Pflegeinfrastruktur

Die pflegerische Versorgung im Regionalvergleich

prognos | BertelsmannStiftung

Pflegeinfrastruktur

Die pflegerische Versorgung im Regionalvergleich

Autoren
Dr. Tobias Hackmann
Dr. Ronny Klein
Tina Schneidenbach
Markus Anders
Janko Vollmer

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die weibliche Sprachform verzichtet.
Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

Inhalt

Vorwort 6

1 Einleitung 7

1.1 Hintergrund, Zielsetzung und Perspektive des Reports 7
1.2 Methodisches Vorgehen 8

2 Bürgerfragen 11

2.1 Bürgerfrage 1: Wie ist der Pflegemix vor Ort? 11
2.2 Bürgerfrage 2: Wie ist die Erreichbarkeit der stationären Pflegeeinrichtungen? 13
2.3 Bürgerfrage 3: Wie wird die Qualität der Pflege in der Region bewertet? 16
2.4 Bürgerfrage 4: Welche Leistung bekommt man vor Ort für sein Geld? 21
2.5 Bürgerfrage 5: Reicht das Einkommen aus, um sich die Pflege vor Ort zu leisten? 24
2.6 Bürgerfrage 6: Gibt es in Zukunft ausreichend Pflegepersonal vor Ort? 26
2.7 Übergreifende Ergebnisse zu den Bürgerfragen 30

3 Weitere Teilergebnisse 33

3.1 Teilergebnisse zur Trägervielfalt 33
3.2 Teilergebnisse zur Marktkonzentration 35
3.3 Teilergebnisse zur Wirtschaftlichkeit 37

Literatur 42
Autoren 46
Impressum 47

Vorwort

Der demographische Wandel wird dazu führen, dass mehr und mehr Menschen in Deutschland künftig Pflege benötigen werden. Das stellt insbesondere die Kommunen vor Herausforderungen, denn Pflege findet vor Ort statt. Die Bertelsmann Stiftung befasst sich schon länger mit der Rolle der Kommunen in der Pflege. Neben konzeptionellen Vorschlägen wie dem „Regionalen Pflegebudget“ stellen wir den Kommunen im „Wegweiser Kommune“ aktuelle Daten zur pflegerischen Versorgung zur Verfügung. Auch der Gesetzgeber hat sich im dritten Pflegereformgesetz die Stärkung der Kommunen auf die Fahne geschrieben. Grund genug für eine umfassende Bestandsaufnahme der pflegerischen Versorgungslandschaft auf kommunaler Ebene. Die vorliegende Untersuchung stellt die pflegerische Versorgung aus der Perspektive der Bürger auf den Prüfstand. Sie analysiert unter anderem Erreichbarkeit, Qualität, Kosten und Personalausstattung von Pflegeeinrichtungen sowie die Pflegesettings.

Da für die Infrastruktur in der Pflege in erster Linie die Kommunen zuständig sind, nutzt die Studie alle auf Kreisebene verfügbaren Daten, um die unterschiedlichen Aspekte der Pflegelandschaft vergleichbar darzustellen. Dieser Bezug auf die Kommunen stellt zugleich eine Limitation dar, weil ein Teil der Datenbestände zum Thema Pflege auf der kommunalen Ebene nicht erfasst werden und daher allenfalls auf Landesebene auswertbar sind. Die Untersuchung kann daher nicht den Anspruch erheben, ein vollständiges Bild der kommunalen Pflegelandschaft zu zeichnen. Ihr Ziel war indes, die auf kommunaler Ebene verfügbaren Informationen möglichst umfassend auszuwerten und für einen regionalen Vergleich nutzbar zu machen.

Wir möchten mit unserer Bestandsaufnahme Entscheidungsträgern auf kommunaler oder Landesebene ein genaueres Bild über die Pflegelandschaft ihrer Region vermitteln und ihnen damit Anhaltspunkte für etwaige Verbesserungen der örtlichen Pflegeinfrastruktur aufzeigen. Unser Dank gilt neben den Autoren der Studie auch den Experten, die uns fachlich beraten haben.

Dr. Brigitte Mohn
Mitglied des Vorstandes
der Bertelsmann Stiftung

Uwe Schwenk
Programmdirektor
Versorgung verbessern –
Patienten informieren,
Bertelsmann Stiftung

1 Einleitung

1.1 Hintergrund, Zielsetzung und Perspektive des Reports

Hintergrund

In Anbetracht des demographischen Wandels wächst die Herausforderung, für alle pflegebedürftigen Personen eine menschenwürdige, qualitativ hochwertige und bezahlbare Pflege sicherzustellen. So wird der Bedarf nach professionell erbrachter Pflege deutlich steigen, während durch geringe Geburtenzahlen das Potenzial an Arbeitskräften, die die Leistungen in dieser personalintensiven Branche erbringen können, weiter abnimmt. Der Rückgang der Erwerbstätigen als Beitragszahler der sozialen Sicherungssysteme sowie der erwartete Anstieg der Altersarmut werden darüber hinaus die finanziellen Rahmenbedingungen der Altenpflege belasten.

Doch nicht allein der Blick in die Zukunft unterstreicht den Handlungsbedarf in der Pflege. So finden sich bereits heute Berichte zu Qualitätsmängeln in der Pflege und langfristig unbesetzten Arbeitsstellen sowie Angaben zur Unzufriedenheit des pflegerischen Personals.[1]

Die Ausführungen machen deutlich, dass es immer wichtiger wird, die begrenzten pflegerischen Ressourcen möglichst effizient einzusetzen, um den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Personen entsprechen zu können. Ein regionaler Vergleich der pflegerischen **Strukturqualität** ermöglicht es, Versorgungsunterschiede zwischen den Regionen zu identifizieren und so eine Diskussion über diesbezügliche Ursachen und Handlungsansätze in Gang zu setzen, die im Ergebnis zu einem effizienteren Einsatz der Ressourcen und zu einer besseren Versorgung führen kann.

Die im Rahmen der Transparenzberichte veröffentlichten Pflegenoten – im Sinne erster Anhaltspunkte zur **Ergebnisqualität** der pflegerischen Versorgung – lassen sich in diesem Zusammenhang nur bedingt für einen regionalen Strukturvergleich in der Pflege heranziehen und stehen vielfach in der Kritik. So wird von Expertenseite bemängelt, dass die Noten viel zu stark die Dokumentation des Pflegeprozesses und weniger die Ergebnisse (bspw. konkrete Pflegezeiten, Anzahl der Stürze, Dekubitus etc.) in den Blick nehmen. Weiterhin weisen die ermittelten Noten in der Realität eine äußerst geringe Variation auf und werden in der Fachwelt dementsprechend als „inflationär“ bezeichnet.

Trotz des Mangels an Indikatoren zur abschließenden Beurteilung der Ergebnisqualität in der pflegerischen Versorgung existiert eine Reihe von Variablen zu den Strukturen der pflegerischen Versorgung, zu denen ein Zusammenhang mit der Pflegequalität beschrieben wird (bspw. der Personaleinsatz, finanzielle Rahmenbedingungen und der Zugang zu pfle-

1 Roth 2007; Jenull und Brunner 2009.

gerischen Leistungen).[2] Es gibt aber auch Hinweise in der Literatur, dass bessere Strukturen nicht unbedingter und alleiniger Prädikator für eine höhere Pflegequalität sind.[3] Darüber hinaus liegen Erkenntnisse dazu vor, wie die Menschen gepflegt werden möchten. So wünscht sich z. B. der Großteil aller Personen auch im Pflegefall weiterhin in der vertrauten häuslichen Umgebung leben zu können.[4] Auch an diesen Präferenzen können die bestehenden Angebotsstrukturen gemessen werden.

Um zu aussagekräftigen Ergebnissen und Vergleichen der Pflegestrukturen für die Bürger[5] vor Ort zu kommen, ist eine möglichst kleinräumige Betrachtung notwendig. Gleichzeitig soll die Situation für Deutschland flächendeckend dargestellt werden. Die Kreisebene verknüpft diese beiden Kriterien bestmöglich, da sie die kleinstmögliche Betrachtungsebene darstellt, für die viele der relevanten Strukturindikatoren flächendeckend vorliegen.

Zielsetzung

Mit dem Report Pflegeinfrastruktur sollen regionale Unterschiede hinsichtlich ausgewählter Strukturen zur Erbringung pflegerischer Leistungen auf Basis belastbarer Daten abgebildet werden. Die Indices sollen auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte aggregierte Daten beinhalten. Über den Vergleich der verschiedenen Regionen soll weiterhin die Identifikation von Best-Practice-Beispielen und eine fruchtbare Diskussion in den Kreisen zur Weiterentwicklung der lokalen Pflegestrukturen ermöglicht werden.

Zielgruppe vs. Perspektive

An dieser Stelle gilt es zwischen der **Zielgruppe** (Adressatenkreis) und der **Perspektive** des Reports Pflegeinfrastruktur zu unterscheiden (Abbildung 1). Als Zielgruppe sind die Entscheidenden vor Ort anzusehen (u. a. Anbieter von Pflegeleistungen, politische Entscheidungsträger, Investoren am Pflegemarkt, Akteure der Sozialversicherung), da diese für die Pflegeinfrastrukturplanung vor Ort verantwortlich sind (siehe u. a. § 9 SGB XI) zur Zuständigkeit der Länder).

Die Ergebnisse des Reports bzw. der nachfolgenden Darstellungen in Form von Bürgerfragen werden aus der Perspektive der Bürger, Pflegebedürftigen und Angehörigen generiert. Diese Perspektive wird eingenommen, weil eine „gute Pflegeversorgung“ letztlich den Bedarfslagen und Ansprüchen dieser Menschen entsprechen sollte.

1.2 Methodisches Vorgehen

Die methodische Vorgehensweise lässt sich in fünf Arbeitsschritte unterteilen (Abbildung 2). Zur besseren Nachvollziehbarkeit der ersten drei Arbeitsschritte, wurden diese in Abbildung 3 nochmals gesondert dargestellt. Im **ersten Arbeitsschritt** wurde zunächst eine breit angelegte Vorauswahl von Kriterien zu Strukturen in der Pflege (wie z. B. Betreuungsverhältnis, Lohnniveau der Pflegekräfte, Entfernungen der Pflegeheime, Preise für professionelle Pflege) auf Basis von Literatur sowie projektinternem Expertenwissen durchgeführt. Zur besseren Übersichtlichkeit wurden die Einzelkriterien (z. B. Betreuungs-

2 Kim et al. 2009.
3 Augurzky et al. 2010.
4 TNS Emnid 2011.
5 Aus Gründen der Einfachheit und besseren Lesbarkeit verwendet diese Publikation vorwiegend die männliche Sprachform. Es sind jedoch jeweils beide Geschlechter gemeint.

Abbildung 1: **Zielgruppe und Perspektive des Reports Pflegeinfrastruktur**

Quelle: Prognos AG (2016)

BertelsmannStiftung

Abbildung 2: **Übersicht der einzelnen Arbeitsschritte**

1. Kriterien, Datenlage
- Konzept verfeinern
- Mögliche Kriterien erarbeiten
- Datenlage prüfen

2. Erster Expertenworkshop
- Diskussion der Konzeption, Kriterien und Datenlage
- Entscheidung über Relevanz, Aussagekraft und Datenverfügbarkeit

3. Entwicklung Bürgerfragen
- Entwicklung konkreter „Bürgerfragen“
- Datenverarbeitung, -analyse und -aufbereitung
- Kartenerstellung

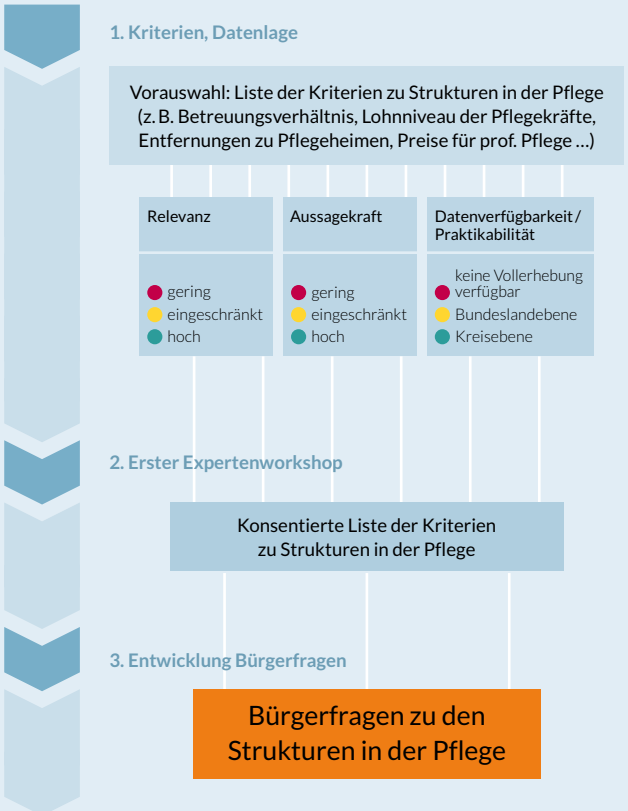
4. Zweiter Expertenworkshop
- Diskussion der Bürgerfragen mit Schwerpunkt Auswahl
- Diskussion der Ergebnisse mit Schwerpunkt Interpretation

5. Veröffentlichung
- Überarbeitung
- Ergebnissicherung und -aufbereitung
- Veröffentlichung

Quelle: Prognos AG (2016)

BertelsmannStiftung

Abbildung 3: **Arbeitsschritte 1 bis 3 im Detail**



Quelle: Prognos AG (2016)

BertelsmannStiftung

verhältnis, Fachkraftquote) anschließend entsprechenden Hauptkriterien (in diesem Fall z. B. dem Personal) zugeordnet.

Im **zweiten Arbeitsschritt** wurde diese Vorauswahl im Rahmen eines ersten Expertenworkshops mit Vertretern aus Verbänden und der Pflegewissenschaft diskutiert und erweitert. Anschließend wurde diese gemeinsam erstellte Vorauswahl an Kriterien einer Bewertung durch die Experten hinsichtlich deren Relevanz, Aussagekraft und Datenverfügbarkeit unterzogen. Unter dem Aspekt der **Relevanz** wurde diskutiert, inwieweit die einzelnen Kriterien aus der Perspektive der Pflegebedürftigen, Angehörigen und Bürger für deren Bewertung der Strukturen der pflegerischen Versorgung bedeutsam sind. Im Rahmen der **Aussagekraft** wurde geprüft, inwieweit die Einzelkriterien (z. B. Betreuungsverhältnis, Fachkraftquote) von Bedeutung für das jeweilige übergeordnete Hauptkriterium (hier Personal) sind. Abschließend erfolgte eine Prüfung der Datenverfügbarkeit der Einzelkriterien auf Ebene der 402 Kreise und kreisfreien Städte. Im Ergebnis lag eine konsentierte Liste von relevanten, aussagekräftigen und verfügbaren Kriterien zu den Strukturen in der Pflege vor.

Im **dritten Arbeitsschritt** wurden auf Basis der identifizierten Einzelkriterien sechs Bürgerfragen entwickelt. Das Ziel dabei war, mit den zur Verfügung stehenden Daten ein möglichst umfassendes Informationsangebot zu relevanten Fragen der Bürger vor Ort zu erstellen. Zur Beantwortung jeder Bürgerfrage wurden mehrere Einzelkriterien herangezogen.

Im **vierten Arbeitsschritt** wurden in einem zweiten Expertenworkshop mit Vertretern aus den Bereichen der Verbände, Pflegewissenschaft und Pflegepraxis die Methodik sowie die Ergebnisse der einzelnen Bürgerfragen diskutiert.

Im **fünften Arbeitsschritt** stand zunächst eine erneute inhaltliche und methodische Überarbeitung auf Basis der Ergebnisse des zweiten Expertenworkshops im Mittelpunkt. Anschließend erfolgte die Ergebnissicherung und Aufbereitung sowie die Veröffentlichung

2 Bürgerfragen

2.1 Bürgerfrage 1: Wie ist der Pflegemix vor Ort?

Hintergrund

In welchem Rahmen pflegerische Versorgung stattfindet, hängt von zahlreichen Gesichtspunkten ab. Zunächst stehen die Wünsche und Bedarfe des Pflegebedürftigen im Vordergrund. Der Wunsch nach einer wohnortnahen Versorgung und einem möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ist dabei weit verbreitet.[6] Daneben bestimmt der Zugang zu Pflegestrukturen in der Umgebung (z. B. Angehörige, niedrigschwellige Angebote), in welchem Rahmen pflegerische Versorgung stattfindet. In diesem Zusammenhang macht sich zunehmend auch der Rückgang pflegender Angehöriger durch demographische und soziokulturelle Prozesse bemerkbar.[7]

Pflegerische Versorgung findet in der Regel stationär, professionell-ambulant oder informell statt. Dabei sind Schnittmengen möglich. Zum Beispiel können pflegende Angehörige (informell) durch einen Pflegedienst (professionell ambulant) bei der Versorgung unterstützt werden oder generell ambulant versorgte Pflegebedürftige werden bei Bedarf kurzzeitig in (teil-)stationären Einrichtungen versorgt.

Der Pflegemix – das Verhältnis der drei Settings zueinander – spiegelt die Versorgungsstruktur und Inanspruchnahme pflegerischer Versorgungsleistungen in einer bestimmten Region wider. Darüber hinaus gibt er Hinweise auf den Einsatz und den Verbrauch von Ressourcen. Aus rechtlicher Perspektive steht der Pflegemix im Zusammenhang mit der Vorgabe *ambulant vor stationär* (§ 43 Nr. 1 SGB XI). Der Pflegemix auf regionaler Ebene gewinnt zunehmend an Bedeutung, da von der *Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Kommunen in der Pflege*[8] eine Verlagerung von Strukturplanungskompetenzen an die Kommunen empfohlen wird. Kleinräumig bestimmt, liefert der Pflegemix aber auch den Bürgern einen Überblick über die pflegerischen Strukturen in ihrem Umfeld.

Methodik

Zur Berechnung des Pflegemixes wurde folgender Datensatz herangezogen:

Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (FDZ): Pflegestatistik 2011: Anteile Pflegebedürftiger im Kreis differenziert nach Pflegesettings informell, professionell ambulant bzw. stationär; nach männlich bzw. weiblich; nach Altersgruppen 0 bis 60, 61 bis 70, 71 bis 80, 81 bis 90 bzw. 91 und älter; nach Pflegestufe I, II bzw. III + Härtefälle.

