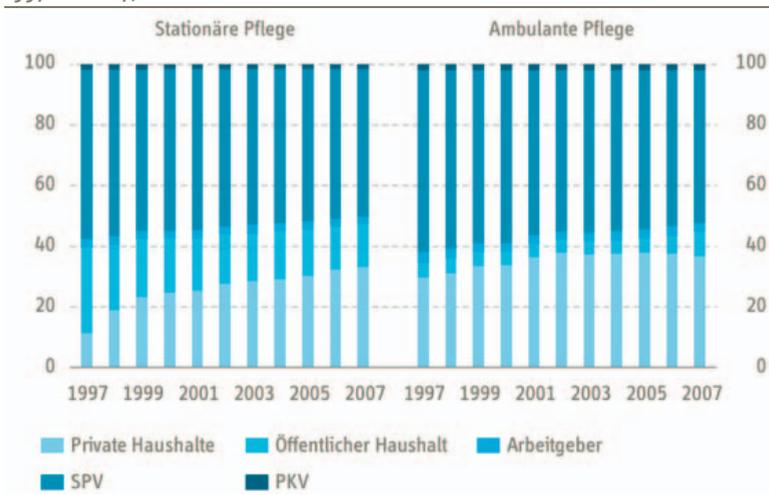
2. Der Pflegemarkt

erkennbar, wie die Pflegehäufigkeit mit 80 Jahren stark zunimmt. Auffällig ist auch, dass Frauen eine erheblich höhere Pflegehäufigkeit aufweisen als Männer. In der ambulanten Pflege sind diese Muster ebenfalls erkennbar, aber schwächer ausgeprägt. Weitere Analysen liefern Indizien, dass die Pflegequoten in vielen Altersklassen in den vergangenen Jahren gesunken sind. Es ist jedoch noch zu früh, dies als Trend zu interpretieren.

Schaubild 47

Kostenträger der ambulanten und stationären Pflege

1997 bis 2007; Anteil in %



Ohne Kostenträger GKV, GUV – 2006 zusammen 0,64% bei stationärer und 30,4% bei ambulanter Pflege – Quelle: Statistisches Bundesamt (2009); ADMED/HCB/RWI Analyse

Wir unterstellen bei der Projektion der Zahl der Pflegefälle für die stationäre und ambulante Pflege in einem Basisszenario dennoch konstante Pflegequoten. Die erwartete Umschichtung von der Pflege durch Angehörige zur professionellen Pflege wirkt sinkenden stationären und ambulanten Quoten entgegen. Für 2010 und 2011 nehmen wir jedoch an, dass die Inanspruchnahme von professionellen Pflegedienstleistungen aufgrund der zu erwartenden höheren Arbeitslosigkeit vorübergehend niedriger ausfällt. In einem zusätzlichen Szenario unterstellen wir sinkende Pflegequoten, d.h. nehmen nicht an, dass die professionelle Pflege besonders stark durch die Reduktion der Pflege durch Angehörige profitiert. Dabei unterstellen wir pauschal jährlich um 0,4% sinkende Pflegequoten.

Pflegeheim Rating Report 2009

Die stationäre Pflegehäufigkeit variiert überdies regional stark (Karte 12). Offenbar liegt sie in Norddeutschland und in städtischen Regionen höher. Dies hängt jedoch nicht notwendigerweise damit zusammen, dass in diesen Regionen grundsätzlich die stationäre Pflege gegenüber anderen Pflegeformen präferiert wird, sondern dass es insgesamt mehr Pflegebedürftige gibt. Karte 13 zeigt, dass der Anteil aller Über-80jährigen Pflegebedürftigen an der Bevölkerung der Über-80jährigen regional beträchtliche schwankt. Für die Projektion differenzieren wir daher die Pflegequoten nicht nur nach Alter und Geschlecht, sondern auch nach Bundesländern sowie nach städtischen und ländlichen Regionen. Eine noch feinere Differenzierung ist aus statistischen Gründen nicht sinnvoll und aus Datenschutzgründen nicht immer möglich.

Schaubild 49 stellt die Zahl der projizierten stationären und ambulanten Pflegefälle für konstante und sinkende Pflegequoten bis 2030 dar. Im ersten Fall steigt die Zahl der stationären Pflegefälle von 709 000 im Jahr 2007 um 252 000 auf 962 000 bis 2020 (+36%) und um 402 000 auf 1 111 000 bis 2030 (+57%). Bei sinkenden Pflegequoten würde sie sich bis 2020 nur auf 913 000 (+29%) und bis 2030 auf 1 013 000 (+43%) erhöhen.

Karte 14 zeigt für das Szenario mit *konstanten Pflegequoten* die projizierte Zunahme der Zahl der Pflegefälle bis 2020. Im Anhang finden sich entsprechende Karten für die einzelnen Pflegestufen. Es gibt keine Region ohne Zunahme, wobei diese von unter 20% bis über 50% variiert. Vor allem in Ostdeutschland ist eine große Zunahme zu erwarten, ebenso in der Region um München. Gering ausfallen dürfte sie im Ruhrgebiet, in Süd-Niedersachsen und Nord-Hessen. Der deutliche Anstieg in Ostdeutschland liegt unter anderem daran, dass der Anteil der 60- bis 79-Jährigen an der Bevölkerung derzeit relativ hoch ist, weil ältere Menschen seit 1990 seltener nach Westdeutschland gezogen sind. Diese Altersgruppe wird in den kommenden Jahren die Nachfrage nach Pflegeleistungen bestimmen. Im Ruhrgebiet fällt die Zunahme geringer aus, weil der Anteil der Altersklasse ab 80 Jahren bereits derzeit relativ hoch ist und damit der relative Zuwachs gering ausfällt.

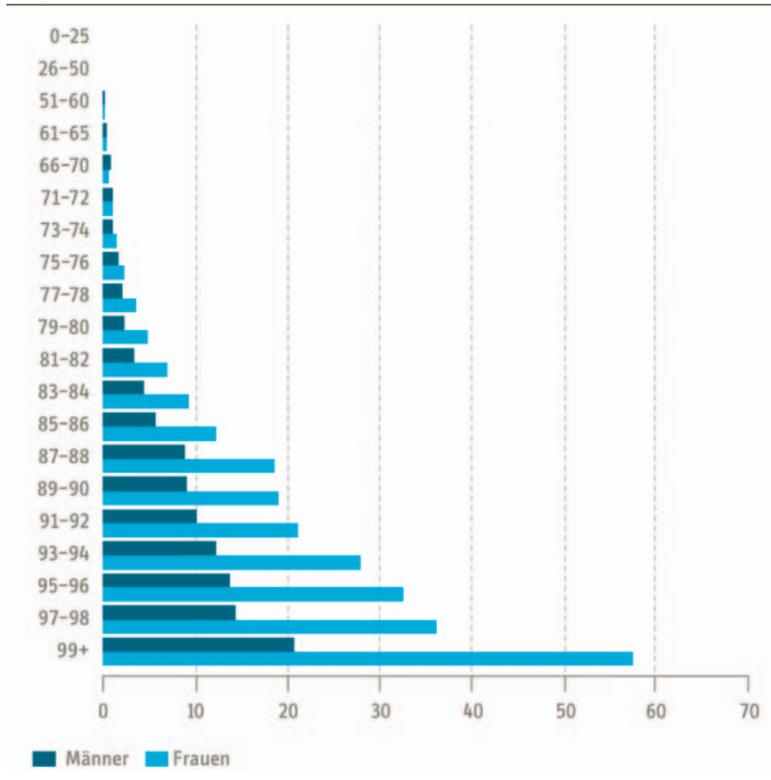
Das gesamte Marktvolumen im stationären und ambulanten Bereich errechnet sich aus dem Preisniveau je Pflegestufe sowie der Nachfrage nach Pflegeplätzen je Stufe. Wir erwarten, dass im Szenario der konstanten Pflegequoten das Marktvolumen des stationären Bereichs, bei einer angenommenen Inflationsrate von 1,6% p.a., bis 2030 auf 43 Mrd. € steigt und das des ambulanten Bereichs auf 17 Mrd. €, insgesamt also auf 60 Mrd. € (Schaubild 50). Real beliefte es sich 2030 auf 30 bzw. auf 12 Mrd. €, d.h. auf 42 Mrd. € zusammen.

2. Der Pflegemarkt

Schaubild 48

Stationäre Pflegequoten nach Geschlecht

2007; in %



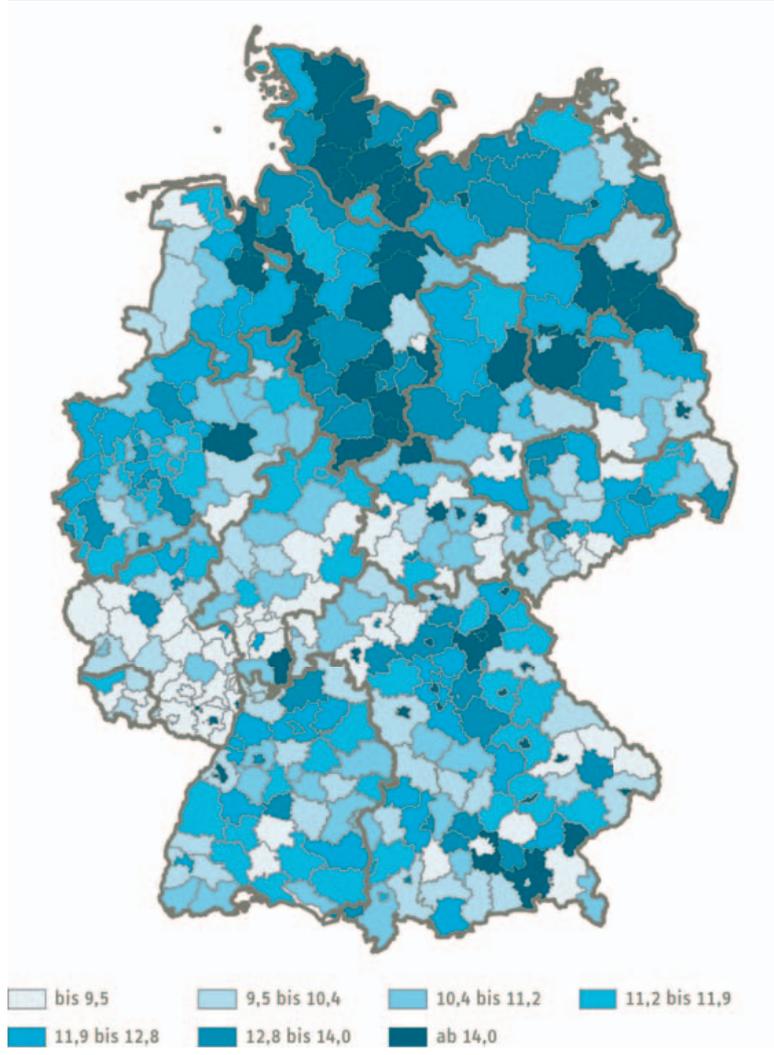
Quelle: FDZ der Länder (2009), ADMED/HCB/RWI Analyse

Pflegeheim Rating Report 2009

Karte 12

Anteil stationärer Pflegefälle über 80 Jahren an allen Senioren über 80 Jahren nach Kreisen

2007; in %



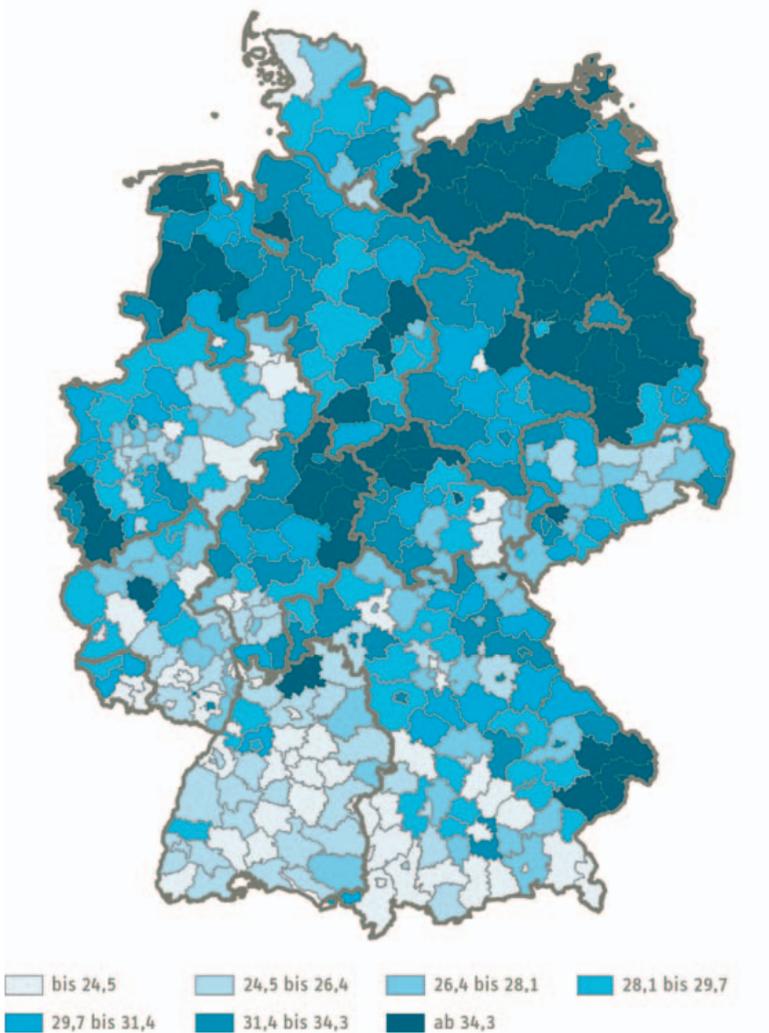
Quellen: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI Analyse

2. Der Pflegemarkt

Karte 13

Anteil aller Pflegefälle über 80 Jahren an allen Senioren
über 80 Jahren nach Kreisen

2007; in %



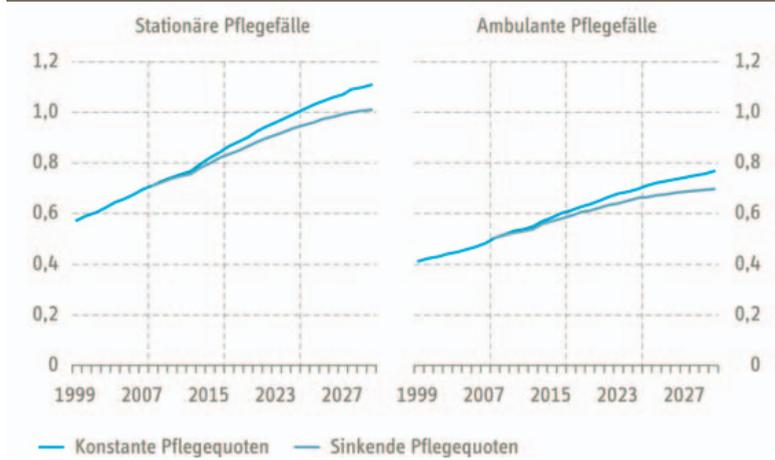
Quellen: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI Analyse

Pflegeheim Rating Report 2009

Schaubild 49

Zahl der stationären und ambulanten Fälle

1999 bis 2030

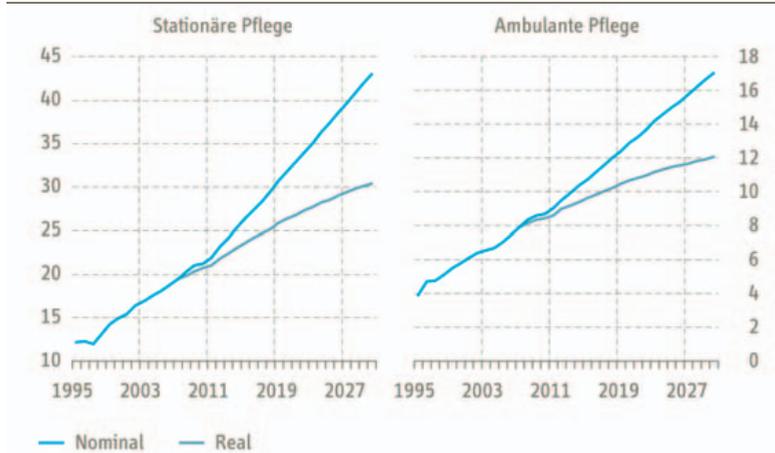


Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; FDZ der Länder (2009)

Schaubild 50

Marktvolumen der stationären und ambulanten Pflege

1995 bis 2030; in Mrd. €

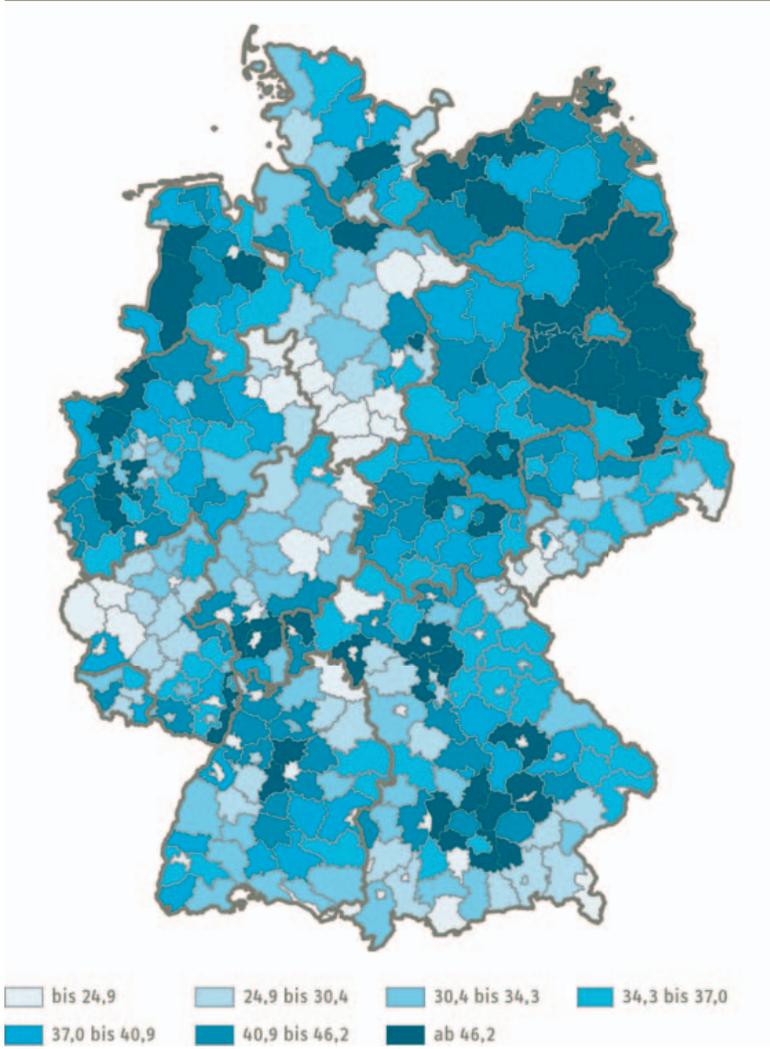


Angenommene Inflation p.a. von 1,6% – Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; Statistisches Bundesamt (2007)

2. Der Pflegemarkt

Karte 14

Veränderung der Zahl der stationären Pflegefälle nach Kreisen
2007 bis 2020; in %



Quellen: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI Analyse

Pflegeheim Rating Report 2009

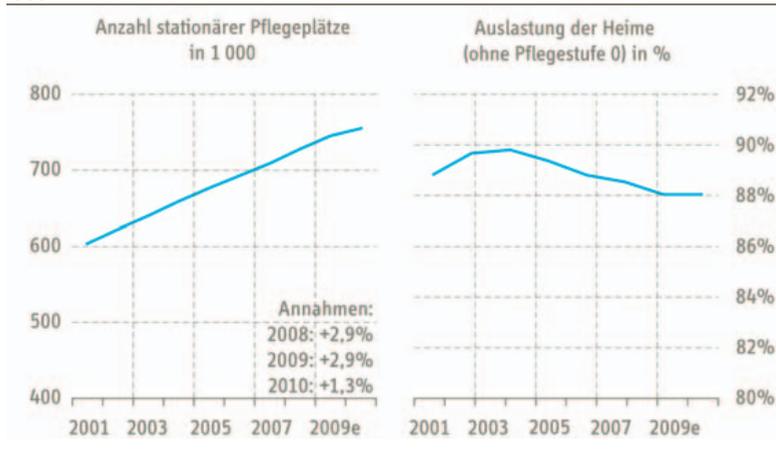
2.3.3 Kapazitäten

Wir gehen davon aus, dass 2008 und 2009 in ähnlichem Ausmaß wie in den vergangenen Jahren über Neubauten neue Plätze entstehen werden und erst 2010 die Zunahme nachlässt (Schaubild 51). Unter der oben skizzierten Entwicklung der Nachfrage bei konstanten Pflegequoten sinkt die durchschnittliche Auslastung dann von 88,8% im Jahr 2007 auf 88,0% bis 2010. Aufgrund des unverminderten Anstiegs der Zahl der Pflegefälle wird sich jedoch schon bald wieder ein Bedarf an neuen Plätzen einstellen. Stiege die Auslastung über eine maximale, die wir bei 95% annehmen⁸, entsteht ein Bedarf an neuen Pflegeplätzen. Schaubild 52 stellt den zusätzlichen Bedarf im Szenario konstanter Pflegequoten gegenüber 2010 dar. Ab 2013 fällt er positiv aus. 2020 sind es rund 155 000 Plätze, 2030 etwa 312 000.

Schaubild 51

Pflegeplätze und Auslastung

1999 bis 2010



Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI Analyse

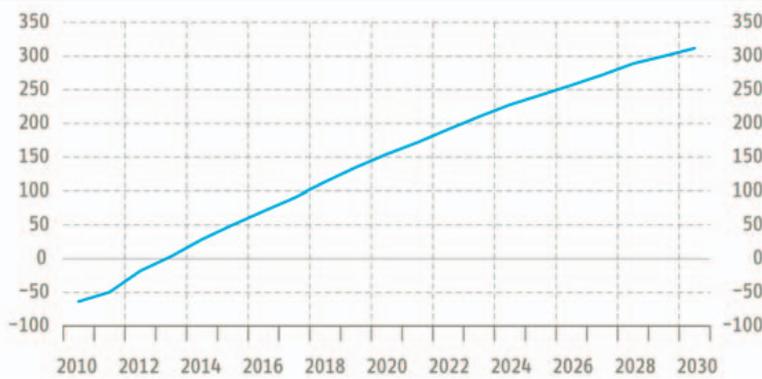
⁸ Darin sind keine Pflegefälle der Stufe 0 enthalten, für die somit noch ein Puffer besteht.

2. Der Pflegemarkt

Schaubild 52

Bedarf an stationären Pflegeplätzen gegenüber 2010

2010 bis 2030; Anzahl in 1 000



Bedarf entsteht, wenn eine Auslastung von 95% überschritten wird; Berechnung des Bedarfs auf Bundesebene – Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

Schaubild 53

Kumulierter Bedarf an Neu- und Re-Investitionen

2010 bis 2030; in Mrd. €



Investitionskosten für einen Pflegeplatz ca. 75.000 €; Re-Investitionen p.a. = Abschreibungen p.a. = 2,0% – Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

Pflegeheim Rating Report 2009

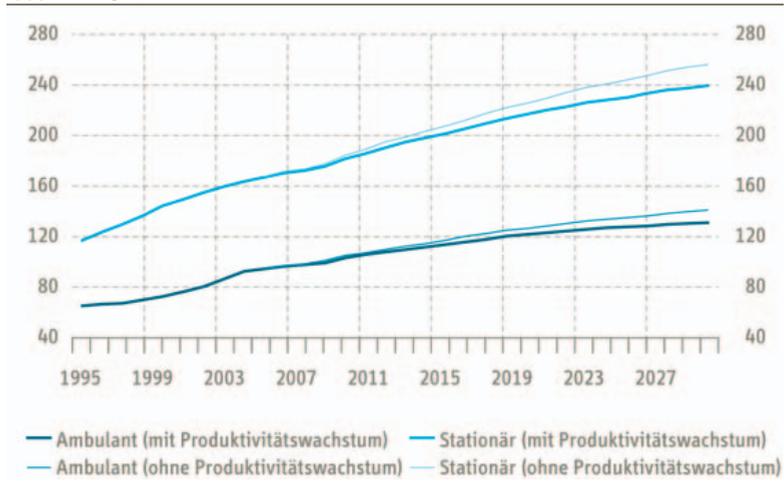
Ohne Berücksichtigung von Re-Investitionen und bei einem angenommenen Kapitalbedarf von rund 75 000 € pro neuem Platz bestünde ab 2013 zusätzlicher Investitionsbedarf. Bis 2020 dürfte sich der hierzu erforderliche Kapitalbedarf (in Preisen von 2008) auf fast 12 Mrd. €, bis 2030 auf 23 Mrd. € summieren (Schaubild 53). Nimmt man außerdem an, dass jährlich 2% des Bestands erneuert werden muss, fallen darüber hinaus bis 2030 weitere 32 Mrd. € an. In der Summe beträgt der Kapitalbedarf (in Preisen von 2008) bis 2030 daher rund 55 Mrd. €, d.h. ab 2014 jährlich etwa 3 Mrd. €.

Auf regionaler Ebene kann sich der Bedarf jedoch völlig anders darstellen (Karte 15). Ausgehend von 2010 kann in einzelnen Kreisen bei konstanten Pflegequoten bis 2020 der zusätzliche Bedarf an Plätzen sehr gering ausfallen, darunter Regionen in Rheinland-Pfalz und im Süden Niedersachsens. Fast überall ist jedoch mit einem nennenswerten zusätzlichen Bedarf zu rechnen, insbesondere in Ostdeutschland und z.B. im Westen Nordrhein-Westfalens und Niedersachsens.

