
Robert Seitz, Jürgen Wasem, Christian Krauth¹

Ökonomische Evaluation der Rehabilitation: die Perspektive der Rentenversicherungsträger

Economic Evaluation of Rehabilitation: the Perspective of Pension Insurance Institutes

***Hintergrund und Fragestellung:** Die Rentenversicherungsträger (RV-Träger) sind im Bereich Rehabilitation die wichtigsten Kosten- und Entscheidungsträger in Deutschland. In dem Beitrag wird die Perspektive der RV-Träger herausgearbeitet und der gesellschaftlichen Perspektive gegenübergestellt; außerdem werden Verfahren zur Operationalisierung dieser Perspektive in Evaluationsstudien entwickelt.*

***Methoden:** Die Analysen zur Perspektive der RV-Träger teilen sich in einen normativen und in einen positiven Teil auf (Analyse des gesellschaftlich geforderten bzw. des tatsächlichen Verhaltens). Sie beruhen auf Literaturrecherchen und Ergebnissen eines aus Gesundheitsökonomern und Vertretern von RV-Trägern zusammengesetzten Arbeitskreises.*

***Ergebnisse:** Die gesellschaftliche Perspektive zeigt an, wie eine optimale Allokation von Ressourcen erreichbar ist. Der explizite gesellschaftliche Auftrag an die RV-Träger beruht dagegen auf sozialrechtlichen Bestimmungen und zielt insbesondere auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit bei gleichzeitiger Budgetierung der Ausgaben ab. Das tatsächliche Ziel der RV-Träger besteht nach der ökonomischen Theorie der Bürokratie insbesondere darin, ihren Handlungs- und Entscheidungsspielraum zu erhalten bzw. zu erweitern. Der Nachweis, dass durch Reha-Leistungen Ausgaben für Renten und andere Sozialausgaben vermieden werden können, Begrenzungen der Ausgaben für Rehabilitation daher fiskalisch kontraproduktiv sind, ist ein wichtiges Mittel zur Erreichung dieses Ziels.*

***Diskussion und Schlussfolgerung:** Sowohl zwischen der gesellschaftlichen Perspektive und dem gesetzlichen Auftrag als auch innerhalb des gesetzlichen Auftrags sind Zielkonflikte möglich. Die Auswirkungen der Rehabilitation auf Sozialausgaben mögen von politischer Überzeugungskraft und auch haushaltspolitischem Interesse sein, die gesellschaftspolitische Bewertung der Leistungen eines Trägers der Sozialversicherung sollte jedoch primär aus gesellschaftlicher Perspektive erfolgen – auch wenn eine solche Evaluation weit komplexer ist als eine reine Analyse von Sozialausgaben. Aus normativer Sicht sollte eine wichtige Aufgabe der Gesundheitspolitik darin bestehen, den gesetzlichen Auftrag von Sozialversicherungsträgern der gesellschaftlichen Perspektive anzunähern.*

***Schlüsselwörter:** ökonomische Evaluation, Rehabilitation, Perspektive, Rentenversicherungsträger*

***Background and objective:** The pension insurance institutes (PIIs) are the most important payer for rehabilitation measures in Germany. In this contribution, the perspective of PIIs*

1 Für konstruktive kritische Anmerkungen bedanken sich die Autoren bei den zwei anonymen Gutachtern.

is examined and compared to the societal perspective. Besides, measures are developed to translate the PIIs' perspective for economic evaluation studies.

Methods: The perspective is examined from both a normative and a positive view (i.e., what is desirable and what is the actual behaviour, respectively). The analyses are based on literature research and findings of an interdisciplinary expert panel including PIIs representatives.

Results: The societal perspective shows how to achieve an optimal allocation of resources. The explicit societal instructions are laid down in the Social Code on rehabilitation however. They aim at improving work capacity but also impose a budget for the overall expenditure on rehabilitation. According to the economic theory of bureaucracy, the actual objective of PIIs is especially to maintain or enlarge their discretionary influence on the rehabilitation sector. The proof that rehabilitation measures lead to decreased payments for invalidity pensions and to lower other social expenditure serves as an important method to reach this target.

Discussion and conclusion: There are possible conflicts both between the societal perspective and the Social Code and within the Social Code instructions. The impact of rehabilitation measures on social expenditure may have persuasive power in the political process and may also be fiscally important. As PIIs are part of the statutory social security system, their evaluation should be based on the societal perspective however – although this perspective requires a far more complex analysis. From a normative point of view, health policy should bring the instructions in the Social Code more into line with the societal perspective.

Keywords: economic evaluation, rehabilitation, perspective, pension insurance institutes

1. Einleitung

Die einschlägigen Leitlinien zur ökonomische Evaluation medizinischer Leistungen empfehlen grundsätzlich die Einnahme der gesellschaftlichen Perspektive [1, 2, 3, 4]. Nur diese Perspektive zeigt an, wie eine gesamtwirtschaftlich effiziente Allokation von Ressourcen erreicht werden kann. In der Praxis der Ressourcenallokation kommt jedoch auch der Perspektive der Finanzierungsträger eine erhebliche Bedeutung zu: In den Gesundheitssystemen der USA und der Schweiz hat sich mit der Ausbreitung von Managed Care die Entscheidungsebene weg von den Leistungserbringern und hin zu den Finanzierungsträgern verlagert. Diese greifen direkt in das Leistungsgeschehen ein, indem sie den Leistungskatalog bestimmen und Behandlungsrichtlinien vorgeben. Auch in Deutschland wächst der Einfluss der Finanzierungsträger: Die Krankenkassen können das Versorgungsgeschehen aktiv in Modellvorhaben und Strukturverträgen gestalten. Im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen wirken sie auch beim Beschluss von Richtlinien mit und können den Leistungskatalog der vertragsärztlichen Versorgung mitbestimmen; die Vorgaben des Bundesausschusses gelten jedoch für alle Kassen gleichermaßen.