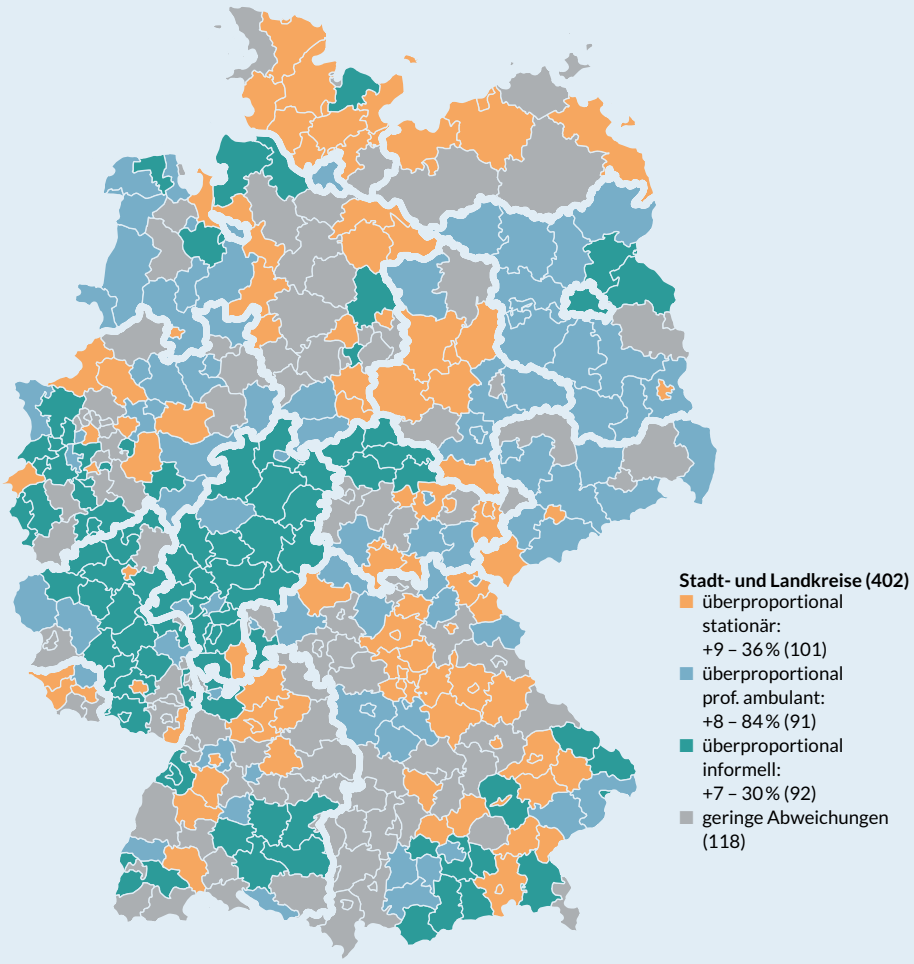
6 Schartow et al. 2016.
7 Hackmann 2014.
8 BMG 2015.

Dabei wurden die Pflegebedürftigen, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, dem informellen, und diejenigen, die Geld- und Sachleistungen beziehen, dem professionell ambulanten Setting zugewiesen. Stationär versorgte Pflegebedürftige werden in der Pflegestatistik direkt ausgewiesen.

Anschließend wurde ein multiples, lineares Regressionsmodell mit den Anteilen der Pflegesettings als abhängige Variable und den Anteilen der Alters-, Geschlechts-, Pflegestufengruppen sowie den Siedlungsstrukturtypen[9] als unabhängige Variablen geschätzt. Auf dessen Grundlage lassen sich für jeden Kreis die Anteile der drei Settings unter Annahme der bundesdeutschen Versorgungsstruktur und unter Berücksichtigung der genannten Prädiktoren vorhersagen. So wird beispielsweise über die Berücksichtigung der Pflegestufengruppen dafür adjustiert, dass ein höherer Pflegebedarf eher stationär als informell versorgt wird.

Im nächsten Schritt wurde das Verhältnis der realen Anteile der Settings und der vorhergesagten Werte des Modells für jeden Kreis berechnet. Dabei zeigen Werte größer 1, dass

Abbildung 4: **Überproportional vertretene Pflegesettings**



Quelle: FDZ: Pflegestatistik (2011); BBSR: Laufende Raumbeobachtung (2013); Berechnung Prognos AG (2016)

BertelsmannStiftung

9 BBSR 2013.

der Anteil über dem vom Modell vorhergesagten Wert liegt, d. h. ein Setting überproportional vertreten ist. Nur die Abweichungen, die innerhalb des obersten Quartils liegen, wurden als überproportional gekennzeichnet. Im Ergebnis lassen sich drei settingbezogene Gruppen von Kreisen unterscheiden: überproportional informelle, professionell ambulante oder stationäre Versorgung[10]. Die vierte Gruppe bilden Kreise, die in keinem Setting in das oberste Quartil fallen und somit annahmegemäß nur geringe Abweichungen von den vorhergesagten Werten aufweisen.

Ergebnisse

Im Ergebnis zeigt sich, dass in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern überproportional häufig stationär gepflegt wird. Darüber hinaus überwiegt in vielen ostdeutschen Kreisen die professionell ambulante Pflege, während in Hessen und im Rheinland (bundeslandübergreifend) überproportional häufig informell gepflegt wird. In den südlichen Bundesländern zeigt sich hingegen eine heterogene Versorgungslandschaft.

2.2 Bürgerfrage 2: Wie ist die Erreichbarkeit der stationären Pflegeeinrichtungen?

Hintergrund

Die Vielfalt der Lebensformen und Bedürfnisse (älterer) Bürger nimmt im Zuge des demographischen Wandels[11] in Deutschland zu. Ein vielfältiges Pflegeangebot, das den Bedürfnissen verschiedener Zielgruppen entspricht, gewinnt deshalb an Bedeutung.[12] Die Vielfalt der konkreten Pflegeangebote (z. B. Demenz-WGs, interkulturelle Pflege, neue Wohnformen) vor Ort zu untersuchen, wäre in diesem Kontext aufschlussreich. Es liegen jedoch keine Daten vor, die eine derartige Betrachtung der Pflegeangebote deutschlandweit möglich machen. Zielführend ist daher, stattdessen zu untersuchen, wie viele verschiedene Pflegeeinrichtungen vor Ort sind. Theoretisch kann auch eine einzelne Pflegeeinrichtung vor Ort vielfältige Angebote vorhalten, was aufgrund mangelnder Daten allerdings ebenfalls nicht überprüft werden kann. Es ist jedoch anzunehmen, dass bei verschiedenen Einrichtungen eine höhere Wahrscheinlichkeit besteht, auch unterschiedliche Pflegeangebote – und damit pflegerische Vielfalt – vorzufinden.

Aus Sicht der Bürger ist jedoch nicht nur das Vorhandensein eines vielfältigen Pflegeangebots von Bedeutung, sondern auch, wo sich diese Angebote befinden. Für ältere Menschen, die ab 75 Jahren durchschnittlich weniger und kürzere Wege zurücklegen,[13] u. a. weil ihre Mobilität durch altersbedingte Beeinträchtigungen eingeschränkt sein kann,[14] ist dies besonders relevant. Wenn große Entfernungen zurückgelegt werden müssen, um verschiedene Angebote zu erreichen, ist davon auszugehen, dass dies eine Einschränkung ihrer individuellen Wahlmöglichkeiten bedeuten kann. Die zentrale Annahme hinter dieser Bürgerfrage ist somit, dass vor Ort eine ausreichende Anzahl an unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen erreichbar sein muss, um vielfältige Wahlmöglichkeiten bieten zu können.

10 Fallen in einem Kreis die Ergebnisse von zwei Settings in das oberste Quartil, womit diese beiden Settings überproportional vertreten sind, gilt folgende Rangfolge in der Darstellung: (1) überproportional stationär, (2) überproportional professionell ambulant und (3) überproportional informell.
11 BMI 2012.
12 BMFSFJ 2010.
13 infas und DLR 2010a.
14 Mollenkopf und Engeln 2008.

Aus Bürgersicht sollte die Untersuchung der Erreichbarkeit der pflegerischen Versorgung zunächst auf die stationären Angebote fokussieren. Im ambulanten Bereich spielen die Entfernungen eine geringere Rolle für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, da sie von den Mitarbeitern der Pflegedienste zurückgelegt werden. Dementsprechend werden nur die stationären Pflegeeinrichtungen in die Analyse einbezogen. Aus individueller Bürgersicht wäre der Ausgangspunkt für die Beurteilung der Erreichbarkeit der Einrichtungen in der Region ihr jeweiliger Lebensmittelpunkt, etwa der Wohn- oder Arbeitsort. Zudem müssten ihre individuellen Mobilitätsmöglichkeiten und -einschränkungen, wie etwa die verfügbaren Verkehrsmittel, berücksichtigt werden. Für einen deutschlandweiten Kreisvergleich erscheint es jedoch zielführend, die Erreichbarkeit mittels der als Luftlinie gemessenen Entfernungen zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen zu untersuchen.[15]

Ziel der Analyse ist es folglich, anhand der Distanzen zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen zu verdeutlichen, wie weit die Wege für Pflegebedürftige und Angehörige sein können, um ein für sie passendes Angebot zu erreichen. Je kürzer die Entfernungen zwischen den Einrichtungen sind, desto höher erscheint die Wahrscheinlichkeit, ein vielfältiges Pflegeangebot erreichen zu können.

Methodik

Im ersten Arbeitsschritt wurde ein Datensatz mit den räumlichen Koordinaten der stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland erstellt, der als Grundlage für die Erreichbarkeitsanalyse diente. Als Datenbasis hierfür wurde verwendet:

Verband der Ersatzkassen (vdek): Daten Clearing Stelle (DCS) Pflege für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen (Datenstand zum Stichtag 23.2.2015): Adressen stationärer Pflegeeinrichtungen.

Nach einer Qualitätsprüfung der Adressliste sowie dem anschließenden Löschen von Duplikaten und dem Zusammenfassen getrennt ausgewiesener Bereiche zusammengehöriger Einrichtungen lagen insgesamt Angaben für 11.001 stationäre Pflegeeinrichtungen vor. Mithilfe des Geocodierungsverfahrens eines Geoinformationssystems (QGIS) wurden den Adressen dieser Einrichtungen Geokoordinaten zugeordnet.

Im zweiten Schritt wurde mittels der Koordinaten im Geoinformationssystem die Entfernung von jeder einzelnen Pflegeeinrichtung zu den zwei nächstgelegenen Pflegeeinrichtungen in Kilometern gemessen.[16] Anschließend wurde der arithmetische Mittelwert dieser beiden Distanzen gebildet (Abbildung 5). Unter der Annahme, dass sich ein Bürger an einer Pflegeeinrichtung befindet (rote Einrichtung in Abbildung 5), gibt dieses Entfernungsmaß an, wie zwei weitere Einrichtungen von dort aus zu erreichen sind.[17]

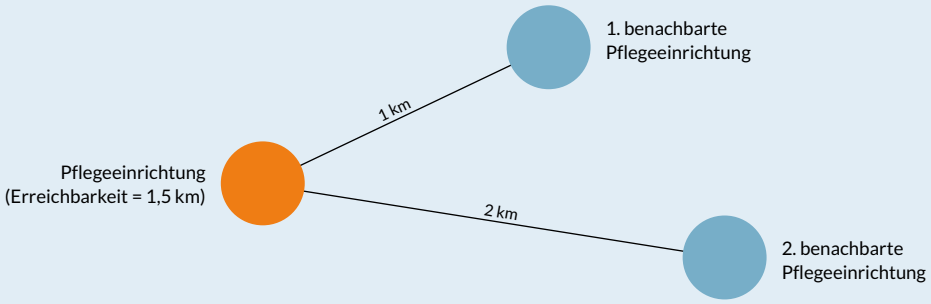
Im dritten Schritt wurden alle Pflegeeinrichtungen gemäß ihrer räumlichen Lage ihrem jeweiligen Stadt- oder Landkreis zugeordnet. Für jeden Kreis wurde die durchschnittliche, mittlere Entfernung von jeder einzelnen Einrichtung zu den nächsten beiden benachbarten

15 Es wurde u. a. geprüft, die räumliche Bevölkerungsverteilung in den Kreisen in die Analyse einzubeziehen, wofür jedoch keine geeigneten Daten vorliegen.

16 Das gleiche Berechnungsverfahren wurde auch für die nächsten 4 und 9 Pflegeeinrichtungen geprüft. Das Ergebnis für die Distanz zu zwei benachbarten Einrichtungen stellte sich im Vergleich als aussagekräftiger heraus (höhere Varianz auf Kreisebene).

17 Eine weitere Analysevariante, die auf Entfernungsradien um die Pflegeeinrichtungen beruht, wurde geprüft. Dabei würde allerdings die Lage der einzelnen Einrichtungen innerhalb des Radius vernachlässigt werden, weshalb diese Variante verworfen wurde. Das hier entwickelte und angewendete Erreichbarkeitsmaß berücksichtigt beide Entfernungen von einer Pflegeeinrichtung zu den benachbarten Einrichtungen einzeln.

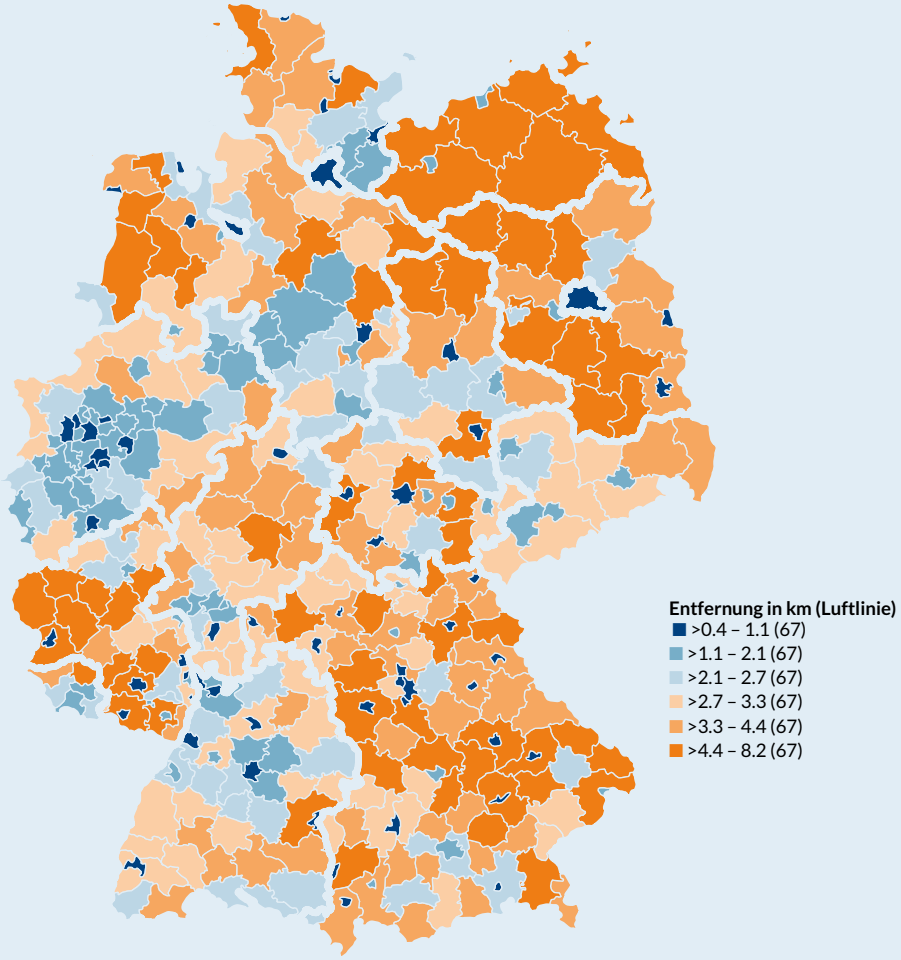
Abbildung 5: **Berechnung der Erreichbarkeit einer stationären Pflegeeinrichtung**



Quelle: Prognos AG (2016)

BertelsmannStiftung

Abbildung 6: **Erreichbarkeit von drei stationären Pflegeeinrichtungen**



Quelle: vdek: Daten Clearing Stelle (DCS) Pflege für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen (2015); Berechnung Prognos AG (2016)

BertelsmannStiftung

Einrichtungen ermittelt. Ausgehend von einer Pflegeeinrichtung (rote Einrichtung in Abbildung 5) drückt dieser Wert aus, wie leicht die nächsten beiden benachbarten Einrichtungen für Bürger zu erreichen sind.

Ergebnisse

Insgesamt sind vergleichsweise geringe Entfernungen zu überwinden (kürzer als die durchschnittlich zurückgelegten Wege – ca. zehn bis zwölf Kilometer je nach Kreistyp[18]), um von einer stationären Pflegeeinrichtung eine der zwei benachbarten Einrichtungen zu erreichen (Abbildung 6). Die maximale Distanz hierfür liegt im Kreisdurchschnitt bei 8,2 km. In der deutschlandweiten Betrachtung wird ein ausgeprägtes Stadt-Land-Gefälle sichtbar, mit minimalen Werten von bis zu 0,5 Kilometern in den Städten. Alles in allem weist die stationäre Pflege also durchweg eine hohe Erreichbarkeit auf, insbesondere in dichter besiedelten Kreisen und Städten.

2.3 Bürgerfrage 3: Wie wird die Qualität der Pflege in der Region bewertet?

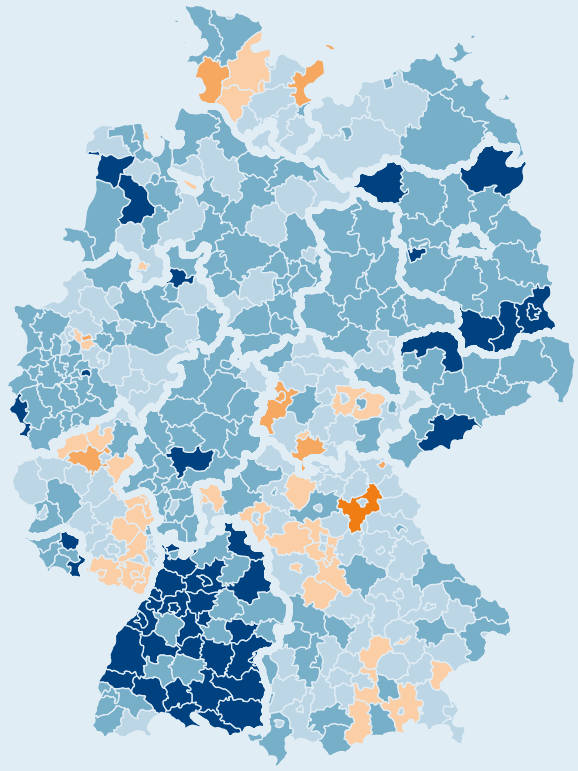
Hintergrund

Die Qualität der Pflegedienste und Pflegeheime wird durch jährliche Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff. SGB XI durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) geprüft. Ein Teil der Prüfergebnisse wird in Form der Pflege-Transparenzberichte veröffentlicht. Zusammenfassend werden darin Pflegenoten publiziert. Die geltende Prüf- und Veröffentlichungssystematik steht in der Kritik[19]. Die Systematik wird derzeit neu konzipiert[20]. Im Moment stellen die Prüfergebnisse des MDK jedoch noch die einzige flächendeckend verfügbare Bewertung der Qualität der Pflege dar, weshalb sie hier als Datenbasis verwendet werden.

