



Gutachten
zur aktuellen und perspektivischen
Situation der Einrichtungen im Bereich
der medizinischen Rehabilitation
-Aktualisierung 2009-

Prof. Dr. Peter Borges
Dipl. Ges. Oec. Agnes Zimolong

Düsseldorf, Oktober 2009

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

Dipl. Ges. Oec. Agnes Zimolong

Wissenschaftliche Assistenz

Dipl. Kauffrau Olga Hofmann

Dipl. Betriebswirt Tobias Lutz

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Auftragshintergrund	1
1.2	Zielsetzung des Gutachtens	1
2	Situation der medizinischen Rehabilitation in Deutschland	2
2.1	Aufgaben und Sicherstellung der medizinischen Rehabilitation	2
2.2	Art und Anzahl der Einrichtungen	3
2.3	Angebotsstrukturen und bisherige Leistungsentwicklung	6
2.4	Betriebswirtschaftliche Situation der Rehabilitationskliniken	10
3	Einflussfaktoren auf die zukünftige betriebswirtschaftliche Entwicklung	15
3.1	Darstellung der Konsequenzen auf Grundlage einer Modellrechnung	22
4	Zusammenfassung und Empfehlungen	31
4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	31
4.2	Empfehlungen aus Sicht des Gutachters	32

1 Einleitung

1.1 Auftragshintergrund

Die in der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation haben die GEBERA GmbH mit der Aktualisierung des letzten Gutachtens aus dem Jahr 2008 zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation beauftragt. Es sollen die aktuellen Veränderungen der Rahmenbedingungen aufgezeigt werden, die neben den Entwicklungen der Kapazitäten- und Leistungsparameter 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 für die Jahre 2010 – 2013 erwarteten 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 dargelegt.

In der Aktualisierung des Gutachtens sollen die im GEBERA-Gutachten 2008 durchgeführten Auswertungen aktualisiert und die in der Vergangenheit getroffenen Annahmen über Kostensteigerungsraten, soweit möglich, überprüft werden. Des Weiteren wird schematisch dargestellt, welche Auswirkungen aus der Differenz der in der Vergangenheit errechneten Steigerungssätze und den tatsächlichen Kostensteigerungen z.B. durch Preiserhöhungen oder Tarifsteigerungen für die wirtschaftliche Situation der Rehabilitationskliniken resultieren. Als Ergebnis wird ein Prognosekorridor für die Entwicklung der Vergütungssätze im Bereich der medizinischen Rehabilitation für den Zeitraum 2010-2013 erstellt sowie eine gutachterliche Empfehlung formuliert.

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 sowie 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. Sie werden im Rahmen des vorliegenden Gutachtens analog der früheren Darstellungen auf Grundlage zugänglicher Statistiken soweit möglich aktualisiert.

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 Krankenversi-

cherung 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 skizziert. 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	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Aufgestellte Betten	188.869	190.967	189.597	189.822	189.253	184.635	179.789	176.473	174.479	172.717	170.845
Fallzahl	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	1.836.681	1.942.566
VWD	27,3	26,4	26,0	25,8	25,5	25,5	25,9	25,1	25,8	25,6	25,5
Nutzungsgrad	62,3%	66,1%	72,1%	76,3%	77,5%	77,3%	75,0%	73,5%	73,4%	74,6%	79,4%

Tabelle 1: Entwicklung von Kapazitäten und Leistungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 1997-2007; Darstellung (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 1997-2007

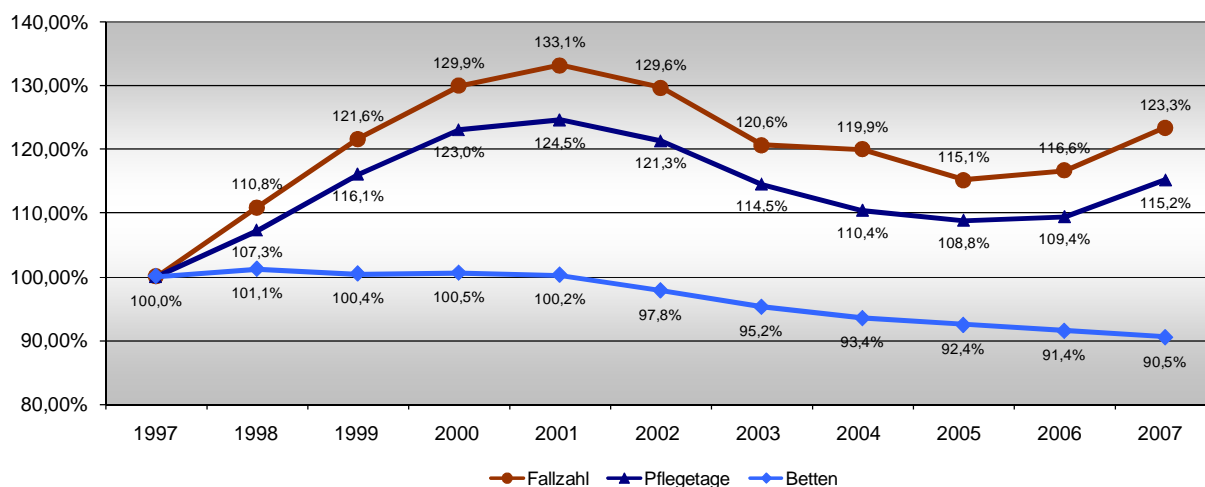


Abbildung 1: Kennzahlen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 1997-2007 (indiziert, 1997=100 %), (Quelle: Stat. BA).

Insgesamt kam es im Zeitraum von 1997 bis 2007 zu einem Anstieg der Fallzahlen (+23 %) und Pflege- tage (+15 %). Hierbei ist die gesetzlich mehrfach modifizierte, vorgegebene Begrenzung der Verweil- dauer und der zeitlichen Abstände der Maßnahmen in den Rehabilitationseinrichtungen zu berücksichti- gen. Andererseits wurden im gleichen Zeitraum die Kapazitäten (Anzahl aufgestellter Betten) um nahezu 10 % reduziert. Die in der Vergangenheit oft kritisch diskutierten Überkapazitäten wurden damit deutlich abgebaut.

Die Verteilung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach ihrer Einrichtungsgröße ist der Ta- belle 2 zu entnehmen.

Einrichtungsgröße (Betten)	Einrichtungen				Veränderung	
	1997		2007		absolut	relativ, %
	Anzahl	Anteil, %	Anzahl	Anteil, %	1997-2007	1997-2007
Einrichtungen insgesamt	1 388	100,0%	1 239	100,0%	-149	-10,7%
bis 50 Betten	292	21,0%	273	22,0%	-19	-6,5%
50 bis unter 100 Betten	366	26,4%	290	23,4%	-76	-20,8%
100 bis unter 150 Betten	197	14,2%	177	14,3%	-20	-10,2%
150 bis unter 200 Betten	207	14,9%	186	15,0%	-21	-10,1%
200 bis unter 250 Betten	165	11,9%	160	12,9%	-5	-3,0%
250 und mehr Betten	161	11,6%	153	12,3%	-8	-5,0%

Tabelle 2: Struktur des Vorsorge- und Rehabilitationsmarktes nach Einrichtungsgrößen in Betten 1997- 2007 (Quelle: Stat. BA)

Insgesamt ist ein Rückgang der Einrichtungen in allen Größenklassen zu verzeichnen. Besonders stark (um 21 %) hat sich die Anzahl der kleineren Einrichtungen mit 50 bis unter 100 Betten reduziert. Damit zeichnet sich, wie bereits in der Vergangenheit zu beobachten, ein Trend zu Einrichtungen mittlerer und größerer Einrichtungsgrößen ab.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass ein kontinuierlicher Kapazitätsabbau stattfindet, der sich aller Voraussicht nach auch in Zukunft fortsetzen wird. Betrachtet man jedoch den stetigen Anstieg der durchschnittlichen Nutzungsgrade (2007: 79,4 %), dürfte der Kapazitätsabbau in der Rehabilitation zukünftig deutlich geringer ausfallen als bisher.

2.2.2 Trägerstrukturen

Im Jahr 2007 befanden sich im Rehabilitationsbereich 57 % der Einrichtungen in privater Trägerschaft, 25 % in gemeinnütziger und rund 18 % in öffentlicher Trägerschaft. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Struktur der deutschen Vorsorge- und Rehabilitationslandschaft, bezogen auf die Trägerschaften im Zeitraum 1997-2007.

