



Beratung im
Gesundheitswesen GmbH

Gutachten
zur aktuellen und perspektivischen
Situation der Einrichtungen im Bereich
der medizinischen Rehabilitation

-Neuaufgabe 2011-

Prof. Dr. Peter Borges

Agnes Zimolong

Anna Moorées

Köln, September 2011

Inhaltsübersicht

Inhaltsübersicht.....	II
Verzeichnis der Abbildungen.....	III
1 Einleitung	4
1.1 Auftragshintergrund.....	4
1.2 Zielsetzung des Gutachtens	4
2 Einflussfaktoren auf die betriebswirtschaftliche Entwicklung	5
2.1 Allgemeine Einflussfaktoren	5
2.2 Erwartete Kostenentwicklungen.....	8
3 Modellrechnung zukünftiger Kostensteigerungen in der Rehabilitation	12
3.1 Vergleich der Modellannahmen und Kostensteigerungsraten.....	12
3.2 Aktualisierte Modellrechnung	14
4 Zusammenfassung und Empfehlungen.....	18
4.1 Zusammenfassung	18
4.2 Empfehlungen aus Sicht des Gutachters	18

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Exogene Einflussfaktoren (Quelle: eigene Darstellung).....	6
Abbildung 2: Angenommene und eingetroffene Kostensteigerungen 2010/2011	12
Abbildung 3: Angenommene und eingetroffene Kostensteigerungen 2007-2011.....	13
Abbildung 4: Verteilung GuV-Aufwandpositionen	15
Abbildung 5: Annahmen über Auswirkungen externer Einflussfaktoren	16
Abbildung 6: Modellrechnung für das Jahr 2012	17

1 Einleitung

1.1 Auftragshintergrund

Die in der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation (AG MedReha) zusammengesetzten maßgeblichen Verbände der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation haben die aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH mit einer Neuauflage des Gutachtens zur aktuellen und perspektivischen Situation der stationären Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation für das Jahr 2012 beauftragt. Es sollen die aktuellen und perspektivischen Veränderungen der Rahmenbedingungen für die Kostensituation der Rehabilitationseinrichtungen und ihre Auswirkungen auf die Kliniken in Deutschland aufgezeigt werden. Die gutachterliche Stellungnahme zur perspektivischen Kostenentwicklung soll von den Kliniken insbesondere für Verhandlungen mit den Rehabilitationsträgern verwendet werden. Im Vorfeld wurden seitens der Autorenschaft mehrere Gutachten zu dem Thema verfasst, auf deren Inhalte sich die vorliegende Aktualisierung stützt¹. Auf eine Ausweisung von Einzelzitate n wird im Sinne der Lesefreundlichkeit verzichtet.

1.2 Zielsetzung des Gutachtens

Zielsetzung des Gutachtens ist es, die für das Jahr 2012 zu erwartenden Kostenveränderungen auf Basis aktueller Entwicklungen aufzuzeigen. Anhand von Modellrechnungen werden die Konsequenzen der zukünftigen Kostenentwicklung auf die betriebswirtschaftliche Situation der Einrichtungen dargelegt. Dazu werden allgemein zugängliche Daten und Statistiken verwendet. Um die Prognosesicherheit zu erhöhen, basieren die Annahmen für die Kostensteigerungen 2012 auf aktuellsten Entwicklungen, berücksichtigen jedoch auch langfristige Tendenzen. Als Ergebnis wird ein Prognosekorridor für die Entwicklung der Vergütungssätze im Bereich der medizinischen Rehabilitation für das Jahr 2012 dargestellt sowie eine gutachterliche Empfehlung formuliert.

¹ Siehe Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation in den Jahren 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 (GEBERA GmbH)

2 Einflussfaktoren auf die betriebswirtschaftliche Entwicklung

2.1 Allgemeine Einflussfaktoren

Einflussfaktoren auf die betriebswirtschaftliche Situation eines Unternehmens können hinsichtlich endogener und exogener Faktoren unterschieden werden. Exogene, also von außen vorgegebene Faktoren, können nur in sehr begrenztem Maße von den Unternehmen beeinflusst werden, endogene Faktoren hingegen beziehen sich auf unternehmensinterne Kompetenzen und sind prinzipiell durch unternehmerische Entscheidungen beeinflussbar.

Die unternehmerische Entscheidungsfreiheit von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und damit die Beeinflussbarkeit ihrer wirtschaftlichen Situation sind durch vielfältige – jedoch auch im Sinne der Qualitäts- und Versorgungssicherung z.T. notwendige – Reglementierungen begrenzt. Im Rehabilitationssektor kann nicht von freien Marktbedingungen gesprochen werden. Denn hier sind sowohl die Erlös- als auch die Kostenstrukturen in beträchtlichem Umfang von außen vorgegeben. Es handelt sich um ein stark reglementiertes Versorgungssystem, das sich zum großen Teil den freien Marktmechanismen entzieht.

Das vorliegende Gutachten hat zum Ziel, die Auswirkungen dieser wenig beeinflussbaren, externen Rahmenbedingungen und deren Veränderungen auf die wirtschaftliche Situation der Rehabilitationskliniken zu untersuchen.

