



Beratung im
Gesundheitswesen GmbH

Gutachten

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

-Neuaufgabe 2017-

Prof. Dr. Peter Borges

Agnes Zimolong

Maarten Radkte

Jan-Phillipp Werner

November 2017

Inhaltsübersicht

Inhaltsübersicht	II
Verzeichnis der Abbildungen	III
1 Einleitung	4
1.1 Auftragshintergrund und Zielsetzung.....	4
2 Erwartete Kostenentwicklungen für Rehabilitationseinrichtungen	6
2.1 Modul Personalkosten.....	6
2.1.1 Tarifsteigerungen	6
2.1.1.1 Aktuelle Tarifanschlüsse für den Ärztlichen Dienst.....	8
2.1.1.2 Aktuelle Tarifanschlüsse andere Dienstarten.....	9
2.1.2 Sozialabgaben	9
2.2 Modul Materialkosten.....	11
2.2.1 Materialkosten - Kostensteigerungen im Jahr 2017	11
2.2.2 Materialkosten - Prognosen für das Jahr 2018	13
3 Modellrechnung zukünftiger Kostensteigerungen in der Rehabilitation	16
3.1 Vergleich der Modellannahmen und Kostensteigerungsraten	16
3.2 Aktualisierte Modellrechnung für 2018	17
4 Sonderfragestellung 1: Orientierungswert und Grundlohnsummensteigerung in der Rehabilitation -Kritische Würdigung	21
4.1 Hintergrund und Entwicklung von Orientierungswert und Grundlohnsummensteigerung.....	21
4.2 Grundlohnsumme.....	22
4.3 Orientierungswert für Krankenhäuser	22
4.4 Fazit	25
5 Sonderfragestellung 2: Kostentreibende Faktoren in der medizinischen Rehabilitation - Zusätzliche Aufwände bei der Behandlung von Patienten mit multiresistenten Erregern	27
5.1 Hintergrund und aktueller Stand.....	27
5.2 Prävalenzen in der Rehabilitation	27
5.3 Vergütung für Rehabilitation von Patienten mit MRE-Keimen	29
5.3.1 Vergütung in der Rehabilitation.....	29
5.3.2 Vergütung in anderen Sektoren des Gesundheitswesens	29
5.4 Zusatzkosten für die rehabilitative Behandlung keimbelasteter Patienten.....	30
5.5 Fazit	32
6 Zusammenfassung und Empfehlungen	34
6.1 Zusammenfassung und weitere Aspekte	34

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Personalkostensteigerungen Ärztlicher Dienst.....	9
Abbildung 2: Personalkostensteigerungen andere Dienstarten.....	9
Abbildung 3: Kostenpositionen innerhalb des Moduls Materialkosten	11
Abbildung 4: Kostensteigerungen Material Jan-Sept 2017.....	12
Abbildung 5: Prognosen Entwicklung Materialkosten 2018.....	14
Abbildung 6: Angenommene und eingetrafene Kostensteigerungen im Jahr 2017	16
Abbildung 7: Angenommene und eingetrafene Kostensteigerungen 2007-2017.....	17
Abbildung 8: Verteilung GuV-Aufwandpositionen 2018.....	18
Abbildung 9: Annahmen über Steigerungsraten einzelner Aufwandspositionen für 2018.....	19
Abbildung 10: Modellrechnung für das Jahr 2017.....	20
Abbildung 11: Historische Entwicklung von Orientierungswert und Grundlohnsummensteigerung im Vergleich zur tatsächlichen Kostensteigerung	21
Abbildung 12: Entwicklung Orientierungswert, Grundlohnsumme und Krankenhauskosten.....	24
Abbildung 13: Aufteilung des med./therap. Personals in Rehabilitation und im Krankenhaus ...	24
Abbildung 14: Untersuchungen zur MRSA-Prävalenz in Rehabilitationseinrichtungen	28
Abbildung 15: Studien zur Kosten für Behandlung von Patienten mit MRE im Krankenhaus.....	30
Abbildung 16: Durchschnittliche Mehrkosten durch eine MRSA-Infektion	31
Abbildung 17: Mehrkosten durch multiresistente Erreger in der Neurorehabilitation.....	32

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 und Erweiterung 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. 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 2018 aufzuzeigen. Anhand von Modellrechnungen werden die Konsequenzen der erwarteten Kostenentwicklung auf die wirtschaftliche Situation der Kliniken dargelegt. Als Basis dienen hierzu allgemein zugängliche Daten und Statistiken. Um die Prognosesicherheit zu erhöhen, basieren die Annahmen für die Kostensteigerungen 2018 auf aktuellsten Entwicklungen und Prognosen mit Stand bis September 2017. Es werden jedoch auch langfristige Tendenzen berücksichtigt.

Der Aufbau des Gutachtens unterscheidet sich im Vergleich zu den Vorgutachten. Die einzelnen Kostenpositionen werden zu Kostengruppen zusammengefasst. Das Gutachten wird damit modular aufgebaut. Die einzelnen Rehabilitationseinrichtungen können die Ergebnisse der einzelnen Module besser auf ihre klinikindividuelle Verteilung der Aufwandpositionen anwenden und so die Gesamteffekte der Kostensteigerungen für sich individuell simulieren. Die Simulation kann im Rahmen von Vergütungssatzverhandlungen verwendet werden.

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, 2015 und 2016 (aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH)

In dem vorliegenden Gutachten werden zudem zwei Sonderfragestellungen behandelt zu den Themen:

1. Orientierungswert und Grundlohnsummensteigerung in der Rehabilitation – Kritische Würdigung
 - a. Kurzbeschreibung und kritische Würdigung der Methodik und der Ergebnisse
 - b. Anwendung Meistbegünstigungsklausel und Grundlohnsummenentwicklung (Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V)
 - c. Vergleich zu Prognoseverfahren bisheriger Gutachten
2. Kostentreibende Faktoren in der medizinischen Rehabilitation – Behandlung von Patienten mit spezieller oft multiresistenter Keimbesiedlung.

Es werden insbesondere die finanziellen Auswirkungen der Behandlung von Patienten mit spezieller, oft multiresistenter Keimbesiedlung analysiert und die derzeitige Bedeutung für Rehabilitationskliniken verdeutlicht.

2 Erwartete Kostenentwicklungen für Rehabilitationseinrichtungen

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 erwarteten Kostensteigerungen für Rehabilitationseinrichtungen werden in den Modulen „Personalkosten“ und „Materialkosten“ dargelegt und bewertet.

Dabei werden die Steigerungseffekte 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.

Einzelne Rehabilitationseinrichtungen können die prognostizierten Steigerungsraten auf die individuelle Kostenstruktur ihrer Rehabilitationseinrichtung anwenden und so den einrichtungsspezifischen Effekt simulieren.

2.1 Modul Personalkosten

In diesem Unterkapitel werden die beiden Haupteinflussfaktoren der Personalkostensteigerung in den Rehabilitationskliniken – Tarifsteigerungen und Sozialabgaben – betrachtet.

2.1.1 Tarifsteigerungen

Tarifsteigerungen haben primär Auswirkungen auf die Arbeitgeber, die Tarifpartner bei den Verhandlungen sind. Die Tarifbindung in der Rehabilitation ist aufgrund des höheren Anteils von privaten Trägerschaften im Vergleich zum Krankensektor unterdurchschnittlich.

Allerdings müssen alle Marktteilnehmer einer Branche die Gehälter ihrer Angestellten attraktiv gestalten. Insbesondere in der aktuellen Zeit des Fachkräftemangels ist dies für Rehabilitationseinrichtungen existenziell. Sie stehen im massiven Wettbewerb um qualifiziertes Personal, nicht nur innerhalb der Rehabilitationsbranche, sondern auch mit anderen Sektoren des Gesundheitswesens wie Krankenhaus, Pflege oder ambulanten Strukturen. Der Fachkräftemangel bei den Gesundheitsberufen betrifft

lange nicht mehr nur den Ärztlichen Dienst, sondern auch Pflegekräfte, Psychologen und andere Therapeuten. Dies bestätigen unter anderem die Ergebnisse der Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit aus dem Jahr 2017.²

Durch die Zunahme der personellen Strukturvorgaben des G-BA für die Krankenhäuser werden mehr qualifizierte Kräfte im Krankenhausmarkt gebraucht. Auch in der Altenpflege sind Vorgaben zum Beispiel bei der Examinierten-Quote vorhanden. In beiden Sektoren ist die Refinanzierung der personellen Vorgaben besser möglich als in der Rehabilitation.

Zum einen durch die jährlichen Kostenkalkulationen der DRG oder durch Zuschüsse z. B. von kommunalen Träger für ihre Krankenhäuser. Auch gibt es im Bereich der Krankenhausbehandlung verschiedene Themenbereiche, die vom Gesetzgeber im Krankenhaus mit einer gesonderten Förderung versehen wurden. Zuschläge im Rahmen von Pflegesonderprogrammen oder Hygienesonderprogrammen. Hier wird auf die Sonderfragestellung des letzten Gutachtens aus dem Jahr 2016 verwiesen. Das Bundesministerium für Gesundheit schätzt die Mehreinnahmen für Krankenhäuser alleine aus dem aktuellen Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) auf 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. Ähnliche Auflagen und Aufwände treffen auch auf Rehabilitationseinrichtungen zu, eine Finanzierung wird jedoch bislang verwehrt, hier treten die Rehakliniken seit Jahren in eine finanzielle Vorleistung.³

Im Altenpflegebereich sind die Tarifkosten für Personal über den Pflegesatz refinanziert (Pflegestärkungsgesetz III).

