

Studie

Reha wirkt – Volkswirtschaftliche Effekte der medizinischen Rehabilitation

Beitrag zu Beschäftigung und Wertschöpfung



Studie

Reha wirkt – Volkswirtschaftliche Effekte der medizinischen Rehabilitation

Beitrag zu Beschäftigung und Wertschöpfung

Autor:innen

Dr. Oliver Ehrentraut
Charlotte Lederer
Hauke Toborg

Wissenschaftliche Begleitung

Prof. Dr. Stefan Fetzter (HS Aalen)
Dr. Kaus Kaier (Uniklinik Freiburg)

Im Auftrag der

Median Unternehmensgruppe

Abschlussdatum

September 2024

Das Unternehmen im Überblick

Prognos – wir geben Orientierung.

Die Prognos AG ist eines der ältesten Wirtschaftsforschungsunternehmen Europas. An der Universität Basel gegründet, forschen Prognos-Expertinnen und -Experten seit 1959 für verschiedenste Auftraggeber aus dem öffentlichen und privaten Sektor – politisch unabhängig, wissenschaftlich fundiert. Die bewährten Modelle der Prognos AG liefern die Basis für belastbare Prognosen und Szenarien. Mit über 200 Expertinnen und Experten ist das Unternehmen an zehn Standorten vertreten: Basel, Berlin, Bremen, Brüssel, Düsseldorf, Freiburg, Hamburg, München, Stuttgart und Wien. In Wien sitzt die Prognos Europe GmbH, unsere Tochtergesellschaft in Österreich. Die Projektteams arbeiten interdisziplinär, verbinden Theorie und Praxis, Wissenschaft, Wirtschaft und Politik.

Geschäftsführer

Christian Böllhoff

Präsident des Verwaltungsrates

Dr. Jan Giller

Handelsregisternummer

Berlin HRB 87447 B

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer

DE 122787052

Rechtsform

Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht; Sitz der Gesellschaft: Basel-Stadt
Handelsregisternummer
CH-270.3.003.262-6

Gründungsjahr

1959

Arbeitsprachen

Deutsch, Englisch, Französisch

Hauptsitz der Prognos AG
in der Schweiz

Prognos AG

St. Alban-Vorstadt 24
4052 Basel

Weitere Standorte der
Prognos AG in Deutschland

Prognos AG

Goethestr. 85
10623 Berlin

Prognos AG

Domshof 21
28195 Bremen

Prognos AG

Werdener Straße 4
40227 Düsseldorf

Prognos AG

Heinrich-von-Stephan-Str. 17
79100 Freiburg

Prognos AG

Rödingsmarkt 9
(c/o Mindspace | 2. Etage)
20459 Hamburg

Prognos AG

Nymphenburger Str. 14
80335 München

Prognos AG

Eberhardstr. 12
70173 Stuttgart

Standort der Prognos AG
in Belgien

Prognos AG

Résidence Palace, Block C
Rue de la Loi 155
1040 Brüssel

Tochtergesellschaft
in Österreich

Prognos Europe GmbH

Walcherstraße 11
1020 Wien

info@prognos.com | www.prognos.com | www.linkedin.com/company/prognos-ag

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	V
Wissenschaftliche Begleitung	VI
1 Hintergrund	1
2 Methodisches Vorgehen und zentrale Rechengrößen	2
2.1 Untersuchungsgegenstand und relevante Personenkreise	2
2.2 Reha-Wirksamkeit	4
2.2.1 Grundsätzliche Ergebnisse zur Wirksamkeit	5
2.2.2 Indikationsspezifische Einordnung der Wirksamkeit	6
2.3 Ableitung des Netto-Reha-Nutzens	8
3 Reha-Geschehen ex post und in Szenarien bis 2040	13
3.1 Entwicklung der Fallzahlen	13
3.2 Kosten-Nutzen-Betrachtung auf individueller Ebene	19
4 Volkswirtschaftliche Effekte in Szenarien bis 2040	20
4.1 Bruttowertschöpfung und Beschäftigung	21
4.2 Multiplikatoreffekte und fiskalische Wirkungen	23
5 Fazit	25
Anhang	VII
Quellenverzeichnis	VIII
Impressum	X

Zusammenfassung

Die medizinische Rehabilitation (im Folgenden auch „Reha“) zielt darauf ab, die körperliche, seelische und soziale Gesundheit von Patienten wiederherzustellen. Aber auch im volkswirtschaftlichen Sinne spielt die Rehabilitation eine zentrale Rolle. Sie unterstützt die Wiedereingliederung von Menschen in das Erwerbsleben, die aufgrund von Krankheiten, Verletzungen oder Operationen funktionale Beeinträchtigungen erlitten haben. Reha trägt damit dazu bei, dass Menschen schneller und leistungsfähiger wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren können, als dies ohne Maßnahme der Fall wäre. In einem Teil der Fälle wird durch eine Reha sogar vollständige Erwerbsunfähigkeit vermieden. Damit verbessert Reha nicht nur das individuelle Wohlbefinden der Patient:innen, sondern erleichtert bzw. ermöglicht ihre Rückkehr ins Arbeitsleben und schafft damit gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Nutzen.

Die vorliegende Studie fokussiert auf die **volkswirtschaftlichen Effekte von Reha** für Menschen im Erwerbsalter. Ziel der Studie ist es, die ökonomischen Wirkungen im Sinne von Kosten und Nutzen der Reha für fünf Indikationsbereiche (Kardiologie, Pneumologie, Rückenschmerzen, Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen) zu bewerten.

Reha wirkt – volkswirtschaftlich und individuell

Mit dem eigens für diese Studie entwickelten Reha-Nutzen-Modell quantifiziert die Studie die Wirkungen einer erfolgreichen Reha in Form von gewonnenen Arbeitszeiten.

Abbildung 1: Effekte der Reha im Überblick



Quelle: Eigene Berechnungen mit Prognos Reha-Nutzen-Modell

© Prognos 2024

Für das Jahr 2023 werden demnach im Vergleich zu einer Situation ohne Reha-Maßnahmen **63.250 zusätzliche Arbeitsjahre** erzielt. Das ist rechnerisch und volkswirtschaftlich gleichbedeutend mit dem Pensum von entsprechend vielen neuen Arbeitsplätzen. Diese zusätzlichen Arbeitsplätze generieren Bruttowertschöpfung und damit einen direkten volkswirtschaftlichen Effekt in Höhe von 5,3 Mrd. Euro. Multiplikatorwirkungen verstärken diesen Effekt konservativ geschätzt um den Faktor 1,5, so dass der Reha im Jahr 2023 gesamtwirtschaftliche Effekte in Höhe von **7,9 Mrd. Euro zusätzlicher Bruttowertschöpfung** zugerechnet werden können.

Die volkswirtschaftlichen Effekte gehen letztlich auf Wirkungen auf der individuellen Ebene der Rehabilitand:innen zurück. Je Rehabilitand:in ergibt sich im Durchschnitt ein individueller Nutzen in Höhe von 13.700 Euro, entsprechend der obigen Verteilung bedeutet das einen Nettoeinkommenszuwachs um 4.400 Euro im Jahr bzw. 370 Euro im Monat. Die nachstehende Abbildung fasst die Kernwirkungen auf einen Blick zusammen.

Die Studie modelliert die Wirkungen der Rehabilitation für verschiedene Szenarien mit Blick auf die demografische Entwicklung und die Prävalenz in den Indikationen sowie die Inanspruchnahme von Reha-Leistungen bis zum Jahr 2040. Im Ergebnis ergeben sich dann Effekte im Bereich von 6,0 bis 10,7 Mrd. Euro (real).

Das Reha-Nutzen-Modell quantifiziert die Wirkungen auf der Ebene von 17 Branchen. Dabei fallen die größten Wertschöpfungsgewinne in den unternehmensnahen Dienstleistungen, im Bereich Handel und Reparatur von Kraftfahrzeugen sowie im Gesundheits- und Sozialwesen an.

In Zeiten von erheblichem Fachkräfte- und Personalmangel sowie schwachem Wachstum leistet medizinische Rehabilitation mit Blick auf Beschäftigung und Wachstum nicht nur heute einen wichtigen Beitrag, sondern wird auch künftig eine enorme volkswirtschaftliche Bedeutung behalten.

Wissenschaftliche Begleitung

Das Vorhaben wurde durch die Expertise von **Prof. Dr. Stefan Fetzter** und **Dr. Klaus Kaier** begleitet. Ihre Aufgabe im Projekt war es, die Plausibilität des Vorgehens zu prüfen, methodisch zu bereichern und die Ergebnisse zu diskutieren und einzuordnen. Auch Überblick und Zugang zu aktuellen Studien und Forschungsliteratur wurden über die Experten sichergestellt. Das Prognos-Projektteam dankt den beiden Experten für ihre Unterstützung und wichtige Impulse.

Prof. Dr. Stefan Fetzter ist Professor für Public Health und Internationale Gesundheitssysteme an der Hochschule Aalen. Die Forschungsschwerpunkte von Herrn Fetzter liegen im Bereich der Gesundheitspolitik vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der Gesundheitssystemgestaltung und der gesundheitsökonomischen Versorgungsforschung.

Dr. Klaus Kaier ist stellvertretender Leiter des Bereichs Methoden der Klinischen Epidemiologie am Institut für Medizinische Biometrie und Statistik des Universitätsklinikums Freiburg. Er forscht seit vielen Jahren zu gesundheitsökonomischen Fragestellungen, insbesondere dem wirtschaftlichen Nutzen von Versorgungsforschung.

1 Hintergrund

Die medizinische Rehabilitation (im Folgenden auch „Reha“) zielt darauf ab, die körperliche, seelische und soziale Gesundheit von Patienten wiederherzustellen. Aber auch im volkswirtschaftlichen Sinne spielt die Rehabilitation eine zentrale Rolle. Sie unterstützt die Wiedereingliederung von Menschen in das Erwerbsleben, die aufgrund von Krankheiten, Verletzungen oder Operationen funktionale Beeinträchtigungen erlitten haben. Reha trägt damit dazu bei, dass Menschen schneller und leistungsfähiger wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren können, als dies ohne Maßnahme der Fall wäre. In einem Teil der Fälle wird durch eine Reha sogar vollständige Erwerbsunfähigkeit vermieden. Damit verbessert Reha nicht nur das individuelle Wohlbefinden der Patient:innen, sondern erleichtert bzw. ermöglicht ihre Rückkehr ins Arbeitsleben und schafft damit gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Nutzen.

Die vorliegende Studie fokussiert auf die volkswirtschaftlichen Effekte von Reha für Menschen im Erwerbsalter. Ziel der Studie ist es, die ökonomischen Wirkungen im Sinne von Kosten und Nutzen der Reha für fünf Indikationsbereiche (Kardiologie, Pneumologie, Rückenschmerzen, Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen) zu bewerten.¹ Dazu wird im Kern bestimmt, wie viel Arbeitszeit durch vermiedene Arbeitsunfähigkeits-Tage (AU-Tage) und Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) „gewonnen“ werden kann. Entscheidend hierfür ist die nachhaltige Wirkung von Reha-Maßnahmen in den unterschiedlichen Indikationsbereichen, die auf Basis von Literaturauswertungen und mit Hilfe der wissenschaftlichen Begleitung der Studie bestimmt wurde. Die „gewonnene“ Arbeitszeit wird volkswirtschaftlich über die jeweilige Bruttowertschöpfung (BWS) quantitativ bewertet. In Abhängigkeit der Zahl der erfolgreichen Rehabilitationen wird ein gesamtwirtschaftlicher Effekt bestimmt. Da eine zentrale Einflussgröße dieser Wirkungen der sozio-demografische Wandel ist, also Veränderungen in Altersstruktur und Anzahl der Bevölkerung sowie veränderte Arbeitsmarktbedingungen, untersucht die Studie in Szenarien die Entwicklung nicht nur für den Status quo (2023), sondern bis zum Jahr 2040. Eine Ex-Post-Betrachtung seit 2010 rundet die Studie ab.

Die Studie ist wie folgt aufgebaut: Kapitel 2 erläutert das methodische Vorgehen und die zentralen Rechengrößen, die der Studie zugrunde liegen. Kapitel 3 zeichnet die Entwicklung im Reha-Bereich seit 2010 nach und stellt die Ergebnisse zum aktuellen Kosten-Nutzen-Verhältnis von Reha auf individueller Basis sowie gesamtwirtschaftlich vor. In Kapitel 4 werden darauf aufbauend die volkswirtschaftlichen Wirkungen der Reha bis zum Jahr 2040 in verschiedenen Szenarien quantifiziert. Kapitel 5 schließt mit einem kurzen Fazit.

¹ Prognos hat bereits im Jahr 2009 die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger und ihre Effekte auf Produktivität und Wachstum untersucht. Die vorliegende Studie orientiert sich am grundsätzlichen Vorgehen der damaligen Untersuchung, vgl. [Prognos \(2009\)](#). Im Unterschied bzw. in Erweiterung der damaligen Untersuchung wurde das Reha-Nutzen-Modell grundsätzlich neu aufgesetzt, so dass nun differenzierte Aussagen zum Reha-Geschehen nach Alter, Geschlecht, Indikationsbereichen, Branchen sowie für modifizierbare Szenarien möglich sind.

2 Methodisches Vorgehen und zentrale Rechengrößen

Für die Berechnung der gesamtwirtschaftlichen Wirkungen von Reha ist ein mehrstufiges Vorgehen notwendig. So muss im ersten Schritt der **Untersuchungsgegenstand** (Reha-Inanspruchnahme nach Indikationen) abgegrenzt werden.

2.1 Untersuchungsgegenstand und relevante Personenkreise

Im Fokus der vorliegenden Studie stehen die volkswirtschaftlichen Effekte der **Rehabilitation für Menschen im Erwerbsleben in Deutschland**. Entsprechend geht es hier um Reha im Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Andere Reha-Bereiche, etwa für Reha für Kinder und Jugendliche oder für Menschen im Rentenalter sind nicht Gegenstand der Betrachtung.² Der relevante Personenkreis der Untersuchung umfasst damit im Ausgangspunkt die **aktiv Versicherten** und damit alle Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung, für die im Berichtszeitraum Pflichtbeitragszeiten, freiwillige Beitragszeiten, Zeiten geringfügiger Beschäftigung oder Anrechnungszeiten vorliegen. Zum Stand 31.12.2022 waren das 39,92 Mio. Menschen, darunter 32,91 Mio. versicherungspflichtig Beschäftigte.³ Um den Fokus auf die Kernaltersgruppe aus Sicht des Arbeitsmarkts, also die 15- bis 64-Jährigen, zu beschränken, werden für das Jahr 2022 **39,58 Mio. aktiv Versicherte** einbezogen. Das Geschlechterverhältnis (Frauen, Männer) liegt bei 48 zu 52 Prozent.⁴

Dieser Personenkreis bildet die Grundgesamtheit der Untersuchung. In der Modellierung und Fortschreibung bis 2040 werden auf Basis der aktiv Versicherten die künftigen Erwerbstätigen über das [VIEW-Modell von Prognos](#) bestimmt. Die Fortschreibung erfolgt detailliert nach 17 Branchen.