Im Folgenden werden zuerst die allgemeinen Rahmenbedingungen mit Einfluss auf die Kostenstrukturen von Rehabilitationskliniken skizziert. Anschließend werden die aktuellen wirtschaftlichen Entwicklungen und deren Auswirkungen auf die Kostenstrukturen der Einrichtungen dargestellt.

Eine Übersicht der wichtigsten exogenen Einflussfaktoren zeigt die nachstehende Abbildung.

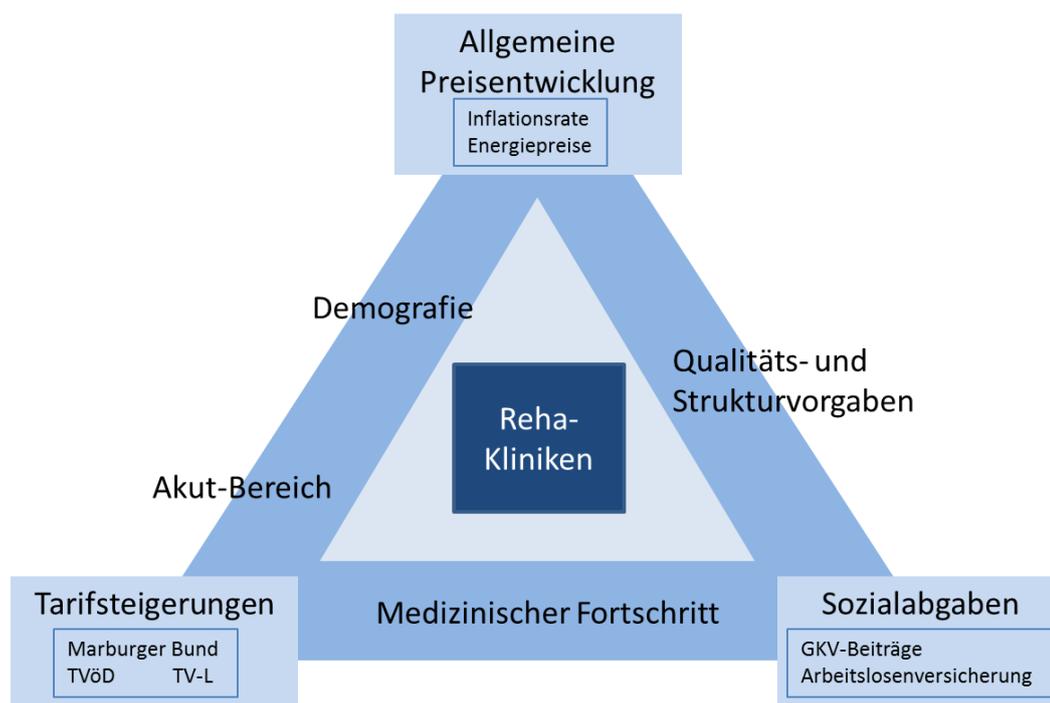


Abbildung 1: Exogene Einflussfaktoren (Quelle: eigene Darstellung)

Qualitäts- und Strukturanforderungen der Rehabilitationsträger

Die Rehabilitationsträger sind durch ihren Sicherstellungsauftrag (§ 19 Absatz 1 SGB IX) dafür verantwortlich, dass Rehabilitationseinrichtungen, welche entsprechende Qualitätsanforderungen erfüllen, in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Um eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung sicherzustellen, sind die Qualitäts- und Strukturanforderungen im Zeitverlauf weiterentwickelt worden. Die Verbindung der Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wirkt sich dabei auf die gesamte Leistungserbringung aus und hat umfassende Folgen für die Rehabilitationskliniken.

Für den Geltungsbereich der Deutschen Rentenversicherungsträger sind seit dem Jahr 2009 verbindliche Anforderungen an die Strukturqualität von Reha-Einrichtungen etabliert worden (siehe auch DRV: Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung, Mai 2010). Diese enthalten detaillierte, in großen Teilen auch indikationsspezifische Vorgaben baulich-räumlicher, medizinisch-technischer, therapeutischer und insbesondere personeller Art. Weiterhin werden seit 1998 verbindliche Reha-Therapiestandards festgelegt und entwickelt. Diese Vorgaben behandeln den Umfang und

Art der therapeutischen Leistungen in verschiedenen Indikationsbereichen und wirken sich daher auf die personelle Ausstattung einer Rehabilitationsklinik aus.

Auch für Rehabilitationsleistungen die durch die GKV finanziert werden, bestehen durch die Bewertungskriterien zur Strukturqualität umfassende und verbindliche Anforderungen, die eine Rehabilitationsklinik erfüllen muss.

Neben diesen allgemeingültigen Vorgaben werden zielgruppenspezifische Behandlungsangebote auf Basis entsprechender Konzepte mit den Leistungsträgern der Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. Auf dieser Grundlage werden strukturelle Anforderungen für einzelne Kliniken umfassend festgelegt.

