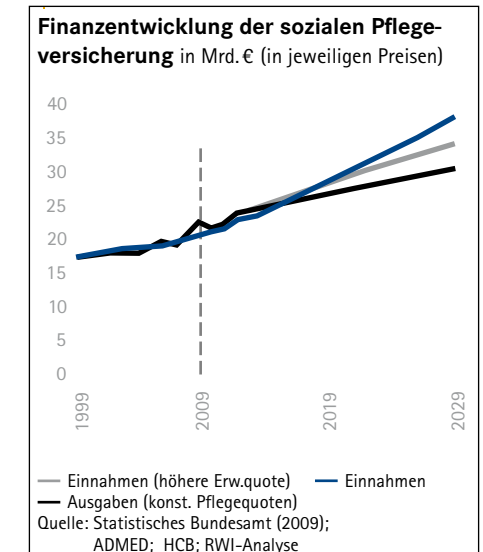
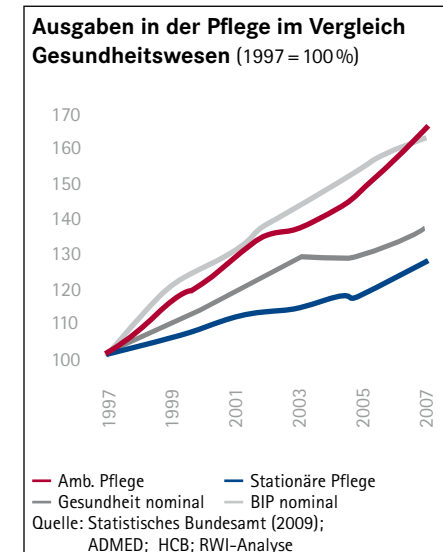
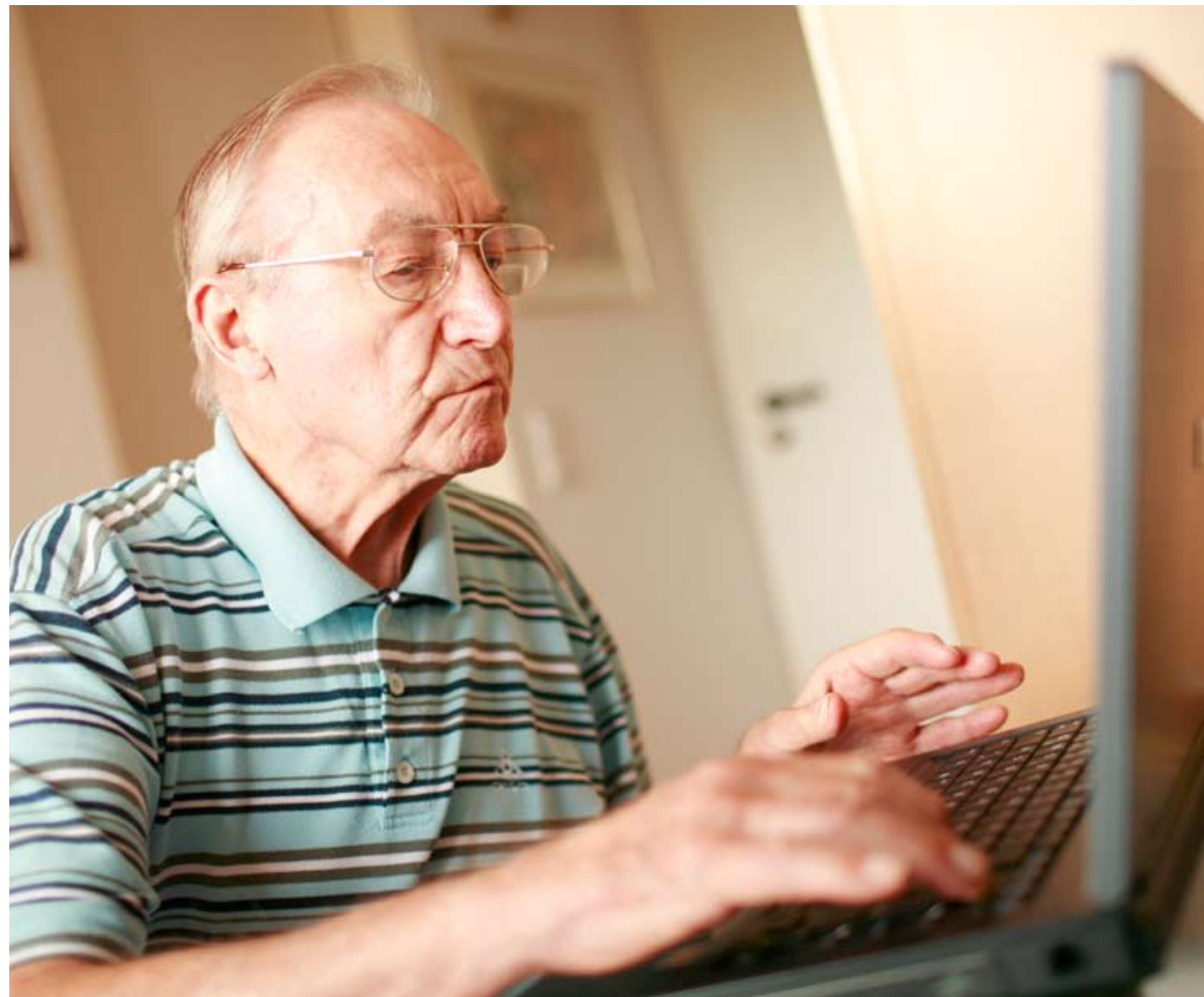