Im Rahmen der weiteren Untersuchung ist nun zunächst zu bestimmen, wie viele dieser Personen tatsächlich eine Reha (ambulant oder stationär, inkl. Anschlussheilbehandlung bzw. Anschlussrehabilitation) in Anspruch nehmen (**Reha-Quote**). Für die später zu betrachtenden Szenarien ist darüber hinaus von Bedeutung, wie häufig diese Personen an den fünf für diese Studie berücksichtigten Indikationen erkranken (**Prävalenz**) und wie sich die Personenzahlen vor dem Hintergrund der sozio-demografischen Entwicklung verändern. Das nachfolgende Schaubild zeigt die relevanten Größen zur Abgrenzung des Untersuchungsgegenstands im Überblick. In Abhängigkeit von Indikation, Reha-Quote (und je nach Szenario Prävalenz) sind die jeweilige Gruppen von Rehabilitand:innen ein Ausschnitt aus der oben genannten Zahl (39,58 Mio. Personen) der aktiv Versicherten insgesamt (Abbildung 2 ganz links).

² Für eine Einordnung der medizinischen Rehabilitation sowie der zuständigen Träger siehe z. B. die Internetseiten des [BMG](#) oder der [DRV](#)

³ Hinzukommen geringfügig Beschäftigte, Menschen im Leistungsbezug des SGB II bzw. III und Anrechnungszeitversicherte sowie Pflegepersonen. Ebenso zur Gruppe der aktiv Versicherten gehören Selbstständige und freiwillig Versicherte. Beamtinnen und Beamte gehören nicht in den Kreis der aktiv Versicherten und sind entsprechend nicht Bestandteil der Untersuchung.

⁴ Gemäß Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung, [Aktiv Versicherte 2022](#).

Abbildung 2: Schematische Darstellung des Vorgehens - Untersuchungsgegenstand



Quelle: Eigene Darstellung

Abkürzungen: DRV: Deutsche Rentenversicherung, m: männlich, w: weiblich, PEO: Prognos Economic Outlook, ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

© Prognos 2024

Die durchschnittliche Reha-Quote liegt gemäß Statistik der DRV im Durchschnitt der genannten Indikationen bei 9,12 Rehabilitand:innen je 1.000 Versicherte. Bezogen auf die hier abgegrenzten Altersgruppen an aktiv Versicherten entspricht das einer **Gesamtzahl an Rehabilitand:innen von rund 361.000 für das Jahr 2022**.⁵ Die Gesamtzahl an Rehabilitand:innen lässt sich weiterhin auf Basis der Statistik der DRV in Personen aufteilen, bei denen die Reha auf die Vermeidung von AU-Tagen zielt (ca. 73 %) sowie Personen, bei denen der Erhalt der Erwerbsfähigkeit und damit die Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) im Vordergrund stehen (ca. 8 %). Die übrigen Rehabilitand:innen verbleiben erwerbstätig ohne Wiedereingliederung (10 %) oder scheiden aus dem Erwerbsleben aus (9%). In der Modellierung wird die Zahl der künftigen Rehabilitand:innen neben Indikation, Alter, Geschlecht zusätzlich branchenspezifisch berechnet.

Im zweiten Schritt werden Informationen zur **Wirksamkeit von Reha-Maßnahmen** benötigt. Diese sind maßgeblich für die ökonomische Kosten-Nutzen-Bewertung auf individueller und gesamtwirtschaftlicher Ebene. Auf Basis einer systematischen Literaturrecherche, Analysen aus der Vorgängerstudie ([Prognos 2009](#)) sowie Expertenurteilen, werden die Bestimmungsgrößen vermiedene AU-Tage und vermiedene EM-Rentenzeiten abgeleitet (Abschnitt 2.2).

Das nachfolgende Schaubild illustriert die **Zusammenhänge der Modellierung**. Ausgehend von den aktiv Versicherten werden über die verschiedenen Pfade letztlich die volkswirtschaftlichen Effekte berechnet (Abbildung 3). Markiert mit den roten Ziffern 1 bis 3 sind die im späteren Verlauf der Studie betrachteten **Szenarien** zur künftigen Entwicklung des Reha-Geschehens. Für die Fortschreibung des künftigen Reha-Geschehens in Kapitel 3 wird die 15. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts⁶ in Kombination mit der Basisprognose des aktuellen [Prognos Economic Outlook](#) (PEO 2024) zur Entwicklung des Arbeitsmarkts nach Branchen bzw. auf Basis der VIEW-Modells verwendet.

- 1.** Das **Demografie-Szenario** bezieht sich dabei auf den rein demografischen Effekt, als die Wirkungen der sozio-demografischen Veränderungen bis 2040 in Kombination mit konstanten Reha-Quoten nach Alter, Geschlecht und ICD des Jahres 2023.

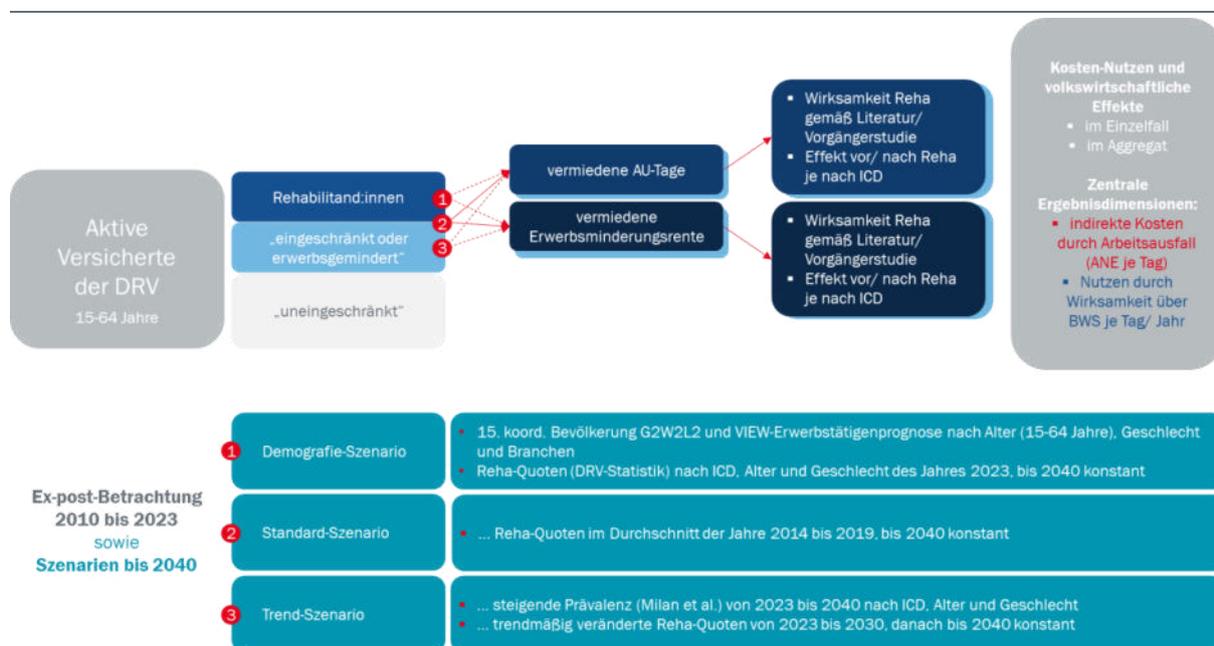
⁵ Für die Entwicklung der Zahlen seit 2010 und die Differenzierung nach Indikationsbereichen siehe Kapitel 3.

⁶ Variante 2 mit den jeweils mittleren Annahmen zu Geburten, Wanderungen und Lebenserwartung, vgl. [Statistisches Bundesamt \(2022\)](#).

2. Das **Standard-Szenario** berücksichtigt anstelle der Reha-Quoten des Jahres 2023 die durchschnittlichen Quoten für die Jahre 2014 bis 2019, um einen vermeintlichen „Corona-Effekt“ auszublenden.⁷
3. Das **Trend-Szenario** variiert die Reha-Quote nochmals derart, dass bei den Reha-Quoten zunächst eine Rückkehr auf das Vor-Corona-Niveau 2019 und anschließend eine Trendfortschreibung gemäß der Entwicklung der Jahre 2010-2019 erfolgt. Zusätzlich werden in diesem Szenario die Prävalenzen, also die Erkrankungsraten je Indikation, auf Grundlage von [Milan et al. \(2021\)](#) modifiziert.

Während Kosten und Nutzen von Reha in der Einzelbetrachtung von den Szenarien unabhängig sind, bewirkt die variierende Zahl der Rehabilitand:innen im Ergebnis entsprechend abweichende gesamtwirtschaftliche Wirkungen.

Abbildung 3: Schematische Darstellung des Vorgehens – Wirksamkeit und Szenarien



Quelle: Eigene Darstellung

© Prognos 2024

2.2 Reha-Wirksamkeit

Zur Modellierung der volkswirtschaftlichen Effekte des Reha-Geschehens muss die isolierte Wirksamkeit der Reha in Bezug auf die beiden zentralen Größen (AU-Tage und EM-Rente) abgeschätzt werden. Idealerweise würden dazu Studienergebnisse genutzt, die den Nutznachweis einer Reha konkret für diese beiden Größen erbringen. Kontrollierte oder gar kontrolliert randomisierte Wirksamkeitsstudien, die hierüber Auskunft geben könnten, sind in der Reha-Forschung – aus gesetzlichen und ethischen Gründen – äußerst selten. Zwar gibt es zahlreiche Untersuchungen, die einen Prä-Post-Vergleich („vor Reha“ und „nach Reha“) machen und dabei zumeist eine allgemeine (und subjektive) Verbesserung des Gesundheitszustands der Teilnehmenden feststellen.

⁷ Damit ist der Nicht-Antritt von verordneten Rehabilitationsmaßnahmen aus Sorge vor Ansteckung gemeint, der in Reha-Einrichtungen deutschlandweit insbesondere in den Jahren 2019 bis 2022 deutlich spürbar war.

Ein direkter und wissenschaftlich präziser kausaler Wirkzusammenhang auf durch die Reha vermiedene AU-Tage oder EM-Renten ist dabei aber in der Regel nicht einer der gewählten Outcome-Parameter.⁸ Für Abschätzungen zur Wirksamkeit bieten Prä-Post-Studien dennoch eine Orientierung.

Für die hier vorgestellten Berechnungen wird entsprechend auf der Grundlage einer systematischen Literaturrecherche für Deutschland eine integrative Bewertung der Prä-Post-Veränderungen für Reha in den fünf Indikationsbereichen vorgenommen. Darüber hinaus wird die Wirksamkeit aus den qualitativen Befragungsdaten der DRV abgeleitet und nach Alter, Geschlecht, Indikation und Branche einbezogen. Soweit verfügbar werden für spezifische (ökonomisch relevante) Wirkungen auf AU-Tage und EM-Renten entsprechende Einzelstudien verwendet. Dabei erfolgt zudem ein Abgleich mit [Prognos \(2009\)](#), um etwaige Veränderungen gegenüber früheren Erkenntnissen einordnen zu können. Wichtig für die Beurteilung des ökonomischen Nutzens von Reha ist schließlich, über welche Zeiträume nach der Reha die jeweiligen Wirkungen Bestand haben. Zur Quantifizierung valider volkswirtschaftliche Effekte liegt der Fokus auf Untersuchungen, die Wirkungen für mindestens ein bis zwei Jahre nach der Reha aufzeigen.⁹ Studien, die nur kurze Zeiten von weniger als einem halben Jahr nach der Reha betrachten, werden nicht berücksichtigt.

2.2.1 Grundsätzliche Ergebnisse zur Wirksamkeit

Die Gesamtschau der für diese Studie ausgewerteten Literatur unterstreicht, dass Rehabilitation vor allem in den darauffolgenden ein bis zwei Jahren zu signifikanten Verbesserungen in verschiedenen gesundheitlichen Outcome-Dimensionen führt. Aus gesundheitsökonomischer Sicht sind hierbei in erster Linie der Rückgang der Arbeitsunfähigkeit im Jahr nach der Rehabilitation, der später einsetzende Rentenbeginn aufgrund weniger stark verminderter Erwerbsfähigkeit, sowie die reduzierte Nutzung medizinischer Dienstleistungen relevant.¹⁰ Der überwiegende Teil der Rehabilitand:innen ist nach abgeschlossener Rehabilitation weiterhin erwerbsfähig. Zwei Jahre nach einer medizinischen Reha-Leistung verbleiben auf Basis der Daten der Deutschen Rentenversicherung insgesamt 83 Prozent im Erwerbsleben (darunter 73 % in versicherungspflichtiger Beschäftigung, 10 % erwerbsfähig ohne Wiedereingliederung), jeweils 8 Prozent sind in Erwerbsminderungs- bzw. Altersrente und 1 Prozent ist aus dem Erwerbsleben heraus verstorben.¹¹

Der Behandlungserfolg der Reha nach Einschätzung der Rehabilitand:innen selbst ist in 75 Prozent der Fälle positiv, in dem Sinne, dass sich der allgemeine Gesundheitszustand gebessert hat (Abbildung 3). Ein knappes Viertel berichtet von keiner (nachhaltigen) Verbesserung, nur etwa 1 Prozent nimmt Verschlechterungen wahr. Die Einschätzung der Wirksamkeit der Behandelten variiert insbesondere bei Abhängigkeitserkrankungen und etwas weniger deutlich auch bei Pneumologie über die Altersgruppen. Die grundsätzlich festgestellte Verbesserung ist über die Indikationen hinweg bei Psychosomatik mit 68 Prozent weniger häufig als im Durchschnitt (75 %), während die Indikationen Kardiologie und Rückenschmerz mit 80 bzw. 82 Prozent überdurchschnittliche Ergebnisse in Bezug auf die Einschätzung zur erfolgreichen Behandlung aufweisen.

⁸ Siehe dazu u. a. [Krischak et al. \(2018\)](#) und [Schröer et al. \(2021\)](#).

