



Beratung im
Gesundheitswesen GmbH

Was kostet die Rehabilitationsleistung?

Kostenberechnung auf Basis der strukturellen Anforderungen

Prof. Dr. Peter Borges

Agnes Zimolong

Anna Moorées

Köln, Januar 2012

aktiva - Beratung im Gesundheitswesen GmbH

Eupener Str. 70, 50933 Köln, 0221 / 789 536 - 50, info@aktiva-mail.de

Inhaltsübersicht

Inhaltsübersicht.....	II
Verzeichnis der Abbildungen.....	IV
Verzeichnis der Abkürzungen.....	V
1 Hintergrund und Zielsetzung.....	6
1.1 Bedeutung der Rehabilitation	6
1.2 Zielsetzung des Gutachtens.....	8
2 Vorgehensweise und Methodik.....	10
2.1 Grundlegende Elemente und Aufbau des Gutachtens.....	10
2.2 Auswahl der Indikationen.....	12
3 Ermittlung Personalkostenanteil der Vergütung	13
3.1 Ermittlung Personalbedarf	13
3.1.1 Strukturvorgabenbedingter Personalbedarf.....	13
3.1.2 Leistungsorientierter Personalbedarf	14
3.2 Ansatz Personalvergütung.....	17
3.3 Personalkosten auf Grundlage der strukturellen DRV-Vorgaben	18
3.4 Personalkosten auf Grundlage der Leistungsvorgaben	20
3.5 Zusammenfassung Personalkostenanteil der Vergütung	22
4 Ermittlung Sachkostenanteil	24
4.1 Herleitung	24
4.2 Ergebnisse Sachkostenanteil der Vergütung.....	24
5 Kapitalkostenblock	26
5.1 Herleitung	26
5.2 Ergebnisse Kalkulation Kapitaldienst.....	27
6 Ableitung Vergütungssatzhöhen je Indikation	29

7	Diskussion	31
7.1	Vergleich mit Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung	31
7.2	Interpretation der Ergebnisse	32
7.2.1	Orthopädie	33
7.2.2	Kardiologie.....	33
7.2.3	Psychosomatik.....	34
7.3	Überarbeitung Therapiestandards	34
8	Fazit und Empfehlung des Gutachters	36

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1 Kennzahlenentwicklung stationäre Rehabilitation	7
Abbildung 2: Grundelemente der Studie	10
Abbildung 3: Indikationen und entsprechende Therapiestandards	12
Abbildung 4: Struktureller Personalbedarf der DRV in Vollkräften (VK).....	13
Abbildung 5: Leistungsorientierte Personalermittlung therapeutischer Dienst.....	15
Abbildung 6: Personalaufwand nach Mustertherapieplänen	15
Abbildung 7: TVöD Eingruppierung und jährl. Vergütung nach Dienstarten	18
Abbildung 8: VK-Aufwand in Euro (strukturbedingte Analyse).....	19
Abbildung 9: Strukturvorgabebedingte Personalkostenblöcke.....	20
Abbildung 10: VK-Aufwand in Euro leistungsorientiert laut Mustertherapieplänen.....	21
Abbildung 11: Leistungsvorgabebedingte Personalkostenblöcke.....	22
Abbildung 12: Übersicht Personalkosten je Indikation	22
Abbildung 13: Sachaufwand der einzelnen Indikationen (Auslastung 95%).....	24
Abbildung 14: Sachaufwand der einzelnen Indikationen	25
Abbildung 15: Zusammensetzung Investitionen Neubauklinik.....	27
Abbildung 16: Zusammensetzung Kapitalkosten (indikationsspezifisch pro Belegungstag) ...	28
Abbildung 17: Übersicht Vergütungssätze nach Indikationen	29
Abbildung 18: Tagessätze Orthopädie 2010 (Umfrageergebnisse AG MedReha)	33
Abbildung 19: Tagessätze Kardiologie 2010 (Umfrageergebnisse AG MedReha)	33
Abbildung 20: Tagessätze Psychosomatik 2010 (Umfrageergebnisse AG MedReha).....	34

Verzeichnis der Abkürzungen

AG MedReha	Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX GbR
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
DRG	Diagnosis Related Groups
DRV	Deutsche Rentenversicherung
ETM	Evidenzbasiertes Therapiemodul
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KHK	Koronare Herzkrankheit
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
MTA	Medizinisch-Technischer Assistent
MTD	Medizinisch-Technischer Dienst
MTLA	Medizinisch-Technischer Laborassistent
MTRA	Medizinisch-Technischer Röntgenassistent
PTA	Pharmazeutisch-Technischer Assistent
TEP	Totalendoprothese
TVöD-K	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Krankenhäuser
VK	Vollkräfte

1 Hintergrund und Zielsetzung

1.1 Bedeutung der Rehabilitation

Ziel der Rehabilitation ist es, drohende und bereits manifestierte Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung geeigneter, rehabilitativer Maßnahmen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhindern bzw. ihre Folgen zu mildern.

Die medizinische Rehabilitation ist ein eigenständiger - mit der ambulanten und stationären Akutversorgung kooperierender - Versorgungsbereich und übernimmt wichtige Aufgaben in der Gesundheitssicherung. Sie soll chronischen Erkrankungen vorbeugen, die Arbeitskraft chronisch Kranker soweit wie möglich wiederherstellen und erhalten, Behinderungen, die akutmedizinisch nicht behoben werden können, durch funktionsbezogenes Training beheben oder mindern und Verhaltensstörungen oder Abhängigkeitserkrankungen u. a. durch psycho- und verhaltenstherapeutische Maßnahmen soweit beseitigen, dass den Patienten eine aktive Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben wieder möglich wird. Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation gehören gemäß § 5 SGB IX zu den Leistungen zur Teilhabe. Rehabilitationsleistungen werden von verschiedenen Leistungsträgern erbracht. Die Träger der medizinischen Rehabilitation sind im § 6 SGB IX definiert. Zu den bedeutsamsten Rehabilitationsträgern gehören die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenkassen.

Die medizinische Rehabilitation verfolgt unterschiedliche Zielsetzungen. So sollen durch eine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV) die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Versicherten erhalten und auf diese Weise frühzeitige Rentenzahlungen vermieden oder zumindest aufgeschoben werden. Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollen Selbständigkeit und Lebensqualität erhalten und Pflegebedürftigkeit abwenden oder zumindest verzögern.

Der Sicherstellungsauftrag in der Rehabilitation liegt bei den Rehabilitationsträgern. Sie sind unter Beteiligung der Bundes- und Landesregierungen dafür verantwortlich, dass die fachlich und regional erforderlichen Einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung

stehen (§ 19 Absatz 1 Satz 1 SGB IX).

Es liegt im Ermessen der Rehabilitationsträger, ob sie Rehabilitationsleistungen allein, durch andere Leistungsträger oder unter Inanspruchnahme freier-gemeinnütziger oder privater Einrichtungen ausführen. Dazu soll der wirksamste und wirtschaftlichste Erbringungsweg innerhalb der Marktstrukturen gewählt werden (§ 17 SGB IX).

In der nachstehenden Abbildung ist die Entwicklung der wichtigsten Kennzahlen der medizinischen Rehabilitation dargestellt.

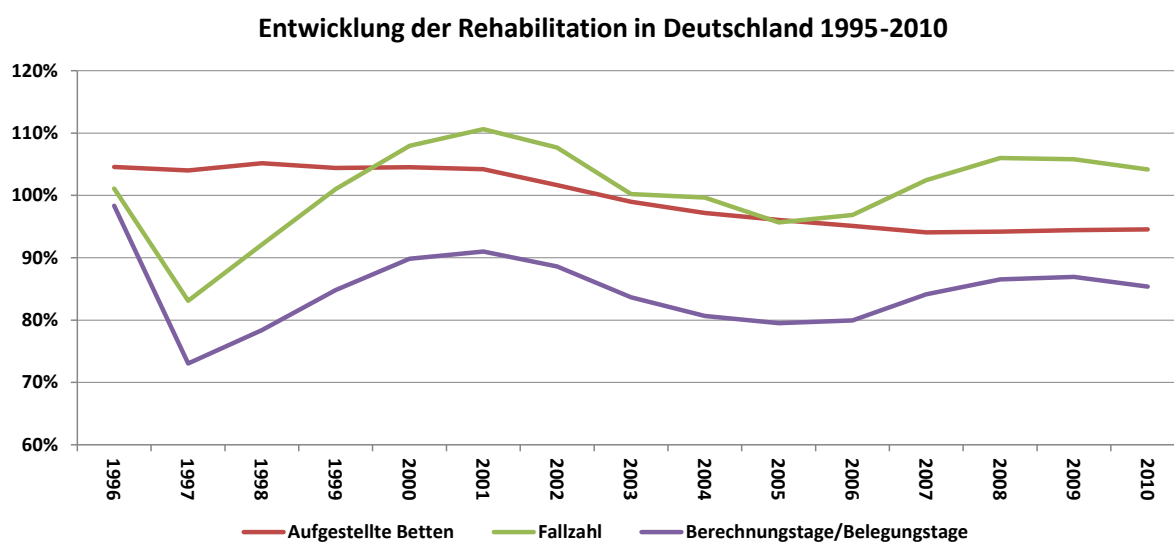


Abbildung 1 Kennzahlenentwicklung stationäre Rehabilitation (Quelle: Destatis)

Die Entwicklung der Kennzahlen zeigt, dass trotz tendenziell sinkender Kapazitäten zunehmend mehr Rehabilitanden stationär behandelt werden. Dem Leistungseinbruch aufgrund gesetzlicher Änderungen in 1996/1997 folgen Phasen mit schwankenden, insgesamt jedoch steigenden Fallzahlen. Die Verweildauern sind kontinuierlich gesunken, was tendenziell an dem Auseinanderdriften der Fallzahlen und Belegungstage sichtbar wird. Insgesamt bestätigt die steigende Inanspruchnahme die zunehmende Bedeutung der Rehabilitation.

