

Augurzky, Boris et al.

Research Report

Reha Rating Report 2009: Trägerische Erholung?

RWI Materialien, No. 50

Provided in Cooperation with:

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen

Suggested Citation: Augurzky, Boris et al. (2009) : Reha Rating Report 2009: Trägerische Erholung?, RWI Materialien, No. 50, ISBN 978-3-86788-092-3, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen,
<https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-20100415313>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/61157>

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.

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

Reha Rating Report 2009

Trügerische Erholung?

Heft 50

Executive Summary



ADMED

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. Henning Osthues-Albrecht, Dr. Rolf Pohlig, Reinhold Schulte
(stellv. Vorsitzende);

Prof. Dr.-Ing. Dieter Ameling, Manfred Breuer, Oliver Burkhard, Dr. Hans
Georg Fabritius, Dr. Thomas Köster, Dr. Wilhelm Koll, Prof. Dr. Walter Krämer,
Dr. Thomas A. Lange, Tillmann Neinhaus, Hermann Rappen, Dr.-Ing. Sandra
Scheermesser

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 †, Dr. Dietmar Kuhnt

RWI : Materialien Heft 50

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

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2009

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D.

Redaktionelle Bearbeitung: Joachim Schmidt

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-092-3

RWI : Materialien

Heft 50

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

Reha Rating Report 2009

Trägerische Erholung?

Executive Summary

Die gesamte Studie kann zum Preis von 190 € beim
RWI Essen oder über den Buchhandel bezogen werden.



ADMED

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 978-3-86788-092-3

Vorwort

Mit dem *Reha Rating Report 2009* liegt nunmehr der zweite Report für die deutschen Reha-Einrichtungen vor. Trotz des im Vergleich zum Krankenhaus- und Pflegemarkt kleinen Sektors ist das Interesse am Thema Rehabilitation groß. Dies mag auch der Tatsache geschuldet sein, dass bislang die Transparenz über den Reha-Markt noch gering und deutlich ausbaufähig ist. Ein wichtiges Ziel dieses Reports ist deshalb die Erhöhung dieser Transparenz durch eine strukturierte Aufbereitung der Daten und die Bereitstellung von Analysen zu wichtigen Fragestellungen. Im Gegensatz zum Report 2007 gelang es uns diesmal, die Patientendaten der Reha-Einrichtungen zu analysieren und Patientenströme innerhalb Deutschlands darzustellen. Auch konnten wir die Zahl der Jahresabschlüsse von 84 auf 100 erhöhen, welche nun insgesamt 172 Einrichtungen umfassen.

Wir danken Rüdiger Budde, Thomas Fettweiß, Dr. Wolfgang Heine, Helena Juchno, PD Dr. Stefan Kirchberger, Max Lux, Joachim Schmidt, Hubert Seiter sowie dem BDPK, DEGEMED und Prognos für wertvolle Unterstützung, Kommentare und Anregungen bei der Erstellung der Studie und bei den Analysen. Dank geht auch an das Statistische Bundesamt für die Bereitstellung von Daten. Anette Hermanowski, Lutz Morgenroth, Daniela Schwindt, Marlies Tepas und Benedict Zinke danken wir 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, Pulheim, Büttelborn, 12. Januar 2009

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

Inhalt

Executive Summary	11
1. Einleitung	15
2. Der Reha-Markt.	16
2.1 Grundlegendes	16
2.1.1 Definitionen	16
2.1.2 Analysegrundlagen und Daten.	18
2.2 Status quo	19
2.2.1 Marktübersicht	19
2.2.2 Leistungszahlen	27
2.2.3 Reha-Potenzial nach Akutbehandlung	34
2.2.4 Regionalanalysen	42
2.3 Patientenströme.	42
2.3.1 Patientenströme zwischen Bundesländern	43
2.3.2 Patientenströme zwischen Behandlungsregionen	48
2.4 Projektionen.	53
2.4.1 Generelle Einflussfaktoren.	53
2.4.2 Basisszenario	58
2.4.3 Alternativszenarien.	62
2.4.4 Bettenbedarf.	64
2.5 Wesentliche Ergebnisse im Überblick	66
3. Wirtschaftliche Lage der Einrichtungen.	68
3.1 Datengrundlage	68
3.2 Methodik.	70
3.2.1 Bilanzrating	70
3.2.2 Erstellung von Planzahlen	72
3.3 Aktuelle Situation.	75
3.3.1 Untergruppen	78
3.3.2 Ergänzung: Personal- und Kreditkosten.	80
3.4 Projektion des Ratings	82
3.4.1 Projektion auf 2009	82
3.4.2 Projektion auf 2020	84

3.4.3	Reaktives Szenario	86
3.5	Wesentliche Ergebnisse im Überblick	87
4.	Ausblick	88
4.1	Wachstumsmarkt mit Risiko	88
4.2	Finanzierung der Reha	88
4.3	Kosten-Nutzen-Orientierung der Finanzierung.	89
4.4	Der Reha-Markt der Zukunft	90
4.4.1	Vertikale Integration	92
4.4.2	Horizontale Integration und Bereinigung.	92
4.4.3	Klare Trennung von Kostenträger und Leistungsträger	99
5.	Anhang.	99
5.1	Bilanzbenchmarks	99
5.2	Weitere Ergebnisse	104
5.3	Hintergründe zum Rating	123
6.	Glossar	125
Literatur	126

Verzeichnis der Schaubilder

Schaubild 1:	Rehabilitationsleistungen und ihre Finanzierung	17
Schaubild 2:	Marktvolumen.	20
Schaubild 3:	Gesundheitsausgaben nach Bereichen, Bruttoinlandsprodukt und Preise	21
Schaubild 4:	Verteilung der Gesundheitsausgaben	22
Schaubild 5:	Zahl der Reha-Anträge (DRV)	22
Schaubild 6:	Zahl der medizinischen Reha-Maßnahmen nach Status	23
Schaubild 7:	Träger der Ausgaben für Reha-Einrichtungen	23
Schaubild 8:	Kapazitäten der Reha-Einrichtungen nach Trägerschaft.	24
Schaubild 9:	Zahl der Betten in Reha-Einrichtungen nach Trägerschaft	24
Schaubild 10:	Zahl der Betten in Reha-Einrichtungen nach Maßnahme und Trägerschaft	25
Schaubild 11:	Kapazität der Reha-Einrichtungen nach Somatik und Psychosomatik.	25
Schaubild 12:	Bettenauslastung in Reha-Einrichtungen nach Trägerschaft	26
Schaubild 13:	Bettenauslastung in Reha-Einrichtungen nach Trägerschaft und DRV	27
Schaubild 14:	Zahl der Fälle und Pflage tage in Reha-Einrichtungen nach Somatik und Psychosomatik.	28
Schaubild 15:	Reha-Maßnahmen nach Indikation	29
Schaubild 16:	Gesamte Zahl der Reha-Fälle nach Indikationen.	29
Schaubild 17:	Reha-Maßnahmen nach Diagnosegruppen	30
Schaubild 18:	Reha-Maßnahmen nach Diagnosegruppen und Art der Einrichtung	30
Schaubild 19:	Reha-Maßnahmen nach Einzeldiagnosen.	31
Schaubild 20:	Reha-Maßnahmen in Anschlussheilbehandlung nach Diagnosegruppen	31
Schaubild 21:	Medizinisch ausgeführte Reha-Anträge nach Diagnosegruppen	32
Schaubild 22:	Verweildauer in Reha-Einrichtungen	33

Schaubild 23:	Durchschnittliche Verweildauer in Reha-Einrichtungen nach Fachabteilung	33
Schaubild 24:	Zahl der Einzeldiagnosen nach Reha/Vorsorge- und Akut-Status.	34
Schaubild 25:	Zahl der Direktüberweisungen aus Akut- in Reha-Einrichtungen	35
Schaubild 26:	Anträge bei der DRV auf medizinische Reha-Leistungen	55
Schaubild 27:	Anträge bei der DRV auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	55
Schaubild 28:	Nachfrage nach Reha-Maßnahmen nach Altersgruppe und Geschlecht.	60
Schaubild 29:	Bevölkerung nach Altersgruppen	60
Schaubild 30:	Erwartete Zahl der vollstationären Reha-Fälle.	61
Schaubild 31:	Erwartete Zahl der Reha-Fälle nach Fachabteilungen	61
Schaubild 32:	Erwartete Zahl der Reha-Fälle nach Diagnosegruppen	62
Schaubild 33:	Zahl der Reha-Maßnahmen nach Art der Unterbringung	63
Schaubild 34:	Zahl der Reha-Maßnahmen der DRV in den Szenarien	64
Schaubild 35:	Erwartete Verweildauer in Reha-Einrichtungen	65
Schaubild 36:	Erwartete Überkapazität und Auslastung der Reha-Einrichtungen in den Szenarien.	66
Schaubild 37:	Vergleich der Stichprobe und der Grundgesamtheit: Verteilung auf Bundesländer	69
Schaubild 38:	Vergleich der Stichprobe und der Grundgesamtheit: Verteilung nach Trägerschaft	70
Schaubild 39:	Rating-Klassifizierung über errechnete Ausfallwahrscheinlichkeiten.	71
Schaubild 40:	Gehälter bzw. Sachmittelpreise der Reha-Einrichtungen	73
Schaubild 41:	Umsatz der Reha-Einrichtungen in den Szenarien	74
Schaubild 42:	Personalkosten der Reha-Einrichtungen in den Szenarien	74
Schaubild 43:	Sachkosten der Reha-Einrichtungen in den Szenarien	75
Schaubild 44:	Ausfallwahrscheinlichkeit der Reha-Einrichtungen im Datensatz	76
Schaubild 45:	Verteilung der Reha-Einrichtungen der Ampelklassifikation im Datensatz.	76
Schaubild 46:	EBITDA-Marge und Kapitalrentabilität der Reha-Einrichtungen	77
Schaubild 47:	Ausfallwahrscheinlichkeit von Reha-Einrichtungen nach Untergruppen	78
Schaubild 48:	Verteilung der Reha-Einrichtungen in der Ampelklassifikation nach Trägerschaft	79
Schaubild 49:	Verteilung der Reha-Einrichtungen nach der Höhe des Jahresüberschusses und Trägerschaft	80

Schaubild 50:	Ausgaben der Reha-Einrichtungen für Altersvorsorge nach Trägerschaft	81
Schaubild 51:	Bedeutung der Kreditfinanzierung der Reha-Einrichtungen nach Trägerschaft	81
Schaubild 52:	Reha-Einrichtungen nach der Ampel-Klassifikation in den Szenarien.	83
Schaubild 53:	Ertragslage der Reha-Einrichtungen in den Szenarien.	83
Schaubild 54:	Verteilung der Reha-Einrichtungen nach der Ampel-Klassifikation im Basisszenario	84
Schaubild 55:	Verteilung der Reha-Einrichtungen nach der Ampel-Klassifikation im Basisszenario + Einmaleffekte	85
Schaubild 56:	Verteilung der Reha-Einrichtungen nach der Ampel-Klassifikation im Basisszenario + Einmaleffekte + ambulantes Potenzial	85
Schaubild 57:	Verteilung der Reha-Einrichtungen nach der Ampel-Klassifikation im Basisszenario + Einmaleffekte + ambulantes Potenzial + Integration Akut-Reha.	86
Schaubild 58:	Verteilung der Reha-Einrichtungen nach der Ampel-Klassifikation bei Marktberreinigung	86
Schaubild 59:	Strukturbilanz der repräsentativen Reha-Klinik	100
Schaubild 60:	Struktur-GuV der repräsentativen Reha-Klinik	100
Schaubild 61:	Erwartete Reha- und Vorsorgefälle der TOP-Einzeldiagnosen	116
Schaubild 62:	Vergleich der Ratings von Moody's KMV und AHR für andere Unternehmen	124
Schaubild 63:	Vergleich der Güte von Moody's KMV und AHR	124

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	Patientenströme zwischen Bundesländern (Zahl der Fälle) . . .	46
Tabelle 2:	Patientenströme zwischen Bundesländern	47
Tabelle 3:	Zusammenfassung der Patientenströme zwischen Bundesländern.	47
Tabelle 4:	Patientenströme sortiert nach Zustrom	51
Tabelle 5:	Politische Einflussfaktoren auf den Reha-Markt	54
Tabelle 6:	Änderungen auf dem Reha-Markt durch das GKV-WSG	54
Tabelle 7:	Die repräsentative Reha-Klinik nach Ausfallwahrscheinlichkeit	101
Tabelle 8:	Die repräsentative Reha-Klinik nach Trägerschaft	102
Tabelle 9:	Die repräsentative Reha-Klinik nach Stadt und Land	103
Tabelle 10:	Die repräsentative Reha-Klinik nach Region	104
Tabelle 11:	Behandlungsort im Verhältnis zum Wohnort	117
Tabelle 12:	Zuordnung der Kreise zu den Behandlungsregionen.	120

Verzeichnis der Karten

Karte 1:	Zahl der Betten in Reha-Einrichtungen insgesamt nach Kreisen	36
Karte 2:	Zahl der Betten in Vorsorge-Einrichtungen insgesamt nach Kreisen	37
Karte 3:	Marktanteil von privaten Reha-Einrichtungen insgesamt nach Kreisen	38
Karte 4:	Marktanteil von privaten Vorsorge-Einrichtungen insgesamt nach Kreisen	39
Karte 5:	Auslastung der Reha- und Vorsorge-Einrichtungen nach Bundesländern	40
Karte 6:	Veränderung der Auslastung der Reha- und Vorsorge-Einrichtungen nach Bundesländern	41
Karte 7:	Zahl der Fälle (Wohnort) in Reha- und Vorsorge-Einrichtungen nach Kreisen	44
Karte 8:	Zahl der Fälle (Behandlungsort) in Reha- und Vorsorge-Einrichtungen nach Kreisen	45
Karte 9:	Zuteilung von Behandlungsregionen auf die Kreisebene	49
Karte 10:	Patienten mit Behandlung in entfernten Regionen nach Kreisen	50
Karte 11:	Bettendichte in der Somatik in Reha-Einrichtungen nach Kreisen.	105
Karte 12:	Bettendichte in der Psychosomatik in Reha-Einrichtungen nach Kreisen	106
Karte 13:	Bettendichte in der Somatik in Vorsorge-Einrichtungen nach Kreisen	107
Karte 14:	Bettendichte in der Psychosomatik in Vorsorge-Einrichtungen nach Kreisen	108
Karte 15:	Patientenwanderung nach Bad Kissingen	109
Karte 16:	Patientenwanderung nach Minden-Lübbecke	110
Karte 17:	Patientenwanderung nach Ravensburg	111
Karte 18:	Patientenwanderung nach Rostock/Bad Doberan	112
Karte 19:	Patientenwanderung nach Schleswig-Holstein-Nord.	113
Karte 20:	Patientenwanderung nach Greifswald/Uckermark.	114
Karte 21:	Patientenwanderung nach Waldeck-Frankenberg	115

Reha Rating Report 2009: Trägerische Erholung?

Executive Summary

Mit dem *Reha Rating Report 2009* liegt der zweite Report für die deutschen Reha-Einrichtungen vor. Ziel ist die Erhöhung der Transparenz über den Rehabilitations- und Vorsorgemarkt durch eine strukturierte Aufbereitung der Daten und Bereitstellung von Analysen zu wichtigen Fragestellungen. Neben den Daten des Statistischen Bundesamts zu allen deutschen Reha- und Vorsorge-Kliniken wurden zusätzlich 100 Jahresabschlüsse, die insgesamt 172 Einrichtungen umfassen, analysiert.

Die Zahl der stationären Reha- und Vorsorge-Einrichtungen ist seit langem rückläufig. 2006 gab es 1 255 Kliniken, 9,5% weniger als 1997. Es standen 173 000 Betten zur Verfügung, 8,6% weniger als 1997. Ihr Marktvolumen lag 2006 bei 7,4 Mrd. €, d.h. 3,0% der gesamten Gesundheitsausgaben. Die Zahl der Fälle stieg von 1997 bis 2006 um 17% auf 1,8 Mill., die der Belegungstage um 10%. Das größte Wachstum erlebte die Psychiatrie mit 75%, gefolgt von der Neurologie mit 70%. Die Verweildauer sank im gleichen Zeitraum um 6%. Die Direktüberweisungen aus Akut- in Reha-Kliniken haben sich von 320 000 auf 680 000 mehr als verdoppelt. Die Auslastung von Reha-Kliniken in privater Trägerschaft fiel 2006 mit 71,3% deutlich geringer aus als die in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft mit 87,0%. Besonders auffallend ist die hohe Auslastung der Kliniken der Deutschen Rentenversicherung (DRV) mit durchschnittlich 93,3%.

Die Mobilität der Reha-Patienten ist erwartungsgemäß hoch. Im Durchschnitt lassen sich 17% von ihnen in der eigenen Region behandeln, 30% in einer Nachbarregion und 53% suchen eine weiter entfernte Region auf. Die größte Nettowanderung erzielt die Region Waldeck-Frankenberg in Nordhessen, dicht gefolgt von Bad Kissingen. An vorderster Stelle befinden sich ferner Schleswig-Holstein Nord, Minden-Lübbecke und Ravensburg. Städte und Ballungsgebiete verzeichnen erwartungsgemäß eine erhebliche Abwanderung von Patienten.

Die Zahl der Reha-Patienten – gemessen an dem Wohnort – schwankt regional sehr stark zwischen 16 Patienten je 1 000 Einwohner in Teilen Nordrhein-Westfalens und über 24 in Sachsen und Thüringen. Zugleich stammen aus Regionen mit einer hohen Bettendichte auch eine hohe Zahl an Patienten je Einwohner, was als Indiz für eine angebotsinduzierte Nachfrage nach Reha-Leistungen gewertet werden könnte. Jedoch sind hierzu weitere Untersuchungen nötig.

Wie andere Gesundheitssektoren ist auch der Reha-Bereich ein Wachstumsmarkt, allerdings birgt er ein größeres Risiko als zum Beispiel der Krankenhaussektor. Der Einfluss der Kostenträger auf die Reha-Nachfrage ist größer, und Gesundheitsreformen können die Nachfrage nach Reha-Leistungen deutlich beeinflussen. Rein demografiebedingt ist ein Anstieg der Reha-Fälle um insgesamt 6,3% bzw. um 0,43% p.a. zwischen 2006 bis 2020 zu erwarten. Für die Kardiologie, klinische Geriatrie, Hämatologie und internistische Onkologie, Neurologie und Orthopädie dürfte der Zuwachs überdurchschnittlich ausfallen. Dabei ist ein mögliches Potenzial zur ambulanten Erbringung mancher Leistungen nicht berücksichtigt. Bei einem Rückgang der Verweildauer um 10% bis 2020 würde die Zahl der Belegungstage trotz Anstiegs der Zahl der Fälle abnehmen mit der Folge einer sinkenden Auslastung von derzeit 75% auf 71%.

Berücksichtigt man eine 2007 und 2008 vermutlich gestiegene Nachfrage nach Reha-Leistungen verbessern sich aus Sicht der Kliniken die genannten Zahlen¹, während die Finanzmarktkrise mit ihrem negativen Effekt auf die Einnahmen der Kostenträger 2010 vorübergehend zu einer sinkenden Nachfrage führen dürfte.

Auf Basis der Stichprobe mit Jahresabschlüssen errechnet sich eine durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit der Reha-Kliniken von 2,3%. 24% der Reha-Kliniken liegen im roten (erhöhte Insolvenzgefahr), 23% im gelben und 53% im grünen Bereich (geringe Insolvenzgefahr). Die Werte fallen damit schlechter als bei Pflegeheimen oder Krankenhäusern aus. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen Untergruppen (Trägerschaft, städtisch und ländlich, Ost- und West-, Nord- und Süddeutschland, Ketten und Einzelkliniken) liegen nicht vor. Das gesamte Kreditvolumen von Reha-Kliniken lässt sich auf 4,5 Mrd. € beziffern. Vor dem Hintergrund der Finanzmarktkrise und der schlechten Ratings ist mit einer Erhöhung der Kreditkosten zu rechnen.

Berücksichtigt man die vermutlich höhere Auslastung der Kliniken 2007 und 2008, würde sich deren Lage vorübergehend erkennbar bessern – trotz der ho-

¹ Aktuelle Daten des Statistischen Bundesamts (2008d) zeigen, dass die Auslastung der Reha-Kliniken 2007 tatsächlich stark zugenommen hat – von 74,6% auf 79,4%. Die aktuellsten Daten konnten im Report nicht mehr verarbeitet werden.

hen Tarifabschlüsse 2008 und 2009. Diese wirken jedoch nach und dürften ab 2010 in Kombination mit den Folgen der Finanzmarktkrise wieder zu einer deutlichen Verschlechterung der Lage führen. Danach sollte aber die demografisch bedingte Zunahme der Nachfrage dominieren und eine langsame Erholung einleiten, an deren Ende sich weniger Reha-Kliniken im roten Bereich befinden als im Ausgangsjahr 2006. Fallen außerdem bis 2020 wirtschaftlich schwache Reha-Kliniken (rund 16%) aus, verbessert sich die Lage der verbleibenden Einrichtungen abermals spürbar.

Reha- und Vorsorge-Einrichtungen bieten eine etablierte poststationäre Leistung an. Da ein Großteil der Reha jedoch solidarisch über die Sozialversicherungssysteme finanziert wird, stößt eine Leistungsausweitung naturgemäß an Grenzen. Ein überproportionales Wachstum des Reha-Marktes kann daher entweder nur zu Lasten anderer Gesundheitssektoren gehen oder über zusätzliche private Nachfrage erfolgen. Maßstab einer Ausweitung muss wie in allen Gesundheitssektoren das Kosten-Nutzen-Verhältnis der finanzierten Maßnahmen sein. Eine Ausweitung der DRV-finanzierten Reha-Fälle ist z.B. sinnvoll, wenn damit eine höhere Erwerbstätigkeit und entsprechend höhere Rentenversicherungsbeiträge erzielt werden können. Eine aktuelle Studie von Prognos (2009) liefert Indizien, dass der volkswirtschaftliche Nutzen von ausgewählten Reha-Maßnahmen positiv ist. Wissenschaftlich fundierte Kosten-Nutzen-Bewertungen stehen wie in anderen Gesundheitssektoren jedoch noch aus. Voraussetzung hierfür ist die Messung der Ergebnisqualität. Eine wachsende Qualitätstransparenz böte Kliniken außerdem die Chance, Preise für Reha-Leistungen nach ihrer Qualität zu differenzieren und damit dem harten Preiswettbewerb zu begegnen.

Zuzahlungen bzw. Eigenleistungen der Patienten, etwa in Form der Bereitstellung von eigenen Urlaubstagen sollten verstärkt in Erwägung gezogen werden. Sie entlasten die sozialen Sicherungssysteme und führen gleichzeitig dazu, dass der Patient stärker auf die Qualität und den Nutzen der in Anspruch genommenen Reha-Leistung achtet. Schließlich dürfte sich auf freiwilliger Basis langfristig eine stärkere Beteiligung der Arbeitgeber an der Finanzierung der Reha ergeben, sobald jüngere Fachkräfte aufgrund der demografischen Entwicklung knapp werden und Frühverrentung nicht mehr durch die Solidargemeinschaft finanziert wird.

Unter den gegenwärtigen Bedingungen dürfte es einigen Reha-Kliniken jedoch schwer fallen, sich in den nächsten zehn Jahren am Markt zu behaupten. Viele Kliniken sind 2006 kaum rentabel und damit nur eingeschränkt investitionsfähig. Wir erwarten ein weiteres Voranschreiten der Kettenbildung innerhalb des Reha-Sektors, aber auch sektorübergreifend. Auch die Verzahnung zwischen dem Akut- und Reha-Sektor sowie zwischen Reha und Pflege dürfte an Bedeutung gewinnen. Gleichzeitig dürften aber einige Kliniken

schließen. Aus ökonomischer Sicht führt dies dazu, dass ineffiziente Anbieter ausschieden und damit die knappen Ressourcen produktiver genutzt würden. Die am Markt verbleibenden Einrichtungen würden die Patienten übernehmen und damit ihre Auslastung beträchtlich steigern können. Erwartete Überkapazitäten würden zurückgehen. Zur Schaffung eines chancengleichen Wettbewerbs erscheint schließlich eine konsequente Trennung von Kostenträgern und Leistungserbringern angebracht. Dies betrifft v.a. die DRV-eigenen Kliniken (Anpassung des § 15 Abs. 2 SGB VI).