Vor dem Hintergrund derart detaillierter Struktur- und Leistungsvorgaben können Rehabilitationseinrichtungen ihre Kostenstrukturen immer weniger selbst steuern und sind damit zunehmend von externen Kostensteigerungen abhängig.

Auswirkungen Akut-Bereich

Die Statistiken der letzten Jahre zeigen einen kontinuierlichen Rückgang der Verweildauern im Krankenhaus. Dieser Trend wird auch zukünftig weiter fortgesetzt, wenn auch sicherlich nicht mehr in dem Ausmaß wie bisher. Gleichzeitig wird mit einer deutlichen Zunahme der Fallschwere gerechnet, die sich auch in der Rehabilitation zeigt.

Der Bedarf einer anschließenden Weiterbehandlung in einer qualifizierten Rehabilitation wird tendenziell ansteigen. Die Rehabilitationseinrichtungen müssen vermehrt medizinische Aufgaben übernehmen, weil die Rehabilitation im Bereich der Anschlußheilbehandlungen in einer früheren Genesungsphase der Patienten ansetzt.² Diese Aufgaben können nur übernommen werden, wenn die Strukturen in den Rehabilitationskliniken entsprechend adaptiert werden. Dazu gehören Anpassungen in der Personalstruktur, der Medizintechnik, den baulichen Maßnahmen und der Ausstattung. Für diese Maßnahmen werden zusätzliche finanzielle Mittel benötigt.

² Siehe auch Ausführungen der Redia-Studie 2011

Medizinischer Fortschritt

Der medizinische Fortschritt ermöglicht ein Überleben der Patienten bei vielen lebensbedrohlichen Erkrankungen. Weiterhin können z.B. aufgrund der Fortschritte bei minimal-invasiven Verfahren zunehmend Erkrankungen behandelt werden, für die zuvor keine Therapieverfahren existierten. Bei der Therapie ist es jedoch nicht immer möglich, den vorherigen Zustand wiederherzustellen, so dass funktionelle Beeinträchtigungen zurückbleiben, die zu einem erhöhten Rehabilitationsbedarf führen.

Demografie

Die demografische Struktur stellt einen wichtigen Einflussfaktor auf den Bedarf und die Art der zukünftigen Rehabilitation dar. Die Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung bedingt einen Anstieg chronisch kranker und multimorbider oder pflegebedürftiger Personen. In Verbindung mit den Auswirkungen des medizinischen Fortschritts kommt es zu einem steigenden Bedarf an Rehabilitationsleistungen. Neben diesem Mehrbedarf in Folge der medizinischen Entwicklungen bietet die moderne Rehabilitation die Möglichkeit einer Versorgung, u.a. chronisch kranker Personen, durch die aus gesundheitsökonomischer Sicht nachweislich sowohl direkte als auch indirekte Krankheits(folge)kosten gemäß den Grundsätzen „Reha vor Rente“ und „Reha vor Pflege“ gesenkt werden können.

2.2 Erwartete Kostenentwicklungen

Weitere exogene Faktoren, die auf die Rehabilitationseinrichtungen direkt einwirken, sind die durch die allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklungen bedingten Kostenveränderungen. Ihre Auswirkungen auf Rehabilitationseinrichtungen werden im Folgenden dargestellt und aktualisiert.

Tarifsteigerungen

Tarifsteigerungen haben primär Auswirkungen auf Arbeitgeber, die Tarifpartner bei den Verhandlungen sind. Allerdings sind auch die anderen Marktteilnehmer einer Branche gezwungen, die Gehälter ihrer Angestellten entsprechend anzupassen. Erfolgt diese Anpassung nicht, kann dies Personalabgänge und Personalnotstand zur Folge haben. Eine derartige Entwicklung würde sich qualitätsmindernd und existenzbedrohend auf Rehabilitationsklini-

ken auswirken und kann nicht im gesamtgesellschaftlichen Interesse sein. Der Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme hängt in großem Maße von der Qualifikation und Motivation der jeweiligen Mitarbeiter im medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Bereich ab.

Zukünftig wird sich der bereits bestehende Druck auf Rehabilitationskliniken hinsichtlich einer geeigneten Personalakquisition von Fachkräften, vor allem im ärztlichen aber auch im Bereich anderer medizinisch-pflegerischen und therapeutischen Dienstarbeiten weiter zuspitzen. Den Wettstreit um qualifiziertes Personal gewinnen die Einrichtungen, die eine wettbewerbsfähige Vergütung und Organisation bieten können. Dabei ist eine zeitnahe Anpassung des Gehaltsgefüges an aktuelle Tarifabschlüsse für Reha-Kliniken unerlässlich, um im Wettbewerb um qualifiziertes Personal bestehen zu können.

Eine längerfristige Abkopplung von den Tarifregelungen können auch Einrichtungen mit anderen Trägerschaften (frei-gemeinnützig oder privat) ohne Einbußen in der Personalstruktur mit den bereits genannten Folgen nicht realisieren. Die Lohnsteigerungen der letzten Jahre konnten in der Rehabilitation durch die fehlende Refinanzierung im Rahmen der Vergütungssatzerhöhungen von vielen Kliniken nicht ausreichend umgesetzt werden. Angesichts der vielerorts bestehenden Personalengpässe (Fachkräftemangel) ist für die Sicherung der Konkurrenzfähigkeit der medizinischen Rehabilitation eine entsprechende Anhebung der Vergütungssätze im Jahr 2012 zu fordern.

