

1 Rahmenbedingungen und Wettbewerbsumfeld

1.1 Demografische Grundlagen

Die Gesundheitsbranche gilt vielen als einer der stärksten Wachstumsmärkte in der zukünftigen Entwicklung des Industrie- und Dienstleistungsstandortes Deutschlands. In einer Studie geht das Baseler Institut Prognos davon aus, dass der Bereich Gesundheit der große Gewinner des kommenden Jahrzehnts werden wird. Der alternden Bevölkerung und ihrer Nachfrage nach Medizin und Wellness-Angeboten entsprechend soll die Gesundheitsbranche in den kommenden Jahren weit überdurchschnittlich wachsen und 500.000 neue Arbeitsplätze generieren. Auch für den Krankenhausbereich werden basierend auf den Prognosen zur demografischen Entwicklung ähnliche Wachstumsprognosen aufgestellt (Handelsblatt 2011, S. 6).

Die Zahlen zur Alterung der Gesellschaft sind beeindruckend. Im neuesten Demografiebericht der Bundesregierung werden wesentliche Kennzahlen des demografischen Wandels zusammengefasst: Unsere Bevölkerung nimmt seit dem Jahr 2003 ab und ist mittlerweile auf 81,7 Mio. Einwohner gesunken. Die hohen sogenannten Sterbefallüberschüsse werden seit diesem Jahr nicht mehr durch einen Überschuss an Zuwanderung ausgeglichen. Die Bundesregierung geht davon aus, dass sich dieser Trend fortsetzen wird und daher die Bevölkerung bis zum Jahr 2060 auf 65 bis 70 Mio. Menschen zurückgeht. Dies würde einem Rückgang von 15 bis 21 % innerhalb von 50 Jahren entsprechen. Der Rückgang geht einher mit einer Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung. Während heute die Bevölkerung noch zu jeweils einem Fünftel fast in gleichen Teilen aus Kindern und Jugendlichen unter zwanzig Jahren auf der einen Seite und Menschen über 65 Jahren auf der anderen Seite besteht, werden im Jahr 2060 mehr als ein Drittel über 65 Jahre alt sein. Die Veränderung des Altersaufbaus unserer Bevölkerung hat die bekannten zwei Ursachen. Erstens: Der positive Aspekt des Älterwerdens. Seit 150 Jahren steigt die Lebenserwartung in Deutschland pro Jahr um knapp drei Monate. Nachdem dies zunächst auch durch einen Rückgang der Kindersterblichkeit begründet war, liegt dies seit einigen Jahrzehnten an einem Zugewinn an Lebensjahren in den späten Lebensabschnitten (alle Daten BMI 2011).

Zweite Ursache für die Verschiebung der Bevölkerungsstruktur ist die Geburtenrate. Diese liegt bereits seit Mitte der 1970er Jahre bei rund 1,4 Kindern je Frau und damit deutlich unterhalb der Quote von 2,1 Kindern, die erforderlich wäre, um die Elterngeneration zu ersetzen. Die Wirkung der niedrigen Geburtenrate zeigt sich nun seit einigen Jahren in vollem Maße, da die Babyboomer generation ihre Familienplanung weitgehend abgeschlossen und nun die Zahl der potenziellen Eltern abgenommen hat.

Auch wenn die Entwicklung in Deutschland repräsentativ für entwickelte Staaten ist, so ist sie doch bei uns am ausgeprägtesten: »Deutschland ist das EU-Altenheim« titelt die Tagespresse (NNP 2011). Das Durchschnittsalter von 44,2 Jahren ist das höchste in Europa, der Anteil der Menschen ab 65 Jahren ist der höchste und auch die Geburtenrate ist mit 1,36 Kindern pro Frau am unteren Ende.

