

Regulierung des Pflegemarktes: Räumliche Fehlentwicklungen werden verstärkt

Tobias Just · Franziska Plöbl

Online publiziert: 24. September 2020
© Der/die Autor(en) 2020

Zusammenfassung Angesichts der Alterung der deutschen Gesellschaft wird der Bedarf an Pflegedienstleistungen künftig zunehmen, und dies erzwingt, adäquate und bezahlbare Pflegekonzepte dort zu ermöglichen, wo der Bedarf entsteht. Drei idealtypische Pflegeheiminvestitionsbeispiele illustrieren, dass positive Projektgewinne in (sehr) zentralen Lagen schwerer zu erzielen sind als in der Peripherie. Dabei werden die Auswirkungen kritischer oder gesetzlich reglementierter Parameter, wie die maximale Heimgröße, auf die Rentabilität von Neubauvorhaben untersucht. Um diesen asymmetrisch wirkenden Anreizstrukturen entgegen zu wirken, könnte zum einen die Zugänglichkeit von Grundstücken in Ballungsräumen, z. B. durch städtebauliche oder erbbaurechtliche Verträge, erleichtert werden. Zum anderen könnten neben einheitlichen Mindeststandards die länderspezifischen Regelungen durch regionale Anpassungsfaktoren, zur Berücksichtigung der unterschiedlichen Preisniveaus für Bauland, flexibler ausgestaltet werden.

Schlüsselwörter Pflegeimmobilien · Bauland · Alterung · Investitionskosten

Regulation of the market for care properties: regional misallocation will be aggravated

Abstract Given the ageing society in Germany, the demand for care services will increase in the future, and this will force us to provide adequate and affordable care concepts where the demand arises. Three examples of typical care home develop-

Tobias Just (✉) · Franziska Plöbl
IREBS Universität Regensburg, Universitätsstraße 31, 93053 Regensburg, Deutschland
E-Mail: Tobias.Just@irebs.de

Franziska Plöbl
E-Mail: franziska.ploessl@irebs.de

ments serve to demonstrate that positive project profits are more difficult to achieve in (very) central locations than in peripheral locations. The impact of critical or legally regulated parameters, such as maximum home size, on the profitability of new construction projects is considered here. In order to counteract the asymmetry of these incentive structures, firstly the accessibility of land in urban areas could be facilitated, for example through urban planning or leasehold contracts. Secondly, in addition to uniform minimum standards, the country-specific regulations could be set up more flexible by implementing regional adjustment factors in order to reflect the different price levels for building land.

1 Einleitung

Die Lebenserwartung in Deutschland nimmt seit Jahrzehnten zu. Gemäß den jüngsten Periodensterbetafeln für die Jahre 2016/2018 beträgt die Lebenserwartung neugeborener Jungen 78,5 Jahre und jene für Mädchen 83,3 Jahre. Dies entspricht einem Zuwachs von sechs Jahren für Jungen und knapp viereinhalb Jahren für Frauen (Destatis 2019a). Seit 1900 haben die Menschen in Deutschland sogar rund 30 Jahre an durchschnittlicher Lebenszeit gewonnen – auch hier belief sich der Zuwachs für Männer auf etwas mehr und für Frauen auf etwas weniger (Destatis 2017). Da mit dem Alterungsprozess ebenso die Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit zunimmt, ist zu erwarten, dass in den kommenden Jahrzehnten der Bedarf an stationären und ambulanten Pflegeangeboten deutlich ausgebaut werden muss.

Hierbei gilt es jedoch zu beachten, dass in den letzten zwei Jahrzehnten viele deutsche Städte – insbesondere die Großstädte mit überregionaler Strahlkraft – durch Zuwanderung aus dem Ausland sowie durch Nettobinnenwanderung aus ländlichen Räumen stark gewachsen sind und dass die Umzugshäufigkeit im Alter sinkt. Konkret führte dies dazu, dass beispielsweise in München die Zahl der Einwohner von 1998 bis 2018 um rd. 25 % auf 1,5 Mio. anstieg. In Regensburg fiel das relative Bevölkerungswachstum in diesem Zeitraum ähnlich stark aus, und auch wenn für Berlin in der Zeit zwischen 1998 und 2018 nur ein Bevölkerungsanstieg um 7,5 %, also um etwa 300.000 Einwohner, in der offiziellen Statistik ausgewiesen wird, war der tatsächliche Anstieg der Einwohnerzahl stärker, denn im Zuge der Zensus-Volkszählung 2011 kam es insbesondere für Berlin zu einer erheblichen Anpassung der Einwohnerzahl (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2019; Bayerisches Landesamt für Statistik 2019).¹

Wenn also in den letzten Jahrzehnten viele Menschen in die Städte zogen und gleichzeitig die Umzugshäufigkeit im Alter sinkt (Just 2013), ist damit zu rechnen, dass künftig der stärkste absolute Anstieg an zusätzlichem Pflegebedarf in den Städten entstehen wird. Die daran gebundene Nachfrage kann nicht immer durch ambulante Pflegedienste gedeckt werden; gerade bei Personen mit intensivem Pfl-

¹ In Berlin sank die Zahl der Einwohner offiziell im Zuge der Zensus-Zählung um 170.000 Personen, für München wurden nach der Zählung 16.000 Personen zusätzlich ausgewiesen, für Regensburg lag die Veränderung bei unter 200 Einwohnern (Zensus 2011) (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2019; Bayerisches Landesamt für Statistik 2019).

gebedarf ist eine stationäre Betreuung häufig notwendig. Es ist also erforderlich, dass das Angebot an Pflegeheimplätzen mit dem Bedarf mitwachsen kann. Weil das Wachstum der Städte aber natürlich in erster Linie zu einem Mehrbedarf an Wohn- und Gewerbeflächen führt, entsteht in räumlich begrenzten Kernstädten Flächenkonkurrenz von Pflegeimmobilien zu allen anderen Nutzungsmöglichkeiten. Für Investoren sowie Betreiber von Pflegeimmobilien ist dies gleichbedeutend mit der Frage, ob in der aktuellen Situation starken urbanen Wachstums die Bereitstellung von Pflegeimmobilien überhaupt möglich ist.

