



**Medizinisches Zentrum
für Gesundheit Bad Lippspringe GmbH**
MZG-Westfalen

Reha Forum 2026



Agenda

01

Zukünftige gesellschaftliche
Rahmenbedingungen der
Rehabilitation

02

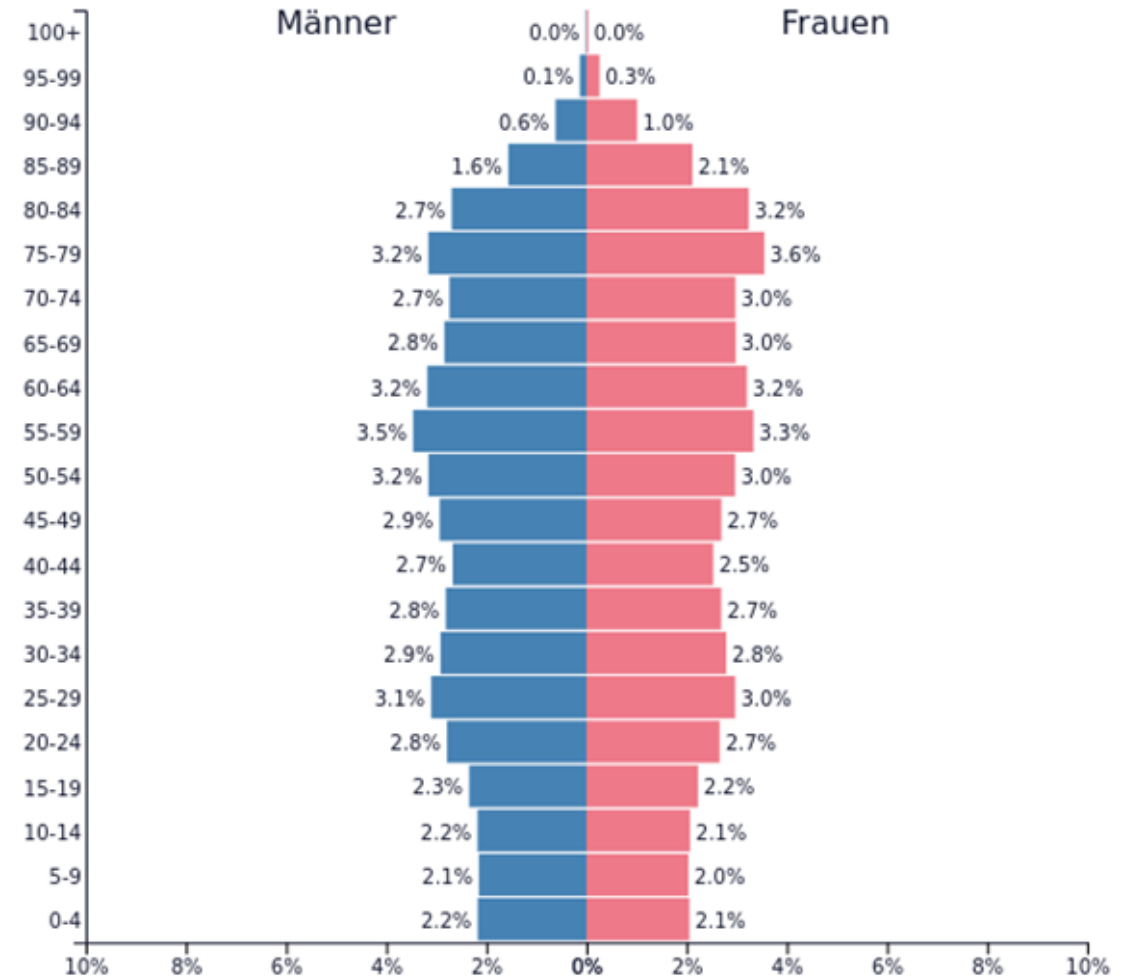
Vergütungssysteme im
Vergleich: DRV & GKV