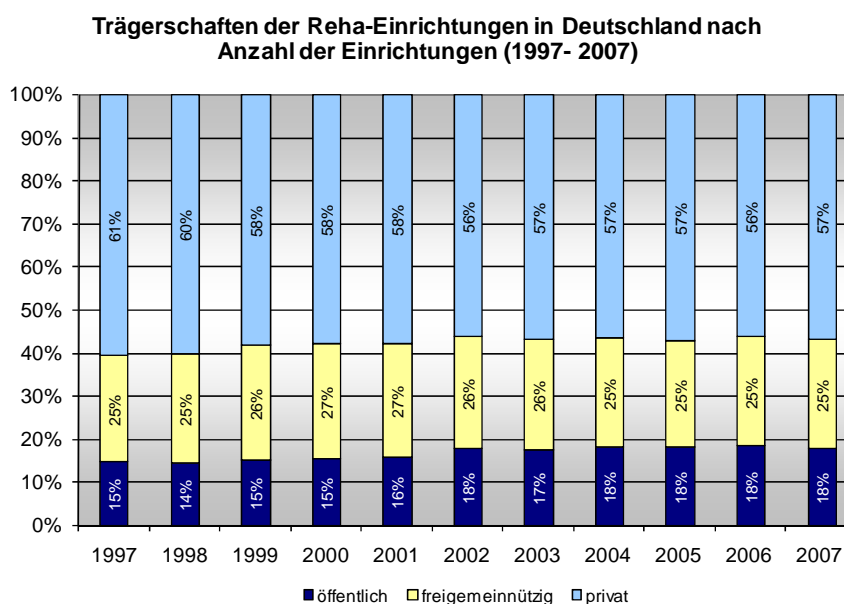


Abbildung 2: Trägerschaften der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland nach Einrichtungen (1997-2007) (Quelle: Stat. BA).

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

Neben der Bereitstellung der Kapazitäten ist deren Auslastungssituation für die wirtschaftliche Situation der Einrichtungen von entscheidender Bedeutung. Die folgende Abbildung zeigt den Grad der Bettenauslastung in den verschiedenen Trägerschaften.

Bettenauslastung nach Trägern 1997 - 2007

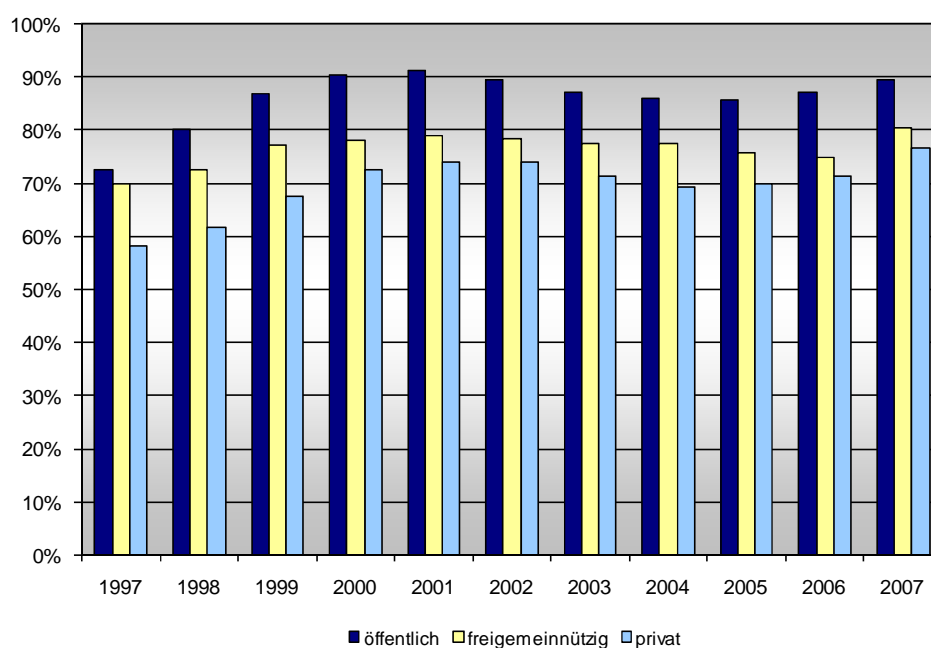


Abbildung 3: Bettenauslastung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland nach Trägern (1997-2007) (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes auf Basis Daten Stat. BA).

Im gesamten Betrachtungszeitraum lag die Bettenauslastung der öffentlichen Einrichtungen deutlich höher als die der freigemeinnützigen und insbesondere der privaten Rehabilitationskliniken. Die Unterschiede sind seit Jahren signifikant und können mit dem Belegungsmonopol der Kostenträger erklärt werden. Es lässt sich 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 2008. Der Anteil ambulanter medizinischer Rehabilitation ist von 6% (2003) auf 11% im Jahr 2008 gestiegen. Die stationären Leistungen sind im gleichen Zeitraum um 6 %-Punkte zurückgegangen.

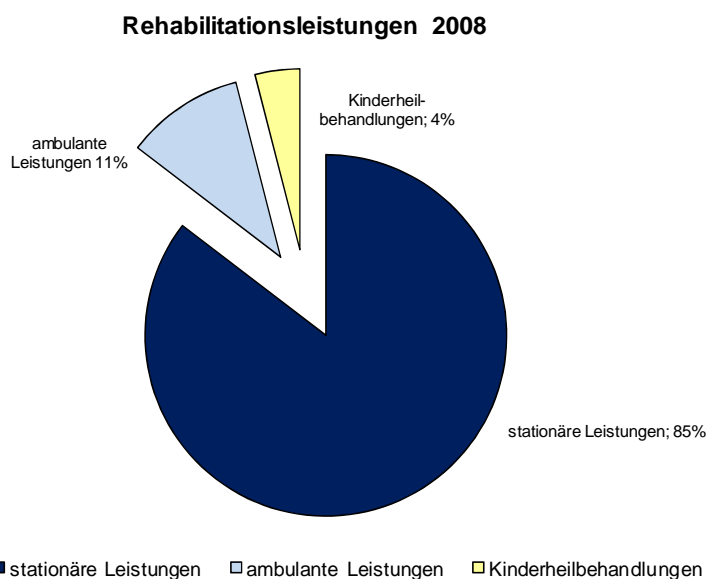


Abbildung 4: Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung nach Leistungssegmenten 2008 (Quelle: VdR-Statistik).

Im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen stellt sich die Entwicklung noch deutlicher dar: Ambulante Leistungen stellen einen deutlich höheren Anteil aller Maßnahmen bei den Entwöhnungsbehandlungen dar. Im Jahr 2005 waren es nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung bereits 28,5% (einschließlich ambulante Nachsorge). 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. Auch politisch ist nach Prüfung des Einzelfalls bei vergleichbarer Wirksamkeit der Leistungen eine Präferenz ambulanter und teilstationärer Leistungsformen gewünscht (§ 19 Absatz 2 SGB IX).

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 ambu-

lante 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.

AHB-Anteil an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 1997-2006

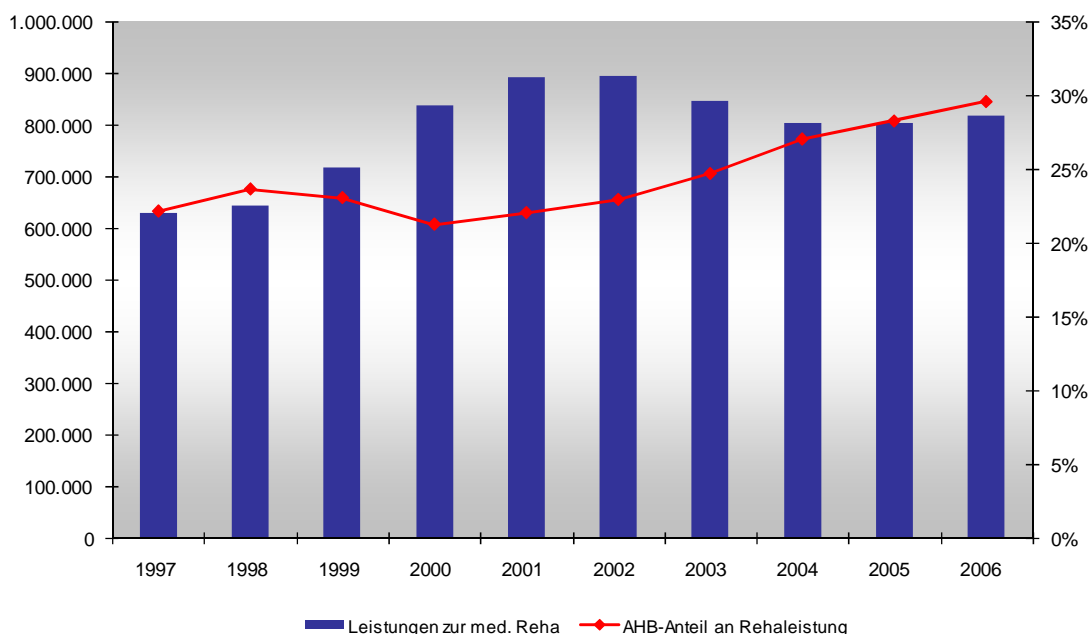


Abbildung 5: Anteil der AR/AHB-Leistungen an Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation (Quelle: Zeitreihen VdR-Statistik).

