



## Krankenhaus-M&A

**Strategischer Hintergrund bei Akquisition und Verkauf von Fachkliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin im deutschen Gesundheitsmarkt**

**München, April 2013**

**Fachbereich: Psychiatrie, Psychosomatik**

**Ihr Ansprechpartner:**



**Dipl.-Kfm. Günter Carl Hober, MBA**  
Managing Partner  
Conalliance München

# **Krankenhaus-M&A: Strategischer Hintergrund bei Akquisition und Verkauf von Fachkliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin im deutschen Gesundheitsmarkt:**

Der Markt für Fachkliniken im Bereich Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin befindet sich im Umbruch. Dieser geht nicht nur auf die nachhaltige Wachstumsdynamik zurück, indem sich sowohl die Zahl als auch die akzeptanzbedingte Offenlegung psychiatrischer und psychosomatischer Indikationen erhöht. Die Umstellung auf ein pauschalierendes Abrechnungssystem anhand der Einführung des Psych-Entgeltgesetzes (PsychEntgG) trägt ebenso dazu bei, dass sich die deutsche Krankenhauslandschaft im Fachbereich Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin nachhaltig verändern wird.

Aktuelle sowie zukünftige M&A-Interessen von strategischen Investoren und Finanzinvestoren sind eng am Entwicklungs- bzw. Wachstumspotenzial dieses Fachbereichs ausgerichtet. Das gegenwärtig starke Interesse an der Durchführung von Akquisitionen und Verkäufen psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser wird voraussichtlich auch in den kommenden Jahren weiter zunehmen.

## **1. M&A-Trend bei psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhaus-transaktionen**

Die intensive Transaktionsaktivität im M&A-Markt für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser wird auch in den kommenden Jahren auf hohem Niveau bestehen bleiben.

Zum einen ist der aktuelle Psychiatrieklinikmarkt entsprechend zahlreicher mittelständischer Betreiber im Smallcap-Segment bis 99 und 200 Betten stark fragmentiert. Auch deshalb besitzen sowohl strategische Investoren, wie zum Beispiel mittelständische Privatkliniken oder Klinikketten, als auch auf Healthcare ausgerichtete Private-Equity-Fonds, Beteiligungsgesellschaften und Family Offices mit gezielter Buy-and-Build-Strategie großes Interesse am Erwerb kleiner und mittelgroßer Häuser.

Zum anderen gerät die Budgetfähigkeit bzw. Profitabilität des derzeitigen Betreibergeschäftsmodells unter Druck, nachdem das Abrechnungssystem seit Beginn des Jahres 2013 nicht mehr wie bisher an der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) sondern am neuen, pauschalierenden Psychiatrie-Entgeltsystem auszurichten ist. Ähnlich wie im Falle der nicht-psychiatrischen Kliniken zuvor wird es nach Umsetzung des Fallpauschalensystems auch bei P- / PT- / PM-Krankenhäusern Gewinner und Verlierer geben. Der Eingriff in die Abrechnungssystematik wird frühzeitig auf Wirtschaftlichkeit ausgerichtete Betreibermodelle bevorzugen, während weniger effizient aufgestellte Leistungserbringer wirtschaftlich verstärkt unter Druck geraten. Die Wettbewerbsintensität wird weiter zunehmen und zahlreiche psychiatrische Fachklinikbetreiber noch weit vor Ablauf der Konvergenzphase in potenzielle Kauf- und Verkaufskandidaten trennen.

Sowohl große private Krankenhausketten als auch fachbereichsspezifisch interessierte Finanzinvestoren verstärken bereits heute Ihre Investitionen in den Auf- und Ausbau ausgewogener Klinik-Portfolios. Dieser verstärkten Nachfrage nach historisch gewachsenen, inha-

bergeführten, profitablen psychiatrischen Krankenhäusern in attraktiven Lagen steht derzeit aber ein nur begrenztes Angebot an adäquaten verkaufsorientierten Kliniken gegenüber. Entsprechend der Qualität ihrer stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtung agieren die Klinikverkäufer in einer Verhandlungsposition, welche gegenwärtig die Realisierung attraktiver Marktpreisniveaus ermöglichen kann.