Das Thema Personal stellt vor allem für Rehabilitationseinrichtungen in vergleichsweise unattraktiven Regionen außerhalb von Ballungsräumen eine Herausforderung dar. Aber auch in Ballungsräumen ist die Situation problematisch, da man in Konkurrenz zu anderen Arbeitgebern im Gesundheitswesen steht. Auch die Zunahme von Teilzeitkräften führen zu Mehraufwänden. Entstehende Kosten für Kinderunterbringung müssen im Wettbewerb um qualifiziertes Personal zunehmend vom Arbeitgeber bezuschusst werden.

Viele Rehabilitationskliniken, die bisher nur niedrigere Personalvergütungen realisieren konnten, befürchten aktuell deutlich überdurchschnittliche Personalkostensteigerungen. Auch die mit dem Fachkräftemangel verbundenen Aufwände für Personalakquise steigen überproportional. Es existiert für

² Blickpunkt Arbeitsmarkt - Fachkräfteengpassanalyse; Bundesagentur für Arbeit (Juni 2017)

³ Vgl. Ausführungen zur Sonderfragestellung im Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation -Neuaufgabe 2016-

den Bereich der Rehabilitation keine Statistik der Kostennachweise. Von daher bleibt hier nur der Blick in den Krankenhaussektor, der Personalkostensteigerung in den Jahren 2010 bis 2015 je Vollkraft über alle Dienstarten von 15% offenbart (Ärztlicher Dienst: 15,82%, Pflegedienst: 11,25%). Dies entspricht jährlichen Kostensteigerungen von bis zu 3%.⁴

Die Anpassung der Gehaltssteigerungen an aktuelle Entwicklung der Tarifabschlüsse kann für Rehabilitationseinrichtungen nur eine Mindestforderung darstellen. Durch die Anhebung des gesamten Gehaltsgefüges werden in vielen Rehabilitationseinrichtungen Personalkostensteigerungen deutlich über den Tarifabschlüssen erwartet. Daher sollten die jeweiligen individuellen Bedingungen einer Einrichtung bei den konkreten Vertragsverhandlungen Eingang finden.

Können die Rehabilitationseinrichtungen die Personalkostensteigerungen nicht realisieren, kann dies weitere Personalabgänge und Personalnotstand zur Folge haben und damit zuerst die Qualität der Rehabilitation negativ beeinflussen und letztlich den Betrieb der Kliniken bedrohen.

2.1.1.1 Aktuelle Tarifanschlüsse für den Ärztlichen Dienst

Die derzeit gültigen Tarifverträge des Marburger Bundes führen im Jahr 2017 im Durchschnitt der einzelnen Abschlüsse (Kommunale Krankenhäuser, Universitätsklinika und private Konzerne) für den ärztlichen Dienst zu einer Lohnsteigerung von 2,0%.

Im nächsten Jahr wird sich dieser Wert auf 2,36% erhöhen. Grundlage dafür sind die Tarifabschlüsse des Marburger Bundes vom 13.04.2017 (Universitätsklinika)⁵ sowie 31.05.2017 (private Klinikkonzerne – Helios und Rhön).⁶

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 Mindeststeigerungen zwischen 2,35 -3,80 % für das Jahr 2018 aus.

⁴ Kostennachweis der Krankenhäuser 2010 und 2015; Destatis (2011; 2016)

⁵ <https://www.marburger-bund.de/artikel/pressemitteilungen-tarifpolitik-universitaetskliniken/2017/5-prozent-mehr-gehalt-drei-schritten> (letzter Zugriff: 18.10.2017)

⁶ <https://www.marburger-bund.de/artikel/allgemein-pressemitteilungen-tarifpolitik-private-klinikkonzerne/2017/tarifeinigung-mit-helios-ueber-aerztegehaelter-ehemaligen-rhoen-kliniken> (letzter Zugriff: 18.10.2017)

Ärztlicher Dienst - Marburger Bund (Durchschnitt)	
Effekt Tarifabschlüsse für 2017	2,00%
Effekt Tarifabschlüsse für 2018	2,36%
Annahme Gutachter für 2018	2,35 - 3,80%

Abbildung 1: Personalkostensteigerungen Ärztlicher Dienst

2.1.1.2 Aktuelle Tarifanschlüsse andere Dienstarbeiter

Der aktuelle Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) und der Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) führen für das Jahr 2017 zu einem Anstieg der Personalkosten zwischen 2,00% und 2,61%.

Der TVöD ist bis Ende Februar 2018 verhandelt, der aktuelle Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) hat eine Laufzeit bis Ende des Jahres 2018 und sieht eine lineare Steigerung von 2,35% für 2018 vor. Zu welchen Ergebnissen die neue Tarifrunde des TVöD führt, kann nicht abgeschätzt werden.

Wie bereits oben beschrieben, ist davon auszugehen, dass die Steigerungsraten der Tarifabschlüsse nur eine Mindestanforderung an die Rehabilitationseinrichtungen darstellen. Der Gutachter geht daher ebenfalls von einer Steigerung zwischen 2,35- 3,8% für 2018 aus.

Andere Dienstarbeiter - Tarifabschlüsse (Durchschnitt)	
Effekt Tarifabschlüsse für 2017	2,61%
Effekt Tarifabschlüsse für 2018	2,35%
Annahme Gutachter für 2018	2,35 - 3,80%

Abbildung 2: Personalkostensteigerungen andere Dienstarbeiter

2.1.2 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 2017 brachte eine Veränderung der Beiträge in die Pflegeversicherung mit sich. Durch das zweite Pflegestärkungsgesetz, welches zu Beginn dieses Jahres in Kraft trat, wurde der Beitragssatz um 0,2 Prozentpunkte angehoben. Durch die paritätische Zahlung der Beitragssätze zur Pflegeversicherung bedeutet dies sowohl für Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer einen Anstieg um 0,1

Prozentpunkte.

Des Weiteren ist die Umlage U3 – Insolvenzgeldumlage – in diesem Jahr gesenkt worden auf nun 0,09%. Für 2018 wurde eine weitere Senkung auf 0,06% beschlossen.

Darüber hinaus gab es keine gesetzlichen Veränderungen mit Auswirkungen auf die Arbeitgeberkosten. Auch für das kommende Jahr 2018 werden zum aktuellen Zeitpunkt keine Veränderungen der Sozialabgaben erwartet.

2.2 Modul Materialkosten

Die Materialkosten werden in der Muster-GuV einer branchendurchschnittlichen Rehabilitationseinrichtung nachfolgenden Kostengruppen unterschieden, deren Gewichtung innerhalb der Materialkosten aber auch der Steigerungen der spezifischen Verbraucherpreisindizes unterschiedlich sein kann:

Materialaufwand
Aufwend. für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe
Lebensmittel
Arzneien, Heilmittel
Therapiebedarf
Wasser, Abwasser
Strom
Brennstoffe/Heizung
Sonstiger Bedarf
Aufwendungen für bez. Leistungen
Abschr. auf Sachanlagen u. Instandhaltung

Abbildung 3: Kostenpositionen innerhalb des Moduls Materialkosten

Das Statistische Bundesamt veröffentlicht die allgemeine Inflationsentwicklung als durchschnittliche Änderung der Preise im statistischen Warenkorb. Es veröffentlicht ferner in seiner monatlichen Pressemitteilung zur Inflationsentwicklung separat die sogenannte Kerninflation, d. h. den Gesamtindex abzüglich Energie.⁷ Die Bewertung der Effekte für Kostensteigerungen lassen sich damit getrennt nach Kerninflation und Steigerungen für Energie (Strom und Brennstoffe) bewerten.

2.2.1 Materialkosten - Kostensteigerungen im Jahr 2017

Im Folgenden werden die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Kostensteigerungen der Verbraucherpreisindizes zusammengefasst und auf die Materialaufwandspositionen von Rehabilitationseinrichtungen Bezug genommen.

⁷ Destatis: Pressemitteilung Nr. 051 vom 14.02.2017, Pressemitteilung Nr. 091 vom 14.03.2017, Pressemitteilung Nr. 131 vom 13.04.2017, Pressemitteilung Nr. 156 vom 12.05.2017, Pressemitteilung Nr. 198 vom 14.06.2017, Pressemitteilung Nr. 241 vom 13.07.2017, Pressemitteilung Nr. 272 vom 11.08.2017, Pressemitteilung Nr. 319 vom 13.09.2017, Pressemitteilung Nr. 361 vom 13.10.2017

Steigerungen Jan - Sept 2017	Wert	Aufwandspositionen Muster-GuV Reha
Kerninflationsrate (ohne Energiekosten)	1,61%	Lebensmittel, Arzneien, Heilmittel, Therapiebedarf, Wasser/Abwasser, sonstiger Bedarf, bezogene Leistungen, Abschreibungen
Energiekosten - Strom	1,60%	Strom
Energiekosten -Brennstoffe (Bewertung jeweils zu 25%: Gas, flüssige/feste Brennstoffe, Zentralheizung)	4,30%	Brennstoffe

Abbildung 4: Kostensteigerungen Material Jan-Sept 2017

Beim Vergleich der durchschnittlichen Entwicklung des Verbraucherindex (Gesamt) der Monate Januar bis September in den Jahren 2016 und 2017 zeigt sich ein Preisanstieg um durchschnittliche 1,8% im Jahr 2017 gegenüber den Vorjahresmonaten.⁸ Dies ist eine Steigerung gegenüber dem Vorjahreszeitraum (+0,22%), welche insbesondere durch die Absenkung der Preise für Energie geprägt war.