Zu den Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Krankenhäuser: In der Studie »Demografischer Wandel in Deutschland, Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und pflegebedürftige im Bund und in den Ländern« gehen die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder von einer Steigerung der Krankenhausfälle um 1,4 Mio. auf 19,3 Mio. im Jahr 2030 aus (2010, S. 11). Dies wäre ein Anstieg um 8 %. Bis zum Jahr 2020 wird eine Steigerung auf 18,8 Mio. Fälle prognostiziert. Grundlage dieser Überlegung ist ein Status-quo-Szenario, nach dem die Wahrscheinlichkeit, infolge einer Erkrankung stationär behandelt zu werden, heute und in Zukunft allein vom Alter und vom Geschlecht abhängt. Die Berechnung basiert auf der Prognose, in Deutschland lebten im Jahr 2030 rund 7,3 Mio. mehr Personen über 60 Jahre als im Jahr 2009. Dies entspreche einer Zunahme von 34,5 %. Im Jahr 2030 würden dann 37 % der Einwohner in Deutschland zu den 60-Jährigen und älteren zählen, während dies 2009 nur jeder vierte ist.

1.2 Kapazitätsentwicklungen in der Psychiatrie und Psychotherapie

In einer tiefergehenden Betrachtung nach Diagnosegruppen kommt das Statistische Bundesamt zu dem Schluss, dass sich für die Gruppe der psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen die Zahl der Krankenhausfälle von 1.124.000 im Jahr 2008 auf 1.050.000 im Jahr 2020 und 1.002.000 im Jahr 2030 reduzieren soll (**► Abb. 1.1**).

In der Status-quo-Betrachtung ändern daran auch die Demenzerkrankungen nichts. Zwar ist hier von einem deutlichen Anstieg der Fälle auszugehen, jedoch fallen Krankenhausbehandlungen wegen Demenz zurzeit in absoluten Zahlen kaum ins Gewicht. Eine Zunahme Demenzkranker würde sich demnach hauptsächlich im Bereich der häuslichen Pflege auswirken.

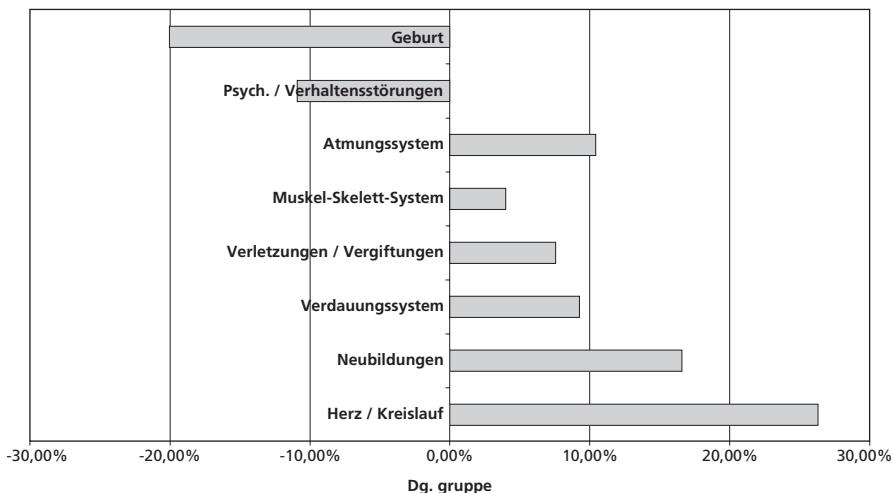


Abb. 1.1: Veränderung der Krankenhausfälle nach Diagnosegruppen 2008–2030 in Prozent

Aufgrund der getroffenen Annahmen, sind die Aussagen folgerichtig, jedoch mögen sie vielen Psychiatrie-Fachleuten im Widerspruch zum tatsächlichen Geschehen der jüngeren Vergangenheit stehen. ► Tabelle 1.1 zeigt nochmals die Entwicklung in der stationären Krankenhausversorgung im Bereich der Erwachsenen-Psychiatrie in den vergangenen zwanzig Jahren: In hohem Maße verursacht durch die Enthospitalisierung ist die Verweildauer in den Fachabteilungen der Erwachsenenpsychiatrie zwischen 1991 und 2009 von 64,8 Tagen auf 23 Tage gesunken. Dies hat einen Bettenabbau in derselben Zeit von 84.000 auf knapp 54.000 ermöglicht. Gleichzeitig hat sich jedoch die Fallzahl im selben Zeitraum fast verdoppelt: Von ungefähr 407.000 auf 796.000.

