

Baldauf, Sabine; Vitols, Katrin

## Working Paper

Branchenanalyse medizinische Rehabilitation: Wirtschaftliche Perspektiven, Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen

Working Paper Forschungsförderung, No. 160

## Provided in Cooperation with:

The Hans Böckler Foundation

*Suggested Citation:* Baldauf, Sabine; Vitols, Katrin (2019) : Branchenanalyse medizinische Rehabilitation: Wirtschaftliche Perspektiven, Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, Working Paper Forschungsförderung, No. 160, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf,  
<https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-2020011411310632150311>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/216080>

### Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

### Terms of use:

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>

# WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

---

Nummer 160, Oktober 2019

## Branchenanalyse medizinische Rehabilitation

Wirtschaftliche Perspektiven,  
Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen in  
medizinischen Rehabilitationseinrichtungen

Sabine Baldauf und Katrin Vitols

---

## Die Autorinnen:

**Sabine Baldauf** ist Diplom-Ökonomin und war bis Juli 2019 Senior Consultant bei der Unternehmensberatung wmp consult – Wilke Maack GmbH. Ihre Arbeitsschwerpunkte waren Beratung von betrieblichen Interessenvertretungen, Personal- und Organisationsentwicklung.

**Katrin Vitols**, Dr. sc. pol, ist Politologin und Senior Consultant bei der Unternehmensberatung wmp consult – Wilke Maack GmbH. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen Arbeitsmarkt- und Beschäftigungssysteme, industrielle Beziehungen, Corporate Social Responsibility/Nachhaltigkeit und Corporate Governance.

© 2019 by Hans-Böckler-Stiftung  
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf  
[www.boeckler.de](http://www.boeckler.de)



„Branchenanalyse medizinische Rehabilitation“ von Sabine Baldauf und Katrin Vitols ist lizenziert unter

### **Creative Commons Attribution 4.0 (BY).**

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell. (Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

**ISSN 2509-2359**

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	7
1. Einleitung .....	12
1.1 Zum Begriff der medizinischen Rehabilitation .....	14
1.2 Die Trägerlandschaft in der Rehabilitationsbranche und ihre gesetzlichen Grundlagen .....	16
1.3 Politische Rahmensetzungen und entscheidende Gesetzgebungen .....	18
1.4 Methodik der Untersuchung .....	21
2. Der Rehabilitationsmarkt in Deutschland.....	25
2.1. Struktur und Entwicklung der Rehabilitationseinrichtungen .....	25
2.2 Rehabilitanden und die Nachfrage nach medizinischer Rehabilitation.....	29
2.3 Die Finanzierung der Rehabilitation .....	36
2.4 Qualitäts- und Strukturvorgaben für die medizinische Rehabilitation.....	42
2.5 Die Geschäftsstrategien von Rehabilitationseinrichtungen.....	46
3. Arbeit und Beschäftigung in der Rehabilitationseinrichtungen .....	54
3.1 Beschäftigungsstruktur und Entwicklung der Beschäftigung .....	54
3.2. Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in Rehabilitationseinrichtungen.....	59
3.3 Fazit: Wachsende Belastungen und Arbeitsverdichtung .....	83
4. Trends der Digitalisierung in Rehabilitationseinrichtungen und Auswirkungen auf die Beschäftigten.....	87
4.1 Auswirkungen der Digitalisierung auf die Beschäftigten .....	97
4.2 Fazit: Einschätzung von Digitalisierungsprozessen in Rehabilitationseinrichtungen.....	105
5. Ergebnisse und Ausblick .....	107
Thesen zur künftigen Ausgestaltung der Rehabilitationsbranche ...	109
Literaturliste.....	114

# Abbildungen

Abbildung 1: Verteilung der befragten Rehabilitationseinrichtungen nach Trägerschaft (n=230).....	22
Abbildung 2: Angebotsform der Rehabilitationsleistungen der befragten Rehabilitationseinrichtungen (in %).....	23
Abbildung 3: Die drei größten Fachabteilungen der befragten Rehabilitationseinrichtungen (nach Anzahl der Betten).....	24
Abbildung 4: Beschäftigte in den befragten Rehabilitationseinrichtungen (Angabe in Köpfen, inklusive Auszubildende und Befristete, ohne geringfügig Beschäftigte, in %, n=236).....	24
Abbildung 5: Verteilung der Einrichtungen und Betten nach Trägerschaft (in %), 2017 .....	26
Abbildung 6: Anzahl der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Trägerschaft, Entwicklung 2007–2017.....	27
Abbildung 8: Entwicklung der Fallzahlen in verschiedenen Fachbereichen, 2007 und 2017 .....	31
Abbildung 9: Alter von Patienten/innen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Einrichtungen mit mehr als 100 Betten, in %), 2017 .....	34
Abbildung 10: Gesundheitsausgaben für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, 2007–2017, Angaben in Millionen Euro.....	37
Abbildung 11: Kostenübernahme nach Ausgabenträger (in %), 2017 .....	38
Abbildung 12: Entwicklung des Umsatzes in Rehabilitationseinrichtungen (n=234).....	46
Abbildung 13: Bedeutende Faktoren für die Geschäftsstrategie .....	50
Abbildung 14: Beschäftigungsentwicklung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in Vollkräften, 2007–2017 .....	55
Abbildung 15: Beschäftigungsentwicklung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in Köpfen, 2007–2017 .....	56
Abbildung 16: Zusammensetzung des nichtärztlichen Personals, 2017 .....	57

Abbildung 17: Altersstruktur der Beschäftigten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (in %), 2017 .....	58
Abbildung 18: Verbreitung von Tarifverträgen (in %) .....	60
Abbildung 19: Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im ärztlichen Dienst (in %) .....	62
Abbildung 20: Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im Pflegedienst (in %).....	66
Abbildung 21: Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen von Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen (in %) .....	72
Abbildung 22: Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen bei Psychotherapeuten/innen (in %) .....	76
Abbildung 23: Auslagerungen von Einheiten des Servicebereichs in den letzten zehn Jahren (Angaben in %, Mehrfachnennungen möglich).....	80
Abbildung 24: Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im Servicebereich (in %).....	81
Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen.....	81
Abbildung 25: Digitalisierung im Hinblick auf die digitale Organisation (in %) .....	89
Abbildung 26: Digitalisierung in Hinblick auf die digitale Kommunikation (in %).....	91
Abbildung 27: Digitalisierung in Hinblick auf den Einsatz digitaler Technologie am Rehabilitanden.....	93
Abbildung 28: Digitalisierung in Hinblick auf den Einsatz digitaler Technologien bei den Beschäftigten .....	96
Abbildung 29: Auswirkungen der Digitalisierung auf Beschäftigte im Pflegebereich.....	98
Abbildung 30: Auswirkungen der Digitalisierung auf Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen .....	101
Abbildung 31: Auswirkungen der Digitalisierung auf Psychotherapeuten/innen .....	103
Abbildung 32: Auswirkungen der Digitalisierung auf Beschäftigte im Servicebereich .....	105

## Abkürzungen

BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BDPK	Bundesverband deutscher Privatkliniken e. V.
DEGEMED	Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation e. V.
DRG	diagnosebezogene Fallgruppen (Diagnosis Related Groups)
DRV	Deutsche Rentenversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherungen
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
KIS	Klinik-Informationssystem
TVöD	Tarifvertrag öffentlicher Dienst

# Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels einer von steigendem Leistungsdruck geprägten Gesellschaft gewinnen Dienstleistungen von Rehabilitationseinrichtungen zunehmend an Bedeutung. Trotz der hohen Nachfrage stehen die Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland unter einem starken Anpassungs- und Veränderungsdruck, der auch die in ihnen tätigen Beschäftigten betrifft. Die Branchenstudie untersucht die komplexen Zusammenhänge, die auf den Rehabilitationsmarkt in Deutschland einwirken. Im Mittelpunkt der Analyse steht die Frage, wie sich verschiedene Veränderungen auf die Arbeit und Beschäftigung in den Rehabilitationseinrichtungen auswirken. Untersucht werden Branchenstruktur, wirtschaftliche Entwicklungen und Unternehmensstrategien, gesetzliche und soziale Rahmenbedingungen sowie Auswirkungen von Digitalisierungsprozessen. Die Untersuchung nutzt verschiedene empirische Untersuchungsmethoden und basiert neben einer Literaturanalyse und einer Auswertung von Daten des statistischen Bundesamtes auf Experteninterviews und einer breit angelegten Befragung von Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen. Im Folgenden sind die zentralen Aussagen der Studie zusammengefasst:

## **1. Fallzahlen in der Rehabilitation stabil, Teilzeitarbeit nimmt zu bei konstantem Beschäftigungsvolumen**

- Im Jahr 2017 wurden in Deutschland rund 1,9 Millionen Rehabilitanden in mehr als 1.000 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen betreut. In den letzten zehn Jahren hat die Zahl der Fälle nicht wesentlich zugenommen. Die Entwicklung der Fallzahlen lässt keinen Trend zur zunehmenden Nutzung von Rehabilitation erkennen.
- In der Branche gab es im Jahr 2017 123.000 Beschäftigte. Die Zahl der Mitarbeiter/innen ist in den letzten zehn Jahren spürbar angewachsen. Allerdings hat sich die Beschäftigtenzahl gemessen in Vollkräften in der Branche nicht verändert. Das Beschäftigungswachstum in der Branche beruht weitgehend auf einer steigenden Zahl von Teilzeitarbeitsplätzen.
- Die Mehrheit der Mitarbeiter/innen ist weiblich. Dies gilt im Pflegebereich, aber auch bei dem medizinischen Personal.

## **2. Gesetzliche Vorgaben bestimmen die ökonomische Handlungsfähigkeit von Rehabilitationseinrichtungen**

- Gesetzliche Regelungen und die Entscheidungen der Ausgabenträger zur Bewilligung von Rehabilitationsmaßnahmen sind die wesentlichen Einflussfaktoren für die Belegung und Vergütung von Rehabilitationseinrichtungen. Sie setzen den Rahmen für die Finanzierung der Rehabilitationseinrichtungen.
- Die Ausgaben für medizinische Rehabilitation sind in den letzten zehn Jahren um 26 Prozent gestiegen. Ihr Anteil an allen Gesundheitsausgaben in Deutschland hat sich dagegen nur wenig verändert.
- Aufgrund der höheren Zahl atypischer Beschäftigungsverhältnisse in Deutschland erzeugt die gesetzlich eingeführte Budgetgrenze mit Orientierung an den Bruttoentgelten ein absehbares Finanzierungsproblem. Die Bedarfsentwicklung steigt ohne eine gleichwertige Finanzierung der notwendigen Maßnahmen.
- Die Vergütungssätze für Rehabilitationsleistungen sind nicht einheitlich, sondern werden zwischen den Ausgabenträgern und Rehabilitationseinrichtungen einzelvertraglich ausgehandelt. Die Höhe der Vergütungssätze orientiert sich dabei nicht durchgängig an den tatsächlichen Kosten der Einrichtung oder der Qualität der Leistung. Vor allem große Rehabilitationseinrichtungen mit hohem Marktanteil und entsprechender Marktmacht können im Einzelfall höhere Vergütungssätze durchsetzen. Dies gilt auch für Rehabilitationseinrichtungen, die über Spezialkliniken oder Spezialisten/innen im ärztlichen Bereich verfügen und spezifische Anforderungen in Hinblick auf Ausstattungsmerkmale oder Therapien erfüllen können.
- Für Geschäftsführungen der Rehabilitationseinrichtungen sind die Qualitäts- und Strukturvorgaben der Ausgabenträger eine wichtige Orientierung. Allerdings ist die Erfüllung aller Strukturanforderungen nicht durchgängig Voraussetzung für eine Belegung durch die Träger. So kann z. B. von den quantitativen Anforderungen für die Personalbemessung abgewichen werden, da diese nicht als „belegungsrelevant“ gelten.

## **3. Der Markt für Rehabilitation ist fragmentiert und Konzentrationsprozesse sind noch nicht abgeschlossen**

- Rehabilitationseinrichtungen werden in privater, freigemeinnütziger oder öffentlicher Trägerschaft geführt. Die meisten Betten und damit auch die größte Kapazität gibt es in private Rehabilitationseinrichtungen (65 Prozent aller Betten). Gerade bei den privaten Trägern ist in den letzten Jahren ein Rückgang der Anzahl der Einrichtungen um insgesamt acht Prozent zu verzeichnen. Vor allem bei kleineren, pri-

vaten Einrichtungen gibt es Konzentrationsprozesse. Sie werden von größeren Unternehmen übernommen.

- Bezogen auf die Profitabilität der Einrichtungen zeigt sich ein sehr heterogenes Bild. Auf dem Markt für Rehabilitation gibt es eine größere Zahl von Einrichtungen, die keine Gewinne bzw. sogar Verluste machen und dadurch wirtschaftlich in eine bedrohliche Situation kommen. Aber es gibt auch Einrichtungen, die ausreichende und sogar gute Gewinne erwirtschaften. Dies gilt in der Mehrzahl für Standorte, die zu größeren, privaten Anbietern gehören.
- Seit einigen Jahren sind internationale Finanzinvestoren in der Rehabilitationsbranche tätig. Besondere Aufmerksamkeit erhielt die Übernahme von Median. Die Übernahme durch internationale Finanzinvestoren wird z. T. mit einer Verschlechterung von Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen sowie einer Absenkung des Qualitätsstandards in den Einrichtungen in Verbindung gebracht.
- Die Wachstums- und Gewinnerorientierung der Reha-Einrichtungen – aber auch die schwierige Ertragslage einiger Häuser – führen dazu, dass Kostendruck, Einspar- und Rationalisierungsprogramme in vielen Rehabilitationskliniken zum Alltag gehören.
- Outsourcing von nicht direkt zum „Kerngeschäft“ gezählten Arbeitsbereichen wird genutzt, um Kosten zu sparen. Insbesondere sind hier die Beschäftigten im Servicebereich betroffen.

#### **4. Die Fallschwere der Rehabilitanden nimmt zu. Dies wirkt sich auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten aus**

- Das Versorgungsangebot von Rehabilitationseinrichtung hat sich verschoben, da sich auch Nachfrage und Rehabilitationsanforderungen verändern. Steigende Fallzahlen gibt es vor allem bei Psychotherapeutischer Medizin/Psychosomatik, Geriatrie und Neurologie.
- Eine verkürzte Verweildauer in Akutkrankenhäusern und Multimorbidität führen in der Rehabilitation zu gestiegenen Schweregraden der Erkrankungen unter den Rehabilitanden. Für die Beschäftigten gehen damit Veränderungen bei den beruflichen Tätigkeiten und den Anforderungen an ihre berufliche Qualifikation einher.
- Aufgrund eines steigenden Pflege- und Betreuungsbedarfs, dem kein Personalaufwuchs gegenübersteht, gibt es eine erkennbare Arbeitsverdichtung. Die Arbeitsintensität nimmt bei allen Beschäftigungsgruppen in Rehabilitationseinrichtungen zu.
- Die hohen körperlichen und emotionalen Arbeitsanforderungen vor allem in der Pflege und in der Therapie führen dazu, dass die Personalbemessung von den Beschäftigten nicht als angemessen eingeschätzt wird.

### **5. Der Kostendruck führt zu Druck auf die Vergütungsstrukturen, obwohl es einen zunehmenden Fachkräftemangel gibt**

- Der Posten der Personalkosten spielt in der personalintensiven Rehabilitationsbranche eine große Rolle. Der starke Kostendruck wirkt sich direkt auf die Vergütung der Beschäftigten aus. Nur sechs bis neun Prozent der Antwortenden unserer Befragung halten die Vergütung im Bereich Pflegedienst, Physiotherapie und Servicedienst für angemessen. In der Psychotherapie und dem ärztlichen Dienst ist die Zustimmung mit 23 bis 25 Prozent ebenfalls gering.
- Ein zunehmender Fachkräftemangel ist in fast allen untersuchten Berufsgruppen feststellbar. Verschärfend zeigen die Ergebnisse der Umfrage, dass es eine Abwanderung von Fachkräften aus Rehabilitationseinrichtungen in andere medizinische Arbeitsbereiche gibt.
- Die Abwanderung wird verstärkt durch fehlende Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierechancen in Rehabilitationseinrichtungen.

### **6. Die Digitalisierung hat auch in Rehabilitationseinrichtungen begonnen: die Beschäftigten befürchten negative Auswirkungen**

- Digitale Informations- und Kommunikationstechnologien und darauf beruhende Anwendungen werden heute schon Schritt für Schritt in Rehabilitationseinrichtungen eingesetzt. Vor allem Organisationsprozesse werden digitalisiert. Die Anwendungsbeispiele reichen von der elektronischen Patientenakte über die Selbsterfassung von Gesundheitsdaten per App bis zum Einsatz von therapieunterstützenden Technologien in der Rehabilitation. Größere direkte Beschäftigungseffekte sind dabei bisher nicht erkennbar, da ein flächendeckender Einsatz solcher Technologien noch nicht umgesetzt ist.
- Die Beschäftigten sehen vor allem die Risiken einer umfassenden Digitalisierung. Positive Effekte wie eine Arbeitsentlastung und Unterstützung für die Beschäftigten werden kaum gesehen. Stattdessen werden eine Zunahme der Arbeitsanforderungen, die Entwertung von Erfahrungswissen und eine Einengung der Arbeitsautonomie befürchtet.
- Ein Ausweg aus dem Fachkräftemangel wird die Digitalisierung im Rehabilitationsbereich nach allgemeiner Einschätzung nicht sein. Substitutionseffekte bei Pflege und Therapietätigkeiten durch den Einsatz von Technik sind kurzfristig nicht zu erwarten.

## **7. Die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation wächst**

- Der demographische Wandel und der zunehmenden Mangel an Arbeitskräften führt zu einem steigenden Rehabilitationsbedarf auch älterer Bevölkerungsgruppen.
- Mit der Zunahme von Rehabilitanden in hohem Alter wird dem Konzept „Reha vor Pflege“ mehr Bedeutung zukommen. Dies wird zu neuen Anforderungen an die soziale Pflegeversicherung führen.
- Die Angebotsformen von Rehabilitation werden sich weiter ausdiversifizieren. Die Relevanz von Präventionsleistungen wird steigen. Die vertikale Integration durch neue Formen der Zusammenarbeit mit Akutkrankenhäusern wird für die Geschäftsstrategien in Rehabilitationseinrichtungen zunehmend an Bedeutung gewinnen.
- Aus Sicht der Gesamtbranche brauchen die Rehabilitationseinrichtungen insgesamt für eine Zukunftssicherung eine auskömmliche Finanzierung. Kostensenkungspotenziale, insbesondere beim Personal, sind weitgehend ausgeschöpft. Es bedarf einer besseren Finanzierung der Rehabilitationsleistungen, um für die Branche die Grundlagen für bessere Arbeitsbedingungen und angemessene Bezahlung abzusichern.

# 1. Einleitung

Die medizinische Rehabilitation ist eine wichtige Säule des Gesundheitswesens in Deutschland. Medizinische Rehabilitation schließt alle Maßnahmen ein, die darauf ausgerichtet sind, eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung zu beseitigen. Mehr als 1,9 Millionen Menschen wurden im Jahr 2017 in über 1.000 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland behandelt.

Der Rehabilitationssektor weist eine Reihe von branchenspezifischen Besonderheiten auf. Die Entwicklung ist im hohen Maße von externen Einflussfaktoren bestimmen. Hierzu gehören gesetzliche Regelungen, die vor allem Finanzierungs- und Leistungsaspekte festlegen, und der Einfluss der Kostenträger von Rehabilitationsleistungen (sog. Ausgabenträger). Die Ausgabenträger der Rehabilitation bestimmen über die Bewilligung von Rehabilitationsmaßnahmen, die Belegung sowie Vergütung von Rehabilitationseinrichtungen. Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor sind Veränderungen in der Gruppe der Rehabilitanden, insbesondere spielt die Veränderung der Schwere der einzelnen Fälle eine Rolle, die durch Multimorbidität und eine verkürzte Verweildauer in Akutkrankenhäusern hervorgerufen wird.

Diese Faktoren wirken sich unmittelbar auf die betriebswirtschaftlichen Entscheidungsprozesse in den Rehabilitationseinrichtungen aus. Sie beeinflussen Struktur der Angebote und der Nachfrage, aber auch die Auslastung einzelner Einrichtungen. Zwischen den verschiedenen Anbietern von Leistungen gibt es einen starken Wettbewerb, der in der Konsequenz auch zu Unterfinanzierung von Einrichtungen führen kann. In dem personalintensiven Sektor determinieren diese Rahmenbedingungen auch die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen der rund 123.000 Beschäftigten. Insbesondere der Kostendruck, der in Teilen auch auf die deutlich gestiegene Wachstums- und Gewinnerorientierung einer Reihe von Rehabilitationseinrichtungen zurückzuführen ist, wirkt sich negativ auf Vergütung, Arbeitsintensität und Arbeitsverdichtung aus. In den letzten Jahren wird zusätzlich ein Fachkräftemangel bei verschiedenen in Rehabilitationskliniken tätigen Berufsgruppen spürbar und neue technische Möglichkeiten (Digitalisierungstrends) verändern die Tätigkeiten von Mitarbeiter/innen.

Die vorliegende Branchenstudie untersucht die komplexen Zusammenhänge, die auf den Rehabilitationsmarkt in Deutschland einwirken. Sie analysiert die Rahmenbedingungen und Entwicklungstrends unter Einbezug der verschiedenen wirtschaftlichen, gesetzlichen, technologischen und sozialen Veränderungen. Im Mittelpunkt der Analyse steht die

Frage, wie sich die Veränderungen auf die Beschäftigten in den Rehabilitationseinrichtungen auswirken. Hierfür werden Branchenstruktur, wirtschaftliche Entwicklungen, Markttrends und Geschäftsstrategien untersucht und die qualitativen und quantitativen Auswirkungen auf die Entwicklung der Beschäftigten und ihren Arbeitsbedingungen erfasst. Eine besondere Rolle spielt in der Untersuchung auch die Auswirkung von Digitalisierungstrends auf die Branche, auf Arbeitsprozesse sowie auf die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen. Ziel der Untersuchung ist es, die heutigen und zukünftigen Einflussfaktoren zu bestimmen, die die Arbeit in Rehabilitationseinrichtungen prägen. Angesichts der immer deutlicher werdenden Personalengpässe in verschiedenen Berufen des Gesundheitswesens insbesondere in der Pflege werden gerade auch auf dem Rehabilitationsmarkt attraktive Arbeitsbedingungen ein wichtiger Wettbewerbsfaktor sein.

Der folgende Bericht ist in mehrere Teile gegliedert. In Kapitel 1 wird zunächst ein Überblick der gesetzlichen Rahmenbedingungen und wichtigsten Einflussfaktoren für den Rehabilitationsbereich gegeben. In Kapitel 2 wird die wirtschaftliche Entwicklung des Rehabilitationsmarktes in Deutschland beschrieben. Hierfür werden Branchenstruktur, Unternehmensstrategien und Markttrends analysiert. Die Analyse setzt sich u. a. mit der Finanzierung von Rehabilitationsleistungen, der Rolle und dem Einfluss von Qualitäts- und Strukturvorgaben sowie Veränderungen auf der Nachfrageseite von Rehabilitationsmaßnahmen auseinander. Das Kapitel 3 untersucht hieran anknüpfend die Arbeit und Beschäftigung in Rehabilitationseinrichtungen. Neben der Entwicklung der Beschäftigung werden Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen für die Bereiche ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Physiotherapeuten/innen, Psychotherapeuten/innen und Servicebereich untersucht. Kapitel 4 präsentiert eine Analyse zur Digitalisierung von Arbeit und Wertschöpfungsprozessen. Hier werden insbesondere die Auswirkungen der Digitalisierung auf Arbeitsprozesse und Arbeitsbedingungen festgehalten.

Im Kapitel 5 wird ein zusammenfassendes Fazit über die Entwicklung von Arbeit und Beschäftigung in Rehabilitationseinrichtungen im Zusammenhang mit den verschiedenen Veränderungsprozessen gegeben. Das Kapitel geht außerdem auf Prognosen zu zukünftigen Trends auf dem Rehabilitationsmarkt ein.

## 1.1 Zum Begriff der medizinischen Rehabilitation

Der Begriff der Rehabilitation umfasst verschiedene Rehabilitationsformen. Rehabilitation kann in medizinischen, beruflichen, rechtlichen, pädagogischen und sozialen Bereichen stattfinden. Gegenstand der vorliegenden Branchenstudie ist die medizinische Rehabilitation. Die medizinische Rehabilitation versucht Folgen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung zu beseitigen, abzumildern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Die leitenden Prinzipien der Rehabilitation sind (Augurky/Reichert/Scheuer 2011, S. 13):

- die Überwindung der Folgen von Krankheit und/oder Behinderung,
- die Verhinderung des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben,
- die Verhinderung des vorzeitigen Eintretens von Pflegebedürftigkeit und
- die Vermeidung oder Minderung des vorzeitigen Bezuges von Sozialleistungen.

Das Ziel der medizinischen Rehabilitation ist eine dauerhafte Teilnahme am Erwerbsleben oder am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere ärztliche und pflegerische Behandlungen. Das gesamte Leistungsspektrum der medizinischen Rehabilitation ist im § 26 des SGB IX definiert, hierunter fallen z. B. Physio- und Ergotherapien, Logopädie und psychologische und psychotherapeutische Therapien. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen unmittelbar im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt (sog. akutstationäre Behandlung) werden als Anschlussrehabilitation bezeichnet. Die Maßnahmen müssen meistens innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus einem Krankenhaus eingeleitet werden.

Die medizinische Rehabilitation kann stationär, ambulant, teilstationär oder mobil erfolgen. Eine stationäre Rehabilitation findet statt, wenn der/die Patient/in zeitlich ununterbrochen – mindestens aber einen Tag und eine Nacht – in der Rehabilitationseinrichtung untergebracht ist. Bei der ambulanten Rehabilitation geht der/die Patient/in hingegen nur zu den Therapiezeiten in eine meist wohnortnahe Einrichtung und kann z. B. neben der Behandlung weiterhin eine berufliche Tätigkeit ausüben. Eine Mischung aus stationärer und ambulanter Rehabilitation ist die teilstationäre Rehabilitation. Sie ähnelt vom Umfang her der stationären Rehabilitation, jedoch wird der Rehabilitierende nicht in der Rehabilitationseinrichtung untergebracht. Die mobile Rehabilitation findet häufig im

gewohnten Wohnumfeld der Rehabilitanden statt. Voraussetzungen für eine mobile Rehabilitation sind z. B. dass Seh- oder Hörfunktionen oder mentale Funktionen (z. B. bei Demenz) beim Rehabilitanden eingeschränkt sind. Angebote für mobile Rehabilitation stehen in Deutschland noch nicht flächendeckend zur Verfügung.

Zahlreiche soziale und medizinische Untersuchungen belegen die Wirksamkeit und positive Effekte der medizinischen Rehabilitation (Barkes/Lenk/Schian 2010; Deutsche Rentenversicherung Bund 2018; Friedrich-Ebert-Stiftung 2015; SVR Gesundheit 2014, S. 303–310). Die Bewertung von Effekten in den Studien basiert größtenteils auf der subjektiven Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und der eigenen Leistungsfähigkeit. Neben den positiven Ergebnissen für die Betroffenen sind im gesamtwirtschaftlichen Zusammenhang volkswirtschaftliche Effekte von Rehabilitation messbar. Die bekannteste Studie zur Messung volkswirtschaftliche Effekte von Rehabilitationsleistungen wurde von der Prognos AG durchgeführt (Steiner et al. 2009). Anhand von verschiedenen makroökonomischen Modellen wird in der Studie aufgezeigt, dass im Jahr 2005 ein Verhältnis von eins zu fünf zwischen Mitteleinsatz und volkswirtschaftlichen Nettoeffekt in den fünf bedeutendsten Indikationsbereichen von Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV) bestand. Das heißt, jeder in die medizinische Rehabilitation investierte Euro hat demnach einen fünffachen positiven gesamtwirtschaftlichen Nutzen.

Im Rahmen einer Szenarienbildung zeigen die Autoren zudem, dass dieses Verhältnis zugunsten der volkswirtschaftlichen Nettoeffekte in Zukunft weiter steigen wird. Die positiven volkswirtschaftlichen Effekte ergeben sich vor allem aus der beruflichen Reintegration des Rehabilitanden und einer Verringerung von Krankheitstagen, Zusatzeinnahmen der Rentenversicherung durch aktive Beitragszahler/innen, Vermeidung von Zahlung von Erwerbsminderungsrenten, dem zusätzlich erwirtschafteten Bruttoeinkommen sowie entsprechende Steuerzahlungen. Auch andere Studien zu verschiedenen Teilbereichen der Rehabilitation belegen die positiven volkswirtschaftlichen Effekte (Borges und Zimolong 2010; Bundesverband Geriatrie e. V. 2010; Rische 2006). Etwa 85 Prozent aller Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter verbleiben wenigstens in den ersten zwei Jahren nach einer Rehabilitation im Erwerbsleben (Deutsche Rentenversicherung Bund 2014a).

## 1.2 Die Trägerlandschaft in der Rehabilitationsbranche und ihre gesetzlichen Grundlagen

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation gibt es in Deutschland ein ausdifferenziertes System von Rehabilitationsträgern und Zuständigkeiten. Die Ausgestaltung der Rehabilitation und die Struktur des Marktes sind in hohem Maße von Entscheidungen des Gesetzgebers abhängig. Die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind in verschiedenen Büchern des Sozialgesetzbuches (fortan SGB) aufgeführt. Die Sozialgesetzbücher beinhalten die Anforderungen an die Ausgabenträger und Einrichtungen von Rehabilitation sowie Ansprüche von Patienten/innen. Als Kernstück der gesetzlichen Regelungen zur medizinischen Rehabilitation wird im Allgemeinen das Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe) begriffen, da es Zielsetzung der Rehabilitation, Qualitätsstandard und Mitspracherechte der Rehabilitanden verankert (Augurzky/Reichert/Scheuer 2011, S. 27). SGB V und SGB VI enthalten Regelungen für die größten Ausgabenträger der Rehabilitation. Darüber hinaus gibt es noch einzelne Paragraphen in weiteren Büchern des SGB, die sich mit bestimmten Aspekten der Rehabilitation auseinandersetzen (I, VII, VIII, XI und XII).

Die Ausgabenträger unterscheiden sich auf Grundlage ihres gesetzlich vorgegebenen Rehabilitationsziels und den Leistungsvoraussetzungen (§ 14 SGB IX). Sie setzen sich zusammen aus:

- Deutsche Rentenversicherung (fortan DRV)<sup>1</sup>,
- Gesetzliche Krankenversicherungen (fortan GKV),
- Gesetzliche Unfallversicherung (fortan GUV) und
- Versorgungsverwaltung, Amt für Personalmanagement der Bundeswehr bzw. Kriegsopferversorgung und -fürsorge, Jugendhilfe- und Sozialhilfeträger.

Nach dem Prinzip der Risikoordnung hat der Gesetzgeber die Ausgaben für medizinische Rehabilitation demjenigen Ausgabenträger zugeordnet, der das finanzielle Risiko ihres Scheiterns trägt. Nach dem SGB VI ist die Aufgabe der DRV die Sicherung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu unterstützen, um eine frühzeitige Rentenzahlung zu vermeiden. Die DRV ist demnach in der Regel zuständig, wenn es um

---

1 Eigentlich Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) mit dem Bestandteil Landwirtschaftliche Alterskassen und Knappschaft-Bahn-See neben der DRV. Allerdings ist die DRV mit Abstand der größte Träger, so dass im Rahmen der Studie die Bezeichnung DRV genutzt wird.

die Abwendung einer Erwerbsunfähigkeit geht. Es gilt dabei das Prinzip „Reha vor Rente“.

Nach dem SGB V ist das Rehabilitationsziel der GKV dagegen die Erhaltung der Lebensqualität, um Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu verzögern oder eine bereits eingetretene Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu beseitigen. Die GKV ist damit häufig für Rehabilitationsleistungen an Kindern, Jugendlichen und nicht-berufstätigen Erwachsenen (vor allem Rentner/innen) zuständig. Es gilt das Prinzip „Reha vor Pflege“. Die soziale Pflegeversicherung gehört nicht zu den Trägern der Rehabilitation. Rehabilitationsleistungen, deren Erfolge vor allem der Pflegeversicherung zugutekommen, müssen von den GKV getragen werden.

Die vorliegende Untersuchung stützt sich hauptsächlich auf die Analyse der größten Ausgabenträger DRV und GKV. Neben der DRV und den GKV erbringen auch die GU und verschiedene Einheiten des öffentlichen Haushaltes Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Ihr Anteil am Leistungsgeschehen ist allerdings weitaus kleiner als der der DRV oder der GKV. Die GU ist nach SGB VII zuständig, wenn gesundheitliche und funktionelle Einschränkungen infolge von Berufskrankheiten oder eines Arbeits- oder Wegeunfalls auftreten. Die Zuständigkeit der verschiedenen Einheiten des öffentlichen Haushaltes ergeben sich größtenteils ebenfalls aus Bestimmungen des SGB. Die Zuständigkeiten der Träger der Jugendhilfe sind z. B. in SGB VIII und die der Sozialhilfe in SGB XII geregelt. Die Aufgaben der Versorgungsverwaltung ergeben sich auf Basis des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) und einer Reihe weiterer Gesetze, wie das Infektionsschutzgesetz (IfSG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Zivildienstgesetz (ZDG) und das Häftlingshilfegesetz (HHG).

Die Privaten Krankenversicherungen (PKV) und die Beihilfe (bei Beamten) zählen nicht zu den gesetzlichen Ausgabenträgern. Sie finanzieren Rehabilitation auf freiwilliger Vertragsbasis, solange kein gesetzlicher Träger leistungspflichtig ist.

Die sich überschneidenden Aufgaben und Zuständigkeiten bei den Ausgabenträgern haben in der Vergangenheit in Einzelfällen immer wieder zu Kompetenzstreitigkeiten zwischen den Trägern geführt (Friedrich-Ebert-Stiftung 2015). Nach SGB IX werden die Ausgabenträger deshalb zu einer verstärkten Zusammenarbeit verpflichtet. Sie sind gesetzlich aufgefordert, ihre Leistungen zu koordinieren und diese vollständig, umfassend und in gleicher Qualität zu erbringen, damit Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht notwendig werden. Außerdem sollen die Ausgabenträger zur besseren Zusammenarbeit gemeinsame Empfehlungen vereinbaren (vgl. § 26 SGB IX). Gemeinsame Empfehlungen

sind z. B. zu folgenden Themen entwickelt worden: „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation (VIK)“, „Qualitätssicherung“, „Teilhabeplan“ und „frühzeitige Bedarfserkennung“ (BAR 2010; vgl. auch Köpke/Richter/Welti 2018, S. 31).

Die DRV, die GKV, aber auch die GUV und das Müttergenesungswerk unterhalten eigene Rehabilitationseinrichtungen. Die Rehabilitationseinrichtungen lassen sich nach der Trägerstruktur unterscheiden in:

- öffentliche Rehabilitationseinrichtungen, die von den Sozialversicherungsträgern, vor allem der DRV, aber vereinzelt auch den GKV, unterhalten werden,
- freigemeinnützige Rehabilitationseinrichtungen, die von der kirchlichen und freien Wohlfahrtspflege, von Stiftungen oder Vereinen getragen werden, und
- private Rehabilitationseinrichtungen, die als gewerbliche Unternehmen tätig sind.

### **1.3 Politische Rahmensetzungen und entscheidende Gesetzgebungen**

Die Rehabilitationsbranche ist im großen Maße von politischen Vorgaben geprägt, die sich in gesetzlichen Vorgaben zu Rehabilitationsleistungen, Rehabilitationseinrichtungen und Trägern widerspiegeln. Dies trifft insbesondere auch auf den Bereich der Finanzierung und entsprechende Auflagen an die Träger zu.

Für die Rehabilitationsbranche besonders entscheidende Gesetze waren das im Jahr 1996 verabschiedete und seit 1997 in Kraft getretene Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) und das Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz – BeitrEntlG). Während sich das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) an den Ausgabenträger DRV richtet, adressiert das Beitragsentlastungsgesetz die GKV. Die Gesetze verfolgten das Ziel, die Zunahme der Ausgaben für Rehabilitation einzuschränken. Das bedeutet, sie sahen die Einschränkung der finanziellen Mittel und des Kreises der Leistungsberechtigten vor, die Verlängerung der Dauer des zeitlichen Abstandes zwischen zwei Rehabilitationsmaßnahmen (von damals drei auf nun vier Jahren), die generelle Verkürzung der Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen in vielen Indikationen und eine Erhöhung der Zuzahlung der Patienten/innen. Der nach Verabschiedung des Gesetzes eintretende Einbruch bei den Fallzahlen und der Bettenauslastung hatte dementsprechend starke Folgen für den Rehabilitationsmarkt.

Seit Inkrafttreten des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes stellt das Rehabilitationsbudget (sog. Reha-Deckel) die Obergrenze für die zulässigen jährlichen Ausgaben der DRV dar. Danach bemessen sich die Steigerungsraten dieses Budgets nach der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je durchschnittlich Beschäftigter/n in Deutschland. Eine Überschreitung des Budgets in einem Kalenderjahr führt automatisch zu entsprechenden Kürzungen im übernächsten Jahr (§ 220 SGB VI). Nach dem Beitragsentlastungsgesetz orientiert sich die Vergütung für Leistungen der Rehabilitation durch die GKV am Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V). Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität sieht vor, dass Veränderungen der jeweiligen Vergütung nicht höher ausfallen dürfen, als die sog. Grundlohnrate. Die Grundlohnrate entspricht, der auf der Grundlage der monatlichen Erhebungen der Krankenkassen und der vierteljährlichen Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds berechneten, durchschnittlichen Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen je Mitglied. So wird bei den GKV also ähnlich wie bei der DRV die Finanzierung von Rehabilitationsleistungen an die Entwicklung der Einnahmen geknüpft.

Mit dem seit dem 1. Juli 2014 gültigen Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungsgesetz) wurde der jährlichen Anpassung an die Lohnentwicklung der DRV eine Demografiekomponente hinzugefügt, die die Bevölkerungsentwicklung berücksichtigt. Für den Zeitraum 2014 bis 2017 wurde eine schrittweise Steigerung des Budgets festgesetzt (2014: 100 Millionen Euro, 2015 und 2016: 200 Millionen Euro und 2017: 250 Millionen Euro), die von 2018 bis 2040 wieder schrittweise zurückgefahren werden wird. Mit der Demografiekomponente sollten die zusätzlichen finanziellen Belastungen aufgefangen werden, die mit der Alterung der sog. Babyboomer-Generation antizipiert worden sind. Es wurde errechnet, dass die Babyboomer in dem entsprechenden Zeitraum in ein Alter gekommen sind, in dem Rehabilitationsleistungen häufiger notwendig werden (Robert-Koch-Institut 2015, S. 320).

Im Unterschied zu anderen Bereichen des Gesundheitswesens gibt es dagegen in der medizinischen Rehabilitation nur wenige zusätzliche Maßnahmen zur Strukturförderung. In den letzten zehn Jahren fallen neben dem „Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungsgesetz)“ hierunter (Borges/Zimolong 2016, S. 21):

- Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG). Durch das Gesetz vom 1. April 2007 wurde die medizinische Rehabilitation in den Katalog der Pflichtleistun-

gen der GKV aufgenommen sowie Landesschiedsstellen bei Nichteinigung in Vergütungsfragen zwischen Träger und Rehabilitationseinrichtung eingeführt (vgl. Kapitel 2.3).

- GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. Durch das Gesetz vom 16. Juli 2015 wurde das Wunsch- und Wahlrecht von Rehabilitanden in Hinblick auf die Auswahl der Rehabilitationseinrichtungen (§ 9 SGB IX) auch für die GKV durchgesetzt. Außerdem wurde die Möglichkeit von mobilen Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen nun im Gesetzeswortlaut explizit genannt.
- Pflegereform II. Die Reform soll seit 2016 den Grundsatz „Reha vor Pflege“ besser umsetzen (z. B. durch ein optimiertes Pflege-Begutachtungsverfahren des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), Abschaffung von bestimmten Qualifikationserfordernissen durch den/die verordnende/n Ärzt/in, Abschaffung des zweistufigen Verordnungsverfahrens).
- Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (sog. Flexirentengesetz). Das Gesetz vom 14. Dezember 2016 schreibt alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation inklusive der Kinderrehabilitation als Pflichtleistungen der DRV fest. Darüber hinaus wurde die Beschränkung des Budgets für Präventions-, Nachsorge- und Kinderrehabilitationsleistungen innerhalb des Rehabilitationsbudgets abgeschafft. Außerdem wurde eine nahtlose Verlegung vom qualifizierten Entzug (suchtpsychiatrische bzw. suchtmmedizinische Akutbehandlung) in die Rehabilitation vereinbart.

Zusätzlich wirken eine Reihe weiterer Gesetze auf die Rehabilitationsbranche ein, die ursprünglich nicht direkt an sie adressiert waren. Hierzu gehören Gesetze, die den Kreis der Anspruchsberechtigten betreffen (wie z. B. die Erhöhung des Rentenalters) oder Gesetze, die durch die Neuregelung anderer Organisationen im Gesundheitswesen Auswirkungen auf die Rehabilitationsbranche haben (z. B. Einführung des DRG-Systems bei Krankenhäusern, Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)).