In der Rehabilitation haben die Finanzierungsträger in Deutschland seit jeher einen deutlich größeren Einfluss auf die Gestaltung des Versorgungsgeschehens als in der Akutversorgung. Aufgrund der historisch gewachsenen Gliederung des sozialen Sicherungssystems sind in diesem Bereich viele Sozialleistungsträger beteiligt: insbesondere die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung, die Berufsgenossenschaften als Träger der Unfallversicherung, die Träger der Sozialhilfe und – im Bereich der beruflichen Rehabilitation – die Bundesanstalt für Arbeit. In der medizinischen Rehabilitation sind die Rentenversicherungsträger (RV-Träger) mit etwa zwei Drittel der Ausgaben mit Abstand wichtigster Ausgaben-

träger [5]. Insofern Erwerbsfähigkeit betroffen ist, sind außer bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten immer die RV-Träger zuständig. Der große Einfluss der Rentenversicherung auf das Leistungsgeschehen in der Rehabilitation hat folgende Grundlage im Sozialgesetzbuch (SGB): Nach § 13 Abs. 1 SGB VI bestimmen die RV-Träger „im Einzelfall [...] Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der rehabilitativen Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen.“ Im Gegensatz zur stationären Akutversorgung liegt in der Rehabilitation ein System monistischer Finanzierung vor, d.h. aus dem Pflegesatz müssen auch die Kapitalkosten von Reha-Einrichtungen getragen werden. Die Bundesländer sind hier nicht an der Entscheidung über Neu- oder Ersatzinvestitionen beteiligt.

Somit sind die RV-Träger die wichtigsten Entscheidungsträger in der medizinischen Rehabilitation. Deshalb empfiehlt es sich, bei gesundheitsökonomischen Evaluationsstudien in der Rehabilitation neben der gesellschaftlichen Perspektive auch die Perspektive der RV-Träger zu berücksichtigen.²

2. Fragestellung

Die Perspektive der RV-Träger wird durch verschiedene Ziele bestimmt, die in dem Beitrag hergeleitet und analysiert werden. Dabei lässt sich zwischen einem *normativen* und einem *positiven* Zielsystem unterscheiden: Das *normative* Zielsystem definiert, welche Ziele die RV-Träger aus gesellschaftlicher Sicht durch Entscheidungen zur medizinischen Rehabilitation erreichen sollten. Das *positive* Zielsystem beschreibt, welche Zielvorstellungen die RV-Träger im Zusammenhang mit der Rehabilitation tatsächlich verfolgen (wobei auch Ziele aus dem normativen Zielsystem angestrebt werden können). Im Zentrum der Untersuchung steht die Frage, wie sich die Perspektive der RV-Träger in ökonomischen Evaluationsstudien operationalisieren lässt. Deshalb werden der *gesetzliche Auftrag* der RV-Träger als zentraler Bestandteil des normativen Zielsystems und das *Ausgabenziel* (die Minimierung der langfristigen Ausgaben der RV-Träger) als wichtige Komponente des positiven Zielsystems präzise beschrieben und für ökonomische Evaluationsstudien operationalisiert. Schließlich werden mögliche *Zielkonflikte* zwischen der gesellschaftlichen Perspektive einerseits und der RV-Träger-Perspektive andererseits herausgearbeitet und diskutiert.

Die Analysen beruhen auf zwei Quellen: Zum einen wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, insbesondere zum gesetzlichen Auftrag und zur ökonomischen Bürokratietheorie. Zum gesetzlichen Hintergrund wurde vor allem auf die Gesetzeskommentare zum SGB VI des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) [7] und von Hauck [8] sowie eine Übersichtsarbeit von Tiedt [9] zurückgegriffen. Auch ältere Untersuchungen zu den Zielen der RV-Träger – insbesondere solche mit ökonomischem Hintergrund – wurden berücksichtigt [10, 11, 12]. Zum anderen wurde ein Arbeitskreis mit Vertre-

2 Eine entsprechende Empfehlung gibt auch die AG Reha-Ökonomie im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und der deutschen Rentenversicherung [6]. Im Rahmen dieses Förderschwerpunkts werden acht regionale Forschungsverbände mit rund 70 Einzelprojekten gefördert.

tern der größten RV-Träger gebildet, in dem die Perspektive insbesondere mit Hinblick auf den gesetzlichen Auftrag und das Ausgabenziel hergeleitet und diskutiert wurde.

3. Die Perspektive der Rentenversicherungsträger: die *normative Analyse*

Aus normativer Sicht, d.h. aus dem Blickwinkel der Gesellschaft, sollten die RV-Träger als Teil des sozialen Sicherungssystems rehabilitative Leistungen so bewerten, dass ein gesellschaftlich optimales Ergebnis resultiert. Als „Perspektive“ der Evaluation kommt deshalb aus normativer Sicht nur die *gesellschaftliche Perspektive* in Frage [13]. Die RV-Träger müssen aus dieser Perspektive folgende Kosten bzw. Effekte berücksichtigen: Auf der Kostenseite ist der tatsächlich entstandene Ressourcenverbrauch, der nach dem Opportunitätskosten-Prinzip bewertet wird, maßgeblich. Dabei ist es unerheblich, wer die Kosten tatsächlich trägt (z.B. der Patient oder ein Sozialleistungsträger). Transferzahlungen wie Renten sind aus gesellschaftlicher Sicht nicht zu berücksichtigen. Auf der Effektseite werden je nach Studientyp zentrale klinische oder ökonomische Parameter betrachtet (Kosten-Effektivitäts-Studie) oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität bzw. ein Nutzwert (Kosten-Nutzwert-Studie) oder ein monetärer bzw. monetarisierter Wert (Kosten-Nutzen-Studie).

