

Boris Augurzky, Sebastian Krolop,  
Hartmut Schmidt und Stefan Terkatz

# Pflegeversicherung, Ratings und Demographie

Herausforderungen für deutsche Pflegeheime

Heft 26



# Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Vorstand:

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

Prof. Dr. Thomas K. Bauer

Prof. Dr. Wim Kösters

Verwaltungsrat:

Dr. Eberhard Heinke (Vorsitzender);

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

Prof. Dr.-Ing. Dieter Ameling, Manfred Breuer, Christoph Dänzer-Vanotti,

Dr. Hans Georg Fabritius, Prof. Dr. Harald B. Giesel, Karl-Heinz Herlitschke,

Dr. Thomas Köster, Tillmann Neinhaus, Dr. Gerd Willamowski

Forschungsbeirat:

Prof. David Card, Ph.D., Prof. Dr. Clemens Fuest, Prof. Dr. Walter Krämer,

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

Prof. Dr. Harald Uhlig, Prof. Dr. Josef Zweimüller

Ehrenmitglieder des RWI Essen:

Heinrich Frommknecht, Prof. Dr. Paul Klemmer †

## RWI : Materialien Heft 26

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

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2006

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

Redaktionelle Bearbeitung: Joachim Schmidt

ISSN 1612-3573 – ISBN 3-936454-68-X

# RWI : Materialien

Heft 26

Boris Augurzky, Sebastian Krolop,  
Hartmut Schmidt und Stefan Terkatz

## Pflegeversicherung, Ratings und Demographie

Herausforderungen für deutsche Pflegeheime



### **Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek**

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

Dr. Boris Augurzky, RWI Essen,  
Dr. Sebastian Krolop, ADMED GmbH,  
Hartmut Schmidt, HPS Research,  
Dr. Stefan Terkatz, ADMED GmbH

Die Autoren danken Sabine Becker, Marc Gabelmann, Dr. Michaela Lemm, Walid Nakschbandi, Burkhard Nauroth, Ralf Oberle, Joachim Schmidt und Stefanie Schüler für wertvolle Kommentare und Anregungen, Karl-Heinz Herlitschke für die engagierte Unterstützung bei Fragen zu den Daten und Anette Hermanowski, Dirk Huchtemann, Frank Jacob, Claudia Lohkamp, Heribert Sunderbrink und Marlies Tepas für organisatorische Hilfe. Ein ganz besonderer Dank geht an den BKK Bundesverband, der mit der Bereitstellung der Pflegedatenbank PAULA die Studie in diesem Umfang erst ermöglicht hat, und an Hendrik Schmitz für seine tatkräftige Unterstützung sowohl beim Aufbau des Datensatzes als auch bei der Durchführung von Analysen und für die konstruktive Kritik. Die Verantwortung für den Inhalt und für eventuelle Fehler tragen selbstverständlich die Autoren. Wir freuen uns über Kritik und Anregungen zur stetigen Verbesserung und Weiterentwicklung der Studie.

ISSN 1612-3573

ISBN 3-936454-68-X

## Inhalt

	Executive Summary . . . . .	7
1.	Einleitung . . . . .	11
2.	Pflegemarkt und Pflegeversicherung . . . . .	13
2.1	Übersicht. . . . .	13
2.2	Regionale Verteilung . . . . .	15
2.3	Reformbedarf . . . . .	21
3.	Rating von Pflegeheimen . . . . .	24
3.1	Überblick zur Methodik . . . . .	24
3.2	Datengrundlage . . . . .	27
4.	Aktuelle Situation von Pflegeheimen . . . . .	28
4.1	Überblick . . . . .	28
4.2	Analysen für Untergruppen . . . . .	31
4.3	Weitere Analysen . . . . .	33
5.	Auswirkungen von Maßnahmen zur Stabilisierung der SPV. . . . .	38
5.1	Verschärfung der Kriterien zur Inanspruchnahme von Leistungen der SPV bzw. Reduktion des Leistungskatalogs. . . . .	39
5.2	Erhöhung der Beiträge zur SPV . . . . .	40
5.3	Reduktion der Pflegesätze, Erhöhung der Eigenbeteiligung. . . . .	42
5.4	Verschärfung des Wettbewerbs zwischen Pflegeheimen . . . . .	44
5.5	Umstellung auf Kapitaldeckungsverfahren . . . . .	46
5.6	Maßnahmenmix . . . . .	47
6.	Fazit . . . . .	47
7.	Anhang. . . . .	50
7.1	Prognose der Pflegenachfrage . . . . .	50
7.2	Prognose der Finanzsituation der SPV. . . . .	52
7.3	Basel II und Rating . . . . .	53
7.4	Ratingverfahren dieser Studie . . . . .	54
7.5	Karten . . . . .	56
	Literatur . . . . .	59

## **Verzeichnis der Schaubilder**

Schaubild 1:	Marktvolumen der professionellen Pflege. . . . .	12
Schaubild 2:	Monatliche Pflegepauschalen der SPV . . . . .	14
Schaubild 3:	Geschätzter Bedarf an stationären Pflegeplätzen im Vergleich zum Angebot . . . . .	14
Schaubild 4:	Marktvolumen. . . . .	15
Schaubild 5:	Geschätzter Kapitalbedarf für den Bau neuer Pflegeplätze (kumulativ) . . . . .	16
Schaubild 6:	Altersstruktur nach Kreisen . . . . .	17
Schaubild 7:	Erwartete Veränderung der Nachfrage nach Pflegeplätzen bis 2020. . . . .	18
Schaubild 8:	Geschätzte derzeitige Auslastung der Pflegeheime. . . . .	19
Schaubild 9:	Erwarteter Bedarf an zusätzlichen Pflegeplätzen bis 2020 . . . .	20
Schaubild 10:	Finanzierungslücke der sozialen Pflegeversicherung. . . . .	21
Schaubild 11:	Kapitalreserven der sozialen Pflegeversicherung. . . . .	22
Schaubild 12:	Ziel: Beurteilung von Maßnahmen zur Stabilisierung der Pflegefinanzierung. . . . .	23
Schaubild 13:	Ratingklassifizierung über errechnete Ausfallwahrscheinlichkeiten. . . . .	24
Schaubild 14:	Berücksichtigung zukünftiger Entwicklungen über Planzahlen .	25
Schaubild 15:	Verteilung der Pflegeheime im Datensatz nach Bundesländern .	27
Schaubild 16:	Verteilung der Pflegeheime im Datensatz nach Größe . . . . .	28
Schaubild 17:	Bilanz eines durchschnittlichen Pflegeheims des Datensatzes . .	29
Schaubild 18:	Verteilung der Eigenkapitalquote und der Umsatzrendite. . . .	30
Schaubild 19:	Durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit der Pflegeheime im Datensatz. . . . .	30
Schaubild 20:	Verteilung der Ratings auf Ratingklassen . . . . .	31
Schaubild 21:	Derzeitiges Preisniveau der Pflegeheime nach Kreisen . . . . .	34

Schaubild 22:	Derzeitige durchschnittliche Größe der Pflegeheime nach Kreisen . . . . .	35
Schaubild 23:	Derzeitige Personalintensität der Pflegeheime nach Kreisen . . . . .	36
Schaubild 24:	Verfügbares Jahreseinkommen je Einwohner nach Kreisen . . . . .	37
Schaubild 25:	Multivariate Analyse des Preisniveaus der Heime und der Heimgröße, der Personalintensität und des verfügbaren Einkommens. . . . .	38
Schaubild 26:	Verteilung der Pflegeheime nach der Ampelklassifikation im Basisszenario . . . . .	39
Schaubild 27:	Erste Bewertung der unterstellten Maßnahmen . . . . .	40
Schaubild 28:	Verteilung der Pflegeheime nach der Ampelklassifikation bei Verschärfung der Kriterien (Maßnahme 1) . . . . .	41
Schaubild 29:	Erhöhung der Beiträge zur SPV (Maßnahme 2) . . . . .	42
Schaubild 30:	Reduktion der Pflegesätze (Maßnahme 3) . . . . .	43
Schaubild 31:	Rückgang der Nachfrage nach stationärer Pflege durch reduzierte Pflegesätze . . . . .	43
Schaubild 32:	Derzeitiges durchschnittliches Preisniveau der einzelnen Pflegeheime . . . . .	44
Schaubild 33:	Zur Schließung der Finanzierungslücken notwendige Preisreduktion . . . . .	45
Schaubild 34:	Verteilung der Pflegeheime nach der Ampelklassifikation bei Senkung des Preisniveaus (Maßnahme 4) . . . . .	45
Schaubild 35:	Verteilung der Pflegeheime nach der Ampelklassifikation bei reduzierter Senkung des Preisniveaus . . . . .	46
Schaubild 36:	Grundlage für die Prognose der Pflegenachfrage . . . . .	51
Schaubild 37:	Ableitung der Pflegenachfrage nach Alter, Geschlecht und Bundesland . . . . .	52
Schaubild 38:	Kennzahlen des Ratings von ADMED und RWI Essen . . . . .	55
Schaubild 39:	Derzeitige Investitionsausgaben für Pflegeheime nach Kreisen . . . . .	56
Schaubild 40:	Durchschnittliches Preisniveau für Pflege sowie Unterkunft und Verpflegung in Pflegeheimen nach Kreisen . . . . .	57
Schaubild 41:	„Noch-Nicht-Senioren“ nach Kreisen . . . . .	58

## Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	Ausfallwahrscheinlichkeit von Pflegeheimen nach Merkmalen . . . . .	32
------------	---	----



## **Pflegeversicherung, Ratings und Demographie – Herausforderungen für deutsche Pflegeheime**

### **Executive Summary**

Das deutsche Gesundheitssystem ist durch eine hohe Regulierungsdichte, eine starke Fragmentierung der Anbieter von Pflegeleistungen und große Intransparenz gekennzeichnet. Ziel der vorliegenden Studie ist es zur Erhöhung der Transparenz im stationären Pflegebereich beizutragen. Dieser macht immerhin über 70% des Marktvolumens der professionellen Pflege aus. Konkret untersuchen wir folgende Aspekte:

1. die aktuelle Nachfrage, das Angebot und das Preisniveau der Pflegeheime auf regionaler Ebene basierend auf einer Vollerhebung aller 10 000 stationären Pflegeeinrichtungen,
2. die zukünftige regionale Nachfrage nach Pflegeplätzen unter Berücksichtigung demographischer Veränderungen,
3. die aktuelle Bonität von etwa 500 Pflegeheimen (116 Jahresabschlüsse),
4. ausgewählte Aspekte der sozialen Pflegeversicherung (SPV) insgesamt.

zu 1: Die Analyse von Daten aller 10 000 Pflegeheime zeigt die Heterogenität des stationären Pflegesektors. So sind Heime in Westdeutschland deutlich teurer als in Ostdeutschland. Nordrhein-Westfalen sticht als besonders teure Region hervor, ebenso Hamburg, Bremen, das Rhein-Main-Gebiet und Teile Baden-Württembergs. Die Unterschiede lassen sich zum großen Teil durch die jeweilige Heimgröße, die Personalintensität sowie das verfügbare Einkommen je Einwohner erklären. Die (geschätzte) Auslastung auf Kreisebene weist indessen keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Preisniveau auf. Im Durchschnitt beträgt die Auslastung derzeit 90%. Sie scheint regional zwischen 70% und 100% zu schwanken.

zu 2: Deutschlandweit rechnen wir auf Basis der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts (2003) bis 2020 mit etwa 30% mehr stationären und etwa 25% mehr ambulanten Pflegefällen als

2005 – absolut bedeutet dies fast 600 000 zusätzliche Pflegebedürftige. Regional streuen diese Zahlen stark. Besonders in Ostdeutschland, in der Region um München und in den westlichen Teilen Niedersachsens und Nordrhein-Westfalens dürfte die Zahl der stationären Pflegefälle überdurchschnittlich, um über 50%, wachsen, während in Nordhessen und im Süden Niedersachsens die Zunahme verhalten ausfallen, aber immer noch über 10% liegen dürfte. Der Bedarf an zusätzlichen Pflegeplätzen bis 2020 leitet sich aus der Zunahme der Pflegefälle und aus der derzeitigen Auslastung der Pflegeheime ab. Für den Zeitraum bis 2020 prognostizieren wir Neuinvestitionen in Höhe von etwa 15 bis 17 Mrd. €.

zu 3: Analog zum Rating von Krankenhäusern im *Krankenhaus Rating Report 2006* führen wir für 116 Jahresabschlüsse von 508 Pflegeheimen ein Bilanzrating durch. Die durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit<sup>1</sup> der Pflegeheime des Datensatzes beträgt etwa 1,9% und liegt damit leicht über der von Krankenhäusern. Im Vergleich zu anderen mittelständischen Unternehmen in Westdeutschland schneiden die Pflegeheime des Datensatzes schlechter ab. Etwa 16% der Pflegeheime weisen eine sehr hohe Ausfallwahrscheinlichkeit auf und fallen als besonders insolvenzgefährdet in den „roten“ Bereich. 20% besitzen eine leicht erhöhte Insolvenzfähigkeit („gelber“ Bereich). Große Pflegeheime weisen eine deutlich niedrigere Ausfallwahrscheinlichkeit auf als kleine; hochpreisige Heime schneiden besser ab als preisgünstige. Heime mit aktuellen Jahresabschlussdaten besitzen eine niedrigere Ausfallwahrscheinlichkeit als jene mit einer veralteten Datenlage. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen Ost- und West- bzw. Nord- und Süddeutschland und zwischen Einzelheimen und Ketten ließen sich nicht feststellen. Inwieweit die genannten Faktoren tatsächlich Ursache für beobachtete Unterschiede sind, lässt sich mit den vorhandenen Daten allerdings nicht beantworten.

zu 4: Die Finanzprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden in der Öffentlichkeit breit diskutiert. Für 2006 steht eine weitere Reform des Systems an. Weitgehend unbemerkt blieb bisher der Reformbedarf der SPV – wohl auch aufgrund ihres im Vergleich zur GKV geringeren Beitragsvolumens. Seit 1999 übersteigen allerdings die Ausgaben die Einnahmen der SPV, sodass die noch bestehende Kapitalreserve in wenigen Jahren aufgebraucht sein wird. Eine grundlegende Reform steht bislang aber noch aus. Sie ist dringend notwendig, weil die Finanzierungslücke im Zuge der Alterung der Bevölkerung noch wachsen wird. Spätestens 2009 kann die SPV in ihrer derzeitigen Form ihre Aufgaben nicht mehr erfüllen – wie der Mehrbedarf an Leistung bis 2020 erbracht werden soll, ist derzeit völlig unklar. Die vorliegende Studie erörtert daher verschiedene Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzlage der SPV, und zwar:

---

<sup>1</sup> Diese gibt an, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Betrieb innerhalb eines Jahres seinen Zahlungsverpflichtungen nicht mehr nachkommen kann und damit ggf. Insolvenz anmelden muss.

- eine Verschärfung der Kriterien zur Inanspruchnahme von Leistungen der SPV bzw. eine Reduktion des Leistungskatalogs,
- eine Erhöhung der Beiträge zur SPV,
- eine Reduktion der Pflegesätze bzw. Erhöhung der Eigenbeteiligung,
- sinkende Preise von Pflegeheimen durch verstärkten Wettbewerb,
- eine schrittweise Umstellung der SPV auf eine Kapitaldeckung im Sinne von Häcker/Raffelhüschen (2004).

Die Auswirkungen dieser Maßnahmen lassen sich mit Hilfe des Ratings prinzipiell auch auf die wirtschaftliche Lage der Pflegeheime abschätzen. So hätte eine Verschärfung der Kriterien zur Inanspruchnahme von Leistungen der SPV (Maßnahme 1) zur Folge, dass bei gleichem Budget weniger Leistungsempfänger bedacht werden könnten. Bei unveränderter Pflegehäufigkeit wäre mit dem Ausschluss von etwa 250 000 stationären und 400 000 ambulanten Pflegefällen bis 2020 zu rechnen. Zusätzlich ist ein leichter Anstieg der Insolvenzwahrscheinlichkeit aufgrund höherer Pflegekosten zu erwarten.

Um den Status quo der Pflegeversorgung halten zu können, müsste der Beitragssatz von derzeit 1,7% (für Kinderlose 1,95%) bis 2020 auf etwa 2,5%, bis 2050 sogar auf über 6,0% steigen (Maßnahme 2). Hierdurch würden jüngere und noch nicht geborene Generationen stark belastet. Ferner wäre mit negativen Effekten am Arbeitsmarkt zu rechnen. Eine Reduktion der Pflegesätze der SPV (Maßnahme 3) würde die Eigenbeteiligung erhöhen und die Nachfrage vermutlich senken. Sie würde Pflegebedürftige, deren Angehörige und die öffentliche Hand belasten. Würde der gesamte Finanzierungsdruck der SPV über sinkende Preise für Pflegeleistungen einseitig auf die Pflegeheime abgewälzt (Maßnahme 4), würden 2020 etwa 60% der Pflegeheime im roten Bereich liegen. Vor dem Hintergrund des wachsenden Pflegebedarfs stellt sich daher die gesellschaftliche Frage, wie ausreichende Pflegekapazitäten in Zukunft sichergestellt werden können, wenn viele Pflegeheime nicht wirtschaftlich geführt werden können, die zusätzlichen Belastungen aber auf alle Schultern verteilt werden sollen.

Keine der dargestellten Maßnahmen kann separat durchgeführt werden, ohne gravierende Auswirkungen entweder auf die Generationengerechtigkeit, den Arbeitsmarkt, die Pflegebedürftigen, deren Angehörige, die öffentliche Hand, die Pflegequalität oder die Pflegeheime zu haben. Die fünfte Maßnahme ist zwar grundsätzlich zu begrüßen. Ihre Umsetzung könnte aber am mangelnden politischen Willen und am Widerstand von Interessensgruppen scheitern. Wir empfehlen daher einen Maßnahmenmix, der die zusätzlichen Belastungen auf die älteren und die jüngeren Generationen sowie auf die Pflegeeinrichtungen gleichmäßig verteilt und die Belastung der noch nicht geborenen Generationen reduziert.

Obwohl der Krankenhaus- und der Pflegesektor beide vor beachtlichen Veränderungen stehen und bei beiden die zukünftige Finanzierung der Leistungen hinterfragt wird, sind die jeweiligen Auswirkungen substanziell verschieden. Im Krankenhaussektor würde eine Marktberreinigung mit dem Abbau von Überkapazitäten einhergehen und grundsätzlich für gut befunden – die verbleibenden Marktteilnehmer werden nach der Konsolidierung wirtschaftlich gesünder dastehen. Im Pflegesektor würde eine Marktberreinigung in Verbindung mit einem Abbau von Kapazitäten aufgrund der Alterung der Bevölkerung indessen enorme Engpässe hervorrufen.

Die Studie verdeutlicht, dass der steigende Pflegebedarf weder auf Basis der SPV in ihrer derzeitigen Form finanziert noch auf Grundlage der derzeitigen Struktur der Pflegeheime gedeckt werden kann. Viele Heime arbeiten unwirtschaftlich und werden die kommenden Jahre vermutlich nicht überleben. Durch eine Deregulierung der Pflegeheimplanung könnte die Konsolidierung des Sektors durch große Verbünde und Ketten vorangetrieben werden, welche Neuinvestitionen in große, moderne und effiziente Heime tätigen können.

Da die Finanzierung der Betriebsausgaben durch die SPV derzeit nicht gesichert ist, hängt die Frage danach, wann und wo neue Kapazitäten gebaut werden, nicht nur vom regionalen Pflegebedarf ab, sondern auch davon, inwieweit die regionalen Gegebenheiten ein wirtschaftliches Pflegeangebot erlauben. Das Einkommen, aber auch regulatorische Vorgaben, beispielsweise zur Anzahl examinierten Personals oder zur maximalen Pflegeheimgröße, spielen dabei sicherlich eine Rolle und müssen auf den Prüfstand. Während also die Politik die Rahmenbedingungen derart gestalten muss, dass Pflegeheime wirtschaftlich arbeiten können, muss sich das Pflegeheim selbst neu ausrichten. Es sollte Teil einer sektorübergreifenden integrierten Gesundheitsversorgung werden, die Krankenhäuser, Rehakliniken, niedergelassene Ärzte und den Immobiliensektor einschließt. Es sollte seine Leistungen in Einklang mit den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen segmentieren und seine Wirtschaftlichkeit durch Größeneffekte mit Hilfe von Verbund- oder Kettenbildung verbessern (können).

