

Anspruch
pflegen.

Expertise für den bpa – Die Rolle der privaten Anbieter in der Pflegeversorgung in Deutschland



bpa

Impressum

Herausgeber:

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)
bpa Arbeitgeberverband

Verantwortlich:

Bernd Tews, Geschäftsführer bpa

Autoren und verantwortlich für den Inhalt:

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Susanne Sünderkamp
Christian Weiß

Bezugsstelle

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Friedrichstraße 148
10117 Berlin

Satz:

Union Betriebs-GmbH (UBG)
Außenstelle Berlin
www.ubgnet.de

Druck:

Druckcenter Meckenheim (DCM)
www.druckcenter.de

Titelbild:

storm – Fotolia.com

Copyright © bpa e.V. 2015.

Alle Rechte vorbehalten. Das vorliegende Gutachten dient insbesondere der Information der Mitgliedseinrichtungen des bpa. Die Vervielfältigung oder Veröffentlichung des Gutachtens oder von Teilen daraus ist ohne schriftliche Genehmigung des bpa e.V. und dessen Abstimmung mit den Autoren nicht gestattet.



Bundesgeschäftsstelle
Friedrichstraße 148
10117 Berlin

Telefon: (030) 30 87 88 60
Telefax: (030) 30 87 88 89
bund@bpa.de
www.bpa.de

bpa Arbeitgeberverband
Friedrichstraße 147
10117 Berlin

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

die privaten Pflegeanbieter spielen für die Versorgung der steigenden Anzahl von Pflegebedürftigen in Deutschland die entscheidende Rolle. Ohne die privaten Pflegeanbieter und deren Investitionen gäbe es heute keine flächendeckende Versorgung in Deutschland. Denn über die Hälfte aller Pflegeeinrichtungen wären einfach nicht vorhanden. Es gäbe keinen Wettbewerb um die beste Versorgung, es gäbe auch keinen Wettbewerb um die besten von den Kunden gewünschten Konzepte und Leistungen.

Die privaten Träger sind aus der Versorgung nicht wegzudenken. Aufschlussreich ist: Der Marktanteil privater Träger ist in den letzten Jahren stetig gewachsen und er könnte weiter wachsen. Das ist so wichtig, weil demografische Herausforderungen zu bewältigen sind. Hunderte Milliarden Euro an Investitionen sind notwendig, um die pflegerische Versorgung von morgen abzusichern, um in den Städten, in den Landkreisen und Orten – auch in strukturschwachen Gegenden – den Menschen, die auf Pflege und Unterstützung angewiesen sind, Hilfestellung zu bieten.

Richtig ist auch: Weder die Kommunen noch der Bund und auch nicht die gemeinnützigen Träger waren in der Vergangenheit bereit und in der Lage, die erforderliche Infrastruktur der Pflege aufzubauen oder zu finanzieren. Und nichts deutet darauf hin, dass sich an diesem Zustand auf absehbare Zeit etwas ändert.

Dennoch sehen sich private Träger von Pflegeeinrichtungen immer wieder Vorurteilen und Verdächtigungen ausgesetzt. Gelegentlich wird unterstellt: Sie wiesen eine geringere Qualität in ihren Einrichtungen und Diensten auf oder sie pickten sich die „Rosinen“ heraus. Teils wird auch geglaubt, private Träger würden nur finanzstarke Selbstzahler und nicht die Sozialhilfeempfänger oder die Pflege- und Krankenversicherten versorgen. Jüngst befürchtete eine Landesregierung, private Träger würden ihre Leistungen nur in attraktiven, strukturstarken Gegenden oder Städten anbieten und zudem nur die Menschen mit hohen Pflegestufen und umfangreichen Leistungsansprüchen versorgen. Unterstellt wird auch: Einrichtungen in freigemeinnütziger oder kommunaler Trägerschaft seien kleiner, überschaubarer und mit mehr sowie qualifizierterem Personal ausgestattet als private Einrichtungen.

Um diesen Vorurteilen gegen die private Pflegewirtschaft einmal gründlich nachzugehen und wissenschaftlich fundierte Fakten und Ergebnisse vorzulegen, hat der bpa das folgende Gutachten in Auftrag gegeben: „Die Rolle der privaten Anbieter in der Pflegeversorgung in Deutschland.“ Das Gutachten untersucht die Entwicklung der letzten zwanzig Jahre. Es stellt dar, wie die Situation privater Pflegeanbieter heute beschaffen ist. Dabei wird den genannten Vorurteilen durch Untersuchungen sowohl zur regionalen Verteilung als auch nach den Schwerpunktsetzungen in bestimmten Marktsegmenten oder erkennbaren Preis- und Qualitätsunterschieden nachgegangen. Ebenso wird die Personalausstattung privater Anbieter im Vergleich zu Einrichtungen in freigemeinnütziger oder kommunaler Trägerschaft untersucht.

Durch das Gutachten werden die genannten Vorurteile nachhaltig widerlegt: Die privaten Anbieter stellen eine flächendeckende Versorgung zur Verfügung. In den ländlichen Gebieten liegt ihr Marktanteil im ambulanten Bereich sogar bei mehr als 60 Prozent. Die Behauptung, private Pflegedienste seien auf dem Land nur selten vertreten, ist somit als unzutreffend widerlegt. Bei den stationären privaten Anbietern kann ebenfalls kein besonderer Fokus auf bestimmte Regionen oder auf die Städte festgestellt werden. Vielmehr sind in den Städten deutlich mehr freigemeinnützige als private Einrichtungen vorzufinden. Die versorgten pflegebedürftigen Menschen finden sich bei den privaten Einrichtungen eher in den niedrigeren Pflegestufen. Damit ist auch das Rosinenpicken widerlegt.

Auch hinsichtlich der Qualität wird nachgewiesen, dass keinerlei Unterschiede zwischen den privaten, freigemeinnützigen und kommunalen Pflegeanbietern bestehen. Gleichwohl sind die Personalausstattung und die Mitarbeiterqualifikation im Pflegebereich bei den privaten Trägern etwas besser.

Wir begrüßen, dass erstmals ein umfassendes Gutachten sich den Fakten widmet und diese in den Zusammenhang zur Trägerschaft stellt und damit die private Pflegelandschaft in ihrer Bedeutung und Güte bestätigt. Private Unternehmen stehen häufig persönlich – insbesondere als vor Ort verankerte Familienunternehmen – und mit ihrem Eigentum und Kapital für den Auf- und Ausbau der qualitativ hochwertigen Infrastruktur der pflegerischen Versorgung ein. Sie stellen die pflegerische Versorgung vor Ort sicher und sind zugleich Jobmotore, wenn andere sich bereits lange aus der Übernahme der finanziellen Verantwortung zurückgezogen haben. Wir blicken daher mit Stolz auf die Entwicklungen der letzten Jahrzehnte zurück!



Bernd Meurer
Präsident des Bundesverbandes
privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)



Rainer Brüderle
Präsident des bpa
Arbeitgeberverbandes

Die Rolle der privaten Anbieter in der Pflegeversorgung in Deutschland

**Expertise für den
bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer
Dienste e.V.**

**Prof. Dr. Heinz Rothgang
Susanne Sünderkamp
Christian Weiß**

Kontaktadresse:
Prof. Dr. Heinz Rothgang
Bürgerwohlsweg 103
28215 Bremen

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	7
1 Einleitung.....	8
2 Hintergrund und Forschungsfrage	9
3 Daten und Methodik	15
3.1 Datenquellen und Repräsentativität	15
3.2 Methodisches Vorgehen.....	16
4 Der Pflegemarkt in Deutschland.....	18
4.1 Pflegebedürftige und deren Versorgung	18
4.2 Finanzierung der Pflege	22
5 Ambulante Pflegedienste	26
5.1 Die Bedeutung der privaten Anbieter für die ambulante Pflege	26
5.2 Regionale Verteilung ambulanter Pflegedienste	31
5.2.1 Regionale Verteilung der Pflegedienste	31
5.2.2 Agglomerationsräume.....	34
5.2.3 Wachstumsregionen.....	35
5.3 Pflegequalität der privaten Pflegedienste	37
5.3.1 Pflegenoten	37
5.3.2 Personalquoten.....	39
5.4 Pflegestufenstruktur der Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege	41
6 Stationäre Pflege.....	43
6.1 Die Bedeutung privater Anbieter für die stationäre Pflege	43
6.2 Regionale Verteilung privater Pflegeheime	48
6.2.1 Regionale Verteilung	48
6.2.2 Agglomerationsräume.....	50
6.2.3 Wachstumsregionen.....	51
6.3 Pflegequalität in privaten Pflegeheimen	53
6.3.1 Pflegenoten	54
6.3.2 Personalquoten.....	56
6.3.3 Einrichtungsgröße.....	58
6.4 Preise privater Pflegeheime.....	62
6.5 Pflegestufenstruktur der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen	67
7 Fazit und Schlussfolgerung	70
Literatur	73
Abbildungsverzeichnis	81
Tabellenverzeichnis.....	83
Anhang 1: Marktanteil privater Pflegedienste nach Kreisen.....	84
Anhang 2: Marktanteil privater Pflegeheime nach Kreisen	92

1 Einleitung

Private Anbieter von Pflegeleistungen¹ spielen bei der Versorgung Pflegebedürftiger inzwischen eine entscheidende Rolle und sind aus der Versorgung nicht mehr wegzudenken. Allerdings ist unklar, inwieweit sich private Anbieter flächendeckend in der Versorgung engagieren oder doch eher „Rosinen picken“ und sich auf bestimmte Marktsegmente oder Regionen konzentrieren. Der bpa hat die Autoren dieser Expertise daher beauftragt, in einer gutachterlichen Stellungnahme zu untersuchen, wie sich die Rolle der privaten Anbieter in den letzten zwanzig Jahren entwickelt hat und wie sie sich heute darstellt. Dabei sollen Fragen der regionalen Konzentration bzw. der Konzentration auf bestimmte Agglomerationsräume ebenso behandelt werden wie Fragen nach Schwerpunktsetzungen in bestimmten Marktsegmenten oder erkennbaren Preis- und Qualitätsunterschieden privater Anbieter. Mit der vorliegenden Expertise wird dieser Aufforderung Folge geleistet.

Das Gutachten ist dabei wie folgt aufgebaut: In *Abschnitt 2* wird zunächst der Hintergrund beleuchtet und kurz auf die Ursachen der Marktexpansion seit Einführung der Pflegeversicherung eingegangen. Vor diesem Hintergrund werden dann die Forschungsfragen im Einzelnen entwickelt. *Abschnitt 3* stellt die verwendeten Daten und Methoden vor, während *Abschnitt 4* den Pflegemarkt in Deutschland in Bezug auf die Pflegebedürftigen und die Finanzierung von Langzeitpflege beschreibt. Die Abschnitte 5 und 6 enthalten dann den Hauptteil der Expertise. Während sich *Abschnitt 5* mit den ambulanten Pflegediensten beschäftigt, widmet sich *Abschnitt 6* den Pflegeheimen. Jeweils wird auf die Bedeutung privater Anbieter für den jeweiligen Pflegesektor und auf die weitere Forschungsfragen für diesen Sektor eingegangen. Ein Fazit dieser Analysen wird in *Abschnitt 7* gezogen, in dem dann auch abschließende Schlussfolgerungen präsentiert werden.

¹ Gemäß § 71 Abs. 1 und 2 SGB XI bezeichnet der Begriff der *Pflegeeinrichtungen* die ambulanten Diensten und die Pflegeheime. Um Missverständnisse zu vermeiden, wird nachfolgend zwischen „Pflegediensten“ und „Pflegeheimen“ unterschieden und als übergreifender Begriff vor allem der des „Pflegeanbieter“ verwandt.

2 Hintergrund und Forschungsfrage

Vor Einführung der Pflegeversicherung war das Angebot an ambulanten und stationären Pflegeleistungen nach Ansicht des seinerzeit zuständigen Bundesarbeitsministeriums unzureichend. Es weist

„noch erhebliche Defizite auf, und zwar nicht nur im Hinblick auf die Zahl der Einrichtungen, sondern auch im Hinblick auf das konkrete Leistungsangebot. Nach Auffassung der Länder müssen bis zum Jahre 2000 rund 40.000 vollstationäre Plätze, 23.000 Teilzeitpflegeplätze und rd. 500 neue Sozialstationen geschaffen werden. Ersatzinvestitionen sind bei rd. 88.000 vollstationären Plätzen und 240 Sozialstationen notwendig“ (Lutter 1996: 352).

Dabei stellte sich die Lage in den einzelnen Leistungssegmenten wie folgt dar (vgl. Rothgang 1997: 69 ff. für Details): Nach den auf einer Länderumfrage beruhenden im Gesetzesentwurf zum Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG-E) angeführten Zahlen gab es im Juli 1992 im Bundesgebiet 4.317 stationäre Einrichtungen, die insgesamt 455.378 *vollstationäre* Pflegeplätze angeboten haben (Bundestags-Drucksache 12/5262: 190, 192).² *Ambulante Pflegeleistungen* wurden dagegen von rd. 4.000 Sozialstationen (ebd.) und rund 1.000 privat-gewerblichen Diensten erbracht (Faßmann 1996: 309 f.). Bezogen auf die durchschnittliche Mitarbeiterzahl von acht bis zehn hauptamtlichen Pflegefachkräften (Bundestags-Drucksache 12/5262: 65) ergibt das eine Mitarbeiterzahl der Sozialstationen von 32.000-40.000.³ Werden die Mitarbeiter privater ambulanter Pflegedienste hinzugerechnet, deren Zahl Voges (1997: 25, 27) auf 17.000 schätzt, ergibt sich eine Gesamtzahl von gut 50.000.

Nach Einführung der Pflegeversicherung haben sich diese Kapazitäten deutlich erhöht. Allerdings fehlt eine verlässliche Datengrundlage, um diesen Prozess für die 1990er Jahre nachzuzeichnen, da die vom Statistischen Bundesamt durchgeführte Pflegestatistik, die Aufschluss auch über die Kapazitätsentwicklung von Pflegeeinrichtungen enthält, erstmals erst im Dezember 1999 erhoben wurde. Zudem haben sich die Definitionen von Einrichtungstypen verändert, so dass die Vergleichbarkeit mit der Zeit vor Einführung der Pflegeversicherung eingeschränkt ist. Dennoch zeigt sich, dass die Werte für 1999 deutlich über den zuvor zitierten Werten für die Zeit vor Einführung der Pflegeversicherung liegen. Außerdem hält das Kapazitätswachstum auch seit der Jahrtausendwende unverändert an: Im stationären Sektor sind die

² Diese Angaben decken sich mit zwei Repräsentativumfragen, die im Kontext der Einführung der Pflegeversicherung durchgeführt wurden, der Umfrage von Krug & Reh (1992: 26 f.) und der von Infratest (Fachinger et al. 1995: 314 bzw. Schneekloth/Müller 1995: 22, 35).

³ Das entspricht auch den Angaben, die Voges (1997: 25, 27) auf Basis der Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger der Freien Wohlfahrtspflege schätzt.

Kapazitäten – gemessen an der Bettenzahl – von 1999 bis 2013 um etwa 40 % gestiegen, im ambulanten Sektor – gemessen an der Zahl der Vollzeitbeschäftigten – sogar um mehr als 80 %, also mehr als doppelt so stark, während die Zahl der Pflegebedürftigen gleichzeitig um 30 % gestiegen ist.⁴ Die Kapazitäten sind also deutlich stärker gewachsen als die Zahl der Pflegebedürftigen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Kapazitätsentwicklung im ambulanten und stationären Sektor seit 1999

	Ambulante Kapazitäten			Stationäre Kapazitäten		Nachrichtlich:
	Pflegedienste	Beschäftigte	Vollzeit- äquivalente	Pflegeheime	Betten	Pflege- bedürftige
1999	10.820	183.782	108.799	8.859	645.456	2.016.091
2001	10.594	189.567	113.951	9.165	647.292	2.039.780
2003	10.619	200.897	119.793	9.743	713.195	2.076.935
2005	10.977	214.307	125.811	10.424	757.186	2.128.550
2007	11.529	236.162	140.504	11.029	799.059	2.246.829
2009	12.026	268.891	160.921	11.634	845.007	2.338.252
2011	12.349	290.714	178.096	12.354	875.549	2.591.441
2013	12.745	320.077	200.112	13.030	902.882	2.626.206
Veränderung in Prozent						
1999–2001	-2,1	3,1	4,7	3,5	0,3	1,2
2001–2003	0,2	6	5,1	6,3	10,2	1,8
2003–2005	3,4	6,7	5	7	6,2	2,5
2005–2007	5	10,2	11,7	5,8	5,5	5,6
2007–2009	4,3	13,9	14,5	5,5	5,8	4,1
2009–2011	2,7	8,1	10,7	6,2	3,6	10,8
2011–2013	3,2	10,1	12,4	5,5	3,1	1,3
1999–2013	17,8	74,2	83,9	47,1	39,9	30,3

Quellen: Statistisches Bundesamt 2015, 2013, 2011, 2009, 2007, 2005, 2003, 2001, eigene Berechnungen.

Die Gründe für dieses Kapazitätswachstum liegen sowohl auf der Nachfrage-, als auch auf der Angebotsseite. Mit Einführung der Pflegeversicherung hat sich das Volumen der öffentlichen Finanzierung von Pflegeleistungen schlagartig verzweieinhalbfacht (Rothgang 1997: 170f.).⁵ Dies allein hat einen gewaltigen *Nachfrageschub* ausgelöst, der allerdings überwiegend bereits in den 1990er Jahre zu verzeichnen war und für die weitere Entwicklung in diesem Jahrhundert unerheblich sein dürfte. Auch seit der Jahrtausendwende ist die Zahl der Pflegebedürftigen weiterhin gestiegen. Wie Tabelle 1 zeigt, liegt das Kapazitätswachstum der Pflegeanbieter aber deutlich höher. Nachfrageseitig ist hierfür insbesondere das *abnehmende famili-*

⁴ Die Pflegestatistik wird alle zwei Jahren, also in den ungeraden Jahren, erhoben. Erste Ergebnisse der Erhebung von Dezember 2013 wurden vom Statistischen Bundesamt vor kurzem veröffentlicht. Weitere Ergebnisse werden in den nächsten Wochen und Monaten folgen. Die Ergebnisse der Erhebung von 2015 dürften dagegen erst im Jahr 2017 veröffentlicht werden. 2013 bildet daher den Endpunkt des Berichtszeitraums.

⁵ Hierin enthalten sind allerdings auch die Pflegegeldzahlungen. Werden diese als nicht nachfragewirksam für formelle Pflegeleistungen herausgerechnet, bleibt aber immer noch ein Faktor von größer 2.

ale *Pflegepotential* und die zunehmende *Akzeptanz formeller Pflegeangebote* verantwortlich. Die gesteigerte Nachfrage führt aber nur dann zu einer gesteigerten Inanspruchnahme, wenn auch die *Angebotsseite* entsprechend mitzieht. Angebotsseitig ist dabei insbesondere auf den *freien Marktzugang* zu verweisen, der mit dem Pflege-Versicherungsgesetz eingeführt wurde. Diese Marktöffnung im PflegeVG zeigt sich vor allem (Rothgang 1997: 76)

- im *Kontrahierungszwang* mit allen fachlich geeigneten, leistungsfähigen und wirtschaftlich arbeitenden Leistungsanbietern (§ 72 Abs. 3 SGB XI in Verbindung mit § 71 SGB XI), dem die Pflegekassen – unabhängig von der Bedarfslage – unterliegen,
- der damit verbundenen *Abschaffung von Bedarfsplänen* wie sie aus dem Krankenhausbereich bekannt sind (vgl. § 6 KHG) und
- der *Gleichstellung privater und freigemeinnütziger Träger*, die den Vorrang der letzteren aufhebt (§ 11 Abs. 2 Satz 2 sowie § 72 Abs. 3 Satz 2 SGB XI).

Seit dem Fürsorgegesetz von 1924 hatten die Träger der freien Wohlfahrtspflege Vorrang gegenüber anderen Leistungsanbietern genossen (vgl. Backhaus-Maul und Olk 1994 für weitere historische Ausführungen). Entsprechend sah § 93 BSGH (in der Fassung von 1992), der die Sozialhilfefinanzierung unter anderem von Pflegeheimen regelte, vor, dass

„die Träger der Sozialhilfe eigene Einrichtungen nicht neu schaffen, soweit geeignete Einrichtungen der in § 10 Abs. 2 genannten Träger der freien Wohlfahrtspflege vorhanden sind, ausgebaut oder geschaffen werden können“ (Abs. 1) und daß „der Träger der Sozialhilfe Vereinbarungen nach Satz 1 vorrangig mit den in § 10 genannten Trägern abschließen“ soll, falls „sowohl Einrichtungen der in § 10 genannten Träger als auch anderer Träger vorhanden [sind; HR] die zur Gewährung von Sozialhilfe in gleichem Maße geeignet sind“ (Abs. 2 Satz 3).

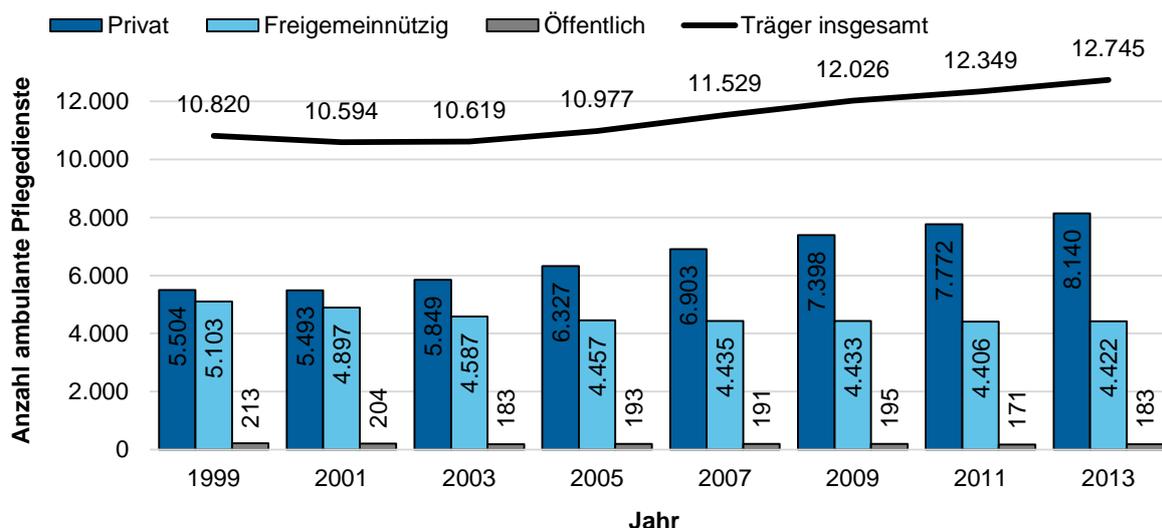
Damit war der Vorrang der Träger der freien Wohlfahrtspflege sowohl gegenüber öffentlichen als auch gegenüber privaten Einrichtungen abgesichert. Der lokale Korporatismus⁶ der Wohlfahrtsverbände und Kostenträger hat vor Einführung der Pflegeversicherung entscheidend zu einer Begrenzung des Angebots beigetragen, da Wohlfahrtsverbände und Sozialhilfeträger in ihren Verhandlungen das Kostenbegrenzungsinteresse der öffentlichen Hand immer mit bedacht haben. In § 11 Abs. 2 SGB XI wird nach Einführung der Pflegeversicherung demgegenüber der Vorrang der freien *und privaten* gegenüber den öffentlichen Trägern festge-

⁶ Vgl. zum Begriff des „lokalen Korporatismus“ ausführlich Thränhardt (1981) sowie zu seiner Anwendung auf die Pflege(ver)sicherung insbesondere Roth 1999.

schrieben.⁷ Eine entsprechende Formulierung findet sich auch in § 72 Abs. 3 Satz 2 SGB XI. Der Nachrang gilt nunmehr lediglich gegenüber öffentlichen Anbietern. Die Gleichstellung der privaten Anbieter mit den freigemeinnützigen hat gemeinsam mit dem Wegfall jeglicher Bedarfsplanung und dem Kontrahierungszwang der Kostenträger mit allen fachlich geeigneten Anbietern den Weg für die Angebotsexpansion geebnet, die ausschließlich (ambulante Dienste) bzw. überwiegend (Pflegeheime) von privaten Anbietern getragen wurde.

Wie Abbildung 1 zeigt, hat sich die Zahl der *ambulanten Pflegedienste* in privater Trägerschaft von 1999 bis 2013 von 5.504 auf 8.140 um insgesamt 48 % erhöht, während die Zahl der freigemeinnützigen Dienste in diesem Zeitraum um insgesamt 13 % und die der öffentlichen um 14 % gesunken ist. Eine Expansion der Anbieterzahl ist damit nur bei den privaten Trägern zu verzeichnen, deren Anteil an allen Pflegediensten sich infolge dieser Entwicklung von 51 % im Jahr 1999 auf 64 % im Jahr 2013 erhöht hat.

Abbildung 1: Entwicklung Anzahl ambulante Pflegedienste (1999 – 2013)



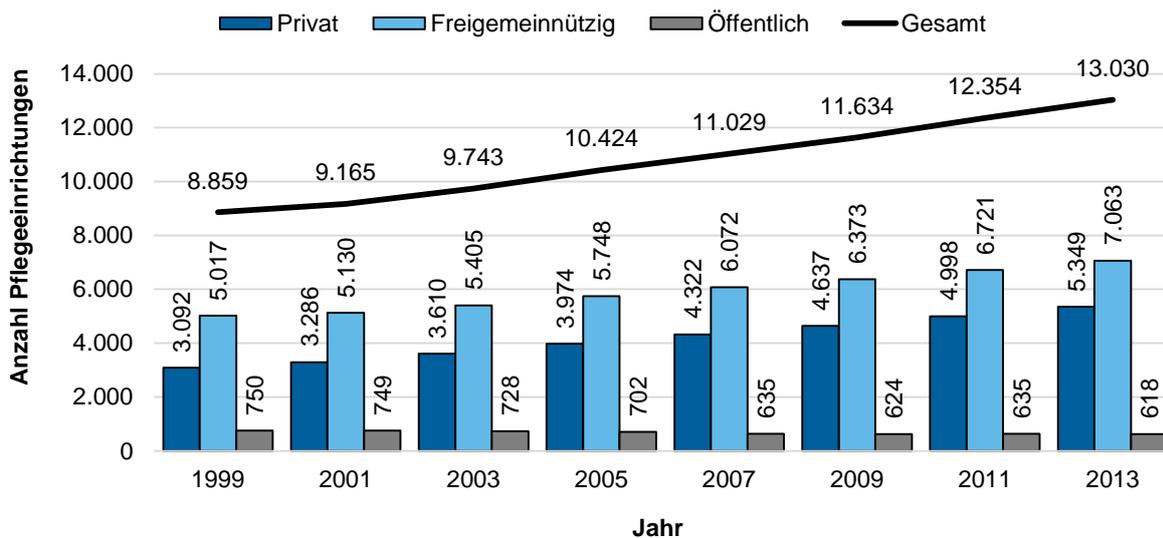
Quelle: Statistisches Bundesamt 2015, 2013, 2011, 2009, 2007, 2005, 2003, 2001; eigene Darstellung.

Bei den *Pflegeheimen* ist die Zahl der öffentlichen Einrichtungen ebenfalls zurückgegangen, von 750 auf 618, also um 18 % des Ausgangswertes. Die Zahl der Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft ist dagegen um 41 % gestiegen (von 5.017 auf 7.063) (Abbildung 2). Auch im stationären Sektor waren die privaten Anbieter aber am stärksten an der Steige-

⁷ Die Bedeutung dieses Nachrangs ist insofern begrenzt als auch die öffentlichen Einrichtungen in den Kontrahierungszwang der Kassen nach § 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI und den Bestandschutz nach § 73 Abs. 3 SGB XI eingeschlossen sind. Die Norm richtet sich in dieser appellativen Fassung vor allem an die Kommunen, die neue eigene Einrichtungen nicht mehr aufbauen sollen.

rung der Einrichtungszahl beteiligt. Die Zahl der privaten Einrichtungen ist im Beobachtungszeitraum von 3.092 auf 5.349 um 73 % gestiegen. Dabei lag die Zunahme auch absolut (2.257 zu 2.046) höher als bei den freigemeinnützigen Einrichtungen. Im Ergebnis hat sich der Anteil der privaten Pflegeheime an allen Pflegeheimen damit von 35 % auf 41 % erhöht.

Abbildung 2: Entwicklung Anzahl stationäre Pflegeheime (1999 – 2013)



Quelle: Statistisches Bundesamt 2015, 2013, 2011, 2009, 2007, 2005, 2003, 2001, eigene Darstellung.

An der großen und gestiegenen Bedeutung privater Anbieter von Pflegeleistungen kann somit kein Zweifel bestehen. Allerdings stellt sich die Frage, ob es sich um einen *flächendeckenden Trend* handelt oder ob private Anbieter ein *selektives Wachstum* vorweisen und im Ergebnis nur die „Rosinen picken“, unattraktive Versorgungssettings aber den freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern überlassen.

Im Folgenden soll daher analysiert werden, welche Rolle private Anbieter heute bei der pflegerischen Versorgung spielen, wie sich deren Rolle entwickelt hat und was sich über ihre zukünftige Rolle sagen lässt. Dabei bleiben die Kurzzeitpflege und teilstationäre Leistungen außen vor, deren Bedeutung in Zukunft zwar weiter steigen dürfte, die aber noch nicht den Kern der Versorgung ausmachen. Vielmehr erfolgt eine Konzentration auf die Rolle privater ambulanter Pflegedienste und privater Pflegeheime. Die genannte Forschungsfrage wird dabei in den beiden Sektoren jeweils unterschiedlich zugespitzt.

Im *ambulanten Bereich* wird folgenden Fragen nachgegangen:

1. Welche *Bedeutung* haben private Pflegedienste, mit welchen Indikatoren lässt sich diese Bedeutung abbilden und wie hat sie sich im Zeitverlauf entwickelt?
2. Gibt es *regionale Schwerpunkte* privater Pflegedienste? Lässt sich erkennen, dass private Anbieter vor allem in Metropolregionen aktiv sind, dagegen – etwa wegen weiterer Wege – nicht in ländlichen Räumen? Wie hoch ist ihr Anteil in Regionen, in denen die Zahl der Pflegebedürftigen in Zukunft in besonderem Maße wachsen wird?
3. Gibt es erkennbare *Qualitätsunterschiede* zwischen privaten und anderen Pflegediensten, die etwa an Personalquoten, Fachkräftequoten oder Pflegenoten festgemacht werden können?
4. Zeigt sich eine abweichende *Pflegestufenstruktur*, die auf Selektionseffekte zurückgeführt werden kann?

Im *stationären Bereich* werden folgende Fragen untersucht:

1. Welche *Bedeutung* haben private Pflegeheime, mit welchen Indikatoren lässt sich diese Bedeutung abbilden und wie hat sie sich im Zeitverlauf entwickelt?
2. Gibt es *regionale Schwerpunkte* für private Pflegeheime? Finden sich diese vor allem in ländlichen Regionen, weil ein Neubau dort kostengünstiger ist? Wie stark sind sie in den Regionen vertreten, in denen die Zahl der Pflegebedürftigen in Zukunft in besonderem Maße wachsen wird?
3. Gibt es erkennbare *Qualitätsunterschiede* zwischen privaten und anderen Pflegeheimen, die an Pflegenoten, Fachkräftequoten, Beschäftigten pro Pflegebedürftigen oder der Größe der Einrichtung festgemacht werden können?
4. Gibt es *Preisunterschiede* zwischen privaten und anderen Pflegeheimen? Ist eine Konzentration auf bestimmte Marktsegmente, etwa das Hochpreissegment, erkennbar?
5. Zeigt sich eine abweichende *Pflegestufenstruktur*, die auf Selektionseffekte zurückgeführt werden kann?

3 Daten und Methodik

Ein Teil der genannten Fragen lässt sich bereits mit den Daten der amtlichen Pflegestatistik beantworten, ein anderer Teil hingegen nicht. Im folgenden Abschnitt 3.1 wird daher zunächst auf die verwendeten Daten und die Repräsentativität der dabei zum Teil verwendeten Stichprobe eingegangen, bevor in Abschnitt 3.2 kurz das methodische Vorgehen erläutert wird.

3.1 Datenquellen und Repräsentativität

Die im vorliegenden Gutachten analysierten Daten wurden unterschiedlichen Datenquellen entnommen. Über die Daten der Pflegestatistik hinausgehend wurden zum einen die Ergebnisse der MDK-Qualitätsprüfungen aus den öffentlich zugänglichen Online-Portalen der Pflegekassen genutzt. Zum anderen wurden die Daten dieser Qualitätsberichte mit den INKAR-Daten (Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung in Deutschland und in Europa) des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) verknüpft, um so regionale Angaben und Strukturmerkmale der Region zusammenfügen zu können. Für eine kleinräumige Projektion der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen findet die Bevölkerungsvorausberechnung bis 2030 des „Wegweiser Kommune“ der Bertelsmann Stiftung bzw. der diese Angaben nutzende Themenreport „Pflege 2030“ (Rothgang et al. 2012a) Anwendung.

Die *Qualitätsberichte* enthalten Informationen über die Pflegeanbieter wie Kontaktdaten, Leistungsangebot, Zahl der versorgten Kunden (ambulante Pflegedienste) bzw. die Platzzahl (Pflegeheime) und die Ergebnisse aus den MDK-Qualitätsprüfungen, vorrangig für den Verbraucher (BKK 2012; vdek 2012). Die Daten der ambulanten Pflegedienste stammen aus dem BKK Pflegefinder (Erhebungszeitraum Januar 2011 bis Juli 2012) und die der stationären Einrichtungen aus dem vdek Pflegelotsen (Erhebungszeitraum Juli 2009 bis Oktober 2012). Die unterschiedlichen Datenquellen für ambulante und stationäre Anbieter sind ohne Relevanz, da sowohl die Daten der BKK als auch die Daten des vdek von der Datenclearingstelle Pflege (DCS) stammen und lediglich die Veröffentlichung über getrennte Informationsplattformen erfolgt (vdek 2015).

Die einbezogenen Daten stellen eine annähernde Vollerhebung dar. Es wurden 11.874 *ambulante Pflegedienste* einbezogen. Gemessen an den in der Pflegestatistik zum 15.12.2011 erfassten 12.349 Pflegediensten entspricht das einem Anteilswert von 96,2 % (Statistisches Bundesamt 2013a). Bei den *stationären Pflegeheimen* ist der Erfassungsgrad etwas niedriger und beläuft sich auf 83,2 % (10.271 erfasste Einrichtungen bei 12.354 in der Pflegestatistik

genannten) (Statistisches Bundesamt 2013a). Bei der Verteilung der Trägerschaft ist praktisch keine Abweichung der Stichprobe von der Gesamtheit zu beobachten (Tabelle 2). Lediglich bei den ambulanten Pflegediensten dürften die niedrigen Abweichungen auf leicht verschobenen Erhebungszeiten, einen seit Jahren steigenden Anteil privater Anbieter und zuletzt verzeichneten Konsolidierungsprozessen öffentlicher Pflegedienste zurückzuführen sein (Statistisches Bundesamt 2013a, 2011). Die für das Gutachten verwendeten Daten aus den Qualitätsberichten können somit als repräsentativ eingestuft werden.

Tabelle 2: Pflegeeinrichtungen nach Trägerschaft (in %)

		N	Stichprobe (in %)	Pflegestatistik (in %)	Abweichung (in Prozentpunkten)
Ambulant N = 11.874	Privat	7.935	66,8	62,9	3,9
	Freigemeinnützig	3.786	31,9	35,7	-3,8
	Öffentlich	82	0,7	1,4	-0,7
	ohne Zuordnung	71	0,6	-	-
Stationär N = 10.271	Privat	4.189	40,8	40,5	0,3
	Freigemeinnützig	5.608	54,6	54,4	0,2
	Öffentlich	435	4,2	5,1	-0,9
	ohne Zuordnung	41	0,4	-	-

Quellen: BKK 2012, vdek 2012, Statistisches Bundesamt 2013; eigene Berechnung und Darstellung.

Die *INKAR-Daten* lassen eine Auffächerung der Ergebnisse bis auf Kreisebene zu und geben u. a. Auskünfte über sogenannte Agglomerationsräume, die die Kreise einer städtischen Region, einer Region mit Verstärkeransätzen oder einer ländlichen Region zuordnen (BBSR 2012).

3.2 Methodisches Vorgehen

Zentrale Indikatoren für die Angebotskapazität ambulanter und stationärer Pflegeanbieter sind im Allgemeinen die Zahl der Pflegebedürftigen mit Leistungsbezug aus der Pflegeversicherung, die Gesamtkundenzahl, die Personalausstattung in Vollzeitäquivalenten oder als absolute Zahl der Beschäftigten (ambulant) bzw. die Platzzahl, die Auslastung und die Personalausstattung, soweit möglich in Vollzeitäquivalenten (stationär). Die Zahl der Pflegebedürftigen bezieht sich auf die Personen, die im Sinne des SGB XI als pflegebedürftig anerkannt sind und Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Die Gesamtkundenzahl ambulanter Pflegedienste umfasst dagegen Kunden mit Leistungen der Pflegeversicherung und/oder Krankenversicherung und/oder privat zu zahlenden Leistungen. Die für dieses Gutachten verwendeten Hauptindikatoren beziehen sich auf die Zahl der Pflegebedürftigen (nach SGB XI) oder die

Kundenzahl (unabhängig von der Leistungsart) (ambulant) bzw. die Platzzahl (stationär). Vor dem Hintergrund der steigenden Nachfrage nach pflegerischen Leistungen einerseits und dem Fachkräftemangel andererseits ist anzunehmen, dass die überwiegende Zahl der ambulanten Pflegedienste so viele Kunden versorgt, wie es die eigenen (Personal-)Kapazitäten zulassen.

Zunächst stellen deskriptive Analysen den derzeitigen Stand der Versorgungssituation durch ambulante und stationäre Pflegeanbieter dar. Anhand von Korrelationen wird der Zusammenhang von Wachstumszahlen im Bereich der Pflegebedürftigen und dem Anteil privater Pflegeanbieter auf *Bezirksebene* untersucht. Im Anhang sind einzelne Indikatoren zusätzlich auf *Kreisebene* dargestellt.

Für die statistischen Analysen wurden die Programme Microsoft Excel und SPSS Version 22 verwendet.

4 Der Pflegemarkt in Deutschland

Zur Charakterisierung des Pflegemarktes sind vor allem drei Dimensionen einschlägig: Die Pflegebedürftigen, die Finanzierung und die Leistungserbringung. Bevor die Leistungserbringung im ambulanten und den stationären Sektor in den Abschnitten 5 und 6 vertiefend behandelt wird, wird in den folgenden Abschnitten 4.1 und 4.2 zunächst überblicksartig auf die Pflegebedürftigen und ihre Versorgung sowie die Finanzierung von ambulanter und stationärer Pflege eingegangen.