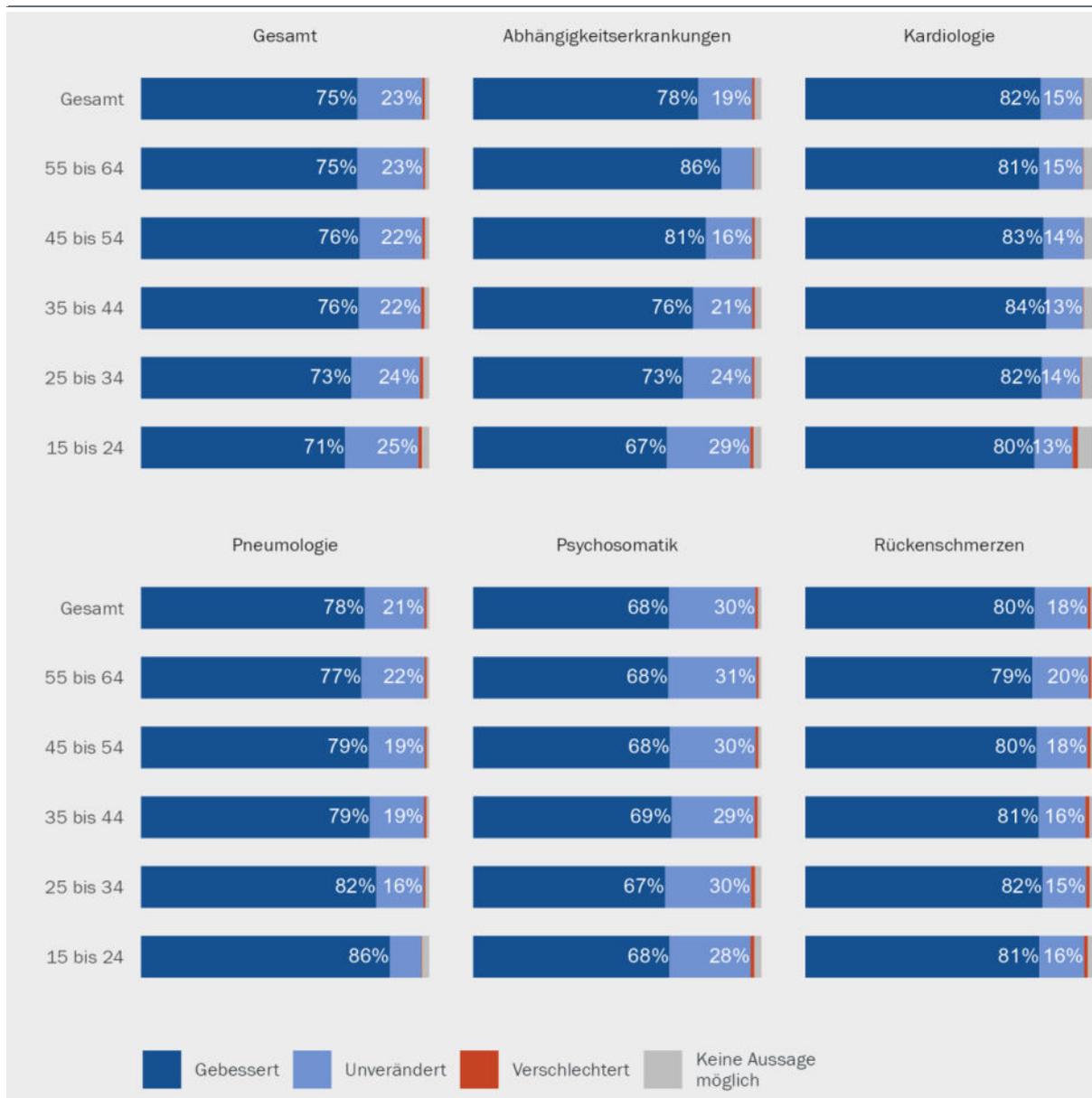
⁹ Noch länger anhaltende, also nachhaltigere Wirkungen sind medizinisch und ökonomisch nicht ausgeschlossen bzw. wünschenswert und können bei der Interpretation der Effekte mitgedacht werden. Gemäß der meisten rehabilitationswissenschaftlichen Studien erscheint die Annahme eines Zeitraums von insgesamt zwei Jahren nach der Reha für die Hochrechnung der volkswirtschaftlichen Effekte aber valider.

¹⁰ Siehe dazu u. a. [Buschmann-Steinhage & Widera \(2016\)](#).

¹¹ [DRV Bund 2023](#) bezogen auf den Erhebungszeitraum 2019.

Abbildung 4: Einschätzung zur Reha-Wirksamkeit (Behandlungserfolg) nach Indikationen

Rehabilitand:innen-Befragung



Quelle: Eigene Berechnung auf Basis DRV-Statistik 2023

© Prognos 2024

Zwischen Frauen und Männern (nicht abgebildet) ist festzustellen, dass Männer (+1 Prozentpunkt ggü. Durchschnitt) etwas häufiger von Verbesserungen berichten als Frauen (-1 Prozentpunkt). Die Informationen zum Behandlungserfolg fließen nach Alter, Geschlecht, Indikation und sofern verfügbar nach Branchen differenziert in das Reha-Nutzen-Modell ein.

2.2.2 Indikationsspezifische Einordnung der Wirksamkeit

Die Literaturrecherche wurde nach einem systematischen Ansatz durchgeführt, um eine umfassende und aktuelle Übersicht über die Forschung zur Rehabilitation und ihren gesundheits-

ökonomischen Implikationen in Deutschland zu erhalten. Zu diesem Zweck wurden die Datenbanken Google Scholar, JSTOR und PubMed mit den Suchbegriffen „Reha*“, „Rehabilitation“, „Wirksamkeit“, „volkswirtschaftlich“, „gesundheitsökonomisch“, „Effekt“, „Kardiologie“, „Pneumologie“, „Rückenschmerzen“, „Psychosomatik“ und „Abhängigkeitserkrankungen“ durchsucht. Die anfängliche Trefferzahl (61.100) wurde durch die Kombination der Suchbegriffe und die Einschränkung nach Publikationsdatum (2009-2024) und den Untersuchungsgegenstand (Rehabilitation in Deutschland) erheblich reduziert. Ferner wurde explizit nach übergreifenden Meta-Analysen und systematischen Reviews gefiltert, um ein Gesamtbild der aktuellen Forschungslage zu evaluieren. Artikel aus dem Journal „Die Rehabilitation“ des Thieme Verlags ergänzten die Literaturliste. Schlussendlich wurden insgesamt 45 Studien und Artikel für die Analyse ausgewählt und berücksichtigt.

Die Wirksamkeit in den einzelnen Indikationen ist nachfolgend beschrieben. Die Einschätzung zur Wirksamkeit erfolgt dabei zunächst in qualitativen Stufen von „gering“ bis „hoch“. Für die spätere Modellierung werden die Effektstärken in Anlehnung an die Vorgängerstudie ([Prognos 2009](#)) nach Cohen (1992) in quantitative Größen transformiert. Demnach sind Prä-Post-Effektgrößen von $d=0,2$ als „gering“, $d=0,5$ als „mittel“ und $d=0,8$ als „hoch“ anzusehen, wobei d als Quotient aus der Prä-Post-Differenz und der Standardabweichung „vor Reha“ definiert ist. Hierbei ist anzumerken, dass eine „mittlere“ Effektstärke nach Cohen's d oft unterschätzt wird, da der Begriff „mittelmäßig“ fälschlicherweise als unbedeutend interpretiert werden kann. Tatsächlich spiegelt ein mittlerer Effekt in vielen medizinischen Kontexten, so auch für die Rehabilitation, eine signifikante Wirksamkeit der Behandlung wider. Im Rahmen der vorliegenden Studie sind insbesondere die relativen Unterschiede zwischen den Indikationen von Bedeutung.

■ **Kardiologische Rehabilitation**

Mehrere systematische Reviews und Metaanalysen evaluieren die Wirksamkeit der kardiologischen Rehabilitation. Eine Rehabilitation kann demnach nicht nur das Risiko einer kardialen Mortalität, sondern auch das der Gesamtmortalität senken, wobei die Reduktionsraten zwischen 20 und 58 Prozent schwanken. Die empirischen Befunde variieren in ihrer Stärke, belegen aber einheitlich positive Effekte. Die Wirksamkeit ist zusammenfassend als „mittel“ einzuordnen (Salzweidel & Rauch 2023; Schröer et al. 2021; Samitz et al. 2009).

■ **Pneumologische Rehabilitation**

Zahlreiche aktuelle Studien weisen auf eine signifikante und relevante Verbesserung des Gesundheitszustands der Rehabilitand:innen nach einer pneumologischen Rehabilitation hin. COPD weist beispielsweise eine „herausragende“ Evidenz auf. Auch die positiven Effekte der Rehabilitation bei anderen Atemwegserkrankungen haben in den letzten Jahren zugenommen. Insgesamt lässt sich die Wirksamkeit auf Basis der Literatur als „mittel bis gut“ klassifizieren (Ebert et al. 2024; Rutsch et al. 2024; Leitl et al. 2021).

■ **Rehabilitation bei Rückenschmerzen**

Die Ergebnisse aktueller kontrollierter klinischer und randomisierter kontrollierter Studien zeigen eine Verbesserung der medizinischen Rehabilitation bei Rückenschmerzen. Die sich abzeichnende eher „geringe“ Wirksamkeit, die als Grundlage in Prognos (2009) diente, führte zu einer Entwicklung neuer Standards und der Implementierung modernerer Rehabilitationsprogramme. Auf Basis der aktuell nachgewiesenen Effekte wird hier eine „geringe-mittlere“ Wirksamkeit angenommen (Krischak et al. 2018; Mattukat et al. 2018; Bethge & Müller-Farnow 2008).

■ Psychosomatische Rehabilitation

Die Wirksamkeit der psychosomatischen Rehabilitation gilt auf Basis ausgewählter Evaluationsstudien als gesichert. In der Gesamtschau mit anderen Indikationen ergibt sich im Ergebnisvergleich ein positives Bild. Es lassen sich grundsätzlich „mittlere“ Behandlungseffekte feststellen, welche zu einer Verringerung der Symptombelastung und Steigerung der Lebensqualität der Rehabilitand:innen führen (Schmidt et al. 2022; Riffer et al. 2018).

■ Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Die Klassifizierung der Wirksamkeit nach einer Drogenrehabilitation gestaltet sich aufgrund starker Streuungen der Effekte schwieriger und ist als „gering bis mittel“ einzuschätzen. So variiert beispielsweise die optimistische katamnestische Erfolgsquote für eine Abstinenz zwischen 67 und 79 Prozent, während die konservative Schätzung lediglich zwischen 17 und 24 Prozent liegt. Diese Diskrepanzen fußen im Allgemeinen auf dem Umgang mit den sogenannten Non-Respondern bei Befragungen nach der Rehabilitation. Bei einer konservativen Auswertung wird keine Antwort automatisch als rückfällig gekennzeichnet. Im optimistischen Szenario werden lediglich die Datensätze berücksichtigt, bei welchen eine Nachbefragung vorliegt (Kemmann et al. 2022; Augurzky et al. 2011).

Zusammenfassend zeigt die Forschung **in allen Indikationsbereichen positive Wirkungen der Reha** auf. Darüber hinaus bestätigt sich in der Zusammenschau der untersuchten Literatur der in der Vorgängerstudie abgeleitete bzw. erwartete „maßvolle Bedeutungszuwachs“ in den Indikationsbereichen.¹² Im Zusammenspiel mit den Effektstärken und Relationen der Vorgängerstudie wird die Wirksamkeit in dieser Studie gemäß Tabelle 1 angenommen.

Tabelle 1: Wirksamkeit der Reha nach Indikationsbereichen

Indikation	Kardiologie	Pneumologie	Rückenschmerz	Psychosomatik	Abhängigkeit
ICD	I00-I52 I70-I79	J40-J47	M50-M54	F00-F09 F20-F99	F10-F19
qualitative Wirkung	„mittel“	„mittel-gut“	„gering-mittel“	„mittel“	„gering-mittel“
Prä-Post-Wirksamkeit (d)	0,60	0,70	0,35	0,60	0,40

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der o. g. Literatur und Studien; d = Quotient aus der Prä-Post-Differenz und der Standardabweichung „vor Reha“

© Prognos 2024

2.3 Ableitung des Netto-Reha-Nutzens

Die medizinische Reha kann eine Vielzahl volkswirtschaftlich relevanter Effekte entfalten (Infobox auf folgender Seite). Im Fokus der vorliegenden Studie stehen ausschließlich „gewonnene Arbeitszeiten“. Diese werden bestimmt über die durch Reha-Maßnahmen vermiedenen AU-Tage und EM-Rentenzeiten, und zwar zunächst je Reha-Fall nach Indikation und Geschlecht. In der

¹² Die Wirksamkeit im „realistischen Szenario“ zeigt in der damaligen Prognose bis 2025 eine leichte Zunahme der Effektstärken gegenüber dem Status quo von 2005, vgl. Prognos (2009). Die relativen Wirkungen können auf Basis der aktuellen Forschungsliteratur als bestätigt gelten und werden entsprechend, mangels spezifischerer Ergebnisse, beibehalten.

Aggregation von einzelnen Reha-Fällen ergeben sich daraus rechnerisch gewonnene Erwerbsjahre, die für die gesamtwirtschaftliche Betrachtung in durchschnittliche Erwerbstätige¹³ umgerechnet werden können.

Pro Fall wird dabei nach direkten und indirekten Kosten unterschieden. Den Kosten wird der jeweilige Nutzen gegenübergestellt. Dabei ergibt sich im Saldo ein (positiver) Netto-Nutzen. Die **direkten Kosten** der Reha sind die Kosten, die beim Leistungsträger anfallen. Die **indirekten Kosten** entstehen durch die krankheitsbedingten Ausfallzeiten der Reha-Patient:innen. Innerhalb der volkswirtschaftlichen Gesamtbetrachtung wird der volkswirtschaftliche Netto-Nutzen der medizinischen Rehabilitation über die BWS dargestellt. Neben den direkten Kosten der medizinischen Rehabilitation entsteht durch den Sektor bzw. die Branche „Medizinische Rehabilitation“ auch ein direkter volkswirtschaftlicher Nutzen (ebenfalls in Form von Erwerbstätigen und damit verbundener BWS). Der Annahme folgend, dass sich die direkten Kosten und der direkte volkswirtschaftliche Nutzen nivellieren, werden beide Größen bei der Gesamtbetrachtung nicht berücksichtigt.¹⁴ Somit gehen ausschließlich die indirekten Kosten, die durch den Arbeitsausfall der Reha-Patient:innen entstehen, in das Gesamtmodell ein.

i

Potenzielle Nutzenkategorien von medizinischer Rehabilitation¹⁵

Die volkswirtschaftlichen Effekte von medizinischer Rehabilitation sind umfassend und tragen auf vielfältige Weise zur Volkswirtschaft bei. Potenzielle Wirkungskanäle sind:

- Erhöhung der Arbeitsproduktivität

Durch die medizinische Rehabilitation erlangen viele Erwerbstätige ihre Arbeitsfähigkeit zurück oder verbessern sie. Rehabilitierte Personen können wieder ins Berufsleben eingegliedert und Arbeitsausfälle minimiert werden.

