

REHAKLINIKEN

WE MAKE A DIFFERENCE



CUSHMAN &
WAKEFIELD

REPORT 2024

**REHAKLINIKEN IN DEUTSCHLAND:
HINTERGRÜNDE, RISIKEN UND CHANCEN
DER ASSETKLASSE**

Mit neuen Daten, Insights
und Experteninterviews

REHAKLINIKEN

////

DER DEMOGRAFISCHE WANDEL UND
DIE STEIGENDE MULTIMORBIDITÄT IN
DEUTSCHLAND GARANTIEREN EINE
ANHALTENDE NACHFRAGE NACH
REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN.
LANGFRISTIG GESICHERTE CASHFLOWS
MIT BONITÄTSSTARKEN BETREIBERN
SIND OPPORTUNITÄTEN, DIE INVESTOREN
AN DER ASSETKLASSE ZUNEHMEND
SCHÄTZEN.

////

JAN-BASTIAN KNOD

Head of Residential Investment Germany
Head of Healthcare Advisory

INHALT

Vorwort	05
Medizinische Rehabilitation auf einen Blick	06
Marktumfeld	10
Rehabilitationseinrichtungen	24
Exkurs: Krankenhausfinanzierungsreform	40
Betreibermarkt	42
Rehakliniken als Assetklasse	46
Expertenstimmen aus dem Markt	50
Ausblick	58

LIFE IS WHAT WE MAKE IT

**CUSHMAN &
WAKEFIELD**

VORWORT

Die Reha-Immobilie erfreut sich dank stabiler Belegungsquoten, sicherer Cashflows durch langfristige Mietverträge und attraktiver Renditen großer Beliebtheit im Anlegerportfolio. Gleichzeitig birgt die Betreiberbindung der Assetklasse auch Herausforderungen, die durch Fragmentierung und zahlreiche kleinere Privatbetriebe in eigenen Immobilien verstärkt werden. Derzeit stellen veränderte Finanzierungsstrukturen, steigende Energiekosten, verschärfte Qualitätsstandards und Fachkräftemangel insbesondere kleine Betreiber vor finanzielle Schwierigkeiten. Eine eingehende Analyse der Betreiberqualität und -wirtschaftlichkeit vor dem Hintergrund aktueller und künftiger gesellschaftlicher Entwicklungen ist daher von entscheidender Bedeutung.

In den letzten 30 Jahren durchlief die deutsche Rehakliniken-Landschaft einen umfassenden Strukturwandel. Gesetzliche Änderungen in den 1990er-Jahren führten dazu, dass Ansprüche auf stationäre Rehabilitationsaufenthalte erschwert, die Leistungsdauer verkürzt und der Abstand zwischen zwei Maßnahmen erhöht wurden. Zudem stieg die Patientenbeteiligung an den Kosten um fast 50 Prozent und Arbeitgeber konnten nun Urlaubstage für Rehabilitationsaufenthalte anrechnen. Doch die gewachsene Nachfrage aufgrund des demografischen Wandels und höheren Renteneintrittsalters hat die Branche wieder gefestigt. Auch nach den Pandemie Jahren 2020 und 2021 haben sich Einrichtungs- und Patientenzahlen in 2022 stabilisiert und die Auslastung ist kontinuierlich gestiegen.

Der Investmentmarkt war in den vergangenen Jahren durch eine extrem hohe Nachfrage bei geringem Produktangebot geprägt, bei Nettoanfangsrenditen zwischen 5,5 und 6 Prozent. Der mittelfristige Rückblick zeigt eine starke Volatilität im Transaktionsvolumen, bedingt durch schwankende Produktverfügbarkeit. Derzeit hemmt das schwierige Finanzierungsumfeld M&A-Aktivitäten. Trotz des aktuell leicht rückläufigen Transaktionsgeschehens bleiben Reha-Immobilien dank der anhaltend hohen Nachfrage dennoch eine attraktive Anlage für institutionelle Investoren, die langfristige und stabile Erträge mit Indexierung suchen.

Was bewegt den deutschen Markt für Reha-Immobilien aktuell besonders und welche Chancen und Risiken ergeben sich daraus? In dieser Neuauflage unseres Reports von 2021 erwarten Sie fundiertes Hintergrundwissen, angereichert mit aktualisierten Zahlen und neuesten Entwicklungen sowie Informationen zur geplanten Krankenhausfinanzierungsreform. Experteninterviews mit Oliver Spiewak, Head of Transaction Management Healthcare bei Primonial REIM, und Thomas Otto, Head of Acquisitions Commercial DACH bei PATRIZIA Deutschland GmbH, gewähren zudem exklusive Brancheneinblicke aus erster Hand: Primonial REIM ist als führender Investor im deutschen Gesundheitsbereich bekannt, während die weltweit agierende PATRIZIA SE AG seit 39 Jahren in Immobilien und Infrastruktur investiert.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen.

Jan-Bastian Knod

Head of Residential Investment Germany
Head of Healthcare Advisory

MEDIZINISCHE REHABILITATION AUF EINEN BLICK

DIE HEUTIGE MEDIZIN
SETZT AUF
PRÄVENTION.

Die medizinische Rehabilitation zielt auf die körperliche und psychische Gesundheitserhaltung, Alltagsbewältigung, Prävention und Pflegevermeidung ab. Die Behandlungen können ambulant, stationär oder teilstationär erfolgen und je nach Bedarf und Gesundheitszustand in der Dauer variieren. Die Kostenübernahme erfolgt durch verschiedene Träger und hängt vom Ziel und der Ursache ab: Renten- und Unfallversicherung decken Arbeitsfähigkeitswiederherstellung und Berufsunfälle, während Krankenkassen präventive Maßnahmen unterstützen. Die Leistungen werden von unterschiedlichen Einrichtungen angeboten, darunter öffentliche, gemeinnützige und private Organisationen.

Was ist medizinische Rehabilitation?

Umgangssprachlich oft als „Kur“ oder „Reha“ bezeichnet, ist die medizinische Rehabilitation ein komplexes Konstrukt aus verschiedenen Behandlungsfeldern, Behandlungsformen und Kostenträgern. Ihr Ziel ist die Erhaltung oder Besserung des individuellen Gesundheitszustands, das Meistern eines selbständigen Lebensalltags, die Vorbeugung einer absehbaren Erkrankung und die Vermeidung einer Pflegebedürftigkeit. Die Therapieformen der medizinischen Rehabilitation umfassen ein breites Spektrum an Maßnahmen, die auf die spezifischen Krankheitsbilder 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 sowie zur Vorbeugung von Folgeerkrankungen stark an Bedeutung gewonnen.

Ambulant bis stationär: Formen der Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation kann in vielen verschiedenen Formen erfolgen, die sich nach der Schwere der Erkrankung und den Lebensumständen der Betroffenen richten. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation besuchen die Patienten für bestimmte Anwendungen ein Therapiezentrum. Ist der Patient dazu gesundheitlich nicht in der Lage, können die Maßnahmen auch durch ein mobiles Reha-Team in den eigenen vier Wänden vorgenommen werden. Bei einer stationären Rehabilitation wohnt der Patient zeitweise in der Rehabilitationseinrichtung und erfährt eine 24-Stunden-Versorgung. Teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen sehen zumeist vor, dass sich der Patient an den Wochenenden und abends im eigenen Zuhause aufhält und sich nur zu den Therapiezeiten in der wohnortnahen Rehabilitationseinrichtung befindet.

Die Dauer der Maßnahmen variiert

Auch die Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen kann variieren, abhängig vom Krankheitsbild und dem Alter der Patienten. Im Allgemeinen werden für erwachsene und jugendliche Patienten ab 14 Jahren stationäre Behandlungen auf drei Wochen und ambulante Behandlungen auf 20 Tage festgelegt, wobei die Rehabilitationsmaßnahmen bei medizinischer Notwendigkeit verlängert werden können. Zwischen zwei aufeinanderfolgenden Maßnahmen sollte normalerweise eine Wartezeit von vier bis sechs Wochen liegen.



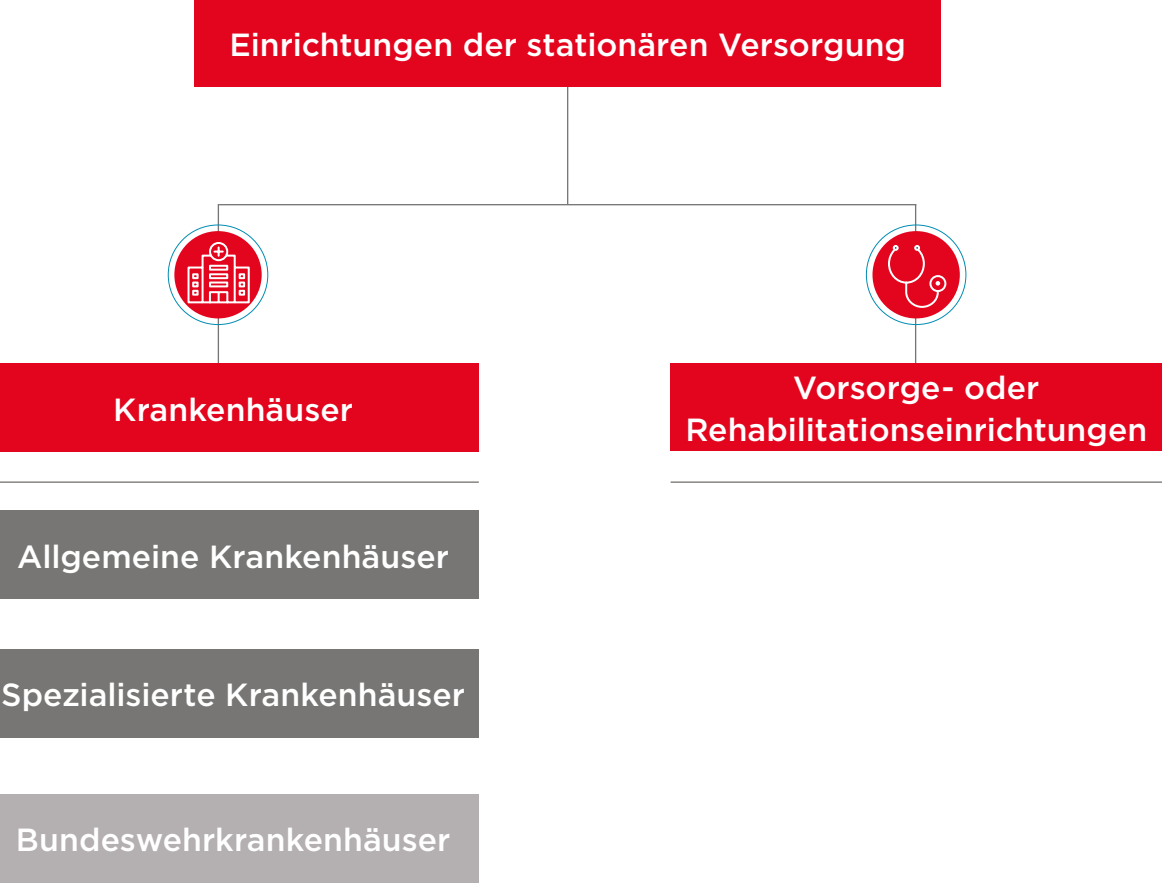
MEDIZINISCHE REHABILITATION AUF EINEN BLICK

Kostenträger: Wer zahlt für die Rehabilitation?

Die Kostenübernahme für medizinische Rehabilitationsleistungen ist vom Ziel der Maßnahme sowie der Ursache der Erkrankung abhängig und kann durch unterschiedliche Träger erfolgen. So werden bei Rehabilitationen mit dem Ziel der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit die Kosten von der Rentenversicherung getragen, während bei Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen die Unfallversicherung als Kostenträger eintritt. Im Falle von Rehabilitationen zur Vorbeugung einer dauerhaften Behinderung oder Gewöhnung an die Folgen einer Erkrankung werden die Kosten von den Krankenkassen getragen.

Strukturierung von Reha-Einrichtungen

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zählen als Einrichtungen der stationären Versorgung und werden nach § 2 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) als Krankenhäuser gewertet. Gemäß § 111 des Sozialgesetzbuchs (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.



MARKTUMFELD

DIE BEDEUTUNG VON REHABILITATION IN DEUTSCHLAND WÄCHST MIT DEM ALTER DER BEVÖLKERUNG.

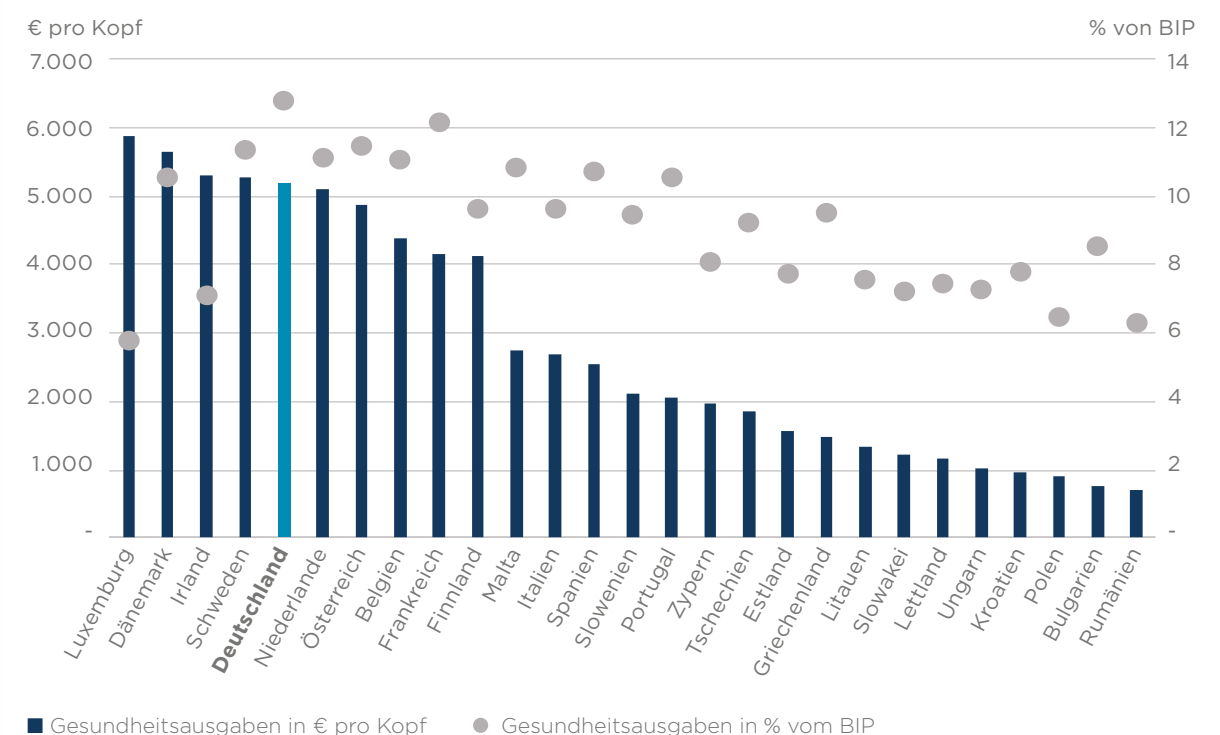
Die medizinische Rehabilitation in Deutschland gewinnt aufgrund der älter werdenden Bevölkerung in Deutschland zunehmend an Bedeutung. Dies zeigt sich unter anderem in einem signifikanten Anstieg der Krankheitstage und der Gesundheitsausgaben. Das deutsche Gesundheitssystem gilt dank seiner medizinischen Erstversorgung und seines Fokus auf präventive und rehabilitative Maßnahmen als erstklassig und wurde während der COVID-19-Pandemie weltweit als belastbar anerkannt. Dennoch zeigen sich Schwierigkeiten angesichts der wachsenden Schere zwischen Beitragszahlern und Pro-Kopf-Ausgaben, die eine Anpassung der Finanzierungsstruktur unabdinglich machen: Ohne mehr Effizienz in der medizinischen Versorgung drohen erhebliche Kostensteigerungen für künftige Beitragszahler.

Rehabilitation in Deutschland im europäischen Kontext: Hohe Ausgaben, hohe Qualität

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 und 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 zurückzuführen und zum anderen auf das überdurchschnittlich hohe BIP, das diese Ausgaben ermöglicht.

Als Resultat ist es Deutschland gelungen, ein 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 ein starker Rückgang der kardiovaskulären Erkrankungen zu verzeichnen und die durchschnittliche Lebenserwartung der 2020/2022 Geborenen lag mit 78,3 Jahren für Männer und 83,2 Jahren für Frauen leicht über dem europäischen Durchschnitt von 77,2 Jahren für Männer und 82,9 Jahren für Frauen. Diese Entwicklung zeigt einen positiven Trend auf – vor fünf Jahren hatten deutsche Bürger im Vergleich zum europäischen Schnitt noch eine leicht unterdurchschnittliche Lebenserwartung.

