



Beratung im
Gesundheitswesen GmbH

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

-Neuaufgabe 2015-

Prof. Dr. Peter Borges

Agnes Zimolong

Köln, Oktober 2015

Inhaltsübersicht

Inhaltsübersicht.....	II
Verzeichnis der Abbildungen.....	III
1 Einleitung	4
1.1 Auftragshintergrund und Zielsetzung.....	4
2 Einflussfaktoren auf die betriebswirtschaftliche Entwicklung	6
2.1 Allgemeine Einflussfaktoren	6
2.2 Erwartete Kostenentwicklungen	7
3 Modellrechnung zukünftiger Kostensteigerungen in der Rehabilitation	12
3.1 Vergleich der Modellannahmen und Kostensteigerungsraten	12
3.2 Aktualisierte Modellrechnung: Annahmen für die zukünftige Entwicklung der Aufwandspositionen.....	14
4 Sonderfragestellung „absolute Vergütungssatzhöhen“	18
5 Zusammenfassung und Empfehlungen.....	21
5.1 Zusammenfassung und weitere Aspekte	21
5.2 Empfehlungen aus Sicht des Gutachters.....	22

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Exogene Einflussfaktoren (Quelle: eigene Darstellung)	6
Abbildung 2: Angenommene und eingetroffene Kostensteigerungen im Jahr 2015	12
Abbildung 3: Angenommene und eingetroffene Kostensteigerungen 2007-2015.....	13
Abbildung 4: Verteilung GuV-Aufwandpositionen 2015.....	15
Abbildung 5: Annahmen über Steigerungsraten einzelner Aufwandpositionen für 2016.....	16
Abbildung 6: Modellrechnung für das Jahr 2016.....	17
Abbildung 7: Leistungsgerechte Vergütungssätze für Beispielindikationen für 2011	18
Abbildung 8: Leistungsgerechte Vergütungssätze für die Sucht-Rehabilitation 2011.....	19
Abbildung 9: Simulation Vergütungssatzveränderungen auf Basis durchschnittlichen Kostensteigerungen 2012-2015	20

1 Einleitung

1.1 Auftragshintergrund und Zielsetzung

Die in der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation (AG MedReha) zusammengeschlossenen maßgeblichen Verbände der in der medizinischen Rehabilitation tätigen Leistungserbringer haben die aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH mit einer Neuauflage des Gutachtens zur aktuellen und perspektivischen Situation der stationären Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation beauftragt.

Auch in diesem Jahr sollen die aktuellen und perspektivischen Veränderungen der Rahmenbedingungen für die Kostensituation der Rehabilitationseinrichtungen und ihre Auswirkungen auf die Kliniken aufgezeigt werden. Die gutachterliche Sicht zur zukünftigen Kostenentwicklung soll den Verhandlungspartnern als Verhandlungshilfe dienen. Im Vorfeld wurden seitens der Autorenschaft mehrere Gutachten zu dem Thema verfasst, auf deren Inhalte sich die vorliegende Aktualisierung stützt¹. Auf eine Ausweisung von Einzelzitate n wird im Sinne der Lesefreundlichkeit verzichtet.

Zielstellung des Gutachtens ist es, die Kostenveränderungen für Rehabilitationseinrichtungen für das Jahr 2016 aufzuzeigen. Anhand von Modellrechnungen werden die Konsequenzen der erwarteten externen Kostenentwicklung auf die betriebswirtschaftliche Situation der Kliniken dargelegt. Als Basis dienen hierzu allgemein zugängliche Daten und Statistiken. Um die Prognosesicherheit zu erhöhen, basieren die Annahmen für die Kostensteigerungen 2016 auf aktuellsten Entwicklungen und Prognosen mit Stand bis August/September 2015. Es werden jedoch auch langfristige Tendenzen berücksichtigt. Als Ergebnis für das Jahr 2016 wird ein Prognosekorridor für die Entwicklung der Vergütungssätze im Bereich der medizinischen Rehabilitation dargestellt sowie eine gutachterliche Empfehlung formuliert.

¹ Siehe Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation in den Jahren 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 (GEBERA GmbH) und 2011, 2012, 2013 und 2014 (aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH)

In dem vorliegenden Gutachten werden zwei Sonderpunkte aufgegriffen. Zum einem werden Kalkulationen über die absoluten Vergütungssatzhöhen aus Vorgutachten für einige Beispielindikationen (Orthopädie, Kardiologie, Psychosomatik und Sucht) anhand der relativen Preissteigerungen aktualisiert. Zum anderen wird das Thema des Investitionsbedarfs in der Rehabilitation stärker in den Fokus gerückt. Die Finanzierung der notwendigen Investitionen in die Struktur des Reha-Marktes wird immer bedeutender und ist im Rahmen der Monistik ein Teilbereich der Vergütungssätze. Die Thematik wird mit Befragungsergebnissen der AG Med Reha und der aktiva unterlegt.

2 Einflussfaktoren auf die betriebswirtschaftliche Entwicklung

2.1 Allgemeine Einflussfaktoren

Im Rahmen des Gutachtens werden allgemeine Einflussfaktoren auf die wirtschaftliche Entwicklung der Rehabilitationseinrichtungen dargelegt, die exogenen Charakter haben und daher nur in einem sehr begrenzten Maße von den Unternehmen selbst beeinflusst werden können. Diese sind in dem vergleichsweise hoch reglementierten System der medizinischen Rehabilitation entscheidend für die wirtschaftlichen Ergebnisse der Kliniken.

Die folgende Abbildung zeigt eine Übersicht dieser hier untersuchten exogenen Faktoren.