Zukünftige gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Rehabilitation



Demografie & Rehabilitation

- Heute: fast 1/5 der Menschen über 65 Jahre alt
- Bis 2045: steigt der Anteil auf fast 1/4
- ➔ Wachsender Anteil multimorbider Patienten
- ➔ Zunehmende Bedeutung für die Rehabilitation



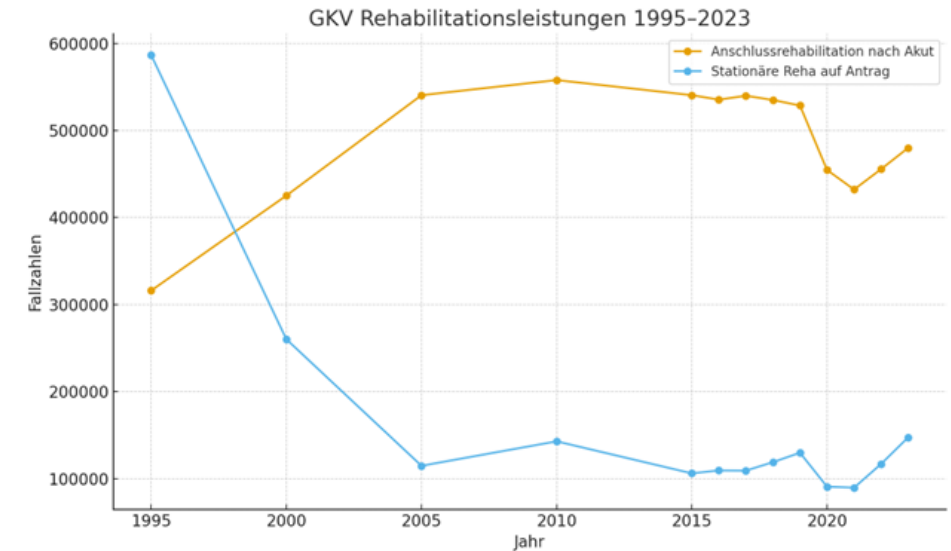
Deutsche Rentenversicherung

- Zentrale Aufgabe: **“Reha vor Rente”**
- Die Alterung der Bevölkerung **reduziert** die Zahl der **erwerbstätigen Menschen** bei gleichzeitig **steigender Rentenlast**
- Immer mehr **Rentner: innen** werden zukünftig **erwerbstätig** sein
- Erweiterung des klassischen DRV Klientels und Schaffung **neuer Formen der Rehabilitation** im höheren Lebensalter



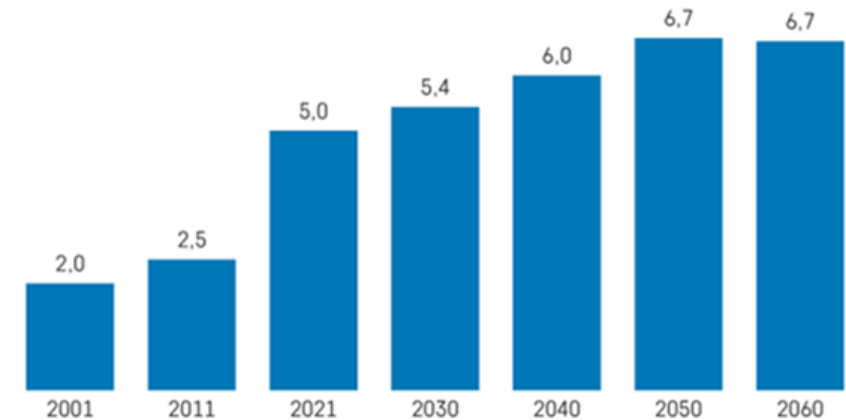
Gesetzliche Krankenversicherung

- Zentrale Aufgabe: **Reha vor Pflegebedürftigkeit**
- GKV nutzt Potentiale der Reha noch eingeschränkt – **Antragsverfahren** stellt sich als **Zugangsbarriere** dar



