



**Arbeitspapier zur Kalkulation der Investitionskosten
in der stationären medizinischen Rehabilitation und
Möglichkeiten ihrer angemessenen Berücksichtigung
in den Vergütungssätzen**

Prof. Dr. Peter Borges

Sophie Haarländer

Olga Hofmann

Agnes Zimolong

Düsseldorf, November 2007

**GEBERA – Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH,
Member of Deloitte Touche Tohmatsu**

Schwannstr. 6, 40476 Düsseldorf, Tel.: 0211- 8772-05, info@gebera.de

Mitarbeiterverzeichnis

Prof. Dr. Peter Borges

Sophie Haarländer

Olga Hofmann

Agnes Zimolong

Wissenschaftliche Assistenz

Richard Haine

Marco Nikolai

Inhalt

1	Einleitung	4
1.1	Auftragshintergrund	4
1.2	Zielsetzung des Arbeitspapiers.....	4
2	Analyse des bestehenden Finanzierungssystems in der medizinischen Rehabilitation ..	5
2.1	Grundlagen des Finanzierungssystems und Charakteristika der Monistik	7
2.2	Einfluss steigender Qualitätsanforderungen auf den Investitionsbedarf.....	11
2.3	Marktpreise in der Rehabilitation.....	12
3	Preisbildungssystematik der Rentenversicherung	16
3.1	Status Quo der Preisbildung	16
3.2	Konsequenzen der derzeitigen Preisbildungspolitik	16
3.3	Notwendigkeit von Investitionen	18
4	Diskussion und Bewertung ausgewählter Lösungsansätze zur angemessenen Berücksichtigung der Investitionskosten in den Vergütungssätzen	19
4.1	Pauschaler Zuschlag pro Einrichtung unter Berücksichtigung der Bettenanzahl	19
4.2	Fachabteilungsübergreifender pauschaler Zuschlag in Abhängigkeit vom Erreichungsgrad einer definierten Zielauslastung.....	20
4.3	Fachabteilungsspezifischer pauschaler Zuschlag in Abhängigkeit vom Erreichungsgrad einer definierten Zielauslastung.....	22
4.4	Pauschaler Zuschlag pro Behandlungstag unter Berücksichtigung des Anlagenabnutzungsgrades der Einrichtung.....	24
4.5	Individueller Zuschlag auf Basis von Einzelnachweisen	26
4.6	Zusammenfassende Bewertung der Lösungsansätze	27
5	Fazit und Empfehlung	30
6	Literaturverzeichnis	32

1 Einleitung

1.1 Auftragshintergrund

Im Jahr 2006 wurde durch die GEBERA GmbH im Auftrag der in der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation zusammenschlossenen Spitzenverbände der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation, ein Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation erstellt. Im Jahr 2007 wurde das Gutachten aktualisiert. In diesem Gutachten wurden die aktuellen Veränderungen der Rahmenbedingungen aufgezeigt, die insbesondere die Kostensituation der Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation betreffen. Es wurden eine Modellrechnung für die zukünftige Veränderungen der Aufwandspositionen und ein Prognosekorridor für zukünftige Kostensteigerungen erstellt. In diesem Gutachten wurden allerdings explizit nur die Auswirkungen der Kostensteigerungen auf die Betriebskosten der Einrichtungen untersucht. Die im Rahmen der monetarischen Finanzierung notwendige Betrachtung der Investitionsaufwendungen und die Entwicklungen der Investitionskosten in der medizinischen Rehabilitation sollten in einem separaten Arbeitspapier beleuchtet werden.

1.2 Zielsetzung des Arbeitspapiers

Zielsetzung dieses Arbeitspapiers ist es, das bestehende Finanzierungssystem und die Entwicklungen der Investitionskosten in der medizinischen Rehabilitation darzustellen, Systemfehler aufzuzeigen sowie Alternativen zur angemessenen Berücksichtigung von Investitionskosten zu diskutieren und zu bewerten. Dabei wird speziell auf die bestehende Preisbildungssystematik, deren Konsequenzen für die Branche sowie auf die Gründe für den hohen und steigenden Investitionsbedarf bei den Einrichtungen eingegangen. Den Abschluss des Arbeitspapiers bildet die Beschreibung von Anforderungen an ein angemessenes System zur zukünftigen Vergütungssatzkalkulation sowie Empfehlungen zu der Auswahl des geeigneten Lösungsansatzes. Dieses Arbeitspapier ist nicht als wissenschaftliches Gutachten zu verstehen, sondern soll als Grundlage für eine Diskussion mit den Rehabilitationsträgern dienen, inwieweit der Bereich der Investitionskosten angemessen in den Vergütungssätzen Berücksichtigung finden kann.

2 Analyse des bestehenden Finanzierungssystems in der medizinischen Rehabilitation

Ausgangssituation

Die Finanzierung der medizinischen Rehabilitation erfolgt durch die gesetzlich festgelegten Rehabilitationsträger¹. Dabei sind die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) mit einem Anteil von zusammen rund 70% am Gesamtfinanzierungsvolumen die bedeutendsten Träger. Im Rahmen dieser sogenannten „monistischen“ Finanzierung übernehmen die Träger sämtliche Kosten der rehabilitativen Leistungserstellung vornehmlich in Form von tagesgleichen Vergütungssätzen (Modifikationen z.B. durch Kontingentierungen oder Komplexpauschalen). Damit sollen sowohl die Kosten der Therapie, als auch die Unterbringungs- und Verpflegungskosten sowie Aufwendungen für sämtliche Investitionen der Einrichtungen, abgegolten werden.

Chancen und Herausforderungen für Teilnehmer am Rehabilitationsmarkt

Signifikante Änderungen des gesetzlichen Rahmens, v.a. Mitte der 1990er Jahre (vgl. Abbildung 1), eine alternde Gesellschaft und die Verkürzung der Liegedauern im akutstationären Bereich führen dazu, dass sich der deutsche Rehabilitationsmarkt in einem andauernden Veränderungs- und Konsolidierungsprozess befindet. Die prognostizierten Entwicklungen auf dem Gesundheitsmarkt legen nahe, dass der Bereich der Rehabilitation bereits heute und auch in Zukunft eine immer steigende Bedeutung haben wird.

Experten² gehen für den Rehabilitationssektor von folgenden Markttrends aus:

- Aufgrund der nach der Einführung der DRG in den Krankenhäusern sinkenden Verweildauern müssen Wege gefunden werden, die Patienten nach einem stationären Aufenthalt kostengünstig weiter zu behandeln. Dabei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund des steigenden Patientenalters die ambulanten Strukturen nicht alle Patienten auffangen können, die nach einem stationären Aufenthalt einer Nachbehandlung bedürfen. Der Rehabilitation kommt dabei eine steigende Bedeutung zu.
- Steigende Bedeutung der AHB-Kliniken. Der Anteil der AHB-Leistungen an den gesamten Leistungen der medizinischen Rehabilitation steigt stetig. Immer mehr Patienten

¹ Vgl. § 6 SGB IX.

² Vgl. Gesundheitsreport 2006, S. 5ff.

kommen direkt aus dem Krankenhaus in die Rehabilitationskliniken. Derzeit ist (noch) ein Teil der Kapazitäten falsch am Markt ausgerichtet. Es wird davon ausgegangen, dass die Nachfrage nach AHB-Leistungen weiterhin steigen wird und es in Zukunft mehr AHB-Kliniken geben wird.

- Aufgrund 1996 beschlossener gesetzlicher Veränderungen brach die Auslastung vieler Einrichtungen drastisch ein und viele Kredite konnten nicht mehr bedient werden. Noch heute, zehn Jahre später, leiden viele Kliniken unter den Folgen der Reform. Dies kann, vor allem in Kliniken, die nicht auf die AHB-Leistungen ausgerichtet sind, zur Insolvenz führen.
- Ambulantes Potenzial: Der Aufbau ambulanter Versorgungsformen wird weiter forciert. Mit Blick auf die demographischen und soziokulturellen Veränderungen (vor allem zunehmende Anzahl von Single-Haushalten usw.), kann die im Trend zunehmende ambulante Leistungserstellung in der Rehabilitation die stationäre Rehabilitation nur ergänzen, jedoch nicht ersetzen.

In der nachfolgenden Abbildung sind die Entwicklungsphasen des Rehabilitationsmarktes dargestellt.

Entwicklungs-Phasen	Hauptmerkmale Phase 1:	Hauptmerkmale Phase 2:	Hauptmerkmale Phase 3:	Hauptmerkmale Phase 4:
		<ul style="list-style-type: none"> Steuerbegünstigungen bei Investitionen Keine Beschränkung bei Zulassungen Kostenträger schließen Versorgungsverträge, z.T. mit nicht angemessenen Vergütungssätzen (indikationsspez. Unterschiede) Es entstehen Einrichtungen fernab von Ballungszentren Keine Differenzierung Kur / Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> Gesetzliche Reformen 1996/97 mit dem Ziel Kosteneinsparungen zu realisieren: <ul style="list-style-type: none"> Budgetkürzungen und erschwerter Reha-Zugang Reha-Markt stürzt in eine schwere Krise: <ul style="list-style-type: none"> Dramatischer Rückgang von Behandlungsdauer und Fallzahlen Überkapazitäten Investitionen bleiben aus Verdrängungswettbewerb 	<ul style="list-style-type: none"> Teiltrücknahme/ Lockerung restriktiver Gesetzesvorgaben der Vorjahre Deutliche Fallzahlensteigerungen in der Reha als Antwort Politisch wird die Reha wieder unterstützt Deutliche Erholung des Reha-Marktes Zus. Anforderungen und Veränderungen durch das SGB IX Trennung Vorsorge/Kuren und med. Rehabilitation
Finanzierung	++	--	++	+
Wettbewerb	++	--	-	-
Nachfrage	++	---	++	0 (+)*
Rendite	++	--	0	0/+
Investitionen	++	---	-	0/+
	Ende 80er bis 1996	1996-1997	1998-2002	2003 bis heute

* Sehr fachgebietspezifisch: - Zunahmen in der Neurologie, Sucht, Psychiatrie, Psychosomatik
- Abnahmen in der Inneren Medizin, Orthopädie u.a.

Legende – Auswirkungen auf die Rehabilitationskliniken			
+++	stark positiv	-	leicht negativ
++	positiv	--	negativ
+	leicht positiv	---	stark negativ
()	neutral		

Abbildung 1: Entwicklungsphasen des Rehabilitationsmarktes (Quelle: eigene Darstellung).

