

Studie:

Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum

Kurzfassung

Auftraggeber:

Deutsche Gesellschaft für
Medizinische Rehabilitation
e.V. (DEGEMED), Berlin

Verband der Privatkliniken
Nordrhein Westfalen e.V.
(VDPK NRW), Düsseldorf

Verband der Privatkliniken in
Thüringen e.V. (VPKT),
Bad Klosterlausnitz

Ansprechpartner:

Michael Steiner
PD Dr. Christian Zwingmann
Dr. Wolfgang Riedel
Dr. Reinhard Schüssler
Ute Zweers

Basel, 10.08.2009
51-6720

Das Unternehmen im Überblick

Geschäftsführer

Christian Böllhoff

Präsident des Verwaltungsrates

Gunter Blickle

Berlin HRB 87447 B

Rechtsform

Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht

Gründungsjahr

1959

Tätigkeit

Prognos berät europaweit Entscheidungsträger in Wirtschaft und Politik. Auf der Basis neutraler Analysen und fundierter Prognosen werden praxisnahe Entscheidungsgrundlagen und Zukunftsstrategien für Unternehmen, öffentliche Auftraggeber und internationale Organisationen entwickelt.

Arbeitssprachen

Deutsch, Englisch, Französisch

Hauptsitz

Prognos AG
Henric Petri-Straße 9
CH - 4010 Basel
Telefon +41 61 32 73-200
Telefax +41 61 32 73-300
info@prognos.com

Weitere Standorte

Prognos AG
Goethestraße 85
D - 10623 Berlin
Telefon +49 (0)30 520059-200
Telefax +49 (0)30 520059-201

Prognos AG
Schwanenmarkt 21
D - 40213 Düsseldorf
Telefon +49 (0)211 887-3131
Telefax +49 (0)211 887-3141

Prognos AG
Werastraße 21-23
D - 70182 Stuttgart
Telefon +49 (0)711 2194-245
Telefax +49 (0)711 2194-219
neu ab 01.07.2009:
Friedrichstraße 15
D - 70174 Stuttgart
Telefon +49 (0)711 490 39-745
Telefax: +49 (0)711 490 39-640

Prognos AG
Wilhelm-Herbst-Straße 5
D - 28359 Bremen
Telefon +49 (0)421 2015-784
Telefax +49 (0)421 2015-789

Prognos AG
Sonnenstraße 14
D - 80331 München
Telefon +49 (0)89 515146-170
Telefax +49 (0)89 515146-171

Prognos AG
Avenue des Arts, 39
B - 1040 Brüssel
Telefon +32 2 51322-27
Telefax +32 2 50277-03

Internet

www.prognos.com

Inhaltsverzeichnis

0. Management Summary	1
1. Einleitung	4
2. Die Entwicklung der Stellgrößen der medizinischen Rehabilitation	6
2.1. Die Nachfrage nach qualifizierten Arbeitskräften übersteigt im Jahr 2025 deutlich das Angebot	7
2.2. Die Rehabilitation von Erwerbstätigen gewinnt an Bedeutung	10
2.3. Die Inanspruchnahme und Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation wird weiter steigen	12
2.3.1. Die Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation kann je nach Indikation deutlich gesteigert werden	13
2.3.2. Die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation – eingeschränkte Datenlage	14
3. Die Szenarien: Steigende Inanspruchnahme und Qualitätsverbesserungen als realistische Perspektive	16
4. Die gesamtwirtschaftliche Bilanz der medizinischen Rehabilitation	18
4.1. Die deutsche Volkswirtschaft profitiert von einer starken medizinischen Rehabilitation	19
4.2. Die Bilanz für die Sozialversicherungssysteme ist positiv	23
5. Perspektive: die medizinische Rehabilitation auf drei Ebenen stärken	26
6. Literatur	30

Herzlichen Dank für die Unterstützung:

- DEGEMED-Geschäftsstelle: Dr. Wolfgang Heine
- DEGEMED-Projektbeiratsmitglieder: Otto Böttcher, PD Dr. Stefan Kirchberger, Dr. Walter Lamprecht, Dietgrim Reene, Dr. Ferdinand Schliehe, Prof. Dr. Manfred Zielke
- Deutsche Rentenversicherung Bund: Pia Zollmann (Dank für Extraktion und Bereitstellung von Daten aus der Reha-Statistik Datenbasis der Deutschen Rentenversicherung)

0. Management Summary

Die medizinische Rehabilitation sichert Wachstum und Beschäftigung. Der zunehmende Fachkräftemangel wird die volkswirtschaftliche Bedeutung der Rehabilitation in Zukunft weiter erhöhen. Die Ergebnisse der vorliegenden Analyse verweisen eindeutig auf das Potenzial der medizinischen Rehabilitation in Deutschland: Bereits heute erhält die Volkswirtschaft für jeden in die medizinische Rehabilitation investierten Euro 5 Euro zurück. Diese volkswirtschaftliche Rendite steigt in den nächsten Jahren noch deutlich an. Unter der Annahme eines weiteren Bedeutungszuwachses kann der volkswirtschaftliche Netto-Nutzen von rund 5,8 Mrd Euro im Jahr 2005 auf rund 23 Mrd Euro im Jahr 2025 steigen.¹

Auf der Grundlage des quantifizierten Fachkräftemangels bis zum Jahr 2025 sowie der demografischen und strukturellen Veränderungen (z.B. Erhöhung des Renteneintrittsalters) werden die Inanspruchnahme sowie die Wirksamkeit der Rehabilitation abgeschätzt. Durch verschiedene Prognosemodelle wird das Potenzial der medizinischen Rehabilitation hinsichtlich seines volkswirtschaftlichen Nutzens aufgezeigt.

In der vorliegenden Studie werden stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen (inkl. AHB/AR-Verfahren) von fünf Indikationsbereichen berücksichtigt, die 365.000 Rehabilitanden oder 45% aller medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 2005 umfassen.² Bis zum Jahre 2025 wird sich ihre Zahl aufgrund des demografischen Wandels auf knapp 400.000 erhöhen.³ Um den volkswirtschaftlichen Beitrag der Rehabilitation zu ermitteln, werden drei Szenarien hinsichtlich der künftigen Wirksamkeit und Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen vorgestellt. Für die Einschätzung der Inanspruchnahme wurden Interviews mit Fachexperten geführt.⁴ Als Ausgangspunkt für die Wirksamkeits-schätzungen wurden Meta-Analysen, Reviews und prominente Einzelstudien gesichtet. Die entsprechenden Variablen werden in ein für diese Zwecke entwickeltes „Reha-Nutzen-Modell“ eingebettet, welches vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Szenarien mögliche Entwicklungen aufzeigt. Das mittlere

¹ Die Berechnungen wurden für die Indikationsbereiche Kardiologie, Pneumologie, Orthopädie (Rückenschmerzen), Psychosomatik und Sucht der Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung vorgenommen.

² Die Analyse erfolgt auf Grundlage der Reha-Statistik Datenbasis der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Entsprechende Statistiken der GKV liegen leider nicht vor, so dass sich die Analysen allein auf die erwerbstätigen Versicherten der DRV der fünf genannten Indikationsbereiche beziehen.

³ Eigene Berechnungen.

⁴ Hierbei handelt es sich um ausgewiesene Experten mit langjährigen Erfahrungen im Bereich der Reha-Praxis und Rehabilitationsforschung.

Szenario, auch „realistisches Szenario“ genannt, unterstellt einen maßvollen Bedeutungszuwachs der medizinischen Rehabilitation, der auf steigende Inanspruchnahme und auf weitere Wirksamkeitsverbesserungen der Rehabilitation zurückgeführt wird.

Die Studie zeigt auf, welche gesamtwirtschaftlichen Effekte von der medizinischen Rehabilitation auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP) und die Haushalte der Sozialversicherung ausgehen können. Als Basis der Berechnungen dienen die gesparten Arbeitsunfähigkeitstage sowie die gewonnenen Berufstätigkeitsjahre innerhalb der ersten zwei Jahre nach der medizinischen Rehabilitation.

Durch die medizinische Rehabilitation bleiben der Volkswirtschaft jährlich über 150.000 Arbeitskräfte erhalten, die ohne die Maßnahmen aus dem Arbeitsleben (frühzeitig) ausscheiden würden. Der Rehabilitationseffekt macht für die berücksichtigten fünf Indikationen im Jahre 2005 rund 0,26% des BIP aus. Dieser Anteil lässt sich unter den Annahmen des realistischen Szenarios auf 0,61% im Jahr 2025 steigern.

Unter Berücksichtigung der indirekten Kosten, die durch den Arbeitsausfall während der Rehabilitationsmaßnahme entstehen, lässt sich der Nettoeffekt der medizinischen Rehabilitation für die fünf Indikationen auf 5,8 Mrd Euro im Jahre 2005 beziffern. Unter realistischen Annahmen bezüglich der Steigerung von Wirksamkeit und Inanspruchnahme ließe sich für die fünf Indikationen ein volkswirtschaftlicher Nutzen in Höhe von **23,2 Mrd Euro** im Jahr 2025 erzielen.

Auch für die sozialen Sicherungssysteme rechnet sich die medizinische Rehabilitation schon heute und noch verstärkt im kommenden Jahrzehnt. Zum einen werden zusätzliche Einnahmen generiert, zum anderen werden Rentenzahlungen durch den späteren Renteneintritt vermieden. Somit werden die Ausgaben für die hier untersuchte Gruppe erwerbstätiger Rehabilitanden der fünf Indikationsbereiche bereits im Status Quo mehr als gedeckt. Unter Zugrundelegung des realistischen Szenarios kann diese positive Rendite von 0,3 Mrd Euro im Jahr 2005 auf 3,8 Mrd Euro im Jahr 2025 erhöht werden.

Um das Ziel einer höheren Rendite zu erreichen, ist die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation und deren Nachweis weiter zu erhöhen und der vorhandene Rehabilitationsbedarf besser auszuschöpfen. Daran müssen alle Beteiligten (z.B. Leistungserbringer, Reha-Träger, politische Entscheidungsträger) mitwirken.

Entscheidend ist, wie der Pfad des realistischen Szenarios erreicht werden kann. Hier sind sowohl die Leistungserbringer, die Reha-Träger als auch die politischen Entscheidungsträger gefordert.

