

Eigenbeteiligung in der vollstationären Pflege

Eine Analyse regionaler Kostenunterschiede

Ruth Maria Schüler / Maximilian Stockhausen / Hendrik Böhmer / Jan Wendt

Köln, 17.11.2025

IW-Report 59/2025



Herausgeber

Institut der deutschen Wirtschaft Köln e. V.

Postfach 10 19 42

50459 Köln

Das Institut der deutschen Wirtschaft (IW) ist ein privates Wirtschaftsforschungsinstitut, das sich für eine freiheitliche Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung einsetzt. Unsere Aufgabe ist es, das Verständnis wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Zusammenhänge zu verbessern.

Das IW in den sozialen Medien

x.com

[@iw_koeln](#)

LinkedIn

[@Institut der deutschen Wirtschaft](#)

Instagram

[@IW_Koeln](#)

Autoren

Ruth Maria Schüler

Senior Economist für Soziale Sicherung und Verteilung

schueler@iwkoeln.de

0221 – 4981-885

Maximilian Stockhausen

Senior Economist für Soziale Sicherung und Verteilung

stockhausen@iwkoeln.de

030 – 27877-134

Hendrik Böhmer

Data Engineer

boehmer@iwkoeln.de

0221 – 4981-246

Jan Wendt

Data Scientist

wendt@iwkoeln.de

0221 – 4981-686

**Alle Studien finden Sie unter
www.iwkoeln.de**

In dieser Publikation wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit regelmäßig das grammatikalische Geschlecht (Genus) verwendet. Damit sind hier ausdrücklich alle Geschlechteridentitäten gemeint.

Stand:

November 2025

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
1 Einleitung	5
2 Zusammensetzung vollstationärer Pflegekosten und Aufteilung auf Heimbewohner.....	7
3 Daten und Methodisches	9
3.1 Pflegedatenbank „Pflegelotse“	9
3.2 Datengewinnung durch Web Scraping	9
3.3 Datensatz.....	9
4 Kosten für den vollstationären Pflegeheimaufenthalt	11
4.1 Eigenbeteiligung inklusive Investitionskosten.....	12
4.2 Eigenbeteiligung ohne Investitionskosten	15
4.3 Investitionskosten	17
5 Regionale Begebenheiten und Pflegeheimkosten.....	20
6 Weitere Erklärungsansätze für Kostenunterschiede	29
7 Fazit und Handlungsempfehlungen.....	31
8 Abstract.....	33
Tabellenverzeichnis.....	34
Abbildungsverzeichnis.....	35
Literaturverzeichnis	35

JEL-Klassifikation

I11 – Analyse des Gesundheitsmarktes

I18 – Gesundheitspolitik; Regulierung; Öffentliches Gesundheitswesen

Zusammenfassung

Der vorliegende Report basiert auf der Auswertung von Preisdaten von insgesamt 10.820 vollstationären Pflegeheimen in Deutschland, die auf der Plattform „pflegelotse.de“ des Verbands der Ersatzkassen bereitgestellt werden und mit Hilfe von Web Scraping Anfang Oktober 2024 gesammelt wurden. Ziel der Untersuchung ist es, regionale Kostenunterschiede auf Kreisebene für den vollstationären Pflegeaufenthalt in Deutschland zu identifizieren und zu prüfen, inwieweit diese Unterschiede mit regionalen Strukturmerkmalen im Zusammenhang stehen.

Die Analyse deckt deutliche regionale Differenzen in den durch die Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenbeteiligungen auf, die sich aus den Einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen, den Unterkunfts- und Verpflegungskosten sowie den Investitionskosten zusammensetzen. Diese variieren sowohl zwischen den Bundesländern als auch innerhalb der Bundesländer. Kreise in Sachsen-Anhalt und Niedersachsen weisen die geringsten Eigenbeteiligungen auf, während die höchsten überwiegend in Nordrhein-Westfalen zu beobachten sind. Dabei zeichnet sich ein deutliches Stadt-Land-Gefälle ab. Regressionsergebnisse zeigen, dass neben Entgeltunterschieden insbesondere der Mietpreis mit allen Kostenkomponenten der vollstationären Pflege korreliert: In Regionen mit hohen Wohnkosten liegen die Preise für vollstationäre Pflege folglich signifikant höher. Zudem scheinen Heime Größenvorteile nutzen zu können. Denn die Kosten für den vollstationären Heimaufenthalt sind im Durchschnitt in größeren Einrichtungen niedriger. Bei all diesen Betrachtungen wurden keine Qualitätsmerkmale bei der Bereitstellung von vollstationärer Pflege berücksichtigt.

Drei Bundesländer zeichnen sich durch vergleichsweise niedrige Kosten für vollstationäre Pflege aus: Sachsen-Anhalt, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern. Dies deutet darauf hin, dass es diesen Ländern gelingt, auch unter dem Einfluss demografischer und arbeitsmarktbezogener Herausforderungen eine kostengünstigere Pflegeinfrastruktur zu gewährleisten. Unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten gelingt es zudem den Stadtstaaten Hamburg und Berlin, vollstationäre Pflege kostengünstiger anzubieten als viele Flächenländer. Demnach befindet sich die Heimpflege in einem Spannungsverhältnis zwischen Größenvorteilen und negativen Agglomerationseffekten.

1 Einleitung

Die Kosten der vollstationären Pflege steigen kontinuierlich und ein Ende des Kostenanstiegs ist mit Blick auf den demografischen Wandel sowie den medizinisch-technischen Fortschritt in der Gesundheitspflege und der damit weiter steigenden Lebenserwartung kaum zu erwarten.¹ Da die soziale Pflegeversicherung (SPV) als Teilleistungsversicherung konzipiert ist, steigt neben den allgemeinen Beitragslasten der gesetzlich Versicherten auch der privat zu finanzierende Anteil an den Pflegekosten. Bisherige Entlastungsmaßnahmen der Bundesregierung, wie die Einführung des Leistungszuschlags gemäß §43c SGB XI zur Reduzierung der Eigenanteile an pflegerischen Kosten, führen zwar zu einer Entlastung des einzelnen stationär Pflegebedürftigen, erhöhen aber auf der anderen Seite die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung. Die strukturellen Probleme des umlagefinanzierten Systems in einer alternden Gesellschaft werden damit nicht adressiert. Stattdessen beschleunigt der Leistungszuschlag die finanziellen Herausforderungen des Systems, weil die Ausgaben der SPV damit noch schneller steigen als die beitragspflichtige Grundlohnsumme (am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung vgl. Pimpertz, 2025). Darüber hinaus ist der Zuschlag ein wenig zielgerichtetes und ineffizientes Entlastungsinstrument, weil er im Gegensatz zu steuerfinanzierten Transferleistungen wie der Hilfe zur Pflege nicht bedürftigkeitsgeprüft erfolgt und somit auch finanziell gut situierte, vermögende Haushalte entlastet (Pimpertz/Stockhausen, 2024).

Ein besonders bedeutender Faktor für die zuletzt stark gestiegenen Kosten in der Pflege ist in der Entwicklung der Personalkosten zu finden, die einen wesentlichen Teil der vollstationären Pflegekosten ausmachen. In diesem Kontext ist einerseits das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz zu nennen, das zum 1. Januar 2019 in Kraft getreten ist und Personaluntergrenzen in vollstationären Pflegeeinrichtungen definiert hat. Damit einher ging ein notwendiger Stellenaufwuchs von rechnerisch 13.000 Pflegestellen. In einem durch personelle Knappheiten geprägten Markt ist dies jedoch nur schwer und je nach regionaler Knappheit lediglich zu hohen Personalkosten zu erreichen (Seyda et al., 2021). In der kurzen Frist kann es sogar zu einer kontraindizierten Verknappung des Pflegeangebots und stark steigenden Preisen kommen, wenn neue Pflegefachkräfte nicht unmittelbar zu finden, anzulernen oder auszubilden sind, und deshalb weniger Pflegeplätze aufgrund der Personaluntergrenzen bereitgestellt werden. Des Weiteren ist die Einführung einer verbindlichen Tarifentlohnung zum 1. September 2022 zu nennen, welche zu weiteren zusätzlichen Personalkostenanstiegen in nennenswerter Höhe führte (Carstensen et al., 2024). Auch wenn eine bessere Betreuungsqualität und eine höhere Attraktivität des Pflegeberufs das Ziel dieser Maßnahmen gewesen sind, so haben sich dadurch die Finanzierungsherausforderungen im bestehenden System weiter erhöht und den freien Preisbildungsprozess und Wettbewerb auf dem Markt für Pflegedienstleistungen eingeschränkt.

Gleichzeitig bestehen trotz des umfangreichen Regelungsrahmens, der sich nicht allein auf Personaleinsatz und -vergütung beschränkt, noch immer große Unterschiede in den regionalen Pflegeheimkosten. Diese Spreizungen sind sowohl zwischen den Bundesländern als auch innerhalb dieser zu beobachten und hängen neben den Kosten der Pflege auch mit den Kosten der Unterkunft, der Verpflegung und den sogenannten Investitionskosten zusammen (vgl. Kapitel 2). Obwohl die durchschnittlichen Unterschiede zwischen den Bundesländern unter anderem dadurch erklärt werden können, dass die Bundesländer nicht nur die Mindestpersonalausstattung in den Heimen unterschiedlich regeln, sondern auch die Vorgaben zum Bau und zur Ausstattung der Heime, sind viele Determinanten für die Kostenunterschiede bisher wenig beleuchtet. In

¹ Der Kostenbegriff wird im Folgenden im Sinne eines Preises für stationär Pflegebedürftige verwendet und nicht im Sinne des Effizienzbegriffs als Verhältnis von Preisforderung zu qualitätsgesicherten Produkteinheiten.

einem ersten Schritt wird das Ausmaß der bestehenden Kostenunterschiede auf Ebene der Kreise für das Jahr 2024 aufgezeigt. Bisher liegen aktuelle vergleichbare Ergebnisse lediglich auf Bundeslandebene vor. Diese werden halbjährlich vom Verband der Ersatzkassen (vdek) veröffentlicht. In einem zweiten Schritt wird auf Ebene der Pflegeheime untersucht, inwiefern regionale Gegebenheiten mit den von den Pflegebedürftigen zu tragenden Heimkosten zusammenhängen. Zum Schluss werden weitere Erklärungen für die Kostenunterschiede innerhalb von Bundesländern diskutiert.

2 Zusammensetzung vollstationärer Pflegekosten und Aufteilung auf Heimbewohner

Die Kosten der vollstationären Pflege setzen sich aus vier Komponenten zusammen: den Kosten für Unterkunft und Verpflegung, den Investitionskosten und den Kosten für die Pflege, die durch den Pflegesatz festgelegt werden (Kochskämper, 2019).

- Die Pflegesätze werden zwischen den Heimbetreibern, den Pflegekassen und -versicherungen und den Sozialhilfeträgern in den Pflegesatzverhandlungen festgelegt. Die Pflegesätze müssen die Kosten für die Pflegeleistungen und für die soziale Betreuung decken. Die SPV zahlt je nach Pflegegrad einen Pauschalbetrag an das Heim. Die übrigen Kosten werden von den Heimbewohnern zu gleichen Teilen getragen. Daraus folgt, dass alle Heimbewohner unabhängig von ihrem Pflegegrad einen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) zahlen. In den Eigenanteil für den Pflegeaufwand fließt eine Ausbildungsumlage ein (Prozentsatz auf die Preise für Pflegesachleistungen), die zur Finanzierung der Ausbildung künftiger Pflegefachkräfte von den Pflegeeinrichtungen erhoben und in einen Ausgleichfonds eingezahlt wird.
- Die Kosten für die Unterkunft umfassen die Kosten für Heizung, Warmwasser, die Zimmerreinigung und den sonstigen hauswirtschaftlichen Service. Die Unterkunftskosten werden komplett auf die Heimbewohner umgelegt und ebenfalls in den Pflegesatzverhandlungen festgelegt.
- Die Kosten für die Verpflegung entsprechen den Kosten für die Mahlzeiten. Ebenso wie die Kosten für die Unterkunft werden auch die Verpflegungskosten komplett von den Heimbewohnern getragen und in den Pflegesatzverhandlungen festgelegt.
- Die Investitionskosten sind Kosten für die Finanzierung der Gebäude, Abschreibungen und Instandhaltung. Sie entsprechen in etwa der Kaltmiete einer Wohnung. Sie können auf die Heimbewohner umgelegt werden. Da die Verantwortung für die Infrastruktur der Pflegeheime bei den Bundesländern liegt, fällt die Regelung der Finanzierung den Bundesländern zu. Dabei besteht die Möglichkeit, dass Investitionskosten subjekt- oder objektbezogen gefördert werden. Je nachdem, welchen Weg ein Bundesland verfolgt (KPMG, 2020), kann die ausgewiesene Eigenbeteiligung höher oder niedriger ausfallen. Bundesländer mit einer objektbezogenen Förderung haben tendenziell niedrigere Investitionskosten, die direkt durch die Pflegebedürftigen zu tragen sind, und somit auch niedrigere Eigenbeteiligungen bei den Heimkosten. Den zuständigen Landesbehörden kommt zudem die Aufgabe zu, Angemessenheit und Bedarfsgerechtigkeit der Kosten zu prüfen.

Tabelle 2-1 gibt eine Übersicht über die Finanzierung der vier Kostenkomponenten.

