



REHAKLINIKEN

REPORT | 2021

CUSHMAN & WAKEFIELD
HEALTHCARE ADVISORY



INHALT

01

VORWORT
S. 04

02

MEDIZINISCHE
REHABILITATION
S. 06

03

MARKTUMFELD
S. 10

04

REHABILITATIONS-
EINRICHTUNGEN
S. 26

05

BETREIBERMARKT
S. 50

06

REHAKLINIKEN ALS
ASSETKLASSE
S. 58

07

QUELLENVERZEICHNIS
S. 64

08

KONTAKTE &
HAFTUNGSAUSSCHLUSS
S. 68

VORWORT

In den vergangenen 30 Jahren erfuhr die deutsche Rehakliniken-Landschaft einen nie dagewesenen Strukturwandel. Durch die gesetzlichen Änderungen Mitte der 1990er Jahre und die daraus resultierende restriktivere Vergabe von Rehabilitationsmaßnahmen erlitt die Rehabilitations- und Vorsorge-Branche einen massiven Rückgang an Patienten und die Belegungsquoten sanken zunächst signifikant. Bei diesem Rückgang handelte es sich jedoch nur um eine Momentaufnahme.

Durch eine sich fortlaufend ändernde Arbeitswelt, ein durchschnittlich höheres Renteneintrittsalter und die Zunahme von Umwelteinflüssen auf den menschlichen Körper benötigen seit einigen Jahren immer mehr Menschen Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen, um bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter ihrer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können oder einer drohenden Pflegebedürftigkeit vorzubeugen. Nach wie vor werden Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland oftmals in stationären Rehakliniken erbracht. Im Gegensatz zu anderen Bereichen des Gesundheits- und Pflegesektors wird die Rehabilitation und Vorsorge auch weiterhin auf das Konzept der stationären Versorgung und Behandlung von Patienten setzen. Und das macht Rehakliniken zu einem attraktiven Investment für eine wachsende Zahl an institutionellen (Immobilien-)Investoren.

Wir freuen uns, Ihnen mit diesem Report außerdem drei Experteninterviews mit Yann Balaÿ, Head of Healthcare and Education bei Primonial REIM sowie Anna-Lena Hetzel, Transaction Managerin bei BNP Paribas REIM und Dr. André M. Schmidt CEO des Betreibers MEDIAN Unternehmensgruppe B.V. & Co. KG vorstellen zu dürfen. Während beide Investoren seit vielen Jahren europaweit sehr aktiv im Ankauf von Rehakliniken sind, ist die MEDIAN Unternehmensgruppe B.V. & Co. KG der größte private Klinik-Betreiber von Rehaeinrichtungen Deutschlands.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen eine spannende Lektüre unseres Rehakliniken-Reports und hoffen, Ihnen damit einige interessante Erkenntnisse mit auf den Weg geben zu können.



02

MEDIZINISCHE REHABILITATION

MEDIZINISCHE REHABILITATION

EINE EINFÜHRUNG

Umgangssprachlich oft als „Kur“ oder „Reha“ bezeichnet, stellt die medizinische Rehabilitation ein komplexes Konstrukt aus verschiedenen Behandlungsformen, finanzierenden Kostenträgern sowie Behandlungsfeldern und -dauern dar. Das Ziel der medizinischen Rehabilitation ist die Erhaltung oder Besserung des individuellen Gesundheitszustands, das Meistern eines selbständigen Lebensalltags, die Vorbeugung einer absehbaren Erkrankung und das Vermeiden einer Pflegebedürftigkeit.

Die angewandten Therapieformen bei der medizinischen Rehabilitation umfassen ein breites Spektrum an Maßnahmen, welche auf das spezifische Krankheitsbild der Betroffenen abgestimmt werden. Diese reichen von Krankengymnastik und Ergotherapie über Massagen und Heilbäder bis hin zu psychotherapeutischen Gesprächen. In den letzten Jahren hat die Prävention als Behandlungskonzept vor allem im Alter oder zur Vorbeugung von Folgeerkrankungen stark zugenommen.

Ambulant oder stationär – Formen der Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation kann in einer Vielzahl von Formen, die sich nach der Schwere der Erkrankung und den Lebensumständen der Betroffenen richten, durchgeführt werden. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation besuchen die Patienten für bestimmte Anwendungen und Rehabilitationsmaßnahmen ein Therapiezentrum. Ist der Patient aufgrund seines Gesundheitszustandes nicht in der Lage diese Einrichtungen aufzusuchen, können die Maßnahmen durch ein mobiles Reha-Team in den eigenen vier Wänden vorgenommen werden. Bei einer stationären Rehabilitation wohnt der Patient auf Zeit in der Rehabilitationseinrichtung und erfährt eine 24-Stunden Versorgung. Bei teilstationären Rehabilitationsmaßnahmen hält sich der Patient hingegen zumeist an den Wochenenden und abends im eigenen Zuhause auf und befindet sich nur zu den Therapiezeiten in der wohnortnahen Rehabilitationseinrichtung.



Die Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen kann je nach Krankheitsbild und Alter der Patienten variieren. Für Erwachsene und Jugendliche ab 14 Jahren werden jedoch für stationäre Maßnahmen zumeist drei Wochen und für ambulante Maßnahmen 20 Behandlungstage angesetzt. Wobei zwischen zwei Maßnahmen in der Regel vier Jahre Wartezeit liegen. Bei Kindern unter 14 Jahren beträgt die Dauer der Maßnahmen in der Regel vier bis sechs Wochen. Rehabilitationsmaßnahmen können bei medizinischer Notwendigkeit auch verlängert werden.

Wer zahlt für die Rehabilitation?

Im Gegensatz zu Vorsorgemaßnahmen, welche in Deutschland meist von den Krankenkassen getragen werden, ist die Kostenübernahme von medizinischer Rehabilitation vom Ziel der Maßnahme sowie der Ursache der Erkrankung abhängig und kann durch eine Vielzahl an Trägern erfolgen. Bei Rehabilitationen mit dem Ziel der Wiederherstel-

lung der Arbeitsfähigkeit werden die Kosten von der Rentenversicherung getragen, während bei Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen die Unfallversicherung als Kostenträger auftritt. Im Falle von Rehabilitationen mit dem Ziel der Vorbeugung einer dauerhaften Behinderung oder Gewöhnung an die Folgen einer Erkrankung werden die Kosten von den Krankenkassen getragen.

Neben Krankenhäusern gehören Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu den Einrichtungen der stationären Versorgung und werden nach § 2 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) als Krankenhäuser erhoben.

Gemäß § 111 SGB V werden Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Art der Zulassung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit und ohne Versorgungsvertrag unterteilt. Eine Unterteilung nach der Art des Trägers und Rechtsform der Einrichtung erfolgt in öffentliche, gemeinnützige und private Einrichtungen.

Einrichtungen der stationären Versorgung



KRANKENHÄUSER

ALLGEMEINE KRANKENHÄUSER

SONSTIGE KRANKENHÄUSER

AUSSERDEM

BUNDESWEHRKRANKENHÄUSER



VORSORGE- ODER REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Cushman & Wakefield, 2020



03

MARKTUMFELD

MARKTUMFELD

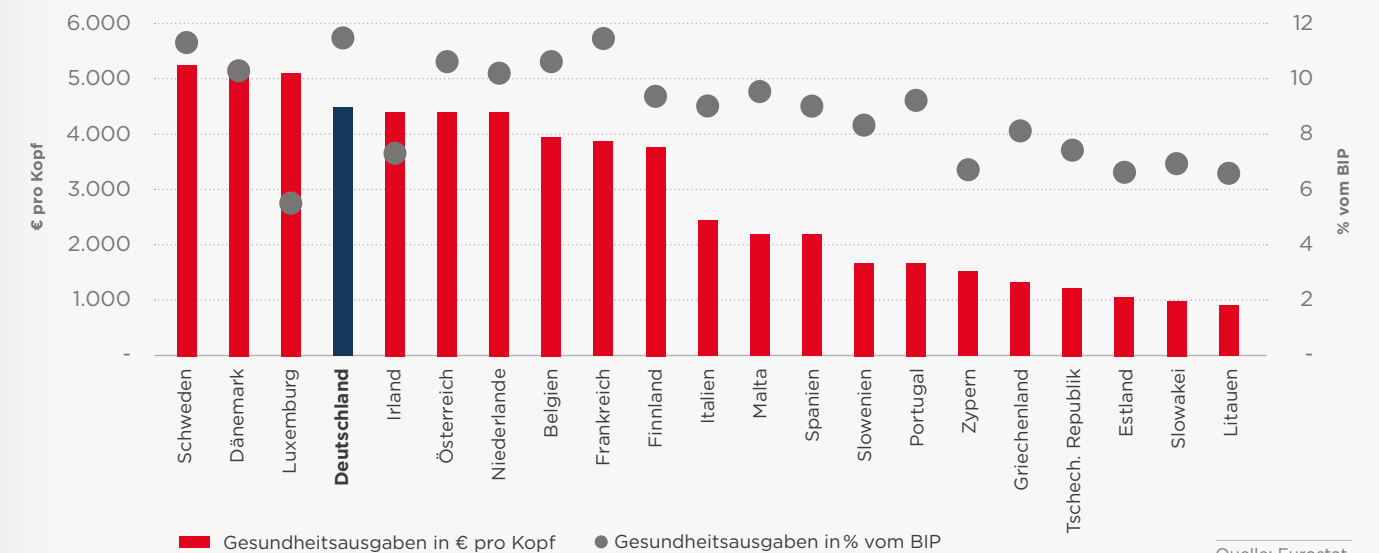
REHABILITATION IN DEUTSCHLAND IM EUROPÄISCHEN KONTEXT

Mit der Einführung eines staatlichen Gesundheitssystems im Jahr 1883 nahm Deutschland weltweit eine Vorreiterrolle ein und gehört noch heute zu den Ländern mit der umfangreichsten sowie innovativsten medizinischen Versorgung.

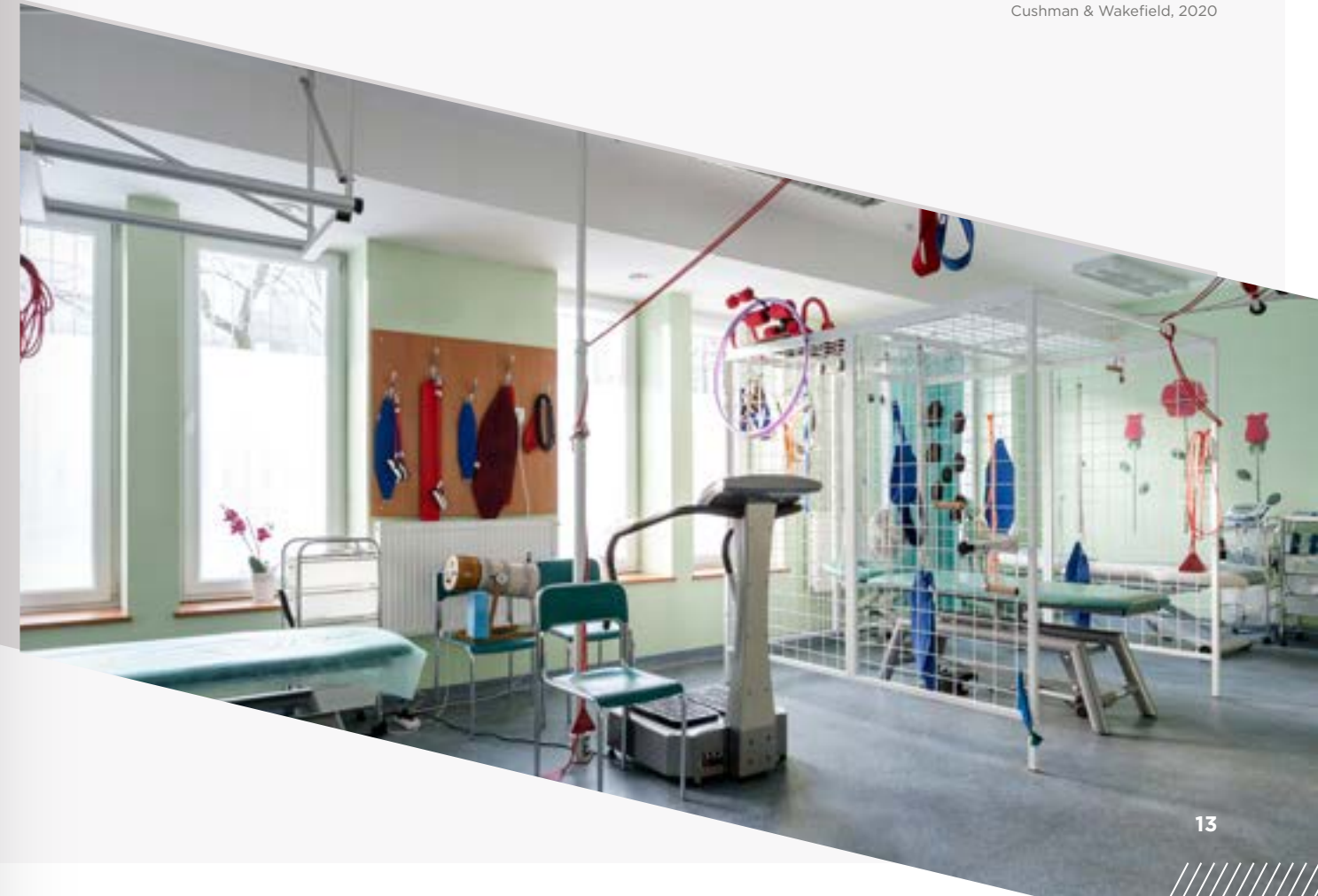
Im europäischen Vergleich ist Deutschland nach Frankreich das Land mit den höchsten pro Kopf Gesundheitsausgaben in Relation zum Bruttoinlandsprodukt. Dies ist zum einen auf die umfangreichen Leistungen des deutschen Gesundheitssystems und zum anderen auf das überdurchschnittlich hohe BIP, das diese Ausgaben ermöglicht, zurückzuführen. Als Resultat ist es Deutschland gelungen, ein erstklassiges und innovatives Gesundheitssystem aufzubauen, welches nicht nur eine hervorragende medizinische Erstversorgung gewährleistet, sondern auch durch präventive und rehabilitative Behandlungen Krankheiten vorbeugt und somit zur Steigerung der Lebenserwartung beiträgt. So war in den vergangenen Jahren beispielsweise ein starker Rückgang der kardiovaskulären Erkrankungen zu verzeichnen und die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt lag im Jahr 2018 mit 80,9 Jahren leicht unter dem europäischen Durchschnitt von 81,0 Jahren.



GESUNDHEITSAUSGABEN IM EUROPÄISCHEN VERGLEICH (2017)



Quelle: Eurostat, Cushman & Wakefield, 2020



MARKTUMFELD

REHABILITATION IN DEUTSCHLAND IM EUROPÄISCHEN KONTEXT

European Health Consumer Index

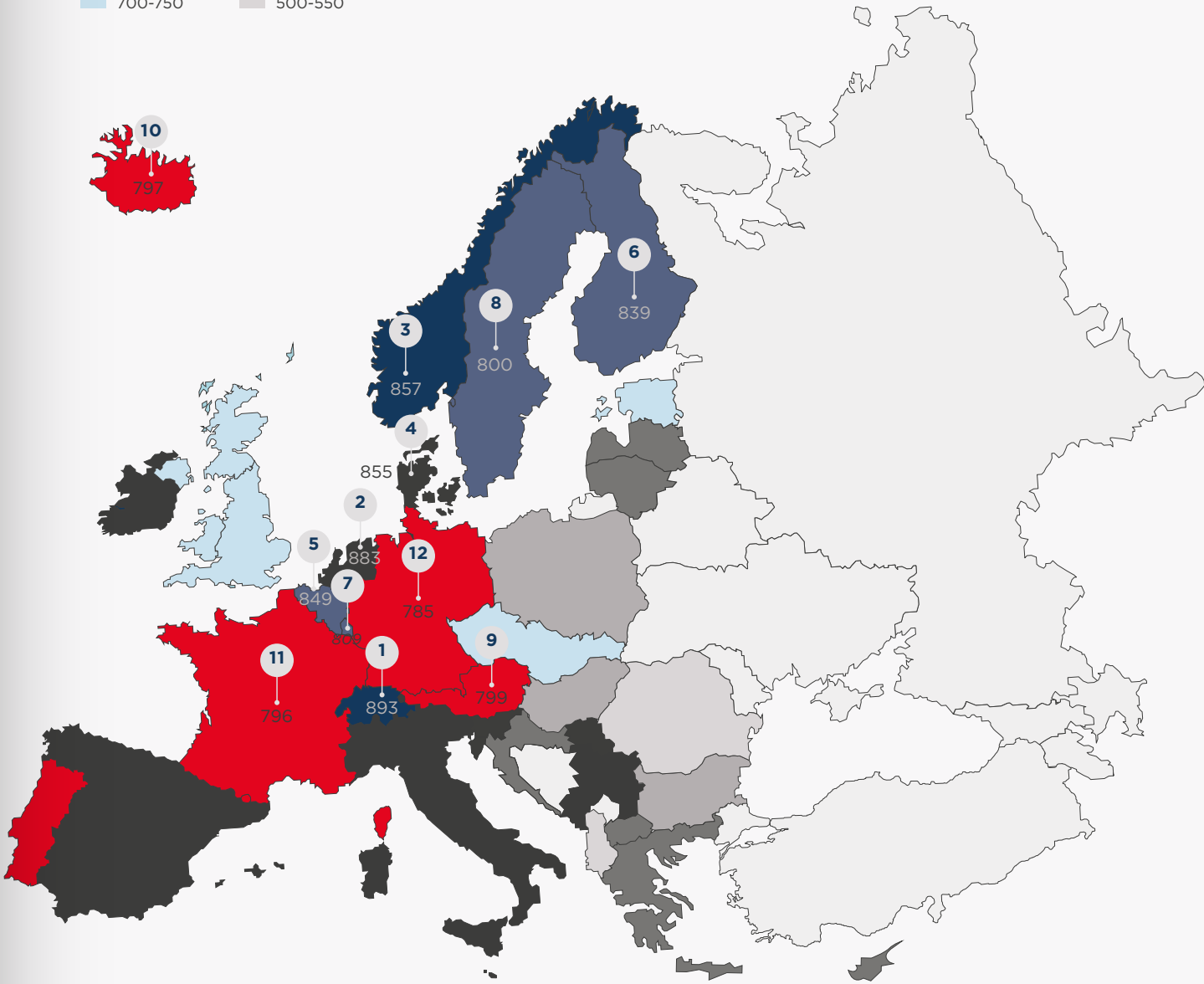
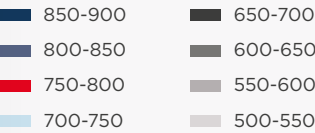
Eine der renommiertesten öffentlichen Vergleichsindikatoren nationaler Gesundheitssysteme, der Euro Health Consumer Index (EHCI*) von Health Consumer Powerhouse, ordnet Deutschland trotz der quantitativ stärksten Parameter der medizinischen Versorgung nicht auf Europas Spitzenplätze ein.

LAND	PLATZ	PUNKT-ZAHL	PATIENTEN-RECHTE & INFORMATIONEN	WARTEZEIT BEHAND-LUNGEN	ERGEBNIS-BEREIT-STELLUNG	ERREICHBARKEIT VON SERVICE-LEISTUNGEN	VOR-BEUGUNG	ARZNEI-MITTEL
 Schweiz	1	893	113	225	278	99	95	83
 Niederlande	2	883	125	175	256	125	113	89
 Norwegen	3	857	125	138	278	120	119	78
 Dänemark	4	855	121	175	267	120	95	78
 Belgien	5	849	104	213	244	115	101	72
 Finnland	6	839	113	150	278	120	101	78
 Luxemburg	7	809	100	188	244	109	95	72
 Schweden	8	800	117	113	267	125	101	78
 Österreich	9	799	108	175	244	104	89	78
 Island	10	797	121	188	222	104	107	56
 Frankreich	11	796	104	188	233	104	83	83
 Deutschland	12	785	104	163	244	83	101	89

Quelle: Björnberg, Phang, Cushman & Wakefield, 2018

* Der EHCI betrachtet sechs verschiedene Kriterien, nach denen das Gesundheitssystem bewertet wird. Die folgenden Kriterien sind durch die unterschiedliche hohe Maximalpunktzahl gewichtet: Patientenrechte & Informationen (max. 125), Wartezeit Behandlungen (225), Ergebnisbereitstellung (300), Erreichbarkeit von Serviceleistungen (125), Vorbeugung (125) sowie Arzneimittel (100).