Schaubild 54

Bedarf an ambulanten und stationären Pflegefachkräften

1999 bis 2030; Vollkräfte



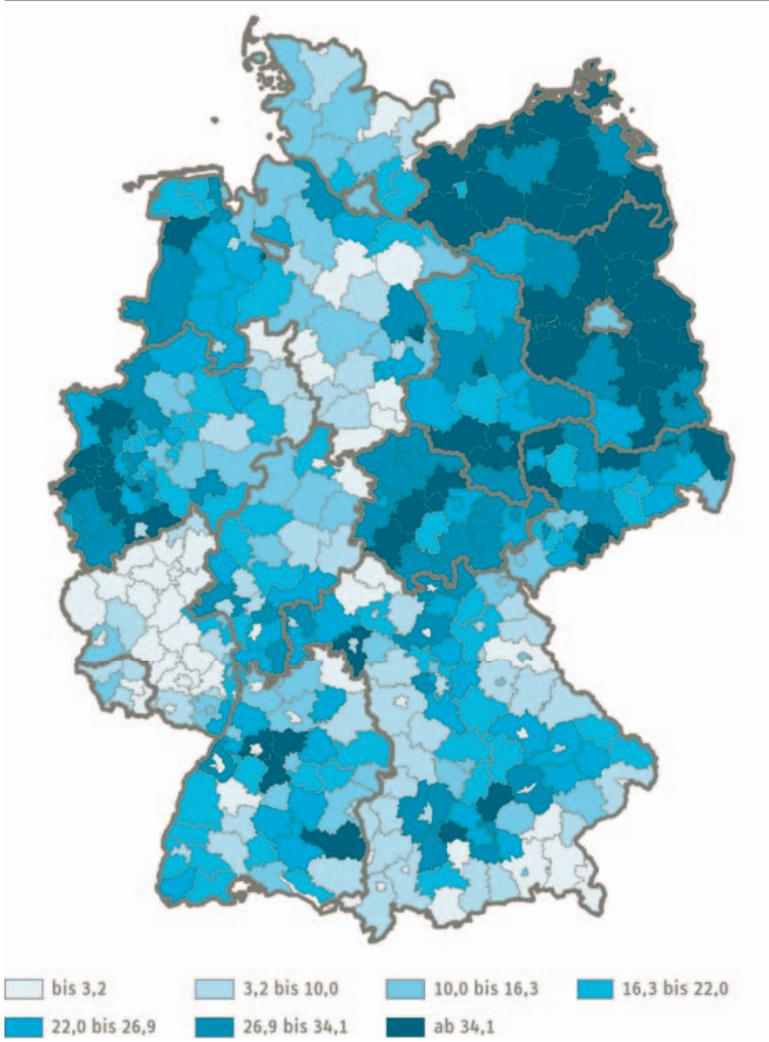
Quote VK/Köpfe stationär = 82%, ambulant = 71%; Produktivitätsfortschritt = 0,3% p.a. -
Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; Statistisches Bundesamt (2008), Pflegestatistik 2007

2. Der Pflegemarkt

Karte 15

Bedarf an stationären Pflegeplätzen nach Kreisen

2010 bis 2020; in %



Quellen: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI Analyse

Pflegeheim Rating Report 2009

2.3.4 Personal

Zur Pflege und Betreuung der zusätzlichen Fälle ist sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich mehr Pflegepersonal erforderlich. Ohne einen Produktivitätsfortschritt, z.B. in Form von verbesserten Arbeitsabläufen oder Einsatz moderner Technologien, ändert sich der Personalbedarf proportional zur Zahl der Pflegefälle. Gegenüber 2007 würde der Bedarf an Pflegefachkräften bis 2020 um 58 000 im stationären und um 32 000 im ambulanten Bereich steigen (Schaubild 54). Nimmt man einen jährlichen Produktivitätsfortschritt von 0,3% an, würde sich die Zunahme nur auf 50 000 bzw. 27 000 Pflegefachkräfte belaufen.

Man muss derzeit davon ausgehen, dass nicht genügend Pflegefachkräfte zur Verfügung stehen werden, um diesen Bedarf zu decken. Aufgrund dessen dürften das Lohnniveau von Fachkräften steigen, die Ausbildungsanstrengungen zunehmen, Qualifizierungsmaßnahmen für Pflegehilfskräfte ausgebaut werden und die Einwanderung von ausländischen Kräften an Bedeutung gewinnen. Das wachsende Lohnniveau von Fachkräften dürfte für Hilfskräfte ein zusätzlicher Anreiz sein, sich weiter zu qualifizieren. Ein Mindestlohn würde diesem Anreiz entgegenwirken.

2.3.5 Kosten und Erlöse

Wie dargestellt ist das Preisniveau für stationäre Pflege regional sehr unterschiedlich. Ein beachtliches Preisgefälle existiert beispielsweise an der Grenze von Nordrhein-Westfalen zu Niedersachsen und generell zwischen Ballungsgebieten und ländlichen Räumen. Aufgrund der Art der Pflegesatzverhandlungen und der geringen Mobilität der Pflegebedürftigen können sich derartige Preisunterschiede halten. Dies könnte sich aber bei wachsender Transparenz über Preise und Qualität, einem wachsenden Eigenanteil der Pflegebedürftigen und knapper werdenden Mitteln der Kommunen sowie durch einen sich intensivierenden Wettbewerb und neuer Pflegeangebote in Zukunft ändern.

Personalkosten stellen den größten Kostenblock eines Pflegeheims dar. Kostensteigerungen in diesem Bereich wirken sich erheblich auf dessen wirtschaftliche Situation aus. Bei einer Verknappung des Pflegepersonals im nächsten Jahrzehnt ist mit einem steigenden Lohnniveau von Pflegefachkräften zu rechnen. Bei den Sachkosten gehen wir davon aus, dass sie nicht stärker als die Inflation steigen. Einzig Energiekosten dürften überproportional zunehmen. Bei den Finanzierungskosten dürfte es – gerade in Folge der Finanzkrise – zu einer stärkeren Differenzierung kommen. Manche Heime mit guter Bonität und vorteilhaften Perspektiven dürften sich günstigeren Finanzierungskosten gegenübersehen, während jene mit mäßiger Bonität zum Teil erhebliche Schwierigkeiten bekommen könnten, in ausreichender Menge Investitionen tätigen zu können.

2. Der Pflegemarkt

In der Summe dürften die Kosten stärker wachsen als die Erlöse. Die mit der Konsolidierung des Marktes zusammenhängende Verbundbildung kann jedoch die Produktivität von Pflegeheimen erhöhen, was sich Kosten senkend auswirkt. In Abschnitt 3 werden die Annahmen zur Fortschreibung der Bilanzen und Gewinn- und Verlustrechnungen vorgestellt.

2.4 Soziale Pflegeversicherung

Die SPV finanziert rund die Hälfte der Ausgaben für stationäre und ambulante Pflege. Ihr Anteil nahm in den vergangenen Jahren allerdings ab, weil die Pflegesätze der SPV seit ihrer Einführung bis 2008 nicht angehoben wurden. Mit dem PfWG werden erstmals die Pflegesätze angehoben. Ab 2015 sollen sie im Durchschnitt mit der Inflationsrate zunehmen. Damit werden die Ausgaben der SPV nunmehr nicht nur aufgrund der zunehmenden Zahl von Pflegebedürftigen, sondern auch aufgrund höherer Pflegesätze steigen. Dem gegenüber steht eine Anhebung des Beitragssatzes zur SPV um 0,25%-Punkte Mitte 2008, womit die Einnahmen zunächst deutlich stärker wachsen können als die Ausgaben. Dies ermöglicht wie Mitte der neunziger Jahre erstmals wieder den Aufbau von Kapitalreserven.

Die Annahmen zur Projektion der Einnahmen und Ausgaben der SPV finden sich in Tabelle 1. Zunächst gehen wir nicht davon aus, dass die Quote der Erwerbspersonen und Erwerbstätigen steigen werden. Ein Anstieg der Erwerbsquote ist jedoch bei einem demografisch bedingten Rückgang der erwerbsfähigen Bevölkerung zu erwarten. Alternativ nehmen wir daher an, dass sowohl die Erwerbspersonen- als auch die Erwerbstätigenquote besonders von Frauen und älteren Menschen steigen wird, was zu einer Entlastung der SPV führt.⁹

Schaubild 55 zeigt die Einnahmen und Ausgaben der SPV unter diesen Annahmen. Nachdem die Ausgaben lange Zeit über den Einnahmen lagen und die Kapitalreserve der SPV aufgezehrt wurde, liegen mit dem PfWG die Einnahmen seit 2008 wieder deutlich über den Ausgaben. Die Finanzkrise wird vermutlich zwar zu einer Verschlechterung der Einnahmensituation führen, dennoch sollte die SPV nach unseren Berechnungen bis 2015 eine Kapitalreserve von fast 10 Mrd. € aufbauen können (Schaubild 52). Sie schmilzt danach allmählich bis 2021 ab, und die SPV würde ohne Gegenmaßnahmen tief in rote Zahlen rutschen.

⁹ Konkret nehmen wir an: Erhöhung der Erwerbspersonenquote um 1,0% p.a. bei Männern über 55 Jahren, 0,5% p.a. bei Frauen bis 55 Jahren und 2,0% bei Frauen über 55 Jahren; keine Änderung bei Männern bis 55 Jahren – jeweils bis 2030. Erhöhung der Erwerbstätigenquote um 0,2% p.a. bei Männern bis 55 Jahren, 0,1% p.a. bei Männern über 55 Jahren, 0,6% p.a. bei Frauen bis 55 Jahren und 0,8% bei Frauen über 55 Jahren – jeweils bis 2020. Nach 2020 betragen die Änderungsraten 0,0%, 0,0%, 0,1% bzw. 0,1%.

Pflegeheim Rating Report 2009

Tabelle 1

Annahmen zur Projektion der Finanzsituation der SPV

Parameter	Annahmen
Inflation	Bis 2010 nach Gemeinschaftsdiagnose (RWI 2009) Ab 2011: 1,6% p.a.
Wachstum der nominalen Löhne und Gehälter	Bis 2010 nach Gemeinschaftsdiagnose (RWI 2009) 2011: 1,6% p.a. Ab 2012: 2,2% p.a.
Erwerbspersonen	Konstante Erwerbspersonenquote differenziert nach Alter und Geschlecht Demografische Entwicklung der 20-55jährigen und der 55-65jährigen
Erwerbstätige	Konstante Erwerbspersonenquote differenziert nach Alter und Geschlecht Demografische Entwicklung der 20-55jährigen und der 55-65jährigen
Quote der Sozialversicherungspflichtig Beschäftigten	Konstante Erwerbstätigenquote differenziert nach Alter und Geschlecht
Pflegefälle	Die Zahl der Pflegefälle aus 2007 wird auf Basis der Bevölkerungsentwicklung bis 2030 extrapoliert (siehe Nachfrageszenarien) Inkl. Einmaleffekt 2010 und 2011 durch Finanzkrise
Pflegesätze der SPV	Nach den Vorgaben des PFWG, ab 2015 jährliche Anpassungen im Rahmen der Inflation – jedoch stationär Stufen I und II unterdurchschnittlich, ambulant und Pflegegeldempfänger überdurchschnittlich

Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; RWI (2009) Gemeinschaftsdiagnose

2.5 Wesentliche Ergebnisse im Überblick

2.5.1 Status quo

Markt. Der Gesundheitsmarkt erreichte im Jahr 2007 ein Volumen von rund 252 Mrd. € und damit 7 Mrd. € mehr als 2005. 11% davon bzw. 27 Mrd. € entfallen auf ambulante Pflegedienste und Pflegeheime. 1997 betrug der Anteil erst 8,6%. Damit rangiert die Pflege in ihrer Bedeutung an vierter Stelle hinter Krankenhäusern, Arztpraxen und Apotheken. Rund die Hälfte der Ausgaben für Pflegeleistungen trug 2007 die SPV.

Leistung. Ende 2007 werden 2,25 Mill. Menschen offiziell als pflegebedürftig ausgewiesen, 120 000 bzw. 5,6% mehr als Ende 2005 und 11,4% mehr als 1999. Die professionelle Pflege in Heimen oder durch ambulante Dienste gewinnt immer

2. Der Pflegemarkt

mehr an Bedeutung, während der Anteil der Pflege durch Angehörige von 51% 1999 auf 46% 2007 zurückging. Allerdings scheint 2007 die Pflege durch Angehörige erstmals wieder gestiegen zu sein. Dies könnte aber an fehlerhaften Daten des Statistischen Bundesamts liegen. Die Prüfung der Daten war bei Fertigstellung des Reports noch nicht abgeschlossen. Der Anteil stationärer an allen Pflegefällen liegt im Durchschnitt bei 32%. Regional schwankt der Wert zwischen 20% und 40%. In ländlichen Gebieten liegt er signifikant niedriger, ebenso bei hoher Arbeitslosenquote. Das Preisniveau steht in keinem Zusammenhang mit dem Anteil stationärer Fälle. Sowohl für stationäre als auch für ambulante Pflege lässt sich eine Verschiebung hin zu mehr leichten Fällen (Stufe I) erkennen. Möglicherweise liegt dies daran, dass Angehörige tendenziell leichtere Fälle der Stufe I versorgen und bei einer Verschiebung der Pflege durch Angehörige zu professionellen Diensten dort die Fälle in Stufe I zunehmen. Der Anteil der Pflegebedürftigen in privaten Einrichtungen nimmt immer mehr zu. Ein Drittel aller stationär Pflegebedürftigen sucht 2007 ein Heim in privater Trägerschaft auf. Durch private Dienste lassen sich bereits 45% aller ambulant Pflegebedürftigen versorgen.

Preise. Für alle drei Pflegestufen erhöhte sich die Vergütung bis 2003 in Einklang mit der Inflation, danach darunter, sodass die realen Preise bis 2007 leicht sanken. Regional bestehen signifikante Preisunterschiede. Besonders teuer sind Heime in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Bayern und Schleswig-Holstein. Günstig sind Heime in den ostdeutschen Ländern und in Niedersachsen. Anders sieht die Situation bei den Investitionskosten aus. Hier liegt Niedersachsen im obersten Preissegment, gleichwohl schneidet auch Nordrhein-Westfalen verhältnismäßig teuer ab. Heime in privater Trägerschaft sind günstiger. Bezogen auf Pflege sowie Unterkunft und Verpflegung sind diese im Durchschnitt um 7,1% günstiger als nicht-private Heime. Schließt man den Investitionskostenanteil mit ein, liegt das Preisniveau noch um 3,3% niedriger. Markteintritte bieten günstigere Preise als bestehende Einrichtungen, ebenso ländliche Heime.

Qualität. Die Strukturqualität eines Heims nimmt mit höherem Preisniveau zu. Auch die Prozessqualität scheint mit dem Preisniveau eines Heims leicht zu wachsen. Zwischen der Ergebnisqualität und dem Preisniveau lässt sich allerdings kein Zusammenhang mehr feststellen. Offenbar gelingt es nicht, bei guten strukturellen Voraussetzungen und vermutlich besseren Prozessen auch die Ergebnisqualität zu steigern. Es gibt keine Anzeichen für schlechtere Qualität bei Heimen in privater Trägerschaft. Sowohl bei der Prozess- als auch bei der Ergebnisqualität schneiden sie nicht schlechter ab. Nur die Strukturqualität scheint bei freigemeinnützigen Heimen leicht besser zu sein. Der Unterschied ist statistisch allerdings nicht signifikant.

Pflegeheim Rating Report 2009

Kapazitäten. Mit der wachsenden Nachfrage nach Pflegeleistungen stieg auch das Angebot. Die Zahl der Pflegeheime nahm zwischen 1999 und 2005 um 25% von 8 859 auf 11 029 zu. In gleichem Maß erhöhte sich die Zahl der verfügbaren Plätze von rund 645 000 auf 799 000. 2001 bis 2007 sind pro Jahr rund 3% Markteintritte zu verzeichnen. Auffallend ist die Zunahme der Zahl der Plätze in privater Trägerschaft: seit 2001 um 47%; in freigemeinnütziger nur um 14%. Besonders in Ostdeutschland stieg die Zahl der Plätze in privater Trägerschaft überproportional um 79%. Bei ambulanten Diensten stagnierte die Zahl der Fälle von freigemeinnützigen Diensten, während private ihr Angebot stark ausweiteten. Die Mehrzahl der Heime weist eine Größe zwischen 60 bis 120 Plätzen auf. Erstaunlich viele Heime, 31%, bieten jedoch nur bis zu 40 Plätze. Der Anteil der 1-Bett-Zimmer stieg in den vergangenen Jahren kontinuierlich an, 2007 auf 56%. Besonders neue Heime setzen vermehrt auf Ein-Bett-Zimmer. Seit 2003 sank die durchschnittliche Auslastung (ohne Pflegestufe 0) von 89,8% auf 88,8% bis 2007. Private Heime, die ihr Angebot überproportional ausgedehnt haben, sind stärker von der sinkenden Auslastung betroffen als nicht-private. Die Auslastung lag bei privaten Heimen Ende 2007 bei nur 84,4%. Regional unterscheidet sie sich erheblich: Sie schwankt zwischen 63% und über 100%. In Teilen Nordrhein-Westfalens und in ostdeutschen Bundesländern liegt sie deutlich über dem Durchschnitt, in Rheinland-Pfalz und in Teilen Süddeutschland darunter. Die Auslastung ist außerdem bei ländlichen Heimen leicht unterdurchschnittlich. Auffallend ist, dass kleine Heime im Gegensatz zu großen sehr gut ausgelastet sind. Neue Heime schaffen es innerhalb von zwei Jahren ihre Auslastung auf das durchschnittliche Niveau anzuheben.

Personal. In der ambulanten und stationären Pflege arbeiteten 2007 810 000 Menschen, 180 000 bzw. 30% mehr als 1999. Bei den Pflegefachkräften lag die Zuwachsrate sogar bei 40%. 2007 gab es rund 235 000 Vollstellen für Pflegefachkräfte, 67 500 mehr als 1999. Gleichzeitig fand ein Abbau der Pflege in Krankenhäusern statt (-36 500), der den Zuwachs in Heimen und ambulanten Diensten jedoch nicht kompensieren konnte. Trotz Zunahme des Anteils Pflegebedürftiger in Stufe I verbesserte sich die Betreuungsrelation in Heimen: 2007 standen 0,24 Pflegefachkräfte je Bewohner zur Verfügung, 1999 waren es nur 0,21. Zusammen mit Pflegehilfskräften stieg die Quote von 0,29 auf 0,32.

2.5.2 Projektion

Leistung. Bei konstanten Pflegequoten dürfte die Zahl der Pflegefälle von 709 000 im Jahr 2007 bis 2020 um 252 000 auf 962 000 (36%) und bis 2030 um 402 000 auf 1 111 000 (57%) steigen. Vor allem in Ostdeutschland ist eine große Zunahme zu erwarten, ebenso in der Region um München. Gering ausfallen dürfte sie im Ruhrgebiet, in Süd-Niedersachsen und Nord-Hessen. Bis 2030 dürfte das Marktvolumen des stationären Bereichs auf nominal 43 Mrd. € und des ambulanten

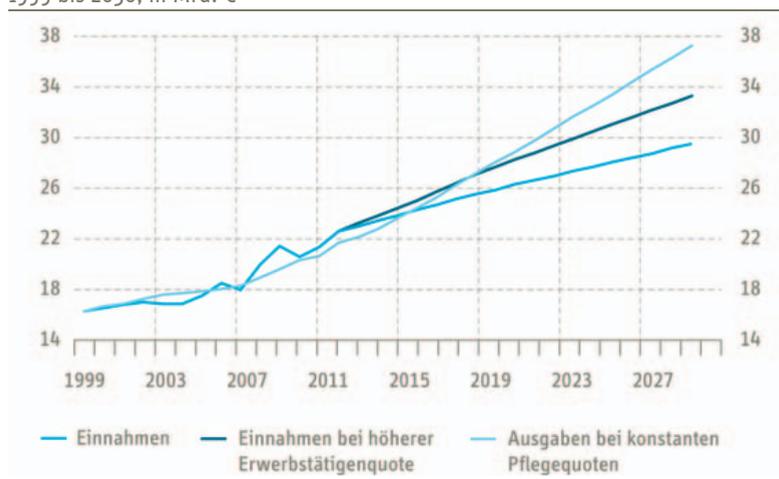
2. Der Pflegemarkt

Bereichs auf 17 Mrd. € steigen, insgesamt auf 60 Mrd. € - in Preisen von 2008 auf 30 Mrd. € bzw. 12 Mrd. €. Die durchschnittliche Auslastung dürfte noch bis 2010 weiter sinken. Aufgrund des unverminderten Anstiegs der Zahl der Pflegefälle wird sich jedoch etwa ab 2013 ein Bedarf an neuen Plätzen einstellen. Bis 2020 rechnen wir mit einem Mehrbedarf von rund 155 000 Plätzen, bis 2030 mit 312 000. In einzelnen Kreisen kann aber der zusätzliche Bedarf an Plätzen sehr gering ausfallen. Bis 2030 dürfte sich der hierzu erforderliche Kapitalbedarf (in Preisen von 2008) auf fast 23 Mrd. € summieren. Muss außerdem jährlich 2% des Bestands erneuert werden, fallen darüber hinaus bis 2030 weitere 32 Mrd. € an; in der Summe rund 55 Mrd. €, d.h. ab 2014 jährlich etwa 3 Mrd. €.

Schaubild 55

Einnahmen und Ausgaben der SPV

1999 bis 2030; in Mrd. €



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2007); ADMED/HCB/RWI Analyse

Personal. Bis 2020 rechnen wir mit einem zusätzlichen Bedarf von rund 50 000 Pflegefachkräften im stationären und 27 000 im ambulanten Bereich. Es ist mit einem Personalmangel und mit steigenden Löhnen für Pflegefachkräfte zu rechnen.

Preise. Bei zunehmender Transparenz über Preise und Qualität, einem steigenden Eigenanteil der Pflegebedürftigen und knapper werdenden Mitteln der Kommunen sowie durch einen sich intensivierenden Wettbewerb infolge regelmäßiger

Pflegeheim Rating Report 2009

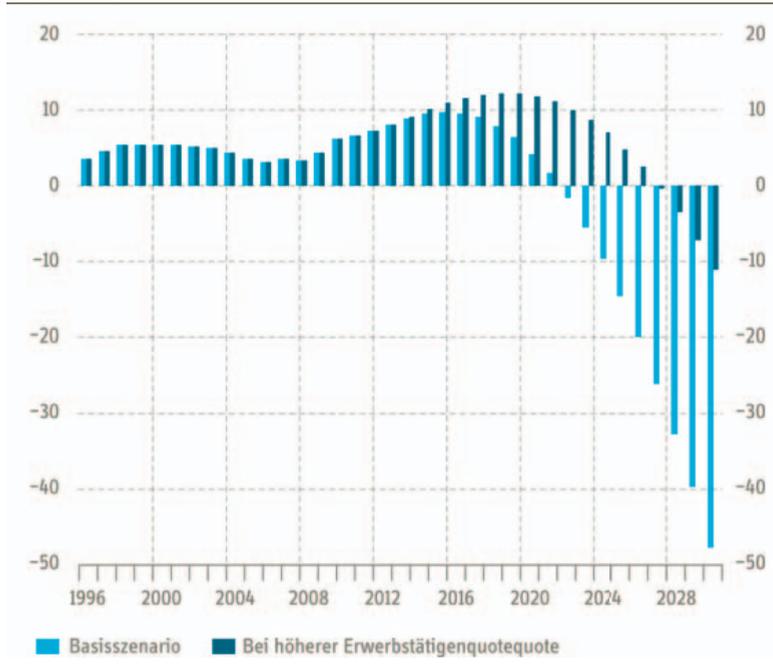
Markteintritte und neuer Pflegeangebote erwarten wir einen intensiveren Preiswettbewerb. Die derzeit noch großen regionalen Preisdifferenzen dürften sich verringern.

SPV. Bei konstanten Pflegequoten sowie konstanten Erwerbsquoten sollte die SPV bis 2015 trotz Finanzkrise einen positiven Saldo aufweisen und damit eine Kapitalreserve von fast 10 Mrd. € aufbauen können, die bis etwa 2021 aufgezehrt würde. Sollten in Zukunft mehr erwerbsfähige Menschen am Arbeitsmarkt partizipieren und außerdem die Arbeitslosenquote sinken, könnten sich der positive Saldo der SPV noch bis 2018 und die Kapitalreserve bis 2026 halten.

Schaubild 56

Kapitalreserven der SPV

1995 bis 2030; in Mrd. €



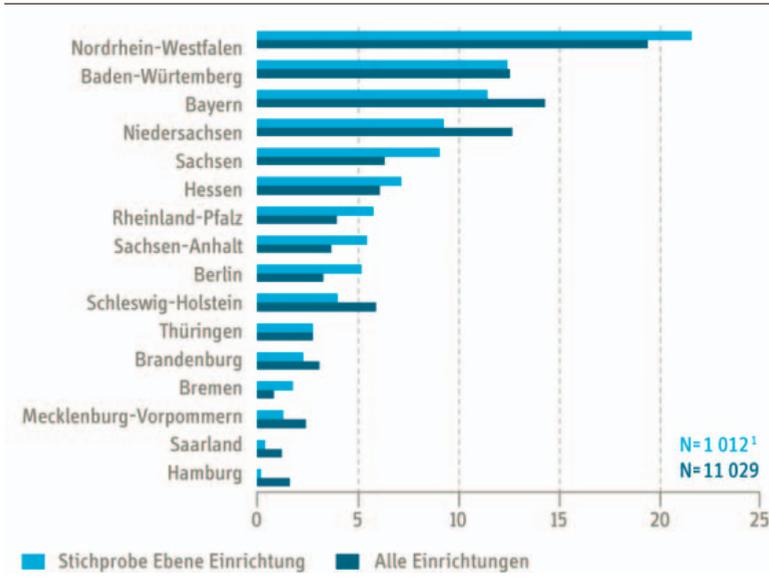
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2007); ADMED/HCB/RWI Analyse

3. Das Rating der Pflegeheime

Schaubild 57

Verteilung der Pflegeheime nach Bundesländern in der Stichprobe und in der Grundgesamtheit

Anteil in %



¹Insgesamt handelt es sich um 386 Jahresabschlüsse. Manche Bilanz umfasst jedoch eine kleine Kette von Pflegeheimen. – Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI

3. Das Rating der Pflegeheime

3.1 Datengrundlage

Für das Rating greifen wir auf eine Stichprobe von 385 Jahresabschlüssen zurück. Da die für Ketten mehrere einzelne Heime umfassen, beinhaltet die Stichprobe insgesamt 1 052 Heime. In den Analysen gewichten wir eine Bilanz nach der Zahl ihrer dazu gehörigen Einrichtungen. Für einige Heime liegen Bilanzen aus mehreren Jahren vor. Insgesamt handelt es sich von 2002 bis 2007 um 941 Jahresabschlüsse. Sowohl die Menge als auch die Aktualität der Daten haben sich im Vergleich zum vorherigen Report erhöht. Pflegeheime aus allen Bundesländern sind in der Stichprobe vertreten. Bayern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Saarland und Hamburg sind leicht unter-, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Bremen leicht überrepräsentiert (Schaubild 57). Auch sind Heime in privater

Pflegeheim Rating Report 2009

Trägerschaft überrepräsentiert (Schaubild 58). Schließlich besteht die Stichprobe aus relativ mehr großen als kleinen Heimen. Das Preisniveau der Heime in der Stichprobe deckt sich gut mit den durchschnittlichen bundesweiten Preisen.