- Entlastung der Sozialversicherungssysteme

Wenn erwerbstätige Personen durch Rehabilitation wieder arbeitsfähig werden, sinkt die Anzahl derjenigen, die auf Sozialleistungen wie Erwerbsunfähigkeitsrente, Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe angewiesen sind.

- Steigerung des Steueraufkommens

Die Wiedereingliederung von rehabilitierten Arbeitskräften führt zu einem höheren Aufkommen aus direkten und indirekten Steuern.

- Förderung des Wirtschaftswachstums

Durch die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und die Erhöhung der Produktivität kann die wirtschaftliche Gesamtleistung gesteigert werden. Dies fördert das Wirtschaftswachstum und kann zu einer positiven gesamtwirtschaftlichen Entwicklung beitragen.

¹³ Im Unterschied zu sogenannten Vollzeitäquivalenten zeigen sich in der Größe „durchschnittliche Erwerbstätige“ u. a. unterschiedliche Arbeitspensen, die typischerweise nach Alter, Geschlecht und auch auf der Branchenebene variieren.

¹⁴ Gleiches gilt für sonstige medizinische Kosten, wie z. B. weniger benötigte Heil- und Hilfsmittel oder Arztbesuche. Diese vermiedenen Kosten sind für die Reha-Perspektive selbst zwar positiv, würden aber im Gesundheitswesen an anderer Stelle zu Verlusten führen, so dass sie in der volkswirtschaftlichen Gesamtbetrachtung nicht berücksichtigt werden müssen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse auf individueller Ebene unter Einbezug der direkten medizinischen Kosten findet sich bei Krischak et al. (2018) für die Indikation chronischer Rückenschmerz.

¹⁵ Vgl. dazu etwa Bäcker & Kistler (2024), Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2023), Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2019), Regecon (2019).

- Reduktion von Krankheitskosten

Eine erfolgreiche Reha vermindert die Notwendigkeit weiterer medizinischer Behandlungen, Operationen oder Krankenhausaufenthalte. Auch die Prävention von Rückfällen und Folgekomplikationen trägt zu geringeren Gesundheitskosten bei.

- Stärkung des Humankapitals

Rehabilitationsmaßnahmen tragen zur Erhaltung und Verbesserung des Humankapitals bei. Gut ausgebildete und gesundheitlich gefestigte Arbeitskräfte sind ein Schlüssel zur Innovationskraft und Wettbewerbsfähigkeit einer Volkswirtschaft.

- Verbesserung der Lebensqualität

Sofern Reha-Maßnahmen die Gesundheit und Lebensqualität der Betroffenen verbessern, wird auch deren gesellschaftliche Teilhabe gefördert. Eine höhere Lebensqualität kann zudem positive Effekte auf die allgemeine Produktivität und Zufriedenheit der Bevölkerung haben.

- Unterstützung des privaten Umfelds

Rehabilitationsmaßnahmen unterstützen nicht nur die Betroffenen, sondern auch ihr privates Umfeld. Wenn eine erwerbstätige Person durch eine Reha wieder arbeitsfähig wird, entlastet dies in der Regel finanziell und emotional. Familienmitglieder und Bekannte müssen weniger Pflege und Unterstützung leisten.

Auf der **individuellen Ebene der Rehabilitand:innen** entstehen somit Kosten in Form zusätzlicher AU-Tage während der Reha-Maßnahme. Diese unterscheiden sich geringfügig nach Geschlecht, deutlicher nach Setting (ambulant oder stationär) sowie nach Indikationsbereichen. So dauert beispielsweise eine ambulante Reha im Bereich Rückenschmerz 17 Tage, bei psychosomatischen Erkrankungen nimmt die Behandlung bei Frauen 35 Tage und bei Männern durchschnittlich 38 Tage in Anspruch (Tabelle 2).

Tabelle 2: Durchschnittliche Reha-Dauer nach Indikationsbereichen

in Tagen, nach Geschlecht und Setting

Setting	Geschlecht	Kardiologie	Pneumologie	Rückenschmerz	Psychosomatik	Abhängigkeit
stationär (83 %)	Männer	23	23	23	37	87
	Frauen	23	24	23	36	86
ambulant (17 %)	Männer	17	19	17	38	50
	Frauen	17	17	17	35	55

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis DRV Statistik 2023

© Prognos 2024

Auf der Nutzenseite stehen die gewonnenen Arbeitstage bzw. die aufgrund der erfolgreichen Reha vermiedenen Ausfalltage. Diese werden auf Basis der Studienlage zur Wirksamkeit berechnet und erstrecken sich annahmegemäß über den Betrachtungszeitraum des Reha-Jahrs plus

zwei Folgejahre. Im Beispiel Rückenschmerz trägt die Reha-Maßnahme im Durchschnitt dazu bei, dass bei einem Rehabilitanden im Vergleich zu einem nicht behandelten Patienten 25 AU-Tage vermieden werden können. Bei Psychosomatik können insgesamt 66 AU-Tage vermieden werden (Tabelle 3). Der Netto-Nutzen beträgt in diesen beiden Beispielen mit männlichen Patienten 3 bzw. 29 Tage. Mit Ausnahme von Abhängigkeitserkrankungen ergibt sich unter den hier verwendeten Daten und Wirksamkeitsannahmen in allen Indikationen **ein positiver zeitlicher Netto-Nutzen**. Im Fall von Abhängigkeitserkrankungen ist der Saldo hingegen deutlich negativ, insbesondere im dominierenden stationären Setting.¹⁶ Allerdings bedeutet ein negativer Netto-Nutzen in der volkswirtschaftlichen Betrachtung nicht, dass eine Reha-Maßnahme nicht sinnvoll oder unangemessen wäre. Neben vor allem medizinisch-ethischen Argumenten gibt es – wie zuvor skizziert – eine Vielzahl weiterer Wirkungsdimensionen, die nicht quantifizierbar bzw. direkt monetär bewertbar sind und hier daher nicht betrachtet werden.

Tabelle 3: Vermiedene AU-Tage und Reduktion der EM durch Reha bei angenommener Wirksamkeit
in Tagen bzw. in Prozent (gerundet)

Effekt	Kardiologie	Pneumologie	Rückenschmerz	Psychosomatik	Abhängigkeit
Risikominderung Erwerbsunfähigkeit	35 %	44 %	13 %	35 %	20 %
Vermiedene AU-Tage (Reha-Jahr sowie 1. und 2. Folgejahr)	35,5 30,5	45,0 38,0	13,5 11,5	35,5 30,5	20,5 17,5

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis DRV Statistik 2023, Krischak et al. (2018), Schroer et al. (2021) und Prognos (2009)

© Prognos 2024

Für die **volkswirtschaftlichen Effekte** wird in der hier durchgeführten Modellierung die Bruttowertschöpfung (BWS) je Erwerbstätigen zugrunde gelegt. Dieses umfassende Konzept hat in der Makrobetrachtung den Vorteil, dass Teileffekte, wie etwa Produktivitätsgewinne, nicht einzeln betrachtet werden müssen. Vielmehr sind diese Bestandteil der makroökonomischen Entwicklung der BWS, die ex post aus der Statistik der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen entnommen werden kann und ex ante über das VIEW-Modell von Prognos bis 2040 prognostiziert wird. Neben der gesamtwirtschaftlichen BWS wird im Rahmen der Modellierung die Entwicklung detailliert nach 17 Branchen betrachtet. Diese detaillierte Branchenentwicklung wird im **Reha-Nutzen-Modell** von Prognos (ausführlich in Abschnitt 4) mit den zuvor bestimmten Reha-Quoten je Indikation, Alter und Geschlecht verknüpft. Um die volkswirtschaftlichen Gesamteffekte zu ermitteln, werden die Wirkungen über die Branchen aggregiert.

Für die Bestimmung der ökonomischen Wirkungen ist zudem von Bedeutung, wie die indirekten Kosten und der Nutzen der Reha monetär bewertet werden. Auf der Nutzenseite geht jeder gewonnene Arbeitstag mit der durchschnittlichen BWS der jeweiligen Branchen in die Gesamtrechnung ein. Auf der Kostenseite wird berücksichtigt, dass ein Rehabilitand während seiner Ausfallzeit nicht „produktiv“ tätig sein kann, gleichwohl aber seinen Lohn bzw. Krankengeld erhält. Der Gewinnanteil der Unternehmen geht hingegen mangels Produktion „verloren“. Entsprechend wird hier nicht die volle BWS je Tag und Branche berücksichtigt. Der Anteil der Unternehmen wird dabei über das jeweilige Arbeitnehmerentgelt (ANE) je Tag in den Branchen bestimmt und im

¹⁶ Ob Reha trotz der negativen zeitlichen Netto-Betrachtung in dieser Indikation volkswirtschaftlich einen Nutzen bringen kann, hängt davon ab, wie die gewonnenen Arbeitstage bzw. vermiedenen Ausfalltag in Euro bewertet werden.

Anschluss leicht korrigiert, um die Wirkungen der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall zu berücksichtigen.¹⁷

Tabelle 4: Durchschnittliche indirekter Nutzen je gewonnenen bzw. Kosten je ausgefallenen Arbeitstag 2023, in Euro (gerundet), nach Branchen

Branche	Nutzen = BWS je Tag	Kosten = ANE je Tag*
A Land-/Forstwirtschaft, Fischerei	290	110
B Bergbau	490	350
C Verarbeitendes Gewerbe	400	280
D Energieversorgung	1.400	390
E Wasserversorgung Abwasser und Abfall	560	240
F Baugewerbe	350	210
G Handel und Reparatur von Kraftfahrzeugen	270	180
H Verkehr und Lagerei	270	190
I Gastgewerbe und Beherbergung	120	110
J Information und Kommunikation	570	380
K Finanz-/Versicherungsdienstleistungen	610	360
L Grundstücks-/Wohnungswesen	3.390	190
M-N unternehmensnahe Dienstleistungen	310	210
O Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	340	280
P Erziehung und Unterricht	290	250
Q Gesundheits-/Sozialwesen	200	170
R-U Private Haushalte, sonstige Dienstleistungen	200	130
Gesamt	350	220

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis PEO 2024

© Prognos 2024

Wie Tabelle 4 zeigt, schwanken BWS und ANE über die Branchen erheblich. Durchschnittlich liegt die BWS in der Industrie üblicherweise höher als im Dienstleistungsbereich. Bestimmte Dienstleistungsbereiche, wie Information und Kommunikation oder Finanz-Versicherungsdienstleistungen weisen allerdings typischerweise höhere Niveaus auf. Im Reha-Nutzen-Modell fließen die entsprechenden Werte auf Branchenebene für 2023 in die Berechnung von Kosten und Nutzen ein, für die Szenarien zu den volkswirtschaftlichen Effekten bis 2040 werden die Werte in Abhängigkeit der branchenspezifischen Entwicklung einbezogen. Der volkswirtschaftliche Netto-Nutzen ergibt sich schließlich aus der Hochrechnung der Einzeleffekte über die jeweiligen Anzahl an Rehabilitand:innen in den drei betrachteten Szenarien.

¹⁷ Die hier herangezogene Lohnquote ist definiert als Anteil des Arbeitnehmerentgelts je BWS. Ein vergleichbares Vorgehen nutzt die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) in ihren Berechnungen zu den volkswirtschaftlichen Kosten von Arbeitsunfähigkeit, zuletzt für das Jahr 2022, vgl. [BAuA \(2023\)](#).

3 Reha-Geschehen ex post und in Szenarien bis 2040

Die im Kapitel 2 beschriebene Methodik wird nun auf das Reha-Geschehen in Deutschland angewendet. Dabei wird ex post der Zeitraum 2010 bis 2023 betrachtet und in Szenarien die Entwicklung bis 2040 abgeschätzt.

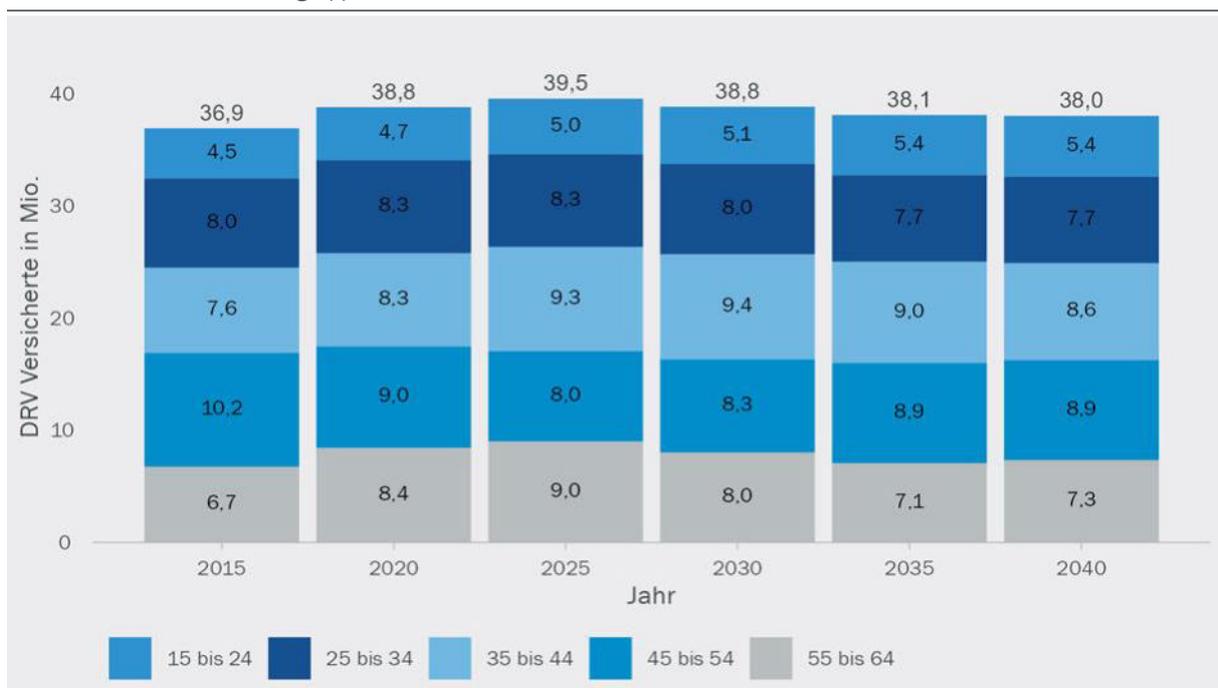
3.1 Entwicklung der Fallzahlen

Zahl der Erwerbstätigen

Wie eingangs gezeigt, liegt die Zahl der hier relevanten aktiv Versicherten der DRV aktuell bei knapp 40 Mio. Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren. Bis 2040 wird die Gesamtzahl um knapp 4 Prozent sinken. Differenziert nach 10er-Altersgruppen wird deutlich, dass die Gruppe der 45- bis 54-Jährigen bis zu Beginn der 2020er Jahre noch die zahlenmäßig stärkste Kohorte (im Maximum rund 10 Mio. Personen) war. Im Zuge des demografischen Wandels wandern die „Babyboomer“ sukzessive in höhere Altersgruppen, so dass zwischenzeitlich die 55- bis 64-Jährigen absolut und anteilig zugewinnen. Im Verlauf bis 2040 werden die strukturellen Veränderungen auch durch Veränderungen in den Erwerbsquoten der Altersgruppen beeinflusst. Durch eine Ausweitung der Erwerbsbeteiligung insbesondere von Frauen gewinnt die Gruppe der 35- bis 44-Jährigen an Bedeutung und ist um das Jahr 2030 herum die größte Kohorte am Arbeitsmarkt. Ein leichter Zuwachs wird über den Betrachtungszeitraum auch bei den 15- bis 24-Jährigen sichtbar (Abbildung 5).

