

Kurzdossier

Reha-Budget: Der Deckel hält nicht mehr

Argumente die eine Anhebung des Reha-Budgets erforderlich machen

Auftraggeber
AG MedReha SGB IX
vertreten durch
Thomas Bublitz

Ansprechpartner
Michael Steiner

Mitarbeiter
Lucas Kemper

Basel, 04.08.2011

Das Unternehmen im Überblick

Geschäftsführer

Christian Böllhoff

Präsident des Verwaltungsrates

Gunter Blickle

Basel-Stadt Hauptregister CH-270.3.003.262-6

Rechtsform

Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht

Gründungsjahr

1959

Tätigkeit

Prognos berät europaweit Entscheidungsträger in Wirtschaft und Politik. Auf 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-Str. 9

CH - 4010 Basel

Telefon +41 61 32 73-200

Telefax +41 61 32 73-300

info@prognos.com

Weitere Standorte

Prognos AG

Goethestr. 85

D - 10623 Berlin

Telefon +49 30 520059-200

Telefax +49 30 520059-201

Prognos AG

Schwanenmarkt 21

D - 40213 Düsseldorf

Telefon +49 211 887-3131

Telefax +49 211 887-3141

Prognos AG

Sonnenstraße 14

D - 80331 München

Telefon +49 89 515146-170

Telefax +49 89 515146-171

Prognos AG

Wilhelm-Herbst-Straße 5

D - 28359 Bremen

Telefon +49 421 2015-784

Telefax +49 421 2015-789

Prognos AG

Avenue des Arts 39

B - 1040 Brüssel

Telefon +32 2 51322-27

Telefax +32 2 50277-03

Prognos AG

Werastraße 21-23

D - 70182 Stuttgart

Telefon +49 711 2194-245

Telefax +49 711 2194-219

Internet

www.prognos.com

Inhalt

1	Hohe Dringlichkeit zur Überprüfung des Reha-Deckels	1
2	Der Reha-Bedarf älterer Belegschaften steigt	5
3	Die Akzeptanz medizinischer Rehabilitation steigt	9
4	Die Anhebung des Reha-Deckels ist bedarfsgerecht	14

1 Hohe Dringlichkeit zur Überprüfung des Reha-Deckels

Der Bedarf an Reha-Maßnahmen in der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) wächst. Das zeigen nicht nur die abgeschlossenen „Leistungen zur Teilhabe“, wie die Rehabilitation offiziell heißt. Auch die Antragszahlen wachsen weiter. Und Experten sind sich einig: Reha-Leistungen werden angesichts älter werdender Belegschaften und der 2012 startenden schrittweisen Anhebung des Rentenalters auf 67 immer wichtiger, um Erwerbstätige länger im Job zu halten.

Die Realität sieht seit 1997 jedoch so aus, dass das Wachstum der medizinischen Rehabilitation gesetzlich streng gedeckelt ist: Die jährlichen Ausgaben im Bereich der allgemeinen Rentenversicherung für Leistungen zur Teilhabe werden entsprechend der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer festgesetzt.¹ Eine direkte Orientierung am tatsächlichen Reha-Bedarf erfolgt nicht.

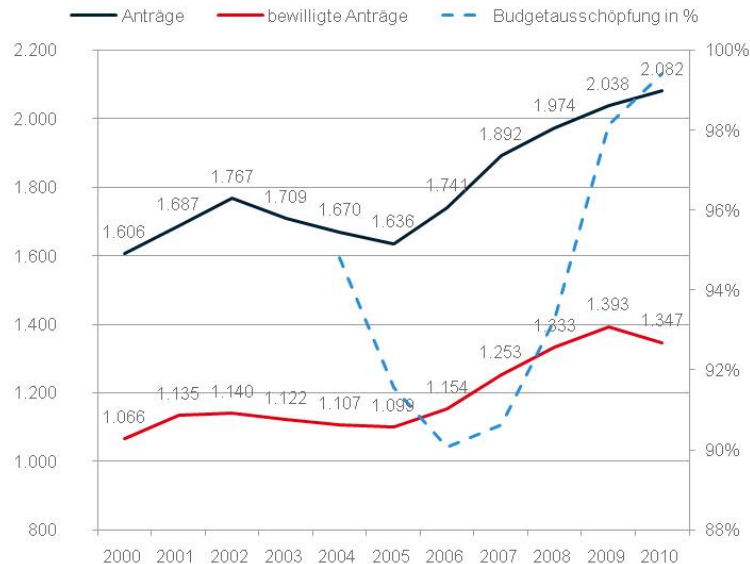
Nach einem Rückgang² bei den von der GRV finanzierten Reha-Maßnahmen zwischen 2002 und 2005 ist seit 2006 wieder ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen (Abbildung 1). Mit der Konsequenz, dass das – nicht am Reha-Bedarf ausgerichtete – Ausgabenbudget für die Rehabilitation im Jahr 2010 mit 5,38 Milliarden Euro fast vollkommen ausgeschöpft wurde (gestrichelte Linie in Abbildung 1). Gleichzeitig ist der Anteil der genehmigten Anträge von jahrelang konstanten 67 % auf 64 % im Jahr 2010 gesunken.³

1 Die Haushaltsmittel (Gesamtbeträge) sind durch § 220 Abs. 1 i.V. §§ 287 b, 68 Abs. 2 SGB VI begrenzt (Reha-Deckel).

2 Eine Erklärung für diesen Rückgang könnte in der damaligen Sorge der Versicherten um den möglichen Verlust des Arbeitsplatzes liegen.