Insbesondere wird in diesem Zusammenhang auch kritisch auf das, durch viele gesetzliche Krankenkassen oder auch der DRV-(Bund) praktizierte, Festhalten an der Veränderungsrate (§ 71 SGB V) oder sogar ihr Unterschreiten hingewiesen, was allein aufgrund der Ergebnisse der Tarifabschlüsse und der allgemeinen Preisentwicklung zu einer erheblichen Kostenunterdeckung führt.

Die Einkommenshöhen und Arbeitszeitregelungen des medizinischen Personals im therapeutischen und pflegerischen Bereich müssen sich daher mindestens an den Tarifverträgen des TVöD (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst) beziehungsweise des TV-L (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder) orientieren. Der laufende TV-L sieht für das Jahr 2012 unter Berücksichtigung der Sockelbetragssteigerung eine Gesamttariferhöhung von 2,5% vor. Es wird erwartet, dass die Verhandlungen der Tarifabschlüsse für den TVöD (Geltungszeitraum ab Februar 2012) nicht unter den bereits im Bereich des TV-L für 2012 beschlosse-

nen Steigerungen von 2,5% liegen werden.

Der Vertrag des Marburger Bundes mit einer Gehaltssteigerung von zwei Prozent und einer deutlich besseren Vergütung der Bereitschaftsdienste war frühestens zum 31. August 2011 kündbar. Zum Zeitpunkt der Gutachtenverfassung ist keine Kündigung dieses Vertrages erfolgt. Auch bei der Ärzteschaft werden weitere Steigerungen der Gehaltshöhen erwartet.

Sozialabgaben

Die Entwicklung der Sozialaufwendungen für das Personal verläuft größtenteils parallel zu den Gehaltssteigerungen, ist aber auch von Entscheidungen auf politischer Ebene abhängig. Der paritätisch finanzierte Beitragssatz für Arbeitgeber und Arbeitnehmer wurden im Jahr 2011 von 14,0% auf 14,6% angehoben. Zuzüglich des mitgliederbezogenen Beitragsanteils beträgt der Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkasse damit 15,5%. Der Beitragssatz der Arbeitgeber wurde auf 7,3% festgeschrieben. Der Beitragssatz zur Arbeitslosenversicherung stieg im Januar 2011 auf 3% des Bruttoeinkommens an.

Für das Jahr 2012 sind bislang keine weiteren Anpassungen bekannt, so dass von einer Steigerung der Sozialabgaben in Höhe der Tarifsteigerungen ausgegangen wird.

Allgemeine Preissteigerung

Die allgemeine Preissteigerung ist ein weiterer, von Seiten der Rehabilitationseinrichtungen nicht beeinflussbarer Faktor. Ressourcen wie Therapiebedarf, Medikamente und Lebensmittel, aber auch Dienstleistungen wie z.B. Reparaturen unterliegen inflationsbedingten Preissteigerungen.

Die Inflationsrate im Jahr 2011 in Deutschland stieg im Vergleich zu den Vorjahren deutlich an und liegt über dem als Zielwert innerhalb der Europäischen Union gesetzten 2%. So stiegen die Verbraucherpreise im Juli 2011 gegenüber dem Vorjahresmonat um 2,3%³. Eine Erhöhung des Zinsniveaus als mögliche Maßnahme zur Begrenzung des Preisanstiegs ist ange-

3

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Preise/Verbraucherpreise/Aktuell,templateld=renderPrint.psml>

sichts der Finanz- und Schuldensituation innerhalb der EU nicht wahrscheinlich und wird von Ökonomen abgelehnt.

Die folgenden Annahmen gehen daher für das Jahr 2012 im Minimalszenario von Steigerungen in Höhe von 2,3% und im Maximalszenario von allgemeinen Preissteigerungsraten von bis zu 3% aus.

Der Bereich der Energiekosten ist nach den Erfahrungen der letzten Jahre von überproportional starken Preissteigerungen betroffen. Bei den Energieprodukten wurde nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Juli 2011 gegenüber Juli 2010 vor allem ein erheblicher Preisanstieg bei Mineralölprodukten (leichtes Heizöl: +26%; Kraftstoffe: + 14%) verzeichnet. Strom wurde gegenüber dem Vorjahresmonat um 7% teurer, ebenso stiegen die Preise für Gas (+7%) und die Umlagen für Zentralheizung und Fernwärme (+8%) gegenüber dem Vorjahr⁴.

Insgesamt wird unter Berücksichtigung langfristiger Prognosen von einer allgemeinen Energiekostensteigerung von 4 -7 % für das Jahr 2012 ausgegangen.