PUNKTZAHL



Im Ranking belegt Deutschland nur den zwölften Platz. Lediglich bei der Bereitstellung, Kostenübernahme und Aktualität von Arzneimitteln belegt Deutschland gemeinsam mit den Niederlanden den ersten Platz. Den Spitzenplatz im europäischen Raum belegt die Schweiz, die sich besonders mit ihrer Verfügbarkeit bzw. der Wartezeit für Behandlungen einen exzellenten Ruf des Gesundheitswesens verschafft hat. Bei der Erreichbarkeit der Servicestellen sowie der Prävention von Krankheiten macht den

skandinavischen Ländern (Dänemark, Finnland, Norwegen, Schweden) kaum ein anderes Land Konkurrenz. Bei Patientenrechten und der Informationstransparenz belegt Deutschland vor Luxemburg den vorletzten Platz. Die Spitzen bilden hier die Niederlande gemeinsam mit Norwegen. Nichtsdestotrotz stellt sich insbesondere im Rahmen der COVID-19 Pandemie Deutschlands Stärke im Umgang mit Ausnahmesituationen heraus. Die Belastbarkeit des deutschen Gesundheitssystems wurde weltweit anerkannt.

MARKTUMFELD

REHABILITATION IN DEUTSCHLAND IM EUROPÄISCHEN KONTEXT

Besonderheiten der medizinischen Rehabilitation in Deutschland

Trotz einer zunehmenden Annäherung prägen historisch gewachsene Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern das Bild der Sozial- und Gesundheitssysteme in Europa. Dies gilt auch für die medizinische Rehabilitation. Im europäischen Vergleich ist die medizinische Rehabilitation in Deutschland, welche starke Ähnlichkeiten zum österreichischen System aufweist, durch eine Vielzahl von Besonderheiten geprägt. Hierzu zählen die vorwiegend stationäre Behandlung in wohnortfernen Rehabilitationseinrichtungen sowie die begrenzte Rehabilitationsdauer von drei Wochen. Weitere Besonderheiten stellen die strikte Trennung der Kostenträger der Rehabilitation in Renten-, Kranken-, Unfallversicherung etc. dar. Ebenso stellen die freie Beantragung der Rehabilitation, die häufige Spezialisierung der Rehabilitationseinrichtungen nach Krankheitsbild, die akutmedizinische Orientierung der Behandlung sowie die ärztliche Dominanz in interdisziplinär zusammengesetzten Behandlungsteams einige der größten Besonderheiten im europäischen Vergleich dar.

Das deutsche System im europäischen Vergleich

Im Vergleich zum deutschen System wird in Finnland ein Großteil der medizinischen Rehabilitation in den ca. 230 kommunalen Gesundheitszentren, die auch die medizinische Grundversorgung des Landes sicherstellen, durchgeführt. Ein geringer Anteil der medizinischen Rehabilitation wird in stationären Kliniken, welche immer in privater Trägerschaft sind, geleistet. Ähnlich wie in Finnland dominieren auch in Großbritannien die regionalen Gesundheitszentren mit ambulanten Angeboten die Rehabilitationslandschaft. In einigen Fällen wird die medizinische Rehabilitation sogar anhand von textlichen Beschreibungen in

den eigenen vier Wänden durchgeführt. Im Gegensatz zu Deutschland wird in Großbritannien nicht auf interdisziplinäre Behandlungsteams unter ärztlicher Leitung gesetzt, sondern meist leiten Pflegekräfte die Rehabilitationsmaßnahmen. Ähnlich wie in Deutschland wird Rehabilitation in Frankreich oftmals im stationären Umfeld durchgeführt, wobei in Frankreich separate Rehabilitationsabteilungen an Akutkrankenhäusern angegliedert sind. In ganz Frankreich verfügen etwa 40% der Akutkrankenhäuser über eine Möglichkeit der Rehabilitation. Die Schweiz unterscheidet rechtlich nicht zwischen Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken. Beim Einweisen eines Patienten in eine Rehaklinik wird somit keine weitere Überweisung/Genehmigung durch ein Krankenhaus benötigt. Zudem ist, im Gegensatz zum deutschen Gesundheitssystem, die Vergütung der Leistungsgeber nicht reglementiert. In den Niederlanden steht zumeist die Vermeidung oder Revision einer Erwerbsminderung im Vordergrund der medizinischen Rehabilitation. So werden ein Großteil der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen durch Arbeitsmediziner verschrieben.



MARKTUMFELD

EXPERTENINTERVIEW - YANN BALAY,
PRIMONIAL REIM



Yann Balaÿ

Yann Balaÿ ist Head of Healthcare and Education bei Primonial REIM. Der französische Asset und Investment Manager mit Hauptsitz in Paris ist mit ca. 22 Mrd. € Assets under Management einer der größten Europas und verfügt über Immobilien in sieben europäischen Ländern.

Interview

Herr Balaÿ, Primonial REIM ist einer der führenden Investoren in Gesundheitsimmobilien auf dem europäischen Markt. Können Sie uns kurz Ihre Strategie hinsichtlich des Fokus auf diese Assetklasse erläutern?

Unsere Strategie ist es, für unsere privaten und institutionellen Investoren einen langfristig gesicherten Cashflow sicherstellen. Dafür arbeiten wir im Bereich der Gesundheitsimmobilien mit drei Grundsätzen. Erstens, ganzheitlich agieren: Wir investieren in alle Segmente des Gesundheitswesens – Vorsorge, akute Behandlung, Rehabilitation sowie Langzeitpflege. Zweitens, ein partnerschaftliches Verhältnis mit internationalen und lokalen Betreibern zu entwickeln, um diese bei ihrer eigenen Entwicklung zu unterstützen. Drittens, unsere Investments in Grundstücke erweitern, sei es Brownfield- und Greenfield-Projekte, um die Qualität des Portfolios stetig zu verbessern.

Sie sind schon lange als Investor in Gesundheitsimmobilien tätig. Können Sie sich noch an ihr erstes Rehakliniken-Investment erinnern? Was waren Ihre Beweggründe, in Rehakliniken zu investieren?

Ich erinnere mich noch sehr gut. Das erste Mal haben wir im Jahr 2013 in Rehakliniken investiert. Es handelte sich um eine französische Reha-Klinik, die von einem der marktführenden Betreiber betrieben wurde.

Rehakliniken gehören ebenso wie Akutkliniken und Pflegeeinrichtungen zum ganzheitlichen Versorgungsspektrum von Patienten, daher war es für uns nahelie-

gend, Rehakliniken in unserer Investmentstrategie zu berücksichtigen. Zudem machen Rehakliniken in Frankreich einen erheblichen Teil des Tätigkeitsbereichs einiger großer Betreiber aus. Und da wir die Beziehung zu den Betreibern als einen wichtigen Punkt des Investments in Gesundheitsimmobilien betrachten, wäre es nicht konsequent, diesem Segment und deren Möglichkeiten keine Beachtung zu schenken.

Was machen Rehakliniken für Sie als Investor mit einem langen Anlagehorizont zu einem nachhaltigen und attraktiven Investment-Produkt?

Wir betrachten die Versorgungsarten mit einer ganzheitlichen Strategie. Die meisten bieten nämlich die gleichen langfristigen Vorteile, wie z.B. langfristige Mietverträge, feste Mieten mit periodischer Indexierung, langfristige Vorhersehbarkeit des operativen Geschäfts, das durch den demografischen Wandel gestärkt wird. Denn mit der steigenden Zahl älterer Menschen steigt auch der Bedarf an Pflege und staatlicher Unterstützung.

Außerdem ist es wichtig, auf die Entwicklung der Indikationen und Anwendungsbereiche der Rehabilitation einzugehen. So ist beispielsweise der Versorgungsbedarf von psychosomatischen Erkrankungen in den letzten Jahren gestiegen. Psychische Erkrankungen werden in unserer Gesellschaft immer häufiger diagnostiziert.

Die derzeitige Corona-Pandemie wird den Bedarf an psychischer Betreuung noch weiter verstärken.

Zudem konnten wir in Frankreich feststellen, dass die derzeitige Gesundheitspolitik zu einer verkürzten Verweildauer der Patienten in den Akutkliniken führt und gleichzeitig den Bedarf an Rehabilitationseinrichtungen und deren Behandlungsintensität steigert.

Was sind aus Ihrer Sicht als erfahrener Investor in dieser Assetklasse die wichtigsten immobilien-, standort- und betreiberspezifischen Aspekte einer Rehakliniken-Investmentopportunität?

Das Wichtigste bei Investitionen in Reha-Immobilien ist die Qualität des Betreibers sowie die Möglichkeit, eine vertrauensvolle Beziehung, die über die normale Mieter-Vermieter-Beziehung hinausgeht, aufzubauen. Nur so können wir die Bedürfnisse, die der Betreiber an die Einrichtung hat, bestmöglich verstehen.

Natürlich ist auch die Gebäudequalität von entscheidender Bedeutung, um sicherzustellen, dass die Liegenschaft den Bedürfnissen und dem Konzept des Betreibers entspricht bzw. sich im Laufe der Zeit an mögliche neue Vorschriften sowie Unternehmensentwicklungen anpassen lässt.

Auch die Standort-Frage und die damit verbundene lokale Nachfrage sind wesentlich. Pflegeheime werden beispielsweise sowohl in Groß- als auch Kleinstädten benötigt. Und eines der wichtigsten Ziele jeder Regierung ist es, dafür zu sorgen, dass die Einwohner und Patienten und ihre Angehörigen Zugang zu einer medizinischen Infrastruktur haben, ohne kilometerweit fahren zu müssen. Und natürlich darf man dabei nie einen der wichtigsten Grundsätze des Immobilieninvestments aus den Augen zu verlieren – den Kapitalwert.

Was sind im europäischen Vergleich die größten Unterschiede in Bezug auf das generelle Marktumfeld, die Refinanzierungs-Strukturen und den Betreibermarkt?

Das ist eine sehr umfangreiche Frage, die den Rahmen dieses Interviews sprengen würde. Kurz gesagt sehen wir bei Primonial REIM, mit unseren primären Investmentdestinationen Frankreich, Deutschland, Italien, Spanien etc. die größten Unterschiede in den nationalen und regionalen Gesetzgebungen. Das Gesundheitswesen ist ein sehr stark reguliertes Segment – und damit auch die Immobilien.

Für ein erfolgreiches Investment ist es daher unabdinglich, das jeweilige Marktumfeld zu verstehen, um die Nachhaltigkeit des Betreiber-Konzepts bewerten zu können. Um ein Beispiel aus dem Reha-Sektor zu nennen: In einigen Ländern müssen die Betreiber die Budgets jedes Jahr neu verhandeln, während sie in anderen Ländern von stabilen Situationen für jeweils vier oder fünf Jahre profitieren können.

Was sind die größten Unterschiede zwischen den verschiedenen europäischen Ländern in Bezug auf die Spitzenrenditen für stabilisierte Core-Produkte?

Basierend auf Ihrem Versorgungsangebot werden Pflegeheime im europäischen Vergleich als am vergleichbarsten angesehen. Dennoch beobachten wir immer noch Unterschiede in Bezug auf die Nettoanfangsrenditen. Viel wichtiger ist meiner Meinung nach aber, dass sich diese Unterschiede in den letzten Jahren verringert haben, da die lokalen Nettoanfangsrenditen in den einzelnen Ländern mit einer unterschiedlichen Geschwindigkeit gesunken sind.

Diese Renditenkompression wird beispielsweise durch die zunehmende Konsolidierung des Marktes beschleunigt. Dies führt dazu, dass internationale Betreiber ihren Fußabdruck in den jeweiligen Ländern vergrößern und die Bonitäten der Mieter steigt. Ein weiterer Faktor ist die zunehmende Attraktivität der Assetklasse, was zu einer immer stärker werdenden Konkurrenzsituation im Markt für Gesundheitsimmobilien führt. Dies ist eine Entwicklung, die auch zukünftig weiter voranschreiten wird, da die Corona-Pandemie gezeigt hat, wie belastbar Investments in Gesundheitsimmobilien sind.

Was sind die größten Herausforderungen von Investments in Rehakliniken und beim Durchführen einer ordentlichen Due Diligence?

Bei der Due Diligence ist es die größte Herausforderung die Geschäftszahlen des Betreibers und der Einrichtung zu erhalten, um die Einrichtung gegen den Wettbewerb messen zu können.

Geben Sie uns doch ein paar Einblicke – Haben Sie vor, Ihre Aktivität in Deutschland in Zukunft weiter auszubauen?

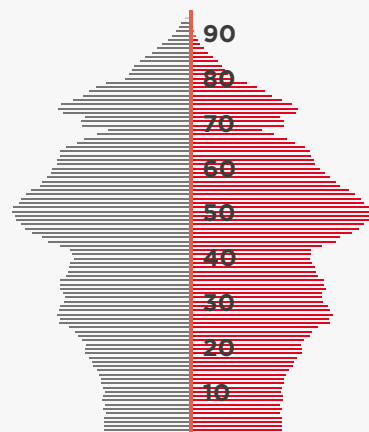
Primonial REIM verfolgt weiterhin das Ziel, seine Investmentaktivität im Bereich der Gesundheitsimmobilien, insbesondere in Deutschland, auszubauen. Deutschland ist besonders attraktiv, da es über hervorragende Fundamentaldaten, einen sehr starken Betreibermarkt sowie den entsprechenden Bedarf als Folge des demografischen Wandels verfügt. Derzeit besitzt Primonial REIM in Deutschland Assets im Wert von über fünf Milliarden Euro, was eine gute Basis für den weiteren Ausbau darstellt.

MARKTUMFELD

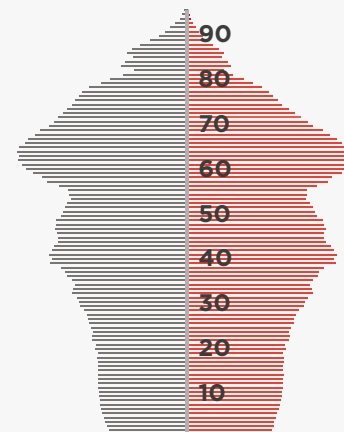
GENERELLES MARKTUMFELD



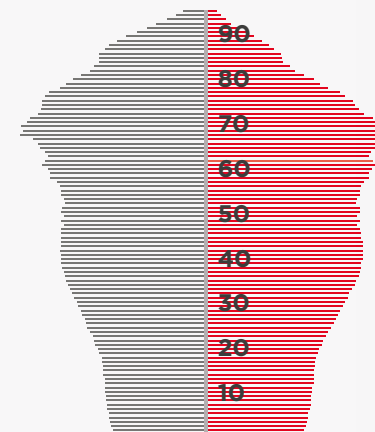
83,2 MIO. MENSCHEN



2019



2030



2060

■ Frauen ■ Männer

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis),
Cushman & Wakefield, 2018

Steigender Bedarf in der Versorgung

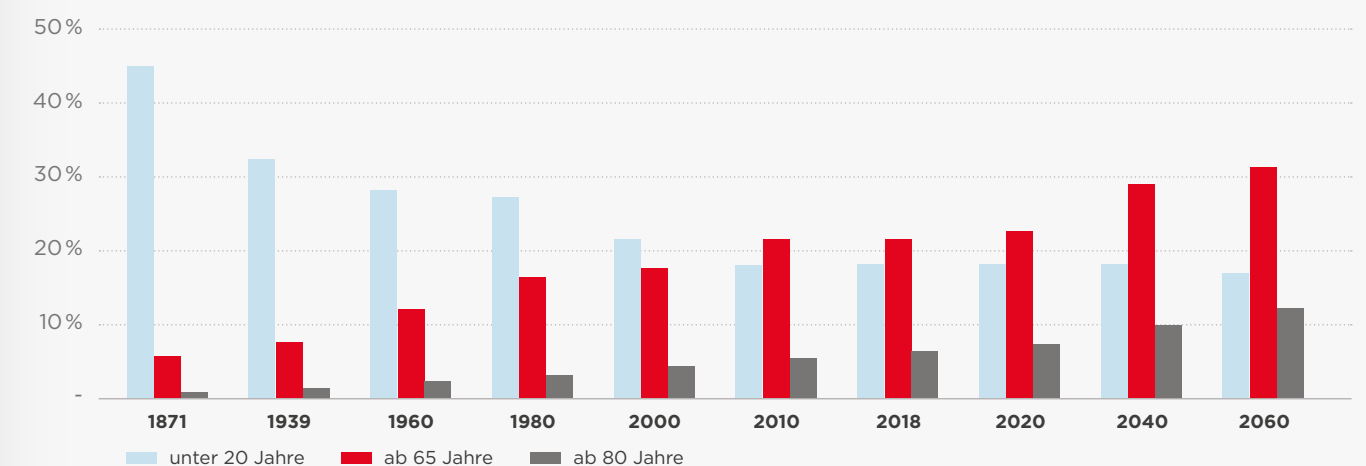
Deutschland befindet sich seit vielen Jahren gleichzeitig in einem demografischen wie auch medizinisch-therapeutischen Wandel. Die immer älter werdende Bevölkerung braucht ein höheres Aufkommen an Pflege, Rehabilitation sowie ärztlicher Behandlung und trifft auf immense Fortschritte im Rahmen der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung. Als ambulante Versorgung wird hierbei die Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt (inkl. der angestellten Ärzte), in der Ambulanz eines Krankenhauses oder einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung verstanden. Im Gegensatz dazu wird die stationäre Behandlung als solche definiert, bei welcher der Patient mindestens eine Nacht in einer Klinik aufgenommen, gepflegt und behandelt wird.

Strukturwandel durch wachsende Generation 60+

Die Lebenserwartung der Bevölkerung Deutschlands steigt zusehends. Entsprechend der Sterbetafel 2017/2019 des Statistischen Bundesamts beträgt die Lebenserwartung bei Geburt für Mädchen 83,4 Jahre, die der Jungen 78,6 Jahre. Bis 2060 prognostiziert die Bundesbehörde, dass diese weiterhin auf respektive 88,8 Jahre beziehungsweise 84,8 Jahre steigen wird. Zudem stellt der wachsende Anteil der Generation 60-Plus an der Gesamtbevölkerung eine große Herausforderung für das deutsche Gesundheitssystem dar. Heute gehört bereits jeder vierte Bundesbürger der Generation 60-Plus an. Dem entsprechen etwa 20 Millionen Menschen. So gewinnen die Altenpflege sowie die medizinische Pflege und medizinische Rehabilitation aufgrund vermehrt auftretender Multimorbidität – das Leiden an mehreren chronischen Erkrankungen, die den Gesundheitszustand nachhaltig beeinträchtigen und eine kontinuierliche Behandlung benötigen – im Alter an Bedeutung und stehen vor einem unvermeidbaren Strukturwandel.