Der deutsche Gesundheitsmarkt – ein Wachstumsmarkt mit vielen Baustellen



Von der weltweiten Rezession mit tiefen Einbrüchen in nahezu allen Wirtschaftszweigen ist das deutsche Gesundheitswesen bisher weitgehend verschont geblieben. Gesundheitsversorgung und Altenpflege werden nicht vom Wohl oder Weh einer Volkswirtschaft bestimmt, sondern unterliegen den Regeln der Natur. Niemand kann die Menschen davon abhalten, älter zu werden, und da die Gesellschaft Gesundheit als essentiellen Teil von Lebensqualität versteht, unterliegt sie nur in geringem Umfang konjunkturellen Schwankungen. Der Wunsch nach Erhalt und Förderung der Gesundheit, der mit rasantem medizinischem Fortschritt einhergeht, garantiert Jahr für Jahr stetige Wachstumsraten.

Wirtschaftskrise forciert Diskussion

Die Wirtschaftskrise wird Spuren in der Gesundheitswirtschaft hinterlassen. Allein schon die länger bestehende und nun weiter verschärfte Kreditklemme könnte den Krankenhäusern die letzte Luft zu Investitionen nehmen, die zwingend mit medizinischem Fortschritt verbunden sind. Eine nachhaltige Krankenhausfinanzierung war bereits vor der Krise schwierig und hat zu einem eklatanten Investitionsstau geführt. Im Sog des wirtschaftlichen Abschwungs könnte das bislang praktizierte System der dualen Finanzierung durch Krankenkassen und Länder schneller als erwartet obsolet werden. Gravierende Folgen für das Gesundheitswesen und die sie tragenden umlagebasierten Sozialversicherungssysteme dürfte zudem der Verlust Hunderttausender sozialversicherungspflichtiger Arbeitsplätze haben. Die Krise beschleunigt den Trend zu einer Versicherung, die nur noch eine Art

Grundversorgungen finanzieren kann. Sonderkonjunkturprogramme der Bundesregierung, das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz sowie der Honorarzuwachs für die ambulante Versorgung signalisieren, dass die Politik die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft erkannt hat. Den Investitionsstau in fast allen Sektoren des Gesundheitswesens kann sie dadurch allerdings nicht auflösen. Im Gegenteil. Zusätzliche Eingriffe des Staates verzögern eher Problemlösungen und blockieren notwendige Entwicklungen. Experten erwarten deshalb, dass die schwere Rezession die Diskussion um die anhaltende Reformbedürftigkeit des deutschen Gesundheitswesens noch beflügeln wird.

Gesundheit hat immer Konjunktur

Die jüngsten vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Zahlen für das Jahr 2007 belegen die signifikante Bedeutung des Gesundheitswesens für die deutsche Volkswirtschaft. Mit fast 253 Mrd. € haben die Deutschen 2007 so viel wie noch nie für die Gesundheit ausgegeben. Gegenüber dem Vorjahr betrug der Anstieg 3,2% und in absoluten Zahlen 7,8 Mrd. €. Nach einem vorübergehenden Einschnitt durch die Gesundheitsreform 2003/2004 haben die Gesundheitsausgaben damit zum dritten Mal in Folge zugenommen. Umgerechnet auf jeden einzelnen Bundesbürger hat jeder Deutsche 3.070 € für Gesundheit ausgegeben. Das Rekordergebnis wird ein wenig relativiert, wenn man es mit dem Bruttoinlandsprodukt (BIP) vergleicht. Da das BIP ebenfalls von Jahr zu Jahr gestiegen ist, liegt der Anteil der Gesundheitsausgaben seit mehreren Jahren konstant bei etwas mehr als 10%. Im Zuge der aktuellen Rezession, die

den Gesundheitsmarkt unterproportional zur Gesamtwirtschaft trifft, dürfte der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in den Jahren 2008 und 2009 jedoch deutlich steigen. Mit 145 Mrd. € werden weit mehr als die Hälfte der Gesundheitsausgaben von den gesetzlichen Kassen getragen. Die privaten Krankenversicherungen leisteten 24 Mrd. €. Empfänger des Geldes waren zur Hälfte ambulante Einrichtungen wie Arztpraxen oder Apotheken. Rund ein Viertel floss den Krankenhäusern zu. Die Ausgaben für pflegerische und therapeutische Leistungen erreichten knapp 60. Mrd. €. Den stärksten Anstieg der Ausgaben verzeichnete der Bereich vorsorgender Gesundheitsschutz. Mit 10 Mrd. € wurden dafür 9% mehr ausgegeben. Der Gesundheitsmarkt ist darüber hinaus einer der wenigen noch nicht stotternden Arbeitsplatzmotoren. Mit stetig steigender Tendenz finden rund 4,5 Millionen Menschen einen Arbeitsplatz in Krankenhäusern und Praxen, in Pflegeheimen und Rehabilitationskliniken, bei Apotheken und Pharmaunternehmen.