In diesem Beitrag zeigen wir, dass für einen Projektentwickler im aktuellen Regulierungs- und Marktumfeld der Neubau eines Pflegeheims in einer Kernstadt unter plausiblen Annahmen ungünstiger ist als an einem peripheren Standort. Exemplarisch werden Standorte in Düsseldorf, Paderborn und Höxter verglichen. Es lässt sich zeigen, dass die starke Flächenkonkurrenz in den Ballungsräumen, die in einem sehr starken Anstieg der Bodenpreise mündete, ein Neubauprojekt für private Entwickler häufig nicht realisierbar macht. Neubauprojekte würden dann eher dort entstehen, wo mittelfristig die Nachfrage fehlt und seltener dort, wo die Nachfrage am stärksten ansteigen wird. Aus dieser Asymmetrie werden abschließend Handlungsmöglichkeiten für die Politik diskutiert.

2 Vorausberechnungen für den Bedarf an Pflegeplätzen

Pflegebedürftigkeit ist in hohem Maße altersabhängig. Die Wahrscheinlichkeit zum Pflegefall zu werden, verdoppelt sich nach dem 70. Lebensjahr in etwa alle fünf Jahre und stabilisiert sich erst jenseits der 90 auf sehr hohem Niveau. Männer werden etwas seltener zum Pflegefall als Frauen, was unter anderem auch durch die unterschiedlich hohen Lebenserwartungen bedingt ist – Männer sterben häufiger als Frauen, bevor sie das Alter mit hohen Pflegewahrscheinlichkeiten erreichen (vgl. Tab. 1).

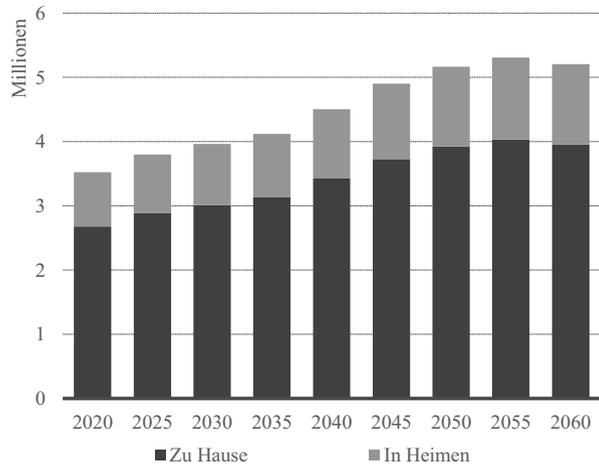
Diese Pflegewahrscheinlichkeiten waren in den letzten Jahren weitgehend konstant. Daher wird für die Vorausberechnungen der zukünftigen Pflegefallzahlen auch meistens von konstanten Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten ausgegangen. Schulz et al. (2001) sowie Just (2005) ermittelten, dass bis zum Jahr 2050 die Zahl der vollstationär zu behandelnden Pflegebedürftigen um über 900.000 Personen steigen wird; bis 2030 würde sich der Anstieg auf etwa die Hälfte belaufen (im Vergleich zum Referenzjahr 2001).

Abb. 1 zeigt die vorausberechneten Pflegefallzahlen für Deutschland auf der Grundlage der jüngsten Bevölkerungsvorausberechnung (Destatis 2019b) und den

Tab. 1 Pflegequoten nach Alter und Geschlecht. (Quelle: GBE, Destatis (2018))

Altersgruppen (Jahre)	Beide Geschlechter (%)	Männlich (%)	Weiblich (%)
Unter 75	1,4	1,5	1,4
75 bis 84	16,3	13,9	18,1
85 bis 90	44,5	35,6	49,3
Über 90	70,7	57,8	74,9

Abb. 1 Vorausberechnung der Pflegefallzahlen, in Mio. (Quelle: GBE, Destatis (2018), eigene Berechnungen)



aktuellen Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten (Destatis 2018). Demnach müssten im Jahr 2030 knapp 4 Mio. Menschen mit Pflegeleistungen versorgt werden, davon rund eine Million in stationären Einrichtungen. Simons (2019) ermittelt sogar einen Anstieg auf 4,1 Mio. Pflegebedürftige bis 2030; Kochskämpfer (2018) weist einen Anstieg auf vier Millionen Personen bis 2035 aus. Gemäß den Schätzungen von Simons (2019) müssten bis 2030 zwischen 157.000 und 293.000 zusätzliche Pflegeplätze geschaffen werden (zum Referenzjahr 2017). Jedes Jahr müssten dann zwischen 210 und 390 Heime neu erstellt werden, um diesen Zusatzbedarf aufzunehmen. Ersatzbedarfe wurden hierbei nicht einmal berücksichtigt.

Trotz der geringen Streuung der verschiedenen Vorausberechnungen sind diese Projektionen mit erheblichen Unsicherheiten behaftet. Erstens sind mögliche Gesetzesänderungen, z. B. zur Stärkung der ambulanten Pflege, nicht berücksichtigt. Auch die Definition für Pflegebedürftigkeit unterlag in der Vergangenheit bereits Veränderungen, z. B. wurde mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff verwendet, der insbesondere die altersbedingte Demenz besser berücksichtigt. Diese definitorischen Veränderungen sowie die angepassten Bevölkerungsvorausberechnungen sind letztlich die entscheidenden Faktoren dafür, dass die neueren Projektionen für die Pflegefallzahlen höher ausfallen als frühere Projektionen für das Jahr 2030.

Zweitens ist es durchaus plausibel, dass die höhere Lebenserwartung zukünftig auch mit niedrigeren Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten einhergeht (Just 2013). Da die Pflegewahrscheinlichkeit aber in den letzten Jahren weitgehend unverändert blieb, ist zu vermuten, dass der Effekt gesünderer Senioren erst nach 2030 zum Tragen käme.