3 Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Reha-Antrags-/Erledigungsstatistik, verschiedene Jahrgänge.

Abbildung 1: Anträge und bewilligte Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation in 1.000 (2000-2010) sowie Reha-Budgetausschöpfung in % (2004-2010)



Quelle: Deutsche Rentenversicherung Statistiken – Rehabilitation – Zeitreihen, 2011.

So kommt auch die Vorstandsvorsitzende der Deutschen Rentenversicherung (DRV), Annelie Buntenbach, zu dem Schluss, dass „knapp 15 Jahre nach Einführung des Deckels insbesondere vor dem Hintergrund der Alterung der Erwerbsbevölkerung und der Anhebung der Altersgrenzen um zwei Jahre, eine Überprüfung angebracht erscheint“.⁴

Die Bundesregierung hat dies im Nationalen Aktionsplan aufgegriffen und formuliert die Notwendigkeit einer Prüfung des Reha-Deckels.⁵

Wie dringend die Überprüfung geboten ist, verdeutlicht allein die Entwicklung der Altersstruktur der Erwerbstätigen bis zum Jahr 2025.

Jeder vierte Erwerbstätige wird über 55 Jahre alt sein

Die Belegschaften in den deutschen Unternehmen altern. Ohne arbeitsmarktpolitische Maßnahmen würde im Jahr 2025 die Gesamtzahl der Erwerbstätigen um 4 Millionen sinken. Die Zahl der Erwerbstätigen im Alter von 55 und mehr Jahre würde dabei um rund 1,8 Millionen steigen.

⁴ Bundesvertreterversammlung der DRV am 22.06.2011 in Hannover.

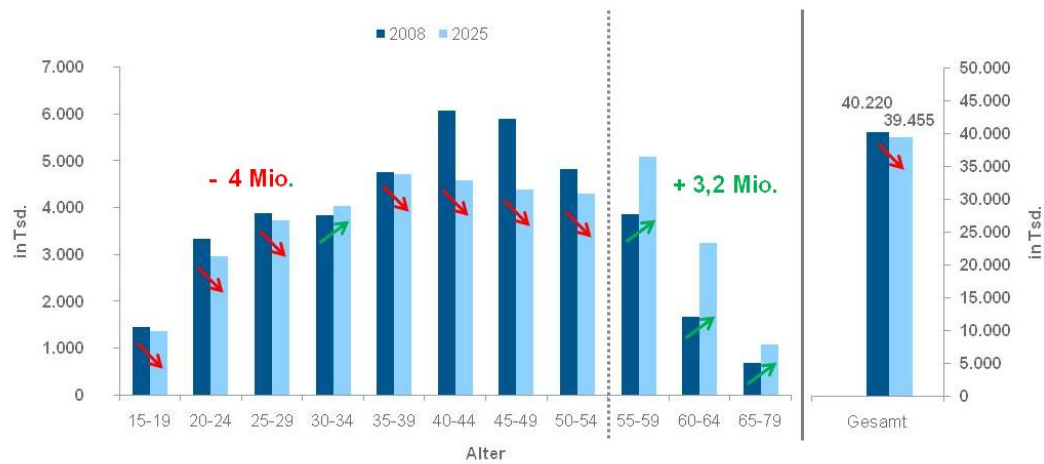
⁵ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011): Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, S. 52.

Einem solchen Szenario will die Bundesregierung mit einem Konzept zur Fachkräftesicherung entgegenwirken.⁶ Sollte die Bundesregierung erfolgreich sein, wird die Zahl der Erwerbstätigen im Alter von 55 und mehr Jahre im Zeitraum von 2008 bis 2025 um rund 3,2 Millionen auf 9,4 Millionen wachsen (Abbildung 2). Dann ist jeder vierte Erwerbstätige älter als 55 Jahre.

Die Zahl der Erwerbstätigen wird um 800.000 sinken

Die Gesamtzahl der Erwerbstätigen wird in dem Zeitraum von 2008 bis 2025 um rund 800.000 geringfügig zurückgehen.

Abbildung 2: Entwicklung der Erwerbstätigen nach Altersgruppen und gesamt (2008, 2025) in 1.000



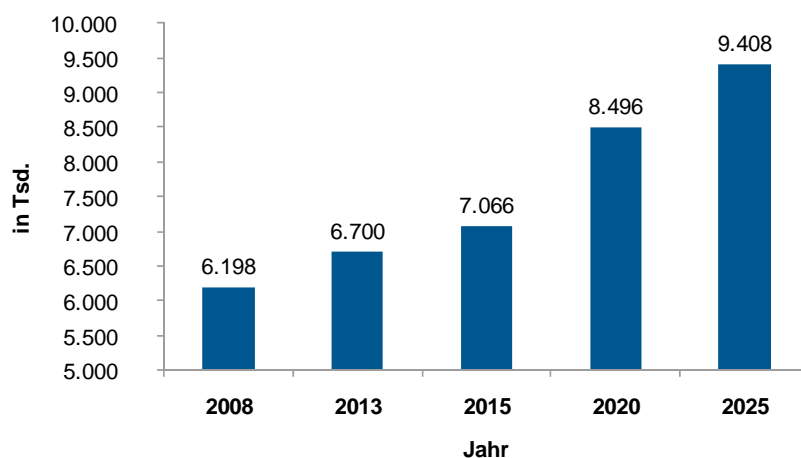
Quelle: Prognos-Deutschland-Report 2035.