Die Anzahl der AR/AHB-Maßnahmen ist von rd. 139 Tsd. im Jahr 1992 auf rd. 242 Tsd. im Jahr 2006 gestiegen. Ihr Anteil an den gesamten abgeschlossenen Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der Rentenversicherung wuchs im gleichen Zeitraum von rd. 22 % auf rd. 30 % an. Die AR/AHB hat in Relation zu anderen Leistungen der medizinischen Rehabilitation deutlich an Bedeutung gewonnen. Diese stabile Entwicklung wurde auch von Änderungen der gesetzlichen Vorgaben (Beitragsentlastungsgesetz; Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz) in 1997 nicht beeinträchtigt, die in anderen Bereichen der medizinischen Rehabilitation zu deutlichen Einschnitten geführt haben. Auch in Zukunft kann mit einem stetig wachsenden Anteil an AR/AHBs in der rehabilitativen Versorgung gerechnet werden.

Insbesondere durch die 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. Nach dem Wegfall der Anschubfinanzierung zur Integrierten Versorgung werden immer mehr Kooperationsverträge seitens der Krankenkassen nicht verlängert. Auf der anderen Seite besteht insbesondere sei-

tens der Akutkliniken im Sinne einer qualitativ hohen Patientenversorgung ein erhöhter Bedarf an institutionellen Kooperationsformen mit nachgelagerten Sektoren.

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.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007
Öffentliche Haushalte	14,8%	14,1%	13,9%	14,5%	13,6%	12,7%
GKV	36,6%	38,6%	37,2%	35,3%	34,6%	33,8%
Gesetzliche RV	36,3%	35,2%	37,2%	37,2%	36,5%	38,2%
Gesetzliche UV	1,7%	1,6%	1,4%	1,4%	1,5%	1,4%
PKV	1,3%	0,9%	0,9%	0,9%	1,4%	1,4%
Arbeitgeber	7,3%	7,5%	7,7%	9,1%	10,4%	10,5%
Private Haushalte	1,9%	2,2%	1,8%	1,5%	2,0%	2,0%
Ausgaben Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 3: Anteile der einzelnen Kostenträger an den Gesamtausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 1997–2007 (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

Die Veränderungen des gesamten Finanzvolumens sowie der Ausgaben der beiden größten Rehabilitationsträger in absoluten Zahlen im Zeitraum 1997-2007 zeigt die Abbildung 6.

Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Trägern 1997-2007

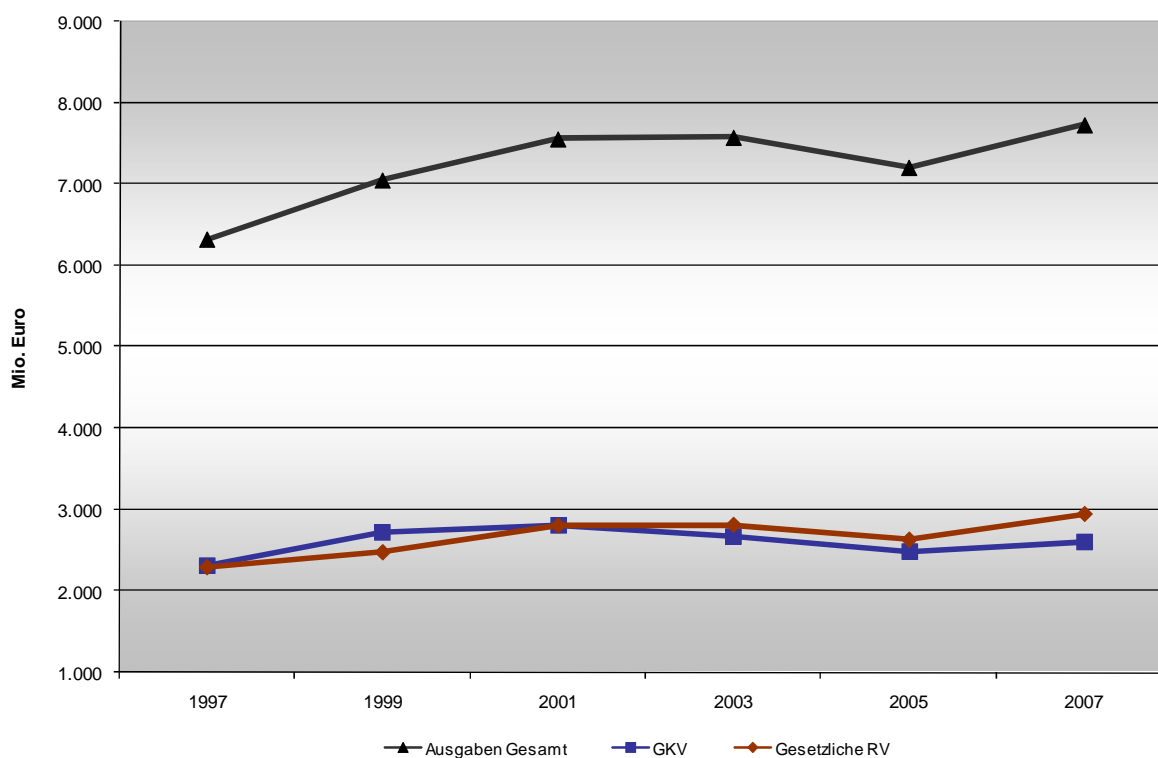


Abbildung 6: Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Trägern 1997-2007 (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

Der Reha-Markt unterliegt keinem kontinuierlichen Wachstum, der Gesetzgeber wie auch 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 2007 wurden insgesamt ca. 7,73 Mrd. € ausgegeben, damit erreicht man annähernd das Ausgabenvolumen des Jahres 1996 mit 7,78 Mrd. Vergleicht man diese Entwicklungen mit den Ausgabensteigerungen in anderen Sektoren des Gesundheitswesens, wird deutlich, dass der Rehabilitationsbereich den deutlich meisten Einschränkungen unterliegt.

Die größten Ausgabenträger in der medizinischen Rehabilitation sind die gesetzliche Renten- /und Krankenversicherung, wobei die gesetzliche Rentenversicherung die Höhe ihres Ausgabenanteils im Vergleich zur GKV tendenziell etwas mehr ausgebaut hat.

Gesetzliche Eingriffe in den Rehabilitationsbereich hatten in den Jahren 1996/1997 einschneidende Folgen. Durch das Beitragsentlastungsgesetz (November 1996) wurde die gesetzlich normierte, individuelle Rehabilitationsdauer i. d. R. von 4 auf 3 Wochen gesenkt. Ausnahmen hinsichtlich der Länge der Rehabilitationsdauer bestehen für die Indikationsbereiche der Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen. Das ebenfalls 1996 erlassene Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz bewirkte eine Absenkung des Reha-Budgets der 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 wurde in einem separaten Arbeitspapier der GEBERA (2007) 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. Dies gilt insbesondere für Verhandlungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung. Es sollten neben den makrostrukturellen auch die individuellen Spezifika der Einrichtungen Berücksichtigung finden. Dies ist im Rahmen der monistischen Finanzierung besonders bedeutend. Nur so können funktionsfähige rehabilitative Strukturen langfristig erhalten bleiben.

Aus Sicht der Leistungserbringer findet deren Kostenkalkulation bei der Festlegung der Erhöhung nur bedingt Berücksichtigung. Die Vergütungssatzerhöhungen liegen seit dem Jahre 1996 und der Einführung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes deutlich unter der realen Preisentwicklung.

In dem Jahr 2006-2008 konnten viele Rehabilitationskliniken zwar leichte Steigerungen der Vergütungssätze durchsetzen, diese blieben jedoch nach gutachterlichem Kenntnisstand insgesamt unter den in den jährlichen GEBERA- Gutachten empfohlenen Steigerungsraten. Zu differenzieren sind hierbei die unterschiedlichen Steigerungsraten der Vergütungssätze. Während die Rentenversicherungen (insbesondere die

DRV Bund) im Durchschnitt höhere Steigerungsraten bewilligten, wird von Seiten der GKV laut den Erfahrungen vieler Rehabilitationskliniken oft der Grundsatz der Beitragsstabilität auf den Rehabilitationsebereich angewendet und die allgemeine Veränderungsrate als Basis für die Vergütungssteigerung zugrunde gelegt. Die Veränderungsrate, die in den Jahren 2003 bis 2008 durchschnittlich 0,54% betrug, liegt deutlich unter der Entwicklung der Lohnkosten und allgemeinen Preissteigerungen. Diese zunehmend divergierende Schere ist aus der Sicht der Leistungserbringer nicht mehr hinzunehmen. Von daher wird, wie im Bereich der Krankenhausfinanzierung, auch für den Bereich der medizinischen Rehabilitation eine Aufhebung der Preisfindung auf Basis der Grundlohnsammenveränderungen gefordert.

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	Vorsorge- und 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	unterschiedlich je Kostenträger
Investitionsstau	Sehr hoch	Hoch
Wichtigste Kostenträger	GKV, PKV	GRV, GKV
Wichtigste Finanzierungsquellen	Förderung nach KHG, Fremd-/Eigenfinanzierung	Fremdfinanzierung, Eigenfinanzierung

Tabelle 4: Akut- und Rehamarkt: Gegenüberstellung der wichtigsten Parameter (Quelle: eigene Darstellung).