Tab. 1.1: Entwicklung der Psychiatrie und Psychotherapie 1991–2009

Jahr	Betten	Fallzahl	Verweildauer
1991	84.048	406.910	64,8
2000	54.802	638.538	28,2
2009	53.789	795.961	23

Für eine genauere Marktanalyse lohnt ein Blick in die jüngere Entwicklung. Die Verweildauer ist in den vergangenen Jahren nur noch moderat gesunken. Lag sie nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2005 noch bei 24,2 Tagen, so ist sie in kleinen Schritten im Jahr 2009 auf 23,0 Tage gesunken. Diese geringfügige Absenkung der Verweildauer führt zu dem Effekt, dass die kontinuierlich steigenden Fallzahlen auch zu einer Steigerung der psychiatrischen Kapazitäten führen. Das Jahr 2005 scheint das Jahr der Trendumkehr zu sein (► Abb. 1.2).

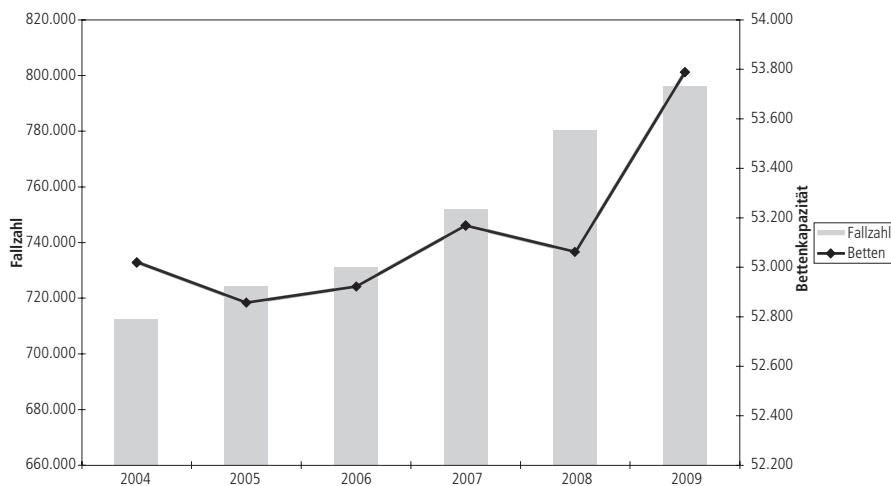


Abb. 1.2: Fallzahl- und Bettenentwicklung 2004–2009 Psychiatrie und Psychotherapie

Die Abbildung zeigt wie die Bettenkapazitäten in der Erwachsenen-Psychiatrie nach dem Jahr 2005 erstmals steigen – von 52.800 auf 53.800 im Jahr 2009. Zurzeit gibt es keine Anzeichen für eine Trendumkehr, so dass in Zukunft von einer weiteren Ausweitung der Nachfrage und damit auch der angebotenen Kapazität ausgegangen wird. Die Datenlage und auch die Einschätzung vieler Fachleute deuten auf einen wichtigen Umstand: Die Inanspruchnahme vollstationärer psychiatrischer Leistungen wurde in den vergangenen Jahren nicht von der demografischen Entwicklung getrieben, sondern durch andere Faktoren bestimmt. Als treibende Faktoren für die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen gelten:

- Die zunehmende Sensibilisierung der Bevölkerung für psychische Erkrankungen
- Die zunehmende Entstigmatisierung psychiatrischer Erkrankungen
- Verbesserte ambulante Strukturen, die einen Zugang zum psychiatrischen Versorgungssystem ermöglichen
- Steigende Belastungsfaktoren in der Arbeitswelt
- Die Auflösung familiärer und sozialer Strukturen und damit der Wegfall auffangender Systeme

Die Entwicklung hat auch ihre Auswirkungen auf die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen. In der Zeit zwischen 2001 und 2010 sind die hierdurch bedingten Arbeitsunfähigkeitsstage von 33,6 Mio. auf 53,5 Mio. gestiegen. Dies bedeutet eine Erhöhung des Anteils an den gesamten Fehltagen von 6,6 auf 13,1 % (Deutsches Ärzteblatt, 19/2012).