Tabelle 2-1: Finanzierung der vier Kostenkomponenten in der vollstationären Pflege

Im Fettdruck werden die selbst zu tragenden Kosten (Eigenbeteiligung) dargestellt. Können die Kosten nicht von den Bewohnern getragen werden, stehen bedürftigkeitsgeprüfte Hilfen wie die Hilfe zur Pflege oder auch das Wohngeld zur Verfügung.

	Pflegekosten (Pfle- gesätze)	Unterkunfts- kosten	Verpflegungs- kosten	Investitions- kosten
Festgelegt durch ...	Pflegesatzverhand- lungen	Pflegesatzverhand- lungen	Pflegesatzverhand- lungen	Zuständige Lan- desbehörden der Bundesländer prü- fen Angemessen- heit und Bedarfs- gerechtigkeit.
Getragen von ...	Pauschale nach Pflegegrad durch SPV/ restliche Kos- ten werden gleich- mäßig auf Bewoh- ner verteilt und bestimmen die EEE.	Vollständig von Bewohnern	Vollständig von Bewohnern	Je nach Bundes- land besteht die Möglichkeit der subjekt- oder ob- jektbezogenen Förderung. Die üb- rigen Kosten müs- sen von den Be- wohnern getragen werden.

Quellen: eigene Darstellung

3 Daten und Methodisches

3.1 Pflegedatenbank „Pflegelotse“

Die Informationen zu den regionalen Pflegekosten entstammen der öffentlich zugänglichen und kostenlosen Online-Plattform „pftelotse.de“. Betrieben wird die Datenbank vom vdek. Ziel der Plattform ist die Unterstützung von pflegebedürftigen Personen sowie deren Angehörigen bei der Suche nach geeigneten ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in ihrer Region. Neben Adress- und Kontaktdaten der Einrichtungen werden sowohl Informationen zum Leistungsspektrum und den Preisen als auch zur Qualität der erbrachten Pflegeleistungen bereitgestellt. Die Datenbank wird laufend aktualisiert und enthält Informationen zu allen Anbietern nach § 71 SGB XI und Beratungsstellen nach § 37 Abs. 3 SGB XI in Deutschland. Insgesamt werden somit über 30.000 verschiedene Pflegeeinrichtungen automatisch erfasst (auch Anbieter von „Angeboten zur Unterstützung im Alltag“ nach § 45a SGB XI werden automatisch im Pflegelotsen gelistet). Die Adress-, Struktur- und Preisdaten im Pflegelotsen basieren auf den Verträgen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Pflegeeinrichtungen. Erfasst und gepflegt werden diese von den vdek-Landesvertretungen. Die Qualitätsdaten werden vom Medizinischen Dienst oder vom Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Prüfdienst) erhoben und die Ergebnisse in Prüfberichten festgehalten, die sich ebenfalls im Datenangebot des Pflegelotsen wiederfinden.

3.2 Datengewinnung durch Web Scraping

Um aus den über 30.000 Pflegeeinrichtungen und Beratungsstellen in der Pflegelotsen-Datenbank ausschließlich die vollstationären Pflegeeinrichtungen zu extrahieren (mit und ohne Pflegeschwerpunkte), wurde ein Web Scraping eingesetzt, welches zwischen dem 1. Oktober 2024 und dem 11. Oktober 2024 alle relevanten Adress-, Struktur- und Preisdaten sämtlicher vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Datenbank automatisch extrahiert und abgespeichert hat. Somit wurden alle Preisinformationen zu einem ähnlichen Zeitpunkt erhoben, die allerdings noch keine Kostensteigerungen des Jahres 2025 enthalten.

3.3 Datensatz

Der resultierende Datensatz enthält Adress-, Struktur- und Preisdaten von 10.820 vollstationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Bereits abgezogen sind elf Fälle, die fehlende Informationen in allen vier Kostenbestandteilen zum Beobachtungszeitpunkt aufwiesen. Die tatsächlich erfasste Anzahl an Pflegeheimen fällt geringer aus als die Anzahl der Beobachtungen, da manche Einrichtungen an derselben Adresse mehrfach gelistet sind. Dies ist meist dann der Fall, wenn neben der allgemeinen Altenpflege zusätzlich ein spezieller Pflegeschwerpunkt in einem gesonderten Wohnbereich angeboten wird, beispielsweise eine Wachkomapflege. Da alle in Deutschland angemeldeten Pflegeeinrichtungen in der Pflegelotsen-Datenbank automatisch erfasst sein sollten, handelt es sich bei den Daten um eine Vollerhebung. Ein Vergleich mit der Pflegestatistik 2023 zeigt jedoch eine geringe Untererfassung der Zahl der Pflegeheime mit vollstationärer Dauerbetreuung. Dort waren zum Stichtag 15. Dezember 2023 insgesamt 11.250 Pflegeeinrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege erfasst, die zu 88,7 Prozent ausgelastet waren. Worin die Gründe für die geringen Abweichungen bestehen, lässt sich nicht zweifelsfrei aufklären und könnte unter anderem mit dem unterschiedlichen Beobachtungszeitraum zusammenhängen.

Darüber hinaus gibt es eine größere Anzahl an Einrichtungen mit fehlenden Angaben bei den Investitionskosten. Dies dürfte auf eine Freiwilligkeit bei der Angabe zurückgehen. In allen anderen Kostenkomponenten liegen vollständige Informationen vor und nur in Einzelfällen wurden unplausibel geringe Werte unter einem Wert von eins durch imputierte Werte ersetzt. Bei den Investitionskosten betrifft die notwendige Imputation 1.450 Einrichtungen. Da eine Darstellung der Durchschnittskosten auf Kreisebene erfolgt, wurde für die Imputation fehlender Werte der jeweilige Kreisdurchschnitt ermittelt und eingesetzt. Somit werden fehlende Informationen einer Einrichtung mit ihrem jeweiligen Kreisdurchschnitt ersetzt. Die höchste Rate der Meldungen ohne Angaben zu den Investitionskosten liegt im Landkreis Karlsruhe bei rund 49,2 Prozent. Im Durchschnitt aller Kreise liegt die Ausfallrate mit 13,9 Prozent deutlich geringer. Dies kann für die einzelne Einrichtung zu einer Über- oder Unterschätzung der tatsächlichen Kosten führen. Mit Blick auf das Gesamtranking der Kreise nach der Höhe der durchschnittlichen Gesamtkosten führt die Imputation mithilfe des Kreisdurchschnitts hingegen zu keiner Verzerrung. Aufgrund der Unsicherheiten bei den Investitionskosten werden die Ergebnisse mit und ohne Investitionskosten im Ergebnisteil dargestellt.

Zudem sei erwähnt, dass die Kreisdurchschnitte im Ergebnisteil ohne Berücksichtigung der Pflegeplatzanzahl in den jeweiligen Einrichtungen berechnet sind. Dies hat zwei Gründe: Einerseits umfasst die ausgewiesene Anzahl an Pflegeplätzen zum Teil auch Plätze der Kurzzeit- und Tagespflege, die in manchen Fällen extra ausgewiesen werden, aber nicht in allen. Andererseits wären die tatsächlich belegten Plätze zu betrachten und nicht die Anzahl der theoretisch zur Verfügung stehenden. Da man beide Faktoren nicht in jedem Fall eindeutig aus der Datenbank ermitteln kann, könnte eine Gewichtung mit der unbereinigten Platzanzahl zu Verzerrungen führen. Die ungewichteten Kreisdurchschnitte können daher in manchen Regionen zu einer leichten Überschätzung der durchschnittlichen Kosten führen und in anderen zu einer Unterschätzung, da ex ante nicht bekannt ist, in welche Richtung der Effekt wirkt. Schließlich wird von einer Platzgewichtung Abstand genommen, da es Ziel des Reports ist, zu untersuchen, inwiefern regionale Gegebenheiten Preise bestimmen. Dabei kann die Anzahl der Pflegeplätze Preisunterschiede erklären, wenn Skaleneffekte vorliegen.

Bei den Kosten der Pflege (einrichtungseinheitliche Eigenanteile) werden ausschließlich die Pflegegrade 2 bis 5 betrachtet, die im 1. Jahr des Heimaufenthalts anfallen. Die EEE unterscheiden sich für die zu Pflegenden aufgrund der gleichmäßigen Pro-Kopf-Umlage innerhalb der einzelnen Einrichtungen zwischen den vier genannten Pflegegraden nicht. In einigen Fällen sind in der Datenbank Unterschiede von wenigen Cents zu beobachten, was auf kalkulatorische Rundungseffekte zurückgehen dürfte. Außerdem wird der Leistungszuschlag gemäß § 43c SGB XI in den ausgewiesenen EEE berücksichtigt, der diese im ersten Aufenthaltsjahr im Pflegeheim um 15 Prozent reduziert. Die bei Pflegegrad 1 entstehenden individuellen Pflegekosten werden nicht analysiert, da einerseits die Datenlage sehr lückenhaft ist und andererseits die selbst zu tragenden Pflegekosten aufgrund des relativ geringen Pflegebedarfs, der in der Regel noch keinen Heimaufenthalt begründet, stark von denen der anderen Pflegegrade abweicht und entsprechend deutlich weniger von der Pflegekasse bezuschusst wird.

4 Kosten für den vollstationären Pflegeheimaufenthalt

Wie in Tabelle 4-1 zu sehen, gibt es eine erhebliche Variation in der von den Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenbeteiligung sowohl zwischen den Bundesländern als auch innerhalb der Bundesländer. Sachsen-Anhalt ist mit 2.456 Euro durchschnittlicher monatlicher Eigenbeteiligung inklusive der Investitionskosten das Bundesland mit den niedrigsten, privat zu tragenden Kosten für ein Pflegeheim. In Nordrhein-Westfalen müssen Pflegebedürftige mit durchschnittlich 3.314 Euro am meisten für einen Platz im Pflegeheim bezahlen. Im Schnitt kann Sachsen-Anhalt als Bundesland mit der niedrigsten Eigenbeteiligung Pflegeplätze anbieten, die um 858 Euro günstiger sind als in Nordrhein-Westfalen.

Tabelle 4-1: Durchschnittliche Eigenbeteiligung (inklusive Investitionskosten) in den Bundesländern

Eigenbeteiligung für einen Aufenthalt im Pflegeheim im 1. Aufenthaltsjahr in Euro pro Monat, Stand: Oktober 2024

	Erfasste Pflegeeinrichtungen	Median	Mittelwert	Standardabweichung
Baden-Württemberg	1.536	3.243	3.242	375
Bayern	1.452	2.886	2.914	485
Berlin	265	2.899	2.952	400
Brandenburg	307	2.649	2.680	375
Bremen	93	3.006	3.244	1.442
Hamburg	148	2.845	2.893	357
Hessen	728	2.863	2.921	417
Mecklenburg-Vorpommern	244	2.505	2.586	548
Niedersachsen	1.358	2.547	2.585	391
Nordrhein-Westfalen	2.152	3.276	3.314	496
Rheinland-Pfalz	465	2.942	2.941	222
Saarland	161	3.172	3.207	316
Sachsen	686	2.650	2.705	456
Sachsen-Anhalt	393	2.425	2.456	339
Schleswig-Holstein	502	2.681	2.699	331
Thüringen	330	2.681	2.712	338
Bundesebene	10.820	2.901	2.948	524

Quellen: Pflegelotse.de; eigene Darstellung

Blickt man auf die Standardabweichung, also auf den durchschnittlichen Abstand der Werte vom Mittelwert, wird deutlich, dass die Kosten für den stationären Heimaufenthalt auch innerhalb der Bundesländer stark streuen. Am stärksten ist diese Streuung in Bremen. Auch in Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Bayern, Sachsen und Hessen ist eine Standardabweichung von über 400 Euro zu beobachten. In Bremen wird die sehr hohe Standardabweichung maßgeblich von zwei Pflegeintensiveinrichtungen getrieben, die außerordentlich hohe Eigenbeteiligungen aufweisen. Doch auch, wenn diese Heime von der Analyse

ausgeschlossen werden, weist Bremen mit 724 Euro die größte Standardabweichung aller Bundesländer auf. Als Stadtstaat mit 93 erfassten Pflegeeinrichtungen, welche teilweise Pflegeschwerpunkte haben, die einen Mehreinsatz von Personal ermöglichen, fallen einzelne Heime stärker ins Gewicht. Rheinland-Pfalz sticht mit einer niedrigen Standardabweichung von 222 Euro ins Auge. Auch das benachbarte Saarland weist eine niedrige Standardabweichung von 316 Euro auf. In den übrigen Bundesländern liegt die Standardabweichung zwischen 330 und 400 Euro.

