Deutsche Rentenversicherung
Bund

Wirksamkeit und volkswirtschaftlicher Nutzen der Rehabilitation in Deutschland

Eine empirische Analyse zu den Beschäftigungseffekten der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung

Berlin, Oktober 2025

Inhalt

3 Executive Summary

4 Hintergrund
4 Die Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung
4 Die gesellschaftliche Bedeutung der Rehabilitation in Deutschland
4 Fragestellung

5 Wirksamkeit der Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung

6 Analysen zur Wirksamkeit der Rehabilitation der Rentenversicherung
6 Modell 1: Target Trial Emulation (TTE) Modell
7 Modell 2: Fixed Effects Individual Slopes (FEIS) Modell
9 Vergleich der beiden empirischen Ansätze

10 Volkswirtschaftlicher Nutzen der Rehabilitation der Rentenversicherung
10 Annahmen und Vorgehen
11 Ergebnisse

12 Diskussion und Schlussfolgerungen

13 Verwendete Literatur

14 Impressum

Executive Summary

Die Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung hat das Ziel der Wiederherstellung bzw. des Erhalts der Erwerbsfähigkeit, mithin also die Sicherstellung beruflicher Teilhabe.

Aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen verweisen auf zukünftig wachsende Bedarfe an Erwerbspersonen. Rehabilitationsleistungen sind eine sinnvolle Option, darauf zu reagieren: Sie beeinflussen auf gesellschaftlicher Ebene das Erwerbspersonenpotenzial positiv; im individuellen Fall sorgen sie für finanzielle und soziale Absicherung.

Insgesamt steigt zukünftig der Bedarf an Rehabilitationsleistungen bei gleichzeitig zunehmendem Kostendruck. Dies unterstreicht die Notwendigkeit kosteneffektiver Reha-Strategien.

Mithilfe innovativer statistischer Methoden und auf der Basis repräsentativer Daten der Rentenversicherung zeigt der vorliegende Bericht, dass

→ die Rehabilitation der Rentenversicherung die **Erwerbschancen bei ihren Versicherten um 15 bis 20 Prozentpunkte erhöht**,

→ Personen mit vorhergehendem Krankengeldbezug etwa doppelt so stark von einer Rehabilitation profitieren.

Die **volkswirtschaftlichen Gewinne** liegen (je nach Zeitpunkt nach der Reha) bei **40 bis 60 € pro Tag und Person**.

Eine Investition in die Rehabilitation der Rentenversicherung von 1 Euro erwirtschaftet **2 bis 3 Euro im ersten Jahr**, **5 Euro in den ersten zwei Jahren**. Allein in den ersten beiden Jahren führen aktuelle Investitionen in die Rehabilitation von etwa 8 Mrd. Euro zu etwa **40 Mrd. Euro Gewinn** für die Gesellschaft.

Folgende **Schlussfolgerungen** für die Weiterentwicklung des Reha-Systems ergeben sich:

→ Die Rehabilitation der Rentenversicherung rechnet sich. Die Investition in Rehabilitation lohnt sich für die Gesellschaft bereits nach kurzer Zeit.

→ Zukünftig könnte eine effizientere Verteilung der verfügbaren Mittel erfolgen, indem eine verstärkte Konzentration auf Personengruppen mit bereits existenten Teilhabestörungen erfolgt (Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit).

→ Für Personen mit drohender Erwerbsunfähigkeit könnten weniger intensive und günstigere neue Reha-Angebote kosteneffektiv sein (Ziel des Erhalts der Erwerbsfähigkeit).

Hintergrund

Die Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung

Ziel der Rehabilitation in Deutschland ist es, Menschen mit bestehenden oder drohenden Behinderungen in ihrer Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe in allen Lebensbereichen zu stärken. Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) hat gemäß dem Sozialgesetzbuch (SGB) VI den gesetzlichen Auftrag, die Teilhabe am Arbeitsleben zu fördern. Hierfür stehen insbesondere medizinische Reha-Leistungen und nachgehende Angebote der Reha-Nachsorge sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur Verfügung.

Medizinische Reha-Leistungen sind aufgrund ihrer Menge die dominierende Leistungsart. Die Deutsche Rentenversicherung hat im Jahr 2024 mehr als 1 Million medizinische Reha-Leistungen finanziert und hierfür 5,8 Mrd. Euro verausgabt (Aufwendungen insgesamt: 8,3 Mrd. Euro, Reha-Bericht 2025). In der Regel stellen medizinische Reha-Leistungen den Beginn eines Rehabilitationsprozesses dar, in dem die Bedarfe der Menschen aufgegriffen und mit ihnen individuelle Strategien erarbeitet werden, um wieder am Arbeitsleben teilhaben zu können. Die medizinische Rehabilitation repräsentiert demnach, ob isoliert oder im Zusammenspiel mit anderen Leistungen erbracht, gut die Aktivitäten der Rentenversicherung in der Rehabilitation.

Die gesellschaftliche Bedeutung der Rehabilitation in Deutschland

Deutschland steht vor großen Herausforderungen. Die Bevölkerung wird immer älter. Die so genannten Babyboomer-Jahrgänge werden in den nächsten 10 Jahren überwiegend im Ruhestand sein. Nachfolgende Generationen sind zahlenmäßig schwächer besetzt, was zu einem zunehmenden Fachkräftemangel führt. Arbeitsbedingungen verändern sich seit geraumer Zeit weg von körperlichen hin zu komplexen psychomentalen Anforderungen; durch die digitale Transformation wird dies verstärkt. Die Nutzung Künstlicher Intelligenz verändert die Bedarfe auf dem Arbeitsmarkt in den nächsten Jahren rapide.

Dies schafft nicht nur erhebliche Unsicherheiten bei den Menschen, sondern führt auf der Systemebene zu steigenden und sich verändernden Rehabilitationsbedarfen. Es lassen sich vermehrt chronische Erkrankungen beobachten. Das Risiko, früher aus dem Erwerbsleben auszuscheiden, steigt.

Deutschland ist stärker denn je darauf angewiesen, dass Menschen bis zu ihrer Regelaltersgrenze und darüber hinaus arbeiten. Im Ergebnis wird es immer wichtiger, effektive und, vor dem steigenden Kostendruck, effiziente Rehabilitationsleistungen vorzuhalten. Ziel ist, dass Menschen seltener vorzeitig aus dem Arbeitsleben aussteigen. Dem Fachkräftemangel, der die Unternehmen belastet und die Wirtschaftsleistung in Deutschland schmälert, wird damit entgegengewirkt. Auch auf individueller Ebene besitzt die Rehabilitation positive Effekte: Menschen mit chronischen Erkrankungen erleben häufig soziale Abstiegsängste, finanzielle Sorgen und Statusverlust. Die Rehabilitation kann hier neue Perspektiven bieten und finanzielle Einbußen abfedern. Auf diese Weise werden soziale Risiken verringert und das Vertrauen in die staatlichen Institutionen gestärkt.

