

York Dhein/Wilfried von Eiff (Hrsg.)

Erfolgreiches Rehabilitations- management

Ein Leitfaden für die Praxis

Kohlhammer

Kohlhammer

Die Herausgeber



Dr. med. York Dhein M.Sc., seit 2014 Vorstandsvorsitzender der Johannesbad Gruppe mit Sitz in München. Das Familienunternehmen gehört zu den zehn großen Anbietern stationärer Rehabilitation in Deutschland.

Seine beruflichen Stationen im Gesundheitswesen: Facharzt für Innere Medizin, Bereichsleiter des Leistungs- und Versorgungsmanagements der Siemens Betriebskrankenkasse, Principal der Kienbaum Managementberatung mit den Schwerpunkten Organisationsentwicklung, Sanierung und Strategieentwicklung.



Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Dr. biol. hom. Wilfried von Eiff, Leiter des Centrums für Krankenhaus-Management (Universität Münster) sowie Academic Director des Center for Health Care Management and Regulation an der HHL Leipzig Graduate School of Management; Stellvertretender Vorsitzender des Aufsichtsrats der Kerckhoff-Klinik (Bad Nauheim).

Als Verwaltungsdirektor war er Mitglied des Vorstands der Unikliniken Gießen und mehrere Jahre leitender Manager in der Autoindustrie zuständig für Organisation, IT und Logistik; leitete die REDIA-Studie über die Auswirkungen der DRG-Systems im Akutbereich auf die Kosten- und Qualitätssituation in der Rehabilitation.

York Dhein, Wilfried von Eiff (Hrsg.)

Erfolgreiches Rehabilitationsmanagement

Ein Leitfaden für die Praxis

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

1. Auflage 2020

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-033124-2

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-033125-9

epub: ISBN 978-3-17-033126-6

mobi: ISBN 978-3-17-033127-3

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Geleitwort 1

Thomas Bublitz

Zukunft der Rehabilitation: Situation, Handlungsbedarf, Chancen und Risiken

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland befindet sich massiv im Umbruch. Das Lebensalter der Menschen steigt, chronische Krankheiten nehmen zu, bei einem sich gleichzeitig rasant entwickelnden medizinischen Fortschritt – Faktoren, die die Patientenversorgung maßgeblich mit beeinflussen. Schwere Erkrankungen sind heute immer besser behandelbar, wobei das Alter der Patienten zunehmend eine geringere Rolle spielt. Die medizinische Versorgung kranker Menschen durch Spezialisten rückt mehr und mehr in den Vordergrund. Stationäre Krankenhausbehandlungen verkürzen sich, so dass sich die Verweildauer im Krankenhaus seit dem Jahr 2000 auf sieben Tage nahezu halbiert hat. Aber auch gesellschaftliche Entwicklungen, wie eine ständig steigende Zahl von Singlehaushalten, verändern die Anforderung an unser Gesundheitswesen. Aus diesen Gründen wird es immer wichtiger, Patienten im Anschluss an die Akutbehandlung Hilfestellungen zu geben, um ihnen die Rückkehr in Alltag, Familie und Beruf zu erleichtern. Die medizinische Rehabilitation wird also immer wichtiger: Sie steigert die Lebensqualität vieler Menschen, verhindert Frühverrentung, vermeidet Pflegebedürftigkeit.

Und – Reha besitzt einen nachweislich hohen Nutzen für die deutsche Volkswirtschaft. Mit rund 500 Millionen Euro entlastet beispielsweise die orthopädische Reha bei Rückenschmerzen die Volkswirtschaft und damit

die Steuer- und Beitragszahler in Deutschland. Das belegt eine aktuelle Studie der AOK Baden-Württemberg, der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV) und des Instituts für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm).

Voraussetzung für eine gut funktionierende Rehabilitation ist ein bedarfsgerechter und frühzeitiger Zugang zu diesen Leistungen. Diese Anforderung ist bis heute nicht erfüllt. Die Kriterien, nach denen Patienten Rehabilitationsleistungen erhalten, sind zu wenig transparent und erfolgen teilweise kosten- oder budgetgesteuert. Dabei ist ein unkomplizierter Zugang zur Reha für viele Menschen eine wirksame Hilfe, wenn sie von Pflegebedürftigkeit oder Frühberentung bedroht sind. Nach wie vor haben Hausärzte mit erheblichen Barrieren zu kämpfen, damit diese Versicherten notwendige Reha-Leistungen erhalten. Die Krankenkassen lehnen knapp 40% der Anträge auf medizinische Rehabilitationsleistungen aus dem niedergelassenen Bereich ab. Der gesetzlich verankerte Grundsatz »Reha vor Pflege« wird insofern nicht bedarfsgerecht umgesetzt und ist damit nach wie vor ein wichtiges gesundheitspolitisches Handlungsfeld.

Ein weiterer Schwerpunkt muss auf die Qualitätsorientierung, insbesondere mit Fokus auf die Ergebnisqualität, gelegt werden. Reha-Kliniken, die den Behandlungserfolg ihrer akut- oder rehabilitationsmedizinischen

Behandlungen belegen können, müssen dafür auch belohnt werden – durch eine bevorzugte Belegung mit Patienten und eine leistungsgerechte Vergütung der erbrachten Reha-Maßnahmen. Der aktuell bestehenden Unterfinanzierung in der Rehabilitation muss dringend entgegengewirkt werden, um eine qualitativ hochwertige Rehabilitationsversorgung auch langfristig sichern zu können. So belegt das aktuelle Gutachten der aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH »Was kostet die Rehabilitationsleistung? – Kostenberechnung auf Basis struktureller Anforderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung« erneut, dass eine leistungsgerechte Vergütung bei stetig wachsenden Qualitätsanforderungen in der Reha nach wie vor zu den drängenden aktuellen Aufgaben gehört. Es kann nicht sein, dass die Preisentwicklung in der medizinischen Reha den ständig wachsenden Leistungserfordernissen diametral gegenüberstehen. Nach wie vor tut Gesundheitspolitik zu wenig, um daran etwas zu ändern. Der aktuelle Gesetzgebungsprozess des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes ist dafür der beste Beleg. Die Refinanzierung der steigenden Pflegekosten und die weiteren vorgesehenen Förderungen zur Stärkung der Pflege betreffen allein Akut-Krankenhäuser und die Altenpflege. Die 30.000 Pflegekräfte in Reha-Kliniken wurden per Gesetz zu Fachkräften 2. Klasse degradiert: Reha-Kliniken erhalten keine Refinanzierung der Pflegekosten sowie keine Unterstützung in der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Die Gesundheitspolitik liefert damit per Gesetz eine Steilvorlage zur Verschlechterung

der Pflegesituation in der medizinischen Reha und gefährdet u. a. die wichtige Anschlussversorgung von Patienten beispielsweise nach Schlaganfall, Herzinfarkt, Hüftoperationen oder Krebsbehandlungen. Denn gut ausgebildete Pflegekräfte werden in den Akutbereich abwandern, weil sie dort als dringend benötigte Fachkräfte mehr Geld verdienen werden. Rehabilitationseinrichtungen geraten so unter enormen Druck. Wollen sie Pflegekräfte halten, werden sie die Gehälter anheben müssen. Eine Finanzierungsmöglichkeit für steigende Personalkosten haben sie jedoch de facto nicht. Die Grundlohnrate nach § 71 SGB V verhindert, dass sich die Preise an stärker steigende Kosten beispielsweise für das Personal anpassen können.

Die Herausforderungen für die Reha werden deutlich: Der Gesetzgeber muss handeln und für sinnvolle und zukunftsfeste Rahmenbedingungen in der Reha sorgen. Für den »Rest« einer modernen, effizienten und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung stehen das Management, die Ärzte, die Pflegekräfte und die Therapeuten gerade. Deshalb ist die Lektüre dieses Buches oberste Pflicht.

Thomas Bublitz
Hauptgeschäftsführer des BDPK e. V.
Vorstandsmitglied der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V.,
Geschäftsführer des Institutes für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH und der 4QD – Qualitätskliniken.de GmbH
Mitglied im Unterausschuss Veranlasste Leistungen des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Geleitwort 2

Jens Scholz und Matthias Köhler

Vision Rehabilitation 2030: Einflussfaktoren, Handlungsbedarf, innovative Versorgungsansätze

In den vergangenen 20 Jahren wurde wiederholt der Untergang der Rehabilitation prophezeit. Vermutlich wird es Rehabilitation in Deutschland auch 2030 noch geben – aber sie wird anders aussehen als heute. Verschiedene Einflussfaktoren spielen hierbei eine Rolle.

