



Beratung im
Gesundheitswesen GmbH

Gutachten

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

-Neuaufgabe 2016-

Prof. Dr. Peter Borges

Agnes Zimolong

Köln, Oktober 2016

Inhaltsübersicht

Inhaltsübersicht.....	II
Verzeichnis der Abbildungen.....	III
1 Einleitung	4
1.1 Auftragshintergrund und Zielsetzung.....	4
2 Einflussfaktoren auf die betriebswirtschaftliche Entwicklung	6
2.1 Allgemeine Einflussfaktoren.....	6
2.2 Erwartete Kostenentwicklungen	7
3 Modellrechnung zukünftiger Kostensteigerungen in der Rehabilitation	12
3.1 Vergleich der Modellannahmen und Kostensteigerungsraten	12
3.2 Aktualisierte Modellrechnung: Annahmen für die zukünftige Entwicklung der Aufwandspositionen.....	14
4 Sonderfragestellung	19
5 Zusammenfassung und Empfehlungen.....	23
5.1 Zusammenfassung und weitere Aspekte	23
5.2 Empfehlungen aus Sicht des Gutachters.....	24

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Exogene Einflussfaktoren (Quelle: eigene Darstellung).....	6
Abbildung 2: Angenommene und eingetretene Kostensteigerungen im Jahr 2016	12
Abbildung 3: Angenommene und eingetretene Kostensteigerungen 2007-2016.....	13
Abbildung 4: Verteilung GuV-Aufwandpositionen 2017	15
Abbildung 5: Annahmen über Steigerungsraten einzelner Aufwandspositionen für 2017	16
Abbildung 6: Modellrechnung für das Jahr 2017	17
Abbildung 7: Wesentliche gesetzl. Veränderungen für Krankenhäuser mit Auswirkungen auf die Finanzlage	20

1 Einleitung

1.1 Auftragshintergrund und Zielsetzung

Die in der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation (AG MedReha) zusammengeschlossenen maßgeblichen Verbände der in der medizinischen Rehabilitation tätigen Leistungserbringer 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 beauftragt.

Auch in diesem Jahr sollen die aktuellen und perspektivischen Veränderungen der Rahmenbedingungen für die Kostensituation der Rehabilitationseinrichtungen und ihre Auswirkungen auf die Kliniken aufgezeigt werden. Die gutachterliche Sicht zur zukünftigen Kostenentwicklung soll den Verhandlungspartnern als Verhandlungshilfe dienen. 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 wird im Sinne der Lesefreundlichkeit verzichtet.

Zielstellung des Gutachtens ist es, die Kostenveränderungen für Rehabilitationseinrichtungen für das Jahr 2017 aufzuzeigen. Anhand von Modellrechnungen werden die Konsequenzen der erwarteten externen Kostenentwicklung auf die betriebswirtschaftliche Situation der Kliniken dargelegt. Als Basis dienen hierzu allgemein zugängliche Daten und Statistiken. Um die Prognosesicherheit zu erhöhen, basieren die Annahmen für die Kostensteigerungen 2017 auf aktuellsten Entwicklungen und Prognosen mit Stand bis August/September 2016. Es werden jedoch auch langfristige Tendenzen berücksichtigt. Als Ergebnis für das Jahr 2017 wird ein Prognosekorridor für die Entwicklung der Vergütungssätze im Bereich der medizinischen Rehabilitation dargestellt sowie eine gutachterliche Empfehlung formuliert.

In dem vorliegenden Gutachten wird als Sonderpunkt der Vergleich gesetzlicher Strukturmaßnahmen und Finanzierungsmöglichkeiten zwischen den Sektoren Krankenhausversorgung und Rehabilitation in den letzten Jahren aufgegriffen. Die beide Sektoren akutstationäre Krankenhausbehandlung und medizinische Rehabilitation haben eine hohe versorgungspolitische und volkswirtschaftliche Bedeu-

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) und 2011, 2012, 2013, 2014 und 2015 (aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH)

tung. Daraus ergibt sich im Sinne des Gemeinwohls eine Art „staatliche Fürsorgepflicht“.

Im Rahmen der Sonderfragestellung wird vergleichend dargestellt, welche Maßnahmen der Gesetzgeber in den letzten Jahren hinsichtlich der beiden Sektoren ergriffen hat, um die Strukturen dieser beiden Versorgungsbereiche zu regulieren bzw. zu fördern. Aus dem Vergleich werden Forderungen an die Politik im Hinblick auf die medizinische Rehabilitation abgeleitet.

2 Einflussfaktoren auf die betriebswirtschaftliche Entwicklung

2.1 Allgemeine Einflussfaktoren

Im Rahmen des Gutachtens werden allgemeine Einflussfaktoren auf die wirtschaftliche Entwicklung der Rehabilitationseinrichtungen dargelegt, die exogenen Charakter haben und daher nur in einem sehr begrenzten Maße von den Unternehmen selbst beeinflusst werden können. Diese sind in dem vergleichsweise hoch reglementierten System der medizinischen Rehabilitation entscheidend für die wirtschaftlichen Ergebnisse der Kliniken.

Die folgende Abbildung zeigt eine Übersicht dieser hier untersuchten exogenen Faktoren.