3.2 Methodik

Zentraler Indikator zur Beurteilung der wirtschaftlichen Lage eines Pflegeheims ist hier die Ausfallwahrscheinlichkeit (Probability of default, PD). Mit Hilfe eines Bilanzratings berechnen wir die PD für jedes Heim anhand der Jahresabschlüsse. Das Rating beruht auf Engelmann et al. (2003). Deren Modell enthält insgesamt elf Kennziffern und wurde auf Bundesbankdaten getestet und kalibriert (Schaubild 59). Es wurde im Rahmen eines Kooperationsvorhabens durch die ADMED GmbH, die HCB GmbH, das RWI und die GENO-RiskSolutions GmbH für die vorliegenden Daten modifiziert. Im Anhang finden sich eine Beschreibung des Vorgehens zur Erstellung dieses Ratings und eine Beurteilung seiner Güte.

Die PD liegen theoretisch zwischen 0% und 100% und geben an, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Pflegeheim innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr seinen Zahlungsverpflichtungen nicht mehr nachkommen kann und damit ggf. Insolvenz anmelden muss. Für die weit überwiegende Zahl der Pflegeheime bewegen sich die PD zwischen 0% und etwa 5%. Eine hohe PD bzw. deren Erhöhung kann unterschiedliche Konsequenzen haben. Naheliegend ist eine Verteuerung der Kredite, wie sich am positiven Zusammenhang zwischen Zinszahlungen und PD belegen lässt (Augurzyk et al. 2007b).

Die errechneten PD werden zur Veranschaulichung einem groben Ampelsystem und feineren Ratingklassen zugeordnet (Schaubild 60). Wir bezeichnen die Ratingklassen – in Anlehnung an ADMED/HCB/RWI – als AHR 1 bis 16. Der niedrigste Wert stellt das beste, der höchste Wert das schlechteste Rating dar. PD zwischen 0,0% und 1,0% bzw. AHR 1 bis 10 stellen ein geringes bis moderates Ausfallrisiko dar und werden grün hinterlegt. Eine Kreditaufnahme im grünen Bereich sollte einfach bzw. zu geringen Kosten möglich sein. Werte zwischen 1,0% und 2,6% bzw. AHR 11 und 12 sind gelb hinterlegt. Die Kreditaufnahme ist erschwert, und Kredite werden teurer. Alle Werte darüber sind rot hinterlegt; hier ist mit erheblichen Problemen bei der Kreditaufnahme zu rechnen bzw. sie ist sogar unmöglich.

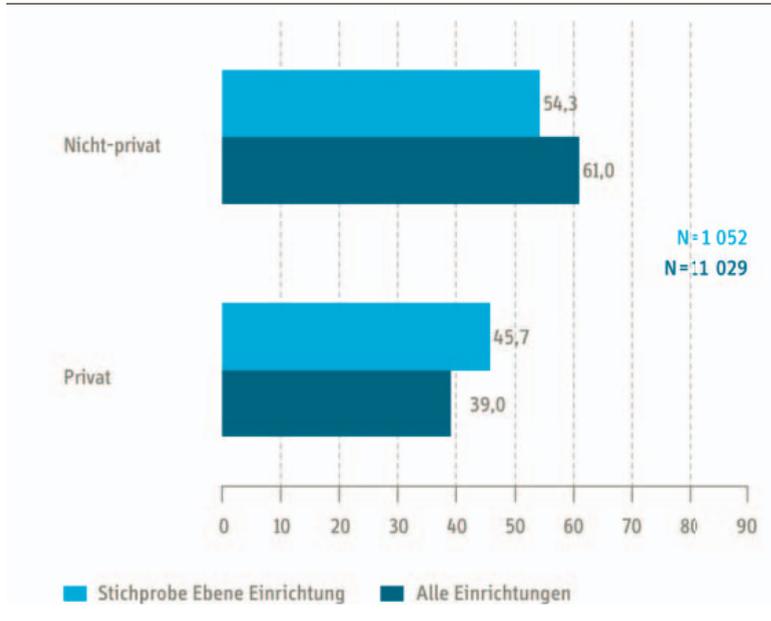
Zu erwartende Entwicklungen bilden wir in Form von Planbilanzen und Plan-Gewinn- und Verlustrechnungen (Plan-GuV) bis 2020 ab, die dann jeweils dem Rating unterzogen werden. In die Planbilanzen fließen je nach Szenario die Annahmen aus Abschnitt 2 ein. Zusätzlich berücksichtigen wir den Einfluss des Ratings auf die Finanzierungskosten. Ein schlechtes Rating erhöht die Finanzierungskosten, ein gutes verringert sie („Basel II-Effekt“).

3. Das Rating der Pflegeheime

Schaubild 58

Verteilung der Pflegeheime nach Trägerschaft in der Stichprobe und in der Grundgesamtheit

Anteil in %



Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI

3.3 Aktuelle Situation

3.3.1 Stichprobe

In diesem Abschnitt stellen wir die Analyse der vorliegenden Stichprobe mit Bilanzdaten aus den Jahren 2006 bzw. 2007 vor. Für die Jahre 2008 und 2009 präsentieren wir eine Hochrechnung. Die durchschnittliche PD der in der Stichprobe enthaltenen Heime beträgt 1,1% (Schaubild 61). Sie liegt damit besser als bei Krankenhäusern und Reha-Kliniken und ist vergleichbar mit Unternehmen anderer Branchen Westdeutschlands. 13% der Pflegeheime waren im roten, 15% im gelben, immerhin 72% im grünen Bereich angesiedelt (Schaubild 62). Bei der Ertragslage schneiden Pflegeheime ebenfalls besser ab als Krankenhäuser oder Reha-Kliniken (Schaubild 63). 85% der Heime schreiben schwarze Zahlen oder weisen einen ausgeglichenen Jahresüberschuss aus, 15% rote Zahlen. Die Werte liegen damit auf ähnlichem Niveau wie im Report 2007, dem allerdings eine kleinere und damit andere Stichprobe zugrunde lag. Allerdings hat sich die finanzi-

Pflegeheim Rating Report 2009

elle Situation der Pflegeheime in den vergangenen Jahren leicht verschlechtert. Dies lässt sich aus den 66 von 385 Jahresabschlüssen der Heime ableiten, für die Bilanzen zu allen drei Jahren 2004 bis 2006 vorliegen. Demnach nahm der Anteil der Heime mit einer Umsatzrendite über 1% von 58% auf 48% ab (Schaubild 64 und 65).

Schaubild 59

Kennzahlen zur Bestimmung des Bilanzratings

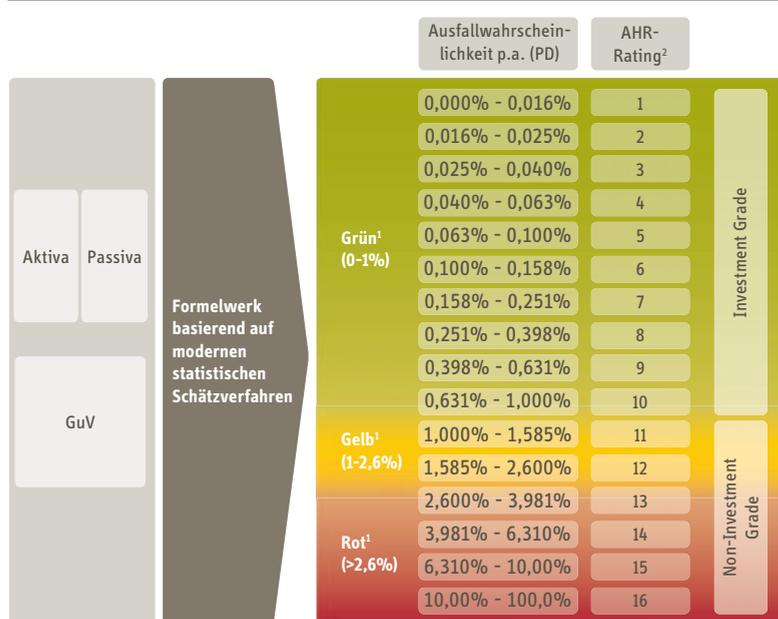
Kennzahl	Definition	Wertung
Verschuldungsgrad	Verbindlichkeiten/ Bilanzsumme	Geringer ist besser
Bankverschuldungsgrad	Bankverbindlichkeiten/ Bilanzsumme	Geringer ist besser
Liquidität	Schecks & Kassenbestand/ Verbindlichkeiten bis 1 Jahr	Höher ist besser
Finanzkraft	Ertragswirtschaftlicher Cash Flow/(Verbindlichkeiten - Erhaltene Anzahlungen)	Höher ist besser
Umlaufvermögen	Umlaufvermögen/Umsatz	Geringer ist besser
Kurzfristige Verschuldung	Verbindlichkeiten bis 1 Jahr/ Bilanzsumme	Geringer ist besser
Reinvermögensquote	Verbindlichkeiten aus Lieferung & L./ (Bilanzsumme - nicht durch Eigenkapital gedeckter Fehlbetrag)	Geringer ist besser
Kapitalumschlag	Umsatz/Bilanzsumme	Höher ist besser
Wertschöpfung	(Umsatz - Materialaufwand)/ Personalaufwand	Höher ist besser
Return on Capital	Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit/ Bilanzsumme	Höher ist besser
Umsatzwachstum	Umsatz/Umsatz des Vorjahres	Moderat ist gut ¹

Bis zu einem Umsatzwachstum von 25% gilt „Je mehr desto besser“, danach kehrt sich die Aussage um. – Quelle: Engelmann, Hayden und Tasche (2003); angepasst durch Genoverband Stuttgart und RWI und ADMED GmbH

3. Das Rating der Pflegeheime

Schaubild 60

Rating-Klassifizierung über errechnete Ausfallwahrscheinlichkeiten



¹Ähnliche Ampelklassifikationen werden häufig von Kreditinstituten verwendet. - ²AHR Rating, von ADMED, HCB und RWI gewählte Ratingklassen - Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; Experteninterviews

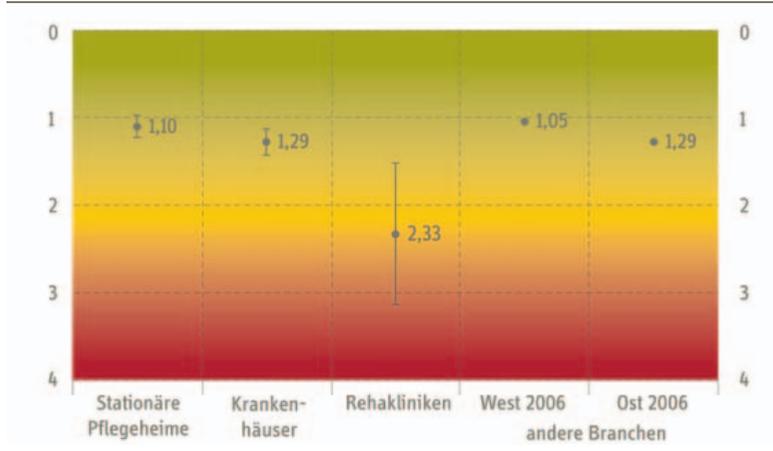
Zur weiteren Beurteilung der Ertragslage stellen wir als Benchmark in Anlehnung an die vorliegenden Jahresabschlusszahlen zwei konstruierte Bilanzen dar - jeweils für einen privaten und einen nicht-privaten Betreiber. Hierzu sei angenommen, dass ein Pflegeplatz für 75 000 € bereitgestellt werde. Der private Betreiber lagere davon 50 000 € an einen Immobilienbetreiber aus und miete daher einen Teil an. Die restlichen 25 000 € seien zu 15% über Eigenkapital, 10% über Fördermittel (Sonderposten) und zu 75% über Fremdkapital finanziert. Der nicht-private Betreiber lagere 20 000 € an einen Immobilienbetreiber aus und finanziere den Rest zu 30% über Eigenkapital, 20% Sonderposten und 50% Fremdkapital. Wir unterstellen weiter eine Abschreibung von 2,5% p.a., 5% Zinsen auf das Fremdkapital, 7,5% Mietzins und im Durchschnitt eine Verzinsung von 10% auf das Eigenkapital (inklusive Risikoprämie) bei privaten und 0% bei nicht-privaten Betreibern. Bei durchschnittlichen Erlösen von 90 € pro Tag und einer Auslastung von 90% würden sich die Bilanz und GuV nach Schaubild 66 ergeben.

Pflegeheim Rating Report 2009

Wir definieren das EBITDAR als das Betriebsergebnis vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen, Amortisation und Mieten und damit als das Ergebnis aus dem operativen Geschäft. Unter diesen Annahmen sollten nicht-private Einrichtungen eine EBITDAR-Marge von mindestens 14% aufweisen und operative Kosten (Personal- und Sachkosten) von maximal 86%, private eine EBITDAR-Marge von 19% bzw. Personal- und Sachkosten von 81%.¹⁰ Die genannten Werte hängen allerdings von der individuellen Bilanzstruktur des Betreibers ab.

Schaubild 61

Ausfallwahrscheinlichkeit von Pflegeheimen im Vergleich mit anderen Branchen 2006 und 2007; in %



¹Spannweite (Fehlerbalken) entspricht zwei Standardabweichungen – Quelle: ADMED/HCB/ RWI Analyse; Mittelstandsmonitor (2008); Insolvenzhäufigkeiten; Reha Rating Report 2009; Krankenhaus Rating Report 2009

In den vorliegenden HGB-Bilanzen ist es nicht möglich, die Mieten zu identifizieren, um damit das EBITDAR korrekt zu berechnen. Insofern ist ein direkter Vergleich der tatsächlichen Lage mit dem Beispiel nicht möglich. Nimmt man an, dass Mietaufwendungen einen großen Teil der sonstigen betrieblichen Aufwendungen abzüglich sonstiger Erträge ausmachen (Tabelle 6 im Anhang), sollten die Heime die notwendige EBITDAR-Marge im Durchschnitt schaffen.

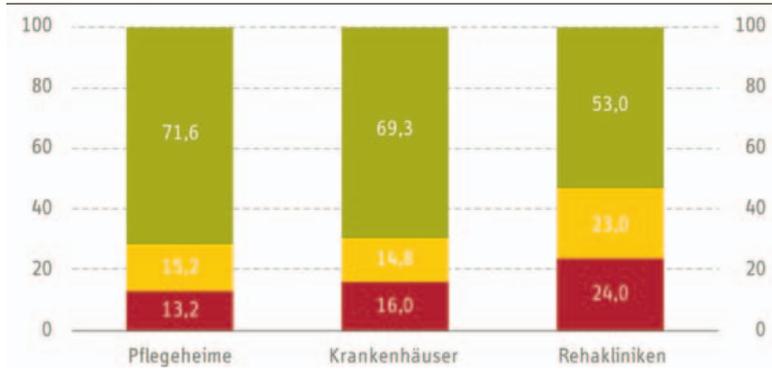
¹⁰ Der Kapitalumschlag liegt in diesem Beispiel bei 0,39 und damit deutlich unter dem in den vorliegenden Bilanzen. Grund hierfür ist, dass zahlreiche Pflegeheime ihre Immobilie auslagern und anmieten. Damit reduziert sich die Bilanzsumme erheblich, und Fremdkapital kann abgebaut werden. In der GuV indessen werden dann statt Zinsen Mieten fällig. Der Umsatz bleibt unverändert, der Kapitalumschlag erhöht sich.

3. Das Rating der Pflegeheime

Schaubild 62

Verteilung der Pflegeheime in der Ampelklassifikation im Vergleich zu anderen Branchen

2006 und 2007; Anteil in %

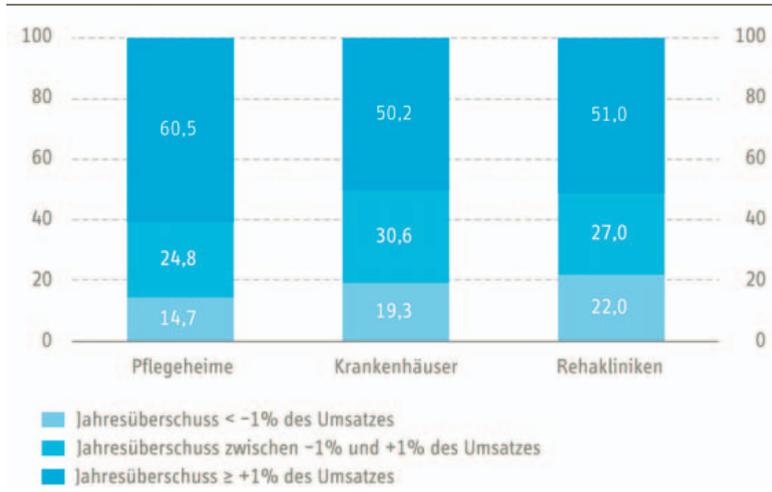


Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; Reha Rating Report 2009; Krankenhaus Rating Report 2009

Schaubild 63

Verteilung der Pflegeheime nach der Höhe des Jahresüberschusses im Vergleich zu anderen Branchen

2006 und 2007; Anteil in %

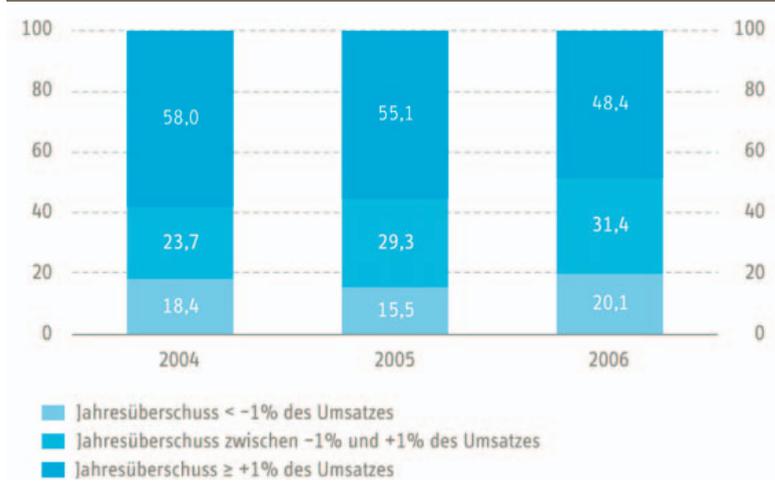


Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; Reha Rating Report 2009; Krankenhaus Rating Report 2009

Pflegeheim Rating Report 2009

Schaubild 64

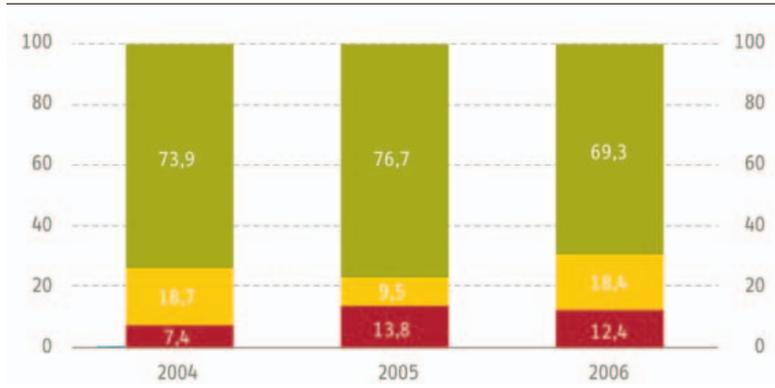
Verteilung der Pflegeheime nach der Höhe des Jahresüberschusses im Zeitverlauf 2004 bis 2006; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

Schaubild 65

Verteilung der Pflegeheime nach der Ampelklassifikation im Zeitverlauf 2004 bis 2006; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

3. Das Rating der Pflegeheime

Schaubild 66

Beispiel einer Bilanz für ein Pflegeheim

Nicht-privat				Privat			
Bilanz				Bilanz			
	Aktiva	Passiva		Aktiva	Passiva		
Vermögen	55 000	16 500	Eigenkapital	Vermögen	25 000	3 750	Eigenkapital
		11 000	Sonderposten			2 500	Sonderposten
		27 500	Fremdkapital			18 750	Fremdkapital
	55 000	55 000			25 000	25 000	
Immobilien	20 000			Immobilien	50 000		
	75 000				75 000		
GUV				GUV			
Umsatz	29 565	100,0%		Umsatz	29 565	100,0%	
Operative Kosten	25 315	85,6%		Operative Kosten	23 878	80,8%	
EDITBAR	4 250	14,4%		EDITBAR	5 688	19,2%	
Mieten	1 500	5,1%		Mieten	3 750	12,7%	
EBITDA	2 750	9,3%		EBITDA	1 938	6,6%	
Abschreibung	1 375	4,7%		Abschreibung	625	2,1%	
Zinsen	1 375	4,7%		Zinsen	938	3,2%	
	0	0%			375	1,3%	

Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

3.3.2 Erwartete Situation 2008 und 2009

Auf Basis von Annahmen über die erwartete Ausweitung des Pflegeangebots 2008 und 2009 und damit sinkender Auslastung schreiben wir die Jahresabschlüsse der Stichprobe für beide Jahre fort. Es handelt sich dabei um rein rechnerische Ergebnisse. Der Anteil der Pflegeheime im roten Bereich steigt demnach von 13% auf 17% (Schaubild 67). Der Anteil der Heime, der schwarze Zahlen schreibt, nimmt 2008 ab, erreicht aber 2009 wieder das Niveau von 2007.

3.3.3 Ergebnisse für Untergruppen 2006/2007

Die Ergebnisse fallen für Untergruppen von Pflegeheimen unterschiedlich aus (Schaubild 68). Wir führen zunächst eine rein bivariate Analyse durch, d.h. wir unterteilen die Stichprobe stets nur nach einem einzigen Kriterium in Untergruppen, z.B. nach Größe oder Trägerschaft. In einer anschließenden multivariaten Analyse werden mehrere Kriterien hinsichtlich ihres Einflusses auf die PD simultan untersucht. Je nach Fragestellung gibt die bivariate oder die multivariate Analyse

Pflegeheim Rating Report 2009

die zutreffende Antwort. Stellt man sich beispielsweise die Frage, ob der Faktor „private Trägerschaft“ oder „Heimgröße“ maßgeblich für eine geringe PD sei, ist die multivariate Analyse angemessen. Fragt man indessen, ob ländliche Pflegeheime unterdurchschnittliche Überlebenschancen haben, ist es die bivariate Analyse, weil hier nur die Gesamtheit aller ländlichen Einrichtungen (mit allen ihren unterschiedlichen Eigenschaften wie Größe, Trägerschaft usw.) interessiert.

Tabelle 2

Multivariate Regressionsanalyse zur PD

Signifikant niedrigere Ausfallwahrscheinlichkeit

Heime in Ostdeutschland
Hohes verfügbares Einkommen im Kreis

Signifikant höhere Ausfallwahrscheinlichkeit

Ländliche Heime
Heime in Norddeutschland

Kein signifikanter Einfluss

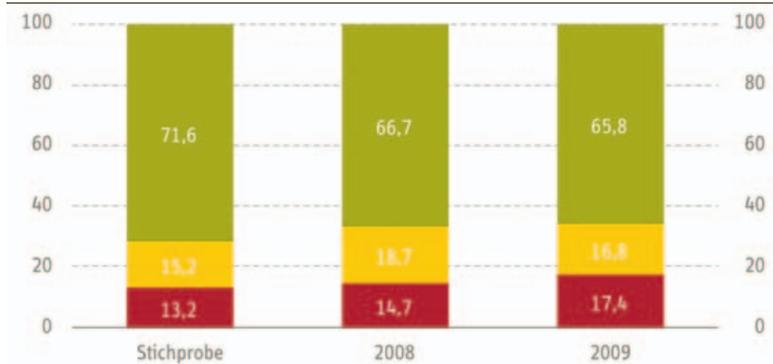
Größe
Preisniveau
Trägerschaft
Teil einer Kette

Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

Schaubild 67

Verteilung der Pflegeheime nach der Ampelklassifikation

2008 und 2009; Anteil in %



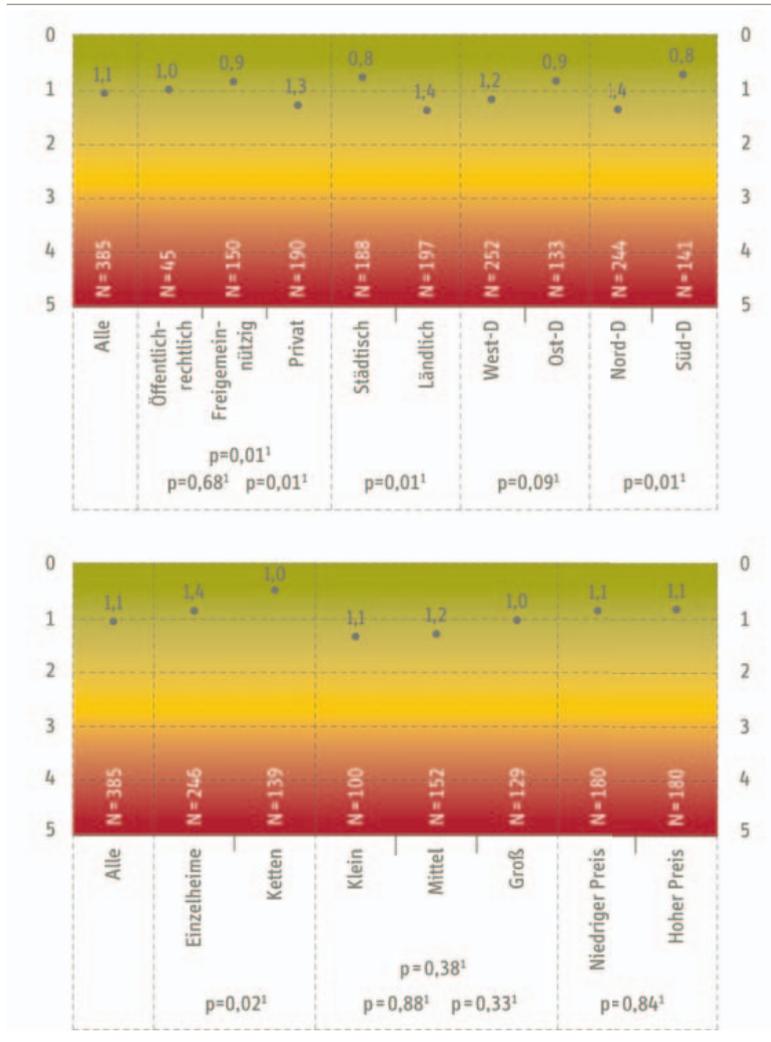
Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

3. Das Rating der Pflegeheime

Schaubild 68

Ausfallwahrscheinlichkeit nach Art des Pflegeheims

2006 und 2007; in %



¹p-Werte geben das statistische Signifikanzniveau an, $p < 0,05$ weist auf statistisch signifikante Unterschiede hin - Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

Pflegeheim Rating Report 2009

Heime in privater Trägerschaft schneiden signifikant schlechter ab als nicht-private. 16% der privaten Heime befinden sich im roten Bereich, für freigemeinnützige und öffentlich-rechtliche sind es nur 11% bzw. 10% (Schaubild 69). Hierfür kann es verschiedene Ursachen geben. Eine könnte darin liegen, dass die Preise der privaten Heime deutlich unter jenen der nicht-privaten liegen. Ferner ist die Auslastung privater deutlich unterdurchschnittlich, und viele private Heime liegen in ländlichen Regionen. Tatsächlich schneiden ländliche Heime im Rating signifikant schlechter als städtische ab. Die multivariate Analyse zeigt, dass die Eigenschaft „privat“ nicht mit der PD korreliert, sondern dass dies auf die Eigenschaft „ländlich“ zurückzuführen ist.