Das statistische Bundesamt weist in seiner monatlichen Pressemitteilung zur Inflationsentwicklung separat die sogenannte Kerninflation aus, d. h. der Gesamtindex abzüglich Energie. Da die Energiekosten in der Kalkulation separat gewertet werden, ist es folgerichtig bei entscheidenden Diskrepanzen in der Preisentwicklung die Kerninflationsrate als Basis für die Bewertung der Kostenentwicklung für das Jahr 2017 heranzuziehen. Diese betrug für die Monate Januar bis September 2017 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum 1,61% und liegt demnach niedriger als die Inflationsrate über alle Verbrauchsgüter. Die Preise für Energie sind insbesondere bei den Brennstoffen gestiegen.

Für Brennstoffe und Heizung erfolgte im Jahr 2017 ein Anstieg im Vergleich zum Vorjahr. Werden die Preissteigerungsraten der Monate Januar bis September für Gas, flüssige Brennstoffe, feste Brennstoffe und Zentralheizung mit jeweils 25% gewichtet, stiegen die Preise für die Brennstoffe im 2017 um 4,3%. Unter den einzelnen Energiequellen gibt es starke Unterschiede. Die Nutzung der Brennstoffarten ist auch unter den Rehabilitationseinrichtungen unterschiedlich. Im Rahmen dieses Gutachtens können die Entwicklungen nur im Durchschnitt betrachtet werden. Diese müssen im Einzelfall auf Ihre individuelle Relevanz angepasst werden.

Im Jahr 2017 lag die Preissteigerungsrate für Strom in den Monaten Januar bis September laut Angaben des Statistischen Bundesamtes bei 1,6%. Der im Vergleich zum Vorjahr deutliche Anstieg (2016: 0,6% Steigerung) ist weitestgehend auf die gestiegene EEG-Umlage zurückzuführen (+8%). Der

⁸ Eigene Berechnungen auf Basis des Verbraucherindex für Deutschland 2017 Januar- September (Fachserie 17, Reihe 7)

Börsenstrompreis ist in diesem Zeitraum gesunken.⁹

Preissteigerungsraten für Nahrungsmittel von Januar bis September liegen mit 2,83% deutlich über der Kerninflation. Für Rehabilitationseinrichtungen spielt die Erhöhung der Lebensmittelpreise eine besondere Rolle. Beim Vergleich der Gewichtung der Aufwandspositionen im Branchendurchschnitt, spielen die Aufwendungen für Lebensmittel mit einem Anteil von 20 % an den Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe annähernd die gleiche Rolle wie die Kosten für Brennstoffe (Anteil von 22 %). Sollten sich die Preisentwicklungen für Lebensmittel weiter so deutlich von der Kerninflation unterscheiden, werden sie in den nächsten Gutachten analog der Preise für Energie gesondert bewertet.

2.2.2 Materialkosten - Prognosen für das Jahr 2018

Die Entwicklung der zukünftigen Inflationsrate ist weiterhin von vielen Faktoren abhängig. Insbesondere die Entwicklung der Weltwirtschaft und damit der Nachfrage nach Öl, die Ölfördermengen, die Zinspolitik der Zentralbanken 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 zu erhöhen.

Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) hat eine Zusammenstellung der Prognosen der Verbraucherpreise für 2017 und 2018 veröffentlicht.¹⁰ Die Bundesregierung, die Bundesbank, die Europäische Kommission sowie zahlreiche Wirtschaftsforschungsinstitute (z.B. ifo – Institut für Wirtschaftsforschung, ifW – Institut für Weltwirtschaft oder das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung) haben ihre Prognosen abgegeben und aktualisiert. Bei Betrachtung der aktuellsten Annahmen dieser Auflistung zum Stand September 2017 schwanken die Prognosen für die Verbraucherpreisentwicklung für das Jahr 2018 zwischen 1,5% und 2,0%, wobei der Mittelwert bei 1,73% liegt. Damit liegen die Prognosen leicht unter dem derzeitigen Niveau der allgemeinen Inflationsrate. Der Gutachter geht für das Jahr 2018 von Preissteigerungsraten zwischen 1,7% und 1,9% aus (MW 1,8%).

⁹ EEG-Umlage 2017: Fakten und Hintergründe; Bundesministerium für Wirtschaft und Energie; https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Downloads/E/eeg-umlage-2017-fakten-und-hintergruende.pdf?__blob=publicationFile&v=12 (letzter Zugriff: 18.10.2017)

¹⁰ BDA: Prognosen Verbraucherpreise – Zusammenstellung; [https://www.arbeitgeber.de/www%5Carbeitgeber.nsf/res/BIP_Verbr_Prod_Prognosen.pdf/\\$file/BIP_Verbr_Prod_Prognosen.pdf](https://www.arbeitgeber.de/www%5Carbeitgeber.nsf/res/BIP_Verbr_Prod_Prognosen.pdf/$file/BIP_Verbr_Prod_Prognosen.pdf) (letzter Zugriff 18.10.2017)

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

Die Entwicklung der Strompreise dürfte sich im Jahr 2018 jedoch nicht anders als die allgemeine Preissteigerungsrate entwickeln. Die EEG-Umlage sinkt um -1,3% auf 6,792 Cent. Demgegenüber wird erwartet, dass die Preise für Nutzungsentgelte deutlich steigen und den Effekt der EEG-Umlage überkompensieren.¹¹

Die Preisentwicklung bei den Brennstoffen können für das Jahr 2018 nur mit vielen Unsicherheiten prognostiziert werden. Die Entwicklung wird wesentlich durch globale Entwicklungen bestimmt. Die politische Lage im Nahen Osten, Venezuelas, Nigerias und die wirtschaftlich-diplomatischen Beziehungen zu Russland sind nur ein Teil der Einflussfaktoren.

Die Gutachter gehen aufgrund der Trends im Jahr 2017 von einer Preissteigerung der Brennstoffe zwischen 4,0% und 6,0% im Jahr 2018 aus. Dieser Ansatz ist insgesamt konservativ.

Die folgende Tabelle stellt die Annahmen der Gutachter für das Jahr 2018 zusammenfassend dar:

Materialkosten - Annahmen Gutachter für 2018	Wert
Inflationsrate	1,7 - 1,9%
Lebensmittel	2,5 - 2,8%
Energiekosten - Strom	1,7 - 1,9%
Energiekosten -Brennstoffe	4,0 - 6,0%

Abbildung 5: Prognosen Entwicklung Materialkosten 2018

¹¹ <https://www.strompreise.de/2018/>

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 Einrichtungen müssen, ohne ausreichend vorhandene 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 2017¹² verifiziert, indem sie den tatsächlichen Kostensteigerungen des Jahres 2017 gegenübergestellt werden.

Die nachstehende Abbildung zeigt die Annahmen und die eingetroffenen Entwicklungen für ausgewählte Aufwandspositionen. Zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung konnten die Entwicklungen bis zum Stand September 2017 berücksichtigt werden. Die hier in Einzelpositionen dargestellten Steigerungen werden in Modellrechnungen als Gesamteffekt dargestellt (Steigerungen insgesamt).

Faktor	Vorgutachten 2016	Eingetretene Veränderungen
	Annahmen für das Jahr 2017	bis Sept 2017 (soweit feststellbar)
Lohn & Gehalt Ärztlicher Dienst	+2,32% (min) bis +3,00% (max)	2,00%
Lohn & Gehalt andere Berufsgruppen	+2,65% (min) bis +2,65% (max)	2,61%
Inflationsrate*	+1,40% (min) bis +1,60% (max)	1,61%
Energiekosten (Strom)	+1,40% (min) bis +1,60% (max)	1,60%
Energiekosten (Brennstoffe gewichtet**)	+5,0% (min) bis +10,0% (max)	4,30%
	2,18% (min) bis 2,48% (max); Durchschnitt: 2,33%	Steigerungen von insgesamt rd. 2,22%
Prognosekorridor		<i>Sondereffekte für erhöhten Investitionsbedarf oder Teuerungseffekte durch Personalmangel sind hier nicht berücksichtigt</i>

* Kerninflationsrate (ohne Kosten für Energie); diese sind separat bewertet; bis einschließlich Sept 2017

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

Abbildung 6: Angenommene und eingetroffene Kostensteigerungen im Jahr 2017

Die Gegenüberstellung zeigt, dass die Effekte der tatsächlichen Kostensteigerungen bis September 2017 von den im Jahr zuvor angenommenen, durchschnittlichen Steigerungsraten nur geringfügig abweichen. 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

¹² Siehe Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation, Jahr 2016 (aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH)

Prognosen zu evaluieren, werden die in den vorangegangenen Gutachten kalkulierten Steigerungsra-
ten für die Jahre 2007 bis 2017 mit den tatsächlich eingetretenen durchschnittlichen Kostensteigerun-
gen 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%
2017	2,33%	2,22%	-0,11%

* Annahme Minimalzenario & durchschnittlicher Ansatz Sondereffekt Mindestlohn

Abbildung 7: Angenommene und eingetroffene Kostensteigerungen 2007-2017

Der Vergleich zeigt, dass die Annahmen der Gutachten im Zeitverlauf eher konservativ waren und mit einer Ausnahme immer sehr nahe an den tatsächlichen Kostensteigerungen lagen. 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 Anwen-
dung.