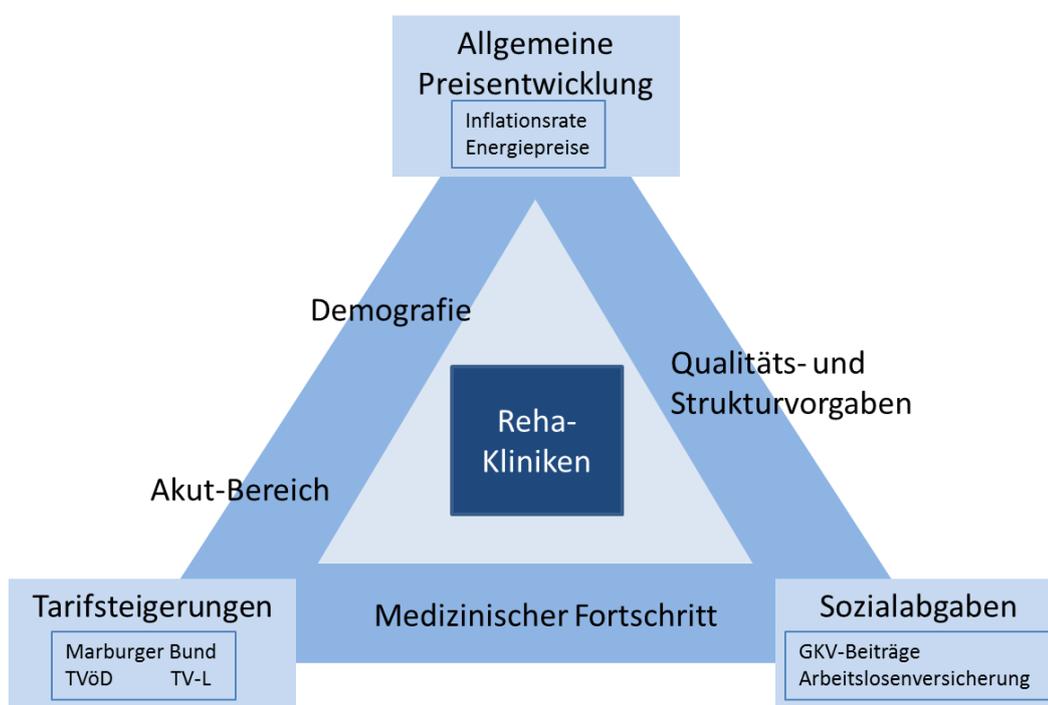


Abbildung 1: Exogene Einflussfaktoren (Quelle: eigene Darstellung)

Einige dieser Einflussfaktoren betreffen unmittelbar die Kostenentwicklungen der Rehabilitationseinrichtungen. Diese Faktoren werden auf ihre Entwicklungen in dem laufenden Jahr 2016 sowie auf ihre erwarteten Entwicklungen im Jahr 2017 untersucht.

2.2 Erwartete Kostenentwicklungen

Aktuelle Analysen und Daten führen zu unterschiedlichen Prognosesicherheiten in den einzelnen Einflussfaktoren, die von Kostensteigerungen betroffen sind. Im Folgenden werden diese im Einzelnen dargelegt und bewertet.

Die erwarteten Kostensteigerungen werden auf die spezifische Kostenstruktur einer Muster-Rehabilitationsklinik angewendet. Damit erfolgt eine Gewichtung der Steigerungen anhand der Kostenpositionsanteile in einem branchendurchschnittlichen Maß.

Diese Methodik ist realitätsnäher als eine reine Anwendung statistischer Steigerungsraten, weil sie durch die Gewichtung anhand der Kostenverteilung einer Muster-Rehabilitationsklinik die Effekte branchenspezifisch beziffert.

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 zu gestalten. Erfolgt dies nicht, kann dies gerade in Zeiten des Fachkräftemangels Personalabgänge und Personalnotstand zur Folge haben. Eine derartige Entwicklung würde sich qualitätsmindernd und existenzbedrohend auf Rehabilitationseinrichtungen auswirken und kann nicht im gesamtgesellschaftlichen Interesse sein.

Zukünftig wird sich der bereits heute bestehende Druck auf Rehabilitationseinrichtungen hinsichtlich einer geeigneten Personalakquisition von Fachkräften weiter zuspitzen. Den Wettstreit um qualifiziertes Personal gewinnen die Einrichtungen, die eine wettbewerbsfähige Organisation und Vergütung bieten können. Dabei ist die Anpassung des Gehaltsgefüges an aktuelle Tarifabschlüsse für Rehabilitationseinrichtungen ein Aspekt, um im Wettbewerb um Personal bestehen zu können. Die jährlichen Steigerungen der Personalkosten folgen in der Kalkulation daher mindestens den Steigerungen im Rahmen der Tarifabschlüsse. In den letzten Jahren müssen Rehabilitationseinrichtungen zunehmend mehr finanzielle Mittel für die Personalsuche, Qualifizierung und Vergütung verwenden.

Die im Februar 2016 abgelösten aktuell geltenden Tarifverträge des TVöD mit zusätzlichen Lohnsteigerungen von 2,4% in März 2016 und nochmal 2,35% in Februar 2017 (Geltungszeitraum bis Februar 2018) bedeuten, bezogen auf den Gesamtjahreseffekt 2016 eine lineare Erhöhung der Löhne und Gehälter von 2,4%. Für das kommende Jahr 2017 eine nochmalige Erhöhung von 2,65 %

Die Einigung über den Tarifvertrag zwischen dem Marburger Bund und der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) ist aktuell unter Vorbehalt erfolgt. Der Marburger Bund verhandel-

te eine lineare Erhöhung für die Ärzteschaft von 2,3 % und 0,1% Arbeitgeberzuschuss für eine zusätzliche Altersvorsorge rückwirkend ab September 2016. Ab September 2017 ist eine weitere Erhöhung um 2,0% vereinbart. Auch dann wird ein Arbeitgeberbeitrag von weiteren 0,15% für die Altersversorgung fällig. Insgesamt hat das aktuelle Verhandlungsergebnis einen Effekt von 2,32% für das Gesamtjahr 2017.²

Es ist festzuhalten, dass bei den Führungskräften eine finanzielle Anpassung an den Marburger Bund nicht ausreicht. Im Wettbewerb um die Ärzte gibt es weitere Verzerrungen bei der Personalsuche dadurch, dass immer weniger angestellte Ärzte bereit sind Bereitschaftsdienste zu leisten und vermehrt teure Honorarärzte eingesetzt werden müssen. Diese Markttendenzen sollten bei der Bewertung ebenfalls Berücksichtigung finden. Angesichts der sehr angespannten Personalsituation beim Ärztlichen Dienst, geht der Gutachter daher von realistischen Steigerungen zwischen 2,32 -3 % für das Jahr 2017 aus.

Aufgrund der aktuellen Entwicklungen und des zunehmenden Fachkräftemangels sind jedoch durchaus auch höhere Forderungen möglich. Dieses stellt vor allem für Kliniken in vergleichsweise unattraktiven Regionen außerhalb der Ballungsräume eine Herausforderung dar. Auch die Zunahme von Teilzeitkräften führen zu Mehraufwänden. Entstehende Kosten für Kinderunterbringung müssen im Wettbewerb um qualifiziertes Personal zunehmend vom Arbeitgeber bezuschusst werden.

Daher ist die Berücksichtigung der Steigerungsraten der Tarifabschlüsse für die Entwicklung der Personalkosten in Rehabilitationseinrichtungen als sehr konservative und allgemeine Einschätzung der tatsächlichen Personalentwicklung zu werten. Die jeweiligen individuellen Bedingungen einer Einrichtung sollten bei den konkreten Vertragsverhandlungen Eingang finden.

Sozialabgaben

Die Entwicklung der Sozialaufwendungen für das Personal verläuft größtenteils parallel zu den Gehaltssteigerungen, ist aber auch von Entscheidungen auf politischer Ebene abhängig.