## 1. Einleitung

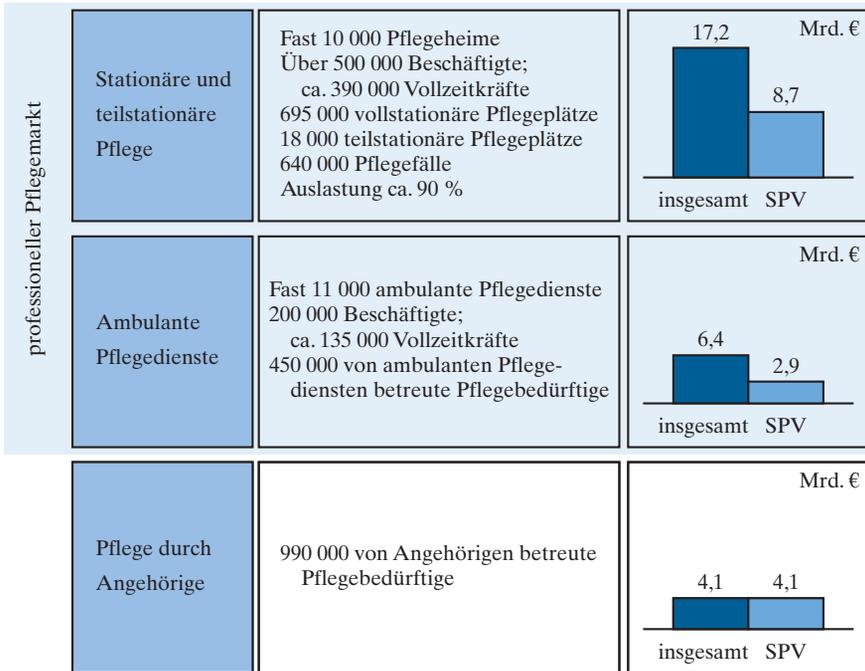
Die Finanzprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden in der Öffentlichkeit breit diskutiert. Für 2006 steht eine weitere Reform an, bereits drei Jahre nachdem das GKV-Modernisierungsgesetz beschlossen wurde. Weitgehend unbemerkt hingegen blieb bisher in der Öffentlichkeit der Reformbedarf der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) – wohl auch aufgrund ihres im Vergleich zur GKV geringeren Beitragsvolumens. Hier zeichnen sich aber schon seit 1999 vergleichbare Finanzierungsprobleme wie bei der GKV ab. Seitdem übersteigen die Ausgaben die Einnahmen. Nur die zur Zeit der Einführung der SPV aufgebaute Kapitalreserve vermag diese Lücke derzeit noch zu schließen. Die Reserve wird jedoch in wenigen Jahren aufgebraucht sein. Deshalb wurde 2005 eine erste moderate Reform mit der Einführung eines Beitragszuschlags von 0,25%-Punkten für Kinderlose durchgeführt.

Eine grundlegende Lösung steht bislang aber noch aus. Sie ist jedoch dringend notwendig, denn nicht nur die Kapitalreserve der SPV wird geringer, sondern auch die Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben wird im Zuge der Alterung der Bevölkerung weiter wachsen. Die SPV ist zudem durch die demographische Entwicklung deutlich stärker belastet als die GKV. Häcker/Raffelhüschen (2004) rechnen mit einem Anwachsen des Beitragssatzes von derzeit 1,7% bis 2050 auf über 6,0%. Schon bis 2020 ist mit einem Satz von etwa 2,5% zu rechnen, wenn die bis dahin zu erwartenden zusätzlich über 600 000 ambulanten und stationären Pflegebedürftigen nicht ohne Versorgung bleiben sollen. Vor diesem Hintergrund müssen schon jetzt Maßnahmen eingeleitet werden, um eine grobe Schieflage rechtzeitig zu vermeiden.

Die vorliegende Studie untersucht verschiedene Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzlage der SPV. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf dem stationären Pflegemarkt, der 2003 ein Volumen von 17,2 Mrd. € bzw. 72% des professionellen Pflegemarkts umfasste (Statistisches Bundesamt 2005a). Der Pflegemarkt im weiten Sinne setzt sich aus der stationären Pflege in Pflegeheimen, den ambulanten Pflegediensten und der Pflege durch Angehörige zusammen. Sein Volumen erreichte 2003 28 Mrd. €; davon trägt die SPV etwa 17 Mrd. € (inklusive Verwaltungskosten und sonstiger kleinerer Ausgaben). Der Begriff „Pflegermarkt“ bezieht sich im Folgenden allerdings nur auf den Bereich, der durch professionelle Anbieter, d.h. durch Pflegeheime und ambulante Dienste, abgedeckt wird. Er umfasste 2003 etwa 24 Mrd. € (Schaubild 1). Der tatsächliche Pflegemarkt dürfte sogar noch größer sein, da in den amtlichen Statistiken Selbstzahler („Pflegestufe 0“), die keine Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten, nicht erfasst sind.

Von besonderem Interesse ist, ob der stationäre Pflegebereich wirtschaftlich überhaupt in der Lage ist, die demographischen Herausforderungen und die Maßnahmen zur Stabilisierung der SPV zu bewältigen, stehen doch derzeit

Schaubild 1

**Marktvolumen der professionellen Pflege**

Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen.

schon viele Heime vor erheblichen Problemen. Deshalb wird – basierend auf der Methodik des *Krankenhaus Rating Report 2006* (Augurzky et al. 2005) – für einzelne Pflegeheime ein Finanzrating durchgeführt. Damit können prinzipiell auch Auswirkungen verschiedener Maßnahmen auf die wirtschaftliche Lage der Pflegeheime untersucht werden.

Auch wenn sowohl der Krankenhaus- als auch der Pflegesektor vor enormen Veränderungen stehen und bei beiden die zukünftige Finanzierung der Leistungen hinterfragt wird, sind die jeweiligen Auswirkungen der erwarteten Veränderungen substantziell verschieden. Im Krankenhausbereich wird eine Marktberreinigung mit dem Abbau von Überkapazitäten einhergehen und grundsätzlich für gut befunden – die verbleibenden Marktteilnehmer werden nach der Konsolidierung mit ihren neuen Budgets besser wirtschaften können. Im Pflegesektor hingegen würde eine Marktberreinigung in Verbindung mit dem Abbau von Kapazitäten aufgrund der Alterung der Bevölkerung Engpässe hervorrufen.

Ein zweites wichtiges Anliegen der Studie ist die Schaffung von mehr Transparenz über den Pflegemarkt für Politik, Pflegeheime und ihre Geschäftspartner. Zu diesem Zweck stellen wir, soweit möglich, den stationären Pflegemarkt auch auf regionaler Ebene dar. Während für Deutschland insgesamt mit großer Sicherheit von einem starken Wachstum der Pflegenachfrage auszugehen ist, differenziert sich das Bild auf regionaler Ebene.

## **2. Pflegemarkt und Pflegeversicherung**

### **2.1 Übersicht**

Der professionelle Pflegemarkt als Summe der Ausgaben für stationäre und ambulante Pflegeleistungen wuchs seit 1997 jahresdurchschnittlich um 1,0% und erreichte 2003 ein Volumen von etwa 24 Mrd. € (Statistisches Bundesamt 2005a). Dabei wurden 640 000 Pflegebedürftige in annähernd 10 000 Pflegeheimen versorgt. Knapp 11 000 ambulante Pflegedienste betreuten 450 000 Pflegebedürftige zu Hause, weitere 990 000 wurden hauptsächlich durch ihre Familienangehörigen gepflegt. Insgesamt arbeiteten 2003 über 500 000 Menschen in Pflegeheimen und weitere etwa 200 000 für ambulante Dienste.

Finanziert wird die stationäre Pflege etwa zur Hälfte durch die SPV. Weitere 31% werden von den Pflegebedürftigen aufgebracht. Etwa 16% tragen öffentliche Haushalte, meist in Form von unterstützender Sozialhilfe, falls die Kosten nicht durch die Pflegesätze der SPV und einer Eigenbeteiligung gedeckt werden. Die ambulante Pflege wird zu 64% von der SPV, zu 25% privat und zu knapp 6% durch öffentliche Haushalte getragen. Die Private Krankenversicherung und Arbeitgeber tragen den Rest (BMGS 2005). Nicht berücksichtigt ist die professionelle Krankenpflege, die über die GKV finanziert wird.

Die SPV wurde 1995 als vierte Sozialversicherung eingeführt, um die Pflege im Alter zu finanzieren und die Kommunen von Sozialhilfeleistungen zu entlasten. Die SPV übernimmt nur einen Teil der Kosten sowohl der professionellen als auch der durch Familienangehörige geleisteten Pflege. Die Sätze variieren nach Art und Schwere der Pflege zwischen 205 und 1 432 € pro Monat (Schaubild 2). Beispielsweise zahlte die SPV 2004 für die vollstationäre Pflege im Durchschnitt 1 268 € und übernahm damit ungefähr die Hälfte der Pflegeheimkosten von 2 400 bis 2 500 €.

Seit 1999 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt um durchschnittlich 0,7% pro Jahr (Statistisches Bundesamt 2005a), die der stationären Pflegefälle sogar um 2,8%. Die nachgewiesene Pflege durch Angehörige ist rückläufig. Aufgrund der Alterung der Bevölkerung muss auch in Zukunft mit einem weiteren Zuwachs bei den Pflegebedürftigen gerechnet werden. Nimmt man an, dass die Pflegewahrscheinlichkeit je Altersstufe für Männer und Frauen auf dem 2003 erreichten Niveau bleibt (Anhang), dürfte – basierend auf der

Schaubild 2

**Monatliche Pflegepauschalen der SPV**

	Häusl. Pflege - Pflegesach- leistung	Häusliche Pflege - Pflegegeld <sup>2</sup>	Teilstationäre Pflege	Vollstationäre Pflege
Stufe I	384 €	205 €	384 €	1 023 €
Stufe II	921 €	410 €	921 €	1 279 €
Stufe III	1 432 € <sup>a</sup>	665 €	1 432 €	1 432 € <sup>b</sup>
Gesetzliche Grundlage	SGB XI § 36	SGB XI § 37	SGB XI § 41	SGB XI § 43
Durchschnittliche Ausgaben je Leistungsempfänger 2004 in €	1 116 €	354 €	932 €	1 268 €

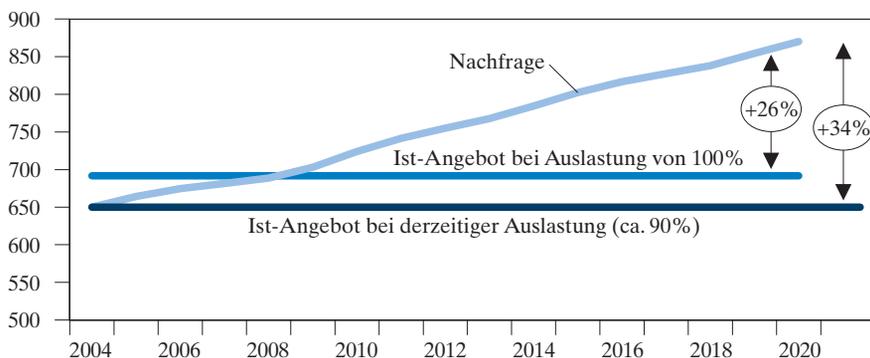
Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – <sup>1</sup>Häusliche Pflegehilfe. – <sup>2</sup>Der Patient organisiert seine Pflege auf Antrag selbst. – <sup>a</sup>In Härtefällen bis 1 918 €. – <sup>b</sup>In Härtefällen 1 688 €.

demographischen Entwicklung, wie sie die 10. koordinierte Bevölkerungsvor-  
ausberechnung (V5) des Statistischen Bundesamts aus dem Jahre 2003 aus-  
weist – bis 2020 die Zahl der Pflegefälle gegenüber 2004 um insgesamt fast  
30% bzw. 1,6% pro Jahr zunehmen. Bei der stationären Pflege liegt der Zu-  
wachs unter den genannten Annahmen sogar bei 34% bzw. 1,8% pro Jahr. Der  
Bedarf an zusätzlichen stationären Pflegeplätzen wird je nach maximal mögli-

Schaubild 3

**Geschätzter Bedarf an stationären Pflegeplätzen im Vergleich zum Angebot**

2004 bis 2020; in 1000

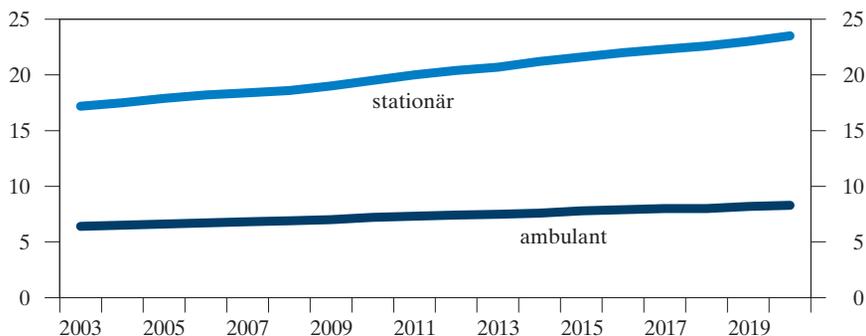


Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Hochrechnung auf Basis vergangener  
Daten und nach Statistisches Bundesamt 2003, 2005a.

Schaubild 4

**Marktvolumen**

2003 bis 2020; in Mrd. €



Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Hochrechnung auf Basis vergangener Daten und nach Statistisches Bundesamt 2003, 2005a.

cher Auslastung wohl zwischen 26% und 34% zunehmen (Schaubild 3). Bei dieser Prognose handelt es sich allerdings vermutlich um eine Obergrenze, weil eine rückläufige Verweildauer in Pflegeheimen und eine Verschiebung des Eintrittsalters der Pflegebedürftigkeit zu beobachten sind.

Bei diesen Hochrechnungen würde das Marktvolumen der gesamten professionellen Pflege bis 2020 auf über 30 Mrd. € steigen (Schaubild 4). Nach 2020, wenn die „Babyboom-Generation“ in das Pflegealter eintritt, ist mit einem noch stärkeren Wachstum zu rechnen. Unterstellt man ferner, dass die Bereitstellung eines Pflegeplatzes mit Baukosten von etwa 70 000 bis 80 000 € zu veranschlagen ist, müssten unter den genannten Annahmen bis 2020 etwa 15 bis 17 Mrd. € zusätzlich investiert werden (Schaubild 5). Wiederum dürfte es sich dabei um eine Obergrenze handeln, allerdings ist hier nicht der sicherlich vorhandene größere Nachholbedarf enthalten, weil viele Pflegeheime derzeit nicht mehr den Mindestanforderungen entsprechen. Insofern dürfte es sich sogar um eine konservative Schätzung zum Investitionsbedarf handeln.

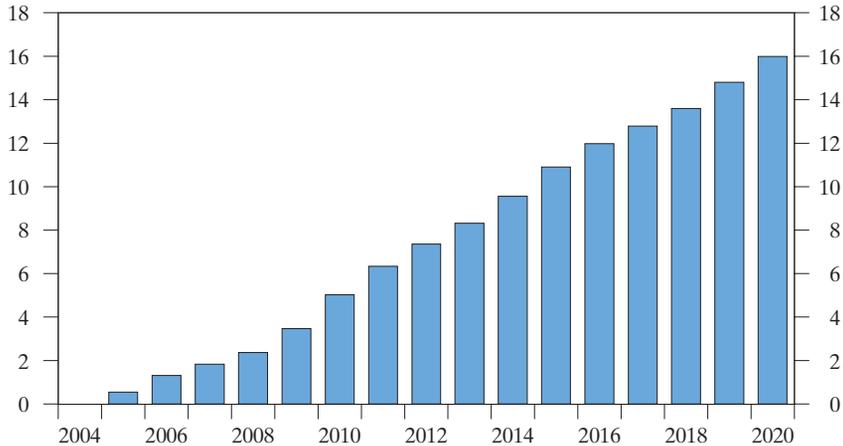
## 2.2 Regionale Verteilung

Auf regionaler Ebene werden die Veränderung der Pflegefälle und der Bedarf an zusätzlichen Plätzen bis 2020 große Unterschiede aufweisen. Einerseits spielen Wanderungen eine große Rolle, andererseits die jetzt schon regional differenzierte Altersstruktur der Bevölkerung. Die Pflegehäufigkeit steigt mit zunehmendem Alter überproportional stark an (Statistisches Bundesamt 2005a). Schaubild 6 zeigt, dass in einigen Regionen der Anteil älterer Men-

Schaubild 5

**Geschätzter Kapitalbedarf für den Bau neuer Pflegeplätze (kumulativ)**

2004 bis 2020; in Mrd. €



Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2003, 2005a. Annahmen: Investitionen je Pflegeplatz 75 000 €, maximale Auslastung 95%.

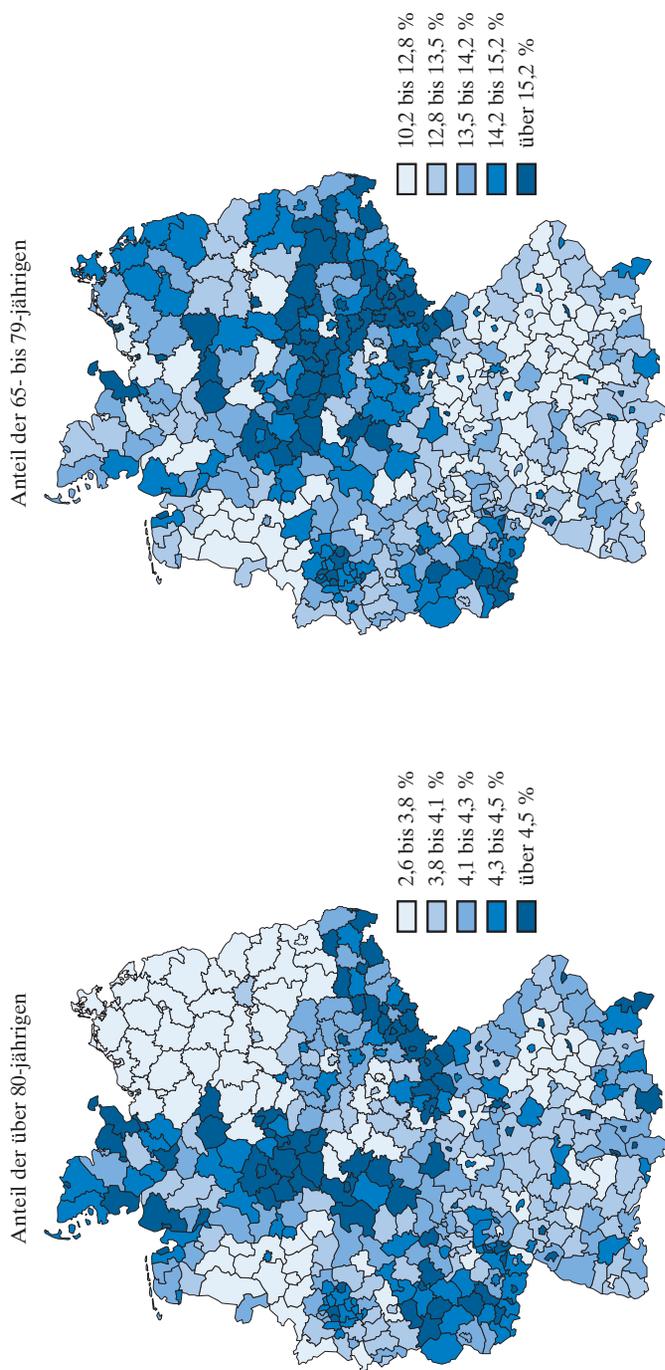
schen (ab 80 Jahre) über 4% beträgt, z.B. im Ruhrgebiet, Saarland, Nordhessen, Ostniedersachsen und Sachsen.<sup>2</sup>

Eine größere Bedeutung für die Prognose der Pflegefälle hat der Anteil der Menschen, die bis 2020 dieses Alter erreichen werden; er ist vor allem in Ostdeutschland sehr hoch (Schaubild 6; zum Anteil der 50- bis 64-Jährigen vgl. Anhang). Im Einklang damit zeigen unsere Berechnungen dort eine überdurchschnittliche Zunahme der stationären Pflegefälle bis 2020 (Schaubild 7). Vergleichbares gilt für die Regionen um München, Teile Baden-Württembergs und den westliche Teil Niedersachsens sowie Nordrhein-Westfalen.

Der regionale Bedarf an zusätzlichen Pflegeplätzen hängt neben dem Zuwachs bei den Pflegefällen von der Auslastung ab. Die Auslastung der Heime scheint derzeit regional zwischen 70% und 100% zu liegen (Schaubild 8); exakte Angaben sind nicht möglich, da die Zahl der Pflegefälle auf Kreisebene nicht vorliegt. Wir schätzen deshalb die aktuelle Zahl der Pflegefälle auf Basis der Bevölkerungsstruktur des Kreises und der Pflegehäufigkeit je Altersstufe für Männer und Frauen auf Bundeslandebene. Da Pflegebedürftige eines gegebenen Kreises auch Heime in Nachbarkreisen aufsuchen können, muss die tatsächliche Auslastung nicht mit der geschätzten übereinstimmen. Dennoch

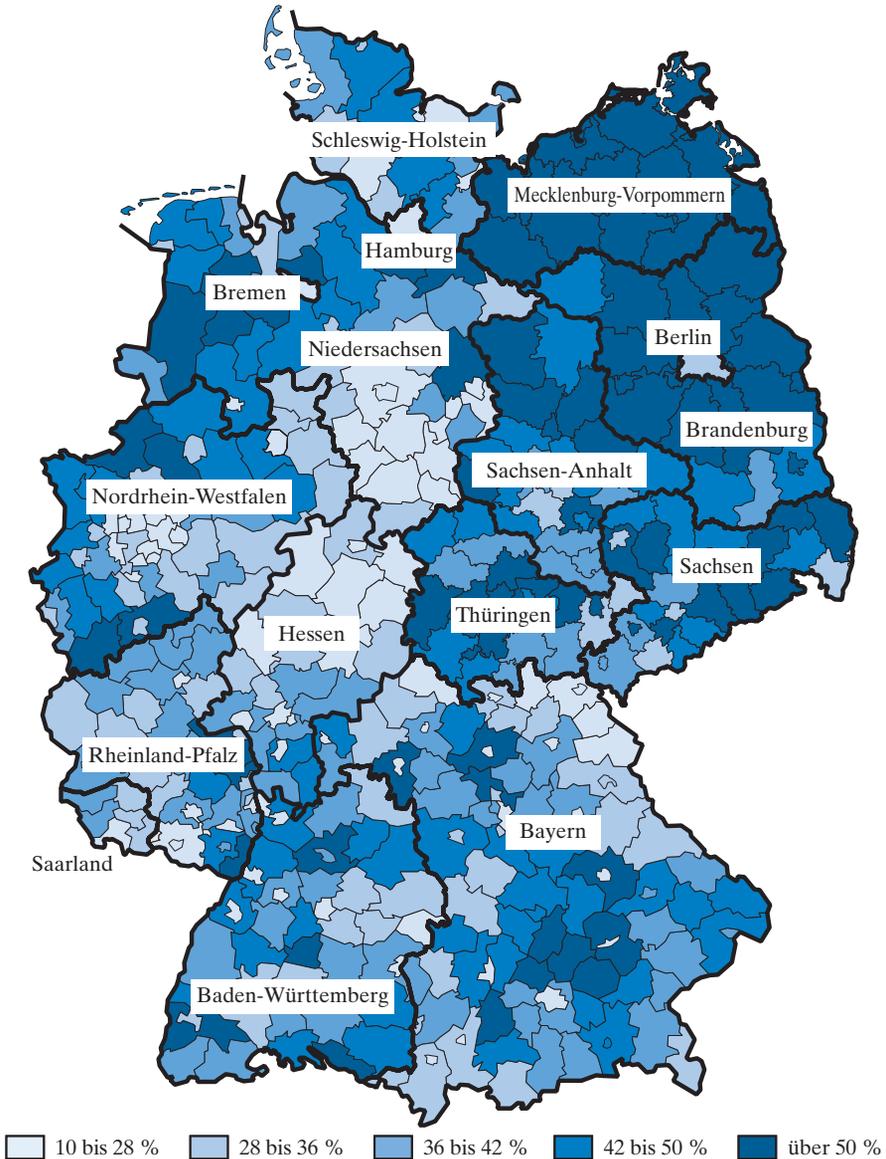
<sup>2</sup> Den Prognosen auf Kreisebene liegt die laufende Raumbbeobachtung des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung (BBR 2004) zugrunde.

