RWI : Materialien

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

Reha Rating Report 2007

Die Reha vor der Marktbereinigung

Heft 38

Executive Summary

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

Executive Summary

Die gesamte Studie kann zum Preis von 170 € beim
RWI Essen oder über den Buchhandel bezogen werden.

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.