

Hintergrundinformationen zum Pressestatement Fachverband Sucht e.V.: „Demografische Entwicklung erfordert kurzfristige Aufstockung des Reha-Budgets ab dem Jahr 2013“

Zusammenfassung:

Die aktuell von der Bundesregierung vorgesehene Aufstockung des Reha-Budgets der Rentenversicherung ab dem Jahr 2017 um 100 Mio. € (s. Referentenentwurf „RV-Lebensleistungsanererkennungsgesetz“ vom 22.03.2012) wird dem steigenden Rehabilitations-Bedarf in unserer Gesellschaft keinesfalls gerecht. Denn der deutsche Arbeitsmarkt befindet sich im Umbruch: Während die vergangenen Jahrzehnte von Strukturwandel und hohen Arbeitslosenquoten geprägt waren, erlebt die Nachfrage nach Arbeitskräften derzeit einen regelrechten Boom. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Gesamtzahl von Personen, die dazu in der Lage sind, einer Arbeit nachzugehen ohne zusätzliche Maßnahmen, bis zum Jahr 2025 um über 6 Mio. Personen sinken – und damit auch das Angebot an qualifizierten Fachkräften. Wenn nicht aktiv gesteuert wird, wird es in Zukunft also deutlich an jenen Fachkräften mangeln, die ein Motor für Wachstum und Wohlstand sind. Eine McKinsey-Studie rechnet mit 2 Mio. fehlenden Fachkräften bereits bis zum Jahr 2020.

Dies hat auch die Bundeskanzlerin Angela Merkel erkannt und ruft deshalb zu einer gemeinsamen Kraftanstrengung auf, um den demografischen Wandel zu bewältigen. Mit der „Demografiestrategie“ soll auch mehr für die Mobilisierung und Gesundheit von älteren und von Krankheit bedrohten Arbeitnehmern getan werden. Auf die besondere Bedeutung der medizinischen Rehabilitation weisen in diesem Zusammenhang insbesondere drei Entwicklungen hin:

1. Nach Berechnungen der Bundesagentur für Arbeit könnte eine Erhöhung der Erwerbstätigenquote der über 55-Jährigen 0,5 Mio. bis 1,2 Mio. zusätzlichen Arbeitskräfte für den Arbeitsmarkt bis zum Jahr 2025 mobilisieren. Hierzu sind allerdings flankierende Maßnahmen, zu denen auch die Prävention und Rehabilitation zählen, erforderlich.
2. Zudem wird der Rehabilitationsbedarf auch aufgrund der Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre deutlich steigen. Durch die Erhöhung der Regelaltersgrenze sollen bis zum Jahr 2025 zusätzlich 930.000 Personen dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen (Quelle: Bundesagentur für Arbeit).
3. Des Weiteren hat die Bundesministerin für Arbeit und Soziales, Ursula von der Leyen, am 09.05.2012 auf die wachsende Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Arbeitswelt hingewiesen. Sie machte deutlich, dass die Arbeitswelt

komplexer geworden ist, im Job der Takt zunimmt, Prozesse sich verdichten und die Gefahr, psychisch zu erkranken, längst nicht mehr nur ein Problem von Managern ist. Inzwischen gehen 53 Mio. Krankheitstage pro Jahr auf psychische Störungen zurück. Auch in diesem Zusammenhang spielen Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation eine zunehmend bedeutsame Rolle, um die Teilhabe am Arbeitsleben zu fördern.

Es ist wichtig, die mit diesen Entwicklungen verbundenen Herausforderungen frühzeitig zu erkennen und auf diese angemessen zu reagieren. Hierzu gehört auch, den wachsenden Bedarf der rehabilitativen Behandlung chronisch kranker Menschen bei den anstehenden Planungen entsprechend zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund bedarf es der sofortigen Anhebung des Reha-Deckels der Deutschen Rentenversicherung ab dem Jahr 2013.