Angesichts des demografischen Wandels ändern sich Patientenstrukturen: Es wird weniger jüngere erwerbstätige Menschen geben, deren berufliche Tätigkeit infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen gefährdet ist. Daher wird die Nachfrage nach Heilverfahren sinken. Dafür werden vermehrt ältere multimorbide Patienten mit hochgradigen gesundheitlichen Einschränkungen nach vorangegangenen Akutereignissen in Reha-Einrichtungen drängen. Diese heute oft als »noch nicht rehafähig« abgelehnten Patienten kommen angesichts der zunehmend kürzeren Verweildauern immer früher aus den Akutkliniken. Das ist im Prinzip auch sinnvoll, denn frühzeitige Mobilisierung, Vermeidung von Infektionen mit multiresistenten Erregern und Einsparung unnötiger Kosten im Gesundheitswesen sind wichtige und richtige Ziele. Sind aber Rehakliniken in landschaftlich attraktiver Lage und somit weit entfernt von zuweisenden Akutkliniken auch entsprechend ausgestattet für die Versorgung dieser kranken Patienten – gerade vor dem Hintergrund des sich in den nächsten Jahren weiter verstärkenden Fachkräftemangels? Ist der Transport über viele Kilometer von der Akut-

in die Rehaklinik wirklich sinnvoll und widerspricht er nicht dem überwiegenden Wunsch nach wohnortnaher Versorgung? Das Modell einer »Campus-Reha«, in der Patienten auf dem Campus der Akutklinik in enger Kooperation von Akut- und Rehamedizinern nach ihrem Akutaufenthalt rehabilitiert werden, ist eine vielversprechende Alternative für künftige Herausforderungen. Erste erfolgreiche Modellprojekte existieren und weisen den Weg in eine künftige flächendeckende Umsetzung.

Die finanziellen Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung werden sich angesichts der demografischen Entwicklung verschlechtern. Angebote werden bzgl. ihrer Evidenz noch stärker auf den Prüfstand gestellt. Der Sachverständigenrat sieht in der mangelnden Evidenzbasierung das Kernproblem des gesamten Reha-Sektors. Bis 2030 werden daher nur Rehakliniken überleben, die auf internationalen Expertenempfehlungen basierende Qualitätssicherungssysteme vorweisen können, welche die medizinische Ergebnisqualität ihrer Einrichtungen transparent darstellen. Erste Ansätze, die das trägerübergreifende Ausrollen eines solchen Systems zur Erfassung und Darstellung medizinischer Ergebnisqualität in der Rehabilitation in den nächsten Jahren in Aussicht stellen, existieren.

Weiterhin werden digitale Interventionsangebote die Rehabilitation in absehbarer

Zeit maßgeblich verändern. 2030 werden sich die Menschen Rehaeinrichtungen aussuchen, die ihnen individuell auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Angebote mit flexiblem Tagesablauf ermöglichen. Im Fokus wird nicht mehr der mindestens drei-wöchige Aufenthalt fern ab der eigenen Lebenswelt mit dann abruptem Ende stehen. Stattdessen werden Patienten die Möglichkeit erhalten, nach einer (kürzeren) Reha im Idealfall lebenslang mit digitaler Unterstützung – wo und wann immer sie möchten – auf ihren individuellen Bedürfnissen entsprechende Informationen und Beratungen zuzugreifen. KI-basierte Plattformen werden die Menschen befähigen, sich selbst über Ihre Gesundheit noch besser zu informieren. Rehaeinrichtungen sollten

daher ihre gemeinsame Chance mit Akut- und Praxis-Einrichtungen nutzen: Die in den multiprofessionellen Teams vorhandene Expertise ist eine ideale Voraussetzung zur Entwicklung nachhaltiger Angebote einer ganzheitlichen patientenzentrierten Betreuung chronisch kranker Menschen mit ihren meist vielschichtigen krankheitsbedingten Herausforderungen.

Prof. Dr. Jens Scholz
Vorstandsvorsitzender Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein (UKSH)

Prof. Dr. Matthias Köhler
Geschäftsführer Medizin
VAMED Kliniken Deutschland GmbH

Inhalt

Geleitwort 1	5
<i>Thomas Bublitz</i>	
Zukunft der Rehabilitation: Situation, Handlungsbedarf, Chancen und Risiken.....	5
Geleitwort 2	7
<i>Jens Scholz und Matthias Köhler</i>	
Vision Rehabilitation 2030: Einflussfaktoren, Handlungsbedarf, innovative Versorgungsansätze.....	7
Vorwort der Herausgeber: Den Wandel gestalten	17
1 Rehabilitation in Deutschland: Die neue Marktdynamik im Rehabilitationssektor	19
1.1 Der Reha-Markt	20
<i>Peter Borges und Agnes Zimolong</i>	
1.1.1 Zweck und Funktion der Rehabilitation	20
1.1.2 Grundsätze der Finanzierung der Rehabilitation	21
1.1.3 Eckdaten Reha-Markt	22
1.1.4 Eckdaten stationärer Reha-Markt.....	22
1.1.5 Eckdaten ambulanter Reha-Markt.....	24
1.1.6 Markt im Umbruch – ein Überblick.....	26
1.1.7 Auswirkungen aus Sicht von Kunden, Kostenträgern und Trägern.....	28
1.2 Patienten werden auch Konsumenten: Markenmedizin in der Reha? ...	30
<i>Heinz Lohmann, Ines Kehrein und Konrad Rippmann</i>	
1.2.1 Internet lichtet Intransparenz.....	30
1.2.2 Patienten werden auch Konsumenten.....	31
1.2.3 Prozess statt Institution.....	31
1.2.4 Strukturierte Versorgung auf digitalem Workflow	32
1.2.5 Definierte Behandlungen ermöglichen Leistungsversprechen ...	32
1.2.6 Wettbewerbserfolg für Reha-Kliniken durch Markenmedizin....	33
1.3 Zukunft der Rehabilitation – aus Sicht der Krankenkassen	34
<i>Gertrud Demmler</i>	
1.3.1 Rehabilitation. Was ist das eigentlich?.....	34
1.3.2 Rehabilitation aus Sicht der Patienten	35

1.3.3	Welche Rehabilitationsbedarfe zeigen sich in der Versorgungspraxis?.....	36
1.3.4	Krankenkassen im Spannungsfeld zwischen Qualität und Kosten	37
1.3.5	Rehabilitation muss zielgruppenorientierte Rehabilitationskonzepte entwickeln und sich von sektoralem Denken und Entwicklungskonzepten lösen.	38
1.3.6	Individualisierte (patientenzentrierte) Therapie kann Gesundheitsverläufe und Umgang mit Erkrankungen deutlich verbessern und damit Qualität und Wirtschaftlichkeit erhöhen.....	39
1.3.7	Qualität aus Patientensicht kann nur entstehen, wenn Patientenfeedback auch über eine systematische Verlaufskontrolle im Nachgang der Reha erfolgt.....	39
1.4	Die Zukunft der Rehabilitation – Die Sicht der Deutschen Rentenversicherung	40
	<i>Thomas Keck</i>	
1.4.1	Die Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung heute...	40
1.4.2	Zahlen, Daten, Fakten, Reha Budget.....	41
1.4.3	Welche Reha-Maßnahmen gibt es?.....	43
1.4.4	Herausforderungen der Zukunft	45
1.4.5	Finanzierung – DRG in der Reha der gRV	48
1.4.6	Zukunft – Wie wird sie aussehen?.....	50
1.4.7	Fazit	51
2	Medizinische Versorgungsansätze im Wandel – Auswirkungen auf den Reha-Markt in ausgewählten Bereichen.....	55
2.1	Stand und Zukunft der Rehabilitation in der Orthopädie.....	56
	<i>Bernhard Greitemann</i>	
2.1.1	Anschlussrehabilitation unter DRG Bedingungen.....	56
2.1.2	Return to work – medizinisch-berufliche Orientierung in der Rehabilitation	57
2.1.3	Flexibilisierung der Rehabilitation	59
2.1.4	Verbesserung der Nachsorge.....	60
2.1.5	Prävention in der Rehabilitation.....	60
2.1.6	Bedarf nach Vernetzung.....	62
2.2	Veränderungen in der Akutmedizin und ihre Auswirkungen auf die kardiologische Rehabilitation	63
	<i>Thomas Mengden, Bettina Hamann und Matthias Müller</i>	
2.2.1	Ausgangslage und Perspektive	63
2.2.2	Entwicklung der kardialen Krankheitsbilder	64
2.2.3	Evidenz der koronaren Prehabilitation.....	68
2.2.4	Konsequenzen für die Rehabilitation aus Sicht des Managements	70

2.3	Neurologische Rehabilitation der Zukunft	73
	<i>Wilfried Schupp</i>	
2.3.1	Indikation und Rahmenbedingungen (Phasenmodell).....	73
2.3.2	Evidenzbasierung und Versorgungsstrukturen.....	74
2.3.3	Entwicklung von Behandlungsmodulen	75
2.3.4	Therapeutische Hilfsmittel im Wandel.....	76
2.3.5	Langzeitbetreuung und Selbstmanagement.....	76
2.3.6	Entwicklungen und Zukunftsszenario.....	77
2.4	Geriatrische Rehabilitation.....	79
	<i>Dirk van den Heuvel</i>	
2.4.1	Ausgangslage.....	79
2.4.2	Ansteigender Versorgungsbedarf	80
2.4.3	Entwicklung im Bereich der geriatrischen Rehabilitation	81
2.4.4	Vernetzung der Angebote.....	81
2.4.5	Ausblick	82
3	Führungs- und Personalmanagement.....	84
3.1	Wertorientierte Führung – Führungsmodell für agiles Management in der Gesundheitswirtschaft.....	85
	<i>Wilfried von Eiff</i>	
3.1.1	Ausgangslage.....	85
3.1.2	Das CKM-Führungsmodell.....	86
3.1.3	Agile Führung.....	93
3.1.4	Zusammenfassung und Bewertung	98
3.2	Herausforderung Fachkräftemangel.....	100
	<i>Edeltraud Bernhard</i>	
3.2.1	Neue Wege sind erforderlich	100
3.2.2	Vier wichtige Aktionsfelder.....	100
3.2.3	Schlussbemerkung.....	109
4	IT-Management und Digitalisierung in der Rehabilitation.....	111
4.1	Chancen und Nutzen digitaler Gesundheitsanwendungen in Rehabilitation und Prävention	112
	<i>Michael John</i>	
4.1.1	Medizinische und gesellschaftliche Hintergründe.....	112
4.1.2	Digitale Gesundheitsanwendungen aus Sicht der Akteure	113
4.1.3	Systemkonzepte und Funktionen für digitale Gesundheitsanwendungen.....	117
4.1.4	Chancen und Nutzen digitaler Gesundheitsanwendungen in Rehabilitation und Prävention	120
4.1.5	Empfehlungen für die Einführung digitaler Gesundheitsanwendungen.....	125
4.1.6	Zusammenfassung und Ausblick.....	127
4.2	Digitale Entrepreneure: innovative Geschäftsmodelle und Versorgungsansätze für die Rehabilitation und Prävention in Zeiten des Fachkräftemangels.....	131
	<i>Maximilian Michels</i>	