ALTERSGRUPPEN 1871 BIS 2060



Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung,
Cushman & Wakefield, 2020

MARKTUMFELD

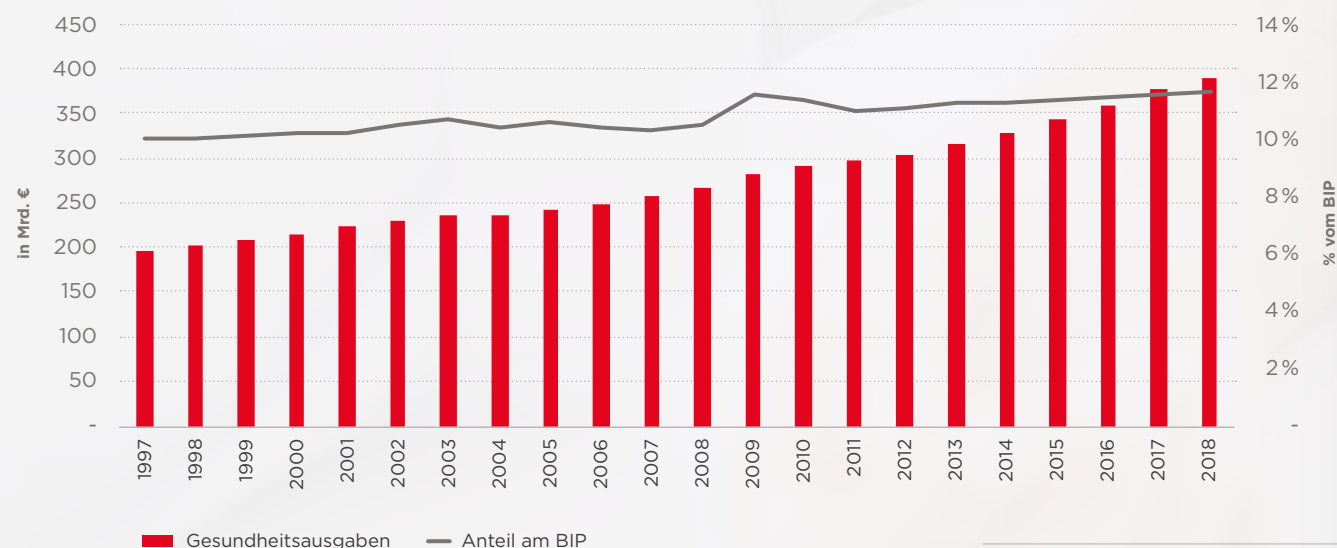
GENERELLES MARKTUMFELD - GESUNDHEITSAUSGABEN

Im Jahr 2017 wurde das erste Mal in der Geschichte der Bundesrepublik die Schwelle von einer Milliarde Euro Gesundheitsausgaben pro Tag überschritten. Umgerechnet wurden 2017 knapp 375 Milliarden Euro, was wiederum einem Anteil von 11,5% am Bruttoinlandsprodukt entspricht, in die Gesundheitsversorgung investiert. Dieser Wert stieg im Jahr 2018 um 4,4% auf 390,6 Milliarden Euro. Arbeitnehmer und Arbeitgeber finanzierten 2018 durch Sozialversicherungsbeiträge knapp die Hälfte aller Gesundheitsausgaben.

Die Kosten für den Einzelnen werden steigen

Die zukünftige Indifferenz von Beitragszahlern und Ausgaben pro Kopf bewirkt eine notwendige Anpassung der Kostenträgerlandschaft sowie eine Maximierung der Effizienz medizinischer Versorgung. Das derzeitige Umlageverfahren gesetzlicher Krankenkassen steht dem Problem einer erheblichen Erhöhung der Kosten für künftige Beitragszahler zur Finanzierung der Gesundheitsleistungen gegenüber.

GESUNDHEITSAUSGABEN UND ANTEIL AM BIP



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Cushman & Wakefield, 2020

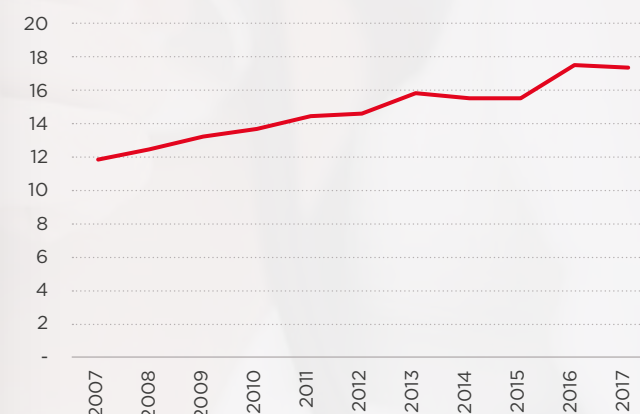
Deutlich wird dies bei einer kurzen Erläuterung des Krankenversicherungssystems. Jeder Bürger in Deutschland ist verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen. Gesetzlich Versicherte zahlen aktuell 14,6% der beitragspflichtigen Einnahmen in einen Gesundheitsfonds ein, wobei dieser Beitrag hälftig mit ihrem Arbeitgeber geteilt wird. Der Gesundheitsfonds, inklusive staatlicher Zuschüsse, verteilt diese Gelder nach bestimmten Kriterien an die gesetzlichen Krankenkassen, die dann für die Bezahlung der Behandlungen der Patienten zuständig sind. Die Beiträge der privaten Krankenkassen werden unabhängig des Bruttoeinkommens, ausschließlich nach Leistungsumfang und Gesundheitszustand des Beitragszahlers berechnet. Anders als gesetzlich Versicherte müssen privat Versicherte in Vorkasse gehen, bekommen die Arztbehandlung jedoch zurückerstattet. Im Gegensatz zu privaten Krankenkassen sind gesetzliche Krankenkassen nicht angehalten Rücklagen zu bilden. Das wird die Begleichung der Indifferenz von Beitragszahlern und Ausgaben pro Kopf in den nächsten Jahren erschweren.

Kostentreiber Krankheitstage

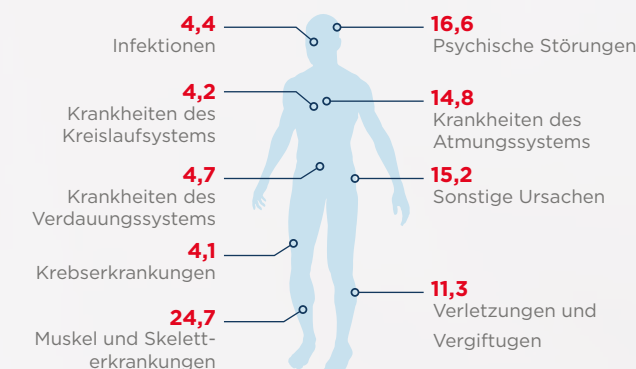
Doch nicht nur die zunehmende Alterung der Bevölkerung, sondern auch der Anstieg der Multimorbidität sowie der durchschnittlichen Krankheitstage erhöhen die Kosten des deutschen Gesundheitssystems. In den letzten zehn Jahren ist die durchschnittliche Anzahl an Krankheitstagen je pflichtversichertem Mitglied der Be-

triebskrankenkassen (einschließlich Empfänger von Arbeitslosengeld, ohne Rentner) um 30,8% von 11,9 auf 17,2 Tage gestiegen. Während ein Großteil der Krankheitsfälle nicht länger als eine Arbeitswoche andauert, sind laut Dachverband der Betriebskrankenkassen 80% der Mitarbeiter spätestens nach zwei Wochen zurück am Arbeitsplatz.

DURCHSCHNITTliche KRANKHEITSTAGE



SO VIEL PROZENT DER KRANKHEITSTAGE ENTFIELEN 2017 AUF...



Quelle: BKK Dachverband, Cushman & Wakefield, 2019

Durch das zunehmende Alter in der Bevölkerung steigert sich der prozentuale Anteil der Krankheitstage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen immens. Im Jahr 2017 waren knapp 25% der Krankheitstage auf diese Krankheitsbilder zurückzuführen. Zudem sind psychische Störungen mit 16,6% und Erkrankungen des Atmungssystems (14,8%) vermehrt Ursache für den Ausfall von Arbeitnehmern. Zusammen machen sie mit 31% fast ein Drittel der Krankheitskosten in Deutschland aus.

Immer häufiger treten im Alter Symptome von Multimorbidität auf. Auffällig ist außerdem, dass das Alter nicht nur vermehrte Ausfallzeiten bedingt, sondern sich insbesondere die durchschnittliche Genesungszeit verlängert, je älter die Menschen werden. So ist die durchschnittliche Ausfallzeit bei Arbeitnehmern jenseits von 55 doppelt so hoch wie bei der Altersgruppe der 35 bis 39-Jährigen. Durch den demografischen Wandel wird sich die Zahl der länger andauernden Krankheitsausfälle voraussichtlich weiter steigern. Arbeitgeber müssen somit mit erhöhten Kosten durch den Ausfall der Arbeitnehmer rechnen.

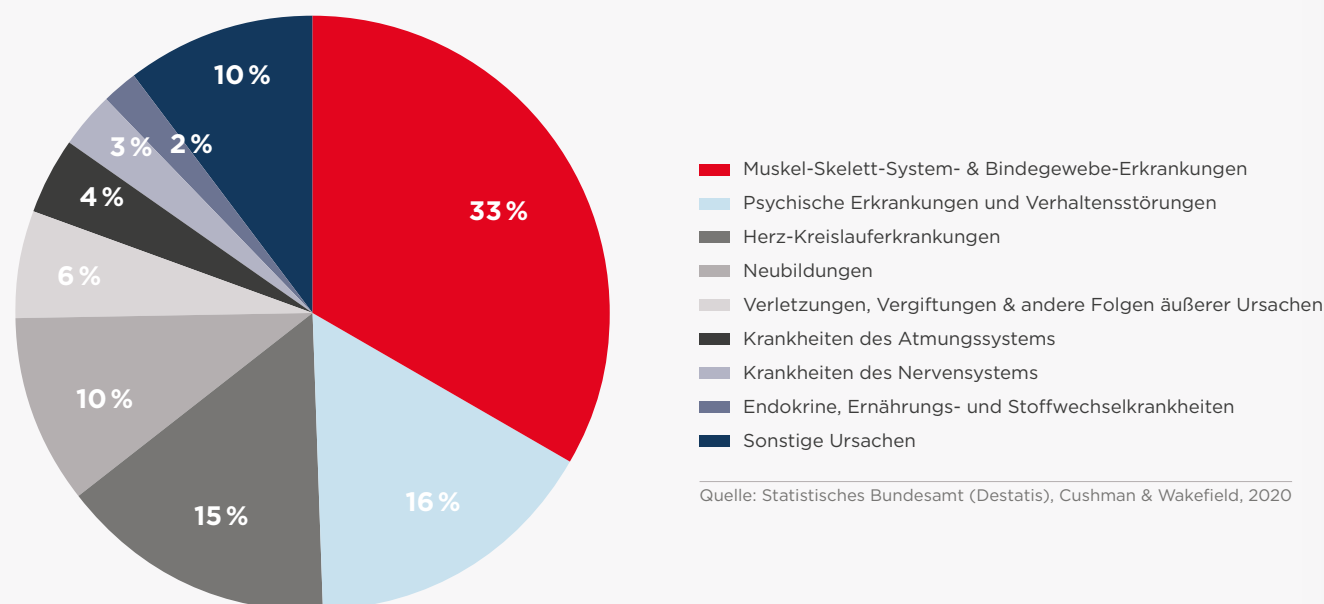
MARKTUMFELD

REHABILITATION IN DEUTSCHLAND - WER WIRD REHABILITIERT?

Der Schwerpunkt der Rehabilitation in Deutschland ist stationär. So wurden im Jahr 2018 1.668.223 Patienten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen behandelt. Mit einem Anteil von 33% im Jahr 2018 waren Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes die

häufigste Ursache für stationäre Rehabilitationsaufenthalte. Gefolgt von Rehabilitationsaufenthalten bedingt durch Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen mit einem Anteil von 16% sowie Herz-Kreislauferkrankungen mit 15%.

URSACHE DES REHABILITATIONSaufenthalts UND ANTEIL AN ALLEN FÄLLEN (2018)

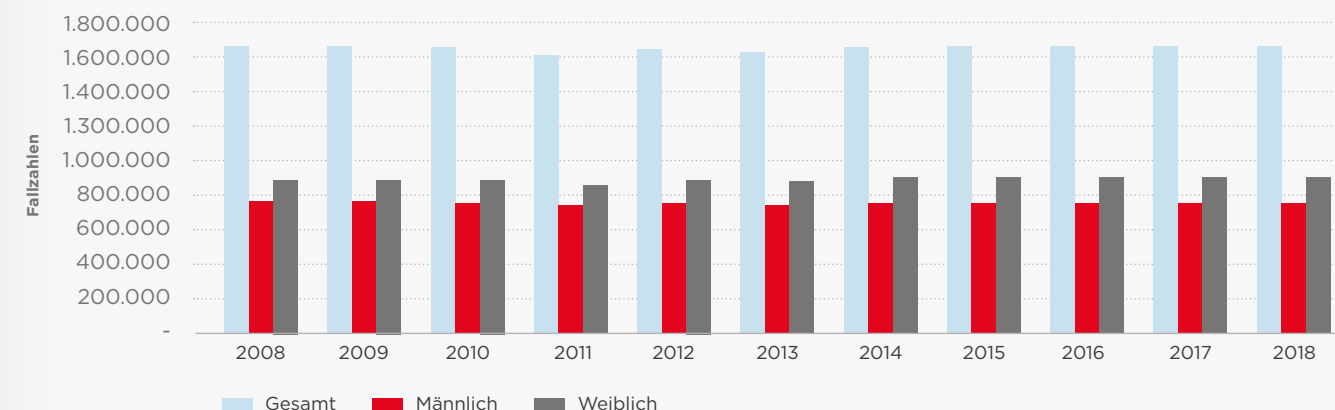


Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Cushman & Wakefield, 2020

Zwischen 2008 und 2018 hat sich die Anzahl von stationären Rehabilitationsaufenthalten verhältnismäßig stabil entwickelt. Wobei die Anzahl der männlichen Patienten um 1,1% gesunken ist, bei einem gleichzeitigen Anstieg der Anzahl der weiblichen Patienten um 1,0%. Ebenso hat sich die prozentuale Verteilung der Rehabilitationsaufenthalte nach Geschlecht zwischen 2008 und 2018 sehr stabil entwickelt. Im Jahr 2018 waren 54% der Aufenthalte auf weibliche Patienten und 46% auf männliche Patienten zurückzuführen. In Relation zu den Rehabilitations-

aufenthalten haben sich sowohl die Anzahl der Krankheitstage als auch die Anzahl der Krankenaufenthalte durchaus dynamisch entwickelt. So ist die durchschnittliche Anzahl der Krankheitstage je Erwerbstätigen pro Jahr im selben Zeitraum um 23% gestiegen, während die der stationären Aufenthalte um 10% gestiegen ist. Somit werden bei steigender (Multi-)Morbidity und stationärer Behandlung anteilig weniger stationäre Rehabilitationsmaßnahmen verordnet.

ENTWICKLUNG VON STATIONÄREN REHAMAßNAHMEN NACH GESCHLECHT*



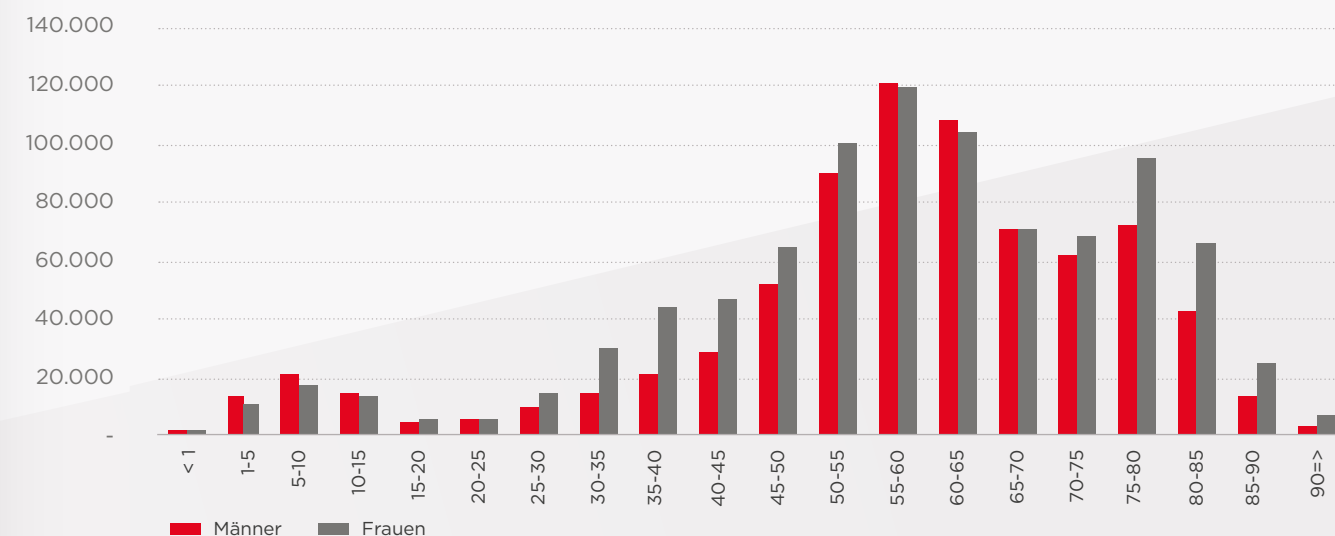
*in Einrichtungen mit mehr als 100 Betten

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Cushman & Wakefield, 2020

Im Jahr 2016 lag das Durchschnittsalter der stationär behandelten Reha-Patienten bei 57,0 Jahren. Wobei das Durchschnittsalter der Patientinnen mit 57,3 Jahre leicht über dem der Patienten mit 56,8 Jahren lag. Zwar ist das Durchschnittsalter zwischen 2012 und 2016 um nur etwa 1% von 56,0 auf 57,0 Jahre gestiegen, jedoch liegt jenes der weiblichen Patienten nun über dem der männlichen. Das Durchschnittsalter der männlichen Patienten stieg zwischen 2012 und 2016 lediglich um 1,4% bei einem gleichzeitigen Anstieg des Durchschnittsalters

der weiblichen Patienten von 2,7%. Mit steigendem Alter nimmt sowohl die Multimorbidität als auch das Auftreten chronischer Erkrankungen zu. Einen besonderen Anstieg ist im Bereich Gelenkverschleiß zu verzeichnen. So waren im Jahr 2016 Arthrose-Erkrankungen der Hüft- und Kniegelenke die häufigsten Ursachen für Rehabilitationsaufenthalte. Bei einer geschlechterspezifischen Betrachtung werden Rehabilitationsaufenthalte männlicher Patienten hingegen durch chronische Herzerkrankungen bestimmt, ein Krankheitsbild, welches bei weiblichen Patienten nur an fünfzehnter Stelle steht.

GESCHLECHTERSPEZIFISCHE VERTEILUNG DER REHABILITATIONSaufenthalte 2018



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Cushman & Wakefield, 2020



04

REHABILITATIONS- EINRICHTUNGEN

REHA-EINRICHTUNGEN

EINORDNUNG - DER SINN UND ZWECK VON REHABILITATION

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind gesetzlich im § 107 Abs. 2 SGB V definiert und dienen der stationären Behandlung von Patienten mit dem Ziel der:

- Beseitigung einer Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen kann
- Bekämpfung einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung bei Kindern (Vorsorge)
- Heilung bzw. Verhütung einer Verschlimmerung von Krankheiten
- Linderung von Krankheitsbeschwerden
- Sicherung und Festigung des Erfolgs einer stationären Behandlung im Krankenhaus. Dies umfasst auch das Abwenden und die Milderung einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit bzw. deren Folgen (Rehabilitation)

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen verfolgen das Ziel, den Gesundheitszustand ihrer Patienten mit Hilfe eines ärztlichen Behandlungsplans zu verbessern und die Entwicklung von Heilungs- und Abwehrkräften zu unterstützen. Die Umsetzung der ärztlichen Behandlungspläne erfolgt unter dauerhafter ärztlicher Beobachtung und wird durch das Mitwirken von speziell geschultem fachlich-medizinischen Personal unterstützt. Neben Krankengymnastik, Bewegungs- und Sprachtherapie können ärztliche Behandlungspläne je nach Krankheitsbild auch Ernährungsberatung sowie Arbeits- und

Beschäftigungstherapie umfassen. Während einer stationären Behandlung muss die Rehabilitationseinrichtung nicht nur die Umsetzung des ärztlichen Behandlungsplans, sondern auch die Unterbringung und Verpflegung der Patienten gewährleisten. Bei der Übernahme der Kosten von medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder medizinischen Rehabilitation durch die Krankenkasse müssen sowohl stationäre als auch ambulante Einrichtungen einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V mit der jeweiligen Krankenkasse des Leistungsempfängers vorweisen können.



REHA-EINRICHTUNGEN

GESETZLICHE GRUNDLAGE UND WESENTLICHE ÄNDERUNGEN

Maßgeblich wird die Rehabilitation in Deutschland im SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung“ definiert. Hier werden sowohl der Leistungsumfang für den jeweiligen Leistungsempfänger als auch der Rahmen der Leistungserbringung beschrieben. Zusätzliche gesetzliche Grundlage schaffen das SGB V „Gesetzliche Krankenversicherung“, das SGB VI „Gesetzliche Rentenversicherung“ sowie das SGB VII „Gesetzliche Unfallversicherung“. Zudem werden die Rechte von Menschen mit Behinderung seit dem 01.01.2017 durch das Bundesteilhabegesetz gestärkt.



