



Beratung im
Gesundheitswesen GmbH

**Was kostet die Rehabilitationsleistung? – Kostenberechnung
auf Basis struktureller**

Anforderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

Prof. Dr. Peter Borges

Agnes Zimolong

Maarten Radtke

März 2018

aktiva - Beratung im Gesundheitswesen GmbH

Eupener Str. 70, 50933 Köln, 0221 / 789 536 - 50, info@aktiva-mail.de

Inhaltsübersicht

Inhaltsübersicht.....	II
Verzeichnis der Abbildungen.....	III
Verzeichnis der Abkürzungen	IV
1 Hintergrund und Zielsetzung	5
2 Vorgehensweise und Methodik	6
3 Ermittlung Personalkostenanteil der Vergütung.....	7
3.1 Ermittlung der Personalmenge.....	7
3.2 Kalkulation der Personalkosten	9
4 Ermittlung Sachkostenanteil der Vergütung	12
4.1 Herleitung	12
4.2 Ergebnisse Sachkostenanteil	13
5 Ermittlung Kapitalkostenanteil der Vergütung	14
5.1 Herleitung	14
5.2 Ergebnisse Kapitalkostenanteil.....	15
6 Ermittlung Unternehmerlohn / Kapitalverzinsung	17
7 Zusammenfassung und Fazit.....	20

Verzeichnis der Abbildungen

<i>Abbildung 1 Methodik und Prämissen der Studie</i>	<i>6</i>
<i>Abbildung 2: Zusätzlicher Personalbedarf für die stationäre Rehabilitation</i>	<i>8</i>
<i>Abbildung 3: Struktureller Personalbedarf med. Dienste.....</i>	<i>9</i>
<i>Abbildung 4: Personalkosten med. Dienste.....</i>	<i>10</i>
<i>Abbildung 5: Berechnungsbasis Lohnnebenkosten</i>	<i>11</i>
<i>Abbildung 6: Personalkosten pro Belegungstag</i>	<i>11</i>
<i>Abbildung 7: Sachkosten pro Belegungstag.....</i>	<i>13</i>
<i>Abbildung 8: Zusammensetzung Investitionen Modellklinik.....</i>	<i>15</i>
<i>Abbildung 9: Kapitalkosten pro Belegungstag.....</i>	<i>16</i>
<i>Abbildung 10: Entwicklung der Leistungen in der Rehabilitation 2006-2016</i>	<i>18</i>
<i>Abbildung 11: Entwicklung Kapazitäten in der Rehabilitation 2006-2016</i>	<i>18</i>
<i>Abbildung 12: Gewinn-/Risikoaufschlag pro Belegungstag</i>	<i>19</i>
<i>Abbildung 13: Übersicht Vergütungssätze nach Indikationen</i>	<i>20</i>

Verzeichnis der Abkürzungen

AG MedReha	Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX GbR
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
DRV	Deutsche Rentenversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KHK	Koronare Herzkrankheit
MTA	Medizinisch-Technischer Assistent
MTD	Medizinisch-Technischer Dienst
MTLA	Medizinisch-Technischer Laborassistent
MTRA	Medizinisch-Technischer Röntgenassistent
PTA	Pharmazeutisch-Technischer Assistent
TEP	Totalendoprothese
TVöD	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst
VK	Vollkräfte

1 Hintergrund und Zielsetzung

Bereits im Jahr 2012 wurde mit dem Gutachten zur leistungsgerechten Vergütung auf Basis der strukturellen Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung eine Kostenberechnung der Tagessätze für die Indikationen Orthopädie, Kardiologie und Psychosomatik durchgeführt. Damit wurde ein transparentes Kalkulationsmodell entwickelt.¹ Dieser Ansatz soll mit dem vorliegenden Gutachten aktualisiert, erweitert und auf die Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung angewendet werden. Die AG MedReha hat die aktiva – Beratung im Gesundheitswesen GmbH mit diesen Arbeiten im Jahr 2017 beauftragt.

Ziel des vorliegenden Gutachtens ist es, im Einzelnen, zu untersuchen, inwieweit die Anforderungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an die Rehabilitationskliniken mit der aktuellen Vergütung der medizinischen Rehabilitation im Einklang stehen. Es soll die Frage beantwortet werden, welche absoluten Tagessatzhöhen für die untersuchten Indikationen kalkulatorisch zu erwarten sind.

Die Studie stützt sich dabei auf verbindliche und allgemeingültige strukturelle Vorgaben. Es werden modellhaft leistungsgerechte Tagessätze für die Indikationen

- **Orthopädie,**
- **Kardiologie** und
- **Geriatric**

simuliert. Dabei werden aktuelle Kostenstrukturen für Personal, Sachmittel sowie Bau und Ausstattung einer 300 Betten Rehabilitationseinrichtung mit diesen Indikationen als Modell zu Grunde gelegt.

Die Ergebnisse der Studie sollen Transparenz und Sachlichkeit für die Diskussion über die „angemessenen“ Vergütungssatzhöhen in der medizinischen Rehabilitation liefern.

Die Preisgestaltung in der medizinischen Rehabilitation sollte verstärkt auf nachvollziehbaren Grundlagen basieren und betriebswirtschaftlichen Prämissen folgen. Die Erkenntnisse der folgenden Analysen und Berechnungen können auch im Rahmen von Schiedstellenverfahren vergütungsrelevante Zusammenhänge verdeutlichen.

¹ Was kostet die Rehabilitationsleistung? Kostenberechnung auf Basis der strukturellen Anforderungen;AG MedReha 2012: [/http://www.agmedreha.de/index.php?option=com_rubberdoc&view=category&id=44%3A-kalkulation-was-kostet-die-rehaleistung&Itemid=56](http://www.agmedreha.de/index.php?option=com_rubberdoc&view=category&id=44%3A-kalkulation-was-kostet-die-rehaleistung&Itemid=56)

2 Vorgehensweise und Methodik

Im Rahmen der Studie werden die Tagesatzhöhen für die Indikationen Orthopädie, Kardiologie und Geriatrie in der stationären, medizinischen Rehabilitation anhand einer Modellklinik mit 300 Betten simuliert.