4.1 Eigenbeteiligung inklusive Investitionskosten

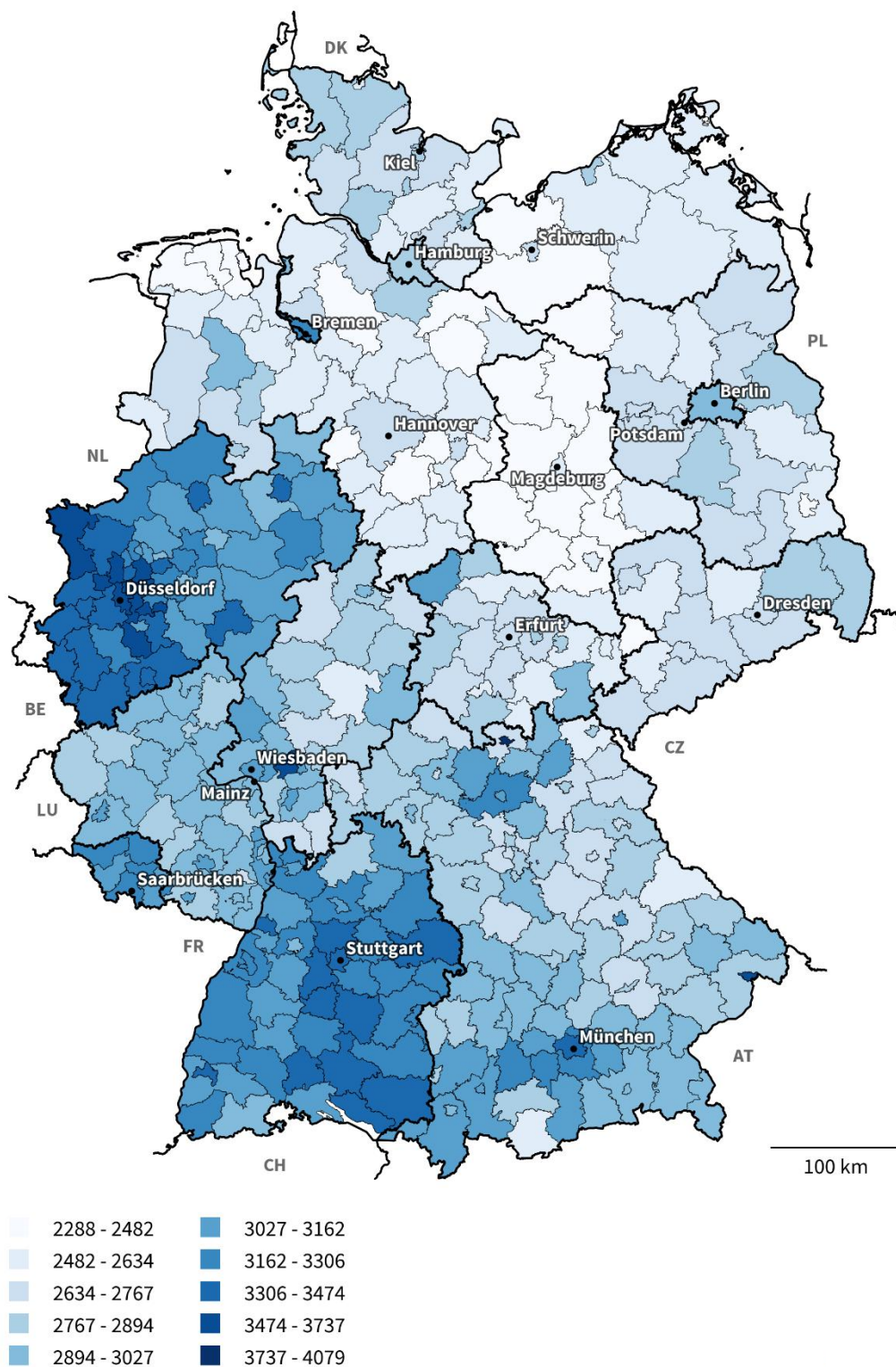
Da die spezifische Zuordnung einzelner Kostenbestandteile zu den Pflegekosten (EEE) oder zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung („Hotelkosten“) von landesrechtlichen Regelungen abhängt und zwischen den Bundesländern stark variieren kann (Augurzy et al., 2008, 26 ff.), wird in diesem Abschnitt zunächst auf die Gesamtkosten der vollstationären Pflege inklusive der Investitionskosten fokussiert.

In Abbildung 4-1 sind dementsprechend die regionalen Unterschiede der durchschnittlichen monatlichen Eigenbeteiligungen inklusive Investitionskosten auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte für das Jahr 2024 abgetragen. Die farbliche Abstufung von hellen bis zu dunklen Blautönen ermöglicht eine differenzierte räumliche Analyse der Belastung durch die privat zu tragenden Eigenbeteiligungen. Die geringste Eigenbeteiligung ist mit monatlich 2.288 Euro in Wilhelmshaven (Niedersachsen) zu beobachten, die höchste mit 4.079 Euro in Coburg (Bayern). Im Vergleich dazu liegt der Durchschnitt über alle Kreise deutschlandweit bei 2.948 Euro im Monat. Betrachtet man hingegen die Ergebnisse auf Basis des Medians, der weniger stark von Extremwerten an den Rändern beeinflusst wird und deutschlandweit bei 2.901 Euro liegt, so fallen die Eigenbeteiligungen in Krefeld (Nordrhein-Westfalen) mit 3.736 Euro am höchsten und im Landkreis Friesland (Niedersachsen) mit 2.245 Euro am geringsten aus. Coburg liegt bei Betrachtung der Median-Kosten nur noch an Stelle 219 der 400 Kreise und kreisfreien Städte. Ursächlich dafür sind die hohen Kosten einer einzelnen Kinderintensivpflegeeinrichtung, die den Durchschnittswert stark nach oben ziehen. Aus diesem Grund werden in Tabelle 4-2 die durchschnittlichen und mittleren Eigenbeteiligungen inklusive der Investitionskosten für die zehn teuersten und günstigsten Kreise und kreisfreien Städte gegenübergestellt, um den Einfluss von Einrichtungen mit zumeist speziellen Pflegeschwerpunkten auf das allgemeine Kostenniveau in den Kreisen und kreisfreien Städten an den Rändern der Kostenverteilung aufzuzeigen und Fehlschlüsse aus dem alleinigen Ranking anhand des Durchschnittswerts zu vermeiden.

Mit Blick auf die Unterschiede zwischen den Bundesländern ist zu konstatieren, dass die durchschnittlichen Eigenbeteiligungen in Kreisen in Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern deutlich unterdurchschnittlich hoch ausfallen. Auch auf einzelne Regionen in Niedersachsen und Schleswig-Holstein trifft dies zu. Demgegenüber weisen zahlreiche Kreise in Nordrhein-Westfalen, Bayern, Baden-Württemberg und Hessen überdurchschnittlich hohe Eigenbeteiligungen auf. Besonders ausgeprägt ist dies in den Ballungsräumen um München, Stuttgart, Düsseldorf und Frankfurt am Main, die den oberen Klassen zugeordnet sind und entsprechend in dunkleren Blautönen erscheinen. Grundsätzlich zeigt die Karte ein Stadt-Land-Gefälle. Kreise mit urbaner Prägung, darunter Düsseldorf, Köln, Hamburg und Stuttgart, sind von überdurchschnittlich hohen Kostenbelastungen gekennzeichnet. In ländlich geprägten Regionen fallen die Eigenbeteiligungen hingegen oftmals unterdurchschnittlich hoch aus. Einzelne Landkreise in Nordrhein-Westfalen treten als Ausreißer mit besonders hohen Eigenbeteiligungen hervor. Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse eine ausgeprägte regionale Heterogenität der finanziellen Belastung durch die Eigenanteile in der vollstationären Pflege.

Abbildung 4-1: Durchschnittliche monatliche Eigenbeteiligung inklusive Investitionskosten nach Kreisen

Kosten im 1. Pflegeheimjahr unter Berücksichtigung des Leistungszuschlags in Euro pro Monat, Stand: Oktober 2024



Quellen: Pflegelotse.de; eigene Darstellung

Regionale Kostenunterschiede lassen sich auch für die einzelnen Kostenkomponenten beobachten, aus denen sich die Eigenbeteiligung zusammensetzt. Die maßgebliche Kostenkomponente sind die EEE, das heißt die originären Kosten für die Pflege, gefolgt von den Hotelkosten (Unterkunft und Verpflegung) und den Investitionskosten. Am Durchschnitt aller Kreise bemessen, machen die pflegebedingten Kosten (EEE) rund die Hälfte der Gesamtkosten aus, die die Versicherten in vollstationärer Pflege noch selbst zu finanzieren haben (der Leistungszuschlag in Höhe von 15 Prozent im 1. Pflegeheimjahr ist bereits kostenmindernd berücksichtigt). Die höchsten EEE sind mit 2.753 Euro pro Monat in Coburg zu beobachten, während die geringsten mit 1.088 Euro in Wilhelmshaven anfallen.

Tabelle 4-2: Durchschnittliche und mittlere monatliche Eigenbeteiligung inklusive Investitionskosten für die zehn teuersten und günstigsten Kreise und kreisfreien Städte

Kosten im 1. Pflegeheimjahr unter Berücksichtigung des Leistungszuschlags in Euro pro Monat, Stand: Oktober 2024

Landkreis oder kreisfreie Stadt	Durchschnittliche Eigenbeteiligung inkl. Investitionskosten	Platzierung gemäß Durchschnitt	Median Eigenbeteiligung inkl. Investitionskosten	Platzierung gemäß Median
Coburg (BY)	4.079	400	2.910	219
Solingen (NW)	3.737	399	3.689	399
Düsseldorf (NW)	3.712	398	3.635	398
Essen (NW)	3.640	397	3.497	394
Krefeld (NW)	3.634	396	3.736	400
Köln (NW)	3.597	395	3.556	396
Passau (BY)	3.546	394	3.023	272
Kreis Mettmann (NW)	3.537	393	3.386	376
Duisburg (NW)	3.536	392	3.440	388
Remscheid (NW)	3.532	391	3.381	375
...	...	...	...	...
Anhalt-Bitterfeld (ST)	2.390	10	2.332	9
Altmarkkreis Salzwedel (ST)	2.383	9	2.351	11
Landkreis Friesland (NI)	2.377	8	2.245	1
Uelzen (NI)	2.376	7	2.323	7
Landkreis Helmstedt (NI)	2.376	6	2.293	5
Landkreis Schaumburg (NI)	2.372	5	2.316	6
Landkreis Harz (ST)	2.363	4	2.374	13
Landkreis Wittmund (NI)	2.346	3	2.287	3
Jerichower Land (ST)	2.321	2	2.288	4
Wilhelmshaven (NI)	2.288	1	2.331	8

Quellen: Pflegelotse.de; eigene Darstellung

Die EEE bestimmen damit stark die Position im Gesamtranking der Kreise. Abermals sei im Falle Coburgs auf den besonderen Einfluss der einzelnen Kinderintensivpflegeeinrichtung auf die Durchschnittskosten hingewiesen. Bei Betrachtung der mittleren Kosten liegt Coburg im Mittelfeld. Die Hotelkosten tragen im Durchschnitt 33 Prozent zu den Gesamtkosten bei und die Investitionskosten 17 Prozent. Die Hotelkosten variieren zwischen 715 Euro in Wilhelmshaven und 1.370 Euro in Solingen. Bei den Investitionskosten sind Werte zwischen 216 Euro und 751 Euro zu beobachten. Auf die regionalen Investitionskostenunterschiede wird später in Kapitel 4.3 noch einmal ausführlicher eingegangen.

4.2 Eigenbeteiligung ohne Investitionskosten

Bevor im nachfolgenden Abschnitt auf die besondere Bedeutung der Investitionskosten eingegangen wird, soll an dieser Stelle kurz betrachtet werden, wie sich die regionalen Kostenunterschiede in der Eigenbeteiligung bei Ausschluss der Investitionskosten darstellen. Auch in Abbildung 4-2 zeigt sich ein deutliches Gefälle zwischen den Regionen: Während die Eigenbeteiligung in den nördlichen Bundesländern wie Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Teilen Niedersachsens überwiegend im unteren Bereich liegt, weisen Nordrhein-Westfalen und die südlichen Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern deutlich höhere Kosten auf. Besonders auffällig sind die Ballungsräume Stuttgart und München, die zu den teuersten Regionen zählen. Auch das Rhein-Ruhr-Gebiet sowie die Grenzregionen zu Luxemburg und Frankreich sind durch überdurchschnittliche Eigenbeteiligungen gekennzeichnet. Demgegenüber sind ländliche Gebiete in Ostdeutschland, insbesondere in Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern, durch vergleichsweise niedrige Kosten geprägt. Die geringsten Eigenbeteiligungen (ohne Investitionskosten) lassen sich durchweg in Niedersachsen beobachten. So liegen die zehn Kreise und kreisfreien Städte mit den geringsten Durchschnittskosten allesamt in Niedersachsen (siehe Tabelle 4-2), darunter Wilhelmshaven (Niedersachsen), der Landkreis Helmstedt (Niedersachsen) und der Landkreis Friesland (Niedersachsen) mit den geringsten Eigenbeteiligungen. Umgekehrt finden sich die höchsten durchschnittlichen Eigenbeteiligungen ohne Investitionskosten in Coburg (Bayern), Solingen (Nordrhein-Westfalen) und Passau (Bayern). Auch an dieser Stelle sei daran erinnert, dass die Ergebnisse für Coburg und Passau durch einzelne Heime mit hohen Kosten aufgrund von besonderen Pflegeschwerpunkten verzerrt werden, was erneut durch den Vergleich der durchschnittlichen und mittleren Kosten transparent wird. So liegt bei Berücksichtigung der mittleren Kosten (Median) Coburg auf Platz 270 anstelle auf Platz 400 aller Kreise und Passau auf Platz 276 anstelle auf 398. Mit Blick auf die mittleren Kosten liegen der Landkreis Tuttlingen in Baden-Württemberg, Krefeld in Nordrhein-Westfalen und Stuttgart in Baden-Württemberg auf den letzten drei Plätzen und wiesen die höchsten Kosten auf. Am anderen Ende der Kostenskala finden ebenfalls leichte Rangveränderungen statt, jedoch in deutlich geringerem Umfang, sodass die drei Kreise mit den geringsten Kosten ihre Ränge nur untereinander tauschen.