Abbildung 5: Zahl der DRV-Versicherten bzw. Erwerbstätigen

2015 bis 2040, nach Altersgruppen



Quelle: Eigene Berechnung auf Basis DRV-Statistik 2023 (ex post) und PEO 2024 (ex ante)

© Prognos 2024

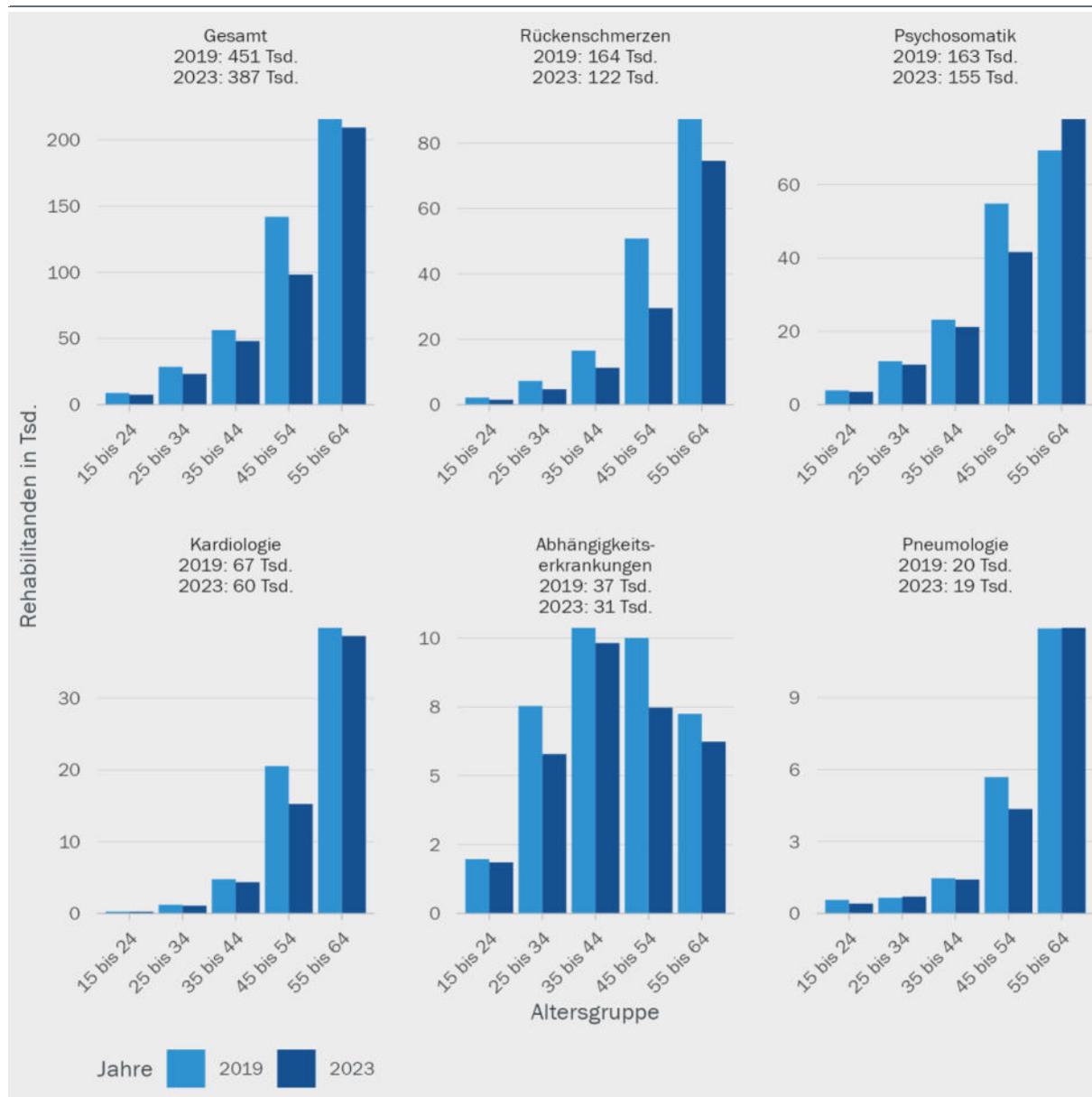
Zahl der Rehabilitand:innen ex post

Für die Zahl der Rehabilitand:innen und damit die spätere Höhe der gesamtwirtschaftlichen Nutzeffekte von Reha sind die Altersgruppen von 45 bis 54 sowie 55 bis 64 Jahre von besonderer Bedeutung. Nach Indikationen differenziert zeigt Abbildung 6, dass diese mit Ausnahme von Abhängigkeitserkrankungen statistisch stets die Gruppen mit den meisten Rehabilitand:innen stellen. Über alle betrachteten Indikationen hinweg gab es im Jahr 2023 insgesamt rund 385.000 Rehabilitand:innen, davon mehr als die Hälfte in der Gruppe der 55- bis 64-Jährigen. Im Jahre 2019, also vor der Corona-Pandemie, lag die Zahl der Rehabilitand:innen mit etwa 451.000 Personen noch deutlich höher und die Verteilung über die Altersgruppen war tendenziell etwas ausgewogener gestaltet.

Unter den Indikationen sind Psychosomatik (ca. 155.000) und Rückenschmerzen (ca. 122.000) die beiden Krankheitsbilder mit den größten Fallzahlen. Kardiologie ist mit ca. 60.000 die drittgrößte Gruppe. Hinzu kommen rund 31.000 Rehabilitand:innen im Bereich Abhängigkeitserkrankungen und gut 19.000 im Bereich Pneumologie.

Abbildung 6: Altersstruktur der Rehabilitand:innen nach Indikationen

2019 und 2023, in Tausend Personen, Gesamt = Summe der 5 Indikationen



Quelle: Eigene Berechnung auf Basis DRV Statistik 2023

© Prognos 2024

Zahl der Rehabilitand:innen bis 2040

Die Entwicklung der Rehabilitand:innen-Zahl bis zum Jahr 2040 ist von verschiedenen, schwer abschätzbaren Faktoren abhängig. Um der damit verbundenen Unsicherheit Rechnung zu tragen, werden drei Szenarien betrachtet, die einen Möglichkeitsraum an Entwicklungen abstecken.

■ Demografie-Szenario

Das Demografie-Szenario bildet die Untergrenze der hier angenommenen Entwicklungen. Dazu werden die indikations-spezifischen Reha-Quoten des Jahres 2023 für die Zukunft konstant

gehalten und die Rehabilitand:innen-Zahl folgt der sozio-demografischen Entwicklung. Aufgrund der oben gezeigten Kombination aus einer rückläufigen Bevölkerungszahl und leicht steigenden Erwerbsquoten geht die Zahl in diesem Szenario bis 2040 insgesamt leicht zurück.

■ Standard-Szenario

Das Standard-Szenario unterstellt eine Erholung der Reha-Quoten nach Corona bis 2026. Mit anderen Worten, die Reha-Quoten werden auf den Durchschnitt der Jahre 2014 bis 2019 angepasst. In der Regel bedeutet dies einen leichten Zuwachs der Quoten, da noch nicht in allen Indikationen das Vor-Corona-Niveau erreicht wurde. Von 2027 bis 2040 werden die indikationsspezifischen Reha-Quoten dann auf dem Niveau von 2026 fixiert und die Entwicklung der Rehabilitand:innen-Zahl folgt wiederum der Sozio-Demografie.

■ Trend-Szenario

Im Trend-Szenario wird eine dynamischere Entwicklung des Reha-Geschehens simuliert. Dies gründet sich auf zwei zusätzliche Treiber. **(1)** Das aktuelle Reha-Antragsverhalten lässt vermuten, dass die Zahl der Rehabilitand:innen insgesamt über 2026 hinaus weiter zunehmen wird.¹⁸ Im Trend-Szenario wird daher die Trendentwicklung der Reha aus den Vor-Corona-Jahren 2010-2019 einbezogen. Der indikationsspezifische Trend wird ab 2027 wieder aufgenommen, so dass die Rehabilitand:innen-Zahl zusätzlich zu sozio-demografischen Entwicklung von variierenden Reha-Quoten bestimmt wird. **(2)** Um darüber hinaus Veränderungen in den Prävalenzen unter den Erwerbstätigen zu berücksichtigen, werden die in den übrigen Szenarien konstant gehaltenen Erkrankungsraten angehoben. In Anlehnung an [Milan et al. \(2021\)](#) wird eine höhere Prävalenz insbesondere bei Rückenschmerz und Pneumologie erwartet, im Bereich Kardiologie und Psychosomatik kommt es lediglich zu geringen Zuwachsraten.¹⁹

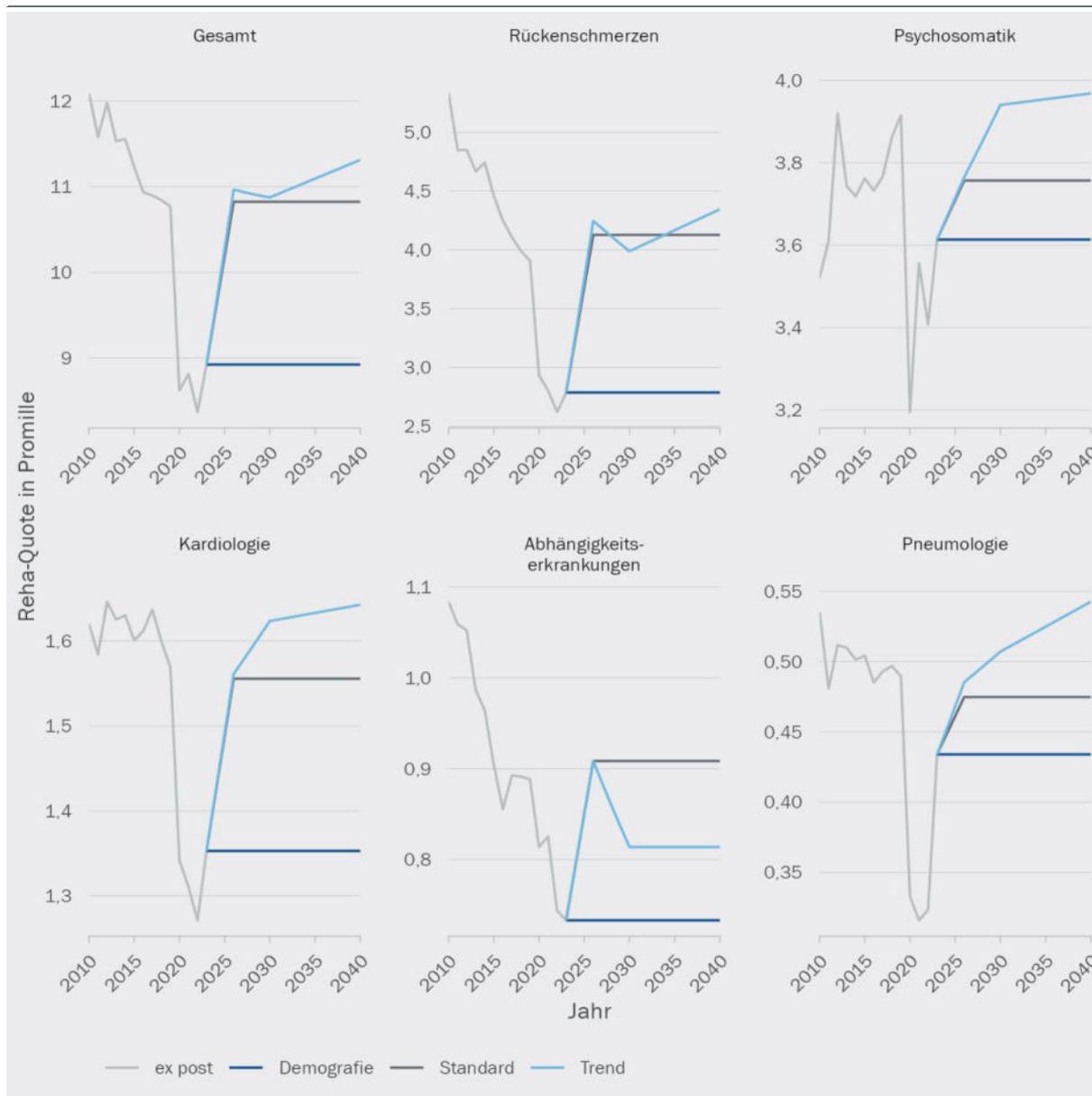
Die resultierenden Veränderungen der Reha-Quoten sind in Abbildung 7 veranschaulicht. Ausgehend vom Ex-post-Verlauf 2010 bis 2023 liegen die Reha-Quoten im Demografie-Szenario konstant auf dem Niveau von 2023. Im Standard-Szenario sind sie nach einer kurzen „Nach-Corona-Erholung“ ab 2026 ebenfalls konstant, aber auf dem durchschnittlichen Niveau von 2014 bis 2019. Im Trend-Szenario ergeben sich schließlich unterschiedliche Verläufe, je nachdem, wie die Trendentwicklung von 2010 bis 2019 war und wie stark die Prävalenzen zunehmen (Abbildung 7).

¹⁸ In den Jahren 2015-2019 lag die jährliche Veränderungsrate bei den Reha-Anträgen insgesamt in einem Schwankungsbereich von +/- 2 Prozent. Im Zuge der Corona-Pandemie sind die Reha-Anträge im Jahr 2020 um fast 15 Prozent gegenüber 2019 eingebrochen und auch 2021 nochmals leicht gesunken. Seither nehmen die Antragszahlen wieder zu, 2022 um gut 7 und 2023 um rund 10 Prozent. Auch für das 1. Halbjahr 2024 zeigt sich eine weitere Steigerung um etwa 3 Prozent gegenüber dem Vorjahreszeitraum. vgl. [DRV-Statistik \(2024\)](#).