4.1 Pflegebedürftige und deren Versorgung

Von den rund 2,5 Millionen Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI wurden im Jahr 2011 rund 1,76 Millionen zu Hause (70,3 %) und rund 743.000 (29,7 %) vollstationär in Heimen versorgt. Rund 1,18 Millionen häuslich Versorgten (67,2 %) wurden ausschließlich durch Angehörige (und andere informelle Pflegepersonen) gepflegt, während 576.000 Pflegebedürftige (32,8 %) entweder ausschließlich durch Pflegedienste oder durch Pflegedienste und Angehörige gepflegt wurden (Statistisches Bundesamt 2013a). Zwischen 2011 und 2013 verzeichnete die Zahl der Pflegebedürftigen zu Hause erneut einen absoluten wie auch anteiligen Anstieg auf rund 1,86 Millionen (70,9 %). Ambulante Pflegedienste sind nun an der Pflege von 616.000 (33,1 %) Pflegebedürftigen, die zuhause leben, beteiligt (Statistisches Bundesamt 2015). Auch die Zahl stationär versorgter Pflegebedürftiger hat von 2011 bis 2013 erneut absolut zugenommen (von 743.120 auf 764.000), der Anteil in der Gesamtversorgung ist jedoch leicht von 29,7 % auf 29,1 % gesunken. Damit ist der ambulante Pflegebereich im Vergleich mit der stationären Langzeitpflege und der Angehörigenpflege am stärksten gewachsen.

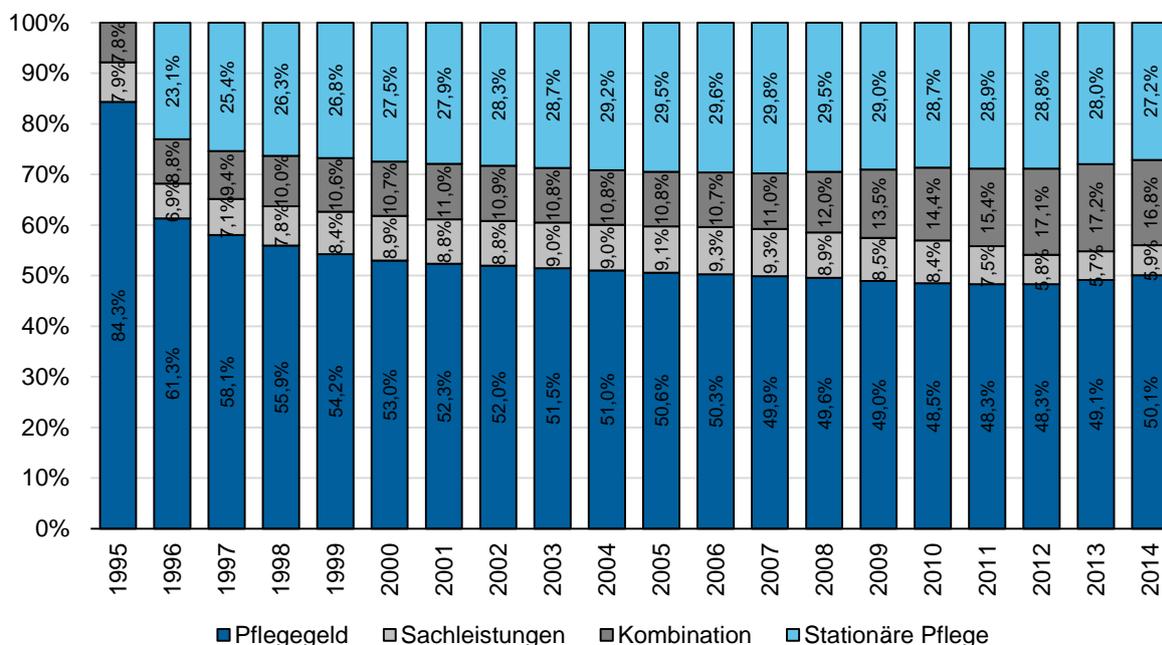
Tabelle 3: Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2011 und 2013

	Pflegebedürftige 2011		Pflegebedürftige 2013		Veränderung in %
	N	%	N	%	
Pflegebedürftige insgesamt	2.501.441		2.626.206		
davon:					
in vollstationären Pflegeheimen	743.120	29,7 %	764.000	29,1%	-0,6%
zu Hause ambulant versorgt	1.758.321	70,3 %	1.861.775	70,9%	0,6%
davon:					
ausschließlich durch Angehörige	1.182.057	67,2 %	1.245.929	66,9%	-0,3%
zusammen mit/durch ambulante PD	576.264	32,8 %	615.846	33,1%	0,3%

Quellen: Statistisches Bundesamt 2015, Statistisches Bundesamt 2013a, eigene Darstellung.

Damit setzt sich auch aktuell der langfristige Trend fort, der durch eine Verschiebung von der informellen zur formellen Pflege gekennzeichnet ist, wobei sich die Versorgungsanteile innerhalb der formellen Pflege seit 2007 in Richtung ambulante Pflege verschieben (Abbildung 3).⁸

Abbildung 3: Leistungsarten in der Sozialen Pflegeversicherung⁹



Eigene Darstellung; Quelle: BMG 2015; Rothgang et al. 2014: 61.

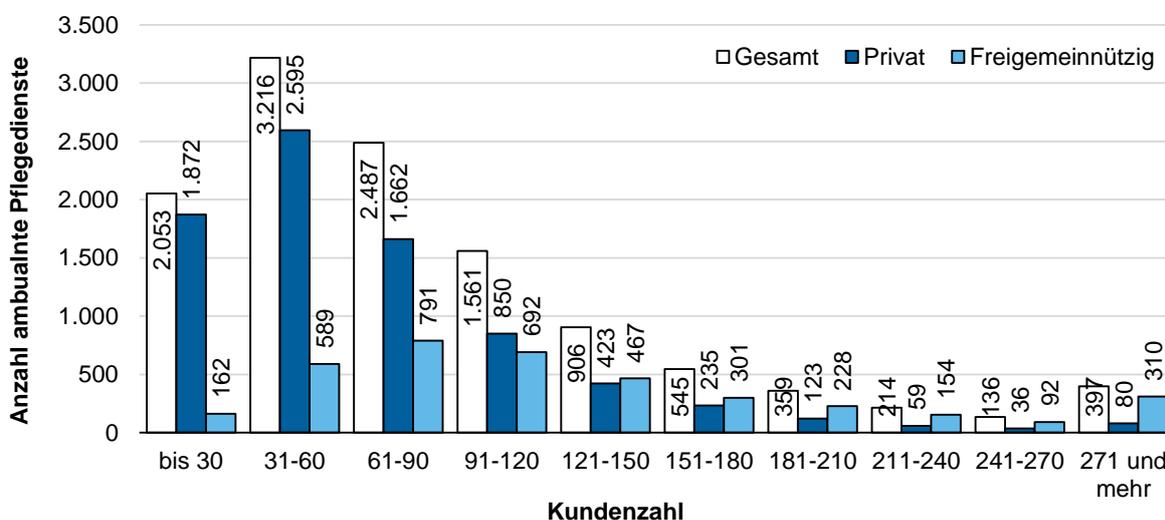
Aufgrund der demographischen Alterung ist auch für die Zukunft von einer *steigenden Zahl Pflegebedürftiger* auszugehen. Projektionen auf Basis der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung sowie im Zeitverlauf als konstant unterstellte altersspezifische Pflegeprävalenzen ergeben einen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen auf 4,7 Millionen bis 2050 (Rothgang et al. 2014: 73). Dabei zeigen sich aber auf Länderebene erhebliche Unterschiede. Gleichzeitig ist auch für die Zukunft von einem abnehmenden Pflegepotential und aufgrund dessen von einem *überproportional steigendem Bedarf an formellen Pflegeleistungen* auszugehen (Hackmann/Moog 2010).

⁸ Leistungen bei stationärer Pflege wurden erstmals 1996 gewährt. Die Abbildung berücksichtigt nicht die vollstationäre Pflege in Behindertenheimen, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege und häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson.

⁹ Während sich die in den vorstehenden Abschnitten vor allem verwandte Pflegestatistik auf alle Pflegebedürftigen bezieht, wird an dieser Stelle auf die Daten der Sozialen Pflegeversicherung zurückgegriffen, die die Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung nicht berücksichtigt. Allerdings erlaubt es die Statistik der Sozialen Pflegeversicherung, auf eine längere Zeitreihe zurückzublicken und wird deshalb hier verwandt. Wie das Statistische Bundesamt erstmals zur Pflegestatistik 2011 ausführt, sind die Leistungsempfängerzahlen für Pflegegeld seitdem aufgrund von statistischen Problemen leicht überzeichnet. Der Effekt wird vom Statistischen Bundesamt (2013b: 14) mit etwa 90 Tsd. Personen angegeben, der anscheinende Anstieg der Pflegegeldempfängerquote für 2013 und 2014 ist daher wohl ein statistischer Artefakt.

Betrachtet man die *Größe der ambulanten Pflegedienste* anhand ihrer Kundenzahl (unabhängig vom Leistungsbezug) mittels fester Größenklassen mit jeweils 30 Kunden, fällt auf, dass die Pflegedienstgröße mit 31-60 Kunden am häufigsten vorkommt. Je größer die Pflegedienste sind, umso seltener sind sie vorzufinden. Die privaten Pflegedienste geben tendenziell dasselbe Bild ab, haben im Vergleich zu den freigemeinnützigen Trägern aber im Bereich bis 120 Kunden zahlenmäßig mehr Pflegedienste, während ab 121 Kunden in jeder Größenklasse mehr freigemeinnützige Pflegedienste vorhanden sind. Die freigemeinnützigen Pflegedienste haben am häufigsten eine Größe von 61-90 Kunden (Abbildung 4).

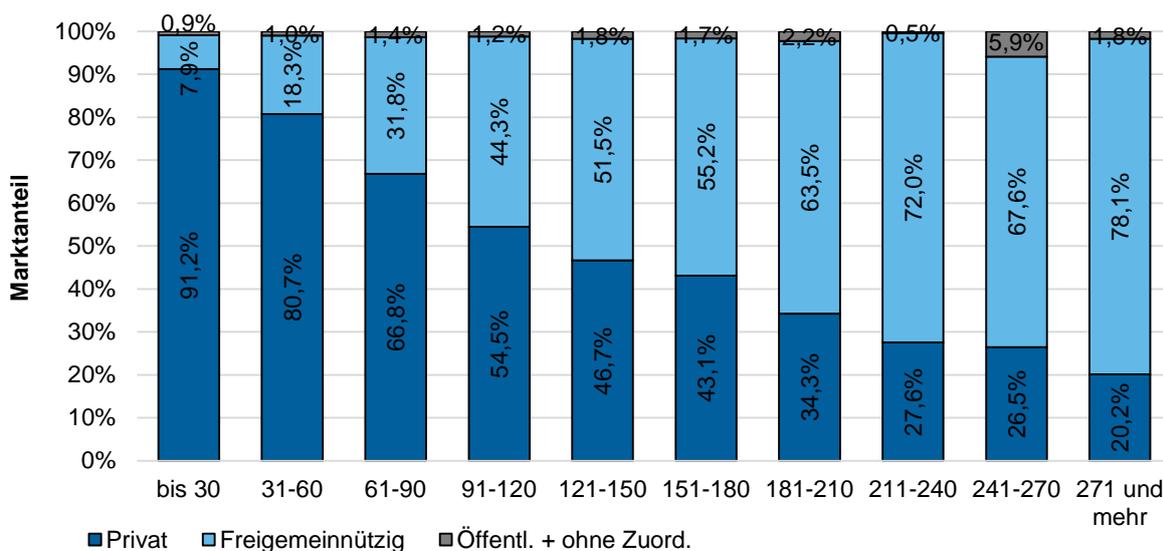
Abbildung 4: Anzahl ambulante Pflegedienste nach Trägerschaft in Größenklassen



Quelle: BKK 2012, eigene Berechnung und Darstellung.

Der Zusammenhang von Trägerschaft und Größenklasse wird noch deutlicher, wenn die Marktanteile dargestellt werden (Abbildung 5). Während der Marktanteil der privaten Dienste mit bis zu 30 Kunden bei über 90 % liegt, nimmt er mit zunehmender Größe der Dienste auf bis zu 20 % ab.

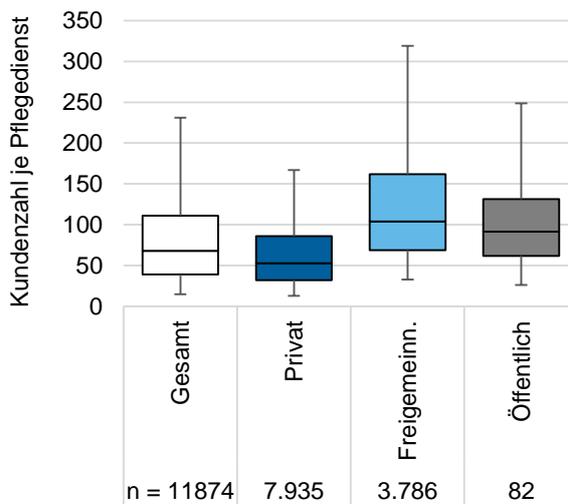
Abbildung 5: Marktanteil der verschiedenen Träger nach Kundenzahl



Quelle: BKK 2012, eigene Berechnung und Darstellung.

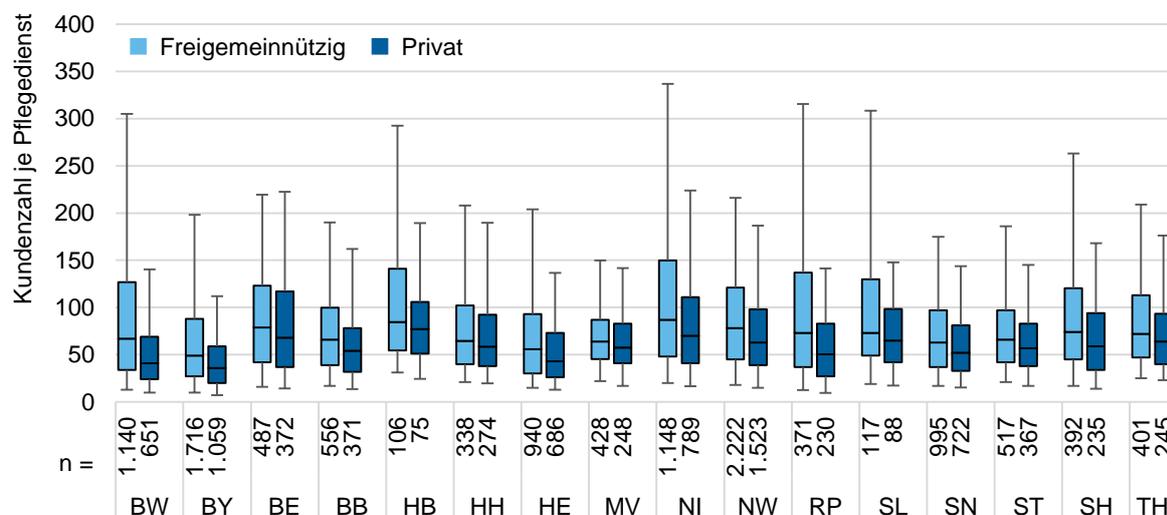
Gleichzeitig ist die Streuung der Größenverteilung bei privaten Pflegediensten kleiner als bei freigemeinnützigen (Abbildung 6). Dies ist im Box-Diagramm an der vertikalen Größe des Kastens abzulesen, der jeweils die mittleren 50 % der Pflegedienste umfasst.¹⁰ Auch in den einzelnen Bundesländern ist dieser Effekt zu beobachten. Mit der alleinigen Ausnahme Berlins ist die mittels des Interquartilsabstands gemessene Streuung bei den privaten Pflegediensten in allen Bundesländern kleiner als die der freigemeinnützigen (Abbildung 7).

Abbildung 6: Boxplot Größe (Kunden) ambulante Pflegedienste je Trägerschaft



Quelle: BKK 2012, eigene Berechnung und Darstellung.

¹⁰ Dieser Abstand zwischen dem 1. und dem 3. Quartilswert wird auch als Interquartilsabstand bezeichnet und ist ein Streuungsmaß, das sich stark auf die zentralen Werte der Verteilung bezieht und Ausreißer ignoriert. Der Querstrich in der Box stellt den Median dar, während die Antennen die mittleren 90 % der Pflegedienste eingrenzen.

**Abbildung 7: Kundenanzahl je Pflegedienst nach Bundesländern
(private und freigemeinnützige Träger)**


Quelle: BKK 2012, eigene Berechnung und Darstellung.

4.2 Finanzierung der Pflege

Eine weitere Möglichkeit, den Pflegemarkt zu analysieren, bietet die *Finanzierungssituation*. Tabelle 4 liefert eine Übersicht zur Verteilung der Ausgaben, ihre Höhe und die Entwicklung der Ausgabenanteile.

Tabelle 4: Ausgabenentwicklung für pflegerische Leistungen 2003 und 2013

Alle Ausgabenträger	2003		2013		Veränderung in %
	Mio. €	in %	Mio. €	in %	
Einrichtungen insgesamt	43.499	100,0	58.802	100,0	35,2
Ambulante Einrichtungen	6.735	15,7	12.475	21,2	85,2
Ambulante Pflege	6.647	15,5	12.344	21,0	85,7
Sonstige ambulante Einrichtungen	88	0,2	131	0,2	48,9
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen	31.016	72,4	38.916	66,2	25,5
Krankenhäuser	18.385	42,9	21.579	36,7	17,4
Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen	785	1,8	886	1,5	12,9
Stationäre/teilstationäre Pflege	11.846	27,6	16.451	28,0	38,9
Sonstige Einrichtungen, private Haushalte	5.653	13,2	7.237	12,3	28,0
Ausland	95	0,2	174	0,3	83,2

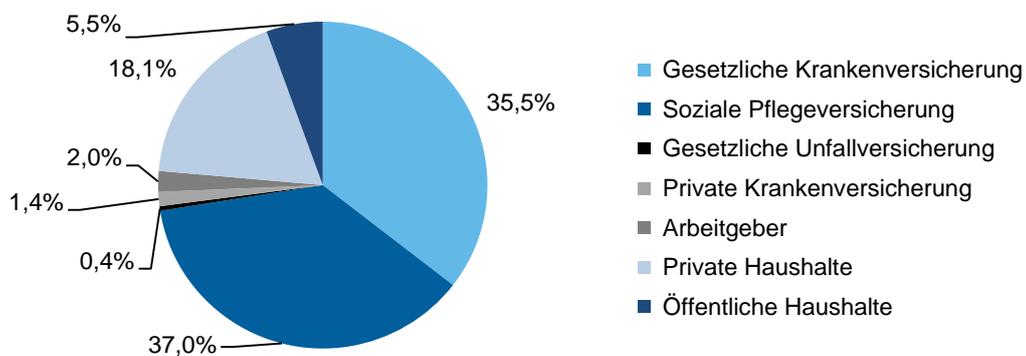
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015a, eigene Berechnung und Darstellung.

Von 2003 bis 2013 haben die Gesundheitsausgaben für pflegerische Leistungen im ambulanten Bereich um 85,2 % zugenommen, während die Ausgaben für stationäre und teilstationäre Einrichtungen nur um 25,5 % gewachsen sind. Von den Gesamtausgaben wurden 2003 nur 15,5 % für pflegerische Leistungen an ambulante Pflegedienste ausgezahlt, während dieser

Anteil 2013 bereits 21,0 % betrug. Die Ausgaben für stationäre Einrichtungen (Krankenhäuser, Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen sowie (teil)stationäre Pflege) und sind derweil anteilig von 72,4 % auf 66,2 % gesunken, die für (teil)stationäre Pflege anteilig annähernd gleich geblieben (27,6 % versus 28,0 %).

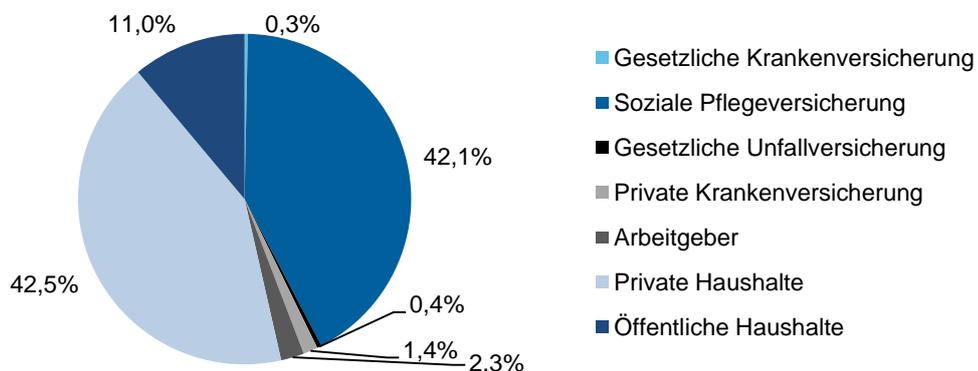
Dies spiegelt zunehmend den gesetzlich verankerten Grundsatz des Vorrangs ambulanten vor stationärer Pflege wider (§ 3 SGB XI). Häusliche Pflege entspricht dem Wunsch der meisten Pflegebedürftigen und ist aufgrund der Unterstützung durch Angehörige deutlich günstiger und weniger personalintensiv als stationäre Pflege (Rothgang et al. 2012a). Um einen Vergleich zwischen ambulanten und stationären Finanzierungsträgern zu erhalten, können die Ausgaben anhand der Ausgabenträger aufgliedert werden (Abbildung 8 und Abbildung 9).

Abbildung 8: Finanzierungsträger ambulanter Pflege 2013¹¹



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015b, eigene Darstellung.

Abbildung 9: Finanzierungsträger stationären Pflege 2013¹¹



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015b, eigene Darstellung.

¹¹ Die *Private Krankenversicherung* enthält in den Abbildungen jeweils auch die Leistungen der *Privaten Unfallversicherung* und der *Privaten Pflegeversicherung*.

Der zentrale Unterschied zwischen ambulanter und stationärer Pflege liegt hierbei in den Hauptfinanzierungsträgern. Der Anteil der Sozialen Pflegeversicherung an allen Ausgaben ist in der ambulanten Pflege (37,0 %) und der stationären Pflege (42,1 %) in etwa vergleichbar. Der zweite große Finanzierungsträger für ambulante Pflege ist die Gesetzliche Krankenversicherung (35,5 %), die in der stationären Pflege aber faktisch keine Rolle spielt (0,3 %). Im PflegeVG wurde hierzu verankert, dass „die Pflegekasse (...) die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung pauschal“ (Art 49a § 1 Abs. 1 Satz 1 PflegeVG) übernimmt. Diese zunächst als Übergangsregelung angedachte Verlagerung der Kosten für medizinische Behandlungspflege in die Pflegeversicherung, welche eigentlich die Krankenkassen bezahlen müsste, wurde immer wieder verlängert und schließlich dauerhaft als Leistung der Pflegeversicherung verankert (Steffen 2015). Dies ist selbst dann der Fall, wenn bereits eine Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 SGB XI festgestellt wurde und auch dann, wenn der Pflegebedürftige vollstationäre Leistungen nach § 43 SGB XI erhält. Dies bedeutet, dass ein Pflegebedürftiger mit einer Pflegestufe in einer stationären Einrichtung lediglich Leistungen der Pflegeversicherung erhält, egal ob medizinische Behandlungspflege notwendig ist oder nicht. Wird derselbe Pflegebedürftige zu Hause versorgt, würde die Krankenversicherung nach § 132a SGB V ärztlich verordnete pflegerische Leistungen wie beispielsweise Verbandswechsel, Injektionen und Kompressionsbehandlungen finanzieren (sogenannte Behandlungspflege) sowie kurzfristige, pflegerische oder haushaltsnahe Maßnahmen zur Vermeidung oder Verkürzung einer Krankenhausbehandlung (häusliche Krankenpflege, §§ 37, 38 SGB V). Dagegen finanziert die Pflegeversicherung langfristig die eigentliche (Körper-)Pflege. Der Pflegebedürftige, der im Pflegeheim versorgt wird, bezahlt demnach zwar die regulären Krankenversicherungsbeiträge, erhält jedoch keine SGB V-finanzierten Pflegeleistungen, weil er nicht mehr in seiner eigenen Wohnung sondern in einer stationären Pflegeeinrichtung wohnt.¹² Da die Leistungen der Pflegeversicherung zudem im Durchschnitt deutlich unter den Pflegesätzen liegen, belasten die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen letztlich ausschließlich die Versicherten. Auch aus diesem Grund müssen die privaten Haushalte im stationären Bereich einen viel größeren Eigenanteil von 42,5 % (Abbildung 9) übernehmen, als im ambulanten Sektor (18,1 % – Abbildung 8). Zusammengenommen werden 72,5 % der Ausgaben für ambulante Pflegedienste von der

¹² Die damit verbundenen Fehlanreize, insbesondere für die Kassen, sind verschiedentlich kritisiert worden (Hoberg et al. 2013; Rothgang & Müller 2013). Für eine im Wettbewerb stehende Kasse ist ein stationär versorgter Pflegebedürftige „günstiger“ als ein ambulant versorgter, weil für ersteren keine häusliche Krankenpflege anfällt, die als Krankenversicherungsleistung finanziert werden muss, im Risikostrukturausgleich nicht ausgleichsfähig ist und damit die wettbewerbsrelevanten GKV-Ausgaben der Kasse erhöht. Aufgrund des allgemeinen Ausgabenausgleichs in der Pflegeversicherung sind dort anfallende Ausgaben dagegen für die Kasse irrelevant.

gesetzlichen Kranken- (35,5 %) und Pflegeversicherung (37,0 %) übernommen (Abbildung 8). In der stationären Pflege sind dies dagegen nur 42,4 % (Krankenversicherung: 0,3 % + Pflegeversicherung: 42,1 % – Abbildung 9).

In der Dekade von 2003 bis 2013 haben sich die Ausgaben bei allen Ausgabenträgern erhöht, allerdings in unterschiedlicher Stärke, so dass sich die Ausgabenanteile verschoben haben (Tabelle 5). Für *ambulante Leistungen* hat der Ausgabenanteil der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen 2003 und 2013 um 9,7 Prozentpunkte am stärksten zugenommen und der Ausgabenanteil der privaten Haushalte mit 10,2 Prozentpunkten am deutlichsten abgenommen. Der Ausgabenanteil der öffentlichen Haushalte ist geringfügig um 2,3 Prozentpunkte gestiegen, der der Sozialen Pflegeversicherung um 1,7 Prozentpunkte gesunken. Alle anderen Ausgabenträger haben ihre Anteile annähernd gehalten. *Stationär* ist ein Zuwachs im Bereich der privaten Haushalte (1,2 Prozentpunkte) zu beobachten. Alle anderen Bereiche weisen eher wenig Änderungen auf (Tabelle 5). Die starke Zunahme der Leistungen der privaten Haushalte (von 8,8 Milliarden auf 13,5 Mrd. Euro) ist insbesondere Ausdruck des Kaufkraftverlust der Leistungen der Pflegeversicherung und steigert das Risiko, Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen zu müssen, da die Leistungen von den Selbstzahlern nicht mehr oder nur noch für einen kurzen Zeitraum aufgebracht werden können (Rothgang et al. 2014, 2012b).

Tabelle 5: Ausgabenentwicklung für pflegerische Leistungen 2003 und 2013

Alle Ausgabenträger	2003		2013		Veränderung in %-Punkten
	Mio. €	in %	Mio. €	in %	
Ambulante Pflege	6.647	100,0	12.344	100,0	
Gesetzliche Krankenversicherung	1.710	25,7	4.379	35,5	9,7
Private Krankenversicherung	97	1,5	174	1,4	0,0
Soziale Pflegeversicherung	2.573	38,7	4.567	37,0	-1,7
Gesetzliche Unfallversicherung	27	0,4	55	0,4	0,0
Arbeitgeber	143	2,2	253	2,0	-0,1
Private Haushalte	1.881	28,3	2.230	18,1	-10,2
Öffentliche Haushalte	215	3,2	685	5,5	2,3
Stationäre Pflege	86.224	100,0	118.681	100,0	
Gesetzliche Krankenversicherung	50.908	59,0	70.976	59,8	0,8
Private Krankenversicherung	6.197	7,2	8.692	7,3	0,1
Soziale Pflegeversicherung	8.672	10,1	11.606	9,8	-0,3
Gesetzliche Unfallversicherung	971	1,1	1.299	1,1	0,0
Gesetzliche Rentenversicherung	2.943	3,4	3.429	2,9	-0,5
Arbeitgeber	3.306	3,8	4.606	3,9	0,0
Private Haushalte	8.766	10,2	13.456	11,3	1,2
Öffentliche Haushalte	4.461	5,2	4.617	3,9	-1,3

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015a, eigene Berechnung und Darstellung.

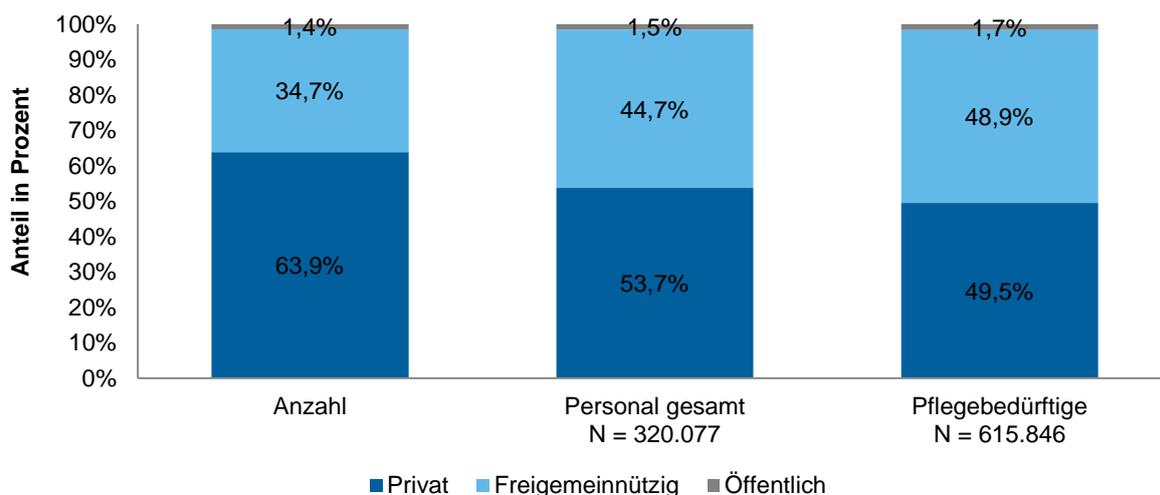
5 Ambulante Pflegedienste

Entsprechend den in Abschnitt 2 genannten Fragen gliedert sich Abschnitt 5 in vier Unterabschnitte zur Bedeutung der privaten Anbieter für die ambulante Pflege (5.1), zur regionalen Verteilung (5.2), zur Pflegequalität (5.3) und zur Stufenverteilung der Pflegebedürftigen (5.4).

5.1 Die Bedeutung der privaten Anbieter für die ambulante Pflege

Rund 616 Tausend Pflegebedürftige wurden 2013 durch 12.745 Pflegedienste mit insgesamt rund 320 Tausend Beschäftigten (mit-)versorgt (Statistisches Bundesamt 2015). Die quantitative Bedeutung der privaten Pflegedienste an dieser Versorgung lässt sich an *drei Indikatoren* ablesen: der Zahl der privaten *Pflegedienste*, der Zahl der von privaten Pflegediensten versorgten *Pflegebedürftigen* und dem dabei eingesetzten *Personal*.

Abbildung 10: Ambulante Pflegedienste, Personal und Pflegebedürftige 2013 je Träger



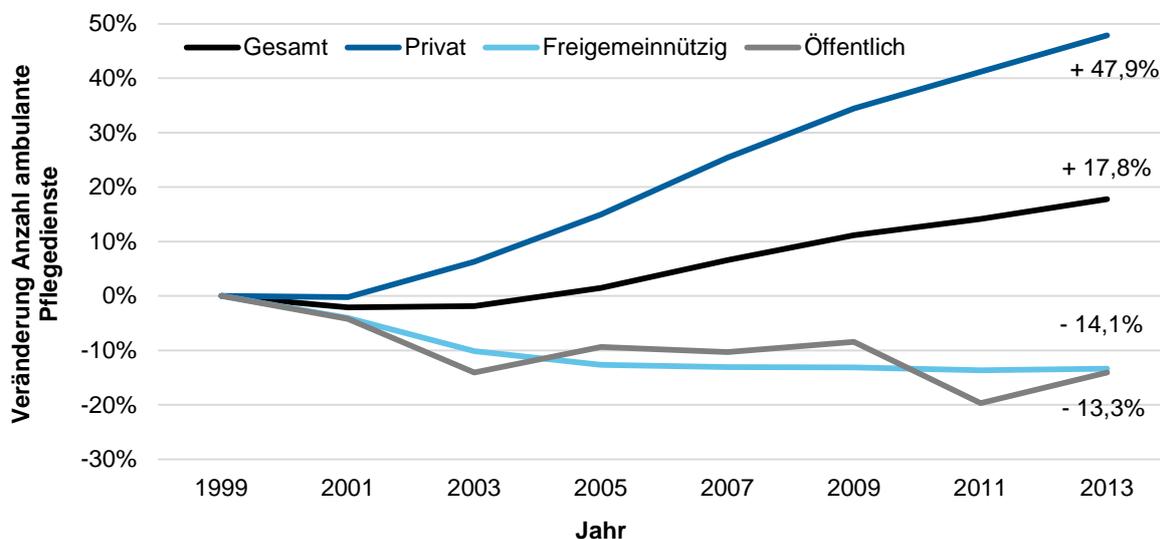
Eigene Darstellung; Quelle: Statistisches Bundesamt 2015.

Wie Abbildung 10 zeigt, unterscheidet sich die quantitative Bedeutung der ambulanten Pflegedienste je nach gewähltem Indikator. Der Anteil privater *Pflegedienste* ist dabei schon seit längerem höher als der Anteil freigemeinnütziger Pflegedienste. Inzwischen sind knapp zwei Drittel aller ambulanten Pflegedienste in privater Trägerschaft. Erstmals liegt 2013 aber auch der Anteil der durch private Pflegedienste *versorgten Pflegebedürftigen* höher als der durch freigemeinnützige Träger. Dabei wird mehr als die Hälfte des *Personals* von privaten Trägern eingesetzt. Die höhere Quote bei der Anzahl der Dienste weist dabei schon darauf hin, dass private Dienste kleiner sind. Der Vergleich von Personal und Pflegebedürftigen legt zudem

nahe, dass in privaten Pflegediensten mehr Personal pro Pflegebedürftigem eingesetzt wird. Interessant ist aber auch, wie sich diese drei Indikatoren im Zeitverlauf entwickelt haben.

Wie Abbildung 11 zeigt, ist die *Zahl der Pflegedienste* von 1999, dem Beginn der Pflegestatistik, bis 2013 um insgesamt 17,8 % gestiegen. Dabei hat ausschließlich die Zahl der privaten Pflegedienste zugenommen (+ 47,9 %), während die Zahl der freigemeinnützigen und öffentlichen Pflegedienste abgenommen hat (- 13,3 % bzw. -14,1 %). Die Kapazitätssteigerung ist also ausschließlich den privaten Anbietern zuzuschreiben.

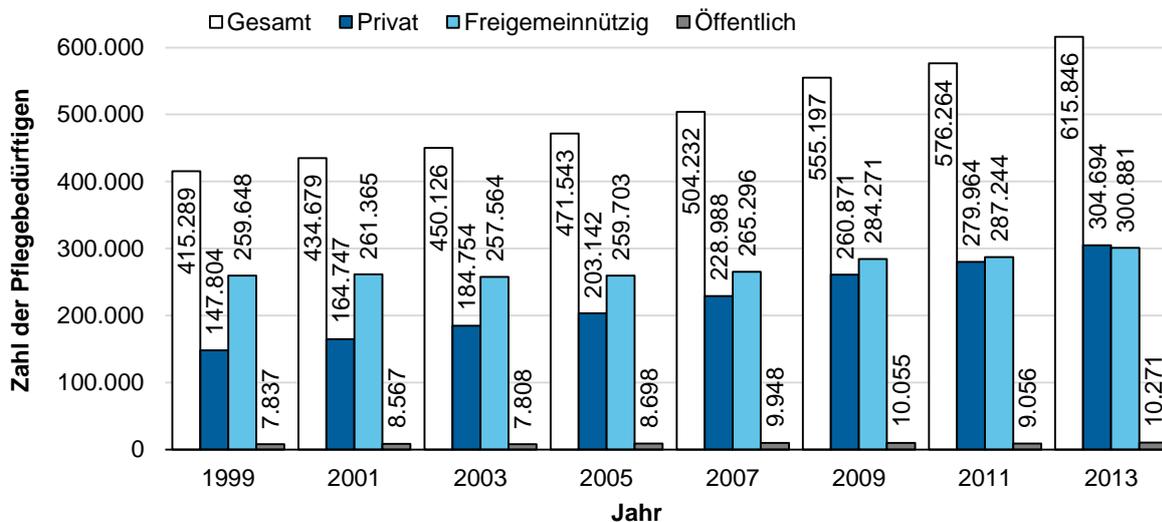
Abbildung 11: Entwicklung der Anzahl ambulanter Pflegedienste (1999 – 2013)



Quellen: Statistisches Bundesamt 2015, 2013, 2011, 2009, 2007, 2005, 2003, 2001; eigene Berechnung und Darstellung.

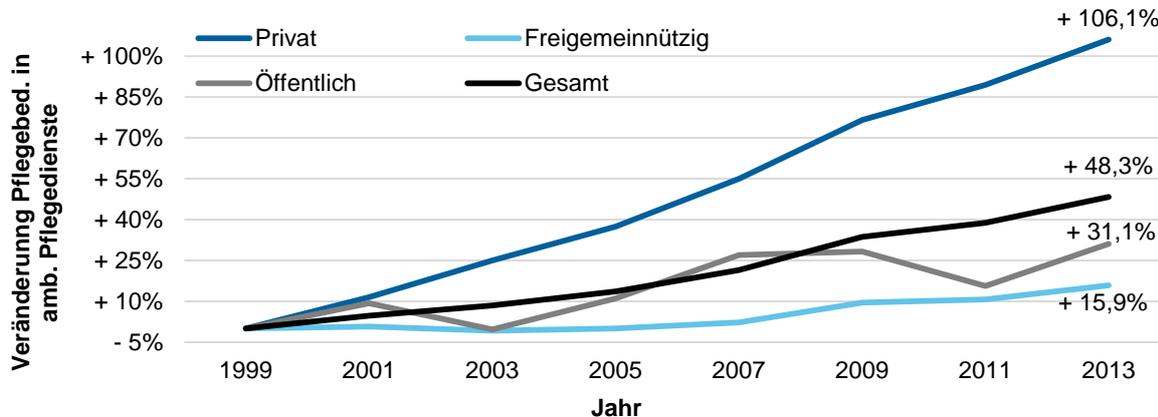
Betrachtet man die *versorgten Pflegebedürftigen* zeigt sich ein etwas anderes Bild (Abbildung 12 und Abbildung 13). Zunächst wird deutlich, dass die Zahl der ambulant durch Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen mit einer Steigerung von 48,3% mehr als doppelt so stark angestiegen ist wie die Zahl der Pflegedienste selbst. Pro Pflegedienst werden jetzt also mehr Pflegebedürftige versorgt. Dies hat zur Folge, dass auch die freigemeinnützigen und öffentlichen Träger – trotz rückläufiger Zahl – heute mehr Pflegebedürftige versorgen als bei Einführung der Pflegestatistik. Dennoch erweisen sich private Pflegedienste auch bezüglich der Zahl der versorgten Pflegebedürftigen als Motor der Kapazitätsausweitung des ambulanten Sektors mit einem Wachstum von mehr als 100%, während etwa die freigemeinnützigen Träger 2013 lediglich 16 % mehr Pflegebedürftige versorgen als 1999 (Abbildung 13).