Die Gesamtcharakteristika des Rehabilitationssektors haben sich in den vergangenen Jahren nicht grundlegend verändert. Die wirtschaftliche Situation vieler Rehabilitationskliniken hat sich jedoch zunehmend verschlechtert. Unter Berücksichtigung der bereits beschriebenen Tendenzen sowie der Finanzierungssituation auf dem Rehabilitationsmarkt ergibt sich folgendes Bild:

- Marktberichtigungen finden bereits heute statt. Die Anzahl, insbesondere der kleineren Einrichtungen, ist in den letzten Jahren stark zurückgegangen. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich der Kapazitätsabbau in der Rehabilitation weiter fortsetzen wird, jedoch nicht mehr in dem Maße, wie in der Vergangenheit.

- Die ambulanten Versorgungsformen gewinnen zunehmend an Bedeutung, werden allerdings aufgrund der grundsätzlichen Unterschiede die Bedeutung der stationären Einrichtungen nicht schmälern.
- Der Anteil der Anschlussrehabilitationen am Gesamtvolumen des Rehabilitationsmarktes steigt stetig. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich diese Entwicklung weiter fortsetzt. Dafür sorgt deren geringere medizinische „Angreifbarkeit“ im Zusammenspiel mit der zunehmenden Notwendigkeit der Kostensenkung im Gesundheitswesen, der DRG-Einführung sowie den medizinischen Entwicklungen. Rehabilitationseinrichtungen, die optimal auf Anschlussheilbehandlungen eingestellt sind, gewinnen an Bedeutung.
- Auf dem Rehabilitationsmarkt bestehen in einzelnen Indikationsbereichen relativ große Unterschiede bei den Vergütungssätzen. Sie sind insbesondere 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 Reha-Kliniken, insbesondere der alten Bundesländer, ein erheblicher Investitionsstau entsteht und als Konsequenz eine Marktbereinigung 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 Rahmenbedingungen dafür, langfristige Bankkredite zu „annehmbaren“ Konditionen zu bekommen, haben sich in Folge der Finanzmarktkrise im Bereich der Risikoaufschläge verschlechtert. Die finanzielle und investive Lage der Kliniken, insbesondere derer mit schwieriger Gesamtfinanzlage, hat sich dadurch weiter zuspitzt.
- 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

Wie bereits in den vorangegangenen Gutachten 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 „Rehabilitationsmarkt“ 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 indirekten 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.

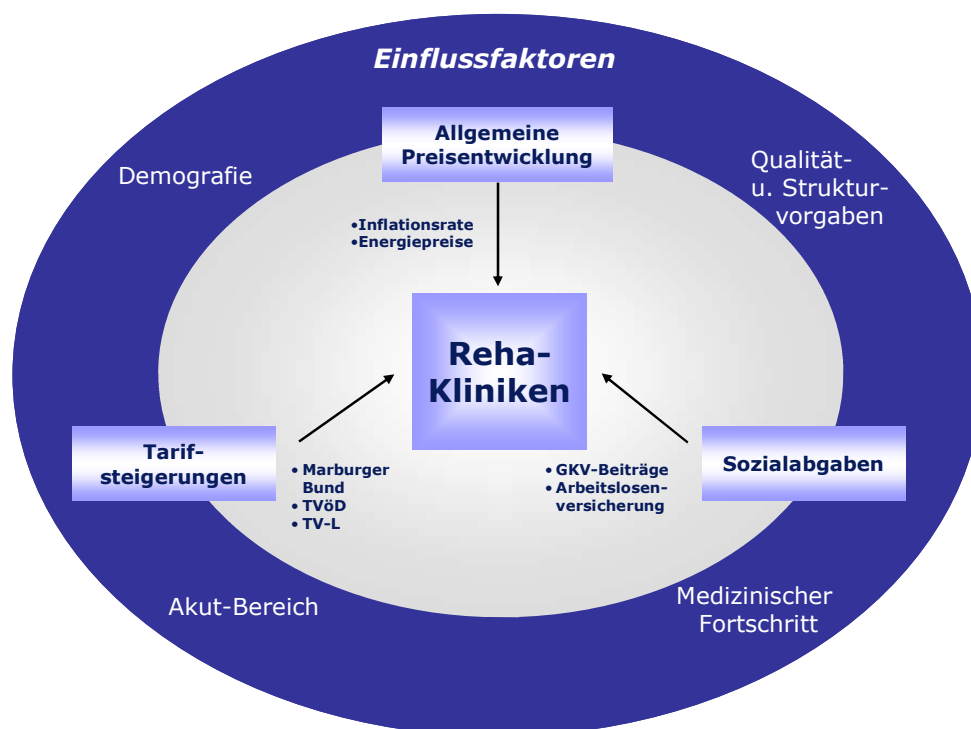


Abbildung 7: Exogene Einflussfaktoren (Quelle: eigene Darstellung).

Qualitäts- und Strukturanforderungen der Rehabilitationsträger

Die Rehabilitationsträger sind durch ihren Sicherstellungsauftrag (§ 19 Absatz 1 SGB IX) dafür verantwortlich, dass qualitative Rehabilitationseinrichtungen 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 gestiegen. Sie werden voraussichtlich, 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.

Die geplante Harmonisierung und Weiterentwicklung der internen und externen Qualitätssicherung (inkl. Zertifizierungspflicht) wird die Qualitätsvorgaben in der Rehabilitation wahrscheinlich weiter erhöhen. Um diesen Anforderungen auch in Zukunft 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 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 resultierende reduzierte 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 Anreize geschaffen, Leistungen in den rehabilitativen, ambulanten oder pflegerischen Bereich zu verschieben. Insofern kann mit einer höheren Nachfrage an Rehabilitationsleistungen gerechnet werden. Welche Auswirkungen die Einführung der DRG auf den Rehabilitationsmarkt in Deutschland haben, wird im Rahmen der noch ausstehenden DRG-Begleitforschung untersucht werden müssen.

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 ent-

sprechend 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 die Möglichkeit zu einer (vorbeugenden) Versorgung u.a. chronisch kranker 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.

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 dargestellt und aktualisiert.

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 in großem 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 die Reha-Einrichtungen bereits heute. Den Kampf um qualifiziertes Personal gewinnen diejenigen Einrichtungen, die eine wettbewerbsfähige Vergütung anbieten können.

Beim ärztlichen Personal ist eine zeitnahe Anpassung des Gehaltsgefüges an aktuellen 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 orientieren sich an Tarifverträgen des TVöD (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst) beziehungsweise des TV-L (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder). Nach den deutlichen Erhöhungen in den letzten drei Jahren in den Akutkliniken sind im Laufe Jahres 2010 weitere 1,2 % für den Marburger Bund (Universitätsklinika) im Rahmen der TV-L vereinbart. Diese, verglichen mit den Vorjahren moderaten, Steigerungen der Personalkosten für das Jahr 2010 konnten nur unter der Voraussetzung verhandelt werden, dass in den Vorjahren sehr deutliche Tarifsteigerungen von bspw. 6,3 % im Jahr 2009 erzielt wurden. Es ist davon auszugehen, dass anstehende Verhandlungen anderer Tarifpartner z.B. TVöD, die in den Vorjahren nicht so starke Steigerungsraten erzielt haben, für das Jahr 2010 deutlich höhere als die o.g. 1,2 % durchsetzen werden. Für das Jahr 2009 wurden im Bereich des TVöD Steigerungen von 4,3 % realisiert. (*Quelle: Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände; www.vka.de*). Die Laufzeit des Tarifvertrages endet am 31.12.2009. Es ist davon auszugehen, dass im Bereich des TVöD noch zu vereinbarende Steigerungsraten zumindest die 3 % Marke erreichen werden, um die überdurchschnittlichen Steigerungsraten des TV-L aus dem Jahr 2009 zu kompensieren.

Auch die Rehabilitationskliniken konnten in den vergangenen Jahren, aufgrund der Unterfinanzierung, die Gehaltsforderungen ihrer Mitarbeiter nicht ausreichend erfüllen. In dem immer weiter zunehmenden Wettbewerb um qualifiziertes Personal sind für das Jahr 2010 Anpassungen dringend notwendig. Ein aktuelles Beispiel für eine solche wettbewerbsgetriebene Personalkostenanpassung bietet die Universitätsklinik Charité, die für das Jahr 2010 eine Erhöhung der Gehälter im Ärztlichen Dienst von 11% vereinbart hat. (*Quelle: Ärzte Zeitung, Ausgabe 01.10.2009*)

Auch 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 – auch heute - vor großen Herausforderungen.