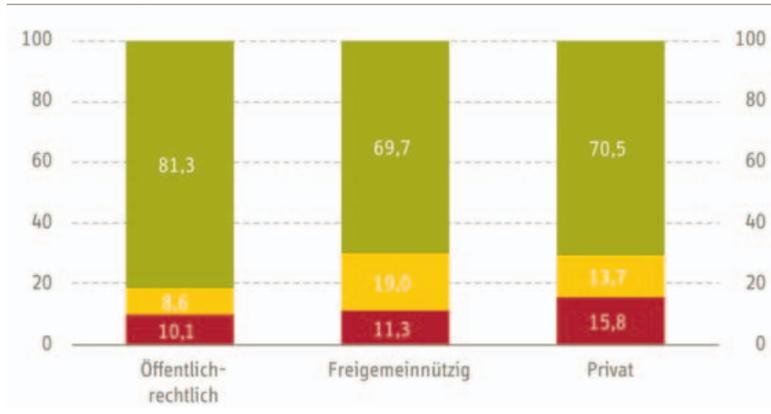
Die Größe eines Heims scheint kaum positiv mit dem Rating zu korrelieren: Große Heime mit mehr als 100 Plätzen weisen nur eine leicht bessere PD auf als kleine und mittlere. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant. Bei der Verteilung der Ratings nach Größenklassen (Schaubild 70) liegt der Anteil größerer Heime im roten und gelben Bereich niedriger. Jedoch ist bei mittleren Heimen der rote Bereich größer als bei kleinen. Die Unterschiede sind insgesamt gering und statistisch nicht signifikant. In der multivariaten Analyse zeigt sich kein Zusammenhang zwischen Größe und PD.

Heime in städtischen Regionen weisen wie erwähnt eine signifikant geringere Ausfallwahrscheinlichkeit auf als die ländlichen. In sehr ländlichen Gebieten fallen rund 20% der Heime in den roten Bereich (Schaubild 71). Der rote Bereich wird deutlich kleiner, wenn der Grad der Ländlichkeit abnimmt. Heime in Westdeutschland schneiden leicht schlechter ab als die in Ostdeutschland. Größer als der Ost-West-Unterschied ist das Nord-Süd-Gefälle: Heime in Süddeutschland weisen eine erheblich geringere PD auf als jene in Norddeutschland. Ein Vergleich der Bundesländer (Schaubild 72) zeigt ein etwas differenzierteres Bild. Der Anteil der Heime im roten Bereich liegt in der Region „Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Bremen“ sowie in Baden-Württemberg vergleichsweise hoch. Niedrig liegt er in den beiden Regionen „Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Berlin“ und „Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland“. Dieses Ergebnis weicht von dem im Pflegeheim Rating Report 2007 ab. Allerdings ordnen wir im aktuellen Report bei einer Pflegeheimkette die Bilanz auf Kettenebene jeweils den Standorten der einzelnen Heime zu. In der Vorgängerstudie wurde die Bilanz auf Kettenebene dem Sitz des Konzerns zugerechnet. Dies und die nunmehr vergrößerte Stichprobe können die Differenzen erklären.

3. Das Rating der Pflegeheime

Schaubild 69

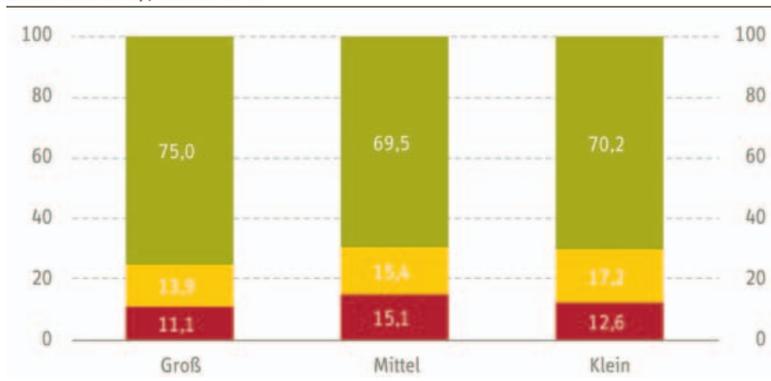
Vergleich der Pflegeheime in der Ampelklassifikation nach Trägerschaft
2006 und 2007; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

Schaubild 70

Vergleich der Pflegeheime in der Ampelklassifikation nach Größe
2006 und 2007; Anteil in %



Klein = Bis 60 Pflegeplätze, Mittel = 61 bis 100 Plätze, Groß = Über 100 Plätze - Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

Pflegeheim Rating Report 2009

Schaubild 71

Vergleich der Pflegeheime in der Ampelklassifikation nach Ländlichkeit
2006 und 2007; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

Schaubild 72

Vergleich der Pflegeheime in der Ampelklassifikation nach Regionen
2006 und 2007; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

3. Das Rating der Pflegeheime

Schließlich weisen Pflegeheimketten eine deutlich geringere PD auf als Einzelheime, was sich in der multivariaten Analyse jedoch nicht bestätigt, d.h. bei Pflegeheimketten sind es andere Faktoren als die Kettenstruktur, die die PD positiv beeinflussen. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass die Identifikation der Kettenmitgliedschaft bei einer vorliegenden Bilanz nicht immer einwandfrei erfolgen konnte.

Interessanterweise scheinen das Preisniveau und die PD nicht zu korrelieren. Teure Heime weisen kein besseres Rating auf. Offenbar liegen die Kosten teurer Heime ebenfalls überdurchschnittlich hoch. Dies bestätigt sich in der multivariaten Analyse.

3.4 Projektion der Ratings

Insgesamt untersuchen wir drei Szenarien (Tabelle 3). Weitere Szenarien werden im Abschnitt „Auswirkungen von Mindestlöhnen“ definiert.

Im Basisszenario nehmen wir an, dass sich die Zahl der Pflegefälle und damit die Erlöse gemäß der Nachfrageprojektion auf Kreisebene aus Abschnitt 2 ändern. Wir unterstellen dabei, dass die Verweildauer im Heim unverändert bleibt. Sobald jedoch die Auslastung 95% übersteigt¹¹, führe eine weitere Zunahme der Zahl der Fälle nicht zu höheren Erlösen, sondern zu Markteintritten. Aufgrund des niedrigen Preisniveaus in Ostdeutschland nehmen wir an, dass die Preise dort inflationsbereinigt um 0,5% p.a. steigen, während sie in Westdeutschland konstant bleiben. Mehr Fälle erhöhen allerdings auch die Personal- und Sachkosten. Aufgrund des zu erwartenden Personalmangels dürften die Löhne inflationsbereinigt steigen; wir nehmen 0,5% p.a. im Westen und 1,0% p.a. im Osten an. Bei den Sachmittelpreisen erwarten wir inflationsbereinigt keinen Anstieg. Schließlich gehen wir von einem jährlichen Produktivitätsfortschritt von 0,3% aus, d.h. entsprechend weniger Personal und Sachmittel werden benötigt. Im zweiten Szenario „Markteintritte“ werden in einem Kreis schon ab einer Auslastung von 90% statt 95% neue Plätze gebaut. Schließlich sinken im dritten Szenario „Preisdruck“ aufgrund zunehmenden Wettbewerbs die Preise in Westdeutschland um 0,3% p.a. und steigen in Ostdeutschland jährlich nur um 0,2% statt um 0,5%.

Im Basisszenario (Schaubild 73) verschlechtert sich zunächst die Lage aufgrund einer sinkenden Auslastung bis 2009. Anschließend verbessert sich die Situation leicht, weil die Zahl der Pflegefälle zunimmt, wobei 2010 infolge des vermuteten geringeren Nachfragewachstums noch eine Ausnahme ist. Bis 2020 sind fast 70% der Heime im grünen Bereich, 16% im roten. Etwas stärker schwankt zunächst der

¹¹ Wir nehmen an, dass dazu noch rund 3% Selbstzahler der Pflegestufe 0 kommen, sodass die maximale Auslastung 98% beträgt.

Pflegeheim Rating Report 2009

Anteil der Heime, die schwarze Zahlen schreiben (Schaubild 74). Ab 2011 stabilisiert sich die Situation. Bis 2020 weisen 86% der Heime ein zumindest ausgeglichenes Ergebnis auf. Schaubild 75 stellt die Projektion für das Szenario „Markteintritte“ dar, Schaubild 76 für „Preisdruck“.

Tabelle 3

Szenarien zur Fortbeschreibung der GuV

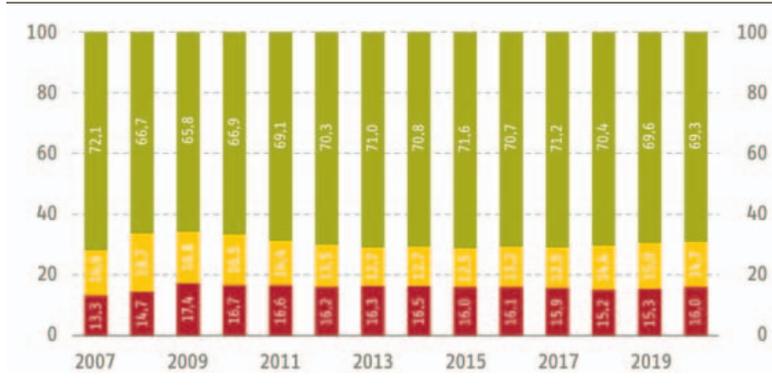
Änderungen p.a.	Basisszenario		Markteintritte		Preisdruck	
	West	Ost	West	Ost	West	Ost
Erlöse						
Änderung der realen Preise p.a.	0,00%	0,50%	0,00%	0,50%	-0,30%	0,20%
Belegungstage = VWD × Fälle						
Verweildauer	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Fälle	Projektion auf Kreisebene Konstante Pflegequoten Wenn Auslastung im Kreis > 95%, kein weiteres Fallwachstum, weil dann Markteintritte erfolgen		Projektion auf Kreisebene Konstante Pflegequoten Wenn Auslastung im Kreis > 90%, kein weiteres Fallwachstum, weil dann Markteintritte erfolgen		Projektion auf Kreisebene Konstante Pflegequoten Wenn Auslastung im Kreis > 95%, kein weiteres Fallwachstum, weil dann Markteintritte erfolgen	
Kosten						
Personalkosten						
Mengen	1% mehr Erlöse → 0,6% mehr		1% mehr Erlöse → 0,6% mehr		1% mehr Erlöse → 0,6% mehr	
Reale Löhne	0,50%	1,00%	0,50%	1,00%	0,50%	1,00%
Reale Löhne einmalig 2010						
Produktivitätsfortschritt	-0,30%	-0,30%	-0,30%	-0,30%	-0,30%	-0,30%
Sachkosten						
Mengen	1% mehr Erlöse → 0,2% mehr		1% mehr Erlöse → 0,2% mehr		1% mehr Erlöse → 0,2% mehr	
Reale Sachmittelpreise	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Produktivitätsfortschritt	-0,30%	-0,30%	-0,30%	-0,30%	-0,30%	-0,30%
Zinsen	„Basel II - Effekt“		„Basel II - Effekt“		„Basel II - Effekt“	
Andere Kosten	Keine Änderungen		Keine Änderungen		Keine Änderungen	
Generell						
Gewinne oder Verluste werden in das Folgejahr in die Bilanz übertragen; bei privaten Heimen werden jedoch zuvor 50% der Gewinne ausgeschüttet.						

Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

3. Das Rating der Pflegeheime

Schaubild 73

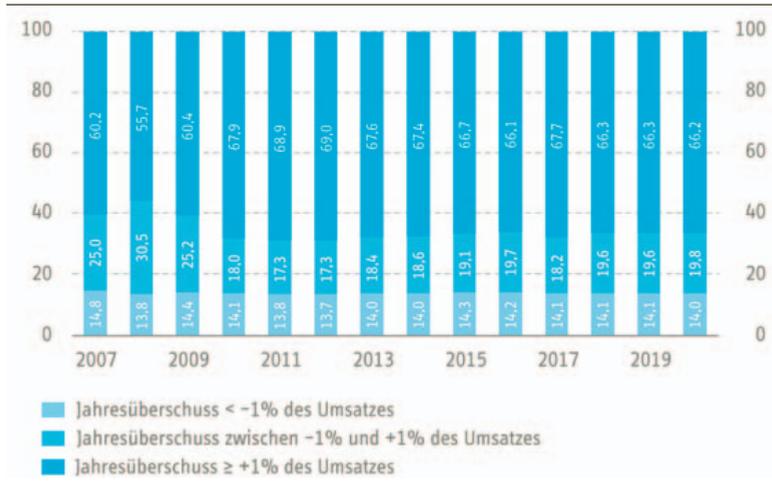
Verteilung der Pflegeheime in der Ampelklassifikation im Basisszenario
2007 bis 2020; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

Schaubild 74

Verteilung der Pflegeheime nach der Höhe des Jahresüberschusses
im Basisszenario
2007 bis 2020; Anteil in %



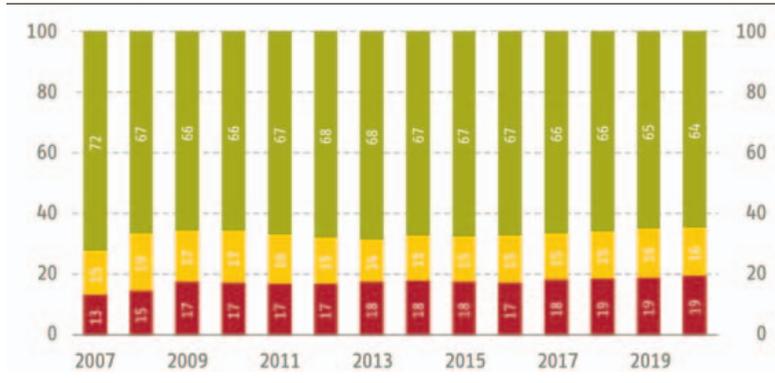
Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

Pflegeheim Rating Report 2009

Schaubild 75

Verteilung der Pflegeheime in der Ampelklassifikation
im Szenario „Markteintritte“

2007 bis 2020; Anteil in %

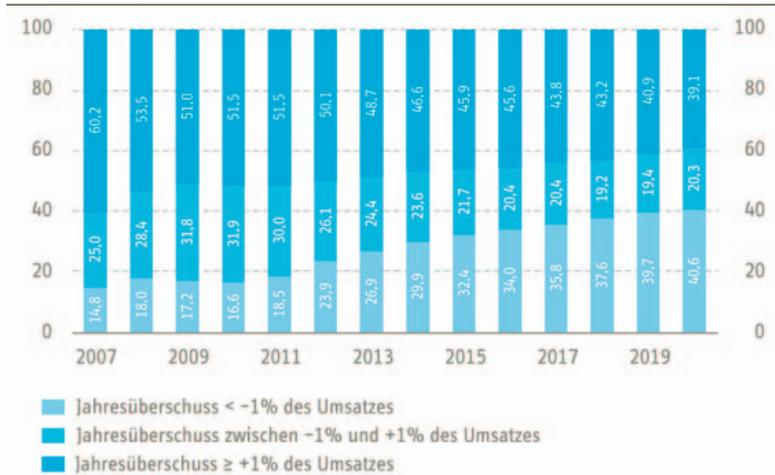


Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

Schaubild 76

Verteilung der Pflegeheime nach der Höhe des Jahresüberschusses
im Szenario „Preisdruck“

2007 bis 2020; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

3. Das Rating der Pflegeheime

3.5 Der RWI-HCB-Pflegeheimindex

Gemeinsam mit dem Vincentz-Verlag und zahlreichen Pflegeheimen erstellen das RWI und die HCB GmbH seit Januar 2009 den RWI-HCB-Pflegeheimindex, der zeitnah Auskunft über die wirtschaftliche Lage der Pflegeheime geben soll. Die Ergebnisse werden regelmäßig in der Fachzeitschrift CAR€ Invest veröffentlicht. Dazu werden die teilnehmenden Heime einmal monatlich neben Ausstattungsmerkmalen (Zahl der Plätze und Art des Angebots, insbesondere auch betreutes Wohnen) zur Ertragslage, zur Nachfragesituation und zum Preisniveau befragt. Derzeit nehmen 30 Träger mit rund 330 Pflegeheimen daran teil.

Relativ konstant über die Monate erwarten rund 75% der Heime der Stichprobe 2009 einen Jahresüberschuss oder ein ausgeglichenes Ergebnis (Schaubild 77). Dies deckt sich mit unserer Prognose für 2009. Die durchschnittliche Auslastung der Heime bewegt sich um 90%, wobei die von Doppelzimmern geringer ausfällt. Betreutes Wohnen weist eine Auslastung von 75% bis 90% auf – es wird allerdings mit steigenden Werten gerechnet. Die Auslastung ist bei privaten Einrichtungen geringer als bei freigemeinnützigen. Schließlich erwartet die Mehrzahl der Heime steigende Preise sowohl für Einzel- als auch Doppelzimmer. Beim betreuten Wohnen wird mit unveränderten Preisen gerechnet.

Schaubild 77

RWI-HCB-Pflegeheimindex: Erwartete Ertragslage der Pflegeheime

2009; Anteil in %; Heime mit Überschüssen oder ausgeglichenem Ergebnis



Quelle: RWI-HCB-Pflegeheimindex

Pflegeheim Rating Report 2009

3.6 Wesentliche Ergebnisse im Überblick

Daten. Wir greifen auf eine Stichprobe von 385 Jahresabschlüssen zurück. Da Jahresabschlüsse für Pflegeheimketten mehrere Heime umfassen, beinhaltet die Stichprobe insgesamt 1 052 Heime.

Rating und Ertragslage. Die durchschnittliche PD beträgt in der Stichprobe 1,1%. Sie liegt damit niedriger als bei Krankenhäusern und Reha-Kliniken und ist vergleichbar mit Unternehmen anderer Branchen Westdeutschlands. 13% der Pflegeheime waren im roten, 15% im gelben, immerhin 72% im grünen Bereich angesiedelt. Bei der Ertragslage schneiden Pflegeheime ebenfalls besser ab als Krankenhäuser oder Reha-Kliniken. 85% weisen zumindest einen ausgeglichenen Jahresüberschuss aus. 15% schreiben rote Zahlen. In Bezug auf das EBITDAR (Betriebsergebnis vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen, Amortisation und Mieten) sollten Pflegeheime einen Wert von mindestens 14%, private von 19% erreichen. Die Heime scheinen dies im Durchschnitt zu schaffen, allerdings liegen einige Heime auch darunter. Die Befunde deuten auf eine Verschlechterung der Ertragslage und des Ratings der Pflegeheime zwischen 2004 und 2006 hin.

Untergruppen. Heime in privater Trägerschaft schneiden signifikant schlechter ab als solche in nicht-privater. 16% der privaten Heime befinden sich im roten Bereich, bei freigemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen sind es nur 11% bzw. 10%. Dies dürfte daran liegen, dass verhältnismäßig viele private Heime in ländlichen Regionen liegen und ländliche Heime ein signifikant schlechteres Rating aufweisen als städtische. In sehr ländlichen Gebieten fallen rund 20% der Heime in den roten Bereich. Die Größe eines Heims scheint kaum positiv mit dem Rating zu korrelieren. Heime mit mehr als 100 Plätzen haben eine nur leicht bessere PD als kleine und mittlere. Heime in Westdeutschland schneiden leicht schlechter ab als die in Ostdeutschland, Heime in Norddeutschland schlechter als die in Süddeutschland. Interessanterweise weisen teure Heime kein besseres Rating auf. Offenbar sind die Kosten teurer Heime ebenfalls überdurchschnittlich hoch.

Projektion. Im Basisszenario verschlechtert sich zunächst die Lage aufgrund einer vermutlich sinkenden Auslastung bis 2009. Anschließend sollte sich die Situation leicht verbessern, weil die Zahl der Pflegefälle jährlich zunimmt, wobei 2010 infolge des vermuteten geringeren Nachfragewachstums bedingt durch höhere Arbeitslosigkeit noch eine Ausnahme ist. Langfristig erwarten wir eine stabile Situation. Bis 2020 dürften fast 70% der Heime im grünen Bereich bleiben und 86% schwarze Zahlen oder ein ausgeglichenes Ergebnis ausweisen. Risiken bilden ein hoher Mindestlohn, eine starke Verschiebung der Nachfrage und ein Preisdruck infolge zunehmenden Wettbewerbs.

4. Auswirkungen von Mindestlöhnen

4. Auswirkungen von Mindestlöhnen

4.1 Hintergrund

Am 13.2.2009 hat der Bundesrat einem Gesetzesentwurf zugestimmt, der u.a. die Aufnahme der Pflegebranche in das Arbeitnehmerentsendegesetz vorsieht. Dies betrifft wohl Pflegekräfte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, Pflegekräfte in Krankenhäusern sind davon ausgenommen. Dies geschah, obwohl es sich bei der Pflege um eine Branche handelt, in der es keinen flächendeckenden Tarifvertrag gibt, der mindestens 50% der Beschäftigten umfasst. Eine Kommission soll bis spätestens Ende 2009 einen Vorschlag zur Höhe des Mindestlohns erarbeiten. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann dann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats festlegen, dass der Vorschlag der Kommission auf alle Pflegekräfte Anwendung findet. Aufgrund des höheren Lohnniveaus von Pflegefachkräften dürfte der Mindestlohn fast nur Pflegehilfskräfte betreffen.

Die Kommission wird insgesamt aus acht Mitgliedern bestehen (Schaubild 78), jeweils vier von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite. Die Kommissionsbesetzung sieht jeweils vier Vertreter von Arbeitnehmer- und vier Vertreter von Arbeitgeberseite vor. Fest steht laut Gesetz bereits, dass vier der acht Plätze (50%), von kirchlichen Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern besetzt werden. Hier wird es sich nach aller Voraussicht um Vertreter der großen kirchlichen Träger Caritas und Diakonie handeln. Für die zwei weiteren Arbeitnehmervertreter wird die Gewerkschaftsseite Ver.di wohl ein Mitglied stellen. Der letzte Platz ist bisher vakant. Die zwei offenen Sitze auf Arbeitgeberseite sollen von freigemeinnützigen, öffentlichen bzw. privaten Trägern besetzt werden. Ein Sitz davon entfällt vermutlich auf die Arbeiterwohlfahrt.

39% der Pflegeheime und 60% der ambulanten Dienste waren 2007 in privater Trägerschaft. Bezogen auf die Zahl der Plätze betragen die Werte 34% bzw. 45%. Aufgrund des überproportionalen Wachstums des Angebots privater Anbieter dürfte ihr Anteil 2009 noch höher ausfallen. Selbst bei der Besetzung der Kommission mit einem Vertreter der privaten Arbeitgeber wäre die Zusammensetzung der Kommission daher nicht repräsentativ für die aktuelle Verteilung der Trägerschaft in der Pflegebranche. Es ist zu befürchten, dass die Kommission Entscheidungen zu Lasten unterrepräsentierter Mitglieder fällt. Ver.di und AWO sprachen sich bereits im Vorfeld für einen Mindestlohn in Höhe von 9,68 € pro Stunde aus (kma Pflege 2009).

Pflegeheim Rating Report 2009

Schaubild 78

Kommission zur Festlegung eines Mindestlohns



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

Die öffentlich-rechtlichen Anbieter haben in der Regel noch Tarifverträge des öffentlichen Dienstes. Die Tarifverträge der meisten freigemeinnützigen Anbieter und der kirchlichen Träger orientieren sich an diesen öffentlichen Tarifen (z.B. TVÖD). Bei allen diesen Trägern handelt es sich im Gegensatz zu den privaten Trägern um Non-Profit-Organisationen. Diese Tarifverträge zeichnen sich in der Regel durch eine geringe Lohnspreizung aus. Hochqualifizierte Mitarbeiter werden im Vergleich zum Markt unter-, geringqualifizierte indessen überbezahlt. Private Anbieter wenden seltener Tarifverträge an und differenzieren die Löhne stärker nach Qualifikation und Leistung des einzelnen Mitarbeiters. Dies kann dazu führen, dass das Lohnniveau von Hilfskräften dort niedriger und von hochqualifizierten Fachkräften höher als bei den meisten nicht-privaten Einrichtungen ausfällt.¹²

Allerdings scheinen auch im Bereich der öffentlichen, freigemeinnützigen und kirchlichen Träger Sonder- oder Notlagentarifverträge keine Seltenheit mehr zu sein. Um die Wirtschaftlichkeit sicherzustellen, die mit den Tarifverträgen des öffentlichen Dienstes oder in Anlehnung an den öffentlichen Dienst, nicht mehr gewährleistet werden kann, scheinen immer mehr Notlagen- und Sondertarifverträge für einzelne Betriebsteile installiert zu werden, die unter den bisherigen Vergütungen liegen.

Die Festlegung eines Mindestlohns würde die Löhne von geringqualifizierten Arbeitskräften künstlich anheben und deren Arbeitskraft verteuern. Die Personalkosten würden steigen. Dies dürfte zu Entlassungen, zumindest aber zu einem Einstellungsstopp von geringqualifizierten Hilfskräften führen. Ohne eine

¹² Es wird von einzelnen Fällen nicht-privater Einrichtungen berichtet, die aufgrund der Tarifbindung ihren leistungsstarken Mitarbeitern keine höheren Löhne zahlen können und damit Gefahr laufen, diese zu verlieren.

4. Auswirkungen von Mindestlöhnen

entsprechende Anpassung der Preise würde sich die wirtschaftliche Situation der betroffenen Anbieter verschlechtern und die Verzinsung des eingesetzten Kapitals zum Bau oder Erwerb von Pflegeheimen verringern. Zwischen 2001 und 2007 wurden nach unseren Berechnungen schätzungsweise 9,4 Mrd. € in neue stationäre Pflegeplätze investiert, davon 6,5 Mrd. € bzw. 70% durch private Anbieter. Je nach Höhe des Mindestlohns wäre mit einem Rückzug von privatem Kapital aus der Pflege zu rechnen. Öffentliches Kapital dürfte diese Lücke kaum schließen können, zumal auch manche nicht-private (öffentliche, freigemeinnützige und kirchliche) Anbieter vom Mindestlohn und einer Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Lage betroffen wären und öffentliches Kapital im Gefolge der Finanzkrise äußerst knapp werden dürfte.

Im Folgenden werden die Konsequenzen eines Mindestlohns auf Pflegeanbieter und Pflegebedürftige diskutiert und soweit möglich die Größenordnung der Konsequenzen quantifiziert.