Die Empfehlungen der vorliegenden Studie zielen darauf ab, die medizinische Rehabilitation hinsichtlich der Akzeptanz, der Rahmenbedingungen und der Vernetzung im Gesundheitswesen weiter voran zu bringen. Die folgende Aufstellung fasst die Empfehlungen zusammen:

Abbildung 1: Empfehlungen zur Stärkung der medizinischen Rehabilitation



1. Einleitung

Die gesellschaftliche und gesundheitspolitische Entwicklung der vergangenen Jahre hat zu einer Neuorientierung im Gesundheitswesen geführt und ist mit einem anhaltenden Strukturwandel des Versorgungssystems verbunden. Vor dem Hintergrund des Wandels demografischer und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen und, damit verbunden, sich ändernder Versorgungsbedürfnisse erfährt auch das Gesundheitssystem eine zunehmende Kosten-Nutzen-Orientierung.⁵

Die medizinische Rehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems. Ihr Ziel ist die Besserung oder Erhaltung der gesundheitlichen Integrität und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. „Rehabilitation vor Rente“ und „Rehabilitation vor Pflege“ sind die Maximen der beiden großen Leistungsträger: gesetzliche Rentenversicherung und gesetzliche Krankenversicherung.

Das gemeinsame Inkrafttreten des Beitragsentlastungsgesetzes und des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes im Jahr 1997 führte zu spürbaren Einschnitten bei der Zahl der bewilligten Rehabilitationsanträge. Seitdem steht die medizinische Rehabilitation unter verstärktem Rationalisierungsdruck. Die Schärfung des Leistungsprofils, Qualitätsmanagement und Effizienzsteigerung gehen einher mit einer Konsolidierung des Reha-Sektors.

Die vorliegende Studie analysiert einerseits die Ausgaben und Kosten der medizinischen Rehabilitation bei Erwerbstätigen, andererseits die von ihr ausgehenden Wachstumsimpulse im gesamtwirtschaftlichen Kontext.⁶ Herausgearbeitet wird der zusätzlich gewonnene volkswirtschaftliche Nutzen, d. h. die Auswirkungen der Rehabilitation auf das Bruttoinlandsprodukt anhand der gewonnenen Berufstätigkeitsjahre und gesparten AU-Tage und die finanziellen Auswirkungen auf die Sozialversicherungszweige. Die Studie verdeutlicht den wachsenden Bedarf an rehabilitativen Leistungen angesichts demografischer Veränderungen, die eine Zunahme chronischer Erkrankungen und einen steigenden Fachkräftemangel verursachen.

Gleichzeitig gewinnt auch für die Beschäftigten die Sicherung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zunehmend an Bedeu-

⁵ Reimann et al. (2006).

⁶ Die erwerbstätigen Rehabilitanden sind der Statistik der Deutschen Rentenversicherung entnommen und schließen Arbeitslose und Arbeitsunfähige ein.

tung. Im Zuge des steigenden Altenquotienten wird das Renteneintrittsalter schrittweise erhöht.⁷ Das bedeutet, dass jeder einzelne Arbeitnehmer länger durch eigene Arbeit seinen Lebensunterhalt verdienen muss. Die Fähigkeit zur Teilhabe am Erwerbsleben muss stärker gefördert werden.

Für Gesellschaft und Volkswirtschaft wird die Sicherung der Leistungsfähigkeit von älteren Arbeitnehmern zu einem der Motoren für Wohlstand und Wachstum in Deutschland. Die Erhaltung und Verbesserung der Erwerbsfähigkeit von Mitarbeitern wird zunehmend zu einem Wettbewerbsfaktor für die Unternehmen. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung, um Einsatzbereitschaft, Loyalität und Motivation der Arbeitskräfte dauerhaft zu erhalten. Vom Engagement und, damit zusammenhängend, von dem Vertrauen der Mitarbeiter in den Arbeitgeber hängt die Produktivität und damit auch der Unternehmenserfolg in entscheidender Weise ab.

Die vorliegende Studie untersucht den volkswirtschaftlichen Nutzen der medizinischen Rehabilitation bei Erwerbstätigen anhand der fünf ausgewählten Indikationsbereiche Kardiologie, Pneumologie, Orthopädie (Rückenschmerzen), Psychosomatik und Sucht (s. Tabelle 1). Die Analysen und Prognosen beziehen sich auf stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung (inkl. AHB/AR-Verfahren).⁸

Insgesamt werden 365.000 Fälle oder 45% aller medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung des Jahres 2005 berücksichtigt. Mit Blick auf den demografischen Wandel wird sich diese Zahl trotz rückläufiger Erwerbstätigenzahlen auf knapp 400.000 erhöhen.⁹ Um den volkswirtschaftlichen Beitrag der Rehabilitation zu ermitteln, werden drei Szenarien entwickelt, die die künftige Wirksamkeit und Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen prognostizieren. Für die Einschätzung der Inanspruchnahme wurden Interviews mit Fachexperten geführt.¹⁰ Als Ausgangspunkt für die Wirksamkeitsschätzungen wurden Meta-Analysen, Reviews und prominente Einzelstudien gesichtet. Die entsprechenden Variablen werden in ein für diese Zwecke entwickeltes „Reha-Nutzen-Modell“ eingebettet.

⁷ Altenquotient = Bevölkerung ab 65 Jahren / Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren.

⁸ Da im GKV-Bereich entsprechende Daten nicht zur Verfügung stehen, konnten diese nicht berücksichtigt werden.

⁹ Eigene Hochrechnungen.

¹⁰ Hierbei handelt es sich um ausgewiesene Experten mit langjährigen Erfahrungen im Bereich der Reha-Praxis und Rehabilitationsforschung.

Tabelle 1: In der Studie berücksichtigte Indikationsgruppen¹¹

Indikationsgruppen	ICD - 10
„Kardiologie“: Krankheiten des Kreislaufsystems - ohne zerebrovaskuläre Krankheiten und - ohne Krankheiten der Venen und Lymphgefäße	I00-I52 + I70-I79
„Pneumologie“: Chronische Erkrankungen der unteren Atemwege (inkl. Asthma, COPD)	J40-J47
„Rückenschmerzen“: Dorsopathien (inkl. chronische Rückenschmerzen)	M50-M54
„Psychosomatik“: Psychische und Verhaltensstörungen ohne „Sucht“	F00-F99 abzüglich F10-F19
„Sucht“: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	F10-F19

2. Die Entwicklung der Stellgrößen der medizinischen Rehabilitation

Die volkswirtschaftliche Relevanz der medizinischen Rehabilitation bis zum Jahr 2025 wird durch die demografische Entwicklung (Bedarf), die Inanspruchnahme sowie die Wirksamkeit bestimmt. Die Abschätzung der Entwicklung verschiedener Stellgrößen bis zum Jahr 2025 findet ihren Niederschlag im „Reha-Nutzen-Modell“, das wiederum die Faktoren für das volkswirtschaftliche Gesamtmodell ermittelt. Folgende Abschätzungen werden vorgenommen:

- Die Abschätzung des Arbeitskräftebedarfs bis zum Jahr 2025 (Demografie und Qualifikation) => siehe Kapitel 2.1
- Die Abschätzung der demografisch bedingten Rehabilitationsinanspruchnahme für die ausgewählten fünf Indikationen => siehe Kapitel 2.2
- Die Abschätzung der (Unter-)Inanspruchnahme und Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation => siehe Kapitel 2.3

¹¹ ICD-10: International Classification of Diseases.

2.1. Die Nachfrage nach qualifizierten Arbeitskräften übersteigt im Jahr 2025 deutlich das Angebot

Die Zahl der Erwerbstätigen wird bis zum Jahr 2025 um rund 4,4 Millionen sinken. Die Arbeitsnachfrage übersteigt das Arbeitsangebot dabei um 4 Millionen, insbesondere bei den qualifizierten Arbeitskräften. Eine möglichst vollständige Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit der Jahrgänge 55+ im Jahr 2025 hat den Effekt, dass der Fachkräftemangel durch die älteren Arbeitnehmer noch abgefangen werden kann und das bestehende Ungleichgewicht zwischen Arbeitsnachfrage und -angebot nicht noch größer wird.

Fachkräftemangel ist kein deutsches Phänomen. Ganz Europa steht in den nächsten Jahren und Jahrzehnten vor nachhaltigen strukturellen und demografischen Herausforderungen, die vor allem durch zwei Entwicklungen geprägt sind:

1. tief greifende Veränderungen der Wirtschaftsstruktur im Zuge der Globalisierung und des Übergangs zur Wissensgesellschaft und
2. demografischer Wandel, der dazu führt, dass immer mehr ältere Menschen aus dem Erwerbsleben ausscheiden und immer weniger junge Menschen nachkommen.

Das Arbeitsangebot wird in Deutschland bis zum Jahr 2025 um ca. 4,4 Mio Personen zurückgehen – vorausgesetzt, der Zuwanderungsgewinn liegt bei durchschnittlich 100.000 Menschen pro Jahr.¹² Danach beschleunigt sich der demografische Wandel unaufhaltsam.

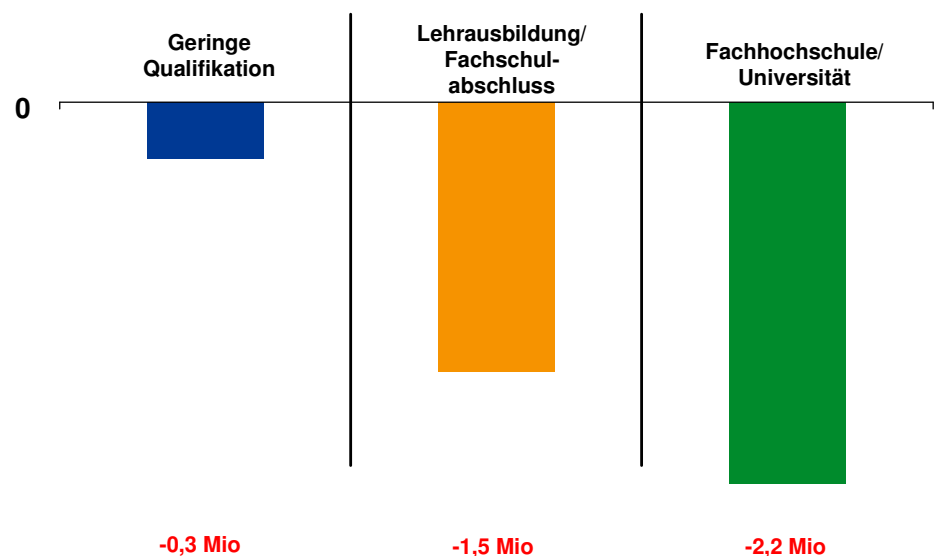
Heute bilden die mittleren und höheren Altersgruppen das Gros der qualifizierten Arbeitskräfte. Derzeit verlassen jährlich mehr als 8% eines Altersjahrganges das Bildungssystem ohne Schulabschluss.¹³ Kann das im Zuge einer weit reichenden Bildungsreform nicht geändert werden und verbessern sich die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten und -fähigkeiten während der Erwerbsphase nicht erheblich, ist für die kommenden Jahre mit einem verschärften Mangel an Hochqualifizierten und Fachkräften auf dem Arbeitsmarkt zu rechnen.