Gesundheitsausgaben 2020 im europäischen Vergleich



■ Gesundheitsausgaben in € pro Kopf ● Gesundheitsausgaben in % vom BIP

Quelle: Eurostat, Cushman & Wakefield, 2023

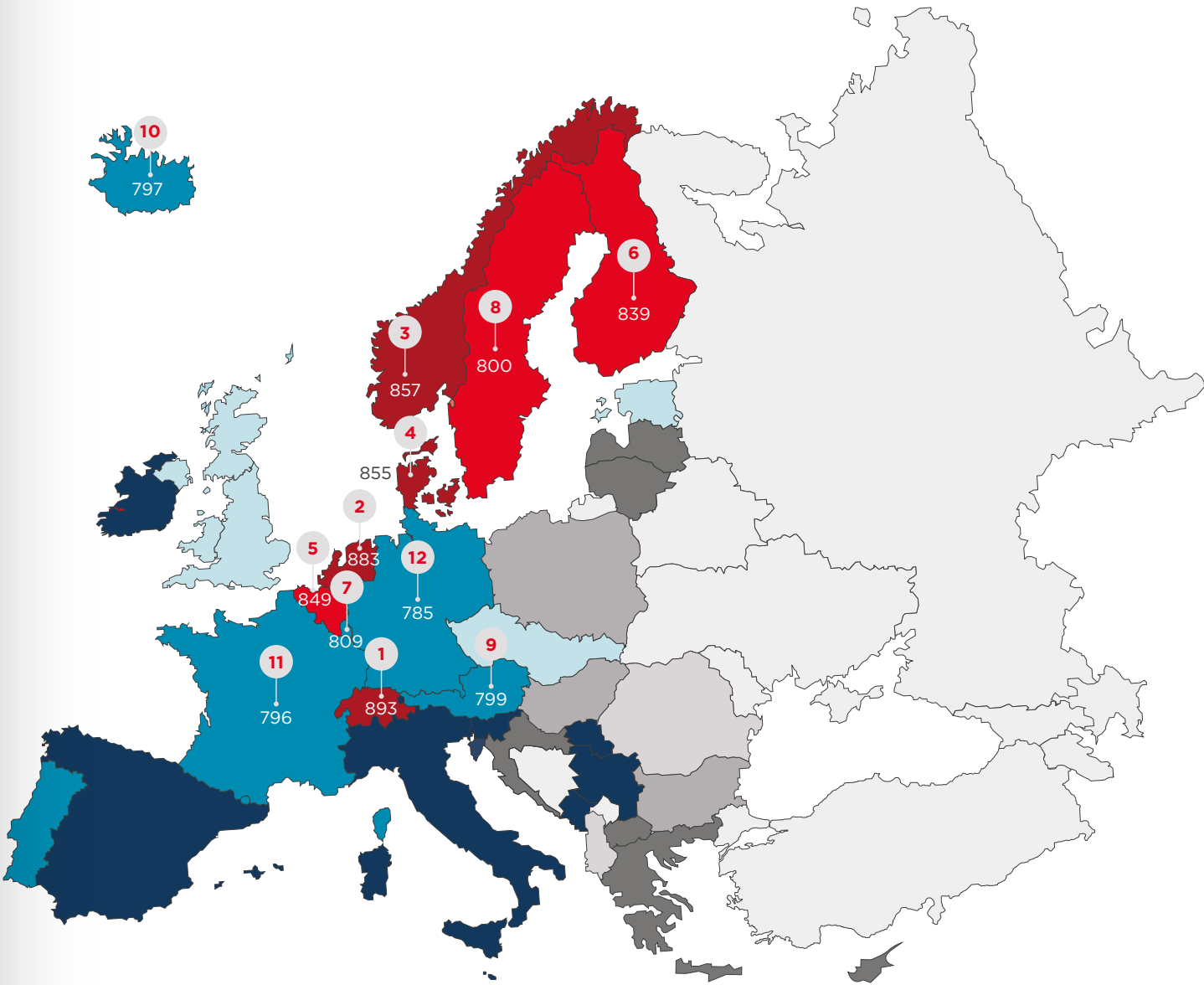
DEUTSCHLAND IM EUROPÄISCHEN VERGLEICH

Euro Health Consumer Index 2018: Deutschland im Ranking auf Platz 12 von 35

Der Euro Health Consumer Index (EHCI) von Health Consumer Powerhouse, eine der renommiertesten öffentlichen Vergleichsindikatoren nationaler Gesundheitssysteme, vergleicht die Gesundheitssysteme von 35 europäischen Ländern nach sechs verschiedenen Kriterien. Trotz der quantitativ stärksten Parameter der medizinischen Versorgung ordnet der EHCI von 2018 Deutschland nicht auf den Spitzenplätzen innerhalb Europas ein, sondern auf Platz 12.

LAND	PLATZ	PATIENTEN- RECHTE & INFORMATIONEN max. 125	WARTEZEIT BEHAND- LUNGEN max. 220	ERGEBNIS- BEREIT- STELLUNG max. 300	ERREICHBARKEIT VON SERVICE- LEISTUNGEN max. 125	PRÄVEN- TION max. 125	ARZNEI- MITTEL max. 100	GESAMT- PUNKT- ZAHL max. 900
 Schweiz	1	113	225	278	99	95	83	893
 Niederlande	2	125	175	256	125	113	89	883
 Norwegen	3	125	138	278	120	119	78	857
 Dänemark	4	121	175	267	120	95	78	855
 Belgien	5	104	213	244	115	101	72	849
 Finnland	6	113	150	278	120	101	78	839
 Luxemburg	7	100	188	244	109	95	72	809
 Schweden	8	117	113	267	125	101	78	800
 Österreich	9	108	175	244	104	89	78	799
 Island	10	121	188	222	104	107	56	797
 Frankreich	11	104	188	233	104	83	83	796
 Deutschland	12	104	163	244	83	101	89	785

Quelle: Bjönberg, Phang, Cushman & Wakefield, 2018



Quelle: Bjönberg, Phang, Cushman & Wakefield, 2018

Den ersten Platz im europäischen Raum belegt die Schweiz, die sich besonders mit der kurzen Wartezeit für Behandlungen einen exzellenten Ruf verschafft hat. Bei der Erreichbarkeit der Service-stellen sowie der Prävention von Krankheiten macht den skandinavischen Ländern Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden kaum ein anderes Land Konkurrenz. Während Deutschland bei Patientenrechten und der Informationstran-sparenz vergleichsweise weit hinten liegt, erreicht es bei der Bereitstellung, Kostenübernahme und Aktualität von Arzneimitteln gemeinsam mit den Niederlanden Platz eins.

EUROPÄISCHE LÄNDER NACH EHCI-PUNKTZAHL IN 2018

- 850-900
- 800-850
- 750-800
- 700-750
- 650-700
- 600-650
- 550-600
- 500-550

DEUTSCHLAND IM EUROPÄISCHEN VERGLEICH



Besonderheiten der medizinischen Rehabilitation in Deutschland

Trotz zunehmender Annäherung prägen historisch gewachsene Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern die Sozial- und Gesundheitssysteme in Europa. Dies gilt auch für die medizinische Rehabilitation, die in Deutschland starke Ähnlichkeit zum österreichischen System aufweist. Hierzu zählen die Behandlung in vorwiegend stationären Einrichtungen, die begrenzte Rehabilitationsdauer von drei Wochen sowie die strikte Trennung der Kostenträger in Renten-, Kranken-,

Unfallversicherung und andere. Auch 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 zählen zu den Besonderheiten innerhalb Europas.



Ein Blick auf die Unterschiede innerhalb Europas

Im Gegensatz zu Deutschland werden in Finnland medizinische Rehabilitationsmaßnahmen überwiegend in den rund 230 kommunalen Gesundheitszentren durchgeführt, die auch die medizinische Grundversorgung des Landes sicherstellen. Ein geringer Anteil wird in stationären Kliniken geleistet, welche immer in privater Trägerschaft sind. 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. Anders als in Deutschland wird in Großbritannien zudem nicht auf interdisziplinäre Behandlungsteams unter ärztlicher Leitung gesetzt, sondern meist leiten Pflegekräfte die Rehabilitationsmaßnahmen.

Ähnlich wie in Deutschland wird Rehabilitation in Frankreich oft stationär durchgeführt, wobei separate Rehabilitationsabteilungen an Akutkrankenhäusern angegliedert sind. In ganz Frankreich verfügen etwa 40 Prozent der Akutkrankenhäuser über eine Rehabilitationsmöglichkeit. Die Schweiz unterscheidet rechtlich nicht zwischen Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken. Bei der Einweisung eines Patienten in eine Rehaklinik wird somit keine weitere Überweisung oder Genehmigung durch ein Krankenhaus benötigt. Zudem ist die Vergütung der Leistungsgeber nicht reglementiert. In den Niederlanden steht zumeist die Vermeidung oder Revision einer Erwerbsminderung im Vordergrund der medizinischen Rehabilitation. So wird ein Großteil der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen durch Arbeitsmediziner verschrieben.

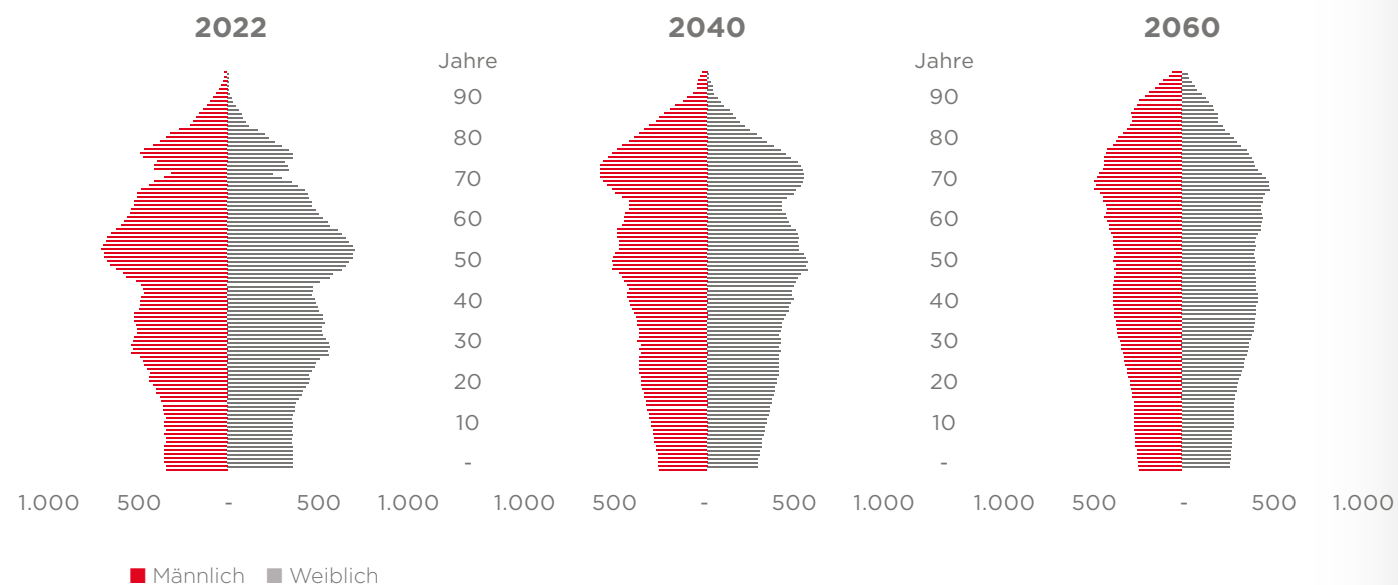


DEMOGRAFISCHER WANDEL ALS KOSTENTREIBER

Der Versorgungsbedarf in Deutschland steigt

Als ambulante Versorgung wird die Behandlung durch einen Arzt in einer niedergelassenen Praxis, in der Ambulanz eines Krankenhauses oder einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung verstanden. Die stationäre Behandlung definiert sich darüber, dass der Patient mindestens eine Nacht in einer Klinik aufgenommen, gepflegt und behandelt wird. Deutschland befindet sich seit vielen Jahren sowohl in einem demografischen als auch medizinisch-therapeutischen Wandel: Die immer älter werdende Bevölkerung braucht einen höheren Umfang an Pflege, Rehabilitation sowie ärztlicher Behandlung und trifft zugleich auf immense Fortschritte in der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung.

Veränderung der Altersstruktur in Deutschland



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Cushman & Wakefield, 2023

Wachsende Generation 60+ erfordert Strukturwandel

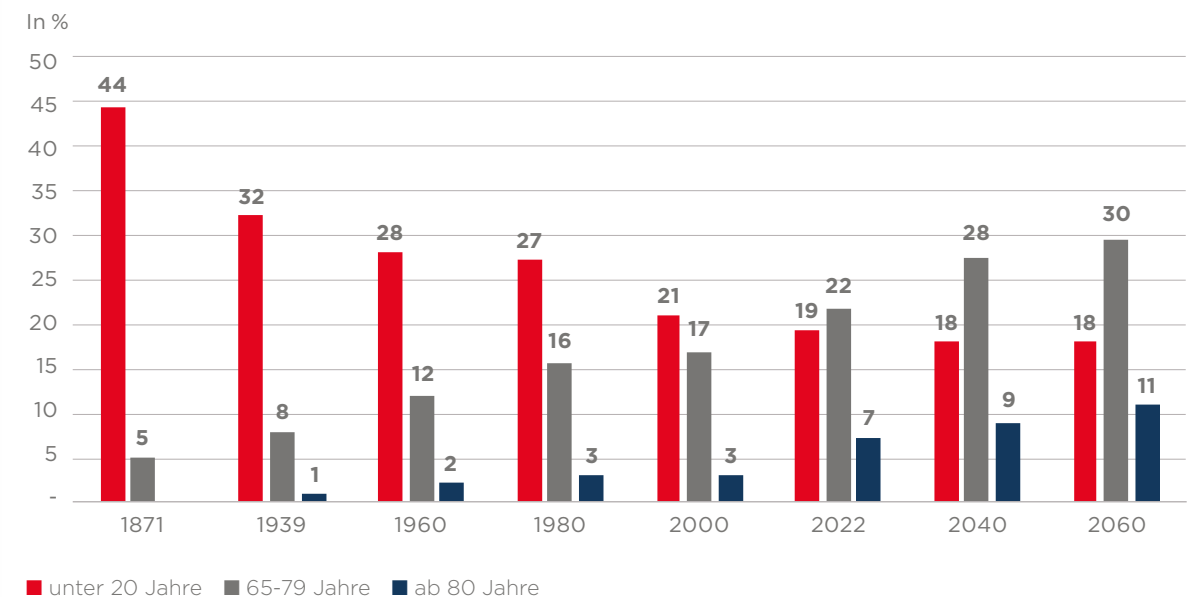
Die Lebenserwartung in Deutschland steigt kontinuierlich, auch wenn sie aufgrund der COVID-19-Pandemie zuletzt leicht gesunken ist. Das Statistische Bundesamt prognostiziert, dass bei einem moderaten Anstieg die Lebenserwartung bis 2070 voraussichtlich bei 88,2 Jahren für Frauen und bei 84,6 Jahren für Männer liegen wird. Gleichzeitig stellt der wachsende Anteil der Altersgruppe 60+ eine massive Herausforderung für das deutsche Gesundheitssystem dar. Bereits heute gehören mehr als 25 Prozent der

Bundesbürger dieser Altersgruppe an, was etwa 20 Millionen Menschen entspricht. Angesichts zunehmender Multimorbidität im Alter, bei der mehrere chronische Krankheiten den Gesundheitszustand nachhaltig beeinträchtigen und eine kontinuierliche Behandlung erfordern, gewinnen Altenpflege und medizinische Rehabilitation zunehmend an Bedeutung und stehen vor einem unausweichlichen Strukturwandel.

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 in die Gesundheitsversorgung investiert, was einem Anteil von 11,5 Prozent am Bruttoinlandsprodukt entspricht. Dieser Wert stieg in 2018 um 4,4 Prozent auf 390,6 Milliarden Euro. Arbeitnehmer und Arbeitgeber finanzierten 2018 durch

Sozialversicherungsbeiträge knapp die Hälfte aller Gesundheitsausgaben. Von 2018 bis 2022 stiegen die Gesundheitsausgaben um weitere 27 Prozent auf über 498 Milliarden Euro. 54 Prozent davon wurden durch die gesetzliche Krankenkasse getragen, 8 Prozent durch die privaten Krankenkassen. Der Anteil der Ausgaben am BIP betrug 2022 12,9 Prozent und ging somit um 0,3 Prozent im Vergleich zu 2021 zurück.

Altersgruppen: Entwicklung und Prognose 1871 bis 2060

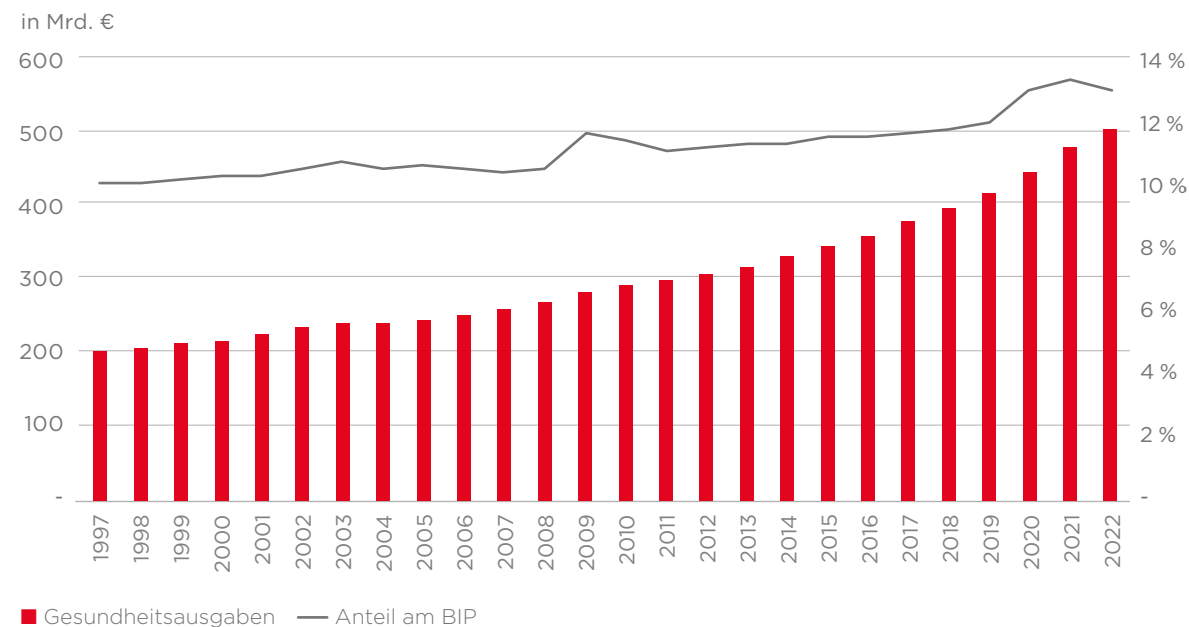


Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Cushman & Wakefield, 2023



DEMOGRAFISCHER WANDEL ALS KOSTENTREIBER

Gesundheitsausgaben und Anteil am BIP



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Cushman & Wakefield, 2023

Umlagesystem am Limit: Reformen werden für eine Kostenbremse unabdingbar

Das wachsende Ungleichgewicht von Beitragszahlern und Pro-Kopf-Ausgaben erfordert eine Anpassung der Kostenträgerlandschaft sowie mehr Effizienz in der medizinischen Versorgung. Das derzeitige Umlageverfahren der gesetzlichen Krankenkassen steht einer erheblichen Erhöhung der Kosten für künftige Beitragszahler zur Finanzierung der Gesundheitsleistungen für eine alternde Bevölkerung gegenüber.

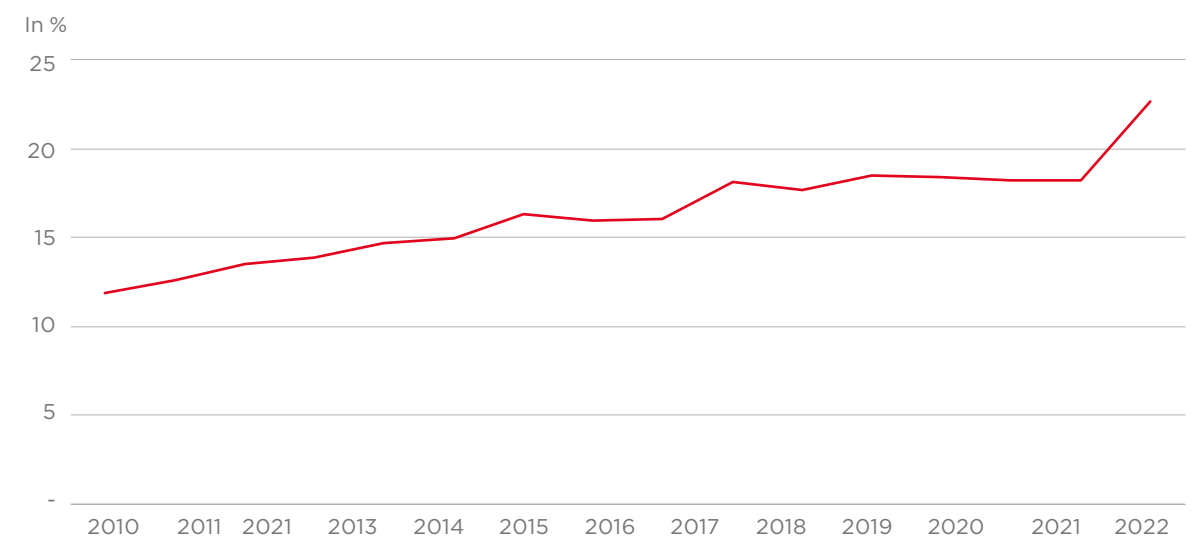
Deutlich wird dies beim Blick auf das deutsche Krankenversicherungssystem: So ist jeder Bürger verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen. Gesetzlich Versicherte zahlen mindestens 14,6 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen in einen Gesundheitsfonds ein, wobei dieser Beitrag hälftig mit dem Arbeitgeber geteilt wird. Der Gesundheitsfonds, inklusive staatlicher Zuschüsse, verteilt diese Gelder nach bestimmten Kriterien an die gesetzlichen Krankenkassen, die dann für die Bezahlung der Patientenbehandlung 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 Inkongruenz von Beitragszahlern und Ausgaben pro Kopf in den nächsten Jahren erschweren.