⁶ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011): Konzept Fachkräftesicherung. Ziele und Maßnahmen der Bundesregierung.

Der Handlungsdruck steigt von Jahr zu Jahr

Die Gesamtzahl der Erwerbstätigen hat im Jahr 2010 bereits wieder die Zahl von 2008 erreicht und leicht überschritten. Bis zum Jahr 2015 wird die Zahl der Erwerbstätigen im Alter von über 55 Jahren jährlich um fast 130.000 wachsen. Dieser Anstieg verschärft sich zwischen 2015 und 2020 auf fast 280.000 pro Jahr (1,4 Millionen in fünf Jahren), um dann bis 2025 um jährlich 180.000 auf 9,4 Millionen anzusteigen (Abbildung 3).

Abbildung 3: Entwicklung der Zahl der Erwerbstätigen im Alter von 55 und mehr Jahre (2008-2025), in 1.000



Quelle: Eigene Berechnungen.

Die Anbindung des Budgets an die Entwicklung der Bruttolöhne deckt kaum die laufenden Kostensteigerungen

Prognos geht im aktuellen Deutschland-Report von einer deutlich höheren Bruttolohnsummensteigerung (> 2 % pro Jahr) als in der Vergangenheit aus. Die erwartete Steigerung der Bruttolohnsumme in den Jahren 2008 bis 2025 wird entsprechend rund 40 % betragen.⁷ Dieser Anstieg ist in der zunehmenden Arbeitskräfteknappheit und Seniorität der Beschäftigten begründet. Da insbesondere das Gesundheitswesen den Arbeitskräftemangel spüren wird, sind Bruttolohnsteigerungen im Gesundheitswesen von rund 2 % eine eher defensive Schätzung.

Mit der Orientierung an der Bruttolohnsummensteigerung sind die Haushaltsmittel für die medizinische Rehabilitation begrenzt. Bereits seit Jahren deckt die Bruttolohnsummensteigerung (seit 2000 im Durchschnitt rund 1 % pro Jahr) weder die Personal- noch Sachkostensteigerungen in der Rehabilitation. Die jährliche Kostensteigerung von rund 3 % der letzten 5 Jahre bilden dies

⁷ Prognos (2010): Deutschland-Report 2035.

ab.⁸ Mit der zu erwartenden erhöhten Fallschwere und Behandlungsintensität wird sich die Situation weiter verschärfen.⁹

Die gegenwärtige Budgetierung greift zu kurz

Eine Erhöhung des Reha-Budgets um die jährliche Brutto Lohnsummensteigerung sichert somit allenfalls die zukünftige Versorgungsqualität der im Jahr 2010 betreuten Patienten. Veränderungen der Fallzahlen und veränderte Fallschwere werden damit nicht abgebildet.

- Was aber bedeutet die Alterung der Belegschaften für den Bedarf an medizinischer Rehabilitation?
- Welchen Bedarf sehen die Beschäftigten, die Arbeitgeber, die Sozialversicherungen, die Kliniken und die Ärzte?

2 Der Reha-Bedarf älterer Belegschaften steigt

In Folge der Alterung der Belegschaften wird sich die Quantität und Qualität der Fälle in der medizinischen Rehabilitation deutlich erhöhen.

Alterung der Belegschaften: 100.000 zusätzliche Fälle

Selbst unter Beibehaltung der bisherigen Erwerbsquoten und der Beibehaltung der Reha-Quote älterer Erwerbstätiger über 55 Jahre ergibt sich ein Mehrbedarf von rund 100.000 Fällen und somit ein Anstieg in dieser Altersgruppe um 10 %.

Dieser Anstieg wird sich insbesondere in der Behandlungsintensität niederschlagen. Wir gehen davon aus, dass die durchschnittlich DRV-kalkulierten Ausgaben pro Fall morbiditätsbedingt bis zum Jahr 2025 nicht wie in der Vergangenheit (2000 bis 2009) um 1,6 % sinken¹⁰, sondern um 0,3 % pro Jahr steigen (müssen). Für den Zeitraum von 2012 bis 2025 hat dies einen überproportionalen Ausgabenanstieg von 4,3 % zur Folge.

⁸ GEBERA (2010): Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation – Neuauflage 2010.

⁹ Zur angespannten finanziellen Situation der Reha-Kliniken siehe RWI, Reha-Rating-Report 2010.

¹⁰ Eigene Berechnungen auf Basis der Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rechnungsergebnisse, verschiedene Jahrgänge.

Fachkräftesicherung: 150.000 zusätzliche Reha-Fälle

Die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter wird nach dem demografischen Szenario des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung bis 2025 um 6,5 Millionen sinken.¹¹ Für die Zukunft ist daher mit einer deutlichen Zuspitzung des Fachkräftengpasses zu rechnen. So kommen Berechnungen der Prognos AG für die Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft auf 4,2 Millionen Erwerbstätige, die 2025 fehlen werden.¹²

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung definiert die Bundesregierung in ihrer Zuständigkeit fünf Pfade zur Sicherstellung der Fachkräftebasis der Zukunft:

1. Aktivierung und Beschäftigungssicherung
2. Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf
3. Bildungschancen für alle von Anfang an
4. Qualifizierung: Aus- und Weiterbildung sowie
5. Integration und qualifizierte Zuwanderung.¹³