Abbildung 4-2: Durchschnittliche monatliche Eigenbeteiligung ohne Investitionskosten nach Kreisen

Kosten im 1. Pflegeheimjahr unter Berücksichtigung des Leistungszuschlags in Euro pro Monat, Stand: Oktober 2024

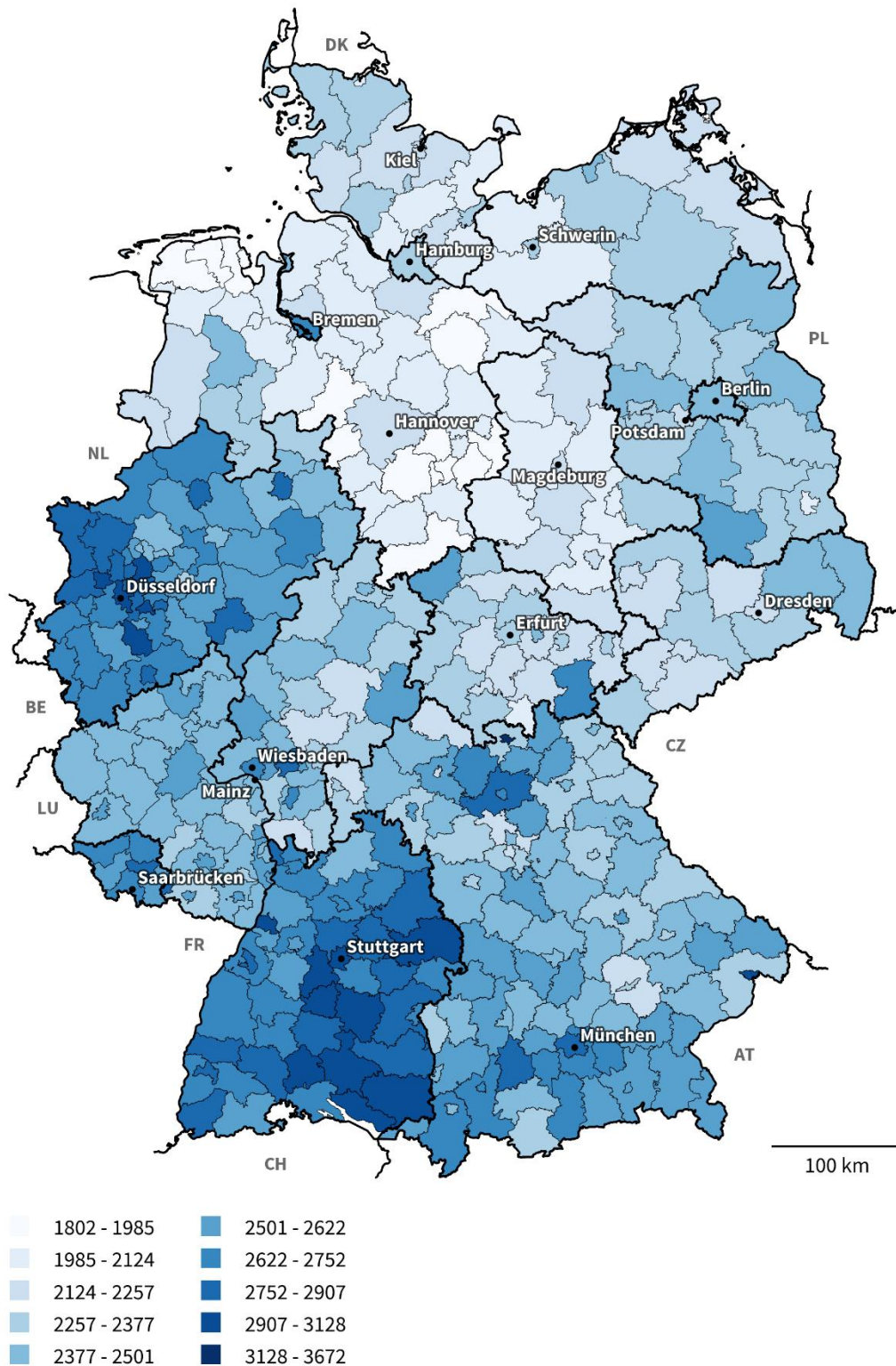


Tabelle 4-3: Durchschnittliche und mittlere monatliche Eigenbeteiligung ohne Investitionskosten für die zehn teuersten und günstigsten Kreise und kreisfreien Städte

Kosten im 1. Pflegeheimjahr unter Berücksichtigung des Leistungszuschlags in Euro pro Monat, Stand: Oktober 2024

Landkreis oder kreisfreie Stadt	Durchschnittliche Eigenbeteiligung ohne Investitionskosten	Platzierung gemäß Durchschnitt	Median Eigenbeteiligung ohne Investitionskosten	Platzierung gemäß Median
Coburg (BY)	3.672	400	2.550	270
Solingen (NW)	3.128	399	2.955	388
Passau (BY)	3.087	398	2.556	276
Landkreis Tuttlingen (BW)	3.042	397	3.198	400
Stuttgart (BW)	3.026	396	3.051	398
Landkreis Sigmaringen (BW)	3.025	395	3.038	396
Landkreis Böblingen (BW)	3.023	394	3.049	397
Landkreis Ravensburg (BW)	2.999	393	3.015	393
Karlsruhe (BW)	2.996	392	3.030	395
Krefeld (NW)	2.992	391	3.084	399
...	...	...	...	...
Landkreis Peine (NI)	1.931	10	1.876	6
Landkreis Wolfenbüttel (NI)	1.931	9	1.926	13
Lüneburg (NI)	1.929	8	1.879	7
Uelzen (NI)	1.916	7	1.889	9
Landkreis Aurich (NI)	1.909	6	1.888	8
Landkreis Wittmund (NI)	1.902	5	1.814	4
Landkreis Schaumburg (NI)	1.900	4	1.853	5
Landkreis Friesland (NI)	1.887	3	1.779	2
Landkreis Helmstedt (NI)	1.883	2	1.754	1
Wilhelmshaven (NI)	1.802	1	1.800	3

Quellen: Pflegelotse.de; eigene Darstellung

4.3 Investitionskosten

Ein besonderes Augenmerk soll im Folgenden auf die Investitionskosten gelegt werden, da diese nicht durch die Pflegesatzverhandlungen festgelegt werden und einigen Besonderheiten unterliegen. Grundsätzlich weisen aber auch die Investitionskosten erkennbare regionale Unterschiede auf, die in Abbildung 4-3 dargestellt sind. Die niedrigsten Investitionskosten sind vorwiegend in Kreisen und kreisfreien Städten in den östlichen Bundesländern zu verzeichnen. In Regionen wie Sachsen, Thüringen und Brandenburg liegen die monatlichen Investitionskosten im Durchschnitt zwischen 216 und 266 Euro. Der Kreis mit den geringsten

Investitionskosten ist der Landkreis Spree-Neiße. Demgegenüber stehen Kreise mit mittleren Investitionskosten, die sich über das gesamte Bundesgebiet verteilen, jedoch eine stärkere Konzentration in der Mitte und im Süden Deutschlands aufweisen. In diesen Gebieten bewegen sich die Investitionskosten in einem Bereich von 266 bis 559 Euro. Die höchsten Investitionskosten, die zwischen 559 und 751 Euro liegen, treten insbesondere im Westen Deutschlands auf. Besonders auffällig ist die Ballung hoher Investitionskosten im Raum Düsseldorf sowie in weiteren urbanen Zentren Nordrhein-Westfalens. Die kreisfreie Stadt Düsseldorf liegt mit Investitionskosten in Höhe von durchschnittlich 751 Euro pro Monat an der Spitze aller Kreise.

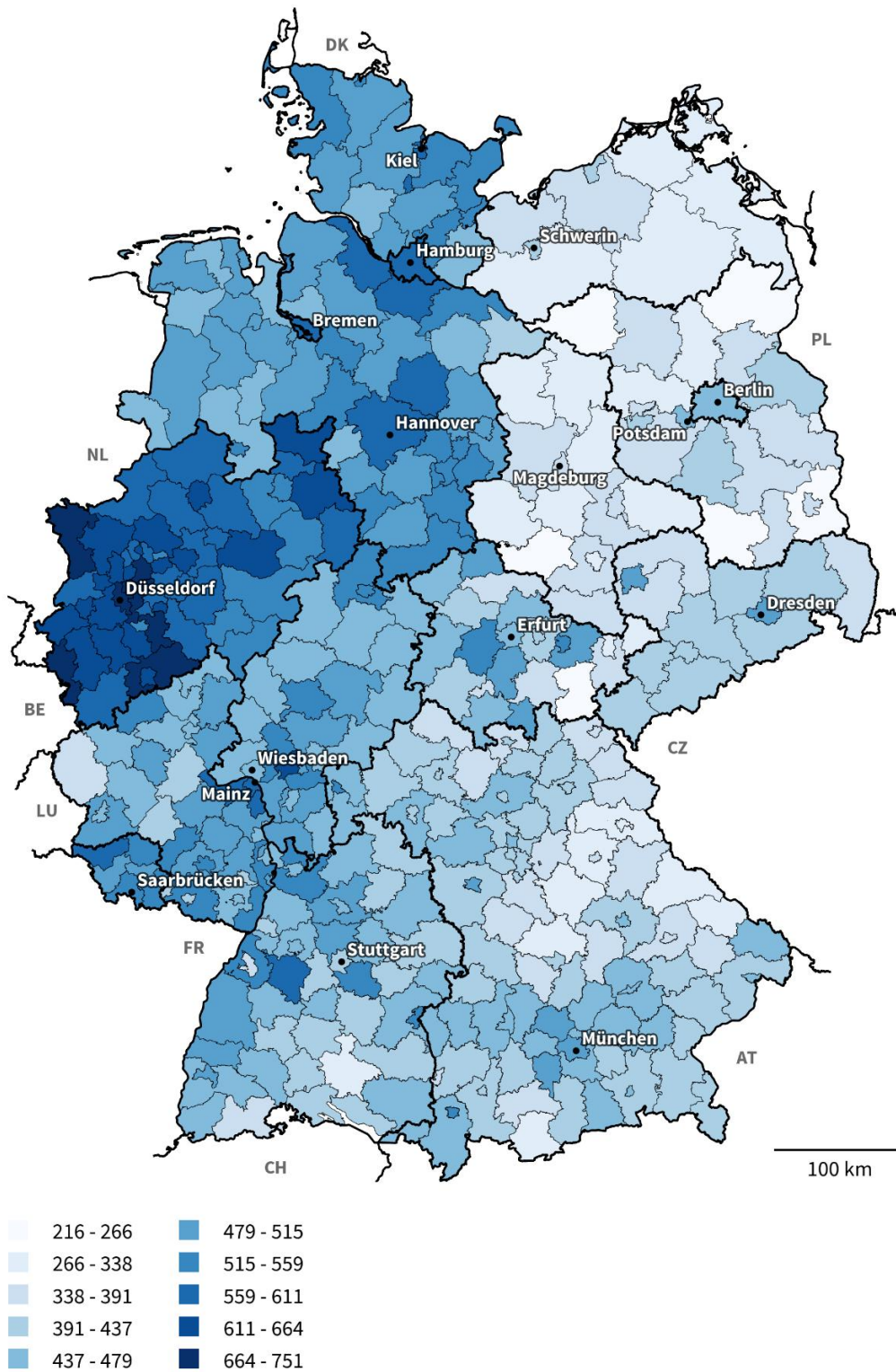
In einer früheren Publikation haben Augurzky et al. (2008) im Wesentlichen zwei Ursachenbündel für die hohen Investitionskosten in Nordrhein-Westfalen feststellen können: 1) Objektiv höhere Kosten in Ballungsräumen mit hohem Urbanisierungsgrad, die häufig mit einer hohen Nachfrage nach Pflegedienstleistungen, einem ausgeprägten Fachkräftemangel sowie einer generell höheren Einkommens- und Preisstruktur in städtischen Ballungsräumen einhergehen, und 2) regulatorische Unterschiede in der Investitionskostenförderung. Letztere sind aufgrund des langfristigen Charakters von Investitionsentscheidungen zudem noch stark von früheren gesetzlichen Regelungen beeinflusst, sodass sich bis heute anhaltende Pfadabhängigkeiten ergeben. Augurzky et al. (2008, 109) fassen es so zusammen:

„NRW zeichnet sich dabei zum einen durch höhere Kostenrichtwerte aus, die dazu geführt haben, dass großzügiger gebaut wurde. Zum zweiten war die Förderquote in NRW geringer, sodass ein höherer Anteil der Investitionen kapitalmarktfinitziert werden musste. Die Finanzierung dieses Anteils wird den Bewohnern gesondert in Rechnung gestellt. Schließlich hat NRW immer eine Darlehensförderung betrieben, während andere Länder zum Teil verlorene Zuschüsse gewährt haben. Auch dies trägt zu den höheren Investitionskosten bei, die damit vollkommen erklärt werden können.“

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass Nordrhein-Westfalen bei der Investitionskostenförderung bis heute eine Subjektförderung verfolgt und somit nur tatsächlich belegte Pflegeheimplätze individuell und bedürftigkeitsgeprüft fördert. Instrument dafür ist das Pflegewohngehalt, das an bedürftige Pflegeheimbewohner zur Deckung der Investitionskosten auf Antrag ausgezahlt wird. Das Pflegewohngehalt gibt es in vergleichbarer Form heute nur noch in Schleswig-Holstein (in Mecklenburg-Vorpommern ist das Pflegewohngehalt zum 1. Januar 2013 abgeschafft worden und es werden nur noch Bestandsfälle bearbeitet). Andere Bundesländer verfolgen eine Objektförderung von Investitionen, bei der Investitionsmaßnahmen über Festbeträge oder zinslose Darlehen direkt gefördert werden, verfolgen eine Mischform oder führen überhaupt keine Investitionsförderung durch (vgl. auch Ochmann/Braeseke, 2025). Findet eine Objektförderung statt, fallen die ausgewiesenen Investitionskosten für die Versicherten entsprechend geringer aus. Hinzukommen weitere Unterschiede in der Art und Höhe der förderungsfähigen Investitionen, dies ist jeweils in entsprechenden Landesgesetzen und Ausführungsverordnungen geregelt (Augurzky et al., 2008, 78 ff.).

