ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of
ZBW
Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Augurzky, Boris; Krolop, Sebastian; Schmidt, Hartmut; Schmitz, Hendrik; Schwierz, Christoph

Research Report

Reha Rating Report 2007: Die Reha vor der Marktbereinigung

RWI Materialien, No. 38

Provided in Cooperation with:
RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen

Suggested Citation: Augurzky, Boris; Krolop, Sebastian; Schmidt, Hartmut; Schmitz, Hendrik; Schwierz, Christoph (2007) : Reha Rating Report 2007: Die Reha vor der Marktbereinigung, RWI Materialien, No. 38, ISBN 978-3-86788-024-4, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen, https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-200910132305

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/61113

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.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

RWI : Materialien

Boris Augurzky, Sebastian Krolop,
Hartmut Schmidt, Hendrik Schmitz
und Christoph Schwierz

Reha Rating Report 2007

Die Reha vor der Marktbereinigung

Heft 38

RWI ESSEN

HCB

ADMED GmbH
Unternehmensberatung Health Care

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Vorstand:
Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D. (Präsident),
Prof. Dr. Thomas K. Bauer
Prof. Dr. Wim Kösters

Verwaltungsrat:
Dr. Eberhard Heinke (Vorsitzender);
Dr. Dietmar Kuhnt, Dr. Henning Osthues-Albrecht, Reinhold Schulte (stellv. Vorsitzende);
Prof. Dr.-Ing. Dieter Ameling, Manfred Breuer, Dr. Hans Georg Fabritius, Prof. Dr. Harald B. Giesel, Dr. Thomas Köster, Dr. Wilhelm Koll, Dr. Thomas A. Lange, Tillmann Neinhaus, Dr. Torsten Schmidt, Dr. Gerd Willamowski

Forschungsbeirat:
Prof. Michael C. Burda, Ph.D., Prof. David Card, Ph.D., Prof. Dr. Clemens Fuest, Prof. Dr. Justus Haucap, Prof. Dr. Walter Krämer, Prof. Dr. Michael Lechner, Prof. Dr. Till Requate, Prof. Nina Smith, Ph.D.

Ehrenmitglieder des RWI Essen
Heinrich Frommknecht, Prof. Dr. Paul Klemmer †

RWI : Materialien
Heft 38

Herausgeber: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung,
Hohenzollernstraße 1/3, 45128 Essen, Tel. 0201/81 49-0

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2007

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D.
Redaktionelle Bearbeitung: Joachim Schmidt
ISSN 1612-3573
ISBN 978-3-86788-024-4

RWI : Materialien

Heft 38

Boris Augurzky, Sebastian Krolop, Hartmut Schmidt,
Hendrik Schmitz und Christoph Schwierz

Reha Rating Report 2007

Die Reha vor der Marktbereinigung

RWI
ESSEN

HCB

ADMED GmbH
Unternehmensberatung Health Care

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

ISSN 1612-3573
ISBN 978-3-86788-024-4

Vorwort

Seit 2004 haben die ADMED GmbH und das RWI Essen mit verschiedenen Veröffentlichungen, unter anderem der *Krankenhaus Rating Report*, einen wichtigen Beitrag zu mehr Transparenz über die wirtschaftliche Lage des deutschen Gesundheitssystems, insbesondere im Krankenhausbereich, geleistet. Weniger durchsichtig ist derzeit der Markt der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, weshalb wir uns zur Erstellung des vorliegenden *Reha Rating Report 2007* entschlossen haben.

Auch wenn die Datenlage an vielen Stellen noch zu wünschen übrig lässt, können interessante Aussagen zum gesamten Reha-Markt und zur aktuellen wirtschaftlichen Lage der Reha-Kliniken und ihren möglichen Perspektiven abgeleitet werden. Damit wird erstmals die wirtschaftliche Lage der Reha-Einrichtungen in Deutschland empirisch untersucht. Wir hoffen, damit Entscheidungsträgern auf den verschiedensten Ebenen (Politik, Kliniken und deren Geschäftspartner, Krankenversicherungen, Banken und Investoren) empirisch abgesicherte Erkenntnisse über diesen Markt an die Hand geben zu können. Im Gegensatz zum Krankenhaus Rating Report haben wir uns dazu entschlossen, die Namen der Reha-Einrichtungen in unserer Stichprobe zu nennen, jedoch ohne Bewertung durch ein Rating.

Zum weiteren Ausbau dieser Arbeiten wurde 2006 mit der HPS Research die gemeinsame Tochter *Institute for Health Care Business GmbH* gegründet, die bereits an der Publikation des Krankenhaus Rating Report 2007 beteiligt war.

Wir danken Thomas Bublitz, Kai Lehmann, Dr. Michaela Lemm, Max Lux, Paula Schließler, Joachim Schmidt, Melanie Stocker-Müller und Dr. Stefan Terkatz für wertvolle Unterstützung, Kommentare und Anregungen bei der Erstellung der Studie und Analysen. Dank geht auch an das Statistische Bundesamt für die Bereitstellung von Daten, an Karl-Heinz Herlitschke für die engagierte Unterstützung bei Fragen zu den Daten und an Anette Hermanowski, Daniela Schwindt, Heribert Sunderbrink und Marlies Tepaß für die organisatorische Hilfe. Die Verantwortung für den Inhalt und für eventuelle

Fehler tragen selbstverständlich allein die Autoren. Wir freuen uns über Kritik und Anregungen zur stetigen Verbesserung dieses Reports.

Essen, Köln, Büttelborn, 18. September 2007

Dr. Boris Augurzky, Dr. Sebastian Krolop,
Hartmut Schmidt, Hendrik Schmitz, Christoph Schwierz

Inhalt

Executive Summary 11

1. Einleitung 17

2. Der Reha-Markt. 19
2.1 Grundlegendes 19
2.1.1 Definitionen 19
2.1.2 Einflussfaktoren auf den Reha-Markt 22
2.2 Status quo 26
2.3 Prognosen 46
2.3.1 Demografie 46
2.3.2 Ambulantes Potenzial. 46
2.3.3 Verhältnis Reha- zu Akut-Fällen. 49
2.3.4 Fallzahl 49
2.3.5 Verweildauer 50
2.3.6 Bettenbedarf. 52
2.4 Wesentliche Ergebnisse im Überblick 53

3. Das Rating der Reha-Einrichtungen. 54
3.1 Datengrundlage 54
3.2 Methodik. 57
3.2.1 Bilanzrating 57
3.2.2 Erstellung von Planbilanzen und Plan-GuV bis 2020 59
3.3 Aktuelle Situation. 60
3.3.1 Untergruppen 62
3.3.2 Personalkosten 63
3.3.3 Kreditkosten. 64
3.4 Prognose des Ratings 66
3.6 Wesentliche Ergebnisse im Überblick 70

4. Benchmarks 70

5. Schlussfolgerungen 74
5.1 Marktbereinigung und Konsolidierung 74
5.2 Finanzierung der Reha 77
5.3 Integration der Angebote. 79

5.4 Transparenz über Qualität und Wirtschaftlichkeit 79
5.5 Die Klinik der Zukunft 80

6. Anhang. 82
6.1 Das Ratingverfahren in dieser Studie 82
6.2 Die Einrichtungen der Stichprobe 84

7. Glossar 87

Literatur 87

Verzeichnis der Schaubilder

Schaubild 1: Verteilung der Reha-Fälle 20
Schaubild 2: Rehabilitationsleistungen und ihre Finanzierung 21
Schaubild 3: BIP und Gesundheitsausgaben 27
Schaubild 4: Verteilung der Gesundheitsausgaben 28
Schaubild 5: Träger der Ausgaben für Reha-Einrichtungen 29
Schaubild 6: Gesundheitsausgaben nach Bereichen 30
Schaubild 7: Grunddaten der Reha-Einrichtungen: Somatik 31
Schaubild 8: Grunddaten der Reha-Einrichtungen: Psychosomatik 32
Schaubild 9: Bettenauslastung der Reha-Einrichtungen 33
Schaubild 10: Bettenauslastung der Reha-Einrichtungen nach Trägerschaft . . 33
Schaubild 11: Zahl der Reha-Fälle und Verteilung nach Trägerschaft 34
Schaubild 12: Reha-Maßnahmen nach Indikationen 35
Schaubild 13: Reha-Maßnahmen in der Anschlussheilbehandlung nach Indikationen 44
Schaubild 14: Bedeutung medizinischer Reha-Maßnahmen 44
Schaubild 15: Anträge auf medizinische Reha-Leistungen 45
Schaubild 16: Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 45
Schaubild 17: Nachfrage nach Reha-Maßnahmen nach Altersgruppen und Geschlecht 47
Schaubild 18: Erwartete Zahl der Reha-Maßnahmen nach Altersgruppen . . . 48
Schaubild 19: Ausgeführte medizinische Reha-biliAnträge 48
Schaubild 20: Verhältnis der Zahl der Reha-Fälle zur Zahl der Akut-Fälle . . . 49
Schaubild 21: Prognose der Zahl der vollstationären Reha-Fälle 50
Schaubild 22: Erwarteter Zuwachs an Reha-Fällen nach Indikationen 51
Schaubild 23: Durchschnittliche Verweildauer in Reha-Maßnahmen 52
Schaubild 24: Bettenkapazität im Basisszenario 53
Schaubild 25: Ziel: Darstellung der wirtschaftlichen Situation der Reha- Einrichtungen 55
Schaubild 26: Vergleich der Stichprobe und der Grundgesamtheit: Verteilung auf Bundesländer 56

Schaubild 27: Vergleich der Stichproben und der Grundgesamtheit: Verteilung nach Trägerschaft 57
Schaubild 28: Rating-Klassifizierung über errechnete Ausfallwahrscheinlichkeiten 58
Schaubild 29: Durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit der Reha-Einrichtungen im Datensatz 61
Schaubild 30: Verteilung der Einrichtungen nach der Ampelklassifikation . . 61
Schaubild 31: Ausfallwahrscheinlichkeit von Reha-Kliniken nach Untergruppen 62
Schaubild 32: Verteilung der Reha-Einrichtungen in der Ampelklassifikation nach Trägerschaft 63
Schaubild 33: Fälle nach Trägerschaften und Fachabteilungen 64
Schaubild 34: Kosten für Altersvorsorge nach Trägerschaft 65
Schaubild 35: Bedeutung der Kreditfinanzierung im Reha-Bereich nach Trägerschaft 65
Schaubild 36: Verteilung der Reha-Einrichtungen in der Ampelklassifikation im Basisszenario 67
Schaubild 37: Zahl der Reha-Einrichtungen im Szenario Marktbereinigung . 67
Schaubild 38: Verteilung der Reha-Einrichtungen in der Ampelklassifikation im Szenario Marktbereinigung 68
Schaubild 39: Eigenschaften der verbliebenen und ausgeschiedenen Reha-Einrichtungen im Szenario Marktbereinigung 69
Schaubild 40: Strukturbilanz der durchschnittlichen Reha-Einrichtung 71
Schaubild 41: Struktur-GUV der durchschnittlichen Reha-Einrichtung in der Stichprobe 71
Schaubild 42: Kapazitäten im Basisszenario und im Szenario Marktbereinigung 76
Schaubild 43: Verteilung der Reha-Einrichtungen in Szenario Marktbereinigung nach Trägerschaft 77
Schaubild 44: Vergleich der Ratings von Moody's KMV und AHR für andere Unternehmen 83
Schaubild 45: Vergleich der Güte von Moody's KMV und AHR 84

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Politische Einflussfaktoren auf den Reha-Markt 23
Tabelle 2: Änderungen auf dem Reha-Markt durch das GKV-WSG 24
Tabelle 3: Demografische Einflussfaktoren auf den Reha-Markt 25
Tabelle 4: Annahmen des Basisszenarios 59
Tabelle 5: Das Krankenhaus nach Ausfallwahrscheinlichkeit 72
Tabelle 6: Das Krankenhaus nach Ausfallwahrscheinlichkeit: privat vs. nicht privat 73
Tabelle 7: Das Krankenhaus nach Ausfallwahrscheinlichkeit: Stadt vs. Land 74
Tabelle 8: Das Krankenhaus nach Ausfallwahrscheinlichkeit: Nord- vs Süddeutschland 75

Verzeichnis der Karten

Karte 1: Durchschnittliche Verweildauer in Reha-Einrichtungen. 36
Karte 2: Durchschnittliche Zahl der Betten in Reha-Einrichtungen . . . 38
Karte 3: Durchschnittliche Zahl der Fälle in Reha-Einrichtungen 40
Karte 4: Durchschnittliche Auslastung der Reha-Einrichtungen 42

Reha Rating Report 2007:
Die Reha vor der Marktbereinigung

Executive Summary

Ziele des vorliegenden Reha Rating Reports sind die Darstellung des deutschen Reha-Markts und der wirtschaftlichen Situation der Reha-Kliniken im Status quo sowie die Erstellung einer Prognose bis 2020. Im Vergleich zum Krankenhaus- oder Pflegesektor ist der Reha-Markt mit 7,2 Mrd. € bzw. 3% des gesamten Gesundheitsmarkts verhältnismäßig klein. 1995 betrug der Anteil mit 7,6 Mrd. € noch 4,1%. Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse aus dieser Studie zusammenfassend dargestellt.

Fallzahl

Im Jahr 1997 brach die Zahl der Reha-Fälle insbesondere als Folge des Beitragsentlastungsgesetzes 1996 um rund 20% ein. Die Auslastung der Kliniken sank innerhalb eines Jahres von 90% auf 60%, wovon besonders private Kliniken betroffen waren. Das Gesetz brachte eine Verkürzung der Regeldauer von Heilverfahren von vier auf drei Wochen, eine Verlängerung des Wiederholungsintervalls von drei auf vier Jahre und eine Erhöhung der privaten Zuzahlung mit sich. In den darauf folgenden Jahren setzte eine leichte Erholung ein, die jedoch schon 2000 endete. Seitdem sind die Fallzahlen wieder rückläufig. Das gesamte Marktvolumen sank bis 2005 wieder auf den Wert aus dem Jahr 1992.

Bis 2020 erwarten wir nachfragebedingt allerdings eine Zunahme der stationären Reha-Fälle um fast 13%, von derzeit 1,82 auf 2,04 Mill. Wichtige Gründe dafür sind das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), die schrittweise Erhöhung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre, die mögliche Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“, das DRG-Fallpauschalensystem im Akutbereich und die demografische Entwicklung. Gegen eine Ausweitung der stationären Reha-Leistungen sprechen indessen die knappen Ressourcen der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), eine stärkere Kos-

ten-Nutzen-Orientierung bei Reha-Leistungen und der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Einen übergeordneten und schwer einzuschätzenden Einflussfaktor bilden mithin die politischen Rahmenbedingungen.

Mit dem GKV-WSG ist die Reha wesentlich gestärkt worden. Die wichtigsten Punkte sind die Umwandlung aller medizinischen Reha-Leistungen in Pflichtleistungen, die Umwandlung von Eltern-Kind-Kuren zur Regelleistung der GKV und ein Rechtsanspruch auf geriatrische Rehabilitation. Die schrittweise Erhöhung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre dürfte zu einer Zunahme der Fallzahl zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durch medizinische und berufliche Maßnahmen führen. Sollte überdies eine Reform auf der Leistungsseite der Pflegeversicherung gelingen, so könnte der Grundsatz „Reha vor Pflege“ ebenfalls an Bedeutung gewinnen und die Fallzahl weiter erhöhen. Am wichtigsten dürfte aber das DRG-Fallpauschalensystem im Akutbereich sein. Es schafft starke Anreize zur zügigen Entlassung der Patienten nach einer Behandlung im Krankenhaus. Ist eine ambulante Nachsorge nicht möglich, empfiehlt sich eine Verlegung in eine Reha-Klinik. Besonders bei älteren Menschen, die zahlenmäßig zunehmen, ist die medizinische Nachsorge wichtig. Die mögliche Einführung von so genannten Komplexpauschalen, die eine sektorenübergreifende Fallvergütung beabsichtigen, stärkt die medizinische Nachsorge nach einem Akutaufenthalt. Wir erwarten daher einen Anstieg der Überweisungsraten aus dem Akut- in den Reha-Bereich.

2005 standen rund 11 Reha-Fällen 100 Akutfälle gegenüber. Wir nehmen an, dass diese Relation bis 2020 auf 15 zu 100 steigen wird. Unabhängig davon erwarten wir im Akutbereich eine Zunahme der Fallzahl um rund 10% bis 2020 (Augurzky et al. 2007), was zusätzlich zu einer wachsenden Zahl von Reha-Fällen führt. Schließlich nimmt die Anzahl älterer Menschen weiter stark zu und damit auch die Nachfrage nach medizinischer Reha. Die Altersklasse zwischen 45 und 85 Jahren weist die größte Nachfrage nach Reha-Leistungen auf.

Die Anzahl durchgeführter Reha-Maßnahmen variiert zwischen den Bundesländern erheblich.[1] Mit 66 Fällen je 1 000 Einwohnern liegt Mecklenburg-Vorpommern an der Spitze, gefolgt von Schleswig-Holstein mit 47. Schlusslicht bilden NRW mit 12 Fällen und die Stadtstaaten mit 0,6. Innerdeutsche Patientenbewegungen dürften für diese beträchtlichen Unterschiede ausschlaggebend sein, die sich wohl auch an der Attraktivität der Regionen orientieren.

Fallstruktur

Wir erwarten einen wachsenden Anteil der Anschlussheilbehandlungen (AHB) und einen abnehmenden Anteil der somatischen Heilverfahren. Ein

[1] Hierbei wurden die im jeweiligen Bundesland erbrachten stationären Fälle analysiert.

wesentlicher Grund hierfür ist das DRG-Fallpauschalensystem im Akutbereich, das vermehrt zu Anschlussheilbehandlungen führen dürfte. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass der Kostendruck der GKV anhalten wird und Heilverfahren im Zuge dessen eingeschränkt werden. Bei psychosomatischen Heilverfahren zeigt sich indessen in der Vergangenheit ein deutlicher Zuwachs. Klassische Fachgebiete wie Orthopädie und Herz/Kreislauf nahmen kontinuierlich ab, psychische Erkrankungen und Neubildungen hingegen deutlich zu. Die Anzahl diagnostizierter und behandelter psychischer Erkrankungen stieg von 1991 bis 2005 um 9%, die Anzahl der Neubildungen sogar um 50%. Für die Zukunft gehen wir weiterhin von mehr psychischen Erkrankungen aus.

Ebenfalls aufgrund des Kostendrucks und nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär" ist zu erwarten, dass der ambulanten gegenüber der vollstationären Reha verstärkt der Vorzug gegeben wird, sodass der ambulante Anteil der bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) eingebrachten medizinischen Reha-Anträge nach unseren Schätzungen von 1,3% im Jahr 1997 über 8,5% im Jahr 2005 auf 16% zunehmen wird. Spürbare Veränderungen würde überdies die Umstellung der Vergütung von Tagessätzen auf Fallpauschalen für Reha-Leistungen mit sich bringen. Eine solche Vergütung würde Anreize zu einer stärkeren Integration des Akut- und Reha-Sektors sowie zu einem besseren Qualitätsmanagement setzen.

Verweildauer

Die Verweildauer in somatischen Fachabteilungen lag 2005 bei leicht über 21 Tagen, in der Psychiatrie und Psychotherapie bei 64 Tagen und in der psychotherapeutischen Medizin bei 41 Tagen. Sie ist zwischen 1991 und 2005 um 17% gesunken. Sollte auch im Reha-Bereich ein Fallpauschalensystem eingeführt werden, was wir für wahrscheinlich halten, dürfte der Anreiz zur Reduktion der Verweildauer steigen. Bis 2020 nehmen wir einen Rückgang von 10% für psychosomatische Krankheiten und von 27% für somatische Krankheiten an. Der geringere Rückgang im psychosomatischen Bereich wird durch geringeres Innovationspotenzial im Sinne medizinischen Fortschritts begründet. Der durchschnittliche Rückgang der Verweildauer zwischen 2005 und 2020 würde rund 20% betragen, von derzeit 25,8 auf 20,6 Tage. Die Zahl der Belegungstage in Reha-Kliniken dürfte trotz Zunahme der Fallzahl abnehmen, sodass die Bettenüberkapazitäten von derzeit 27% bis 2020 auf 34% steigen dürften.

Wirtschaftliche Lage

Auf Basis einer Stichprobe von 165 Reha-Kliniken bzw. 84 Jahresabschlüssen errechnen wir eine durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit der Reha-Kliniken von 2,1%. Die Ausfallwahrscheinlichkeit gibt an, mit welcher Wahr-

scheinlichkeit ein Unternehmen innerhalb des Zeitraums von einem Jahr zahlungsunfähig wird. 26% der Reha-Kliniken aus unserem Datensatz liegen im roten, 23% im gelben und 51% im grünen Bereich. Der grüne Bereich definiert sich über eine geringe Ausfallwahrscheinlichkeit von unter 1,0%, der rote beginnt ab einer Ausfallwahrscheinlichkeit über 2,6%. Der gelbe Bereich liegt dazwischen. 24% der Kliniken weisen sogar ein negatives Eigenkapital auf und sind damit überschuldet.

Die Ausfallwahrscheinlichkeit der privaten Kliniken liegt höher als die der nicht-privaten. Berücksichtigt man den geringeren Anteil nicht-privater Kliniken in unserer Stichprobe und rechnet dies entsprechend ihrer bundesweiten Verteilung hoch, erhielten wir eine durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit von rund 1,9%. Dieser Wert liegt damit in der Größenordnung der Werte für Pflegeheime und ist höher als jener für Krankenhäuser. Es gibt keine Anzeichen für Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Kliniken, zwischen Ost und West oder zwischen einzelnen Einrichtungen und Ketten. Lediglich Einrichtungen im Norden Deutschlands weisen eine leicht geringere Ausfallwahrscheinlichkeit als jene im Süden. Unter der Annahme steigender Kosten und bei anhaltend hohem Preiswettbewerb würde sich die Situation der Reha-Kliniken in den nächsten Jahren erheblich verschlechtern. Der Anteil der Kliniken im roten Bereich würde bis 2020 von derzeit 23% auf bedrohliche 57% zunehmen.

Nach unseren Berechnungen beträgt die durchschnittliche Zinslast auf die Kreditverbindlichkeiten 6,5% und das gesamte Kreditvolumen der Reha-Kliniken rund 5 Mrd. €. Soll weiter stark auf externe Finanzierung zurückgegriffen werden, ist vor dem Hintergrund der schwierigen wirtschaftlichen Lage und mäßigen Ratings mit einer Verschärfung der Kreditkonditionen zu rechnen. Nach unseren Berechnungen würde bei einer Verschlechterung der Kreditkonditionen um 1%-Punkt das Betriebsergebnis um etwa 0,7% des Umsatzes belastet.

Ausblick

Unter den gegenwärtigen Bedingungen dürfte es einigen Reha-Kliniken schwer fallen, sich in den nächsten zehn Jahren am Markt dauerhaft zu behaupten. Viele Kliniken sind kaum rentabel, teilweise überschuldet und damit eingeschränkt investitionsfähig. Ohne Investitionen ist jedoch die Zukunftsfähigkeit jedes Unternehmens in Gefahr. Aus unserer Sicht wird es daher zu einer Marktbereinigung kommen, die einerseits durch das Ausscheiden einer großen Zahl von Reha-Kliniken und andererseits durch verstärkte Kettenbildung, auch sektorübergreifend, gekennzeichnet sein dürfte. Im Gegensatz zum Krankenhausbereich kann sich die Marktbereinigung ohne starke politische Einflussnahme vollziehen, weil die wohnortnahe Versorgung mit Reha-

Leistungen im Gegensatz zu Krankenhausleistungen keinen besonderen politischen Stellenwert genießt.

Sollte bis 2013 eine spürbare Marktbereinigung stattfinden und knapp ein Viertel der Einrichtungen mit den höchsten Ausfallwahrscheinlichkeiten verschwinden, wäre davon ein Umsatzvolumen von 1,7 Mrd. € und rund 44 500 Betten (26%) betroffen. Die am Markt verbleibenden Einrichtungen würden die Patienten der geschlossenen Einrichtungen übernehmen und damit ihre Auslastung beträchtlich steigern können. Das eingesparte Umsatzvolumen würde zur Finanzierung dieser Patienten und eines zusätzlichen Anstiegs der Fallzahl benötigt. Ohne Marktbereinigung prognostizierte Überkapazitäten bis 2020 in Höhe von 34% sänken auf erträgliche 10%. Die wirtschaftliche Lage der verbleibenden Kliniken würde sich damit spürbar bessern, der Anteil im roten Bereich auf nur noch 7% statt 57% im Szenario ohne Marktbereinigung sinken.

Offen ist, inwieweit derzeit eine Wettbewerbsverzerrung zu Gunsten jener Einrichtungen in Trägerschaft der DRV oder der GKV besteht. Die sichtbar höhere Auslastung der öffentlich-rechtlichen Reha-Kliniken seit 1997 könnte ein Indiz dafür sein, dass die Kostenträger dazu tendieren, zunächst ihre eigenen Kliniken auszulasten. Sollte diese These bestätigt werden, muss diese Wettbewerbsverzerrung behoben werden.

Die nachfragebedingte überproportionale Zunahme der Fallzahl bis 2020 kann allerdings schnell auf Grenzen stoßen. Da ein Großteil der Reha solidarisch über die Sozialversicherungssysteme finanziert wird, stößt eine Leistungsausweitung naturgemäß an Grenzen. Die solidarische Finanzierung kann ohne negative Folgen auf die Leistungsanreize der erwerbstätigen Bevölkerung kaum noch ausgeweitet werden. Ein überproportionales Wachstum des Reha-Marktes muss daher entweder zu Lasten anderer Gesundheitssektoren gehen oder verstärkt über private Nachfrage erfolgen. In diesem Zusammenhang sollten die Reha-Leistungen grundsätzlich hinsichtlich ihrer Kosten-Nutzen-Relationen hinterfragt werden. Außerdem sollte eine Entscheidung erfolgen, ob der erhaltene Nutzen solidarisch oder privat zu finanzieren ist. Grundvoraussetzung zur Evaluation von Kosten-Nutzen-Relationen bildet die Erhöhung der Transparenz über die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Angebote. Bislang hinkt der Reha-Bereich diesbezüglich mit großem Abstand hinter dem Krankenhausbereich her, weshalb besonderer Handlungsbedarf besteht. Die Einführung von Fallpauschalen für Reha-Leistungen kann dies unterstützen.

Um Effizienzreserven heben zu können, ist außerdem eine stärkere Verzahnung der Bereiche Akut und Reha sowie Pflege und Reha wichtig. Sektorübergreifende Komplexpauschalen sowie eine Verbesserung der Anreize für Krankenkassen, Reha vor Pflege tatsächlich anzubieten, unterstützen dies.

1. Einleitung

Im Reha-Sektor scheint sich erstmals seit 2000 nachfragebedingt eine leichte Besserung abzuzeichnen. Dies ist nach einer langen Phase der Stagnation bzw. in manchen Jahren sogar der Schrumpfung der Nachfrage und entsprechend schlechter wirtschaftlicher Ergebnisse für die Branche erfreulich. Nach einem abrupten Rückgang der Auslastungen der Reha-Kliniken vor zehn Jahren als wesentliche Folge des Inkrafttretens des Beitragsentlastungsgesetzes[2] von 1996 könnte sich die Lage in den nächsten Jahren – auch für manche private Betreiber – wieder leicht verbessern. Allerdings dürften sinkende Verweildauern einer steigenden Auslastung entgegenwirken.

Erste positive Zeichen zeigen sich durch die aktuell wachsende Zahl von Anträgen zur Rehabilitation (DRV 2007), wenngleich noch unklar ist, inwieweit die Deutsche Rentenversicherung (DRV) die zusätzlichen Anträge auch tatsächlich genehmigen wird. Einen Anteil daran könnte das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom April 2007 haben, das unter anderem medizinische Reha-Leistungen zu Pflichtleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) erklärt. Damit fließen diese Leistungen in den Risikostrukturausgleich der Krankenkassen ein und belasten bei ungünstiger Versichertenstruktur nicht mehr die betroffene Krankenkasse alleine. Die Bereitschaft einzelner Kassen, Anträge zur Rehabilitation zu genehmigen, dürfte dadurch wachsen. Ebenso lassen die neuen Regelleistungen der Eltern-Kind-Kuren eine Ausweitung der Nachfrage erwarten.

Ferner dürfte das DRG-Fallpauschalensystem im Akutbereich verstärkt zu Anschlussheilbehandlungen (AHB) in Reha-Einrichtungen führen, weil sie die postoperative Betreuung deutlich günstiger als Akutkliniken anbieten können. Bereits in den vergangenen Jahren stiegen die Direktüberweisungen aus dem Akutbereich. 2005 stammten 35% aller Reha-Fälle aus dem Akutbereich (Statistisches Bundesamt 2006). Wir erwarten, dass Einrichtungen mit einem Fokus auf AHB Wachstumschancen haben, während sich jene, die auf Heilverfahren setzen, tendenziell einem schrumpfenden Markt gegenüber sehen. Eine Ausnahme davon dürften psychosomatische Heilverfahren darstellen, deren Anteil tendenziell wächst.

Dennoch dürfte die leichte Erholung nicht ausreichen, um die gesamte Branche wirtschaftlich zu stabilisieren. Wir erwarten, dass der derzeit starke Preisdruck zu einer umfassenden Marktbereinigung führen wird. Das würde den Wettbewerbsdruck mindern und den Überlebenden dieses Prozesses mittelfristig wieder eine bessere Verhandlungsposition gegenüber den Kostenträ-

[2] Das Gesetz brachte eine Verkürzung der Regeldauer von Heilverfahren von vier auf drei Wochen, eine Verlängerung des Wiederholungsintervalls von drei auf vier Jahre und eine Erhöhung der privaten Zuzahlung mit sich.

gern verschaffen können. Die Rentabilität der verbleibenden Reha-Einrichtungen könnte so weit steigen, dass Investitionen wieder attraktiv werden. Eine stärkere Differenzierung der Leistungen zwischen den Anbietern sollte dies unterstützen. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Reha-Leistungen dürfte deutlich stärker in den Blickpunkt rücken und günstigen Anbietern Vorteile verschaffen. Kostenträger, allen voran die Barmer Ersatzkasse, streben beispielsweise eine qualitätsabhängige Vergütung von Reha-Leistungen an (kma 2007).

In diesem Zusammenhang könnte für manche Indikationen auch die so genannte Sequenz-Reha als Zusatzangebot an Bedeutung gewinnen. Dabei wird ein stationärer Aufenthalt durch eine längere ambulante Betreuung unterbrochen und im Anschluss wieder aufgenommen. Durch die damit ermöglichte bessere Erfolgskontrolle verspricht man sich einen größeren Behandlungserfolg. Reha-Kliniken, die künftig zusätzlich ambulante Leistungen anbieten, dürften einen Vorsprung beim Angebot so genannter Sequenz-Reha haben. Neubauer et al. (2003) sagen ihr eine positive Perspektive voraus.

Nichtsdestoweniger besteht weiterhin die Gefahr, dass Reha-Leistungen, vor allem Heilverfahren, wieder aus dem GKV-Katalog gestrichen werden. Gerade vor dem Hintergrund einer sich abzeichnenden überproportionalen Kostenzunahme im Gesundheitsbereich in den nächsten Jahrzehnten wird nicht mehr jede Leistung solidarisch finanziert werden können. Damit müssen auch Reha-Kliniken stärker über privat finanzierte Angebote für ihre Patienten nachdenken, wenn sie ihre Kapazitäten auslasten wollen.