Die Zahl von derzeit ca. 247 psychiatrischen Spezialkliniken in Deutschland wird sich in den kommenden Jahren voraussichtlich weiter verringern. Es kann von einer anhaltenden Umverteilung aus dem Größensegment unter 100 Betten heraus in Richtung 200 bis 499 Betten – u.a. auch als Folge der Buy-&-Build-Strategie von Finanzinvestoren – ausgegangen werden. Der Trend im Psychiatrieklinik-M&A zieht dabei aber nicht nur „Groß kauft Klein“ nach sich. Auch „Klein / Mittel stark“ übernimmt „Klein / Mittel schwach“ ist Bestandteil einer Entwicklung, die bereits heute realisiert und vermutlich auch über 2013 hinaus weiter anhalten.

## 2. Allgemeine Marktentwicklung psychiatrischer Fachabteilungen

Bei Betrachtung des gesamten psychiatrischen Leistungsangebots sämtlicher Krankenhäuser (d.h. Allgemeine und Fachkliniken gem. Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamts Stand 2011) gab es insgesamt ca. 742 psychiatrische Fachabteilungen. Davon waren ca. 509 / 60% auf den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie (P / PT), ca. 140 / 19% auf Kinder- und Jugendpsychiatrie (K / J-P) und ca. 190 / 25% auf Psychotherapeutische Medizin (PM) ausgerichtet und gingen insgesamt mit einem Angebot von ca. 67.942 Betten (53.932 Betten in P / PT, 5.647 in K / J-P und 8.363 in PM) einher.

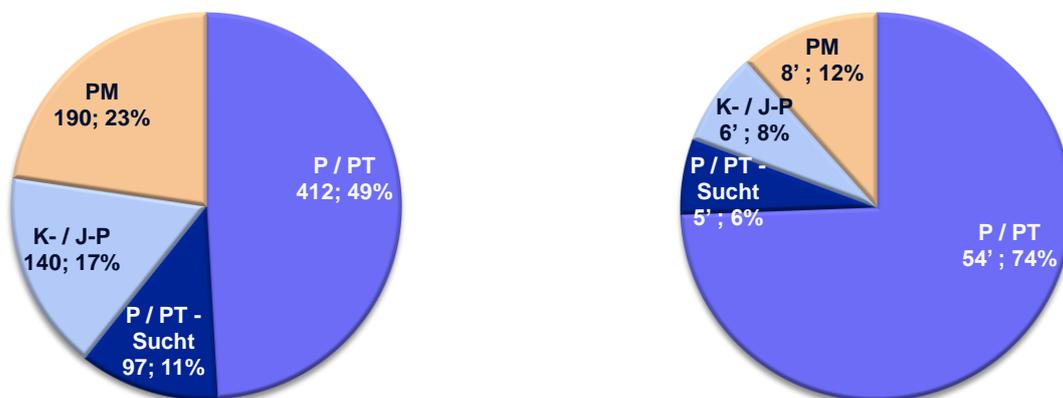


Abb. 1: Verteilung der psychiatrischen Fachabteilungen und Betten 2011 lt. Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung Conalliance

Seit 2003 entspricht dies einer signifikanten Zunahme um ca. 21% bei Fachabteilungen und ca. 10% bei der Bettenzahl. Obwohl die durchschnittliche Verweildauer der Patienten um ca. 10% auf ca. 24,8 Tage zurückging, erhöhten sich die Berechnungstage aufgrund stark gesteigener Fallzahlen (+ca. 12%) und nahezu gleichbleibender durchschnittlicher Bettenauslastung (+ 0,04%) um ca. 14% von ca. 20,3 Mio. auf 23,2 Mio.