Die Aussagekraft der zusammenfassenden Pflegenoten für die tatsächliche pflegerische Qualität der Anbieter wird von Fachleuten aus mehreren Gründen als eingeschränkt beurteilt: So führt die Durchschnittsbildung zur Nivellierung der Ergebnisse; negative Werte bei kritischen Kriterien können durch gute bei unkritischen Kriterien ausgeglichen werden. Die tatsächlich existierenden Qualitätsunterschiede zwischen den Pflegeanbietern werden durch die Noten nur unzureichend abgebildet, da diese überwiegend sehr gut ausfallen. Sünderkamp, Weiß und Rothgang[21] machen deutlich, dass der Median für Gesamtnoten bei 1,3 im ambulanten bzw. 1,2 im stationären Bereich liegt und damit eine geringe Streuung aufweist. Als Erklärung für die überdurchschnittlich positive Notengebung wird angeführt, dass die Einrichtungen schnell lernen, wie sie – unabhängig von der tatsächlichen Qualität in der Pflege – gute Noten erreichen können. Außerdem werde die tatsächliche Wirkung der Pflege für Patienten bei der Bewertung zu wenig berücksichtigt, da überwiegend die Dokumentation der pflegerischen Tätigkeiten geprüft werde. Vergleicht man die Pflegenoten deutschlandweit, fällt zudem auf, dass die Noten je nach MDK-Zuständigkeitsgebiet unterschiedlich ausfallen, obwohl bundesweit einheitliche Instrumente genutzt wer-

18 infas und DLR 2010b.
19 Vgl. bspw. Sünderkamp, Weiß und Rothgang 2014.
20 Das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) beinhaltet die Bildung eines neuen Qualitätsausschusses, der die Qualitätsprüfung und -berichterstattung in der Pflege reformieren soll. Die Anwendung der weiterentwickelten Instrumente ist ab 2018 (stationärer Bereich) bzw. 2019 (ambulanter Bereich) vorgesehen.
21 Sünderkamp, Weiß und Rothgang 2014.

Abbildung 7: **Note für „Pflege und medizinische Versorgung“ und „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ in stationären Einrichtungen**

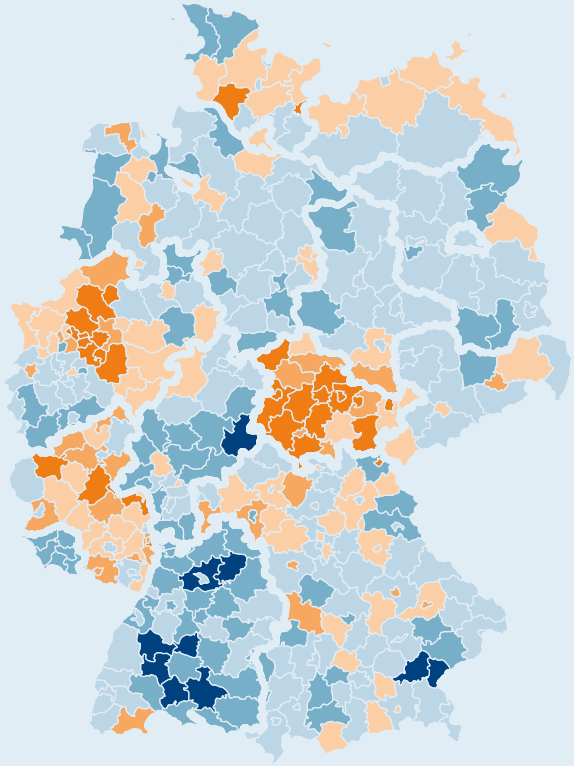


Durchschnittsnote Stadt- und Landkreise (402)
- >1.0 – 1.2 (95)
- >1.2 – 1.4 (163)
- >1.4 – 1.6. (113)
- >1.6 – 1.8 (28)
- >1.8 – 2.0 (2)
- >2.0 – 2.1 (1)

Quelle: vdek: Daten Clearing Stelle (DCS) Pflege für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen (2015); Berechnung Prognos AG (2016)

BertelsmannStiftung

Abbildung 8: **Note für „pflegerische Leistungen“ und „ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ ambulanter Pflegedienste**



Durchschnittsnote Stadt- und Landkreise (402)
- >1.0 – 1.2 (19)
- >1.2 – 1.4 (118)
- >1.4 – 1.6. (143)
- >1.6 – 1.8 (68)
- >1.8 – 2.0 (31)
- >2.0 – 2.6 (23)

Quelle: vdek: Daten Clearing Stelle (DCS) Pflege für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen (2015); Berechnung Prognos AG (2016)

BertelsmannStiftung

den und die Ergebnisse vergleichbar sein sollten. Die Pflegenoten haben somit nur einen äußerst begrenzten Informationsgehalt für die Bürger.[22] Dies zeigt sich selbst dann, wenn man ausschließlich die für die tatsächliche Pflege relevanten Qualitätsbereiche der Transparenzberichte betrachtet, die sich der „Pflege und medizinischen Versorgung“ und dem „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ (stationärer Bereich[23]) bzw. den „pflegerischen Leistungen“ und „ärztlich verordneten pflegerischen Leistungen“ (ambulanter Bereich[24])

22 Deutsches Ärzteblatt 2014.

23 Die herkömmliche Gesamtnote für stationäre Pflegeeinrichtungen wird aus 59 Einzelkriterien gebildet, die vier Qualitätsbereichen zugeordnet sind: „Pflege und medizinische Versorgung“ (32 Kriterien), „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ (9 Kriterien), „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“ (9 Kriterien) sowie „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“ (9 Kriterien). Für jedes Kriterium wird geprüft, bei wie vielen Bewohnern der Stichprobe es erfüllt wird. Das Ergebnis dieser Kriterienprüfung wird mit Punkten auf einer Skala von 0 bis 10 bewertet. Pro Bereich wird aus diesen Punkten ein Mittelwert gebildet. Dieser ergibt eine bestimmte Note. Die Gesamtnote wird ermittelt, indem der Mittelwert der Punkte für die Kriterien 1 bis 59 errechnet und diesem eine Note zugeordnet wird.

24 Die herkömmliche Gesamtnote für ambulante Pflegedienste wird aus 37 Einzelkriterien gebildet, die drei Qualitätsbereichen zugeordnet sind: „pflegerische Leistungen“ (17 Kriterien), „ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ (10 Kriterien) sowie „Dienstleistung und Organisation“ (10 Kriterien).

widmen. Abbildung 7 und Abbildung 8 zeigen die durchschnittlichen Noten dieser Qualitätsbereiche in den Kreisen und kreisfreien Städten.[25]

Vor diesem Hintergrund hat die Weisse Liste eine alternative Zusammenfassung der Prüfergebnisse im Sinne eines „Erfüllungsgrads“ entwickelt[26], der sich allein auf die patientenbezogenen Prüfergebnisse stützt und ermittelt, wie viele der beim Anbieter überprüften Kriterien bei allen Patienten der Stichprobe erfüllt wurden. Das Ergebnis wird als Prozentwert – anstatt einer Note – dargestellt. Die Zusammenfassung führt die Prüfkriterien auf das zurück, was sie sind, nämlich das Erfüllen oder Nichterfüllen von Mindeststandards, wobei als Maßstab angelegt wird, dass diese bei jedem einzelnen Patienten erfüllt sein sollten. Im Gegensatz zu den herkömmlichen Durchschnittsnoten schlägt sich somit eine Abweichung im Einzelfall in der Zusammenfassung nieder und die Unterschiede der Prüfergebnisse zwischen den Pflegeanbietern treten deutlicher hervor. Aufgrund der Einflüsse der MDK-Gebiete auf die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen vergleicht der Report Pflegeinfrastruktur die Situationen der Kreise nur innerhalb des jeweiligen Bundeslands miteinander (in Nordrhein-Westfalen differenziert nach MDK Nordrhein und MDK Westfalen-Lippe).

Methodik

Zur Berechnung des „Erfüllungsgrads“ im ambulanten und stationären Bereich wurde folgender Datensatz verwendet:

Verband der Ersatzkassen (vdek): Daten Clearing Stelle (DCS) Pflege für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen (Datenstand zum Stichtag 23.2.2015): Transparenzkriterien stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen[27].

Der Erfüllungsgrad bezieht im stationären Bereich ausschließlich die Qualitätsbereiche „Pflege und medizinische Versorgung“ und „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ der Transparenzberichte. Zusätzlich wurden einzelne wenig aussagekräftige Kriterien, die sich nicht auf einzelne Pflegebedürftige beziehen, herausgefiltert. Berücksichtigt werden die Qualitätskriterien 1 bis 31, 33 bis 36 und 40. Für jedes dieser 36 Kriterien wird ermittelt, ob es bei allen Bewohnern der vorliegenden Stichprobe im Transparenzbericht erfüllt wurde. Anschließend werden die vollumfänglich erfüllten sowie die gar nicht oder nur anteilig erfüllten Kriterien ins Verhältnis zueinander gesetzt (nicht geprüfte Kriterien werden nicht berücksichtigt). Dieses Verhältnis stellt den Erfüllungsgrad dar, also den Anteil der patientenbezogenen Qualitätskriterien, die vollumfänglich erfüllt werden. Um die Situation in den Kreisen miteinander zu vergleichen, wird für jeden Kreis der Mittelwert der Erfüllungsgrade aller stationären Pflegeeinrichtungen gebildet.

Der Erfüllungsgrad für ambulante Pflegedienste berücksichtigt nur die Prüfergebnisse zu „pflegerischen Leistungen“ (17 Kriterien) und „ärztlich verordneten pflegerischen Leistungen“ (10 Kriterien). Für jedes der 27 Kriterien wird ermittelt, ob es bei allen Nutzern der vorliegenden Stichprobe im Transparenzbericht erfüllt wurde (entspricht Note 1,0). Anschließend werden die mit 1,0 benoteten sowie die schlechter bewerteten Kriterien ins Verhältnis zueinander gesetzt (nicht geprüfte Kriterien werden nicht berücksichtigt). Die-

25 Zur besseren Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen des „Erfüllungsgrads“ (vgl. Abschnitt 2.3.2) wurde die identische Datenbasis genutzt; d. h. es wurden nur die Prüfergebnisse berücksichtigt, mit denen es möglich ist, sowohl den „Erfüllungsgrad“ als auch die Bereichsnoten zu berechnen.
26 Bertelsmann Stiftung 2016a.
27 Für den stationären Bereich wurden nur Prüfergebnisse ab dem 1.2.2014 berücksichtigt, da zu diesem Stichtag überarbeitete Qualitätsprüfungs-Richtlinien in Kraft traten (siehe hierzu: GKV und MDS 2014).

ses Verhältnis stellt den Erfüllungsgrad dar, also den Anteil der relevanten Qualitätskriterien, die vollumfänglich erfüllt werden. Um die Situation in den Kreisen miteinander zu vergleichen, wird für jeden Kreis der Mittelwert der Erfüllungsgrade aller ambulanten Pflegedienste gebildet.

Damit die Ergebnisse deutschlandweit vergleichbar sind, wird der durchschnittliche Erfüllungsgrad in jedem Bundesland (in Nordrhein-Westfalen in beiden MDK-Gebieten) berechnet (Tabelle 1) und werden die Abweichungen der Kreisdurchschnitte zu diesen Werten betrachtet.

Ergebnisse

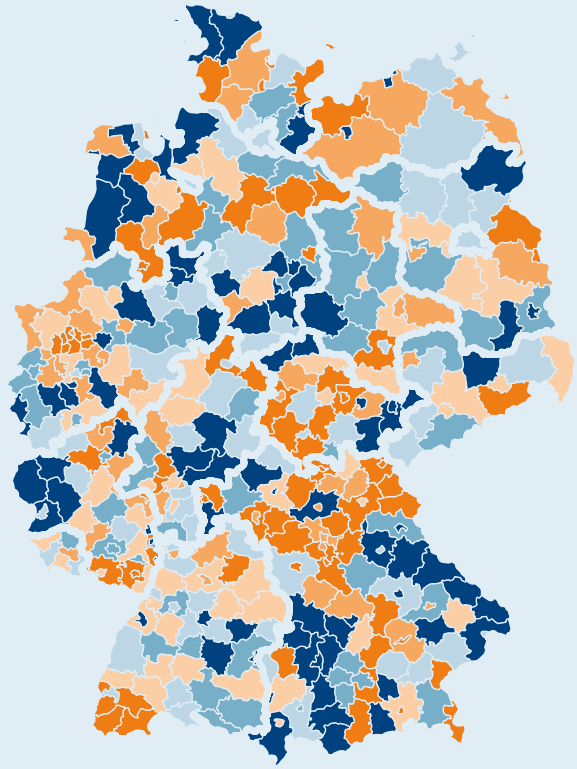
Die Darstellung der Abweichungen der Erfüllungrade in den Kreisen vom durchschnittlichen Erfüllungsgrad im jeweiligen Bundesland (in Nordrhein-Westfalen differenziert nach MDK Nordrhein und MDK Westfalen-Lippe) hebt die Unterschiede in den Ergebnissen der Transparenzberichte deutlich hervor. Die Einflüsse der MDK-Gebiete auf die Prüfergebnisse spiegeln sich in den deutlichen Unterschieden zwischen den durchschnittlichen Erfüllungsgraden in den Bundesländern wider (Tabelle 1). Diese Einflüsse treten durch die Betrachtung der Kreisabweichungen vom jeweiligen Bundesland in den Hintergrund. Im Ergebnis zeigt sich sowohl deutschlandweit als auch in den einzelnen Bundesländern ein heterogenes Bild der Prüfergebnisse. Vergleiche zwischen den Situationen in den einzelnen Kreisen sind somit möglich. Dies gilt sowohl für die Ergebnisse für stationäre Pflegeeinrichtungen (Abbildung 9) als auch für ambulante Pflegedienste (Abbildung 10).

Tabelle 1: **Durchschnittlicher Erfüllungsgrad im Bundesland**

		Durchschnittlicher Erfüllungsgrad	
		Stationäre Pflegeeinrichtungen	Ambulante Pflegedienste
Baden-Württemberg		89,6 %	84,1 %
Bayern		69,8 %	81,1 %
Berlin		80,0 %	81,9 %
Brandenburg		84,7 %	85,7 %
Bremen		63,3 %	76,6 %
Hamburg		73,1 %	80,2 %
Hessen		82,0 %	85,9 %
Mecklenburg-Vorpommern		74,8 %	80,2 %
Niedersachsen		79,6 %	83,5 %
Nordrhein-Westfalen	MDK Westfalen-Lippe	75,0 %	71,1 %
	MDK Nordrhein	84,3 %	83,8 %
Rheinland-Pfalz		65,8 %	78,1 %
Saarland		84,5 %	88,5 %
Sachsen		84,6 %	80,8 %
Sachsen-Anhalt		80,4 %	81,0 %
Schleswig-Holstein		72,4 %	81,2 %
Thüringen		68,1 %	65,3 %

Quelle: vdek: Daten Clearing Stelle (DCS) Pflege für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen (2015); Berechnung Prognos AG (2016)

Abbildung 9: **Erfüllungsgrad stationärer Pflegeeinrichtungen**



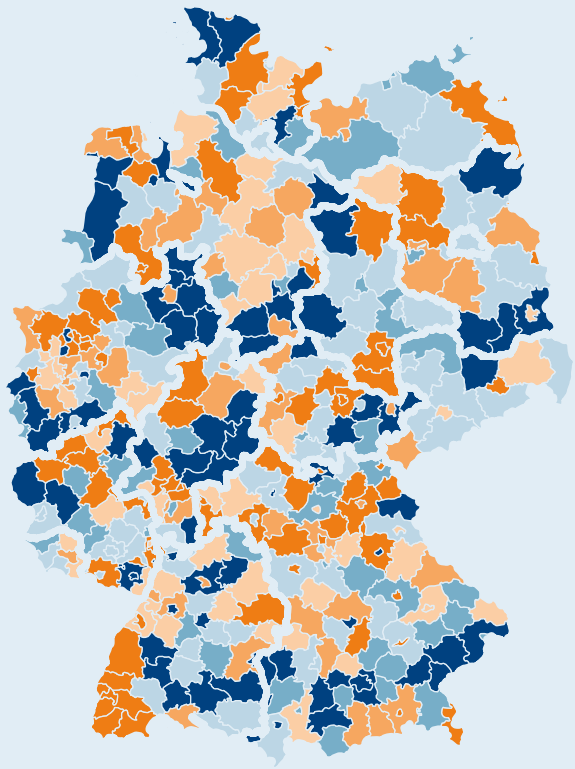
Abweichung vom durchschnittlichen „Erfüllungsgrad" im Bundesland (in NRW im MDK-Gebiet) in Prozent Stadt- und Landkreise (402)

- >–22.2 – –4.0 (79)
- >–4.0 – –2.0 (55)
- >–2.0 – 0.0 (62)
- >0.0 – 2.0 (66)
- >2.0 – 4.0 (60)
- >4.0 – 15.4 (83)

Quelle: vdek: Daten Clearing Stelle (DCS) Pflege für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen (2015); Berechnung Prognos AG (2016)

BertelsmannStiftung

Abbildung 10: **Erfüllungsgrad ambulanter Pflegedienste**



Abweichung vom durchschnittlichen „Erfüllungsgrad" im Bundesland (in NRW im MDK-Gebiet) in Prozent Stadt- und Landkreise (402)

- >–20.9 – –4.0 (83)
- >–4.0 – –2.0 (47)
- >–2.0 – 0.0 (60)
- >0.0 – 2.0 (81)
- >2.0 – 4.0 (51)
- >4.0 – 16.4 (80)

Quelle: vdek: Daten Clearing Stelle (DCS) Pflege für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen (2015); Berechnung Prognos AG (2016)

BertelsmannStiftung

Im stationären Pflegebereich weicht der Erfüllungsgrad in etwa 60 Prozent der Kreise um bis zu 4 Prozent nach oben oder unten vom entsprechenden Bundesland- bzw. MDK-Gebiet-Durchschnitt ab. In rund einem Fünftel der Kreise ist der Erfüllungsgrad jedoch um bis zu 22,2 Prozent niedriger. Im Gegensatz dazu übertrifft ebenfalls ca. ein Fünftel der Kreise den landesdurchschnittlichen Erfüllungsgrad um bis zu 15,4 Prozent. Großräumige regionale Verteilungsmuster bezüglich der Abweichungen des Erfüllungsgrads sind nicht erkennbar (Abbildung 9).

