



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

Düsseldorf, September 2006

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

Olga Hofmann

Agnes Zimolong

Wissenschaftliche Assistenz

Daniel Frische

Michael Gutman

Richard Haine

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Auftragshintergrund	1
1.2	Zielsetzung des Gutachtens	1
2	Situation der medizinischen Rehabilitation in Deutschland	2
2.1	Aufgaben und Sicherstellung der medizinischen Rehabilitation	2
2.2	Art und Anzahl der Einrichtungen	3
2.3	Angebotsstrukturen und bisherige Leistungsentwicklung	6
2.4	Betriebswirtschaftliche Situation der Rehabilitationskliniken.....	11
3	Einflussfaktoren auf die zukünftige betriebswirtschaftliche Entwicklung	18
3.1	Darstellung der Konsequenzen auf Grundlage einer Modellrechnung	24
3.2	Bewertung der Entwicklungen	31
4	Zusammenfassung und Empfehlungen	32
4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	32
4.2	Empfehlungen aus Sicht des Gutachters	34

1 Einleitung

1.1 *Auftragshintergrund*

Die Spitzenverbände der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation – der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V., der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. und der Fachverband Sucht e.V. – haben die GEBERA mbH mit der Erstellung eines Gutachtens zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation beauftragt. Die gutachterliche Stellungnahme zur Kostenentwicklung und deren Konsequenzen soll für Verhandlungen mit den Rehabilitationsträgern verwendet werden.

1.2 *Zielsetzung des Gutachtens*

Zielsetzung des Gutachtens ist es, die aktuelle und perspektivische Situation des Rehabilitationsmarktes und der Rehabilitationskliniken darzustellen. Weiterhin werden anhand von geeigneten Modellrechnungen die Konsequenzen der zukünftigen Kostenentwicklung auf die betriebswirtschaftliche Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation dargelegt.

Anhand charakteristischer Daten von Rehabilitationseinrichtungen soll aufgezeigt werden, wie sich die künftigen exogenen Faktoren (gesetzliche Änderungen, Kostenentwicklungen in relevanten Bereichen) auf die wirtschaftliche Situation der Einrichtungen auswirken. Abschließend erfolgt eine gutachterliche Empfehlung bezüglich einer zukünftigen Entwicklung der Vergütungssätze in der Rehabilitation.

2 Situation der medizinischen Rehabilitation in Deutschland

Aufgrund der statistischen Datenerfassung ist es nicht möglich ausschließlich die Situation der Rehabilitationskliniken darzustellen. Das Statistische Bundesamt unterscheidet nicht zwischen Vorsorge und Rehabilitation, fasst also beide Bereiche sowohl hinsichtlich des Bettenangebotes als auch der Leistungen in seinen Veröffentlichungen zusammen. Die Rentenversicherung publiziert – beschränkt auf ihren Bereich – detailliertes Datenmaterial zum Leistungsgeschehen. Die Leistungen der Krankenversicherungen sind – soweit sie überhaupt veröffentlicht werden – nicht getrennt nach Vorsorge und Rehabilitation verfügbar. Trotz dieser Einschränkungen stellen die Ausführungen im folgenden Kapitel den Trend für die medizinische Rehabilitation in Deutschland ausreichend dar.

2.1 Aufgaben und Sicherstellung der medizinischen Rehabilitation

Rehabilitation als ein eigenständiger oder mit der ambulanten und stationären Akutversorgung kooperierender Versorgungsbereich hat eine wichtige Aufgabe in der Gesundheitssicherung der Bevölkerung. Sie soll chronischen Erkrankungen vorbeugen, die Arbeitskraft chronisch Kranker soweit als möglich wiederherstellen und erhalten, Behinderungen, die akutmedizinisch nicht behoben werden können, durch funktionsbezogenes Training beheben oder mindern und Verhaltensstörungen oder Abhängigkeitserkrankungen u. a. durch psycho- und verhaltenstherapeutische Maßnahmen soweit beseitigen, dass den Patienten eine aktive Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben wieder möglich wird. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gehören gemäß § 5 SGB IX zu den Leistungen zur Teilhabe.

Rehabilitationsleistungen werden von verschiedenen Leistungsträgern erbracht. Träger der medizinischen Rehabilitation sind gemäß § 6 SGB IX:

- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung
- die gesetzlichen Krankenkassen
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
- die Träger der Alterssicherung der Landwirte
- die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge
- die Träger der öffentlichen Jugendhilfe
- die Träger der Sozialhilfe.

Die medizinische Rehabilitation dieser Leistungsträger verfolgt unterschiedliche Zielsetzungen (Reha-Ziele). So sollen durch eine Rehabilitationsmaßnahme der Gesetzlichen Rentenversicherung die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Versicherten erhalten und auf diese Weise mögliche Rentenzahlungen vermieden oder zumindest aufgeschoben werden; Rehabilitationsmaßnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung sollen Selbständigkeit und Lebensqualität erhalten und Pflegebedürftigkeit abwenden oder zumindest hinausschieben. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen unter anderem ärztliche, zahnärztliche und andere heilberufliche sowie psychologische Therapien, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel und Hilfsmittel, Belastungserprobung und Arbeitstherapie sowie die Früherkennung und Frühförderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder (§ 26 Absatz 2 SGB IX).

Der Sicherstellungsauftrag in der Rehabilitation liegt bei den Rehabilitationsträgern. Sie sind unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen dafür verantwortlich, dass die fachlich und regional erforderlichen Einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen (§ 19 Absatz 1 Satz 1 SGB IX).

Es liegt im Ermessen der Rehabilitationsträger, ob sie Rehabilitationsleistungen allein, durch andere Leistungsträger oder unter Inanspruchnahme freier, gemeinnütziger oder privater Einrichtungen ausführen lassen. Es soll dabei derjenige Erbringungsweg innerhalb der Marktstruktur gewählt werden, der wirksamer oder wirtschaftlicher ist (§ 17 SGB IX).

2.2 Art und Anzahl der Einrichtungen

Im Folgenden werden zunächst wesentliche Kenngrößen der Angebotsstruktur von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dargestellt. Dazu gehören insbesondere die Trägerstruktur der Rehabilitationseinrichtungen, die Anzahl und Verteilung der Betten sowie die Erörterung der Entwicklungstendenzen.

2.2.1 Kennzahlenentwicklung

Einen Überblick über die wichtigsten Kennzahlen der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen gibt die nachstehende Tabelle.

Deutschland	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Aufgestellte Betten	181.631	189.888	188.869	190.967	189.597	189.822	189.253	184.635	179.789	176.473	174.521
Fallzahl	1.895.887	1.916.531	1.575.454	1.746.345	1.915.334	2.046.227	2.096.904	2.041.272	1.899.558	1.889.362	1.815.366
VWD	31,0	30,2	27,3	26,4	26,0	25,8	25,5	25,5	25,9	25,1	25,8
Nutzungsgrad	88,7%	83,2%	62,3%	66,1%	72,1%	76,3%	77,5%	77,3%	75,0%	73,5%	73,4%

Tabelle 1: Entwicklung von Kapazitäten und Leistungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 1995-2005, Zahlen für 2005 vorläufig (Quelle: Stat. BA).

Die Abbildung 1 zeigt die relative Entwicklung der Bettenkapazitäten, Fallzahlen und Pfl egetage in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Deutschlands.

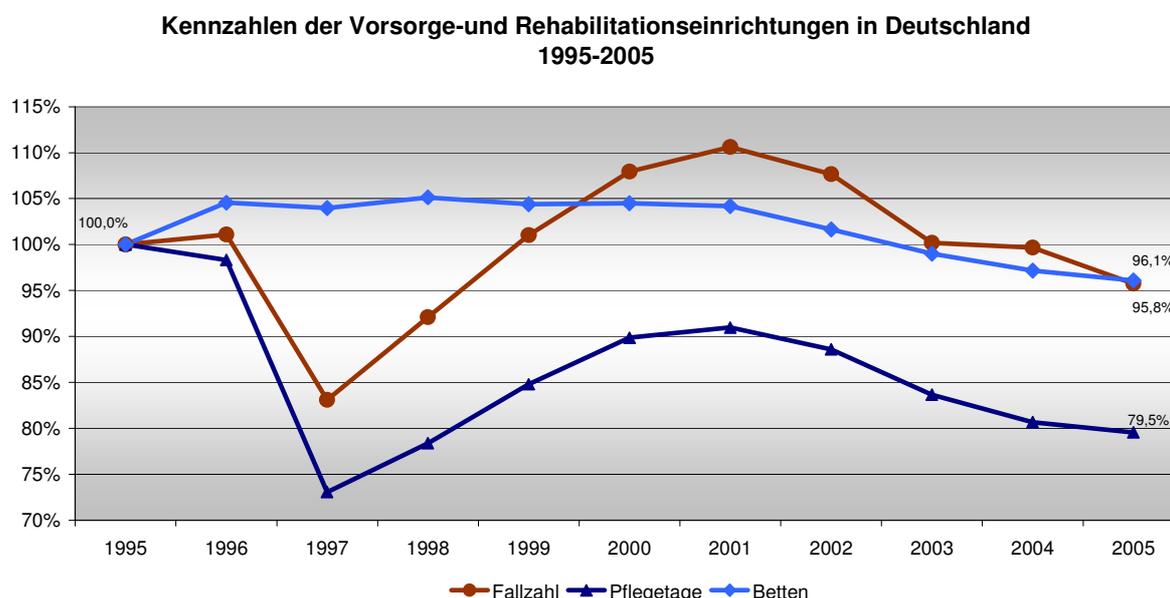


Abbildung 1: Kennzahlen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 1995-2005 (indiziert, 1995=100 %), Zahlen für 2005 vorläufig (Quelle: Stat. BA).

Insgesamt kam es im Zeitraum von 1995 bis 2005 zu einem Rückgang der Fallzahlen (-4,25 %) und Pfl egetage (-20,46 %). Hierbei ist die gesetzlich mehrfach modifizierte, vorgegebene Begrenzung der Verweildauer und der zeitlichen Abstände der Maßnahmen in den Rehabilitationseinrichtungen zu berücksichtigen. Auch die Anzahl der Einrichtungen selbst ist seit 1995 um 7,5 % zurückgegangen.

Die Verteilung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach ihrer Bettenzahl ist der Tabelle 2 zu entnehmen.

EinrichtungsgroÙe (Betten)	Einrichtungen				Veränderung	
	1996		2004		absolut	relativ, %
	Anzahl	Anteil, %	Anzahl	Anteil, %	1996-2004	1996-2004
Einrichtungen insgesamt	1404	100,00%	1 294	100,00%	-110	-8%
bis 49 Betten	307	21,87%	289	22,33%	-18	-6%
50 bis 99 Betten	381	27,14%	319	24,65%	-62	-16%
100 bis 149 Betten	187	13,32%	172	13,29%	-15	-8%
150 bis 199 Betten	202	14,39%	190	14,68%	-12	-6%
200 bis 249 Betten	158	11,25%	173	13,37%	15	9%
250 und mehr Betten	169	12,04%	151	11,67%	-18	-11%

Tabelle 2: Struktur des Vorsorge- und Rehabilitationsmarktes nach EinrichtungsgroÙen in Betten 1996- 2004 (Quelle: Stat. BA)

Insgesamt ist ein deutlicher Rückgang der Einrichtungen in allen GröÙenklassen zu verzeichnen, mit Ausnahme von Einrichtungen zwischen 200 bis 249 Betten, deren Anzahl um 15 Einrichtungen anstieg. Dies lässt sich möglicherweise darauf zurückführen, dass die größeren Einrichtungen

gen Betten abgebaut haben und somit in die kleinere Größenklasse „abgerutscht“ sind. Besonders stark (um 16 %) hat sich die Anzahl der kleineren Einrichtungen mit 50 bis 99 Betten reduziert. Damit zeichnet sich ein Trend zu Einrichtungen mittlerer Größenklassen ab.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass ein kontinuierlicher Kapazitätsabbau stattfindet, der sich aller Voraussicht nach auch in Zukunft fortsetzen wird.

2.2.2 Trägerstrukturen

Die Trägerstruktur des Rehabilitationsmarktes unterscheidet sich gleichsam „spiegelbildlich“ von dem der akutstationären Versorgung: Im Jahr 2004 befanden sich im Rehabilitationsbereich 67 % der Betten und 57 % der Einrichtungen in privater Trägerschaft, während im stationären Akutbereich der Anteil in privater Trägerschaft 11 % bei den Betten und 24,7 % bei den Einrichtungen betrug. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Struktur der deutschen Vorsorge- und Rehabilitationslandschaft, bezogen auf die Trägerschaften im Zeitraum 1995-2004.