Die Kalkulation berücksichtigt dabei grundsätzlich die Bereiche Personalkosten, Sachkosten, Kapitalkosten (für Bau und Ausstattung) sowie einen Unternehmerlohn im Sinne eines Gewinnzuschlages / Risikoaufschlages. Grundlage für die Kalkulation bilden indikationspezifische Strukturvorgaben sowie allgemeine Kostenstrukturen wie z.B. aktuelle Tariffhöhen. Die Kosten der einzelnen Bereiche werden indikationsspezifisch für die Struktur von jeweils 100 Betten ermittelt.

Die Tagessätze werden unter der Annahme einer sehr hohen 95 %-igen Auslastung kalkuliert. Die Annahme einer aktuellen marktdurchschnittlichen Belegung je Indikation würde die Tagessätze kalkulatorisch erhöhen, die Frage der sachgerechten Vergütung jedoch mit regional teilweise deutlich unterschiedlichen Bedingungen zu Angebot und Nachfrage vermischen. Die Fragestellung der hier durchgeführten Untersuchung ist, welcher Tagessatz sachgerecht für eine ausgelastete Rehabilitationseinrichtung ist.

Die folgende Abbildung fasst die verwendeten Prämissen in die Kalkulationsmethodik nach Menge- und Preiskomponenten zusammen:

	Indikation	Menge	Preis
Personalkosten	Orthopädie Kardiologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BAR-Vorgaben für ambulante Reha ▪ Zusätzliches Personal für 24 h Besetzung (Kalkulation nach Arbeitsplatzmethode) ▪ Ø - Forderungen der Personalmenge 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TVöD (P-Tabelle 2017b) ▪ TV-Ärzte (VKA); CA-Kosten: Marktpreise OA-Kosten: Marktpreise
	Geriatrie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätssiegel Geriatr. Reha (RLP) ▪ Personalkennzahlen Reha in Bayern 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analog Ortho/ Kardio mit teilweise höherer Eingruppierung (Pflege)
Sachkosten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ analog Vorgutachten „Was kostet die Reha-Leistung – Kostenberechnungen auf Basis strukt. Anforderungen“ ▪ Hochrechnung m. H. der individuellen Steigerungen je Kostenposition u. indikationsspezifische Anpassungen 		
Kapitalkosten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ indikationsspezifische Kostenermittlung nach neuer DIN 13080 ▪ Berücksichtigung gestiegener Baukosten (Baukostenindex) ▪ Abschreibungsdauer 25 Jahre (Bau) und 8 Jahre (E&A) ▪ Finanzierung über 25 Jahre mit Zinssatz i. H. v. 4% (mittelfristige Sicht) 		
Unternehmerlohn	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Berücksichtigung Eigenkapitalzinssatz von 5,12% (Basis: Umlaufrendite festverzinsliche Wertpapiere + unternehmerisches Wagnis); Ansatz analog Bundesnetzagentur von 2016 für Altanlagen. 		

Abbildung 1 Methodik und Prämissen der Studie

Die Herleitung der Prämissen und die Erläuterung der Methodik für die einzelnen Kalkulationsbereiche erfolgen in den nachfolgenden Kapiteln des Gutachtens.

3 Ermittlung Personalkostenanteil der Vergütung

3.1 Ermittlung der Personalmenge

Die Berechnung der erforderlichen Personalmenge erfolgt zunächst für die beiden Indikationen **Orthopädie** und **Kardiologie**. In der ersten Stufe werden die Vorgaben der Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) aus den Jahren 2005 und 2006 für die ambulante Rehabilitation zu Grunde gelegt.² Diese Rahmenempfehlungen haben die gesetzlichen Rehabilitationsträger bzw. ihre Spitzenverbände auf der Ebene der BAR in den Jahren 2004 und 2005 konsentiert. Sie beinhalten damit die maßgeblichen Strukturanforderungen für Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation. Leistungsanbieter müssen sich daran orientieren und können dadurch sicher stellen, dass sie damit die Anforderungen an die Ausstattung mit dem medizinischen und therapeutischen Personal für den Tagesbetrieb grundsätzlich erfüllen.

Eine stationäre Rehabilitation unterscheidet sich von der ambulanten Rehabilitation jedoch in zwei wesentlichen Aspekten:

- 1) Versorgung der Rehabilitanden über 24 Std. in der Woche und am Wochenende
- 2) höhere Fallschwere der Rehabilitanden

Um diesen Aspekten Rechnung zu tragen, wird für den Pflegedienst und für den ärztlichen Dienst zusätzlicher Personalbedarf anhand der Arbeitsplatzmethode ermittelt. Ausgehend von einer Wochenarbeitszeit von 40 Std. (Ärzte) und 38,5 Std (Pflege) sowie unter Berücksichtigung von marktüblichen Ausfallzeiten für Urlaub, Krankheit und Fort- und Weiterbildung von 20 % (Ärzte) und (23 % Pflege), werden zusätzliche Anwesenheits- und Rufdienste für die stationäre Versorgung geplant und in die Kalkulation der bedarfsnotwendigen Kostenstrukturen aufgenommen.

Die folgenden Tabellen zeigen den Personalbedarf für den Pflegedienst und Ärztlichen Dienst, der für die Indikationen Orthopädie und Kardiologie, der zusätzlich zu den Anforderungen der BAR für die stationäre Versorgung entsteht:

² BAR: Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation; Rahmenempfehlung zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkrankungen

PFLEGE				ÄRZTE			
Kardio/Ortho (auf 100)		Besetzung	VK Bedarf	Kardio/Ortho (auf 200)		Besetzung	VK Bedarf
Wo	Frühdienst	2	2,3	Wo	Rufdienst	0,2	0,25
Wo	Spätdienst	2	2,3	Wo	Bereitschaftsdienst	0,7	0,82
Wo	Nacht	1	1,6	WE			
WE	Frühdienst	4	2,1	WE	Rufdienst	0,2	0,17
WE	Spätdienst	2	1,0	WE	Bereitschaftsdienst	0,7	0,56
WE	Nacht	1	0,7				
Summe			10,0	Summe			1,80

Abbildung 2: Zusätzlicher Personalbedarf für die stationäre Rehabilitation

Für den Pflegedienst sind damit für die 100-Betten-Struktur der Orthopädie und Kardiologie jeweils 10 zusätzliche Vollkräfte (VK) notwendig. Für den Ärztlichen Dienst unter der Annahme von einem indikationsübergreifenden Bereitschaftsdienst vor Ort insgesamt 1,8 VK für die beiden Indikationen Orthopädie und Kardiologie zusammen.