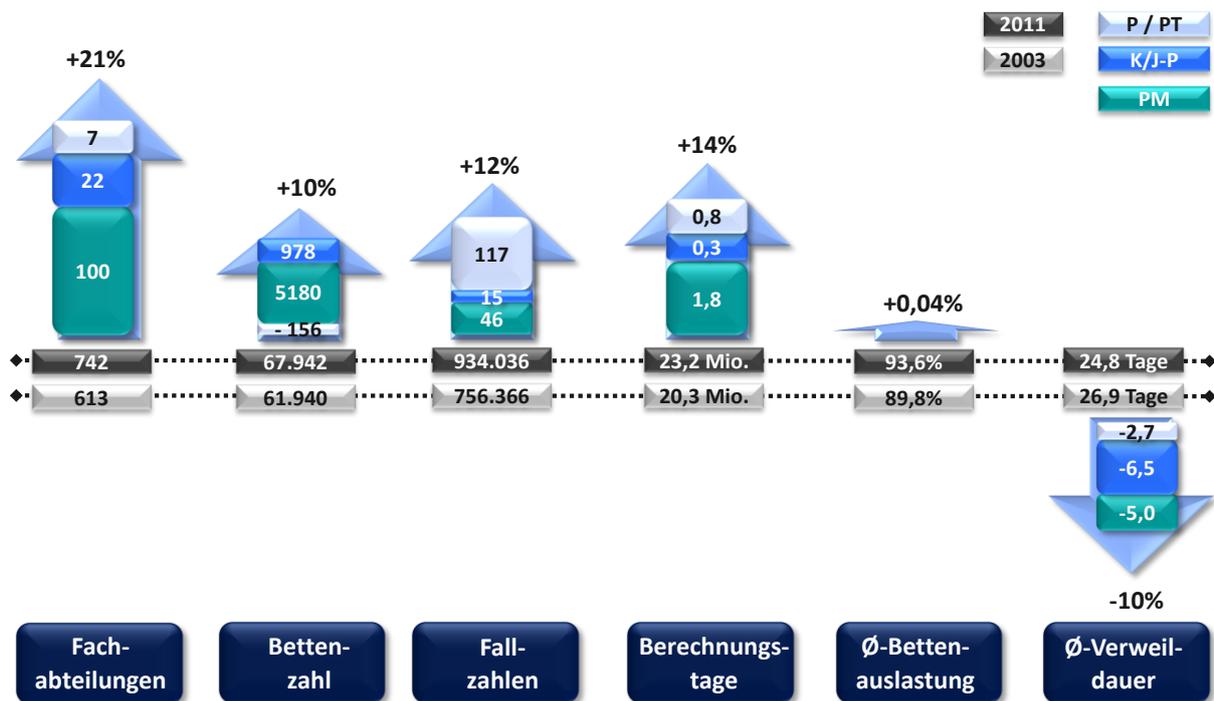


Abb. 2: Entwicklung von Krankenhausindikatoren der psychiatrischen Fachabteilungen 2011 lt. Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung Conalliance

Im Vergleich zu Psychiatrie / Psychotherapie (+7 Fachteilungen bzw. ca. 5% des gesamten Wachstums) und Kinder- / Jugendpsychiatrie (+22 bzw. 17% Wachstumsanteil) erhöhte sich das Leistungsangebot der Krankenhäuser im Fachbereich der psychosomatischen Medizin am stärksten (+ 100 PM-Fachabteilungen bzw. ca. 76% Wachstumsanteil). Auch die Bettenzahl nahm im PM-Fachbereich mehr zu (+ 5.180 bzw. 86% Wachstumsanteil) als im Bereich K / J-P (+ 978 / 16%). Im Bereich P / PT ging sie hingegen um 156 Betten zurück.

Die Zunahme der Fallzahlen basiert vorwiegend auf erhöhten P / PT-Fällen (+ T 117 / ca. 66% Wachstumsanteil). Aber auch die Fallzahlen im Fachabteilungsbereich PM (+ T 46 / ca. 26%) und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (+ T 15 / ca. 8%) stiegen an.