Fragestellung

Das Rehabilitationssystem der Deutschen Rentenversicherung ist sehr gut aufgestellt und leistungsfähig. Immer mehr wissenschaftliche Studien belegen positive Effekte durch Rehabilitation. Ein jüngst aktualisiertes Gutachten kommt auf Basis von Experteneinschätzungen zu dem Schluss, dass die Rehabilitation in Deutschland einen hohen volkswirtschaftlichen Wert entfaltet (Prognos AG 2009, 2024).

Es fehlt bislang an einem empirisch gestützten, repräsentativen Beleg für diese Annahme. Dem widmet sich der hier vorliegende Report. Im Zentrum stehen folgende Fragen:

1. Kann auf der Basis von Routinedaten der DRV eine Wirksamkeitsprüfung der Rehabilitation in Deutschland erfolgen?
2. Wie hoch ist der durch die Rehabilitation der DRV generierte volkswirtschaftliche Nutzen?

Wirksamkeit der Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung

Der Nachweis der Wirksamkeit stellt die Reha-Forschung vor große methodische Herausforderungen. Als Goldstandard gilt die randomisiert kontrollierte Studie („randomised controlled trial", RCT). In einem RCT werden Personen zufällig auf zwei Gruppen aufgeteilt, von denen eine – die Interventionsgruppe, IG – an der Rehabilitation teilnimmt, die andere – die Kontrollgruppe, KG – nichts oder eine alternative Intervention erhält (Schmitz und Meyer-Feil 2024).

Im deutschen Reha-System sind RCT kaum umsetzbar, da es sich bei Reha-Leistungen um komplexe, multimodale Interventionen handelt, deren Wirkung sich aus dem emergenten Zusammenspiel der einzelnen Therapieformen ergibt (Negrini, Selb et al. 2022). Die Einzelkomponenten lassen sich nicht isolieren oder konstant halten. Zudem besteht ein gesetzlicher Anspruch auf die zeitnahe Durchführung bewilligter Reha-Leistungen, weshalb sie den Personen nicht ohne Weiteres vorenthalten werden können.

Einzelne Studien haben eine Lösung für dieses Problem gefunden und den Nutzen der Rehabilitation bei wenigen Krankheitsbildern geprüft (Hüppe et al 2006, 2008, 2020; Ebert et al 2024; Schlademann et al 2007). Allerdings lässt sich daraus keine Verallgemeinerung zur Wirksamkeit der Rehabilitation der DRV ableiten. Hinzu kommt, dass in den bisherigen Studien gesundheitsbezogene Outcomes gemessen wurden, die sozialrechtlich definierte Möglichkeit der Finanzierung einer Rehabilitation durch die DRV aber mit dem Ziel des Erhalts bzw. der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit erfolgt.

Ein alternativer Ansatz besteht in der Analyse von Routinedaten. Solche Analysen haben den großen Vorteil, dass ihre Ergebnisse eine Bewertung des gesamten Versorgungssystems erlauben. Die große Herausforderung ist, eine möglichst vergleichbare Kontrollgruppe zu modellieren. Ein einfacher Vergleich der Reha-Population in Deutschland mit anderen Personen im erwerbsfähigen Alter ist nicht angebracht, weil Reha-Populationen (1) eine chronische Erkrankung und (2) eine hierdurch bewirkte Teilhabestörungen und damit einen Reha-Bedarf besitzen. Die Kontrollgruppen dagegen bestehen aus überwiegend gesunden Personen ohne Teilhabeprobleme. Diese Gruppen sind nicht vergleichbar.

Bisherige Studien, die Routinedaten nutzten, waren regional angesiedelt. Sie konnten kleine Effekte der Rehabilitation auf die berufliche Wiedereingliederung nachweisen (Dannenmaier et al 2020, RWI 2015).

Es deutet sich also an, dass das Rehabilitationssystem in Deutschland wirksam ist. Der vorliegende Report hat das Ziel, dies mithilfe innovativer statistischer Verfahren auf Basis repräsentativer DRV-Daten final zu untersuchen. Die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation wird als Startpunkt und Repräsentation für individuelle Reha-Prozesse im Auftrag der DRV verstanden. Die Wirksamkeit dieser Reha-Prozesse in Bezug auf die Erhöhung der Erwerbschancen sowie der sich ergebende volkswirtschaftliche Nutzen stehen im Vordergrund der Untersuchung.

Analysen zur Wirksamkeit der Rehabilitation der Rentenversicherung

Modell 1: Target Trial Emulation (TTE) Modell

In der internationalen Epidemiologie hat die Methodik der Target Trial Emulation (TTE) zunehmend an Bedeutung gewonnen (Hernan, Sauer et al. 2016, Maringe, Benitez Majano et al. 2020). Ihr zentrales Ziel ist es, Beobachtungsstudien so zu gestalten, als handele es sich um RCT. Damit lassen sich typische Verzerrungen vermeiden und kausale Effekte präziser schätzen. In der Reha- und Versorgungsforschung wurden TTE bislang noch nicht eingesetzt. Die hier vorgestellten Analysen stellen einen ersten Transfer in dieses Forschungsfeld dar.

Für die Untersuchung wurden alle Personen berücksichtigt, die im Jahr 2016 erstmals eine medizinische Rehabilitation beantragt haben. Die Konzentration auf Reha-Erstanträge gewährleistet einen klar definierten Startpunkt und schließt Verzerrungen durch vorangegangene Erfahrungen oder Lerneffekte aus. Ein Vorteil des Ansatzes liegt darin, dass er den dynamischen Charakter von Interventionen abbilden kann: Rehabilitationsmaßnahmen erfolgen nicht einmalig und losgelöst, sondern hängen in Häufigkeit und Dauer oft vom individuellen Behandlungserfolg ab. TTE-Modelle ermöglichen es, solche zeitabhängigen Versorgungsprozesse konsistent in die Analyse einzubeziehen.