Drittens veranschaulichen Blinkert und Gräf (2009), dass die Standardprojektionen implizit davon ausgehen, dass der starke Anstieg häuslicher Pflege auch weiterhin überwiegend durch Verwandte, also meistens Töchter und Lebenspartnerinnen, geleistet werden kann. Ein weiterer Anstieg der Frauenerwerbstätigkeit, bei kleineren Kohortengrößen der Pflegenden, könnte hier ein limitierender Faktor sein. Dies

könnte der ambulanten Pflege Grenzen setzen und die institutionelle Pflege in stationären Einrichtungen unterstützen. Insofern ist die Standardprojektion vielleicht sogar konservativ.²

Diese Nachfragezuwächse werden regional sehr ungleichmäßig erfolgen, da in den letzten Jahrzehnten insbesondere die Ballungsräume Zuwanderung aus dem In- und Ausland angezogen haben. Plöbl und Just (2020) sowie Simons (2019) illustrieren die regionalen Zuwächse und zeigen, dass gerade in den Großstädten, gemessen an den zu erwartenden Nachfragezuwächsen, relativ wenig neue stationäre Pflegeeinrichtungen fertig werden. Dies legt die Vermutung nahe, dass das aktuelle Refinanzierungsumfeld für eine Pflegeimmobilie eine private Investition innerhalb eines Ballungsraumes für den Projektentwickler weniger attraktiv macht als eine Projektentwicklung außerhalb der Ballungsräume, wo jedoch später mit weniger Nachfrage gerechnet werden muss. Daher wird im folgenden Kapitel die Kostenstruktur für Pflegeimmobilien skizziert, um darauf aufbauend zu zeigen, welche Parameterveränderungen mehr private Investitionstätigkeiten in Ballungsräumen bewirken könnten.

3 Kostenentwicklung für Pflegeimmobilien

Die Kosten eines Pflegeheims werden durch die Lage (Grundstückskosten und Baukosten), bedingt durch das regulatorische Umfeld gemäß unterschiedlicher Länderregelungen, und den Kosten für den Betrieb der Immobilie bestimmt. Für einen Pflegeheimplatz werden zwischen 40 und 53 m² Nutzungsfläche (NUF) veranschlagt. Es werden in der Regel etwa 20 bis 25 Betten zu einer Station zusammengefasst und gemeinsame Funktionsräume umfassen neben den Empfangs- und Verwaltungsräumen natürlich Therapie-, Personal-, Sanitär- und Lagerräume sowie Pflegebäder, Speiseräume und eine Küche. Außerdem muss ein Pflegeheim über eine vorgeschriebene Mindestfreifläche und Parkmöglichkeiten verfügen. Die meisten dieser konkreten Ausgestaltungen richten sich ausschließlich nach Vorgaben auf Ebene der einzelnen Bundesländer (HypZert 2018).

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten, also die direkten gebäuderelevanten Kosten, werden durch die Bewohner, deren Angehörige und wo dies nicht möglich ist, durch die Sozialhilfeträger getragen. Die reinen Pflegekosten werden durch die Pflegekasse abgedeckt (§ 82 SGB XI; vgl. Tab. 2).

Die Kosten für den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken fallen im Eigentumsmodell nicht unter die Investitionskosten, weil das Grundstück durch die Nutzung nicht abwertet. Doch gerade dies erschwert die Refinanzierung von zentral und quartiersnah gelegenen Pflegeheimen, da dort die Bodenpreise in den letzten Jahren überdurchschnittlich stark gestiegen sind.

² Blinkert und Gräf (2009) weisen in ihrem Szenario „mit Angebotsbeschränkungen“, in dem also zusätzliche Nachfrage nach heimischer Pflege nicht einfach durch Töchter und Ehefrauen geleistet werden kann, einen zusätzlichen Bedarf von über einer Million Pflegeheimplätzen bis zum Jahr 2050 aus (Referenzjahr 2007). Dies entspräche einer Verdoppelung der Nachfrage nach stationärer Pflege. Gemäß deren spezifischen Parametersetzung könnte dieser Effekt sogar das Segment der stationären Pflege deutlich wachsen lassen, wenn die nächste Seniorenkohorte deutlich gesünder altern würde als die heutige.

Tab. 2 Kostenstruktur eines Pflegeheimbetriebes. (Quelle: CBRE GmbH/CURACON GmbH (2018))

	Unterkunft und Verpflegung	Pflege	Investitionskosten
<i>Kostenarten</i>			
	Heizkosten	Pflegeleistungen und Materialien	Baukosten, Ausstattung
	Wasser und Strom	Betreuung	Instandhaltung, Instandsetzung, Sanierung, Modernisierung
	Hauswirtschaft, Reinigung	Ärztliche Leistungen und Medikamente	Finanzierungskosten, Verzinsung, Eigenkapital, Abschreibung, Leasing
	Verpflegung und Freizeit	Therapien	Miete, Pacht, Erbbauzinsen
<i>Kostenträger</i>			
Vorrangig	Bewohner	Pflegekasse bis Maximal- betrag des Pflegegrades	Bewohner
Nachrangig 1	Angehörige in direkter Linie	Bewohner	Angehörige in direkter Linie
Nachrangig 2	Sozialhilfeträger	Angehörige in direkter Linie	Sozialhilfeträger
Nachrangig 3	–	Sozialhilfeträger	–

Im Folgenden wird dies anhand von drei idealtypischen Objekten in Nordrhein-Westfalen illustriert. Dies sind Düsseldorf (im Folgenden: sehr zentrale Lage), Paderborn (im Folgenden: zentrale Lage) und Höxter (im Folgenden: periphere Lage).³ In den Jahren zwischen 1997 und 2009 stiegen die Bodenpreise, hier abgebildet über die Bodenrichtwerte, um jährlich zwischen 1,8 % (sehr zentrale Lage) und 3,1 % (zentrale Lage). Die Bodenrichtwerte für das periphere Objekt stiegen um 2,5 % p. a.