Abbildung 12: Entwicklung Anzahl ambulant versorgter Pflegebedürftige nach Träger der Einrichtung (1999-2013)



Quellen: Statistisches Bundesamt 2015, 2013, 2011, 2009, 2007, 2005, 2003, 2001; eigene Berechnung und Darstellung.

Abbildung 13: Entwicklung der versorgten Pflegebedürftigen in ambulanten Pflegediensten je Träger (1999-2013)

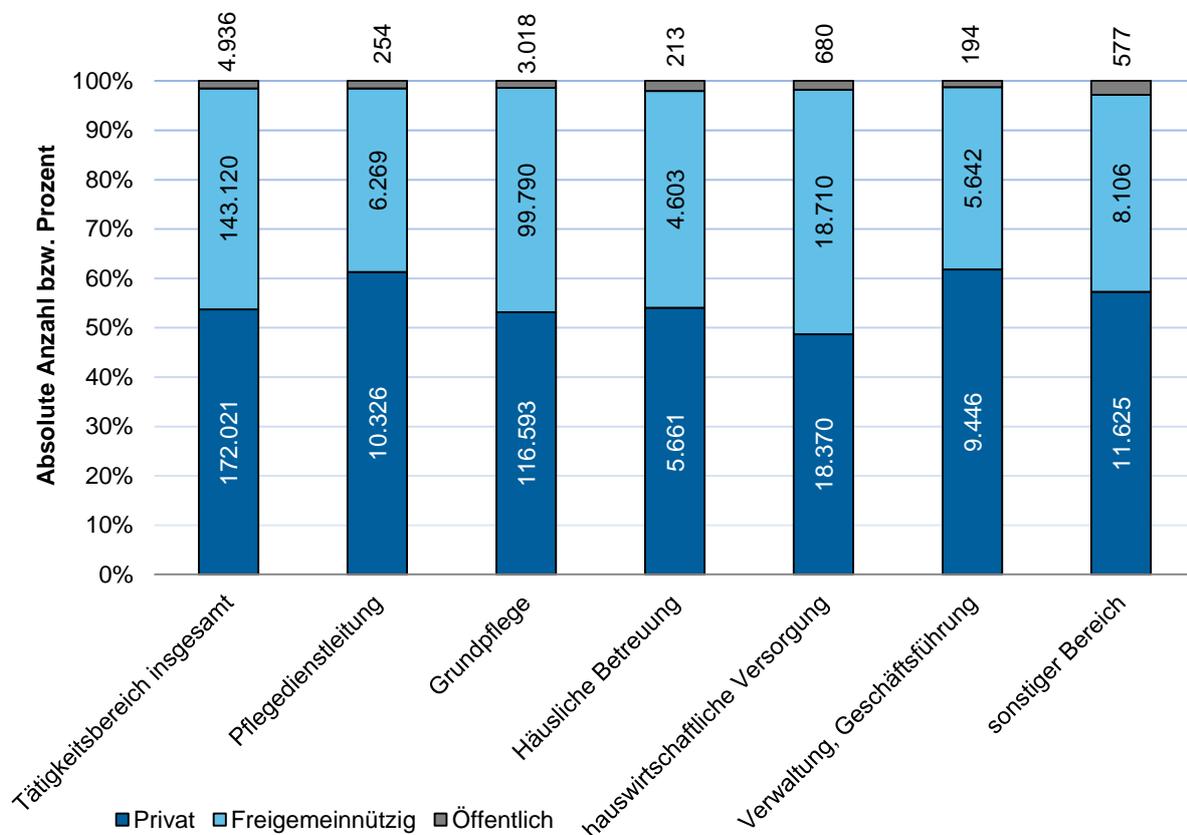


Quellen: Statistisches Bundesamt 2015, 2013, 2011, 2009, 2007, 2005, 2003, 2001; eigene Berechnung und Darstellung.

Der dritte Indikator für die quantitative Bedeutung der privaten Pflegedienste ist das *eingesetzte Personal*, das als Personenzahl oder umgerechnet in Vollzeitäquivalente angegeben werden kann. Da Vollzeitäquivalente in der Statistik nicht direkt erhoben werden, können diese nur anhand von klassierten Arbeitszeiten aus der Beschäftigtenzahl abgeschätzt werden, was wiederum zu Unschärfen führt. Nachfolgend werden für einen Überblick die absoluten Personalzahlen 2013 und ihre Entwicklung in den Vorjahren dargestellt (Abbildung 14 bis 16), während für die Betrachtung der Pflegequalität (wenn möglich) gemittelte Angaben mit Vollzeitäquivalenten herangezogen werden (Abschnitt 5.3.2).

Abbildung 14 enthält die Beschäftigtenzahlen differenziert nach Tätigkeit und Einrichtungsträger. Im Bereich der Grundpflege wird das meiste Personal eingesetzt, gefolgt von der hauswirtschaftlichen Versorgung und dem sonstigen Bereich. Private Pflegedienste beschäftigen in fast allen Tätigkeitsbereichen mehr Personal als die Pflegedienste in anderen Trägerschaften. Einzig im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung verfügen die freigemeinnützigen Träger über minimal mehr Personal. Aufgrund der größeren Anzahl privater Pflegedienste und ihrer kleineren Betriebsgröße ist der Anteil der Pflegedienstleitungen und Verwaltungskräfte privater Pflegedienste höher als bei den freigemeinnützigen Pflegediensten.

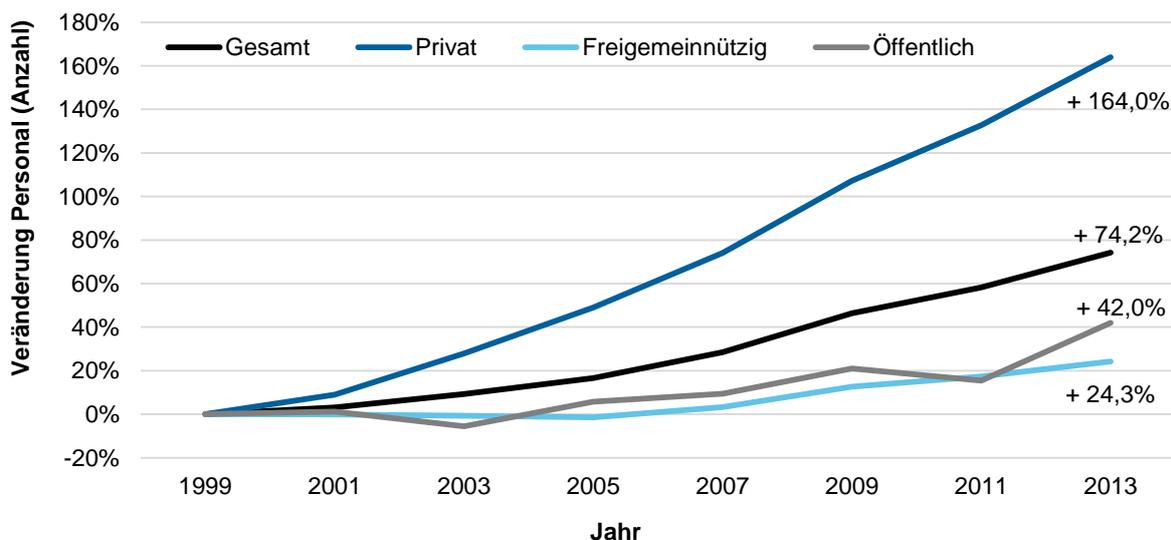
Abbildung 14: Personal (Anzahl) nach Tätigkeitsbereich und Träger (2013)



Quelle: Statistisches Bundesamt 2015, eigene Berechnung und Darstellung.

Im Zeitverlauf sind die Beschäftigtenzahlen in privaten Pflegediensten zudem deutlich stärker gestiegen als die anderer Träger. Bezogen auf das gesamte Personal haben zwar alle Trägerschaften einen kräftigen Personalzuwachs zu verzeichnen, bei den privaten Trägern ist dieser mit 164,0% jedoch fast viermal so stark wie bei den öffentlichen (+42,0%) und mehr als sechsmal so hoch wie bei den freigemeinnützigen Trägern (+24,3%) (Abbildung 15).

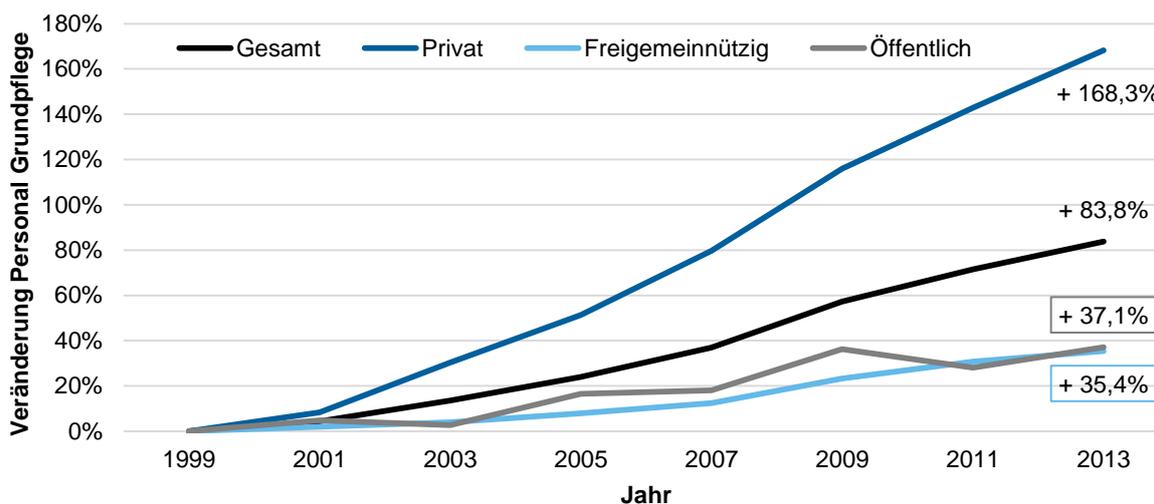
Abbildung 15: Personalentwicklung (Anzahl) nach Trägerschaft



Quelle: Statistisches Bundesamt 2015, 2013, 2011, 2009, 2007, 2005, 2003, 2001, eigene Berechnung und Darstellung.

Für die Grundpflege zeigt sich im Wesentlichen dasselbe Bild (Abbildung 16). Die Beschäftigtenzahlen ambulanter Pflegedienste sind damit noch einmal deutlich stärker gewachsen als die Zahl der von ihnen versorgten Pflegebedürftigen (Abbildung 13), was eine steigende Personalintensität in der Versorgung impliziert. Die Beschäftigungszahlen unterstreichen somit die Bedeutung privater Pflegedienste als Jobmotor.

Abbildung 16: Personalentwicklung (Anzahl) in der Grundpflege nach Trägerschaft



Quelle: Statistisches Bundesamt 2015, 2013, 2011, 2009, 2007, 2005, 2003, 2001, eigene Berechnung und Darstellung.

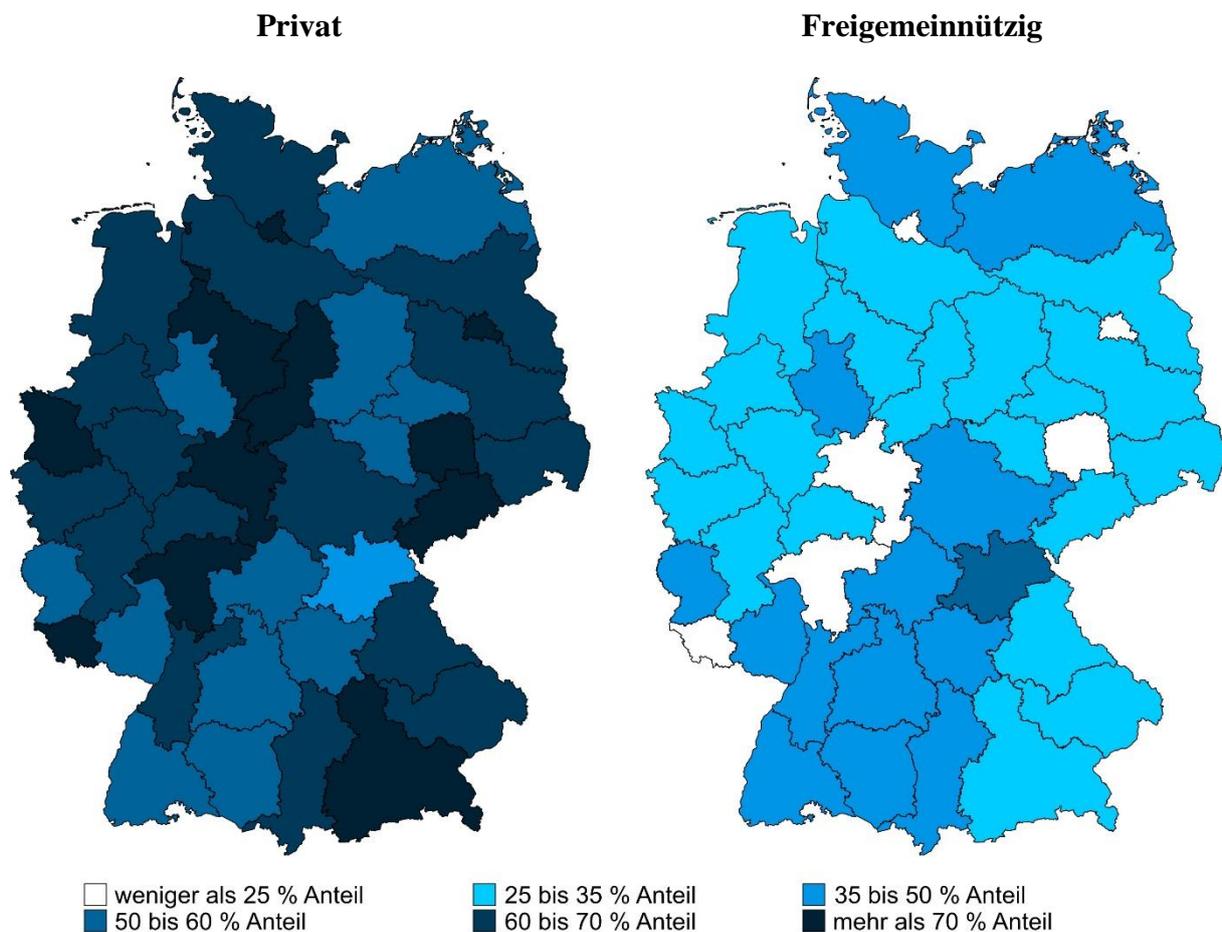
5.2 Regionale Verteilung ambulanter Pflegedienste

Wenn auch mit den vorstehenden Ausführungen die zentrale Rolle der privaten Pflegedienste deutlich wird, stellt sich doch die Frage, wie sich diese regional verteilt. Hierzu werden in Abschnitt 5.2.1 zunächst auf Ebene von Regierungsbezirken dargestellt, wo der Anteil der privaten Dienste größer bzw. kleiner ist. In Abschnitt 5.2.2 wird dann analysiert, inwiefern private Anbieter in städtischen oder ländlichen Regionen stärker vertreten sind. Abschließend wird dann anhand einer regional differenzierten Vorausberechnung der Zahl der Pflegebedürftigen untersucht, inwieweit die Pflegedienste in Regionen vertreten sind, in denen mit einem erhöhten Wachstum der Zahl der Pflegebedürftigen zu rechnen ist (Abschnitt 5.2.3).

5.2.1 Regionale Verteilung der Pflegedienste

Die regionale Verteilung der Pflegedienste lässt sich als Anteil der Pflegedienste je Region (Abbildung 17) wie auch als Anteil der versorgten Kunden (Abbildung 18) darstellen.

Abbildung 17: Marktanteil der ambulanten Pflegedienste (Anzahl) je Bezirk

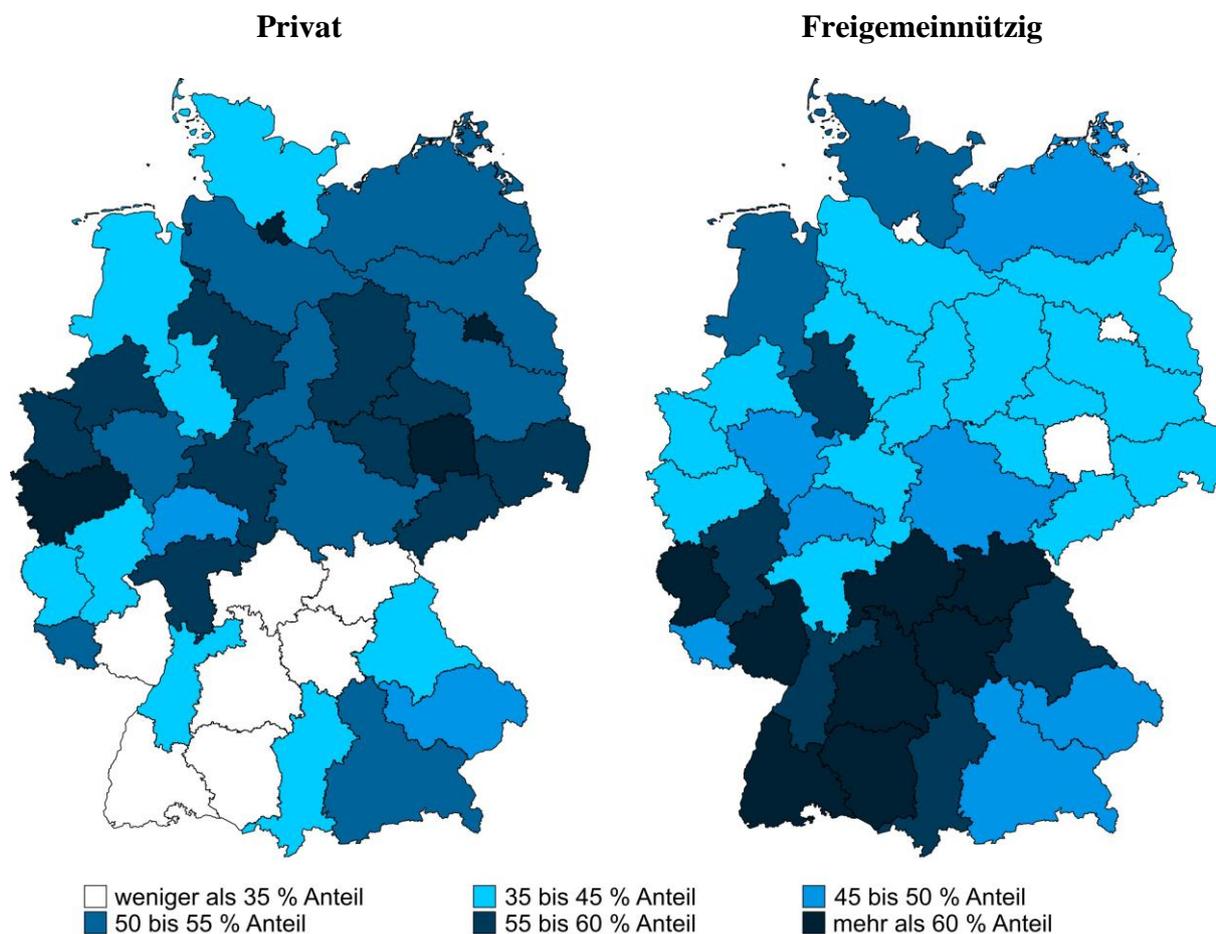


Quelle: BKK 2012, eigene Berechnung und Darstellung

Die Karten zeigen die Einteilung in 38 Regierungsbezirke. Die Marktanteile wurden so klassiert, dass sich sechs etwa gleich stark besetzte Klassen bilden. Eine dunklere Einfärbung repräsentiert dabei einen höheren Anteil privater Dienste.

In allen Regierungsbezirken bis auf Oberfranken ist mindestens die Hälfte der Pflegedienste in *privater Trägerschaft*. Vor allem im nördlichen und mittleren Westdeutschland, in den östlichen sowie südöstlichen (bayerischen) Regierungsbezirken nehmen sie einen überragenden Anteil aller Pflegedienste ein (Abbildung 17).

Abbildung 18: Marktanteil der ambulanten Pflegedienste nach Kundenzahl je Bezirk



Quelle: BKK 2012, eigene Berechnung und Darstellung

Ein etwas differenziertes Bild zeigt sich bezüglich der Anteile der versorgten *Kunden* je Regierungsbezirk (unabhängig von der Leistungsart) (Abbildung 18). Da die privaten Pflegedienste im Durchschnitt kleiner sind als die freigemeinnützigen (vgl. Abschnitt 4.1), liegt ihr Marktanteil gemessen an der Kundenzahl niedriger als bei einer Messung anhand der Zahl der Dienste. Auch die regionalen Unterschiede fallen stärker ins Auge: Die Mehrheit der Kunden wird vor allem in allen hessischen, den nordrhein-westfälischen (ohne Detmold), niedersäch-

sischen (einschl. Hamburg, ohne Weser-Ems) und allen ostdeutschen Regierungsbezirken, dem Saarland und Oberbayern von privaten Pflegediensten versorgt. Eine überwiegende Versorgung durch freigemeinnützigen Träger ist dagegen vor allem in Baden-Württemberg, Bayern und Rheinland-Pfalz zu beobachten.

Auf die *Bundesländer* bezogen zeigen sich zwischen dem Marktanteil der versorgten Kunden und dem Marktanteil der betreuten Pflegebedürftigen privater Pflegedienste nur leichte Verschiebungen (Tabelle 6). Insgesamt sowie in den meisten Bundesländern ist der Marktanteil privater Pflegedienste im Bereich der Kundenversorgung (über den SGB XI-Leistungsbezug hinaus) etwas höher als der Marktanteil bei der Betrachtung der Pflegebedürftigen – insbesondere in den Stadtstaaten Bremen, Hamburg und Berlin sowie in Nordrhein-Westfalen. Einzig in Schleswig-Holstein kehrt sich das Verhältnis um: hier ist der Marktanteil der versorgten Kunden um 4,6 Prozentpunkte niedriger als der Marktanteil betreuter Pflegebedürftiger. Dies spricht für eine geringere Inanspruchnahme von SGB V- und privat zu zahlenden Leistungen bei privaten Pflegediensten in Schleswig-Holstein.

Tabelle 6: Marktanteil privat versorgter Pflegebedürftige bzw. Kunden in Prozent

	(1) Pflegebedürftige ¹	(2) Kunden ²	(3) = (2) – (1) Abweichung
Deutschland	49,5	50,8	1,3
Baden-Württemberg	29,9	30,3	0,4
Bayern	38,6	40,8	2,2
Berlin	67,3	71,6	4,3
Brandenburg	55,0	54,9	-0,1
Bremen	49,8	56,5	6,7
Hamburg	70,8	75,5	4,7
Hessen	56,3	56,4	0,1
Mecklenburg-Vorpommern	54,1	52,7	-1,3
Niedersachsen	50,3	50,4	0,1
Nordrhein-Westfalen	51,9	56,4	4,6
Rheinland-Pfalz	36,6	34,7	-1,8
Saarland	50,8	53,2	2,4
Sachsen	59,1	59,7	0,6
Sachsen-Anhalt	58,7	58,1	-0,6
Schleswig-Holstein	49,1	44,4	-4,6
Thüringen	50,2	50,3	0,1

Quellen: ¹ Statistisches Bundesamt 2015 (Daten von 2013); ² BKK 2012, eigene Berechnung und Darstellung

Somit versorgen die privaten Pflegedienste sowohl Pflegebedürftige in dicht besiedelten Arealen wie Hamburg, Berlin und dem Ruhrgebiet wie auch in eher ländlich geprägten Arealen (Niedersachsen, östliche Bundesländer) in erheblichem Umfang.

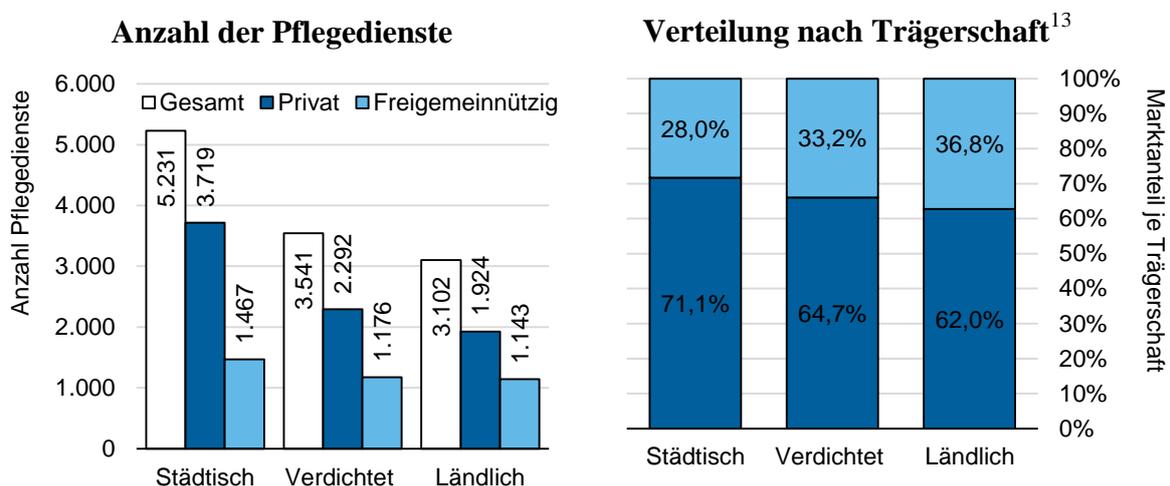
5.2.2 Agglomerationsräume

Eine häufig geäußerte Kritik an privaten Anbietern ist, dass diese überwiegend in Regionen vertreten sind, in denen der Aufwand, etwa für Wegekosten, geringer ist. Um diesem Vorwurf nachzugehen, ist es sinnvoll, die Verteilung der ambulanten Pflegedienste nach *Agglomerationsraum* zu betrachten. Hierbei werden die Kreise gemäß der Definition des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) einer

- städtischen Region,
- einer Region mit Verdichtungsansätzen oder einer
- ländlichen Region

zugeordnet (BBSR 2015). Die resultierende Verteilung ist in Abbildung 19 angegeben.

Abbildung 19: Verteilung der ambulanten Pflegedienste auf die Agglomerationsräume



Quellen: BKK 2012, BBSR 2012; eigene Berechnung und Darstellung

Insgesamt befinden sich mit 5.231 Pflegediensten die meisten in städtischen Regionen, während sich die anderen 6.643 Pflegedienste annähernd gleichmäßig auf verdichtete und ländliche Regionen aufteilen (Abbildung 19, linke Seite). Unterschieden nach Trägerschaft befinden sich 3.719 private Pflegedienste in städtischen Regionen (46,9 % der privaten Pflegedienste), 2.292 Pflegedienste in verdichtetem Raum (28,9 %) und 1.924 in ländlichem Raum (24,2 %). In städtischen Räumen ist die Zahl der privaten ambulanten Pflegedienste also fast doppelt so hoch wie in ländlichen Räumen – allerdings sind auch freigemeinnützige Träger in Städten stärker vertreten. Aufschlussreicher ist daher die Betrachtung des Marktanteils (Abbildung 19, rechte Seite). Der Marktanteil der privaten ist demnach in städtischen Räumen

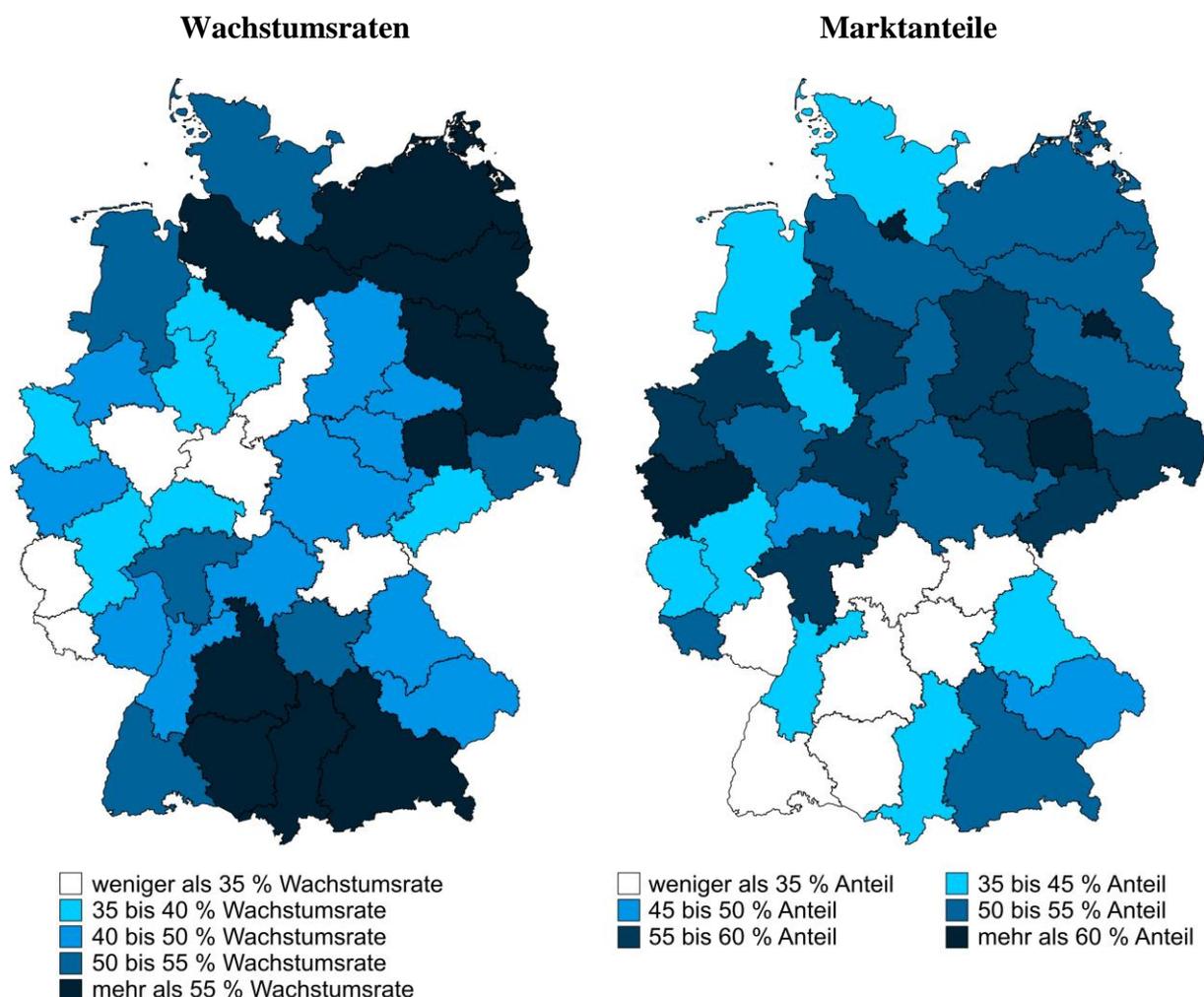
¹³ Die Anteilswerte der öffentlichen Träger und der Anbieter ohne Trägerzuordnung sind hierbei nicht berücksichtigt.

höher als in verdichteten und dort noch höher als in ländlichen. Allerdings sind die Unterschiede nicht sehr groß und auch in ländlichen Räumen haben private Träger gemessen an der Zahl der Pflegedienste immer noch einen Marktanteil von annähernd zwei Drittel. Es kann also keine Rede davon sein, dass private Pflegedienste auf dem Land kaum vertreten sind.

5.2.3 Wachstumsregionen

Interessant ist auch die Frage, wie stark ambulante Pflegedienste in den Regionen vertreten sind, für die in Zukunft ein besonders starkes oder schwaches Wachstum zu erwarten ist. Insgesamt wird die Zahl der Pflegebedürftigen auch in den nächsten Dekaden weiter stark steigen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010). Diese Entwicklungen werden jedoch in den einzelnen Regionen sehr unterschiedlich ausfallen (Rothgang et al. 2012a).

Abbildung 20: Wachstumsraten und Marktanteil nach Kunden je Bezirk – private Pflegedienste

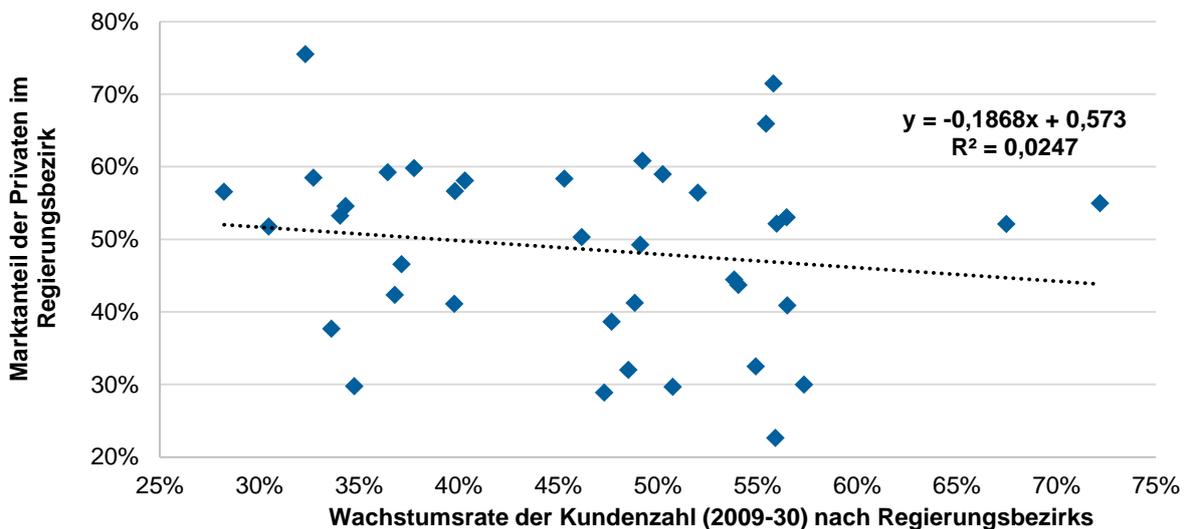


Quelle: BKK 2012, Rothgang et al. 2012a, eigene Berechnung und Darstellung

In Abbildung 20 sind auf der Ebene von Regierungsbezirken die projizierte Steigerung der Zahl der Pflegebedürftigen im Zeitraum von 2009 bis 2030 gemäß der Berechnungen von Rothgang et al. (2012a) (linke Seite) und der Marktanteil der privaten Pflegedienste gemäß Kundenzahl (rechte Seite) gegenübergestellt. Die größten Wachstumsraten (mit einem Wert von mindestens 55 %) sind in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Lüneburg, Stuttgart, Tübingen, Oberbayern, Schwaben und Leipzig zu verzeichnen. Von diesen neun Regierungsbezirken liegt der Marktanteil der Privaten nur in Stuttgart und Tübingen bei unter 35 % und in Schwaben bei 35 bis 45 %. In den sechs übrigen Regierungsbezirken mit den höchsten antizipierten Wachstumsraten liegt der Marktanteil der privaten Pflegedienste jeweils bei mehr als 50 %. Insofern ist nicht erkennbar, dass private Pflegedienste in den besonders wachstumsstarken Regionen insgesamt einen unterdurchschnittlichen Marktanteil aufweisen.

Das bestätigen auch Abbildung 21 und Abbildung 22. In Abbildung 21 sind für die 38 Regierungsbezirke jeweils das projizierte Wachstum der Zahl der Pflegebedürftigen im Zeitraum von 2009 bis 2030 und der Marktanteil der Privaten gemessen an der Kundenzahl angegeben. Eine klare Tendenz ist im Streudiagramm nicht erkennbar. Die lineare Regression ergibt nur ein Bestimmtheitsmaß (R^2) von 0,02, die beiden Größen sind somit annähernd unkorreliert.

Abbildung 21: Marktanteil privater Dienste nach Wachstumsraten

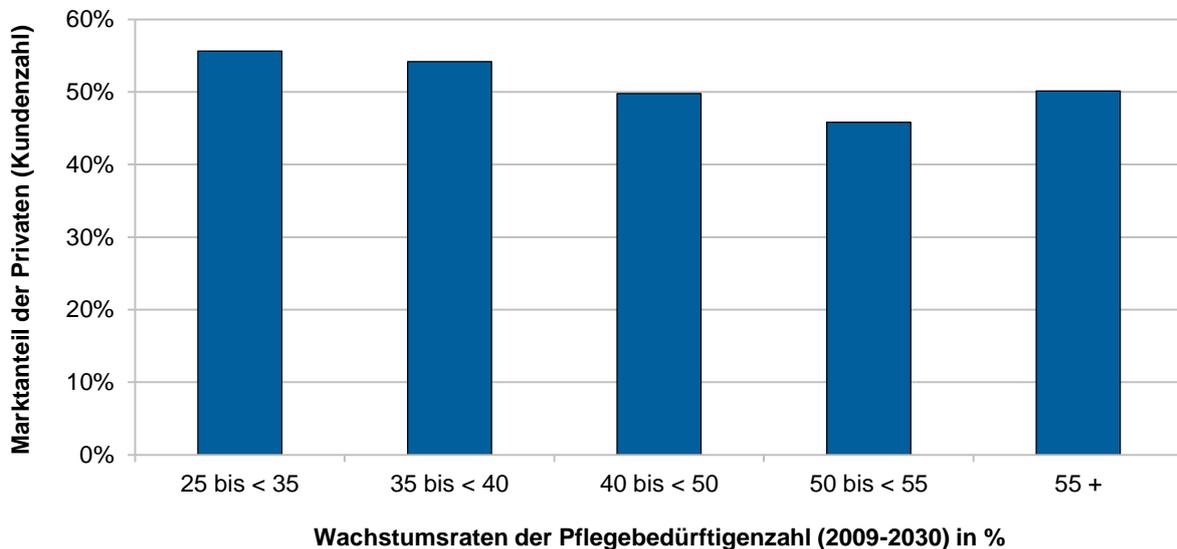


Quelle: BKK 2012, Rothgang et al. 2012a, eigene Berechnung und Darstellung

Verdeutlicht wird das auch noch einmal in Abbildung 22, in der die Bezirke zu Klassen mit jeweils ähnlicher zu erwartenden Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen zusammenge-

fasst werden. Der Marktanteil der privaten Pflegedienste liegt in allen Klassen im Bereich von 45 % und 55 %.

Abbildung 22: Marktanteil private Dienste nach klassierten regionalen Wachstumsraten



Quelle: BKK 2012, Rothgang et al. 2012a, eigene Berechnung und Darstellung.