Der explizite normative Auftrag der Gesellschaft an Sozialversicherungsträger wie die RV-Träger besteht jedoch nicht in der Durchführung und Bewertung von rehabilitativen Maßnahmen nach der gesellschaftlichen Perspektive, sondern in der Erfüllung des *gesetzlichen Auftrags*. Wenn der gesetzliche Auftrag und die gesellschaftliche Sichtweise nicht kompatibel sind, kommt es zu einem Zielkonflikt zwischen zwei normativen Standpunkten. Dieser Zielkonflikt tritt beispielsweise dann auf,

- wenn es dem Gesetzgeber nicht gelingt, die Versorgung an der Schnittstelle zwischen zwei Versorgungssektoren zu optimieren und es deshalb zu gesellschaftlichen Effizienzverlusten kommt. Dies betrifft vor allem die Schnittstelle zwischen der von der Krankenversicherung finanzierten Akutbehandlung und der überwiegend von der Rentenversicherung getragenen Rehabilitation;
- wenn es einflussreiche Pressure-groups schaffen, ihre Gruppeninteressen im politischen Entscheidungsprozess durchzusetzen und wenn die Politiker weniger das gesellschaftliche Interesse verfolgen als das Interesse einer bestimmten Wählerklientel oder (allgemein) ihr eigenes Interesse.³

Wenn man davon ausgeht, dass der Gesetzgeber tatsächlich das gesellschaftliche Interesse verfolgt und die Versorgungspraxis im gegliederten Sozialsystem möglichst weit an die gesellschaftlich optimale Lösung anzunähern versucht, kann die Erfüllung des gesetzlichen Auftrags als praktisch realisierbare zweitbeste (*second best*) Lösung betrachtet werden. Die gesellschaftliche Per-

3 Unter welchen Bedingungen das Eigeninteresse der Politiker und das gesellschaftliche Interesse zusammenfallen, wird von der ökonomischen Theorie der Politik untersucht (vgl. dazu grundlegend [14, 15]).

spektive dient unter dieser Annahme auch für den Gesetzgeber als Richtschnur, die die theoretisch beste (*first best*) Lösung anzeigt.

4. Die Perspektive der Rentenversicherungsträger: die *positive* Analyse

Bei der Analyse des tatsächlichen Verhaltens der RV-Träger ist zu beachten, dass die eigentlichen Entscheidungsträger nicht die RV-Träger als solche sind, sondern ihre Mitarbeiter (Beamte, Angestellte) als Akteure einer Institution. Diese Akteure können ausschließlich den gesetzlichen Auftrag verfolgen, aber auch ihre individuellen Interessen. Die Frage, wie sich das tatsächliche Verhalten der Akteure bürokratischer Institutionen bestimmen lässt, wird in der *Theorie der Bürokratie* thematisiert.

Die ökonomische Theorie der Bürokratie

Nach der älteren Bürokratiethorie von Max Weber handeln die Akteure öffentlicher Verwaltungen (bei Weber das „Beamtentum“; in der Terminologie der Bürokratiethorie: „Bürokraten“) pflichtbewusst und rational im Sinne der Gesellschaft. Die pflichtgemäße Ableistung der Arbeit bedeutet nach Weber die gewissenhafte Erfüllung der Anweisungen einer vorgesetzten Stelle [16, 17]. Für die Aufgaben der Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation impliziert der Weber'sche Ansatz, dass sich die Akteure der RV-Träger vor allem an Geist und Buchstaben des gesetzlichen Auftrags orientieren.

Die – neuere – ökonomische Theorie der Bürokratie unterstellt demgegenüber, dass die Behördenmitarbeiter (wie andere Individuen auch) ihren eigenen Nutzen zu maximieren suchen. Es wird angenommen, dass die Bürokraten zumindest eingeschränkt eigene Ziele verfolgen können, da sie über einen Informationsvorsprung gegenüber bestimmten Kontrollorganen verfügen. Als Kontrollorgane, die den Akteuren der Rentenversicherung Restriktionen für die Verfolgung von Eigeninteressen setzen, fungieren insbesondere:

- die Vertreter der Selbstverwaltungsorgane (diese setzen sich bei der Arbeiter- und der Angestelltenrentenversicherung paritätisch aus Arbeitgebern und Arbeitnehmern zusammen);
- die Aufsichtsbehörden der RV-Träger und die Rechnungshöfe, die mit der Überwachung der Haushalts- und Wirtschaftsführung der RV-Träger beauftragt sind;
- Politiker über den Gesetzgebungsprozess, besonders durch leicht kontrollierbare Vorgaben wie die Budgetierung der Ausgaben, und
- Patienten über den Rechtsweg (das sog. Widerspruchsverfahren).⁴

Grundlegende theoretische Ansätze des Verhaltens von öffentlichen Verwaltungen haben Tullock [18], Downs [19] und insbesondere Niskanen [20], sowie Migué und Bélanger [21] (aufbauend auf der „*Managerial discretion*“-Theorie von Williamson [22]) entwickelt. Niskanen nimmt an, dass die wichtigsten Handlungsmotive der Akteure einer bürokratischen Institution – wie das Streben nach Einkommen, Macht und Prestige – eng an das Gesamtbud-

4 Indirekt können auch die Versicherten über politische Einflussnahme, besonders bei den Sozialwahlen, eine – eher beschränkte – Kontrolle ausüben.

get ihrer Behörde gebunden sind. Er folgert daraus, dass die Entscheidungsträger der Institution dieses Gesamtbudget zu maximieren suchen (Hypothese der Budget- bzw. Outputmaximierung öffentlicher Verwaltungen). Migué und Bélanger haben den Ansatz von Niskanen weiterentwickelt. Sie unterstellen, dass die Bürokraten eine Nutzenfunktion maximieren, in die neben dem Output (Budget) der Verwaltung auch der Handlungsspielraum als „diskretionäres Budget“ eingeht. Dieses diskretionäre Budget entspricht der Differenz zwischen den bei einer bestimmten Ausbringungsmenge deklarierten Ausgaben und den minimalen Ausgaben, die bei technisch effizienter Leistungserbringung entstünden. Migué und Bélanger nehmen an, dass der diskretionäre Handlungsspielraum sich in angenehmen und relativ konfliktfreien Arbeitsbedingungen sowie in indirektem Einkommen wie Ausstattung des Büros, Dienstwagen und Dienstreisen („consumption on the job“) niederschlägt. Daneben kann das Handeln, insbesondere bei Akteuren von Sozialleistungsträgern, von altruistischen Zielen geprägt sein [18].