Vom Reha-Boom zur vermehrten Restriktion

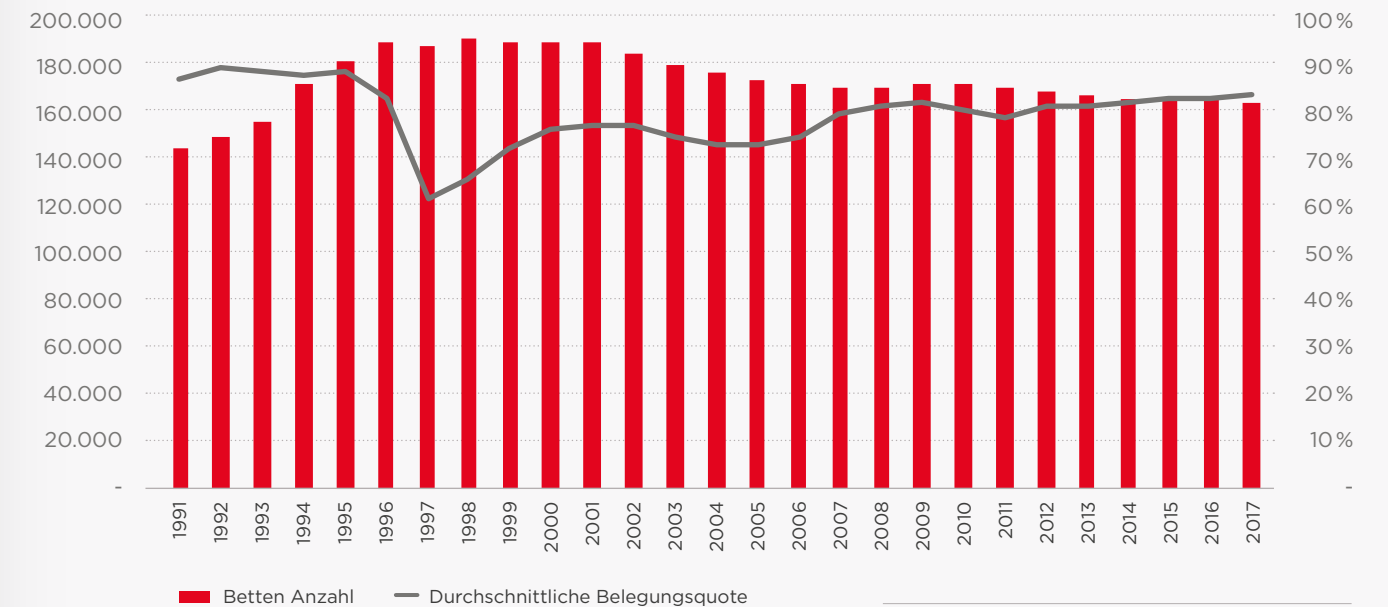
Von Anfang bis Mitte der 1990er Jahre erlebte das vereinte Deutschland einen regelrechten Reha-Boom. Die Kassen waren voll und Rehabilitationsmaßnahmen wurden großzügig genehmigt. Sowohl die gesetzliche Rentenversicherung als auch die gesetzlichen Krankenversicherungen erwirtschafteten bis Anfang der 1990er Überschüsse – dies spiegelte sich äußerst positiv in der Vergabe von Rehabilitationsmaßnahmen wider.

Doch mit Beginn der 1990er Jahre wirtschafteten die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzlichen Krankenversicherungen zunehmend defizitär. Mit der Verabschiedung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes im Jahr 1996 veränderte sich die Rehabilitationslandschaft in Deutschland nachhaltig. So wurde der Kreis derer mit Anspruch auf einen stationären Rehabilitationsaufenthalt verkleinert,

die Dauer der Leistungserbringung wurde auf drei Wochen begrenzt und der Abstand zwischen zwei Maßnahmen wurde von drei auf vier Jahre erhöht. Zudem erhöhte sich die Zuzahlung an den Kosten der Rehabilitation durch den Patienten um fast 50 % und der Arbeitgeber konnte Urlaubstage für den Aufenthalt in der Rehabilitation anrechnen.

Diese Maßnahmen führten zu einem rasanten Rückgang der erbrachten Rehabilitationsleistungen und somit zu einem Rückgang der Auslastung der Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 1997. So sank die Auslastung der stationären Rehabilitationseinrichtungen von 1996 zu 1997 von 83 % auf 62 %, ein Rückgang von ca. 25 %. Auch die Anzahl der Betten in Rehabilitationseinrichtungen stagnierte bis zur Jahrtausendwende und ist seither leicht rückläufig.

ENTWICKLUNG ANZAHL DER BETTEN UND DEREN BELEGUNGSQUOTE



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Cushman & Wakefield, 2020

REHA-EINRICHTUNGEN

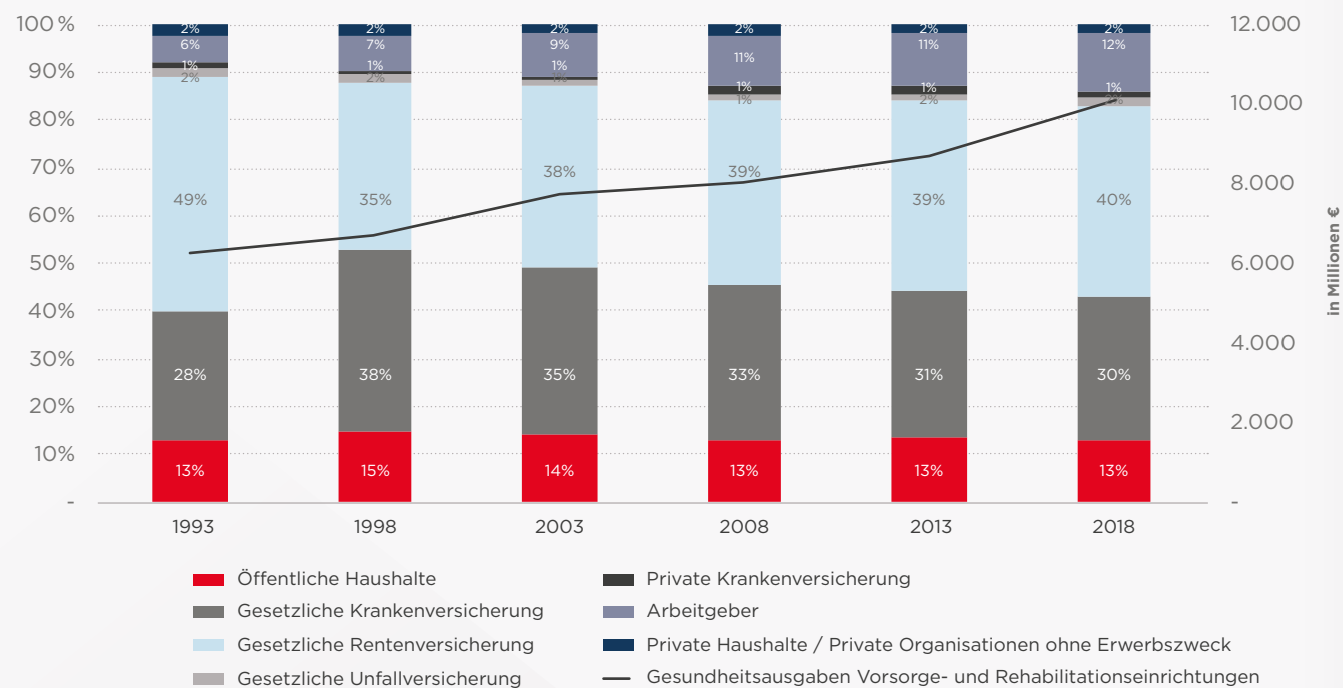
KOSTENTRÄGER UND LEISTUNGSERBRINGER DER VORSORGE- UND REHABILITATION

Die Kostenübernahme von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen ist ein komplexes Konstrukt, das sich nach dem Ziel der Maßnahmen und der Ursache der zugrundeliegenden Erkrankung richtet. Der § 6 SGB IX definiert folgende Träger für die Kostenübernahme der Leistungen:

- Gesetzliche Krankenkassen
- Bundesagentur für Arbeit
- Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
- Träger der gesetzlichen Rentenversicherung
- Träger der Kriegsopferversorgung/ Kriegsopferfürsorge
- Träger der öffentlichen Jugendhilfe
- Träger der Eingliederungshilfe

Die Gesundheitsausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen durch die verschiedenen Kostenträger sind seit 1992 um 76% gestiegen. Mit einem Anteil von zusammen 70% wird ein Großteil der Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitation durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) übernommen, wobei dieser Anteil seit 1992 um 9% zurückgegangen ist. Während der Anteil der GKV in diesem Zeitraum um 7% gestiegen ist, ist jener der GRV um 18% gesunken. Eine zunehmende Bedeutung als Kostenträger im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation ist den Arbeitgebern, deren Anteil im Betrachtungszeitraum um 110% auf einen Gesamtanteil von 12% gestiegen ist, zuzuordnen.

GESUNDHEITSAUSGABEN VORSORGE- UND REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN



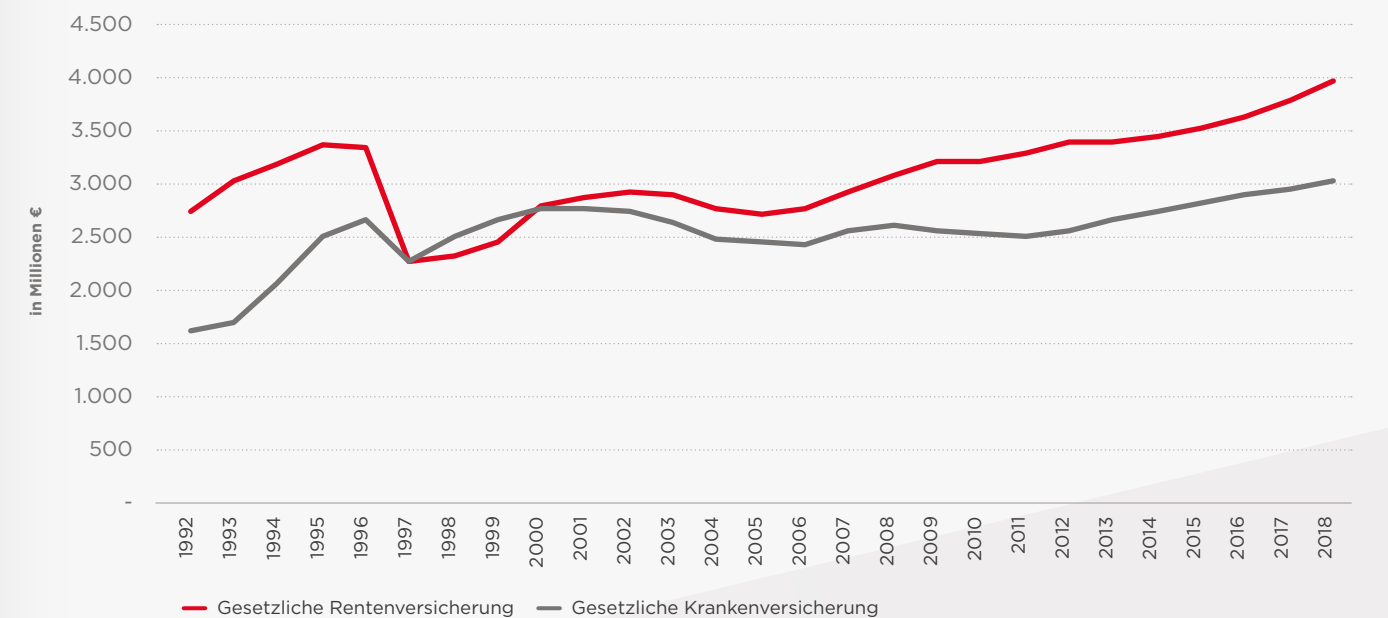
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Cushman & Wakefield, 2020

„Reha vor Rente“

„Reha vor Rente“ ist der Grundsatz der gesetzlichen Rentenversicherung, dem größten Kostenträger für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen. Die gesetzliche Festlegung der Rehabilitation durch die GRV erfolgt durch § 9 SGB VI. Das Ziel ist es, das vorzeitige Ausscheiden von Patienten mit akuten oder chronischen Erkrankungen aus der Erwerbsfähigkeit abzuwenden oder zu verzögern. Durch gezielte Maßnahmen können Betroffene so an ihren bisherigen Arbeitsplatz zurückkehren oder durch berufliche Neuorientierung in einen anderen Beruf einsteigen.

Mit dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ agiert der zweitgrößte Kostenträger für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, die gesetzliche Krankenversicherung. Im Gegensatz zur GRV, welche einen Fokus auf die Rückführung in die Erwerbstätigkeit legt, verfolgt die GKV das Ziel der Abwendung oder Verzögerung einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit. Die gesetzliche Festlegung der medizinischen Rehabilitation durch die Krankenkassen erfolgt über SGB V, § 11 Abs. 2.

ENTWICKLUNG DER GESUNDHEITSAUSGABEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG UND DER GESETZLICHEN RENTENVERSICHERUNG



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Cushman & Wakefield, 2020

REHA-EINRICHTUNGEN

KOSTENTRÄGER UND LEISTUNGSERBRINGER DER VORSORGE- UND REHABILITATION

Während die Kostenträger lediglich für die Übernahme sämtlicher Aufwendungen, die im Zuge einer Rehabilitationsmaßnahme anfallen, zuständig sind, ist der Leistungserbringer für die Erbringung sämtlicher Rehabilitationsleistungen und, im Falle von stationären Maßnahmen, für die Versorgung und häuslichen Unterbringung der Rehabilitanden verantwortlich. Leistungserbringer können in Form von Rehabilitationseinrichtungen und Rehabilitationsdiensten auftreten und schließen Leistungserbringungsverträge mit den Kostenträgern.

Was definiert das Reha-Budget?

Für Rehabilitationsleistungen die von der GRV getragen werden, steht den Trägern seit Inkrafttreten des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes im Jahr 1997 ein gedeckelter Betrag, welcher jährlich neu definiert wird, zur Verfügung - Das sogenannte Reha-Budget.

Ausschließlich eine Änderung der Bruttogehälter je Erwerbstätigen bestimmten bis 2013 die jährliche Veränderung des Budgets. Wobei das Reha-Budget nicht im selben Verhältnis zu den Bruttolöhnen gestiegen ist, da das Reha-Budget auch Beschäftigte im Niedriglohnsektor und Teilzeitbeschäftigte berücksichtigt.

Die demografische Entwicklung wird erst seit der Einführung des Rentenversicherungs-Leistungsverbesserungsgesetzes im Jahr 2014 berücksichtigt. Trotzdem werden die Lebensarbeitszeit, das Krankheitsspektrum und Behandlungsmöglichkeiten, die den Bedarf der Rehabilitation beeinflussen, derzeit nicht bei der Berechnung des Reha-Budgets berücksichtigt. Die Einführung der zweiten Komponente, der altersbedingte Bedarf, führte bis 2017 zu einem Anstieg des Reha-Budgets, welches aber seit 2017 schrittweise abgebaut wird, da die Baby-Boomer der 1950er und 1960er Jahre nun das Renteneintrittsalter erreichen.



Budget für Rehabilitation

ANPASSUNG AN DIE DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG



DER BEDARF DER GEBURTENSTARKEN JAHRGÄNGE AN REHA-LEISTUNGEN STEIGT

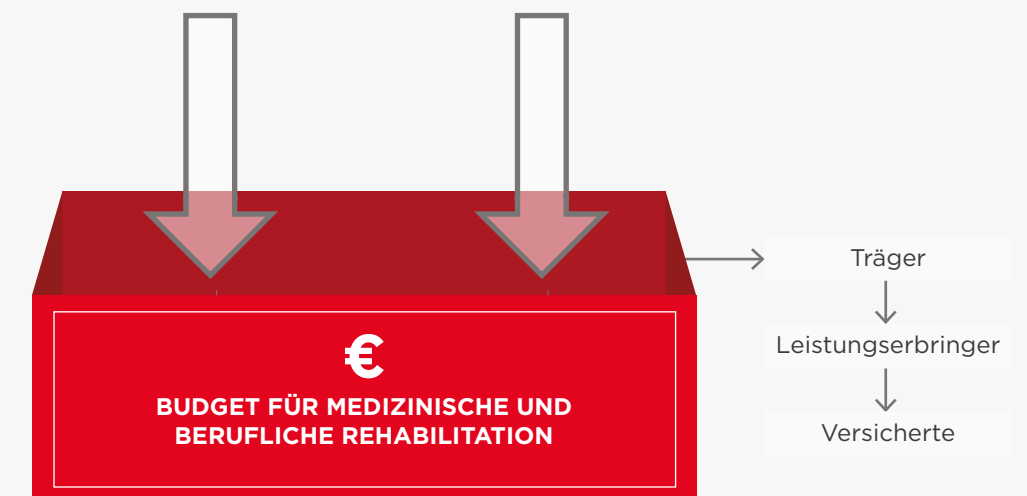
BISHER

ANPASSUNG AN DIE LOHNENTWICKLUNG



ZUSÄTZLICH AB 2014

ANPASSUNG AN DIE DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG



Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Cushman & Wakefield, 2020

REHA-EINRICHTUNGEN

KOSTENTRÄGER UND LEISTUNGSERBRINGER DER VORSORGE- UND REHABILITATION

Für die Vergütung von Rehabilitationsmaßnahmen schließen die Kostenträger Verträge mit den Rehabilitationseinrichtungen über die zu erbringenden Leistungen ab. Diese Verträge basieren auf gemeinsamen und einheitlichen Versorgungsvereinbarungen der Landesverbände der Krankenkassen und werden lediglich mit den einzelnen Einrichtungen konkretisiert. Die Vergütung erfolgt über Fallpauschalen und Tagespauschalen. Wobei Fallpauschalen zumeist bei einer Kostenübernahme durch die GKV und Tagespauschalen eher bei einer Kostenübernahme durch die GRV erhoben werden.

Durch die bereits vordefinierte Verweildauer eines Patienten in der Einrichtung nähern sich

die Tagespauschalen in der Summe jedoch immer weiter den Fallpauschalen an. Eine Differenzierung der Vergütung wird lediglich nach der behandelnden Abteilung vorgenommen. Kritik wird am System geübt, da dieses nur grob indikationsspezifisch agiert und weder Fallschwere noch den Erfolg der erbrachten Leistung berücksichtigt.

Die Betriebs- und Investitionskosten werden durch dieses System gedeckt. Jedoch gibt es keine repräsentativen Daten bezüglich der Höhe der Vergütungen. Analysen zeigen aber, dass die Vergütungen nicht im gleichen Maße wie die Wachstumsraten der Inputpreise wachsen, was die Leistungserbringer zusätzlich unter Druck setzt.



REHA-EINRICHTUNGEN

WACHSTUM UND ENTWICKLUNG



Nach der Verabschiedung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes und dem darauf folgenden Einbruch der verschriebenen Rehabilitationsmaßnahmen, ist der Belegungsgrad mit dem Anfang der 2000er Jahre wieder angestiegen. Die primäre Ursache hierfür liegt im demografischen Wandel. Mit dem Beginn der 2000er Jahre erreichte die Generation der Babyboomer das Alter von 50 Jahren plus und somit eine erhöhte Anfälligkeit für Multimorbidität sowie Anfälligkeit für Verschleißerkrankungen der Gelenke. Die Folge ist ein Anstieg der verschriebenen Rehabilitationsmaßnahmen bei gleichzeitig steigender Belegungsquote. Wenngleich die Rekordzahlen der frühen 1990er Jahre nicht wieder erreicht werden konnten.