Es gibt eine große Anzahl an Institutionen und Verbände im Bereich Rehabilitation, die versuchen auf die Politik und Gesetzgebung einzuwirken. Im sozialen Dialog engagieren sich ver.di auf Seiten der gewerkschaftlichen Arbeitnehmervertretung und die DEGEMED (Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation e. V.) für alle Rehabilitationseinrichtungen sowie der BDPK (Bundesverband deutscher Privatkliniken e. V.) speziell für private Rehabilitationseinrichtungen auf Arbeitgeberseite.

Im Rahmen der Selbstverwaltung ist die paritätisch besetzte BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) tätig, die sich darüber hinaus aus allen Trägern der medizinischen Rehabilitation zusammensetzt. Zu den Aufgaben der BAR gehören die Beobachtung der Zusammenarbeit der Ausgabenträger und die regelmäßige Auswertung und Bewertung dieser Zusammenarbeit (§ 39 SGB IX). Konkret fallen hierunter u. a. die Erhebung von Daten und die Auswertung des Rehabilitationsgeschehens in der medizinischen Rehabilitation, trägerübergreifende Fort- und Weiterbildungen, Erarbeitung von Qualitätskriterien und die Unterstützung zur (verstärkten) Einbindung von Selbsthilfe- und Selbstvertretungsorganisationen (Köpke/Richter/Welti 2018, S. 13–14).

Von politischer Bedeutung sind auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, die AG MedReha, der Deutsche Reha-Tag und verschiedene andere Verbände und Organisationen der Rehabilitationsbranche.

## 1.4 Methodik der Untersuchung

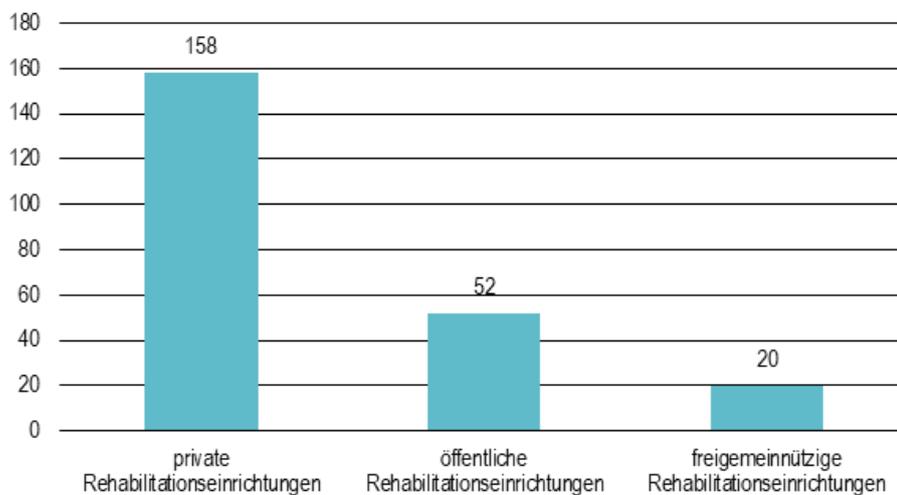
Die vorliegende Untersuchung nutzt verschiedene empirische Untersuchungsmethoden und basiert neben einer Literaturanalyse auf Experteninterviews und einer breit angelegten Befragung von Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen. Die qualitativen, semi-strukturierten Experteninterviews wurden mit gewerkschaftlichen Vertretern/innen von ver.di und dem DGB, sieben Arbeitnehmervertretern/innen aus Rehabilitationseinrichtungen, einem Mitglied der Geschäftsführung einer Rehabilitationseinrichtung sowie Vertretern/innen der Arbeitgeberverbände DEGEMED und BDPK zwischen Herbst 2018 und Frühjahr 2019 geführt. Zusätzlich wurden zwei Branchenseminare von ver.di als Diskussionsforen genutzt. Die Expertengespräche dienten dazu, neben allgemeinen Erkenntnissen zur Branchenentwicklung, Einschätzungen über die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen und die zentralen Problemlagen der Beschäftigten zu gewinnen.

Von Januar bis Mitte Februar 2019 wurde eine Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt, die mit 236 Teilnehmern/innen eine sehr gute Resonanz hatte. Die Schwerpunkte der Befragung lagen bei Struktur und wirtschaftlichen Entwicklung der Branche, Beschäftigung und Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen in verschiedenen Berufsgruppen (Ärzte/innen, Beschäftigte im Pflegedienst, Therapeut/innen und Beschäftigte im Servicebereich), An-

wendung von Tarifverträgen, Umsetzung und Auswirkung von Digitalisierung sowie Zukunft der Rehabilitation.<sup>2</sup>

Die Verteilung der Antwortenden nach der Trägerschaft ihrer Rehabilitationseinrichtung ist in Abbildung 1 dargestellt. Die Teilnehmer/innen der Befragung kommen überwiegend aus privaten Rehabilitationseinrichtungen (n=158), gefolgt von öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen (n=52) und freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtung (n=20).

Abbildung 1: Verteilung der befragten Rehabilitationseinrichtungen nach Trägerschaft (n=230)



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen

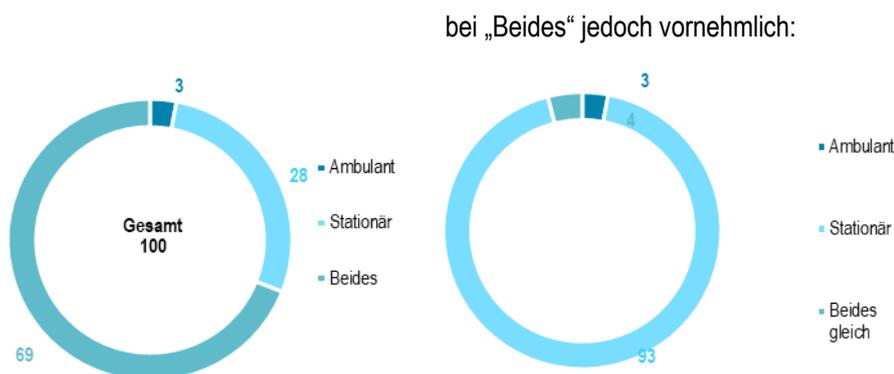
Damit ergibt sich im Vergleich zu den Angaben des Statistischen Bundesamtes für die Rehabilitationsbranche in Deutschland eine Verschiebung zugunsten privater und zuungunsten freigemeinnütziger Rehabilitationseinrichtungen in der Umfrage. Während in der Umfrage 69 Prozent der Antwortenden aus privaten Rehabilitationseinrichtungen stammen, macht ihr Anteil an allen Einrichtungen in der Branche nur 53 Prozent aus. Gleichzeitig beträgt der Anteil von freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen in der Umfrage nur neun Prozent, während er in der Branche insgesamt bei 27 Prozent liegt. Die öffentlichen Reha-

<sup>2</sup> Die Antworten der Umfrage unter Arbeitnehmervertretern/innen wurden mit Hilfe der Statistiksoftware SPSS und mit MS-Excel ausgewertet. Bei der Datenanalyse wurde zum weiteren Erkenntnisgewinn ein Filter für die Variable „Trägerschaft“ in ihren Ausprägungen private Rehabilitationseinrichtungen, freigemeinnützige Rehabilitationseinrichtungen und öffentliche Rehabilitationseinrichtungen eingesetzt.

bilitationseinrichtungen machen in der Umfrage einen Anteil von knapp 23 Prozent aus, während ihr Anteil nach Angaben des Statistischen Bundesamtes bei 20 Prozent liegt.

In Hinblick auf die Angebotsform der Rehabilitationsleistungen geben 28 Prozent der Antwortenden an, dass ihre Einrichtung ausschließlich stationäre Rehabilitationsmaßnahmen anbietet (vergleiche Abbildung 2). Drei Prozent der Antwortenden stammen aus ambulanten Rehabilitationseinrichtungen. 69 Prozent der befragten Arbeitnehmervertretungen geben an, dass ihre Einrichtung sowohl ambulant auch als stationär tätig ist. Davon konkretisierten jedoch 93 Prozent, dass es sich dabei vornehmlich um stationäre Angebote handelt, während drei Prozent vornehmlich ambulante Rehabilitation anbieten.

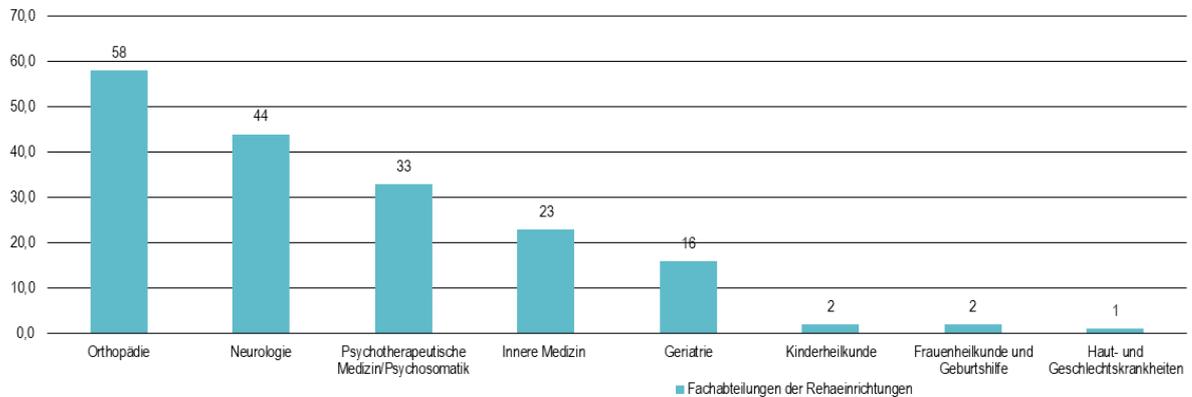
Abbildung 2: Angebotsform der Rehabilitationsleistungen der befragten Rehabilitationseinrichtungen (in %)



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen

In Hinblick auf die drei größten Fachabteilungen der befragten Rehabilitationseinrichtungen dominieren Orthopädie (n=138), Neurologie (n=105) und psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik (n=79), gefolgt von Innere Medizin (n=54) und Geriatrie (n=37) (vergleiche Abbildung 3). Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinderheilkunde sowie Haut- und Geschlechtskrankheiten sind selten Fachabteilungen in Rehabilitationseinrichtungen der Befragten.

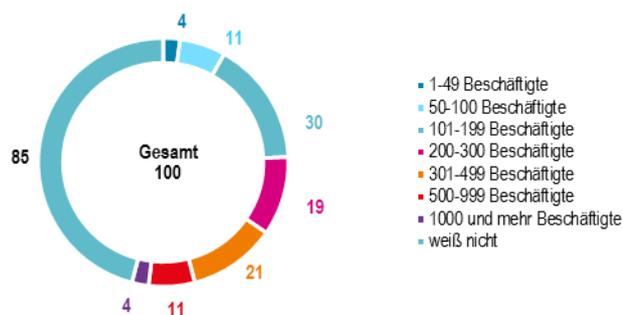
Abbildung 3: Die drei größten Fachabteilungen der befragten Rehabilitationseinrichtungen (nach Anzahl der Betten)



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen

Abbildung 4 zeigt die Beschäftigtenzahl in den befragten Rehabilitationseinrichtungen auf. Die Beschäftigtengrößenklassen sind heterogen besetzt. Jedoch dominieren kleinere Einrichtungen. So ergibt sich aus der Befragung der Arbeitnehmervertretungen, dass 84 Prozent der Einrichtungen unter 500 Beschäftigte haben. Nur drei Prozent der Einrichtungen verfügen über 1.000 und mehr Beschäftigte.

Abbildung 4: Beschäftigte in den befragten Rehabilitationseinrichtungen (Angabe in Köpfen, inklusive Auszubildende und Befristete, ohne geringfügig Beschäftigte, in %, n=236)



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen

Die Ergebnisse unserer Befragung werden in den folgenden Kapiteln an den entsprechenden Stellen vorgestellt.

## 2. Der Rehabilitationsmarkt in Deutschland

Der Rehabilitationsmarkt in Deutschland wird von einer Reihe verschiedener Faktoren beeinflusst. Veränderungen in der Nachfrage nach Rehabilitation, zunehmende Gewinnerorientierung, Kostenentwicklungen sowie Anforderungen aus Qualitäts- und Strukturvorgaben wirken auf die Rehabilitationseinrichtungen ein und bestimmen Geschäftsstrategien und unternehmerische Entscheidungen. Anders als in vielen anderen Branchen ist Wettbewerb und Wandel außerdem von gesetzlichen Einflussfaktoren geprägt. Dieses Kapitel erläutert die Struktur und wirtschaftliche Entwicklung von Rehabilitationseinrichtungen, die Anforderung, die sich aus der Gruppe der Rehabilitanden und der Nachfrage nach medizinischer Rehabilitation ergeben, sowie Herausforderung aus der Finanzierung der Rehabilitation und den Vorgaben der Ausgaben-träger. Außerdem werden die Geschäftsstrategien von Rehabilitationseinrichtungen untersucht.

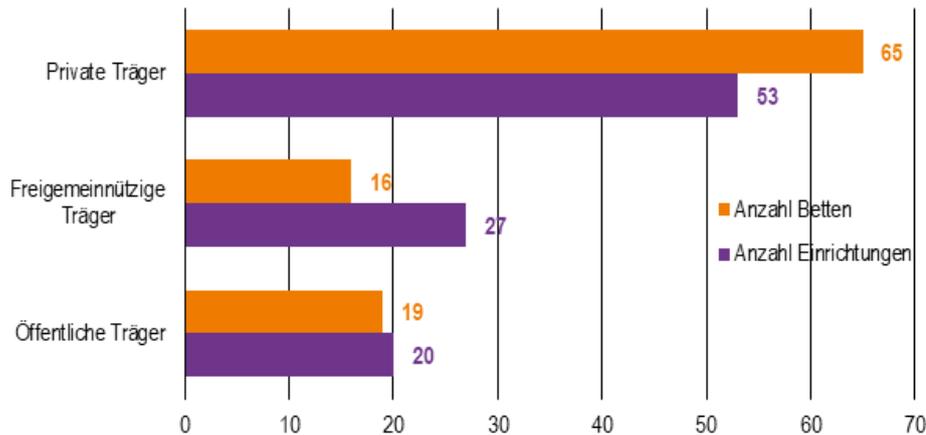
### 2.1. Struktur und Entwicklung der Rehabilitationseinrichtungen

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes gab es am Stichtag 31.12.2017 in Deutschland insgesamt 1.142 stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit einer Kapazität von 164.266 Betten (Statistisches Bundesamt 2018).<sup>3</sup> Die Verteilung der Einrichtungen und Betten nach Trägerschaft (vergleiche Abbildung 5) belegt, wie stark fragmentiert der Rehabilitationsmarkt in Deutschland ist: Mehr als die Hälfte (53 Prozent) aller Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen befinden sich in privater Trägerschaft. 27 Prozent des Bestandes entfallen auf Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft und 20 Prozent der Einrichtungen sind in öffentlicher Trägerschaft.

---

3 Das Statistische Bundesamt gibt im Rahmen der „Fachserie 12 Gesundheit“ drei Reihen heraus, die Daten zur Rehabilitation veröffentlichen. Dabei erhebt das Statistische Bundesamt die Daten für die Unterklasse 86.10.3 (WZ 2008), die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zusammenfasst. Eine gesonderte statistische Analyse von Rehabilitationseinrichtungen ist nicht möglich. Augurzky et al. (2009) konnte in einer Untersuchung auf Basis von Daten aus 2006 jedoch feststellen, dass der Anteil an Vorsorgeeinrichtungen in der Unterklasse rund zehn Prozent beträgt. Vorsorgeeinrichtungen haben das Ziel, eine Schwächung der Gesundheit zu beseitigen, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenwirkt.

Abbildung 5: Verteilung der Einrichtungen und Betten nach Trägerschaft (in %), 2017



Quelle: Statistisches Bundesamt (2018c)

In Hinblick auf die Verteilung der Betten verfügen private Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen über 65 Prozent, freigemeinnützige über 16 Prozent und öffentlich-rechtliche über 19 Prozent des gesamten Bettenbestandes.

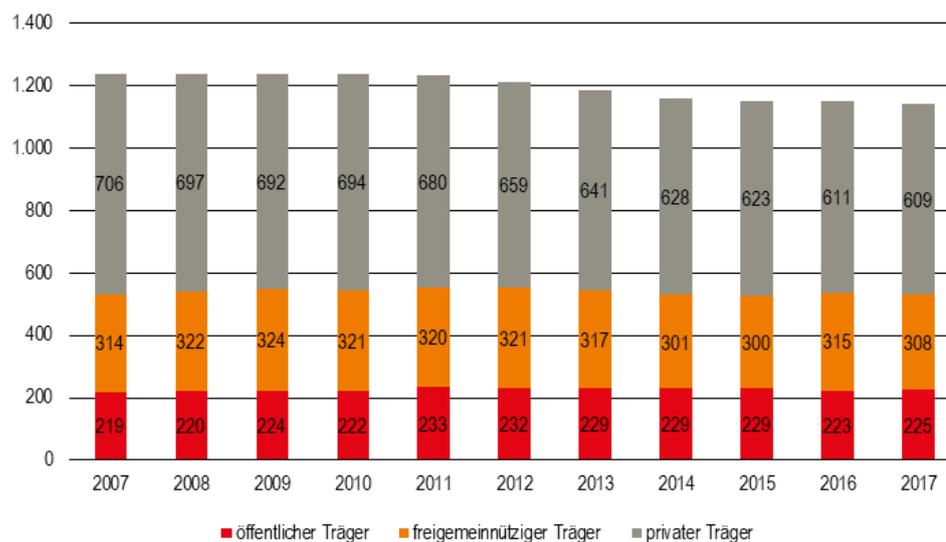
Über die Hälfte der Rehabilitationseinrichtung (53 Prozent) haben 200 Betten und mehr und 21 Prozent haben zwischen 150 bis 200 Betten. Nur fünf Prozent der Einrichtungen haben weniger als 50 Betten.

Private Einrichtungen sind dabei häufig am größten: Durchschnittlich verfügten zum Stichtag 30.12.2017 private Einrichtungen über 177, öffentliche über 136 und freigemeinnützige über 84 Betten.

Seit der Einführung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) und des Beitragsentlastungsgesetzes im Jahr 1996 entwickelt sich die absolute Anzahl der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen insgesamt rückläufig. Zwischen 1996 (1.404) und 2017 ist die Anzahl der Einrichtungen um 23 Prozent zurückgegangen. Allerdings ist im Zeitverlauf kein kontinuierlicher Rückgang zu beobachten; nach einer starken Abnahme der Einrichtungszahlen bis zum Jahr 2007 sind in den folgenden Jahren bis 2011 keine signifikanten Änderungen festzustellen (vgl. Abbildung 6). Dies ist vor allem in dem 2007 verabschiedeten Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung begründet, das die medizinische Rehabilitation als eine Pflichtleistung der GKV definiert hat. In den letzten Jahren ist jedoch wieder ein Rückgang der Anzahl der Einrichtungen zu verzeichnen. Die

Anzahl ist zwischen 2007 und 2017 um insgesamt acht Prozent zurückgegangen.

Abbildung 6: Anzahl der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Trägerschaft, Entwicklung 2007–2017



Quelle: Statistisches Bundesamt (2018c)

Die Auswertung getrennt nach Trägergruppen zeigt auf, dass insbesondere die privaten Einrichtungen von dem Rückgang betroffen sind. Ihre Anzahl ist zwischen 2007 und 2017 um 14 Prozent zurückgegangen. Die Anzahl der Rehabilitationseinrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft ist dagegen nur um zwei Prozent gesunken. Die Anzahl der öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen ist – auch wenn sie in den letzten Jahren rückläufig ist – im Jahr 2017 im Vergleich zum Jahr 2007 angestiegen.

In Hinblick auf die Anzahl der aufgestellten Betten ist ebenfalls ein Rückgang zu verzeichnen. Der Rückgang betrug seit 1996 16 Prozent. Zwischen 2007 und 2017 hat sich die Anzahl der Betten um vier Prozent verringert. Private Rehabilitationseinrichtungen sind vom Rückgang der Betten besonders betroffen.

Die Auswertung der Entwicklung der Bettenzahl nach Einrichtungsgröße belegt, dass der Rückgang bei den Einrichtungen vor allem kleinere Einrichtungen betrifft. Insbesondere die Anzahl von Häusern mit 50 bis unter 100 Betten ist stark zurückgegangen (–20 Prozent), während die Anzahl von Häusern mit 200 Betten und mehr leicht angestiegen ist (+8 Prozent).

Zusammenfassend wird die These bestätigt, dass kleine private Rehabilitationseinrichtungen von den Konzentrationsprozessen auf dem Rehabilitationsmarkt besonders betroffen sind. Kleineren Häusern fehlt häufig die wirtschaftliche Tragfähigkeit, so dass z. B. notwendige Investitionen nicht getätigt werden, Kosten nicht refinanziert und anspruchsvollere medizinische Konzepte nicht umgesetzt werden können (Zimolong 2018).

Der Rückgang der Anzahl von Einrichtungen ist aber nicht nur auf Schließungen, sondern auch auf Zu- oder Verkäufe zurückzuführen. Größere Anbieter wollen durch Fusionen Synergie-Effekte erzeugen und ihre Wettbewerbssituation verbessern. So ist auch zu erklären, dass der prozentuale Anteil an der Bettenverteilung von Einrichtungen in privater Trägerschaft gegenüber den Anteilen von öffentlich-rechtlichen Einrichtungen oder freigemeinnützigen Einrichtungen nicht zurückgeht.

Ein wesentlicher Faktor für die Wirtschaftlichkeit und den Gewinn einer Einrichtung ist die Auslastung der Betten (Hayer/Karapolat 2016, S. 55). Die Bettenauslastung ist seit dem Jahr 1996 von 62 Prozent relativ kontinuierlich auf 84 Prozent im Jahr 2017 anstiegen. Die Bettenauslastung (auch: Nutzungsgrad der Betten) gibt die durchschnittliche Auslastung der Betten in Prozent an. Hierzu wird die tatsächliche Bettenbelegung mit der maximalen Bettenkapazität in Relation gesetzt. In den letzten zehn Jahren ist ein Anstieg um fünf Prozent zu verzeichnen.

Die Verbesserungen in der Bettenauslastung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ist vor allen auf eine Verringerung der Kapazitäten an aufgestellten Betten zurückzuführen. Ein Vergleich der Auslastung nach Trägerschaft zeigt, dass die öffentlich-rechtlichen Einrichtungen mit 91 Prozent die höchste Auslastungsquote im Jahr 2017 verzeichnet haben. Die freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen hatten eine Auslastung von 86 Prozent. Private Rehabilitationseinrichtungen verzeichneten eine Auslastungsquote von 81 Prozent. Ein Zeitvergleich zeigt, dass insbesondere die freigemeinnützigen sowie die privaten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ihre Bettenauslastung in den letzten Jahren steigern konnte. Die Auslastungsquote der öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen war dagegen schon immer recht hoch.

In Hinblick auf die regionale Verteilung der Rehabilitationseinrichtungen existieren große Unterschiede zwischen den Bundesländern. Die meisten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gibt es in Bayern (n=260), Baden-Württemberg (n=193) und Nordrhein-Westfalen (n=138). Allerdings verzeichnen Bayern und Baden-Württemberg auch den größten Einrichtungsrückgang. Große Einrichtungen, mit einer hohen durch-

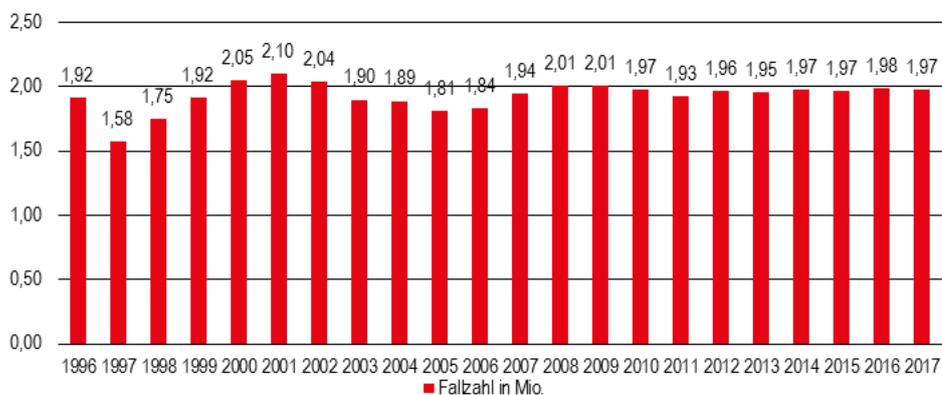
schnittlichen Bettenanzahl, befinden sich häufig in den neuen Bundesländern.

Über 75 Prozent der Einrichtungen konzentrieren sich auf ländliche Gebiete und sind hier ein bedeutender Wirtschaftsfaktor und ein wichtiger Arbeitgeber (Augurzky/Reichert/Scheuer 2011; SVR Gesundheit 2014). Die größte Bettendichten gemessen an den Einwohnerzahlen verzeichnet Mecklenburg-Vorpommern (646,8 je 10.000 Einwohner) gefolgt von Schleswig-Holstein (351,8 je 10.000 Einwohnern). In Mecklenburg-Vorpommern ist die Bettenanzahl außerdem in den letzten Jahren am stärksten angestiegen.

## 2.2 Rehabilitanden und die Nachfrage nach medizinischer Rehabilitation

1.974.284 Rehabilitanden wurden im Jahr 2017 in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland behandelt. Der Frauenanteil unter den Rehabilitanden beträgt 54 Prozent. Wie in Abbildung 7 dargestellt, lässt sich im Zeitverlauf kein einheitlicher Trend bei der Entwicklung der Fallzahlen ausmachen. Zunächst ist ein deutlicher Einbruch als Folgewirkungen der Umsetzung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) und des Beitragsentlastungsgesetzes nach dem Jahr 1996 zu erkennen. Danach setzte nach historischen Spitzenwerten zu Anfang der 2000er Jahre wieder ein vorläufiger Rückgang ein, der im Jahr 2006 mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) endete. In den letzten Jahren pendelten sich die Fallzahlen bei rund 1,97 Millionen ein.

Abbildung 7: Entwicklung der Fallzahlen 2016–2017



Quelle: Statistisches Bundesamt (2018c)

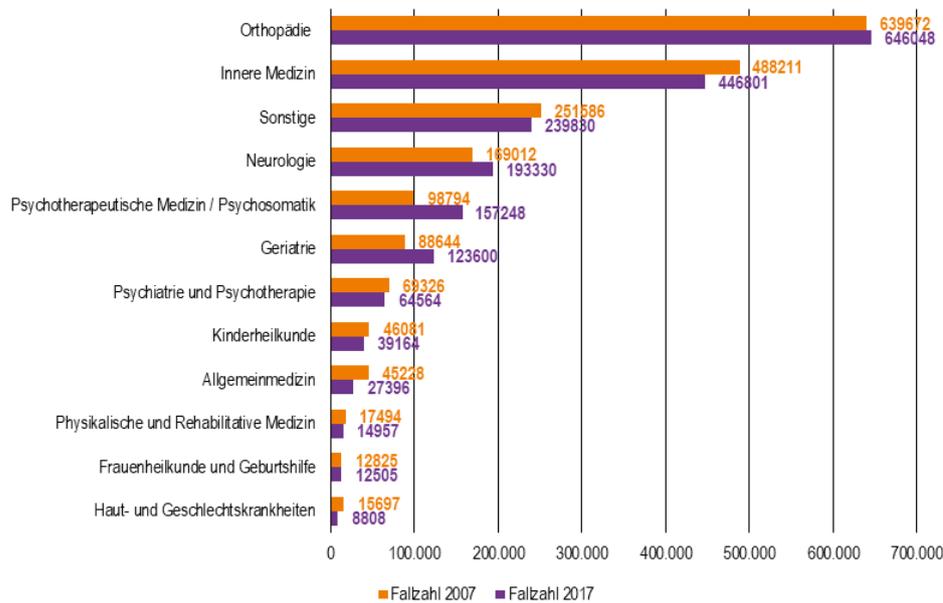
Parallel zu den Fallzahlen entwickelten sich die Belegungstage. Die Belegungstage, auch Pflagestage genannt, lagen 2017 bei 50 Millionen. Ihr Wert betrug im Spitzenjahr 2001 53 Millionen.

Der Aufenthalt in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (Verweildauer) betrug im Jahr 2017 durchschnittlich 25,4 Tage. Die Verweildauer gibt die Zahl der Tage an, die ein Rehabilitand durchschnittlich in vollstationärer Behandlung verbracht hat. Sie ergibt sich aus den Berechnungs- und Belegungstagen und der Fallzahl der jeweiligen Einrichtung. Zu Beginn der 1990er Jahre lag die durchschnittliche Verweildauer noch bei rund 31 Tagen. In den letzten zehn Jahren liegt die Verweildauer relativ konstant bei 25,5 Tagen (2007: 25,5 Tage).

Die Dauer einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme wird von den Ausgabenträgern vorgegeben und ist abhängig von den Indikatoren. Bei psychischen Erkrankungen ist die Verweildauer am längsten. Sie beträgt in den Fachbereichen Psychiatrie und Psychotherapie durchschnittlich 73,3 Tage, gefolgt von psychotherapeutischer Medizin/Psychosomatik mit 34,9 Tagen und Neurologie mit 30,3 Tagen. Dagegen beträgt die durchschnittliche Verweildauer im Bereich Geriatrie z. B. nur 21 Tage.

Abbildung 8 zeigt die Entwicklung der Fallzahlen in verschiedenen Fachbereichen in einem Jahresvergleich zwischen 2007 und 2017 auf. Wie in Abbildung 8 dargestellt, verbucht die Orthopädie die höchsten Fallzahlen im Jahr 2017 (646.048). 33 Prozent aller Rehabilitanden entfallen auf orthopädische Fachabteilungen. Danach folgen die Innere Medizin (446.801, 23 Prozent) und mit großem Abstand die sonstigen Fachbereiche (239.830, 12 Prozent) und die Neurologie (193.300, Zehn Prozent).

Abbildung 8: Entwicklung der Fallzahlen in verschiedenen Fachbereichen, 2007 und 2017



Quelle: Statistisches Bundesamt (2018c)

Die kleinsten Fachbereiche existieren für physikalische und rehabilitative Medizin (14.957), Haut- und Geschlechtskrankheiten (8.808) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (12.505). Sie stellen jeweils weniger als ein Prozent der Patienten/innen. Der Jahresvergleich zwischen 2007 und 2017 zeigt, dass es in Hinblick auf die Anzahl der in den einzelnen Fachabteilungen zu behandelnden Fälle deutliche Veränderungen gegeben hat. Am stärksten sind die Fallzahlen im Bereich Innere Medizin zurückgegangen (−41.410). Auch die sonstigen Fachbereiche (−11.756) sowie die Allgemeinmedizin (−17.832) verbucht Rückgänge. Ein Anstieg der Fallzahlen ist in dem Zeitraum dagegen in den Fachabteilungen der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik (+58.454) festzustellen. Ebenfalls hohe Zuwächse verbuchen die Geriatrie (+34.956) und die Neurologie (+24.318).

Die Entwicklungen in den Fallzahlen sind zum überwiegenden Teil Folge eines veränderten Krankheitsspektrums in der Bevölkerung. So steigen z. B. sog. Zivilisationskrankheiten an (z. B. vor allem psychische Erkrankungen aber auch Herz- und Gefäßkrankheiten, Diabetes). Gleichzeitig führen der demographische Wandel und die Alterung der Gesellschaft zu einem Zuwachs der Fallzahlen im Bereich Geriatrie.

Eine Sonderauswertung des Reha-Verzeichnisses 2016 im Rahmen dieser Studie hat gezeigt, dass private Rehabilitationseinrichtungen überdurchschnittlich häufig über die Fachbereiche Nephrologie, Neurologie, physikalische Reha und Psychotherapie verfügen (Statistisches Bundesamt 2017). Dagegen existieren in den privaten Einrichtungen selten die Fachbereiche Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Gastroenterologie, Geriatrie und Kinderheilkunde.

Bis zur Mitte der 1990er Jahre wurden medizinische Rehabilitationsmaßnahmen fast ausschließlich stationär erbracht. Gesetzlich sind ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen inzwischen weitgehend gleichgestellt: So führt § 19 SGB IX aus, dass Leistungen in ambulanter Form erbracht werden können, soweit die Ziele mit vergleichbarer Wirksamkeit erreichbar sind. In Hinblick auf die GKV räumt § 40 SGB V sogar der ambulanten Versorgung einen Vorrang vor stationären Maßnahmen ein: „Nur wenn sie für die Behandlung im Einzelfall nicht Erfolg versprechend sind, kommen [...] stationäre Maßnahmen der Rehabilitation in Betracht.“ Für Mutter-Vater/Kind-Maßnahmen gilt der Grundsatz ambulant vor stationär allerdings nicht. Die DRV schließt einige Indikatoren von ambulanter Rehabilitation aus. So wird eine ambulante Behandlung z. B. bei psychosomatischen Erkrankungen oder auch Suchterkrankungen ausgeschlossen.

Besonders häufig werden Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems ambulant behandelt. Im Zuständigkeitsbereich des größten Ausgabenträgers, der DRV, wurden im Jahr 2016 14 Prozent aller medizinischen Rehabilitationsleistungen ambulant erbracht. Die Anzahl der ambulanten Behandlungen ist in den letzten Jahren kaum angestiegen, so wurden im Jahr 2007 zehn Prozent der Leistungen ambulant erbracht (Deutsche Rentenversicherung Bund 2018). Bei den GKV wurden ebenfalls 12 Prozent der Fälle im Jahr 2016 ambulant behandelt. Ihr Anteil ist seit dem Jahr 2007 (zehn Prozent) ebenfalls kaum angestiegen.

Für die Rehabilitanden sind Vorteile der ambulanten Rehabilitation vor allem die Nähe zum familiären Umfeld, Wohnort oder Arbeitsplatz. Auf Seiten der Ausgabenträger spielen die verkürzte Behandlungsdauer und der Wegfall von Unterbringungskosten eine Rolle. Die ambulante Rehabilitation ist damit kostengünstiger als die stationäre. Häufig wird auch die These vertreten, dass die ambulante Rehabilitation eine zunehmende Konkurrenz für die stationäre Rehabilitation darstellt und ein Trend in Richtung ambulante Rehabilitation festzustellen ist. Allerdings müssen die Rehabilitanden ausreichend stabil sein, um ohne eine ganztägige Betreuung auszukommen. Insbesondere der steigende Anteil alleinlebender Menschen, die sich z. B. nicht auf ein familiäres Versorgungsnetz stützen können, sowie die zunehmende Multimorbidität kön-

nen somit für den Ausbau der ambulanten Rehabilitation ein Hemmnis sein.

Häufig wird von Rehabilitationseinrichtungen in einer verstärkten Kombination und Vernetzung von stationären und ambulanten Rehabilitationsleistungen eine Möglichkeit gesehen, die Vorteile beider Konzepte zu nutzen (Borges/Hofmann/Zimolong 2007, S. 7–8).

Im Rahmen einer Anschlussrehabilitation (früher Anschlussheilbehandlung genannt) finden die Rehabilitationsmaßnahmen direkt im Anschluss an eine akutstationäre Behandlung statt. Hiermit ist ein beschleunigtes Antragsverfahren verbunden, wo möglichst nahtlos – zumindest aber im Zeitraum von zwei Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus – die Rehabilitation eingeleitet wird. Der Anteil der Anschlussrehabilitation ist bei den beiden größten Rehabilitationsträger, der DRV und den GKV stark unterschiedlich. Bei den GKV lag der Anteil der Anschlussrehabilitation im Jahr 2017 bei 81,5 Prozent (2012: 79,6 Prozent) und bei der DRV bei 34,2 Prozent (2012: 32,7 Prozent).

Die Bedeutung der Anschlussrehabilitation wird auf das DRG-Fallpauschalensystem (Diagnosis Related Groups, diagnosebezogene Fallgruppen, fortan DRG)<sup>4</sup> in den Akutkrankenhäusern zurückgeführt, dass Anreize zur zügigen Entlassung der Patienten/innen nach der akutstationären Behandlung gibt. Bei Patienten/innen, die einer Nachsorge bedürfen, bietet sich daher für die Krankenhäuser an, diese in Rehabilitationseinrichtung zu verlegen. Die Ergebnisse der Interviews und der Umfrage legen nahe, dass Akutkrankenhäuser die Patienten/innen teilweise sehr früh in die Rehabilitation schicken.

Auch der medizinische Fortschritt und die demografische Entwicklung wirkt auf die medizinische Rehabilitation aus. Der medizinische Fortschritt ermöglicht inzwischen bei vielen ehemals lebensbedrohlichen Erkrankungen ein Überleben der Patienten/innen. Multimorbidität, d. h. das gleichzeitige Vorliegen mehrerer chronischer Krankheiten, ist ein wachsendes Phänomen. Aufgrund der Schweregrade der Erkrankungen ist die Genesung häufig mit einem erhöhten Rehabilitationsbedarf verbunden (Borges/Haarländer/Zimolong 2008).

Gleichzeitig ermöglicht der medizinische Fortschritt neue Behandlungsmöglichkeiten und vergrößert damit den Kreis potenzieller Rehabilitanden. Die Empfehlung zur routinehaften Integration von Rehabi-

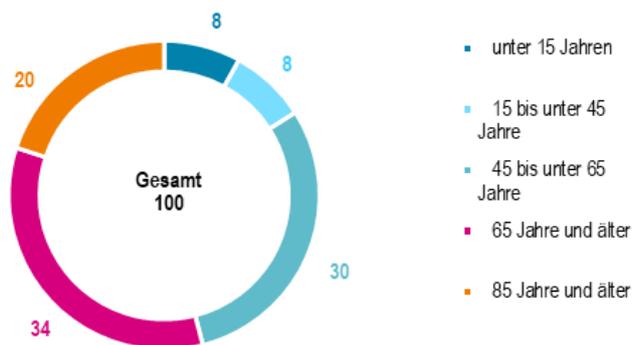
---

4 DRGs bezeichnen ein Klassifikationssystem für ein pauschaliertes Abrechnungsverfahren, mit dem Krankenhausfälle (Patienten/innen) anhand von medizinischen Daten Fallgruppen zugeordnet werden. Die Vergütung nach DRGs geht auf das im Jahr 2003 in Kraft getretene Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) zurück.

litionsmaßnahmen in die Behandlungskette ist inzwischen Gegenstand verschiedener Leitlinien (SRV Gesundheit 2014).

Angesichts des demographischen Wandels wird davon ausgegangen, dass die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation steigen wird, da mit zunehmendem Alter die Rehabilitationsnotwendigkeit ansteigt. Im Jahr 2018 stellten die 60-Jährigen und Älteren 28 Prozent der Bevölkerung in Deutschland. Der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe wird nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2030 auf 35 Prozent ansteigen. Besonders stark wird sich die Gruppe der über 80-Jährigen vergrößern. Während die Gesamtbevölkerung in den nächsten 30 Jahren vermutlich von 81,6 Millionen (2018) auf 71,9 Millionen (2050) schrumpfen wird, vergrößert sich die Anzahl der über 80-Jährigen von 5,4 auf fast 10 Millionen (Statistisches Bundesamt 2018a). Abbildung 9 zeigt die Altersstruktur der Rehabilitanden für Einrichtungen ab 100 Betten im Jahr 2017 auf. Während die unter 45-jährigen nur einen Anteil von 16 Prozent der Rehabilitanden stellen, liegt der Anteil der Alterskohorte 45 bis unter 65 Jahren bereits bei 30 Prozent. Die über 65-Jährigen machten im Jahr 2017 zwar nur 22 Prozent der Bevölkerung aus, stellen aber 54 Prozent der Patient/innen von Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtungen. Ein Wachstum dieser Bevölkerungsgruppe wird damit zu einer Zunahme von Rehabilitanden führen.

*Abbildung 9: Alter von Patienten/innen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Einrichtungen mit mehr als 100 Betten, in %), 2017*



*Quelle: Statistisches Bundesamt (2018b)*

Hinzu kommt, dass wegen der stark rückläufigen Zahl der Erwerbspersonen im jüngeren und mittleren Alter in den nächsten Jahrzehnten mit

einem zunehmenden Mangel an Fachkräften auf dem Arbeitsmarkt gerechnet werden muss. Der drohende Fachkräftemangel, die steigende Lebenserwartung sowie die wachsende Gesundheit und Leistungsfähigkeit von älteren Personen werden langfristig dazu führen, dass auch ältere Personen berufstätig sind und die Lebensarbeitszeit insgesamt ansteigt. Bereits im Jahr 2002 wurde die schrittweise Anhebung der Regelaltersgrenze auf 67 Jahren bis zum Jahr 2029 beschlossen. Es ist davon auszugehen, dass die sich abzeichnende Verknappung des Arbeitskräftepotenzials und die Verlängerung der Lebensarbeitszeit zu einem steigenden Rehabilitationsbedarf auch älterer Bevölkerungsgruppen führen. Hier sind mehrere Faktoren wirksam:

- Unter der Annahme unveränderter alters- und geschlechtsspezifischer Prävalenzraten wird ein demographiebedingter Anstieg der Fallzahlen auf 2,04 Millionen Rehabilitanden bis zum Jahr 2030 vorausgesagt (Hayer/Karapolat 2016).
- Die Rehabilitation von älteren Personen erfordert ein besonderes Rehabilitationsangebot (Fuchs 2008; Nowossadeck 2012; Pfeiffer/Hartung/Sperling 2006). Zum einen existiert ein Zusammenhang zwischen dem Alter einer Person und der Anzahl und Intensität der Krankheitsfälle. Zum anderen treten altersassoziierte Krankheiten häufiger auf. Die häufigsten Erkrankungen von älteren Menschen sind Herz-/Kreislaufkrankungen und Krebs. In Bezug auf die Indikationen wird infolge der alternden Bevölkerung vor allem mit einem Anstieg der Fallzahlen in den Fachbereichen Geriatrie und innere Medizin gerechnet.
- Mit der Zunahme der Erhöhung der Fallzahlen von Rehabilitanden in Altersrente wird dem Konzept „Reha vor Pflege“ mehr Bedeutung zukommen und es wird von steigenden Fallzahlen im Verantwortungsbereich der GKV ausgegangen (Hayer/Karapolat 2016, S. 88).