Zinsaufwendungen

Ein anderer Einflussfaktor auf die Wirtschaftlichkeit des Rehabilitationsbetriebes sind die bei einer Fremdkapitalfinanzierung anfallenden Zinsaufwendungen. Der Anteil der Zinsaufwendungen an den Gesamtausgaben der Einrichtungen variiert stark in Abhängigkeit von der Höhe ihrer Fremdfinanzierung. Eine pauschale Aussage über den durchschnittlichen Anteil der Zinsaufwendungen an den Gesamtaufwendungen erscheint deshalb nicht sinnvoll und muss einrichtungsindividuell erfolgen. Daher werden in der folgenden Modellrechnung die Zinsaufwendungen nicht betrachtet. Der Einfluss der Zinsbelastung auf den Unternehmenserfolg kann jedoch bedeutend sein. Risikoaufschläge fallen für nicht ausreichend eigenfinanzierte Kliniken naturgemäß entsprechend höher aus.

⁴ Destatis, 2011

3 Modellrechnung zukünftiger Kostensteigerungen in der Rehabilitation

3.1 Vergleich der Modellannahmen und Kostensteigerungsraten

Im Folgenden werden die im Vorgutachten getroffenen Annahmen für das Jahr 2011 auf der Basis des Gutachtens 2010⁵ verifiziert, indem sie den tatsächlichen Kostensteigerungen des Jahres 2011 gegenübergestellt werden.

Die nachstehende Abbildung zeigt die Annahmen und die eingetroffenen Entwicklungen für ausgewählte Aufwandspositionen. Zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung können die Entwicklungen bis zum Stand Anfang September 2011 berücksichtigt werden. Die Steigerungen in den hier dargestellten Einzelpositionen wurden in Modellrechnungen auf den Gesamteffekt hin berechnet (Steigerungen insgesamt).

Faktor	Vorgutachten 2010	Eingetretene Veränderungen bis
	Annahmen für das Jahr 2011	Anfang September 2011 (soweit feststellbar)
Lohn & Gehalt Ärztlicher Dienst	+2,3% (min) bis +3,5% (max)	2,30%
Lohn & Gehalt andere Berufsgruppen	+2,3% (min und max)	2,30%
Inflationsrate	+1,4% (min) bis +2,0% (max)	2,30%
Energiekosten (Strom)	+5% (min) bis +8% (max)	5,10%
Energiekosten (Heizöl & Erdgas)	+4% (min) bis +7% (max)	4,42%
Prognosekorridor	+2,1% (min) bis +2,6% (max); im Durchschnitt 2,35%	Steigerungen von insgesamt rd. 2,39%

Abbildung 2: Angenommene und eingetroffene Kostensteigerungen 2010/2011

Die Gegenüberstellung zeigt, dass die Effekte der tatsächlichen Kostensteigerungen bis September 2011 und die im Jahr zuvor angenommenen, durchschnittlichen Steigerungsraten durchaus vergleichbar sind (2,39% gegenüber erwarteten 2,35%). Hierzu muss jedoch ange-

⁵ Siehe Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation, Jahr 2010 (GEBERA GmbH)

Modellrechnung zukünftiger Kostensteigerungen in der Rehabilitation

merkt werden, dass bei der Berechnung der angenommene Durchschnitt der Steigerungen Anwendung findet. In einzelnen Kliniken können die Werte durchaus variieren.

Insgesamt kann jedoch festgestellt werden, dass die Treffsicherheit der letzten Prognose nicht durch die allgemeinen Unsicherheiten auf den Märkten geschmälert wurde.

Um die Genauigkeit der in der Vergangenheit auf Grundlage der Modellrechnung durchgeführten Prognosen zu evaluieren, werden die in den vorangegangenen Gutachten kalkulierten Steigerungsraten für die Jahre 2007 bis 2011 mit den tatsächlich eingetretenen durchschnittlichen Kostensteigerungen für die Rehabilitationskliniken verglichen.

Jahr	durchschnittliche Annahmen GA	tatsächliche Steigerungen	Differenz
2007	4,10%	4,15%	0,05%
2008	1,75%	3,80%	2,78%
2009	3,50%	3,00%	-0,50%
2010	1,92%	1,60%	-0,32%
2011	2,35%	2,39%	0,04%

Abbildung 3: Angenommene und eingetroffene Kostensteigerungen 2007-2011

Der Vergleich zeigt, dass die Annahmen der Gutachten stets sehr konservativ waren und von den tatsächlichen Kostensteigerungen teilweise übertroffen wurden. Besonders deutlich war dieser Effekt im Jahr 2008, als die Ergebnisse der Tarifverhandlungen zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung nicht bekannt waren. Auch im Jahr 2011, das aufgrund der Unsicherheiten durch die besondere wirtschaftliche Situation keine einfachen Prognosen ermöglichte, sind die getroffenen Annahmen der tatsächlichen Entwicklung sehr nahe.

Die verwendete Methodik erscheint ausreichend genau und findet somit weiterhin Anwendung.

3.2 Aktualisierte Modellrechnung: Annahmen für die zukünftige Entwicklung der Aufwandspositionen

Viele exogene Faktoren, wie z.B. Preissteigerungen wirken sich auf die Aufwandspositionen der Gewinn- und Verlustrechnung (GuV) direkt aus. Sie bilden die Grundlage für die Annahmen zukünftiger Kostenveränderungen in der folgenden Modellrechnung.