4.2.1	Zukünftige Rolle der Tele-Rehabilitation	131
4.2.2	Therapie-Apps.....	132
4.2.3	Nachhaltigere Prävention	135
4.2.4	Reduzierung der Zugangsbarrieren	136
4.3	Digitalisierung aus Sicht der Kostenträger	137
	<i>Ulrich Holschbach</i>	
4.3.1	Digitalisierung in Bezug auf Kunden, Geschäftsmodelle und Märkte	138
4.3.2	Digitalisierung in Bezug auf die Rehabilitation, deren Kunden und Anbieter.....	138
4.3.3	Digitalisierung in Bezug auf die Kostenträger, (eine) Einschätzung zu Chancen, Risiken und Handlungsbedarfen	139
4.3.4	Fazit	140
4.4	Digitalisierung für sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen	141
	<i>Admir Kulin</i>	
4.4.1	Neue Perspektiven	142
4.4.2	Was muss Digitalisierung leisten?	145
4.4.3	Lösungsvoraussetzungen.....	145
4.4.4	Lösungsszenarien – ein idealisierter customer/patient journey... ..	146
4.4.5	Fallbeispiel: m.Doc Smart Clinic – Digitalisierung sinnvoll nutzen	146
4.4.6	Was ist bei der Einführung einer Klinik-Plattform zu beachten?	147
5	Lean- und Qualitätsmanagement in der Reha.....	149
5.1	Lean in der Rehabilitation – Die Transformation zu einer effizienten und effektiven Organisation	150
	<i>Alfred Angerer</i>	
5.1.1	Fallstricke in der Prozessoptimierung	150
5.1.2	Why? Die Lean Vision	152
5.1.3	What? Die Lean Prinzipien und Werkzeuge	152
5.1.4	How? Der Weg zu einer Lean Organisation	154
5.1.5	Fazit	158
5.2	Ziele und Wege des Qualitätsmanagements in der medizinischen Rehabilitation.....	159
	<i>Volker Weissinger</i>	
5.2.1	Qualität in der medizinischen Rehabilitation	159
5.2.2	Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement: Rechtlicher Rahmen.....	160
5.2.3	Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zum Qualitätsmanagement am Beispiel	161
5.2.4	Qualitätsdimensionen im Bereich der medizinischen Rehabilitation	162
5.2.5	Die Bedeutung der Qualität für die Belegungssteuerung in der Rentenversicherung	167

5.2.6	Internes Qualitätsmanagement vor dem Hintergrund eines qualitätsorientierten Steuerungssystems der Rentenversicherung	168
5.2.7	Ausblick	170
5.3	Qualitätsmonitoring für kurze Reaktionszeit.....	171
	<i>Rudolf Bachmeier</i>	
5.3.1	Qualität aus Sicht des Kunden – Moments of Truth.....	171
5.3.2	Wie lässt sich Qualität aus Sicht des Kunden messen und überprüfen	171
5.3.3	Qualität als Managementaufgabe.....	176
6	Vertriebsmanagement und Marketing im Reha-Markt.....	181
6.1	Marketing Management – Auf dem Weg zum Magnet-Status	182
	<i>Wilfried von Eiff</i>	
6.1.1	Marketing und Markenmanagement	182
6.1.2	Marketingziele und Marketingbegriff.....	182
6.1.3	Der Marketing-Mix.....	183
6.1.4	Die Marke als Wahrnehmungsmonopol	185
6.1.5	Markenwert und Markenfunktion	185
6.1.6	Markenansätze	186
6.1.7	Kompetenz und Assoziation: Meinungsbild und Qualitätsversprechen prägen die Marke	187
6.1.8	Erfolgsfaktor zur Entwicklung eines Markenstatus.....	188
6.1.9	Fazit.....	190
6.2	Markenstrategie in der Rehabilitation: Markenwert, Markenkern und Stakeholder-spezifische Markenversprechen.....	190
	<i>Marc Raschke</i>	
6.2.1	Es macht nicht immer Sinn, sich in die Markenentwicklung zu begeben.	191
6.2.2	Eine Marke beschreibt nichts weniger als die Identität eines Unternehmens	191
6.2.3	Eine solide entwickelte Marke ist wie ein gutes Steak.....	191
6.2.4	Eine Marke hat immer auch eine Erzählung	192
6.2.5	Lassen Sie Ihre Marke in eine WG einziehen	192
6.2.6	Märkte sind Gespräche – lassen Sie Mitarbeiter und Kunden zu Wort kommen.....	193
6.2.7	Eine Marke muss gelebt werden.....	193
6.3	Schlüsselfaktor Sales: Der Kunde im Fokus – Vertrieb integriert ausrichten	194
	<i>Eike Alexander Kraft und Simon Pink</i>	
6.3.1	Köder legen: Lösungen für das Bedürfnis des Kunden.....	194
6.3.2	Interesse smart konvertieren	195
6.3.3	Den Kreislauf am Leben halten.....	196
6.3.4	Integrierter Vertrieb statt Silos	197
6.4	Besonderheiten von Sales in der Reha aus Sicht der Praxis	197
	<i>Simon Pink</i>	
6.4.1	Schlüsselfaktor Sales	197

6.4.2	Kommen Sie auf die Beine.....	198
6.4.3	Der erste Schritt.....	199
6.4.4	Kunden erkennen und Beziehungen eingehen	199
6.4.5	Spezifische Zielgruppenansprache in der Rehabilitation.....	200
6.4.6	Fazit	204
7	Corporate Finance – Steuerung und Finanzierung des Reha-Betriebes.....	206
7.1	Finanzierungsplanung für Rehabilitationskliniken Interdependenzen zwischen Strategie-, Investitions- und Finanzmanagement	207
	<i>Wilfried von Eiff</i>	
7.1.1	Refinanzierung von Reha-Leistungen und Planungsinterdependenzen	207
7.1.2	Strategische Planung: Das Unternehmen im Wettbewerb erfolgreich positionieren.....	208
7.1.3	Investitionen	209
7.1.4	Finanzierungsformen.....	210
7.1.5	Fazit	211
7.2	Finanzierungsmodelle: Vor- und Nachteile – je nach Strategie	213
	<i>Werner Weißenberger</i>	
7.2.1	Die Bedeutung der Immobilie in der Rehabilitation aus Finanzierungssicht.....	213
7.2.2	Finanzierungsmodelle – Alternativen.....	214
7.2.3	Zusammenfassung.....	218
7.3	Ganzheitliches Controlling im Reha-Betrieb	219
	<i>Ulf Ludwig</i>	
7.3.1	Benchmarks als Steuerungsinstrument	223
7.3.2	Was bringt der Vergleich mit anderen Branchen?.....	226
7.3.3	Was bringt der Vergleich mit ausländischen Einrichtungen?	226
7.3.4	Fazit	227
8	Fusionen und Übernahmen: Strategische Optionen für Unternehmenswachstum	228
8.1	Fusionen und Übernahmen in Gesundheitswirtschaft und Rehabilitation – Trends und Strategioptionen.....	229
	<i>Christine A. von Eiff und Andreas J. W. Goldschmidt</i>	
8.1.1	Ausgangssituation: M+A-Marktdynamik.....	229
8.1.2	Die Dynamik des Rehabilitationsmarktes als M&A-Auslöser ...	231
8.1.3	Verstärkte M+A-Aktivitäten im Reha-Markt.....	231
8.1.4	Strategioptionen für M&A im Gesundheitsbereich	233
8.1.5	Erfolgsfaktoren des M&A-Managements	236
8.1.6	Erkenntnisse und Ausblick.....	238
8.2	Private Equity – Investoren im Gesundheitswesen: Geschäftsmodell, Chancen und Risiken	238
	<i>Wilfried von Eiff</i>	
8.2.1	Marktattraktivität aus Sicht von PE-Investoren	238
8.2.2	Das Private Equity – Geschäftsmodell	239
8.2.3	Kritik am PE-Geschäftsmodell.....	242