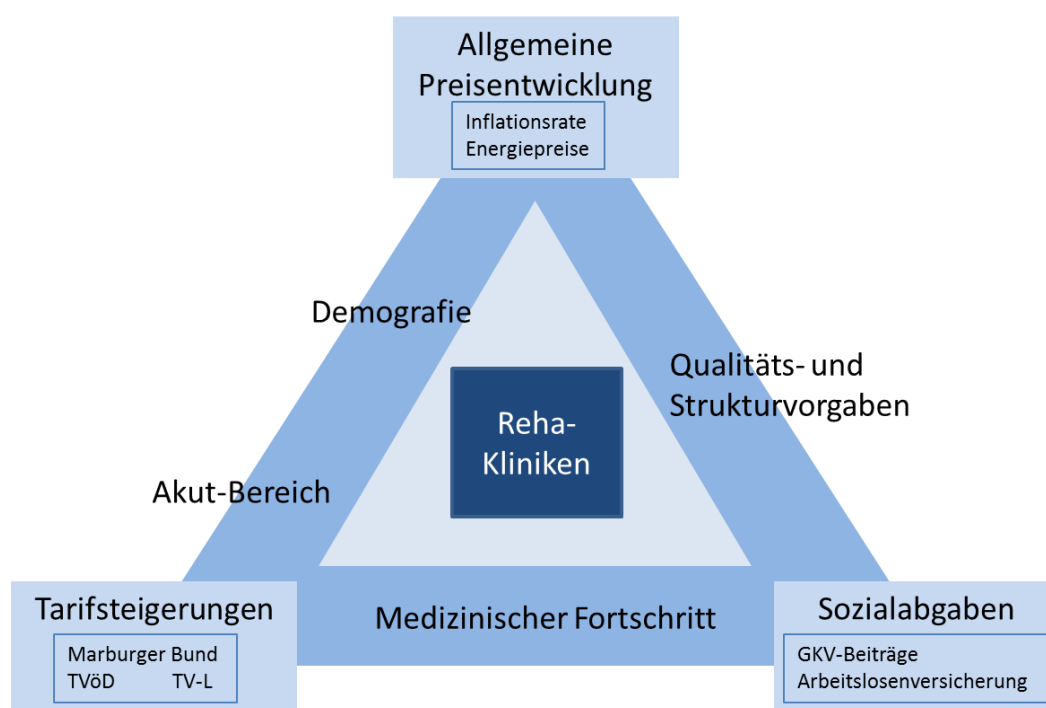


Abbildung 1: Exogene Einflussfaktoren (Quelle: eigene Darstellung)

Einige dieser Einflussfaktoren betreffen unmittelbar die Kostenentwicklungen der Rehabilitationseinrichtungen. Diese Faktoren werden auf ihre Entwicklungen in dem laufenden Jahr 2015 sowie auf ihre erwarteten Entwicklungen im Jahr 2016 untersucht.

2.2 Erwartete Kostenentwicklungen

Aktuelle Analysen und Daten führen zu unterschiedlichen Prognosesicherheiten in den einzelnen Einflussfaktoren, die von Kostensteigerungen betroffen sind. Im Folgenden werden diese im Einzelnen dargelegt und bewertet.

Das vorliegende Gutachten wendet die erwarteten Kostensteigerungen auf die spezifische Kostenstruktur einer Muster-Rehabilitationsklinik an. Damit werden die Steigerungen der jeweiligen Kostenpositionen in einem branchendurchschnittlichen Maß gewichtet. Diese Methodik ist realitätsnäher als eine reine Anwendung statistischer Steigerungsraten, weil sie durch die Gewichtung anhand der Kostenverteilung einer Muster-Rehabilitationsklinik die Effekte branchenspezifisch beziffert.

Tarifsteigerungen

Tarifsteigerungen haben primär Auswirkungen auf Arbeitgeber, die Tarifpartner bei den Verhandlungen sind. Allerdings sind auch die anderen Marktteilnehmer einer Branche gezwungen, die Gehälter ihrer Angestellten entsprechend anzupassen. Erfolgt diese Anpassung nicht, kann dies gerade in Zeiten des Fachkräftemangels Personalabgänge und Personalnotstand zur Folge haben. Eine derartige Entwicklung würde sich qualitätsmindernd und existenzbedrohend auf Rehabilitationseinrichtungen auswirken und kann nicht im gesamtgesellschaftlichen Interesse sein.

Zukünftig wird sich der bereits bestehende Druck auf Rehabilitationseinrichtungen hinsichtlich einer geeigneten Personalakquisition von Fachkräften weiter zuspitzen. Den Wettstreit um qualifiziertes Personal gewinnen die Einrichtungen, die eine wettbewerbsfähige Organisation und Vergütung bieten können. Dabei ist die Anpassung des Gehaltsgefüges an aktuelle Tarifabschlüsse für Rehabilitationseinrichtungen ein Aspekt, um im Wettbewerb um Personal bestehen zu können. Die jährlichen Steigerungen der Personalkosten folgen in der Kalkulation daher mindestens den Steigerungen im Rahmen der Tarifabschlüsse.

Die Tarifierhöhungen der Tarifverträge zwischen dem Marburger Bund und der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) sowie der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) bedeuten für das Jahr 2015 eine Lohnsteigerung zwischen 1,65-2,36% für Ärzte². Die Tarifabschlüsse beinhalten, neben den reinen Steigerungen der Ärztegehälter, auch eine Vielzahl von zusätzlichen

²<https://www.marburger-bund.de/artikel/allgemein/pressemitteilungen/2015/marburger-bund-und-vka-vereinbaren-neuen-tarifabschluss-fuer-aerzte>;
<https://www.marburger-bund.de/tarifpolitik/universitaetskliniken>

Regelungen z.B. den einheitlichen Urlaubsanspruch der Ärzte von 30 Arbeitstagen pro Jahr, die Strafung der Stufenlaufzeiten, die Anhebung der Zeitzuschläge für Arbeit an Samstagen oder die Erhöhung der Bereitschaftsdienstentgelte um insgesamt 7,1%. Der Gesamteffekt der Kostensteigerungen ist für die Arbeitgeber nur je Einrichtung individuell zu beziffern. Insgesamt geht der Gutachter von einer Erhöhung der Personalkosten von mindestens 3% für das Jahr 2015 aus. Die Rehabilitationseinrichtungen müssen ihre Angebote für Ärzte ebenso verbessern, um im Wettbewerb um die Arbeitnehmer zu bestehen.

Für nicht ärztliches Personal haben der laufende Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) einen durchschnittlichen Effekt von 2,3 % reine Lohnsteigerung³ für das Jahr 2015. Auch hier sind Effekte wie die einheitliche Anhebung des Urlaubsanspruchs auf 30 Tage zu berücksichtigen. Insgesamt geht der Gutachter von einem Gesamteffekt von 2,5% für das laufende Jahr 2015 aus.

Für die Prognose der Kostensteigerungen im Jahr 2016 für den Ärztlichen Dienst ist für den Geltungsbereich des TV-L mit 2,2% zusätzlicher Gehaltssteigerung ab April 2016 vereinbart (Gesamtjahreseffekt unter Berücksichtigung der Anhebung im Vorjahr entspricht auch 2,2% für 2016). Für den Bereich des TVöD gilt die laufende Vereinbarung nur bis Februar 2016. Die neue Tarifrunde steht noch aus. Angesichts der Unsicherheiten, geht der Gutachter von einer Steigerung zwischen 2,2- 3% für den Ärztlichen Dienst im Jahr 2016 aus. Insbesondere ist festzuhalten, dass bei den Führungskräften eine finanzielle Anpassung an den Marburger Bund nicht ausreicht. Im Wettbewerb um die Ärzte gibt es weitere Verzerrungen bei der Personalsuche dadurch, dass immer weniger angestellte Ärzte bereit sind Bereitschaftsdienste zu leisten und vermehrt teure Honorarärzte eingesetzt werden müssen. Diese Markttendenzen sollten bei der Bewertung ebenfalls Berücksichtigung finden. Daher sind die in der Kalkulation angewendeten 2,2-3% tatsächlich als Mindestmaß zu verstehen.