Im ambulanten Pflegebereich weicht der Erfüllungsgrad in rund 60 Prozent der Kreise ebenfalls um bis zu 4 Prozent nach oben oder unten vom entsprechenden Bundesland- bzw. MDK-Gebiet-Durchschnitt ab. In etwa einem Fünftel der Kreise ist der Erfüllungsgrad allerdings um bis zu 20,9 Prozent niedriger. In rund einem weiteren Fünftel der Kreise wird der landesdurchschnittliche Erfüllungsgrad um bis zu 16,4 Prozent übertroffen. Großräumige regionale Verteilungsmuster bezüglich des Erfüllungsgrads sind nicht erkennbar (Abbildung 10).

2.4 Bürgerfrage 4:
Welche Leistung bekommt man vor Ort für sein Geld?

Hintergrund

Das Preisniveau für Pflege unterscheidet sich deutlich zwischen den Regionen. So lag das niedrigste Preisniveau für vollstationäre Pflege in der Pflegestufe I im Jahr 2014 in einem Kreis bei 52 Euro pro Tag – der höchste Wert betrug 87 Euro.[28] Eine Ursache dürften die unterschiedlichen Lohnhöhen des pflegerischen Personals sein, da diese den Hauptkostenblock aus Betreibersicht darstellen.

Zugleich fällt auch der Personaleinsatz in der Pflege regional unterschiedlich aus.[29] Im Maximum haben die Beschäftigten in Pflegeheimen im Kreisdurchschnitt 3,6 Stunden pro Tag und pflegebedürftiger Person Zeit. Der kleinste Wert liegt bei 2,1 Stunden.

Da darin der Effekt eines höheren Zeitaufwands mit zunehmender Pflegestufe herausgerechnet wurde, deuten diese Ergebnisse auf tatsächliche regionale Unterschiede in der Versorgungszeit hin.

Vor dem Hintergrund der regionalen Unterschiede stellt sich die Frage, in welchen Regionen die Bürger überdurchschnittlich viel Leistung für ihr Geld bekommen bzw. wo das Preis-Leistungsverhältnis eher unterdurchschnittlich ausfällt. Da neben der Körperpflege auch die persönliche Betreuung von Relevanz ist, wurde als „Leistung“ das durchschnittliche Versorgungsverhältnis gewählt und ins Verhältnis zum Preisniveau gesetzt. Tatsächlich gehört eine ausreichende Versorgungszeit zu den am häufigsten genannten Qualitätsaspekten bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung.[30]

Sowohl für das Preisniveau als auch für den Personaleinsatz liegen auf regionaler Ebene aussagekräftige Daten nur für den stationären Bereich vor. Aus diesem Grund beziehen sich die Ergebnisse zu Bürgerfrage 4 nur auf den stationären Bereich.

Methodik

Zur Beantwortung der Bürgerfrage 4 werden die Kosten je Versorgungsstunde in einem Pflegeheim berechnet. Dazu wird das Heimpreisniveau im Kreis pro Tag in Relation zu den Versorgungsstunden pro Tag und Pflegebedürftigem gesetzt (Abbildung 11).

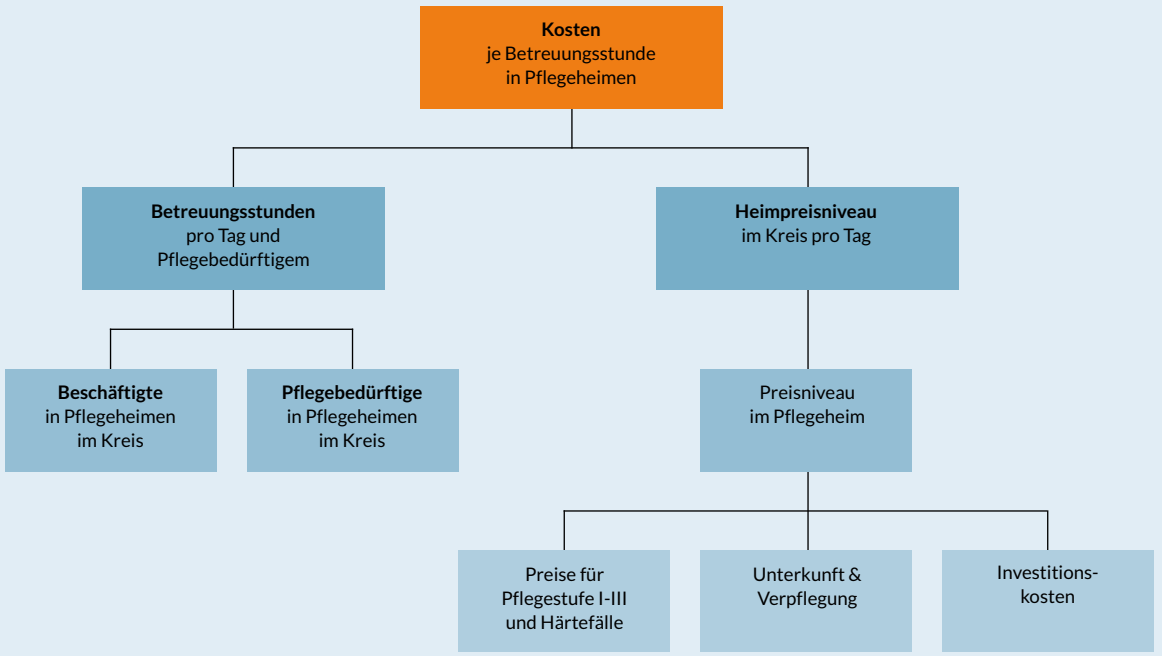
Für die Berechnung des Kriteriums wurden folgende Datensätze verwendet:

Verband der Ersatzkassen (vdek): Daten Clearing Stelle (DCS) Pflege für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen (Datenstand zum Stichtag 23.2.2015): je Pflegeheim die Zahl der Plätze, die Tageskosten für Pflegestufe I bis III und für Härtefälle in Euro, die Tageskosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für die Investitionskosten;

Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (FDZ): Pflegestatistik 2011: je Kreis für die Pflegeheime die Zahl der Fachkräfte, Hilfskräfte und sonstigen Beschäftigten jeweils in Köpfen, als geschätzte Vollzeitäquivalente (VZÄ).

28 Vgl. bspw. IEGUS und RWI 2015.
29 Schneekloth und Wahl 2009.
30 Geraedts et al. 2011.

Abbildung 11: **Zusammensetzung der Kosten je Versorgungsstunde in Pflegeheimen**



Quelle: Prognos AG (2016)

BertelsmannStiftung

Um das **Heimpreisniveau im Kreis pro Tag** darzustellen, wurde für jedes Pflegeheim ein Preisniveau ermittelt. Dieses entspricht dem Mittelwert der Tagespreise für stationäre Pflege nach Pflegestufen.[31] Hinzu kommen die Tagespreise für Unterkunft und Verpflegung sowie für die Investitionskosten. Das durchschnittliche Preisniveau entspricht im Ergebnis dem mit der Platzzahl gewichteten Mittelwert der Preise der Pflegeheime in einem Kreis.

Die **Anzahl der Versorgungsstunden pro Tag und Pflegebedürftigem** bildet das Verhältnis zwischen den Vollzeitäquivalenten[32] und Pflegebedürftigen in einem Pflegeheim ab. Korrigiert wird das Verhältnis um die durchschnittliche Arbeitszeit je Pflegestufe. Der Fokus wird in diesem Zusammenhang auf das Gesamtpersonal in der Pflege und nicht nur die Fachkräfte gelegt, da diese nachfolgend mit dem Gesamtpreis für Pflege in Relation gesetzt werden.[33]

Die Arbeitszeit[34] einer Vollzeitpflegekraft berechnet sich dabei folgendermaßen: Gemäß der Systematik der Steuererklärung werden 220 Arbeitstage pro Jahr angesetzt (5 Tage pro Woche abzgl. Urlaub, Feiertage). Gemäß dem Fehlzeiten-Report 2015 von Badura et al.[35] sind für die

31 Die unterschiedlichen Preise nach Pflegestufen wurden entsprechend der bundesweiten Verteilung der Pflegebedürftigen auf die verschiedenen Stufen gemittelt.
32 Die Vollzeitäquivalente wurden wie folgt berechnet: „Beschäftige Vollzeit“ × 1 + „Beschäftigte Teilzeit >50 %“ × 0,75 + „Beschäftigte Teilzeit ≤ 50 %“ × 0,45 + „Geringfügig Beschäftigte“ × 0,25 + „Praktikanten, Schüler, Auszubildende“ × 0,5 + „Freies Soziales Jahr, Zivildienstleistende, Bundesfreiwilligendienst“ × 1.
33 Für eine Betrachtung, die nur die Fachkräfte fokussiert, müssten auch die Heimpreise für den Bereich der Fachkräfte korrigiert werden, was methodisch nicht möglich erscheint.
34 Von einer Korrektur des Arbeitseinsatzes der Pflegekräfte für pflegerische Tätigkeiten nach SGB XI wurde Abstand genommen, da gemäß den Qualitätsprüfungen vom Statistischen Bundesamt (2007) bzgl. dem Merkmal zum Personal „Arbeitsanteil für den Pflegedienst (bzw. das Pflegeheim) nach SGB XI“ die Angaben im stationären Bereich von einer geringen Datenqualität gekennzeichnet sind.
35 Badura et al. 2015.

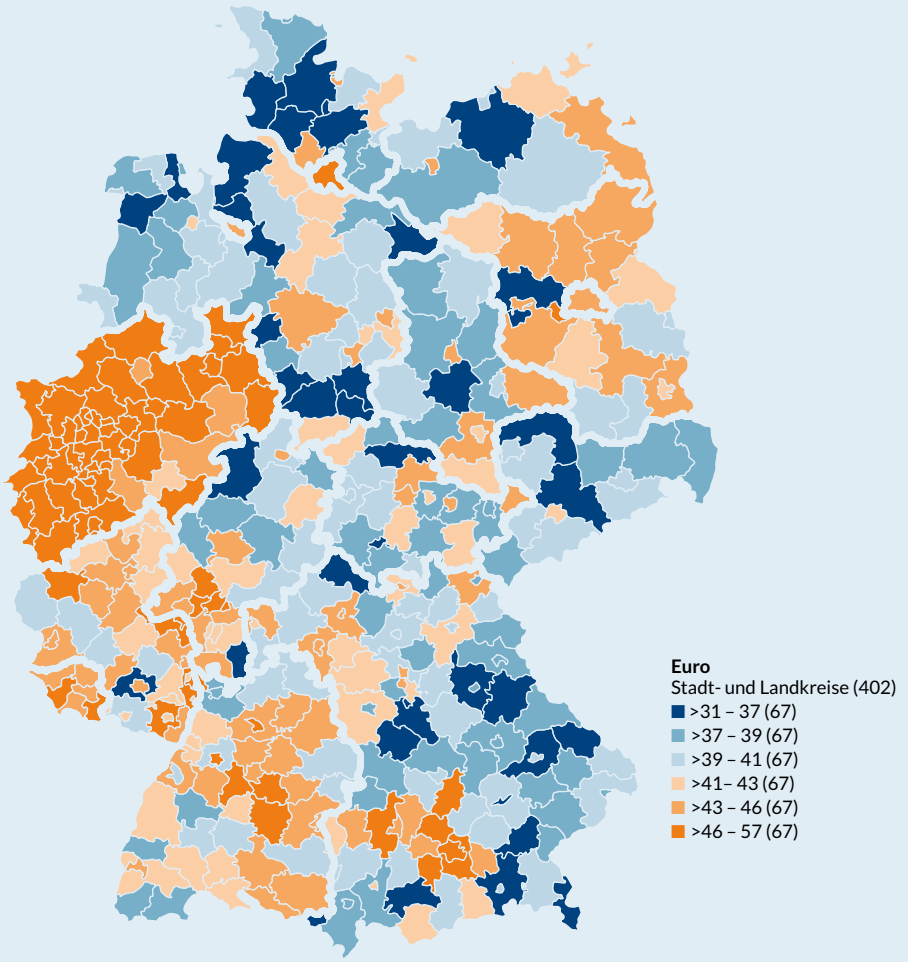
Berufe in der Altenpflege (ohne Spezialisierung) hiervon 26,7 Fehltage abzuziehen. Insofern sind für eine Vollzeitpflegekraft etwa 193,3 tatsächliche Arbeitstage pro Jahr anzusetzen.

Die Zahl der Pflegebedürftigen wurde mit einem Bedarfsfaktor für jede Pflegestufe angepasst, um den unterschiedlichen Versorgungsbedarf zu berücksichtigen:

- Pflegestufe I: Faktor 0,8
- Pflegestufe II: Faktor 1,1
- Pflegestufe III (inkl. Härtefälle): Faktor 1,3

Die Faktoren ergeben sich aus dem Verhältnis der durchschnittlichen Versorgungszeiten des Personals nach den drei Pflegestufen gemäß den Angaben des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)[36]. Sie wurden so angepasst, dass sich die bundesweite Gesamtzahl der Pflegebedürftigen nicht verändert.

Abbildung 12: **Kosten je Versorgungsstunde in stationären Pflegeeinrichtungen**



Quelle: vdek: Daten Clearing Stelle (DCS) Pflege für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen (2015); Berechnung Prognos AG (2016)

BertelsmannStiftung

36 GKV-Spitzenverband 2015.

Ergebnisse

Die Kosten je Versorgungsstunde in stationären Pflegeeinrichtungen liegen im gesamten Bundesgebiet zwischen rund 31 und 57 Euro (Abbildung 12). Bei der Betrachtung der durchschnittlichen Kostenhöhe in den Kreisen und kreisfreien Städten fallen deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern auf. Während die Kostenstruktur in Nordrhein-Westfalen homogen ist und die Versorgungsstunde vergleichsweise viel kostet, ist sie in anderen Bundesländern – etwa Hessen – deutlich heterogener. Auffällig ist zudem ein Stadt-Land-Gefälle. Vor allem in den Ballungszentren Berlin, München und Hamburg sind die Kosten weitaus höher als in den eher ländlich geprägten Regionen.

2.5 Bürgerfrage 5:
Reicht das Einkommen aus, um sich die Pflege vor Ort zu leisten?

Hintergrund

Das Einkommen der älteren Bevölkerung – abgebildet durch das Nettoäquivalenzeinkommen der Haushalte mit Personen über 80 Jahren[37] – weist deutliche Unterschiede zwischen den Regionen auf. Während das Nettoäquivalenzeinkommen in Hamburg im Jahr 2014 im Durchschnitt bei 2.320 Euro pro Monat lag, betrug es in Berlin durchschnittlich 1.750 Euro pro Monat.

Vor dem Hintergrund der regionalen Einkommensunterschiede stellt sich die Frage, in welchen Regionen das Einkommen ausreicht, um sich eine professionelle Pflege in einem Pflegeheim leisten zu können.[38] Wie viel das Nettoäquivalenteinkommen gemessen am regionalen Preisniveau für stationäre Pflege tatsächlich in den einzelnen Kreisen Wert ist, zeigt die im Folgenden berechnete reale Kaufkraft für professionelle Pflege.

Methodik

Für die Berechnung der realen Kaufkraft für professionelle Pflege wird das Nettoäquivalenzeinkommen der Haushalte mit Personen über 80 Jahren in Relation zu den Preisen für vollstationäre Pflege (abzüglich der Leistungen aus der Sozialen Pflegeversicherung, SPV) gesetzt.[39]

Für die Berechnung des Kriteriums wurden folgende Datensätze verwendet:

Verband der Ersatzkassen (vdek): Daten Clearing Stelle (DCS) Pflege für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen (Datenstand zum Stichtag 23.2.2015): je Pflegeheim die Zahl der Plätze, die Tageskosten für Pflegestufe I bis III und für Härtefälle in Euro, die Tageskosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für die Investitionskosten,

37 Das Nettoäquivalenzeinkommen ist das Haushaltsnettoeinkommen dividiert durch eine „Äquivalenzgröße“, die sich aus der Anzahl der Personen im Haushalt und deren Alter ergibt. Die Äquivalenzgröße wird gemäß einer EU-weit gültigen Definition nach der modifizierten OECD-Skala berechnet, wobei der ersten erwachsenen Person im Haushalt das Gewicht 1,0 zugeteilt wird, jeder weiteren erwachsenen Person sowie Kindern ab 14 Jahren jeweils das Gewicht 0,5 und Kindern unter 14 Jahren das Gewicht 0,3.

38 Zum Hintergrund für die hier analysierte Fragestellung siehe: BARMER GEK 2014; Augurzky et al. 2013; BBSR 2014b; Geyer 2015.