In den Jahren nach der Finanz- und Wirtschaftskrise änderte sich das Bild erheblich: Zwischen 2010 und 2019 legten die Bodenrichtwerte für die sehr zentrale Lage um jährlich 8,1 % zu. Auch zentrale Lagen verteuerten sich beschleunigt. Hier erhöhten sich die Bodenrichtwerte jedoch um lediglich 4,8 % pro Jahr. Für die periphere Lage wird sogar ein leichter Rückgang der Bodenrichtwerte um knapp 0,2 % pro Jahr ausgewiesen.

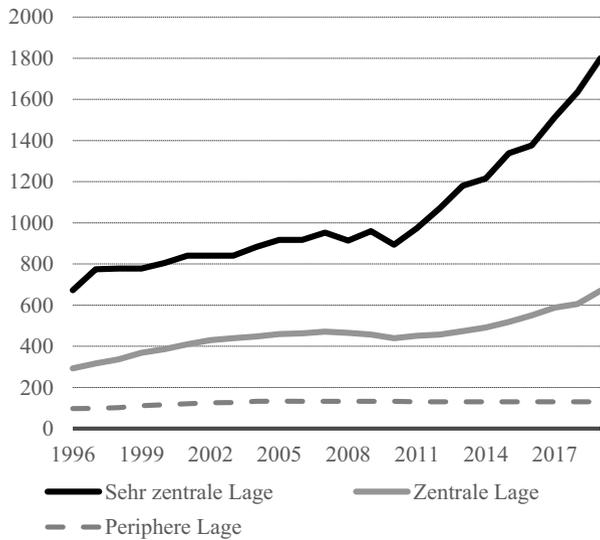
Seit 2010 profitierten die hoch verdichteten Ballungsräume von umfangreicher in- und ausländischer Zuwanderung. Weil nicht ausreichend Fläche in den höher verdichteten Ballungsräumen ausgewiesen wurde, beschleunigte sich dort der Preisauftrieb für Boden deutlich stärker als in der Peripherie (Abb. 2).

Für einen Projektentwickler entstehen im Zuge seiner Investition die folgenden Kosten, gemäß der üblichen Kostengruppen nach DIN 276, die er durch Erlöse aus dem Objekt (oder Objektverkauf) erwirtschaften muss Tab. 3.

Diese Kosten müssen durch den Verkaufserlös für den Projektentwickler gedeckt werden können. Die Erlöse lassen sich über die Summe des Investitionskostensatzes

³ Es gibt sicherlich periphere Lagen als Höxter in Nordrhein-Westfalen, doch diese würden aktuell in den meisten Fällen keine privaten Investoren anziehen, da dort bereits jetzt die Nachfrage fehlt.

Abb. 2 Entwicklung der Bodenrichtwerte in EUR/m². (Quelle: boris.nrw.de; gars.nrw.de; kreis-höxter.de)



je Ein- oder Zweibettzimmer, multipliziert mit der Belegungsquote, berechnen. Von diesem Tagessatz gehen noch etwa 5 % Instandhaltungsrücklage ab. Der daraus ermittelbare Jahressatz (Tagessatz \times 365) lässt über einen Verkaufsmultiplikator den Verkaufspreis ermitteln.

Auf der Grundlage von Ernst (2008) und HypZert (2018) lassen sich die zentralen Kostenparameter wie folgt setzen: Der Anteil der Grundstückskosten an den GIK sollte nicht mehr als 15 % betragen, die Größe des Betriebs wird auf 80 Betten kalibriert – für Nordrhein-Westfalen ist dies die Obergrenze gemäß § 20 Abs. 2 GEPA NRW, die NUF wird auf 53 m² je Bett veranschlagt, der Anteil der Einzelzimmer auf 100 % festgesetzt (für Nordrhein-Westfalen verpflichtend für Neubauten gemäß § 20 Abs. 3 GEPA NRW) und für die Finanzierung wird ein Fremdkapitalanteil an den Investitionskosten (Loan-to-Cost, LTC) von 80 % angesetzt. Schließlich wird für alle Objekte einheitlich ein Verkaufsvervielfältiger von 22 veranschlagt, der Preis des Objekts beläuft sich also auf das 22-Fache der geschätzten Erlöse.⁴

Aus diesen Grundannahmen und den regionalisierten Kostenansätzen lassen sich für die drei Standorte die folgenden Gesamtinvestitionskosten (GIK) und Projektge-

Tab. 3 Gesamtinvestitionskosten und Baukosten. (Quelle: Eigene Darstellung gemäß DIN 276)

	Kostengruppe (KG)	Bezeichnung
Gesamt-Investitionskosten (GIK)	KG 100	Ankaufskosten/Erwerbsnebenkosten
	KG 200 bis KG 600	Baukosten
	KG 700	Baunebenkosten
		Marketing/Vertrieb
		Finanzierungskosten

⁴ Nähere Hinweise zu weiteren Parametersetzungen der Projektentwicklungskalkulationen bei Plöbl und Just (2020).

Tab. 4 Zusammenfassung der Projektkalkulation für drei Lagen in Nordrhein-Westfalen. (Quelle: Plöbfl und Just (2020))

	Sehr zentral	Zentral	Peripher
Grundstücksgröße	1200m ²	1300m ²	1650m ²
Bodenwert	1800EUR/m ²	670EUR/m ²	130EUR/m ²
Investitionskosten	23,44EUR/Tag/ Bett	21,63EUR/Tag/ Bett	20,00EUR/Tag/ Bett
GIK/m ² BGF	2.805EUR	2.409EUR	2.083EUR
GIK/Bett	176.971EUR	152.007EUR	131.398EUR
Vorl. Projektgewinn	-4,01 %	3,12 %	10,31 %
Projektgewinn (inkl. Incentives)	-9,58 %	-3,17 %	3,23 %

winne (vor Steuern) für einen Entwickler ermitteln. Die Projektgewinngröße wird hier auf die GIK bezogen. Da in der Praxis in der Regel Incentives gewährt werden, wurden für alle drei Regionen typische Incentive-Zahlungen, wie mietfreie Zeiten und Einrichtungskostenzuschüsse, angesetzt. Mit diesen wird folgend weiter kalkuliert (Tab. 4).