Für die Indikation **stationäre geriatrische Rehabilitation** konnte der Gutacher auf bereits offiziell konsentrierte Personalvorgaben zurückgreifen. Zum einem wird das Qualitätssiegel „Geriatrische Rehabilitation Rheinland-Pfalz“ für die Ableitung der Personalbedarfe für den Ärztlichen Dienst und die therapeutischen Dienste verwendet.

Zum anderen wird für den Pflegedienst eine durchschnittliche Betrachtung über die Personalkalkulationen aus den folgenden Quellen herangezogen:

- aktuelles Qualitätssiegel Geriatrische Rehabilitation Rheinlandpfalz
- Personalkennzahlen Reha Bayern, konsentiert durch runden Tisch mit dem Landesministerium (Stand: 2014)
- Personalkennzahlen Bundesverband Geriatrie e.V. (Stand: 2016)

Eine Zusammenstellung der ermittelten Personalmengen der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Dienste in Vollkräften, kann der nachstehenden Tabelle entnommen werden. Die Tabelle zeigt dezidiert Personalvollkräfte je Berufsgruppe, die sich aus den Rahmenempfehlungen der BAR, den Anforderungen für die Geriatrie sowie der Zusatzdienste zusammensetzen. Die Ergebnisse sind unter den „Anforderungen an Zielkapazität“ zusammengefasst:

Personalmenge (VK) für je 100 Betten	Anforderung (BAR, amb.)		Anforderung Geriatrie	Anforderung Zusatzdienste		Anforderung an Zielkapazität		
	Ortho	Kardio		Ortho	Kardio	Ortho	Kardio	Geriatrie
Ärzte Gesamt	5,0	5,6	9,0	0,9	0,9	5,9	6,5	9,0
<i>dav. Chefarzt</i>	1,0	1,0	1,0			1,0	1,0	1,0
<i>dav. Oberarzt/Facharzt</i>	1,8	1,8	3,0	0,2	0,2	2,0	2,0	3,0
<i>dav. Assistenzarzt</i>	2,2	2,8	5,0	0,7	0,7	2,9	3,5	5,0
Psych. Psychoth./ Dipl.-Psych. BA Psychologie	1,4	2,5	1,0			1,4	2,5	1,0
Gesundheit- und Krankenpfleger	1,7	5,0	50,0	10,0	10,0	11,7	15,0	50,0
Diplom-Sozialarbeiter	1,0	1,3	2,0			1,0	1,3	2,0
Physiotherapeut	10,0		10,0			10,0		10,0
Sportlehrer wissenschaft. (Dipl., MA, BA)	1,7	7,1				1,7	7,1	
Sportl./Bew.-Therap./ Gymn.-Lehrer med. Badehelfer/ Bademeister	3,3		3,3			3,3		3,3
Masseur								
Ergotherapeut	3,3		6,7			3,3		6,7
Diätassistent	0,8	1,3	1,0			0,8	1,3	1,0
Logopäden			5,0					5,0
Summe med. Personal	28,3	22,7	88,0	10,9	10,9	39,2	33,7	88,0

Abbildung 3: Struktureller Personalbedarf med. Dienste

Erwartungsgemäß unterscheiden sich die Anforderungen an die Personalmengen und Qualifikation nach den Indikationen. Der Personalbedarf der medizinischen Dienste ist dabei mit insgesamt 88 Vollkräften in der Geriatrie am höchsten. Hierbei spielt der Pflegedienst mengenmäßig die entscheidende Rolle. Die Kardiologie hat im Vergleich zur Orthopädie einen höheren Personalbedarf im Pflegedienst, die Orthopädie hingegen bei den Therapeuten.

3.2 Kalkulation der Personalkosten

Neben der Personalstruktur in Menge und Qualifikation für den medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Dienst, ist eine realistische und den Marktbedingungen entsprechende Abbildung der Personalkostenhöhen für diese Berufsgruppen entscheidend für eine sachgerechte Kalkulation.

Die Diskussionen über den Fachkräftemangel in den medizinischen Berufen sind allgegenwärtig. Die Akquisition und Bindung von Personal wird für viele Rehakliniken zur existentiellen Frage. Dies betrifft nicht nur die Ärzte und Psychologen, sondern auch die Berufsgruppen des therapeutischen Dienstes und die Pflegekräfte. Die heute schon zum Teil dramatische Situation wird durch Veränderungen in anderen Sektoren des Gesundheitswesens weiter angeheizt. Durch die Zunahme der geplanten personellen Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für die Krankenhäuser werden mehr qualifizierte Kräfte im Krankenhausmarkt gebraucht. Dieser Effekt wird noch stärker ausfallen, wenn – wie im Koalitionsvertrag angelegt – entsprechende Personaluntergrenzen auf alle Bereiche im Krankenhaus ausgedehnt werden. In der Altenpflege sind Vorgaben, zum Beispiel bei der Examinierten-Quote, bindend und refinanziert.

Die Rehaeinrichtungen treten damit vor allem bei Pflegekräften in noch stärkere Konkurrenz mit

Krankenhäusern und anderen Arbeitgebern und müssen sich zukünftig noch mehr anstrengen, attraktive Arbeitsbedingungen für ihre Mitarbeiter zu bieten. Entscheidend werden nicht zuletzt die finanziellen Anreize sein, die mit dem Niveau in Krankenhäusern und Pflegeheimen vergleichbar sein müssen, um qualifiziertes Personal zu gewinnen und zu halten. Somit ist zu fordern, dass die Politik die entsprechenden Möglichkeiten für die Rehabilitationseinrichtungen schafft, um gegenüber den Kostenträgern die Refinanzierung dieser erhöhten Aufwendungen einzufordern.