Neue Marktstrukturen verfestigen sich

Die Entwicklung des Gesundheitsmarktes wird seit Jahren von drei Trends geprägt, die in ihrer Intensität stetig zunehmen. Zum einen geht der Konzentrationsprozess zügig voran. Der steigende Kosten- und Leistungsdruck auf die Anbieter macht Stand-alone-Einrichtungen zu Auslaufmodellen, die auf Dauer keine Überlebenschancen haben. Zum anderen erfordern medizinischer Fortschritt und die sich kontinuierlich verkürzenden Verweildauern im stationären Bereich eine engere Verzahnung auf allen Ebenen des Gesundheitswesens. Eine stärkere Integration der Leistungen schält sich

Expansiver Weltgesundheitsmarkt

Demografische Entwicklung und medizinischer Fortschritt generieren nicht nur in Deutschland steigende Umsätze und neue Arbeitsplätze. Die OECD geht davon aus, dass der auf den internationalen Gesundheitsmärkten erzielte Umsatz von heute rund 3.000 Mrd. \$ bis zum Jahr 2015 auf 7.000 Mrd. \$ ansteigen wird. In Zeiten der Globalisierung eröffnen sich der deutschen Gesundheitswirtschaft aus der Internationalisierung des Geschäfts noch erhebliche Wachstumspotenziale. In den Bereichen Medizintechnik und Pharmazie haben deutsche Unternehmen bereits starke Positionen auf

den Weltmärkten. Deutschen Gesundheitseinrichtungen fehlt dagegen noch die Anziehungskraft für ausländische Patienten. Aber es bewegt sich etwas. Große Universitätskliniken wie das Hamburger UKE betreiben mittlerweile aktives Marketing im Ausland. Der mit Abstand größte und teuerste Gesundheitsmarkt sind die USA. Die Ausgaben erreichten im Jahr 2008 rund 2,4 Billionen Dollar; das entspricht einem Anteil von 17 % des Bruttoinlandsprodukts. Wenn es nicht zu wirksamen Reformen kommt, erwarten Experten bis zum Jahr 2017 einen Anstieg auf 4,3 Billionen Dollar oder 20 % des BIP.

vor allem in den Bereichen Akutkrankenhaus sowie Pflege und Rehabilitation heraus. Kooperationen und Integration werden durch neue gesetzliche Regelungen erleichtert, die unter anderem die Einrichtungen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ermöglichen. In Deutschland dürfte die Zahl der MVZ mittlerweile auf etwa 1.250 gestiegen sein, in denen mehr als 5.500 Ärzte praktizieren. Katalysator für innovationsgetriebene, effiziente und schneller einsetzbare Medizintechnik sind sogenannte Gesundheitscluster, in denen verschiedene Institutionen wie Krankenkassen, Krankenhäuser, Ärzte, Medizintechnikhersteller und Pharmaunternehmen kooperieren. Im Markt agieren mehr als 20 Cluster mit festen Strukturen, die die vorhandenen Wachstumspotenziale nachhaltig fördern und eine Optimierung der medizinischen Versorgung anstreben. Der in den Augen vieler Experten wichtigste Trend ist schließlich die zunehmende Kapitalisierung des Gesundheitsmarktes. Die Auflösung des bestehenden Investitionsstaus setzt privatwirtschaftliche Strukturen voraus, die nachhaltige Ertragsfähigkeit und professionelle Managementsysteme etablieren. Zur Finanzierung des Wachstums ist der Markt auf privates Kapital angewiesen, weil die öffentliche Hand weder in der Lage ist, die dringend notwendigen Investitionen in den Einrichtungen darzustellen, noch für die Verluste in ihren Häusern aufzukommen. Es gibt Schätzungen, dass bereits im Jahr 2015 etwa die Hälfte des Klinik- und Pflegemarktes an der Börse notiert sein wird.

Exemplarische Entwicklung im Krankenhausmarkt

Die Entwicklung im Bereich Akutkrankenhaus dokumentiert am deutlichsten den Umbruch im deutschen Gesundheitswesen.

Der Kostendruck bringt immer mehr Kliniken in ernste Probleme. Die Behandlungsmethoden werden teurer und die Kassen erstatten immer weniger Leistungen. Bei steigenden Sach- und Personalkosten fehlt vielen Krankenhäusern die finanzielle Kraft, um in dringend notwendige Modernisierungsmaßnahmen und Medizintechnik zu investieren. Den Investitionsstau im Akutbereich schätzen Experten auf mehr als 50 Mrd. €. Und der Bedarf nimmt jährlich um 3 bis 4 Mrd. € zu. Der Konjunkturbruch verschärft noch die ohnehin prekäre Situation, da die Kommunen bei sinkenden Steuereinnahmen weder die Verluste der öffentlichen Häuser kompensieren, noch Finanzmittel zur Steigerung der Effizienz zur Verfügung stellen können. Diese Entwicklung legt schonungslos offen, dass das in Deutschland praktizierte duale Finanzierungsprinzip eine effizientere Gestaltung des Krankenhauswesens mehr behindert denn fördert. Während die Krankenkassen für die Finanzierung des normalen Krankenhausbetriebs zuständig sind, müssen die Kommunen die Mittel für die Infrastruktur bereitstellen. In den vergangenen Jahren sind diese Mittel in der staatlichen Krankenhausplanung kräftig zusammengestrichen worden. Sinnvoll wäre es, das duale System auf ein monistisches Konzept umzustellen, bei der die Krankenkassen neben den Betriebskosten auch die Investitionskosten tragen. Für einen solchen Paradigmenwechsel sind bislang die politischen Hürden noch zu hoch.