Die spezifischen Prognosen zur Entwicklung psychiatrischer Erkrankungen gehen von einem weiteren Anstieg des Behandlungsbedarfs in der Psychiatrie aus. Ein weiteres Beispiel ist der sogenannte Global Burden of Disease. Nach

Hochrechnungen der WHO kommen im Jahr 2030 in den industrialisierten Ländern fünf der zehn stärksten Beeinträchtigungen aus dem Bereich der Psychiatrie (Schneider et al. 2011, S. 9). Es gibt keine Hinweise auf eine Umkehr des Bedarfs an psychiatrischen Kapazitäten. Insofern wird an dieser Stelle den Hochrechnungen des Statistischen Bundesamtes nicht gefolgt. Die gesetzten Annahmen zur Morbidität ergeben für die Psychiatrie keine validen Prognosen für Managemententscheidungen hinsichtlich der Kapazitätsentwicklung.

1.3 Kapazitätsentwicklungen in Psychosomatischen Kliniken

Die steigende Zahl von Patienten in psychiatrischen Kliniken wird begleitet durch eine – im internationalen Vergleich – Besonderheit des Deutschen Gesundheitswesens. Für zum Teil identische Diagnosegruppen gibt es ein weiteres Fachgebiet: Die Psychosomatische Medizin. Hier zeigt sich eine noch beeindruckendere Zahl gestiegener Patientenbehandlungen als in der Psychiatrie/Psychotherapie. Zwischen 2004 und 2009 sind die stationären Behandlungsfälle von ca. 34.000 auf 55.000 und damit um zwei Drittel gestiegen. Hinsichtlich der Kapazitäten führte dies zu einer Steigerung der Betten in den psychosomatischen Kliniken von 4.400 auf ca. 6.500. Dies bedeutet eine Zunahme von fast 50 %. Auch hier sind keine Faktoren erkennbar, die eine Trendumkehr prognostizieren ließen. Die Entwicklung im Einzelnen geht aus ► Abbildung 1.3 hervor:

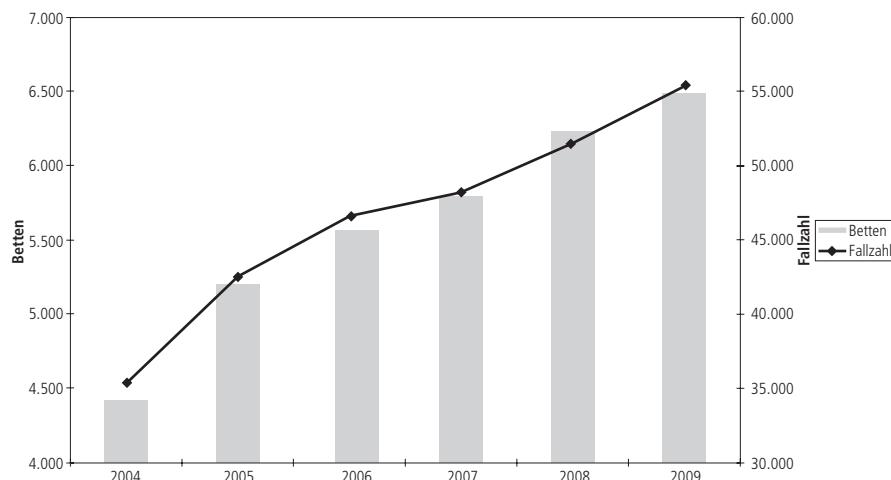


Abb. 1.3: Betten und Fallzahlentwicklung 2004–2009 Psychosomatik

1.4 Kapazitätsentwicklungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Stehen uns hinsichtlich der Gesamtbevölkerung die großen und dramatischen Veränderungen in der demografischen Entwicklung noch bevor, so hat diese bei den Kindern und Jugendlichen bereits im vergangenen Jahrzehnt eingesetzt.