Unter plausiblen Annahmen würde sich also eine Projektentwicklung in einer peripheren Lage für den Projektentwickler selbst nach gewährten Incentives rechnen, in einer etwas größeren Stadt (zentrale Lage) nur dann, wenn der Projektentwickler keine Incentives gewähren muss. In einer sehr zentralen Lage rechnet sich das Vorhaben nicht. Unter den aktuellen Markt- und Regulierungsbedingungen ließen sich folglich nur in kleineren Städten und in Umlandgemeinden Pflegeeinrichtungen realisieren.

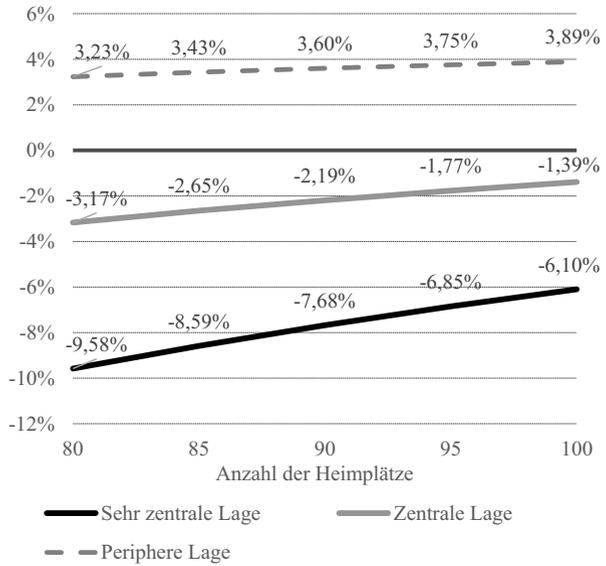
Dies wirft die Frage auf, welche Veränderungen im Regulierungsumfeld vorgenommen werden könnten, um diese Asymmetrie zu reduzieren, dass also auch dort, wo künftig der größte Zusatzbedarf entstehen wird, auch Pflegeeinrichtungen entstehen können.

In Nordrhein-Westfalen werden nur Neubauprojekte genehmigt, die eine Bettenzahl von 80 Einheiten unterschreiten. Bei konstanter Grundfläche und konstanter Nutzfläche je Bett würden Pflegeeinrichtungen mit einer größeren Bettenanzahl auch mit (etwas) höher gebauten Objekten einhergehen. Die Folge wäre eine bessere Ausnutzung des knappen Gutes Boden. Allein diese Maßnahme würde für zentrale Einrichtungen die Renditekennziffer (hier Projektgewinn) um knapp 180 Basispunkte und für sehr zentrale Einrichtungen sogar um fast 350 Basispunkte verbessern. Als Orientierung für diese Berechnungen diente die Objektgröße von 100 Betten, die beispielsweise in Baden-Württemberg als Obergrenze gilt.⁵ Für periphere Lagen ändert sich relativ wenig, da der Bodenpreis nur einen untergeordneten Kostenparameter darstellt (Abb. 3).

Auch der Anteil an Einbettzimmern in einem Heim entscheidet darüber, wie intensiv die Fläche genutzt werden kann. In den Bundesländern gibt es sehr uneinheitliche Regelungen: In Nordrhein-Westfalen dürfen Neubauten nur noch Einzelzimmer be-

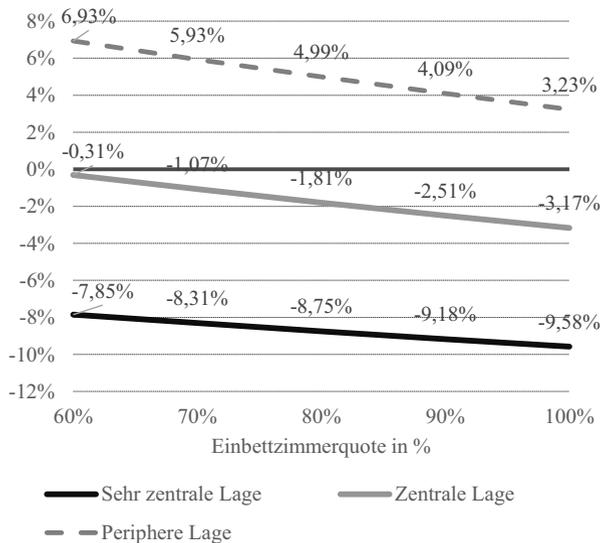
⁵ Früher galt als Daumenregel, dass nur Einrichtungen mit mehr als 100 Betten profitabel arbeiten können Just (2005). Diese Daumenregel hängt natürlich vom Regulierungsumfeld ab, es ist aber weiterhin richtig, dass gerade für Regionen mit hohen Bodenpreisen eine intensivere Bodennutzung vorteilhaft ist.

Abb. 3 Projektgewinn vor Steuern bei unterschiedlicher Heimgröße in %. (Quelle: Eigene Berechnungen)



reitstellen, in Berlin gilt eine Untergrenze von 60 % für Einzelzimmer und in Bayern besteht die weiche Formulierung eines „angemessenen Anteils an Einzelwohnplätzen“. Das Ziel, menschenwürdige Betreuung zu gewährleisten, ist nachvollziehbar, allerdings gibt es durchaus auch Bewohner, die gerne auf ein Einzelzimmer verzichten, wenn sie z. B. mit einem Lebenspartner gemeinsam ein Zimmer teilen oder wenn ihnen sozialer Kontakt wertvoll ist. Jedoch ist ein Senken der Einzelzimmerquote unter 60 % wahrscheinlich auch aus kaufmännischer Sicht nicht sinnvoll, da ein großer Teil der Bewohner tatsächlich großen Wert auf Privatsphäre legt.