Eine längerfristige Abkopplung von den Tarifregelungen können auch Einrichtungen mit anderen Trägerschaften (frei-gemeinnützig oder privat) ohne Einbußen in der Personalstruktur mit den bereits genannten Folgen nicht realisieren. Deshalb werden für alle Trägerschaften die gleichen Steigerungsraten bei den prognostizierten Entwicklungen der Personalkosten berücksichtigt. Die Lohnsteigerungen der Jahre 2008 und 2009 wurden im Rahmen der Vergütungssatzerhöhungen nicht ausreichend berücksichtigt. Durch die fehlende Refinanzierung konnten viele Kliniken darüber hinausgehende Gehaltssteigerungen der Mitar-

beiter nicht finanzieren. Angesichts der vielerorts bestehenden Personalengpässe (z.B. Ärztemangel) ist für die Sicherung der Konkurrenzfähigkeit der medizinischen Rehabilitation eine entsprechende Anhebung der Vergütungssätze im Jahr 2010 zu fordern. Die Anhebung sollte dabei die fehlende Berücksichtigung der letzten Jahre im Durchschnitt kompensieren.

Insbesondere wird in diesem Zusammenhang auch kritisch auf das durch viele gesetzliche Krankenkassen praktizierte Festhalten an der Veränderungsrate in der Rehabilitation hingewiesen, das allein aufgrund der Ergebnisse der Tarifabschlüsse und der allgemeinen Preisentwicklung zu einer erheblichen Kostenunterdeckung führt.

Die aktuelle Gesetzgebung sieht eine Unterstützung der Akut-Kliniken vor, indem Tarifsteigerungen über der Veränderungsrate durch ihre Berücksichtigung bei der Kalkulation der Landesbasisfallwerte zum großen Teil abgedeckt werden sollen. Ein vergleichbares Vorgehen für die Rehabilitationskliniken ist zurzeit nicht vorgesehen. 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. Die im Rahmen der aktuellen Gesundheitsreform durchgeführten Maßnahmen und strukturellen Veränderungen, wie z.B. des Gesundheitsfonds, haben bereits zur Erhöhung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung auf 14,9 %-Punkte geführt (exkl. Zusatzbeitrag für die Arbeitnehmer von 0,6 %-Punkten). Vor dem Hintergrund des Defizits von 7,5 Milliarden EUR bleibt fraglich, ob die Beitragssätze stabil gehalten werden können und das Defizit alleine aus Steuermitteln ausgeglichen wird. Erhöhungen der Beitragssätze sind spätestens im Jahr 2011 zu erwarten. Zurzeit liegen keine validen Schätzungen vor, wie sich die Beitragssätze zukünftig entwickeln werden, daher werden im Rahmen des vorliegenden Gutachtens keine Steigerungsraten angenommen.

Eine gewisse Entlastung für Arbeitgeber und -nehmer stellt die Absenkung der Arbeitslosenversicherung auf 2,8% im Jahr 2009 dar. Die Bundesregierung teilte bereits Ende 2008 mit, dass der Beitragssatz zur Arbeitslosenversicherung langfristig auf 3,0% gehalten werden kann. Ob dieses Vorhaben bei der aktuellen wirtschaftlichen Entwicklung mit stetig steigenden Arbeitslosenzahlen gelingen kann, bleibt fraglich. Jedoch sind aktuell keine anderen Informationen verfügbar.

Auch weitere zukünftige Entwicklungen im Bereich der Sozialausgaben sind vor dem Hintergrund der aktuellen Wirtschaftskrise nicht absehbar. Die hohen finanziellen Hilfen aus Steuermitteln für die Anhebung der Konjunktur haben den Spielraum für steuerliche Unterstützungen der Sozialkassen sehr eingeschränkt. Es ist davon auszugehen, dass die Finanzierung der Sozialsysteme zukünftig auch durch erhöhte Sozialabgaben erfolgen wird. Sollten hier kurzfristige Veränderungen eintreten, werden zeitnahe Anpas-

sungen der Vergütungssatzhöhen notwendig, um die Rehabilitationskliniken nicht in die weitere Unterfinanzierung zu bringen.

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 überdurchschnittliche Entwicklung der allg. Preissteigerungen der letzten Jahre ist für viele Einrichtungen besorgniserregend. Die durchschnittlichen Inflationsraten lagen in den Jahren 2007 und 2008 zwischen 2,3 und 2,7%. Im Jahr 2009 liegt als Folge der Wirtschaftskrise die durchschnittliche Inflationsrate bis einschließlich August bei nur 0,36%. (*Quelle: Durchschnitt Preisindizes des Statistischen Bundesamtes; August 2008-August 2009*).

Im Bereich der Arzneimittel dürfte der Preisanstieg im Jahr 2009 mit rd. 6 % deutlich über der Inflationsrate liegen. (*Meldung der KKH Allianz vom 03.09.09; <http://www.dailynet.de/GesundheitMedizin/48390.php>*). Da es sich nicht um offizielle Statistiken handelt, wird diese Information im Gutachten nicht weiterverwendet. Es soll jedoch verdeutlicht werden, dass die von den Rehabilitationskliniken im Einzelnen nachgewiesenen Forderungen außerhalb der in diesem Gutachten angenommenen Steigerungsraten bei den Verhandlungen der Vergütungssatzhöhen durchaus Berücksichtigung finden müssen.

Die aktuelle, instabile wirtschaftliche Lage lässt keine verlässlichen Zukunftsprognosen zu. Die konjunkturellen Unsicherheiten in der Bundesrepublik haben sogar das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung dazu veranlasst, 2010 auf eine Prognose über eine konkrete Wachstumsrate zu verzichten. Viele Experten gehen von einer Stabilisierung der Wirtschaft Ende 2009 aus. Zurzeit werden sehr unterschiedliche Einschätzungen der zukünftigen Inflationsrate von den Bankinstituten abgegeben. Nach der aktuellen Umfrage des „Dow Jones Newswires“ schwanken die Prognosen für das Jahr 2010 sehr stark zwischen 0,2 und 1,9%. Andere gehen von Steigerungsraten um 0,7% aus.

(*Quellen: <http://www.fazfinance.net/Aktuell/PROGNOSEWechselkurs-Wachstum-Renditen-Inflation-8988.faz>; www.eiu.com Inflation-Prognose 2010 (in Country Finance Germany)*)

Der Bereich der Energiekosten ist aus der Erfahrung der letzten Jahre von überproportional starken Preissteigerungen betroffen. Auch hier ist die Entwicklung im Jahr 2009 durch die Wirtschaftskrise und die durch sie bedingte weltweite Senkung der Nachfrage nach Öl beeinflusst. So sanken einerseits der Preise für Brennstoffe (nur Heizöl und Erdgas) in 2009 um mehr als 10%, wobei die Preise für Erdgas annähernd konstant blieben (*Quelle: Statistisches Bundesamt FS*). Auf der anderen Seite stiegen die Preise für Strom deutlich über den Erwartungen bis zu 10% (*Quelle: <http://www.handelsblatt.com>*). 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 Preis-

steigerungen von 4–7 %, für Strompreise von 3-6% (*Quelle: Energiewirtschaftsinstituts der Universität Köln*).

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.

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 auch entsprechend schlechter aus.

3.1 Darstellung der Konsequenzen auf Grundlage einer Modellrechnung

3.1.1 Vergleich der Modellannahmen und Kostensteigerungsraten der Jahre 2008 und 2009

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

Im Folgenden werden die Annahmen für das Jahr 2009 auf der Basis des Gutachtens 2008 verifiziert, indem sie den tatsächlichen Kostensteigerungen des Jahres 2009 gegenübergestellt werden.

Die nachstehende Abbildung zeigt die Annahmen und eingetroffenen Entwicklungen des Jahres 2008 für ausgewählte Aufwandspositionen. Zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung können die Entwicklungen bis zum Stand Ende August 2009 berücksichtigt werden. Die Steigerungen in den hier dargestellten Einzelpositionen wurden in Modellrechnungen auf den Gesamteffekt hin berechnet (Steigerungen insgesamt).

Faktor	GEBERA-Gutachten 2008	Eingetretene Veränderungen bis
	Annahmen für das Jahr 2009 (min.)	Ende August 2009 (soweit feststellbar)
Lohn & Gehalt Ärztlicher Dienst	+3,8%	+6,3%
Lohn & Gehalt andere Berufsgruppen	+4,3%	+4,3%
Arbeitslosenversicherung	-0,3%	-0,5%
Krankenkassenbeiträge	+0,7%	+0,7%
Inflationsrate	+2,3%	+0,4%
Energiekosten (Strom)	+4,3%	+8,5%
Energiekosten (Heizöl & Erdgas)	+4,5%	-5,0%
Steigerungen von insgesamt rd.	+3,5%	+3,0%

Tabelle 5: Gegenüberstellung angenommener und eingetrossener Kostensteigerungen für das Jahr 2009.

Die Gegenüberstellung veranschaulicht, dass die Effekte der tatsächlichen Kostensteigerungen bis Ende August 2009 die im Jahr zuvor angenommenen Steigerungsraten etwas unterschreiten. Dies ist insbesondere in der schlechten wirtschaftlichen Entwicklung während der letzten Monate begründet, die einen negativen Effekt insbesondere auf die Inflationsrate und die Entwicklung der Energiekosten hatte. Hierzu muss jedoch angemerkt werden, dass hier der angenommene Durchschnitt der Steigerungen Anwendung findet, da die Preise für Heizöl und Erdgas sich sehr unterschiedlich entwickelt haben.