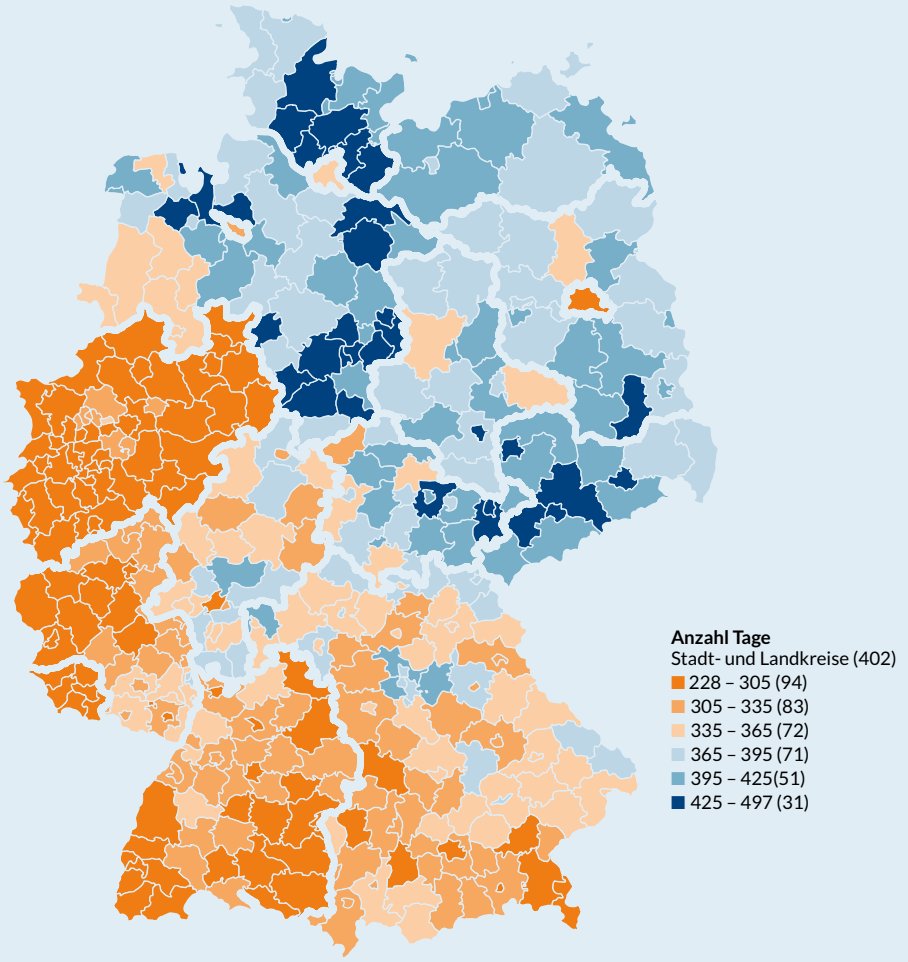
39 Für die durchschnittlichen Preise für vollstationäre Pflege sowie Leistungen der SPV wurde der bundesweite Durchschnittspflegefall mit entsprechend gewichteten Preisen/Leistungen der Pflegestufen I-III sowie für Härtefälle unterstellt.

Statistisches Bundesamt (StBA): Sonderauswertung der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) 2008: Mittelwert des monatlichen Nettoäquivalenzeinkommens von Personen ab 80 Jahren (≥ 80 Jahre; beide Geschlechter) in Euro,

Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Soziale Pflegeversicherung, Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen im Jahresdurchschnitt 2013: Leistungsempfänger nach den Pflegestufen I bis III in der stationären Pflege.

Da die Nettoäquivalenzeinkommen für Haushalte mit Personen über 80 Jahren nur auf Bundesländerebene vorliegen, werden diese entsprechend der Verteilung der gesetzlichen Rentenleistungen[40] auf die Kreisebene übertragen. Die Einkommensdaten der EVS 2008 werden darüber hinaus entsprechend der Entwicklung der verfügbaren Einkommen privater Haushalte im Zeitraum der Jahre 2008 bis 2014 auf das Jahr 2014 dynamisiert.

Abbildung 13: **Reale Kaufkraft für professionelle Pflege**



Quelle: vdek: Daten Clearing Stelle (DCS) Pflege für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen (2015); StBA: Sonderauswertung der Einkommens- und Verbraucherstichprobe (EVS) (2008); BMG: Soziale Pflegeversicherung (2013); Berechnung Prognos AG (2016)

BertelsmannStiftung

40 Die Berechnungen beruhen auf dem durchschnittlichen Rentenzahlbetrag aus dem Jahr 2012 auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte. Quelle: BBSR 2014a.

Berücksichtigt werden die regionalen Preise für die vollstationäre Pflege, wobei das Preisniveau dem mit der Platzzahl gewichteten Mittelwert der Preise der Pflegeheime im jeweiligen Kreis entspricht.

Ergebnisse

Die reale Kaufkraft für professionelle Pflege in einer stationären Einrichtung wird in Tagen ausgewiesen. Abbildung 13 zeigt dementsprechend wie viele Pflegetage sich die Pflegebedürftigen pro Jahr leisten können. In Ostdeutschland, Schleswig-Holstein und Niedersachsen können sich Pflegebedürftige mehr als ein Jahr vollstationäre Pflege leisten. Hingegen liegt die Anzahl bezahlbarer Pflegeheimtage in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Baden-Württemberg und Bayern mehrheitlich unter einem Jahr.

2.6 Bürgerfrage 6: Gibt es in Zukunft ausreichend Pflegepersonal vor Ort?

Hintergrund

Im Zuge des demographischen Wandels kommt es in Deutschland zu einer rapiden Verschiebung der Altersstruktur. Heute besteht die Bevölkerung zu gut 20 Prozent aus Personen, die 65 Jahre oder älter sind. Bis zum Jahr 2040 wird diese Altersgruppe von rund 17 Millionen auf rund 24 Millionen anwachsen. Damit gehört in 25 Jahren nahezu ein Drittel der Bevölkerung Deutschlands zu den über 64-Jährigen.

Zum einen steigt mit dem Anteil älterer Menschen der Bedarf an Unterstützung und Begleitung dieser Personengruppe. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird in Deutschland bis zum Jahr 2030 von gut 2,6 Millionen auf 3,4 Millionen ansteigen.[41] Zum anderen wird die Zahl der für die professionelle Pflege zur Verfügung stehenden Fachkräfte abnehmen. Die Generation der heute 40- bis 50-Jährigen muss befürchten, dass sie in Zukunft nicht mehr die pflegerische Versorgung erhält, die sie benötigt.[42]

Im Fokus der Bürgerfrage 6 steht deshalb die Gegenüberstellung von Angebot (Pflegepersonal) und Nachfrage (Pflegebedürftige) auf dem Teilarbeitsmarkt Pflegewirtschaft. Im Ergebnis kann diese Gegenüberstellung mögliche Diskrepanzen zwischen Angebot und Nachfrage aufzeigen.

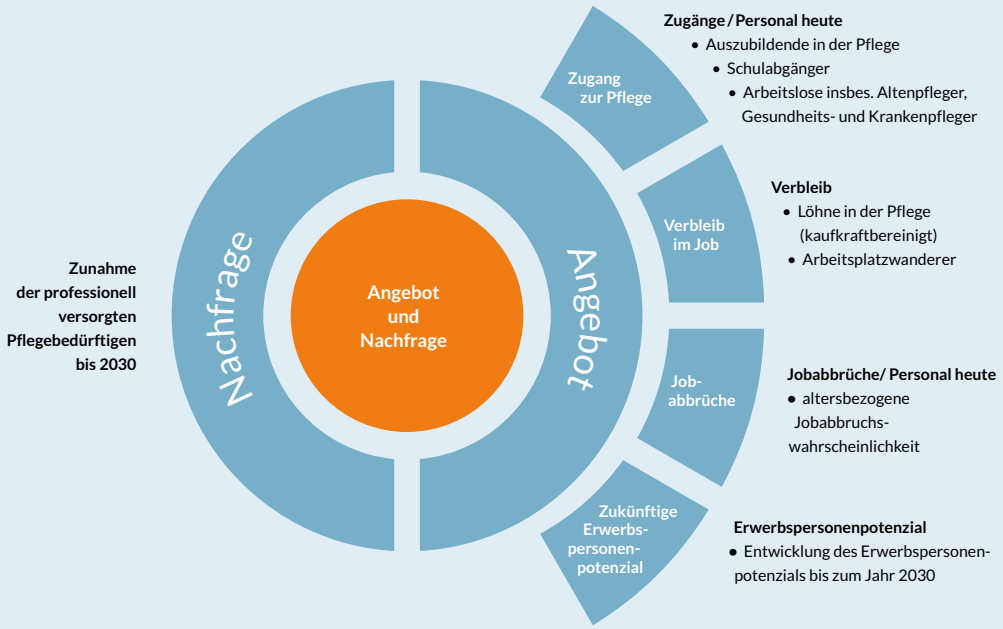
Methodik

Die Angebotsseite setzt sich aus vier Faktoren zusammen (Abbildung 14):

- Zugänge/Personal heute: Die Rekrutierungsmöglichkeiten am Arbeitsmarkt werden ausgedrückt durch Auszubildende in der Pflege, Schulabsolventen und arbeitslose Alten, Kranken- und Gesundheitspflegekräfte,
- Verbleib im Job: Dieser Faktor steht für die Attraktivität der Pflegewirtschaft als Arbeit-

41 Die Prognose basiert auf den Berechnungen im Rahmen des Themenreports „Pflege 2030“ der Bertelsmann Stiftung.
42 Zum Hintergrund für die hier analysierten Fragestellungen siehe Bertelsmann Stiftung 2012; Hackmann 2010; Wiethölter 2012; Sujata und Weyh 2012; IAB 2015.

Abbildung 14: **Zusammensetzung des Kriteriums Angebot und Nachfrage**



Quelle: Prognos AG (2016)

BertelsmannStiftung

geber für (potenzielle) Pflegekräfte. Er wird durch kaufkraftbereinigte Löhne in der Pflege und Arbeitsplatzwanderer abgebildet.

- Jobabbrüche/Personal heute: Die Berufstreue in der Altenpflege wird durch eine alters-bezogene Jobabbruchswahrscheinlichkeit wiedergegeben.
- Erwerbspersonenpotenzial: Als prognostische Komponente auf der Angebotsseite wird die Entwicklung des künftigen Erwerbspersonenpotenzials (Bevölkerung im Alter 20 bis 64 Jahre) bis zum Jahr 2030 aufgenommen.
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2014): Sonderauswertung der Arbeitsmarktstatistik 2013: Arbeitslose nach Berufsgattungen der KldB 2010[43],
- Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (FDZ): Pflegestatistik 2011: Anzahl der Auszubildenden in der ambulanten Pflege (nach Bundes-land),
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Schulstatistik 2013: Absolventen/Abgänger nach Schulabschluss (Allgemeinbildende Schulen).

Die Attraktivität der Pflegewirtschaft für (potenzielle) Pflegekräfte basiert auf den folgen-den Datensätzen:

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raum-ordnung (BBR) (2014): Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. INKAR. Ausgabe 2014: Arbeitsplatzwanderer (Binnenwanderungssaldo der Einwohner von 25 bis unter 30 Jahren je 1.000 Einwohner der Altersgruppe) 2012,

43 Entsprechend ihrer hohen Bedeutung für die ambulante und stationäre Pflege wurden nur arbeitslose Gesundheits- und Krankenpflegende (813 KldB 2010) sowie arbeitslose Altenpflegerinnen und -pfleger (821 KldB 2010) in der Analyse berücksichtigt (KldB: von der Bundesagentur für Arbeit entwickelte Klassifi-kation der Berufe 2010).

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR): Regionaler Preisindex 2009: Preisindex der einzelnen Kreisregionen,

Bundesagentur für Arbeit (BA) (2014): Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik 2013: Monatliche Bruttoarbeitsentgelt sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigter (Median) nach dem Arbeitsortsprinzip und Kreise.

Aufgrund der geringen Beschäftigtenzahl in den Berufsgruppen 813 und 821 auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte ist eine berufsspezifische Auswertung des Bruttoarbeitsentgelts nach Regionen nicht möglich.[44] Aus diesem Grund beziehen sich die regionalen Bruttoarbeitsentgelte nicht auf einzelne Berufsgruppen, sondern auf die gesamte Pflegewirtschaft. Dabei setzt sich die Pflegewirtschaft aus den Wirtschaftsbereichen Pflegeheime (87.1 WZ 2008[45]), Altenheime (87.3 WZ 2008) und Soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter (88.1 WZ 2008) zusammen.

Die Berufstreue in der Altenpflege wird ausgedrückt durch eine altersbezogene Jobabbruchswahrscheinlichkeit in der Altenpflege, basierend auf den Forschungen von Hackmann.[46] Hierfür wurde die IAB-Beschäftigtenstichprobe[47] (IABS) für den Zeitraum der Jahre 1975 bis 2004 ausgewertet. Für die Analyse der Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials bis zum Jahr 2030 wurden von der Bertelsmann Stiftung die entsprechenden Bevölkerungsdaten nach Alter auf Ebene der 402 Kreise und kreisfreien Städte zur Verfügung gestellt.[48] Den prognostischen Werten zur Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials liegt die Annahme zugrunde, dass sich die Zahl der professionellen Pflegekräfte entsprechend der Dynamik der Erwerbspersonen entwickelt.[49]

Diesen Faktoren auf der Angebotsseite wird die Entwicklung der Pflegenachfrage bis zum Jahr 2030 gegenübergestellt (Abbildung 14). Die Nachfrageentwicklung wird durch die kreisbezogene Prognose der professionell zu versorgenden Pflegebedürftigen (ambulante Pflegesachleistungsbezieher sowie stationär zu versorgende Pflegebedürftige) zwischen 2013 und 2030 abgebildet (siehe auch Abbildung 20):

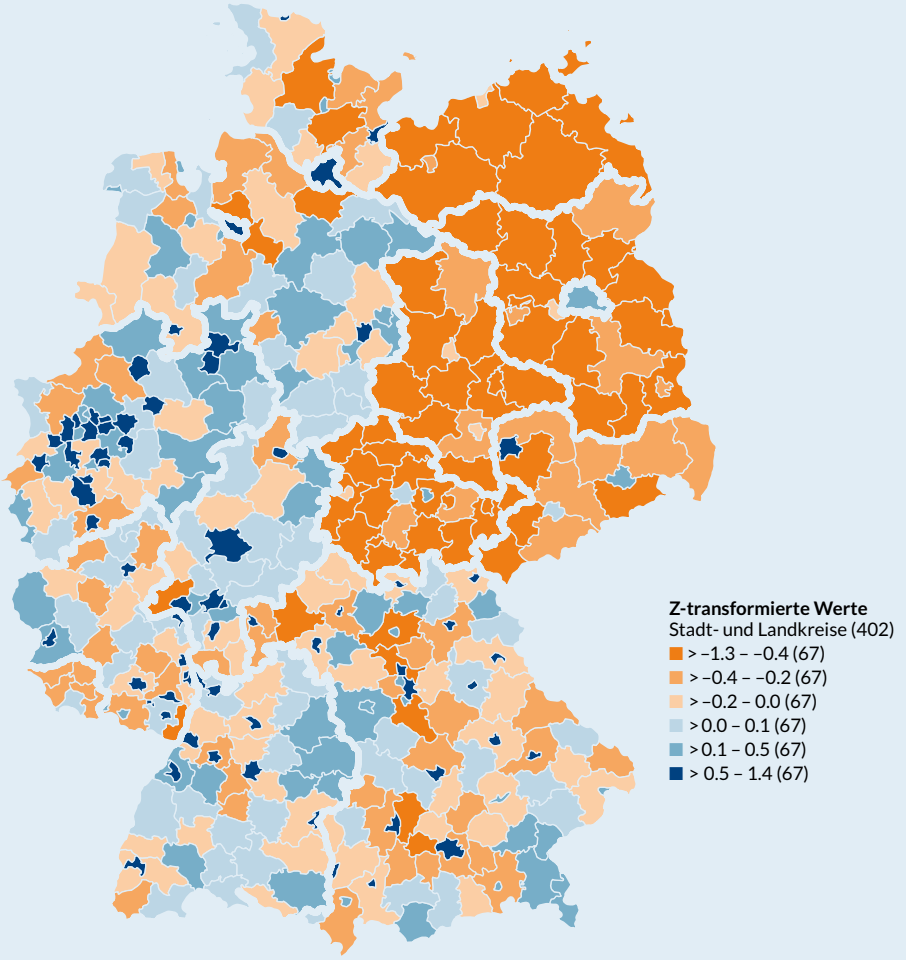
Bertelsmann Stiftung (2016): Wegweiser Kommune: Pflegebedürftige 2013 und 2030, Anteil professionell-ambulante Pflege 2013 und 2030, Anteil stationäre Pflege 2013 und 2030[50].

In Anlehnung an die Methodik des Themenreports Pflege 2030[51] wurden die prognostischen Werte für die Nachfrage nach professioneller Pflege sowie das Pflegeangebot im Sinne des potenziell einsetzbaren Personals bis zum Jahr 2030 zusammengeführt. Dabei gehen beide Faktoren jeweils mit einer Gewichtung von einem Drittel in die Berechnung des Index ein.

Mit einer Gesamtgewichtung von einem Drittel ergänzen die Angebotsvariablen zum Zugang in den Pflegeberuf, dem Verbleib sowie dem Jobabbruch in der Pflege, die stärker auf die Besonderheiten des Pflegearbeitsmarkts abzielen, die Berechnung des Angebots.

44 Für die Berichterstattung über sozialversicherungspflichtige Bruttoarbeitsentgelte hat die Statistik der Bundesagentur für Arbeit folgendesfestgelegt: Auf den Ausweis von Entgeltverteilungen, Medianentgelten (oder anderen Verteilungsparametern) und Beschäftigten im unteren Lohnbereich wird in Regionen bzw. bei Merkmalskombinationen mit weniger als 1.000 sozialversicherungspflichtigen Vollzeitbeschäftigten verzichtet. Siehe BA 2013.
45 Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008.
46 Hackmann 2010.
47 IAB: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
48 Bertelsmann Stiftung 2015.
49 Prognos AG 2014.
50 Bertelsmann Stiftung 2016b.
51 Bertelsmann Stiftung 2012.

Abbildung 15: **Verhältnis der Nachfrage nach professioneller Pflege und Personalangebot in der Pflege**



Quelle: BA: Sonderauswertungen der Arbeitsmarkt- und Beschäftigungsstatistik (2013); FDZ: Pflegestatistik (2011); Statistische Ämter des Bundes und der Länder: S chulstatistik (2013); BBSR: Indikatoren zur Stadt- und Raumentwicklung (INKAR) (2014); BBSR: Regionaler Preisindex (2009); Berechnung Prognos AG (2016)

BertelsmannStiftung

Diese Variablen weisen keine prognostische Komponente auf. Gemäß den Analysen von Hackmann[52] wird dabei den Zugängen in den Pflegeberuf ein Gewichtungsfaktor von 1,5 zugewiesen, während der Verbleib im Pflegeberuf mit einem Gewicht von 0,3 in die Berechnungen eingeht.[53] Den Jobabbrüchen wird ein Gewicht von 1,0 zugeordnet.

Um die Zusammenführung der unterschiedlichen Merkmalsdimensionen (Prozent, Eurobeträge, Verhältniszahlen etc.) zu ermöglichen, bedarf es einer Standardisierung. Hierfür bietet sich die Methode der Z-Transformation an, durch die die verschiedenen Kriterien standardisiert werden, sodass sie den Mittelwert „0“ und die Standardabweichung „1“ aufweisen. Die so standardisierten Einzelkriterien ließen sich daraufhin zur Beantwortung dieser Bürgerfrage zusammenfassen.