3.2 Aktualisierte Modellrechnung für 2018

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 Kos-
tenveränderungen 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 bestim-
men, wurde auf Basis der GuV-Rechnungen mehrerer Rehabilitationseinrichtungen eine durchschnitt-
liche relative Verteilung der einzelnen Aufwandspositionen berechnet. Dabei wurden Kliniken

unterschiedlicher Fachrichtungen berücksichtigt, 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. Durch Anpassung der Aufwandspositionen aus der Musterverteilung auf ihre individuelle GuV-Struktur, können diese Einrichtungen die hier vorgestellte Modellrechnung für ihre individuelle Klinik nutzen.

Auswahl der GuV Positionen	Muster-Verteilung 2018
Personalaufwand	61,44
Löhne und Gehälter	51,99
Ärztlicher Dienst	15,08
Pflegedienst	7,23
Med.- techn. Dienst	6,50
Funktionsdienst	13,81
Wirtschaftsdienst	2,68
Verwaltungsdienst	5,59
Sonst. Personalaufwand	1,10
Soziale Abgaben	9,45
Ges soz ärzt Dienst	2,24
Ges soz Pflegedienst	1,38
Ges soz med-techn. Dienst	1,32
Ges soz Funktionsdienst	2,56
Ges soz Wirtsch. u. Versorgungsdienst	0,53
Ges soz Verwaltungsdienst	0,83
Sonst. ges. soz Abgaben	0,58
Materialaufwand	29,37
Aufwend. für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	9,38
Lebensmittel	1,89
Arzneien, Heilmittel	0,97
Therapiebedarf	0,23
Wasser, Abwasser	1,11
Strom	1,69
Brennstoffe/Heizung	2,12
Sonstiger Bedarf	1,36
Aufwendungen für bez. Leistungen	11,08
Abschr. auf Sachanlagen u. Instandhaltung	8,92
Sonstige betriebliche Aufwendungen	9,19

Die Abbildung zeigt die durchschnittlichen Anteile der GuV-Aufwandspositionen für 2018. 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 2017 entsprechend modifiziert. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass eine möglichst realitätsnahe Abbildung gewahrt bleibt.

Abbildung 8: Verteilung der GuV-Aufwandspositionen 2018

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. Die folgende Abbildung stellt die den einzelnen Aufwandspositionen zugrundeliegenden Annahmen zusammenfassend dar.

	Aufwandsposition	Annahmen für 2018
Personal	<i>Löhne und Gehälter</i>	
	Ärztlicher Dienst	Mindestens Tarifsteigerung von 2,35% in 2018; Aufgrund zusätzlicher Teuerungseffekte durch Personalmangel wird im Maximalszenario von 3,8% Steigerung ausgegangen (siehe Erläuterung Modul Personalkosten)
	andere Dienstarten	Mindestens Tarifsteigerung von 2,35% in 2018; Aufgrund zusätzlicher Teuerungseffekte durch Personalmangel wird im Maximalszenario von 3,8% Steigerung ausgegangen (siehe Erläuterung Modul Personalkosten)
	<i>Soziale Abgaben</i>	Steigerungen entsprechend der Löhne und Gehälter; keine wesentlichen Änderungen für das Jahr 2018 geplant
Material	<i>Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe</i>	
	Lebensmittel	aufgrund der überdurchschnittlichen Preisentwicklung der Lebensmittelpreise 2,5-2,8%
	Arzneien; Hilfsmittel, Therapiebedarf, Wasser & Abwasser	allgemeine Inflationsrate 1,7 - 1,9% (Ø 1,8%)
	Strom	Annahme Strompreissteigerungen zwischen 1,7-1,9% (Ø 1,8%) in 2018; nur leichte Absenkung der EEG-Umlage und erwartete steigende Netzentgelte
	Brennstoffe/Heizung	Annahme Steigerungen 4,0- 6,0% (Ø 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 1,7 - 1,9% (Ø 1,8%)
Abschreib. sonst. betriebl. Aufwend.	<i>Abschreibungen auf Sachanlagen u. Instandhaltung; sonstige betriebliche Aufwendungen</i>	allgemeine Inflationsrate 1,7 - 1,9% (Ø 1,8%)

Abbildung 9: Annahmen über Steigerungsraten einzelner Aufwandspositionen für 2018

Um die Prognosesicherheit der quantitativen Auswirkungen getroffener Annahmen zu erhöhen, werden minimale und maximale Veränderungsdaten der einzelnen Positionen berechnet, die für das Jahr 2018 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 Veränderungsdaten der einzelnen Positionen sowie die Ergebnisse der Modellrechnung für das Jahr 2018 dargestellt.

Auswahl der GuV Positionen	Muster- Verteilung 2018	Annahme Veränderungen in %		Ergebnisse (absolut)	
		2018		2018	
		min.	max.	min.	max.
Personalaufwand	61,44			62,88	63,77
Löhne und Gehälter	51,99			53,21	53,97
Ärztlicher Dienst	15,08	2,35%	3,80%	15,44	15,66
Pflegedienst	7,23	2,35%	3,80%	7,40	7,51
Med.- techn. Dienst	6,50	2,35%	3,80%	6,65	6,74
Funktionsdienst	13,81	2,35%	3,80%	14,13	14,33
Wirtschaftsdienst	2,68	2,35%	3,80%	2,75	2,78
Verwaltungsdienst	5,59	2,35%	3,80%	5,72	5,80
Sonst. Personalaufwand	1,10	2,35%	3,80%	1,12	1,14
Soziale Abgaben	9,45			9,67	9,80
Ges soz ärzt Dienst	2,24	2,35%	3,80%	2,29	2,33
Ges soz Pflegedienst	1,38	2,35%	3,80%	1,42	1,44
Ges soz med-techn. Dienst	1,32	2,35%	3,80%	1,35	1,37
Ges soz Funktionsdienst	2,56	2,35%	3,80%	2,62	2,65
Ges soz Wirtsch. u. Versorgungsdienst	0,53	2,35%	3,80%	0,54	0,55
Ges soz Verwaltungsdienst	0,83	2,35%	3,80%	0,85	0,86
Sonst. ges. soz Abgaben	0,58	2,35%	3,80%	0,60	0,61
Materialaufwand	29,37			29,93	30,03
Aufwend. für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	9,38			9,60	9,66
Lebensmittel	1,89	2,50%	2,80%	1,93	1,94
Arzneien, Heilmittel	0,97	1,70%	1,90%	0,99	0,99
Therapiebedarf	0,23	1,70%	1,90%	0,24	0,24
Wasser, Abwasser	1,11	1,70%	1,90%	1,13	1,14
Strom	1,69	1,70%	1,90%	1,72	1,72
Brennstoffe/Heizung	2,12	4,00%	6,00%	2,20	2,24
Sonstiger Bedarf	1,36	1,70%	1,90%	1,38	1,38
Aufwendungen für bez. Leistungen	11,08	1,70%	1,90%	11,27	11,29
Abschr. auf Sachanlagen u. Instandhaltung	8,92	1,70%	1,90%	9,07	9,08
Sonstige betriebliche Aufwendungen	9,19	1,70%	1,90%	9,35	9,37
Kostensteigerung gegenüber 2017				2,16%	3,17%

Abbildung 10: Modellrechnung für das Jahr 2018

Die getroffenen Annahmen zu den einzelnen Aufwandspositionen führen in der Gesamtbetrachtung zu Kostensteigerungen zwischen **2,16 und 3,17 % für das Jahr 2018** in Abhängigkeit des Szenarios. Dabei handelt es sich um **Steigerungsraten** für den reinen Betrieb der Rehabilitationseinrichtungen, um die Kostensteigerungen des Jahres 2018 im Durchschnitt zu refinanzieren. Eine Bewertung der Investitionsmittelanteile und deren Finanzierung muss auf Basis der individuellen Situationen der Kliniken zu diesen Steigerungsraten addiert werden. Es handelt sich hier um eine Modellbetrachtung, die Indikationen im Durchschnitt betrachtet. In den einzelnen Indikationen selbst kann es Unterschiede z.B. beim Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten geben. Auch sei in diesem Zusammenhang nochmals auf die einrichtungsbezogene Situation der Personalkostenentwicklung hingewiesen.

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

4 Sonderfragestellung 1: Orientierungswert und Grundlohnsummensteigerung in der Rehabilitation -Kritische Würdigung

4.1 Hintergrund und Entwicklung von Orientierungswert und Grundlohnsummensteigerung

Als Grundlage für die Verhandlung von Vergütungssätzen der medizinischen Rehabilitation werden Indikatoren benötigt, welche bestmöglich die künftige Kostenentwicklung abbilden. Neben den Ergebnissen aus den Gutachten der aktiva sind die jährlich veröffentlichten Werte zur Grundlohnsummensteigerung sowie dem Orientierungswert der Krankenhäuser mögliche Referenzpunkte. Bereits für das Jahr 2017 und die Folgejahre hat sich die deutsche Rentenversicherung – analog zum akutstationären Bereich – auf die Anwendung der Meistbegünstigungsklausel geeinigt.¹³ Diese Entwicklung ist der Anlass für eine kritische Würdigung dieser Ansätze.