Die Berechnungstage nahmen im Bereich PM am stärksten zu (+ 1,8 Mio. / ca. 62% Wachstumsanteil). Aber auch im Fall der beiden anderen Fachabteilungssegmente haben sich die Berechnungstage erhöht (K / J-P um ca. 0,3 Mio. bzw. P / PT um 0,8 Mio.), obwohl gleichzeitig die durchschnittlichen Verweildauer um ca. 10% auf 24,8 Tage (d.h. auf ca. 22,7 Tage in P / PT, 38,7 Tage in K / J-P und 40,7 Tage in PM) zurückging.

### Fazit:

- Patientennachfrage nach psychiatrischer Behandlungsleistung nahm insgesamt zu, dabei größter Zuwachs im Bereich der psychosomatischen Medizin
- Anstieg der Berechnungstage bei gleichzeitig erhöhter durchschnittlicher Bettenauslastung erfolgte trotz Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer, d.h. der Entwicklungsschub basierte nicht nur auf Grundlage der gestiegenen sondern auch realisierten Leistungsnachfrage im Zuge eines optimierten Behandlungsangebots bzw. adäquat ausgebauter Ressourcen und Kapazitäten seitens der Leistungserbringer

### 3. Marktentwicklung – psychiatrische Fachkliniken

2011 wurden in Deutschland ca. 247 Spezialkrankenhäuser im Fachbereich Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin (P / PT / PM) betrieben. Davon waren 103 Häuser bzw. ca. 42% der Größenklasse bis 99 Betten zu zuordnen, während sich der Rest auf 62 Häuser (ca. 25%) mit 100 bis 199 Betten, 78 Häuser (ca. 31%) mit 200 bis 499 Betten und 4 Häuser (ca. 2%) ab 500 bis 999 Betten verteilte. Insgesamt ergab sich ein Angebot von ca. 41.007 Betten (4.892 in Größenklasse bis 99 Betten, 8.502 für 100 bis 199 Betten, 24.681 für 200 bis 499 Betten und 2.932 für 500 bis 999 Betten).

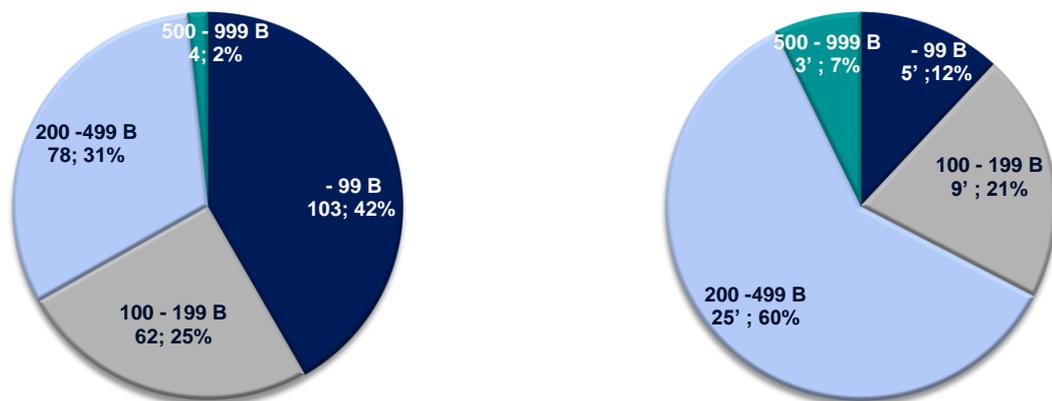


Abb. 3: Verteilung der psychiatrischen Fachkliniken und Betten 2011 nach Größenklassen lt. Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung Conalliance

Im Vergleich zu 2003 ging sowohl die Anzahl an psychiatrischen Fachkliniken (-11%) als auch die Entwicklung der Bettenzahl (-3%) zurück. Hingegen stiegen die Fallzahlen (+ 12%) auf ca. 560.000 stark an, dass sich die um ca. 8% verkürzte durchschnittliche Verweildauer auf 24,8 Tage auf die Entwicklung der Berechnungstage (+3%) auf 13,9 Mio. nicht belastend auswirkte. Mit der Zunahme der Berechnungstage bei gleichzeitig reduzierter Bettenzahl erhöhte sich auch die durchschnittliche Bettenauslastung auf ca. 92,7%.