Insgesamt hätten die Rehabilitationskliniken insgesamt im Jahr 2009 alleine aufgrund des eingetreten, vergleichsweise moderaten Kostenanstiegs eine Steigerung ihrer Vergütungssätze um ca. 3% verhandeln müssen.

3.1.2 Vergleich der Modellannahmen und Kostensteigerungsraten 2006 bis 2009

Der Vergleich der in den vorangegangenen Gutachten für die Jahre 2006 bis 2009 kalkulierten Steigerungsraten mit den tatsächlich eingetretenen durchschnittlichen Kostensteigerungen für die Rehabilitationskliniken zeigt, dass die Annahmen der Gutachten stets sehr konservativ waren und von den tatsächlichen Kostensteigerungen teilweise übertroffen wurden. Einen Überblick über die in den Gutachten getroffenen Annahmen und die tatsächlichen Kostensteigerungsraten der Jahre 2007 bis 2009 sind in der folgenden Tabelle zusammenfassend dargestellt.

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%

Tabelle 6: Vergleich angenommene und eingetretene Kostensteigerungen 2007 bis 2009.

Auffällig ist, dass die Differenz in dem Jahr 2008 am deutlichsten ist, dem Jahr, in dem die Ergebnisse der Tarifverhandlungen zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung nicht bekannt waren. Der gleiche Tatbestand gilt für die aktuelle Kalkulation des Jahres 2010. Im Durchschnitt wurden die Rehabilitationskliniken in den letzten drei Jahren mit extern getriebenen Kostensteigerungsraten von rd. 3,65 % konfrontiert.

Kumulativ für die Jahre 2007 bis 2009 dargestellt, ergibt sich für die Rehabilitationskliniken auch bei voller Umsetzung der Forderungen ein Finanzierungsdelta von 2,1 % im Jahr 2008. Das Delta wirkt sich in der Zeitbetrachtung auch auf das Jahr 2009 weiter aus und beträgt 1,6%.

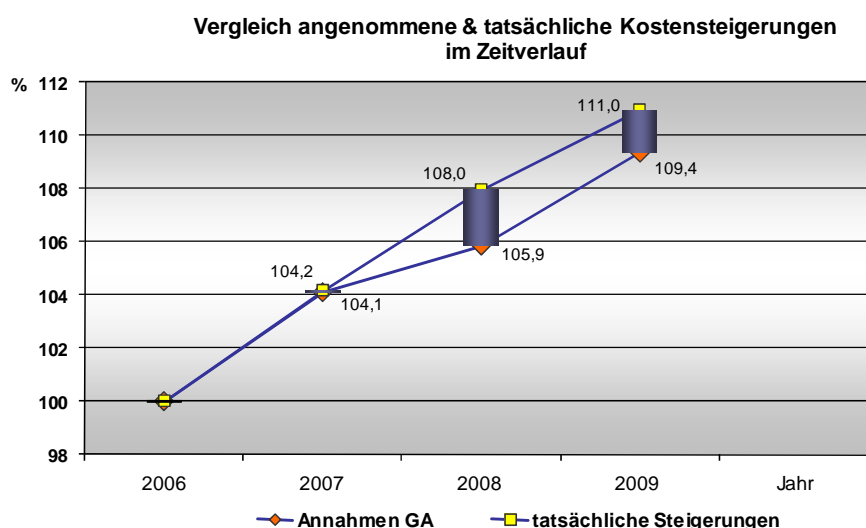


Abbildung 8: Kumulierte Darstellung angenommener und tatsächlicher Kostensteigerungen 2007 bis 2009.

Die tatsächliche Finanzierungslage der Rehabilitationskliniken ist jedoch noch schwieriger als in den Ausführungen dargestellt. Nur wenige Rehabilitationseinrichtungen konnten überhaupt die in letzten Gu-

tachten formulierten Vergütungssteigerungsraten bei den Verhandlungen mit den Rehabilitationsträgern realisieren. Es besteht eine nachweisbare und deutliche Unterfinanzierung des rehabilitativen Sektors, allein bei der Betrachtung der letzten drei Jahre.

3.1.3 Annahmen für die zukünftige Entwicklung der Aufwandspositionen

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 Anpassung der Aufwandspositionen die hier vorgestellte Modellrechnung auch unter Berücksichtigung ihrer individuellen Strukturen nutzen. Im Abschnitt „Aktualisierte Modellrechnung“ werden die Veränderungs-raten der einzelnen GuV-Positionen für die Jahre 2010-2013 detailliert aufgelistet, somit ist es auch für Kliniken mit einer abweichenden Musterverteilung der GuV-Positionen möglich, ihre individuellen Stei-gerungsraten zu berechnen. Die Notwendigkeit, einrichtungsbezogene Besonderheiten zu berücksichti-gen, trifft auch für den Bereich der Investitionskosten zu. Hierzu wurden entsprechende Vorschläge be-reits in dem Arbeitspapier zur Kalkulation der Investitionskosten in der stationären medizinischen Reha-bilitation von GEBERA (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 Mustervertei-lung 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 2009
Personalaufwand	59,7%
Löhne und Gehälter	50,6%
Ärztlicher Dienst	14,6%
Pflegedienst	7,0%
Med.- techn. Dienst	6,3%
Funktionsdienst	13,4%
Wirtschaftsdienst	2,6%
Verwaltungsdienst	5,4%
Sonst. Personalaufwand	1,1%
Soziale Abgaben	9,2%
Ges soz ärzt Dienst	2,2%
Ges soz Pflegedienst	1,3%
Ges soz med-techn. Dienst	1,3%
Ges soz Funktdienst	2,5%
Ges soz Wirtsch. u. Versorgungsdienst	0,5%
Ges soz Verwaltungsdienst	0,8%
Sonst. ges. soz Abgaben	0,6%
Materialaufwand	30,6%
Aufwend. für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	9,6%
Lebensmittel	2,0%
Arzneien, Heilmittel	1,0%
Therapiebedarf	0,2%
Wasser, Abwasser	1,2%
Strom	1,5%
Brennstoffe	2,2%
Sonstiger Bedarf	1,4%
Aufwendungen für bez. Leistungen	11,6%
Abschr. auf Sachanlagen u. Instandhaltung	9,4%
Sonstige betriebliche Aufwendungen	9,7%
Summe	100%

Tabelle 7: Verteilung der GuV-Aufwandspositionen für das Jahr 2009 (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 folgende Tabelle stellt die in die einzelnen Aufwandspositionen eingeflossenen Annahmen zusammenfassend dar. Die Begründungen für die getroffenen Annahmen werden im Einzelnen unter Punkt 3 aufgeführt.

Aufwandsposition	Annahmen ab 2010
Löhne und Gehälter	
Ärztlicher Dienst	Tarifsteigerungen aufgrund der Tarifverträge des Marburger Bundes und der letzten TVL-Verträge von mindest. 1,2 % für 2010 (Voraussetzung bereits umgestetzte Steigerungen von 6,3% in 2009) und maximal 3% (nachträgliche Anpassungen an die Steigerungen der TVL des Jahres 2009, diese sind auch für die neue Tarifrunde im TVÖD wahrscheinlich); ab 2011 allg. Lohnsteigerungen zwischen 1 bis 2%
andere Dienstarten	allg. Lohnsteigerungen von mindest. 1,2 % in 2010 (Orientierung TVL) und maximal von 3% ab 2011 zwischen 1 bis 2%
Soziale Abgaben	Kein Anstieg der Beiträge (nicht abschätzbar) Steigerungen entsprechend den Lohn- und Gehaltssteigerungen
Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	
Lebensmittel; Arzneien; Hilfsmittel, Therapiebedarf, Wasser & Abwasser	2010 allgemeine Preissteigerungen zwischen 0,7% - 1,9 % ab 2011: allgemeine Preissteigerungen 1,5 - 2,0 %
Strom	Jährliche Strompreissteigerungen zwischen 3% und 6% (Ø 4,5%)
Brennstoffe	Steigerungen zwischen 4% - 7% (Ø 5,5%)
sonstiger Bedarf, Aufwendungen für bezogene Leistungen	2010 allgemeine Preissteigerungen zwischen 0,7% - 1,9 % ab 2011: allgemeine Preissteigerungen 1,5 -2,0 %
Abschreibungen auf Sachanlagen u. Instandhaltung; sonstige betriebliche Aufwendungen	2010 allgemeine Preissteigerungen 0,7% - 1,9 % ab 2011: allgemeine Preissteigerungen 1,5 - 2,0 %

Tabelle 8: Annahmen über die Auswirkungen externer Einflussfaktoren auf einzelne Aufwandspositionen ab 2010.