In der folgenden Abbildung wird die Entwicklung der Grundlohnsummensteigerung und des Orientierungswertes seit 2007 dargestellt. Im Vergleich dazu sind ebenfalls Kostensteigerungen in der Rehabilitation abgebildet. Der Orientierungswert lag erstmals für das Jahr 2013 vor.

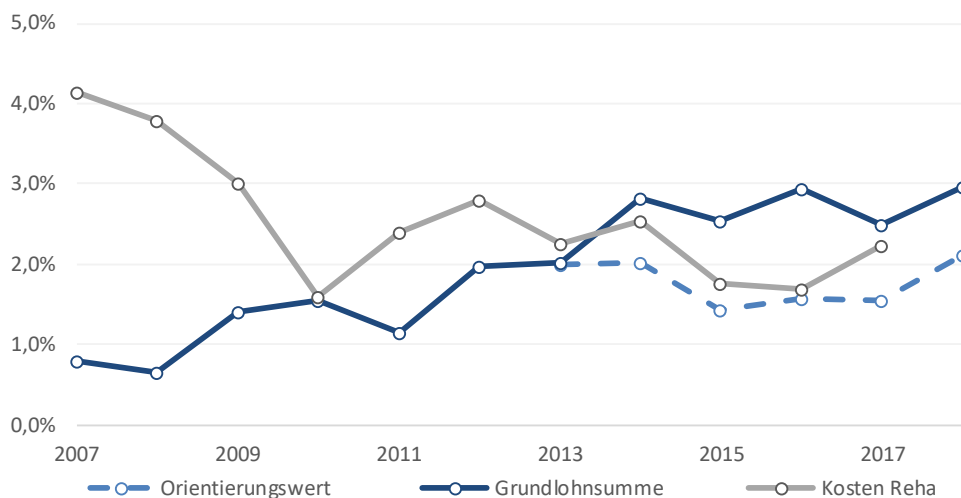


Abbildung 11: Historische Entwicklung von Orientierungswert und Grundlohnsummensteigerung im Vergleich zur tatsächlichen Kostensteigerung (2007 - 2018)

Es wird deutlich, dass sowohl die Entwicklung der Grundlohnsummensteigerung als auch die Höhen des Orientierungswertes sich von der Kostenentwicklung in der Rehabilitation deutlich unterscheiden.

¹³ Im Rahmen des Beitragsschuldengesetzes 2013 wurde die Ablösung der Grundlohnrate teilweise rückgängig gemacht. Sollte die Grundlohnrate höher sein als der Orientierungswert, wird der Veränderungswert der Grundlohnrate entsprechen (und nicht wie zuvor dem niedrigeren Orientierungswert). § 10 Abs. 6 Satz 5 KHEntgG.

4.2 Grundlohnsumme

Die Ermittlung der Grundlohnsumme erfolgt auf Basis beitragspflichtiger Einnahmen der Versicherten. Dieser liegen die monatlichen Erhebungen der Krankenkassen und die vierteljährlichen Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds zugrunde. Der Wert wird jährlich vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht.

Da die Bestimmung des Wertes retrospektiv erfolgt, die beitragspflichtigen Einnahmen erfasst und nicht die Kostenentwicklung bestimmt, sind hier keine Aussagen über die zukünftige Kostenentwicklung in der Rehabilitation möglich. Nicht überraschend zeigt die Entwicklung von Grundlohnsumme und der Kosten in der Rehabilitation keine nennenswerte Korrelation.

Bei einer konsequenten Anwendung der Grundlohnsummenentwicklung als Basis für die Vergütungssteigerungen besteht die Gefahr des Refinanzierungsrisikos. Die Einrichtungen selbst müssten das konjunkturelle Risiko dafür tragen, dass die Einnahmen aus Sozialversicherungsbeiträgen zukünftig weniger steigen oder gar sinken.

4.3 Orientierungswert für Krankenhäuser

Bis zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz im Jahre 2009 war die Obergrenze der Landesbasisfallwertsteigerung durch die Veränderungsrate der Beitragseinnahmen der GKV festgelegt. Allerdings gab es Kritik, wonach dieser Wert nicht die tatsächlichen Kostenstrukturen und -entwicklung im Krankenhaus widerspiegelt. Das statistische Bundesamt erhielt aus diesem Grund den Auftrag eine Systematik zur Berechnung eines Orientierungswertes zu erarbeiten, welche jene Kostenentwicklung sachgerecht widerspiegelt (§ 10 Abs. 6 KHEntgG).

Der Orientierungswert des jeweiligen Jahres basiert auf den Entwicklungen der vergangenen zwei Halbjahre. Dem erstmals 2013 veröffentlichten Wert lagen beispielsweise die Preisentwicklungen des zweiten Halbjahres 2011 und des ersten Halbjahres 2012 zu Grunde. Gemäß § 10 Abs. 6 KHEntgG wird der Orientierungswert regelmäßig im September durch das statistische Bundesamt veröffentlicht.

Methodik¹⁴.

Zur Festlegung werden ein Personal- und Sachkostenteilorientierungswert ermittelt, die in einem

¹⁴ Orientierungswert für Krankenhäuser – Methodische Grundlagen; Destatis – Wirtschaft und Statistik (09/2012)

Gesamtwert zusammengeführt werden.

Der Personalkostenteilorientierungswert bezieht sich auf die vierteljährliche Verdienstabrechnung des Wirtschaftszweiges Krankenhaus. Dieser wird für 20 Beschäftigungsgruppen differenziert dargestellt (z. B. Vollzeit und Teilzeit). Die prozentuale Veränderung der Personalkosten ergibt sich aus der Gegenüberstellung der Bruttolöhne je Stunde der letzten vier Quartale mit denen des Vorjahrs. Die Verdiensterhebung differenziert nicht direkt nach Berufsgruppen, sondern nach fünf Leistungsgruppen.¹⁵ Datengrundlage zur Kalkulation des Sachkostenteilorientierungswerts sind die veröffentlichten Daten des statistischen Bundesamtes zu mehreren Preisindizes (Erzeugerpreisindex für gewerbliche Produkte sowie für Dienstleistungen, Verbraucherpreisindex und den Preisindizes für Bauleistungen). Anhand des jährlich veröffentlichten „Kostennachweis der Krankenhäuser“ werden für den Krankenhaussektor zutreffende Subindizes ausgewählt. Hierbei werden ebenfalls die letzten vier Quartale mit denen des Vorjahres verglichen und ergeben die prozentuale Veränderung. Die Zusammenführung der Teilorientierungswerte findet gewichtet anhand des Kostennachweises der Krankenhäuser statt und orientiert sich am Verhältnis der Anteile von Personal- und Sachkosten.

Kritikpunkte

Zunächst gibt es Kritikpunkte am grundsätzlichen methodischen Vorgehen bei der Ermittlung. Der Orientierungswert bildet die retrospektive Entwicklung der Kosten ab. Künftige Kostenentwicklungen, welche für die kommende Periode bereits bekannt sind, z. B. Abschlüsse neuer Tarifverträge, werden demnach systembedingt nur unzureichend berücksichtigt. Auch werden bestimmte Kostensteigerungen, zum Beispiel höherer Personalbedarf aufgrund von steigenden Qualitätsanforderungen grundsätzlich nicht erfasst.

Bei bestehenden Differenzen zwischen den ermittelten Orientierungswerten und den Kostennachweisen der Krankenhäuser erfolgt keine nachträgliche Korrektur. Bestenfalls wird das künftige Ermittlungsverfahren überarbeitet. Bei Unterschätzung der tatsächlichen Kostenentwicklung findet somit bestenfalls nur eine verspätete Refinanzierung der Kosten statt.

Die Entwicklung der Vergangenheit hat zudem gezeigt, dass im Bereich der akutstationären Versorgung weder Grundlohnsummensteigerung noch Orientierungswert die Kostenentwicklung sachgerecht prognostizierten (siehe Abbildung 12). Als Vergleich wurden die bereinigten Kosten (ohne Kosten

¹⁵ Die Leistungsgruppen stellen eine grobe Abstufung der Arbeitnehmertätigkeiten nach der Qualifikation dar (von Leistungsgruppe 1: „Arbeitnehmer in leitender Stellung“ bis Leistungsgruppe 5 „Ungelernte Arbeitnehmer“)

für nicht-stationäre Leistungen) je Behandlungsfall aus den Kostennachweise der Krankenhäuser der letzten Jahre herangezogen.