Der Rehabilitationsmarkt befindet sich seit etwa 2003 in einer neuen Umbruchphase, in der sich die Anforderungen an die Rehabilitation stark verändern. Die teilweise notwendige Umgestaltung der Leistungsinhalte und die zunehmende medizinische Ausrichtung der Rehabilitation bedingen - neben den zunehmend erforderlichen Investitionen zum Substanzerhalt - einen verstärkten Investitionsbedarf in den einzelnen Kliniken. Diese Investitionen müssen die Einrichtungen im derzeitigen System aus ihren Vergütungssätzen finanzieren können.

2.1 Grundlagen des Finanzierungssystems und Charakteristika der Monistik

Jedes Unternehmen produziert als Ergebnis seiner Geschäftstätigkeit ein Produkt oder eine Dienstleistung. Im Falle der Rehabilitationskliniken ist dieses Output die Beseitigung, Minde-

rung der Teilhabestörung des Patienten und seine Wiedereingliederung in das berufliche, soziale und gesellschaftliche Umfeld. Diesem Leistungserstellungsprozess (Güterstrom) steht ein gegenläufiger Geldstrom aus Einzahlungen und Auszahlungen entgegen. Die Regelung dieses Geldstroms erfolgt im Finanzbereich des Unternehmens und beinhaltet die Bereiche Investition und Finanzierung. Investieren bedeutet grundsätzlich die Verwendung finanzieller Mittel. Klassische Investitionsgüter sind dabei durch einen hohen Bedarf an Kapital und eine langfristige Bindung dieses Kapitals gekennzeichnet. Bevor Investitionsgüter beschafft werden können, stellt sich stets die Frage nach ihrer Finanzierung. Unter Finanzierung wird die Bereitstellung der für eine Investition nötigen Mittel verstanden. Investition und Finanzierung hängen also unmittelbar zusammen.³

Das Finanzierungssystem in der medizinischen Rehabilitation ist monistisch aufgebaut, d.h. dass sowohl die Betriebs- als auch die Investitionskosten aus einer Hand finanziert werden. Im Unterschied dazu werden bei der dualen Finanzierung im deutschen Krankenhausbereich Betriebs- und Investitionskosten getrennt vergütet, wobei die Krankenkassen oder Privatpersonen für die Betriebskosten aufkommen und das jeweilige Bundesland gesetzlich verpflichtet ist, die Investitionsaufwendungen zu tragen.⁴

Die Abbildung 2 zeigt eine vereinfachte Darstellung der Einnahmen- und Ausgabenstruktur einer Rehabilitationseinrichtung. Es wird deutlich, dass allen Ausgabenpositionen im Wesentlichen nur eine Einnahmequelle entgegensteht.

³ Vgl. Wöhe (2000), S.617 ff.

⁴ Vgl. § 4 KHG.

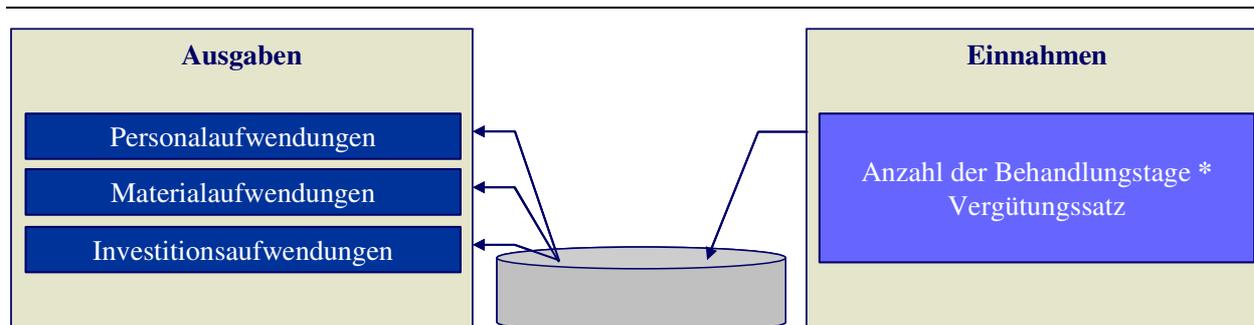


Abbildung 2: Schematische Darstellung der Einnahmen- und Ausgabenstruktur einer Rehabilitationseinrichtung (Quelle: eigene Darstellung).

Nach dem Prinzip der Monistik liegt die Finanzierung der Investitions- und laufende Betriebskosten der Einrichtungen bei den gesetzlich festgelegten Rehabilitationsträgern (vgl. Abbildung 3).⁵ Zwar finanzieren Selbstzahler ihre gesamte Behandlung selbst, diese Beträge sind jedoch im Vergleich zum Volumen der Versicherungen marginal. Eine öffentliche Förderung durch die Bundesländer findet dabei nicht statt.

Abbildung 3 zeigt die wesentlichen Finanz- und Leistungsströme einer Rehabilitationsklinik und bildet somit ab, wie die rehabilitative Leistung derzeit vergütet wird. Zunächst führen Arbeitnehmer und Arbeitgeber Beiträge an die Versicherungen ab. Diese vereinbaren mit den Kliniken Vergütungssätze für die Leistungserbringung. Dieser monistische Verlauf wird ergänzt durch die an Selbstzahler erbrachten Leistungen. Diese Position ist jedoch von wesentlich geringerer Höhe, als die Versicherungsleistung. Diese Geldströme finanzieren die Sachleistung der Kliniken, also der therapeutische Prozess am Patienten (Leistungsstrom).

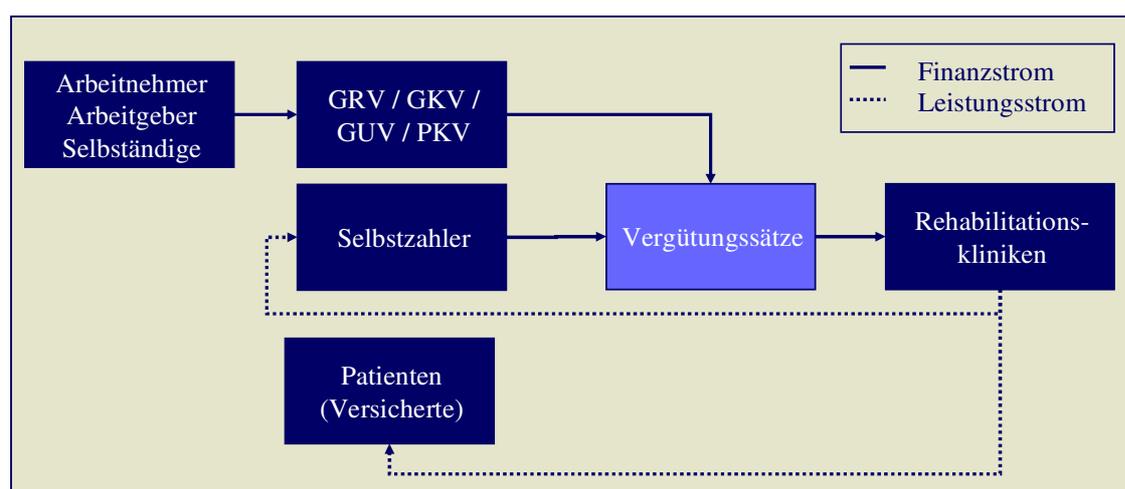


Abbildung 3: Finanz- und Leistungsströme der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen (Quelle: eigene Darstellung).

⁵ Vgl. § 6 SGB IX

Das monistische Finanzierungssystem impliziert also, dass die Vergütungssätze der Kostenträger angemessen hoch sein müssen, um neben den Kosten des laufenden Betriebes auch Investitionen finanzieren zu können. Faktisch finanzieren die Einrichtungen ihre Investitionen heute zum Teil aus Überschüssen und zum Teil durch die Fremdfinanzierung, wobei sie am Finanzmarkt mit anderen Marktteilnehmern um die günstigen Finanzierungsbedingungen konkurrieren müssen. Die Financiers richten dabei ihre Entscheidungen über die Finanzierungsbedingungen in Abhängigkeit von der allgemeinen Markt- und Zinssituation. Die Rehabilitationseinrichtungen müssen ihre aktuelle und künftige Ertragskraft unter Beweis stellen. Durch die Anforderungen von Basel II wurde die Beschaffung von Fremdkapital zusätzlich erschwert. Einrichtungen, denen es nicht gelingt, ausreichend Fremdkapital für Investitionen zu beschaffen, geraten in Investitionsrückstau, was zu steigendem Investitionsbedarf und einer Schwächung der Wettbewerbsfähigkeit in der Zukunft führt.

Die Ertragskraft der Rehabilitationseinrichtungen ist deren Fähigkeit, nachhaltige Überschüsse in ausreichender Höhe zu generieren. Die Ertragskraft hängt somit unmittelbar davon ab, wie die Einrichtung dem steigenden Kosten- und Leistungsdruck begegnen kann. Diesem Druck kann nur durch eine Erhöhung der Attraktivität der Einrichtung für die Patienten begegnet werden. Dazu sind i.d.R. steigende Investitionen nötig, die zur qualitativen Verbesserung der Diagnose/Therapie (technischer Fortschritt) und zur Optimierung der (Organisations-)Strukturen beitragen sollen.

Die Frage der Finanzierung der notwendigen Investitionen hat eine entscheidende Bedeutung für den Erfolg der stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtung. Abbildung 4 stellt die grundsätzlichen Finanzierungsalternativen schematisch dar.

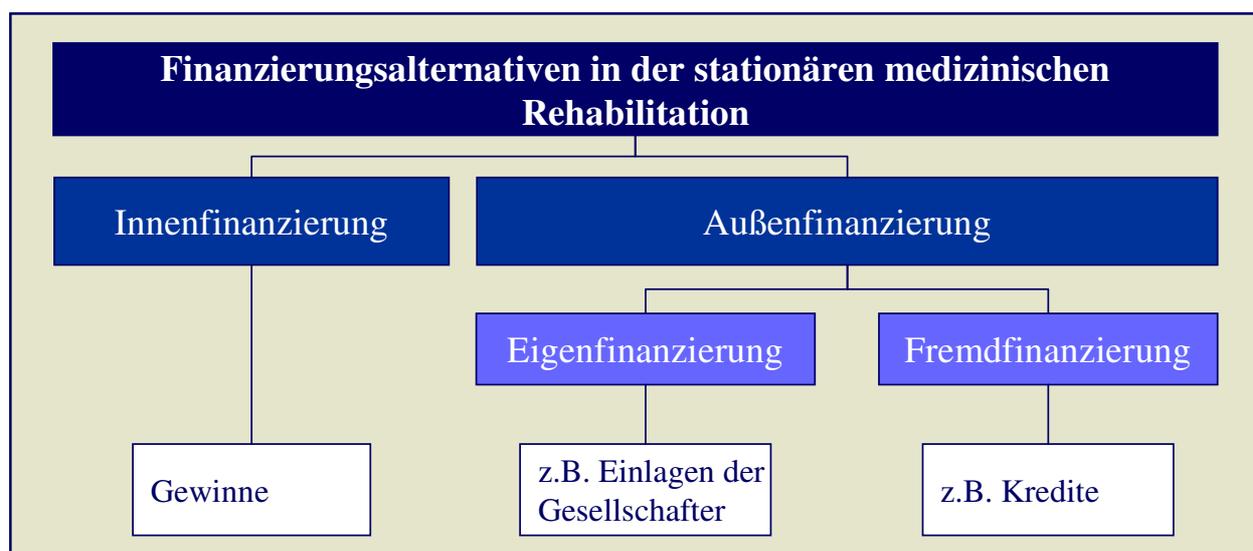


Abbildung 4 : Grundsätzliche Finanzierungsalternativen (Quelle: in Anlehnung an Wöhe, S. 621).