¹⁹ Die Prävalenzen werden von Milan et al. (2021) über ein Markov-Modell berechnet, in welchem indikationsspezifische Erkrankungs-, Gesundheits- und Sterbequoten auf unterschiedliche Bevölkerungsprognosen angewendet werden. Die hier verwendete Modellierung gründet sich auf die bei Milan et al. (2021) ausgewiesenen Zuwachsraten bei einer stationären Bevölkerung, um die Wirkung der Demografie nicht doppelt zu berücksichtigen. Die jährlichen Zunahmen der aktuellen Prävalenzraten liegen im Trend-Szenario für Rückenschmerz bei 0,95 Prozent, für Pneumologie bei 0,74 Prozent, für Kardiologie bei 0,12 Prozent und für Psychosomatik bei 0,08 Prozent und sind jeweils von 2023 bis 2040 unterstellt. Abhängigkeitserkrankungen gehören nicht zu den von Milan et al. (2021) untersuchten Indikationen, weswegen die Prävalenz entsprechend auf dem Niveau von 2023 konstant gehalten wird.

Abbildung 7: Reha-Quote nach Indikationen in verschiedenen Szenarien

2010 bis 2040, je 1.000 Versicherte/ Erwerbstätige, Gesamt = Summe der 5 Indikationen



Quelle: Eigene Berechnung mit Prognos Reha-Nutzen-Modell auf Basis DRV-Statistik 2023, PEO 2024, Milan et al. 2021

© Prognos 2024

Insgesamt führen die drei Szenarien zu entsprechend unterschiedlich hohen Fallzahlen im Betrachtungszeitraum bis 2040:

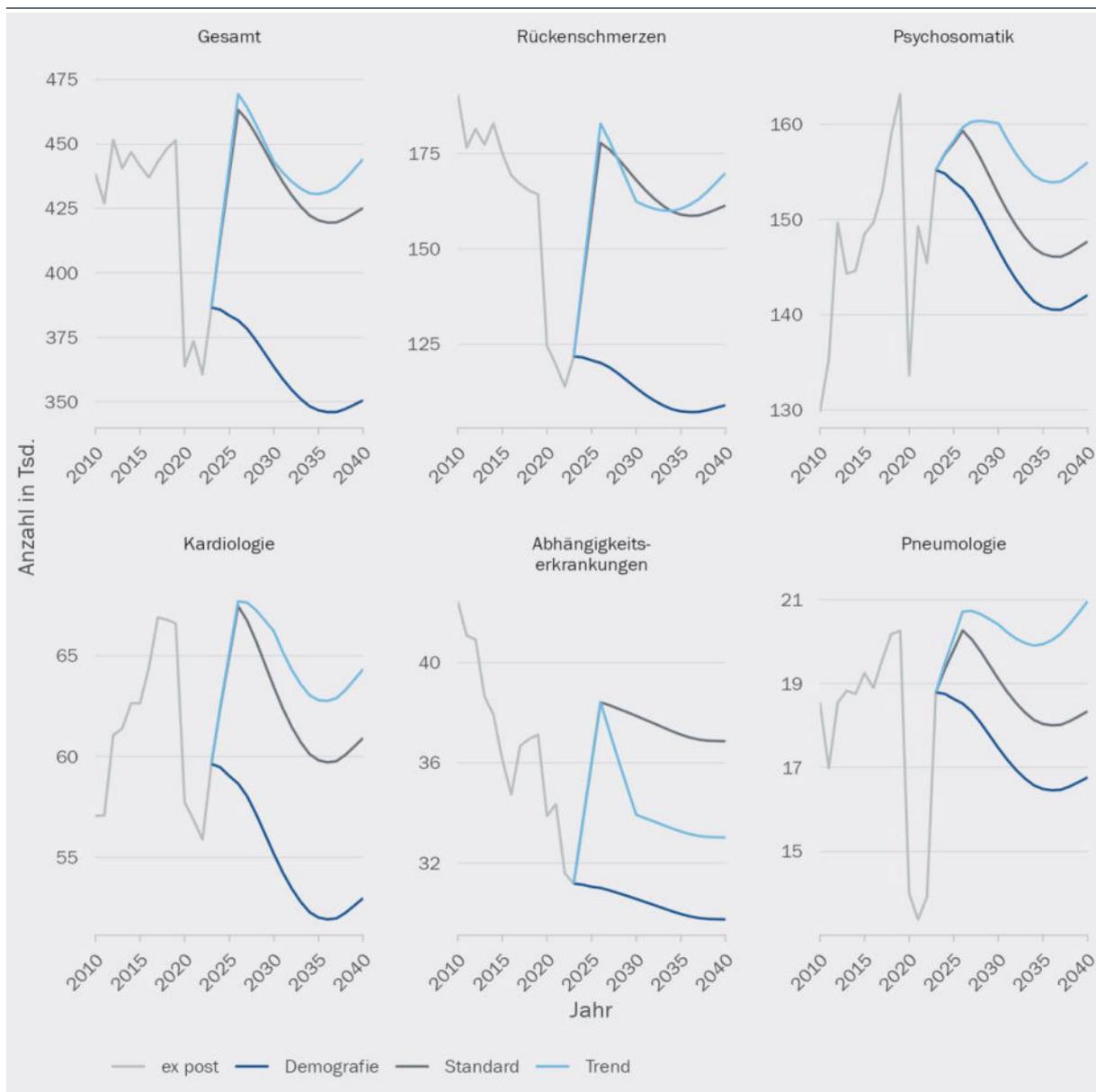
- Im **Demografie-Szenario** geht die Zahl der Rehabilitand:innen von heute rund 387.000 auf rund 350.000 zurück. Der Rückgang zeigt sich in allen Indikationsbereichen, ist aber unterschiedlich stark ausgeprägt. Mit Ausnahme der Abhängigkeitserkrankungen zeigt sich ab dem Jahr 2035 sozio-demografisch bedingt wieder eine leichte Aufwärtsbewegung.
- Im **Standard-Szenario** sind die Verläufe prinzipiell identisch, es kommt allerdings aufgrund der angenommenen „Nach-Corona-Erholung“ bei den Reha-Zahlen bis 2026 zu einer

Niveaushiftung, so dass der Rückgang insgesamt und ebenso in den einzelnen Indikationen weniger stark ausfällt. Die Zahl der Rehabilitand:innen liegt in 2040 mit 425.000 ca. 10 Prozent über dem aktuellen Stand.

- Das **Trend-Szenario** führt in der Kombination aus „Erholung“ und der Rückkehr auf den Vor-Corona-Trend des Reha-Geschehens sowie steigende Prävalenzraten in der Bevölkerung insgesamt zu einer weiteren Zunahme der Rehabilitand:innen-Zahl bis 2040. Diese liegt zum Ende des Betrachtungshorizonts bei etwa 440.000 Personen und damit 14 Prozent höher als 2023. Dies gilt allerdings nicht für alle betrachteten Indikationsbereiche, da Abhängigkeitserkrankungen eine negative Trendentwicklung aufweisen (Abbildung 8).

Abbildung 8: Anzahl der Rehabilitand:innen nach Indikationen in verschiedenen Szenarien

2010 bis 2040, in Tausend Personen, Gesamt = Summe der 5 Indikationen



Quelle: Eigene Berechnung mit Prognos Reha-Nutzen-Modell auf Basis DRV-Statistik 2023, PEO 2024, Milan et al. 2021

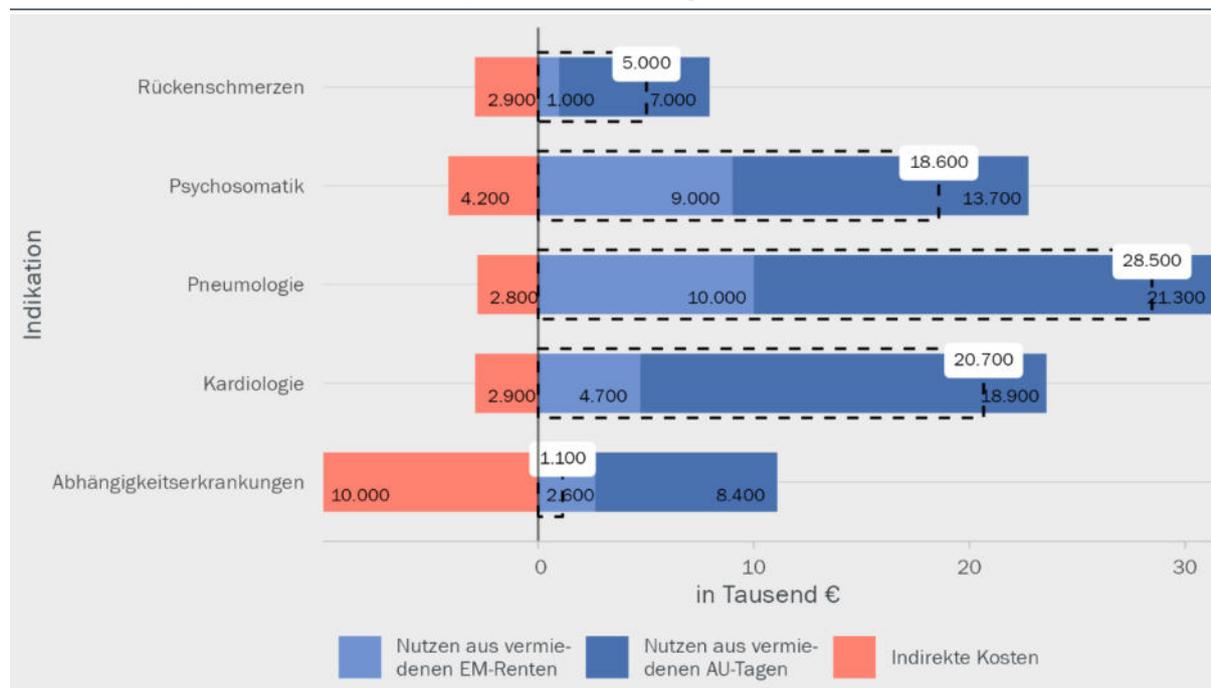
© Prognos 2024

3.2 Kosten-Nutzen-Betrachtung auf individueller Ebene

Auf der Ebene einer durchschnittlichen Rehabilitand:in ergeben sich nun je nach Indikation unterschiedliche Kosten und Nutzen u. a. in Abhängigkeit der Zahl an vermiedenen AU-Tagen und EM-Rentezeiten, des Alters der Personen und ihrer Branchenzugehörigkeit. Abbildung 9 zeigt die Kosten-Nutzen-Betrachtung insgesamt sowie nach den fünf Indikationsbereichen. Kostenseitig sind die durchschnittlichen indirekten Kosten der Reha-Maßnahmen dargestellt, die sich in den Indikationen aufgrund der durch die Behandlung ausgefallenen Arbeitstage im Reha-Jahr selbst ergeben. Hier fließen die unterschiedlichen Behandlungsdauern nach Setting und Geschlecht sowie die branchenspezifische Lohnhöhe in die Berechnung ein. Auf der Nutzenseite sind die jeweilig gewonnenen Arbeitstage aufgrund vermiedener AU-Tage bzw. verschobener oder verhinderteter EM-Rentezeiten berücksichtigt und mit der branchenspezifischen BWS je Tag bewertet. Im Ergebnis wird deutlich, dass beispielsweise im Bereich Psychosomatik Kosten in Höhe von rund 4.200 Euro entstehen. Diesen Kosten steht ein Nutzen in Höhe von ca. 22.700 Euro gegenüber, der aus gewonnenen, produktiven Arbeitstagen im Reha-Jahr sowie im 1. und 2. Folgejahr resultiert. Der Netto-Nutzen ist in diesem Fall mit rund 18.600 Euro deutlich positiv.

Abbildung 9: Durchschnittliche indirekte Kosten und Nutzen je Rehabilitand:in

in Tausend Euro, nach Indikationsbereichen, EM-Rente und AU-Tage



Quelle: Eigene Berechnungen mit Prognos Reha-Nutzen-Modell

© Prognos 2024

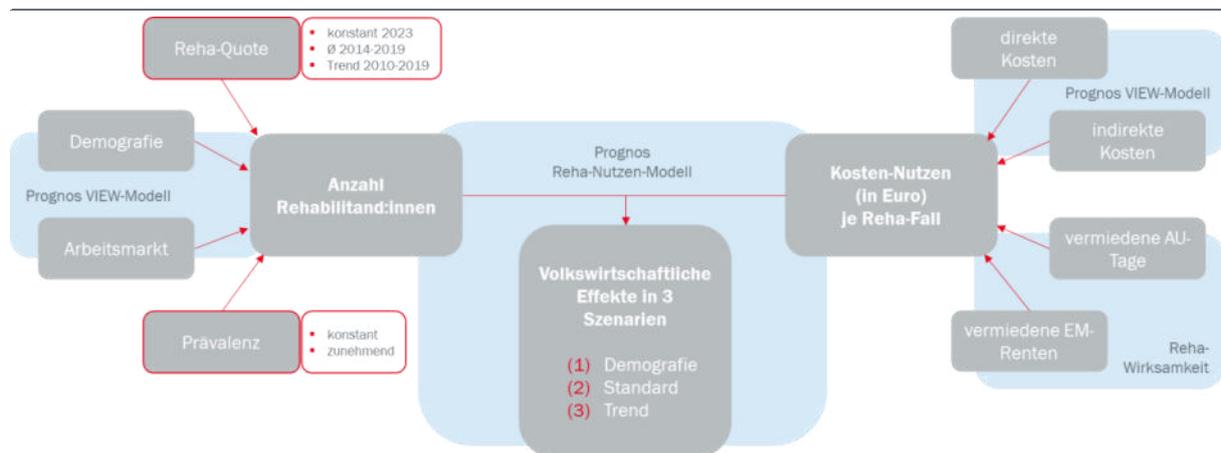
Positive durchschnittliche Netto-Nutzen je Rehabilitand:in ergeben sich auch in den Indikationen Rückenschmerz (ca. 5.000 Euro), Pneumologie (ca. 28.500 Euro) und Kardiologie (ca. 20.700 Euro). Auch Abhängigkeitserkrankungen stiften im Durchschnitt über alle behandelten Personen und Branchen einen in Euro-bewerteten Netto-Nutzen (ca. 1.100 Euro). Insgesamt ergibt sich über die Indikationsbereiche ein Netto-Nutzen je Rehabilitand:in in Höhe von rund 13.700 Euro. Der volkswirtschaftliche Gesamteffekt hängt nun von der Anzahl der Reha-Fälle bzw. der Entwicklung der Reha-Geschehens in den drei Szenarien ab.

4 Volkswirtschaftliche Effekte in Szenarien bis 2040

Das für diese Studie entwickelte **Reha-Nutzen-Modell** von Prognos quantifiziert die volkswirtschaftlichen Effekte von medizinischer Rehabilitation für fünf Indikationsbereiche und drei verschiedene Szenarien.