4.2 Theorie zu Mindestlöhnen¹³

In der politischen Debatte wird von Gegnern des Mindestlohns angeführt, dass dessen Einführung negative Auswirkungen auf das Beschäftigungsniveau hätte. Theoretisch begründet wird dieses Argument durch die neoklassische Arbeitsmarkttheorie. Diese unterstellt einen vollkommenen Arbeitsmarkt, in dem die einzelnen Marktteilnehmer keinen Einfluss auf den Lohn haben.

Schaubild 79 illustriert die Beschäftigungseffekte eines Mindestlohns in einem wettbewerblich geprägten Arbeitsmarkt (linke Darstellung). Dargestellt sind die Nachfrage nach Arbeit (der Arbeitgeber) und das Angebot an Arbeit (von Arbeitnehmern). Bei einem Lohnsatz w^* existiert Vollbeschäftigung in dem Sinne, dass keine unfreiwillige Arbeitslosigkeit vorliegt. Wird der Lohnsatz durch die Einführung eines Mindestlohns über das Niveau des marktträumenden Lohns auf w_{\min} gesteigert, sinkt die Nachfrage nach Arbeit, während das Arbeitsangebot steigt. Dies wiederum hat ein geringeres Beschäftigungsniveau und unfreiwillige Arbeitslosigkeit zur Folge, da die kürzere Marktseite (hier die Arbeitsnachfrage) das Marktergebnis determiniert. Wird der Mindestlohn genau in Höhe des marktträumenden Lohnes w^* oder darunter gesetzt, hat dies keinerlei Folgen für die Beschäftigung. Aus der neoklassischen Arbeitsmarkttheorie folgt damit, dass ein Mindestlohn keine positiven Beschäftigungseffekte bewirken kann, sondern mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Beschäftigungsabbau zur Folge hat.

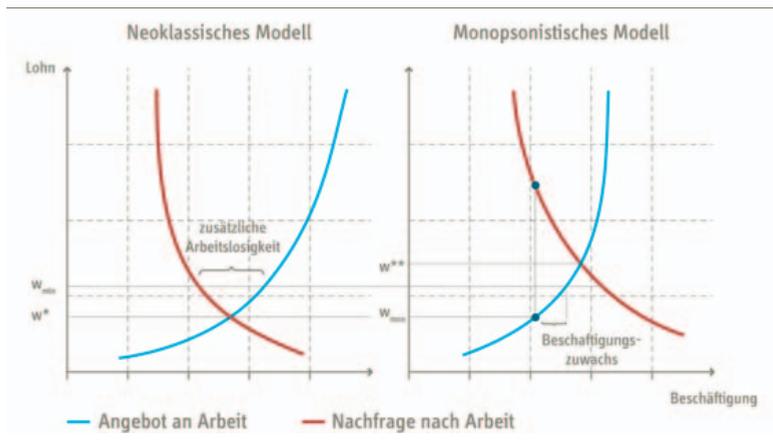
¹³ Dieser Abschnitt orientiert sich an Bachmann et al. (2008).

Pflegeheim Rating Report 2009

Die Annahme eines vollkommenen Arbeitsmarkts kann dabei durchaus in Zweifel gezogen werden. Geht man alternativ davon aus, dass Unternehmen eine monopsonistische Position, d.h. marktbeherrschende Stellung, einnehmen, dann können Arbeitgeber einen Lohn w_{mon} unterhalb des markträumenden Lohnes w^{**} mit der Folge unfreiwilliger Arbeitslosigkeit durchsetzen (Schaubild 79, rechte Darstellung). Eine derartige Marktmacht kann beispielsweise entstehen, wenn bei unvollkommener Mobilität der Arbeitskräfte einzelne Unternehmen in einer Region oder einem Sektor eine marktdominante Rolle spielen. Die Einführung eines Mindestlohns, der über w_{mon} liegt, aber höchstens w^{**} beträgt, kann in dieser Modellwelt positive Beschäftigungseffekte haben. Bei einem Mindestlohn in Höhe von w^{**} würde trotz Marktmacht der Unternehmen eine Situation erreicht, in der keine unfreiwillige Arbeitslosigkeit herrscht. Wird der Mindestlohn oberhalb von w^{**} gesetzt, entsteht wiederum unfreiwillige Arbeitslosigkeit.

Schaubild 79

Wirkung eines Mindestlohns in Modellen



Quelle: Bachmann et al. (2008)

Bei dem derzeit stark fragmentierten Pflegemarkt und der verhältnismäßig geringen Größe eines Pflegeheims oder eines ambulanten Diensts (Abschnitt 2) ist nicht davon auszugehen, dass einzelne Arbeitgeber eine regionale Marktmacht (monopsonistische Position) besitzen. Wir gehen daher davon aus, dass es bei der Einführung eines Mindestlohns erstens zu Entlassungen und zweitens durch die Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Pflegeeinrichtungen zu einer Reduktion des Pflegeangebots kommen dürfte.

4. Auswirkungen von Mindestlöhnen

Schaubild 80 verdeutlicht die Wirkungsweise eines Mindestlohns im Detail. Arbeitnehmer mit geringer Qualifikation werden durch die Einführung eines Mindestlohns teurer. Im ersten Schritt steigen die Personalkosten. Gegenüber ihrer Produktivität nunmehr zu teure Arbeitnehmer werden entlassen bzw. nicht eingestellt. Dies belastet die sozialen Sicherungssysteme (Kasten 1). Falls Entlassungen aus Gründen des Kündigungsschutzes nicht möglich sind, dürfte es zu einem Einstellungsstopp kommen. Möglicherweise erhöht sich die Nachfrage nach qualifizierteren Arbeitskräften, deren Lohnniveau unverändert bleibt und die mehr als eine Hilfskraft ersetzen können. Durch den Eingriff in die Lohndifferenzierung verringert der Mindestlohn ferner den Anreiz eines gering qualifizierten Arbeitnehmers, sich zusätzliche Qualifikationen anzueignen, um einen höheren Lohn zu erreichen. Dies betrifft Pflegehilfskräfte, die sich durch Fortbildung zu Fachkräften ausbilden könnten. Vor dem Hintergrund des erwarteten Mangels an Pflegefachkräften (Abschnitt 2.3.4) wäre dies kontraproduktiv.

Bei unveränderten Preisen sinkt die Wirtschaftlichkeit und steigt die Insolvenz-wahrscheinlichkeit der betroffenen Betreiber, was einerseits mehr Insolvenzen in den darauf folgenden Jahren nach sich zieht und andererseits den Anreiz, Kapital im Bereich Pflege zu investieren, schmälert. Dies erzeugt eine Versorgungslücke. Zu deren Vermeidung könnten alternativ die Preise für Pflegeleistungen angehoben werden. Damit würden die höheren Personalkosten auf die Pflegebedürftigen überwälzt. Ambulante und stationäre Pflege würden teurer, und die Pflege durch Angehörige gewänne an Bedeutung. Vor dem Hintergrund der abnehmenden Zahl von Angehörigen ist jedoch eher damit zu rechnen, dass ein Großteil der Pflegebedürftigen dann auf illegale oder halblegale Pflegeangebote zurückgreift und somit die Schwarzarbeit stärkt.

Neben sozialpolitischen Erwägungen kann die Einführung eines Mindestlohns schließlich auch zur Ausschaltung von Wettbewerbern genutzt werden. So dürfte ein Ziel des am 1.1.2008 eingeführten Postmindestlohns die Ausschaltung der neuen Briefzustelldienste gewesen sein, die ein geringeres Lohnniveau aufwiesen als der ehemalige Monopolist, die Deutsche Post AG¹⁴. Dies führt zu geringerem Wettbewerb und zusätzlichen Insolvenzen und geht damit zu Lasten der Kunden.

4.3 Aktuelle Lohnverteilung

Wir definieren zwei Mindestlohnszenarien: erstens einen bundesweit einheitlichen Mindestlohn von 9,68 €, wie von Ver.di gefordert, und zweitens von 8,50 € in West- und 7,50 € in Ostdeutschland, wie er sich aufgrund der aktuellen Preisunterschiede im politischen Prozess herausbilden könnte. Zur Beurteilung der

¹⁴ Diese Vermutung liegt immer dann nahe, wenn auch die Arbeitgeberseite die Einführung eines Mindestlohns fordert.

Pflegeheim Rating Report 2009

Auswirkungen muss die Verteilung der Stundenlöhne von Arbeitnehmern in der ambulanten und stationären Pflege untersucht werden. Allerdings sind Daten dazu nicht in ausreichendem Maß öffentlich zugänglich. Freundlicherweise stellte der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) entsprechende Daten für über 13 000 Beschäftigte von stationären und über 700 Beschäftigten von ambulanten Einrichtungen zu Analyse Zwecken zur Verfügung. Daraus lassen sich die Effekte eines Mindestlohns auf private Anbieter analysieren. Bezogen auf alle Anbieter dürften die Effekte noch höher als hier vorgestellt ausfallen. Aufgrund einer geringeren Lohnspreizung und des vermutlich höheren Lohnniveaus dürften die Non-profit-Anbieter jedoch weniger stark betroffen sein als die privaten Träger. Die Differenzierung der Ergebnisse nach Ost- und Westdeutschland sowie nach ambulant und stationär auf Basis der Daten des bpa dürfte allerdings in ähnlicher Weise für Non-profit-Anbieter gelten.

Kasten 1

Effekte eines generellen Mindestlohns für alle Branchen

Die Untersuchung von Bachmann et al. (2008) zu einem generellen Mindestlohn für alle Branchen in Deutschland kommt zu dem Ergebnis, dass ein Mindestlohn von 7,50 € zu einem Verlust von etwa 500 000 Arbeitsplätzen in West- sowie etwa 220 000 Arbeitsplätzen in Ostdeutschland führen würde. Es resultiert aus Beschäftigungsrückgängen bei geringfügig Beschäftigten sowie bei gering- und mittelqualifizierten Vollzeitbeschäftigten. Hochqualifizierte in Westdeutschland würden von der Einführung eines Mindestlohns aufgrund der Substitutionsbeziehung zu diesen Beschäftigtengruppen profitieren. Die damit verbundenen fiskalischen Belastungen würden sich auf ca. 9 Mrd. € summieren. Dabei kommt es aufgrund der mit dem Mindestlohn verbundenen Lohnerhöhungen zu Mehreinnahmen aus der Einkommensteuer sowie zu geringeren Ausgaben für gering Verdienende, deren Einkommen über staatliche Transfers aufgestockt werden. Diesen Einnahmen stehen jedoch insgesamt höhere Kosten gegenüber, die aus Mehrausgaben für ALG I und ALG II aufgrund der mit dem Mindestlohn ansteigenden Arbeitslosigkeit sowie aus Verlusten bei den Unternehmenssteuern resultieren.

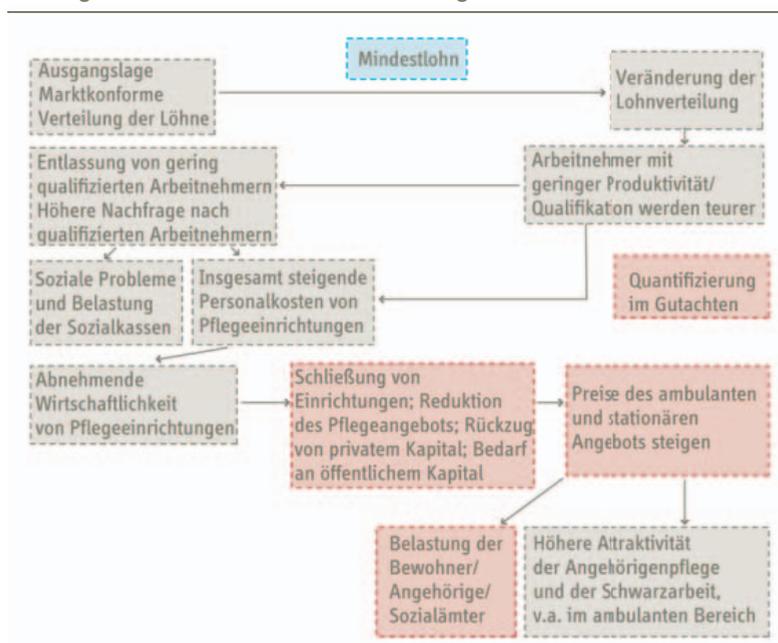
Ein geringeres Lohnniveau privater Anbieter hängt u.a. mit dem unterschiedlichen Preisniveau und der Art der Preisfestsetzung im vollstationären Bereich zusammen. Zunächst ist festzustellen, dass das Preisniveau von privaten Pflegeheimen für die Pflege niedriger (Abschnitt 2.2.3) als bei den nicht-privaten Trägern ausfällt. Die Preise für die Pflege, für Unterkunft und Verpflegung sowie für die Investiti-

4. Auswirkungen von Mindestlöhnen

onskosten werden in Rahmen einer Pflegesatzverhandlung mit den Pflegekassen bzw. mit dem Sozialhilfeträger verhandelt und festgelegt. Die Kalkulationsgrundlagen, die für eine Verhandlung anzufertigen sind, sehen in der Regel eine durchschnittliche Auslastung von 98% vor. Da die durchschnittliche Auslastung der privaten Pflegeheime mit 89% allerdings deutlich darunter – und auch unterhalb der Auslastung der Wettbewerber – liegt, kommt es zu Verzerrungen.

Schaubild 80

Wirkungsweise eines Mindestlohns in der Pflege



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

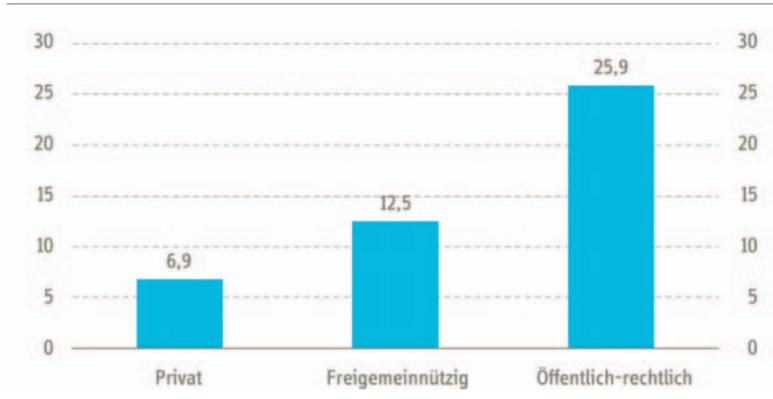
Darüber hinaus können die Verzinsung des Eigenkapitals und insbesondere die Kosten für den Erwerb des Grundstücks bei den Verhandlungen nicht angesetzt werden. Sie müssen daher notwendigerweise in die übrigen Kostenbestandteile (Personal- und Sachkosten) einkalkuliert werden, sodass Personal effizienter eingesetzt und die Vergütung im Durchschnitt geringer ausfallen muss. Auch erhalten private Anbieter weniger oder gar keine Subventionen, was sich an der Sonderpostenquote ablesen lässt (Schaubild 81).

Pflegeheim Rating Report 2009

Schaubilder 82 und 83 zeigen die Verteilung der Stundenlöhne von Pflegekräften in privaten Heimen in West- bzw. Ostdeutschland im Jahr 2008. Es handelt sich um Bruttobeträge ohne den Arbeitgeberanteil zu den Sozialabgaben. Bei einem Mindestlohn von 9,68 € wären im Westdeutschland 25% und in Ostdeutschland sogar 41% der Arbeitnehmer betroffen. Bei 8,50 € bzw. 7,50 € Mindestlohn wären in Westdeutschland 10% und in Ostdeutschland 11% betroffen. Mehr als 11,00 € pro Stunde verdienen im Westen 60% der Pflegekräfte, im Osten 34%.

Schaubild 81

Sonderposten in der Bilanz der Pflegeheime nach Trägerschaft
2006 und 2007; in % der Bilanzsumme



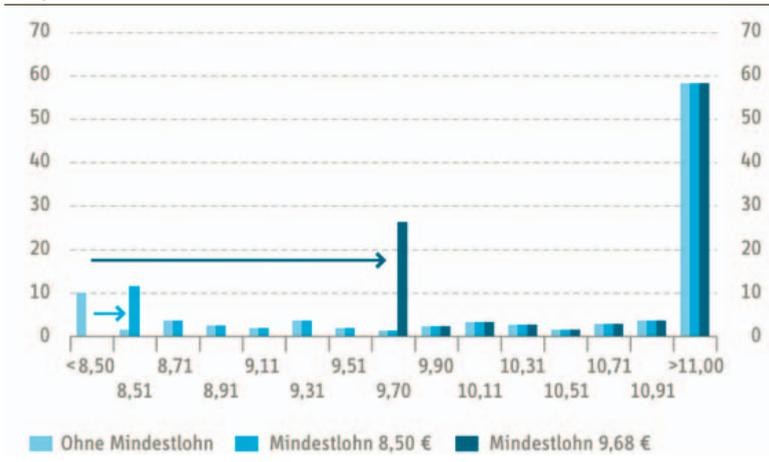
Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

Für ambulante Dienste liegen uns keine umfassenden Daten zur Lohnverteilung vor. Es sind nur die Median-Stundenlöhne aus einer kleinen Stichprobe von rund 700 Beschäftigten bekannt. Im Fall von Fachkräften liegt der Median-Lohn in Westdeutschland bei 11,40 € pro Stunde, für Hilfskräfte bei 8,60 €. Im Vergleich zur vollstationären Pflege liegen diese Werte in Westdeutschland um rund 10% und in Ostdeutschland um 17% niedriger. Der Median oder ein Durchschnittswert sagt allerdings nichts über den Effekt eines Mindestlohns aus. Jeweils 50% der Beschäftigten liegen unter dem Median und 50% darüber. Zur Abschätzung des Effekts muss die genaue Lohnverteilung bekannt sein. Dazu nehmen wir an, dass die relative Verteilung der Löhne im ambulanten Bereich der des stationären Bereichs entspricht, dass allerdings die absolute Lohnhöhe entsprechend niedriger als bei Pflegeheimen liegt.

4. Auswirkungen von Mindestlöhnen

Schaubild 82

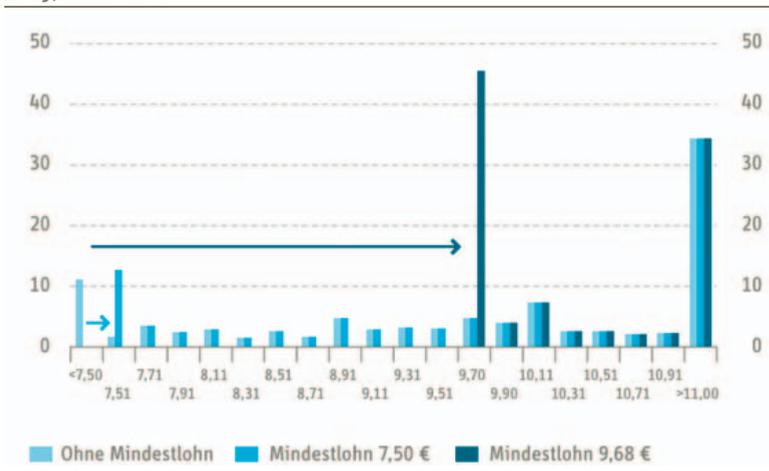
Verteilung der Stundenlöhne in privaten Heimen in Westdeutschland
2009; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; bpa

Schaubild 83

Verteilung der Stundenlöhne in privaten Heimen in Ostdeutschland
2009; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; bpa

Pflegeheim Rating Report 2009

4.4 Folgen eines Mindestlohns

Aufgrund der vorliegenden Jahresabschlüsse und der Daten des Statistischen Bundesamts nehmen wir an, dass die Personalkosten für Pflegekräfte im Durchschnitt 38% des Umsatzes ausmachen. Dies ist sicherlich eine Untergrenze. Liegen sie höher, sind die negativen Effekte eines Mindestlohns höher. Durch die Einführung eines bundesweiten Mindestlohns in Höhe von 9,68 €, würden sich die Personalkosten privater Heime um 0,97% des Umsatzes im Westen und um 2,48% im Osten erhöhen. Dies ist durchaus beträchtlich, wenn man berücksichtigt, dass der durchschnittliche Jahresüberschuss nur rund 2% des Umsatzes ausmacht.

Sollte dieser Mindestlohn ab 1.1.2010 bundesweit gelten, würde sich die wirtschaftliche Lage der privaten Pflegeheime gegenüber einem so genannten Nullszenario, bei dem wir keinerlei externe Einflüsse auf die Bilanzen unterstellen¹⁵, im Westen und noch weit mehr im Osten bis 2020 stark verschlechtern. 2010 würde sich der Anteil der Heime im roten Bereich nahezu verdoppeln und bis 2020 im Westen auf 43%, im Osten auf 52% klettern (Schaubild 84). Im Falle eines Mindestlohns von 8,50 € im Westen und 7,50 € im Osten würde sich die Lage entschärfen (Schaubild M8), sich aber immer noch verschlechtern. Die höhere Insolvenzwahrscheinlichkeit führt auf lange Sicht zu mehr Insolvenzen. Pflegeplätze würden dann wegfallen.

Darüber hinaus reduziert sich mit den steigenden Personalkosten die Verzinsung auf das eingesetzte Kapital, was zu weniger Neu- und Re-Investitionen in den Pflegeheimsektor führen dürfte. Zwar würden auch einige nicht-private Träger von einem Mindestlohn betroffen sein. Wir nehmen jedoch an, dass sich aufgrund eines Mindestlohns diesbezüglich keine Verhaltensänderungen bei diesen Trägern zeigen. Damit schätzen wir die Effekte auf das Pflegeangebot konservativ, d.h. sie könnten insgesamt sogar noch höher ausfallen als hier berechnet.

Im Fall einer Einführung von Mindestlöhnen ohne entsprechende Anpassung der Preise dürften die Zahl der Insolvenzen steigen und Neu- und Re-Investitionen teilweise ausbleiben. Durch zusätzliche Insolvenzen erwarten wir im Fall des Mindestlohns von 9,68 € einen Verlust von fast 34 000 Plätzen in West- und über 18 000 in Ostdeutschland. Bei einem Mindestlohn von 8,50 € bzw. 7,50 € dürfte sich der Verlust in Grenzen halten: fast 9 000 Plätze in West- und über 2 000 in Ostdeutschland.

Wir nehmen weiter an, dass die Investitionsbereitschaft bei einem Mindestlohn von 9,68 € im Westen um 1,5%-Punkte p.a. sinkt und im Osten aufgrund des hohen Effekts auf die Umsatzrendite sowohl Neu- als auch Re-Investitionen privater Träger völlig ausbleiben. Bei den geringeren Mindestlöhnen erwarten wir im Westen

¹⁵ Es gibt indessen „interne“ Einflüsse. So können z.B. Jahresüberschüsse nach Ausschüttungen das Eigenkapital im Folgejahr erhöhen.

4. Auswirkungen von Mindestlöhnen

wie im Osten eine Reduktion der Investitionsbereitschaft um nur 0,6%-Punkte p.a. Schaubild M9 verdeutlicht Angebot und Nachfrage unter diesen Annahmen. Aufgrund des hohen Anteils privater Anbieter und des großen Effekts eines Mindestlohns von 9,68 € in Ostdeutschland könnte das Angebot sogar leicht fallen. Versorgungsengpässe würden dann relativ rasch auftreten. Bis 2020 wären rund 47 000 Pflegebedürftige, d.h. 22%, ohne Heimplatz. In Westdeutschland würden ernste Versorgungsengpässe erst Mitte des nächsten Jahrzehnts entstehen, rund 53 000 Pflegebedürftige bzw. 7% wären 2020 ohne Heimplatz. Die bundesweite Versorgungslücke könnte sich 2020 auf 100 000 bzw. 10% belaufen. Im Fall der geringeren Mindestlöhne würden wir bundesweit 2020 eine Versorgungslücke von nur 20 000 bzw. 2% erwarten.

Zur Schließung der Versorgungslücken müssten entweder nicht-private Träger ein zusätzliches Angebot schaffen oder die Preise für Pflegeleistungen angehoben werden. Im Fall eines Mindestlohns von 9,68 € wäre im Osten ein Kapitalbedarf (diskontiert auf 2008) von rund 2,8 Mrd. € nötig, um die Versorgungslücke zu schließen, im Westen von rund 3,5 Mrd. €. Da auch nicht-private Anbieter vom Mindestlohn betroffen wären und in der Vergangenheit ohnehin weniger investierten als private, ist es unwahrscheinlich, dieses Kapital aus deren Mitteln aufzubringen. Vielmehr dürften die Preise für Pflegebedürftige in Heimen steigen: beim hohen Mindestlohn um 1,0% im Westen und um 2,5% im Osten. Damit dürften auf die Pflegebedürftigen, deren Angehörige oder die Sozialämter bundesweit eine Belastung von 100 Mill. € 2010 und von fast 150 Mill. € 2020 zukommen – kumuliert 2010 bis 2020 über 1,3 Mrd. €.

Im ambulanten Bereich rechnen wir aufgrund des dort um 10% bis 17% niedrigeren Lohnniveaus mit relativ größeren Effekten. Unter der obigen Annahme zur Lohnverteilung im ambulanten Bereich ist der Anteil der von einem Mindestlohn betroffenen Beschäftigten bei einem Mindestlohn von 8,50 € bzw. 7,50 € mehr als doppelt so hoch wie im stationären Bereich, bei einem Mindestlohn von 9,68 € 1,6mal so hoch. Wir schätzen, dass die Versorgungslücke bei einem Mindestlohn von 9,68 € bis 2020 80 000 Pflegebedürftige (rund 16%) in West- und 80 000 (rund 45%) in Ostdeutschland betragen könnte, bei 8,50 € bzw. 7,50 € wären es 35 000 (7%) bzw. 15 000 (8%). Mithin wäre der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gefährdet.

Sollten sich die höheren Personalkosten vollständig in höheren Preisen niederschlagen, würden Pflegebedürftige, deren Angehörige und Sozialämter mit rund 150 Mill. € 2010 und 210 Mill. € 2020 – kumuliert 2010 bis 2020 fast 2 Mrd. €. Zusammen mit den stationär Pflegebedürftigen beliefe sich die Belastung auf

Pflegeheim Rating Report 2009

250 Mill. € 2010, 360 Mill. € 2020 bzw. 3,3 Mrd. € kummuliert 2010 bis 2020. Pflegebedürftige könnten auf illegale oder halblegale Angebote ausweichen, was zu einer Ausweitung der Schwarzarbeit führt.