Das Jahr 2016 hatte keine gesetzlichen Veränderungen mit Auswirkungen auf die Arbeitgeberkosten, auch für das kommende Jahr 2017 werden keine Veränderungen der Sozialabgaben erwartet.

² <http://www.marburger-bund.de/artikel/pressemitteilungen-tarifpolitik-kommunale-krankenhaeuser/2016/tarifeinigung-fuer-aerzte-kommunalen-kliniken-fuenf-prozent-mehr-gehalt-drei-stufen>

Allgemeine Preissteigerung

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

Vergleicht man die durchschnittliche Entwicklung des Verbraucherindex (Gesamt) der Monate Januar bis September in den Jahren 2015 und 2016 miteinander, steigen die Preise um durchschnittliche 0,29% im Jahr 2016 gegenüber den Vorjahresmonaten.³ Die durchschnittliche Inflationsentwicklung im Jahr 2016 war jedoch geprägt von der deutlichen und in der Geschichte fast einmaligen Absenkung der Preise für Energie (insbesondere der zusätzliche dramatische Einbruch des Ölpreises Anfang 2016). Andere Bestandteile des statistischen Warenkorb unterlagen im Jahr 2016 sehr wohl Preissteigerungen. Da die Energiekosten in der Kalkulation separat gewertet werden, ist es folgerichtig bei so gewichtigen Diskrepanzen in der Preisentwicklung die sogenannte Kerninflationsrate (ohne Energie) als Basis für die Bewertung der Kostenentwicklung für das Jahr 2016 heranzuziehen. Das statistische Bundesamt meldet in seiner monatlichen Pressemitteilung zur Inflationsentwicklung die Preisentwicklung der Kerninflation (ohne Energie).⁴ Bildet man den Durchschnitt dieser Steigerungsraten von Januar bis September 2016 erhält man eine durchschnittliche Kerninflationsrate von 1,14% für das Jahr 2016.

Auch diese Entwicklung unterschreitet die vorjährlichen Annahmen von Bundesregierung und Wirtschaftsinstituten. Prognosen bleiben in geopolitisch und weltwirtschaftlich unruhigen Zeiten schwierig. Die Entwicklung der zukünftigen Inflationsrate ist weiterhin von vielen Faktoren abhängig. Insbesondere die Entwicklung der Weltwirtschaft und damit der Nachfrage nach Öl oder auch die Ölfördermengen, die Wirkung der Zinspolitik der Staaten und die Entwicklungen in den Kriegsregionen im Nahen Osten, um hier einige Aspekte zu nennen.

Experten müssen trotz all der Unsicherheiten möglichst belastbare Prognosen für die zukünftigen Entwicklungen formulieren. Dem Gutachter bleibt nichts anderes, als eine möglichst hohe Anzahl verschiedener Prognosen zusammenzuführen und damit die Eintrittswahrscheinlichkeit der Aussagen

³ Eigene Berechnungen auf Basis des Verbraucherindex für Deutschland 2016 und 2017 (Fachserie 17, Reihe 7)

⁴ <https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen>; Pressemitteilung Nr. 045 vom 12.02.2016; Pressemitteilung Nr.091 vom 11.03.2016; Pressemitteilung Nr. 130 vom 12.04.2016; Pressemitteilung Nr. 163 vom 13.05.2016; Pressemitteilung Nr. 197 vom 10.06.2016; Pressemitteilung Nr. 239 vom 12.07.2016; Pressemitteilung Nr. 280 vom 12.08.2016; Pressemitteilung Nr. 318 vom 13.09.2016; Pressemitteilung Nr. 367 vom 13.10.2016

zu erhöhen. Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) hat eine Zusammenstellung der Prognosen der Verbraucherpreise für 2016 und 2017 veröffentlicht⁵. Die Bundesregierung, die Bundesbank, die Europäische Union sowie acht Wirtschaftsforschungsinstitute (z.B. ifo Institut für Wirtschaftsforschung, ifW – Institut für Weltwirtschaft oder das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung) haben ihre Prognosen abgegeben. Die Prognosen für die Verbraucherpreisentwicklung für das Jahr 2017 schwanken zwischen 1,2 – 1,6 %, wobei deutlich überwiegend 1,5% genannt werden. Viele begründen das Anziehen der Inflation im kommenden Jahr u.a. durch den Wegfall des Negativeffektes sinkender Energiepreise. Das aktuelle Herbstgutachten der führenden deutschen Wirtschaftsforschungsinstitute geht von einer Inflationsrate von 1,5% für das kommende Jahr aus.⁶ Der Gutachter geht für das Jahr 2017 daher von Preissteigerungsraten zwischen 1,4 und 1,6 % aus (MW 1,5%).

Einige der Sachaufwandspositionen einer Rehabilitationsklinik entwickeln sich anders als die durchschnittliche Inflationsrate. Insbesondere die Preise für Energie (Strom und Brennstoffe) sind häufig von spezifischen Preisentwicklungen betroffen.

Im Jahr 2016 lag die Preissteigerungsrate für Strom in den Monaten Januar bis September laut Angaben des Statistischen Bundesamtes mit 0,62% zwar über der allg. Inflationsrate aber immer noch etwas unter den Erwartungen des Vorjahres.⁷ Auch für das nächste Jahr gehen die Einschätzungen davon aus, dass die Strompreise trotz der Energiewende und leicht steigender EEG-Umlage relativ stabil bleiben.⁸

Für Brennstoffe und Heizung erfolgte im Jahr 2016 im Vergleich zum Vorjahr eine weitere negative Preisentwicklung. Gewichtet man die Preisindizes Januar-September für Gas, flüssige Brennstoffe, feste Brennstoffe und Zentralheizung mit jeweils 25%, sanken die Preise für die Brennstoffe im Jahr 2016 um -9,3% gegenüber 2015. Den größten Effekt dabei hatte die negative Entwicklung der flüssigen Brennstoffe von -21,4%.⁹ Die Nutzung der Brennstoffarten ist auch unter den Rehabilitationsein-

⁵ BDA: Prognosen Verbraucherpreise – Zusammenstellung;
[http://www.arbeitgeber.de/www/arbeitgeber.nsf/res/BIP_Verbr_Prod_Prognosen.pdf/\\$file/BIP_Verbr_Prod_Prognosen.pdf](http://www.arbeitgeber.de/www/arbeitgeber.nsf/res/BIP_Verbr_Prod_Prognosen.pdf/$file/BIP_Verbr_Prod_Prognosen.pdf)

⁶ https://www.diw.de/documents/dokumentenarchiv/17/diw_01.c.543468.de/gdherbst2016_kurzfassung_neu.pdf

⁷ https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Preise/Verbraucherpreise/VerbraucherpreiseMPDF/VerbraucherpreiseM2170700161084.pdf?__blob=publicationFile

⁸ <https://www.stromauskunft.de/strompreise/strompreise-2017/>;
<https://www.agora-energiewende.de/de/presse/pressemitteilungen/detailansicht/news/eeg-umlage-steigt-2017-auf-gut-sieben-cent-pro-kilowattstunde-1/News/detail/>

⁹ destatis: Verbraucherindizes für Deutschland – Monatsbericht September 2016 (Fachserie 17 Reihe 7)

richtungen unterschiedlich. Im Rahmen dieses Gutachtens können die Entwicklungen nur im Durchschnitt betrachtet werden. Diese müssen im Einzelfall auf Ihre individuelle Relevanz angepasst werden.