Die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation nimmt zukünftig noch deutlich zu

Bis zum Jahr 2030 wird sich der Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland deutlich verändern. Nach offiziellen Angaben gibt es derzeit 49,8 Millionen Menschen im erwerbsfähigen Alter von 20 bis 64 Jahren. Bis zum Jahr 2030 wird deren Zahl nach Berechnung des Statistischen Bundesamtes aber um 6,3 Millionen sinken. Nach Berechnungen der Prognos AG kann medizinische Rehabilitation dem Mangel an Arbeitskräften deutlich entgegen wirken. Durch mehr Reha können allein im Jahr 2025 rund 250.000 Menschen dem Arbeitsmarkt zusätzlich erhalten bleiben (s. *Anlage 1*). Rehabilitationsleistungen werden bei chronischen Erkrankungen (z.B. orthopädischen Erkrankungen, Neubildungen, Herz-Kreislaufkrankungen, neurologische Störungen, Stoffwechselerkrankungen, psychischen Störungen und Abhängigkeitserkrankungen) erbracht, sofern ein entsprechender Rehabilitationsbedarf besteht.

Seit 1997 sind die Ausgaben für Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung gesetzlich gedeckelt und werden nur entsprechend der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer angepasst. Faktoren wie der demografische Wandel, zunehmende Morbidität und die Verlängerung der Lebensarbeitszeit bleiben unberücksichtigt. Die Zahl der Bewilligungen für medizinische und berufliche Leistungen der Rehabilitation der Rentenversicherung hat allerdings bereits in den Jahren 2005 – 2011 um 24 % zugenommen. Die Anträge auf medizinische Rehabilitationsleistungen stiegen in den letzten 5 Jahren um durchschnittlich 4,5 % jährlich. Allein im Januar bis Februar 2012 ist ein weiterer Zuwachs um weitere 5 % zu verzeichnen. Bereits im Jahr 2010 ist das Rehabilitationsbudget der Rentenversicherung aufgrund zunehmender Anträge für medizinische Rehabilitationsleistung völlig ausgeschöpft worden, dieser Trend setzte sich unvermittelt weiter fort (s. *Anlage 2*). Dies hatte zur Folge, dass im Jahr 2010 die Bewilligungsquote von medizinischen Rehabilitationsleistungen gegenüber dem Vorjahr bereits abgesenkt wurde (s. *Anlage 3*).

Nach Berechnungen der Deutsche Rentenversicherung Bund steigt der Rehabilitationsbedarfs allein aufgrund der demografischen Entwicklung und der längeren Lebensarbeitszeit von 2012 bis 2017 um 5 % oder rund 300 Mio. Euro. Im Zeitraum

von 2013 bis 2017 nimmt die Bevölkerungszahl der über 45-Jährigen um 4,8 % zu. Die aktuell im Referentenentwurf zum RV-Lebensleistungserkennungsgesetz vorgesehene Aufstockung des Reha-Budgets der Rentenversicherung ab dem Jahr 2017 um 100 Mio. € entspricht keinesfalls diesem steigenden Reha-Bedarf in unserer Gesellschaft. Dies zeigen entsprechende Berechnungen der Rentenversicherung (s. *Anlage 4*). Es ist von daher dringend notwendig, ein Zeichen zuverlässiger Sozialpolitik durch die sofortige Anhebung des Reha-Budgets zu setzen. Wenn die Bundesregierung Altersarmut nachhaltig bekämpfen will, sollte sie alles tun, um von Krankheit bedrohte Menschen im Job zu halten und Erwerbsminderungsrenten zu vermeiden. Sie sollte nicht an der Reha, sondern mit der Reha sparen.