Schaubild 6  
Altersstruktur nach Kreisen  
2003; in %



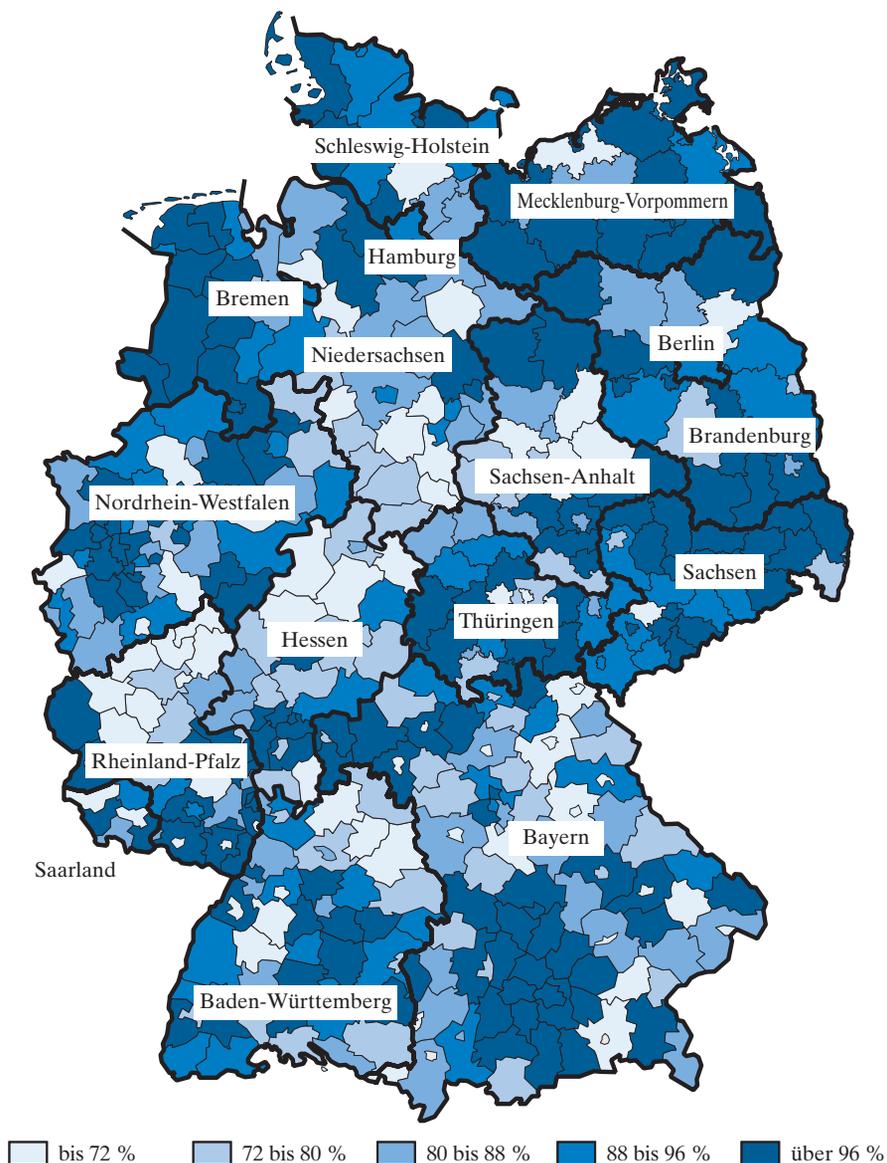
Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Nach Angaben in Statistisches Bundesamt 2003.

Schaubild 7

**Erwartete Veränderung der Nachfrage nach Pflegeplätzen bis 2020**

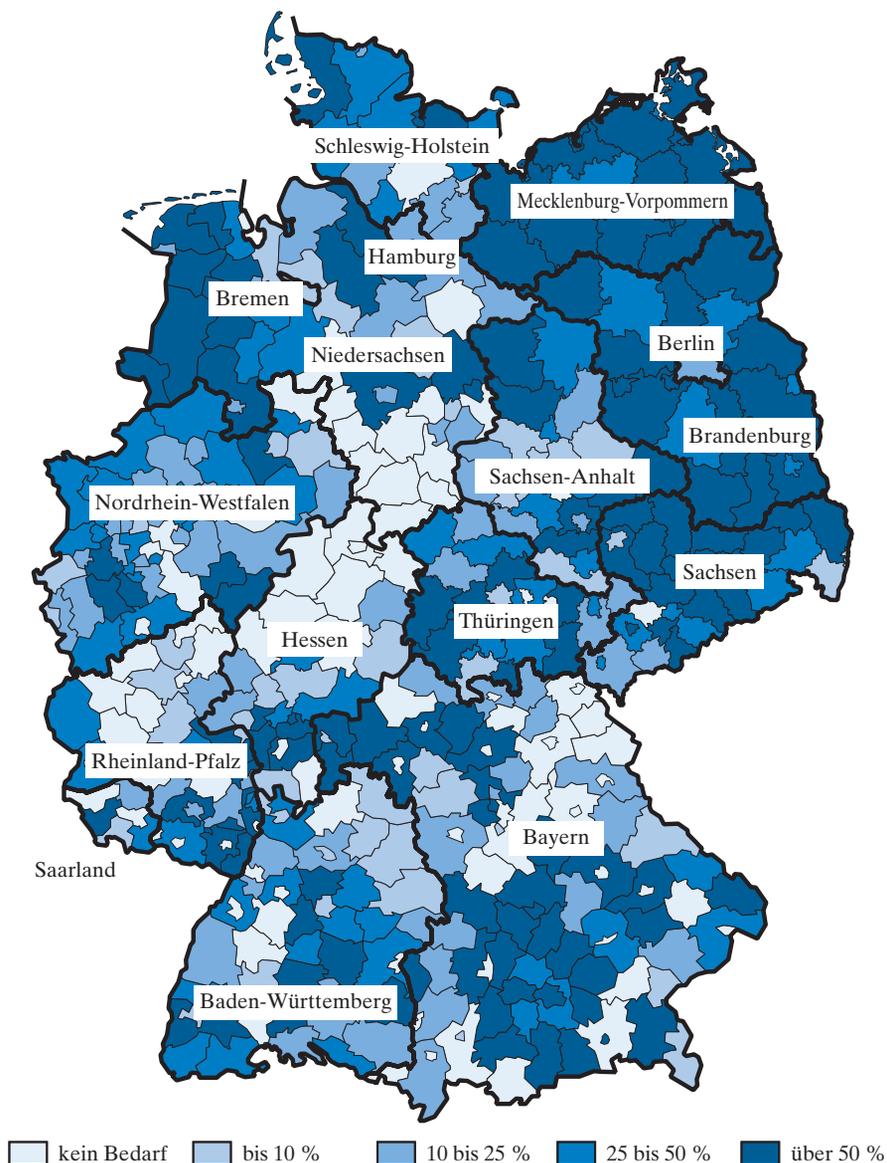
Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Nach Angaben in Statistisches Bundesamt 2003, 2005a.

Schaubild 8

**Geschätzte derzeitige Auslastung der Pflegeheime**

Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Nach Angaben in Statistisches Bundesamt 2003, 2005a.

Schaubild 9

**Erwarteter Bedarf an zusätzlichen Pflegeplätzen bis 2020**

Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Nach Angaben in Statistisches Bundesamt 2003, 2005a.

dürfte Schaubild 8 durchaus Indizien zur Auslastung bzw. zu Kapazitätsengpässen liefern.

Basierend auf der geschätzten aktuellen Auslastung, der bis 2020 zu erwartenden Zahl von Pflegefällen und einer unterstellten maximalen Auslastung der Pflegeheime von 95% schätzen wir den Bedarf an zusätzlichen Plätzen für viele Regionen Ostdeutschlands auf über 50%, während manche Regionen in Nordhessen und Südniedersachsen keinen zusätzlichen Bedarf aufweisen dürften. Rund um München und im Westen Niedersachsens dürfte ebenfalls ein überdurchschnittlicher zusätzlicher Bedarf bestehen (Schaubild 9).

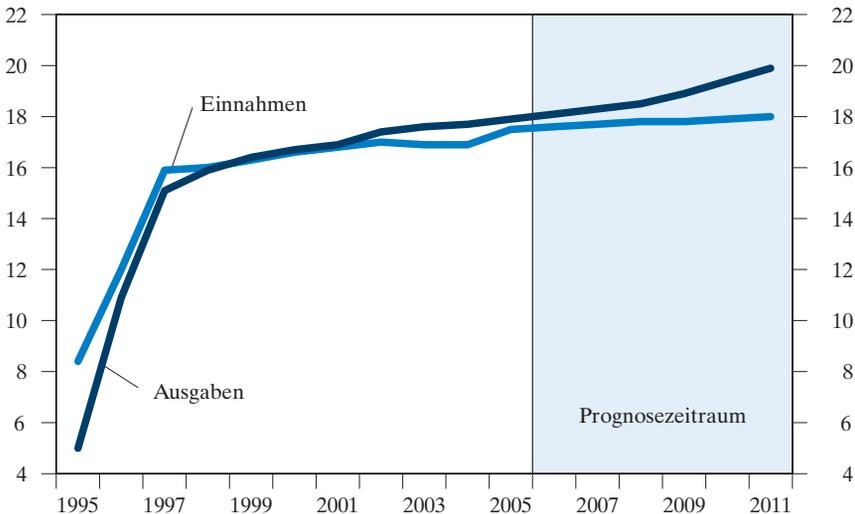
### 2.3 Reformbedarf

Während der Finanzierungsbedarf der SPV stark zunehmen wird, dürften ihre Einnahmen eher sinken, bestenfalls stagnieren. Die demographische Entwicklung führt auch dazu, dass es in Zukunft weniger junge Beitragszahler geben wird. Bis 2020 nimmt die Zahl der Menschen im Alter von 21 bis 55 Jahren um über 8% bzw. durchschnittlich um über 0,5% pro Jahr ab (Statistisches

Schaubild 10

#### Finanzierungslücke der sozialen Pflegeversicherung

1995 bis 2011; in Mrd. €

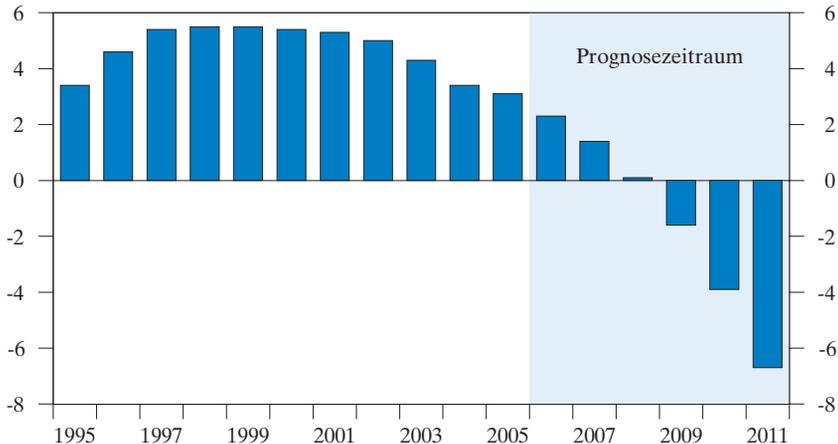


Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Quelle: BMGS 2005. Zu den Annahmen vgl. Anhang.

Schaubild 11

**Kapitalreserven der sozialen Pflegeversicherung**

1995 bis 2011; in Mrd. €



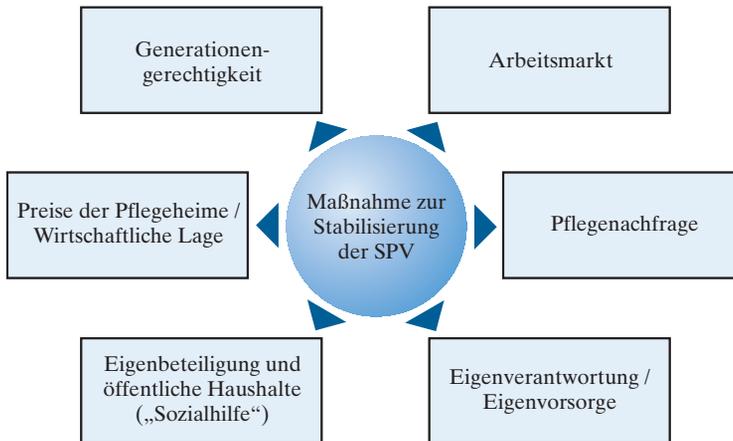
Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Nach Angaben in BMG 2005, eigene Prognose. Zu den Annahmen vgl. Anhang.

Bundesamt 2003).<sup>3</sup> Die schon heute bestehende Finanzierungslücke der SPV wird sich also noch vergrößern (Schaubild 10). Derzeit stehen ihr noch Kapitalreserven von etwa 3 Mrd. € zur Verfügung. Basierend auf der bestehenden Finanzierungslücke dürften diese bis etwa 2008 aufgebraucht sein (Schaubild 11). Damit ist die Finanzierung der Pflegekosten ab 2009 nicht mehr in vollem Umfang gesichert.

Die Politik muss daher schon jetzt Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzlage der SPV ergreifen. Diese Maßnahmen werden zu Mehrbelastungen unterschiedlicher gesellschaftlicher Gruppen und Institutionen führen (Schaubild 12). Eine Erhöhung der Beiträge zur SPV beispielsweise belastet die jungen und die noch nicht geborenen Generationen und hat negative Arbeitseffekte. Eine Erhöhung der Eigenbeteiligung belastet die Pflegebedürftigen und führt zu Ausweichreaktionen, möglicherweise zu einer vermehrten Pflege durch Angehörige, was zu einer geringeren Nachfrage nach Pflegeplätzen führt. Eine höhere Eigenbeteiligung dürfte zwar die Eigenvorsorge der jüngeren Generation erhöhen, die Inanspruchnahme der Sozialhilfe, d.h. der öffentlichen Haushalte, aber ausweiten. Eine stärkere Deregulierung und Er-

<sup>3</sup> Wir gehen auch real von rückläufigen Einnahmen aus. Zwar kann die Bemessungsgrundlage der Beiträge zur SPV (Löhne und Gehälter pro Kopf) real weiter steigen. Gleichzeitig dürfte sich aber auch die – sehr personalintensive – Pflege in fast gleicher Weise verteuern. Unsere Prognose ist so kalibriert, dass sie in Richtung der Prognose von Häcker/Raffelhüschken (2004; Szenario ohne Kostendruck) geht.

Schaubild 12

**Ziel: Beurteilung von Maßnahmen zur Stabilisierung der Pflegefinanzierung**

Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen.

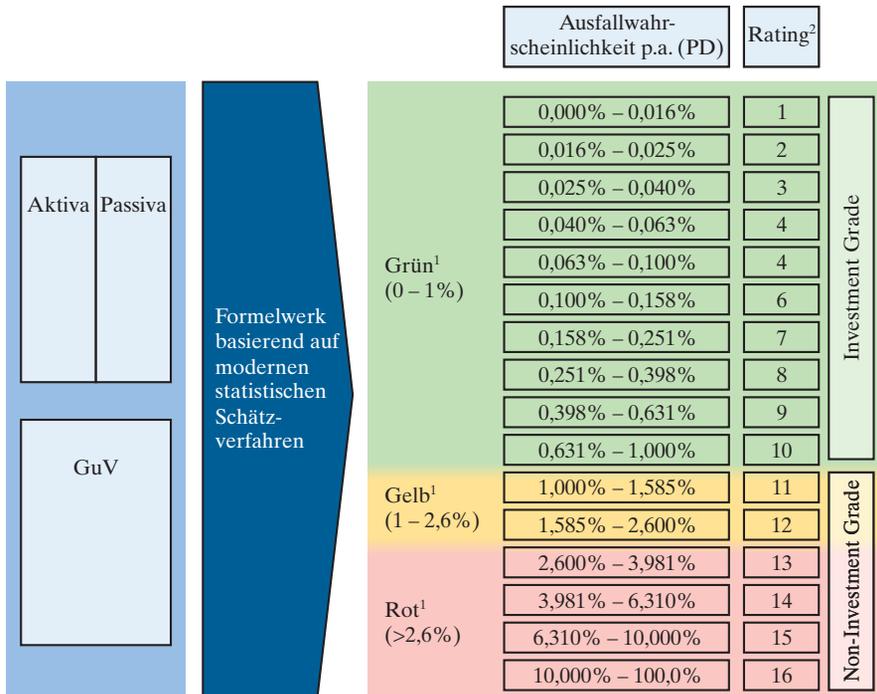
höhung des Wettbewerbsdrucks könnte schließlich zu einem sinkenden Preisniveau der Pflegeheime führen, was jedoch nicht ohne Folgen für deren wirtschaftliche Lage bleiben dürfte.

In Abschnitt 5 stellen wir in Grundzügen dar, wie die folgenden fünf Maßnahmen jeweils einzeln ausgestaltet werden müssten, um die Finanzierung der Pflege bis 2020 zu sichern:

- Verschärfung der Kriterien zur Inanspruchnahme von Leistungen der SPV bzw. Reduktion des Leistungskatalogs,
- Erhöhung der Beiträge zur SPV,
- Reduktion der Pflegesätze der SPV bzw. Erhöhung der Eigenbeteiligung,
- sinkende Preise von Pflegeheimen durch verstärkten Wettbewerb,
- schrittweise Umstellung der SPV auf Kapitaldeckung im Sinne von Häcker/Raffelhüschchen (2004).

Zur Analyse der derzeitigen und zu erwartenden wirtschaftlichen Lage von Pflegeheimen führen wir im nächsten Abschnitt ein Rating – analog dem Krankenhausrating im *Krankenhaus Rating Report 2006* – durch. Mit diesem Verfahren lassen sich dann auch die Effekte von Politikmaßnahmen auf die Pflegeheime untersuchen. Wir beschränken uns auf den stationären Pflegebereich, weil er den Pflegemarkt dominiert und die Datenlage besser ist.

Schaubild 13

**Ratingklassifizierung über errechnete Ausfallwahrscheinlichkeiten**

Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – <sup>1</sup>Ähnliche Ampelklassifikationen werden häufig von Banken verwendet. – <sup>2</sup>Ratingklassen von ADMED und RWI Essen.

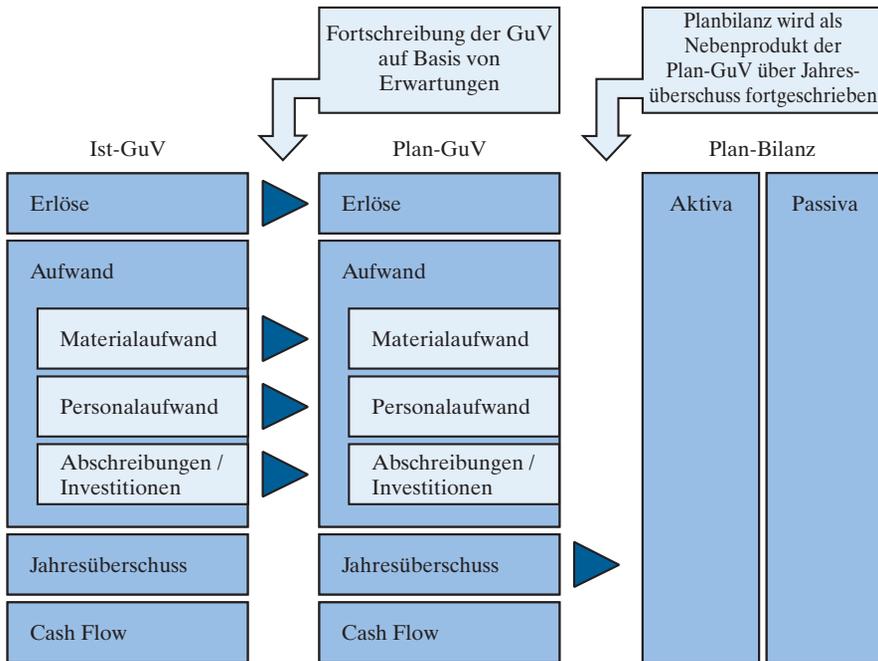
### 3. Rating von Pflegeheimen

#### 3.1 Überblick zur Methodik

Mit Hilfe eines Bilanzratings berechnen wir die aktuelle Ausfallwahrscheinlichkeit (PD, *Probability of Default*) von Pflegeheimen basierend auf Jahresabschlussdaten. Es basiert auf Engelmann et al. (2003) und wurde für diese Studie von der GENO Consult GmbH modifiziert und durch das RWI Essen und die ADMED GmbH angepasst. Die Finanzkennzahlen, die in die Berechnung der PD einfließen, sind im Anhang aufgelistet. Die PD gibt an, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Unternehmen innerhalb eines Jahres seinen Zahlungsverpflichtungen nicht mehr nachkommen kann und damit ggf. Insolvenz anmelden muss. Sie bewegt sich in der Praxis meist zwischen 0% und etwa 5% und wird einer Ratingklasse (hier 16) zugeordnet (Schaubild 13).