Abb. 4 Projektgewinn vor Steuern bei Variierung der Einbettzimmerquote in %. (Quelle: Eigene Berechnungen)



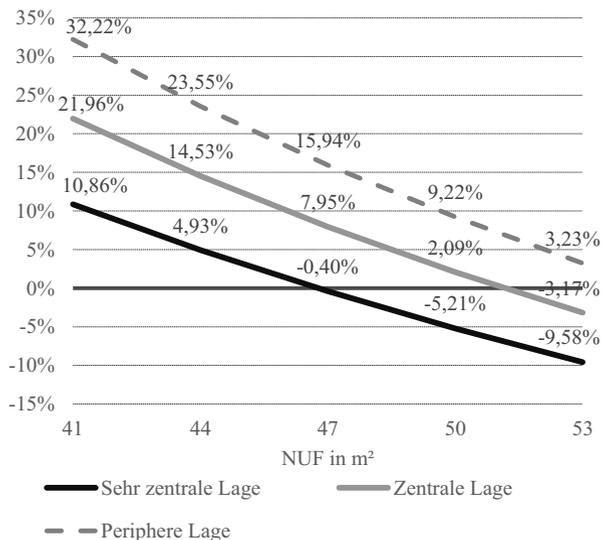
Für alle Pflegeeinrichtungen könnte sich die Kalkulation durch mehr Zweibettzimmer deutlich verbessern: Gegenüber der aktuellen Regelung in Nordrhein-Westfalen brächte ein Anteil von 40 % Zweibettzimmer für sehr zentrale Einrichtungen einen Renditezuwachs von etwa 170 Basispunkten, für zentrale Einrichtungen von rd. 280 Basispunkten und für periphere Lagen sogar von 370 Basispunkten. Bei einer einheitlich laxeren Regelung für alle Standorte würde der Renditevorteil für periphere Lagen also sogar noch wachsen. Eine angebotsseitige Stärkung für die sehr zentralen Lagen entstünde nur dann, wenn überhaupt eine positive Rendite erzielbare wäre oder wenn unterschiedliche Auslegungen einer flexiblen Regelung – wie zum Beispiel in Bayern – möglich wären (Abb. 4).

Den angestellten Berechnungen lag eine Nutzfläche je Bett von 53 m² zugrunde. Dies folgt für Nordrhein-Westfalen aus relativ weitreichenden Regelungen für Sanitär-, Pflege- und Gemeinschaftsflächen. Eine Reduktion der Nutzfläche⁶ hätte erhebliche Auswirkungen auf den möglichen Projektgewinn, da mehr Betten auf gleicher Fläche untergebracht werden könnten und weniger Kosten für den Erhalt der Fläche anfallen würden.

Auch hier gilt wie zuvor bei der Quote der Einzelzimmer, dass sich der Renditezugewinn für alle analysierten Regionen ähnlich verhält. Dies würde ermöglichen, dass auch Pflegeeinrichtungen in zentraler und sogar sehr zentraler Lage umgesetzt werden würden. Der Anreiz eher in periphere Lagen zu investieren, würde jedoch eher zunehmen als sinken. Flexible Regelungen oder Bestimmungen, die sich nach der Größe der Stadt respektive der Höhe der Bodenwerte richten, könnten dieses Problem zumindest mildern (Abb. 5).

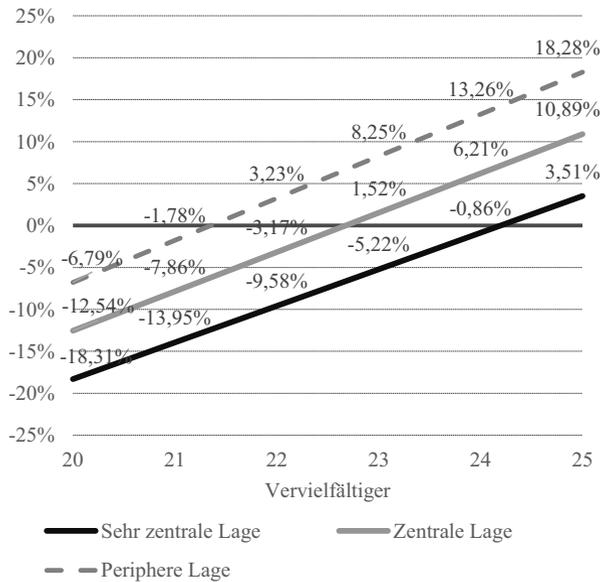
In den bisherigen Berechnungen wurde von einem einheitlichen Verkaufsmultiplikator (Vervielfältiger) für alle drei idealtypischen Regionen ausgegangen. Dies wurde von Investoren und Beratungsunternehmen so gespiegelt. Durch Variation

Abb. 5 Projektgewinn vor Steuern bei veränderter Nutzfläche in %. (Quelle: Eigene Berechnungen)



⁶ Die Kalkulationen beruhen auf der Annahme unveränderter Investitionskostensätze.

Abb. 6 Projektgewinn vor Steuern in Abhängigkeit des Verkaufsmultiplikators in %.
(Quelle: Eigene Berechnungen)



dieses Verkaufsmultiplikators in Abb. 6 lässt sich abschätzen, ob zentrale Lagen ggf. dadurch konkurrenzfähig werden könnten, wenn unterschiedliche Erwartungen an die Nachnutzung des Gebäudes gebildet würden. Dies ist tatsächlich nicht ungerechtfertigt, veranschaulicht doch Abb. 2, dass die Bodenwertdynamik in den Ballungsräumen in den letzten Jahren deutlich stärker ausgeprägt war, als in den peripheren Lagen.

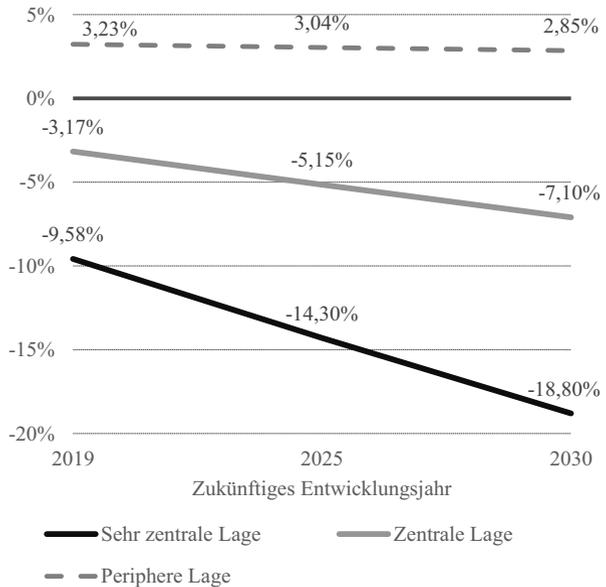
Tatsächlich wäre eine sehr zentrale Lage dann mit einer peripheren Lage wettbewerbsfähig, wenn der Verkaufsmultiplikator um drei Zähler höher ausfallen würde, also bei 25 anstatt bei 22 läge. Dies wäre aber nur dann in dieser Dimension plausibel, wenn die Betriebsdauer in einem sehr zentral gelegenen Pflegeheim hinreichend kurz wäre, denn dann würde der zukünftig erwartete Bodenwert, der selbst für die sehr zentrale Lage etwa 15 % der GIK beträgt, auch heute schon einen zusätzlichen Wertbeitrag gegenüber dem peripher gelegenen Heim, bei dem der Bodenwert nur knapp 2 % ausmacht, liefern können.