Rehabilitation und Entwöhnungsbehandlung rechnen sich für die Gesellschaft

Den enormen volkswirtschaftlichen Nutzen der medizinischen Rehabilitation belegt nicht zuletzt eine aktuelle Prognosestudie („Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum“), wonach die Gesellschaft für jeden in die medizinische Rehabilitation investierten Euro fünf Euro gewinnt. Dies geht insbesondere auf die gewonnenen Berufstätigkeitsjahre, geleistete Beitragszahlungen und reduzierte Arbeitsunfähigkeitstage zurück. Die Rehabilitation trägt somit dazu bei, die Sozialversicherungsträger zu entlasten, indem vermieden wird, dass aus Leistungsträgern der Gesellschaft Leistungsempfänger werden. Bezogen auf die gesamten Ausgaben der Rentenversicherung im Jahre 2009 betragen die Aufwendungen für Rehabilitation lediglich 2,1 % (5,26 Mrd. Euro), deutlich höher lagen diese für Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit 5,8 % (14,25 Mrd. Euro). Bereits nach 4 Monaten amortisieren sich im Übrigen die Ausgaben in Höhe von ca. 4000 Euro für eine erforderliche medizinische Rehabilitationsleistung durch nicht gezahlte Erwerbsminderungsrenten sowie Beitragseinnahmen für die Rentenversicherung (s. *Anlage 5*). Dies zeigt wie wichtig der Grundsatz „Reha vor Rente“ auch aus volkswirtschaftlicher Sicht ist.

Die Effektivität der medizinischen Rehabilitation ist auch gerade im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen durch vielfältige Untersuchungen zur Wirksamkeit nachgewiesen. So führt der FVS bereits seit dem Jahr 1996 einrichtungsübergreifende Studien zur Wirksamkeit der stationären Suchtrehabilitation durch. Diese belegen, dass im Bereich Alkohol- / Medikamentenabhängigkeit über 50 % der Patienten¹⁾ ein Jahr nach der stationären Behandlung abstinent leben. Auch die ambulante und ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitation erweisen sich als wirksam. Ferner belegen Untersuchungen der Deutschen Rentenversicherung, dass sich die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker lohnt. So sind zwei Jahre nach Ende der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen noch ca. 90 % der Rehabilitanden im Erwerbsleben verblieben, von diesen weisen 59 % sogar eine lückenlose Beitragszahlung auf.

Von besonderer Bedeutung ist auch, dass das Durchschnittsalter der Patienten in den Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei 45 Jahren und in Fachkliniken für Drogenabhängigkeit bei 30 Jahren liegt. Von daher stehen

diese nach einem erfolgreichen Abschluss der Entwöhnungsbehandlung dem Arbeitsmarkt noch für eine lange Zeit zur Verfügung.

Angesichts der Tatsache, dass es über 14 Jahre dauert, bevor eine stationäre Entwöhnungsbehandlung von alkoholabhängigen Menschen angetreten wird, und erhebliche Folgekosten im Rahmen der Chronifizierung der Erkrankung (z.B. wiederholte Entgiftungsbehandlung, zusätzliche Arztkosten, erhebliche Arbeitsunfähigkeits-Zeiten) zu verzeichnen sind, sollte die frühzeitige Inanspruchnahme einer fachgerechten Behandlung gefördert werden.

Derzeit nimmt angesichts der weiten Verbreitung von Abhängigkeitserkrankungen (1,3 Mio. Alkoholabhängige, 1,4 – 1,9 Mio. Medikamentenabhängige, 400.000 pathologische Glücksspieler, 220.000 Cannabisabhängige, 175.000 Drogenabhängige) nur ein vergleichsweise geringer Teil abhängigkeitskranker Menschen Rehabilitationsleistungen (Anzahl der Entwöhnungsbehandlungen 2010: 56.997) in Anspruch.

Die Effizienzreserven des Rehabilitationssystems sind erschöpft

In den letzten Jahren von 1997 bis 2010 haben im Bereich der Rentenversicherung die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen von 629.752 auf 996.154 Maßnahmen zugenommen (plus 58,2 %) (s. Anlage 6). Die Bruttoaufwendungen für medizinische und ergänzende Leistungen sind im Unterschied dazu im gleichen Zeitraum aber lediglich von 2.627,5 Mio. € auf 3.512,6 Mio. € (plus 33,7 %) (s. Anlage 7) gestiegen.