Den Erlöspositionen der vorliegenden Modellrechnung liegt eine Ceteris-paribus-Bedingung zu Grunde; es wird also angenommen, dass alle Erlöspositionen der Erfolgsrechnung konstant bleiben.

Um die Auswirkungen der externen Einflussfaktoren auf die Rehabilitationskliniken zu bestimmen, wurde auf Basis der GuV-Rechnungen mehrerer Rehabilitationseinrichtungen eine durchschnittliche relative Verteilung der einzelnen Aufwandspositionen berechnet. Dabei wurden Rehabilitationskliniken unterschiedlicher Fachrichtungen berücksichtigt, um eine möglichst repräsentative Abbildung der Aufwandspositionen zu gewährleisten.

Es können jedoch einzelne, vor allem auf bestimmte Indikationen spezialisierte, Einrichtungen in einzelnen Positionen andere Werte aufweisen. Diese Einrichtungen können durch eine entsprechende Anpassung der Aufwandspositionen die hier vorgestellte Modellrechnung für ihre individuellen Strukturen ebenfalls nutzen. Die Veränderungsdaten der einzelnen GuV-Positionen werden detailliert aufgelistet. Somit ist es auch für Kliniken mit einer abweichenden Musterverteilung der GuV-Positionen möglich, ihre individuellen Steigerungsraten zu berechnen.

Die Notwendigkeit, einrichtungsbezogene Besonderheiten zu berücksichtigen, trifft auch für den Bereich der Investitionskosten zu. Die investiven Mittel werden aus dieser Betrachtung daher ausgeschlossen und sollten bei Vergütungsverhandlungen zwischen dem Rehabilitationsträger und der Einrichtung gesondert kalkuliert werden.

Die folgende Abbildung zeigt die durchschnittlichen Anteile der GuV-Aufwandspositionen. Für die anschließenden Berechnungen wird angenommen, dass die prozentualen Anteile

Modellrechnung zukünftiger Kostensteigerungen in der Rehabilitation

absoluten Beträgen entsprechen. Diese Musterverteilung der GuV-Positionen⁶ wurde unter Berücksichtigung der Kostenentwicklungen des Jahres 2011 entsprechend modifiziert. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass eine möglichst realitätsnahe Abbildung gewahrt bleibt.

Auswahl der GuV Positionen	% Verteilung 2011
Personalaufwand	59,6%
Löhne und Gehälter	50,4%
Ärztlicher Dienst	14,7%
Pflegedienst	7,0%
Med.- techn. Dienst	6,3%
Funktionsdienst	13,4%
Wirtschaftsdienst	2,6%
Verwaltungsdienst	5,4%
Sonst. Personalaufwand	1,1%
Soziale Abgaben	9,1%
Ges soz ärzt Dienst	2,2%
Ges soz Pflegedienst	1,3%
Ges soz med-techn. Dienst	1,3%
Ges soz Funktdienst	2,5%
Ges soz Wirtsch. u. Versorgungsdienst	0,5%
Ges soz Verwaltungsdienst	0,8%
Sonst. ges. soz Abgaben	0,6%
Materialaufwand	30,8%
Aufwend. für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	9,9%
Lebensmittel	2,0%
Arzneien, Heilmittel	1,0%
Therapiebedarf	0,2%
Wasser, Abwasser	1,2%
Strom	1,6%
Brennstoffe	2,5%
Sonstiger Bedarf	1,4%
Aufwendungen für bez. Leistungen	11,6%
Abschr. auf Sachanlagen u. Instandhaltung	9,3%
Sonstige betriebliche Aufwendungen	9,6%
Summe	100%

Abbildung 4: Verteilung GuV-Aufwandpositionen

In der Prognoserechnung werden für die einzelnen Positionen Annahmen getroffen, die einerseits die Preisentwicklungen der letzten Jahre berücksichtigen, andererseits die prognostizierten Entwicklungen beschriebener externer Einflussfaktoren mit einbeziehen.

Die relevanten Einflussfaktoren auf die wirtschaftliche Entwicklung der Rehabilitationseinrichtungen wurden bereits detailliert beschrieben und deren Entwicklungen prognostiziert

⁶ Auflistung der Verteilungswerte erfolgt im einstelligen Dezimalbereich inkl. Rundungen

Modellrechnung zukünftiger Kostensteigerungen in der Rehabilitation

und begründet (vgl. Kap. 2). Die folgende Abbildung stellt die den einzelnen Aufwandspositionen zugrunde liegenden Annahmen zusammenfassend dar.