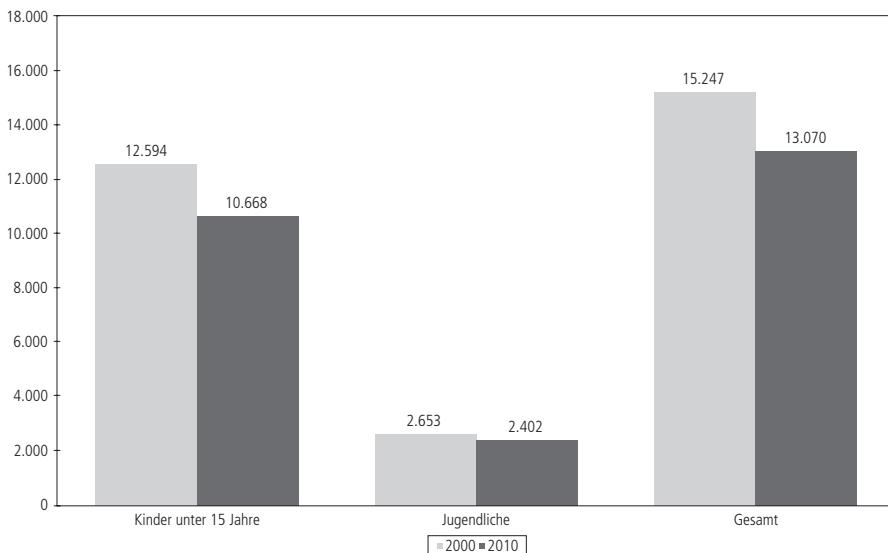


Abb. 1.4: Kinder und Jugendliche in Deutschland 2000–2010 (in Tausend)

Die Zahl der Kinder bis einschließlich 14 Jahre ist nach den neuesten Daten des Statistischen Bundesamtes von 12,5 Mio. auf 10,5 Mio. gesunken. Die Anzahl der in Deutschland lebenden Jugendlichen unter 18 Jahren ist zeitgleich von 2,4 auf 2,2 Mio. gesunken. Insgesamt führte dies zu einem Rückgang der Kinder und Jugendlichen in nur einer Dekade um ca. 2,1 Mio. und damit um 14 %. Ebenso wie in der Gesamtbevölkerung geht der demografisch bedingte Rückgang des Klientels nicht mit einem Rückgang der Zahl der behandelnden Patienten einher. Die Entwicklung in der jüngeren Vergangenheit ist dabei besonders deutlich (► Abb. 1.5).

Zwischen 2004 und 2009 ist die Zahl der behandelten Kinder und Jugendlichen im stationären Bereich von knapp 37.000 um fast 20 % auf über 43.000 gestiegen. Da diese Entwicklung nicht mit einer vollständig kompensierenden Verweildauerreduzierung einhergeht, sind auch die Bettenkapazitäten im genannten Zeitraum von gut 4.800 auf 5.200 gestiegen. Als Ursache für diesen deutlichen Anstieg der Inanspruchnahme bei gleichzeitiger signifikanter Abnahme des Klien-

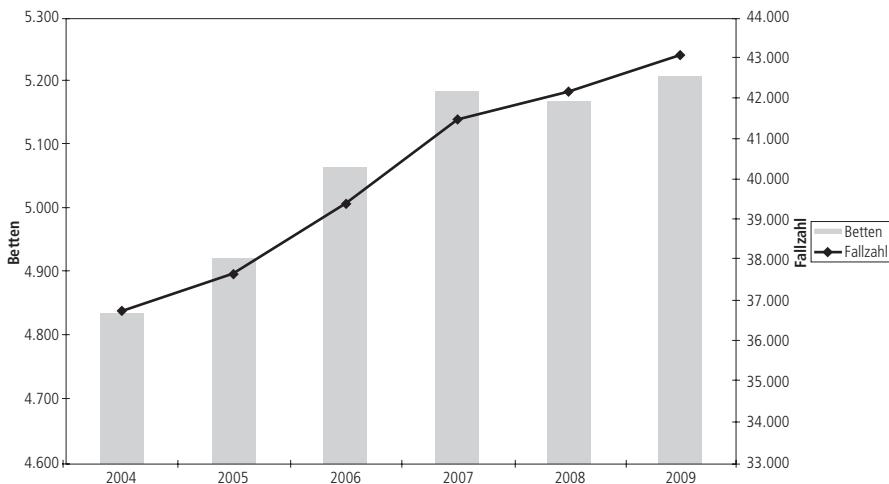


Abb. 1.5: Betten und Fallzahlentwicklung 2004–2009 KJP

tels werden nachfolgenden Faktoren erörtert (von Brisinski und Schepker 2009, S. 6 ff.):