Zur Veranschaulichung werden die PD zusätzlich einem groben Ampelsystem zugeordnet. Werte zwischen 0,0% und 1,0% stellen ein geringes bis mo-

Schaubild 14

**Berücksichtigung zukünftiger Entwicklungen über Planzahlen**

Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen.

derates Risiko dar und werden grün hinterlegt. Ein Rating in diesem Bereich wird am Kapitalmarkt üblicherweise als *Investment Grade* bezeichnet. Eine Kreditaufnahme bei Banken sollte einfach möglich sein. Eine PD schlechter als 1,0% (*Non-Investment Grade*, „spekulative Anlage“) unterteilen wir weiter in einen gelben und einen roten Bereich. Werte zwischen 1,0% und 2,6% sind gelb hinterlegt, Werte über 2,6% rot. Banken verwenden häufig eine ähnliche Einteilung. Sie vergeben Kredite im gelben Bereich nur zögerlich, zumindest jedoch teurer, und im roten Bereich meist gar nicht mehr.

Die Gewinn- und Verlustrechnung (GuV) sowie die Bilanz eines Pflegeheims werden auf Basis externer Einflüsse, z.B. der genannten Politikmaßnahmen, bis 2020 fortgeschrieben. Die externen Einflüsse beeinflussen die Erlöse und Kosten des Pflegeheims und werden in der GuV entsprechend abgebildet. Über den Jahresüberschuss bzw. -verlust wird die Eigenkapitalposition in der Bilanz fortlaufend angepasst (Schaubild 14). Die daraus resultierenden Plan-GuV und -bilanzen verwenden wir für eine Fortschreibung des Ratings bis 2020.

## Kasten 1

**Verspätete Einweisung von Pflegebedürftigen und Auslastung der Heime**

Abseits künftiger Finanzierungsengpässe hat der stationäre Pflegemarkt mit aktuellen Schwierigkeiten zu kämpfen. Trotz zunehmender Singularisierung der Gesellschaft (Mäding 2004; Bähr 1997) kommen Erfahrungsberichten zufolge Pflegebedürftige immer später und daher mit erhöhtem Pflegeaufwand in professionelle Heime. Dadurch sinkt die Verweildauer und erhöht sich der Pflegeaufwand bei gleich bleibenden Erlösen. Die Erlöse können sogar geringer ausfallen, weil der Pflegebedürftige bei der Einweisung einer vorübergehenden Pflegestufe zugeordnet wird und erst nach einiger Zeit rückwirkend in die korrekte Stufe. Bei kürzerer Verweildauer verstirbt der Pflegebedürftige jedoch früher und die rückwirkende Einstufung in die korrekte – meist höhere – Pflegestufe unterbleibt in manchen Fällen. Häufig stimmen Angehörige einer nachträglichen Höherstufung nicht zu, weil sie die Mehrkosten tragen müssten. Die sinkende Verweildauer führt außerdem zu einer höheren Fluktuation und damit zu Mehrkosten.

Die Gründe für eine verspätete Einweisung sind vielfältig: Neben verschärften Prüfungen durch den Medizinisch-technischen Dienst der Krankenkassen (MDK) ist eine Zunahme der Pflege durch Angehörige in strukturschwachen Gebieten zu beobachten. Diese einerseits erfreuliche Entwicklung ist vereinzelt auch kritisch zu sehen, wenn der Anreiz für Angehörige nur darin besteht, zusätzliches Einkommen zu generieren, die eigentliche Pflege aber vernachlässigt wird. Ferner ist Pflege im häuslichen Umfeld verstärkt durch ausländisches Personal ohne sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis zu beobachten.

In einem Basisszenario gehen wir davon aus, dass der stark wachsende Pflegebedarf zu einer Vollauslastung der existierenden Pflegeheime führen und es zu keinem Überangebot an Plätzen durch den Bau neuer Heime kommen wird. Derzeit beträgt die Auslastung etwa 90% (Statistisches Bundesamt 2005a). In der Praxis ist eine Auslastung von 100% aufgrund von Fluktuationen im Jahresverlauf in der Regel nicht erreichbar. Als maximal mögliche Auslastung wählen wir im Basisszenario 95%. Kasten 1 diskutiert als ein mögliches Spezifikum die verspätete Einweisung in Heime; diese dürfte jedoch der Zunahme der Auslastung bis 2020 kaum entgegenwirken. Wir nehmen an, dass die höhere Auslastung zu einem entsprechenden Umsatzwachstum führt, gleichzeitig aber auch zusätzliche Personal- und Sachkosten nach sich zieht. Aufgrund von Skaleneffekten dürften die Kosten jedoch weniger als der Umsatz zunehmen. Wir unterstellen in diesem Szenario einen Kostenanstieg von zwei Dritteln des Umsatzwachstums, sodass sich die Umsatzrendite durch eine höhere Auslastung verbessert. Das Basisszenario dient dem Vergleich der anderen Szenarien, z.B. der genannten Politikmaßnahmen.

Wir untersuchen außerdem die Frage, welche Merkmale eines Pflegeheims mit seinem Rating in Zusammenhang stehen. Zwar ist das Rating über ein Bündel von Bilanzkennzahlen (Anhang) klar definiert. Allerdings können pflegeheimspezifische Faktoren wie die Größe oder der Standort mit den Bilanzkennzahlen und folglich mit dem Rating korrelieren. Kausale Zusammenhänge können damit allerdings nicht aufgedeckt werden. Dennoch weisen Korrelationen darauf hin, welche Art von Pflegeheimen derzeit in guter oder schlechter Verfassung sind.

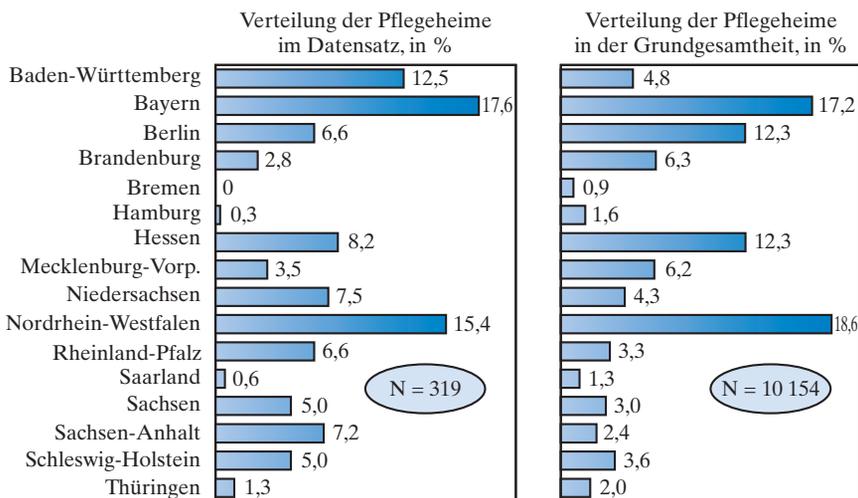
### 3.2 Datengrundlage

Dieser Studie liegen zwei Datensätze zugrunde. Der erste besteht aus einer Stichprobe von 116 Jahresabschlüssen von Pflegeeinrichtungen. Da es sich zum Teil um Pflegeheimketten handelt, umfassen diese Jahresabschlüsse insgesamt 508 einzelne Heime. Über 50% der Jahresabschlüsse stammen aus dem Jahr 2003, der Rest aus Jahren davor. Unseres Erachtens dürfte sich die Situation der Pflegeheime in den letzten beiden Jahren nicht verbessert haben, sodass wir davon ausgehen, dass die auf diesen Daten beruhenden Ratings kein zu negatives, möglicherweise eher ein zu positives Bild abgeben.

Der zweite Datensatz beinhaltet eine Vollerhebung aller stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen Deutschlands, darunter etwa 10 000 Pflegeheime, mit Informationen zur Adresse, Zahl der Pflegeplätze, Preisen für den Pflegeaufwand je Pflegestufe, Preisen für Unterkunft und Verpflegung sowie zu Investitionen. Die Vollerhebung PAULA wurde freundlicherweise vom BKK Bundesverband zur Verfügung gestellt (BKK 2005). In Kombination mit den demographischen Angaben erlauben die Daten aus PAULA beispielsweise Untersuchungen auf Kreisebene zur Auslastung der Pflegeheime oder zum Preisniveau. 246 Pflegeheime des ersten Datensatzes konnten mit den Daten aus PAULA kombiniert werden, wodurch eine teilweise Verbindung zwischen Rating und Preisniveau sowie Pflegeheimgröße ermöglicht wird.

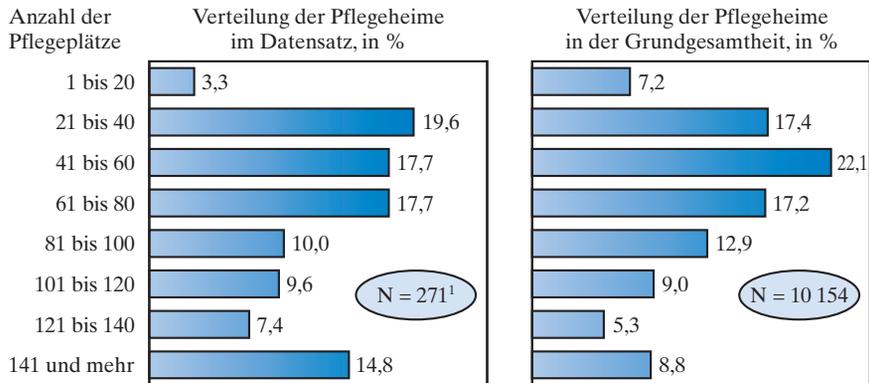
Schaubild 15

#### Verteilung der Pflegeheime im Datensatz nach Bundesländern



Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Quelle: BKK 2005. Nur für 319 Pflegeheime liegen Adressangaben vor.

Schaubild 16

**Verteilung der Pflegeheime im Datensatz nach Größe**

Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Quelle: BKK 2005. Nur für 271 Pflegeheime liegen Angaben zur Zahl der Plätze vor.

Schaubild 15 stellt die Verteilung der Pflegeheime der beiden Datensätze auf die Bundesländer dar, Schaubild 16 vergleicht die Größe der Pflegeheime. Insgesamt liegen 91 Jahresabschlüsse von Pflegeheim(kett)en mit 72 oder mehr Pflegeplätzen (im Folgenden: überdurchschnittlich große Heime) und 25 von Heimen mit weniger als 72 Plätzen vor. 51 Jahresabschlüsse stammen von Ketten, 49 davon von Ketten mit großen Heimen. Es zeigt sich, dass der Datensatz mit den Jahresabschlussinformationen nicht repräsentativ für die Grundgesamtheit ist. Der Aufbau eines umfangreichen, repräsentativen Datensatzes dürfte schwer fallen, da es nur für wenige Heime öffentlich zugängliche Jahresabschlussdaten gibt. Wir vermuten, dass vor allem größere Heime und Ketten ihren Jahresabschluss veröffentlichen. Ziel ist es jedoch, einen repräsentativeren Datensatz schrittweise aufzubauen. Die in Abschnitt 4 berechneten Ratings können daher derzeit nur auf den vorliegenden Datensatz, nicht jedoch auf die Grundgesamtheit bezogen werden. Sie sind jedoch zur Veranschaulichung der Wirkung der genannten Politikmaßnahmen geeignet (Abschnitt 5).

## 4. Aktuelle Situation von Pflegeheimen

### 4.1 Überblick

Basierend auf den Jahresabschlussdaten zeigt Schaubild 17 die Bilanz eines durchschnittlichen Pflegeheims des Datensatzes. Das Anlagevermögen stellt fast 52% der Aktiva. Dieser geringe Anteil könnte Folge von *sale-and-lease-back* sein. Erfahrungswerte sprechen eher für eine Quote von 85%. Die Eigenkapitalquote beträgt im Durchschnitt etwa 29%, die Sonderposten (ver-

Schaubild 17

**Bilanz eines durchschnittlichen Pflegeheims des Datensatzes<sup>1</sup>**

Aktiva		Passiva	
Anlagevermögen	52,0%	28,8%	Eigenkapital
Vorräte und Forderungen	28,4%	8,2%	Sonderposten
Kasse und Wertpapiere	20,5%	29,5%	Langfristige Verbindlichkeiten
		33,5%	Kurzfristige Verbindlichkeiten

Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – <sup>1</sup>Ungewichtete Durchschnitte.

mutlich weitgehend kumulierte öffentliche Fördermittel) bilden 8% der Bilanzsumme. Verbindlichkeiten, insbesondere kurzfristige, machen einen bedeutenden Anteil aus. Das Anlagevermögen wird durch Eigenkapital und Sonderposten nur zu 70% gedeckt. Erst zusammen mit den langfristigen Verbindlichkeiten erreicht das durchschnittliche Pflegeheim unserer Stichprobe eine Anlagendeckung von deutlich über 100%.

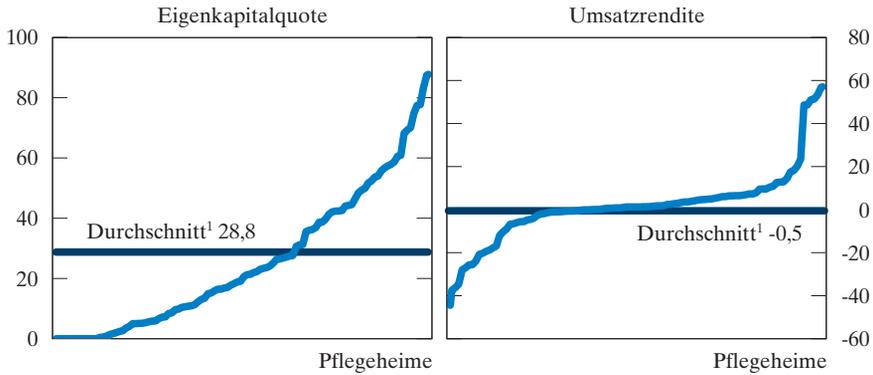
Der Personalaufwand beträgt durchschnittlich etwa zwei Drittel, der Materialaufwand 25% des Umsatzes. Die mittlere Umsatzrendite ist mit –0,5% leicht negativ.<sup>4</sup> Die Pflegeheime der Stichprobe weisen jedoch eine große Bandbreite bezüglich der Eigenkapitalquote und der Umsatzrendite auf (Schaubild 18). Besonders hervorzuheben ist die für kleine Heime offenbar geringere Eigenkapitalquote und Umsatzrendite.

Die durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit der Pflegeheime des Datensatzes beträgt etwa 1,9% und liegt damit leicht über der von Krankenhäusern (1,7%; Augurzyk et al. 2005). Im Vergleich zu anderen mittelständischen Unternehmen in Westdeutschland schneiden die Pflegeheime des Datensatzes

<sup>4</sup> Bei der Berechnung der Mittelwerte wurden Ausreißer eliminiert: Heime im untersten und obersten 5%-Quantil wurden nicht berücksichtigt. Die negative Umsatzrendite bedeutet im Übrigen nicht, dass dies für die Mehrzahl der Pflegeheime des Datensatzes gilt. Der Median liegt bei 1,3%, d.h. 50% der Heime besitzen eine Umsatzrendite über 1,3%.

Schaubild 18

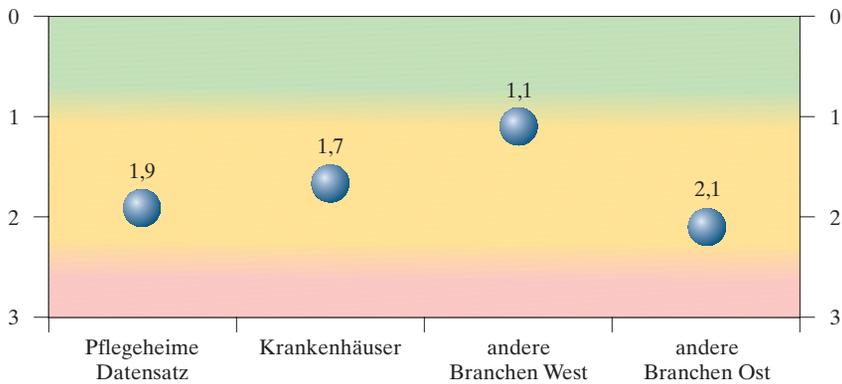
**Verteilung der Eigenkapitalquote und der Umsatzrendite**  
in %



Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Um Ausreißer bereinigt.

Schaubild 19

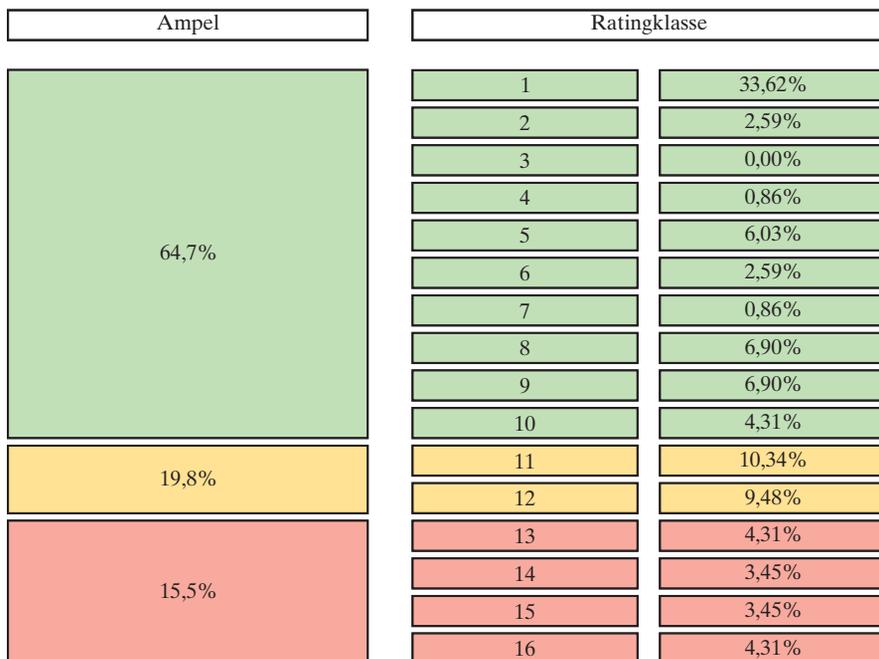
**Durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit der Pflegeheime im Datensatz**  
in %



Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen.

schlechter ab (Schaubild 19; Bindewald et al. 2004). Schaubild 20 stellt die Verteilung der Ratings auf die Ampelklassifikation und die Ratingklassen dar. Hier wird ersichtlich, dass sich 15,5% der Heime im roten Bereich und nahezu 20% im gelben befinden.

Schaubild 20

**Verteilung der Ratings auf Ratingklassen**

Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen.

**4.2 Analysen für Untergruppen**

Die vorliegenden Daten erlauben die Berechnung der durchschnittlichen Ausfallwahrscheinlichkeit für verschiedene Untergruppen:

- große versus kleine Heime,
- Ketten im Vergleich zu einzelnen Pflegeheimen,
- Ost- versus Westdeutschland und Nord- versus Süddeutschland,
- Ballungsräume im Vergleich zu ländlichen Gebieten,
- hochpreisige versus preisgünstige Heime,
- Heime mit versus ohne aktuellen Jahresabschluss.

Tabelle 1 fasst die durchschnittlichen PD der Untergruppen zusammen. Zwar weisen je zwei Untergruppen stets unterschiedliche PD auf. Die Unterschiede können jedoch auf zufälligen Schwankungen beruhen. Aufgrund der geringen Größe des Datensatzes steigt die Bedeutung zufälliger Schwankungen, und nur wenige Unterschiede – die zwischen großen und kleinen, zwischen hoch-

Tabelle 1

<b>Ausfallwahrscheinlichkeit von Pflegeheimen nach Merkmalen</b>			
Gruppe	Anzahl der Jahresabschlüsse <sup>1</sup>	PD, %	Unterschied zwischen Untergruppen <sup>2</sup>
Alle Pflegeheime	116	1,9	–
Heime mit 72 Plätzen und mehr	91	1,2	hoch signifikant
Heime mit weniger als 72 Plätzen	25	4,7	
Einzelheime	65	2,1	nicht signifikant
Pflegeheimketten	51	1,7	
Kleine Einzelheime	23	3,6	nicht signifikant
Große Einzelheime	42	1,2	
Westdeutschland	77	1,6	nicht signifikant
Ostdeutschland	38	2,3	
Norddeutschland	62	1,9	nicht signifikant
Süddeutschland	53	1,7	
Preisniveau über 81,50 €/Tag	48	0,9	schwach signifikant
Preisniveau unter 81,50 €/Tag	36	2,7	
Heime mit aktuellen Daten	62	1,3	schwach signifikant
Heime ohne aktuelle Daten	54	2,7	

Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – <sup>1</sup>Einzelne Pflegeheime konnten aufgrund fehlender Informationen nicht allen Untergruppen zugeordnet werden. – <sup>2</sup>Hoch signifikant: Signifikanzniveau 1%, schwach signifikant: 10%.

preisigen und preisgünstigen sowie zwischen Heimen mit und ohne aktuelle Daten – erweisen sich als statistisch signifikant.