Schaubild 84

Verteilung der privaten Pflegeheime nach der Ampelklassifikation bei einem Mindestlohn von 9,68 €

2009; Anteile in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

Angesichts der negativen Effekte auf die Versorgung mit Pflegeangeboten, einer höheren Belastung der Pflegebedürftigen und insbesondere verminderter Anreize für Hilfskräfte, sich weiter zu qualifizieren, raten wir dringend von der Einführung

4. Auswirkungen von Mindestlöhnen

eines Mindestlohns ab. Insbesondere weisen unsere Ergebnisse hinsichtlich der Einführung eines flächendeckenden Mindestlohns von 9,68 € darauf hin, dass dies drastische Konsequenzen für die Versorgung mit Pflegeplätzen haben dürfte.

Schaubild 85

Verteilung der privaten Pflegeheime nach der Ampelklassifikation bei einem Mindestlohn von 8,50 € in West- und 7,50 € in Ostdeutschland 2009; Anteile in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

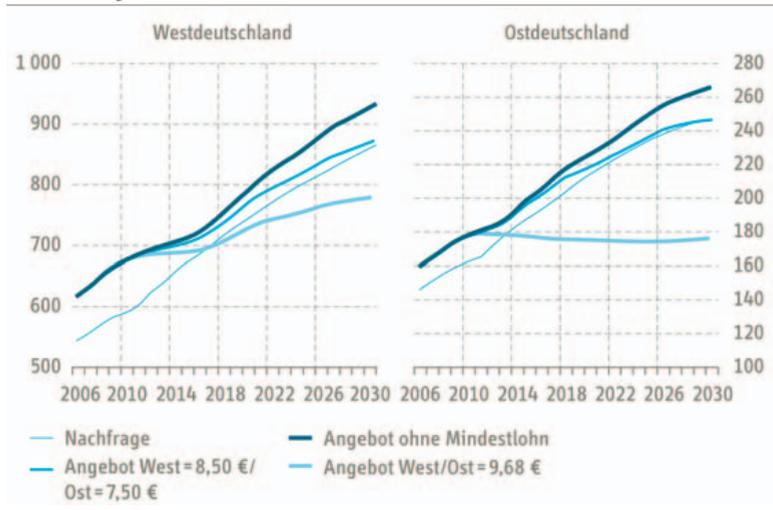
Pflegeheim Rating Report 2009

Wir vermuten jedoch, dass die Aussichten dafür groß sind, dass sich im Verhandlungsprozess regional differenzierte Mindestlöhne auf etwas niedrigerem Niveau ergeben. So würde sich beispielsweise eine Festsetzung von Mindestlöhnen von 8,50 € in West- und 7,50 € in Ostdeutschland in etwa an den bestehenden Lohnunterschieden orientieren. Unsere Berechnungen legen nahe, dass in diesem Falle die Konsequenzen ebenfalls negativ, allerdings weniger drastisch wären werden. Auch hier muss man jedoch eine spürbare Einschränkung der Versorgung befürchten, weil höhere Arbeitslöhne die Kosten steigern und letztlich zu einer Verminderung der Zahl der verfügbaren Pflegeplätze führen. Es wird nicht gelingen, durch das Einziehen einer Lohnschränke den Interessen der Arbeitnehmer und der Patienten gleichermaßen zu dienen.

Schaubild 86

Angebot und Nachfrage nach stationären Plätzen in West-/Ostdeutschland

2006 bis 2030; in 1 000



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

5. Schlussfolgerungen

5.1 Pflegemarkt

Auch wenn derzeit die Auslastung der Pflegeheime sinkt und im Durchschnitt ein Überangebot vorliegt, bleibt der Pflegemarkt ein Wachstumsmarkt. Die Nachfrage nach Pflegeleistungen dürfte ungebrochen weiter zunehmen. Eine höhere Arbeits-

5. Schlussfolgerungen

losigkeit infolge der Finanzkrise kann zwar vorübergehend zu einer leichten Verschiebung von professioneller hin zur Pflege durch Angehörige führen. Dennoch gehen wir auch für 2010 und 2011 von einem – wenn auch etwas reduzierten – Wachstum sowohl der stationären als auch der ambulanten Zahl der Pflegefälle aus. Bis 2020 ist bei konstanten Pflegequoten mit rund 36% mehr stationären Fällen als 2007 zu rechnen. Ab etwa 2013 erwarten wir wieder einen Bedarf an zusätzlichen Pflegeplätzen, sodass sich Investitionen in den Neubau von Heimen ab 2011 wieder lohnen sollten.

Es ist ferner davon auszugehen, dass sich die Art der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen verändern wird. Wie in der Vergangenheit wird die Pflege durch Angehörige aufgrund demografischer und anderer gesellschaftlicher Faktoren sehr wahrscheinlich rückläufig sein. Davon profitieren die professionellen sowie vermutlich illegale oder „halblegale“ Pflegeangebote. Den größten Zuwachs dürften ambulante Pflegedienste und neue Wohnformen (z.B. betreutes Wohnen, Quartiersmodelle) erfahren. Nicht nur der Rückgang der Pflege durch Angehörige, sondern auch die relative Verteuerung der stationären gegenüber der ambulanten Pflege infolge des PfWG unterstützt diesen Trend. Nichtsdestoweniger dürften die Verlagerungen von stationär zu ambulant schon alleine dadurch wieder aufgefangen werden, dass auch die stationäre Pflege vom Rückgang der Pflege durch Angehörige profitieren sollte. Insofern scheinen die Annahme konstanter stationärer Pflegequoten und die oben genannte Wachstumsrate zur Zahl stationärer Fälle plausibel.

Schließlich dürfte die Integration mit dem akutstationären Sektor an Bedeutung gewinnen. Schaubild 87 zeigt den beeindruckenden Zuwachs der Direktüberweisungen aus Krankenhäusern in Pflegeheime: Während 2003 nur rund 20% aller Neuzugänge aus dem Krankenhaus kamen, waren es 2007 schon 40%. Wir gehen davon aus, dass die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen weiter an Intensität gewinnen wird. Dies wird sich sicherlich auch darin äußern, dass Klinikketten Pflegeheime und ambulante Dienste integrieren bzw. umgekehrt Pflegeheimketten Akutkrankenhäuser erwerben oder zumindest entsprechende Kooperationen eingehen.

5.2 Pflegeversicherung

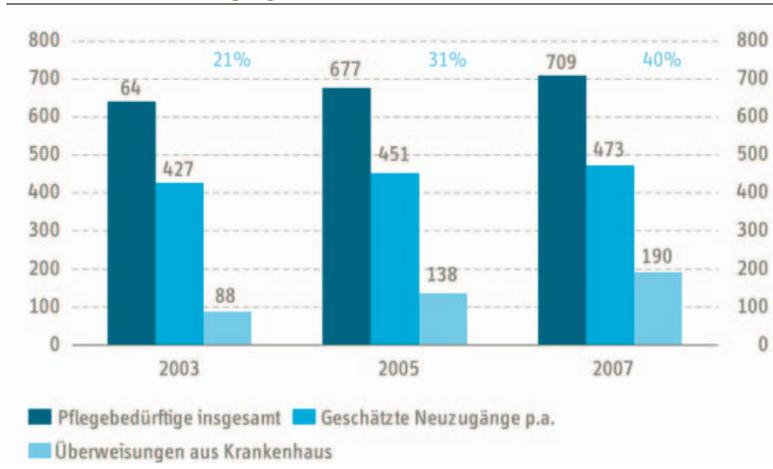
Durch die Erhöhung des Beitragssatzes zur SPV 2008 konnte deren Finanzsituation mittelfristig stabilisiert werden. Nunmehr anfallende Überschüsse dienen dem Aufbau einer Kapitalreserve, was voraussichtlich bis 2015 gelingen dürfte. Danach dürfte die SPV jedoch wieder in finanzielle Schwierigkeiten geraten und ihre Kapitalreserve bis etwa 2021 aufbrauchen. Falls Leistungen ausgedehnt werden sollen, wird sich die finanzielle Lage der SPV schon früher verschlechtern. Gelingt es die

Pflegeheim Rating Report 2009

Erwerbsquote vor allem von älteren Menschen, Frauen und Geringqualifizierten zu erhöhen, flankiert durch die Immigration qualifizierter Arbeitskräfte, würde die Einnahmeseite der SPV (und der übrigen Sozialversicherungen) erheblich gestärkt und die Kapitalreserve weniger rasch aufgebraucht.

Schaubild 87

Überweisungen aus dem Krankenhausbereich in Pflegeheime 2007; in % aller Neuzugänge



Annahme einer konstanten Verweildauer von 1,5 Jahren zur Schätzung der Neuzugänge p.a. -
Quellen: RWI Analyse; Statistisches Bundesamt (2008)

Auch wenn mit dem PfwG die Lage der SPV für einige Jahre stabilisiert wurde, sollte eine grundlegende Pflegereform schon frühzeitig auf die absehbaren Probleme eingehen. Hierzu empfiehlt sich z.B. die Einführung einer zur SPV ergänzenden und verpflichtenden privaten Pflegeversicherung mit Kapitaldeckungsverfahren. Dies könnte in Analogie zur so genannten „Riester-Rente“, die neben der gesetzlichen Rentenversicherung existiert, geschehen. Auch die heute ältere Bevölkerung sollte einen höheren Beitrag zur SPV entrichten. Sie hat vor Einführung der SPV 1995 keine Beiträge gezahlt, kann aber von deren Leistungen profitieren. Eine solche Maßnahme dient der Erhöhung der Generationengerechtigkeit.

5.3 Finanzierung

Der stark wachsende Bedarf an Pflegeangeboten erfordert einen erheblichen Kapitalbedarf zur Finanzierung der Investitionen – im stationären Bereich bis 2030 rund 23 Mrd. € (in Preisen von 2008). Öffentliches Kapital wird kaum dazu ausreichen, sodass privates Kapital dringend nötig ist. Privates Kapital wird jedoch nur

5. Schlussfolgerungen

bereit gestellt, wenn es auch risikogerecht verzinst wird. Insofern sollten keine Hindernisse aufgebaut werden, die dies unterbinden. Hierzu gehört z.B. die Vermeidung einer trägerspezifischen Förderpolitik. Die deutlich höheren Investitionskostenanteile einerseits sowie die geringere Sonderpostenquote privater Heime andererseits zeigen, dass die Förderpolitik derzeit noch nicht trägerunabhängig ist.

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

5.4 Personal

Der Pflegemarkt kann nur dann ein Wachstumsmarkt sein, wenn ausreichend Pflegepersonal zur Verfügung steht, um die nachgefragten Leistungen zu erbringen. Allein für den stationären Bereich rechnen wir mit einem zusätzlichen Bedarf von rund 50 000 Pflegefachkräften bis 2020. Hinzu kommen rund 27 000 Kräfte im ambulanten Bereich. Bei gleichzeitigem Rückgang der Zahl jüngerer Menschen infolge der demografischen Entwicklung ist ein Mangel an Pflegekräften im nächsten Jahrzehnt zu befürchten. Der Wettbewerb um die besten Pflegekräfte dürfte daher rasch zu steigenden Löhnen führen und den Beruf in dieser Hinsicht attraktiver machen. Allerdings müssen auch Karrierepfade neu definiert werden, die Aufstiegsoptionen bieten. Dazu gehört die Durchlässigkeit von Pflege zwischen Kliniken, Pflegeheimen oder ambulanten Diensten, aber auch die Schaffung völlig neuer Berufsbilder wie medizinische Assistenz, um die Delegation einfacher ärztlicher Tätigkeiten zu ermöglichen. Dies erfordert zumindest teilweise eine Akademisierung des Pflegeberufs und würde gleichzeitig helfen, dem in manchen Regionen bereits spürbaren Mangel an Ärzten entgegenzuwirken.

Dies allein dürfte aber vermutlich kaum ausreichen. Daher müssen auch für Pflegehilfskräfte Anreize geschaffen werden, sich weiter zu qualifizieren. Ein hoher Mindestlohn würde diesem Anreiz jedoch entgegenwirken, weil damit der Lohnabstand zu Pflegefachkräften vermindert würde. Schließlich bietet sich an, qualifizierte Pflegefachkräfte aus dem Ausland zur Einwanderung nach Deutschland zu ermuntern.

Pflegeheim Rating Report 2009

5.5 Mindestlohn

Obwohl auf den ersten Blick ein Mindestlohn die Einkommenssituation geringqualifizierter Pflegekräfte zu verbessern scheint, muss in der Konsequenz mit negativen Auswirkungen auf die Anbieter von Pflegeleistungen bzw. die Pflegebedürftigen, auf die Bereitschaft zur Weiterqualifizierung der Arbeitnehmer sowie auf die Geringqualifizierten selbst gerechnet werden. Je höher ein Mindestlohn ausfällt, desto niedriger ist der Anreiz geringqualifizierter Hilfskräfte sich fortzubilden, um damit ein höheres Lohnniveau zu erreichen. Gerade vor dem Hintergrund des zu erwartenden Mangels an Fachkräften wäre die Qualifikation von Hilfskräften eine wichtige Maßnahme, dem entgegenzuwirken. Ferner steigt die Gefahr von Entlassungen bzw. eines Einstellungsstopps geringqualifizierter Arbeitskräfte.

Für die Anbieter von Pflegeleistungen, vor allem im ambulanten Bereich und in Ostdeutschland, erhöhen sich durch einen Mindestlohn die Personalkosten spürbar. Wenn diese zunächst nicht in Form von höheren Preisen an die Pflegebedürftigen weitergegeben werden können, leidet die Wirtschaftlichkeit des Pflegebetriebs, die Insolvenzwahrscheinlichkeit steigt, und einzelne Anbieter müssen auf mittlere Sicht ihr Geschäft einstellen. Bei privaten Anbietern sinkt die Verzinsung des eingesetzten Kapitals, sodass die Bereitschaft, privates Kapital einzubringen, zurückgeht.

Es bleibt zu befürchten, dass der wachende Bedarf an Pflegeplätzen dann nicht finanziert werden kann und langfristig eine Versorgungslücke entsteht. Bei einem Mindestlohn von 9,68 € erwarten wir bis 2020 eine Lücke von mindestens 100 000 Plätzen im stationären und 160 000 im ambulanten Bereich. Die Folge sind Wartelisten und höhere Preise für Pflegebedürftige. Wir rechnen mit einer Belastung der Pflegebedürftigen von 250 Mill. € 2010, 360 Mill. € 2020, kummuliert 2010 bis 2020 rund 3,3 Mrd. €. Dies erhöht den Anreiz, auf günstigere illegale Angebote auszuweichen, wodurch die Schwarzarbeit ausgeweitet würde. Da ambulante Dienste aufgrund ihres um 10% bis 17% geringeren Lohnniveaus¹⁶ stärker von einem Mindestlohn betroffen sein dürften, ist außerdem mit einem größeren Engpass in der günstigeren ambulanten Versorgung zu rechnen, was dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ entgegen wirkt.

Aus den genannten Gründen raten wir dringend von der Einführung eines Mindestlohns ab. Insbesondere weisen unsere Ergebnisse hinsichtlich der Einführung eines flächendeckenden Mindestlohns von 9,68 € darauf hin, dass dies drastische Konsequenzen für die Versorgung mit Pflegeplätzen haben dürfte. Wir vermuten jedoch, dass die Aussichten dafür groß sind, dass sich im Verhandlungsprozess

¹⁶ Dies gilt für private Anbieter. Jedoch dürfte ein ähnliches Lohngefälle auch für andere gelten.

5. Schlussfolgerungen

regional differenzierte Mindestlöhne auf etwas niedrigerem Niveau ergeben. So würde sich beispielsweise eine Festsetzung von Mindestlöhnen von 8,50 € in West- und 7,50 € in Ostdeutschland in etwa an den bestehenden Lohnunterschieden orientieren. Unsere Berechnungen legen nahe, dass in diesem Falle die Konsequenzen ebenfalls negativ, allerdings weniger drastisch wären werden. Auch hier muss man jedoch eine spürbare Einschränkung der Versorgung befürchten, weil höhere Arbeitslöhne die Kosten steigern und letztlich zu einer Verminderung der Zahl der verfügbaren Pflegeplätze führen. Es wird nicht gelingen, durch das Einziehen einer Lohnschanke den Interessen der Arbeitnehmer und der Patienten gleichermaßen zu dienen.

5.6 Qualität

Allmählich erhöht sich die Transparenz zur Qualität von Pflegeleistungen. Ab 2009 sollen Pflegeheime Qualitätsnoten erhalten. Dies ist ein erster wichtiger Schritt zur Förderung des Qualitätswettbewerbs zwischen den Anbietern. Mit den ersten Erfahrungen wird man das Bewertungsverfahren schrittweise verbessern können, sodass ein für Pflegebedürftige und deren Angehörige nutzbares Instrument zur Beurteilung des Preis-Leistungsverhältnisses eines Pflegeheims bereitsteht.

Daten zur Beurteilung der Qualität stehen jedoch bereits heute durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen zur Verfügung. Auf Basis der Daten des MDK Rheinland-Pfalz ist ersichtlich, dass ein höheres Preiseniveau eines Pflegeheims mit einer höheren Strukturqualität, vermutlich auch mit einer höheren Prozessqualität einhergeht. Allerdings gibt es keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Preisniveau und Ergebnisqualität. Ein Grund dürfte der derzeit kaum ausgeprägte Qualitätswettbewerb zwischen Pflegeheimen sein. Wachsende Transparenz über die Qualität und ein steigender Eigenanteil der Pflegebedürftigen dürften den Qualitätswettbewerb in Zukunft fördern. Wir rechnen damit, dass dadurch die Ergebnisqualität insgesamt steigen und die Preise der Heime konvergieren werden.

Denkbar ist jedoch auch folgende Interpretation der Ergebnisse. Unabhängig vom Preisniveau bieten alle Heime im Durchschnitt die gleiche Ergebnisqualität. Bei höheren Preisen steigt indessen das Angebot zur Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität.

5.7 Pflegeheim der Zukunft

Der Report hat gezeigt, dass sich die Pflegeheime im Durchschnitt in einer passablen wirtschaftlichen Lage befinden. Auch wenn stetig neue Wettbewerber in den Markt eintreten, dürften die Heime mit einem sicheren Nachfragewachstum in den nächsten Jahren und Jahrzehnten rechnen können. Dennoch werden auch

Pflegeheim Rating Report 2009

sie die Auswirkungen der Finanzkrise und den Rückgang von sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen indirekt zu spüren bekommen. Der Refinanzierungsengpass in der SPV und bei der Sozialhilfe sowie die zu erwartende Zurückhaltung der Banken bei der Vergabe von Krediten werden die Heime vor neue Herausforderungen stellen. Aufgrund der zunehmenden Leistungstransparenz und Preissensitivität der Nachfrage müssen sich manche Heime – besonders in Hochpreisregionen – auf einen größeren Preisdruck einstellen. Dies bedeutet, dass sie in der Leistungserbringung effizienter werden müssen. Wir erwarten vor diesem Hintergrund eine verstärkte Bildung von Pflegeheimketten. Innerhalb einer solchen Kette lassen sich Sekundärleistungen, z.B. die Wäscherei oder das Catering, günstiger anbieten als durch ein einzelnes Heim. Derzeit ist der Pflegeheimmarkt noch stark fragmentiert.

5.7.1 Horizontale und vertikale Integration

Die Bereitschaft in ein Pflegeheim zu ziehen, dürfte vor dem Hintergrund alternativer Angebote und einer niedrigeren Eigenbeteiligung bei ambulanten Leistungen sinken. Im Allgemeinen wird man erst ein Pflegeheim aufsuchen, wenn alle anderen Alternativen ausgeschöpft wurden. Umso wichtiger ist es, dass das Pflegeheim als Anbieter von Dienstleistungen die regionalen Kräfte des Marktes versteht und die Bedürfnisse der Nachfrage erkennt und befriedigt. Eine horizontale und vertikale Integration der Pflegeheime begünstigt dies. Das einzelne Pflegeheim muss wissen, wo sich sein „Kunde von morgen“ heute befindet und wie er gewonnen werden kann. Dazu können die potenziellen Heimbewohner in zwei Segmente unterteilt werden: das „chronische Altern“ und „Überweisungen aus dem Krankenhaus“.

Unter dem Segment „chronisches Altern“ verstehen wir den Teil der Bevölkerung, der aus der Selbstversorgung nach und nach Unterstützung für Teilbereiche des Lebens benötigt. Dieses Segment sucht keinen Kontakt zu einem Pflegeheim, sondern nur nach spezifischen Dienstleistungen, wie z.B. Hausnotruf, Essen auf Rädern oder betreutes Wohnen. Dennoch kann die schrittweise Verschlechterung des Gesundheitszustands dazu führen, letztendlich Leistungen von ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen in Anspruch zu nehmen. Durch niedrige Eintrittsbarrieren sollte dieses Kundensegment schon frühzeitig an den Pflegeheimbetreiber gebunden werden, die Abgrenzung zwischen Seniorenimmobilien mit zusätzlichen Serviceleistungen zum Leben im Quartier, zum ambulant betreuten Wohnen, zum Patientenhotel, zur Kurzzeitpflege und zum Pflegeheim sind fließend.

Kamen 2003 nur geschätzte 20% der Neuzugänge der Pflegeheime direkt aus dem Krankenhaus, hat sich diese Zahl bis 2007 schon auf über 40% verdoppelt – wir gehen von weiteren Steigerungsraten aus. Daher muss das Pflegeheim an der

5. Schlussfolgerungen

Schnittstelle von Akutmedizin und prä- und poststationärem Bereich ansetzen. Durch ein professionelles Überleitungsmanagement steuern Mitarbeiter der Pflegeheime in den Krankenhäusern die Patienten bedarfsgerecht in die poststationären Sektoren.

Das moderne Pflegeheim bietet eigenständig oder in Kooperation mit anderen Gesundheitsanbietern, Krankenhäusern, Reha-Kliniken, niedergelassenen Ärzten oder Medizinischen Versorgungszentren ein umfangreiches Spektrum von Dienstleistungen an. Es ist möglicherweise baulich Teil eines großen Gesundheitszentrums oder kooperiert im Verbund mit anderen lokalen Anbietern. Die traditionelle sektorale Aufteilung der Gesundheitsbranche in Akut- und Nicht-Akut-Medizin, in stationäre und ambulante Behandlung sowie in Fachabteilungen weicht einem sequenziellen Aufbau, bei dem der Patient im Mittelpunkt steht, der Gesundheitsleistungen auf Grundlage eines Sektor übergreifenden Behandlungspfads in Anspruch nimmt. Die Vorteile sind sowohl medizinischer als auch ökonomischer Natur. Doppeluntersuchungen und Kommunikationsprobleme an den Sektorenschnittstellen werden eher vermieden, Behandlungspfade können standardisiert werden, wodurch sie sowohl für die Anbieter als auch für den Patienten transparenter werden. Des Weiteren zeichnen sich die neuen Pflegeheime durch eine hohe Variabilität und Flexibilität der Immobilie aus.

5.7.2 Diversifikation

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

Pflegeheim Rating Report 2009

5.7.3 Größe

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

6. Anhang

6.1 Benchmarks

Dieser Abschnitt stellt ausgewählte Kennzahlen aus der Stichprobe der 385 Jahresabschlüsse dar. Er bezieht sich auf die Jahre 2006 und 2007. Wir bilden hierzu für jede Untergruppe ein repräsentatives Pflegeheim. In einem ersten Schritt werden die Umsätze auf 100 normiert und die übrigen Positionen der Bilanz und GuV (z.B. Eigenkapital, Gewinn/Verlust) und Leistungsparameter (z.B. Zahl der Betten und Ärzte) entsprechend angepasst. Eine Pflegeheimkette fließt mehrfach – entsprechend der Anzahl ihrer Heime – in das repräsentative Pflegeheim ein. Die Werte der so normierten Bilanzen werden für die jeweilige Untergruppe von Heimen aufsummiert. Damit bilden wir das repräsentative „fusionierte“ Pflegeheim. Die Zahlen dieser repräsentativen Einrichtung bilden die Grundlage zur Berechnung der dargestellten Kennzahlen. Die Kennzahlen können aufgrund dessen von den Angaben in den vorherigen Abschnitten abweichen.

Der Vorteil dieser Vorgehensweise ist zweierlei. Erstens erhält jedes einzelne Heim dasselbe Gewicht, d.h., die dargestellten Parameter werden nicht von großen Heimen dominiert. Zweitens ist gewährleistet, dass die gebildeten Kennzahlen in sich konsistent sind. Würden wir für jede Kennzahl den Durchschnittswert der Heime wählen, wäre es aus mathematischen Gründen möglich, dass sich zwei Kennzahlen widersprechen.

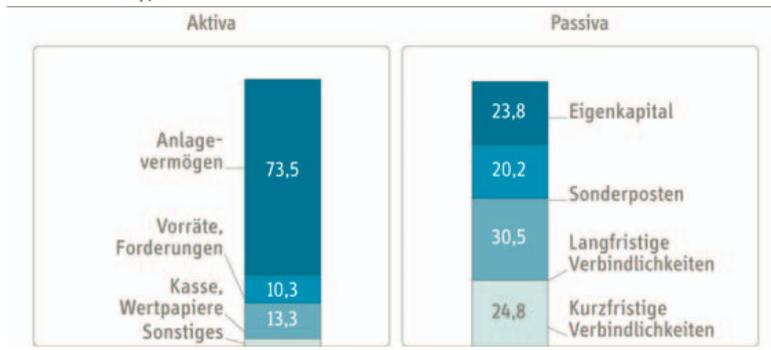
6. Anhang

Tabellen 4 bis 10 enthalten ausgewählte Kennzahlen verschiedener Untergruppen. Grundsätzlich sind zwar auch Kombinationen von Gruppen möglich, z.B. „groß“ und „freigemeinnützig“. Dies würde jedoch den vorliegenden Rahmen sprengen. Im Glossar finden sich die Definitionen der Kennzahlen. Die Strukturbilanz und Struktur-GuV des durchschnittlichen Krankenhauses zeigen Schaubild 88 und 89.