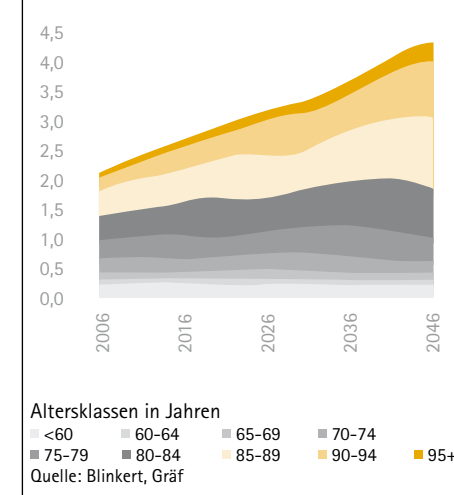
Die desolate Lage im Bereich Akutkrankenhaus bedingt einen tief greifenden Konsolidierungsprozess, der bereits vor geraumer Zeit eingesetzt hat. Zum einen droht immer mehr Kliniken das finanzielle Aus. Die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland hat sich in den vergangenen 15 Jahren um rund 13 % auf etwa 2.082 Häuser verringert. Bis zum Jahr 2020 werden durch weitere Schließungen und Fusionen vermutlich nur noch 1.700 Einheiten übrig sein. Trotz sinkender Klinik- und Bettenzahl explodieren dagegen die Kosten. Die Ausgaben im Klinikbereich haben seit 1991 bis Ende 2007 um 60 % von gut 37 Mrd. € auf fast 60 Mrd. € zugenommen. Die Folge davon ist, dass derzeit rund 40 % aller Krankenhäuser rote Zahlen schreiben und knapp 30 % eine finanzielle Schieflage droht.

Stabilisierung durch privates Kapital

Gesundheitsökonom bezweifeln, dass die öffentlichen Krankenhäuser (Anteil am Gesamtmarkt 32 %) und die freigemeinnützigen Einrichtungen (Anteil 38 %) auf Dauer durch Fusionen, Verbundlösungen, Kooperationen, Rationalisierungen und Spezialisierung auf eine gesunde Basis gestellt werden können.

Mittelfristig wird eine solide Stabilisierung der Marktstrukturen nur über den Zufluss privaten Kapitals möglich sein. Über dem Markt baut sich eine Privatisierungswelle auf, die auch vor Universitätskliniken nicht Halt machen wird und an der sich zudem ausländische Investoren beteiligen werden. Gemessen an der Zahl der Krankenhäuser beträgt der private Anteil derzeit rund 30 %, getragen von vier großen Krankenhauskonzernen mit mehr als 7 Mrd. € Umsatz. Private Krankenhäuser sind flexibler bei der

Pflegebedürftige nach Altersklassen in Mio.



Erschließung alternativer Finanzierungsquellen sowie der zeitnahen Umsetzung effizienter Sanierungskonzepte. Das Nutzen dieser Vorteile werden auch die üblichen politischen und gewerkschaftlichen Widerstände gegen Privatisierungen nicht verhindern.

Gesundheitsreform bleibt ein umstrittenes Thema

Für Gesundheitsreformen gilt offenbar ein geradezu kosmisches Gesetz, dass unmittelbar nach jeder Reform die nächste vorbereitet wird.

Das ist mit dem am 1. April 2007 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht anders. Und die Erkenntnis „Nach der Reform ist vor der Reform“ gilt erst recht für den Anfang 2009 eingeführten Gesundheitsfonds, um dessen Sinn und Funktionalität am heftigsten gestritten wird. Der Fond bewirkt, dass mehr als 150 Mrd. € Beiträge nach neuen Regeln verteilt werden. Nicht mehr die gesetzlichen Kassen legen ihre Beitragssätze fest, sondern es gibt für die rund 71 Millionen Versicherten einen Einheitsbeitrag, den die Bundesregierung einmal im Jahr per Rechtsverordnung bestimmt. Der zunächst von der Regierung für 2009 festgesetzte Beitragssatz von 15,5 % ist infolge des zweiten Konjunkturprogramms zum 1. Juli 2009 auf 14,9 % reduziert worden. Alle Beitragseinnahmen fließen in den neuen Fonds, der das Geld an die rund 200 gesetzlichen Kassen verteilt. Darüber hinaus steht dem Fonds ein Steuerzuschuss zur Verfügung, der bis 2016 rund 14 Mrd. € erreichen soll.

Die Deutschen sind skeptisch

Die Gesundheitsreform bekommt auch von den Deutschen keine guten Noten. Mehr als die Hälfte der Bundesbürger glaubt, dass sich durch die Reform die medizinische Versorgung verschlechtern wird. Nur 5 % erwarten eine Verbesserung, 41 % keine Veränderungen. Diese Zahlen einer repräsentativen Umfrage der Forschungsgruppe Wahlen beziehen sich auf die drei Viertel aller Befragten, die von dem Fonds schon einmal etwas gehört haben. Sie interpretieren den Fonds als Instrument der Kostenkontrolle, was automatisch mit schlechterer Versorgung assoziiert wird.