Große Heime weisen eine deutlich niedrigere PD auf als kleine. Dies wird vermutlich mit Skalenvorteilen zusammenhängen. Inwieweit jedoch die Größe tatsächlich die Ursache für den beobachteten Unterschied ist, lässt sich nicht beantworten. Darin kann sich auch die Tatsache widerspiegeln, dass größere Heime ein höheres Preisniveau aufweisen als kleine. Hochpreisige Heime scheinen ebenfalls ein besseres Rating aufzuweisen als preisgünstige. Dies ist auf den ersten Blick nicht verwunderlich. Möglicherweise fallen darunter viele private Heime, die keine öffentlichen Fördermittel erhalten haben und daher höhere Preise verlangen müssen und grundsätzlich stärker auf Profitabilität achten müssen.

Ähnlich wie bei Krankenhäusern weisen auch Pflegeheime mit aktuellen Jahresabschlüssen ein besseres Rating auf als jene ohne aktuelle Daten. Die Ursache hierfür bleibt im Dunkeln. Zu vermuten ist, dass Heime mit einer transparenten externen Datenlage auch eine höhere interne Transparenz besitzen und damit ihren Betrieb besser steuern können. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen Ost- und West- bzw. Nord- und Süddeutschland und zwischen Einzelheimen und Ketten konnten wir nicht feststellen.

Bei den vorgestellten Ergebnissen handelt es sich um bivariate Analysen. Es wird dabei nur ein einzelner Faktor, z.B. die Heimgröße, herausgegriffen und

bezüglich dieses Faktors die PD untersucht. Eine bivariate Analyse lässt keine kausale Interpretation zu. So muss die Heimgröße wie erwähnt nicht die Ursache für eine gute PD sein; vielmehr könnten hier hohe Preise ausschlaggebend sein. Eine multivariate Analyse berücksichtigt alle bekannten und beobachtbaren Faktoren simultan und kann dadurch die Effekte der einzelnen Faktoren auf die PD isolieren. Eine derartige Analyse auf der Basis von 79 verwertbaren Jahresabschlüssen hat ergeben, dass kein einzelner Faktor eine signifikante Erklärungskraft für die Höhe der Ausfallwahrscheinlichkeit besitzt. Dies bedeutet nicht, dass es solche Zusammenhänge nicht geben kann. Eine endgültige Aussage ist erst möglich, wenn die Stichprobe zu Pflegeheimen mit Jahresabschlüssen deutlich vergrößert wird.

### 4.3 Weitere Analysen

Auf Basis der Pflegedatenbank PAULA sind wir in der Lage, Analysen auf Kreisebene durchzuführen. Das Preisniveau eines Pflegeheims ist von besonderem Interesse. Es korreliert offenbar mit der Ausfallwahrscheinlichkeit und damit mit der finanziellen Stärke eines Heims. Damit wird das Preisniveau zu einer wichtigen Entscheidungskomponente beim Bau oder Kauf eines Heims. Auch die öffentliche Hand hat ein Interesse an der Höhe der Preise, da bei bundesweit einheitlichen Pflegesätzen der SPV der Zuschuss zu den Pflegekosten in Form von Sozialhilfe von den Preisen abhängt.

Wir untersuchen auf Kreisebene, wie das Preisniveau mit der geschätzten Auslastung, dem verfügbaren Einkommen je Einwohner im Jahr 2003 (AK VGR der Länder 2006) und der Personalintensität (Zahl der Mitarbeiter pro Pflegefall; Statistisches Bundesamt 2005b) zusammenhängt. Schaubild 21 gibt einen Überblick über das Preisniveau der Heime in den knapp 440 Kreisen. In Westdeutschland sind Pflegeheime teurer als in Ostdeutschland. Nordrhein-Westfalen sticht als besonders teuer hervor, ebenso Hamburg, Bremen, die Rhein-Main-Region sowie Teile Baden-Württembergs. Schaubild 8 zeigte bereits die geschätzte Auslastung; die mittlere Heimgröße eines Kreises wird in Schaubild 22, die Personalintensität in Schaubild 23 dargestellt. Das verfügbare Einkommen je Einwohner findet sich in Schaubild 24.<sup>5</sup>

Auf den ersten Blick scheint es einen Zusammenhang zwischen dem Preisniveau und der mittleren Heimgröße, der Personalintensität und dem Einkommen je Einwohner zu geben. In der Tat bestätigt eine multivariate Analyse diese Vermutung (Schaubild 25). Unterschiede im Preisniveau der Heime verschiedener Kreise lassen sich zu einem großen Teil durch Unterschiede in der Heimgröße, der Personalintensität sowie im verfügbaren Einkommen erklären. Die Zusammenhänge sind jeweils hoch signifikant positiv. Die geschätzte

<sup>5</sup> Darstellungen der Investitionen sowie des Preises für Pflegeleistungen bzw. für Unterkunft und Verpflegung nach Regionen finden sich im Anhang.

Schaubild 21

**Derzeitiges Preisniveau der Pflegeheime nach Kreisen**

in €/Tag

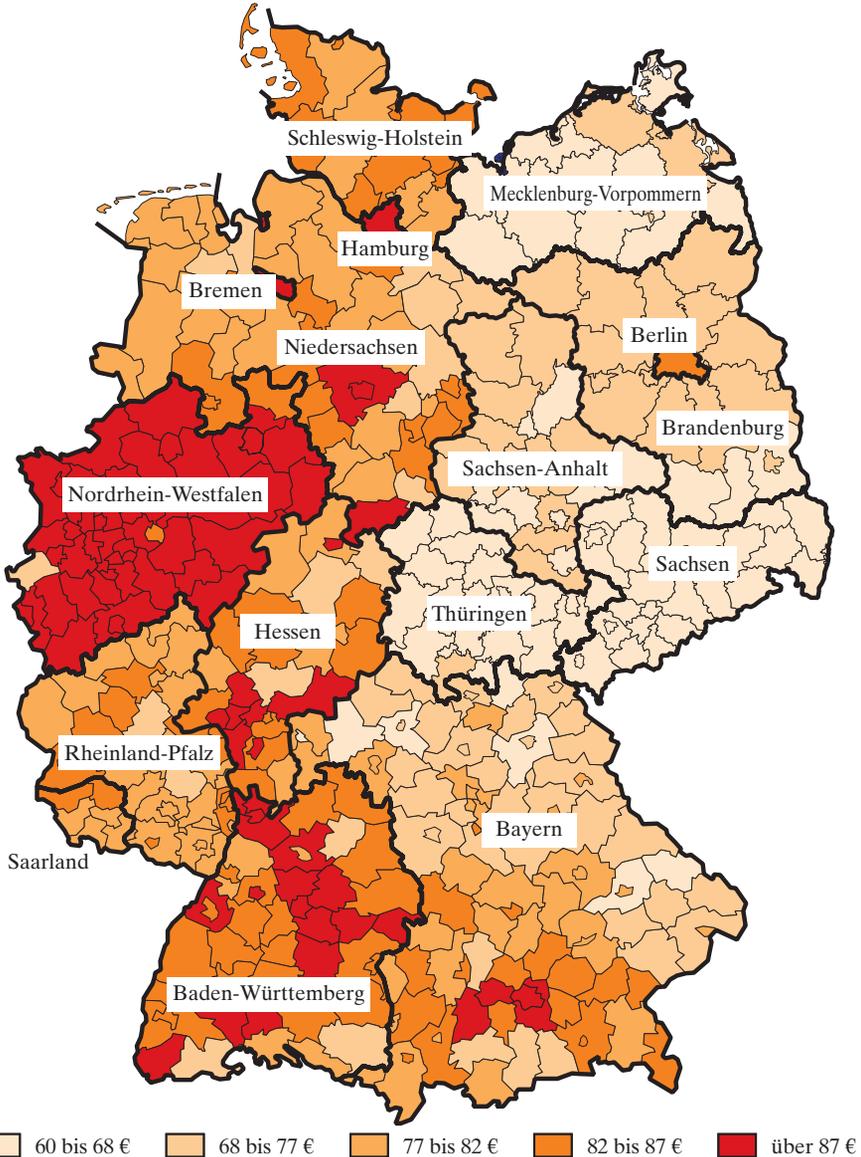


Schaubild 22

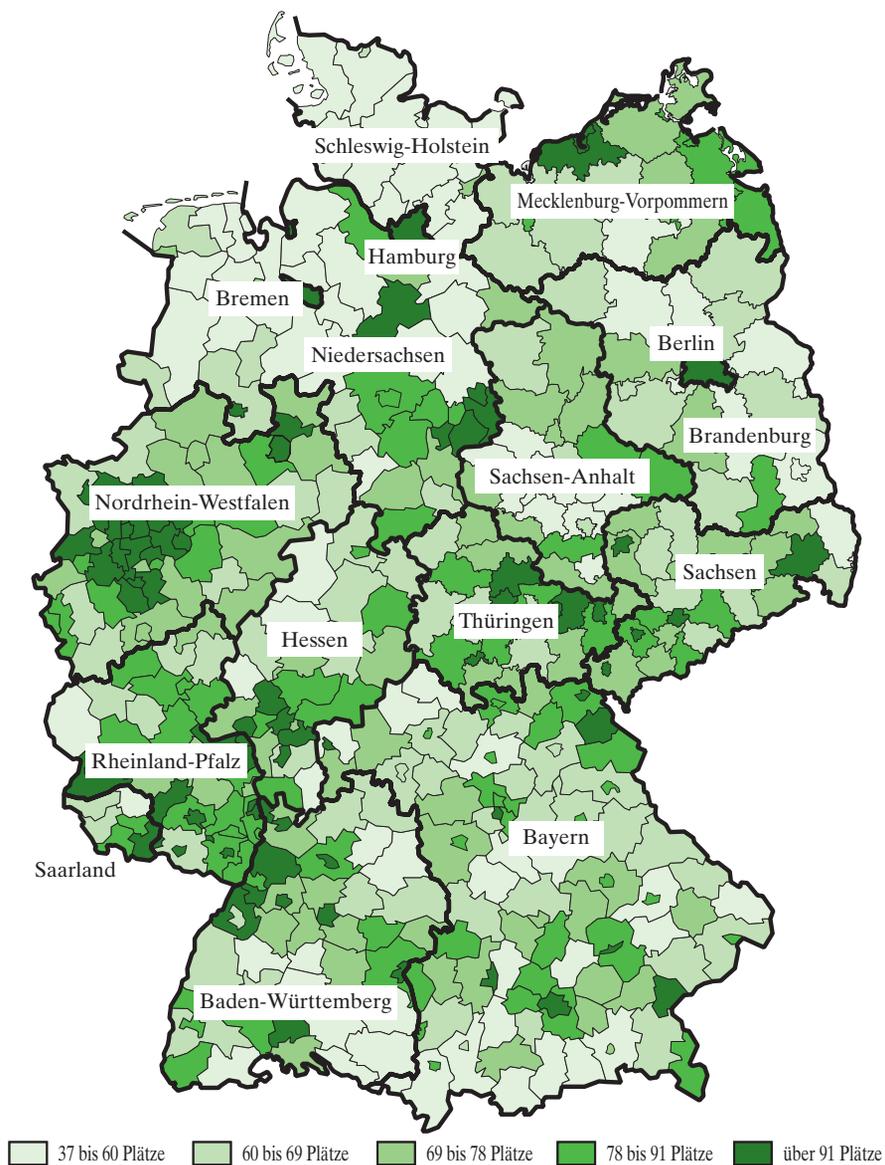
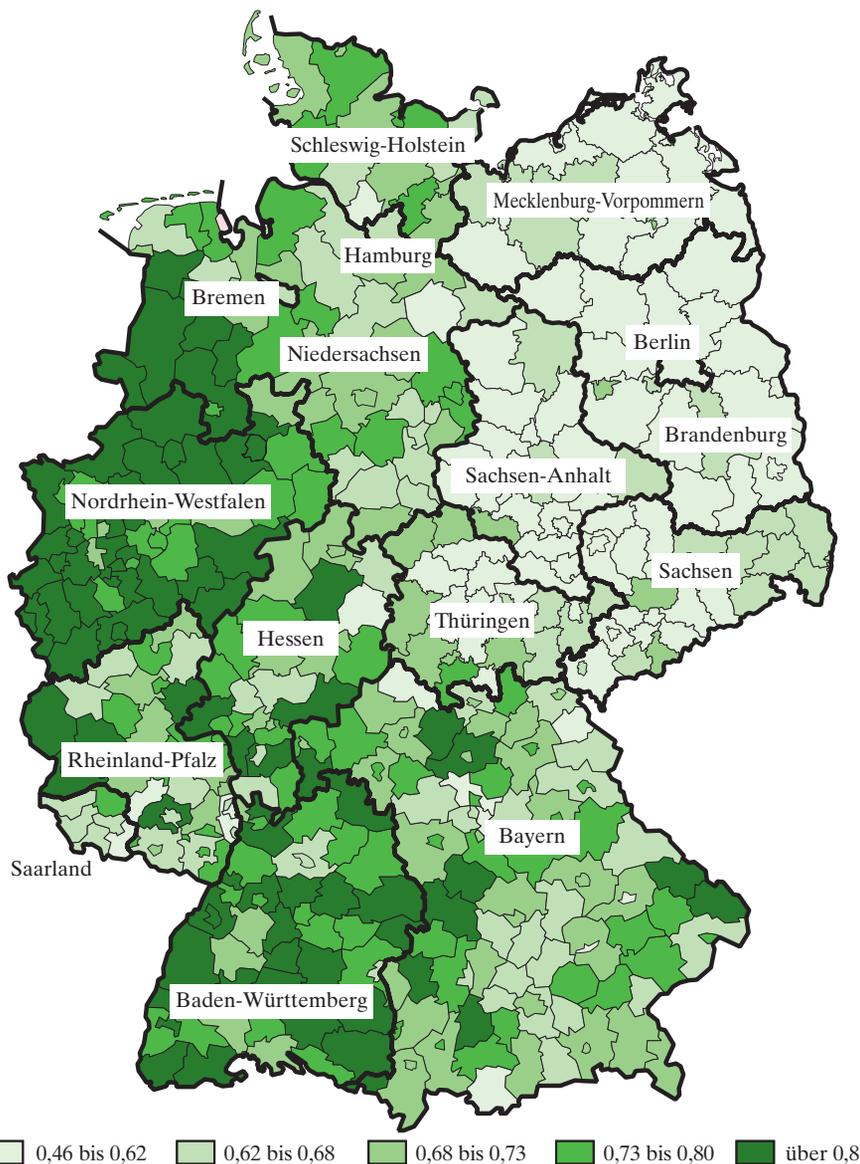
**Derzeitige durchschnittliche Größe der Pflegeheime nach Kreisen**

Schaubild 23

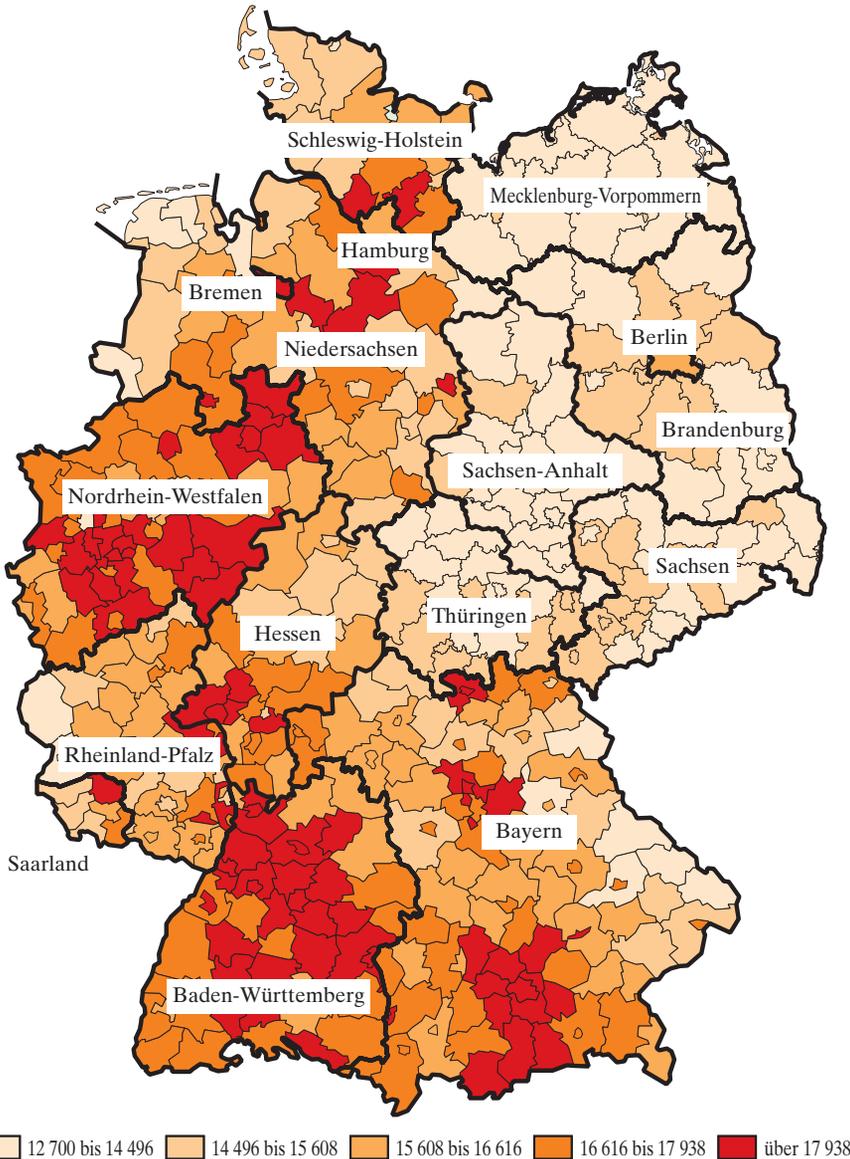
**Derzeitige Personalintensität der Pflegeheime nach Kreisen**Pflegepersonal<sup>1</sup> je Pflegeplatz

Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2005b. –  
<sup>1</sup>Vollzeitkräfte.

Schaubild 24

**Verfügbares Jahreseinkommen je Einwohner nach Kreisen**

2005; in €

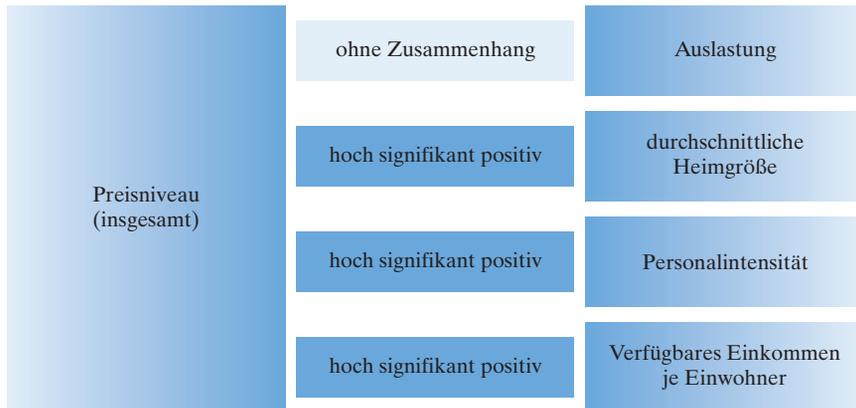


Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Quelle: Arbeitskreis VGR der Länder 2006.

Schaubild 25

### Multivariate Analyse des Preisniveaus der Heime und der Heimgröße, der Personalintensität und des verfügbaren Einkommens

Informationen auf Kreisebene



Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen.

Auslastung auf Kreisebene weist keine signifikante Korrelation mit dem regionalen Preisniveau auf. Einerseits kann eine hohe Auslastung dazu führen, dass bei knappem Angebot die Preise steigen. Andererseits kann umgekehrt bei niedrigen Preisen die Nachfrage wachsen und zu einer hohen Auslastung führen. Plausibel ist der Zusammenhang zwischen hoher Personalintensität und hohen Preisen sowie hohen verfügbaren Einkommen und hohen Preisen. Schwerer verständlich ist der eindeutig positive Zusammenhang zur Heimgröße in einem Kreis. Möglicherweise gelingt es größeren Heimen in den Verhandlungen mit den Kostenträgern eher als kleinen, höhere Preise durchzusetzen.