An der Innenfinanzierung als Initiator für die Herstellung einer nachhaltigen Ertragskraft führt kein Weg vorbei. Gewinne der Unternehmen in der Marktwirtschaft beinhalten den unternehmerischen Lohn für die Betreiber des Unternehmens und ermöglichen Mittel für die Innenfinanzierung bereit zu stellen.

Bei der Außenfinanzierung ist zu beachten, dass alternative Finanzierungsquellen damit verbunden sind, dass privates Kapital immer verzinst werden muss und die Verzinsung eine Ertragsfähigkeit des Unternehmens voraussetzt. Der Kapitaleinsatz muss durch die Erlöse des Unternehmens erwirtschaftet werden. Bei der Eigenfinanzierung durch die Börse sind Gewinne notwendig, um die Renditeerwartungen von Investoren zu erfüllen. Eigenkapitalzuführung durch Gesellschafter erfolgt ebenfalls mit Renditeerwartungen der Kapitalgeber in Höhe eines kalkulatorischen Unternehmerlohns. Der Rehabilitationsmarkt in Deutschland ist durch einen hohen Anteil privater Anbieter gekennzeichnet. Diese erwarten für ihre Bereitstellung von Eigenkapital naturgemäß eine angemessene Verzinsung. Zudem ist die Ausstattung mit ausreichend Eigenkapital i.d.R. Voraussetzung für die Finanzierungszusage von Fremdkapitalgebern.

Grundsätzlich ist eine Außenfinanzierung also teurer, als eine Innenfinanzierung. Investive Mittel müssen in jedem Fall aus den operativen Gewinnen finanzierbar sein, sei es für innenfinanzierte Investitionsaufwendungen oder für die Refinanzierung (Zins, Tilgung) außenfinanzierter Maßnahmen. Es ist unumstritten, dass regelmäßige Investitionen zum Substanzerhalt und der Marktorientierung der Häuser erforderlich sind. Wegen der bestehenden Monistik ist es Aufgabe der Rehabilitationsträger, hierfür ausreichend Mittel zur Verfügung zu stellen.

2.2 Einfluss steigender Qualitätsanforderungen auf den Investitionsbedarf

Qualitätssicherung ist ein gemeinsames Anliegen der Leistungserbringer und der Rehabilitationsträger und zwischenzeitlich im SGB V vorgeschrieben. Das interne Qualitätsmanagement wird im § 20 SGB IX geregelt.

Im Rahmen der Gesundheitsreform wurde für den Bereich Rehabilitation eine Zertifizierungspflicht für das interne Qualitätsmanagement aller stationären Rehabilitationseinrichtungen geregelt.

Dies bedeutet, dass Re-Zertifizierungen in regelmäßigen Abständen stattfinden müssen. Die Rehabilitationseinrichtungen erhalten von den Rehabilitationsträgern lediglich ihre Behandlungs-

kosten erstattet, wenn sie die Kriterien des jeweiligen Zertifizierungsverfahrens - welches bisher noch nicht einheitlich geregelt ist - erfüllen.

Eine Zertifizierung des internen Qualitätsmanagements führt jedoch zu Mehrkosten und erheblichem organisatorischen Aufwand. Dies liegt daran, dass Zertifizierungsverfahren diverse Anforderungen an die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation stellen, beispielsweise Anforderungen an personelle Ausstattung sowie indikationsspezifische Anforderungen an die Sachausstattung, dabei insbesondere an die medizinisch-technische Ausstattung. Zertifizierungsverfahren berücksichtigen des Weiteren auch, ob die Einrichtung Investitionsplanung durchführt und ob in der Einrichtung die Instandhaltung gewährleistet wird.

Dadurch steigt der Kostendruck bei den Rehabilitationseinrichtungen weiter. Sie müssen durch gezielte Investitionen hohe Qualitätsstandards erfüllen, damit die Einrichtung zertifiziert werden kann und eine Erstattung der Behandlungskosten sichergestellt wird.

2.3 Marktpreise in der Rehabilitation

Ein Markt bedeutet das Aufeinandertreffen von Angebot und Nachfrage für ein Gut oder eine Dienstleistung. Märkte können in sachliche (Güter(gruppen)), räumliche und personelle (Marktteilnehmer) Dimensionen abgegrenzt werden.⁶ So kann der für Rehabilitationseinrichtungen relevante Markt i.e.S. sachlich auf die Dienstleistungen Therapie, Pflege und Hoteldienste, räumlich auf das Einzugsgebiet der Einrichtung und personell auf die Mitarbeiter, Patienten, Lieferanten und Rehabilitationsträger der Klinik beschränkt werden.

Die Art der Preisbildung hängt grundsätzlich von der Beschaffenheit des jeweiligen Marktes ab. Die klassische Preistheorie unterstellt eine – in der Realität nicht vorhandene - vollkommene Konkurrenzsituation, d.h. vollkommene Märkte und eine unbegrenzte Anzahl an Anbietern und Nachfragern. Unter einem vollkommenen Markt wird eine Situation verstanden, in der alle Anbieter und Nachfrager ihren Gewinn bzw. Nutzen maximieren wollen, vollkommen über das Marktgeschehen informiert sind, persönlich, sachlich, räumlich und zeitlich keine Präferenzen haben und unendlich schnell auf geänderte Preise oder Marktbedingungen reagieren. Diese Annahmen führen zu maximalem Wettbewerbs- und Preisdruck. Unter vollkommener Konkurrenz entstehen einheitliche Konkurrenzpreise. Ziel der Anbieter ist es daher, die Bedingungen des vollkommenen Marktes, z.B. durch Nischenprodukte oder Etablierung einer Marke mit

⁶ Vgl. Wöhe (2000) S. 514 f.

Preispremium, auszuhebeln. In der Abbildung 5 werden die Entstehung eines gleichgewichtigen Preises unter vollkommenen Wettbewerbsbedingungen sowie die Bedingungen eines vollkommenen Marktes gezeigt.

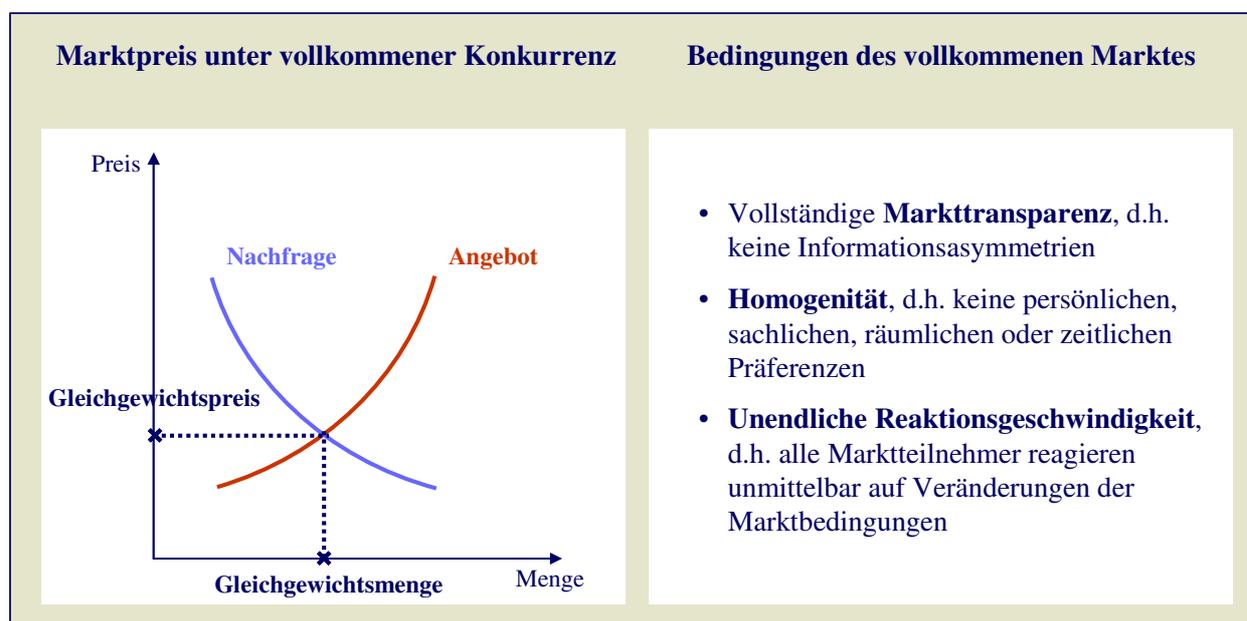


Abbildung 5: Marktpreisbildung unter vollkommener Konkurrenz und Bedingungen eines vollkommenen Marktes (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wöhe (2000), S. 515).

Die Abbildung 5 zeigt, dass mit steigendem Preis die Nachfrage nach einem Gut sinkt (blaue Kurve) und die Angebotsmenge steigt (rote Kurve). Dies ist intuitiv nachvollziehbar, da sich bei steigenden Verkaufspreisen eines Gutes weniger Käufer, jedoch mehr Verkäufer für ein Produkt oder eine Dienstleistung finden werden. Die Angebots- und Nachfragekurve schneiden sich in genau einem Punkt, dem Marktgleichgewicht. In diesem Optimum entspricht das Angebot genau der Nachfrage, d.h. wenn das Produkt oder die Dienstleistung zum Gleichgewichtspreis angeboten wird, ist die angebotene Menge identisch mit der nachgefragten Menge. Ist jedoch der Preis höher oder niedriger als der gleichgewichtige Preis, so entsteht ein Angebots- bzw. Nachfrageüberhang.