Rehabilitationsmaßnahmen müssen beantragt und von den Ausgabenträgern bewilligt werden. In Hinblick auf die Anschlussrehabilitation wird die medizinische Rehabilitation durch das Akutkrankenhaus beantragt, ansonsten reicht der/die Haus- oder Facharzt/in im Rahmen des sog. Heilverfahrens einen Antrag auf Rehabilitation für eine/n Patienten/in bei den Ausgabenträgern ein.

Im Jahr 2016 gingen bei der DRV ca. 1,6 Millionen Anträge auf medizinische Rehabilitation ein. Nach Angaben der DRV wurden 68 Prozent der erledigten Anträge bewilligt und 17 Prozent abgelehnt (92 Prozent davon aus medizinischen Gründen). Die restlichen 15 Prozent der Anträge wurden zum jeweils zuständigen Ausgabenträger weitergeleitet.

Damit hat sich die Bewilligungsquote in den letzten Jahren kaum verändert (Bertholdt/Niehues/Schrag 2018, S. 82). Der BDPK (2018a, S. 75) hat errechnet, dass auch die GKV im Jahr 2016 17 Prozent der Anträge abgelehnt haben. Dabei beläuft sich die Ablehnungsquote bei Anschlussrehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt auf nur neun Prozent, während sie bei Heilverfahren 38 Prozent beträgt. Hierzu merkt der BDPK an, dass durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) wesentlich mehr Anträge nach Erforderlichkeit geprüft werden, als eine Richtlinie des GKV-Spitzenverbands vorgibt. Nach seiner Meinung wirkt das Zusammenspiel zwischen hoher Überprüfungsrate, krankenkasseninternen Leistungsbudgets sowie Bonusregelung für Mitarbeiter/innen der Krankenkassen, die zur Einhaltung solcher Vorgaben motivieren, „antragsvermeidend und leistungsverhindernd“ (BDPK 2013, S. 12).

Die aktuelle Entwicklung der Fallzahlen (vergleiche Abbildung 7) lässt bisher noch keinen Trend zur zunehmenden Nutzung von Rehabilitation erkennen. Trotz Fortschritt, demographischem Wandel und der Einführung der Demografiekomponente sind die Fallzahlen in den letzten Jahren nicht angestiegen. Die Gründe hierfür werden zurzeit in einem Forschungsprojekt der DRV analysiert (Knittel 2019).

Als Ursachen dieser eher unerwarteten Entwicklung wird angenommen, dass einerseits die Rehabilitationsangebote nicht allen Versicherten bekannt sind und andererseits vielen Versicherten und Ärzten/innen das Antragsverfahren für Rehabilitation als zu kompliziert erscheint. Hinzu kommt, dass die Bewilligung und Ablehnung von Anträgen für die niedergelassenen Ärzte/innen häufig nicht nachvollziehbar sind (Friedrich-Ebert-Stiftung 2015, S. 7–8).

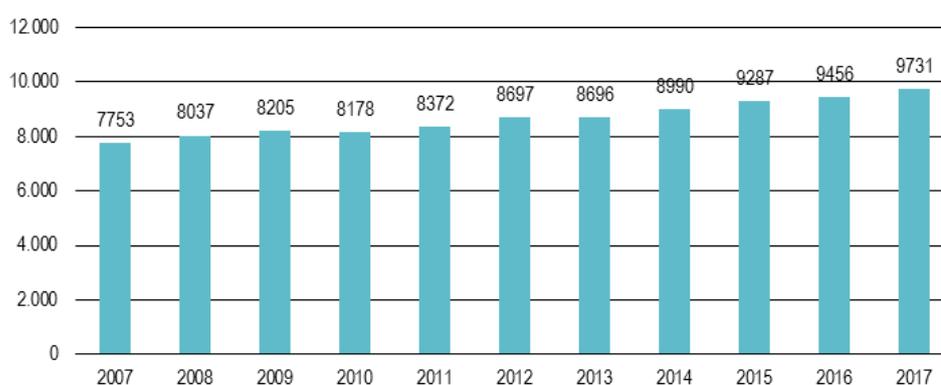
Auch die wirtschaftliche Lage hat nach Meinung der Interviewpartner/innen Einfluss auf die Anzahl der Anträge auf Rehabilitation. So werden erfahrungsgemäß in Zeiten des wirtschaftlichen Abschwungs häufig mehr Anträge gestellt als in Phasen eines Wirtschaftsaufschwungs. Eine These ist hier, dass Erwerbstätige versuchen in Zeiten höherem Arbeitsaufkommen längere Fehlzeiten zu vermeiden und Maßnahmen zur Rehabilitation auf Zeiten mit geringerer Arbeitsauslastung zu verschieben.

## 2.3 Die Finanzierung der Rehabilitation

Im Jahr 2017 wurden 9,731 Milliarden Euro für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ausgegeben. Nachdem die Ausgaben für die Rehabilitation in Folge des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsge-

setzes (WFG) und des Beitragsentlastungsgesetzes von 7,8 Milliarden Euro im Jahr 1996 auf 6,3 Milliarden Euro im Jahr 1997 (–19 Prozent) sanken, konnten erst im Jahr 2008 (8,0 Milliarden Euro) die Ausgaben des Jahres 1996 nominal übertroffen werden. Abbildung 10 weist die Gesundheitsausgaben für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen für die Jahre 2007 bis 2017 auf. Die Entwicklung der Ausgaben weist eine relativ kontinuierliche Erhöhung auf. Insgesamt sind die Ausgaben in dem Zehnjahreszeitraum um 26 Prozent angestiegen.

*Abbildung 10: Gesundheitsausgaben für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, 2007–2017, Angaben in Millionen Euro*



*Quelle: Statistisches Bundesamt (2019a)*

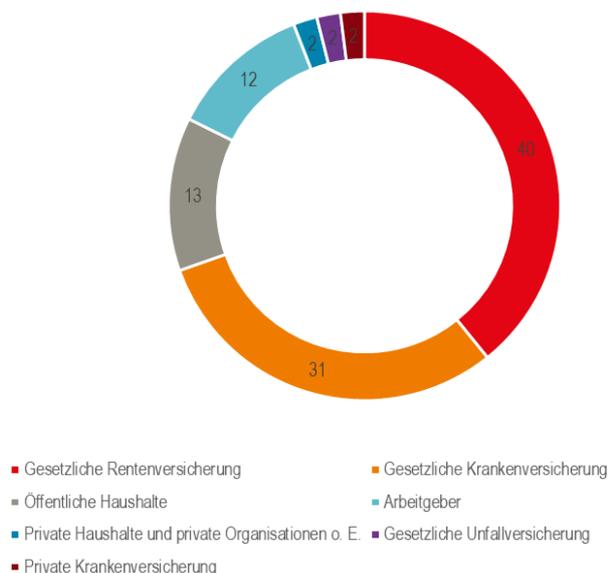
Der Anteil der Ausgaben für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen betrug im Jahr 2017 drei Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland. Damit liegen die Aufwendungen für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung deutlich hinter denen der Krankenhäuser (29 Prozent), Arztpraxen (17 Prozent), Apotheken (15 Prozent) oder stationären/teilstationären Pflege (elf Prozent) (Statistisches Bundesamt 2019b). Ein Zeitvergleich zeigt auf, dass sich der Anteil der Ausgaben für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen an allen Gesundheitsausgaben in den vergangenen Jahren nur wenig geändert hat.

Die Budgetierung von Rehabilitationsleistungen (vergleiche Kapitel 1.3) wird insbesondere von Arbeitgeberseite kritisiert (BDPK 2013 und 2018b; Borges et al. 2017; Steiner 2011; SVR Gesundheit 2014). Es wird argumentiert, dass die Ausgabenträger in einem ständigen Zielkonflikt stehen, da sie einerseits gesetzlich dazu verpflichtet sind, Rehabilitationsleistungen zu erbringen und andererseits die gesetzliche Budgetierung sie daran hindert, diese im ausreichenden Maße durchzuführen (BDPK 2018b). Sie weisen ferner darauf hin, dass die Budgetgrenze

nicht mit der Bedarfsentwicklung mitwächst. Durch die Orientierung an Bruttolöhnen und -gehältern führt der Anstieg der Beschäftigung in Niedriglohngruppen und Teilzeitarbeitsverhältnissen zu einer Verringerung des Budgets, obwohl sich die Anzahl der anspruchsberechtigten Versicherten erhöht (SVR Gesundheit 2014, S. 283).

Abbildung 11 stellt die Kostenübernahme nach Ausgabenträger für das Jahr 2017 dar. Demnach wurden 40 Prozent von der DRV für Rehabilitations- oder Versorgungseinrichtungen ausgegeben, die GKV übernahmen 31 Prozent. Damit trugen die beiden größten Ausgabenträger zusammen mehr als zwei Drittel der Kosten. Weitere bedeutende Kostenanteile übernahmen die öffentlichen Haushalte (13 Prozent) und die Arbeitgeber (12 Prozent). Die Ausgaben der Arbeitgeber enthalten Fürsorgeleistungen, Beihilfen und die betriebliche Gesundheitsförderung. Deutlich geringere Anteile kommen aus der GUV (zwei Prozent), von privaten Haushalten/privaten Organisationen (auch aus dem Ausland) (zwei Prozent) und privaten Krankenversicherungen (zwei Prozent).

Abbildung 11: Kostenübernahme nach Ausgabenträger (in %), 2017



Quelle: Statistisches Bundesamt (2019a)

Ein Zeitvergleich zeigt, dass der Anteil der DRV konstant geblieben bzw. leicht angestiegen ist (2000: 38 Prozent, 2005: 38 Prozent, 2017: 40 Prozent). Demgegenüber ist der Anteil der GKV bei der Kostenübernahme eher rückläufig (2000: 37 Prozent, 2005: 34 Prozent, 2017: 31 Prozent). Vor allem ist der Kostenanteil der Arbeitgeber angestiegen.

Ihr Anteil lag Mitte der 1990er Jahre noch bei knapp sechs Prozent und im Jahr 2005 bereits bei 10 Prozent (2017: 12 Prozent).

Die Finanzierung der Rehabilitation erfolgt monistisch, d. h. die Finanzierung deckt im Sinne einer Pauschalvergütung alle Kosten ab (einschließlich den Personal- und Sachkosten, Investitionen etc.). Das Vergütungssystem in der medizinischen Rehabilitation ist damit weit weniger ausdifferenziert als z. B. das DRG-Fallpauschalensystem im Akutbereich der Krankenhäuser.

Die Finanzierung basiert in der Regel auf Tagespauschalen mit einem Verweildauerkorridor (überwiegend im Bereich der DRV) oder indikationsspezifische Fallpauschalen (vor allem bei den GKV). Anzumerken ist in Hinblick auf die DRV, dass durch Vorgaben zur Verweildauer die Tagessätze de facto vielfach sich ebenfalls einer Fallpauschale annähern. Die Vergütungssätze werden zwischen den Ausgabenträgern und Rehabilitationseinrichtungen einzelvertraglich ausgehandelt. Über die Höhe der Vergütungen liegen kaum repräsentative Daten vor. Bisher wurden nur Tagespauschalen nach Diagnosegruppen für die Rehabilitationseinrichtungen der DRV für das Jahr 2011 veröffentlicht (vgl. Tabelle 1).

Die DRV geht dabei nach dem Prinzip der Marktpreisbandbreiten vor. Hierfür werden Marktpreisbandbreiten (Bandbreiten der Tagessätze) errechnet, die sich aus dem höchsten und niedrigsten gezahlten Preis für verschiedene Indikationen in den Vertragskliniken ergeben. Die Tabelle zeigt auf, dass für Indikationen in den Bereichen Neurologie (138,73 bis 169,00 Euro), Psychosomatik (116,25 bis 130,23 Euro) und Urologie (107,47 bis 129,05 Euro) die höchsten Tagespauschalen abgerechnet werden können.

*Tabelle 1: Tagessätze von Rehabilitationseinrichtung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) nach Indikationen, 2011*

<b>Indikation</b>	<b>Bandbreite der Tagessätze in Euro</b>
Neurologie	138,73–169,00
Psychosomatik	116,25–130,23
Urologie	107,47–129,05
Onkologie	105,75–125,42
Gastroenterologie	105,06–122,15
Sonstige Krankheiten	104,99–146,27
Kardiologie	103,84–146,61
Orthopädie	103,30–121,81
Pneumologie	101,80–120,14
Sucht	95,94–119,20
Dermatologie	95,47–120,14

*Quelle: Deutscher Bundestag (2013, S. 13)*

Häufig wird auf Arbeitgeberseite die Kritik geäußert, dass die Höhe der einzelnen Vergütungssätze intransparent sei und sich wenig an den tatsächlichen Kosten der Einrichtung oder der Qualität der Leistung orientiert (BDPK 2018b; DEGEMED 2018; Timm 2016). Als Indiz für die Diskrepanz der Entwicklung von Kosten und Vergütung wird auch auf das Gutachten von Borges, Zimolong und Radtke (2018), das im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation (AG MedReha), in der Leistungserbringer sich zusammengeschlossen haben, erstellt worden ist, angeführt. Borges, Zimolong und Radtke (2018) haben in ihrem Gutachten Kosten für verschiedene Behandlungen kalkuliert und kommen zu dem Ergebnis, dass für die Indikationen Orthopädie, Kardiologie und Geriatrie die im Markt realisierbaren Vergütungssätze unter den ermittelten Kosten liegen. Aber auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesund 2014) sowie ein Papier der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung (2015) merken an, dass die Schweregrade von Erkrankungen der Rehabilitanden in der Preisfindung häufig nicht berücksichtigt werden. Rehabilitationseinrichtungen müssen damit das Risiko der Fallschwere allein tragen, das im Rahmen des medizinischen Fortschritts, der demographischen Entwicklung sowie der verkürzten Verweildauer in Krankenhäusern zunimmt. Ein wesentlicher Grund für die in den Augen vieler Arbeitgeber nicht leistungsgerechte Vergütung der Re-

habilitationsleistungen wird in der starken Marktposition der Ausgaben-träger gesehen, die neben der Belegung von Rehabilitationseinrichtungen und der Vergütung außerdem über Bewilligung, Art, Dauer und Umfang einer Rehabilitationsmaßnahme entscheiden (BDPK 2018b; Borges/Zimolong 2016:23; Hayer/Karapolat 2017; Timm 2016).

Von gewerkschaftlicher Seite wird hingegen angezweifelt, ob eine nicht leistungsgerechte Vergütung tatsächlich für den Rehabilitationsmarkt in Deutschland prägend ist. Schließlich kann eine ganze Reihe von Rehabilitationseinrichtungen auf eine gute wirtschaftliche Entwicklung zurückblicken und verzeichnet Gewinne (vgl. Kapitel 2.5). Vielmehr fordert ver.di eine zweckgebundene Anpassung der Finanzierung von Rehabilitationsleistungen. So sollen Vergütungssätze sich vor allem nach der Qualität der Leistungen und einer guten Bezahlung der Fachkräfte richten sowie dazu verwendet werden in die Aus- und Weiterbildung zu investieren (ver.di 2019b).

Die Aussagen in unseren Expertengesprächen weisen darauf hin, dass große Unterschiede in der Vergütung zwischen den einzelnen Ausgabenträgern bestehen. Es wurde angemerkt, dass die Vergütung von Rehabilitationsleistungen durch die GUV am höchsten ist, gefolgt von der DRV. Dagegen gelten die Vergütungssätze der GKV als niedrig. Die GKV versuchen insbesondere seit der Einführung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge und der damit einhergehenden Steigerung der Wettbewerbsintensität zwischen den Krankenkassen, durch die Reduzierung der Vergütungssätze und der Steuerung der Rehabilitanden in günstige Rehabilitationskliniken ihre Ausgaben im Bereich der Rehabilitation zu senken (Hayer/Karapolat 2017). Zur Durchsetzung einer angemessenen Vergütung gegenüber den GKV wurden bereits im Jahr 2007 mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) in jedem Bundesland Landeschiedsstellen eingerichtet, die bei Streitigkeiten zwischen Ausgabenträger und Rehabilitationseinrichtung vermitteln sollen.

Auch Tabelle 1 legt nahe, dass zumindest in einzelnen Indikationsbereichen erhebliche Vergütungsunterschiede existieren. Hohe Tagessätze können vor allem solche Rehabilitationseinrichtungen durchsetzen, die über Spezialkliniken oder Spezialisten/innen im ärztlichen Bereich verfügen und spezifischen Anforderungen in Hinblick auf Ausstattungsmerkmale oder Therapien erfüllen können (Borges, Zimolong und Moorées 2012). Des Weiteren spielen auch Betriebsgrößeneffekte eine Rolle. Große Rehabilitationseinrichtungen können Größenvorteile, wie einen hohen Marktanteil, Präferenzen von Rehabilitanden und Marktmacht, nutzen, um höhere Tagessätze durchzusetzen.

Ferner scheint die Machtposition der Ausgabenträger durch das im Zuge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und nach SGB IX eingeführte Wunsch- und Wahlrecht eingeschränkt zu sein, dass dem Rehabilitanden das Recht eingesteht, die Rehabilitationseinrichtung selbst auszusuchen, sofern keine medizinischen Gründe entgegenstehen.

## 2.4 Qualitäts- und Strukturvorgaben für die medizinische Rehabilitation

Gemäß SGB IX und SGB V sind Rehabilitationseinrichtungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ihrer Leistung verpflichtet. Hierfür müssen sie sich einerseits nach § 135a (Verpflichtung zur Qualitätssicherung) und § 137d SGB V (Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Versorgung oder Rehabilitation) an einer externen Qualitätssicherung (QS) beteiligen und andererseits nach § 20 SGB IX (Qualitätssicherung) ein einrichtungsinternes, zertifiziertes Qualitätsmanagement (QM) durchführen. Für die Durchführung der externen Qualitätssicherung kommen insbesondere den Qualitätssicherungsprogrammen der DRV und GKV Bedeutung zu. Die Qualitätssicherung soll die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Leistungserbringung transparent machen.

Um Qualitätsstandards in den Rehabilitationseinrichtungen sicherzustellen und zu fördern hat die DRV im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms Strukturanforderungen für Rehabilitationseinrichtungen verabschiedet. Diese leiten sich aus den räumlichen, apparativen, konzeptionellen und personellen Voraussetzungen für die Durchführung von medizinischen Rehabilitationsleistungen ab. Die Strukturanforderungen können den Kategorien „belegungsrelevant“, „strukturelevant“ oder „zuweisungsrelevant“ zugeordnet werden (Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) 2014b). Belegungsrelevante Strukturanforderungen sind Anforderungen, die von Rehabilitationseinrichtungen erfüllt werden müssen, um von der DRV belegt zu werden. Hierunter fallen z. B. Facharztqualifikationen von leitenden Ärzten/innen und das Notfallmanagement.

Strukturelevante Merkmale sind Merkmale, die aus Sicht der DRV für die qualitativ hochwertige Versorgung der Rehabilitanden erforderlich sind und die grundsätzlich erwartet werden. Sie betreffen die räumlichen Anforderungen (z. B. Ausgestaltung der Rehabilitandenzimmer und Funktionsräume), medizinisch-technische Anforderungen sowie auch die personellen Anforderungen. In Hinblick auf die personellen Anforderungen gibt es indikationsspezifische quantitative Anforderungen für die

Personalbemessung verschiedener Funktionsgruppen (vgl. Kapitel 3). Da die personellen Anforderungen auf Funktionen basieren und nicht nach Berufsgruppen unterscheiden, können innerhalb der einzelnen Funktionsgruppen verschiedene Berufsgruppen eingesetzt werden. Anzumerken ist hier jedoch, dass in der Praxis durchaus von den personellen Vorgaben abgewichen wird. Es existiert ein sog. Toleranzbereich von bis zu -20 Prozent für die formulierten Zielgrößen.

Zuweisungsrelevante Strukturanforderungen gelten für die Zuweisung von Rehabilitanden mit spezifischen Bedarfen. Hier geht es vor allem um Anforderungen an indikationsspezifisch ausgerichtete Einrichtungen für die Rehabilitation von Menschen mit besonderen Behandlungsanforderungen oder mit Behinderungen.

An dem aktuellen Qualitätssicherungsprogramm der DRV, das seit Januar 2018 gilt, nehmen knapp 2.000 Fachabteilungen und Rehabilitationseinrichtungen teil. Im Rahmen des Programms mit dem Titel „Strukturierter Qualitätsdialog“ werden regelmäßig Berichte auf Basis eines Benchmarkings jeder einzelnen Einrichtung bzw. Fachabteilung mit den Ergebnissen anderer Fachabteilungen oder Einrichtungen mit gleichen Indikationen erstellt. Folgende fünf Qualitätsindikatoren werden dabei für die externe Qualitätssicherung genutzt:

1. Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL): Übersicht und Prüfung der erbrachten therapeutischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation (mit Indikationsstellung, Therapiezielen, Angaben zu Häufigkeiten und Dauer, Qualifikation und Bindungszeit des Personals).
2. Reha-Therapiestandards (RTS): Überprüfung der Erfüllung der Reha-Therapiestandards (RTS), die Mindestanforderungen an die therapeutische Versorgung bei häufig vorkommenden Erkrankungen definieren.
3. Peer Review-Verfahren: Im Rahmen des Peer Review-Verfahren werden von erfahrenen Medizinerinnen/innen des jeweiligen Fachgebietes (Peers) zufällig ausgewählte, anonymisierte ärztliche Entlassungsberichte sowie die Therapiepläne der Rehabilitanden begutachtet. Die Bewertung basiert auf einer vor kurzem aktualisierten Checkliste qualitätsrelevanter Merkmale und einem Handbuch.
4. Behandlungszufriedenheit der Patienten/innen und
5. Behandlungserfolg. Diese beiden Indikatoren stammen aus einer Befragung der Rehabilitanden, die 8–12 Wochen nach der Rehabilitation durchgeführt wird. Sie gibt die subjektive Bewertung der Rehabilitation wieder.

Für diese fünf Indikatoren werden Qualitätspunkte nach einem Konzept zur Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen (BQR) vergeben. Hierbei ist anzumerken, dass im Zusammenhang mit dieser Ausgestaltung der externen Qualitätssicherung auch die Anforderungen an das Dokumentations- und Berichtswesen der Rehabilitationseinrichtungen stark angestiegen sind (Borges/Zimolong 2013, S. 21).

Wird von einer Fachabteilung oder einer Rehabilitationseinrichtung weniger als die Hälfte der möglichen 100 Qualitätspunkte erreicht, wird ein „strukturierter Qualitätsdialog“ eingeleitet. Dieser wird auch eingeleitet, wenn eine Fachabteilung oder Einrichtung in mindestens zwei der oben genannten Qualitätsindikatoren zu den schlechtesten 10 Prozent innerhalb ihrer Vergleichsgruppe gehört. Im strukturierten Qualitätsdialog sollen im „partnerschaftlichen Austausch“ zwischen DRV und den betroffenen Abteilungen und Einrichtungen die auffälligen Ergebnisse diskutiert und gemeinsam nach Lösungen gesucht werden, um Verbesserungen zu erzielen.

Die Arbeitgeberverbände DEGEMED und BDPK kritisierten in Interviews, dass das Qualitätssicherungsprogramm für die Rehabilitationseinrichtungen einen enormen Aufwand mit sich bringt, ohne dass von einem guten Abschneiden bei Überprüfungen ein entsprechender Effekt auf die Belegsteuerung ausgehen würde. Auch in der DRV wird über eine Veränderung der Qualitäts- und Strukturvorgaben nachgedacht. So existieren verschiedene Ansätze, zukünftig neben dem Preis, stärker die Qualität der Leistungen, die Belegung der Einrichtung (bzw. Wartezeiten) sowie die Entfernung der Einrichtung vom Wohnort des/der Patienten bei der Auswahl von Einrichtungen zu berücksichtigen. Zurzeit werden in einem Pilotprojekt diese Parameter für die Belegungssteuerung in drei privaten Rehabilitationseinrichtungen getestet. Außerdem sollen zukünftig auch stärker medizinische Parameter eine Rolle spielen. Hierfür wird ein neues Verfahren für Vorher-Nachher-Vergleiche getestet, dass die medizinische Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen messen und nachweisen könnte.

#### **Exkurs: Das Qualitätssicherungsprogramm der GKV**

Das Qualitätssicherungsprogramm der GKV, das sog. QS-Reha-Verfahren, umfasst ebenfalls verschiedene Instrumente zur Sicherstellung der Qualität in der medizinischen Rehabilitation.<sup>5</sup> Nehmen Einrichtung bereits an dem Qualitätssicherungsprogramm der DRV teil, sind sie von der Teilnahme an dem QS-Reha-Verfahren der GKV befreit. Im Erhebungszeitraum 2018–2020 fin-

---

5 [www.qs-reha.de](http://www.qs-reha.de)

det der bisher dritte Durchlauf einer Überprüfung nach QS-Reha statt. Dabei werden insgesamt 929 Fachabteilungen geprüft. Im Vordergrund von QS-Reha steht vor allem Überprüfung des Behandlungserfolges. Werden bei der Überprüfung Mängel festgestellt, werden auch hier „Qualitätsdialoge“ – allerdings häufig in schriftlicher Form – durchgeführt. Im Rahmen des zweiten QS-Reha-Durchlaufs führten die GKV im Jahr 2017 insgesamt 92 solcher Dialoge durch. Schwierigkeiten der Rehabilitationseinrichtungen, die an den Qualitätsdialogen teilnehmen, lagen vor allem in den Bereichen therapeutische Behandlung, Schulungen, Patientenbetreuung und personelle Ausstattung. Die Maßnahmen zur Behebung der Mängel wurden hauptsächlich im organisatorischen Bereich getroffen (BDPK 2018a:95).

Nach § 20 SGB IX müssen Rehabilitationseinrichtungen auch ein internes Qualitätsmanagement betreiben und sich dieses auch zertifizieren lassen. Die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement sowie ein unabhängiges Zertifizierungsverfahren wurde von der BAR erarbeitet und sind im Rahmen der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 SGB IX nach einer Übergangsfrist spätestens seit dem 30. September 2012 in Kraft (BAR 2010, S. 48).

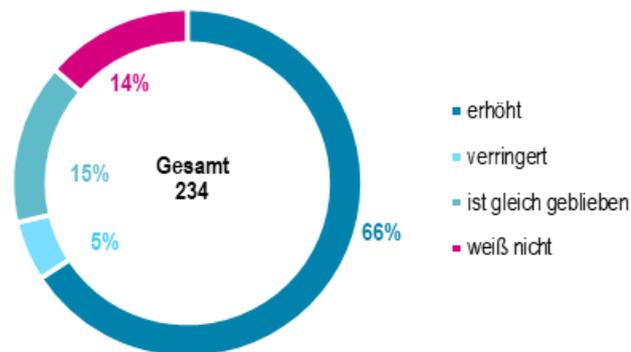
Das Qualitätsmanagement basiert auf Vorgaben der Normenreihe der ISO 9001 und einem Modell der EFQM (European Foundation for Quality Management). Demnach müssen Rehabilitationseinrichtungen indikationsspezifische und wissenschaftlich fundierte Rehabilitationskonzepte aufstellen, die Angaben zu spezifischen Therapieangeboten, Therapiezielen sowie zur Anzahl und Qualifikation des medizinischen und therapeutischen Personals beinhalten. Diese Therapiekonzepte sind regelmäßig zu aktualisieren und dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand anzupassen. In diesem Rahmen sind auch Patientenfragebögen zu Patientenzufriedenheit und zu subjektivem Behandlungserfolg auszuwerten. Außerdem ist ein Beschwerdemanagementsystem einzurichten. Die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements muss in regelmäßigen Abständen nachgewiesen werden. Sollten bei einer Überprüfung Mängel auffallen, müssen diese innerhalb von neun Monaten behoben werden. Ansonsten wird Rehabilitationseinrichtung das Zertifikat entzogen und sie werden von den Ausgabenträgern nicht mehr belegt.

Bisher machen noch weniger Rehabilitationseinrichtungen ihre Berichte publik, hierzu gehören MediClin, Median, Helios und Paracelsus.

## 2.5 Die Geschäftsstrategien von Rehabilitationseinrichtungen

Im Rahmen unserer Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen wurde die Entwicklung des Umsatzes der Rehabilitationseinrichtung in den letzten fünf Jahren erfragt. Demnach hat sich der Umsatz der Einrichtung bei 66 Prozent der Antwortenden erhöht. Nur fünf Prozent der Antwortenden geben an, dass sich der Umsatz verringert hat und 15 Prozent meinen, dass er gleich geblieben ist.

Abbildung 12: Entwicklung des Umsatzes in Rehabilitationseinrichtungen (n=234)



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen

Die Auswertung nach Trägerschaft zeigt, dass sich der Umsatz bei den freigemeinnützigen und privaten Rehabilitationseinrichtungen häufiger erhöht hat (70 Prozent bzw. 69 Prozent Zustimmung). Dagegen geben nur gut die Hälfte der Antwortenden (52 Prozent) aus öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen an, dass sich der Umsatz gesteigert hat. Wesentlich häufiger als die anderen Gruppen gaben öffentliche Rehabilitationseinrichtungen außerdem an, dass der Umsatz gesunken ist (12 Prozent in Vergleich zu 4 Prozent bei den privaten Einrichtungen bzw. null Prozent bei den freigemeinnützigen Einrichtungen).

Es existieren nur wenige Auswertungen zur Gewinnentwicklung von Rehabilitationseinrichtungen. Eine Studie von Winkler und Klein (2018) wertet die Jahresabschlussdaten von 94 großen und mittelgroßen sowie 86 kleinen Rehabilitationseinrichtungen für die Jahre 2013 bis 2015 aus.

Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass 63 Prozent der untersuchten Rehabilitationseinrichtungen eine Eigenkapitalquote von über 30 Prozent aufwiesen und damit als wirtschaftlich stabil und krisenfest gelten können. Darunter befanden sich 53 große und mittelgroße und 61 kleine Rehabilitationseinrichtungen. Außerdem haben im Jahr 2015 insgesamt rund 79 Prozent der untersuchten Rehabilitationseinrichtungen einen positiven Jahresüberschuss erwirtschaftet und 87 Prozent ein positives EBIT erreicht. Das EBIT (Earnings before interest and taxes) ist das Ergebnis vor Steuern und Zinsen. Zwischen den Jahren 2013 und 2015 ist dabei der Anteil der Einrichtungen mit einer Eigenkapitalquote von über 30 Prozent, einen positiven Jahresüberschuss sowie einem positiven EBIT angestiegen. Ferner stellt die Studie fest, dass die Eigenkapitalrentabilität im gleichen Zeitraum von neun Prozent (2013) auf elf Prozent (2015) zugenommen hat. Als Eigenkapitalrentabilität wird das Verhältnis des Gewinns eines Unternehmens zum Eigenkapital bezeichnet. Die Eigenkapitalrendite berechnet sich aus dem Jahresüberschuss dividiert durch das Eigenkapital.

Hayer/Karapolat (2016, S. 65–72) haben auf Basis einer Stichprobe von 306 Jahresabschlüssen stationärer Rehabilitationseinrichtung der Jahre 2011–2013 ermittelt, dass im Jahr 2013 54 Prozent der untersuchten Rehabilitationseinrichtungen einen positiven Jahresüberschuss von mindestens ein Prozent des Umsatzes erwirtschaften konnten. Einen negativen Jahresabschluss von minus ein Prozent und mehr des Umsatzes wiesen 26 Prozent der Einrichtungen auf. 20 Prozent der Einrichtungen verzeichneten einen Jahresüberschuss zwischen minus ein Prozent und ein Prozent des Umsatzes im Jahr 2013. Bei einer Auswertung nach Trägergruppen zeigt sich, dass 73 Prozent der privaten Rehabilitationseinrichtungen, 56 Prozent der freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen und 34 Prozent der öffentlichen Einrichtungen einen Jahresüberschuss größer oder gleich ein Prozent des Umsatzes haben. Die öffentlichen Träger haben im Durchschnitt die schlechteste Ertragslage. Die Ergebnisse der beiden Studien sind nicht direkt miteinander vergleichbar, da sie verschiedene Zeiträume abdecken und sich anderer Variablen bedienen. Ersichtlich ist jedoch, dass die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit von Rehabilitationseinrichtungen im Zeitverlauf angestiegen ist. Allerdings erscheint die Rentabilität bzw. Rendite von Rehabilitationseinrichtungen im Vergleich mit Unternehmen aus anderen Branchen eher niedrig.

Beide Studien kommen zu dem Ergebnis, dass Investitionen in Rehabilitationseinrichtungen häufiger verschoben werden und sich zuweilen ein Investitionsstau gebildet hat (Hayer/Karapolat 2016; Winkler/Klein 2018). Eine Befragung von Borges und Zimolong (2016) unter 215

Rehabilitationseinrichtungen errechnet für Zeitraum 2017 bis 2021 einen Investitionsbedarf in Rehabilitationseinrichtungen von insgesamt 5,2 Milliarden Euro. Dies entspricht durchschnittlich 4,3 Millionen Euro pro Einrichtung oder 32.800 Euro pro Bett. Die in den letzten fünf Jahren vor der Untersuchung getätigten Investitionen beliefen sich im Gegensatz hierzu im Durchschnitt auf 18.300 Euro pro Bett. Bedarf wird vor allem bei der Sanierung baulicher Substanzen und der Ausstattung gesehen. In der Umfrage von Borges und Zimolong wurde außerdem ermittelt, dass der Investitionsbedarf zu rund 39 Prozent auf gesetzliche Anforderungen zurückgeführt wird, zu 51 Prozent auf Anforderung von den Ausgabenträgern und zu 55 Prozent auf die Rehabilitanden. Die Ansprüche der Patient/innen an die Rehabilitationseinrichtungen haben sich in den letzten Jahren weiter gewandelt. So erwarten diese immer häufiger eine hotelähnliche Unterbringung. Nur 16 Prozent der befragten Rehabilitationseinrichtungen gehen davon aus, dass sie ausreichend investitionsfähig sind. 55 Prozent bezeichnen sich nur in geringem Umfang fähig und 18 Prozent als nicht investitionsfähig.

Man kann festhalten, dass Rehabilitationseinrichtungen bezüglich ihrer wirtschaftlichen Lage eine breite Streuung aufweisen (vgl. auch Reiniger 2014). Es gibt eine Reihe von (insbesondere auch privaten) Einrichtungen, die finanziell gut dastehen und eine ausreichende Umsatzrendite erwirtschaften. Dies erklärt auch den Einstieg internationaler Finanzinvestoren in die Rehabilitationsbranche.

#### **Exkurs: Einstieg von Finanzinvestoren in die Branche**

In der Rehabilitationsbranche wurden zwischen den Jahren 2013 bis zur ersten Hälfte 2018 sieben große Unternehmen von ausländischen Kapitalinvestoren übernommen (Scheuplein/Evans/Merkel 2019). Hierunter fällt die Übernahme von Alloheim durch den schwedischen Finanzinvestor Nordic Capital, MediClin durch die nordamerikanische MPT und die Celenus-Klinken GmbH durch den französischen Konzern Orpéa.

Besondere Aufmerksamkeit erhielt die Übernahme von Median. Der Konzern wurde im Jahr 2009 von der Private Equity-Gesellschaft Advent International gekauft und 2014 an den niederländischen Investor Waterland verkauft, der den Immobilienbesitz von Median im gleichen Jahr noch an eine US-amerikanische Immobilientochter weiterverkauft hat.

Kritiker werfen den Investoren vor, Gewinn vor allem durch ein Rückmietkauf-Verfahren zu machen, d. h. die Einrichtungen müssen hohe Gebäudemieten an die eigene Tochtergesellschaft zahlen (Rössing 2016).

Die Übernahme durch internationale Finanzinvestoren wird z. T. mit einer Verschlechterung von Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen sowie einer Absenkung des Qualitätsstandards in den Einrichtungen in Verbindung gebracht (Lühring 2018; Schulze/Reinhardt 2019). So mussten z. B. die Beschäftigten in Teilen des Median-Konzerns nach Aufkündigung des Manteltarifvertrages Nullrunden und Lohnverluste hinnehmen. Beschäftigte in den Celenus-Klinken GmbH erhalten nach Berechnung von ver.di bis zu 42 Prozent weniger Lohn als vergleichbare Beschäftigte in Kliniken der DRV (ver.di 2018).

Die Determinanten, die die wirtschaftliche Entwicklung von Rehabilitationseinrichtungen beeinflussen, sind vielfältig. Von besonderer Relevanz für den unternehmerischen Gewinn haben sich jedoch die folgenden Faktoren herauskristallisiert:

- Verhandlungsfähigkeit mit den Ausgabenträgern hohe Preise durchzusetzen,
- günstige Kosten und Kostenstrukturen der Einrichtung
- und Möglichkeiten zur Behandlung von spezifischen Indikationen bzw. besondere Therapieangebote.

Häufig sind es insbesondere große Rehabilitationseinrichtungen, die wirtschaftlich gut aufgestellt sind. Sie verfügen durch ihre Marktstellung über ausreichend Verhandlungsmacht Preise mitzugestalten. Gleichzeitig können sie eher Kostenvorteile erzielen, indem sie Skaleneffekte ausnutzen und dadurch relativ sinkende Fixkostenbelastungen haben.

Die bessere Ertragssituation von großen Einrichtungen ist ein wesentlicher Faktor für die steigende Zahl von Zukäufen und Zusammenschlüssen auf dem Rehabilitationsmarkt.

Wirtschaftlich erfolgreich kann für einzelne Rehabilitationseinrichtungen auch eine Nischenstrategie sein, bei der eine Einrichtung bewusst auf spezialisierte Angebote setzt. Durch Differenzierung und Spezialisierung können solche Rehabilitationseinrichtungen sich auf Märkten positionieren, auf denen weniger Konkurrenz herrscht und höhere Preise eingefordert werden können.

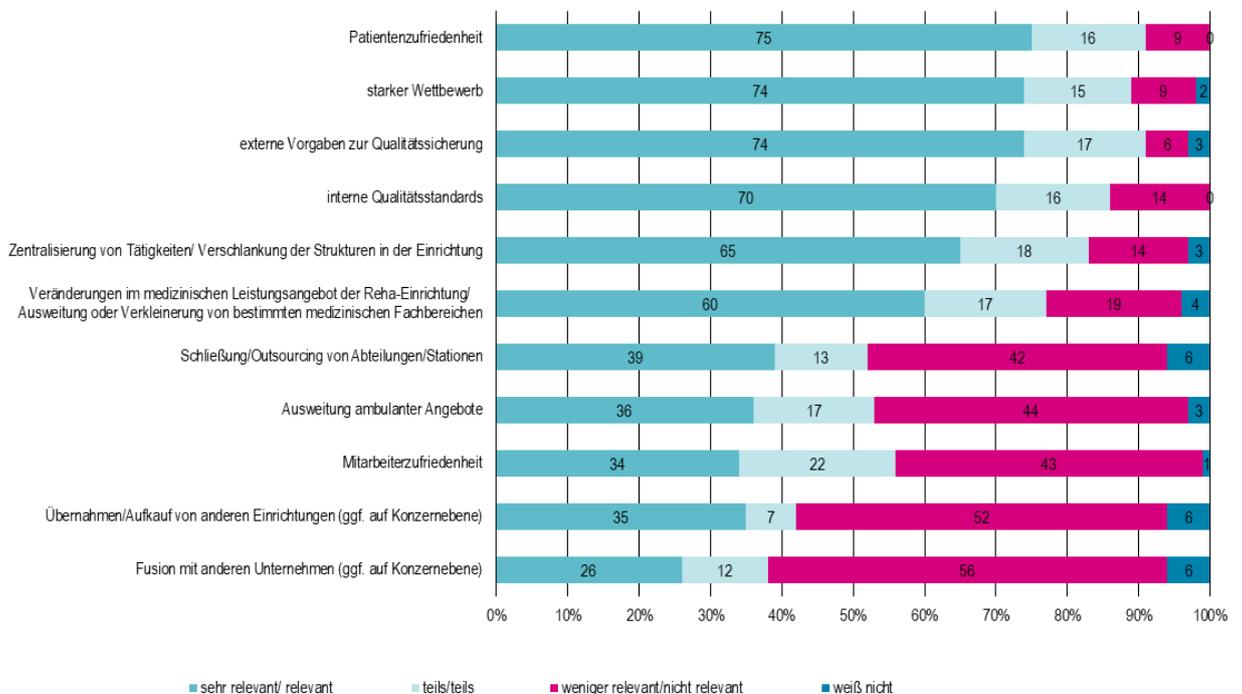
Steigende Nachfrage gibt es z. B. aufgrund zunehmender Fallzahlen in den Bereichen psychische Erkrankungen und Geriatrie. Hier verschiebt sich das Nachfrage-Angebot-Verhältnis zu Gunsten der Rehabilitationseinrichtungen. Die Auswertung des Reha-Verzeichnisses 2016 (vergleiche Kapitel 2.2) lässt die These zu, dass insbesondere die Bereiche Nephrologie, Neurologie, physikalische Reha und Psychotherapie höhere Erträge möglich machen. Dies ist u. a. dem Umstand der länge-

ren Verweilzeiten der Rehabilitanden bei diesen Indikationen geschuldet.