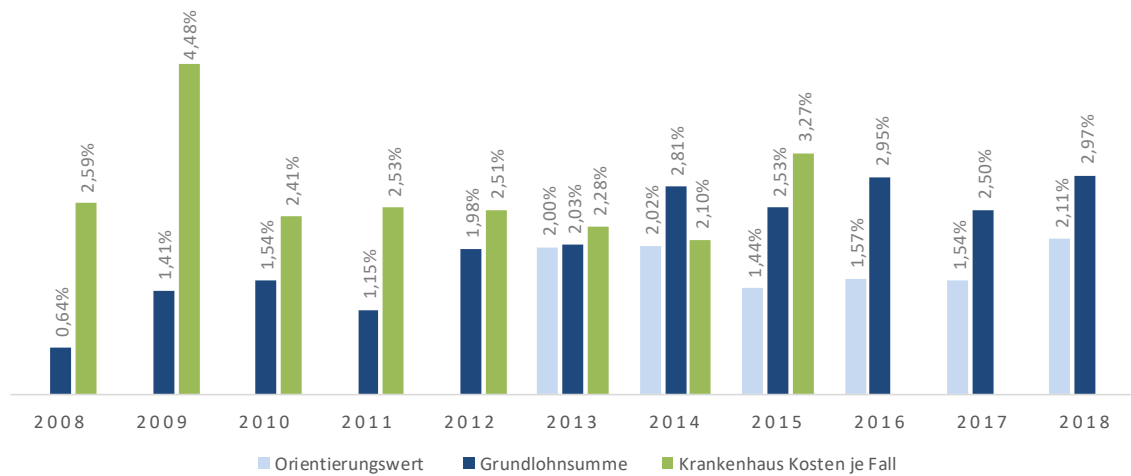


Abbildung 12: Entwicklung Orientierungswert¹⁶, Grundlohnsumme¹⁷ und Krankenhauskosten¹⁸

Anwendung des Orientierungswertes in der Rehabilitation

Darüber hinaus gibt es spezifische Kritikpunkte an der Anwendung des Orientierungswertes für Krankenhäuser auf den Sektor der medizinischen Rehabilitation. Erster wesentlicher Punkt sind die Unterschiede der Kostenstruktur zwischen der Rehabilitation und dem Krankenhaus. Dies ist sowohl beim Personal als auch bei den Sachmitteln erkennbar.

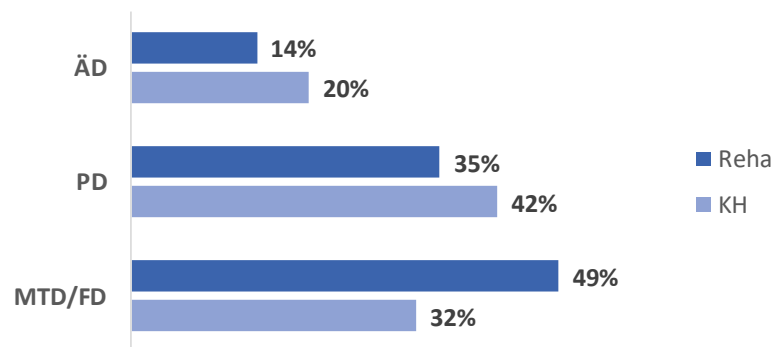


Abbildung 13: Aufteilung des med./therap. Personals auf die Dienstarten ÄD, PD, MTD/FD in der Rehabilitation und im Krankenhaus (2016)¹⁹

¹⁶ Orientierungswert für Krankenhäuser; Destatis (2012 – 2017)

¹⁷ Bekanntmachungen der Grundlohnrate (§ 71 Abs. 3 SGB V); Bundesministerium für Gesundheit (2007 – 2017)

¹⁸ Kostennachweis der Krankenhäuser; Destatis (2007 – 2015)

¹⁹ Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2016 & Grunddaten der Krankenhäuser 2016; destatis (2017)

In Abbildung 13 wird sichtbar, dass sich das medizinisch/therapeutische Personal im Krankenhaus und in der Rehabilitation unterschiedlich zusammensetzt. Anhand der Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen wurden die Vollkräfte in den einzelnen Dienstarten miteinander verglichen. In der Rehabilitation liegt der Fokus – je nach Indikationsbereich unterschiedlich stark ausgeprägt - sehr auf dem medizinisch/technischen Dienst und Funktionsdienst (MTD/FD), wohingegen im Krankenhaus Ärzte (ÄD) und Pflegepersonal (PD) einen deutlich höheren Anteil haben. Bei einer Anwendung des Orientierungswertes für Krankenhäuser in der Rehabilitation würden damit solche sektorspezifischen Unterschiede in der Personalstruktur nicht berücksichtigt.

Zudem basieren die Berechnungen auf der „Verdienstabrechnung des Wirtschaftszweiges Krankenhaus“. Es werden keine auf den Rehabilitationsbereich eingehenden Angaben erfasst und veröffentlicht. Mögliche sektorspezifische Unterschiede bei den Personalkostensteigerungen können nicht berücksichtigt werden.

Auch im Bereich der Sachkosten sind Differenzen zwischen Krankenhaus und Rehabilitation erkennbar. Beispielsweise ist der Kostenanteil für Arznei- und Heilmittel im Krankenhaus deutlich höher als in der Rehabilitation. Bei den Aufwänden für Wasser, Energie und Brennstoffe zeigt sich ein gegenteiliges Bild. Ursachen dafür lassen sich hauptsächlich in den unterschiedlichen Leistungen finden. In der Rehabilitation liegt der Fokus insbesondere auf therapeutischen Leistungen. In diesem Rahmen sorgen z. B. Bewegungsbäder für deutlich abweichende Betriebskosten.

Die potenzielle Weiterentwicklung des Orientierungswertes für Krankenhäuser und der daraus resultierende krankenhausspezifische Warenkorb manifestieren diese Charakteristika weiter. Die Kostenstrukturen in der Rehabilitation unterscheiden sich von denen im Krankenhaus. Eine einfache Übertragung der Werte aus dem Krankenhaus auf die Rehabilitation erscheint vor diesem Hintergrund nicht sachrichtig.

4.4 Fazit

Als Basis für die Vergütungssatzverhandlungen, die sich auf einen zukünftigen Zeitraum beziehen sollen, sind belastbare Prognosewerte, welche bestmöglich die künftig erwarteten Kostensteigerung berücksichtigen, unabdingbar. Bereits feststehende zukünftige Veränderungsdaten müssen in den Prognosen zwingend berücksichtigt werden. Dazu zählen insbesondere bereits feststehende Veränderungen der Personalkosten infolge geltender Tarifverträge oder struktureller Vorgaben

Der Prognosewert sollte auf einer sektorspezifischen Kostenverteilung basieren. Weiterhin sollten

mögliche gesetzliche Änderungen oder branchenspezifische Trendentwicklungen angemessen Berücksichtigung finden.

Die bisher veröffentlichten und genutzten Werte (Orientierungswert und Veränderung der Grundlohnsumme) genügen diesen Ansprüchen nicht.

Es wird empfohlen auch für die Zukunft ein Verfahren zu wählen, welches die tatsächliche Kostenentwicklung innerhalb der medizinischen Rehabilitation möglichst belastbar prognostiziert.

5 Sonderfragestellung 2: Kostentreibende Faktoren in der medizinischen Rehabilitation - Zusätzliche Aufwände bei der Behandlung von Patienten mit multiresistenten Erregern

5.1 Hintergrund und aktueller Stand

Multiresistente Erreger standen lange Zeit, insbesondere im Rahmen der akutstationären Versorgung, im Fokus der Gesundheitspolitik. Leitlinien oder Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation von MRE-Patienten fehlten.

Eine offizielle Empfehlung zum Umgang mit MRE-Patienten ist seit 2014 verfügbar. Im Zuge der gesetzlichen Novellierung des § 23 Infektionsschutzgesetzes (IfSG) hat die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) des Robert-Koch-Instituts (RKI) zusätzlich aktualisierte „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“ veröffentlicht. Darin wird explizit auf den Umgang mit MRSA außerhalb des Krankenhauses eingegangen, z. B. in Rehabilitationseinrichtungen. Danach ist u. a. in Rehabilitationseinrichtungen eine strikte Isolierung des MRSA-Patienten nicht immer zwingend notwendig. Die erforderlichen Hygienemaßnahmen einschließlich der räumlichen Unterbringung des Patienten sind vom Risikoprofil der Einrichtung abhängig. Darunter fallen bspw. MRSA-Prävalenz in der Einrichtung, Anzahl der Patienten mit MRSA-Risikofaktoren und Anzahl von Prozessen pro Patient und Tag, welche eine MRSA-Übertragung begünstigen. Dabei lassen sich zwei Kategorien von Rehabilitationseinrichtungen unterscheiden:

Einrichtungen, deren Risikoprofil dem eines Krankenhauses entspricht. In diesen wird eine Isolierung von Patienten empfohlen.

Einrichtungen, deren Risikoprofil dem eines Pflegeheimes entspricht. In diesen wird keine zwingende Isolierung empfohlen.²⁰

5.2 Prävalenzen in der Rehabilitation

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick zu den Prävalenzen innerhalb der medizinischen Rehabilitation und dem daraus resultierenden Risikoprofilen.

²⁰ GKV-Spitzenverband, Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm (2015)

Untersuchungen zur MRSA-Prävalenz in Rehabilitationseinrichtungen				
Land/Region der Untersuchung	Jahr	Anzahl Einrichtung	Anzahl Patienten	MRSA-Prävalenz in %
Deutschland, Siegen-Wittgenstein (2008)	2008	6	6.985	2,1%
Deutschland, EUREGIO Twente-Münsterland (2010)	2010	11	5.896	1,2%
Verschiedene Länder (Israel, Spanien, Italien, Frankreich) (2008–2010)	2008-2010	4	1.204	8,7%
Israel (2007)	2007	1	337	7,1%
Frankreich (2010)	2010	1	188	22,4%
Deutschland, Daten aus dem MRE-Netz Rhein-Main (2013)	2013	4	412	18,0%
Deutschland, Daten aus dem MRE-Netz Rhein-Main (2014)	2014	21	2.440	7,0%
Schätzungen aus den aktuellen RKI-Empfehlungen (2014) nach Indikationen:				
Psychosomatische Rehabilitation		-	-	0,5%-1,0%
Somatische (inkl. AHB) Rehabilitation		-	-	1,2%-2,1%
Geriatrische Rehabilitation		-	-	7,1%
Neurologische Frührehabilitation		-	-	12,0%

Abbildung 14: Untersuchungen zur MRSA-Prävalenz in Rehabilitationseinrichtungen (Quelle: RKI 2014)

Insgesamt sind aus Deutschland nur wenige Untersuchungen zu MRSA in Rehabilitationseinrichtungen bekannt.²¹ Je nach Indikation und Land der Untersuchung variiert die Höhe der Prävalenzen stark. Mit rund 12% ist die höchste Prävalenz im Bereich der neurologischen Frührehabilitation zu beobachten. Es folgt die geriatrische Rehabilitation mit ca. 7%. Im somatischen Bereich liegt die MRSA-Prävalenz gemäß den Empfehlungen des RKI zwischen rund 1,2% bis 2,1% deutlich darunter. Andere Länder zeigten in Untersuchungen deutlich höhere MRSA-Prävalenzen.