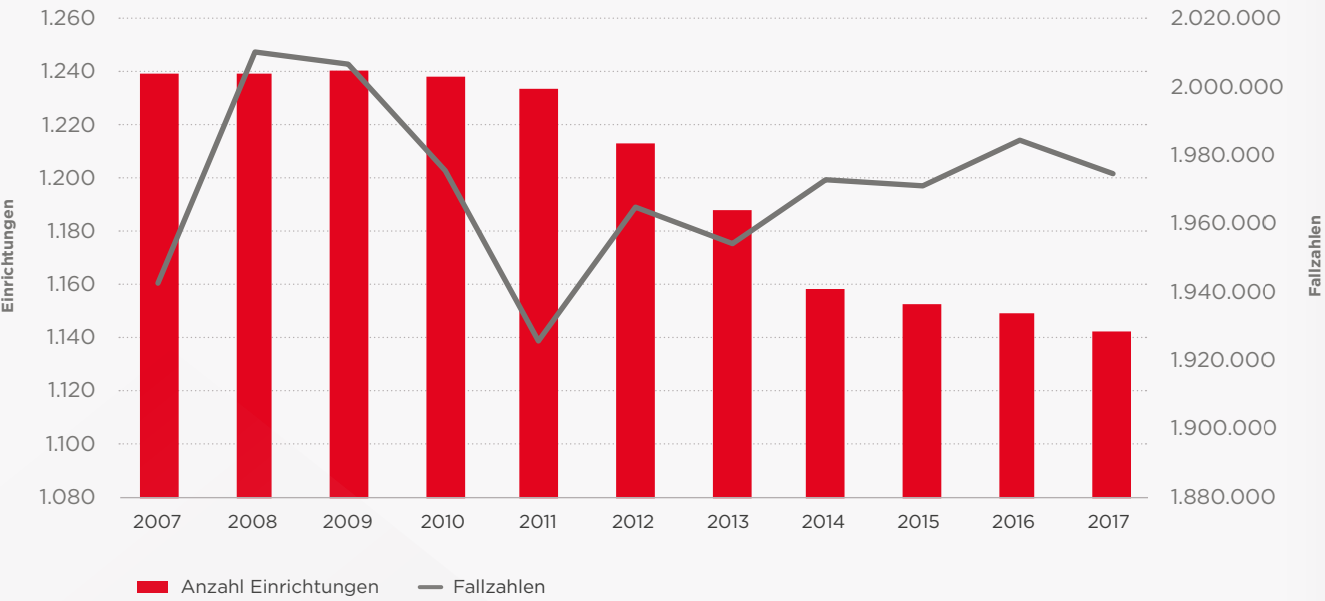
Weniger Einrichtungen vs. steigende Fallzahlen

Die Anzahl der Einrichtungen stieg trotz der Verabschiedung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes bis Ende der 1990er Jahre. Mit der Jahrtausendwende kam es jedoch zu einem Rückgang der Anzahl der Einrichtungen bei einem gleichzeitigen leichten Anstieg der Fallzahlen. So ist die Anzahl der Einrichtungen zwischen 2007 und 2017 um 8% gesunken, während die Fallzahlen im gleichen Zeitraum um 2% gestiegen sind. Im Jahr 2016 verfügten 23% der Einrichtungen weniger als 49 Betten und 27% mehr als 200 Betten. Im Jahr 2016 lag die durchschnittliche Belegungsquote aller Betten bei 83%. Während die Einrichtungen mit einer eher geringen Anzahl an Betten (bis 149 Betten) Belegungsquoten unterhalb des Durchschnitts aufwiesen, verzeichneten Einrichtungen mit 150 Betten und mehr Belegungsquoten oberhalb des Durchschnitts.

Je mehr Fachbereiche, desto größer die Einrichtungen

Die Korrelation zwischen der Größe der Einrichtungen und ihrem Nutzungsgrad ist auf die Anzahl der Fachbereiche der Einrichtungen und deren Spezialisierung zurückzuführen. Während Einrichtungen mit vielen Betten oftmals eine Vielzahl von Fachbereichen abdecken, sind kleinere Einrichtungen auf einige wenige spezialisiert und somit stärker von den Fallzahlen spezifischer Indikationen abhängig. Andererseits ist aber die Verweildauer der Patienten in kleineren Einrichtungen signifikant länger als bei denen mit einer hohen Bettenanzahl. So verzeichneten Einrichtungen mit 49 Betten und weniger eine durchschnittliche Verweildauer von 30,5 Tagen, während die Verweildauer im Segment von 150 bis 199 Betten mit 24,3 Tagen am kürzesten war.

ENTWICKLUNG ANZAHL DER REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN UND FALLZAHLEN



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Cushman & Wakefield, 2020

VORSORGE- UND REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN NACH ANZAHL DER VOLLSTATIONÄREN BETTEN (2016)

EINRICHTUNGEN NACH BETTENZAHL	ANZAHL EINRICHTUNGEN	ANZAHL BETTEN	NUTZUNGSGRAD	DURCHSCHNITTLICHE VERWEILDAUER
< 49 Betten	259	8.022	77,4%	30,5
50 bis 99 Betten	231	16.823	80,9%	27,6
100 bis 149 Betten	159	19.597	80,2%	25,8
150 bis 199 Betten	194	33.863	84,8%	24,3
> 200 Betten	306	86.918	83,9%	24,8
Summe	1.149	165.223	83,0%	25,3

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Cushman & Wakefield, 2018

REHA-EINRICHTUNGEN

BEHANDLUNGSDAUER UND -URSACHEN

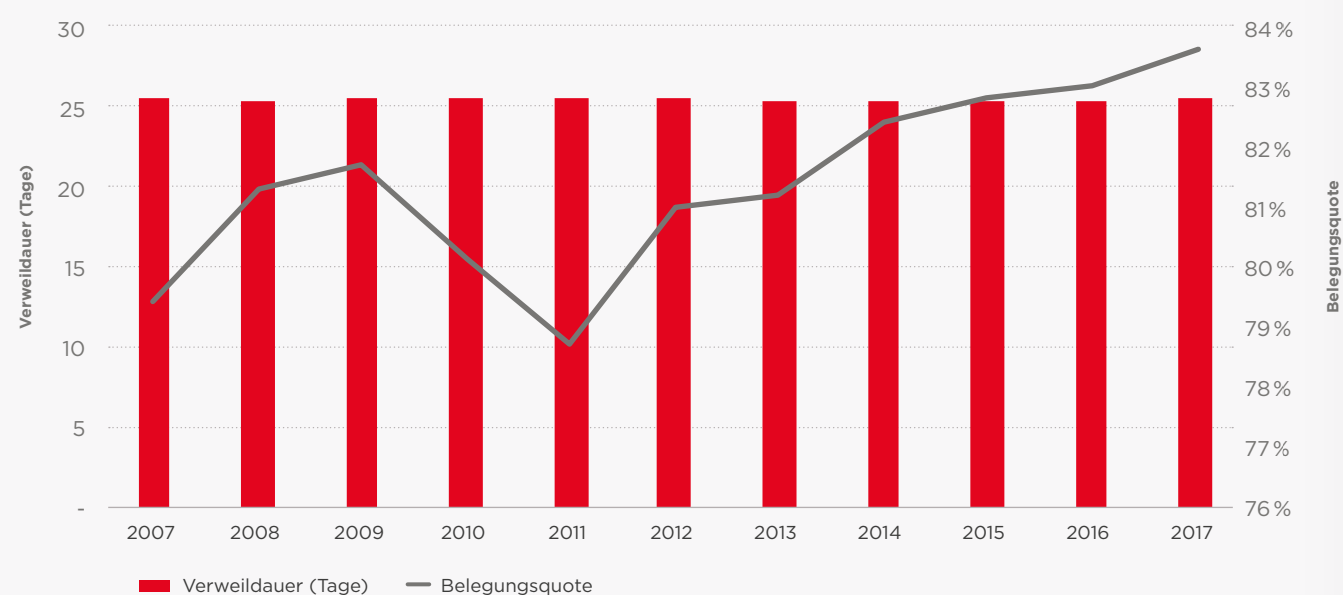


Richtwert 20 Tage

Seit 1997 ist die Behandlungsdauer einer stationären Rehabilitationsmaßnahme auf drei Wochen beziehungsweise 20 Behandlungstage begrenzt. Eine Ausnahme bilden psychosomatische und neurologische Maßnahmen zur Behandlung von beispielsweise Depressionen, deren initiale Behandlungsdauer je nach Fall in der Regel auf fünf bis sechs Wochen ausgelegt ist. Wird jedoch ein gesteigerter medizinischer Erfolg durch einen Aufenthalt von mehr als 20 Behandlungstagen erwartet, kann der Rehabilitationsaufenthalt mit Zustimmung des Kostenträgers verlängert werden.

So lag die durchschnittliche Verweildauer einer stationären Rehabilitationsmaßnahme im Jahr 2017 bei 25,4 Tagen. Seit 2012 hat die Belegungsquote von Rehabilitationseinrichtungen kontinuierlich zugenommen. Zwischen 2007 und 2017 ist die Belegungsquote um 5 % gewachsen und erreichte 2017 84 %. Somit wurde erstmals seit der Verabschiedung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes ein Wert von über 83 % erreicht.

ENTWICKLUNG DER VERWEILDAUER UND BELEGUNGSQUOTE



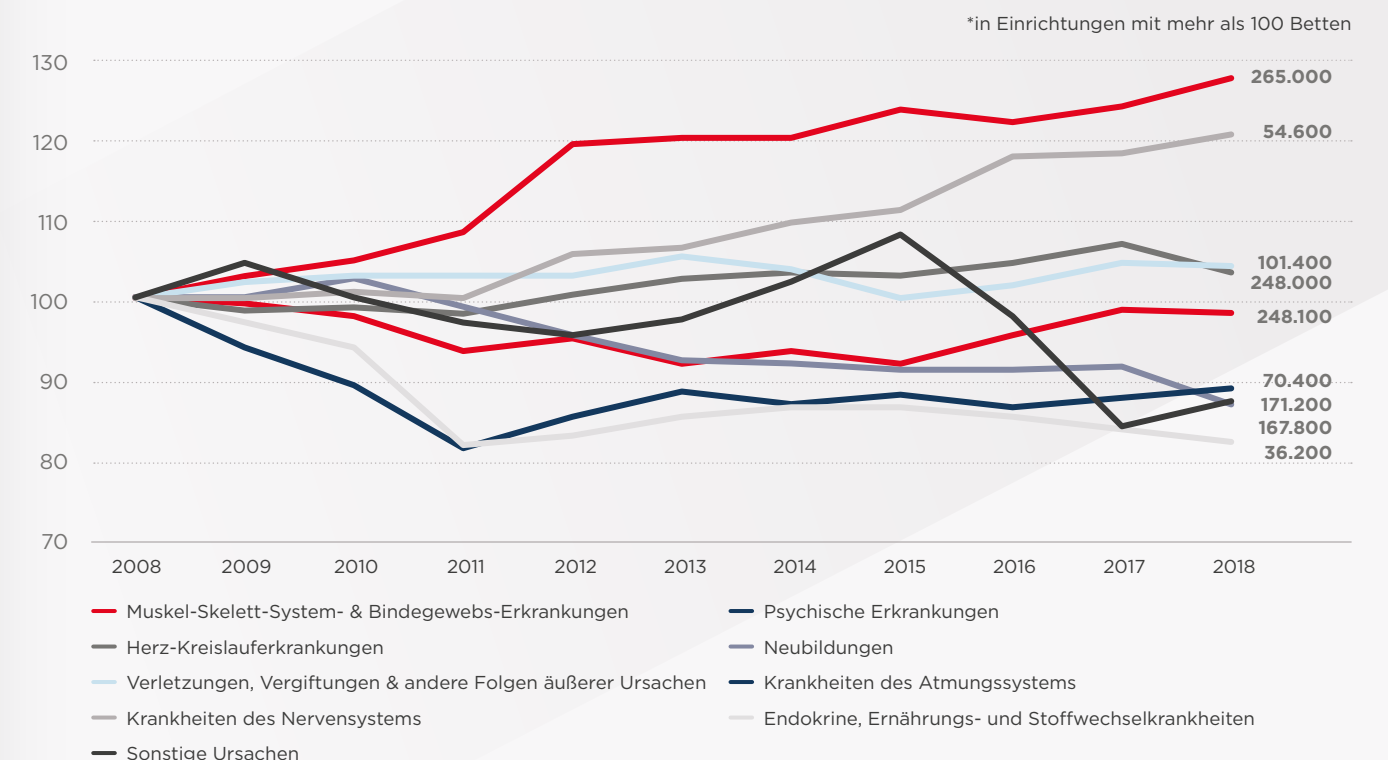
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Cushman & Wakefield, 2020

Muskel-Skelett-Krankheiten – Ursache Nr. 1 für Rehabilitation

Ein Drittel aller Rehabilitationsmaßnahmen haben Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems- & Bindegewebes als Diagnose und stellen seit langer Zeit die Ursache für einen Großteil der stationären Rehabilitationsaufenthalte in Deutschland dar. Nichtsdestotrotz ist der Anteil der zwischen 2008 und 2018 um 2 % gesunken. Die zweit- und dritthäufigste Ursache für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen stellten jene bedingt durch psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen mit einem Anteil von 16 % sowie Herz-Kreislauferkrankungen mit 15 % dar. Während Herz-Kreislauferkrankungen lediglich einen Anstieg von 3 % verzeichneten, ist die Zahl der Rehabilitationsaufenthalte auf Basis von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen um 29 % gestiegen, so stark wie keine andere Indikation

im gleichen Zeitraum. Zwischen 2008 und 2017 konnten nur Rehabilitationsmaßnahmen bedingt durch Verletzungen, Vergiftungen & andere Folgen äußerer Ursachen mit einem Anstieg von 4 % sowie Krankheiten des Nervensystems mit einem Anstieg von 21 % eine positive Fallzahlentwicklung verzeichnen. Den stärksten Rückgang an durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen verzeichneten jene mit Endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten als Diagnose. Der Rückgang zwischen 2008 und 2018 belief sich auf 18 %. Mit einem Rückgang von jeweils 13 % im selben Zeitraum ging auch die Anzahl der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen bedingt durch Neubildungen sowie sonstige Diagnosen stark zurück.

ENTWICKLUNG DER FALLZAHLEN NACH DIAGNOSE (2008=100)*



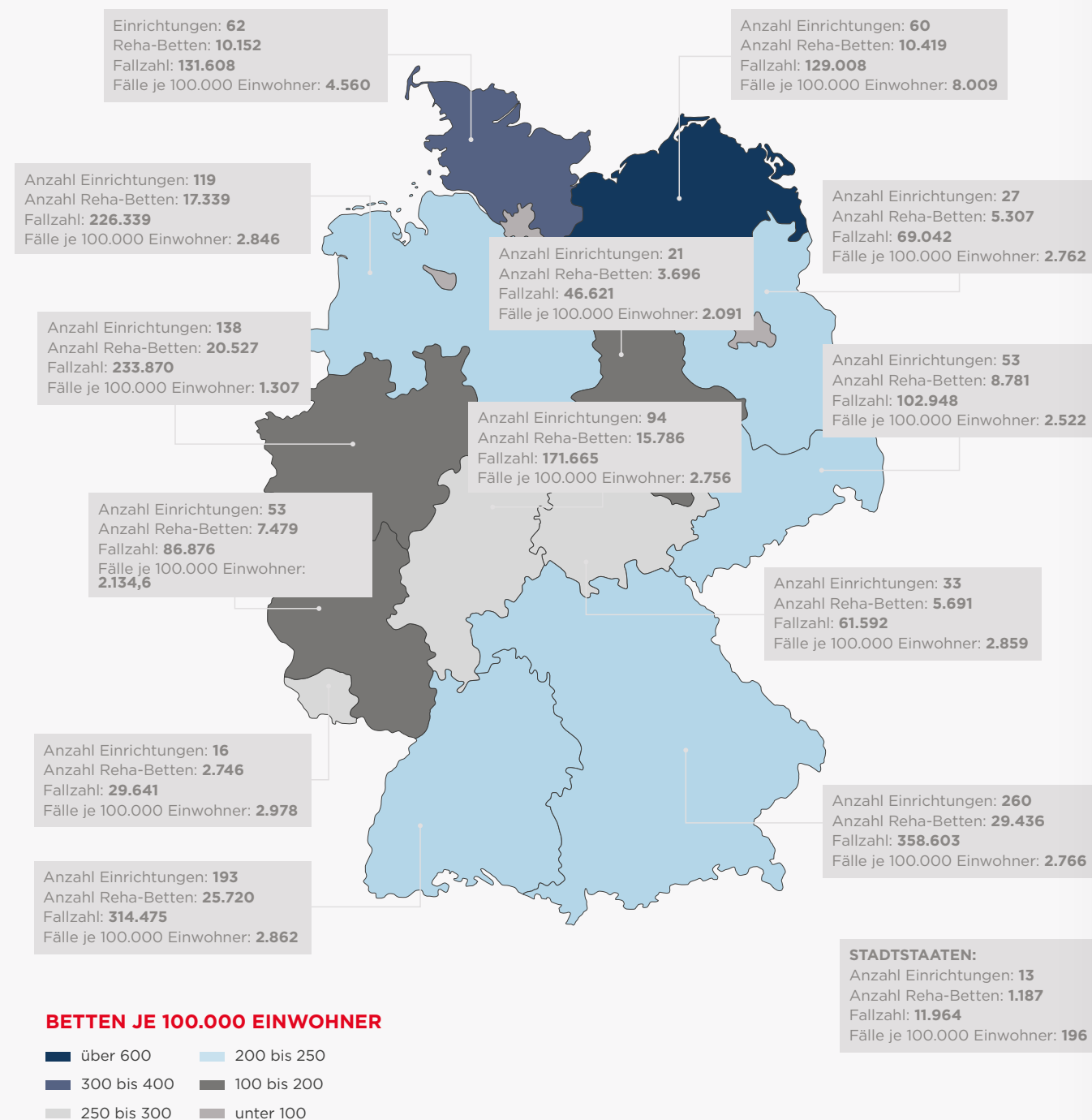
*in Einrichtungen mit mehr als 100 Betten

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Cushman & Wakefield, 2018

REHA-EINRICHTUNGEN

EIN BLICK AUF DIE BUNDESLÄNDER

Rehabilitation in Deutschland 2017



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Cushman & Wakefield, 2020

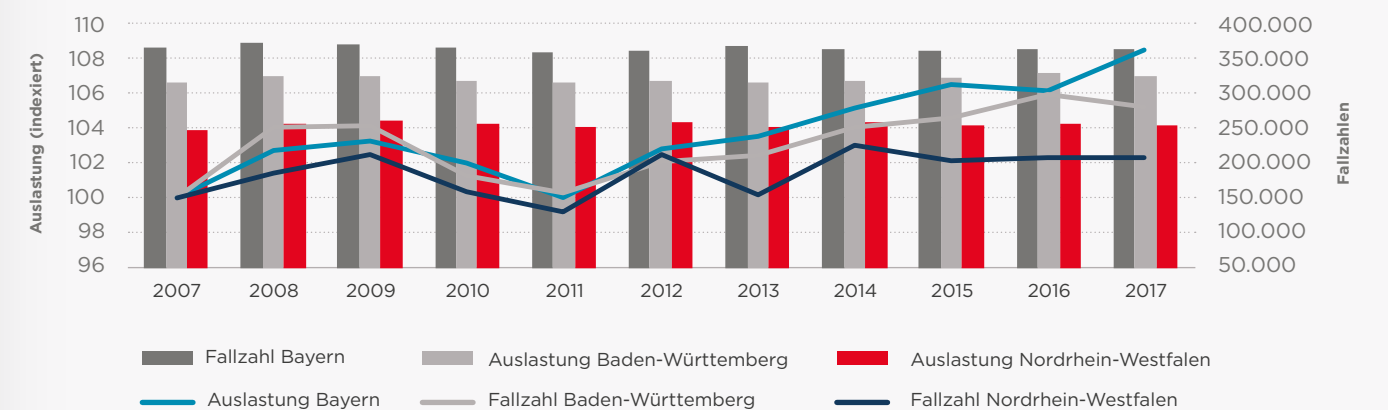
Starkes Ost-West-Gefälle

Bezüglich der Verteilung der Rehabilitationseinrichtungen besteht in Deutschland auch 30 Jahre nach der Wiedervereinigung ein starkes Ost-West-Gefälle. So konnte Mecklenburg-Vorpommern mit 60 Einrichtungen als einziges neues Bundesland im Jahr 2017 mehr als 55 Einrichtungen vorweisen. Hingegen weisen die neuen Bundesländer eine positivere Entwicklung in Bezug auf die Anzahl der Einrichtungen zwischen 2007 und 2017 vor. Während unter den alten Bundesländern lediglich Nordrhein-Westfalen ein geringes Wachstum von 1% in diesem Zeitraum vorweisen konnte, konnten unter den neuen Bundesländern Sachsen sowie Sachsen-Anhalt ein positives Wachstum von 18% beziehungsweise 11% aufweisen. Nicht betrachtet werden hier die Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen, welche zwischen 2007 und 2017 von 3 Einrichtungen auf 13 Einrichtungen gewachsen sind und somit eine positive Entwicklung von 333% verzeichneten.