¹² Die Analyse differenziert nach Alter, Geschlecht und Qualifikation der Erwerbstätigen. Eine Bezug zu den Branchen wird nicht hergestellt. Eine ausführliche Darstellung findet sich unter: http://www.vbw-bayern.de/agv/vbw-Themen-Sozialpolitik-Arbeit-Aktuelles-Die_Arbeitslandschaft_2030_in_Deutschland_und_Bayern--14598,ArticleID__6794.htm

¹³ Statistisches Bundesamt (2008). Statistisches Jahrbuch 2007, Schuljahr 2007/2008.

Bei Fortschreibung der aktuellen Entwicklungen und unter Annahme eines mittleren Bevölkerungswachstums ergibt sich bis zum Jahr 2025 auf allen Qualifikationsstufen ein deutlicher Arbeitskräftemangel.¹⁴ Dieser liegt zwischen 0,3 Mio bei gering qualifizierten und 2,2 Mio bei hoch qualifizierten Erwerbstätigen (s. Abbildung 2).

Abbildung 2: Arbeitskräftemangel im Jahr 2025, nach Qualifikationsstufen

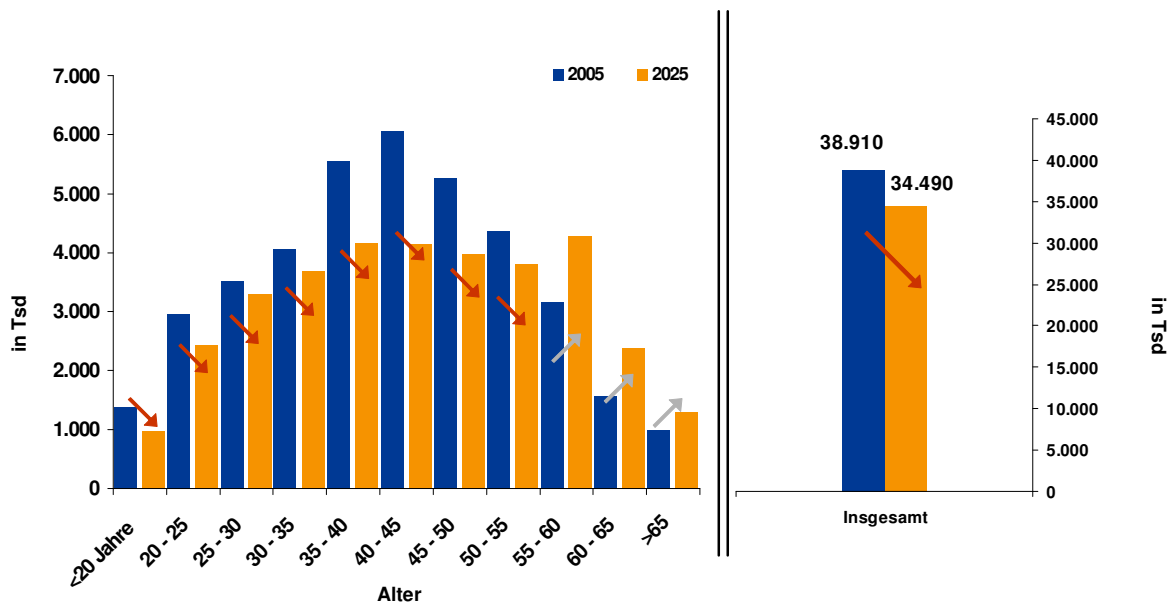


Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis des Mikrozensus 2004 und der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung des StaBu, vbw 2008

Die Kohorte der 55- bis 65-Jährigen ist eine der größten Zielgruppen medizinischer Rehabilitation. Im Zuge des demografischen Wandels wird sich diese Gruppe von 5,7 Mio (2005) auf 8,0 Mio Erwerbstätige im Jahre 2025 erhöhen. Damit wird der Anteil der über 55-jährigen Erwerbstätigen an allen Erwerbstätigen von 14,7% auf 23,1% steigen (s. Abbildung 3). Dies ist in erster Linie auf die geburtenstarken Jahrgänge der 1960er Jahre zurückzuführen. Allerdings steht diese Kohorte 2025 kurz vor dem Renteneintritt. Geht sie in Rente, wird sich der prognostizierte Arbeitskräftemangel noch verstärken. Um so wichtiger wird es sein, dieser Gruppe eine gute, perspektivisch angelegte Gesundheitsversorgung zu garantieren, um deren Erwerbsfähigkeit möglichst lange aufrechtzuerhalten. Hier erhält die medizinische Rehabilitation eine zunehmende Bedeutung.

¹⁴ Datengrundlage des Mikrozensus 2004, Statistisches Bundesamt, Ergebnisse der 10. Koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Bundesamts, <http://tinyurl.com/c7ggmo>. Die Daten der DRV stammen aus dem Jahr 2005, so dass dieses Jahr als Status Quo angesehen wird. Folglich wurden für die Berechnungen Größen aus dem Mikrozensus 2004 verwendet.

Abbildung 3: Arbeitsangebot nach Alter, 2005-2025



Quelle: Eigene Berechnungen, vbw 2008

Eine Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit der Jahrgänge 55+ im Jahr 2025 hat zum einen den Effekt, dass der Fachkräftemangel durch die älteren Arbeitnehmer länger abgefangen werden kann und das bestehende Ungleichgewicht zwischen Arbeitsnachfrage und -angebot nicht noch größer wird. Zum anderen wird durch die Vermeidung eines frühzeitigen Renteneintritts die gesetzliche Rentenversicherung weniger belastet.

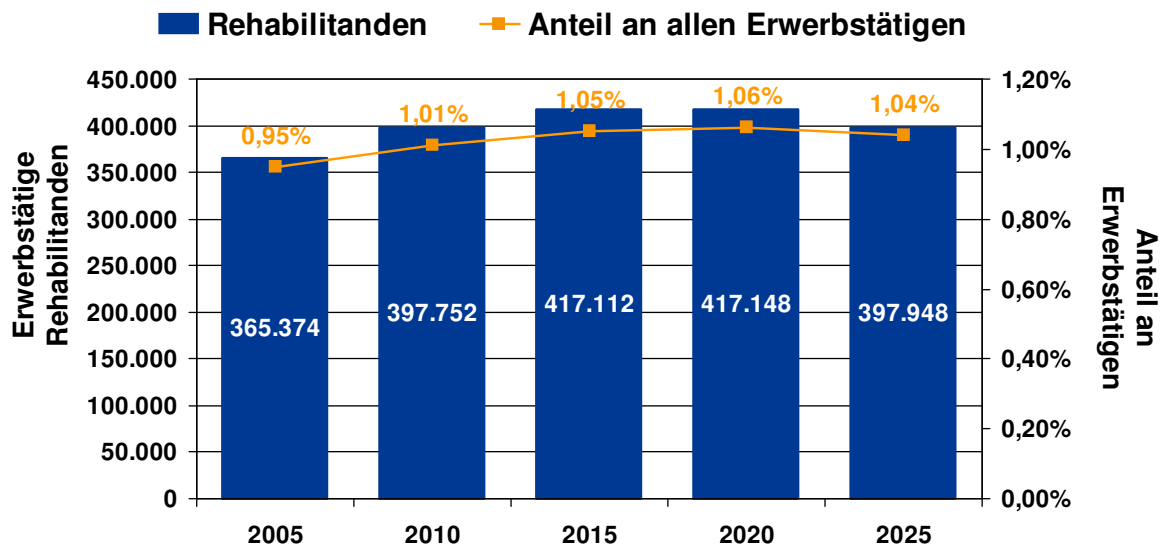
Vor diesem Hintergrund gewinnt der Leitgedanke „Reha vor Rente“ an Bedeutung, insbesondere, wenn es neben den Ausgaben des Reha-Trägers auch um den gesamtwirtschaftlichen Nutzen geht.

2.2. Die Rehabilitation von Erwerbstätigen gewinnt an Bedeutung

Trotz eines Rückgangs der Gesamtzahl der Erwerbstätigen wird sich die Zahl der erwerbstätigen Rehabilitanden um rund 9% erhöhen. Damit steigt auch der Anteil der hier betrachteten Rehabilitanden unter den Erwerbstätigen bis zum Jahr 2025 auf über 1% an.

Aufgrund des von 2005 bis 2025 überproportional steigenden Anteils der über 55-jährigen Erwerbstätigen wird auch der Anteil der Rehabilitanden in diesen Indikationsgruppen überproportional zunehmen. Es ist zu erwarten, dass bis 2020 die Zahl der erwerbstätigen Rehabilitanden auf über 417.000 ansteigt. Da im weiteren Verlauf die geburtenstarken Jahrgänge aus dem Erwerbsleben ausscheiden werden, wird auch die Zahl der Rehabilitanden im Jahr 2025 auf rund 398.000 sinken (s. Abbildung 4).