Das diskretionäre Budget könnte, übertragen auf die deutschen RV-Träger, auch im originären Sinne als Handlungs- und Entscheidungsspielraum interpretiert werden [12]. Dies bedeutet, dass die Akteure der Rentenversicherung auch deshalb ein besonderes Interesse an der Rehabilitation als Aufgabengebiet haben könnten, weil diese – anders als Rentenleistungen – weite Ermessensspielräume in der Gestaltung des Versorgungssystems belässt. Diese Freiräume prägen das spezifische Bild der Rentenversicherung als „agierende“ Institution und unterscheiden sie von einem reinen „Durchführungsorgan“ des Gesetzgebers. Die Akteure der Rentenversicherung werden deshalb – so ist zu vermuten – der Erhaltung und eventuell dem Ausbau ihrer Zuständigkeiten für rehabilitative Leistungen große Bedeutung beimessen. Diese Vermutung bestätigt der Gesetzeskommentar von Hauck zum SGB VI: Dort wird die Bedeutung der Leistungen zur Rehabilitation auch damit begründet, dass diese „für die Selbstverwaltung der RV-Träger ein wichtiges Feld eigener aktiver Sozialgestaltung darstellen“ [8:K§9,RZ4].

Nach der ökonomischen Theorie der Bürokratie werden die Vertreter der Rentenversicherung im politischen Aushandlungsprozess ein möglichst großes Budget für Reha-Leistungen durchsetzen wollen. Mit diesem Budget werden sie eine möglichst große Leistungsmenge bereitstellen (Ansatz von Niskanen) bzw. sich einen möglichst großen diskretionären Freiraum schaffen (Ansatz von Migué, Bélanger).

Herleitung des Ausgabenziels

Je stärker die Akteure der RV-Träger unter der Überwachung und dem Druck ihrer Kontrollorgane stehen, umso weniger wird es ihnen gelingen, ihre individuellen Interessen durchzusetzen. Besonders starken Druck übt die gesetzlich vorgegebene Budgetierung der Ausgaben für Rehabilitation aus. Deshalb liegt es im besonderen individuellen Interesse der RV-Träger, die Bedeutung der Rehabilitation zu belegen und in den politischen Prozess einzubringen, um das Budget für Rehabilitation auszuweiten – bzw. bürokratiethoretisch ausgedrückt: zu maximieren. Ein starkes Gewicht haben in der politischen Diskussion die langfristigen Einsparungen, die bei den RV-Trägern selbst und anderen Sozialleistungsträgern durch rehabilitative Maßnahmen der RV-Träger

erzielt werden können⁵. Wenn diese Einsparungen höher sind als die direkten Ausgaben für Rehabilitation, wäre die Begrenzung der direkten Ausgaben durch den Gesetzgeber scheinbar nicht zu rechtfertigen [23]. Die Minimierung von Sozialausgaben reduziert langfristig *ceteris paribus* auch die erforderlichen Beitragszahlungen der Versicherten und Arbeitgeber und damit die Beitragssätze zur Renten- bzw. Krankenversicherung und die Lohnnebenkosten.

Von Vertretern der RV-Träger werden oft folgende Studien zum Ausgabenziel zitiert:

Hansmeier et al. [24] führten auf der Grundlage der sog. Rehabilitations-Verlaufsstatistik eine Abschätzung der langfristigen Ausgabenwirkungen der Rehabilitation für die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) durch.
Zielke et al. [25] berücksichtigten in ihrer Berechnung auch die Auswirkungen der Rehabilitation bei Krankenkassen und Arbeitgebern (Lohnfortzahlung).
Beide Studien legen nahe, dass durch rehabilitative Leistungen der RV-Träger langfristig Einsparungen von Sozialausgaben erzielbar sind.

Die Beschränkung auf die Ein- und Ausgabensituation der RV-Träger und Vernachlässigung anderer (gesellschaftlicher) Kostenkomponenten lässt sich als Perspektive eines Kostenträgers auch aus den Leitlinien zur ökonomischen Evaluation des *Panels on Cost Effectiveness* [1] ableiten: „When health maintenance organizations (HMOs) or government programs evaluate an intervention, they consider the costs they will experience in providing or paying for it.“⁶

Trotz seiner großen Bedeutung im politischen Prozess weicht das Ausgabenziel der RV-Träger erheblich von der gesellschaftlichen Perspektive ab (s. Diskussionsteil). Es lässt sich auch nicht direkt aus dem Gesetz herleiten. Somit ist es nicht dem normativen, sondern dem tatsächlichen, also positiven Zielsystem der RV-Träger zuzuordnen. Im folgenden Kapitel werden der gesetzliche Auftrag und das Ausgabenziel näher betrachtet und es werden Zielgrößen abgeleitet, die in Evaluationsstudien aus der Perspektive der RV-Träger umgesetzt werden können. Der Zielerreichungsgrad hinsichtlich dieser Größen gibt an,

- welche der in einer Studie verglichenen Interventionsalternativen den gesetzlichen Auftrag als expliziten normativen Auftrag der Gesellschaft an die RV-Träger am besten erfüllt bzw.
- welche Intervention am meisten zum Ausgabenziel und damit zum individuellen Interesse der RV-Träger beiträgt.

5 Sogar nach dem Gesetzeskommentar von Hauck stehen die Leistungen zur Rehabilitation für die Rentenversicherung auch deshalb im Vordergrund, weil sie „der Rentenversicherung – und damit der Solidargemeinschaft – unnötige Aufwendungen ersparen“ [8:K§9,RZ4].

6 Da die RV-Träger (im Gegensatz zu amerikanischen oder Schweizer HMOs und deutschen Krankenkassen) nicht im Wettbewerb stehen, ist die Höhe der Gesamtausgaben jedoch kein Wettbewerbsparameter für einen einzelnen RV-Träger. Zur Perspektive einzelner Krankenkassen vgl. [26, 27, 28].

5. Der gesetzliche Auftrag der Rentenversicherungsträger

Der gesetzliche Auftrag der RV-Träger enthält verschiedene Facetten. Das stärkste Gewicht für die Rehabilitation hat hierbei die Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Daneben hat die Rentenversicherung als Teil der Sozialversicherung im Rahmen sog. „sonstiger Leistungen“ bestimmte sozialpolitisch motivierte Aufgaben zu erfüllen, die nicht oder nur bedingt mit diesem „Kernauftrag“ zu tun haben. Die direkten Kosten, die erforderlich sind, um den gesetzlichen Auftrag zu erfüllen, rücken erst in zweiter Linie dadurch in das Blickfeld, dass der Gesetzgeber an mehreren Stellen die Berücksichtigung der Gebote der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit fordert.