8.2.4	Wachsender Stellenwert von PE-Investoren.....	244
8.2.5	Zusammenfassung und Bewertung.....	244
9	Forschung und Lehre in der Reha-Wissenschaft.....	248
9.1	Forschung und Lehre zu Rehabilitation und Teilhabe.....	248
	<i>Teresia Widera und Maren Bredehorst</i>	
9.1.1	Reha und Teilhabe als Gegenstand von Forschung und Lehre...	249
9.1.2	Verwissenschaftlichung der Rehabilitation.....	250
9.1.3	Rehawissenschaftliche Strukturen.....	253
9.1.4	Lehrstühle und Forschungsabteilungen mit Reha-Bezug.....	255
9.1.5	Förderungsmodalitäten in den Reha-Wissenschaften.....	258
9.1.6	Output aus Forschung und Lehre.....	260
9.1.7	Errungenschaften und »blinde Flecken«.....	263
9.1.8	Herausforderungen von Reha-Forschung und -Lehre.....	265
9.2	Wirksamkeit und gesundheitsökonomischer Nutzen der medizinischen Rehabilitation.....	270
	<i>Gert Krischak</i>	
9.2.1	Studien zur Wirksamkeit und dem Nutzen in der Rehabilitation.....	270
9.2.2	Methoden zur Untersuchung der Wirksamkeit in der Rehabilitation.....	270
9.2.3	Andere Lösungsansätze zur Untersuchung der Wirksamkeit in der Rehabilitation.....	271
9.2.4	Ein neues Modell für eine Kontrollgruppe von Nicht- Rehabilitanden (IFR-Modell).....	272
9.2.5	Untersuchung der Wirksamkeit und des Nutzens der Rehabilitation.....	273
9.2.6	Rehabilitation senkt Arbeitsunfähigkeitstage.....	274
9.2.7	Rehabilitation senkt die Inanspruchnahme stationärer Leistungen.....	275
9.2.8	Effekt auf Ausgaben für Medikamente und Heil- und Hilfsmittel.....	275
9.2.9	Rehabilitation verzögert den Eintritt in die Erwerbsminderungsrente.....	275
9.2.10	Kosten-Nutzen-Analysen in der Rehabilitation.....	277
9.2.11	Ausblick.....	278
10	Neuere Formen der Rehabilitation: Trends und Perspektiven für das Continuum of Care.....	280
10.1	Ambulante Rehabilitation.....	281
	<i>Lars Weber und Björn von Pickardt</i>	
10.1.1	Die Vorteile der ambulanten Rehabilitation.....	281
10.1.2	Zur Entwicklung der ambulanten medizinischen Rehabilitation.....	282
10.1.3	Reha-Nachsorge.....	283

10.1.4	Perspektiven der ambulanten Rehabilitation – »Prävention vor Rehabilitation und Nachsorge«.....	284
10.1.5	Ausblick	285
10.2	Mobile Rehabilitation	286
	<i>Claudia Friedrich</i>	
10.2.1	Definition der mobilen Rehabilitation	286
10.2.2	Entwicklung der mobilen Rehabilitation bis heute	286
10.2.3	Patienten und Indikationen.....	287
10.2.4	Ablauf und Organisation.....	287
10.2.5	Besonderheiten der Mobilen Rehabilitation	288
10.2.6	Welchen Einfluss hat die Digitalisierung auf die Mobile Rehabilitation?	289
10.2.7	Ausblick	289
10.3	Campus-Konzepte für sektorübergreifende Versorgung.....	290
10.3.1	Das Campus-Konzept Das Sektor übergreifende Medizin- und Service-Portfolio als strategische Option	290
	<i>Maximilian C. von Eiff, Matthias Müller und Wilfried von Eiff</i>	
10.3.2	Campus Trends und Perspektiven für das »Continuum of Care« – Das RHÖN-Campus-Konzept	300
	<i>Bernd Griewing und Dominik Walter</i>	
11	Rehabilitation im internationalen Vergleich.....	305
	<i>Andreas Winkelmann, Andrea Bökel und Christoph Gutenbrunner</i>	
11.1	Einleitung	306
11.2	Konzeptionelle Grundlagen der Rehabilitation im internationalen Kontext	306
11.3	Grundsätze der Analyse der Rehabilitation auf Länderebene.....	307
11.4	Beispiele für nationale Rehabilitationssysteme	308
11.4.1	Europa (hier mit dem Beispiel Schweden als Industrieland) ...	308
11.4.2	Asien (hier mit den Beispielen China und Indonesien als Schwellenländer)	311
11.4.3	Afrika: Ghana als Land mit geringem Einkommen.....	315
11.5	Internationale Organisationen	316
11.6	Schlussfolgerung und Ausblick.....	317
	Agenda Rehabilitation 2025.....	320
	<i>York Dhein und Wilfried von Eiff</i>	
	Autorenverzeichnis	325
	Stichwortverzeichnis	329

Vorwort der Herausgeber: Den Wandel gestalten

Es gibt wohl wenige Bereiche in der Gesundheitswirtschaft, wo Vergangenheit und Zukunft so stark aufeinanderprallen wie in der Rehabilitation. Die Altvorderen denken noch in Kuren und verlassen sich auf den Staat und seine Rahmenbedingungen. Das ist nicht unser Verständnis: In dem Wort »managen« steckt das lateinische *manus* – also Hand anlegen, gestalten – eine moderne Reha gestalten.

Das ist dringend erforderlich. Denn: Der Bedarf an medizinischer Rehabilitation wird weiter steigen, schon allein wegen des demografischen Wandels. Die Herausforderungen sind klar und oft beschrieben: Wir müssen eine Infrastruktur aus dem letzten Jahrhundert in ein digital unterstütztes medizinisches Versorgungsnetzwerk überführen: Zukünftig werden besonders die großen, interdisziplinären Rehabilitationskliniken als »Maximalversorger der Rehabilitation« auch als ländlicher Gesundheitsversorger überleben. Wir brauchen mehr ambulante und mobile Angebote ebenso wie mehr Campus Modelle, die als integrierte Versorgungskonzepte auf eine wachsende Akzeptanz stoßen. Unabdingbar sind zudem eine stärkere sektorübergreifende Vernetzung sowie mehr Transparenz bei Reha-Leistungen und deren Qualität, – um nur einige Stichpunkte zu erwähnen.

Das wird nur gelingen, wenn wir auch die wirtschaftlichen Effekte und Potentiale der Rehabilitation stärker in die Wahrnehmung der Menschen und der Politik bringen: Rehabilitation besitzt nachweislich einen hohen wirtschaftlichen Nutzen – mit rund 500 Millionen Euro pro Jahr entlastet alleine die orthopädische Reha bei Rückenschmerzen

die Volkswirtschaft und damit die Steuer- und Beitragszahler in Deutschland. Ebenso birgt Reha zur Vermeidung von Pflege große humane und wirtschaftliche Potentiale. Diese zu heben, bedarf es aber einer leistungsgerechten Vergütung. Auch das gehört auf die Reha-Agenda der nächsten Jahre. Da kann es nicht sein, dass bei einem Gesetz zur Weiterentwicklung der Pflege die Rehabilitation schlicht ausgespart wird.

Den nachhaltigen Nutzen von Rehabilitation für die Menschen und unsere Industriegesellschaft zu vermitteln, wird keine leichte Aufgabe. Zumal es in vielen Ländern keine Rehabilitation gibt, wie wir sie in Deutschland kennen. Die Menschen, beispielsweise in den skandinavischen Ländern, leben mindestens genauso lange bei gleicher Lebensqualität – und auch deren Volkswirtschaften gedeihen prächtig.

Zudem müssen wir unser Denken erneuern: Das heißt, den Patienten als Kunden ansehen und in den Mittelpunkt stellen. Eine moderne Reha denkt die Versorgungspfade aus Sicht des Patienten, nimmt den Menschen als informierten Patienten ernst, der sein Wunsch- und Wahlrecht zunehmend nutzt. Das heißt aber auch, Innovationen wie Teletherapie und Robotik konsequent zu nutzen und die Potentiale der Digitalisierung zu heben. Da ist noch viel zu tun.

Das alles sind Herausforderungen in einem Markt, der das Ende der Beschaulichkeit längst eingeläutet hat. Wir sehen, wie ausländische Finanzinvestoren die Marktdynamik bestimmen und die Konsolidierung vorantreiben, wie größere Klinik- und Praxisketten das Marktgefüge nachhaltig verschieben.

Umso mehr entscheidet in der Phase des Umbruchs ein weitsichtiges, konsequentes und innovatives Management über den wirtschaftlichen Erfolg oder Bestand eines Unternehmens. Rehabilitation ist ein wertvolles Gut – wenn wir sie erhalten wollen, müssen wir sie grundlegend verändern. Gefordert sind wir als Manager im Gesundheitswesen.

Als Einführung in jedes Kapitel zeigen wir den *Kontext* auf, in dem die dort behandelten Themen stehen und skizzieren die jeweiligen Herausforderungen, mit denen das Reha-Management konfrontiert ist. Aus den Beiträgen abgeleitete *Perspektiven und Empfehlungen für das Reha-Management* am Ende jedes Kapitels vermitteln strategische Leitlinien, an denen sich nachhaltiges Managementhandeln in der Rehabilitation orientieren sollte.

In der *Agenda Rehabilitation 2025* stellen wir in acht programmatischen Punkten Empfehlungen vor, wie aus Sicht des Reha-Managements die Rahmenbedingungen für den Rehabilitationsmarkt weiterentwickelt werden sollten, damit Rehabilitation auch in Zukunft seiner wichtiger werdenden gesellschaftlichen Aufgabe gerecht werden kann. Angesprochen sind hier neben den politi-

schen Entscheidungsträgern auch die Kostenträger und die Verbände.