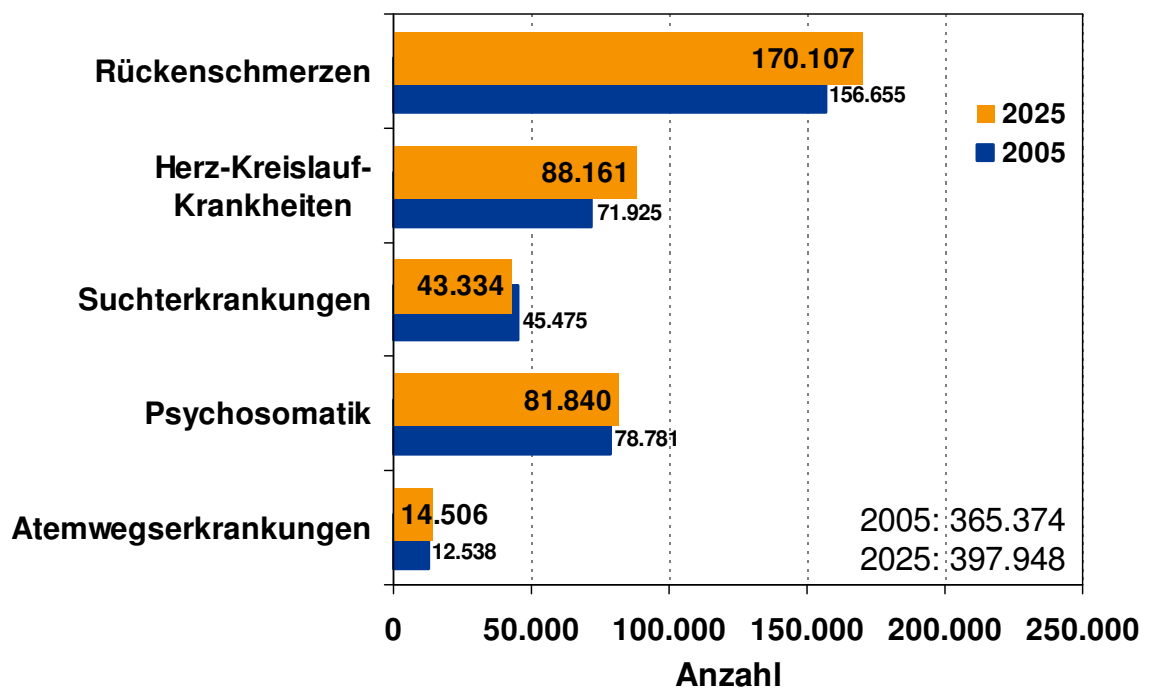
Abbildung 4: Entwicklung und Anteil der erwerbstätigen Rehabilitanden an allen Erwerbstätigen – fünf Indikationen, 2005-2025



Quelle: Eigene Berechnungen, Deutsche Rentenversicherung 2008

Bei näherer Betrachtung der einzelnen Indikationsgruppen wird deutlich, dass vor allem im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Atemwegserkrankungen mit einem Anstieg zu rechnen ist. Auch in den anderen Bereichen wird eine Steigerung erwartet. Eine Ausnahme stellen die Suchterkrankungen dar. Da dieser Bereich eher durch jüngere Rehabilitanden gekennzeichnet ist, ist im Zuge der älter werdenden Bevölkerung von einem perspektivischen Rückgang der Fallzahlen auszugehen (s. Abbildung 5).

Abbildung 5: Anzahl erwerbstätiger Rehabilitanden, 2005 vs. 2025



Quelle: Eigene Berechnung, Deutsche Rentenversicherung 2008

2.3. Die Inanspruchnahme und Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation wird weiter steigen

Die Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation kann indikationsabhängig deutlich gesteigert werden. Im Bereich der Pneumologie und Psychosomatik ist das Potenzial besonders groß. Auch die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation lässt sich weiter steigern.

Für die Modellierung des zukünftigen Reha-Geschehens müssen Erkenntnisse über zwei indikationsspezifische Einflussgrößen herangezogen werden:

1. **Unterinanspruchnahme** von Rehabilitationsleistungen¹⁵

Ausgehend vom Status Quo ist zu bestimmen, um wie viel Prozent pro Jahr die Inanspruchnahme von Rehabilitation gesteigert werden kann.

2. **Wirksamkeit von Rehabilitation**

Für die Modellrechnungen sind Abschätzungen darüber erforderlich, welchen Effekt die medizinische Rehabilitation auf die volkswirtschaftlich relevanten Größen „Erwerbstätigkeitsquote“ und „Arbeitsunfähigkeitsquote“ hat.¹⁶

Zum Ausmaß der Unterinanspruchnahme wurden klinisch und wissenschaftlich ausgewiesene Reha-Experten befragt, während die Wirksamkeitshinweise aus Meta-Analysen, Reviews und einschlägigen Einzelstudien gewonnen wurden.

¹⁵ Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellte wiederholt in seinen Jahresgutachten 00/01 Band III und 03 Band II fest, dass von einer Unterinanspruchnahme der Rehabilitationsleistungen auszugehen ist.

¹⁶ Die Wirkung auf diese beiden ökonomischen Kenngrößen wird u.a. durch Analysen der medizinischen Effekte abgeschätzt. Nur eine erfolgreiche Rehabilitation im medizinischen Sinn kann zu einer tatsächlichen Teilhabe am Berufsleben führen, d.h. zu weniger AU-Tagen, zu mehr Berufstätigkeitsjahren.

2.3.1. Die Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation kann je nach Indikation deutlich gesteigert werden

Auf der Grundlage z.T. deutlicher empirischer Hinweise wurde von Experten wiederholt vorgetragen, dass Rehabilitationsleistungen derzeit insgesamt zu wenig in Anspruch genommen werden, d.h. nicht alle Personen mit Rehabilitationsbedarf erhalten auch eine Rehabilitationsmaßnahme (Problem der Unterinanspruchnahme bzw. *underuse*)¹⁷. In den Szenarien sollte u.a. das Ausmaß modelliert werden, in dem Unterinanspruchnahme abgebaut werden kann – sei es durch verstärkte Aufklärung, durch koordinierte Einleitungen des Hausarztes oder andere strukturelle Maßnahmen. Um für diese Modellierungen Ausgangswerte zu gewinnen, geben die Experten folgende Einschätzungen¹⁸:

- **Kardiologie:** Die Inanspruchnahme liegt – zumindest im Bereich der Rehabilitation der Rentenversicherung – zwischen 75% und 80%. Ein zusätzliches Potenzial besteht namentlich beim akuten Koronarsyndrom, bei welchem derzeit ein AHB-/AR-Verfahren nicht regelhaft empfohlen wird.
- **Pneumologie:** Bei Asthma (ca. 2/3 der analysierten Fälle des Indikationsbereiches) erscheinen für den Bereich der Rentenversicherung Steigerungen der Rehabilitandenzahlen um bis zu 25% möglich. Bei COPD (ca. 1/3 der Fälle) ist eine Verdoppelung der Rehabilitandenzahlen nicht unrealistisch. Dies gilt vor allem dann, wenn es gelingt, Versicherte in einem relativ frühen Krankheitsstadium zu erreichen.
- **Rückenschmerzen:** Die angefragten Experten stellten die Frage nach dem Abbau der Unterinanspruchnahme zurück. Zuvor muss die Frage nach der Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation in diesem Bereich weitgehender geklärt sein. In Abstimmung mit dem DEGEMED-Projektbeirat wurde deshalb angenommen, dass hier für den prognostizierten Zeitraum keine zusätzliche Inanspruchnahme erzielt werden kann.
- **Psychosomatik:** Die Experten betrachten drei verschiedene, wünschenswerte Zielperspektiven (1. „Reha-Quote der Frauen an die der Männer angleichen“; 2. „Reha-Quote an das AU-Geschehen angleichen“; 3. „depressiven Personen mit ausgeprägten Krankheitskarrieren den Zugang zur medizinischen Rehabilitation weiter eröffnen“). Die Abschätzungen erfolgen auf der Grundlage veröffentlichter Statistiken. Daraus

¹⁷ Barth, M et al. (1989); Lachmann, A. et al. (1999); Potthoff, P. et al. (1994); Rische, H. & Löffler, H.E. (1998); Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002). Gutachten 2000/2001

¹⁸ Die von den Experten genannte Unterinanspruchnahme ist als Untergrenze zu betrachten.

resultieren abgestufte Steigerungen der Inanspruchnahme zwischen minimal 13% und maximal 31% (durchschnittlich 22%).

- **Sucht:** Die Expertenüberlegungen, die sich nur auf Alkoholabhängigkeit beziehen, gehen davon aus, dass eine Entwöhnungsbehandlung dann stattfinden sollte, wenn eine erheblich manifestierte, chronische Abhängigkeit besteht. Die operationale Abschätzung dieser Fälle mündet in eine maximale zusätzliche Inanspruchnahme von etwa 17%.

Tabelle 2: Inanspruchnahmequoten – Expertenurteile

	Mittlere Steigerung	Maximale Steigerung
Kardiologie	10%	15%
Atemwegserkrankung		Asthma: 25% (Gewicht: 2/3)
		COPD: 100% (Gewicht: 1/3)
Rückenschmerzen	Keine Steigerung	Keine Steigerung
Psychosomatik	22%	31%
Sucht		17%

2.3.2. Die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation – eingeschränkte Datenlage

Eine Modellierung des Reha-Geschehens kann nicht einfach die volkswirtschaftlich relevanten Größen nach erfolgter medizinischer Rehabilitation – also Erwerbstätigkeits- und AU-Quoten nach der Rehabilitation – einsetzen, sondern muss abbilden, inwieweit diese Quoten auf die Rehabilitation zurückgehen. Kontrollierte oder gar kontrolliert randomisierte Wirksamkeitsstudien, die hierüber Auskunft geben könnten, sind in der Reha-Forschung – z.T. aus gesetzlichen und ethischen Gründen – selten. Abschätzungen der Wirksamkeit müssen sich daher an den häufiger verfügbaren Prä-Post-Studien orientieren und dabei relativ „weiche“ Kriterien (z.B. subjektive Einschätzung der Lebensqualität) in die Betrachtung aufnehmen.

Analysiert wurden hier, soweit verfügbar, ökonomisch relevante Daten (Berufstätigkeitsquoten, Return-to-Work-Quoten, Erwerbsminderungsrenten und Arbeitsunfähigkeits-Tage)¹⁹ sowie darüber hinaus auch häufiger untersuchte „weichere“ Zielgrößen (gesundheitsbezogene Lebensqualität, medizinische Parameter). Es wurde darauf geachtet, ob die Ergebnisse mittelfristig oder langfristig anhalten.²⁰

Für die fünf betrachteten Indikationsbereiche wurden folgenden Bewertungen hinsichtlich der Wirksamkeit abgeleitet:

- **Kardiologie:** In diesem Indikationsbereich wird eine Bewertung „mittlerer Wirksamkeit“ definiert, allerdings bei starker Streuung der Befunde.
- **Pneumologie:** Die Wirksamkeitshinweise führen zu der Bewertung „mittlere Wirksamkeit“ sowohl für Asthma als auch für COPD. Bei COPD werden die zurückhaltenden Ergebnisse aus deutschen Studien aufgrund der sehr guten, auf kontrollierten Studien beruhenden internationalen Evidenz „aufgewertet“.
- **Rückenschmerzen:** Zwei aktuellen Meta-Analysen zufolge existiert hier derzeit eine eher „geringe“ Wirksamkeit. Allerdings kann – z.B. mit Blick auf die Erprobung neuerer berufs- und nachsorgeorientierter Therapieansätze – für die Zukunft eine Steigerung der Wirksamkeit angenommen werden.²¹
- **Psychosomatik:** In diesem Indikationsbereich resultiert aus den dargestellten Wirksamkeitshinweisen eine Bewertung „mittlerer Wirksamkeit“.
- **Sucht:** Die Bewertung fällt hier mit „geringe bis mittlere Wirksamkeit“ etwas ungünstiger aus, überwiegend infolge begrenzter Abstinenzquoten für viele Personen, für die deshalb keine dauerhafte Berufstätigkeit erwartet werden kann.