Betrachtet man den Indikationsbereich der Entwöhnungsbehandlungen, so stieg die Anzahl der ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen im Bereich der Rentenversicherung von 1997 bis 2010 von 41.486 Leistungen auf 56.997 (plus 37,4 %). Die Bruttoausgaben stiegen hingegen lediglich von 424,4 Mio. € im Jahr 1997 auf 559,5 Mio. € im Jahr 2010 (plus 31,8 %). Damit lag der Zuwachs des Leistungsvolumens insgesamt deutlich über dem Anstieg der Kosten. Somit ist die Effizienz des Rehabilitationssystems in diesem Zeitraum erheblich gestiegen, dieser Prozess hat mittlerweile seine Grenzen erreicht.

Die Qualität der Rehabilitationsleistungen muss erhalten werden

Aufgrund der finanziellen Engpässe drohen die Rationierung von Leistungen und/oder deutliche Qualitätseinbußen. Aus Sicht der Patienten und der Behandler stellt es beispielsweise keine „Lösung“ dar, wenn Behandlungszeiten verkürzt werden, um das gedeckelte Budget einzuhalten. Gerade im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen wie auch der Psychosomatik ist der enge Zusammenhang zwischen Behandlungserfolg und der Behandlungsdauer durch viele Untersuchungen belegt.

Rehabilitationsleistungen sind zudem hochkomplexe und personalintensive Leistungen. Eine ausreichende Refinanzierung von steigenden Personal- und Sachkosten ist durch den Leistungsträger sicherzustellen. Diese Mittel benötigen die Einrichtungen dringend für die Weiterentwicklung der medizinisch-therapeutischen Versorgungsangebote, die dafür notwendige Personalentwicklung und die erforderlichen Investitionen. Im „Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation“ (2010), erstellt durch GEBERA, Düsseldorf, (s. www.agmedreha.de) wurde bereits festgestellt, dass die tatsächlichen gesamten Kostensteigerungen in Deutschland in den Jahren 2006 bis 2010 13,1 % betragen, die Vergütungssätze in der medizinischen Rehabilitation stiegen in diesem Zeitraum allerdings insgesamt lediglich um 10,0 % bei den allgemeinen Heilverfahren im Bereich der Rentenversicherung. Die Steigerungen im Bereich der GKV lagen noch darunter.

Die Schere zwischen den realen Kostenentwicklungen und den Vergütungssatzerhöhungen geht vor dem Hintergrund des gedeckelten Budgets bis heute weiter auseinander. Die aktuellen Gehaltssteigerungen im öffentlichen Dienst sind mit den Vergütungssatzerhöhungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation für Vertragskliniken im Bereich der Renten- und Krankenversicherung nicht realisierbar. Insofern besteht die deutliche Gefahr, dass hier die Beschäftigten von der wirtschaftlichen Entwicklung zunehmend abgekoppelt werden.

Angesichts des Ärztemangels und zunehmender Personalengpässe im gesamten medizinisch-therapeutischen Bereich ist es dringend notwendig, dass – auch im Vergleich zu anderen Sektoren des Gesundheitswesens – in der medizinischen Rehabilitation attraktive Arbeitsplätze vorgehalten werden. Dies beinhaltet, dass auch eine angemessene Honorierung der Mitarbeiter in den Rehabilitationseinrichtungen erfolgt.

Fazit:

Die politisch Verantwortlichen müssen angesichts dieser Entwicklungen dafür Sorge tragen, dass eine qualitativ hochwertige Behandlung jedem Versicherten mit entsprechendem Rehabilitationsbedarf auch weiterhin offensteht. Dies erfordert eine kurzfristige Anpassung des Reha-Budgets an die vorhandene Bedarfs- und Kostenentwicklung.