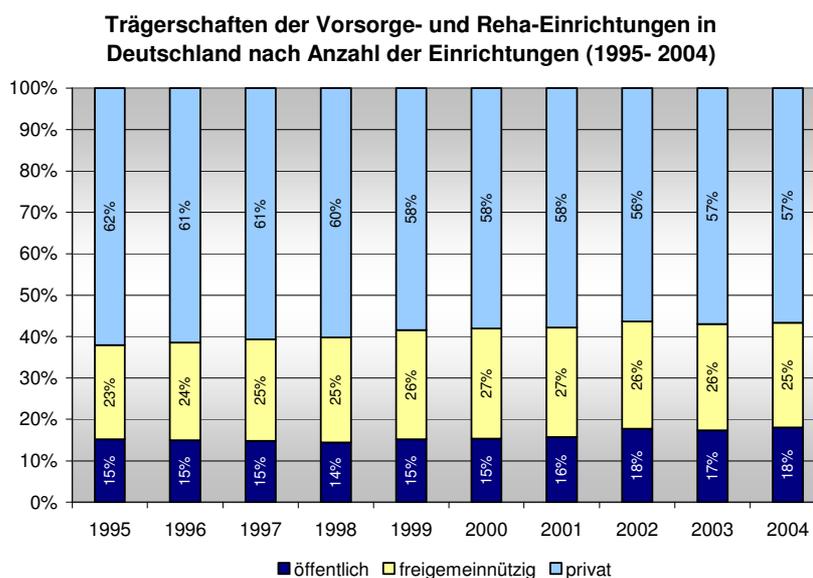


Abbildung 2: Trägerschaften der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland nach Einrichtungen (1995-2004) (Quelle: Stat. BA).

Im Vergleich zum stattgefundenen Kapazitätsabbau bei den anbietenden Einrichtungen sind die Trägerstrukturen nahezu konstant geblieben.

Bettenauslastung nach Trägern 1995 - 2004

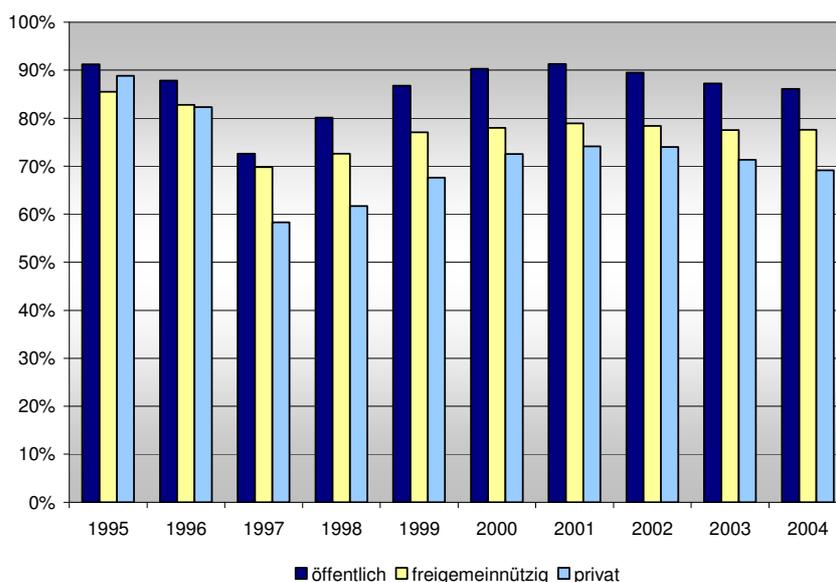


Abbildung 3: Bettenauslastung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland nach Trägern (1995-2004) (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes auf Basis der Daten des Stat. BA).

Im gesamten Betrachtungszeitraum lag die Bettenauslastung der öffentlichen Einrichtungen deutlich höher als die der freigemeinnützigen und insbesondere der privaten Rehabilitationskliniken. Das lässt eine gewisse Bevorzugung der Rehabilitationsträger in der Belegung der Einrichtungen in eigener Trägerschaft erkennen.

2.3 Angebotsstrukturen und bisherige Leistungsentwicklung

Detaillierte Daten zum Umfang der Rehabilitationleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung sind nicht verfügbar. Deshalb stützen sich die folgenden Überlegungen größtenteils auf die Veröffentlichungen der Rentenversicherung.

Die medizinische Rehabilitation erfolgt in Deutschland vorwiegend als stationäre Behandlung in Fachkliniken. Ambulante Versorgungsformen finden in jüngerer Zeit vor allem in Ballungsgebieten zunehmend Verbreitung. Abbildung 4 zeigt die Verteilung der Rehabilitationsleistungen nach Leistungssegmenten im Jahr 2004. Der Anteil ambulanter medizinischer Rehabilitation an den gesamten Leistungen ist von 2003 auf 2004 um 2 %-Punkte gestiegen. Die stationären Leistungen sind im gleichen Zeitraum um 3 %-Punkte zurückgegangen.

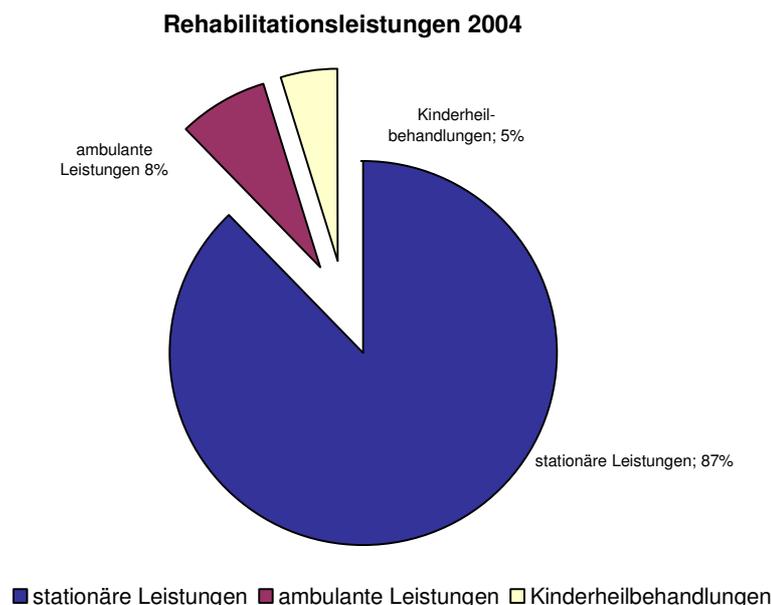


Abbildung 4: Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung nach Leistungssegmenten 2004 (Quelle: VdR-Statistik).

Im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen stellt sich die Entwicklung noch deutlicher dar: Ambulante Leistungen machen nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung Bund im Jahr 2005 bereits 28,5% (einschließlich ambulante Nachsorge) aller Maßnahmen bei den Entwöhnungsbehandlungen aus. Die Zuweisung in ambulante oder stationäre Behandlung erfolgt dabei nach entsprechenden Indikationskriterien.

In der Gesetzlichen Krankenversicherung wird, dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit folgend, der ambulanten Rehabilitation bei gleicher Zielerreichung und unter Berücksichtigung individueller Umstände des Rehabilitanden der Vorrang gegeben (§ 40 SGB V), um vor allem im Bereich der direkten Kosten für die Rehabilitationserbringung Einsparungen zu realisieren. Doch auch insgesamt wird eine verstärkte Leistungsverchiebung vom stationären in den ambulanten Rehabilitationssektor angestrebt (§ 19 Absatz 2 SGB IX). Diese Entwicklung dürfte in Zukunft weiter zunehmen.

Dem wiederum steht gegenüber, dass wesentliche Voraussetzung für die ambulante Rehabilitation ein bedarfsgerechtes und nach den Richtlinien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ausreichend qualifiziertes Leistungsangebot ist, das unter ökonomischen Gesichtspunkten vor allem in städtischen Ballungsgebieten angeboten werden kann. Die individuellen Voraussetzungen des Patienten für eine ambulante Rehabilitation (ausreichende Mobilität, maximale Fahrtzeit von 45 Minuten zur Einrichtung sowie die Sicherung der häuslichen Versorgung) dürften deshalb vor dem Hintergrund der demografischen Veränderungen und der damit einhergehenden, zunehmenden Multimorbidität unter den Rehabilitanden die Substituierbarkeit

der stationären durch eine ambulante Rehabilitation zukünftig einschränken. Auch andere gesellschaftliche Entwicklungen, wie z.B. die zunehmende Anzahl der Single-Haushalte, sind für die künftige Entwicklung der ambulanten Rehabilitation als nachteilig einzuschätzen. Die ambulante Rehabilitation stellt insofern eine konzeptionell sinnvolle Erweiterung des rehabilitativen Leistungsangebotes dar, sie kann die stationäre Rehabilitation jedoch in vielen Bereichen nicht ersetzen.

Eine weitere Differenzierung der Angebotsstrukturen der medizinischen Rehabilitation kann nach den unterschiedlichen Arten der Leistungserbringung vorgenommen werden. Die Medizinische Rehabilitation lässt sich gemäß besonderer Charakteristika bei der Leistungserbringung in Frührehabilitation, Anschlussrehabilitation und allgemeines Heilverfahren unterteilen.

Die *Frührehabilitation* wird im Rahmen der akutmedizinischen Versorgung im Krankenhaus erbracht (§ 39 SGB V), unter besonderen Voraussetzungen, vor allem im Bereich der Neurologie, auch in Rehabilitationskliniken. Sie wird bei bestimmten, eng umrissenen Krankheitsspektren grundsätzlich im Rahmen des G-DRG-Systems von den Krankenkassen vergütet. Ihr Ziel ist es, durch den frühestmöglichen Beginn von Rehabilitationsmaßnahmen den gesamten Rehabilitationserfolg zu optimieren. Die nach DRG vergütete Frührehabilitation endet, sobald eine akutmedizinisch-stationäre Versorgung nicht mehr erforderlich ist. Um Frührehabilitation anbieten zu können, müssen die betreffenden Einrichtungen definierte strukturelle Voraussetzungen erfüllen.

Anschlussrehabilitation (AR früher AHB genannt; im Folgenden AR/AHB) ist eine weitere Form der Leistungserbringung, die formell von anderen unterschieden wird. Sie findet regelhaft unmittelbar (bis 14 Tage) nach einer Krankenhausbehandlung statt und soll den nahtlosen Übergang zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation sicherstellen. Grundsätzlich unterscheidet sich die AR/AHB in der Zielsetzung und Durchführung nicht von anderen Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Allerdings hat eine möglichst direkte Verlegung in die Rehabilitationsklinik dort häufig einen vermehrten Pflege- oder Therapieaufwand zur Folge. Die häufigsten Indikationen für eine AR/AHB stammen aus den Bereichen Orthopädie/Rheumatologie, Kardiologie/Angiologie, gefolgt von der Onkologie und Neurologie.

Der Pflege- oder Therapieaufwand ist bei der AR/AHB im Vergleich zum traditionellen Heilverfahren oft höher. Die Gründe dafür liegen in der teilweise erheblich eingeschränkten Leistungsfähigkeit der Patienten direkt nach ihrem Krankenhausaufenthalt und im insgesamt zunehmend höheren Anteil älterer, zum Teil multimorbider Patienten, was ein qualitativ hohes und teilweise

anders strukturiertes Reha-Angebot sowohl in personeller wie medizinisch-technischer Hinsicht erforderlich macht.

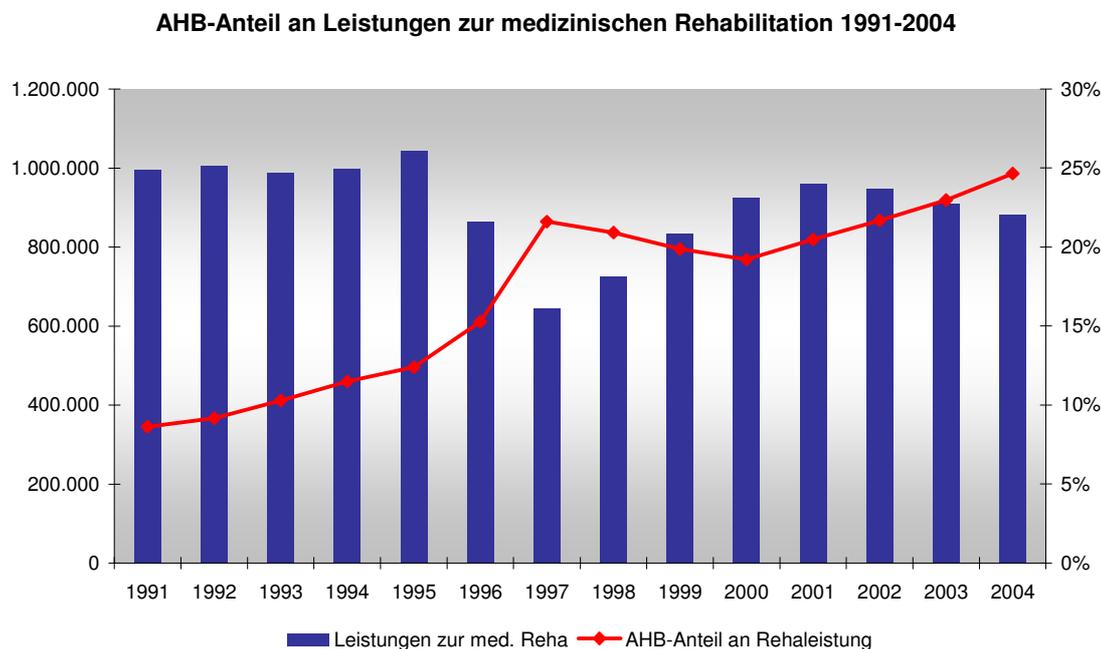


Abbildung 5: Anteil der AR/AHB-Leistungen an Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation (Quelle: Zeitreihen VdR-Statistik).