Angesicht dieser Ausgangslage, wird in der vorliegenden Studie als Mindestanforderung festgelegt, dass die Gehaltshöhen der Tarifwerke (TVÖD und TV-Ärzte (VKA)) in den Kostenkalkulationen Eingang finden müssen. Die Berufsgruppen werden dabei in die Mittelwerte aus Stufe 1-6 der Tarifwerke eingruppiert. Damit wird ein mittleres Gehaltsniveau in den einzelnen Tarifgruppen zu Grunde gelegt. Zudem wird für leitendes medizinisches Personal (Chefärzte und Anteil Oberärzte) ein außertarifliches, marktadäquates Gehaltsniveau unterstellt.

Berufsgruppe	Entgeltgruppe Tarifvertrag 2017	Kosten / VK (Arbeitnehmer-Brutto)		
		Orthopädie	Kardiologie	Geriatric
dav. Chefarzt	AT	180.000 €	180.000 €	200.000 €
dav. Oberarzt/Facharzt	AT	110.000 €	110.000 €	145.000 €
dav. Assistenzarzt	I	59.949 €	59.949 €	59.949 €
Psych. Psychoth./ Dipl.-Psych. BA Psychologie	13	55.135 €	55.135 €	55.135 €
Gesundheit- und Krankenpfleger	P11	44.814 €	44.814 €	47.269 €
Diplom-Sozialarbeiter	P12	47.269 €	47.269 €	47.269 €
Physiotherapeut	P8	37.271 €	42.270 €	37.271 €
Sportlehrer wissensch. (Dipl., MA, BA) Sportl./Bew.-Therap./ Gymn.-Lehrer med. Badehelfer/ Bademeister		47.269 €		47.269 €
Masseur	P7	35.856 €		35.856 €
Ergotherapeut	P8	37.271 €		37.271 €
Diätassistent	P7	35.856 €	35.856 €	35.856 €
Logopäden	P11			44.814 €
Summe med. Personal		1.948.577	1.826.429	4.452.873
Lohnnebenkosten		359.001	333.446	838.406
Summe med. Personal (AG-Brutto)		2.307.578	2.159.876	5.291.279

Abbildung 4: Personalkosten med. Dienste

Die Personalkosten je Vollkraft (VK) nach der Eingruppierung in die Tarifstrukturen und bewertet mit dem erforderlichen Personaleinsatz, führen zu Personalkosten für die med. Dienstarten zwischen 1,8 und 4,5 Mio. EUR Arbeitnehmer-Brutto und zwischen 2,2 und 5,3 Mio. EUR Arbeitgeber-Brutto für die einzelnen Indikationen der Modellklinik.

Die Berechnung der Lohnnebenkosten für den Arbeitgeber erfolgt dabei basierend auf den einzelnen Lohnnebenkosten unter Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenzen:

Lohnnebenkosten	Beitrags-satz	Beitragsbemes-sungsgrenze
Krankenversicherung	7,30%	53.100,00 €
Pflegeversicherung	1,28%	53.100,00 €
Arbeitslosenversicherung	1,50%	78.000,00 €
Rentenversicherung	9,30%	78.000,00 €
Insolvenzgeldumlage	0,06%	keine
U2 Umlage*	0,52%	Beitragsbemes-sungsgrenze
Berufsgenossenschaft**	0,59%	Beitragsbemes-sungsgrenze

* Mittelwert aus den Satzungen der unterschiedlichen Krankenkassen
 ** Gefahrenklasse: 2,76 (für den Gewerbebezweig: „Stationäre Einrichtungen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung“); Beitragsfuß: 2,12

Abbildung 5: Berechnungsbasis Lohnnebenkosten

Die Ergebnisse der Personalkostenkalkulationen der med. Dienste werden um die Personalkosten für das nicht-medizinische Personal ergänzt. Dabei wird ein pauschaler Aufschlag für das nicht-medizinische Personal in Höhe von 36 % für die Indikationen Orthopädie und Kardiologie gewählt.

Basis dieses Pauschalanteils sind Analysen von Gewinn- und Verlustrechnungen aus Rehabilitationseinrichtungen unter Berücksichtigung von Eigenerbringung der nicht-medizinischen Leistungen.

Für die geriatrische Rehabilitation zeigen die Analysen höhere Kosten beim nicht-medizinischen Personal. Insbesondere beim Wirtschafts- und Versorgungsdienst, aber auch in der Verwaltung entstehen hier höhere Aufwände. Dieser Umstand wird in der Kalkulation mit einem Zuschlag in Höhe von 10 % für das nicht-medizinische Personal in der Geriatrie gegenüber den Indikationen Orthopädie und Kardiologie abgebildet. Bezogen auf die Personalkosten pro Belegungstag sind die Ergebnisse der Berechnungen in der folgenden Abbildung zusammengefasst:

Berufsgruppe	Personalkosten pro Tag		
	Orthopädie	Kardiologie	Geriatrie
dav. Chefarzt	5,61 €	5,61 €	6,19 €
dav. Oberarzt/Facharzt	7,16 €	7,16 €	13,92 €
dav. Assistenzarzt	6,01 €	7,25 €	10,35 €
Psych. Psychoth./ Dipl.-Psych. BA Psychologie	2,73 €	4,78 €	1,91 €
Gesundheit- und Krankenpfleger	18,20 €	23,39 €	82,16 €
Diplom-Sozialarbeiter	1,64 €	2,05 €	3,29 €
Physiotherapeut	12,96 €	10,50 €	12,96 €
Sportlehrer wissensch. (Dipl., MA, BA)	2,74 €		
Sportl./Bew.-Therap./ Gymn.-Lehrer			
med. Badehelfer/ Bademeister			4,15 €
Masseur	4,15 €		
Ergotherapeut	4,32 €		8,64 €
Diätassistent	1,04 €	1,56 €	1,25 €
Logopäden			7,79 €
Summe med. Personal (AG-Brutto)	66,55 €	62,29 €	152,60 €
Summe nicht med. Personal	24,01 €	24,01 €	26,41 €
Personal Gesamt	90,55 €	86,29 €	179,00 €