Wie wir zeigen werden, stützen sich Reha-Kliniken bei der Finanzierung von Investitionen derzeit stark auf Bankkredite. Der Investitionsbedarf dürfte hoch sein, weil die schwierige wirtschaftliche Lage vieler Kliniken keine ausreichend hohen Investitionen in der Vergangenheit erlaubten. Bei einer Finanzierung über herkömmliche Kredite muss in Zukunft, vor allem wegen Basel II, von einer stärkeren Spreizung der Konditionen ausgegangen werden. Kreditnehmer mit einer hohen Bonität, d.h. einem guten Rating, können sich über geringere Risikoaufschläge auf die Kreditzinsen freuen, jene mit einem schlechten Rating müssen höhere Aufschläge hinnehmen. In ähnlicher Weise werden auch andere Investoren das Unternehmensrisiko einer Reha-Einrichtung in ihre Investitionsentscheidung einfließen lassen. Vor diesem Hintergrund untersucht diese Studie das Rating der Reha-Kliniken, wenn diese auf sich alleine gestellt sind, d.h. auf keine Bürgschaften seitens eines Trägers zurückgreifen können.

In Abschnitt 2 beschreiben wir den Markt für Rehabilitation und Vorsorgemaßnahmen auf Bundes- und soweit möglich auf Bundeslandebene. Anders als der Krankenhaus- oder Pflegemarkt lassen sich aus zwei Gründen keine Analysen auf Kreisebene durchführen. Erstens mangelt es an entsprechenden

Daten, zweitens sind die Einzugsgebiete von Reha-Kliniken deutlich größer als jene von Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen, sodass eine lokale Untersuchung nur wenig Sinn machen würde. Auf der Grundlage vergangener Entwicklungen und zu erwartender Ausprägungen der Einflussfaktoren auf den Reha-Markt erstellen wir Prognosen zu Fallzahlen, Verweildauer und zum Bettenbedarf.

Abschnitt 3 analysiert die aktuelle wirtschaftliche Lage der Reha-Einrichtungen und prognostiziert diese bis zum Jahr 2020. Zentrale Kennziffer ist die Ein-Jahres-Ausfallwahrscheinlichkeit, die aus der Verknüpfung verschiedener Finanzkennzahlen resultiert, bzw. die Ratingklasse. In einem Passivszenario unterstellen wir keine Gegenmaßnahmen der Reha-Kliniken und schreiben die gegenwärtige Lage bis 2020 fort. Aufgrund der tendenziell eher ungünstigen Ausgangslage wird sich unter diesen Bedingungen für viele Reha-Kliniken trotz positiver Aussichten eine deutliche Erhöhung der Ausfallwahrscheinlichkeit und damit Verschlechterung ihres Ratings ergeben. In einem zweiten Szenario nehmen wir an, dass Einrichtungen ausfallen können und vom Markt verschwinden. Mit anderen Worten kommt es zu einer Marktbereinigung, die streng nach wirtschaftlichen Kriterien erfolgt. Wir zeigen, wie sich die Lage für die verbleibenden Einrichtungen dadurch insgesamt verbessern kann.

Abschnitt 4 zeigt Benchmarks zu Finanzkennzahlen der dieser Studie zugrundeliegenden Jahresabschlüsse von Reha-Kliniken. Diese Aufbereitung erlaubt es Einrichtungen, Vergleiche mit dem eigenen Haus vorzunehmen. In Abschnitt 5 diskutieren wir Thesen und Schlussfolgerungen zum Reha-Markt und stellen aus unserer Sicht die Reha-Klinik der Zukunft vor. Im Anhang wird das Ratingverfahren erläutert. Schließlich werden die Reha-Einrichtungen namentlich genannt.

2. Der Reha-Markt

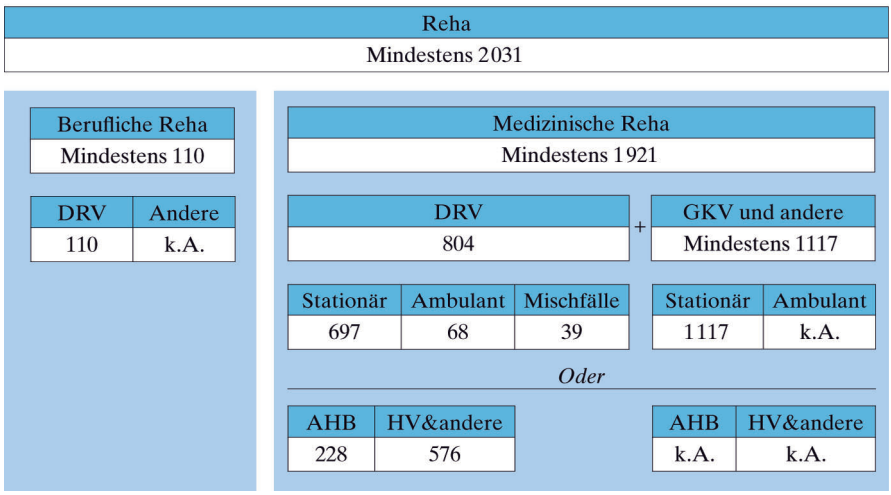
2.1 Grundlegendes

2.1.1 Definitionen

Im Sozial- und Gesundheitswesen bezeichnet Rehabilitation die Wiederherstellung, Verbesserung oder Abschwächung der Folgen der Beeinträchtigung einer gesundheitlichen Behinderung. Es wird zwischen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation unterschieden (Schaubild 1). Die medizinische Rehabilitation versucht, einen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bedrohenden Gesundheitszustand, insbesondere die Erwerbsunfähigkeit, zu beseitigen oder zu mildern. Die berufliche Rehabilitation verfolgt das Prinzip „Reha vor Rente“, d.h. einer Vermeidung der Frühverrentung.

Schaubild 1

Verteilung der Reha-Fälle
in 1000



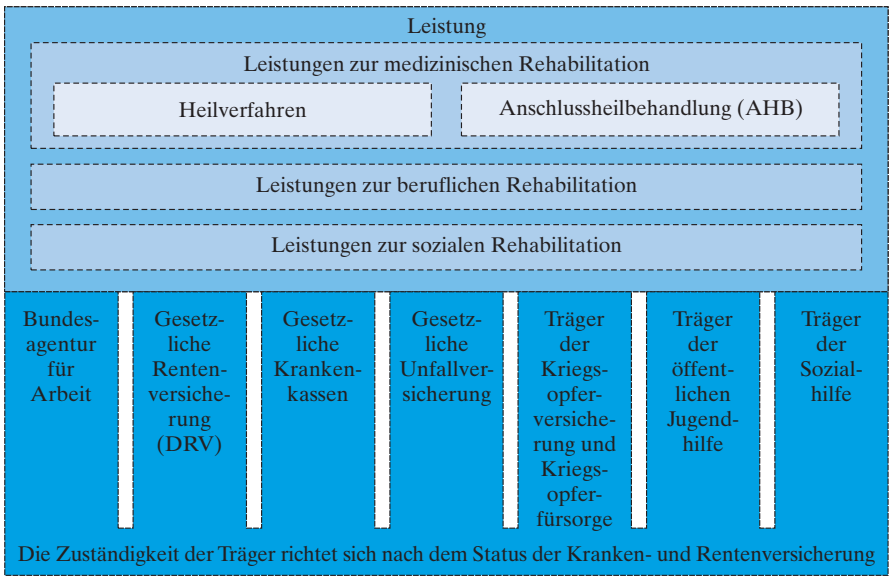
Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: DRV 2007 und Statistisches Bundesamt 2006. Die soziale Reha ist mangels Daten nicht aufgeführt.

Versicherte haben in Deutschland einen Anspruch auf Leistungen zur Rehabilitation, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Nach § 5 SGB IX kommen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in Betracht (Schaubild 2).

Diese Leistungen werden durch sieben Träger finanziert: die Bundesagentur für Arbeit, die DRV die GKV, Gesetzliche Unfallversicherung, Träger der Kriegsopferversicherung und Kriegsopferfürsorge, Träger der öffentlichen Jugendhilfe und Träger der Sozialhilfe. Wesentliche Träger sind die Rentenversicherungen und die Krankenkassen, die zusammen 71 % der Finanzierung übernehmen. Die Rentenversicherungsträger sind in der Regel zuständig, wenn es um die Abwendung der Erwerbsunfähigkeit durch eine Reha-Maßnahme geht. Die GKV hingegen finanziert Reha-Leistungen, wenn die Erwerbsfähigkeit nicht gefährdet ist. Daher ist diese vorrangig für Reha-Leistungen bei Kindern, Jugendlichen und nicht berufstätigen Erwachsenen, vor allem Rentnern, zuständig. Das vorrangige Ziel ist hierbei die Abwendung einer Pflegebedürftigkeit. Die Leistungsträger sind nach §§ 10 bis 13 SGB IX dazu aufgefordert, zusammenzuarbeiten und ihre Leistungen zu koordinieren, um diese vollständig, umfassend und in gleicher Qualität zu erbringen, da-

Schaubild 2

Rehabilitationsleistungen und ihre Finanzierung



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: SGB IX.

mit Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht notwendig werden. Die Privaten Krankenversicherungen (PKV) zählen hierbei nicht zu den gesetzlichen Leistungsträgern. Diese finanzieren Reha-Maßnahmen auf freiwilliger Vertragsbasis, solange kein gesetzlicher Träger leistungspflichtig ist.

Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind in §§ 26 ff. SGB IX geregelt. Dabei wird zwischen der stationären, teilstationären und ambulanten Rehabilitation unterschieden. Von einer stationären Rehabilitation spricht man, wenn der Patient während der Maßnahmen auch in der Nacht und am Wochenende in der Reha-Einrichtung verweilt. Diese Form wird gewählt, wenn eine ambulante Behandlung nicht ausreicht oder aufgrund bestimmter Umstände (z.B. Alter, Entfernung zum Wohnort, Multimorbidität) nicht durchgeführt werden kann. Bei der teilstationären Rehabilitation werden alle Elemente der stationären Behandlung erbracht, die hotelähnlichen Leistungen fallen jedoch weg. Deshalb ist eine besondere räumliche Nähe zwischen Leistungserbringer und Wohnort notwendig. Da die Reha-Maßnahmen während des Tages erfolgen, ist die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit in diesem Zeitraum nicht möglich. Im Unterschied hierzu spricht man von einer ambulanten Rehabilitation, wenn neben der Behandlung eine berufliche Tätigkeit ausgeübt werden kann. Dies hat den Vorteil, dass die Rehabilitation

unter Einbeziehung des familiären und beruflichen Umfeldes stattfinden kann. Immer mehr gewinnt außerdem die so genannte Sequenz-Reha an Bedeutung. Dabei handelt es sich wie erwähnt um eine Kombination aus stationärer und ambulanter Behandlung. Der stationäre Aufenthalt wird mehrmals durch eine längere ambulante Betreuung unterbrochen. Ziel ist eine bessere Erfolgskontrolle durch regelmäßige Überwachung des Patienten.

Die medizinische Rehabilitation umfasst nicht nur rehabilitationsspezifische Ziele, sondern setzt bei den medizinischen Leistungen an, damit die „Rehabilitationskette" bereits während der Akutbehandlung beginnen kann. So wird die Behandlung auch der Forderung nach Prävention, d.h. der Vermeidung des Eintritts einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit (§ 3 SGB IX), gerecht. Als besondere Form ist in diesem Zusammenhang die Anschlussheilbehandlung (AHB) zu nennen. Bei ihr handelt es sich um eine Reha-Maßnahme unmittelbar im Anschluss an eine Akutbehandlung in einem Krankenhaus. Dabei kann die Antragstellung und -bewilligung – anders als bei den klassischen Heilverfahren – auch nach Beginn der Maßnahme erfolgen, damit kein Zeitverlust bei der Behandlung entsteht.

2.1.2 Einflussfaktoren auf den Reha-Markt

Der Markt für Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen unterliegt verschiedenen äußeren Einflüssen, die in politische, demografische, gesellschaftliche und technologische unterteilt sind. Darüber hinaus nehmen andere Teile des Gesundheitsmarkts, z.B. der Krankenhaussektor, Einfluss auf den Reha-Markt. In dieser Studie versuchen wir, wichtige Einflussfaktoren in Prognosen zum Reha-Markt und zum Rating der Kliniken zu berücksichtigen. Soweit eine sinnvolle Quantifizierung möglich ist, erfolgt diese. Andere mögliche Faktoren beschreiben wir zwar, blenden sie aber in den Prognosen aus, weil sie entweder kaum vorherzusagen oder mangels geeigneter empirischer Grundlage nicht quantifizierbar sind. Änderungen der politischen Rahmenbedingungen bleiben in den Prognosen unberücksichtigt. Sie sind erstens schwer vorherzusagen und zweitens sollen die Prognosen die Fortschreibung des aktuellen Zustands leisten. Einmalige exogene Schocks würden das Bild verzerren und müssten in separaten Szenarien untersucht werden. Unberücksichtigt bleiben ebenso die gesamtwirtschaftliche Entwicklung und konjunkturelle Schwankungen. Im Folgenden werden mögliche Einflussfaktoren beschrieben.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über politische Einflussfaktoren. Mit dem GKV-WSG vom 1. April 2007 ist die Reha wesentlich gestärkt worden (Tabelle 2). Die wichtigsten Punkte sind die Umwandlung aller medizinischer Reha-Leistungen in Pflichtleistungen, die Umwandlung von Eltern-Kind-Kuren zur Regelleistung der GKV und ein Rechtsanspruch auf geriatrische Re-

Tabelle 1

Politische Einflussfaktoren auf den Reha-Markt

Faktor	Auswirkungen	Berücksichtigung in dieser Studie
Neue Pflichtleistungen durch Gesundheitsreform	Zunahme der Fallzahl	Indirekt über steigende Überweisungsrate aus Akut
Wahrscheinliche Einführung von Reha-DRGs	Rückgang der Verweildauer; Orientierung an Fällen statt an Belegungstagen	Ja
Abnahme der Heilverfahren	Verschiebung des Leistungsportfolios	Indirekt über Bedeutungsgewinn der AHB
Erhöhung des Renteneintrittsalters	Zunahme der Fälle zur Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit	Nein
Grundsatz „ambulant vor stationär“	Rückgang der Fallzahl	Ja, Schätzung ambulantes Potenzial (ohne regionale Differenzierung)
Grundsatz „Reha vor Pflege“	Zunahme der Fallzahl	Indirekt über steigende Überweisungsrate aus Akut
Finanzierungslücke bei Sozialversicherungen	Eigenanteil steigt; Patienten treten selbstbewusster auf	Nein

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

habilitation. Wir erwarten, dass diese Reform die Fallzahl erhöhen wird. Eine Quantifizierung ist derzeit jedoch nur schwer möglich und unterbleibt daher in dieser Studie. Erste Eindrücke über die Auswirkungen lassen sich wohl erst 2008 gewinnen.

Spürbare Veränderungen würde die Umstellung der Vergütung von Tagessätzen auf Fallpauschalen für Reha-Leistungen, analog den DRG-Fallpauschalen im Krankenhausbereich, mit sich bringen. Verschiedene Konzepte werden derzeit diskutiert und ausgearbeitet (z.B. Neubauer et al. 2006). Eine solche Fallvergütung würde Anreize zur stärkeren Integration des Akut- und Reha-Sektors sowie zum besseren Qualitätsmanagement setzen. Wie im Akutbereich dürften Fallpauschalen zu einem Rückgang der Verweildauer führen. Da wir der Meinung sind, dass Fallpauschalen für Reha-Leistungen kommen werden, nehmen wir in den Prognosen einen Rückgang der Verweildauer an.

Aufgrund der knappen Ressourcen im Gesundheitswesen und einer in Zukunft stärkeren Kosten-Nutzen-Orientierung ist davon auszugehen, dass somatische Heilverfahren zu Gunsten von AHB eingeschränkt werden, zumindest wenn sie solidarisch über die Sozialversicherungen finanziert werden. Wir gehen in unseren Prognosen von einem Bedeutungsgewinn für die AHB aus. Die Erhöhung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre dürfte ebenfalls zu einer leichten Verschiebung des Leistungsportfolios führen. Die Zahl der Fäl-

Tabelle 2

Änderungen auf dem Reha-Markt durch das GKV-WSG

§ 40 SBG V	Umwandlung aller medizinischen Leistungen in Pflichtleistungen, Rechtsanspruch auf geriatrische Rehabilitation
§ 41 SGB V	Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter werden zu Pflichtleistungen
§ 40 (1) SGB V	Mobile Reha wird für alle Indikationsbereiche in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen
§ 275 (2) Nr. 1 SGB V	Begrenzung der MDK-Prüfung für Erstanträge auf Stichproben
§ 40 (2) SGB V	Versicherte können Rehaeinrichtungen ohne Versorgungsvertrag in Anspruch nehmen
§ 20 (2a) SGB IX	Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM sowie an ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren werden von den Rehaträgern auf BAR-Ebene festgelegt
§ 137 d (1) SGB V	Verpflichtung zur Zertifizierung für stationäre Einrichtungen als Voraussetzung für die Belegung durch Krankenkassen und Mehrkostentragung durch den Versicherten
§ 137 d (1) SGB V	Krankenkassen übernehmen Kosten für die Auswertung der externen Qualitätssicherung
§299 (3) SGB V	Gemeinsame Auswahl einer unabhängigen Stelle zur Auswertung von statistischen Daten der Krankenkassen
§ 11 (4) SGB V	Rehaeinrichtungen haben für eine sachgerechte Anschlussversorgung Sorge zu tragen (Versorgungsmanagement)

le zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durch medizinische und berufliche Maßnahmen könnte daher zunehmen.

Nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist ähnlich wie im Akutbereich davon auszugehen, dass der ambulanten Reha, zumindest aber der teilstationären, wo immer möglich gegenüber der vollstationären der Vorzug gegeben wird. Eine teure stationäre Behandlung wird unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten gegenüber der Solidargemeinschaft der Beitragszahler in Zukunft verstärkt unter Rechtfertigungsdruck geraten – trotz vorübergehender Ausweitung der Leistungen durch das GKV-WSG 2007. Wir gehen daher in der Prognose auch von einer Substitution stationärer durch ambulante Fälle aus und schätzen das ambulante Potenzial auf der Ebene von Indikationen. Für manche Indikationen dürfte die Substitution über die Sequenz-Reha laufen.

Demografische Veränderungen bilden eine zweite wichtige Gruppe von Einflussfaktoren auf den Reha-Markt (Tabelle 3). Der zu erwartende Rückgang der Bevölkerung wird für sich genommen zu einem Rückgang der Fallzahlen führen. Gleichzeitig ändert sich aber die Zusammensetzung der Bevölkerung. Die Anzahl älterer Menschen nimmt in den nächsten Jahrzehnten weiter stark zu und damit die Nachfrage nach medizinischer Reha. Für ältere Menschen ist außerdem die Möglichkeit zu einer ambulanten Behandlung geringer, da diese weniger mobil und häufiger multimorbid sind. Der Einfluss einer steigenden Lebenserwartung ist indessen ambivalent. Einerseits führt sie zu mehr älteren Menschen mit größerer Nachfrage nach Reha-Leistungen. Andererseits kann eine steigende Lebenserwartung mit einer besseren Gesundheit einher-

Tabelle 3

Demografische Einflussfaktoren auf den Reha-Markt

Faktor	Auswirkungen	Berücksichtigung in dieser Studie
Abnahme der Gesamtbevölkerung	Rückgang der Fallzahl	Ja
Zunahme der Anzahl älterer Menschen	Multimorbidität; Abnahme des ambulanten Potenzials; Überproportionale Zunahme der Fallzahl	Ja
Lebenserwartung nimmt zu	Generell unklar, deshalb Annahme: kein Einfluss auf Prävalerenzraten, daher steigende Fallzahlen	Ja

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

gehen (Niehaus 2007). Wir nehmen in dieser Studie an, dass die steigende Lebenserwartung keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Reha-Leistungen hat und rechnen daher mit einer altersbedingten Zunahme der Fallzahlen.

Auch gesellschaftliche Veränderungen können Auswirkungen auf die Nachfrage nach Reha-Leistungen zeitigen. Mehr Singlehaushalte und ein steigender Anteil alleinstehender älterer Menschen mindern das Potenzial der ambulanten Reha und können zu einer Zunahme der stationären oder teilstationären Reha führen. Steigende Arbeitsproduktivität und damit einhergehender Leistungsdruck am Arbeitsmarkt können zu einer Zunahme der Fälle zur Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit führen. Ferner lässt sich feststellen, dass die Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Vergangenheit zugenommen hat – was unseres Erachtens weiter anhalten wird. Schließlich scheint die gesellschaftliche Akzeptanz von Reha-Maßnahmen generell zu steigen und „unechte“ Reha-Fälle, die lediglich der persönlichen Erholung auf Kosten der Solidargemeinschaft dienen, scheinen immer besser im Vorfeld aussortiert zu werden. In unseren Prognosen berücksichtigen wir diese gesellschaftlich bedingten Einflussfaktoren nicht. Tendenziell dürften sie zu einer Zunahme der Fallzahlen führen. Wir vermuten aber, dass die steigende Zahl der Fälle über andere, damit möglicherweise korrelierte Trends zufriedenstellend abgebildet ist.

Der medizinisch-technische Fortschritt spielt eine bedeutende Rolle in der Behandlung von Patienten in Krankenhäusern. In der Regel führt er zu einer wachsenden Fallzahl, weil mehr Krankheiten behandelt werden können. Im Bereich der Rehabilitation sind der Einfluss und die Richtung des medizinisch-technischen Fortschritts auf die Fallzahl jedoch weit weniger klar. Der Einfluss hängt wesentlich von den politischen Rahmenbedingungen und den finanziellen Ressourcen ab. Denkbar ist, dass aufgrund früherer Entlassungen aus dem Krankenhaus und damit eines möglicherweise schlechteren Gesundheitszustands der AHB-Patienten die Reha-Klinik gezwungen sein kann, me-

dizinisch-technisch aufzurüsten. Aufgrund der unklaren Sachlage bleibt der medizinisch-technische Fortschritt in den Szenarien unberücksichtigt.

Wandlungen im Krankenhausbereich können starke Auswirkungen auf den Reha-Sektor haben. Durch das DRG-Fallpauschalensystem dürfte der Anreiz zur zügigen Entlassung der Patienten nach einer Behandlung im Krankenhaus steigen. Ist eine ambulante Nachsorge nicht möglich, empfiehlt sich eine Verlegung in eine Reha-Klinik. Die Nachsorge kann dort ebenso gut, jedoch günstiger durchgeführt werden als im Krankenhaus. Wir berücksichtigen dies durch eine wachsende Überweisungsrate vom Akut- in den Reha-Bereich. Eine steigende Überweisungsrate könnte außerdem Folge eines Wegfalls des Kontrahierungszwangs bei einigen elektiven Leistungen nach 2009 sein. Wenn Krankenkassen den Einkauf dieser Leistungen individuell mit Krankenhäusern verhandeln, dürften Krankenhäuser ihre Verhandlungsposition über eine Kettenbildung zu verbessern suchen, die auch Reha-Kliniken einschließt. Solche Ketten hätten ein größeres Interesse daran, die medizinischen Behandlungsabläufe sektorübergreifend zu optimieren und teure stationäre Behandlungen in Akutkliniken durch günstigere Reha-Leistungen zu ersetzen.

Zu einer Verschärfung der Wettbewerbssituation für bestehende Reha-Kliniken könnten wachsende Bettenüberkapazitäten im Krankenhausbereich führen. Krankenhäuser könnten freie Kapazitäten nutzen, um dort stationäre Reha-Leistungen anzubieten, die wegen der öffentlichen Förderung der Krankenhausbetten günstiger sein könnten. Allerdings bestehen Zweifel, ob die bestehende Infrastruktur des Krankenhauses tatsächlich für Reha-Zwecke genutzt werden kann. Auch der scharfe Wettbewerb im Reha-Bereich lässt einen Markteintritt relativ unattraktiv erscheinen.

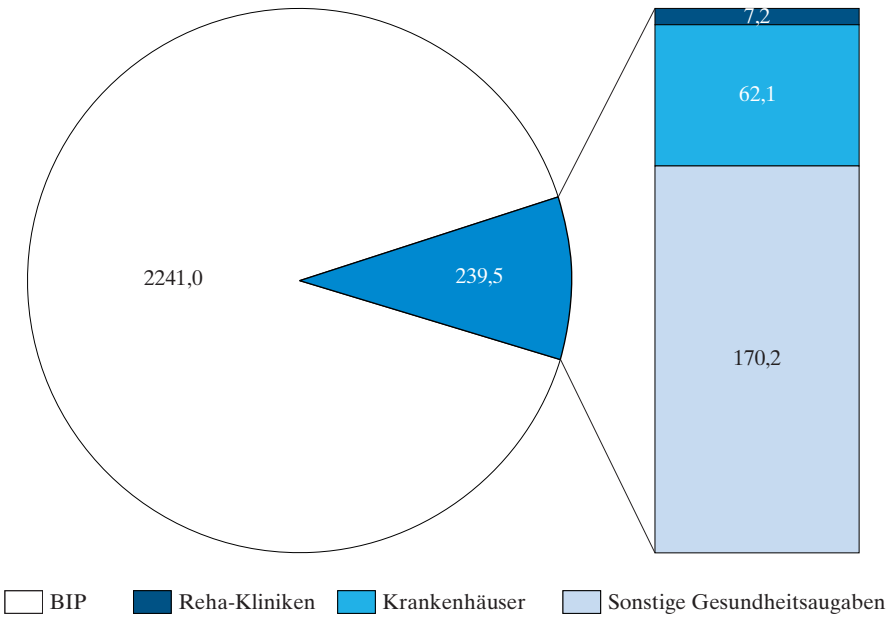
Ein letzter Punkt bildet das Thema der Kreditaltlasten vieler Reha-Betreiber aus den neunziger Jahren, aus einer Zeit, als die Reha noch ein boomender Markt war. Viele Einrichtungen können diese Kredite bzw. Kreditkonditionen nicht mehr bedienen und werden zahlungsunfähig. Kommt es infolgedessen zu einem Trägerwechsel und zu einem Forderungsverzicht der Gläubiger, kann der neue Träger seine Preise mit deutlich geringeren Kapitalkosten kalkulieren und dann gegenüber Wettbewerbern im Vorteil sein.

2.2 Status quo

Der deutsche Gesundheitsmarkt erreichte im Jahr 2005 ein Volumen von insgesamt rund 240 Mrd. € (Schaubild 3). Etwa 3% des Gesundheitsmarkts bzw. gut 7,2 Mrd. € entfallen auf den Reha-Sektor (Statistisches Bundesamt 2007). Sein Volumen entspricht damit ungefähr einem Drittel des Pflegemarkts und 12% des Krankenhausmarkts (62 Mrd. €). Der Anteil des Reha-Markts an den gesamten Gesundheitsausgaben ist seit 1995 rückläufig. 1995 betrug er mit 7,6 Mrd. € noch 4,1% (Schaubild 4). Die gesetzlichen Kranken- und Ren-

Schaubild 3

BIP und Gesundheitsausgaben
2005; in Mrd.€



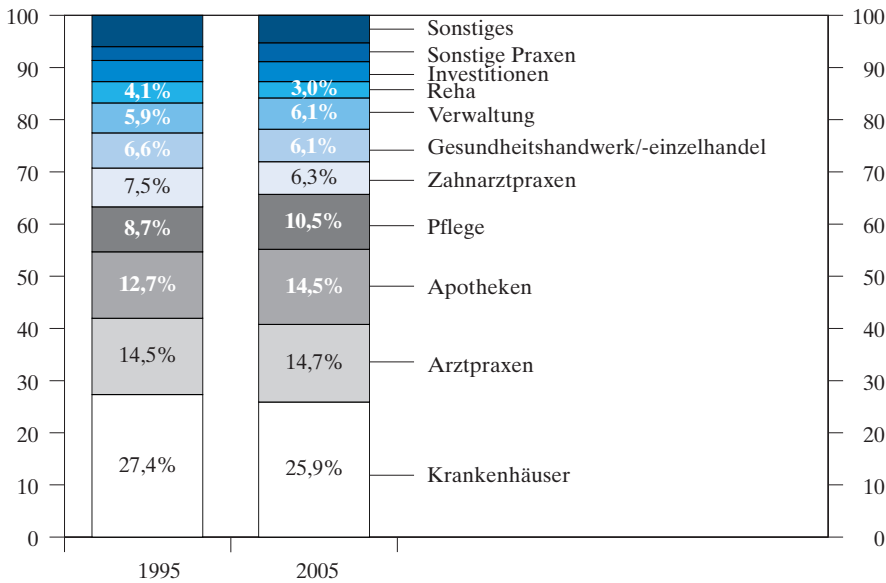
Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2007.

tenversicherungen trugen 2005 etwa 71% der Ausgaben (Schaubild 5), damals betrug der Anteil noch 78%. Vor dem Hintergrund des gesunkenen Anteils des Reha-Sektors an den Gesundheitsausgaben sind die Ausgaben der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherungen für Reha-Leistungen zwischen 1995 und 2005 stark rückläufig. Arbeitgeber und öffentliche Haushalte tragen einen wachsenden Anteil der Ausgaben eines schrumpfenden Marktes.

Einen entscheidenden Einschnitt erlebte der Reha-Bereich 1997 als er um rund 20% einbrach (Schaubild 6). Dies war offensichtlich Folge des Beitragsentlastungsgesetzes 1996, das vor allem Heilverfahren stark einschränkte. Der bis zu diesem Zeitpunkt zu beobachtende Boom brach mit einem Schlag zusammen. Kapazitäten blieben ungenutzt, die Auslastung der Kliniken sank dramatisch. In den darauf folgenden Jahren setzte eine leichte Erholung ein, und das Marktvolumen wuchs bis 2000 wieder an. Zwischen 2000 und 2005 sank es jedoch erneut und erreichte 2005 abermals das Volumen aus dem Jahr 1992[3]. Im Gegensatz zum Reha-Markt wies der Pflegebereich ein außerordentlich starkes Wachstum auf, das mit der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung 1996 seinen Anfang nahm. An diesen Beispielen zeigt sich sehr

Schaubild 4

Verteilung der Gesundheitsausgaben
1995 bis 2005; Anteil in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006a.

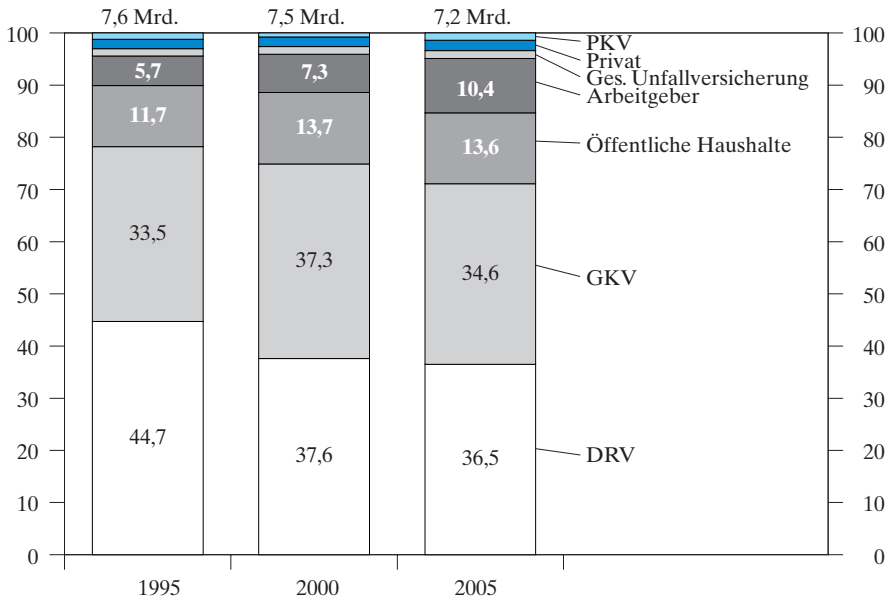
deutlich, wie stark der Einfluss politischer Rahmenbedingungen sein kann. Der Pflegemarkt dürfte jedoch allein aufgrund der Alterung der Bevölkerung auch in Zukunft den größten Zuwachs erzielen (Augurzky et al. 2006).