5.3 Pflegequalität der privaten Pflegedienste

Auch nach einer über viele Jahre geführten Diskussion gibt es keine konsentierten Indikatoren zur Messung der Pflegequalität, für die in der amtlichen Statistik Informationen vorliegen. Nachfolgend werden daher hilfsweise zwei Indikatoren herangezogen: Pflegenoten und Personalquoten. *Pflegenoten* sind zwar prinzipiell geeignet, Qualitätsunterschiede anzuzeigen, die derzeit erhobenen Pflegenoten stehen aber so stark in der Kritik, dass ihre Aussagekraft als äußerst eingeschränkt gelten muss (vgl. Sünderkamp et al. 2014). Dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten. Das eingesetzte *Personal pro Pflegebedürftigem* ist dagegen grundsätzlich als Indikator für die Strukturqualität geeignet, sagt für sich genommen aber nur etwas über die Struktur-, nichts aber über die Prozess- und Ergebnisqualität aus.

5.3.1 Pflegenoten

Die Pflegenoten werden im Rahmen der Qualitätsprüfung durch den MDK ermittelt. Im *ambulanten Bereich* werden dabei die Bereiche „Pflegerische Leistungen“ (Grundpflege), „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ (Behandlungspflege) sowie „Dienstleistung und Organisation“ (Organisation) mit insgesamt 37 Kriterien geprüft (GKV-Spitzenverband et al. 2009). Aus den einzelnen Ergebnissen werden Bereichsnoten sowie eine Gesamtnote gebildet.

Inwieweit die *Trägerschaft* und die *Größe* (Kundenzahl) Einfluss auf die Ergebnisse der Pflegenoten haben, zeigen die Ergebnisse in Tabelle 7. Hierzu wurde jeweils die Abweichung der Gesamt- bzw. Bereichsnoten vom jeweiligen Landesschnitt der Gesamt- bzw. Bereichsnoten für ambulante Anbieter berechnet, um etwaige Prüferinflüsse auf Landesschnitte herauszurechnen. Angegeben sind die Abweichungen vom Landesdurchschnitt, wobei eine negative Abweichung eine numerisch kleinere und damit „bessere“ Note impliziert.

Tabelle 7: Abweichung der Bereichsnoten vom Landesschnitt nach Trägerschaft

	Gesamt	Grundpflege	Behandlungspflege	Organisation
private Träger ¹	0,072	0,075	0,040	0,064
freigemeinnützige Träger ¹	-0,152	-0,159	-0,085	-0,134
öffentliche Träger ¹	-0,048	-0,076	0,054	-0,079
kleine Pflegedienste (< 90 Kunden)	0,087	0,030	-0,000	0,054
große Pflegediensten (> 90 Kunden)	-0,106	-0,180	-0,094	-0,149
nachrichtlich: Bundesdurchschnitt ²	1,53	1,96	1,62	1,23

Quelle: BKK 2012, eigene Berechnung und Darstellung, ¹⁾ Weiß et al. 2014 ²⁾ Sünderkamp et al. 2014.

Die Tabelle zeigt, dass private Träger über alle Bereichsnoten und auch für die Gesamtnote eine „positive“ Abweichung vom jeweiligen Landesdurchschnitt aufweisen und somit minimal schlechtere Prüfergebnisse erreichen. Bei freigemeinnützigen Trägern ist jeweils eine negative Abweichung (bessere Note) und bei öffentlichen Trägern kein einheitlicher Trend abzulesen. Somit ist eine leichte Tendenz zu besseren Noten von freigemeinnützigen im Vergleich zu privaten Trägern zu erkennen. Allerdings ist der Unterschied denkbar klein. Die größten Unterschiede finden sich bei der Grundpflege, bei der freigemeinnützige Träger ein um etwa 0,2 Punkte bessere Noten erzielen als private. Zudem erzielen kleine Pflegedienste minimal schlechtere Noten als der Landesdurchschnitt, während große Pflegedienste um gut 0,1 Notenschritte in der Gesamtnote besser als der Landesdurchschnitt abschneiden. Die Aufteilung in kleine und große Pflegedienste erfolgte anhand des arithmetischen Mittels der Kundenzahl. Da private Träger einen deutlich höheren Anteil kleiner Pflegedienste enthalten (vgl. Abschnitt 4.1) lässt sich ein Teil des Unterschieds zwischen den Trägern auf die unterschiedliche Größenverteilung zurückführen.

Deutlich wird dies auch in der multivariaten Analyse (Tabelle 8). Die linearen Regressionsmodelle zur Abweichung der Gesamtnote vom Landesdurchschnitt für den ambulanten Bereich zeigen insgesamt hochsignifikante ($p < 0,001$) Effekte, aber äußerst schwache bis vernachlässigbare Effektstärken bzgl. der Trägerschaft und Anbietergröße. Wird lediglich auf die Trägerschaft abgestellt (Modell B), zeigt sich ein Effekt für freigemeinnützige Träger von

0,224. Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft haben also um 0,224 Punkte bessere Noten als solche in privater Trägerschaft. Dieser Effekt reduziert sich auf 0,176 bzw. 0,173, wenn die Größe der Einrichtungen (Modell D) bzw. Größe und Agglomerationsraum (Modell G) mit berücksichtigt werden.¹⁴ Freigemeinnützige Träger haben also leicht bessere Pflegewerte, die nur zum Teil durch die unterschiedliche Größe der Pflegedienste erklärt werden können. Allerdings vermag auch Modell G, das Trägerschaft, Größe und Agglomerationsraum berücksichtigt, lediglich 3 % der Varianz der Abweichung der Gesamtnote vom Landesdurchschnitt zu erklären. 97 % der notenbeeinflussenden Faktoren bleiben ungeklärt und liegen außerhalb der genannten Faktoren. Die These, dass freigemeinnützige Anbieter signifikant und relevant bessere Noten aufweisen, kann damit nicht bestätigt werden (vgl. Weiß et al. 2014 für Details).

Tabelle 8: Lineare Regression auf die Abweichung der Gesamtnote vom Landesdurchschnitt für den ambulanten Bereich (n = 11.146)

	Modell A	Modell B	Modell C	Modell D	Modell E	Modell F	Modell G
Größe (Kunden)	-0,001***			-0,001***	-0,001***		-0,001***
Freigemein. Träger ¹		-0,224***		-0,176***		-0,223***	-0,173***
Öffentliche Träger ¹		-0,116		-0,100		-0,114	-0,098
Verdichteter Raum ²			-0,007		-0,001	0,004	0,007
Ländlicher Raum ²			-0,041*		-0,048**	-0,021	-0,030
Konstante	-0,048***	-0,078***	-0,137***	-0,026**	-0,034*	-0,073***	-0,019
Adj. R ²	0,018	0,023	0,000	0,030	0,018	0,023	0,031

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001 ¹) Referenzgruppe Träger: Private ²) Referenzgruppe Region: Städt. R.

5.3.2 Personalquoten

Ein Maß für die Strukturqualität ist die Personaleinsatzmenge pro Pflegebedürftigem. Tabelle 9 enthält die vollzeitäquivalenten Beschäftigten in ambulanten Pflegeeinrichtungen und die Zahl der Pflegebedürftigen bzw. der Kunden, die mithilfe dieses Personals versorgt werden. Die Zahl der Pflegebedürftigen bezieht sich dabei ausschließlich auf SGB XI-Leistungsempfänger, der Begriff der Kunden schließt auch Empfänger von Leistungen nach SGB V und XII sowie reine Selbstzahler ein.

Wie Tabelle 9 zeigt, ist die Personalquote pro Pflegebedürftigem bei privaten Anbietern deutlich *höher* als bei freigemeinnützigen oder öffentlichen Trägern. Bezogen auf alle *Kunden* ist dieser Effekt im Vergleich zu freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern nur noch gering-

¹⁴ Bei Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zu privaten Trägern.

fällig wahrnehmbar. Diese leicht höhere Personalausstattung ist auf die differenzierten Wachstumsprozesse der letzten Dekade zurückzuführen (Abbildung 15 und Abbildung 16 in Abschnitt 5.1), in deren Rahmen die Beschäftigtenzahl bei privaten Trägern von 2001 bis 2013 deutlich stärker gewachsen ist als bei den freigemeinnützigen. Gründe dafür könnten zudem in der unterschiedlichen Pflegestufenstruktur liegen (vgl. hierzu Abschnitt 5.4).

Tabelle 9: Vollzeitäquivalentes Personal¹⁵ je Pflegebedürftigen/Kunden

	Gesamt	Privat	Freigemeinn.	Öffentlich
Personal insgesamt in VZÄ ¹	210.176	118.234	88.716	3.225
Personal im SGB XI-Bereich ¹	140.649	78.946	59.673	2.029
Pflegebedürftige mit SGB XI-Leistungen ¹	615.846	304.694	300.881	10.271
Kundenanzahl (SGB V, XI, XII, Selbstzahler) ²	1.047.319	532.017	498.142	17.160
Personal insgesamt (VZÄ) / Pflegebedürftige	0,34	0,39	0,29	0,31
Personal im SGB XI-Bereich / Pflegebedürftige	0,23	0,26	0,20	0,20
Personal insgesamt (VZÄ) / Kunden	0,20	0,22	0,18	0,19
Personal im SGB XI-Bereich / Kunden	0,13	0,15	0,12	0,12

Quellen: ¹ Statistisches Bundesamt 2015; ² BKK 2012; eigene Berechnung und Darstellung.

Weitgehend unauffällig ist auch die Gliederung nach Tätigkeitsbereichen (Tabelle 10). Die privaten Dienste haben einen etwas höheren Anteil an Verwaltungspersonal und Pflegedienstleitungen, was u. a. auf kleinere Betriebsgrößen zurückgeführt werden kann.

Tabelle 10: Anzahl Beschäftigte je Trägerschaft und Tätigkeitsbereich (2013)

	Gesamt		Privat		Freigemeinnützig		Öffentlich	
	VK	%	VK	%	VK	%	VK	%
Gesamt	320.077		172.021		143.120		4.936	
Pflegedienstleitung	16.849	5,3	10.326	6,0	6.269	4,4	254	5,1
Grundpflege	219.401	68,5	116.593	67,8	99.790	69,7	3.018	61,1
Betreuung	10.477	3,3	5.661	3,3	4.603	3,2	213	4,3
Hauswirtschaft	37.760	11,8	18.370	10,7	18.710	13,1	680	13,8
Verwaltung	15.282	4,8	9.446	5,5	5.642	3,9	194	3,9
Sonstige	20.308	6,3	11.625	6,8	8.106	5,7	577	11,7

Quelle: Statistisches Bundesamt 2015, eigene Berechnung.

¹⁵ Die Angaben zum Personal liegen in der Statistik lediglich als Personenzahlen vor, Vollzeitäquivalente werden nicht erhoben, lassen sich aber errechnen, wenn die Personenzahlen anhand der klassierten Angaben über die Arbeitszeiten umgerechnet werden (Rothgang 2012b, 2009; Augurzky 2011). Für diese Umrechnung wurden folgende Faktoren verwandt:

- 1,00 für Vollzeitbeschäftigte,
- 0,75 für Teilzeitbeschäftigte mit einem Stellenumfang über 50 % aber unter 100 %,
- 0,45 für Teilzeitbeschäftigte mit einem Stellenumfang unter 50 % aber nicht geringfügig beschäftigt,
- 0,25 für geringfügig Beschäftigt (450-Euro-Job),
- 0,20 für Praktikanten, Schüler und Auszubildender,
- 1,00 für Beschäftigte im freiwilligen sozialen Jahr oder Zivildienstleistender.

Entsprechend ist der Beschäftigtenanteil in der Grundpflege geringfügig niedriger als bei Einrichtungen in anderer Trägerschaft – das aber vor dem Hintergrund einer auch in der Grundpflege immer noch höheren Personalquote pro Pflegebedürftigem bzw. Kunden (Tabelle 9).

Ein weiterer Qualitätsindikator ist die *Fachkraftquote*. Wie Tabelle 11 zeigt, ist die Fachkraftquote (Anzahl) in privaten Pflegediensten identisch mit dem Durchschnitt und geringfügig höher als in freigemeinnützigen aber etwas niedriger als bei öffentlichen Trägern.

Tabelle 11: Personal in ambulanten Pflegediensten nach Anzahl und Status

	Gesamt	Privat	Freigemeinnützig	Öffentlich
Fachkräfte	168.623	90.648	74.989	2.986
Hilfskräfte	151.454	81.373	68.131	1.950
Verhältnis	52,7 %	52,7 %	52,4 %	60, 5%

Eigene Berechnung und Darstellung; Quelle: Statistisches Bundesamt 2015

Insgesamt zeichnen sich die privaten Pflegedienste damit im Vergleich zu den Diensten in freigemeinnütziger Trägerschaft durch geringfügig schlechtere Pflegenoten, etwas bessere Personalquoten und eine ebenfalls geringfügig höhere Fachkräftequote aus. Die Unterschiede sind aber jeweils kaum ausgeprägt, so dass eindeutige Qualitätsunterschiede anhand der hier verwendeten Indikatoren nicht ermittelt werden können.

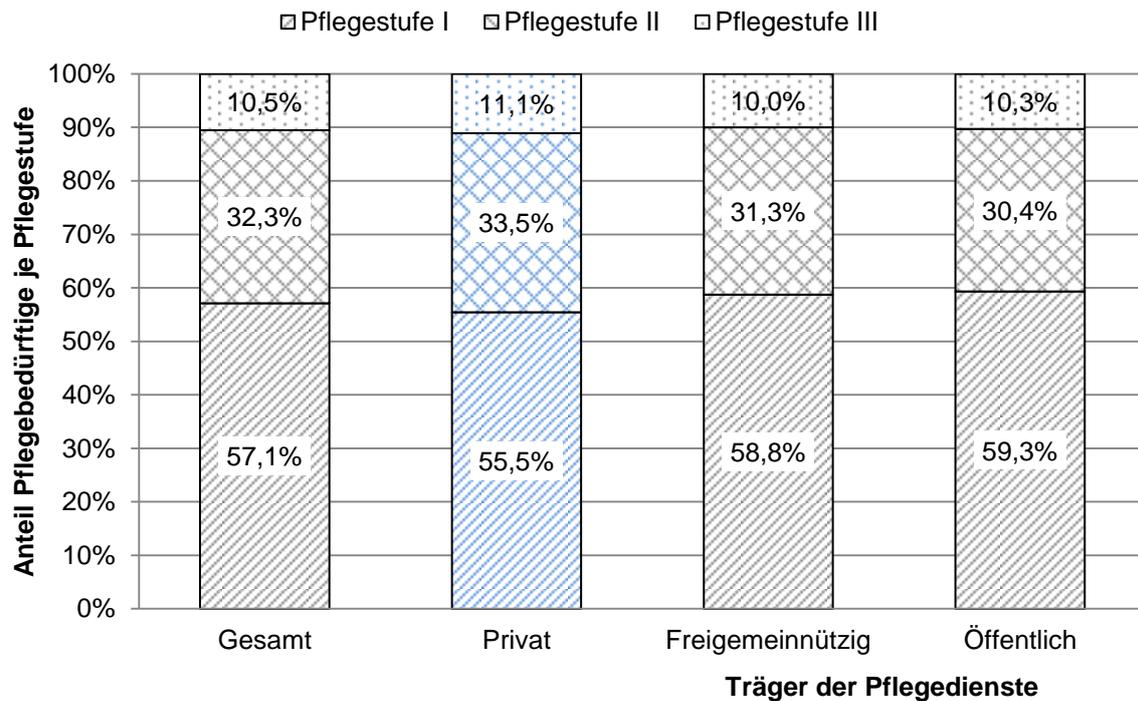
5.4 Pflegestufenstruktur der Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege

Die Einstufung in eine Pflegestufe bzw. die Höherstufung in die nächste Pflegestufe bedeutet für die Pflegedienste eine Umsatzerhöhung, wenn der Pflegebedürftige dadurch mehr Leistungen beim Pflegedienst „einkauft“ und ist sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für die Pflegedienste sinnvoll. In Fachbüchern und Fortbildungsangeboten wird Pflegeeinrichtungen daher ein „Pflegestufenmanagement“ empfohlen, bei dem die Pflegedienste den Pflegebedürftigen sobald nötig unterstützen, die (nächst höhere) Pflegestufe zu beantragen (vgl. z. B. Kämmerer und Schlürmann 2013, Aigner 2013). Unterschiede in der Pflegestufenverteilung können daher Ergebnis eines unterschiedlich ausgeprägten Pflegestufenmanagements sein oder auch Selektionseffekte bei der Wahl der Kunden widerspiegeln.

Betrachtet man die versorgten Pflegebedürftigen anhand ihrer Pflegestufe im Trägervergleich, zeigt sich zunächst einmal bei allen Trägern, dass die Zahl der Pflegebedürftigen mit zunehmender Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe) abnimmt (Abbildung 23). Im Trägervergleich weisen private Pflegedienste sowohl bei den Pflegebedürftigen in Pflegestufe II mit 33,9 % wie auch bei denen in Pflegestufe III mit 11,5 % leicht höhere Anteile von Pflegebedürftigen auf als die freigemeinnützigen und öffentlichen Pflegedienste. Allerdings sind die Unterschiede

letztlich wiederum gering und auch bei den privaten Pflegediensten liegt der Anteil der Pflegebedürftigen in Stufe I an allen Pflegebedürftigen bei über 55 %. Ein „Rosinenpicken“ ist angesichts der letztlich doch recht ähnlichen Pflegestufenstruktur an den Daten sicherlich nicht ablesbar.

Abbildung 23: Anteil an Pflegebedürftigen je Pflegestufe und Trägerschaft 2013



Eigene Berechnung und Darstellung; Quellen: Pflegestatistik 2015.

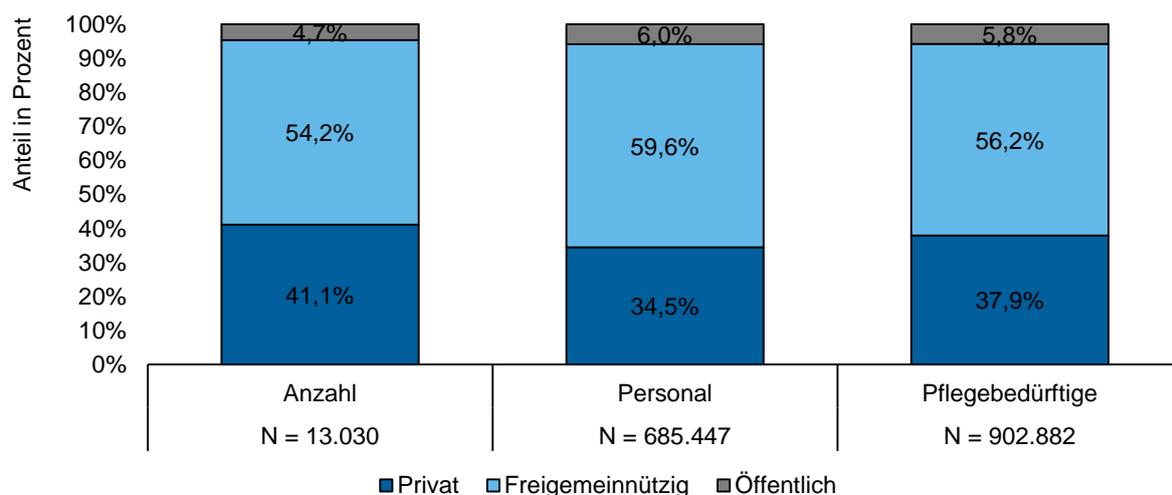
6 Stationäre Pflege

Entsprechend den in Abschnitt 2 genannten Fragen gliedert sich Abschnitt 5 in fünf Unterabschnitte zur Bedeutung der privaten Anbieter für die stationäre Pflege (6.1), zur regionalen Verteilung (6.2), zur Pflegequalität (6.3), zu Preisunterschieden (6.4) und zur Stufenverteilung der Pflegebedürftigen (6.5).

6.1 Die Bedeutung privater Anbieter für die stationäre Pflege

Im stationären Bereich werden (im Dezember 2013) die 902.882 Pflegebedürftigen in 13.030 Einrichtungen von 685.447 Pflegenden versorgt.¹⁶ Die privaten Träger nehmen dabei eine gewichtige Rolle ein (Abbildung 24). Je nach gewähltem Indikator (Anzahl der Einrichtung, Personal, versorgte Pflegebedürftige) liegt ihr Marktanteil im Bereich von 35 bis 41 %.

Abbildung 24: Stationäre Pflegeheime, Personal und Pflegebedürftige 2013 je Träger



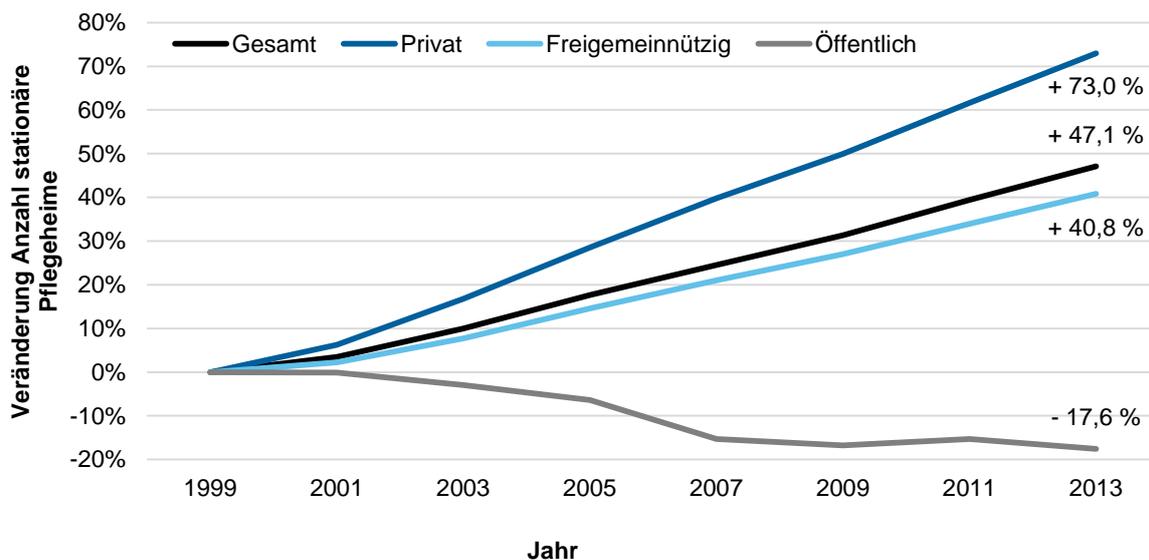
Eigene Darstellung; Quelle: Statistisches Bundesamt 2015

Hinsichtlich der Entwicklung im Zeitverlauf ist seit Einführung der Pflegestatistik über die Jahre ein konstanter Anstieg der *Zahl der stationären Pflegeeinrichtungen* abzulesen. Von 8.859 Pflegeheimen im Jahr 1999 ist eine Steigerung auf 13.030 Heime im Jahr 2013 zu verzeichnen. Private Träger betreiben laut Statistischem Bundesamt (2015) im Jahr 2013 insgesamt 5.349 Einrichtungen. Dem gegenüber stehen 7.063 freigemeinnützige und 618 öffentliche Häuser.

¹⁶ Hierbei wird auf den gesamten Heimpflegesektor (Tages- und Nachtpflege, vollstationäre Kurz- und Dauerpflege) abgestellt. In der vollstationären Dauerpflege wurden im Dezember 2013 dagegen 847.705 Plätze gezählt.

Von 1999 bis 2013 ist die Zahl der Pflegeheime damit insgesamt um 47,1 % gestiegen (Abbildung 25). Nach Trägerschaft differenziert ergeben sich dabei Veränderungsdaten von + 74,0 % (private Häuser), + 40,8 % (freigemeinnützige Häuser) und - 17,6 % (öffentliche Häuser). Diese deutlichen Unterschiede führen dazu, dass das Wachstum der Zahl der Einrichtungen im privaten Bereich auch absolut höher liegt als im freigemeinnützigen (2.275 zu 2.046).

Abbildung 25: Entwicklung der Anzahl stationärer Pflegeheime (1999 – 2013)¹⁷

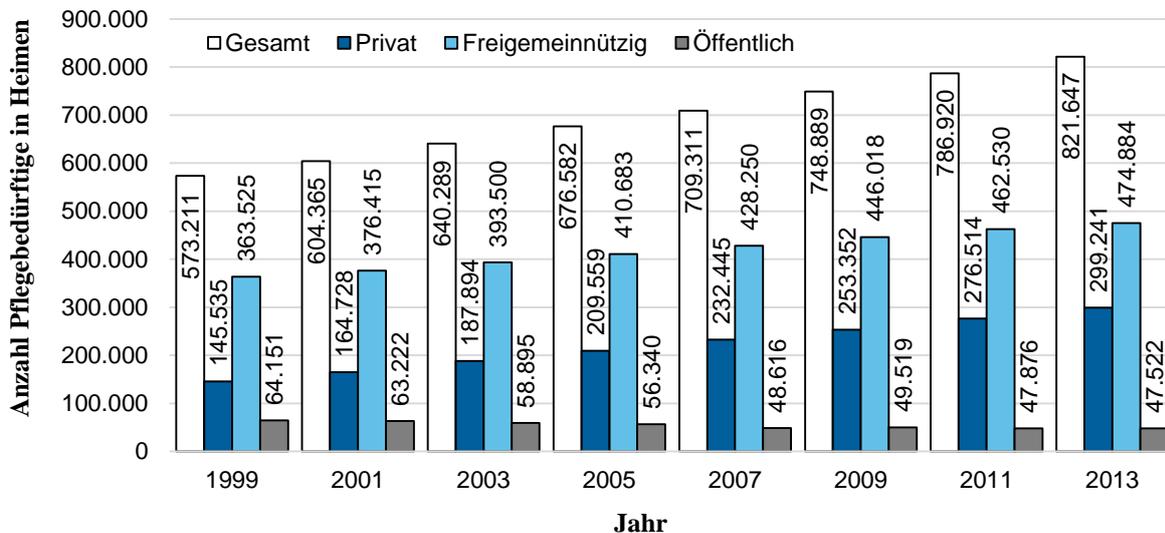


Quellen: Statistisches Bundesamt 2015, 2013, 2011, 2009, 2007, 2005, 2003, 2001; eigene Berechnung und Darstellung

Neben der Anzahl der Einrichtungen ist jedoch auch die Frage entscheidend, welche Trägerarten mehr *Pflegebedürftige* versorgen. Bei der Entwicklung der in stationären Einrichtungen versorgten Pflegebedürftigen (Abbildung 26 und Abbildung 27) ist ein ähnliches Wachstum zu beobachten, wenn auch nicht mit gleich hohen Steigerungsraten. Seit 1999 werden insgesamt 43,4 % mehr Pflegebedürftige versorgt. Dem Rückgang von 25,9 % an öffentlich versorgten Pflegebedürftigen steht eine Steigerung von 30,6 % durch Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft und sogar 105,0 % durch Einrichtungen in privater Trägerschaft gegenüber. Die privaten Anbieter sind demnach Haupttreibkraft für das Wachstum in der stationären Versorgung in der Altenpflege und versorgen im Jahr 2013 fast 300.000 Pflegebedürftige.

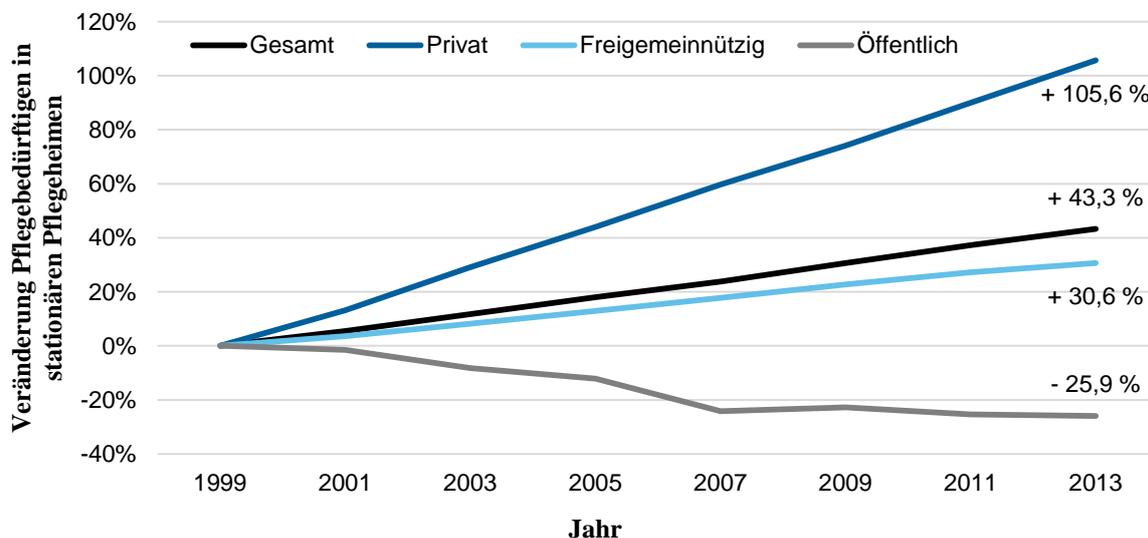
¹⁷ Aufgrund von fehlenden Daten aus dem Bundesland Bremen fließen im Jahr 2009 von dort nur Schätzungen in das Bundesergebnis ein. Die Daten wurden zwar nachträglich aufgenommen, das Bundesergebnis von 2009 jedoch nicht angepasst (Statistisches Bundesamt 2013a).

Abbildung 26: Entwicklung Anzahl stationär versorgter Pflegebedürftige nach Träger der Einrichtung (1999-2013)



Quellen: Statistisches Bundesamt 2015, 2013, 2011, 2009, 2007, 2005, 2003, 2001; eigene Berechnung und Darstellung

Abbildung 27: Entwicklung der versorgten Pflegebedürftigen in stationären Pflegeheimen je Träger (1999-2013)

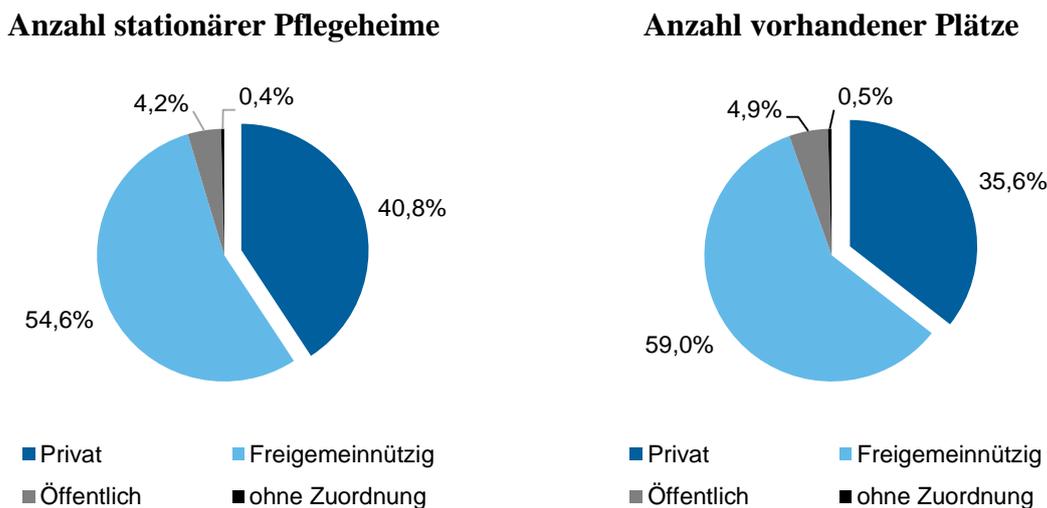


Quellen: Statistisches Bundesamt 2015, 2013, 2011, 2009, 2007, 2005, 2003, 2001; eigene Berechnung und Darstellung

Aus dieser Entwicklung resultieren ein aktueller Marktanteil der privaten Häuser von 40,8 % sowie ein Anteil von 54,6 % der freigemeinnützigen und 4,2 % der öffentlichen (Abbildung 28, linke Seite). Wird diesem Marktanteil gemessen an der Anzahl an Häusern die Anzahl Pflegeplätze gegenüber gestellt, ist ein leicht anderes Bild zu beobachten (Abbildung 28, rechte Seite): Der Anteil freigemeinnütziger Träger (59,0 % aller Plätze) und auch der öffent-

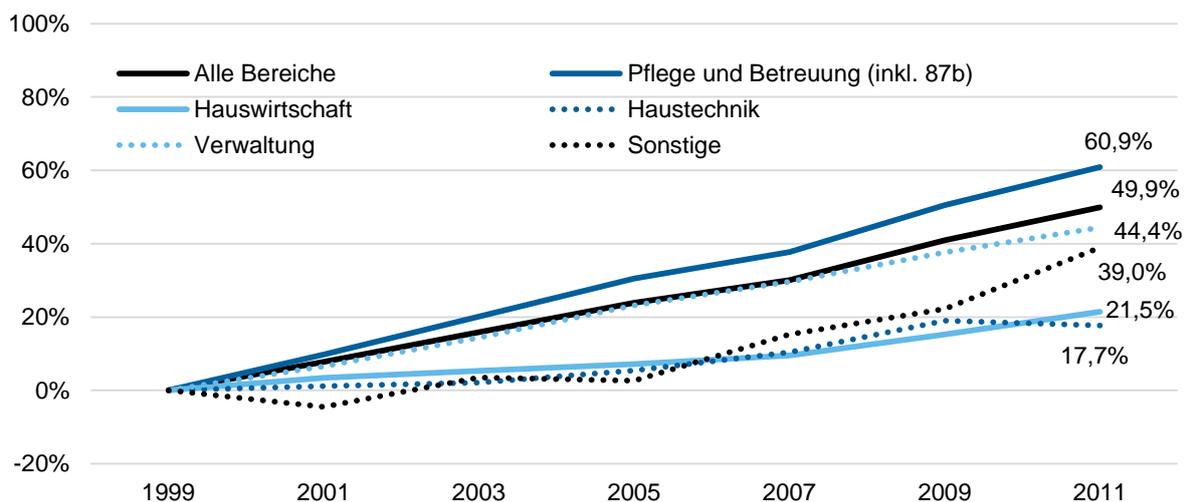
lichen (4,9 %) ist etwas höher als bei der reinen Anzahl der Häuser. Private Träger betreiben 35,6 % aller Pflegeheimplätze in Deutschland. Aus der Tatsache, dass private Träger einen größeren Marktanteil bei Häusern als bei Plätzen aufweisen ist bereits abzulesen, dass private Pflegeheime im Durchschnitt weniger Plätze aufweisen (vgl. hierzu auch Abschnitt 6.3.3).

Abbildung 28: Marktanteil stationärer Pflegeheime je Trägerschaft



Eigene Berechnung und Darstellung; Quelle: vdek 2012.

Abbildung 29: Entwicklung Anzahl Personal in stationären Pflegeeinrichtungen



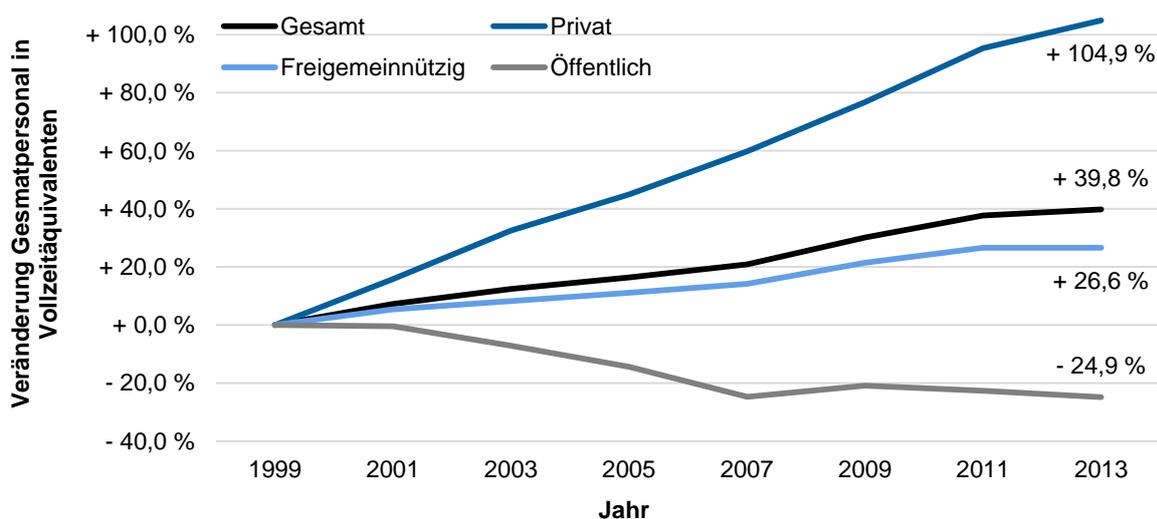
Quellen: Statistisches Bundesamt 2015, 2013, 2011, 2009, 2007, 2005, 2003, 2001; eigene Berechnung und Darstellung

Schließlich ist auch die Entwicklung der *eingesetzten Personalmenge* ein wichtiger Indikator für die Kapazitäten des Sektors. Weitgehend parallel zur Steigerung der Zahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen (43,3 %) und der Anzahl an Einrichtungen (47,1 %) hat auch

das beschäftigte Personal stark expandiert. Seit 1999 ist die Anzahl insgesamt um 49,9 % angestiegen (Abbildung 29). Den größten Zuwachs hat hierbei der Bereich „Pflege und Betreuung“ inklusive der Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI zu verzeichnen (+ 60,9 %), den geringsten der Bereich Hauswirtschaft und Haustechnik.

Differenziert nach Trägern zeigt sich erneut, dass die privaten Anbieter den größten Anteil am Wachstum der Kapazitäten haben. Abbildung 30 zeigt hierbei nicht die Anzahl des Personals, sondern die Vollzeitäquivalente. Diese wurden aus der Pflegestatistik anhand von Umrechnungsfaktoren errechnet.¹⁸ Das Personalwachstum der privaten Heime (+ 104,9 %) ist doppelt so hoch wie das des gesamten Marktes (+ 39,8 %) und um den Faktor 2,5 höher als das der freigemeinnützigen Träger (+ 26,6 %).

Abbildung 30: Entwicklung Personal in Vollzeitäquivalenten in stationären Pflegeeinrichtungen



Quellen: Statistisches Bundesamt 2015, 2013, 2011, 2009, 2007, 2005, 2003, 2001; eigene Berechnung und Darstellung.

¹⁸ Die Angaben zum Personal liegen in der Statistik lediglich als Personenzahlen vor, Vollzeitäquivalente werden nicht erhoben, lassen sich aber errechnen, wenn die Personenzahlen anhand der klassierten Angaben über die Arbeitszeiten umgerechnet werden (Rothgang 2012b, 2009; Augurzky 2011). Für diese Umrechnung wurden folgende Faktoren verwendet:

- 1,00 für Vollzeitbeschäftigte,
- 0,75 für Teilzeitbeschäftigte mit einem Stellenumfang über 50 % aber unter 100 %,
- 0,45 für Teilzeitbeschäftigte mit einem Stellenumfang unter 50 % aber nicht geringfügig beschäftigt,
- 0,25 für geringfügig Beschäftigt (450-Euro-Job),
- 0,20 für Praktikanten, Schüler und Auszubildender,
- 1,00 für Beschäftigte im freiwilligen sozialen Jahr oder Zivildienstleistende.