Kurzum: Anspruch dieses Buches ist es, Diskussionen aufzuwerfen und Perspektiven aufzuzeigen, Fragen zu beantworten, Managern Instrumentarien an die Hand zu geben, Ansätze für innovative Konzepte und strategische Handlungsoptionen zu skizzieren – also: ein Praxisleitfaden zu sein, von Managern für Manager.

Dieses Buch ist das Ergebnis der konstruktiven Mitwirkung zahlreicher Unterstützer. Als Herausgeber bedanken wir uns bei den Mitautoren, die mit Engagement und qualifizierten Beiträgen zum Qualitätsniveau dieses Werkes beitrugen.

Unser besonderer Dank geht an Herrn Hans Carl Meister, der mit Akribie und Sachverstand das interne Lektorat besorgte, den Zeitplan immer im Blick hatte und den Projektverlauf zielsicher koordinierte. Danken möchten wir auch dem Kohlhammer Verlag für ein effektives Lektorat sowie für die angenehme Zusammenarbeit.

September 2019

Dr. med. York Dhein, Bad Füssing
Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff, Münster

1 Rehabilitation in Deutschland: Die neue Marktdynamik im Rehabilitationssektor

Kontext

Das Ende der Beschaulichkeit – so könnte man am besten die Veränderungen in der Rehabilitation in den letzten Jahren auf den Punkt bringen. Bis vor wenigen Jahren führte der Versorgungssektor Rehabilitation ein eher ruhiges und beschauliches Dasein: Ein stabiles Marktvolumen mit 9,5 Mrd. Euro pro Jahr, ca. 2 Mio. Reha-Fälle und ca. 1.076 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Konstante, aber eher bescheidene Wachstumsraten.

Aber nun bewegt sich etwas: Wie viele Branchen der deutschen und europäischen Gesundheitswirtschaft ist die Rehabilitation in den Fokus von in- und ausländischen Investoren geraten. Der Markt wird in einer rasenden Geschwindigkeit konsolidiert, große Kliniken werden größer, kleinere Einrichtungen gehen zuhauf aus dem Markt. Das wirft die Fragen für das Management in der Rehabilitation auf: Haben Einzeleinrichtungen noch eine Zukunft, wie sollen sich mittelgroße Ketten strategisch positionieren?

Um Handlungsstrategien entwickeln und hier Antworten geben zu können, muss man zu allererst den Markt und seine aktuelle Dynamik verstehen. Kapitel 1.1 gibt einen umfassenden Überblick über die Besonderheiten des Reha-Marktes und den Stand der Konsolidierung.

Nicht nur der Markt verändert sich, auch die Anforderungen an die Rehabilitation. Bisher war es eher ein vages Versprechen, dass der Patient die Rehabilitationseinrichtung frei wählen könne. Jetzt gewinnt das Wunsch- und Wahlrecht massiv an Bedeutung. Der Patient als Kunde rückt in den Mittelpunkt der Gesundheitsbranche und wird zum Entscheider, der die zunehmende Leistungs- und Qualitätstransparenz nutzt. Das stellt Unternehmen in der Rehabilitation vor große Aufgaben – sie müssen die Rehabilitation aus Sicht des Kunden neu denken. Provokante Thesen dazu formuliert Kapitel 1.2.

Auch die Kostenträger nehmen die Rehabilitation neu in die Pflicht. »Raus aus dem Elfenbeinturm« – das bringt das Kapitel 1.3 auf den Punkt. Aus Sicht einer innovativen Krankenkasse werden klare Erwartungen an eine moderne Rehabilitation formuliert: Das Leistungsangebot müsse besser vernetzt, ambulanter, individueller, digitaler werden, mit transparenter Qualität und Finanzierung.

Die Deutsche Rentenversicherung als zweiter großer Kostenträger in der Rehabilitation skizziert neue Wege im Kapitel 1.4. – und zwar konsequent aus der Perspektive, den Arbeitnehmer möglichst lange gesund im Berufsleben zu halten. Aufgezeigt werden neue Ansätze, um möglichst frühzeitig die richtigen Leistungen der Prävention und Rehabilitation an den richtigen Adressaten zu bringen. Das bedeutet nicht weniger als einen Paradigmenwechsel im Grundverständnis der DRV: von der Gewährung einer Leistung zum aktiven Gestalter im Gesundheitswesen.

1.1 Der Reha-Markt

Peter Borges und Agnes Zimolong

1.1.1 Zweck und Funktion der Rehabilitation

Die Rehabilitation dient der Wiederherstellung der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten und soll Menschen mit (drohender) Behinderung dabei helfen, ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen. Die Rehabilitation (lat. »Wiederherstellung, Wiedereinsetzen«) umfasst dabei die Gesamtheit aller erforderlichen Maßnahmen, um Menschen mit körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung bzw. drohender Behinderung und Menschen, die die Behinderung oder deren Folgen selbst überwinden können, zu helfen, ihre Fähigkeiten und Kräfte zu entfalten und einen entsprechenden Platz in der Gemeinschaft zu finden. Dazu gehört auch die Teilnahme am Arbeitsleben. (Gutachten Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, S. 256)

Der Zweck und die Funktion der Rehabilitation ist in Deutschland in der Sozialgesetzgebung definiert. Das neunte Gesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – das im Jahr 2001 eingeführt wurde, soll die unterschiedlichen Zuständigkeiten und Leistungsansprüche, die in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern geregelt sind, zusammenfassen sowie vereinfachte Verfahrensvorschriften schaffen.

In Deutschland sind sieben verschiedene Sozialleistungsträger – als Rehabilitationsträger – für die Rehabilitation zuständig (§§ 6 und 6a SGB IX). Die wichtigsten in Bezug auf Ausgabenvolumina für die Rehabilitation sind dabei die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die deutsche Rentenversicherung (DRV). Nach dem Prinzip der einheitlichen Risikoordnung hat der Gesetz-

geber die Aufgabe der Rehabilitation demjenigen Sozialleistungsträger zugeordnet, der das finanzielle Risiko ihres Scheiterns tragen würde, beispielweise:

- die gesetzliche Rentenversicherung bei drohender Berentung und/oder Arbeitsunfähigkeit
- die gesetzliche Unfallversicherung bei drohender Behinderung in Folge eines Arbeitsunfalls
- die gesetzliche Krankenversicherung bei drohender Pflegebedürftigkeit. Die gesetzlichen Pflegekassen sind bis dato nicht als Rehabilitationsträger zugelassen, was vielerorts kritisch bewertet wird.

Die Zuständigkeit der Rehabilitationsträger ist jedoch nicht immer klar abgrenzbar, was zu Nachteilen für die Betroffenen führen kann. Hier sind der Gesetzgeber und die Rehabilitationsträger weiterhin gefordert, eindeutige und unbürokratische Zugangswege zur Rehabilitation zu schaffen bzw. durch Anreize zu fördern. (Detailliertere Ausführungen zur Problematik der Zuständigkeit und Finanzierung durch die Rehabilitationsträger siehe Gutachten Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, S. 271 ff.)

Grundsätzlich werden drei Leistungsbereiche der Rehabilitation unterschieden: die medizinische, die soziale und die schulische/berufliche Rehabilitation. Die folgenden Ausführungen zum Reha-Markt konzentrieren sich auf die medizinische Rehabilitation, ohne die Bedeutung der anderen Rehabilitationsformen zu verkennen.

Innerhalb der medizinischen Rehabilitation werden folgende Leistungsformen unterschieden:

- Antragsrehabilitation/Heilverfahren
 - Die allg. Heilverfahren werden i. d. R. mit Hilfe des Haus- oder Facharztes beantragt
 - Nach der Antragstellung erfolgt eine Prüfung durch den Rehabilitationsträger im Hinblick auf den Rehabilitationsanspruch und die Rehabilitationsfähigkeit des Antragstellers
 - Der Antragsteller hat Widerspruchsrecht sowie Wunsch- und Wahlrecht.
- Anschlussheilbehandlung/-rehabilitation (AHB/AR)
 - Reha-Leistungen, die in spezialisierten Reha-Kliniken unmittelbar (bis 14 Tage) nach einem akutstationären Aufenthalt durchgeführt werden mit dem Ziel einen möglichst nahtlosen Übergang zwischen der Akutbehandlung und der Rehabilitation zu schaffen
 - Es erfolgt keine umfassende Antragstellung an den Rehabilitationsträger, sondern ein verkürztes Verfahren zu Übernahme der Reha-Kosten durch das Krankenhaus (Antrag auf Kostenzusage)
 - Bei der AHB wird ein erhöhter medizinischer Schweregrad und Rehabilitationsbedarf der Patienten erwartet. Auch hier gilt prinzipiell das Wunsch- und Wahlrecht des Patienten hinsichtlich der Einrichtung.
- Frührehabilitation
 - Rehabilitative Maßnahmen, die schon während der akutstationären Versorgung entweder in Akutkrankenhäusern oder je nach Bundesland auch in speziell dafür zugelassenen Rehakliniken durchgeführt werden
 - Leistungserbringer müssen spezifische Struktur- und Prozessanforderungen erfüllen und in den meisten Bundesländern auch als Krankenhäuser zugelassen sein
 - Finanzierung erfolgt größtenteils über DRG-Fallpauschalen soweit es sich um Krankenhausbehandlung handelt

Der Zugang zur Rehabilitation soll insgesamt den folgenden gesetzlichen Grundsätzen folgen:

- Reha vor Rente
- Reha vor Pflege
- Ambulant vor stationär
- Einleitung frühestmöglich
- Ganzheitlicher Ansatz

1.1.2 Grundsätze der Finanzierung der Rehabilitation

Die Rehabilitation ist monistisch finanziert. Eine monistische Finanzierung bedeutet, dass sämtliche Betriebskosten, d.h. die medizinische, therapeutische und pflegerische Leistungserbringung, Verpflegung, Unterbringung sowie die Investitionskosten über die Vergütungssätze vergütet werden. Die Höhe der Vergütungssätze werden einrichtungs- und indikationsbezogen zwischen den (federführenden) belegenden Rehabilitationsträgern und den Reha-Einrichtungen direkt vereinbart. Die Vergütung kann dabei über tagesgleiche Pflegesätze oder Fallpauschalen erfolgen.