	Aufwandsposition	Annahmen für 2012
Personal	<i>Löhne und Gehälter</i>	
	Ärztlicher Dienst	Effekte laufender Tarifverträge; im Bereich TV-L sieht der Vertrag für 2012 eine Steigerung von 2,5% vor. Es wird erwartet, dass der TVöD ab Feb. 2012 nicht unter TV-L verhandelt wird. Maximalszenario wird mit 3,1% kalkuliert.
	andere Dienstleistungen	Effekte laufender Tarifverträge; im Bereich TV-L sieht der Vertrag für 2012 eine Steigerung von 2,5% vor. Es wird erwartet, dass der TVöD ab Feb. 2012 nicht unter TV-L verhandelt wird.
	Soziale Abgaben	Anstieg Sozialabgaben entsprechend den Lohn- und Gehaltssteigerungen
Material	<i>Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe</i>	
	Lebensmittel; Arzneien; Hilfsmittel, Therapiebedarf, Wasser & Abwasser	allgemeine Inflationsrate 2,3 - 3,0%
	Strom	Schätzung der Strompreissteigerungen 4 - 7% (Ø 5,5%)
	Brennstoffe	Energiekostensteigerungen bei den Brennstoffen 4 - 7% (Ø 5,5%)
	sonstiger Bedarf, Aufwendungen für bezogene Leistungen	allgemeine Inflationsrate 2,3 - 3,0%
Abschreib. sonst. betriebl. Aufwend.	<i>Abschreibungen auf Sachanlagen u. Instandhaltung; sonstige betriebliche Aufwendungen</i>	allgemeine Inflationsrate 2,3 - 3,0%

Abbildung 5: Annahmen über Auswirkungen externer Einflussfaktoren auf einzelne Aufwandspositionen

Um die Prognosesicherheit der quantitativen Auswirkungen getroffener Annahmen zu erhöhen, werden minimale und maximale Veränderungsdaten der einzelnen Positionen berechnet, die für das Jahr 2012 ein „Best-Case“ und ein „Worst-Case“ Szenario der erwarteten Kostenveränderungen abbilden. Die getroffenen Annahmen sind in beiden Szenarien eher konservativ. Sie sind das Ergebnis moderater Veränderungsprognosen, deren Eintrittswahrscheinlichkeit insgesamt sehr hoch ist.

In der folgenden Abbildung sind die jeweiligen Annahmen für die Veränderungsdaten der einzelnen Positionen sowie die Ergebnisse der Modellrechnung für das Jahr 2012 dargestellt.

Modellrechnung zukünftiger Kostensteigerungen in der Rehabilitation

Auswahl der GuV Positionen	Muster- Verteilung 2011	Annahme Veränderungen in %		Ergebnisse (absolut)	
		2012		2012	
		min.	max	min	max.
Personalaufwand	59,58			61,06	61,17
Löhne und Gehälter	50,43			51,69	51,78
Ärztlicher Dienst	14,68	2,5%	3,1%	15,05	15,14
Pflegedienst	7,01	2,5%	2,5%	7,18	7,18
Med.- techn. Dienst	6,29	2,5%	2,5%	6,45	6,45
Funktionsdienst	13,37	2,5%	2,5%	13,71	13,71
Wirtschaftsdienst	2,60	2,5%	2,5%	2,66	2,66
Verwaltungsdienst	5,42	2,5%	2,5%	5,55	5,55
Sonst. Personalaufwand	1,06	2,5%	2,5%	1,09	1,09
Soziale Abgaben	9,15			9,38	9,39
Ges soz ärzt Dienst	2,18	2,5%	3,1%	2,23	2,25
Ges soz Pflegedienst	1,34	2,5%	2,5%	1,37	1,37
Ges soz med-techn. Dienst	1,27	2,5%	2,5%	1,31	1,31
Ges soz Funktdienst	2,47	2,5%	2,5%	2,53	2,53
Ges soz Wirtsch. u. Versorgungsdienst	0,51	2,5%	2,5%	0,53	0,53
Ges soz Verwaltungsdienst	0,80	2,5%	2,5%	0,82	0,82
Sonst. ges. soz Abgaben	0,57	2,5%	2,5%	0,58	0,58
Materialaufwand	30,81			31,58	31,89
Aufwend. für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	9,88			10,18	10,34
Lebensmittel	1,97	2,3%	3,0%	2,02	2,03
Arzneien, Heilmittel	1,02	2,3%	3,0%	1,04	1,05
Therapiebedarf	0,24	2,3%	3,0%	0,25	0,25
Wasser, Abwasser	1,17	2,3%	3,0%	1,19	1,20
Strom	1,59	4,0%	7,0%	1,66	1,71
Brennstoffe	2,47	4,0%	7,0%	2,56	2,64
Sonstiger Bedarf	1,42	2,3%	3,0%	1,45	1,46
Aufwendungen für bez. Leistungen	11,59	2,3%	3,0%	11,86	11,94
Abschr. auf Sachanlagen u. Instandhaltung	9,33	2,3%	3,0%	9,54	9,61
Sonstige betriebliche Aufwendungen	9,62	2,3%	3,0%	9,84	9,91
Kumulierte Steigerung gegenüber 2011				2,5%	3,0%

Abbildung 6: Modellrechnung für das Jahr 2012

Die getroffenen Annahmen zu den einzelnen Aufwandspositionen führen in der Gesamtbeurteilung zu Kostensteigerungen zwischen 2,5 und 3,0% für das Jahr 2012 je nach Szenario.