Abbildung 4-3: Durchschnittliche monatliche Investitionskosten nach Kreisen

In Euro pro Monat, Stand: Oktober 2024



Quellen: Pflegelotse.de; eigene Darstellung

5 Regionale Begebenheiten und Pflegeheimkosten

Im Folgenden soll untersucht werden, inwiefern regionale Begebenheiten und Strukturen die Höhe der Pflegekosten bestimmen. Konkret wird betrachtet, inwiefern auf Kreisebene der Altersquotient, die Sterblichkeit, die Bevölkerungsdichte, die Arbeitslosenquote, die Beschäftigungsrate von Frauen, die Arbeitnehmerentgelte und die Mietpreise pro Quadratmeter mit der Höhe der vollstationären Heimpreise einhergehen. Alle Indikatoren – mit Ausnahme der Arbeitnehmerentgelte und der Sterblichkeit – werden für das Jahr 2024 gemessen. Die aktuellen Daten zu den Arbeitnehmerentgelten liegen für das Jahr 2022 vor und zur Sterblichkeit für das Jahr 2023.

- Der **Altersquotient** misst das Verhältnis der Bevölkerung im Alter von 20 bis unter 60 Jahren zur Bevölkerung im Alter von 60 Jahre und älter (HeyHugo, 2025a). Der Altersquotient könnte aus zwei Gründen mit den Heimkosten zusammenhängen: Würde die Preisbildung in der Pflege einem Marktmechanismus folgen, würde erstens eine höhere Nachfrage unter sonst gleichen Bedingungen zu höheren Preisen, also zu höheren Heimkosten, führen. Da das Risiko einer Pflegebedürftigkeit stark mit dem Alter korreliert (Kochskämper, 2021, 6), ist davon auszugehen, dass die Nachfrage nach stationärer Pflege in Kreisen mit einem niedrigen Altersquotienten höher ist. Zweitens ist auch das Angebot an Arbeitskräften und somit an möglichen Pflegekräften niedriger, wenn der Altersquotient niedriger ausfällt. Dies sollte sich in einer höheren Knappheit an Pflegefachkräften niederschlagen und somit ebenfalls mit höheren Pflegekosten einhergehen. Der Altersquotient variiert zwischen 2,74 in Heidelberg (Baden-Württemberg) und 0,96 in Suhl (Thüringen). In Suhl gibt es folglich etwas mehr Menschen über 60 Jahren als zwischen 20 und 60 Jahren. Über Deutschland hinweg zeigt sich in den westdeutschen Ballungsräumen, in Berlin und Westfalen sowie in den westlichen Kreisen Niedersachsens noch eine recht günstige Altersstruktur, während die Altersstruktur im Osten mit Ausnahme von Leipzig, Dresden, Erfurt, Jena und Magdeburg von einer alternden Bevölkerung geprägt ist.
- Über den Altersquotienten hinaus kann auch die **Sterblichkeit** eines Kreises mit den Kosten für den Heimaufenthalt im Zusammenhang stehen. Die Mortalität setzt die Anzahl Gestorbener im Jahr 2023 zu den Einwohnern (je 1.000) eines Kreises ins Verhältnis (HeyHugo, 2025g). Tübingen hat mit 8,3 Verstorbenen je 1.000 Einwohnern die niedrigste Mortalitätsrate. Dessau-Roßlau (Sachsen-Anhalt) hat mit 19,4 Verstorbenen je 1.000 Einwohnern die höchste Mortalitätsrate. Generell zeichnet sich der Osten auch wegen seiner Altersstruktur mit einer hohen Mortalitätsrate aus, während der Süden und hier im Besonderen die Metropolregionen München und Stuttgart niedrige Mortalitätsraten verzeichnen. Bei vergleichbarer Altersstruktur und Pflegeplatzkapazität zweier Kreise, aber unterschiedlichen Mortalitätsraten, kann dies bedeuten, dass die durchschnittliche Liegezeit pro zu pflegender Person kürzer ausfällt und daher ein Pflegeheimplatz im Kreis mit erhöhter Mortalität häufiger angeboten werden kann.
- Die **Bevölkerungsdichte** wird anhand der Einwohnerzahl je Quadratkilometer gemessen (HeyHugo, 2025e) und als Proxy für den Grad der Urbanisierung verwendet. Augurzky et al. (2008) zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen dem Grad der Urbanisierung und den Investitionskosten. Sie erklären dies unter anderem durch erhöhte Kapitalkosten in dichtbevölkerten Regionen, die sich im Kern aus höheren Miet- und Pachtzahlungen ergeben. Der Grad der Urbanisierung kann jedoch auch über das Lohnniveau des Pflegepersonals auf die Personalkosten und damit auf die Pflegekosten insgesamt wirken. In dicht besiedelten Regionen fallen die Lebenshaltungskosten tendenziell höher aus als in ländlichen Regionen, sodass auch das Lohnniveau der Pflegekräfte in der Regel höher ausfällt, was wiederum zu höheren Pflegekosten führt. Auf der anderen Seite könnte eine höhere Bevölkerungsdichte auch mit einer höheren Heimdichte einhergehen, während eine geringere Bevölkerungsdichte weniger Auswahl bedeutet und lokale Monopole entstehen könnten. Mit Blick auf die Bevölkerungsdichte ist München mit 4.844

Personen pro Quadratkilometer Spitzenreiter. Der Altmarkkreis Salzwedel in Sachsen-Anhalt ist mit 35 Einwohnern je Quadratkilometer der am dünnsten besiedelte Kreis Deutschlands.

- Der Anteil der registrierten Arbeitslosen an den zivilen Erwerbspersonen, welche sich aus den abhängig zivilen Erwerbstätigen sowie den Selbständigen und mithelfenden Familienangehörigen zusammensetzen, ergibt die **Arbeitslosenquote** (HeyHugo, 2025c). Auch wenn die allgemeine Arbeitslosenquote nur ein grober Indikator für die Verfügbarkeit von Pflegepersonal sein kann, könnte es in Kreisen mit hoher Arbeitslosigkeit leichter fallen, Personal zu rekrutieren – im Besonderen vor dem Hintergrund, dass das in stationären Heimen eingesetzte Personal zu einem Viertel über keine berufsspezifische Ausbildung verfügt (Pimpertz/Schüler, 2025). Ein tiefergehender Blick auf die Engpässe in pflegespezifischen Berufen auf Ebene der Bezirke der Bundesagentur für Arbeit zeigt zudem, dass es hier kaum regionale Variation gibt. Die Stellenüberhangsquoten für Fachkräfte in der Pflege liegen mit wenigen Ausnahmen deutschlandweit über 70 Prozent. Die angespannte Fachkräftesituation in der Pflege dürfte somit zu dem hohen Anteil an Beschäftigten in der Pflege ohne pflegespezifische Qualifikation beitragen. Bei einer höheren allgemeinen Arbeitslosenquote kann unter diesen Bedingungen davon ausgegangen werden, dass die Rekrutierung von fachfremdem Personal für die Pflege einfacher ist, weshalb die allgemeine Arbeitslosenquote als Indikator zur Messung der Fachkräftesituation dienen kann. Die allgemeine Arbeitslosenquote liegt mit 2,3 Prozent in Pfaffenhofen (Bayern) am niedrigsten, während sie mit 14,8 Prozent in Gelsenkirchen den höchsten Wert erreicht. Auch in anderen von der Montanindustrie geprägten Städten in Westdeutschland liegt die Arbeitslosenquote überdurchschnittlich hoch, während sie in Baden-Württemberg und Bayern unterdurchschnittlich ausfällt.
- Die **Beschäftigungsrate von Frauen** misst den Anteil der sozialversicherungspflichtigen Frauen am Wohnort an allen erwerbsfähigen Frauen, das heißt an allen Einwohnerinnen zwischen 18 und 65 Jahren (HeyHugo, 2025d). Da der Frauenanteil in der Pflege sehr hoch ist (Pimpertz/Schüler, 2025), könnte eine höhere Beschäftigungsrate von Frauen eine bessere Verfügbarkeit von Pflegepersonal bedeuten. Die Beschäftigungsrate von Frauen ist in Ostdeutschland überdurchschnittlich hoch. Mit 76 Prozent erwerbstätiger Frauen im erwerbsfähigen Alter ist Hildburghausen in Sachsen der Landkreis mit der höchsten Beschäftigungsrate von Frauen. Gelsenkirchen hat neben der höchsten Arbeitslosenquote auch die niedrigste Frauenbeschäftigungsrate, wobei diese eine Folge der hohen Arbeitslosigkeit sein könnte. Der kausale Zusammenhang ist an dieser Stelle nicht eindeutig.
- Die Kosten der Pflege werden maßgeblich von den Personalkosten bestimmt. Dabei werden die Löhne in der Pflege seit 2022 tariflich geregelt, variieren aber weiterhin sowohl zwischen Heimen als auch zwischen Bundesländern. Gleichzeitig werden in der Pflegearbeitsbedingungenverordnung (PflegeArbbV, aktuell in der sechsten Fassung) Mindestentgelte je nach Qualifikationsniveau der Beschäftigten geregelt. Ist Arbeit in einem Kreis besonders teuer, kann dies folglich auch mit den Kosten der Pflege zusammenhängen, weshalb auch das durchschnittliche **Arbeitnehmerentgelt** auf Kreisebene für das Jahr 2022 als Bestimmungsfaktor für die Höhe der Eigenbeteiligung betrachtet wird. Das Arbeitnehmerentgelt besteht aus den Bruttolöhnen und -gehältern der Arbeitnehmer und den Sozialbeiträgen der Arbeitgeber und erfasst damit nicht nur tarifliche Löhne und Gehälter (HeyHugo, 2025b). Gleichwohl besteht in aller Regel ein enger Zusammenhang zwischen der Höhe und Entwicklung von tariflichen und nicht tariflichen Löhnen, da sich letztere in vielen Fällen an den Tariflöhnen orientieren (Lesch/Schröder, 2023). Das durchschnittliche Arbeitnehmerentgelt ist in Wolfsburg mit 78.413 Euro je Arbeitnehmer am höchsten. In der Südwestpfalz erreichen Arbeitnehmer mit durchschnittlich 35.432 Euro das niedrigste Arbeitnehmerentgelt. Es zeigt sich über Deutschland hinweg ein starkes Stadt-Land-Gefälle. In München, Stuttgart, Frankfurt und deren Umland werden besonders hohe Arbeitnehmerentgelte erzielt.

- Die Mietpreise werden anhand der durchschnittlichen **Mietpreise je Quadratmeter** für Wohnungen gemäß IW-Wohnindex angegeben (HeyHugo, 2025f). Berücksichtigt werden dafür Wohnimmobilien-inse-
rate für Bestand und Neubau. Da ein Bestandteil der vollstationären Heimkosten die Unterkunftskosten
sind, könnten Mietpreise ein Indikator für die Heimpreise sein. Gegeben, dass Heimbetreiber in Bezug
auf ihre Kosten mit denselben örtlichen Gegebenheiten konfrontiert sind wie andere Anbieter von Wohn-
raum und sie diese gegenfinanzieren müssen, wäre zu erwarten, dass Mietpreise positiv mit der Eigen-
beteiligung zusammenhängen. Mit 21,86 Euro pro Quadratmeter fallen die Mietpreise in München am
höchsten aus, im Vogtlandkreis in Sachsen mit 5,25 Euro pro Quadratmeter am niedrigsten. Neben Mün-
chen fallen die Mietpreise in den westdeutschen Metropolregionen Stuttgart, Frankfurt, Hamburg,
Köln/Düsseldorf und Nürnberg sowie in Berlin überdurchschnittlich aus.
- In einer letzten Spezifikation wird betrachtet, ob die **Heimgröße**, gemessen an der Anzahl der insgesamt
verfügbaren, aber nicht tatsächlich belegten Pflegeplätze, mit den Heimkosten einhergeht. Denkbar ist,
dass sich Größenvorteile in niedrigeren Preisen niederschlagen. Die durchschnittliche Platzanzahl lag im
Oktober 2024 bei 80 Plätzen pro Heim. Die größte Einrichtung stellte 725 Plätze bereit und lag in Ham-
burg, während in zwei Einrichtungen im Landkreis Schaumburg (Niedersachsen) jeweils nur ein Platz be-
reitgestellt wurde – mit spezieller Pflegebetreuung. Im Bundeslanddurchschnitt lag die Platzzahl zwischen
67 in Baden-Württemberg und 115 in Berlin.