Der Kernauftrag: Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit

Die gesetzlichen Bestimmungen zum Kernauftrag der RV-Träger mit Bezug auf die Rehabilitation finden sich in den §§ 9ff. SGB VI. In diesen Vorschriften werden neben den Voraussetzungen implizit auch die Ziele rehabilitativer Leistungen dargelegt. Nach § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VI sollen Leistungen zur Rehabilitation erbracht werden, um

- „1. den Auswirkungen von Krankheit oder [...] Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern.“

Rehabilitative Leistungen haben Vorrang vor Rentenleistungen, wenn sie diese einsparen oder verschieben können (§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI und § 116 Abs. 1 SGB VI).

Die RV-Träger sind nach § 10 SGB VI nur gegenüber solchen Versicherten leistungspflichtig,

- „1. deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
2. bei denen voraussichtlich durch die Leistungen
 - a. bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann,
 - b. bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann oder der Eintritt von Erwerbsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit oder im Bergbau verminderter Berufsfähigkeit abgewendet werden kann.“

Der zentrale Begriff der Erwerbsfähigkeit ist im Gesetz nicht näher definiert. Nach dem Gesetzeskommentar des VDR beschreibt er die „Fähigkeit des Versicherten, sich unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihm nach seinen gesamten Kenntnissen und körperlichen und geistigen Fähigkeiten im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, einen Erwerb zu schaffen“ [7:§10,RZ7]. Die Erwerbsfähigkeit ist gemindert, wenn eine länger andauernde, nicht unwesentliche Einschränkung der vollen Leistungsfähigkeit im Er-

werbsleben vorliegt. Hierbei ist auf berufstypische Verrichtungen im zuletzt ausgeübten Beruf abzustellen [29]. Neben den in § 10 SGB VI beschriebenen *persönlichen* Voraussetzungen müssen *versicherungsrechtliche* Voraussetzungen (§ 11 SGB VI) erfüllt sein, die sich z.B. auf Mindestversicherungszeiten oder die Dauer versicherter Tätigkeit beziehen.

Umsetzung des Kernauftrags in Evaluationsstudien

Eine aus dem Gesetz eindeutig ableitbare Umsetzung des Kernauftrags der RV-Träger besteht in folgendem zweistufigen Verfahren:

- Zunächst müssen alle Personen identifiziert werden, die sowohl die persönlichen als auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen. Die persönlichen Voraussetzungen zielen dabei auf das Rehabilitationsergebnis ab. Allen Personen mit voraussichtlich positivem Rehabilitationsergebnis soll der sozialmedizinische Dienst eines RV-Trägers eine Rehabilitation bewilligen.
- Der Einfluss eines RV-Trägers geht jedoch weit über die Bewilligung hinaus: Er hat auch über Aktionsparameter wie Art und Dauer der Rehabilitation sowie die Reha-Einrichtung zu bestimmen. Diese Parameter sind so zu wählen, dass die rehabilitativen Leistungen den bestmöglichen Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit haben, d.h. im Bestfall die Erwerbsfähigkeit voll erhalten oder wiederherstellen.

Die Erwerbsfähigkeit als primäre Zielgröße der RV-Träger lässt sich erst auf lange Sicht beurteilen. Zum Zeitpunkt der Entscheidung über Rehabilitationsleistungen ist es oft nicht bekannt, welche Leistung dieses Ziel am besten erfüllt. Wenn in einer längerfristig angelegten Evaluationsstudie für eine bestimmte Indikation mehrere Interventionsalternativen verglichen werden, lässt sich die Zielgröße der RV-Träger auf zwei unterschiedliche Arten operationalisieren:

a) Maximierung der Anzahl der Fälle mit positivem Rehabilitationsergebnis

Nach dieser Alternative für die Umsetzung des engeren gesetzlichen Auftrags ist aus Sicht eines RV-Trägers diejenige Interventionsalternative die beste, bei der die „Erfolgsquote“ am höchsten ist. Als erfolgreich wird dabei jeder Fall (Rehabilitand) eingestuft, bei dem die Erwerbsfähigkeit positiv beeinflusst werden konnte (nach Maßgabe von § 9ff. SGB VI).

Beispiel 1: In einer (hypothetischen) Evaluationsstudie mit 600 Studienteilnehmern wurde für eine definierte Indikation die Standardbehandlung (A) mit einer Interventionsalternative (B) und einer Versorgung ohne Rehabilitation (C) verglichen. Für A war bei 180 von 200 Patienten eine positive Beeinflussung der Erwerbstätigkeit zu verzeichnen und für B bei 160 von 200. Ohne Rehabilitation konnte für 120 von 200 Patienten eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit erreicht werden. Die Erfolgsquote lag demnach für A bei 90%, für B bei 80% und für C bei 60%. Aus Sicht eines RV-Trägers ist deshalb die Standardbehandlung die beste Wahl.

Als Vergleichsmaßstab zur Beurteilung der Effektivität des Rehabilitationssystems dient die Versorgung ohne Rehabilitation. Sobald für eine bestimmte In-

dikation die Erfolgsquote bei Durchführung einer rehabilitativen Maßnahme höher ist als bei der Versorgung ohne Rehabilitation, ist aus Sicht der RV-Träger die Rehabilitation durchzuführen.

b) Minimierung der indirekten gesellschaftlichen Kosten von Erwerbsminderung

Nach der zweiten Alternative für die Operationalisierung des gesetzlichen Kernauftrags werden die gesellschaftlichen Folgen der Erwerbsminderung am indirekten volkswirtschaftlichen Ressourcenausfall festgemacht. Zu einem solchen Ressourcenausfall kommt es, wenn ein Versicherter aufgrund von Erwerbsminderung ein geringeres Bruttoeinkommen erzielt und damit weniger zum Volkseinkommen beitragen kann. Wenn man den *Humankapitalansatz* der Berechnung zugrunde legt, ist der abdiskontierte⁷ Ressourcenausfall für die gesamte Restlebenszeit eines Versicherten in Rechnung zu stellen. Geht man hingegen aufgrund der bestehenden hohen Arbeitslosigkeit davon aus, dass der *Friktionskostenansatz* angemessener den gesellschaftlichen Ressourcenausfall widerspiegelt [31], so ist nicht die Restlebenszeit des Versicherten, sondern nur die (wesentlich kürzere) Friktionsperiode bis zur Neubesetzung des Arbeitsplatzes anzusetzen. Nach dem Willen des Gesetzgebers ist bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit eines Versicherten für die Gewährung von Rentenleistungen nicht die jeweilige Lage auf dem Arbeitsmarkt zu berücksichtigen, sondern die Lage unter „üblichen Bedingungen“ (§ 43 SGB VI). Wenn davon ausgegangen wird, dass die hohe Arbeitslosigkeit nicht die „üblichen Bedingungen“ widerspiegelt, sondern auf momentane Probleme der Arbeitsmarktpolitik zurückzuführen ist, sollte folglich der Humankapitalansatz gewählt werden.