Kostenfaktor Krankheitstage

Doch nicht nur die Alterung der Bevölkerung, auch der Anstieg der Multimorbidität sowie der durchschnittlichen Krankheitstage belasten das deutsche Gesundheitssystem. Seit 2011 ist die durchschnittliche Anzahl an Krankheitstagen je pflichtversichertem Mitglied der Betriebskrankenkassen (einschließlich Empfänger von Arbeitslosengeld, ohne Rentner) um 35 Prozent von 14,7 auf 22,6 Tage gestiegen. Dieser signifikante Anstieg lässt sich einerseits auf die Alterung der Bevölkerung und die zunehmende Multimorbidität zurückführen. Andererseits ist er durch COVID-19-Infektionen und häufigere Ansteckungen bedingt, die im Zuge der Lockerungen der Pandemie-Restriktionen vermehrt auftraten. Ein Großteil der Krankheitsfälle (63,2 Prozent) dauert nicht länger als eine Arbeitswoche an, und spätestens nach zwei Wochen sind laut Dachverband der Betriebskrankenkassen 80 Prozent der Mitarbeiter zurück am Arbeitsplatz.

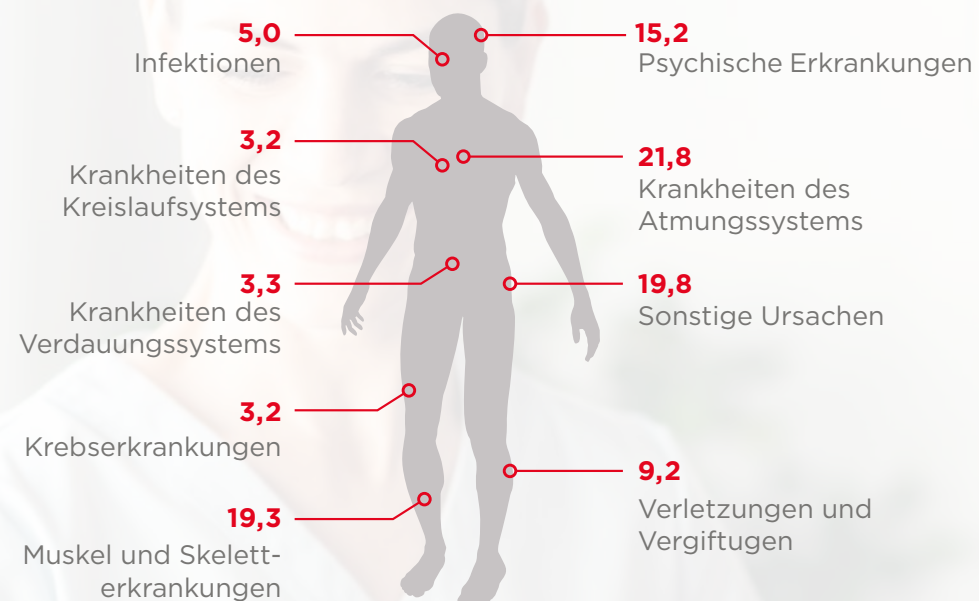
Durchschnittliche Krankheitstage seit 2010



Quelle: BKK Dachverband, Cushman & Wakefield, 2023

DEMOGRAFISCHER WANDEL ALS KOSTENTREIBER

So viel Prozent der Krankheitstage entfielen 2022 auf ...



Quelle: BKK Dachverband, Cushman & Wakefield, 2023

Durch das zunehmende Alter der Bevölkerung ist der Anteil der Krankheitstage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen stark gestiegen und lag 2022 bei 19,3 Prozent. Zudem sind psychische Störungen mit 15,2 Prozent sowie Verletzungen und Vergiftungen mit 9,2 Prozent vermehrt Ursache für Ausfälle. Der hohe Anteil an Atemwegserkrankungen (21,8 Prozent) als derzeit führende Ursache für Krankheitstage ist hauptsächlich auf die COVID-19-Pandemie zurückzuführen. Zusammen machen diese vier Ursachen mit knapp 66 Prozent über zwei Drittel der Krankheitskosten in Deutschland aus.

Auch Multimorbidität tritt im Alter immer häufiger auf. Dabei bedingt das Alter nicht nur vermehrte Ausfallzeiten, es verlängert sich auch die Genesungszeit. So ist die durchschnittliche Ausfallzeit bei

Arbeitnehmern jenseits von 55 Jahren doppelt so hoch wie bei den 35- bis 39-Jährigen. Durch den demografischen Wandel werden längere Krankheitsausfälle voraussichtlich weiter zunehmen. Arbeitgeber müssen somit mit erhöhten Kosten rechnen.

Auch der stationäre Schwerpunkt der Rehabilitation in Deutschland treibt die Kosten an: So wurden 2022 1,5 Millionen Patienten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen behandelt. Mit einem Anteil von 33 Prozent in 2022 waren Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes die häufigste Ursache für stationäre Rehabilitationsaufenthalte, gefolgt von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen mit 17 Prozent sowie Erkrankungen des Kreislaufsystems mit 15 Prozent.



PATIENTENSTRUKTUR BEI STATIONÄREN AUFENTHALTEN

Stationäre Rehabilitationsaufenthalte nach Diagnose in 2022



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Cushman & Wakefield, 2023

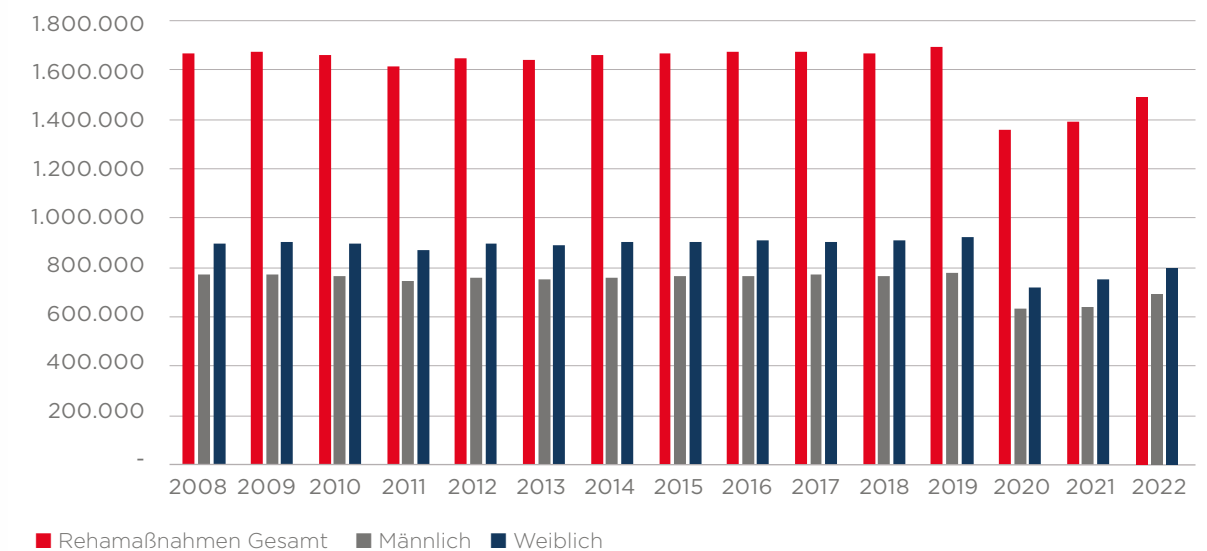
Verhältnismäßig weniger stationäre Aufenthalte bei mehr Krankheitstagen

Zwischen 2008 und 2019 hat sich die Anzahl der stationären Rehabilitationsaufenthalte verhältnismäßig stabil entwickelt. Dabei ist der Anteil der männlichen Patienten um 1,6 Prozent gestiegen, der der weiblichen Patienten um 2,6 Prozent. Ebenso hat sich die prozentuale Verteilung der Rehabilitationsaufenthalte nach Geschlecht stabil entwickelt: 2019 waren 54 Prozent der Aufenthalte auf weibliche Patienten und 46 Prozent auf männliche Patienten zurückzuführen.

In Relation zu den Rehabilitationsaufenthalten hat sich sowohl die Anzahl der Krankheitstage als auch der Krankenaufenthalte dynamisch entwickelt. So ist die durchschnittliche Anzahl der Krankheitstage je Erwerbstätigen pro Jahr im selben Zeitraum um 46 Prozent gestiegen, die der stationären Aufenthalte um 11 Prozent. Somit werden bei steigender (Multi-)Morbidity und stationärer Behandlung anteilig weniger stationäre Rehabilitationsmaßnahmen verordnet.



Entwicklung von stationären Rehamaßnahmen nach Geschlecht

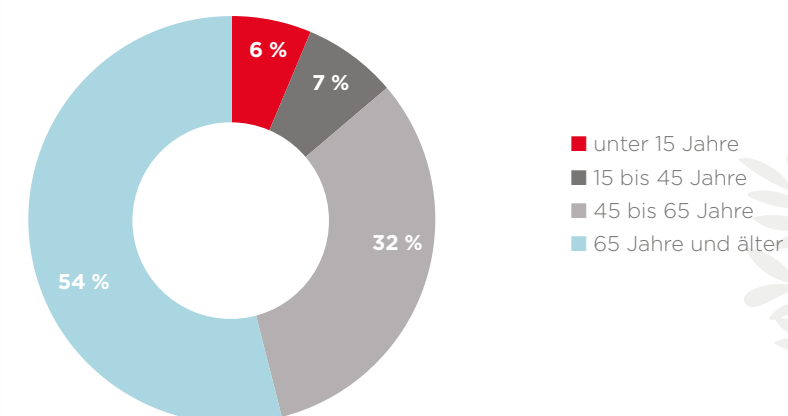


Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Cushman & Wakefield, 2023

Ältere Patienten sind die größte Gruppe bei stationären Maßnahmen

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die ältere Bevölkerung verstärkt stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch nimmt. So sind 32 Prozent der Patienten zwischen 45 und 65 Jahre alt, während weitere 54 Prozent über 65 Jahre alt sind. Damit entfallen auf Patienten über 45 Jahre mehr als 86 Prozent aller Fälle. Ein vergleichsweise geringer Anteil betrifft die Bevölkerung unter 15 Jahren, die lediglich 6 Prozent aller Fallzahlen ausmacht, ebenso wie die Altersgruppe zwischen 15 und 45 Jahren mit 7 Prozent. Angesichts der zunehmenden Lebenserwartung in Deutschland ist davon auszugehen, dass die Nachfrage nach Rehabilitationsmaßnahmen, insbesondere bei älteren Menschen, weiter steigen wird.

Altersspezifische Fallzahlen



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Cushman & Wakefield, 2023



REHABILITATIONS EINRICHTUNGEN

//////

**DIE NACHFRAGE NACH
REHABILITATION IST
UNGEBROCHEN HOCH, DOCH
DIE HÜRDEN NEHMEN ZU.**

//////

Die Entwicklung der Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland unterliegt einem ständigen Wandel. Der Reha-Boom der 1990er-Jahre nahm aufgrund wirtschaftlicher Defizite und Gesetzesänderungen stetig ab: Heute haben weniger Menschen Anspruch auf stationäre Rehabilitationsaufenthalte, die Leistungsdauer wurde verkürzt und der Abstand zwischen zwei Maßnahmen vergrößert. Zudem stieg die Patientenbeteiligung an den Kosten der Rehabilitation um fast 50 Prozent und Arbeitgeber können nun Urlaubstage für den Aufenthalt in der Rehabilitation anrechnen. Trotz dieser Veränderungen ist die Auslastung der Einrichtungen durch den demografischen Wandel und die Zunahme von Muskel-Skelett-Erkrankungen gestiegen.

Ziele von Reha-Einrichtungen

Die Ziele von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind gesetzlich in § 107, Abs. 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) V definiert:



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)

Reha-Einrichtungen unterliegen gesetzlichen Anforderungen

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zielen darauf, den Gesundheitszustand ihrer Patienten mit Hilfe eines ärztlichen Behandlungsplans zu verbessern und die Entwicklung von Heilungs- und Abwehrkräften zu unterstützen. Die Umsetzung der Behandlungspläne erfolgt unter ständiger ärztlicher Beobachtung und wird durch spezialisiertes medizinisches Fachpersonal unterstützt. Neben Krankengymnastik, Bewegungs- und Sprachtherapie können die Pläne je nach Krankheitsbild auch Ernährungsberatung sowie Arbeits- und Beschäftigungstherapie umfassen. Während einer stationären Behandlung muss die Rehabilitationseinrichtung zusätzlich die Unterbringung und Verpflegung der Patienten gewährleisten. Für die Kostenübernahme medizinischer Leistungen zur Vorsorge oder medizinischen Rehabilitation durch die Krankenkasse müssen sowohl stationäre als auch ambulante Einrichtungen einen Versorgungsvertrag nach § 111 des Sozialgesetzbuchs (SGB) V mit der jeweiligen Krankenkasse des Leistungsempfängers vorweisen.

REGULIERUNG VON LEISTUNGEN

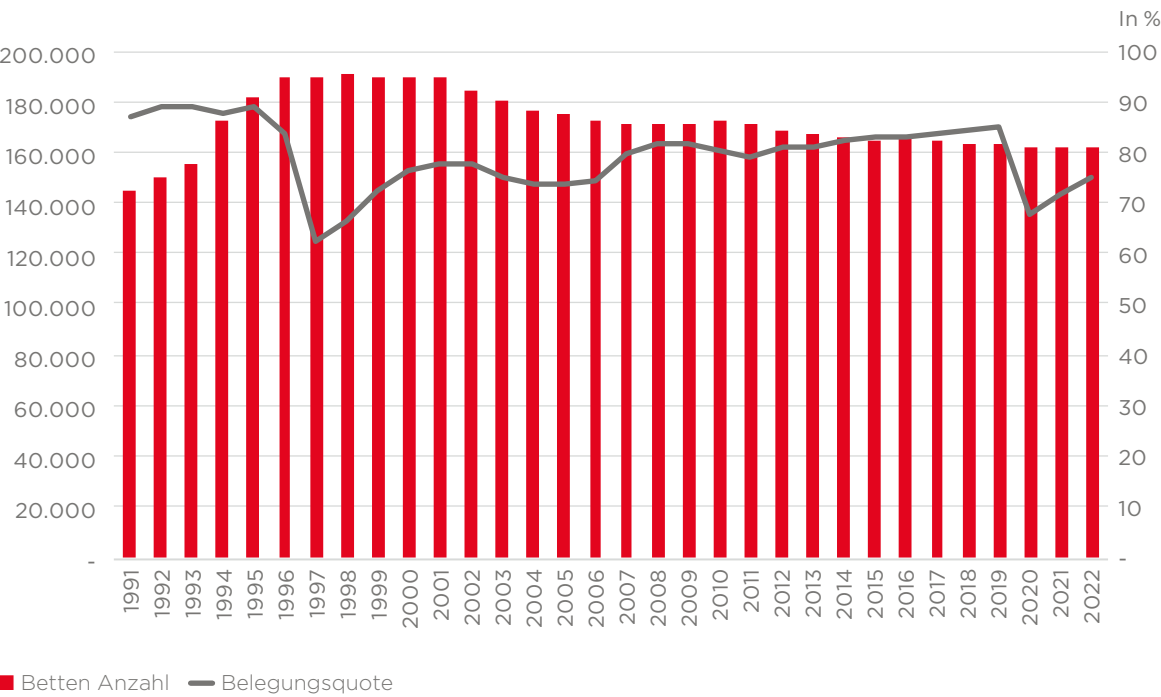
Vom Reha-Boom zur Restriktion

Von Anfang bis Mitte der 1990er-Jahre erlebte das vereinte Deutschland einen regelrechten Reha-Boom: Sowohl die gesetzliche Rentenversicherung als auch die gesetzlichen Krankenversicherungen erwirtschafteten bis Anfang der 1990er-Jahre Überschüsse – die vollen Kassen spiegelten sich in einer großzügigen Genehmigung 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 1996 veränderte sich die Rehabilitationslandschaft in Deutschland nachhaltig. So wurde der Kreis derer mit Anspruch auf einen stationären Rehabilitationsaufenthalt verkleinert, die Dauer der Leistungserbringung auf drei Wochen begrenzt und der Abstand zwischen zwei Maßnahmen von drei auf vier Jahre erhöht. Zudem stieg die Beteiligung an den Rehabilitationskosten durch den Patienten um fast 50 Prozent und Arbeitgeber konnten nun Urlaubstage für Rehabilitationsaufenthalte anrechnen.

Diese Maßnahmen führten 1997 zu einem rasanten Rückgang der Rehabilitationsleistungen und somit der Auslastung der Rehabilitationseinrichtungen. In stationären Einrichtungen sank die Auslastung von 1996 auf 1997 von 83 Prozent auf 62 Prozent, ein Rückgang um rund 25 Prozent. Auch die Anzahl der Betten in Rehabilitationseinrichtungen stagnierte bis zur Jahrtausendwende und ist seither leicht rückläufig, stabilisiert sich jedoch zunehmend. Seit 2005 stieg die Auslastung um zwölf Prozentpunkte, von 73 Prozent auf 85 Prozent in 2019. Bedingt durch die COVID-19-Pandemie sank die Auslastung in 2020, stieg bis Ende 2022 aber wieder auf 74,9 Prozent.