6.2 Regionale Verteilung privater Pflegeheime

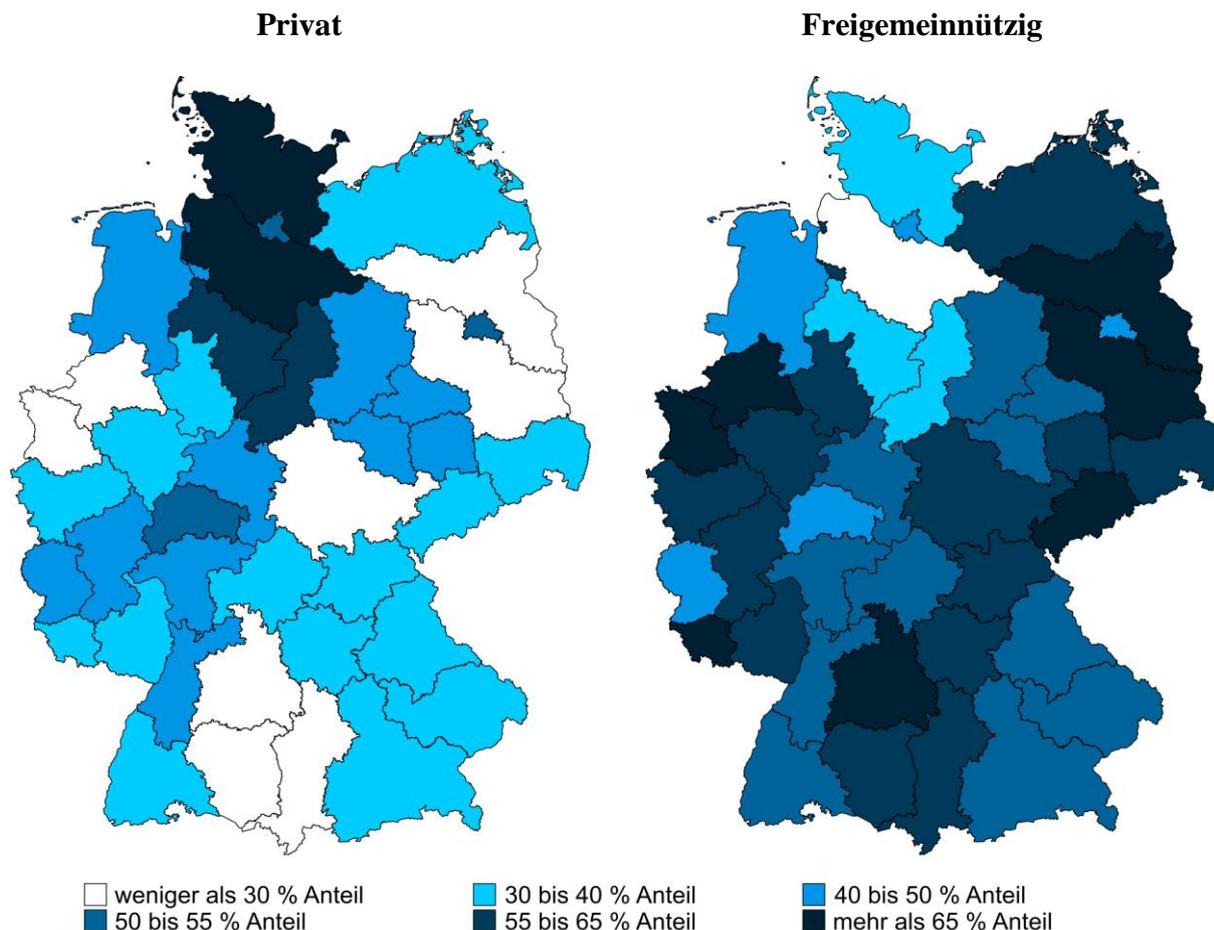
Wie Abschnitt 6.1 gezeigt hat, ist die Rolle privater Anbieter im Heimsektor nicht so dominant wie im ambulanten Sektor, gleichwohl aber zentral und im Zeitverlauf zunehmend. Auch für den stationären Sektor stellt sich dann die Frage, wie die stationären Kapazitäten regional verteilt sind. Zur Beantwortung dieser Frage wird in Abschnitt 6.2.1 zunächst auf Ebene von Regierungsbezirken dargestellt, in welchen Regionen der Anteil der privaten Pflegeheime über- bzw. unterdurchschnittlich ist. Abschnitt 6.2.2 geht der Frage nach, in welchem Umfang private Pflegeheime in städtischen, verdichteten und ländlichen Räumen vertreten sind, während in Abschnitt 6.2.3 anhand einer regional differenzierten Vorausberechnung der Zahl der Pflegebedürftigen untersucht wird, wie hoch der Marktanteil privater Pflegeheime in Regionen mit einem überdurchschnittlichen oder einem unterdurchschnittlichen Wachstum ist.

6.2.1 Regionale Verteilung

Wie bei den ambulanten Pflegediensten lässt sich auch die Verteilung der Pflegeheime in der Region über eine Analyse der Marktanteile je Regierungsbezirk untersuchen. Hierzu werden zwei Indikatoren herangezogen: der Anteil der Häuser in einer bestimmten Trägerschaft (Abbildung 31) und der Anteil der Pflegeplätze (Abbildung 32). Je dunkler die Färbung ausfällt, desto höher ist der jeweilige Marktanteil. Dargestellt werden aufgrund ihrer Bedeutung nur private (links) und freigemeinnützige Träger (rechts). Werden beide Werte addiert und wird hiervon der Marktanteil der Anbieter ohne Trägerzuordnung subtrahiert, ergibt die dann zu 100 fehlende Differenz den Marktanteil der öffentlichen Träger.

Bezogen auf die *Anzahl an Einrichtungen* (Abbildung 31) betreiben private Träger in Lüneburg (Niedersachsen) über 75 % und in Schleswig-Holstein, Teilen Niedersachsens (Hannover, Braunschweig) in Hamburg und Berlin sowie in Gießen (Hessen) mehr Einrichtungen als die anderen beiden Träger. Ein Marktanteil von über 45 % ist darüber hinaus in Weser-Ems (Niedersachsen), Trier (Rheinland-Pfalz) und Kassel (Hessen) zu verzeichnen. Bei den freigemeinnützigen Trägern sind in Düsseldorf (über 75 %) sowie in Münster (NRW), Chemnitz (Sachsen), Brandenburg, Stuttgart (Baden-Württemberg) und im Saarland hohe Marktanteile von über 65 % bezogen auf die Anzahl der Einrichtungen vorhanden.

Abbildung 31: Marktanteile nach Einrichtungszahl und Trägerschaft

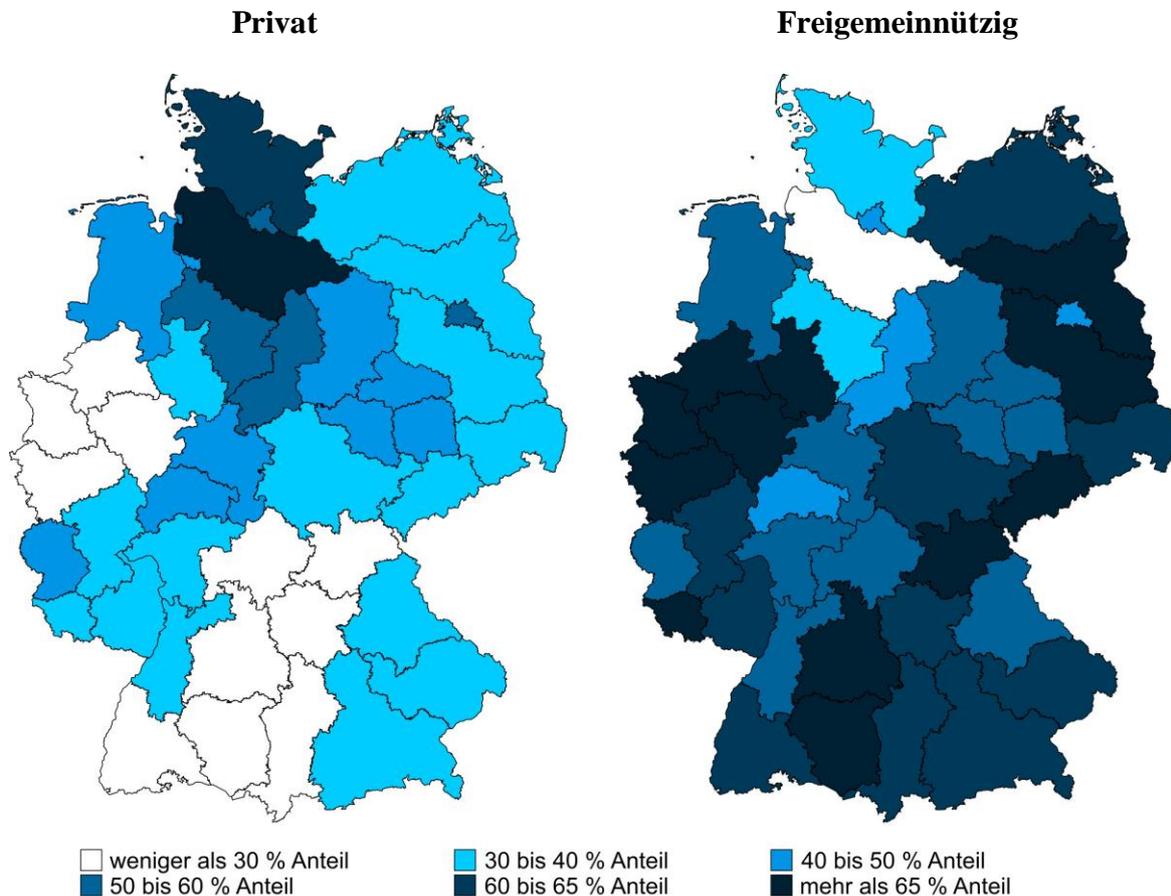


Quelle: vdek 2012, eigene Berechnung und Darstellung

Bezogen auf die *Anzahl der Pflegeplätze* (Abbildung 32) weisen *private Träger* in Schleswig-Holstein, in Hamburg und Berlin sowie in Teilen Niedersachsens (Lüneburg, Hannover, Braunschweig) die höchsten Marktanteile (über 50 %) auf. In Teilen von Hessen (Gießen, Kassel), in Leipzig, Weser-Ems (Niedersachsen) sowie in Bremen, Trier (Rheinland-Pfalz) und Sachsen-Anhalt sind mittlere Marktanteil (40-50 %) zu verzeichnen. Die privaten Träger sind damit am stärksten in den Stadtstaaten, Niedersachsen und Schleswig-Holstein vertreten, weisen jedoch lediglich in Schleswig-Holstein einem Anteil von über 60 % und in Berlin, Hamburg und in Teilen Niedersachsens (Braunschweig, Hannover, Lüneburg) höhere Marktanteile an den Pflegeheimplätzen auf als die beiden anderen Anbieter. *Freigemeinnützige Träger* sind sehr stark in Nordrhein-Westfalen (durchgehend über 60 % teilweise über 80 % Marktanteil), in Teilen Baden-Württembergs (Stuttgart, Tübingen) sowie im Saarland, in Oberfranken (Bayern), in Chemnitz (Sachsen) und Brandenburg vertreten und stellen dort ca. zwei Drittel der Pflegeheimplätze. Die vergleichsweise niedrigen Anteile in Baden-Württem-

berg und großen Teilen Bayerns sind auf die hohen Anteile der öffentlichen Träger (bis zu 90 % Marktanteil) zurückzuführen.

Abbildung 32: Marktanteil nach Pflegeplätzen und Trägerschaft

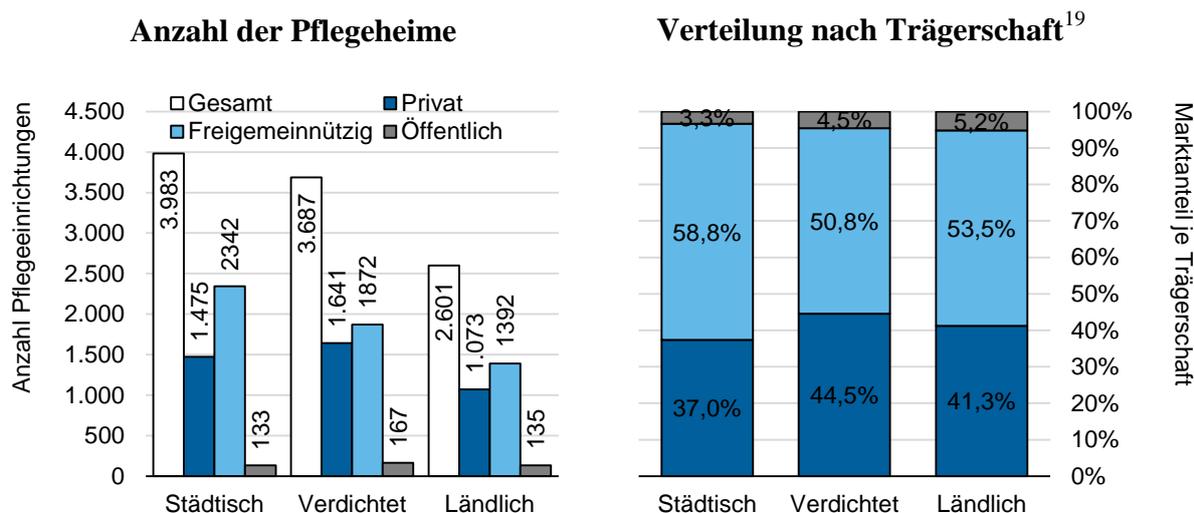


Eigenen Berechnung und Darstellung; Quelle: vdek 2012

6.2.2 Agglomerationsräume

Um die Frage zu überprüfen, ob sich private Träger lediglich auf die ländlichen Regionen konzentrieren, wird auch für die stationären Pflegeheime eine Analyse auf Basis der *Agglomerationsräume* durchgeführt. Abbildung 33 stellt dazu die absolute Anzahl der Pflegedienste (linke Seite) dar. Insgesamt 3.983 Pflegeheime befinden sich in städtischen Regionen, fast genauso viele (3.687) in Regionen mit Verstärkeransätzen („verdichtet“) und am wenigsten (2.601) in den ländlichen Regionen. *Private Träger* betreiben 1.475 Einrichtungen in der Stadt, 1.641 in verdichteten Regionen und 1.073 Einrichtungen auf dem Land. In verdichteten und ländlichen Regionen werden von privaten Trägern fast so viele Einrichtungen betrieben wie von den freigemeinnützigen Anbietern. Lediglich in der Stadt sind deutlich mehr freigemeinnützige als private Häuser vorzufinden.

Abbildung 33: Verteilung der stationären Pflegeheime auf die Agglomerationsräume



Eigenen Berechnung und Darstellung; Quelle: vdek 2012.

In Bezug auf die *Zahl der Einrichtungen* weisen private Träger die höchsten Marktanteile in verdichteten Gebieten (44,5 %), die niedrigsten in städtischen Gebieten (37,0 %) auf. Entgegen der Erwartung sind es somit nicht die ländlichen Gebiete, die die höchste Quote privater Träger aufweisen, sondern die Regionen mit Verstädterungsansätzen. Allerdings ist es zutreffend, dass der Anteil der privaten Träger in städtischen Regionen am niedrigsten ist. Auch hier liegt ihr Marktanteil aber immer noch bei mehr als einem Drittel, so dass private Träger auch in Städten eine zentrale Rolle bei der stationären Versorgung einnehmen.

6.2.3 Wachstumsregionen

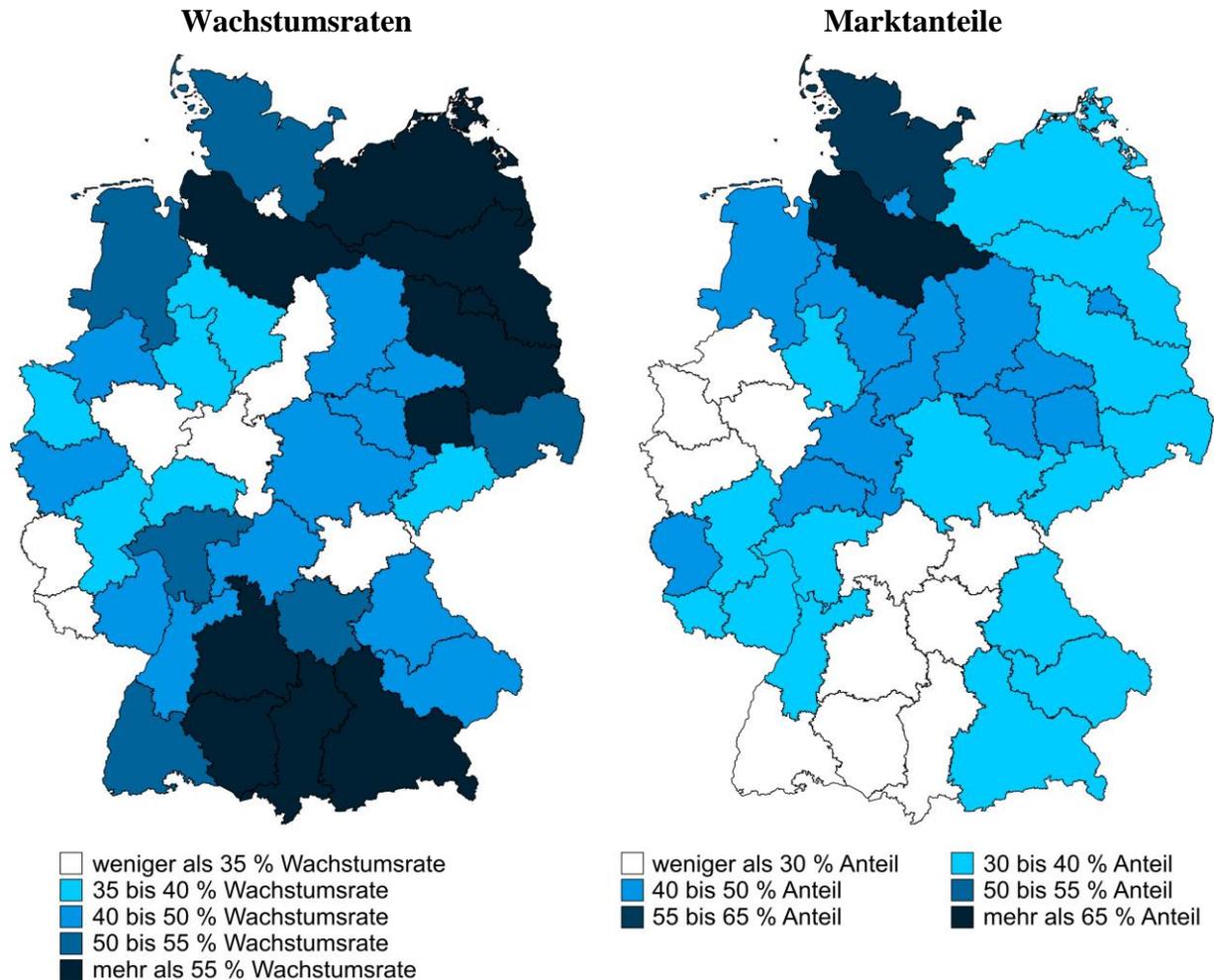
Analog zu Abschnitt 5.2.3 wird auch für den stationären Sektor geprüft, wie hoch die Marktanteile der Privaten in Regionen mit über- und unterdurchschnittlichem zukünftigem Wachstum der Zahl der Pflegebedürftigen sind. In Abbildung 37 sind hierzu die projizierte Steigerung der Zahl der Pflegebedürftigen im Zeitraum von 2009 bis 2030 gemäß der Berechnungen von Rothgang et al. (2012a) (linke Seite) dem Marktanteil der privaten Träger gemäß *Platzzahl* (rechte Seite) im Jahr 2013 (Daten gemäß Abbildung 32) auf der Ebene von Regierungsbezirken gegenübergestellt.

Von den neun Regierungsbezirken mit der höchsten Wachstumsrate von mehr als 55 % liegt der Marktanteil der privaten Pflegeheimbetreiber in drei Regierungsbezirken (Schwaben, Thüringen und Stuttgart) bei unter 30 % und in weiteren drei (Oberbayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern) zwischen 30 % und 40 %. Lediglich im Regierungsbezirk Lüne-

¹⁹ Die Anteilswerte der Anbieter ohne Trägerzuordnung sind hierbei nicht berücksichtigt.

burg und in Berlin gehen sehr hohe Wachstumsraten mit einem sehr hohen Marktanteil der privaten Pflegeheime einher. Ein systematischer Zusammenhang zwischen Wachstumsrate und Marktanteil ist dennoch nicht erkennbar.

Abbildung 34: Wachstumsraten und Marktanteil nach Plätzen – private Pflegeheime



Quelle: vdek 2012, Rothgang et al. 2012a, eigene Berechnung und Darstellung

Das zeigt Abbildung 35, in der für jeden Regierungsbezirk die vorausberechnete Wachstumsraten der Zahl der Pflegebedürftigen im Zeitraum von 2009 bis 2030 und der Marktanteil der privaten Pflegeheime gemessen an der Kundenzahl gegeneinander aufgetragen sind. Das Bestimmtheitsmaß (R^2) fällt mit 0,02 wiederum sehr klein aus, und eine klare Tendenz ist im Streudiagramm nicht erkennbar. Die beiden Größen korrelieren somit nicht miteinander.

In Abbildung 36 sind die Regierungsbezirke nach Wachstumsraten in annähernd gleich besetzte Klassen zusammengefasst und dann hinsichtlich des Marktanteils der privaten Heime in diesen Klassen dargestellt. Der Korrelationskoeffizient (r^2) sinkt auf nahezu 0, der Marktanteil der privaten Heime liegt in allen Klassen zwischen 30 % und knapp über 40 %.

Abbildung 35: Marktanteil privater Pflegeheime nach Wachstumsraten

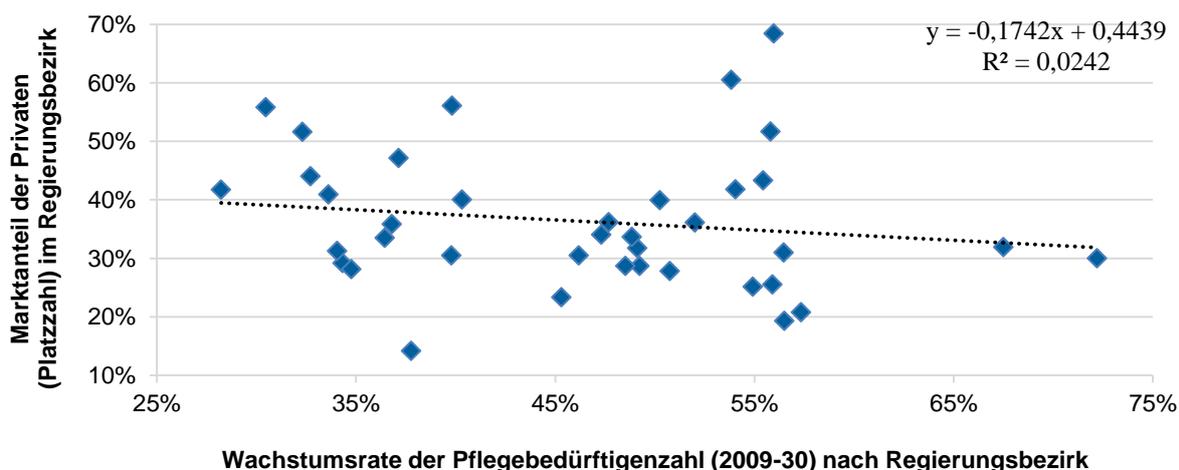
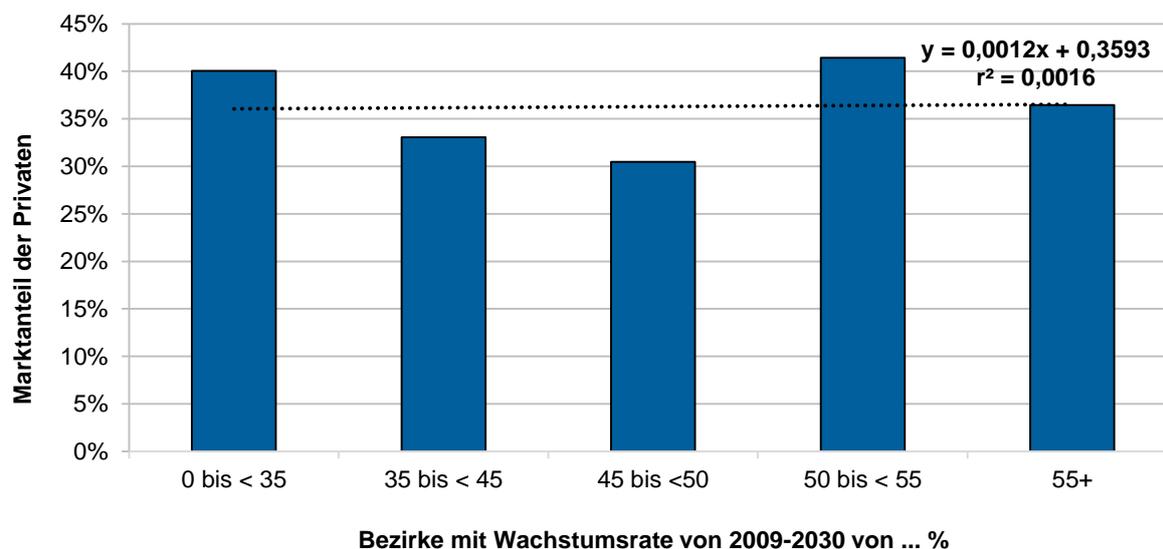


Abbildung 36: Marktanteil private Heime nach klassierten regionalen Wachstumsraten



6.3 Pflegequalität in privaten Pflegeheimen

Qualität in der stationären Langzeitpflege ist in mehrfacher Hinsicht gesetzlich verankert, etwa in den Heimgesetzen auf Landesebene und den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI. Insbesondere im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz 2001 und dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 wurden neue diesbezügliche Regelungen eingeführt. Hierzu zählen insbesondere die Regelungen in §§ 112 ff. SGB XI (Expertenstandards, Qualitätsprüfungen, etc.).

Das zentrale Problem bei der Qualitätsbeurteilung ist, dass die Pflegeleistungen als *Erfahrungsgut* anzusehen sind, bei dem die Qualität erst im Nachhinein festgestellt werden kann, oder sogar als *Vertrauensgut*, bei dem die Qualität vom Nutzer auch im Nachhinein nicht fest-

gestellt werden kann (vgl. Johne 1997). Vor diesem Hintergrund sollen Zertifizierungen, Qualitätsberichte und Qualitätsprüfungen die Transparenz erhöhen und dem Nachfrager Hinweise auf die Qualität der Leistungen und der Leistungserbringer liefern. Um überhaupt eine Bewertung von Qualität vornehmen zu können, müssen Grundlagen geschaffen werden, anhand derer Qualität gemessen werden kann. Bekannte Instrumente dafür sind z. B. ISO 9000 ff oder auch das EFQM-Modell, die in der stationären Langzeitpflege eingesetzt werden (Engel 2008). Von großer Bedeutung ist dabei auch die von Donabedian (1966, 1980) geprägte Unterscheidung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Nachfolgend werden zur Beurteilung der Pflegequalität die Indikatoren *Pflegenoten* und *Personal* verwendet. Während die Pflegenoten insbesondere auf die Prozessqualität abstellen, bezieht sich die Personalausstattung auf die Strukturqualität. Die Personalausstattung als zentrales Merkmal der Strukturqualität ist auch gesetzlich verankert. So sind die Einrichtungen „verpflichtet, mit der vereinbarten personellen Ausstattung die Versorgung der Pflegebedürftigen jederzeit sicherzustellen“ (§ 84 Abs. 6 Satz 1 SGB XI). Auch der MDK überlegt in für seine Qualitätsberichte, Kennzahlen wie das Personal je Pflegebedürftigem einzubeziehen (MDS 2014: 63). Aussagekräftige Ergebnisqualitätsindikatoren liegen derzeit noch nicht vor. Zwar wurden solche Indikatoren in einem vom GKV-Spitzenverband in Auftrag gegebenem Forschungsprojekt entwickelt. Diese werden derzeit zunächst noch modellhaft pilotiert und sollen bei zukünftigen Qualitätsprüfungen eine Rolle spielen (MDS 2014: 65). Daten zur Ergebnisqualität stehen daher derzeit nicht zur Verfügung.

6.3.1 Pflegenoten

Pflegenoten entsprechend der Pflege-Transparenzvereinbarungen werden auch für Pflegeheime veröffentlicht, stoßen dort – aufgrund methodischer Mängel – aber ebenfalls auf starke Kritik. Zu den Kritikpunkten zählen die Verzerrung der Noten zu sehr guten Ergebnissen, die Stichprobenbildung, die Konzentration auf die Pflegedokumentation sowie die größtenteils fehlende Messung von Ergebnisqualität (Hasseler und Wolf-Ostermann 2010). Neben der Wissenschaft (Panhorst und Möller 2013, Brühl und Berger 2011, Igl 2011, Bonato 2010, Hasseler und Wolf-Ostermann 2010, Görres et al. 2009) stehen nicht nur Pflegeverbände (Caritas 2015), sondern auch die Politik (Spahn 2015, Scharfenberg 2015, Laumann 2014) der Prüfsystematik sehr kritisch gegenüber. Für den stationären Bereich erfolgte zwar bereits im Jahr 2014 eine „kleine“ Weiterentwicklung der Systematik (BAGFW 2013, GKV-Spitzenver-

band et al. 2013), zentrale Kritikpunkte bleiben aber bestehen und müssen bei einer Interpretation der Ergebnisse mit beachtet werden.²⁰

Seit 2014 werden stationäre Einrichtungen an 59 Kriterien gemessen, aufgliedert in die Bereiche „Pflege und medizinische Versorgung“ (Pflege), „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ (Demenz), „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“ (Betreuung) sowie „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“ (Wohnen) (GKV-Spitzenverband 2008; 2013). Wie bei der Analyse der ambulanten Pflegedienste, kann der Einfluss der *Trägerschaft* über die Abweichung der Gesamt- bzw. Bereichsnoten vom jeweiligen Landeschnitt der Gesamt- bzw. Bereichsnoten analysiert werden. Etwaige Prüferinflüsse auf Landesschnitte werden so herausgerechnet. Negative Vorzeichen in der Tabelle implizieren eine numerisch kleinere Note als der Landesdurchschnitt und damit eine „bessere“ Note.

Tabelle 12: Abweichung der Pflegenoten vom Landesdurchschnitt – Pflegeheime

	Gesamt	Pflege	Demenz	Betreuung	Wohnen
Private Träger ¹	0,042	0,049	0,042	0,053	0,019
Freigemeinnützige Träger ¹	-0,032	-0,038	-0,031	-0,038	-0,014
Öffentliche Träger ¹	-0,001	0,011	-0,004	-0,025	-0,005
Kleine Häuser	0,059	0,057	0,057	0,121	0,028
Mittelgroße Häuser	-0,015	-0,003	-0,016	-0,038	-0,011
Große Häuser	-0,034	-0,047	-0,031	-0,060	-0,012
nachrichtlich: Bundesschnitt ²	1,27	1,48	1,21	1,15	1,05

Quelle: BKK 2012, eigene Berechnung und Darstellung, ¹⁾ Weiß et al. 2014 ²⁾ Sünderkamp et al. 2014

Private Träger weisen für die Gesamtnote und alle Bereichsnoten eine positive Abweichung vom jeweiligen Landesdurchschnitt auf und damit leicht schlechtere Ergebnisse (Tabelle 12). Diese Abweichung ist jedoch minimal und sogar noch geringer als im ambulanten Bereich. Bei den öffentlichen Trägern ist faktisch keine Abweichung, bei den freigemeinnützigen eine leicht negative (bessere Note) abzulesen. Auch hinsichtlich der Größe der Häuser (Tabelle 12, unterer Teil) ist ein Unterschied zu erkennen. Größere Einrichtungen erzielen tendenziell bessere Noten als kleinere. Die Noten kleiner Häuser (bis zu 45 Plätze) sind dabei schlechter als der Landesdurchschnitt, bei mittleren Einrichtungen (46 bis 85 Plätze) sind die Noten minimal, bei großen (86 und mehr Plätze) Einrichtungen etwas besser als der Landesdurchschnitt. Eine mögliche Erklärung für diesen Effekt ist, dass größere Häuser über mehr Ressourcen verfügen, um sich besser auf die MDK-Prüfung vorzubereiten und die – an sich schon sehr

²⁰ Insbesondere eine Neuordnung der Qualitätsbeurteilung auf Basis von Qualitätsindikatoren zur besseren Beurteilung von Ergebnisqualität wird als sinnvoll angesehen (Bonato 2011, Wingenfeld et al. 2011). Diese Vorgehensweise wurde im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) aus dem Jahr 2013 auch in § 113 Absatz 1 Nummer 4 SGB XI verankert. Allerdings liegen entsprechende Ergebnisse – wie bereits ausgeführt – derzeit noch nicht vor.

kleinen – Unterschiede weniger Qualitätsunterschiede abbilden als vielmehr die Intensität der Prüfungsvorbereitungen.²¹

Da private Träger durchschnittlich kleinere Häuser betreiben (vgl. Abschnitt 6.3.3), kann ein Teil der Unterschiede in den Pflegenoten auf diesen Größeneffekt zurückgeführt werden. Das bestätigt auch die multivariaten Analyse (Tabelle 13). Werden Größe und Trägerschaft simultan als erklärende Variablen herangezogen (Modell D) reduziert sich der Notenunterschied zwischen freigemeinnützigen und privaten Träger ein wenig. Die zusätzliche Einbeziehung des Agglomerationsraums (Modell G) ändert hieran nichts. Im Vergleich zu öffentlichen Trägern, die im Durchschnitt die größten Heime betreiben, haben private Träger in Modell D und G dann sogar (schwach signifikant) bessere Noten (vgl. Weiß et al. 2014 für weitere Details). Wenngleich die Modelle weitestgehend hochsignifikante ($p < 0,001$) Ergebnisse zeigen, weisen sie noch vernachlässigbarere Effektstärken auf als bei den ambulanten Pflegediensten. So können Modell D und G lediglich 1,8 % der Varianz der Abweichung der Gesamtnote vom Landesschnitt erklären, Anbietergröße und Trägerschaft sind somit für die Erklärung der Pflegenoten praktisch irrelevant.

Tabelle 13: Lineare Regression auf die Abweichung der Gesamtnote vom Landesdurchschnitt für den stationären Bereich (n = 10.150)

	Modell A	Modell B	Modell C	Modell D	Modell E	Modell F	Modell G
Größe (Plätze)	-0,001***			-0,001***	-0,001***		-0,001***
Freigemein. Träger ¹		-0,071***		-0,061***		-0,072***	-0,062***
Öffentliche Träger ¹		0,030		0,035*		0,030	0,036*
Verdichteter Raum ²			0,001		-0,012	-0,005	-0,015*
Ländlicher Raum ²			-,002		-0,009	-0,001	-0,010
Konstante	-0,001	-0,089***	-0,059***	-0,036***	0,007	-0,087***	-0,026**
Adj. R²	0,010	0,011	0,000	0,018	0,010	0,010	0,018

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ ¹⁾ Referenzgruppe Träger: Private ²⁾ Referenzgruppe Region: Städt. R.

6.3.2 Personalquoten

Als Maß für die Strukturqualität dient die Personaleinsatzmenge je Pflegebedürftigem, das Personal je Tätigkeitsbereich sowie das Verhältnis von Fach- und Hilfskräften. Da die Pflegestatistik diese lediglich als *Personalanzahl* ausgibt, müssen diese in *Vollzeitäquivalente* umgerechnet werden. Insgesamt sind in deutschen Pflegeheimen umgerechnet Personen im Umfang

²¹ Weiß et al. (2014) stellen darüber hinaus fest, dass die Streuung mit der Größe der Anbieter zurückgeht. Während sich die anhand der Pflegenoten gemessene Qualität bei den größeren Anbietern nicht so stark unterscheidet, muss der Kunde bei kleineren Anbietern damit rechnen, dass die Pflegenoten oberhalb wie auch deutlich unterhalb des Landesdurchschnitts liegen können.

von 475.444 Vollzeitäquivalenten tätig.²² Davon entfallen 169.408 auf private Heime. Für die Bemessung der Personalausstattung die Zahl der Vollzeitäquivalente ins Verhältnis zu den Pflegebedürftigen und der Anzahl an Plätzen in den Pflegeheimen gesetzt (Tabelle 14). Die privaten Träger weisen hierbei quasi dasselbe Verhältnis von vollzeitäquivalentem Personal je Pflegebedürftigen und auch je Platz auf, wie freigemeinnützige (0,57 versus 0,58 bzw. 0,64 versus 0,63). Da private Träger gleichzeitig eine niedrigere Pflegestufenstruktur mit mehr Pflegebedürftigen in Stufe I und weniger in Stufe II (Abbildung 46 in Abschnitt 6.5) vorweisen, ist die Personalausstattung privater Einrichtungen als etwas höher (besser) einzuschätzen als die der freigemeinnützigen Träger. Noch etwas besser ist jedoch die personelle Ausstattung je Pflegebedürftigen bzw. Kunden bei den öffentlichen Trägern.

Tabelle 14: Vollzeitäquivalentes Personal je Pflegebedürftigen/Platz

	Gesamt	Privat	Freigemeinn.	Öffentlich
Personal insgesamt in VZÄ ¹	475.444	169.408	277.029	29.007
Pflegebedürftige im Pflegeheim ¹	821.647	299.241	474.884	47.522
Plätze in den Pflegeheimen ²	740.671	264.800	439.220	36.651
Personal insgesamt (VZÄ) / Pflegebedürftige	0,58	0,57	0,58	0,61
Personal insgesamt (VZÄ) / Platz	0,64	0,64	0,63	0,79

Quellen: ¹ Statistisches Bundesamt 2015 (Daten von 2013); ² vdek 2012; eigene Berechnung und Darstellung.

Die Gliederung nach Tätigkeitsbereich (Tabelle 15) zeigt wiederum, dass private Anbieter mit 66,4 % den höchsten Anteil an Beschäftigten im Bereich „Pflege und Betreuung“ aufweisen. Eine Aufgliederung nach Vollzeitäquivalenten lässt die Pflegestatistik nicht zu. Betrachtet man hierzu alle Bereich, die direkt am Pflegebedürftigen arbeiten (Pflege, Soziale Betreuung und Betreuung inklusive der Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI), dann ergibt sich für die Privaten sogar ein Anteil von 75,1 % im Vergleich zu 73,3 % (freigemeinnützig) bzw. 74,7 % (öffentlich).

Ein weiterer Qualitätsindikator ist die *Fachkraftquote*. Wie Tabelle 16 zeigt, ist die Fachkraftquote (Anzahl) in privaten Pflegeheimen geringfügig höher als in freigemeinnützigen aber etwas niedriger als bei öffentlichen Trägern.