Allerdings kam es in der Vergangenheit zu Phasen, in denen die Bodenwerte in den sehr zentralen Lagen nicht schneller stiegen als in peripheren Lagen. Hierbei wurde noch nicht einmal berücksichtigt, dass der zehnjährige Boom auf den deutschen Immobilienmärkten, der entsprechend Ausdruck in stark steigenden Bodenpreisen in den Zentren fand, auch in einer Abkühlungsphase anhalten würde (Abb. 6).

Werden jedoch auch in den kommenden zehn Jahren die Menschen stärker aus den peripheren Lagen in die Zentren der Ballungsräume ziehen, dürfte sich die beschriebene Asymmetrie verstärken, denn dann wird der Anteil des Bodenpreises an den GIK zwischen Zentrum und Peripherie weiter auseinander laufen.

Für Abb. 7 wurden die aktuellen Bodenrichtwerte mit der mittleren Wachstumsrate seit 1996 bis zum Jahr 2030 fortgeschrieben. Die bisher praktizierte Indexierung

Abb. 7 Geschätzter zukünftiger Projektgewinn vor Steuern bei steigenden Bodenpreisen.
(Quelle: Eigene Berechnungen)



der Mieten oder Pachten, zum Beispiel an die allgemeine Teuerung, käme dann unter plausiblen Annahmen nicht mit der Bodenwertentwicklung in den sehr zentralen und zentralen Lagen mit; die kalkulierte Projektrendite würde dort weiter erodieren. In den peripheren Lagen käme es nur zu sehr geringen Renditerückgängen, die Projektierung würde sich auch 2030 unter diesen Annahmen weiterhin rechnen.

4 Handlungsmöglichkeiten auf Landes- und Bundesebene

Die Analysen legen den Schluss nahe, dass zumindest temporär zu wenige Pflegeimmobilien in den Kernstädten und zu viele in peripheren Standorten fertiggestellt werden, weil die aktuellen Kosten- und Erlösstrukturen der Projektentwickler dies begünstigen. Wären ältere Menschen hinreichend mobil, erwächst hieraus nicht zwingend ein Problem, da das fehlende Angebot in den Großstädten sie ja zu einem Umzug in kleinere Städte motivieren könnte. Ältere Menschen würden dann für ihre letzte Lebensphase ein gewohntes Umfeld verlassen. Schwerer wiegt jedoch das Argument, dass sie sich dann wahrscheinlich häufiger zu spät für eine institutionelle Pflegeeinrichtung entscheiden, weil ihnen dieser Schritt in doppelter Hinsicht mit dem neuen Umfeld in einer neuen Stadt/Region beschwerlich vorkommt. Es gibt Hinweise, dass Projektentwicklungen von Seniorenresidenzen, die in den 1990er Jahren landschaftliche Schönheit über regionale Verbundenheit der potenziellen Nachfrager stellten, oftmals scheiterten, weil es zu wenig Bereitschaft für einen Umzug gab. Und hierbei handelte es sich nicht einmal um Pflegeeinrichtungen, sondern um Wohnformate für gesündere Senioren.

Unter der Annahme, dass das Bereitstellen von ausreichend institutionellen Pflegekapazitäten in jeder Stadt ein eigenes Ziel darstellen kann, stellt sich die Frage, wie dies durch Veränderungen im institutionellen Design des Pflegemarktes begünstigt werden kann. In den letzten Jahren ist hierfür richtigerweise die ambulante Pflege gestärkt worden. Doch ambulante Pflege stößt regelmäßig bei den schweren Pflegefällen, insbesondere bei Demenzkranken, an ihre Grenzen, daher kann dies keine vollständige Antwort sein.

Eine möglicherweise naheliegende Lösung wäre die staatliche Bereitstellung von stationären Pflegeplätzen. Dies würde jedoch das kaufmännische Problem nur auf den Steuerzahler auslagern. Dies könnte dazu führen, dass der Wettbewerb um innerstädtische Standorte und Entwicklungskonzepte der Objekte geschwächt wird. Es wäre indes schon viel gewonnen, wenn der Zugang zu Grundstücken erleichtert würde. Diese Erleichterung könnte in einem planungsrechtlichen Ausweis liegen – dies wäre aber ein sehr unflexibles Instrument – es könnten städtebauliche Verträge bei der Baulandvergabe abgeschlossen werden – dies würde eine implizite Subventionierung bedeuten können – oder es könnten erbaurechtliche Lösungen mit reduzierten Erbbauzins angestrebt werden. Da hier das Grundstück an den Erbbaurechtgeber zurückfällt, wäre das Problem der stark steigenden Grundstückskosten zumindest reduziert.

Ein weiterer Baustein einer Lösung bestünde darin, dass der Flickenteppich aus einzelnen Länderregulierungen schrittweise vereinfacht würde.⁷ Länderübergreifende Mindeststandards würden die Vergleichbarkeit von Angeboten erleichtern. Der Wettbewerb könnte intensiviert werden, weil überregionale Betreiber Größenvorteile nutzen könnten. Diese Mindeststandards könnten z. B. bei der Quote der Einzelzimmer oder der Zimmerzahl, eventuell sogar bei der Untergrenze der Nutzfläche eine Flexibilisierung vorsehen, um den unterschiedlichen Grundstückskosten Rechnung zu tragen. Diese Flexibilisierung sollte nur in engen Grenzen möglich sein und könnte sich z. B. an der Stadtgröße, besser jedoch an den Bodenrichtwerten orientieren.