Dazu werden prinzipiell „Kosten-Nutzen je Reha-Fall“ und „Anzahl Rehabilitand:innen“ miteinander verknüpft. Dabei haben die Szenarien Einfluss auf die Fallzahlen, während die Kosten-Nutzen-Bewertung unabhängig davon ist.²⁰ Das Reha-Nutzen-Modell, die zentralen Einflussgrößen und die Zusammenhänge sind in der nachfolgenden Abbildung 10 skizziert. Dabei sind die Größen rot umrandet, die im Rahmen dieser Studie explizit variiert werden.

Abbildung 10: Stilisierte Darstellung des Reha-Nutzen-Modells



Quelle: Eigene Darstellung

© Prognos 2024

i

Prognos Reha-Nutzen-Modell

Das eigens für diese Studie entwickelte Reha-Nutzen-Modell ermöglicht differenzierte quantitative Aussagen zur Wirksamkeit von Reha nach Alter, Geschlecht, Indikationsbereichen bzw. Indikationen auf Ebene von 17 Branchen, derzeit für den Zeitraum bis 2040. Analysen sind auch auf der Ebene von Berufen gemäß der Klassifikation der Berufe des Statistischen Bundesamts (KldB 2-Steller) möglich. Zudem können mit dem Modell differenzierte Szenarien berechnet werden, z. B. für verschiedene Prävalenzentwicklungen oder abweichende Annahmen zur Wirksamkeit. Grundsätzlich kann das Modell auf vergleichbare Anwendungsfelder wie etwa die Prävention angepasst werden.

²⁰ Möglich wäre allerdings eine Anpassung der Reha-Wirksamkeit über die Zeit, beispielsweise aufgrund der Annahme einer verbesserten medizinischen Behandlung. Dies würde die Kosten-Nutzen-Bewertung verändern und entsprechend positiv auf die volkswirtschaftlichen Effekte einwirken.

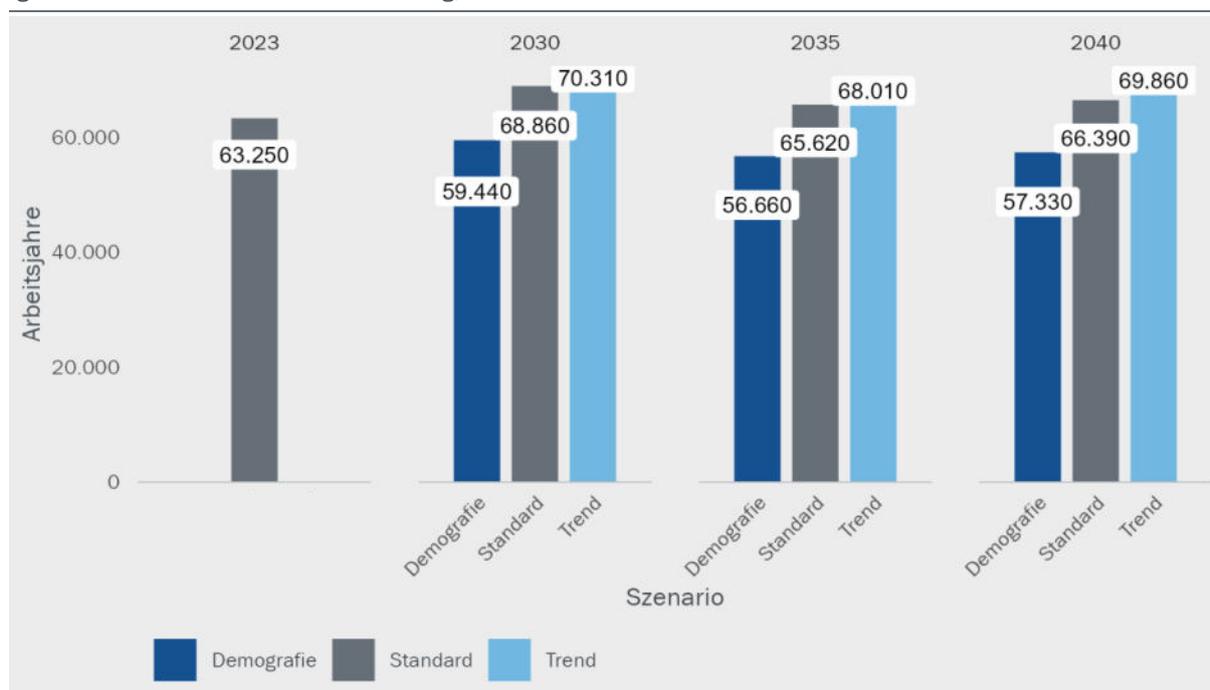
4.1 Bruttowertschöpfung und Beschäftigung

Die volkswirtschaftlichen Wirkungen der Reha werden im Folgenden anhand von zwei zentralen Größen quantifiziert. Zum einen bewirkt die erfolgreiche Rehabilitation, dass die behandelten Personen Arbeitszeit „zurückgewinnen“. Der jeweilige individuelle Nutzen kann im Aggregat auf gewonnene Arbeitsjahre umgerechnet werden. Über alle betrachteten Indikationen, Altersgruppen und Branchen ergeben sich für das Jahr 2023 gerechnet rund 63.250 zusätzliche Arbeitsjahre, die ohne Rehabilitation nicht möglich gewesen. Anders ausgedrückt führt Reha zu einem Netto-Beschäftigungszuwachs um 63.250 (durchschnittliche) Erwerbstätige.

Über die Szenarien verändert sich die Zahl der gewonnenen Arbeitsjahre in Abhängigkeit der Zahl der Rehabilitand:innen. Allein durch die sozio-demografische Entwicklung (Demografie-Szenario) nimmt der „Beschäftigungsgewinn“ durch Reha im Zeitverlauf ab. 2040 werden noch 57.330 zusätzliche Erwerbsjahre erreicht. Im Standard-Szenario nimmt die Zahl leicht zu und liegt langfristig um 9.060 Jahre höher als im Demografie-Szenario. Der größte Beitrag für den Arbeitsmarkt bzw. der größte Beschäftigungseffekte resultiert im Trend-Szenario, in dem über den Betrachtungszeitraum hinweg bis zu 70.310 zusätzliche Arbeitsjahre durch erfolgreiche Reha ermöglicht werden (Abbildung 11).

Abbildung 11: Gewonnene Arbeitsjahre durch Reha in Szenarien

gemäß durchschnittlichem Erwerbsumfang, 2023 bis 2040



Quelle: Eigene Berechnungen mit Prognos Reha-Nutzen-Modell

© Prognos 2024

Die gewonnenen Arbeitsjahre werden im Reha-Nutzen-Modell auf der Branchenebene berechnet und können über die BWS in den Wirtschaftsbereichen entsprechend monetär bewertet werden. In Abhängigkeit der branchenspezifischen Beschäftigung ergibt sich für das Jahr 2023 durch die hinzugewonnene produktive Arbeitszeit eine zusätzliche Wertschöpfung („Impuls“ oder Primäreffekt) in Höhe von rechnerisch 5,3 Mrd. Euro. Die zukünftige Entwicklung wird über die Szenarien

geprägt. Bei einer Zunahme an Rehabilitand:innen und entsprechend einer höheren Zahl an gewonnenen Arbeitsjahren steigt der volkswirtschaftliche Effekt in 2040 auf bis zu 7,2 Mrd. Euro (real) an (Abbildung 12).

Abbildung 12: Volkswirtschaftliche Effekte der Reha

in Mrd. Euro (in Preisen 2023), 2023 bis 2040, gesamt



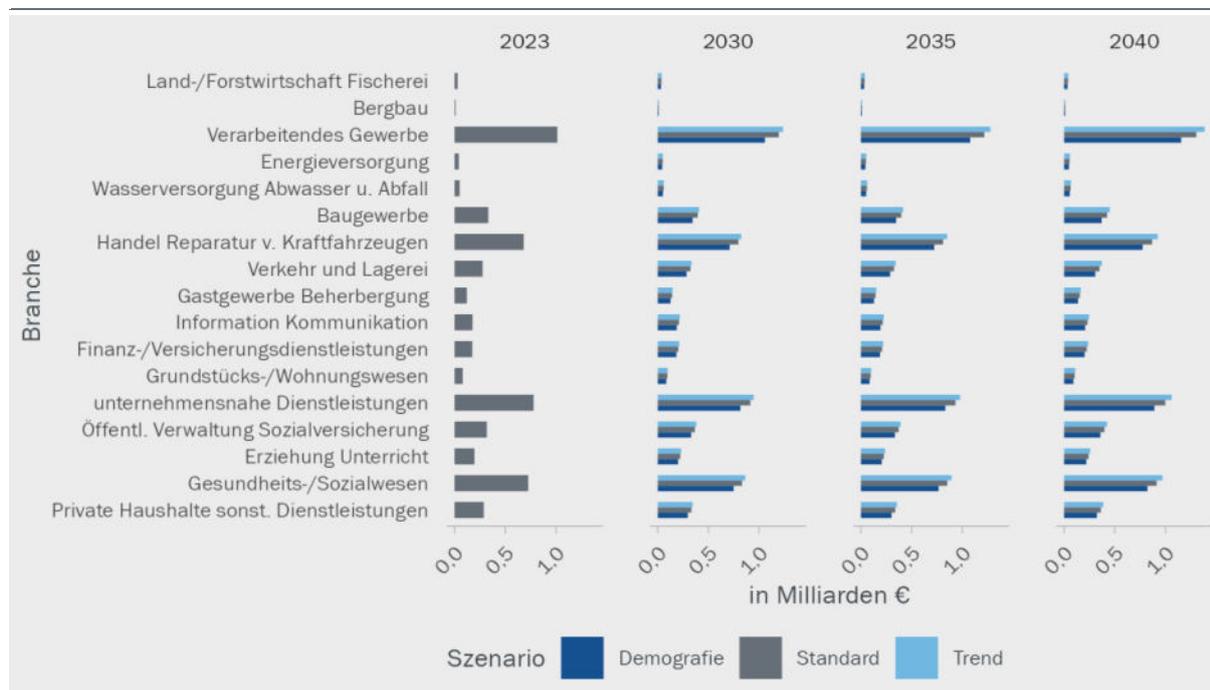
Quelle: Eigene Berechnungen mit Prognos Reha-Nutzen-Modell

© Prognos 2024

Die volkswirtschaftlichen Wirkungen werden auf Branchenebene berechnet und können ebenso nach Branchen ausgewiesen werden. In den Szenarien kommt es im Zeitablauf zu einer unterschiedlichen Verteilung der Rehabilitand:innen über die Branchen und Indikationsbereiche, was dazu führt, dass ein durchschnittliches Erwerbsjahr in den Szenarien leicht abweichende BWS erzielt. So liegt die BWS im Jahr 2040 zwischen rund 101.000 (real) im Demografie-Szenario und knapp 105.000 Euro (real) im Trend-Szenario. Dabei zeigen sich die größten Effekte im Verarbeitenden Gewerbe und der Energieversorgung, gefolgt von den unternehmensnahen Dienstleistungen sowie dem Gesundheits-/Sozialwesen (Abbildung 13).

Abbildung 13: Volkswirtschaftliche Effekte der Reha nach Branchen

in Mrd. Euro (in Preisen 2023), 2023 bis 2040, gesamt



Quelle: Eigene Berechnungen mit Prognos Reha-Nutzen-Modell

© Prognos 2024

4.2 Multiplikatoreffekte und fiskalische Wirkungen

Neben den hier gezeigten direkten volkswirtschaftlichen Wirkungen bzw. Primärimpulsen, ergeben sich aus der wirtschaftlichen Aktivität der Rehabilitand:innen sogenannte Multiplikatoreffekte. Beispielsweise fließt den Rehabilitand:innen für ihre zusätzliche Arbeitszeit Lohn zu, den sie wiederum entsprechend ihrer Konsumquote verausgaben und in den Wirtschaftskreislauf einspeisen (Einkommensmultiplikator). Damit wird gesamtwirtschaftlich betrachtet ein neuer Impuls in Form zusätzlicher Wertschöpfung ausgelöst. Gleiches gilt für die Produktionsgewinne der Unternehmen, die ihren „Gewinnanteil“ an der BWS anteilig investieren (Investitionsmultiplikator) und damit ebenfalls für frische Impulse sorgen. Multiplikatoreffekte sind in ihrer Höhe von einer Vielzahl von Faktoren (Spar- bzw. Konsumquote, Importanteil an Waren und Dienstleistungen, Steuerquote etc.) abhängig, und werden hier nicht explizit modelliert, sondern lediglich geschätzt.²¹ Für Deutschland erscheint ein Multiplikator für zusätzliche Einkommen und Investitionen von 1,5 bis 2 angemessen. Als konservative Annahme werden die zuvor gezeigten volkswirtschaftlichen Effekte also um den Faktor 1,5 erhöht werden.