Schaubild 7 und 8 zeigen weitere Kennzahlen für diesen Zeitraum getrennt nach somatischen und psychosomatischen Abteilungen. Die Fallzahl in der Somatik konnte sich nach dem Einbruch 1997 wieder erholen, in der Psychosomatik sogar steigen. Die Verweildauer nahm indessen seit 1997 ab, sie sank in der Somatik von etwa 28 auf 23,7 Tage im Jahr 2005. In der Psychosomatik nahm sie schon vor 1997 stark ab, von 65,1 Tagen im Jahr 1991 auf 56,6 1996 und schließlich auf 50,3 Tage 2005. Zwischen 1996 und 1997 nahmen auch die Belegungstage entsprechend ab, stiegen bis 2000 aber wieder und erreichten 2005 wieder ein deutlich niedrigeres Niveau. Gleichwohl fand der Bettenab-

[3] Mit dem Solidaritätsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2000 wurden die damaligen Leistungen zur Kur in der GKV neu geordnet. Durch die Neuabgrenzung zwischen Vorsorge, Krankenbehandlung und Rehabilitation sollten Vorsorgeleistungen stärker an der medizinischen Notwendigkeit ausgerichtet werden. Für die medizinische Vorsorge und die Rehabilitation gilt auch der Vorrang der ambulanten Versorgung. Möglicherweise haben diese Änderungen abermals zu einem Fallrückgang geführt.

Schaubild 5

Träger der Ausgaben für Reha-Einrichtungen
1995 bis 2005; Anteil in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2007.

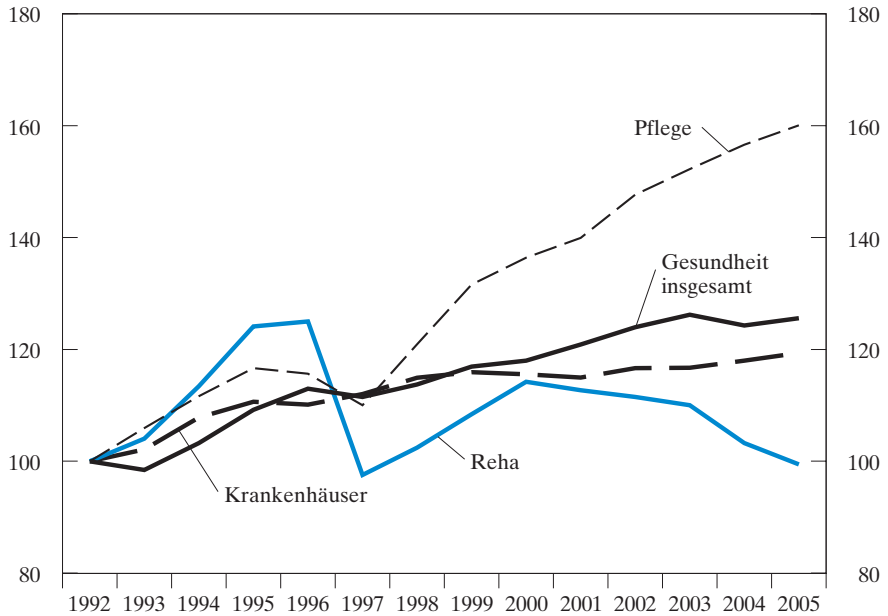
bau in der Somatik nur sehr langsam statt, er begann erst 2003. In der Psychosomatik war kaum ein Abbau zu verzeichnen. Überkapazitäten nahmen daher zu. Ein Grund für zunehmende Überkapazitäten könnte sein, dass viele Kreditinstitute, die Mitte der neunziger Jahre neue Reha-Kliniken finanziert hatten, sich in der Hoffnung auf eine Besserung des Marktes mit Forderungen zunächst zurückhielten. Es gibt jedoch Anzeichen, dass die Kreditinstitute allmählich ihren Forderungen mehr Nachdruck verleihen.

Die Auslastung sank 1997 von zuvor zwischen 80% und 90% auf knapp über 60% (Schaubild 9). In den Folgejahren stieg sie wieder leicht, erreichte jedoch nicht mehr die ursprüngliche Höhe. Reha-Kliniken in privater Trägerschaft waren von dem Einbruch am stärksten betroffen (Schaubild 10), ihre Auslastung sank vorübergehend sogar unter 60%. Freigemeinnützige Einrichtungen konnten sich besser behaupten, während Kliniken in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft nach dem starken Einbruch 1997 in wenigen Jahren wieder die hohe Auslastung der früheren Jahre erreichen konnten. Zu einem kleinen Teil liegt dies am schnelleren Bettenabbau bei öffentlich-rechtlichen Reha- Kliniken.

Schaubild 6

Gesundheitsausgaben nach Bereichen

1992 bis 2005; 1992 = 100



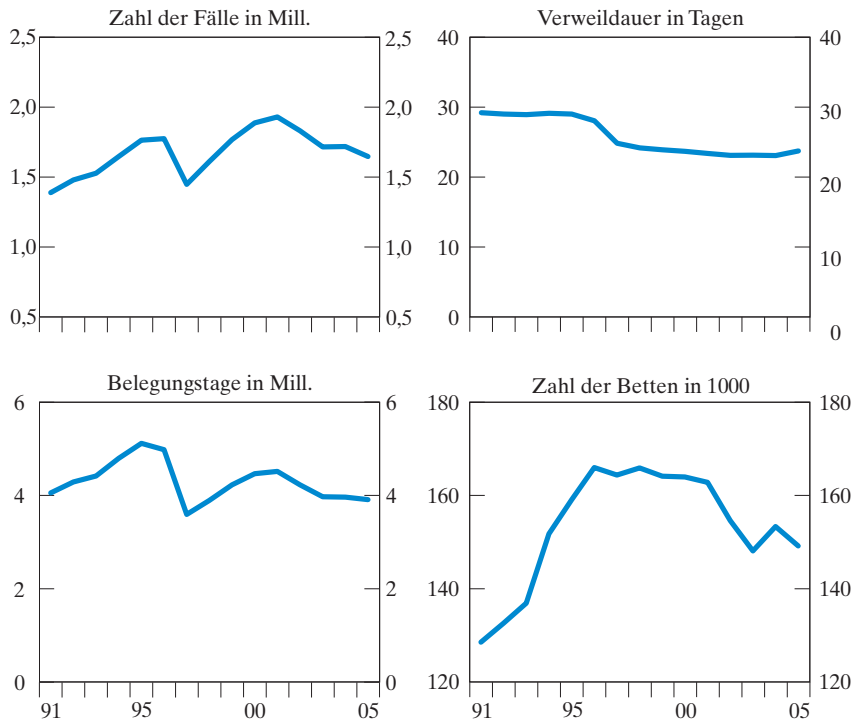
Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2007.

Der Marktanteil (gemessen an den Fallzahlen) der privaten Kliniken schrumpfte von 69% 1996 auf etwa 64% in den Folgejahren (Schaubild 11). Bezogen auf Bettenkapazitäten blieb der Anteil der privaten Einrichtungen zunächst bei 69% und schrumpfte bis 2005 langsam auf 67%. Ein Grund für die Unterschiede zwischen den Trägerschaften in der Auslastung, die sich vor allem nach 1996 zeigen, könnte die bevorzugte Belegung der Kliniken in (öffentlich-rechtlicher) Trägerschaft der Kostenträger liegen.

Einige der besprochenen Kennzahlen lassen sich auf regionaler Ebene betrachten. Aufgrund des großen Einzugsgebiets von Reha-Kliniken macht eine Betrachtung auf Kreisebene keinen Sinn. Interessant ist jedoch die Bundeslandebene. Die durchschnittliche Verweildauer unterscheidet sich zwischen den Ländern zum Teil erheblich (Karte 1). Dies kann an unterschiedlichen Leistungsangeboten liegen. Auffällig ist die geringere Verweildauer in stärker touristisch geprägten Ländern wie Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein sowie Bayern und Baden-Württemberg. Hohe Verweildauern finden sich in den Stadtstaaten. In allen Ländern ist die Verweildauer zwi-

Schaubild 7

Grunddaten der Reha-Einrichtungen: Somatik
1991 bis 2005



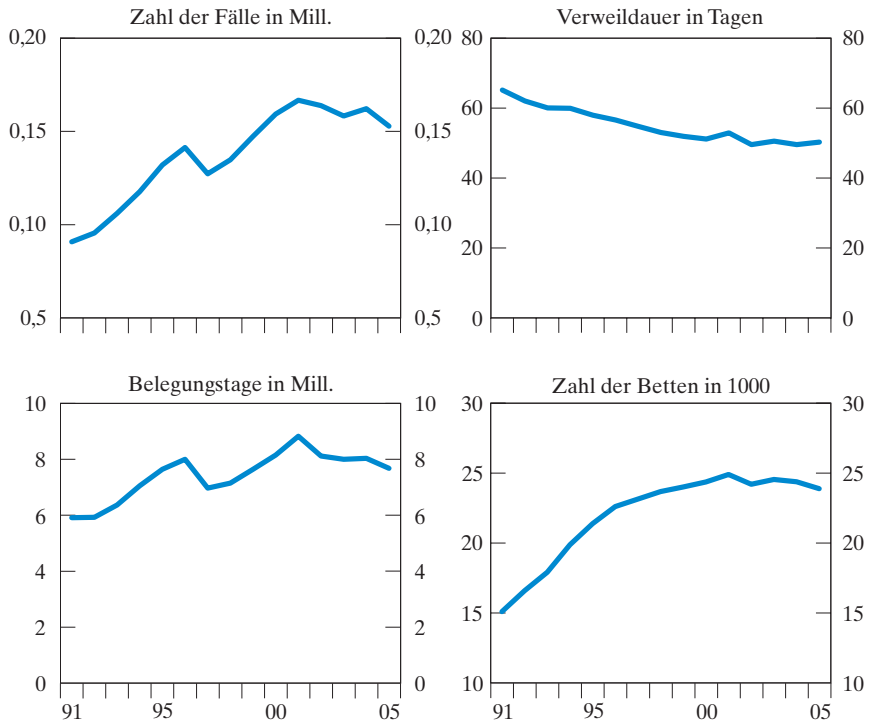
Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006. – [1]Alle Fachabteilungen abzgl. Psychiatrie, psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik.

schen 1995 und 2005 gesunken, in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg am stärksten.

Ein Bettenabbau erfolgte einzig in Westdeutschland, während in Ostdeutschland mit Ausnahme Berlins ein sehr hoher Zuwachs zu verzeichnen war (Karte 2). Den höchsten relativen Zuwachs von fast 100% erfuhr Mecklenburg-Vorpommern. 2005 verfügte es mit 6,1 Betten pro 1 000 Einwohner über die bei weitem höchste Bettendichte, gefolgt von Schleswig-Holstein. Dies bestätigt ihre Rolle als traditionelle Rehabilitationsgebiete für Patienten aus dem gesamten Bundesgebiet und verdeutlicht zugleich die eingeschränkte Aussagekraft regionaler Vergleiche. Die Stadtstaaten und Nordrhein-Westfalen weisen die geringste Bettendichte auf. Analog verhält es sich mit der Fallzahl (Karte 3).

Schaubild 8

Grunddaten der Reha-Einrichtungen: Psychosomatik
1991 bis 2005



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006. – [1]Fachabteilungen der Psychiatrie, psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Definitionsänderung der Fachabteilungen im Jahr 2002 mag die Vergleichbarkeit über die Zeit mindern.

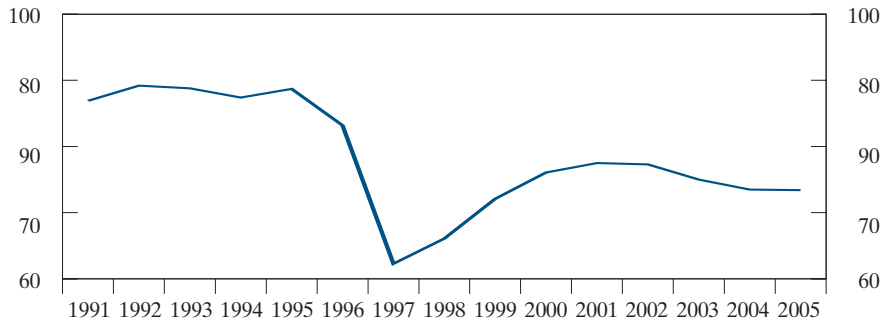
Die Bettenauslastung zeigt ein klares Muster auf. Süddeutsche Länder (Bayern, Baden-Württemberg), Hessen und Thüringen weisen die geringste Auslastung auf, die Stadtstaaten und Nordrhein-Westfalen die höchste (Karte 4). Küstennahe Regionen liegen ebenfalls leicht unterdurchschnittlich. Vermutlich waren sie durch die Gesetzesänderung 1996 stärker betroffen.

Auch die Veränderung der Indikationen unterscheidet sich im Zeitablauf (Schaubild 12). Klassische Fachgebiete wie Orthopädie und Herz/Kreislauf nehmen kontinuierlich ab, während psychische Erkrankungen und Neubildungen deutlich zugenommen haben. Die Anzahl diagnostizierter und behandelter psychischer Erkrankungen stieg von 1991 bis 2005 um 9%, die der Neubildungen sogar um 50%. Maßnahmen in den Bereichen Skelett/Muskeln/

Schaubild 9

Bettenauslastung der Reha-Einrichtungen

1991 bis 2005; in %



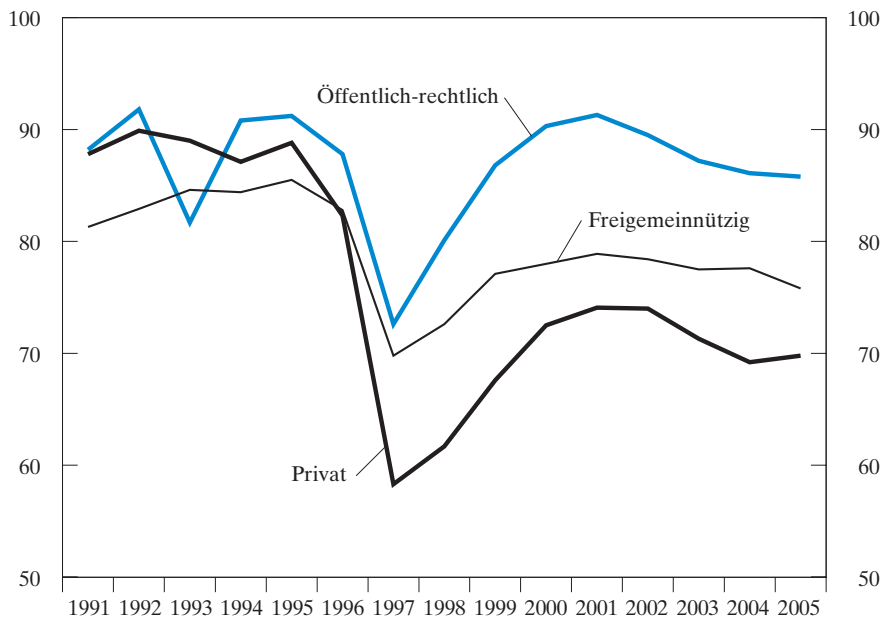
Quelle: Statistisches Bundesamt (2006); ADMED / HCB / RWI Analyse.

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006.

Schaubild 10

Bettenauslastung der Reha-Einrichtungen nach Trägerschaft

1991 bis 2005; in %

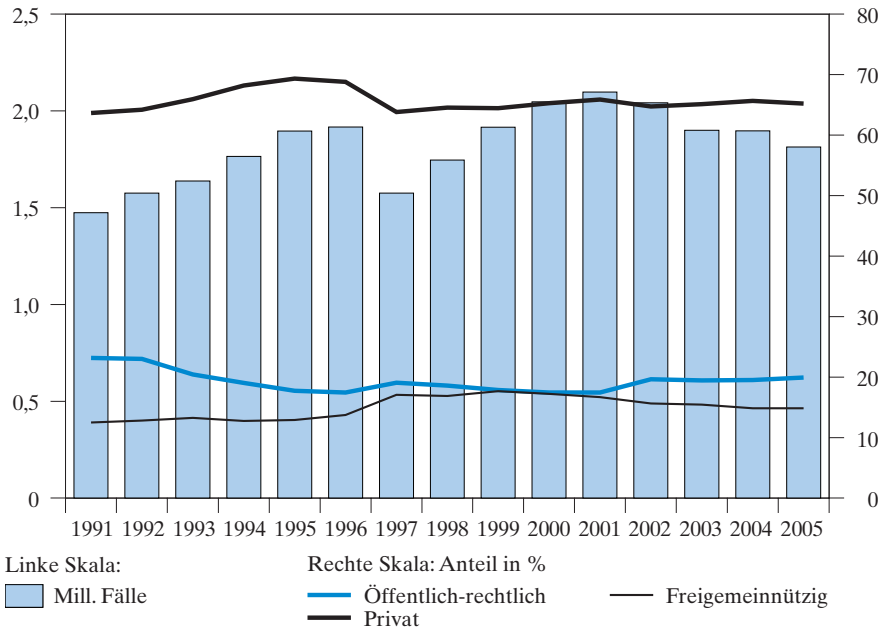


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006.

Schaubild 11

Zahl der Reha-Fälle und Verteilung nach Trägerschaft

1991 bis 2005



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006.

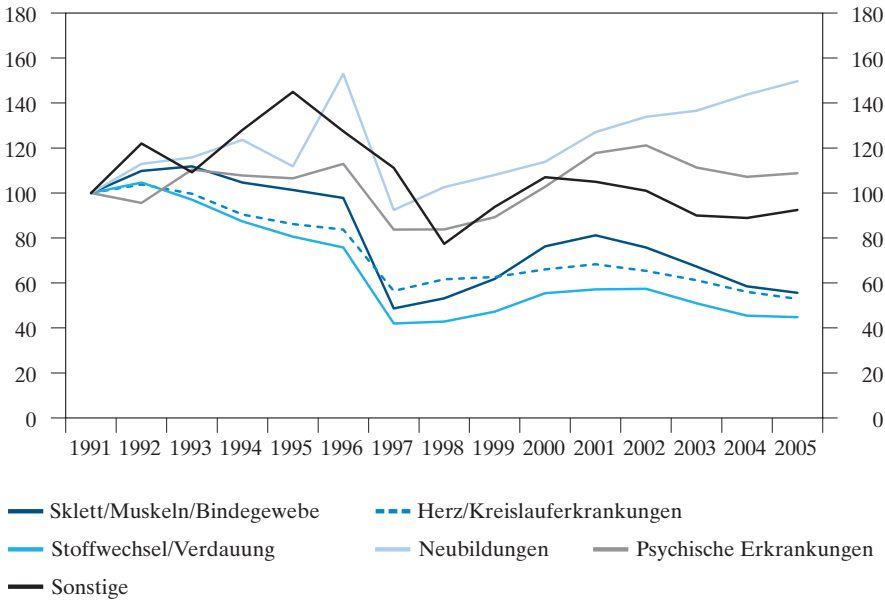
Bindegewebe und Herz-/Kreislauferkrankungen haben indessen an Bedeutung verloren, insbesondere im Bereich Skelett/Muskeln/Bindegewebe.

Qualitativ wurden diese Verschiebungen auch für jene Anschlussheilbehandlungen, die über die DRV finanziert werden, nachvollzogen (Schaubild 13). Hier hatte die Anzahl bei Neubildungen um über 500% zugelegt, so dass der Anteil dieser Krankheitsgruppe an allen Diagnosen von 9% auf 33% wuchs. Das klassische Gebiet der Herz-/Kreislauferkrankungen blieb absolut gesehen konstant, was relativ zu den anderen Krankheitsgruppen einem Rückgang von 42% auf 18% gleicht.

Die Bedeutung der medizinischen Reha hat im Zeitablauf merklich abgenommen. 1991 waren noch 90% aller bei der DRV eingereichten Rehabilitationsanträge medizinischer Art, 2006 nur noch rund 80% (Schaubild 14). Entsprechend hat die Bedeutung beruflicher Reha zugenommen. Im Zuge des demografischen Wandels dürfte in Zukunft jedoch wieder mit mehr medizinischen Reha-Leistungen zu rechnen sein.

Schaubild 12

Reha-Maßnahmen nach Indikationen[1)]
1991 bis 2005; 1991=100



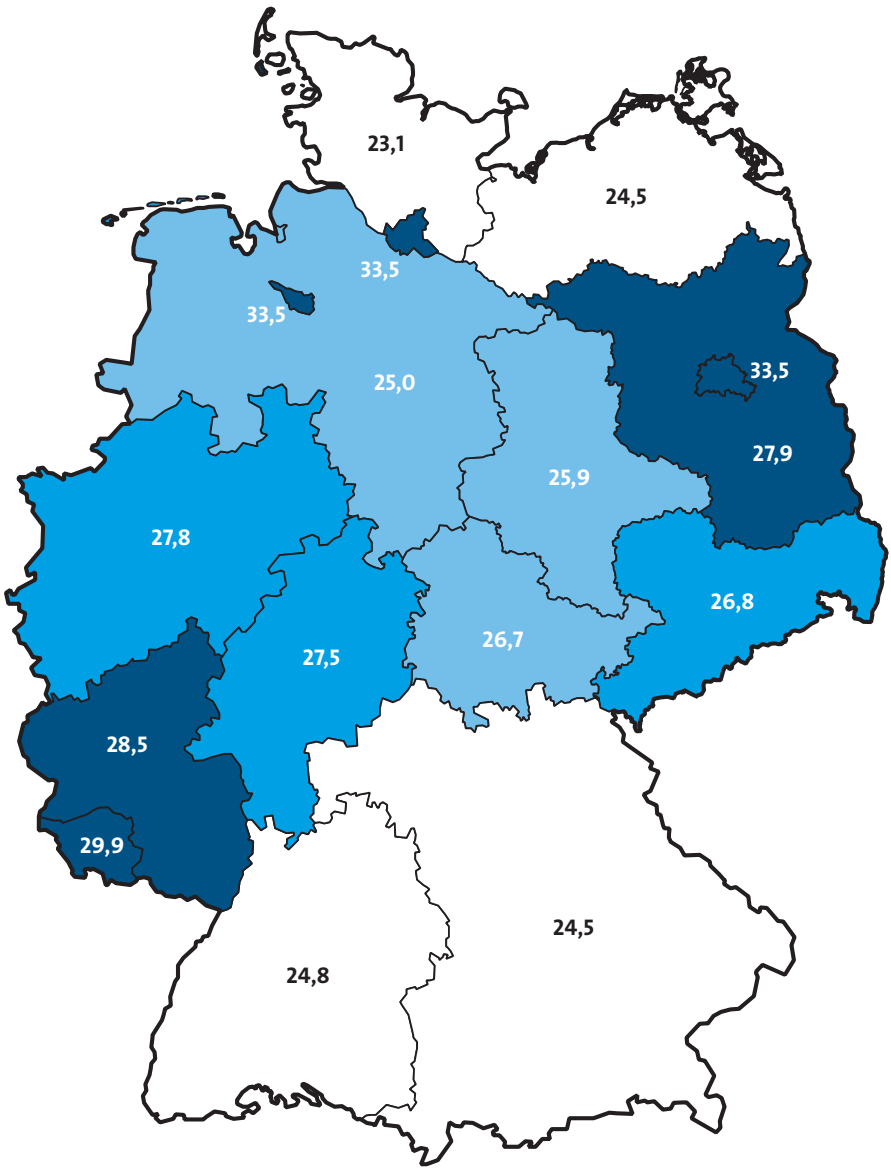
Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: DRV 2007. – [1]Durch das Beitragsentlastungsgesetz (Regeldauerverkürzung von vier auf drei Wochen, Verlängerung des Wiederholungsintervalls von drei auf vier Jahre und Erhöhung der Zuzahlung) sank die Zahl der Maßnahmen 1997.

Nach einem längeren Rückgang der Antragszahlen stiegen 2006 sowohl die Antragszahlen für die medizinische Rehabilitation als auch für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wieder (Schaubild 15 und 16). Im ersten Halbjahr 2007 wurden 10% mehr medizinische Anträge und 5% mehr Anträge zur Teilhabe am Arbeitsleben gestellt als im Vorjahreshalbjahr. Dies kann als ein Anzeichen zu einem möglichen Trendwechsel gedeutet werden.

Karte 1

Durchschnittliche Verweildauer in Reha-Einrichtungen

2005; in Tagen (Bundesdurchschnitt: 25,8)

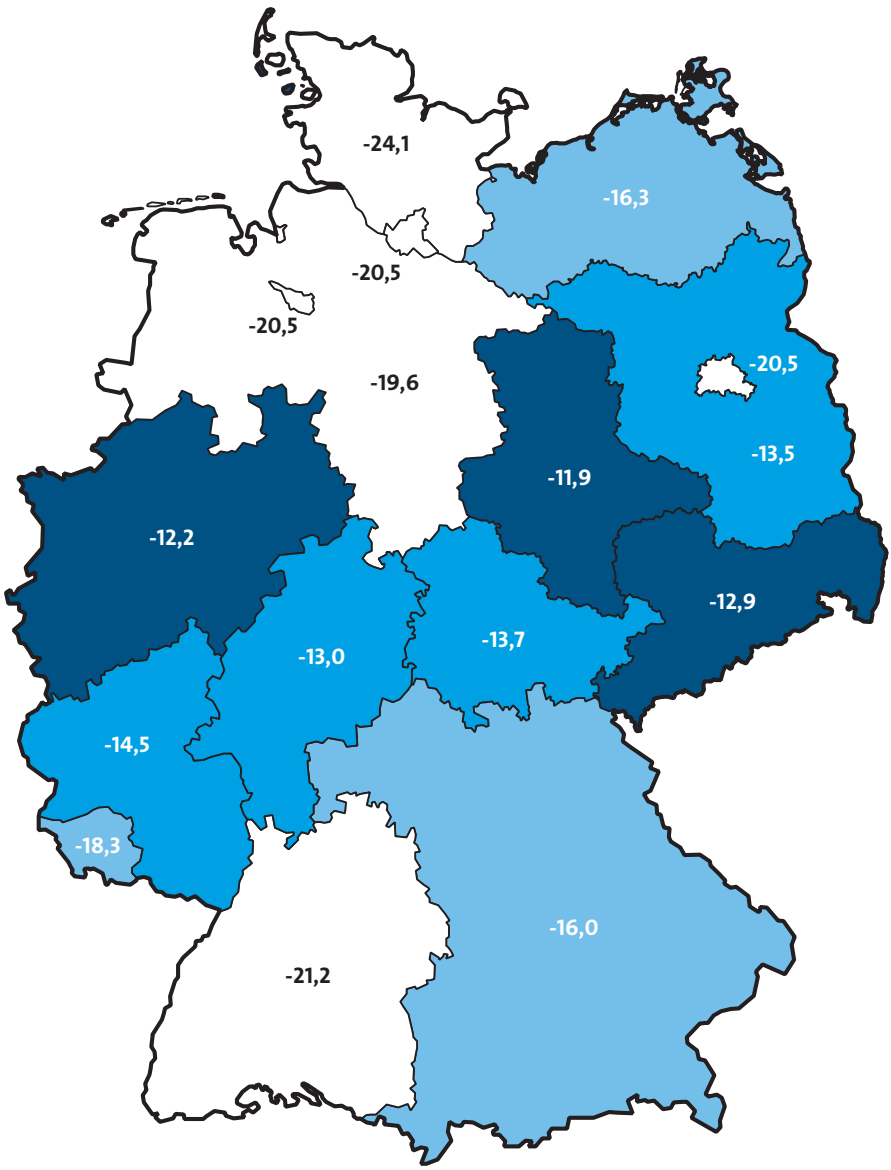


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006. – Berlin, Bremen und Hamburg zusammengefasst. Kategorien: weiß: 1. Quartil; hellblau: 2. Quartil; blau: 3. Quartil; dunkelblau: 4. Quartil.

noch Karte 1

Durchschnittliche Verweildauer in Reha-Einrichtungen

1995 bis 2005; Veränderung in % (Bundesdurchschnitt: –16,8)

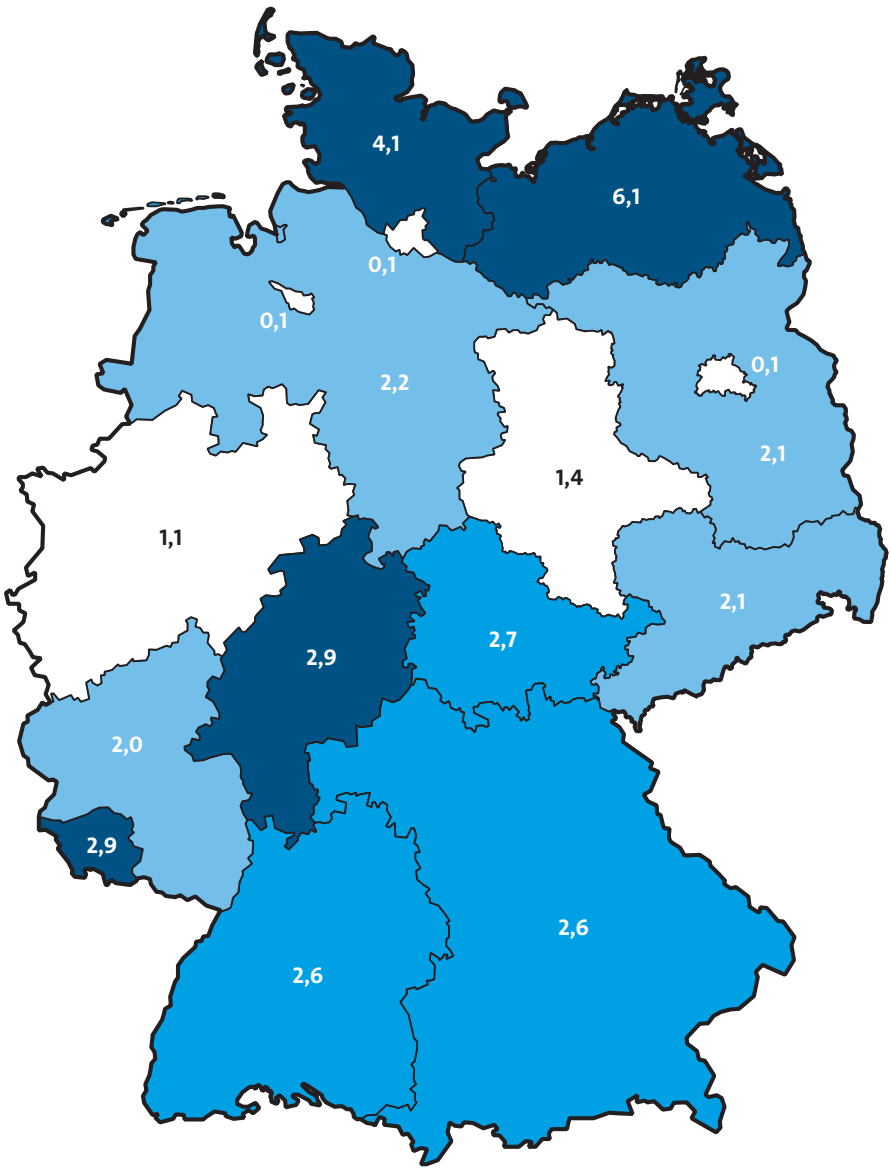


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006. – Berlin, Bremen und Hamburg zusammengefasst. Kategorien: weiß: 1. Quartil; hellblau: 2. Quartil; blau: 3. Quartil; dunkelblau: 4. Quartil.