52 Hackmann 2010.
53 Die Gewichtungsfaktoren werden über die Koeffizienten des Zeitreihenmodells von Hackmann (2010) bestimmt.

Ergebnisse

Im Ergebnis lassen sich die z-transformierten Werte nicht als absolute Werte interpretieren. Vielmehr bilden die in Abbildung 15 dargestellten Ergebnisse das Verhältnis der verschiedenen Kreise untereinander ab. So besteht – entsprechend den Ergebnissen des Themenreports Pflege 2030[54] – bis zum Jahr 2030 grundsätzlich in allen deutschen Kreisen und kreisfreien Städten die Gefahr von Personalengpässen in der Altenpflege. Die vorliegende Analyse zeigt – unter Berücksichtigung einer Vielzahl der relevanten Einflussfaktoren – jene Regionen auf, die von der Personalproblematik besonders stark betroffen sind bzw. die vergleichsweise günstige Voraussetzungen für die künftige Personalsicherung aufweisen.

Der Teilarbeitsmarkt Pflegewirtschaft steht in den neuen Bundesländern vor einem großen Problem (Abbildung 15). In der Mehrzahl der ostdeutschen Kreise und kreisfreien Städte steht ein sinkendes Angebot an Pflegekräften einer schnell steigenden Nachfrage nach professioneller Pflege gegenüber. Aber auch in einigen alten Bundesländern – darunter Bayern und Schleswig-Holstein – übersteigt vielerorts die hohe Nachfrage das gute bis durchschnittliche Angebot an künftigem Pflegepersonal. Vergleichsweise etwas weniger prolematisch gestaltet sich die Situation in weiten Teilen Westfalens, Hessens und Baden-Württembergs.

2.7 Übergreifende Ergebnisse zu den Bürgerfragen

Methodik

Um die einzelnen Ergebnisse der sechs Bürgerfragen übergreifend zu analysieren wurden

- eine **Faktorenanalyse** durchgeführt,
- eine **Clusteranalyse** geprüft sowie
- eine **Korrelationsmatrix** erstellt.

Ziel war dabei, Kongruenzen in den Ergebnissen zu identifizieren, Kategorien für Kreise mit gemeinsamen Merkmalsausprägungen zu generieren und inhaltliche Zusammenhänge zwischen den Bürgerfragen[55] herzustellen.

Im Ergebnis bestätigt die Faktorenanalyse, dass zwischen den Outcomes der einzelnen Bürgerfragen statistisch keine relevanten Wirkzusammenhänge bestehen, d. h. der Aussagewert der Bürgerfragen lässt sich voneinander abgrenzen und sie stellen die Pflegesituation in den Kreisen und kreisfreien Städten jeweils aus einem anderen Blickwinkel dar. Die Einteilung in Kreisgruppen (Cluster), in denen Kreise mit ähnlichen Bedingungen in der Pflege zusammengefasst werden, erwies sich darüber hinaus als nicht zielführend, da keine inhaltlich aussagekräftigen Gruppen von Kreisen identifiziert werden konnten. Demgegenüber konnten auf Basis der Korrelationsmatrix Aussagen abgeleitet werden, die im Folgenden erläutert sind.

Ergebnisse

Nachfolgend sind die Korrelationen der Ergebnisse der einzelnen Bürgerfragen untereinander – mit Ausnahme der Bürgerfrage 3 zur Benotung der Qualität in der Pflege – dargestellt

54 Bertelsmann Stiftung 2012.
55 Aus den Analysen wurde die Bürgerfrage 3 zum Thema der pflegerischen Qualität ausgeschlossen, da die Aussagekraft der Datenbasis umstritten ist.

Tabelle 2: **Korrelationsmatrix der Ergebnisse der einzelnen Bürgerfragen**

			Pflegesetting (Bürgerfrage 1)			Erreichbarkeit stationärer Pflege (Bürgerfrage 2)	Betreuungsstunden je Euro (Bürgerfrage 4)	Kaufkraft für professionelle Pflege (Bürgerfrage 5)	Personalnachhaltigkeit (Bürgerfrage 6)
			informell	prof.-ambulant	stationär				
Pflegesetting (Bürgerfrage 1)	informell	Korrelationskoeffizient (r)	1	−0,475	−0,675	−0,126	−0,224	−0,290	0,127
		p-Wert		<0,001	<0,001	0,012	<0,001	<0,001	0,011
	prof.-ambulant	Korrelationskoeffizient (r)	−0,475	1	−0,306	−0,013	−0,013	0,074	−0,041
		p-Wert	<0,001		<0,001	0,793	0,793	0,136	0,417
	stationär	Korrelationskoeffizient (r)	−0,675	−0,306	1	0,160	0,237	0,223	−0,107
		p-Wert	<0,001	<0,001		0,001	<0,001	<0,001	0,033
Erreichbarkeit stationärer Pflege (Bürgerfrage 2)		Korrelationskoeffizient (r)	−0,126	−0,013	0,160	1	−0,274	−0,056	0,514
		p-Wert	0,012	0,793	0,001		<0,001	0,259	<0,001
Betreuungsstunden je Euro (Bürgerfrage 4)		Korrelationskoeffizient (r)	−0,224	−0,013	0,237	−0,274	1	0,499	−0,319
		p-Wert	<0,001	0,793	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001
Kaufkraft für professionelle Pflege (Bürgerfrage 5)		Korrelationskoeffizient (r)	−0,290	0,074	0,223	−0,056	0,499	1	−0,351
		p-Wert	<0,001	0,136	<0,001	0,259	<0,001		<0,001
Personalnachhaltigkeit (Bürgerfrage 6)		Korrelationskoeffizient (r)	0,127	−0,041	−0,107	0,514	−0,319	−0,351	1
		p-Wert	0,011	0,417	0,033	<0,001	<0,001	<0,001	

Effektstärke (Cohen 1992) klein: |r| ≤ 0,1 – mittel: 0,1 < |r| < 0,5 – hoch: |r| ≥ 0,5
Quelle: Berechnung Prognos AG (2016)

(Tabelle 2). Die Ergebnisse zu den drei Pflegesettings aus Bürgerfrage 1 wurden separat berücksichtigt, um mögliche Zusammenhänge der einzelnen Settings mit den anderen Bürgerfragen differenziert zu prüfen. Plausible Ergebnisse der Korrelationsanalyse, vor allem solche mit höheren Effektstärken, sind farblich unterlegt.

Nachfolgend sind plausible Ergebnisse kurz erläutert. Die farbliche Markierung der Ergebnisse verweist jeweils auf die relevanten Korrelationswerte in Tabelle 2:

Ergebnis 1: Je geringer die Kaufkraft für professionelle Pflege ist, desto mehr wird informell versorgt.

Die stationäre und die professionell-ambulante Pflege sind zum Teil mit erheblichen Kosten verbunden. Wie auch die Ergebnisse der Korrelationsanalyse zeigen, werden diese Versorgungsformen vorwiegend in Regionen in Anspruch genommen, in denen die Kaufkraft für professionelle Pflege (Einkommen der Pflegebedürftigen abzüglich der Pflegekosten) vergleichsweise hoch ausfällt. Genau andersherum fällt das Ergebnis in vergleichsweise kaufkraftschwachen Regionen aus. Hier können sich die Bürger möglicherweise die stationäre und professionell-ambulante Pflege seltener leisten, sodass häufiger informell gepflegt wird und die Angehörigen mit entsprechenden Geldleistungen unterstützt werden.

Das Ergebnis ist ein Indiz dafür, dass die Wahl des Pflegesettings nicht allein präferenzgetrieben ist, sondern auch mit der Kaufkraft der Pflegebedürftigen zusammenhängt.

Ergebnis 2: Je besser die Erreichbarkeit stationärer Pflegeeinrichtungen ist, desto geringere Personalprobleme ergeben sich.

Hinter diesem Zusammenhang lässt sich ein Stadt-Land-Effekt vermuten. Denn dichter besiedelte Regionen zeichnen sich prinzipiell durch eine höhere Erreichbarkeit aufgrund einer vergleichsweise hohen Dichte an stationären Pflegeeinrichtungen aus. Gleichwohl ist die Personalsituation in Städten und Ballungszentren entspannter als in ländlichen Gebieten, woraus sich zukünftig geringere Rekrutierungsprobleme für Pflegekräfte ergeben.

Ergebnis 3: Je mehr informell versorgt wird, desto geringere Personalprobleme werden zukünftig entstehen.

Da die stationäre Pflege die personalintensivste Versorgungsform ist, sind Kreise mit hohem stationärem Pflegeanteil künftig stärker von Personalproblemen betroffen. Die Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen wird sich hier von einem bereits hohen Niveau noch weiter erhöhen. Regionen, in denen überproportional häufig informell gepflegt wird, sind von den zukünftigen Personalproblemen weniger stark betroffen.

3 Weitere Teilergebnisse

3.1 Teilergebnisse zur Trägervielfalt

Hintergrund

Die Pflegelandschaft in Deutschland ist gekennzeichnet durch verschieden getragene Pflegeanbieter. Im Allgemeinen wird zwischen drei Trägerformen differenziert:

- öffentliche Träger,
- freigemeinnützige Träger,
- private Träger.

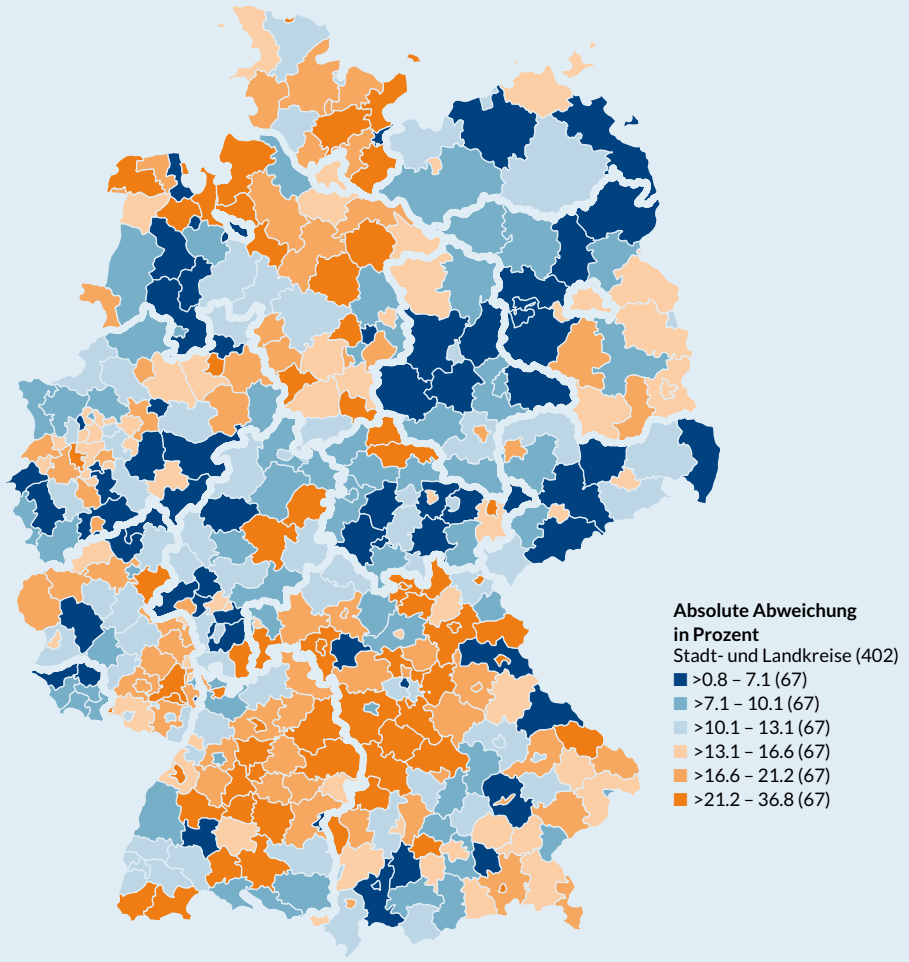
Auch wenn die Trägerform allein keine unmittelbaren Rückschlüsse zur konkreten Ausgestaltung der einzelnen Pflegeangebote erlaubt, weisen die unterschiedlich getragenen Anbieter dennoch charakteristische Merkmale auf. Öffentliche Träger sind Körperschaften des öffentlichen Rechts, wie Städte oder Gemeinden. Als freigemeinnützige Träger treten vor allem die Wohlfahrtsverbände auf (Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk, Zentralwohlfahrtsstelle der jüdischen Kultusgemeinden). Bei öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern stehen keine Gewinnabsichten im Vordergrund, sondern der soziale Zweck. Unter anderem kommt der konfessionelle Hintergrund einiger der freigemeinnützigen Träger in den Leitbildern und Angeboten der zugehörigen Einrichtungen zum Ausdruck. Privat getragene Pflegeeinrichtungen (große Ketten sind z. B. Curanum, ProSeniore, Maternus, Augustinum) agieren im Gegensatz zu den beiden anderen Trägerformen gewinnorientiert. Einer Studie zufolge weisen sie trotzdem vergleichbare Pflegenoten auf und bieten ihre Leistungen dabei teilweise sogar günstiger an als nicht private Einrichtungen. Hinsichtlich einer bedarfsgerechten und vielfältigen pflegerischen Versorgung vor Ort ist folglich auch die lokale Trägerstruktur von Bedeutung. Festgeschrieben ist dies auch in § 11 Abs. 2 SGB XI: „Bei der Durchführung dieses Buches sind die Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen zu wahren […]“. Die zentrale Annahme der vorliegenden Untersuchung ist dementsprechend, dass Abweichungen bezüglich des Trägermixes die Vielfalt einschränken können.

Methodik

Eine flächendeckende Untersuchung der pflegerischen Trägerstrukturen in Deutschland wurde auf folgender Datenbasis durchgeführt:

Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (FDZ):
Pflegestatistik 2011: Anzahl ambulant versorgter Pflegebedürftiger im Kreis nach Trägerschaft des Pflegedienstes; Anzahl stationärer Pflegeeinrichtungen im Kreis nach Trägerschaft.

Abbildung 16: **Abweichung vom bundesdurchschnittlichen Trägermix**



Quelle: FDZ: Pflegestatistik (2011); Berechnung Prognos AG (2016)

BertelsmannStiftung

Der bundesweite Anteil der Pflegebedürftigen, die durch ambulante Anbieter in privater Trägerschaft versorgt wurden, betrug 2011 etwa 49 Prozent. Der restliche Anteil ambulant versorgter Pflegebedürftiger (ca. 51 Prozent) entfiel auf freigemeinnützige und öffentliche Träger. Die stationären Pflegeeinrichtungen befanden sich 2011 zu ca. 40 Prozent in privater Trägerschaft. Der restliche Anteil der Einrichtungen im stationären Bereich (ca. 60 Prozent) entfiel auf freigemeinnützige und öffentliche Träger. Die vorliegende Analyse vergleicht dementsprechend zwischen privat getragenen Angeboten auf der einen Seite und freigemeinnützig/öffentlich getragenen Angeboten auf der anderen Seite.

Im ersten Schritt wurden die positiven oder negativen Abweichungen der einzelnen Kreise vom bundesdurchschnittlichen Anteil der Pflegebedürftigen, die von einem privat getragenen Anbieter pflegerische Leistungen erhalten (ambulanter Bereich) bzw. vom bundesdurchschnittlichen Anteil privat getragener Einrichtungen (stationärer Bereich) berechnet. Im Ergebnis lagen für jeden Kreis entsprechende Werte für den stationären und den ambulanten Bereich vor.

Im zweiten Schritt wurden beide Werte zu einer Maßzahl verdichtet. Unter der Annahme, dass sich sowohl positive als auch negative Abweichungen vom durchschnittlichen Trägermix nachteilig auswirken können, wurde das arithmetische Mittel der absoluten Abweichungen (Vernachlässigung der Vorzeichen) gebildet.

Im Ergebnis liegt die mittlere absolute Abweichung des Kreises vom stationären und ambulanten Trägermix in Deutschland vor. Die Werte drücken folglich den Grad der privaten oder freigemeinnützig/öffentlichen Polarisierung der lokalen Trägerstrukturen aus. Ein hoher Wert steht für eine starke Polarisierung, ein niedriger Wert hingegen für einen ausgewogenen Trägermix.

Ergebnisse

In der deutschlandweiten Betrachtung erweist sich die mittlere absolute Abweichung der Kreise vom bundesdurchschnittlichen stationären und ambulanten Trägermix als überaus heterogen (Abbildung 16). Vor allem im Norden Deutschlands (insb. in Niedersachsen und Schleswig-Holstein) gibt es zahlreiche Kreise, die keinen ausgewogenen Trägermix aufweisen. Dies hängt mit den überdurchschnittlich hohen Anteilen privater Trägerschaften in der Pflege in Norddeutschland zusammen. Auch im Süden (insb. in Bayern und Baden-Württemberg) liegen besonders viele Kreise mit deutlichen Abweichungen vom durchschnittlichen Trägermix. Hier ist die Begründung genau umgekehrt: Es gibt deutlich weniger privat getragene Anbieter.

3.2 Teilergebnisse zur Marktkonzentration

Hintergrund

Ein ausreichend diversifizierter Markt mit mehreren Pflegeanbietern kann als Voraussetzung für ein vielfältiges Pflegeangebot gesehen werden. Ein Mindestmaß an Diversität ist zudem mit Blick auf positive Wettbewerbsbedingungen der regionalen Pflegemärkte bedeutsam. Die Marktkonzentrationen, also die Marktanteile und dementsprechende Marktmacht einzelner Pflegeanbieter in den Kreisen, geben diesbezüglich Auskunft.

So wird im deutschen Kartellrecht die Konzentrationsrate zur Aufstellung der Vermutung einer marktbeherrschenden Stellung herangezogen: Laut § 18 Abs. 4 bzw. Abs. 6 GWB (Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen) liegt bei einem CR3-Wert von über 50 Prozent eine marktbeherrschende Stellung vor.