Seit Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) im Akutbereich steigt die Bedeutung der Rehabilitation, da durch eine kürzere Akutverweildauer der Eintritt in die Rehabilitations-

phase schon in einer früheren Genesungsphase stattfindet¹. Damit übernimmt die Rehabilitation im Bereich der Anschlussheilbehandlungen zunehmend auch medizinische und pflegerische Aufgaben.

Auch der Wandel im Krankheitsspektrum hin zu einer Zunahme von chronischen Erkrankungen und der Fortschritt in der Medizin führt zukünftig zu einem steigenden Reha-Bedarf². Ein bereits deutlich absehbarer Grund für den Anstieg des Reha-Bedarfs sind bekannte gesamtgesellschaftliche Veränderungen wie der demografische Wandel oder die Verlängerung der Lebensarbeitszeit („Rente mit 67“).

Studien zum Thema der volkswirtschaftlichen Bedeutung der Rehabilitation belegen, dass Investitionen in die Rehabilitation auch einen volkswirtschaftlichen Nutzen nach sich ziehen³.

Insgesamt kann auch zukünftig von einer hohen gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Rehabilitation in Deutschland ausgegangen werden. Daraus leitet sich auch die Forderung nach einer entsprechenden Finanzierung rehabilitativer Strukturen ab.

1.2 Zielsetzung des Gutachtens

Ziel des Gutachtens ist die Simulation der Kostenstrukturen der Rehabilitation anhand von Struktur- und Leistungsvorgaben der Rehabilitationsträger sowie die Ableitung der dadurch notwendigen Vergütungssätze. Aus Komplexitätsgründen wird die vorliegende Analyse auf drei Indikationen beschränkt.

Weiterhin wird untersucht, inwieweit die Vorgaben der Rehabilitationsträger im Bereich der Leistungsanforderungen und der strukturellen Anforderungen an die Rehabilitationskliniken miteinander vereinbar sind und ob diese mit der aktuellen Vergütung der medizinischen Rehabilitation im Einklang stehen.

¹ Eiff, W. von, Klemann, A. und Middendorf, C. 2005. REDIA- Studie: Analyse der Auswirkungen der DRG Einführung auf die medizinische Rehabilitation.

² Steinke, B. und Philgus, B. 2005. Moderne (zeitgemäße) Rehabilitation und Teilhabe. BAR. Rehabilitation und Teilhabe.

³ Prognos AG. 2009. Studie: Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger - Sicherung von Produktivität und Wachstum.

Die Studie stützt sich auf verbindliche und allgemeingültige Vorgaben und Statistiken. Auf Grundlage von strukturellen und inhaltlichen Vorgaben werden modellhaft die Aufwände für Rehabilitationseinrichtungen mit unterschiedlichen Indikationen simuliert. Die Ergebnisse der Analysen werden anhand tatsächlicher Kostenstrukturen geeigneter Rehabilitationseinrichtungen validiert.

Die Ergebnisse der Studie sollen Transparenz und Sachlichkeit für Diskussionen -auch auf politischer Ebene- liefern, um die zukünftige Ausgestaltung der medizinischen Rehabilitation im Sinne des volkswirtschaftlichen Nutzens weiterzuentwickeln.

2 Vorgehensweise und Methodik

2.1 Grundlegende Elemente und Aufbau des Gutachtens

In der vorliegenden Studie werden kostendeckende Tagessatzhöhen zur Vergütung von Rehabilitationsleistungen für drei Indikationen in der stationären, medizinischen Rehabilitation über die Kostenblöcke Personal-, Sach- und Kapitalkosten abgeleitet. Dabei werden die Kosten der einzelnen Blöcke für eine Klinik mit je 100 Betten ermittelt. Die entsprechenden Tagessätze werden unter der Annahme einer 95%igen Auslastung kalkuliert. Die einzelnen Kostenblöcke werden dabei separat ermittelt.

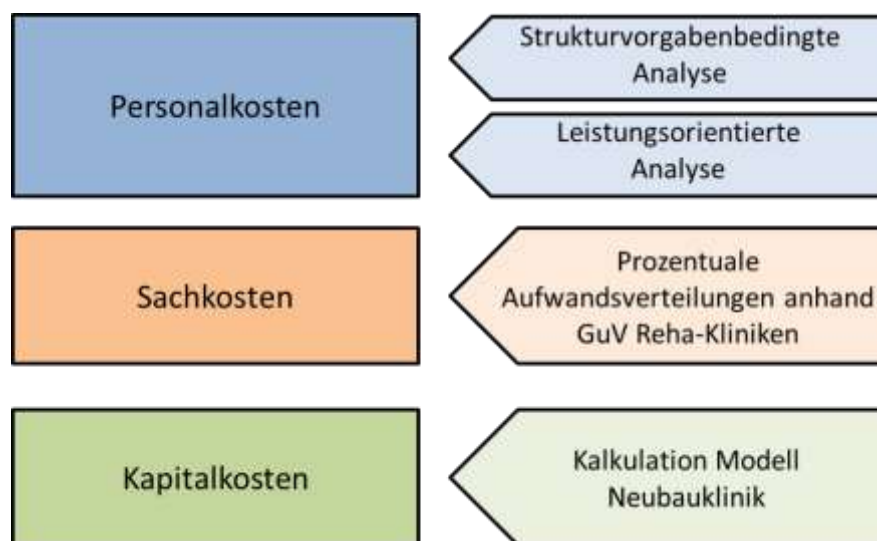


Abbildung 2: Grundelemente der Studie

Die Kostensimulation basiert auf den indikationsspezifischen Bewertungskriterien der Strukturqualität, die sowohl für den Finanzierungsbereich der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gelten und baulich-räumliche, medizinisch-technische, therapeutische und personelle Anforderungen umfassen. Die Vorgehensweise bei der Kalkulation der einzelnen Kostenblöcke wird im Folgenden kurz skizziert.

Kalkulation Personalkosten

Insbesondere in dem kostenintensiven Personalbereich stützen sich die Kalkulationen neben den Bewertungskriterien der Strukturqualität auf weitere DRV-spezifische Anforderungen. Diese erweiterten Strukturkriterien beinhalten indikationsspezifische verbindliche Vorgaben

zur Personalstruktur im medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Bereich (strukturvorgabebedingte Analyse).

Weiterhin werden im Geltungsbereich der DRV seit 1998 verbindliche Reha-Therapiestandards für ausgewählte Indikationsbereiche bzw. Diagnosegruppen entwickelt. Sie behandeln Umfang und Art der therapeutischen Leistungen in den verschiedenen Indikationen und wirken sich über entsprechende Personalbindungszeiten daher auf die personelle Ausstattung einer Rehabilitationsklinik aus. Auch diese Vorgaben werden im Rahmen der Studie zur Analyse der geforderten Personalstruktur und damit auch der Personalkosten verwendet (leistungsorientierte Analyse).

Kalkulation Sachkosten

Die Simulation der Sachkosten erfolgt in den einzelnen Indikationen auf Basis von Gewinn- und Verlustrechnungen existierender Reha-Kliniken mit vergleichbarem Indikationsspektrum sowie Zulassung zur DRV-Abrechnung. Damit wird die Erfüllung baulich-räumlicher und medizinisch-technischer Strukturanforderungen berücksichtigt. Um die Leistungsunterschiede zu minimieren, wurden die prozentualen Anteile der Sachkosten an den Gesamtkosten betrachtet und je Belegungstag berechnet.

Kalkulation Kapitalkosten

Die Kalkulation der Kapitalkosten erfordert vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Investitions- und Betreibermodelle sowie den teilweise stark differierenden Investitionsständen der Kliniken einen modellhaften Ansatz. Dabei liegt die Überlegung zugrunde, dass eine langfristige Investition in den Baukörper und die Ausstattung einer Reha-Klinik über den Kapitalkostenblock des Vergütungssatzes finanziert werden muss. Der Ansatz geht von einer Kalkulation eines Neubaus mit 300 Betten inkl. Ausstattung und 25 Jahren Nutzungsdauer aus. Dabei werden die baulichen und medizinisch-technischen Anforderungen der Rehabilitationsträger je Indikation berücksichtigt (Erfüllung Mindestanforderungen). Der Kapitalkostenblock setzt sich aus dem Finanzergebnis mit den Positionen Zinsbelastung im Rahmen einer Kreditfinanzierung, Abschreibungen für den Bau (25 Jahre) sowie Abschreibungen für die Betriebs- und Geschäftsausstattung (12 Jahre) zusammen.