¹⁹ Die Differenzierung zwischen Berufstätigkeits- und Return-To-Work-Quoten ergibt sich aus der Basis der berücksichtigten Personen: Während bei der Berufstätigkeitsquote alle Rehabilitanden mit einbezogen werden, die nach der medizinischen Rehabilitation wieder erwerbstätig sind, bezieht sich die Return-To-Work-Quote lediglich auf die Rehabilitanden, die auch schon vor der medizinischen Rehabilitation erwerbstätig waren.

²⁰ Mittelfristig: 0,5 bis 2 Jahre; langfristig: 2 bis 5 Jahre.

²¹ S. Untersuchungen von Bethge, M. & Müller-Fahrnow, W. (2008) und Dibbelt, S. et al. (2006).

3. Die Szenarien: Steigende Inanspruchnahme und Qualitätsverbesserungen als realistische Perspektive

Das aus Sicht der Autoren und des DEGEMED-Projektbeirates realistische Szenario unterstellt einen weiteren Bedeutungszuwachs der medizinischen Rehabilitation, der auf steigende Inanspruchnahme und Wirksamkeitsverbesserungen im Rehabilitationsverlauf zurückgeführt wird.

Die Abschätzung der volkswirtschaftlichen Effekte der medizinischen Rehabilitation bis zum Jahre 2025 wird im Rahmen von drei verschiedenen Szenarien vorgenommen, die jeweils von einer unterschiedlichen Entwicklung im Rehabilitationsbereich ausgehen.

Szenario 1, im Folgenden **Status-Quo-Szenario** genannt, unterstellt keinen Bedeutungszuwachs innerhalb des Systems der Gesundheitsversorgung. Für die Rehabilitation werden weder vorhandene sektorübergreifende Versorgungsansätze noch das auf dem SGB IX basierende Organisationspotenzial ausgeschöpft. Dies gilt insbesondere für die im SGB IX enthaltenen Möglichkeiten zur trägerübergreifenden Kooperation, Koordination sowie Konvergenz, mit denen bestehende Friktionen als Folge des gegliederten Systems kompensiert und für innovative Weiterentwicklungen der medizinischen Rehabilitation genutzt werden könnten. Problematisch bleibt nach wie vor der bestehende geringe finanzielle Handlungsspielraum. Als Konsequenz ergibt sich eine weiterhin unzureichende Bedarfsausschöpfung aller Reha-Indikationen sowie eine Fortschreibung der Wirksamkeit auf einem unveränderten Niveau.

Szenario 2 unterstellt einen maßvollen Bedeutungszuwachs der Rehabilitation, der auf steigende Ausschöpfungsquoten und Wirksamkeitsverbesserungen (z.B. durch Qualitätssteigerungen oder neue Konzepte) im Rehabilitationsverlauf zurückgeführt wird. Dieses Szenario wird als das **realistische** bezeichnet. Die Akzeptanz der medizinischen Rehabilitation im akutmedizinischen Bereich, bei den niedergelassenen Ärzten sowie den Arbeitgebern erhöht sich. Die Förderung der Rehabilitationsforschung wird ausgebaut und damit die Grundlage zur weiteren Akzeptanzverbesserung und Effektivitätssteigerung gelegt. Innovative Konzepte zur schnittstellenübergreifenden neuen Qualität der Versorgung werden Teil der Regelversorgung.

Szenario 3 geht von einer engen Vernetzung der medizinischen Rehabilitation im Gesundheitswesen aus und unterstellt eine

offensive Entwicklung sowohl bezüglich der Ausschöpfungsquoten als auch hinsichtlich der Erfolge der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen (Ergebnisqualität). Die Schranken in den Konzepten und den Budgets der im Gesundheitswesen tätigen Akteure sind gefallen. Die enge Zusammenarbeit aller Beteiligten im Gesundheitswesen ist die Regel. Managed-Care-Ansätze haben sich durchgesetzt. Der Wechsel von der sektoralen Budgetorientierung hin zu einer vollständigen Bedarfsorientierung führt zu einer umfassenden Ausschöpfung des Rehabilitationspotenzials. Die Berücksichtigung aller individuellen Kontextfaktoren stärkt den ganzheitlichen Ansatz der Rehabilitation innerhalb integrierter Versorgungsformen.

Die drei Szenarien wurden gewählt, um das mögliche Entwicklungsspektrum optimal aufzuzeigen.²² Dabei stellt das Status-Quo-Szenario die unveränderte Entwicklung der medizinischen Rehabilitation dar. Das realistische Szenario beschreibt eine Nutzung des vorhandenen Potenzials, welches aktuell nicht ausgeschöpft wird. Es wird davon ausgegangen, dass bereits existierende Konzepte zur Verbesserung der Schlüsselfaktoren der Effektivität (Bedarfserkennung, Zugang zur Rehabilitation, Vorbereitung auf die Rehabilitation, Therapiedichte und Nachsorge etc.) schrittweise umgesetzt werden. Szenario 3 ist das offensive Szenario: Es stellt eine optimistische Entwicklung der medizinischen Rehabilitation hinsichtlich einer vollkommenen Umstrukturierung und eines Umdenkens im Gesundheitswesen dar.

Die Szenarien bilden die drei Grundannahmen für die jeweiligen Modellrechnungen bzw. Prognosen hinsichtlich des volkswirtschaftlichen Nutzens der medizinischen Rehabilitation.

Als Basis für die Berechnungen dienen die gesparten Arbeitsunfähigkeitstage sowie die gewonnenen Berufstätigkeitsjahre innerhalb der ersten zwei Jahre nach der medizinischen Rehabilitation.

Bei den folgenden Berechnungen wurde der Fokus auf das mittlere Szenario 2 gelegt (realistisches Szenario).

²² Die Betrachtung erfolgt unter Ceteris-Paribus-Bedingungen. D.h. Verhaltensanpassungen der Versicherten und anderer Leistungsbereiche (bspw. der Prävention und der Akutkliniken) oder Dynamiken des Arbeitsmarkts bleiben unberücksichtigt. Die Randbedingungen werden konstant gehalten, um den Effekt der medizinischen Rehabilitation isoliert herauszuarbeiten. Dynamische Modelle für das Gesundheitswesen sind derzeit nicht vorhanden und aufgrund der Komplexität in absehbarer Zeit nicht zu erwarten.

4. Die gesamtwirtschaftliche Bilanz der medizinischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation leistet einen Beitrag zu Wachstum und Beschäftigung in Deutschland. Der zunehmende Fachkräftemangel wird die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation in Zukunft weiter erhöhen. Die Ergebnisse der vorliegenden Analyse zeigen, dass die Volkswirtschaft bereits heute für jeden in die medizinische Rehabilitation investierten Euro fünf Euro zurückerhält. Unter der Annahme eines weiteren Bedeutungszuwachses der Rehabilitation (Szenario 2) steigt diese volkswirtschaftliche Rendite in Zukunft noch deutlicher an. Bezogen auf die fünf Indikationsbereiche kann der volkswirtschaftliche Netto-Nutzen der Rehabilitationsmaßnahmen von rund 5,8 Mrd Euro im Jahr 2005 auf rund 23 Mrd Euro im Jahr 2025 steigen.

Im Rahmen der Modellrechnungen werden auf der Nutzenseite die Entwicklung der gewonnenen Berufstätigkeitsjahre und der vermiedenen Arbeitsunfähigkeitstage innerhalb der drei beschriebenen Szenarien dargestellt und mit den Variablen des volkswirtschaftlichen Modells verknüpft. Neben dem Nutzen, der durch Rehabilitationsmaßnahmen innerhalb der Volkswirtschaft entsteht, verursacht die medizinische Rehabilitation auch Kosten. Sie lassen sich in direkte und indirekte Kosten aufteilen. Dabei fallen direkte Kosten innerhalb der Sozialversicherung, in dem hier betrachteten Fall innerhalb der Rentenversicherung, an. Zur Berechnung der indirekten Kosten wird im Allgemeinen der sogenannte Humankapital-Ansatz zugrundegelegt. Dabei wird davon ausgegangen, dass Gesundheitsausgaben aus volkswirtschaftlicher Sicht immer auch Investitionen in die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit der Patienten, also in deren Humankapital, darstellen. Demnach sind die indirekten Kosten einer Krankheit gerade so groß, wie der Verlust an Arbeitspotenzial, der einer Volkswirtschaft durch krankheitsbedingtes Fernbleiben vom Arbeitsplatz bzw. durch die krankheitsbedingte eingeschränkte Leistung am Arbeitsplatz entsteht.²³ Dieser Ansatz wird – den Empfehlungen der AG Reha-Ökonomie folgend – mit dem Friktionskostenansatz kombiniert, wenn reha-bedingte Arbeitsausfälle analysiert werden.²⁴

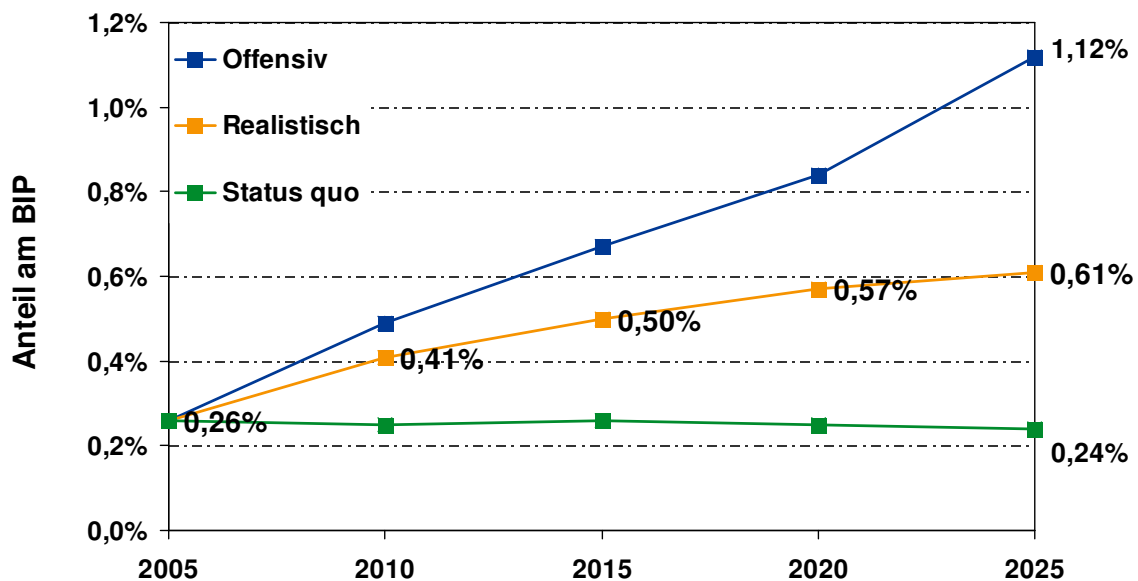
²³ Greiner, W. (2007), hier S. 55.

