

# 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, beispielsweise:

- 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-

klausel). Die gesetzliche Krankenversicherung ist im Hinblick auf Vergütungssatzsteigerungen noch intransparenter. Die Reha-Einrichtungen können bei Dissens versuchen, eine angemessene Vergütung in einem Schiedstellenverfahren 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.

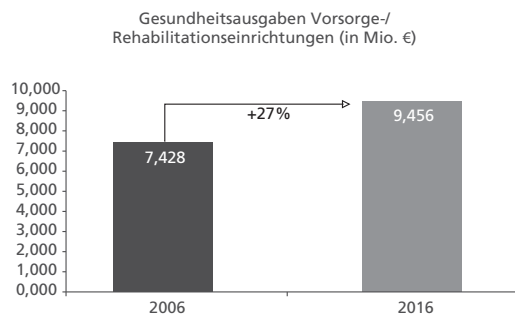
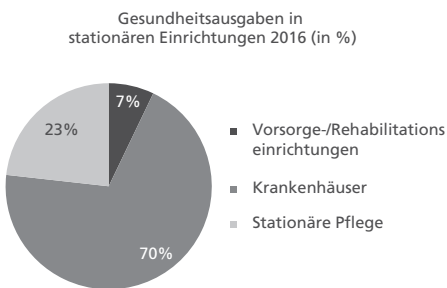
### 1.1.3 Eckdaten Reha-Markt

Angesicht 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 wider.

### 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.

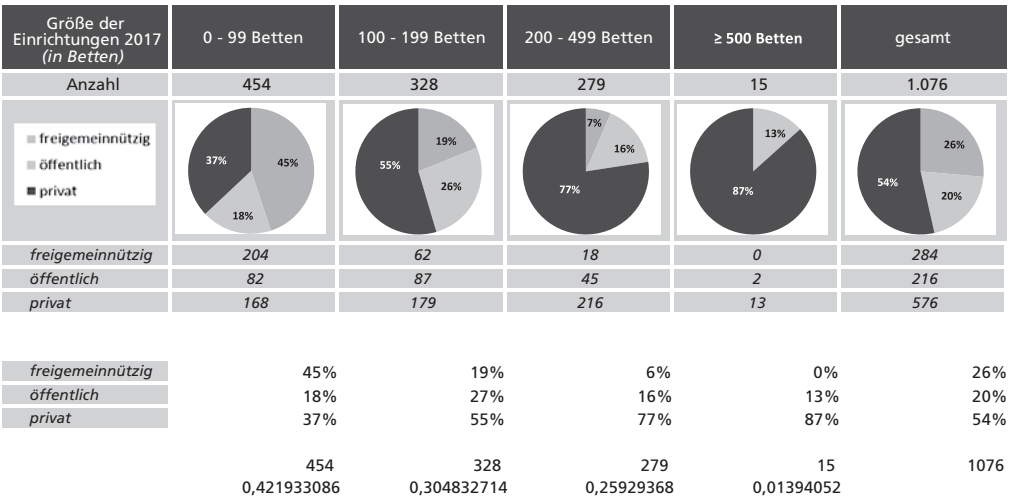


Abb. 1.1.2: Trägerschaft und Einrichtungsgröße in der stationären Rehabilitation (Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018)

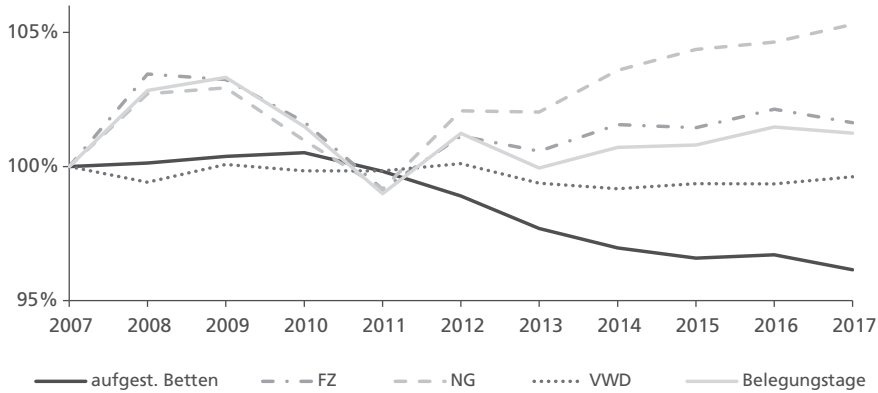
Fast 42 % aller Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2017 sind mit einer Kapazität von 100 Betten eher klein. Auch die Verteilung der Trägerschaften variiert nach der Einrichtungsgröße.