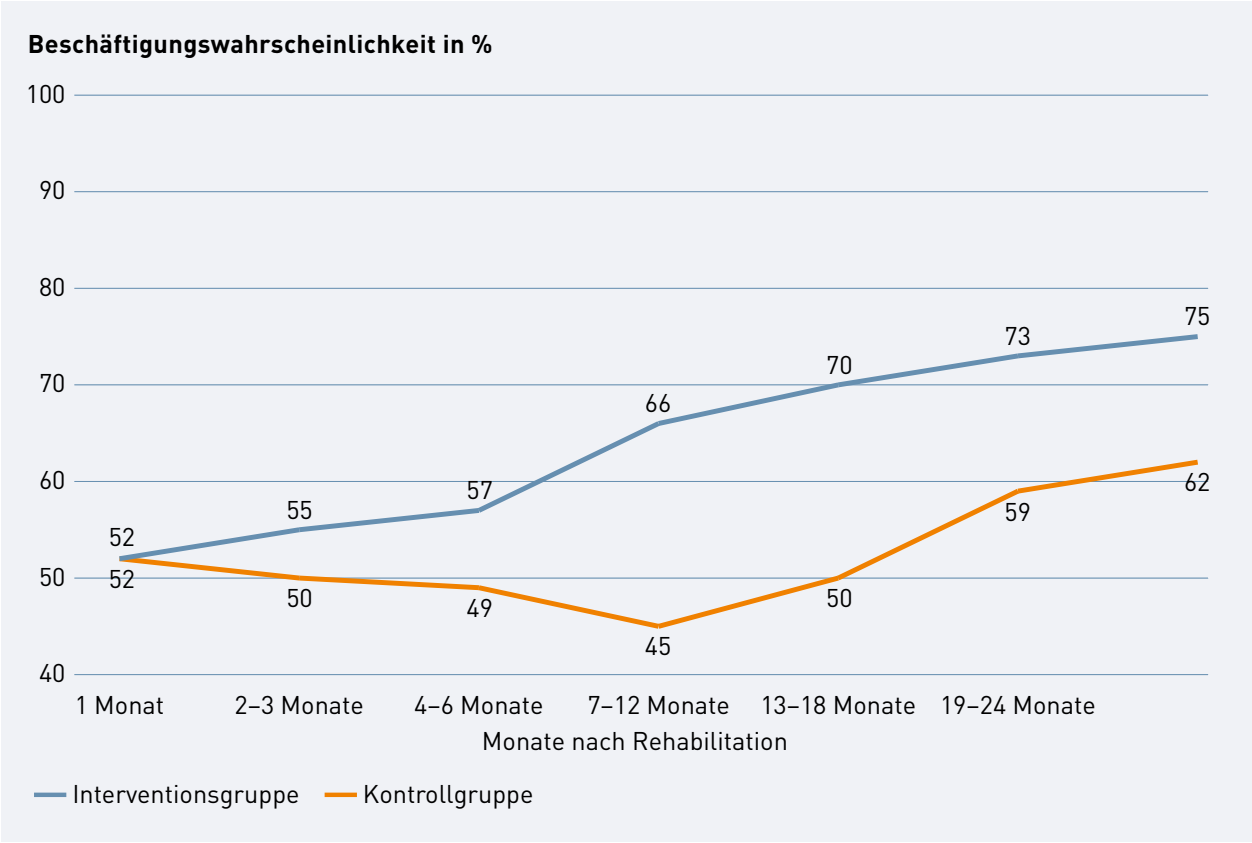

Abbildung 1: Veränderung der Beschäftigungswahrscheinlichkeit nach einer medizinischen Rehabilitation (TTE-Modell)

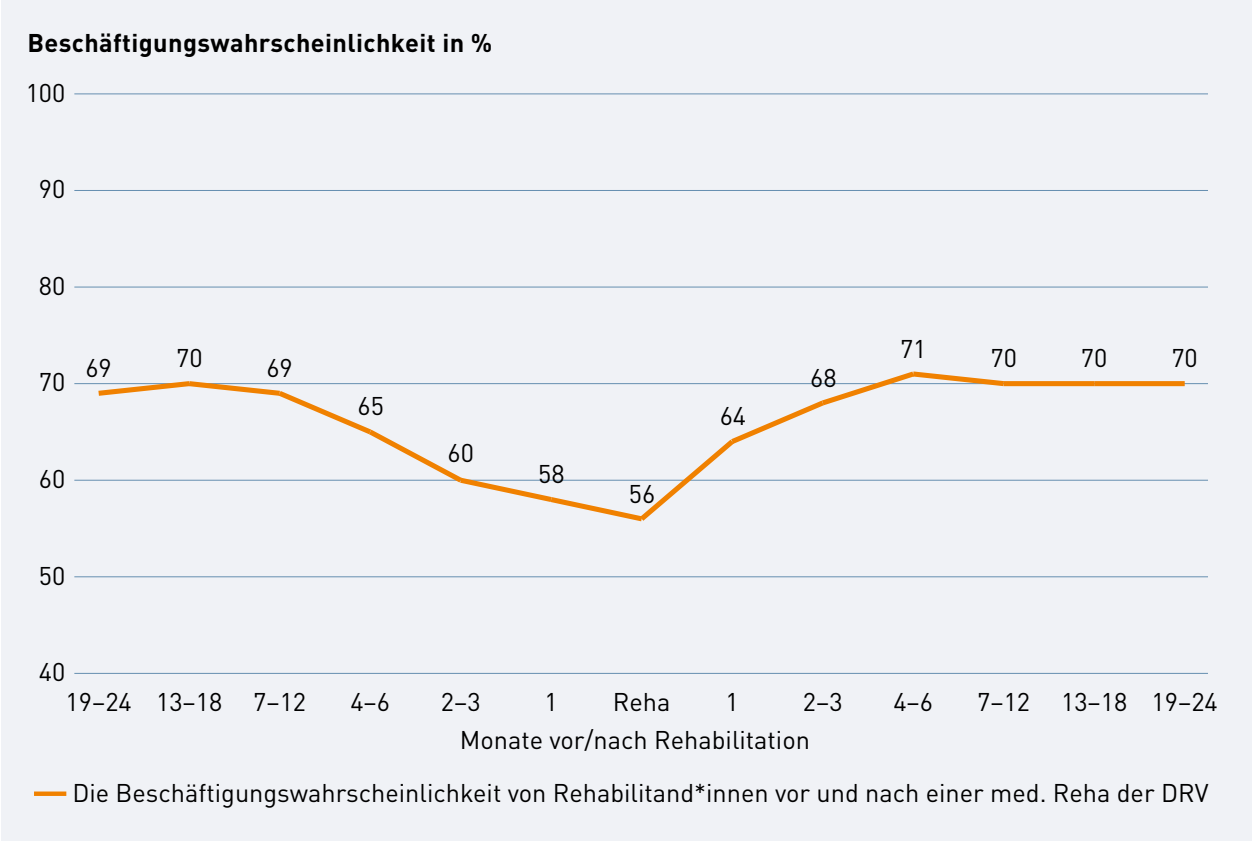

Abbildung 2: Veränderung der Beschäftigungswahrscheinlichkeit vor und nach einer medizinischen Rehabilitation (FEIS-Modell)

Methodisch wird der Datensatz in zwei identische Teile aufgeteilt und dupliziert: einer umfasst die Reha-Gruppe, der andere die Kontrollgruppe ohne Rehabilitation. Ändert sich für eine Person der zugewiesene Zustand (Reha oder Kontrolle), führt dies zum Ausschluss aller weiteren Messungen für diese Person, sodass im Verlauf nur diejenigen Beobachtungen berücksichtigt werden, die konsistent mit der initialen Zuordnung bleiben. Um die dadurch entstehende Selektion auszugleichen, werden sogenannte inverse Wahrscheinlichkeitsgewichte zur Balancierung eingesetzt.