Dem ersten Sicherungspfad zugeordnet ist die Beschäftigungssicherung von Älteren. Die Zahl der Erwerbstätigen (Erwerbsquote) kann durch entsprechende Sicherungsmaßnahmen deutlich angehoben werden. Zwar sinkt die Gesamtzahl der Erwerbstätigen bis 2025 um rund 800.000. Die Zahl der Erwerbstätigen im Alter von 55 und mehr Jahre steigt jedoch um weitere 1,4 Millionen auf rund 3,2 Millionen – gegenüber einer rein demografischen Fortschreibung – an. Dies bildet sich mit 78.000 zusätzlichen Fällen in der medizinischen Rehabilitation ab.¹⁴

Dem Fachkräftemangel soll zudem durch eine Erhöhung des Erwerbsumfangs insbesondere bei den heute Teilzeiterwerbstätigen (Stichwort: vollzeitnahe Teilzeit) begegnet werden. Hierdurch sollen dem Arbeitsmarkt eine Million zusätzliche Arbeitskräfte zur Fachkräftesicherung zur Verfügung stehen.¹⁵ Rein rechnerisch ergibt sich hieraus ein Mehrbedarf an Reha-Leistungen für 23.000 Beschäftigte.

11 Bundesagentur für Arbeit (2011): Perspektive 2025: Fachkräfte für Deutschland, S. 7.

12 Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (2010): Arbeitslandschaften 2030.

13 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011): Konzept Fachkräftesicherung. Ziele und Maßnahmen der Bundesregierung.

14 37 % aller medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen im Jahr 2008 nahmen Beschäftigte im Alter über 55 Jahren in Anspruch. Setzt man die 347.390 Rehabilitanden dieser Altersgruppe ins Verhältnis zu den 6,2 Millionen Erwerbstätigen in der gleichen Altersgruppe, ergibt sich eine Inanspruchnahmequote von 5,6 %. Legt man diese Quote auch für die Zukunft zugrunde, so steigt die absolute Zahl der Rehabilitanden in dieser Altersklasse bis zum Jahr 2025 um 52 % auf 527.281.

15 Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011): Konzept Fachkräftesicherung. Ziele und Maßnahmen der Bundesregierung und Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (2010): Arbeitslandschaften 2030.

Der Sicherungspfad „Aktivierung und Beschäftigungssicherung“ stellt die Gesundheitsförderung und -erhaltung somit vor neue Herausforderungen. Diese Entwicklung ist eingebettet in zunehmend alternde Belegschaften mit steigenden Arbeitsunfähigkeitsquoten. Spiegelt sich diese Entwicklung in steigenden Inanspruchnahmequoten von Reha-Maßnahmen in der Altersgruppe der über 55-Jährigen wider, so ist von weiteren 49.000 Reha-Fällen auszugehen.¹⁶

Weniger jüngere Erwerbstätige: 94.000 weniger Reha-Fälle

Die Zahl der Erwerbstätigen im Alter von unter 55 Jahren geht bis zum Jahr 2025 um 4 Millionen zurück. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Reha-Quote von 2,34 % sinkt die Zahl der Rehabilitanden um 94.000.

Netto-Reha-Mehrbedarf: + 156.000 Fälle

Die Gesunderhaltung alternder Belegschaften wird sich in rund 150.000 zusätzlichen Fällen bis zum Jahr 2025 in der medizinischen Rehabilitation abbilden (Tabelle 1).

Tabelle 1: Gesamtschau der Maßnahmen und Wirkungen zur Beschäftigungssicherung von Älteren, 2008-2025

	absolut	Reha-Fälle	Veränderung in %
ältere Erwerbstätigen 55+	+ 1,8 Mio.	+100.000	+11%
Intensität der Behandlung			+4,3%
steigende Erwerbsquoten 55+	+1,4 Mio.	+78.000	+ 8,3%
Erhöhung des Erwerbsumfangs	+ 1,0 Mio.	+23.000	+2,5%
steigende Reha-Quoten 55+ (von 5,6% auf 6,1%)		+49.000	+ 5,2%
Brutto-Reha-Mehrbedarf		+250.000	+ 31,1%
Rückgang der Erwerbstätigen unter 55 Jahren	- 4 Mio.	- 94.000	- 10%
Netto-Reha-Mehrbedarf	- 800.000	+156.000	+21,1%

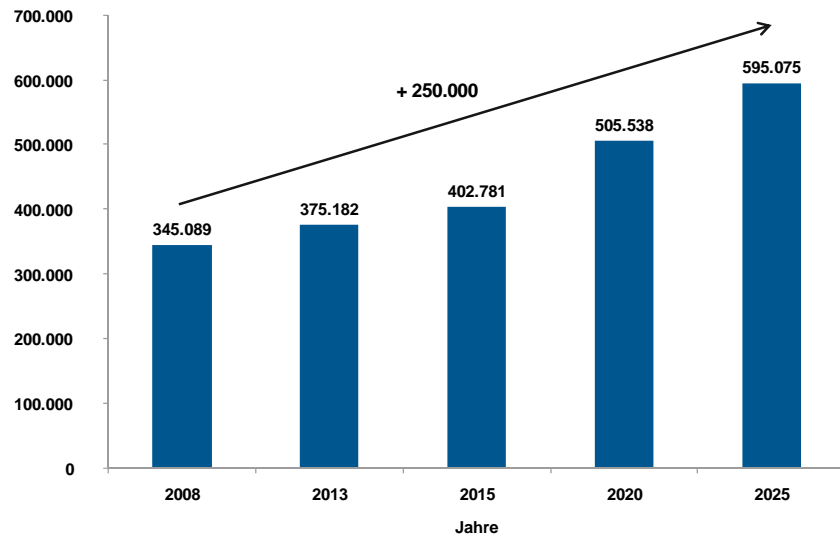
Quelle: Prognos 2011.