Damit ergibt sich insgesamt ein volkswirtschaftlicher Nutzen von Reha in Höhe von 7,9 Mrd. Euro im Jahr 2023. In den verschiedenen Szenarien und bis zum Jahr 2040 erhöhen sich die Wirkungen über die unterschiedliche Zahl an Rehabilitand:innen auf bis zu 10,7 Mrd. Euro (real) im Trend-Szenario im Jahr 2040. Der gesamtwirtschaftliche Effekt, hier basierend auf der BWS, lässt

²¹ Die Höhe des Multiplikators ist zudem davon abhängig, wie lange der jeweilige Ausgangsimpuls wirkt, also über wie viele Perioden jeweils Folgewirkungen berücksichtigt werden. Da es sich bei der Reha (anders als beispielsweise bei einer einmaligen Investition) um nachhaltige Wirkungen handelt, sind mehrere Perioden zu betrachten. Im Einklang mit den unterstellten Reha-Wirkungen werden hier drei Jahre angenommen. Dabei ist zu beachten, dass die Multiplikatorwirkung ohnehin mit jeder Periode (geometrische Reihe) abnimmt. Vgl. für weiterführende Informationen und zu unterschiedlichen Messkonzepten und Einflussgrößen u. a. [Quaas & Klein \(2012\)](#).

sich in verschiedene Teilbereiche aufspalten. So beinhaltet die BWS das Arbeitnehmerentgelt, welches sich statistisch wiederum aus den Bruttolöhnen- und -gehältern der Arbeitnehmer sowie den Sozialbeiträgen der Arbeitgeber zusammensetzt. Damit beinhaltet die BWS auch Lohnsteuern und Sozialabgaben, die von Arbeitnehmenden gezahlt werden. Gesamtwirtschaftlich entfallen im Jahr 2023 rund 2.160 Mrd. Euro bzw. 57 Prozent der BWS auf das Arbeitnehmerentgelt. Das Arbeitnehmerentgelt lässt sich rechnerisch aufteilen in:

- Bruttolöhne- und -gehälter: 82,4 Prozent (1.780 Mrd. Euro)
- Sozialbeiträge der Arbeitgeber: 17,6 Prozent (380 Mrd. Euro)

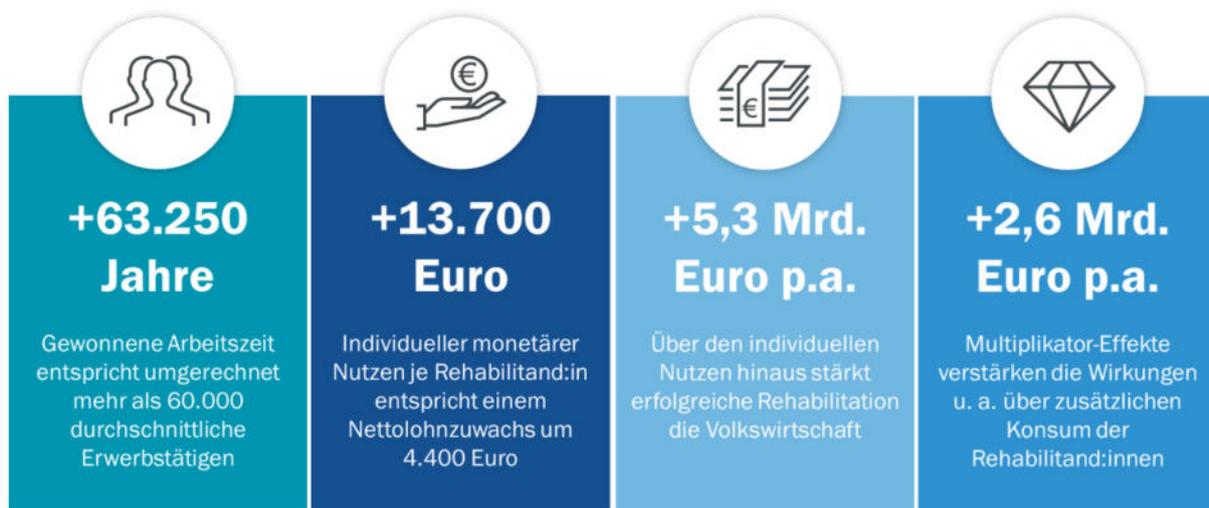
Die Bruttolöhne- und -gehälter umfassen:

- Sozialbeiträge der Arbeitnehmer: 16,7 Prozent (297 Mrd. Euro)
- Lohnsteuer der Arbeitnehmer: 14,8 Prozent (263 Mrd. Euro)
- Nettolöhne- und -gehälter: 68,5 Prozent (1.220 Mrd. Euro)

Die zusätzliche BWS, die von den erfolgreich behandelten Rehabilitand:innen erwirtschaftet wird, stärkt damit die direkten Steuereinnahmen und die Einnahmen der Sozialversicherungen. Darüber hinaus beinhalten die hier geschätzten Multiplikatoreffekte auch steigende Mehrwertsteuereinnahmen, die aus dem wachsenden Konsum resultieren.

Die volkswirtschaftlichen Effekte gehen letztlich auf Wirkungen auf der individuellen Ebene der Rehabilitand:innen zurück. Je Rehabilitand:in ergibt sich im Durchschnitt ein individueller Nutzen in Höhe von 13.700 Euro, entsprechend der obigen Verteilung bedeutet das einen Nettoeinkommenszuwachs um 4.400 Euro im Jahr bzw. 370 Euro im Monat. Darüber hinaus erwerben die Personen aufgrund ihres gestiegenen Lohns höhere Rentenansprüche. Abbildung 14 fasst die Kernwirkungen abschließend zusammen.

Abbildung 14: Volkswirtschaftliche Effekte der Reha im Überblick



Quelle: Eigene Berechnungen mit Prognos Reha-Nutzen-Modell

© Prognos 2024

5 Fazit

Die medizinische Rehabilitation zielt darauf ab, die körperliche, seelische und soziale Gesundheit von Patienten wiederherzustellen und den betroffenen Menschen damit eine Rückkehr ins bzw. einen längeren Verbleib im Erwerbsleben zu ermöglichen. Die Wirkungen der Reha gehen aber weit über gesundheitliche Aspekte hinaus. Die vorliegende Studie fokussiert auf die mit der Rehabilitation verbundenen volkswirtschaftlichen Effekte. Diese entstehen, wenn Menschen schneller und leistungsfähiger wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren können, als dies ohne Reha-Maßnahme der Fall wäre.

Reha wirkt – volkswirtschaftlich und individuell

Mit dem eigens für diese Studie entwickelten Reha-Nutzen-Modell quantifiziert die Studie für fünf ausgewählte Indikationsbereiche (Kardiologie, Pneumologie, Rückenschmerzen, Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen) die Wirkungen einer erfolgreichen Reha in Form von gewonnenen Arbeitszeiten. Für das Jahr 2023 werden demnach im Vergleich zu einer Situation ohne Reha-Maßnahmen **63.250 zusätzliche Arbeitsjahre** erzielt. Das ist rechnerisch und volkswirtschaftlich gleichbedeutend mit dem Pensum von entsprechend vielen neuen Arbeitsplätzen. Diese zusätzlichen Arbeitsplätze generieren Bruttowertschöpfung und damit einen direkten volkswirtschaftlichen Effekt in Höhe von 5,3 Mrd. Euro. Multiplikatorwirkungen verstärken diesen Effekt konservativ geschätzt um den Faktor 1,5, so dass der Reha im Jahr 2023 gesamtwirtschaftliche Effekte in Höhe von **7,9 Mrd. Euro zusätzlicher Bruttowertschöpfung** zugerechnet werden können. Pro durchschnittliche:n Rehabilitand:in bedeutet das einen **Nettolohnzuwachs um 4.440 Euro** im Jahr bzw. 370 Euro im Monat.

Die Studie modelliert die Wirkungen der Rehabilitation für verschiedene Szenarien mit Blick auf die demografische Entwicklung und die Prävalenz in den Indikationen sowie die Inanspruchnahme von Reha-Leistungen bis zum Jahr 2040. Im Ergebnis ergeben sich dann Effekte im Bereich von 6,0 bis 10,7 Mrd. Euro (real). Die Studie quantifiziert die Wirkungen auf der Ebene von 17 Branchen. Dabei fallen die größten Wertschöpfungsgewinne in den unternehmensnahen Dienstleistungen, im Bereich Handel und Reparatur von Kraftfahrzeugen sowie im Gesundheits- und Sozialwesen an.

In Zeiten von erheblichem Fachkräfte- und Personalmangel sowie schwachem Wachstum leistet medizinische Rehabilitation mit Blick auf Beschäftigung und Wachstum nicht nur heute einen wichtigen Beitrag, sondern wird auch künftig eine enorme volkswirtschaftliche Bedeutung behalten.

Anhang

Quellenverzeichnis

- Augurzky, B.; Reichert, A. & Scheuer, M. (2011). Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011, RWI Materialien, 66, <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-201106243325>.
- Bethge, M. & Müller-Fahnow, W. (2008). Wirksamkeit einer intensivierten stationären Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkrankungen: systematischer Review und Meta-Analyse; Rehabilitation, 47: 200–209, <https://doi.org/10.1055/s-2008-1077091>.
- Bäcker, G. & Kistler, E. (2024). Rehabilitation - Leistungen der Rentenversicherung, [Rehabilitation | Rentenpolitik | bpb.de](#).
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2023). [BAuA - Zahlen | Daten | Fakten - Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit - Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin](#), Dortmund.
- Bundesanstalt für Rehabilitation (2023). Reha senkt Kosten und steigert Arbeitsfähigkeit, [Reha senkt Kosten und steigert Arbeitsfähigkeit \(bar-frankfurt.de\)](#).
- Buschmann-Steinhage, R. & Widera, T. (2016). Grundlagen der Rehabilitation in: Bengel, J. & Mittag, O. (Hrsg.). Psychologie in der medizinischen Rehabilitation, Springer-Verlag, 13-24, <https://doi.org/10.1007/978-3-662-47972-8>.
- Cohen, J. (1992). A power primer. Psychological Bulletin, 112, 155-159, <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2023). Reha-Bericht 2023, unter: [Homepage | Reha-Bericht 2023 | Deutsche Rentenversicherung \(deutsche-rentenversicherung.de\)](#).
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2019). [DVfR: Studie belegt volkswirtschaftlichen Nutzen von Reha](#).
- Ebert, F.; Ballenberger, N.; Hayden, M.; Möller, D.; Limbach, M.; Schuler, M.; Nowak, D.; Schultz, K. (2024). Effekte der pneumologischen Rehabilitation auf dysfunktionale Atemmuster bei Patienten mit unkontrolliertem Asthma, Rehabilitation, 63: 100-106, <https://doi.org/10.1055/a-2192-3377>.
- Kemmann et al. (2022). Effektivität der stationären abstinenzorientierten Drogenrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2019 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation, Sucht-Aktuell - Zeitschrift des Fachverbandes Sucht+ e.V., [FVS-Katamnese-EJ-2019-FK-Drogenreha.pdf \(sucht.de\)](#)
- Krischak, G.; Tepohl, L.; Dannenmaier, J.; Hartschuh, U.; Auer, R.; Kaluscha, R. (2018). Gesundheitsökonomische Effekte der Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz – Eine Beobachtungsstudie mittels kombinierten Sekundärdaten einer gesetzlichen Krankenkasse und der Deutschen Rentenversicherung; Rehabilitation; 58: 392–397, <https://doi.org/10.1055/a-0668-4235>.

- Leitl, D.; Jarosch, I.; Glöckl, R.; Schneeberger, T.; Koczulla, A. (2021). Rehabilitation in der Pneumologie, *Pneumologie*; 18: 241–250, <https://doi.org/10.1007/s10405-021-00395-0>.
- Mattukat, K; Fauser, D.; Schmitt, N.; Bethge, M.; Mau, W. (2018). Zugangsbarrieren zu und Wirksamkeit medizinischer Rehabilitation bei Rückenschmerz: Aktueller Stand einer Kohortenstudie mit Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Nord und Mitteldeutschland, *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*; 28: 372-382, <https://doi.org/10.1055/a-0626-7167>
- Milan, V.; Fetzer, S.; Hagist, C. (2021). Healing, surviving, or dying? - projecting the German future disease burden using a Markov illness-death model. *BMC Public Health* 21, 123 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09941-6>.
- Prognos (2009). Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum, unter: [Degemed Bericht_Endversion 100809 \(prognos.com\)](https://www.prognos.com)
- Quaas, G. & Klein, M. (2012). Einnahmen- und ausgabenseitige Multiplikatoren der deutschen Volkswirtschaft. *Wirtschaftsdienst* 92, 692–698 (2012). <https://doi.org/10.1007/s10273-012-1440-x>.
- Regecon (2019). Sozioökonomische Bedeutung der medizinischen Rehabilitation, [Sozioökonomische Bedeutung der medizinischen Rehabilitation in Bayern - Kurzfassung](https://www.regecon.de).
- Riffer, F.; Sprung, M.; Streibl, L.; Kaiser, E. (2018). Stationäre medizinische Rehabilitation von Patienten mit psychiatrischen oder psychosomatischen Erkrankungen: erste Evaluationsergebnisse der Rehabilitationsklinik Gars am Kamp; *Das Fremde: Flucht – Trauma – Resilienz. Psychosomatik im Zentrum*; 2, https://doi.org/10.1007/978-3-662-56619-0_17.
- Rutsch, M.; Schüller, P.; Buhr-Schinner, H.; Gross, T.; Deck, R. (2024). Pneumologische Rehabilitation im Antragsheilverfahren bei Long COVID: Eine vergleichende explorative Längsschnittstudie mit Long-COVID- und Asthma-/COPD-Rehabilitand*innen, *Pneumologie* 2021, 78: 107-119 <https://doi.org/10.1055/a-2215-3067>.
- Samitz, G.; Benzer, W.; Zwahlen, M. (2009). Wirksamkeit der umfassenden kardiologischen Rehabilitation und Sekundärprävention: klinische und epidemiologische Evidenz, in: Pokan et al. (Hrsg.). *Kompendium der kardiologischen Prävention und Rehabilitation*, Springer Verlag, 17-29, https://doi.org/10.1007/978-3-211-69390-2_2.
- Salzwedel, A. & Rauch, B. (2023). Systematische Reviews zur Wirksamkeit der multidisziplinären Rehabilitation, *Rehabilitation*; 62: 113–124, <https://doi.org/10.1055/a-1746-4895>.
- Schmidt, J.; Nübling, R.; Kaiser, U. (2022). Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation im Spiegel singulärer und multipler Ergebniskriterien – Wo steht die Psychosomatische Rehabilitation im Indikationenvergleich? *Rehabilitation*; 61: 250–263, <https://doi.org/10.1055/a-1871-4738>.
- Schröer, S.; Mayer-Berger, W.; Peiper, C. (2021). Weniger Erwerbsminderungsrenten nach der kardiologischen Rehabilitation durch intensivierete Nachsorge? *Rehabilitation*; 60: 273–280, <https://doi.org/10.1055/a-1338-0613>.

Impressum

Reha wirkt –Volkswirtschaftliche Effekte der medizinischen Rehabilitation
Beitrag zu Beschäftigung und Wertschöpfung

Herausgeber

Prognos AG
Heinrich-von-Stephan-Straße 17
79100 Freiburg
Telefon: +49 761 7661164-810
Fax: +49 761 7661164-820
E-Mail: info@prognos.com
www.prognos.com
www.linkedin.com/company/prognos-ag

Autoren

Dr. Oliver Ehrentraut
Charlotte Lederer
Hauke Toborg

Kontakt

Dr. Oliver Ehrentraut (Projektleitung)
Telefon: +49 761 766 1164 801
E-Mail: oliver.ehrentraut@prognos.com

Satz und Layout: Prognos AG
Bildnachweis(e): © iStock – 1184631592

Stand: September 2024
Copyright: 2024, Prognos AG

Alle Inhalte dieses Werkes, insbesondere Texte, Abbildungen und Grafiken, sind urheberrechtlich geschützt. Das Urheberrecht liegt, soweit nicht ausdrücklich anders gekennzeichnet, bei der Prognos AG. Jede Art der Vervielfältigung, Verbreitung, öffentlichen Zugänglichmachung oder andere Nutzung bedarf der ausdrücklichen, schriftlichen Zustimmung der Prognos AG.

Zitate im Sinne von § 51 UrhG sollen mit folgender Quellenangabe versehen sein: Prognos (2024): Reha wirkt - Volkswirtschaftliche Effekte der medizinischen Rehabilitation, Studie im Auftrag der MEDIAN Unternehmensgruppe.