Um die Prognosesicherheit der quantitativen Auswirkungen getroffener Annahmen zu erhöhen, werden für jedes Jahr im Zeitraum von 2010 bis 2013 minimale und maximale Veränderungsdaten 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. Die Annahmen sind das Ergebnis moderater Veränderungsprognosen, deren Eintrittswahrscheinlichkeit insgesamt sehr hoch ist.

Aufgrund der aktuellen wirtschaftlichen Situation sind die Annahmen gegenüber den Vorgutachten deutlich nach unten korrigiert worden. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass die tatsächliche wirtschaftliche Entwicklung, schneller als zurzeit allgemein erwartet, eine positive Trendwende erreicht.

Weiterhin können zum jetzigen Zeitpunkt nicht die Ergebnisse der noch ausstehenden Tarifverhandlungen kalkuliert werden. Die hier eingepreisten Steigerungsraten im Bereich der Personalkosten stellen auch in den maximalen Werten nur Mindestforderungen auf der Arbeitnehmerseite dar. Der weiterhin zunehmende Mangel an qualifiziertem Fachpersonal dürfte auch hier zu höheren Steigerungsraten führen.

Insgesamt handelt es sich um eine sehr konservative Einschätzung der zukünftigen Entwicklung. Noch mehr als in den Jahren zuvor, ist es daher für die Verhandlungspartner wichtig, ein transparentes Verhandlungsverfahren umzusetzen.

In der folgenden Abbildung sind die quantitativen Annahmen für die Veränderungsraten der einzelnen Positionen für die Jahre 2010 bis 2013 dargestellt.

Auswahl der GuV Positionen	Annahmen jährliche Veränderungen in %							
	2010		2011		2012		2013	
	min. *	max.	min.	max.	min.	max.	min.	max.
Personalaufwand								
Löhne und Gehälter								
Ärztlicher Dienst	1,2%	3,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%
Pflegedienst	1,2%	3,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%
Med.- techn. Dienst	1,2%	3,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%
Funktionsdienst	1,2%	3,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%
Wirtschaftsdienst	1,2%	3,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%
Verwaltungsdienst	1,2%	3,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%
Sonst. Personalaufwand	1,2%	3,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%
Soziale Abgaben								
Ges soz ärzt Dienst	1,2%	3,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%
Ges soz Pflegedienst	1,2%	3,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%
Ges soz med-techn. Dienst	1,2%	3,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%
Ges soz Funktdienst	1,2%	3,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%
Ges soz Wirtsch. u. Versorgungsdienst	1,2%	3,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%
Ges soz Verwaltungsdienst	1,2%	3,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%
Sonst. ges. soz Abgaben	1,2%	3,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%
Materialaufwand								
Aufwend. für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe								
Lebensmittel	0,7%	1,9%	1,5%	2,0%	1,5%	2,0%	1,5%	2,0%
Arzneien, Heilmittel	0,7%	1,9%	1,5%	2,0%	1,5%	2,0%	1,5%	2,0%
Therapiebedarf	0,7%	1,9%	1,5%	2,0%	1,5%	2,0%	1,5%	2,0%
Wasser, Abwasser	0,7%	1,9%	1,5%	2,0%	1,5%	2,0%	1,5%	2,0%
Strom	3,0%	6,0%	3,0%	6,0%	3,0%	6,0%	3,0%	6,0%
Brennstoffe	4,0%	7,0%	4,0%	7,0%	4,0%	7,0%	4,0%	7,0%
Sonstiger Bedarf	0,7%	1,9%	1,5%	2,0%	1,5%	2,0%	1,5%	2,0%
Aufwendungen für bez. Leistungen	0,7%	1,9%	1,5%	2,0%	1,5%	2,0%	1,5%	2,0%
Abschr. auf Sachanlagen u. Instandhaltung	0,7%	1,9%	1,5%	2,0%	1,5%	2,0%	1,5%	2,0%
Sonstige betriebliche Aufwendungen	0,7%	1,9%	1,5%	2,0%	1,5%	2,0%	1,5%	2,0%

* unter der Voraussetzung, dass im Jahr 2009 6,3% Personalkostensteigerungen beim ÄD und 3,8% bei den anderen Dienstarten realisiert werden konnten

Tabelle 9: Angenommene jährliche Veränderungsraten der GuV-Positionen

3.1.4 Aktualisierte Modellberechnung

Anhand der getroffenen Annahmen über zukünftige Kostensteigerungsraten zu den einzelnen Aufwandspositionen ab dem Jahr 2010 wird eine aktualisierte Berechnung der GuV-Positionen für die Jahre 2010 bis 2013 durchgeführt.

Die Ergebnisse der Modellrechnung in der nachfolgenden Abbildung zeigen die aufgrund der getroffenen Annahmen erfolgten, jährlichen Veränderungen.

Die summarische Darstellung zeigt die jeweiligen prozentualen Steigerungen gegenüber dem Jahr 2009 sowie die jährlichen Kostensteigerungsraten für die Jahre 2010 bis 2013.

Auswahl der GuV Positionen	Muster- Verteilung 2009	Ergebnisse (absolut)								Veränderung 2009-2013 in %	
		2010		2011		2012		2013		min.	max.
		min.	max.	min.	max.	min.	max.	min.	max.		
Personalaufwand	59,7	60,45	61,52	61,05	62,76	61,66	64,01	62,28	65,29	4,27%	9,30%
Löhne und Gehälter	50,6	51,17	52,08	51,68	53,12	52,19	54,18	52,72	55,26	4,27%	9,30%
Ärztlicher Dienst	14,6	14,81	15,07	14,96	15,38	15,11	15,68	15,26	16,00	4,27%	9,30%
Pflegedienst	7,0	7,12	7,25	7,20	7,40	7,27	7,54	7,34	7,70	4,27%	9,30%
Med.- techn. Dienst	6,3	6,40	6,51	6,46	6,64	6,53	6,78	6,59	6,91	4,27%	9,30%
Funktionsdienst	13,4	13,60	13,84	13,74	14,12	13,87	14,40	14,01	14,69	4,27%	9,30%
Wirtschaftsdienst	2,6	2,64	2,69	2,67	2,74	2,70	2,80	2,72	2,85	4,27%	9,30%
Verwaltungsdienst	5,4	5,51	5,61	5,56	5,72	5,62	5,83	5,67	5,95	4,27%	9,30%
Sonst. Personalaufwand	1,1	1,08	1,10	1,09	1,12	1,10	1,14	1,11	1,17	4,27%	9,30%
Soziale Abgaben	9,2	9,28	9,45	9,38	9,64	9,47	9,83	9,57	10,03	4,27%	9,30%
Ges soz ärzt Dienst	2,2	2,20	2,24	2,22	2,28	2,24	2,33	2,27	2,37	4,27%	9,30%
Ges soz Pflegedienst	1,3	1,36	1,39	1,38	1,41	1,39	1,44	1,40	1,47	4,27%	9,30%
Ges soz med-techn. Dienst	1,3	1,30	1,32	1,31	1,35	1,32	1,37	1,34	1,40	4,27%	9,30%
Ges soz Funktdienst	2,5	2,51	2,56	2,54	2,61	2,57	2,66	2,59	2,72	4,27%	9,30%
Ges soz Wirtsch. u. Versorgungsdienst	0,5	0,52	0,53	0,53	0,54	0,53	0,55	0,54	0,56	4,27%	9,30%
Ges soz Verwaltungsdienst	0,8	0,82	0,83	0,82	0,85	0,83	0,86	0,84	0,88	4,27%	9,30%
Sonst. ges. soz Abgaben	0,6	0,58	0,59	0,58	0,60	0,59	0,61	0,59	0,62	4,27%	9,30%
Materialaufwand	30,6	30,93	31,37	31,48	32,18	32,04	33,02	32,60	33,89	6,51%	10,71%
Aufwend. für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	9,6	9,78	9,97	10,01	10,35	10,25	10,75	10,49	11,18	9,17%	16,35%
Lebensmittel	2,0	2,00	2,02	2,03	2,06	2,06	2,10	2,09	2,14	5,30%	8,14%
Arzneien, Heilmittel	1,0	1,03	1,04	1,05	1,06	1,06	1,09	1,08	1,11	5,30%	8,14%
Therapiebedarf	0,2	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,26	0,26	0,26	5,30%	8,14%
Wasser, Abwasser	1,2	1,18	1,19	1,20	1,22	1,21	1,24	1,23	1,27	5,30%	8,14%
Strom	1,5	1,57	1,62	1,62	1,72	1,67	1,82	1,72	1,93	12,55%	26,25%
Brennstoffe	2,2	2,32	2,39	2,41	2,56	2,51	2,73	2,61	2,93	16,99%	31,08%
Sonstiger Bedarf	1,4	1,44	1,45	1,46	1,48	1,48	1,51	1,50	1,54	5,30%	8,14%
Aufwendungen für bez. Leistungen	11,6	11,72	11,86	11,89	12,10	12,07	12,34	12,25	12,58	5,30%	8,14%
Abschr. auf Sachanlagen u. Instandhaltung	9,4	9,43	9,54	9,57	9,73	9,72	9,93	9,86	10,13	5,30%	8,14%
Sonstige betriebliche Aufwendungen	9,7	9,72	9,84	9,87	10,04	10,02	10,24	10,17	10,44	5,30%	8,14%
Summe	100	101,11	102,73	102,40	104,97	103,72	107,27	105,05	109,62	-	-
Kumulierte Steigerung gegenüber 2009		1,1%	2,7%	2,4%	5,0%	3,7%	7,3%	5,1%	9,6%	-	-
Steigerung pro Jahr		1,1%	2,7%	1,3%	2,2%	1,3%	2,3%	1,3%	2,4%	-	-

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

Aus den kumulierten Werten der jeweils minimalen und maximalen Veränderungsrate entsteht ein Prognosekorridor, innerhalb dessen Grenzen sich die zukünftigen Kostensteigerungen mit hoher Wahrscheinlichkeit bewegen werden. In der Abbildung 9 ist der errechnete Prognosekorridor für den Zeitraum 2010 bis 2013 dargestellt.