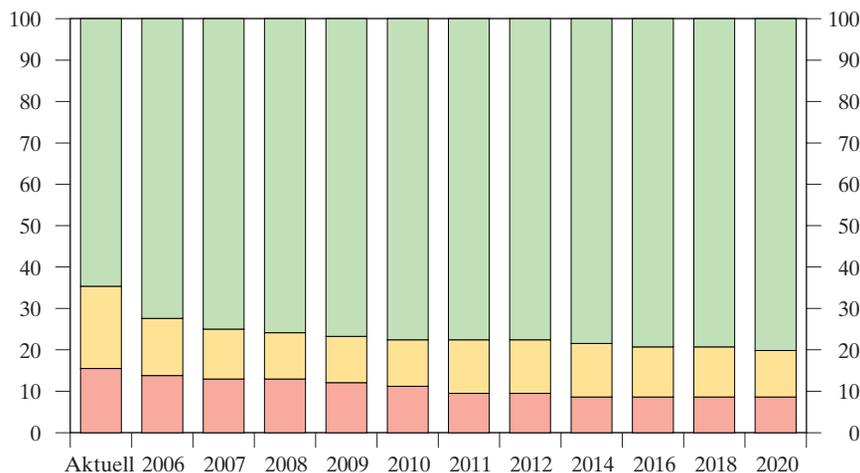
## 5. Auswirkungen von Maßnahmen zur Stabilisierung der SPV

Im Folgenden sollen die erwähnten Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzierung der SPV und ihre Auswirkungen kurz dargestellt werden. Die Maßnahmen werden so kalibriert, dass die Kapitalreserve der SPV bis 2020 nicht negativ wird. Damit soll verdeutlicht werden, wie stark eine Maßnahme ausfallen müsste, um den wachsenden Pflegebedarf über die SPV finanzieren zu können. Ziel ist die Darstellung von Größenordnungen, nicht die Erstellung einer exakten Prognose. Effekte von Maßnahmen auf das Rating der Pflegeheime werden mit dem in Abschnitt 3.1 vorgestellten Basisszenario verglichen. Schaubild 26 zeigt die Veränderung der Ampel im Basisszenario.

Schaubild 26

**Verteilung der Pflegeheime nach der Ampelklassifikation im Basisszenario**

2005 bis 2020; Anteil in %



Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen.

Schaubild 27 erlaubt eine qualitative Einschätzung der möglichen Wirkungen der Maßnahmen. Ein negatives Vorzeichen heißt, dass durch eine Maßnahme mit einem negativen Effekt auf die Zielgröße zu rechnen ist, ein positives Vorzeichen das Gegenteil.

### 5.1 Verschärfung der Kriterien zur Inanspruchnahme von Leistungen der SPV bzw. Reduktion des Leistungskatalogs

Auf Basis der vorgestellten Hochrechnungen muss für 2020 mit etwa 870 000 und für 2010 mit 720 000 stationären Pflegefällen gerechnet werden. 2004 waren es etwa 650 000, 1999 etwa 620 000. 1999 konnten die Einnahmen der SPV letztmalig die Ausgaben tragen. Ohne Gegenmaßnahmen würden daher bis 2010 ungefähr 100 000 und bis 2020 250 000 Pflegebedürftige keine stationäre Versorgung erhalten können.<sup>6</sup>

Um eine ausgeglichene Finanzsituation zu erreichen, müssten die Kriterien zur Inanspruchnahme von Leistungen der SPV derart verschärft werden, dass diese zusätzlichen Pflegebedürftigen nicht mehr als pflegebedürftig gelten. Alternativ könnte der Leistungskatalog reduziert werden. Die Generationengerechtigkeit würde sich dadurch erhöhen, weil jüngere und noch nicht geborene Generationen nicht den Zuwachs an Pflegebedarf finanzieren müssten.

<sup>6</sup> Bei der ambulanten Versorgung, die hier nicht näher untersucht werden soll, wären 2020 etwa 400 000 Pflegebedürftige ohne Versorgung.

Schaubild 27

**Erste Bewertung der unterstellten Maßnahmen**

	Generationen- gerechtigkeit	Preise der Pflegeheime	Rating der Pflegeheime	Pflege- nachfrage	Arbeitsmarkt	Öffentliche Haushalte („Sozialhilfe“)	Eigenvorsorge
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">+</div> <span>Verbesserung</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">-</div> <span>Verschlechterung</span> </div> </div>							
Verschärfung der Kriterien zur Inanspruchnahme von Leistungen der SPV	+	(-)	(-)	-			+
Erhöhung der Beiträge zur SPV	-				-		
Reduktion der Pflegesätze der SPV → Erhöhung der Eigenbeteiligung	+	-	-	-		-	+
Stärkerer Wettbewerb zwischen Pflegeheimen		-	-			+	
Umstellung der SPV auf ein Kapitaldeckungsverfahren	+				+		+

Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen.

Die Angehörigen dieser nicht mehr versorgten Pflegebedürftigen hingegen müssten mit einer höheren Belastung rechnen. Der Anreiz für jüngere Menschen zur Eigenvorsorge würde erhöht, um im Alter nicht auf Pflegeleistungen verzichten zu müssen. Offen bleibt jedoch, was mit den Betroffenen passiert, die bei einer Verschärfung der Kriterien ohne professionelle Pflege auskommen müssen. Da auch Angehörige kein Pflegegeld erhalten würden, könnten viele die Pflege nicht übernehmen, weil sie ihren eigenen Lebensunterhalt verdienen müssen.

Pflegeheime müssten bei Verschärfung der Kriterien für die Pflegestufen I bis III schwerere Fälle mit höherem Personalaufwand als bislang versorgen. Ihre Kosten dürften infolgedessen steigen, während ihre Umsätze konstant bleiben. Zur Illustration nehmen wir an, dass die Kosten der Pflegeheime ab 2009 um 1% schrittweise bis 2020 um 5% steigen. Schaubild 28 zeigt die Änderung der Ampel unter dieser Annahme.

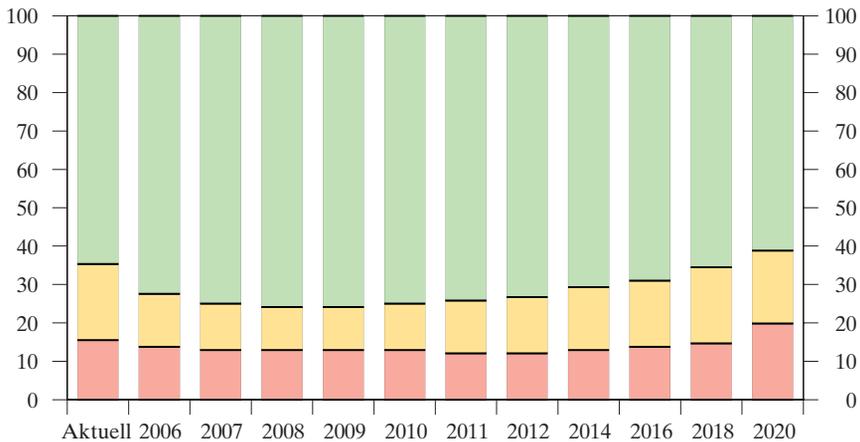
## 5.2 Erhöhung der Beiträge zur SPV

Zur Schließung der Finanzierungslücke der SPV müssten die Beiträge von derzeit 1,7% für Versicherte mit Kindern und 1,95% für Kinderlose schritt-

Schaubild 28

**Verteilung der Pflegeheime nach der Ampelklassifikation bei Verschärfung der Kriterien (Maßnahme 1)**

2005 bis 2020; Anteil in %



Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen.

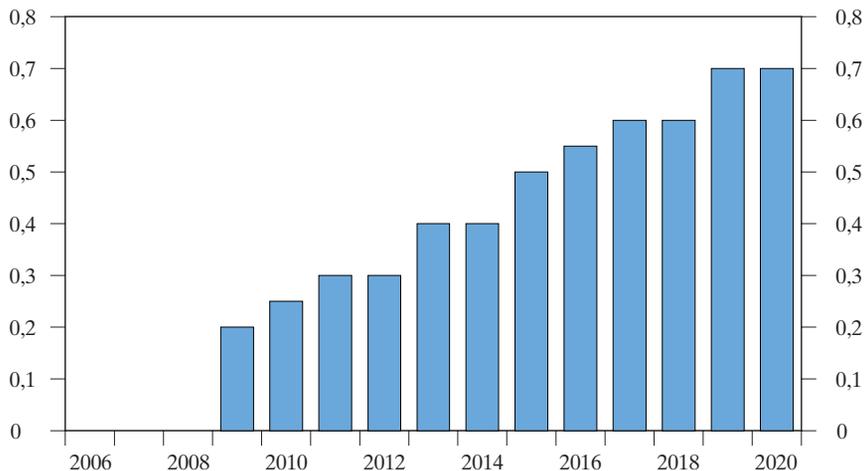
weise bis 2020 um etwa 0,70%-Punkte auf 2,40% bzw. 2,65% erhöht werden (Schaubild 29). Damit würden die Einnahmen der SPV ab 2009 etwa die Ausgaben decken. Einen ähnlich hohen Anstieg bis 2020 erwarten Häcker/Raffelhüschen (2004: Abbildung 3) in ihrem mittleren Szenario ohne Kostendruck. Ohne Gegenmaßnahmen gehen sie ab 2050 sogar von einem Anstieg der Beiträge auf über 6,0% aus.

Aus der Perspektive der Generationengerechtigkeit schneidet diese Maßnahme besonders schlecht ab, da nur die jüngeren und späteren Generationen stark belastet werden, gleichzeitig aber nicht mit entsprechend höheren Leistungen bei eigener Pflegebedürftigkeit rechnen können. Außerdem muss durch steigende Sozialabgaben bzw. einer Verteuerung des Faktors Arbeit mit negativen Arbeitmarkteffekten gerechnet werden. Ebenso wie die erste Maßnahme sollte diese deshalb nicht durchgeführt werden – insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass bei der GKV und besonders bei der Gesetzlichen Rentenversicherung ebenfalls die Beiträge eher steigen als sinken werden. Eine Auswirkung auf das Rating der Pflegeheime ist nicht zu erwarten, da sich die Nachfrage nach Pflegeleistungen unter dieser Maßnahme nicht von der des Basisszenarios unterscheiden dürfte.

Schaubild 29

**Erhöhung der Beiträge zur SPV (Maßnahme 2)<sup>1</sup>**

2006 bis 2020; Vergleich zum derzeitigen Niveau in %-Punkten



Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. –<sup>1</sup>Zur Schließung der Finanzierungslücke erforderliche Beitragserhöhung.

**5.3 Reduktion der Pflegesätze, Erhöhung der Eigenbeteiligung**

Würden die Pflegesätze soweit gesenkt, dass die Ausgaben der SPV genau den Einnahmen entsprechen, wären alle Pflegebedürftigen mehr oder weniger gleich betroffen, während die Verschärfung der Kriterien nur einen Teil trifft. Mit sinkenden Pflegesätzen ist eine höhere Eigenbeteiligung verbunden. Wir gehen daher davon aus, dass die Pflegenachfrage sinken dürfte, weil zunehmend Angehörige die Pflege übernehmen. Zur Illustration dieses Effekts unterstellen wir, dass die Nachfrage prozentual halb so stark sinkt wie die Eigenbeteiligung steigt<sup>7</sup>. Diese rückläufige Nachfrage entlastet die Ausgabenseite der SPV zusätzlich.

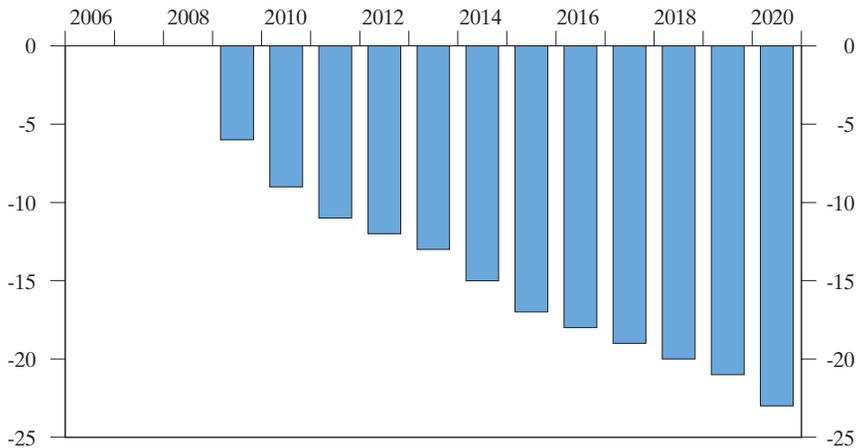
Trotz der unterstellten rückläufigen Nachfrage müssten die Pflegesätze der SPV sehr stark gesenkt werden, bis 2020 um mehr als 20% (Schaubild 30). Die Eigenbeteiligung würde in gleichem Maße steigen. Die Preise der Pflegeheime blieben gleich. Schaubild 31 bildet die reduzierte Nachfrage nach Pflegeleistungen ab. Zwar dürfte sich infolgedessen die Auslastung der Pflegeheime vorübergehend leicht reduzieren. Langfristig überwiegt aber der Nachfragezuwachs, sodass sich die Situation zwischen 2009 bis 2011 nur leicht schlechter als im Basisszenario (Schaubild 26) darstellen würde. Schon ab 2012 würde

<sup>7</sup> Es handelt sich hierbei um eine Annahme, empirische Evidenz hierfür liegt nicht vor. Diese zu schaffen, ist Aufgabe weiterer Forschung.

Schaubild 30

**Reduktion der Pflegesätze (Maßnahme 3)<sup>1</sup>**

2006 bis 2020; in %

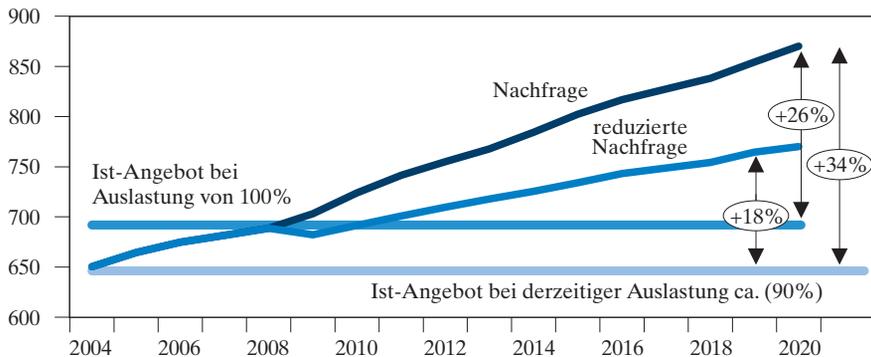


Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – <sup>1</sup>Zur Schließung der Finanzierungslücke erforderliche Reduktion der Pflegesätze.

Schaubild 31

**Rückgang der Nachfrage nach stationärer Pflege durch reduzierte Pflegesätze<sup>1</sup>**

in 1000



Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2005a. –

<sup>1</sup>Annahme: Reduktion der Nachfrage um die Hälfte der Reduktion der Pflegesätze.

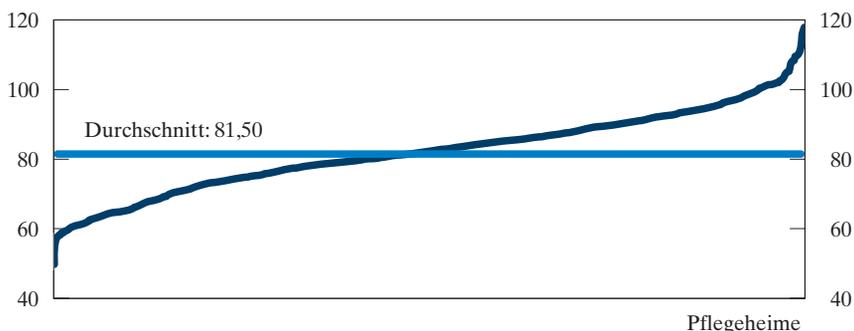
sich kein Unterschied zum Basisszenario feststellen lassen.<sup>8</sup> Wir verzichten daher auf eine Darstellung der Effekte auf das Rating.

<sup>8</sup> Es ist davon auszugehen, dass sich der Bau neuer Pflegeheime der Nachfrage anpasst, somit keine Überkapazitäten entstehen und die Auslastung langfristig auf 95% steigt.

Schaubild 32

**Derzeitiges durchschnittliches Preisniveau der einzelnen Pflegeheime**

in €



Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Nach BKK 2005. – Mit bundesweiter Nachfrage gewichtete Durchschnitte der Sätze für die einzelnen Pflegestufen zuzüglich Preise für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionen.

**5.4 Verschärfung des Wettbewerbs zwischen Pflegeheimen**

Zwischen Pflegeheimen gibt es derzeit sehr große Preisunterschiede. Die Preise liegen zwischen 60 und etwa 120 € pro Tag, der Durchschnittspreis bei 81,50 € (Schaubild 32). Darin enthalten sind die Preise für die eigentlichen Pflegeleistungen, Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie ein Investitionskostenanteil. Zugleich sind eindeutige Ballungen hochpreisiger und preisgünstiger Regionen erkennbar (Schaubild 21).

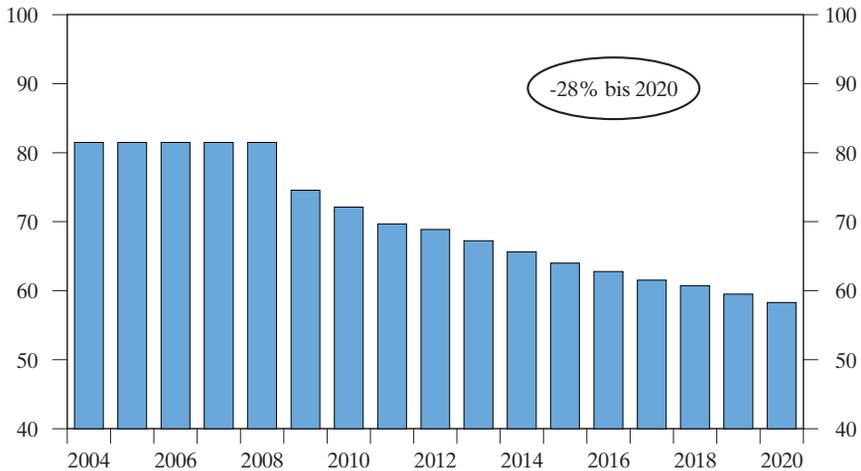
Als mögliche Gründe für Preisdifferenzen wurden in Abschnitt 3.3 Unterschiede in der Personalintensität und im verfügbaren Einkommen genannt. Diese allein können jedoch nicht die gesamten Preisdifferenzen erklären. Wettbewerbsverzerrungen oder mangelnder Wettbewerb könnten weitere Ursachen sein. Die vierte Maßnahme untersucht, wie stark die Preise sinken müssten, damit die Finanzierungslücke geschlossen werden kann. Wir nehmen hierbei an, dass die gesamte Preissenkung zu einer Reduktion der Pflegesätze genutzt werden kann und die Eigenbeteiligung absolut unverändert bleibt. In diesem Fall müsste das Preisniveau bis 2020 um 28% (Schaubild 33) und damit auf das Niveau der heute bundesweit günstigsten Pflegeheime sinken.

Der Anpassungsdruck für die betroffenen Heime wäre enorm. Ohne Gegenmaßnahmen befänden sich etwa 60% von ihnen 2020 im roten Bereich (Schaubild 34). Zahllose Pflegeheime würden dies nicht überleben. Umfangreiche Pflegekapazitäten würden abgebaut, so dass die gesamte Nachfrage nicht mehr bedient werden könnte. In einer alternativen Rechnung haben wir unterstellt, dass auch die Preise der ambulanten Dienste fallen. Wenn sie halb

Schaubild 33

**Zur Schließung der Finanzierungslücken notwendige Preisreduktion (Maßnahme 4)**

2004 bis 2020; durchschnittliches Preisniveau der Pflegeheime in €

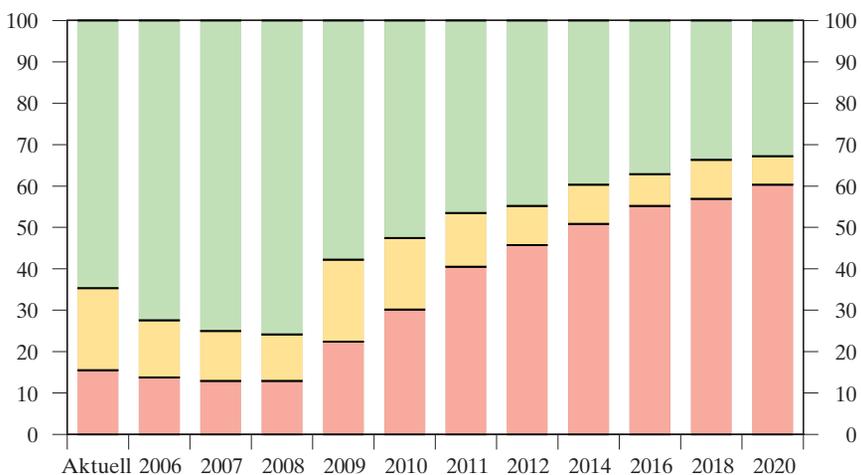


Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Annahme: Preise im ambulanten Bereich bleiben unverändert. Zur Berechnung der Preise vgl. Schaubild 32.

Schaubild 34

**Verteilung der Pflegeheime nach der Ampelklassifikation bei Senkung des Preisniveaus (Maßnahme 4)**

2005 bis 2020; Anteil in %

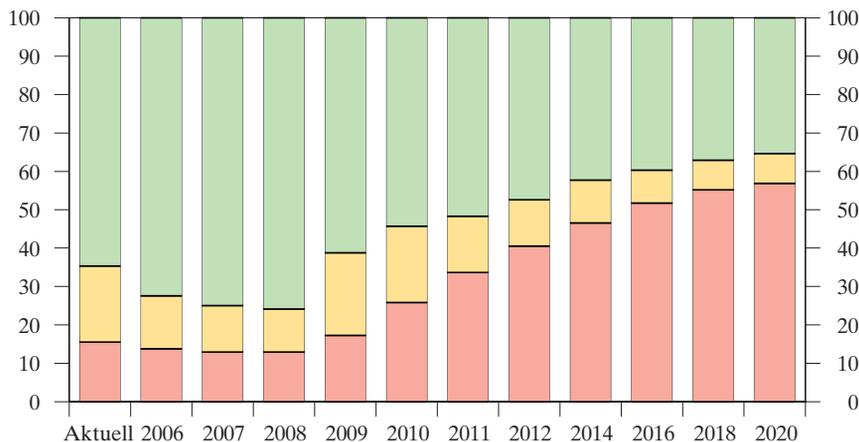


Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Zur Schließung der Finanzierungslücke erforderliche Senkung der Preise der Pflegeheime. Zur Berechnung der Preise vgl. Schaubild 32.