Im Folgenden soll anhand der genannten Kriterien eines vollkommenen Marktes überprüft werden, ob eine wettbewerbliche Preisgestaltung auf dem deutschen Rehabilitationsmarkt möglich ist. Die Voraussetzungen eines transparenten Marktes sind hier derzeit nicht erfüllt. Dies liegt zum einen daran, dass das Verfahren der Vergütungssatzkalkulation seitens der Rehabilitationsträger nicht offen gelegt wird. Die Vergütungssätze auf dem Markt sind nicht einheitlich, sondern werden einrichtungsspezifisch verhandelt. Zur Berücksichtigung des unterschiedlichen Ressourcenverbrauchs in den verschiedenen Abteilungen einer Einrichtung sind mehrere Vergütungssätze innerhalb einer Klinik möglich. Weiterhin erfolgt die Belegung der Rehabilitations-

kliniken durch die Rehabilitationsträger derzeit inhomogen, d.h. es werden nicht alle Kliniken gleichmäßig ausgelastet. Dies liegt teilweise an deren Angebotsspektrum, welches naturgemäß ebenfalls nicht homogen ist, sondern unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte, Therapieangebote, räumliche Gegebenheiten und Fachabteilungen aufweist. Gleichzeitig haben die Nachfrager der Rehabilitationsleistung, nämlich Kostenträger oder die Patienten selbst und die Überleitungsmanager (Ärzte und Krankenhäuser), meist Präferenzen oder vertragliche Verbindungen im Bezug auf einzelne Rehabilitationskliniken. Ärzte können zwar bis zu einem gewissen Grad individuelle Wünsche der Patienten berücksichtigen, beide Gruppen sind jedoch in den seltensten Fällen vollständig informiert über die auf dem Markt angebotenen rehabilitativen Maßnahmen. Patienten in somatischen Indikationsbereichen bevorzugen dabei häufig Kliniken, die in der Nähe ihres Wohnortes liegen. Einweisende Krankenhäuser sind in vielen Fällen in Verbänden organisiert oder anderweitig vertraglich mit vertikal nachgelagerten Rehabilitationseinrichtungen verbunden, wodurch ihr Einweisungsverhalten beeinflusst wird. Aber auch die Rehabilitationsträger beeinflussen entscheidend die Belegung der Kliniken. Generell ist eine Markttransparenz auf dem Rehabilitationsmarkt schlicht dadurch nicht gegeben, dass Leistungs- und Kostendaten der Einrichtungen dem Markt nicht oder nicht vollständig zur Verfügung stehen. Das Kriterium der unendlichen Reaktionsgeschwindigkeit erfüllt der deutsche Rehabilitationsmarkt ebenfalls nicht, da in den jährlichen Vergütungssatzverhandlungen die Preise für ein Jahr festgeschrieben werden und sich nicht z.B. aufgrund jeder Schwankung am Kapitalmarkt oder bei veränderten Einkaufskonditionen anpassen können.

Eine weitere Besonderheit des Rehabilitationsmarktes ist die Kopplung bzw. Aufteilung von Anbietern und Nachfragern: Ein Rehabilitationsträger kann selbst Kliniken besitzen, wodurch er gleichzeitig Leistungen anbietet und bei Belegung der eigenen Klinik diese auch nachfragt. Eine Verzerrung des Marktgleichgewichts erfolgt zudem durch die Entkopplung von Financier und Empfänger der Leistung: Der Patient nimmt die Leistung in Anspruch, während die dadurch entstehenden Kosten vom zuständigen Rehabilitationsträger übernommen werden. Diese Entkopplung von Leistung und Kosten führt dazu, dass häufig kein Kosten-Leistungs-Optimum gesucht wird, sondern primär niedrigpreisige Einrichtungen belegt werden, ohne die Leistungsinhalte und -qualität entsprechend zu berücksichtigen.

Die Struktur des deutschen Rehabilitationsmarktes ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl an Leistungserbringern, die Leistungen für einige wenige Träger erbringen (Nachfrageoligopol). Dass in einem derartigen Marktumfeld keine Marktpreise entstehen können, zeigt die systematische Absenkung der realen Preise für stationäre medizinische Rehabilitation in den 90er Jahren,

während gleichzeitig in allen übrigen Dienstleistungsbereichen Gesundheitssystems Preissteigerungen erfolgten.

Eine weitere Ursache für die Verzerrung des Rehabilitationsmarktes sind die Qualitäts- und Strukturvorgaben der Rehabilitationsträger. Beim Vergleich mit anderen Güter- oder Dienstleistungsmärkten werden solche Vorgaben häufig auf die Outputqualität gemacht. Im Rehabilitationsbereich greifen die qualitativen Forderungen durch die Vorgabe von strukturellen Gegebenheiten, dagegen in den Leistungserstellungsprozess ein. Den Rehabilitationseinrichtungen ist es also nicht freigestellt, wie sie das von den Rehabilitationsträgern, Einweisern und Patienten geforderte Behandlungsergebnis erreichen. Die Sicherstellung einer hohen Qualität durch Qualitätsvorgaben (z.B. im Bereich Strukturqualität) ist bei Gesundheitsleistungen unbestritten ein sinnvoller Weg, in der systemtheoretischen Betrachtung schränkt er jedoch die freie Preisbildung ein.

Die beschriebenen systemtheoretischen Anforderungen an vollkommene Märkte unter vollkommener Konkurrenz zur Findung von gleichgewichtigen Wettbewerbspreisen sind auf dem Rehabilitationsmarkt zurzeit nicht gegeben und werden allein aufgrund der Besonderheiten medizinisch-rehabilitativer Leistungen auch zukünftig nicht erfüllt werden können. Die Kopplung oder Entkopplung der Akteure, Informationsasymmetrien oder inhomogene Präferenzen der Nachfrager sind nur einige Beispiele dafür. Es wird deutlich, dass auf dem Rehabilitationsmarkt keine gleichgewichtigen Marktpreise entstehen können.

3 Preisbildungssystematik der Rentenversicherung

3.1 Status Quo der Preisbildung

Derzeit erfolgt die Finanzierung stationärer Rehabilitationsleistungen in Form von Vergütungssätzen. Diese werden zwischen den Rehabilitationseinrichtungen und Rehabilitationsträgern im Rahmen eines Tender-Verfahrens ausgehandelt. Bei dieser Preisbildung werden die Auswirkungen der oligopolen Nachfragerstruktur besonders deutlich. Die Verhandlung der Vergütungssätze erfolgt meist auf operativer Ebene, d.h. über die Deckung der für die Behandlung und Unterbringung der Patienten entstehenden Kosten. Der Wettbewerbsdruck und die derzeitige Preisbildungssystematik führen dazu, dass die verhandelten Sätze häufig nur die variablen Betriebskosten decken. Die unternehmerische Notwendigkeit der Durchführung von Investitionen für Instandhaltung, Ersatzbeschaffung oder Aufrüstung der bestehenden Strukturen bleibt dabei unberücksichtigt.

3.2 Konsequenzen der derzeitigen Preisbildungspolitik

Die derzeitige Form der Preisbildung in der stationären medizinischen Rehabilitation führt zu unausgeglichene Marktstrukturen und gesamtwirtschaftlich ungewollten Effekten: Es werden grundsätzlich Durchschnittspreise kalkuliert, d.h. die Finanzierung von Rehabilitationsleistungen erfolgt weitgehend ohne Berücksichtigung der Angebotsstandards und bisherigen Investitionstätigkeit. Vielmehr werden preisgünstige Einrichtungen eher bevorzugt belegt. Unter der Annahme unternehmerischen Handelns sind im aktuellen System niedrige Preise nur erzielbar, wenn auch ein niedriger Kostenlevel gehalten wird. In größeren Einrichtungen oder Verbänden kann eine solch effiziente Leistungserbringung teilweise durch bessere Einkaufskonditionen oder andere Skaleneffekte erzielt werden. Zudem verfügen Einrichtungen der Wohlfahrtspflege potenziell auch über Möglichkeiten, Drittmittel (z.B. *Aktion Mensch* oder früher Förderung über Landesmittel) einzuwerben oder Investitionen über Trägermittel quer zu subventionieren. Grundsätzlich sind jedoch Leistungen, die zu nicht marktgerechten geringen Preisen angeboten werden, zu meist mit dem Angebot einer vergleichsweise niedrigen Qualität oder dem Aufschieben notwendiger Investitionen verbunden. Es werden also indirekt Kliniken mit niedriger Investitionstätigkeit bzw. niedrigen Leistungsstandards bevorzugt, während solche mit hohen Leistungsstandards und angemessener Investitionstätigkeit benachteiligt werden. Die stark preisgetriebene Belegung führt darüber hinaus dazu, dass strukturschwache Einrichtungen (z.B. mit bereits stark abge-

schriebenen Investitionen und niedriger Belegung) den Anreiz verspüren, ihre Belegungssituation durch nicht die Vollkosten deckende Preise („Dumping“) zu erhöhen. Setzt sich diese Entwicklung weiter fort, so stellt sich in der Rehabilitationsbranche schrittweise ein Substanzverlust ein, da die zum Substanzerhalt nötigen investiven Aktivitäten nicht hinreichend in den Vergütungssätzen berücksichtigt werden und aufgrund der abwärtsgetriebenen Preisspirale keine Anreize zur Steigerung der Investitionstätigkeit bestehen. Diese Entwicklung geht in eine unerwünschte Richtung.

Ziel muss es sein, auch langfristig qualitativ hohe Rehabilitationsleistungen zu gewährleisten. Dazu müssen Leistungen angeboten werden, die patientenorientiert, d.h. effektiv, qualitativ hochwertig und auf dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik und gleichzeitig wirtschaftlich, d.h. in effizienter Form erbracht werden. Andernfalls verliert die Rehabilitation ihre Existenzberechtigung im Sinne der Beseitigung bzw. Minderung der Teilhabestörung.

Mit Hinblick auf die teilweise bestehenden Überkapazitäten, ist eine gewisse Kapazitätsreduktion durchaus erwünscht. Damit diese Marktberichtigung sachgerecht, d.h. langfristig sinnvoll, erfolgt, kann die Steuerung nicht rein preisgetrieben erfolgen. Die aktuellen Asymmetrien der Machtverhältnisse zwischen der Angebots- und Nachfrageseite verhindern eine zielführende Kapazitätsanpassung. Da die Rehabilitationseinrichtungen von den Trägerentscheidungen zur Vergütungssatzhöhe abhängig sind, werden indirekt strategisch wichtige (Investitions-) Entscheidungen auf die Träger, also eine externe Institution, übertragen. In Folge dessen können für die Einrichtung wichtige Investitionsentscheidungen verzögert werden oder unterbleiben vollständig.