Die Preisentwicklung für die kommenden Wintermonate ist bisher nicht bekannt und kann auch für das Jahr 2017 nur mit vielen Unsicherheiten prognostiziert werden. Die Entwicklung ist wesentlich durch die geopolitische Lage beeinflusst. Es sind dramatische Entwicklungen denkbar die einen deutlichen Anstieg der Preise zur Folge hätten, oder auch eine Beruhigung der Lage und sogar weitere Preissenkungen. Insbesondere der Ölpreis spielt hier eine große Rolle.

Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) geht von einem deutlichen Anstieg des Ölpreises von 15,8% in 2017, die ifo-Konjunkturprognose unterstellt einen Anstieg des Ölpreises von 12,1%. Die Experten sind sich sicher, dass der Ölpreis im kommenden Jahr wieder im relevanten Ausmaß ansteigt, die positive Preisentwicklung der letzten Wochen bestätigt den Trend. Auch die seit Jahren wieder erfolgte Einigung der OPEC-Länder die Drosselung der Produktion weist in diese Richtung.

Die Gutachter gehen aufgrund dieser Trends von Entwicklung der Brennstoffe zwischen 5,0% - 10% im Jahr 2017 aus. Dieser Ansatz ist insgesamt konservativ.

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. Daher erscheint eine pauschale Aussage über den durchschnittlichen Anteil der Zinsaufwendungen an den Gesamtaufwendungen nicht sinnvoll und muss einrichtungsindividuell erfolgen. In der folgenden Modellrechnung werden die Zinsaufwendungen nicht betrachtet.

Wichtig ist jedoch zu betonen, dass Rehabilitationseinrichtungen mit nicht ausreichenden positiven Betriebsergebnissen nicht in der Lage sind, Zinsaufwendungen überhaupt zu bedienen oder Kredite zu tilgen. Damit bleibt Ihnen der Weg zum Kapitalmarkt verwehrt. Andere müssen, ohne ausreichende Rücklagen enorme Risikoaufschläge bei den Zinssätzen in Kauf nehmen. Auch wenn die Zinsaufwendungen in dieser Kalkulation aus den oben genannten Gründen nicht einfließen können, so sind sie für die Rehabilitationseinrichtungen ein zusätzlicher notwendiger Anteil der Vergütungssätze.

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 2016¹⁰ verifiziert, indem sie den tatsächlichen Kostensteigerungen des Jahres 2016 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 September 2016 berücksichtigt werden. Die hier in Einzelpositionen dargestellten Steigerungen werden in Modellrechnungen als Gesamteffekt dargestellt (Steigerungen insgesamt).

Faktor	Vorgutachten 2015	Eingetretene
	Annahmen für das Jahr 2016	Veränderungen bis Sept 2016 (soweit feststellbar)
Lohn & Gehalt Ärztlicher Dienst *	+2,2% (min) bis +3,0% (max)	2,54%
Lohn & Gehalt andere Berufsgruppen	+2,27% (min) bis +2,5% (max)	2,40%
Inflationsrate**	+1,1% (min) bis +1,8% (max)	1,14%
Energiekosten (Strom)	+0,0% (min) bis +1,8% (max)	0,62%
Energiekosten (Brennstoffe gewichtet***)	0% (min) bis +5% (max)	-9,30%
	1,78% (min) bis 2,41% (max); im Durchschnitt 2,09%	Steigerungen von insgesamt rd. 1,68%
Prognosekorridor		<i>Sondereffekte für erhöhten Investitionsbedarf oder Teuerungseffekte durch Personalmangel sind hier nicht berücksichtigt</i>

* Annahme 2,3% Steigerung rückwirkend ab Sept. 2016 (Einigung unter Vorbehalt)

** Kerninflationsrate (ohne Kosten für Energie); diese sind separat bewertet

***Gewichtung beinhaltet: Gas, flüssige & feste Brennstoffe, Zentralheizung/Fernwärme (jeweils 25%)

Abbildung 2: Angenommene und eingetroffene Kostensteigerungen im Jahr 2016

Die Gegenüberstellung zeigt, dass die Effekte der tatsächlichen Kostensteigerungen bis September 2016 von den im Jahr zuvor angenommenen, durchschnittlichen Steigerungsraten nur geringfügig abweichen.

Im Bereich der Personalkosten sind die Abweichungen gering. Deutlichere Abweichungen von der

¹⁰ Siehe Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation, Jahr 2015 (aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH)

Prognose werden im Bereich der Sachkosten sichtbar. Die durchschnittliche Steigerung der Kerninflationsrate (ohne Energie) bis September ist mit 1,14% im Bereich des Mindest-Szenarios.

Die Entwicklung des Strompreises ist mit 0,62% ebenfalls unter dem erwarteten Mittelwert der Entwicklung von 0,9%. Der unerwartete Preisverfall beim Öl wird auch bei den Energiekosten besonders deutlich. Das statistische Bundesamt verzeichnet bei den Brennstoffen Senkungen der durchschnittlichen Preise von -9,3%.

Vergleicht man die Forderungen für das Jahr 2016 (2,09%) ohne den Sondereffekt der Investitionskosten und der zusätzlichen Belastungen mit der Empfehlung die Grundlohnsammensteigerung an die Einrichtungen weiterzugehen, ergibt sich eine Abweichung von 0,41%. Die Treffsicherheit der Prognosen und die Methodik der Herangehensweise kann damit grundsätzlich bestätigt werden.

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 2016 mit den tatsächlich eingetretenen durchschnittlichen Kostensteigerungen für die Rehabilitationseinrichtungen verglichen.