Ziele werden verfehlt

Die meisten Gesundheitsökonom halten das für Schönfärberei.

Grundsätzlich und unbestritten gilt, dass das Gesetz das Ziel verfehlt, künftig steigende Ausgaben für die Gesundheit vom Arbeitslohn abzukoppeln. Die Finanzierung basiert nach wie vor auf dem Umlageprinzip, das angesichts der demografischen Entwicklung dauerhaft nicht tragfähig ist. Die Reform enthält nach Meinung der Experten drei entscheidende Fehler. Falsch sei zum einen, den im Wettbewerb stehenden Krankenkassen die Finanzautonomie zu nehmen und damit jede eigenverantwortliche Flexibilität im System zu eliminieren. Die Verstaatlichung der Einnahmeseite habe weit reichende Konsequenzen, weil jede staatliche Beitragsfestsetzung zu einem Politikum ersten Ranges wird. Zweitens sei es bedenklich, regionale Verhandlungspreise durch bundesweite Einheitspreise zeitlich übergangslos zu ersetzen. Damit seien hoch komplexe und über Jahrzehnte entwickelte Vertragssysteme über Nacht vereinheitlicht worden. Schließlich habe der Gesundheitsfonds einen Januskopf. Fondssystematisch ist ein fairer Wettbewerb nur möglich, wenn auch die Ausgabeseite der Kassen bundesweit standardisiert wird, also die bestehenden kassenarten- und regionalspezifischen Preisunterschiede in den Vergütungssystemen abgebaut werden. Versorgungspolitisch wäre das allerdings das Gegenteil einer von allen Seiten geforderten vertragspolitischen Flexibilität.

Der Altenpflegemarkt im demografischen und sozialen Wandel

Deutschland altert wie alle Industrienationen der Welt – und das in dreierlei Hinsicht: absolut, relativ und durch die Zunahme der Hochbetagten.

Deutschland wird zugleich immer pflegebedürftiger, weil sich der Altersaufbau der Bevölkerung verändert. Der Anteil älterer Menschen steigt, die Anteile der jüngeren Menschen sinken. Diese Veränderungen tangieren die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen und werden die ihnen verfügbaren, gewählten und auferlegten Pflegearrangements beeinflussen. Von demografischen und sozialen Faktoren hängt es ab, wie viele pflegebedürftige Menschen zu versorgen sind, von den gleichen Faktoren hängt aber auch ab, wie viele Versorgende zur Verfügung stehen und wer diese sein werden.

Pflegebedarf wird weiter wachsen

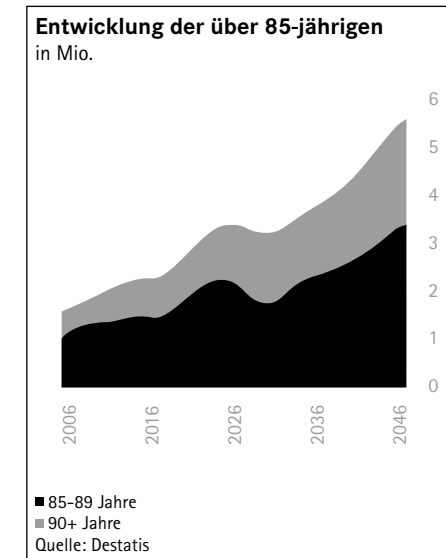
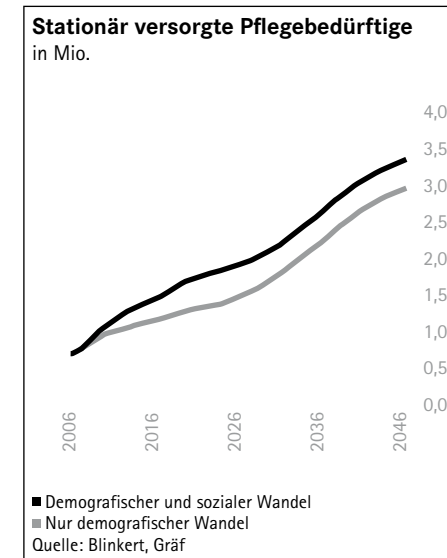
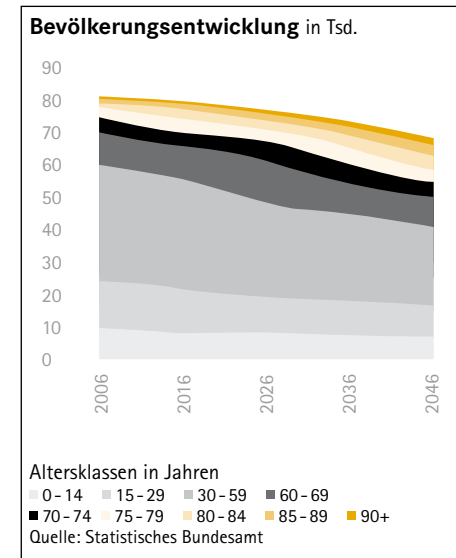
Eine menschenwürdige und bedarfsgerechte Pflege zu gewährleisten, stellt Staat und Gesellschaft, aber auch jeden Einzelnen vor große Herausforderungen. Der Wunsch nach einem selbstbestimmten Leben in vertrauter, individueller Umgebung dominiert bis ins hohe Alter.