Die Tarifsteigerungen für das nicht-ärztliche Personal sind im Bereich des TvöD im laufenden Tarifvertrag nur bis Ende Februar 2016 geregelt. Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) gilt bis Ende 2016 und erlaubt daher eine Orientierung. Die Entgelterhöhung für das Jahr 2016 entspricht 2,27 %. Diese Steigerung wird in der Kalkulation verwendet.

Aufgrund der aktuellen Entwicklungen und des zunehmenden Fachkräftemangels sind jedoch durchaus auch höhere Forderungen möglich. Dieses stellt vor allem für Kliniken in vergleichsweise unattraktiven Regionen außerhalb der Ballungsräume eine Herausforderung dar. Auch die Zunahme von

³ <http://oeffentlicher-dienst.info/tv-l/tr/2015/>

Teilzeitkräften führen zu Mehraufwänden. Entstehende Kosten für Kinderunterbringung müssen im Wettbewerb um qualifiziertes Personal zunehmend vom Arbeitgeber bezuschusst werden.

Daher ist die Berücksichtigung der Steigerungsraten der Tarifabschlüsse für die Entwicklung der Personalkosten in Rehabilitationseinrichtungen als sehr konservative Einschätzung der tatsächlichen Personalentwicklung zu werten.

Sozialabgaben

Die Entwicklung der Sozialaufwendungen für das Personal verläuft größtenteils parallel zu den Gehaltssteigerungen, ist aber auch von Entscheidungen auf politischer Ebene abhängig.

Das Jahr 2015 war geprägt durch zwei Veränderungen mit Auswirkungen auf die Arbeitgeberkosten: die Erhöhung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung um 0,3 Prozentpunkte sowie die Senkung des Beitragssatzes in der allgemeinen Rentenversicherung um 0,2 Prozentpunkte auf 18,7 Prozent.

Für das kommende Jahr 2016 werden keine Veränderungen der Sozialabgaben erwartet.

Allgemeine Preissteigerung

Die allgemeine Preissteigerung ist ein weiterer exogener Faktor, welcher von Seiten der Rehabilitationseinrichtungen nicht beeinflusst werden kann. Ressourcen wie Therapiebedarf, Medikamente und Lebensmittel, aber auch Dienstleistungen wie z.B. Reparaturen unterliegen inflationsbedingten Preissteigerungen.

Vergleicht man die durchschnittliche Entwicklung des Verbraucherindex (Gesamt) der Monate Januar bis August in den Jahren 2014 und 2015 miteinander, steigen die Preise um durchschnittliche 0,25% im Jahr 2015 gegenüber den Vorjahresmonaten.⁴ Diese Entwicklung unterschreitet die vorjährigen Annahmen der Wirtschaftsinstitute und Prognosen deutlich. Ausschlaggebend für die niedrige Inflation 2015 sind der historische und überraschende Ölpreiseinbruch zu Beginn des Jahres sowie die verspätet eingetroffenen Effekte der Staatsanleihenkäufe der Europäischen Zentralbank EZB.⁵

Die Entwicklung der zukünftigen Inflationsrate ist von vielen Faktoren wie z.B. der weltweiten und nationalen Wirtschaftsentwicklung, der Zinspolitik und den Staatsanleihenkäufen EZB und deren Effekten auf den EURO abhängig. Aber auch die aktuellen Krisenherde insbesondere im Nahen Osten haben einen Einfluss auf die Inflation in Deutschland. So ist z.B. die Entwicklung des Ölpreises von

⁴ Eigene Berechnungen auf Basis des Verbraucherindex für Deutschland 2014 und 2015 (Fachserie 17)

⁵ https://www.dbresearch.de/PROD/DBR_INTERNET_DE-PROD/PROD000000000357674/Ausblick+Deutschland%3A+H%C3%B6here+Inflationsraten+trotz.PDF

Faktoren abhängig wie z.B. die Aufhebung der Sanktionen für den Iran, die Reaktion der OPEC Staaten auf die sinkende Nachfrage auf dem Weltmarkt oder der potenzielle Rückzug der USA aus teuren Ölförderprojekten (Fracking, Erschließung neuer Ölvorkommen in Alaska).

Experten verschiedener Institute wie Deutsche Bundesbank, die Allianz oder das IFW prognostizieren für das Jahr 2016 Inflationsraten zwischen 1,1%-2,0%.⁶ Insgesamt sind die Prognosen aufgrund der unsicheren weltweiten geopolitischen und wirtschaftlichen Entwicklungen sehr schwierig, was auch die unterschiedlichen Prognosewerte und deren starke Spreizung widerspiegeln. Alle Experten sind sich jedoch einig, dass die sehr niedrige Inflationsrate im laufenden Jahr von 0,25%-0,3% eher eine Ausnahme bleiben wird.

Vor diesem Hintergrund gehen die Gutachter von einem möglichen Korridor zwischen 1,1% -1,8% für die allgemeinen Preissteigerungen im Jahr 2016 aus und bewegen sich damit leicht unter den Prognosewerten anderer Institute.

Einige der Sachaufwandspositionen einer Rehabilitationsklinik entwickeln sich anders als die durchschnittliche Inflationsrate. Insbesondere die Preise für Energie (Strom und Brennstoffe) sind häufig von spezifischen Preisentwicklungen betroffen.

Im Jahr 2015 lag die Preissteigerungsrate für Strom in den Monaten Januar bis August laut Angaben des Statistischen Bundesamtes mit -0,7% deutlich unter den Prognosen des Vorjahres.⁷ Die erwartete Anhebung der Preise seitens der Stromkonzerne ist nicht erfolgt. Auch für das nächste Jahr gehen die Einschätzungen davon aus, dass die Strompreise trotz der Energiewende und leicht steigender EEG-Umlage relativ stabil bleiben.⁸

Für Brennstoffe und Heizung erfolgte im Jahr 2015 im Vergleich zum Vorjahr eine weitere negative Preisentwicklung. Gewichtet man die Preisindizes Januar-August für Gas, flüssige Brennstoffe, feste

⁶https://www.ifw-kiel.de/wirtschaftspolitik/prognosezentrum/konjunkt/2015/konjunkturprognosen_deutschland_herbst_2015_kurz.pdf;
https://www.dbresearch.de/PROD/DBR_INTERNET_DE-PROD/PROD000000000357674/Ausblick+Deutschland%3A+H%C3%B6here+Inflationsraten+trotz.PDF;
http://www.bayernlb.de/internet/media/de/internet_4/de_1/downloads_5/0100_corporatecenter_8/5700_volkswirtschaft_research_2/research_3/Perspektiven.pdf
<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/370942/umfrage/prognose-zu-den-inflationsraten-in-den-eu-laendern/>
<http://www.rwi-essen.de/presse/mitteilung/199/>

⁷https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Preise/Verbraucherpreise/VerbraucherpreiseMPDF/VerbraucherpreiseM2170700151084.pdf?__blob=publicationFile

⁸http://www.focus.de/finanzen/news/energie-netzbetreiber-energiewende-duerfte-strompreise-2016-nicht-treiben_id_4531494.html;
<http://www.spiegel.de/wirtschaft/service/strompreis-oekostrom-umlage-steigt-leicht-a-1053006.html>

Brennstoffe und Zentralheizung mit jeweils 25%, sanken die Preise für die Brennstoffe im Jahr 2014 um -7,7% gegenüber 2013. Den größten Effekt dabei hatte die negative Entwicklung der flüssigen Brennstoffe von über -25%. Die Nutzung der Brennstoffarten ist auch unter den Rehabilitationseinrichtungen unterschiedlich. Im Rahmen dieses Gutachtens können die Entwicklungen nur im Durchschnitt betrachtet werden. Diese müssen im Einzelfall auf Ihre individuelle Relevanz angepasst werden.

Die Preisentwicklung für die kommenden Wintermonate ist bisher nicht bekannt und kann auch für das Jahr 2016 nur mit vielen Unsicherheiten prognostiziert werden. Die Entwicklung ist wesentlich durch die geopolitische Lage beeinflusst. Es sind dramatische Entwicklungen denkbar die einen deutlichen Anstieg der Preise zur Folge hätten, oder auch eine Beruhigung der Lage und sogar weitere Preissenkungen. Insbesondere der Ölpreis spielt hier eine große Rolle. Die Research-Abteilungen der Allianz sowie der Bayern LB haben sich unter anderen mit diesem Thema beschäftigt.⁹ Sie gehen von einem möglichen Anstieg der Ölpreise in 2016 von bis zu 5 bzw. bis zu 8% aus.

Die Gutachter gehen aufgrund der Unsicherheiten von Entwicklung der Brennstoffe zwischen 1,1% - 6% im Jahr 2015 aus. Dieser Ansatz ist insgesamt konservativ.

Zinsaufwendungen

Ein anderer Einflussfaktor auf die Wirtschaftlichkeit des Rehabilitationsbetriebes sind die bei einer Fremdkapitalfinanzierung anfallenden Zinsaufwendungen. Der Anteil der Zinsaufwendungen an den Gesamtausgaben der Einrichtungen variiert stark in Abhängigkeit von der Höhe ihrer Fremdfinanzierung. Daher erscheint eine pauschale Aussage über den durchschnittlichen Anteil der Zinsaufwendungen an den Gesamtaufwendungen nicht sinnvoll und muss einrichtungsindividuell erfolgen. In der folgenden Modellrechnung werden die Zinsaufwendungen nicht betrachtet.

⁹ECONOMIC RESEARCH Working Paper 182, Allianz:

https://www.allianz.com/v_1425305134000/media/economic_research/publications/working_papers/de/Rohoelpreis2015.pdf;

Bayern LB: Oktober 2015, Perspektiven Flüchtlinge in Europa: Herausforderungen und Chancen:

https://www.bayernlb.de/internet/media/de/internet_4/de_1/downloads_5/0100_corporatecenter_8/5700_volkswirtschaft_research_2/research_3/Perspektiven.pdf

3 Modellrechnung zukünftiger Kostensteigerungen in der Rehabilitation

3.1 Vergleich der Modellannahmen und Kostensteigerungsraten

Im Folgenden werden die im Vorgutachten getroffenen Annahmen für das Jahr 2015¹⁰ verifiziert, indem sie den tatsächlichen Kostensteigerungen des Jahres 2015 gegenübergestellt werden.

Die nachstehende Abbildung zeigt die Annahmen und die eingetroffenen Entwicklungen für ausgewählte Aufwandspositionen. Zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung können die Entwicklungen bis zum Stand August 2015 berücksichtigt werden. Die hier in Einzelpositionen dargestellten Steigerungen werden in Modellrechnungen als Gesamteffekt dargestellt (Steigerungen insgesamt).

Faktor	Vorgutachten 2014	Eingetretene Veränderungen
	Annahmen für das Jahr 2015	bis August 2015 (soweit feststellbar)
Lohn & Gehalt Ärztlicher Dienst	+3,0% (min und max)	3,00%
Lohn & Gehalt andere Berufsgruppen	+2,5% (min und max)	2,50%
Veränderungen Sozialabgaben AG	+ 0,15% (Pflegeversicherung)	0,05%
Inflationsrate	+1,4% (min) bis +2,0% (max)	0,25%
Energiekosten (Strom)	+2,0% (min) bis +4,0% (max)	-0,70%
Energiekosten (Brennstoffe gewichtet*)	0% (min) bis +5% (max)	-7,74%
Prognosekorridor	2,13% (min) bis 2,52% (max); im Durchschnitt 2,32%	Steigerungen von insgesamt rd. 1,5%
	zzügl. Sondereffekt Mindestlohn 0,2-0,3%	zzügl. Sondereffekt Mindestlohn 0,2-0,3%

* Gewichtung beinhaltet: Gas, flüssige & feste Brennstoffe, Zentralheizung/Fernwärme (jeweils 25%)

Abbildung 2: Angenommene und eingetroffene Kostensteigerungen im Jahr 2015

Die Gegenüberstellung zeigt, dass die Effekte der tatsächlichen Kostensteigerungen bis August 2015 von den im Jahr zuvor angenommenen, durchschnittlichen Steigerungsraten abweichen. Im Bereich der Personalkosten sind die Abweichungen gering und betreffen ausschließlich die weniger deutliche Anhebung der Sozialabgaben (Senkung Rentenbeitrag um 0,2 Prozentpunkte).

Deutlichere Abweichungen von der Prognose werden im Bereich der Sachkosten sichtbar. Die durchschnittliche Steigerung der Inflationsrate bis August ist mit 0,25% niedriger ausgefallen als erwartet. Die Gründe für die abweichende Entwicklung wurden bereits im Vorkapitel erläutert. Der unerwarte-

¹⁰ Siehe Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation, Jahr 2014 (aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH)

te Preisverfall beim Öl wird auch bei den Energiekosten besonders deutlich. Das statistische Bundesamt verzeichnet sowohl beim Strom als auch bei den Brennstoffen Senkungen der durchschnittlichen Preise von -0,7 bis -7,74%.

Vergleicht man die Minimalforderungen für das Jahr 2015 ohne den Sondereffekt Mindestlohn von 2,13% und vergleicht man diese mit Durchschnitt der tatsächlichen Steigerungsraten (1,5%) ergibt sich eine Abweichung von 0,63%. Diese Abweichungen sind der unterdurchschnittlichen Inflationsentwicklung geschuldet. Die Höhe des Sondereffektes Mindestlohn kann aufgrund der vorhandenen Statistiken nicht evaluiert werden und hat daher keine Auswirkung auf die Abweichungshöhe.

Trotz dieser Abweichungen kann die Treffsicherheit der Prognosen und die Methodik der Herangehensweise grundsätzlich bestätigt werden.

Um die Genauigkeit der in der Vergangenheit auf Grundlage der Modellrechnung durchgeführten Prognosen zu evaluieren, werden die in den vorangegangenen Gutachten kalkulierten Steigerungsraten für die Jahre 2007 bis 2014 mit den tatsächlich eingetretenen durchschnittlichen Kostensteigerungen für die Rehabilitationseinrichtungen verglichen.

Jahr	durchschnittliche Annahmen GA	tatsächliche Steigerungen	Differenz
2007	4,10%	4,15%	0,05%
2008	1,75%	3,80%	2,05%
2009	3,50%	3,00%	-0,50%
2010	1,92%	1,60%	-0,32%
2011	2,35%	2,39%	0,04%
2012	2,75%	2,80%	0,05%
2013	2,41%	2,26%	-0,15%
2014	3,14%	2,54%	-0,60%
2015	2,38%*	1,75%	-0,63%

* Annahme Minimalszenario & durchschnittlicher Ansatz Sondereffekt Mindestlohn

Abbildung 3: Angenommene und eingetretene Kostensteigerungen 2007-2015

Der Vergleich zeigt, dass die Annahmen der Gutachten im Zeitverlauf eher konservativ waren und von den tatsächlichen Kostensteigerungen teilweise übertroffen worden. In den Jahren 2014 und 2015, die aufgrund der Unsicherheiten durch die besondere wirtschaftliche und geopolitische Situation keine einfachen Prognosen ermöglichten, sind die getroffenen Annahmen mit rd. 0,6% über der tatsächlichen Entwicklung zum Stand August relativ genau. Trotz der leichten Abweichungen erscheint die verwendete Methodik ausreichend genau und findet weiterhin Anwendung.

3.2 Aktualisierte Modellrechnung: Annahmen für die zukünftige Entwicklung der Aufwandspositionen

Viele exogene Faktoren, wie z.B. Preissteigerungen wirken sich direkt auf die Aufwandspositionen der Gewinn- und Verlustrechnung (GuV) aus. Sie bilden die Grundlage für die Annahmen zukünftiger Kostenveränderungen in der folgenden Modellrechnung.

Den Erlöspositionen der vorliegenden Modellrechnung liegt eine Ceteris-paribus-Bedingung zu Grunde; es wird also angenommen, dass alle Erlöspositionen der Erfolgsrechnung konstant bleiben. Um die Auswirkungen der externen Einflussfaktoren auf die Rehabilitationseinrichtungen zu bestimmen, wurde auf Basis der GuV-Rechnungen mehrerer Rehabilitationseinrichtungen eine durchschnittliche relative Verteilung der einzelnen Aufwandspositionen berechnet, wobei Kliniken unterschiedlicher Fachrichtungen berücksichtigt wurden, um eine möglichst repräsentative Abbildung der Aufwandspositionen zu gewährleisten.

Allerdings können einzelne, vor allem auf bestimmte Indikationen spezialisierte Einrichtungen in den Positionen andere Werte aufweisen. Diese Einrichtungen können durch Anpassung der Aufwandspositionen aus der Musterverteilung auf ihre individuelle GuV-Struktur die hier vorgestellte Modellrechnung für ihre individuelle Klinik nutzen.

Auch für den Bereich der Investitionskosten ist es notwendig, einrichtungsbezogene Besonderheiten zu berücksichtigen. Die investiven Mittel werden aus dieser Betrachtung daher ausgeschlossen und sollten bei Vergütungsverhandlungen zwischen dem Rehabilitationsträger und der Einrichtung gesondert kalkuliert werden.

Aufgrund der in den letzten Jahren eher am unteren Rande umgesetzten Kostensteigerungen in den Vergütungssätzen geht die Schere zu den ebenso jährlich notwendigen Investitionsmaßnahmen der Kliniken stetig weiter auseinander. Demgegenüber stehen zusätzlich die seitens der Kostenträger geforderten Strukturanforderungen, wie z.B. die generelle Umsetzung der Barrierefreiheit oder die zunehmende Forderung nach Einzelzimmern in den meisten Indikationen. Dieses Thema wird sich in den nächsten Jahren noch zuspitzen.

Auswahl der GuV Positionen	Muster-Verteilung 2016
Personalaufwand	60,80
Löhne und Gehälter	51,46
Ärztlicher Dienst	14,95
Pflegedienst	7,16
Med.- techn. Dienst	6,43
Funktionsdienst	13,66
Wirtschaftsdienst	2,65
Verwaltungsdienst	5,53
Sonst. Personalaufwand	1,08
Soziale Abgaben	9,34
Ges soz ärzt Dienst	2,22
Ges soz Pflegedienst	1,37
Ges soz med-techn. Dienst	1,30
Ges soz Funktionsdienst	2,53
Ges soz Wirtsch. u. Versorgungsdienst	0,52
Ges soz Verwaltungsdienst	0,82
Sonst. ges. soz Abgaben	0,58
Materialaufwand	29,90
Aufwend. für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	9,68
Lebensmittel	1,91
Arzneien, Heilmittel	0,99
Therapiebedarf	0,23
Wasser, Abwasser	1,13
Strom	1,72
Brennstoffe/Heizung	2,33
Sonstiger Bedarf	1,37
Aufwendungen für bez. Leistungen	11,21
Abschr. auf Sachanlagen u. Instandhaltung	9,02
Sonstige betriebliche Aufwendungen	9,30

Die Abbildung zeigt die durchschnittlichen Anteile der GuV-Aufwandspositionen für 2016. Für die anschließenden Berechnungen wird angenommen, dass die prozentualen Anteile absoluten Beträgen entsprechen. Diese Musterverteilung der GuV-Positionen wurde unter Berücksichtigung der Kostenentwicklungen des Jahres 2015 entsprechend modifiziert. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass eine möglichst realitätsnahe Abbildung gewahrt bleibt.

Abbildung 4: Verteilung GuV-Aufwandspositionen 2016

In der Prognoserechnung werden für die einzelnen Positionen Annahmen zu Kostensteigerungen getroffen. Die relevanten Einflussfaktoren auf die wirtschaftliche Entwicklung der Rehabilitationseinrichtungen wurden bereits detailliert beschrieben und deren Entwicklungen prognostiziert und begründet (vgl. Kap. 2). Die folgende Abbildung stellt die den einzelnen Aufwandspositionen zugrunde liegenden Annahmen zusammenfassend dar.

Modellrechnung zukünftiger Kostensteigerungen in der Rehabilitation

	Aufwandsposition	Annahmen für 2016
Personal	<i>Löhne und Gehälter</i>	
	Ärztlicher Dienst	Annahme Tarifsteigerung von 2,2 - 3,0% in 2016; bisher sind nur Abschlüsse mit VKA bekannt; Tarif zwischen Marburger Bund und den kommunalen KH läuft im August aus; Abschlüsse des Marburger Bundes im Bereich privater Träger liegen bei rd. +2,7% für 2016
	andere Dienstarten	Effekte laufender Tarifverträge im Bereich TVL mit jährlichen Effekt in 2016 von 2,27%
	<i>Soziale Abgaben</i>	Steigerungen entsprechend der Löhne und Gehälter; keine Änderungen für das Jahr 2016 geplant
Material	<i>Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe</i>	
	Lebensmittel; Arzneien; Hilfsmittel, Therapiebedarf, Wasser & Abwasser	allgemeine Inflationsrate 1,1 - 1,8% (Ø 1,45%)
	Strom	Annahme Strompreissteigerungen zwischen 0-1,8% (Ø 0,9%) in 2016; nur moderate Steigerung trotz der wahrscheinlichen Anhebung der EEG-Umlage erwartet
	Brennstoffe/Heizung	Annahme Steigerungen 1,1- 6,0% (Ø 3,6%); Prognosen aufgrund der geopolitischen Lage schwierig (hohe Divergenz möglich)
	sonstiger Bedarf, Aufwendungen für bezogene Leistungen	allgemeine Inflationsrate 1,1 - 1,8% (Ø 1,45%)
Abschreib. sonst. betriebl. Aufw. u. d.	<i>Abschreibungen auf Sachanlagen u. Instandhaltung; sonstige betriebliche Aufwendungen</i>	
		allgemeine Inflationsrate 1,1 - 1,8% (Ø 1,45%)

Abbildung 5: Annahmen über Steigerungsraten einzelner Aufwandspositionen für 2016

Um die Prognosesicherheit der quantitativen Auswirkungen getroffener Annahmen zu erhöhen, werden minimale und maximale Veränderungsrate der einzelnen Positionen berechnet, die für das Jahr 2016 ein „Best-Case“ und ein „Worst-Case“ Szenario der erwarteten Kostenveränderungen abbilden. Die getroffenen Annahmen sind in beiden Szenarien eher konservativ. Sie sind das Ergebnis moderater Veränderungsprognosen.

In der folgenden Abbildung sind die jeweiligen Annahmen für die Veränderungsrate der einzelnen Positionen sowie die Ergebnisse der Modellrechnung für das Jahr 2016 dargestellt.

Modellrechnung zukünftiger Kostensteigerungen in der Rehabilitation

Auswahl der GuV Positionen	Muster- Verteilung 2015	Annahme Veränderungen in %		Ergebnisse (absolut)	
		2016		2016	
		min.	max.	min.	max.
Personalaufwand	60,80			62,17	62,40
Löhne und Gehälter	51,46			52,62	52,82
Ärztlicher Dienst	14,95	2,20%	3,00%	15,28	15,40
Pflegedienst	7,16	2,27%	2,50%	7,32	7,33
Med.- techn. Dienst	6,43	2,27%	2,50%	6,57	6,59
Funktionsdienst	13,66	2,27%	2,50%	13,97	14,00
Wirtschaftsdienst	2,65	2,27%	2,50%	2,71	2,72
Verwaltungsdienst	5,53	2,27%	2,50%	5,66	5,67
Sonst. Personalaufwand	1,08	2,27%	2,50%	1,11	1,11
Soziale Abgaben	9,34			9,55	9,58
Ges soz ärzt Dienst	2,22	2,20%	3,00%	2,27	2,29
Ges soz Pflegedienst	1,37	2,27%	2,50%	1,40	1,40
Ges soz med-techn. Dienst	1,30	2,27%	2,50%	1,33	1,33
Ges soz Funktionsdienst	2,53	2,27%	2,50%	2,58	2,59
Ges soz Wirtsch. u. Versorgungsdienst	0,52	2,27%	2,50%	0,54	0,54
Ges soz Verwaltungsdienst	0,82	2,27%	2,50%	0,84	0,84
Sonst. ges. soz Abgaben	0,58	2,27%	2,50%	0,59	0,59
Materialaufwand	29,90			30,21	30,54
Aufwend. für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	9,68			9,76	9,95
Lebensmittel	1,91	1,10%	1,80%	1,93	1,94
Arzneien, Heilmittel	0,99	1,10%	1,80%	1,00	1,00
Therapiebedarf	0,23	1,10%	1,80%	0,24	0,24
Wasser, Abwasser	1,13	1,10%	1,80%	1,14	1,15
Strom	1,72	0,00%	1,80%	1,72	1,75
Brennstoffe/Heizung	2,33	1,10%	6,00%	2,35	2,47
Sonstiger Bedarf	1,37	1,10%	1,80%	1,39	1,40
Aufwendungen für bez. Leistungen	11,21	1,10%	1,80%	11,33	11,41
Abschr. auf Sachanlagen u. Instandhaltung	9,02	1,10%	1,80%	9,12	9,18
Sonstige betriebliche Aufwendungen	9,30	1,10%	1,80%	9,40	9,47
Kostensteigerung gegenüber 2015				1,78%	2,41%

Abbildung 6: Modellrechnung für das Jahr 2016

Die getroffenen Annahmen zu den einzelnen Aufwandspositionen führen in der Gesamtbetrachtung zu Kostensteigerungen zwischen **1,78 und 2,41 % für das Jahr 2016** je nach Szenario. Die relativ große Spannweite der Werte spiegelt die Unsicherheiten der Prognosen insbesondere im Bereich des Materialaufwandes wider.

Die Ergebnisse der Modellrechnung zeigen, dass für eine bedarfsgerechte Abbildung der für das Jahr 2016 prognostizierten Kostensteigerungen die Vergütungssätze in der stationären medizinischen Rehabilitation im **Durchschnitt um 2,09 %** steigen sollten.

Dabei handelt es sich um **Mindeststeigerungsraten** für den reinen Betrieb der Rehabilitationseinrichtungen um die Kostensteigerungen des Jahres 2016 im Durchschnitt zu refinanzieren. Eine Bewertung der Investitionsmittelanteile und deren Finanzierung muss auf Basis der individuellen Situationen der Kliniken zu diesen Steigerungsraten hinzuaddiert werden.

Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass es sich hier um eine Modellbetrachtung handelt, die alle Indikationen im Durchschnitt betrachtet. In den einzelnen Indikationen selbst kann es deutliche Unterschiede insbesondere beim prozentualen Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten geben.

4 Sonderfragestellung „absolute Vergütungssatzhöhen“

Neben den jährlichen relativen Steigerungsraten sind die tatsächlichen absoluten Höhen der Vergütungssätze von entscheidender Bedeutung. Die aktiva hat bereits im Jahr 2012 ein Gutachten zur leitungsgerechten Vergütung in der Rehabilitation veröffentlicht.¹¹ Im Rahmen der Analysen wurden beispielhaft für die Indikationen Orthopädie, Kardiologie und Psychosomatik für die Refinanzierung struktureller Anforderungen notwendige Vergütungssätze kalkuliert. Das folgende Bild stellt die Ergebnisse zusammenfassend dar:

	Orthopädie		Kardiologie		Psychosomatik	
	struktur- bedingt	leistungs- orientiert*	struktur- bedingt	leistungs- orientiert*	struktur- bedingt	leistungs- orientiert*
Personal- kosten	68€	75€	64€	66€	79€	88€
Sachkosten	36€		33€		32€	
Kapital- dienst	28€		26€		26€	
Summe	132€	139€	123€	125€	137€	146€

*Berechnung leistungsorientierter Tagessätze (Summe) auf Basis der Auswertung anhand von Mustertherapieplänen (MTP)

Abbildung 7: Leistungsgerechte Vergütungssätze für Beispielindikationen für 2011 (Gutachten 2012)

Für die Sucht-Rehabilitation wurde analog der Systematik die folgende Kalkulation entwickelt. Basis sind hier die personellen Strukturvorgaben der DRV für die Sucht-Rehabilitation:

¹¹Was kostet die Rehabilitationsleistung? Kostenberechnung auf Basis der strukturellen Anforderungen, aktiva 2012

Sonderfragestellung „absolute Vergütungssatzhöhen“

Kalkulation		Sucht (Alkohol/Medikamente)		Sucht (Illegale Drogen)	
Basis Strukturvorgaben Sucht-Rehabilitation		Anzahl Vollkräfte	Personal-kosten	Anzahl Vollkräfte	Personal-kosten
Positionen GuV	Kalkulations-basis Personal-kosten nach TVöD-K (2012)				
Personalkosten					
Arzt	89.206	3,0	267.617	3,0	267.617
Psychologischer Psychotherapeut	73.785	5,0	337.005	5,0	337.005
Diplom-Psychologe	61.017				
Gesundheit- und Krankenpfleger	45.479	6,0	272.874	6,0	272.874
Diplom-Sozialarbeiter	46.826	5,0	234.132	9,0	421.438
Physiotherapeut	40.402	1,5	60.603	1,5	60.603
Dipl.Sportlehrer	46.826	1,0	46.826	1,0	46.826
Ergotherapeut	40.402	4,5	181.809	4,5	181.809
Diätassistent	38.704	0,5	19.352	0,5	19.352
Summe Personalkosten der oben angegebenen Dienstarten			1.420.219		1.607.525
plus 42% für sonst. Personal			717.772		717.772
Summe Personalkosten			2.137.991		2.325.297
Berechnung der Belegungstag bei 100 Betten bei 95% Auslastung			34.675		34.675
Personalkostensatz je Tag			61,66		67,06
Sachkosten					
Summe Sachkosten (analog Psychosomatik)			1.123.553		1.123.553
Belegungstag bei 100 Betten bei 95% Auslastung (wie oben)			34.675		34.675
Sachkostensatz je Tag			32,40		32,40
Kapitalkosten (analog Psychosomatik)					
Abschreibungen Bau (25 Jahre)			416.810		416.810
Abschreibungen Ausstattung (12 Jahre)			56.228		56.228
Durchschnittliche Zinsen pro Jahr			412.356		412.356
Summe Kapitalkosten			885.393		885.393
Belegungstage bei 100 Betten bei 95% Auslastung			34.675		34.675
Kapitalkostensatz je Tag			25,53		25,53
Tagessatz (2012)			119,59		125,00

Abbildung 8: Leistungsgerechte Vergütungssätze für die Sucht-Rehabilitation 2011 (Ergänzung zum Gutachten 2012)

Hierbei handelt es sich nur um die strukturbedingte Kalkulation der Kosten in der Sucht-Rehabilitation. Die leistungsorientierten Werte dürften – analog der anderen Beispielindikationen – noch höher liegen.

Die Ergebnisse zeigen bereits für das Jahr 2011 Vergütungssatzhöhen, die sich deutlich über den Marktwerten bewegen. Aufgrund der Kostensteigerungen in den Jahren 2012-2015 sind die Anforderungen an leistungsgerechte Vergütungssatzhöhen weiter gestiegen. Die folgende Tabelle simuliert anhand der tatsächlichen Kostensteigerungen in der Rehabilitation im Bereich der Strukturanforderungen diesen Anstieg:

Simulation: Auswirkung der durchschnittlichen Kostensteigerungen in der Rehabilitation in EUR									
Indikation	2011	2012		2013		2014		2015	
	Ausgangsbasis Vergütungssatz	Kosten-steigerung	Vergütungs-satz	Kosten-steigerung	Vergütungs-satz	Kosten-steigerung	Vergütungs-satz	Kosten-steigerung	Vergütungs-satz
Orthopädie	132		136		139		142		145
Kardiologie	123	2,80%	126	2,26%	129	2,54%	133	1,75%	135
Psychosomatik	137		141		144		148		150
Sucht (Mittelwert)	122		125		128		132		134

Abbildung 9: Simulation Vergütungssatzveränderungen auf Basis durchschnittlichen Kostensteigerungen 2012-2015

Die Simulation zeigt, dass die Tagessätze in den Jahren 2012 bis 2015 mit Zinseszins-Effekten um insgesamt rd. 9,7% hätten erhöht werden müssen, um die durchschnittlichen Kostensteigerungen in der Rehabilitation aufzufangen. Die tatsächlichen Entwicklungen im Markt waren nicht so deutlich. Die Finanzierungslücke, die bereits im Jahr 2012 festgestellt wurde, ist damit weiter gewachsen.

Als Reaktion darauf müssen viele Rehabilitationseinrichtungen zum Teil seit Jahren auf wichtige Investitionen in ihre baulichen Strukturen verzichten und leben von ihrer Substanz.

Eine Ende des Jahres im Auftrag der AG MedReha durchgeführte Befragung der Rehabilitationseinrichtungen bestätigt diese Einschätzung. Es ist die erste bundesweite Befragung, die sich der Frage des Investitionsstaus in der Rehabilitation beschäftigt. Berechnet auf den Gesamtmarkt wurde ein jährlicher Investitionsbedarf von rd. 930 Mio. EUR festgestellt, der größtenteils nicht refinanziert ist. Ein Gutachten das sich dieser Thematik gesondert widmet, wird in Kürze veröffentlicht.

5 Zusammenfassung und Empfehlungen

5.1 Zusammenfassung und weitere Aspekte

Die medizinische Rehabilitation gewinnt vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und den Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt in Deutschland (z.B. Fachkräftemangel) volkswirtschaftlich zunehmend an Bedeutung. Gleichzeitig ist die Branche vielen externen Kostensteigerungen unterworfen, ohne dass diese in dem stark reglementierten System von den Rehabilitationseinrichtungen beeinflusst werden können. Die Vergütungssätze der Kliniken müssen in dem monistisch finanzierten System sowohl den Betrieb als auch die notwendigen Investitionen tragen.

Im Rahmen dieses Gutachtens wurden Kostensteigerungen untersucht, die sich direkt auf die Leistungserbringung in den Kliniken d.h. deren Betrieb auswirken und die sich auch in den Steigerungen der Vergütungssätze wiederfinden müssen. Dabei wurden im Gutachten nur absehbare Kostensteigerungen anhand von statistischen Daten und möglichst belastbaren Prognosen in der Modellrechnung verwendet. Der errechnete Prognosekorridor der Kostensteigerungen für das Jahr 2016 zeigt im Vergleich zu 2015 Steigerungsraten von rd. 1,78 bis 2,41 %.

Neben den relativen Steigerungen, müssen die absoluten Vergütungssatzhöhen in der Diskussion um mögliche Anpassungen betrachtet werden. Die Simulation der notwendigen Vergütungssätze anhand der strukturellen Vorgaben der Rehabilitationsträger hat gezeigt, dass es weiterhin deutliche Hinweise auf eine systematische Unterfinanzierung in der Rehabilitation gibt. Viele Rehabilitationseinrichtungen können ihre notwendigen Investitionen nicht finanzieren und leben von ihrer Substanz. Dies bestätigt auch die im Auftrag der AG MedReha durchgeführte bundesweite Befragung der Einrichtungen zum Thema Investitionsbedarf in der medizinischen Rehabilitation.

In den letzten Jahren erfolgten keine wesentlichen gesetzlichen Initiativen zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation von Rehabilitationseinrichtungen. Der Gesetzgeber sollte prüfen, inwieweit ein Sonderfond für Investitionen im Reha-Markt möglich ist. Andere Bereiche im Gesundheitswesen wie z.B. Krankenhäuser erfahren immer wieder solche Sonderprogramme.

Das vorliegende Gutachten hat zum Ziel, die Transparenz in der Diskussion um die Finanzierung der medizinischen Rehabilitation zu erhöhen. Neben den relativen Steigerungsraten der Vergütungssätze sollte eine sachliche Diskussion um den Strukturerhalt und Entwicklung in der medizinischen Rehabilitation geführt werden.

5.2 Empfehlungen aus Sicht des Gutachters

Aus gutachterlicher Sicht sollte für die Finanzierung der Rehabilitation weiterhin eine höhere Transparenz angestrebt werden. Die im Rahmen des vorliegenden Gutachtens durchgeführte Analyse kann als ein Schritt zu einem transparenteren Umgang mit der Finanzierungssituation verstanden werden. Für die Verhandlungen wird neben der Berücksichtigung einrichtungsindividueller Belange weiterhin eine gegenseitige Offenlegung der Kalkulationsgrundlagen empfohlen, um für alle Seiten konstruktive Verhandlungen zu ermöglichen.

Auf Basis entsprechender Kalkulationsgrundlagen sollten konstruktive Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern möglich sein, wobei die Erfüllung der spezifischen Anforderungen an die strukturelle Ausstattung der Kliniken aufgrund unterschiedlicher Bedarfslagen der Rehabilitanden entsprechend zu berücksichtigen ist.

Rehabilitationseinrichtungen mit einer hohen Leistungsqualität und einer wirtschaftlichen Betriebsführung sollte es möglich sein, kostendeckend zu arbeiten und notwendige Investitionen zu tätigen. Aufgrund dieses Finanzierungsdefizits sind die Rehabilitationseinrichtungen seit Jahren gezwungen Wirtschaftlichkeitsreserven, beispielsweise durch die Unterlassung notwendiger Investitionstätigkeiten, zu heben. Angesichts dieser Entwicklungen ist zu erwarten, dass die Einrichtungen damit an die Grenzen ihrer Belastbarkeit stoßen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Rehabilitationseinrichtungen auch für das Jahr 2016 in vielen wichtigen Bereichen mit Kostensteigerungen rechnen müssen, wodurch die notwendigen Vergütungssatzsteigerungen zwischen 1,78 und 2,41 % prognostiziert werden. Die Prognosesicherheit für das kommende Jahr ist aufgrund der geopolitischen und wirtschaftlichen Entwicklungen eingeschränkt, so dass Abweichungen der Prognosen insbesondere im Bereich der Sachmittel möglich sind.

Inbesondere vor dem Hintergrund der hohen Investitionsbedarfe in der Rehabilitation, die erstmalig auch durch eine bundesweite Befragung bestätigt wurden, empfiehlt der Gutachter eine Anhebung der Vergütungssätze in Höhe der Veränderungsrate um 2,95% für das Jahr 2016. Dafür sprechen:

- ***der größtenteils nicht refinanzierte jährliche Investitionsbedarf von rd. 930 Mio. EUR in der Rehabilitation, der mit dieser Anhebung etwas gemildert werden könnte bis andere politische Lösungen entwickelt werden. In diesem Sinne könnte die Investitionskostenlücke etwas reduziert werden.***

- *die Finanzierungslücken in den absoluten Vergütungssatzhöhen, die aufgrund der Kosten-Erlös-Schere in den letzten Jahren weiter gewachsen sind*
- *die deutliche Erhöhung der Personalbeschaffungskosten sowie Personalkosten für knappe Berufsgruppen (Aufschläge oder Einsatz von Honorarkräften), die deutlich über den vereinbarten Tarifsteigerungen und damit über der Kalkulation liegen*
- *die spezifischen Anforderungen im Bereich der Rehabilitation wie z.B. die Zunahme isolationspflichtiger Patienten oder auch Mehraufwände, welche im Rahmen des elektronischen Datenaustauschs nach § 301 Abs. 4 SGB V und der Umstellung der Verfahrensweise entstehen können*
- *das Vorgehen im Krankenhausbereich, wo auch aktuell die Veränderungsrate gilt, sobald sie den Orientierungswert überschreitet.*