Die Anzahl der AR/AHB-Maßnahmen ist von 85.757 im Jahr 1991 auf 217.165 im Jahr 2004 gestiegen. Ihr Anteil an den gesamten abgeschlossenen Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der Rentenversicherung wuchs im gleichen Zeitraum von 8,62 % auf 24,64 % an. Die AR/AHB hat in Relation zu anderen Leistungen der medizinischen Rehabilitation deutlich an Bedeutung gewonnen. Diese stabile Entwicklung wurde auch von Änderungen der gesetzlichen Vorgaben (Beitragsentlastungsgesetz; Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz) in 1997 nicht beeinträchtigt, die in anderen Bereichen der medizinischen Rehabilitation zu deutlichen Einschnitten geführt haben. Die Anzahl der allgemeinen Heilverfahren ist absolut und relativ zurückgegangen. Auch in Zukunft kann mit einem stetig wachsenden Anteil an AR/AHBs in der rehabilitativen Versorgung gerechnet werden.

Insbesondere durch die neue Vergütungsform der DRG mit der damit einhergehenden, weiteren Verkürzung der Verweildauern gewinnen Rehabilitationseinrichtungen, die optimal auf Anschlussrehabilitationen eingestellt sind, für die Akutkrankenhäuser eine zunehmende Bedeutung. Viele Krankenhäuser, Klinikverbünde und -gruppen sind daher bereits heute aktiv darum bemüht, enge Kooperationen mit Rehabilitationseinrichtungen aufzubauen oder selbst Rehabilitationsleistungen anzubieten.

Gefördert werden diese Kooperationsbemühungen durch das Bestreben von Krankenkassen, die gesamte Behandlung, d. h. sowohl die Akutversorgung als auch die Rehabilitation, durch sogenannte „Komplexpauschalen“ zu vergüten. Dieses Vorgehen, das im Rahmen der „Integrierten Versorgung“ forciert wird, verlagert die Auseinandersetzung über die Höhe der Vergütung auf die Auseinandersetzung über den Vergütungsanteil, den die jeweilige Reha-Einrichtung von der Gesamtvergütung beanspruchen kann.

Die Anteile der direkten Aufnahmen aus Krankenhäusern an den Gesamtaufnahmen in die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zeigt die Tabelle 3.

Rehabilitation Deutschland 2004	Aufnahmen von außen	davon aus Krankenhaus	% Anteil
Insgesamt	1.896.307	592.324	31%
Allgemeinmedizin.....	38.889	1.093	3%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe.....	7.505	2.363	31%
Haut- und Geschlechtskrankheiten.....	13.817	233	2%
Innere Medizin.....	547.612	214.067	39%
dar.: Angiologie.....	3.420	1.718	50%
Endokrinologie.....	3.965	596	15%
Gastroenterologie.....	22.691	8.325	37%
Hämatologie und internistische Onkologie..	68.787	25.034	36%
Kardiologie.....	127.597	67.853	53%
Klinische Geriatrie.....	60.228	47.540	79%
Nephrologie.....	3.924	2.416	62%
Pneumologie.....	35.548	4.040	11%
Rheumatologie.....	40.406	6.548	16%
Kinderheilkunde.....	57.872	1.013	2%
Neurologie.....	148.078	79.226	54%
dar.: Klinische Geriatrie.....	5.583	4.640	83%
Orthopädie.....	565.735	255.547	45%
dar.: Rheumatologie.....	21.754	6.288	29%
Physikalische und Rehabilitative Medizin.....	14.905	94	1%
Psychiatrie und Psychotherapie.....	67.918	4.929	7%
dar.: Klinische Geriatrie.....	1.804	1.139	63%
Psychotherapeutische Medizin.....	94.283	546	1%
Sonstige Fachbereiche.....	339.693	33.213	10%

Tabelle 3: Patientenherkunft in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2004 (Quelle: Stat. BA).

Der Anteil der direkten Aufnahmen aus Krankenhäusern lag im Jahre 2004 bei insgesamt 31%. Ersichtlich differiert das Verlegungsgeschehen aus Krankenhäusern in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach den jeweiligen Fachgebieten. Werden z. B. in den Einrichtungen des Fachgebietes Haut- und Geschlechtskrankheiten nur 2 % direkt aus einem akutstationären Krankenhaus verlegt, trifft dies im Fachgebiet Neurologie auf knapp 54 %, in der klinischen Geriatrie sogar auf 83 % der Rehabilitationspatienten zu.

Die *allgemeinen Heilverfahren* werden in der Regel durch den Haus- oder Facharzt beim zuständigen Leistungsträger beantragt und nach einer individuellen Prüfung des Rehabilitationsbedarfes (Reha-Bedürftigkeit und Reha-Fähigkeit) genehmigt.

Anmerkung: Besondere Rahmenbedingungen gelten hier im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen. Die Beantragung der Maßnahme und die entsprechende Vorbereitung der Patienten auf die Rehabilitation erfolgt überwiegend durch Suchtberatungsstellen. Im Vorfeld der Entwöhnungsbehandlung in einer Rehabilitationseinrichtung wird außerdem in der Regel eine Entgiftungs- oder qualifizierte Entzugsbehandlung auf internistischen Stationen von Krankenhäusern oder in einem psychiatrischen Krankenhaus durchgeführt.

2.4 Betriebswirtschaftliche Situation der Rehabilitationskliniken

2.4.1 Finanzierung und Vergütung

Das finanzielle Volumen des Vorsorge- und Reha-Marktes ist durch die Ausgaben der beteiligten Rehabilitationsträger bestimmt. Die nachstehende Tabelle zeigt die prozentualen Anteile der verschiedenen Träger am Gesamtvolumen.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Öffentliche Haushalte	11,7%	11,5%	14,8%	14,6%	14,1%	13,7%	13,9%	13,9%	14,5%	14,4%
GKV	33,5%	34,9%	36,6%	38,3%	38,6%	37,3%	37,2%	36,7%	35,3%	34,6%
Gesetzliche RV	44,7%	43,7%	36,3%	35,2%	35,2%	37,6%	37,2%	37,5%	37,2%	36,7%
Gesetzliche UV	1,4%	1,3%	1,7%	1,6%	1,6%	1,5%	1,4%	1,4%	1,4%	1,5%
PKV	1,2%	1,1%	1,3%	0,9%	0,9%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	1,0%
Arbeitgeber	5,7%	5,9%	7,3%	7,2%	7,5%	7,3%	7,7%	7,9%	9,2%	9,8%
Private Haushalte	1,8%	1,7%	1,9%	2,2%	2,2%	1,8%	1,8%	1,7%	1,5%	2,0%
Ausgaben Gesamt	100,0%									

Tabelle 4: Anteile der einzelnen Kostenträger an den Gesamtausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 1995–2004 (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

Die Veränderungen des gesamten Finanzvolumens sowie der Ausgaben der beiden größten Rehabilitationsträger in absoluten Zahlen im Zeitraum 1995-2004 zeigt die Abbildung 6.

Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Trägern 1995-2004

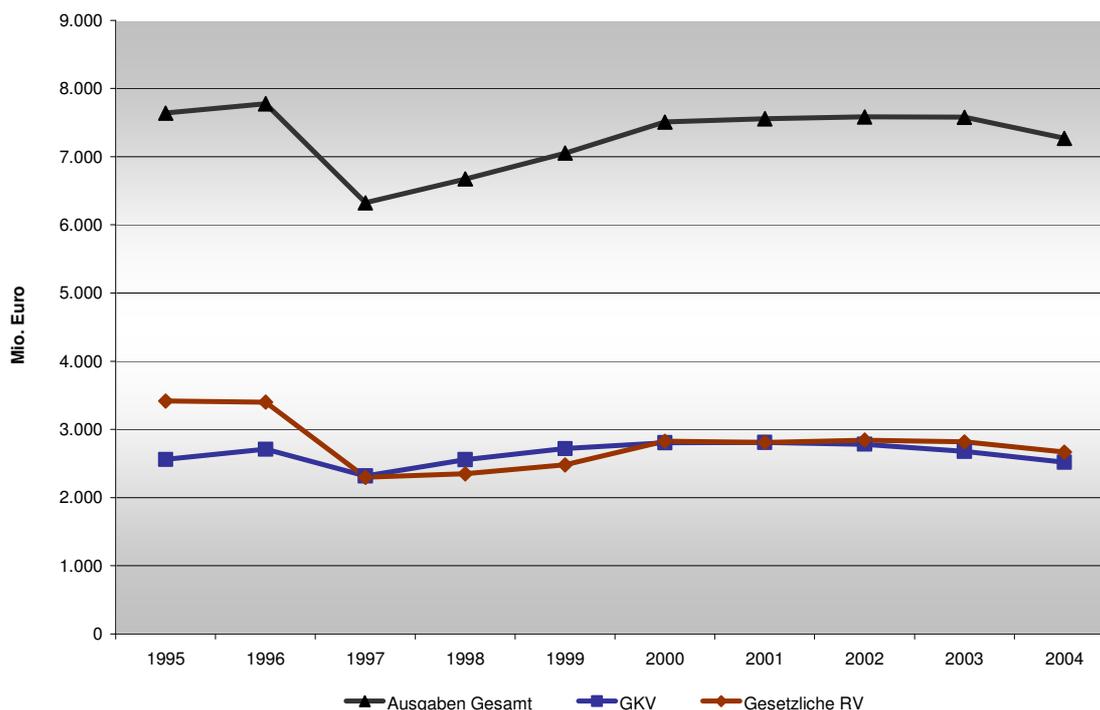


Abbildung 6: Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Trägern 1995-2004 (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

Anders als der Akut-Markt unterliegt der Reha-Markt keinem kontinuierlichen Wachstum, die Rehabilitationsträger können dabei einen erheblichen Einfluss auf die Marktentwicklung nehmen. So sanken beispielsweise die Gesamtausgaben für Rehabilitation von 1996 auf 1997 infolge gesetzlicher Änderungen um fast 1,45 Mrd. €, was einem Rückgang von ca. 19 % entspricht. Seit 1997 ist der Markt wiederum kontinuierlich gewachsen und hat im Jahr 2004 mit Ausgaben in Höhe von ca. 7,3 Mrd. € ein Niveau erreicht, das nur noch geringfügig unter dem von 1995 lag.

Im Jahr 1995 wurde der Vorsorge- und Reha-Markt zu ca. 45 % durch die gesetzliche Rentenversicherung und zu ca. 34 % durch die GKV finanziert. Bis zum Jahr 2004 sank der GRV-Anteil auf ca. 37 %, während der GKV-Anteil auf rund 35 % anwuchs, sodass heute die GKV ein fast genauso starker Ausgabenträger wie die Rentenversicherung ist.

Gesetzliche Eingriffe in den Rehabilitationsbereich hatten in den Jahren 1996/1997 einschneidende Folgen. Durch das Beitragsentlastungsgesetz (November 1996) wurde die gesetzlich normierte, individuelle Rehabilitationsdauer i. d. R. von 4 auf 3 Wochen gesenkt. Ausnahmen hinsichtlich der Länge der Rehabilitationsdauer bestehen für die Indikationsbereiche der Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen. Das ebenfalls 1996 erlassene Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz bewirkte eine Absenkung des Reha-Budgets der Rentenversicherungs-

träger um mehr als 1,1 Mrd. €. In der Folge kam es zu einem deutlichen Rückgang der Leistungsmengen und einem vermehrten Bettenleerstand. Seit 1998 lässt sich eine Erholung beobachten, die sich insbesondere auch auf abmildernde, die Höhe der Reha-Budgets betreffende Gesetzgebungsmaßnahmen der damaligen Bundesregierung zurückführen lässt.

Der Rehabilitationsbereich ist durch seine sogenannte „monistische“ Finanzierung gekennzeichnet. Sämtliche Kosten der Leistungserbringung, d. h. Kosten für Therapie-Leistungen, Verpflegung und Unterbringung (Hotelleistungen) sowie die Investitionskosten werden über Pflegesätze vergütet. Eine Betrachtung der Investitionskosten muss dabei die Problematik des Investitionsstaus in den Rehabilitationskliniken berücksichtigen. Unterstellt man eine Investitions-Sollquote wie im Akutbereich in Höhe von 17 %, ergibt sich ein jährlicher Investitionsbedarf in Höhe von ca. 1,24 Mrd. €. Aufgrund der rückläufigen Umsätze ab Mitte der 90er-Jahre und eines Gründungs- und Investitionsschubs in den 80er-Jahren ist davon auszugehen, dass in den letzten Jahren die tatsächliche Investitionsquote deutlich unterschritten wurde und der Investitionsbedarf in den älteren Einrichtungen erheblich gestiegen ist. Der hohe Investitionsstau dürfte vor allem für Einrichtungen in den alten Bundesländern gelten, während in den neuen Bundesländern, in denen nach der Wiedervereinigung viele Investitionen in Reha-Kliniken geflossen sind, der Kapitaldienst eine besondere Belastung darstellt.

Die Höhe des Pflegesatzes wird einrichtungsbezogen in Pflegesatzverhandlungen zwischen dem (federführend) belegenden Rehabilitationsträger und dem Einrichtungsbetreiber vereinbart; Kollektivverhandlungen finden nicht statt. Im Rahmen der Pflegesatzvergütung erhält die Rehabilitationseinrichtung grundsätzlich pro Aufenthaltstag des Rehabilitanden einen festen Betrag. Dieses Honorierungsverfahren des tagesgleichen Pflegesatzes hat allerdings in den letzten Jahren vielfältige Modifikationen erfahren, insbesondere über Kontingentierungen, Komplexpauschalen oder die Vereinbarung von Zeitkorridoren der Behandlungsdauer, Bonus- und Malussysteme. Das erschwert die Transparenz des Vergütungsgeschehens zunehmend.