Die Ergebnisse der Modellrechnung zeigen, dass für eine bedarfsgerechte Abbildung der für das Jahr 2012 prognostizierten Kostensteigerungen die Vergütungssätze in der stationären medizinischen Rehabilitation im Durchschnitt um 2,75% steigen müssten.

4 Zusammenfassung und Empfehlungen

4.1 Zusammenfassung

Der medizinischen Rehabilitation kommt im Rahmen der Versorgung der Bevölkerung, insbesondere chronisch kranker oder behinderter Menschen, aber auch bei der Therapie verbliebener Funktionsstörungen in Anschlussbehandlungen an Akutversorgungen, eine besondere Bedeutung zu. Es handelt sich um ein stark reglementiertes Versorgungssystem, in dem ein „Wettbewerb“ mit einigen Besonderheiten herrscht.

Auf der einen Seite engen die vielfältigen Vorgaben im Hinblick auf Qualitäts- und Versorgungssicherung die kostenseitigen Anpassungsmöglichkeiten der Kliniken stark ein. Auf der anderen Seite steigen aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen, aber auch politischer Vorgaben die Anforderungen an fachliche Kompetenzen und die Qualität der Leistungserbringung. Der demografische Wandel und die damit einhergehende zunehmende Multimorbidität der Bevölkerung werden die Bedeutung der Rehabilitation in Zukunft deutlich erhöhen.

Die vorgelegte aktualisierte Modellrechnung basiert auf Daten von Rehabilitationseinrichtungen unterschiedlicher Fachrichtungen und berücksichtigt die in Zukunft absehbaren Kostensteigerungen. Die in der Modellrechnung dargestellten Entwicklungen betreffen nur exogene Faktoren, also solche, auf die die Rehabilitationseinrichtungen keinen direkten Einfluss haben. Der errechnete Prognosekorridor der Kostensteigerungen für das Jahr 2012 zeigt im Vergleich zu 2011 Steigerungsraten von rd. 2,5 bis 3,0%.

Die berechneten Steigerungsraten können als Mindestforderung der Vergütungssteigerung angesehen werden. Falls Anpassungen des Finanzierungssystems in der Rehabilitation nicht erfolgen, wird dieser wichtige Bereich des Gesundheitswesens trotz steigender Bedeutung nachhaltig geschädigt.

4.2 Empfehlungen aus Sicht des Gutachters

Aus gutachterlicher Sicht sollte zur Steigerung der Gesamteffizienz im Rehabilitationsmarkt weiterhin eine höhere Transparenz angestrebt werden. Dies betrifft insbesondere die Finanzierung der Leistungserbringung.

Die im Rahmen des vorliegenden Gutachtens durchgeführte Analyse kann nur als Beginn eines transparenteren Umgangs mit der Finanzierungssituation in der Rehabilitation verstanden werden. Für die Verhandlungsgespräche wird weiterhin eine gegenseitige Offenlegung der Kalkulationsgrundlagen empfohlen, um für alle Seiten konstruktive Verhandlungen zu ermöglichen.

In den Verhandlungen sollten sowohl die allgemeinen Kostensteigerungen als auch einrichtungsspezifische Belange Berücksichtigung finden. Auf Basis entsprechender Kalkulationsgrundlagen sollten konstruktive Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern möglich sein, wobei die Erfüllung der spezifischen Anforderungen an die strukturelle Ausstattung von Rehabilitationskliniken aufgrund unterschiedlicher Bedarfslagen der jeweiligen Patienten entsprechend zu berücksichtigen ist.

Rehabilitationseinrichtungen mit einer hohen Leistungsqualität und einer wirtschaftlichen Betriebsführung sollte es möglich sein, auch unter Berücksichtigung gegebener Zinsaufwendungen kostendeckend zu arbeiten und notwendige Investitionen zu tätigen. Eine adäquate Kalkulation der Betriebs- und Investitionskosten bei der Berechnung der Vergütungssätze ist dabei Voraussetzung.

Bereits in Vorgutachten konnte gezeigt werden, dass in den letzten Jahren die Vergütungssatzanpassungen zum Teil deutlich unter den ermittelten durchschnittlichen Kostensteigerungen in der Rehabilitation lagen. Aufgrund dieses Finanzierungsdefizits sind die Rehabilitationskliniken seit Jahren gezwungen Wirtschaftlichkeitsreserven im erheblichen Ausmaß zu schöpfen. Angesichts dieser Entwicklungen ist zu erwarten, dass die Einrichtungen damit an die Grenzen ihrer Belastbarkeit stoßen. Gleichzeitig müssen sie sich im Wettbewerb um qualifiziertes Personal gegenüber anderen Sektoren und Branchen behaupten.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Rehabilitationskliniken auch im Jahr 2012 in allen wichtigen Bereichen mit Kostensteigerungen rechnen müssen. Für das Jahr 2012 werden die notwendigen Vergütungssatzsteigerungen zwischen 2,5 und 3,0% prognostiziert. Die Prognosesicherheit für das kommende Jahr ist als sehr hoch einzuschätzen.