²² Die Angaben zum Personal liegen in der Statistik lediglich als Personenzahlen vor, Vollzeitäquivalente werden nicht erhoben, lassen sich aber errechnen, wenn die Personenzahlen anhand der klassierten Angaben über die Arbeitszeiten umgerechnet werden (Rothgang 2012b, 2009; Augurzyk 2011). Für diese Umrechnung wurden folgende Faktoren verwandt:

- 1,00 für Vollzeitbeschäftigte
- 0,75 für Teilzeitbeschäftigte mit einem Stellenumfang über 50 % aber unter 100 %
- 0,45 für Teilzeitbeschäftigte mit einem Stellenumfang unter 50 % aber nicht geringfügig beschäftigt
- 0,25 für geringfügig Beschäftigt (450-Euro-Job)
- 0,20 für Praktikanten, Schüler und Auszubildender
- 1,00 für Beschäftigte im freiwilligen sozialen Jahr oder Zivildienstleistender.

Tabelle 15: Anzahl Beschäftigte je Trägerschaft und Tätigkeitsbereich (2013)

	Gesamt		Privat		Freigemeinnützig		Öffentlich	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Gesamt	685.447		236.164		408.393		40.890	
Pflege und Betreuung	450.794	65,8	156.908	66,4	266.396	65,2	27.490	67,2
Soziale Betreuung	28.710	4,2	10.519	4,5	16.804	4,1	1.387	3,4
Betreuung § 87b SGB XI	27.864	4,1	10.013	4,2	16.193	4,0	1.658	4,1
Hauswirtschaftsbereich	114.642	16,7	35.749	15,1	71.701	17,6	7.192	17,6
Haustechnischer Betrieb	16.005	2,3	5.760	2,4	9.451	2,3	794	1,9
Verwaltung, etc.	36.418	5,3	13.338	5,7	21.136	5,2	1.944	4,8
Sonstiger Bereich	11.014	1,6	3.877	1,6	6.712	1,6	425	1,0

Quelle: Pflegestatistik 2013, eigene Berechnung.

Tabelle 16: Personal in stationären Pflegediensten nach Anzahl und Status

	Gesamt	Privat	Freigemeinnützig	Öffentlich
Fachkräfte	238.079	82.404	140.840	14.835
Hilfskräfte	447.368	153.760	267.553	26.055
Verhältnis	34,7 %	34,9 %	34,5 %	36,3 %

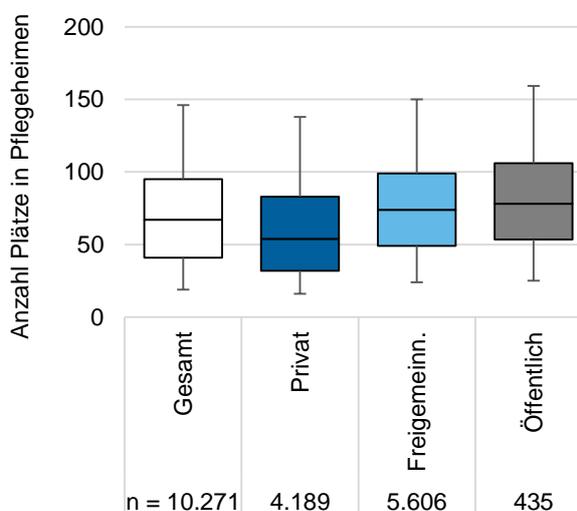
Eigene Berechnung und Darstellung; Quelle: Statistisches Bundesamt 2015.

Insgesamt weisen private Trägern eine bessere Personalausstattung (vor dem Hintergrund niedrigerer Pflegestufen), anteilig mehr Beschäftigte (Anzahl) in pflegenahen Bereichen sowie ein geringfügig besseres Verhältnis von Fach- und Hilfskräften auf als freigemeinnützigen Träger. Öffentliche Träger schneiden in den letzten beiden Qualitätskategorien besser ab.

6.3.3 Einrichtunggröße

Als letzter Indikator zur Pflegequalität wird die *Einrichtunggröße* betrachtet. Unter Qualitätsaspekten stehen hierbei mehr das Ergebnis und die Individualität im Vordergrund. Kleine und familiäre Einrichtungen bieten dem Pflegebedürftigen ein beschützteres Umfeld, als große anonymere Altenheime. In kleinen Einrichtungen kennt die Pflegedienstleitung alle Bewohner und die pflegerische Führung kann so eher den fachlichen Überblick behalten. Dies zahlt sich aus in der Wert-schätzung der Pflegedürftigen, die kleine

Abbildung 37: Boxplot Anzahl Plätze je Trägerschaft

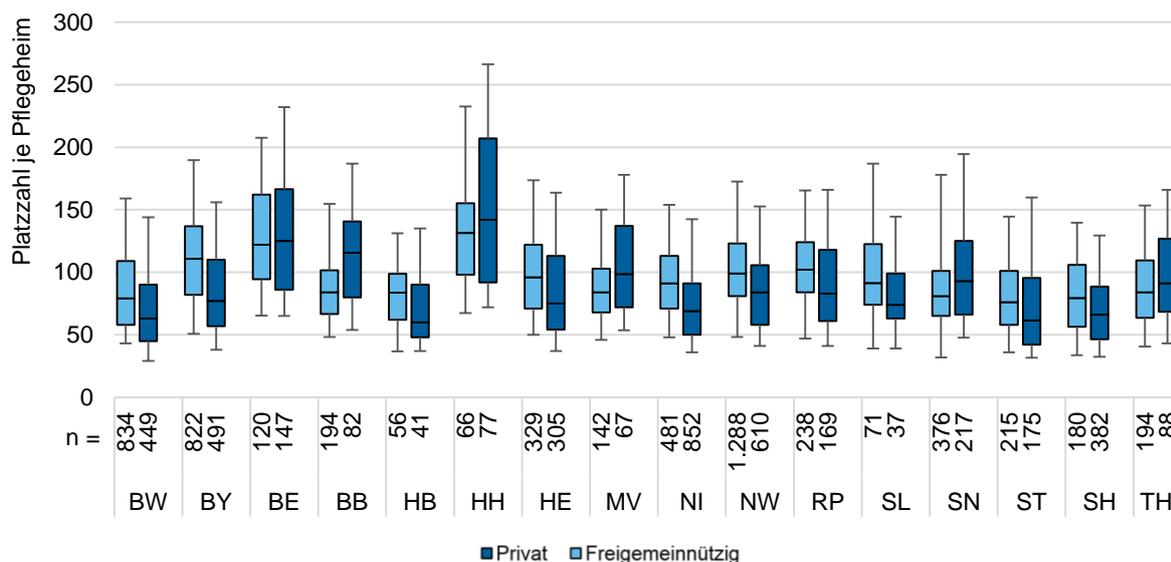


Eigene Berechnung und Darstellung; Quelle: vdek 2012.

Einrichtungen bevorzugen (bpa 2012; Lennartz und Kersel 2011: 40). Unterstrichen wird dies u. a. durch die steigende Anzahl an alternativen Versorgungsformen, wie z. B. dem Pflegeheim als Hausgemeinschaftsmodell oder den ambulant betreuten Wohngruppen (Michell-Auli und Sowinski 2012; Schulz-Nieswandt et al. 2012; Arend 2005).

Im Unterschied zu den ambulanten Anbietern dient bei den stationären Einrichtungen nicht die Anzahl an versorgten Kunden, sondern vielmehr die Anzahl an vorhandenen Plätzen als Hauptmaßzahl zur Kapazitätsmessung. Die Box in Abbildung 37 spiegelt hierbei die mittleren 50 % aller Einrichtungen wider. Mit den Antennen werden die mittleren 90 % der Einrichtungen eingeschlossen. Die Höhe der Box oder der Interquartilsabstand ist dabei bei allen Trägern nahezu gleich. Dabei ist zu erkennen, dass die privaten Häuser im Durchschnitt weniger Plätze vorhalten. Das arithmetische Mittel liegt bei 63 Plätzen (privat), 78 (freigemeinnützig) und 84 (öffentlich) (vdek 2012).

Abbildung 38: Plätze je Pflegeeinrichtung nach Bundesländern



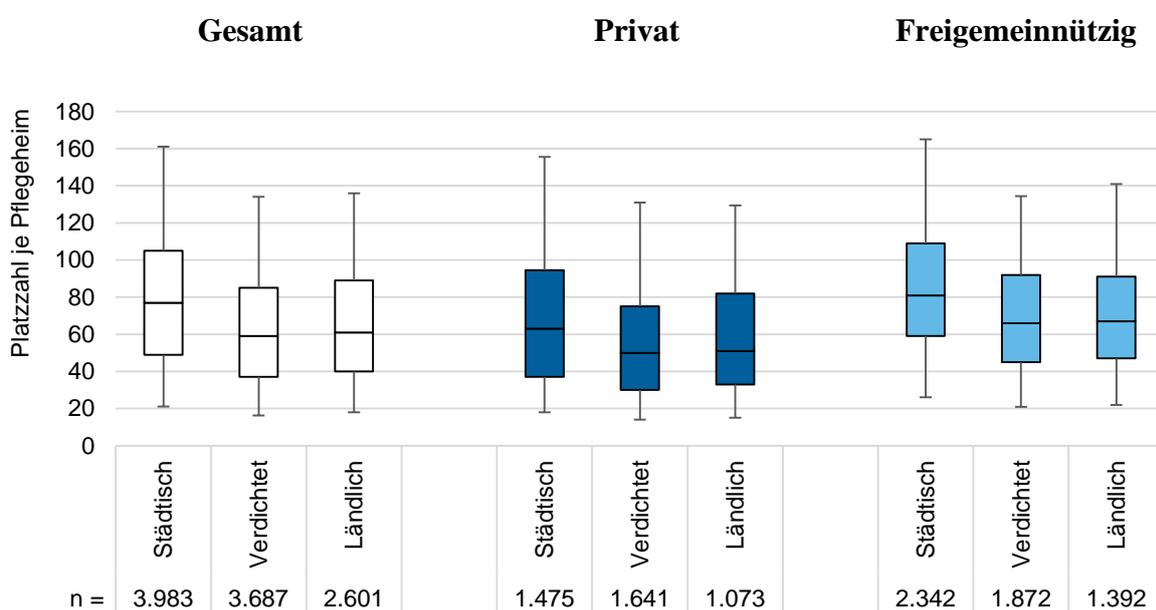
Eigene Berechnung und Darstellung; Quelle: vdek 2012.

Auf der Ebene von Bundesländern liegen unterschiedliche Verteilungen vor. Betrachtet man die Einrichtungsgröße von privaten und freigemeinnützigen Trägern anhand der Platzzahl sind in den Flächenstaaten Baden-Württemberg, Bayern Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen die kleineren Einrichtungen auf privater Seite zu finden (Abbildung 38). Mehr Plätze als freigemeinnützige Träger weisen die privaten in den beiden Stadtstaaten Berlin und Hamburg sowie in den neuen Bundesländern auf. Dies dürfte auf das Finanzierungsprogramm für die neuen Bundesländer aus dem Pflegeversicherungsgesetz zurückzuführen sein (Art. 52 PflegeVG). Bis ins Jahr 2004 wurden in diesem Rahmen über 3,5 Milliarden Euro für Neubauten

und Instandhaltungen investiert (BMG 2010). Auch private Träger haben in diesem Rahmen Förderungen erhalten und so aktiv in den Ausbau investiert. Hier wurden hauptsächlich große Einrichtungen geschaffen.

Wird die Größe der Einrichtungen nach Agglomerationstyp (städtisch, verdichtet, ländlich) (Abbildung 39) betrachtet, weisen private Träger in allen drei Agglomerationsräumen kleinere Platzzahlen in den Häusern auf. Im Unterschied zum Gesamtdurchschnitt sind vor allem die Einrichtungen in den verdichteten Regionen kleiner.

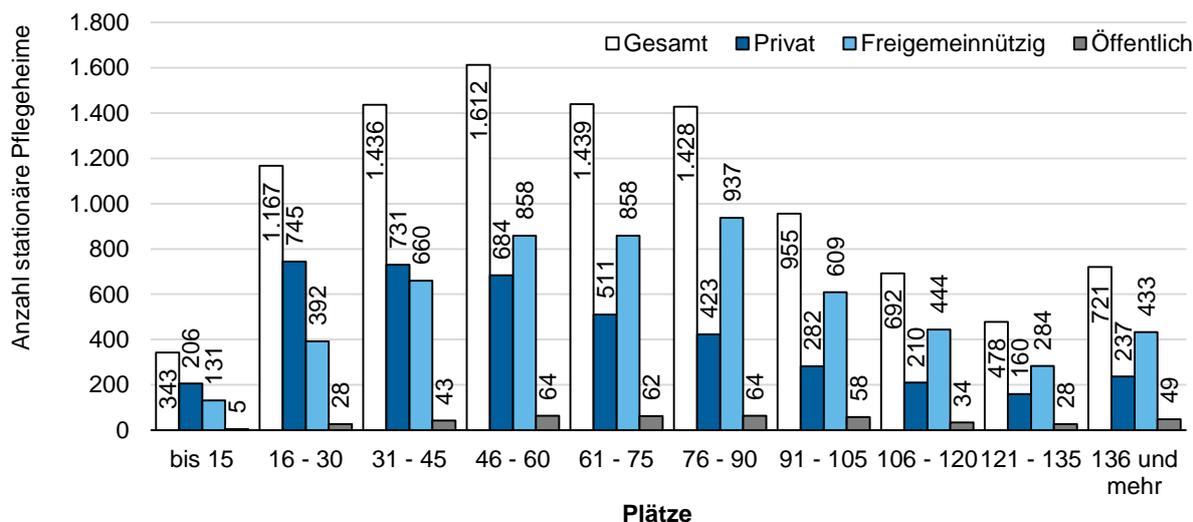
Abbildung 39: Boxplot Platzzahl (stationär) nach Trägerschaft & Agglomerationsräumen



Eigenen Berechnung und Darstellung; Quelle: vdek 2012.

Insgesamt betreiben private Anbieter kleinere stationäre Pflegeeinrichtungen. Der Markt für private Pflegeheime ist in sich jedoch sehr heterogen und weist sowohl viele kleine als auch sehr große Häuser auf (Augurzky et al. 2011). Für eine detaillierte Analyse sind die Einrichtungen deshalb in Abbildung 40 in insgesamt zehn Größenklassen eingeteilt. Hinsichtlich der absoluten Häufigkeit der Einrichtungen zeigt sich eine annähernde Normalverteilung. Der Modalwert liegt bei 46 bis 60 Plätzen auf (mit 1.612 Heimen in dieser Gruppe). Die Verteilungen der privaten und freigemeinnützigen Träger sind hierbei nach links bzw. rechts verschoben. Während die freigemeinnützigen Träger hauptsächlich Heime mit 46 bis 105 Plätzen, aber auch einige sehr große mit über 136 Plätzen betreiben, sind die privaten Anbieter eher im unteren Bereich mit Einrichtungen zwischen 30 und 60 Plätzen vertreten.

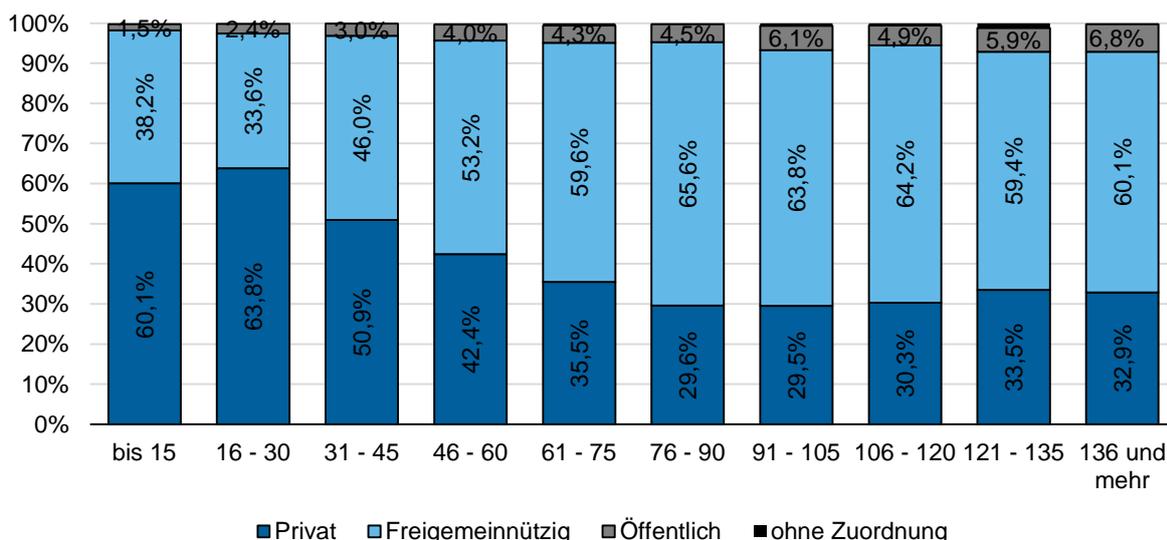
Abbildung 40: Anzahl stationärer Pflegeheime nach Trägerschaft in Größenklassen



Eigene Berechnung und Darstellung; Quelle: vdek 2012.

Wird für diese Größenklassen der jeweilige Marktanteil der Trägerschaften berechnet (Abbildung 41) ist gut zu erkennen, dass die privaten Träger bei den sehr kleinen Einrichtungen von unter 15 Plätzen und 16 bis 30 Plätzen einen Anteil von über 60 % aufweisen. Umgekehrt sind die freigemeinnützigen Träger bei den Einrichtungen ab einer Größenordnung von mehr als 60 Plätzen jeweils mit ca. 60 % vertreten.

Abbildung 41: Marktanteil der Träger je Größenklasse (stationär)



Eigenen Berechnung und Darstellung; Quelle: vdek 2012.

Festzuhalten bleibt somit, dass private Träger kleinere Einrichtungen betreiben. Bezogen auf die Pflegequalität – wie eingangs erläutert – kann hieraus ein individuelleres und familiäreres Umfeld für die versorgten Pflegebedürftigen abgeleitet werden. Im Sinne der Versorgung bieten die privaten Anbieter zumeist kleinere Einheiten und damit eine immer wichtiger werdende Angebotsform (bpa 2012; Lennartz und Kersel 2011: 40) an.

6.4 Preise privater Pflegeheime

Die Leistungen der Pflegeversicherung im Bereich der stationären Pflege sind durch das PfWG 2008 in Pflegestufe III schon dreimal angepasst worden und belaufen sich – nach einer neuerlichen Anpassung im Rahmen des Ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) – aktuell auf 1.612 Euro. Im Rahmen des PSG I ist zum 1.1.2015 auch eine Anpassung in Pflegestufe I und Pflegestufe II auf jetzt 1.064 Euro bzw. 1.330 Euro erfolgt. Diese Leistungen beziehen sich *ausschließlich* auf die Finanzierung der *Pflegekosten* im Heim. Die Gesamtkosten, die für einen Pflegeplatz in Einrichtungen der stationären Pflege anfallen („Gesamtheimentgelte“ nach § 87a SGB XI) liegen jedoch erheblich höher. Sie enthalten die *Pflegesätze*, also die Entgelte für stationäre Pflege- und Betreuungsleistungen des Pflegeheims, sowie die Kosten für *Unterkunft und Verpflegung* und die gesondert berechenbaren *Investitionskosten*,²³ die jeweils vom Pflegebedürftigen selbst getragen werden müssen (§ 82 Abs. 1 Nr. 2 bzw. Abs. 3 SGB XI).

In Tabelle 17 werden die aktuellen Entgeltsätze (2013) im Vergleich der unterschiedlichen Trägerarten dargestellt. Neben der Betrachtung der einzelnen Entgelte je Pflegestufe und für Unterkunft und Verpflegung wird ein Durchschnittspflegesatz (DPS) gebildet. Mit diesem ist eine Aussage über die gesamte Entgeltstruktur einer Einrichtung möglich. Gebildet wird der DPS aus der Summe der Entgelte der einzelnen Pflegestufen, jeweils gewichtet mit dem Anteil an Pflegebedürftigen der Stufe im entsprechenden Bundesland (Augurzky et al. 2007, Rothgang et al. 2012b). Sowohl beim DPS als auch bei den Pflegesätzen je Stufe wird das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung (U&V), mit einbezogen. Diese gemeinsame Betrachtung von Pflegeentgelt und Entgelt für U&V erfolgt, weil die Zurechnung von Leistungen zu den beiden Bereichen nicht immer in gleicher Art erfolgt, sondern Substitutionsmöglichkeiten vorhanden sind (Augurzky et al. 2007). Heimentgelte sind in der Regel daher besser vergleichbar, wenn die Summe aus Pflegesatz und den Hotelkosten betrachtet wird.

²³ Die den Bewohnern in Rechnung gestellten *Investitionskosten* bleiben bei der nachfolgenden Auswertung der Pflegestatistik unberücksichtigt, da sie in der Pflegestatistik nicht erhoben werden. Sie belaufen sich auf durchschnittlich ca. 11,57 Euro pro Tag (Augurzky et al. 2007: 25). Weiterhin werden *Zusatzleistungen* in Form von besonderen Komfortleistungen und die *Ausbildungsumlage* ebenfalls wegen fehlender Erfassung im Folgenden nicht berücksichtigt.

Tabelle 17: Pflegeentgelte nach Trägerschaft (2013)

Träger- schaft	Gesamtpflegesatz (inkl. Unterk. & Verpfl.)				Pflegesätze (separate Bestandteile)			
	DPS	PS I	PS II	PS III	PS I	PS II	PS III	UV
Gesamt	2.413 €	2.065 €	2.527 €	3.017 €	1.414 €	1.875 €	2.365 €	651 €
Privat	2.238 €	1.937 €	2.362 €	2.806 €	1.335 €	1.760 €	2.204 €	602 €
Freigemeinn.	2.511 €	2.132 €	2.616 €	3.135 €	1.450 €	1.934 €	2.453 €	682 €
Öffentlich	2.565 €	2.207 €	2.674 €	3.166 €	1.544 €	2.011 €	2.504 €	663 €

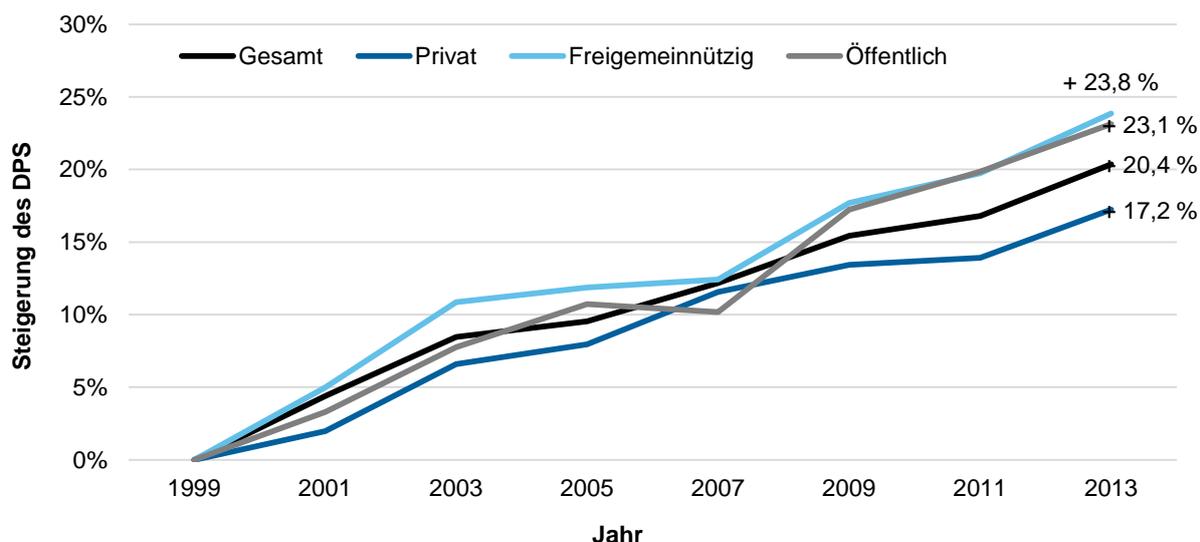
Eigene Berechnung; Quelle: Statistisches Bundesamt 2015.

Die privaten Träger weisen im Vergleich zu den anderen Anbietern die niedrigsten Pflegesätze auf, sowohl beim DPS als auch bei den einzelnen Pflegestufen (Tabelle 17). Die teuersten Träger sind die öffentlichen. Dort zahlen Pflegebedürftige im Durchschnitt 14,6 % (DPS) mehr. Auch beim Entgelt für Unterkunft und Verpflegung stellen die privaten Anbieter den geringsten Betrag in Rechnung. Hier liegt der Unterschied zu den teuersten Trägern (freigemeinnützig) etwas niedriger, bei durchschnittlich 13,3 %.

Zu berücksichtigen sind aber auch die Investitionskosten. Diese sollen von den Bundesländern durch Förderung von Einrichtungen (Objektförderung) oder Pflegebedürftigen (Subjektförderung) übernommen werden (§ 9 SGB XI), die Förderung wurde jedoch die letzten Jahre stark zurück gefahren (BMG 2011: 177 ff.). Erfolgt keine oder nur (Teil-)Förderung müssen die Investitionskosten ebenfalls von den Pflegebedürftigen übernommen werden (§ 82 Abs. 3 SGB XI). Aus den Daten aus dem „vdek-Pflegelotsen“ ergeben sich für Pflegebedürftige durchschnittlich zu tragende Investitionskostensätze je Monate von 462 Euro für private Häuser und 384 Euro für freigemeinnützige sowie 350 Euro für öffentliche (vdek 2012, eigene Berechnung). Trotz der höheren Investitionskostensätze weisen die privaten Anbieter im Durchschnitt damit das geringste Heimentgelt (Pflegesatz zuzüglich Entgelt für Unterkunft und Verpflegung zuzüglich Investitionskosten) von 2.700 Euro im Vergleich zu den freigemeinnützigen (2.895 Euro) und öffentlichen Anbietern (2.915 Euro) auf.

Bei der Entwicklung der Pflegeentgelte über die Jahre ist eine deutliche Steigerung zu erkennen. Der Durchschnittspflegesatz ist seit 1999 über alle Anbieter hinweg um 20,4 % gestiegen. Private Träger weisen wiederum eine leicht niedrigere Steigerungsrate von 17,2 % auf. Freigemeinnützige (+ 23,8 %) und öffentliche Träger (+ 23,1 %) weisen hingegen leicht höhere Steigerungen auf (Abbildung 42; Tabelle 18).

Abbildung 42: Entwicklung des DPS nach Trägerschaft (nominal)



Quellen: Statistisches Bundesamt 2015, 2013, 2011, 2009, 2007, 2005, 2003, 2001; eigene Berechnung und Darstellung.

Tabelle 18: Veränderung der Pflegesätze nach Trägerschaft (1999 bis 2013)

		DPS	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Unterk. & Ver.
Gesamtsteigerung 1999 - 2013	Gesamt	+ 20,4 %	+ 22,4 %	+ 23,4 %	+ 19,7 %	+ 19,1 %
	Privat	+ 17,2 %	+ 18,7 %	+ 20,6 %	+ 18,9 %	+ 16,5 %
	Freigemeinn.	+ 23,8 %	+ 25,6 %	+ 24,8 %	+ 22,3 %	+ 24,6 %
	Öffentlich	+ 23,1 %	+ 23,9 %	+ 24,8 %	+ 22,9 %	+ 21,1 %
Durchschnittliche jährliche Steigerung²⁴ 1999 - 2013	Gesamt	+ 1,3 %	+ 1,5 %	+ 1,5 %	+ 1,3 %	+ 1,3 %
	Privat	+ 1,1 %	+ 1,2 %	+ 1,3 %	+ 1,2 %	+ 1,1 %
	Freigemeinn.	+ 1,5 %	+ 1,6 %	+ 1,6 %	+ 1,4 %	+ 1,6 %
	Öffentlich	+ 1,5 %	+ 1,5 %	+ 1,6 %	+ 1,5 %	+ 1,4 %

Quellen: Statistisches Bundesamt 2015, 2013, 2011, 2009, 2007, 2005, 2003, 2001; eigene Berechnung.

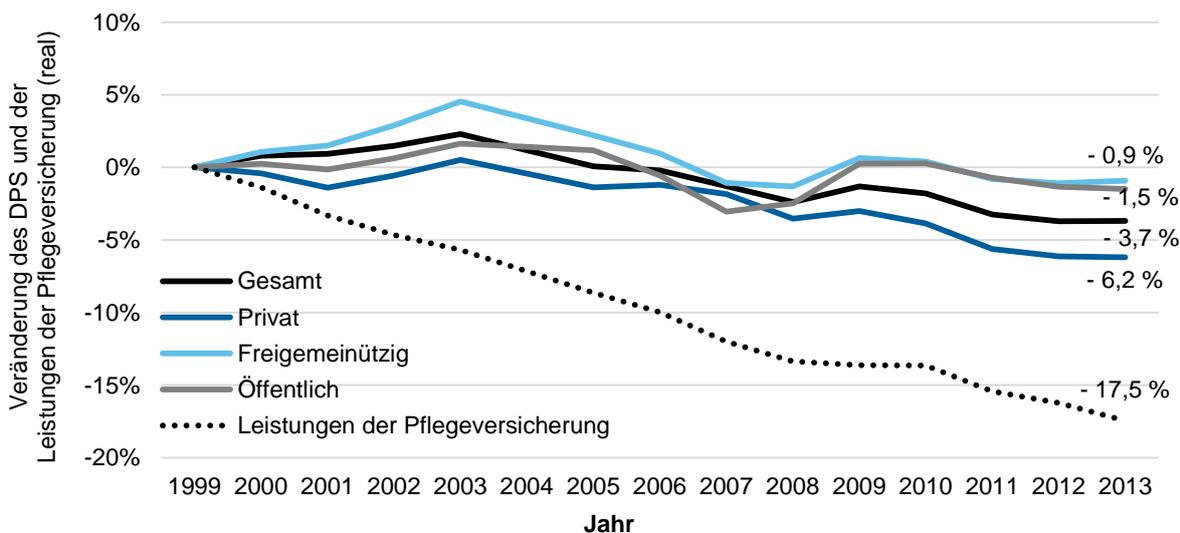
Die größten Steigerungen des Entgelts sind in Pflegestufe II zu verzeichnen. Die Steigerungsraten der privaten Träger liegen auch hier unter denen der anderen Träger. Besonders deutlich ist der Unterschied im Bereich Unterkunft und Verpflegung. Hier sind die Entgelte der privaten Träger im Betrachtungszeitraum um insgesamt 16,5 % bzw. um jährlich 1,1 % (geometrisches Mittel) gestiegen. Die freigemeinnützigen Träger (insgesamt: 24,6 % bzw. jährlich 1,6 %) und die öffentlichen Träger (insgesamt: 21,1 % bzw. jährlich 1,4 %) erzielen bei Weitem höhere Steigerungsraten.

Neben der rein nominalen Preisentwicklung ist jedoch auch die reale Entwicklung der Entgelte und der Leistung der Pflegeversicherung zu betrachten (Abbildung 43). Auf Basis des Verbraucherpreisindex (Statistisches Bundesamt 2014) wurden die Preise entsprechend bewertet

²⁴ Angegeben ist das geometrische Mittel.

und eine Entwicklung dargestellt. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind demnach seit 1999 real um 17,5 % gesunken. Die Pflegevergütung hat insgesamt 3,7 % verloren, wobei auch hier die privaten Träger (- 6,2 %) im Vergleich zu den freigemeinnützigen (- 0,9 %) und den öffentlichen (- 1,5 %) größere Einbußen verzeichnen mussten.

Abbildung 43: Entwicklung der Leistungen der Pflegeversicherung und des Durchschnittspflegesatzes (DPS) nach Trägerschaft (real)



Quellen: Statistisches Bundesamt § 43 SGB XI; 2015, 2014, 2013, 2011, 2009, 2007, 2005, 2003, 2001; eigene Berechnung und Darstellung.

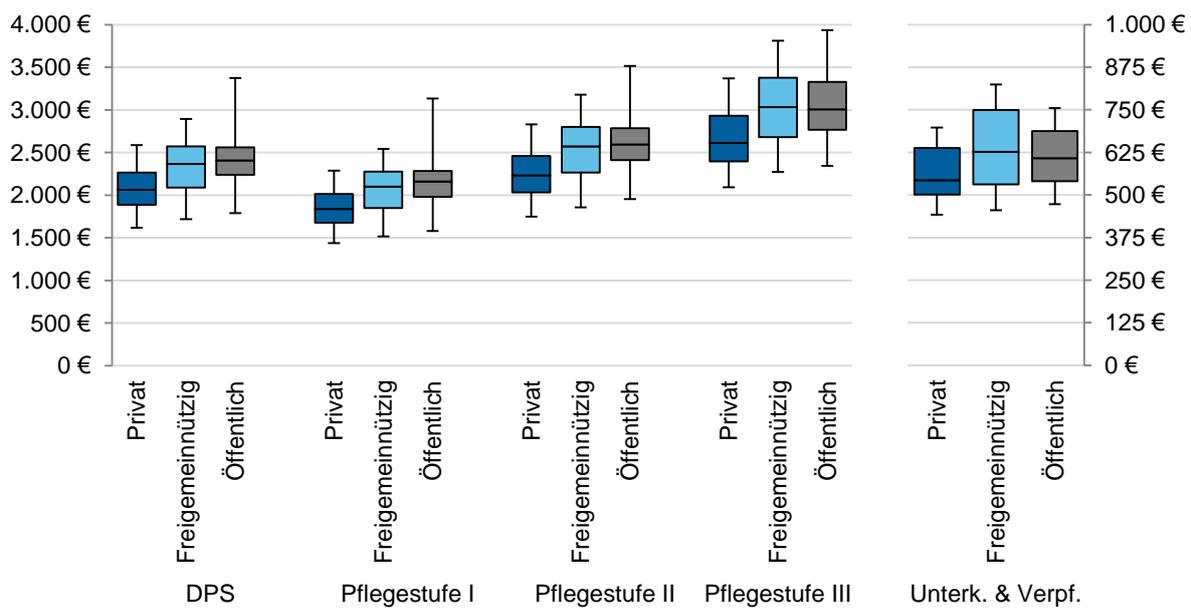
Die Pflegestatistik weist für die Pflegesätze und das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung auf Landes- und Bundesebene jeweils nur das arithmetische Mittel aus. Um die Streuung der Entgelte – auch im Trägervergleich – zu betrachten, ist es deshalb notwendig, auf andere Quellen, wie die Daten aus dem „vdek Pflegelotse“ zurückzugreifen. Bei der Darstellung der Entgelte je Trägerart (Abbildung 44), wird nach den drei Pflegestufen und dem Durchschnittspflegesatz (DPS) unterschieden.²⁵ Die Entgelte nach Trägerarten, werden jeweils in einem Boxplot dargestellt. Die Box beinhaltet die mittleren 50 % an Heimentgelten. Die sog. Whisker (Antennen nach oben und unten) stellen die Spannweite der mittleren 95 % der Heimentgelte in dem jeweiligen Bereich dar.

Wie schon bei den Durchschnittswerten für 2013 (Tabelle 17), zeigt auch Abbildung 44, dass die durchschnittlichen Entgelte für private Träger durchwegs niedriger sind als die der frei-

²⁵ Da keine Pflegestufenverteilung je Einrichtung vorliegt, wurde die Verteilung der Pflegestufen je Bundesland verwendet. Die Abweichung zwischen den Trägerarten ist so gering (siehe Abschnitt 6.5), so dass nur leichte Verzerrungen zu erwarten sein dürfen. Es kann so nicht der exakte DPS berechnet werden, jedoch eine gute Annäherung erzielt werden (so auch bei Rothgang et al. 2012b: 104 ff.).

gemeinnützigen und öffentlichen. Erkennbar ist die *Verteilung* zum einen an der höher liegenden Box und zum anderen an der Lage des Median (horizontaler Balken). Die öffentlichen Träger weisen im Vergleich zu den freigemeinnützigen zwar ein höheres arithmetisches Mittel auf (Tabelle 17), dieser Unterschied ist beim Median – der robuster gegenüber Ausreißern ist – geringer. Die Heimentgelte der freigemeinnützigen und öffentlichen Träger liegen demnach enger beieinander, als es das arithmetische Mittel vermuten lässt.

Abbildung 44: Boxplot der Pflegeentgelte nach Trägerschaft



Quellen: vdek 2012; eigene Berechnung und Darstellung.

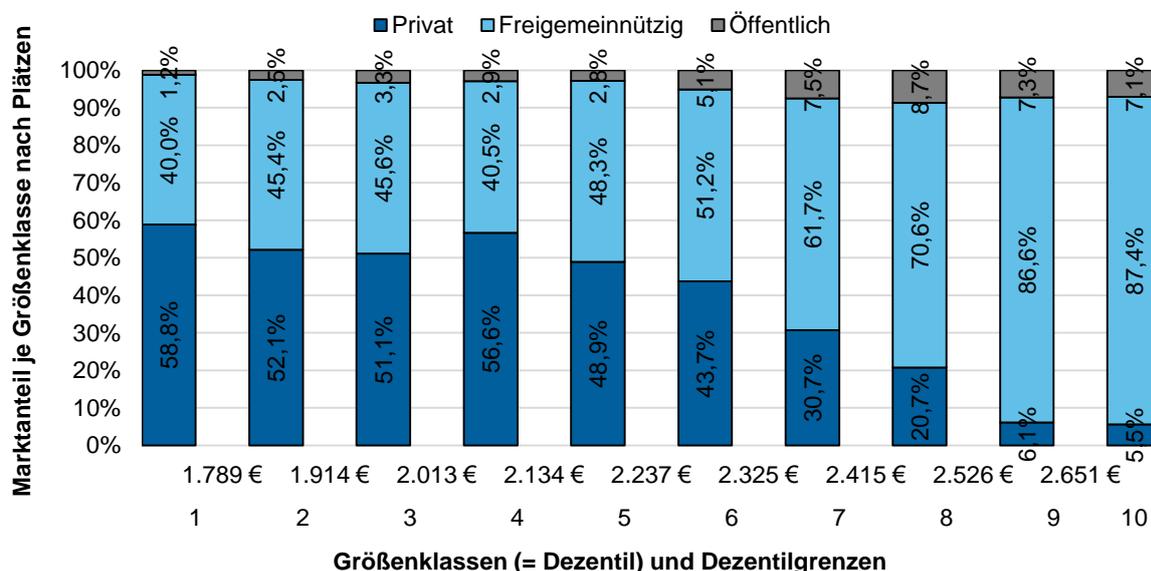
Die in Abbildung 44 dargestellte Spannweite vom jeweils niedrigsten Wert bis zum höchsten ist für alle Träger und Pflegestufen und auch im Durchschnittspflegesatz (DPS) sehr hoch. Dies ist zum Teil einigen Ausreißern geschuldet. Extreme Ausreißer sind vor allem nach oben zu finden, was am größeren Abstand des Maximalwerts von der Box im Vergleich zum niedrigsten Wert zu erkennen ist. Betrachtet man die eingezeichneten Antennen, welche die mittleren 95 % der Einrichtungsentgelte repräsentieren, zeigt sich dagegen eine deutlich geringere Spannweite. Der Interquartilsabstand (IQR) nimmt bei allen Trägern mit jeder Pflegestufe zu. Der allgemein größere IQR bei den freigemeinnützigen im Vergleich zu den öffentlichen Trägern kann mit dem größten Marktanteil und damit einer größeren Fallzahl erklärt werden. Private Träger weisen hingegen über alle Pflegestufen weit geringere Streuungen auf.