Die neurologische Frührehabilitation und die geriatrische Rehabilitation entsprechen mindestens dem Risikoprofil eines Krankenhauses, in welchen eine MRSA-Prävalenz zwischen 1,5% und 5,3% in Untersuchungen identifiziert wurde.²² Entsprechend der KRINKO-Empfehlung wird hier eine Isolierung empfohlen. Dies gilt auch für viele somatische Indikationen, insbesondere im Bereich der Anschlussheilbehandlungen (dabei ist das individuelle Risikoprofil der Klinik zu berücksichtigen). Psychosomatische Rehabilitationseinrichtungen hingegen entsprechen dem Risikoprofil eines Pflegeheims. Patienten mit multiresistenten Erregern bedürfen hier daher nicht zwingend einer Isolation.

²¹ RKI (KRINKO), Bundesgesundheitsblatt 2014 (57) S.702

²² RKI (KRINKO), Bundesgesundheitsblatt 2014 (57) S.701

5.3 Vergütung für Rehabilitation von Patienten mit MRE-Keimen

5.3.1 Vergütung in der Rehabilitation

Die derzeitige Vergütung der medizinischen Rehabilitation ist intransparent. Eine Differenzierung hinsichtlich zusätzlicher Kostentreiber wie z. B. MRE-Erkrankungen erfolgt nicht systematisch. Es fehlen transparente Verfahren zur Ermittlung von Zusatzkosten z. B. durch zusätzliche Hygienevorkehrungen, Isolationen oder mehr Einzeltherapien. Auch wäre die Anerkennung der Kalkulationsverfahren durch alle Kostenträger in der Rehabilitation notwendig. Es wird auf die Mehraufwände für die Behandlung von Patienten im Krankenhaus verwiesen, die im Rahmen der DRG-Entwicklung durch das InEK kalkuliert und von allen Krankenkassen zwingend anerkannt werden.

Spätestens hier sind Schwierigkeiten in der Zuständigkeit und Anerkennung durch die unterschiedlichen Rehabilitationsträger zu erwarten, was zu finanziellen Nachteilen von Rehabilitationseinrichtungen führt, die MRE-Patienten aufnehmen. Diese Unsicherheiten können zu einer schlechten rehabilitativen Versorgung der Betroffenen führen.

5.3.2 Vergütung in anderen Sektoren des Gesundheitswesens

Im ambulanten Bereich ist die Vergütung von zusätzlichen Aufwänden bei der Behandlung von Patienten mit multiresistenten Keimen durch die Aufnahme spezifischer Behandlungsleistungen in den EBM-Katalog seit 2014 im Zuge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vollzogen. Hier findet sich unter dem Abschnitt 30.12 EBM eine MRSA-spezifische, transparente Abrechnungsmöglichkeit für den ambulant tätigen Arzt.

Auch für Krankenhäuser ist eine Zusatzvergütung über die Kodierung des OPS-Codes 8-987 (Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit MRE) sowie von entsprechenden Fallpauschalen möglich²³. Darüber hinaus findet dieses Thema indirekt Berücksichtigung im Hygienezuschlag nach § 4 Absatz 2a KHEntgG.

²³ Bei einer Anwendung des Orientierungswertes in der Rehabilitation würden damit sektorspezifische Unterschiede nicht berücksichtigt.

Im Pflegebereich werden seitens der Kostenträger für ambulante Behandlungen gemäß SGB XI und SGB V oftmals pauschale Beträge für die entstehenden Mehraufwände gewährleistet.²⁴

5.4 Zusatzkosten für die rehabilitative Behandlung keimbelasteter Patienten

Es gibt Beispiele für Kalkulationen von Zusatzkosten bei der Behandlung von Patienten mit multiresistenter Keimbesiedlung. Die meisten davon beziffern die Zusatzkosten bei der Behandlung im Krankenhaus und unterscheiden dabei direkte Kosten für Personalmehraufwände insbesondere im Rahmen der Isolation der Patienten und direkte Materialkosten für Schutz- und Dekolonisierungsmaßnahmen. Zudem werden indirekte Opportunitätskosten kalkuliert, die aufgrund von Bettensperrungen bei Isolierung im Mehrbettzimmer und die verlängerte Verweildauer dem Krankenhaus entstehen.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Berechnungen für die Behandlung im Krankenhaus dargestellt:

Studie	Bereich	Zusatzkosten / Fall in EUR	Zusatzkosten / Tag in EUR
Berechnung der Kosten für einen nosokomialen MRSA-Fall in einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung in Rheinlandpfalz; M.Kiesel, H.Holz, aseptica 20. Jahrgang 2014, Heft 1, Klinik und Hygiene	Zusatzkosten 1 - analog bei Isolierung in der Rehabilitation anwendbar		
	Persönliche Schutzausrüstung in EUR (pro Fall)	88,10	7,53
	Reinigung Wäsche in EUR (Täglich Bettwäsche + Pat.Hemd)	29,32	2,51
	Reinigung Zimmer nach Entisolierung	26,65	2,28
	Materialkosten MRSA Sanierung (ohne lokale Wundbehandlung)	23,02	1,97
	3 Screeninguntersuchungen am Ende der Sanierung (mikrobiol. Labor)	30,89	2,64
	Durchschnittliche 2,42 Std. Mehraufwand für Pflegepersonal	882,78	75,45
	Summe Zusatzkosten 1	1080,76	92,37
	Zusatzkosten 2 - ggf. unterschiedliche Situation KH/Reha zu berücksichtigen		
	Kosten für Untersuchungen außerhalb des Pat.-Zimmers	71,10	6,08
	Kosten durch Kontaktpersonen (Screening bei 2. Pat. im Zimmer usw.)	153,97	13,16
	Sonderbelegung (1 Bett gesperrt)	5500,00	470,09
	Isolation Kontaktpatient (48 Std. Bett gesperrt)	1000,00	85,47
	Summe Zusatzkosten 2	6725,07	574,79
Summe Gesamt	7805,83	667,16	

Studie	MRE -Keime	Zusatzkosten / Fall in EUR
DGKH Kongress April 2016 Fleßa, HICARE	C. diff.	5.262,97
	MRSA	8.673,04
	VRE	8.655,48
	Gramnegativ	9.169,46

Studie	Bereich	Zusatzkosten / Fall in EUR	Zusatzkosten / Tag in EUR
Analysis of MRSA-attributed costs of hospitalized patients in Germany; C. Hübner & N.-O. Hübner & K. Hopert & S. Maletzki & S. Fleßa; Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014	Hygienisches Management	1.852,50	108,46
	<i>dav. Personalaufwand</i>	1.105,25	64,71
	<i>dav. Materialkosten</i>	747,25	43,75
	Labor	103,10	6,04
	Opportunitätskosten	6.717,44	329,97
	<i>dav. durch Isolation (blockierte Betten)</i>	5.635,91	
	<i>dav. durch Verweildauerverlängerung</i>	1.081,53	
Gesamtkosten		8.673,04	444,47

Abbildung 15: Übersicht über Studien zu Kosten für Behandlung von Patienten mit MRE im Krankenhaus

²⁴ <http://pflegedienst-kauer.de/gebuehrenordnung/> (Zugriff am 10.10.2017)

Wie aus der Zusammenstellung ersichtlich ist, weisen die Untersuchungen auf zusätzliche Kosten für die Behandlung von Patienten mit multiresistenten Keimen in relevanter Höhe hin. Je nach Studienergebnis und Keimart entstehen Kosten zwischen 5.263 Euro und 9.169 Euro pro Fall. Die Zusatzkosten pro Tag variieren entsprechend der Verweildauern und liegen zwischen 444 Euro und 667 Euro pro Tag.

Die meisten der Prämissen im Bereich der direkten Kosten (Personal, Sachkosten, Labor) lassen sich auf Isolationsfälle in Rehabilitationseinrichtungen übertragen. Lediglich die Opportunitätskosten für blockierte Betten oder Verweildauerverlängerungen müssen je nach Struktur der Rehabilitationseinrichtung, wie z. B. dem Anteil der Einzelzimmerunterbringung, individuell angepasst werden.

Spezielle Untersuchungen für die Rehabilitation

Für den Bereich der medizinischen Rehabilitation existieren nur wenige Analysen bezüglich der entstehenden Zusatzkosten für die Versorgung von keimbelasteten Patienten.

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die zu erwartenden zusätzlichen Kosten infolge einer MRSA-Versorgung (isolationspflichtig) innerhalb einer medizinischen Rehabilitation.