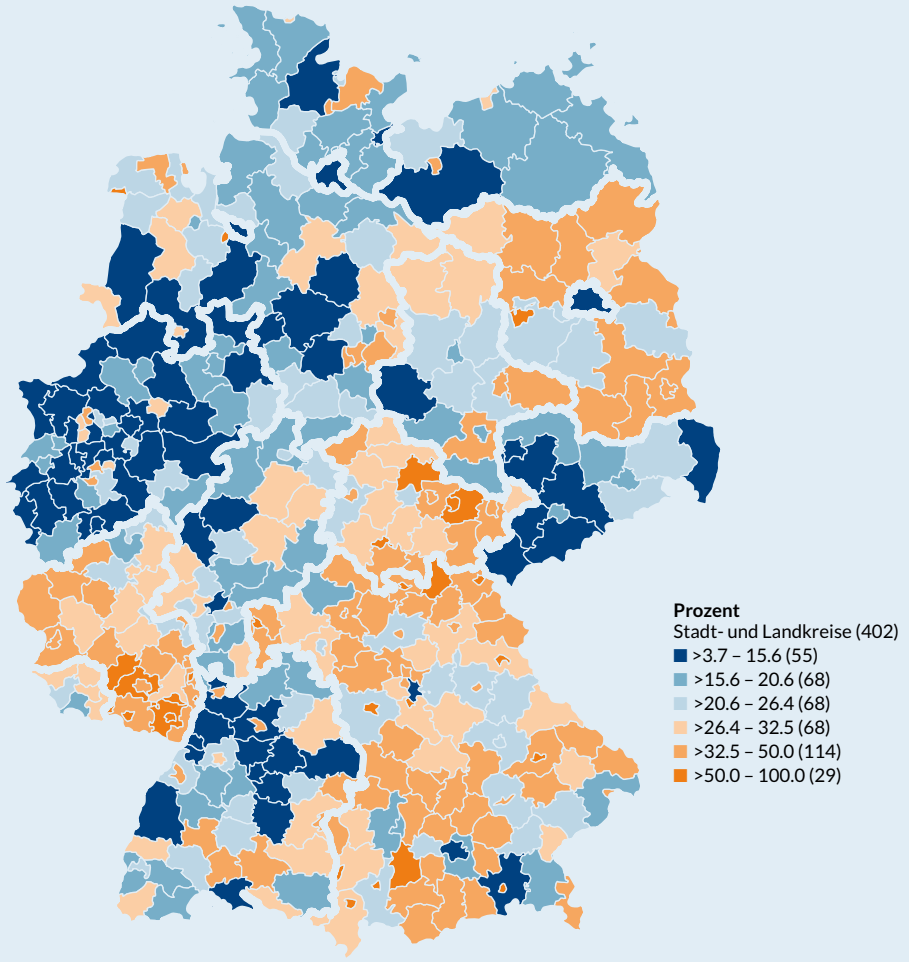
Zentrale Annahme der vorliegenden Untersuchung ist demnach, dass eine hohe Marktkonzentration die Anbietervielfalt und den damit verbundenen Wettbewerb auf einem lokalen Markt einschränken kann.

Methodik

Die Grundlage für die vorliegende Untersuchung der deutschlandweiten Marktkonzentrationen bildet folgender Datensatz:

Verband der Ersatzkassen (vdek): Daten Clearing Stelle (DCS) Pflege für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen (Datenstand zum Stichtag 23.2.2015): Platzzahlen aller stationärer Pflegeeinrichtungen.

Abbildung 17: **Platzanteil der drei größten stationären Pflegeeinrichtungen**



Quelle: vdek: Daten Clearing Stelle (DCS) Pflege für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen (2015); Berechnung Prognos AG (2016)

BertelsmannStiftung

Die Konzentrationsrate ist ein gängiges Maß, um die Einzelmacht (CR1) oder Gruppenmacht (z. B. CR2, CR3, CR5) von Unternehmen in einem Markt zu bestimmen. Im Rahmen der vorliegenden Analyse wurde das CR3-Maß verwendet, um die gemeinsame Marktmacht der drei Einrichtungen zu messen, die die meisten Pflegebedürftigen versorgen. In jedem Kreis wurden dafür die Platzanteile der drei größten stationären Pflegeanbieter ermittelt. Die Summe dieser Werte entspricht der lokalen Marktkonzentrationsrate CR3.

Ergebnisse

Die Konzentration der lokalen Pflegemärkte im stationären Bereich ist in deutschen Kreisen unterschiedlich stark ausgeprägt (Abbildung 17). Vor allem die (groß-)städtischen Kreise weisen sehr geringe Marktkonzentrationen auf. Die größten drei Anbieter verfügen hier gemessen an den Platzzahlen teilweise nur über einstellige Marktanteile. Demgegenüber sind zahlreiche Märkte kreisfreier Städte und kleinerer Landkreise stark durch wenige Anbieter geprägt. Diese liegen überwiegend in Brandenburg, Thüringen, Rheinland-Pfalz

und Bayern. In 29 Kreisen liegt der Platzanteil der größten drei Anbieter bei über 50 Prozent, was eine marktbeherrschende Stellung induziert.

3.3 Teilergebnisse zur Wirtschaftlichkeit

Hintergrund

Für die Gründung einer neuen Pflegeeinrichtung sowie deren nachhaltigen wirtschaftlichen Betrieb sind entsprechende Rahmenbedingen von entscheidender Bedeutung. Obwohl dieser Aspekt der pflegerischen Versorgung insbesondere aus Investorensicht betrachtet wird, interessiert die Bürger, ob in der Region auch zukünftig ausreichend Pflegeangebote vorhanden sein werden. In diesem Sinne sind auch aus der Bürgerperspektive entsprechende Rahmenbedingungen von Interesse, die einen nachhaltigen Betrieb und Fortbestand der Pflegeeinrichtungen erlauben.

Inhaltlich erfolgt die Analyse der Wirtschaftlichkeit über die Ermittlung der wirtschaftlichen Tragfähigkeit der stationären Pflegeeinrichtungen. Dafür werden die Auslastungen und Preise sowie die Betriebskosten der Einrichtungen (Lohnkosten und Mieten), das verfügbare Einkommen der Pflegebedürftigen und die Nachfrage nach professioneller Pflege (ambulant und stationär) in die Betrachtung einbezogen.

Methodik

Entgegen der Systematik der in den Abschnitten 2.1 bis 2.6 beschriebenen Bürgerfragen wurden die Rahmenbedingungen zur Wirtschaftlichkeit nicht innerhalb einer Kennzahl verdichtet, sondern werden nachfolgend im Sinne von Einzelkriterien beleuchtet. Dieses Vorgehen begründet sich aus der Tatsache, dass auf Basis der untersuchten Forschungsliteratur und der verfügbaren Daten keine eindeutige methodische Herangehensweise abzuleiten war. Dieses Ergebnis deckt sich mit der Einschätzung der Experten des Projektbeirats.

Die **Auslastung** der Pflegeheime wird durch die Auslastungsquote abgebildet. Sie entspricht der Relation aus Pflegebedürftigen und Platzangebot in der vollstationären Pflege. Aus Sicht der Anbieter ist eine geringe Auslastung nachteilig, während eine hohe Auslastung zu höherer Wirtschaftlichkeit führt. In diesem Zusammenhang wurde folgender Datensatz ausgewertet:

Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (FDZ): Pflegestatistik 2011: Auslastung der vollstationären Dauerpflege.

Höhere **Preise für professionelle Pflege** führen zu höheren Einnahmen der Pflegeeinrichtungen. Die Preise für professionelle Pflege setzen sich zusammen aus den Tageskosten für vollstationäre Versorgung nach Pflegestufen zuzüglich der Tageskosten für Unterbringung und Verpflegung sowie den Investitionskosten. Die Daten liegen in Abhängigkeit vom Prüfjahr vor; dies ist für die Mehrheit der Kreise und kreisfreien Städte das Jahr 2014:

Verband der Ersatzkassen (vdek): Daten Clearing Stelle (DCS) Pflege für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen (Datenstand zum Stichtag 23.2.2015): je Pflegeheim die Tageskosten für Pflegestufe I bis III und für Härtefälle in Euro, die Tageskosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für die Investitionskosten.

Eine steigende Pflegenachfrage führt zu einer höheren Auslastung und begünstigt damit die Wirtschaftlichkeit der Pflegeeinrichtungen. Die Entwicklung der Pflegenachfrage bis zum Jahr 2030 wird anhand der Prognose der professionell zu versorgenden Pflegebedürftigen (ambulante Pflegesachleistungsbezieher sowie stationär zu versorgende Pflegebedürftige) betrachtet. Eine kreisbezogene Prognose zur Zunahme professionell versorgter Pflegebedürftiger zwischen 2013 und 2030 liegt vor:

Bertelsmann Stiftung (2016): Wegweiser Kommune: Pflegebedürftige 2013 und 2030, Anteil professionell-ambulante Pflege 2013 und 2030, Anteil stationäre Pflege 2013 und 2030.

Tendenziell ist davon auszugehen, dass eine positive Entwicklung der Einkommenssituation der älteren Bevölkerung vorteilhaft für den Betrieb von Pflegeeinrichtungen ist. So könnte ein höheres **Nettoäquivalenzeinkommen** der Pflegeheimbewohner die Refinanzierung von Zusatzleistungen begünstigen. Diesbezüglich werden folgende Daten herangezogen:

Statistisches Bundesamt (StBA): Sonderauswertung der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) 2008: Mittelwert des monatlichen Nettoäquivalenzeinkommens von Personen ab 80 Jahren (≥ 80 Jahre; beide Geschlechter) in Euro.

Die **Betriebskosten** haben einen direkten Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit einer Pflegeeinrichtung. Geringe Betriebskosten wirken sich positiv auf die Bilanz der Einrichtung aus. Da die Altenpflege überaus personalintensiv ist, sind die Lohnkosten wichtigster Treiber der Betriebskosten. Auch die Mietpreise beeinflussen die Betriebskosten. Für Pflegeimmobilien sind diese nicht auf Kreisebene verfügbar, weshalb Mietpreise für Geschosswohnungen als Näherungswerte für Zimmerpreise stationärer Einrichtungen herangezogen wurden. Die gewählte Wohnungsgröße zwischen 20 und 50 Quadratmetern entspricht am ehesten der Zimmer- bzw. Wohnungsgröße in stationären Pflegeeinrichtungen oder ambulanten Wohnformen. Hinsichtlich dieser beiden Betriebskostenarten von Pflegeeinrichtungen wurden folgende Daten ausgewertet:

Bundesagentur für Arbeit (BA): Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik 2013: Monatliches Bruttoarbeitsentgelt sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigter (Median) nach dem Arbeitsortsprinzip und Kreisen,

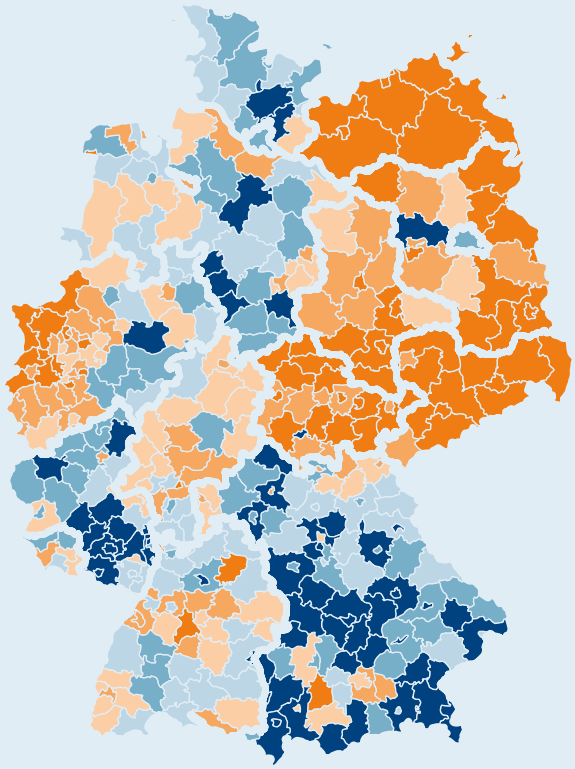
empirica-systeme Marktdatenbank (Datenstand 2014): Mietpreise für Geschosswohnungen zwischen 20 und 50 Quadratmetern.

Ergebnisse

Bundesweit liegt die **Auslastung der vollstationären Dauerpflege** bei 87 Prozent (2011). Die Auslastungsquote fällt jedoch regional verschieden aus (Abbildung 18). Während die Auslastung mit durchschnittlich 82 Prozent in Bayern vergleichsweise gering ist, liegt sie vor allem in Ostdeutschland – mit Ausnahme von Berlin – mit durchschnittlich 94 Prozent weit über dem Bundesdurchschnitt.

Die **Preise für professionelle Pflege** in stationären Einrichtungen liegen in Deutschland zwischen 88 Euro und 153 Euro pro Tag (Abbildung 19). Die regionale Verteilung der Preise weist dabei auf ein deutliches Nordost-Südwest-Gefälle hin. Die Pflege in einer stationären Einrichtung ist insbesondere in Nordrhein-Westfalen, aber auch im Saarland und vielerorts

Abbildung 18: **Auslastung der vollstationären Dauerpflege**

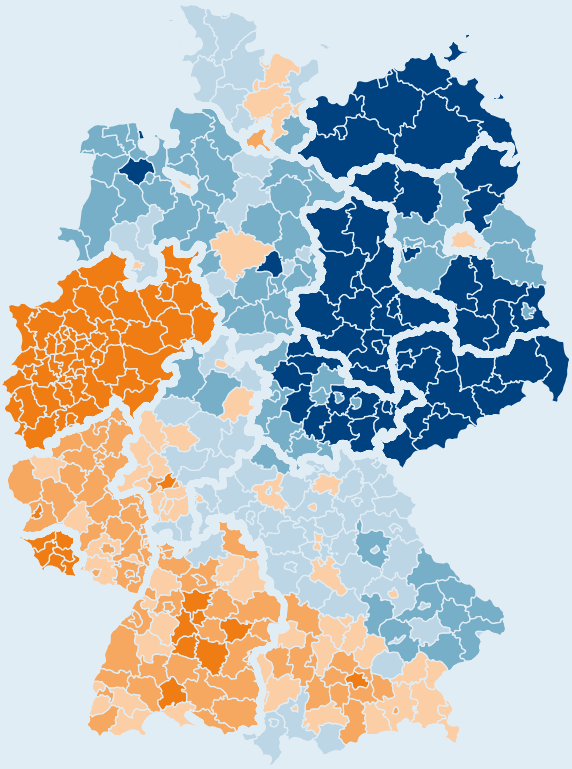


Quote in Prozent – Stadt- und Landkreise (402)
>63.7 – 80.4 (67) >80.4 – 84.2 (69) >84.2 – 87.2 (65)
>87.2 – 89.7 (68) >89.7 – 93.8 (67) >93.8 – 100.0 (66)

Quelle: FDZ: Pflegestatistik (2011); Berechnung Prognos AG (2016)

BertelsmannStiftung

Abbildung 19: **Preisindex für stationäre Pflegeeinrichtungen**



Euro – Stadt- und Landkreise (402)
>88 – 100 (67) >100 – 108 (67) >108 – 115 (67)
>115 – 123 (67) >123 – 130 (67) >130 – 153 (67)

Quelle: vdek: Daten Clearing Stelle (DCS) Pflege für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen (2015); Berechnung Prognos AG (2016)

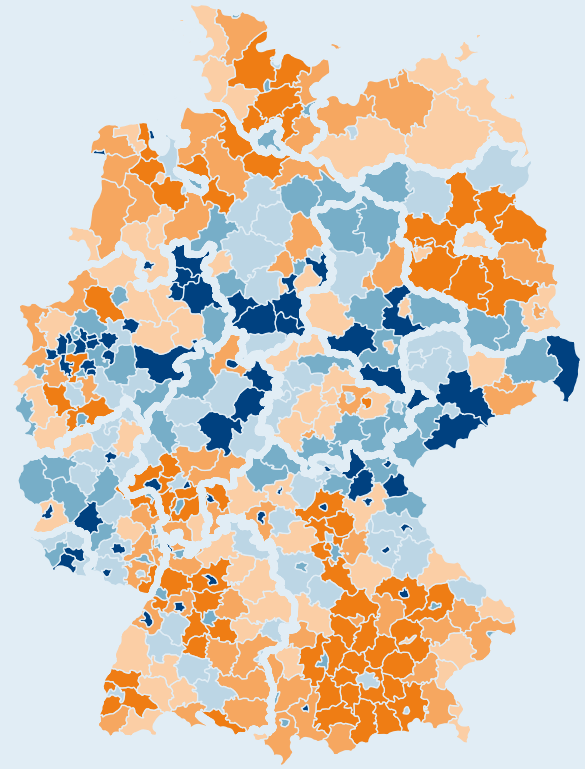
BertelsmannStiftung

in Baden-Württemberg vergleichsweise kostenintensiv. Hingegen sind in den neuen Bundesländern – mit der Ausnahme von Berlin – und insbesondere in Niedersachsen die Preise für professionelle Pflege vergleichsweise niedrig.

Mit Blick auf die **Nachfrage nach professioneller Pflege,** gemessen an der Zahl professionell versorgter Pflegebedürftiger, wird in Deutschland von 2013 bis 2030 ein Anstieg von knapp 40 Prozent auf insgesamt 1,9 Millionen Personen prognostiziert. Für alle 402 Kreise und kreisfreien Städte wird grundsätzlich eine Zunahme vorhergesagt, zum Teil bestehen aber deutliche Unterschiede in der Höhe des Anstiegs (Abbildung 20).

Für den Zeitraum zwischen 2013 bis 2030 ist vielerorts in Schleswig-Holstein, Brandenburg, Bayern und in Baden-Württemberg ein überdurchschnittlicher Anstieg (45 bis 85 Prozent) der professionell versorgten Pflegebedürftigen zu erwarten. Im Gegensatz dazu ist in weiten Teilen des mitteldeutschen Raums und in vielen Ballungszentren mit einem unterdurchschnittlichen Anstieg zwischen 6 Prozent und 39 Prozent zu rechnen.