Das Outcome ist die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung. Die Ergebnisse zeigen die Veränderung der Erwerbschancen während und nach der Phase der medizinischen Rehabilitation (Abbildung 1). Während der Reha-Phase sind die Beschäftigungschancen vergleichbar. Bereits nach einem Monat wird ein kleiner positiver Effekt von 5 Prozentpunkten beobachtet. 6 bis 12 Monate nach Beobachtungsbeginn liegen die Effekte im Mittel bei rund +20 Prozentpunkten. Im weiteren Nachbeobachtungszeitraum reduziert sich der Effekt auf knapp 15 Prozentpunkte.

Die Ergebnisse belegen die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation. Gleichwohl ist zu beachten, dass der Ansatz des TTE-Modells auf die Qualität der zugrunde liegenden Routinedaten angewiesen ist und nur für beobachtete Einflussgrößen kontrollieren kann. Zudem erfordert die Modellierung von Zensierung und Gewichten eine sorgfältige Spezifikation. Diese Punkte relativieren jedoch nicht den grundsätzlichen Mehrwert der Methode, die damit robuste und praxisnahe Evidenz zur Wirksamkeit von Rehabilitation liefert.

Modell 2: Fixed Effects Individual Slopes (FEIS) Modell

In den Sozialwissenschaften haben sich Fixed-Effects-Modelle als Standardverfahren für Kausalerklärungen mit Befragungs- und Routine-Daten etabliert (Brüderl und Ludwig 2015, Rüttenauer und Ludwig 2020). Für unsere Analysen wurde Fixed-Effects-Individual-Slopes-Regression (FEIS) verwendet. Der Vorteil dieses Verfahrens liegt darin, dass es auf nicht-experimentelle Routinedaten anwendbar ist und somit systemweite Aussagen über die Wirksamkeit der Rehabilitation ermöglicht.

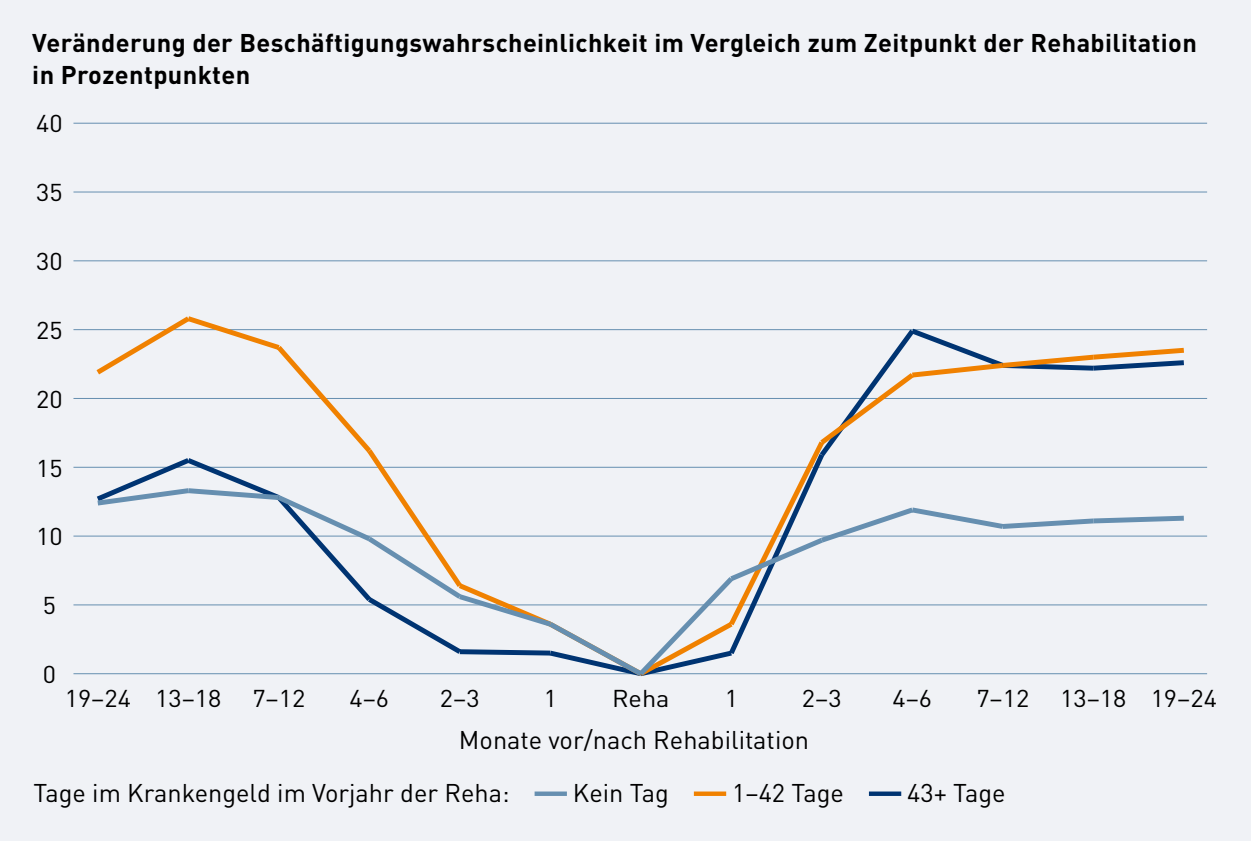

Abbildung 3: Effekte auf die Beschäftigungswahrscheinlichkeit für Gruppen mit unterschiedich langem Krankengeldbezug im Vorjahr (FEIS-Modell)

Das FEIS-Modell identifiziert den Rehabilitationseffekt auf die berufliche Teilhabe, indem es die Wahrscheinlichkeit einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung bei denselben Personen in verschiedenen Phasen des Rehabilitationsprozesses vergleicht. Jede Person dient somit als ihre eigene Kontrolle. Die Rehabilitation ist der Referenzpunkt, mit dem die Wahrscheinlichkeit einer Beschäftigung zu allen anderen Zeitpunkten vorher und nachher verglichen wird. Durch den intraindividuellen Vergleich entfällt die Notwendigkeit einer Kontrollgruppe mit ähnlichen Teilhabestörungen. Zudem wird auch ohne Randomisierung für alle Störgrößen kontrolliert, die sich bei einer Person über die Zeit nicht verändern. Eine Besonderheit des Verfahrens besteht darin, dass der Rehabilitationseffekt zusätzlich von individuellen Unterschieden im Beschäftigungsverlauf im Beobachtungszeitraum isoliert dargestellt wird. Dadurch liefert es eine präzise Schätzung des Rehabilitationseffekts auf die berufliche Teilhabe.