Neben dem beschriebenen Kostenfokus erfordert die Kalkulation bei den Vergütungssatzerhöhungen einen höheren Grad an Transparenz. Dies betrifft insbesondere die Kriterien zur Entscheidungsfindung bei den Vergütungssatzverhandlungen auf Seiten der Rehabilitationsträger sowie die Festlegung der einrichtungsbezogenen Vergütungssatzerhöhung selbst.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Finanzierung von stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen in Deutschland auf Basis von Einzelverträgen zwischen Rehabilitationsträger und Leistungserbringer erfolgt, was erheblichen Verwaltungsaufwand verursacht. Dies und die asymmetrischen Marktmachtverhältnisse führen dazu, dass die Rehabilitationseinrichtungen stark von der Zahlungsbereitschaft der Rehabilitationsträger abhängig sind und geringe Preistransparenz entsteht. Diese Situation führt dazu, dass die Kliniken keine Planungssicherheit für ihre Erlöse haben und keine valide Investitionsplanung auf mittel- bis langfristige Sicht vornehmen können.

3.3 Notwendigkeit von Investitionen

Wegen der beschriebenen Notwendigkeit ausreichender Ertragskraft sowie aufgrund der Unterfinanzierung der jüngeren Vergangenheit (nach dem Umbruch der Jahre 1996/1997, von dem sich der Markt bis heute nicht vollständig erholt hat) besteht ein erheblicher Nachholbedarf an Investitionen. Unter der Annahme von einer Soll-Investitionsquote (Investitionsbedarf) der Rehabilitationskliniken ähnlich hoch wie in anderen Wirtschaftsbereichen⁷, wären jährlich € 1,22 Mrd. erforderlich (Ausgangsbasis sind die Gesamtausgaben für medizinische Rehabilitation des Jahres 2006 in Höhe von € 7,2 Mrd.). Mitte der 90er Jahre trat das Beitragsentlastungsgesetz in Kraft, das eine Verkürzung der Regelzeit eines Rehabilitationsaufenthaltes von vier auf drei Wochen zur Folge hatte. Dadurch erfuhren zahlreiche Rehabilitationskliniken erhebliche Umsatzeinbrüche. Es ist daher anzunehmen, dass hierdurch in den vergangenen Jahren die Norminvestitionsquote kontinuierlich unterschritten wurde und insbesondere bei älteren Einrichtungen dringender Investitionsbedarf besteht. In den neuen Bundesländern sind in den Jahren nach der Wiedervereinigung erhebliche Beträge für Investitionen bereitgestellt worden, für die die Kliniken bis heute die Belastungen des Kapitaldienstes tragen müssen. In den alten Bundesländern sind dagegen vielfach notwendige Investitionen nicht oder nur in unzureichendem Maße getätigt worden, wodurch hier hoher Investitionsstau naheliegt. Dies bedeutet, dass Einrichtungen des Gesundheitswesens dringend Investitionsmittel in angemessener Höhe benötigen und die Unterlassung von notwendigen Investitionen zu schleichendem Substanzverlust führt.

Neben diesen Substanzerhaltungsinvestitionen müssen Rehabilitationskliniken auch in ihre Zukunftsfähigkeit investieren. Die bereits beschriebenen aktuellen Herausforderungen auf dem Markt der Gesundheitsdienstleistungen wie demografischer Wandel, Wettbewerbs- und Effizienzdruck verstärken die Notwendigkeit von Investitionen. Gleichzeitig müssen zum Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit die betrieblichen Abläufe möglichst effizient gestaltet werden und Innovationen aus Wissenschaft und Technik verfügbar gemacht werden. Eine Erweiterung oder Anpassung des Versorgungsangebotes an veränderte Marktbedingungen führt zwangsläufig zu Investitionsbedarf. Die Notwendigkeit von Investitionen in angemessener Höhe ist also nicht von der Hand zu weisen.

⁷ angenommen wird hier die volkswirtschaftliche Investitionsquote von 17%.

4 Diskussion und Bewertung ausgewählter Lösungsansätze zur angemessenen Berücksichtigung der Investitionskosten in den Vergütungssätzen

Eine der Zielsetzungen dieses Arbeitspapiers ist es, Alternativen zur angemessenen Berücksichtigung der Investitionskosten in der stationären medizinischen Rehabilitation darzustellen. Zur angemessenen Berücksichtigung von Investitionskosten in den Vergütungssätzen sind vielfältige Lösungswege denkbar. Im Weiteren werden einige Lösungsansätze vorgestellt, die auf den ersten Blick zielführend sein könnten und mit ihren Vor- und Nachteilen diskutiert. Es soll außerdem geprüft werden, ob sie geeignet sind, mit möglichst geringem Aufwand zu einer angemessenen und sachgerechten Berücksichtigung von Investitionskosten beizutragen.

Die folgenden Lösungsansätze sollen als eine Anregung aufgefasst werden, die einen Beitrag zur Steigerung der Effizienz im Gesamtsystem der Leistungserbringung der medizinischen Rehabilitation leisten. Sie sollen eine sachgerechte Vergütung der Rehabilitationsleistungen ermöglichen, ohne Marktanpassungsprozesse zu beeinträchtigen.

4.1 Pauschaler Zuschlag pro Einrichtung unter Berücksichtigung der Bettenanzahl

Beschreibung

Eine Möglichkeit der Investitionskostenberücksichtigung in den Vergütungssätzen ist ein pauschaler Zuschlag. Dieser erhöht den bestehenden Satz um einen einheitlichen Betrag pro aufgestelltes Bett, unabhängig von dem vorgehaltenen Fachabteilungs- und Leistungsspektrum. Der Grundgedanke hierbei ist die Annahme, dass die Bereitstellung von Rehabilitationskapazität (Betten) automatisch nutzungsbedingte Kosten verursachen. Die Instandhaltung und marktkonforme Anpassung von Ausstattung und baulicher Substanz fällt weitgehend unabhängig von der erbrachten Rehabilitationsleistung an. Dieses Konzept erinnert an das bestehende System der Pauschalförderung pro Bett in der akutstationären Versorgung.

Vorteile

Diese Form der Investitionskostenfinanzierung über leistungsunabhängige pauschale Zuschläge hat den Vorteil, dass sie leicht zu berechnen ist, da sie als einzige variable Größe die Anzahl der vorgehaltenen Betten berücksichtigt. Vorteilhaft an dieser Pauschalierung ist, dass die Förderung nicht individuell beantragt werden muss. Dadurch wird der bürokratische Aufwand für die Klini-

ken stark reduziert und die Rehabilitationsträger ersparen sich aufwändige Einzelfallprüfungen. Außerdem ist die Höhe des Investitionszuschusses bei diesem Konzept ex ante abschätzbar. Dies führt zu Planungssicherheit auf Seite der Kliniken und steigert die unternehmerische Freiheit.

Nachteile

Die aufgezeigten Vorteile beziehen sich im Wesentlichen auf die einfache Handhabung des Konzepts. Gleichzeitig entstehen durch diese Vereinfachung Ungleichbehandlungen und ungewollte Anreizwirkungen. Das Konzept berücksichtigt nicht den Kanon der Fachdisziplinen einer Einrichtung, welcher, z.B. in den Bereichen apparative Ausstattung und Flächenbedarf, durchaus Auswirkungen auf die benötigten Investitionsmittel hat. Das Abstellen der Finanzierungshöhe auf die Bettenzahl, unabhängig davon ob diese ausgelastet sind, setzt einen Anreiz, die vorhandenen Betten ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Auslastungsgrade zu erhalten oder sogar nach Möglichkeit auszuweiten.

4.2 Fachabteilungsübergreifender pauschaler Zuschlag in Abhängigkeit vom Erreichungsgrad einer definierten Zielauslastung

Beschreibung

Dem Problem der nicht gewollten Leistungsausweitung kann durch die Festlegung einer Zielleistungsmenge begegnet werden, an die die Höhe des pauschalen Zuschlags gekoppelt wird. Genau wie bei dem unter Kap. 4.1 vorgestellten Konzept, erfolgt auch hier die Finanzierung der Investitionen unabhängig vom vorgehaltenen Fachabteilungsspektrum. Es wird ein pauschaler Zuschlag pro Behandlungstag gezahlt (vgl. Abbildung 6).

Fachgebiet (Beispiele)	Bettenanzahl (Angabe des Hauses)	Soll-Auslastung*	Soll- Behandlungstage (Soll-BT)	Investitions- pauschale pro BT (beispielhaft)	Förderungsbetrag
Orthopädie	20	79%	5.767	10	57.670
Neurologie	40	84%	12.264		122.640
Psychiatrie	10	86%	3.139		31.390
Summe	70	-	21.170		211.700

* bundeseinheitliche Vorgabe

Abbildung 6: Beispielrechnung für die fachabteilungsübergreifende Ermittlung der Investitionsförderhöhe

Dabei werden bundeseinheitlich fachabteilungsbezogene Soll-Auslastungen je Fachabteilung vorgegeben. Aus diesen Zielwerten und der hausindividuellen Bettenzahl pro Fachabteilung er-

gibt sich die Zielanzahl an Behandlungstagen.⁸ Nach der Multiplikation der Summe der Soll-Behandlungstage mit einer definierten, fachabteilungsübergreifenden Investitionspauschale pro Behandlungstag ergibt sich der Investitionsförderungsbetrag bei 100% Erreichung der Soll-Behandlungstage. Durch die Summierung der Soll-Tage über die Fachabteilungen hinweg kann bei dieser Systematik eine Minderleistung in einem Gebiet durch eine Mehrleistung in anderen Bereichen kompensiert werden. Erreicht eine Einrichtung mindestens die Anzahl der Soll-Behandlungstage, so erhält sie die volle Fördersumme. Bei einer Teilerreichung wird die Förderung entsprechend gekürzt.

Vorteile

Bei diesem Konzept wird, zusätzlich zu den unter 4.1. genannten Vorteilen, den Rehabilitationskliniken der Anreiz genommen, nicht genutzte Kapazitäten aufrecht zu erhalten oder aufzubauen. Es kommt also zu einer Investitionsfinanzierung nach Wirtschaftlichkeitskriterien, zumindest kompensatorisch über die Fachabteilungen. Grundsätzlich werden solche Einrichtungen mit den höchsten Investitionsmitteln versorgt, die ihre Zielanzahl an Behandlungstagen erreichen und somit gut ausgelastet sind. Auch Einrichtungen, die nur eine oder wenige zukunftssträchtige Fachabteilungen haben, können weiterhin Investitionen für das Gesamthaus tätigen, wenn die Gesamtauslastung der Einrichtung dank dieser Fachabteilungen hoch bleibt. Dadurch werden weniger zukunftssträchtige, aber „notwendige“ Fachabteilungen finanziert, deren Erhalt aus medizinischen und gesamtgesellschaftlichen Aspekten sinnvoll erscheint. Zudem ist das beschriebene Berechnungsschema einfach und transparent. Die Einrichtungen geben einzig ihre Zahl an vorgehaltenen Betten an und wissen, in welcher Höhe sie Fördermittel erwarten können. Dies erhöht die Planungssicherheit für die Einrichtungsleiter.