Analog zu dem DPS liegt auch das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung bei den privaten Trägern im Median mit 543 Euro niedriger als bei den beiden anderen Trägern (Abbildung

44). Die Gesamtspannweite von niedrigsten zum höchsten Wert fällt hier bei den privaten Trägern mit über 2.000 Euro am höchsten aus.

Um eine Aussage zu den Anteilen der einzelnen Trägerschaften bzgl. der Preisklasse zu treffen, wurde für jede Einrichtung ein Durchschnittspflegesatz (DPS) berechnet. Die Einrichtungen wurden dann gemäß diesen Wertes aufsteigend geordnet und schließlich anhand der Dezilswerte in zehn gleich stark besetzte Preisklassen (Dezile) eingeordnet. Für jedes dieser Dezile wurde schließlich der Marktanteil der einzelnen Trägerschaft auf Basis der Pflegeheimplätze berechnet. Abbildung 45 zeigt, dass in den fünf kleinsten Preisklassen der Anteil der Privaten relativ konstant zwischen 58,8 % und 48,9 % liegt. Je höher die Preisklasse jedoch wird, desto geringer wird der Marktanteil der Privaten. In der teuersten Preisklasse liegt dieser lediglich bei 5,5 % im Vergleich zu 87,4 % für die freigemeinnützigen Träger. Insgesamt ist deshalb festzustellen, dass bei steigenden Pflegeentgelten, hier gemessen am DPS, der Marktanteil der privaten Träger zurückgeht. Eine „Rosinenpickerei“ im Sinne einer Konzentration auf das Hochpreissegment ist demnach nicht ablesbar – ganz im Gegenteil.

Abbildung 45: Marktanteile nach Preisklassen des DPS je Trägerschaft



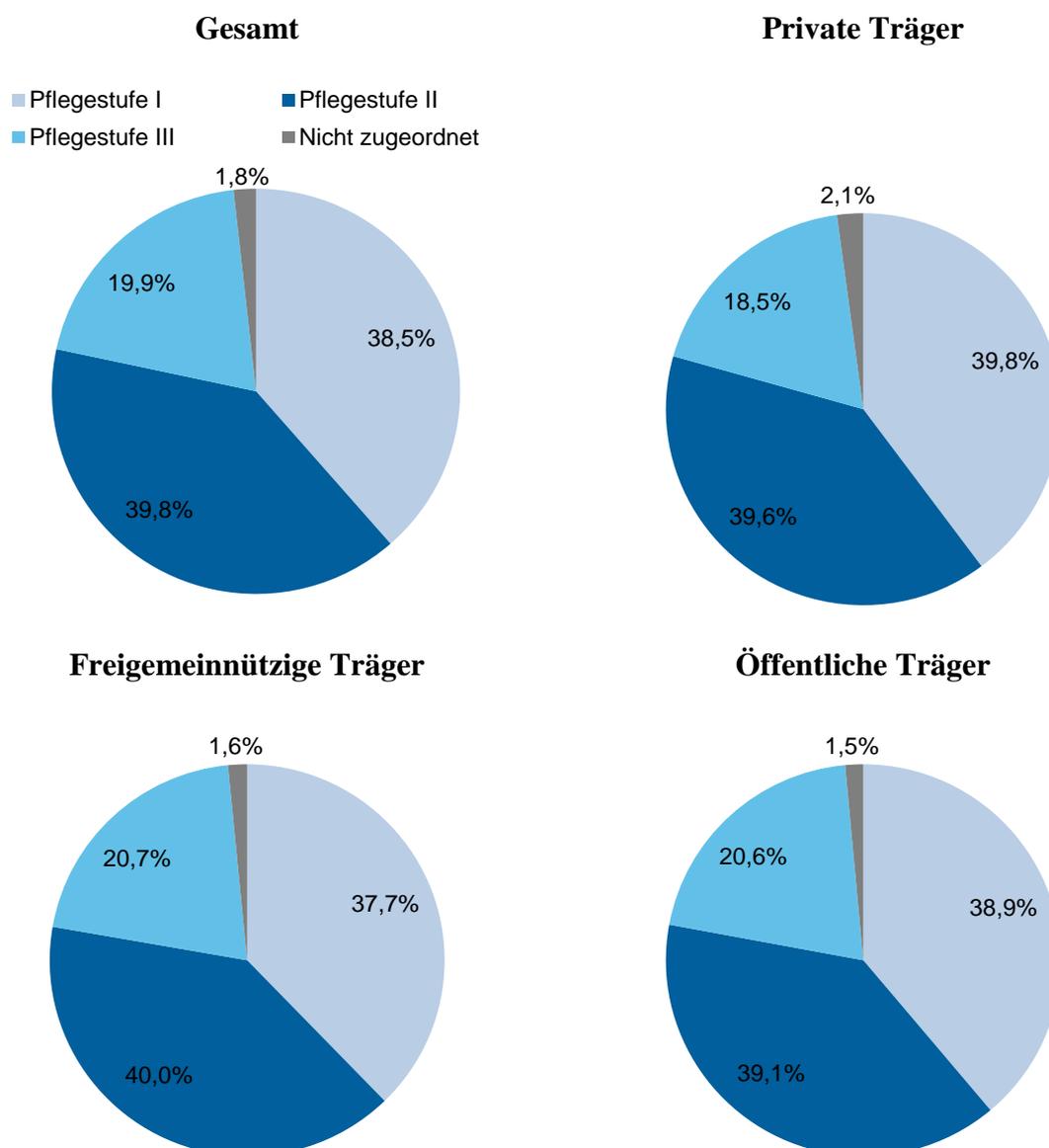
Eigene Berechnung; Quellen: vdek 2012; Statistisches Bundesamt 2011.

6.5 Pflegestufenstruktur der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen

Bei der Verteilung der Pflegebedürftigen nach Pflegeklassen (Abbildung 46) ist ein ähnliches Bild wie im ambulanten Bereich zu erkennen: die Anzahl der Pflegebedürftigen nimmt insge-

samt mit steigender Pflegestufe ab. Im Unterschied zum ambulanten Bereich, wird stationär jedoch ein größerer Teil Schwer- und Schwerstpflegebedürftiger (Stufe II und insbesondere Stufe III) versorgt. *Private Pflegeheime* unterscheiden sich insofern von privaten Pflegediensten, als hier der Anteil an Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen etwas niedriger ist als im gesamten Markt oder bei freigemeinnützigen Trägern. 18,5 % der Pflegebedürftigen sind bei privaten Trägern in Pflegestufe III eingestuft (insgesamt 19,9 %) und 39,8 % (insgesamt 38,5 %) in Stufe II.

Abbildung 46: Pflegestufenstruktur je Trägerschaft (2013)

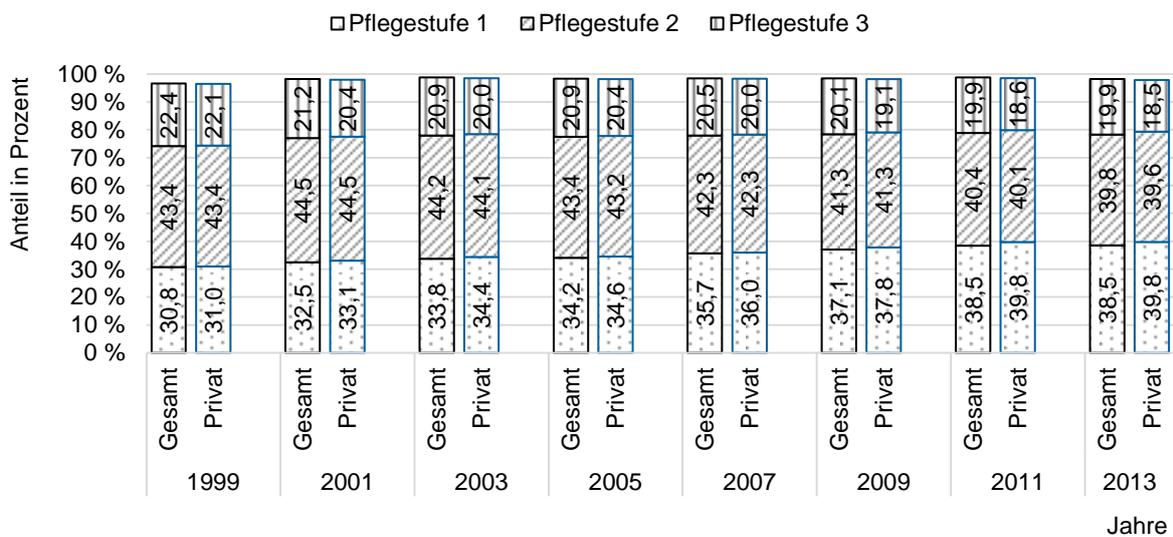


Eigene Berechnung und Darstellung; Quellen: Statistisches Bundesamt 2015.

Die Entwicklung über die Jahre zeigt, dass der allgemeine Trend zu einer Verschiebung in Richtung der niedrigeren Pflegestufen im Bereich der privaten Träger stärker ausgeprägt ist

(Abbildung 47). Lag der Unterschied zum gesamten Markt im Jahr 1999 noch bei 0,2 Prozentpunkten in Stufe I, bei keiner Abweichung in Stufe II sowie 0,3 Prozentpunkte Abweichung in Stufe III, liegt dieser im Jahr 2013 bei 1,3 Punkten (Stufe I), 0,2 Punkten (Stufe II) und 1,4 Punkten (Stufe III). Dennoch sind die Unterschiede zwischen privaten Trägern und dem Gesamtmarkt insgesamt auch im stationären Bereich so gering, dass nicht von einem relevanten systematischen Selektionseffekt gesprochen werden kann.

Abbildung 47: Entwicklung der Pflegestufenstruktur (Vergleich Privat und Gesamt)²⁶



Quellen: Statistisches Bundesamt 2015, 2013, 2011, 2009, 2007, 2005, 2003, 2001; eigene Berechnung und Darstellung.

²⁶ Die fehlenden Angaben zu 100 % entfallen auf die Pflegebedürftigen, welche noch keiner Pflegestufe zugeordnet wurden.

7 Fazit und Schlussfolgerung

In Bezug auf die eingangs genannten Fragestellungen kann mit der vorliegenden Expertise eine Einordnung der Rolle privater Anbieter in der Pflegeversorgung in Deutschland getroffen werden. Insbesondere lassen sich *fünf zentrale Ergebnisse* festhalten.

Marktentwicklung und Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung

Private Anbieter spielen eine zentrale Rolle in der Pflegeversorgung in Deutschland. Ihr Marktanteil liegt im ambulanten Bereich bei 50 % (in Bezug auf die versorgten Pflegebedürftigen) bzw. bei 64 % (in Bezug auf die Zahl der Dienste). Im stationären Bereich werden inzwischen etwa 38 % der Pflegebedürftigen in privaten Pflegeheimen versorgt, die 41 % aller Pflegeheime betreiben. Die Bedeutung sowohl der ambulanten Dienste als auch der stationären Einrichtungen in privater Trägerschaft hat dabei im Zeitverlauf kontinuierlich zugenommen. Von 1999 bis 2013 ist die Zahl der privaten Pflegedienste um 48 % gestiegen, während die die Zahl der freigemeinnützigen und öffentlichen Dienste um 13 % bzw. 14 % abgenommen hat. Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der Pflegeheime bei den privaten Trägern um 73 % und bei den gemeinnützigen um 41 % gestiegen, bei den öffentlichen dagegen um 18 % gesunken. Sowohl bezüglich der Anzahl an Einrichtungen als auch an Kunden/Plätzen und bei der Personalausstattung können die privaten Anbieter die größten Steigerungsraten verbuchen. Dieser Effekt ist im ambulanten Bereich noch etwas stärker ausgeprägt, als im stationären. Ambulant haben die Privaten insgesamt die Marktführerschaft übernommen. In allen Regierungsbezirken bis auf Oberfranken stellen die privaten Pflegedienste mindestens die Hälfte aller Dienste und außer in Baden-Württemberg, Bayern und Rheinland-Pfalz versorgen sie mehr Kunden als die freigemeinnützigen und öffentlichen Träger von Pflegediensten zusammen. Im stationären Bereich haben die Einrichtungen in privater Trägerschaft im Zeitraum von 1999 bis 2013 die Zahl der von ihnen versorgten Pflegebedürftigen um insgesamt 106 % erhöht. Bei den Freigemeinnützigen hat diese Zahl um 31 % zu- und bei den öffentlichen Trägern um 26 % abgenommen.

Größe der Einrichtungen und Dienste

Die Durchschnittsgröße eines privaten ambulanten Pflegedienstes liegt bei 31 – 60 versorgten Kunden gegenüber freigemeinnützigen Diensten mit 61 – 90 Kunden. Bei den Diensten ab 121 Kunden sind private Dienste deutlich unterrepräsentiert. Große Dienste mit 271 und mehr Kunden sind zu 80 % in freigemeinnütziger Trägerschaft. *Die Pflegeheime in privater Trägerschaft sind kleiner*, sie weisen im Durchschnitt deutlich weniger Plätze auf und versorgen

eine geringere Anzahl an pflegebedürftigen Menschen. Freigemeinnützige Träger betreiben hauptsächlich Heime mit 46 bis 105 Plätzen, private Träger hingegen 30 bis 60 Plätze. Ihr Anteil bei den Kleinstheimen 15 – 30 Plätze liegt bei 60 %.

Flächendeckung der privaten Pflegeheime und Dienste

Die *privaten Anbieter stellen eine flächendeckende Versorgung* zur Verfügung. Was die Verbreitung in ländlichen und städtischen Regionen angeht, sind die privaten Pflegedienste überall mehrheitlich vertreten, in den Städten noch etwas stärker als in ländlichen Gegenden. Auch in den ländlichen Gebieten liegt ihr Marktanteil (gemessen an der Zahl der Dienste) aber bei mehr als 60 %. Die Behauptung, private Pflegedienste seien auf dem Land nur wenig vertreten, ist somit unzutreffend. Bei den stationären Anbietern kann kein Fokus auf ländliche Regionen (günstiger Neubau) oder die Städte (potentiell mehr Kunden) gefunden werden. In ländlichen und verdichteten Regionen gibt es etwas mehr freigemeinnützige als private Pflegeheime. In der Stadt sind deutlich mehr freigemeinnützige als private Einrichtungen vorzufinden. Die Privaten weisen die höchsten Marktanteile in den Regionen mit Verstärkungsansätzen auf. Auch in den Städten und auf dem Land liegt der Marktanteil der privaten Heime an allen Heimen aber bei mehr als einem Drittel. In Bezug auf die Verteilung innerhalb von Deutschland ist ein sehr leichtes Gefälle zwischen dem Norden (mehr Private) und dem Süden (weniger Private) erkennbar.

Qualität

Hinsichtlich der Qualität der Versorgung ist festzustellen, dass *private Anbieter keine bessere oder schlechtere Qualität* in der Versorgung aufweisen. Ein Indikator für Qualität ist die Pflegenote entsprechend der Pflegekonzernvereinbarung – trotz teils erheblicher Kritik aufgrund methodischer Mängel. Private ambulante Dienste und auch private stationäre Einrichtungen erzielen minimal schlechtere Pflegenoten als freigemeinnützige Träger, die bei der Kritik des bestehenden Prüfungssystems und den ohnehin sehr guten Noten aber wenig ins Gewicht fallen. Im Vergleich zu den Pflegeheimen in öffentlicher Trägerschaft ist die Gesamt- und Bereichsnote im Landesdurchschnitt faktisch gleich. Werden Personalquoten als Merkmal der Strukturqualität herangezogen, ist bei privaten Anbietern hingegen eine etwas höhere Fachkraftquote sowie eine höhere Personalquote pro Pflegebedürftigen als bei freigemeinnützigen oder öffentlichen ambulanten Trägern festzustellen. In den privaten Pflegeheimen ist zudem anteilig mehr Personal in der „direkten Pflege“, also im Bereich Pflege und Betreuung (stationär), vorzufinden. Die Fachkraftquote ist im Vergleich geringfügig höher als bei freigemeinnützigen Trägern. Insgesamt weisen private Träger eine etwas bessere Personalausstat-

tung, anteilig mehr Beschäftigte (Anzahl) in pflegenahen Bereichen sowie ein geringfügig besseres Verhältnis von Fach- und Hilfskräften auf als freigemeinnützige Träger auf – im stationären Bereich vor dem Hintergrund niedrigerer Pflegestufen. Insgesamt ist die Qualität der Versorgung demnach nicht von der Trägerschaft, sondern von der Ausgestaltung der Versorgung in den einzelnen Einrichtungen abhängig.

Preisvergleich und Preisentwicklung im stationären Sektor

In privaten Pflegeheimen sind niedrigere Preise vorzufinden. Insbesondere das Entgelt für „Pflege- und Betreuungsleistungen“ sowie für „Unterkunft und Verpflegung“ liegt flächendeckend unter dem der anderen Anbieter. Die teuersten Anbieter sind die Träger öffentlicher Einrichtungen (Pflege- und Betreuungsleistungen). Je höher die Preisklasse ist, desto geringer ist der Marktanteil der Privaten. So liegt der Anteil privater Träger bei den 10 % billigsten Einrichtungen bei 59 %, bei den 10 % teuersten Heimen dagegen nur noch bei 6%. In Kombination mit den Investitionskosten schrumpft dieser Preisunterschied, private Anbieter weisen aber auch dann noch niedrigere Preise auf. Hinsichtlich der Investitionskosten ist zu berücksichtigen, dass die aktuellen zusätzlich in Rechnung gestellten Investitionskosten unmittelbarer Ausdruck der öffentlichen Investitionsförderung der Vergangenheit ist und diese vorrangig den gemeinnützigen und öffentlichen Trägern zugeflossen ist, die seinerzeit marktbeherrschend waren.

Neben der nominalen Preisentwicklung ist auch die reale Entwicklung der Entgelte und Leistungen der Pflegeversicherung zu betrachten. Bezogen auf den Verbraucherpreisindex (Statistisches Bundesamt 2014) sind die Leistungen der Pflegeversicherung von 1999 bis 2013 um 17,5 % gesunken. Die Vergütungen in der Heimpflege (Pflegevergütung zuzüglich Entgelt für Unterkunft und Verpflegung) sind real um 3,7 % zurückgegangen, wobei die privaten Träger mit -6,2 % die größten, freigemeinnützige Träger mit -0,9 % die geringsten Einbußen verzeichnen mussten. Zu den Preisunterschieden in der ambulanten Pflege sind – auf Grund der vielfältigen Differenzierungen im Vergütungssystem – keine validen Aussagen möglich.

Pflegestufenverteilung

Auch bezüglich der Pflegestufen der betreuten Pflegebedürftigen ist *kein „Rosinenpicken“ seitens der privaten Pflegeanbieter* zu erkennen. Bei der Pflegestufenstruktur der privaten Anbieter zeigt sich kein signifikanter Unterschied zu der Struktur anderer Anbieter.

Literatur

- Aigner, C. 2013: An der Seite des Kunden stehen. In: Häusliche Pflege (2), S. 20-25.
- Arend, S. 2005: Hausgemeinschaften. Vom Modellversuch zur Regelversorgung ; ein Praxisbericht. Hannover: Vincentz.
- Augurzky, B.; Borchert, L.; Deppisch, R.; Krolop, S.; Mennicken, R.; Preuss, M. et al. 2007: Gründe für die Höhe der Heimentgelte in den stationären Pflegeeinrichtungen in NRW. Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Endbericht. Hg. v. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI).
- Augurzky, B.; Mennicken, R. 2011: Faktenbuch Pflege - Die Bedeutung privater Anbieter im Pflegemarkt. Forschungsprojekt im Auftrag des Arbeitgeberverbandes Pflege. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI). Essen.
- Backhaus-Maul, H.; Olk, Th. 1994: Von Subsidiarität zu "outcontracting": Zum Wandel der Beziehungen zwischen Staat und Wohlfahrtsverbänden in der Sozialpolitik, in: Wolfgang Streeck (Hg.): Staat und Verbände, Sonderheft 25 der Politischen Vierteljahresschrift, Opladen: Westdeutscher Verlag, 100-135.
- BAGFW (Hrsg.) 2013: Schiedsspruch zur PTVS veröffentlicht – fachlich unfundierte Änderungsanträge fanden keine Mehrheit. Pressemitteilung vom 18.09.2013. Hrsg. v. Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (BAGFW). Im Internet: [http://www.bagfw.de/no_cache/spezielseiten/artikeldetail/article/qualitaetssicherung-pflege-1/?tx_ttnews\[pS\]=1382282336&tx_ttnews\[backPid\]=161&cHash=f887911123](http://www.bagfw.de/no_cache/spezielseiten/artikeldetail/article/qualitaetssicherung-pflege-1/?tx_ttnews[pS]=1382282336&tx_ttnews[backPid]=161&cHash=f887911123); Stand: 21.10.2013.
- BBSR (Hrsg.) 2012: INKAR. Indikatoren und Karten zur Raum- und Siedlungsentwicklung. Hrsg. V. Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBSR). CD-ROM. Bonn.
- BKK (Hrsg.) 2012: BKK PflegeFinder. Hrsg. v. BKK Bundesverband. <http://www.bkk-pflegefinder.de>.
- BMG (Hrsg.) 2010: Aufbau einer modernen Pflegeinfrastruktur in den neuen Bundesländern. Investitionsprogramm nach Art. 42 Pflege-Versicherungsgesetz. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Berlin.

- BMG (Hrsg.) 2011: V. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Hrsg. v. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Bonn.
- BMG (Hrsg.) 2015: Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen. Hrsg. v. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Online verfügbar unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger_Pflegestufen/1995-2014_Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Pflegestufen.pdf, zuletzt geprüft am 26.05.2015.
- Bonato, M. 2010: Gutachterliche Stellungnahme im Auftrag der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V. Kritik an der Methodik der Pflege-Transparenzberichte. Fachhochschule Münster. Münster.
- Bonato M. 2011: Zukunft Pflege: Qualitätsbericht statt "Pflege-TÜV". Konzept zur Messung und Darstellung der Pflegequalität auf wissenschaftlicher Basis. Abschlussbericht der Bonato-Kommission. Essen, Hannover.
- bpa (Hrsg.) 2012: Kleine Pflegeheime: In familiärer Umgebung gut versorgt. Pressemitteilung vom 07.05.2012. Hrsg. v. Bundesverband privater Anbieter Sozialer Dienste e. V. (bpa). Kiel. Online verfügbar unter http://www.bpa.de/uploads/media/bpa_PM_SH_Hospitation_in_Pflegeheim_red.pdf, zuletzt geprüft am 01.06.2015.
- Brühl, A.; Berger, B. 2011: Mit weniger Kriterien besser differenzieren: Warum bei der Messung von Qualität weniger mehr sein kann. In: Pflegewissenschaft (10), S. 525–534.
- Caritas (Hrsg.) 2015: Caritas fordert neues System zur Beurteilung von Qualität in der Pflege. Pressemitteilung vom 05.20.2015. Berlin. Im Internet: <http://www.caritas.de/fuerprofis/presse/pressemeldungen/caritas-fordert-neues-system-zur-beurtei>, Stand: 18.02.2015.
- Fachinger, U.; Rothgang, H.; Schneekloth, U. 1995: Resümee und Ausblick, in: Fachinger, U.; Rothgang, H. (Hrsg.): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin: Duncker & Humblot, 297-320.
- Crößmann, G.; Börner, K. 2005: Neue Wohn- und Betreuungsformen im heimrechtlichen Kontext. Hrsg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Berlin.

- Donabedian, A. 1966: Evaluating the quality of medical care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly XLIV (3), S. 166–206.
- Donabedian, A. 1980: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Engel, K. 2008: Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen. Die Anwendung des Resident Assessment Instruments RAI 2.0 als Qualitätsinstrument. Stuttgart.
- Faßmann, H. 1996: Institutionelle Hilfsangebote für ältere Menschen außerhalb der primären ambulanten und stationären medizinischen Versorgung. Eine Bestandsaufnahme, in: Farny, Dieter/Bornefeld, Peter/Zellenberg, Gertrud (Hg.): Lebenssituation älterer Menschen. Beschreibung und Prognose aus interdisziplinärer Sicht. Berlin: Duncker & Humblot: 299-329.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hrsg.) 2015a: Pflegestatistik - Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftige, Empfänger und Empfängerinnen von Pflegegeldleistungen. Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hrsg.) 2015b.: Gesundheitsausgabenrechnung. Zuletzt aktualisiert am 14.04.2015. www.gbe-bund.de
- GKV-Spitzenverband; Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene; Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe; Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (Hrsg.) 2008: Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege. Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS). 17. Dezember 2008.
- GKV-Spitzenverband; Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene; Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe; Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (Hrsg.). 2009: Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten. Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA). 29. Januar 2009.

- GKV-Spitzenverband; Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene; Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe; Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (Hrsg.) 2013: Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege. Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS). 17. Dezember 2008 in der Fassung vom 10.06.2013.
- Görres, S.; Hasseler, M.; Mittnacht, B. 2009: Gutachten zu den MDK-Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e.V. ipp Schriften 02. Universität Bremen. Institut für Public Health und Pflegeforschung (ipp).
- Hackmann, T; Moog, S. 2010: Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage. In: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 1, S. 113-137.
- Hasseler, M.; Wolf-Ostermann, K. 2010: Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich. Unter Mitarbeit von M. Nagel und S. Indefrey. Online verfügbar unter http://www.pflegenoten.de/upload/Pflegenoten_Endbericht_Berat_u__WB_2010_07_21_6961.pdf, zuletzt geprüft am 04.10.2012.
- Hoberg, R.; Klie, T.; Künzel, G. 2013: Strukturreform Pflege und Teilhabe. URL: http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Strukturreform_PFLEGE_TEILHABE_Langfassung.pdf (aktuell am 22.10.2013)
- Igl G. 2011: Intransparenter Wirrwarr bei den Transparenzberichten? In: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RsDE) (73), S. 47 ff.
- Johne, G. 1997: Qualitätssicherung und Wettbewerb bei Pflegeleistungen. Eine ökonomische Analyse der Anreizstrukturen unter alternativen institutionellen Bedingungen. Frankfurt: Campus.
- Kämmer, K.; Schlürmann, B. 2013: Pflegestufenmanagement: Mit gezieltem Controlling zum geplanten Umsatz. Hannover.
- Krug, W.; Reh, G. 1992: Pflegebedürftige in Heimen. Statistische Erhebungen und Ergebnisse. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Band 4 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer.

- Laumann K.-J. 2014: Pflegenoten gescheitert - mehr Transparenz für Verbraucher schaffen. Positionspapier des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung. Berlin. Im Internet: http://www.patientenbeauftragter.de/images/dokumente_version1/Positionspapier_Pflegenoten_a.pdf; Stand: 28.11.2014.
- Lennartz, P.; Kersel, H. 2011: Stationärer Pflegemarkt im Wandel. Gewinner und Verlierer 2020. Hg. v. Ernst & Young GmbH. Online verfügbar unter [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Pflegemarktstudie_2011/\\$FILE/Pflegemarktstudie%202011%20EY.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Pflegemarktstudie_2011/$FILE/Pflegemarktstudie%202011%20EY.pdf), zuletzt geprüft am 08.05.2012.
- Lutter, I. 1996: Die Pflegeversicherung aus sozialpolitischer Sicht, in: Farny, D.; Bornefeld, P.; Zellenberg, G. (Hrsg.): Lebenssituation älterer Menschen. Beschreibung und Prognose aus interdisziplinärer Sicht. Berlin: Duncker & Humblot: 347-358.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) 2014: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 113A Abs. 6 SGB XI. Essen.
- Michell-Auli, P.; Sowinski, C. 2012: Die 5. Generation: KDA-Quartiershäuser. Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen. Köln: KDA (Zukunft gestalten - Ansätze für die Praxis, 6).
- Panhorst, H.; Möller, J. 2013: Begleitforschung zur Umsetzung der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz. Abschlussbericht. Hamburger Fern Hochschule. Hamburg.
- Roth, G. 1999: Auflösung oder Konsolidierung korporatistischer Strukturen durch die Pflegeversicherung? In: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 5, S. 418-446.
- Rothgang, H. 1997: Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Band 7. Frankfurt: Campus
- Rothgang, H.; Kulik, D.; Müller, R.; Unger, R. 2009: GEK Pflegereport 2009. Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. Schwäbisch Gmünd (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 73).
- Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R. 2012a: Themenreport "Pflege 2030": Was ist zu erwarten - was ist zu tun? Vorabdruck. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.

- Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R.; Weiß, C.; Wolter, A. 2012b: BARMER GEK Pflegereport 2012. Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 17).
- Rothgang, H.; Müller, R. 2013: Ökonomische Expertise. Verlagerung der Finanzierungs-kompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung. URL: http://agp-freiburg.de/downloads/pflege- teilhabe/Reformpaket_Oekonomische_Expertise_Rothgang.pdf (aktuell am 22.10.2013)
- Rothgang, H.; Müller, R.; Mundhenk, R.; Unger, R. 2014: BARMER GEK Pflegereport 2014. Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 29).
- Scharfenberg E. 2015: Pflege-TÜV muss abgeschafft werden. Pressemitteilung vom 04.02.2015. Hrsg. v. Bündnis 90 Die Grünen - Bundestagsfraktion. Im Internet: https://www.gruene-bundestag.de/presse/pressemitteilungen/2015/februar/pflege-tuev- muss-abgeschafft-werden_ID_4394430.html, Stand: 17.02.2015.
- Schneekloth, U.; Müller, U. 1995: Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen" im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München: Infratest.
- Schulz-Nieswandt, F.; Köstler, U.; Langenhorst, F.; Marks, H. 2012: Neue Wohnformen im Alter. Wohngemeinschaften und Mehrgenerationenhäuser. Stuttgart.
- Spahn J. 2015: CDU-Experte nennt Pflege-TÜV "Desaster". Interview von Bohsem, G. am 04.02.2015. In: Süddeutsche Zeitung.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) 2010: Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2001: Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2003: Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2005: Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2007: Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2009: Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2011: Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2013: Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2013b: Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftige. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2014: Verbraucherpreise. Jahresdurchschnitte. Veränderungen zum Vorjahr. Wiesbaden. Online verfügbar.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2015: Pflegestatistik 2013: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Wiesbaden.
- Steffen, J. 2015: Sozialpolitische Chronik. Berlin. Online verfügbar unter <http://www.portal-sozialpolitik.de/uploads/sopo/pdf/Sozialpolitische-Chronik.pdf>, zuletzt geprüft am 15.04.2015.
- Sünderkamp, S.; Weiß, C.; Rothgang, H. 2014: Analyse der ambulanten und stationären Pflegenoten hinsichtlich der Nützlichkeit für den Verbraucher. In: Pflege 27 (5), S. 325–336.
- Thränhardt, D. 1981: Kommunaler Korporatismus. Deutsche Traditionen und moderne Tendenzen, in: Thränhardt, D.; Uppendahl, H. (Hrsg.): Alternativen lokaler Demokratie. Königstein/Ts.: 5-33.
- vdek (Hrsg.) 2012. vdek Pflegelotse. Hrsg. vom Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek). <http://www.pflegelotse.de>.
- vdek (Hrsg.) 2015: Daten Clearing Stelle (DCS) Pflege für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen. Online verfügbar:
<http://www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/DatenClearingStelle.html>;
Stand: 13.02.2015.
- Voges, W. 1997: Pflege alter Menschen als Beruf. Eine Einführung in die Soziologie sozialer Berufe. Augsburg: Maro Verlag.

Wingenfeld K., Kleina T., Franz S. 2011: Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).

Weiß, C.; Sünderkamp, S.; Rothgang, H. 2014: Strukturelle Einflüsse auf die Pflegenoten. Eine Analyse nach Anbietergröße, Trägerschaft und regionaler Lage. In: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung des Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) 83 (04), S. 87–105.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung Anzahl ambulante Pflegedienste (1999 – 2013)	12
Abbildung 2: Entwicklung Anzahl stationäre Pflegeheime (1999 – 2013)	13
Abbildung 3: Leistungsarten in der Sozialen Pflegeversicherung	19
Abbildung 4: Anzahl ambulante Pflegedienste nach Trägerschaft in Größenklassen	20
Abbildung 5: Marktanteil der verschiedenen Träger nach Kundenzahl	21
Abbildung 6: Boxplot Größe (Kunden) ambulante Pflegedienste je Trägerschaft.....	21
Abbildung 7: Kundenanzahl je Pflegedienst nach Bundesländern (private und freige- meinnützige Träger).....	22
Abbildung 8: Finanzierungsträger ambulanter Pflege 2013	23
Abbildung 9: Finanzierungsträger stationären Pflege 2013 ¹⁰	23
Abbildung 10: Ambulante Pflegedienste, Personal und Pflegebedürftige 2013 je Träger	26
Abbildung 11: Entwicklung der Anzahl ambulanter Pflegedienste (1999 – 2013)	27
Abbildung 12: Entwicklung Anzahl ambulant versorgter Pflegebedürftige nach Träger der Einrichtung (1999-2013)	28
Abbildung 13: Entwicklung der versorgten Pflegebedürftigen in ambulanten Pflege- diensten je Träger (1999-2013)	28
Abbildung 14: Personal (Anzahl) nach Tätigkeitsbereich und Träger (2013).....	29
Abbildung 15: Personalentwicklung (Anzahl) nach Trägerschaft.....	30
Abbildung 16: Personalentwicklung (Anzahl) in der Grundpflege nach Trägerschaft	30
Abbildung 17: Marktanteil der ambulanten Pflegedienste (Anzahl) je Bezirk.....	31
Abbildung 18: Marktanteil der ambulanten Pflegedienste nach Kundenzahl je Bezirk.....	32
Abbildung 20: Wachstumsraten und Marktanteil nach Kunden je Bezirk – private Pflegedienste.....	35
Abbildung 22: Marktanteil private Dienste nach klassierten regionalen Wachstumsraten	37
Abbildung 23: Anteil an Pflegebedürftigen je Pflegestufe und Trägerschaft 2013.....	42
Abbildung 24: Stationäre Pflegeheime, Personal und Pflegebedürftige 2013 je Träger	43
Abbildung 25: Entwicklung der Anzahl stationärer Pflegeheime (1999 – 2013).....	44
Abbildung 26: Entwicklung Anzahl stationär versorgter Pflegebedürftige nach Träger der Einrichtung (1999-2013)	45
Abbildung 27: Entwicklung der versorgten Pflegebedürftigen in stationären Pflegeheimen je Träger (1999-2013).....	45
Abbildung 28: Marktanteil stationärer Pflegeheime je Trägerschaft.....	46
Abbildung 29: Entwicklung Anzahl Personal in stationären Pflegeeinrichtungen.....	46

Abbildung 30: Entwicklung Personal in Vollzeitäquivalenten in stationären Pflegeeinrichtungen	47
Abbildung 31: Marktanteile nach Einrichtungszahl und Trägerschaft	49
Abbildung 32: Marktanteil nach Pflegeplätzen und Trägerschaft	50
Abbildung 33: Verteilung der stationären Pflegeheime auf die Agglomerationsräume.....	51
Abbildung 34: Wachstumsraten und Marktanteil nach Plätzen – private Pflegeheime.....	52
Abbildung 35: Marktanteil privater Pflegeheime nach Wachstumsraten	53
Abbildung 36: Marktanteil private Heime nach klassierten regionalen Wachstumsraten.....	53
Abbildung 37: Boxplot Anzahl Plätze je Trägerschaft	58
Abbildung 38: Plätze je Pflegeeinrichtung nach Bundesländern (privat und <u>FGM</u>)	59
Abbildung 39: Boxplot Platzzahl (stationär) nach Trägerschaft & Agglomerationsräumen.....	60
Abbildung 40: Anzahl stationärer Pflegeheime nach Trägerschaft in Größenklassen	61
Abbildung 41: Marktanteil der Träger je Größenklasse (stationär).....	61
Abbildung 42: Entwicklung des DPS nach Trägerschaft (nominal).....	64
Abbildung 43: Entwicklung der Leistungen der Pflegeversicherung und des Durchschnittspflegesatzes (DPS) nach Trägerschaft (real)	65
Abbildung 44: Boxplot der Pflegeentgelte nach Trägerschaft.....	66
Abbildung 45: Marktanteile nach Preisklassen des DPS je Trägerschaft.....	67
Abbildung 46: Pflegestufenstruktur je Trägerschaft (2013)	68
Abbildung 47: Entwicklung der Pflegestufenstruktur (Vergleich Privat und Gesamt)	69

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Kapazitätsentwicklung im ambulanten und stationären Sektor seit 1999	10
Tabelle 2:	Pflegeeinrichtungen nach Trägerschaft (in %)	16
Tabelle 3:	Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2011 und 2013	18
Tabelle 4:	Ausgabenentwicklung für pflegerische Leistungen 2003 und 2013.....	22
Tabelle 5:	Ausgabenentwicklung für pflegerische Leistungen 2003 und 2013.....	25
Tabelle 6:	Marktanteil privat versorgter Pflegebedürftige bzw. Kunden in Prozent.....	33
Tabelle 7:	Abweichung der Bereichsnoten vom Landesschnitt nach Trägerschaft.....	38
Tabelle 8:	Lineare Regression auf die Abweichung der Gesamtnote vom Landesdurchschnitt für den ambulanten Bereich (n = 11.146)	39
Tabelle 9:	Vollzeitäquivalentes Personal je Pflegebedürftigen/Kunden	40
Tabelle 10:	Anzahl Beschäftigte je Trägerschaft und Tätigkeitsbereich (2013)	40
Tabelle 11:	Personal in ambulanten Pflegediensten nach Anzahl und Status	41
Tabelle 12:	Abweichung der Pflegenoten vom Landesdurchschnitt – Pflegeheime	55
Tabelle 13:	Lineare Regression auf die Abweichung der Gesamtnote vom Landesdurchschnitt für den stationären Bereich (n = 10.150).....	56
Tabelle 14:	Vollzeitäquivalentes Personal je Pflegebedürftigen/Platz	57
Tabelle 15:	Anzahl Beschäftigte je Trägerschaft und Tätigkeitsbereich (2013)	58
Tabelle 16:	Personal in stationären Pflegediensten nach Anzahl und Status	58
Tabelle 17:	Pflegeentgelte nach Trägerschaft (2013)	63
Tabelle 18:	Veränderung der Pflegesätze nach Trägerschaft (1999 bis 2013).....	64