Gegenüber dem Jahr 2008 wird somit ein Netto-Reha-Mehrbedarf von 21 % ermittelt. Dies entspricht einer jährlichen investiven Reha-Bedarfssteigerung von 1,1 % über die Bruttolohnsummensteigerung hinaus.

¹⁶ Legt man eine sukzessive Steigerung der Reha-Quote ab dem Jahr 2014 von 5,6 auf 6,1 im Jahr 2025 zugrunde, so beläuft sich die Zahl der Rehabilitanden im Alter von über 55 Jahren auf rund 574.000. Dies entspricht einer Steigerung von 65% seit 2008.

Dass dringender Handlungsbedarf besteht, zeigt die nachfolgende Grafik zur Entwicklung des Reha-Bedarfs in den kommenden Jahren für die Altersgruppe der über 55-Jährigen (Abbildung 4).

Abbildung 4: Anzahl der erwerbstätigen Rehabilitanden im Alter von 55 und mehr Jahren, 2008-2025



Quelle: Eigene Berechnungen.

Aber damit nicht genug: Welchen Bedarf sieht die Epidemiologie, sehen die Beschäftigten, die Arbeitgeber, die Sozialversicherungen, die Kliniken und die Ärzte?

3 Die Akzeptanz medizinischer Rehabilitation steigt

Sowohl die Expertinnen und Experten als auch die Betroffenen sind sich einig: Die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation wird und muss zunehmen.

Aus Sicht der **Epidemiologie** steigt die Akzeptanz medizinischer Rehabilitation vor dem Hintergrund folgender Entwicklungen:

- Chronische Erkrankungen

Das Krankheitsspektrum in Deutschland wird zunehmend durch Chronifizierungsgefährdungen und chronische Krankheiten wie Asthma und Allergien, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Krankheiten und Osteoporose geprägt.

- Psychische Erkrankungen

Seit Beginn der 1980er Jahre ist in der Gesundheitsversorgung als ein genereller Trend zu beobachten, dass die Fallzahlen in der Diagnosegruppe „Psychische Erkrankungen“ anteilmäßig und absolut gestiegen sind. Dabei liegt die höchste Inanspruchnahmequote von Rehabilitationsleistungen bei psychischen Erkrankungen bei Frauen und Männern zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr.¹⁷ In einer aktuellen Analyse stellt das Robert-Koch-Institut fest, dass „bei den Frühberentungen psychische Erkrankungen an erster Stelle“ stehen, wodurch die hohe „Bedeutung der depressiven Erkrankung“ belegt wird.¹⁸

- Multimorbidität

Das gleichzeitige Bestehen von mehreren Krankheiten, die sich zudem gegenseitig beeinflussen, wird zur bestimmenden Realität in der Gesundheitsversorgung werden. Dabei zeigen die Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys (DEAS), dass das Vorliegen von Multimorbidität nicht allein eine Herausforderung des hohen Alters ist. Viele jüngere Personen im erwerbsfähigen Alter weisen bereits mehrere Erkrankungen auf.¹⁹ Der Anteil multimorbider Personen erhöht sich von 4 % in der Gruppe der 40- bis 54-Jährigen auf 12 % in der Gruppe der 55- bis 69-Jährigen. Als Folge

17 Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Abgeschlossene Leistungen zur Rehabilitation, 2010.

18 Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (2010): „Depressive Erkrankungen“.

19 Deutsches Zentrum für Altersfragen (2008): Deutscher Alterssurvey (DEAS).

steigt gleichzeitig die Nachfrage und der medizinische Aufwand von Rehabilitationsleistungen.²⁰

Die Akzeptanz der medizinischen Rehabilitation steigt bei den am Prozess **Beteiligten** aus unterschiedlichen Motiven:

- Die Akzeptanz bei Arbeitgebern steigt

Die gegenwärtig noch geringe Beschäftigungsquote Älterer ist keineswegs eine Folge altersspezifischer Defizite. Vielmehr sind die vielfältigen Anreize und Möglichkeiten für Arbeitgeber und Arbeitnehmer zum frühzeitigen Berufsausstieg als Ursache zu sehen (bspw. Altersteilzeitgesetz). In den letzten Jahren hat eine arbeits- und sozialpolitische Nachsteuerung stattgefunden. Die betriebliche Personalpolitik steht nun vor der Herausforderung, den demografischen Wandel in den Belegschaften so zu gestalten, dass die Produktivität und Innovationskraft der Unternehmen gewahrt bleibt. Den notwendigen Paradigmenwechsel haben die Unternehmen aus betrieblicher Notwendigkeit eingeläutet. Betriebliche Gesundheitspolitik spielt dabei eine zentrale Rolle. Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation werden daher zukünftig aus betriebswirtschaftlichen Gründen von den Unternehmen eher eingefordert als abgelehnt.