Nachteile

Der Einbezug einer Wirtschaftlichkeitskomponente in Form der Zielauslastung beseitigt den unter Kap. 4.1 beschriebenen Nachteil, Anreize für eine Kapazitätsausweitung zu setzen. Da der Zuschlag weiterhin fachgebietsunabhängig erfolgt, werden die unterschiedlichen Investitionsbedarfe unterschiedlicher Fachabteilungen, Behandlungsschwerpunkte und Therapieformen nicht berücksichtigt. Es ist zudem nicht sachgerecht, eine einheitliche Investitionspauschale pro Behandlungstag über alle Fachgebiete hinweg festzulegen. Die unterschiedlichen Fachdisziplinen haben auch unterschiedlichen Investitionsbedarf, der bei der Förderung berücksichtigt werden sollte. Eine derartige Gleichbehandlung setzt dagegen Anreize, sich auf Fachgebiete zu konzent-

⁸Berechnung: Bettenzahl x 365 Tage x Soll-Auslastung = Soll-Behandlungstage

rieren, die verhältnismäßig geringen Investitionsbedarf haben. Ein weiterer Schwachpunkt dieser Investitionsfinanzierungsweise ist ihre Kurzfristigkeit. Es werden solche Einrichtungen gefördert, die eine hohe Ist-Auslastung aufweisen. Abteilungen mit großem Potenzial für die Zukunft, die sich jedoch gerade erst in der kostenintensiven Aufbauphase befinden und noch gering ausgelastet sind, werden dagegen unzureichend finanziert.

4.3 Fachabteilungsspezifischer pauschaler Zuschlag in Abhängigkeit vom Erreichungsgrad einer definierten Zielauslastung

Beschreibung

Die bisher skizzierten Konzepte berücksichtigen nicht die unterschiedlichen Investitionsbedarfe der Fachgebiete, die sich aus den unterschiedlichen Inhalten der Rehabilitationsleitungen ergeben. Je nach Fachbereich und Rehabilitationstyp fallen in unterschiedlicher Höhe Therapie- und Diagnostikleistungen an, die neben unterschiedlichen Personal- und Sachaufwendungen auch sehr unterschiedliche Investitionsbedarfe, z. B. durch eine kostenintensive apparative Ausstattung, verursachen. Um diese Abweichungen bei der Inanspruchnahme von Ressourcen sachgerecht abzubilden, ist es sinnvoll, fachbereichsspezifische Besonderheiten in die Berechnung der Investitionskostenpauschale einzubeziehen. Daher sollte für jede Fachabteilung – zusätzlich zu den Berechnungsgrundlagen der vorgenannten fachabteilungsübergreifenden Förderung - eine eigene Tagespauschale zur Investitionsfinanzierung bestimmt werden (vgl. Abbildung 7).

Fachgebiet (Beispiele)	Bettenanzahl (Angabe des Hauses)	Soll-Auslastung*	Soll-Behandlungstage (Soll-BT)	Investitions-pauschale pro BT (beispielhaft)	Förderungsbetrag
Orthopädie	20	79%	5.767	16	92.272
Neurologie	40	84%	12.264	18	220.752
Psychiatrie	10	86%	3.139	14	43.946
Summe	70	-	21.170	-	356.970

* budeseinheitliche Vorgabe

Abbildung 7: Beispielrechnung für die fachabteilungsspezifische Ermittlung der Investitionsförderhöhe

Damit werden die unterschiedlichen Ressourcenbedarfe und Leistungen der Fachdisziplinen bei der Investitionsfinanzierung berücksichtigt. Eine solche Differenzierung ist gerechtfertigt durch die Annahme, dass eine stärkere Beanspruchung der Anlagegüter zu schnellerem Verschleiß und höherer Ersatznotwendigkeit führt.

Gleichzeitig signalisiert eine hohe Auslastung der Abteilung eine große Nachfrage nach der dort angebotenen Leistung. Hier sollen Investitionen getätigt werden, um ausreichend Kapazitäten

bereit zu stellen, um wachsende Nachfrage befriedigen zu können. Bei dieser Systematik werden besonders stark nachgefragte, zukunftssträchtige Fachbereiche belohnt und weniger nachgefragte Fachgebiete passen ihre Kapazitäten automatisch den Marktbedürfnissen entsprechend an. Diese Marktanpassung wird angestoßen durch eine Absenkung der Investitionspauschale. Dadurch ist die Abteilung nicht in der Lage, ein attraktives Leistungsspektrum anzubieten und wird von Zuweisern und Patienten weniger in Anspruch genommen. Schließlich muss sich das Management der Einrichtung entscheiden, ob ein weiterer Betrieb diese Fachabteilung in der Einrichtung wirtschaftlich sinnvoll ist. Die fachabteilungsbezogene Investitionskostenpauschale ist, bei angemessener Kalkulation und regelmäßig vorgenommenen Anpassungen, ein Instrument zur Entscheidungsunterstützung für die strategische Ausrichtung (Fachabteilungen, Spezialisierung) einer Rehabilitationseinrichtung. Nach dem Grundsatz der wirtschaftlichen Betriebsführung werden unrentable Fachabteilungen geschlossen. Diese nachfrageinduzierte Marktanpassung führt zu einer Neuverteilung der Patientenströme, die zu steigender Auslastung in anderen Einrichtungen führt. Diese geringere Anzahl an gut belegten gleichen Fachabteilungen erhält hohe Investitionszuschläge und ist somit in der Lage, qualitativ hochwertige, attraktive Leistungen anzubieten.

Die Kalkulation der beschriebenen fachbereichsspezifischen Zuschläge ist das kritische Element dieser Finanzierungsform. Sie müsste von Experten auf Grundlage von Standardtherapien der einzelnen Fachbereiche vorgenommen werden und regelmäßig überarbeitet werden. Dabei sind sowohl Erfahrungswerte aus der Vergangenheit, als auch absehbare prospektive Entwicklungen, u.a. medizinisch-technischer Fortschritt einzubeziehen.

Vorteile

Das beschriebene Konzept eines pauschalen Zuschlags in Abhängigkeit von Auslastung einer Fachabteilung führt zu einer Investitionsfinanzierung nach Wirtschaftlichkeitskriterien. Die Festlegung einer Zielauslastung vermeidet ungewollte Mengenausweitungen. Die Berücksichtigung des Fachabteilungsspektrums durch unterschiedlich hohe Pauschalen führt zu Sachgerechtigkeit in der Investitionsfinanzierung. Fachabteilungsspezifische Besonderheiten und Unterschiede im Ressourcenbedarf (Art, Menge) werden berücksichtigt und so der fachabteilungsspezifische Investitionsbedarf besser abgebildet. Durch die Kopplung von Erreichungsgrad der Zielauslastung und Fachabteilungsbezug erfolgt eine bedarfs- und verursachungsgerechte Investitionsfinanzierung.

Nachteile

Der höhere Detaillierungsgrad steigert bei dieser Methode neben der Sachgerechtigkeit auch den Aufwand für die Kalkulation und Zuweisung der Pauschalen. Die Investitionsbedarfe müssen fachabteilungsspezifisch kalkuliert werden und regelmäßig überprüft bzw. veränderten Bedingungen angepasst werden. Hierfür muss, ebenso wie bei der Berechnung der Zielauslastungen, eine von Leistungserbringer- und Kostenseite anerkannte Instanz gefunden oder geschaffen werden.

4.4 Pauschaler Zuschlag pro Behandlungstag unter Berücksichtigung des Anlagenabnutzungsgrades der Einrichtung

Beschreibung

Dieses Konzept unterscheidet sich wesentlich von den bisher vorgestellten Ansätzen. Zwar werden den Rehabilitationskliniken auch hier pauschale Investitionszuschläge zugewiesen, diese richten sich jedoch nicht nach der Auslastung oder dem Fachabteilungsspektrum, sondern nach der vorhandenen Substanz. Durch die Einbeziehung des Anlagenabnutzungsgrades (beispielhafte Darstellung vgl. Abbildung 8) erhalten Kliniken mit älterer Substanz mehr Investitionszuschuss als neuere Einrichtungen. Der Anlagenabnutzungsgrad setzt die kumulierten Abschreibungen des Anlagevermögens zu einem bestimmten Zeitpunkt in das Verhältnis zu ihren Anschaffungs- bzw. Herstellungskosten.

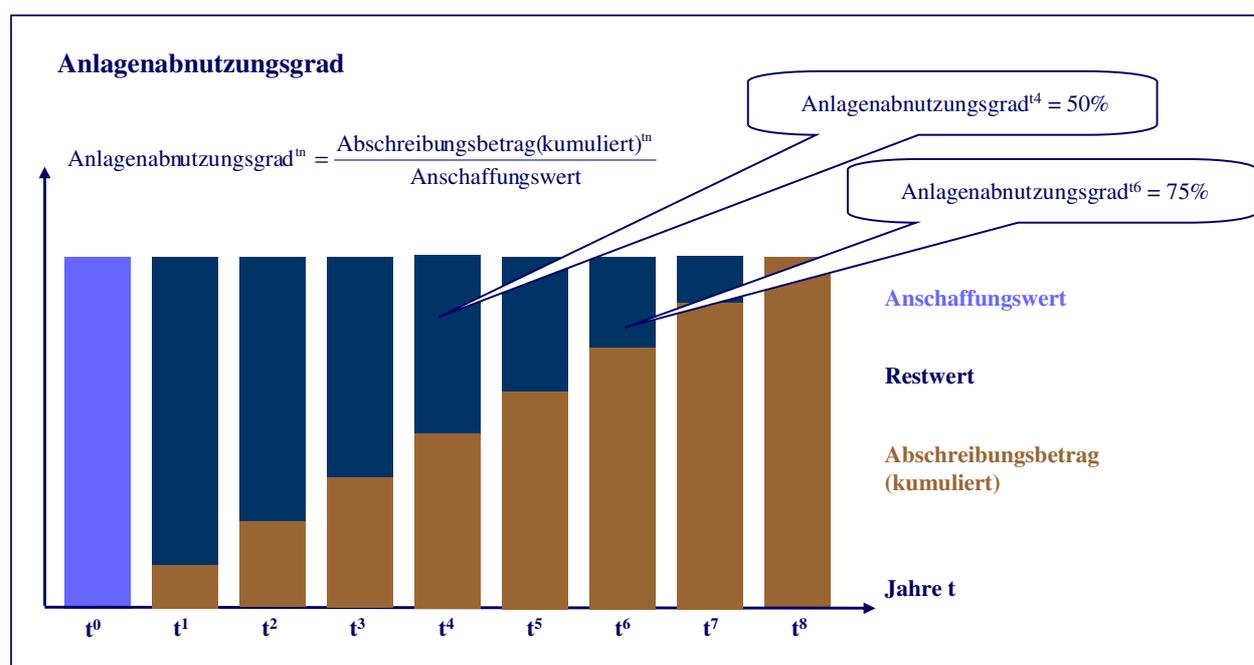


Abbildung 8: Darstellung und Berechnung des Anlagenabnutzungsgrades (Quelle: eigene Darstellung).