Jahr	durchschnittliche Annahmen GA	tatsächliche Steigerungen	Differenz
2007	4,10%	4,15%	0,05%
2008	1,75%	3,80%	2,05%
2009	3,50%	3,00%	-0,50%
2010	1,92%	1,60%	-0,32%
2011	2,35%	2,39%	0,04%
2012	2,75%	2,80%	0,05%
2013	2,41%	2,26%	-0,15%
2014	3,14%	2,54%	-0,60%
2015	2,38%*	1,75%	-0,63%
2016	2,09%	1,68%	-0,41%

** Annahme Minimalszenario & durchschnittlicher Ansatz Sondereffekt Mindestlohn*

Abbildung 3: Angenommene und eingetroffene Kostensteigerungen 2007-2016

Der Vergleich zeigt, dass die Annahmen der Gutachten im Zeitverlauf eher konservativ waren und von den tatsächlichen Kostensteigerungen teilweise übertroffen worden. Insbesondere ab dem Jahr 2014 sind die Prognosen aufgrund der geopolitischen Gesamtlage schwieriger. Trotz der leichten Abweichungen ist die verwendete Methodik ausreichend genau und findet weiterhin Anwendung.

3.2 Aktualisierte Modellrechnung: Annahmen für die zukünftige Entwicklung der Aufwandspositionen

Viele exogene Faktoren, wie z.B. Preissteigerungen wirken sich direkt auf die Aufwandspositionen der Gewinn- und Verlustrechnung (GuV) 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 Rehabilitationseinrichtungen zu bestimmen, wurde auf Basis der GuV-Rechnungen mehrerer Rehabilitationseinrichtungen eine durchschnittliche relative Verteilung der einzelnen Aufwandspositionen berechnet, wobei Kliniken unterschiedlicher Fachrichtungen berücksichtigt wurden, um eine möglichst repräsentative Abbildung der Aufwandspositionen zu gewährleisten.

Allerdings können einzelne, vor allem auf bestimmte Indikationen spezialisierte Einrichtungen in den Positionen andere Werte aufweisen. Diese Einrichtungen können durch Anpassung der Aufwandspositionen aus der Musterverteilung auf ihre individuelle GuV-Struktur die hier vorgestellte Modellrechnung für ihre individuelle Klinik nutzen.

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

Aufgrund der in den letzten Jahren eher am unteren Rande umgesetzten Kostensteigerungen in den Vergütungssätzen geht die Schere zu den ebenso jährlich notwendigen Investitionsmaßnahmen der Kliniken stetig weiter auseinander. Demgegenüber stehen zusätzlich die seitens der Kostenträger geforderten Strukturanforderungen, wie z.B. die generelle Umsetzung der Barrierefreiheit oder die zunehmende Forderung nach Einzelzimmern in den meisten Indikationen. Dieses Thema wird sich in den nächsten Jahren noch zuspitzen. Im Jahr 2016 wurde daher eine zweite bundesweite Befragung der Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Die Ergebnisse geben ersthafte Hinweise auf einen Investitionsstau in der Rehabilitation.¹¹

¹¹ Investitionsbedarf in der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse einer Befragung 2016- aktiva GmbH, Jahr 2016

Auswahl der GuV Positionen	Muster-Verteilung 2017
Personalaufwand	61,25
Löhne und Gehälter	51,85
Ärztlicher Dienst	15,07
Pflegedienst	7,21
Med.- techn. Dienst	6,47
Funktionsdienst	13,76
Wirtschaftsdienst	2,67
Verwaltungsdienst	5,57
Sonst. Personalaufwand	1,09
Soziale Abgaben	9,41
Ges soz ärzt Dienst	2,24
Ges soz Pflegedienst	1,38
Ges soz med-techn. Dienst	1,31
Ges soz Funktionsdienst	2,54
Ges soz Wirtsch. u. Versorgungsdienst	0,53
Ges soz Verwaltungsdienst	0,83
Sonst. ges. soz Abgaben	0,58
Materialaufwand	29,50
Aufwend. für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoff	9,38
Lebensmittel	1,90
Arzneien, Heilmittel	0,98
Therapiebedarf	0,23
Wasser, Abwasser	1,12
Strom	1,70
Brennstoffe/Heizung	2,07
Sonstiger Bedarf	1,37
Aufwendungen für bez. Leistungen	11,15
Abschr. auf Sachanlagen u. Instandhaltung	8,97
Sonstige betriebliche Aufwendungen	9,25

Die Abbildung zeigt die durchschnittlichen Anteile der GuV-Aufwandspositionen für 2017. Für die anschließenden Berechnungen wird angenommen, dass die prozentualen Anteile absoluten Beträgen entsprechen. Diese Musterverteilung der GuV-Positionen wurde unter Berücksichtigung der Kostenentwicklungen des Jahres 2016 entsprechend modifiziert. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass eine möglichst realitätsnahe Abbildung gewahrt bleibt.

Abbildung 4: Verteilung GuV-Aufwandspositionen 2017

In der Prognoserechnung werden für die einzelnen Positionen Annahmen zu Kostensteigerungen getroffen. Die relevanten Einflussfaktoren auf die wirtschaftliche Entwicklung der Rehabilitationseinrichtungen wurden bereits detailliert beschrieben und deren Entwicklungen prognostiziert und begründet (vgl. Kap. 2). Die folgende Abbildung stellt die den einzelnen Aufwandspositionen zugrunde liegenden Annahmen zusammenfassend dar.

Modellrechnung zukünftiger Kostensteigerungen in der Rehabilitation

Aufwandsposition		Annahmen für 2017
Personal	<i>Löhne und Gehälter</i>	
	Ärztlicher Dienst	Annahme Tarifsteigerung von 2,32-3,0% in 2017; aktuelle Einigung mit Marburger Bund (unter Vorbehalt) sowie zusätzliche Treuereffekte aufgrund Personalmangel
	andere Dienstarten	Effekte laufender Tarifverträge im Bereich TVöD mit jährlichen Effekt in 2017 von 2,65%
	<i>Soziale Abgaben</i>	Steigerungen entsprechend der Löhne und Gehälter; keine Änderungen für das Jahr 2017 geplant
Material	<i>Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe</i>	
	Lebensmittel; Arzneien; Hilfsmittel, Therapiebedarf, Wasser & Abwasser	allgemeine Inflationsrate 1,4 - 1,6% (Ø 1,5%)
	Strom	Annahme Strompreissteigerungen zwischen 1,4-1,6% (Ø 1,5%) in 2017; nur moderate Steigerung trotz der wahrscheinlichen Anhebung der EEG-Umlage erwartet
	Brennstoffe/Heizung	Annahme Steigerungen 5,0- 10,0% (Ø 7,5%); Prognosen aufgrund der geopolitischen Lage schwierig (hohe Divergenz möglich, Experten gehen jedoch wieder von steigenden Preisen aus)
	sonstiger Bedarf, Aufwendungen für bezogene Leistungen	allgemeine Inflationsrate 1,4 - 1,6% (Ø 1,5%)
Abschreib., sonst. betriebl. Aufwend.	<i>Abschreibungen auf Sachanlagen u. Instandhaltung; sonstige betriebliche Aufwendungen</i>	
		allgemeine Inflationsrate 1,4 - 1,6% (Ø 1,5%)