Karte 2

Durchschnittliche Zahl der Betten in Reha-Einrichtungen

2005; je 1 000 Einwohner (Bundesdurchschnitt: 2,1)

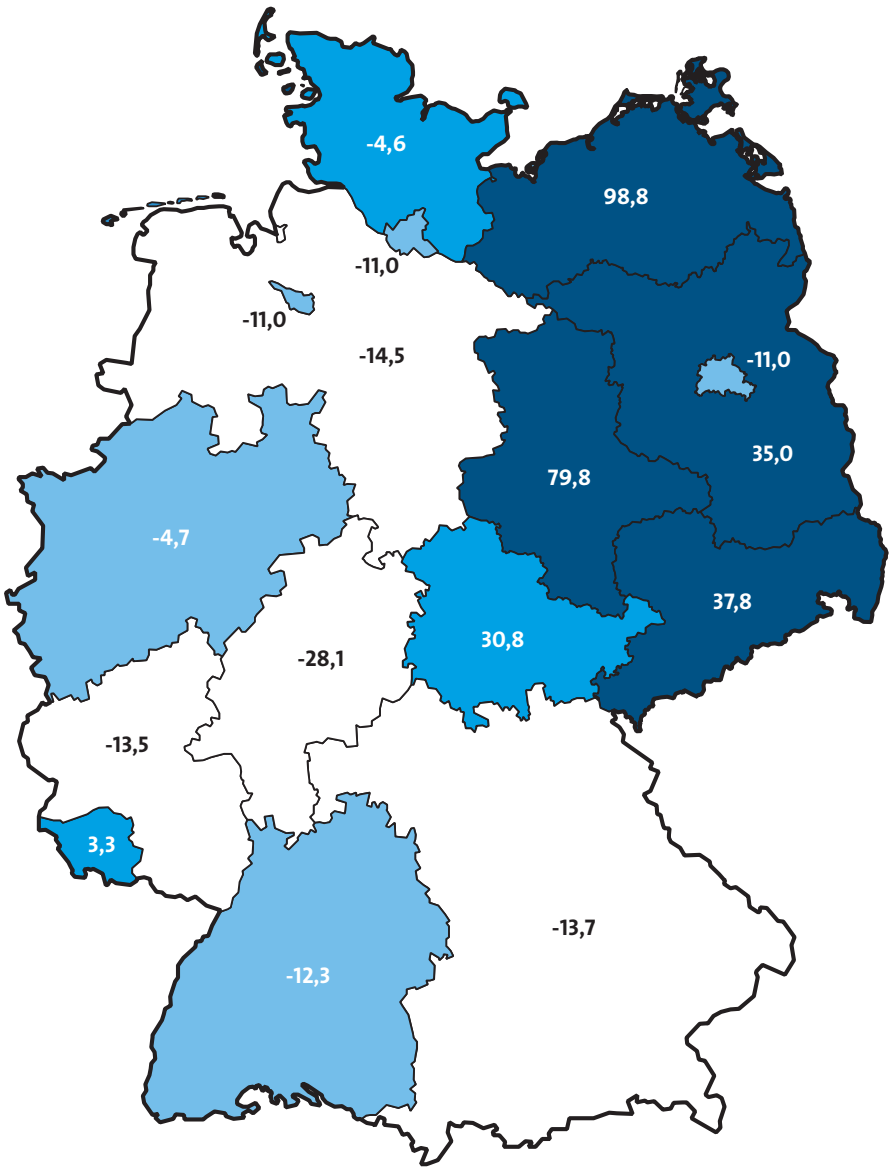


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006. – Berlin, Bremen und Hamburg zusammengefasst. Kategorien: weiß: 1. Quartil; hellblau: 2. Quartil; blau: 3. Quartil; dunkelblau: 4. Quartil.

noch Karte 2

Durchschnittliche Zahl der Betten in Reha-Einrichtungen

1995 bis 2005; je 1 000 Einwohner; Veränderung in % (Bundesdurchschnitt: –4,4)

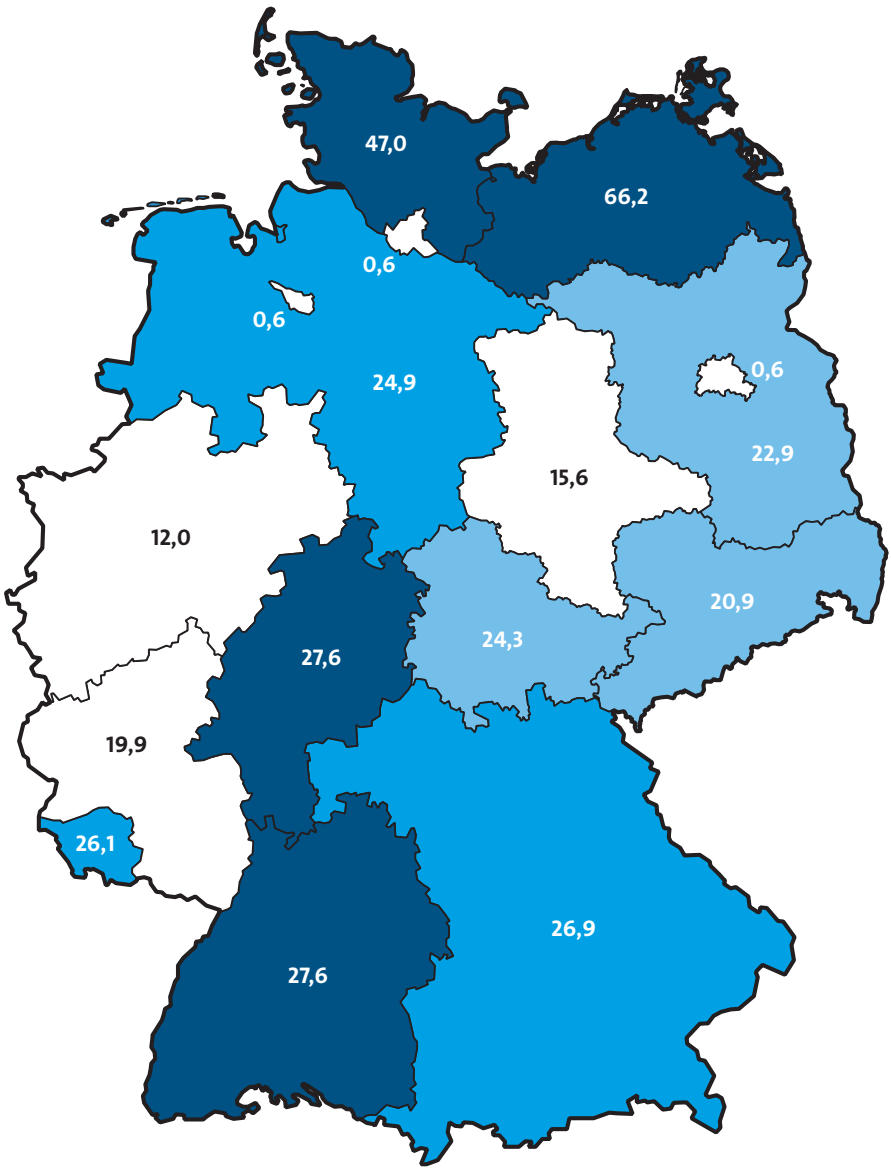


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006. – Berlin, Bremen und Hamburg zusammengefasst. Kategorien: weiß: 1. Quartil; hellblau: 2. Quartil; blau: 3. Quartil; dunkelblau: 4. Quartil.

Karte 3

Durchschnittliche Zahl der Fälle in Reha-Einrichtungen

2005; je 1 000 Einwohner (Bundesdurchschnitt: 22,1)

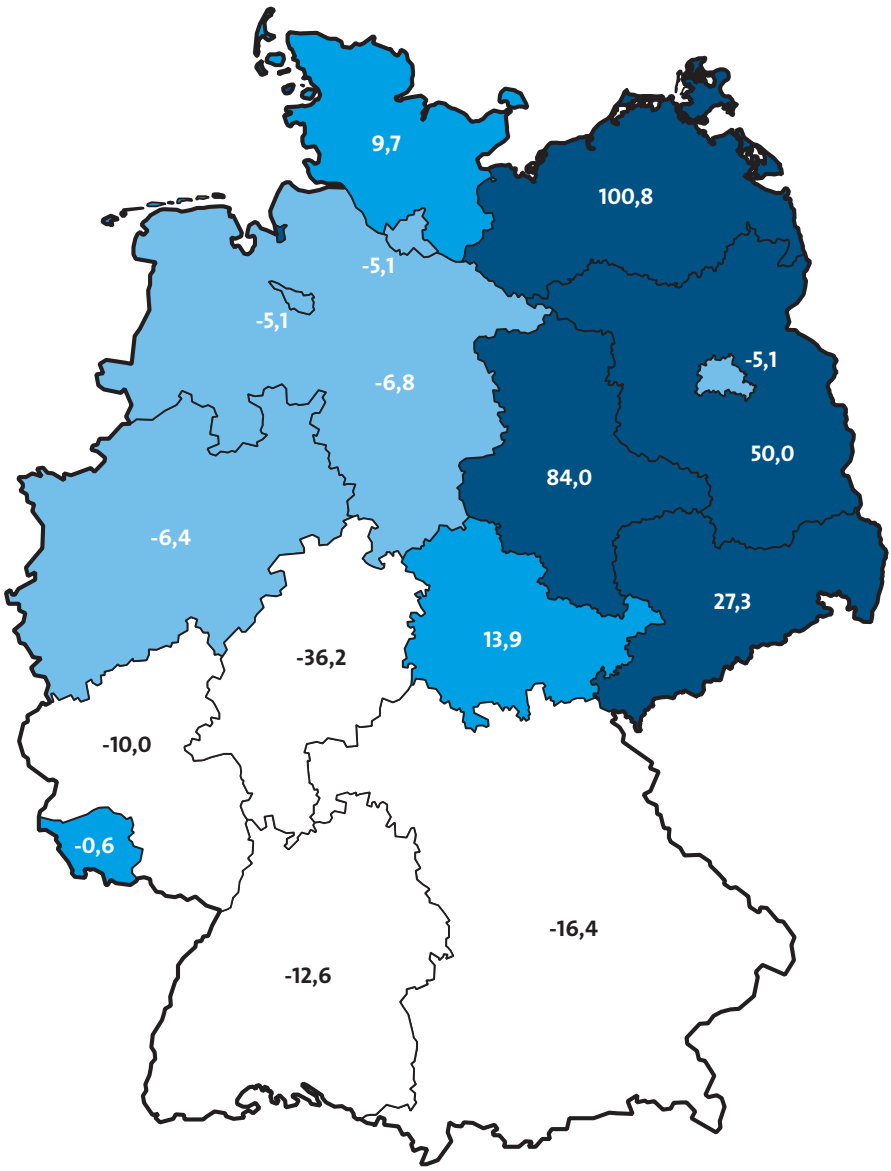


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006. – Berlin, Bremen und Hamburg zusammengefasst. Kategorien: weiß: 1. Quartil; hellblau: 2. Quartil; blau: 3. Quartil; dunkelblau: 4. Quartil.

noch Karte 3

Durchschnittliche Zahl der Fälle in Reha-Einrichtungen

1995 bis 2005; je 1 000 Einwohner; Veränderung in % (Bundesdurchschnitt: –4,8)

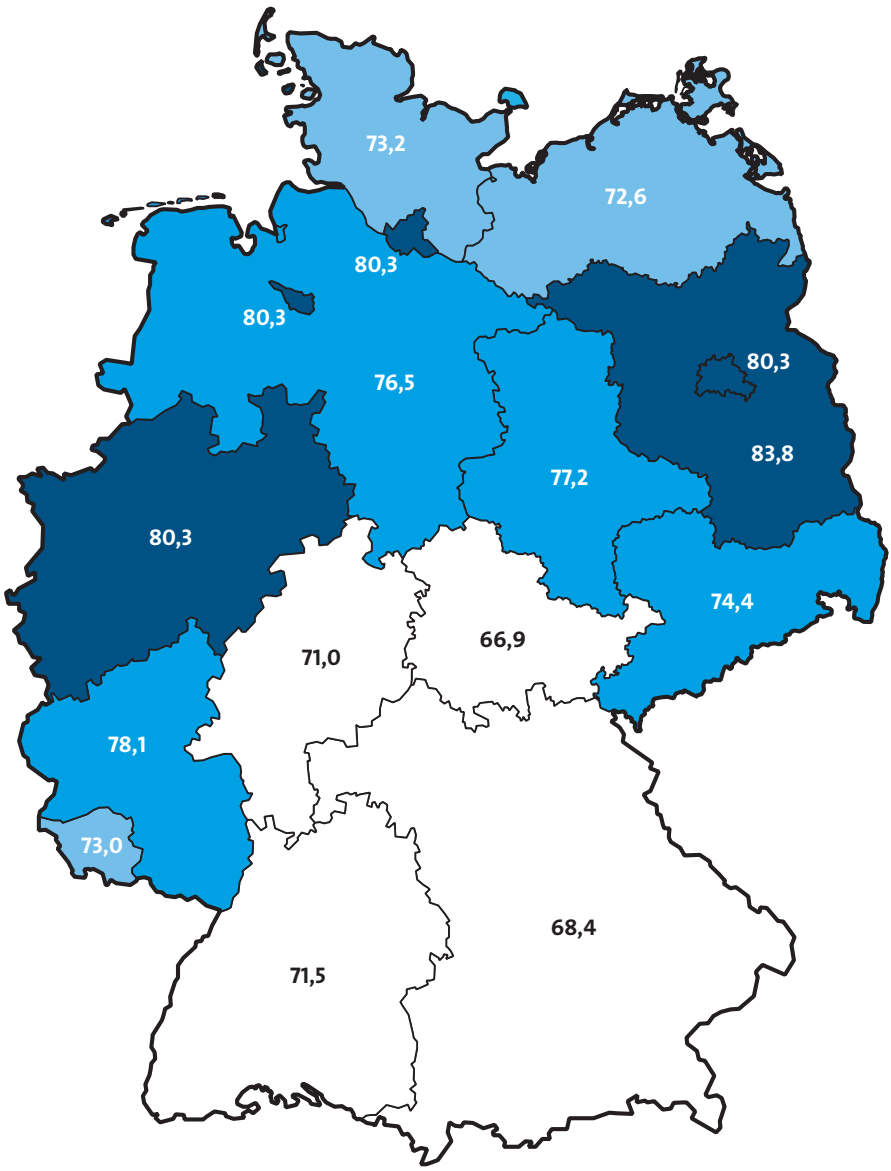


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006. – Berlin, Bremen und Hamburg zusammengefasst. Kategorien: weiß: 1. Quartil; hellblau: 2. Quartil; blau: 3. Quartil; dunkelblau: 4. Quartil.

Karte 4

Durchschnittliche Auslastung der Reha-Einrichtungen

2005; in % (Bundesdurchschnitt: 73,4)

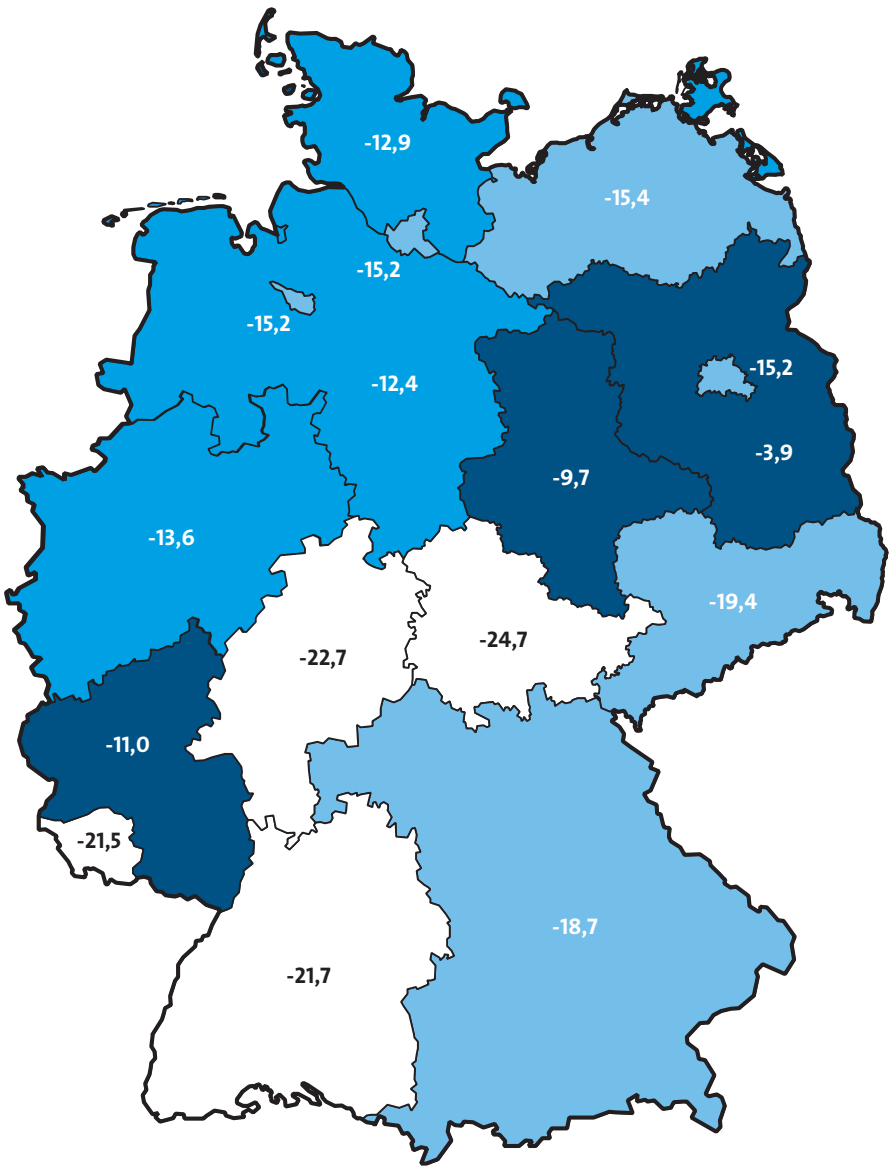


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006. – Berlin, Bremen und Hamburg zusammengefasst. Kategorien: weiß: 1. Quartil; hellblau: 2. Quartil; blau: 3. Quartil; dunkelblau: 4. Quartil.

noch Karte 4

Durchschnittliche Auslastung der Reha-Einrichtungen

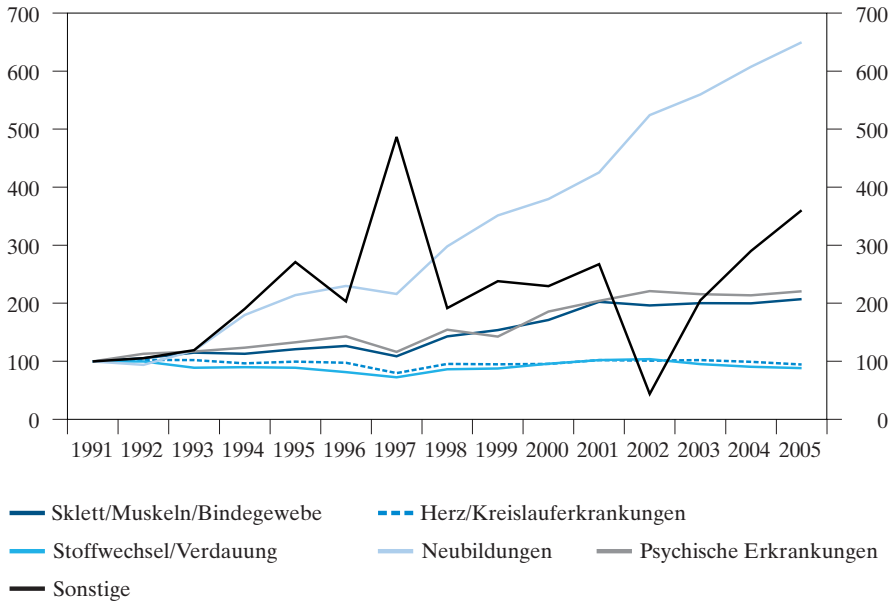
1995 bis 2005; Veränderung in % (Bundesdurchschnitt: –17,2)



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006. – Berlin, Bremen und Hamburg zusammengefasst. Kategorien: weiß: 1. Quartil; hellblau: 2. Quartil; blau: 3. Quartil; dunkelblau: 4. Quartil.

Schaubild 13

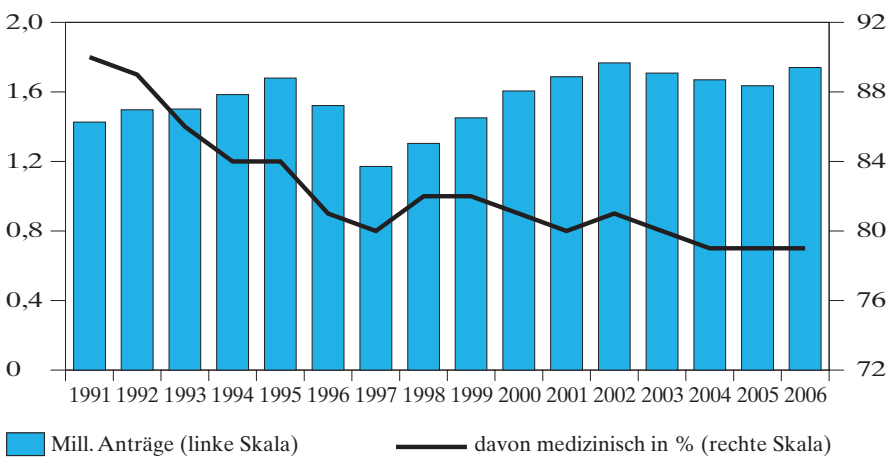
Reha-Maßnahmen in der Anschlussheilbehandlung nach Indikationen
1991 bis 2005; 1991=100



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: DRV 2007.

Schaubild 14

Bedeutung medizinischer Reha-Maßnahmen
1991 bis 2006

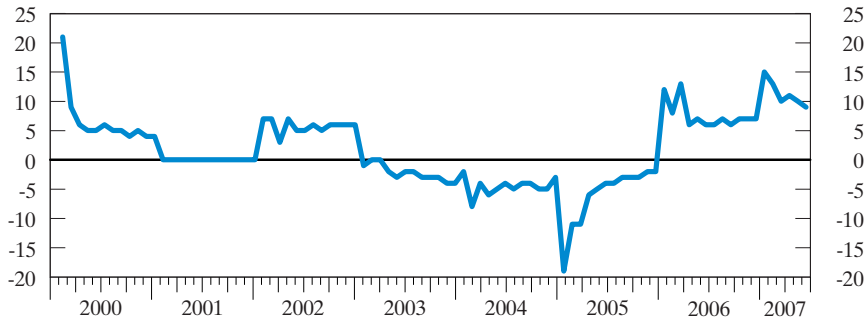


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: DRV 2007.

Schaubild 15

Anträge auf medizinische Reha-Leistungen

2000 bis 2007; Veränderung gegenüber dem Vorjahresmonat in %

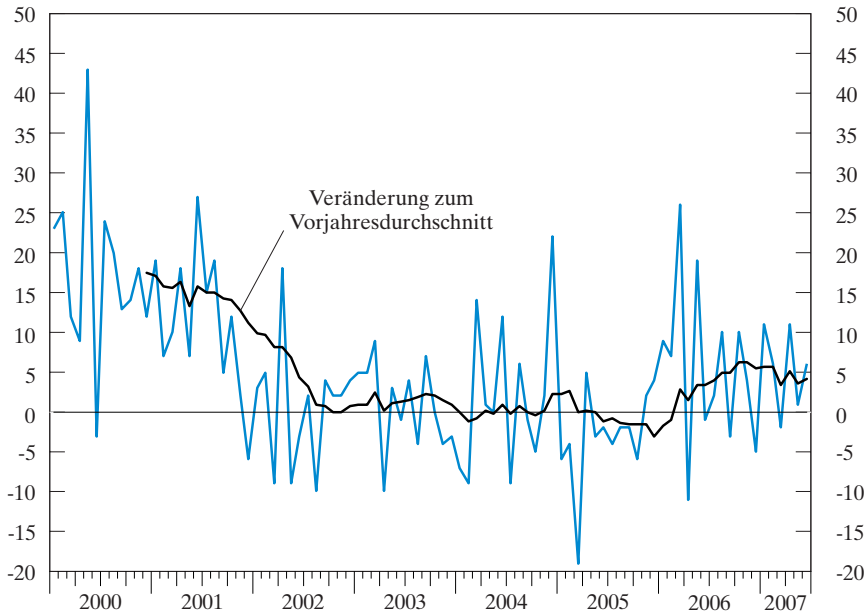


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: DRV 2007.

Schaubild 16

Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

2000 bis 2007; Veränderung gegenüber dem Vorjahresmonat in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: DRV 2007.

2.3 Prognosen

Ziel dieses Abschnitts ist die Prognose der Zahl der Reha-Fälle, des Bettenbedarfs und der Überkapazitäten bis zum Jahr 2020. Grundlage der Prognose ist die reale Nachfrage nach Reha-Leistungen je Indikation, Alter und Geschlecht im Jahr 2005 (Statistisches Bundesamt 2006). Die Hochrechnung auf 2020 erfolgt auf Basis der demografischen Entwicklung auf Bundesebene bis 2020 (BBR 2004), von Annahmen zum ambulanten Potenzial[4], den Überweisungsraten aus dem Akutbereich und der Verweildauer je Indikationsebene.

2.3.1 Demografie

Die Nachfrage nach Reha-Leistungen hängt naturgemäß stark vom Alter ab (Schaubild 17). Bis zu einem Alter von 45 Jahren ist die Nachfrage relativ gering, steigt dann steil an und fällt erst bei einem Alter von 85 Jahren wieder ab. Dabei zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Die demografische Alterung begünstigt also das Nachfragewachstum nach Reha-Leistungen. Nachfrageschwache Altersgruppen nehmen in Zukunft ab, während nachfragestarke zunehmen. Bis 2020 erwarten wir bundesweit ein starkes Wachstum der Gruppe der 80jährigen und älter um über 60% und der 61- bis 79jährigen um 7%. Die Gruppe der bis 20jährigen nimmt hingegen um rund 14% ab (Schaubild 18). Insgesamt dürfte demografiebedingt die Fallzahl bis 2020 um etwa 7% steigen.

2.3.2 Ambulantes Potenzial

Aufgrund des in den sozialen Sicherungssystemen herrschenden Kostendrucks einerseits und der engen Einnahmesituation andererseits dürfte die Prämisse „ambulant vor stationär“ an Bedeutung gewinnen und in Zukunft ein zunehmender Teil der Reha-Fälle ambulant erbracht werden. Eine leichte Umschichtung zu Gunsten ambulanter Fälle in der medizinischen Reha ist schon in der Vergangenheit erkennbar gewesen (Schaubild 19). Während 1997 nur 1,3% aller bei der DRV eingereichten medizinischen Rehabilitationsanträge ambulant ausgeführt wurden, waren es 2005 schon 8,5%. Ein weiterer Anstieg scheint wahrscheinlich. Bei einer einfachen linearen Fortschreibung des bisherigen Trends würden bis 2020 30% aller Leistungen ambulant oder teilstationär erbracht.

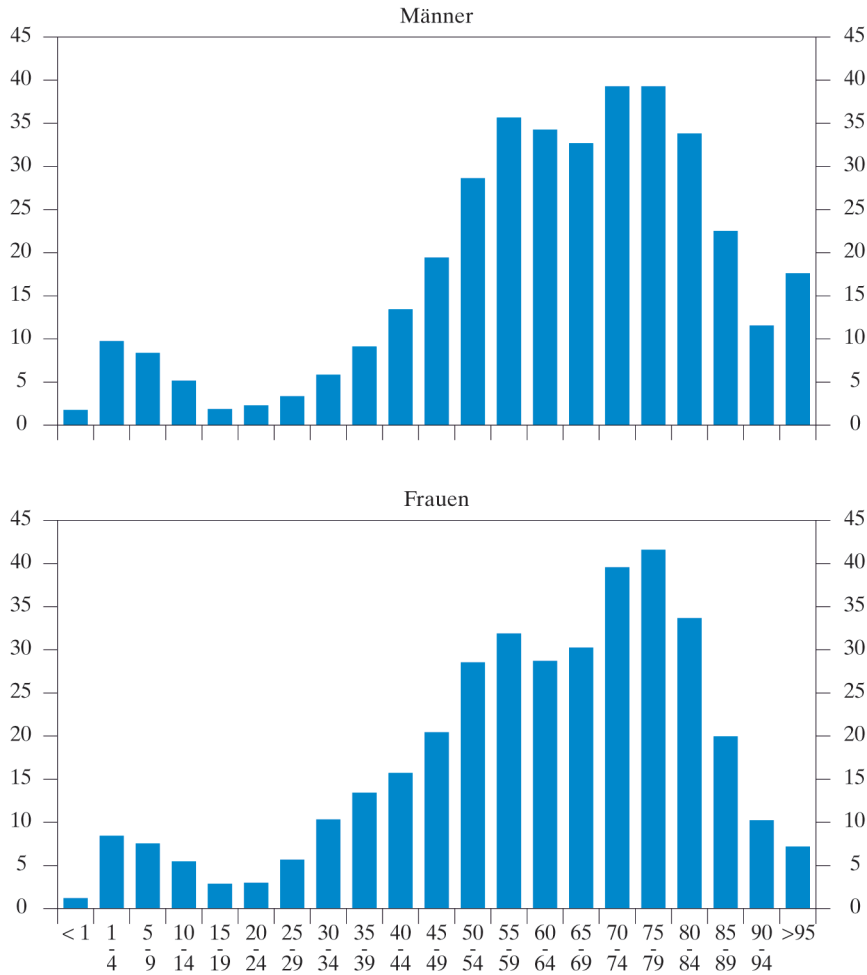
Je nach Indikation dürfte das ambulante Potenzial allerdings unterschiedlich hoch ausfallen. Wir kategorisieren die verschiedenen Indikationen in vier Gruppen, beginnend mit einem relativ niedrigen (z.B. Psyche und Verhaltens-

[4] Das ambulante Potenzial definiert sich als der Anteil der traditionell stationär durchgeführten Fälle, die prinzipiell auch ambulant durchführbar wären.

Schaubild 17

Nachfrage nach Reha-Maßnahmen nach Altersgruppen und Geschlecht

Fälle je 1000 Einwohner



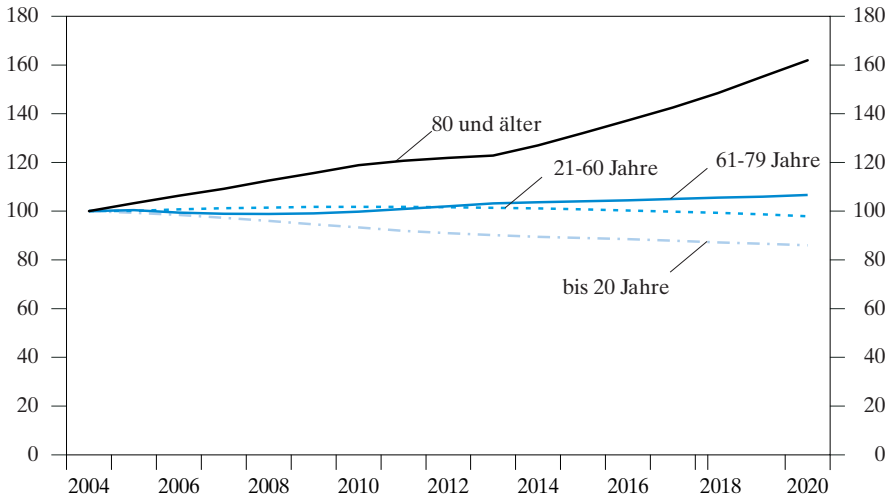
Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006.

störungen, Nervensystem) bis hin zu einem hohen ambulanten Potenzial (z.B. Ernährung und Stoffwechsel, Haut, Verletzungen oder Vergiftungen, Atmung). In der niedrigsten Gruppe nehmen wir ein Potenzial von 5% der Fälle an, in der höchsten Gruppe von 35%. Wir gehen davon aus, dass es schrittweise bis 2020 ausgeschöpft wird. Im Durchschnitt dürfte der ambulante Anteil dann bei 16% liegen, was den Wert von 20% bei einer rein linearen Fortschreibung unterschreitet.

Schaubild 18

Erwartete Zahl der Reha-Fälle nach Altersgruppen

2004 bis 2020; 2004=100

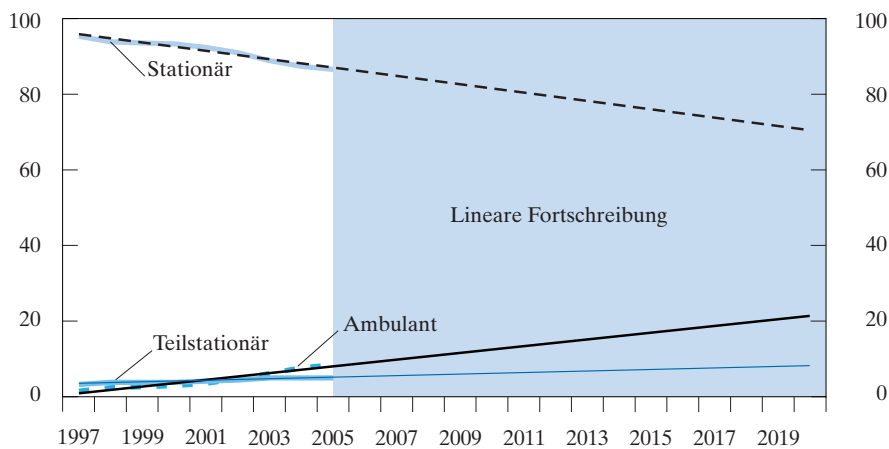


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006.

Schaubild 19

Ausgeführte medizinische Reha-Anträge

1997 bis 2005; Anteil in %

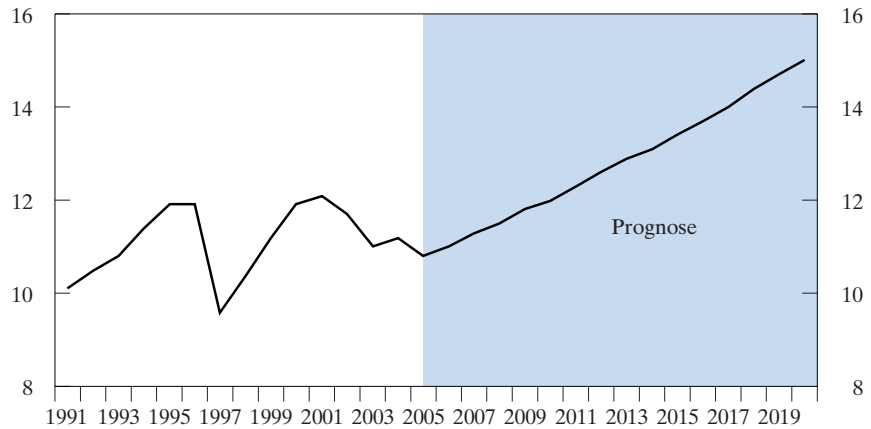


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: DRV 2007.

Schaubild 20

Verhältnis der Zahl der Reha-Fälle zur Zahl der Akut-Fälle

1991 bis 2005 je 100 Akut-Fälle



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006.

2.3.3 Verhältnis Reha- zu Akut-Fällen

Wir erwarten, dass die wachsende Integration der Akut- und Reha-Medizin zu einem Anstieg der Überweisungsraten aus dem Akut- in den Reha-Bereich führen wird. Die seit 2003 erfolgte Fallpauschalierung im Akutbereich dürfte dies am stärksten beeinflussen. Besonders bei der älteren Bevölkerung ist eine medizinische Nachsorge wichtiger als bei der jüngeren. Aus dem Krankenhaus entlassene ältere Patienten weisen in der Regel einen höheren Schweregrad im Sinne eines höheren Aufwands zur Wiederherstellung der beruflichen und sozialen Teilhabe auf. Im Zuge der Alterung der Bevölkerung erwarten wir daher eine zunehmende Überweisungsrate aus dem Akut- in den Reha-Bereich. 2005 standen 100 Akutfälle rund 11 Reha-Fälle gegenüber. Wir nehmen an, dass dieses Verhältnis bis 2020 auf 15 Fälle steigen wird (Schaubild 20). Unabhängig davon erwarten wir im Akutbereich eine Fallzunahme von rund 10% bis 2020 (Augurzky et al. 2007), was zusätzlich noch zu einer wachsenden Zahl von Reha-Fällen führt.

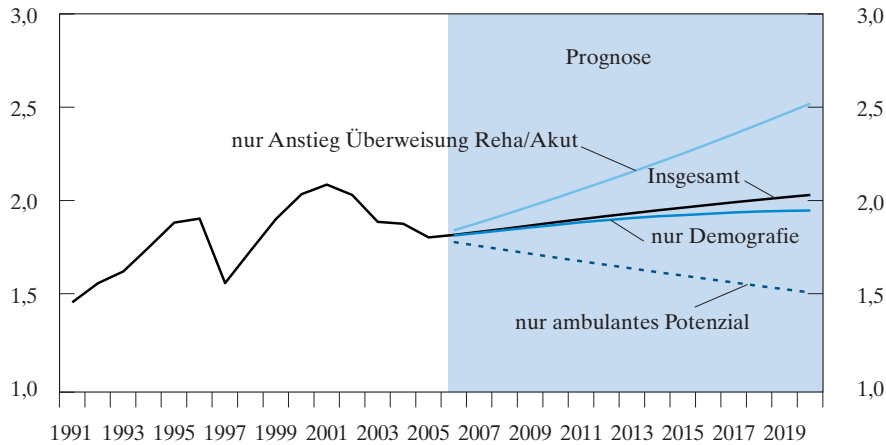
2.3.4 Fallzahl

Unter den genannten Annahmen rechnen wir bis 2020 mit etwa 12,6% mehr stationären Fällen (Schaubild 21). Hierbei schlagen die einzelnen Annahmen unterschiedlich zu Buche. Der ansteigende Überweisungsanteil von Akut zu Reha trägt wesentlich zum Anstieg bei. Die demografische Alterung unterstützt dies. Das ambulante Potenzial indessen wirkt in die entgegengesetzte

Schaubild 21

Prognose der Zahl der vollstationären Reha-Fälle

1991 bis 2005; in Mill.



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006.

Richtung und kompensiert den Anstieg der Zahl der Fälle wesentlich. Dieser Prognose liegt die implizite Annahme zugrunde, dass die Politik die Rahmenbedingungen zur Inanspruchnahme von Reha-Leistungen nicht verändert. Sollte sie sich anders verhalten, kann die Nachfrage deutlich höher, aber auch merklich geringer ausfallen.

Bei den einzelnen Indikationen ergibt sich ein ausgesprochen heterogenes Bild (Schaubild 22). Bei Neubildungen, Erkrankungen des Nervensystems, der Psyche und des Kreislaufs erwarten wir eine starke Fallzunahme. Für Erkrankungen der Verdauung, des Muskel-Skelett-Systems und urogenitale Erkrankungen prognostizieren wir ein Wachstum von über 10%. Alle anderen Indikationsgruppen weisen ein unterdurchschnittliches Wachstum auf. Nur bei den Erkrankungen im Bereich der Atmung dürfte die Fallzahl nach unserer Einschätzung abnehmen.

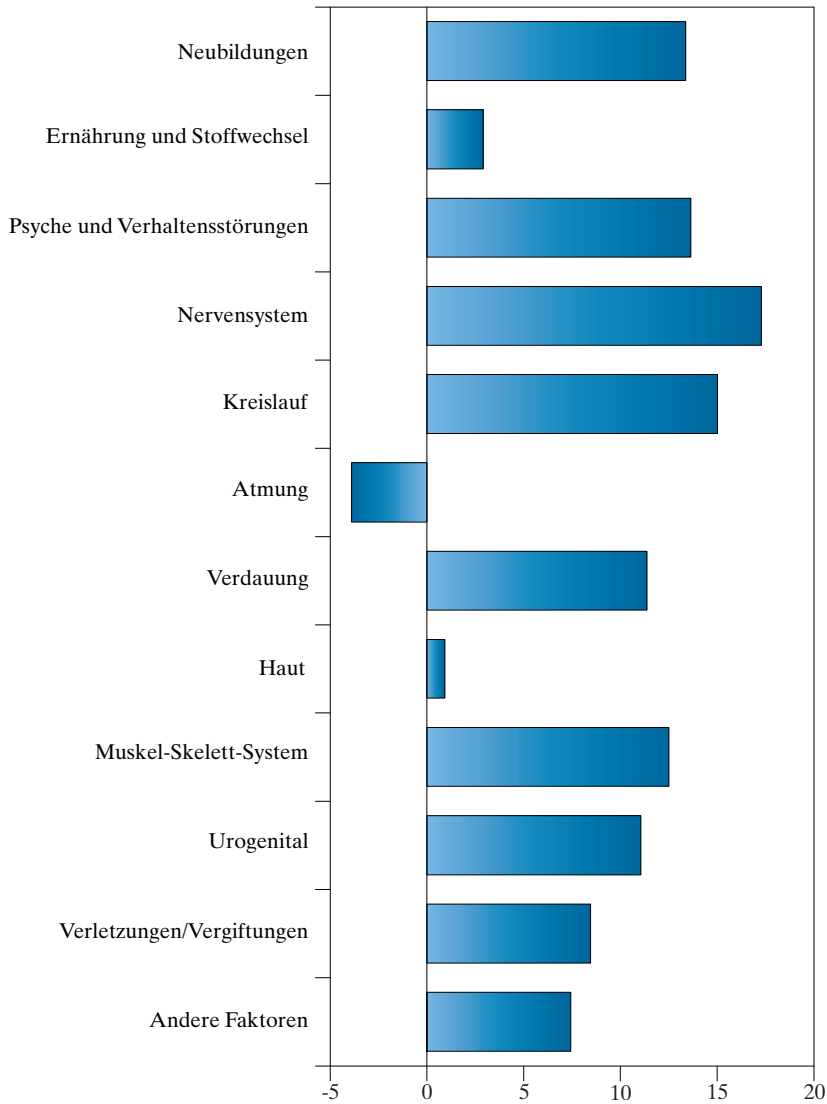
2.3.5 Verweildauer

Die Verweildauer betrug 2005 durchschnittlich 25,8 Tage (Statistisches Bundesamt 2006). Besonders hoch war sie in der Psychiatrie und Psychotherapie mit fast 64 Tagen und der psychotherapeutischen Medizin mit 41 Tagen. In den meisten anderen Fachabteilungen (Somatik) lag sie leicht über 21 Tagen, was die übliche Dauer einer Reha-Maßnahme widerspiegelt (Schaubild 23). Die durchschnittliche Verweildauer ist zwischen 1991 und 2005 um 17% gesunken. Der größte Rückgang erfolgte zwischen 1996 und 1997 um fast 10%.

Schaubild 22

Erwarteter Zuwachs an Reha-Fällen nach Indiaktionen

2005 bis 2020; Veränderung in %



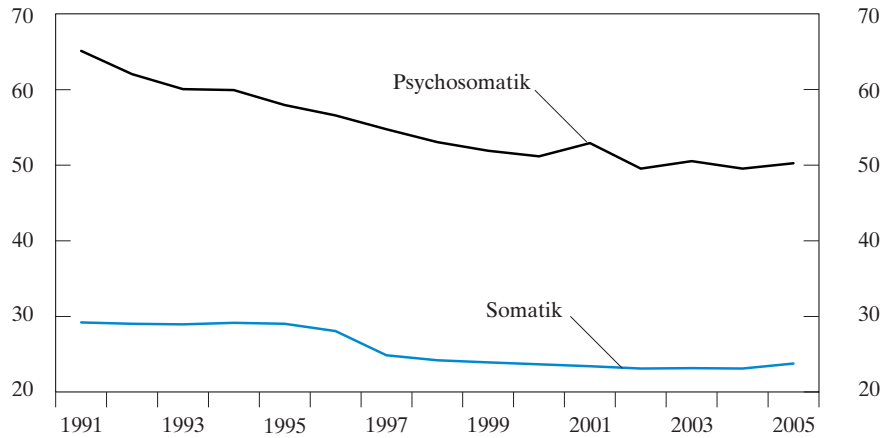
Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006.

Bei Einführung eines Fallpauschalensystems in der Reha, die wir für wahrscheinlich halten, dürfte der Anreiz zur Reduktion der Verweildauer steigen. Es wird jedoch wohl nicht zu einer ähnlich starken Abnahme wie im Akutbe-

Schaubild 23

Durchschnittliche Verweildauer in Reha-Maßnahmen

1991 bis 2005; in Tagen



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006.

reich kommen. Dies ist durch die häufige Wahl einer dreiwöchigen Behandlungsdauer – mit möglicher Verlängerung – bedingt, die jedoch nicht unumstößlich ist. Auch zweiwöchige Behandlungsdauern sind für einzelne Indikationen denkbar. Allerdings scheint der technologische Spielraum (medizinischer Fortschritt), der zu erheblichen Verweildauerreduktionen im Akutbereich führt, hier enger zu sein. Die Auswirkungen der Sequenz-Reha auf die Verweildauer sind schwer einschätzbar. Zwar dürfte dadurch die Verweildauer generell sinken. Die Maßnahme zielt jedoch eher auf eine Steigerung des Behandlungserfolgs, als auf die Reduktion der Verweildauer.

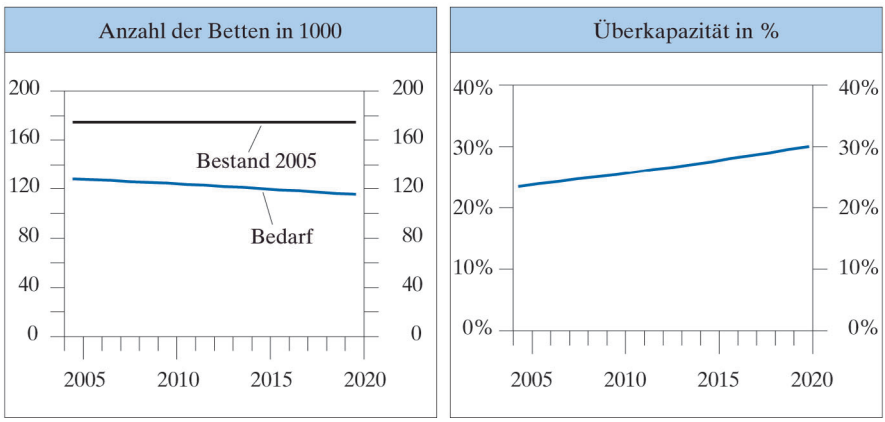
Wir nehmen einen Rückgang der Verweildauer um 10% für psychosomatische Krankheiten und einen Rückgang um 27% für somatische Krankheiten an. Der geringere Rückgang im psychosomatischen Bereich wird durch geringeres Innovationspotenzial begründet. Dies ergibt einen gewichteten durchschnittlichen Rückgang der Verweildauer zwischen 2005 und 2020 von rund 20% von derzeit 25,8 auf 20,6 Tage.

2.3.6 Bettenbedarf

Trotz wachsender Fallzahlen nimmt die Zahl der Belegungstage in Reha-Kliniken insgesamt wegen gleichzeitig sinkender Verweildauern ab, sodass die vorhandenen Bettenüberkapazitäten bis 2020 weiter ansteigen. Wir unterstellen dabei, dass die Betten über alle sieben Tage der Woche gleichmäßig ge-

Schaubild 24

Bettenkapazität im Basisszenario
2005 bis 2020



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006.

nutzt werden. Bei der im Vergleich zum Akutbereich hohen Verweildauer von Reha-Patienten erscheint dies plausibel. Hierbei ignorieren wir mögliche Leerzeiten, die bei der Neubelegung eines Betts entstehen können. Wir nehmen damit eine maximale Bettenauslastung von 100% an. Im Gegensatz zur Notfallversorgung im Akutbereich können alle Bettenkapazitäten genutzt werden, da kein Puffer für unerwartete Notfälle bereitgestellt werden muss.[5]

Unter diesen Annahmen errechnet sich eine Bettenüberkapazität von 27% im Jahr 2007 (Schaubild 24) und von 34% bis 2020. Analog würde die Bettenauslastung von 73% im Jahr 2007 auf nur noch 66% bis 2020 sinken. Diese Zahlen unterstellen allerdings, dass die Anbieterseite im Status quo verharrt. Sollte es zu einer – unserer Meinung nach wahrscheinlichen – Marktbereinigung im Reha-Bereich kommen und sich infolgedessen die Zahl der Betten deutlich reduzieren, wird die Auslastung spürbar steigen. In Kapitel 3 beschreiben wir ein Szenario mit Marktbereinigung.

2.4 Wesentliche Ergebnisse im Überblick

Die in den vergangenen zehn Jahren geringen und in Zukunft möglicherweise weiter sinkenden Auslastungen und der damit einhergehende starke Wettbewerb zwischen den Anbietern dürften zur gegenwärtig schwierigen wirt-

[5] 2005 wurden nur rund 0,2% aller Reha-Betten für Notfälle vorgehalten (Statistisches Bundesamt 2006).

schaftlichen Situation der Reha-Kliniken geführt haben. Die solidarische Finanzierung von Gesundheitsleistungen einer alternden Gesellschaft wird außerdem zunehmend schwieriger. Vor dem Hintergrund der eher nachgelagerten Rolle der Reha gegenüber dem Akutbereich dürften auch die politischen Kräfte die Prioritäten bei Ressourcenknappheit weniger auf Reha legen.

Dennoch gibt es aus Sicht der Anbieter auch positive Zeichen. Die Stärkung der Rehabilitation durch das GKV-WSG spricht für einen kleinen Bewusstseinswandel. Weiter wird der Arbeitsmarkt in Zukunft auf ältere Menschen immer weniger verzichten können, sodass die Rehabilitation als Maßnahme der Arbeitskraftwiederherstellung eine bedeutendere Rolle einnehmen dürfte. Eine weitere Chance besteht im Angebot privat finanzierter Reha-Leistungen. Allerdings ist die private Nachfrage deutlich preis- und qualitätsbewusster und beschränkt sich auf einen kleinen Teil der Bevölkerung.

Die Fallzahlen dürften aufgrund der Alterung der Bevölkerung und zunehmenden Überweisungsraten aus dem Akutbereich bis 2020 merklich zunehmen. Vermehrte ambulante Reha wird dies allerdings abschwächen, sodass man in der Summe von einer Steigerung der Fallzahl bis 2020 von rund 12% ausgehen kann. Dennoch könnten die Bettenüberkapazitäten ohne eine Marktbereinigung von derzeit 27% bis 2020 auf 34% anwachsen. Grund ist der zu erwartende Rückgang bei der Verweildauer.

Eine Marktbereinigung scheint aus unserer Sicht unumgänglich. Die schon heute vermutlich geringe Profitabilität der Reha-Einrichtungen und – trotz Zunahme der Fallzahl – weiter wachsenden Überkapazitäten dürften Ursache für einen in den nächsten Jahren stattfindenden Kapazitätsabbau sein. Dies kann über Schließungen einzelner Kliniken erfolgen. Erst ab einer Auslastung von etwa 90% arbeiten die meisten Marktteilnehmer profitabel. Der Markt wird daher mittelfristig diese Zielmarke erreichen müssen. Im nächsten Kapitel untersuchen wir das Rating, die Ausfallwahrscheinlichkeit von Reha-Kliniken.

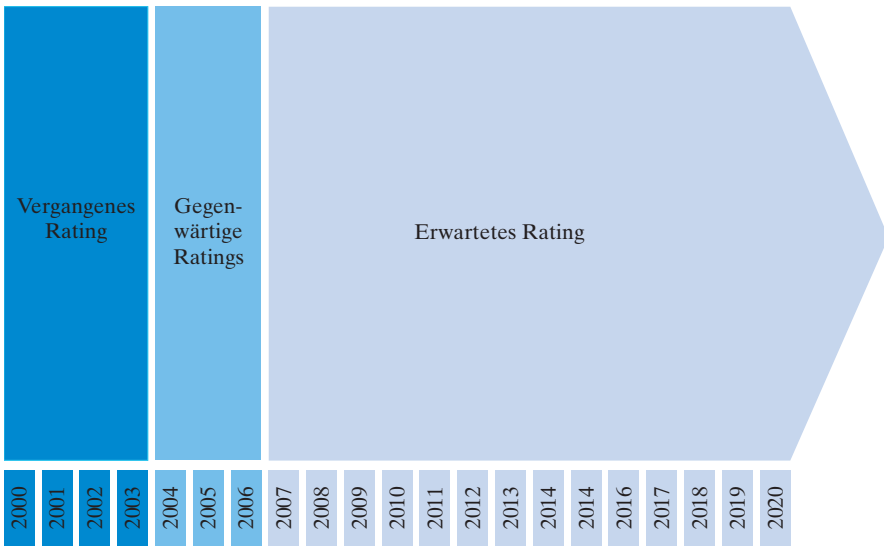
3. Das Rating der Reha-Einrichtungen

3.1 Datengrundlage

Ziel dieses Abschnitts ist die Darstellung der aktuellen wirtschaftlichen Situation der Reha-Einrichtungen und deren Prognose bis 2020 (Schaubild 25). Zu diesem Zweck greifen wir auf eine Stichprobe von 165 Reha-Kliniken, d.h. rund 13% aller deutschen Reha-Kliniken, zurück. Es handelt sich dabei um 84 Jahresabschlüsse, weil viele Klinikketten nur Abschlüsse auf Ketten-, nicht jedoch auf Einrichtungsebene veröffentlichen. Ferner werden Reha-Einrichtungen nicht berücksichtigt, wenn sie Teil einer größeren Kette sind, in der der

Schaubild 25

Ziel: Darstellung der wirtschaftlichen Situation der Reha-Einrichtungen



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

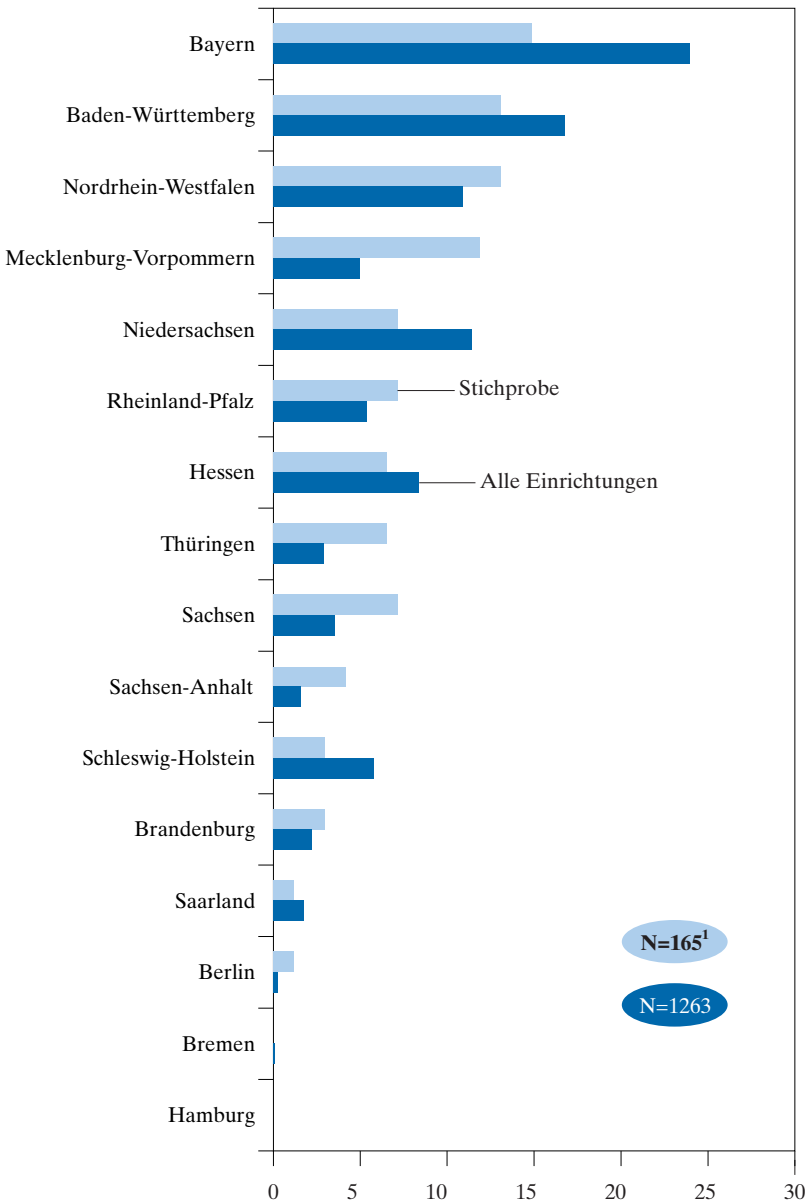
Akutbereich zahlenmäßig dominiert.[6] Im Vergleich zum Krankenhaussektor liegen deutlich weniger Jahresabschlüsse vor. Grundlage des Krankenhaus Rating Report 2007 bildete fast jede dritte Klinik. Die in dieser Studie genannten Zahlen beziehen sich daher stets nur auf die hier verwendete Stichprobe und sind nicht notwendigerweise repräsentativ für alle Reha-Kliniken.

In der Stichprobe sind Einrichtungen aus allen Bundesländern vertreten. Bayern, Baden-Württemberg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein sind unterrepräsentiert, ostdeutsche Länder und Nordrhein-Westfalen überrepräsentiert (Schaubild 26). Private Reha-Kliniken sind überrepräsentiert, nicht-private unterrepräsentiert (Schaubild 27), weil private Kliniken tendenziell eher Jahresabschlüsse veröffentlichen. Um eine größerer Repräsentativität der Daten zu erhalten, gewichten wir bei Durchschnittsbildungen, wo explizit erwähnt, nicht-private Kliniken stärker als private.

6 Die Zuordnung einer Kette zu Akut oder Reha erfolgt prinzipiell nach dem jeweiligen Umsatzanteil. Überwiegt der Umsatz mit Rehaeinrichtungen, ordnen wir den Jahresabschluss der vorliegenden Studie zu; überwiegt der Umsatz mit Akutkliniken ordnen wir den Jahresabschluss dem Krankenhaus Rating Report zu. Da der Umsatz auf Einzelhausebene nicht vorliegt, wählen wir die Bettenzahl als Approximation, wobei Rehabetten wegen des typischerweise geringeren Umsatzes je Bett geringer gewichtet werden (Verhältnis 3:10).

Schaubild 26

Vergleich der Stichprobe und der Grundgesamtheit: Verteilung auf Bundesländer
Anteil in %

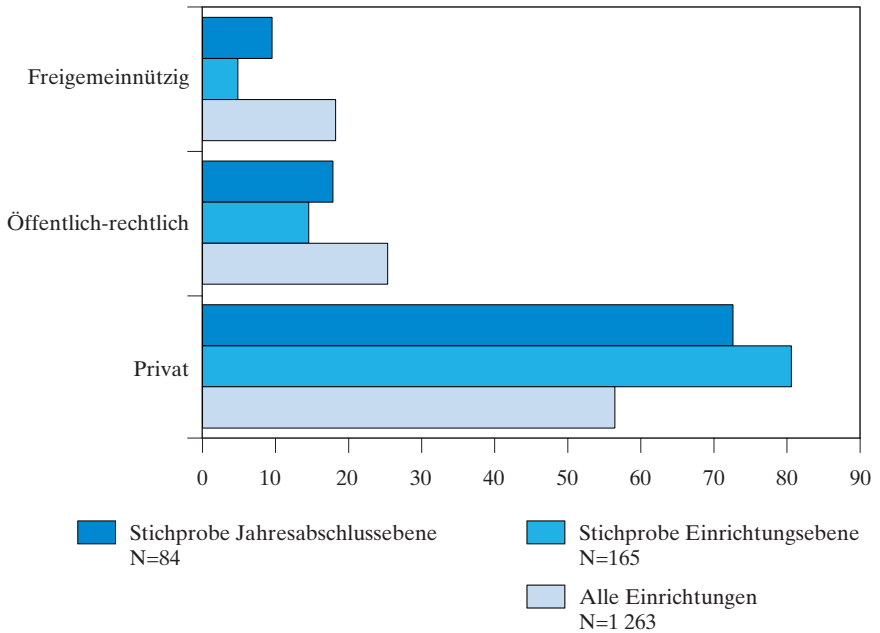


Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006. – [1]Insgesamt handelt es sich um 84 Jahresabschlüsse, wovon einzelne mehr als eine Reha-Klinik umfassen.

Schaubild 27

Vergleich der Stichprobe und der Grundgesamtheit: Verteilung nach Trägerschaft

in % der Einrichtungen und der Jahresabschlüsse



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Statistisches Bundesamt 2006.

3.2 Methodik

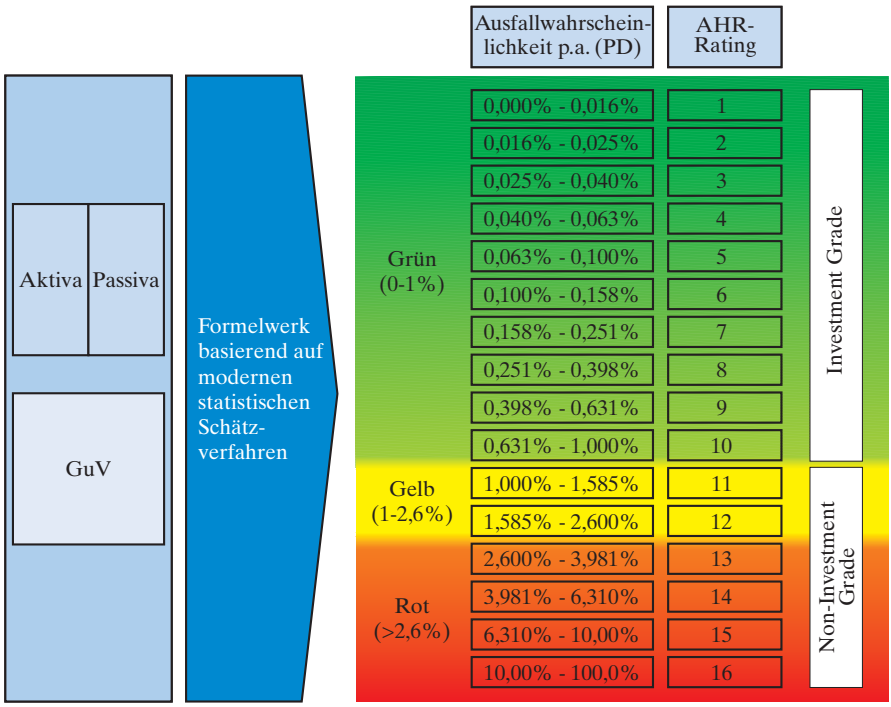
3.2.1 Bilanzrating

Zentraler Indikator zur Beurteilung der wirtschaftlichen Lage einer Reha-Klinik ist im Folgenden die so genannte Ausfallwahrscheinlichkeit. Mit Hilfe eines Bilanzratings berechnen wir die Ausfallwahrscheinlichkeit (Probability of default: PD) für jede Einrichtung anhand der vorliegenden Jahresabschlüsse. Das Rating beruht auf Engelmann et al. (2003). Deren Modell enthält insgesamt elf Kennziffern und wurde auf Bundesbankdaten, die auf Jahresabschlüssen von rund 16 000 Unternehmen basieren, gestestet und kalibriert. Im Rahmen eines Kooperationsvorhabens durch die ADMED GmbH, die HCB GmbH, das RWI Essen und die GENO-RiskSolutions GmbH wurde es für die vorliegenden Daten modifiziert. Im Anhang befinden sich eine Beschreibung des Vorgehens und eine Beurteilung seiner Güte.

Die Ausfallwahrscheinlichkeiten liegen theoretisch zwischen 0% und 100% und geben an, mit welcher Wahrscheinlichkeit das bewertete Unternehmen

Schaubild 28

Rating-Klassifizierung über errechnete Ausfallwahrscheinlichkeiten



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr seinen Zahlungsverpflichtungen nicht mehr nachkommen kann und damit ggf. Insolvenz anmelden muss. Für die weit überwiegende Mehrzahl der Unternehmen bewegen sich PDs zwischen 0% und etwa 5%. Je höher die PD, desto schlechter ist die Bonität und desto teurer können Kredite werden. Es sei allerdings darauf hingewiesen, dass die berechneten Ausfallwahrscheinlichkeiten für Reha-Kliniken gelten, die völlig auf sich alleine gestellt sind. Ein Träger, der als impliziter oder expliziter Bürge auftreten kann, bleibt dabei unberücksichtigt. Ziel dieser Studie ist nicht die Darstellung der konkreten Ausfallgefahr nur aus Sicht einer Bank, sondern aus Sicht aller Beteiligten, einschließlich der Träger der Einrichtung. Der Ausfall muss sich nicht realisieren, falls der Träger oder die öffentliche Hand einspringt und Zahlungsverpflichtungen der Einrichtung übernimmt.

Die errechneten PDs werden zur Veranschaulichung einem Ampelsystem und feineren Ratingklassen zugeordnet (Schaubild 28). Wir bezeichnen die

Tabelle 4

Annahmen des Basisszenarios

Preise	Basisszenario: keine Änderung Marktbereinigung: in dieser Phase kein realer Anstieg (0,0% p.a.), danach real +0,4%p.a.
Effekt der Mengenveränderung auf die Kosten	Mengenänderungen führen zu entsprechenden Umsatz- und Kostenanpassungen. 1% Mengenzunahmen führt zu 1% zusätzlichen Erlösen, 0,5% zusätzlichen Personal- und 0,2% Sachkosten. „Menge“ definiert sich über die Fallzahl und die Belegungstage in einem Verhältnis von 67:33. Grund ist, dass bei Fallpauschalen die Fallzahl ein großes Gewicht bekommt.
Effekt des ambulanten Potenzials auf die Kosten	Annahme: ambulante Fälle werden von der Einrichtung kostenneutral abgewickelt; es entsteht weder Gewinn noch Verlust.
Erhöhung der MwSt 2007 um 3%-Punkte	2%-Punkte werden von der Einrichtung getragen, 1%-Punkt von den Zulieferern. MwSt-relevante Sachkosten: 87%.
Steigende Energiekosten	Erhöhung der Energiekosten um 20% schrittweise bis 2020. Energie und Wasser: 6,3% der Sachkosten, Annahme: Energie: 4,0% Sachkosten.
Steigende Personalkosten	Durch neue Tarifverträge steigende Ärztegehälter: 2007 einmalig real um 4% bei öffentlich-rechtlichen, um 3% bei freigemeinnützigen oder privaten Kliniken; Ärztegehälter: 15% der Löhne und Gehälter. Ab 2008 steigen alle Personalkosten real um 0,5% p.a.
Sozialabgaben	Beitrag zur GRV 2007: +0,4%-Punkte Beitrag zur GKV 2007: +0,5%-Punkte Beitrag zur Arbeitslosenversicherung 2007: –2,3, 2008: –0,2%-Punkte Beitrag zur Pflegeversicherung 2008: +0,2%-Punkte

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

Ratingklassen als AHR 1 bis 16.[7] Der niedrigste Wert stellt das beste, der höchste Wert das schlechteste Rating dar. Ausfallwahrscheinlichkeiten zwischen 0,0% und 1,0% bzw. AHR 1 bis 10 sind mit einem geringen bis moderaten Ausfallrisiko verbunden und werden mit der Farbe grün hinterlegt. Eine Kreditaufnahme im grünen Bereich sollte einfach bzw. zu geringen Kosten möglich sein. Werte zwischen 1,0% und 2,6% bzw. AHR 11 und 12 sind gelb hinterlegt. In diesem Bereich ist die Kreditaufnahme erschwert und Kredite werden teurer. Alle Werte darüber sind rot hinterlegt; hier ist mit erheblichen Problemen bei der Kreditaufnahme zu rechnen bzw. ist sie sogar unmöglich. Wir gehen schließlich der Frage nach, ob sich das Rating von Reha-Kliniken für Untergruppen, z.B. Trägerschaft oder Region, unterscheidet.

3.2.2 Erstellung von Planbilanzen und Plan-GuV bis 2020

Wir bilden zu erwartende Entwicklungen im Reha-Sektor in Form von Planbilanzen und Plan-Gewinn- und Verlustrechnungen (Plan-GuV) bis 2020 ab, die dann jeweils einzeln dem Rating unterzogen werden. Im Basisszenario unterstellen wir, dass Reha-Einrichtungen keine Anpassungsmaßnahmen einleiten, sich also passiv verhalten. Tabelle 4 stellt die Annahmen der Szenarien

[7] Die Abkürzung AHR lehnt sich an „ADMED, HCB und RWI Essen“ an.

dar. Wir gehen grundsätzlich von erwarteten inflationsbereinigten, realen Werten aus.

Im Basisszenario besteht wohl keine Möglichkeit für Preissteigerungen. Der Preiswettbewerb zwischen Reha-Kliniken dürfte angesichts hoher Überkapazitäten kaum nachlassen. Die zunehmende Zahl von Reha-Fällen führt jedoch zu entsprechenden Mehrerlösen. Da die vorliegenden Jahresabschlüsse sämtlich aus den Jahren vor 2007 stammen, muss die Mehrwertsteuererhöhung zum 1. Januar 2007 ebenfalls abgebildet werden. Sie trifft die mehrwertsteuerrelevanten Sachkosten der Kliniken. Ein Teil der Erhöhung, wir gehen von 1%-Punkt aus, kann vermutlich an Zulieferer weitergegeben werden.

Energie- und Personalkosten dürften auch in Zukunft weiter steigen. Aufgrund der angespannten Lage auf dem Arbeitsmarkt für Ärzte, aber auch wegen des in den nächsten Jahren einsetzenden Pflegebooms (Augurzky et al. 2006; Schnabel 2007) und einer damit möglicherweise einhergehenden Knappheit an Pflegekräften nehmen wir an, dass die realen Personalkosten um 0,5% p.a. zunehmen. Ein Personalkosten erhöhender Einmaleffekt dürfte durch die neuen Tarifverträge für Ärzte 2007 spürbar sein. Schließlich finden 2007 und 2008 Anpassungen bei den Beitragssätzen zu den Sozialversicherungen statt, die in der Summe zu geringeren Lohnnebenkosten führen.

In einem zweiten, unseres Erachtens realistischeren Szenario nehmen wir an, dass der Reha-Markt bis 2013 eine Bereinigung erfahren wird, bei der Einrichtungen mit einem schlechten Rating ausscheiden. Dies verbessert die durchschnittliche Situation der verbleibenden Einrichtungen, weil sich der Preiskampf abschwächt und die Preise nach der Marktbereinigung erstmals wieder anziehen könnten.

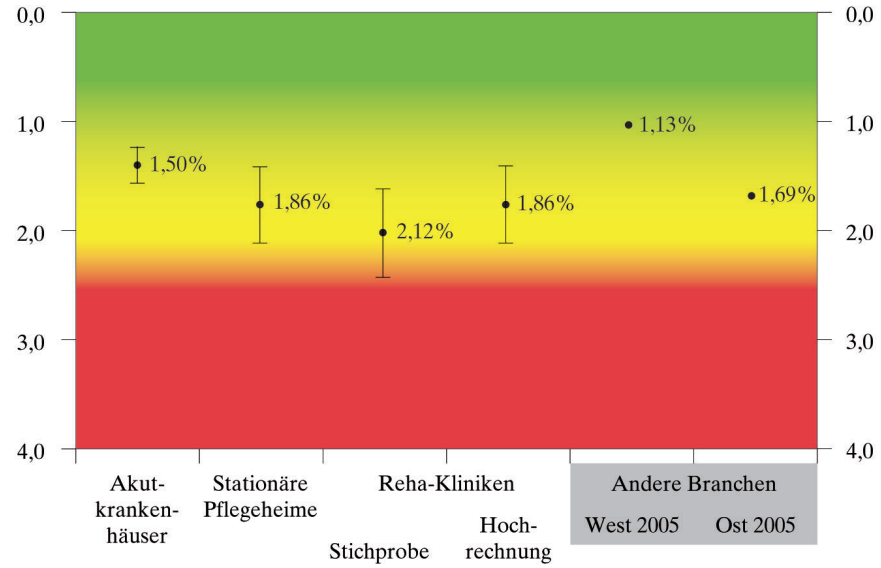
3.3 Aktuelle Situation

Die durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit der Reha-Kliniken im Datensatz beträgt 2,1% (Schaubild 29). Bei Berücksichtigung des geringeren Anteils nicht privater Kliniken in der Stichprobe und entsprechender Hochrechnung auf die bundesweite Verteilung der Trägerschaften würde sich eine leicht bessere Ausfallwahrscheinlichkeit von rund 1,9% ergeben. Die Werte liegen damit schlechter als jene für Krankenhäuser und in der Größenordnung der Werte für Pflegeheime (Augurzky et al. 2006).[8] Die Insolvenzhäufigkeit in anderen Branchen liegt darunter. 26% der Reha-Kliniken im Datensatz liegen im roten Bereich, 23% im gelben und 51% im grünen (Schaubild 30). Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit (nach Trägerschaft) erge-

[8] Im Pflegeheim Rating Report 2007, der im Herbst 2007 erscheinen soll, werden die aktuellen Ausfallwahrscheinlichkeiten für Pflegeheime dargestellt.

Schaubild 29

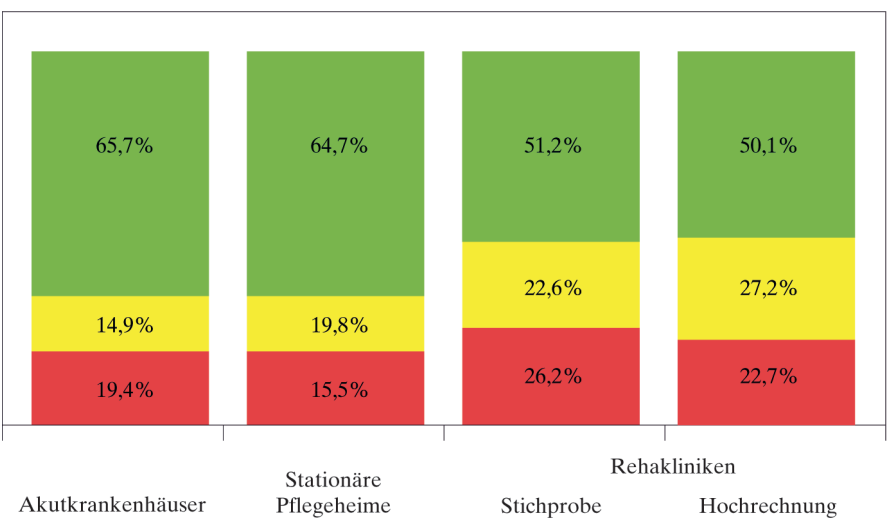
Durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit der Reha-Einrichtungen im Datensatz
in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: KfW 2007.

Schaubild 30

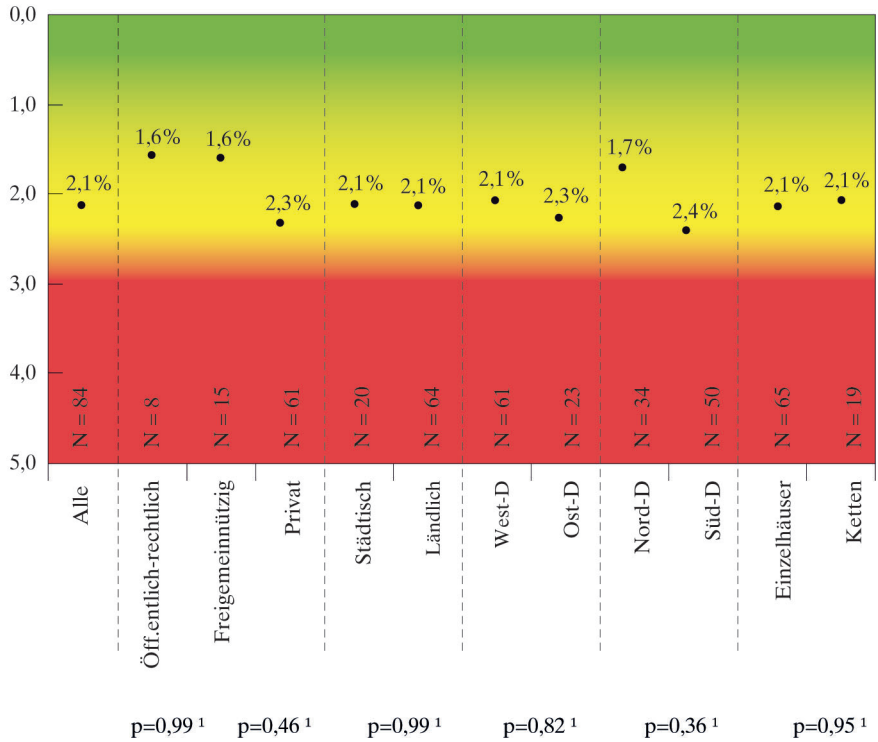
Verteilung der Einrichtungen nach der Ampelklassifikation



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

Schaubild 31

Ausfallwahrscheinlichkeiten von Reha-Kliniken nach Untergruppen
in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – [1]p-Werte geben das statistische Signifikanzniveau an. p<0,05 weist auf signifikante Unterschiede hin.

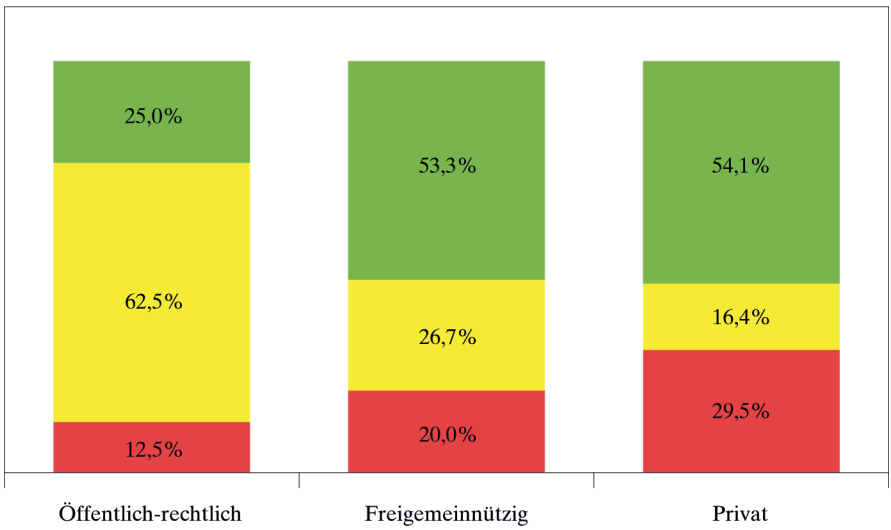
ben sich insgesamt leicht besseren Werte: 23% der Reha-Kliniken sind im roten, 27% im gelben und 50% im grünen Bereich.

3.3.1 Untergruppen

Untersucht werden Ausfallwahrscheinlichkeiten für die Untergruppen Trägerschaft, Regionaltyp, geographische Lage und Kettenzugehörigkeit (Schaubild 31). Private Reha-Einrichtungen scheinen ein schlechteres Rating aufzuweisen als nicht-private. Dabei fällt auf, dass sich die Verteilung der Ausfallwahrscheinlichkeiten zwischen freigemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Kliniken stark unterscheidet (Schaubild 32). Der Großteil der öffentlich-rechtlichen Kliniken liegt im gelben Bereich, es gibt nur wenige Einrichtungen im grünen und roten Bereich. Die Streuung der freigemeinnützigen –

Schaubild 32

Verteilung der Reha-Einrichtungen in der Ampelklassifikation nach Trägerschaft



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

ebenso wie der privaten – ist deutlich ausgeprägter. Es gibt sehr viel mehr Einrichtungen mit gutem Rating, aber auch deutlich mehr mit schlechtem.

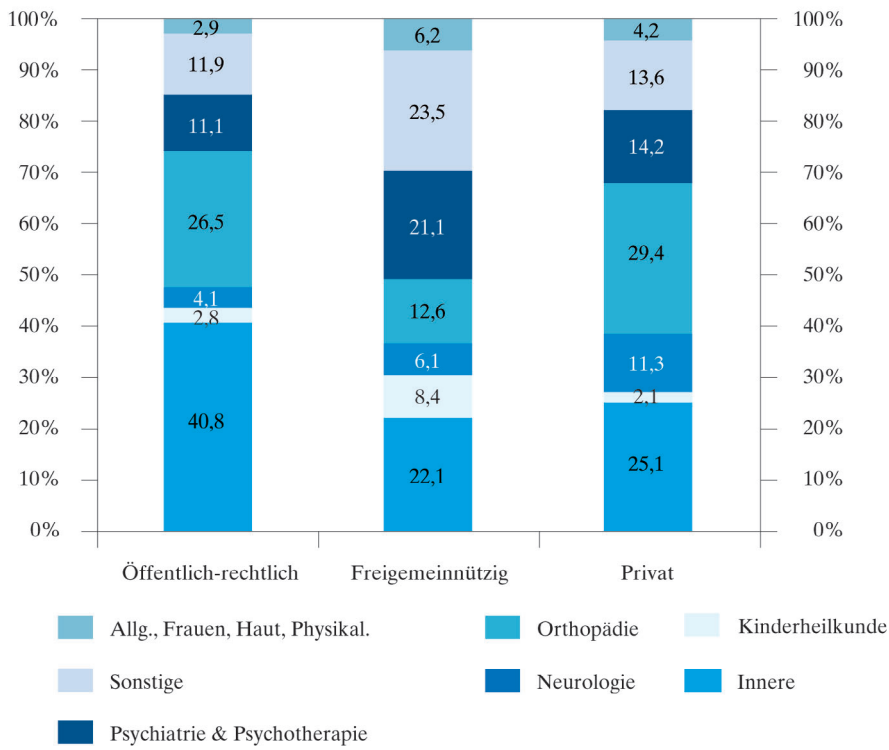
Die geringere Auslastung der privaten Einrichtungen könnte hierfür eine Ursache sein (Schaubild 10). Eine weitere Ursache könnte das stark unterschiedliche Leistungsportfolio und damit die -vergütung sein (Schaubild 33). Eine genauere Analyse der Hintergründe ist auf Basis der vorliegenden Daten allerdings nicht möglich. Ferner sind die beobachtbaren Unterschiede zwischen den jeweiligen Untergruppen relativ gering und statistisch nicht signifikant. Dies gilt für alle gezeigten Untergruppen. Es bleibt daher festzuhalten, dass es auf Basis der vorliegenden Stichprobe keine Anzeichen für Unterschiede im Rating zwischen städtischen und ländlichen Kliniken, zwischen Ost- und West-, Nord- und Süddeutschland oder zwischen einzelnen Einrichtungen und Ketten gibt.

3.3.2 Personalkosten

Als größter Kostenblock sind Personalkosten ein wichtiger Faktor des Ratings. Die Personalkosten je Vollzeitkraft können mangels Daten nicht für Untergruppen dargestellt werden. Jedoch ist es möglich, einen Blick auf die Altersvorsorgeaufwendungen als Anteil vom Umsatz zu werfen. Wie für

Schaubild 33

Fälle nach Trägerschaft und Fachabteilung
Anteil in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. Quelle: Statistisches Bundesamt 2006.

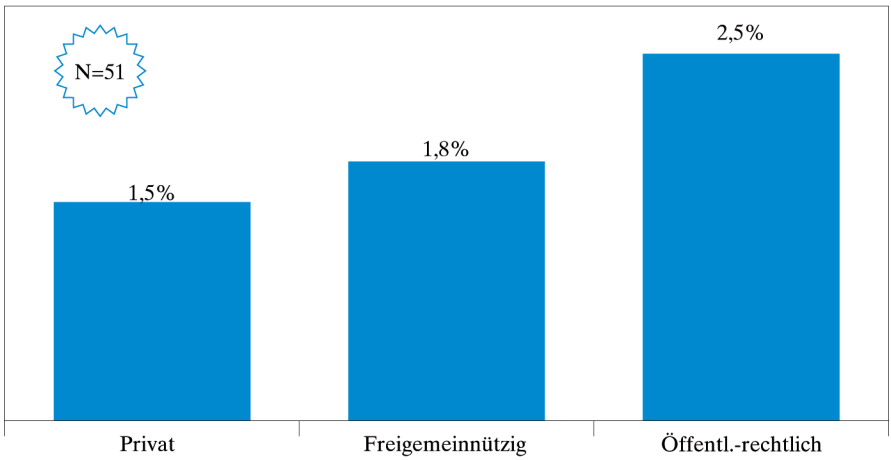
Krankenhäuser ist auch bei Reha-Kliniken die Last der Altersvorsorgeaufwendungen bei öffentlich-rechtlichen Einrichtungen mit 2,5% des Umsatzes deutlich höher als bei privaten und freigemeinnützigen (Schaubild 34). Die Teilnahme am Versorgungswerk des Bundes und der Länder (VBL) dürfte diese höheren Kosten im Wesentlichen erklären.

3.3.3 Kreditkosten

2007 trat „Basel II“ in Kraft. Kreditinstitute sind damit angehalten, ihre Kredite risikogerecht zu bepreisen. Kreditnehmer mit einem höheren Kreditausfallrisiko zahlen höhere Zinsen und umgekehrt (BIS 2003, 2004). Vor diesem Hintergrund gewinnt das Rating als Einschätzung des Kreditausfallrisikos stark an Bedeutung. Unternehmen mit schlechterem Rating müssen sich da-

Schaubild 34

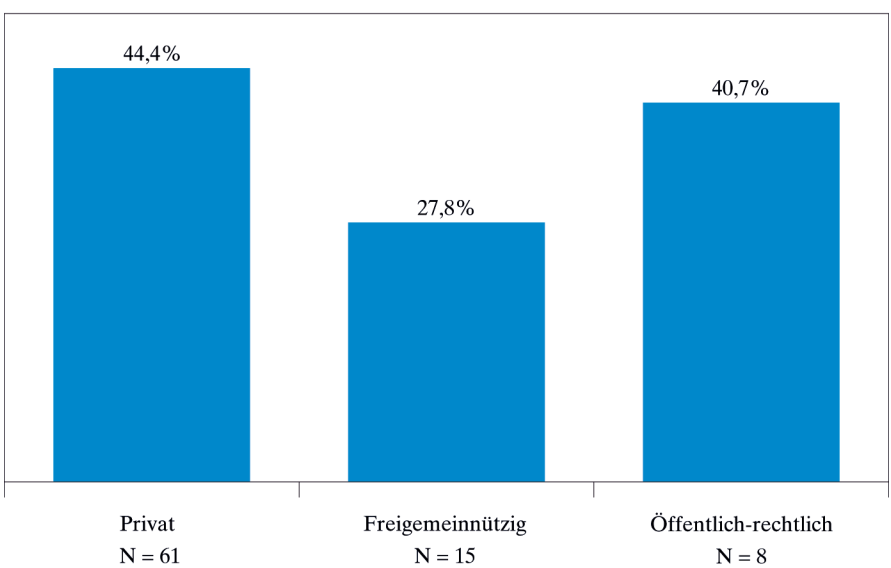
Kosten für Altersvorsorge nach Trägerschaft
Anteil am Umsatz in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

Schaubild 35

Bedeutung der Kreditfinanzierung im Reha-Bereich nach Trägerschaft
Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten als Anteil an der Bilanzsumme



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

rauf einstellen, dass sich ihre Finanzierungskosten erhöhen werden. Bereits heute finanzieren sich Reha-Kliniken zu einem Großteil über Kredite (Schaubild 35). Einige dieser Kredite dürften noch aus der Boomphase im Reha-Sektor Mitte der neunziger Jahre stammen. Nach unseren Berechnungen beträgt die durchschnittliche Zinslast auf die Kreditverbindlichkeiten der Reha-Kliniken 6,5% und das gesamte Kreditvolumen rund 5 Mrd. € – bei einer aggregierten Bilanzsumme von leicht über 11 Mrd. €.

Soll weiter stark auf externe Finanzierung zurückgegriffen werden, ist vor dem Hintergrund der schwierigen wirtschaftlichen Lage und mäßigen Ratings mit einer Verschlechterung der Kreditkonditionen zu rechnen. Nach unseren Berechnungen würde bei einer Erhöhung des Kreditzinses um 1%-Punkt die GuV um etwa 0,7% des Umsatzes belastet.[9]

3.4 Prognose des Ratings

Unter den Annahmen des Basisszenarios verschlechtert sich die Situation der Reha-Kliniken in den nächsten Jahren erheblich (Schaubild 36). Die schwierige Wettbewerbssituation bleibt bestehen, Preise können nicht erhöht werden, während die Kosten steigen. Gleichzeitig kumulieren sich jährlich Verluste und verringern das Eigenkapital. Bis 2020 dürfte die Hälfte aller Reha-Kliniken in den roten Bereich gelangen, die Ausfallwahrscheinlichkeit wächst auf 4,5%.

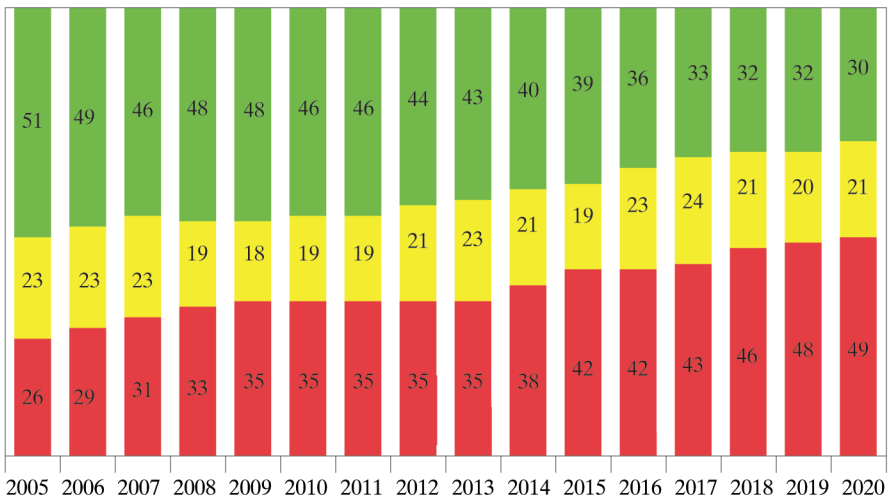
Die Annahmen des Basisszenarios sind zwar plausibel. Wir gehen jedoch nicht davon aus, dass sich die betroffenen Reha-Kliniken demgegenüber völlig passiv verhalten werden. Damit wird eine Anpassung der Prognose erforderlich: Wir erwarten, dass die Einrichtungen einerseits weiter an der Verbesserung ihrer Wirtschaftlichkeit arbeiten, andererseits aber auch zahlreiche Reha-Kliniken geschlossen werden. Im Gegensatz zum stark regulierten Krankenhausmarkt, wo Schließungen von wirtschaftlich angeschlagenen Häusern politisch problematisch sind, unterliegt der Reha-Markt weniger staatlichen Eingriffen. Eine Marktbereinigung in größerem Umfang ist daher hier durchaus denkbar.

In einem zweiten Szenario unterstellen wir daher, dass Reha-Kliniken mit einer sehr hohen Ausfallwahrscheinlichkeit schließen und infolgedessen der Preiswettbewerb in der gesamten Branche nachlässt. Wir nehmen an, dass bis 2013 rund 24% der wirtschaftlich schwachen Einrichtungen vom Markt verschwinden (Schaubild 37) und die verbleibenden Kliniken deren Patienten übernehmen. Sobald die durchschnittliche Auslastung bundesweit auf über 85% steigt, unterstellen wir einen Anstieg der Preise um 0,4% jährlich. Schau-

[9] Grundlage dieser Berechnung bilden der Kapitalumschlag bei Reha-Kliniken von rund 65% und eine Bankverbindlichkeitenquote von rund 45%.

Schaubild 36

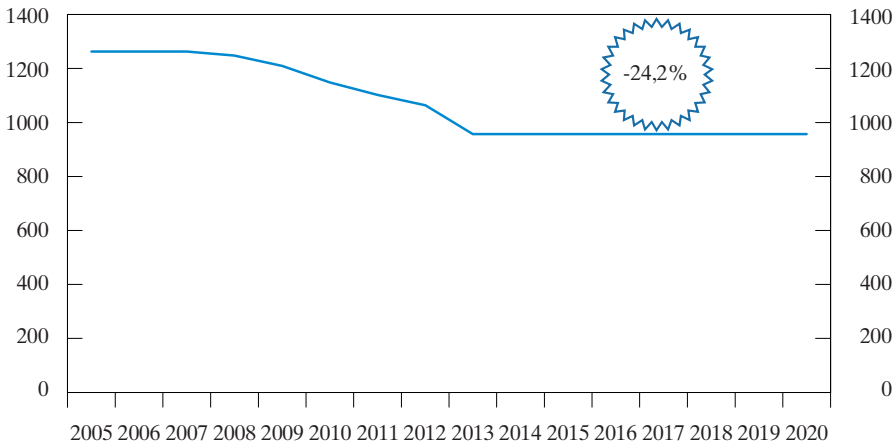
Verteilung der Reha-Einrichtungen in der Ampelklassifikation im Basisszenario
Anteil in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

Schaubild 37

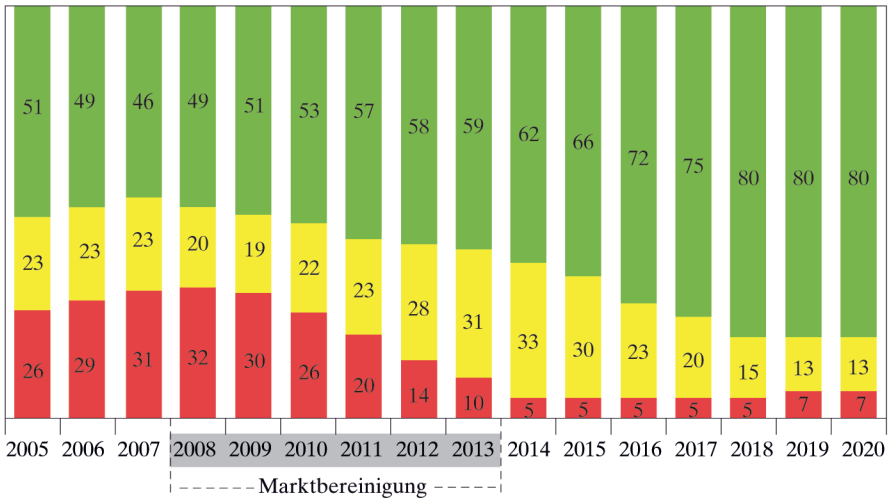
Zahl der Reha-Einrichtungen im Szenario Marktbereinigung
2005 bis 2020



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

Schaubild 38

Verteilung der Reha-Einrichtungen in der Ampelklassifikation im Szenario Marktbereinigung



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

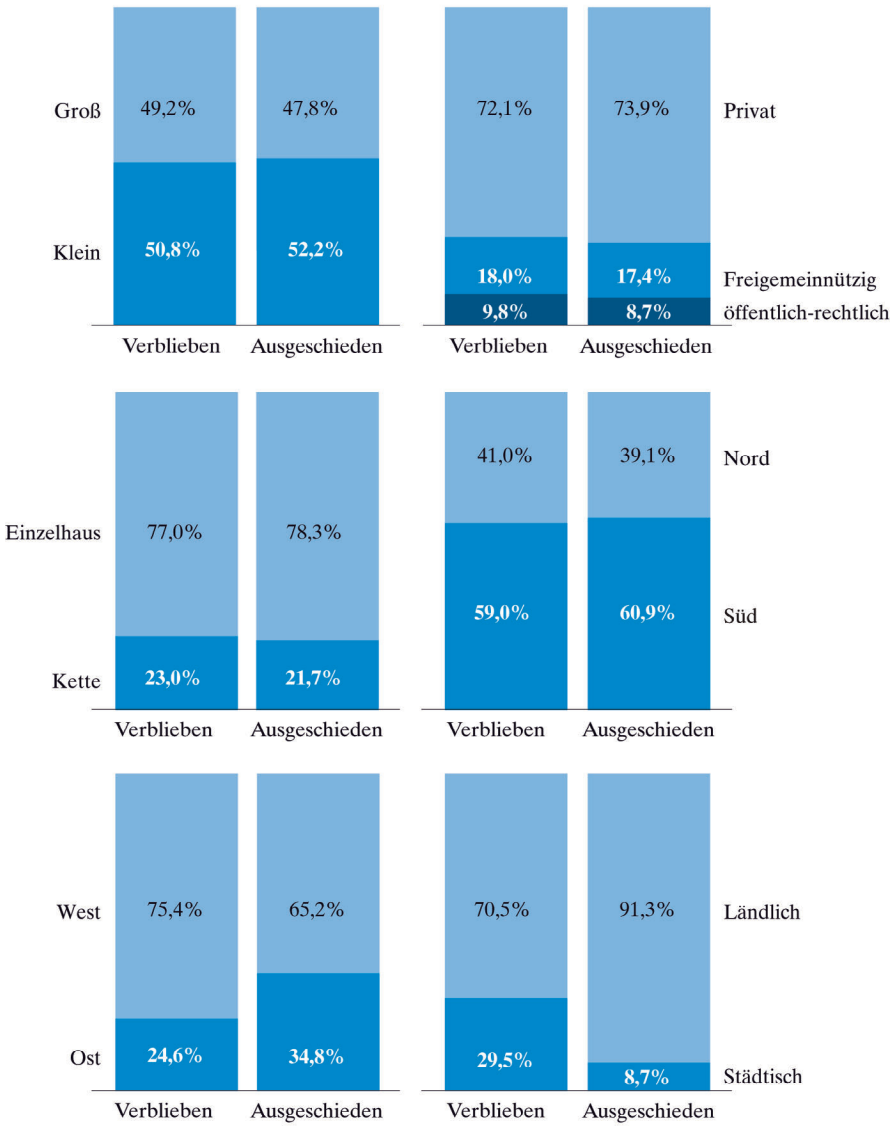
bild 38 macht deutlich, wie sich die Rehabranche dadurch erholt, der Anteil der Einrichtungen im grünen Bereich kontinuierlich auf 80% steigt und der rote Anteil fast verschwindet[10]. Die durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit verbessert sich bis 2020 auf 0,5%.

Schaubild 39 vergleicht die Charakteristika der im Szenario mit Marktbereinigung ausgefallenen mit den verbliebenen Einrichtungen. Unter den betroffenen Kliniken befinden sich etwas mehr kleine als große, mehr private als freigemeinnützige oder öffentlich-rechtliche Einrichtungen. In Süd- und Ostdeutschland dürften mehr ausfallen als in Norddeutschland. Schließlich fallen mehr in ländlichen als in städtischen Gebieten aus. Allerdings sind die Unterschiede aufgrund der relativ geringen Beobachtungszahl bis auf Ost- gegenüber Westdeutschland und städtisch gegenüber ländlich statistisch nicht signifikant.

10 Berücksichtigen wir die unterschiedliche Verteilung der Träger in unserer Stichprobe gegenüber der Grundgesamtheit, umfasst der grüne Bereich nur 76%.

Schaubild 39

Eigenschaften der verbliebenen und ausgeschiedenen Reha-Einrichtungen im Szenario Marktbereinigung



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

3.6 Wesentliche Ergebnisse im Überblick

Auf Basis einer Stichprobe von 165 Reha-Kliniken bzw. 84 Jahresabschlüssen errechnen wir eine durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit der Reha-Kliniken von 2,1%. 26% der Reha-Kliniken aus unserem Datensatz liegen im roten, 23% im gelben und 51% im grünen Bereich. Private Kliniken weisen dabei eine höhere Ausfallwahrscheinlichkeit auf als die übrigen. Berücksichtigt man den geringeren Anteil nicht privater Kliniken in der Stichprobe und rechnet dies entsprechend ihrer bundesweiten Verteilung hoch, ergibt sich eine bundesweite Ausfallwahrscheinlichkeit von rund 1,9%. Die Werte liegen damit in der Größenordnung der Werte für Pflegeheime und geringer als jene für Krankenhäuser. Es gibt keine Anzeichen für Unterschiede im Rating zwischen städtischen und ländlichen Kliniken, zwischen Ost- und Westdeutschland oder zwischen einzelnen Einrichtungen und Ketten. Lediglich Einrichtungen im Norden Deutschlands weisen eine geringere – aber statistisch nicht signifikante – Ausfallwahrscheinlichkeit als jene im Süden.

Nach unseren Berechnungen beträgt die durchschnittliche Zinslast auf die Kreditverbindlichkeiten der Reha-Kliniken 6,5% und das gesamte Kreditvolumen rund 5 Mrd. €. Soll weiter stark auf externe Finanzierung zurückgegriffen werden, ist vor dem Hintergrund der schwierigen wirtschaftlichen Lage und der schlechten Ratings mit einer Erhöhung der Kreditkosten zu rechnen. Nach unseren Berechnungen würde bei einer Erhöhung um des Zinssatzes 1%-Punkt die GuV um 0,7% des Umsatzes belastet.

Unter der Annahme steigender Kosten und bei anhaltend hohem Preiswettbewerb (Basisszenario) verschlechtert sich die Situation der Reha-Kliniken in den nächsten Jahren erheblich. Der Anteil der Kliniken im roten Bereich würde von derzeit 23% auf bedrohliche 57% bis 2020 wachsen. Findet jedoch bis 2013 eine Marktbereinigung statt, bei der Reha-Kliniken mit einer sehr hohen Ausfallwahrscheinlichkeit schließen und infolgedessen der Preiswettbewerb in der gesamten Branche nachlässt, bessert sich die Lage der restlichen Kliniken spürbar. Der Anteil der Reha-Einrichtungen im roten Bereich sinkt auf nur noch 7%.

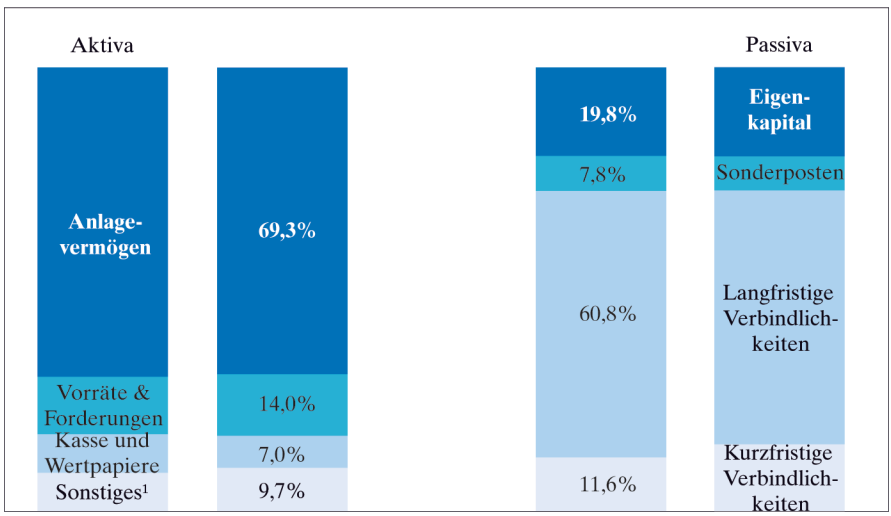
4. Benchmarks

Dieser Abschnitt stellt ausgewählte Kennzahlen von 79 Jahresabschlüssen der Reha-Einrichtungen dar[11]. Hierzu bilden wir für jede Untergruppe eine repräsentative Klinik. In einem ersten Schritt werden hierfür die Umsätze auf 100 normiert und die übrigen Positionen der Bilanz und GuV (z.B. Eigenkapital, Gewinn/Verlust) entsprechend angepasst. Diese Werte werden dann über alle Einrichtungen in der jeweiligen Untergruppe summiert. Damit ergibt sich

[11] Fünf Jahresabschlüsse mussten wegen hierfür unzureichender Daten ausgeschlossen werden.

Schaubild 40

Strukturbilanz der durchschnittlichen Reha-Einrichtung
Anteil in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – [1]Zu 8,8% nicht durch Eigenkapital gedeckter Fehlbetrag.

Schaubild 41

Struktur-GUV der durchschnittlichen Reha-Einrichtung in der Stichprobe
Anteil am Umsatz in %

Umsatzerlöse	100,0%
Materialaufwand	-21,2%
Personalaufwand	-56,1%
Sonstiges betriebliches Ergebnis (Erlöse - Aufwand)	-13,8%
EBITA	8,9%
Abschreibungen	-6,6%
EBIT	2,3%
Finanzergebnis (u.a. Zinsaufwand)	-4,1%
Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	-1,8%
Außerordentliches Ergebnis	3,1%
Steuern	-0,7%
Jahresüberschuss	0,6%

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

Tabelle 5

Das Krankenhaus nach Ausfallwahrscheinlichkeit

Kennzahl	Mittelwert				
	Insgesamt	1. Quartil	2. Quartil	3. Quartil	4. Quartil
Ausfallwahrscheinlichkeit in %	2,09	0,01	0,38	1,74	6,13
AHR-Ratingklasse	8,80	1,58	7,95	11,35	13,95
Anteil grüner Bereich in %	53,2	100,0	100,0	15,0	0,0
Anteil gelber Bereich in %	21,5	0,0	0,0	85,0	0,0
Anteil roter Bereich in %	25,3	0,0	0,0	0,0	100,0
Anzahl Jahresabschlüsse	79	19	20	20	20
Grunddaten					
Anteil private Träger in %	70,9	68,4	80,0	55,0	80,0
Anteil freigemeinnütziger Träger in %	19,0	26,3	15,0	20,0	15,0
Anteil öffentlich-rechtliche Träger in %	10,1	5,3	5,0	25,0	5,0
Finanzkennzahlen					
Eigenkapitalquote (ohne SoPo) in %	19,7	34,0	23,7	19,4	5,9
Eigenkapitalquote (mit SoPo) in %	27,5	37,8	34,9	27,8	14,5
Sonderpostenquote in %	7,8	3,8	11,1	8,4	8,6
Anlagendeckung A (mit SoPo) in %	39,6	76,9	47,2	33,2	21,0
Anlagendeckung B (mit SoPo) in %	111,2	180,2	113,4	95,1	88,5
Bankverbindlichkeitenquote in %	45,4	19,3	55,8	51,6	54,6
Cash Ratio (Liquidität 1. Grades)	30,6	176,7	36,9	11,2	3,9
Current Ratio (Liquidität 3. Grades)	92,2	288,6	131,4	68,5	47,6
Personalkosten/Umsatz in %	56,1	58,9	55,3	55,1	55,2
Sachkosten/Umsatz in %	21,2	16,5	22,4	20,3	25,5
Sonstige betr. Ergebnis/Umsatz in %	–13,8	–17,1	–11,5	–12,3	–14,6
EBITDA-Marge in %	8,9	7,6	10,8	12,3	4,8
Return on asset (vor Steuern) in %	1,5	1,3	4,6	2,4	–1,1
Brutto-Umsatzrendite in %	2,3	2,0	4,9	4,4	–2,0
Kapitalumschlag (Erlöse/Bilanzsumme)	64,7	63,5	94,3	56,0	56,9

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

eine „repräsentative“ Klinik, für die schließlich die dargestellten Kennzahlen errechnet werden. Diese Vorgehensweise hat zwei Vorteile. Erstens erhält jede Einrichtung dasselbe Gewicht, also werden die dargestellten Parameter nicht von wenigen großen Kliniken dominiert. Zweitens ist gewährleistet, dass die Kennzahlen in sich konsistent sind[12].

Schaubild 40 zeigt die Strukturbilanz der durchschnittlichen Reha-Klinik. Es fällt auf, dass im Gegensatz zu Krankenhäusern die Eigenkapitalquote mit rund 20% geringer ausfällt. Bei Krankenhäusern beträgt sie rund 24% (Augurzky et al. 2007). 24% der Reha-Kliniken weisen ein negatives Eigenkapital auf und sind somit überschuldet. Im Durchschnitt findet sich damit ein nicht durch Eigenkapital gedeckter Fehlbetrag auf der Aktivseite (rund 9%), was auf die schwierige Lage der Reha-Kliniken hinweist. Verrechnet man das ne-

Tabelle 6

Das Krankenhaus nach Ausfallwahrscheinlichkeit: privat vs. nicht privat

Kennzahl	Mittelwert	
	privat	nicht privat
Ausfallwahrscheinlichkeit in %	2,30	1,58
AHR Ratingklasse	8,95	8,43
Anteil grüner Bereich in %	57,1	43,5
Anteil gelber Bereich in %	14,3	39,1
Anteil roter Bereich in %	28,6	17,4
Anzahl Jahresabschlüsse	56	23
Grunddaten		
Anteil private Träger in %	100,0	0,0
Anteil freigemeinnützige Träger in %	0,0	65,2
Anteil öffentlich-rechtliche Träger in %	0,0	34,8
Finanzkennzahlen		
Eigenkapitalquote (ohne SoPo) in %	18,0	23,0
Eigenkapitalquote (mit SoPo) in %	23,2	36,2
Sonderpostenquote in %	5,2	13,2
Anlagendeckung A (mit SoPo) in %	36,8	44,1
Anlagendeckung B (mit SoPo) in %	120,9	95,9
Bankverbindlichkeitenquote in %	46,5	43,2
Cash Ratio (Liquidität 1. Grades)	32,5	26,2
Current Ratio (Liquidität 3. Grades)	107,8	57,0
Personalkosten/Umsatz in %	52,2	65,4
Sachkosten/Umsatz in %	21,0	21,7
Sonstiges betr. Ergebnis/Umsatz in %	–17,3	–5,4
EBITDA-Marge in %	9,4	7,5
Return on asset (vor Steuern) in %	2,4	–0,4
Brutto-Umsatzrendite in %	3,6	–0,7
Kapitalumschlag (Erlöse/Bilanzsumme)	67,4	59,2

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

gative Eigenkapital auf der Aktivseite mit dem positiven auf der Passivseite, ergibt sich eine Netto-Eigenkapitalquote von nur 11%. Es findet kaum eine Finanzierung über öffentliche Fördermittel statt (Sonderposten); die Quote liegt bei nur etwa 8%. Zum Vergleich: Für Akutkliniken liegt sie bei 40%. Damit bildet Fremdkapital den größten Anteil an der Finanzierung einer Reha-Klinik.

Die Struktur-GuV weist einen Jahresüberschuss von 0,6% auf (Schaubild 41). Das EBITDA (*earnings before interest, taxes and depreciation*) liegt mit 8,9% jedoch weit unter einem Wert, der erforderlich wäre, um Investitionen über Abschreibungen und Zinslasten zu finanzieren. Ein Wert über 15% wäre angemessen (Schmidt 2007). Die Tabellen 5 bis 8 enthalten ausgewählte Kennzahlen verschiedener Untergruppen. Im Glossar befinden sich die Definitionen der Kennzahlen.

Tabelle 7

Das Krankenhaus nach Ausfallwahrscheinlichkeit: Stadt vs. Land

Kennzahl	Mittelwert	
	Stadt	Land
Ausfallwahrscheinlichkeit in %	2,10	2,09
AHR Ratingklasse	9,17	8,69
Anteil grüner Bereich in %	55,6	52,5
Anteil gelber Bereich in %	27,8	19,7
Anteil roter Bereich in %	16,7	27,9
Anzahl Jahresabschlüsse	18	61
Grunddaten		
Anteil private Träger in %	72,2	70,5
Anteil freigemeinnützige Träger in %	11,1	21,3
Anteil öffentlich-rechtliche Träger in %	16,7	8,2
Finanzkennzahlen		
Eigenkapitalquote (ohne SoPo) in %	22,8	18,7
Eigenkapitalquote (mit SoPo) in %	32,7	25,9
Sonderpostenquote in %	9,9	7,2
Anlagendeckung A (mit SoPo) in %	43,2	38,4
Anlagendeckung B (mit SoPo) in %	108,1	112,3
Bankverbindlichkeitenquote in %	57,8	41,5
Cash Ratio (Liquidität 1. Grades)	28,4	31,0
Current Ratio (Liquidität 3. Grades)	108,5	88,4
Personalkosten/Umsatz in %	58,4	55,4
Sachkosten/Umsatz in %	19,7	21,7
Sonstiges betr. Ergebnis/Umsatz in %	–12,0	–14,4
EBITDA-Marge in %	10,0	8,5
Return on asset (vor Steuern) in %	1,6	1,4
Brutto-Umsatzrendite in %	2,7	2,2
Kapitalumschlag (Erlöse/Bilanzsumme)	61,9	65,6

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

5. Schlussfolgerungen

5.1 Marktbereinigung und Konsolidierung

Unter den gegenwärtigen Bedingungen dürfte es vielen Reha-Kliniken schwer fallen, sich in den nächsten zehn Jahren am Markt zu behaupten. Viele sind kaum rentabel und damit nur eingeschränkt investitionsfähig. Ohne Investitionen ist jedoch die Zukunftsfähigkeit jedes Unternehmens in Gefahr. Bei Fortschreibung des Status quo würden wir eine merkliche Verschlechterung der Situation erwarten. Die Ausfallwahrscheinlichkeit stiege von derzeit rund 2,0% auf 4,5% bis 2020. Grund sind vor allem steigende Kosten bei gleichbleibenden Preisen im Wettbewerb mit konkurrierenden Anbietern.

Es ist allerdings nicht zu erwarten, dass sich dies in dieser Form realisieren wird. Aus unserer Sicht wird es zu einer Marktbereinigung kommen, die einer-

Tabelle 8

Das Krankenhaus nach Ausfallwahrscheinlichkeit: Nord- vs. Süddeutschland

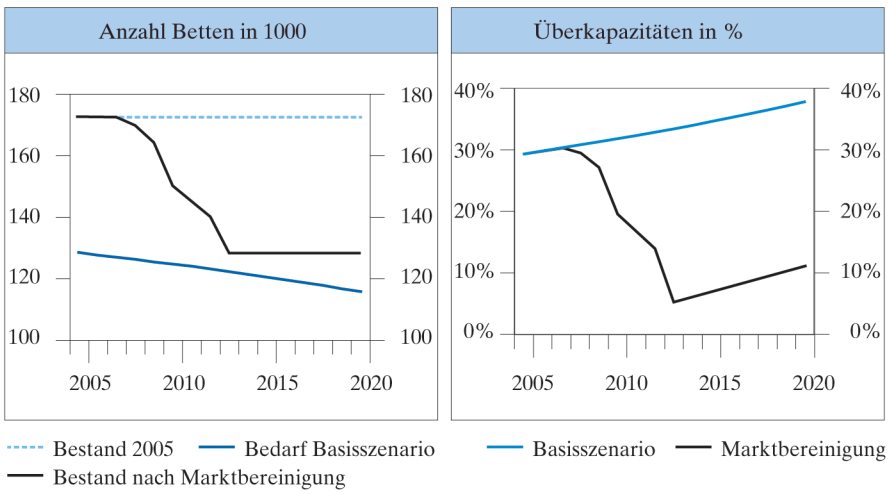
Kennzahl	Mittelwert	
	Norddeutschland	Süddeutschland
Ausfallwahrscheinlichkeit in %	1,70	2,38
AHR Ratingklasse	8,58	8,96
Anteil grüner Bereich in %	51,5	54,3
Anteil gelber Bereich in %	24,2	19,6
Anteil roter Bereich in %	24,2	26,1
Anzahl Jahresabschlüsse	33	46
Grunddaten		
Anteil private Träger in %	63,6	76,1
Anteil freigemeinnützige Träger in %	27,3	13,0
Anteil öffentlich-rechtliche Träger in %	9,1	10,9
Finanzkennzahlen		
Eigenkapitalquote (ohne SoPo) in %	19,6	19,7
Eigenkapitalquote (mit SoPo) in %	28,0	27,2
Sonderpostenquote in %	8,3	7,5
Anlagendeckung A (mit SoPo) in %	40,7	38,9
Anlagendeckung B (mit SoPo) in %	119,4	105,6
Bankverbindlichkeitenquote in %	48,8	43,0
Cash Ratio (Liquidität 1. Grades)	22,7	34,2
Current Ratio (Liquidität 3. Grades)	98,3	89,3
Personalkosten/Umsatz in %	56,8	55,5
Sachkosten/Umsatz in %	25,1	18,5
Sonstiges betr. Ergebnis/Umsatz in %	–11,0	–15,9
EBITDA-Marge in %	7,2	10,1
Return on asset (vor Steuern) in %	0,8	2,0
Brutto-Umsatzrendite in %	1,2	3,1
Kapitalumschlag (Erlöse/Bilanzsumme)	68,2	62,3

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

seits durch das Ausscheiden einer großen Zahl von Reha-Kliniken und andererseits durch verstärkte Kettenbildung, auch sektorübergreifend, gekennzeichnet sein wird. Im Gegensatz zum Krankenhausbereich kann sich die Marktbereinigung ohne eine starke politische Einflussnahme vollziehen, weil die wohnortnahe Versorgung mit Reha-Leistungen keinen besonderen Stellenwert genießt. Gerade das große Einzugsgebiet und die stark ungleiche regionale Verteilung des Leistungsangebots belegen dies. Aus ökonomischer Sicht ist eine solche Marktbereinigung vorteilhaft, wenn sie dazu führt, dass ineffiziente Anbieter ausscheiden und sich das Angebot dadurch für den Patienten unter dem Kosten-Nutzen-Aspekt verbessert.

Schaubild 42

Kapazitäten im Basisszenario und im Szenario Marktbereinigung
2005 bis 2020



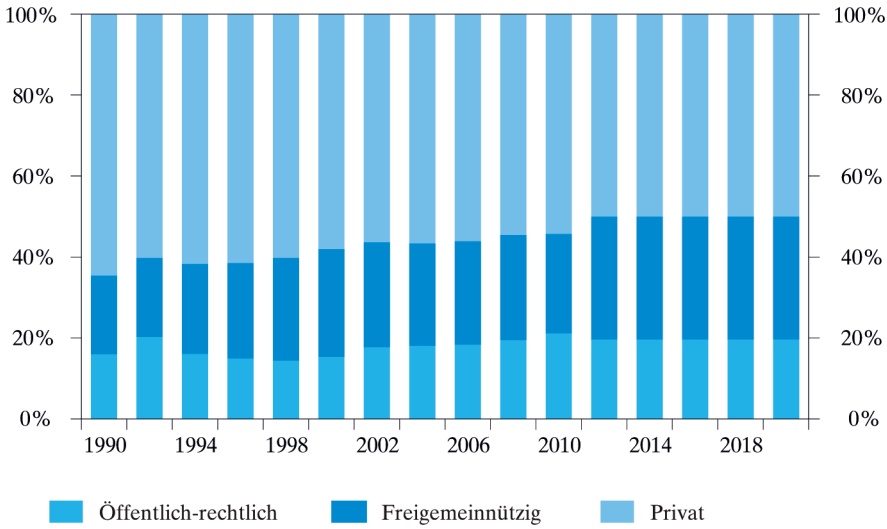
Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

Sollte bis 2013 eine spürbare Marktbereinigung stattfinden und knapp ein Viertel der Einrichtungen mit den höchsten Ausfallwahrscheinlichkeiten verschwinden, wäre davon ein Umsatzvolumen von 1,7 Mrd. € und rund 44 500 Betten (26%) betroffen. Die am Markt verbleibenden Einrichtungen würden die Patienten dieser Einrichtungen übernehmen und damit ihre Auslastung beträchtlich steigern können. Das eingesparte Umsatzvolumen würde zur Finanzierung dieser Patienten und einer weiteren Zunahme der Fallzahl benötigt. Die Überkapazitäten würden stark zurückgehen, von heute 26% auf etwa 10% bis 2020. (Schaubild 42). Die wirtschaftliche Lage der verbleibenden Kliniken würde sich damit spürbar bessern, der Anteil im roten Bereich auf nur noch 7% statt 57% im Szenario ohne Marktbereinigung sinken. Ohne Trägerwechsel würde sich durch die stärkere Betroffenheit der privaten Kliniken die Trägerstruktur bis 2020 leicht zu Ungunsten der privaten Kliniken verschieben (Schaubild 43).

Offen ist, inwieweit derzeit eine Wettbewerbsverzerrung zu Gunsten der Einrichtungen in Trägerschaft der DRV oder GKV besteht. Die sichtbar höhere Auslastung der öffentlich-rechtlichen Reha-Kliniken seit 1997 (Schaubild 10) könnte ein Indiz dafür sein, dass die Kostenträger dazu tendieren, zunächst ihre eigenen Kliniken auszulasten. Zwar haben sie ihre Bettenkapazitäten schneller reduziert als die privaten. Aber selbst, wenn man diesen Effekt herausrechnet, liegt die Auslastung bei privaten Kliniken noch deutlich geringer.

Schaubild 43

Verteilung der Reha-Einrichtungen in Szenario Marktbereinigung nach Trägerschaft
Anteil in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

Die Marktbereinigung dürfte einen großen Druck auf die Konsolidierung des Marktes ausüben. Der Trend zur Kettenbildung wird sich daher in dem noch immer recht zersplitterten Markt in den nächsten Jahren vermutlich verstärken. Hiervon könnten private Anbieter aufgrund ihrer größeren Flexibilität im Hinblick auf einen Trägerwechsel eher profitieren als die nicht-privaten. Manch eine Klinik dürfte sich schließlich infolge eines Insolvenzverfahrens mit anschließendem Trägerwechsel seiner Kreditlasten aus den neunziger Jahren entledigen und sich damit gegenüber seinen Wettbewerbern einen Vorteil verschaffen.

5.2 Finanzierung der Reha

Wir erwarten nicht nur vor dem Hintergrund der Änderungen durch das GKV-WSG 2007, sondern auch aufgrund der im ersten Abschnitt dieser Studie diskutierten Entwicklungen eine stärkere Zunahme der Fallzahl in der Reha als im Akutbereich. Da ein Großteil der Reha aber solidarisch über die Sozialversicherungssysteme finanziert wird, stößt eine Leistungsausweitung naturgemäß an Grenzen. Die demografische Entwicklung führt ferner dazu, dass die Anzahl der Beitragszahler langfristig abnimmt und die Grenzen

schneller erreicht werden. Die solidarische Finanzierung kann ohne negative Folgen auf die Leistungsanreize der erwerbstätigen Bevölkerung kaum noch ausgeweitet werden. Ein überproportionales Wachstum des Reha-Marktes kann daher wohl entweder nur zu Lasten anderer Gesundheitssektoren gehen oder über zusätzliche private Nachfrage erfolgen.

Ein Wachstum auf Kosten anderer Bereiche wie dem Krankenhaus und der Pflege macht Sinn, solange die Reha entweder die gleiche Leistung günstiger anbieten (z.B. bei postoperativer Versorgung im Krankenhaus) oder den Eintritt in die stationäre oder ambulante Pflege verhindern oder zumindest verzögern kann. Häufig scheitert eine solche Umschichtung jedoch an der sektorenspezifischen Finanzierung im Gesundheitswesen. Beispielsweise bestehen für die GKV keine Anreize, Pflege präventiv zu verhindern, weil die einzelne Krankenkasse für die Kosten der Pflege nicht aufkommt, für die Kosten der Reha aber sehr wohl (Rothgang 2007). Im Hinblick auf eine integrierte Versorgung zwischen Akut- und Reha-Bereich deutet sich über die Einführung von sektorenübergreifenden Komplexpauschalen eine sinnvolle Zusammenarbeit an. Hierzu müssen unter anderem gegenläufige Interessen der GKV und der DRV in Einklang gebracht werden.

Wachstum über eine stärkere private Nachfrage stellt sicherlich den Königsweg dar. Die Finanzierung erfolgt hierbei auf freiwilliger Basis. Reha-Kliniken dürften dabei gegenüber Krankenhäusern im Vorteil sein, weil sie sich durch ihr Leistungsangebot näher am privat finanzierten Wellness- und Fitnessbereich befinden. Eine stärkere Differenzierung des Angebots zur Abdeckung individueller Wünsche einkommensstärkerer Patientengruppen dürfte ebenfalls zusätzliche Nachfrage erschließen können.

Neben dem Wachstum muss auch das Leistungsportfolio der Reha hinterfragt werden. Die Leistungen müssen sowohl grundsätzlich auf ihre Kosten-Nutzen-Relation untersucht werden als auch in Bezug darauf, ob der erhaltene Nutzen solidarisch oder privat zu finanzieren ist.[13] Dies setzt erstens voraus, dass die Transparenz über die Ergebnisqualität der Reha-Leistungen noch deutlich zunimmt. Darauf wird der Abschnitt 5.4 gesondert eingehen. Zweitens müssen ambulante Reha-Angebote zu Lasten stationärer, wo immer möglich, ausgeweitet werden.

In der Summe vermuten wir, dass ortsnahe Anschlussheilbehandlungen tendenziell zunehmen und somatische Heilverfahren abnehmen werden. Ambulante Reha oder ambulante Elemente in der stationären Reha (Sequenz-Reha) dürften ebenfalls stärker an Bedeutung gewinnen.

---

[13] Z.B. ist nicht unmittelbar einsichtig, weshalb der Nutzen einer Reha-Maßnahme in Küstenregionen höher als im Binnenland sein muss. Auf Karte 3 scheint sich die Nachfrage nach Reha-Leistungen jedoch besonders darauf zu konzentrieren.

5.3 Integration der Angebote

Die Sektorengrenzen im deutschen Gesundheitswesen sind weder aus ökonomischer noch aus medizinischer Sicht zu rechtfertigen. Sie lassen sich nur historisch erklären. Vor dem Hintergrund knapper werdender Ressourcen müssen jedoch auch historisch gewachsene Strukturen hinterfragt und ggf. aufgebrochen werden. Aus unserer Sicht ist sowohl für eine Verbesserung der Patientenversorgung als auch für einen wirtschaftlicheren Umgang mit den Pflichtbeiträgen zu den Sozialversicherungen die Grenze zwischen dem ambulanten und stationären Sektor sowie zwischen Reha, Akut und Pflege vollständig zu öffnen.

Diese Öffnung muss so geschehen, dass die einzelnen Anbieter von Reha-Leistungen – ambulant oder stationär – miteinander in einen Wettbewerb um das beste Angebot im Sinne einer Kosten-Nutzen-Effizienz treten. Bei solidarisch finanzierten Leistungen schließt dies auch eine Eigenbeteiligung des Patienten ein. Denn nur so wird der Patient das Kosten-Nutzen-Verhältnis im Blick haben und steuernd eingreifen. Zur besseren Verzahnung der Reha und Pflege muss auch die Finanzierungsseite reformiert werden, um für Krankenkassen den Anreiz zu schaffen, Reha vor Pflege („geriatrische Reha“) tatsächlich anzubieten. Schließlich müssen sektorübergreifende Fallpauschalen (Komplexpauschalen) weiter ausgebaut werden, sodass ein aus akutstationären und Reha-Leistungen kombiniertes Leistungspaket ein höheres Kosten-Nutzen-Verhältnis erzielt als die jeweiligen Einzelleistungen.

5.4 Transparenz über Qualität und Wirtschaftlichkeit

Grundvoraussetzung zur besseren Evaluation von Reha-Maßnahmen bildet die Erhöhung der Transparenz sowohl über die Qualität der Reha-Leistungen als auch über die Wirtschaftlichkeit der Reha-Einrichtungen. Bislang hinkt der Reha-Bereich diesbezüglich mit großem Abstand hinter dem Krankenhausbereich her. Die Einführung von Reha-Fallpauschalen, die wir für wahrscheinlich halten, dürfte aber, ebenso wie nach Einführung der DRG im Krankenhausbereich, relativ schnell Abhilfe schaffen. Zur Messung der Ergebnisqualität müssen zunächst jedoch geeignete Methoden entwickelt werden. Mit der Aufstellung von medizinischen Leitlinien für das ärztliche Personal sind eine stärkere Evidenzbasierung in der Reha verbunden und eine Verbesserung der Qualität zu erwarten. Diverse Reha-Fachgesellschaften, unter anderem die DRV, arbeiten intensiv an der Formulierung und Implementierung von Leitlinien (DGRW 2002; Korsukéwitz 2007). Im Vergleich zum Krankenhaussektor besteht hier gleichwohl Nachholbedarf.

Ein in dieser Hinsicht interessantes Projekt, das die Vergütung von Reha-Leistungen an der Qualität knüpft, führt die Barmer Ersatzkrankenkasse durch (Niermann 2007). Das ursprünglich mit über 1 000 Patienten aus 13 Reha-

Kliniken laufende Pilotprojekt soll ab 2008 flächendeckend angewendet werden. Kliniken, die relativ schlechte Qualität liefern, bekommen dann eine um bis zu 20% geringere Vergütung als solche mit überdurchschnittlicher Qualität. Damit haben Reha-Kliniken einen finanziellen Anreiz zur Qualitätssteigerung. Die Erfolgsmessung erfolgt mittels des Singer-Index, der sich aus 20 gesundheitlichen Einzelkriterien zusammensetzt. Finanziell soll das Vergütungssystem keine direkten Einsparungen für die Kassen bringen, da Kliniken mit niedriger Qualität Erlöse an Kliniken mit hoher Qualität abgeben. Es besteht jedoch ein Zwang für alle Kliniken mitzumachen, wenn sie nicht aus der Belegung herausfallen wollen. Damit entsteht automatisch ein Qualitätswettbewerb unter den Reha-Kliniken, was eine Marktbereinigung beschleunigen wird. Sollte die Barmer Ersatzkasse als größte deutsche Krankenkasse mit ihrem Projekt erfolgreich sein, dürften sich mittelfristig wahrscheinlich andere Kassen anschließen.

Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen stehen zwar einige Methoden zur Verfügung. Wie bereits angemerkt, mangelt es aber im Vergleich zum Krankenhausbereich noch an einer ausreichend großen Menge an öffentlich zugänglichen Jahresabschlüssen. Das Gesetz über elektronische Handelsregister und Genossenschaftsregister sowie das Unternehmensregister (EHUG) vom 1. Januar 2007 führt jedoch zu einer verschärften Überwachung der bisher weitgehend ignorierten Offenlegungspflicht von Jahresabschlüssen. Damit dürfte die Transparenz in diesem Bereich in Zukunft sicherlich zunehmen.

5.5 Die Klinik der Zukunft

Unternehmensstrategie
Die Reha-Klinik der Zukunft wird sich großen Herausforderungen gegenüber sehen. Um zu überleben, muss sie sich stetig den aktuellen Herausforderungen stellen. Aufgrund ihrer strategischen Positionierung hält sie Leistungen vor, die den Bedarf des Marktes befriedigen. Das Management erkennt, dass gegebene Strukturen, d.h. Leistungsangebote und Arbeitsabläufe, nicht immer den Bedürfnissen des aktuellen, besonders aber des zukünftigen Marktes entsprechen müssen. Es passt daraufhin seine Unternehmensstrategie und -steuerung an. Dabei ist die Erkenntnis über die Notwendigkeit zu Anpassungen bereits der erste wichtige Schritt zur erfolgreichen Neupositionierung. Mithin folgen die internen Strukturen der Strategie (Schewe 1999) – und nicht, wie häufig noch der Fall, umgekehrt.

Produktportfolio
Die Reha-Klinik der Zukunft wird mit dem Akutkrankenhaus eng verzahnt sein. Sie führt Patienten nach chronischen Leiden oder erfolgter Diagnostik und Therapie im Akutkrankenhaus wieder an die Belastungen des Alltags- und Berufslebens heran. In enger Abstimmung mit den behandelnden Ärzten im niedergelassenen und akutstationären Bereich bieten die Reha-Klinken professionelle Therapie bei stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen an. Darüber hinaus können Patienten, die im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt in AHB-Verfahren noch nicht voll rehabilitationsfähig sind, in der Kurzzeitpflege der Reha-Kliniken gepflegt werden, bis sie für rehabilitative Maßnahmen ausreichend belastbar sind.

Bei AHB verschwindet die herkömmliche Zuordnung der Patienten nach getrennten Indikationen und somit auch Pflegesätzen und Fachabteilungen zu Gunsten eines individuell zu rehabilitierenden komplexen Krankheitsbildes der Patienten, das durch die Alterung der Gesellschaft häufig durch Multimorbidität geprägt ist und pauschal durch „Reha-DRGs“ vergütet wird. Ebenso endet der Auftrag an die Leistungserbringer nicht mehr bei einer Linderung bzw. Heilung von Erkrankungen. Vielmehr rücken soziale Faktoren (Wiedereingliederung in die Erwerbstätigkeit, Leben im häuslichen Umfeld usw.) gleichberechtigt neben die medizinischen Belange. Diese Art der Nachfrage erfordert neue Angebotsformen, z.B. die Loslösung von althergebrachten Abteilungsstrukturen. Die Reha-Kliniken der Zukunft therapieren nur noch in breit aufgestellten interdisziplinären und berufsgruppenübergreifenden Teams.

Aufgrund der derzeitigen Marktmacht der Kostenträger und des starken Preiswettbewerbs, positionieren sich Reha-Kliniken im professionellen schulmedizinischen Sektor zunächst mit immer homogeneren Leistungen. Langfristig – nach einer Marktbereinigung – dürfte jedoch eine stärkere Differenzierung zu erwarten sein.

Wettbewerb
Ein Qualitätswettbewerb findet zunächst nicht statt. Der Preiswettbewerb dominiert. Die Reha-Klinik erfüllt nur die Mindestvorgaben zur Qualitätssicherung. Langfristig – nach einer Marktbereinigung – schwächt sich der Preiswettbewerb ab und die Kostenträger honorieren gute Qualität und sanktionieren schlechte Qualität.

Integration
Durch die weitere – und politisch forcierte – Auflösung der Sektorengrenzen im Gesundheitswesen und die Verschiebung der Leistungen in der medizinischen Rehabilitation von dem klassischen Heilverfahren hin zur AHB steigt die Abhängigkeit vom Akutsektor. Die Krankenhäuser werden für Reha-Kliniken zu Haupt-Einweisern, weshalb Marketing- und Vertriebsaktivitäten der Reha-Kliniken deutlich zunehmen. Gleichzeitig führen mittelfristig die Bestrebungen der Krakenhäuser, selbst Anbieter von Rehabilitation zu werden (freie Kapazitäten, attraktive Komplexpauschalen außerhalb der Krankenhausbudgets, zentrale Standorte für ambulante Rehabilitation), zu zusätzlichen Konkurrenten für die Reha-Kliniken.

Eine Zunahme von IV-Verträgen[1] und von Einkaufsmodellen der Krankenkassen bündelt die Erbringung von standardisierten und planbaren Leistungen auf wenige Leistungserbringer im Akutbereich. Diese Krankenhäuser benötigen sowohl aus dem prä- als auch aus dem poststationären Bereich professionelle Leistungen. Erbringen die Akutkrankenhäuser diese nicht selber, werden strategische Partnerschaften in diesen Sektoren eingegangen. Reha-Kliniken werden außerhalb solcher Kooperationen kaum überleben können. Verbünde, die schon heute sektorenübergreifende Einrichtungen besitzen, werden ihren strategischen Vorsprung durch aktive Patientensteuerung nutzen.

Unternehmenssteuerung und Marketing
Die Reha-Klinik, welche über lange Jahre nur mit der Kennzahl „Auslastung“ gesteuert wurde, besitzt mit einem funktionierenden Controlling und Berichtswesen, ergänzt um ein aussagefähiges Risikomanagementsystem, Transparenz über die eigenen Geschäftsprozesse. Es überblickt seine Stärken und Schwächen und kennt die Konkurrenzsituation. Patienten- und Leistungsströme werden überwacht. Marketingmaßnahmen, ein Customer-Relationship-Management-System für Kostenträger, Einweiser und Patienten sowie ein Belegungsmanagement erlauben eine effektive Unternehmenssteuerung.

Personal und Organisation
Der Personaleinsatz wird stärker an der Auslastung orientiert. Outsourcing nimmt zu, die Kernmannschaft wird in Spitzen durch flexible Ressourcen (z.B. über einen Personalpool bei Verbünden oder über Zeitarbeitsfirmen) unterstützt. Wie im Krankenhaus werden neue Berufsbilder, insbesondere an den Schnittstellen zwischen ärztlicher und nichtärztlicher Tätigkeit, implementiert. Die Spezialisierung der Berufsbilder nimmt zu, Qualifikationen orientieren sich an den Tätigkeitsanforderungen – Überqualifikationen werden vermieden, interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Teams gebildet.

[1]IV-Verträge sind Verträge zur „Integrierten Versorgung“, die seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 die Vernetzung zwischen den einzelnen medizinischen Versorgungssektoren fördern sollen.

Zielvereinbarungsgespräche und erfolgsorientierte Mitarbeitervergütung steigern die Produktivität. Eine interne Leistungsverrechnung, die Bildung von Cost-, Profit- oder Investmentcentern sind maßgeblich für die Umsetzung der erarbeiteten Strategie.

Baustruktur und Technik
Die baulichen Anforderungen an Reha-Kliniken steigen im gleichen Maß wie bei Krankenhäusern. Standen früher attraktive Erholungsangebote im Mittelpunkt, müssen heute die Bauten effizientere Arbeitsabläufe unterstützen. Die häufig anzutreffende dezentrale Bauweise vieler Reha-Kliniken wird durch flexibel nutzbare Neubauten mit kurzen Wegen ersetzt. Bei Bereichseinheiten, z.B. Stationen, wird die kritische Größe nicht unterschritten. Einige hauswirtschaftliche Bereiche, z.B. die Küche oder die Wäscherei, werden durch externe Dienstleister übernommen und baulich nicht vorgehalten. Grund und Immobile gehören nicht der Betreibergesellschaft, sondern werden von Investoren nach dem Kauf an den Betreiber vermietet.

Die Reha-Klinik der Zukunft setzt auf Vernetzung und agiert weitestgehend papierlos. Die elektronische Patientenakte ermöglicht die Information des Einweisers über ein Einweiserportal. Die Technik ermöglicht auch den Einsatz von Telemedizin, sowohl für z.B. radiologische Befundungen als auch für Telemetrie im Grenzbereich zwischen stationärer und ambulanter Behandlung.

6. Anhang

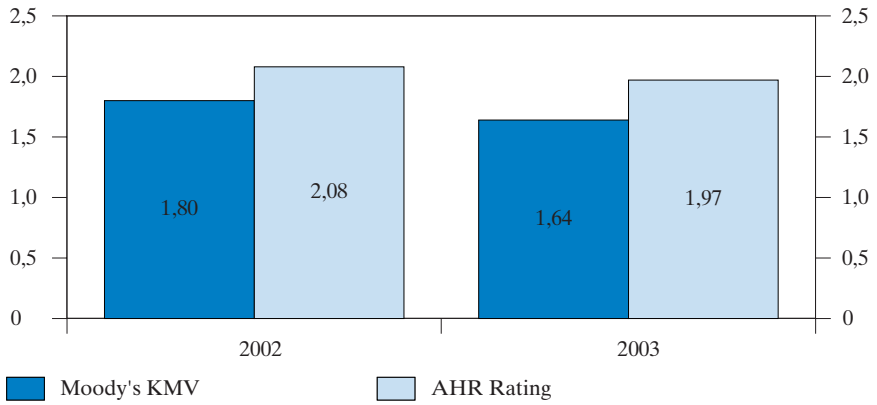
6.1 Das Ratingverfahren in dieser Studie

Grundlage des AHR-Ratings bildet das Modell von Engelmann et al. (2003). Die zugrundeliegenden elf Kennziffern und Parameter bleiben im AHR-Rating unverändert. Allerdings erfolgt eine Kalibrierung des Modells. Datengrundlage hierfür bilden Bilanzdatenbanken. Für die Kalibrierung wurden aus dem Gesamtbestand knapp 10 000 vollständige Jahresabschlüsse von Unternehmen des Bilanzjahres 2004 berücksichtigt. Im Rahmen der Kalibrierung werden in allen elf Kennziffern des AHR-Ratingmodells die Exremwerte am unteren Rand durch das 10. Perzentil und Extremwerte am oberen Rand durch das 90. Perzentil ersetzt. Damit ist sichergestellt, dass die ermittelte Ausfallwahrscheinlichkeit nicht allein durch Exremwerte bestimmt wird, die womöglich ein Datenartefakt darstellen.

Zur Beurteilung der Plausibilität des AHR Rating führen wir einen Vergleich mit dem Rating von Moody's RiskCalc für einen Validierungsdatenbestand durch, der die Bilanzjahre 2000 bis 2004 umfasst. Durch die Verwendung einer größeren Stichprobe soll sicher gestellt werden, dass die Güte des Ratings nicht von der Qualität der Daten für die Kalibrierung abhängt. Dies ist insofern von Relevanz, da die ermittelten Extremwerte für die elf Kennziffern auch auf den Datenbestand für die Jahresabschlussdaten der Reha-Kliniken dieser Studie und der Krankenhäuser aus Augurzky et al. (2007) übertragen werden sollen.

Schaubild 44

Vergleich der Ratings von Moody's KMV und AHR für andere Unternehmen
2002 und 2003; in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen auf der Grundlage der Bilanzdatenbank im RWI Essen.

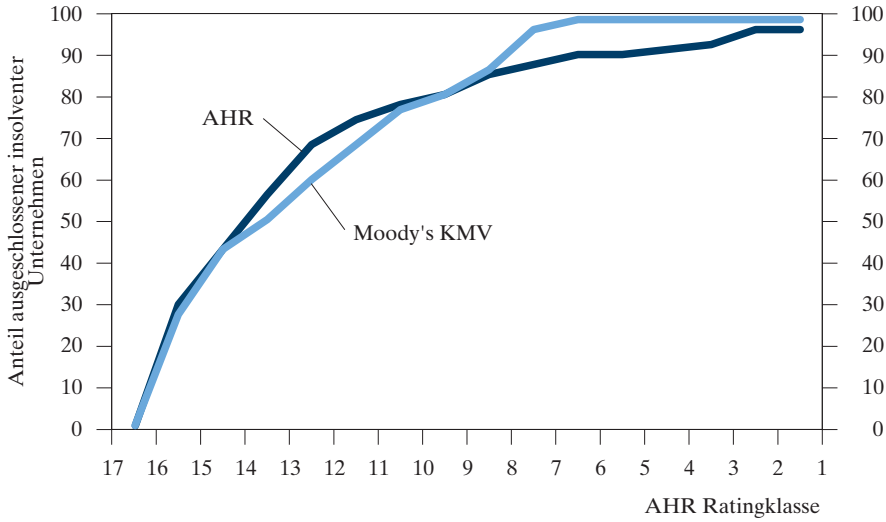
In einem ersten Schritt betrachten wir die Mittelwerte der Ausfallwahrscheinlichkeit basierend auf dem AHR-Rating und den Ratings von Moody's RiskCalc. Sowohl hinsichtlich der Höhe als auch im Hinblick auf deren Veränderung sind die Werte in den Jahren 2002 und 2003 sehr ähnlich (Schaubild 44). Die Aussagen bleiben dieselben, wenn anstelle der Mittelwerte die Medianwerte zugrunde gelegt werden. Nach diesem Eindruck wenden wir uns einem gängigen Test auf die Güte eines Rating-Modells zu. Hierzu nehmen wir Bezug auf das Konzept der Power Curve, auch unter ROC-Diagnostik bekannt. Für einen gegeben Wert der Ausfallwahrscheinlichkeit wird betrachtet, wie viel Prozent der insolventen Unternehmen ausgeschlossen bzw. korrekt identifiziert werden. Die ROC-Kurven sowie Flächen unter der ROC-Kurve liegen beide nahe beieinander (Schaubild 45). Mittels eines statistischen Tests kann die Ausgangsthese geprüft werden, ob die Flächeninhalte unter Berücksichtigung der Standardfehler gleich sind. Die Ausgangsthese kann dabei zu gängigen Signifikanzniveaus nicht verworfen werden.[14] Mit anderen Worten ist das AHR-Rating weder signifikant schlechter noch signifikant besser als das Rating von Moody's KMV.

[14] Mithilfe des Chi-Quadrat-Tests wird auf die Gleichheit der Summe der Flächen unterhalb der Kurven getestet. Die Teststatistik beträgt 2,38 und die diesbezügliche Irrtumswahrscheinlichkeit 0,1232. Dieser Wert liegt über dem gängigen Signifikanzniveau von 10%, d.h. die Hypothese, dass die Flächeninhalte gleich sind, kann nicht abgelehnt werden.

Schaubild 45

Vergleich der Güte von Moody's KMV und AHR

Anteil insolventer Unternehmen in %



Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: Moody's KMV (2001); Bilanzdatenbank im RWI Essen. Bilanzjahre 2000 bis 2004; N = 15 972, davon 81 insolvente Unternehmen.

6.2 Die Einrichtungen der Stichprobe

AHG, Düsseldorf
Ahrenshooper Hörn, Betriebsgesellschaft für Kuren und Rehabilitationen, Zingst
AWO Sano gemeinnützige GmbH Kuren – Erholung – Bildung, Ostseebad Rerik
Bad Colberg Kliniken GmbH, Bad Colberg-Heldburg
Bavaria Klinik Freyung GmbH & Co. KG, Freyung
Bernstein-Klinik Binz auf Rügen GmbH & Co. KG, Ostseebad Binz
Brandenburg-Klinik Bernau Waldfrieden GmbH BKB & Co. KG, Bernau
Bruderschaft Salem GmbH, Stadtsteinach
Deutsches Rotes Kreuz gemeinnützige Gesellschaft für Kinderkur- und Rehabilitationseinrichtungen Sachsen mbH, Dresden
Diakoniewerk Duisburg GmbH, Duisburg
Diakonische Einrichtungen der Evangelisten Frauenhilfe im Rheinland gGmbH, Bonn
DIANA Krankenhaus Bebetriebsgesellschaft mbH, Bad Bevensen
Dr. Becker Klinikgesellschaft mbH & Co. KG, Köln
DRK-Kur und Reha gGmbH, Kiel
Eifelhöhen-Klinik AG, Nettersheim
Eisenmoorbad Bad Schmiedeberg – Kur-GmbH, Bad Schmiedeberg
Fachklinik Allgäu AHG Allg. Hospitalges. mbH, Pfronten
Fachklinik am Kyffhäuser Kelbra GmbH, Köln
Fachklinik Feldberg GmbH, Feldberger Seenlandschaft
Fachklinik Klosterwald gemeinnützige GmbH, Bad Klosterlausnitz
FuturaMed Gesellschaft für modernes Management im Gesundheitswesen München AG, München
Geriatrie Klinik Immobilien Verwaltungs GmbH & Co. KG, Rosenheim

Geriatrische Rehabilitationsklinik Radeburg GmbH, Radeburg
Geriatrisches Zentrum Zülpich GmbH, Mechernich
Gesundheitsklinik Stadt Hamburg GmbH, St. Peter-Ording
Gesundheitszentrum Bad Schussenried GmbH, Bad Schussenried
GKB Klinikbetriebe GmbH, Königstein
Haus Saaletal GmbH, Bad Neustadt/Saale
Herzklinik Seebruck GmbH, Seebruck am Chiemsee
Herzklinik Seebruck GmbH, Seebruck am Chiemsee
HKZ GmbH & Co. Betriebs KG, Rotenburg
Hotel Frankenland GmbH Kur-Center, Bad Kissingen
Johannesbad Usedom AG & Co. KG, Saarbrücken
Johannesbad Raupennest AG & Co. KG, Altenberg
Johanniter-Ordenshäuser Bad Oeynhausen gem. GmbH, Bad Oeynhausen
Klinik „Haus Franken“ GmbH, Bad Neustadt/Saale
Klinik für Geriatrie des Landkreises Tirschenreuth GmbH, Erbendorf
Klinik Kipfenberg GmbH, Kipfenberg
Klinik Prof. Dr. Keck GmbH & Co. KG, Gersfeld
Klinik Reinhardshöhe GmbH & Co. KG, Bad Karlshafen
Kliniken Schmieder KG (Stiftung & Co.), Gailingen
Klinikgesellschaft Heilbad Heiligenstadt mbH, Heilbad Heiligenstadt
Klinikzentrum Lindenallee GmbH, Bad Schwalbach
Klinikzentrum Mühlengrund GmbH, Bad Wildungen
Kraichgau-Klinik Bad Rappenau GmbH & Co. KG, Bad Rappenau
Kursanatorium Rochusbad Private Krankenanstalt, Gerling OHG, Bad Kohlgrub
KVG Klinik in Bad Pyrmont Verwaltungs GmbH & Co. Betriebs KG, Bad Wildungen
m & i-Fachklinken Hohenurach GmbH, Bad Wildungen
m & i-Klinikbetriebsgesellschaft GmbH, Füssen
m & i-Klinikgesellschaft in Ichenhausen GmbH, Füssen
MATERNUS-Klinik für Rehabilitation GmbH & Co. KG, Bad Oeynhausen
MEDIAN Kliniken GmbH & Co. KG, Berlin
Medical Park AG, Bad Wiessee
Mediclin AG, Frankfurt
MEDIGREIF GmbH, Greifswald
Medizinisches Zentrum für Gesundheit Bad Lippspringe GmbH-MZG- Westfalen, Bad Lippspringe
Moor-Heilbad Buchau am Federsee, gemeinnützige GmbH, Bad Buchau
Nachsorgeklinik Tannheim gGmbH, Villingen-Schwenningen
Niedersächsisches Staatsbad Nenndorf Betriebsgesellschaft mbH, Bad Nenndorf
Ostsee Kurklinik Fischland GmbH, Ostseebad Wustrow
Paracelsus-Klinik, Osnabrück
Park Klinik GmbH & Co. KG Klinik für Rehabilitation und Anschlußbehandlung, Bad Nauheim
Parkklinik Bad Bergzabern GmbH, Bad Bergzabern
Rehabilitationsklinik „Garder See“ GmbH, Lohmen
Rehabilitationskrankenhaus Ulm gGmbH, Ulm
Rehabilitationszentrum Klinik Rosenhof GmbH & Co. Betriebs KG, Bad Birnbach
Reha-Klinik Ahrenshoop GmbH, Ahrenshoop
Reha-Klinik Damp GmbH, Ostseebad Damp
REHA-Klinik Lehmrade GmbH, Lehmrade bei Mölln
Reha-Klinik Schloß Schönhagen GmbH, Schönhagen
RehaNova Köln Neurologische Rehabilitationsklinik GmbH, Köln-Merheim
Rheumaklinik Bad Säckingen GmbH, Bad Säckingen
Rudolf Presl GmbH & Co. Klinik Bavaria Rehabilitations KG, Kreischa
Sachsenklinik GmbH & Co. KG, Bennewitz
Saline Bad Sassendorf GmbH, Bad Sassendorf
Salinen Klinik AG, Bad Rappenau

Schwärzberg Klinik GmbH, Bad Rappenau
Schwarzwaldklinik Bad Krozingen KG REHA Grundstücksges. mbH & Co, Bad Krozingen
Seniorenzentrum Tessin GmbH, Tessin
Simssee Klinik GmbH, Bad Endorf
SOTERIA GmbH, Olsberg
Theresienklinik Bad Krozingen II GmbH, Bad Krozingen
Thermalbad Wiesenbad Gesellschaft für Kur und Rehabilitation mbH, Thermalbad Wiesenbad
Westerwaldklinik Waldbreitbach gGmbH, Waldbreitbach
Zieglersche Anstalten Behindertenhilfe gGmbH Rotachheim-Haslachmühle, Wilhelmsdorf

7. Glossar

AHB	Anschlussheilbehandlung
AHR Rating	Ratingklasse nach ADMED, HCB und RWI Essen. Insgesamt gibt es 16 Ratingklassen. Klasse 1–10 im grünen, 11–12 im gelben und 13–16 im roten Bereich. Die Ratingklassen definieren sich über die Ausfallwahrscheinlichkeiten
Anlagendeckung A mit Sonderposten	Eigenkapital inklusive Sonderposten dividiert durch das Anlagevermögen
Anlagedeckung B mit Sonderposten	Eigenkapital inklusive Sonderposten zuzüglich Rückstellungen und langfristige Verbindlichkeiten (Restlaufzeit > 1 Jahr) dividiert durch das Anlagevermögen
Ausfallwahrscheinlichkeit	Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Kreditausfalls, in der Regel bezogen auf einen 1-Jahres-Horizont
Bankverbindlichkeitenquote	Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten dividiert durch die Bilanzsumme
Basel II	Neues Rahmenwerk zur Regelung der Eigenkapitalunterlegung für Kreditinstitute. Ziel der neuen Vereinbarung ist es, die Eigenkapitalunterlegung am tatsächlichen Risikoprofil der Bank auszurichten. Sie tritt 2007 in Kraft
Bettendichte in der Region	Anzahl Betten je 1 000 Einwohner der Region
Bettenüberkapazität	Anzahl der Betten, die über eine gegebene oder erwartete Nachfrage hinausgeht
Bonität	Fähigkeit des Schuldners zur Erfüllung seiner Zahlungsverpflichtungen, auch Kreditwürdigkeit
Brutto-Umsatzrendite	Betriebliches Ergebnis vor Finanz-, Steuer-, Beteiligungs- und außerordentlichem Ergebnis dividiert durch Erlöse
Cash Flow	Die einem Betrieb zur Verfügung stehenden Geldmittel. In dieser Studie berechnen wir den Cash Flow als Jahresüberschuss zuzüglich Abschreibungen auf eigenfinanziertes Vermögen
Cash Ratio (Liquidität 1. Grades)	Flüssige Mittel und Wertpapiere des Umlaufvermögens dividiert durch kurzfristige Verbindlichkeiten
Current Ratio (Liquidität 3. Grades)	Gesamtes Umlaufvermögen dividiert durch kurzfristige Verbindlichkeiten
Diagnosis Related Groups (DRG)	Leistungshomogene Fallgruppen, denen jeder Fall in Abhängigkeit von Diagnosen und durchgeführten Prozeduren zugerechnet wird. Im Jahr 2004 gibt es 824 verschiedene DRG. Jede DRG hat ein Relativgewicht, welches bundesweit in jedem Krankenhaus gleich hoch ist
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EBITDA-Marge	Betriebliches Ergebnis vor Finanz-, Steuer-, Beteiligungs-, außerordentlichem Ergebnis und Abschreibung dividiert durch Erlöse
Eigenkapitalquote	Eigenkapital dividiert durch Bilanzsumme

Eigenkapitalquote mit Sonderposten	Eigenkapital inklusive Sonderposten dividiert durch Bilanzsumme
Erlöse	Summe aus Umsatzerlöse, Bestandsänderungen, aktivierte Eigenleitungen und sonstige betriebliche Erlöse
Fallpauschalengesetz	Das im April 2002 verabschiedete „Gesetz zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser“ führte zu Änderungen im Sozialgesetzbuch V, im Krankenhausfinanzierungsgesetz und in der Bundespflegesatzverordnung. Außerdem enthielt es das „Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen“ (KHEntgG). Es wurde seitdem einmal durch das Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG) angepasst. Ein Änderungsentwurf liegt derzeit im Vermittlungsausschuss
Gewinn- und Verlustrechnung	Aufstellung der Aufwendungen und Erträge eines Unternehmens für einen bestimmten Zeitraum, normalerweise für ein Wirtschaftsjahr
HV	Heilverfahren
Insolvenzwahrscheinlichkeit	Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Insolvenz, in der Regel bezogen auf einen 1-Jahres-Horizont
Kapitalumschlag	Erlöse dividiert durch Bilanzsumme
Personalkosten	Bruttolohn- und Gehaltsumme, soziale Abgaben, Aufwendungen für die Altersversorgung
Rating	Zur Einschätzung der Zahlungsfähigkeit eines Schuldners werden Ratingklassen gebildet. Die Einordnung in eine Klasse erfolgt bei einem bankinternen Rating nach bankeigenen Kriterien, bei international tätigen Ratingagenturen, wie Moody’s, Standard & Poor’s oder Fitch erfolgt die Einordnung nach einer umfassenden Prüfung des Unternehmens
Regressionsanalyse	Technik, mit der für eine Gleichung $y = f(x)$ die Parameter so angepasst werden, dass minimale Abweichungen zwischen den beobachteten y-Werten und den mit dieser Technik geschätzten y-Werten entstehen; bivariat: $f(x)$ enthält nur eine erklärende Größe (x) multivariat: $f(x)$ enthält mehrere erklärende Größen (x)
Return on asset	Betriebliches Ergebnis vor Finanz-, Steuer-, Beteiligungs- und außerordentlichem Ergebnis dividiert durch Bilanzsumme
PD	*Probability of default*, Ausfallwahrscheinlichkeit
Sachkosten	Materialaufwand (Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe, bezogene Waren und Dienstleistungen)
Sonderpostenquote	Sonderposten dividiert durch Bilanzsumme
Sonstige Kosten	Sonstige betriebliche Aufwendungen (z.B. Leasingraten, Miete, Beratungshonorare) ohne gesonderten Ausweis

Literatur

Augurzky, B., S. Krolop, H. Schmidt und St. Terkatz (2006), Pflegeversicherung, Ratings und Demographie – Herausforderungen für deutsche Pflegeheime. RWI : Materialien 26. RWI, Essen.

Augurzky, B., D. Engel, S. Krolop, Ch.M. Schmidt, Schmitz, H. Schwierz, Ch. und St. Terkatz (2007), Krankenhaus Rating Report 2007. Die Spreu trennt sich vom Weizen. RWI : Materialien 32.RWI, Essen.

BBR – Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.) (2004), *Indikatoren und Karten zur Raumentwicklung* – Laufende Raumbeobachtung. Bonn.

BIS – Bank for International Settlements (ed.) (2003), *Third Consultative Paper.* 29. April, Pillar 1. Basle.

BIS – Bank for International Settlements (ed.) (2004), *Modifications to the capital treatment for expected and unexpected credit losses*. 30. Januar. Basle.

DRV – Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2007), Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Forschungsportal der Deutschen Rentenversicherung im Internet: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/

DGRW – Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (Hrsg.) (2007), *Leitlinien in der medizinischen Rehabilitation* – Positionspapier. Internet: www.uke.uni-hamburg.de/extern/dgrw/

Engelmann, B.,D. Hayden and E. Tasche (2003), Testing rating accuracy, Credit Risk. RISK, January 2003. Internet: www.risk.net.

KfW – Kreditanstalt für Wiederaufbau (Hrsg.) (2007), Mittelstandsmonitor 2007 – Jährlicher Bericht zu Konjunktur- und Strukturfragen kleiner und mittlerer Unternehmen. Frankfurt a.M.

Korsukéwitz, C. (2007), Reha-Leitlinien: Vorgaben für eine „gute“ Rehabilitation. *Deutsches Ärzteblatt* 104 (23): 1640–1643.

Moody's (2001), *Moody's RiskCalc™ für nicht börsennotierte Unternehmen*: das deutsche Modell. Moody's Investors Service, London.

Neubauer, G., H. Ruder, R. Ujlaky und K.H. Richter (2003), Nutzen und stationäre Folgekosten der sequenziellen Rehabilitation von Schulkindern mit ADHS – Eine gesundheitsökonomische Vergleichsanalyse. *Ersatzkasse* 2003 (7): 273–277.

Neubauer, G., P. Rothemund und P. Lewis (2006), Rehabilitation im Sog der DRG. *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus* 2006 (6): 30–31.

Niehaus, F. (2007), *Alter und steigende Lebenserwartung* – Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben. Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

Niermann, I. (2007), Reha-Vergütung: Licht in der Blackbox. *kma* 2007 (1): 30–33.

Rothgang, H. (2007), Reform der Pflegeversicherung durch Weiterentwicklung des bestehenden Systems. *Wirtschaftsdienst* 87 (6): 328–334.

Schewe, G. (1999), Unternehmensstrategie und Organisationsstruktur – ein systematischer Überblick zum Stand der Forschung. *Betriebswirtschaft* 59: 61–75.

Schnabel, R. (2007), *Zukunft der Pflege*. Universität Duisburg-Essen und Initiative Soziale Marktwirtschaft, Essen.

Schmidt, H. (2007), *Gesundheitsreport*. Ausgabe 2. Juli 2007. Büttelborn.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006), Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1. Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007), *Gesundheit: Ausgaben 1996 bis 2005*. Wiesbaden.