Die einwohnerstärksten Bundesländer stellen auch gleichzeitig jene mit den meisten Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland dar. Mit 260 Einrichtungen im Jahr 2017 ist der Freistaat Bayern das Bundesland mit den meisten Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland gefolgt von Baden-Württemberg mit 193 und Nordrhein-Westfalen mit 138 Rehabilitationseinrichtungen.

Im Zeitraum zwischen 2007 und 2017 wiesen alle drei Bundesländer eine positive Entwicklung bezüglich der Auslastung auf. Während Bayern den stärksten Anstieg mit 9,7% verzeichnete, stieg die Auslastung in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen um 5,6% und 2,4% an, wobei beide im Jahr 2007 ein höheres Startniveau als Bayern verzeichneten. Während die Fallzahlen in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen um 4,0% und 3,5% anstiegen, sind jene in Bayern im Betrachtungszeitraum um 0,7% zurückgegangen.

ENTWICKLUNG DER AUSLASTUNG UND FALLZAHLEN IN DEN BUNDESLÄNDERN MIT DEN MEISTEN VORSORGE- UND REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Cushman & Wakefield, 2020



REHA-EINRICHTUNGEN

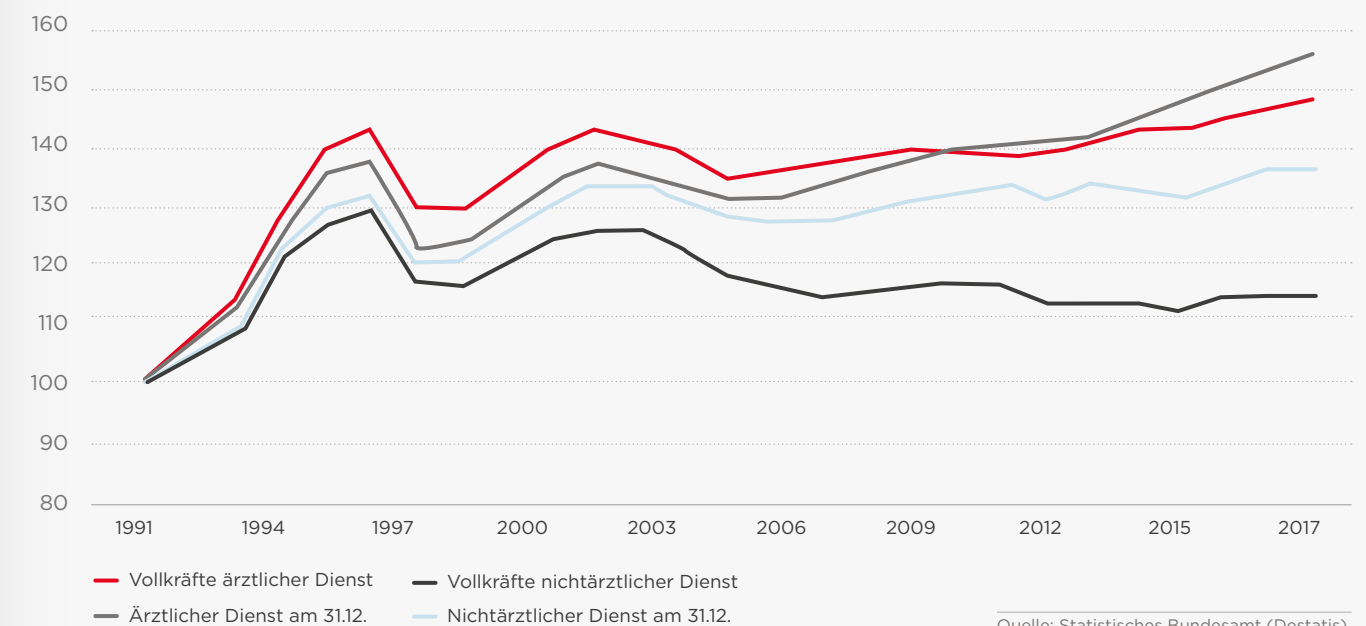
ARBEITSMARKT UND PERSONALSTRUKTUR

Die medizinische Rehabilitation in Deutschland findet immer unter der Leitung eines Facharztes statt, während die Durchführung medizinischer Anwendungen zumeist durch nichtärztliches medizinisches Fachpersonal vollzogen wird. Hierzu gehören unter anderem Physiotherapeuten, Logopäden sowie Ergotherapeuten aber auch Psychologen und Psychotherapeuten sowie Arbeitspädagogen und Gesundheits- und Krankenpfleger.

Die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten ist zwischen 1991 und 1997 stark angestiegen und verzeichnete mit der Verabschiedung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes einen starken Fall, auf den ein erneuter Anstieg des Personals bis Anfang der frühen 2000er Jahre folgte. Hierbei ist auffällig, dass der Anteil der Vollkräfte im ärztlichen Fachpersonals kontinuierlich zugenommen hat, während der Anteil des nichtärztlichen Dienst abgenommen hat. Im Jahr 2017 lag der Anteil des ärztlichen Fachpersonals bei 10%, während der Anteil des nichtärztlichen medizinischen Fachpersonals bei 90% lag. So waren zum Jahresende 2017 122.571 Arbeitskräfte im Bereich Rehabilitation beschäftigt, von denen 10.547 dem ärztlichen Dienst angehörten und 112.024 dem nichtärztlichen Dienst, wovon 1.598 Schüler oder Auszubildende waren.



VORSORGE- ODER REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN (INDEX DER BESCHÄFTIGTEN 1991=100)



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Cushman & Wakefield, 2018

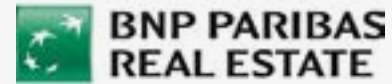
Der Fachkräftemangel braucht Lösungen

Wie auch in anderen sozialen und medizinischen Berufsfeldern stellt der Fachkräftemangel eine der zentralen Herausforderungen in der Rehabilitation dar. Während das Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz lediglich die Einstellung zusätzlichen Pflegepersonals in Krankenhäusern unterstützt, ignoriert jenes hingegen den Pflegekräftemangel in Rehabilitationseinrichtungen. Darüber hinaus führt die in der Rehabilitation geltende Grundlohnrate zu einer niedrigeren Vergütung des Pflegepersonals in Rehabilitationseinrichtungen als in Krankenhäusern und diese damit zu einem unattraktiveren Arbeitgeber macht.



REHA-EINRICHTUNGEN

EXPERTENINTERVIEW – ANNA-LENA HETZEL,
BNP PARIBAS REIM



Anna-Lena Hetzel

Als Transaction Manager bei BNP Paribas REIM Germany verantwortet Anna-Lena Hetzel den Bereich Healthcare. BNP Paribas REIM ist mit einem verwalteten Immobilienvermögen von 31 Milliarden Euro einer der wichtigsten Akteure auf dem europäischen Immobilienmarkt und verzeichnete allein im Jahr 2019 ein Transaktionsvolumen von fünf Milliarden Euro.

Interview

Seit wann beschäftigen Sie sich mit der Assetklasse „Rehakliniken“?

Durch mittlerweile drei Healthcare Fonds, bei welchen Rehakliniken unter anderem im Fokus sind, ist die Assetklasse bereits seit vielen Jahren in unserem Ankaufsprofil zu finden. Anfang 2020 haben wir mit dem Healthcare Property Fund (HPF) Europe den ersten paneuropäischen Healthcare Fonds aufgelegt, sodass wir nun insbesondere im deutschen und österreichischen Markt in Rehakliniken investieren und diese Assetklasse verstärkt prüfen.

Was sind die größten Herausforderungen, denen der Reha-Markt aufgrund des demografischen Wandels und der daraus resultierenden Multimorbidität begegnen muss?

Insbesondere größere Fachkliniken mit Spezialisierung im geriatrischen Bereich oder geriatrische Fachkliniken schaffen hier für die Patienten einen großen Mehrwert. Wenn neben körperlichen Beschwerden, wozu es bei älteren Menschen häufig kommt, auch geistige Erkrankungen hinzukommen, ist es umso wichtiger, dass die jeweiligen Kliniken über Fachpersonal in den jeweiligen Bereichen verfügen und das Zusammenspiel sowie der Austausch zwischen Pflege, Therapie und Reha funktioniert. Insbesondere mit Blick auf die erwähnte Multimorbidität sehen wir daher einen geriatrischen Ansatz als unerlässlich. Gleichzeitig glauben

wir allerdings ebenso an Reha-Konzepte, die neben der Behandlung von älteren Menschen auch junge Erwachsene und Kinder vorsehen, welche beispielsweise nach größeren Operationen und den immer kürzer werdenden Aufenthalten in Krankenhäusern ebenfalls einen erhöhten Bedarf an Reha-Aufenthalten haben.

Was ist für Sie das Besondere an dieser Art von Immobilie als Immobilieninvestor und was macht sie aus Ihrer Sicht attraktiv?

Healthcare-Immobilien im Allgemeinen, also neben Rehakliniken auch Seniorenheime, Einrichtungen für Betreutes Wohnen mit ambulanter Pflege, Tagespflege oder auch Krankenhäuser, sind bereits Spezialimmobilien, welche eine große Spezialisierung auf Seiten aller Beteiligten (Betreiber, Entwickler, Investoren und Berater) bedürfen. Rehakliniken sind innerhalb dieses Bereichs dann nochmals eine weitere Spezialisierung, welche weitere Kompetenzen erfordert.

Kliniken sind derzeit noch nicht in gleichem Maße im Blick der Investoren, sodass wir hier durch entsprechenden Kompetenzaufbau einen Wettbewerbsvorteil sehen, der uns auch dabei hilft, ein diversifiziertes Portfolio für unsere Endanleger aufzubauen. Durch diesen hohen Grad der Spezialisierung lassen sich nach wie vor höhere Renditen erzielen, als es bei vielen anderen Assetklassen der Fall ist. Allerdings findet auch hier langsam eine Annäherung in Richtung der klassischen Pflegeheime statt. Ein weiterer Aspekt ist die soziale Komponente dieser Assetklasse: Healthcare kann für Investoren eine interessante Assetklasse sein, die nicht nur die Portfolio-Diversifikation steigert, sondern zusätzlich soziales Engagement ermöglicht. Da sich die BNP Gruppe bewiesenermaßen sehr bewusst und überzeugt der Nachhaltigkeit und den globalen ESG-Zielen verschrieben hat, entsprechen Investments in diese Nutzungsart auch unserem Selbstverständnis für verantwortungsbewusstes Handeln. Dieses erfolgt entlang streng definierter Kriterien mit viel Vorsicht und Präzision.

Hat sich Ihrer Einschätzung nach die Wahrnehmung einer Rehaklinik als Investmentmöglichkeit in den vergangenen Jahren verändert?

Absolut. Wie bereits erläutert, erfahren Gesundheitsimmobilien eine verstärkte Nachfrage auf Seiten der Investoren. Dadurch wächst auch die Nachfrage nach Rehakliniken als Assetklasse und als gute Investmentmöglichkeit. Gleichzeitig ist das Angebot gering und der Transaktionsmarkt im Allgemeinen sehr klein, wodurch die Nachfrage das Angebot deutlich übersteigt. Insbesondere im vergangenen Jahr war der Markt aus unserer Sicht durch Sale and Lease Back Transaktionen sowie einige kleinere Portfoliobereinigungen geprägt. Abschließend lässt sich also sagen, dass auch Rehakliniken immer weiter in den Fokus erfahrener Investoren rücken und deren Wahrnehmung, als starke Assetklasse zunehmend wächst – ein Trend der aus unserer Sicht auch in den kommenden Monaten ungebrochen weiter anhalten wird und nur durch die geringe Verfügbarkeit an geeigneten Produkten etwas gebremst wird.

Was ist die größte Herausforderung beim Aufbau eines Immobilienbestands in dieser Assetklasse in Deutschland?

Durch den hohen Grad der Spezialisierung dieser Assetklasse bedarf es eines großen Knowhows, welches entweder intern zur Verfügung gestellt werden muss oder durch externe Berater abgedeckt werden sollte. Der Transaktionsmarkt ist sehr klein und diversifiziert und wird beherrscht durch regionale Player, sowohl auf Betreiberseite als auch auf Seiten der Makler. Das erschwert einen strukturierten Ankaufsprozess und in einem in der Regel eher intransparenten Markt. Außerdem erholt sich der Markt noch von den Überkapazitäten im Reha-Bereich, sodass eine detaillierte Prüfung des Konzeptes und des Betreibers unerlässlich ist. Die Professionalisierung der Branche muss also weiter voranschreiten.

Banken öffnen sich dem Markt für Gesundheitsimmobilien zunehmend und sind bereit, Ankäufe in dieser Assetklasse zu finanzieren. Doch auch hier sind Rehakliniken noch nicht auf gleiche Weise anerkannt, wie das beispielsweise bei Pflegeheimen der Fall ist. Das Betreiberisiko wird immer noch als hoch eingeschätzt. Gleichzeitig findet aber auch hier ein Umdenken statt und eine positive Änderung zum Thema Finanzierung von Rehakliniken ist bereits spürbar, insbesondere bei kleineren und spezialisierten Banken.

Wie sieht für Sie eine aus Investorensicht „Bilderbuch“-Rehaklinik aus – was den Mietvertrag, Betreiber, Konzeption sowie die Immobilie aus baulicher Sicht angeht?

Der Mietvertrag sollte eine lange Restlaufzeit von über 12 Jahren aufweisen oder gerne auch neu abgeschlossen sein. Eine an den Verbraucherpreisindex gekoppelte Indexierung mit einer maximal Fünf-Prozent-Hürde ist vorteilhaft. Ausreichend Sicherheiten in Form einer Bankbürgschaft und Patronatserklärung wurden ebenso vereinbart wie eine regelmäßige Reporting Pflicht zu den wichtigsten Kennzahlen des Betriebes.

Der Mieter hat mehrere Objekte im Betrieb, ist keine Zweckgesellschaft (SPV) und wird durch eine starke und renommierte Mutter besichert.

Das spezialisierte Konzept ermöglicht eine überdurchschnittliche Mietabdeckung.

Die Immobilie ist nicht älter als zehn Jahre und wurde für eine Kliniknutzung erbaut. Sie befindet sich in einer stark besiedelten Region mit großem Einzugsgebiet und guter Erreichbarkeit.

Sehen Sie Konsolidierungstendenzen im Betreibermarkt?

Derzeit ist der Betreibermarkt bei Gesundheitsimmobilien im Allgemeinen sehr wenig konsolidiert und häufig sehr kleinteilig, dies gilt entsprechend auch für Rehakliniken. Dennoch sehen wir in den letzten Jahren eine zunehmende Professionalisierung aller Beteiligten im Markt und erwarten diese Entwicklung weiterhin verstärkt – ähnlich der Entwicklung, wie es sie vor einigen Jahren bei Hotelimmobilien gab. Das steigende Interesse auf Seiten der Investoren führt dazu, dass die Mietverträge bei Projektentwicklungen oder bei Neuvermietungen im Bestand so abgeschlossen werden, dass sie den Anforderungen institutioneller Investoren entsprechen. Neben dieser Anforderung an den Mietvertrag selbst sind insbesondere Mietverträge mit bonitätsstarken und etablierten Betreibern gefragt, welche ausreichend Sicherheiten im Falle einer Betreiberinsolvenz gewähren können.

Die bereits begonnene Konsolidierung sehen wir durch die aktuelle Corona-Pandemie noch weiter verstärkt und gehen davon aus, dass sie schneller voranschreitet, als dies in einem normalen Marktumfeld gegebenfalls der Fall gewesen wäre. Für uns als Investor bedeutet das gleichzeitig, dass wir die zugrundeliegenden Konzepte, die Betreiber an sich sowie deren Bonität, die vereinbarten Sicherheiten und operative Performance-Kennzahlen noch stärker prüfen, als dies zuvor ohnehin der Fall war.

Was sind Ihrer Einschätzung nach die größten Herausforderungen, Risiken sowie Chancen, mit denen dieses Segment zukünftig konfrontiert werden könnte?

Viele Kliniken sind eher kleinteilig strukturiert und werden ohne wirkliche Spezialisierung geführt. Sollte es in diesen Punkten nicht zu einem Umdenken kommen, besteht die Gefahr, dass eine Vielzahl der Kliniken langfristig nicht mehr wirtschaftlich zu führen sind. Gleichzeitig führt die demografische Entwicklung und die Zunahme an älteren Menschen in unserer Gesellschaft zu einer erhöhten Nachfrage nach Klinikplätzen. Und diese werden nicht nur durch ältere Menschen belegt, sondern auch für Familien oder jüngere Erwachsene benötigt.

Ein ebenso wichtiger Punkt ist der allgemeine Personalmangel und der Mangel an Fachkräften im Gesundheitsmarkt, der sich entsprechend auch auf Kliniken auswirkt.

Betreiber werden hier vor große Probleme gestellt, einen Betrieb in voller Größe zu bewirtschaften, wenn keine ausreichende Anzahl an Mitarbeitern zur Verfügung steht. Und das in einer Branche mit steigender Nachfrage.

Wo sehen Sie regulatorischen Nachhol- und Anpassungsbedarf?

Der Markt für Rehakliniken ist, im Vergleich zu anderen Gesundheitsimmobilien, wie beispielsweise Pflegeheimen, sehr wenig reguliert. Derzeit gehen wir auch nicht davon aus, dass es hier zu umfassenden Anpassungen von staatlicher Seite kommt. Durch die Pandemie leiden sehr viele Kliniken, was auch nachhaltig Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit der Betriebe und Betreiber haben wird. Daher sehen wir auch kurzfristig nicht, dass es zu Anpassungen kommt, insbesondere wenn es um Anpassung im baulichen Bereich geht – wie es beispielsweise bei Pflegeheimen in Bezug auf die Einzelzimmerquote oder Zimmergrößen der Fall ist. Hier gilt es daher verstärkt, das Betreiberkonzept und die damit einhergehenden baulichen Anforderungen an die Immobilie sowie deren Erfüllung zu prüfen.



Einen Anpassungsbedarf sehen wir eher im Bereich des Personals und dem Mangel an Pflegekräften. Dies gilt allerdings nicht nur für die Rehakliniken, sondern im Allgemeinen für den Gesundheitssektor.

Gibt es besondere Merkmale einer Rehaklinik, auf die Sie insbesondere vom dem Hintergrund der aktuellen Pandemie achten, wenn Sie sich mit einer Akquisition beschäftigen?

Rehakliniken waren und sind durchaus von der aktuellen Corona-Pandemie betroffen, die Auslastung ist in einigen Kliniken deutlich gesunken, da nicht notwendige Eingriffe verschoben wurden. In der aktuellen Situation prüfen wir daher insbesondere Rehakliniken, die auf die Betreuung von Personen spezialisiert sind, die sich einem Notfalleingriff oder einer nicht aufzuschiebenden Operation unterziehen müssen. Bei aktuellen Transaktionen achten wir darauf, dass kein kurzfristiger Ausfall der Mietzahlung zu erwarten ist. Mit bestehenden Mietern werden bei Bedarf entsprechende Regelungen getroffen, die den Betreibern in dieser außergewöhnlichen Zeit wirtschaftlich helfen.

Wir haben bei BNP Paribas REIM inhouse ein Pandemie-Scoring entwickelt, das jedes Investment, egal welcher Nutzungsart, nach den Sektoren Income, Asset und Infrastruktur durchleuchtet. Und neben der Risikoeinschätzung etwaiger Mietzahlungsausfälle prüfen wir dabei insbesondere in der Kategorie Asset, wie sich der alltägliche Betrieb in Pandemie-Zeiten aufrechterhalten lässt. Therapieprogramme fördern in normalen Zeiten engen Kontakt bei hoher Patientendurchmischung, Mahlzeiten werden gemeinschaftlich eingenommen und Patienten kommen aus weit verschiedenen Regionen zusammen – all das sind pandemiebedingt risikobehaftete Situationen, die es gilt, im Objekt zu meistern und die wir uns genau anschauen. Zur erfolgreichen Bewertung in unserem Scoring müssen an dieser Stelle sinnvolle Vorsichts- und Gegenmaßnahmen, also Verhaltensregeln und Hygienemaßnahmen, implementiert sein. Auch digitale Angebote sind ein wichtiger Aspekt.