Abbildung 5: Annahmen über Steigerungsraten einzelner Aufwandspositionen für 2017

Um die Prognosesicherheit der quantitativen Auswirkungen getroffener Annahmen zu erhöhen, werden minimale und maximale Veränderungsrate der einzelnen Positionen berechnet, die für das Jahr 2017 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.

In der folgenden Abbildung sind die jeweiligen Annahmen für die Veränderungsrate der einzelnen Positionen sowie die Ergebnisse der Modellrechnung für das Jahr 2017 dargestellt.

Modellrechnung zukünftiger Kostensteigerungen in der Rehabilitation

Auswahl der GuV Positionen	Muster- Verteilung 2017	Annahme Veränderungen in %		Ergebnisse (absolut)	
		2017		2017	
		min.	max.	min.	max.
Personalaufwand	61,25			62,82	62,94
Löhne und Gehälter	51,85			53,17	53,27
Ärztlicher Dienst	15,07	2,32%	3,00%	15,42	15,53
Pflegedienst	7,21	2,65%	2,65%	7,40	7,40
Med.- techn. Dienst	6,47	2,65%	2,65%	6,64	6,64
Funktionsdienst	13,76	2,65%	2,65%	14,12	14,12
Wirtschaftsdienst	2,67	2,65%	2,65%	2,74	2,74
Verwaltungsdienst	5,57	2,65%	2,65%	5,72	5,72
Sonst. Personalaufwand	1,09	2,65%	2,65%	1,12	1,12
Soziale Abgaben	9,41			9,65	9,67
Ges soz ärzt Dienst	2,24	2,32%	3,00%	2,29	2,31
Ges soz Pflegedienst	1,38	2,65%	2,65%	1,42	1,42
Ges soz med-techn. Dienst	1,31	2,65%	2,65%	1,35	1,35
Ges soz Funktionsdienst	2,54	2,65%	2,65%	2,61	2,61
Ges soz Wirtsch. u. Versorgungsdienst	0,53	2,65%	2,65%	0,54	0,54
Ges soz Verwaltungsdienst	0,83	2,65%	2,65%	0,85	0,85
Sonst. ges. soz Abgaben	0,58	2,65%	2,65%	0,60	0,60
Materialaufwand	29,50			29,98	30,14
Aufwend. für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoff	9,38			9,58	9,70
Lebensmittel	1,90	1,40%	1,60%	1,92	1,93
Arzneien, Heilmittel	0,98	1,40%	1,60%	0,99	1,00
Therapiebedarf	0,23	1,40%	1,60%	0,24	0,24
Wasser, Abwasser	1,12	1,40%	1,60%	1,14	1,14
Strom	1,70	1,40%	1,60%	1,73	1,73
Brennstoffe/Heizung	2,07	5,00%	10,00%	2,18	2,28
Sonstiger Bedarf	1,37	1,40%	1,60%	1,39	1,39
Aufwendungen für bez. Leistungen	11,15	1,40%	1,60%	11,30	11,33
Abschr. auf Sachanlagen u. Instandhaltung	8,97	1,40%	1,60%	9,10	9,11
Sonstige betriebliche Aufwendungen	9,25	1,40%	1,60%	9,38	9,40
Kostensteigerung gegenüber 2016				2,18%	2,48%

Abbildung 6: Modellrechnung für das Jahr 2017

Die getroffenen Annahmen zu den einzelnen Aufwandspositionen führen in der Gesamtbetrachtung zu Kostensteigerungen zwischen **2,2 und 2,5 % für das Jahr 2017** je nach Szenario. Diese prognostizierten Steigerungen sind dabei sehr konservativ gewählt, daher sollte eine Steigerung von **mindestens 2,5 %** in den Vergütungssatzhöhen abgebildet werden.

Diese Modellberechnung kann prinzipiell auch auf die ganztätig ambulante Rehabilitationseinrichtungen übertragen werden. Eventuelle Gewichtung Unterschiede der GuV-Positionen zwischen den Indikationen sowie ambulanten und stationären Rehabilitationsformen sind auf Ebene der einzelnen Einrichtungen zu berücksichtigen.

Dabei handelt es sich um **Mindeststeigerungsraten** für den reinen Betrieb der Rehabilitationseinrichtungen, um die Kostensteigerungen des Jahres 2017 im Durchschnitt zu refinanzieren. Eine Bewertung der Investitionsmittelanteile und deren Finanzierung muss auf Basis der individuellen Situationen der Kliniken zu diesen Steigerungsraten hinzuaddiert werden.

Modellrechnung zukünftiger Kostensteigerungen in der Rehabilitation

Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass es sich hier um eine Modellbetrachtung handelt, die alle Indikationen im Durchschnitt betrachtet. In den einzelnen Indikationen selbst kann es deutliche Unterschiede insbesondere beim prozentualen Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten geben.

4 Sonderfragestellung

Der Gesetzgeber hat im Bereich der akutstationären Krankenhausbehandlung in den letzten Jahren einige Reformen durchgesetzt. Viele der im Rahmen der Gesetzesänderungen eingeführten Instrumente haben die Finanzierungssituation der Krankenhäuser unterstützt. Die folgende tabellarische Auflistung zeigt die wesentlichen Veränderungen:

Maßnahme /Instrument	Gesetz	Jahr	Geltungszeitraum	Finanzmittel-effekt für Krankenhäuser	langfristige Wirkung
Pflege-sonderprogramm I		2009	2009-2011	..100 Mio. EUR	dauerhafte Zusatzfinanzierung über DRG und Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege
Pflege-sonderprogramm II (90% der Förderung zusätzlicher Stellen)	KHSG	2016	2016-2018	660 Mio EUR	bis zu 330 Mio. EUR jährlich sollen bei den KH verbleiben
Hygiene-sonderprogramm I	Novellierung Infektions-schutzgesetz 2011; § 4 KHEntgG	2013	2013-2016	365 Mio. EUR	Hygienepersonalstellen sollen ab 2020 in die Landesbasisfallwerte eingerechnet werden (Dauerfinanzierung)
Hygiene-sonderprogramm II	KHSG	2016	2017-2019	102 Mio.EUR	
Veränderungsrate als Untergrenze				Effekt jährlich unterschiedlich	Veränderungsrate nach §71 SGBV gilt wenn der Orientierungswert sie unterschreitet. Ab 2018 Weiterentwicklung der Methodik zur Berechnung des Orientierungswertes geplant
Sicherstellungszuschlag	§ 5 KHEntgG	Ausarbeitung G-BA bis Ende 2016		k.a	KH-individuell zu vereinbaren
Versorgungszuschlag	§ 8 KHEntgG		2013-2016	500 Mio. EUR p.a.	als anteilige Kompensation für Mehrleistungsabschläge (doppelte Degression)
Pflegezuschlag	KHSG		ab 2017	500 Mio. EUR p.a.	Ersatz für den Versorgungszuschlag; Höhe des Effektes fraglich
Zusatzfinanzierung Tarifrater	§ 8 KHEntgG		ab 2016	k.a.	Sofern die Tarifrater den Veränderungswert übersteigt, erfolgt ine anteilige Tarifkostenrefinanzierung

Maßnahme /Instrument	Gesetz	Jahr	Geltungs- zeitraum	Finanzmittel- effekt für Kranken- häuser	
					langfristige Wirkung
Mehrleistungs- abschlag (MLA) (aktuell: 25% über 3 Jahre)	mehrere Änderungen		ab 2009		k.a.
Fixkostendegressions abschlag	durch die Selbstverwaltung festzulegen		ab 2017		Höhe wird sich wahrscheinlich über den aktuellen 25% MLA bewegen, allerdings entfällt die doppelte Degression über die Anrechnung auf die LBFW; Gesamteffekt bisher nicht bekannt
Qualitätsorientierte Zu- und Abschläge	KHSG	Ausarbeitung G-BA bis Mitte 2017	k.a.	k.a.	k.a.
Zuschläge für Notfallversorgung	KHSG		ab 2018	k.a.	k.a.
Zuschlag für besondere Aufgaben (Zentren)	KHSG				
Palliativmedizin	§ 17 KHG		ab 2016		Herausnahme aus dem DRG- Bereich als besondere Einrichtungen erleichtert
Zuschläge für Mehrkosten von G-BA Richtlinien	KHSG	Ausarbeitung G-BA bis Mitte 2017	k.a.	k.a.	k.a.
Strukturfonds				bis zu 1.000 Mio. EUR	bei Schließung, Konzentration oder Umwandlung akutstationärer Kapazitäten

Abbildung 7: Wesentliche gesetzl. Veränderungen für Krankenhäuser mit Auswirkungen auf die Finanzlage

Insbesondere die Änderungen im Rahmen des aktuellen Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) bringen, neben allen kritischen Diskussionen, finanzielle Vorteile für die Krankenhäuser. Das Bundesministerium für Gesundheit schätzt die Auswirkungen folgendermaßen ein: „Das Krankenhausstrukturgesetz führt zu Mehreinnahmen für die Krankenhäuser in Höhe von rund 0,9 Milliarden Euro im Jahr 2016, rund 1,9 Milliarden Euro im Jahr 2017, rund 2,2 Milliarden Euro im Jahr 2018, rund 2,4 Milliarden Euro im Jahr 2019 und rund 2,5 Milliarden Euro im Jahr 2020....“¹²

Betrachtet man die verschiedenen Themengebiete bzw. Aufgaben, die vom Gesetzgeber im Krankenhausbereich mit einer gesonderten Förderung versehen wurden, so ist festzuhalten, dass diese zu einem überwiegenden Teil in vergleichbaren Maße auch die Rehabilitationseinrichtungen betreffen. Beispielhaft seien nur die Anforderungen an die Hygiene mit den entsprechenden Personalkosten

¹²<http://www.bmg.bund.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2015-4/neuregelungen-2016.html>

sowie der Förderbedarf im Bereich der Pflegestellen genannt. Die Finanzierungsprogramme für die Krankenhäuser gelten jedoch nicht für die Rehabilitationseinrichtungen, zudem gibt es seitens des Gesetzgebers keine vergleichbare Förderung bzw. finanzielle Unterstützung, sodass die entsprechenden finanziellen Mittel über den Vergütungssatz realisiert werden müssen. Für die Rehabilitationseinrichtungen – und letztlich auch für die Kostenträger – ergibt sich somit ein deutlicher Nachteil gegenüber dem Krankenhaussektor.

Vergleichend dazu hat der Gesetzgeber im Bereich der medizinischen Rehabilitation nur wenige Maßnahmen zur Strukturförderung vorgesehen. Hier eine Auflistung der letzten gesetzgeberischer Veränderungen:

- GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz im Jahr 2007:
 - medizinische Rehabilitation wird Pflichtleistung der Gesetzlichen Krankenkassen
 - Stärkung der Wahlfreiheit bei der Klinikauswahl (Mehrkosten sind jedoch durch den Rehabilitanden zu tragen)
 - Zertifizierungspflicht für die Rehabilitationseinrichtungen
- Einführung Landesschiedstellen § 111b SGB V bei Nichteinigung in Vergütungsfragen
- Neuerungen SGB V ab Mitte 2015:
 - Das Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX findet jetzt auch im SGB V Anwendung und gilt somit auch für die GKV;
 - Mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen werden nun im Gesetzeswortlaut explizit genannt
 - Verpflichtung zur Durchführung eines Entlassmanagements mit Verordnungsmöglichkeit
- Pflegereform II
 - Der Grundsatz „Reha vor Pflege“ soll im Rahmen von optimierten Pflegebegutachtungsverfahren des MDK besser umgesetzt werden
- Besser Zugang zur Rehabilitation
 - Abschaffung des Qualifikationserfordernis (verordnender Arzt)
 - Abschaffung des zweistufigen Ordnungsverfahrens (Antrag auf Ordnungsformular des Arztes)

Die beiden Sektoren akutstationäre Krankenhausbehandlung und medizinische Rehabilitation haben eine hohe versorgungspolitische und volkswirtschaftliche Bedeutung. Daraus ergibt sich im Sinne des Gemeinwohls eine Art „staatliche Fürsorgepflicht“.