Pflegebedürftige

Pflegebedürftige Personen (in Millionen), 2001-2060



ab 2030: Pflegevorausberechnung, Variante 2
Daten: Statistisches Bundesamt
Grafik: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung [2024]; Bildlizenz: CC BY-ND 4.0

Migration & kulturelle Diversität



Umfang: ca. **30 Mio. Menschen** sind in den letzten **30 Jahren** zugezogen

Bedeutung: ohne Migration würde die Bevölkerung Deutschlands deutlich schrumpfen

3 zentrale **Migrationswellen**:

- 2000er **EU-Arbeitsmigration** (Polen, Rumänien, Bulgarien) **ausgewogenes Geschlechterverhältnis, christlich** geprägt oder **konfessionslos**

- ab 2015 **Fluchtmigration** (Syrien, Afghanistan, Irak), überwiegend **Männer**, meist **muslimisch**
- ab 2022 **Fluchtmigration** (Ukraine), überwiegend **Frauen**, meist **orthodoxes Christentum**

Migration **stabilisiert** langfristig die **Bevölkerungsentwicklung** und bringt eine große **Vielfalt sozialer, kultureller** und **religiöser Hintergründe** mit sich und prägt die zukünftigen Rehabilitationsbedarfe.

Problematisch ist das fehlende Zuwanderungsgesetz.

Erwerbsintegration

- Heute: rund **25 %** der **Bevölkerung** in Deutschland hat eine **Einwanderungsgeschichte**
- In der **Erwerbsbevölkerung** liegt der Anteil bei rund **29 %**
- Schätzungen für 2045: 37 % – 42 %
- **Arbeitsmarktintegration** verläuft **schrittweise**



Konsequenzen für die Rehabilitation

- **Demografische Stabilisierung:** Migration bremst Alterung und verteilt die Bevölkerung regional neu
- **Kulturelle Vielfalt:** unterschiedliche Herkunfts- und Familienkonstellationen erfordern kultursensible Angebote und interkulturelle Kompetenzen
- **Gesundheits- und Belastungsprofile** werden sich verändern
- **Integration und Versicherungsstatus:** Erwerbsintegration benötigt Zeit. Solange die Beschäftigungsquote niedriger ist, hat dies Einfluss auf den Versicherungsstatus und die Zugangspfade zur Rehabilitation



**Vergütungssysteme im
Vergleich:
DRV & GKV**



**Deutsche
Rentenversicherung**



Ausgangslage

- Neue Vergütungssysteme bei DRV (ab 2026) und GKV (ab 2025)
- Zunehmender wirtschaftlicher Druck auf Reha-Einrichtungen
- Hohe Relevanz für Investitionsfähigkeit und strategische Steuerung





Grundlogik der Systeme

DRV

- Ausgangspunkt: **Marktpreise** 2024
- Bildung standardisierter indikationsspezifischer **Basissätze**
- **Bereinigung** um einrichtungsspezifische Anteile
- **Fortschreibung** über Richtwert
- ➔ Preise entstehen aus Durchschnittswerten der Vergangenheit, individuelle Kosten wirken ausschließlich über die ESK
- ➔ Risiko Fortschreibung bestehender Unterfinanzierung

GKV

- Ausgangspunkt: **prospektive Gestehungskosten** der Einrichtung
- **Vollkostenansatz** (Personal, Sachkosten, Investitionen, Kapitalkosten, Unternehmerrisiko)
- ➔ Preise ergeben sich aus individuellen Kosten, Gestehungskosten bilden Untergrenze der Vergütung
- ➔ Nachweispflicht bei Einrichtung