Der Anlagenabnutzungsgrad kann somit Werte zwischen 0 und 1 annehmen. Je höher der Wert ist, desto älter ist die apparative Ausstattung und bauliche Substanz des Hauses und es kann davon ausgegangen werden, dass der Investitionsbedarf der Einrichtung entsprechend höher ist. Die pauschale Zuweisung wird pro Behandlungstag vorgenommen und richtet sich nach der Bettenzahl und dem über den Anlagenabnutzungsgrad ermittelten Investitionsbedarf. Sie muss zweckgebunden verwendet werden. Eine Differenzierung nach Auslastung oder Fachabteilungsspektrum erfolgt nicht. Der Wert des Anlagenabnutzungsgrades (z.B. 40%, 60%) entspricht dabei dem Anteil an der maximal zu erreichenden Investitionspauschale, die die Klinik im Betrachtungsjahr erhält.

Vorteile

Die Abstimmung der Investitionsfinanzierung auf den Abnutzungsgrad der Anlagegüter hat den Vorteil, dass an Einrichtungen mit älterer Substanz mehr Investitionsmittel fließen, als an solche, die erst in der jüngeren Vergangenheit hohe Anschaffungs- oder Instandhaltungsinvestitionen getätigt haben. Wenn „ältere“ Kliniken mit den ihnen zugewiesenen, höheren Pauschalen in ihr Sachanlagevermögen investiert haben und somit ihre bauliche und apparative Substanz verbessert haben, sinkt im Folgejahr der Investitionszuschuss.

Dieser Lösungsansatz impliziert eine Gleichbehandlung der Anbieter und ermöglicht es, für jede Einrichtung die gleiche Ausgangsbasis, in Bezug auf die Ausstattung, zu schaffen. Zudem ist diese Art der Investitionskostenberechnung einfach durchzuführen, da die dafür nötigen Angaben in den Jahresabschlüssen der Häuser bereits erfasst sind.

Nachteile

Nachteilig an dem beschriebenen Vorgehen ist die Tatsache, dass auf dem Ist-Zustand der Rehabilitationsklinik aufgesetzt wird, ohne auf die Ursachen dafür zu achten. Es werden weder die Auslastung noch das Fachabteilungsspektrum berücksichtigt. Eine geringe Auslastung kann dazu führen, dass die Anlagen nicht in üblicher Höhe abgenutzt wurden und somit auch eine Ersatzinvestition erst später nötig wird. Je nach Fachabteilung kann eine unterschiedliche Art und Menge an baulichen oder apparativen Strukturen erforderlich sein, deren Erneuerung oder Ersetzung abweichen kann. Diese Methodik differenziert also nicht zwischen spezifischen Soll-Investitionstätigkeiten der Einrichtungen. Es werden Kliniken, die einen geringen Abnutzungsgrad aufweisen, praktisch „bestraft“ und solche mit hohem Abnutzungsgrad - möglicherweise aufgrund unzureichender Wirtschaftlichkeit in der Vergangenheit - werden belohnt. Faktisch werden mit diesem Ansatz also Kliniken, die in der Vergangenheit notwendige Investitionen rechtzeitig getätigt haben durch ihren aktuell niedrigen Abnutzungsgrad das Nachsehen haben.

Aus diesem Blickwinkel ist die Gerechtigkeit des Ansatzes fraglich. Durch den mangelnden Fachabteilungs- und Auslastungsbezug werden Marktanpassungsmechanismen außer Kraft gesetzt.

4.5 Individueller Zuschlag auf Basis von Einzelnachweisen

Beschreibung

Der hier vorgestellte Ansatz zur Kalkulation der Investitionskosten erfolgt durch eine völlig andere Herangehensweise, als bei den vorgenannten Konzepten. Es werden keine auslastungs-, einrichtungs- oder fachabteilungsbezogenen Pauschalen, sondern einrichtungsindividuelle Zuschläge bezahlt. Die Finanzierung von Investitionen erfolgt aufgrund von Einzelnachweisen jeder Klinik über ihre Investitionstätigkeiten. Bei der Zuweisung von Investitionsgeldern wird die bisherige Investitionstätigkeit im Verhältnis zur im Hinblick auf Leistungen und Nutzungsgrad der Fachabteilungen und des Gesamthauses angemessenen Soll-Investitionstätigkeit betrachtet. Neben der Investitionsseite durch Abschreibungen und Investitionsaufwendungen bezieht dieser Ansatz auch die Finanzierungsseite mit ein.

Eine zentrale Instanz prüft somit neben der baulichen und apparativen Substanz der Klinik und deren Abweichungsgrad von einer definierten Soll-Größe auch ihre individuelle Investitionstätigkeit und die zugehörige Finanzierung. Erscheint das Investitionsvorhaben aus Sicht des Rehabilitationsträgers als angemessen im Hinblick auf die aktuelle und zukünftige Entwicklung von Leistungsspektrum und Auslastung, so übernimmt er die Investitionsaufwendungen.

Vorteile:

Der wesentliche Vorteil dieses Ansatzes ist seine Individualität und Möglichkeit der Berücksichtigung einrichtungsspezifischer Besonderheiten. Jede Klinik wird individuell beurteilt und mit angemessenen Investitionsmitteln ausgestattet. In die Entscheidung für oder gegen die Finanzierung bzw. über ihre Höhe fließen spezifische Kennzahlen des Hauses über Marktchancen und -risiken sowie Leistungsart und -menge ein. Eine Benachteiligung durch eine möglicherweise ungeeignete Pauschalierung findet nicht mehr statt. Die Investitionsfinanzierung erfolgt streng nach Wirtschaftlichkeitskriterien.

Nachteile:

Die Vorteile des Konzeptes, also seine Individualität und Sachgerechtigkeit sind auch gleichzeitig seine Nachteile: Die Sichtung und Bewertung der Investitionsvorhaben von allen Rehakliniken verursacht großen administrativen Aufwand. Diese Individuallösung ist praktisch schwer umsetzbar und mit erheblichen Belastungen für das Gesamtsystem verbunden. Ein Konzept, das

klinikindividuell Investitionsmaßnahmen bewilligt, führt dazu, dass viele Einzellösungen entstehen, deren Objektivität von außen schlecht nachvollzogen werden kann und damit zur Steigerung der Transparenz auf dem Markt kaum beitragen kann. Zudem kommt ein solches System faktisch dem Prinzip der Kostenerstattung gleich und setzt Anreize zu einer Ausweitung der Investitionstätigkeit.

Weitere Problembereiche bei diesem Lösungsansatz sind: wem obliegt die Entscheidungshoheit über die Angemessenheit/Notwendigkeit eines Investitionsvorhabens sowie stellt sich die Frage, ob die Entscheidungen über die Soll-Investitionstätigkeit nicht einrichtungsintern getroffen werden, sondern von einer externen Instanz vorgegeben werden können.

4.6 Zusammenfassende Bewertung der Lösungsansätze

In der nachfolgenden Abbildung 9 werden die vorgestellten Lösungsansätze im Bezug auf die Dimensionen Komplexität und Sachgerechtigkeit bewertet.

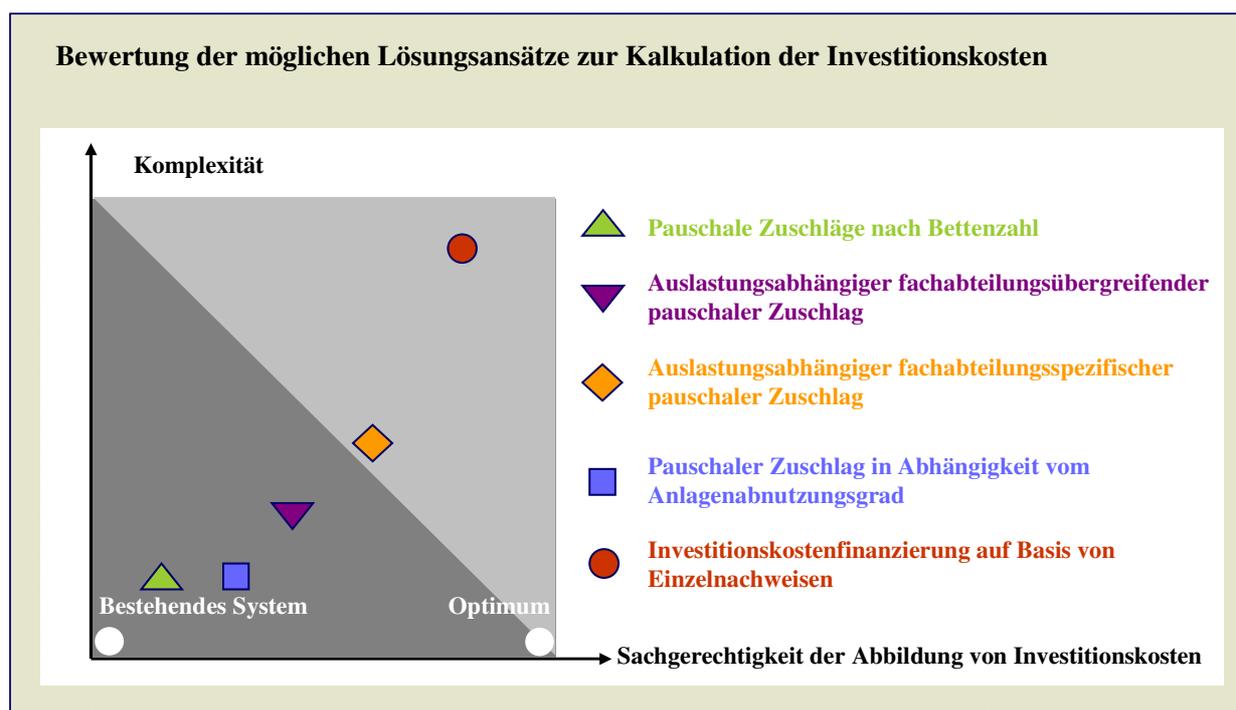


Abbildung 9: Bewertung der möglichen Ansätze zur Berücksichtigung der Investitionskosten in den Vergütungssätzen (Quelle: eigene Darstellung).