FACHVERBAND SUCHT e.V.

Walramstraße 3

53175 Bonn

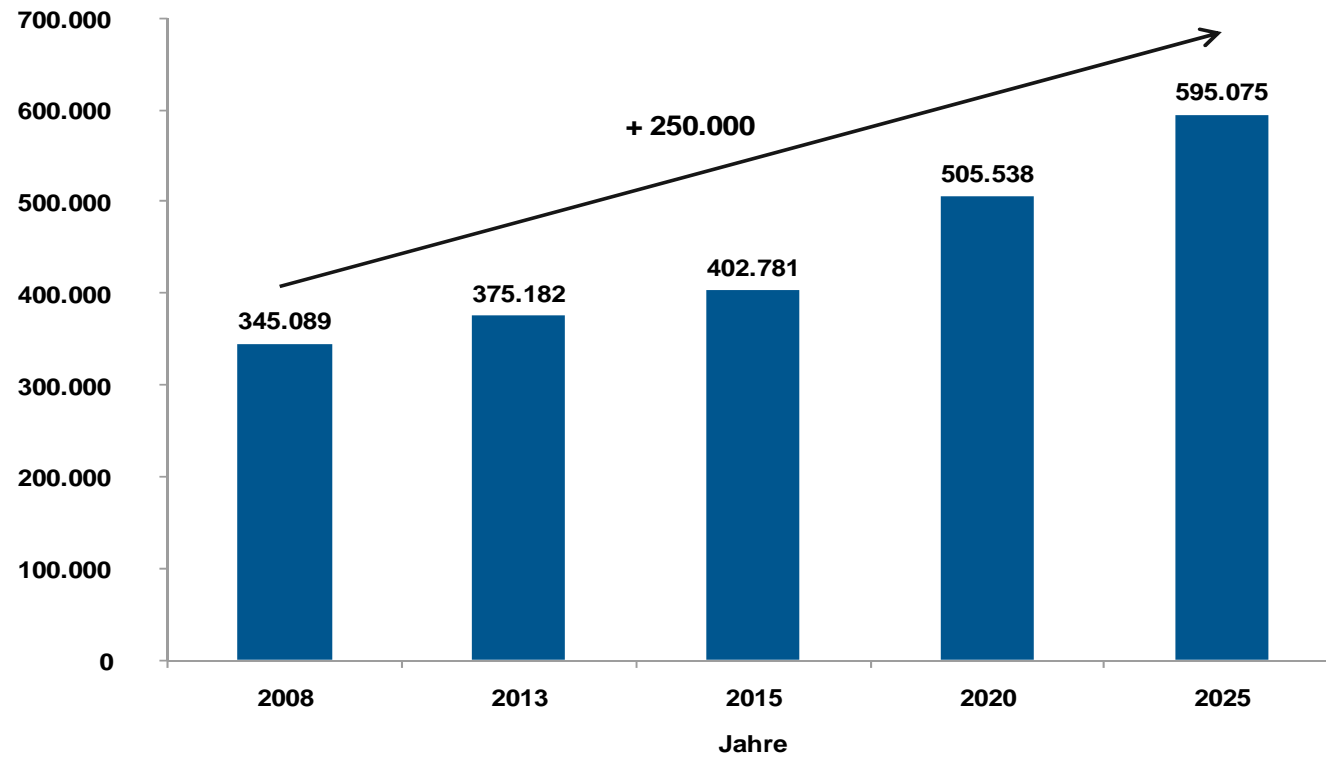
Tel.: 02 28/26 15 55

Mobil: 0171/7517922, Fax: 02 28/21 58

Email: sucht@sucht.de

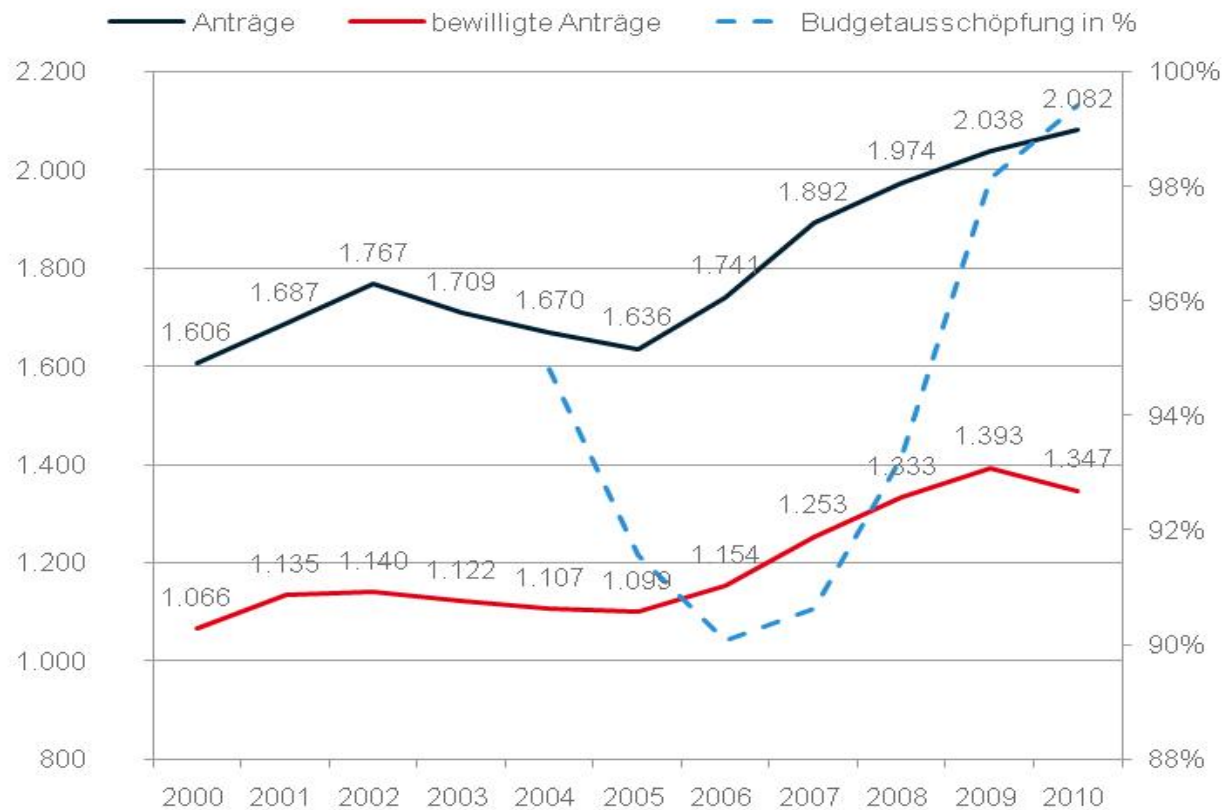
Internet: <http://www.sucht.de>

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



Quelle: Eigene Berechnungen

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

Anträge / Bewilligungen Deutsche Rentenversicherung

1. Medizinische Rehabilitation (Gesamt)			
	Anträge	Bewilligung	Anträge/ Bewilligung in %
2009			
DRV Gesamt	1.638.294	1.102.671	67,0
DRV Regionalträger	798.340	555.122	69,6
DRV Bundesträger	839.954	547.549	65,7
2010			
DRV Gesamt	1.669.142	1.062.500	63,9
DRV Regionalträger	813.319	522.595	64,3
DRV Bundesträger	855.823	539.905	63,5

Fortschreibung des Reha-Budgets – Berechnung der Deutschen Rentenversicherung (DRV)