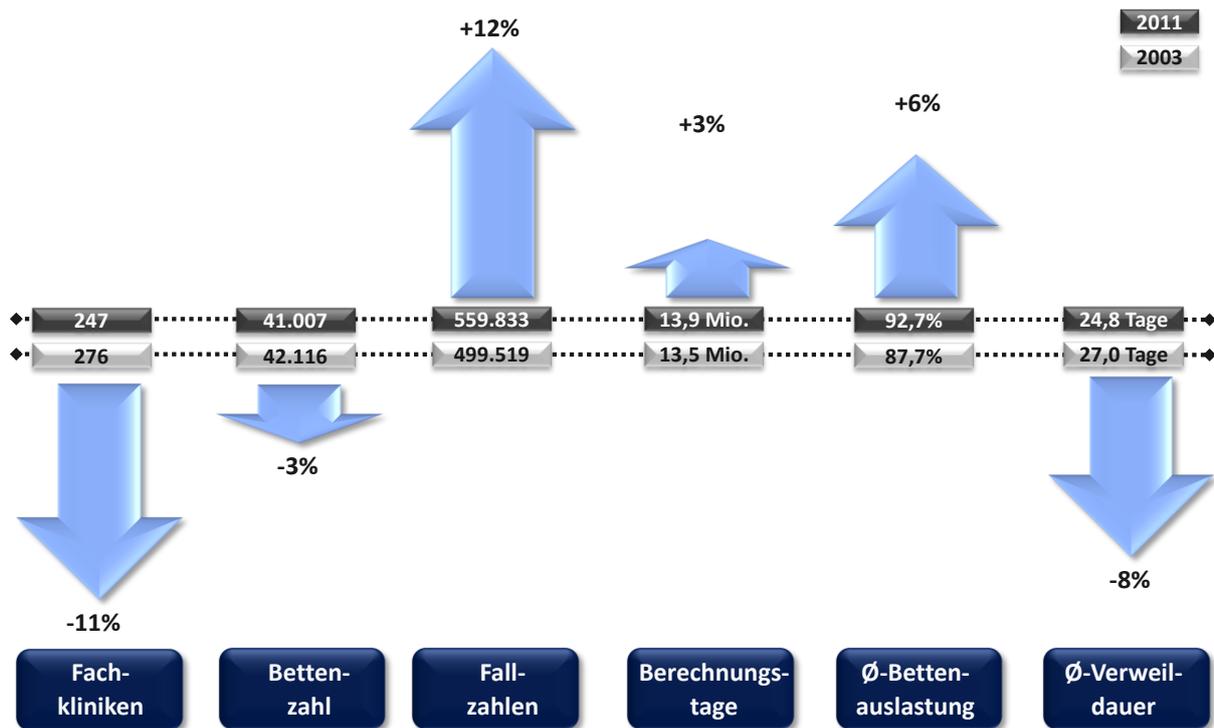


Abb. 4: Entwicklung von Krankenhausindikatoren der psychiatrischen Fachkliniken 2011 lt. Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung Conalliance

Verglichen mit der Gesamtbetrachtung auf Fachabteilungs-Niveau zeigt sich, dass auch die psychiatrischen Fachkliniken anhand der identischen Fallzahlerhöhung an der gestiegenen Nachfrage nach psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlungsleistungen partizipieren. Die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer ist mit dem Betrachtungssegment der Fachabteilungen ebenfalls identisch bzw. weicht nur unwesentlich davon ab.

Bei den anderen Indikatoren sind hingegen signifikante Unterschiede zwischen Fachabteilungs- und Fachklinikbetrachtung ersichtlich:

- **Einrichtungen:**  
Während die psychiatrischen Fachabteilungen zunahmen, verringerte sich die Zahl an Fachkliniken.
- **Bettenzahl:**  
Der erweiterten Bettenzahl bei den psychiatrischen Fachabteilungen aller Krankenhäuser steht ein Bettenabbau im Fachkliniksegment gegenüber.
- **Berechnungstage:**  
Die Zunahme im Bereich der psychiatrischen Fachabteilungen ist höher als bei Fachkliniken.
- **Ø-Bettenauslastung:**  
Der Anstieg fiel bei der psychiatrischen Fachabteilungsbetrachtung geringer aus als bei Fachkliniken.