Ende 2007 waren 2,25 Millionen oder 2,7% der in Deutschland lebenden Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes und erhielten Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. Davon entfielen 2,03 Millionen Personen oder 90% auf die soziale Pflegeversicherung. Von ihnen werden knapp 67% zu Hause durch Angehörige und/oder ambulante Pflegedienste betreut, gut 670.000 Pflegebedürftige werden stationär versorgt. Der demografische Wandel wird dazu führen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in den nächsten

Jahrzehnten erheblich zunehmen wird. Bis 2050 sinkt die Einwohnerzahl in Deutschland voraussichtlich um rund zehn Millionen Menschen. Gleichzeitig dürfte sich die Zahl der Leistungsempfänger mindestens verdoppeln. Gelingt es nicht, der Ausbreitung von Altersdemenz durch medizinische Fortschritte zu begegnen, könnte sie sogar auf mehr als fünf Millionen steigen.

Spezialisierung ist das Konzept der Zukunft

Der sprunghafte Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen in den kommenden Jahren korrespondiert mit einem stark wachsenden Bedarf an neuen Pflegeplätzen. Zurzeit gibt es neben den rund 11.500 ambulanten Pflegediensten gut 11.000 Pflegeheime mit insgesamt knapp 800.000 Pflegeplätzen. Bis zum Jahr 2020 werden rund 310.000 neue Betten benötigt. Zusätzlich müssen etwa 250.000 der bestehenden Plätze saniert werden, da eine Vielzahl der vorhandenen Einrichtungen weder den baulichen Mindestvorschriften entsprechen noch die räumlichen Voraussetzungen für die Spezialisierung auf Konzepte für Demenzerkrankte, für Wachkomapatienten, für Suchtprobleme und Palliativbehandlungen erfüllen. Die wachsende Nachfrage, der Aufbau neuer Versorgungsformen sowie die Sanierung des bestehenden Angebots schaffen bis zum Jahr 2020 einen Investitionsbedarf von rund 50 Mrd. € in der Branche, den die Länder und Kommunen finanziell nicht bewältigen können. Wie im Akutbereich wird auch in der Altenpflege die Finanzierung weitgehend aus privater Hand erfolgen. Die Expansion des privatwirtschaftlich organisierten Wettbewerbs wird sowohl zu Lasten der öffentlichen Betreiber als auch der freigeinnützigen Betreiber gehen. Parallel dazu



Pflege-Mix ist gefragt

Der Heimsog-Effekt, der mit steigenden Kosten in der Pflege einhergeht, bewirkt erhebliche Veränderungen in der Pflege-landschaft.

Die starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Pflege weichen einem flexibleren Spektrum von Wohn- und Pflegeformen. Benötigt wird ein kreativer Pflege-Mix, wozu nicht nur eine Ausweitung der ambulanten Dienste zählt, sondern auch der Ausbau von Einrichtungen der Kurzzeit- und Tagespflege sowie Betreutes Wohnen. Eine bedarfsgerechte Segmentierung des Pflegeangebots ergibt sich noch aus einem anderen Grund. Die gesetzliche Pflegeversicherung ist eine „Teilkaskoversicherung“, die grundsätzlich auch private Eigenvorsorge erfordert. Für die Zukunft gilt dies in steigendem Maß. Schon heute kostet ein stationärer Pflegeplatz der Stufe 3 einschließlich Unterbringung, Verpflegung und Investitionskostenanteil im Bundesdurchschnitt rund 3.000 € monatlich. Nach Abzug der Pflegeversicherungsleistung verbleibt ein Selbstbehalt, der die verfügbare Standardrente, die ein westdeutscher Durchschnittsverdiener nach 45 Beitrittsjahren erreicht, monatlich um rund 500 € übersteigt. Diese Lücke wird sich in den kommenden Jahren stetig vergrößern, selbst wenn die Leistungssätze der Pflegeversicherung angehoben werden.

Vor diesem Hintergrund erfordert der Markt Angebote, die den stark differenzierten Einkommensverhältnissen in der deutschen Gesellschaft Rechnung tragen. Die Spreizung des Pflegemarktes folgt der generellen Entwicklung in der Wirtschaft. Die Segmentierung betrifft vor allem die Ausstattung der Häuser. Am oberen Ende der Wohlstandsskala werden hochwertige Einrichtungen von Menschen nachgefragt, die im Alter auf gewohnten Luxus nicht verzichten wollen und die sich das auch finanziell leisten können. Am unteren Ende des Einkommensgefälles wächst der Bedarf nach Einrichtungen für Menschen mit geringer Rente, die einen Heimaufenthalt nur mit Sozialhilfeleistungen finanziell darstellen können. In diesem Zusammenhang wächst die Bedeutung des weitgehend noch brachliegenden Marktsegments Betreutes Wohnen. Eine Modellrechnung für die Pflegestufe 2 ergibt, dass Betreutes Wohnen um rund 30% günstiger als stationäre Pflege ist und dass der von der Pflegeversicherung nicht übernommene Eigenanteil unterhalb des heutigen durchschnittlichen Rentenniveaus liegt.