Das Verfahren der Vergütungssatzfindung und -anpassung ist nicht transparent und aufgrund des Belegungsmonopols der Rehabilitationsträger fürchten die Rehakliniken Nachteile bei der Belegung, wenn sie im Vergleich zu anderen Einrichtungen höhere Preise durchsetzen wollen. Die Höhe der aktuell üblichen Vergütungssätze im Reha-Markt ist jedoch häufig nicht ausreichend, um die Betriebskosten sowie die Investitionen langfristig zu finanzieren, ein Umstand der seit Jahren thematisiert wird. (Borges, Zimolong et al. 2011 bis 2018, 2018, 2016, 2012) Die Rentenversicherung hat sich in Bezug auf jährliche Steigerungen der Vergütungssätze an das Verfahren im Bereich der Krankenhäuser angeglichen (Grundlohnsumentensteigerung bzw. Meistbegünstigungs-

klause). Die gesetzliche Krankenversicherung ist im Hinblick auf Vergütungssatzsteigerungen noch intransparenter. Die Reha-Einrichtungen können bei Dissens versuchen, eine angemessene Vergütung in einem Schiedsverfahren durchzusetzen (§ 111b SGBV).

Angesichts dieser Verwerfungen verstärkt u. a. der Bundesrechnungshof den Druck, das System der Belegung und Vergütung in der Rehabilitation transparenter und einheitlicher zu gestalten.

1.1.3 Eckdaten Reha-Markt

Angesichts der vorhandenen offiziellen Statistiken ist die Darstellung des Reha-Marktes nur mit Einschränkungen möglich. Das Statistische Bundesamt zum Beispiel unterscheidet nicht zwischen Vorsorge und Rehabilitation, fasst also beide Bereiche sowohl hinsichtlich der Strukturen als auch der Leistungen in seinen Statistiken zusammen. Die Rentenver-

sicherung veröffentlicht detailliertes Datenmaterial – jedoch nur für ihren Zuständigkeitsbereich. Die Datenerhebung für die medizinische Rehabilitation im Bereich der GKV-Finanzierung ist wiederum anders strukturiert. Auch sind die Statistiken für die stationäre und ambulante Rehabilitation nicht einheitlich. Die folgenden Ausführungen geben die Eckdaten und Trends im Bereich der medizinischen Rehabilitation in Deutschland trotz dieser Einschränkungen auf dem jeweils möglichen Aktualitätsstand wieder.

1.1.4 Eckdaten stationärer Reha-Markt

Das Marktvolumen für die stationäre Rehabilitation ist mit 9,5 Mrd. EUR und damit einen Anteil von 7 % angesichts der Gesamtausgaben für stationäre Einrichtungen vergleichsweise klein.

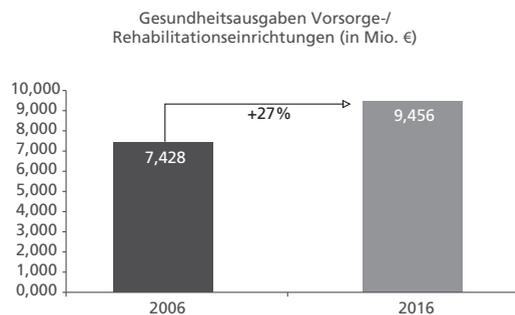
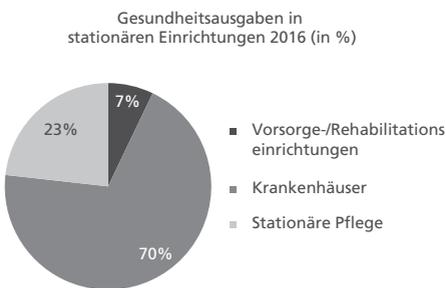


Abb. 1.1.1: Gesundheitsausgaben für stationäre Rehabilitation (Quelle: Gesundheitsberichterstattung Bund 2018a)

Die Ausgaben für stationäre Rehabilitation sind zwischen 2006 und 2016 um rd. 27 % gestiegen. Dies ist im Vergleich zu Ausgabensteigerungen für die Krankenhäuser (+ 45 %) sowie stationäre Pflegeeinrichtungen (+ 64 %) im gleichen Zeitraum deutlich unterdurchschnittlich. Die Ausgabenbegrenzung für die Rehabilitation erfolgt zum einen durch das

sogenannte Reha-Budget, das seit dem Inkrafttreten des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes im Jahr 1997 die Obergrenze für das zulässige Ausgabenvolumen der Rentenversicherung darstellt. Zum anderen durch die restriktive Ausgabenpolitik der Rehabilitationsträger, insbesondere der GKV. So sind laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes

die Ausgaben der DRV für stationäre Rehabilitationseinrichtungen im Betrachtungszeitraum um 30 % gestiegen, die der GKV gerade mal um 5 %.

Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen befinden sich überwiegend in privater Trägerschaft (54 %), gefolgt von freigemeinnützig (26 %).

Bei Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft (20 %) handelt es sich teilweise um DRV eigene Kliniken, was die besondere Rolle der DRV im Bereich der Rehabilitation als Rehabilitationsträger und gleichzeitiger Leistungserbringer verdeutlicht.

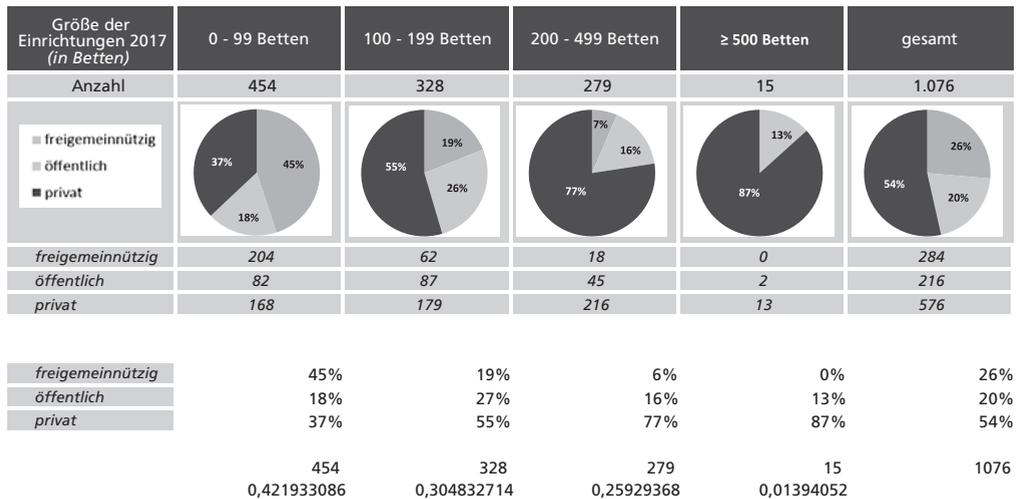


Abb. 1.1.2: Trägerschaft und Einrichtungsgröße in der stationären Rehabilitation (Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018)

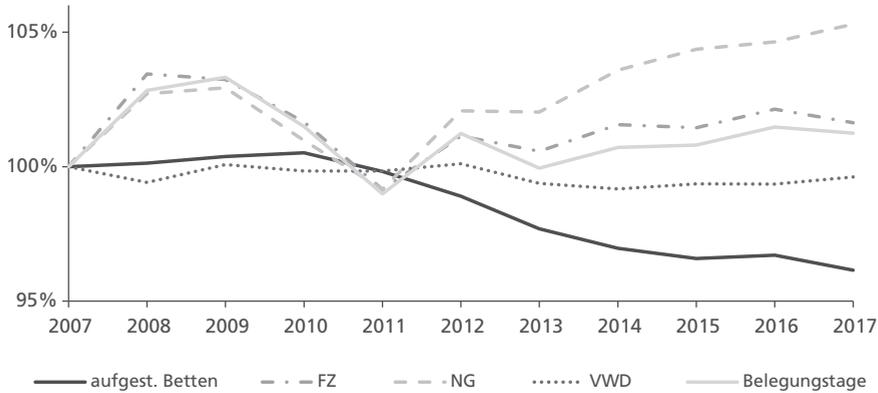
Fast 42 % aller Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2017 sind mit einer Kapazität von 100 Betten eher klein. Auch die Verteilung der Trägerschaften variiert nach der Einrichtungsgröße.

Die Leistungsentwicklung in der stationären Rehabilitation ist den letzten zehn Jahren nahezu stagniert. Dabei sind die Kapazitäten um 3,9 % zurückgegangen. Im Ergebnis ist die durchschnittliche Auslastung der aufgestellten Betten auf rd. 84 % gestiegen.