Abbildung 6: Personalkosten pro Belegungstag

4 Ermittlung Sachkostenanteil der Vergütung

4.1 Herleitung

Der Sachkostenanteil in der hier vorliegenden Kalkulation setzt sich aus den folgenden Positionen zusammen:

- ✓ Lebensmittel
- ✓ medizinischer Bedarf
- ✓ Wirtschaftsbedarf
- ✓ Verwaltungsbedarf, zentrale Verwaltungsumlage
- ✓ Wasser, Energie, Brennstoffe
- ✓ steuerliche Abgaben und Versicherungen
- ✓ laufende Instandhaltung (ohne Sonderinstandhaltung oder Investitionen)

Das Berechnungsmodell geht davon aus, dass alle medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen in der Eigenerbringung durch die Klinik erfolgen und keine Fremdvergaben oder bezogene Leistungen z.B. im Bereich Küche oder Reinigung bestehen. Diese theoretische Modellsicht kann in der Wirklichkeit abweichen und muss dann in einer entsprechenden Verschiebung zwischen Personal- und Sachkostenanteilen berücksichtigt werden.

Die Methodik zur Kalkulation des Sachkostenanteils stützt sich damit auf das vorhergehende Gutachten aus dem Jahr 2012 „*Was kostet die Rehabilitationsleitung? – Kostenberechnung auf Basis der strukturellen Anforderungen, Jahr 2012*“ und berücksichtigt die Entwicklung der Preiskomponenten auf den einzelnen Kostenpositionen seit dem Jahr 2012 für die **Indikationen Orthopädie und Kardiologie**.

Dazu werden auf Basis der aktuellen Musterverteilung³ die Sachkostenpositionen untereinander in Relation gewichtet und dann jeweils mit den Preisentwicklungen ab 2012 bewertet. Die Preissteigerungsraten werden möglichst differenziert angewendet und beinhalten:

- die jährliche Inflationsrate (ohne Energiekosten)
- jährliche Entwicklung der Energiekosten

Die Ausgangsbasis des Sachkostenanteils für die Indikationen Orthopädie und Kardiologie im Jahr 2012

³ Siehe Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation -Aktualisierung Jahr 2017 (https://www.agmedreha.de/index.php?option=com_rubberdoc&view=categories&Itemid=56)

unterschied sich in der Höhe (Orthopädie 36 EUR und Kardiologie 33 EUR). In der Diskussion mit Betreibern von Rehabilitationseinrichtungen wurde jedoch deutlich, dass diese Unterschiede in dem Bereich der GKV-Patienten nicht so stark ausgeprägt sind, weil es sich oft um ältere Patienten handelt, die insbesondere im Bereich der Arzneimitteltherapie sich deutlicher angleichen als die Rehabilitanden im Bereich der DRV-Finanzierung. Um diesen Umstand Rechnung zu tragen, werden die Sachkostenanteile der Orthopädie und Kardiologie durch einfache Mittelwertbildung angeglichen.

Die Berechnungen des **Sachkostenanteils für die stationäre geriatrische Rehabilitation** basieren auf den Grundlagen zu Kostenpositionen aus dem Weißbuch Geriatrie⁴. Die Sachkostenpositionen werden analog dem Vorgehen für die anderen Indikationen mit den jährlichen Preisentwicklungen hochgerechnet.

4.2 Ergebnisse Sachkostenanteil

Die beschriebene Ermittlung der Sachkostenanteile für die 300-Betten Modellklinik mit den Indikationen Orthopädie, Kardiologie und Geriatrie bei einer 95 %-Auslastung führt bezogen auf den Belegungstag zu folgenden Ergebnissen:

Sachkosten pro Tag		
Orthopädie	Kardiologie	Geriatrie
37,03 €	37,03 €	43,27 €

Abbildung 7: Sachkosten pro Belegungstag

Für die stationäre orthopädische und kardiologische Rehabilitation ergibt sich in der Mittelwertbetrachtung ein Sachkostenanteil von rd. 37 EUR pro Belegungstag. Der Sachkostenanteil für die geriatrische Rehabilitation liegt mit rd. 43,3 EUR pro Belegungstag um 17 % höher.

⁴ Siehe Weißbuch Geriatrie; 2. Auflage 2010

5 Ermittlung Kapitalkostenanteil der Vergütung

5.1 Herleitung

Vor dem Hintergrund der monistischen Finanzierung in der Rehabilitation müssen sachgerecht kalkulierte Vergütungssätze die Investitionen in Bau und Ausstattung langfristig refinanzieren. Diese Forderung ist betriebswirtschaftlich schlüssig und entspricht der gültigen Gesetzeslage, unberührt der aktuellen Investitionstätigkeiten der Rehabilitationseinrichtungen, die sich naturgemäß inhaltlich und zeitlich voneinander unterscheiden.

Um die zeitlichen Verschiebungen in den Investitionstätigkeiten bei der Kalkulation des Kapitalkostenblocks zu nivellieren, wird die Betrachtung der Annuitäten herangezogen. Die Annuitätenbetrachtung stellt sicher, dass egal zu welchem Zeitpunkt die Investition getätigt wird, die Kapitalbelastung für ihre Finanzierung über eine langfristige Nutzungszeit gleich hoch ist.

Das dargestellte Modell basiert, analog dem Vorgutachten des Jahres 2012, auf den Erstellungskosten für den Bau und Ausstattung einer „Neubauklinik“ mit insgesamt 300 Betten. Die Investitionskosten beinhalten die Kosten für das Grundstück und den Bau sowie die Einrichtung und Ausstattung.

Um die Baugröße und die Investitionshöhen sachrichtig zu kalkulieren, wurde von einem Bauplanungsbüro⁵ ein Musterraumprogramm nach DIN 13080 für die fiktive Modellklinik aktualisiert und teilweise neu entwickelt.