05

BETREIBER- MARKT

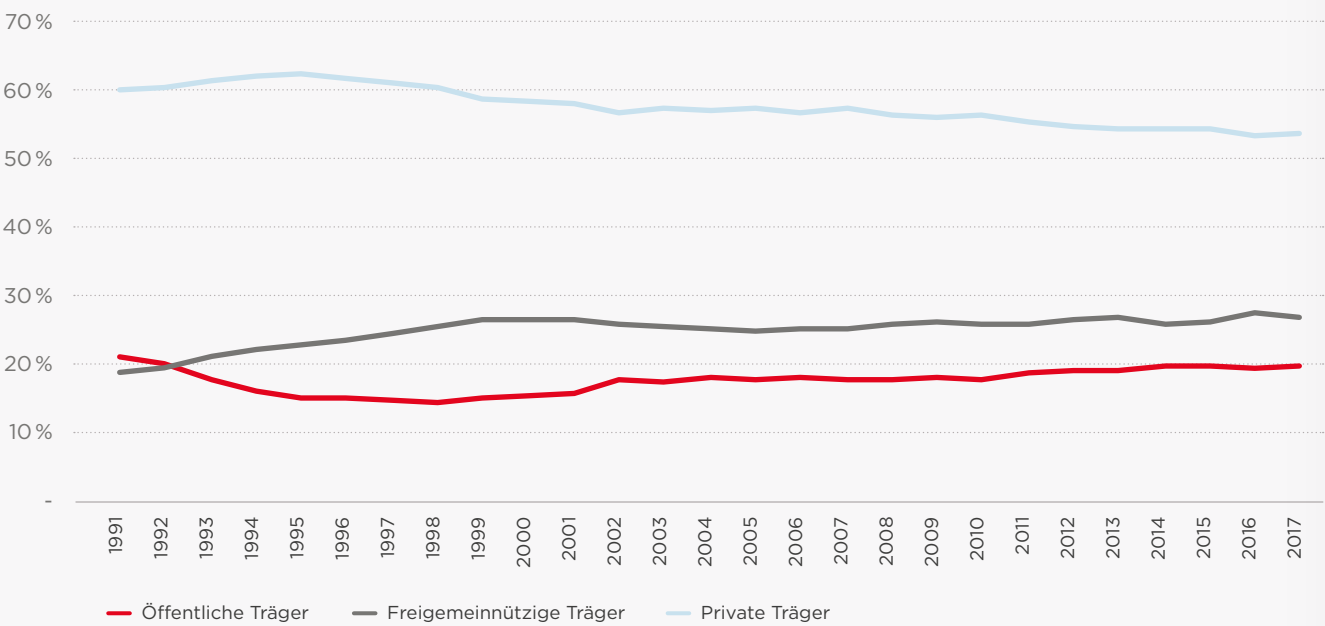
BETREIBERMARKT

STRUKTUREN DES BETREIBERMARKTS



Durch das im Jahr 1997 in Kraft getretene Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz kam es zu einer Umstrukturierung des Marktes, die vor allem zu einem Rückgang der Rehakliniken in privater Trägerschaft führte. So ist die Zahl der Rehakliniken in privater Trägerschaft seit 1994 um 28 % gesunken, nachdem diese zwischen 1991 und 1997 einen Anstieg von 19 % verzeichneten. Nichtsdestotrotz dominieren die privaten Träger die Betreiberlandschaft nach wie vor und machten im Jahr 2017 mit 609 Einrichtungen einen Marktanteil von 53 % aus. Trotz der Marktmacht privater Träger ist mit insgesamt 90 Einrichtungen die Rentenversicherung des Bundes und der Länder, ein öffentlicher Träger, Deutschlands größter Betreiber von Rehakliniken. Insgesamt machen die öffentlichen Träger dennoch nur einen Anteil von 20 % am gesamten Markt aus.

ENTWICKLUNG VORSORGE- UND REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN NACH TRÄGER



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Cushman & Wakefield, 2020

Konsolidierungen in einem kleinteiligen Markt

Trotz der Umstrukturierung des Marktes Ende der 1990er Jahre wird der Bertreibermarkt in Deutschland durch eine stark ausgeprägte Kleinteiligkeit, vor allem unter den privaten Betreibern von Rehabilitationseinrichtungen, charakterisiert. In den letzten Jahren kam es im Bereich der privaten Rehakliniken-Betreiber zu einer wachsenden Zahl von Konsolidierungen. So übernahm Waterland 2014 die Beteiligungen von Advent und Macrol an Median Kliniken,

bevor diese mit dem ebenfalls zu Waterland gehörenden RHM Klinik- und Altenheimbetrieben fusioniert wurde. Später wurden Median Kliniken und die AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft, welche über einen Bestand von 45 Einrichtungen und Ambulanzen verfügte, zusammengeschlossen. In den Folgejahren kam es zu weiteren Übernahmen einzelner Kliniken. Im Jahr 2018 wurde der Geschäftsbereich Reha- und Pflege der Helios vom österreichischen Gesundheitsimmobilienunternehmen Vamed übernommen. Durch die leicht rückläufige Anzahl stationärer Einrichtungen ist der Markt kaum durch Eintritte neuer Betreiber und Bertreiberketten gekennzeichnet, sondern eher durch Fusionen und Ankäufe einzelner Einrichtungen durch größere Betreiberketten. Unterstützt wird der Trend zum Ankauf einzelner Einrichtungen durch die Generationswechsel in inhabergeführten Rehakliniken, für die es oftmals keinen geeigneten und finanziell liquiden Nachfolger gibt.

DIE GRÖSSTEN BETREIBER VON REHAKLINIKEN

RANG	BETREIBER	ANZAHL REHAKLINIKEN
1	Rentenversicherung des Bundes und der Länder	90
2	MEDIAN Unternehmensgruppe B.V. & Co. KG	73
3	Vamed (Deutschland, Österreich, Schweiz & Tschechische Republik)	33
4	MediClin AG	25
5	Asklepios Kliniken GmbH	17

Quelle: Cushman & Wakefield, 2020

BETREIBERMARKT

EXPERTENINTERVIEW – DR. ANDRÉ M. SCHMIDT,
MEDIAN UNTERNEHMENSGRUPPE B.V. & CO. KG



Dr. André M. Schmidt

André M. Schmidt ist seit 2011 Vorsitzender der Geschäftsführung der Klinikgruppe, die heute unter dem Namen MEDIAN Unternehmensgruppe GmbH & Co. KG firmiert. MEDIAN ist der größte private Betreiber von Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland und zählt rund 120 Rehabilitationskliniken, Akutkrankenhäuser, Therapiezentren, Ambulanzen und Wiedereingliederungseinrichtungen.

Interview

Sie sind der größte Betreiber von Rehakliniken in Deutschland. Wie haben sich aus Ihrer Sicht die politisch-regulativen und betrieblichen Rahmenbedingungen sowie die Nachfrageseite in den letzten Jahren verändert? Was hat sich zum Besseren und was hat sich zum Schlechteren verändert?

Die Rehabilitation in Deutschland ist schon seit vielen Jahren sehr stark und die Rahmenbedingungen sind gut. Die Politik hat die Bedeutung der Rehabilitation erkannt.

Durch die Corona-Krise hat die Reha zusätzlich an Bedeutung gewonnen, indem sie drei wichtige Rollen eingenommen hat: erstens als Ort der Nachsorge für Post-Covid-Patienten, zweitens als Unterstützung der Akuthäuser durch die frühzeitige Übernahme von Patienten und drittens durch die Behandlung von Sucht- und Psychosomatik-Patienten, deren Krankheitsbilder sich als Folge von Pandemie und Lockdown verstärkt haben.

Insofern war und ist die Rehabilitation in der Krise noch gefragter als zuvor. Auch bei finanzieller Unterstützung seitens der Politik werden wir jetzt nicht mehr vergessen.

Was sich geändert hat, ist die zunehmende Digitalisierung der Rehabilitation, die für uns bereits in den vergangenen drei Jahren eines der wichtigsten Themen war. Die Corona-Krise hat auch für diese Entwicklung als Katalysator gewirkt.

In zunehmendem Maße werden digitale Tools genutzt – und zwar sowohl bei den Therapien in den Kliniken als auch bei der Nachsorge im Anschluss an den Reha-Aufenthalt. Hierdurch lässt sich der Rehabilitationserfolg noch nachhaltiger sichern.

Auch diese Entwicklung hat die Rolle der Reha in den vergangenen Jahren weiter gestärkt. Dabei ist mir wichtig, zu betonen: Wir wollen keine Therapeuten ersetzen, sondern Apps und andere Tools sollen genutzt werden, um die Patienten noch besser und nachhaltiger zu behandeln und auf den Weg zurück in ein gesundes Leben zu bringen. In den Kliniken lernen sie das nötige Know-how hierfür, durch die digitale Nachsorge wird das Gelernte im Alltag angewendet. Die Rolle der Kliniken wird dadurch sogar noch gestärkt und Brüche in der Versorgungskette vermieden. Digitale Angebote wie DERENA sichern auch nach der Reha weiter die Unterstützung der Patienten und

ermöglichen eine Kontrolle ihrer Fortschritte, so dass ambulante Leistungen teilweise sogar substituiert werden (können).

Die MEDIAN Kliniken als Gruppe bieten ein breites Spektrum an Indikationen zur Behandlung an. Welche Indikationen (Behandlungsschwerpunkte) haben Ihrer Meinung nach in den kommenden Jahren das größte Wachstumspotential und welche werden eine geringere Rolle spielen?

Die vier klassischen Schwerpunktindikationen sind die Neurologie, die Anschlussheilbehandlungen in den Bereichen Orthopädie und Kardiologie, die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen und die Psychosomatik. Die beiden letzteren haben dabei das größte Wachstumspotential.

Doch im Grunde wachsen auch jenseits dieser Behandlungsbereiche alle weiteren Indikationen, etwa die Onkologie, die Innere Medizin oder die Kinder- und Jugend-Reha. In allen Bereichen ist die Notwendigkeit von Nachsorge zur Unterstützung des Genesungsprozesses und von Prävention groß, um die Chronifizierung von Erkrankungen zu verhindern – und die Reha leistet eben beides, weil sie Patienten auch das Handwerkszeug für ein gesundes Leben nach dem Klinikaufenthalt mit auf den Weg gibt.

Wie wird die moderne Rehaklinik der Zukunft in Bezug auf Therapiemöglichkeiten und Behandlungen, geographische Lage sowie bauliche Voraussetzungen aussehen?

Vor zehn, 15 Jahren gab es die Diskussion, ob Reha-Einrichtungen geographisch nicht am besten direkt an Krankenhäuser angegliedert werden sollten. So geschieht dies aktuell zum Beispiel auch in der Schweiz. Der Gedanke ist aus Sicht der Anschlussheilbehandlung nicht verkehrt, denn so lässt sich der Behandlungspfad aus der Akutklinik direkt in die Reha nahtlos fortsetzen. Die Idee fußte auf dem Konzept einer Optimierung der Logistik, der Vermeidung der Fahrtkosten und einer Reduktion der Verweildauer in Akutkrankenhäusern.

Mit Blick auf die Rolle der Rehabilitation greift dieser Ansatz aber aus mehreren Gründen zu kurz und entspringt eher der Welt der Akutmedizin. Lediglich 40 Prozent unserer Patienten kommen direkt aus dem Krankenhaus in die Rehabilitation, 60 Prozent treten ihre Reha im sogenannten Heilverfahren von Zuhause aus an, unabhängig von einem Aufenthalt in einer Akutklinik. Hinzu kommt, dass die Lage vieler Rehakliniken in schöner Umgebung den Genesungseffekt nachhaltig stärkt; die Menschen kommen raus aus ihrem Alltag.

Ein weiterer Punkt ist der dramatische Anstieg der Immobilienpreise in den großen Städten. Der Bau und Betrieb einer Rehaklinik im städtischen Bereich wäre angesichts der aktuellen Pflegesätze überhaupt nicht realisierbar. Das erleben wir beispielhaft bei den ambulanten Reha-Einrichtungen.

Hinzu kommt: Räumliche Nähe bedeutet nicht automatisch zeitliche Nähe. Wer in einer größeren Stadt lebt, der weiß, dass die Fahrten innerhalb des Stadtgebiets ebenfalls extrem viel Zeit und noch dazu Nerven kosten. Auch hier kann man gut und gerne zwei Stunden täglich unterwegs zu seiner Reha sein, was nicht gerade der Erholung dient.

Schließlich wird auch die Digitalisierung wie eingangs beschrieben dazu beitragen, dass die ländlichen Klinik-Standorte mit kurzen Wegen wieder an Bedeutung gewinnen. So verlagert sich die stationäre Rehabilitation in wohlthuender Umgebung nahtlos in die ortsungebundene digitale Nachsorge.

Inwieweit spielt das Thema Komfort und Zusatzdienstleistungen beim Betrieb einer Rehaklinik eine Rolle?

Das ist durchaus ein Thema, aber nur ein untergeordnetes. Anders als im Akutbereich, wo Privatpatienten eine größere Rolle spielen, kommt der überwiegende Teil der Reha-Patienten über die Deutsche Rentenversicherung (DRV) zu uns. Bei der Rentenversicherung als Kostenträger sind Zusatzleistungen ausdrücklich verboten. Zusatzleistungen, die vormerklich für Privatpatienten oder Zusatzversicherte Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung relevant sind, haben daher per se keine so hohe Bedeutung in unseren Kliniken und Einrichtungen.

Trotzdem ist das Thema nicht zu unterschätzen. Mit unserem MEDIAN premium Angebot stellen wir uns auf diese Zielgruppe ein und machen Patienten, die bereit sind, für ihre Rehabilitation auch aus eigener Tasche mehr zu bezahlen, an ausgewählten Standorten entsprechende Angebote mit erhöhtem Komfort. Dies spielt natürlich nur in einzelnen Indikationen eine Rolle, insbesondere bei Anschlussheilbehandlungen (AHB), weit weniger dagegen in der Suchtrehabilitation oder der Neurologie, wo der Aufwand – etwa für die Beatmung von Patienten – so enorm ist, dass die Unterscheidung Privat- oder Kassenpatient für die Immobilie gar keinen Unterschied macht.

Im Pflegemarkt gilt der politisch motivierte Ansatz „ambulant vor stationär“. Sehen Sie auch im Markt für Rehabilitationsleistungen vergleichbare Entwicklungen?

Dieser Ansatz gilt im Grunde für das gesamte Gesundheitswesen seit über 25 Jahren. Der ambulante Bereich wächst auch stärker als der stationäre, allerdings auf einem gesamtanteilmäßig niedrigen Niveau. Einen wesentlichen Unterschied gibt es jedoch: Die ambulante Pflege kommt zu den Menschen, während in der Rehabilitation der Mensch in die ambulante Einrichtung kommen muss. Auch hier sehe ich daher die Digitalisierung als wichtigen Treiber an. Im Zuge der demografischen Entwicklung werden die Patienten immer älter und multimorbider, kommen also mit mehreren, teils schweren Erkrankungen zu uns. Die immer bessere digitale Nachsorge gibt uns die Möglichkeit, sie verstärkt auch Zuhause weiter zu therapieren und dadurch die ambulante Rehabilitation nach und nach zu ersetzen.

Wie wirkt sich der Fachkräftemangel im Bereich Rehabilitation auf Ihr Unternehmen aus? Spüren Sie hier geographische Unterschiede und wie gehen Sie diese Thematik an?

Auch in der Rehabilitation spüren wir den Fachkräftemangel, vornehmlich aber in der Pflege – dem Bereich, der auch politisch am meisten diskutiert wird. Im ärztlichen, therapeutischen und psychologischen Dienst erleben wir dagegen keinen dramatischen Mangel an qualifizierten Kräften und bekommen alle offenen Stellen besetzt, auch wenn es manchmal ein wenig länger dauert.

Beim Werben um Pflegekräfte kommt uns zugute, dass die Rehabilitation bessere Arbeitsbedingungen bietet als zum Beispiel Akutkrankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen, etwa familienfreundliche Dienste

und weniger Zeitdruck. Auch den engeren Bezug zu den Patienten, die ja in der Regel mehrere Wochen bei uns bleiben, schätzen viele Kolleginnen und Kollegen. Schließlich profitieren wir als Arbeitgeber davon, dass in Deutschland beispielsweise die Hälfte aller Psychologen in Rehakliniken ausgebildet wird.

Eine Ausnahme gibt es allerdings: In dem pflegerisch sehr anspruchsvollen Bereich der neurologischen Frührehabilitation und der akutmedizinischen Versorgung herrscht ein großer Mangel an Intensiv-Pflegekräften. Hier könnten wir deutlich mehr Beatmungs- und Weaning-Betten anbieten, wenn wir mehr qualifiziertes Personal hätten.

Was sind die größten Herausforderungen für den Rehakliniken-Markt?

Den eben angesprochene Fachkräftemangel in der Akut-Neurologie sehe ich als große Herausforderung. Ebenso die Transformation hin zu digitalen Rehabilitationsleistungen. Dieser Prozess wird sowohl die Sozialversicherungsträger entlasten, da die Versorgung kostengünstiger geleistet werden kann, als auch Vorteile für die Patienten bieten, weil die Behandlungsqualität steigt und wir einen durchgängigen Behandlungspfad ermöglichen können. Damit dieser Wandel zum Nutzen aller gelingt, muss er aber unbedingt wissenschaftlich und politisch begleitet werden.

In vielen Branchen wirkt die Corona-Pandemie wie ein Beschleuniger für Veränderungen. Welchen Einfluss hat die Pandemie auf den Betrieb einer Rehaklinik?

Einen immensen Einfluss, insbesondere mit Blick auf die gestiegenen Anforderungen im Bereich Hygiene und die gesamten Abläufe in den Kliniken und Einrichtungen. Bereits zu Beginn der Pandemie haben wir unsere ohnehin hohen Hygienestandards noch einmal verstärkt und ein umfassendes Hygienekonzept ausgearbeitet. Als wichtigste Einzelmaßnahme wird jeder neu aufgenommene Patient mittels PCR-Test auf das Vorliegen einer Infektion untersucht, zunächst isoliert und startet erst nach einem negativen Ergebnis in seine Rehabilitation. Ergänzt wird dieses Testkonzept seit Oktober um regelmäßige präventive Antigen-Tests bei Patienten und Mitarbeitern.

Behandlungen und Therapiesitzungen finden, wo immer möglich, einzeln oder in Kleinstgruppen statt. Das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes ist in allen öffentlichen Klinikbereichen Pflicht. Es gelten Schutzabstände und besondere Regelungen für gemeinsam genutzte Bereiche wie die Restaurants und es wird auf regelmäßiges, ausgiebiges Lüften geachtet. Seit Mai gilt darüber hinaus ein umfassendes Besuchsverbot – um nur die wichtigsten Schutzmaßnahmen zu nennen.

Trotz allem hat MEDIAN gezeigt, dass wir unsere Qualitätspunkte auch unter Corona und mit hoher Belegung halten konnten; das unterscheidet uns deutlich von unseren Wettbewerbern.

Unsere Analysen für 2020 zeigen, dass wir Patienten auch unter hohen Schutzvorkehrungen und strengen Hygienestandards ein umfassendes therapeutisches Angebot zur Verfügung stellen konnten und weiterhin können.

Auch das Thema Digitalisierung haben wir Pandemiebedingt noch stärker vorangetrieben, um unseren Patienten mithilfe digitaler Tools Therapien auch ohne persönlichen Kontakt anbieten zu können.

Schließlich ist die Rolle der Reha innerhalb des Gesundheitswesens gestärkt worden und die politische Anerkennung noch einmal gestiegen. Ein Beispiel aus Mecklenburg-Vorpommern macht das deutlich: Während wir dort von der Landesregierung zunächst noch mit Hotelbetrieben und Butterfahrten in einen Topf geworfen und unseren Patienten die Einreise verweigert wurde, werden unsere Kliniken nun in der zweiten Pandemie-Welle vom Gesundheitsministerium aufgefordert, den Akutkrankenhäusern als Hilfskliniken zur Seite zu stehen und Patienten abzunehmen. Die politischen Verantwortlichen haben also verstanden.

Was sind aus Ihrer Sicht die entscheidenden Faktoren eine erfolgreiche von einer weniger erfolgreichen Einrichtung zu unterscheiden?