Schaubild 35

**Verteilung der Pflegeheime nach der Ampelklassifikation bei reduzierter Senkung des Preisniveaus<sup>1</sup> (Maßnahme 4)**

2005 bis 2020; Anteil in %



Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Zur Schließung der Finanzierungslücke erforderliche Senkung der Preise der Pflegeheime, wenn gleichzeitig die Preise für ambulante Dienste halb so stark sinken wie die der stationären. Zur Berechnung der Preise vgl. Schaubild 32.

so stark sinken wie die der Pflegeheime, müsste das Preisniveau der Heime nur um 20% reduziert werden. Das Rating würde sich etwas weniger stark verschlechtern (Schaubild 35).

### 5.5 Umstellung auf Kapitaldeckungsverfahren

Obwohl die demographischen Probleme einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung schon 1995 bekannt waren, entschloss sich die Politik zur Einführung der SPV. Häcker/Raffelhüschchen (2004) berechnen die Nachhaltigkeitslücke der SPV (Szenario ohne Kostendruck) auf 50% des BIP. In dieser Höhe müssten Rückstellungen gebildet werden, um den Verpflichtungen der SPV gegenüber zukünftigen Leistungsempfängern nachkommen zu können. Mit der Einführung der SPV wurde in dieser Höhe zukünftigen Generation eine Verpflichtung aufgebürdet und der älteren Generation ein Geschenk in entsprechender Höhe gemacht.

Zur Schließung der Nachhaltigkeitslücke schlagen Häcker/Raffelhüschchen (2004) die schrittweise Abschaffung der SPV und parallel die Einführung einer verpflichtenden privaten Pflegeversicherung vor. Zur Deckung noch laufender Verpflichtungen wird der jüngeren Generation ein einkommensabhängiger Solidarbeitrag von durchschnittlich 1,2% des Einkommens abver-

langt, der sich bis etwa 2046 auf Null reduziert. Die ältere Generation muss einen zusätzlichen pauschalen Beitrag entrichten. Bis dahin würde über die private Pflegeversicherung eine ausreichend hohe Kapitalreserve aufgebaut, um den Pflegebedarf finanzieren zu können. Die Autoren zeigen, dass im Szenario ohne Kostendruck die Nachhaltigkeitslücke damit aufgehoben würde. Zwar stellt dieser Vorschlag unseres Erachtens eine sinnvolle Lösung dar. Wir befürchten aber, dass er sich politisch nur schwer umsetzen lässt, weil „Kapitaldeckung“ und „Eigenverantwortung“ in der politischen Debatte häufig mit „unsolidarisch“ gleichgesetzt werden.

Eine Auswirkung auf das Rating der Pflegeheime erwarten wir nicht, da durch diese Umstellung die gesamte erwartete Nachfrage finanziert wird. Möglicherweise würden Pflegeheime ihr Leistungsangebot stärker differenzieren, wenn Pflegebedürftige über eine private Pflegeversicherung mehr Wahlfreiheit über den Leistungskatalog erhalten.

#### **5.6 Maßnahmenmix**

Es hat sich gezeigt, dass – bis auf die letzte – keine Maßnahme alleine das Finanzierungsproblem der SPV lösen kann, ohne gravierende Auswirkungen in Kauf zu nehmen. Wir empfehlen daher einen Mix aus den genannten Maßnahmen. Wir schlagen einerseits eine leichte Erhöhung der Beiträge und eine gleichzeitige Absenkung des Leistungsniveaus der SPV (durch Verschärfung der Kriterien, Reduktion des Leistungskatalogs und Senkung der Pflegesätze) in Verbindung mit dem Aufbau einer zusätzlichen privaten Vorsorge im Sinne der fünften Maßnahme vor.

Zugleich muss der Pflegemarkt dereguliert und der Wettbewerb zwischen den Anbietern von Pflegeleistungen gestärkt werden. Aus ökonomischen Gründen ist es nicht nachvollziehbar, die Größe von Pflegeheimen zu begrenzen, wie dies in manchen Bundesländern geschieht. Das SGB XI sollte auf überholte Vorschriften hin überprüft werden. Sowohl die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen als auch die regulierten Personalstrukturvorgaben der Länder gehören auf den Prüfstand. Ein größeres Maß an Flexibilität in diesen Bereichen würde die Wirtschaftlichkeit und damit auch die Qualität der Heime positiv beeinflussen.

## **6. Fazit**

Die Kapitalreserve der SPV nimmt seit 1999 ab, seit ihre Einnahmen unter die Ausgaben fielen. Sie belief sich 2005 noch auf etwa 3 Mrd. € und wird voraussichtlich 2008 aufgebraucht sein. Ohne einschneidende Gegenmaßnahmen kann die SPV die Finanzierungslücke in wenigen Jahren daher nicht mehr durch Zugriff auf eine Kapitalreserve decken. Die Lücke wird sich aufgrund

der Alterung der Gesellschaft sogar noch vergrößern – bis 2020 erwarten wir im Vergleich zu 2005 bei unveränderter Pflegebedürftigkeit zusätzlich 600 000 ambulante und stationäre Pflegebedürftige und daraus folgend einen Investitionsbedarf von etwa 15 bis 17 Mrd. €. Die Politik muss daher schon jetzt Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzsituation der SPV ergreifen. Folgende fünf Maßnahmen wurden in dieser Studie erörtert:

- Verschärfung der Kriterien zur Inanspruchnahme von Leistungen der SPV bzw. Reduktion des Leistungskatalogs,
- Erhöhung der Beiträge zur SPV,
- Reduktion der Pflegesätze der SPV bzw. Erhöhung der Eigenbeteiligung,
- sinkende Preise von Pflegeheimen durch verstärkten Wettbewerb,
- schrittweise Umstellung der SPV auf Kapitaldeckung im Sinne von Häcker/Raffelhüschchen (2004).

Keine der ersten vier Maßnahmen kann separat durchgeführt werden, ohne gravierende Auswirkungen entweder auf die Generationengerechtigkeit, den Arbeitsmarkt, die Pflegebedürftigen, deren Angehörige, die öffentliche Hand, die Pflegequalität oder die Pflegeheime zu zeitigen. Die fünfte Maßnahme ist grundsätzlich zu begrüßen. Sie würde die Generationengerechtigkeit herstellen; ihre Umsetzung könnte aber am mangelnden politischen Willen und am Widerstand von Interessensgruppen scheitern. Wir empfehlen daher einen Maßnahmenmix, der die zusätzlichen Belastungen auf die älteren und die jüngeren Generationen, verbunden mit privater Vorsorge, sowie auf die Pflegeeinrichtungen gleichmäßig verteilt und die Belastung der noch nicht geborenen Generationen deutlich reduziert:

- leichte Verschärfung der Kriterien zur Inanspruchnahme von Leistungen der SPV und mäßige Reduktion des Leistungskatalogs,
- leichte Erhöhung der Beiträge zur SPV,
- leichte Reduktion der Pflegesätze der SPV bzw. Erhöhung der Eigenbeteiligung,
- Deregulierung und Stärkung des Wettbewerbs zwischen Leistungsanbietern mit dem Ziel eines sinkenden Preisniveaus,
- Aufbau einer zusätzlichen privaten Vorsorge.

Zur Beurteilung der Auswirkungen auf die Pflegeheime haben wir Bilanzratings und Ausfallwahrscheinlichkeiten auf Basis von 116 Jahresabschlüssen, die über 500 Pflegeheime umfassen, erstellt. Etwa 16% der Pflegeheime des Datensatzes weisen eine sehr hohe Ausfallwahrscheinlichkeit auf und fallen damit in den „roten“ Bereich der in den nächsten Jahren besonders insolvenzgefährdeten Heime. 20% besitzen eine leicht erhöhte Insolvenzgefahr („gelber“ Bereich). Würde der gesamte Finanzierungsdruck der SPV bis 2020 über

sinkende Preise für Pflegeleistungen einseitig auf die Pflegeheime übertragen, würde der rote Bereich auf 60% steigen. Vor dem Hintergrund des wachsenden Pflegebedarfs stellt sich daher die gesellschaftliche Frage, wie ausreichende Kapazitäten in Zukunft sichergestellt werden können, wenn viele Pflegeheime nicht wirtschaftlich geführt werden können und mangels Wirtschaftlichkeit erforderliche Kapazitäten nicht aufgebaut werden.

Die Studie verdeutlicht, dass der steigende Pflegebedarf weder auf Basis der SPV in ihrer derzeitigen Form finanziert noch auf Grundlage der derzeitigen Struktur der Pflegeheime gedeckt werden kann. Viele Pflegeheime arbeiten unwirtschaftlich und werden die kommenden Jahre vermutlich nicht überleben. Durch eine Deregulierung der Pflegeheimplanung wird die Konsolidierung des Pflegeheimsektors durch große Verbünde und Ketten vorangetrieben, die Neuinvestitionen in große, moderne und effiziente Heime tätigen können.

Wann und wo neue Heime gebaut werden, wird nicht nur vom regionalen Pflegebedarf abhängen, sondern auch davon, inwieweit die regionalen Gegebenheiten ein wirtschaftliches Pflegeangebot erlauben. Das Einkommen und regulatorische Vorgaben, beispielsweise zur Anzahl examinierten Personals oder zur maximalen Pflegeheimgröße, spielen dabei eine Rolle. Während die Politik die Rahmenbedingungen derart gestalten muss, dass Pflegeheime wirtschaftlich arbeiten können, muss sich das Pflegeheim selbst ebenfalls neu ausrichten. Es sollte Teil einer sektorübergreifenden integrierten Gesundheitsversorgung werden, die Krankenhäuser, Rehakliniken, niedergelassene Ärzte und den Immobiliensektor einschließt. Es sollte seine Leistungen in Einklang mit den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen segmentieren und seine Wirtschaftlichkeit durch Größeneffekte mit Hilfe von Verbund- oder Kettenbildung verbessern (können). Besonders kleine Heime scheinen nach unserer Untersuchung eine überdurchschnittlich hohe Ausfallwahrscheinlichkeit von etwa 4,6% aufzuweisen. Zwar kann aus der vorliegenden Stichprobe wegen ihrer geringen Größe nicht das „ideale“ Pflegeheim abgeleitet werden, in Kasten 2 wird gleichwohl auf Basis von Erfahrungswerten der Versuch unternommen, das „Pflegeheim der Zukunft“ zu schildern.

## Kasten 2

**Kennzeichen des „Pflegeheims der Zukunft“**

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

2. *Segmentierung*: Das Pflegeheim bietet ein auf bestimmte Patientengruppen fokussiertes Leistungspaket an und kann dadurch gezielt auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen im Rahmen ihrer individuellen Budgets eingehen. Standard- und Premium-Pakete sind denkbar, besondere Zusatzleistungen, auch ethnische Belange können berücksichtigt werden. Lösungen für allgemeine stationäre Pflege sehen anders aus als für Schlaganfall-, Wachkoma- und Demenzpatienten, in städtischen Gebieten anders als auf dem Land, in einkommensstarken anders als in strukturschwachen Gebieten. Das Pflegeheim verschafft sich durch die Differenzierung Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Anbietern. Wenn es seine Größe zulässt, im eigenen Betrieb oder im Verbund, bietet es den gesamten Leistungskatalog an.

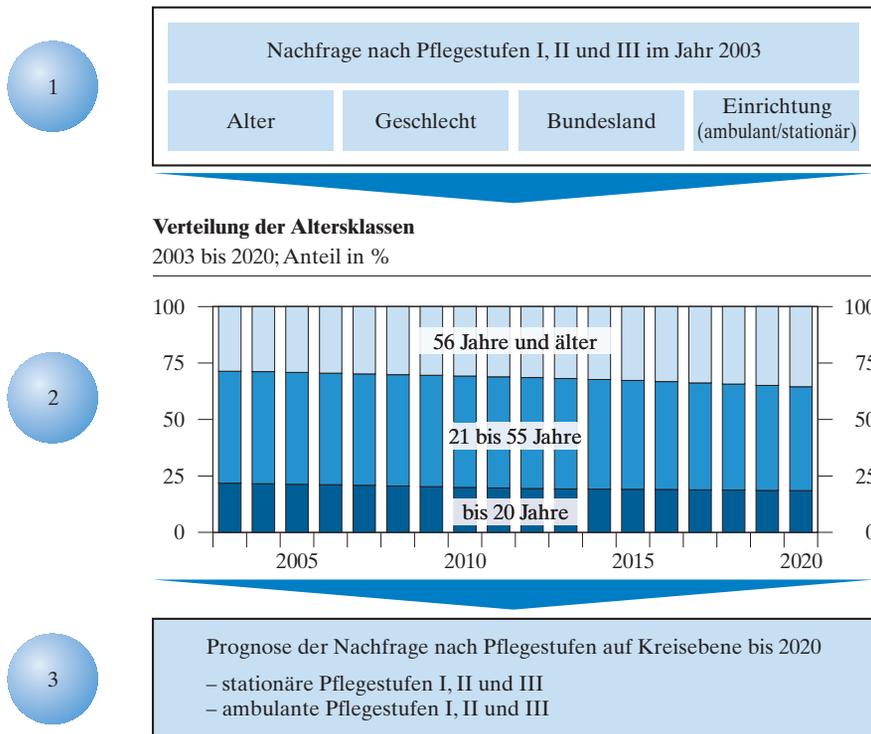
3. *Größe*: Das Pflegeheim erreicht eine Größe, bei der es sein Leistungsangebot wirtschaftlich anbieten kann. Die Zahl der Plätze liegt deutlich über dem derzeitigen Durchschnitt von 72. Der Bau von kleinen Pflegeheimen und ohne Anbindung an andere Gesundheitsanbieter, wie dies zum Teil noch geschieht, ist kritisch zu beurteilen; ihre Überlebenschancen sind eher gering. Eine starke Marktconsolidierung führt zu Zusammenschlüssen und zum weiteren Aufbau von regionalen und überregionalen Verbänden. Große Pflegeheimketten dominieren schließlich den Markt und nutzen Skaleneffekte. Ein zentrales Management erarbeitet eine einheitliche Unternehmensstrategie und überträgt sie auf die einzelnen Unternehmensteile. Durch zentrales Leistungs- und Qualitätsmanagement sowie flexiblen Einsatz von Personal im gesamten Verbund werden Kostenvorteile realisiert. Das Know-how bei Planung, Investition und Betrieb von Pflegeheimen wird auch in den Sekundärbereichen wie Verpflegung, Wäsche, Reinigung, Logistik und Zusatzleistungen genutzt. Ein großes Heim besitzt schließlich Vorteile bei der Rekrutierung und Weiterbildung qualifizierter Mitarbeiter. Schon heute bereitet es vielen Heimen Probleme, qualifiziertes Pflegepersonal und Management zu finden.

## 7. Anhang

### 7.1 Prognose der Pflegenachfrage

Die Ableitung der Nachfrage nach Pflegeleistungen basiert auf der Nachfrage im Jahr 2003 (Statistisches Bundesamt 2005a) und der erwarteten Bevölkerungsentwicklung bis 2020 (BBR 2004; Schaubild 36). Wir differenzieren die Pflegenachfrage 2003 nach ambulanter und stationärer Pflege sowie jeweils nach den Pflegestufen I bis III. Die Pflegehäufigkeit  $P$  einer gegebenen Pflegestufe  $S$  variiert nach Alter  $A$ , Geschlecht  $G$  und Bundesland  $L$  (Schaubild 37). Wir verknüpfen die errechnete Pflegehäufigkeit einer Pflegestufe

Schaubild 36

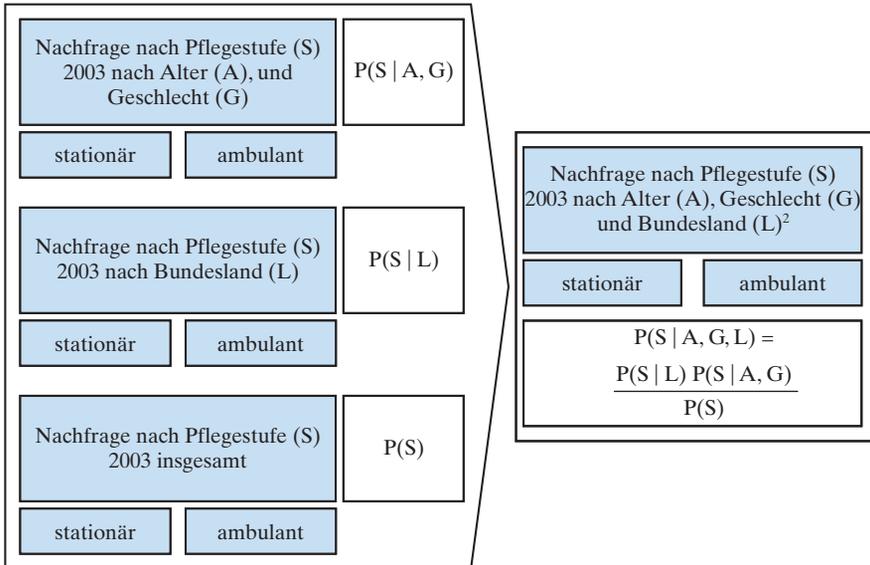
**Grundlage für die Prognose der Pflegenachfrage**

Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Nach Angaben in BBR 2004.

P(S|A,G,L) nach Alter, Geschlecht und Bundesland mit der demographischen Entwicklung auf Kreisebene. Dabei nehmen wir an, dass die Pflegehäufigkeiten auf Kreisebene und der des zugehörigen Bundeslands entspricht. Wir erhalten schließlich eine Prognose der Pflegenachfrage auf Kreisebene für jede Pflegestufe im ambulanten und stationären Bereich.

Mangels detaillierter Informationen gehen wir von einer bis 2020 konstant bleibenden Pflegehäufigkeit aus. Bei der Bevölkerungsprognose auf Kreisebene ist zu beachten, dass diese zudem von der Geburten- und Sterbeziffer eines Kreises, besonders aber von interregionalen Wanderungen abhängen kann. Diese Wanderungsbewegungen können stark von ökonomischen Faktoren bestimmt sein, was im Prognosezeitraum zu einer anderen als der prognostizierten Bevölkerungsstruktur auf Kreisebene führen kann.

Schaubild 37

**Ableitung der Pflegenachfrage<sup>1</sup> nach Alter, Geschlecht und Bundesland**

Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Nach Angaben in Statistisches Bundesamt 2005a. – <sup>1</sup>P: Pflegewahrscheinlichkeit.

**7.2 Prognose der Finanzsituation der SPV**

Bei der Prognose zur Finanzsituation der SPV handelt es sich um eine Fortschreibung der aktuellen Situation. Wie im Szenario ohne Kostendruck von Häcker/Raffelhüschchen (2004) gehen wir davon aus, dass die Preise für Pflegeleistungen mindestens in dem Maße steigen wie die Löhne der übrigen Beschäftigten (ebenso Rothgang 1997; Schmähl 1999; Breyer 1999).<sup>9</sup> Dies hat zur Folge, dass die Einnahmen aufgrund von Lohnsteigerungen im selben Ausmaß steigen wie die Ausgaben aufgrund der Steigerung der Preise für Pflegeleistungen. Zur Vereinfachung unterstellen wir in der Prognose ein konstantes Preis- und ein konstantes Lohnniveau.

Die Ausgaben der SPV folgen in diesem Modell dann nur der Pflegenachfrage, die Einnahmen der Erwerbstätigenzahl. Die Erwerbstätigenzahl dürfte aufgrund der demographischen Entwicklung rückläufig sein. Wir rechnen mit einem Rückgang der Beitragszahler um 0,4% pro Jahr. Unberücksichtigt bleibt, dass die Frauenerwerbsquote steigen oder die Arbeitslosigkeit sinken könnte. Vor diesem Hintergrund unterschätzen wir möglicherweise das Ein-

<sup>9</sup> Bei der Maßnahme „Stärkerer Wettbewerb und sinkende Preise“ nehmen wir allerdings an, dass es ein Preissenkungspotenzial für Pflegeleistungen gibt.

nahmenwachstum. Bis 2020 dürfte der Fehler jedoch noch gering sein. Insgesamt wurde das Modell derart kalibriert, dass es mit dem Szenario ohne Kostendruck von Häcker/Raffelhüschchen (2004) weitgehend übereinstimmt.

### 7.3 Basel II und Rating

Zur Absicherung des Risikos eines Kreditausfalls müssen Banken eine angemessene Vorsorge leisten, um ihr eigenes Insolvenzrisiko zu begrenzen. Die Vorsorge erfolgt mittels Hinterlegung von Eigenkapital für vergebene Kredite. Aufgrund des zunehmend komplexer werdenden Finanzierungssystems und als Reaktion auf einige spektakuläre Bankenzusammenbrüche wurden besondere Aufsichtsregeln für Kreditinstitute geschaffen. Mit der Harmonisierung dieser Regeln beschäftigt sich der *Baseler Ausschuss für Bankenaufsicht*. Er ist eine internationale Vereinigung von Risikomanagementexperten aus Wissenschaft, Wirtschaft und Politik. Er ist bei der *Bank für Internationalen Zahlungsausgleich* in Basel angesiedelt und erarbeitet das Regelwerk zur Eigenkapitalhinterlegung von Kreditinstituten.