Der Vergleich der gesetzgeberischen Maßnahmen für beide Sektoren zeigt deutlich auf, dass die medizinische Rehabilitation bisher nicht im Fokus der politischen Förderung liegt. Dies sollte sich dringend ändern. Die medizinische Rehabilitation erfüllt eine wichtige Aufgabe im deutschen Gesundheitssystem. Ohne eine qualifizierte Rehabilitation könnten die Behandlungserfolge der akutmedizinischen oftmals nicht stabilisiert werden.

Das Recht auf Teilhabe ist ein Grundrecht in Deutschland, das in großen Teilen durch die medizinische Rehabilitation gesichert wird. Sie verdient damit auch im Augenmerk der Politik eine höhere Aufmerksamkeit.

5 Zusammenfassung und Empfehlungen

5.1 Zusammenfassung und weitere Aspekte

Die medizinische Rehabilitation gewinnt vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und den Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt in Deutschland (z.B. Fachkräftemangel) volkswirtschaftlich zunehmend an Bedeutung. Gleichzeitig ist die Branche vielen externen Kostensteigerungen unterworfen, ohne dass diese in dem stark reglementierten System von den Rehabilitationseinrichtungen beeinflusst werden können. Die Vergütungssätze der Kliniken müssen in dem monistisch finanzierten System sowohl den Betrieb als auch die notwendigen Investitionen tragen.

Im Rahmen dieses Gutachtens wurden Kostensteigerungen untersucht, die sich direkt auf die Leistungserbringung in den Kliniken, d.h. deren Betrieb auswirken und die sich auch in den Steigerungen der Vergütungssätze wiederfinden müssen. Dabei wurden im Gutachten nur absehbare Kostensteigerungen anhand von statistischen Daten und möglichst belastbaren Prognosen in der Modellrechnung verwendet. Der errechnete Prognosekorridor der Kostensteigerungen für das Jahr 2017 zeigt im Vergleich zu 2016 Steigerungsraten von rd. 2,2 bis 2,5 %.

Viele Rehabilitationseinrichtungen können ihre notwendigen Investitionen nicht finanzieren und leben von ihrer Substanz. Dies bestätigt auch die im Auftrag der AG MedReha durchgeführte zweite bundesweite Befragung der Einrichtungen zum Thema Investitionsbedarf in der medizinischen Rehabilitation.¹³

In den letzten Jahren erfolgten keine wesentlichen gesetzlichen Initiativen zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation von Rehabilitationseinrichtungen. Es konnte gezeigt werden, dass im Vergleich der akutstationäre Krankenhausbereich durch zahlreiche Sonderprogramme und gesetzliche Maßnahmen strukturell gefördert wird. Der Gesetzgeber ist gefordert sich auch mit der medizinischen Rehabilitation als wichtigen Bestandteil des Gesundheitssystems mehr zu befassen.

Es gibt zum Beispiel bisher keine gesetzliche Grundlage, nach welchen Kriterien die Vergütungssätze inhaltlich kalkuliert werden sollen. Damit ist eine leistungsgerechte Vergütung auf Grundlage einer gesetzlichen Regelung nicht gewährleistet und unterliegt einer zufälligen Machtverteilung bei den Verhandlungen vor Ort. Möglich wäre eine verbindliche gesetzliche Regelung zur Vereinbarung von Vergütungsgrundsätzen zwischen Leistungsträgern und den Verbänden der Leistungserbringer.

¹³ Investitionsbedarf in der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse einer Befragung 2016- aktiva GmbH, Jahr 2016

Auch eine Art Investitionsfonds für Rehabilitationseinrichtungen könnte ein geeignetes Instrument dafür sein die Strukturen in der medizinischen Rehabilitation sinnvoll zu gestalten, ohne das Wirtschaftlichkeitsgebot zu verletzen.

Das vorliegende Gutachten hat zum Ziel, die Transparenz in der Diskussion um die Finanzierung der medizinischen Rehabilitation zu erhöhen. Neben den relativen Steigerungsraten der Vergütungssätze sollte eine sachliche Diskussion um den Strukturertalt und Entwicklung in der medizinischen Rehabilitation geführt werden.

5.2 Empfehlungen aus Sicht des Gutachters

Aus gutachterlicher Sicht sollte für die Finanzierung der Rehabilitation weiterhin eine höhere Transparenz angestrebt werden. Die im Rahmen des vorliegenden Gutachtens durchgeführte Analyse kann als ein Schritt zu einem transparenteren Umgang mit der Finanzierungssituation verstanden werden. Für die Verhandlungen wird neben der Berücksichtigung einrichtungsindividueller Belange weiterhin eine gegenseitige Offenlegung der Kalkulationsgrundlagen empfohlen, um für alle Seiten konstruktive Verhandlungen zu ermöglichen.

Auf Basis entsprechender Kalkulationsgrundlagen sollten konstruktive Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern möglich sein, wobei die Erfüllung der spezifischen Anforderungen an die strukturelle Ausstattung der Kliniken aufgrund unterschiedlicher Bedarfslagen der Rehabilitanden entsprechend zu berücksichtigen ist.

Rehabilitationseinrichtungen mit einer hohen Leistungsqualität und einer wirtschaftlichen Betriebsführung sollte es möglich sein, kostendeckend zu arbeiten und notwendige Investitionen zu tätigen. Aufgrund dieses Finanzierungsdefizits sind die Rehabilitationseinrichtungen seit Jahren gezwungen Wirtschaftlichkeitsreserven, beispielsweise durch die Unterlassung notwendiger Investitionstätigkeiten, zu heben.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Rehabilitationseinrichtungen auch für das Jahr 2017 in vielen wichtigen Bereichen mit Kostensteigerungen rechnen müssen, wodurch die notwendigen Vergütungssatzsteigerungen zwischen 2,2 und 2,5 % prognostiziert werden. Die Prognosesicherheit für das kommende Jahr ist aufgrund der geopolitischen Entwicklungen eingeschränkt, so dass Abweichungen der Prognosen insbesondere im Bereich der Sachmittel möglich sind.

Bei den berechneten Kostensteigerungen fehlen Berechnungen für klinikindividuelle Kostensteigerungen aufgrund höherer Personalkosten (s. Seite 7,8) einschließlich zusätzlichem Hygienepersonals, Zinsaufwendungen (s. S. 11), Investitionskosten (s. S. 14) sowie der zusätzlichen Kosten für das

Entlassmanagement (s. S. 20). Die Steigerung der Vergütungssätze sollte daher für das Jahr 2017 bei mindestens 2,5 % liegen. Dies entspricht auch dem Vorgehen im Krankenhausbereich, wo auch aktuell die Veränderungsrate gilt, sobald sie den Orientierungswert überschreitet.