Die Abweichung in der Gesamtbetrachtung von Fachabteilung und Fachklinik beruht allerdings ausschließlich auf der Entwicklung außerhalb der Größenklasse von 200 bis 499 Betten.

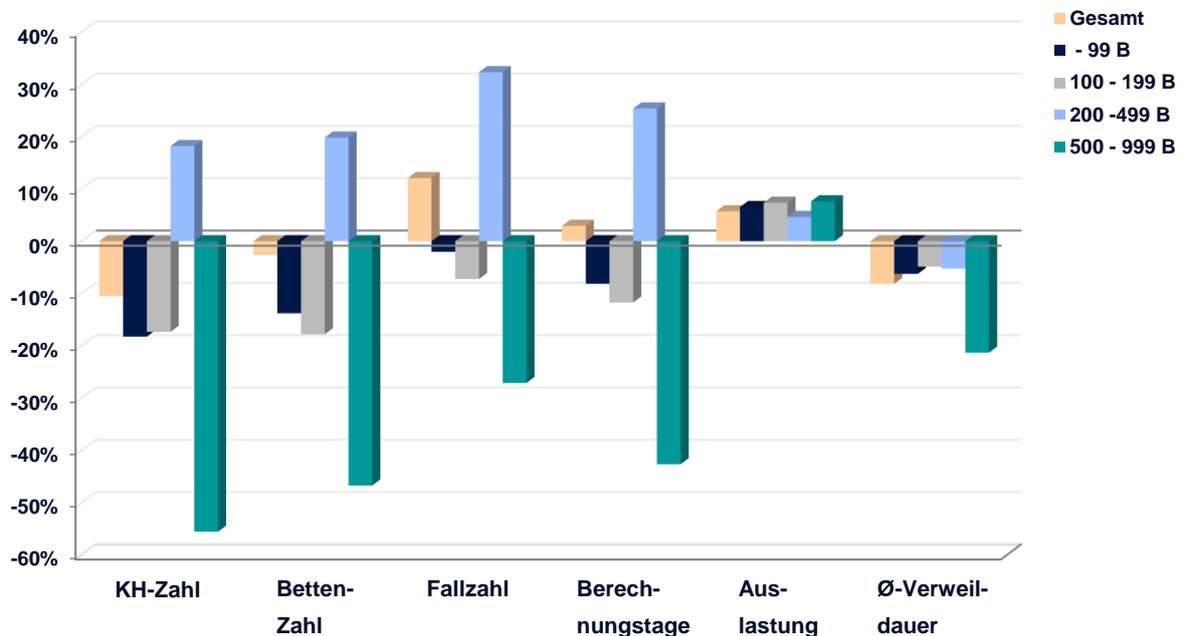


Abb. 5: Entwicklung von Krankenhausindikatoren der psychiatrischen Fachkliniken 2011 nach Größenklassen lt. Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung Conalliance

Im Gegensatz zum Rest ging im Bereich zwischen 200 und 499 Betten die Entwicklung der Krankenhausindikatoren mit der Gesamtbetrachtung auf Fachabteilungsbasis einher. Allerdings waren dabei die Veränderungen gegenüber 2003 weitaus stärker. Die Zunahme der Krankenhauszahl ausgenommen (+18% vs. +21%) lagen die psychiatrischen Fachkliniken mit 200 bis 400 Betten bei allen anderen Krankenhausindikatoren konstant über dem Gesamtmarktniveau der Fachabteilungsbetrachtung (Bettenzahl +20% vs. +10%, Fallzahl +32% vs. +24%, Berechnungstage +25% vs. 14%, durchschnittliche Bettenauslastung +5% vs. +0,04%). Ein zusätzlicher Unterschied bestand auch bei der Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer, die bei Fachkliniken im Größenbereich von 200 bis 400 Betten lediglich um ca. 5% (vs. 10%) zurückging.