²⁴ DRV Schriften Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ (1999). Empfehlungen der Arbeitsgruppen „Generische Methoden“, „Routinedaten“ und „Reha-Ökonomie“.

4.1. Die deutsche Volkswirtschaft profitiert von einer starken medizinischen Rehabilitation

Durch die medizinische Rehabilitation bleiben der Volkswirtschaft jährlich über 150.000 Arbeitskräfte erhalten, die ohne die Maßnahmen aus dem Arbeitsleben (frühzeitig) ausscheiden würden. Der Rehabilitationseffekt, definiert durch die gewonnenen Berufstätigkeitsjahre und gesparten AU-Tage abzüglich der indirekten Kosten, die durch den Arbeitsausfall während der Rehabilitation entstehen, macht für die berücksichtigten fünf Indikationsbereiche im Jahr 2005 rund 0,26% des Bruttoinlandsproduktes (BIP) aus. Dieser Anteil lässt sich unter realistischen Annahmen (Szenario 2) auf 0,61% im Jahr 2025 steigern (s. Abbildung 6).

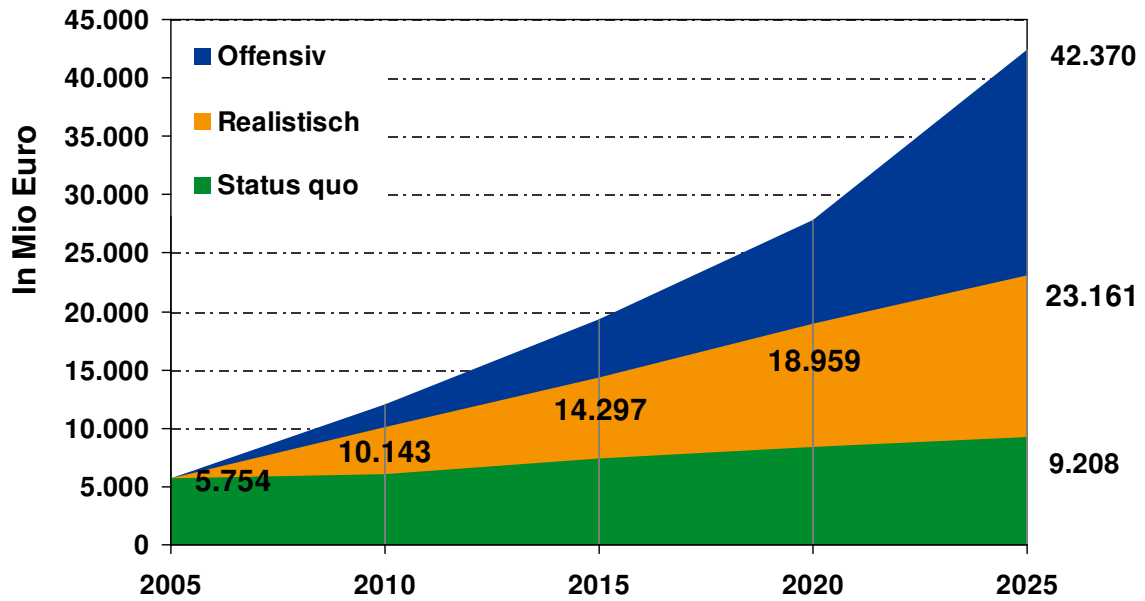
Abbildung 6: Anteil des Netto-Nutzens (reha-bedingtes BIP abzgl. indirekter Kosten) am Gesamt-BIP, 2005-2025



Quelle: Eigene Berechnungen

Anders ausgedrückt, lässt sich der Nettoeffekt der medizinischen Rehabilitation für die fünf Indikationen im Jahre 2005 auf 5,8 Mrd Euro beziffern und kann unter realistischen Annahmen im Jahr 2025 auf **23,2 Mrd Euro** steigen (s. Abbildung 7).

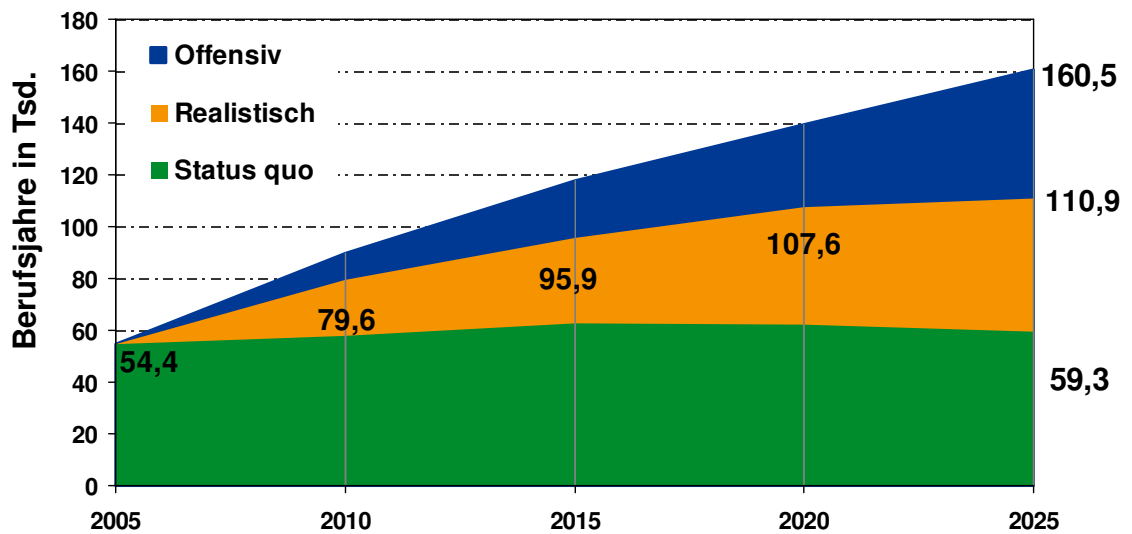
Abbildung 7: Der volkswirtschaftliche Netto-Nutzen (BIP Netto Nominal) in Mio Euro, 2005-2025



Quelle: Eigene Berechnungen

Allein die durch die Rehabilitation gewonnenen Berufstätigkeitsjahre belaufen sich im Jahr 2005 auf 54.400 Jahre oder 12,5 Mio vollzeitäquivalente Tage. Im realistischen Szenario kann von mehr als einer Verdoppelung der gewonnenen Berufstätigkeitsjahre auf 110.900 bis zum Jahr 2025 ausgegangen werden (s. Abbildung 8).

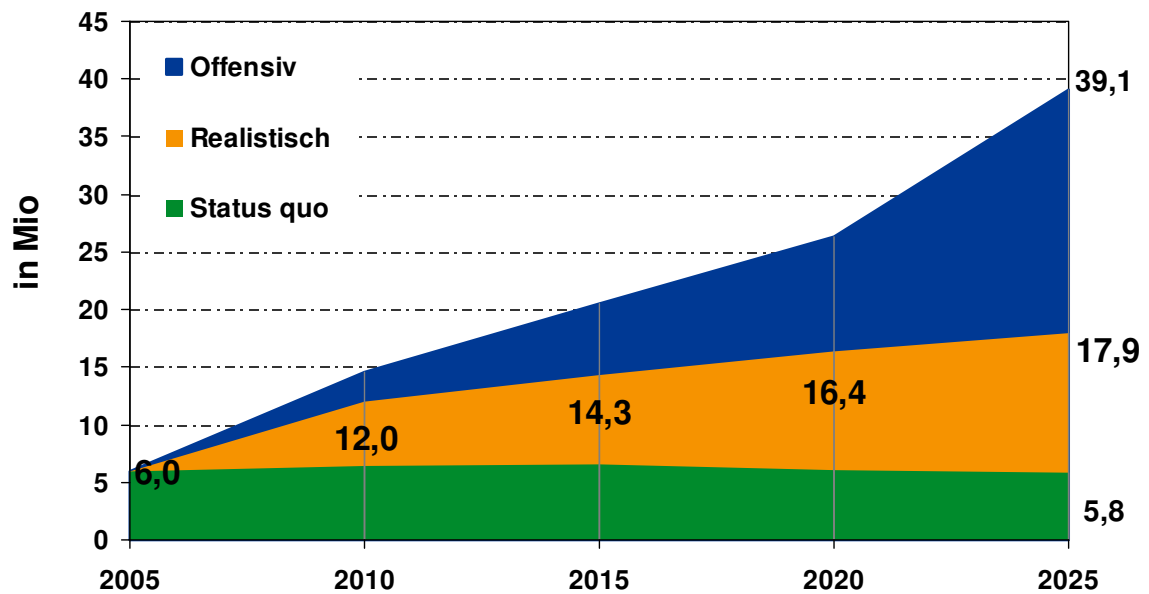
Abbildung 8: Reha-bedingt gewonnene Berufstätigkeitsjahre in Tsd, 2005-2025



Quelle: Eigene Berechnung

Rund 6 Mio AU-Tage konnten durch die Rehabilitation im Jahre 2005 vermieden werden. Unter der Annahme des realistischen Szenarios beläuft sich diese Zahl im Jahr 2025 auf rund 18 Mio (s. Abbildung 9).