Das Verfahren der Vergütungssatzanpassungen ist nicht transparent. Es beruht beispielsweise auf der Festlegung eines Prozentwertes für die durchschnittlichen Vergütungssatzanhebungen häufig ohne ausreichende Berücksichtigung individueller und makrostruktureller Gegebenheiten. Konsequenterweise hat beispielsweise die Deutsche Rentenversicherung allen Rehabilitationseinrichtungen unter ihrer Federführung mitgeteilt, dass ab sofort keine Kostenkalkulation für die Vergütungssatzverhandlungen mehr vorgelegt werden muss. Es sei ausreichend, einen formlosen Antrag mit Angabe der erforderlichen Vergütungssatzerhöhungen zu stellen; aus dem Antrag soll hervorgehen, in welchen Bereichen Kostensteigerungen eingetreten sind. Eine derartige Vorgehensweise

birgt die Gefahr, dass die Kostenstrukturen der Rehabilitationskliniken bei der Berechnung der Vergütungssatzsteigerungen nicht ausreichend berücksichtigt werden. Die Intransparenz für beide Verhandlungspartner steigt.

In der Regel haben in den letzten Jahren keine echten Vergütungssatzverhandlungen mehr stattgefunden. Aus Sicht der Leistungserbringer findet deren Kostenkalkulation bei der Festlegung der Erhöhung zu selten Berücksichtigung. Die Vergütungssatzerhöhungen liegen seit dem Jahre 1996 und der Einführung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes oft unter der realen Preisentwicklung.

Zur Berücksichtigung des unterschiedlichen Ressourcenverbrauchs in den verschiedenen Abteilungen einer Einrichtung sind mehrere Vergütungssätze innerhalb einer Klinik möglich. Beispielsweise werden für AR/AHB-Maßnahmen separate Vergütungssätze vereinbart, die in der Regel etwas höher sind als die allgemeinen Vergütungssätze der jeweiligen Fachabteilungen. Die folgende Abbildung zeigt die Spanne der allgemeinen Vergütungssätze in den einzelnen Fachgebieten der Rehabilitationskliniken. Die Grundlage für die Berechnungen der minimalen, maximalen und durchschnittlichen Vergütungssätze ist eine Stichprobe von ca. 700 Einrichtungen aller Fachrichtungen. Die Daten wurden von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erhoben. In die Auswertung flossen die von den Einrichtungen angegebenen allgemeinen Vergütungssätze sowie die Vergütungssätze für AR/AHB-Maßnahmen in den einzelnen Fachgebieten ein. Beachtet werden muss, dass jedes Fachgebiet mehrere Indikationen beinhaltet.

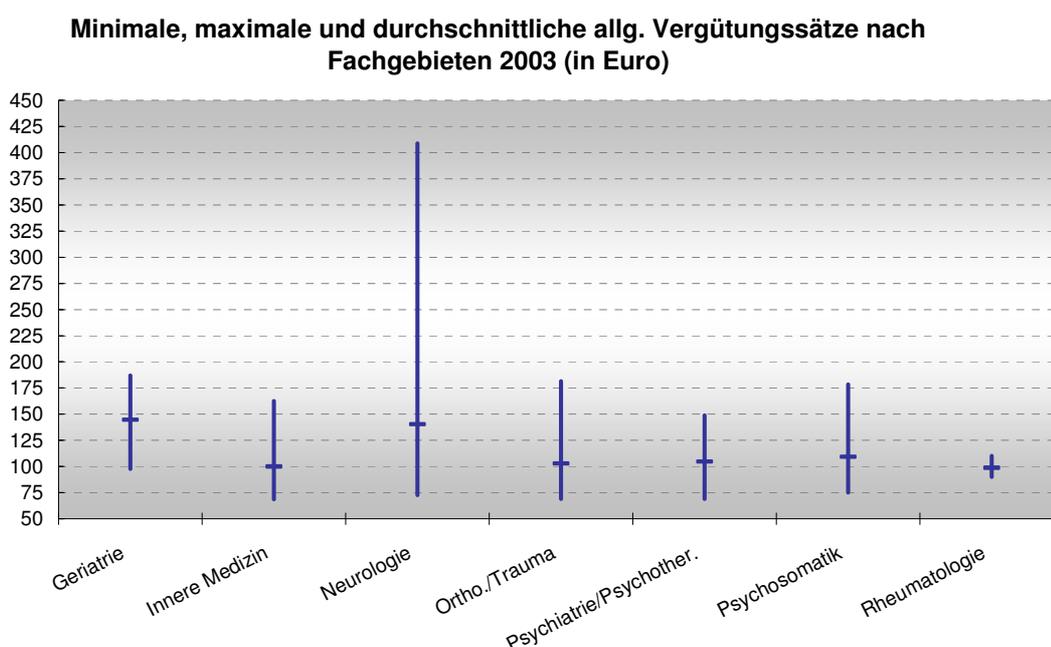


Abbildung 7: Minimale, maximale und durchschnittliche allgemeine Vergütungssätze nach Fachgebieten der medizinischen Rehabilitation 2003 (Quelle: BAR).

Die geringste Spanne bei den allgemeinen Vergütungssätzen weist die Rheumatologie auf, ähnliches gilt für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen mit Vergütungssätzen zwischen etwa 90 und 110 € (hier eingeflossen in die Fachbereiche Psychiatrie/Psychotherapie). Am stärksten variieren die Vergütungssätze in der Neurologie. Andere Fachgebiete weisen eine Spanne von ca. 100 Euro auf. Die unterschiedlichen Vergütungssätze sind auch durch unterschiedliche Versorgungsverträge mit variierenden Leistungsinhalten bedingt.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Spanne der Vergütungssätze für AR/AHB-Leistungen in den verschiedenen Fachgebieten.

Minimale, maximale und durchschnittliche Vergütungssätze für AHB-Leistungen nach Fachgebieten 2003 (in Euro)

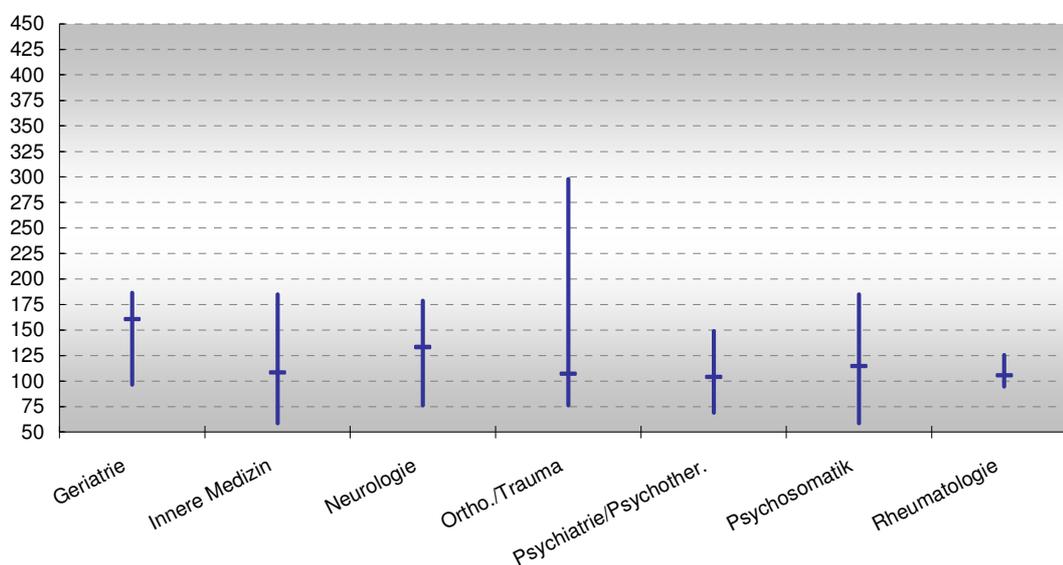


Abbildung 8: Minimale, maximale und durchschnittliche Vergütungssätze für AHB-Leistungen nach Fachgebieten der medizinischen Rehabilitation 2003 (Quelle: BAR).

Die durchschnittlichen Vergütungssätze für AR/AHB-Leistungen liegen leicht über den allgemeinen Vergütungssätzen in den jeweiligen Fachgebieten. Die Vergütungssätze für AR/AHB variieren am stärksten in den Fachbereichen Orthopädie/Traumatologie, Innere Medizin sowie Psychosomatik.

Aus diesen Auswertungen wird ersichtlich, dass auf dem Rehabilitationsmarkt in einzelnen Indikationsbereichen durchaus erhebliche Vergütungsunterschiede zu verzeichnen sind. Dabei ist zu beachten, dass die Vergütungssätze von Rehabilitationskliniken nicht uneingeschränkt miteinander verglichen werden können, weil sie auf der Basis unterschiedlicher Konzepte und Bedarfe der jeweiligen Patienten-Zielgruppen spezifische Anforderungen beinhalten (Ausstattungsmerkmale, Stellenpläne etc.), die von den Einrichtungen mit den Rehabilitationsträgern vereinbart wurden. Insgesamt ist die Situation der Vergütungssatzfindung jedoch nicht transparent.

Unter Marktgesichtspunkten führt die Verfügungsmacht der Rehabilitationsträger über Nachfrage und Preis der Leistungen zu einer oligopolen (d.h. einseitig überlegenen) Einkaufsmacht gegenüber den Rehabilitationskliniken. Dies bewirkte in den 90er-Jahren eine konsequente Absenkung der realen Preise für Dienstleistungen der Rehabilitationseinrichtungen, während in allen übrigen Gesundheitssektoren die Dienstleistungspreise stiegen.

2.4.2 Zusammenfassung der Situation des Rehabilitationsmarktes

Ein zusammenfassender Überblick über den Rehabilitationsmarkt kann durch einen Vergleich mit dem Akutmarkt gegeben werden. Die folgende Tabelle stellt beide Sektoren mit ihren Merkmalen einander gegenüber.

Parameter	Krankenhäuser	Rehabilitationseinrichtungen
Trägerschaft	Öffentlich, freigemeinnützig, privat	Privat, freigemeinnützig, öffentlich
Versorgungsplanung/ -steuerung	Durch Länder i.R.d. Krankenhausplanung	Dezentral durch unterschiedliche Kostenträger
Planungssicherheit der Leistungserbringer	Bedingt durch den KH-Plan	Nicht gegeben
Haupteinweiser	Niedergelassene Ärzte	Rehabilitationsträger
Finanzierung	Dual	Monistisch
Vergütung	DRG-Fallpauschalen	Pflegesätze
Betriebskosten	DRG-Fallpauschalen	Pflegesätze
Investitionskosten	Länderförderung nach KHG	Pflegesätze
Preisfindung	Kalkulation auf Ist-Kostenbasis	unbekannt
Investitionsstau	Sehr hoch	Hoch
Wichtigste Kostenträger	GKV, PKV	GRV, GKV
Wichtigste Finanzierungsquellen	Förderung nach KHG, Fremd-/Eigenfinanzierung	Fremdfinanzierung, Eigenfinanzierung

Tabelle 6: Akut- und Rehamarkt: Gegenüberstellung der wichtigsten Parameter (Quelle: eigene Darstellung).

Unter Berücksichtigung der bereits beschriebenen Tendenzen sowie der Finanzierungssituation auf dem Rehabilitationsmarkt ergibt sich folgendes Bild:

- Marktberichtigungen finden bereits heute statt. Insbesondere die Anzahl der kleineren Einrichtungen (bis 99 Betten) ist in den letzten Jahren stark zurückgegangen. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich der Kapazitätsabbau in der Rehabilitation weiter fortsetzen wird.
- Die ambulanten Versorgungsformen gewinnen zunehmend an Bedeutung, werden allerdings aufgrund der grundsätzlichen Unterschiede die Bedeutung der stationären Einrichtungen nicht schmälern.

-
- Der Anteil der Anschlussrehabilitationen am Gesamtvolumen des Rehabilitationsmarktes steigt stetig. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich diese Entwicklung weiter fortsetzt. Dafür sorgt deren geringere medizinische „Angreifbarkeit“ im Zusammenspiel mit der zunehmenden Notwendigkeit der Kostensenkung im Gesundheitswesen, der DRG-Einführung sowie den medizinischen Entwicklungen. Rehabilitationseinrichtungen, die optimal auf Anschlussheilbehandlungen eingestellt sind, gewinnen an Bedeutung.
 - Auf dem Rehabilitationsmarkt bestehen in einzelnen Indikationsbereichen relativ große Unterschiede bei den Vergütungssätzen. Sie sind zum Teil durch strukturelle und qualitative Unterschiede zwischen den Einrichtungen bestimmt.
 - In anderen Indikationsbereichen (z. B. Abhängigkeitserkrankungen) liegen die Vergütungssätze wiederum relativ nahe beieinander und orientieren sich an ihrer durchschnittlichen Höhe. Eine undifferenzierte Orientierung an Durchschnittspreisen birgt die Gefahr vorhandene Qualitätsunterschiede in den Einrichtungen zu nivellieren. Die Qualität sollte jedoch ein wichtiges Kriterium im Wettbewerb sein.
 - Aufgrund der zum Teil zu niedrigen Vergütungssätze besteht die Gefahr, dass sich bei den Rehabilitationskliniken insbesondere der alten Bundesländer ein erheblicher Investitionsstau entsteht und als Konsequenz eine Marktberreinigung nicht nach den fachlichen Kompetenzen der Einrichtungen oder dem bestehenden Bedarf erfolgt, sondern in Abhängigkeit davon, ob die jeweilige Einrichtung ihre Investitionen fremd finanzieren muss, oder ob sie auf Investitionen im größeren Umfang kurzfristig verzichten kann.
 - Die Entscheidungshoheit über Preis und Menge auf dem Reha-Markt liegt in der Hand der Rehabilitationsträger. Auf der Seite der Leistungserbringer findet sich eine Vielzahl einzelner Einrichtungen, kleinerer Unternehmensgruppen ohne deutliche Marktanteile und einige wenige Unternehmen mit größeren Marktanteilen (oft in Verbindung mit Häusern der stationären Akutversorgung). Dies führt, insbesondere auch vor dem Hintergrund der Konzentrationsprozesse bei den Kostenträgern, zu stark asymmetrischen Machtverhältnissen.