Schaubild 88

Strukturbilanz des repräsentativen Pflegeheims

2006 und 2007; Anteil an der Bilanzsumme in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

Schaubild 89

Struktur-GuV des repräsentativen Pflegeheims

2006 und 2007; Anteil am Umsatzes in %

Umsatzerlöse	100,0%
Materialaufwand	-22,0%
Personalaufwand	-57,5%
Sonstiges betriebliches Ergebnis (Erlöse – Aufwand)	-13,7%
EBITDA	6,8%
Abschreibungen	-4,5%
EBIT	2,3%
Finanzergebnis (u.a. Zinsaufwand)	-0,7%
Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	1,6%
Außerordentliches Ergebnis	+0,0%
Steuern	-0,4%
Jahresüberschuss	1,2%

Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

Pflegeheim Rating Report 2009

Tabelle 4

Das repräsentative Pflegeheim nach Ausfallwahrscheinlichkeit

	Alle	1. Quartil	2. Quartil	3. Quartil	4. Quartil
Ausfallwahrscheinlichkeit	1,10	0,00	0,08	0,78	4,20
Anteil grüner Bereich	72%	100%	100%	68%	0%
Anteil gelber Bereich	15%	0%	0%	32%	40%
Anteil roter Bereich	13%	0%	0%	0%	60%
Anzahl Jahresabschlüsse	385	97	96	96	96
Anteil private Träger	49%	44%	46%	55%	52%
Anteil freigemeinnützige Träger	39%	41%	41%	34%	40%
Anteil öffentlich-rechtliche Träger	12%	14%	14%	10%	8%
Grunddaten					
Durchschnittspreis DP (inkl. UV) pro Tag in €	70,7	71,1	70,2	70,3	70,9
Investitionskosten IK pro Tag in €	12,4	12,8	11,3	12,6	12,6
Erlöse je Bett in Tsd. €	37,7	36,1	38,1	42,0	35,8
Kapital					
Eigenkapitalquote (ohne SoPo)	24%	45%	38%	20%	8%
Sonderpostenquote	20%	23%	34%	16%	10%
Eigenkapitalquote (mit SoPo)	44%	68%	71%	36%	18%
Anlagendeckung A (mit SoPo)	62%	134%	93%	51%	24%
Anlagendeckung B (mit SoPo)	104%	176%	116%	99%	81%
Sachanlagenquote	64%	44%	65%	65%	70%
Bankverbindlichkeitenquote	34%	8%	15%	38%	56%
Kapitalumschlag (Ums. / imm. AV+Sach.)	1,20	4,43	0,94	1,47	0,61
Liquidität					
Cash Ratio (Liquidität 1. Grades)	47%	267%	132%	42%	13%
Current Ratio (Liquidität 3. Grades)	93%	521%	217%	89%	36%
GuV im Verhältnis zum Umsatz					
Umsatz	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Sonstige Erträge	10,8%	6,3%	13,2%	8,9%	16,7%
Personalkosten	57,5%	55,3%	63,3%	54,6%	57,1%
Sachkosten	22,0%	20,3%	19,7%	24,4%	25,1%
Sonstige Kosten	24,5%	25,1%	21,4%	22,8%	28,5%
EBITDA	6,7%	5,5%	8,8%	7,1%	5,9%
EBIT	2,3%	3,3%	3,5%	3,1%	-1,4%
EAT (Jahresüberschuss nach Steuern)	1,2%	5,1%	2,6%	1,6%	-6,8%
Rentabilität					
Eigenkapitalrentabilität	5,1%	26,4%	4,8%	8,9%	-37,9%
Gesamtkapitalrentabilität	1,7%	6,4%	2,2%	3,0%	-0,6%

6. Anhang

Tabelle 5

Das repräsentative Pflegeheim nach der Ampelklassifikation

	Grün	Gelb	Rot
Ausfallwahrscheinlichkeit	0,14	1,77	5,55
Anteil grüner Bereich	100%	0%	0%
Anteil gelber Bereich	0%	100%	0%
Anteil roter Bereich	0%	0%	100%
Anzahl Jahresabschlüsse	259	65	61
Anteil private Träger	48%	49%	56%
Anteil freigemeinnützige Träger	39%	43%	36%
Anteil öffentlich-rechtliche Träger	14%	8%	8%
Grunddaten			
Durchschnittspreis DP (inkl. UV) pro Tag in €	70,7	72,7	68,3
Investitionskosten IK pro Tag in €	12,2	12,8	12,9
Erlöse je Bett in Tsd. €	37,9	40,6	33,0
Kapital			
Eigenkapitalquote (ohne SoPo)	37%	16%	3%
Sonderpostenquote	28%	14%	8%
Eigenkapitalquote (mit SoPo)	65%	29%	12%
Anlagendeckung A (mit SoPo)	95%	35%	17%
Anlagendeckung B (mit SoPo)	126%	78%	85%
Sachanlagenquote	59%	81%	60%
Bankverbindlichkeitenquote	17%	53%	56%
Kapitalumschlag (Ums. / imm. AV+Sach.)	1,73	0,67	0,68
Liquidität			
Cash Ratio (Liquidität 1. Grades)	128%	24%	8%
Current Ratio (Liquidität 3. Grades)	234%	41%	36%
GuV im Verhältnis zum Umsatz			
Umsatz	100,0%	100,0%	100,0%
Sonstige Erträge	9,0%	12,4%	19,0%
Personalkosten	57,9%	58,7%	54,2%
Sachkosten	21,3%	19,8%	28,5%
Sonstige Kosten	22,9%	22,3%	35,5%
EBITDA	6,8%	11,6%	0,7%
EBIT	3,2%	5,3%	-6,6%
EAT (Jahresüberschuss nach Steuern)	3,6%	1,4%	-12,6%
Rentabilität			
Eigenkapitalrentabilität	11,8%	5,6%	-156,7%
Gesamtkapitalrentabilität	3,4%	2,9%	-2,7%

Pflegeheim Rating Report 2009

Tabelle 6

Das repräsentative Pflegeheim nach Trägerschaft

	Öffentlich- rechtlich	Freigemein- nützig	Privat
Ausfallwahrscheinlichkeit	1,03	0,89	1,32
Anteil grüner Bereich	81%	70%	70%
Anteil gelber Bereich	9%	19%	14%
Anteil roter Bereich	10%	11%	16%
Anzahl Jahresabschlüsse	45	150	190
Anteil private Träger	0%	0%	100%
Anteil freigemeinnützige Träger	0%	100%	0%
Anteil öffentlich-rechtliche Träger	100%	0%	0%
Grunddaten			
Durchsch.preis DP (inkl. UV) pro Tag in €	72,1	74,0	67,2
Investitionskosten IK pro Tag in €	10,5	10,9	14,2
Erlöse je Bett in Tsd. €	39,4	44,9	30,8
Kapital			
Eigenkapitalquote (ohne SoPo)	24%	30%	15%
Sonderpostenquote	38%	20%	10%
Eigenkapitalquote (mit SoPo)	62%	50%	25%
Anlagendeckung A (mit SoPo)	82%	62%	45%
Anlagendeckung B (mit SoPo)	109%	96%	118%
Sachanlagenquote	74%	72%	48%
Bankverbindlichkeitenquote	21%	34%	42%
Kapitalumschlag (Ums. / imm. AV+Sach.)	0,76	0,91	2,18
Liquidität			
Cash Ratio (Liquidität 1. Grades)	87%	56%	26%
Current Ratio (Liquidität 3. Grades)	135%	83%	91%
GuV im Verhältnis zum Umsatz			
Umsatz	100,0%	100,0%	100,0%
Sonstige Erträge	19,2%	11,6%	7,7%
Personalkosten	69,3%	65,0%	47,5%
Sachkosten	23,8%	19,7%	23,6%
Sonstige Kosten	18,1%	18,6%	31,6%
EBITDA	8,1%	8,3%	5,0%
EBIT	1,9%	3,1%	1,6%
EAT ((Jahresüberschuss nach Steuern))	1,0%	1,3%	1,1%
Rentabilität			
Eigenkapitalrentabilität	2,5%	3,0%	13,3%
Gesamtkapitalrentabilität	1,1%	2,0%	1,7%

6. Anhang

Tabelle 7

Das repräsentative Pflegeheim nach Größe

	Klein	Mittel	Groß
Ausfallwahrscheinlichkeit	1,12	1,17	1,01
Anteil grüner Bereich	70%	70%	75%
Anteil gelber Bereich	17%	15%	14%
Anteil roter Bereich	13%	15%	11%
Anzahl Jahresabschlüsse	100	152	129
Anteil private Träger	63%	40%	50%
Anteil freigemeinnützige Träger	23%	51%	36%
Anteil öffentlich-rechtliche Träger	14%	9%	13%
Grunddaten			
Durchsch.preis DP (inkl. UV) pro Tag in €	69,2	71,3	70,8
Investitionskosten IK pro Tag in €	10,8	12,6	13,0
Erlöse je Bett in Tsd. €	56,8	40,2	31,9
Kapital			
Eigenkapitalquote (ohne SoPo)	22%	21%	27%
Sonderpostenquote	31%	21%	14%
Eigenkapitalquote (mit SoPo)	54%	41%	41%
Anlagendeckung A (mit SoPo)	71%	55%	63%
Anlagendeckung B (mit SoPo)	105%	98%	110%
Sachanlagenquote	72%	73%	53%
Bankverbindlichkeitenquote	24%	38%	36%
Kapitalumschlag (Ums. / imm. AV+Sach.)	1,04	1,29	1,20
Liquidität			
Cash Ratio (Liquidität 1. Grades)	53%	46%	45%
Current Ratio (Liquidität 3. Grades)	108%	86%	94%
GuV im Verhältnis zum Umsatz			
Umsatz	100,0%	100,0%	100,0%
Sonstige Erträge	15,6%	9,9%	9,2%
Personalkosten	62,4%	57,0%	55,3%
Sachkosten	21,0%	22,4%	22,2%
Sonstige Kosten	22,7%	23,8%	26,5%
EBITDA	9,4%	6,7%	5,2%
EBIT	4,2%	2,8%	0,4%
EAT ((Jahresüberschuss nach Steuern))	3,0%	1,1%	0,2%
Rentabilität			
Eigenkapitalrentabilität	10,3%	5,9%	2,3%
Gesamtkapitalrentabilität	3,1%	2,6%	0,3%

Pflegeheim Rating Report 2009

Tabelle 8

Das repräsentative Pflegeheim nach Preisniveau

	Niedrig	Hoch
Ausfallwahrscheinlichkeit	1,08	1,11
Anteil grüner Bereich	74%	69%
Anteil gelber Bereich	12%	19%
Anteil roter Bereich	14%	12%
Anzahl Jahresabschlüsse	180	179
Anteil private Träger	52%	45%
Anteil freigemeinnützige Träger	34%	44%
Anteil öffentlich-rechtliche Träger	13%	11%
Grunddaten		
Durchsch.preis DP (inkl. UV) pro Tag in €	64,8	78,9
Investitionskosten IK pro Tag in €	10,7	14,7
Erlöse je Bett in Tsd. €	31,8	43,7
Kapital		
Eigenkapitalquote (ohne SoPo)	25%	22%
Sonderpostenquote	24%	13%
Eigenkapitalquote (mit SoPo)	49%	35%
Anlagendeckung A (mit SoPo)	67%	50%
Anlagendeckung B (mit SoPo)	105%	100%
Sachanlagenquote	63%	67%
Bankverbindlichkeitenquote	31%	41%
Kapitalumschlag (Ums. / imm. AV+Sach.)	1,07	1,39
Liquidität		
Cash Ratio (Liquidität 1. Grades)	46%	47%
Current Ratio (Liquidität 3. Grades)	92%	94%
GuV im Verhältnis zum Umsatz		
Umsatz	100,0%	100,0%
Sonstige Erträge	11,3%	10,1%
Personalkosten	57,3%	57,8%
Sachkosten	20,0%	24,6%
Sonstige Kosten	26,0%	22,5%
EBITDA	8,0%	5,2%
EBIT	2,7%	1,6%
EAT (Jahresüberschuss nach Steuern)	2,1%	0,0%
Rentabilität		
Eigenkapitalrentabilität	7,1%	0,9%
Gesamtkapitalrentabilität	1,9%	1,5%

6. Anhang

Tabelle 9

Das repräsentative Pflegeheim nach Stadt und Land

	Land	Stadt
Ausfallwahrscheinlichkeit	1,41	0,81
Anteil grüner Bereich	69%	74%
Anteil gelber Bereich	9%	21%
Anteil roter Bereich	22%	5%
Anzahl Jahresabschlüsse	197	188
Anteil private Träger	52%	47%
Anteil freigemeinnützige Träger	37%	41%
Anteil öffentlich-rechtliche Träger	11%	12%
Grunddaten		
Durchschnittspreis DP (inkl. UV) pro Tag in €	67,9	73,3
Investitionskosten IK pro Tag in €	12,0	12,7
Erlöse je Bett in Tsd. €	35,4	39,6
Kapital		
Eigenkapitalquote (ohne SoPo)	23%	25%
Sonderpostenquote	16%	24%
Eigenkapitalquote (mit SoPo)	39%	50%
Anlagendeckung A (mit SoPo)	56%	67%
Anlagendeckung B (mit SoPo)	104%	104%
Sachanlagenquote	58%	70%
Bankverbindlichkeitenquote	36%	32%
Kapitalumschlag (Ums. / imm. AV+Sach.)	1,24	1,16
Liquidität		
Cash Ratio (Liquidität 1. Grades)	34%	63%
Current Ratio (Liquidität 3. Grades)	85%	104%
GuV im Verhältnis zum Umsatz		
Umsatz	100,0%	100,0%
Sonstige Erträge	12,2%	9,5%
Personalkosten	57,1%	57,9%
Sachkosten	21,0%	23,0%
Sonstige Kosten	27,0%	22,1%
EBITDA	7,0%	6,5%
EBIT	2,4%	2,1%
EAT (Jahresüberschuss nach Steuern)	1,5%	0,8%
Rentabilität		
Eigenkapitalrentabilität	6,7%	3,5%
Gesamtkapitalrentabilität	1,7%	1,7%

Pflegeheim Rating Report 2009

Tabelle 10

Das repräsentative Pflegeheim nach Einzelhaus und Kette

	Einzelhaus	Kette
Ausfallwahrscheinlichkeit	1,39	1,01
Anteil grüner Bereich	66%	73%
Anteil gelber Bereich	19%	14%
Anteil roter Bereich	15%	13%
Anzahl Jahresabschlüsse	246	139
Anteil private Träger	56%	37%
Anteil freigemeinnützige Träger	37%	43%
Anteil öffentlich-rechtliche Träger	7%	19%
Grunddaten		
Durchsch.preis DP (inkl. UV) pro Tag in €	72,3	70,2
Investitionskosten IK pro Tag in €	13,5	12,0
Erlöse je Bett in Tsd. €	44,3	35,5
Kapital		
Eigenkapitalquote (ohne SoPo)	29%	22%
Sonderpostenquote	17%	21%
Eigenkapitalquote (mit SoPo)	46%	43%
Anlagendeckung A (mit SoPo)	64%	61%
Anlagendeckung B (mit SoPo)	106%	104%
Sachanlagenquote	60%	66%
Bankverbindlichkeitenquote	33%	35%
Kapitalumschlag (Ums. / imm. AV+Sach.)	1,05	1,25
Liquidität		
Cash Ratio (Liquidität 1. Grades)	44%	47%
Current Ratio (Liquidität 3. Grades)	94%	93%
GuV im Verhältnis zum Umsatz		
Umsatz	100,0%	100,0%
Sonstige Erträge	11,5%	10,6%
Personalkosten	57,2%	57,6%
Sachkosten	22,2%	22,0%
Sonstige Kosten	26,2%	24,0%
EBITDA	5,9%	7,0%
EBIT	1,2%	2,6%
EAT (Jahresüberschuss nach Steuern)	-1,1%	1,8%
Rentabilität		
Eigenkapitalrentabilität	-1,8%	8,7%
Gesamtkapitalrentabilität	0,7%	2,1%

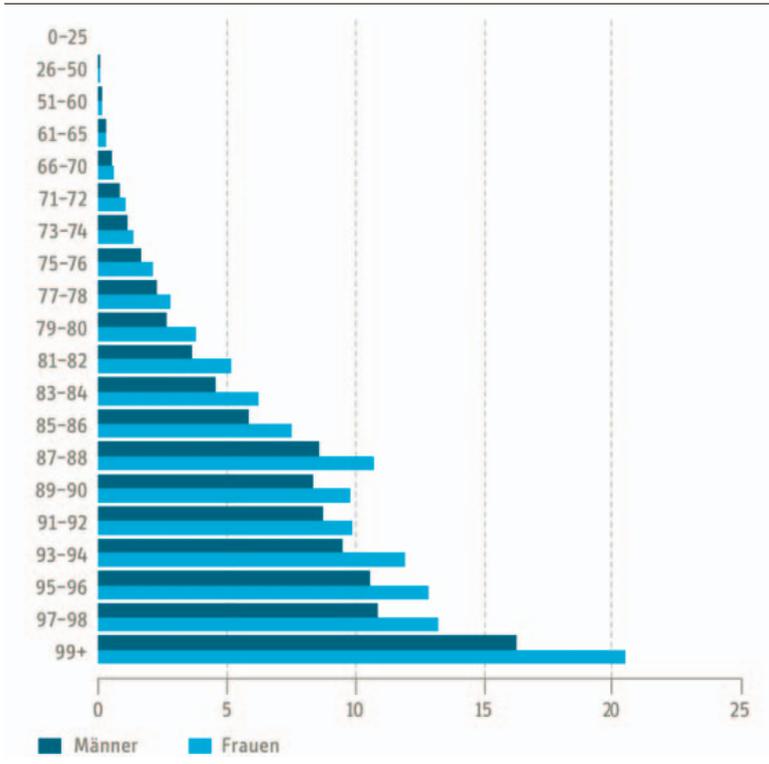
6. Anhang

6.2 Weitere Schaubilder und Karten

Schaubild 90

Ambulante Pflegequoten nach Alter und Geschlecht

2007; Anteil in %

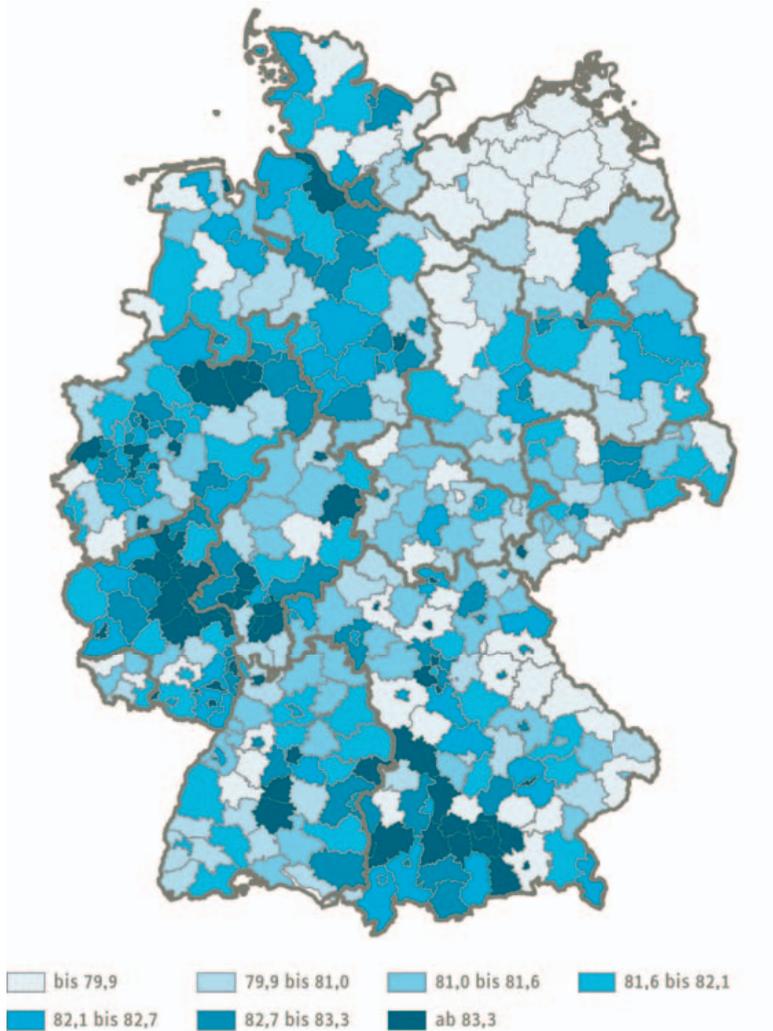


Quelle: FDZ der Länder (2009), ADMED/HCB/RWI Analyse;

Pflegeheim Rating Report 2009

Karte 16

Durchschnittsalter der Heimbewohner nach Kreisen
2007; in Jahren

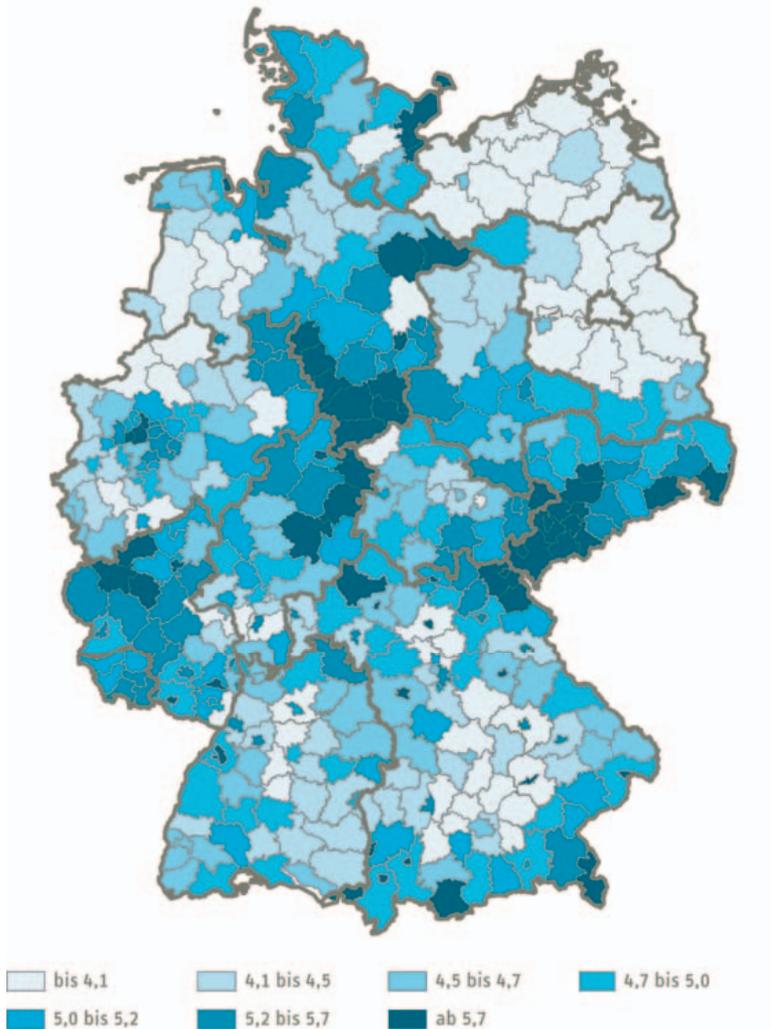


Quellen: FDZ der Länder (2009), ADMED/HCB/RWI Analyse

6. Anhang

Karte 17

Anteil der Senioren an Gesamtbevölkerung nach Kreisen
2007; in %

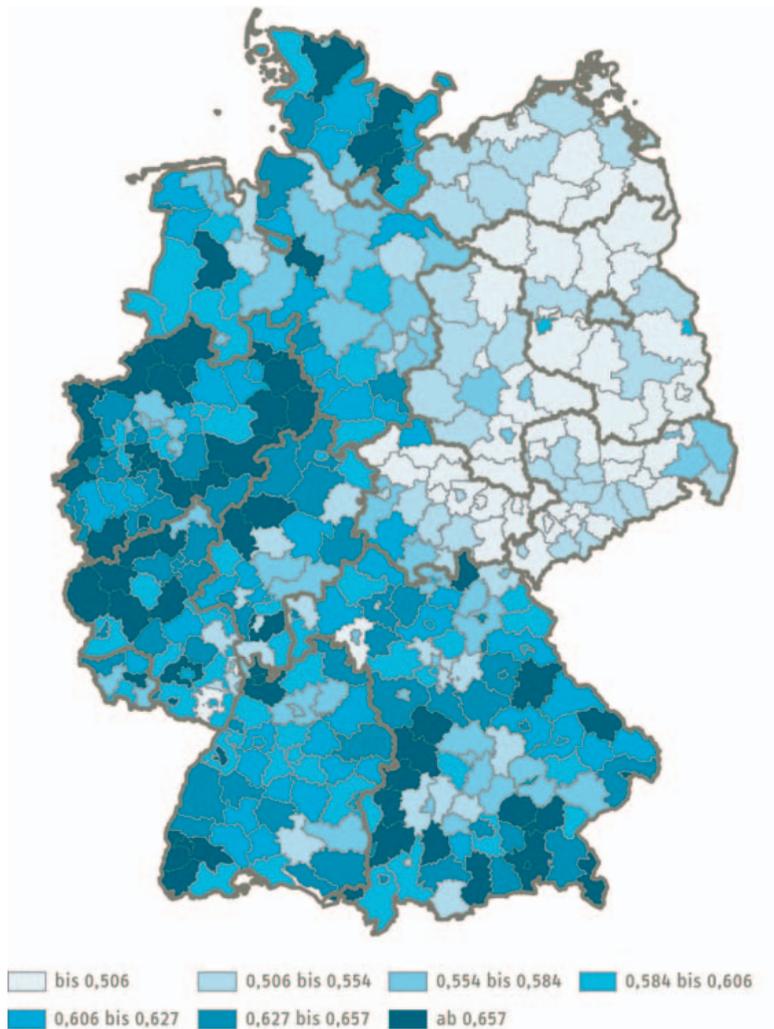


Quellen: FDZ der Länder (2009), ADMED/HCB/RWI Analyse

Pflegeheim Rating Report 2009

Karte 18

Personaleinsatz in Pflegeheimen nach Kreisen
2007; Vollkräfte je Bewohner

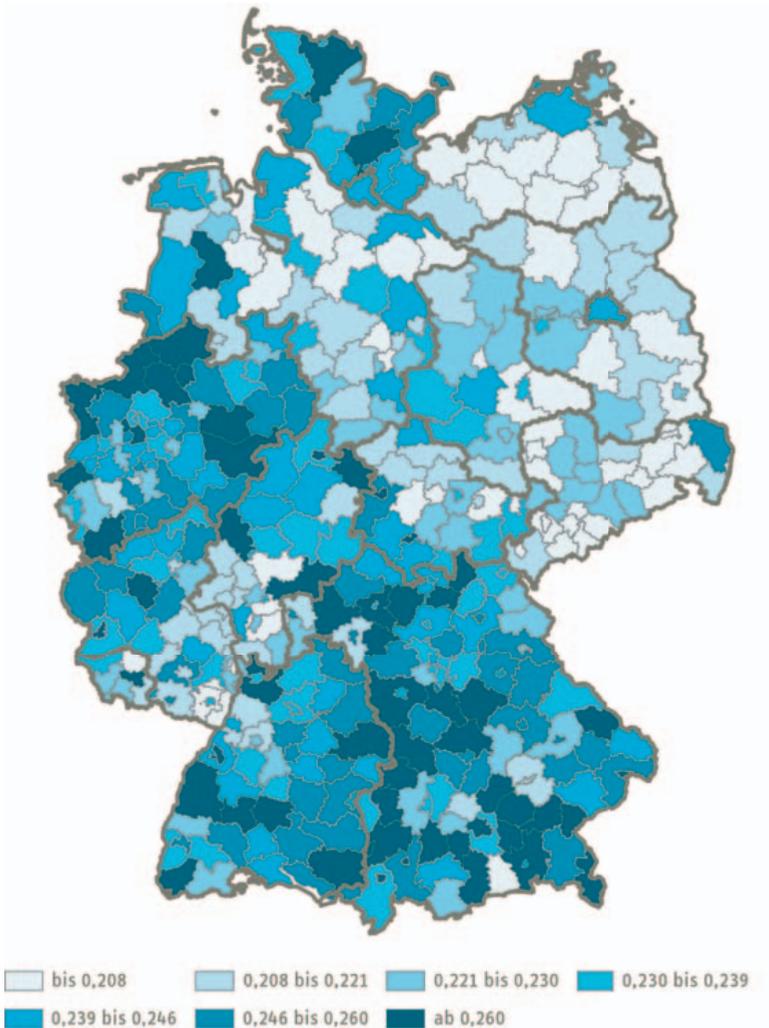


Quellen: FDZ der Länder (2009), ADMED/HCB/RWI Analyse

6. Anhang

Karte 19

Einsatz von Pflegepersonal in Pflegeheimen nach Kreisen
2007; Vollkräfte je Bewohner