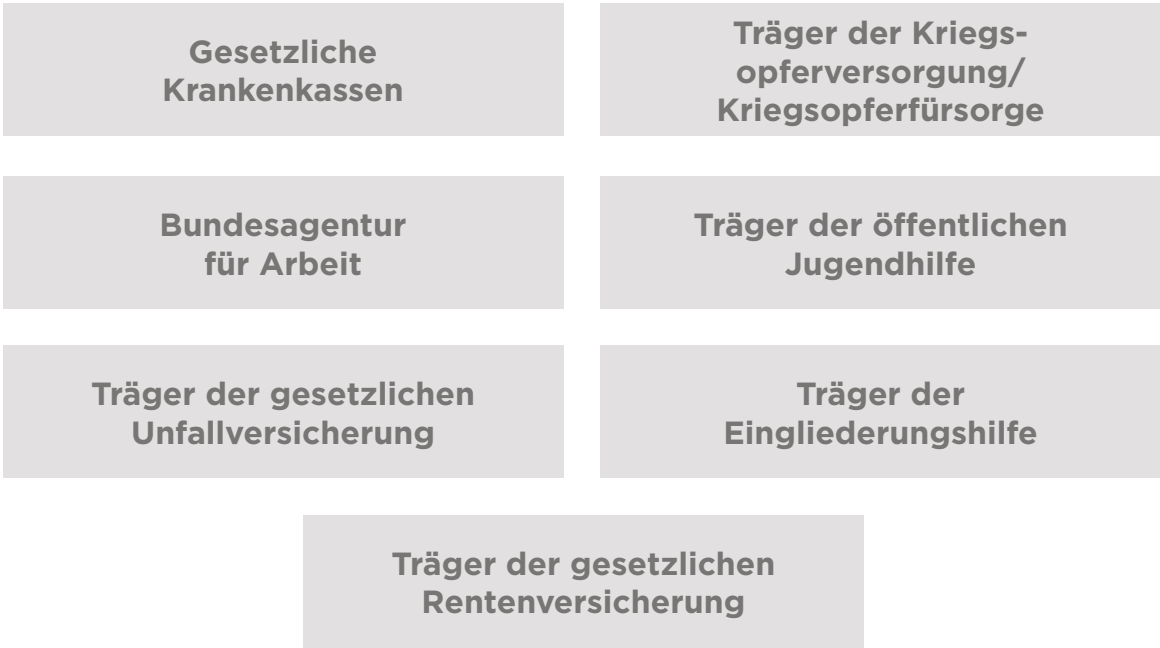
Entwicklung der Bettenanzahl und Belegungsquote



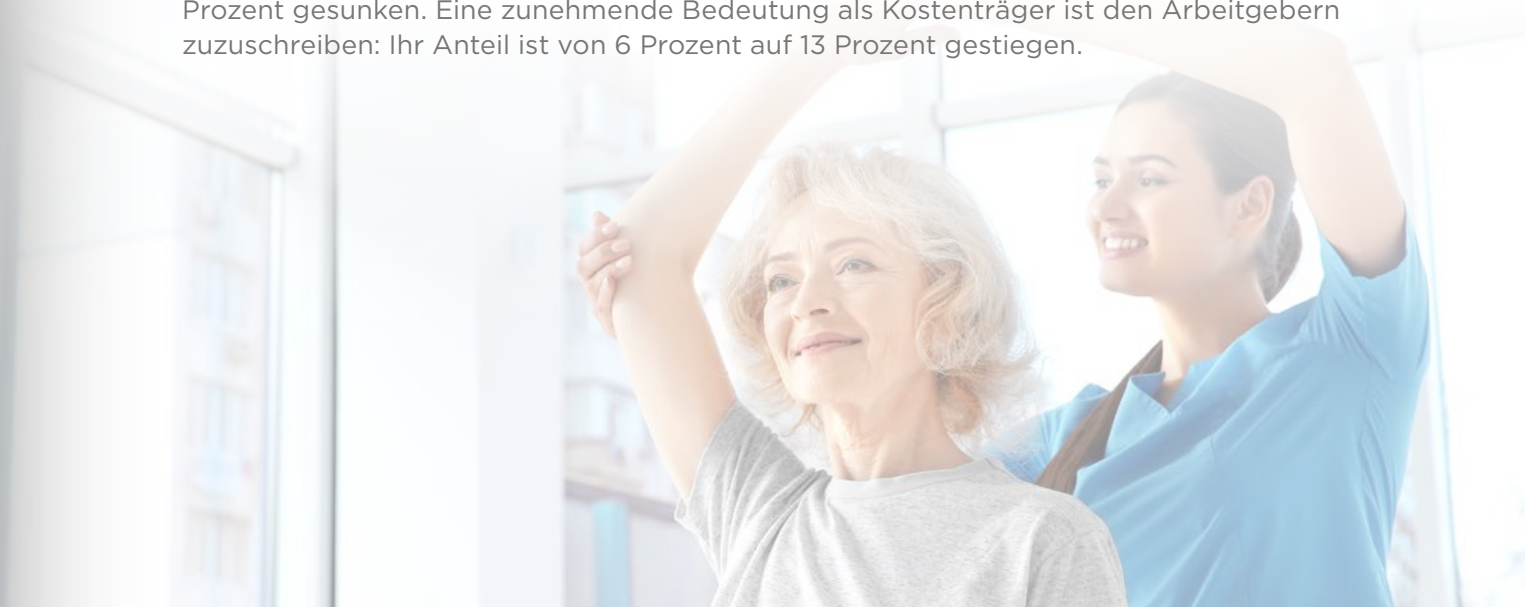
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Cushman & Wakefield, 2023

Kostenträger und Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation

Die Kostenübernahme von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen richtet sich nach dem Ziel der Maßnahmen und der Ursache der zugrundeliegenden Erkrankung. Der § 6 des Sozialgesetzbuchs (SGB) IX definiert folgende Träger für die Kostenübernahme der Leistungen:



Die Gesundheitsausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen durch verschiedene Kostenträger sind seit 1992 um über 80 Prozent gestiegen. Fast 70 Prozent davon werden von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) übernommen. Dieser Anteil geht leicht zurück, während die Ausgaben durch den öffentlichen Haushalt sukzessive steigen. Während der Anteil der GKV seit 1993 unverändert geblieben ist, ist der Anteil der GRV um 10 Prozent gesunken. Eine zunehmende Bedeutung als Kostenträger ist den Arbeitgebern zuzuschreiben: Ihr Anteil ist von 6 Prozent auf 13 Prozent gestiegen.



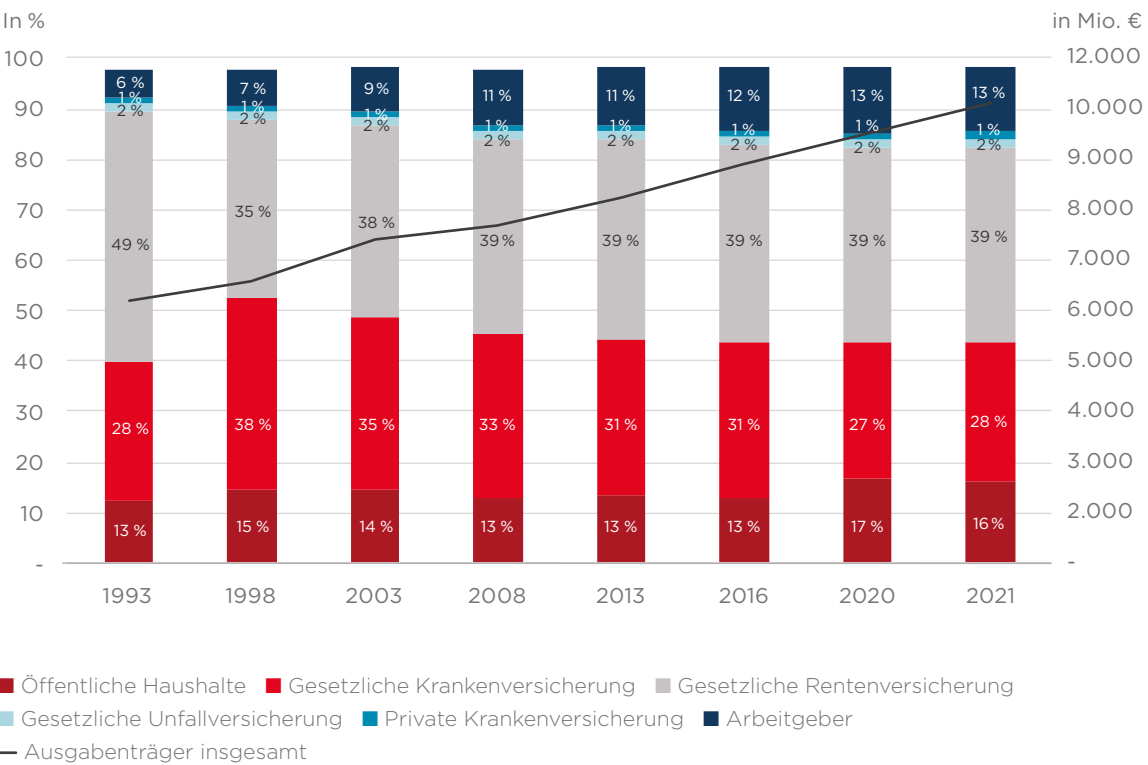
REGULIERUNG VON LEISTUNGEN

Reha vor Rente, Reha vor Pflege – das Prinzip der Prävention

„Reha vor Rente“ ist der Grundsatz der gesetzlichen Rentenversicherung, dem größten Kostenträger für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen. Die gesetzliche Festlegung der Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung erfolgt durch § 9 des Sozialgesetzbuchs (SGB) VI. 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.

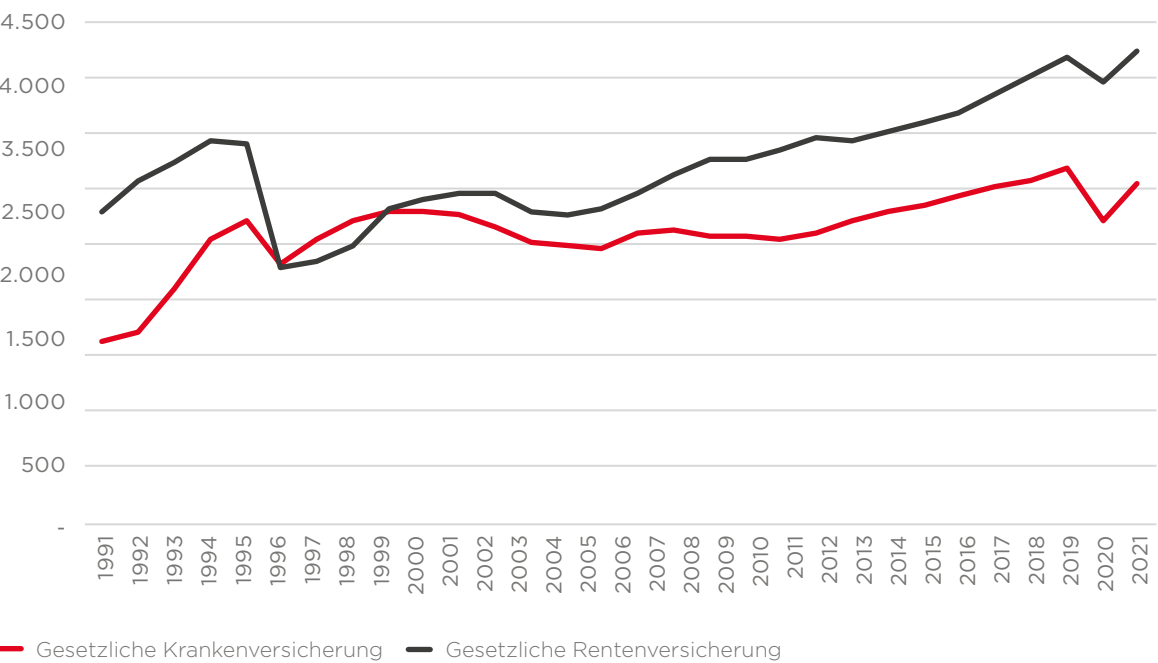
Mit dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ agiert der zweitgrößte Kostenträger für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, die gesetzliche Krankenversicherung. Im Gegensatz zur GRV, welche den Fokus auf die Rückführung in die Erwerbstätigkeit legt, verfolgt die GKV das Ziel der Abwendung oder Verzögerung einer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

Ausgaben der Kostenträger für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

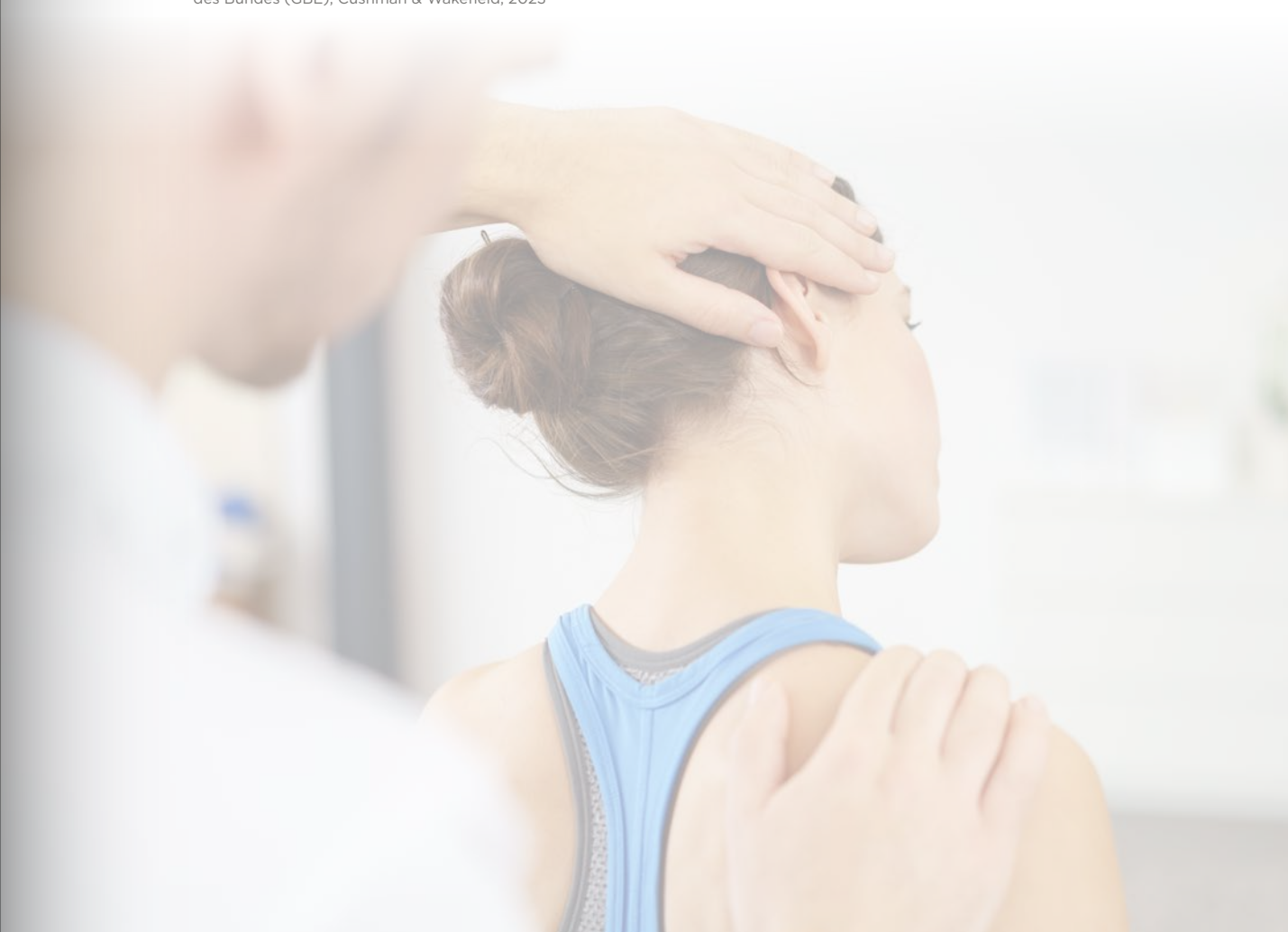


Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Cushman & Wakefield, 2023

Ausgaben der GKV und GRV für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Cushman & Wakefield, 2023



REGULIERUNG VON LEISTUNGEN

Budget für Rehabilitation:

Berücksichtigung der demografischen Entwicklung



DER BEDARF DER GEBURTENSTARKEN
JAHRGÄNGE AN REHA-LEISTUNGEN STEIGT

BIS 2014

ZUSÄTZLICH SEIT 2014

ANPASSUNG AN DIE
LOHNENTWICKLUNG



ANPASSUNG AN DIE
DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG



Träger
↓
Leistungserbringer
↓
Versicherte

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Cushman & Wakefield, 2023

Neue Parameter bei der Budgetierung

Seit Inkrafttreten des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes im Jahr 1997 stand das sogenannte Reha-Budget zur Verfügung – ein gedeckelter Betrag, der jährlich neu definiert wird. Grundlage dieser jährlichen Budget-Definition war bis 2013 ausschließlich eine Änderung der Bruttogehälter je Beschäftigtem. Jedoch ist das Reha-Budget nicht im selben Verhältnis zu den Gehältern gestiegen, da es auch Beschäftigte im Niedriglohnsektor und Teilzeitbeschäftigte berücksichtigt. Erst seit Einführung des Rentenversicherungs- und Leistungsverbesserungsgesetzes 2014 wird auch die demografische Entwicklung berücksichtigt.

Trotzdem fließen die Lebensarbeitszeit, das Krankheitsspektrum und die Behandlungsmöglichkeiten, die den Rehabilitationsbedarf beeinflussen, derzeit nicht in die Berechnung des Reha-Budgets mit ein. Die Berücksichtigung des altersbedingten Bedarfs als zusätzliche Einflussgröße führte bis 2017 zu einem Anstieg des Reha-Budgets, welches aber seit 2017 schrittweise abgebaut wird, da die Babyboomer der 1950er- und 1960er-Jahre nun das Renteneintrittsalter erreichen.

Vergütung von Rehamaßnahmen: Kritik am System der Tages- und Fallpauschalen

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

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.