Erfolgreiche Einrichtungen sind voll belegt und erreichen 100 Qualitätspunkte bei der Qualitätsprüfung der Deutschen Rentenversicherung. Erfolg bemisst sich darüber hinaus an einer hohen Patientenzufriedenheit. Hier bestätigen die Patienten im Rahmen eines Fragebogens selbst, dass sie ihre Reha-Ziele erreicht haben. Alle diese Parameter tracken wir bei MEDIAN kontinuierlich mit Hilfe der Analysen unseres Business Intelligence Tools (BI) für Qualitätskennzahlen, in dem alle Leistungsdaten unserer Kliniken für entlassene Patienten täglich zusammenlaufen.

Geben Sie uns doch einen kleinen Einblick in Ihre Erfolgsgeschichte. Wie schaffen sie es, MEDIAN Kliniken als Marktführer in Deutschland zu etablieren?

Für uns ist Rehabilitation kein „Business“. Selbstverständlich möchten wir Geld verdienen. Als Betreiber von Kliniken und Einrichtungen der Wiedereingliederung sehen wir uns jedoch vielmehr als ein Dienstleister mit medizinischer Verantwortung für unsere Patienten – und aufgrund unseres Marktanteils auch mit einer relevanten Verpflichtung gegenüber dem Gesundheitssystem.

MEDIAN verfolgt eine klare Qualitätsstrategie und stellt die eigenen Leistungen immer wieder kritisch auf den Prüfstand. Mit dieser internen Qualitätskontrolle ergänzen wir externe Prüfungen, insbesondere durch die DRV. Unsere Qualität ist objektiv messbar, das unterscheidet uns von vielen unserer Wettbewerber. Auch und gerade in der Krise haben wir diese Qualitätsmessung kontinuierlich weiterbetrieben, denn hier und jetzt muss ein erfolgreiches Rehabilitationsunternehmen seine Leistungsfähigkeit – trotz der herausfordernden Rahmenbedingungen – unter Beweis stellen.

Mit dieser Qualitätsstrategie werden wir auch in Zukunft unsere Belegung hoch halten, und das macht MEDIAN erfolgreich. Das geht aber nur mit einer gemeinsamen Vision, die das gesamte Unternehmen teilt und lebt: Alle unsere rund 120 Kliniken und Einrichtungen profitieren voneinander, da sie sich aneinander orientieren, miteinander vergleichen und voneinander lernen können.



06

REHAKLINIKEN ALS ASSETKLASSE

REHAKLINIKEN ALS ASSETKLASSE

IMMOBILIENSTRUKTUR UND BEVORZUGTE LAGEN

Wie eingangs näher beschrieben, erfuhr die stationäre Rehabilitation in Deutschland von Ende der 1980er bis Mitte der 1990er Jahre ihre Hochkonjunktur. Um den Bedarf an stationären Rehabilitationsplätzen zu decken, wurden in diesem Zeitraum zahlreiche Rehakliniken errichtet, von denen viele noch heute im Betrieb sind. Mit der Einführung der restriktiveren Vergabe von Rehabilitationsmaßnahmen Mitte der 1990er Jahre ging auch die Bauaktivität im Bereich Rehakliniken zurück. Dies hat zu einer verhältnismäßig alten Bausubstanz der Rehakliniken-Landschaft geführt; so sind viele der derzeit betriebenen Einrichtungen 35 Jahre und älter. Dies resultiert einerseits in hohen Investitionen in Sanierungsmaßnahmen zum Erhalt der Bausubstanz, andererseits in eine bessere Ausstattung der Rehakliniken, um die Konkurrenzfähigkeit zu erhalten und zu verbessern. Vor allem für eigenständige, inhabergeführte Rehakliniken ist es oftmals schwer, die benötigten Investitionen aufzubringen.

Bauliche Anforderungen

Die baulichen Anforderungen an Rehakliniken werden von der Deutschen Rentenversicherung festgelegt, deren Ausstattungsmerkmale können je nach Behandlungsschwerpunkt der Einrichtungen abweichen. So müssen Rehakliniken beispielsweise je nach Behandlungsschwerpunkt über Ausbildungs-, Funktionsräume wie Lehrküchen, Bewegungsräume und -bäder, Räume für Einzelgespräche und Einzelanwendungen sowie Räumlichkeiten für Gruppenaktivitäten verfügen. Unabhängig vom Behandlungsschwerpunkt der Einrichtungen muss die Barrierefreiheit laut Behindertengleichstellungsgesetz (§ 4 BGG) in jeder Rehaklinik uneingeschränkt sichergestellt sein, damit Menschen mit Behinderung alle baulichen Einrichtungen sowie sonstige Anlagen und Systeme vollständig nutzen können.

Das Klima muss stimmen

Rehakliniken befinden sich oftmals in landschaftlich reizvollen sowie ländlichen Regionen bei einem gleichzeitigen Mangel von Rehabilitationseinrichtungen in den Ballungszentren. Zudem gibt es eine erhöhte Rehakliniken-Dichte in Regionen mit Reizklima, welche vor allem bei Erkrankungen der Atemwege und der Haut als Heilungsfaktor gelten. Zu diesen Regionen zählen vor allem die Seebäder der Nord- und Ostsee sowie Luftkurorte in den Gebirgen. Aufgrund des durchschnittlichen Baualters der Einrichtungen ist außerdem ein Unterschied zwischen den alten und den neuen Bundesländern bezüglich der Anzahl der Rehakliniken ersichtlich. Eine Ausnahme bildet das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern aufgrund des Reizklimas an der Ostseeküste.

REHAKLINIKEN ALS ASSETKLASSE

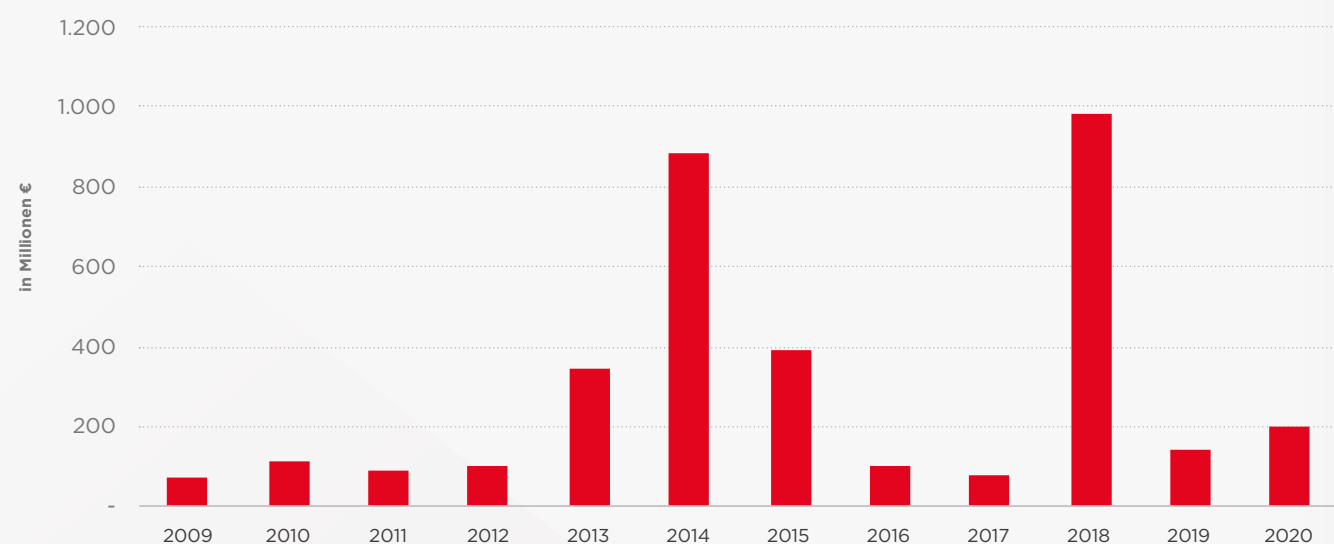
MIET- UND INVESTMENTMARKT



Rehakliniken werden, wie bereits beschrieben, durch Betreiber in privater, öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft geführt. Diese Betreiber halten die Immobilien entweder im eigenen Bestand oder schließen einen Generalpachtvertrag mit dem Eigentümer der Rehabilitationseinrichtung ab. Genau wie bei anderen Gesundheitsimmobilien ist ein solcher

Generalpachtvertrag in den meisten Fällen, häufig anhand des VPI, wertgesichert und strukturiert die Instandhaltung und Instandsetzung als double oder triple net. Die Generalpachtverträge werden aufgrund des Planungshorizonts langfristig abgeschlossen, was einen relativ sicheren und langfristigen Cashflow für den Eigentümer der Immobilie gewährleistet.

ENTWICKLUNG TRANSAKTIONSVOLUMEN REHAKLINIKEN



Quelle: Cushman & Wakefield, 2021

Signifikant mehr Nachfrage als Angebot

Rehakliniktransaktionen haben in den letzten Jahren ein steigendes Interesse genossen, während sich das Transaktionsvolumen gleichzeitig dynamisch entwickelt hat. Nichtsdestotrotz ist die Assetklasse weniger etabliert als andere im Gesundheitssegment, wie beispielsweise Pflegeimmobilien, wobei beide neben dem durch den demografischen Wandel bedingten Nachfragezuwachs auch ökonomische Gemeinsamkeiten aufweisen. Die dynamische Entwicklung des Transaktionsvolumens ist auf eine schwankende Produktverfügbarkeit zurückzuführen. Die Nachfrage nach dieser Assetklasse übersteigt das Angebot signifikant. Es ist zu erwarten, dass vor allem Kliniken, deren Behandlungsschwerpunkt in den letzten Jahren einen starken Zuwachs an Patienten verzeichneten, eine zunehmende Beliebtheit bei Investoren genießen werden. Hierzu gehören indikationsspezifische Kliniken im Bereich Psychosomatik, Orthopädie sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Onkologie.

Nettoanfangsrenditen sind bei solchen Betreiberimmobilien von der Lage, der Gebäudequalität, den Eckpunkten des Generalpachtvertrags und von der Bonität des Betreibers sowie der Zukunftsfähigkeit des Behandlungskonzepts abhängig und rangieren bei Core Investment Opportunitäten zwischen 4,3% und 4,8%.

Es ist davon auszugehen, dass auch in Zukunft ein Großteil der Rehabilitationsmaßnahmen stationär vollzogen werden. Dies hat eine Vielzahl von Gründen. So ist bei einer stationären Behandlung die Bündelung verschiedener Behandlungsformen sehr einfach möglich, ohne dass der Patient zwischen verschiedenen Standorten und seinem Wohnsitz täglich pendeln muss. Zudem sind Gruppenanwendungen ohne die Berücksichtigung der persönlichen Verpflichtungen der Patienten für alle Teilnehmer gut durchführbar und vor allem bei der Behandlung psychosomatischer Erkrankungen ist eine Therapie fernab des eigenen Wohnsitzes oftmals erfolgsversprechender. Außerdem benötigen vor allem Patienten mit Erkrankungen der Lunge und der Atemwege oftmals einen Aufenthalt in einer Reizklima-Zone, um den gewünschten Behandlungserfolg zu erzielen.

Wie in vielen Bereichen hat die Corona-Pandemie auch Auswirkungen auf die Rehabilitation in Deutschland. So sind stationäre Rehabilitationsaufenthalte nach wie vor möglich, finden aber unter strengen Hygienemaßnahmen statt. Zudem zögern vor allem Patienten mit Erkrankungen der Lunge und der Atemwege Rehabilitationsaufenthalte anzutreten, um einer möglichen Infektion vorzubeugen. Experten weisen jedoch darauf hin, dass die Ansteckungsgefahr in einer Rehabilitationseinrichtung mit Hygienekonzept keineswegs höher ist als am Heimatort. Wie so viele Bereiche des täglichen Lebens hat sich auch die Rehabilitation an das „neue Normal“ anpassen müssen.



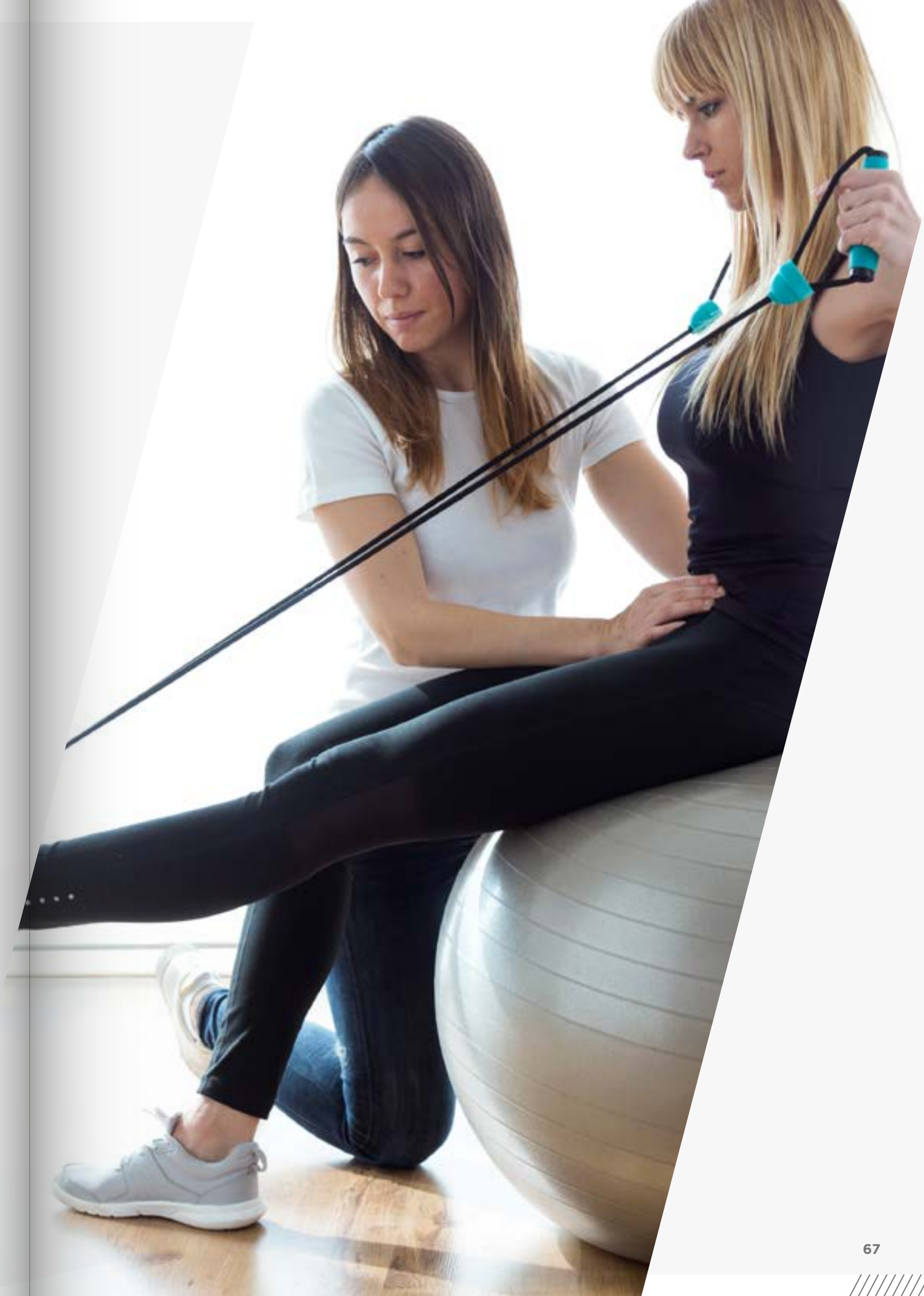


07

QUELLEN- VERZEICHNIS

QUELLENVERZEICHNIS

- Betanet (2020), Medizinische Rehabilitation, <https://www.betanet.de/medizinische-rehabilitation.html>
- Björnberg, A. P., & Phang, A. Y. (2018). Euro Health Consumer Index. Health Consumer Powerhouse Ltd.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017), Reha-Budget, <https://www.bmas.de/DE/Themen/Rente/Gesetzliche-Rentenversicherung/reha-budget-art.html>
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2019). Von Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/B15-Altersgruppen-Bevoelkerung-1871-Vorausberechnung.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (2018), Vorsorge und Rehabilitation, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/rehabilitation.html#c7309>
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, SGB IX
- Deutsche Rentenversicherung (2020), Allgemeine medizinische Reha, <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Medizinische-Reha/Allgemeine-med-Reha/allgemeine-med-reha.html>
- Deutsche Rentenversicherung (2020), Chronik: Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung in Hessen, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Hessen/DE/Ueber-uns/Unternehmensprofil/Geschichte/chronik_rehabilitation.html;jsessionid=0C5230693DD9BD3B42E4231EB5E1D0A3.delivery1-3-replication
- Diehl: Rehabilitation: Neue Rechtsvorschriften, Berlin 1997
- Eurostat (2020), Healthcare expenditure statistics, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics#Healthcare_expenditure
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (2020), Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=2039::Krankenhaus
- GVK Spitzenverband (2020), Informationen zur medizinischen Rehabilitation, https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/medizinische_rehabilitation/reha_infos_1.jsp
- Mittag, O., Welti, F. (2017), Medizinische Rehabilitation im europäischen Vergleich und Auswirkungen des europäischen Rechts auf die deutsche Rehabilitation, Berlin, Heidelberg: Springer Verlag
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020), Durchschnittliche Lebenserwartung (Periodensterbetafel):
- Deutschland, Jahre, Geschlecht, Vollendetes Alter, <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=12621-0002&zeitscheiben=16&sachmerkmal=ALT577&sachschlüssel=ALTVOLL000,ALTVOLL020,ALTVOLL040,ALTVOLL060,ALTVOLL065,ALTVOLL080#abreadcrumb>
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020), Vollstationäre Patientinnen und Patienten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Einrichtungen mit mehr als 100 Betten), <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Vorsorgeeinrichtungen-Rehabilitationseinrichtungen/Tabellen/diagnosekapitel-geschlecht-vorsorge-reha.html>
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020), Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Vorsorgeeinrichtungen-Rehabilitationseinrichtungen/_inhalt.html





08

KONTAKTE & HAFTUNGS- AUSSCHLUSS



KONTAKT

UND HAFTUNGSAUSSCHLUSS

Jan-Bastian Knod

ASSOCIATE
INVESTMENT ADVISORY

+49 (0) 69 50 60 73 261
jan-bastian.knod@cushwake.com

Simon Jeschioro

INTERNATIONAL PARTNER
HEAD OF INVESTMENT ADVISORY

+49 (0) 69 50 60 73 260
simon.jeschioro@cushwake.com

Marie Stammer

CONSULTANT
INVESTMENT ADVISORY

+49 (0) 49 69 50 60 73 265
marie.stammer@cushwake.com

Diese Informationen („Informationen“) sind ausschließlich für den Empfänger bestimmt und wurden in gutem Glauben aus öffentlichen und anderen, auch externen Quellen erstellt. C & W (U.K.) LLP German Branch (C&W) hat die von Dritten bereitgestellten Informationen nicht überprüft und übernimmt keine Verantwortung für deren Richtigkeit und Vollständigkeit. C&W übernimmt keine Haftung für die Verluste einer anderen Partei, die nicht der beabsichtigte Adressat der Information ist und sich dennoch auf diese Informationen verlässt. Obwohl alle zumutbaren Vorkehrungen getroffen wurden, um die Richtigkeit der Informationen zu gewährleisten, sind Änderungen und Bestätigungen vorbehalten. C&W übernimmt keine Haftung für Schäden, die aus Informationen entstehen, die von Dritten stammen und die einer Überprüfung bedürfen. Kein Mitarbeiter von C&W hat die Befugnis eine Zusicherung oder Garantie abzugeben, die in irgendeiner Weise in Bezug zu den Informationen steht. Einzelne Änderungen bleiben ausdrücklich vorbehalten. Zahlenangaben sind auch dort, wo nicht ausdrücklich gekennzeichnet, als Circa-Angaben zu verstehen, für deren Richtigkeit keine Gewähr übernommen wird. Zur Vervielfältigung dieser Informationen, sowohl in Teilen als auch im Ganzen, ist zuvor die schriftliche Zustimmung einzuholen.

© 2021 C & W (U.K.) LLP German Branch. Alle Rechte vorbehalten.