2.2 Auswahl der Indikationen

Bei der Wahl der Indikationen wurde neben der Existenz indikationsspezifischer Strukturvorgaben zu Personal und Ausstattung zusätzlich auf detaillierte Leistungsvorgaben in Form von Therapiestandards geachtet. Damit ist auch die Untersuchung der Übereinstimmung von inhaltlichen und strukturellen Anforderungen möglich.

Weiterhin sollte die Auswahl sowohl den rein somatischen als auch den psychosomatischen Bereich berücksichtigen. Als Indikationen wurden Kardiologie, Orthopädie und Psychosomatik analysiert. Die entsprechenden Therapie-Standards der DRV Bund je Indikation können der folgenden Grafik entnommen werden:

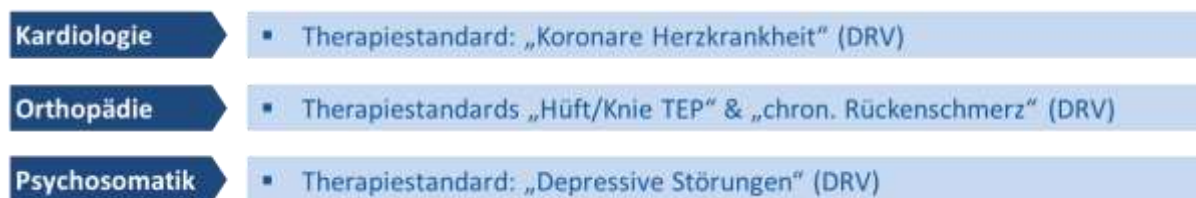


Abbildung 3: Indikationen und entsprechende Therapiestandards

Für die Kardiologie wird der 2009 von der DRV als erster allgemeingültiger Therapiestandard herausgebrachte „Standard für Koronare Herzkrankheiten“ angewandt. In der Orthopädie werden die zwei Therapiestandards „Hüft- und Knie-TEP“ und „chronischer Rückenschmerz“ angewandt, um das Spektrum der orthopädischen Rehabilitation abzudecken. In der Psychosomatik wird der „Therapiestandard für Depressive Störungen“ zur Ermittlung der therapeutischen Leistungseinheiten dieser Form der Rehabilitation herangezogen und auf den gesamten Indikationsbereich der Psychosomatik übertragen.

Die Therapiestandards decken nicht die gesamten Indikationsbereiche der gewählten Disziplinen (Orthopädie, Kardiologie und Psychosomatik) ab. Betrachtet man die ICD-Indikationen, welche die Therapiestandards umfassen, werden jedoch große Teile der Klientel des jeweiligen Fachbereichs abgebildet. Inwieweit hierbei Ergänzungen oder Anpassungen notwendig sind, wird in den jeweiligen Kapiteln beschrieben.

3 Ermittlung Personalkostenanteil der Vergütung

3.1 Ermittlung Personalbedarf

Um einem kostendeckenden Personalkostenanteil des Vergütungssatzes zu ermitteln, wurden unterschiedliche Ansätze der Ermittlung des Personalbedarfes verfolgt.

Einerseits wurden die erweiterten Strukturvorgaben der DRV angewendet, die je Indikation die Personalbemessung in Vollkräften pro 100 Rehabilitanden beinhalten.

Andererseits wurde der leistungsorientierte Personalbedarf über eine Auswertung der indikationsspezifischen Therapiestandards der DRV in Kongruenz zu Mustertherapieplänen realer Kliniken bestimmt.

3.1.1 Strukturvorgabenbedingter Personalbedarf

Für die Ermittlung des strukturvorgabenbedingten Personalbedarfes werden die personellen Anforderungen der DRV-Bund in den einzelnen Indikationen pro 100 Rehabilitanden angesetzt. Diese Angaben macht die DRV im Rahmen ihrer Vorgaben zur Sicherung der Strukturqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation.

	Orthopädie		Kardiologie		Psychosomatik	
	Anzahl/100	Funktionsgruppe	Anzahl/100	Funktionsgruppe	Anzahl/100	Funktionsgruppe
Ärzte	6	7,25	6	7,25	9	13,5
Psychologen	1,25		1,25		4,5	
Pflegepersonal	7	7	8,5	8,5	8,5	8,5
Physiotherapeuten	8	12	2,5	6	2,5	5
Dipl.Sportlehrer	1		1,5		1	
Sportl./Bew.-Therapeuten/ Gymn.-Lehrer			1			
Masseur	2		1		1,5	
med. Bademeister						
med. Badehelfer	1					
Diätassistent/Ökotrophologe	0,8	0,8	1,25	1,25	1	1
Sozialarbeiter/Sozialpädagoge	1	1	1	1	1,2	1,2
Ergotherapeut	1,25	1,25	0,6	0,6	2,5	2,5
MTA*	0,5	2	1,5	3	1	3
MTLA*	0,5		0,5		1	
MTRA*	0,5		0,5			
PTA*	0,5		0,5		1	

*nachrichtlich/ ohne Bewertung

Abbildung 4: Struktureller Personalbedarf der DRV in Vollkräften (VK)

Die DRV formuliert detaillierte Angaben zum personellen Bedarf für eine 100-Betten-Rehabilitationsklinik pro Indikation für jede Dienstart in VK (Vollkräfte) und fasst zusätzlich Funktionsgruppen zusammen. Die Dienstarten medizinisch-technischer Assistent (MTA), medizinisch-technischer Laborassistent (MTLA), medizinisch-technischer Röntgenassistent (MTRA) und pharmazeutisch-technischer Assistent (PTA) werden zur Veranschaulichung genannt, da die Leistungen auch durch Kooperationspartner extern erbracht werden können. Die Verteilung der VK-Bedarfe der einzelnen Dienstarten ist indikationspezifisch.

Diese Anforderungen werden im Weiteren mit durchschnittlichen Personalkosten je Dienstart bewertet und bilden die Grundlage für den strukturvorgabebedingten Personalkostenblock. Die VK-Vorgaben werden vollständig übernommen. Es werden dabei keine weiteren Ausfallzeiten für das Personal (Urlaub, Krankheit, Fort- und Weiterbindung) berücksichtigt.

3.1.2 Leistungsorientierter Personalbedarf

Der leistungsorientierte Personalbedarf kann methodenbedingt ausschließlich auf den therapeutischen Dienst angewendet werden. Die Therapiestandards umfassen keine weiteren Dienstgruppen. Andere Dienstarten (Ärztlicher Dienst, Pflegedienst) werden in Höhe der strukturvorgabebedingten Personalbedarfe in der jeweiligen Indikation angesetzt.

Der leistungsorientierte Personalbedarf für die therapeutischen Berufsgruppen wird anhand der DRV-Therapiestandards für die jeweilige Indikation ermittelt, indem die Therapiestandards über ihre „Evidenzbasierten Therapiemodule“ (ETM) mit der entsprechenden „Klassifikation therapeutischer Leistungen“ (KTL) verknüpft werden. Aus den KTL können die spezifischen Personalqualifikationen sowie die Bindungszeit des Personals abgeleitet werden. Zur Auswahl der KTL aus der Vielzahl der Möglichkeiten unter den einzelnen ETM dienen Mustertherapiepläne von Rehabilitationseinrichtungen. Die so definierten „Standardbehandlungen“ wurden mit Vertretern von Rehabilitationskliniken der jeweiligen Indikationen plausibilisiert. Die ermittelten, reinen Therapiezeiten werden um Wechselzeiten, Dokumentationszeiten, Besprechungen, Logistik, Wegezeiten etc. in Höhe von 40% der Personalbindungszeit ergänzt (sonstige Arbeitszeit). Weiterhin finden in der Personalbedarfsermittlung übliche Personalausfallfaktoren für Urlaub, Fortbildung, Krankheit usw. von 20% Berücksichtigung.

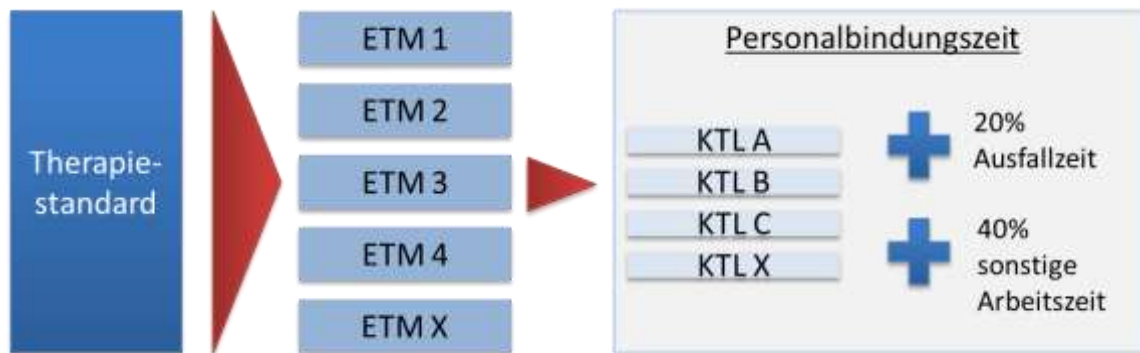


Abbildung 5: Leistungsorientierte Personalermittlung therapeutischer Dienst

Der therapeutische Personalbedarf wird um diagnostische und ärztliche sowie pflegerische Personalzahlen in Höhe der DRV-Strukturvorgaben ergänzt, da sich diese nicht primär therapeutisch tätigen Berufsgruppen methodeninhärent nicht aus den Therapievorgaben ableiten lassen. Der so ermittelte Personalbedarf je Dienstgruppe in Vollkräften (VK) ist in der folgenden Tabelle dargestellt:

Personalaufwand nach Mustertherapieplänen			
Dienstarten	Orthopädie VK/100	Kardiologie VK/100	Psychosomatik VK/100
Ärzte	6,0	6,0	9,0
Psychologen	2,0	1,6	9,1
Pflegepersonal	7,0	8,5	8,5
Physiotherapeuten	11,4	3,8	4,0
Dipl.Sportlehrer			
Sportl./Bew.-Therapeuten/ Gymn.-Lehrer			
Masseur	5,3		
med. Bademeister			
med. Badehelfer			
Diätassistent/Ökotrophologe	0,2	3,2	0,2
Sozialarbeiter/Sozialpädagoge	1,7	1,2	2,8
Ergotherapeut	2,0	2,0	2,9
MTA	0,5	1,5	1,0
MTLA	0,5	0,5	1,0
MTRA	0,5	0,5	
PTA	0,5	0,5	1,0

Abbildung 6: Personalaufwand nach Mustertherapieplänen

In den somatischen Indikationen werden 6,0 VK Ärzte benötigt. In der Psychosomatik sind es 9,0 VK. Im Pflegedienst werden in der Orthopädie 7,0 VK kalkuliert, in der Kardiologie und

Psychosomatik 8,5 VK. Im medizinisch-technischen Dienst werden 2,0 bzw. 3,0 VK über die verschiedenen Berufsgruppen verteilt.

Die Vollkräfte der therapeutischen Dienstarten werden auf Basis der Mustertherapiepläne ermittelt und ergeben das folgende Bild:

- In den somatischen Indikationen werden 1,6 bzw. 2,0 VK in der Berufsgruppe Psychologen benötigt. In der Psychosomatik sind es 9,1 VK Psychologen.
- Im bewegungstherapeutischen Bereich ist die Bindung der unterschiedlichen Berufsgruppen nicht klar zu identifizieren, da eine Erfüllung der KTL durch unterschiedliche Berufsgruppen in diesem Therapie-segment möglich ist. In der Systematik wird das notwendige therapeutische Personal den Physiotherapeuten zugeordnet. Eine detailliertere Aufteilung unter den bewegungstherapeutischen Berufsgruppen wurde, aufgrund der Irrelevanz in der späteren monetären Bewertung, nicht weiter betrachtet. Für die Dienstart Physiotherapeut werden in der Orthopädie 11,4 VK, in der Kardiologie 3,8 VK und in der Psychosomatik 4,0 VK ausgewiesen.
- In der Orthopädie kann anhand der Mustertherapiepläne eine spezifische Personalbindung von 5,3 VK Masseuren ermittelt werden.
- Die Bindung der Diätassistent/Ökotrophologe liegt in der Orthopädie und Psychosomatik bei 0,2 VK, in der Kardiologie bei 3,2 VK.
- Sozialarbeiter/Sozialpädagogen werden zwischen 1,2 und 2,8 Vollkräfte je nach Indikation kalkuliert.
- Die Anzahl der zur Erfüllung der Therapiepläne benötigten Ergotherapeuten belaufen sich auf je 2,0 VK in der Orthopädie und Kardiologie, 2,9 VK in der Psychosomatik.

Die dargestellten Personalzahlen werden im Weiteren mit durchschnittlichen Personalkosten je Dienstart bewertet und bilden die Grundlage für den leistungsorientierten Personalkostenblock.

3.2 Ansatz Personalvergütung

Die tatsächliche Vergütungssituation in den Rehabilitationseinrichtungen ist abhängig von den geltenden Tarifstrukturen und der regionalen Personalmarktsituation und unterscheidet sich zwischen den Einrichtungen. Eine offizielle, statistische Erfassung der Kostenstrukturen in der Rehabilitation existiert nicht. Um dennoch die Kosten der Personalvergütung unter der Prämisse der weitestgehenden Allgemeingültigkeit ableiten zu können, wird der „Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst für Krankenhäuser“ (TVöD-K) zugrunde gelegt. Es kann, aufgrund der kompetitiven Personalsituation auf dem Arbeitsmarkt davon ausgegangen werden, dass alle Reha-Kliniken ihre Personalvergütung zunehmend mindestens an die öffentlichen Tarife anpassen müssen.

Die Dienstarten werden nach Qualifikationen in die Entgeltgruppen des TVöD-K eingeordnet, wobei eine durchschnittliche Beschäftigungszeit von sechs bis zehn Jahren für alle Dienstarten angenommen wird. Die Ärzte werden in Entwicklungsstufe 3 der Entgeltgruppe 2 der Anlage C des TVöD-K unter der Annahme einer Berufserfahrung von mindestens acht Jahren eingruppiert. Bereitschaftsdienste, Nachtdienste, Sonderzahlungen o.ä. finden keine Berücksichtigung. Weiterhin findet auch keine Eingruppierung zu Leitungsfunktionen wie Chefarzt, Oberarzt oder Pflegedienstleitung statt. Es werden nur die durchschnittlichen Kosten betrachtet, die mindestens für den Betrieb einer Rehabilitationsklinik anfallen.

Zusätzlich werden 21,32% pauschal aufgeschlagen, um den Arbeitgeberanteil zur gesetzlichen Sozialversicherung zu berücksichtigen. Im Einzelnen sind dies die Beiträge zur Renten-, Kranken-, Arbeitslosen-, Pflege- und Unfallversicherung⁴. Die angewendete Vergütung je Dienstart kann der folgenden Tabelle entnommen werden.

⁴ (Datev, 2011)

Berufsgruppe	TVöD Entgeltgruppe	Euro p. a. inkl. Sozialabgaben u. Arbeitgeberanteil
Arzt	Gruppe 2 /Stufe 3	89.206
Psychologischer Psychotherapeut	15	73.785
Diplom-Psychologe	13	61.017
Diplom-Sozialarbeiter	9	46.826
Dipl.Sportlehrer	9	46.826
medizinisch-technischer Dienst	8	40.402
Physiotherapeut	8	40.402
Ergotherapeut	8	40.402
Gesundheit- und Krankenpfleger	E9b	45.479
Sportl./Bew.-Therapeuten/ Gymn.-Lehrer	7	38.704
Masseur / med. Bademeister	7	38.704
Diätassistent	7	38.704
med. Badehelfer	6	37.431

Abbildung 7: TVöD Eingruppierung und jährl. Vergütung nach Dienstarbeit (TVöD-K, 2011)

Neben der notwendigen Personalstruktur für das medizinische Personal, das sich sowohl aus den inhaltlichen als aus den strukturellen Vorgaben ableiten lässt, wird für den Betrieb einer Rehabilitationseinrichtung weiteres Personal, wie z.B. im Verwaltungsdienst, technischen Dienst, Reinigungspersonal etc. benötigt. Nach eingehender Untersuchung der Gewinn- und Verlustrechnungen von Rehabilitationseinrichtungen vergleichbarer Indikationsbereiche wird für das nicht-medizinische Personal ein Aufschlag auf die ermittelten Personalkosten der medizinischen Berufe von 42% im Mittelwert der drei Indikationen angenommen. Um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten wird dabei der Betrieb einer autarken Klinik unterstellt, die ihre Leistungen nicht an Konzernstrukturen gebunden hat und keine Fremdvergabe von nicht-medizinischen Leistungen praktiziert.

3.3 Personalkosten auf Grundlage der strukturellen DRV-Vorgaben

Die Strukturvorgaben der DRV-Bund je Indikation lassen im Zusammenspiel mit den Personalvergütungen nach TVöD-K eine eindeutige Aussage zum Personalkostensatz im Vergütungssatz der untersuchten Indikationen zu.

Dienstarten	Strukturvorgabenbedingter Personalaufwand					
	Orthopädie		Kardiologie		Psychosomatik	
	VK/100	Euro	VK/100	Euro	VK/100	Euro
Ärzte	6,0	535.234	6,0	535.234	9,0	802.851
Psychologen	1,3	76.272	1,3	76.272	4,5	303.305
Pflegepersonal	7,0	318.353	8,5	386.571	8,5	386.571
Physiotherapeuten	8,0	323.217	2,5	101.005	2,5	101.005
Dipl.Sportlehrer	1,0	46.826	1,5	70.240	1,0	46.826
Sportl./Bew.-Therapeuten/ Gymn.-Lehrer		1,0	38.704			
Masseur	2,0	77.409	1,0	38.704	1,5	58.057
med. Bademeister						
med. Badehelfer	1,0	37.431				
Diätassistent/Ökotrophologe	0,8	30.964	1,3	48.381	1,0	38.704
Sozialarbeiter/Sozialpädagoge	1,0	46.826	1,0	46.826	1,2	56.192
Ergotherapeut	1,3	50.503	0,6	24.241	2,5	101.005
MTA	0,5	20.201	1,5	60.603	1,0	40.402
MTLA	0,5	20.201	0,5	20.201	1,0	40.402
MTRA	0,5	20.201	0,5	20.201		
PTA	0,5	20.201	0,5	20.201	1,0	40.402
Summe		1.623.838		1.487.385		2.015.723
plus 42% für sonst. Personal (Mittelwert der Indikationen)		717.772		717.772		717.772
Gesamt pro Jahr		2.341.611		2.205.157		2.733.495
Belegung		95%		95%		95%
Belegungstage		34.675		34.675		34.675
Personalkosten pro Tag (€)		67,53		63,60		78,83

Abbildung 8: VK-Aufwand in Euro (strukturbedingte Analyse)

Auf Grundlage der strukturellen Personalvorgaben der DRV, welche durch den TVÖD-K modellhaft bepreist wurden, ergeben sich unter Berücksichtigung einer 95%igen Auslastung für die drei Indikationen folgende Personalkosten:

- In der Orthopädie betragen die Personalkosten rd. 68 Euro pro Tag.
- Die Kardiologie hat Personalkosten von rd. 64 Euro pro Tag.
- In der Psychosomatik fällt ein Personalkostenanteil von rd. 79 Euro pro Tag an.

Die für die Kalkulation angenommene Belegung von 95% wird in vielen Rehabilitationskliniken nicht erreicht. Bezieht man die kalkulierten Aufwände auf eine indikationsspezifische durchschnittliche Auslastung⁵, steigen die Personalkosten je Belegungstag entsprechend an. Unter Berücksichtigung der laut statistischem Bundesamt durchschnittlichen Auslastungs-

⁵ Statistisches Bundesamt (Bezugsjahr 2009)

grade je Indikation ergeben sich, folgende Personalkostenblöcke pro Belegungstag:

Personalkosten auf Grundlage der Strukturvorgaben		
Indikation	Ø Auslastung	Vergütung in EUR
Orthopädie	86,7%	74,00
Kardiologie	79,4%	76,09
Psychosomatik	88,6%	84,53

Abbildung 9: Strukturvorgabebedingte Personalkostenblöcke unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Auslastung

Basierend auf der durchschnittlichen Auslastung schwanken die Personalkostenblöcke je Indikation zwischen rd. 74 EUR und 85 EUR. Insbesondere in der Kardiologie sind die Werte angesichts der vergleichsweise niedrigen Auslastung deutlich höher als bei der Kalkulation mit den Auslastungsgraden von 95%.

3.4 Personalkosten auf Grundlage der Leistungsvorgaben

Auf Basis der durch die Therapiestandards ermittelten Leistungsvorgaben der DRV kann ein Minimal- und ein Maximal-Szenario durch die Auswahl der KTL mit unterschiedlichen Gruppengrößen und somit unterschiedlicher Personalbindung berechnet werden. Durch Annahmen der therapeutischen Behandlungen in minimalen und maximalen vom Therapiestandard vorgesehenen Gruppengrößen ergibt sich theoretisch eine große Spannweite der benötigten Anzahl an Vollkräften im therapeutischen Dienst.

Um diese mathematische Herleitung mit der Realität in Einklang bringen zu können, wurden Mustertherapiepläne aus Rehabilitationskliniken der entsprechenden Indikationen zur Ermittlung der häufig ausgeführten KTL herangezogen. Zusätzlich wurden diese Mustertherapiepläne durch Fachärzte aus Rehabilitationskliniken plausibilisiert, so dass von einer realistischen Abbildung des Klinikalltags ausgegangen werden kann.

Ermittlung Personalkostenanteil der Vergütung

Dienstarten	Personalaufwand nach Mustertherapieplänen					
	Orthopädie		Kardiologie		Psychosomatik	
	VK/100	Euro	VK/100	Euro	VK/100	Euro
Ärzte	6,0	535.234	6,0	535.234	9,0	802.851
Psychologen	2,0	123.347	1,6	109.308	9,1	616.701
Pflegepersonal	7,0	318.353	8,5	386.571	8,5	386.571
Physiotherapeuten	11,4	459.767	3,8	152.098	4,0	162.403
Dipl.Sportlehrer						
Sportl./Bew.-Therapeuten/ Gymn.-Lehrer						
Masseur	5,3	203.709				
med. Bademeister						
med. Badehelfer						
Diätassistent/Ökotrophologe	0,2	7.648	3,2	122.373	0,2	7.341
Sozialarbeiter/Sozialpädagoge	1,7	81.365	1,2	56.158	2,8	131.356
Ergotherapeut	2,0	80.324	2,0	79.287	2,9	117.129
MTA	0,5	20.201	1,5	60.603	1,0	40.402
MTLA	0,5	20.201	0,5	20.201	1,0	40.402
MTRA	0,5	20.201	0,5	20.201		
PTA	0,5	20.201	0,5	20.201	1,0	40.402
Summe		1.890.552		1.562.236		2.345.558
plus 42% Kosten sonst. Personal (Mittelwert der Indikationen)		717.772		717.772		717.772
Gesamt pro Jahr		2.608.324		2.280.008		3.063.330
Belegung	95%		95%		95%	
Belegungstage	34.675		34.675		34.675	
Personalkosten pro Tag (€)	75,22		65,75		88,34	

Abbildung 10: VK-Aufwand in Euro leistungsorientiert laut Mustertherapieplänen

Auf Grundlage der Auswertung der DRV-Therapiestandards unter Berücksichtigung der plausibilisierten Mustertherapiepläne der Kliniken ergeben sich nach Bepreisung der Vollkräfte durch den TVöD-K und unter Berücksichtigung einer 95%igen Auslastung für die drei Indikationen folgende Personalkosten:

- In der Orthopädie betragen die Personalkosten rd. 75 Euro pro Tag.
- Die Kardiologie hat Personalkosten von rd. 66 Euro pro Tag.
- In der Psychosomatik fällt ein Personalkostenanteil von rd. 88 Euro pro Tag an.

Wird der laut statistischem Bundesamt durchschnittliche Auslastungsgrad (Bezugsjahr 2009) je Indikation in die Ermittlungen aufgenommen, ergeben sich folgende Personalkostenblöcke:

Personalkosten auf Grundlage der Leistungsvorgaben		
Indikation	Ø Auslastung	Vergütung in EUR
Orthopädie	86,7%	85,39
Kardiologie	79,4%	81,92
Psychosomatik	88,6%	97,63

Abbildung 11: Leistungsvorgabebedingte Personalkostenblöcke unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Auslastung

Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Auslastung schwanken die Personalkostenblöcke je Indikation zwischen 82 EUR und 98 EUR. Auch hier ist der Unterschied zu der Kalkulation mit den 95%igen Auslastungsgraden in der Kardiologie am deutlichsten.

3.5 Zusammenfassung Personalkostenanteil der Vergütung

Die Personalkosten wurden unter Anwendung zweier Ansätze, basierend auf Vorgaben der Rehabilitationsträger, kalkuliert. Zum einen wurden die Strukturvorgaben der DRV zur Personalbemessung herangezogen. Zum anderen wurden über die Leistungsvorgaben der Therapiestandards je Indikation die Personalbindungszeiten im Minimal- und Maximalszenario berechnet und über Mustertherapiepläne aus Rehabilitationskliniken und Arztinterviews spezifiziert. Zusätzlich wurde ein Personalkostenbedarf von weiteren 42% für nicht-medizinisches Personal (administrative und Versorgungsaufgaben) angenommen.

Die ermittelten Personalbedarfe wurden mit Hilfe des TVöD-K monetär bewertet und auf den einzelnen Rehabilitationstag bei einer 95%igen Auslastung umgelegt. In der Indikation Orthopädie bewegt sich der kalkulierte Personalkostenblock zwischen 68 EUR und 75 EUR pro Tag. In der Kardiologie belaufen sich die täglichen Personalkosten auf 64 EUR bzw. 66 EUR. In der Psychosomatik werden kalkulatorisch zur Kostendeckung Personalkosten von 79 EUR bzw. 89 EUR pro Belegungstag benötigt.

Personalkostenanteil am Vergütungssatz in EUR (95 % Auslastung)		
Indikation	Strukturbedingt	Leistungsorientiert
Orthopädie	67,53	75,22
Kardiologie	63,60	65,75
Psychosomatik	78,83	88,34

Abbildung 12: Übersicht Personalkosten je Indikation

Die Ergebnisse der Kalkulation zeigen dabei Auffälligkeiten. Der leistungsorientierte Ansatz führt in den Indikationen Psychosomatik und Orthopädie zu deutlich höheren Personalkostenbedarfen. In der Kardiologie hingegen liegt der auf Grundlage der Strukturvorgaben zum Personaleinsatz ermittelte Wert nur leicht unter dem leistungsorientierten Ansatz.

Die Mustertherapiepläne der kardiologischen Indikation weisen auffällig viele Leistungen auf, die nicht in dem Therapiestandard „Koronare Herzkrankheit“ gefordert sind und daher aus methodischen Gründen nicht die leistungsorientierten Berechnungen einfließen konnten. Beide Auffälligkeiten, die deutlich höheren Personalbedarfe der Strukturvorgaben sowie die zahlreichen Leistungen, die in der kardiologischen Rehabilitation erbracht werden, welche sich jedoch nicht in dem Therapiestandard wiederfinden, weisen auf eine evtl. Überarbeitungsnotwendigkeit des kardiologischen Therapiestandards hin. Weitergehende Ausführungen zu der Thematik finden sich im Kapitel 7.3 des Gutachtens.

4 Ermittlung Sachkostenanteil

4.1 Herleitung

Der Sachkostenanteil setzt sich zusammen aus den Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe, Aufwendungen für bezogene Leistungen inklusive Instandhaltung und sonstige betriebliche Aufwendungen. Die Einbeziehung der genannten Positionen erlaubt eine möglichst allgemeingültige Ableitung der Sachkostenanteile unabhängig ob Leistungsanteile wie z.B. Küche in Eigenproduktion erbracht oder fremdvergeben werden.

Für die Kalkulation des Sachkostenanteils werden im ersten Schritt die prozentualen Aufwandsverteilungen aus Vorgutachten angewendet⁶. Im zweiten Schritt werden diese Verteilungen mit Gewinn- und Verlustrechnungen geeigneter Rehabilitationseinrichtungen, welche die DRV-Vorgaben erfüllen und die hier untersuchten Indikationen führen, auf die Validität hin überprüft und angepasst.

Die entsprechenden Positionen werden auf die Größe einer 100 Betten-Einrichtung mit einer 95%igen Auslastung und pro Belegungstag berechnet. Auf diese Weise werden die Sachkostenanteile im Vergütungssatz je Indikation abgeleitet.

4.2 Ergebnisse Sachkostenanteil der Vergütung

Durch die oben beschriebene Ermittlung des Sachkostenanteils konnten anhand von Gewinn- und Verlustrechnungen realer Kliniken der entsprechenden Indikationen die folgenden Sachkostenblöcke je Indikation bei einer 95%igen Auslastung berechnet werden:

Euro pro Tag	Orthopädie	Kardiologie	Psychosomatik
Sachaufwand	36,07	33,03	32,40

Abbildung 13: Sachaufwand der einzelnen Indikationen (Auslastung 95%)

Die Orthopädie hat einen Sachaufwand von rd. 36 EUR pro Tag, in der Kardiologie wurde ein Sachkostensatz von rd. 33 EUR ermittelt. In der Psychosomatik beträgt der Sachkostenblock

⁶ Siehe Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation – Aktualisierung 2011 (aktiva GmbH)

rd. 32 EUR pro Rehabilitationstag.

Berücksichtigt man die laut statistischem Bundesamt durchschnittliche Auslastung (Bezugsjahr 2009) in den Indikationen, erhöhen sich die Sachkostenanteile entsprechend.

Indikation	Sachkosten	
	Ø Auslastung	Vergütung in EUR
Orthopädie	86,70%	39,52
Kardiologie	79,40%	36,19
Psychosomatik	88,60%	35,50

Abbildung 14: Sachaufwand der einzelnen Indikationen unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Auslastung

Sie schwanken zwischen 36 EUR und 40 EUR je nach Indikation, wobei der größte Unterschied zu den o.g. Werten angesichts der niedrigen Auslastung in der Kardiologie besteht.

Als für die Vergütungssatzhöhen notwendige Sachkostenblöcke werden in den folgenden Berechnungen die für den 95% Auslastungsgrad ermittelten Werte verwendet. Damit liegen die für den Sachkostenbereich kalkulierten Werte zwischen 32 EUR und 36 EUR je Indikation.

5 Kapitalkostenblock

5.1 Herleitung

Aufgrund der unterschiedlichen Investitionsbedarfe und der unterschiedlichen Betreiber- und Finanzierungsmodelle, erfordert eine allgemeingültige Betrachtung der Kapitalkosten in der Rehabilitation eine differenzierte Herangehensweise.

Die heterogenen Zustände der Investitionen in den Rehabilitationseinrichtungen verhindern eine allgemeingültige bzw. durchschnittliche Ableitung der Kapitalkosten aus Investitionsrechnungen einzelner Kliniken. Vor dem Hintergrund der monistischen Finanzierung ist jedoch die Forderung schlüssig, dass die Vergütungssätze die Investitionen in den Bau und Ausstattung ausreichend bedienen müssen. Unberührt der Investitionstätigkeiten in den einzelnen Kliniken, die sich naturgemäß inhaltlich aber auch zeitlich voneinander unterscheiden, sollte eine langfristige Investition über einen Kapitalkostenblock in den Vergütungssätzen finanziert sein.

Um die zeitlichen Verschiebungen in den Investitionstätigkeiten bei der Ableitung des Kapitalkostenblocks zu nivellieren, wird die Betrachtung der Annuitäten herangezogen. Hierbei geht man davon aus, dass egal zu welchem Zeitpunkt die Investition getätigt wird, die Kapitalbelastung für ihre Finanzierung über eine langfristige Nutzungszeit in Annuitäten gleich hoch ist.

Das dargestellte Modell basiert daher auf den Kosten für den Bau und Ausstattung einer „Neubauklinik“ mit 25 Jahren Nutzungszeit. Um eine realistische Baugröße zu kalkulieren, wird von der sonst in der Studie zugrunde gelegten virtuellen Klinik mit 100 Betten abgewichen und ein Baukörper mit 300 Betten konstruiert. Dafür wurde von einem Architektenbüro ein Musterraumprogramm für eine fiktive Klinik mit je 100 Betten der Orthopädie, Kardiologie und Psychosomatik entwickelt. Für ein entsprechendes Grundstück (rd. 20.000 qm) und seine Herrichtung und Erschließung werden für alle Indikationen gleiche Annahmen getroffen, die sich an den durchschnittlichen Grundstückskosten von 100 EUR/ qm in Deutschland orientieren.

Bei der Konzeption der Klinik wurden alle indikationsspezifisch relevanten Vorgaben bauli-

cher und medizinisch-technischer Art als Mindestanforderung berücksichtigt, so dass für jede untersuchte Indikation eine differenzierte Kostenbetrachtung möglich ist. Folgende Prämissen sind in die Kalkulation der Kapitalkosten eingeflossen:

- Berechnung der Zinsbelastung bei Fremdfinanzierung zu einem marktüblichen Zinssatz von 5,5% bei 25 Jahren Kreditlaufzeit
- Berücksichtigung der Abschreibungen für den Bau über 25 Jahre
- Berücksichtigung der Abschreibungen für die Betriebs- und Geschäftsausstattung über 12 Jahre

5.2 Ergebnisse Kalkulation Kapitaldienst

Die Kalkulation des Musterraumprogramms inklusive Ausstattung der Neubauklinik (300 Betten) unter Berücksichtigung entsprechender Vorgaben der Rehabilitationsträger, ergibt eine Gesamtinvestitionssumme von rd. 36,9 Mio. EUR. Dabei handelt es sich um einen Mindest-Investitionsbedarf einer solchen Rehabilitationsklinik. Kosten für Grundstück und das Herrichten und Erschließen des Grundstückes werden dabei über alle Indikationen einheitlich betrachtet.

Die Investitionen können je Indikation folgendermaßen differenziert werden:

Aufteilung Investitionen Neubauklinik in EUR			
	Orthopädie	Kardiologie	Psychosomatik
Grundstück	666.667	666.667	666.667
Herrichten und Erschließen	173.638	173.638	173.638
Bauwerk - Baukonstruktionen	8.659.035	7.984.305	7.928.078
Außenanlagen inkl. 230 Parkplätzen	491.428	491.428	491.428
Einrichtung + Ausstattung	787.185	674.730	674.730
Nebenkosten ca. 22 % KG 300 - 600	2.186.283	2.013.102	2.000.732
Summe	12.964.236	12.003.870	11.935.272

Abbildung 15: Zusammensetzung Investitionen Neubauklinik

Betrachtet auf dieser Grundlage wird der Kapitalkostenblock bei einer angenommenen Auslastung der Klinik von 95% berechnet. Dabei wird eine Annuitätenberechnung sowie die bereits oben genannten Prämissen angewendet (5,5% Zinsen bei Kreditlaufzeit von 25 Jahren, Abschreibungen Bau über 25 Jahre, Abschreibungen Ausstattung über 12 Jahre). Die Zu-

sammensetzung der entsprechenden Kapitalkostenblöcke kann nach Abschreibungen der Zinsaufwendungen differenziert werden.

Kapitalkosten in EUR pro Tag	Orthopädie	Kardiologie	Psychosomatik
Abschreibungen Bau (25 Jahre)	13,08	12,10	12,02
Abschreibungen Ausstattung (12 Jahre)	1,89	1,62	1,62
Durchschnittliche Zinsen pro Jahr	12,92	11,96	11,89
Summe	27,89	25,68	25,53

Abbildung 16: Zusammensetzung Kapitalkosten (indikationsspezifisch pro Belegungstag)

Die Analysen führen zu dem Ergebnis, dass für eine Deckung der Kapitalkosten in der Orthopädie rd. 28 EUR, in der Kardiologie und Psychosomatik rd. 26 EUR benötigt werden. Die Unterschiede in den Indikationen ergeben sich aus den indikationsspezifischen Strukturvorgaben der Rehabilitationsträger. Dabei sind die Unterschiede zwischen der DRV und GKV vernachlässigbar.

Die hier ermittelten Werte bilden die Kapitalkostenblöcke für die notwendigen Vergütungssatzhöhen in den untersuchten Indikationen.

6 Ableitung Vergütungssatzhöhen je Indikation

Die oben dargestellten Analysen und modelhaften Ermittlungen der Kostenstrukturen bilden die Grundlage für die erforderlichen Vergütungssatzhöhen der untersuchten Indikationen. Auf Grundlage der Szenarienberechnungen können Spannweiten dargestellt werden. Hierbei wird bei der Ermittlung der Personalkostenanteile zwischen den erweiterten Strukturvorgaben der DRV und den leistungsorientierten Vorgaben im Hinblick auf die verbindlichen Therapiestandards der DRV unterschieden.

Die Herleitung der Sachkosten wurde auf Grundlage von repräsentativen Aufwandsverteilungen von Rehabilitationskliniken durchgeführt.

Die Kalkulation der Kapitalkosten basiert auf dem Modell eines Neubaus mit 25 Jahren Nutzungsdauer (statische Annuitätenbetrachtung).

In der folgenden Grafik sind die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt:

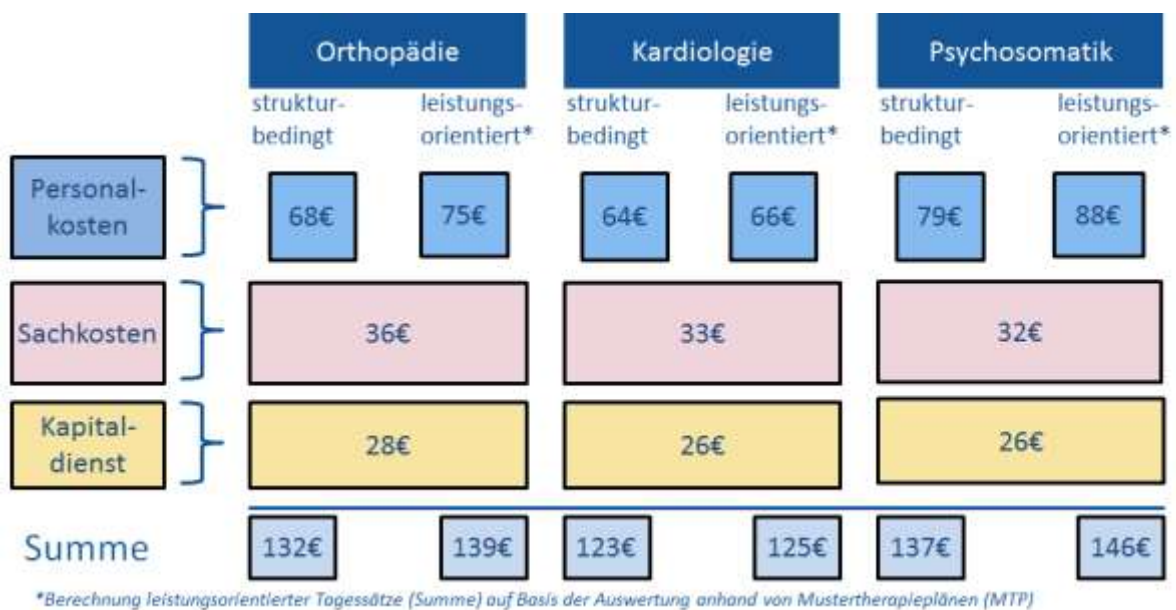


Abbildung 17: Übersicht Vergütungssätze nach Indikationen

Die Ergebnisse zeigen, dass die unterschiedlichen Ansätze zu vergleichbaren Vergütungssatzhöhen führen, wobei der leistungsorientierte Ansatz höhere Werte nach sich zieht. In der Orthopädie liegen die kostendeckenden Vergütungssätze zwischen 132 EUR und 139 EUR. In der Kardiologie zwischen 123 EUR und 125 EUR. Hierbei ist zu bedenken, dass die

Analysen Hinweise für eine notwendige Überarbeitung des Therapiestandards in der Kardiologie geben, so dass der hier dargestellte Ansatz der leistungsorientierten Vorgaben die Realität der tatsächlichen Kostenstrukturen eher unterschreiten dürfte. In der Psychosomatik werden Tagessatzhöhen zwischen 137 EUR und 146 EUR kalkuliert.

Die kalkulierten Tagessätze sind auf Basis einer reinen Kostendeckung berechnet. Es ist zu beachten, dass Unternehmensgewinne in der Vergütung als Ausgleich des von der Klinikbetreibern zu tragenden unternehmerischen Risikos anzusehen und daher auch gerechtfertigt sind. Unternehmensgewinne würden die hier dargestellten Vergütungssatzhöhen entsprechend erhöhen.

7 Diskussion

7.1 Vergleich mit Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung

Sowohl die hier vorgestellte Kalkulation der Sachmittelkosten als auch die modellhafte Kalkulation der Investitionen und damit der Kapitalkostenblock sind für alle Rehabilitationsträger ohne Einschränkungen gleich anwendbar. Die in der Studie angewendeten personellen Vorgaben und Leistungsvorgaben und die daraus resultierende Kalkulation der Personalkosten beruhen hingegen auf Vorgaben im Finanzierungsbereich der DRV.

Die Vorgaben im Bereich der indikationsspezifischen Strukturkriterien sind für beide Finanzierungsbereiche in weiten Teilen gleich. Unterschiede in den Anforderungen innerhalb der Strukturkriterien zwischen der DRV und GKV sind in der unterschiedlichen Zielsetzung begründet. So spielt beispielsweise bei der DRV die berufliche Wiedereingliederung bei den therapeutischen Anforderungen eine größere Rolle. Insgesamt sind die Anforderungen auf dieser Ebene jedoch in vielen Bereichen vergleichbar. Sie umfassen baulich-räumliche, medizinisch-technische aber auch therapeutische und personelle Anforderungen. Der Detaillierungsgrad der beiden letztgenannten ist jedoch im GKV Bereich nicht ausreichend, um wie im DRV Sektor eine Personalbedarfsermittlung und damit auch eine Personalkostenberechnung durchzuführen. Die DRV hat die Strukturkriterien in dem Bereich der Personalbemessung jedoch grundlegend erweitert, so dass hier für alle medizinischen Dienstarten detaillierte Vorgaben in der Anzahl der geforderten Vollkräfte vorliegen. Vergleichbare detaillierte Vorgaben fehlen im GKV-Bereich. Auch die Therapiestandards erlauben es im Bereich der DRV durch ihre Verknüpfung zu ETM und KTL auf der Ebene der KTL über Personalbindungszeiten, welche auf Basis von Therapiedauer und Gruppengröße berechnet werden, eine detaillierte Personalbedarfsermittlung durchzuführen.

Die BAR hat zahlreiche indikationsspezifische Vorgaben entwickelt, die sich jedoch zumeist auf die ambulante Rehabilitation beziehen. Diese beinhalten u.a. auch personelle Empfehlungen für die ambulante Rehabilitation. Diese Personalempfehlungen können jedoch nicht ohne weiteres als Berechnungsgrundlage für den Bereich der stationären Rehabilitation herangezogen und damit übertragen werden.

Allerdings können teilweise die Ergebnisse der Berechnungen für den DRV-Sektor zumindest als Orientierungswert herangezogen werden. Dabei kann insgesamt festgestellt werden, dass obwohl im Bereich des Personals Detaillierungsunterschiede zwischen den Anforderungen der DRV und der GKV existieren, beide Rehabilitationsträger jedoch auch große Überschneidungen in ihren Anforderungen an die Reha-Kliniken aufweisen.

7.2 Interpretation der Ergebnisse vor dem Hintergrund der aktuellen Vergütungssituation

Sämtliche Kosten der Leistungserbringung im Rehabilitationssektor werden über Tagessätze oder Fallpauschalen vergütet, deren Höhe einrichtungsbezogen in Pflegesatzverhandlungen zwischen Rehabilitationsträger und dem Einrichtungsbetreiber vereinbart werden. Das Verfahren der Vergütungssatzfindung bleibt jedoch weitestgehend intransparent.

Um an der Rehabilitationsversorgung teilnehmen zu können, müssen die Einrichtungen trägerspezifische Vorgaben erfüllen. Die Auswirkungen dieser Vorgaben auf die Kosten der Rehabilitationseinrichtungen wurden in den vorangehenden Kapiteln diskutiert. Es bleibt die Frage, ob eine vollständige Erfüllung dieser Anforderungen mit den bisher gezahlten Vergütungssätzen zu realisieren ist.

Im Jahr 2010 wurde im Auftrag der AG MedReha eine Befragung der stationären Rehabilitationseinrichtungen über die Höhe der Vergütungssätze durchgeführt.⁷ Die Erhebung hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Repräsentativität; sie spiegelt die Vergütungssatzhöhen in den einzelnen Indikationen jedoch realitätsnah wieder und erlaubt Tendenzaussagen. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Befragung mit den im Rahmen der vorliegenden Studie kalkulierten Vergütungssätzen in den Indikationen Psychosomatik, Kardiologie und Orthopädie verglichen.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass bei den untersuchten Indikationen von einer Unterfinanzierung im relevanten Ausmaß ausgegangen werden muss.

⁷ siehe auch Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation – Auflage 2010 (GEBERA GmbH)

7.2.1 Orthopädie

Die Tagessatzhöhen bewegen sich in der Orthopädie in 2010 zwischen 84 und 126 EUR, wobei die Mediane je nach Kostenträger und Behandlungsart zwischen 107 und 111 EUR schwanken.

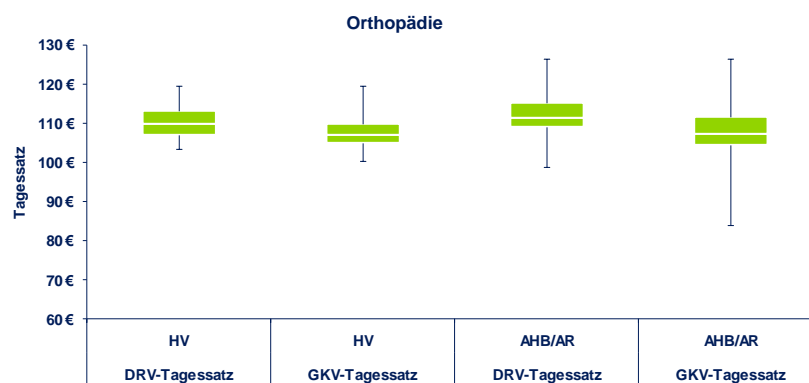


Abbildung 18: Tagessätze Orthopädie 2010 (Umfrageergebnisse AG MedReha)

Die kalkulierten Tagessatzhöhen liegen zwischen 132 und 139 EUR (MW: 135,50 EUR). Im Vergleich zu den Medianen aus dem Jahr 2010 (107 und 111 EUR) kann von einer Unterfinanzierung zwischen 22-27% ausgegangen werden.

7.2.2 Kardiologie

Die aktuellen Tagessätze in der Kardiologie bewegen sich zwischen 90 und 123 EUR, wobei die Mediane je nach Rehabilitationsträger zwischen 110 und 114 EUR betragen.

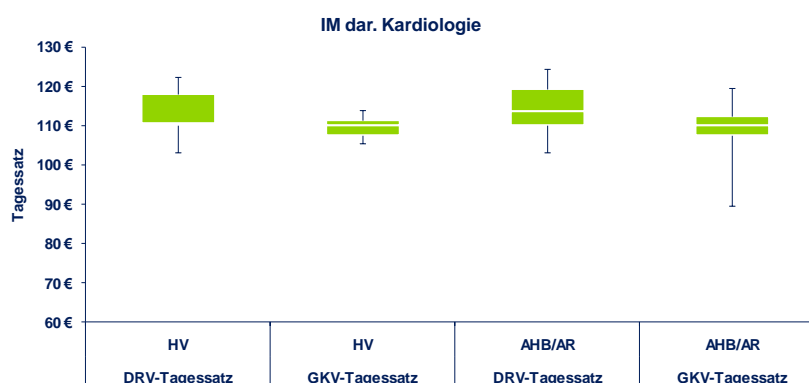


Abbildung 19: Tagessätze Kardiologie 2010 (Umfrageergebnisse AG MedReha)

Die kalkulierten Tagessatzhöhen liegen zwischen 123 und 125 EUR (MW: 124 EUR), wobei

der Wert auf Basis der Leistungsvorgaben aufgrund der Überarbeitungsnotwendigkeit des Therapiestandards die Kostensituation nicht realistisch widerspiegelt und unter den tatsächlich in den Rehabilitationskliniken geleisteten Therapiemaßnahmen liegt. Damit liegen die kalkulierten Tagessätze zwischen 9-13% über den im Jahr 2010 marktgängigen Werten. Auch im Bereich der Kardiologie kann von einer Unterfinanzierung gesprochen werden.

7.2.3 Psychosomatik

Die Tagessätze in der Psychosomatik/ Psychotherapeutischen Medizin bewegen sich im Jahr 2010 zwischen 103 und 131 EUR (MW 117 €); Median: 114 EUR (GKV) und 122 EUR (DRV).

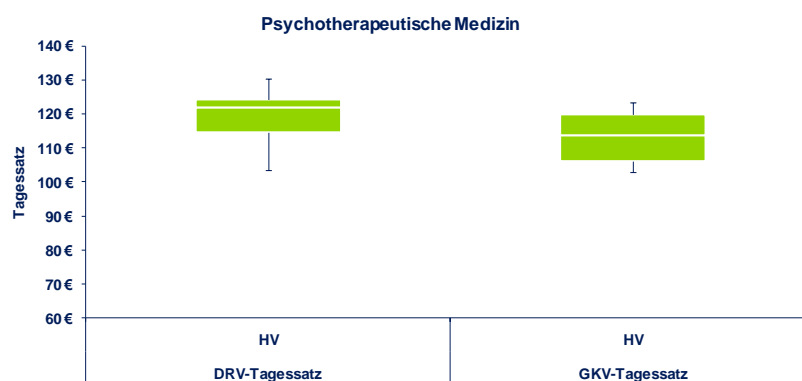


Abbildung 20: Tagessätze Psychosomatik 2010 (Umfrageergebnisse AG MedReha)

Die kalkulierten Tagessätze bewegen sich zwischen 137 und 146 EUR (MW: 141,50 EUR).

Durch den hohen Anteil der DRV-Finanzierung (Median 122 €) kann eine durchschnittliche Erhöhung der Tagessätze um rd. 16 % als tendenziell notwendig abgeleitet werden.

7.3 Überarbeitung Therapiestandards

Der Therapiestandard Koronare Herzkrankheit (KHK) war der erste 2009 von der DRV herausgegebene Therapiestandard und stellt sich durch eine äußerst niedrige Therapiezeit pro Rehabilitand als überarbeitungswürdig dar. Auch die personelle Ausstattung laut Strukturvorgaben erscheint in der Kardiologie an mehreren Punkten widersprüchlich bzw. nicht an dem tatsächlichen Bedarf im Rahmen der stationären kardiologischen Rehabilitation orientiert. Im Vergleich zu den Vorgaben der Orthopädie sind insbesondere die bewegungstherapeutischen Berufsgruppen und die Ergotherapeuten deutlich unterrepräsentiert.

Diese Auffälligkeit wird verstärkt, wenn man die BAR-Rahmenempfehlung zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation als Vergleich zugrunde legt. In mehreren Berufsgruppen werden in der ambulanten kardiologischen Rehabilitation deutlich mehr Vollkräfte gefordert als in der stationären Versorgung (Strukturvorgabe- und insbesondere Leistungsorientierter Ansatz). Dies betrifft ausdrücklich die Berufsgruppen Physiotherapie / Sportlehrer und die Ergotherapeuten. Weiterhin werden in der ambulanten Rehabilitation mehr Psychologen und Sozialpädagogen gefordert. Die Anzahl der notwendigen Vollkräfte in der Berufsgruppe der Pflege ist in der ambulanten Rehabilitation geringer, was mit der Art der Leistungserstellung im Einklang steht. Insgesamt sind die Verwerfungen zwischen den unterschiedlichen Vorgaben und Empfehlungen (Struktur stationär, Struktur ambulant, Therapiestandard) in der Indikation Kardiologie nicht nachvollziehbar und erscheinen insgesamt überarbeitungswürdig.

8 Fazit und Empfehlung des Gutachters

Durch die Ableitung der Vergütungssätze auf Basis von Analysen der Anforderungen Rehabilitationsträger und mittels Annäherung über verschiedene methodische Ansätze offeriert diese Studie eine hohe Validität der Ergebnisse.

Dabei wurden kostendeckende Mindest-Vergütungssatzhöhen für die untersuchten Indikationen ermittelt. Sie bewegen sich für die Orthopädie zwischen 132 EUR und 139 EUR, für die Kardiologie zwischen 123 EUR und 125 EUR (Einschränkung überarbeitungswürdiger Therapiestandard) sowie für die Psychosomatik zwischen 137 EUR und 146 EUR. Der Vergleich mit der im Rahmen einer durch die AG MedReha im Jahr 2010 durchgeführten Umfrage konnte zum Teil eine erhebliche Unterfinanzierung in der medizinischen Rehabilitation aufzeigen. Inwieweit die Ergebnisse der Studie für andere Indikationen in der Rehabilitation anwendbar sind, kann hier nicht abschließend beantwortet werden. Es gibt jedoch Hinweise, dass die Vergütung der Rehabilitation vor den Hintergrund der Anforderungen der Rehabilitationsträger auch bei anderen Leistungsschwerpunkten nicht ausreichend ist.

Aus Sicht des Gutachters ist eine Anpassung der Vergütungssätze durch die Rehabilitationsträger an die auf Basis ihrer eigenen Vorgaben resultierenden Kosten unumgänglich und auch aus volkswirtschaftlicher Sicht zu empfehlen. Gerade weil die Rehabilitation zukünftig eine immer bedeutendere Rolle spielen wird, muss die Finanzierung dieses Gesundheitszweiges gesichert sein.

Bei einer dauerhaften Unterdeckung der Kosten können die Einrichtungen nur durch Unterlassung notwendiger Investitionen existieren. Dies führt jedoch zu einem nur schwer umkehrbaren Substanzverlust der Kliniken. Die Einsparungspotenziale sind ausgeschöpft und der Investitionsstau vielerorts bereits heute schon sehr hoch. Insbesondere der zunehmende Mangel an geeigneten Arbeitskräften in den medizinischen Berufen und die daraus resultierende Notwendigkeit die Personalvergütungen zu erhöhen, verschärft flächendeckend die wirtschaftliche Lage der Rehabilitationskliniken.

Die Studie gibt deutliche Hinweise auf eine systemimmanente Unterfinanzierung in der stationären medizinischen Rehabilitation, die nur unter Anstrengungen der politisch Verantwortlichen beseitigt werden kann.