Die Leistungsentwicklung unterscheidet sich auf Ebene der Indikationen jedoch stark voneinander. Zu den deutlich überdurch-

schnittlich wachsenden Indikationen im Hinblick auf die Entwicklung der Belegungstage im Betrachtungszeitraum 2007–2017 gehören beispielweise die Psychosomatik (+ 39 %), die Geriatrie (+ 28 %), die Neurologie (+ 10 %) oder die Pneumologie (+ 10 %). Demgegenüber haben sich beispielsweise die Indikationen Rheumatologie (-42 %), die Gastroenterologie (-18 %) negativ entwickelt. Die in absoluten Zahlen bedeutendste orthopädische Rehabilitation (+ 0,1 %) stagniert im stationären Setting. (Statistisches Bundesamt VR-1 Statistiken; Auskunftstabellen 2007 und 2017)

Leistungsentwicklung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 2007-2017



Stationäre Reha	2007	2017	Veränd. 2007–2017	CAGR 2007–2017
Aufgestellten Betten	170.845	164.266	- 3,9 %	0,4 %
Fallzahl	1.942.566	1.974.248	+ 1,6 %	+ 0,2 %
Nutzungsgrad (in %)	79,4	83,6	+ 5,3 %	+ 0,5 %
VWD (in Tagen)	25,47	25,38	- 0,4 %	0,0 %
Belegungstage	49.482.568	60.097.686	+ 1,2 %	+ 0,1 %

Abb. 1.1.3: Leistungsentwicklung stationäre Rehabilitation (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2018b)

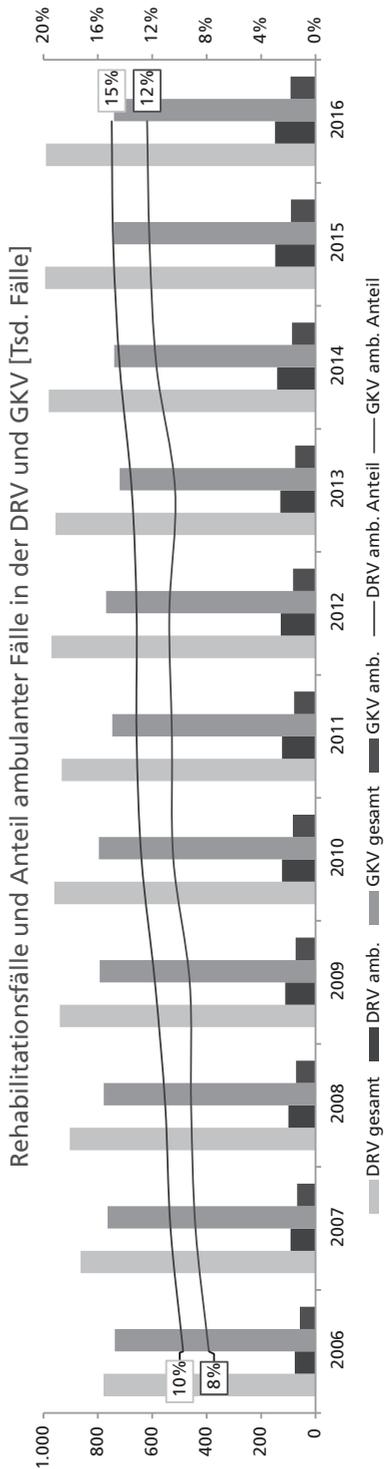
1.1.5 Eckdaten ambulanter Reha-Markt

Die Datenlage zur ambulanten Rehabilitation ist deutlich schlechter. Es existieren keine belastbaren Statistiken über die Anzahl und Struktur der Anbieter. Die Entwicklung zeigt deutlich ansteigende Leistungen in diesem Marktsegment.

Die Leistungen der ambulanten Rehabilitation sind stark gestiegen. Im Bereich der DRV zwischen 2006 und 2016 um 96 %, bei der GKV um 59 %. Die Ambulantisierung der

Rehabilitation ist unverkennbar. Auch die relativen Anteile der Patienten, die in der ambulanten Rehabilitation behandelt wurden, sind bei der DRV auf 15 % und bei der GKV auf 12 % angestiegen. Es wird erwartet, dass sich dieser Trend zu Lasten der stationären Angebote weiter verstärkt.

Die Entwicklung auf Ebene der Indikationen kann aufgrund der Datenlage nur für die DRV dargestellt werden. Die starken Zuwächse sind dabei für alle vier dargestellten somatischen Indikationen sichtbar.



Rehabilitationsfälle und Anteil ambulanter Fälle in der DRV und GKV [Tsd. Fälle]												Veränderung	
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	'06-'16	CAGR
DRV	780	863	903	940	960	933	970	955	981	994	991	27%	2,4%
Amb. Fälle	76	92	100	111	123	123	128	129	141	148	148	96%	6,9%
Anteil amb.	10%	11%	11%	12%	13%	13%	13%	14%	14%	15%	15%		
GKV	738	765	779	793	796	747	770	720	740	742	741	0%	0,0%
Amb. Fälle	58	67	71	73	83	79	83	74	86	90	92	59%	4,7%
Anteil amb.	8%	9%	9%	9%	10%	11%	11%	10%	12%	12%	12%		

Abb. 1.1.4: Leistungsentwicklung ambulante Rehabilitation (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2018c und Deutsche Rentenversicherung Bund: Reha-Bericht 2018.)

Entwicklung ambulanter Fallzahlen somatischer Diagnosen in der DRV

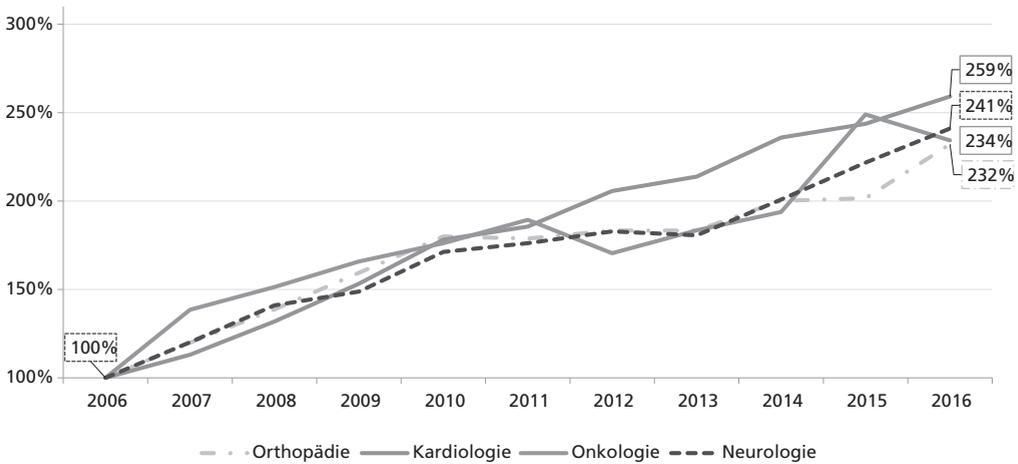


Abb. 1.1.5: Fallzahlenentwicklung amb. Rehabilitation (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes und Deutsche Rentenversicherung Bund: Rehabilitation 2016. Würzburg: Deutsche Rentenversicherung Bund)

1.1.6 Markt im Umbruch – ein Überblick

Neben der teilweise starken Ambulantisierung, befindet sich die medizinische Rehabilitation insgesamt in einem generellen Umbruch, der vielseitige Gründe hat.

Der Reha-Markt durchlebt – ohne große politische Resonanz – einen deutlich sichtbaren Konsolidierungsprozess. Zum einem entstanden durch die großen Transaktionen der letzten Zeit große Reha-Anbieter unter der Führung von Private-Equity-Investoren, zum anderen sind zunehmend Marktaustritte von kleinen Einrichtungen in ländlichen Regionen festzustellen.

In den letzten acht Jahren sind laut offiziellen Statistiken insgesamt 122 stationäre Einrichtungen aus dem Markt ausgeschieden, dies trifft überproportional viele kleine Einrichtungen außerhalb der Städte-regionen. Reha-Kliniken mit über 200 Betten sind von den Schließungen nicht betroffen. Zudem entstehen in Städtereio-

nen und Ballungsgebieten neue Klinik-Standorte. Der Grund für die Marktaustritte ist fast ausschließlich die fehlende wirtschaftliche Tragfähigkeit. Investitionsstau und nicht refinanzierte Kostenstrukturen treffen kleinere Reha-Kliniken überproportional stark.

Die Konzentrationsprozesse erfolgen dabei ohne eine strukturpolitische Konzeption und ohne die Bedarfssituation zu berücksichtigen. Bei größeren Transaktionen und Zusammenschlüssen von Anbietern werden lediglich kartellrechtliche Fragen untersucht. Es findet – anders als im Krankenhaussektor – keine Bedarfsplanung statt.

Gleichzeitig nimmt das Engagement von Investoren, insbesondere angelsächsischen PE-Gesellschaften und Immobilienfonds, auf dem Reha-Markt in den letzten Jahren spürbar zu, was den zuvor durch inhabergeführte Familienunternehmen dominierten Markt verändert. Bei den größeren Klinikgruppen in privater Trägerschaft sind an den fünf größten Gruppen, institutionelle Investoren (mit)beteiligt.