Für das notwendige Grundstück (rd. 20.000 qm) und dessen Erschließung werden für alle Indikationen die gleichen Kostengrößen angenommen. Hierbei werden die Grundstückskosten aus dem vorhergehenden Gutachten (Basis durchschnittliche Grundstückskosten in Deutschland 2011) um die durchschnittlichen Steigerungsraten der Baulandpreise der letzten sechs Jahre hochgerechnet (+3,15 % p.a.)⁶.

Bei der Konzeption der Baustruktur im Rahmen des Musterraumprogramms werden zudem indikationspezifische Vorgaben und Notwendigkeiten baulicher und medizinisch-technischer Art berücksichtigt. Damit ist für jede untersuchte Indikation eine differenzierte Kostenbetrachtung möglich.

⁵ JSE GmbH - Projektmanager in der Bau- und Immobilienwirtschaft

⁶ <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Preise/Baupreise/KaufwerteBaulandVj.html>

5.2 Ergebnisse Kapitalkostenanteil

Die Ermittlung der Investitionskosten unter Berücksichtigung entsprechender Vorgaben und baulicher Notwendigkeiten, führt zu den folgenden Ergebnissen auf Ebene der Indikationen der Modellklinik.

Aufteilung Investitionen Neubauklinik [TEUR]				
	Orthopädie	Kardiologie	Geriatric	Gesamt
Grundstück	879	879	879	2.637
Herrichten und Erschließen	201	187	212	601
Bauwerk - Baukonstruktionen/Techn. Ausrüstung	10.065	9.351	10.622	30.038
Außenanlagen inkl. 230 Parkplätze	601	601	601	1.802
Einrichtung + Ausstattung	700	700	700	2.100
Nebenkosten ca. 23% KG 200 - 600	2.660	2.493	2.791	7.944
Summe	15.106	14.211	15.805	45.122

Abbildung 8: Zusammensetzung Investitionen Modellklinik

Die Modellklinik mit 300 stationären Rehabilitationsbetten hat einen Gesamtinvestitionsbedarf von rd. 45 Mio. EUR inkl. Grundstück.

Auf Grundlage der Investitionskostenermittlung wird der Kapitalkostenanteil für den Vergütungssatz der einzelnen Indikationen berechnet. Dabei werden folgende marktadäquate Prämissen unterstellt:

- Auslastung der Modellklinik bei weiterhin sehr hohen 95 % (Vermeidung Bias aus Belegung)
- Abschreibung Bauinvestitionen über 25 Jahre
- Abschreibung Investitionen Einrichtung und Ausstattung über 8 Jahre
- Zinssatz 4 % bei einer Kreditlaufzeit von 25 Jahren

Der Zinssatz berücksichtigt dabei angesichts der langen Kreditlaufzeit die pespektivische Entwicklung der Zinsen. Die Trendwende in der Zinspolitik ist mit der wiederholten Anhebungen der Leitzinsen in den USA auf bis zu 1,75 Prozent im März 2018. Dabei sind weitere Zinserhebungen für 2018 angekündigt. Auch in Europa werden Zinserhebungen wieder wahrscheinlicher.

Die Abschreibungsdauer für die Bauinvestitionen ist bei der vorliegenden Kalkulation auf 25 Jahre und damit vergleichsweise kurz gewählt. Hierdurch soll die Komplexität der Annahmen bei der Annuitätenbetrachtung begrenzt werden. Um den Effekt einer möglichen längeren Abschreibungsdauer für Gebäude auszugleichen, werden deshalb keine Sonderinstandhaltungen oder ähnliches in dem Modell betrachtet. Diese würden beim realen Betrieb einer Rehabilitationsklinik natürlich anfallen und wiederum zu zusätzlichen Finanzierungsbedarfen führen.

Die Berechnung des Kapitalkostenanteils (Annuität aus AfA und Zinsen) führt zu folgenden Ergebnissen pro Belegungstag für die hier untersuchten Indikationen:

	Kapitalkosten pro Tag		
	Orthopädie	Kardiologie	Geriatric
AfA	18,13 €	17,09 €	18,93 €
Zins	10,46 €	9,84 €	10,94 €
Kapitalkosten	28,59 €	26,94 €	29,88 €

Abbildung 9: Kapitalkosten pro Belegungstag

Die ermittelten Kapitalkosten bewegen sich zwischen 26,94 EUR pro Belegungstag für die Kardiologie und 29,88 EUR für die Geriatric.

6 Ermittlung Unternehmerlohn

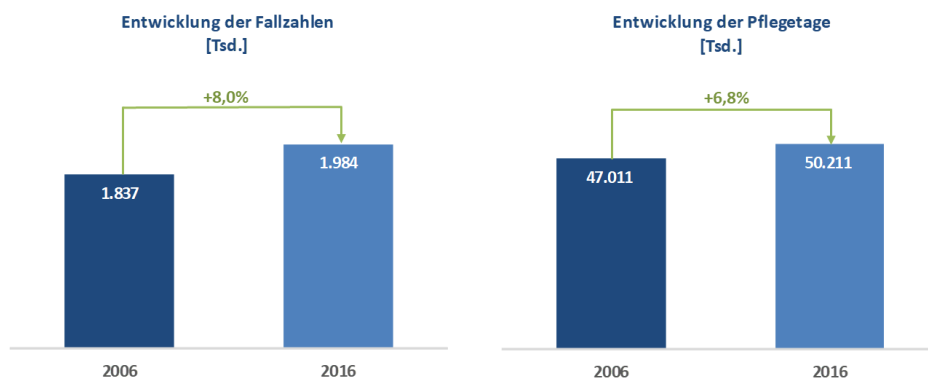
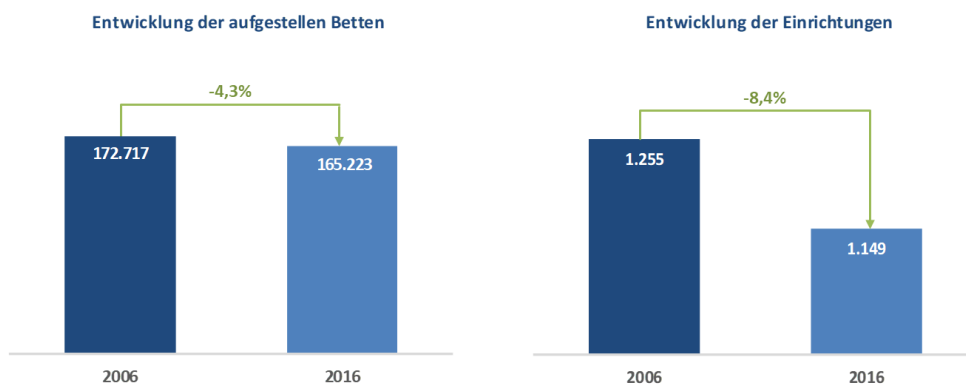
Sachgerecht kalkulierte Vergütungssätze sollen die Marktwirklichkeit berücksichtigen. Bei den Rehabilitationseinrichtungen handelt es sich um Unternehmen, die zum einem im Hinblick auf ihren Betriebszweck dem Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzesbuches unterliegen, auf der anderen Seite sind es Unternehmen, die für ihr betriebswirtschaftliches Handeln die Verantwortung übernehmen müssen und damit auch unternehmerischen Risiken ausgesetzt sind. Dies gilt für alle Trägerformen, unabhängig ob es sich um private, kommunale oder frei-gemeinnützige Träger handelt. Ein wirtschaftliches Handeln setzt einen Unternehmerlohn zum Erhalt der wirtschaftlichen Basis voraus.