In den Monaten vor der Rehabilitation ist eine graduelle Verschlechterung der Beschäftigungswahrscheinlichkeit zu beobachten, was als zunehmend stärker werdende Teilhabestörung interpretiert werden kann. Bereits einen Monat nach Ende der Rehabilitation erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer Beschäftigung wieder um 8 Prozentpunkte. Zwei bis drei Monate nach Reha-Ende steigt sie um 12 Prozentpunkte an und dieser Effekt bleibt in den folgenden Monaten weitgehend auf einem Niveau von etwa 15 Prozentpunkten stabil (Abbildung 2).

Die Effekte wurden zusätzlich in Abhängigkeit von Gruppen mit unterschiedlicher Dauer der Krankengeldzahlung geschätzt. Die erste Gruppe sind Personen ohne Krankengeld im Jahr vor der Rehabilitation. Gemäß den gesetzlichen Regelungen muss davon ausgegangen werden, dass diese Personen 6 Wochen und weniger Fehlzeiten in dem Zeitraum hatten. Die zweite Gruppe hat bis 42 Tage im Krankengeldbezug verbracht, was auf Fehlzeiten von mehr als 6 bis 12 Wochen hindeutet. Die dritte Gruppe hat mit mehr als 42 Tagen im Krankengeld wahrscheinlich Fehlzeiten von mehr als 12 Wochen vor der Rehabilitation angehäuft.

Für Personen mit einer Krankengelderfahrung im Vorjahr wurden doppelt so hohe Effekte der Rehabilitation ausgewiesen. Etwa ein halbes Jahr nach der medizinischen Rehabilitation lagen die geschätzten Beschäftigungswahrscheinlichkeiten um mehr als 20 Prozentpunkte über dem Referenzzeitraum. In der Gruppe ohne Krankengeldbezug dagegen lag der Effekt nur bei etwa 10 Prozentpunkten.

Das FEIS-Modell kontrolliert für zeitstabile Störfaktoren; jedoch kann es durch unberücksichtigte zeitveränderliche Störfaktoren verzerrt sein. Dies ist aufgrund der Vielzahl an kontrollierten zeitveränderlichen Kovariaten (Alter, Alter², Arbeitslosigkeit in den letzten 6 Monaten, Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 6 Monaten, Entgelt pro Tag im Vorjahr sowie Saison- und Jahreseffekte) wenig wahrscheinlich.

Insgesamt legen die FEIS-Analysen nahe, dass die Rehabilitation in Deutschland die Rückkehr in Arbeit wirksam unterstützt. Der stärkste Effekt zeigt sich in der zweiten Jahreshälfte nach Reha-Ende. Danach stabilisiert sich die Beschäftigungswahrscheinlichkeit auf dem Niveau der Zeit vor der Rehabilitation.

Vergleich der beiden empirischen Ansätze

Die geschätzten Erwerbsquoten der Interventionsgruppen beider Modelle stimmen in der längeren Frist nach der Rehabilitation weitgehend überein (Abbildung 4). Direkt nach der Rehabilitation liegt die Beschäftigungswahrscheinlichkeit in der Kontrollgruppe bei 50 %, während im FEIS-Modell eine etwas höhere Quote berichtet wird. Beide Interventionsgruppen zeigen ab 4 Monate nach der medizinischen Rehabilitation vergleichbare Quoten von 70 %, die bis zwei Jahre danach stabil bleiben, während in der Kontrollgruppe nach etwa 1,5 Jahren eine Steigerung auf 60 % geschätzt wird.

Auf der Basis der statistischen Modelle kann von einem Reha-Effekt in den zwei Jahren danach von **15 bis 20 Prozentpunkte auf die Chance der Erwerbsteilhabe** ausgegangen werden.

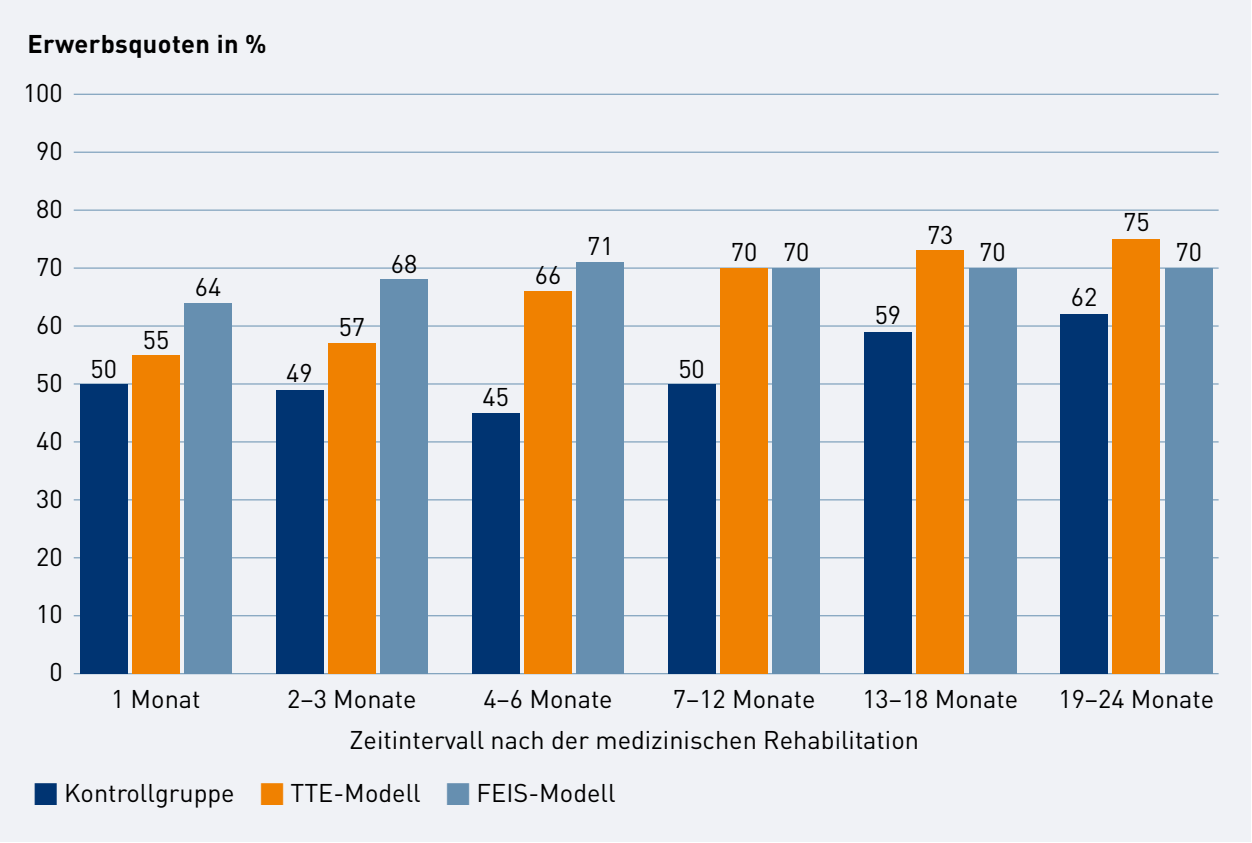

Abbildung 4: Vergleich der Erwerbsquoten nach der Rehabilitation in den Untersuchungsgruppen, beide Modelle