3 Einflussfaktoren auf die zukünftige betriebswirtschaftliche Entwicklung

Die Einflussfaktoren auf die betriebswirtschaftliche Entwicklung eines Unternehmens lassen sich in endogene und exogene Einflussfaktoren unterteilen. Exogene, also von außen vorgegebene Faktoren können nur in sehr begrenztem Maße von den Unternehmen beeinflusst werden, endogene Faktoren hingegen beziehen sich auf unternehmensinterne Kompetenzen und sind prinzipiell durch unternehmerische Entscheidungen beeinflussbar.

Das Erlösbudget einer Rehabilitationseinrichtung bestimmt sich grundsätzlich nach der Formel: Menge x Preis. Die Rehabilitationskliniken können ihre Erlöse durch Verhandlungen höherer Vergütungssätze und durch Fallzahlensteigerungen beeinflussen. Diese Einflussnahme wird allerdings durch strukturelle Gegebenheiten des Rehabilitationsmarktes begrenzt. Die Preisverhandlungen mit den Rehabilitationsträgern verlaufen aus Sicht der Leistungserbringer auf der Grundlage intransparenter Berechnungsverfahren, die differenzierte Leistungsaspekte nicht immer ausreichend in den Vordergrund stellen. Die Beeinflussbarkeit der Leistungsmengen seitens der Rehabilitationskliniken ist eingeschränkt. Die Entscheidung über die Belegung der Rehabilitationseinrichtung liegt letztlich bei den Rehabilitationsträgern, wobei als Entscheidungsgrundlage neben Qualitätsaspekten die Kostengesichtspunkte eine deutlich zunehmende Rolle spielen. Sieht man von der relativ geringen Anzahl der Selbstzahler ab und davon, dass einzelne Patienten ihr Wunsch- und Wahlrecht (§ 9 SGB IX) wahrnehmen, erfolgt die Zuweisung im allgemeinen durch die Rehabilitationsträger. Insgesamt sind die Rehabilitationseinrichtungen sowohl hinsichtlich der Preise als auch der Zahl der zugewiesenen Patienten von den Leistungsträgern unmittelbar abhängig.

Die Kostenstruktur einer Einrichtung ist zwar ein endogener Faktor, wird jedoch bei Rehabilitationskliniken im Vergleich zu anderen Unternehmen durch vielfältige Vorgaben in großen Teilen exogen bestimmt. Die Personalstruktur einer Rehabilitationsklinik ist durch Vorgaben an die Qualifikation des medizinischen und nichtmedizinisch-therapeutischen Personals sowie durch Mindestpersonalschlüssel vielfach determiniert. Stellenpläne werden in vielen Fällen mit den Rehabilitationsträgern abgestimmt und unterliegen nur in geringem Maße der unternehmerischen Entscheidungsfreiheit. Der Bereich der Gebäudeinfrastruktur einer Rehabilitationseinrichtung unterliegt in hohem Maße gesetzlichen Auflagen. Aufwendungen für Sachmittel können durch Einkaufskooperationen und weitere Optimierungsmaßnahmen reduziert werden; entsprechende Möglichkeiten wurden in den letzten Jahren zunehmend genutzt.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass aufgrund der Besonderheiten des Rehabilitationsmarktes die unternehmerische Freiheit der Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen klassischer Unternehmensentscheidungen vielfach reglementiert ist und viele auf den ersten Blick endogen erscheinende Einflussfaktoren von den Einrichtungen nur zum Teil beeinflusst werden können.

Als exogene Einflussfaktoren, die für die zukünftige betriebswirtschaftliche Situation der Reha-kliniken entscheidend sind, können in erster Linie die Qualitäts- und Strukturanforderungen der Rehabilitationsträger, Veränderungen des zukünftigen Patientengutes sowie Kostenentwicklungen aufgrund sonstiger wirtschaftlicher Entwicklungen genannt werden. Ihre Auswirkungen auf die medizinische Rehabilitation werden im Folgenden kurz erörtert.

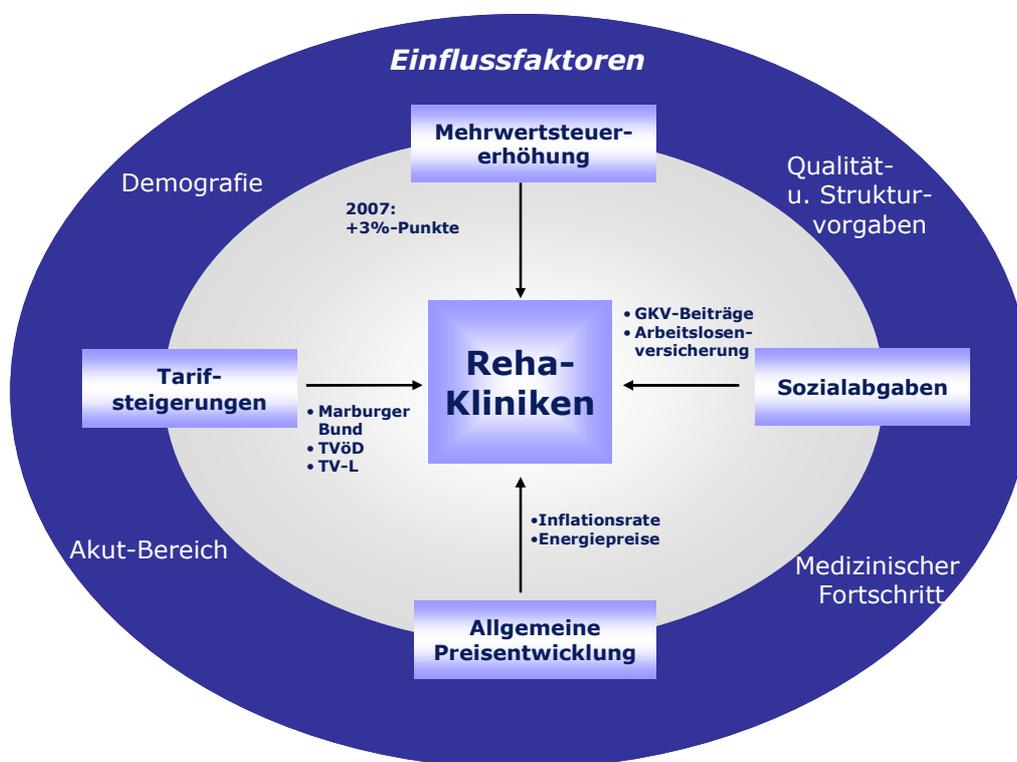


Abbildung 9: Exogene Einflussfaktoren (Quelle: eigene Darstellung).

Qualitäts- und Strukturanforderungen der Rehabilitationsträger

Die Rehabilitationsträger sind durch ihren Sicherstellungsauftrag (§ 19 Absatz 1 SGB IX) dafür verantwortlich, dass ausreichend qualitative Rehabilitationseinrichtungen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Sie sind insofern an einer qualitativ guten Leistungserbringung interessiert. Schon in der ersten Hälfte der 90er-Jahre wurden erste reha-spezifische Programme zur externen Qualitätssicherung entwickelt, in der zweiten Hälfte der 90-er Jahre erste reha-spezifische Programme zur internen Qualitätssicherung. Im Zeitverlauf sind die Qualitäts- und

Strukturanforderungen an die Rehabilitationskliniken gestiegen. Sie werden, auch im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt und die weiter fortschreitende Professionalisierung der Rehabilitation in Deutschland, weiter ansteigen. Die Verbindung der Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wirkt sich dabei auf die gesamte Leistungserstellung aus und hat umfassende Folgen für die Rehabilitationskliniken.

Zu beachten sind in diesem Zusammenhang auch die steigenden Anforderungen an das Dokumentations- und Berichtswesen. Die geplante Harmonisierung und Weiterentwicklung der internen und externen Qualitätssicherung wird die Qualitätsvorgaben in der Rehabilitation wahrscheinlich weiter erhöhen. Um auch in Zukunft diesen Anforderungen gewachsen zu sein, werden Rehabilitationseinrichtungen vermehrt Investitionen in qualifiziertes Personal und strukturelle Veränderungen tätigen müssen.

Veränderungen aufgrund der Situation im Akut-Bereich

Die Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen (DRG) im akutstationären Bereich geht von der anreiztheoretisch richtigen der Annahme aus, dass dadurch die Verweildauer im Akutkrankenhaus sinken wird. Die Größenordnung dieser Effekte ist heute noch schwer einschätzbar. Die Statistiken der letzten Jahre bestätigen den kontinuierlichen Rückgang der Verweildauern.

Aus US-amerikanischen Beobachtungen der 80er-Jahre nach der dortigen Einführung der DRG im Akutsektor lässt sich feststellen, dass durch verkürzte Verweildauern bzw. durch DRG-Effekte im Akutkrankenhaus „eingesparte“ Krankenhaustage zum größten Teil nicht einfach verschwinden, sondern anteilig an anderer Stelle, also in den nachgelagerten ambulanten, rehabilitativen oder pflegerischen Diensten wieder zum Vorschein kommen. Auch in Deutschland werden durch die DRG für die akutstationären Einrichtungen Anreize geschaffen, Leistungen in den rehabilitativen, ambulanten oder pflegerischen Bereich zu verschieben. Insofern kann mit einer höheren Nachfrage an Rehabilitationsleistungen gerechnet werden. Von der Wissenschaft werden für das Jahr 2010 zusätzlich notwendige Leistungstage in Höhe von 3,8 bis 15,2 Mio. für die Rehabilitation prognostiziert (*Neubauer G; Nowy R., in f&w 2002*). Primär wird sich die Zahl der AR/AHB-Maßnahmen erhöhen, die Zahl der allgemeinen Heilverfahren wird von der DRG-Einführung nicht beeinflusst.

Durch die Verweildauerverkürzung entstehen in den akutstationären Einrichtungen zunehmend Überkapazitäten. Gleichzeitig nimmt das Angebot frührehabilitativer Leistungen in den Akutkliniken zu. Diese Entwicklung könnte den Effekt einer höheren Nachfrage an Rehabilitation abmildern.

Insgesamt kann jedoch mit einer zunehmenden medizinischen Fallschwere in der Rehabilitation gerechnet werden. Der Trend zu einer höheren Fallschwere wird im stationären Bereich der medizinischen Rehabilitation auch durch die Verlagerung von Patienten geringerer Fallschwere in die ambulante Rehabilitation gefördert. Vor allem stationäre Rehabilitationseinrichtungen müssen vermehrt akutstationäre Aufgaben übernehmen. Diese Aufgaben können nur übernommen werden, wenn die Strukturen in den Rehabilitationskliniken entsprechend adaptiert werden. Dazu gehören Anpassungen in der Personalstruktur, der Medizin-Technik, bauliche Maßnahmen und Ausstattungen. Für alle diese Maßnahmen werden verstärkt finanzielle Mittel benötigt.

Medizinischer Fortschritt

Der medizinische Fortschritt ermöglicht bei vielen lebensbedrohlichen Erkrankungen ein Überleben der Patienten. Aufgrund der Schweregrade der Erkrankungen ist es jedoch nicht immer möglich, den vorherigen Zustand wiederherzustellen, so dass funktionelle Beeinträchtigungen zurückbleiben, die zu einem erhöhten Rehabilitationsbedarf führen. Zudem sind für Neuerungen in der Therapie zusätzliche Finanzmittel erforderlich (Eigenmittel oder Fremdkapital), für die eine Mindestrendite erwirtschaftet werden muss.

Demografie

Die Demografie ist ein wichtiger Einflussfaktor auf den Bedarf und die Art der zukünftigen Rehabilitation. Die Verschiebung der Altersstruktur zu Gunsten der älteren Bevölkerung bedingt eine Zunahme chronisch kranker und multimorbider oder pflegebedürftiger Personen. In Verbindung mit den Auswirkungen des medizinischen Fortschritts kommt es so zu einem steigenden Bedarf an Rehabilitationsleistungen. Moderne Rehabilitation bietet, wie kein anderer Behandlungsansatz, die Möglichkeit zu einer (vorbeugenden) Versorgung chronisch kranker oder behinderter Personen, durch die aus gesundheitsökonomischer Sicht nachweislich sowohl direkte wie indirekte Krankheits(folge)kosten gesenkt werden können. Bereits im Jahr 2001 stellte der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fest, dass die Rehabilitation chronisch Kranker zu den großen Unterversorgungsbereichen zählt. Der demografische Faktor wird sich insgesamt fallzahlensteigernd auswirken.

Kostenentwicklung aufgrund wirtschaftlicher Entwicklungen

Weitere erfolgsbestimmende exogene Faktoren, die auf die Rehabilitationseinrichtungen direkt einwirken, ohne von ihnen beeinflussbar zu sein, sind durch die allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklungen bedingte Kostenveränderungen. Ihre Auswirkungen auf die Rehabilitationseinrichtungen werden im Folgenden skizziert.

Tarifsteigerungen und Arbeitszeitgesetz

Tarifsteigerungen haben primär Auswirkungen auf die Arbeitgeber, die Tarifpartner bei Verhandlungen sind. Allerdings sind auch andere Marktteilnehmer der Branche gezwungen, die Gehälter ihrer Angestellten entsprechend anzupassen. Erfolgt diese Anpassung nicht, können Personalabgänge und Personalnotstand, vor allem bei qualifiziertem Personal, die Folge sein. Eine derartige Entwicklung würde sich qualitätsmindernd, teilweise auch existenzbedrohend auf Rehabilitationskliniken auswirken und kann nicht im gesamtgesellschaftlichen Interesse sein. Der Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme hängt im großen Maße von der Qualifikation und Motivation der mitwirkenden Mitarbeiter im medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Bereich ab.

Zukünftig wird sich der Druck auf Rehabilitationskliniken hinsichtlich einer geeigneten Personalakquisition vor allem im ärztlichen Bereich weiter zuspitzen. Den zunehmenden Ärztemangel in Deutschland spüren bereits heute vor allem Reha-Einrichtungen in ländlichen Regionen sowie solche in den neuen Bundesländern. Den Kampf um qualifiziertes Personal gewinnen diejenigen Einrichtungen, die eine wettbewerbsfähige Vergütung anbieten können.

Beim ärztlichen Personal werden die in 2006 vereinbarten Tarifabschlüsse mit dem Marburger Bund richtungweisend für künftige Gehaltssteigerungen sein. Das in Folge der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) novellierte Arbeitszeitgesetz wirkt sich spätestens ab 2007 kostensteigernd auf die Rehabilitationskliniken aus, weil es Modifikationen in der Arbeitszeitorganisation erfordert und den Personalbedarf steigert. Besonders kleine Einrichtungen stehen dabei vor großen Herausforderungen.

Die Einkommenshöhen und Arbeitszeitregelungen des medizinischen Personals im therapeutischen und pflegerischen Bereich orientieren sich an Tarifverträgen des TVöD (Tarifvertrag öffentlicher Dienst) beziehungsweise des TV-L (Tarifvertrag Länder). Eine längerfristige Abkopplung von den Tarifregelungen können auch Einrichtungen mit anderen Trägerschaften (freigemeinnützig oder privat) ohne Einbußen in der Personalstruktur mit den bereits genannten Folgen nicht realisieren.

Sozialabgaben

Die Entwicklung der Sozialaufwendungen für das Personal verläuft größtenteils parallel zu den Gehaltssteigerungen, ist aber auch von Entscheidungen auf politischer Ebene abhängig. Die im Rahmen der aktuellen Gesundheitsreform geplanten Maßnahmen und strukturellen Veränderungen, wie z.B. des Gesundheitsfonds, werden die Steigerungen der Krankenkassenbeiträge kurzfristig eher forcieren denn verhindern. Führende Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen haben bereits Beitragssatzsteigerungen angekündigt. Als Ausgleich zu der für das Jahr 2007 beschlossenen Mehrwertsteuererhöhung ist lediglich geplant, die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung um insgesamt 1 %-Punkt zu senken.

Allgemeine Preissteigerung

Die allgemeine Preissteigerung ist ein weiterer, von Seiten der Rehabilitationseinrichtungen nicht beeinflussbarer, externer Faktor. Ressourcen wie Therapiebedarf, Medikamente und Lebensmittel, aber auch Dienstleistungen wie z.B. Reparaturen, unterliegen inflationsbedingten Preissteigerungen. Der Bereich der Energiekosten ist aus der Erfahrung der letzten Jahre von überproportional starken Preissteigerungen betroffen.

Mehrwertsteuererhöhung

Weitere direkte Auswirkungen auf die Kostensituation der Rehabilitationseinrichtungen hat die für das Jahr 2007 beschlossene Erhöhung der Mehrwertsteuer von 16 auf 19 %, die eine zusätzliche Kostensteigerung bei allen zu beziehenden Ressourcen (außer Lebensmitteln) nach sich ziehen wird.

Zinsaufwendungen

Ein anderer erfolgswirksamer Einflussfaktor sind die bei einer Fremdkapitalfinanzierung anfallenden Zinsaufwendungen. Der Anteil der Zinsaufwendungen an den Gesamtausgaben variiert bei den Einrichtungen stark in Abhängigkeit von der Höhe ihrer Fremdfinanzierung. Eine pauschale Aussage über einen durchschnittlichen Anteil der Zinsaufwendungen an den Gesamtaufwendungen erscheint deshalb nicht sinnvoll und muss einrichtungsindividuell erfolgen. Daher werden in der folgenden Modellrechnung die Zinsaufwendungen nicht berücksichtigt. Der Einfluss der Zinsbelastung auf den Unternehmenserfolg ist jedoch bedeutend.

Kliniken mit einem geringen Anteil an Fremdfinanzierung, haben eine niedrige Zinsbelastung und können dies in ihrer Kalkulation berücksichtigen, indem sie ihre Leistungen zu vergleichsweise günstigen Preisen anbieten. Demgegenüber müssen Einrichtungen, die ihre Investitionen überwiegend fremdfinanzieren und somit eine anteilig hohe Zinsbelastung tragen, diese Kosten

innerhalb der monistischen Finanzierung über die Vergütungssätze erwirtschaften. Solche Einrichtungen können bei einem zu niedrigen Pflegesatzniveau ihre Kosten nicht decken. Die Tendenz bei den Rehabilitationseinrichtungen geht deshalb dahin, dass größere Investitionen, auch in qualifiziertes Personal, eher ausbleiben. Das führt zu einem stetigen Abbau rehabilitativer Substanz, die die Rehabilitation insgesamt gefährden kann.

Das zurzeit noch niedrige, aber in der Tendenz wieder ansteigende Zinsniveau darf ebenfalls nicht außer Acht gelassen werden. Selbst wenn Kredite in der Vergangenheit aufgenommen worden sind, besteht eine Zinsbindung für die Laufzeit des Kreditvertrages. Falls es während der Kreditlaufzeit zu Absenkungen des allgemeinen Zinsniveaus kommt, können die in den Verträgen festgelegten Zinssätze nicht nachträglich geändert werden.

3.1 Darstellung der Konsequenzen auf Grundlage einer Modellrechnung

Viele der vorstehend beschriebenen exogenen Faktoren wirken sich auf die Aufwandpositionen der Gewinn- und Verlustrechnung (GuV) direkt aus. Sie bilden die Grundlage für die Annahmen zukünftiger Kostenveränderungen in der folgenden Modellrechnung.

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

Um die Auswirkungen der externen Einflussfaktoren für die Rehabilitationskliniken zu bestimmen, wurde auf der Basis der GuV-Rechnungen mehrerer Rehabilitationseinrichtungen eine durchschnittliche relative Verteilung der einzelnen Aufwandpositionen berechnet. Dabei wurden Rehabilitationskliniken unterschiedlicher Fachrichtungen berücksichtigt, um eine möglichst repräsentative Abbildung der Aufwandpositionen zu gewährleisten. Es können jedoch einzelne, vor allem auf bestimmte Indikationen spezialisierte Einrichtungen in einzelnen Positionen andere Werte aufweisen.

Die folgende Tabelle zeigt die durchschnittlichen Anteile einzelner GuV-Aufwandpositionen, die als Grundlage für die Modellrechnung dienen. Für die anschließenden Berechnungen wird angenommen, dass die prozentualen Anteile absoluten Beträgen entsprechen. Sie bilden die Basis für die Musterverteilung der Modellrechnung.

GuV-Positionen	Anteil in %
Personalaufwand	58,2%
Löhne und Gehälter	49,2%
Ärztlicher Dienst	13,0%
Pflegedienst	7,1%
Med.-techn. Dienst	6,4%
Funktionsdienst	13,5%
Wirtschaftsdienst	2,6%
Verwaltungsdienst	5,5%
Sonst. Personalaufwand	1,1%
Soziale Abgaben	9,0%
Ärztlicher Dienst	1,9%
Pflegedienst	1,4%
Med.-techn. Dienst	1,3%
Funktionsdienst	2,5%
Wirtschaftsdienst	0,5%
Verwaltungsdienst	0,8%
Sonst. soziale Abgaben	0,6%
Materialaufwand	31,7%
Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	9,6%
Lebensmittel	2,1%
Arzneien, Heilmittel	1,1%
Therapiebedarf	0,3%
Wasser, Abwasser	1,2%
Strom	1,4%
Brennstoffe	2,1%
Sonstiger Bedarf	1,5%
Aufwendungen für bezogene Leistungen	12,2%
Abschreibungen auf Sachanlagen u. Instandhaltung	9,8%
Sonstige betriebliche Aufwendungen	10,1%
Summe	100%

Tabelle 7: Verteilung der GuV-Aufwandspositionen (Quelle: eigene Berechnungen).

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

Tabelle 8 stellt die in die einzelnen Aufwandspositionen eingeflossenen Annahmen zusammenfassend dar.

GuV-Positionen	Berücksichtigte Einflussfaktoren
Personalaufwand	
Löhne und Gehälter	
Ärztlicher Dienst	-Tarifsteigerungen Marburger Bund (Uni-Kliniken, Kommunale Arbeitgeberverbände) in 2007 sowie Auswirkungen des Arbeitszeitgesetzes; ab 2008 allgemeine Lohnsteigerungen
Pflegedienst	-allgemeine Lohnsteigerungen unter Berücksichtigung des TVöD und TV-L
Med.- techn. Dienst	
Funktionsdienst	
Wirtschaftsdienst	
Verwaltungsdienst	
Sonst. Personalaufwand	
Soziale Abgaben	
Ärztlicher Dienst	-Steigerungen entsprechend der Lohnsteigerung mit Berücksichtigung der geplanten Absenkung des Beitrages zur Arbeitslosenversicherung um 1%-punkte in 2007; Steigerung der Krankenkassenbeiträge um jeweils 0,5 %-punkte in 2007 und 2008
Pflegedienst	
Med.- techn. Dienst	
Funktionsdienst	
Wirtschaftsdienst	
Verwaltungsdienst	
Sonst. soziale Abgaben	
Materialaufwand	
Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	
Lebensmittel	-allgemeine Preissteigerungen (Inflationsrate)
Arzneien, Heilmittel	-allgemeine Preissteigerungen (Inflationsrate), Mehrwertsteuererhöhung in 2007
Therapiebedarf	
Wasser, Abwasser	-konservative Schätzungen der Energiekostensteigerungen, Mehrwertsteuererhöhung in 2007
Strom	
Brennstoffe	-allgemeine Preissteigerungen (Inflationsrate), Mehrwertsteuererhöhung in 2007
Sonstiger Bedarf	
Aufwendungen für bezogene Leistungen	
Abschreibungen auf Sachanlagen u. Instandhaltung	-konstante Abschreibungsrate, bei Instandhaltung allg. Preisteigerungen und Mehrwertsteuererhöhung in 2007
Sonstige betriebliche Aufwendungen	-allgemeine Preissteigerungen (Inflationsrate), Mehrwertsteuererhöhung in 2007

Tabelle 8: Annahmen über die Auswirkungen externer Einflussfaktoren auf einzelne Aufwandspositionen.

Um die Prognosesicherheit der quantitativen Auswirkungen getroffener Annahmen zu erhöhen, werden für jedes Jahr im Zeitraum von 2007 bis 2010 minimale und maximale Veränderungsrate der einzelnen Positionen berechnet, die über die Jahre aufsummiert ein „Best-Case“ und ein „Worst-Case“ Szenario der erwarteten Kostenveränderungen abbilden. Die getroffenen Annahmen sind in beiden Szenarien eher konservativ. Sie sind das Ergebnis moderater Veränderungsprognosen, deren Eintrittswahrscheinlichkeit insgesamt sehr hoch ist.

In der folgenden Tabelle sind die quantitativen Annahmen für die Veränderungsrate der einzelnen Positionen für die Jahre 2007 bis 2010 dargestellt.

GuV-Positionen	Muster-Verteilung	Annahmen: jährliche Veränderungen in %							
		2007		2008		2009		2010	
		min.	max.	min.	max.	min.	max.	min.	max.
Personalaufwand	58,2								
Löhne und Gehälter	49,2								
Ärztlicher Dienst	13,0	10,0	13,0	0,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0
Pflegedienst	7,1	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0
Med.-techn. Dienst	6,4	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0
Funktionsdienst	13,5	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0
Wirtschaftsdienst	2,6	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0
Verwaltungsdienst	5,5	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0
Sonst. Personalaufwand	1,1	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0
Soziale Abgaben	9,0								
Ärztlicher Dienst	1,9	10,0	13,0	2,5	4,6	1,0	2,0	1,0	2,0
Pflegedienst	1,4	1,0	2,0	3,5	4,6	1,0	2,0	1,0	2,0
Med.-techn. Dienst	1,3	1,0	2,0	3,5	4,6	1,0	2,0	1,0	2,0
Funktionsdienst	2,5	1,0	2,0	3,5	4,6	1,0	2,0	1,0	2,0
Wirtschaftsdienst	0,5	1,0	2,0	3,5	4,6	1,0	2,0	1,0	2,0
Verwaltungsdienst	0,8	1,0	2,0	3,5	4,6	1,0	2,0	1,0	2,0
Sonst. soziale Abgaben	0,6	1,0	2,0	3,5	4,6	1,0	2,0	1,0	2,0
Materialaufwand	31,7								
Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	9,6								
Lebensmittel	2,1	1,0	1,5	1,0	1,5	1,0	1,5	1,0	1,5
Arzneien, Heilmittel	1,1	3,6	4,1	1,0	1,5	1,0	1,5	1,0	1,5
Therapiebedarf	0,3	3,6	4,1	1,0	1,5	1,0	1,5	1,0	1,5
Wasser, Abwasser	1,2	3,6	4,1	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0
Strom	1,4	6,7	9,8	4,0	7,0	4,0	7,0	4,0	7,0
Brennstoffe	2,1	6,7	9,8	4,0	7,0	4,0	7,0	4,0	7,0
Sonstiger Bedarf	1,5	3,6	4,6	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0
Aufwendungen für bezogene Leistungen	12,2	3,6	4,6	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0
Abschreibungen auf Sachanlagen u. Instandhaltung	9,8	3,6	4,1	1,0	1,5	1,0	1,5	1,0	1,5
Sonstige betriebliche Aufwendungen	10,1	3,6	4,1	1,0	1,5	1,0	1,5	1,0	1,5

Tabelle 9: Angenommene Veränderungsdaten der einzelnen GuV- Aufwandspositionen.

Für den ärztlichen Dienst werden im Jahr 2007 aufgrund der Tarifabschlüsse des Marburger Bundes und der gleichzeitig gesetzlich geforderten Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes Steigerungen zwischen 10 und 13 % angenommen. Die Steigerung der Aufwendungen für andere Personalgruppen wird sich in Zukunft an den allgemeinen Lohnsteigerungen orientieren, die sich unter Berücksichtigung der Tarifentwicklungen (TVöD, TV-L) nach Schätzungen zwischen 1 und 2 % bewegen.

Die Sozialabgaben entwickeln sich proportional zu den Aufwendungen für Löhne und Gehälter. Zusätzlich werden jedoch spezifische Veränderungen der Sozialabgaben in die Modellrechnung einbezogen. Für die zukünftige Entwicklung der Sozialabgaben wird im Jahr 2007 eine Absenkung der Arbeitslosenversicherung von insgesamt 1 %-Punkt berücksichtigt, die bei dem Arbeitgeberanteil zu einer Senkung von 0,5 %-Punkten führt. Gleichzeitig wird für das Jahr 2007 eine moderate Erhöhung der Krankenkassenbeiträge von insgesamt 1 %-Punkt angenommen, die aufgrund der paritätischen Finanzierung zu einem Anstieg der Krankenkassenbeiträge um 0,5 %-Punkte für die Arbeitgeber führt. Beide Effekte gleichen sich in der Summe aus. Für das Jahr 2008 wird eine weitere Steigerung der Krankenkassenbeiträge um 1 %-Punkt prognostiziert, die in Verbindung mit den allgemeinen Lohnsteigerungsraten zu einem anteiligen Anstieg an den gesamten Sozialaufwendungen von bis zu maximal 4,6 % in 2008 führen wird.

Weiterhin werden für den Bereich der Materialaufwendungen für die Positionen *Lebensmittel*, *Arznei- und Heilmittel* sowie *Therapiebedarf* auf Basis vergangener Kostenentwicklungen moderate Jahressteigerungsraten zwischen 1 und 1,5 % angenommen. Die Aufwendungen für die Position *Wasser/Abwasser* sind erfahrungsgemäß tendenziell stärkeren Preissteigerungen unterworfen. Die zukünftig angenommenen Steigerungsraten liegen hier deshalb zwischen 1 und 2 %. Die Position *Aufwendungen für bezogene Leistungen* wie z. B. Catering oder Wäscherei unterliegen aufgrund ihrer Dienstleistungskomponente durchschnittlich höheren Preissteigerungen. Die prognostizierte Preisentwicklung in diesem Bereich wird mit 1 bis 2 % pro Jahr beziffert. Preise im Energiesektor (Strom und Brennstoffe) sind in der Vergangenheit im Vergleich zur allgemeinen Preisentwicklung deutlich stärker gestiegen. Dieser Trend wird sich auch in der Zukunft fortsetzen. Experten rechnen mit Preissteigerungsraten von 4 bis 7 % im Bereich der Energiekosten. In der Modellrechnung wird außerdem die für 2007 beschlossene Mehrwertsteuererhöhung von 16 auf 19 % berücksichtigt.

Die Ergebnisse der Modellrechnung in der Tabelle 10 zeigen die aufgrund der getroffenen Annahmen erfolgten, jährlichen Veränderungen der GuV-Positionen. Die höchsten kumulierten Preissteigerungen ergeben sich im Bereich der Energiekosten mit 20-34,5 %. Die größten Steigerungsraten bei Personalaufwendungen sind hauptsächlich beim ärztlichen Dienst zu verzeichnen. Die summarische Darstellung zeigt die jeweiligen prozentualen Steigerungen gegenüber dem Jahr 2006 sowie die jährlichen Kostensteigerungsraten für die Jahre 2007 bis 2010.

GuV-Positionen	Muster- Verteilung	Ergebnisse (absolut)								Veränderung 2006-2010 in %	
		2007		2008		2009		2010		min.	max.
		min.	max.	min.	max.	min.	max.	min.	max.		
Personalaufwand	58,2	60,14	61,02	60,81	62,48	61,42	63,73	62,03	65,00	6,6%	11,7%
Löhne und Gehälter	49,2	50,84	51,60	51,21	52,63	51,72	53,68	52,24	54,75	6,2%	11,3%
Ärztlicher Dienst	13,0	14,30	14,69	14,30	14,98	14,44	15,28	14,58	15,58	12,2%	19,9%
Pflegedienst	7,1	7,16	7,23	7,23	7,38	7,31	7,53	7,38	7,68	4,1%	8,2%
Med.-techn. Dienst	6,4	6,43	6,50	6,50	6,63	6,56	6,76	6,63	6,89	4,1%	8,2%
Funktionsdienst	13,5	13,67	13,81	13,81	14,08	13,95	14,37	14,09	14,65	4,1%	8,2%
Wirtschaftsdienst	2,6	2,66	2,68	2,68	2,74	2,71	2,79	2,74	2,85	4,1%	8,2%
Verwaltungsdienst	5,5	5,54	5,59	5,59	5,70	5,65	5,82	5,70	5,93	4,1%	8,2%
Sonst. Personalaufwand	1,1	1,09	1,10	1,10	1,12	1,11	1,14	1,12	1,16	4,1%	8,2%
Soziale Abgaben	9,0	9,29	9,42	9,60	9,85	9,69	10,05	9,79	10,25	8,5%	13,5%
Ärztlicher Dienst	1,9	2,13	2,19	2,19	2,29	2,21	2,34	2,23	2,38	15,0%	22,9%
Pflegedienst	1,4	1,38	1,39	1,42	1,45	1,44	1,48	1,45	1,51	6,7%	10,9%
Med.-techn. Dienst	1,3	1,31	1,32	1,36	1,38	1,37	1,41	1,38	1,44	6,7%	10,9%
Funktionsdienst	2,5	2,54	2,57	2,63	2,68	2,66	2,74	2,68	2,79	6,7%	10,9%
Wirtschaftsdienst	0,5	0,53	0,53	0,55	0,56	0,55	0,57	0,56	0,58	6,7%	10,9%
Verwaltungsdienst	0,8	0,82	0,83	0,85	0,87	0,86	0,89	0,87	0,91	6,7%	10,9%
Sonst. soziale Abgaben	0,6	0,58	0,59	0,60	0,61	0,61	0,63	0,61	0,64	6,7%	10,9%
Materialaufwand	31,7	32,85	33,17	33,29	33,96	33,74	34,77	34,20	35,62	7,9%	12,4%
Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	9,6	10,01	10,17	10,23	10,54	10,44	10,94	10,67	11,36	11,0%	18,2%
Lebensmittel	2,1	2,10	2,11	2,12	2,14	2,14	2,17	2,16	2,21	4,1%	6,1%
Arzneien, Heilmittel	1,1	1,10	1,11	1,12	1,13	1,13	1,14	1,14	1,16	6,7%	8,9%
Therapiebedarf	0,3	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,28	6,7%	8,9%
Wasser, Abwasser	1,2	1,27	1,29	1,29	1,31	1,30	1,34	1,31	1,36	6,7%	11,0%
Strom	1,4	1,46	1,50	1,52	1,61	1,58	1,72	1,64	1,84	20,0%	34,5%
Brennstoffe	2,1	2,26	2,33	2,35	2,49	2,45	2,66	2,54	2,85	20,0%	34,5%
Sonstiger Bedarf	1,5	1,55	1,57	1,57	1,60	1,58	1,63	1,60	1,66	6,7%	11,0%
Aufwendungen für bezogene Leistungen	12,2	12,65	12,77	12,78	13,03	12,91	13,29	13,04	13,56	6,7%	11,0%
Abschreibungen auf Sachanlagen u. Instandhaltung	9,8	10,18	10,23	10,28	10,38	10,39	10,54	10,49	10,70	6,7%	8,9%
Sonstige betriebliche Aufwendungen	10,1	10,50	10,55	10,60	10,71	10,71	10,87	10,82	11,03	6,7%	8,9%
Summe	100	103,48	104,74	104,70	107,14	105,86	109,37	107,04	111,65	7,0%	11,7%
Kummulierte Steigerung gegenüber 2006 in %		3,5%	4,7%	4,7%	7,1%	5,9%	9,4%	7,0%	11,7%	–	–
Steigerung pro Jahr in %		3,5%	4,7%	1,2%	2,4%	1,2%	2,2%	1,2%	2,3%	–	–

Tabelle 10: Ergebnisse der Modellrechnung für die einzelnen GuV-Aufwandspositionen.

Aus den kumulierten Werten der jeweils minimalen und maximalen Veränderungsrate entsteht ein Prognosekorridor, innerhalb dessen Grenzen sich die zukünftigen Kostensteigerungen mit hoher Wahrscheinlichkeit bewegen werden. In der Abbildung 10 ist der errechnete Prognosekorridor für den Zeitraum 2006 bis 2010 dargestellt.

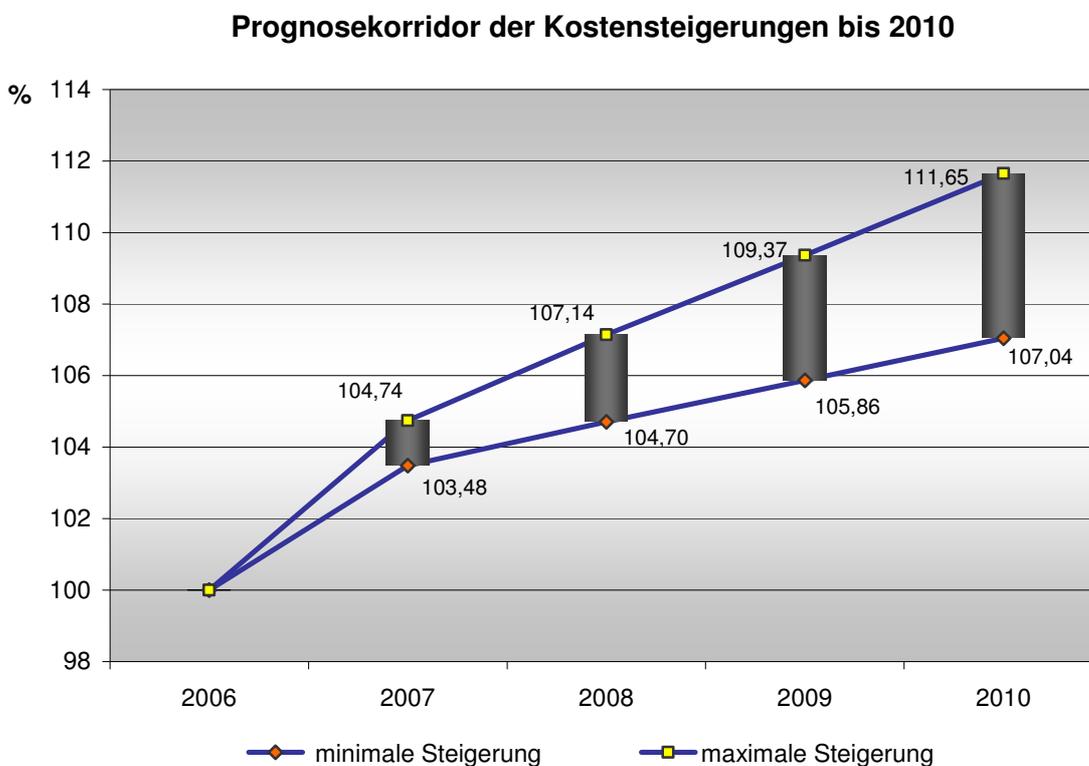


Abbildung 10: Prognosekorridor der kumulierten Kostensteigerungen bis 2010.

Die Höhe der Balken verdeutlicht die möglichen kumulierten Abweichungen der Kostenentwicklungen pro Jahr. Je kürzer der Prognosezeitraum ist, desto höher ist dabei die Prognosesicherheit.

Für die Rehabilitationseinrichtungen ergeben sich allein für das Jahr 2007 Kostensteigerungen zwischen 3,48 und 4,74 %. In 2007 erfolgt die höchste Steigerung im Betrachtungszeitraum. Gründe dafür sind die notwendige Angleichung der ärztlichen Vergütung, die Veränderungen der Personalstruktur aufgrund der verpflichtenden Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes sowie die Mehrwertsteuererhöhung. Im Jahr 2008 kommen auf die Träger der Rehabilitationseinrichtungen – neben den allgemeinen Preissteigerungen – weitere Erhöhungen der Krankenkassenbeiträge zu. Die Steigerungsraten der folgenden Jahre basieren ausschließlich auf den zukünftig zu erwartenden allgemeinen Lohn- und Gehaltssteigerungen sowie Preissteigerungsraten. Andere mögliche Effekte können zum heutigen Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden.

3.2 Bewertung der Entwicklungen

Die dargestellten Entwicklungen der Kosten zeigen, dass Rehabilitationseinrichtungen zukünftig in allen wichtigen Bereichen mit Kostensteigerungen rechnen müssen. Die in der Modellrechnung berücksichtigten Kostensteigerungen betreffen dabei ausschließlich exogene Faktoren, die bei einer Erhaltung des Status Quo von den Einrichtungen nicht beeinflusst werden können.

Die Folgen der dargestellten Kostensteigerungen können sich für Rehabilitationseinrichtungen zum Teil dramatisch auswirken. Es konnte gezeigt werden, dass externe Einflussfaktoren eine besondere Berücksichtigung bei der Berechnung der Vergütungssätze finden sollten. Sie wirken sich unmittelbar auf die wichtigsten Aufwandspositionen aus.

Bei der Unterstellung von konstant bleibenden Leistungszahlen erlaubt der errechnete Prognosekorridor eine Aussage darüber, in welchem Ausmaß sich die Rehabilitationsleistungen in Zukunft verteuern werden. Gründe hierfür liegen zum größten Teil in den Faktoren, die von den Einrichtungen nicht beeinflussbar sind und somit als gegeben angenommen werden müssen.

Unter besonders ungünstigen Bedingungen („Worst-Case“) kommt es bis 2010 zu einer Kostensteigerung bei den betrachteten Aufwandspositionen von 11,7 %.

Insgesamt kommt es bis 2010 zu einer durchschnittlichen jährlichen Kostensteigerung in Höhe von 1,76 bis 2,91 %. Eine überdurchschnittlich hohe Kostensteigerung wird in 2007 erwartet.

Die Materialaufwendungen steigen insgesamt etwas stärker als die Personalaufwendungen. Ein Grund hierfür ist insbesondere die Mehrwertsteuererhöhung in 2007.

Mit 20-34,5 % werden die Energiekosten bis 2010 am stärksten steigen. Diese Zahlen sind durchaus realistisch, dafür sprechen die Erfahrungen aus der Vergangenheit und die jüngsten Entwicklungstendenzen. Vor allem für Rehabilitationseinrichtungen, die energieaufwendige Therapieformen durchführen, kann sich diese Entwicklung erheblich auswirken.

Beim Personalaufwand muss berücksichtigt werden, dass mit den steigenden Qualitätsanforderungen der Personalbedarf bei einzelnen Einrichtungen und insbesondere bei personalintensiven Fachgebieten (z. B. in Suchtkliniken und Kliniken mit psychischen Indikationen mit einem Personalkostenanteil von über 60 %) im Hinblick auf die Gesamtaufwendungen spürbar stärker steigen kann als die in der Modellrechnung angenommen. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass es bei Neueinstellungen von zusätzlichem Personal auch zu sprunghaft ansteigenden Personalkosten kommen kann.

Bei der Position der Sozialaufwendungen kommt es aufgrund der geplanten Beitragserhöhungen der Krankenversicherung zu einem etwas höheren Anstieg als bei den Personalkosten selbst. Es ist nicht davon auszugehen, dass in Zukunft eine Entlastung der Arbeitgeber eintritt.

Des Weiteren darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Zinskosten bei der Modellrechnung aufgrund ihrer erheblichen Unterschiede bei den Einrichtungen nicht berücksichtigt werden konnten. Zum einen bestehen für die in der Vergangenheit getätigten Investitionen mehr oder weniger lange Zinsbindungsfristen, zum anderen muss trotz des zurzeit niedrigen Zinsniveaus davon ausgegangen werden, dass die Zinsen in Zukunft eher steigen werden. Dem System der monetarischen Finanzierung folgend müssen auch die Zinsaufwendungen bei einer wirtschaftlichen Betriebsführung durch die Vergütungssätze gedeckt werden können.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Vergütungssatzniveaus in der Rehabilitation die Preisentwicklungen auf dem Markt ausreichend widerspiegeln müssen, und die Ergebnisse der durchgeführten Modellrechnung bei den zukünftigen Vergütungssatzberechnungen Niederschlag finden sollten.

4 Zusammenfassung und Empfehlungen

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Rahmen der Versorgung der Bevölkerung, insbesondere chronisch kranker oder behinderter Menschen, aber auch bei der Therapie verbliebener Funktionsstörungen im Anschluss an eine Behandlung im Akutkrankenhaus kommt der medizinischen Rehabilitation eine besondere Bedeutung zu. Es konnte gezeigt werden, dass im Rehabilitationsmarkt ein „Wettbewerb“ herrscht, der in vielen Punkten Besonderheiten aufweist.

Der Reha-Markt zeichnet sich — auch im Vergleich zu anderen Bereichen des Gesundheitswesens — durch eine hohe Intransparenz aus. Die Versorgungssteuerung ist dezentral bei verschiedenen Rehabilitationsträgern organisiert und beinhaltet teilweise unterschiedliche Qualitätsanforderungen der verschiedenen Rehabilitationsträger an Rehabilitationskliniken. Aufgrund von gesetzlichen Änderungen und Kostendämpfungsmaßnahmen im gesamten Gesundheitswesen kommt es zu einem kontinuierlichen Rückgang der Anzahl der Rehabilitationseinrichtungen. Die Leistungsentwicklung unterscheidet sich je nach Fachgebiet und zeigt Wachstumschancen für einzelne Fachgebiete, während andere an Bedeutung verlieren.

Innerhalb der Angebotsstrukturen steigt in den letzten Jahren der Anteil der AR/AHB-Leistungen an den gesamten Leistungen der medizinischen Rehabilitation deutlich an. Aufgrund

der demografischen Veränderungen sowie der Entwicklungen im Akutbereich kann von einem weiteren Anstieg des AR/AHB-Anteils ausgegangen werden.

Die Rehabilitationseinrichtungen sind im besonderen Maße von den einzelnen Rehabilitationsträgern abhängig, und zwar sowohl im Hinblick auf die Preise als auch auf die Leistungsmengen. Die Freiheitsgrade der Rehabilitationskliniken bei unternehmerischen Entscheidungen sind dadurch weitgehend begrenzt.

Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden im Rahmen der monistischen Finanzierung durch die unterschiedlichen Rehabilitationsträger abgegolten. Dafür sind regelmäßige Vergütungssatzverhandlungen mit den Einrichtungen erforderlich. Die Intransparenz der Vergütungsentscheidungen – die in nicht offengelegten Verfahren kalkuliert werden – und die häufig fehlende Berücksichtigung aktueller Kostenentwicklungen bei den Rehabilitationseinrichtungen führt zu einem deutlichen Rückgang der Erlöse, in verschiedenen Indikationen auch zu erheblichen Vergütungsunterschieden, selbst bei vergleichbaren Therapieangeboten.

Die vorgelegte Modellrechnung basiert auf Daten von Rehabilitationseinrichtungen unterschiedlicher Fachrichtung und berücksichtigt die in der Zukunft absehbaren Kostensteigerungen. Die in der Modellrechnung dargestellten Entwicklungen betreffen nur exogene Faktoren, also solche, auf die die Rehabilitationseinrichtungen bei Erhaltung des Status Quo keinen Einfluss haben. Dabei wirken sich die Tarifabschlüsse des Marburger Bundes, das neue Arbeitszeitgesetz, die überdurchschnittlich stark steigenden Energiepreise sowie die Mehrwertsteuererhöhung besonders kostensteigernd aus.

Die Rehabilitationskliniken stehen nicht nur untereinander im Wettbewerb. Vor allem bei der Personalakquise befinden sie sich häufig im direkten Wettbewerb mit Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Zukünftig wird sich der Druck auf Rehabilitationskliniken hinsichtlich einer geeigneten Personalakquisition vor allem im ärztlichen Bereich weiter zuspitzen. Den Kampf um qualifiziertes Personal gewinnen diejenigen Einrichtungen, die eine wettbewerbsfähige Vergütung anbieten können. Sie sind gezwungen, sich tariflichen Abschlüssen auch dann anzupassen, wenn sie nicht direkter Tarifpartner sind. Daher stehen auch private Rehabilitationseinrichtungen unter dem Einfluss von Tarifabschlüssen im öffentlichen Dienst. Die Fachdisziplinen Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie/Psychotherapie und Psychosomatik sind besonders personalintensiv. Personalkostensteigerungen werden sich daher in diesen Fachgebieten besonders deutlich bemerkbar machen.

Die Materialkosten werden insbesondere in 2007 aufgrund von allgemeinen Preiserhöhungen und der bevorstehenden Mehrwertsteuererhöhung deutlich steigen.

Zinsaufwendungen und deren Anteile an den Gesamtaufwendungen hängen von im Einzelfall erlangten Konditionen ab und sind in der Regel sehr einrichtungsspezifisch. Ihre Abschätzung kann nur einrichtungsindividuell erfolgen und fließt daher in die Modellrechnung nicht ein. Sie sollten bei Vergütungssatzverhandlungen jedoch ausreichend berücksichtigt werden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass es zu einer Marktberreinigung zu Lasten der Einrichtungen mit besonders hochwertiger Infrastruktur und somit höheren Kapitalkosten kommen kann.

Der errechnete Prognosekorridor der Kostensteigerungen bis 2010 zeigt im Vergleich zu 2006 Steigerungsraten von ca. 7 bis 11,7 %. Im Jahr 2007 sind dabei verhältnismäßig hohe Kostensteigerungen zu erwarten. Somit werden allein die Auswirkungen der externen Einflussfaktoren, zu Kostensteigerungen in den Rehabilitationseinrichtungen führen, die durch Kostenoptimierungsmaßnahmen meistens nicht ausreichend neutralisierbar sind.

Vielfältige Vorgaben im Hinblick auf Personal- und Infrastruktur, medizinisch-technische Ausstattung und Gebäude engen die kostenseitigen Anpassungsmöglichkeiten der Kliniken stark ein. Gleichzeitig steigen aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen, aber auch politischer Vorgaben die Anforderungen an fachliche Kompetenz und Qualität der Leistungserbringung. Der demografische Wandel und die damit einhergehende zunehmende Multimorbidität in der Bevölkerung werden die Bedeutung der Rehabilitation in Zukunft deutlich erhöhen.

4.2 Empfehlungen aus Sicht des Gutachters

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

Im Wettbewerb am Rehabilitationsmarkt sollte neben der Wirtschaftlichkeit die Qualität der Leistungserbringung über das Bestehen der Kliniken auf dem Markt entscheiden. Hierbei sind unterschiedliche Anforderungen an die strukturelle Ausstattung von Rehabilitationskliniken aufgrund unterschiedlicher Bedarfe der jeweiligen Patienten entsprechend zu berücksichtigen.

Ziel der Rehabilitationsträger sollte es sein, die in Teilen erforderliche Marktberreinigung mit Hilfe eines fairen Wettbewerbs unter den Einrichtungen zu erreichen. Hierfür ist ein transparentes Vorgehen bei der Kalkulation der Vergütungssätze notwendig. Rehabilitationseinrichtungen mit einer hohen Leistungsqualität und einer wirtschaftlichen Betriebsführung sollte es möglich sein, auch unter Berücksichtigung gegebener Zinsaufwendungen kostendeckend zu arbeiten und notwendige Investitionen zu tätigen. Eine adäquate Kalkulation der Betriebs- und Investitionskosten bei der Berechnung der Vergütungssätze ist dabei Voraussetzung.

Die Ergebnisse der Prognoserechnung zeigen, dass die Rehabilitationseinrichtungen künftig in allen wichtigen Bereichen mit Kostensteigerungen rechnen müssen. Diesen Kostensteigerungen müssen die künftig erforderlichen Vergütungssätze zumindest entsprechen, wobei die erforderlichen Zinsaufwendungen noch nicht berücksichtigt sind. Die zukünftig verstärkt notwendigen Investitionen, die das Überleben zukunftsfähiger Einrichtungen auch langfristig sichern, sollten zusätzlich einrichtungsindividuell in die Pflegesatzkalkulation einfließen.

Aus der Prognoserechnung ergibt sich der folgende Korridor der Vergütungssatzsteigerungen (ohne Berücksichtigung der Zinsaufwendungen):

Vergütungssatzsteigerung in %			
Jahr	Min	Max	Durchschnitt
2007	3,5%	4,7%	4,1%
2008	1,2%	2,4%	1,8%
2009	1,2%	2,2%	1,7%
2010	1,2%	2,3%	1,7%

Tabelle 11: Empfohlene Mindeststeigerungsraten zukünftiger Vergütungssätze.

Die empfohlenen Steigerungsraten der Vergütungssätze basieren auf konservativen Schätzungen. Die Prognosesicherheit nimmt dabei im Laufe der Zeit ab. Die Genauigkeit der getroffenen Aussagen ist für das Jahr 2007 am höchsten. Für die Folgejahre sind im Falle anderer Entwicklungen Anpassungen notwendig. Die dargestellten Vergütungssatzsteigerungen der Jahre 2008 bis 2010 bilden eine Untergrenze.

Für die Verhandlungsgespräche kann eine gegenseitige Offenlegung der Kalkulationsgrundlagen empfohlen werden, um für beide Seiten konstruktive Verhandlungen zu ermöglichen.