Bereits mehrere Schiedstellenentscheidungen*(s. Fn.) und kürzlich auch das Landessozialgericht NRW haben das Recht auf einen Unternehmerlohn für Sozialeinrichtungen ausdrücklich eingeräumt. Im April 2017 hat das Landessozialgericht NRW die Bedingungen für Gewinnaufschläge bei Pflegesätzen genannt. Dabei sollen sowohl die Kostenstrukturen der jeweiligen Pflegeeinrichtung ermittelt als auch das Ausmaß der bestehenden Marktrisiken bewertet werden. Eine Relation zwischen den bestehenden Risiken und den möglichen Gewinnzuschlägen im Pflegesatz ist dabei herzustellen. Zudem gibt das Landessozialgericht Hinweise dafür, dass nicht einrichtungsspezifische Bewertungen vorliegen müssen, sondern auch abstrakte Überlegungen Gewinnaufschläge begründen können.⁷

Die Risiken im Rehabilitationsmarkt sind vielfältig und ein Ausscheiden einzelner Einrichtungen aus dem Markt wird nicht aus Versorgungsaspekten wie z.B. der Notfallversorgung durch Planungsbehörden verhindert. Diese Situation ist beispielsweise im Krankenhausmarkt anders. Hier hat der Gesetzgeber sogar Instrumente bereitgestellt, mit denen versorgungsnotwendige Krankenhausstrukturen, z.B. durch Sicherstellungszuschläge, finanzielle Zuschüsse erhalten können. Dass die Marktrisiken und damit die Begründung für eine Gewinnmarge im Sinne des Risikoaufschlages für Unternehmer bei den Rehabilitationseinrichtungen gegeben sind, zeigen die Entwicklungen der Leistungen und der Kapazitäten in der Rehabilitation:

⁷ Entscheidung der Schiedsstelle zur Festsetzung der Entgelte für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Land Nordrhein-Westfalen nach § 111 SGB V, Festsetzungsbeschluss vom 14.07.2016, Verf.-Nr. 01/2015 (KrV 04.16, S. 146 ff.)

Entscheidung Landessozialgericht NRW vom 6. April 2017 (Az: L5 P3/16 KL)

Leistungsentwicklung in der stationären Rehabilitation**Abbildung 10: Entwicklung der Leistungen in der Rehabilitation 2006-2016**Entwicklung der Kapazitäten in der stationären Rehabilitation**Abbildung 11: Entwicklung Kapazitäten in der Rehabilitation 2006-2016**

Obwohl die Leistungszahlen der Rehabilitationskliniken kontinuierlich gestiegen sind, sind Kapazitäten zurückgegangen und Einrichtungen aus dem Markt ausgeschieden. Dies geschah nicht etwa aufgrund sinkender Nachfrage nach Rehabilitationsleistungen, sondern aufgrund der wirtschaftlich oft schwierigen Situation der Einrichtungen. Im Rehabilitationsmarkt findet ein Konsolidierungsprozess statt, der seinesgleichen im Bereich des Gesundheitswesens sucht. Die Marktrisiken für einzelne Einrichtungen sind damit auch überdurchschnittlich hoch.

Die Indikatoren für Marktrisiken führen jedoch nicht automatisch zu einer quantitativen Ableitung der Höhen für einen sachgerechten Unternehmerlohn. Recherchen zu Gewinnaufschlägen und Eigenkapitalverzinsungen bei Unternehmen der öffentlichen Hand führen zu Bewertungen der Bundesnetzagentur aus dem Jahr 2016 für den Geltungszeitraum 2019-2023.⁸

⁸ www.bundesnetzagentur.de/EKzins

Der dort festgelegte Eigenkapitalzinssatz, der als Zinssatz vor Körperschaftssteuer definiert ist, ergibt sich aus:

- einem Basiszinssatz, der sich am 10-Jahresdurchschnitt risikoloser Kapitalanlagen orientiert
- zuzüglich eines angemessenen Wagniszuschlags, der das unternehmerische Risiko abbildet.

Der Basiszinssatz wurde in dem offiziellen Beschluss auf 2,49 % abgesenkt, der Wagniszuschlag wurde auf 3,15 % festgelegt. Der Zinssatz für Neuanlagen beträgt damit 6,19 % und für Altanlagen 5,12 % (Mittelwert: 5,66 %).

Diese Prozentsätze sind als angemessen für die Investitionsentscheidung von Unternehmen im Bereich der öffentlichen Infrastrukturversorgung definiert worden. Sie sind angemessen für unternehmerische Risiken, die insbesondere durch Kosten in der Vorhaltung entstehen.