Abbildung 20: Zunahme professionell versorgter Pflegebedürftiger

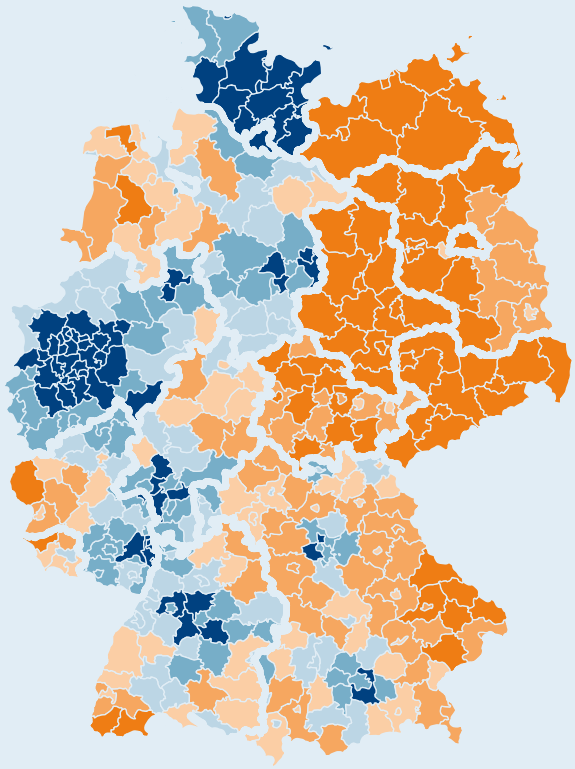


Zunahme 2013 bis 2030 in Prozent – Stadt- und Landkreise (402)
■ >6.4 – 25.4 (67) ■ >25.4 – 32.0 (67) ■ >32.0 – 38.8 (67)
■ >38.8 – 45.0 (67) ■ >45.0 – 54.7 (67) ■ >54.7 – 84.8 (67)

Quelle: Bertelsmann Stiftung (2016): www.wegweiser-kommune.de; Berechnung Prognos AG (2016)

BertelsmannStiftung

Abbildung 21: **Monatliches Nettoäquivalenzeinkommen über 80-Jähriger**



Euro – Stadt- und Landkreise (402)
■ >1 539 – 1 842 (67) ■ >1 842 – 1 956 (67) ■ >1 956 – 2 064 (67)
■ >2 064 – 2 170 (67) ■ >2 170 – 2 289 (67) ■ >2 289 – 2 773(67)

Quelle: StBA: Sonderauswertung der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) (2008); Berechnung Prognos AG (2016)

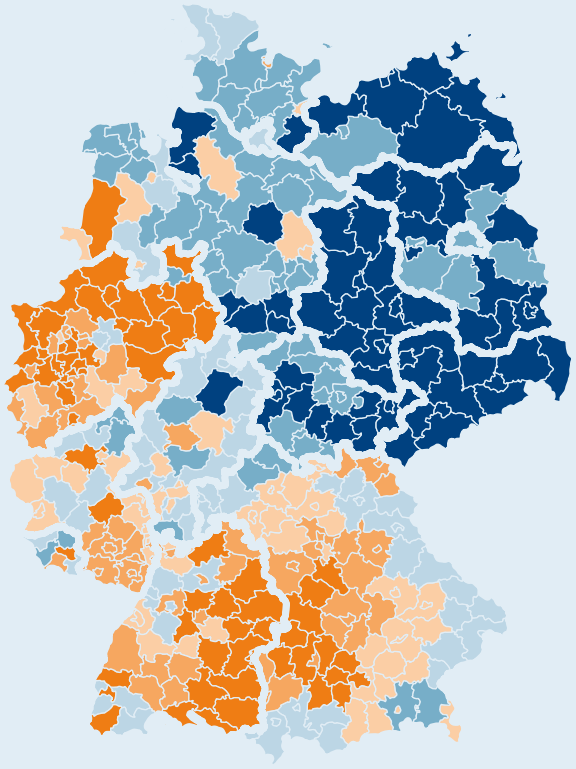
BertelsmannStiftung

Das **Nettoäquivalenzeinkommen** der über 80-jährigen Bevölkerung lag in Deutschland im Jahr 2014 zwischen 1.539 Euro und 2.733 Euro im Monat (Abbildung 21). Ein hohes Nettoäquivalenzeinkommen weisen die Bundesländer Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen sowie viele Regionen in Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Hessen und Baden-Württemberg auf. In den ostdeutschen Bundesländern sowie vielerorts in Bayern fallen die Nettoäquivalenzeinkommen der über 80-Jährigen vergleichsweise gering aus.

Während die gesetzlichen Rentenansprüche in den ostdeutschen Bundesländern vergleichsweise hoch ausfallen, liegen die weiteren Alterseinkünfte deutlich unter dem Niveau der westdeutschen Bundesländer. Unter Berücksichtigung aller Alterseinkommen liegen die westdeutschen Regionen somit vor den ostdeutschen Bundesländern.

Hinsichtlich der Betriebskosten von Pflegeeinrichtungen lag das **Bruttoarbeitsentgelt** im Bereich der Pflegewirtschaft in Deutschland im Jahr 2013 zwischen 1.714 Euro und 3.192 Euro im Monat (Abbildung 22). Vor dem Hintergrund der deutlichen regionalen Unterschiede zeichnet sich in der Höhe des Bruttoarbeitsentgelts ein Nordost-Südwest-Gefälle ab.

Abbildung 22: **Monatliches Bruttoarbeitsentgelt in der Pflegewirtschaft**

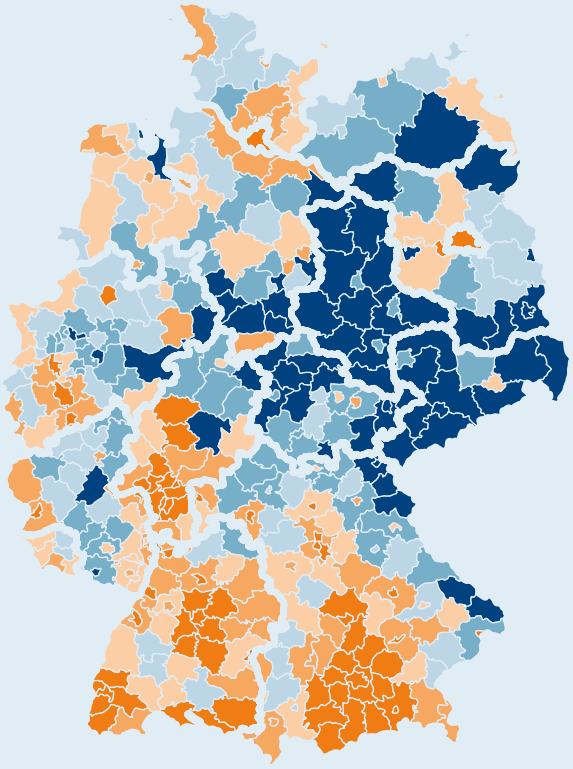


Euro – Stadt- und Landkreise (402)
>1 714 – 2 113 (67) >2113 – 2 392 (67) >2 392 – 2 554 (67)
>2 554 – 2 640 (67) >2 640 – 2 752 (67) >2 752 – 3192 (67)

Quelle: BA: Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik (2013); Berechnung Prognos AG (2016)

BertelsmannStiftung

Abbildung 23: **Mietpreis pro m² für Geschosswohnungen zwischen 20 und 50 m²**



Euro – Stadt- und Landkreise (402)
>4.30 – 5.60 (67) >5.60 – 6.30 (67) >6.30 – 6.90 (69)
>6.90 – 7.60 (65) >7.60 – 8.70 (67) >8.70 – 15.30 (67)

Quelle: Empirica-Preisdatenbank (2014); Berechnung Prognos AG (2016)

BertelsmannStiftung

In Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bayern werden die höchsten Bruttoarbeitsentgelte in der Pflegewirtschaft bezahlt. In den ostdeutschen Bundesländern sowie in Niedersachsen und Schleswig-Holstein fallen die Löhne hingegen deutlich geringer aus. Demnach sind dort die Rahmenbedingungen für den wirtschaftlichen Betrieb einer Altenpflegeeinrichtung – bezogen auf die Lohnkosten – vergleichsweise günstig.

Die **Mietpreise** für eine Geschosswohnung zwischen 20 und 50 Quadratmetern liegen in Deutschland zwischen 4,30 Euro und 15,30 Euro pro Quadratmeter (Abbildung 23). Vor allem in den ostdeutschen Bundesländern sind die Mieten vergleichsweise gering. Besonders hoch fallen sie hingegen in den Großstädten aus. Bezogen auf die Bundesländer Bayern und Baden-Württemberg verteuern sich die ohnehin schon höheren Personalkosten über die entsprechend höheren Mietpreise. In den ostdeutschen Bundesländern – mit Ausnahme von Berlin – ist genau das Gegenteil zu beobachten.

Literatur

Augurzky, Boris, et al. (2010). „Bietet ein teures Pflegeheim auch eine bessere Qualität? Evidenz aus Rheinland-Pfalz“. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* (15) 6: 292–298.

Augurzky, Boris, et al. (2013). *Pflegeheim Rating Report 2013: Ruhiges Fahrwasser erreicht (Care Invest).* Hannover.

Badura, Bernhard, Antje Ducki, Helmut Schröder, Joachim Klose und Markus Meyer (Hrsg.) (2015). *Fehlzeiten-Report 2015, Schwerpunktthema: Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement.* Heidelberg.

BARMER GEK (Hrsg.) (2014). *BARMER GEK Pflegereport 2014, Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger.* Berlin. http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2014/141125-Pflegereport/PDF-Pflegereport-2014,property=Data.pdf (Download 15.6.2016).

Berg, Hartmut, et al. (2007). *Vahlens Kompendium der Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik Band 2.* 9. Auflage. München.

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2012). *Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun?* Gütersloh. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf (Download 14.6.2016).

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2015). *Lebenswerte Kommune Bevölkerungsentwicklung und Lebensqualität vor Ort.* Gütersloh.

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2016a). „Den richtigen Pflegeanbieter finden“. https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2016/mai/den-richtigen-pflegeanbieter-finden/ (Download 14.6.2016).

Bertelsmann Stiftung (2016b). „Wegweiser Kommune“. http://www.wegweiser-kommune.de/ (Download 14.6.2016).

Bundesagentur für Arbeit (BA) (Hrsg.) (2013). „Möglichkeiten und Grenzen der Berichterstattung auf Gemeindeebene“. Nürnberg. http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Grundlagen/Methodenberichte/Uebergreifend/Generische-Publikationen/Methodenbericht-Berichterstattung-Gemeinden.pdf (Download 15.6.2016).

Bundesinstitut für Bau, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (Hrsg.) (2013). Laufende Raumbeobachtung – Raumabgrenzungen. Siedlungsstrukturelle Kreistypen. http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/Kreistypen4/Downloadangebote.html?nn=443202 (Download 14.6.2016).

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (Hrsg.) (2014a). Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (INKAR). http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/InteraktiveAnwendungen/INKAR/inkar_online_node.html (Download 14.7.2016).

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumordnung (BBSR) (Hrsg.) (2014b). „Potenzialanalyse altersgerechte Wohnungsanpassung“. Bonn. http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/Sonderveroeffentlichungen/2014/DL_potenzialanalyse_altersgerechte_wohnungsanpassung.pdf;jsessionid=A4C0C668F57DA1BC39FCB6EFEBEDC660.live2051?___blob=publicationFile&v=2 (Download 15.6.2016).

Bundesministerium des Innern (BMI) (Hrsg.) (2012). „Jedes Alter zählt. Demografiestrategie der Bundesregierung“. Berlin. http://www.mehrgenerationenhaeuser.de/fileadmin/Daten/Docs/Fachinformationen/Materialien/bmfsfj-demografiestrategie-der-bundesregierung.pdf (Download 15.6.2016).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2010). „Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend“. http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf (Download 15.6.2016).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2015). „Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“. https://www.lwl.org/spur-download/bag/07_2015an2.pdf (Download 25.5.2016).

Cohen, Jacob (1992). „A power primer“. *Psychological Bulletin* (112) 1. 155–159.

Deutsches Ärzteblatt (2014). „Ein Pro und Contra zu Pflegenoten“. *Aerzteblatt.online* 28.7.2014. http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/59528 (Download 15.6.2016).

Empirica-systeme Marktdatenbank (2016). https://www.empirica-systeme.de/portfolio/empirica-systeme-marktdatenbank/ (Download 14.6.2016).

Geraedts, Max, Thomas Brechtel, Ralf Zöll und Peter Hermeling (2011). „Beurteilungskriterien für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung“. *Gesundheitsmonitor 2011.* Hrsg. Jan Böcken, Bernhard Braun und Uwe Repschläger. Gütersloh.

Geyer, Johannes (2015). „Einkommen und Vermögen der Pflegehaushalte in Deutschland“. *DIW Wochenbericht* 14, 15. 323–328.

GKV-Spitzenverband (GKV) und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (Hrsg.) (2014). „Qualitätsprüfungen – Rechtliche Grundlagen“. https://www.mds-ev.de/richtlinienpublikationen/pflegeversicherung/qualitaetspruefungen-rechtliche-grundlagen.html (Download 27.6.2016).

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2015). „Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen“. Berlin. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV_Schriftenreihe_Pflege_Band_13.pdf (Download 15.6.2016).

Hackmann, Tobias (2010). „Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer“. *Sozialer Fortschritt* (59) 9. 235–244.

Hackmann, Tobias (2014). „Pflegemix der Zukunft“. Gütersloh. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/44_Pflege_vor_Ort/Studie_Pflegemix_der_Zukunft_20140805.pdf (Download 14.6.2016).

Institut für angewandte Sozialwissenschaft (infas) und Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR) (Hrsg.) (2010a). „Mobilität in Deutschland (MiD) 2008. Struktur – Aufkommen – Emissionen – Trends. Ergebnisbericht“. Bonn und Berlin. http://www.mobilitaet-in-deutschland.de/pdf/MiD2008_Abschlussbericht_I.pdf (Download 15.6.2016).

Institut für angewandte Sozialwissenschaft (infas) und Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR) (Hrsg.) (2010b). „Mobilität in Deutschland (MiD) 2008. Tabellenband“. Bonn und Berlin. http://www.mobilitaet-in-deutschland.de/pdf/MiD2008_Tabellenband.pdf (Download 15.6.2016).

Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) (Hrsg.) (2015). „Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient“. Berlin. http://bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Sonstiges/Studie_zu_den_Entgelten_der_Pflegeberufe.pdf (Download 15.6.2016).

Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH (IEGUS) und Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (RWI) (2015). „Ökonomische Herausforderungen der Altenpflegewirtschaft. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie“. Berlin und Essen. http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektberichte/rwi-pb_altenpflegewirtschaft_endbericht.pdf (Download 15.6.2016).

Jenull, Brigitte, und Eva Brunner (2009). Macht Altenpflege krank? „Eine qualitative Studie zu Arbeitserfahrungen, Coping und Gesundheitsverhaltensweisen bei Pflegekräften“. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 22. 5–10.

Kim, Hongsoo, Charlene Harrington und William H. Greene (2009). „Registered Nurse Staffing Mix and Quality of Care in Nursing Homes: A Longitudinal Analysis“. *The Gerontologist* (49) 1. 81–90.

Mollenkopf, Heidrun, und Arnd Engeln (2008). „Gesellschaftlicher Kontext und motivationale Veränderungen der Mobilität im Alter“. *Leistungsfähigkeit und Mobilität im Alter.* Hrsg. Bernhard Schlag. Köln.

Prognos AG (Hrsg.) (2014). „Die Wirtschaftliche Entwicklung in Deutschland bis zum Jahr 2025: Beitrag zum Kompass 2015 des Bundesverbands der Volksbanken und Raiffeisenbanken“. Berlin.

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) (Hrsg.) (2011). „Faktenbuch Pflege – Die Bedeutung privater Anbieter im Pflegemarkt. Forschungsprojekt im Auftrag des Arbeitgeberverbandes Pflege“. Essen. http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektberichte/PB_GES_Faktenbuch_Pflege.pdf (Download 14.6.2016).

Roth, Günther (2007). „Dilemmata der Altenpflege: Die Logik eines prekären sozialen Feldes“. *Berliner Journal für Soziologie* (17) 1. 77–96.

Schartow, Ulrich, Anja Mandelkow, Tobias Hackmann, Markus Hoch und Marion Hitschfeld (2016). „Betreutes Wohnen in Deutschland auf regionaler Ebene. Bedarfsanalyse“. Köln und Berlin. http://www.prognos.com/uploads/tx_atwpubdb/20160121_Prognos_Bedarfsanalyse_Betreutes_Wohnen_Broschuere_2016.pdf (Download 14.6.2016).

Schneekloth, Ulrich, und Hans-Werner Wahl (2009). *Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen.* Stuttgart.

Statistisches Bundesamt (2007). „Qualitätsbericht – Statistik über ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) und Statistik über stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime)“. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Qualitaetsberichte/Gesundheitswesen/Pflegeeinrichtungenstationaer.pdf?___blob=publicationFile (Download 15.6.2016).

Sujata, Uwe, und Antje Weyh (2012). „Die Gesundheitswirtschaft in Sachsen: Eine Betrachtung des Arbeitsmarktes“. *IAB-Regional* 1/2012. Nürnberg.

Sünderkamp, Susanne, Christian Weiß und Heinz Rothgang (2014). „Analyse der ambulanten und stationären Pflegenoten hinsichtlich der Nützlichkeit für den Verbraucher“. *Pflege* (27) 5. 325–336.

TNS Emnid (2011). Wohnwünsche im Alter, Grafikreport. http://www.bdb-bfh.de/bdb/downloads/EMNID_-_Wohnwuensche_im_Alter.pdf (Download 12.6.2016).

Wiethölter, Doris (2012). „Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg, Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf: Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich“. *IAB-Regional* 3/2012. Nürnberg.

Autoren

Dr. Ronny Klein
Dipl.-Volkswirt
Senior Projektleiter
im Themenfeld
Gesundheit & Pflege,
Prognos AG Berlin
ronny.klein@prognos.com

Dr. Tobias Hackmann
Dipl.-Volkswirt
Projektleiter im Themenfeld
Gesundheit & Pflege,
Prognos AG Freiburg
tobias.hackmann@prognos.com

Tina Schneidenbach
Dipl. Volkswirtin
Beraterin im Themenfeld
Volkswirtschaftliche
Grundsatzfragen,
Prognos AG Freiburg
tina.schneidenbach@
prognos.com

Markus Anders
Master of Public Health
Berater im Themenfeld
Gesundheit & Pflege,
Prognos AG Berlin
markus.anders@prognos.com

Janko Vollmer
M.A. Humangeographie
Berater im Themenfeld
Gesundheit & Pflege,
Prognos AG Berlin
janko.vollmer@prognos.com

Prognos AG
Europäisches Zentrum
für Wirtschaftsforschung
und Strategieberatung
Goethestraße 85
10623 Berlin

Impressum

© 2016 Bertelsmann Stiftung

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Phone +49 5241 81-0
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich
Dr. Stefan Etgeton,
Uwe Schwenk

Bildnachweis
Getty Images/iStockphoto/Yvan Dube,
Jan Voth

Gestaltung
Dietlind Ehlers, Bielefeld

Druck
Matthiesen Druck, Bielefeld

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0

Dr. Stefan Etgeton
Senior Expert
Programm „Versorgung verbessern –
Patienten informieren“
Telefon +30 319870 5016
Fax +5241 81-681314
stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de

www.bertelsmann-stiftung.de

BertelsmannStiftung