Aus Sicht eines RV-Trägers ist diejenige Interventionsalternative vorzuziehen, die zu möglichst wenig indirektem Ressourcenausfall führt.

Beispiel 2: In der Evaluationsstudie aus Beispiel 1 wurden für jeden Studienteilnehmer auch die Barwerte des Bruttoeinkommens ermittelt (nach dem Humankapitalansatz für die gesamte Restlebenszeit ab der Rehabilitation bzw. Studienbeginn). Für A lag der Barwert des Bruttoeinkommens pro Studienteilnehmer im Schnitt bei 800.000 DM, für B bei 1 Mio. DM und für C bei 650.000 DM. Somit konnten durch die Standardbehandlung A gegenüber der Situation ohne Rehabilitation C indirekte Kosten in der Höhe von 150.000 DM pro Versicherter eingespart werden; für B lag die Einsparung bei 350.000 DM. Anders als in Beispiel 1 fällt für die RV-Träger nach diesem Kriterium die Wahl auf die Behandlung B.

Hier beurteilt ein RV-Träger das Rehabilitationssystem für eine bestimmte Indikation dann als effektiv, wenn durch die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme indirekte Kosten eingespart werden können.

⁷ Da die *gesellschaftlichen* Kosten der verminderten Erwerbsfähigkeit relevant sind, ist auf die gesellschaftliche Zeitpräferenzrate zu rekurren (vgl. dazu [30]).

Die beiden Ansätze der Operationalisierung können unterschiedliche distributive Implikationen haben: Bei der Maximierung der Anzahl von Fällen mit positivem Rehabilitationsergebnis geht jeder erfolgreich Rehabilitierte mit gleichem Gewicht in die „Erfolgsquote“ ein. Der zweite Ansatz berücksichtigt zusätzlich, in welchem Ausmaß die Erwerbsfähigkeit verbessert werden konnte und aggregiert die beiden „Erfolgsparameter“ zu den eingesparten indirekten Kosten. Bei einem Vergleich von zwei Programmen A und B ist es – wie in den oben gezeigten Beispielen – möglich, dass durch Programm B zwar weniger Versicherte erfolgreich rehabilitiert werden können als durch Programm A, dass das Ausmaß der Verbesserung der Erwerbsfähigkeit bei Programm B aber größer ist – beispielsweise weil es mit Programm B gelingt, den Zeitraum der Erwerbsfähigkeit bei den erfolgreich Rehabilitierten gegenüber Programm A zu verlängern (oder weil verhindert werden kann, dass die Rehabilitanden in eine weniger qualifizierte Tätigkeit wechseln müssen). Auch ein relativ hohes Einkommen der Rehabilitanden führt in diesem Ansatz *ceteris paribus* zu höheren Einsparungen bei indirekten Kosten. Die dadurch mögliche Diskriminierung von Versicherten mit relativ niedrigen Einkommen wird vermieden, wenn (wie von der AG Reha-Ökonomie empfohlen [33]) Durchschnittseinkommen zur Berechnung der indirekten Kosten verwendet werden.

Sonstige Reha-Leistungen der Rentenversicherungsträger

Die medizinischen und berufsfördernden Reha-Leistungen zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sind die wichtigsten Rehabilitationsleistungen der RV-Träger.

Daneben können sie sog. „sonstige Leistungen“ erbringen (nach § 31 SGB VI). Dazu gehören auch Leistungen für Personen, die nicht im Erwerbsleben stehen und damit nicht in den engeren Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung fallen:

- *Kinder* erhalten stationäre Heilbehandlungen (insbesondere bei Atemweg-erkrankungen);
- *Rentner und Angehörige von Versicherten* erhalten sog. Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen.

Die Leistungen für Kinder tangieren nur auf lange Sicht die Erwerbsfähigkeit. Entsprechend legt der Gesetzgeber als Erfolgskriterium fest, dass durch diese Leistungen „voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der *Gesundheit* beseitigt oder eine beeinträchtigte *Gesundheit*⁸ wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann“ (§ 31 Abs. 1 Satz 4 SGB VI, Hervorh. d.V.). Für die Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen gibt es kein Erfolgskriterium im Gesetz. Die RV-Träger verlangen in ihren Gemeinsamen Richtlinien für die Erbringung dieser Leistungen jedoch, dass die „durch die Geschwulsterkrankungen oder deren Therapie bedingten körperlichen, seelischen, sozialen oder beruflichen *Behinderungen* [...] positiv beeinflussbar sein“

8 In ihren Gemeinsamen Richtlinien für Kinderheilbehandlungen bestimmen die RV-Träger jedoch als grundsätzliche persönliche Voraussetzung für solche Leistungen (und damit als Erfolgskriterium) zusätzlich, dass dadurch auch die Aussicht auf eine spätere *Erwerbsfähigkeit* der Kinder verbessert werden kann.

sollen [29, Hervorh. d.V.]. In beiden Fällen sind es allgemeine wohlfahrtspolitische Überlegungen, die den Gesetzgeber dazu veranlassen, Leistungen der RV-Träger zu ermöglichen.⁹

In ökonomischen Evaluationsstudien zu Rehabilitationsleistungen bei Kindern und Krebskranken lässt sich die Perspektive der RV-Träger so operationalisieren, dass beim Vergleich zweier Interventionsalternativen diejenige mit der größeren „Erfolgsquote“ gewählt werden soll, wobei als primäres Erfolgskriterium hier die positive Beeinflussung der *Gesundheit* (bei Kindern) bzw. der *Behinderung* (bei Krebskranken) dient.