Sein erstes Regelwerk zur internationalen Harmonisierung der Mindestkapitalanforderungen für die Absicherung von Kreditrisiken stellte er 1988 vor. Es wurde unter dem Namen *Basel* bekannt und fordert in der Regel eine Eigenkapitalhinterlegung von 8% für Kredite an Unternehmen. Dieses Sicherheitspolster war unabhängig davon, ob der Kreditnehmer ein hohes oder ein geringes individuelles Ausfallrisiko darstellt. Das tatsächliche Risikoprofil einer Bank wurde damit nur unzureichend abgebildet.

Um dem entgegenzuwirken und um die internationalen Finanzmärkte zu stabilisieren, hat der Baseler Ausschuss ein neues Regelwerk (*Basel II*) erarbeitet, das die Eigenkapitalunterlegung von Krediten an die Höhe des individuellen Ausfallrisikos des Kreditnehmers knüpft (BIS 2003, 2004). In der Versicherungsbranche beispielsweise wird die Höhe der Prämien schon heute stets in Abhängigkeit vom individuellen Risiko des Versicherungsnehmers kalkuliert. Basel II wird das erste Regelwerk ab 2007 ersetzen. Der Übergang von der Durchschnittskalkulation hin zu risikogerechten Konditionen wird dadurch beschleunigt, nicht jedoch originär ausgelöst. Die im internationalen Vergleich schwache Ertragslage der deutschen Kreditinstitute, steigender Wettbewerb, Fortschritte in der Kapitalmarkttheorie sowie die Verfügbarkeit moderner Informations- und Kommunikationstechnologien forcierten bereits in den letzten Jahren die Bestrebungen hin zu praxistauglicher Rating- und Pricing-Modellen zur Bestimmung der individuellen Zinsmarge für ein Darlehen.

In Abhängigkeit von der Höhe des Ausfallrisikos und der hinterlegten Sicherheiten des Kreditnehmers wird die Risikomarge zur Deckung des Ausfallrisikos bestimmt, die sich aus zwei Teilen zusammensetzt. Erstens muss die Bank

eine Vorsorge für jene Kreditverluste aufbauen, die sie im statistischen Mittel bei der Kreditvergabe erwartet. So kann davon ausgegangen werden, dass bei einer Insolvenzwahrscheinlichkeit von 1 % pro Jahr im Schnitt 1 % der Kreditsumme jährlich ausfällt und durch die Vorsorge aufgefangen werden muss. Da es sich bei diesem Wert jedoch nur um einen statistischen Mittelwert handelt, können die realisierten Verluste darüber oder darunter liegen. Basel II verlangt, dass die Bank für unerwartete Verluste ausreichendes Eigenkapital hinterlegt. Ihre Berechnung erfolgt mit Hilfe eines komplexen Verfahrens, das im Baseler Regelwerk dargelegt wird. Das zu hinterlegende Eigenkapital kann nicht für das eigentliche Bankgeschäft eingesetzt werden und verursacht daher Opportunitätskosten, die als zweite Komponente in den Risikoaufschlag eingehen. Für Kreditnehmer mit geringem Risiko hat dies zur Folge, dass sich ihre Finanzierung zukünftig vergünstigen wird. Kreditnehmer mit hohem Risiko müssen sich indessen auf steigende Kosten einstellen oder sogar damit rechnen, dass sie keine Kredite mehr bekommen.

Nach Basel II muss eine Bank ab 2007 die Bonität eines Kreditnehmers mit Hilfe eines internen Ratings bewerten. Ein Rating ist ein Verfahren zur Klassifizierung von Unternehmen in Abhängigkeit von ihrer Ausfallwahrscheinlichkeit. Jede Ratingklasse bildet eine gewisse Bandbreite an Ausfallwahrscheinlichkeiten ab. Das Rating berücksichtigt wesentliche Risikofaktoren eines Unternehmens und gewichtet diese gemäß ihrer Erklärungskraft für das Gesamtrisiko des Unternehmens. Sowohl die Identifikation der Risikofaktoren als auch deren Gewichtung erfolgen mit Hilfe statistischer Methoden. Zu diesem Zweck wird ein Datensatz mit historischen Jahresabschlüssen derart aufgebaut, dass genügend insolvente und nicht insolvente Kreditnehmer enthalten sind. Denn nur so können die Relevanz vermuteter Risikofaktoren bzw. Determinanten zur Erklärung des Auftretens eines Kreditausfalls mit statistischen Methoden herausgefiltert werden. Ratings, die ohne die beschriebene Methodik arbeiten, beruhen auf qualitativen Experteneinschätzungen und sind jenen Verfahren, die auf statistischen Methoden basieren, im Allgemeinen unterlegen. Die Güte eines Ratingmodells misst sich durch seine Vorhersagekraft. Je besser es Unternehmensausfälle vorhersagen kann, desto höher ist seine Validität. Sie lässt sich ex post mit Hilfe eines Validierungsdatensatzes bestimmen.

#### **7.4 Ratingverfahren dieser Studie**

Die Entwicklung eines pflegeheimspezifischen Ratings würde einen umfangreichen Datensatz mit insolventen und solventen Pflegeheimen und weitreichende Informationen über diese Heime, insbesondere ihre vergangenen Jahresabschlüsse, erfordern. Ein solcher Datensatz liegt nicht vor. Um nicht auf bewährte Methoden verzichten zu müssen, verwendet diese Studie ein Bilanzrating für mittelständische Unternehmen, das sich an Engelmann et al. (2003)

Schaubild 38

**Kennzahlen des Ratings von ADMED und RWI Essen**

Kennzahl	Definition	Bedeutung	Wertung
Verschuldungsgrad	Verbindlichkeiten / Bilanzsumme	hoch	geringer ist besser
Bankverschuldungsgrad	Bankverbindlichkeiten / Bilanzsumme	gering	geringer ist besser
Liquidität	Schecks & Kassenbestand / Verbindlichkeiten bis 1 Jahr	hoch	höher ist besser
Finanzkraft	Ertragswirtschaftlicher Cash Flow / (Verbindlichkeiten – erhaltene Anzahlungen)	hoch	höher ist besser
Umlaufvermögen	Umlaufvermögen / Umsatz	mittel	geringer ist besser
Kurzfristige Verschuldung	Verbindlichkeiten bis 1 Jahr/ Bilanzsumme	Hoch	geringer ist besser
Reinvermögensquote	Verbindlichkeiten aus Lieferung und Leistung (Bilanzsumme – nicht durch Eigenkapital gedeckter Fehlbetrag)	mittel	geringer ist besser
Kapitalumschlag	Umsatz / Bilanzsumme	mittel	höher ist besser
Wertschöpfung	(Umsatz – Materialaufwand) / Personalaufwand	mittel	höher ist besser
Eigenkapitalrendite	Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit / Bilanzsumme	gering	höher ist besser
Umsatzwachstum	Umsatz / Umsatz des Vorjahres	keine	moderat ist gut <sup>1</sup>

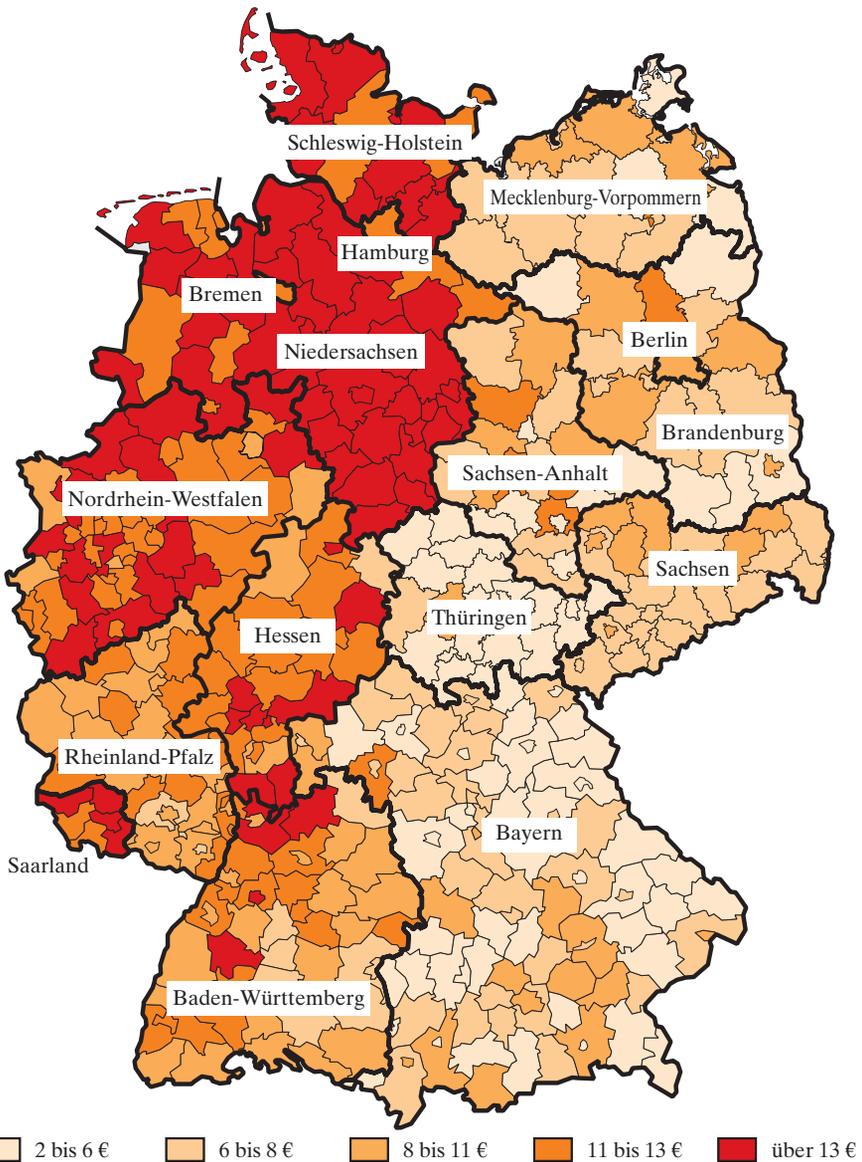
Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. Nach Engelmann et al. 2003. – <sup>1</sup>Bis 25% gilt „höher ist besser“

orientiert. Es wurde von der GENO Consult GmbH getestet und mit anderen Verfahren verglichen. Die Finanzkennzahlen, die in das Rating einfließen, ihre Bedeutung und die Wirkungsrichtung sind in Schaubild 38 dargestellt.

Um die Stabilität des Ratings zu erhöhen, haben das RWI Essen und die ADMED GmbH die Werte jeder Kennzahl auf ein plausibles Intervall begrenzt. Damit soll ausgeschlossen werden, dass unplausibel hohe oder niedrige Werte ein zu hohes Gewicht erhalten und damit das Rating eines Heims deutlich zu gut oder zu schlecht wird. So könnte die Kennzahl „Liquidität“ einen extrem hohen Wert annehmen, falls in der Bilanz die Verbindlichkeiten bis 1 Jahr nicht oder zu gering ausgewiesen werden. Die damit errechnete Ausfallwahrscheinlichkeit kann dann leicht 0,0% betragen. Bei Beschränkung dieser Kennzahl auf ein plausibles Intervall wird dies ausgeschlossen.

## 7.5 Karten

Schaubild 39

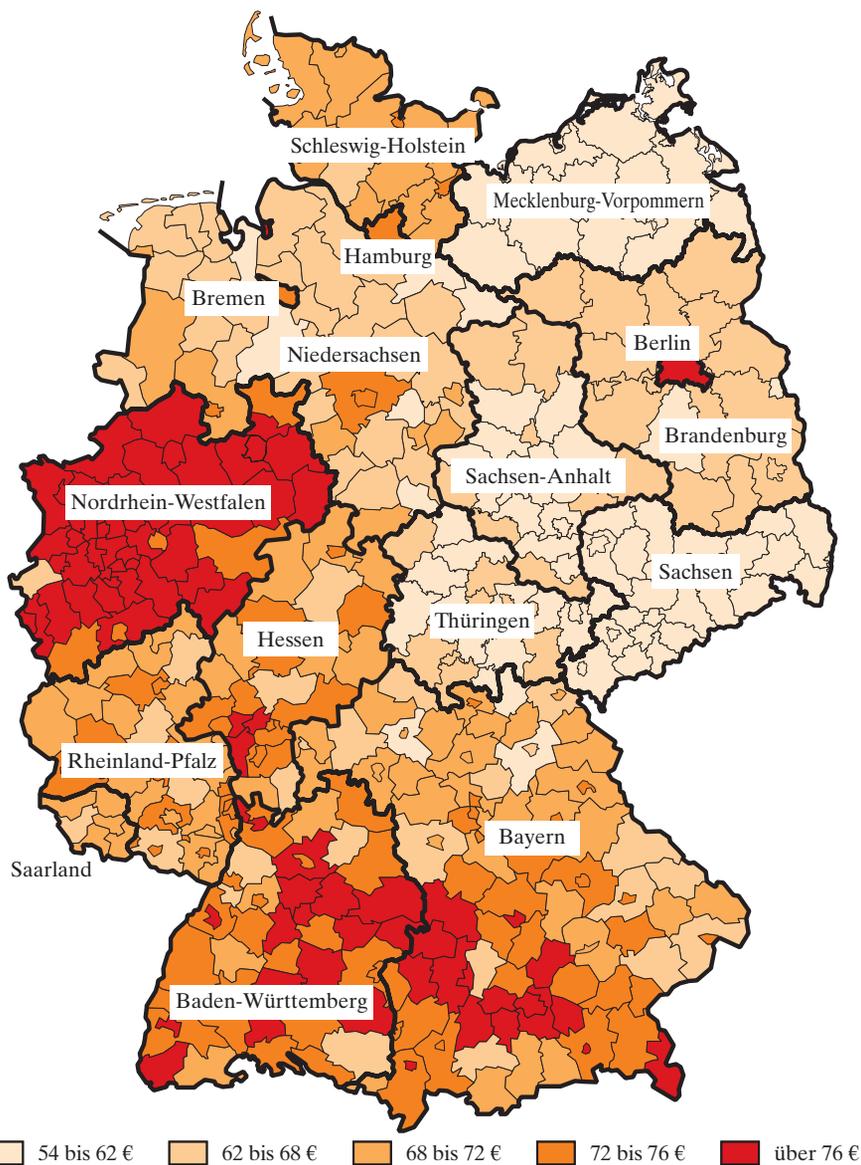
**Derzeitige Investitionsausgaben für Pflegeheime nach Kreisen**  
 in €/Tag


Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Quelle: BKK 2005.

Schaubild 40

**Durchschnittliches Preisniveau für Pflege sowie Unterkunft und Verpflegung in Pflegeheimen nach Kreisen**

in €/Tag

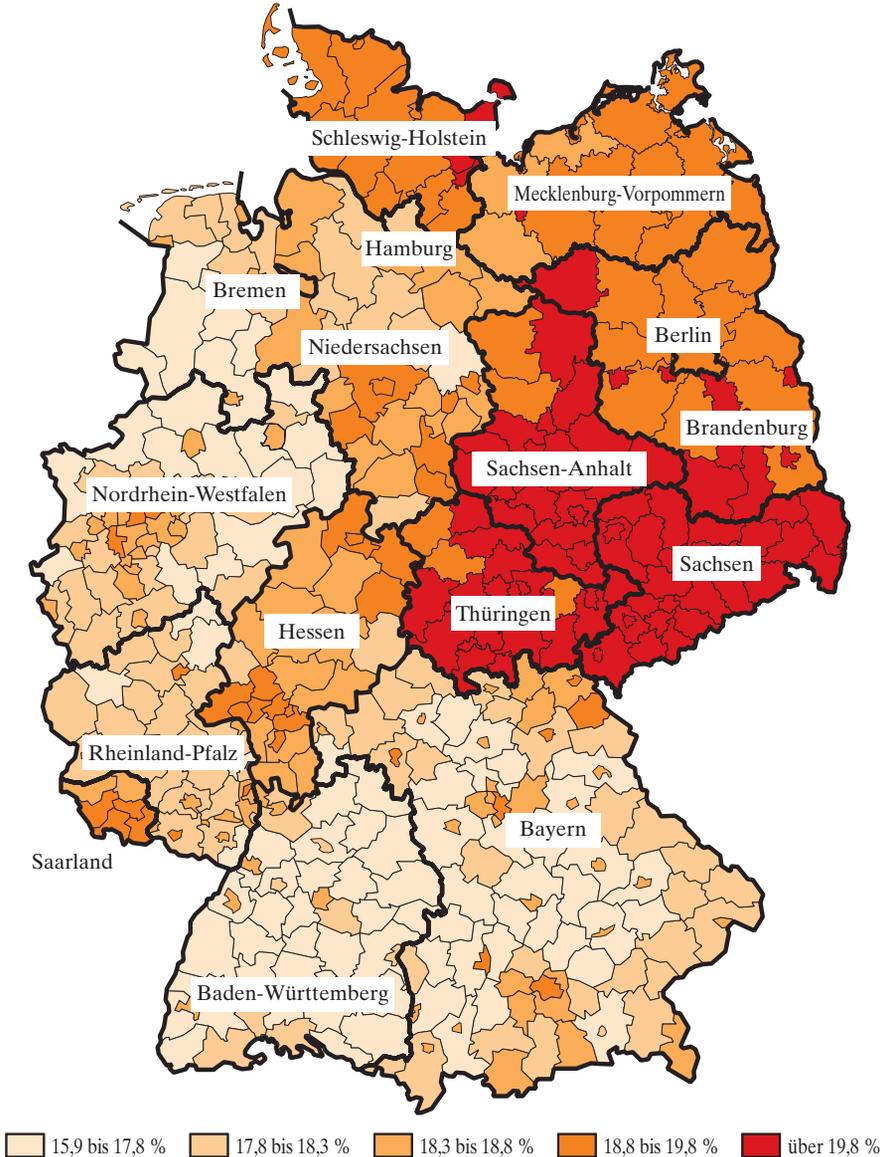


Analyse von ADMED, HPS Research und RWI Essen. – Quelle: BKK 2005.

Schaubild 41

**„Noch-Nicht-Senioren“ nach Kreisen**

Anteil der über 50- bis 64-jährigen an der Bevölkerung in %



## Literatur

- Arbeitskreis VGR der Länder (Hrsg.) (2006), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder. Ergebnisse der Revision 2005, Arbeitnehmerentgelt, Bruttolöhne und -gehälter in den Ländern und Ost-West-Großraum-Regionen Deutschlands 1991-2005. Reihe 1 Länderergebnisse Band 2 (im Excel-Format). Stuttgart.
- Augurzky, B., D. Engel, S. Krolow, Ch.M. Schmidt und St. Terkatz (2005), Krankenhaus Rating Report 2006. Wege zu einer nachhaltig finanzierbaren Patientenversorgung – Entwicklung der deutschen Krankenhäuser bis 2010. RWI : Materialien 22. RWI, Essen.
- Bähr, J. (1997), Bevölkerungsgeographie. Verteilung und Dynamik der Bevölkerung in globaler, nationaler und regionaler Hinsicht. UTB für Wissenschaft 1249. Stuttgart: Ulmer.
- Bank for International Settlements (ed.) (2003), *Third Consultative Paper*, 29. April, Pillar 1. Basel.
- Bank for International Settlements (ed.) (2004), *Modifications to the capital treatment for expected and unexpected credit losses*, 30. Januar, Basel.
- BBR – Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.) (2004), *Indikatoren und Karten zur Raumentwicklung* – Laufende Raumbbeobachtung. Bonn.
- Bindewald, A., C. Böcker et al. (2004), *Chancen zum Aufschwung nutzen*. Mittelstandsmoitor 2004. Jährlicher Bericht zu Konjunktur- und Strukturfragen kleiner und mittlerer Unternehmen. gemeinsamer Bericht der Creditreform, KfW, IfM Bonn, RWI Essen und ZEW Mannheim. KfW, Frankfurt a.M.
- BKK – BKK Bundesverband (Hrsg.) (2005), *Pflegedatenbank PAULA*. Essen.
- BMGS – Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2005), *Statistisches Taschenbuch Gesundheit*. Bonn.
- Breyer, F. (1995), Ökonomische Grundlagen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Diskussionsbeiträge der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften und Statistik der Universität Konstanz 277. Konstanz.
- Engelmann, B., D. Hayden and E. Tasche (2003), Testing rating accuracy, Credit Risk, RISK January 2003. Internet: [www.risk.net](http://www.risk.net).
- Häcker, J. und B. Raffelhüschen (2004), Denn sie wussten, was sie taten: Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung. *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung* 73 (1): 158–174.
- Mädig, H. (2004), Demographischer Wandel und Kommunalfinzen. Einige Trends und Erwartungen. *Deutsche Zeitschrift für Kommunalwissenschaften* 43: 84–102.
- Rothgang, H. (1997), *Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung*. Eine ökonomische Analyse. Frankfurt a.M.: Campus.
- Schmähl, W. (1999), Pflegeversicherung in Deutschland: Finanzbedarf und Finanzverflechtung, empirische Befunde und offene Fragen. *Allgemeines Statistisches Archiv* 83: 5–26.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003), *Bevölkerung Deutschlands bis 2050*. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2005a), *Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse und Ländervergleiche: ambulante Pflegedienste, Pflegeheime, Pflegebedürftige*. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2005b), *Pflegeheime auf Kreisebene 2003*. (im Excel-Format) Wiesbaden.