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. Das System erfährt auch Kritik, da es nur grob indikationsspezifisch agiert und weder Fallschwere noch den Erfolg der



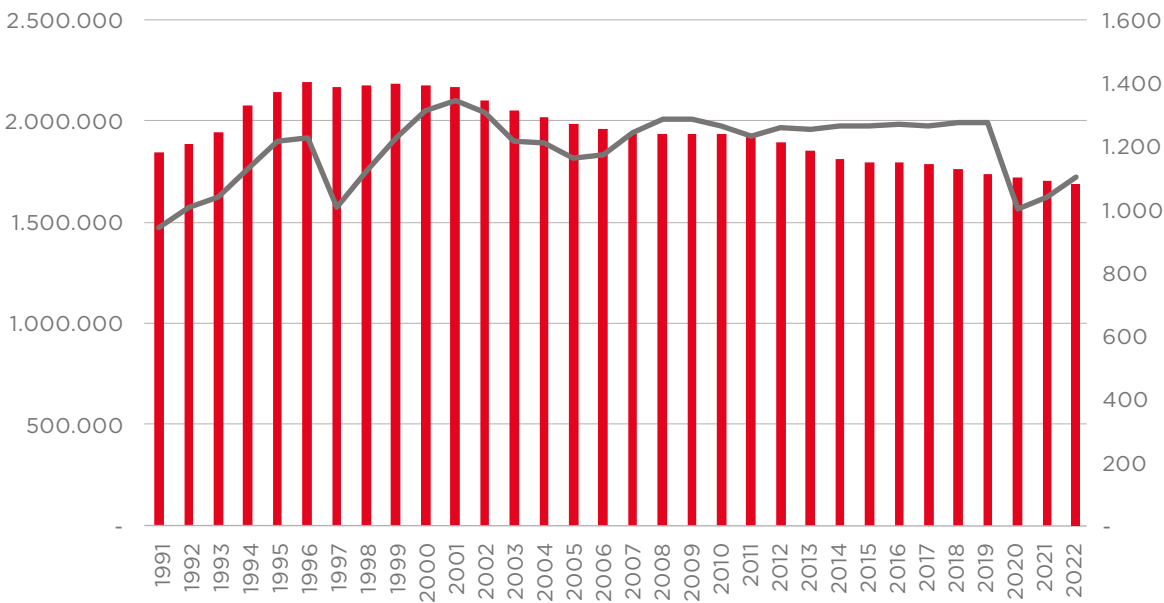
WACHSTUM UND ENTWICKLUNG

Steigende Auslastung seit den 2000er-Jahren

Nach der Verabschiedung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes und dem darauf folgenden Einbruch der verschriebenen Rehabilitationsmaßnahmen ist der Belegungsgrad seit Anfang der 2000er-Jahre wieder angestiegen. Primäre Ursache hierfür ist der demografische Wandel: Die Generation der Babyboomer erreichte das Alter von 50+ Jahren, das mit einer erhöhten Anfälligkeit für Multimorbidität sowie Verschleißerkrankungen der Gelenke

einhergeht. Die Folge war ein Anstieg der verschriebenen Rehabilitationsmaßnahmen bei gleichzeitig steigender Belegungsquote. Bis 2019 entwickelte sich die Belegungsquote auf bis zu 85 Prozent, was den Auslastungszahlen der 1990er-Jahre wieder deutlich näher kommt. Die vorübergehende, pandemiebedingte Abnahme der Belegungsquote hat sich inzwischen wieder erhöht und beträgt im Jahr 2022 74,9 Prozent – im Jahr 2020 lag sie bei 67,8 Prozent.

Entwicklung Anzahl der Rehabilitationseinrichtungen und Fallzahlen



■ Anzahl Einrichtungen — Fallzahl

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Cushman & Wakefield, 2023

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 Einrichtungszahlen bei gleichzeitig leichtem Anstieg der Fallzahlen. Seit 2009 sinkt die Anzahl der Einrichtungen wieder sukzessive. So gab es 2022 12 Prozent weniger Einrichtungen als 2009, während die Fallzahlen im

gleichen Zeitraum um 13 Prozent fielen. 2022 verfügten 20 Prozent der Einrichtungen über weniger als 49 Betten und 28 Prozent über mehr als 200 Betten. Die durchschnittliche Belegungsquote aller Betten lag bei 74,9 Prozent. Während kleinere Einrichtungen mit bis zu 49 Betten Belegungsquoten unterhalb des Durchschnitts aufwiesen, zeigten größere Einrichtungen oft eine etwas höhere Auslastung.

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

nach Anzahl der vollstationären Betten in 2022

Betten	Anzahl Einrichtungen	Gesamtzahl Betten	Belegungsquote	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen
<49	216	6.657	70,8 %	35,0
50-99	219	16.092	76,8 %	23,1
100-149	156	19.564	72,2 %	26,6
150-199	195	33.855	76,3 %	24,6
>200	303	85.557	74,9 %	24,6
Summe	1.089	161.725	74,9 %	25,4

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Cushman & Wakefield, 2023

Je kleiner die Einrichtung, desto länger die Verweildauer

Die Korrelation zwischen der Einrichtungsgröße und ihrer Belegungsquote ist auf die Anzahl der Fachbereiche der Einrichtungen und deren Spezialisierung zurückzuführen. Während Einrichtungen mit vielen Betten oft auch viele Fachbereiche abdecken, sind kleinere Einrichtungen auf einige wenige spezialisiert und somit stärker von den Fallzahlen spezifischer Indikationen abhängig.

Andererseits ist die Verweildauer der Patienten in kleineren Einrichtungen signifikant länger. So verzeichneten Einrichtungen mit bis zu 49 Betten eine durchschnittliche Verweildauer von 35,0 Tagen, während sie im Segment von 150 bis 199 Betten und über 200 Betten mit 24,6 Tagen am kürzesten war.



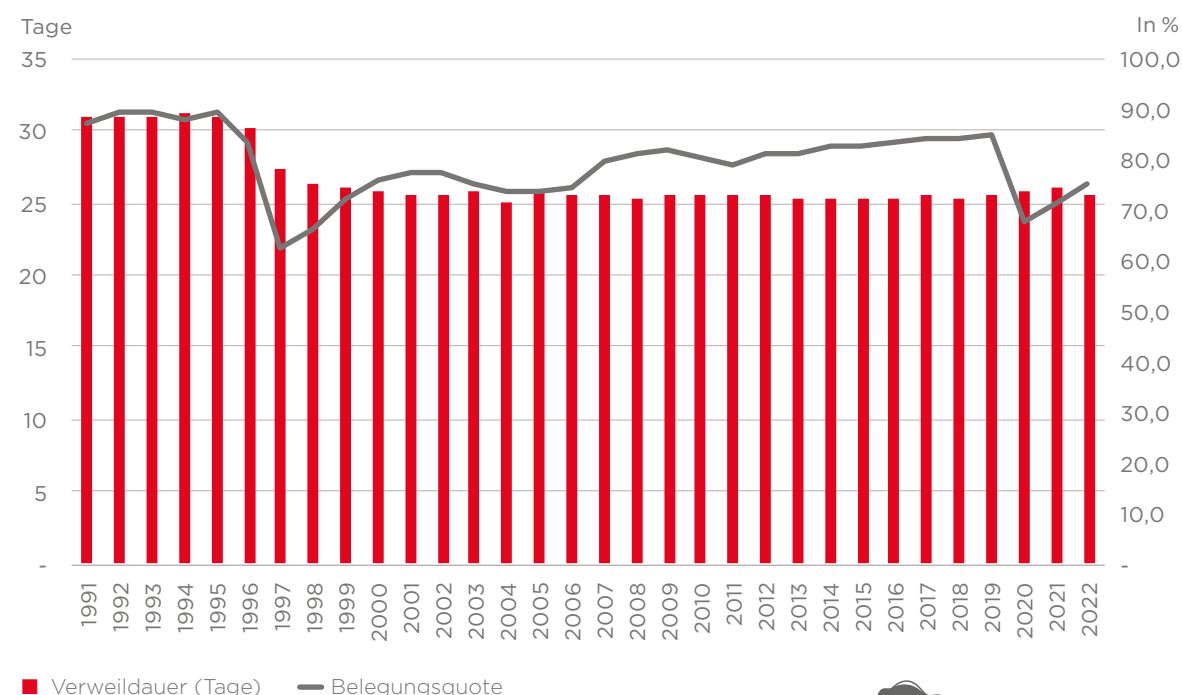
WACHSTUM UND ENTWICKLUNG

Richtwert: 20 Tage für Rehabilitationsmaßnahmen

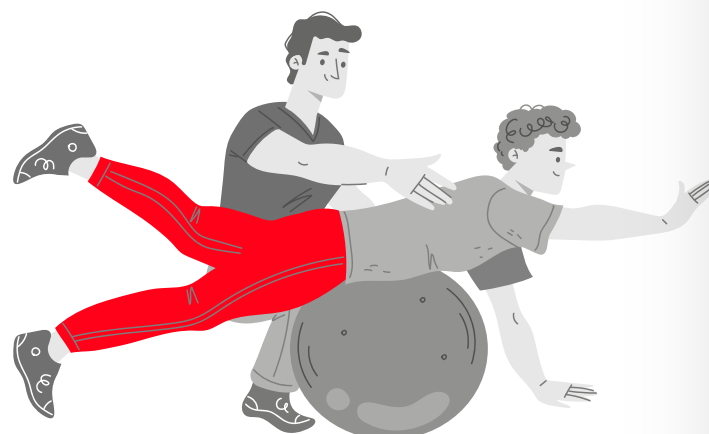
Seit 1997 ist die Dauer einer stationären Rehabilitationsmaßnahme auf drei Wochen beziehungsweise 20 Behandlungstage begrenzt. Ausnahmen bilden psychosomatische und neurologische Maßnahmen, beispielsweise zur Behandlung von Depressionen, deren initiale Behandlungsdauer je nach Fall in der Regel auf fünf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

stationären Rehabilitationsmaßnahme lag 2022 bei 25,4 Tagen. Seit 2005 hat die Belegungsquote von Rehabilitationseinrichtungen kontinuierlich zugenommen. Im Jahr 2016 wurde erstmals seit Verabschiedung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes eine Belegungsquote von über 83 Prozent erreicht, welche bis 2019 auf 85 Prozent stieg. Die Pandemiejahre 2020 und 2021 sind von dem Aufwärtstrend ausgenommen. Seit Pandemieende steigt die Belegungsquote jedoch wieder sukzessive an und erreichte in 2022 einen Wert von 74,9 Prozent.

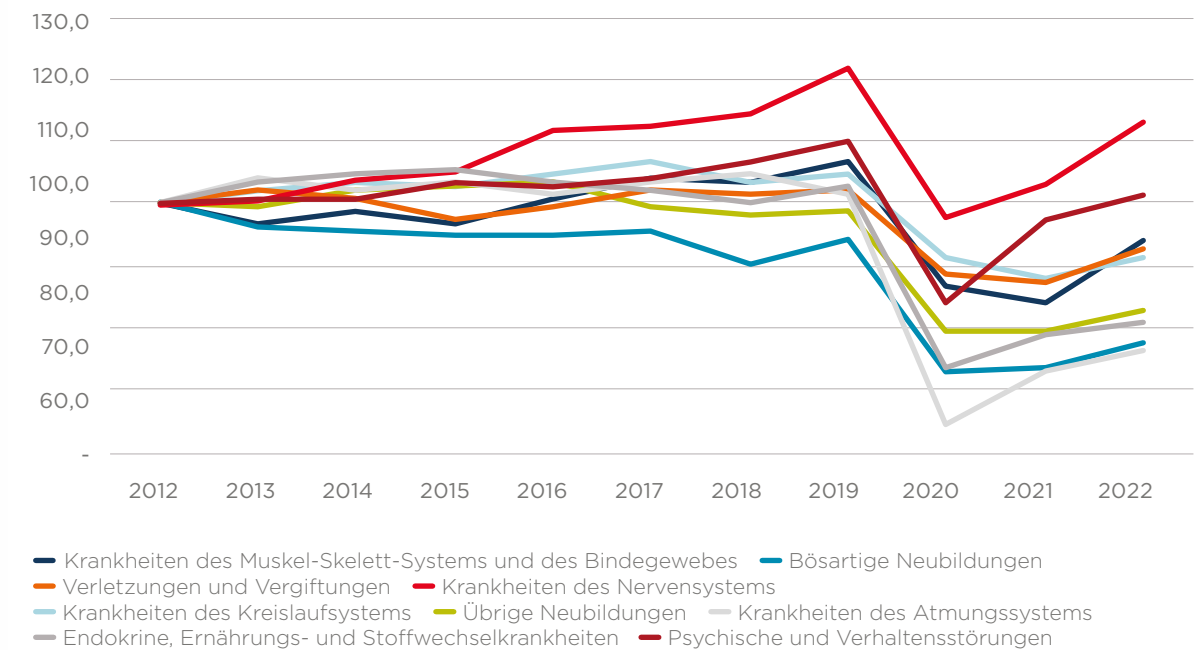
Entwicklung der Verweildauer und Belegungsquote



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Cushman & Wakefield, 2023



Entwicklung der Fallzahlen nach Diagnose 2012 bis 2022



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Cushman & Wakefield, 2023

Muskel-Skelett-Erkrankungen: Ursache Nr. 1 für Rehabilitation

Ein Drittel aller Rehabilitationsmaßnahmen erfolgen aufgrund von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes und sind seit langer Zeit eine Hauptursache für stationäre Rehabilitationsaufenthalte in Deutschland. Von 2012 bis 2019 stieg die Fallzahl dieser Krankheiten um fast 7 Prozent, von 2021 auf 2022 sogar innerhalb eines Jahres um 11 Prozent. Die zweithäufigste Ursache für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen waren psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen mit einem Anteil von 17 Prozent sowie Krankheiten des Kreislaufsystems mit 16 Prozent. Während Herz-Kreislauf-erkrankungen lediglich einen Anstieg von 5 Prozent verzeichneten, ist die Zahl der Rehabilitationsaufenthalte aufgrund von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen um 10 Prozent gestiegen.

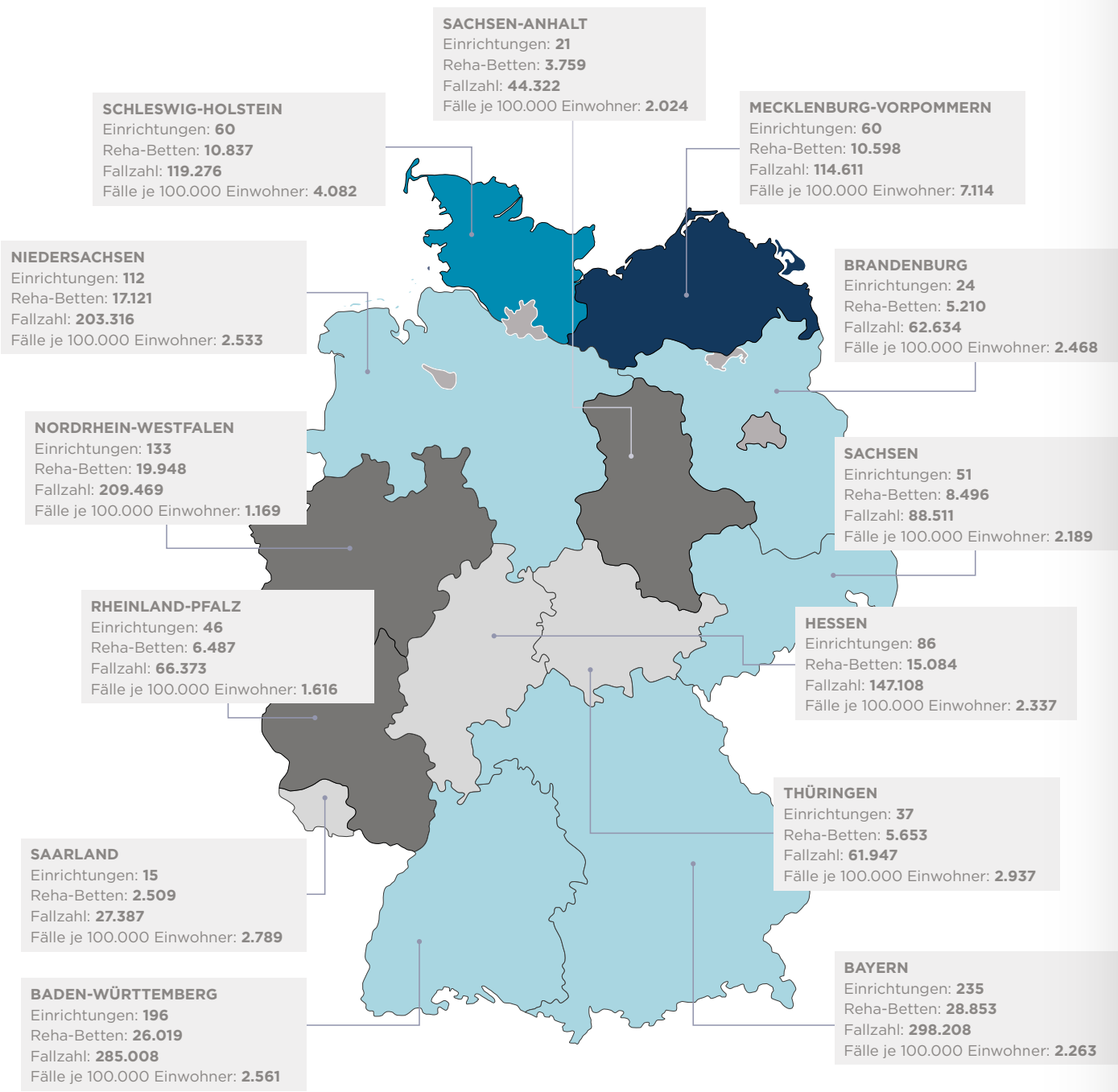
Zwar ist auch die Fallzahl der Rehabilitationsmaßnahmen in den Jahren 2020 und 2022 bei psychischen Verhaltensstörungen

im Vergleich zu den Vorjahren gefallen. Dennoch wurde von 2020 auf 2022 ein Anstieg dieser Fallzahlen um 20 Prozent verzeichnet. Auch die Fallzahlen für Erkrankungen des Atmungssystems stiegen um 13 Prozent – beides hängt stark mit der COVID-19-Pandemie zusammen.

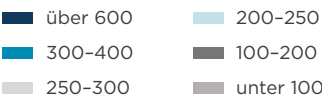
Zwischen 2012 und 2019 konnten außerdem Rehabilitationsmaßnahmen bedingt durch Krankheiten des Nervensystems sowie Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten ein Wachstum der Fallzahlen verzeichnen. Krankheiten des Nervensystems stiegen um 21 Prozent und verzeichnen somit das stärkste Wachstum. Den stärksten Rückgang verzeichneten Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund von bösartigen Neubildungen mit 6 Prozent sowie weitere Neubildungen mit 1 Prozent. Die drastische Abnahme der Anzahl der Rehabilitationspatienten in den Jahren 2020 und 2021 lässt sich auf die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zurückführen.

EIN BLICK AUF DIE BUNDESLÄNDER

Rehabilitation in Deutschland 2022



BETTEN JE 100.000 EINWOHNER



STADTSTAATEN:

Einrichtungen:	13
Reha-Betten:	1.169
Fallzahl:	11.081
Fälle je 100.000 Einwohner:	178

Quelle: GBE, Cushman & Wakefield, 20203

Je mehr Einwohner, desto mehr Einrichtungen

Die einwohnerstärksten Bundesländer sind gleichzeitig jene mit den meisten Rehabilitations-einrichtungen in Deutschland. Mit 235 Einrichtungen in 2022 ist Bayern das Bundesland mit den meisten Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland, gefolgt von Baden-Württemberg mit 196 und Nordrhein-Westfalen mit 133.

Starkes Ost-West-Gefälle bei der Anzahl der Einrichtungen

In Deutschland besteht auch über 30 Jahre nach der Wiedervereinigung ein deutliches Ost-West-Gefälle in der Verteilung der Rehabilitationseinrichtungen. Mecklenburg-Vorpommern führt mit 60 Einrichtungen unter den neuen Bundesländern und ist das einzige, das 2022 mehr als 55 Einrichtungen aufweisen kann. Allerdings zeigt sich, dass Mecklenburg-Vorpommern mit über 7.000 Fällen je 100.000 Einwohner die höchste Quote hat. Ähnlich ist die Situation in Schleswig-Holstein, das mit über 4.000 Fällen je 100.000 Einwohner den zweiten

Platz einnimmt. Im Gegensatz dazu weisen Nordrhein-Westfalen mit knapp über 1.000 Fällen und die Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen mit 178 Fällen je Einwohner die niedrigsten Quoten auf.