- Die steigende ambulante Versorgungsstruktur ermöglicht den Zugang bisher unbehandelter Kinder und Jugendlicher zum vollstationären Bereich.
- Verbesserte Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten im stationären Bereich
- Abbau von Schwellenängsten und Stigmatisierung
- Bessere Informationen der Beteiligten über kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen
- Zunahme der Erkrankungsraten
- Abnahme familiärer und sonstiger sozialer Auffangsysteme

Wesentlich für die Auseinanderentwicklung von demografisch bedingtem Rückgang von Kindern und Jugendlichen und steigenden Erkrankungsraten scheint auch der unterschiedliche Rückgang der Geburtenraten innerhalb verschiedener sozialer Schichten zu sein. Der Rückgang betrifft danach primär die Mittelschicht, während die Geburtenraten in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen sich nur unwesentlich verändert und ihr relativer Anteil dadurch an der Gesamtzahl von Kindern und Jugendlichen sogar ansteigt. Da es sich bei dieser Gruppe jedoch um eine Risikogruppe im Hinblick auf psychische Erkrankungen handelt, ergibt sich eine deutliche Auswirkung auf die Inanspruchnahme psychiatrischer stationärer Leistungen. Ergänzend sei noch erwähnt, dass in der genannten Studie von einer zurzeit noch deutlich mangelnden Inanspruchnahme der Kinder und Jugendlichen im Hinblick auf behandlungsbedürftige psychische Störungen ausgegangen wird.

1.5 Neue Wettbewerber im psychiatrischen Umfeld

Die dargestellten Daten zeigen den Anstieg der Nachfrage nach psychiatrischen Leistungen sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Kindern und Jugendlichen in den vergangenen Jahren. Das Marktwachstum ist einhergegangen mit einer gestiegenen Zahl an Wettbewerbern. Dem Ziel einer gemeindenäheren Versorgung begegnete man im Nachgang zur Psychiatrie-Enquête durch den Aufbau einer Vielzahl von Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Die Zahl der psychiatrischen Fachabteilungen in deutschen Krankenhäusern ist zwischen 1991 und 2009 von 169 auf 416 gestiegen. Da die Zahl der Gesamtkapazitäten, wie oben dargestellt, nicht in demselben Maße gestiegen ist, ist der Marktanteil der ursprünglich dominierenden Fachkliniken naturgemäß signifikant gesunken. Diese begrüßenswerte Marktentwicklung ist in der jüngeren Vergangenheit mit dem Eintritt zusätzlicher Akteure in der psychosomatischen Medizin einhergegangen. Hier ist die Anzahl der Kliniken seit 2004 von 122 Fachabteilungen auf insgesamt 163 Fachabteilungen gestiegen (alle Daten Destatis, versch. Jahrgänge, Fachserie 12, Reihe 6.1.1). Die Attraktivität des Marktes hat in diesem Sektor auch verstärkt private Anbieter angezogen.

Welches Zwischenfazit kann aus den Rahmendaten gezogen werden? Psychiatrische Kliniken bewegen sich in einer Wettbewerbssituation, die von einer wachsenden Nachfrage und einer deutlich steigenden Zahl an Wettbewerbern geprägt ist. Das Wachstum ist auch in Zukunft zu erwarten, da relevante Bevölkerungsgruppen noch keinen adäquaten Zugang zur fachärztlich verantworteten Versorgungsstruktur haben. Solche Wettbewerbsumfelder geben in der Regel keinen Anlass zu übertriebener Sorge, machen jedoch bei zunehmender Deregulierung marktconforme Managemententscheidungen bedeutsam. Die traditionellen Platzhirsche, wie auch die neu eingetretenen Marktteilnehmer haben in diesem Wettbewerbsumfeld große Chancen, aber auch keine Erfolgsgarantie. Verstärkt wird dies durch Krankenversicherer, die ihrerseits versuchen, Patientenströme durch Verträge zur integrierten Versorgung oder Modellprojekte in den ambulanten Bereich bzw. hin zu einzelnen Kliniken zu steuern. Die Ausrichtung auf die Anforderungen und Rahmenbedingungen des Marktes gewinnt daher zunehmend an Bedeutung.