Somit ergibt sich für die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags bei den sonstigen Leistungen eine Analogie zur Operationalisierung des Kernauftrags: Auch hier haben die RV-Träger das Ziel, die Anzahl der Fälle mit positivem Rehabilitationsergebnis zu maximieren.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot

Die direkten Ausgaben der Leistungen bleiben im gesetzlichen Auftrag der RV-Träger sowohl bei den Leistungen des Kernauftrags als auch bei den sonstigen Leistungen unberücksichtigt. Diese Lücke wird durch das Wirtschaftlichkeitsgebot geschlossen. Dieses ist ebenfalls gesetzlich verankert. Es lässt sich aufteilen in gesetzliche Vorgaben, die sich direkt auf einzelne Leistungen beziehen, und solche, die ohne Bezug auf die Einzelleistungen global für die Gesamtausgaben definiert sind. Ein allgemeines Wirtschaftlichkeitsgebot ist in § 13 Abs. 1 SGB VI für rehabilitative Leistungen formuliert. Danach haben die RV-Träger die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu berücksichtigen. Die Träger rehabilitativer Leistungen der Sozialversicherung haben im Jahr 1984 eine „Gesamtvereinbarung“ geschlossen, in der diese Grundsätze für Leistungen der medizinischen Rehabilitation präzisiert¹⁰ werden.

Der Grundsatz der Sparsamkeit als mikroökonomische Vorgabe

Der Grundsatz der Sparsamkeit ist folgendermaßen definiert [29, Hervorh. d.V.]:

„Der Grundsatz der Sparsamkeit gebietet dem Rentenversicherungsträger, unter mehreren gleichwertigen Leistungen zur Erreichung des Rehabilitationszieles die weniger kostenaufwendige Leistung zu wählen.“

Wenn es also mehrere Leistungen gibt, die den gesetzlichen Kernauftrag oder die Zielvorgabe bei den sonstigen Leistungen in gleicher Weise erfüllen, so ist

⁹ Das Interesse der RV-Träger, diese sog. „Kann-Leistungen“ tatsächlich zu erbringen, lässt sich auch bürokratiethoretisch erklären: Die Leistungen tragen zur Ausweitung des Zuständigkeitsbereiches der Rentenversicherung bei.

¹⁰ Die in der Gesamtvereinbarung getroffenen Definitionen der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit werden in aktuellen Gesetzeskommentaren zu § 13 SGB VI übernommen [8:K§13,RZ7]. Im Kommentar des VDR findet sich keine explizite Definition dieser Grundsätze, aber ein Verweis auf die Gesamtvereinbarung [7:§13,RZ4.5].

die kostengünstigste Maßnahme auszuwählen. Der Grundsatz der Sparsamkeit erfordert auch die technisch effiziente Erbringung der Leistungen.

Der Grundsatz der Sparsamkeit ist eine *mikroökonomische* Vorgabe, die sich auf der Ebene der einzelnen Leistungen operationalisieren lässt. Die Höhe der Gesamtausgaben für rehabilitative Leistungen bleibt dadurch offen.

Makroökonomische Vorgaben und der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit

Das SGB VI enthält aber auch *makroökonomische Vorgaben*, die die Gesamtausgaben für Rehabilitation direkt betreffen: Zum einen ist ein für rehabilitative Leistungen *spezifischer* Grundsatz der Beitragssatzstabilität festgelegt, zum anderen sind die Ausgaben für Rehabilitation budgetiert:

Sektorspezifische Beitragssatzstabilität:

In § 220 Abs. 1 SGB VI ist festgelegt, dass die jährlichen Ausgaben der Rentenversicherung für Rehabilitation entsprechend der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer festgesetzt werden. Überschreiten die Ausgaben am Ende eines Kalenderjahres den für dieses Kalenderjahr jeweils bestimmten Betrag, wird der Betrag, der sich für das zweite Kalenderjahr nach dem Jahr der Überschreitung für rehabilitative Leistungen ergibt, entsprechend vermindert. Damit ist ein für rehabilitative Leistungen spezifischer Grundsatz der Beitragssatzstabilität vorgegeben.¹¹

Budgetierung:

Mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz ist in § 287 b Abs. 2 SGB VI abweichend von § 220 Abs. 1 die strikte Budgetierung der Ausgaben für Rehabilitation eingeführt worden. Für das Jahr 1997 wurden die Ausgaben auf die zuvor um 600 Millionen DM verminderten entsprechenden Ausgaben für das Jahr 1993 begrenzt. Dies entspricht gegenüber 1996 einem Sparvolumen von 2,4 Milliarden DM und ca. einem Viertel der Ausgaben des Vorjahres. Das Budget für 1998 ist um 150 Millionen DM, das Budget für 1999 um 300 Millionen DM höher als das Budget für 1997.

11 Ursprünglich war diese Vorgabe durch § 220 SGB VI Abs. 1 Satz 2 abgeschwächt, wo die Berücksichtigung der Veränderungen der Zahl der Versicherten und „struktureller Veränderungen“ festgelegt war. Für die Festlegung eines Haushaltsplans wurden letztere weiter konkretisiert, z.B. durch den Bezug auf Demographie, Aufbau Ost oder den medizinisch-technischen Fortschritt. Nichtsdestotrotz waren die „strukturellen Veränderungen“ als unbestimmter Rechtsbegriff interpretationsfähig; auch der Gesetzeskommentar des VDR präziserte den Begriff kaum und nannte lediglich „z. B. Veränderungen des Leistungsumfanges durch neue gesetzliche Vorschriften, durch neue Krankheitsformen oder durch neue Therapien“ [7:§220,RZ8]. Überschreitungen der Ausgabenwachstumsobergrenze konnten in der Vergangenheit deshalb vergleichsweise leicht mit solchen strukturellen Veränderungen begründet werden. Die Möglichkeit, die „Zahl der Versicherten und strukturelle Veränderungen“ geltend machen zu können, wurde durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) 1996 gestrichen. Außerdem wurde durch das WFG festgelegt, dass eine Überschreitung der so bestimmten maximalen Ausgabenzuwachsrates im übernächsten Kalenderjahr durch entsprechende Minderausgaben auszugleichen ist.