Thüringen und Brandenburg sind die einzigen Bundesländer, die eine durchschnittliche Auslastung von über 80 Prozent verzeichnet. Hessen und Bayern hingegen weisen Auslastungen von 70 Prozent auf.



ARBEITSMARKT UND PERSONALSTRUKTUR

Wer arbeitet im Reha-Sektor?

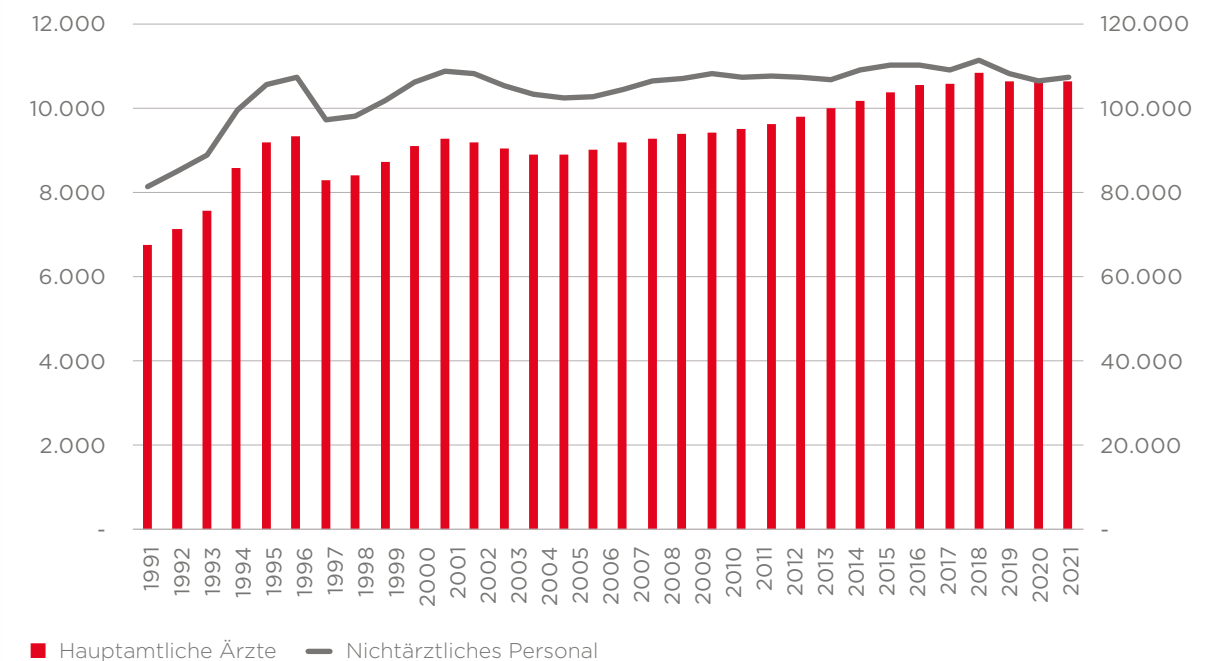
Die medizinische Rehabilitation in Deutschland unterliegt immer der Leitung eines Facharztes, während die Anwendungen in der Regel durch nichtärztliches medizinisches Fachpersonal erfolgen, beispielsweise Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Psychologen, Psychotherapeuten, Arbeitspädagogen sowie Gesundheits- und Krankenpfleger.

Die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten stieg zwischen 1991 und 1996 stark an, erlebte jedoch nach Verabschiedung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes einen deutlichen Rückgang, gefolgt von einem erneuten Anstieg des Personals. Hierbei fällt auf, dass der Anteil der Vollzeitkräfte im ärztlichen Fachpersonal kontinuierlich stark zugenommen

hat, während der Anteil des nichtärztlichen Dienstes nur geringfügig gestiegen ist. 2022 betrug der Anteil des ärztlichen Fachpersonals 9 Prozent, während der Anteil des nichtärztlichen medizinischen Fachpersonals bei 91 Prozent lag. Zum Jahresende 2022 waren insgesamt 118.175 Arbeitskräfte im Bereich der Rehabilitation beschäftigt, davon gehörten 10.633 dem ärztlichen Dienst und 107.542 dem nicht-ärztlichen Dienst an.

Ähnlich wie bei der Belegungsquote und den Fallzahlen verzeichneten die Jahre 2020 bis 2022 aufgrund der COVID-19-Pandemie auch hier einen leichten Rückgang.

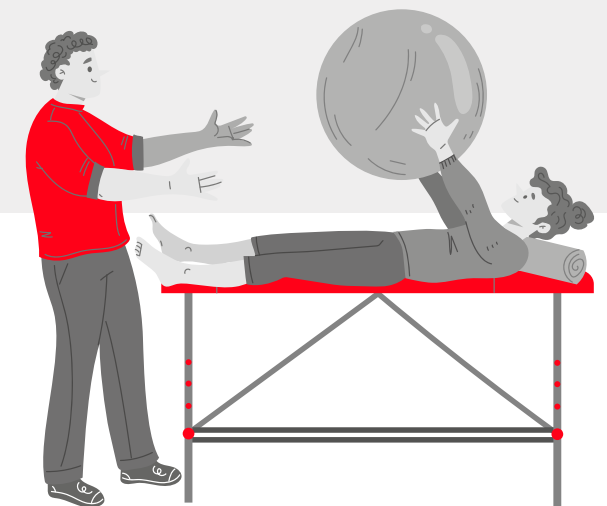
Beschäftigte in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Cushman & Wakefield, 2023

Der Fachkräftemangel braucht Lösungen

Wie in anderen sozialen und medizinischen Berufsfeldern ist der Fachkräftemangel auch in der medizinischen Rehabilitation eine der zentralen Herausforderungen. Während das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz lediglich die Einstellung zusätzlichen Pflegepersonals in Krankenhäusern unterstützt, vernachlässigt es den Mangel an Pflegekräften in Rehabilitationseinrichtungen. Zusätzlich führt die in der Rehabilitation geltende Grundlohnrate zu einer niedrigeren Vergütung des Pflegepersonals im Vergleich zu Krankenhäusern, was die Arbeit in Rehabilitationseinrichtungen weniger attraktiv macht.



EXKURS

KRANKENHAUS- FINANZIERUNGSREFORM

**EINE NOTWENDIGE NEUERUNG:
MEHR WIRTSCHAFTLICHKEIT
UND VERBESSERTE
MEDIZINISCHE VERSORGUNG
FÜR DEUTSCHLANDS
GESUNDHEITSSYSTEM.**

Die im Juli 2023 beschlossene Krankenhausfinanzierungsreform in Deutschland sieht die Abschaffung des Fallpauschalensystems vor. Stattdessen sollen Krankenhäuser Vorhaltepauschalen erhalten, die unabhängig von der Häufigkeit von Eingriffen sind. Hierdurch sollen unnötige Operationen vermieden werden, um die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem zu steigern und eine hochwertige Versorgung zu gewährleisten.

Wirtschaftliche Finanzierung, bedarfsgerechte Versorgung

Am 10. Juli 2023 haben Bund und Länder die Grundzüge der kommenden Krankenhausfinanzierungsreform vereinbart, die hauptsächlich Akutkliniken betrifft. Rehabilitationseinrichtungen sind direkt nicht betroffen, zeigen jedoch ähnliche Tendenzen zu verbesserter Transparenz zugunsten der Patienten. Daher ist es naheliegend, dass die aus der Krankenhausfinanzierungsreform resultierenden Trends, wie mehr Patientenselbstbestimmung, gesteigerte Wirtschaftlichkeit und verbesserte medizinische Versorgung, künftig für das gesamte deutsche Gesundheitssystem relevant sein werden.

Abschaffung des Fallpauschalensystems

Der zentrale Schritt dieser Reform ist die Abschaffung des bisherigen Fallpauschalensystems. Zukünftig erhalten Krankenhäuser sogenannte Vorhaltepauschalen, die nicht von der Häufigkeit durchgeführter Eingriffe abhängig sind. So soll vermieden werden, dass aus wirtschaftlichen Gründen nicht notwendige Operationen durchgeführt werden. Zusätzlich wird die Schließung von Krankenhäusern in Erwägung gezogen, um in einer geringeren Anzahl von Kliniken mehr Personal zur Verfügung zu haben. Dadurch soll eine verbesserte Betreuung und Finanzausstattung pro stationärem Patienten gewährleistet werden.

Finanzierung bis 2023
100 % Fallpauschale

Krankenhäuser erhalten Geld je Diagnose (DRG – diagnosebezogenes Fallpauschalensystem)



Krankenhäuser müssen bestimmte Fallzahlen erreichen, um sich finanzieren zu können

Finanzierung bis 2024
60 % Vorhaltepauschale / 40 % Fallpauschale

Krankenhäuser erhalten Geld für das Vorhalten – also Anbieten – bestimmter Leistungen (Leistungsgruppensystem)



Ökonomischer Druck auf Krankenhäuser soll verringert werden – Gelder auch unabhängig der Anzahl von Diagnosen und Behandlungen

Krankenhaus-
finanzierungs-
reform

Mehr Transparenz für Patienten

Am 1. Januar 2024 wurde zudem das bundesweite Transparenzportal online gestellt. Hier können Patienten einsehen, wie häufig und mit welcher Qualität bestimmte Versorgungsleistungen (beispielsweise OP-Eingriffe oder Pflege) erbracht werden. Diese Transparenz ermöglicht es Patienten, das bestmögliche Krankenhaus für ihren gewünschten Eingriff auszuwählen.

Auch Rehakliniken durchlaufen mit der Einführung des Wunsch- und Wahlrechts eine ähnliche Entwicklung in Bezug auf eine größere Autonomie der Patienten. Dadurch wird es ihnen erleichtert, ihre Rehaklinik selbst auszuwählen. Das Wunsch- und Wahlrecht führt zu mehr Transparenz im Markt und erhöht gleichzeitig den Wettbewerbsdruck zwischen den bestehenden Einrichtungen, deren Standort und Reputation nun zunehmend an Bedeutung gewinnen.

BETREIBERMARKT

**DER MARKT IST DOMINIERT
VON PRIVATEN TRÄGERN,
FUSIONEN ÜBERWIEGEN
GEGENÜBER NEUEINTRITTEN.**

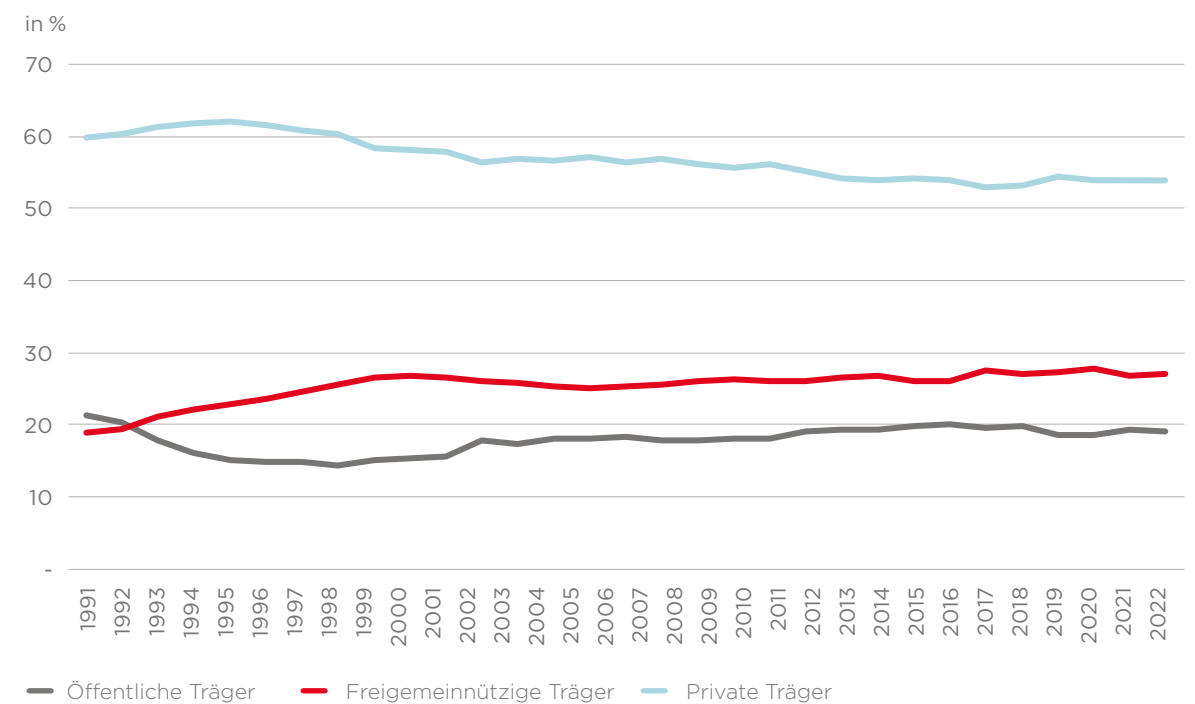
Trotz eines Rückgangs der Rehaklinikenzahl in privater Trägerschaft nach dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz von 1997 überwiegen private Betreiber nach wie vor am Markt. 2022 machten sie mit 594 Einrichtungen einen Marktanteil von 54 Prozent aus. Obwohl die Anzahl der privaten Rehakliniken seit 1994 um 28 Prozent gesunken ist, übertreffen sie immer noch die öffentlichen Betreiber, die nur 19 Prozent ausmachen. Der Markt ist außerdem geprägt von Fusionen und Übernahmen, da kleinere Kliniken oft von größeren Betreibern aufgekauft werden, anstatt dass neue Betreiber in den Markt eintreten.

Machtverschiebung im Rehaklinik-Markt: Private Träger dominieren trotz Verlusten

Durch das 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 Hand seit 1994 um 30 Prozent gesunken, nachdem diese zwischen 1991 und 1997 einen Anstieg von 19 Prozent verzeichneten. Dennoch dominieren die privaten Träger die Betreiberlandschaft nach wie vor und machten 2022 mit 589 Einrichtungen einen Marktanteil von 54 Prozent aus.

Trotz der Marktmacht privater Träger ist mit 102 Einrichtungen die Rentenversicherung des Bundes und der Länder, einer der öffentlichen Träger, Deutschlands größter Betreiber von Rehakliniken. Insgesamt machen die öffentlichen Träger jedoch nur einen Anteil von 19 Prozent am gesamten Markt aus. Bei den privaten Trägern ist die Median Unternehmensgruppe mit 97 Einrichtungen die mit Abstand größte Rehaklinik-Kette, gefolgt von Asklepios, die über 40 Einrichtungen verfügt.

Entwicklung von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Träger im Gesamtmarkt



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Cushman & Wakefield, 2023

KONSOLIDIERUNGS- GESCHEHEN

Konsolidierung in einem kleinteiligen Markt

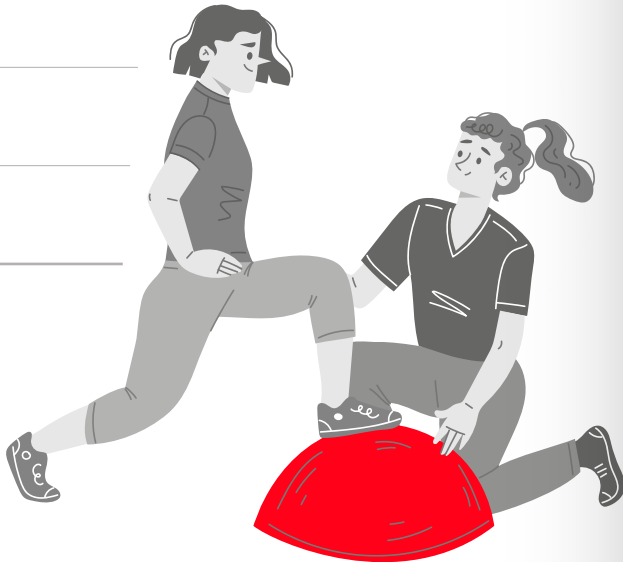
Trotz der Umstrukturierung des Marktes Ende der 1990er-Jahre ist der Betreibermarkt in Deutschland durch eine starke Kleinteiligkeit charakterisiert, vor allem unter den privaten Betreibern von Rehabilitationseinrichtungen. In den letzten Jahren kam es im Bereich der privaten Betreiber zunehmend zu Konsolidierungen. 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. 2018 wurde der Geschäftsbereich Reha und Pflege von Helios durch das österreichische Gesundheitsimmobilienunternehmen Vamed übernommen. Weitere Transaktionen bewegten sich vor allem im kleinteiligeren Segment mit einzelnen Einrichtungen.

Aufgrund der leicht rückläufigen Anzahl stationärer Einrichtungen erlebt der Markt kaum Eintritte neuer Betreiber und Bertreiberketten, sondern eher durch Fusionen und Ankäufe einzelner Einrichtungen durch größere Betreiberketten. Verstärkt 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 Rehaklinikbetreiber in 2023

Betreiber	Anzahl Rehaklinken
Deutsche Rentenversicherung	102
Median Unternehmensgruppe B.V. & Co. KG	97
Asklepios Gruppe	42
Vamed AG	19
Celenus Gruppe	17

Quelle: Cushman & Wakefield, 2023



REHAKLINIKEN ALS ASSETKLASSE

DIE NACHHALTIGE GENESUNG VON MENSCHEN IST SYSTEMRELEVANT.

Extrem hohe Nachfrage und Nettoanfangsrenditen zwischen 5,5 und 6 Prozent – ein Investment in Rehakliniken lag in den letzten Jahren im Trend. Kein Wunder, wenn man auf die demografische Entwicklung und die damit verbundene Zunahme an chronischen Erkrankungen und Operationen blickt. Rehabilitation wird in unserer Gesellschaft daher weiter an Bedeutung gewinnen. Auch aus volkswirtschaftlicher Sicht ist es unabdingbar, erkrankte Menschen wieder in die Arbeitswelt zu integrieren – insbesondere weil es durch die alternde Bevölkerung immer weniger Rentenbeitragszahler und umso mehr Leistungsempfänger gibt. Dies macht Rehakliniken zu einer attraktiven Assetklasse, jedoch mit Hindernissen: Die veraltete Bausubstanz vieler in den 1980er- und 1990er-Jahren errichteten Kliniken erfordert erhebliche Investitionen in Sanierung und Ausstattung. Vor allem unabhängige Kliniken haben Schwierigkeiten, diese Mittel aufzubringen, da gesetzliche Vorschriften zu baulichen Standards und Barrierefreiheit die Kosten weiter erhöhen.

Kostenpunkt veraltete Bausubstanz

Wie beschrieben, erlebte 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 restriktiveren Vergabe von Rehabilitationsmaßnahmen ab Mitte der 1990er-Jahre ging die Bauaktivität im Sektor zurück, was zu einer verhältnismäßig alten Bausubstanz der Kliniklandschaft führte; so sind viele der derzeit betriebenen Einrichtungen 35 Jahre und älter. Dies führte zu hohen Investitionen in Sanierungsmaßnahmen, durch die die Ausstattungsqualität der Rehakliniken stieg und somit deren Wettbewerbsfähigkeit erhielt oder verbesserte. Vor allem für eigenständige, inhabergeführte Rehakliniken ist es jedoch oft schwer, die benötigten Investitionen aufzubringen.