#### **Fazit:**

- Gestiegene Patientennachfrage wird vorwiegend über Ressourcen und Kapazitäten von Fachkliniken mit 200 bis 499 Betten abgedeckt bzw. realisiert
- Auslastungsanstieg in anderen Größenklassen war nur über Klinik- und Bettenabbau realisierbar

Insgesamt deutet der starke Anstieg der Berechnungstage bei gleichzeitig erhöhter durchschnittlicher Bettenauslastung trotz hohem Anteil am Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer darauf hin, dass sich die Angebotssituation der medizinischen, psychiatrischen Versorgung seit 2003 gut an die aktuelle Leistungsnachfrage des Jahres 2011 angepasst hat. Von einer weiter anhaltenden signifikanten Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer ist derzeit nicht auszugehen. Vielmehr wählen Gesetzgeber und Kostenträger für das Betreibermodell psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Fachabteilungen und -krankenhäuser seit 2013 ein anderes, vom Mengeneffekt abweichendes Regulatoriv: Den Preiseffekt anhand der Ermittlung und Einführung fallpauschalierter Basis- und Abteilungspflegesätze.

#### **4. Marktentwicklung: Änderung des Abrechnungssystems**

Seit mehreren Jahren laufen die Vorbereitungen für ein neues Vergütungssystem für psychiatrische Einrichtungen. Krankenhäuser rechneten die Behandlungen in der Psychiatrie bisher nach der Bundespflegesatzverordnung ab. Dies soll seit 2013 schrittweise durch ein leistungsorientiertes, pauschaliertes Vergütungssystem abgelöst werden. Vorbild ist das DRG-System. Die dort verwendeten Fallpauschalen gelten aber als ungeeignet, um die Behandlung von psychisch Kranken abzubilden. Deshalb baut das Entgeltsystem für die Psychiatrie auf Tagespauschalen auf.

Grundlage für die neuen Entgelte sind Versorgungsdaten aus den psychiatrischen Kliniken. Die Krankenhäuser kodieren ihre erbrachten Leistungen seit zwei Jahren anhand eines speziellen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) und übermitteln die so erhaltenen Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Das InEK ermittelt daraus – wie auch für das DRG-System – entsprechende Pauschalen.

Vor der Umstellung auf das neue Psychiatrie-Entgeltsystem (lt. PsychEntgG) soll es eine vierjährige budgetneutrale Phase geben. Seit Jahresbeginn 2013 können Krankenhäuser schon nach dem neuen Psychiatrie-Entgeltsystem abrechnen – allerdings noch auf freiwilliger Basis. Die Budgets werden wie bisher anhand der Bundespflegeverordnung zwischen den Krankenhäusern und den Kassen verhandelt.

Ab 2015 sind alle Einrichtungen verpflichtet, nach dem neuen Psychiatrie-Entgeltsystem abzurechnen. Dies hat allerdings weitere zwei Jahre keinen Einfluss auf die verhandelten Budgets. In dieser Zeit werden jedoch individuelle Basisfallwerte für die einzelnen Einrichtungen ermittelt. Diese geben an, wie viel die Kassen für die Behandlung eines Patienten mit einer bestimmten psychischen Erkrankung im jeweiligen Krankenhaus bezahlt haben.

Erst danach, also ab 2017, beginnt die fünfjährige Konvergenzphase, in der – ähnlich wie bei der DRG-Einführung – stufenweise die Vergütung von den krankenhausesindividuellen Basisfallwerten auf Landesbasisentgeltwerte umgestellt wird. Die Landesbasisfallwerte verhandeln die Landeskrankenhausesgesellschaften mit den Krankenkassen.

In der Konvergenzphase wird die Differenz zwischen den verhandelten Budgets und den sich durch das neue Entgelt ergebenden Budgets schrittweise abgebaut. Dem Bundesgesundheitsministerium zufolge kommt es in dieser Phase zu einer Umverteilung zwischen den Krankenhäusern: Bei Einrichtungen, die ein zu hohes Budget für ihre Leistungen verhandelt

hatten, werden die Einnahmen sinken, bei denen, die ein zu geringes Budget verhandelt hatten, steigen. Die Vergütung soll damit leistungsgerecht erfolgen. Insgesamt soll die Umstellung jedoch budgetneutral sein und 2021 abgeschlossen werden.