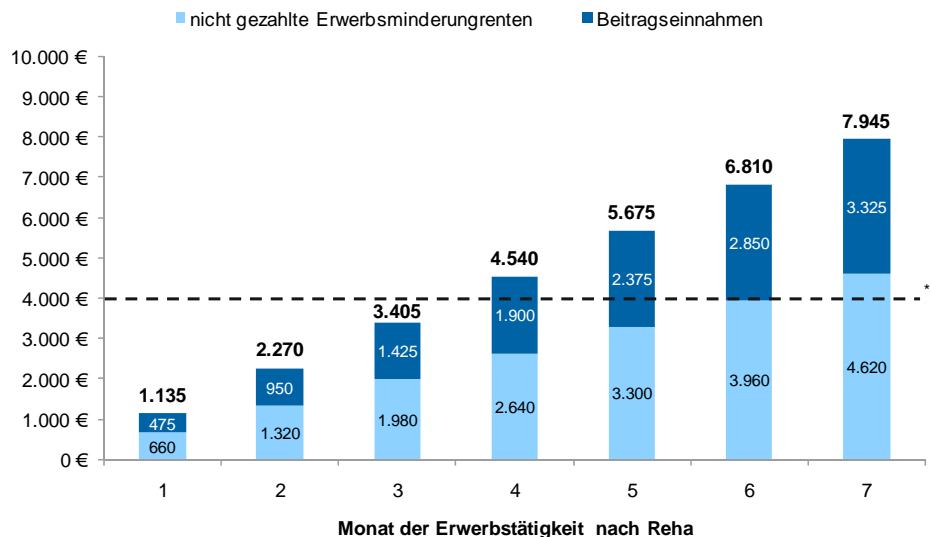
- Die sozialen Sicherungssysteme sehen sich gestärkt

Von erfolgreichen Rehabilitationsmaßnahmen profitieren alle Sozialversicherungsträger. Zum einen werden Rentenzahlungen durch einen späteren Renteneintritt vermieden, zum anderen werden durch gewonnene Berufstätigkeitsjahre und gesparte Arbeitsunfähigkeitstage zusätzliche Einnahmen durch reha-bedingte Erwerbstätigkeit generiert, die allen Sozialversicherungszweigen zugutekommen.

Eine erfolgreiche Rehabilitation amortisiert sich für die Deutsche Rentenversicherung bereits ab dem vierten Monat nach Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit durch den Rehabilitanden. Eingesparte Zahlungen für Erwerbsminderung und die Beitragszahlungen des Rehabilitanden sind die Stellgrößen des „Amortisationsmodells – medizinische Rehabilitation“ der Deutschen Rentenversicherung (Abbildung 5).

²⁰ Deutscher Bundestag (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Abbildung 5: Amortisationsmodell der DRV für die medizinische Rehabilitation



* durchschnittl. Kosten einer Leistung zur med. Rehabilitation 2009, inkl. Übergangsgeld, zugeordneter Sozialversicherungsbeiträge und sonstiger ergänzender Leistungen (Reisekosten, Haushaltshilfe)

Quelle: Deutsche Rentenversicherung 2011, eigene Darstellung.

Bereits bei einer moderaten Erhöhung der Inanspruchnahme sowie der Wirksamkeit könnte allein die Gesetzliche Rentenversicherung bis zum Jahr 2025 reha-bedingte Zusatzeinnahmen in Höhe von 2,17 Milliarden Euro erzielen. Gleichzeitig werden vorzeitige Rentenzahlungen in Höhe von 1,5 Milliarden Euro eingespart.^{21 22}

Die **Betroffenen** sehen die existenzielle Notwendigkeit:

Zur Zeit gelten nur 2,5 % der Rentner als arm.²³ Allmählich erreichen jedoch diejenigen das Rentenalter, die erhebliche Brüche in ihrer Erwerbsbiografie aufweisen - Langzeitarbeitslose, Teilzeitbeschäftigte oder solche, die nach befristeten Arbeitsverträgen immer wieder für Wochen oder Monate arbeitslos waren. Zudem wird das Rentenniveau sukzessive um rund 15 % gesenkt. In Kombination mit steigenden Lebenshaltungskosten entsteht die Basis dafür, dass der Anteil der über 65-Jährigen mit Grundsicherung von derzeit 2,5 % auf vermutlich 10 % im Jahr 2025 steigen wird. Eine längere Erwerbstätigkeit ist somit nicht nur aus volkswirtschaftlicher Sicht wünschenswert, sondern vielmehr aus individueller Sicht zukünftig eine Notwendigkeit, um den Lebensstandard im

21 Prognos (2009): Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum, im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED), des Verbandes der Privatkliniken Nordrhein-Westfalen e.V. (VDPK NRW) und des Verbandes der Privatkliniken in Thüringen e.V. (VPKT).

22 Die Analysen und Prognosen beziehen sich auf stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen der Gesetzlichen Rentenversicherung (inkl. AHB/AR-Verfahren) anhand der fünf ausgewählten Indikationsbereiche Kardiologie, Pneumologie, Orthopädie (Rückenschmerzen), Psychosomatik und Sucht.

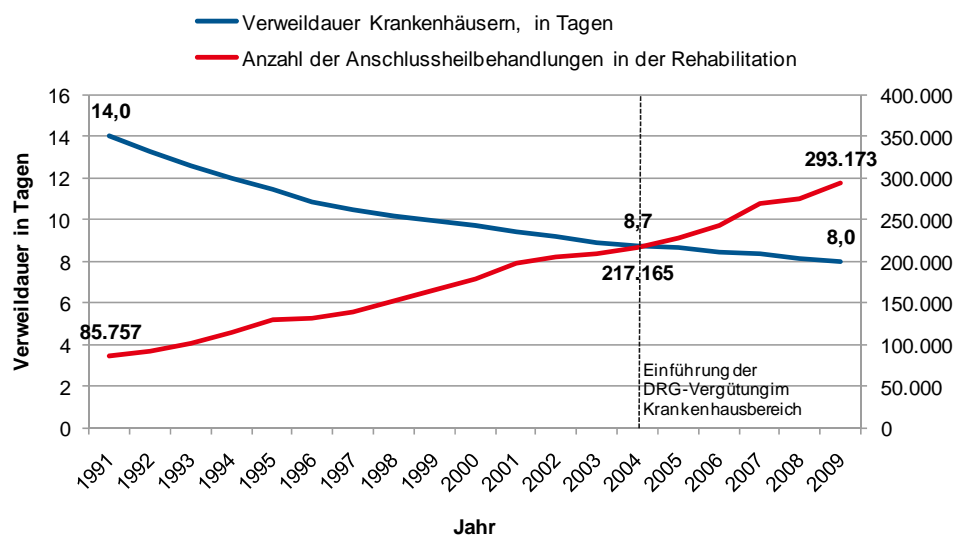
23 Vgl. SOEP 2009.