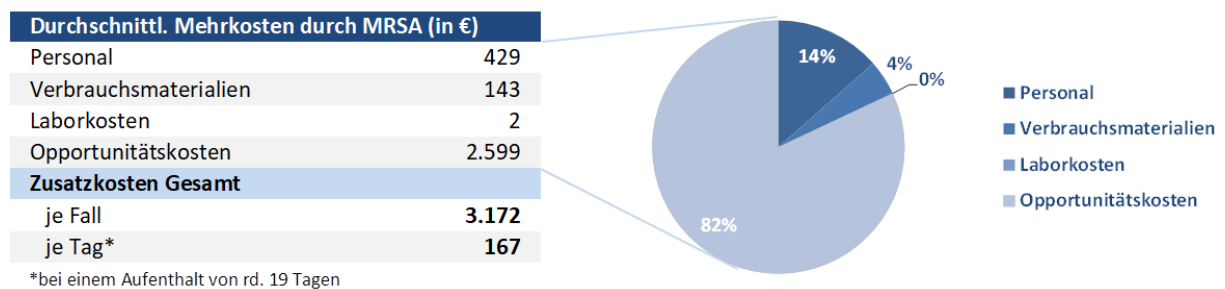


Abbildung 16: Durchschnittliche Mehrkosten durch eine MRSA-Infektion (Quelle: Prof. Fleßa/ Hübner (2016))

Je Reha-Fall ergeben sich zusätzliche Kosten in Höhe von rund 3.172 Euro (ca. 167 Euro pro Tag). Den größten Anteil haben mit rund 82% Opportunitätskosten. Darunter fällt beispielsweise die Bettensper- rung aufgrund von Isolierung im Mehrbettzimmer und die verlängerte Verweildauer. Die stärkere Per- sonalbindung (beispielsweise durch eine aufwendigere Grundpflege²⁵ und einem erhöhten Einzelthe- rapiebedarf) hat einen Anteil von rund 14% an den Zusatzkosten. Der zusätzliche Aufwand im Bereich der Verbrauchsmaterialien (beispielsweise durch zusätzlichen Bedarf an Hygieneartikel oder

²⁵ Bspw. Umkleidezeiten für Mitarbeiter, intensive Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen, Reinigung oder Ersatz von Schutzbekleidung oder aufwändige Grundreinigung nach Entlassung mit zeitlichem Belegungsverbot

hochpreisige antibiotische Medikamente zur Infektionssanierung) liegt bei rund 4%.

Eine spezifische bundesweite Studie aus dem Jahr 2017 für den Bereich der Neurorehabilitation zeigt, dass pro Behandlungstag Mehrkosten von annähernd 418 Euro entstehen.²⁶

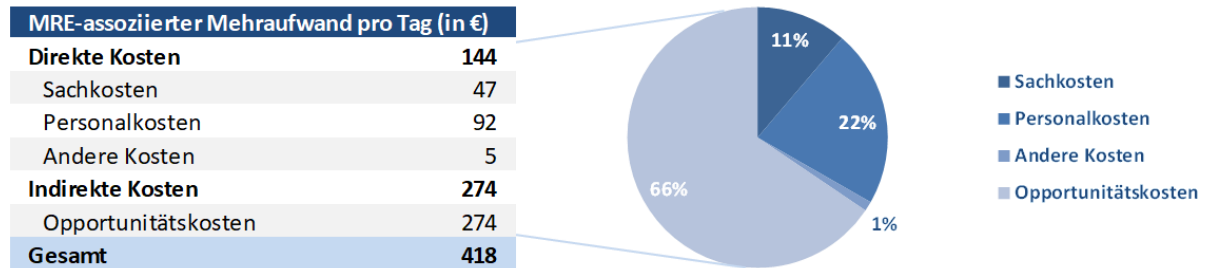


Abbildung 17: Mehrkosten durch multiresistente Erreger in der Neurorehabilitation (Quelle: Roukens et.al 2017)

Hierbei haben ebenfalls die Opportunitätskosten mit rund 66% den größten Anteil. Die direkten Kosten von 144 Euro pro Tag teilen sich auf die Personalkosten mit 92 Euro pro Tag (22%) und die Sachkosten in Höhe von 47 Euro pro Tag (11%).

Zitat aus der Studie: „...Somit errechneten sich tägliche Zusatzkosten von 418 EUR pro MRE-besiedeltem Patienten. Angesichts einer Besiedlungsrate von 10% bindet dieser Mehraufwand annähernd ein Zehntel des Gesamtbudgets der Rehabilitationseinrichtungen und wird mit Zunahme von MRE-Besiedlungszahlen weiter steigen. Schlussfolgerung: Die Aufnahme von Patienten mit MRE in Neurorehabilitationskliniken verursacht Mehrkosten in einem Ausmaß, das die Fähigkeit der Kliniken zur rehabilitativen Kernleistung kritisch beeinträchtigt.“

5.5 Fazit

Die rehabilitative Behandlung von Patienten mit multiresistenten Erregern hat eine hohe Bedeutung, was anhand der hohen Prävalenzen gezeigt werden konnte. Die medizinische Rehabilitation ist derzeit der einzige medizinische Sektor im deutschen Gesundheitssystem ohne explizite Regelungen für eine zusätzliche Vergütung dieser Patienten. Um die qualitative und quantitative Versorgung mit medizinischen Rehabilitationsleistungen gewährleisten zu können, ist eine sachgerechte und transparente Kalkulation der zusätzlichen Kosten und deren Abbildung in Vergütungsregelungen notwendig. Dabei wird eine Differenzierung bezüglich der direkten Kosten durch die Isolation und den Opportunitätskosten je nach Einrichtungsstruktur empfohlen.

²⁶ Roukens et al.(DGNR), Bundesgesundheitsblatt 2017 (60) S. 1078 ff.

Solange keine repräsentativen Studien existieren, müssen die Kalkulationen einrichtungsindividuell und indikationsspezifisch erfolgen. Aus Sicht des Gutachters wäre es jedoch sinnvoll, Vergütungsanteile für diese Zusatzleistungen auf Basis eines transparenten Berechnungsschemas bundesweit zu verhandeln und einzuführen. Mit dieser Aufgabe könnte auf Seiten der Leistungserbringer die Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX (AG MedReha SGB IX) betraut werden.

Der Gutachter empfiehlt zukünftig eine explizite Finanzierung der entstehenden Zusatzkosten durch die Kostenträger. Erfolgt diese nicht, drohen seitens der Leistungserbringung Aufnahmerestriktionen, um interne betriebswirtschaftliche Schäden zu vermeiden. Dem entgegen steht der zunehmende Bedarf, Patienten mit multiresistenter Keimbesiedlung erfolgreich zu rehabilitieren.

6 Zusammenfassung und Empfehlungen

6.1 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. Zudem wurde das für die Rehabilitationseinrichtungen besonders wichtige Thema des Personalmangels und der damit verbundenen erwarteten Personalkostensteigerungen dargelegt. Der errechnete Prognosekorridor der Kostensteigerungen für das Jahr 2018 zeigt im Vergleich zu 2017 Steigerungsraten von rund 2,16% bis 3,17%.

Die Sonderfragestellung zur kritischen Würdigung der Anwendung des Orientierungswertes für Krankenhäuser und / oder der Grundlohnsummensteigerung bei der medizinischen Rehabilitation hat gezeigt, dass die unkritische Anwendung für die Rehabilitationseinrichtungen Refinanzierungsrisiken erhöht. Zudem werden Sektorspezifika nicht ausreichend berücksichtigt. Die Werte sind als Referenz für eine sachrichtige und transparente Vergütungssatzentwicklung nicht geeignet.

Die zweite Sonderfragestellung des Gutachtens befasst sich mit den zusätzlichen Aufwänden bei der Behandlung von Patienten mit spezieller oft multiresistenter Erreger (MRE) in Rehabilitationseinrichtungen. Dabei wurde deutlich, dass die Thematik eine hohe Relevanz für Rehabilitationskliniken haben kann und dass eine transparente Kalkulation der Aufwände sowie deren Refinanzierung dringend notwendig ist. Aus Sicht des Gutachters wäre es jedoch sinnvoll, Vergütungsanteile für diese Zusatzleistungen auf Basis eines transparenten Berechnungsschemas bundesweit zu verhandeln und einzuführen. Mit dieser Aufgabe könnte auf Seiten der Leistungserbringer die Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX (AG MedReha SGB IX) betraut werden.

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 Strukturerhalt und Entwicklung in der medizinischen Rehabilitation geführt werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Rehabilitationseinrichtungen auch für das Jahr 2018 in vielen wichtigen Bereichen mit Kostensteigerungen rechnen müssen, wodurch die notwendigen Vergütungssatzsteigerungen zwischen 2,16 und 3,17 % 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.

Der Notwendigkeit für überdurchschnittliche Personalkostensteigerungen aufgrund der schwierigen Personalsituation auf dem Arbeitsmarkt wurde nur im Maximalszenario des Modells Rechnung getragen. Daher sollten sich die Steigerungen der Vergütungssätze für das Jahr 2018 an dem Maximalwert von 3,17% orientieren. Dabei handelt es sich um Steigerungsraten für den reinen Betrieb der Rehabilitationseinrichtungen, um die Kostensteigerungen des Jahres 2018 im Durchschnitt zu refinanzieren. Eine Bewertung der Investitionsmittelanteile und deren Finanzierung muss auf Basis der individuellen Situationen der Rehabilitationseinrichtungen zu diesen Steigerungsraten addiert werden.