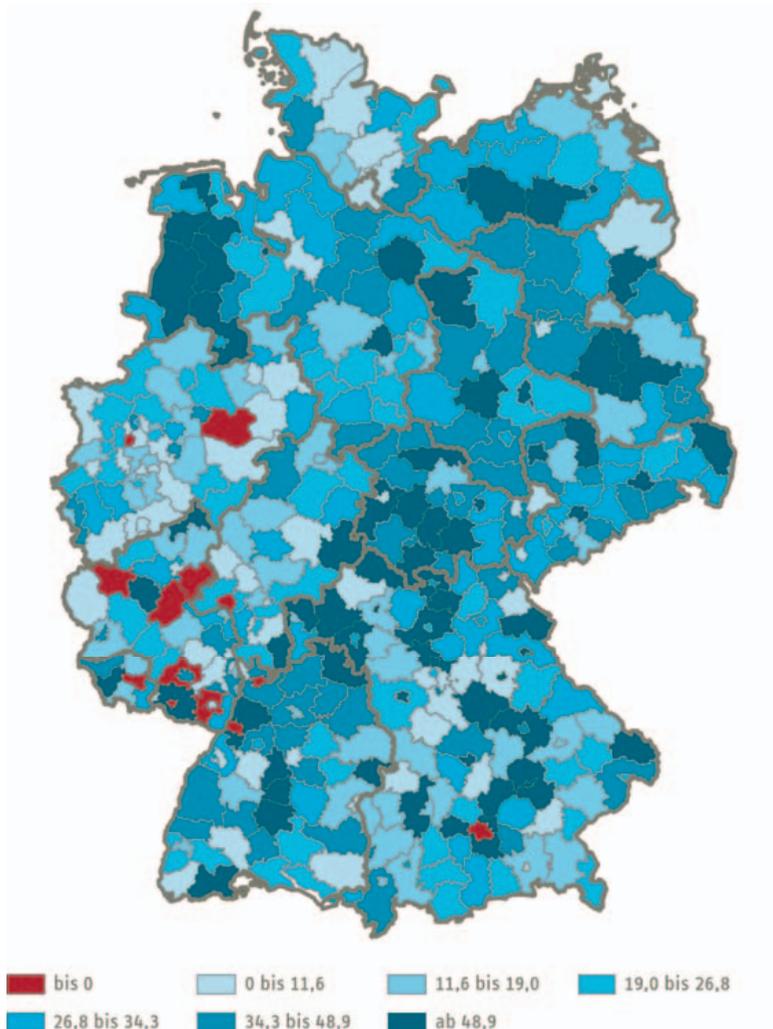


Quellen: FDZ der Länder (2009), ADMED/HCB/RWI Analyse

Pflegeheim Rating Report 2009

Karte 20

Veränderung der Zahl stationärer Fälle nach Kreisen
1999 bis 2007

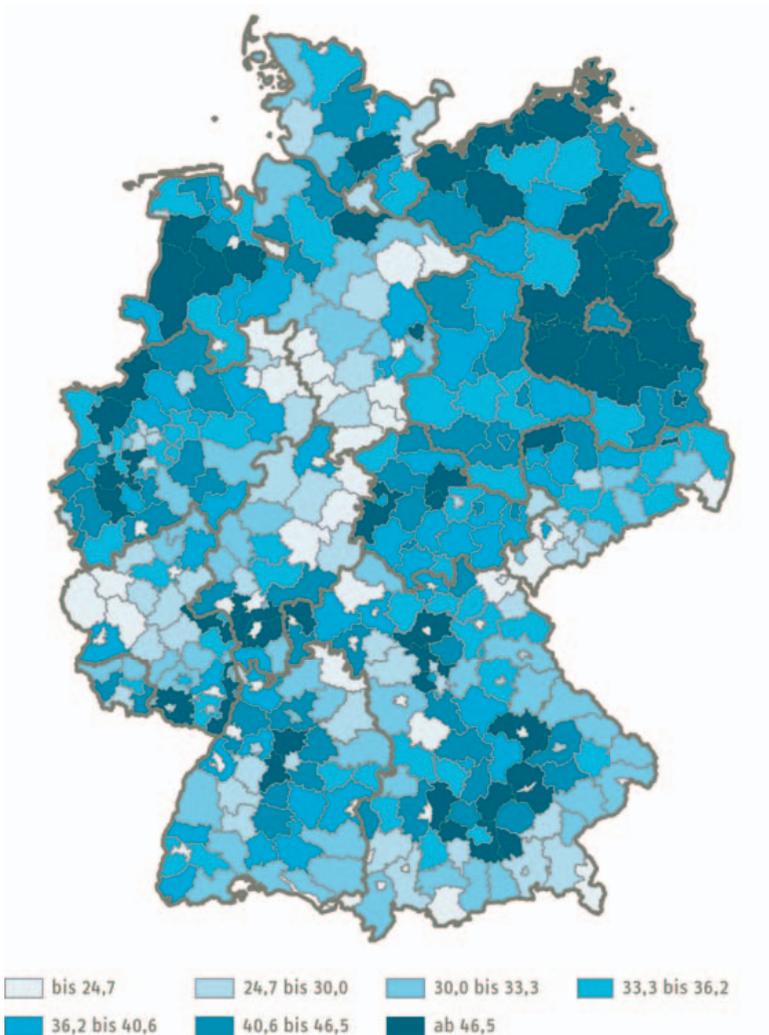


Quellen: FDZ der Länder (2009), ADMED/HCB/RWI Analyse

6. Anhang

Karte 21

Veränderung der Zahl der Heimbewohner (Stufe I) nach Kreisen
2007 bis 2020; in %

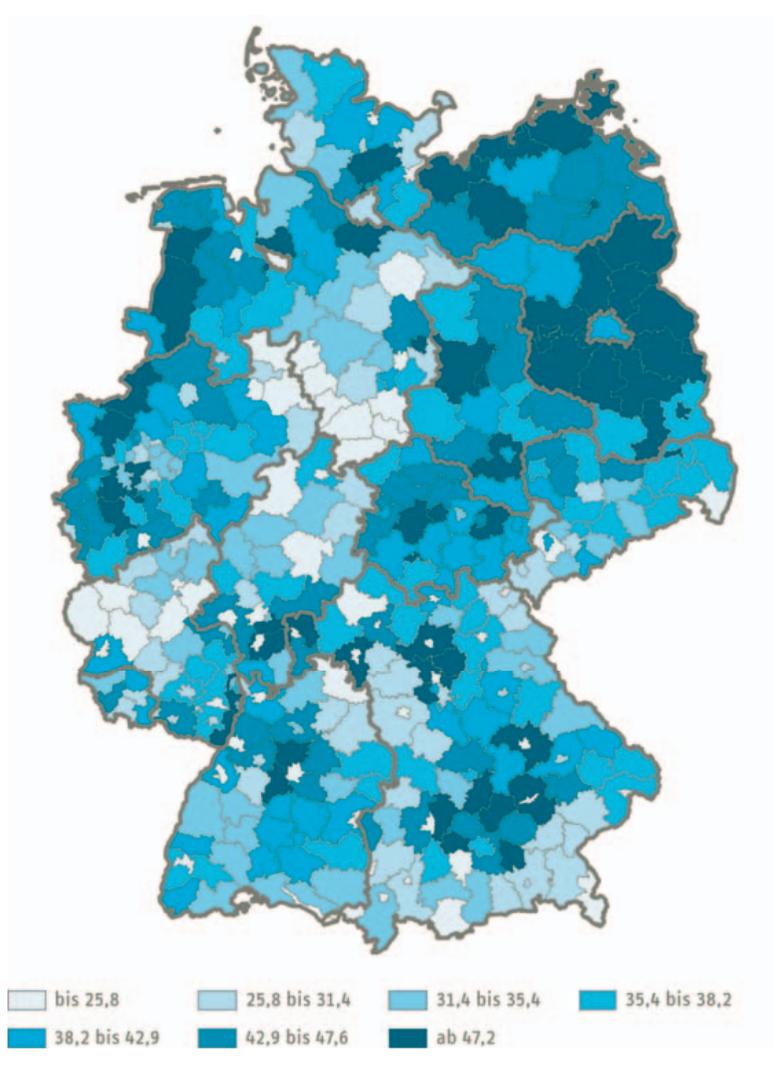


Quellen: FDZ der Länder (2009), ADMED/HCB/RWI Analyse

Pflegeheim Rating Report 2009

Karte 22

Veränderung der Zahl der Heimbewohner (Stufe II) nach Kreisen
2007 bis 2020; in %

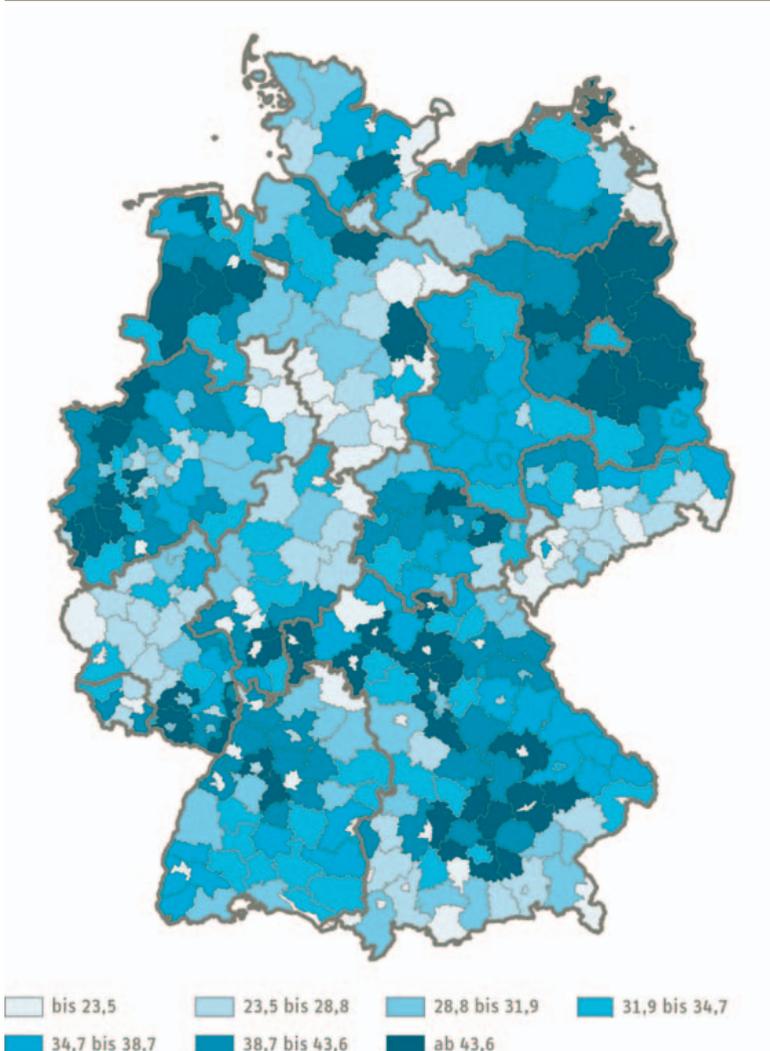


Quellen: FDZ der Länder (2009), ADMED/HCB/RWI Analyse

6. Anhang

Karte 23

Veränderung der Zahl der Heimbewohner (Stufe III) nach Kreisen
2007 bis 2020; in %



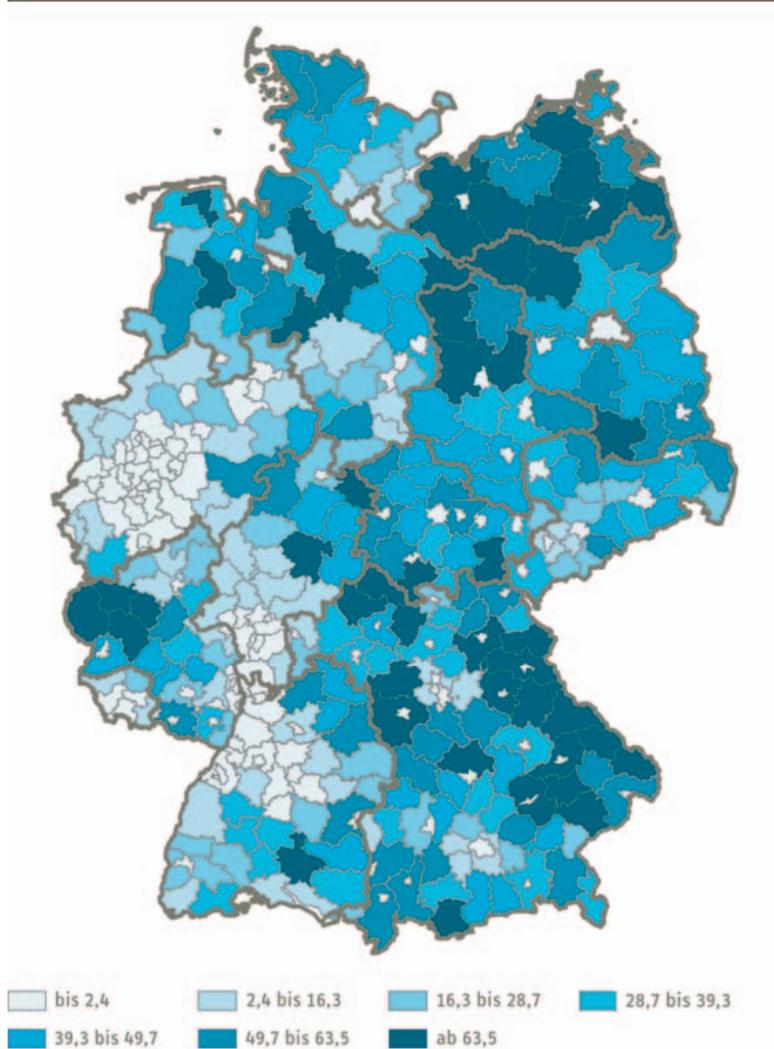
Quellen: FDZ der Länder (2009), ADMED/HCB/RWI Analyse

Pflegeheim Rating Report 2009

Karte 24

Ländlichkeit nach Kreisen

2007; in %



Quellen: FDZ der Länder (2009), ADMED/HCB/RWI Analyse

6. Anhang

6.4 Das Ratingverfahren in dieser Studie

Grundlage des Rating in diesem Report bildet das Modell von Engelmann et al. (2003). Die dort zugrundeliegenden elf Kennziffern und Parameter werden unverändert übernommen, allerdings nehmen wir keine Änderungen des Umsatzes zwischen zwei Jahren an. Im Pflegeheimbereich spielt dies (außer bei der Akquise eines weiteren Heims) keine bedeutende Rolle, weil die Budgets weitgehend vorgegeben sind. Umsatzsprünge und damit einhergehende Probleme bei der Aufbau- und Ablauforganisation treten in der Regel nicht auf.

In einem zweiten Schritt wird eine Kalibrierung des Ratingmodells vorgenommen. Datengrundlage dafür bilden Bilanzdaten, die am RWI aus verschiedenen Quellen in eine Bilanzdatenbank zusammengeführt werden. Zentrales Element sind drei Aktualisierungen der Dafne-Bilanzdatenbank. Diese Angaben werden um Bilanzangaben der Amadeus-Datenbank vom Januar 2006, Januar 2004 und Januar 2002 und um Angaben der RWI-Globalisierungsdatenbank ergänzt. Die Aktualisierungen der Dafne-Bilanz und Amadeus-Datenbank wurden bei Bureau van Dijk, einem führenden Anbieter elektronisch erfasster Informationen zu Unternehmen, erworben.

Für die Kalibrierung wurden aus dem Gesamtbestand knapp 10 000 vollständige Jahresabschlüsse von Unternehmen des Bilanzjahres 2004 berücksichtigt. Im Rahmen der Kalibrierung werden bei allen elf Kennziffern des Ratingmodells die Extremwerte am unteren Rand mit dem 10. Perzentil und die am oberen Rand mit dem 90. Perzentil ersetzt. Damit ist sichergestellt, dass die ermittelte PD nicht allein durch Extremwerte bestimmt wird, die ein Datenartefakt darstellen könnten.

Zur Beurteilung der Plausibilität des Rating führen wir einen Vergleich mit dem Rating von Moody's RiskCalc für einen Validierungsdatenbestand durch, der die Bilanzjahre 2000 bis 2004 umfasst. Durch die Verwendung einer größeren Stichprobe soll sichergestellt werden, dass die Güte des Rating nicht von der Qualität der Daten für die Kalibrierung abhängt. Dies ist insofern von Relevanz, als die ermittelten Extremwerte für die elf Kennziffern auch auf den Datenbestand für die Jahresabschlussdaten der Einrichtungen in den zukünftigen Reports übertragen werden sollen.

In einem ersten Schritt schauen wir uns die Mittelwerte der PD basierend auf dem Rating und des Rating von Moody's RiskCalc an. Sowohl hinsichtlich der Höhe als auch im Hinblick auf deren Veränderung sind die Werte in den Jahren 2002 und 2003 sehr ähnlich (Augurzky et al. 2008a: 139-140). Die Aussagen bleiben dieselben, wenn anstelle der Mittelwerte die Medianwerte zugrunde gelegt werden. Nach diesem Eindruck wenden wir uns einem gängigen Test auf die Güte eines

Pflegeheim Rating Report 2009

Ratingmodells zu. Hierzu nehmen wir Bezug auf das Konzept der *Power Curve*, auch unter *ROC-Diagnostik* bekannt. Für eine gegebene PD wird betrachtet, wie viel Prozent der insolventen Unternehmen ausgeschlossen bzw. korrekt identifiziert werden. Die *ROC-Kurven* sowie Flächen unter der *ROC-Kurve* liegen beide nahe beieinander (Augurzky et al. 2008a: 140). Mittels eines statistischen Tests kann die Ausgangsthese geprüft werden, ob die Flächeninhalte unter Berücksichtigung der Standardfehler gleich sind. Die Ausgangsthese kann dabei zu gängigen Signifikanzniveaus nicht verworfen werden.¹⁷ Mit anderen Worten ist das Rating weder signifikant schlechter noch signifikant besser als das Rating von Moody's KMV.

7. Glossar

Agglomerationsraum	Region mit großstädtischen Zentren und hoher Bevölkerungsdichte, zum Beispiel Ruhrgebiet, Rhein-Main-Region
AHR Rating	Ratingklasse nach ADMED, HCB und RWI. Insgesamt gibt es 16 Ratingklassen. Klasse 1–10 im grünen, 11–12 im gelben und 13–16 im roten Bereich. Die Ratingklassen definieren sich über die Ausfallwahrscheinlichkeiten
Anlagendeckung A mit Sonderposten	Eigenkapital inklusive Sonderposten dividiert durch das Anlagevermögen
Anlagendeckung B mit Sonderposten	Eigenkapital inklusive Sonderposten zuzüglich Rückstellungen und langfristige Verbindlichkeiten (Restlaufzeit > 1 Jahr) dividiert durch das Anlagevermögen
Ausfallwahrscheinlichkeit	Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Kreditausfalls, in der Regel bezogen auf einen 1-Jahres-Horizont
Bankverbindlichkeitenquote	Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten dividiert durch die Bilanzsumme
Basel II	Neues Rahmenwerk zur Regelung der Eigenkapitalunterlegung für Kreditinstitute. Ziel der neuen Vereinbarung ist es, die Eigenkapitalunterlegung am tatsächlichen Risikoprofil der Bank auszurichten. Sie tritt 2007 in Kraft
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Bonität	Fähigkeit des Schuldners zur Erfüllung seiner Zahlungsverpflichtungen, auch Kreditwürdigkeit.
Brutto-Umsatzrendite	Betriebliches Ergebnis vor Finanz-, Steuer-, Beteiligungs- und außerordentlichem Ergebnis dividiert durch Erlöse

¹⁷ Mithilfe des Chi-Quadrat-Tests wird auf die Gleichheit der Summe der Flächen unterhalb der Kurven getestet. Die Teststatistik beträgt 2,38 und die diesbezügliche Irrtumswahrscheinlichkeit beträgt 0,1232. Dieser Wert liegt über dem gängigen Signifikanzniveau von 0,10 (10%), d.h. die Hypothese, dass die Flächeninhalte gleich sind, kann nicht abgelehnt werden.

7. Glossar

Cash Flow	Die einem Betrieb zur Verfügung stehenden Geldmittel. In dieser Studie berechnen wir den Cash Flow als Jahresüberschuss zuzüglich Abschreibungen auf eigenfinanziertes Vermögen
Cash Ratio (Liquidität 1. Grades)	Flüssige Mittel und Wertpapiere des Umlaufvermögens dividiert durch kurzfristige Verbindlichkeiten
Current Ratio (Liquidität 3. Grades)	Gesamtes Umlaufvermögen dividiert durch kurzfristige Verbindlichkeiten
EBITDA- Marge	Betriebliches Ergebnis vor Finanz-, Steuer-, Beteiligungs-, außerordentlichem Ergebnis und Abschreibung dividiert durch Erlöse
Eigenkapitalquote	Eigenkapital dividiert durch Bilanzsumme
Eigenkapitalquote mit Sonderposten	Eigenkapital inklusive Sonderposten dividiert durch Bilanzsumme
Erlöse	Summe aus Umsatzerlöse, Bestandsänderungen, aktivierte Eigenleitungen und sonstige betriebliche Erlöse
Gewinn- und Verlustrechnung	Aufstellung der Aufwendungen und Erträge eines Unternehmens für einen bestimmten Zeitraum, normalerweise für ein Wirtschaftsjahr.
Insolvenzwahrscheinlichkeit	Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Insolvenz, in der Regel bezogen auf einen 1-Jahres-Horizont
Kapitalumschlag	Erlöse dividiert durch Bilanzsumme
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
PD	Probability of default, Ausfallwahrscheinlichkeit
Personalkosten	Bruttolohn- und -gehaltsumme, soziale Abgaben, Aufwendungen für die Altersversorgung
Pflegequote	Anteil Pflegefälle an Bevölkerung für eine gegebene Altersklasse und/oder je Geschlecht
Pflegestufe I bis III	Schweregrad der Pflegebedürftigkeit: I = gering, II = mittel, III = stark
Rating	Zur Einschätzung der Zahlungsfähigkeit eines Schuldners werden Ratingklassen gebildet. Die Einordnung in eine Klasse erfolgt bei einem bankinternen Rating nach bankeigenen Kriterien, bei international tätigen Ratingagenturen, wie Moody's, Standard & Poor's oder Fitch erfolgt die Einordnung nach einer umfassenden Prüfung des Unternehmens
Regressionsanalyse	Technik, mit der für eine Gleichung die Parameter so angepasst werden, dass minimale Abweichungen zwischen den beobachteten y-Werten und den mit dieser Technik geschätzten y-Werten entstehen; bivariat: enthält nur eine erklärende Größe (x) multivariat: enthält mehrere erklärende Größen (x)
Return on asset	Betriebliches Ergebnis vor Finanz-, Steuer-, Beteiligungs- und außerordentlichem Ergebnis dividiert durch Bilanzsumme
ROR	Raumordnungsregion

Pflegeheim Rating Report 2009

Sachkosten	Materialaufwand (Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe, bezogene Waren und Dienstleistungen)
Sonderpostenquote	Sonderposten dividiert durch Bilanzsumme
Sonstige Kosten	Sonstige betriebliche Aufwendungen (z.B. Leasingraten, Miete, Beratungshonorare) ohne gesonderten Ausweis
SPV	Soziale Pflegeversicherung
U&V	Entgelt für Unterkunft und Verpflegung
VZÄ	Vollzeitäquivalente

Literatur

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

Augurzky, B., D. Engel, S. Krolop, Ch.M. Schmidt und St. Terkatz (2007b), Krankenhaus Rating Report 2007. Die Spreu trennt sich vom Weizen. RWI Materialien 32. Essen.

Augurzky, B., D. Engel, S. Krolop, Ch.M. Schmidt und S. Terkatz (2008a), Krankenhaus Rating Report 2008: Die Qualität und Wirtschaftlichkeit. RWI Materialien 41. Essen.

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

Augurzky, B., S. Krolop, R. Gülker, Ch.M. Schmidt, H. Schmidt, H. Schmitz, Ch. Schwierz, und St. Terkatz (2009a), Krankenhaus Rating Report 2009. RWI Materialien 53. Essen.

Augurzky, B., S. Krolop, M. Lemm, H. Schmidt, H. Schmitz, und Ch. Schwierz (2009b), Reha Rating Report 2009. Trägerische Erholung? RWI Materialien 50. RWI, Essen.

Augurzky, B., A. Beivers, G. Neubauer und C. Schwierz (2009c), Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft. RWI Materialien 52. Essen.

Bachmann, R., Th.K. Bauer, J. Kluge, S. Schaffner und Ch.M. Schmidt (2008), Mindestlöhne in Deutschland – Beschäftigungswirkungen und fiskalische Effekte, RWI Materialien 43. Essen.

Engelmann, B., D. Hayden and E. Tasche (2003), Testing rating accuracy, Credit Risk, RISK January 2003. Internet: www.risk.net.

Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und Länder (FDZ der Länder) (2009), Nutzung von Mikrodaten der Pflegestatistiken 1999-2007, Projektnummer 654-2007.

kma Pflege (2009), Mindestlohn: eine Branche in Aufruhr, kma Pflege, 2009 (März).

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

Projektgruppe Gemeinschaftsdiagnose (Hrsg.) (2009), Im Sog der Weltrezession. Gemeinschaftsdiagnose Frühjahr 2009. München und Essen.

Statistisches Bundesamt (2008a), Gesundheit: Ausgaben 1995 bis 2006, Wiesbaden.

Literatur

Statistisches Bundesamt (2008b), Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Fachserie 18 Reihe 1.4, Inlandsproduktberechnung, Detaillierte Jahresergebnisse 2008, Tabelle 3.2.12 Erwerbstätige, Wiesbaden 2009.

Pflegeheim Rating Report 2009