Abbildung 9: Vermiedene AU-Tage in Mio, 2005-2025

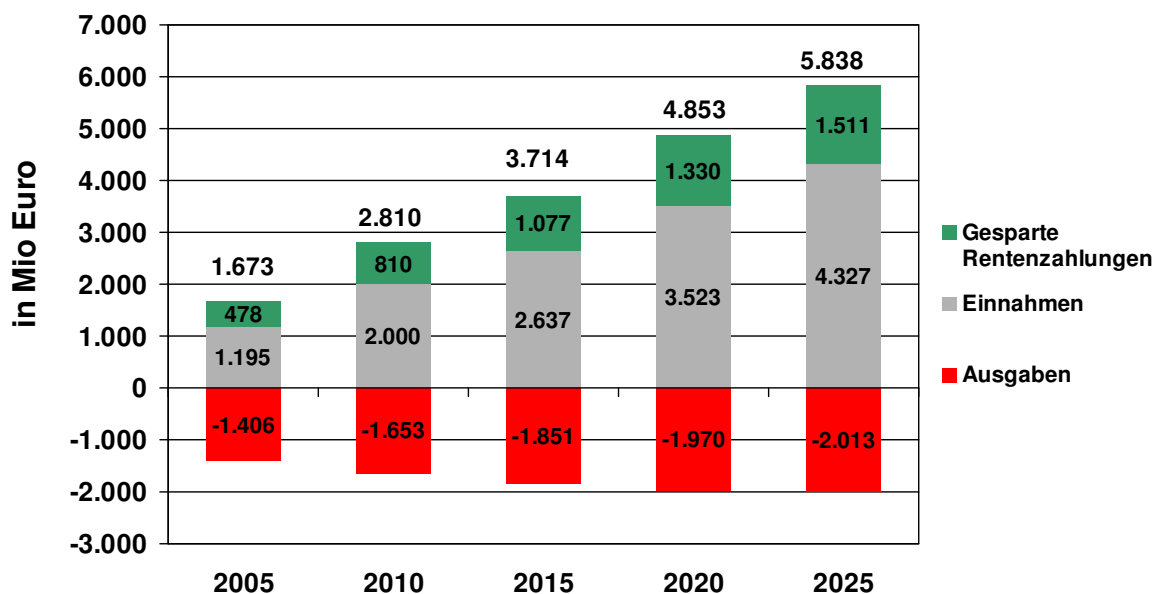


Quelle: Eigene Berechnungen

4.2. Die Bilanz für die Sozialversicherungssysteme ist positiv

Betrachtet man die sozialen Sicherungssysteme insgesamt, so rechnet sich die medizinische Rehabilitation für Erwerbstätige schon heute. Zum einen werden Rentenzahlungen durch den späteren Renteneintritt vermieden, zum anderen werden zusätzliche Einnahmen (zusätzliche Lohnnebenkosten durch reha-bedingte Erwerbstätigkeit) generiert, wovon nicht nur die Rentenversicherung profitiert. Somit werden in der Gesamtbetrachtung die Ausgaben für die fünf Indikationsbereiche bereits im Status Quo mehr als gedeckt. Unter Zugrundelegung des realistischen Szenarios kann diese positive Rendite bis 2025 auf 3,8 Mrd Euro erhöht werden (s. Abbildung 10).

Abbildung 10: Reha-bedingte Einnahmen und Ausgaben aller Sozialversicherungszweige in Mio Euro, realistisches Szenario, 2005-2025

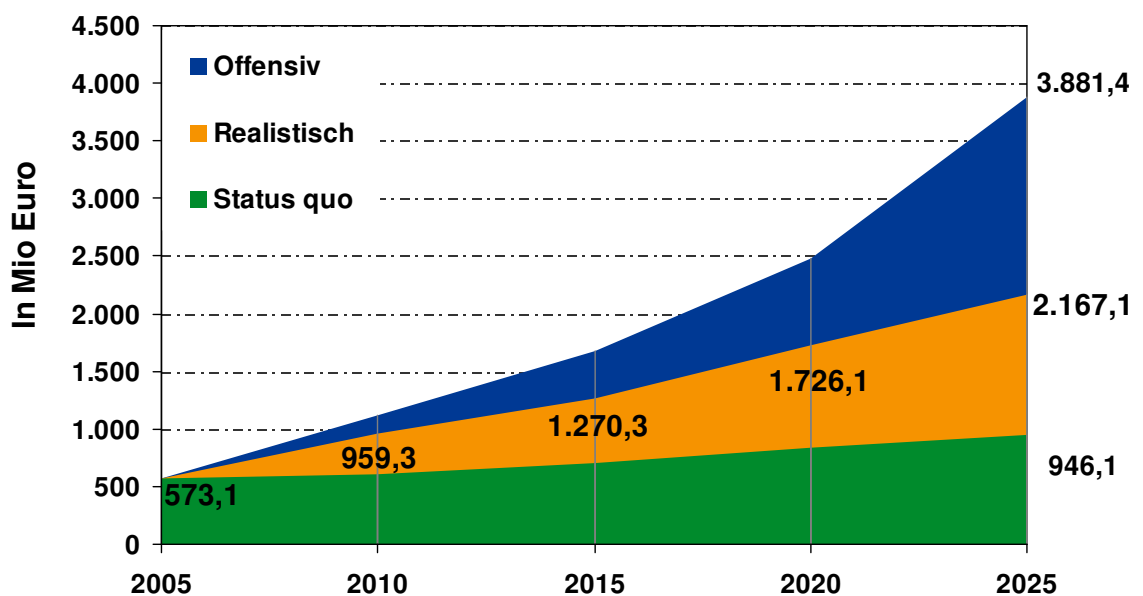


Quelle: Eigene Berechnungen

Da es im vorliegenden Bericht um die Rehabilitation der Rentenversicherung geht, wird im Folgenden eine gesonderte Betrachtung der Kosten-Nutzen-Relationen für die Rentenversicherung durchgeführt.

Bereits heute stehen den Ausgaben, die die Rentenversicherung für medizinische Rehabilitation in den fünf Indikationsbereichen in Höhe von 1,4 Mrd Euro vornimmt, zusätzliche Einnahmen durch Sozialversicherungsbeiträge von rund 573 Mio Euro gegenüber. Wenn der positive Trend des realistischen Szenarios eintritt, können diese Einnahmen bis 2025 auf 2,17 Mrd Euro erhöht werden (s. Abbildung 11).

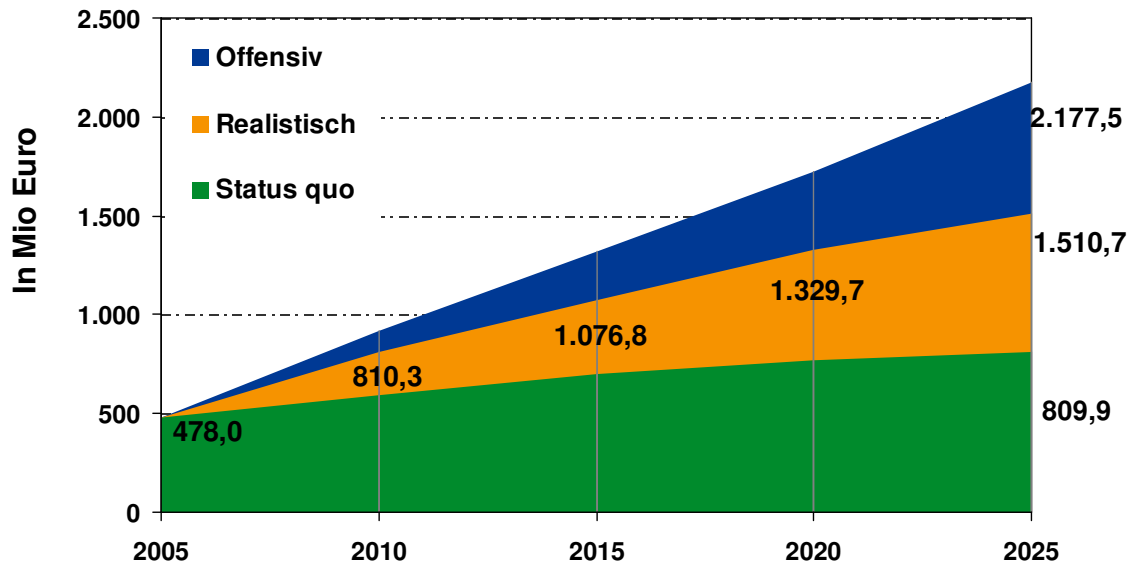
Abbildung 11: Reha-bedingte zusätzliche Einnahmen der Gesetzlichen Rentenversicherung in Mio Euro, 2005-2025



Quelle: Eigene Berechnungen

Neben den zusätzlichen Einnahmen aufgrund der Weiterbeschäftigungen werden vorzeitige Rentenzahlungen eingespart. Schon im Status Quo werden bei den fünf analysierten Indikationen im Jahr 2005 Rentenzahlungen in Höhe von 478 Mio Euro vermieden. Wenn das realistische Szenario eintritt, belaufen sich diese Einsparungen im Jahr 2025 auf rund 1,5 Mrd Euro. Bereits ab dem Jahr 2010 sind hier positive Kosten-Nutzen-Relationen zu erwarten (s. Abbildung 12).

Abbildung 12: Reha-bedingte Einsparungen bei Rentenauszahlungen der Gesetzlichen Rentenversicherung in Mio Euro, 2005-2025



Quelle: Eigene Berechnungen

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass sich Investitionen in die medizinische Rehabilitation lohnen. Selbst eine alleinige Betrachtung der deutschen Rentenversicherung verweist bereits kurzfristig auf eine positive Ausgaben-/Nutzen-Relation. Dieser positive Trend findet sich bei der Betrachtung aller Sozialversicherungszweige noch verstärkt.

5. Perspektive: die medizinische Rehabilitation auf drei Ebenen stärken

Die Analysen zeigen: Die medizinische Rehabilitation trägt mit einem positiven volkswirtschaftlichen Netto-Nutzen schon heute zum wirtschaftlichen Wachstum in Deutschland bei.

Medizinische Rehabilitation wird an Bedeutung gewinnen. Der Erhalt und die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit wird bei zunehmendem Fachkräftemangel, unsteten Erwerbsverläufen und einer Ausweitung des Renteneintrittsalters auf das 67. Lebensjahr zu einer Notwendigkeit. Für Arbeitgeber und Arbeitnehmer hängt die ökonomische Leistungsfähigkeit immer mehr von einer möglichst langen und guten Erwerbsfähigkeit ab. Somit ist der Bedeutungszuwachs der medizinischen Rehabilitation nicht nur ein wünschenswertes volkswirtschaftliches Szenario, sondern muss vielmehr von Unternehmen und Beschäftigten eingefordert werden.

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, die Chronifizierung von Erkrankungen zu vermeiden. Vor dem Hintergrund, dass auf 20% der Versicherten – die chronisch Kranken – 80% der Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung entfallen, kommt der medizinischen Rehabilitation eine weitere wesentliche Rolle in der Dämpfung der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen zu.²⁵ Diese Wirkung näher zu analysieren und mit Modellrechnungen zu quantifizieren, sollte ein Baustein der weiteren Diskussion sein.