Systeme folgen unterschiedlichen Steuerungslogiken

DRV: Standardisierung und Vergleich vs. GKV Individualisierung und Kostendeckung

Investitionskosten



DRV

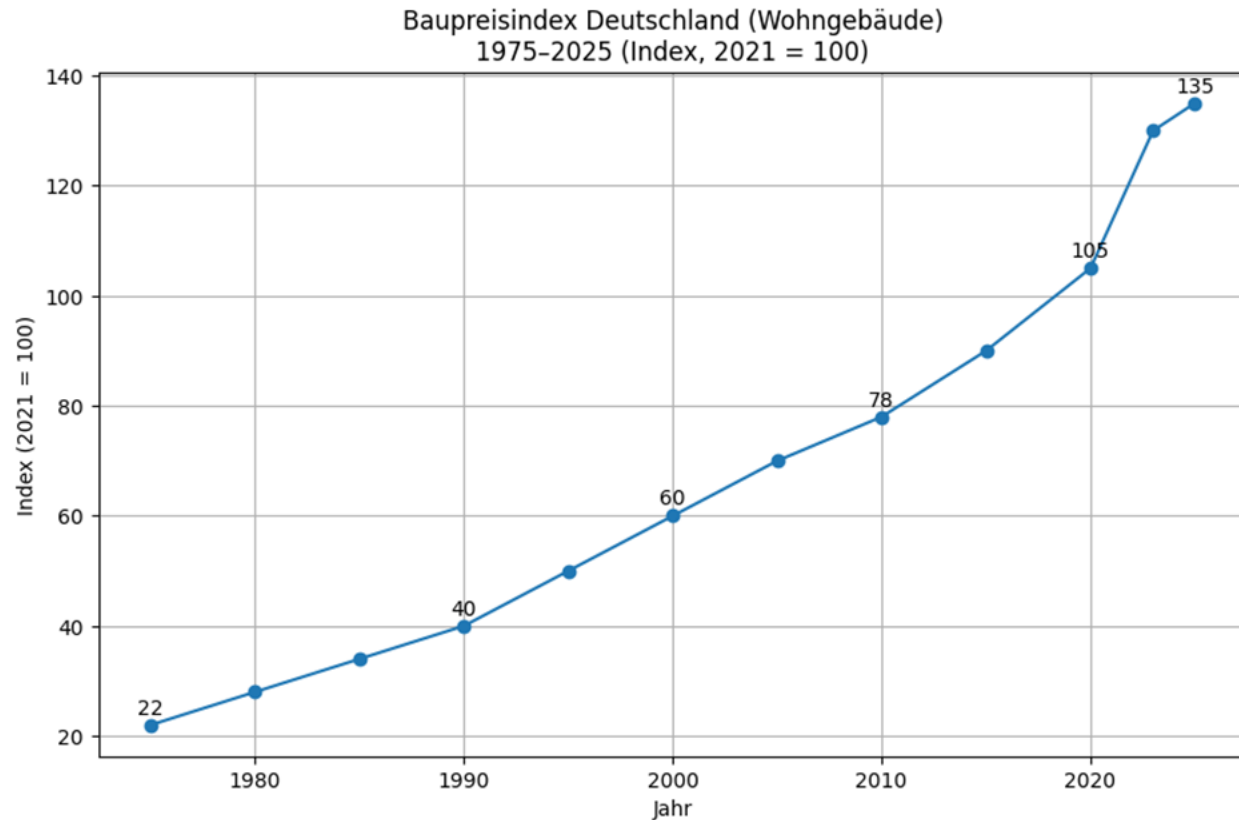
- Investitionen sind **Bestandteil** der **Basissätze**, zusätzliche Berücksichtigung über ESK. Voraussetzungen:
 - unmittelbarer Reha-Bezug
 - patientenbezogene Wirkung
 - nicht bereits in Strukturvorgaben enthalten
 - Kalkulatorische Anerkennung
 - **bauliche Investitionen** 2 % p.a. über 20 Jahre
 - **bewegliche Wirtschaftsgüter** 10 % p.a. über 5 Jahre
- Keine Vollkostenerstattung
- Berücksichtigung erfolgt unabhängig von handels- oder steuerrechtlichen Abschreibungsregeln
- Systematisch begrenzte Investitionsrefinanzierung

GKV

- **Investitionen** sind **integraler Bestandteil** der Gesteuerungskosten
 - **Keine pauschale Begrenzung**
 - **keine** explizit **vorgegebene Abschreibungslogik**, sondern einrichtungsindividuelle Kalkulation im Rahmen wirtschaftlicher Betriebsführung
- grundsätzlich vollständige Refinanzierungsfähigkeit