Alter sichern zu können. Jeder einzelne Erwerbstätige wird zukünftig bemüht sein, möglichst lange erwerbsfähig zu bleiben.

Die **akut-stationäre Versorgung** (Krankenhaus) benötigt eine hochwertige Leistungserbringung in der Nachakutphase:

Anschlussheilbehandlungen (AHB) finden direkt nach einer akut-stationären Versorgung statt. Ihr Anteil am gesamten Rehabilitationsgeschehen ist kontinuierlich auf 30 % im Jahr 2009 gestiegen. Für die Zukunft ist von einem weiteren Bedeutungszuwachs dieses Bereichs auszugehen. Wesentliche Gründe für diese Entwicklung sind der Anstieg der Krankenhausfälle auf 17,8 Millionen im Jahr 2009, der medizinische Fortschritt im Akutbereich und die Einführung der DRG-basierten Vergütung im Krankenhausbereich. Die DRG-Vergütung hat zur Folge, dass es sich für die Akutversorger nunmehr lohnt, Patienten möglichst früh zu entlassen und so den Durchlauf ihrer Stationen zu steigern. So ist insgesamt die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus innerhalb von fünf Jahren von 8,7 Tagen auf 8,0 Tage im Jahr 2009 gesunken. Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der Anschlussheilbehandlungen von 217.165 auf 293.173 gestiegen (Abbildung 6).

Abbildung 6: Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer im Krankenhaus vs. Entwicklung der Anzahl der AHB, 1991-2009



Quelle: Grunddaten der Krankenhäuser, Zeitreihe 1991-2010, Deutsche Rentenversicherung Statistiken – Rehabilitation – Zeitreihen, 2011.

Diese Entwicklung deutet daraufhin, dass der Kostendruck in den Krankenhäusern teilweise auf die Reha-Kliniken übertragen wird. Die Folgen sind die Verschlechterung des Gesundheitszustandes der von den Reha-Kliniken übernommenen Patienten. Die damit einhergehenden gestiegenen Leistungsanforderungen bei der medikamentösen, der pflegerischen und der medizinisch-therapeutischen Versorgung bringen erhebliche finanzielle Mehrbelastungen für die Reha-Kliniken mit sich.²⁴

Die Akzeptanz bei **Ärzten** steigt seit Jahren:

Eine erfolgreiche Antragsstellung ist an einen ärztlichen Befundbericht gebunden. Dabei ist die Akzeptanz der fallweise anvisierten Rehabilitationsmaßnahme durch den verordnenden Arzt die zwingende Voraussetzung für die Antragstellung. Abgesehen von der ärztlichen Prüfung der Funktionsstörungen ist der Nachweis der Ergebnisqualität einer Rehabilitationsmaßnahme von großer Bedeutung. Die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 20 SGB IX machen die Qualität der Leistungserbringung transparent und tragen zur Akzeptanz bei den verordnenden Ärzten bei.

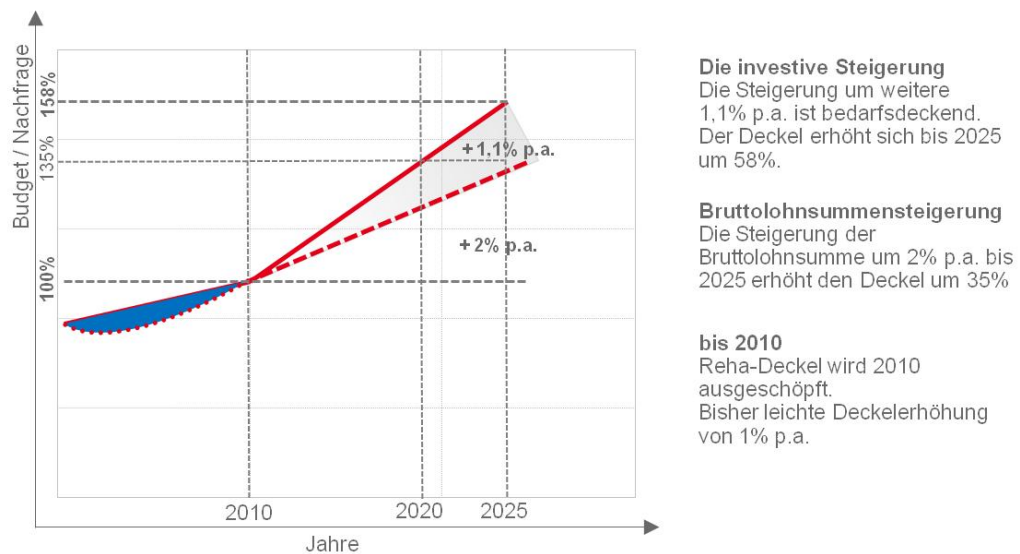
24 Eiff, von W., Klemann, A., Meyer, N. (2011): REDIA-Studie III.