Für die Zukunft der medizinischen Rehabilitation wird entscheidend sein, wie sie auf die steigende Nachfrage und die damit verbundenen Herausforderungen vorbereitet ist. Diese sind:

- die zunehmend flexiblen Anforderungen von Unternehmen und Beschäftigten auf Art und Dauer der Rehabilitation
- den Rückgang der jüngeren bei gleichzeitiger Zunahme älterer Erwerbspersonen; insgesamt wird der Anteil der Erwerbspersonen in den nächsten Jahren sinken
- die Zunahme chronischer Erkrankungen und Chronifizierungsgefährdungen sowie
- der zunehmende Anteil psychosomatischer Erkrankungen am

²⁵ Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (2007); Schwartz, W. et al. (2006).

Leistungsportfolio der Behandlungen.

Das Ziel der medizinischen Rehabilitation muss es sein, ihre Wirksamkeit weiter zu erhöhen, diese vermehrt und verbessert zu dokumentieren und den vorhandenen Rehabilitationsbedarf deutlicher auszuschöpfen.

Dass beide Stellschrauben – Erhöhung der Wirksamkeit und verbesserte Ausschöpfung des Rehabilitationsbedarfs – einen hohen zusätzlichen volkswirtschaftlichen Nutzen generieren werden, hat die vorliegende Studie gezeigt. Entscheidend ist daher, wie der Pfad des realistischen Szenarios rasch erreicht werden kann. Überzeugende Vorschläge dafür existieren genügend.²⁶ Daran anknüpfend möchten die Autoren mit Unterstützung des Projektbeirates der DEGEMED einige Empfehlungen geben (s. Abbildung 13).

Abbildung 13: Empfehlungen zur Stärkung der medizinischen Rehabilitation



Empfehlungen zur Stärkung der Akzeptanz der medizinischen Rehabilitation

- Zum einen ist es notwendig, die Wirksamkeit und Wirksamkeitssteigerung der medizinischen Rehabilitation bzw. ihrer Behandlungselemente vermehrt in kontrollierten Studien nachzuweisen. Zum anderen gilt es, verstärkt erfolgreiche Modellversuche in die Routineversorgung zu

²⁶ Vgl. Seger W. et al. (2009), S. 1 ff; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 2000/2001 und Jahresgutachten 2003; Mittag, O & Jäckel, W.(2009).

überführen (z.B. zur Flexibilisierung, zu berufsorientierten Angeboten, zur Nachsorge, zu inter-sektoral angelegten Fortsetzungsprogrammen). Auch die Qualitätsentwicklung muss besser nach Außen kommuniziert werden.

- Eine Schlüsselfunktion kommt dabei der Intensivierung des Dialoges zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern zu. Auch muss die Kooperation mit Akuteinrichtungen (inkl. zuweisenden niedergelassenen Ärzten) und Unternehmen (Betrieben) intensiviert werden.²⁷ Eine bessere Umsetzung der im SGB IX vorgesehenen Wunsch- und Wahlrechte eröffnet zahlreiche neue Dialogchancen für Betroffene, Leistungsträger und Leistungserbringer. Mittelfristig muss die Rehabilitation als Gegenstand der medizinischen Aus- und Weiterbildung wesentlich stärker verankert werden als bislang.

Empfehlungen zur Stärkung der Rahmenbedingungen der medizinischen Rehabilitation

Folgende Empfehlungen richten sich insbesondere an die Politik:

- Rückkehr zum reinen Erforderlichkeitsprinzip der Maßnahmenerbringung
- Aufhebung der bisherigen zeitlichen Limitierung und stärkere (ggf. modulare) Flexibilisierung von Reha-Leistungen
- Aufhebung des Budgetierungsprinzips bei Reha-Maßnahmen
- Rückkehr zur bedarfs- und kostengerechten Anpassung der Rehabilitationsausgaben
- Gleich- bzw. Vorrangstellung der medizinischen Rehabilitation im Verhältnis zur Krankenbehandlung – insbesondere bei Chronikern (z.B. wesentlich stärkere Integration der medizinischen Rehabilitation in DMPs) und im Bereich der Früherkennung

Empfehlungen zur Stärkung der Vernetzung der medizinischen Rehabilitation

Mit der Einführung des SGB IX besteht die rechtliche Basis, die Koordination und Kooperation zwischen den Reha-Trägern, aber auch mit den Betroffenen und den Leistungserbringern zu

²⁷ Deck, R., et al. (2009); Schliehe, F. (2009); Raspe, H. (2009).

verstärken. Grundsätzlich muss die Unterinanspruchnahme weiter abgebaut werden. Hierfür müssen aktive Möglichkeiten erprobt und genutzt werden. Eine bessere Zusammenarbeit mit der Akutversorgung ist unerlässlich.

Auf der Ebene der Leistungen stehen Investitionen in berufs- und betriebsorientierte Angebote der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung sowie generell eine stärkere Vernetzung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation im Fokus.

Die Reha-Träger sollten ferner zusammen mit allen Leistungserbringern den Ausbau des betrieblichen Eingliederungsmanagements forcieren und es zu trägerübergreifenden, aktiv mitgestaltenden, inter-sektoralen Angeboten für Betriebe und Unternehmen ausbauen. Unabhängig davon muss die Verknüpfung von Akutmedizin und Rehabilitation auf allen Gebieten verstärkt werden. Dazu ist u.a. das „Überleitungsmanagement“ an allen Schnittstellen zu optimieren.

Als Basis dafür könnten wesentlich verbesserte, trägerübergreifend organisierte Service-Stellen mit entsprechenden Handlungskompetenzen sowie die Entwicklung integrierter Behandlungspfade (IBP) mit schnittstellenübergreifender interner und externer Qualitätssicherung dienen. Die sog. „aufsuchende Rehabilitation“, die (tendenziell) Betroffene und Unternehmen zielgerichteter erreichen kann, erhielte dadurch neue Realisierungschancen.

Zu berücksichtigen bleibt dabei, dass der in der vorliegenden Studie prognostizierte Fachkräftemangel auch die kleinen und mittelständischen Unternehmen (KMU) treffen wird, die keine eigenständige und unabhängige betriebliche Gesundheitsvorsorge anbieten können und darum besondere Problemlagen aufweisen. Für sie würde sich die Einführung von Zentren für Medizinisch-Berufliches-Integrationsmanagement (MBI) mit sektorübergreifenden Stützpunkt-, Betreuungs-, Vernetzungs- und Fallführungs-kompetenzen eignen.

Im Übrigen muss die Datenlage zum Rehabilitationsgeschehen nachhaltig verbessert werden. Die Maßstäbe, die die Rentenversicherung dafür erarbeitet hat, müssen bei allen Rehabilitationsträgern intra- wie intersektoral umgesetzt werden, um die dadurch entstehende Transparenz für eine Effektivierung des Rehabilitations- und Gesundheitsgeschehens nutzen zu können.

6. Literatur

- Barth, M., Koch, U., Hoffmann-Markwald, A., Wittmann, W.W. & Potreck-Rose, F. (1989). Die Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation - Die Sichtweise der Experten. Deutsche Rentenversicherung, (8-9), 414-429.
- Bethge, M., Müller-Fahrnow, W. (2008). Wirksamkeit einer intensivierten stationären Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkrankungen: systematischer Review und Meta-Analyse. Rehabilitation, 47, 200-209.
- Deck, R., Träder, J.-M., Raspe, H. (2009). Identifikation von potenziellem Reha-Bedarf in der Hausarztpraxis: Idee und Wirklichkeit. Rehabilitation, 48, 73-83.
- Deutsche Rentenversicherung (2008). Rehabilitation 2007. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Band 169.
- Dibbelt, S., Greitemann, B. & Büschel, C. (2006). Nachhaltigkeit orthopädischer Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen – Das Integrierte orthopädisch-psycho-somatische Behandlungskonzept (IopKo). Rehabilitation, 45, 324-335.
- DRV Schriften (1999). Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“. Empfehlungen der Arbeitsgruppen „Generische Methoden“, „Routinedaten“ und „Reha-Ökonomie“.
- Greiner, W. (2007). Berechnung von Kosten und Nutzen. Schöffski, O., Graf von der Schulenburg, M. (Hrsg.). Gesundheitsökonomische Evaluationen. Springer Verlag. 49-62.
- Lachmann, A., Bussche, H. van den, Dunkelberg, S. & Ehrhardt, M. (1999). Der Bedarf an Rehamaßnahmen aus allgemeinärztlicher Sicht. Rehabilitation, 38(Suppl. 2), 148-153.
- Mittag, O., Jäckel, W. (2009). Versorgungsmodelle in der medizinischen Rehabilitation – neue Befunde und Konzepte. Rehabilitation, 01(48). 2-3.
- Potthoff, P., Biefang, S., Gedes, N. & Meschenmoser, E.-M. (1994). Bedarfsgerechte Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation - Strategien zur Reduzierung der Unter- und Überinanspruchnahme. In W. Müller-Fahrnow (Hrsg.), Medizinische Rehabilitation. Versorgungsstrukturen, Bedarf und Qualitätssicherung, 37-68. Weinheim: Juventa.
- Raspe, H. (2009). Medizinische Rehabilitation: „Change we need“. Rehabilitation 48, 47-50.
- Reimann, A., Pottins, I., Korsukéwitz, C. (2006). Rahmenbedingungen der kardiologischen Rehabilitation und Prävention. RVaktuell 09/10/06. 388-397.
- Rische, H. & Löffler, H.E. (1998). Rehabilitationsbedarf höher als Rehabilitationsinanspruchnahme - Ergebnisse einer Versichertenbefragung der BfA und der LVA Sachsen. Angestelltenversicherung, 45, 394-404.

Rische, H. (2004). Welchen Nutzen hat die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung? Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 17(67). 200-205.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 2000/2001.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 2003.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002). Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Baden-Baden: Nomos.

Schliehe, F. (2009). Nidergelassene Ärzte und Rehabilitation. Rehabilitation 48, 61-62.

Sege, W. (2008). Perspektiven der Rehabilitation. Das Gesundheitswesen (70), 267-280.

Statistisches Bundesamt (2008). Statistisches Jahrbuch 2007, Berlin.

Schwartz, F. W., Grobe, Th, Bitzer, E., Dörning, H. (2006). Aufschlüsse über Krankenkassen-Routinedaten zu geschlechtsspezifischen psychischen Krankheitslasten und ihre Kosten. Pawlis, S., Koch, U. (Hrsg.). Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Entwicklungstendenzen und Ergebnisse der Versorgungsforschung. 378-413., Stuttgart.

Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (vbw) (Hrsg.). (2008). Arbeitslandschaft 2030 – Steuert Deutschland auf einen generellen Personalmangel zu? München.

ISBN 978-3-9810707-8-1