Bauliche Anforderungen

Die baulichen Anforderungen an Rehakliniken werden von der Deutschen Rentenversicherung festgelegt. Die Ausstattungsmerkmale können je nach Behandlungsschwerpunkt der Einrichtungen variieren. 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.

Lage: Das Klima muss stimmen

Rehakliniken befinden sich oft in landschaftlich reizvollen oder ländlichen Regionen, während in den Ballungszentren Mangel herrscht. 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.

Miet- und Investmentmarkt

Rehakliniken werden 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 Verbraucherpreisindex (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.

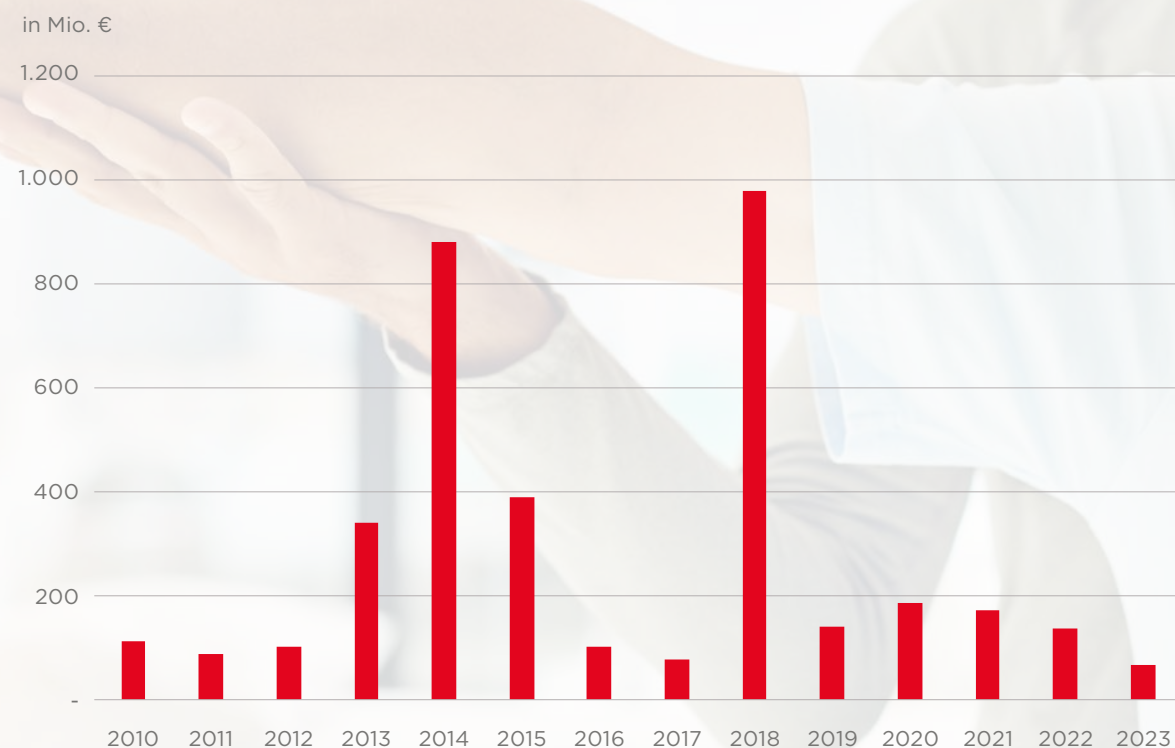
HERAUSFORDERUNGEN UND CHANCEN

Ein Blick auf das Transaktionsgeschehen im Gesundheitswesen 2023

Das Transaktionsgeschehen im Gesundheitswesen zeigt, dass die derzeitige finanzielle Herausforderung M&A-Aktivitäten sowohl für Krankenhäuser als auch für Rehakliniken hemmt. 2023 gab es vermehrt Verkäufe aus Insolvenz im Krankenhaussektor, wohingegen lediglich 22 Übernahmen und Fusionen verzeichnet wurden. Auch im Rehabilitationssektor, ambulant wie stationär, zeigt sich ein leichter Rückgang bei Transaktionen. Obwohl der Markt 2022 eine gewisse Erholung verzeichnete, hat er das Niveau von vor der Pandemie noch nicht erreicht.* Trotz dieser Herausforderungen erleben wir bei Cushman & Wakefield eine hohe Nachfrage nach Produkten, wobei das Angebot und die schwierige Marktlage das Transaktionsgeschehen deutlich einschränken.

*Quelle: PWC, 2023

Entwicklung Transaktionsvolumen Rehakliniken



Quelle: Cushman & Wakefield, 2023

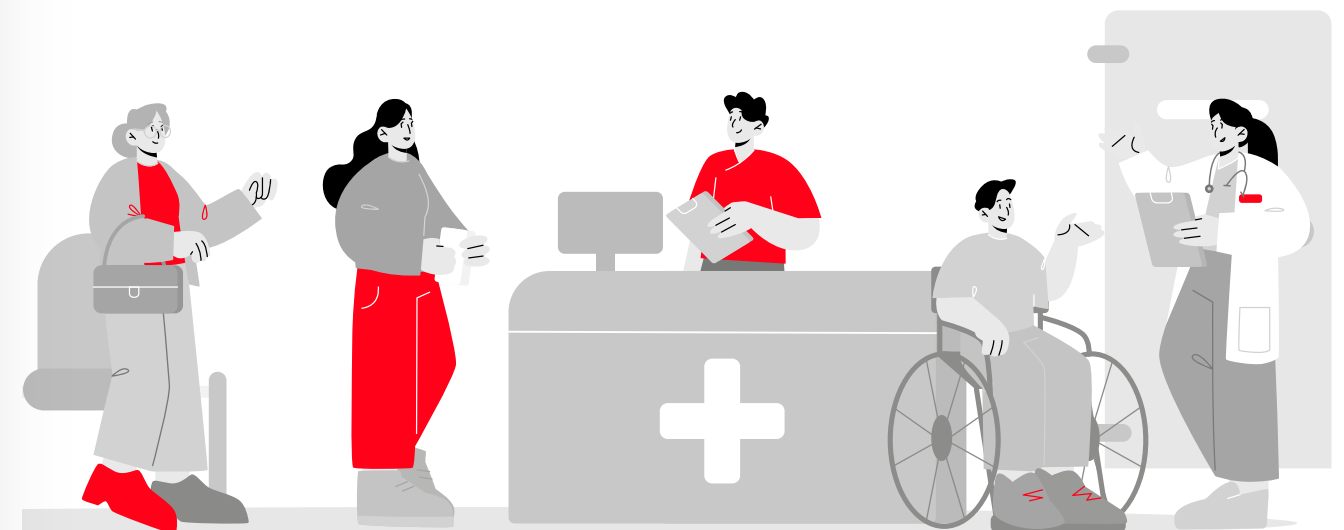
Signifikant mehr Nachfrage als Angebot

Trotz der derzeit angespannten finanziellen Situation haben Rehaklinik-Transaktionen in den letzten Jahren ein steigendes Interesse genossen, während sich das Transaktionsvolumen gleichzeitig dynamisch entwickelt hat. Dennoch ist die Assetklasse weniger etabliert als andere im Gesundheitssegment, wie beispielsweise Pflegeimmobilien, wobei beide einen durch den demografischen Wandel bedingten Nachfragezuwachs sowie ökonomische Gemeinsamkeiten aufweisen.

Die dynamische Entwicklung des Transaktionsvolumens ist auf eine schwankende Produktverfügbarkeit zurückzuführen. Die Nachfrage nach dieser Assetklasse übersteigt das Angebot signifikant und vor allem für Kliniken, deren Behandlungsschwerpunkt in den letzten Jahren einen starken Patientenzuwachs verzeichneten, ist eine steigende Beliebtheit bei Investoren zu erwarten. Hierzu gehören beispielsweise indikationsspezifische Kliniken im Bereich Psychosomatik, Orthopädie sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Der Markt sieht dabei vor allem Käufe einzelner oder weniger Kliniken – großvolumige Transaktionen blieben in den letzten Jahren eine Ausnahme.

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. Sie rangieren bei Core Investment-Opportunitäten zwischen 5,5 Prozent und 6,0 Prozent.

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



IM GESPRÄCH OLIVER SPIEWAK

Wir sehen hier langfristige und stabile Cashflows mit entsprechender Indexierung, zudem besteht eine gut vorhersehbare Nachfrage nach bestimmten Behandlungsformen und entsprechenden Produkten am Markt.



OLIVER SPIEWAK
Primonial REIM
Management Healthcare

Seit wann beschäftigt sich Primonial REIM mit der Assetklasse „Rehakliniken“?

Primonial REIM beschäftigt sich als Marktführer für europäische Gesundheitsimmobilien schon seit 2013 mit der Assetklasse Rehakliniken. Dabei haben wir stets alle Behandlungsformen im Blick, um eine breite Diversifizierung hinsichtlich Betreiber, Region, Indikation und Regulatorik in unserem Portfolio zu erzielen. In Deutschland haben wir die ersten Rehakliniken im Rahmen einer Sale-and-Lease-back-Transaktion im Jahr 2020 erworben.

Welche Vorteile bei Investitionen in Rehakliniken sehen Sie im Vergleich zu anderen Assetklassen?

Wir sehen hier langfristige und stabile Cashflows mit entsprechender Indexierung, zudem besteht eine gut vorhersehbare Nachfrage nach bestimmten Behandlungsformen und entsprechenden Produkten am Markt. Die Bonität des Betreibers in Form von Größe und Behandlungsschwerpunkten sowie die allgemeine Professionalisierung des Betreibers stehen für uns im Mittelpunkt. Uns ist bewusst, dass die Assetklasse Rehakliniken im Vergleich zum Wohnungs- oder Büromarkt klein ist. Jedoch kommt es hier ganz maßgeblich auf das Fachwissen um die Behandlungsschwerpunkte, die Refinanzierung und die engen Partnerschaften mit den Betreibern an. Unsere Expertise

haben wir uns über viele Jahren aufgebaut und können so auf Augenhöhe mit den Verkäufern und Betreibern verhandeln, wenn sich wieder eine Sale-and-Lease-back-Transaktion bietet.

Welchen strategischen Einfluss hat die Übernahme von Icade Santé auf Ihre Expansion in der Rehaklinik-Assetklasse und welche Unterschiede bestehen in den Märkten, in die Sie investieren?

Mit der Übernahme von Icade Santé konnten wir unsere Position im europäischen Markt stärken und außerdem unsere Diversifikationsstrategie weiter vorantreiben. Wir haben unser Portfolio in Frankreich um die größten Betreiber von Kliniken im psychosomatischen und Rehabilitationsbereich erweitern können. Angesichts des fortschreitenden Trends zur ambulanten Versorgung, auch im Klinikbereich, werden neue Investitionen immer auf ihre Wirtschaftlichkeit hin überprüft.

Der größte Unterschied zwischen Deutschland und Frankreich besteht darin, dass in Deutschland mehrheitlich noch stationär behandelt wird, wohingegen in Frankreich das System mehrheitlich schon teilstationär oder ambulant organisiert ist. Bei der Betrachtung der Indikationen gibt es in Frankreich im Vergleich zu Deutschland weniger Abstufungen. Der Fokus in Frankreich liegt hauptsächlich auf einer schnellen Wiederherstellung von Funktionen und weniger auf dem zusätzlichen präventiven Charakter einer Behandlung.

Welche sind aus Ihrer Sicht die größten Herausforderungen für Rehakliniken im aktuellen Marktumfeld?

Die größten Herausforderungen werden in den sich veränderten Ansprüchen an die Behandlungsmethoden liegen. Der ambulante und der stationäre Bereich werden in der Zukunft noch enger miteinander verschmelzen müssen, um dem Megatrend der Ambulantisierung von zahlreichen Behandlungen gerecht zu werden, ohne dass dabei die medizinische Qualität unter der Entwicklung leidet.

Darüber hinaus gewinnt im Hinblick auf den Fachkräftemangel die Ressource Personal und der richtige Einsatz von weniger werdendem Personal zunehmend an Bedeutung. Wie in vielen anderen Bereichen ist der Schlüssel für ein erfolgreiches Geschäftsmodell vor allem qualifizierte Arbeitskräfte, welche die Behandlungen und Pflege durchführen. Anders als im Bereich Pflegeheime und Krankenhäuser ist bei Rehakliniken die notwendige Quote für speziell ausgebildetes Pflegepersonal geringer, dafür aber die Nachfrage nach spezialisiertem Fachpersonal höher.



IM GESPRÄCH OLIVER SPIEWAK

Welche Kriterien müssen Rehakliniken Ihrer Ansicht nach erfüllen, damit sie für künftige Akquisitionen in Betracht gezogen werden? Bestehen ähnliche Risiken wie im Pflegemarkt hinsichtlich Betreiberinsolvenzen?

Da Rehakliniken in der Regel reine Betreiberimmobilien mit einem Hauptmieter sind, ist es entscheidend, das genaue Geschäftsmodell zu verstehen und auf seine langfristige Tragfähigkeit zu prüfen. Hierbei spielen politische und regulatorische Entwicklungen wie beispielsweise die bevorstehende Krankenhausreform eine bedeutende Rolle in unserer Bewertung. Als Immobilieninvestor

betrachten wir die langfristigen Miet- und Pachterträge als äußerst sicher, vorausgesetzt, die Miete befindet sich auf einem nachhaltigen Niveau, das für beide Seiten – Mieter und Vermieter – akzeptabel ist.

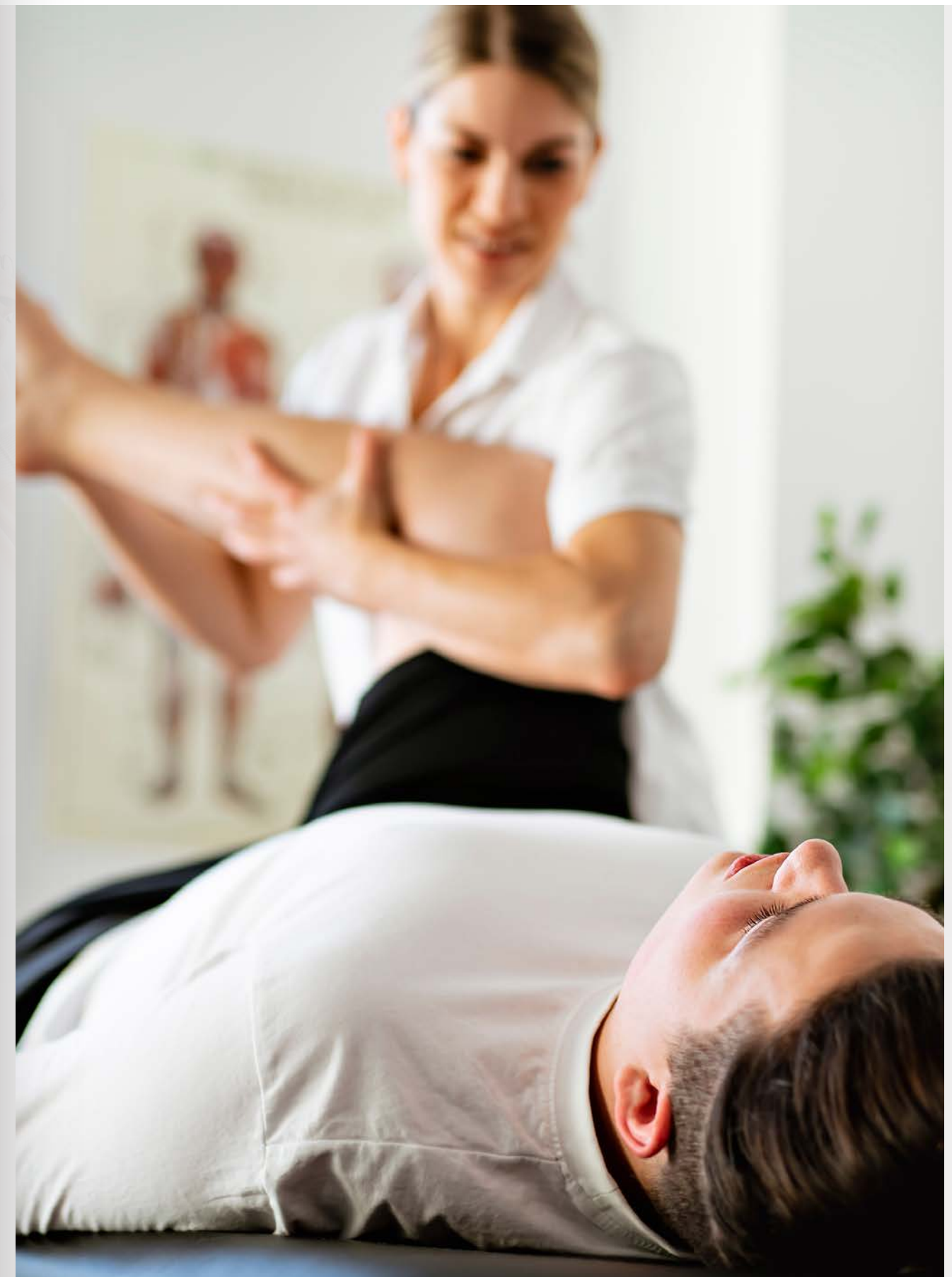
Die Thematik der Betreiberinsolvenzen im Pflegemarkt betrachten wir als ein vorübergehendes Phänomen. Wir gehen davon aus, dass wir das Schlimmste nun hinter uns haben und die Betreiber nach und nach die ihnen zustehenden Refinanzierungsmöglichkeiten im gesetzlichen Rahmen nutzen und umsetzen werden.



Über Primonial REIM

Primonial REIM Germany ist Teil der Primonial REIM Gruppe, einem führenden europäischen Vermögensverwalter, der Verwaltungsgesellschaften (Primonial REIM France, Primonial REIM Germany, Primonial REIM Luxemburg, Primonial REIM Italy und Primonial REIM Singapore) mit einem verwalteten Vermögen von ca. 42 Milliarden Euro (Stand: 05. Juli 2023), von denen ca. 18 Milliarden Euro auf das Gesundheitswesen entfallen. Damit ist Primonial REIM der führende europäische Investor und Vermögensverwalter für Gesundheitsimmobilien.

Primonial REIM vereint mehr als 450 Mitarbeiter in sechs Ländern und setzt seine Grundwerte Leidenschaft und soziales Engagement sowie sein Fachwissen auf europäischer Ebene ein, um Immobilienfonds für seine nationalen und internationalen Kunden zu konzipieren und zu verwalten, unabhängig davon, ob es sich um Privatpersonen oder institutionelle Anleger handelt. Im Rahmen seiner Strategie für diese Anlageklasse hat Primonial REIM ein internes Team mit starker operativer Expertise aufgebaut, das sich auf den Erwerb und die Verwaltung von Gesundheitsimmobilien spezialisiert hat, sowie eine eigene deutsche Plattform mit Experten für Gesundheitsimmobilien mit mehr als 80 Mitarbeitern. Diese decken das gesamte Spektrum an Dienstleistungen von der Immobilie bis zum Asset Management ab.



