



Gutachten
zur aktuellen und perspektivischen
Situation der Einrichtungen im Bereich
der medizinischen Rehabilitation
-Aktualisierung 2007-

Prof. Dr. Peter Borges

Olga Hofmann

Agnes Zimolong

Düsseldorf, September 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

Olga Hofmann

Agnes Zimolong

Wissenschaftliche Assistenz

Daniel Frische

Sophie Haarländer

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	4
2.3	Angebotsstrukturen und bisherige Leistungsentwicklung	7
2.4	Betriebswirtschaftliche Situation der Rehabilitationskliniken.....	11
3	Einflussfaktoren auf die zukünftige betriebswirtschaftliche Entwicklung	19
3.1	Darstellung der Konsequenzen auf Grundlage einer Modellrechnung	26
3.2	Bewertung der Entwicklungen	35
4	Zusammenfassung und Empfehlungen	37
4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	37
4.2	Empfehlungen aus Sicht des Gutachters	39

1 Einleitung

1.1 Auftragshintergrund

Die in der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation zusammenschlossenen Spitzenverbände der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation haben die GEBERA GmbH mit der Aktualisierung des ersten Gutachtens aus dem Jahr 2006 zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation beauftragt. Es sollen die aktuellen Veränderungen der Rahmenbedingungen aufgezeigt werden, die insbesondere die Kostensituation der rehabilitativen Einrichtungen betreffen. Die gutachterliche Stellungnahme zur aktualisierten Kostenentwicklung kann für Verhandlungen mit den Rehabilitationsträgern verwendet werden.

1.2 Zielsetzung des Gutachtens

Zielsetzung des Gutachtens ist es, die aktuelle und perspektivische Situation des Rehabilitationmarktes und der Rehabilitationskliniken darzustellen und eventuelle Kostenveränderungen auf Basis aktueller Entwicklungen aufzuzeigen. Es werden anhand von geeigneten Modellrechnungen die Konsequenzen der zukünftigen Kostenentwicklung auf die betriebswirtschaftliche Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation dargelegt.

In der Aktualisierung des Gutachtens sollen die im GEBERA-Gutachten 2006 durchgeführten Auswertungen aktualisiert und die in der Vergangenheit getroffenen Annahmen über Kostensteigerungsraten, soweit möglich, überprüft werden. Auch andere aktuelle Entwicklungen, die auf die Kostensituation der Rehabilitationskliniken einen Einfluss haben können, werden berücksichtigt. Als Ergebnis wird ein Prognosekorridor für die Entwicklung der Vergütungssätze im Bereich der medizinischen Rehabilitation für den Zeitraum 2008-2011 erstellt. Abschließend erfolgt eine gutachterliche Empfehlung bezüglich einer zukünftigen Entwicklung der Vergütungssätze in der medizinischen 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 Verbandsmittel, 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. Dabei wird auf die zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung aktuell verfügbaren statistischen Daten zurückgegriffen.

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	174.479
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	1.813.990
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 (Quelle: Stat. BA).

Die Abbildung 1 zeigt die relative Entwicklung der Anzahl der Einrichtungen, Fallzahlen und Pflegetage in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Deutschlands.

Kennzahlen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 1995-2005

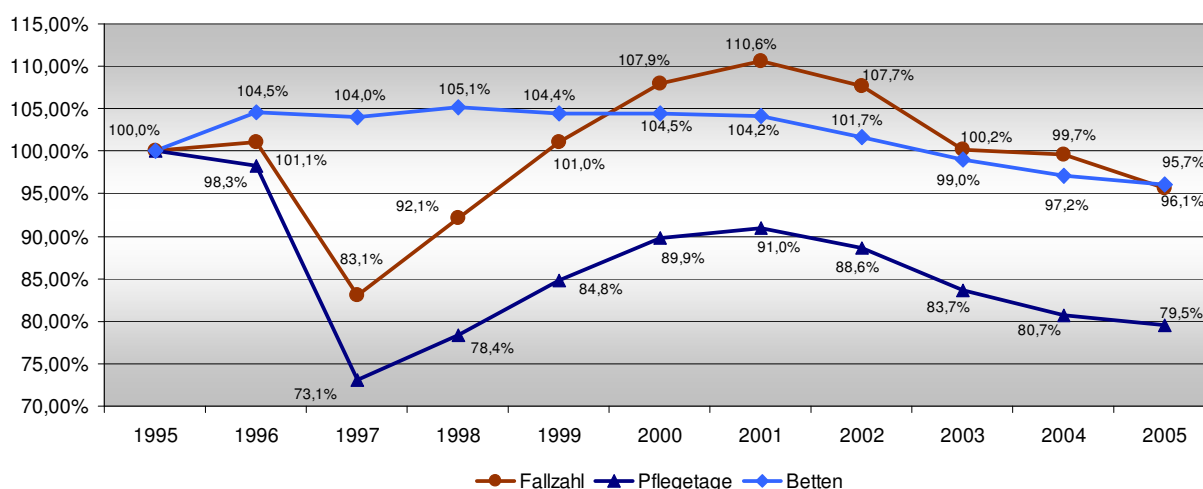


Abbildung 1: Kennzahlen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 1995-2005 (indiziert, 1995=100 %), (Quelle: Stat. BA).

Insgesamt kam es im Zeitraum von 1995 bis 2005 zu einem Rückgang der Fallzahlen (-4,3 %) und Pflage tage (-20,5 %). 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 zurückgegangen.

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

EinrichtungsgroÙe (Betten)	Einrichtungen				Veränderung	
	1996		2005		absolut 1996-2005	relativ, % 1996-2005
	Anzahl	Anteil, %	Anzahl	Anteil, %		
Einrichtungen insgesamt	1404	100,00%	1 270	100,00%	-134	-10%
bis 49 Betten	307	21,87%	286	22,52%	-21	-7%
50 bis 99 Betten	381	27,14%	306	24,09%	-75	-20%
100 bis 149 Betten	187	13,32%	167	13,15%	-20	-11%
150 bis 199 Betten	202	14,39%	188	14,80%	-14	-7%
200 bis 249 Betten	158	11,25%	170	13,39%	12	8%
250 und mehr Betten	169	12,04%	153	12,05%	-16	-9%

Tabelle 2: Struktur des Vorsorge- und Rehabilitationsmarktes nach EinrichtungsgroÙen in Betten 1996- 2005 (Quelle: Stat. BA)

Insgesamt ist ein deutlicher Rückgang der Einrichtungen in allen GroÙenklassen zu verzeichnen, mit Ausnahme von Einrichtungen zwischen 200 bis 249 Betten, deren Anzahl um 12 Einrichtungen anstieg. Dies lässt sich möglicherweise darauf zurückführen, dass die größeren Einrichtungen Betten abgebaut haben und somit in die kleinere GroÙenklasse „abgerutscht“ sind. Besonders stark (um 20 %) hat sich die Anzahl der kleineren Einrichtungen mit 50 bis 99 Betten reduziert. Damit zeichnet sich ein Trend zu Einrichtungen mittlerer GroÙenklassen 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 2005 befanden sich im Rehabilitationsbereich 67 % der Betten und 57 % der Einrichtungen in privater Trägerschaft, während im stationären Akutbereich der Anteil in privater Trägerschaft rd. 12 % bei den Betten und rd. 27 % bei den Einrichtungen betrug. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Struktur der deutschen Vorsorge- und Rehabilitationslandschaft, bezogen auf die Trägerschaften im Zeitraum 1995-2005.

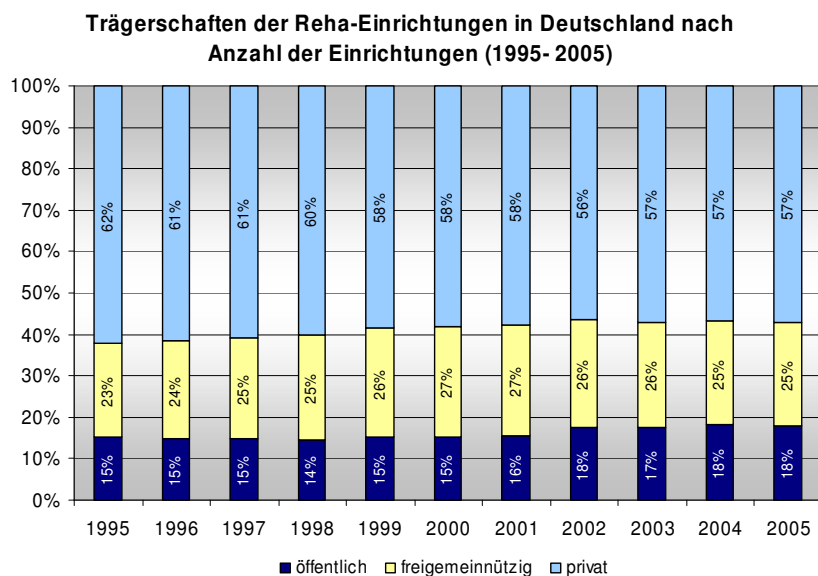


Abbildung 2: Trägerschaften der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland nach Einrichtungen (1995-2005) (Quelle: Stat. BA).

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

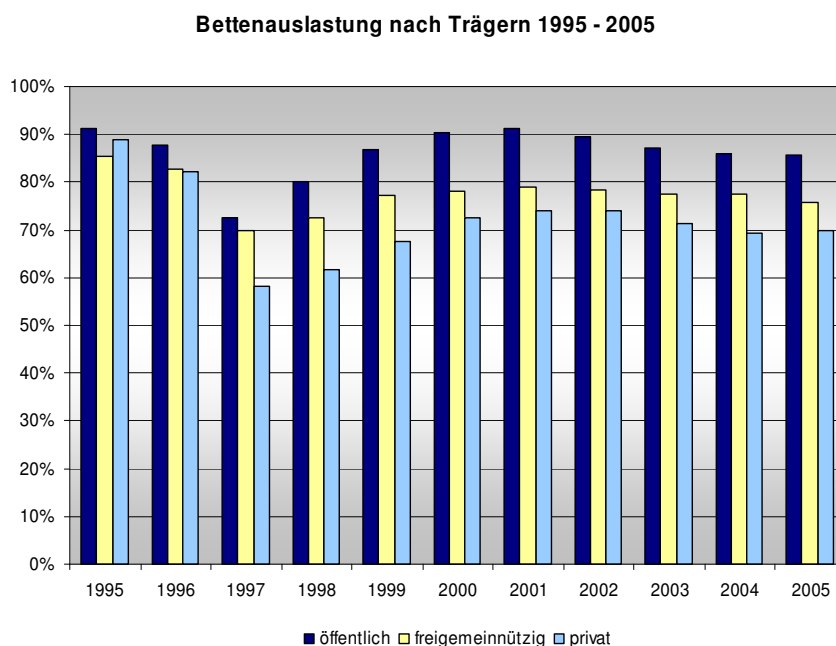


Abbildung 3: Bettenauslastung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland nach Trägern (1995-2005) (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes auf Basis Daten Stat. BA).

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 Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung sind nicht verfügbar. Deshalb müssen sich fast alle folgenden Überlegungen auf die Veröffentlichungen der Rentenversicherung stützen.

Die medizinische Rehabilitation erfolgt in Deutschland vorwiegend als stationäre Behandlung in Fachkliniken. Ambulante Versorgungsformen finden zurzeit vor allem in Ballungsgebieten zunehmend Verbreitung. Abbildung 4 zeigt die Verteilung der Rehabilitationsleistungen nach Leistungssegmenten im Jahr 2006. Der Anteil ambulanter medizinischer Rehabilitation an den gesamten Leistungen ist von 2003 auf 2006 um 2 %-Punkte gestiegen. Die stationären Leistungen sind im gleichen Zeitraum um 3 %-Punkte zurückgegangen. Gegenüber dem Jahr 2005 sind keine signifikanten Veränderungen der Anteile feststellbar.

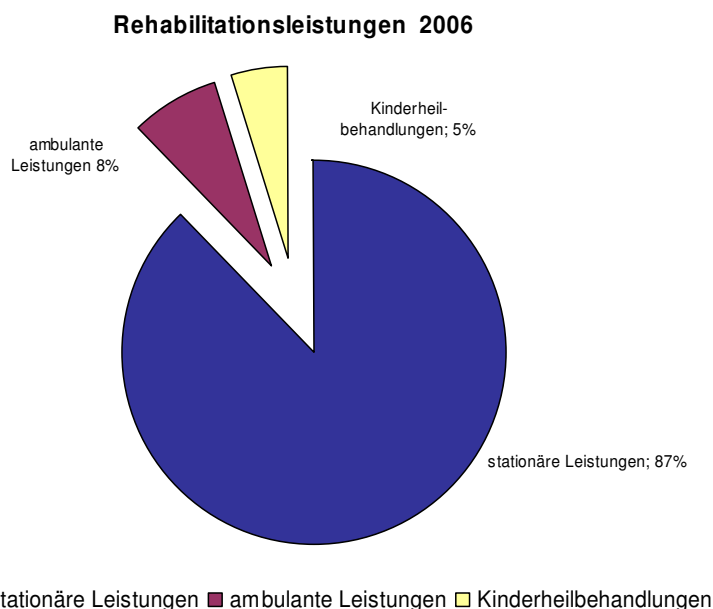


Abbildung 4: Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung nach Leistungssegmenten 2006 (Quelle: VdR-Statistik).

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 angezielt (§ 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 soll und kann die stationäre Rehabilitation jedoch größtenteils 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 der 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 Angebot sowohl in personeller wie medizinisch-technischer Hinsicht erforderlich macht.

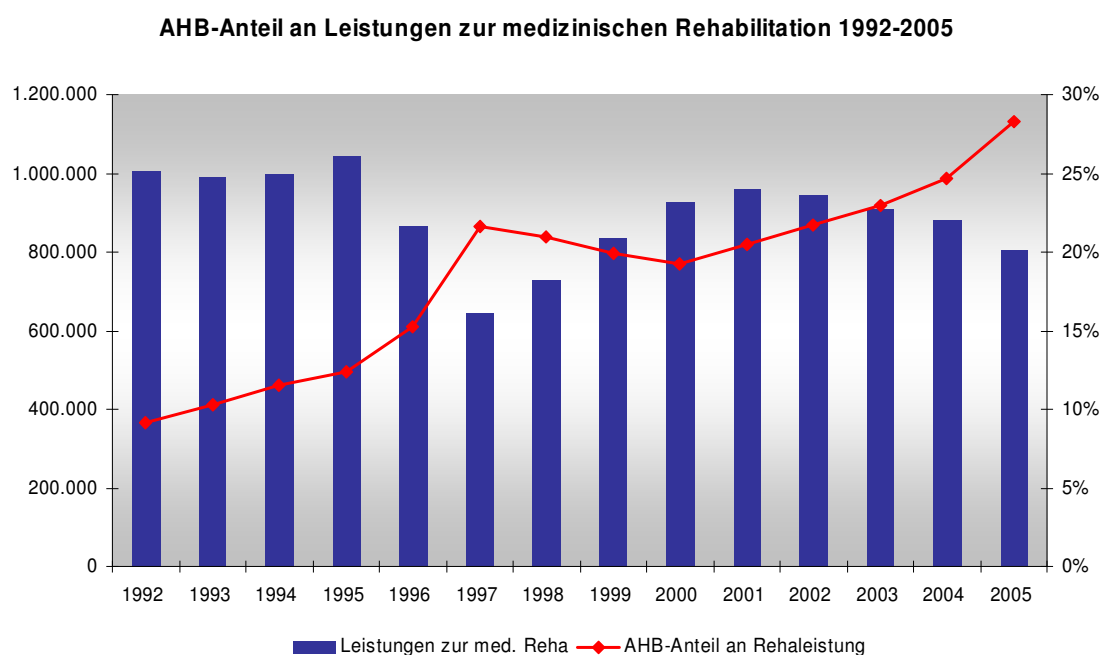


Abbildung 5: Anteil der AR/AHB-Leistungen an Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation (Quelle: Zeitreihen VdR-Statistik).

Die Anzahl der AR/AHB-Maßnahmen ist von 92.072 im Jahr 1992 auf 227.347 im Jahr 2005 gestiegen. Ihr Anteil an den gesamten abgeschlossenen Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der Rentenversicherung wuchs im gleichen Zeitraum von rd. 9,2 % auf rd. 28,3 % 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 deutli-

chen 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, Klinikverbände und -gruppen sind daher bereits heute aktiv darum bemüht, enge Kooperationen mit Rehabilitationseinrichtungen aufzubauen oder selbst Rehabilitationsleistungen anzubieten.

Befördert 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 2005	Aufnahmen	davon aus Krankenhaus	% Anteil
Insgesamt	1.817.543	635.019	35%
Allgemeinmedizin.....	34.126	219	1%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe.....	7.308	2.709	37%
Haut- und Geschlechtskrankheiten.....	12.139	220	2%
Innere Medizin.....	545.927	226.125	41%
dar.: Angiologie.....	2.293	1.184	52%
Endokrinologie.....	3.456	448	13%
Gastroenterologie.....	22.687	8.166	36%
Hämatologie und internistische Onkologie..	74.894	25.632	34%
Kardiologie.....	123.656	69.031	56%
Klinische Geriatrie.....	64.981	54.395	84%
Nephrologie.....	4.377	2.756	63%
Pneumologie.....	35.872	4.974	14%
Rheumatologie.....	37.874	8.466	22%
Kinderheilkunde.....	54.778	810	1%
Neurologie.....	156.440	91.596	59%
dar.: Klinische Geriatrie.....	5.744	5.345	93%
Orthopädie.....	579.884	271.387	47%
dar.: Rheumatologie.....	17.035	6.899	40%
Physikalische und Rehabilitative Medizin.....	14.909	910	6%
Psychiatrie und Psychotherapie.....	63.383	3.792	6%
dar.: Klinische Geriatrie.....	761	411	54%
Psychotherapeutische Medizin.....	89.346	1.940	2%
Sonstige Fachbereiche.....	259.303	35.311	14%

Tabelle 3: Patientenherkunft in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2005 (Quelle: Stat. BA).

Der Anteil der direkten Aufnahmen aus Krankenhäusern lag im Jahre 2005 bei insgesamt 35 %. Allein von 2004 auf 2005 ist dieser Anteil von 31 auf 35 % gestiegen. 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 insgesamt auf 59 %, in der klinischen Geriatrie (je nach Oberfachdisziplin) zwischen 54 und 93 % 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	2005
Öffentliche Haushalte	11,7%	11,5%	14,8%	14,6%	14,1%	13,7%	13,9%	13,9%	14,5%	14,3%	13,6%
GKV	33,5%	34,9%	36,6%	38,3%	38,6%	37,3%	37,2%	36,7%	35,3%	34,5%	34,6%
Gesetzliche RV	44,7%	43,7%	36,3%	35,2%	35,2%	37,6%	37,2%	37,5%	37,2%	36,6%	36,5%
Gesetzliche UV	1,4%	1,3%	1,7%	1,6%	1,6%	1,5%	1,4%	1,4%	1,4%	1,5%	1,5%
PKV	1,2%	1,1%	1,3%	0,9%	0,9%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	1,3%	1,4%
Arbeitgeber	5,7%	5,9%	7,3%	7,2%	7,5%	7,3%	7,7%	7,9%	9,1%	9,8%	10,4%
Private Haushalte	1,8%	1,7%	1,9%	2,2%	2,2%	1,8%	1,8%	1,7%	1,5%	2,1%	2,0%
Ausgaben Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 4: Anteile der einzelnen Kostenträger an den Gesamtausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 1995–2005 (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

Die Veränderungen des gesamten Finanzvolumens sowie der Ausgaben der beiden größten Rehabilitationsträger in absoluten Zahlen im Zeitraum 1995-2005 zeigt die Abbildung 6.

Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Trägern 1995-2005

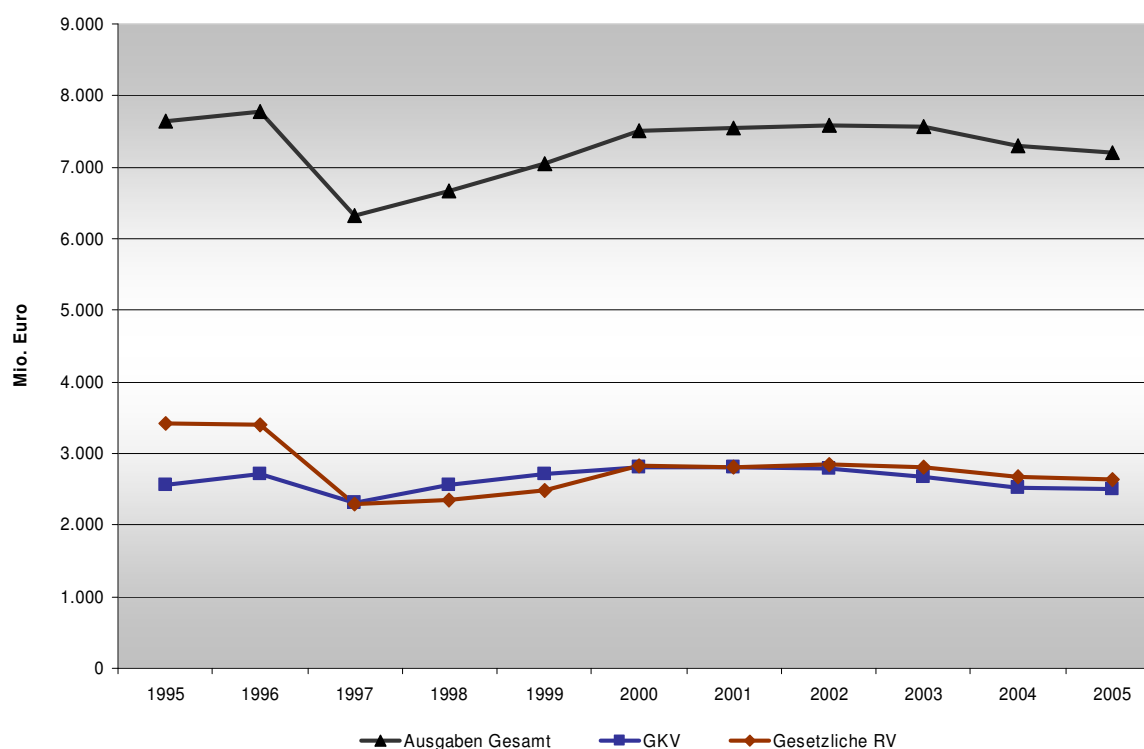


Abbildung 6: Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Trägern 1995-2005 (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

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. In den Jahren 1997-2000 hat sich der Markt wieder erholt und hat sich in den Jahren 2000-2003 auf einem nahezu konstanten Niveau gehalten. Im Jahr 2005 wurden ca. 7,2 Mrd. € ausgegeben, dies liegt allerdings nach wie vor unter dem Niveau von 1995.

Im Jahr 1995 wurde der Vorsorge- und Reha-Markt zu rd. 45 % durch die gesetzliche Rentenversicherung und zu rd. 34 % durch die GKV finanziert. Bis zum Jahr 2005 sank der GRV-Anteil auf rd. 37 %, während der GKV-Anteil auf rd. 35 % anwuchs, sodass die GKV ein fast genauso starker Ausgabenträger geworden 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 Beschäf-

tigungsförderungsgesetz bewirkte eine Absenkung des Reha-Budgets der Rentenversicherungsträger 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, wie 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. 1,22 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 Thematik der Investitionsfinanzierung in der Rehabilitation wird in einem separaten Arbeitspapier der GEBERA ausführlicher diskutiert.

Die Höhe des Pflegesatzes wird einrichtungsbezogen in Pflegesatzverhandlungen zwischen dem (federführend) belegenden Rehabilitationsträger und dem Einrichtungsbetreiber vereinbart; Kollektivverhandlungen finden aktuell 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.

Auch das Verfahren der Vergütungssatzanpassungen ist nicht transparent, es beruht beispielsweise auf der Festlegung eines Prozentwertes für die durchschnittlichen Vergütungssatzanhebungen 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 einzelner Rehabilitationskliniken bei der Berechnung der Vergütungssatzsteigerungen noch weniger als bislang 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 selten Berücksichtigung. Die Vergütungssatzerhöhungen liegen seit dem Jahre 1996 und der Einführung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes deutlich unter der realen Preisentwicklung. In dem Jahr 2006 konnten viele Rehabilitationskliniken zwar leichte Steigerungen der Vergütungssätze durchsetzen, diese blieben jedoch nach unseren Informationen insgesamt unter den im GEBERA- Gutachten 2006 empfohlenen Steigerungsraten. Zu differenzieren sind hierbei die unterschiedlichen Steigerungsraten der Vergütungssätze im letzten Jahr. Während die Rentenversicherungen (insbesondere die DRV Bund) im Jahr 2006 im Durchschnitt höhere Steigerungsraten bewilligten, wird von Seiten der GKV laut den Erfahrungen vieler Rehabilitationskliniken oft der Grundsatz der Beitragsstabilität auf den Rehabilitationsbereich angewendet und die allgemeine Veränderungsrate als Basis für die Vergütungssteigerung zugrunde gelegt.

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.

Minimale, maximale und durchschnittliche allg. Vergütungssätze nach Fachgebieten 2003 (in Euro)

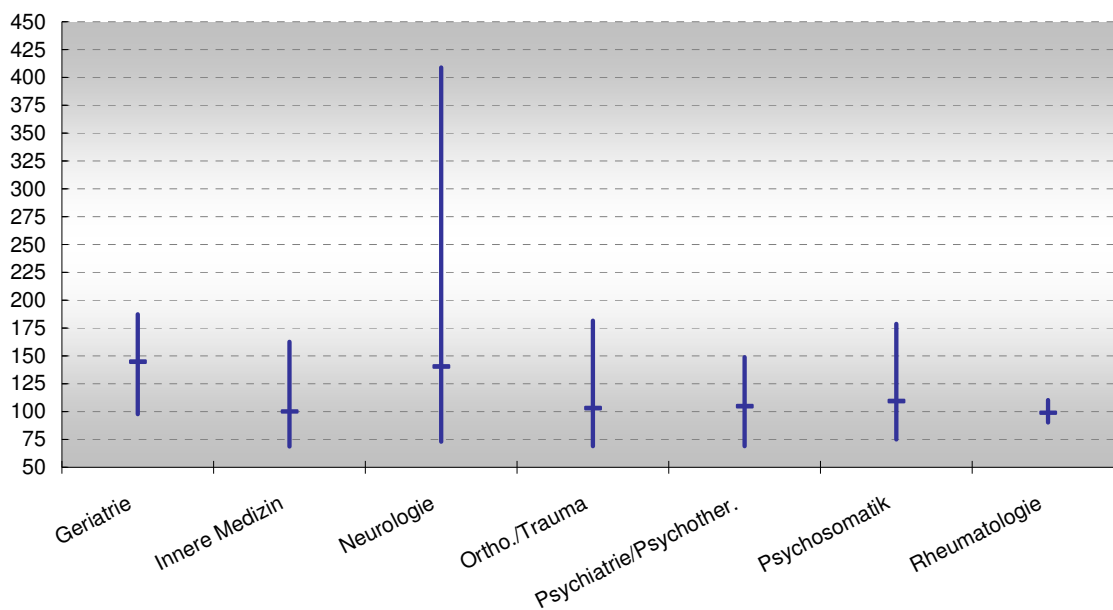


Abbildung 7: Minimale, maximale und durchschnittliche allgemeine Vergütungssätze nach Fachgebieten der medizinischen Rehabilitation 2003 (Quelle: BAR).

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)

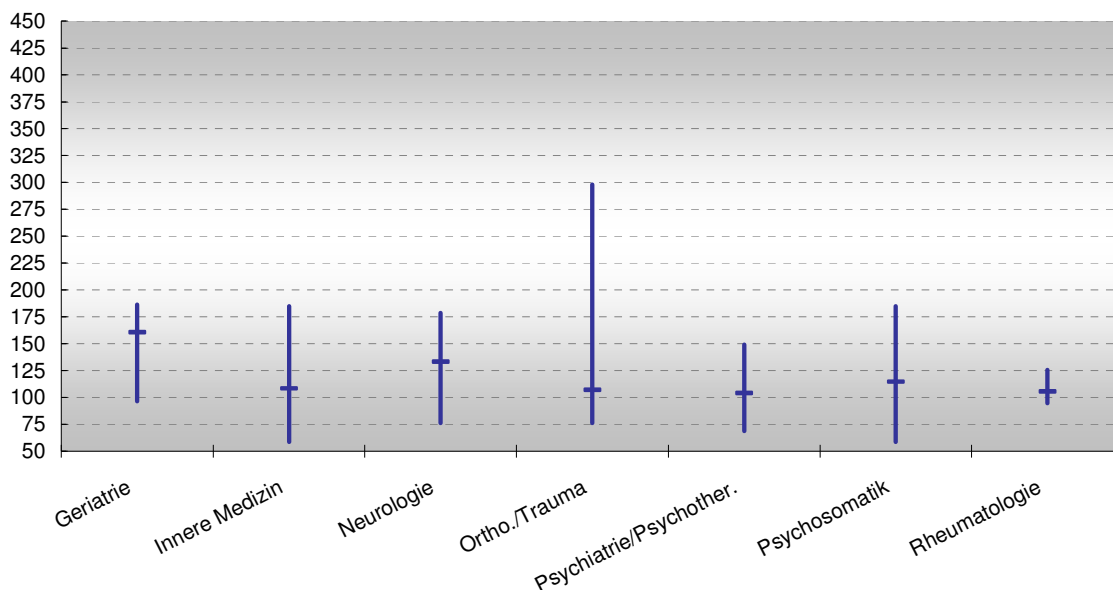


Abbildung 8: Minimale, maximale und durchschnittliche Vergütungssätze für AHB-Leistungen nach Fachgebieten der medizinischen Rehabilitation 2003 (Quelle: BAR).

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 (Ausstattungsmerkmale, Stellenpläne etc.) 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:

- Marktbereinigungen 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 „Angriffbarkeit“ 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 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 Einrichtungen auf Investitionen im größeren Umfang kurzfristig verzichten können.
 - 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 immer stärker 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 Fallzahlsteigerungen beeinflussen. Diese Einflussnahme wird allerdings durch strukturelle Gegebenheiten des Rehabilitationsmarktes eng begrenzt. Die Preisverhandlungen mit den Rehabilitationsträgern verlaufen aus Sicht der Leistungserbringer auf der Grundlage intransparenter Berechnungsverfahren, die differenzierte Leistungsaspekte nicht 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. Das in der aktuellen Gesundheitsreform verstärkte Wahlrecht der Versicherten bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung betrifft ausschließlich die von der GKV finanzierten Maßnahmen. Die Regelungen zur Beteiligung der Rehabilitanden an den eventuell entstehenden Mehrkosten dürften sich in einem noch nicht abzuschätzenden Ausmaß begrenzend auf die Inanspruchnahme auswirken. Durch diese neuen Rahmenbedingungen bleibt die Einflussnahme der Rehabilitationskliniken bezüglich der Belegung auf die Leistungen der GKV beschränkt.

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 teilweise gesenkt werden; entsprechende Möglichkeiten wurden in den letzten Jahren zunehmend genutzt.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass aufgrund der Besonderheiten des Rehabilitationmarktes 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-
bilitationskliniken 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.

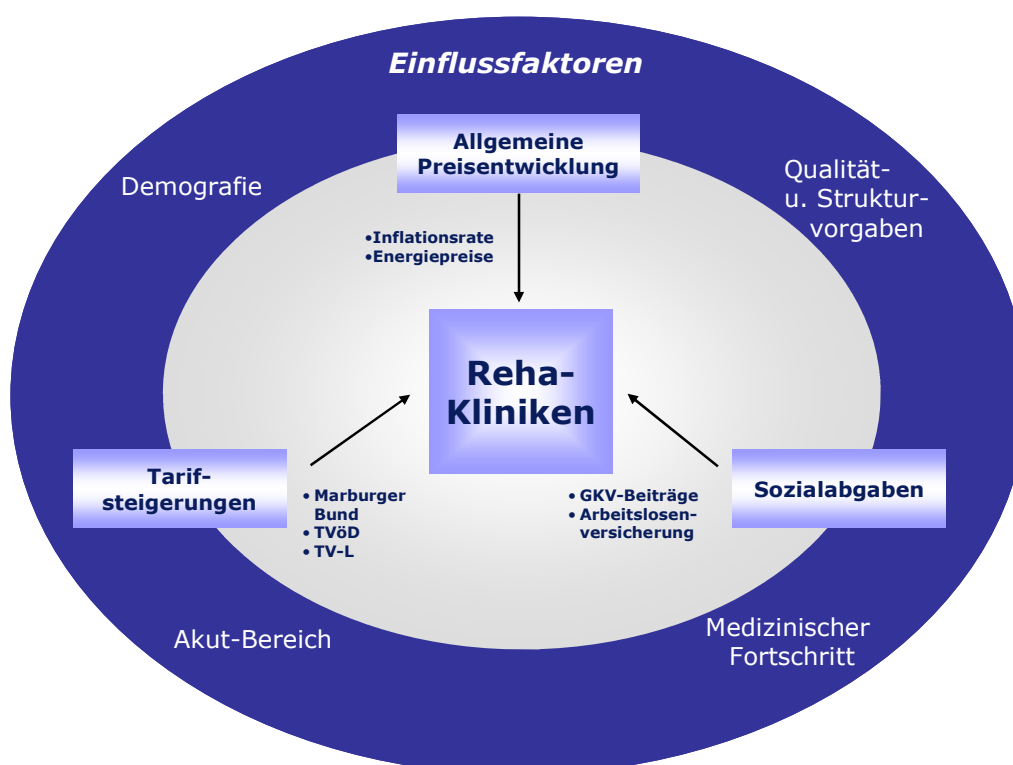


Abbildung 9: Exogene Einflussfaktoren (Quelle: eigene Darstellung).

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. Auch die Vorgaben an die Art der Datenübermittlung wurden in der Vergangenheit geändert, so dass Rehabilitationskliniken hier zum Teil doppelte Investitions- und Schulungskosten finanzieren müssen. 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 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 in den nachgelagerten ambulanten, rehabilitativen oder pflegerischen Diensten zu Mehraufwendungen führen. Auch in Deutschland werden durch die DRG für die akutstationären Einrichtungen derartige 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 etwas 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. Die 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 Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen fest, dass die Rehabilitation

chronisch Kranker zu den großen Unterversorgungsbereichen zählt. Der demografische Faktor wird sich deshalb 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 sind die in 2006 vereinbarten Tarifabschlüsse mit dem Marburger Bund richtungweisend für künftige Gehaltssteigerungen. Das in Folge der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) novellierte Arbeitszeitgesetz wirkt seit 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 Abkop-

pelung 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. Bereits in 2007 haben die gesetzlichen Krankenkassen ihre Beiträge um durchschnittlich 0,56 %-Punkte angehoben. Für das Jahr 2008 wird ein Anstieg von 0,7 %-Punkte erwartet. Als Ausgleich zu der im Jahr 2007 durchgeführten Mehrwertsteuererhöhung wurden die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung um insgesamt 2,3 %-Punkte gesenkt. Auch für das Jahr 2008 ist eine Absenkung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung um 0,3 %-Punkte geplant.

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.

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, die z. B. als Eigeneinrichtungen Mittel ihrer Leistungsträger erhalten, 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 monetarischen 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. Insgesamt ist in diesem Zusammenhang zu beachten, dass unabhängig von der jeweiligen Finanzierungsform (Fremd- oder Eigenkapital) der Rehabilitationskliniken das Vergütungssystem ermöglichen soll, neben den reinen Betriebskosten auch die notwendigen Investitionen zu finanzieren.

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.

Die Thematik der Investitionsfinanzierung und die Anforderungen, die sich aus der monetarischen Finanzierung ergeben, werden in einem separaten Arbeitspapier ausführlicher beleuchtet.

3.1 Darstellung der Konsequenzen auf Grundlage einer Modellrechnung

3.1.1 Annahmen für die zukünftige Entwicklung der Aufwandspositionen

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

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

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

Die folgende Tabelle zeigt die durchschnittlichen Anteile einzelner GuV-Aufwandspositionen, 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 ab 2008
Personalaufwand		
Löhne und Gehälter		
	Ärztlicher Dienst	-Tarifsteigerungen aufgrund der Tarifverträge des Marburger Bundes (Uni-Kliniken, Kommunale Arbeitgeberverbände) laufen bis 2009, ab 2009 Stagnation oder allgemeine Lohnsteigerungen
	Pflegedienst	-allgemeine Lohnsteigerungen: 1-2%
	Med.- techn. Dienst	
	Funktionsdienst	
	Wirtschaftsdienst	
	Verwaltungsdienst	
	Sonst. Personalaufwand	
Soziale Abgaben		
	Ärztlicher Dienst	-Steigerungen entsprechend den Lohn- und Gehaltssteigerungen:1-2% -Anstieg der Beiträge zur Krankenversicherung um insgesamt 0,7%-Punkte in 2008 -Absenkung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung um 0,3%-Punkte -danach keine weitere Veränderungen der Beiträge, sondern Erhöhung der Sozialabgaben entsprechend den Lohn- und Gehaltssteigerungen
	Pflegedienst	
	Med.- techn. Dienst	
	Funktionsdienst	
	Wirtschaftsdienst	
	Verwaltungsdienst	
	Sonst. soziale Abgaben	
Materialaufwand		
Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe		
	Lebensmittel	-allgemeine Preissteigerungen (Inflationsrate): 1,5-2,5%
	Arzneien, Heilmittel	-allgemeine Preissteigerungen (Inflationsrate): 1,5-2,5%
	Therapiebedarf	-allgemeine Preissteigerungen (Inflationsrate): 1,5-2,5%
	Wasser, Abwasser	-Preisindex für Wasser, Abwasser 2-3%
	Strom	-Schätzungen der Energiekostensteigerungen 4-7%
	Brennstoffe	
	Sonstiger Bedarf	-allgemeine Preissteigerungen (Inflationsrate): 1,5-2,5%
	Aufwendungen für bezogene Leistungen	
Abschreibungen Sachanlagen u. Instandhaltung		-konstante Abschreibungsrate, bei Instandhaltung allg. Preissteigerungen (Inflationsrate): 1,5-2,5%
Sonstige betriebliche Aufwendungen		-allgemeine Preissteigerungen (Inflationsrate): 1,5-2,5%

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 2008 bis 2011 minimale und maximale Veränderungsraten 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 Veränderungsraten der einzelnen Positionen für die Jahre 2008 bis 2011 dargestellt.

3.1.2 Vergleich der Modellannahmen und Kostensteigerungsraten der Jahre 2006 und 2007

Die GEBERA hat bereits in dem Gutachten aus dem Jahr 2006 für die folgenden Jahre mögliche Steigerungsraten der Kostenpositionen geschätzt und in der Modellrechnung entsprechend berücksichtigt. Für das Jahr 2007 kann für einige dieser Annahmen ein Vergleich mit den tatsächlich erfolgten Veränderungen durchgeführt werden, um so die Prognosesicherheit solcher Annahmen zu verifizieren.

In der folgenden Tabelle werden die im letzten GEBERA-Gutachten angenommenen Veränderungsraten einiger Aufwandspositionen mit den tatsächlich im Jahr 2007 erfolgten Entwicklungen verglichen. Der Prognosekorridor zeigt die Auswirkungen der Kostensteigerungen jeweils zusammenfassend dar. Zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung können die Entwicklungen im ersten Halbjahr 2007 berücksichtigt werden.

Faktor	GEBERA-Gutachten 2006		Eingetretene Veränderungen bis 1. Halbjahr 2007	
	Annahmen für das Jahr 2007		(soweit feststellbar)	
Arbeitslosenversicherung	-1%	Punkt	-2,30%	Punkte
Krankenkassenbeiträge	1%	Punkt	0,56%	Punkte
Ergebnis Soziale Abgaben (Summe)	0%	Punkte	-1,74%	Punkte
davon Arbeitgeberanteil	0%	Punkte	-0,87%	Punkte
Inflationsrate	+1% (min) bis +2% (max)		2%	
Energiekosten (Strom, Brennstoffe)	+4% (min) bis +7% (max)		7%	
Wasser und Abwasser	+1% (min) bis +2% (max)		2%	
Mehrwertsteuererhöhung	3%	Punkte	3%	Punkte
Prognosekorridor 2007	+3,5% (min) bis +4,7% (max)		+3,7% (min) bis +4,6% (max)	

Tabelle 9: Gegenüberstellung angenommener und eingetretener Kostensteigerungen.

Die Tabelle zeigt, dass nicht alle Annahmen im geschätzten Umfang erfolgten, der für das Jahr 2007 prognostizierte Prognosekorridor der Kostensteigerungen wurde jedoch erreicht. Bei den Sozialabgaben konnten die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung um 2,3 %-Punkte statt wie angenommen um 1,0 %-Punkte gesenkt werden. Die Steigerung der Krankenkassenbeiträge ist geringer ausgefallen (+ 0,56 %-Punkte statt + 1,0 %-Punkte). Insgesamt konnte der Arbeitgeberanteil bei den Sozialaufwendungen um 0,87 %-Punkte gesenkt werden. Kostensteigerungsraten, die ausschließlich die Materielaufwendungen betreffen, sind im ersten Halbjahr 2007 in der maximal angenommenen Höhe eingetroffen.

Zusammenfassend zeigt die Gegenüberstellung der prognostizierten und eingetretenen Steigerungsraten, dass die durch die GEBERA im Jahr 2006 aufgestellten Annahmen realistisch waren.

Die Verschiebung des Prognosekorridors in Richtung tendenziell höherer Kostensteigerungen verdeutlicht die insgesamt konservative Einschätzung des GEBERA-Gutachtens im Jahr 2006.

3.1.3 Aktualisierte Modellberechnung

Anhand der getroffenen Annahmen über zukünftige Kostensteigerungsraten zu den einzelnen Aufwandpositionen ab dem Jahr 2008 (siehe Punkt 3.1.1) wird eine aktualisierte Berechnung der GuV-Positionen für die Jahre 2008 bis 2011 durchgeführt.

In der folgenden Tabelle sind die quantitativen Annahmen für die Veränderungsraten der einzelnen Positionen für die Jahre 2008 bis 2011 dargestellt.

GuV-Positionen	Muster-Verteilung	Annahmen: jährliche Veränderungen in %							
		2008		2009		2010		2011	
		min.	max.	min.	max.	min.	max.	min.	max.
Personalaufwand	58,2								
Löhne und Gehälter	49,2								
Ärztlicher Dienst	13,0	1,0	2,0	1,0	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	-0,1	0,9	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0
Pflegedienst	1,4	-0,1	0,9	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0
Med.-techn. Dienst	1,3	-0,1	0,9	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0
Funktionsdienst	2,5	-0,1	0,9	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0
Wirtschaftsdienst	0,5	-0,1	0,9	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0
Verwaltungsdienst	0,8	-0,1	0,9	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0
Sonst. soziale Abgaben	0,6	-0,1	0,9	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0
Materialaufwand	31,7								
Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	9,7								
Lebensmittel	2,1	1,5	2,5	1,5	2,5	1,5	2,5	1,5	2,5
Arzneien, Heilmittel	1,1	1,5	2,5	1,5	2,5	1,5	2,5	1,5	2,5
Therapiebedarf	0,3	1,5	2,5	1,5	2,5	1,5	2,5	1,5	2,5
Wasser, Abwasser	1,2	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0
Strom	1,4	4,0	7,0	4,0	7,0	4,0	7,0	4,0	7,0
Brennstoffe	2,1	4,0	7,0	4,0	7,0	4,0	7,0	4,0	7,0
Sonstiger Bedarf	1,5	1,5	2,5	1,5	2,5	1,5	2,5	1,5	2,5
Aufwendungen für bezogene Leistungen	12,2	1,5	2,5	1,5	2,5	1,5	2,5	1,5	2,5
Abschreibungen auf Sachanlagen u. Instandhaltung	9,8	1,5	2,5	1,5	2,5	1,5	2,5	1,5	2,5
Sonstige betriebliche Aufwendungen	10,1	1,5	2,5	1,5	2,5	1,5	2,5	1,5	2,5

Tabelle 10: Angenommene Veränderungsrate der einzelnen GuV-Aufwandpositionen.

Nachdem für den Ärztlichen Dienst bereits im Jahr 2007 aufgrund der Tarifabschlüsse des Marburger Bundes und der gleichzeitig gesetzlich geforderten Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes Steigerungen zwischen 10 und 13 % eingepreist wurden, wird für die Jahre 2008-2011 wie auch für die anderen Personalgruppen, die Steigerung der Aufwendungen im Rahmen der allgemeinen Lohnsteigerungen angenommen, die sich nach Schätzungen der Bundesregierung zwischen 1 und 2 % bewegen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass einzelne Rehabilitationskliniken die Kostensteigerungen bei den Vergütungsverhandlungen im Jahr 2007 nicht oder nicht in voller Höhe durchsetzen konnten und für sie daher im Einzelfall andere Steigerungsraten ab dem Jahr 2008 zu Grunde gelegt werden müssten.

Die Sozialabgaben entwickeln sich grundsätzlich proportional zu den Aufwendungen für Löhne und Gehälter. Zusätzlich werden jedoch spezifische Veränderungen der Sozialabgaben in die Modellrechnung einbezogen. Für das Jahr 2008 wird eine moderate Erhöhung der Krankenkassenbeiträge von insgesamt 0,7 %-Punkten angenommen, die aufgrund der paritätischen Finanzierung zu einem Anstieg der Krankenkassenbeiträge um 0,35 %-Punkte für die Arbeitgeber führt. Des Weiteren ist geplant, die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung ab dem Jahr 2008 um 0,3 %-Punkte zu senken. Zusammen mit dem allgemeinen Anstieg der Lohn- und Gehaltsaufwendungen von 1-2 % p.a. kommt es im Jahr 2008 aufgrund der geschilderten Entwicklungen zu Veränderungen zwischen -0,1 % und +1 % bei den Sozialabgaben. Ab dem Jahr 2009 steigen die Sozialversicherungsbeiträge parallel zu den Löhnen und Gehältern mit 1-2 % pro Jahr.

Weiterhin werden für den Bereich der Materialaufwendungen für die Positionen *Lebensmittel, Arznei- und Heilmittel* sowie *Therapiebedarf*, auf Basis vergangener Kostenentwicklungen moderate Jahressteigerungsraten (Inflationsrate) zwischen 1,5 und 2,5 % angenommen. Auch für die Position *Aufwendungen für bezogene Leistungen* wie z. B. Catering oder Wäscherei werden Preissteigerungen in Höhe der Inflationsrate von 1,5-2,5 % angenommen. Die Aufwendungen für die Position *Wasser/Abwasser* sind erfahrungsgemäß tendenziell stärkeren Preissteigerungen unterworfen. Die zukünftig angenommenen Steigerungsraten liegen hier deshalb zwischen 2 und 3 %. 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. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass überproportionale Preissteigerungen insbesondere bei den Energiekosten zu erwarten sind. In der Modellrechnung werden in diesem Bereich deshalb Kostensteigerungen zwischen 4 und 7 % angenommen.

Die Ergebnisse der Modellrechnung in der Tabelle 1 zeigen die aufgrund der getroffenen Annahmen erfolgten, jährlichen Veränderungen der GuV-Positionen. Die höchsten kumulierten Preissteigerungen ergeben sich im Bereich der Energiekosten mit 17 bis 31,1 %. Die summarische Darstellung zeigt die jeweiligen prozentualen Steigerungen gegenüber dem Jahr 2007 sowie die jährlichen Kostensteigerungsraten für die Jahre 2008 bis 2011.

GuV-Positionen	Muster- verteilung 2007	Ergebnisse (absolut)								Veränderung 2007-2011 in %	
		2008		2009		2010		2011		min.	max.
		min.	max.	min.	max.	min.	max.	min.	max.		
Personalaufwand	58,2	58,70	59,28	59,28	60,46	59,87	61,67	60,47	62,90	3,9%	8,1%
Löhne und Gehälter	49,2	49,68	50,17	50,17	51,17	50,67	52,19	51,18	53,24	4,1%	8,2%
Ärztlicher Dienst	13,0	13,13	13,26	13,26	13,52	13,39	13,79	13,52	14,07	4,1%	8,2%
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	9,02	9,11	9,11	9,29	9,20	9,48	9,29	9,67	2,9%	7,1%
Ärztlicher Dienst	1,9	1,94	1,96	1,96	2,00	1,98	2,04	2,00	2,08	2,9%	7,1%
Pflegedienst	1,4	1,36	1,38	1,38	1,40	1,39	1,43	1,40	1,46	2,9%	7,1%
Med.-techn. Dienst	1,3	1,30	1,31	1,31	1,33	1,32	1,36	1,33	1,39	2,9%	7,1%
Funktionsdienst	2,5	2,51	2,54	2,54	2,59	2,56	2,64	2,59	2,69	2,9%	7,1%
Wirtschaftsdienst	0,5	0,52	0,53	0,53	0,54	0,53	0,55	0,54	0,56	2,9%	7,1%
Verwaltungsdienst	0,8	0,82	0,82	0,82	0,84	0,83	0,86	0,84	0,87	2,9%	7,1%
Sonst. soziale Abgaben	0,6	0,57	0,58	0,58	0,59	0,59	0,60	0,59	0,62	2,9%	7,1%
Materialaufwand	31,7	32,22	32,61	32,80	33,60	33,40	34,62	34,00	35,69	7,3%	12,6%
Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	9,7	9,85	10,02	10,10	10,44	10,35	10,89	10,61	11,36	9,4%	17,1%
Lebensmittel	2,1	2,11	2,13	2,14	2,19	2,17	2,24	2,21	2,30	6,1%	10,4%
Arzneien, Heilmittel	1,1	1,08	1,09	1,10	1,12	1,11	1,15	1,13	1,18	6,1%	10,4%
Therapiebedarf	0,3	0,26	0,26	0,26	0,27	0,27	0,28	0,27	0,28	6,1%	10,4%
Wasser, Abwasser	1,2	1,25	1,27	1,28	1,30	1,30	1,34	1,33	1,38	8,2%	12,6%
Strom	1,4	1,42	1,46	1,48	1,56	1,54	1,67	1,60	1,79	17,0%	31,1%
Brennstoffe	2,1	2,20	2,27	2,29	2,43	2,38	2,60	2,48	2,78	17,0%	31,1%
Sonstiger Bedarf	1,5	1,52	1,54	1,54	1,57	1,57	1,61	1,59	1,65	6,1%	10,4%
Aufwendungen für bezogene Leistungen	12,2	12,40	12,52	12,58	12,83	12,77	13,15	12,96	13,48	6,1%	10,4%
Abschreibungen auf Sachanlagen u. Instandhaltung	9,8	9,98	10,07	10,12	10,33	10,28	10,58	10,43	10,85	6,1%	10,4%
Sonstige betriebliche Aufwendungen	10,1	10,29	10,39	10,44	10,65	10,60	10,91	10,76	11,19	6,1%	10,4%
Summe	100	101,20	102,27	102,53	104,71	103,87	107,21	105,23	109,78	5,2%	9,8%
Kumulierte Steigerung gegenüber 2007 in %		1,2%	2,3%	2,5%	4,7%	3,9%	7,2%	5,2%	9,8%	-	-
Steigerung pro Jahr in %		1,2%	2,3%	1,3%	2,4%	1,3%	2,5%	1,4%	2,6%	-	-

Tabelle 11: 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 2008 bis 2011 dargestellt.

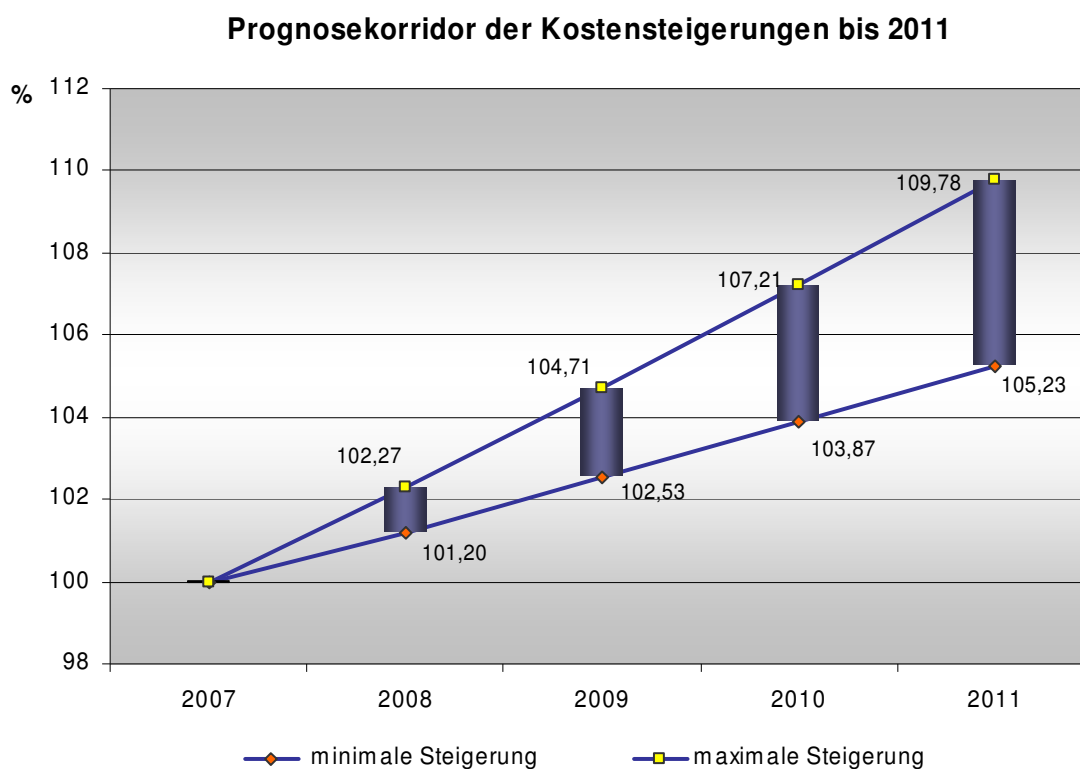


Abbildung 10: Prognosekorridor der kumulierten Kostensteigerungen bis 2011.

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

Für die Rehabilitationseinrichtungen ergeben sich allein für das Jahr 2008 Kostensteigerungen zwischen 1,2 und 2,27 %. Es erfolgt eine kontinuierliche Steigerung im Betrachtungszeitraum. Gründe dafür ist das kontinuierlich ansteigende Preisniveau bei allen Aufwandspositionen. Die Steigerungsraten für den Prognosezeitraum basieren ausschließlich auf den zukünftig zu erwartenden allgemeinen Lohn- und Gehaltssteigerungen sowie Preissteigerungsraten. Andere mögliche Effekte können zum heutigen Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden.

Bemerkungen: Erläuterung der Abweichungen zur Prognose des GEBERA-Gutachtens 2006

Im Vergleich zu den im GEBERA-Gutachten 2006 prognostizierten kumulierten Steigerungsraten ergeben sich für den Zeitraum 2008-2011 geringere Steigerungen der Aufwandspositionen.

Dies liegt in den unterschiedlichen Ausgangskostenniveaus der Jahre 2006 und 2007 begründet.

Im GEBERA-Gutachten 2006 befand sich die Ausgangsbasis für die Berechnungen des Prognosekorridors 2007-2010 auf einem niedrigeren Niveau und die erwarteten Entwicklungen flossen in die Prognose für 2007 ein. Ausgangsbasis für die Prognose 2008-2011 ist das aktuelle Preis- und Kostenniveau des Jahres 2007.

Absolut ist das Kostenniveau 2007 und somit die Ausgangsbasis für die Berechnungen des Prognosekorridors 2008-2011 bereits höher als im Jahr 2006. Dies wirkt sich auf die Prognoserechnung dadurch aus, dass die kumulierten Steigerungsraten bis 2011, im Vergleich zu den kumulierten Steigerungsraten bis 2010 im Gutachten des Vorjahres, geringer ausfallen.

Des Weiteren sei darauf hingewiesen, dass die für 2007 angenommenen Steigerungen der Einflussfaktoren ihre Wirkung auch in den Folgejahren weiter entfalten werden. Insbesondere sind hier die Aufwendungen für Löhne und Gehälter und damit zusammenhängende Sozialabgaben zu nennen, bei denen als Folge der abgeschlossenen Tarifverträge des Marburger Bundes eine Lohn- und Gehaltssteigerungswelle im Ärztlichen Dienst auslösen kann. Aufgrund der (Bindungs-)Fristen der Arbeitsverträge kommen für die Einrichtungen, die nicht direkt vom Tarifvertrag betroffen sind, die finanziell spürbaren Auswirkungen mit einer zeitlichen Verzögerung zum Tragen. Dieses muss im Einzelfall Berücksichtigung finden.

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 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 2011 zu einer Kostensteigerung bei den betrachteten Aufwandspositionen von 9,8 %.

Insgesamt kommt es bis 2011 zu einer durchschnittlichen jährlichen Kostensteigerung in Höhe von 1,31 bis 2,45 %. Eine überdurchschnittlich hohe Kostensteigerung ist bereits in 2007 eingetreten.

Die Materialaufwendungen steigen insgesamt etwas stärker als die Personalaufwendungen. Ein Grund hierfür sind die Entwicklungen bei den Energiekosten.

Mit 17 bis 31,1 % werden die Energiekosten bis 2011 am stärksten von allen Aufwandspositionen 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 deutlich über 60 %) spürbar stärker steigen kann als die in der Modellrechnung angenommenen moderaten Steigerungsraten von 1-2 % jährlich. Weiterhin ist zu be-

rücksichtigen, dass es bei Neueinstellungen von zusätzlichem Personal auch zu sprunghaft ansteigenden Personalkosten kommen kann.

Bei der Position der Sozialaufwendungen kommt es aufgrund der erwarteten Beitragssteigerungen bei den Krankenversicherungen trotz der abgesenkten Beiträge zur Arbeitslosenversicherung und aufgrund des allgemein ansteigenden Lohn- und Gehaltsniveaus zu einem Anstieg der Sozialaufwendungen. Es ist nicht davon auszugehen, dass in Zukunft eine spürbare Entlastung der Arbeitgeber eintrifft.

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 relativ niedrigen Zinsniveaus davon ausgegangen werden, dass die Zinsen in Zukunft eher steigen werden. Dem System der monetarischen Finanzierung folgend müssen die zum Teil erheblichen Zinsaufwendungen bei einer wirtschaftlichen Betriebsführung durch die Vergütungssätze gedeckt werden können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Vergütungssatzniveau die Preisentwicklungen auf dem Markt zurzeit nicht immer ausreichend widerspiegelt, 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 weitgehend beschränkt.

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 keinen Einfluss haben. Dabei wirken sich viele Faktoren 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.

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 2011 zeigt im Vergleich zu 2007 Steigerungsraten von ca. 5 bis rd. 10 %. Somit werden allein die Auswirkungen der externen Einflussfaktoren, die selbst durch mögliche Kostenoptimierungsmaßnahmen nicht neutralisiert werden können, zu erheblichen Kostensteigerungen in den Rehabilitationseinrichtungen führen.

Vielfältige Vorgaben im Hinblick auf Personal- und Infrastruktur, medizin-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 teilweise 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. Auch die künftig verstärkt notwendigen Investitionen, die die Zukunftsfähigkeit der Einrichtungen sichern, müssen einrichtungsindividuell in die Pflegesatzkalkulation einfließen.

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

Jährliche Vergütungssatzsteigerung in %			
Jahr	Min	Max	Durchschnitt
2008	1,20%	2,27%	1,74%
2009	1,32%	2,43%	1,88%
2010	1,34%	2,50%	1,92%
2011	1,36%	2,57%	1,97%

Tabelle 12: Empfohlene Mindeststeigerungsraten zukünftiger Vergütungssätze.

Es wird davon ausgegangen, dass die im GEBERA-Gutachten 2006 prognostizierten Vergütungssatzsteigerungsraten für das Jahr 2007 bei den Tagessatzverhandlungen einen Niederschlag

gefunden haben. Abweichungen von den im letzten Jahr empfohlenen Steigerungsraten müssen entsprechend im Jahr 2008 Berücksichtigung finden.

Die empfohlenen Steigerungsraten der Vergütungssätze basieren daher auf sehr konservativen Schätzungen. Die Prognosesicherheit nimmt dabei im Laufe der Zeit ab. Die Genauigkeit der getroffenen Aussagen ist für das Jahr 2008 am höchsten. Für die Folgejahre sind im Falle anderer Entwicklungen Anpassungen notwendig. Die dargestellten Vergütungssatzsteigerungen der Jahre 2008 bis 2011 bilden eine Untergrenze.

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