Bezogen auf die Modellklinik sind unternehmerische Risiken insbesondere in den Bereichen der Kapitalkosten sowie der Personalkosten zu sehen. Ohne diese strukturellen Vorhaltungen ist der Betrieb der Klinik und auch ein Versorgungsvertrag mit den Rehabilitationsträgern nicht möglich. Bei den Sachkosten ist ein Teil der hier kalkulierten Kosten variabel, daher können sie nur teilweise unter dem Aspekt des unternehmerischen Risikos bewertet werden (nach gutachterlicher Einschätzung rd. 30 % der Sachkosten).

Wendet man die durch die Bundesnetzagentur festgelegten Zinssätze im Mittelwert von 5,66 % auf die Vorhaltekosten der Modellklinik (Kapitalkosten, Personalkosten, Anteil Sachkosten 30 %) an, ergeben sich folgende Gewinn-/Risikoaufschläge pro Belegungstag:

	Risikoaufschlag pro Tag		
	Orthopädie	Kardiologie	Geriatric
Unternehmerlohn	7,37 €	7,03 €	12,55 €

Abbildung 12: Gewinn-/Risikoaufschlag pro Belegungstag

Entsprechend der unterschiedlichen Kostenstrukturen und damit auch des unternehmerischen Risikos der Refinanzierung, ergeben sich Gewinn-/Risikoaufschläge zwischen 7,03 EUR und 12,55 EUR pro Belegungstag in den verschiedenen Indikationen.

Der Unternehmerlohn für die hier dargestellte Modellklinik für alle Indikationen insgesamt beträgt rund 930 TEUR. EUR vor Steuern, was einer Umsatzrendite vor Steuern von 4,6 % entspricht.

7 Zusammenfassung und Fazit

Die Studie legt ein transparentes Kalkulationsmodell für die Ermittlung von sachgerechten Vergütungssätzen für den Finanzierungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung von drei Beispielindikationen dar (Bezugsjahr 2018).

Die Kalkulation berücksichtigt dabei, der monistischen Finanzierung in der Rehabilitation folgend, die Personalkosten, Sachkosten und Kapitalkosten (für Bau und Ausstattung der Klinik) sowie einen Unternehmerlohn im Sinne eines Gewinnzuschlages/ Risikoaufschlages. Grundlage für die Kalkulation bilden indikationsspezifische Strukturvorgaben sowie allgemeine Kostenstrukturen.

Die Ermittlung der Kapitalkosten basiert auf einem statischen Annuitätenmodell, das unabhängig von dem Zeitpunkt der Investitionen eine Bewertung ermöglicht. Für die Herleitung der Höhe des Unternehmerlohns wird auf Festlegungen in anderen öffentlichen Infrastrukturbereichen verwiesen. Diese werden unter Berücksichtigung der Marktrisiken des Rehabilitationssektors auf die Kostenstrukturen der Modellklinik in die jeweiligen Indikationen angewendet.

Die Ergebnisse für sachgerechte Tagessätze der untersuchten Indikationen sind in der nachfolgenden Abbildung zusammengefasst:

	Orthopädie	Kardiologie	Geriatric
Personalkosten	91 €	86 €	179 €
Sachkosten	37 €	37 €	43 €
Kapitaldienst	29 €	27 €	30 €
Unternehmerlohn	7 €	7 €	13 €
Summe	164 €	157 €	265 €

Abbildung 13: Übersicht sachgerechte Vergütungssätze nach Indikationen

Für die stationäre orthopädische Rehabilitation wird der Vergütungssatz von 164 EUR pro Belegungstag kalkuliert. Der Vergütungssatz für die kardiologische Rehabilitation beträgt 157 EUR und für die stationäre geriatric Rehabilitation 265 EUR pro Belegungstag. Die Ergebnisse sind auch für andere, im Rahmen der Studie nicht untersuchte Indikationen, als richtungsweisend zu werten.

Vergleicht man diese Ergebnisse mit den im Markt heute vorherrschenden Preisen der gesetzlichen Krankenversicherung, wird deutlich, dass sich die Rehabilitationseinrichtungen in einer chronischen

deutlichen Unterfinanzierung befinden. Diese ist aus betriebswirtschaftlicher Sicht für die Einrichtungen dauerhaft nicht zu halten. In der Konsequenz nehmen die Marktaustritte im Rehabilitationssektor bereits heute stetig zu. Es wird davon ausgegangen, dass sich dieser Prozess vor dem Hintergrund der notwendigen Personalkostensteigerungen in der Rehabilitation und dem vorherrschenden Investitionsstau weiter deutlich verstärkt.⁹

Aus Sicht des Gutachters ist eine stufenweise Anpassung der Vergütungssätze in der Rehabilitation unumgänglich, wenn diese Versorgung mit stationären Rehabilitationsleistungen in Deutschland auch langfristig und in einer ausreichenden Qualität erhalten werden soll.

Aus volkswirtschaftlicher Sicht wird die Rehabilitation, insbesondere im Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung, zukünftig deutlich an Bedeutung gewinnen. Hier spielt die demografische Entwicklung unserer Gesellschaft eine entscheidende Rolle. Die medizinische Rehabilitation hat die erforderlichen Kompetenzen und ist inhaltlich-strukturell ideal dafür geeignet, um die Teilhabe der Menschen auch im Alter zu erhalten und die Pflegebedürftigkeit zu verhindern.

Der Gesetzgeber sollte daher dem Prinzip „Reha vor Pflege“ folgen und sich dann auch konsequent für eine sachgerechte Vergütung der Rehabilitationsleistungen einsetzen. Andere Szenarien sind vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in Deutschland am Ende deutlich teurer. Insbesondere besteht aktuell die Gefahr, dass bestehende Versorgungsstrukturen wegbrechen, die vor dem Hintergrund des absehbar steigenden Versorgungsbedarfs zu einem späteren Zeitpunkt wieder neu aufgebaut werden müssten.

⁹ Siehe auch Ergebnisse der Gutachten: „Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation (Neuaufgabe 2017); Investitionsbedarf in der medizinischen Rehabilitation - Ergebnisse einer Befragung (2016); <https://www.aktiva-gesundheitswesen.de/publikationen/>