In den nachfolgenden Tabellen sind die Ergebnisse der linearen Regressionen (KQ-Schätzer) für den Zusam-
menhang zwischen den Heimkosten als abhängige Variable und den zuvor diskutierten regionalen Indikato-
ren als erklärende Variablen dargestellt. Dabei werden wegen der unterschiedlichen Modalitäten der Festle-
gung der Pflege-, Unterkunfts- und Verpflegungskosten auf der einen Seite und den Investitionskosten auf
der anderen Seite (vgl. Abschnitt 2) die Modellspezifikationen nach einer ersten Schätzung für die Eigenbe-
teiligung insgesamt, die Eigenbeteiligung ohne Investitionskosten und die Investitionskosten getrennt vonei-
nander geschätzt. Der Aufbau der Spezifikationen folgt jeweils dem gleichen Muster: In der ersten Spezifika-
tion (Basismodell) werden alle Heime betrachtet. In der zweiten Spezifikation wird für die Unterschiede zwi-
schen den Bundesländern kontrolliert. Hierdurch werden die Unterschiede, die zum Beispiel auf die unter-
schiedlichen Landesrahmenverträge zurückgehen, herausgerechnet. Da die Informationen zu den regionalen
Begebenheiten auf Kreisebene vorliegen, wird in der letzten Spezifikation mit geclusterten Standardfehlern
auf Kreisebene gerechnet. So wird berücksichtigt, dass die Informationen, die auf Kreisebene in die Gleichun-
gen einfließen, nicht unabhängig voneinander sind und die Varianz der Störterme nicht homogen ist. Dies
ermöglicht die Berechnung möglichst unverzerrter Standardfehler und ist wesentliche Voraussetzung dafür,
anhand des Signifikanzniveaus zu bestimmen, ob die jeweiligen Koeffizienten einen wesentlichen Zusammen-
hang mit den Kosten aufweisen. Alle Variablen fließen logarithmiert in die OLS-Regressionsgleichung ein, um
einerseits den Einfluss unterschiedlicher Skalenniveaus zu reduzieren und andererseits die geschätzten Ko-
effizienten als prozentuale Veränderung interpretieren zu können.

Betrachtet man in Spalte 2 der Tabelle 5-1 den Zusammenhang der regionalen Determinanten mit der Eigen-
beteiligung insgesamt ohne für die Unterschiede zwischen den Bundesländern oder für die mögliche
Heteroskedastizität in den Störtermen zu kontrollieren (Basismodellspezifikation), finden sich Zusammen-
hänge zwischen den Kosten und den regionalen Indikatoren sowohl in Bezug auf die demografische Struktur
als auch in Bezug auf die Arbeitsmarktsituation des Kreises, indem sich das jeweilige Pflegeheim befindet.
Dabei zeigen bis auf die Mietpreise alle Koeffizienten in die erwartete Richtung und sind statistisch hoch
signifikant auf dem 1-Prozent-Niveau. Wie bereits diskutiert, vernachlässigt diese Betrachtung, dass bundes-
landspezifische Kostendifferenzen zwischen Heimen erklären können, weshalb in einem

zweiten Schritt dafür kontrolliert wird, in welchem Bundesland das Pflegeheim liegt. In dieser Spezifikation zeigen sich nur noch die Mortalität, die Arbeitnehmerentgelte und die Mietpreise signifikant. Gleichzeitig fallen die geschätzten Effektstärken aller Koeffizienten deutlich geringer aus als zuvor.

Tabelle 5-1: Regionale Begebenheiten und Gesamtkosten für den vollstationären Heimaufenthalt

Alle Variablen fließen logarithmiert in die Regressionsgleichung ein. Ausgewiesen werden der geschätzte Koeffizient und die zugehörigen Standardfehler in Klammern in der Zeile darunter. Die Koeffizienten lassen sich als prozentuale Veränderung interpretieren. Es fließen alle 10.820 Beobachtungen in die Schätzungen ein.

Eigenbeteiligung mit Investitionskosten				
	Basismodell-spezifikation	Mit Bundes-landkontrolle	Mit Bundes-landkontrolle und robusten Standardfehlern auf Kreis-ebene	Mit Bundesland-kontrolle, robu-ten Standardfeh-lern auf Kreis-ebene, Anzahl der Plätze
Altersquotient	-0,402***	-0,043	-0,043	-0,038
	(0,021)	(0,023)	(0,041)	(0,037)
Mortalität	-0,488***	-0,085**	-0,085	-0,071
	(0,024)	(0,027)	(0,047)	(0,045)
Bevölkerungsdichte	0,046***	0,004	0,004	0,008
	(0,003)	(0,003)	(0,005)	(0,005)
Arbeitslosenquote	-0,072***	0,01	0,01	0,011
	(0,007)	(0,009)	(0,017)	(0,016)
Beschäftigungsrate Frauen	-0,621***	-0,001	-0,001	-0,002
	(0,027)	(0,035)	(0,065)	(0,062)
Arbeitnehmerentgelt	0,201***	0,066***	0,066*	0,073*
	(0,018)	(0,019)	(0,032)	(0,030)
Mietpreis pro qm	-0,074***	0,089***	0,089***	0,098***
	(0,010)	(0,013)	(0,024)	(0,023)
Anzahl Pflegeheimplätze				-0,055***
				(0,005)
Bundeslandkontrolle		ja	ja	ja
Geclusterte Standardfehler auf Kreisebene			ja	ja
Angepasstes R²	0,2169	0,3666	0,3666	0,3985

Anmerkungen: *** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,10; N = 10.820.

Quellen: Pflegelotse.de; eigene Berechnungen

Mit der Berücksichtigung der bundeslandspezifischen Unterschiede zeigt der Koeffizient für die Mietpreise in die erwartete Richtung: Fällt der Mietpreis pro m² in einem Kreis um 10 Prozent höher aus, so liegt die Eigenbeteiligung ohne Investitionskosten um rund 0,9 Prozent höher. Nach Korrektur der Standardfehler weisen nur noch die Arbeitnehmerentgelte und die Mietpreise einen statistisch signifikanten Zusammenhang auf dem 10-Prozent-Signifikanz- und für die Mietpreise auf dem 1-Prozent-Signifikanz-Niveau auf. Die geschätzten Koeffizienten ändern sich hierbei nicht. Das Modell kann in dieser Spezifikation rund 37 Prozent der beobachtbaren Varianz in der Eigenbeteiligung ohne Investitionskosten zwischen den Kreisen erklären und identifiziert die Arbeitnehmerentgelte und die Mietpreise pro m² als wesentliche Determinanten der Kostenunterschiede. Dieses Ergebnis bleibt auch dann bestehen, wenn in Modellspezifikation 4 zusätzlich für die Anzahl der Pflegeplätze in den jeweiligen Heimen kontrolliert wird. Zudem ist der geschätzte Koeffizient für die Anzahl der Pflegeplätze signifikant auf dem 1-Prozent-Niveau und zeigt einen negativen Zusammenhang zwischen Platzzahl und Heimkosten auf. Fällt die Pflegeplatzanzahl um 10 Prozent höher aus, sinken die Pflegekosten um rund 0,55 Prozent. Dies ist ein Hinweis auf mögliche Größenvorteile in der vollstationären Pflege.

Wegen Ihrer unterschiedlichen Entstehung (vgl. Abschnitt 2) wird im Folgenden der Zusammenhang zwischen den regionalen Indikatoren und der Eigenbeteiligung ohne Investitionskosten sowie für die Investitionskosten separat betrachtet. In Tabelle 5-2 ist gezeigt, dass unter Berücksichtigung des bundeslandspezifischen Kontexts ein Zusammenhang zwischen der Sterblichkeit, dem Arbeitnehmerentgelt und den Mietpreisen zu beobachten ist. Im Besonderen der Zusammenhang zwischen Arbeitnehmerentgelten und der Eigenbeteiligung ist erwartbar, da die Kosten für Pflege, Unterkunft und Verpflegung zu großen Teilen auf Personalkosten zurückgehen. Der signifikante Zusammenhang zwischen Arbeitnehmerentgelt und der Eigenbeteiligung ohne Investitionskosten verschwindet, sobald die Clusterung der Standardfehler auf Kreisebene berücksichtigt wird (Spalte 4). Kontrolliert man zusätzlich für die Anzahl der Pflegeplätze (Spalte 5), ist erneut ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Arbeitnehmerentgelt und der Eigenbeteiligung zu erkennen. Gleichzeitig findet sich ein auf dem 1-Prozent-Signifikanzniveau negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl der Plätze und der Eigenbeteiligung. Für die durch die Pflegesatzverhandlungen bestimmten Kostenbestandteile für vollstationäre Heime scheint es folglich Skaleneffekte zu geben. Der positive Zusammenhang zwischen den Mietpreisen und den von Verhandlungen bestimmten Heimkosten deutet darauf hin, dass auch die stark von den Personalkosten bestimmten Komponenten der stationären Heimkosten mit regionalen Preisen korrelieren. Denn Mietpreise sind ein starker Prädiktor für das allgemeine Preisniveau.

Tabelle 5-2: Regionale Begebenheiten und Kosten für den vollstationären Heimaufenthalt: Eigenbeteiligung ohne Investitionskosten

Alle Variablen fließen logarithmiert in die Regressionsgleichung ein. Ausgewiesen werden der geschätzte Koeffizient und die zugehörigen Standardfehler in Klammern in der Zeile darunter. Die Koeffizienten lassen sich als prozentuale Veränderung interpretieren. Es fließen alle 10.820 Beobachtungen ein.

Eigenbeteiligung ohne Investitionskosten				
	Basismodell-spezifikation	Mit Bundes-landkontrolle	Mit Bundes-landkontrolle und robusten Standardfehlern auf Kreisebene	Mit Bundeslandkontrolle, robusten Standardfehlern auf Kreisebene, Anzahl der Plätze
Altersquotient	-0,514***	-0,051	-0,051	-0,044
	(0,025)	(0,027)	(0,051)	(0,046)
Mortalität	-0,588***	-0,110***	-0,110*	-0,092
	(0,028)	(0,032)	(0,055)	(0,051)
Bevölkerungsdichte	0,048***	-0,001	-0,001	0,005
	(0,003)	(0,003)	(0,007)	(0,006)
Arbeitslosenquote	-0,077***	0,016	0,016	0,017
	(0,008)	(0,011)	(0,020)	(0,019)
Beschäftigungsrate Frauen	-0,514***	-0,027	-0,027	-0,028
	(0,031)	(0,042)	(0,073)	(0,068)
Arbeitnehmerentgelt	0,268***	0,073**	0,073	0,082*
	(0,021)	(0,023)	(0,037)	(0,035)
Mietpreis	-0,079***	0,069***	0,069*	0,079**
	(0,012)	(0,015)	(0,029)	(0,027)
Anzahl Pflegeheimplätze				-0,070***
				(0,006)
Bundeslandkontrolle		ja	ja	ja
Geclusterte Standardfehler auf Kreisebene			ja	ja
Angepasstes R²	0,1723	0,3084	0,3084	0,3497

Anmerkungen: *** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,10; N = 10.820.

Quellen: Pflegelotse.de; eigene Berechnungen

Auch bei der Betrachtung der Investitionskosten in Tabelle 5-3 ist es wichtig, für die bundeslandspezifischen Unterschiede zu kontrollieren, da die Bundesländer über die Investitionskostenförderung entscheiden und dies zu deutlichen Unterschieden in den Investitionskosten zwischen Bundesländern führen kann (vgl. Abschnitt 4.2). Mit Fokus auf die Investitionskosten ist zu erwarten, dass sich im Besonderen ein Zusammenhang zwischen den Mietpreisen und den Investitionskosten zeigt, wenn die regionalen Kostenunterschiede für die Bereitstellung von Wohnraum in einem Pflegeheim sich vergleichbar zu den Kostenunterschieden für privat genutzten Wohnraum verhalten. Tatsächlich korrelieren die Mietpreise mit den Investitionskosten. In einem Kreis mit 10 Prozent höheren Mietpreisen als im Durchschnitt der Kreise sind die Investitionskosten 2 Prozent höher als in einem Kreis mit ansonsten vergleichbaren Bedingungen und durchschnittlichen Mietpreisen. Die Korrelation zwischen den Kosten für einen vollstationären Heimplatz und den Mietpreisen wird stärker durch den positiven Zusammenhang mit den Investitionskosten getrieben. Aber auch für die übrigen Kostenkomponenten besteht ein positiver, wenn auch etwas schwächerer positiver Zusammenhang mit den Mietpreisen. Dies kann dadurch begründet sein, dass Mietpreise ein starker Prädiktor für das Preisniveau im Allgemeinen sind. Abschließend zeigt sich, dass die Bevölkerungsdichte als Proxy für Urbanisierung in einem positiven Zusammenhang mit den Investitionskosten steht. Diesen Zusammenhang hatten Augurzy et al. (2008) bereits in ihrer Studie festgestellt. Demgegenüber spielen Unterschiede in den Arbeitnehmerentgelten eine untergeordnete Rolle mit Blick auf die Unterschiede in den Investitionskosten, während die Anzahl an Pflegeplätzen positiv mit der Höhe der Investitionskosten zusammenhängt. Während in der pflegerischen Versorgung Größenvorteile mit einer steigenden Pflegeplatzanzahl zu beobachten sind, ist die Instandhaltung oder auch die Schaffung neuer Pflegeheimplätze in größeren Einrichtungen mit überdurchschnittlich hohen Kosten verbunden.