Weichenstellung für die große Pflegereform

Die gesetzliche Pflegeversicherung soll nach dem Willen der Gesundheitspolitik in der nächsten Legislaturperiode einer weiteren grundlegenden Reform unterzogen werden. Kern der Reform soll eine Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs sein. Bislang hat nur Anspruch auf Leistungen der Pflegekassen, wer körperlich nicht mehr in der Lage ist, Alltagsverrichtungen wie etwa die Körperpflege allein zu bewältigen. Die Eingruppierung in eine der drei Pflegestufen richtet sich ausschließlich nach dem zeitlichen Hilfebedarf. Dies hat der

Pflegeversicherung von Anfang an den Vorwurf eingetragen, nur eine „Satt- und Sauberpflege“ nach strengen Minutenvorgaben zu ermöglichen. Erst seit der jüngsten Pflegereform gibt es außerhalb dieser Prüfungssystematik geringe Hilfen für Demenzerkrankte. Nach dem Vorschlag eines vor zwei Jahren eingesetzten wissenschaftlichen Beirats soll künftig nicht mehr die erforderliche Pflegezeit, sondern der Grad der Selbstständigkeit bei der Lebensgestaltung zum Maßstab für Hilfsbedürftigkeit werden. Bewertet werden vor allem, wie gut sich die Betroffenen selbst versorgen können, wie gut sie verordnete Therapien einhalten, wie stark sie in Verhalten und Wahrnehmung beeinträchtigt sind, wie sie den Alltag bewältigen und wie mobil sie sind. Die drei Pflegestufen sollen dann durch fünf Grade der Bedürftigkeit ersetzt werden. Die Pläne würden die Kassen nach Berechnungen des Beirates jedes Jahr zwischen 200 Mio. € und knapp 4 Mrd. € zusätzlich kosten. Bei Ausgaben von gut 18 Mrd. € entspräche das einer Ausgabensteigerung von mehr als 20%. Über die Finanzierung der zusätzlichen Leistungen herrscht noch Unklarheit. Die Gewerkschaften haben die Richtung vorgegeben: Die Pflegeversicherung soll schnellstens in eine einheitliche Berversicherung für alle umgewandelt werden. Das Bundesgesundheitsministerium hat sich dieser Meinung angeschlossen.

Versorgungsengepässe durch Mindestlohn?



Die Einführung eines bundesweiten Mindestlohns für Pflegehilfskräfte ist beschlossene Sache. Der Arbeitsminister hat eine Kommission bestellt, die Lohnhöhe sowie Urlaubstage und Urlaubsgeld festlegen soll. Durch die Gründung eines neuen Arbeitgeberverbands hat das Thema Mindestlohn eine neue Dimension erreicht. In ihm haben sich große private Pflegeunternehmen (Casa Reha, Cura, Curanum AG, Kursana, Marseille-Kliniken AG, Phönix Seniorenzentren, Pro Seniore, Vitanas) gemeinsam mit dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) zusammenschlossen. Dieser neu gegründete Arbeitgeberverband hat mit zwei kleineren Gewerkschaften inzwischen einen Tarifvertrag abgeschlossen, der ab Januar 2010 einen Mindestlohn von 8,50 € im Westen und von 7,50 € im Osten vorsieht.

In dem „Pflegeheim Rating Report 2009 – Konsolidierung voraus!“ von RWI, ADMED GmbH und HCB GmbH werden die Folgen beschrieben, die ein zu hoher einheitlicher Mindestlohn auslösen könnte. Ein Mindestlohn von etwa 9,89 € pro Stunde, wie ihn ver.di fordert, würde vor allem zu einer schlechteren Lage für Anbieter in Ostdeutschland, private und ambulante Dienste führen. In der Folge würde sich mittelfristig die Insolvenzwahrscheinlichkeit erhöhen sowie ein teilweiser Rückzug von privatem Kapital einsetzen. Bis zum Jahr 2020 dürfte es zu einer Versorgungslücke von rund 100.000 Plätzen im stationären und 160.000 Plätzen im ambulanten Bereich kommen. Die Konsequenzen wären Wartelisten und steigende Preise. In diesem Fall müssten die Pflegebedürftigen mit einer Belastung von mindestens 250 Mio. € rechnen.

Der Markt für Rehabilitation noch unberührt von der Krise

Die stationäre Rehabilitation mit einem Marktvolumen von rund 7,7 Mrd. € leistet nach wie vor einen wesentlichen Beitrag der medizinischen Grundversorgung. Obwohl Verordnungen von Rehabilitationsmaßnahmen konjunkturellen Schwankungen unterworfen sind, gibt es zurzeit noch keine Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf das Antragsverhalten und auf die Zuweisungen.

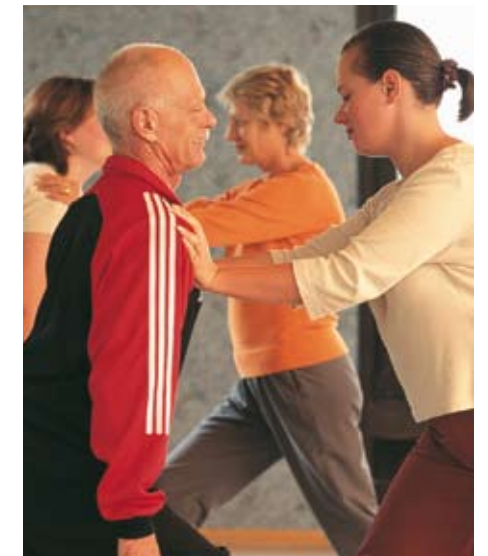
Gute Prognosen für den Reha-Markt

Im psychosomatischen Bereich stehen vermehrt Maßnahmen zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit im Mittelpunkt. Der somatische Bereich ist überwiegend von Anschlussheilbehandlungen geprägt, die zulasten der allgemeinen Heilverfahren wachsen. Alle Prognosemodelle deuten auf eine deutliche Fallzunahme von medizinischen Rehabilitationsleistungen hin. Der Deutsche Rentenversicherung Bund sieht allein für die Rentenversicherung ein Anstieg der Fallzahlen um 9 % bis zum Jahr 2011; damit wäre das hohe Rehabilitationsniveau der Jahre 2000 und 2001 wieder erreicht. Das RWI Essen geht von einer Zunahme der Rehabilitationsfälle bis zum Jahr 2020 von rund 13 % aus. In welchem Maß die verstärkte Nachfrage auf die Auslastung der Rehabilitationskliniken durchschlagen wird, hängt zum einen von der Indikation ab, zum anderen vom Fortgang der Konsolidierung in der Branche. Sollte der in Gang gesetzte Bereinigungsprozess in der Branche zu weiteren Klinikschließungen führen, dürfte sich die Auslastung in der Rehabilitation deutlich erhöhen.

Reha profitiert von verschiedenen Faktoren

Die positiven Aussichten in der Rehabilitation gründen auf einer Reihe von Faktoren. Zum einen verlassen Patienten das Krankenhaus nach kürzerer Zeit in einem oftmals schlechteren Gesundheitszustand und müssen in Rehabilitationskliniken weiter- und nachbehandelt werden.

Diese Entwicklung steht in Zusammenhang mit der Einführung eines pauschalierten Vergütungssystems im Akutbereich, das eine merkliche Einschränkung der Verweildauer der Patienten in der Klinik bewirkt. Bei einem fixen Wert der DRGs bestimmt die Zahl der Fälle die Einnahmen des Krankenhauses und nicht die in der Klinik verbrachten Tage. Die seit Ende der 90er Jahre anhaltende Absenkung der Verweildauer hat sich nach Einführung der Fallpauschalen 2004/2005 merklich beschleunigt. Die Zahl der Rehabilitationspatienten, die direkt aus dem Krankenhaus kommen, nimmt stetig zu. Während es im Jahr 1991 nur 8 % aller Rehabilitationspatienten waren, gehen Schätzungen davon aus, dass dieser Anteil im Jahr 2010 auf gut 77 % und ab 2020 auf fast 100 % steigen wird. Das hieße, dass in Zukunft 15 % aller Krankenhauspatienten nach dem akutstationären Aufenthalt in die Rehabilitation verlegt werden. 1991 waren es 1 % und 2007 rund 4 %. Wachstum schöpft der Rehabilitationsmarkt zudem aus der demografischen Entwicklung. Der zu erwartende Rückgang der Bevölkerungszahl führt für sich genommen zwar zu einem Rückgang der Fallzahlen, gleichzeitig aber ändert sich die Zusammensetzung der Bevölkerung. Die Zahl älterer Menschen nimmt in den nächsten Jahrzehnten weiter stark zu und stimuliert die Nachfrage nach medizinischer Rehabilitation. Für ältere Menschen, die weniger mobil und



häufiger multimorbide sind, sind die Möglichkeiten einer ambulanten Behandlung wesentlich eingeschränkt. Hinzu kommt, dass die Lebenserwartung steigt und das Renteneintrittsalter auf 67 Jahre erhöht wird. Schließlich verschärft sich der Fachkräftemangel in der deutschen Wirtschaft. Die Rehabilitation leistet einen wichtigen Beitrag zum Erhalt der Arbeitskraft. Zu all diesen Themen muss die Rehabilitation effiziente und qualitativ hochwertige Angebote entwickeln.

Konsolidierung setzt sich fort

Die zunehmende Integration der Rehabilitation in die akutstationäre Versorgung bedingt in der nachgelagerten Rehabilitation hohe medizinische Kompetenz. Zudem muss das Angebotsspektrum im ambulanten und teilstationären Bereich erweitert und unter Kosten-Nutzen-Aspekten die Nähe zu den Akuthäusern gesucht werden. Diese Anpassungsprozesse setzen Finanzierungskraft, Flexibilität und effizientes Management voraus. Erfolgreiche Betreiber werden folgende Kriterien erfüllen müssen: ein Mix aus ambulanten und stationären Angeboten, aus privaten und öffentlichen Kostenträgern, aus den Patientenzuweisern Akut, Ambulanz und Selbsteinweiser, eine spezialisierte Angebotspalette, wohnort- und krankenhausahe Standorte, gesunde Kostenstrukturen und Investitionskraft. Anbieter, die diese Kriterien nachweisen können, werden sich überwiegend aus dem privatwirtschaftlich organisierten Markt rekrutieren. Experten schätzen, dass der Anteil privater Anbieter in der Rehabilitation bis 2020 auf rund 80 % steigen wird. Die wichtigsten Spieler auf diesem Privatmarkt werden wenige große und überregional vertretene Anbieter sein.