Die Grafik verdeutlicht, dass das bestehende System der Investitionsfinanzierung weder komplex noch sachgerecht ist. Von den vorgestellten Ansätzen wäre ein auslastungsabhängiger fachabteilungsspezifischer pauschaler Zuschlag pro Behandlungstag ein Ansatz, mit deren Hilfe bei einer vertretbaren Komplexität ausreichend Sachgerechtigkeit gewährleistet werden könnte. Eine Investitionskostenfinanzierung auf Basis von Einzelnachweisen erfüllt den Anspruch der Sachge-

reichtigkeit in höchstem Maße. Wenn ein Weg gefunden wird, die damit einhergehende Komplexität in einem vernünftigen Rahmen zu halten, ist dieser Ansatz ebenfalls empfehlenswert. Das Optimum, also eine vollkommen sachgerechte Abbildung bei gleichzeitig minimalem Aufwand ist dagegen nicht umsetzbar. Die diskutierten Ansätze erreichen alle einen besseren Grad an Genauigkeit, erhöhen dazu jedoch auch die Komplexität bei der Umsetzung. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass beide Faktoren positiv korreliert sind. Die Entscheidung für eine der Lösungsmöglichkeiten für die angemessene Abbildung von Investitionsaufwendungen hängt somit davon ab, wie detailliert das Konzept sein soll und welchen Aufwand die Beteiligten bereit sind, dafür in Kauf zu nehmen. Die Gewichtung der Kriterien gemäß ihrer Relevanz ist damit maßgeblich für die Auswahl eines Lösungsansatzes und muss von den Verantwortlichen daher sehr sorgfältig getroffen werden. Abbildung 10 zeigt eine detaillierte Bewertung der fünf dargestellten Konzepte unter Berücksichtigung der relevanten Bewertungsaspekte.

Bewertungskriterium	Pauschaler Zuschlag pro...				Individueller Zuschlag ...auf Basis von Einzelnachweisen
	...Einrichtung unter Berücksichtigung der Bettenanzahl	...Behandlungstag in Abhängigkeit vom Erreichungsgrad einer definierten Zielauslastung		...Behandlungstag unter Berücksichtigung des Abnutzungsgrades der Einrichtung	
		fachabteilungsübergreifend	fachabteilungsspezifisch		
Sachgerechtigkeit	--	+	++	+	+++
Berücksichtigung der wirtschaftlichen Situation der Einrichtung	--	-	-	++	+++
Berücksichtigung individueller Gegebenheiten der Einrichtung (gesamt)	--	+	++	+/-	+++
... <i>Kostenstruktur</i>	--	+	+	+	+++
... <i>unterschiedlicher Ressourcenverbrauch je nach Fachrichtung</i>	--	+	++	-	+++
Nachvollziehbarkeit der Entscheidungsfindung	+++	+	-	+++	--
Genauigkeit	---	--	++	-	+++
Umsetzbarkeit / Komplexität	+++	++	+	+	-
Zusätzlicher Aufwand (gesamt)	+++	++	+	+	-
... <i>Verwaltungs-/Überwachungsaufwand für Kostenträger</i>	++	++	++	++	-
... <i>Durchführungsaufwand für die Kliniken</i>	+++	++	+++	++	-
... <i>Zusatzkosten im Gesamtsystem</i>	+	+	-	+/-	-
Praktische Durchführbarkeit	+++	++	+	++	-
Durchsetzbarkeit bei Entscheidungsgremien	--	++	+	-	+/-
Auswirkungen auf das System	+	+/-	+/-	+	+
Auswirkungen auf die Vergütungssatzverhandlungen	+	+/-	+/-	+	-
... <i>Transparenz</i>	++	+	+	++	+/-
... <i>Vereinfachung</i>	-	-	-	-	--
Auswirkungen auf die Marktmacht der Kostenträger	--	-	-	--	-
Auswirkungen auf die Marktmacht der Leistungserbringer	++	+	++	+	+
Auswirkung auf die unternehmerische Freiheit des Einrichtungsmanagements	++	+	++	+	++
Ergebnis der Bewertung	+	+	++	+	+

Abbildung 10: Bewertung alternativer Lösungsansätze zur Berücksichtigung der Investitionsaufwendungen in der stationären medizinischen Rehabilitation (eigene Darstellung).

LEGENDE: Nach diesem Kriterium ist die Alternative als...
+++ ... deutlich positiv zu bewerten
++ ... positiv zu bewerten
+ ... leicht positiv zu bewerten
+/- ... neutral zu bewerten
- ... leicht negativ zu bewerten
-- ... negativ zu bewerten
--- ... deutlich negativ zu bewerten

5 Fazit und Empfehlung

Es konnte dargestellt werden, dass der Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation aufgrund seiner Entwicklungen in der Vergangenheit und heute bestimmte Besonderheiten im Vergleich zu anderen Sektoren des Gesundheitswesens aufweist. Aktuelle Entwicklungen im gesamten Bereich der Gesundheitsdienstleistungen legen Notwendigkeit fortlaufender Investitionen nahe. Auch die strukturellen Veränderungen im Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation selbst, hin zu mehr AHB-Kliniken und zu höheren Qualitätsstandards, steigern die Investitionsaufwendungen der Kliniken. Investitionen erfordern Mittel, die entsprechend der monetarischen Finanzierung im Rehabilitationsbereich in den Vergütungssätzen beinhaltet sind. Marktkonformer Strukturwandel und -anpassung kann nur dann erfolgen, wenn die Kliniken unternehmerische Freiheit haben, über notwendige Investitionen zu entscheiden und ihnen auch die Möglichkeit zur Finanzierung notwendiger Investitionen eingeräumt wird. Falls die Mittel für Instandhaltungs- und Neuerwerbsinvestitionen nicht in ausreichender Höhe vorhanden sind, führt dies zur schleichenden Abkehr vom therapeutischen Stand der Wissenschaft und stetigem Substanzverlust der baulichen und apparativen Ausstattung.

Die Ausführungen in diesem Arbeitspapier haben gezeigt, dass Rehabilitationskliniken:

- Betriebs- und Investitionsaufwendungen haben,
- Alle Aufwendungen über eine einzige Einnahmequelle finanziert werden müssen und
- die Aufwendungen für Investitionen derzeit nicht angemessen in den Vergütungssätzen berücksichtigt sind.

Des Weiteren ist das derzeitig praktizierte Vorgehen zur Berücksichtigung der Investitionskosten in den Vergütungssätzen für die Leistungserbringer nicht transparent.

In diesem Arbeitspapier wurden exemplarisch fünf alternative Lösungsansätze zur Berücksichtigung von Investitionskosten in der stationären medizinischen Rehabilitation vorgestellt. Jeder Lösungsansatz wurde anhand seiner Vor- und Nachteile diskutiert. Es wären grundsätzlich noch weitere Ansätze denkbar, die aber im Wesentlichen gleiche Vor- und Nachteile aufweisen würden. Die vorgestellten Konzepte zielen darauf ab, einerseits die Investitionsbedarfe möglichst sachgerecht zu berücksichtigen und andererseits die Komplexität und den administrativen Aufwand in Verbindung mit der Anwendung dieses Verfahrens in einem angemessenen Rahmen zu halten. Jeder Ansatz hat dabei spezielle Vor- und Nachteile:

- Pauschale Zuschläge in Abhängigkeit von der Bettenzahl der Einrichtung liefern nur einen minimalen Grad an Sachgerechtigkeit
- Pauschale auslastungsabhängige Zuschläge ohne Fachabteilungsbezug können mit einem relativ geringen Aufwand kalkuliert werden, sollten aber nur als Näherungswerte verwendet werden
- Auslastungsabhängige fachabteilungsspezifische pauschale Zuschläge berücksichtigen den Investitionsbedarf einzelner Fachdisziplinen und führen somit zu höherer Genauigkeit, allerdings bei steigender Komplexität des Verfahrens
- Anlagenabnutzungsgradbasierte Pauschalen orientieren sich am tatsächlichen Aufwand, sind jedoch stark historisch orientiert
- Individuelle Zuschläge (Einzelnachweise) sind die gerechteste und anreizverträglichste Lösung, jedoch in der Umsetzung sehr aufwändig.

Unter den derzeitigen Voraussetzungen erscheinen der Ansatz mit auslastungsabhängigen fachabteilungsspezifischen pauschalen Zuschlägen sowie der Investitionskostenfinanzierung auf Basis von Einzelnachweisen – vorausgesetzt die Komplexität bleibt beherrschbar - am sinnvollsten, uns sollten daher speziell weiter diskutiert werden. Grundsätzlich bedeutet eine Zunahme an Genauigkeit auch steigenden Aufwand für die praktische Anwendung des Verfahrens. Um eine möglichst optimale Lösung zu wählen, ist ein Kompromiss nötig.

Für die praktische Umsetzung (eines) der Ansätze ist es wichtig, dass die heterogene Anbieterstruktur des deutschen Rehabilitationsmarktes im Hinblick auf Leistungen, Organisation und Investitions- bzw. Ressourcenbedarf angemessen berücksichtigt wird. Hierzu sind weitere Expertisen zu den Konzepten zu empfehlen. Vor einer tatsächlichen Implementierung muss zudem eine umfassende Überprüfung der Umsetzbarkeit (z.B. Gesetzeskonformität, politischer Wille) durchgeführt werden. Ein weiterer Faktor, dessen Auswirkungen berücksichtigt und begrenzt werden müssen, ist die Höhe der Investitionszuwendungen. Hier muss eine Systematik zur Deckelung der Investitionssumme gefunden werden, z.B. über die Festlegung eines Gesamtbetrages, der über Punktwerte verteilt wird.

Es sollte in naher Zukunft auf jeden Fall gemeinsam mit allen Beteiligten überlegt werden, wie das bestehende Unterfinanzierungsproblem bei vielen Einrichtungen der stationären medizinischen Rehabilitation möglichst sachgerecht und mit angemessenem Aufwand für das Gesamtsystem gelöst werden kann.

6 Literaturverzeichnis

Wöhe, Günter (2000)

Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 20. Auflage, München

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2007)

Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, o.O.

HPS Research (2006)

Gesundheitsreport: Reha: Gute Chancen für gute Betreiber, 3. Juli 2006.