4 Die Anhebung des Reha-Deckels ist bedarfsgerecht

Auch die zu erwartenden höheren jährlichen Bruttolohnsummensteigerungen werden den Herausforderungen der Zukunft nicht gerecht. Die Produktivität der deutschen Wirtschaft ist zukünftig noch enger mit der Produktivität der Beschäftigten verbunden.

Nur eine investive Anpassung des Reha-Budgets über die erwartete Bruttolohnsummensteigerung ab dem Jahr 2012 hinaus kann dies sicherstellen. Eine investive Steigerungsrate von 1,1 % pro Jahr auf die Bruttolohnsummensteigerung würde zusätzliche jährliche Ausgaben in Höhe von rund 60 Millionen Euro mit sich bringen.

Abbildung 7: Die bedarfsgerechte Anhebung des Reha-Deckels (stilisiert)



Quelle: Eigene Darstellung.

Eine Alternative zur laufenden jährlichen Anpassung des Reha-Deckels wäre eine einmalige Anhebung des Reha-Budgets des Jahres 2010 (5,38 Mrd.) um 58% auf 8,5 Mrd. Euro, wobei rund 1 Mrd. Euro der investiven Steigerung zugeordnet werden kann.

Das sich diese Investition für die Gesetzliche Rentenversicherung bereits nach kurzer Zeit rechnet verdeutlicht das Amortisationsmodell der GRV. Dies gilt aber auch für den Steuerzahler: Die zusätzlichen Bruttoeinkommen der zusätzlichen Rehabilitanden (150.000), die nach der Reha mindestens wieder 4 Monate erwerbstätig sind (Itd. Amortisationsmodell der GRV 80%) beträgt 1,68 Mrd. Euro. Bei einem Durchschnittssteuersatz dieser Gruppe

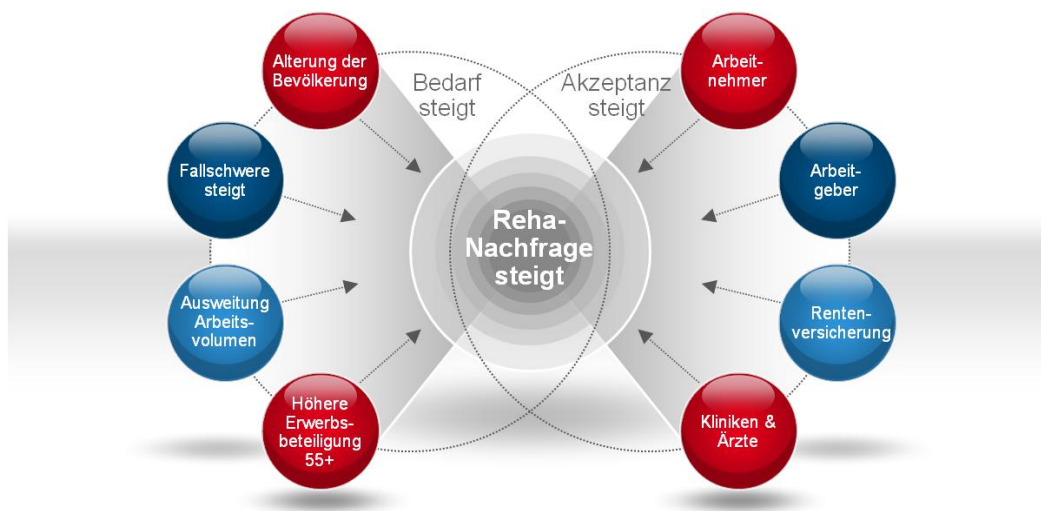
von 25% belaufen sich die zusätzlichen Steuereinnahmen (nur für die 4 Monate) auf 420 Millionen Euro.

Sollten zumindest 50% der Rehabilitanden mindestens ein Jahr nach der Reha noch arbeiten, belaufen sich die zusätzlichen Steuereinnahmen auf rund 1 Mrd. Euro. Die Investitionsausgaben für die demografiebedingten zusätzlichen Rehabilitanden wären damit finanziert.

Die Wachstumschancen kann Deutschland nur realisieren, wenn die 5 Wachstumspfade der Bundesregierung gleichberechtigt verfolgt werden. Sollte es nicht gelingen, die Erwerbstätigkeit der älteren Menschen bis zum Jahr 2025 deutlich zu erhöhen, muss in einen anderen Pfad investiert oder auf Wachstum verzichtet werden. Die zusätzlichen 60 Millionen Euro an jährlichen Investitionen in die medizinische Rehabilitation werden es ermöglichen, allein im Jahr 2025 rund 200.000 Menschen länger in Beschäftigung zu halten.²⁵

Die Nachfrage nach medizinischer Rehabilitation wird in den kommenden 15 Jahren steigen, da steigender Bedarf auf eine steigende Akzeptanz trifft. Die medizinische und gesellschaftliche Notwendigkeit einer finanziellen Stärkung der medizinischen Rehabilitation sollte nicht auf die lange Bank geschoben werden.

Abbildung 8: Die Einflussfaktoren auf die Reha-Nachfrage



Quelle: Eigene Darstellung.

²⁵ Der Präsident der DRV Rische spricht von über 80% der Rehabilitanden, die im Berufsleben verbleiben. Der Bruttoreha-Bedarf beläuft sich auf rund 250.000 Rehabilitanden.