Neben vereinheitlichten Rahmenbedingungen und der Berücksichtigung der Bodenpreise ist auch die Sicherstellung der Refinanzierbarkeit von Indexierungsregelungen von Bedeutung, um Betreiber nicht unter Liquiditätsdruck zu setzen. Bei solch langfristigen Miet- oder Pachtverträgen werden hierdurch private Investoren vor Inflation geschützt, sodass sich die Attraktivität für eine Investition in eine Pflegeimmobilie erhöht und der Ausbau der Pflegekapazität unterstützt werden könnte.

5 Schlussbemerkungen

In diesem Artikel haben wir veranschaulicht, dass für die nächsten Jahre mit steigenden regionalen Asymmetrien zwischen Bereitstellung von und Nachfrage nach

⁷ Vgl. Plößl und Just (2020) für einen tabellarischen Vergleich. Eine Rückübertragung der Kompetenzen auf die Bundesebene ist sehr unwahrscheinlich und auch nicht die sinnvollste Lösung, da regionale Differenzierung dann Vorteile bietet, wenn es zum Beispiel regionale Unterschiede in der Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit oder spezifische Wünsche und Pflegebedürfnisse der Bewohner gibt.

stationären Pflegeleistungen dann zu rechnen ist, wenn die Bodenpreise zwischen peripheren und zentralen Lagen weiterhin so stark auseinanderlaufen.

Neben den skizzierten Lösungsansätzen spricht viel dafür, dass integrierte Pflegeemodelle, also Pflegeeinrichtungen, die stationäre Pflege mit anderen Wohnformen verbinden, gestärkt werden. Hier käme es zu einer impliziten Quersubventionierung der stationären Pflege durch weitere Wohnformen. Da dort die Grundstückskosten bei der Preiskalkulation über Marktprozesse weitergegeben werden können, ließe sich hier ein Teil der Renditelücke über die anderen Formate finanzieren. Städte haben mit Konzeptvergaben zum Ermöglichen von gefördertem Wohnungsbau zahlreiche Erfahrungen gemacht.

Langfristig würde für die Lösung dieses Problems helfen, wenn die Binnenwanderungsströme in die Kernzentren abgeschwächt würden. Ein Stärken der Peripherie würde langfristig auch dazu führen, dass die skizzierte Asymmetrie reduziert würde, weil ältere Menschen eben selten umziehen. Insofern helfen Infrastrukturmaßnahmen, wie sie bei Südekum (2017) sowie Hüther et al. (2019) skizziert wurden, auch langfristig dabei, die drohende regionale Fehlallokation auf dem Pflegeimmobilienmarkt zu mindern.

Literatur

- Amt Für Statistik Berlin-Brandenburg (2019). *Bevölkerungsstand*. Potsdam: Amt Für Statistik Berlin-Brandenburg.
- Bayerisches Landesamt für Statistik (2019). *Bevölkerungsstand*. München: Bayerisches Landesamt für Statistik.
- Blinkert, B., & Gräf, B. (2009). *Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen*. Aktuelle Themen, Bd. 422. Frankfurt am Main: Deutsche Bank Research.
- CBRE GmbH, & Curacon GmbH (2018). *Investitionskostenreport – September 2018*. Frankfurt am Main: CBRE/Curacon.
- Destatis (2019a). Lebenserwartung steigt nur noch langsam. Pressemitteilung des Statistischen Bundesamts vom 5. November 2019. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/11/PD19_427_12621.html. Zugegriffen: 8. Mai 2020.
- Destatis (2017). *Kohortensterbetafeln für Deutschland. Methoden- und Ergebnisbericht zu den Modellrechnungen für Sterbetafeln der Geburtsjahrgänge 1871–2017*. Wiesbaden: Destatis.
- Destatis (2018). *Pflegestatistik 2017 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Destatis.
- Destatis (2019b). *Bevölkerung im Wandel – Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden: Destatis.
- Ernst, K. (2008). *Erfolgsfaktoren bei der Entwicklung von Pflegeheimen*. Hamburg: Igel Verlag.
- Hüther, M., Südekum, J., & Voigtländer, M. (2019). *Die Zukunft der Regionen in Deutschland. Zwischen Vielfalt und Gleichwertigkeit*. Köln: IW-Studien.
- HypZert Fachgruppe Sozialimmobilien (2018). *Bewertung von Objekten des betreuten Wohnens und Pflegeheimen*. Berlin: HypZert.
- Just, T. (2005). *Mehr Pflegeimmobilien für eine alternde Gesellschaft*. Aktuelle Themen, Bd. 294. Frankfurt am Main: Deutsche Bank Research.
- Just, T. (2013). *Demografie und Immobilien* (2. Aufl.). München: Oldenburg.
- Kochskämpfer, S. (2018). *Die Entwicklung der Pflegefallzahlen in den Bundesländern – Eine Simulation bis 2035*. IW-Report 33/18. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft.
- Plöbßl, F., & Just, T. (2020). *Pflegemarkt 2030: Wie lässt sich die Pflegekapazität nachfragegerecht ausbauen?* IREBS Beiträge zur Immobilienwirtschaft, Bd. 23. Regensburg: IREBS.
- Schulz, E., Leidl, R., & König, H.-H. (2001). Starker Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu erwarten: Vorausschätzungen bis 2050. *DIW-Wochenbericht*, 33(04), 6577.
- Simons, H. (2019). Pflegeimmobilien. In ZIA Zentraler Immobilien Ausschuss e. V. (Hrsg.), *Frühjahrsgutachten Immobilienwirtschaft 2019 des Rates der Immobilienweisen* (S. 303–334). Berlin: ZIA.
- Südekum, J. (2017). Hilfe für Wettbewerbsverlierer. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 22.09.2017, 25.