### 2.5.1 Was ist wichtig für die Geschäftsstrategie von Rehabilitationseinrichtungen?

In unsere Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen haben wir abgefragt, welche Faktoren für die Geschäftsstrategie aus Perspektive der Geschäftsführung der Rehabilitationseinrichtung von Bedeutung sind (vergleiche Abbildung 13).

Abbildung 13: Bedeutende Faktoren für die Geschäftsstrategie



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen

Die Antworten zeigen, dass den internen und externen Anforderungen an die Qualität der Rehabilitationseinrichtung starke Relevanz beigemessen wird. Am wichtigsten wird die Patientenzufriedenheit eingeschätzt (Zustimmung: 75 Prozent), die sowohl durch die Qualitätssicherungsprogramme der DRV und GKV als auch im internen Qualitätsmanagement erfasst wird.

74 Prozent der Befragten schätzen die Erfüllung der externen Vorgaben zur Qualitätssicherung und 70 Prozent die der internen Qualitätsstandards für ihre Geschäftsführung als „sehr relevant“ oder „relevant“ ein. Interne Qualitätsstandards sind vor allem in privaten (72 Prozent) und öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen (67 Prozent) relevant, weniger dagegen in freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen (55 Prozent).

In Hinblick auf die hohe Relevanz der Patientenzufriedenheit geben Interviewpartner/innen zu bedenken, dass die Patientenbewertungen von subjektiver Wahrnehmung beeinflusst werden. So wird z. B. der Beurteilung über die Ausstattung, Verpflegung und Lage der Klinik, Zustand der Infrastruktur, gebotenen Freizeitmöglichkeiten und Unterbringung in Zimmern womöglich wesentlich mehr Bedeutung zugesprochen, als einem positiven medizinischen Nutzen.

Der starke Wettbewerb spielt aus Sicht der Befragten eine große Rolle. 74 Prozent der Antwortenden insgesamt stimmen der Aussage zu. Dabei bewerten insbesondere die öffentlichen (76 Prozent) und privaten Rehabilitationseinrichtungen (74 Prozent) den starken Wettbewerb als bedeutender Faktor, während es bei den freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen rund zehn Prozent weniger sind (65 Prozent).

Große Bedeutung hat auch die Zentralisierung von Tätigkeiten und die Verschlinkung der Strukturen in den Einrichtungen. 65 Prozent aller Befragten schätzen dies als relevant oder sehr relevant für die Geschäftsführung ein. Der Zentralisierung von Tätigkeiten und Verschlinkung der Strukturen in der Einrichtung wird mit 78 Prozent bei den öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen wesentlich mehr Relevanz beigemessen als bei den privaten (64 Prozent) oder den freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen (55 Prozent).

60 Prozent aller Befragten sind der Meinung, dass Veränderungen im medizinischen Leistungsangebot der Rehabilitationseinrichtungen oder der Ausweitung oder Verkleinerung von bestimmten medizinischen Fachbereichen strategisch bedacht werden müssen. Die Veränderung des medizinischen Angebotes spielt vor allem bei den freigemeinnützigen (65 Prozent) und öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen (57 Prozent) eine Rolle, weniger dagegen bei den privaten Einrichtungen (40 Prozent).

Strukturveränderungen in der Branche, wie die Schließung/Outsourcing von Abteilung oder Stationen, aber auch die Fusion mit anderen Unternehmen oder Übernahmen/Aufkauf von anderen Einrichtungen empfindet nur ein Teil der Antwortenden als zentral. Hier geben 39 Prozent aller Befragten in Hinblick auf die Schließung oder das Out-

sourcing von Abteilungen oder Stationen an, dass dieser Faktor als relevant oder stark relevant betrachtet wird.

Bezogen auf das Thema Outsourcing von Leistungen zeigt sich, dass öffentliche und private Rehabilitationseinrichtungen stärker von Outsourcing betroffen sind als freigemeinnützige Einrichtungen. Sie geben zu 40 Prozent bzw. 41 Prozent an, dass der Faktor Relevanz hat, während es nur 20 Prozent der Befragten aus freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen tun.

Die Option einer Fusion mit anderen Unternehmen beurteilen 26 Prozent der Antwortenden als relevant oder sehr relevant. Die Übernahme oder der Aufkauf von anderen Einrichtungen spielt für 35 Prozent der Geschäftsführungen nach Meinung der antwortenden Arbeitnehmervertretungen eine Rolle.

Größere Unterschiede lassen sich vor allem bei Übernahme/Aufkauf von anderen Einrichtungen zwischen den Rehabilitationseinrichtungen verschiedener Trägerschaft feststellen. Hier stimmen 41 Prozent der Antwortenden von privaten Rehabilitationseinrichtungen der Aussage zu, während es nur 23 Prozent bzw. 20 Prozent der öffentlichen oder freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen tun. Dies ist insoweit etwas überraschend, da es gerade unter diesen Anbietern eine Reihe von Einrichtungen mit wirtschaftlich unzureichenden Ergebnissen gibt. Anders als bei kleinen privaten Rehabilitationseinrichtungen führt dies jedoch nicht zu entsprechenden Konsolidierungen.

Der Ausweitung ambulanter Angebote ist für 36 Prozent aller Antwortenden wichtig. Ambulante Angebote spielen vor allem bei freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen (55 Prozent, im Vergleich zu 38 Prozent bei öffentlichen und 32 Prozent bei privaten Rehabilitationseinrichtungen) eine Rolle.

Überraschend für uns war, dass nur 34 Prozent der Antwortenden in unserer Befragung finden, dass Mitarbeiterzufriedenheit für ihre Geschäftsführung sehr relevant oder relevant ist. 43 Prozent denken hingegen, dass Zufriedenheit der Mitarbeiter sogar weniger oder nicht relevant ist. Immerhin geben 45 Prozent der Antwortenden aus freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen und 43 Prozent aus öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen an, dass die Mitarbeiterzufriedenheit für die Geschäftsführung von Relevanz ist. Dagegen sind es nur 29 Prozent in privaten Rehabilitationseinrichtungen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass von den Geschäftsführungen in Rehabilitationseinrichtungen einer hohen Qualität der angebotenen Dienstleistungen nach internen und externen Standards sowie aus Sicht der Rehabilitanden eine herausragende Bedeutung bei der Geschäftsstrategie zugeschrieben wird. Damit wird den Qualitäts- und Strukturvor-

gaben eine bedeutende Relevanz zugesprochen. Des Weiteren weisen die Ergebnisse darauf hin, dass der starke Wettbewerb auf dem Rehabilitationsmarkt die Geschäftsstrategie von Rehabilitationseinrichtungen prägt. Die Geschäftsführung reagiert auf den zunehmenden Kostendruck häufig mit Rationalisierung. So wird vor allem durch die Verschlinkung von Strukturen versucht, profitabel zu wirtschaften.

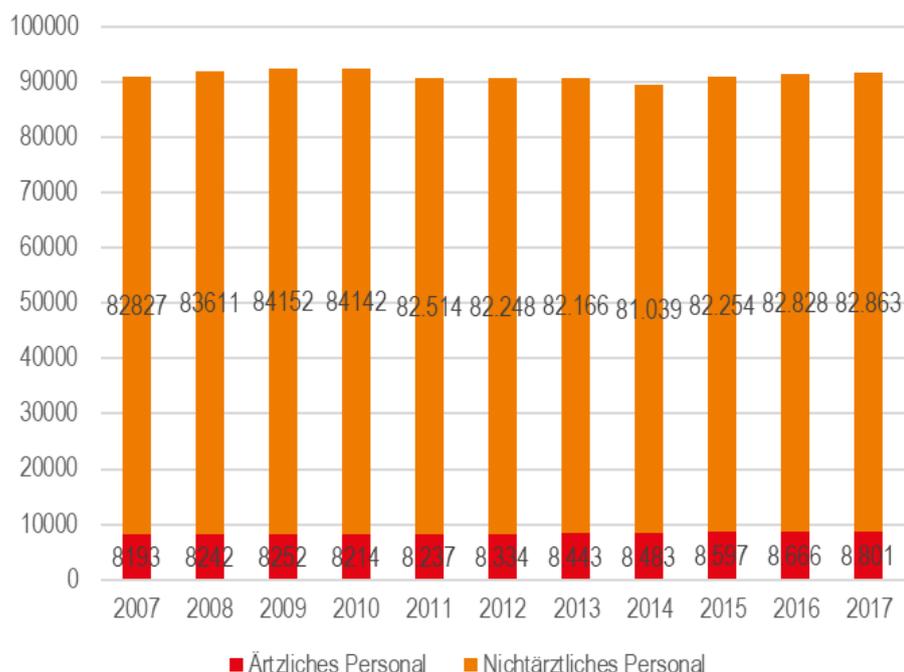
## **3. Arbeit und Beschäftigung in der Rehabilitationseinrichtungen**

### **3.1 Beschäftigungsstruktur und Entwicklung der Beschäftigung**

Im Jahr 2017 waren insgesamt 122.571 Personen in den stationären Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen beschäftigt. Allerdings ist bei diesen Angaben zu bedenken, dass die Teilzeitquote in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sehr hoch ist. Die Anzahl der Beschäftigten – umgerechnet in Vollzeitstellen – betrug im Jahresdurchschnitt 2017 nur 91.664. Wird die Beschäftigtenzahl auf Basis von Vollzeitäquivalenten berechnet, dann zeigt sich, dass Beschäftigungsvolumen (gemessen in Arbeitsstunden) in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen seit Mitte der 1990er Jahre relativ konstant ist. Eine Ausnahme war ein Spitzenwert im Jahr 1996, in dem 102.247 Vollkräfte im Jahresdurchschnitt beschäftigt waren. Ein Jahr später war ihre Anzahl bereits um zehn Prozent, auf 92.140 Vollzeitäquivalente, zurückgegangen. In den letzten zehn Jahren, zwischen 2007 (91.020) und 2017, ist die Anzahl der Vollkräfte um nicht mal ein Prozentpunkt angestiegen (vergleiche Abbildung 14).

Bei Personalanalysen in Reha- und Vorsorgeeinrichtung wird üblicherweise zwischen dem ärztlichen Dienst und dem nichtärztlichen Dienst unterschieden. Im Jahr 2017 wurden 8.061 Vollzeitäquivalenten dem ärztlichen Personal und 82.863 dem nichtärztlichen Dienst zugerechnet. Damit beträgt der Anteil des ärztlichen Personals an allen Beschäftigten gemessen in Vollkräften ungefähr zehn Prozent. Im Jahr 2007 lag der Anteil des ärztlichen Personals noch bei neun Prozent.

Abbildung 14: Beschäftigungsentwicklung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in Vollkräften, 2007–2017



Quelle: Statistisches Bundesamt (2018c)

Wird nicht das Beschäftigungsvolumen, sondern die Zahl der Beschäftigten als Basis der Beschäftigungsentwicklung verwendet, dann zeigt sich ein Anstieg der Beschäftigtenzahlen in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

Die Zahl der Beschäftigten ist in den letzten zehn Jahren insgesamt um sechs Prozent angestiegen (2007: 115.639 Beschäftigte). Das Beschäftigungswachstum in der Branche erfolgte dabei fast vollständig durch die Ausweitung des Angebots von Teilzeitarbeitsplätzen. Die Teilzeitquote (Teilzeit bzw. geringfügig beschäftigt) betrug im Jahr 2017 im nichtärztlichen Dienst 53 Prozent und im ärztlichen Dienst 32 Prozent.

Die Zunahme der Zahl der Beschäftigten erfolgt nur langsam und auch nicht kontinuierlich. Erst in den letzten drei Jahren ist ein deutlicher Anstieg in den Beschäftigtenzahlen auszumachen (vergleiche Abbildung 15).

Abbildung 15: Beschäftigungsentwicklung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in Köpfen, 2007–2017



Quelle: Statistisches Bundesamt (2018c)

Der Anteil des ärztlichen Dienstes an der Zahl aller Beschäftigten liegt bei ca. neun Prozent. Im Jahr 2007 betrug der Anteil noch acht Prozent. Er ist also leicht gestiegen. In Hinblick auf die Verteilung nach Einrichtung in verschiedener Trägerschaft zeigt sich, dass in den freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen der nichtärztliche Dienst sieben Prozent der Beschäftigten ausmacht, in privaten neun Prozent und in öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen zehn Prozent.

Insgesamt sind von allen Beschäftigten im ärztlichen Dienst 66 Prozent in privaten Rehabilitationseinrichtungen beschäftigt. Auf öffentliche Einrichtungen entfallen 21 Prozent und auf freigemeinnützige Einrichtungen 13 Prozent aller im ärztlichen Dienst beschäftigten Personen.

In Hinblick auf den nichtärztlichen Bereich arbeiten 64 Prozent der Beschäftigten in privaten Rehabilitationseinrichtungen, 19 Prozent in öffentlichen und 17 Prozent in freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen. Ein Vergleich zu den Angaben aus dem Jahr 2007 zeigt, dass sich die Anteile nur wenig in den letzten zehn Jahren verändert haben.

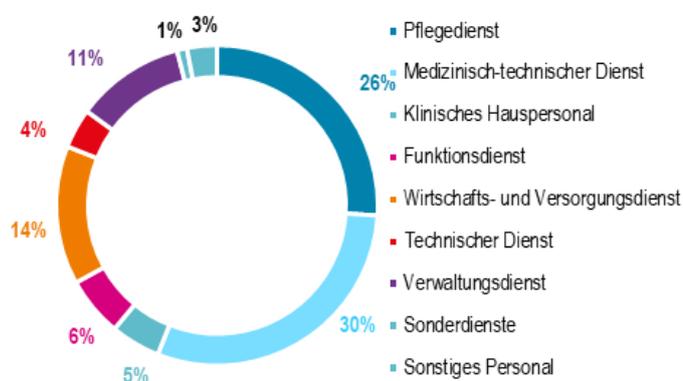
Wie aus Abbildung 16 zu erkennen, entfällt der größte Anteil des nichtärztlichen Dienstes (30 Prozent) auf den medizinisch-technischen Dienst. Hier werden für 2017 24.709 Vollzeitäquivalente ausgewiesen.

Die größten Berufsgruppen des medizinisch-technischen Dienstes sind Krankengymnasten/innen und Physiotherapeuten/innen sowie Psychologen/innen und Psychotherapeuten/innen. Der zweitgrößte Bereich im nichtärztlichen Dienst entfällt mit 26 Prozent und 21.351 Voll-

zeitäquivalente auf den Pflegedienst. Hier bilden Gesundheits- und Krankenpfleger/innen gefolgt von Krankenpflegehelfer/innen die größten Berufsgruppen. Der Wirtschafts- und Versorgungsdienst stellt mit 11.890 Vollzeitäquivalenten 14 Prozent des nichtärztlichen Dienstes.

Die weiteren Bereiche des nichtärztlichen Dienstes setzen sich zusammen aus Klinisches Hauspersonal, Funktionsdienst, Wirtschafts- und Versorgungsdienst, Technischer Dienst, Verwaltungsdienst, Sonderdienste und sonstiges Personal.

Abbildung 16: Zusammensetzung des nichtärztlichen Personals, 2017



Quelle: Statistisches Bundesamt (2018c)

Ein Vergleich der Verteilung der Berufsgruppen mit dem Jahr 2007 zeigt kaum Unterschiede. So betrug damals der Anteil des medizinisch-technischen Dienst 28 Prozent (entspricht minus zwei Prozent), der des Pflegedienst 26 Prozent (entspricht dem Anteil aus 2007) und der des Wirtschafts- und Versorgungsdienstes 15 Prozent (ein Prozent).

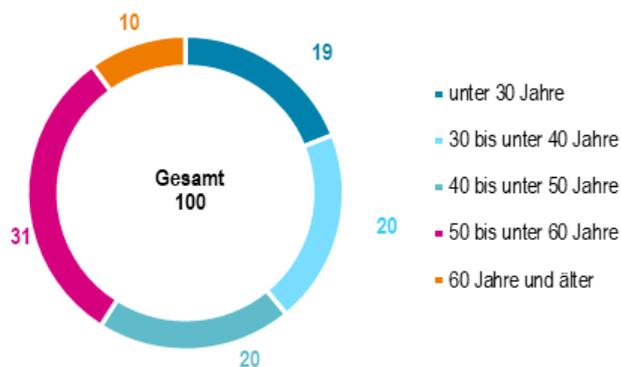
Der Frauenanteil unter den Beschäftigten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ist – wie auch in anderen Bereichen der Gesundheitsbranche – hoch und lag 2017 insgesamt bei 77 Prozent. Im nicht-ärztlichen Dienst ist der Anteil mit 80 Prozent deutlich höher als im ärztlichen Bereich, wo er bei 49 Prozent liegt.

Personen ohne direktes Beschäftigungsverhältnis, die z. B. in Form von konzerninternen Personalgesellschaften oder Leiharbeit eingesetzt werden, sind in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sehr selten. Nur ein Prozent der Beschäftigten (Vollzeitkräfte im Jahresdurchschnitt) entfiel im Jahr 2017 auf diese Beschäftigungsformen. Im ärztlichen Dienst ist der Anteil mit zwei Prozent geringfügig höher. Hierunter fallen Gast-, Konsiliar- und hospitierende Ärzte/innen.

Der Anteil der Auszubildenden (umgerechnet in Vollkräfte) betrug im Jahr 2017 ein Prozent an der Gesamtbeschäftigung in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Während die Ausbildungsquote der Einrichtungen in freigemeinnütziger und privater Trägerschaft sogar etwas unter einem Prozent liegt, macht sie in den öffentlichen Einrichtungen immerhin drei Prozent aus. Die niedrigen Prozentsätze liegen vor allem daran, dass im Gesundheitswesen (vollzeit-)schulische Ausbildungen sehr verbreitet sind. So sind z. B. Logopäden/innen, Ergotherapeuten/innen und Physiotherapeuten/innen Berufsgruppen rein schulische Ausbildungen. Die Gesprächspartner/innen in unseren Interviews haben in Hinblick auf die Ausbildung von Pflegekräften außerdem betont, dass die Einrichtungen Auszubildende häufig nicht aufnehmen können, weil sie die organisatorischen Voraussetzungen für eine Ausbildung nicht erfüllen oder nicht über alle Arbeitsverfahren und Arbeitsabläufe verfügen, die gewährleisten, dass die Kenntnisse und Fertigkeiten entsprechend der Ausbildungsordnung vermittelt werden können.

Die Alterszusammensetzung des Personals in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ist in Abbildung 17 dargestellt. Im Jahr 2017 waren 39 Prozent der Beschäftigten unter 40 Jahre alt, 20 Prozent zwischen 40 Jahre und unter 50 Jahre alt und 31 Prozent der Beschäftigten 50 Jahre und älter.

Abbildung 17: Altersstruktur der Beschäftigten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (in %), 2017



Quelle: Statistisches Bundesamt (2019c)

Damit unterscheidet sich die Altersstruktur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nicht signifikant von der Altersstruktur des im Gesundheitsbereich tätigen Personals in Deutschland insgesamt. Der Ge-

sundheitsbereich setzt sich u. a. aus Beschäftigten der Apotheken, Krankenhäuser und ambulanten Pflege zusammen. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen haben in der demographischen Struktur ihrer Mitarbeiter/innen in der Alterskohorte zwischen 30 bis unter 40 Jahre eine unterdurchschnittliche Ausprägung (minus zwei Prozent). Dafür gibt es im Vergleich mehr Beschäftigte im Alter 50 bis unter 60 Jahre (zwei Prozent) gegenüber dem gesamten Gesundheitsbereich.

### **3.2. Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in Rehabilitationseinrichtungen**

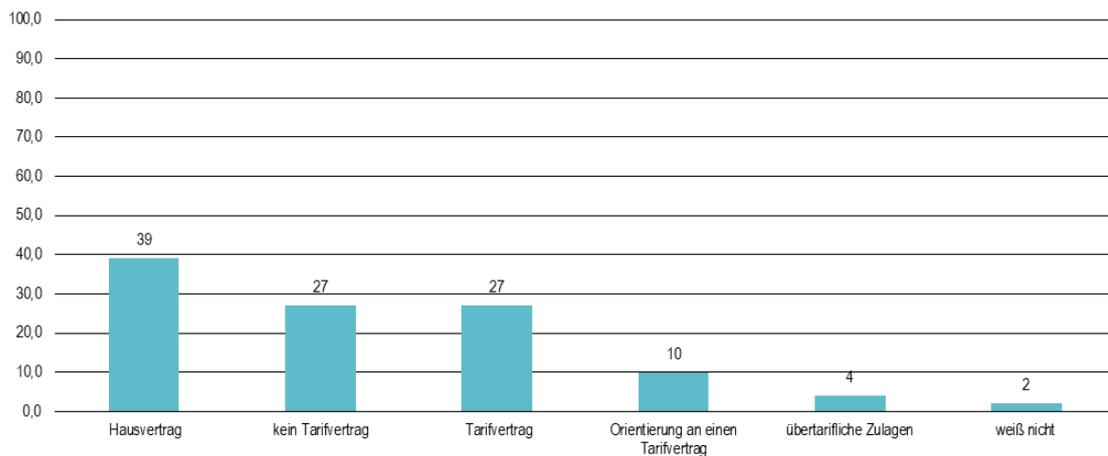
Wie im gesamten Gesundheitsbereich gibt es auch in Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen einen anhaltenden Veränderungsdruck auf die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen bei den verschiedenen Berufsgruppen. Im Rahmen der Analyse wurden die Arbeitsbedingungen im Pflegedienst, bei Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen, bei Psychotherapeuten/innen und bei den Beschäftigten im Servicebereich analysiert. Da die Physiotherapeuten/innen zusammen mit Ergotherapeuten/innen sowie Psychotherapeuten/innen die größte Therapeutengruppe in den Einrichtungen sind, haben wir sie als Untersuchungsfeld für den Therapiebereich ausgewählt. 157 Antwortende schätzen Physiotherapeut/innen und Ergotherapeut/innen als größte Therapeutengruppe in ihrer Einrichtung ein. Dabei entfallen in Hinblick auf die Antworten 107 auf private, 38 auf öffentliche und zwölf auf freigemeinnützige Rehabilitationseinrichtungen. 33 Befragte nennen Psychotherapeuten/innen als größte Therapeutengruppe in ihrer Einrichtung (vier aus freigemeinnützigen, 23 aus privaten und sechs aus öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen). Nur sechs Antwortende machen Angaben zu „sonstigen Therapeutengruppen“.

Soweit möglich wurde auch die Berufsgruppe der Ärzte/innen in die Untersuchung miteinbezogen. Das Unterkapitel gibt zunächst einen Überblick über die Struktur und Höhe der Entlohnung der Beschäftigten in den einzelnen Trägergruppen. Danach wird die Ausgestaltung der Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen beschrieben.

Die Personalaufwandsquote der stationären Rehabilitationseinrichtungen liegt im Durchschnitt bei ca. 61 Prozent der Kosten einer Einrichtung. Löhne und Gehälter machen im Durchschnitt 52 Prozent aller Kosten aus (Borges et al. 2017, S. 20). In den Rehabilitationseinrichtungen existiert kein flächendeckender Tarifvertrag. Genaue Angaben zur Tarifbindung in der Rehabilitationsbranche existieren nicht. Insgesamt

handelt es sich um eine stark zersplitterte Tariflandschaft, die von Haustarifverträgen geprägt wird und wo es bundesweit nur eine geringe Anzahl konzernweiter Tarifverträge gibt. Im Rahmen der Umfrage unter Arbeitnehmervertretern/innen haben wir abgefragt, auf welcher Grundlage das Entgelt der meisten Beschäftigten (ohne Ärzte/innen) basiert. Die Antworten sind in Abbildung 18 dargestellt.

Abbildung 18: Verbreitung von Tarifverträgen (in %)



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen

Die größte Gruppe der Antwortenden (39 Prozent) gibt an, dass die Entlohnung auf einen Haustarifvertrag basiert. Weitere 27 Prozent geben an, dass die Entlohnung in ihrer Rehabilitationseinrichtung auf einen Tarifvertrag basiert. Zu gleichen Teilen (27 Prozent) geben Befragte allerdings an, dass gar kein Tarifvertrag in ihrer Einrichtung zur Anwendung kommt. In 10 Prozent der Fälle wird eine Entlohnung bezahlt, die sich an einen Tarifvertrag orientiert, der in der Einrichtung jedoch nicht vollständig zur Anwendung kommt. Außerdem bezahlen vier Prozent der Einrichtungen übertarifliche Zulagen.

Die Auswertung der Umfrage nach Trägerschaft zeigt, dass in öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen fast ausschließlich eine Entlohnung auf Basis eines Tarifvertrages gezahlt wird. In öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen richtet sich die Vergütung der Beschäftigten nach den Tarifverträgen des TVöD (Tarifvertrag öffentlicher Dienst) bzw. des TV-L (Tarifvertrag Länder).

Antwortende aus freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen geben hingegen zu ungefähr gleich großen Teilen an, dass ein Haustarifvertrag bzw. gar kein Tarifvertrag in ihren Einrichtungen zur Geltung

kommen. Die freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen orientieren sich bei der Bezahlung ihrer Beschäftigten häufig nach Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR). Diese sind meist am TVöD angelehnt, weichen jedoch in Hinblick auf den Zeitpunkt von Entgelterhöhungen, Eingruppierungen und Funktionsaufstieg von diesem geringfügig nach unten ab. Dabei gibt es auch zwischen den einzelnen freigemeinnützigen Trägern Unterschiede. Übertarifliche Zulagen werden im Rahmen der Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) meist nicht gewährt.

Haustarifverträge kommen überwiegend bei privaten Rehabilitationseinrichtungen zur Anwendung. Verhandlungspartner auf gewerkschaftlicher Seite ist ebenfalls ver.di. Darüber hinaus existiert zwischen dem BDPK und einer nicht im DGB vertretenen Gewerkschaft, DHV – Die Berufsgewerkschaft, derzeit ein Bundesmanteltarifvertrag. DHV – Die Berufsgewerkschaft ist eine Gewerkschaft im Christlichen Gewerkschaftsbund (CGB). Seit ihrer Gründung erfolgten gegen die DHV in arbeitsgerichtlichen Verfahren mehrere Klagen zur Tariffähigkeit.

Es gibt einige private Anbieter von Rehabilitationseinrichtungen, wie z. B. Teile der Median Kliniken GmbH, die nicht über einen Tarifvertrag verfügen. In Hinblick auf Median hat die Geschäftsführung nachdem Haustarifverträge gekündigt worden sind, an verschiedenen Standorten mit den Betriebsräten vor Ort im Rahmen von Betriebsvereinbarungen sog. „flexible Lohnmodelle“ verabredet. Diese garantieren im schlechtesten Fall nur die gesetzlichen Mindeststandards (Reissner 2017; ver.di 2019a). In unserer Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen haben 31 Prozent der Befragten aus privaten Rehabilitationseinrichtungen angegeben, dass kein Tarifbezug bei der Entlohnung der Mehrheit der Beschäftigten besteht.

Winkler und Klein (2018, S. 44) haben herausgefunden, dass die Personalaufwendungen pro Beschäftigten zwischen 2013 und 2015 um sieben Prozent gestiegen sind, während die Arbeitsproduktivität im selben Zeitraum um 13 Prozent anstieg. Die Autoren führen die Steigerung der Arbeitsproduktivität zu einem erheblichen Umfang auf die Arbeitsverdichtung bei den Tätigkeiten der Beschäftigten zurück.

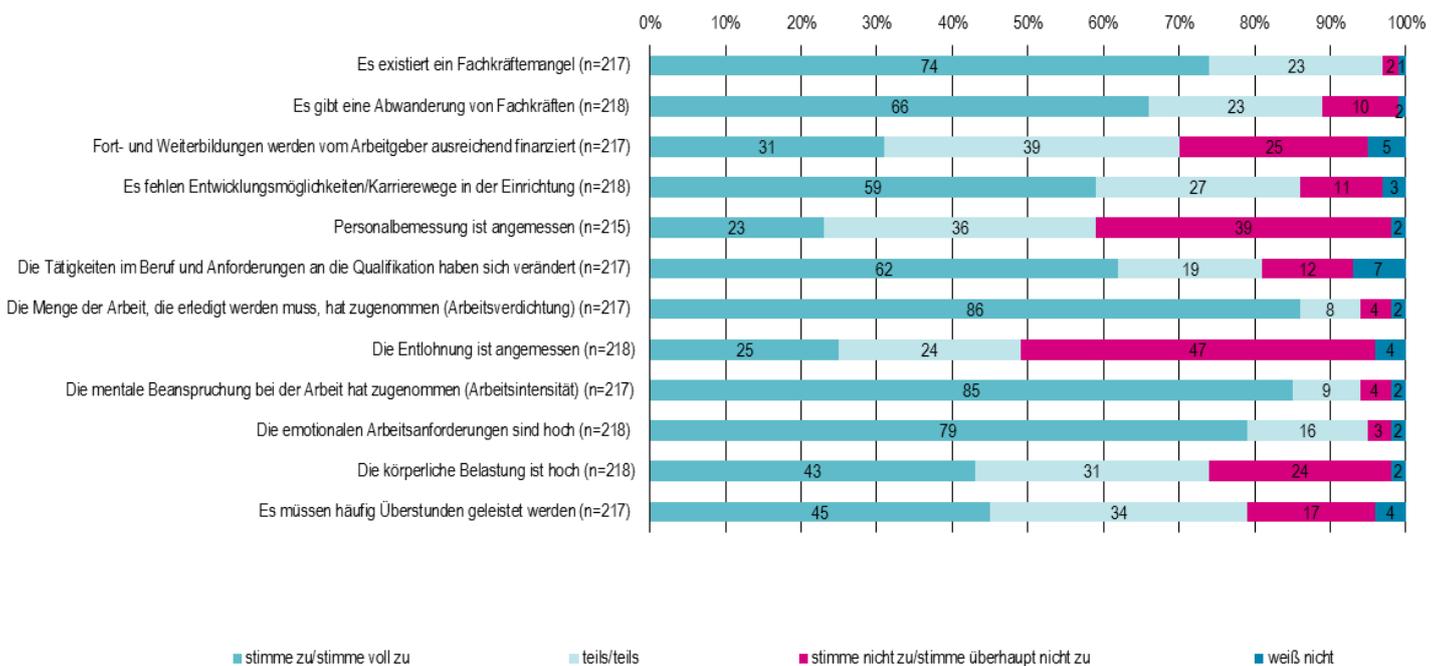
### **3.2.1 Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im ärztlichen Dienst**

Der ärztliche Dienst setzt sich zusammen aus leitenden Ärzten/innen, Oberärzten/innen und Assistenzärzten/innen. Die leitenden Ärzte/innen tragen die Verantwortung für die gesamte Rehabilitation. Der ärztliche Dienst koordiniert und überwacht Diagnostik, Therapieplanung und Ge-

staltung sowie Fort- und Weiterbildung der multiprofessionellen Teams (z. B. aus Physiotherapeuten/innen und Pflegekräften). Für alle Rehabilitanden ist zumindest wöchentlich eine Facharztvisite durchzuführen, in der die ärztliche Untersuchung, Diagnosestellung, sozialmedizinische Beurteilung und der Therapieverlauf überwacht werden (Deutsche Rentenversicherung 2018a, S. 6).

Der ärztliche Dienst ist kein eigentliches Untersuchungsfeld der vorliegenden Studie. Trotzdem soll hier zur Rahmensetzung und zur Einordnung der anderen untersuchten Berufsgruppen ein knapper Überblick über die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen von Ärzten/innen in Rehabilitationseinrichtungen gegeben werden. Abbildung 19 gibt einen Überblick über die Aussagen zu bedeutenden Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im ärztlichen Dienst im Rahmen unserer Befragung unter Arbeitnehmervertretungen.

Abbildung 19: Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im ärztlichen Dienst (in %)



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen

Die Ergebnisse unserer Umfrage bestätigen, dass im ärztlichen Bereich ein hoher Fachkräftemangel existiert (Zustimmung 74 Prozent).<sup>6</sup> Die Ergebnisse der Interviews belegen, dass von Rehabilitationseinrichtungen verstärkt ausländische Ärzte/innen rekrutiert werden, um den Fachkräftemangel zu begegnen. In Teilen bemängeln die Interviewpartner/innen hier unzureichende Deutschkenntnisse, die die Behandlung der Patienten/innen erschweren.

Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse der Umfrage eindeutig, dass es eine Abwanderung von Fachkräften gibt (Zustimmung 66 Prozent). Nach Meinung verschiedener Interviewpartner/innen ist die Abwanderung vor allem durch fehlende Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierewege in den Rehabilitationseinrichtungen im Gegensatz zu Akutkrankenhäusern bedingt (Zustimmung in der Umfrage: 59 Prozent).

Allerdings wird hier auch eingeräumt, dass die geregelten Arbeitszeiten in Rehabilitationseinrichtungen durchaus auch Anreize schaffen. Nacht-, Sonn- und Feiertagsarbeit, Wechselschichten, Bereitschaftsdiensten und Rufbereitschaften sind selten. Die geregelten Arbeitszeiten ermöglichen eher als z. B. in Akutkrankenhäusern eine Vereinbarung von Familie und Beruf. 31 Prozent der Antwortenden der Umfrage meinen, dass die Fort- und Weiterbildungen vom Arbeitgeber ausreichend finanziert werden.

Ein klarer Befund der Umfrage ist, dass der ärztliche Dienst an einer knappen Personalausstattung leidet. Die Strukturvorgaben zur Qualitätssicherung der DRV erwarten sechs Ärzte/innen (Vollzeitäquivalente) auf 100 Patienten/innen für die Indikatoren Dermatologie, Kardiologie, Pneumologie, Onkologie, Gastroenterologie sowie Psychosomatik und 7,5 Vollzeitäquivalenten auf 100 Patienten/innen in der Indikation Neurologie (Deutsche Rentenversicherung 2014b, S. 17–19). Nur 23 Prozent der Antwortenden der Umfrage empfinden die Personalbemessung als angemessen. 45 Prozent stimmen der Aussage zu, dass häufig Überstunden geleistet werden müssen.

Laut Angaben des Statistischen Bundesamts sind zwar die Personalbelastungszahlen von 237 Fällen pro Vollkraft im Jahr 2007 auf 224 Fälle pro Vollkraft im Jahr 2017 gesunken. Die Personalbelastungszahlen werden aus dem Quotienten von Fallzahlen und Vollzeitkräfte errechnet. Im Gegensatz dazu meinen 86 Prozent der Antwortenden in unserer Umfrage allerdings, dass die Menge der Arbeit zugenommen hat, die erledigt werden muss. 85 Prozent empfinden, dass die mentale Beanspru-

---

6 Zum Fachkräftemangel in Rehabilitationseinrichtungen siehe auch: [www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/4\\_Presse/infos\\_der\\_pressestelle/02\\_medieninformationen/01\\_pressemitteilungen/2010/2010\\_1\\_21\\_falsche\\_aussage\\_marburger\\_bund.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/4_Presse/infos_der_pressestelle/02_medieninformationen/01_pressemitteilungen/2010/2010_1_21_falsche_aussage_marburger_bund.html)

chung bei der Arbeit zugenommen hat. 79 Prozent geben an, dass die emotionalen Arbeitsanforderungen hoch sind und 43 Prozent gehen davon aus, dass die körperliche Belastung bei der Arbeit hoch ist. An diesen Aussagen zeigen sich deutlich die Auswirkungen der zunehmenden Schweregrade der Erkrankungen der Rehabilitanden.

Die befragten Interviewpartner/innen verweisen darauf, dass Ärzte/innen infolge des Fachkräftemangels häufig über Tarifvertrag oder Haustarifvertrag bezahlt werden. Trotzdem empfinden nur 25 Prozent der Antwortenden der Umfrage die Entlohnung im ärztlichen Dienst als angemessen.

Die Auswertung der Antworten nach Trägerschaft der zugehörigen Rehabilitationseinrichtungen zeigt, dass einzelne Aspekte der Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen in den verschiedenen Trägergruppen unterschiedlich beurteilt werden. In freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen liegen, stärker als in den beiden anderen Einrichtungsformen, Herausforderungen im Fachkräftemangel, fehlender Finanzierung von Fort- und Weiterbildung durch den Arbeitgeber, mangelnder Personalbemessung, fehlenden Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierewege und geringer Entlohnung.

Dabei haben sich im Vergleich mit den Rehabilitationseinrichtungen in privater oder öffentlicher Trägerschaft die Anforderungen an den Beruf in freigemeinnützigen Einrichtungen nach Einschätzung der Befragten weniger verändert. Auch die Aussagen zu Arbeitsverdichtung (72 Prozent, im Vergleich zu 90 Prozent bei privaten und 78 Prozent bei öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen) und Arbeitsintensität (67 Prozent im Vergleich zu 88 Prozent bei privaten und 82 Prozent bei öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen) sind weniger ausgeprägt. Darüber hinaus werden in freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen die emotionalen Arbeitsanforderungen und die körperliche Belastung als geringer eingeschätzt (72 Prozent bzw. 28 Prozent, im Vergleich zu 80 Prozent bzw. 49 Prozent bei den privaten und 76 Prozent bzw. 37 Prozent bei den öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen).

Die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen in privaten und öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen werden von den Antwortenden der Umfrage recht ähnlich eingeschätzt. Größere Abweichungen gibt es neben dem Ausmaß der Arbeitsverdichtung in Hinblick auf die von arbeitgeberfinanzierten Weiterbildungen sowie Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierewege in der Einrichtung für Ärzte/innen. Hier schneiden die öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen besser ab. Auch in Hinblick auf eine angemessene Entlohnung ist die Zustimmung bei den öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen am höchsten (35 Prozent, im Vergleich zu

23 Prozent bei privaten und 22 Prozent bei freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen).

### **3.2.2 Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im Pflegedienst**

Im Pflegedienst in Rehabilitationseinrichtungen arbeiten hauptsächlich Gesundheits- und Krankenpfleger/innen gefolgt von Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen. Die Aufgaben des Pflegepersonals in Rehabilitationseinrichtungen verteilen sich neben der Pflege vor allem auf die Pflegeplanung und Dokumentation. Besondere Qualifikationsbereiche im Pflegedienst in Rehabilitationseinrichtungen sind Verbandstechnik, postoperativen Wundversorgung, Lagerungstechnik und Hilfsmittelversorgung (Deutsche Rentenversicherung 2018a, S. 10–11). Zusatzqualifikationen von Beschäftigten, wie z. B. Stoma-Fachkraft oder Wundexperte/in, spielen immer mehr eine Rolle.

Die Anzahl der Beschäftigten (gemessen in Vollzeitäquivalenten) ist nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Pflegedienst in den letzten zehn Jahren nur gering um einen Prozentpunkt angestiegen. Die Zahl der Vollzeitäquivalente betrug im Jahr 2007 21.131 und im Jahr 2017 21.351.

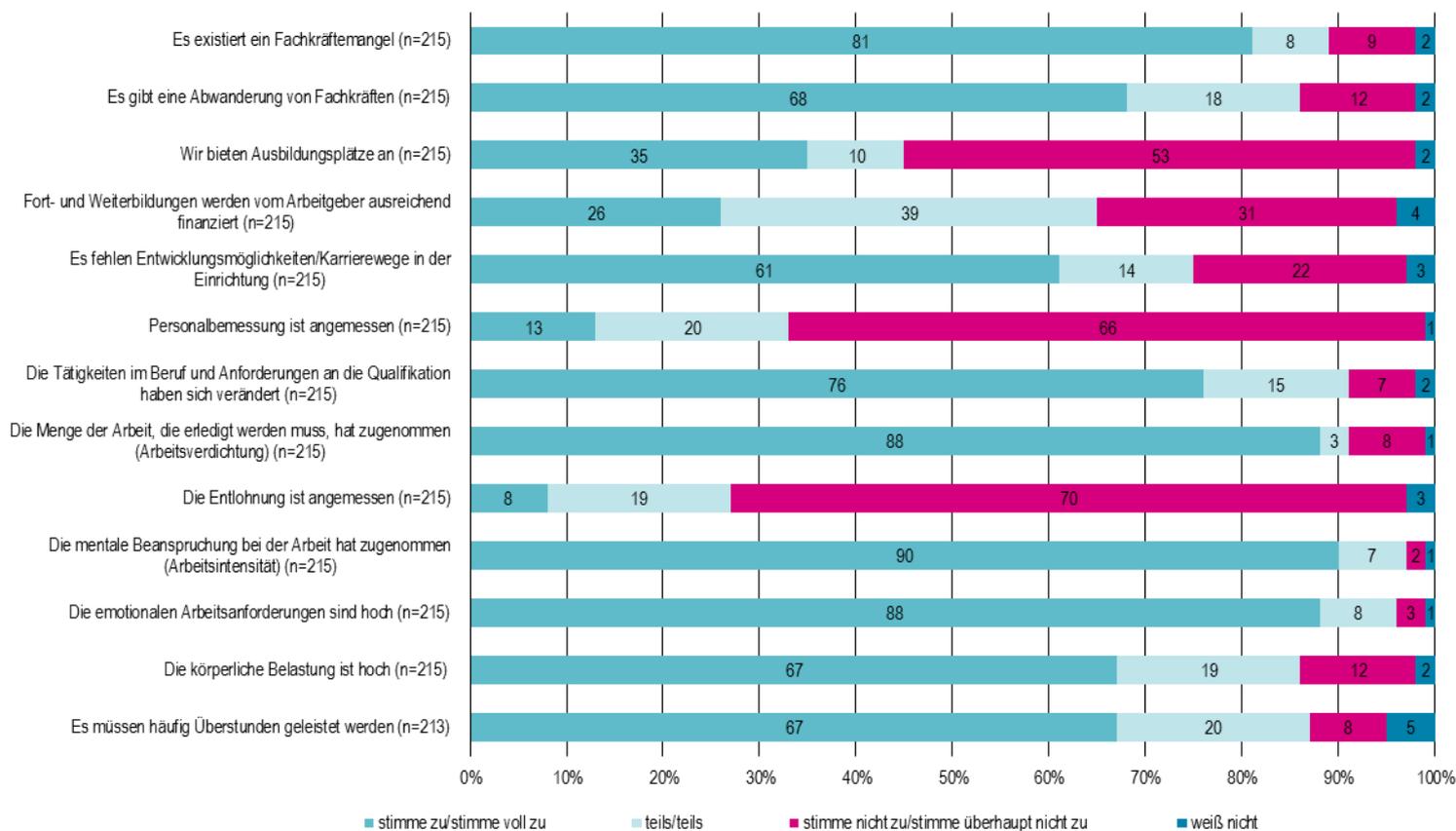
Die Zahl der Beschäftigten ist von 26.484 (2007) auf 28.357 (2017) dagegen deutlich angestiegen. Der Anteil weiblicher Beschäftigte beträgt 88 Prozent im Pflegedienst (2007: 89 Prozent). Die Teilzeitquote beträgt 51 Prozent und ist seit 2007 (43 Prozent) deutlich angestiegen. In unserer Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen sagen 22 Prozent der Befragten, dass die Anzahl der Beschäftigten im Pflegedienst angestiegen ist. 50 Prozent meinen hingegen, dass die Anzahl der Beschäftigten im Pflegedienst in den letzten fünf Jahren in ihrer Einrichtung gefallen ist und 23 Prozent geben an, dass die Anzahl gleichgeblieben ist.<sup>7</sup>

Die Umfrageergebnisse zu den Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im Pflegedienst unter Arbeitnehmervertretungen sind in ihrer Summe von dem Eindruck sehr problematischer Bedingungen im Pflegedienst geprägt (vergleiche Abbildung 20).

---

<sup>7</sup> Nachrichtlich: weiß nicht: 5 Prozent.

Abbildung 20: Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im Pflegedienst (in %)



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen

So sagen 81 Prozent der Befragten, dass es einen Fachkräftemangel gibt. Hinzu kommt die Abwanderung von Fachkräften (Zustimmung: 68 Prozent).

Immerhin 35 Prozent der Befragten bestätigen, dass ihre Einrichtung Ausbildungsplätze im Pflegedienst anbietet. Anders als in Krankenhäusern existiert allerdings kein Ausbildungsfinanzierungsfond, der die Ausbildungsleistungen im Pflegedienst unterstützt.

Die überwiegend kritischen Antworten zur Personalsituation sind durch verschiedene Faktoren zu erklären. Denn im Pflegebereich treffen eine Reihe von Herausforderungen aufeinander, die sich negativ auf die Personalausstattung auswirken. Zum einen gibt es einen branchenübergreifenden Mangel an Krankenpflegekräften. So kamen in Deutschland im Jahresdurchschnitt 2018 auf 15.700 gemeldete Stellen in diesem Be-

reich nur 11.100 als arbeitslos gemeldete Krankenpflegekräfte (Statistik der Bundesagentur für Arbeit 2019, S. 11).

Zum anderen befinden sich Rehabilitationseinrichtungen gegenüber Akutkrankenhäusern in Hinblick auf die Anwerbung und das Halten von Personal im Pflegebereich im Nachteil. Die unzureichende Vergütung der Leistungen von Rehabilitationsträgern bewirkt, dass in Akutkrankenhäusern durchschnittlich höhere Entgelte als im Pflegebereich der Rehabilitationseinrichtungen gezahlt werden. Es ist davon auszugehen, dass das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) mit Wirkung vom 1. Januar 2019 die Situation noch einmal deutlich verschärfen wird. Das Gesetz hat das Ziel, zu einer besseren Personalausstattung und besseren Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zu führen. Rehabilitationseinrichtungen fallen jedoch nicht unter dieses Gesetz. In unserer Umfrage geben nur acht Prozent der Befragten an, dass sie die Entlohnung im Pflegebereich als angemessen empfinden.

In den Interviews verweisen Befragte darauf, dass Geschäftsführungen vereinzelt versuchen, den Personalmangel durch die Übernahme von einigen ausgewählten Tätigkeiten des Pflegedienstes durch Beschäftigte anderer Abteilungen oder Berufsgruppen in der Rehabilitationsklinik abzumildern. Tatsächlich ist solch ein Vorgehen in der Praxis aber noch recht wenig der Fall. Häufiger wird hingegen berichtet, dass der Pflegedienst durch Outsourcing im Servicebereich Tätigkeiten, die z. B. ursprünglich der Rezeption oder Reinigung unterlagen, nun miterledigen muss.

Hinzu kommen gestiegene Arbeitsanforderungen, die sich aus der Dokumentation für die Kostenabrechnung gegenüber den Trägern sowie aus der Digitalisierung ergeben (vergleiche Kapitel 4).

Nur 13 Prozent der Antwortenden stimmen der Aussage zu, dass die Personaldecke im Pflegedienst angemessen ist. Nach den Strukturvorgaben zur Qualitätssicherung der DRV liegen die strukturvorgabenbedingten Personalbedarfe im Pflegedienst bei der Indikation Orthopädie bei sieben Vollzeitäquivalenten und bei den Indikatoren Dermatologie, Kardiologie, Pneumologie, Onkologie, Gastroenterologie sowie Psychosomatik jeweils bei 8,5 Vollzeitäquivalenten auf 100 Patienten/innen. Im Bereich der Neurologie liegt der Schlüssel bei 21 Patienten/Patientinnen pro vollzeitbeschäftigter Pflegekraft (Deutsche Rentenversicherung 2014b, S. 17–19). Diese Strukturvorgaben für eine bestimmte Anzahl von Gesundheits- und Krankenpfleger/innen führen dazu, dass in Rehabilitationseinrichtungen qualifizierte Pflegekräften selten von kostengünstigeren Beschäftigungsgruppen, wie z. B. medizinische Fachangestellte, ersetzt werden.

Die Personalbelastungszahl für den Pflegedienst bezogen auf die Fallzahlen lag im Jahr 2007 bei 92 Fällen pro Vollkraft und im Jahr 2017 bei 93 Fällen. Sie hat sich in den letzten 10 Jahren nur geringfügig geändert. Gleichzeitig ist aber die Bedeutung der Pflegeleistungen in der Rehabilitation schon seit Jahren gestiegen, u. a., weil die Verweildauer in Krankenhäusern als Folge des DRG verkürzt wurde und Personen früher in die Rehabilitation entlassen werden. Damit einher geht, dass die Pflegeintensität der Patienten/innen stark zunimmt. Zum Teil nutzen die Krankenhäuser Rehabilitationseinrichtungen auch als Übergangslösung, bis ein Platz für den/die Patient/innen im Pflegeheim gefunden worden ist. Hinzu kommt, dass die Anzahl der multimorbiden Patienten/innen zunimmt, was die Pflegebedürftigkeit ferner erhöht. Die Ergebnisse unserer Umfrage zu den Arbeitsbedingungen im Pflegedienst zeigen deutlich, dass sich die Fallschwere der Patienten/innen gravierend verändert hat.

So stimmen 90 Prozent der befragten Arbeitnehmervertretungen zu, dass die mentale Beanspruchung bei der Arbeit zugenommen hat. 88 Prozent meinen, dass die Menge der Arbeit, die erledigt werden muss, zugenommen hat. In unserer Umfrage geben 67 Prozent der Antwortenden an, dass die körperliche Belastung im Pflegedienst hoch ist. Zu ähnlichen hohen Zustimmungswerten kommt auch die Sonderauswertung für die Alten- und Krankenpflege des DGB-Index Gute Arbeit (Institut DGB-Index Gute Arbeit/ver.di 2018). Hier werden vor allem Arbeitshetze, Arbeitsintensivierung und körperliche Schwerarbeit von bis zu 80 Prozent der Befragten kritisiert.

88 Prozent der Antwortenden in unserer Umfrage stimmen zu, dass die emotionalen Arbeitsanforderungen hoch sind.

67 Prozent geben an, dass häufig Überstunden geleistet werden müssen. Um Überstunden zu vermeiden, gehen einige Einrichtungen dazu über, eine Schicht einfach mit weniger Personal zu fahren, wenn Beschäftigte ausfallen.

Durch die Veränderungen der Fallschwere der Patienten/innen wird verstärkt Personal mit Fachweiterbildungen notwendig (z. B. Dialysefachkräfte oder Absolventen/innen von Fortbildungen im Wundmanagement). So sagen 62 Prozent der Antwortenden, dass sich die Tätigkeiten im Beruf und die Anforderung an die Qualifikation verändert haben. In Hinblick auf die berufliche Qualifizierung meinen allerdings nur 31 Prozent der Befragten, dass Fort- und Weiterbildungen vom Arbeitgeber ausreichend finanziert werden. 59 Prozent der Antwortenden meinen, dass Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierewege im Pflegedienst in der Einrichtung fehlen.

Diese Aussagen stimmen mit Befunden anderer Untersuchungen überein. Verschiedene Studien zu Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen zeigen, dass die Arbeitsbedingungen in den Pflegeberufen im Vergleich zu anderen Berufen im Gesundheitswesen insgesamt häufig belastender sind (Conrads et al. 2016; ver.di 2013). So werden Arbeitsintensität und Arbeitsverdichtung in der Gesundheits- und Krankenpflege wesentlich höher eingeschätzt als in anderen Bereichen. Die Arbeit ist häufiger von körperlicher Belastung, wie Arbeit im Stehen und schweres Heben, gekennzeichnet. Außerdem existieren vermehrt ein hoher Zeit- und Termindruck bei der Arbeit.

In vielen Rehabilitationseinrichtungen scheinen solche Herausforderungen in den Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen noch einmal stärker ausgeprägt zu sein als bei Beschäftigten im Pflegedienst in anderen Sektoren. Ehresmann, Kockert und Schott (2015) ermittelten anhand einer Befragung unter 1.980 Mitarbeiter/innen das Burnout-Ausmaß im Pflegedienst von medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Sie kommen zu dem Schluss, dass 41 Prozent der Pflegekräfte in Rehabilitationseinrichtungen an Burnout leiden, davon sind bei 52 Prozent der entsprechenden Pflegekräfte ein hohes oder ein besonders hohes Burnout-Ausmaß zu beobachten. Das mittlere Burnout-Ausmaß (Mittelwert) im Pflegedienst beträgt 44 und liegt damit deutlich über den Mittelwerten der anderen Berufsgruppen in Rehabilitationseinrichtungen (ärztlicher Dienst: 36, therapeutischer Dienst 39). Das heißt keine andere Berufsgruppe in den Rehabilitationseinrichtungen fühlt sich emotional und physisch so erschöpft wie die Pflegekräfte. Beschäftigte in der Pflege klagen im Vergleich zu den anderen Beschäftigungsgruppen in Rehabilitationseinrichtungen am häufigsten über hohe Arbeitsanforderungen und zeitliche und fachliche Überforderung. Als „Burnout-Treiber“ werden dabei starker Zeitdruck und ein geringes Ausmaß an Autonomie benannt. Insbesondere Zeitdruck steht in einem starken Zusammenhang mit Burnout: Es konnte festgestellt werden, dass je geringer die zeitlichen Ressourcen der Pflegekräfte sind, desto höher ist ihr Burnout-Ausmaß (ebd. S. 81).

Auch bei unserer Untersuchung sagen die Befragten, dass die Zunahme der Teilzeitarbeit im Pflegedienst auch darauf zurückzuführen ist, dass Mitarbeiter/innen durch eine Verkürzung der eigenen Arbeitszeit versuchen, einen Ausgleich für problematische Arbeitsbedingungen zu finden.

Differenziert man bei den Befragten nach den unterschiedlichen Trägerschaften der Rehabilitationseinrichtungen, gibt es z. T. deutliche Unterschiede in der Bewertung einzelner Punkte.

So leiden freigemeinnützige Einrichtungen besonders unter dem Fachkräftemangel (Zustimmung: 95 Prozent, im Vergleich zu 80 Prozent bei den privaten und 76 Prozent bei den öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen) und stimmen nur zu fünf Prozent der Aussage zu, dass die Personalbemessung angemessen ist (im Vergleich zu elf Prozent bei privaten und 20 Prozent bei öffentlichen Einrichtungen). Alle Antwortenden aus freigemeinnützigen Einrichtungen gehen von hohen emotionalen Arbeitsanforderungen aus (im Vergleich zu 88 Prozent bei privaten und 83 Prozent bei öffentlichen Einrichtungen). Von allen Antwortenden wird bemängelt, dass die Arbeitsintensität zunimmt (im Vergleich zu 90 Prozent bei den privaten und 89 Prozent bei den öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen). Außerdem müssen in freigemeinnützigen Einrichtungen weitaus mehr Überstunden geleistet werden (Zustimmung: 72 Prozent, im Vergleich zu 66 Prozent bei privaten und 63 Prozent bei öffentlichen Einrichtungen).

Private Rehabilitationseinrichtungen zeichnen sich durch eine erhöhte Abwanderung von Fachkräften im Pflegedienst aus (Zustimmung: 72 Prozent, im Vergleich zu 63 Prozent bei freigemeinnützigen und 52 Prozent bei öffentlichen Einrichtungen).

Rehabilitationseinrichtungen in öffentlicher Trägerschaft schneiden im Vergleich zu den anderen beiden Trägern in Hinblick auf die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im Pflegedienst bei mehreren Aspekten am besten ab. Hier klagen die Befragten deutlich weniger über einen Fachkräftemangel oder die Abwanderung von Fachkräften. Außerdem empfinden sie häufiger die Personalbemessung als angemessen. Fort- und Weiterbildung werden vom Arbeitgeber häufiger ausreichend finanziert (Zustimmung 33 Prozent, im Vergleich zu elf Prozent bei freigemeinnützigen und 24 Prozent bei privaten Rehabilitationseinrichtungen) und es wird weniger oft angegeben, dass Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierewege in der Einrichtung fehlen (Zustimmung: 48 Prozent, im Vergleich zu 61 Prozent freigemeinnützige und 62 Prozent private Rehabilitationseinrichtungen). Die Arbeitsverdichtung (Zustimmung 80 Prozent, im Vergleich zu 89 Prozent bei freigemeinnützigen und 91 Prozent bei privaten Rehabilitationseinrichtungen) sowie die Arbeitsintensität nimmt in Rehabilitationseinrichtungen in öffentlicher Trägerschaft deutlich seltener zu. Auch die Entlohnung wird als angemessener betrachtet. Immerhin stimmen 20 Prozent der Befragten aus öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen der Aussage zu, dass die Entlohnung im Pflegebereich angemessen ist; bei den freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen sind es dagegen nur sechs Prozent und bei den privaten Rehabilitationseinrichtungen vier Prozent.

### **3.2.3 Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im therapeutischen Bereich**

Therapeuten/innen werden dem medizinisch-technischen Dienst zugeordnet. Der medizinisch-technische Bereich setzt sich vor allem aus Physiotherapeuten/innen/Ergotherapeuten/innen, Psychologen/innen/Psychotherapeuten/innen, Sozialarbeiter/innen und Diätassistenten/innen zusammen. Die Anzahl des Personals umgerechnet in Vollkräften betrug im Jahr 2007 23.494 im medizinisch-technischen Dienst und stieg zum Jahr 2017 auf 24.709 Vollzeitäquivalente an. Die Personalbelastungszahl für den medizinischen technischen Dienst lag im Jahr 2007 bei 83 Patienten/innen pro Vollzeitkraft und ist im Jahr 2017 mit 81 Patienten/innen pro Vollzeitkraft leicht zurückgegangen.

2017 waren 11.262 Krankengymnasten/innen und Physiotherapeuten/innen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung beschäftigt. Im Jahr 2007 betrug ihre Anzahl 9.477. Allerdings muss auch hier die gestiegene Teilzeitquote von 45 Prozent (2017) berücksichtigt werden.

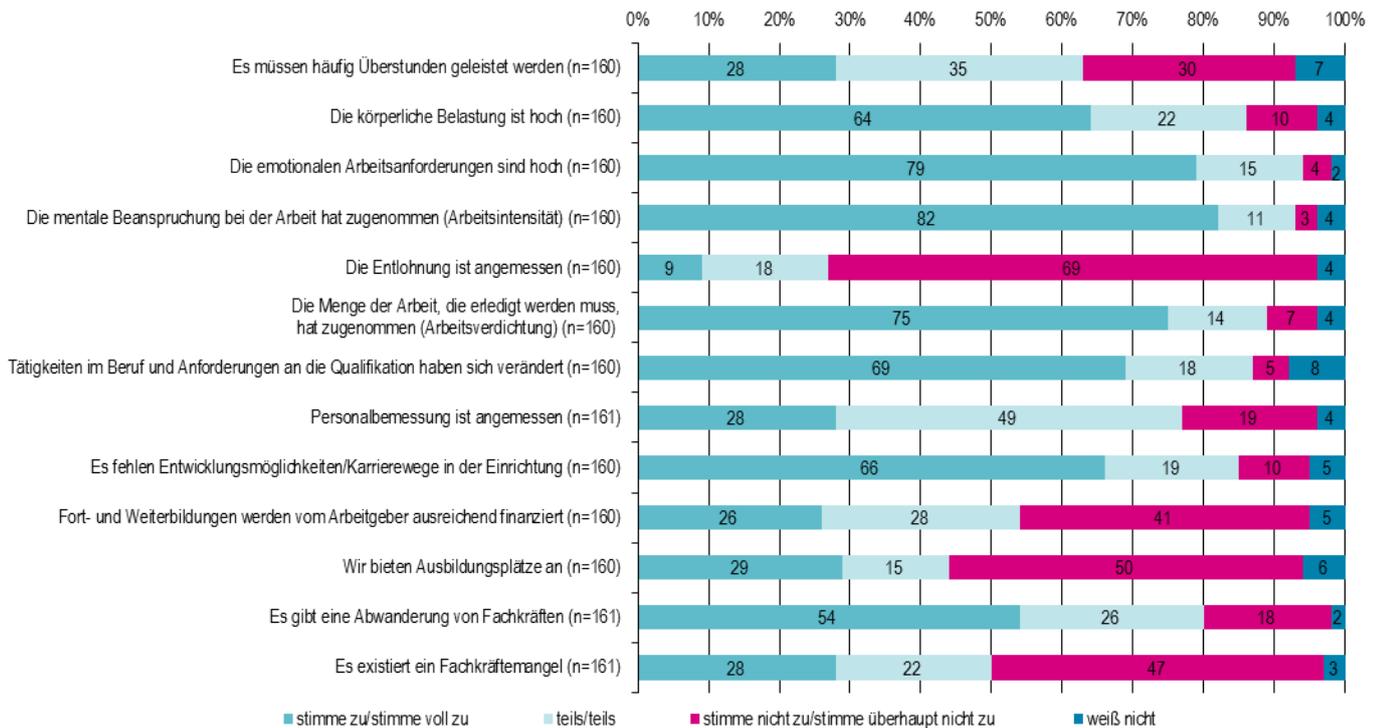
Die Anzahl der in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen beschäftigten Psychologen/innen und Psychotherapeuten/innen betrug im Jahr 2017 5.333. Ihre Anzahl in Köpfen ist damit seit 2007 (3.928) stark angestiegen. Aber auch hier ist durch die hohe Teilzeitquote von 61 Prozent der Anstieg in den Personenzahlen nicht mit einer Erhöhung des Beschäftigungsvolumens gleich zu setzen.

#### **Die Ausgestaltung der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen von Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen**

Im Rahmen der Physiotherapie werden leistungsgeminderte (ergonomische) Funktionen stabilisiert oder diese mit speziellen Techniken (z. B. Bewegungstraining, Entspannungsverfahren, Rückenschule etc.) aufgebaut. Die Ergotherapie als besondere Form der Physiotherapie beinhaltet Arbeitselemente zur Übung von Gebrauchsbewegungen mit dem Ziel der Funktionserhaltung und -wiederherstellung (Deutsche Rentenversicherung 2018a, S. 9–10). Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen müssen eine dreijährige schulische Ausbildung an Berufsfachschulen mit staatlicher Abschlussprüfung durchlaufen. Die Ausbildung an öffentlichen Schulen ist in der Regel kostenfrei, während private Schulen Lehrgangsgebühren erheben. Die praktischen Ausbildungselemente werden in der Regel nicht vergütet.

Die Umfrageergebnisse für die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen der Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen sind in Abbildung 21 dargestellt.

Abbildung 21: Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen von Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen (in %)



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen

Der Fachkräftemangel im Bereich Physio- und Ergotherapie wird in unserer Umfrage im Vergleich zu den anderen untersuchten Beschäftigungsgruppe als geringer eingeschätzt (Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen: 28 Prozent). Im Jahr 2017 wurde eine Arbeitslosenquote von 2,4 Prozent für Physiotherapeuten/innen und 1,7 Prozent für Ergotherapeuten/innen in Deutschland verzeichnet. Auch eine Abwanderung von Fachkräften scheint vergleichsweise seltener stattzufinden (Zustimmung 54 Prozent). Häufig gelten Rehabilitationseinrichtungen gegenüber kleinen privaten Praxen als besserer Arbeitgeber.

28 Prozent der Antwortenden meinen, dass häufig Überstunden geleistet werden müssen. Diese Zahl ist ebenfalls geringer als bei den anderen untersuchten Berufsgruppen. Das ist insofern bemerkenswert, da

anders als z. B. in der Pflege, bei Ausfall eines/einer Therapeuten/in zusätzliche Therapiestunden für die übrigen Kollegen/Kolleginnen anfallen. Naheliegend ist, dass Therapieeinheiten hier entsprechend gekürzt werden oder – wenn möglich – Gruppentherapien zusätzliche Arbeit abfangen. Therapeuten/innen sind in ihrer Arbeitszeit an bestimmte Kernzeiten gebunden. Therapietermine in der stationären Rehabilitation werden bisher selten in den Abendstunden oder am Wochenende angeboten.

29 Prozent der Antwortenden geben an, dass ihre Einrichtung Ausbildungsplätze zur Verfügung stellt – gemeint sind hier vor allem Praktika als Ergänzung zum theoretischen Unterricht an der Berufsfachschule. Wie auch im Bereich Pflegedienst sind nur 26 Prozent der Antwortenden der Ansicht, dass Fort- und Weiterbildungen vom Arbeitgeber ausreichend finanziert werden. Dabei wird von den Interviewpartnern/innen eingeräumt, dass Fort- und Weiterbildungen im Bereich Physio- und Ergotherapie vergleichsweise häufig vorkommen.

Als besonders schlecht werden die Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierewege für Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen in den Rehabilitationseinrichtungen beurteilt: 66 Prozent der Antwortenden stimmen der Aussage nach fehlenden Entwicklungsmöglichkeiten zu. Einen so hohen Zustimmungswert gibt es in keiner anderen Berufsgruppe. Auch die emotionalen Arbeitsanforderungen (Zustimmung 79 Prozent) und die körperliche Belastung im Beruf (Zustimmung: 64 Prozent) sind hoch.

Gleichzeitig meinen nur neun Prozent der Befragten, dass die Entlohnung für Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen angemessen ist. Auch branchenübergreifend ist die niedrige Vergütung der Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen ein Problem. Laut Entgelttabelle des TVöD sollten Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen zwischen Entgeltgruppe 7 und Entgeltgruppe 9b eingestuft werden. Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen mit staatlicher Anerkennung und entsprechenden Tätigkeiten werden dabei überwiegend in Entgeltgruppe 7 beschäftigt. Nur Beschäftigte, die mindestens zu einem Viertel schwierige Aufgaben erfüllen, werden nach Entgeltgruppe 8 oder 9b bezahlt. Unter schwierige Aufgaben fallen z. B. Ergotherapie bei Querschnittslähmungen, Kinderlähmung, Schlaganfällen, mit spastisch Gelähmten, in Fällen von Dysmelien, in der Psychiatrie oder Geriatrie oder bei Kleinkindern bis 6 Jahren. Mehrere Interviewpartner/innen weisen allerdings auf eine davon abweichende und häufig falsche Eingruppierung der beschäftigten Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen in Rehabilitationseinrichtungen hin.

Die Personalbemessung wird von 28 Prozent der Befragten als angemessen eingeschätzt. Dieser Wert liegt höher als bei Pflegekräften, Beschäftigten im Servicebereich oder im ärztlichen Dienst. Bei dieser Bewertung spielt möglicherweise der Eindruck eine Rolle, dass auch die Menge der Arbeit etwas weniger stark als bei den anderen Berufsgruppen zugenommen hat (Zustimmung 75 Prozent). Die Zunahme der mentalen Beanspruchung bei der Arbeit liegt im Mittelfeld der untersuchten Berufsgruppen (Zustimmung 82 Prozent). Zum Teil machen Interviewpartner/innen die Entwicklungen an einer abnehmenden Zahl an Therapieterminen für die einzelnen Patienten/innen fest, da insbesondere GKV keine Angaben zur Anzahl der Therapietermine vorschreiben.

Die Aussagen zu Arbeitsverdichtung und Arbeitsintensivierung sind mit 75 Prozent bzw. 82 Prozent aber auch für diese Berufsgruppe sehr hoch.

Etwas eingrenzende Wirkung auf die Ausdünnung der Personalbemessung haben die Strukturvorgaben zur Qualitätssicherung der DRV. Die strukturvorgabenbedingten Personalbedarfe liegen für Physiotherapeuten/innen bei der Indikation Neurologie bei 9,5 und der Indikation Orthopädie bei 8 und bei den Indikatoren Dermatologie, Kardiologie, Pneumologie, Onkologie und Gastroenterologie bei jeweils 2,5 Vollzeitäquivalente auf 100 Patienten/innen. Bei Ergotherapeuten/innen liegen sie bei der Indikation Neurologie bei 6,5 (inklusive Beschäftigungstherapeut/in), Orthopädie bei 1,25, Onkologie bei 1 und bei den Indikatoren Dermatologie, Kardiologie, Pneumologie, Gastroenterologie bei jeweils 0,6 Vollzeitäquivalente auf 100 Patienten/innen (Deutsche Rentenversicherung 2014b, S. 17–19).

In Hinblick auf die verschiedenen Träger von Rehabilitationseinrichtungen schneiden öffentliche Rehabilitationseinrichtungen in Bezug auf eine angemessene Personalbemessung (Zustimmung 39 Prozent, im Vergleich zu 17 Prozent bei freigemeinnützigen und 26 Prozent bei privaten Rehabilitationseinrichtungen), arbeitgeberfinanzierte Fort- und Weiterbildung (Zustimmung 51 Prozent, im Vergleich zu 25 Prozent bei freigemeinnützigen und 37 Prozent bei privaten Rehabilitationseinrichtungen) und eine angemessene Entlohnung (Zustimmung 39 Prozent, im Vergleich zu null Prozent bei freigemeinnützigen und zehn Prozent bei privaten Rehabilitationseinrichtungen) besser ab, als die anderen Trägergruppen.

Allerdings kritisieren die Befragten zumindest im Vergleich zu freigemeinnützigen Einrichtungen stärker hohe emotionale Arbeitsanforderungen (Zustimmung 82 Prozent, im Vergleich zu 64 Prozent bei freigemeinnützigen und 80 Prozent bei privaten Rehabilitationseinrichtungen) und eine hohe körperliche Belastung (Zustimmung 87 Prozent, im Ver-

gleich zu 67 Prozent bei freigemeinnützigen und 64 Prozent bei privaten Rehabilitationseinrichtungen) sowie eine steigende Arbeitsintensität (Zustimmung 84 Prozent, im Vergleich zu 67 Prozent bei freigemeinnützigen und 82 Prozent bei privaten Rehabilitationseinrichtungen).

In privaten Rehabilitationseinrichtungen wird stärker auf eine Abwanderung von Fachkräften hingewiesen (58 Prozent, im Vergleich zu 33 Prozent bei freigemeinnützigen und 50 Prozent bei öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen) sowie auf fehlende Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierewege (68 Prozent, im Vergleich zu 50 Prozent bei freigemeinnützigen und 65 Prozent bei öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen). Allerdings werden auch häufiger Ausbildungsplätze angeboten (57 Prozent im Vergleich zu 33 Prozent bei freigemeinnützigen und 50 Prozent bei öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen).

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass die Bewertungen der öffentlichen und privaten Rehabilitationseinrichtungen z. T. nah bei einander liegen, während die Differenzen zu den Antwortenden aus freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen groß sind. Zusammenfassend gilt für die Antwortenden aus freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen, dass sie seltener als die beiden anderen Trägergruppen von einer Abwanderung von Fachkräften sprechen, aber auch weniger Ausbildungsplätze zur Verfügung stellen.

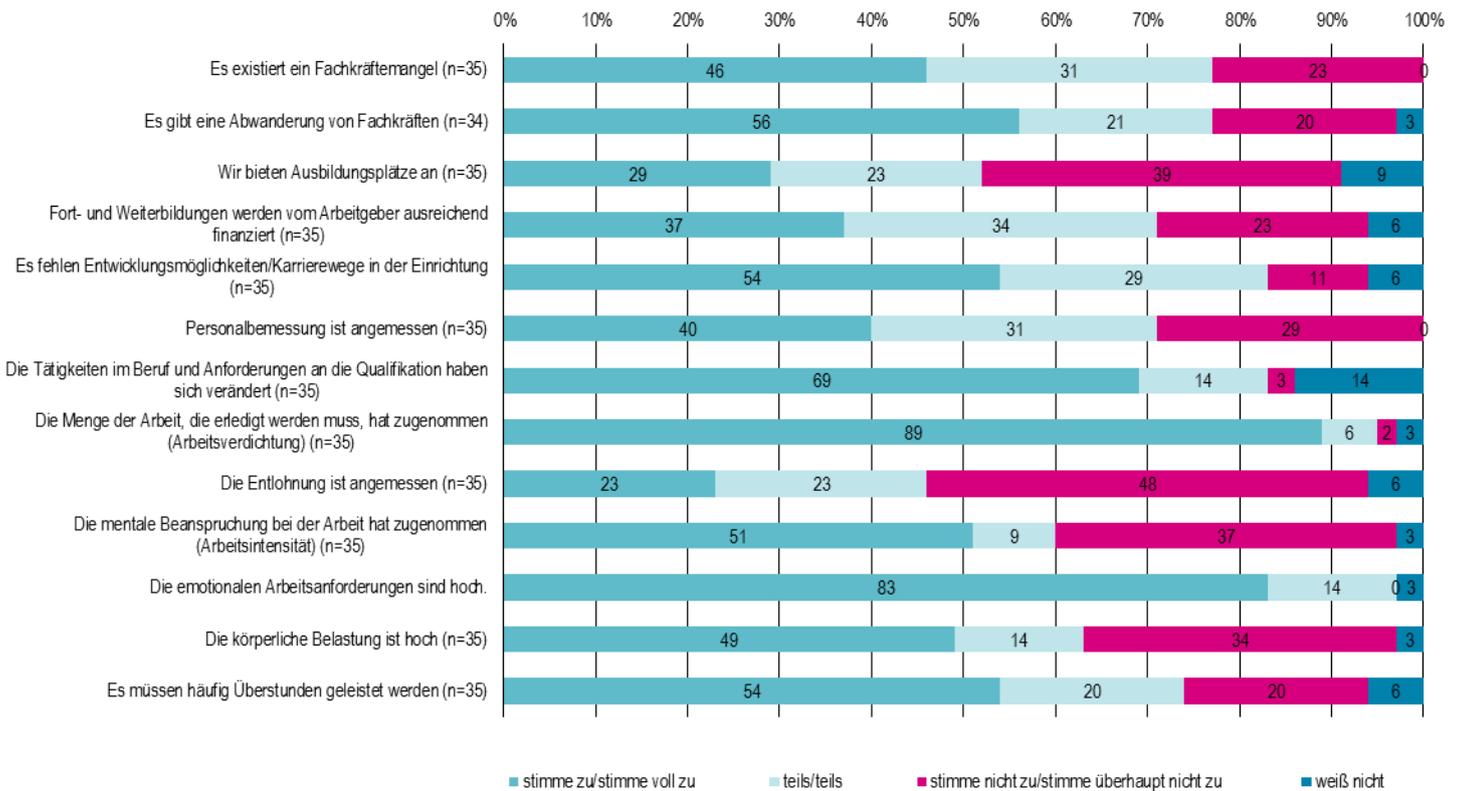
### **Die Ausgestaltung der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen von Psychotherapeuten/innen**

Eine weitere Therapeutengruppe, die im Rahmen der Studie untersucht worden ist, sind Psychotherapeuten/innen. Psychotherapeuten/innen analysieren Krankheitserleben und -verhalten, psychische Belastungen und Ressourcen sowie die Abklärung psychischer Komorbiditäten. Wegen der zeitlichen Begrenzung sind in der Rehabilitation die psychotherapeutischen Möglichkeiten auf Kurzzeitinterventionen beschränkt. Die Diagnosen liefern Ergebnisse für die sozialmedizinische Beurteilung und eine eventuelle psychotherapeutische Nachbetreuung (Deutsche Rentenversicherung 2018a, S. 8).

Die Ausbildung zum/zur Psychotherapeuten/in schließt an ein medizinisches Studium (häufig Psychologie) an. Während der mindestens eineinhalb Jahre dauernden, berufsbegleitenden Ausbildung an einem universitären oder staatlich anerkannten, privaten Institut haben die Psychotherapeuten/innen keinen Anspruch auf Vergütung. In der Regel tragen sie die Kosten von rund 30.000 Euro für die Ausbildung selbst. Aktuell wird die Ausbildung der Psychotherapeuten/innen überarbeitet.

Ein Gesetzesentwurf sieht vor, dass es künftig einen dreijährigen Bachelor- sowie zweijährigen Masterstudiengang für ein Studium der Psychotherapie geben soll. Auch sollen die hohen Kosten der Ausbildung entfallen. Ver.di fordert schon seit langem, dass Aus- und Weiterbildung kostenfrei sein muss und eine angemessene Ausbildungsvergütung gezahlt werden sollte.

Abbildung 22: Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen bei Psychotherapeuten/innen (in %)



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen

46 Prozent der Antwortenden unserer Befragung weisen auf den Fachkräftemangel bei Psychotherapeuten/innen hin. Die Interviewpartner/innen berichten, dass aus Kapazitätsgründen längst nicht jede/r Patient/in mehr eine Psychotherapie erhält, obwohl das Krankheitsbild diese erfordern würde.

Innerhalb der Ausbildung zum Psychotherapeuten/in fallen 600 Stunden praktische Ausbildung mit einer Behandlung von Patienten/innen unter Supervision an. 39 Prozent der Antwortenden geben an, dass ihre Einrichtung auch entsprechende Ausbildungsplätze anbietet. Eine Ab-

wanderung von Fachkräften bestätigen 56 Prozent der Antwortenden. Die Angabe liegt damit unter der der Ärzte/innen in Rehabilitationseinrichtungen (66 Prozent).

37 Prozent der Befragten für den Bereich Psychotherapie sagen, dass Fort- und Weiterbildung vom Arbeitgeber ausreichend finanziert werden. Darüber hinaus meinen 54 Prozent, dass Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierewege in der Einrichtung fehlen. Dies ist ein im Vergleich positiver Wert.

Wie auch in dem Bereich Physio- und Ergotherapie sagen 69 Prozent der Antwortenden, dass sich die Tätigkeiten im Beruf und die Anforderungen an die Qualifikation verändert haben. Dies stimmt überein mit dem Befund, dass psychologische Erkrankungen in Deutschland immer mehr zunehmen. Die Fallzahlen im Fachbereich psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik sind in den letzten Jahren stark angestiegen und die Verweildauer ist in diesem Fachbereich am längsten. Vor allem gibt es mehr Traumabehandlungen und Suchterkrankungen. Dementsprechend steigen die Anforderungen an die Arbeit der Psychotherapeuten/innen.

40 Prozent der Antwortenden halten die Personalbemessung in ihrer Einrichtung für angemessen. 54 Prozent der Antwortenden geben an, dass häufig Überstunden geleistet werden müssen. Im Vergleich zu den anderen untersuchten Berufsbereichen wird die Personalbemessung bei Psychotherapeuten/innen damit noch am besten eingeschätzt.

Aus den Strukturvorgaben zur Qualitätssicherung der DRV ergibt sich, dass in den dort aufgeführten Indikationen ein Beschäftigter aus dem psychologischen Bereich auf 100 Patienten/innen kommen soll. Ausgenommen davon ist der Bereich der Psychosomatik, hier sind es 9,1 Vollzeitkräfte auf 100 Patienten/innen (Deutsche Rentenversicherung 2014b, S. 17–19).

Am deutlichsten von allen untersuchten Berufsgruppen, nämlich zu 89 Prozent, stimmen Arbeitnehmervertreter/innen bei Psychotherapeuten/innen der Aussage zu, dass die Menge der Arbeit, die erledigt werden muss, zugenommen hat. 51 Prozent meinen, dass die mentale Beanspruchung bei der Arbeit zugenommen hat. Rehabilitationseinrichtungen gehen aus Kostengründen immer mehr dazu über, Einzeltherapien durch Gruppentherapien abzulösen. Hinzu kommt, dass die Dauer der einzelnen Psychotherapiesitzungen verkürzt wird. Waren früher die Sitzungen häufig 60 Minuten lang, haben sich inzwischen 30-minütige Therapieeinheiten durchgesetzt. Ver.di fordert in diesem Zusammenhang schon seit längerem, dass Einzel- oder Gruppentherapien vom Bedarf und nicht von vorhandenem Personal abhängig gemacht werden müssen (ver.di o. J.).

Auch die Komplexität der psychischen Erkrankungen hat zugenommen. Konnte früher für Patienten/innen überwiegend eine klare und eindeutige psychologische Diagnose erstellt werden, reicht dies inzwischen häufig nicht mehr aus. Die Krankheitsbilder erfordern immer stärker verschiedene psychologische Nebendiagnosen. Entsprechend des Tätigkeitsbereiches von Psychotherapeuten/innen werden die emotionalen Arbeitsanforderungen als hoch eingeschätzt (Zustimmung: 83 Prozent). Auch die körperliche Belastung wird von 49 Prozent als hoch eingeschätzt und liegt damit etwas über der Einschätzung für den ärztlichen Bereich (43 Prozent).

Auch wenn die Interviewpartner/innen grundsätzlich von einer guten Bezahlung der Psychotherapeuten/innen (z. B. E13 bis E15 bei öffentlichen Einrichtungen) ausgehen, zeigen die Ergebnisse der Umfrage, dass nur 23 Prozent der Antwortenden die Entlohnung der Psychotherapeuten/innen in ihrer Einrichtung als angemessen auffasst. Anzumerken ist hierbei allerdings, dass die Mehrzahl der Antworten auch nicht aus öffentlichen, sondern aus privaten Einrichtungen stammt.

Eine Auswertung der Ergebnisse nach Trägerschaft ist durch die geringen Fallzahlen ( $n=35$ ) der Antwortenden im Bereich Psychotherapie wenig aussagekräftig. Nur vier Antworten entfallen auf freigemeinnützige und sechs auf öffentliche Rehabilitationseinrichtungen

### **3.2.4 Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im Servicebereich**

Der Servicebereich in Rehabilitationseinrichtungen wird in der Statistik des Statistischen Bundesamtes als Wirtschafts- und Versorgungsbereich bezeichnet. Hierunter fallen u. a. die Bereiche Reinigung, Küche, Rezeption, Hauswirtschaftsdienste und die Technikzentrale. Nach den Angaben des Statistischen Bundesamt ist die Anzahl der Vollzeitäquivalente im Servicebereich zwischen den Jahren 2007 und 2017 um zwei Prozent zurückgegangen: Waren im Jahr 2007 noch 12.122 Vollzeitäquivalente in den Einrichtungen beschäftigt, betrug diese Zahl im Jahr 2017 11.890. Im selben Zeitraum hat sich die Anzahl der Beschäftigten in Köpfen im Servicebereich jedoch leicht erhöht (2007: 15.424, 2017: 15.877).

Ähnlich wie in den anderen untersuchten Beschäftigungsbereichen sind 79 Prozent der Beschäftigten im Servicebereich weiblichen Geschlechts (zum Vergleich: 80 Prozent nichtärztlicher Dienst insgesamt) und die Teilzeitquote liegt mit 52 Prozent ebenfalls im Durchschnitt (53 Prozent nichtärztlicher Dienst insgesamt).

In unserer Umfrage gehen 40 Prozent der Befragten davon aus, dass die Anzahl der Beschäftigten in den letzten fünf Jahren im Servicebereich zurückgegangen ist. 39 Prozent meinen, dass die Anzahl der Beschäftigten gleichgeblieben ist, während 12 Prozent angeben, dass sie gestiegen ist.<sup>8</sup> Damit wurde im Vergleich zu den anderen untersuchten Berufsgruppen für den Servicebereich am öftesten ein Rückgang in den Beschäftigtenzahlen angegeben.

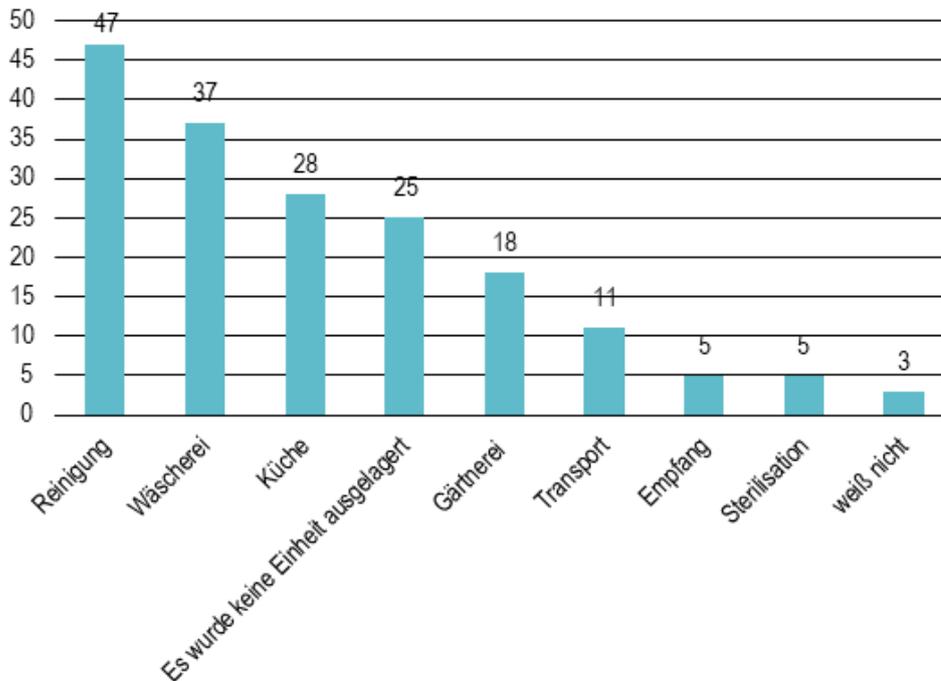
Gleichzeitig ist ein Trend zum Outsourcing von Tätigkeiten des Servicebereiches in den letzten zehn Jahren auszumachen, der einen Abbau von Beschäftigten nahelegt. Bei Auslagerungen von Tätigkeiten spielen verschiedene Faktoren eine Rolle, insbesondere stehen jedoch die Flexibilisierung im Einsatz, die Senkung von Kosten und die Auslagerung von Risiken im Vordergrund (Vitols 2019). Kostenvorteile ergeben sich im arbeits- und personalintensiven Servicebereich in Rehabilitationseinrichtungen vor allem durch geringere Lohnkosten von Dienstleistungsunternehmen. Außerdem ergeben sie sich darüber hinaus durch geringere Personalnebenkosten für Qualifizierung, Ausrüstung, Personalrekrutierung und Personalverwaltung.

Wir haben in der Umfrage nach den Outsourcing-Aktivitäten im Servicebereich in den letzten zehn Jahren gefragt. Dabei wird deutlich, dass in der Mehrheit der Einrichtungen ein Outsourcing von Tätigkeiten stattgefunden hat. Nur 25 Prozent der Befragten geben an, dass keine Einheit in den letzten zehn Jahren ausgelagert wurde. Am häufigsten werden Reinigung (47 Prozent,) Wäscherei (37 Prozent, Küche (28 Prozent) und Gärtnerei (18 Prozent) ausgelagert.

---

<sup>8</sup> Nachrichtlich: weiß nicht: 9 Prozent.

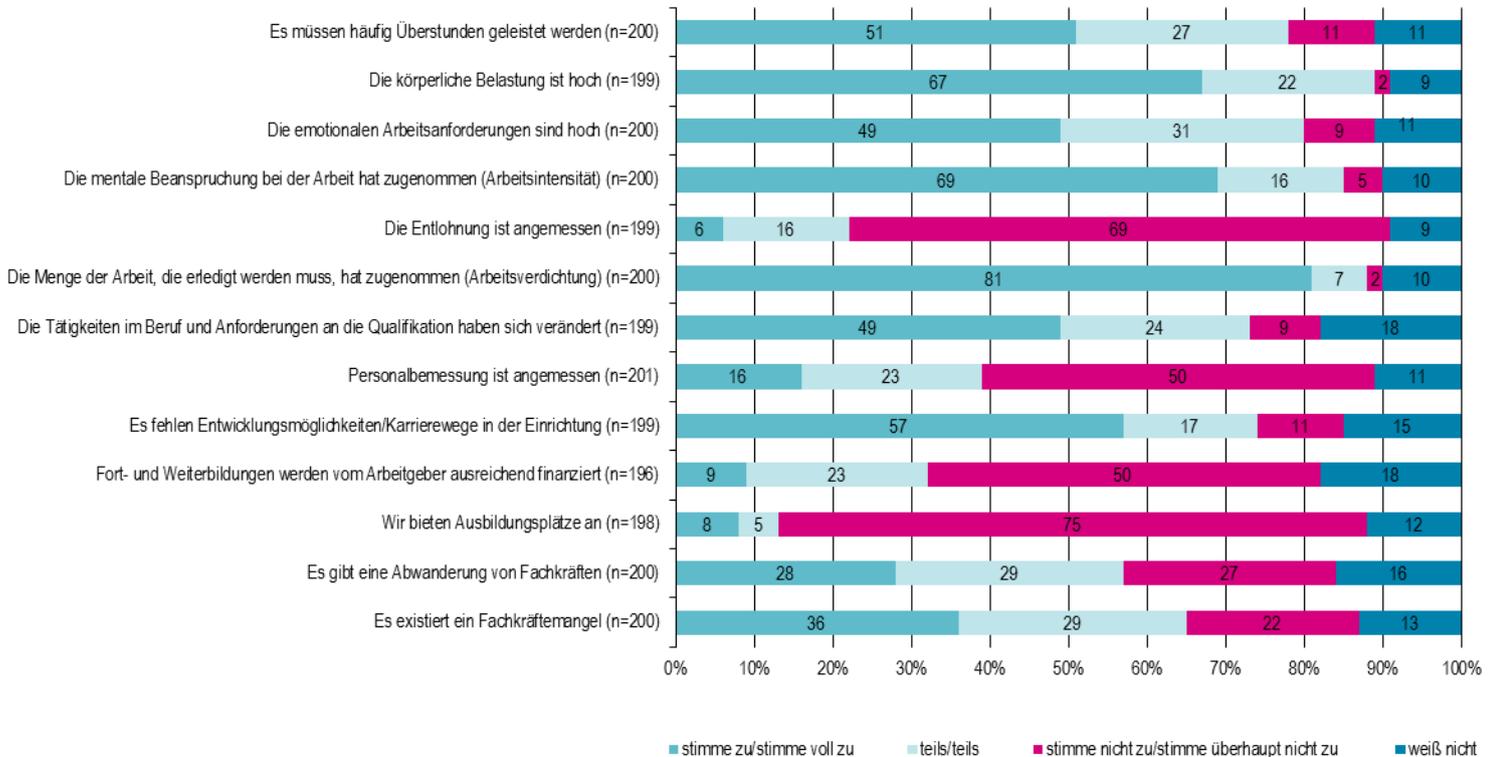
Abbildung 23: Auslagerungen von Einheiten des Servicebereichs in den letzten zehn Jahren (Angaben in %, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen

Die Unterschiede bei den verschiedenen Trägern sind gering: Die Ergebnisse aus den Interviews legen jedoch nahe, dass öffentliche Rehabilitationseinrichtungen in diesen Prozessen allenfalls etwas zeitverzögert aktiv sind. Der Trend zu Auslagerungen hat in privaten oder freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen schon vor rund 20 Jahren eingesetzt und gilt inzwischen als weitgehend abgeschlossen. Abbildung 24 gibt einen Überblick über die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im Servicebereich.

Abbildung 24: Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im Servicebereich (in %)



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen

Die Befragungsergebnisse stützen den Eindruck, dass der Druck zur Kostenreduzierung im Servicebereich besonders stark wirkt. Die Personaldecke ist dünn. Nur 16 Prozent der Befragten stimmen der Aussage zu, dass die Personalbemessung im Servicebereich angemessen ist. 51 Prozent meinen, dass häufig Überstunden geleistet werden. 81 Prozent der Befragten merken an, dass die Menge der Arbeit, die erledigt werden muss, zugenommen hat. Gleichzeitig empfinden nur sechs Prozent die Entlohnung angemessen. Kein anderer untersuchter Berufsbereich verzeichnet hier einen so niedrigen Wert.

Die Ergebnisse der Interviews belegen auch, dass insbesondere einfache Tätigkeiten ausgelagert werden. In den Einrichtungen verbleiben die „schwierigeren“ und technisch anspruchsvolleren Aufgabenfelder. So stimmen 69 Prozent der Befragten der Aussage zu, dass die mentale Beanspruchung bei der Arbeit zugenommen hat, 67 Prozent, dass die körperliche Belastung hoch ist und 49 Prozent, dass die emotionalen Arbeitsanforderungen hoch sind. Weitere 49 Prozent meinen, dass die

Tätigkeiten im Beruf und Anforderungen an die Qualifikation sich verändert haben.

Allerdings ist die Situation am Arbeitsmarkt im Servicebereich entspannter als in den anderen untersuchten Berufsbereichen. Rehabilitationseinrichtungen scheinen hier weniger unter Druck zu stehen, in das Personal investieren zu müssen.

So geben zwar 36 Prozent der Befragten an, dass ein Fachkräftemangel existiert. Die Ergebnisse aus den Interviews zeigen jedoch, dass dieser Mangel nur einen kleinen Teil von Beschäftigten im Servicebereich (vor allem Koch/Köchin, Elektriker/in und andere ausgewählte Handwerker/innen) betrifft. Acht Prozent der Befragten geben an, dass Ausbildungsplätze zur Verfügung gestellt werden und 28 Prozent, dass es eine Abwanderung von Fachkräften gibt. Nur neun Prozent stimmen der Aussage zu, dass Fort- und Weiterbildung vom Arbeitgeber ausreichend finanziert werden. Solche geringen Zustimmungswerte existieren für keine andere untersuchte Berufsgruppe. Nur im Hinblick auf den Aspekt der Zustimmung zu fehlenden Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierewegen in den Einrichtungen liegt der Servicebereich (57 Prozent) eher im Mittelfeld der sechs untersuchten Berufsgruppen.

Ein Vergleich der Ergebnisse zwischen den Rehabilitationseinrichtungen in verschiedener Trägerschaft weist nicht darauf hin, dass die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im Servicebereich grundsätzlich bei Einrichtungen eines bestimmten Trägers besser oder schlechter gestellt sind. Vielmehr gibt es Unterschiede in Hinblick auf die verschiedenen Aspekte von Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen.

Antwortenden aus Rehabilitationseinrichtungen in öffentlicher Trägerschaft bemängeln eine nicht angemessene Personalbemessung (52 Prozent, im Vergleich 39 Prozent bei freigemeinnützigen und 51 Prozent bei privaten Rehabilitationseinrichtungen), Veränderungen in der Qualifikation und bei den Tätigkeiten (57 Prozent, im Vergleich zu 47 Prozent bei freigemeinnützigen und 46 Prozent bei privaten Rehabilitationseinrichtungen), eine Zunahme der mentalen Beanspruchung bei der Arbeit (75 Prozent, im Vergleich zu 44 Prozent bei freigemeinnützigen und 69 Prozent bei privaten Rehabilitationseinrichtungen) sowie eine hohe körperliche Belastung und hohe emotionale Arbeitsanforderungen (73 Prozent bzw. 34 Prozent, im Vergleich zu 53 Prozent bzw. 29 Prozent bei freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen und 66 Prozent bzw. 28 Prozent bei privaten Rehabilitationseinrichtungen). Allerdings empfinden bei den Rehabilitationseinrichtungen in öffentlicher Trägerschaft nur 59 Prozent der Befragten die Entlohnung als nicht angemessen, während es bei den freigemeinnützigen 77 Prozent und bei dem privaten Rehabilitationsträger 70 Prozent sind.

Die Antwortenden aus den freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen geben an, unter den Fachkräftemangel am meisten zu leiden (41 Prozent, im Vergleich zu 34 Prozent bei privaten und 36 Prozent bei öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen). Sie bieten auch am wenigsten Ausbildungsplätze an (sechs Prozent im Vergleich zu 15 Prozent bei privaten und 27 Prozent bei öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen).

Zusammenfassend ergibt sich für die privaten Rehabilitationseinrichtungen, dass sie von der Abwanderung von Fachkräften stärker betroffen sind, Fort- und Weiterbildung vom Arbeitgeber zwar häufiger finanziert werden (28 Prozent, im Vergleich zu sieben Prozent bei freigemeinnützigen und 13 Prozent bei öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen), allerdings auch etwas stärker – zumindest im Vergleich zu freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtung – von fehlenden Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierewegen für Beschäftigte im Servicebereich betroffen sind (58 Prozent, im Vergleich zu 47 Prozent bei freigemeinnützigen und 57 Prozent bei öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen). Ähnlich wie bei den öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen schätzen gut die Hälfte der Antwortenden die Personalbemessung als nicht angemessen ein.

### **3.3 Fazit: Wachsende Belastungen und Arbeitsverdichtung**

Auch wenn die Arbeitsbedingungen bzw. -belastungen in den untersuchten Berufen unterschiedliche Facetten aufweisen und verschiedene Aspekte der Tätigkeit bzw. des Arbeitsumfelds eine Rolle spielen, so zeigt sich doch eine Reihe von Gemeinsamkeiten zwischen den analysierten Berufsfeldern.

Die Befragung belegt insgesamt die häufig schwierigen Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen in den Rehabilitationseinrichtungen, die sich in der sehr kritischen Einschätzung der Befragten zu ihrer Arbeitssituation spiegeln. Zum Teil sind diese Belastungen auf Gegebenheiten zurückzuführen, die sich durch die soziale und medizinische Arbeit mit Menschen ergeben und in großen Teilen der Gesundheitsbranche verbreitet sind. Hierzu gehören in Hinblick auf unsere Analyse z. B. die hohen emotionalen Arbeitsanforderungen (Zustimmung je nach untersuchter Berufsgruppe zwischen 88 Prozent und 79 Prozent, mit Ausnahme des Servicebereiches) und eine hohe körperliche Belastung (insbesondere im Pflegedienst, Servicebereich und bei der Physio- und Ergotherapie).

In weiten Teilen sind die Probleme aber von den spezifischen Strukturen und Rahmensetzungen in der Rehabilitationsbranche verursacht. Die zunehmende Fallschwere und multimorbide Patienten/innen vergrößern den Anteil der Rehabilitanden, die einer äußerst intensiven medizinischen und pflegerischen Versorgung bedürfen. Dreiviertel aller Befragten bestätigen diesen Trend.

Für die Beschäftigten in den Rehabilitationseinrichtungen gehen damit Veränderungen bei den beruflichen Tätigkeiten sowie der beruflichen Qualifikation einher. Dieser Trend zeigt vor allem in Kombination mit der schwierigen finanziellen Situation einiger Rehabilitationseinrichtungen und der Gewinnorientierung anderer Einrichtungen in der Rehabilitationsbranche klare negative Wirkungen. Der ökonomische Druck wird an die Beschäftigten weitergegeben.

Ganz klar wirkt die Zunahme der Fallschwere negativ auf die Arbeitssituation. Folgen sind eine starke Zunahme der Arbeitsverdichtung und der Arbeitsintensität bei allen untersuchten Beschäftigungsgruppen in Rehabilitationseinrichtungen. In unserer Umfrage haben je nach Berufsgruppe bis zu 90 Prozent der Antwortenden der Aussage zugestimmt, dass die Menge der Arbeit, die erledigt werden muss, zugenommen hat. Dies gilt sowohl für die körperliche und zeitliche Belastung als auch mit Blick auf die Zunahme der mentalen Beanspruchung bei der Arbeit. Dieser Befund stimmt überein mit allen in den letzten Jahren veröffentlichten Studien zur Pflege und Betreuung im deutschen Gesundheitssektor. Die Situation in der Rehabilitation unterscheidet sich hier nicht.

Gut 80 Prozent der Befragten sagen, dass die Personalbemessungen in den Rehabilitationseinrichtungen nicht angemessen sind. Die Betroffenheit ist in einzelnen Arbeitsbereichen unterschiedlich, aber für die Rehabilitation als Ganzes ist der Befund eindeutig: Die Belastung der Beschäftigten in den Rehabilitationseinrichtungen hat deutlich zugenommen.

Nur aufgrund hoher Einsatzbereitschaft der Mitarbeiter/innen kann erreicht werden, dass die unzureichende Personalausstattung nicht zu Lasten der Patienten/innen geht. Um zu vermeiden, dass sich eine knappe Personalausstattung negativ auf die Patientenzufriedenheit und die Versorgungsqualität auswirkt, müssen die Einrichtungen über Gegenmaßnahmen nachdenken.

Ein Hinweis auf die teilweise herausfordernden Arbeitsbedingungen in Rehabilitationseinrichtungen ist die Schwierigkeit, ausreichend Fachkräfte für alle Bereiche zu finden. Der Fachkräftemangel ist insbesondere in der Pflege, dem ärztlichen Dienst und in der Psychotherapie groß. Er wird verschärft durch eine klar erkennbare Abwanderung von Fach-

kräften in andere Gesundheitsbereiche. Fast 70 Prozent der Befragten bestätigt diese Beobachtung.

Eine solche Abwanderung wird verstärkt, wenn Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierewege in den Rehabilitationseinrichtungen fehlen.

Es überrascht nicht, dass die enge Finanzierung vieler Einrichtungen und der daraus entstehende Kostendruck auch negativ auf die Vergütung der Beschäftigten wirken. Die Unzufriedenheit vieler Mitarbeiter beruht auch auf dem Gefühl, zu wenig zu verdienen. Nur eine Minderheit der Beschäftigten (abhängig vom Tätigkeitsbereich sechs bis neun Prozent) sehen die Vergütung im Bereich Pflegedienst, Physio- und Ergotherapie und Servicedienst als angemessen an.

Die Antworten der Befragten in den Tätigkeitsbereichen Psychotherapie und dem ärztlichen Dienst sind etwas besser. Aber auch hier meinen dreiviertel der Befragten, dass die Vergütungen nicht angemessen sind.

Zunehmende Belastungen, Arbeitsverdichtung, fehlende Karriere-möglichkeiten und eine im Vergleich geringere Bezahlung als in anderen Gesundheitsbereichen hat zu Folge, dass eine große Zahl von Rehabilitationseinrichtungen immer mehr Probleme haben, qualifiziertes Personal zu rekrutieren und zu halten.

Mangelnde Ausfinanzierung oder Kostendruck sind natürlich nicht in allen Rehabilitationseinrichtungen gleich. Auch bei den Aussagen zu den Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen gilt, dass es Unterschiede gibt. Aber die Tendenzen sind für alle gleich und es gibt keinen Träger, bei dem die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen in allen untersuchten Berufsgruppen durchgehend von den Befragten besser eingeschätzt wurden. Für die in dieser Studie betrachteten drei Trägergruppen lässt sich feststellen:

Befragte aus Rehabilitationseinrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft weisen wesentlich häufiger auf einen Fachkräftemangel hin. Überstunden werden in diesen Einrichtungen häufiger als Problem genannt.

In Hinblick auf die privaten Rehabilitationseinrichtungen zeigen die Ergebnisse, dass die Befragten hier stärker eine Abwanderung von Fachkräften und fehlende Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierewege kritisieren.

In öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen wird die Personalbemessung häufiger als bei anderen Trägergruppen als angemessen bewertet. Auch die Entlohnung wird hier von mehr Befragten als angemessener eingeschätzt. Doch muss auch angemerkt werden, dass die Rehabilitationseinrichtung der DRV zunehmend unter Druck geraten. Die Kritik einer Bevorteilung der öffentlichen Einrichtungen zusammen mit Spar-

maßnahmen und aktuellen Managementstrategien, wie z. B. dem Outsourcing, führen zunehmend zur Belastung bei den Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen in öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen (Behrens, Baldauf und Balmberger 2016).

## 4. Trends der Digitalisierung in Rehabilitationseinrichtungen und Auswirkungen auf die Beschäftigten

Wissenschaft und Politik sind sich heute einig, dass die zunehmende Digitalisierung aller Lebensbereiche vor allem in den Arbeitsprozessen einen weitreichenden Transformationsprozess auslösen wird, der Inhalte der Arbeit und Zahl der Arbeitsplätze verändert. Durch eine zunehmende Durchdringung aller Prozesse mit Informations- und Kommunikationstechnologien entstehen vielfältige neue Möglichkeiten, Arbeiten zu automatisieren oder auch anders zu organisieren. Es gibt verschiedene Kernbestandteile von Digitalisierung, die häufig mit der sog. digitalen „Revolution“ in Verbindung gebracht werden. Als Schlagworte werden z. B. cyber-physische Systeme (CPS) bei denen informations- und softwaretechnische Komponenten mit mechanischen bzw. elektronischen Komponenten verbunden werden, der Einsatz von Assistenzsystemen und Künstlicher Intelligenz sowie die Analyse und Nutzung extrem großer Datenmengen (Big Data) genannt (Vitols/Schmid/Wilke 2017).

Die Auswirkungen der Digitalisierung auf die Beschäftigung sind 2016 in einem Grünbuch Arbeit 4.0 umfassend beschrieben worden (BMAS 2017). Dort finden sich viele Beispiele aus allen Industrie- und Dienstleistungsbranchen, die beschreiben wie die digitale Transformation die Grundlage des Arbeitens nachhaltig verändern kann. Dabei beschränken sich die Veränderungsprozesse nicht auf Industriearbeit, sondern umfassen vor allem auch Dienstleistungsarbeit. Es verändern sich Arbeitsformen und Arbeitsverhältnisse, aber auch Tätigkeitsfelder und Arbeitsabläufe und damit auch die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen.

Bisher gibt es erst wenige Beiträge, die sich mit Digitalisierungstrends in Rehabilitationseinrichtungen auseinandersetzen (Daum 2017; Hofmann 2018; Moser 2017). Häufig wird angenommen, dass der Bereich der medizinischen Rehabilitation – wie auch die Gesundheitsbranche im Allgemeinen – aufgrund der hohen Bedeutung der sozialen Interaktion eher geringe Digitalisierungstendenzen aufweist. Diese Annahme ist allerdings nicht aufrecht zu erhalten. Die Digitalisierung und umfassende Aufnahme von Daten erlaubt – wie in anderen Dienstleistungsbereichen auch – eine sehr viel weitergehende Automatisierung von Prozessen, eine partielle Übertragung von Teilprozessen auf den „Kunden“ (den Rehabilitanden) und neue, arbeitssparende Organisation auch von Dienstleistungsarbeit.

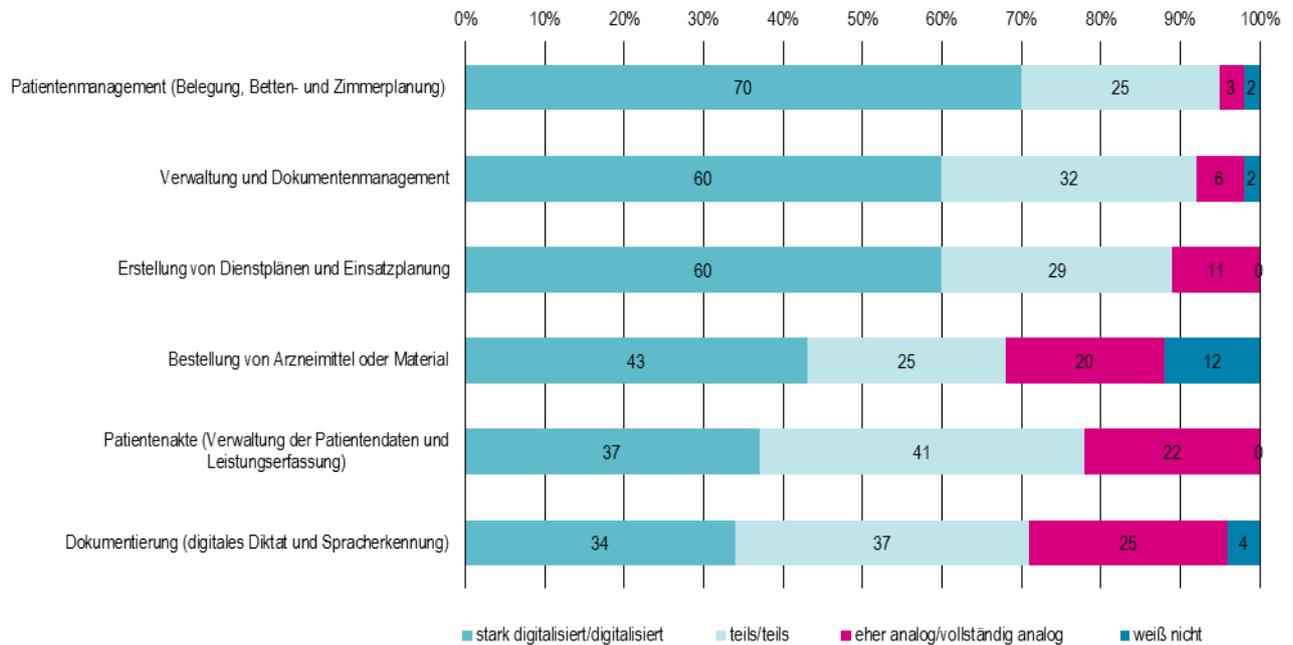
Die verschiedenen digitalen Anwendungen können unter dem Begriff E-Health zusammengefasst werden. Wichtige Bestandteile von E-Health sind die elektronische Patientenakte, elektronische Arztbriefe, Anweisungen und Rezepte sowie die Telemedizin. Unter Telemedizin fällt insbesondere die Tele-Reha, wo Telematikleistungen im Bereich Diagnostik und Therapie unter Überbrückung einer räumlichen oder zeitlichen Distanz ausgeführt werden. Von Bedeutung sind hier auch verschiedene Tele-Reha-Nachsorgeangebote für die poststationäre Behandlung. Ferner spielen verschiedene Aktivitäten im Rahmen des digitalen Kundenservice, wie z. B. Apps (Applikationen) für mobile Geräte wie Smartphones und Tablets-PCs eine Rolle.

Im Rahmen unserer Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen wurden aktuelle Digitalisierungstrends in den Rehabilitationseinrichtungen erfasst und die Auswirkungen auf Arbeit und Beschäftigung in Hinblick auf die Beschäftigten im Pflegebereich, in der Therapie und im Servicebereich abgefragt. Es zeigt sich, dass der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie auch in Rehabilitationseinrichtungen Einzug erhält und Arbeitnehmervertretungen mit umfangreichen Folgewirkungen für Beschäftigte rechnen.

Für die Analyse wurden Digitalisierungstrends thematisch in vier Kategorien eingeteilt. Diese sind Digitalisierung in Hinblick auf a) die digitale Organisation, b) die digitale Kommunikation, c) den Einsatz digitaler Technologie am Rehabilitanden sowie d) den Einsatz digitaler Technologie bei den Beschäftigten. Da es bei der Digitalisierung um einen aktuellen und noch nicht abgeschlossenen Prozess handelt, erscheint bei den Ergebnissen nicht nur die Zustimmung zu den Antwortkategorien „digitalisiert/stark digitalisiert“ von Bedeutung, sondern auch die Antwortkategorie „teils/teils“, die auf Einführungen von Prozessen hinweisen kann.

Die Umfrageergebnisse in Hinblick auf die Digitalisierung der Organisation sind in Abbildung 25 dargestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass Formen der digitalen Organisation in den befragten Rehabilitationseinrichtungen schon heute tägliche Praxis sind.

Abbildung 25: Digitalisierung im Hinblick auf die digitale Organisation (in %)



Quelle: eigene Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen

So geben 70 Prozent der Antwortenden an, dass das Patientenmanagement (Belegung, Betten- und Zimmerplanung) stark digitalisiert ist. Auch die Verwaltung und das Dokumentenmanagement sowie die Erstellung von Dienst- und Einsatzplanung verbuchen mit jeweils 60 Prozent hohe Zustimmungswerte. Werden bei diesen drei Variablen die Antwortkategorien „teils/teils“ hinzugerechnet, dann ergibt sich (zumindest eine teilweise) Digitalisierung dieser Variablen der Organisation von rund 90 Prozent aller untersuchten Einrichtungen.

Ähnliches gilt für die Bestellung von Arzneimitteln oder Material, die elektronische Patientenakte zur Verwaltung und Erfassung von Patientendaten sowie die digitale Dokumentierung, z. B. über Spracherkennung, die bei mehr als 34 Prozent der befragten Rehabilitationseinrichtungen digitalisiert und in insgesamt mehr als 60 Prozent der befragten Rehabilitationseinrichtungen zumindest teilweise digitalisiert wurde. Unter Berücksichtigung der Antwortkategorie „teils/teils“ geben sogar 78 Prozent der Einrichtungen an, dass die Patientenakte zumindest teilweise digitalisiert ist.

**Exkurs: Das Klinik-Informationssystem (KIS) als Ausgangspunkt für Digitalisierungsprozesse**

Die zentrale IT-Anwendung in Rehabilitationseinrichtungen ist das Klinik-Informationssystem (fortan KIS). KIS enthält die Gesamtheit aller informationsverarbeitenden Systeme zur Erfassung, Bearbeitung und Weitergabe medizinischer und administrativer Daten in einer Rehabilitationseinrichtung. Es soll zu Effizienzsteigerungen und Prozessoptimierungen (insbesondere in Hinblick auf die Kommunikation zwischen den Mitarbeitern/innen) beitragen. Das System kann mit einer Vielzahl unterschiedlicher Software-Modulen ausgestattet werden.

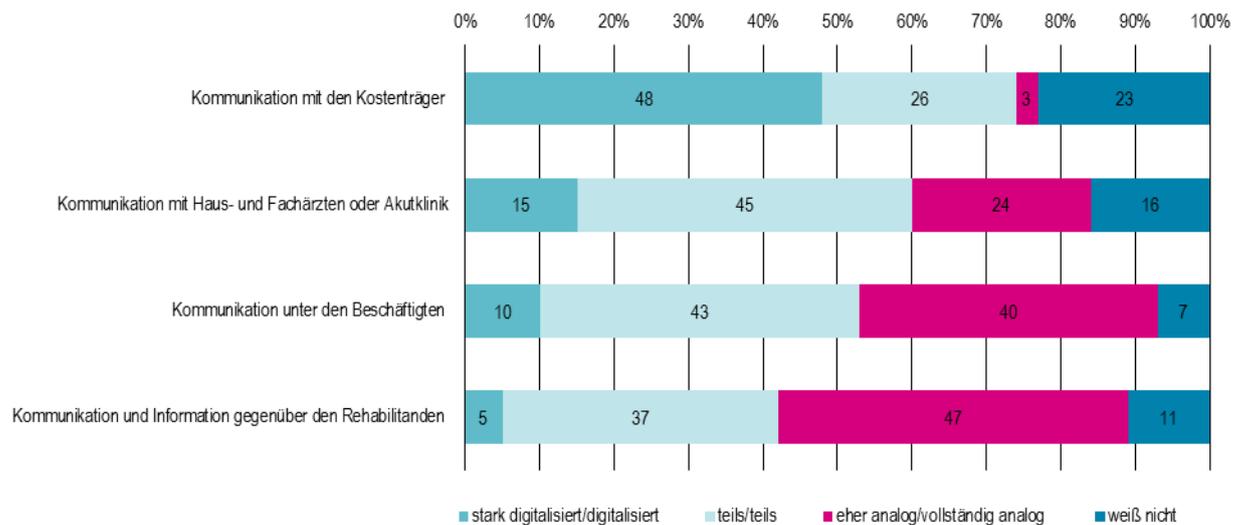
Solche Software-Module existieren z. B. für die Betten- und Belegsteuerung, aber auch für die Erhebung der Krankheitsdaten des Rehabilitanden, die Verordnung von Therapien und die Verwaltung und Dokumentation der Behandlung. In Hinblick auf die Dokumentation und Planung pflegerischen Handelns (Pflegeplanung und Pflegedokumentation) können spezifische Software-Module erworben werden, die nach Eingabe des Behandlungsgrunds die pflegenden Maßnahmen in einzelnen Pflegeschritten den Pflegekräften anzeigen. Darüber hinaus können weitere Module des KIS die Abrechnung mit den Ausgabenträgern unterstützen.

Die Auswertung der Verbreitung der digitalen Organisation in Rehabilitationseinrichtungen nach verschiedenen Trägergruppen zeigt, dass dieser Digitalisierungstrend in freigemeinnützigen Einrichtungen mit Abstand am weitesten verbreitet ist. Bei fast allen Aspekten verzeichnen die freigemeinnützigen Einrichtungen wesentlich höhere Zustimmungswerte. Die gravierendsten Differenzen existieren beim Patientenmanagement, der elektronischen Patientenakte sowie der Bestellung von Arzneimitteln oder Material. So geben 83 Prozent der Antwortenden aus den freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen an, dass das Patientenmanagement digitalisiert ist, während die entsprechenden Werte bei den privaten Rehabilitationseinrichtungen bei 70 Prozent und bei den öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen bei 61 Prozent liegen.

Die digitale Patientenakte existiert in 78 Prozent der freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen, aber nur in 45 Prozent der privaten und 39 Prozent der öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen. Allein in Hinblick auf den Aspekt Dokumentierung (z. B. digitales Diktat und Spracherkennung) liegen die öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen mit 51 Prozent vorne. Die Werte liegen bei den freigemeinnützigen bei 44 Prozent und bei den privaten Rehabilitationseinrichtungen bei 22 Prozent.

In Hinblick auf Formen der Kommunikation in den Rehabilitationseinrichtungen (siehe Abbildung 26) spielt Digitalisierung vor allem bei der Kommunikation mit den Kostenträgern (z. B. Abrechnung, Qualitätssicherung) eine Rolle (48 Prozent). Hier sind es vor allem Anforderungen auf Seiten der Ausgabenträger, die die Einrichtungen dazu veranlassen, entsprechende Prozesse zu digitalisieren.

Abbildung 26: Digitalisierung in Hinblick auf die digitale Kommunikation (in %)



Quelle: eigene Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen

Eine digitalisierte oder stark digitalisierte Kommunikation mit Haus- und Fachärzten oder einer Akutklinik findet bisher nur in 15 Prozent der befragten Rehabilitationseinrichtungen statt. Allerdings sind die summierten Angaben einer wenigstens teilweisen digitalisierten Kommunikation mit zusätzlichen 45 Prozent Zustimmung relativ hoch.

Zur Verbesserung der Versorgungskontinuität existieren z. B. in einigen Einrichtungen digitale Plattformen, die die Weiterversorgung von Patienten/innen im Hinblick auf den Übergang von Akutkrankenhaus in die Rehabilitation koordinieren (Moser 2017). So hat Median im Rahmen einer umfangreichen Digitalisierungsstrategie ein digitales Buchungportal entwickelt, wo der Sozialdienst eines Krankenhauses direkt die Buchung eines Platzes in einer Rehabilitationsklinik durchführen kann (Simon 2018a).

Formen digitaler Kommunikation unter den Beschäftigten sowie in Hinblick auf die Rehabilitanden sind dagegen eher weniger verbreitet (zehn Prozent digitalisiert). Allerdings geben zusätzlich 43 Prozent an,

dass die Kommunikation unter den Beschäftigten zumindest teilweise digitalisiert abläuft. Die Nutzung von E-Mails ist dabei sicher selbstverständlich. Andere Formen der digitalen Kommunikation sind als „offizielle“ Kommunikationswege weniger verbreitet. Allein Agaplesion berichtet von einem Test einer Mitarbeiter/innen-App. Die App mit der Bezeichnung „MyAGA“ bietet einen Chat-Bereich für Einzel- und Gruppenunterhaltungen, sowie verschiedene Dienstleistungen (z. B. Verlinkung zu einer E-Learning-Plattform, Rabattaktionen für Beschäftigte und Mitfahr-Gelegenheiten) (AGAPLESION 2018; kma Online 2018). Allerdings weist die Mitarbeitervertretung von Agaplesion hier auf Datenschutzlücken hin. So wurden im Rahmen der App teilweise auch Dienstpläne einzelner Einrichtungen angezeigt.

Die Praxis zeigt aber, dass auch ohne offizielle Kommunikationsplattform die Mitarbeiter/innen selbst allgemein zugängliche Messenger-Dienste, für die Koordination von Fahrgemeinschaften bis zu Arbeitsplänen nutzen.

Die digitale Kommunikation und Information gegenüber dem Rehabilitanden ist zurzeit noch auf ein webbasiertes Informationsangebot zu Leistungen und Ausstattung der Einrichtung auf den Webseiten der Rehabilitationseinrichtungen beschränkt.

#### **Exkurs: Digitale Patientenedukation – die Median Patienten-App**

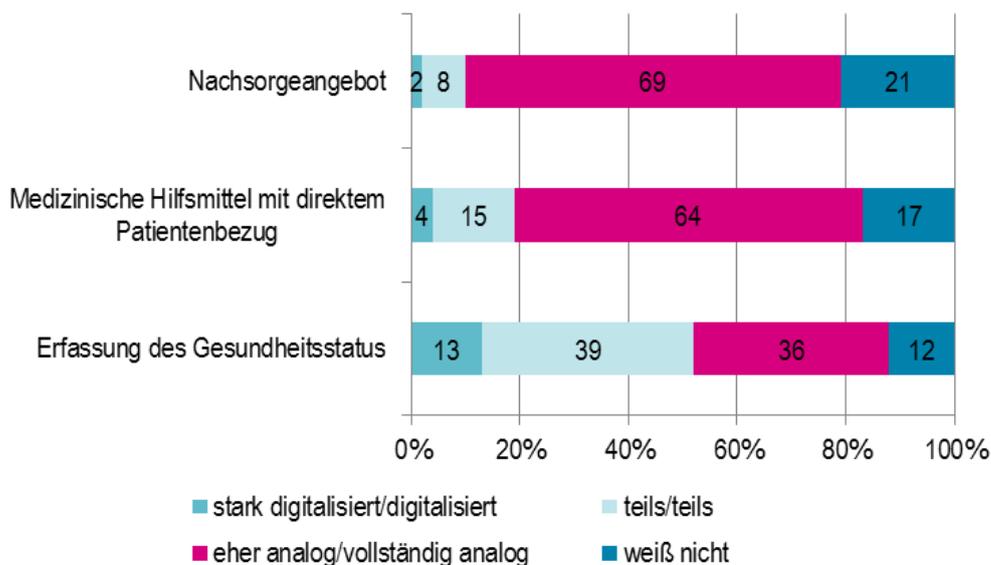
In der Forschung und bei Entwicklern/innen werden große Digitalisierungspotenziale in der Zukunft der digitalen Patientenedukation gesehen (Moser 2017). Bei Median existiert bereits seit Februar 2017 eine Median Patienten-App in verschiedenen Einrichtungen der Gruppe. Die App stellt vor dem Antritt der Rehabilitation Informationen für den Aufenthalt in der Einrichtung zur Verfügung und fordert zur Eingabe von Anamnesedaten auf. Während des Aufenthalts in der Rehabilitationsklinik enthält die App den individuellen Therapieplan sowie Informationen zu Freizeitangeboten und dem Speiseplan. Die Weiterentwicklung der App sieht u. a. Nachsorgemodule aus dem Bereich der Tele-Rehabilitation und Tele-Konsultation zwischen Patienten und Therapeuten vor (Simon 2018b, S. 60).

In den Gesprächen haben unsere Interviewpartner/innen darauf hingewiesen, dass viele Rehabilitanden gesundheitsbedingt z. B. durch neurologische Schäden oder auch altersbedingt, nicht immer in der Lage sind, solche digitalen Angebote zu nutzen.

Wenn man bei den Antworten nach Trägerschaft der Rehabilitationseinrichtungen differenziert, zeigt sich, dass in Hinblick auf die Kommunikation mit den Kostenträgern sowie mit Haus- oder Fachärzt/in und der Akutklinik der Digitalisierungsgrad in freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen am höchsten ist (im Hinblick auf Kostenträger: 59 Prozent, im Vergleich zu 46 Prozent bei privaten und 55 Prozent bei öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen; im Hinblick auf Akutklinik: 29 Prozent, im Vergleich zu 15 Prozent bei privaten und elf Prozent bei öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen). Bei den anderen Aspekten der digitalen Kommunikation gibt es wenig Differenzen zwischen den Angaben der Einrichtungen nach Trägerschaft.

Beim Einsatz digitaler Technologien am Rehabilitanden zeigen die Ergebnisse der Umfrage, dass die Digitalisierung hier noch wenig verbreitet ist (vergleiche Abbildung 27).

Abbildung 27: Digitalisierung in Hinblick auf den Einsatz digitaler Technologie am Rehabilitanden



Quelle: eigene Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen

Eine Ausnahme ist der Einsatz digitaler Systeme bei der Erfassung des Gesundheitsstatus. So gibt es bei der Messung von Vital-, Bewegungs- und Kognitionsdaten durchaus eine nennenswerte Verbreitung in den Rehabilitationseinrichtungen, zumindest wenn die Antworten für stark digitalisiert/digitalisiert (13 Prozent) und die Antwortenden für „teils/teils“ (39 Prozent) addiert werden. Ganz überraschend ist dieser Befund nicht,

wenn man ihn in Relation setzt zu den auch privat sehr verbreiteten Gesundheitsapps, die heute für alle Smartphones angeboten werden. Die Zustimmung für diese Variable ist unter den Befragten aus öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen am höchsten (23 Prozent, im Vergleich zu elf Prozent bei privaten und 13 Prozent bei freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen).

Im Gegensatz dazu sagen die befragten Arbeitnehmervertreter/innen, dass medizinische Hilfsmittel mit direktem Patientenbezug, wie z. B. robotergestützte Assistenzsysteme, in ihren Rehaeinrichtungen eine geringe Verbreitung finden (digitalisiert: vier Prozent, teils/teils: 15 Prozent). Es können auch keine Unterschiede zwischen den Rehabilitationseinrichtungen der verschiedenen Träger festgemacht werden. Zwar genießen solche Assistenzsysteme in der medialen Darstellung eine hohe Aufmerksamkeit, wie z. B. die Ausführungen zu Exoskeletten für Querschnittsgelähmte oder robotische Gangtherapie in einem Lokomat nahelegen. Tatsächlich ist die Anschaffung solcher Geräte jedoch mit beträchtlichen Kosten verbunden, so dass die Technik von den Rehabilitationseinrichtungen häufig (noch) nicht erworben werden kann (Bendzuck 2016; Daum 2017, S. 23–28).

Digitale Nachsorgeangebote z. B. in Formen von digitalen Therapeuten existieren kaum. Nur zehn Prozent der Befragten bieten solche Angebote zumindest in Teilen an. Unterschiede zwischen Rehabilitationseinrichtungen der verschiedenen Träger lassen sich nicht auffinden.

#### **Exkurs: Nachsorgeangebote mit digitaler Unterstützung sind in Entwicklung**

Digitale Nachsorgeangebote gibt es z. B. im Bereich Orthopädie und Psychotherapie. So bietet „DE-RENA“ seit 2016 eine App-gestützte Rehabilitationsnachsorge für depressive Patienten/innen. Die App unterstützt den/die Patienten/in bei der täglichen Tagesplanung und -bewertung von Lebensbereichen mit dem Ziel, Verhaltensvorsätze in den Alltag umzusetzen. Die App soll helfen, gelernte Verhaltensstrategien in den Alltag zu übertragen, Rückfällen vorzubeugen und die Nachhaltigkeit der Therapieerfolge zu steigern. Die Nutzer werden durch telefonische Kontakte von einer/m Verhaltenstherapeuten/in begleitet.

Die AOK NordWest hat im Jahr 2015 das Forschungsprogramm „DigiTrain“ begonnen, bei dem Patienten/innen mit chronischen Rückenschmerzen drei Monate lang durch einen interaktiven Therapeuten bei ihrem individuellen Training im Anschluss an einen Reha-Aufenthalt begleitet werden (AOK 2019). Bei dem Programm führt ein virtueller Trainer Übungen am heimischen PC-

Monitor des/der Patient/in vor. Beim Ausführen der Übungen wird der Patient/in von einer 3D Kamera gefilmt und kann auf dem Bildschirm erkennen, ob seine/ihre Bewegungen synchron zum digitalen Therapeuten ablaufen. Das Programm passt sich dem Leistungsvermögen des/der Patienten/in an und reagiert auf deren/dessen Rückmeldungen. Ähnlich funktioniert auch die Telemedizin-Plattform MeineReha, die u. a. von verschiedenen Fraunhofer Instituten entwickelt worden ist (John 2011; John et al. 2012). Auch hier werden Bewegungsabläufe von einer 3-D-Kamera am heimischen PC erfasst. Darüber hinaus werden Vitaldaten durch körpernahe Sensoren ermittelt und in eine speziell entwickelte Software integriert, die sie auf die Korrektheit des Bewegungsablaufes hin analysiert. Die behandelnden Therapeuten/innen können sich in das Programm einschalten, die Ergebnisse der durchgeführten Übungen kontrollieren, neue Übungen bereitstellen und alte Übungen in einer neuen Übungssequenz anordnen. Außerdem ermöglichen Textnachrichten und Videokonferenzen eine Kommunikation zwischen Therapeut/in und Patient/in. An dem Programm MeineReha setzen verschiedene weitere Forschungsprogramme an. So erfasst z. B. die Softwareentwicklung SmartReha Vital-, Bewegungs- sowie Kognitionsdaten und erarbeitet Algorithmen, die eine automatische Therapiesteuerung vornehmen.<sup>9</sup>

Die DRV erwartet die schnelle Verbreitung digitaler Nachsorgeangebote. So hat sie im Jahr 2018 Anforderungen an die „telematisch assistierte Nachsorge-Interventionen“ veröffentlicht, die z. B. Anwendungsfelder und Aspekte der Durchführung regeln (Deutsche Rentenversicherung 2018). Entsprechende Anforderungen in Hinblick auf die Durchführung von Maßnahmen betreffen u. a. die Individualisierbarkeit von Maßnahmen, Wirksamkeitsnachweise, Barrierefreiheit und Sicherheit des/der Patienten/in aber auch den Datenschutz. Als Anwendungsfelder der digitalen Nachsorge nennt die DRV Bewegungs- und Konzentrationsübungen, Schulungsprogramme und klinisch-psychologische Interventionen oder Beratung und Coaching.

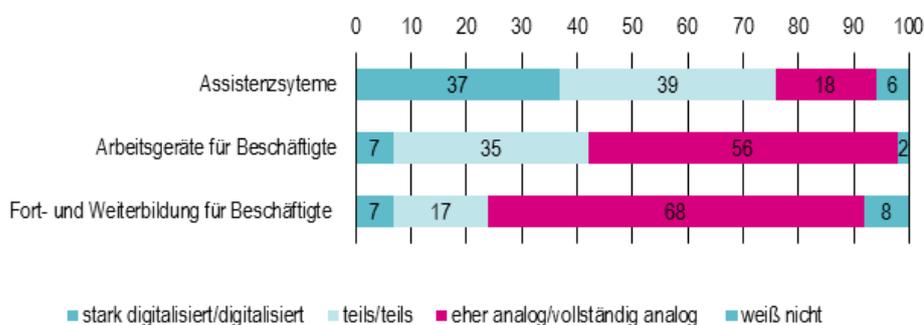
Der Einsatz von digitalen Technologien bei den Beschäftigten ist in Abbildung 28 dargestellt. Am weitesten verbreitet sind in diesem Bereich Assistenzsysteme bei der Arbeit. Diese Assistenzsysteme unterstützen z. B. Therapieplanung, Arbeitsschritte, Dokumentationspflicht, Medikamentenverordnung oder Qualitätskontrolle. 37 Prozent der Befragten

---

<sup>9</sup>[www.digitale-vernetzung.org/de/projekte/rehab.html](http://www.digitale-vernetzung.org/de/projekte/rehab.html) sowie <http://dasekg.de/medizinische-produkte/reha-loesungen/smartreha/>

geben an, dass entsprechende Assistenzsysteme in digitalisierter oder stark digitalisierter Form vorhanden sind. Weitere 39 Prozent geben an, dass solche Systeme zumindest in teilweiser digitalisierter Form existieren. Die Verbreitung ist mit 44 Prozent bei den freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen am höchsten und mit 30 Prozent bei den öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen am geringsten (private Rehabilitationseinrichtungen: 39 Prozent). Anzumerken ist hier, dass sich entsprechende Assistenzsysteme recht häufig aus Anforderungen der Dokumentation ergeben und in einem engen Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement und den Anforderungen der Ausgabenträger stehen.

Abbildung 28: Digitalisierung in Hinblick auf den Einsatz digitaler Technologien bei den Beschäftigten



Quelle: eigene Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen

Digitale Arbeitsgeräte für Beschäftigte (z. B. Smartphones und Tablets) finden insgesamt in 42 Prozent der Einrichtungen zumindest teilweise Verbreitung. In Experteninterviews wurde angemerkt, dass diese Geräte oft nur Beschäftigten aus dem ärztlichen Bereich zur Verfügung gestellt werden.

Digitale Formen der Fort- und/oder Weiterbildung für Beschäftigte, z. B. in Form von E-Learning, spielen in den untersuchten Rehabilitationseinrichtungen bisher seltener eine Rolle. Nur sieben Prozent der Befragten geben an, dass Fort- und Weiterbildungen digitalisiert oder stark digitalisiert durchgeführt werden. Dabei sind digitale Kursangebote mit elf Prozent bei den öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen noch am stärksten verbreitet (sechs Prozent bei privaten und null Prozent bei freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen).

Anders ist dies bei Kursen der beruflichen Bildung, die recht häufig in Form von E-Learning angeboten werden. Dazu gehören vor allem auch

die Pflichtfortbildungen zum Arbeitsschutz, Brandschutz oder Datenschutz. Diese Kurse können am Arbeitsplatz oder zu Hause durchgeführt werden. Die Bearbeitung der Kurse gilt als Arbeitszeit, ist jedoch auf eine bestimmte Dauer begrenzt. Interviewte Arbeitnehmervertreter/innen merken hier an, dass die tatsächliche Dauer des Lernens häufig die vorgegebene Zeit überschreitet und damit nicht immer vergütet wird.

Zusammenfassend zeigt die Auswertung der Umfrage, dass zwar hohe Digitalisierungspotenziale in der Rehabilitationsbranche existieren, diese aber von den Rehabilitationseinrichtungen noch nicht in allen Bereichen ausgeschöpft werden. Digitalisierungsprozesse in den Rehabilitationseinrichtungen betreffen bisher in erster Linie den Bereich Organisationsdigitalisierung. So sind z. B. im Rahmen der Einführung von KIS Verwaltungsprozesse und Patientenmanagement weitgehend digitalisiert worden. Hiermit eng verbunden ist auch der Einsatz von digitalen Assistenzsystemen für Beschäftigte – häufig für Verwaltungsaufgaben. Andere Kernprozesse in Rehabilitationseinrichtungen in Hinblick auf die Beschäftigten aber insbesondere auch in Bezug auf die Kommunikation mit den Rehabilitanden oder die Therapieformen sind dagegen erst in geringerem Umfang Gegenstand von Digitalisierung.

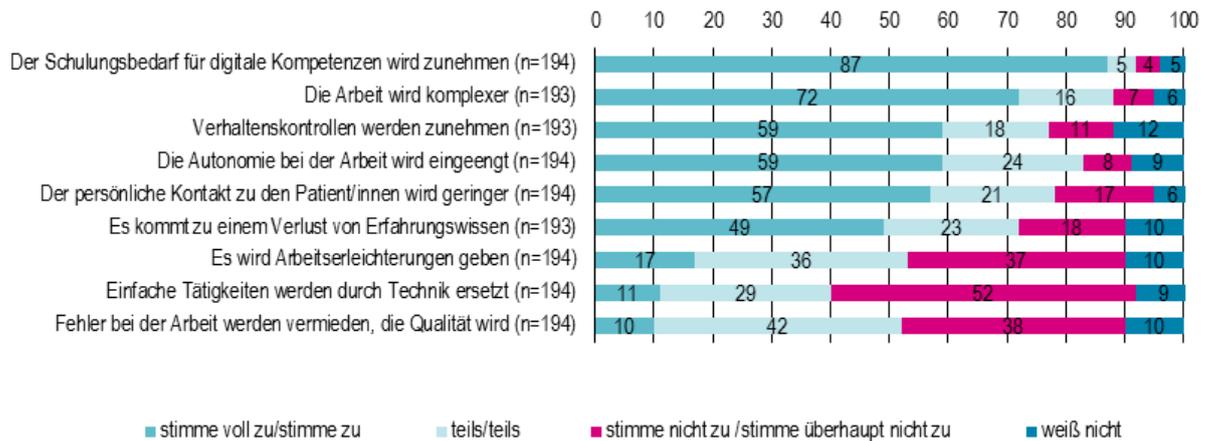
Die Ursache für eine vergleichsweise langsame Umsetzung von Digitalisierungsmaßnahmen wird vor allem in den hohen Investitionskosten gesehen, die mit der Digitalisierung von Arbeitsprozessen verbunden sind. Auch die gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz werden teilweise als Hindernis für Digitalisierung angesehen (Perl/Schmilgus 2018a und 2018b). Am meisten hat die Digitalisierung noch in den freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen Einzug erhalten. Wie das Beispiel Median zeigt, versuchen auch bei den privaten Rehabilitationseinrichtungen einzelne Einrichtungen sich über Digitalisierung zu profilieren.

## **4.1 Auswirkungen der Digitalisierung auf die Beschäftigten**

In der Umfrage unter Arbeitnehmervertretern/innen wurde auch abgefragt, wie sich die Digitalisierungstendenzen auf die Beschäftigten und deren Arbeitsbedingungen auswirken. Die Antworten sind nach Beschäftigten im Pflegebereich, Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen, Psychotherapeuten/innen und Beschäftigte im Servicebereich gegliedert. Insgesamt zeigen die Antworten, dass nach Meinung der Arbeitnehmervertretungen vielfältige Veränderungen durch Digitalisierung auf die Beschäftigten zukommen.

## Pflege

Abbildung 29: Auswirkungen der Digitalisierung auf Beschäftigte im Pflegebereich



Quelle: eigene Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen

Am häufigsten sehen die befragten Arbeitnehmervertreter/innen einen gestiegenen Qualifikationsbedarf für die Beschäftigten im Pflegedienst, der mit dem zunehmenden Einsatz von digitalen Technologien einhergeht. Dieser Bedarf wird unabhängig von der Trägerschaft der Einrichtung überall ähnlich gesehen. Insgesamt gehen 86 Prozent davon aus, dass der Schulungsbedarf für digitale Kompetenzen für Beschäftigte im Pflegebereich zunehmen wird. Unter digitalen Kompetenzen ist das Zusammenspiel zwischen fachspezifischem Wissen und Technikwissen zu verstehen, dass zur Anwendung von digitalen Technologien bei der Arbeit notwendig ist. Hierunter fallen z. B. grundlegende PC- und IT-Kenntnisse in Hinblick auf Abruf, Speicherung und Analyse digitaler Informationen, Kommunikation in digitalen Umgebungen, Textverarbeitung und andere Inhaltserstellung, aber auch eine sichere Nutzung der digitalen Technik, z. B. in Bezug auf die Einhaltung von Datenschutzregelungen. Die Studie von Daum (2017, S. 44) stellt fest, dass die Vermittlung pflegeorientierter Technikkompetenzen bisher weder Bestandteil der Pflegeausbildung noch der klassischen Fort- und Weiterbildungen im Bereich Pflege ist.

72 Prozent der Antwortenden glauben, dass die Arbeit im Zuge der Digitalisierung komplexer wird. Gleichzeitig nimmt die Möglichkeit von Verhaltenskontrollen zu (60 Prozent) und die Autonomie bei der Arbeit kann eingeengt werden (59 Prozent). Interessant ist, dass Antwortenden

aus freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen viel weniger eine zunehmende Komplexität und Verhaltenskontrollen erkennen als Befragte aus öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen dies tun (freigemeinnützige Rehabilitationseinrichtungen: 50 Prozent bzw. 42 Prozent, im Vergleich zu 73 Prozent bzw. 57 Prozent bei privaten und 74 Prozent bzw. 72 Prozent bei öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen).

57 Prozent aller Befragten gehen davon aus, dass der persönliche Kontakt zu den Patienten/innen durch die Digitalisierung geringer wird. Auch hier ist auffällig, dass Befragte aus freigemeinnützigen Einrichtungen der Aussage zu nur 36 Prozent zustimmen (im Vergleich zu 58 Prozent in privaten und 60 Prozent in öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen).

Der geringere persönliche Kontakt zu Patienten/innen ist größtenteils Folge der Digitalisierung der Organisation. Elektronische Patientenakten und Patientendatenmanagementsysteme (PDMS), die Patienten- und Behandlungsdaten verwalten und verarbeiten, haben die Dokumentationspflichten für Beschäftigte im Pflegedienst stark erhöht. Die digitalen Dokumentationspflichten werden von den Beschäftigten häufig als zeitintensiv, aufwendig und komplex empfunden.

Hinzu kommen die Auswirkungen des Einsatzes von digitalen Assistenzsystemen. So stellt z. B. das Pflege-Information-System (PSI) pflegerelevante informationsverarbeitende Funktionen zur Dokumentation von Pflegeleistungen, Material- und Medikamentenbestellung und Dienstplanung bereit.

Darüber hinaus kommt im Bereich der Pflege auch das Klinisches-Arbeitsplatz-System (KAS) zum Einsatz, in dessen Rahmen z. B. die Anamnese dokumentiert wird, Vitalparameter erfasst werden oder die Stationsorganisation (Material, Essen) digitalisiert wird. Häufig geben diese digitalen Assistenzsysteme vorgangsabhängige Leitfäden und Checklisten vor. Trotzdem gehen nur elf Prozent der Befragten davon aus, dass dadurch Fehler bei der Arbeit vermieden werden und die Qualität der Arbeitsleistung ansteigen wird. Während 18 Prozent der Befragten aus öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen von einer Vermeidung von Fehler ausgehen, tut dies kein einziger der Befragten aus freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen (private Rehabilitationseinrichtungen: neun Prozent).

Befürchtet wird von vielen Befragten eine Entwertung von Erfahrungswissen durch die Nutzung von Assistenzprogrammen: So gehen fast 50 Prozent der Befragten davon aus, dass Erfahrungswissen durch mehr Digitalisierung verloren gehen wird. Auch hier sind die Zustimmungswerte von Befragten aus freigemeinnützigen Rehabilitationsein-

richtungen wesentlich geringer (31 Prozent, im Vergleich zu 51 Prozent bei privaten und 48 Prozent öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen).

Nur 17 Prozent der Arbeitnehmervertreter/innen stimmen der Aussage zu, dass es durch Digitalisierung Arbeitserleichterungen für die Beschäftigten im Pflegebereich geben wird. Allerdings sind auch hier die Einschätzungen der Antwortenden je nach Trägerschaft ihrer Rehabilitationseinrichtung stark verschieden: So geht niemand von den Befragten in freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen davon aus, dass es Arbeitserleichterungen geben wird, während es bei den öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen 25 Prozent sind (private Rehabilitationseinrichtungen: 16 Prozent).

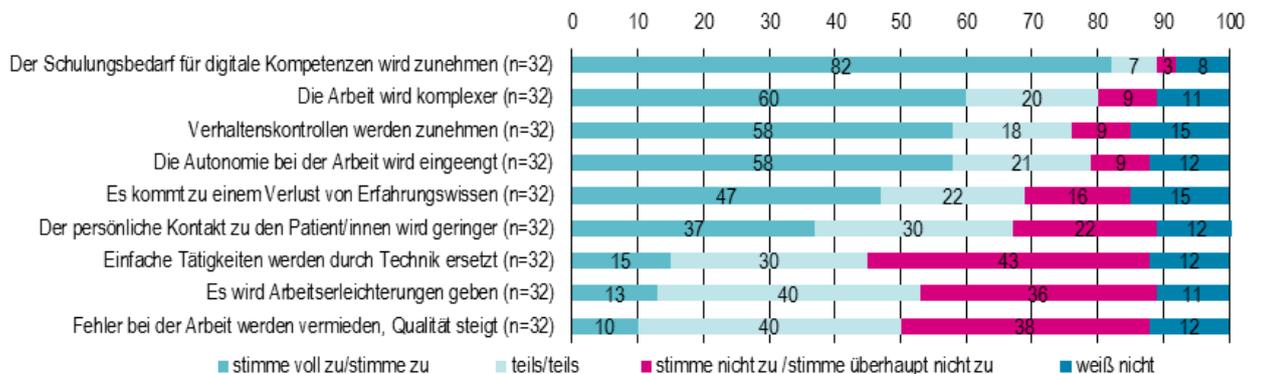
Einen umfassenden Ersatz einfacher Tätigkeiten befürchten die Wenigsten. Nur elf Prozent der Befragten vertreten die Ansicht, dass einfache Tätigkeiten durch Technik ersetzt werden.

Digitale Technologien im Pflegebereich, die zu Arbeitserleichterungen und dem Wegfall von einfachen Tätigkeiten führen könnten, sind z. B. Roboterlösungen. So existieren Serviceroboter in Form von Pflegewagen, die autonom zum Einsatzort fahren oder Multifunktionspersonenlifter, die Patienten auf einen Rollstuhl umsetzen oder zum Wechseln der Bettwäsche anheben (Wax 2016). Mitunter wurde in den im Rahmen der Untersuchung durchgeführten Interviews angemerkt, dass der Platzbedarf für Roboterlösungen zu groß ist oder die Bedienung des Roboters zu viel Personal bindet. Die Tätigkeiten von Beschäftigten in der direkten Pflege werden heute noch nicht durch digitale Lösungen ersetzt.

## **Physio- und Ergotherapeuten/innen**

Bei der Bewertung der Arbeit von Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen (vergleiche Abbildung 30) sehen die Antworten ähnlich aus wie bei den Beschäftigten im Pflegebereich.

Abbildung 30: Auswirkungen der Digitalisierung auf Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen



Quelle: eigene Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen

Auch hier wird von einem Großteil der Befragten vor allem ein erhöhter Schulungsbedarf gesehen (82 Prozent). Die Aussagen zur Steigerung der Arbeitskomplexität (60 Prozent), Zunahme der Verhaltenskontrollen (58 Prozent) und Einschränkung der Arbeitsautonomie (58 Prozent) erhalten ebenfalls eine hohe Zustimmung.

Insgesamt werden die Auswirkungen der Digitalisierung bei den Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen etwas geringer eingeschätzt als bei den Beschäftigten im Pflegebereich. Dies resultiert nach Meinung der Interviewpartner/innen vor allem daraus, dass die Beschäftigungsgruppe der Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen bei ihren Arbeitstätigkeiten in einem geringeren Umfang von den verschiedenen digitalen Dokumentationspflichten betroffen ist.

Dennoch ist auch hier die Dokumentationspflicht, nicht zuletzt durch Forderungen der Ausgabenträger auf Nachweis und Dokumentation von Behandlungen, stark angestiegen. Auch Therapeuten/innen müssen den Therapieverlauf digital dokumentieren, wenn die Einrichtung über eine elektronische Patientenakte verfügt. Mitunter werden auch Leistungsanforderungen an die Therapie in Form von digitalen Checklisten vorgegeben.

Verhaltenskontrollen und eine Einschränkung der Arbeitsautonomie werden nach Meinung der Interviewpartner/innen vor allem in dem Einsatz von digitalen Systemen für Therapieplanung und Terminvergaben gesehen. Assistenzprogramme, wie das sog. Order-Entry-System (OES), geben Therapiepläne und zeitliche Abläufe vor, ohne dass Therapeuten/innen die Anwendungen verändern oder verschieben können. Damit

einher geht nach Meinung vieler Arbeitnehmervertreter/innen auch ein Verlust von Erfahrungswissen (48 Prozent).

Für die Berufsgruppe Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen zeigen die Ergebnisse auf, dass Arbeitnehmervvertretungen in der zunehmenden Digitalisierung kaum Vorteile für die Beschäftigten erkennen. Nur 13 Prozent der Antwortenden geht davon aus, dass es Arbeitserleichterungen aufgrund von Digitalisierungsprozessen geben wird. Zwar könnte Rehabilitationsrobotik, wie Exoskelette oder Lokomat, die zuweilen kräftezehrenden und zeitaufwändige Arbeit der Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen unterstützen, jedoch haben sie – wie die Umfrage aufzeigt – bisher kaum Einzug in die Rehabilitationseinrichtungen erhalten.

Nur zehn Prozent der Antwortenden gehen davon aus, dass Fehler bei der Arbeit durch Digitalisierung vermieden werden und 15 Prozent, dass einfache Tätigkeiten durch Technik ersetzt werden. Diese Einschätzung ist etwas überraschend und nur erklärbar, wenn man unterstellt, dass digitale Therapiegeräte oder Patienten-Apps, die Fehler erkennen können oder Routinetätigkeiten digitalisieren, bei der therapeutischen Arbeit noch wenig Benutzung finden.

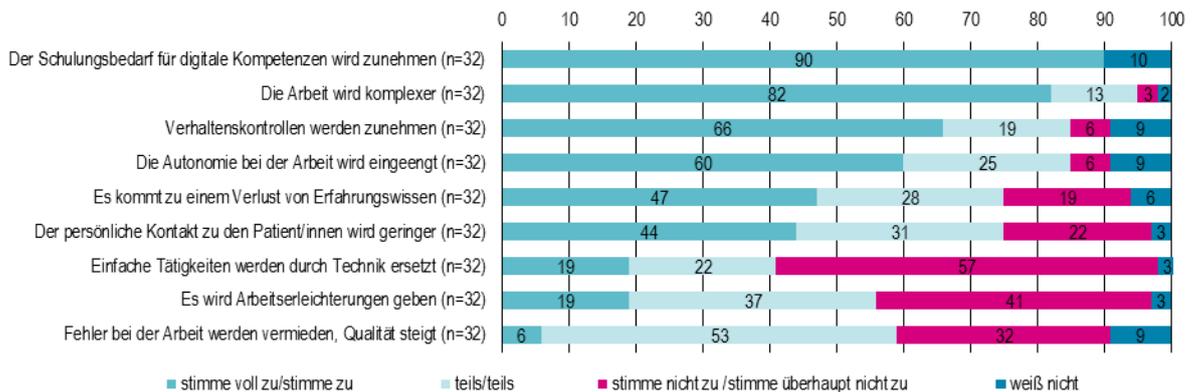
Eine Auswertung der Antworten der Befragten nach Trägerschaft der Rehabilitationseinrichtung zeigt auch für Gruppe der Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen z. T. gravierende Unterschiede zwischen den Einrichtungen auf. So werden die Auswirkungen der Digitalisierung von Befragten in freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen auch in Hinblick auf die Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen durchgängig viel geringfügiger eingeschätzt als in den anderen beiden Trägergruppen.

## **Psychotherapeuten/innen**

Nach Einschätzung von Moser (2017) muss im Zuge der zunehmenden Digitalisierung das Therapeuten-Patienten-Verhältnis neu definiert und gestaltet werden. Zum Beispiel stellen die Möglichkeiten zum digitalen Patientenselbstmanagement und zur digitalen Partizipation die bisherige Arbeitsteilung zwischen Patient/in und Therapeut/in zunehmend infrage. Allerdings gibt es zurzeit noch wenige digitale psychologische Therapieprogramme, die auf die selbstständige Nutzung durch Patienten/innen zugeschnitten sind. Beispiele existieren im Bereich Motivationsstraining und Angsttherapie. Außerdem gibt es schon heute Apps zum Umgang mit Depressionen.

Die Einschätzungen zu den Auswirkungen auf die Arbeit der Psychotherapeuten/innen sind recht ähnlich wie für Beschäftigte im Pflegebereich und Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen (vergleiche Abbildung 31).<sup>10</sup>

Abbildung 31: Auswirkungen der Digitalisierung auf Psychotherapeuten/innen



Quelle: eigene Umfrage unter Arbeitnehmervvertretungen in Rehabilitationseinrichtungen

Auch hier stehen der durch Digitalisierung ausgelöste Schulungsbedarf (88 Prozent), die Komplexitätssteigerung der Arbeit (72 Prozent), die Zunahme von Verhaltenskontrollen (66 Prozent) und ein befürchteter Autonomieverlust bei der Arbeit (59 Prozent) im Mittelpunkt.

47 Prozent gehen davon aus, dass Erfahrungswissen verloren geht. 45 Prozent der Befragten meinen, dass der persönliche Kontakt zu den Patienten/innen durch Digitalisierung abnehmen wird. Diese Aussage ist vor allem vor dem Hintergrund gravierend, dass es sich bei der Psychotherapie überwiegend um eine sprechende Therapie handelt, die eine zwischenmenschliche Interaktion notwendig erscheinen lässt. Hinzu kommt, dass Psychotherapie einer besonderen Individualität bedarf, so dass standardisierte Programme hier kaum zum Einsatz kommen dürften.

Dennoch ist die Zustimmung zu den Veränderungen in den Arbeitsbedingungen aus Folgen der Digitalisierung in Hinblick auf die Psychotherapeuten/innen in einigen Kategorien höher als bei den Beschäfti-

<sup>10</sup> Insgesamt liegen 30 Antworten zu den Auswirkungen von Digitalisierung auf Psychotherapeuten/innen vor. Eine Auswertung nach Trägerschaft der Rehabilitationseinrichtungen der Befragten entfällt, da die Besetzung der einzelnen Antwortgruppen gering ist.

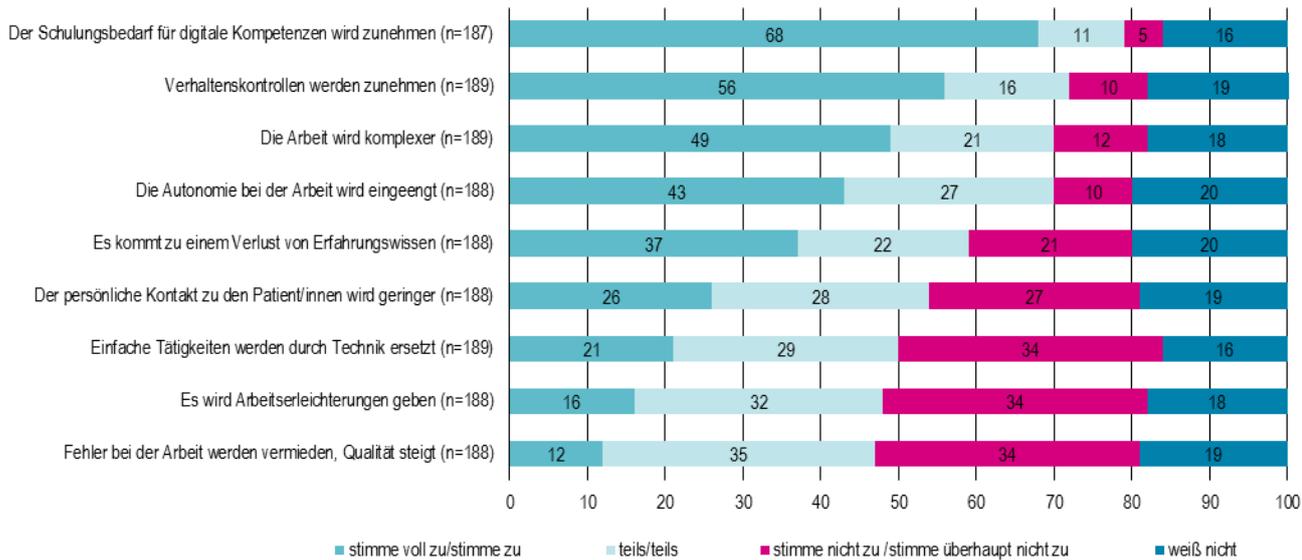
gungsgruppen der Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen oder Beschäftigten im Pflegebereich. Naheliegend ist hier, dass einerseits der Dokumentationsaufwand für Psychotherapeuten/innen durch die Individualität der Einzelfälle als zeitaufwendiger erlebt wird und andererseits diese Beschäftigungsgruppe bisher noch recht wenig mit digitalen Technologien in Berührung gekommen ist.

## **Beschäftigte im Servicebereich**

Auch für Beschäftigte des Servicebereichs wird vor allem von einem Schulungsbedarf für digitale Kompetenzen ausgegangen (68 Prozent). 56 Prozent der Befragten meinen, dass die Verhaltenskontrollen zunehmen werden und die Hälfte der Antwortenden, dass die Arbeit komplexer wird. 44 Prozent gehen davon aus, dass die Autonomie bei der Arbeit eingeengt wird. Gleichzeitig fällt die Zustimmung hier jedoch geringer aus als bei den anderen Berufsgruppen. Die Analyse nach Trägerschaft ergibt auch hier, dass der Zustimmungswert je abgefragter Variable unter den Befragten aus freigemeinnützigen Rehabilitationseinrichtungen wesentlich geringer ist, als die entsprechenden Zustimmungswerte aus privaten oder öffentlichen Rehabilitationseinrichtungen.

Allerdings ist bei Beschäftigten im Servicebereich etwas stärker als bei den anderen Beschäftigtengruppen ein Trend zum Ersatz von Tätigkeiten durch Digitalisierung erkennbar. So gehen 21 Prozent der Antwortenden davon aus, dass einfache Tätigkeiten durch Technik ersetzt werden.

Abbildung 32: Auswirkungen der Digitalisierung auf Beschäftigte im Servicebereich



Quelle: eigene Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen in Rehabilitationseinrichtungen

## 4.2 Fazit: Einschätzung von Digitalisierungsprozessen in Rehabilitationseinrichtungen

Die Ergebnisse der vorliegenden Befragung der Arbeitnehmervertreter/innen in Rehabilitationseinrichtungen lassen eine Reihe von Schlussfolgerungen zu. Zum einen zeigt sich, dass digitalisierte Prozesse und durch Digitalisierung veränderte Arbeitsorganisation auch in Rehabilitationseinrichtungen in unterschiedlichen Formen bereits Einzug gehalten haben. Am umfassendsten ist das Patientenmanagement digitalisiert. Robotertechnik spielt dagegen noch kaum eine Rolle für die Arbeit der Beschäftigten.

Zum anderen lässt sich feststellen, dass die Veränderungen von den einzelnen Beschäftigungsgruppen relativ ähnlich wahrgenommen und bewertet werden. Ein eindeutiger Befund der Befragung ist, dass die Beschäftigten der Digitalisierung kaum positive Effekte zuschreiben. Auf eine offene Frage nach Vorteilen der Digitalisierung im Rahmen unserer Umfrage hat nur ein kleiner Teil der Befragten geantwortet: Der größte Vorteil wird in einem schnelleren und leichteren Zugriff auf Informationen (n=30), einem erleichterten interdisziplinären Zusammenarbeiten und einer verbesserten Kommunikation (n=16) gesehen. Auf Arbeitgeberseite

werden die Vorteile durch den Einsatz von digitaler Technik – wie Effizienzsteigerung und Prozessoptimierung – in den Vordergrund gestellt. Betriebliche Abläufe sollen durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnik flexibler, schneller und kostengünstiger abgewickelt werden können.

Die Umfrage zeigt aber, dass die Beschäftigten eher negative Folgen befürchten, wie eine Zunahme der Arbeitskomplexität, die Entwertung von Erfahrungswissen und Verlust der Arbeitsautonomie. Arbeitserleichterungen und die Vermeidung von Fehlern bei der Arbeit werden selten als positive Wirkung der Digitalisierungsprozesse erwähnt. Das Beispiel der Assistenzsysteme verdeutlicht diesen Sachverhalt noch einmal: die Assistenzsysteme (zur Unterstützung von Therapieplanung, Arbeitsschritten, Medikamentenverordnung etc.) sind ein Bereich der Rehabilitationseinrichtungen, der vergleichsweise stark digitalisiert ist. Gleichzeitig werden die digitalisierten Assistenzsysteme von den Beschäftigten kaum als Entlastung wahrgenommen. Nur eine kleine Minderheit der Beschäftigten gibt an, dass diese Assistenzsysteme z. B. zur Fehlervermeidung beitragen. Vor allem von den Einrichtungen mit dem höchsten Anwendungsgrad dieser Systeme gibt es hinsichtlich der Fehlervermeidung keine positive Einschätzung.

Für die Beschäftigten gehen digitalisierte Prozesse in erster Linie mit Arbeitsverdichtung einher, z. B. durch gestiegene Dokumentationsanforderungen. Entlastende Effekte werden kaum berichtet. Kaum ein/e Arbeitnehmervertreter/in sieht in der Digitalisierung Verbesserungspotenziale für die Arbeitsbedingungen. Dieser Befund deckt sich auch mit den Ergebnissen aus anderen Befragungen im Gesundheitsbereich (Bräutigam et al. 2017).

Auch ein Ausweg aus dem Mangel an Fachkräften wird der Digitalisierung nicht zugesprochen: Kaum ein/e Befragte/r geht davon aus, dass in größerem Umfang Tätigkeiten durch Technik substituiert werden können. Vor allem die pflegerischen Tätigkeiten bzw. die Arbeit am Menschen ist auch durch Digitalisierung bisher nicht ersetzbar. Gleichzeitig wird die Qualifizierung hinsichtlich digitaler Kompetenzen von den Arbeitnehmervertretern/innen aus allen befragten Beschäftigtengruppen als zentrale Anforderung gesehen.

Insgesamt zeichnen die Ergebnisse dieser Befragung ein eher ernüchterndes Bild von den Auswirkungen von Digitalisierung auf die Arbeitsbedingungen in Rehabilitationseinrichtungen. Statt zu entlasten, sind die Belastungen in manchen Bereichen sogar angestiegen. Die Ergebnisse zeigen einmal mehr, dass die Gestaltung einer digitalisierten Arbeitswelt kein Selbstläufer ist.

## 5. Ergebnisse und Ausblick

Die hohe wirtschaftliche und soziale Bedeutung von Rehabilitationsleistungen ist in vielen Studien belegt. Rehabilitation ermöglicht für viele Menschen die Teilnahme am Erwerbsleben und am Leben in der Gesellschaft. Zahlreiche soziale und medizinische Untersuchungen belegen die Wirksamkeit und die positiven Effekte der medizinischen Rehabilitation. Insgesamt sind die Ausgaben für die medizinische Rehabilitation in den letzten zehn Jahren angestiegen. Ihr Anteil an allen Gesundheitsausgaben in Deutschland hat sich jedoch nur wenig verändert.

Gleichzeitig lässt die Entwicklung der Fallzahlen keinen Trend zur zunehmenden Nutzung von Rehabilitation erkennen. Allerdings hat sich das Versorgungsspektrum von Rehabilitationseinrichtungen verschoben. Steigende Fallzahlen gibt es vor allem in den Bereichen Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik, Geriatrie und die Neurologie. Insgesamt gehen verschiedene Studien von einer zunehmenden Nachfrage nach medizinischer Rehabilitation aus, nicht zuletzt als Folge des demographischen Wandels. Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt, wie eine höhere Zahl atypischer Beschäftigungsverhältnisse, können eine Herausforderung für Finanzierungssysteme darstellen. Die steigende Anzahl von Niedriglohngruppen und Teilzeitarbeitsverhältnissen führt in Hinblick auf die gesetzlich eingeführte Budgetgrenze mit Orientierung an den Bruttoentgelten zu einer Verringerung des Budgets, obwohl sich die Anzahl der anspruchsberechtigten Versicherten erhöht.

Grundsätzlich kann insgesamt nicht von einer durchweg schwierigen Ertragslage auf dem Markt für Rehabilitation ausgegangen werden. Vielmehr gibt es eine breite Streuung in Hinblick auf die wirtschaftliche Situation von Rehabilitationseinrichtungen.

Die betriebswirtschaftliche Lage der Rehabilitationseinrichtungen wird von einer Reihe Faktoren beeinflusst, die die Einrichtungen nicht selbst steuern können. Dies betrifft zum einen die verschiedenen gesetzlichen Vorgaben. Zum anderen bestimmen die Ausgabenträger über Vergütungssätze und die Zuweisung von Patienten/innen und Umfang und Dauer der Maßnahmen.

Während einige – häufig kleinere – Rehabilitationseinrichtungen keine Gewinne bzw. sogar Verluste machen und dadurch wirtschaftlich in eine bedrohliche Situation kommen, schaffen es insbesondere große Einrichtungen, stabile Gewinne zu erwirtschaften. Auch im Rehabilitationsmarkt gibt es renditeorientierte Anteilseigner, die umfassende Einspar- und Rationalisierungsmaßnahmen zur Gewinnmaximierung erwarten. Sichtbar werden Konzentrationsprozesse auf dem Markt, von denen insbesondere die kleinen privaten Einrichtungen betroffen sind.

Denn vor allem in kleineren Einrichtungen führt der Kostendruck zu einem Investitionsstau und einer Vernachlässigung der baulichen Substanz. Diese entspricht dann nach kurzer Zeit häufig nicht mehr den steigenden Ansprüchen der Rehabilitanden, die eine hotelähnliche Unterbringung erwarten. Zusätzlich wird Outsourcing von nicht direkt zum „Kerngeschäft“ gezählten Arbeitsbereichen genutzt, um Kosten zu sparen. Insbesondere sind hier die Beschäftigten im Servicebereich betroffen.

Der wirtschaftliche Druck und insbesondere der Kostendruck treffen aber vor allem auch das Personal. Personalkosten spielen in der personalintensiven Branche eine entscheidende Rolle. Der starke Kostendruck wirkt sich häufig direkt auf die Vergütung der Beschäftigten aus und das Entgelt der Beschäftigten ist oft dementsprechend niedrig. Nur wenige Interessenvertretungen halten die Vergütung im Bereich Pflegedienst, Physio- und Ergotherapie und Servicedienst für angemessen. Dies gilt auch für die Beschäftigten in der Psychotherapie und dem ärztlichen Dienst.

Zusätzlich wird Outsourcing von nicht direkt zum „Kerngeschäft“ gezählten Arbeitsbereichen genutzt, um Kosten zu sparen. Insbesondere sind hier die Beschäftigten im Servicebereich betroffen.

Die Zahl der Mitarbeiter/innen ist in den letzten zehn Jahren spürbar angewachsen. Allerdings hat sich die Beschäftigtenzahl gemessen in Vollkräften in der Branche nicht verändert. Das Beschäftigungswachstum in der Branche beruht weitgehend auf einer steigenden Zahl von Teilzeitarbeitsplätzen. Ein zunehmender Fachkräftemangel ist in fast allen untersuchten Berufsgruppen feststellbar. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse der Umfrage eindeutig, dass es eine Abwanderung von Fachkräften aus Rehabilitationseinrichtungen gibt. Neben Unterschieden in der Entlohnung zwischen Rehabilitationseinrichtungen und beispielsweise Krankenhäusern ist die Abwanderung u. a. auch durch fehlende Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierewege in Rehabilitationseinrichtungen bedingt. Viele Rehabilitationseinrichtungen verfügen nicht über die Voraussetzungen selbst Arbeitskräfte auszubilden oder sparen an Aus- und Weiterbildungskosten.

Die Anforderungen an die Beschäftigten sind in den letzten Jahren stark gestiegen. Eine verkürzte Verweildauer in Akutkrankenhäusern und Multimorbidität führen zu stark gestiegenen Schweregraden der Erkrankungen unter den Rehabilitanden. Aufgrund eines steigenden Pflege- und Betreuungsbedarfs gibt es eine erkennbare Arbeitsverdichtung und Zunahme der Arbeitsintensität. Hinzu kommen hohe körperliche und emotionale Arbeitsanforderungen. Die Personalbemessung wird sehr

selten als angemessen eingeschätzt. Häufig müssen Überstunden geleistet werden.

Der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie hat in Rehabilitationseinrichtungen Einzug erhalten. Vor allem Organisationsprozesse werden digitalisiert. In der Umsetzung sind bisher vor allem die hohen Investitionskosten ein Faktor, der diese Entwicklung verlangsamt. Aus Sicht der Beschäftigten werden mit der Digitalisierung kaum positive Erwartungen verbunden. Stattdessen werden negative Folgen befürchtet, wie eine Zunahme der Arbeitskomplexität, die Entwertung von Erfahrungswissen und eine Einengung der Arbeitsautonomie.

Für eine Einschätzung der realen Beschäftigungswirkungen von Digitalisierungsinvestitionen in der Branche ist es in vielen Fällen noch zu früh. Man kann aber jetzt schon erkennen, dass die Digitalisierung bisher nicht dazu dient, dass einfache Tätigkeiten überall durch Technik ersetzt werden. Hier kommt es auf den Einzelfall an.

Gleichzeitig haben die Digitalisierungstendenzen bisher auch nicht dazu beitragen, den Fachkräftemangel abzumildern. Die Einrichtungen klagen mehrheitlich über einen Mangel an gut ausgebildeten Fachkräften.

## **Thesen zur künftigen Ausgestaltung der Rehabilitationsbranche**

Die Ergebnisse unserer Untersuchungen legen nahe, dass die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation in Zukunft steigen wird. Gleichzeitig muss eine Reihe von Anpassungen vorgenommen werden, damit Rehabilitation weiterhin erfolgreich verläuft. Im folgenden Teil werden Herausforderungen aufgeführt, mit denen sich Rehabilitationseinrichtungen und ihre Beschäftigten in Zukunft auseinandersetzen müssen. Die Analyse basiert zu großen Teilen auf Erkenntnissen aus den Experteninterviews.

### **1. Rehabilitationsleistungen für ältere Personen werden zunehmen.**

Die medizinische Rehabilitation gewinnt vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung zunehmend an Bedeutung. Angesichts der Altersstruktur der Bevölkerung wird der Fachbereich für Alterungsprozesse, die Geriatrie, in den Einrichtungen ausgebaut werden. Der Fachbereich verzeichnet bereits hohe Zuwächse. Für Rehabilitationseinrichtungen bedeutet diese Entwicklung ferner eine steigende Zahl von Fällen im Verantwortungsbereich der GKV. Interessant ist, dass nur wenige

private Rehabilitationseinrichtungen über den Fachbereich Geriatrie verfügen.

## **2. Der Grundsatz „Reha vor Pflege“ sollte durch eine Zuweisung von Verantwortlichkeiten gestärkt werden.**

Die GRV sollten nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ die Rehabilitation für pflegebedürftige Personen finanzieren. Nach den gesetzlichen Regelungen müssen die GKV für die Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit aufkommen. Kritiker merkten hier bereits vor Jahren an, dass dieser Auftrag von vielen GKV nur unzureichend umgesetzt wird. Die GKV profitieren nicht von einer tatsächlichen Vermeidung der Pflegebedürftigkeit. Es ist sogar so, dass wenn Patienten/innen in die Pflegebedürftigkeit rutschen, die Kostenverantwortung von den GKV zu der sozialen Pflegeversicherung wechselt. Die Pflegeversicherung ist kein Träger von Rehabilitation. Um den Stellenwert des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ zu verbessern, bedarf es deshalb eine Zuweisung von Rehabilitationsverantwortung an die Pflegeversicherung. Diese könnte z. B. durch die Aufnahme der Pflegeversicherung in den Kreis der Ausgabenträger oder über Ausgleichszahlungen zwischen Pflegeversicherung und den GKV hergestellt werden.

## **3. Die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen in Rehabilitationseinrichtungen müssen attraktiver werden**

Der wachsende Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung der Rehabilitanden erfordert eine entsprechende Anpassung der Personalausstattung in Rehabilitationseinrichtungen. Die Personalbemessung sollte die zunehmende Fallschwere der Rehabilitanden berücksichtigen. Insofern sollten auch die Qualitäts- und Strukturanforderungen der Ausgabenträger für die personelle Ausstattung in Rehabilitationseinrichtungen angepasst werden und grundsätzlich belegungsrelevant werden.

Gleichzeitig muss dem Fachkräftemangel in verschiedenen Berufen begegnet werden. Ein Beitrag dazu kann die Abschaffung des Schulgeldes in den therapeutischen Berufen sein eine tarifliche Ausbildungsvergütung sein. Grundsätzlich ist hier jedoch die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Entlohnung zentraler Ansatzpunkt. Aus gewerkschaftlicher Sicht ist es ein Ziel, Lohnanreize und -zuwächse nicht in Form von Sonderzahlungen durchzuführen, sondern dafür flächendeckend tarifliche Regelungen zu finden.

#### **4. Die Finanzierung von Rehabilitationsleistungen muss neu gestaltet werden**

Die schwierige Ertragssituation vor allem kleinerer Einrichtungen im Rehabilitationsbereich sowie der bestehende Personalnotstand verweisen darauf, dass der Finanzierungsbedarf insgesamt überprüft werden sollte. Im Bereich der DRV gibt es heute bereits eine Diskussion zur Neugestaltung der Vergütungssätze und zur Verbesserung der Transparenz. In dieser Diskussion ist die Dimension der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen sowie der Vergütung von Beschäftigten stärker zu berücksichtigen. Ziel sollte es sein, eine weitere Abwanderung in andere Bereiche der Gesundheitsversorgung dadurch zu verhindern.

Ein wichtiger Ansatz ist die Refinanzierung der Tariflöhne für die Beschäftigten. Des Weiteren könnte die Tarifbindung in der Reha-Branche erhöht werden, wenn diese als ein Qualitätskriterium bei der Belegung durch die Kostenträger berücksichtigt wird. In diesem Kontext ist der im Sommer 2019 veröffentlichte Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Stärkung der Rehabilitation und intensivpflegerischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)“ als ein erster positiver Schritt zu bewerten. Dieser Entwurf sieht vor, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation durch Krankenkassen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden dürfen.

#### **5. Die Mitarbeiter/innen müssen im Prozess der Digitalisierung mitgenommen werden**

Viele Bereiche von Rehabilitationskliniken sind bereits von der Digitalisierung erfasst und die Prozesse gelten als noch nicht abgeschlossen. Bedeutend für die Arbeitnehmervertretungen in Hinblick auf die Auswirkungen der Digitalisierung wird sein, dafür zu sorgen, dass die Mitarbeiter/innen im Prozess der Digitalisierung mitgenommen werden und die hier liegenden Chancen für Arbeitserleichterung nutzen können. Eine Möglichkeit hierzu, besteht vor allem in der Schulung der Mitarbeiter/innen. Schulungen können Mitarbeiter/innen an den digitalen Wandel anpassen und Überforderung vermeiden. Wie unsere Interviews belegen, sind in vielen Einrichtungen Arbeitnehmervertreter/innen bereits heute in Prozesse der Digitalisierung eingebunden.

#### **6. Die Angebotsformen der medizinischen Rehabilitation werden sich diversifizieren**

Medizinische Rehabilitation wird überwiegend stationär angeboten. In Zukunft wird allerdings der Stellenwert von differenzierten Angebotskonzepten zunehmen. Neben der ambulanten und teilstationären Rehabilita-

tion trifft dies vor allem auf die mobile Rehabilitation zu. Die mobile Rehabilitation bietet Rehabilitationsmaßnahmen in den Häuslichkeiten oder im Wohnumfeld der Rehabilitanden an und eröffnet damit das Rehabilitationsangebot für Personenkreise, die bisher durch ihre mobilen Einschränkungen von der medizinischen Rehabilitation ausgeschlossen waren.

### **7. Der Grundsatz „Prävention vor Reha“ sollte umgesetzt werden**

Ein Entwicklungsbedarf in der medizinischen Rehabilitation besteht auch darin, den Bereich der präventiven Versorgung auszubauen. Zur Umsetzung des Grundsatzes „Prävention vor Reha“ können Rehabilitationseinrichtungen verstärkt präventive medizinische Dienstleistungen anbieten. Das Präventionsangebot kann für Rehabilitationseinrichtungen lukrativ sein: Zum einen gibt es seit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz–PrävG, 2015) Zuschüsse und Finanzierungsmöglichkeiten der GKV und sozialen Pflegeversicherung für Präventionsprogramme und zum anderen bieten insbesondere große Arbeitgeber zunehmend ihren Beschäftigten an, an präventiven Gesundheitsmaßnahmen teilzunehmen. Im Zuge der steigenden Bedeutung des Erhalts der Gesundheit der Arbeitskräfte vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels können solche Maßnahmen auch für kleine und mittelgroße Unternehmen in Zukunft interessant werden.

Die bisherige Begrenzung des Reha-Budgets für Aufwendungen für Prävention von 7,5 Prozent bei der DRV wurde bereits im Zuge des Gesetzes zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) im Dezember 2016 beseitigt.

### **8. Der Vernetzung an Schnittstellen und der Zusammenarbeit mit Akutkrankenhäusern kommen zunehmend Bedeutung zu**

Zunehmend ist eine Zusammenarbeit zwischen Akutkrankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen zu sehen. Solch eine vertikale Integration kann ganzheitliche Behandlungskonzepte fördern und darüber hinaus die Verhandlungsposition von beiden Einrichtungen verstärken. Durch die Kooperation können Kompetenzen gebündelt, Skaleneffekte ausgeschöpft und die Rentabilität erhöht werden.

Kooperationen sind in Form eines informellen Zusammenarbeitens, wie im Rahmen von kontinuierlichen Anschlussrehabilitationen möglich, oder auch als gemeinsame organisatorische Einheiten. Der letzte Fall trifft vor allem auf große Unternehmen zu, wo Krankenhäuser z. B. über eigene Rehabilitationsstationen verfügen oder konzerneigene Rehabilitationseinrichtungen existieren. Hierdurch wird eine Mischfinanzierung

ermöglicht, bei der als Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen Maßnahmen der Frührehabilitation über den DRG finanziert werden – mit entsprechend besserer finanzieller Ausstattung als bei der klassischen Vergütung von Rehabilitationsleistungen. Nach der Frührehabilitation wird der Rehabilitand im weiteren Rehabilitationsverlauf an eine Rehabilitationseinrichtung des Unternehmens weitergeleitet. Interviews in entsprechenden Rehabilitationseinrichtungen verweisen jedoch darauf, dass hier ein starkes Abhängigkeitsverhältnis zur Auslastung des Akutkrankenhauses besteht.

### **9. Die Stärkung der Interessendurchsetzung in der medizinischen Rehabilitation ist ein schwieriges Unterfangen**

In unserer Umfrage haben Arbeitnehmervertreter/innen den größten Handlungsbedarf für Beschäftigte in folgenden Punkten gesehen: gerechte Bezahlung, bessere Personalausstattung und Personalgewinnung, Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Schutz vor Arbeitsverdichtung.

Befragt nach den Entwicklungsperspektiven werden vor allem der Fachkräftemangel, eine gerechte Entlohnung und die gestiegenen Ansprüche der Patientenversorgung durch ältere und multimorbide Rehabilitanden und zu frühe oder zu kurze Rehabilitation als Probleme benannt.

Die Mitarbeiter/innen der Rehabilitationsbranche sind gewerkschaftlich eher schwach organisiert. Die Struktur der Einrichtungen (häufig kleine Betriebe, häufig im ländlichen Raum) erschwert die Organisation von Beschäftigten.

Die Arbeitnehmervertretungen auf betrieblicher und gewerkschaftlicher Ebene in der Branche stehen vor dem Problem, dass sehr unterschiedliche und ausdifferenzierte Akteure Einfluss auf den Markt für Rehabilitation ausüben. Neben der Interessenvertretungsarbeit auf der betrieblichen Ebene und der Tarifarbeit kommt damit auch der Lobbyarbeit auf Branchenebene entscheidende Bedeutung zu. Die medizinische Rehabilitation hat auf politischer Ebene noch nicht die Aufmerksamkeit, die sie verdient. Um Entscheidungsprozesse und relevante Regulierungen zu beeinflussen, sind politischer Druck und öffentliche Diskussion über die Bedeutung eines guten Rehabilitationsangebots notwendig.

## Literaturliste

- AGAPLESION (Hrsg.) (2018): AGAPLESION revolutioniert die interne Kommunikation mit einer Mitarbeiter-App. Pressemeldung vom 10.10.2018, [www.kma-online.de/aktuelles/it-digital-health/detail/agaplesion-revolutioniert-interne-kommunikation-mit-mitarbeiter-app-a-38730](http://www.kma-online.de/aktuelles/it-digital-health/detail/agaplesion-revolutioniert-interne-kommunikation-mit-mitarbeiter-app-a-38730) (Abruf am 29.09.2019).
- AOK (Allgemeine Ortskrankenkasse) (Hrsg.) (2019): Interaktives Trainingsprogramm „DigiTrain“ verbessert Reha-Nachsorge. [https://aok-bv.de/engagement/gesundheitscoach/index\\_15881.html](https://aok-bv.de/engagement/gesundheitscoach/index_15881.html) (Abruf am 29.09.2019).
- Augurzky, Boris/Krolop, Sebastian/Lemm, Michaela/Schmidt, Hartmut/Schmitz, Hendrik/Schwierz, Christoph (2009): Reha Rating Report 2009: Trägerische Erholung? RWI-Materialien, Heft 50, Essen, [www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/RWI-Materialien\\_50\\_Reha-Rating-2009.pdf](http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/RWI-Materialien_50_Reha-Rating-2009.pdf) (Abruf am 29.09.2019).
- Augurzky, Boris/Reichert, Rüdiger/Scheuer, Markus (2011): Faktenbuch Medizinische Rehabilitation. RWI-Materialien, Heft 66, RWI (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung), Essen, [www.agmedreha.de/themen/faktenbuch-medizinische-rehabilitation/](http://www.agmedreha.de/themen/faktenbuch-medizinische-rehabilitation/) (Abruf am 25.09.2019).
- Backes, Irmgard/Lenk, Erich/Schian, Marcus (2010): Perspektiven für die Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung trägerübergreifender Aspekte: Zusammenfassender Ergebnisbericht des BAR-Projektes „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“. BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation), Frankfurt am Main, [www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha\\_entwicklungen/pdfs/Abschlussbericht\\_WuW.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_entwicklungen/pdfs/Abschlussbericht_WuW.pdf) (Abruf am 25.09.2019).
- BAR (2010): Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation: Spezifische Aktivitäten zur externen Qualitätssicherung der Leistungserbringer. [www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha\\_entwicklungen/pdfs/Qualitaetssicherung\\_traegeruebergreifend.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_entwicklungen/pdfs/Qualitaetssicherung_traegeruebergreifend.pdf) (Abruf am 25.09.2019).
- BDPK (Hrsg.) (2013): Positionspapier Medizinische Rehabilitation Juni 2013. Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V., [www.vpkt.de/media/file/7.BDPK\\_Reha-Positionspapier.pdf](http://www.vpkt.de/media/file/7.BDPK_Reha-Positionspapier.pdf) (Abruf am 25.09.2019).

- BDPK (Hrsg.) (2016): Stellungnahme zum Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen, Berlin, [www.bdpk.de/media/file/1411.2016-09-22\\_Stellungnahme\\_BDPK\\_PsychVVG.pdf](http://www.bdpk.de/media/file/1411.2016-09-22_Stellungnahme_BDPK_PsychVVG.pdf) (Abruf am 27.09.2019).
- BDPK (Hrsg.) (2018a): Geschäftsbericht 2017/2018 des Bundesverbandes deutscher Privatkliniken e. V., [www.bdpk.de/media/file/3971.BDPK\\_Geschaeftsbericht\\_2018\\_2019.pdf](http://www.bdpk.de/media/file/3971.BDPK_Geschaeftsbericht_2018_2019.pdf) (Abruf am 25.09.2019).
- BDPK (Hrsg.) (2018b): Gesundheitspolitische Position des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken e. V. in der 19. Wahlperiode. [www.bdpk.de/media/file/2811.BDPK\\_Positionspapier\\_2018\\_Web.pdf](http://www.bdpk.de/media/file/2811.BDPK_Positionspapier_2018_Web.pdf) (Abruf am 25.09.2019).
- Behrens, Rolf/Baldauf, Sabine/Weinberger, Timo (2016): Arbeitsverdichtung in Reha-Kliniken. Ver.di (Hrsg.), <https://gesundheit-soziales.verdi.de/mein-arbeitsplatz/reha-einrichtungen/++co++df772866-8c1d-11e7-a54d-525400940f89> (Abruf am 04.09.2019).
- Bendzuck, Gerlinde (2016): „Smart Reha“ Chancen und Herausforderungen. In: Reha-Info, 06/2016, [www.bar-frankfurt.de/service/reha-info/reha-info-archiv/reha-info-2016/reha-info-062016/smart-reha-chancen-und-herausforderungen.html](http://www.bar-frankfurt.de/service/reha-info/reha-info-archiv/reha-info-2016/reha-info-062016/smart-reha-chancen-und-herausforderungen.html) (Abruf am 03.09.2019).
- Bertholdt, Antje/Niehues, Christiane/Schrag, Sabine (2018): Anforderungsprofil für stationäre Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation mit Zulassung zum AHB-Verfahren. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Berlin, [https://deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/100\\_plaetze\\_zulassung\\_ahb.pdf;jsessionid=FEC303EF376909DD2174903E78026087.delivery1-7-replication?\\_blob=publicationFile&v=1](https://deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/100_plaetze_zulassung_ahb.pdf;jsessionid=FEC303EF376909DD2174903E78026087.delivery1-7-replication?_blob=publicationFile&v=1) (Abruf am 29.09.2019).
- BMAS (Bundesministerin für Arbeit und Soziales) (Hrsg.) (2017): Weißbuch Arbeiten 4.0. Diskussionspapier des BMAS zum Dialog Arbeit 4.0, Berlin, [www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a883-weissbuch.html](http://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a883-weissbuch.html) (Abruf am 24.09.2019).

- Borges, Peter/Haarländer, Sophie/Zimolong, Agnes (2008): Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation: Aktualisierung 2008. GEBERA (Hrsg.), Düsseldorf, [www.bdpk.de/media/file/1186.Gutachten\\_GEBERA\\_2008.pdf](http://www.bdpk.de/media/file/1186.Gutachten_GEBERA_2008.pdf) (Abruf am 25.09.2019).
- Borges, Peter/Hofmann, Olga/Zimolong, Agnes (2007): Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation: Aktualisierung 2007. GEBERA (Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH) (Hrsg.), Düsseldorf, [www.bdpk.de/media/file/1187.Gutachten\\_GEBERA\\_2007.pdf](http://www.bdpk.de/media/file/1187.Gutachten_GEBERA_2007.pdf) (Abruf am 25.09.2019).
- Borges, Peter/Zimolong, Agnes (2010): Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation: Neuauflage 2010. GEBERA (Hrsg.), Düsseldorf, [www.bdpk.de/media/file/1184.Gutachten\\_GEBERA\\_2010.pdf](http://www.bdpk.de/media/file/1184.Gutachten_GEBERA_2010.pdf) (Abruf am 25.09.2019).
- Borges, Peter/Zimolong, Agnes (2013): Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation: Neuauflage 2013. GEBERA (Hrsg.), Düsseldorf, [www.bdpk.de/media/file/1184.Gutachten\\_GEBERA\\_2013.pdf](http://www.bdpk.de/media/file/1184.Gutachten_GEBERA_2013.pdf) (Abruf am 25.09.2019).
- Borges, Peter/Zimolong, Agnes (2016): Investitionsbedarf in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse einer Befragung 2016. aktiva – Beratung im Gesundheitswesen GmbH (Hrsg.), Köln, [www.sucht.de/tl\\_files/pdf/gutachten/2-160928\\_Investitionsbedarf\\_Reha\\_2016\\_final.pdf](http://www.sucht.de/tl_files/pdf/gutachten/2-160928_Investitionsbedarf_Reha_2016_final.pdf) (Abruf am 25.09.2019).
- Borges, Peter/Zimolong, Agnes/Moorées, Anna (2012): Was kostet die Rehabilitationsleistung? Kostenberechnung auf Basis der strukturellen Anforderungen. aktiva – Beratung im Gesundheitswesen GmbH (Hrsg.), Köln, [https://suchthilfe.de/informationen/aktiva\\_kostenkalkulation\\_120327.pdf](https://suchthilfe.de/informationen/aktiva_kostenkalkulation_120327.pdf) (Abruf am 25.09.2019).

- Borges, Peter/Zimolong, Agnes/Radkte, Maarten (2018): Was kostet die Rehabilitationsleistung? – Kostenberechnung auf Basis struktureller Anforderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH (Hrsg.), Köln, [www.bdpk.de/media/file/2981.AG\\_MedReha\\_Gutachten.PDF](http://www.bdpk.de/media/file/2981.AG_MedReha_Gutachten.PDF) (Abruf am 25.09.2019).
- Borges, Peter/Zimolong, Agnes/Radkte, Maarten/Werner, Jan-Phillipp (2017): Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation: Neuauflage 2017. aktiva – Beratung im Gesundheitswesen GmbH (Hrsg.), Köln, [www.sucht.de/tl\\_files/pdf/gutachten/171101%20aktiva%20GA%20Reha\\_2017\\_final\\_Versand.pdf](http://www.sucht.de/tl_files/pdf/gutachten/171101%20aktiva%20GA%20Reha_2017_final_Versand.pdf) (Abruf am 26.09.2019).
- Bräutigam, Christoph/Enste, Peter/Evans, Michaela/Hilbert, Josef/Merkel, Sebastian/Öz, Fikret (2017): Digitalisierung im Krankenhaus. Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.), Study Nr. 364, Düsseldorf, [www.boeckler.de/pdf/p\\_study\\_hbs\\_364.pdf](http://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_364.pdf) (Abruf am 27.09.2019).
- Bundesrechnungshof (Hrsg.) (2010): Bemerkungen 2010 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes. [www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/bemerkungen-jahresberichte/jahresberichte/1-archiv/2010/2010-bemerkungen-gesamtbericht-pdf](http://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/bemerkungen-jahresberichte/jahresberichte/1-archiv/2010/2010-bemerkungen-gesamtbericht-pdf) (26.09.2019).
- Bundesverband Geriatrie e. V. (Hrsg.) (2010): Weißbuch Geriatrie: Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf – Status Quo und Weiterentwicklung; eine Analyse durch die GEBERA Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH (2., durchges. Aufl.), Stuttgart: Kohlhammer.
- Conrads, Ralph/Holler, Markus/Kistler, Ernst/Kühn, Daniel/Schneider, Daniela (2016): Branchenanalyse: Gesundheits- und Sozialwesen. Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.), Working Paper Forschungsförderung Nr. 3, Düsseldorf, [www.boeckler.de/pdf/p\\_fofoe\\_WP\\_005\\_2016.pdf](http://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_005_2016.pdf) (Abruf am 27.09.2019).
- Daum, Mario (2017): Digitalisierung und Technisierung der Pflege in Deutschland: Aktuelle Trends und ihre Folgewirkungen auf Arbeitsorganisation, Beschäftigung und Qualifizierung. DAA-Stiftung Bildung und Beruf (Hrsg.), Hamburg, [www.daa-stiftung.de/fileadmin/user\\_upload/digitalisierung\\_und\\_technisierung\\_der\\_pflege\\_2.pdf](http://www.daa-stiftung.de/fileadmin/user_upload/digitalisierung_und_technisierung_der_pflege_2.pdf) (Abruf am 28.09.2019).

- DEGEMED (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation) (Hrsg.) (2018): Transparenten Wettbewerb zulassen. Faktenblatt und Forderungen der DEGEMED für medizinische Rehabilitation, Berlin, [www.degemed.de/wp-content/uploads/2018/07/DEGEMED-Faktenblatt-4-Wettbewerb.jpg](http://www.degemed.de/wp-content/uploads/2018/07/DEGEMED-Faktenblatt-4-Wettbewerb.jpg) (Abruf am 25.09.2019).
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2018): Anforderungen an Tele-Reha-Nachsorge: Anlage 3 zum Rahmenkonzept zur Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation. [www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/nachsorge/nachsorge\\_tele\\_reha.pdf;jsessionid=55013D8CF564F8383DD9635F697C29C6.delivery1-7-replication?blob=publicationFile&v=1](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/nachsorge/nachsorge_tele_reha.pdf;jsessionid=55013D8CF564F8383DD9635F697C29C6.delivery1-7-replication?blob=publicationFile&v=1) Abgerufen am 02.09.2019).
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2014a): Reha-Bericht Update 2014: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin, [www.sozialpolitik-aktuell.de/tl\\_files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Arbeitsbedingungen/Dokumente/reha\\_bericht\\_update\\_2014.pdf](http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Arbeitsbedingungen/Dokumente/reha_bericht_update_2014.pdf) (Abruf am 27.09.2019).
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2014b): Strukturqualität von Reha-Einrichtung – Anforderung der deutschen Rentenversicherung. Berlin, [https://deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/quali\\_strukturqualitaet/Broschuere\\_Strukturanforderungen.html;jsessionid=A3B17A3788B1056865EC3B8F0E1B9782.delivery1-2-replication](https://deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_strukturqualitaet/Broschuere_Strukturanforderungen.html;jsessionid=A3B17A3788B1056865EC3B8F0E1B9782.delivery1-2-replication) (Abruf am 28.09.2019).
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2018): Reha-Bericht 2018: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik mit dem Fokusthema „Onkologische Rehabilitation“. Berlin, [www.bdpk.de/media/file/2831.DRV\\_Rehabericht\\_2018.pdf](http://www.bdpk.de/media/file/2831.DRV_Rehabericht_2018.pdf) (Abruf am 24.09.2019).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2013): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Steffen-Claudio Lemmer, Bärbel Bas, Elke Ferner, weitere Abgeordneten und der Fraktion der SPD – Drucksache 17/12131 – Entwicklung der Versorgung mit medizinischer Rehabilitation. Drucksache 17/12264, 05.02.2013.
- Ehresmann, Cona/Knockert, Svenja/Schott, Thomas (2015): Burnout bei Pflegekräften in der medizinischen Rehabilitation – Spezifische Ansatzpunkte für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. In: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2015. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag, S. 71–84.

- Friedrich-Ebert-Stiftung (2015): Positionspapier: Zukunft der Medizinischen Rehabilitation. WISO DISKURS Nr. 17/2015, <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/12028-20151105.pdf> (Abruf am 12.09.2019).
- Fuchs, Harry (2008): Geriatrische Rehabilitation aus dem Blickwinkel des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX). Düsseldorf, <http://harry-fuchs.de/docs/Geriatrische%20Rehabilitation%20-%20Fuchs-Endf.pdf> (Abruf am 12.09.2019).
- Hayer, Jens/Karapolat, Nurcan (2016). BFS-Marktreport Rehabilitation 2016: Die Konsolidierung des Marktes schreitet voran. Köln: Bank für Sozialwirtschaft.
- Hofmann, Anne (2018): Moderne Rehabilitation: Individuell auf den Einzelnen abgestimmt und von Robotern unterstützt. Rehacare International (Hrsg.), Düsseldorf, [www.rehacare.de/cgi-bin/md\\_rehacare/lib/pub/tt.cgi/Moderne\\_Rehabilitation\\_individuell\\_auf\\_den\\_Einzeln\\_abgestimmt\\_und\\_von\\_Robotern\\_unterst%C3%BCtz\\_t.html?oid=47852&lang=1&ticket=g\\_u\\_e\\_s\\_t](http://www.rehacare.de/cgi-bin/md_rehacare/lib/pub/tt.cgi/Moderne_Rehabilitation_individuell_auf_den_Einzeln_abgestimmt_und_von_Robotern_unterst%C3%BCtz_t.html?oid=47852&lang=1&ticket=g_u_e_s_t) (Abruf am 27.09.2019).
- Institut DGB-Index Gute Arbeit/ver.di (2018): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege: So beurteilen die Beschäftigten die Lage: Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit, <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++fecfee2c-a482-11e8-85a5-52540088cada> (Abruf am 27.09.2019).
- John, Michael (2011): Mit TV und Handy schneller fit: Ambiente Technik unterstützt Rehabilitation. InnoVisions (Hrsg.), Berlin, <http://innovisions.de/beitraege/mit-tv-und-handy-schneller-wieder-fit/> (Abruf am 01.09.2019).
- John, Michael/Klose, Stefan/Bölke, Anett/Siewert, Janka/Lange, Kristian/Böhm, Anja/Spyra, Karla (2012): MeineReha – Systemkonzept und Prototyp für die mobile und alltagsintegrierte Schlaganfallrehabilitation. Frauenhofer FIRS, Präsentation, [www.telemed-berlin.de/telemed/2012/vortrag/vortrag\\_john457\\_482.pdf](http://www.telemed-berlin.de/telemed/2012/vortrag/vortrag_john457_482.pdf) (Abruf am 04.09.2019).
- kma Online (Hrsg.) (2018): Agaplesion revolutioniert interne Kommunikation mit Mitarbeiter-App. [www.kma-online.de/aktuelles/it-digital-health/detail/agaplesion-revolutioniert-interne-kommunikation-mit-mitarbeiter-app-a-38730?xing\\_share=news](http://www.kma-online.de/aktuelles/it-digital-health/detail/agaplesion-revolutioniert-interne-kommunikation-mit-mitarbeiter-app-a-38730?xing_share=news) (Abruf am 06.09.2019).

- Knittel, Tilmann (2019). Analyse des Antragsrückgangs bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Prognos AG, Freiburg, [www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Reha-Forschung/Forschungsprojekte/Abgeschlossene-Einzelprojekte/abgeschlossene\\_einzelprojekte\\_index.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Reha-Forschung/Forschungsprojekte/Abgeschlossene-Einzelprojekte/abgeschlossene_einzelprojekte_index.html) (Abruf am 21.09.2019).
- Köpke, Karl-Heinz/Richter, Alexandra/Welti, Felix (2018): Soziale Selbstverwaltung und Rehabilitation: Sichtweisen, Bewertungen und Anregungen von Expertinnen und Experten der Selbstverwaltung. Study der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 384, Düsseldorf, [www.boeckler.de/pdf/p\\_study\\_hbs\\_384.pdf](http://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_384.pdf) (Abruf am 20.09.2019).
- Lühring, Marion (2018): Als Ausbeuter bekannt: Verstöße gegen grundlegende Beschäftigungsrecht in mehreren Ländern. In: publik, 07/2018, S. 5.
- Moser, Susanne (2017): Digitalisierung in der Reha: Systembrüche überbrücken. Interview mit Prof. Dr. Jürgen Zerth. In: f&w Beilage Marktreport, 08/2017, Beilage, S. 6.
- Nowossadeck, Enno (2012): Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. In: GBE kompakt, 3 (2), S. 1.
- Reiniger, Svenja (2014): Herausforderungen und Chancen: Der stationäre Reha-Markt in Deutschland. In: GoingPublic Life Sciences, 4/14, S. 36–38.
- Reissner, Jessica (2017): Schwarzer Freitag für Median: Die Deutsche Rentenversicherung darf kein Lohndumping dulden, [www.sozone.de/2017/02/schwarzer-freitag-fuer-median](http://www.sozone.de/2017/02/schwarzer-freitag-fuer-median) (Abruf am 27.09.2019).
- Rische, Herbert (2006): Rehabilitation statt Rente – Steigerung der Long-Term-Kosteneffizienz in der gesetzlichen Rentenversicherung mittels bedarfsadäquater und evidenzbasierter Rehabilitationsleistungen. In: H. Rebscher (Hrsg.), Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung. Heidelberg et al., S. 405–423.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS: Gesundheit in Deutschland, Berlin, [www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf](http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf) (Abruf am 27.09.2019).
- Rössing, Sabine (2016): Im Fokus der Investoren. kma Online (Hrsg.), [www.kma-online.de/aktuelles/wirtschaft/detail/im-fokus-der-investoren-a-32451](http://www.kma-online.de/aktuelles/wirtschaft/detail/im-fokus-der-investoren-a-32451) (Abruf am 30.09.2019).

- Perl, Katharina/Schmilgus, Antje (2018a): „Den Datenschutz gleich mitdenken“. Interview mit David Koepp. In: RehaStimme, 07/2018, S. 10.
- Perl, Katharina/Schmilgus, Antje (2018b): Digitalisierung im Gesundheitswesen. Profitiert die Rehabilitation vom digitalen Wandel? In: RehaStimme, 07/2018, S. 8–10.
- Pfeiffer, Wolfram/Hartung, Marlies/Sperling, Mechthild (2006): Zur wachsenden Bedeutung der Rehabilitation. Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.), Düsseldorf, [www.boeckler.de/pdf\\_fof/96963.pdf](http://www.boeckler.de/pdf_fof/96963.pdf) (Abruf am 28.09.2019).
- Scheuplein, Christoph/Evans, Michaela/Merkel, Sebastian (2019): Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor: Eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018. IAT Diskussionspapier, 19/01, [www.iat.eu/discussionpapers/download/IAT\\_Discussion\\_Paper\\_19\\_01.pdf](http://www.iat.eu/discussionpapers/download/IAT_Discussion_Paper_19_01.pdf) (Abruf am 20.09.2019).
- Schulze, Philipps/Reinhardt, Daniel (2019): Finanzinvestoren bei Rehakliniken, (ARD, *Plusminus*, Sendedatum 28.03.2018), Länge 0'30.
- Simon, Benedikt (2018a): Ein digitales Portal ersetzt hunderte Papiere: Prozessdigitalisierung für den Sozialdienst bei der Patientenüberleitung vom Akutkrankenhaus in die Rehaklinik. In: Forum sozialarbeit + gesundheit, 04/2018, S. 20–21.
- Simon, Benedikt (2018b): Nicht nur der Therapieplan kommt per WLAN: Die ganzheitliche Digitalisierungsstrategie von MEDIAN. KU Gesundheitsmanagement, 08/2018, S. 58–61.
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2019): Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Nürnberg, <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf> (Abruf am 05.09.2019).
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen Deutschland. Wiesbaden, [www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/gemeinschaftsveroeff/ges/Krankenhausverzeichnis\\_31\\_12\\_2016.xlsx](http://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/gemeinschaftsveroeff/ges/Krankenhausverzeichnis_31_12_2016.xlsx) (Abruf am 03.09.2019).
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2018a): 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland. <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide#!/y=2015&a=20,60&o=2018v1&q> (Abruf am 23.09.2019).

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2018b): Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen).  
Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungs-/Wohnort, ICD10.  
[www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Vorsorgeeinrichtungen-Rehabilitationseinrichtungen/Publikationen/Downloads-Vorsorge-oder-Reha/diagnosedaten-vorsorge-reha-2120622167004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Vorsorgeeinrichtungen-Rehabilitationseinrichtungen/Publikationen/Downloads-Vorsorge-oder-Reha/diagnosedaten-vorsorge-reha-2120622167004.pdf?__blob=publicationFile) (Abruf am 25.09.2019).
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2018c): Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2017. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2019a): Ausgaben in Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen in Mio. € nach Ausgabenträger.  
[www.gbe-bund.de/gbe10/trecherche.prc\\_them\\_rech?tk=19300&tk2=19345&p\\_uid=gast&p\\_aid=0&p\\_sprache=D&cnt\\_ut=0&ut=19345](http://www.gbe-bund.de/gbe10/trecherche.prc_them_rech?tk=19300&tk2=19345&p_uid=gast&p_aid=0&p_sprache=D&cnt_ut=0&ut=19345) (Abruf am 25.09.2019).
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2019b): Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. € nach Art der Einrichtung. [www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgb\\_etol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=3&p\\_aid=5268651&nummer=322&p\\_sprache=D&p\\_indsp=-&p\\_aid=18142730](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgb_etol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=5268651&nummer=322&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=18142730) (Abruf am 23.09.2019).
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2019c):  
Gesundheitspersonalrechnung [www.gbe-bund.de/glossar/Gesundheitspersonalrechnung\\_GPR.html](http://www.gbe-bund.de/glossar/Gesundheitspersonalrechnung_GPR.html) (Abruf am 23.09.2019).
- Steiner, Michael (2011). Reha-Budget: Der Deckel hält nicht mehr: Argumente die eine Anhebung des Reha-Budgets erforderlich machen. Prognos AG (Hrsg.), Basel,  
[www.bdpk.de/media/file/847.RehaBudget\\_Dossier\\_end.pdf](http://www.bdpk.de/media/file/847.RehaBudget_Dossier_end.pdf) (Abruf am 23.09.2019).
- Steiner, Michael/Zwingmann, Christian/Riedel, Wolfgang/Schlüssler, Reinhard/Zweeers, Ute (2009): Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum. Prognos AG (Hrsg.), Basel,  
[www.dbkg.de/downloads/pdf/die\\_medizinische\\_rehabilitation\\_erwerbstaetiger\\_%E2%80%93\\_sicherung\\_von\\_produkivitaaet\\_und\\_wachstum\\_.pdf](http://www.dbkg.de/downloads/pdf/die_medizinische_rehabilitation_erwerbstaetiger_%E2%80%93_sicherung_von_produkivitaaet_und_wachstum_.pdf) (Abruf am 26.09.2019).

- SVR Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (Hrsg.) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bonn, [www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten\\_2014\\_Langfassung.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf) (Abruf am 02.09.2019).
- Timm, Jasmin (2016): Vergütungsverhandlungen in der medizinischen Rehabilitation. Fachbeitrag im Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht, Heidelberg, [www.reha-recht.de/fileadmin/user\\_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum\\_E/2016/E3-2016\\_Verquetungsverhandlungen\\_in\\_der\\_medizinischen\\_Rehabilitation.pdf](http://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_E/2016/E3-2016_Verquetungsverhandlungen_in_der_medizinischen_Rehabilitation.pdf) (Abruf am 22.09.2019).
- Ver.di (Hrsg.) (2013): Arbeitsethos hoch, Arbeitshetze massiv, Bezahlung völlig unangemessen: Beschäftigte in Pflegeberufen – so beurteilen sie ihre Arbeitsbedingungen. Ergebnisse einer Sonderauswertung der bundesweiten Repräsentativumfrage zum DGB-Index. Berlin, <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++fecfee2c-a482-11e8-85a5-52540088cada> (Abruf am 24.09.2019).
- ver.di (ohne Jahr): Beschäftigte in Reha-Einrichtungen: Stark mit ver.di, <https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5d556208e999fb2bc63fe741/download/WEB-v03-19-047%20Flyer%20Reha%20%23Einzel.pdf> (Abruf am 24.09.2019).
- ver.di (2018): Celenus: Voller Erfolg vor Gericht und trotzdem weitere Aussperrungen. [www.verdi.de/themen/gesundheit/++co++538db944-d2c3-11e8-ba23-525400940f89](http://www.verdi.de/themen/gesundheit/++co++538db944-d2c3-11e8-ba23-525400940f89) (Abruf am 20.09.2019).
- ver.di (2019a): Median Kliniken: Abbau von Arbeitnehmerrechten als System, <https://gesundheit-soziales.verdi.de/tarifbereiche/median> (Abruf am 22.09.2019).
- ver.di (2019b): Reha-Beschäftigte demonstrieren, <https://gesundheit-soziales.verdi.de/mein-arbeitsplatz/reha-einrichtungen/++co++e9a3f976-8d1b-11e9-adb9-001a4a160100> (Abruf am 22.09.2019).
- Vitols, Katrin (2018): Die Praxis von Werk- und Dienstverträgen: Probleme und Handlungsmöglichkeiten für die betriebliche Mitbestimmung. Study der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 420, Düsseldorf, [www.boeckler.de/pdf/p\\_study\\_hbs\\_384.pdf](http://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_384.pdf) (Abruf am 22.09.2019).

- Vitols, Katrin; Schmid, Katrin; Wilke, Peter (2017): Digitalisierung, Automatisierung und Arbeit 4.0: Beschäftigungsperspektiven im norddeutschen Dienstleistungssektor. Reihe: HBS Working Paper, Nr. 32. Düsseldorf
- Wax, Bettina (2017): Pflege 4.0: Pflegeroboter können Personal entlasten. Mehr als eine Vision? Health Relations (Hrsg.), Köln, [www.healthrelations.de/pflegeroboter\\_klinik/](http://www.healthrelations.de/pflegeroboter_klinik/) (Abruf am 27.09.2019).
- Winkler, Bernhard/Klein, Hanife (2018): Kennzahlenbasierte Analyse von medizinischen Rehabilitationseinrichtungen unter Berücksichtigung arbeitnehmer/innennaher Positionen. Betriebswirtschaftliches Wissen für Mitbestimmungsorgane: Verstehen – Analysieren – Bewerten.
- Zimolong, Agnes (2018): Konzentrationsprozesse – Folgen für die Rehabilitation in Deutschland. In: RehaStimme, 10/2018, S. 5.

---

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und einer von steigendem Leistungsdruck geprägten Gesellschaft gewinnen Dienstleistungen von Rehabilitationseinrichtungen zunehmend an Bedeutung. Trotz der wachsenden Nachfrage stehen die Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland unter starken Anpassungs- und Veränderungsdruck, der auch die in ihnen tätigen Beschäftigten betrifft. Die Branchenanalyse untersucht wirtschaftliche, gesetzliche, technologische und soziale Veränderungen und ihre Auswirkungen auf Arbeit und Beschäftigung in Rehabilitationseinrichtungen.

---