IM GESPRÄCH THOMAS OTTO

//////
Eine sorgfältige Analyse
der Betreiberqualität und-
Wirtschaftlichkeit bleibt zentral
//////



THOMAS OTTO
PATRIZIA Deutschland GmbH
Head of Acquisitions Commercial DACH

PATRIZIA SE gehört zu den führenden Gesundheitsimmobilieninvestoren in Deutschland. Seit wann und wieso gehören Rehakliniken zum Teil Ihrer Ankaufsstrategie?

Unser Investitionsvolumen für Health Care-Immobilien beläuft sich auf mittlerweile rund 1,5 Milliarden Euro, was uns zu einem der größten deutschen Investoren in diesem Segment macht. Als Teil unserer Strategie im Bereich Gesundheitsimmobilien sind wir seit fast 25 Jahren auch Bestandshalter in der Assetklasse Rehakliniken.

Reha-Immobilien gelten hierbei als Nischenprodukt und tragen zur Diversifikation innerhalb des Immobilienportfolios unserer Investoren bei. Die Assetklasse überzeugt aufgrund guter Belegungsquoten und sicherer Cashflows bei langfristigen Mietverträgen und geringen Kostenrisiken. Die Reha-Immobilie gilt insofern als stabiles Immobilienprodukt und Stabilitätsanker innerhalb des Portfolios unserer Anleger.

Zudem sichert sie im Vergleich zu anderen Nutzungsarten attraktivere Renditen.

Trotz der aktuellen Situation am Immobilienmarkt und der vorhandenen Produktnapppheit prüfen wir auch weiterhin selektiv den Erwerb von Objekten für unsere Fonds und konzentrieren uns hierbei auf Bestandsimmobilien mit hoher Betreiberqualität an gut funktionierenden Standorten.



Welche Chancen und Risiken erkennen Sie im aktuellen Marktumfeld für Rehakliniken? Worauf wird von Ihrer Seite besonders geachtet?

Rehakliniken gelten als systemrelevant und werden auch künftig eine bedeutende Rolle für die nachhaltige Genesung von Menschen spielen. Die demografische Entwicklung mit einer steigenden Zahl älterer Menschen, die einen erhöhten Bedarf an Pflege und Rehabilitationsleistungen auslöst, garantiert eine kontinuierliche Nachfrage in diesem Segment. Dies macht die Asset-Klasse für spezialisierte Investoren im Gesundheitsbereich weiterhin attraktiv.

Der deutsche Betreibermarkt ist durch Fragmentierung geprägt, mit zahlreichen kleinen privaten Betrieben, die teilweise eigene Immobilien nutzen. Herausforderungen wie sich ändernde Finanzierungsstrukturen, steigende Energiekosten, die Verschärfung der Qualitätsstandards und der allgemeine Fachkräftemangel im Gesundheitswesen können sich negativ auf die Wirtschaftlichkeit insbesondere kleinerer Betriebe auswirken. Daher bleibt eine gründliche Analyse der Betreiberqualität und -wirtschaftlichkeit von zentraler Bedeutung. Zudem ist das Betreiberkonzept im Hinblick auf die aktuelle Nachfragesituation und zukünftige Anforderungen genau zu überprüfen.

Im Gegensatz zu vollstationären Pflegeheimen, die deutschlandweit eine weitgehend standardisierte Dienstleistung anbieten, erfordert der Bereich Rehabilitation an verschiedenen Stellen eine detaillierte Prüfung. Dazu gehören Fragen nach den angebotenen Indikationen, den Kostenträgern, den wesentlichen Zuweisern in der Region und natürlich der Personalsituation vor Ort.

Angesichts der zahlreichen zu beachtenden Besonderheiten ist spezialisiertes Know-how bei Investitionen in Gesundheits- und Reha-Immobilien unerlässlich.

Spielt das Thema ESG auch bei Investitionen in Rehakliniken inzwischen eine wesentliche Rolle?

Das Thema ESG (Environmental Social Governance) in Gesundheitsimmobilien nimmt in all seinen Aspekten eine entscheidende und zukunftsweisende Rolle ein. Insbesondere das „S“ in ESG ist von besonderer Relevanz, da solche Einrichtungen für die Gesellschaft essenziell sind und einen großen, sozialen Mehrwert darstellen. Darüber hinaus sind auch regulatorische Energieeffizienz- und Berichtsvorgaben wie das GEG oder die EU Taxonomy einzuhalten und umzusetzen.

PATRIZIA verfolgt daher eine integrierte und aktive ESG-Strategie im Rahmen ihrer Gesundheitsimmobilien-Ausrichtung. Hierfür werden zunächst energetische Zustandsbeschreibungen in Form von Energy Audits beauftragt, sowie Energiesparmaßnahmen identifiziert und entsprechend umgesetzt.

Darüber hinaus werden soziale Aspekte integriert und mit den Nutzern besprochen. Ein wesentlicher Faktor zur erfolgreichen Umsetzung einer ESG-Strategie ist der gegenseitige Austausch und die erfolgreiche Kollaboration zwischen Vermieter und Mieter. Nur mit einer aktiven Zusammenarbeit lassen sich die ESG-Strategien erfolgsorientiert umsetzen.

IM GESPRÄCH THOMAS OTTO

Gibt es aus Ihrer Sicht mögliche Gefahren bei der Regulierung für Rehakliniken? Welches sind Ihrer Meinung nach die größten Herausforderungen?

Der Bereich Rehabilitation ist ein gesetzlich regulierter Markt. Mit der Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts können sich Versicherte ihre Rehaklinik künftig noch einfacher selbst aussuchen. Der Standort und die Reputation der Einrichtung spielen im Rahmen der Ankaufsprüfung nun also eine noch größere Rolle als zuvor. Durch das Wunsch- und Wahlrecht erhöht sich einerseits die Transparenz im Markt, andererseits steigt der Wettbewerbsdruck zwischen den bestehenden Einrichtungen weiter an.

Eine der größten Herausforderungen ist und bleibt der Fachkräftemangel – qualifiziertes Personal zu finden wird immer schwieriger.

Ein Großteil der Rehakliniken hat Schwierigkeiten, freie Stellen im Ärztlichen Dienst zu besetzen. Ein zukunfts-trächtiges Fachkräftemanagement wird hierbei über den Erfolg des jeweiligen Betriebs bzw. des jeweiligen Unternehmens entscheiden. Hierbei stehen nicht nur die angemessene Vergütung, sondern insbesondere attraktive Arbeitsbedingungen im Vordergrund. Der Abbau von Bürokratie gilt als eine der Hauptmaßnahmen, die seitens der Branchenvertreter eingefordert wird.

Auch die Spezialisierung von Betrieben, angepasst an die aktuelle Nachfragesituation, gewinnt zunehmend an Bedeutung. Kleinteilig strukturierte Betriebe ohne klare Spezialisierung sowie Einrichtungen an weniger nachgefragten Standorten werden aus Sicht von PATRIZIA SE im Verdrängungswettbewerb nicht weiter bestehen.



Über PATRIZIA SE

Die weltweit tätige PATRIZIA SE bietet seit 39 Jahren Investments in Immobilien und Infrastruktur für institutionelle, semiprofessionelle und private Anleger an. PATRIZIA SE verwaltet derzeit rund 58 Mrd. Euro Assets under Management und ist mit etwa 1.000 Mitarbeitern an 28 Standorten vertreten. Seit 1984 investiert PATRIZIA SE mit dem Ziel, einen positiven gesellschaftlichen Beitrag zu leisten, seit 1992 durch die Unterstützung der bundesweiten Initiative „Bunter Kreis“ in Deutschland zur Betreuung von schwerstkranken Kindern und seit 1999 mit der Unterstützung der PATRIZIA SE Foundation. Die PATRIZIA SE Stiftung hat in den letzten 24 Jahren mehr als 600.000 Kindern und Jugendlichen weltweit Zugang zu Bildung, Gesundheitsversorgung und einem sicheren Zuhause verschafft, um ihnen die Chance auf ein besseres, selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Weitere Informationen finden Sie unter www.PATRIZIA.ag und www.PATRIZIA.foundation.



AUSBLICK

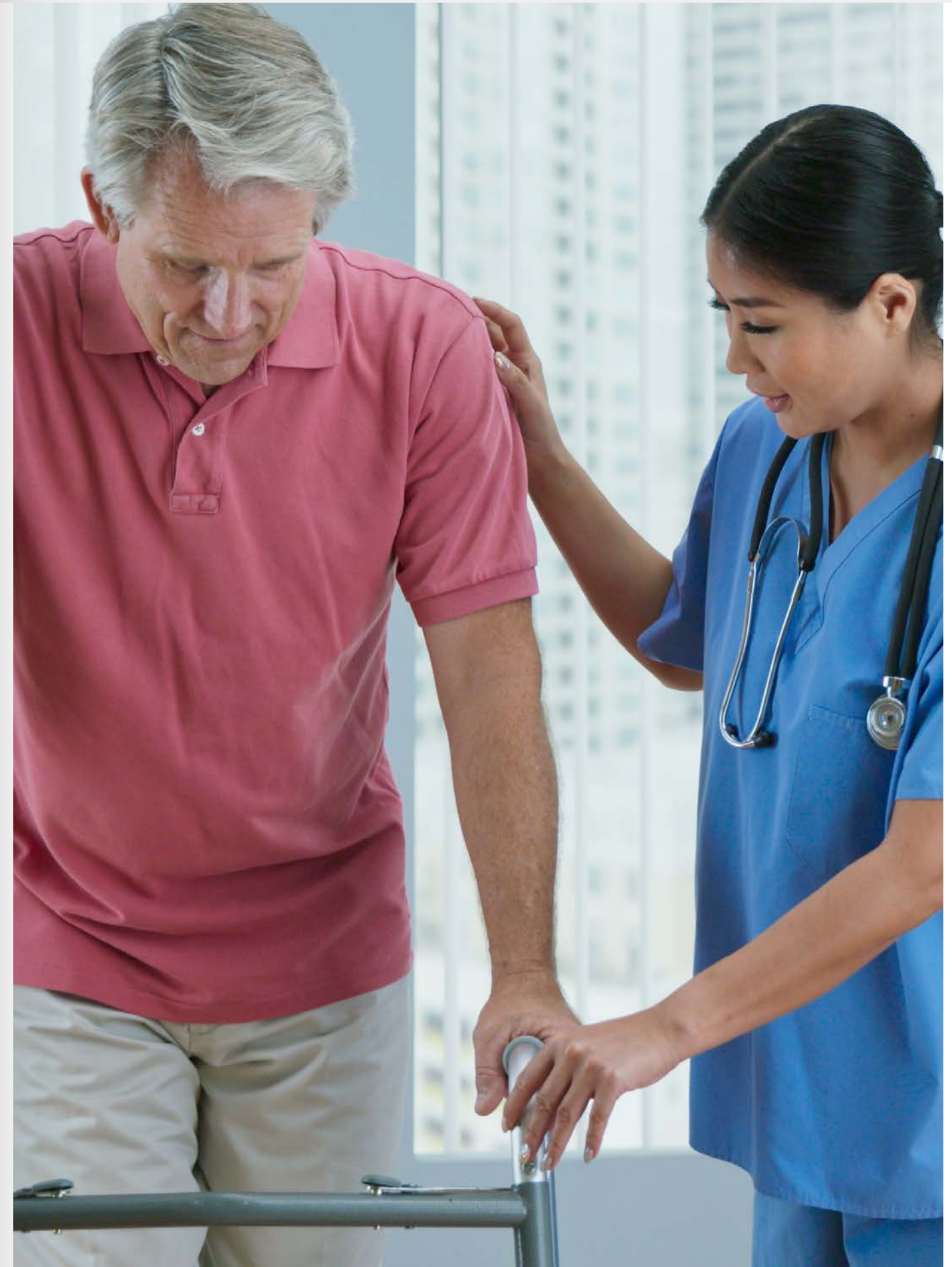
Wohin bewegt sich der deutsche Reha-Immobilienmarkt?

Sichere Cashflows und attraktive Renditen auf der einen, veraltete Bausubstanz und ein fragmentierter Betreibermarkt auf der anderen Seite: Reha-Immobilien haben sich als solides Investment erwiesen, erfordern jedoch spezifisches Branchenwissen. Dies gilt umso mehr, da sie im Vergleich zu anderen Assetklassen im Gesundheitssektor weniger etabliert sind.

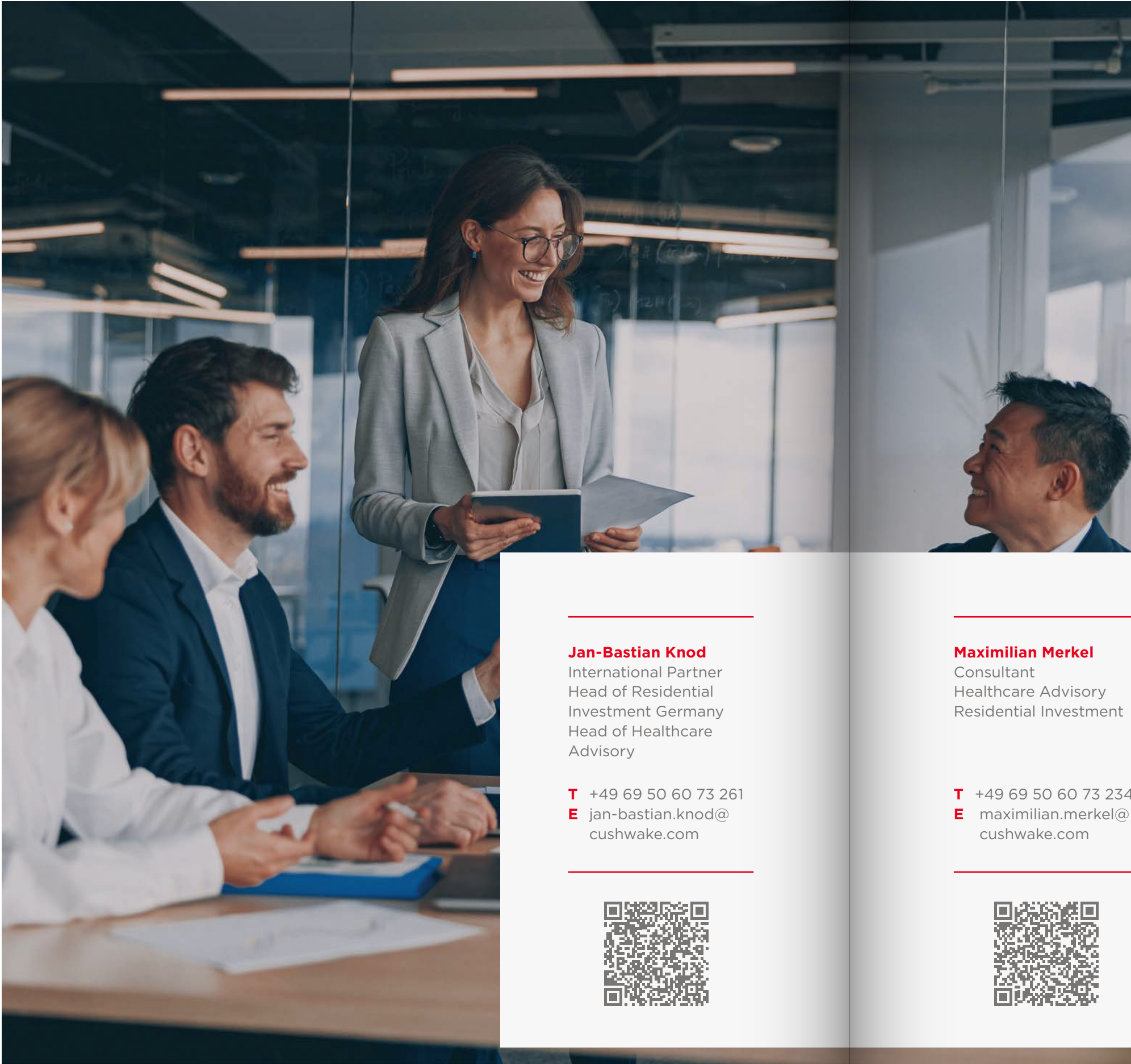
Die Nachfrage übersteigt das Angebot deutlich und es ist davon auszugehen, dass insbesondere Kliniken, deren Behandlungsschwerpunkte in den letzten Jahren ein starkes Patientenwachstum verzeichnen konnten, zunehmend in den Fokus der Investoren rücken werden. Hierzu zählen beispielsweise indikationsspezifische Kliniken in den Bereichen Psychosomatik, Orthopädie sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Der Markt ist derzeit kaum durch den Eintritt neuer Betreiber gekennzeichnet, sondern eher durch Fusionen und Übernahmen einzelner Einrichtungen durch größere Betreiberketten. Verstärkt wird dieser Trend durch den Generationswechsel bei inhabergeführten Rehabilitationskliniken, für die häufig kein geeigneter und finanziell liquider Nachfolger zur Verfügung steht.

In ihrer Rolle als Nischenprodukt bieten Rehakliniken eine attraktive Diversifikationsmöglichkeit innerhalb des Immobilienportfolios, erfordern von Investoren aber auch eine genaue Beobachtung der Marktentwicklungen, die sich auf die Struktur und Wirtschaftlichkeit der Assetklasse auswirken können. Auch der Megatrend der Ambulantisierung, der in Deutschland zu einer notwendigen Verschmelzung von ambulantem und stationärem Sektor führen wird, wird weitere Veränderungen mit sich bringen. Eine zusätzliche beachtenswerte Entwicklung ist die Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts, das es den Versicherten künftig leichter machen wird, ihre Reha-Klinik selbst zu wählen. Damit werden Standort und Reputation der Einrichtung eine noch größere Rolle spielen als bisher.

Insgesamt bleibt die Reha-Immobilie insbesondere aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland eine vielversprechende Investitionsmöglichkeit. Der Schlüssel zum Erfolg ist eine gründliche Analyse der Betreiberqualität und -wirtschaftlichkeit vor dem Hintergrund aktueller und zukünftiger Anforderungen – dann kann die Reha-Immobilie als Stabilitätsfaktor in einem diversifizierten Immobilienportfolio dienen und Investoren langfristig nachhaltige Renditen bieten.



KONTAKT



KEEP IN TOUCH



Kontakte anklicken und VCards herunterladen.

Jan-Bastian Knod
International Partner
Head of Residential
Investment Germany
Head of Healthcare
Advisory

T +49 69 50 60 73 261
E jan-bastian.knod@cushwake.com



Maximilian Merkel
Consultant
Healthcare Advisory
Residential Investment

T +49 69 50 60 73 234
E maximilian.merkel@cushwake.com



Max Koehler
Associate
Valuation & Advisory
Services

T +49 69 50 60 73 225
E max.koehler@cushwake.com



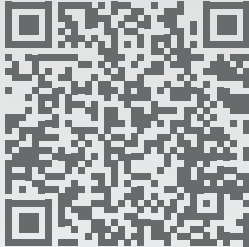
Verena Saskia Bauer
Head of Marketing &
Communications Germany

T +49 69 50 60 73 360
E verena.bauer@cushwake.com



Der Healthcare-Immobilienmarkt auf einen Klick –

alle aktuellen Reports und Insights zu Pflegeimmobilien, Ärztehäusern, Rehakliniken, Medizinische Versorgungszentren, Kitas und weiteren Sozialimmobilien:



Diese 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.