Der Vorschlag der Rentenversicherung für eine veränderte Fortschreibung des Reha-Budgets sieht wie folgt aus:

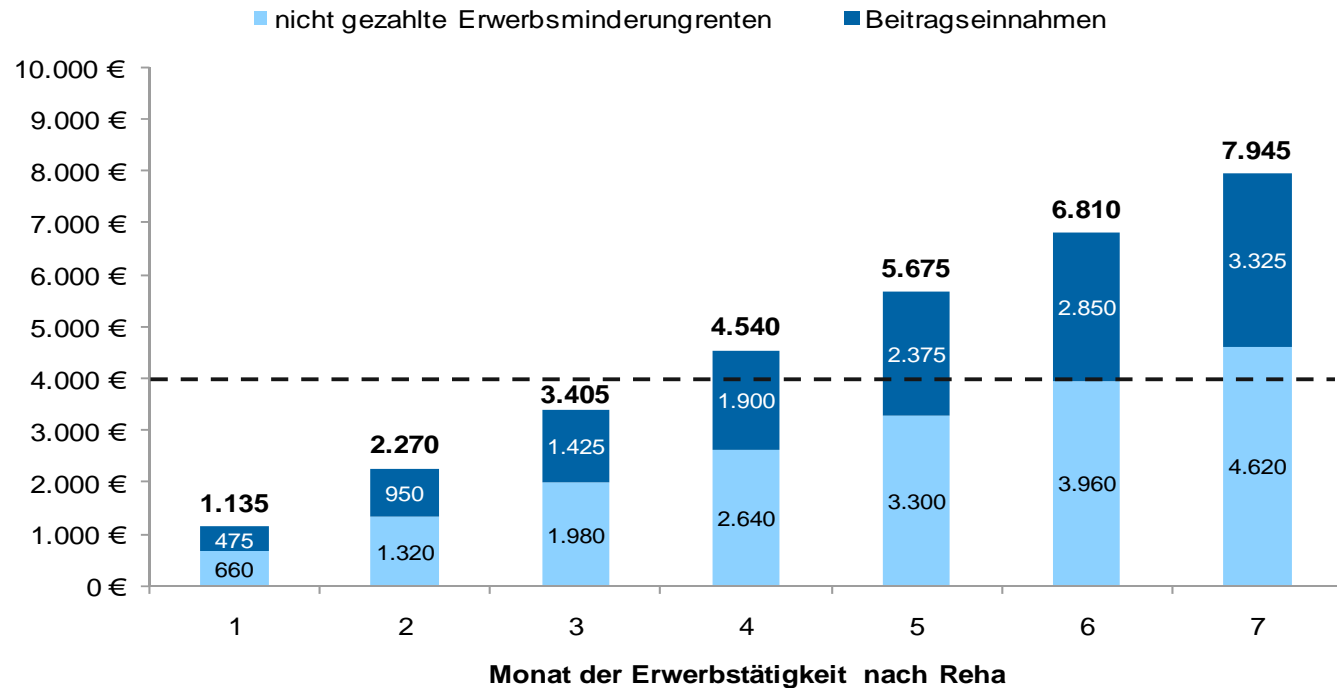
Zusätzlich zur Fortschreibung des Reha-Budgets nach der Entwicklung der Bruttolöhne pro Kopf gemäß § 220 SGB VI sind zumindest auch die demografische Entwicklung und die Verlängerung der Lebensarbeitszeit – insbesondere als Folge der Heraufsetzung der Regelaltersgrenze – zu berücksichtigen.

Die veränderte Fortschreibung des Reha-Budgets könnte dann wie folgt aussehen: Grundlage ist die auch im Rentenmodell verwendete und mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales abgestimmte Bevölkerungsvorausberechnung. Für die Fortschreibung des Reha-Budgets wird ab 2013 die Veränderung der Bevölkerung in den Altersgruppen zwischen dem Alter 45 und der jeweils geltenden Regelaltersgrenze zugrunde gelegt. Die Bevölkerungszahl in dieser Altersgruppe steigt bis 2017 gegenüber 2012 um 4,8 % und nähert sich danach wieder dem (voraussichtlichen) Stand von 2012 an. Entsprechend läge der Reha-Deckel 2017 um 4,8 % oder rund 300 Mio. Euro über dem Wert, der sich aus der aktuellen Fortschreibungsregel ergibt.