Volkswirtschaftlicher Nutzen der Rehabilitation der Rentenversicherung

Annahmen und Vorgehen

Aus volkswirtschaftlicher Sicht bedeutet die Rückkehr einer Person in Arbeit, dass sie aus dem Transferbezug herausfällt, Produktivitätsgewinne im Unternehmen erwirtschaftet und ihren Lohn zum Teil durch direkten Konsum zur weiteren Wertschöpfung nutzt. Die Erhöhung der Erwerbsquote in der Gruppe der Rehabilitand*innen hat demnach zwei positive Folgen für die Gesellschaft: a) eine Steigerung der Wertschöpfung und b) eine Einsparung von Transferzahlungen.

Produktivitätsgewinne und die weitere Wertschöpfung werden über die Bruttowertschöpfung (BWS) operationalisiert. Vermiedene Transferzahlungen sind je nach Sozialgesetzbuch unterschiedlich geregelt: Krankengeld (SGB V), Übergangsgeld und Erwerbsminderungsrente (SGB VI), Arbeitslosengeld I und II (SGB II und III). Es ist anzunehmen, dass Übergänge in Arbeit weit überwiegend aus Krankengeld, Übergangsgeld bzw. Arbeitslosengeld I erfolgen. Daher wurde im folgenden Modell durchgängig eine Transferzahlung von 70 % der Lohnkosten angenommen.

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin hat in ihrem Bericht zur volkswirtschaftlichen Bewertung der Arbeitsunfähigkeit für das Jahr 2023 eine durchschnittliche BWS von 249 € sowie durchschnittliche Lohnkosten von 144 € pro Tag angenommen (BAuA 2023). Es erfolgte eine Abzinsung dieser Werte auf 2017. Hierdurch ergibt sich eine BWS von 214 € und ein Arbeitnehmerentgelt von 124 € (jeweils pro Tag). Zusätzlich fielen in 2017 durchschnittlich 87 € pro Tag als Transferzahlung an. Bei Betrachtung der Folgejahre wurden die Werte entsprechend verzinst.

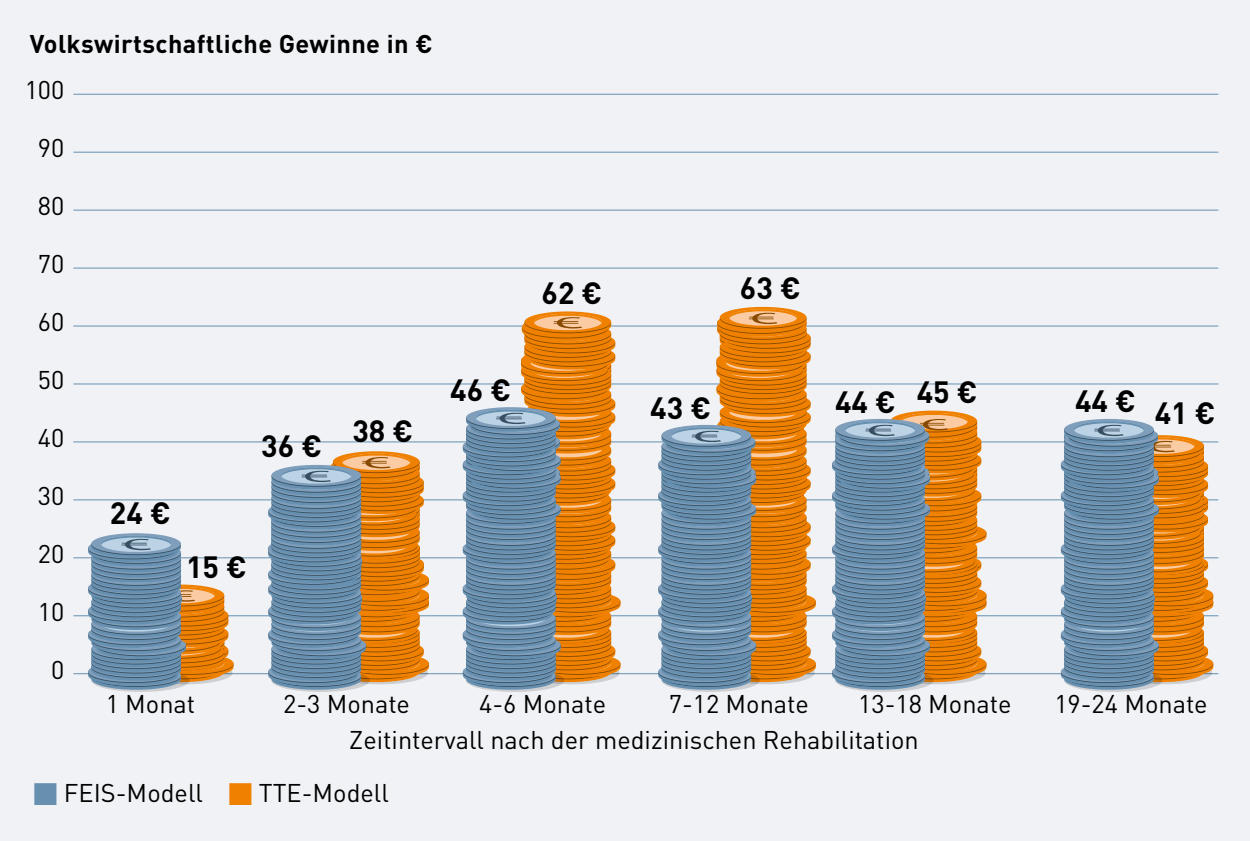

Abbildung 5: Volkswirtschaftlicher Effekt der Rehabilitation der Rentenversicherung (pro Tag und Person, FEIS-Modell/TTE-Model)