1.6 Aktuelle Situation der Krankenhausfinanzierung

Die Finanzierung von Gesundheitsleistungen ist in fast allen industrialisierten Ländern in der Dauerkrise. In Deutschland jagt eine Jahrhundertreform die andere. An dem Umstand einer aus Sicht der Marktteilnehmer unzureichenden

Krankenhausfinanzierung hat dies jedoch nichts geändert. Dies betrifft beide Säulen der Finanzierung, d. h. sowohl die Investitionsfinanzierung durch die Länder als auch die Betriebskostenfinanzierung seitens der Krankenversicherer. Beide Punkte sind bekannt und können daher an dieser Stelle kurz behandelt werden.

Die Finanzierung der Betriebskosten ist im Wesentlichen durch ein Auseinanderlaufen von steigenden Betriebskosten und kontinuierlich niedrigeren Budgetsteigerungsraten geprägt. Diese Situation, früher BAT-Schere, heute TVöD-Schere genannt, hat sich als Selbstverständlichkeit für deutsche Kliniken etabliert. In psychiatrischen Kliniken ist eine Auswirkung die schrittweise Absenkung der Psych-PV-Erfüllungsquoten, da mit den Budgetsteigerungen nicht mehr die volle Zahl an ermittelten Psych-PV-Mitarbeitern refinanzierbar ist. Für die Krankenhausseite hat sich seit vielen Jahren die Erkenntnis breit gemacht, dass die Koppelung der Krankenhausbudgets an die Grundlohnsummenentwicklung der Krankenkassen und damit an den Faktor Arbeit den Anforderungen der Kliniken nicht gerecht wird. Insofern war gesetzlich bereits im Jahr 2008 ein Neuanfang durch einen krankenhauspezifischen Index gemacht, der jedoch im Zuge der Finanzkrise zunächst ausgehebelt wurde. Für psychiatrische Kliniken konnte eine Besonderheit erreicht werden: Zwar wurden zukünftige Preissteigerungen nicht abgebildet, jedoch eine Kompensationsmöglichkeit der in der Vergangenheit nicht realisierten Psych-PV-Quoten geschaffen. Diese Sonderregelung löste nicht das grundsätzliche Problem der fehlenden Weitergabe steigender Einstandspreise am Markt, hat jedoch zu einer zeitlich befristeten Entlastung geführt.

An dieser grundsätzlichen Problematik ändern auch die Regelungen des Psych-Entgeltgesetzes nichts. Die Grundlohnrate wird ersetzt durch einen vom Statistischen Bundesamt ermittelten Orientierungswert. Den Kliniken fehlt jedoch weiterhin die systematische Refinanzierungsmöglichkeit steigender Einstandskosten (**► Kap. 2.1**).

Deutlich verstärkt wird die Unterdeckung der Einstandskosten durch die rückläufigen Investitionsmittel der Länder. Unter üblichen Marktbedingungen bilden die Investitionsmittel die Abschreibungen der Investitionen ab, die ebenfalls im Preis einzukalkulieren sind. Bei den Investitionsmitteln der Länder ergibt sich nicht nur die Situation nicht gedeckter Preissteigerungsraten, sondern auch ein Rückgang in absoluten Zahlen. Nach einer Zusammenstellung der Arbeitsgemeinschaft Oberster Landesgesundheitsbehörden (AOLG 2011) ist das Gesamtvolumen der KHG-Investitionsförderung zwischen 1991 und 2010 von 3,64 Mrd. auf 2,8 Mrd. € gesunken. Die Entwicklung im Einzelnen wird in **► Abbildung 1.6** dargestellt: