



**Gutachten**  
**zur aktuellen und perspektivischen**  
**Situation der Einrichtungen im Bereich**  
**der medizinischen Rehabilitation**  
**-Neuaufgabe 2010-**

Prof. Dr. Peter Borges

Agnes Zimolong

Düsseldorf, Oktober 2010

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

Schwannstr. 6, 40476 Düsseldorf, Tel.: 0211- 8772-05, [info@gebera.de](mailto:info@gebera.de)

## **Mitarbeiterverzeichnis**

Prof. Dr. Peter Borges

Jan Edel

Agnes Zimolong

## **Inhalt**

1	Einleitung .....	4
1.1	Auftragshintergrund .....	4
1.2	Zielsetzung des Gutachtens .....	4
2	Einflussfaktoren auf die zukünftige betriebswirtschaftliche Entwicklung .....	5
2.1	Allgemeine Einflusskatoren .....	5
2.2	Kostenentwicklung aufgrund wirtschaftlicher Entwicklungen .....	8
2.3	Darstellung der Konsequenzen auf Grundlage einer Modellrechnung .....	13
2.4	Vergleich mit Ergebnissen der Befragung von Rehabilitationseinrichtungen .....	18
3	Zusammenfassung und Empfehlungen .....	22
3.1	Zusammenfassung .....	22
3.2	Empfehlungen aus Sicht des Gutachters .....	23

## **1 Einleitung**

### **1.1 Auftragshintergrund**

Die in der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation (AG MedReha) zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation haben die GEBERA GmbH mit einer Neuauflage des Gutachtens zur aktuellen und perspektivischen Situation der stationären Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation für das Jahr 2010 beauftragt. Es sollen die aktuellen Veränderungen der Rahmenbedingungen aufgezeigt werden, die insbesondere die Kostensituation der Rehabilitationseinrichtungen für das Jahr 2011 betreffen. Gleichzeitig sollen Veränderungen der Kostensituation der letzten Jahre den Vergütungssatzentwicklungen gegenübergestellt werden.

Die gutachterliche Stellungnahme zur aktualisierten Kostenentwicklung soll insbesondere für Verhandlungen mit den Rehabilitationsträgern verwendet werden.

### **1.2 Zielsetzung des Gutachtens**

Zielsetzung des Gutachtens ist es, für das Jahr 2011 erwartete Kostenveränderungen auf der Basis aktueller Entwicklungen aufzuzeigen. Es werden anhand von Modellrechnungen die Konsequenzen der zukünftigen Kostenentwicklung auf die betriebswirtschaftliche Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation für das Jahr 2011 dargelegt. Anders als bei den Vorgutachten wird auf Prognosen der Folgejahre verzichtet, weil die Praxis zeigt, dass Prognosen der Kostenentwicklungen für längere Perioden nicht die Dynamik der wirtschaftlichen und politischen Situation ausreichend antizipieren können.

In der Neuauflage des Gutachtens sollen die im GEBERA-Gutachten 2009 durchgeführten Auswertungen aktualisiert und die in der Vergangenheit getroffenen Annahmen über Kostensteigerungsraten, soweit möglich, überprüft werden.

Neben diesen Analysen werden die im Laufe der Zeit tatsächlich in der medizinischen Rehabilitation realisierten Vergütungssatzsteigerungen betrachtet. Dazu wurde im Vorfeld des Gutachtens seitens der AG MedReha in Zusammenarbeit mit der GEBERA eine schriftliche Befragung der Rehabilitationskliniken über die Höhe und Entwicklung der Vergütungssatzhöhen in den letzten Jahren durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Befragung werden den eingetretenen Kostensteigerungen für die Rehabilitation gegenübergestellt. Auf diese Weise soll aufgezeigt werden, ob im Betrachtungszeitraum ein Finanzierungsdefizit in der Rehabilitation entstanden ist und welche Dimensionen dieses potenzielle Finanzierungsdefizit für die medizinische Rehabilitation in Deutschland hat.

---

Auf eine Aktualisierung der Ausführungen zu der Entwicklung der Rehabilitationsstrukturen wird im Rahmen des vorliegenden Gutachtens verzichtet. Wir verweisen hierfür auf die detaillierten Darstellungen in der Gutachtenaufgabe aus dem Jahr 2009.

## **2 Einflussfaktoren auf die zukünftige betriebswirtschaftliche Entwicklung**

### **2.1 Allgemeine Einflussfaktoren**

Wie bereits in den Vorgutachten dargelegt wurde, können die Einflussfaktoren auf die betriebswirtschaftliche Situation eines Unternehmens hinsichtlich endogener und exogener Faktoren unterschieden werden. 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.

Die unternehmerische Entscheidungsfreiheit von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und damit die Beeinflussbarkeit ihrer wirtschaftlichen Situation sind durch vielfältige – jedoch auch im Sinne der Qualitäts- und Versorgungssicherung z.T. notwendige – Reglementierungen des Gesundheitsmarktes begrenzt. Im Rehabilitationsbereich kann man von daher nicht von Marktbedingungen, welche auf dem Spiel der freien Kräfte von Angebot und Nachfrage basieren, sprechen. Der hier sind sowohl die Erlös- als auch die Kostenstrukturen im beträchtlichen Umfang von außen vorgegeben. Es handelt sich um ein stark reglementiertes Versorgungssystem.

Das vorliegende Gutachten hat zum Ziel, die Auswirkungen dieser wenig beeinflussbaren externen Rahmenbedingungen und -Veränderungen auf die wirtschaftliche Situation der Rehabilitationskliniken zu untersuchen.

Im Folgenden werden zuerst die allgemeinen Rahmenbedingungen, die einen Einfluss auf die Kostenstrukturen von Rehabilitationskliniken haben, skizziert. Anschließend werden die aktuellen wirtschaftlichen Entwicklungen und deren Auswirkungen auf die Kostenstrukturen der Einrichtungen dargestellt.

Eine Übersicht der wichtigsten exogenen Einflussfaktoren ist in der nachstehenden Abbildung dargestellt.

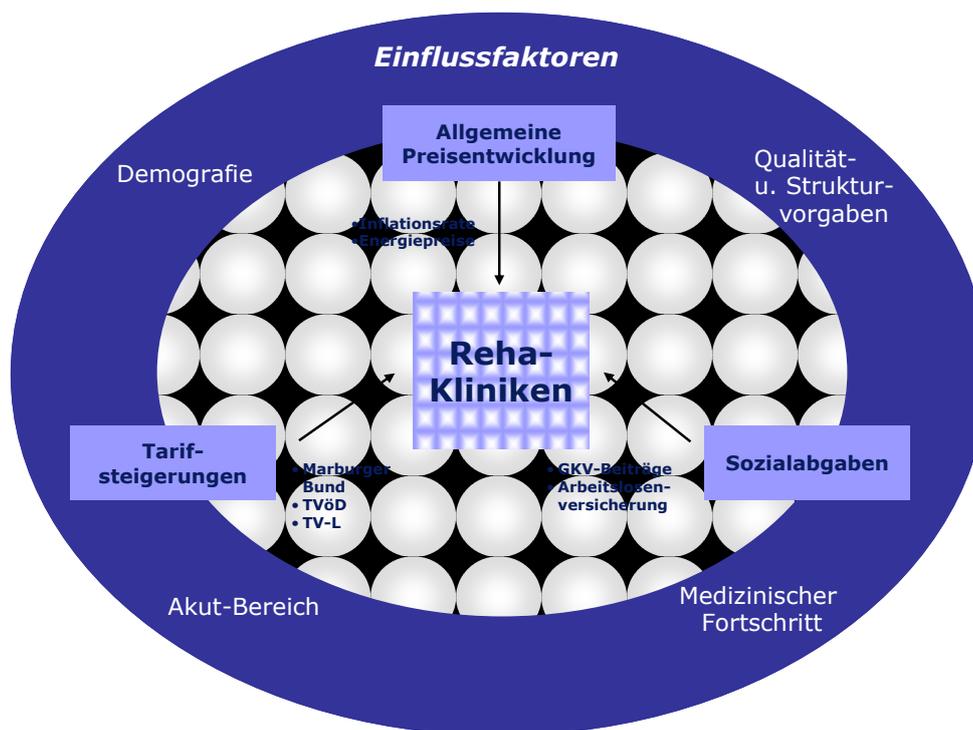


Abbildung 1: Exogene Einflussfaktoren (Quelle: eigene Darstellung).

### Qualitäts- und Strukturanforderungen der Rehabilitationsträger

Die Rehabilitationsträger sind durch ihren Sicherstellungsauftrag (§ 19 Absatz 1 SGB IX) dafür verantwortlich, dass Rehabilitationseinrichtungen, welche entsprechende Qualitätsanforderungen erfüllen, in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Sie sind insofern an einer qualitativ guten Leistungserbringung interessiert. Im Zeitverlauf sind die Qualitäts- und Strukturanforderungen an die Rehabilitationskliniken weiterentwickelt worden. Die Verbindung der Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wirkt sich dabei auf die gesamte Leistungserstellung aus und hat umfassende Folgen für die Rehabilitationskliniken.

Für den Geltungsbereich der Deutschen Rentenversicherungsträger sind seit Jahr 2009 verbindliche Anforderungen an die Strukturqualität von Reha-Einrichtungen etabliert (siehe auch DRV: Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung, Mai 2010). Diese geben detaillierte, in großen Teilen auch indikationsspezifische Vorgaben an die Einrichtungen baulich-räumlicher, medizinisch-technischer, therapeutischer und insbesondere personeller Art vor. Neben diesen allgemeinen Anforderungen werden die zielgruppenspezifischen Behandlungsangebote auf Basis entsprechender Konzepte mit den Leistungsträgern der Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. Auf dieser Grundlage werden strukturelle Anforderungen detailliert festgelegt.

Die Rehabilitationseinrichtungen können vor dem Hintergrund solcher detaillierten Struktur- und Leistungsvorgaben ihre Kostenstrukturen immer weniger beeinflussen und sind damit zunehmend von den externen Kostensteigerungen direkt abhängig.

---

## **Veränderungen aufgrund der Situation im Akut-Bereich**

Die Statistiken der letzten Jahre zeigen einen kontinuierlichen Rückgang der Verweildauern im Krankenhaus. Dieser Trend wird durch das DRG-Vergütungssystem auch zukünftig weiter fortgesetzt.

Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen insbesondere in den Bereichen der sekundären Fehlbelegung zunehmend kritisch geprüft und bewertet. Auch diese Entwicklung hat zur Folge, dass die Verweildauern im akut-stationären Bereich weiter zurückgehen dürften und gleichzeitig den Bedarf für eine anschließende Weiterbehandlung der Patienten in einer qualifizierten Rehabilitation tendenziell verstärken.

Insgesamt kann weiterhin mit einer zunehmenden Fallschwere in der medizinischen 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 medizinische Aufgaben übernehmen. Diese Aufgaben können nur übernommen werden, wenn die Strukturen in den Rehabilitationskliniken entsprechend adaptiert werden. Dazu gehören Anpassungen in der Personalstruktur, der Medizintechnik, 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. Weiterhin können z.B. aufgrund der Fortschritte bei minimal-invasiven Verfahren zunehmend Patienten behandelt werden, deren Therapie früher nicht möglich gewesen wäre. Bei der Therapie 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. Neben diesem Mehrbedarf in Folge der medizinischen Entwicklungen bietet die moderne Rehabilitation die Möglichkeit zu einer (vorbeugenden) Versorgung u.a. chronisch kranker Personen, durch die aus gesundheitsökonomischer Sicht nachweislich sowohl direkte wie indirekte Krankheits(folge)kosten gemäß den Grundsätzen „Reha vor Rente“ und „Reha vor Pflege“ senkt werden können.

---

## **2.2 Kostenentwicklung aufgrund wirtschaftlicher Entwicklungen**

Weitere erfolgsbestimmende exogene Faktoren, die auf die Rehabilitationseinrichtungen direkt einwirken, sind die durch die allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklungen bedingten Kostenveränderungen. Ihre Auswirkungen auf die Rehabilitationseinrichtungen werden im Folgenden dargestellt und aktualisiert.

### **Tarifsteigerungen und Arbeitszeitgesetz**

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

Zukünftig wird sich der bereits bestehende Druck auf Rehabilitationskliniken hinsichtlich einer geeigneten Personalakquisition vor allem im ärztlichen Bereich weiter zuspitzen. Den Ärztemangel und zunehmend auch den Mangel an anderen medizinisch-pflegerischen Fachkräften in Deutschland spüren neben den Krankenhäusern die Reha-Einrichtungen im besonderen Maße. Den Wettstreit um qualifiziertes Personal gewinnen diejenigen Einrichtungen, die eine wettbewerbsfähige Vergütung und Organisation anbieten können. Aktuell prognostizieren verschiedene Studien für Deutschland einen gravierenden Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, der Ärzte wie auch nicht ärztliche Fachkräfte und Pflegekräfte umfasst. Europaweit können nach Schätzungen der EU-Kommission im Jahr 2020 bis zu 2 Millionen Arbeitskräfte in dem europäischen Gesundheitswesen fehlen.

Beim Personal ist eine zeitnahe Anpassung des Gehaltsgefüges an aktuelle Tarifabschlüsse auch für die privaten Kliniken unerlässlich, um im Wettbewerb um qualifiziertes Personal zu bestehen. Die Einkommenshöhen und Arbeitszeitregelungen des medizinischen Personals im therapeutischen und pflegerischen Bereich müssen sich daher mindestens an Tarifverträgen des TVöD (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst) beziehungsweise des TV-L (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder) orientieren.

Der letzte aktuelle Abschluss des Marburger Bundes sieht für die Ärztinnen und Ärzte an den kommunalen Kliniken rückwirkend zum 1. Mai 2010 zwei Prozent mehr Gehalt und eine deutlich bessere Vergütung der Bereitschaftsdienste vor. Der neue Vertrag ist frühestens kündbar zum 31. August 2011. Zusätzlich zu der linearen Gehaltserhöhung vereinbarten die Tarifparteien eine Einmalzahlung in Höhe von 400 Euro im Juli 2010.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Vgl.: [http://www.marburgerbund.de/marburgerbund/bundesverband/unsere\\_themen/tarifpolitik/vka/Tarifrunde\\_2010/Eckpunktepapier-Tarifeinigung.pdf](http://www.marburgerbund.de/marburgerbund/bundesverband/unsere_themen/tarifpolitik/vka/Tarifrunde_2010/Eckpunktepapier-Tarifeinigung.pdf)

---

Die aktuellen Tarifabschlüsse des TVöD von Februar 2010 sehen folgende Steigerungsraten vor:

- ab 1. Januar 2010 1,2%,
- ab 1. Januar 2011 weitere 0,6%,
- ab 1. August 2011 weitere 0,5%.

Zudem wurde eine einmalige Sonderzahlung von 240 Euro im Januar 2011 vereinbart.<sup>2</sup>

Diese aktuelle Entwicklung muss vor dem Hintergrund gesehen werden, dass zuvor bereits folgende Tarifsteigerungen im Öffentlichen Dienst vereinbart wurden:

- ab dem 01.01.2008 eine Lohnsteigerung von 3,1% sowie zusätzlich 50 Euro/Monat (insgesamt 5,1%)
- ab dem 01.01.2009 eine Lohnsteigerungen von 2,8% und eine Einmalzahlung von 225 Euro

Entsprechende Steigerungsraten konnten von privaten und freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen in der Regel nicht realisiert werden.

Betrachtet man die, bedingt durch die wirtschaftliche Erholung, deutlich höheren Tarifabschlüsse in anderen Branchen wie zum Beispiel in der Stahlindustrie mit einer Steigerung von 3,6 % sowie zusätzlichen Einmalzahlungen, muss zukünftig auch für das Gesundheitswesen mit höheren Forderungen gerechnet werden.

Neben den Tarifabschlüssen und den Anforderungen der Rehabilitationsträger an die Personalbeschaffenheit in der medizinischen Rehabilitation (Menge und Qualifikation) schreiben sonstige gesetzliche Bestimmungen weitere verbindliche Vorgaben für die Rehabilitationseinrichtungen vor. Das in Folge der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) novellierte Arbeitszeitgesetz wirkt sich seit 2007 kostensteigernd auf die Rehabilitationskliniken aus, da es Modifikationen in der Arbeitszeitorganisation erfordert und den Personalbedarf steigert. Besonders kleine Einrichtungen stehen dabei vor großen Herausforderungen. Die von der EU-Kommission angestrebte Revision der EU-Arbeitszeitrichtlinie, die eine Unterteilung der Bereitschaftsdienste in „aktive“ und „inaktive Phasen“ und damit eine andere Bewertung der Arbeitszeit beabsichtigte, ist gescheitert. Damit werden die Rehabilitationseinrichtungen auch zukünftig weiterhin massiv um Ärzte mit anderen Branchen und Sektoren konkurrieren müssen. Eine defizitäre Vergütung würde sich dabei existenzbedrohend auswirken.

Eine längerfristige Abkopplung von den Tarifregelungen können auch Einrichtungen mit anderen Träger-schaften (frei-gemeinnützig oder privat) ohne Einbußen in der Personalstruktur mit den bereits genannten Folgen nicht realisieren. Die Lohnsteigerungen der letzten Jahre wurden im Rahmen der Vergütungssatzerhöhungen in der Rehabilitation nicht ausreichend berücksichtigt. Durch die fehlende Refinanzierung

---

<sup>2</sup> Vgl. Tarifeinigung in den Tarifverhandlungen für die Beschäftigten des öffentlichen Dienstes von Bund und kommunalen Arbeitgebern (Stand: 27.02.2010)

---

konnten viele Kliniken notwendige Gehaltssteigerungen der Mitarbeiter nicht finanzieren (vgl. auch Kap. 2.2.2).

Angesichts der vielerorts bestehenden Personalengpässe (z.B. Ärztemangel) ist für die Sicherung der Konkurrenzfähigkeit der medizinischen Rehabilitation eine entsprechende Anhebung der Vergütungssätze im Jahr 2011 zu fordern.

Insbesondere wird in diesem Zusammenhang auch kritisch auf das durch viele gesetzliche Krankenkassen praktizierte Festhalten an der Veränderungsrate (§ 71 SGB V) oder sogar ihr Unterschreiten hingewiesen, was allein aufgrund der Ergebnisse der Tarifabschlüsse und der allgemeinen Preisentwicklung zu einer erheblichen Kostenunterdeckung führt (vgl. auch Kap. 2.2.2).

Damit auch die Rehabilitationskliniken im Wettbewerb um medizinisches Personal bestehen können, ist eine stärkere Berücksichtigung der Tarifabschlüsse bei den Vergütungssatzverhandlungen notwendig.

### **Sozialabgaben**

Die Entwicklung der Sozialaufwendungen für das Personal verläuft größtenteils parallel zu den Gehaltssteigerungen, ist aber auch von Entscheidungen auf politischer Ebene abhängig. Ab dem Jahr 2011 ist eine Anhebung der Krankenkassenbeiträge geplant. Der paritätisch finanzierte Beitragssatz für Arbeitgeber und Arbeitnehmer wird wieder von 14,0% auf 14,6% angehoben. Zuzüglich des mitgliederbezogenen Beitragsanteils beträgt der Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkasse damit 15,5%. Der Beitragssatz der Arbeitgeber wird auf 7,3% festgeschrieben. Weitere zukünftig notwendige Erhöhungen der Krankenkassenbeiträge sollen nach dem Willen der Bundesregierung durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert werden.<sup>3</sup>

Der Beitrag zur Arbeitslosenversicherung beträgt aktuell 2,8% des maßgeblichen Bruttoeinkommens und ist je zur Hälfte von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu tragen. Ab Januar 2011 wird der Beitragssatz auf 3% des Bruttoeinkommens ansteigen. Diese Beitragserhöhung wurde ursprünglich bereits ab dem Juli 2010 vorgesehen, allerdings im Rahmen des Konjunkturpaketes II auf das Jahresende verschoben. (Quelle: [www.bundesregierung.de](http://www.bundesregierung.de)).

### **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. Die für die Rehabilitationskliniken zum Teil besorgniserregende Entwicklung der allgemeinen Preissteigerungen der Jahre 2007 und 2008 (2,3-2,7%) wurden durch die Wirtschaftskrise deutlich gebremst. Im Jahr 2009 lag

---

<sup>3</sup> Vgl. GKV-Finanzierungsgesetz; Beschlussfassung vom 22. Sept. 2010

nach Angaben des statistischen Bundesamtes der durchschnittliche Verbraucherindex bei einer Steigerung von nur 0,4% gegenüber dem Vorjahr.<sup>4</sup>

Die wirtschaftliche Erholung führte bereits wieder im Jahr 2010 zu einer erhöhten Inflationsrate. Der für europäische Zwecke berechnete „Harmonisierte Verbraucherpreisindex“ (HVPI) für Deutschland lag im September 2010 um 1,3% höher als im September 2009.<sup>5</sup>

Die deutlich über den Erwartungen liegende Erholung der deutschen Wirtschaft wird auch in Zukunft einen steigenden Effekt auf die Inflationsentwicklung haben. Letzte Schätzungen des Bundesfinanzministeriums gehen von Steigerungen in Höhe von 1,4% für das Jahr 2011 aus<sup>6</sup>. Angesichts der überraschenden Wirtschaftsentwicklung, die auch die Bundesregierung aktuell zu einer Anhebung der Wachstumsprognosen für die Jahre 2010 und 2011 veranlasste, dürften die o.g. Schätzungen des Bundesfinanzministeriums zur Entwicklung der Inflationsrate als eher konservativ zu werten sein. Die folgenden Annahmen gehen daher im Maximalszenario von allgemeinen Preissteigerungsraten von bis zu 2% im Jahr 2011 aus.

Der Bereich der Energiekosten ist nach den Erfahrungen der letzten Jahre von überproportional starken Preissteigerungen betroffen. Bei den Energieprodukten wurde nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im September 2010 gegenüber September 2009 vor allem ein erheblicher Preisanstieg bei Mineralölprodukten (+ 11,6%; davon leichtes Heizöl: + 23,6%; Kraftstoffe: + 8,7%) gemessen. Strom wurde gegenüber dem Vorjahresmonat um 3,2% teurer, Gas (- 3,5%) sowie Umlagen für Zentralheizung und Fernwärme (- 5,5%) kosteten dagegen weniger als ein Jahr zuvor.

Zukünftig kann aufgrund der erwarteten Belebung der Nachfrage wieder mit den Preisprognosen der letzten Jahre gerechnet werden. Experten prognostizierten bereits vor der Wirtschaftskrise für Heizöl und Erdgas jährliche Preissteigerungen von 4-7 %, für Strompreise von 3-6% (*Quelle: Energiewirtschaftsinstituts der Universität Köln*). Hinzu kommt für Strom die für das Jahr 2011 geplante erhöhte EEG-Umlage für den Ausbau der erneuerbaren Energien von rund 2,05 Cent auf 3,5 Cent pro Kilowattstunde. Würde diese Erhöhung an die Verbraucher weitergegeben, würde nach ersten Schätzungen alleine dieser Effekt zu einer Steigerung der Strompreise um rd. 7,5% führen.<sup>7</sup> Aus diesem Grund wird für das Jahr 2011 abweichend eine Preissteigerung für Strom zwischen 5-8% angenommen.

---

<sup>4</sup>Vgl.:<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Preise/VPI,templateId=renderPrint.psml>

<sup>5</sup>Vgl.:<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Preise/Verbraucherpreise/Aktuell,templateId=renderPrint.psml>

<sup>6</sup>Vgl.:[http://www.bundesfinanzministerium.de/nn\\_54/DE/Wirtschaft\\_\\_und\\_\\_Verwaltung/Finanz\\_\\_und\\_\\_Wirtschaftspolitik/20100519-Inflation.html?\\_\\_nnn=true](http://www.bundesfinanzministerium.de/nn_54/DE/Wirtschaft__und__Verwaltung/Finanz__und__Wirtschaftspolitik/20100519-Inflation.html?__nnn=true)

<sup>7</sup>Vgl.:<http://www.konsumo.de/news/113300Strompreiserh%C3%B6hung%202011%20Preisanstieg%20um%207.5%20Prozent%20erwartet>

---

### *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 kann jedoch bedeutend sein.

Die Thematik der Zinsaufwendungen sowie der Investitionsfinanzierung im Bereich der medizinischen Rehabilitation und die Anforderungen, die sich aus der monetarischen Finanzierung auch im Rahmen der Vergütungshöhen ergeben, wurden von der GEBERA in einem separaten Arbeitspapier 2007 ausführlicher beleuchtet. Die aktuellen Entwicklungen, als Folge der Finanzkrise, führen zu deutlich schlechteren Konditionen bei der Kreditvergabe. Dies gilt für Risikoaufschläge der Kreditinstitute. Sie fallen für nicht ausreichend finanzierte Kliniken naturgemäß entsprechend höher aus.

## 2.3 Darstellung der Konsequenzen auf Grundlage einer Modellrechnung

### 2.3.1 Vergleich der Modellannahmen und Kostensteigerungsraten der Jahre 2009 und 2010

Die GEBERA hat bereits in den Gutachten der Jahre 2006, 2007, 2008 und 2009 mögliche Steigerungsraten der Kostenpositionen geschätzt und in den Folgejahren mit den jeweiligen tatsächlichen Entwicklungen verglichen.

Im Folgenden werden die Annahmen für das Jahr 2010 auf der Basis des Gutachtens 2009 verifiziert, indem sie den tatsächlichen Kostensteigerungen des Jahres 2010 gegenübergestellt werden.

Die nachstehende Abbildung zeigt die Annahmen und eingetroffenen Entwicklungen für ausgewählte Aufwandspositionen. Zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung können die Entwicklungen bis zum Stand Ende September 2010 berücksichtigt werden. Die Steigerungen in den hier dargestellten Einzelpositionen wurden in Modellrechnungen auf den Gesamteffekt hin berechnet (Steigerungen insgesamt).

Faktor	GEBERA-Gutachten 2009	Eingetretene Veränderungen bis
	Annahmen für das Jahr 2010	Ende September 2010 (soweit feststellbar)
Lohn & Gehalt Ärztlicher Dienst	+1,2% (min) bis +3% (max)	2,00%
Lohn & Gehalt andere Berufsgruppen	+1,2% (min) bis +3% (max)	1,20%
Inflationsrate	+0,7% (min) bis +1,9% (max)	1,30%
Energiekosten (Strom)	+3% (min) bis +6% (max)	3,20%
Energiekosten (Heizöl & Erdgas)	+4% (min) bis +7% (max)	10,05%
<b>Prognosekorridor 2009</b>	<b>+1,1% (min) bis +2,7% (max); im Durchschnitt 1,92%</b>	<b>Steigerungen von insgesamt rd. 1,6 %</b>

Abbildung 2: Gegenüberstellung angenommener und eingetrossener Kostensteigerungen.

Die Gegenüberstellung veranschaulicht, dass die Effekte der tatsächlichen Kostensteigerungen bis Ende September 2010 die im Jahr zuvor angenommenen, durchschnittlichen Steigerungsraten etwas unterschreiten (1,6% gegenüber erwartet 1,92%). Hierzu muss jedoch angemerkt werden, dass bei der Berechnung der angenommene Durchschnitt der Steigerungen Anwendung findet. In einzelnen Kliniken können die Werte durchaus variieren.

Insgesamt hätten die Rehabilitationskliniken im Jahr 2010 alleine aufgrund des eingetretenen, vergleichsweise moderaten Kostenanstiegs eine durchschnittliche Steigerung ihrer Vergütungssätze um ca. 1,6% durchsetzen müssen.

### 2.3.2 Vergleich der Modellannahmen und Kostensteigerungsraten 2007 bis 2010

Um die Genauigkeit der in der Vergangenheit auf Grundlage dieser Modellrechnung durchgeführten Prognosen zu evaluieren, werden die in den vorangegangenen Gutachten für die Jahre 2007 bis 2010 kalkulierten Steigerungsraten mit den tatsächlich eingetretenen durchschnittlichen Kostensteigerungen für die Rehabilitationskliniken verglichen.

Jahr	durchschnittliche Annahmen GA	tatsächliche Steigerungen	Differenz
2007	4,10%	4,15%	0,05%
2008	1,75%	3,80%	2,78%
2009	3,50%	3,00%	-0,50%
2010	1,92%	1,60%	-0,32%

Abbildung 3: Vergleich angenommene und eingetretene Kostensteigerungen 2007 bis 2010.

Der Vergleich zeigt, dass die Annahmen der Gutachten stets sehr konservativ waren und von den tatsächlichen Kostensteigerungen teilweise übertroffen wurden. Besonders deutlich war dieser Effekt im Jahr 2008, als die Ergebnisse der Tarifverhandlungen zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung nicht bekannt waren. Auch im Jahr 2010, das aufgrund der Unsicherheiten durch die besondere wirtschaftliche Situation keine einfachen Prognosen ermöglichte, übertreffen die im Durchschnitt prognostizierten Steigerungen die tatsächliche Kostenentwicklung nur leicht.

### 2.3.3 Annahmen für die zukünftige Entwicklung der Aufwandspositionen und aktualisierte Modellrechnung

Viele exogene 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. Diese Einrichtungen können durch eine entsprechende Anpas-

sung der Aufwandspositionen die hier vorgestellte Modellrechnung auch unter Berücksichtigung ihrer individuellen Strukturen nutzen. Die Veränderungsraten der einzelnen GuV-Positionen werden detailliert aufgelistet. Somit ist es auch für Kliniken mit einer abweichenden Musterverteilung der GuV-Positionen möglich, ihre individuellen Steigerungsraten zu berechnen.

Die Notwendigkeit, einrichtungsbezogene Besonderheiten zu berücksichtigen, trifft auch für den Bereich der Investitionskosten zu. Hierzu wurden entsprechende Vorschläge von GEBERA bereits in dem Arbeitspapier zur Kalkulation der Investitionskosten in der stationären medizinischen Rehabilitation (November 2007) unterbreitet.

Die folgende Abbildung 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. Die Musterverteilung der GuV-Positionen wurde unter Berücksichtigung der Kostenentwicklungen der Jahre 2007, 2008 und 2009 entsprechend modifiziert. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass eine möglichst realitätsnahe Abbildung der Aufwandspositionen gewahrt bleibt.

Auswahl der GuV Positionen	% Verteilung 2010
<b>Personalaufwand</b>	<b>59,63%</b>
<b>Löhne und Gehälter</b>	<b>50,48%</b>
Ärztlicher Dienst	14,69%
Pflegedienst	7,01%
Med.- techn. Dienst	6,30%
Funktionsdienst	13,39%
Wirtschaftsdienst	2,60%
Verwaltungsdienst	5,42%
Sonst. Personalaufwand	1,06%
<b>Soziale Abgaben</b>	<b>9,15%</b>
Ges soz ärzt Dienst	2,18%
Ges soz Pflegedienst	1,34%
Ges soz med-techn. Dienst	1,28%
Ges soz Funktdienst	2,48%
Ges soz Wirtsch. u. Versorgungsdienst	0,51%
Ges soz Verwaltungsdienst	0,80%
Sonst. ges. soz Abgaben	0,57%
<b>Materialaufwand</b>	<b>30,74%</b>
<b>Aufwend. für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe</b>	<b>9,80%</b>
Lebensmittel	1,98%
Arzneien, Heilmittel	1,02%
Therapiebedarf	0,24%
Wasser, Abwasser	1,17%
Strom	1,55%
Brennstoffe	2,42%
Sonstiger Bedarf	1,42%
<b>Aufwendungen für bez. Leistungen</b>	<b>11,60%</b>
<b>Abschr. auf Sachanlagen u. Instandhaltung</b>	<b>9,34%</b>
<b>Sonstige betriebliche Aufwendungen</b>	<b>9,63%</b>
<b>Summe</b>	<b>100%</b>

Abbildung 4: 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.

Die relevanten Einflussfaktoren auf die wirtschaftliche Entwicklung der Rehabilitationseinrichtungen wurden bereits detailliert beschrieben und deren zukünftige Entwicklungen prognostiziert und begründet (vgl. Kap. 2). Die folgende Abbildung stellt die in die einzelnen Aufwandspositionen eingeflossenen Annahmen zusammenfassend dar.

	Aufwandsposition	Annahmen für 2011
<b>Personal</b>	<i>Löhne und Gehälter</i>	
	Ärztlicher Dienst	Effekte laufende Tarifverträge TVöD und Marburger Bund von mindestens 2,3%; inkl. Bepreisung verbesserte Bereitschaftsdienste 3,5% im Maximalszenario
	andere Dienstarbeiter	Effekte laufende Tarifverträge TVöD von mindestens 2,3%
	Soziale Abgaben	Anstieg der Beiträge zur Krankenversicherung von 14,9 auf 15,5% (AG-Anteil: 7,3%) Anstieg der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung von 2,8 auf 3,0% Anstieg andere Sozialabgaben entsprechend den Lohn- und Gehaltssteigerungen
<b>Material</b>	<i>Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe</i>	
	Lebensmittel; Arzneien; Hilfsmittel, Therapiebedarf, Wasser & Abwasser	allgemeine Inflationsrate 1,4 - 2,0%
	Strom	Schätzung der Strompreissteigerungen 5-8% (Ø 6,5%)
	Brennstoffe	Energiekostensteigerungen bei den Brennstoffen 4 - 7% (Ø 5,5%)
	sonstiger Bedarf, Aufwendungen für bezogene Leistungen	allgemeine Inflationsrate 1,4 - 2,0%
<b>Abschreib. sonst. betriebl. Aufwend.</b>	<i>Abschreibungen auf Sachanlagen u. Instandhaltung; sonstige betriebliche Aufwendungen</i>	allgemeine Inflationsrate 1,4 - 2,0%

Abbildung 5: Annahmen über die Auswirkungen externer Einflussfaktoren auf einzelne Aufwandspositionen.

Um die Prognosesicherheit der quantitativen Auswirkungen getroffener Annahmen zu erhöhen, werden minimale und maximale Veränderungsrate der einzelnen Positionen berechnet, die für das Jahr 2011 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 Abbildung sind die einzelnen Annahmen für die Veränderungsrate der einzelnen Positionen sowie die Ergebnisse der Modellrechnung für das Jahr 2011 dargestellt.

Auswahl der GuV Positionen	Muster-Verteilung 2010	Annahme Veränderungen 2011 in %		Ergebnisse (absolut) 2011	
		min.	max	min	max.
<b>Personalaufwand</b>	<b>59,63</b>			<b>61,03</b>	<b>61,24</b>
<b>Löhne und Gehälter</b>	<b>50,48</b>			<b>51,64</b>	<b>51,81</b>
Ärztlicher Dienst	14,69	2,3%	3,5%	15,03	15,21
Pflegedienst	7,01	2,3%	2,3%	7,17	7,17
Med.- techn. Dienst	6,30	2,3%	2,3%	6,44	6,44
Funktionsdienst	13,39	2,3%	2,3%	13,69	13,69
Wirtschaftsdienst	2,60	2,3%	2,3%	2,66	2,66
Verwaltungsdienst	5,42	2,3%	2,3%	5,55	5,55
Sonst. Personalaufwand	1,06	2,3%	2,3%	1,09	1,09
<b>Soziale Abgaben</b>	<b>9,15</b>			<b>9,40</b>	<b>9,42</b>
Ges soz ärzt Dienst	2,18	2,643%	3,847%	2,24	2,26
Ges soz Pflegedienst	1,34	2,643%	2,643%	1,38	1,38
Ges soz med-techn. Dienst	1,28	2,643%	2,643%	1,31	1,31
Ges soz Funkdienst	2,48	2,643%	2,643%	2,54	2,54
Ges soz Wirtsch. u. Versorgungsdienst	0,51	2,643%	2,643%	0,53	0,53
Ges soz Verwaltungsdienst	0,80	2,643%	2,643%	0,82	0,82
Sonst. ges. soz Abgaben	0,57	2,643%	2,643%	0,58	0,58
<b>Materialaufwand</b>	<b>30,74</b>			<b>31,29</b>	<b>31,58</b>
<b>Aufwend. für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe</b>	<b>9,80</b>			<b>10,06</b>	<b>10,22</b>
Lebensmittel	1,98	1,4%	2,0%	2,00	2,02
Arzneien, Heilmittel	1,02	1,4%	2,0%	1,03	1,04
Therapiebedarf	0,24	1,4%	2,0%	0,25	0,25
Wasser, Abwasser	1,17	1,4%	3,0%	1,18	1,20
Strom	1,55	5,0%	8,0%	1,63	1,68
Brennstoffe	2,42	4,0%	7,0%	2,51	2,59
Sonstiger Bedarf	1,42	1,4%	2,0%	1,44	1,45
<b>Aufwendungen für bez. Leistungen</b>	<b>11,60</b>	1,4%	2,0%	<b>11,77</b>	<b>11,83</b>
<b>Abschr. auf Sachanlagen u. Instandhaltung</b>	<b>9,34</b>	1,4%	2,0%	<b>9,47</b>	<b>9,52</b>
<b>Sonstige betriebliche Aufwendungen</b>	<b>9,63</b>	1,4%	2,0%	<b>9,76</b>	<b>9,82</b>
<b>Summe</b>	<b>100</b>			<b>102,09</b>	<b>102,64</b>
<b>Steigerung im Jahr 2011</b>				<b>2,1%</b>	<b>2,6%</b>

Abbildung 6: Angenommene Veränderungsrate der einzelnen GuV- Aufwandspositionen und Ergebnisse Modellrechnung.

**Fazit:**

*Die getroffenen Annahmen zu den einzelnen Aufwandspositionen führen in der Gesamtbeurteilung zu Kostensteigerungen zwischen 2,1 und 2,6% für das Jahr 2011 je nach Szenario.*

## **2.4 Vergleich mit Ergebnissen der Befragung von Rehabilitationseinrichtungen**

Es konnte bereits aufgezeigt werden, dass die aus den Prognosen der jährlichen GEBERA-Gutachten abgeleiteten Forderungen nach Vergütungssatzsteigerungen eine hohe Treffsicherheit haben. Aufgrund der sich an möglichst aktuellen Erkenntnissen orientierenden und damit sachlich begründeten Annahmen, kann auch die für das Jahr 2011 prognostizierte Steigerung als realistisch eingeschätzt werden.

Welche dieser Forderungen werden jedoch tatsächlich bei den Vergütungssatzverhandlungen der Rehabilitationseinrichtungen umgesetzt und mit welchen Finanzierungsdefiziten müssen die Kliniken tatsächlich leben?

Zur Beantwortung dieser Fragen existiert keine öffentlich zugängliche Datengrundlage. Nur die großen Kosten- bzw. Rehabilitationsträger wie die Deutsche Rentenversicherung oder große Krankenkassen verfügen über ausreichende Vergleichsdaten. Auf Seiten der Leistungserbringer herrscht hingegen weitgehend Intransparenz. Um die Informationsgrundlage zu verbessern, wurde daher im Jahr 2010 eine Befragung der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt.

### **2.4.1 Befragung der Rehabilitationseinrichtungen in 2010**

Die in der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation haben mit Unterstützung der GEBERA GmbH im Herbst 2010 erstmalig eine indikationsübergreifende Befragung der Rehabilitationseinrichtungen zu den Höhen und Steigerungsraten der Vergütungssätze für die Jahre 2006 bis 2010 durchgeführt. Die Vorgehensweise und die Ergebnisse dieser Befragung werden im Folgenden kurz skizziert.

Ziel der Befragung war es, durch eine gezielte Aufarbeitung der tatsächlich in den Rehabilitationskliniken realisierten Vergütungssatzsteigerungen bessere Aussagen über die Finanzierungssituation in der Rehabilitation zu ermöglichen. Gleichzeitig können die tatsächlichen durchschnittlichen Kostensteigerungsraten und die Entwicklungen der Vergütungssatzhöhen auf einer validen Datenbasis verglichen werden.

Der Fragebogen basiert auf einer Excel-Anwendung und ermöglicht es, die Vergütungssätze je Indikation auf der Basis vorgegebener Indikationsgruppen (Auswahlfeld) für die Jahre 2006 bis 2010 entsprechend den vertraglichen Vereinbarungen und unter Angaben der Kostenträger (GKV oder DRV) sowie der Behandlungsart (Anschlussheilbehandlung oder Heilverfahren) einzutragen. Für eine detaillierte Abbildung der Fallpauschalen besteht die Möglichkeit, die Verweildauergrenzen entsprechend zu hinterlegen. Zusätzliche Informationen zur späteren Validierung der Stichprobe sind Angaben zur Einrichtungsgröße in Größenklassen sowie das Bundesland.

Die Versendung des Fragebogens oblag den jeweiligen Fachverbänden der AG MedReha an ihre Mitgliedseinrichtungen. Die Datensammlung erfolgte im Regelfall durch die GEBERA.

## Beschreibung Stichprobe

Insgesamt wurden 873 Einrichtungen angeschrieben. Von 187 Rehabilitationseinrichtungen liegen Antworten vor. Die Rücklaufquote bezogen auf die befragten Einrichtungen liegt somit bei rund 21,4 %.

Damit haben sich rd. 15% aller Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland an der Befragung beteiligt. Der Anteil an Rehabilitationseinrichtungen ohne die Vorsorgeeinrichtungen ist damit deutlich höher. Genaue Angaben hierzu sind aufgrund der unbefriedigenden statistischen Datenlage nicht möglich. Pro Einrichtung sind Antworten zu mehreren Indikationen/Fachdisziplinen möglich.

Weitere Analysen der Stichprobe haben im Bezug auf die Verteilung in den einzelnen Bundesländern gezeigt, dass die Grundgesamtheit in der Stichprobe nicht ausreichend repräsentativ abgebildet ist. Im Bezug auf die Einrichtungsgröße spiegelt die Stichprobe die Grundgesamtheit der Rehabilitationskliniken in Deutschland jedoch wieder und kann unter diesem Aspekt als repräsentativ bewertet werden.

Vergleicht man die Anzahl der Antworten zu den verschiedenen Indikationen und deren Verteilung in der Grundgesamtheit der Rehabilitationseinrichtungen, liegen für die häufigen Indikationen in der Rehabilitation ausreichend Antworten vor. Ausnahmen bilden die seltenen Indikationsgruppen wie beispielsweise Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder auch Angiologie als Schwerpunkt der Inneren Medizin. Für diese seltenen Indikationen reicht die Anzahl der Antworten für eine weitergehende Auswertung nicht aus.