Anhang 1: Marktanteil privater Pflegedienste nach Kreisen

Bezirk	Kreis	Marktanteil private Pflegedienste in % nach ...	
		Anzahl der Kunden	Zahl der Dienste
Deutschland		50,8	66,8
Schleswig-Holstein		44,4	59,9
	Flensburg	14,3	28,6
	Kiel	32,1	51,4
	Lübeck	53,4	62,5
	Neumünster	55,0	55,6
	Dithmarschen	54,9	73,7
	Herzogtum Lauenburg	41,9	60,5
	Nordfriesland	31,8	43,3
	Ostholstein	58,4	64,7
	Pinneberg	41,6	61,9
	Plön	28,1	46,7
	Rendsburg-Eckernförde	43,0	56,3
	Schleswig-Flensburg	42,6	50,0
	Segeberg	57,2	74,1
	Steinburg	54,3	66,7
	Stormarn	60,3	80,0
Hamburg		75,5	81,0
Niedersachsen		50,3	68,7
	Braunschweig	51,7	71,0
	Braunschweig	76,4	88,9
	Salzgitter	55,6	75,0
	Wolfsburg	26,7	55,6
	Gifhorn	50,8	70,0
	Göttingen	41,0	63,9
	Goslar	50,8	63,2
	Helmstedt	29,2	61,1
	Northeim	70,9	80,6
	Osterode am Harz	31,6	63,6
	Peine	49,3	66,7
	Wolfenbüttel	49,6	64,7
	Hannover	56,6	71,7
	Region Hannover	65,8	77,8
	Diepholz	39,8	54,1
	Hamelnd-Pyrmont	63,5	72,7
	Hildesheim	50,1	74,1
	Holz Minden	63,6	69,2
	Nienburg (Weser)	33,3	61,1
	Schaumburg	40,6	62,5
	Lüneburg	52,1	69,3
	Celle	39,1	60,0
	Cuxhaven	51,9	69,4
	Harburg	52,3	75,0
	Lüchow-Dannenberg	41,4	77,8
	Lüneburg	48,9	74,1
	Osterholz	52,0	64,7
	Rotenburg (Wümme)	58,9	64,7
	Soltau-Fallingb.ostel	37,7	61,1
	Stade	56,4	72,2
	Uelzen	72,5	84,6
	Verden	61,9	64,7
	Weser-Ems	43,7	64,2
	Delmenhorst	49,0	62,5
	Emden	59,3	75,0
	Oldenburg (Oldenburg)	60,1	70,0
	Osnabrück	72,5	81,0
	Wilhelmshaven	44,6	60,0
	Ammerland	53,8	66,7

Bezirk	Kreis	Marktanteil private Pflegedienste in % nach ...	
		Anzahl der Kunden	Zahl der Dienste
	Aurich	40,9	74,4
	Cloppenburg	31,7	56,3
	Emsland	38,3	59,1
	Friesland	44,8	52,2
	Grafschaft Bentheim	24,7	47,4
	Leer	37,9	66,7
	Oldenburg	29,3	56,3
	Osnabrück	44,1	65,1
	Vechta	38,7	63,6
	Wesermarsch	68,5	57,1
	Wittmund	78,7	72,7
Bremen		56,5	70,8
	Bremen	58,6	71,1
	Bremerhaven	49,2	69,6
Nordrhein-Westfalen		56,4	68,5
	Düsseldorf	59,8	71,7
	Düsseldorf	82,0	88,8
	Duisburg	56,0	68,3
	Essen	48,8	69,1
	Krefeld	52,0	65,7
	Mönchengladbach	60,2	71,4
	Mülheim an der Ruhr	81,5	84,0
	Oberhausen	55,2	71,4
	Remscheid	66,6	78,6
	Solingen	60,5	69,2
	Wuppertal	69,4	77,4
	Kleve	38,2	59,5
	Mettmann	68,9	72,6
	Rhein-Kreis Neuss	51,3	58,5
	Viersen	46,3	56,7
	Wesel	55,3	63,5
Köln		60,8	69,7
	Bonn	43,6	50,0
	Köln	72,0	76,3
	Leverkusen	46,4	57,1
	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	69,1	71,9
	Düren	48,8	65,1
	Rhein-Erft-Kreis	67,6	75,0
	Euskirchen	46,1	65,6
	Heinsberg	60,1	69,0
	Oberbergischer Kreis	69,7	76,7
	Rheinisch-Bergischer Kreis	53,2	67,5
	Rhein-Sieg-Kreis	48,4	63,6
Münster		58,3	69,1
	Bottrop	60,9	72,2
	Gelsenkirchen	59,0	63,6
	Münster	55,8	65,2
	Borken	44,1	55,3
	Coesfeld	78,4	83,3
	Recklinghausen	66,4	79,5
	Steinfurt	53,0	61,9
	Warendorf	48,2	60,0
Detmold		41,1	57,1
	Bielefeld	41,0	59,5
	Gütersloh	33,6	51,1
	Herford	49,4	53,1
	Höxter	73,5	76,9
	Lippe	21,0	44,7
	Minden-Lübbecke	66,0	78,4
	Paderborn	20,2	34,8

Bezirk	Kreis	Marktanteil private Pflegedienste in % nach ...	
		Anzahl der Kunden	Zahl der Dienste
	Arnsberg	54,5	68,2
	Bochum	58,1	64,3
	Dortmund	71,9	77,2
	Hagen	68,0	82,8
	Hamm	64,6	69,2
	Herne	29,4	57,1
	Ennepe-Ruhr-Kreis	51,6	61,1
	Hochsauerlandkreis	39,8	46,2
	Märkischer Kreis	61,9	72,5
	Olpe	20,8	41,7
	Siegen-Wittgenstein	32,2	52,9
	Soest	32,2	62,5
	Unna	74,9	82,0
Hessen		56,4	73,0
	Darmstadt	58,9	75,7
	Darmstadt	59,6	65,0
	Frankfurt am Main	67,5	88,2
	Offenbach am Main	82,6	84,0
	Wiesbaden	80,5	87,8
	Bergstraße	46,9	69,8
	Darmstadt-Dieburg	44,4	58,6
	Groß-Gerau	47,2	65,0
	Hochtaunuskreis	43,4	62,5
	Main-Kinzig-Kreis	59,0	72,0
	Main-Taunus-Kreis	51,2	66,7
	Odenwaldkreis	78,1	76,9
	Offenbach	45,5	66,7
	Rheingau-Taunus-Kreis	61,6	75,9
	Wetteraukreis	52,3	64,7
	Gießen	46,5	65,0
	Gießen	48,8	61,1
	Lahn-Dill-Kreis	47,8	64,1
	Limburg-Weilburg	55,9	71,0
	Marburg-Biedenkopf	49,9	65,9
	Vogelsbergkreis	20,8	61,5
	Kassel	58,5	72,2
	Kassel	62,3	78,8
	Fulda	74,2	76,7
	Hersfeld-Rotenburg	63,9	53,3
	Kassel	53,6	63,6
	Schwalm-Eder-Kreis	62,4	78,3
	Waldeck-Frankenberg	31,6	55,0
	Werra-Meißner-Kreis	51,5	81,5
Rheinland-Pfalz		34,8	62,0
	Koblenz	42,3	66,7
	Koblenz	29,3	54,5
	Ahrweiler	35,1	66,7
	Altenkirchen (Westerwald)	47,1	53,8
	Bad Kreuznach	31,1	66,7
	Birkenfeld	78,3	83,3
	Cochem-Zell	44,2	50,0
	Mayen-Koblenz	23,2	55,0
	Neuwied	71,4	78,3
	Rhein-Hunsrück-Kreis	30,3	50,0
	Rhein-Lahn-Kreis	56,1	72,7
	Westerwaldkreis	57,2	79,2
	Trier	37,6	54,7
	Trier	31,7	44,4
	Bernkastel-Wittlich	46,9	69,2
	Eifelkreis Bitburg-Prüm	34,9	45,5

Bezirk	Kreis	Marktanteil private Pflegedienste in % nach ...	
		Anzahl der Kunden	Zahl der Dienste
	Vulkaneifel	29,2	50,0
	Trier-Saarburg	41,7	57,1
Rhein	Rheinhausen-Pfalz	28,8	59,9
	Frankenthal (Pfalz)	60,7	71,4
	Kaiserslautern	56,0	75,0
	Landau in der Pfalz	27,7	60,0
	Ludwigshafen am Rhein	38,6	63,6
	Mainz	49,8	66,7
	Neustadt an der Weinstraße	14,0	66,7
	Pirmasens	25,5	25,0
	Speyer	70,1	75,0
	Worms	18,2	33,3
	Zweibrücken	4,2	25,0
	Alzey-Worms	22,8	53,8
	Bad Dürkheim	12,5	45,5
	Donnersbergkreis	25,9	60,0
	Germersheim	20,6	66,7
	Kaiserslautern	16,2	40,0
	Kusel	12,8	40,0
	Südliche Weinstraße	18,2	50,0
	Rhein-Pfalz-Kreis	16,2	63,6
	Mainz-Bingen	66,1	83,3
	Südwestpfalz	14,6	40,0
Baden-Württemberg		30,3	57,1
	Stuttgart	22,6	52,9
	Stuttgart	39,4	78,1
	Böblingen	10,5	45,2
	Esslingen	21,9	51,1
	Göppingen	23,8	48,1
	Ludwigsburg	16,5	45,5
	Rems-Murr-Kreis	15,7	34,6
	Heilbronn	18,1	46,2
	Heilbronn	26,6	52,8
	Hohenlohekreis	6,9	22,2
	Schwäbisch Hall	13,9	46,7
	Main-Tauber-Kreis	35,1	50,0
	Heidenheim	36,2	58,3
	Ostalbkreis	13,8	48,1
Karlsruhe		38,6	62,0
	Baden-Baden	35,9	50,0
	Karlsruhe	78,5	88,9
	Karlsruhe	28,3	55,8
	Rastatt	29,1	45,5
	Heidelberg	26,4	54,5
	Mannheim	60,3	75,0
	Neckar-Odenwald-Kreis	22,7	56,3
	Rhein-Neckar-Kreis	41,3	70,2
	Pforzheim	44,8	66,7
	Calw	9,6	33,3
	Enzkreis	29,5	46,2
	Freudenstadt	26,9	52,9
Freiburg		32,4	57,1
	Freiburg im Breisgau	41,2	72,4
	Breisgau-Hochschwarzwald	29,1	61,5
	Emmendingen	44,6	62,5
	Ortenaukreis	32,6	55,6
	Rottweil	27,6	50,0
	Schwarzwald-Baar-Kreis	25,1	47,8
	Tuttlingen	44,5	60,0
	Konstanz	34,2	61,3

Bezirk	Kreis	Marktanteil private Pflegedienste in % nach ...	
		Anzahl der Kunden	Zahl der Dienste
	Lörrach	27,1	41,2
	Waldshut	18,0	46,2
Tübingen		30,0	56,5
	Reutlingen	16,5	44,0
	Tübingen	24,9	56,5
	Zollernalbkreis	23,7	66,7
	Ulm	34,9	56,3
	Alb-Donau-Kreis	43,6	58,8
	Biberach	42,6	50,0
	Bodenseekreis	35,6	68,4
	Ravensburg	40,4	60,6
	Sigmaringen	8,1	36,4
Bayern		40,8	61,7
	Oberbayern		
	Ingolstadt	52,1	70,4
	München	36,5	75,0
	München	60,7	77,0
	Rosenheim	34,0	50,0
	Altötting	57,5	70,0
	Berchtesgadener Land	20,4	45,5
	Bad Tölz-Wolfratshausen	20,4	45,5
	Bad Tölz-Wolfratshausen	58,6	82,4
	Dachau	57,3	69,2
	Ebersberg	36,9	50,0
	Eichstätt	9,5	37,5
	Erding	100,0	100,0
	Freising	55,4	70,6
	Fürstenfeldbruck	28,4	45,8
	Garmisch-Partenkirchen	74,4	86,7
	Landsberg am Lech	42,3	68,8
	Miesbach	36,6	68,8
	Mühldorf a.Inn	69,1	81,8
	München	53,2	61,9
	Neuburg-Schrobenhausen	45,7	76,9
	Pfaffenhofen a.d.Ilm	27,9	50,0
	Rosenheim	48,5	67,5
	Starnberg	57,0	56,0
	Traunstein	62,8	84,2
	Weilheim-Schongau	49,1	85,7
	Niederbayern	49,2	68,8
	Landshut	100,0	100,0
	Passau	30,1	66,7
	Straubing	58,1	57,1
	Deggendorf	61,0	76,2
	Freyung-Grafenau	42,9	60,0
	Kelheim	32,7	40,0
	Landshut	47,3	70,6
	Passau	63,3	77,3
	Regen	45,8	58,3
	Rottal-Inn	40,9	63,2
	Straubing-Bogen	73,2	77,8
	Dingolfing-Landau	34,8	72,7
	Oberpfalz	41,2	60,4
	Amberg	13,5	37,5
	Regensburg	50,8	78,9
	Weiden i.d.OPf.	7,9	16,7
	Amberg-Sulzbach	24,1	63,6
	Cham	73,4	70,0
	Neumarkt i.d.OPf.	14,8	66,7
	Neustadt a.d.Waldnaab	49,6	50,0
	Regensburg	50,9	70,0
	Schwandorf	42,0	61,9

Bezirk	Kreis	Marktanteil private Pflegedienste in % nach ...	
		Anzahl der Kunden	Zahl der Dienste
	Tirschenreuth	36,2	43,8
Oberfranken		29,7	48,9
	Bamberg	41,8	50,0
	Bayreuth	18,2	64,3
	Coburg	21,7	62,5
	Hof	35,7	50,0
	Bamberg	41,0	55,6
	Bayreuth	14,8	31,3
	Coburg	20,1	35,7
	Forchheim	23,4	41,7
	Hof	39,8	54,5
	Kronach	35,6	52,4
	Kulmbach	33,8	47,4
	Lichtenfels	24,3	44,4
	Wunsiedel i.Fichtelgebirge	31,8	50,0
Mittelfranken		29,6	50,4
	Ansbach	40,2	55,6
	Erlangen	8,1	28,6
	Fürth	43,4	73,3
	Nürnberg	45,9	69,0
	Schwabach	24,5	62,5
	Ansbach	9,5	20,7
	Erlangen-Höchstadt	27,6	33,3
	Fürth	36,2	43,8
	Nürnberger Land	10,9	36,4
	Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	15,6	50,0
	Roth	25,3	40,0
	Weißenburg-Gunzenhausen	18,6	40,0
Unterfranken		32,0	60,0
	Aschaffenburg	75,3	83,3
	Schweinfurt	26,7	55,6
	Würzburg	29,4	59,1
	Aschaffenburg	45,5	72,7
	Bad Kissingen	36,9	56,5
	Rhön-Grabfeld	37,1	64,3
	Haßberge	31,3	50,0
	Kitzingen	47,6	64,7
	Miltenberg	13,1	45,5
	Main-Spessart	26,1	52,9
	Schweinfurt	21,7	50,0
	Würzburg	16,6	55,6
Schwaben		40,9	60,1
	Augsburg	41,8	60,0
	Kaufbeuren	40,3	66,7
	Kempton (Allgäu)	43,5	53,8
	Memmingen	47,3	63,6
	Aichach-Friedberg	92,0	87,5
	Augsburg	51,4	68,2
	Dillingen a.d.Donau	7,8	40,0
	Günzburg	43,1	58,8
	Neu-Ulm	27,8	52,9
	Lindau (Bodensee)	52,9	66,7
	Ostallgäu	41,8	68,8
	Unterallgäu	80,1	85,7
	Donau-Ries	2,1	21,4
	Oberallgäu	15,8	37,5
Saarland		53,2	75,2
	Saarbrücken	48,6	65,7
	Merzig-Wadern	65,8	83,3
	Neunkirchen	45,2	75,0

Rothgang / Sünderkamp / Weiß: Die Rolle privater Anbieter in der Pflegeversorgung

Bezirk	Kreis	Marktanteil private Pflegedienste in % nach ...	
		Anzahl der Kunden	Zahl der Dienste
	Saarlouis	57,8	80,8
	Saarpfalz-Kreis	50,9	73,3
	St. Wendel	58,7	84,6
Berlin		71,4	76,4
Brandenburg		54,9	66,7
	Brandenburg an der Havel	45,0	62,5
	Cottbus	76,0	78,3
	Frankfurt (Oder)	35,4	57,1
	Potsdam	72,7	72,0
	Barnim	61,0	73,0
	Dahme-Spreewald	47,5	62,9
	Elbe-Elster	67,1	70,6
	Havelland	35,9	62,2
	Märkisch-Oderland	57,8	75,0
	Oberhavel	69,8	74,4
	Oberspreewald-Lausitz	29,8	47,8
	Oder-Spree	60,7	64,5
	Ostprignitz-Ruppin	51,9	63,9
	Potsdam-Mittelmark	62,2	71,8
	Prignitz	49,1	68,2
	Spree-Neiße	46,8	56,3
	Teltow-Fläming	43,5	59,4
	Uckermark	54,8	67,3
Mecklenburg-Vorpommern		53,0	57,9
	Kreisfreie Stadt Rostock	77,2	75,0
	Kreisfreie Stadt Schwerin	59,9	57,9
	Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	44,4	55,8
	Landkreis Rostock	58,4	62,4
	Landkreis Vorpommern-Rügen	58,9	64,8
	Landkreis Nordwestmecklenburg	50,4	54,8
	Landkreis Vorpommern-Greifswald	53,1	58,1
	Landkreis Ludwigslust-Parchim	43,9	44,1
Sachsen		59,7	72,6
	Chemnitz	59,2	72,7
	Chemnitz	60,6	76,0
	Erzgebirgskreis	55,6	69,3
	Mittelsachsen	58,8	72,7
	Vogtlandkreis	66,2	71,8
	Zwickau	58,1	75,2
	Dresden	56,4	70,0
	Dresden	76,7	81,3
	Bautzen	47,7	70,6
	Görlitz	46,7	58,3
	Meißen	49,0	66,1
	Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	58,3	70,0
	Leipzig	65,9	76,1
	Leipzig (kreisfreie Stadt)	70,6	81,7
	Leipzig (Landkreis)	57,2	71,2
	Nordsachsen	65,7	70,9
Sachsen-Anhalt		58,1	71,0
	Dessau-Roßlau	68,0	79,2
	Halle (Saale)	75,1	81,8
	Magdeburg	68,4	74,3
	Altmarkkreis Salzwedel	25,4	33,3
	Anhalt-Bitterfeld	55,2	68,2
	Börde	47,3	64,1
	Burgenlandkreis	53,5	72,7
	Harz	61,5	73,2
	Jerichower Land	43,3	52,6
	Mansfeld-Südharz	65,5	76,2

Rothgang / Sünderkamp / Weiß: Die Rolle privater Anbieter in der Pflegeversorgung

Bezirk	Kreis	Marktanteil private Pflegedienste in % nach ...	
		Anzahl der Kunden	Zahl der Dienste
	Saalekreis	71,0	76,8
	Salzlandkreis	40,0	57,8
	Stendal	44,5	64,3
	Wittenberg	61,3	77,4
Thüringen		50,3	61,1
	Erfurt	67,5	72,0
	Gera	76,1	65,0
	Jena	50,4	56,3
	Suhl	46,1	62,5
	Weimar	43,6	70,6
	Eisenach	52,1	62,5
	Eichsfeld	42,5	53,3
	Nordhausen	29,6	47,1
	Wartburgkreis	44,0	61,9
	Unstrut-Hainich-Kreis	74,0	70,0
	Kyffhäuserkreis	39,1	53,3
	Schmalkalden-Meiningen	33,2	52,0
	Gotha	47,6	70,8
	Sömmerda	38,5	53,8
	Hildburghausen	34,7	45,5
	Ilm-Kreis	48,4	50,0
	Weimarer Land	65,7	80,0
	Sonneberg	60,6	54,5
	Saalfeld-Rudolstadt	48,5	58,6
	Saale-Holzland-Kreis	41,7	57,1
	Saale-Orla-Kreis	40,4	60,0
	Greiz	72,1	74,3
	Altenburger Land	42,7	56,3

Quelle: BKK 2012; eigene Berechnung und Darstellung

Anhang 2: Marktanteil privater Pflegeheime nach Kreisen

Bezirk	Kreis	Marktanteil Private Heime in %	
		nach Anzahl der Heime	nach Plätzen
Deutschland		40,8	35,6
Schleswig-Holstein		65,1	60,6
	Flensburg	41,2	38,6
	Kiel	37,5	52,6
	Lübeck	40,0	41,6
	Neumünster	50,0	50,8
	Dithmarschen	66,7	58,4
	Herzogtum Lauenburg	81,7	78,1
	Nordfriesland	51,6	53,8
	Ostholstein	83,0	80,8
	Pinneberg	77,1	66,9
	Plön	50,0	44,2
	Rendsburg-Eckernförde	64,9	58,8
	Schleswig-Flensburg	54,1	47,1
	Segeberg	80,3	63,8
	Steinburg	60,0	55,1
	Stormarn	79,5	79,9
Hamburg		53,5	51,5
Niedersachsen		62,3	55,1
	Braunschweig	61,3	55,2
	Braunschweig	40,6	36,2
	Salzgitter	38,5	39,1
	Wolfsburg	9,1	8,3
	Gifhorn	50,0	37,0
	Göttingen	65,0	65,9
	Goslar	70,7	69,6
	Helmstedt	50,0	37,1
	Northeim	63,0	61,1
	Osterode am Harz	86,7	80,9
	Peine	79,2	74,0
	Wolfenbüttel	76,9	68,2
	Hannover	63,0	56,3
	Region Hannover	54,9	52,3
	Diepholz	67,5	58,0
	HamelN-Pyrmont	72,2	64,5
	Hildesheim	63,0	58,3
	Holz Minden	72,7	60,6
	Nienburg (Weser)	55,6	41,9
	Schaumburg	80,4	70,3
	Lüneburg	75,4	68,5
	Celle	86,2	82,7
	Cuxhaven	73,5	65,3
	Harburg	73,3	74,2
	Lüchow-Dannenberg	41,7	38,7
	Lüneburg	80,6	76,2
	Osterholz	80,0	72,8
	Rotenburg (Wümme)	75,9	72,4
	Soltau-Fallingb.ostel	66,7	56,9
	Stade	48,1	43,6
	Uelzen	85,2	78,1
	Verden	83,3	72,7
	Weser-Ems	49,9	41,8
	Delmenhorst	28,6	27,9
	Emden	62,5	53,0
	Oldenburg (Oldenburg)	37,5	35,1
	Osnabrück	17,6	13,9
	Wilhelmshaven	75,0	48,7
	Ammerland	73,3	60,8

Rothgang / Sünderkamp / Weiß: Die Rolle privater Anbieter in der Pflegeversorgung

Bezirk	Kreis	Marktanteil Private Heime in %	
		nach Anzahl der Heime	nach Plätzen
	Aurich	72,0	56,0
	Cloppenburg	47,8	43,9
	Emsland	33,3	31,1
	Friesland	52,9	38,7
	Grafschaft Bentheim	39,1	37,0
	Leer	68,0	57,0
	Oldenburg	52,0	39,8
	Osnabrück	34,5	34,8
	Vechta	52,9	44,3
	Wesermarsch	70,0	62,0
	Wittmund	66,7	65,6
Bremen		42,3	41,5
	Bremen	43,0	41,0
	Bremerhaven	36,4	44,8
Nordrhein-Westfalen		31,0	23,8
	Düsseldorf	17,4	14,1
	Düsseldorf	15,4	15,3
	Duisburg	17,5	13,5
	Essen	13,2	12,2
	Krefeld	8,0	7,8
	Mönchengladbach	19,4	12,4
	Mülheim an der Ruhr	13,3	13,5
	Oberhausen	26,3	15,7
	Remscheid	27,3	20,4
	Solingen	29,2	20,0
	Wuppertal	17,1	7,7
	Kleve	28,6	25,9
	Mettmann	18,2	17,0
	Rhein-Kreis Neuss	11,4	13,0
	Viersen	10,3	7,8
	Wesel	15,6	14,8
Köln		38,5	28,4
	Bonn	19,4	15,8
	Köln	12,8	10,1
	Leverkusen	0,0	0,0
	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	48,4	41,1
	Düren	53,7	41,5
	Rhein-Erft-Kreis	35,7	27,1
	Euskirchen	48,1	42,9
	Heinsberg	52,8	37,0
	Oberbergischer Kreis	51,0	37,8
	Rheinisch-Bergischer Kreis	46,2	28,1
	Rhein-Sieg-Kreis	47,5	38,7
Münster		27,5	23,2
	Bottrop	30,8	26,5
	Gelsenkirchen	20,0	22,7
	Münster	10,0	7,9
	Borken	24,3	16,3
	Coesfeld	39,3	30,1
	Recklinghausen	34,3	30,0
	Steinfurt	24,0	21,8
	Warendorf	31,3	21,0
Detmold		39,0	30,5
	Bielefeld	6,5	4,8
	Gütersloh	25,0	21,2
	Herford	39,3	34,4
	Höxter	36,4	24,4
	Lippe	49,1	38,2
	Minden-Lübbecke	59,1	53,1
	Paderborn	39,4	30,7

Bezirk	Kreis	Marktanteil Private Heime in %	
		nach Anzahl der Heime	nach Plätzen
Arnsberg		38,3	29,4
	Bochum	18,8	13,8
	Dortmund	33,3	29,0
	Hagen	21,1	24,0
	Hamm	52,4	34,7
	Herne	28,6	27,9
	Ennepe-Ruhr-Kreis	25,0	19,9
	Hochsauerlandkreis	38,2	32,3
	Märkischer Kreis	36,2	25,0
	Olpe	31,6	18,8
	Siegen-Wittgenstein	41,4	28,6
	Soest	62,0	50,9
	Unna	51,2	40,9
Hessen		46,5	42,1
Darmstadt		44,7	39,9
	Darmstadt	16,7	14,7
	Frankfurt am Main	25,6	24,7
	Offenbach am Main	20,0	15,9
	Wiesbaden	13,6	18,4
	Bergstraße	63,3	47,8
	Darmstadt-Dieburg	33,3	26,3
	Groß-Gerau	68,2	64,7
	Hochtaunuskreis	36,4	29,7
	Main-Kinzig-Kreis	51,4	46,1
	Main-Taunus-Kreis	23,1	34,8
	Odenwaldkreis	78,3	72,1
	Offenbach	50,0	39,5
	Rheingau-Taunus-Kreis	47,6	53,1
Wetteraukreis	59,4	57,7	
Gießen		52,2	47,4
	Gießen	31,8	30,7
	Lahn-Dill-Kreis	61,1	56,3
	Limburg-Weilburg	48,0	51,0
	Marburg-Biedenkopf	50,0	42,3
	Vogelsbergkreis	70,6	62,2
Kassel		46,4	44,0
	Kassel	25,0	18,8
	Fulda	36,7	44,4
	Hersfeld-Rotenburg	43,8	41,2
	Kassel	51,3	49,5
	Schwalm-Eder-Kreis	51,7	54,7
	Waldeck-Frankenberg	53,3	46,5
	Werra-Meißner-Kreis	58,3	50,2
Rheinland-Pfalz		40,1	35,1
Koblenz		39,9	34,9
	Koblenz	31,3	27,9
	Ahrweiler	57,9	57,3
	Altenkirchen (Westerwald)	42,9	37,1
	Bad Kreuznach	23,5	20,3
	Birkenfeld	53,8	46,2
	Cochem-Zell	50,0	48,7
	Mayen-Koblenz	26,1	16,4
	Neuwied	42,9	37,9
	Rhein-Hunsrück-Kreis	22,2	23,7
	Rhein-Lahn-Kreis	30,8	19,4
	Westerwaldkreis	50,0	50,3
	Trier		48,0
Trier		12,5	12,7
Berncastel-Wittlich		41,7	28,0
Eifelkreis Bitburg-Prüm		44,4	30,2

Bezirk	Kreis	Marktanteil Private Heime in %	
		nach Anzahl der Heime	nach Plätzen
	Vulkaneifel	81,8	78,1
	Trier-Saarburg	50,0	57,4
Rheinhessen-Pfalz		38,2	33,8
	Frankenthal (Pfalz)	50,0	55,4
	Kaiserslautern	30,0	31,6
	Landau in der Pfalz	0,0	0,0
	Ludwigshafen am Rhein	50,0	38,1
	Mainz	23,1	20,2
	Neustadt an der Weinstraße	0,0	0,0
	Pirmasens	16,7	6,8
	Speyer	50,0	46,0
	Worms	20,0	16,5
	Zweibrücken	0,0	0,0
	Alzey-Worms	70,0	54,5
	Bad Dürkheim	56,3	51,1
	Donnersbergkreis	36,4	21,0
	Germersheim	33,3	32,3
	Kaiserslautern	16,7	14,1
	Kusel	42,9	43,9
	Südliche Weinstraße	71,4	77,0
	Rhein-Pfalz-Kreis	38,5	38,9
	Mainz-Bingen	25,0	33,9
	Südwestpfalz	75,0	67,6
Baden-Württemberg		32,4	27,7
	Stuttgart	27,7	25,3
	Stuttgart	4,9	2,4
	Böblingen	0,0	0,0
	Esslingen	48,3	36,9
	Göppingen	25,0	28,2
	Ludwigsburg	19,5	23,2
	Rems-Murr-Kreis	33,9	30,6
	Heilbronn	35,7	36,0
	Heilbronn	45,5	47,6
	Hohenlohekreis	45,5	53,7
	Schwäbisch Hall	38,9	29,1
	Main-Tauber-Kreis	26,9	26,1
	Heidenheim	31,6	28,0
	Ostalbkreis	18,0	24,5
Karlsruhe		40,7	36,1
	Baden-Baden	30,8	19,4
	Karlsruhe	25,6	25,7
	Karlsruhe	41,3	46,4
	Rastatt	37,5	30,0
	Heidelberg	9,1	11,1
	Mannheim	16,0	14,7
	Neckar-Odenwald-Kreis	53,6	45,7
	Rhein-Neckar-Kreis	52,4	47,3
	Pforzheim	60,0	53,1
	Calw	34,6	31,4
	Enzkreis	26,1	23,8
	Freudenstadt	70,0	67,4
Freiburg		35,4	25,2
	Freiburg im Breisgau	13,6	9,1
	Breisgau-Hochschwarzwald	41,2	31,6
	Emmendingen	33,3	23,7
	Ortenaukreis	35,5	28,0
	Rottweil	28,6	21,5
	Schwarzwald-Baar-Kreis	42,3	30,7
	Tuttlingen	0,0	0,0
	Konstanz	47,4	33,0

Bezirk	Kreis	Marktanteil Private Heime in %	
		nach Anzahl der Heime	nach Plätzen
	Lörrach	16,0	9,3
	Waldshut	62,1	49,8
Tübingen		27,0	20,8
	Reutlingen	13,9	7,1
	Tübingen	17,6	12,7
	Zollernalbkreis	50,0	43,6
	Ulm	33,3	33,8
	Alb-Donau-Kreis	28,6	21,0
	Biberach	13,0	11,4
	Bodenseekreis	39,4	20,0
	Ravensburg	30,0	26,8
	Sigmaringen	15,8	17,3
Bayern		34,2	28,9
	Oberbayern	39,8	31,9
	Ingolstadt	33,3	26,5
	München	18,0	14,5
	Rosenheim	25,0	7,1
	Altötting	35,7	40,0
	Berchtesgadener Land	38,5	29,6
	Bad Tölz-Wolfratshausen	29,4	23,4
	Dachau	45,5	43,1
	Ebersberg	38,5	38,6
	Eichstätt	8,3	7,1
	Erding	70,0	50,8
	Freising	69,2	61,1
	Fürstentfeldbruck	31,3	29,5
	Garmisch-Partenkirchen	53,8	42,9
	Landsberg am Lech	22,2	8,0
	Miesbach	66,7	58,4
	Mühldorf a.Inn	62,5	63,9
	München	22,6	18,6
	Neuburg-Schrobenhausen	18,2	20,3
	Pfaffenhofen a.d.Ilm	50,0	56,3
	Rosenheim	72,5	64,5
	Starnberg	10,0	3,2
	Traunstein	50,0	38,6
	Weilheim-Schongau	21,4	12,5
	Niederbayern	39,2	31,8
	Landshut	22,2	23,8
	Passau	40,0	32,5
	Straubing	14,3	14,4
	Deggendorf	31,3	17,5
	Freyung-Grafenau	58,3	56,8
	Kelheim	45,5	35,8
	Landshut	33,3	32,9
	Passau	54,5	48,3
	Regen	64,3	49,1
	Rottal-Inn	38,9	35,0
	Straubing-Bogen	22,2	11,0
	Dingolfing-Landau	10,0	13,2
	Oberpfalz	38,1	33,7
	Amberg	14,3	14,1
	Regensburg	21,1	12,3
	Weiden i.d.OPf.	12,5	18,3
	Amberg-Sulzbach	47,6	48,9
	Cham	44,4	43,2
	Neumarkt i.d.OPf.	40,9	30,5
	Neustadt a.d.Waldnaab	50,0	44,6
	Regensburg	25,0	31,1
	Schwandorf	66,7	57,3

Bezirk	Kreis	Marktanteil Private Heime in %	
		nach Anzahl der Heime	nach Plätzen
	Tirschenreuth	20,0	18,7
Oberfranken		32,5	28,1
	Bamberg	22,2	18,8
	Bayreuth	25,0	15,4
	Coburg	12,5	2,3
	Hof	0,0	0,0
	Bamberg	45,8	48,8
	Bayreuth	57,9	50,0
	Coburg	33,3	34,8
	Forchheim	21,4	18,4
	Hof	35,0	39,3
	Kronach	30,0	15,7
	Kulmbach	10,0	6,4
	Lichtenfels	30,8	30,0
	Wunsiedel i.Fichtelgebirge	45,5	40,8
Mittelfranken		30,8	27,7
	Ansbach	50,0	48,6
	Erlangen	27,3	16,0
	Fürth	45,5	40,9
	Nürnberg	27,3	27,5
	Schwabach	14,3	6,7
	Ansbach	18,2	18,1
	Erlangen-Höchstadt	69,2	66,6
	Fürth	23,1	23,4
	Nürnberger Land	48,0	32,4
	Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	41,7	25,9
	Roth	12,5	5,6
	Weißenburg-Gunzenhausen	6,7	3,1
Unterfranken		32,0	28,9
	Aschaffenburg	42,9	28,1
	Schweinfurt	25,0	21,2
	Würzburg	11,1	9,8
	Aschaffenburg	73,3	58,6
	Bad Kissingen	28,0	14,7
	Rhön-Grabfeld	41,7	41,4
	Haßberge	36,4	37,9
	Kitzingen	30,0	33,4
	Miltenberg	28,6	23,3
	Main-Spessart	30,8	28,5
	Schweinfurt	23,1	21,6
	Würzburg	35,7	52,1
Schwaben		23,5	19,1
	Augsburg	16,7	19,8
	Kaufbeuren	20,0	2,7
	Kempten (Allgäu)	14,3	19,7
	Memmingen	0,0	0,0
	Aichach-Friedberg	26,7	28,9
	Augsburg	27,3	21,6
	Dillingen a.d.Donau	27,3	18,0
	Günzburg	0,0	0,0
	Neu-Ulm	33,3	29,2
	Lindau (Bodensee)	40,0	37,2
	Ostallgäu	37,5	18,4
	Unterallgäu	26,3	16,1
	Donau-Ries	8,3	10,5
	Oberallgäu	26,3	25,5
Saarland		30,7	30,1
	Saarbrücken	25,6	24,4
	Merzig-Wadern	35,0	27,4
	Neunkirchen	20,0	15,0

Rothgang / Sünderkamp / Weiß: Die Rolle privater Anbieter in der Pflegeversorgung

Bezirk	Kreis	Marktanteil Private Heime in %	
		nach Anzahl der Heime	nach Plätzen
	Saarlouis	16,7	16,0
	Saarpfalz-Kreis	38,9	40,1
	St. Wendel	41,7	35,8
Berlin		53,6	51,6
Brandenburg		28,8	30,0
	Brandenburg an der Havel	28,6	16,8
	Cottbus	53,8	53,4
	Frankfurt (Oder)	10,0	10,8
	Potsdam	35,7	43,4
	Barnim	33,3	42,1
	Dahme-Spreewald	33,3	29,4
	Elbe-Elster	9,1	5,5
	Havelland	26,7	27,6
	Märkisch-Oderland	29,2	37,6
	Oberhavel	21,1	30,5
	Oberspreewald-Lausitz	30,8	16,7
	Oder-Spree	27,8	29,5
	Ostprignitz-Ruppin	46,2	58,9
	Potsdam-Mittelmark	33,3	32,0
	Prignitz	27,3	26,7
	Spree-Neiße	23,5	18,1
	Teltow-Fläming	11,8	13,3
	Uckermark	28,6	22,7
Mecklenburg-Vorpommern		30,0	30,8
	Kreisfreie Stadt Rostock	33,3	37,6
	Kreisfreie Stadt Schwerin	33,3	47,1
	Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	21,1	27,8
	Landkreis Rostock	32,7	28,2
	Landkreis Vorpommern-Rügen	23,5	21,3
	Landkreis Nordwestmecklenburg	28,6	28,4
	Landkreis Vorpommern-Greifswald	37,0	42,6
	Landkreis Ludwigslust-Parchim	30,6	27,9
Sachsen		36,3	36,7
	Chemnitz	30,4	33,4
	Chemnitz	35,7	35,5
	Erzgebirgskreis	21,1	25,3
	Mittelsachsen	33,3	28,8
	Vogtlandkreis	26,1	32,3
	Zwickau	38,2	43,8
	Dresden	39,0	36,2
	Dresden	54,9	41,5
	Bautzen	25,5	17,9
	Görlitz	33,9	34,4
	Meißen	29,0	36,2
	Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	48,8	49,2
	Leipzig	42,3	43,3
	Leipzig (kreisfreie Stadt)	46,4	45,0
	Leipzig (Landkreis)	39,0	41,6
	Nordsachsen	39,4	40,9
Sachsen-Anhalt		43,9	40,0
	Dessau-Roßlau	46,2	43,6
	Halle (Saale)	51,2	37,3
	Magdeburg	32,1	38,1
	Altmarkkreis Salzwedel	57,1	51,8
	Anhalt-Bitterfeld	54,2	48,7
	Börde	47,1	46,4
	Burgenlandkreis	25,0	24,0
	Harz	45,3	42,0
	Jerichower Land	33,3	34,1
	Mansfeld-Südharz	32,1	27,7

Rothgang / Sünderkamp / Weiß: Die Rolle privater Anbieter in der Pflegeversorgung

Bezirk	Kreis	Marktanteil Private Heime in %	
		nach Anzahl der Heime	nach Plätzen
	Saalekreis	55,0	57,4
	Salzlandkreis	53,8	45,1
	Stendal	31,3	38,1
	Wittenberg	50,0	41,1
Thüringen		29,4	30,4
	Erfurt	42,1	46,3
	Gera	7,7	3,8
	Jena	45,5	28,4
	Suhl	25,0	13,9
	Weimar	18,2	32,0
	Eisenach	22,2	31,8
	Eichsfeld	20,0	9,5
	Nordhausen	11,8	18,4
	Wartburgkreis	26,7	27,0
	Unstrut-Hainich-Kreis	55,6	47,6
	Kyffhäuserkreis	7,7	15,0
	Schmalkalden-Meiningen	25,0	24,9
	Gotha	50,0	51,7
	Sömmerda	33,3	46,1
	Hildburghausen	44,4	33,4
	Ilm-Kreis	46,2	46,9
	Weimarer Land	33,3	34,2
	Sonneberg	20,0	33,5
	Saalfeld-Rudolstadt	36,8	32,5
	Saale-Holzland-Kreis	14,3	12,2
	Saale-Orla-Kreis	0,0	0,0
	Greiz	26,7	31,0
	Altenburger Land	30,8	31,3

Quelle: vdek 2012; eigene Berechnung und Darstellung



**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.**

Bundesgeschäftsstelle
Friedrichstraße 148
10117 Berlin

Telefon: +49 30 308788-60
Telefax: +49 30 308788-89

bund@bpa.de
www.bpa.de

bpa Arbeitgeberverband
Friedrichstraße 147
10117 Berlin