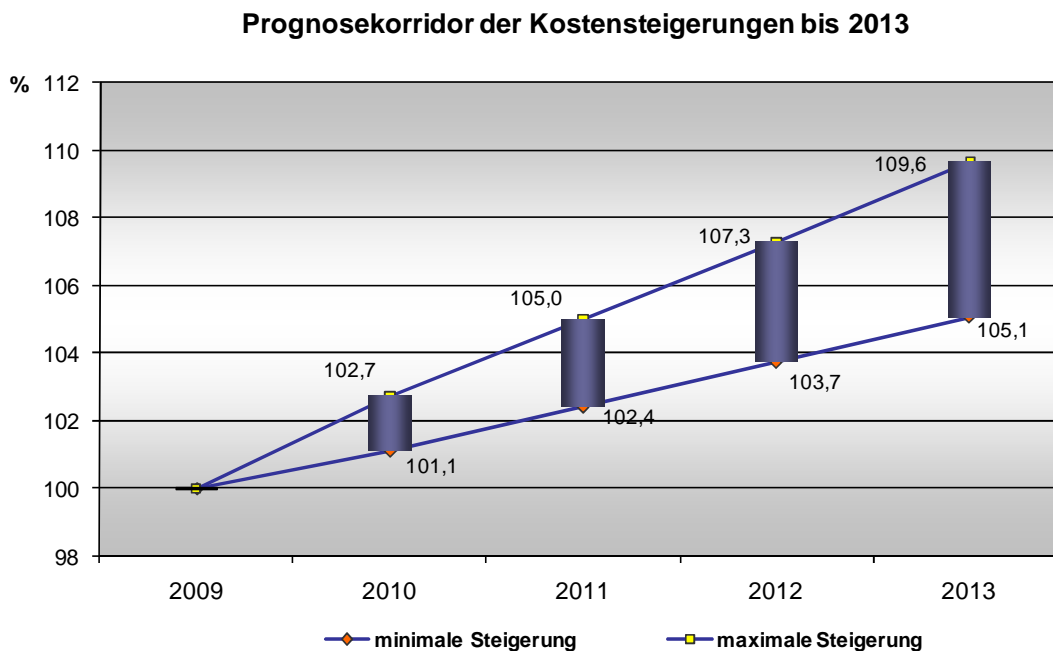


Abbildung 9: Prognosekorridor der kumulierten Kostensteigerungen bis 2013.
 (Anmerkung: minimale Steigerungsraten nur unter der Voraussetzung, dass in der Vergangenheit deutliche Personalkostensteigerungen realisiert wurden; siehe Annahmen)

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 2010 Kostensteigerungen zwischen 1,1 und 2,7 % je nach Szenario. Es erfolgt eine kontinuierliche Steigerung im Betrachtungszeitraum. Die Steigerungsraten für den Prognosezeitraum ab 2011 basieren ausschließlich auf den zukünftig zu erwartenden allgemeinen Lohn- und Gehaltssteigerungen sowie Preissteigerungsraten. Andere mögliche Effekte können zum heutigen Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden. Wie bereits erläutert, sind die Annahmen in allen dargestellten Szenarien sehr konservativ und stellen nur eine Mindestforderung an zukünftige Vergütungssatzsteigerungen dar.

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.

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 bis 2013 zeigt im Vergleich zu 2009 Steigerungsraten von rd. 5,1 bis rd. 9,6 %. Somit werden allein die Auswirkungen der externen Einflussfaktoren, die selbst durch mögliche Kostenoptimierungsmaßnahmen nicht neutralisiert werden können, zu weiteren Kostensteigerungen in den Rehabilitationseinrichtungen führen. Natürlich muss in diesem Zusammenhang immer berücksichtigt werden, inwieweit die zum Teil erheblichen Kostensteigerungen der vergangenen Jahre durch entsprechende Vergütungssatzsteigerungen berücksichtigt wurden. Sollten hier signifikante Differenzen bestehen, müssen diese ausgeglichen werden, um rehabilitative Strukturen für die Zukunft zu erhalten. Vergleichende Analysen zeigen, dass durchschnittliche Kostensteigerungen in den vergangenen drei Jahren rd. 3,65% betragen. Rehabilitationskliniken, die nicht diese Steigerungsraten verhandeln konnten, befinden sich in einer Unterfinanzierung, die es dringend zu kompensieren gilt.

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 weiterhin eine höhere Transparenz angestrebt werden. Dies betrifft insbesondere die Finanzierung der Leistungserbringung. Diese Forderung kann nur jährlich wiederholt werden. Es bleibt ein aktuelles Thema.

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, einen fairen Wettbewerb 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 weiterhin in allen wichtigen Bereichen mit Kostensteigerungen rechnen müssen. Diesen Kostensteigerungen müssen die künftigen Vergütungssätze zumindest entsprechen, wobei die Zinsaufwendungen noch nicht berücksichtigt sind. Dabei sei wiederholt angemerkt, dass aufgrund der bestehenden Unsicherheiten in fast allen relevanten Bereichen das Gutachten nur die absolut konservativen Einschätzungen beziffert hat. Auch die verstärkt notwendigen Investitionen, die die Zukunftsfähigkeit der Einrichtungen sichern, müssen einrichtungsindividuell und zusätzlich in die Vergütungssatzkalkulation einfließen.

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

Jährliche Vergütungssatzsteigerung in %			
Jahr	Min	Max	Durchschnitt
2010	1,11%	2,73%	1,92%
2011	1,30%	2,24%	1,77%
2012	1,32%	2,30%	1,81%
2013	1,34%	2,35%	1,85%

Tabelle 11: Empfohlene Mindeststeigerungsraten zukünftiger Vergütungssätze.

(Anmerkung: minimale Steigerungsraten nur unter der Voraussetzung, dass in der Vergangenheit deutliche Personalkostensteigerungen realisiert wurden; siehe Annahmen)

Die empfohlenen Steigerungsraten der Vergütungssätze basieren – wie bereits in den Jahren zuvor – auf konservativen Schätzungen. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass die Ergebnisse des aktuellen Gutachtens in einer wirtschaftlich sehr turbulenten Zeit kalkuliert wurden, die mit extrem vielen Unsicherheiten bezüglich der zukünftigen Preisentwicklungen, der Entwicklungen der Personalkosten sowie Sozialausgaben einhergehen. Die hier durchgeführten Prognosen sind sehr konservativ. Diese Umstände sollten bei den Verhandlungen von beiden Parteien ausreichend berücksichtigt werden. Angesicht der aktuellen Unsicherheiten sollte es im Interesse der Rehabilitationsträger sein, eine gewisse Flexibilität in der Finanzierung zu ermöglichen. Dafür ist ein transparentes Vorgehen von beiden Seiten notwendig. Die dargestellten Vergütungssatzsteigerungen der Jahre 2010 bis 2013 bilden daher tendenziell eine Untergrenze.

Weiterhin konnte dargestellt werden, dass Rehabilitationskliniken beim Vergleich der tatsächlichen Kostensteigerungen und der prognostizierten und realisierten Vergütungssatzhöhen allein in der Betrachtung der letzten drei Jahre unterfinanziert wurden (siehe Kapitel 3.1.1 und 3.12). Es wird seitens der Gutachter daher empfohlen, dass Kliniken, die in den letzten drei Jahren Vergütungssatzsteigerungen unter der durchschnittlichen Kostenanhebung von 3,65% realisiert haben, im Jahr 2010 mindestens die Steigerungsrate von 3,65 % verhandeln. Dies ist insbesondere angesichts der immer schwieriger werdenden Situation auf dem Fachkräftemarkt eine notwendige Maßnahme zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit.

Für die Verhandlungsgespräche kann – wie bereits in den vorangegangenen Gutachten – eine gegenseitige Offenlegung der Kalkulationsgrundlagen empfohlen werden, um für alle Seiten konstruktive Verhandlungen zu ermöglichen.