Bezogen auf die Antworten zu indikationsübergreifenden Differenzierungsmerkmalen gelten die folgenden Eckdaten zur Stichprobe für das Jahr 2010:

Anzahl Antworten über alle Fachgebiete nach Kostenträger und Vergütungsart (2010)			
	Tagessätze	Fallpauschalen	Summe
GKV	334	225	559
DRV	320	38	358
Summe	654	263	-

Abbildung 7: Anzahl Antworten Befragung nach Behandlungsarten und Kostenträgern

Die Ergebnisse werden indikationsübergreifend dargestellt und nach den jeweiligen Kostenträgern sowie Behandlungs- und Vergütungsarten differenziert.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf die Stichprobe. Aussagen über die Grundgesamtheit in Deutschland sind aufgrund der eingeschränkten Repräsentativität nicht umfänglich möglich. Gleichwohl können belastbare Tendenzen dargestellt werden, die Rückschlüsse auf die Finanzierungssituation der Rehabilitationskliniken erlauben. Zukünftig empfiehlt es sich, durch weitere Befragungen die Datengrundlage zu verbessern und damit die Transparenz der Vergütungssituation in der Rehabilitation für alle Marktteilnehmer zu erhöhen.

## 2.4.2 Ergebnisse und Bewertung

Entscheidend für die Bewertung der Finanzierungssituation ist die Gegenüberstellung der relativen Steigerungen der Vergütungssätze einerseits und der tatsächlichen Kostensteigerungen in der Rehabilitation andererseits.

Die folgende Tabelle listet die Kostensteigerungen auf, denen die Rehabilitationskliniken seit dem Jahr 2007 im Durchschnitt ausgesetzt waren. Neben der Darstellung pro Jahr sind diese Steigerungen kumulativ auf das Ausgangsjahr 2006 dargestellt.

Jahr	Kostensteigerungen pro Jahr	Kumulative Kostensteigerungen im Zeitverlauf (Basis Ausgangsjahr 2006=100%)
2007	4,15%	104,15%
2008	3,80%	108,11%
2009	3,00%	111,35%
2010	1,60%	113,13%

Abbildung 8: Kostensteigerungsraten in der Rehabilitation; Einzeljahre und kumulativ.

Die größten Kostensteigerungen traten im Jahr 2007 mit 4,15% auf, die niedrigsten mit 1,6% im Jahr 2010. In der kumulativen Betrachtung betragen die Kostensteigerungen seit 2006 im Durchschnitt 13,13%. Dabei sind nur die betrieblichen Kosten ohne Investitionskosten berücksichtigt. Würden alle diese rein durch externe Faktoren wie Preissteigerungen oder Tarifierhöhungen verursachten Kosten in den Vergütungssätzen adäquat abgebildet, müssten diese im Durchschnitt ebenfalls um rd. 13% seit dem Jahr 2006 gestiegen sein.

Im Folgenden werden die Vergütungssatzsteigerungen in der Rehabilitation auf der Basis der Umfrageergebnisse mit den Kostensteigerungen verglichen.

Betrachtet man den Bereich der Vergütung über Tagessätze, zeigt sich das folgende Bild:

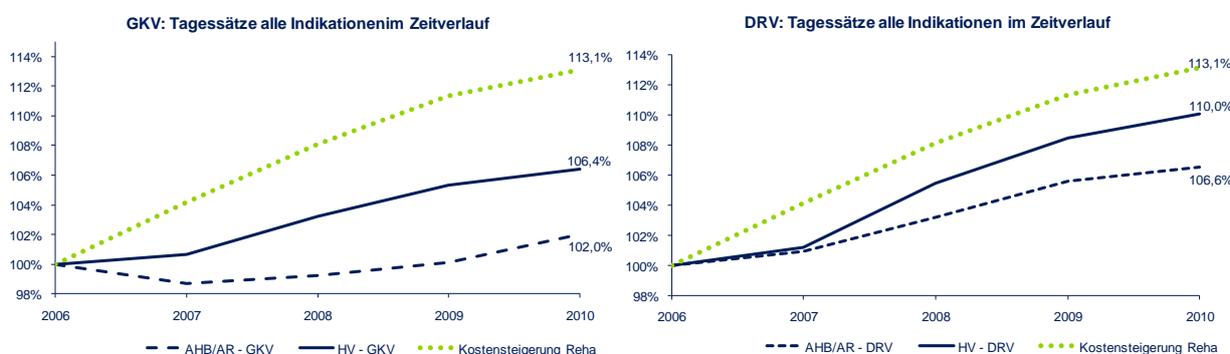


Abbildung 9: Vergleich Kostensteigerungen in der Rehabilitation und Steigerungen der Tagessatzhöhen in der GKV und DRV 2006-2010 .

Die Vergütungssatzentwicklung im Zeitraum 2006-2010 bewegt sich durchgehend bei allen Kostenträgern und Behandlungsarten unter den durchschnittlichen Kostensteigerungen in der Rehabilitation.

In der differenzierten Analyse fällt auf, dass die Differenz zwischen den erforderlichen und tatsächlich realisierten Steigerungen der Tagessätze insbesondere bei der GKV sehr groß ist. Im Bereich der Anschlussheilbehandlungen lagen die durchschnittlichen Steigerungsraten im gesamten Zeitraum bei lediglich 2%. Besonders kritisch ist die zeitweilige negative Entwicklung in den Jahren 2007 und 2008 gegenüber dem Ausgangsjahr 2006 zu sehen. Im Bereich der Heilverfahren sind die gegenüber der GKV durchgesetzten Steigerungen der Tagessätze mit 6,4% insgesamt höher. Sie bewegen sich jedoch noch deutlich unter den durch externe Kostensteigerungen begründeten Forderungen von durchschnittlich 13% im Betrachtungszeitraum.

Die Situation im Zuständigkeitsbereich der DRV fällt positiver aus, jedoch liegen die Steigerungen der Tagessätze auch hier zum Teil deutlich unter den erforderlichen Werten. Bei der Behandlungsart Heilverfahren konnten im Betrachtungszeitraum kumulativ Steigerungsraten von 10% realisiert werden. Im Bereich der Anschlussheilbehandlungen sind die Unterschiede deutlicher. Im Vergleich zu den Kostensteigerungen für die Rehabilitation von rd. 13% konnten bei den Anschlussheilbehandlungen der DRV Steigerungen der Tagesätze von nur 6,6% erreicht werden.

Insgesamt kann für den Bereich der Tagessatzvergütung in der Rehabilitation ein ernstzunehmendes Finanzierungsdefizit in den letzten Jahren konstatiert werden.

Neben der Vergütungsart der Tagessätze werden in der Rehabilitation die Leistungen insbesondere im Verantwortungsbereich der GKV zunehmend nach Fallpauschalen vergütet. Dabei sind verschiedene Modelle möglich. Am häufigsten wird als Fallpauschale ein fester Betrag vereinbart, der für eine bestimmte Behandlung in einer definierten Behandlungszeit (Verweildauerkorridor in Tagen) gilt. Wird diese Behandlungszeit überschritten, werden für die zusätzlichen Rehabilitationstage entsprechend vereinbarte Tagessatzpauschalen bezahlt.