Ein Grund, stationäre Pflege nicht auf Bundesebene, sondern dezentraler auf Landesebene zu regeln, ist, dass sich regionale Bedarfe vor Ort besser beurteilen lassen (Subsidiaritätsprinzip). Die Berücksichtigung regionaler Indikatoren, die die Unterschiede in den wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen auf Kreisebene approximieren sollen, zeigt im Rahmen des Regressionsansatzes, dass dies den Bundesländern unterschiedlich gut zu gelingen scheint. Andere, nicht beobachtbare Faktoren können zu strukturellen Unterschieden zwischen den Bundesländern führen. Während sich das Ranking der Bundesländer auf Basis der geschätzten Länderkoeffizienten für die Eigenbeteiligung inklusive Investitionskosten bei den drei Bundesländern mit den niedrigsten stationären Heimkosten und dem Bundesland mit den höchsten stationären Heimkosten nicht verändert (vgl. Tabelle 5-4), verschiebt sich die Reihenfolge der Bundesländer mit mittleren Pflegekosten unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten. Berücksichtigt man regionale Strukturen, wie die Mietpreise pro Quadratmeter als Proxy für den Urbanisierungsgrad in einer Region, verbessern sich im Besonderen die Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen im Ranking. Bis auf Schleswig-Holstein, das mit Brandenburg den Platz tauscht, schneiden die übrigen Flächenländer unter Berücksichtigung ihrer regionalen Struktur schlechter ab. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es den Stadtstaaten gegeben ihrer Bevölkerungs- und Arbeitsmarktstrukturen besser zu gelingen scheint, stationäre Pflege kosteneffizient bereitzustellen als vielen Flächenländern. Nichtsdestotrotz gelingt es in Sachsen-Anhalt, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern stationäre Pflege sowohl vor den regionalen Gegebenheiten als auch insgesamt günstiger bereitzustellen als in anderen Bundesländern.

Tabelle 5-3: Regionale Begebenheiten und Investitionskosten

Alle Variablen fließen logarithmiert in die Regressionsgleichung ein. Ausgewiesen werden der geschätzte Koeffizient und die zugehörigen Standardfehler in Klammern in der Zeile darunter. Die Koeffizienten lassen sich als prozentuale Veränderung interpretieren. Es fließen alle 9.370 Beobachtungen mit gültigen Angaben zu den Investitionskosten ein.

Investitionskosten				
	Basismodell-spezifikation	Mit Bundes-landkontrolle	Mit Bundes-landkontrolle und robusten Standardfehlern auf Kreisebene	Mit Bundeslandkontrolle, robusten Standardfehlern auf Kreisebene, Anzahl der Plätze
Altersquotient	0,307***	0,027	0,027	0,025
	(0,065)	(0,071)	(0,099)	(0,098)
Mortalität	0,121	0,081	0,081	0,073
	(0,075)	(0,083)	(0,113)	(0,112)
Bevölkerungsdichte	0,050***	0,031***	0,031**	0,029*
	(0,008)	(0,009)	(0,012)	(0,012)
Arbeitslosenquote	-0,174***	-0,040	-0,040	-0,040
	(0,021)	(0,028)	(0,038)	(0,038)
Beschäftigungsrate Frauen	-1,565***	0,137	0,137	0,137
	(0,081)	(0,109)	(0,160)	(0,159)
Arbeitnehmerentgelt	-0,130*	-0,020	-0,020	-0,024
	(0,056)	(0,060)	(0,076)	(0,075)
Mietpreis	-0,110***	0,209***	0,209***	0,205***
	(0,031)	(0,040)	(0,056)	(0,056)
Anzahl Pflegeheimplätze				0,031**
				(0,010)
Bundesland Kontrolle		ja	ja	ja
Geclusterte Standardfehler auf Kreisebene			ja	ja
Angepasstes R²	0,1172	0,2675	0,2675	0,2687

Anmerkungen: *** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,10; N = 9.370.

Quellen: Pflegelotse.de; eigene Berechnungen

Tabelle 5-4: Ranking der Bundesländer mit und ohne Berücksichtigung der regionalen Indikatoren

Das Ranking unter Berücksichtigung der regionalen Indikatoren leitet sich aus den Koeffizienten der Bundesländer in der Modellspezifikation „Mit Bundeslandkontrolle“ ab.

Ranking der Bundesländer	Ohne Berücksichtigung regionaler Indikatoren	Mit Berücksichtigung regionaler Indikatoren	Veränderung des Rangs
Sachsen-Anhalt	1	1	0
Niedersachsen	2	2	0
Mecklenburg-Vorpommern	3	3	0
Brandenburg	4	5	-1
Schleswig-Holstein	5	4	+1
Sachsen	6	8	-2
Thüringen	7	9	-2
Hamburg	8	6	+2
Bayern	9	10	-1
Hessen	10	11	-1
Rheinland-Pfalz	11	12	-1
Berlin	12	7	+5
Saarland	13	15	-2
Baden-Württemberg	14	14	0
Bremen	15	13	+2
Nordrhein-Westfalen	16	16	0

Quellen: Pflegelotse.de; eigene Berechnungen

6 Weitere Erklärungsansätze für Kostenunterschiede

Regionale Begebenheiten wie unterschiedlich hohe Mietpreise können einen Teil der Unterschiede in der von den Bewohnern zu tragenden Heimkosten innerhalb von Bundesländern erklären. Auch Unterschiede, die das Pflegesetting selbst betreffen, können ursächlich für Kostenunterschiede sein. Diese Unterschiede wurden in der vorliegenden Arbeit nicht betrachtet und spannen ein weiteres Forschungsfeld auf. Hier gilt es für die Zukunft die folgenden Aspekte und ihre Bedeutung für die Kostenunterschiede zwischen Heimen innerhalb eines Bundeslands und auch zwischen Bundesländern stärker zu untersuchen:

- Auf Landesebene wird der Mindestpersonaleinsatz für die Versorgung der Pflegebedürftigen, abhängig von ihren Pflegegraden, geregelt. Somit bestimmt zum einen die **Zusammensetzung der Bewohner nach Pflegegrad** die abrechenbaren Kosten. Zum anderen setzen die jeweiligen **landesrechtlichen Regelungen** wie die Landesheimgesetze den Standard für den Mindestpersonaleinsatz. Pflegeschwerpunkte erlauben darüber hinaus einen höheren Personaleinsatz, was in unterschiedlichen Personalschlüsseln resultiert. Seit dem 1. Juli 2023 gibt es darüber hinaus ein bundeeinheitliches Personalbemessungsverfahren in der Langzeitpflege (Bundesministerium für Gesundheit, 2023). Die von den Ländern festgelegten Einsatzquoten erlauben eine großzügigere Personalausstattung. Gegeben der Fachkräfteengpässe in der Pflege ist jedoch fraglich, inwiefern diese Möglichkeiten ausgeschöpft werden können.
- Die Personalkosten können sich je nach Zusammensetzung des Personals unterscheiden. Während landesrechtliche Regelungen bestimmen, wie viel Personal mit welchem Qualifikationsniveau je nach Bewohnerstruktur mindestens eingesetzt werden muss, kann sich die **Altersstruktur der Belegschaft** unterscheiden. Wegen einer auch in der Pflege üblichen Senioritätsentlohnung ist eine ältere Belegschaft demnach mit höheren Kosten verbunden. Hier spielt wiederum eine Rolle, inwiefern es den Heimbetreibern gelingt, diese Kosten in den Verhandlungen durch höhere Pflegesätze abgelten zu lassen. Zudem unterscheiden sich die durchschnittlichen Lohnkosten abhängig davon, welchem Tarifvertrag gefolgt wird. Die AOK weist Entlohnungsniveaus für 2024 nach Bundesländern aus. Dabei liegt das regional übliche Entlohnungsniveau in Bremen 3 Euro pro Stunde niedriger als in Nordrhein-Westfalen. Unterschiede gibt es auch bei den Zuschlägen für Nachtarbeit sowie Sonntags- und Feiertagsarbeit. Zudem legt der Mindestpersonaleinsatz zwar fest, wie viel Personal mit welchem Qualifikationsniveau mindestens eingesetzt wird. Es steht den Heimen aber frei, besser ausgebildetes Personal einzusetzen als durch den Mindestpersonaleinsatz geregelt.
- Die Unterschiede in den Investitionskosten gehen auf Landesrecht zurück, da die Bundesländer die Infrastrukturverantwortung für die Pflegeheime tragen. Die **gesetzlichen Anforderungen an Gebäude** werden folglich landesrechtlich geregelt. Vorgaben dazu, ob zum Beispiel eine Einzelzimmerquote angewandt werden muss, können zu Kostenunterschieden führen. Die Höhe der Investitionskosten kann sich zudem dadurch unterscheiden, ob eine staatliche Bezuschussung der Kosten erfolgt und auf welche Weise (**Subjekt- oder Objektförderung**). Auch dies wird auf Bundeslandebene geregelt (vgl. hierzu ausführlich KPMG, 2020; Heger et al., 2017). Die Prüfung, ob die Investitionskosten im Sinne einer Förderung angemessen und bedarfsgerecht sind, obliegt hier zum Teil untergeordneten Instanzen wie in Nordrhein-Westfalen dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe und dem Landschaftsverband Rheinland. Auch hieraus ergeben sich Kostenunterschiede. Zudem unterscheiden sich die Förderquoten nach Trägerschaft. Die Förderquote liegt für öffentlich-rechtliche Träger höher als für private Träger. Die Höhe der Investitionskosten ist zudem von den **Zinsaufwendungen** und der **Abschreibungspraxis** abhängig.
- Auch die **Pflegequalität** kann Kostenunterschiede erklären. Dabei ist die Qualität zugleich Outcome der Inputs in die Pflege. Eine Herausforderung ist es, die Qualität von Pflege zu messen. Zum einen gibt es über die Website pfegelegotse.de von den Heimen bereitgestellte Informationen zur Pflegequalität. Zum

anderen erfasst der Medizinische Dienst die Pflegequalität. Auch diese Informationen sind über den Pflegegeltsen als Ergebnisse der externen Qualitätsprüfung abrufbar. Diese wird anhand von 20 Indikatoren in den fünf Bereichen „Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung“, „Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“, „Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte“, „Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen“ sowie „Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen“ festgehalten. Möchte man diese Indikatoren nutzen, wäre vorab zu entscheiden, mit welcher Gewichtung die Indikatoren in eine Bewertung der Qualität eingehen sollten. Über diese Indikatoren hinaus können sich auch die Ausstattung und die Angebote der Heime unterscheiden und Preisunterschiede erklären.

- Pflegeheime können unterschiedlich hohe **Gewinne** erzielen. So könnten Heime je nach lokaler Kaufkraft und lokalem Angebot rent-seeking betreiben.
- Der Wettbewerb durch Trägerschaft ist ein weiterer Erklärungsfaktor für Preisunterschiede in der stationären Pflege. Dabei befanden sich zum 15. Dezember 2023 laut Pflegestatistik von den voll- und teilstationären Heimen rund 53 Prozent in freigemeinnütziger Trägerschaft (beispielsweise DIAKONIE oder CARITAS) und 42 Prozent in privater Trägerschaft. Lediglich 4 Prozent der Heime befanden sich in öffentlicher Trägerschaft. Das Zusammenspiel unterschiedlicher Träger auf regionaler Ebene ist im Besonderen vor dem Hintergrund interessant, dass die Kosten für Pflege, Unterkunft und Verpflegung durch die Pflegegesetzverhandlungen bestimmt werden und hier zum Teil einzelne Träger die Benchmark setzen.
- Zudem ist der Pflegebetrieb von Pfadabhängigkeiten bestimmt. Regelungen und Kostenstrukturen, die auf Entscheidungen in der Vergangenheit zurückgehen, wirken sich auf heutige Kostenstrukturen aus.

Tabelle 6-1: Weitere Erklärungsansätze für Kostenunterschiede in der vollstationären Pflege

	Wird bestimmt durch ...	Bundesland	Trägerschaft	Heimleitung
Personal-schlüssel	Bewohnerstruktur (das heißt Zusammensetzung der Bewohner nach Pflegegrad)			X
	Mindestpersonaleinsatz (abhängig von Bewohnerstruktur, konkret Pflegegrade und Pflege-schwerpunkte)	X		
Löhne	Alter und Qualifikation des Personals		X	X
	Einsatz von Zeitarbeiterinnen			X
	Orientierung an Tarifvertrag		X	X
Investitions-kosten	Förderung	X	X	
	Zinsaufwendungen	X		
	Abschreibungen			X
Qualität	Pflege (kontrolliert durch den Medizinischen Dienst)	X	X	X
	Heimausstattung		X	X
	(Zusätzliche) Angebote		X	X
Gewinne			X (über Trans-fer an Träger)	X (ausgewie-sene Gewinne)

Quelle: eigene Darstellung

7 Fazit und Handlungsempfehlungen

Die Kosten der vollstationären Pflege variieren regional stark. Kreise in Sachsen-Anhalt und Niedersachsen weisen die geringsten Eigenbeteiligungen auf, während die höchsten Kosten überwiegend in Nordrhein-Westfalen zu beobachten sind. Die Unterschiede sind durch ein starkes Stadt-Land-Gefälle geprägt. Dichtbesiedelte Kreise, darunter Düsseldorf, Köln, Hamburg und Stuttgart, sind von überdurchschnittlich hohen Kostenbelastungen gekennzeichnet. In ländlich geprägten Regionen fallen die Eigenbeteiligungen hingegen oftmals unterdurchschnittlich hoch aus. Dieses Bild ändert sich nicht, wenn die Investitionskosten, welche anders als die Kosten der Pflege, Unterkunft und Verpflegung nicht durch die Pflegesatzverhandlungen bestimmt werden, aus der Betrachtung ausgeschlossen werden.