Entwicklung Anzahl Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Bettengrößenklassen zwischen 2008 und 2017

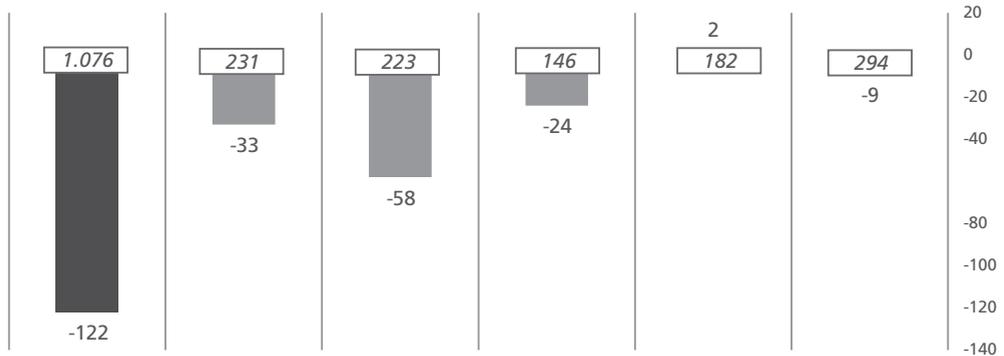


Abb. 1.1.6: Entwicklung Anzahl Einrichtungen nach Größenklassen (Quelle: Statistische Ämter des Bundes u. der Länder (2018 und 2010): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen)

Tab. 1.1: Beispiele private Klinikgruppen in der stationären Rehabilitation (Quelle: eigene Berechnungen auf Basis von Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2018): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt)

Träger	Große private Marktteilnehmer – stationäre Reha		Marktanteil (Betten)
	Anzahl Einrichtungen	Bette	
MEDIAN Kliniken & RHM Gruppe & AHG	76	15.495	9,4 %
Asklepios Kliniken & MediClin	45	9.088	5,5 %
HELIOS Kliniken	27	5.576	3,4 %
Schön Klinik	17	3.014	1,8 %
CELENUS (inkl. Salvea)	28	2.995	1,8 %
Medical Park	13	2.749	1,7 %
m&i-Klinikgruppe Enzensberg	9	2.671	1,6 %
Wicker Kliniken	9	2.557	1,6 %
Waldburg-Zeil	11	2.538	1,5 %
Johannesbad Gruppe	9	2.268	1,4 %
Paracelsus (Porterhouse Group AG)	10	1.735	1,1 %
REHASAN	6	1.569	1,0 %
Sana Kliniken	10	780	0,5 %

Die aktuell größte private Klinikette, die als Zusammenschluss der Klinikgruppen RHM, Median und AHG agiert, mit einem Marktanteil von 9,4% gemessen an der Bettenkapazität hat die Deutsche Rentenversicherung (Marktanteil 10,7%) fast eingeholt.

Die zunehmende Ambulantisierung, die Verlagerung der Kliniken in Städteregeionen in die Nähe der Zuweiser und Patienten, die Konzentrationsprozesse und die zunehmende Relevanz institutioneller Investoren verändern den Reha-Markt nachhaltig.

Gleichzeitig verschlechtern sich die Bedingungen im Reha-Markt durch den Fachkräftemangel wie z.B. die aktuell befürchtete Abwanderung des Pflegepersonals in andere Sektoren des Gesundheitswesens. Die Rehabilitationsstrukturen werden als Reaktion darauf kostenaufwändiger. Die bereits heute herrschende Unterfinanzierung wird sich dadurch wahrscheinlich weiter verstärken.

Eine mögliche Lösung wäre eine branchenweite Qualitätsinitiative für personelle Strukturen in der Rehabilitation und deren Refinanzierung. Die großen Player könnten dabei – anders als bisher – ihre Marktstellung nutzen, um diese Preis- und Qualitätsoffensive anzuführen. Aber auch die Fachverbände und ihre Mitglieder sollten ihre Anstrengungen weiter intensivieren. Ein gemeinsames Auftreten und gemeinsame Forderungen aller Reha-Anbieter an die Politik wären im Sinne aller erforderlich.

1.1.7 Auswirkungen aus Sicht von Kunden, Kostenträgern und Trägern

Kostenträger

Die DRV-Bund als Leitbeleger erarbeitet aktuell ein neues Vergütungssystem und eine Belegungssteuerung nach einheitlichen Kriterien. Hierdurch wird die heute oftmals in-

transparente Preisbildung und Belegungssteuerung erheblich transparenter. »Gute Anbieter« werden hiervon profitieren.

Offen bleibt die Frage, wie sich die GKV, deren Belegungsanteile demografisch bedingt weiter steigen werden, zukünftig verhält. Es besteht die berechtigte Sorge, dass aufgrund der bestehenden Trennung der Finanzierung von GKV und Pflegeversicherung, sich die GKV durch ein »Durchreichen« der Patienten aus dem Akutsektor direkt in die Pflege weiter entlastet. Das vielbeschworene Prinzip »Reha vor Pflege« bleibt somit mehr Wunsch als Realität. Nur wenn dieser Mechanismus durchbrochen wird, kann die Rehabilitation wirkungsvoll Pflegebedürftigkeit verhindern bzw. mindern.

Die größere Marktmacht einzelner Anbieter in Verbindung mit rückläufigen Marktkapazitäten bei gleichzeitiger Nachfragesteigerung könnte diesem Treiben der GKV jedoch Einhalt gebieten – was zu wünschen wäre.

Anbieter

Für die Anbieter wird das Thema Fachkräftemangel weiter an Bedeutung bzw. Bedrohung zunehmen. Mit der faktisch nunmehr wieder geltenden Selbstkostendeckung für die Pflege, werden die Akutkliniken mit sicheren Arbeitsplätzen und Tariflohn noch stärker als bisher zur Konkurrenz auf dem Arbeitgebermarkt. Es ist eine Frage der Zeit, wann dieses Prinzip auf andere Berufsgruppen wie Ärzte und Therapeuten ausgeweitet wird.

Hinzu kommt, dass die periphere Lage vieler Rehaeinrichtungen die Arbeitgeberattraktivität weiter senkt. Die mangelnde Verfügbarkeit von Fachkräften wird den Marktaustritt dieser Grenzanbieter aus der Zeit der Rehabilitation 1.0 deutlich beschleunigen.

Nachgefragt bzw. zukunftsfähig sind Anbieter in Metropolregionen, die ambulante und stationäre Angebote sinnvoll kombinieren und deren Prozesse bis hin zu Patienten-Apps digitalisiert sind.

Offen bleibt wie immer bei der Rehabilitation die Frage der Investitionsfinanzierung für diese neuen Strukturen. Ob hier die etablierten Familienunternehmen oder die wachsenden Ketten im Vorteil sind, bleibt abzuwarten.

Kunden

Die zunehmende Ambulantisierung der Rehabilitation sowie die notwendige Nähe zur Akutmedizin, wird zu mehr wohnortnahen Angeboten führen, die sich über Qualität differenzieren. Die Zeiten von Billiganbietern in abgeschriebenen Immobilien in der Peripherie werden dann endgültig der Vergangenheit angehören.

(Angebots-)Innovationen und Digitalisierung werden eine Reha 3.0 hervorbringen. Aus Sicht der Kunden wird Reha verfügbarer, moderner und qualitativ besser werden.

Literatur

- Bedarfsgerechte Versorgung – für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2014.
- Borges, P., Zimolong, A. et al. (2011 bis 2018): Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der medizinischen Rehabilitation. Köln: AG MedReha.
- Borges, P., Zimolong, A. et al. (2012): Was kostet die Rehabilitationsleistung? Kostenberechnung auf Basis der strukturellen Anforderungen. Köln: AG MedReha.
- Borges, P., Zimolong, A. et al. (2016): Investitionsbedarf in der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse einer Befragung. Köln: AG MedReha.
- Borges, P., Zimolong, A. et al. (2018): Gutachten zum Finanzbedarf von Rehabilitationsleistungen in der GKV. Köln: AG MedReha.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2017): Rehabilitation 2016. Würzburg: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2018): Reha-Bericht 2018. (https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/02_rehabericht_2018.pdf?_blob=publicationFile&v=2, Zugriff am 08.01.2019).
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016): Abgeschlossene ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene in der Gesetzlichen Rentenversicherung (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Rentenversicherungszweig, 1. Diagnose (ICD-10). (http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=10249605&nummer=681&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=74921877, Zugriff am 08.01.2019)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018): Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Anzahl) und aufgestellte Betten, Pflegetage, Fallzahl, Durchschnittliche Verweildauer in Tagen, Hauptamtliche Ärzte (Vollkräfte), Nichtärztliches Personal (Vollkräfte) in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Zeitreihe). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Einrichtungsmerkmale (http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_512&OPINDEX=1&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATA_CUBE=_XWD_540&D.001=1000001&D.923=29027, Zugriff am 08.01.2019).
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018a): Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger. (http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_306&OPINDEX=3&HANDLER=_XS_ROTATE_ADVANCED&DATA_CUBE=_XWD_334&D.000=ACROSS&D.734=DOWN&D.733=PAGE&D.732=PAGE, Zugriff am 08.01.2019)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018b): Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Anzahl) und aufgestellte Betten, Pflegetage, Fallzahl, Durchschnittliche Verweildauer in Tagen, Hauptamtliche Ärzte (Vollkräfte), Nichtärztliches Personal (Vollkräfte) in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Zeitreihe). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Einrichtungsmerkmale. (http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_512&OPINDEX=1&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATA_CUBE=_XWD_540&D.001=1000001&D.923=29027, Zugriff am 08.01.2019).
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018c): Leistungsfälle und Leistungstage sowie Tage je Fall von Rehabilitationsmaßnahmen der GKV-