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 beispielsweise 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
<b>Aufgestellten Betten</b>	170.845	164.266	- 3,9 %	0,4 %
<b>Fallzahl</b>	1.942.566	1.974.248	+ 1,6 %	+ 0,2 %
<b>Nutzungsgrad (in %)</b>	79,4	83,6	+ 5,3 %	+ 0,5 %
<b>VWD (in Tagen)</b>	25,47	25,38	- 0,4 %	0,0 %
<b>Belegungstage</b>	49.482.568	60.097.686	+ 1,2 %	+ 0,1 %

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

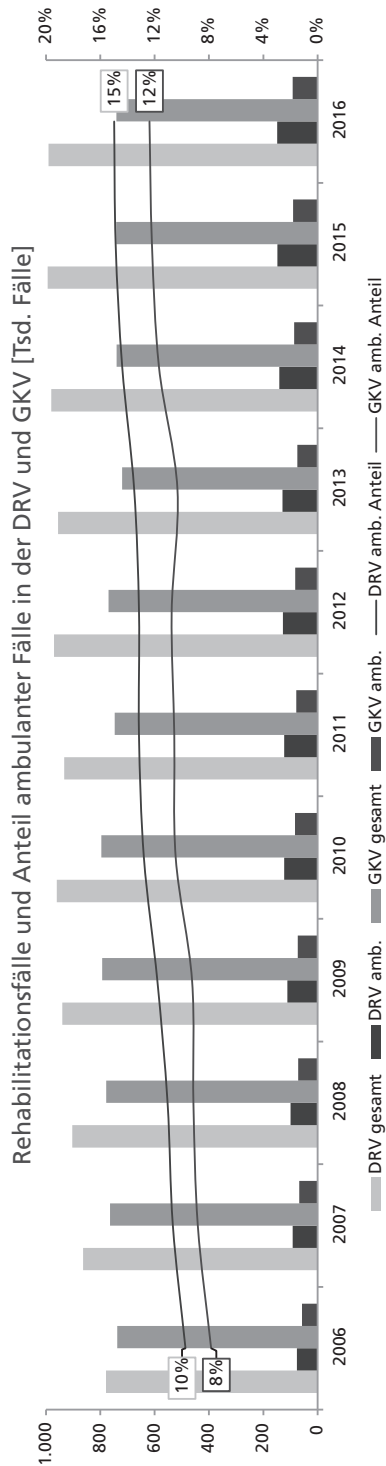
### 1.1.5 Eckdaten ambulanter Reha-Markt

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.

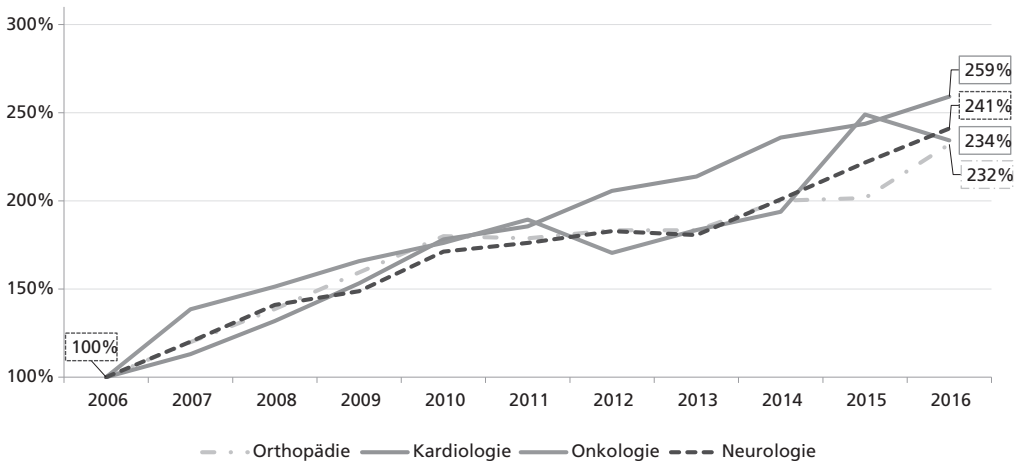
Die Entwicklung auf Ebene der Indikationen kann aufgrund der Datenlage nur für die DRV dargestellt werden. Die starken Zuwächse sind dabei für alle vier dargestellten somatischen Indikationen sichtbar.



Rehabilitationsfälle und Anteil ambulanter Fälle in der DRV und GKV [Tsd. Fälle]													Veränderung	
DRV	Amb. + stationäre Fälle	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	'06-'16	CAGR
	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	Amb. + stationäre Fälle	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 Städtere-gionen

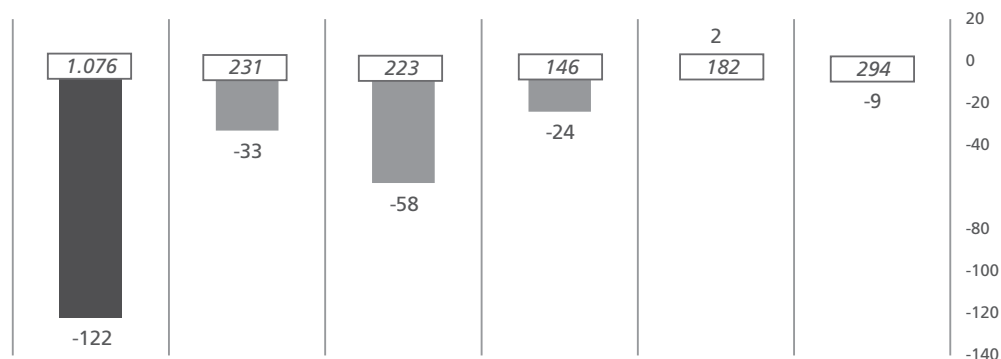
nen und Ballungsgebieten neue Klinik-Standorte. Der Grund für die Marktaustritte ist fast ausschließlich die fehlende wirtschaftliche Tragfähigkeit. Investitionsstau und nicht refinanzierte Kostenstrukturen treffen kleinere Reha-Kliniken überproportional stark.

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)

Große private Marktteilnehmer – stationäre Reha			
Träger	Anzahl		Marktanteil (Betten)
	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 hat, 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 Städteregeonen 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.