Danach, also ab 2018, sinken die demografiebedingten Mehrausgaben wieder. Für die Jahre bis 2020 ergeben sich daraus nach Berechnungen der DRV folgende Mehrausgaben (dynamisiert) in Mio. Euro:

2013	103
2014	187
2015	241
2016	280
2017	302
2018	299
2019	281
2020	255

Nach entsprechenden Modellrechnungen entfaltet dieser Vorschlag nur geringfügige Wirkungen auf den Beitragssatz.



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

Quelle: Deutsche Rentenversicherung 2011, eigene Darstellung

Medizinische und sonstige Leistungen sowie Entwöhnungsbehandlungen der DRV-Zeitreihe 1997 – 2010

(ab 1997: Ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlungen):
Durchgeführte Leistungen

Jahr	Reha- Leistungen	Entwöhnungs- behandlungen	Anteil Entwöhnungsbehandlungen (Sp. 2 an Sp. 1)	Steigerungen der Entwöhnungsbehandlungen zum Vorjahr in %
	Sp. 1	Sp. 2	Sp. 4	Sp. 5
1997	629.752	41.486	6,6	18,2
1998	642.436	42.680	6,6	2,9
1999	717.388	43.793	6,1	2,6
2000	835.878	46.508	5,6	6,2
2001	892.687	48.937	5,5	5,2
2002	894.347	51.785	5,8	5,0
2003	845.618	51.123	6,05	- 1,28
2004	803.159	52.536	6,54	2,69
2005	804.064	50.835	6,32	- 3,2
2006	818.433	49.526	6,32	- 2,57
2007	903.257	56.393	6,24	13,9
2008	942.662	55.963	5,9	- 0,76
2009	978.335	57.456	5,9	+ 2,6
2010	996.154	56.997	5,72	- 0,8

Quelle. DRV-Statistik "Rehabilitation" (Zeitreihe) (DRV-Schriften)

Bruttoaufwendungen in Mio. Euro für medizinische und ergänzende Leistungen (1997 – 2010): Deutsche Rentenversicherung

Jahr	medizinische und ergänzende Reha-Leistungen insgesamt (Sp. 1)	davon für Sucht (Sp. 2)	Anteil in % Sucht (Sp. 2 an Sp. 1)	Steigerung insgesamt zum Vorjahr in % (Sp. 1)	Steigerung Sucht zum Vorjahr in % (Sp. 2)
1997	2.627,5	424,4	16,1	- 31,7	- 11,7
1998	2.677,2	437,3	16,3	1,9	3,1
1999	2.747,4	446,3	16,2	2,6	2,1
2000	3.101,1	464,9	14,9	12,8	4,2
2001	3.165,2	478,9	15,1	2,1	3,0
2002	3.171,2	493,4	15,6	0,2	3,0
2003	3.088,4	527,0	17,06	- 2,61	6,81
2004	2.887,3	524,6	18,17	- 6,5	- 0,46
2005	2.839,7	494,0	17,40	- 1,6	- 5,8
2006	2.896,2	496,6	17,14	+ 2,0	0,53
2007	3.064,4	526,5	17,18	+ 5,8	6,02
2008	3.246,6	527,5	16,25	+ 5,9	+ 0,19
2009	3.425,8	546,1	15,9	+ 5,5	+ 3,5
2010	3.512,6	559,5	15,9	+ 2,5	+ 2,45

Quelle. DRV-Statistik "Rehabilitation" (Zeitreihe) (DRV-Schriften)