Aufgrund der Komplexität der verschiedenen Modelle und aufgrund des Erfordernisses Steigerungsraten für die einzelnen Jahre darzustellen, werden die Fallpauschalen unter Berücksichtigung der jeweiligen, durchschnittlich vereinbarten Behandlungszeit auf Tagesbeträge umgerechnet. Die verschiedenen Tagesbeträge der Einzeljahre werden im Betrachtungszeitraum in Relation zum Ausgangsjahr 2006 (=100%) gestellt.

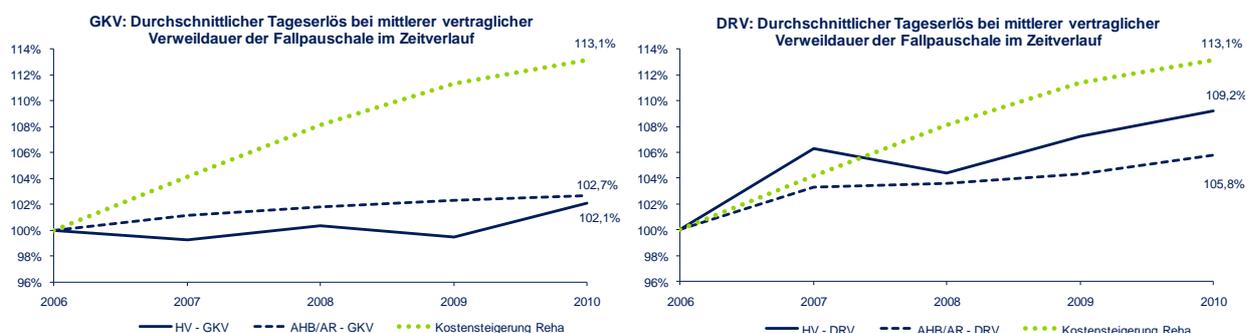


Abbildung 10: Vergleich Kostensteigerungen in der Rehabilitation und Steigerungen der Fallpauschalen in der GKV und DRV 2006-2010 .

Im Bereich der Fallpauschalenvergütung sind die Differenzen zwischen den Steigerungen der Vergütung und der Kosten noch deutlicher als bei der Vergütung nach Tagessätzen. Besonders gravierend ist die Situation bei der gesetzlichen Krankenversicherung. Die kumulierten Steigerungen der Fallpauschalen liegen für den gesamten Betrachtungszeitraum lediglich zwischen 2,1 und 2,7%.

Die Fallpauschalenvergütung spielt bei der DRV eine eher untergeordnete Rolle. Die Steigerungsraten liegen jedoch auch hier zum Teil deutlich unter den Werten durchschnittlicher Kostensteigerungen.

Insgesamt können auf der Grundlage der durchgeführten Befragung erbliche Defizite in der Finanzierung der Rehabilitation während der letzten vier Jahre nachgewiesen werden. Die Kostenschere nimmt jährlich weiter zu und verschlimmert die Situation der Rehabilitationskliniken zusehends. Besonders gravierend ist diese unbefriedigende Situation bei der Leistungsvergütung der GKV. Aber auch im Zuständigkeitsbereich der DRV bilden die Vergütungssatzsteigerungen die Kostenentwicklungen nur teilweise ab.

### **3 Zusammenfassung und Empfehlungen**

#### **3.1 Zusammenfassung**

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 Rehabilitationsbereich ein „Wettbewerb“ herrscht, der in vielen Punkten Besonderheiten aufweist.

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.

Die vorgelegte aktualisierte Modellrechnung basiert auf Daten von Rehabilitationseinrichtungen unterschiedlicher Fachrichtungen 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 direkten Einfluss haben.

Der errechnete Prognosekorridor der Kostensteigerungen für das Jahr 2011 zeigt im Vergleich zu 2010 Steigerungsraten von rd. 2,1 bis rd. 2,6 %.

Die Ergebnisse der im Herbst 2010 durchgeführten Befragung der Rehabilitationseinrichtungen liefern belastbare Aussagen und zeigen bereits heute ein ernstzunehmendes Finanzierungsdefizit der medizinischen Rehabilitation auf. Bei differenzierten Analysen können bei allen Kostenträgern und Behandlungs-

arten zum Teil erhebliche Abweichungen zwischen den durchschnittlichen Kostensteigerungen in der Rehabilitation und den durchschnittlichen Vergütungssatzsteigerungen festgestellt werden. Besonders drastisch stellt sich die Situation im Bereich der GKV-Finanzierung dar.

Vor diesem Hintergrund stellen die berechneten Steigerungsraten eine Mindestforderung dar. Eine weitere Unterfinanzierung des rehabilitativen Sektors würde sich für viele Leistungsteilnehmer existenzbedrohend auswirken.

### **3.2 Empfehlungen aus Sicht des Gutachters**

Aus gutachterlicher Sicht sollte zur Steigerung der Gesamteffizienz im Rehabilitationsmarkt weiterhin eine höhere Transparenz angestrebt werden. Dies betrifft insbesondere die Finanzierung der Leistungserbringung. Die im Rahmen des vorliegenden Gutachtens durchgeführte Analyse kann nur als Beginn eines transparenteren Umgangs mit der Finanzierungssituation in der Rehabilitation verstanden werden. Für die Verhandlungsgespräche sollte eine gegenseitige Offenlegung der Kalkulationsgrundlagen empfohlen werden, um für alle Seiten konstruktive Verhandlungen zu ermöglichen.

In den Verhandlungen sollten allgemeine Kostensteigerungen wie auch einrichtungsspezifische Belange Berücksichtigung finden. Auf Basis entsprechender Kalkulationsgrundlagen sollten konstruktive Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern möglich sein. Hierbei sind unterschiedliche Qualitäten, die auf spezifischen Anforderungen an die strukturelle Ausstattung von Rehabilitationskliniken aufgrund unterschiedlicher Bedarfe der jeweiligen Patienten bestehen, entsprechend zu berücksichtigen.

Ziel der Rehabilitationsträger sollte es sein, auf Basis der Analysen des vorliegenden Gutachtens einen fairen Wettbewerb unter den Einrichtungen zu erreichen. 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.

---

Es konnte gezeigt werden, dass bereits in den letzten Jahren die Vergütungssatzanpassungen zum Teil deutlich unter den auf Basis der Modellrechnung ermittelten durchschnittlichen Kostensteigerungen in der Rehabilitation lagen. Aufgrund dieses Finanzierungsdefizits sind die Rehabilitationskliniken seit Jahren gezwungen Wirtschaftlichkeitsreserven im erheblichen Ausmaß zu schöpfen. Angesichts der Entwicklungen ist zu erwarten, dass die Einrichtungen damit an die Grenzen ihrer Belastung stoßen. Gleichzeitig müssen sie sich z.B. im Wettbewerb um qualifiziertes Personal auch gegenüber anderen Sektoren und Branchen durchsetzen.

***Die Ergebnisse der Prognoserechnung zeigen, dass die Rehabilitationskliniken auch im Jahr 2011 in allen wichtigen Bereichen mit Kostensteigerungen rechnen müssen. Für das Jahr 2011 werden die notwendigen Vergütungssatzsteigerungen zwischen 2,1 und 2,6% prognostiziert. Die Prognosesicherheit ist für das kommende Jahr als sehr hoch einzuschätzen.***