Bestimmender Faktor für die Höhe der selbst zu tragenden Eigenbeteiligung sind die pflegebedingten Kosten, die wiederum stark von Personalkosten geprägt sind. Personalstruktur und -qualifikationsniveau der Beschäftigten, aber auch die Struktur der zu Pflegenden in einer Einrichtung sind maßgeblich für die Höhe der pflegebedingten Kosten. Dementsprechend zeigen die Regressionsanalysen, dass regionale Unterschiede in der Höhe der Arbeitnehmerentgelte einen statistisch signifikanten Beitrag zur Erklärung der Pflegekostenunterschiede liefern, wenn gleichzeitig alle anderen Faktoren konstant gehalten werden und auch für systematische Unterschiede zwischen den Bundesländern kontrolliert wird. Letztere ergeben sich etwa daraus, dass Regelungen zum Heimbetrieb auf Bundeslandebene festgelegt werden. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen den Pflegekosten und den Mietpreisen pro Quadratmeter besteht, die sowohl als Indikator für den Urbanisierungsgrad als auch für Unterschiede in der regionalen Kaufkraft interpretiert werden können. Zudem findet sich Evidenz dafür, dass größere Einrichtungen Pflege effizienter anbieten können. Hier besteht der Wirkungskanal über die Höhe der pflegebedingten Kosten, die für größere Einrichtungen im Durchschnitt geringer ausfallen, wie getrennte Regressionsanalysen für die Eigenbeteiligung mit und ohne Investitionskosten und nur für die Investitionskosten zeigen konnten.

Regulatorische Unterschiede und institutionelle Rahmenbedingungen sind ein weiterer Faktor für die regionalen Kostenunterschiede der Pflege. Insbesondere gesetzgeberische Eingriffe in die Entlohnungsstruktur, beispielsweise durch die Einführung und Erhöhung von Mindestentgelten in der Pflege sowie regulatorische Unterschiede in den Landespflegegesetzen, in denen unter anderem der Mindestpersonaleinsatz für die Versorgung der Pflegebedürftigen geregelt wird, sind hier zu nennen. Unterschiede in landesspezifischen Förderregelungen sind für die regionale Variation der Investitionskosten von besonderer Bedeutung. So fallen die Investitionskosten in Nordrhein-Westfalen unter anderem deshalb überdurchschnittlich hoch aus, weil eine Subjektförderung in Kraft ist. Nur bedürftige Pflegeheimbewohner, die allein den Investitionskostenanteil aus ihren Alterseinkünften nicht selbständig finanzieren können, erhalten ein Pflegewohn geld als spezifische Förderung. Anders bei der Objektförderung, die beispielsweise in Bayern wirkt. Hier werden die Investitionskosten für alle Heimbewohner pauschal und unabhängig von einer individuellen Bedürftigkeit gesenkt.

Insgesamt machen die Ergebnisse deutlich, dass neben nicht beeinflussbaren Marktentwicklungen, wie den starken Energie- und Lebensmittelpreisanstiegen infolge des Ukraine-Kriegs oder dem zunehmenden Arbeits- und Fachkräftemangel aufgrund des demografischen Wandels, diskretionäre Eingriffe der Politik einen wesentlichen Einfluss auf die Ausgabendynamik ausgeübt haben, da sie die wenigen wettbewerbsorientierten Elemente im bestehenden System, im Speziellen die Lohnfindung, weiter einschränkten. Dies hat zu einem Anstieg der durchschnittlichen Entlohnung im Pflegebereich geführt (Carstensen et al., 2024), ohne die Fachkräfteengpässe in der Pflege signifikant zu reduzieren. Inwieweit damit die Betreuungs- und Arbeitsplatz-

qualität verbessert werden konnte, bleibt offen und ist nicht Gegenstand dieser Analyse. Ebenso kritisch ist der zum 01. Januar 2022 eingeführte Leistungszuschlag gemäß § 43c SGB XI einzuordnen, der eine pauschale Subvention der EEE nach Aufenthaltslänge im Pflegeheim darstellt und auch finanziell leistungsfähige Pflegeheimbewohner entlastet. Das Instrument wirkt somit wenig treffsicher, provoziert deshalb einen hohen fiskalischen Aufwand und erhöht die Finanzierungserfordernisse in der SPV (Pimpertz/Stockhausen, 2024).

Offen bleiben die Fragen, welcher Zusammenhang zwischen Trägerschaft und Höhe der Pflegekosten besteht und wie sich das regional divergierende Angebot von Pflegeeinrichtungen mit speziellen Pflegeschwerpunkten, die mit deutlich höheren Eigenbeteiligungen in die Ergebnisse einfließen, auf die Verteilung der Pflegekosten auswirken. So zeigt beispielsweise eine Untersuchung von Haun (2020) für das Saarland, Baden-Württemberg, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern, die ein breites Spektrum der Pflegekostenbelastung und -strukturen abbilden soll, dass die Eigenbeteiligung in Pflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft insgesamt am geringsten ausfallen. Insbesondere die EEEs erweisen sich als geringer, während die Investitionskosten überdurchschnittlich hoch ausfallen. Die Unterschiede zwischen den Trägern werden in Zusammenhang mit verschiedenen Vergütungsniveaus, aber auch Bewohnerstrukturen diskutiert. In welchem Umfang die jüngsten Mindestentgelterhöhungen in der Pflege auf die bestehenden Unterschiede gewirkt haben, bleibt offen. Diese Zusammenhänge gilt es in Zukunft systematisch weiter zu untersuchen. Jedoch erfordert dies eine Erweiterung der Datenbasis und eine geeignete Strategie zur Identifizierung der entsprechenden Heime, da diese Informationen in der zugrundeliegenden Datenbank nicht direkt abrufbar vorliegen. Mithilfe der Information zur Trägerschaft könnte sodann der Frage nachgegangen werden, ob privatwirtschaftliche Träger Pflege in vollstationären Einrichtungen weiterhin günstiger bereitstellen können.

8 Abstract

This report is based on the evaluation of price data from a total of 10,820 full-time nursing homes in Germany which are provided on the 'pflegelotse.de' platform of the Association of Substitute Health Insurance Funds (vdek) and were collected at the beginning of October 2024 using a web scraping process. The aim of the study is to identify regional cost differences at county level for full-time residential care in Germany and to examine the extent to which these differences are related to regional structural characteristics.

The analysis reveals significant regional differences in the personal contribution to be borne by those in need of care which consist of the standardised personal contributions (EEE), accommodation and meal costs, and investment costs. These vary both between federal states and within federal states. Counties in Saxony-Anhalt and Lower Saxony have the lowest personal contributions, while the highest are predominantly found in North Rhine-Westphalia. There is a clear urban-rural divide. Regression results show that, in addition to differences in remuneration, the rental price in particular correlates with all cost components of full-time residential care: In regions with high housing costs, the prices for full-time residential care are consequently significantly higher. In addition, nursing homes seem to be able to exploit economies of scale. This is because the costs for full-time residential care are lower on average in larger facilities. None of these considerations consider quality characteristics in the provision of full-time residential care.

Three federal states stand out for their comparatively low costs for full-time nursing care: Saxony-Anhalt, Lower Saxony and Mecklenburg-Western Pomerania. This suggests that these states are succeeding in ensuring a more cost-effective care infrastructure, even considering demographic and labour market conditions. Taking regional conditions into account, the city states of Hamburg and Berlin also manage to offer inpatient care more cost-effectively than many larger states. Accordingly, full-time nursing care is caught between economies of scale and negative agglomeration effects.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1: Finanzierung der vier Kostenkomponenten in der vollstationären Pflege.....	8
Tabelle 4-1: Durchschnittliche Eigenbeteiligung (inklusive Investitionskosten) in den Bundesländern.....	11
Tabelle 4-2: Durchschnittliche und mittlere monatliche Eigenbeteiligung inklusive Investitionskosten für die zehn teuersten und günstigsten Kreise und kreisfreien Städte.....	14
Tabelle 4-3: Durchschnittliche und mittlere monatliche Eigenbeteiligung ohne Investitionskosten für die zehn teuersten und günstigsten Kreise und kreisfreien Städte	17
Tabelle 5-1: Regionale Begebenheiten und Gesamtkosten für den vollstationären Heimaufenthalt	23
Tabelle 5-2: Regionale Begebenheiten und Kosten für den vollstationären Heimaufenthalt: Eigenbeteiligung ohne Investitionskosten	25
Tabelle 5-3: Regionale Begebenheiten und Investitionskosten	27
Tabelle 5-4: Ranking der Bundesländer mit und ohne Berücksichtigung der regionalen Indikatoren	28
Tabelle 6-1: Weitere Erklärungsansätze für Kostenunterschiede in der vollstationären Pflege	30

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 4-1: Durchschnittliche monatliche Eigenbeteiligung inklusive Investitionskosten nach Kreisen	13
Abbildung 4-2: Durchschnittliche monatliche Eigenbeteiligung ohne Investitionskosten nach Kreisen	16
Abbildung 4-3: Durchschnittliche monatliche Investitionskosten nach Kreisen	19

Literaturverzeichnis

Augurzky, Boris et al., 2008, Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen. Ein Bundesländervergleich, RWI Materialien, Nr. 44, Essen

Bundesministerium für Gesundheit, 2023, Häufig gestellte Fragen (FAQ) – Das neue Personalbemessungsverfahren in der Langzeitpflege, https://pflegenetzwerk-deutschland.de/fileadmin/files/Aktion/231215_PND__FAQ_Personalbemessung_barrierefrei.pdf [10.10.2025]

Carstensen, Jeannette / Seibert, Holger / Wiethölter, Doris, 2024, Entgelte von Pflegekräften 2023, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, https://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraef-ten_2023.pdf [23.10.2024]

Haun, Dietmar, 2020, Pflegefinanzierung in regionaler Perspektive: Ergebnisse eines Vier-Länder-Vergleichs zu den Selbstkosten der stationären Langzeitpflege, in: Jacobs, Klaus et al. (Hrsg.), Pflege-Report 2020, Springer, Berlin, Heidelberg, S. 191–208

Heger, Dörte et al., 2017, Pflegeheim Rating Report 2017, Heidelberg

HeyHugo, 2025a, Altersquotient, basierend auf Statistisches Bundesamt, Statistische Ämter des Bundes und der Länder, eigene Berechnungen, Regionaldatenplattform der IW Consult GmbH

HeyHugo, 2025b, Arbeitnehmerentgelt je Arbeitnehmer 2022, basierend auf VGR der Länder, eigene Berechnungen, Regionaldatenplattform der IW Consult GmbH

HeyHugo, 2025c, Arbeitslosenquote insgesamt, basierend auf Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen, Regionaldatenplattform der IW Consult GmbH

HeyHugo, 2025d, Beschäftigungsrate Frauen, basierend auf Bundesagentur für Arbeit, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen, Regionaldatenplattform der IW Consult GmbH

HeyHugo, 2025e, Bevölkerungsdichte, basierend auf Statistisches Bundesamt, Statistische Ämter des Bundes und der Länder, eigene Berechnungen, Regionaldatenplattform der IW Consult GmbH

HeyHugo, 2025f, Mietpreis je m² in Wohnungen, basierend auf IW Köln, Regionaldatenplattform der IW Consult GmbH

HeyHugo, 2025g, Mortalitätsrate 2023, basierend auf Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen, Regionaldatenplattform der IW Consult GmbH

Kochskämper, Susanna, 2019, Pflegeheimkosten und Eigenanteile, Wird Pflege immer teurer? IW-Report, Nr. 41, Köln

Kochskämper, Susanna, 2021, Reform der sozialen Pflegeversicherung für mehr Nachhaltigkeit? Beleuchtung des Vorhabens des Bundesgesundheitsministeriums, IW-Report, Nr. 9, Köln

KPMG, 2020, Studie zur Umsetzung der Berichtspflicht der Länder zu Investitionskosten in Pflegeeinrichtungen, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Lesch, Hagen / Schröder, Christoph, 2023, Die statistische Erfassung von Tarifbindung und Tarifgeltung. Bestandsaufnahme und Reformvorschläge, IW-Report, Nr. 45, Köln

Ochmann, Richard / Braeseke, Grit, 2025, Berichtspflicht der Länder zu Förderung und Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen, Berichtsjahr 2023, Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit

Pimpertz, Jochen, 2025, Reicht ein Ausgabenmoratorium zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung? Eine kontrafaktische Simulation, in: IW-Trends, 52. Jg., Heft 3, S. 23–40, <https://www.iwkoeln.de/studien/jochen-pimpertz-reicht-ein-ausgabenmoratorium-zur-stabilisierung-des-beitragssatzes-zur-gesetzlichen-krankenversicherung-eine-kontrafaktische-simulation.html> [4.11.2025]

Pimpertz, Jochen / Schüler, Ruth Maria, 2025, Anforderungen an ein zukunftsfähiges Pflegewesen. Die Pflegewirtschaft zwischen steigenden Pflegebedarfen und zunehmendem Arbeitskräftemangel, Gutachten im Auftrag des Bundesverbands der privaten Anbieter sozialer Dienste e. V. – bpa, Köln

Pimpertz, Jochen / Stockhausen, Maximilian, 2024, Vorsorge für den stationären Pflegefall. Wie lange reichen Vermögen und Einkommen deutscher Rentnerhaushalte?, Gutachten im Auftrag des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V. – PKV, Köln/Berlin

Seyda, Susanne / Köppen, Robert / Hickmann, Helen, 2021, KOFA Kompakt 10/2021: Pflegeberufe besonders vom Fachkräftemangel betroffen, Gutachten für das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie