

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

# Reha Rating Report 2009

Trügerische Erholung?

Heft 50

Executive Summary



ADMED

# Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Vorstand:

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D. (Präsident),

Prof. Dr. Thomas K. Bauer

Prof. Dr. Wim Kösters

Verwaltungsrat:

Dr. Eberhard Heinke (Vorsitzender);

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

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

Forschungsbeirat:

Prof. Michael C. Burda, Ph.D., Prof. David Card, Ph.D., Prof. Dr. Clemens Fuest,

Prof. Dr. Justus Haucap, Prof. Dr. Walter Krämer, Prof. Dr. Michael Lechner,

Prof. Dr. Till Requate, Prof. Nina Smith, Ph.D.

Ehrenmitglieder des RWI Essen

Heinrich Frommknecht, Prof. Dr. Paul Klemmer †, Dr. Dietmar Kuhnt

## RWI : Materialien Heft 50

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

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2009

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

Redaktionelle Bearbeitung: Joachim Schmidt

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-092-3

# RWI : Materialien

Heft 50

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

## Reha Rating Report 2009

Trügerische Erholung?

Executive Summary

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



ADMED

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

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

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-092-3

## **Vorwort**

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

Wir danken Rüdiger Budde, Thomas Fettweiß, Dr. Wolfgang Heine, Helena Juchno, PD Dr. Stefan Kirchberger, Max Lux, Joachim Schmidt, Hubert Seiter sowie dem BDPK, DEGEMED und Prognos für wertvolle Unterstützung, Kommentare und Anregungen bei der Erstellung der Studie und bei den Analysen. Dank geht auch an das Statistische Bundesamt für die Bereitstellung von Daten. Anette Hermanowski, Lutz Morgenroth, Daniela Schwindt, Marlies Tepas und Benedict Zinke danken wir für die organisatorische Hilfe. Die Verantwortung für den Inhalt und für eventuelle Fehler tragen selbstverständlich allein die Autoren. Wir freuen uns über Kritik und Anregungen zur stetigen Verbesserung dieses Reports.

Essen, Köln, Büttelborn, 12. Januar 2009

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



## Inhalt

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

---

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



## Verzeichnis der Schaubilder

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

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

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

## Verzeichnis der Tabellen

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

## Verzeichnis der Karten

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

## **Reha Rating Report 2009: Trägerische Erholung?**

### **Executive Summary**

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

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

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

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

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

Berücksichtigt man eine 2007 und 2008 vermutlich gestiegene Nachfrage nach Reha-Leistungen verbessern sich aus Sicht der Kliniken die genannten Zahlen<sup>1</sup>, während die Finanzmarktkrise mit ihrem negativen Effekt auf die Einnahmen der Kostenträger 2010 vorübergehend zu einer sinkenden Nachfrage führen dürfte.

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

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

---

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

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

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

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

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

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