Um die Krankenhäuser zu einem frühen Umstieg zu bewegen, sind im Referentenentwurf Anreize vorgesehen. Einrichtungen, die schon ab 2013 ihre Abrechnungen auf das Psych-Entgelt umstellen, erhalten für die ersten zwei Optionsjahre einen deutlich höheren Mindererlösausgleich: Ergeben die Abrechnungen nach dem Psych-Entgelt einen geringeren Betrag als das vereinbarte Budget, ersetzen die Krankenkassen dem Krankenhaus 75 Prozent des Fehlbetrags. Einrichtungen, die noch nach der Bundespflegeverordnung abrechnen, erhielten dann lediglich einen Mindererlösausgleich von 20 Prozent. Beim Mehrerlösausgleich sind hingegen Kostensteigerungen, die nur auf die neue Abrechnung zurückzuführen sind, vollständig an die Kassen zurückzuzahlen. Ansonsten gilt hier die bestehende Regelung, dass 85 bis 90 Prozent zusätzlicher Erlöse zurückzuzahlen sind.

Bisher galt die Psychiatrie-Personal-Verordnung (Psych-PV) als maßgebliche Budgetierungsgrundlage. Anhand der Psych-PV wird der Personalbedarf einer psychiatrischen Einrichtung ermittelt. Ist dieser nicht zu 100 Prozent erfüllt, kann dies bisher bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen geltend gemacht werden, um höhere Budgets zu erzielen. Diese Regelung soll aufgehoben werden. Nur Einrichtungen, die bereits 2013 das neue Psych-Entgelt verwenden, dürften sich bei den Budgetverhandlungen bis 2016 weiterhin auf die Psych-PV berufen. Da die Einführung des neuen Entgelts budgetneutral sein soll, müssten Einrichtungen, die nicht frühzeitig zum Psych-Entgelt wechseln, zusätzliches Personal bei gleichen Einkünften finanzieren, auch wenn sie nach Psych-PV unterbesetzt sind.



Conalliance ist die führende Beratungsgesellschaft bei Unternehmenskäufen und -verkäufen (M&A) sowie Unternehmenssanierungen.

Unsere Industrieexpertise ist maximal konzentriert: auf die weltweite Healthcare-Industrie.

Denn Conalliance berät ausschließlich Unternehmen des Gesundheitswesens wie zum Beispiel

- Krankenhäuser, Kliniken, Reha- und Pflegeeinrichtungen,
- Pharmazie-, Biotechnologie-,
- Medizintechnik- und Medizinprodukte-,
- sowie Diagnostikunternehmen und medizinische Laboratorien.

Diese Ausdifferenzierung sichert eine schnelle Umsetzung des Mandats ohne Anlaufverluste und die Nutzenmaximierung aus unseren Beratungsdienstleistungen.

Unsere Kernkompetenzen liegen im Investmentbanking und Corporate Advisory, gepaart mit detailliertem Fachwissen im Medizin-, Pharma- und Krankenhauswesen und einem intensiven branchenspezifischen Netzwerk auf deren Grundlage wir maßgeschneiderte Lösungen erarbeiten.

Unser Firmensitz befindet sich im Business-Komplex der Highlight Towers, dem zweithöchsten Gebäude in München. Wir agieren aus Deutschland heraus mit unserem Netzwerk von Partneroffices in den wichtigen Ländern Europas, den USA und China.

Zahlreiche namhafte Mandate führender Gesundheitsunternehmen sind der Garant für unsere professionellen Beratungsdienstleistungen, die wir mit absoluter Diskretion, höchstem Engagement und ohne Interessenskonflikte ausschließlich zum Vorteil unserer Mandanten umsetzen.



Postanschrift | Postfach 860401 | 81631 München  
Highlight Towers | Mies-van-der-Rohe-Str. 4 | 80805 München

Tel.: +49 (89) 8095363- 0