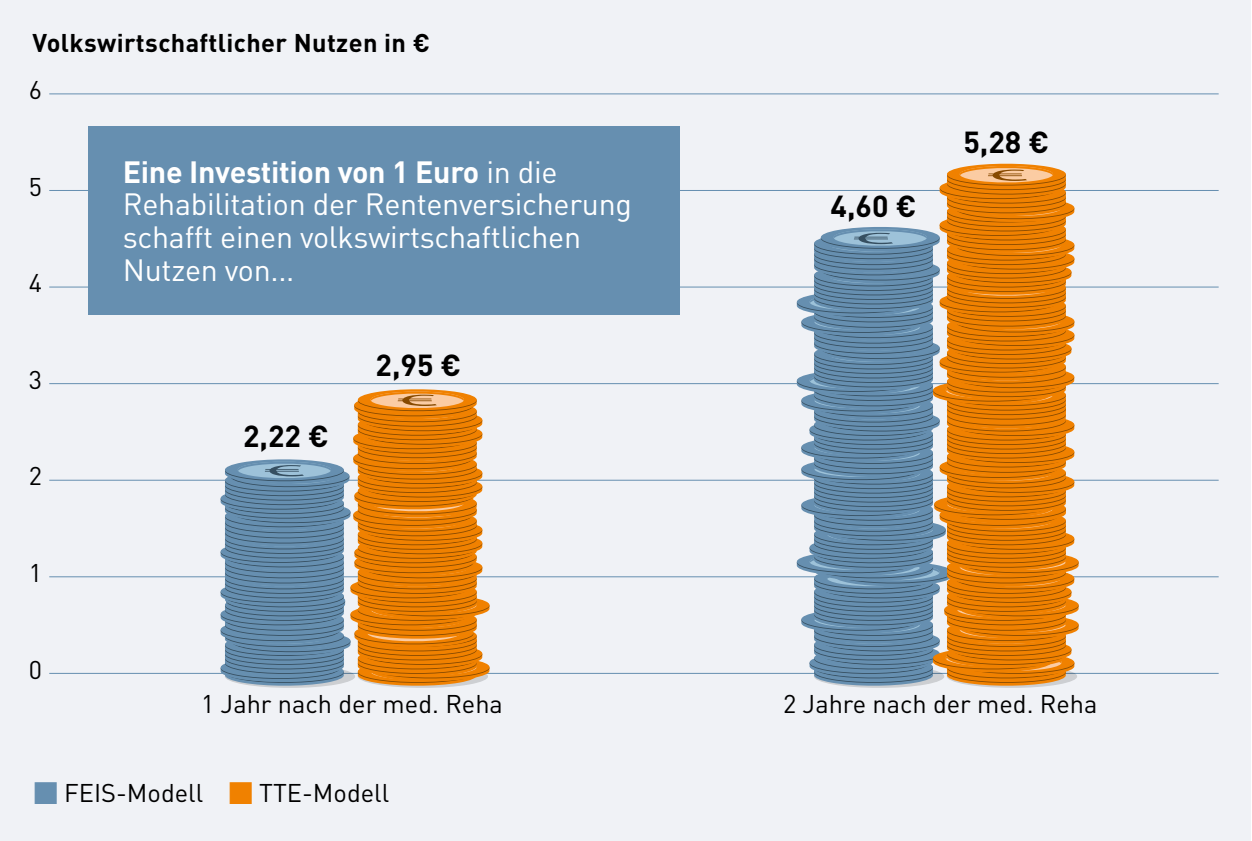

Abbildung 6: Der volkswirtschaftliche Nutzen einer Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung

Auf der Basis erfolgte eine monetäre Bewertung der Effekte im Vergleich zur Referenzgruppe. In die Betrachtung gingen nur Fälle mit regulärer medizinischer Rehabilitation (exkl. Anschlussrehabilitation) ein. Dies waren 618.700 Fälle im Jahr 2017 (DRV Bund 2025). Die volkswirtschaftlichen Gewinne bzw. Verluste in der Zeit nach der medizinischen Rehabilitation wurden pro Person und Tag berechnet, anschließend auf die Gesamtzahl in 2017 skaliert und für ein bzw. zwei Jahre nach der Rehabilitation dargestellt. Zur Nutzenbetrachtung der Rehabilitation wurden die volkswirtschaftlichen Gewinne in das Verhältnis zu den Aufwendungen in 2017 gesetzt. Bei 618.700 Fällen im Jahr 2017 waren dies etwa 4.1 Mrd. Euro.

Das sich ergebende Verhältnis aus Kosten und Effekten gibt den Return on Investment (ROI) an. Vereinfacht definiert der ROI, welchen volkswirtschaftlichen Nutzen ein Euro Investition in die Rehabilitation für die Gesellschaft erzeugt.

Ergebnisse

Der volkswirtschaftliche Effekt der Rehabilitation nach dem FEIS-Modell liegt direkt im Anschluss bei 24 € pro Tag und steigert sich danach suzessive auf etwa 45 € (Abbildung 5). Die volkswirtschaftlichen Effekte pro Tag auf Basis des TTE-Modells liegen bei 15 € im ersten Monat resp. knapp 40 € in den beiden Monaten danach. Anschließend wird ein Gewinn von etwa 60 € pro Person und Tag im ersten Jahr ausgewiesen. Im zweiten Jahr reduziert sich der Effekt aufgrund der höheren Erwerbsquote in der Kontrollgruppe auf etwa 40 € (Abbildung 5).

Der abschließende Blick auf den ROI (Abbildung 6) zeigt: Eine Investition in die Rehabilitation der Rentenversicherung von 1 € entfaltet im ersten Jahr einen volkswirtschaftlichen Nutzen von 2,22 € bzw. 2,95 €. Dieser Nutzen steigert sich in der 2-Jahresbetrachtung auf 4,60 € bzw. 5,28 €. Eine finanzielle Investition in die Rehabilitation der Rentenversicherung führt also zu einem fünffach höheren gesellschaftlichen Nutzen in den zwei Jahren danach.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Analyse belegt die Wirksamkeit sowie erstmalig den volkswirtschaftlichen Nutzen der Rehabilitation im Auftrag der Rentenversicherung auf der Basis bundesweit repräsentativer Daten. Die Erwerbschancen können um 15 bis 20 Prozentpunkte gesteigert werden. Eingesetzte finanzielle Mittel für die Rehabilitation rentieren sich innerhalb kurzer Zeit: Bereits ein Jahr nach der Rehabilitation zahlt sich diese doppelt bis dreifach für die Gesellschaft aus. Rehabilitationsstrategien sind also eine lohnenswerte Investition in das Humankapital einer Gesellschaft. Damit werden bisherige Expertenschätzungen aus der Prognos-Studie bestätigt.

Die Effekte wurden auf Basis der regulären medizinischen Rehabilitation geschätzt, AHB-Leistungen demnach ausgeschlossen. Hintergrund ist, dass Effekte auf die Teilhabe bei AHB-Fällen nicht nur auf die Rehabilitationsleistung selbst, sondern zusätzlich auch auf den vorhergehenden medizinischen Versorgungsprozess (etwa eine Operation) zurückzuführen ist. Auf Basis der hier verwendeten statistischen Modelle konnte keine Isolierung eines AHB-Effektes erfolgen, was die Effektschätzung erheblich verzerren würde.

In den statistischen Analysen wurden alle Personen mit einer regulären medizinischen Rehabilitation integriert. Damit erfolgt die Effektschätzung für alle möglichen Reha-Prozesse, also sowohl die isolierte Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation als auch komplexere Reha-Prozesse inkl. nachgehender Leistungen wie der Reha-Nachsorge, der Stufenweisen Wiedereingliederung oder auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Dies ist eine Stärke der Analyse, da auf dieser Basis der gesellschaftliche Nutzen der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen insgesamt dargestellt wird.

Der Nutzen der Rehabilitation verteilt sich nicht gleichmäßig auf die Reha-Population. Besonders starke Effekte können bei Personen mit Krankgelderfahrung, also längeren Fehlzeiten im Jahr vor der Reha beobachtet werden: Es lohnt sich demnach, die aktuell verfügbaren Reha-Angebote insbesondere für Personen mit manifesten erheblichen Teilhabestörungen vorzuhalten (Minderung der Erwerbsfähigkeit). Bei Personen mit einer Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, die noch keine manifesten, sich über Fehlzeiten äußernden Teilhabestörungen besitzen, könnten weniger intensive und damit kostengünstigere Reha-Angebote zu einer Optimierung der Kosteneffektivität führen. Eine solche Ausdifferenzierung bestehender Reha-Angebote braucht Zeit und Ressourcen, könnte jedoch zukünftig finanziellen Spielraum für eine Verbesserung der Versorgung bei Gruppen mit komplexeren Bedarfen eröffnen.

Die Analyse und die Empfehlungen sollten durch weitere Analysen untermauert werden. Die volkswirtschaftliche Bewertung erfolgte auf der Basis gemittelter Populationswerte. Sinnvoll dürfte eine genauere Betrachtung auf Basis individueller ökonomischer Kennwerte sein. Zudem wäre es hilfreich, neben den vorliegenden Informationen der Rentenversicherung auch gesundheitsbezogene Informationen in die Modelle zu integrieren, wie sie den Krankenkassen vorliegen (etwa Erkrankungen sowie die Inanspruchnahme und Kosten von medizinischen Leistungen).

Der vorliegende Bericht versteht sich daher als Anstoß für einen zukünftig zu führenden wissenschaftlichen und politischen Diskurs, der sowohl der Legitimation der bestehenden als auch der Entwicklung neuer Reha-Angebote dient.

Verwendete Literatur

Brüderl J, Ludwig V (2015). „Fixed-Effects Panel Regression". In: Best H and Wolf C, Eds., The Sage Handbook of Regression Analysis and Causal Inference, Sage, Thousand Oaks, 327–357.

Bundesanstalt für Abreitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA, 2024). „Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2023". Dortmund

Dannenmaier J, et al (2020). „Effekt der Rehabilitation auf den verzögerten Eintritt in die Berentung aufgrund von Erwerbsminderung". **Rehabilitation**; **59**: 10–16

Deutsche Rentenversicherung Bund (2025). Reha-Bericht 2024. Berlin.

Ebert F, et al (2024). „Effekte der pneumologischen Rehabilitation auf dysfunktionale Atemmuster bei Patienten mit unkontrolliertem Asthma". **Rehabilitation**; **63**: 100–106

Hernan, M. A., et al. (2016). „Specifying a target trial prevents immortal time bias and other self-inflicted injuries in observational analyses." **J Clin Epidemiol 79**: 70–75.

Hüppe A, Glaser-Möller N, Raspe H (2006). „Trgerbergreifendes Projekt zur Frherkennung von Rehabilitationsbedarf bei Versicherten mit muskuloskelettalen Beschwerden durch Auswertung von Arbeitsunfhigkeitsdaten: Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Evaluationsstudie". **Gesundheitswesen**; **68**: 347–356

Hüppe A, Parow D, Raspe H (2008). „Wirksamkeit und Nutzen eines Screeningverfahrens zur Identifi kation von rehabilitationsbedürftigen Personen mit Diabetes mellitus Typ 2: eine randomisierte, kontrollierte Evaluationsstudie unter Versicherten der Hamburg Münchener Krankenkasse. **Gesundheitswesen**;**70**: 590 – 599

Hüppe A, et al (2020). „The Effectiveness of Actively Induced Medical Rehabilitation in Chronic Inflammatory Bowel Disease. Results From a Randomized Controlled Trial (MERCED)". **Deutsches Ärzteblatt International** | Dtsch Arztebl Int; **117**: 89–96

Maringe C, et al. (2020). „Reflection on modern methods: trial emulation in the presence of immortal-time bias. Assessing the benefit of major surgery for elderly lung cancer patients using observational data." **Int J Epidemiol 49**(5): 1719–1729.

Negrini S, et al. (2022). „Rehabilitation definition for research purposes. A global stakeholders' initiative by Cochrane Rehabilitation." **Eur J Phys Rehabil Med 58**(3): 333–341.

Prognos AG (2009) im Auftrag von DEGEMED, VDPK und VPKT. „Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum". Basel. Arbeitsbericht

Prognos AG (2024) im Auftrag der Median Unternehmensgruppe: „Reha wirkt – Volkswirtschaftliche Effekte der medizinischen Rehabilitation. Basel. Arbeitsbericht

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI, 2015) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Rheinland und Westfalen. „Evaluation medizinischer Rehabilitationsleistungen der DRV". Essen. Abschlussbericht

Rüttenauer T, Ludwig V (2020). „Fixed Effects Individual Slopes: Accounting and Testing for Heterogeneous Effects in Panel Data or Other Multilevel Models." **Sociological Methods & Research 52**(1): 43–84.

Schlademann S, Hüppe A, Raspe H (2007). „Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie zur Akzeptanz und zu Outcomes einer Beratung auf stationäre medizinische Rehabilitation unter erwerbstätigen GKV-Versicherten mit rheumatoider Arthritis". **Gesundheitswesen**; 69: 325 – 335

Schmitz S, Meyer-Feil T (2024). „Randomized controlled trials as a source of evidence in rehabilitation: a critical analysis". **Eur J Rehabil Med**, **60**(6): 1078–87

Impressum

Herausgeber
Deutsche Rentenversicherung Bund
Abteilung Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin
Dezernat Reha-Wissenschaften
Ruhrstr. 2, D-10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin
Telefon: 030 865–39336
Telefax: 030 865–28879
Internet: **www.reha-wissenschaften-drv.de**
E-Mail: reha-wissenschaften@drv-bund.de

Autor*innen
Marco Streibelt, Nico Seifert [Ansprechpersonen]
Dezernat Reha-Wissenschaften,
Ellen von den Driesch, Daniel Brüggmann
Dezernat Forschung, Forschungsdaten und Forschungsförderung zur Alterssicherung

Satz und Layout
Grafikdesign Janine Frake