Baukostenindex

- Ein großer Teil der **Reha-Einrichtungen** in Deutschland stammt aus den **Bauwellen der 1970er/80er** sowie **1990er** Jahre und ist aufgrund üblicher Abschreibungszeiträume von 30 Jahren heute bilanziell **abgeschrieben**
- 2020–2023: **Stark steigende Baukosten** durch Materialmangel, hohe Energiepreise und gestörte Lieferketten
- Historisch günstiger Altbestand dominiert die Kalkulation → durchschnittlich **ca. 2 – 5 % Kapitalkosten im Pflegesatz**.
- Deutlich **unter realen Kosten moderner Neubauten**, deren Kapitaldienst um ein Vielfaches höher liegt
- **Zielkonflikt:** Förderprogramme verlangen Eigeninvestitionen, während das Vergütungssystem diese wirtschaftlich erschwert und damit nachhaltige Investitionen ausbremst. DRV-Logik bietet keine planbare Finanzierung.



Nachhaltigkeit



DRV

- Bestandteil der **ESK**, 5 % der Vergütungssystematik
 - Ökologische Maßnahmen, Digitalisierung, strukturelle Modernisierung
 - Befristete **Zuschläge, projektbezogen**, abhängig von **Verhandlungen**
- ➔ nicht dauerhaft systemisch verankert, sondern verhandlungsabhängig

GKV

- Keine explizite Kategorie, **indirekt über Kostenbestandteile**
 - **Abbildung über Energie- und Betriebskosten oder Investitionen**
- ➔ keine eigenständige Vergütungskomponente; Berücksichtigung erfolgt nur, soweit Kosten als wirtschaftlich anerkannt werden

Tarifkomponente



DRV

- Explizite Tarifkomponente als **Teil der ESK**
- Der **Referenzwert** ist ein indikationsunabhängiger Vergleichswert auf Basis der **Entgeltsummen DRV-eigener Einrichtungen**, der die Tarifstufe bestimmt.
- **Vergleichswert einrichtungsindividueller Wert** der tatsächlich entstandenen Personalkosten
- **Verhältnis bestimmt Zuschlag** (je höher am Tarifniveau desto höher der Zuschlag)
- Ab 87 % des Referenzwertes werden tarifgebundene Mehrkosten anerkannt
- Stufenmodell mit Zuschlag bis zu **8 %** auf den indikationsspezifischen **Basissatz**

GKV

- **Keine** eigenständige Tarifkomponente
- Tarifkosten sind Teil der **Gestehungskosten**
- Grundsatz: **Anerkennung tariflicher Vergütungen** – Gehälter nach Tarif dürfen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden
- Jedoch **Prüfung über Wirtschaftlichkeit** und externen Vergleich

Weiterentwicklungsbedarf



DRV

- Anwendung **der Tarifkomponente** unabhängig vom Abschluss eines Tarifvertrages. Zusammensetzung des Referenzwertes
- Weiterentwicklung der **Investitionslogik** in Bezug auf eine langfristige Refinanzierungsfähigkeit
- Definition und Verstetigung der **Nachhaltigkeitskomponente**

-> Die aktuelle Marktpreislogik begrenzt die langfristige Investitionsfähigkeit

GKV

- **Reduktion der Nachweis- und Bürokratieranforderungen**
- **fehlende methodische Standardisierung** des externen Vergleichs führt zu erheblichen **Interpretationsspielräumen** und erhöht die **Konflikthanfälligkeit** der Vergütungsverhandlungen



Kein Rechtsanspruch auf Übertragung, jedoch können Kosten- und Strukturargumentationen systemübergreifend in Verhandlungen genutzt werden

Vielen Dank

**an Anna Kriwet für die
Ausarbeitung dieses
Vortrages**



**Medizinisches Zentrum
für Gesundheit Bad Lippspringe GmbH
MZG-Westfalen**