Im Gesetz fehlt jedoch völlig eine Regel zur Umsetzung der globalen Vorgaben der Budgetierung und der Beitragssatzstabilität. Lediglich in der o. g. Gesamtvereinbarung findet sich als Definition für den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit eine Vorgabe, die als Regel zur Aufteilung des Budgets verwendet werden könnte [29, Hervorh. d.V.]:

„Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit verpflichtet den Träger, bei der Entscheidung über Rehabilitationsleistungen finanziellen Aufwand und Rehabilitationsziel gegeneinander abzuwägen.“

Unter den Bedingungen einer strikten Budgetierung könnte dieser Grundsatz dahingehend interpretiert werden, die Leistungen des Kernauftrags der Rentenversicherung auf diejenigen Fälle zu begrenzen, in denen die positive Beeinflussung der Erwerbsfähigkeit (als Zielgröße) mit geringem Aufwand erreicht werden kann. Dies könnte jedoch zu einer Rationierung von rehabilitativen Leistungen führen. Die RV-Träger könnten auch nicht mehr dem gesetzlichen Auftrag gerecht werden, nach dem eine Rehabilitation in allen Fällen, bei denen „voraussichtlich“ ein Erfolg eintreten wird, zu gewähren ist.

Wenn man den Grad der Zielerreichung als Maßstab für die Qualität der Rehabilitation betrachtet, ist eine solche Rationierung auch durch die Gesamtvereinbarung nicht gedeckt:

„Die Anwendung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit darf die notwendige Qualität der medizinischen Rehabilitation nicht beeinträchtigen.“

Deshalb scheidet der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit als generelle Regel zur Aufteilung des Budgets aus. Somit können sich Zielkonflikte zwischen dem gesetzlichen Kernauftrag der RV-Träger und makroökonomischen gesetzlichen Vorgaben wie der Budgetierung ergeben. Solche Zielkonflikte sind bisher nicht aufgetreten, weil in den letzten Jahren das Antragsvolumen für rehabilitative Leistungen stark zurückgegangen ist [32].

6. Das Ausgabenziel

Durch die Vorgabe der Budgetierung ist für die Höhe der Gesamtausgaben für Rehabilitation eine klare Zielmarke gesetzt. Diese Vorgabe kann nicht nur zu einem Zielkonflikt mit dem gesetzlichen Kernauftrag der RV-Träger führen (das Budget könnte zu gering sein, um alle rehabilitierbaren Personen in Rehaprogramme einzuschließen), sondern steht auch deren individuellen Interessen entgegen. Diese Interessen bestehen darin, im politischen Aushandlungsprozess zu zeigen, dass sich Rehabilitation langfristig auch für die RV-Träger lohnt, da sie zu überproportionalen Einsparungen bei den Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten führt.¹²

12 Die Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten werden im Folgenden zusammenfassend als Erwerbsminderungsrenten bezeichnet.

Operationalisierung des Ausgabenziels in Evaluationsstudien

Für die Operationalisierung des Ausgabenziels in Evaluationsstudien aus Sicht eines Rehabilitationsträgers wird im Folgenden dessen Ausgaben- und Einnahmensituation betrachtet. Diese wird insbesondere von vier Faktoren beeinflusst¹³:

- a) Rehabilitative Maßnahmen verursachen zunächst *direkte Ausgaben* in Form der Vergütung, die der RV-Träger an die Rehabilitationseinrichtungen entrichten muss. (Davon abzuziehen sind im Prinzip etwaige Zuzahlungen der Patienten.) Sofern der RV-Träger nicht gleichzeitig Einrichtungsträger ist, interessieren ihn nur die zu entrichtenden Pflegesätze. Wenn eine Reha-Maßnahme in einer eigenen Klinik eines RV-Trägers durchgeführt wird, ist die interne Kostenrechnung der jeweiligen Klinik zur Abschätzung der direkten Ausgaben der Maßnahme maßgeblich.
- b) Zusätzlich zu den Rehabilitationsmaßnahmen bezahlen die RV-Träger möglicherweise *ergänzende Leistungen*. Dazu gehören insbesondere Haushaltshilfe und die Erstattung von Fahrtkosten sowie als wichtigste Kategorie das Übergangsgeld als Lohnersatzleistung.
- c) Wenn Rehabilitationsleistungen dazu führen, dass die Arbeitskraft der Versicherten erhalten bleibt, sparen die RV-Träger *Erwerbsminderungsrenten* und damit zusammenhängende Zahlungen, z.B. für die Krankenversicherung der Rentner, ein. Indirekt können rehabilitative Maßnahmen auch Auswirkungen auf die Länge des Bezugs und die Höhe der *Altersrenten* haben. Aus RV-Träger-Perspektive handelt es sich dabei um zusätzliche Ausgaben; es könnte daher diskutiert werden, ob diese Zahlungen den Ersparnissen bei den Erwerbsminderungsrenten gegenzurechnen wären. Allerdings dürfte eine hieraus etwaig resultierende Unterlassung von Reha-Maßnahmen, weil diese sich positiv auf die Länge und Höhe der Altersrenten auswirken würden, dem vorherrschenden sozialpolitischen und ethischen Konsens eindeutig widersprechen. Daraus ergibt sich auch ein Widerspruch zu dem Interesse der RV-Träger.
- d) Schließlich sichert eine erfolgreiche Rehabilitation die *Beitragszahlung* der Versicherten. Die Höhe der individuellen Beitragszahlungen ist abhängig vom Beitragssatz zur Rentenversicherung, dem beitragspflichtigen Einkommen und der Beitragsbemessungsgrenze.

Das Kalkül der RV-Träger besteht nach dem Ausgabenziel darin, Rehabilitationsmaßnahmen in dem Ausmaß und in der Form durchzuführen, dass

die (abdiskontierte) Summe aus

- c) den durch Rehabilitation eingesparten Zahlungen von Erwerbsminderungsrenten sowie den damit zusammenhängenden Zahlungen und
- d) den durch Rehabilitation gesicherten Beitragszahlungen

13 Zu den gesetzlichen Grundlagen und zur Berechnung der vier Einflussgrößen vgl. [33].

abzüglich der

- a) direkten Ausgaben für die Rehabilitationsleistungen und der
- b) Ausgaben für ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

maximiert wird.

Eine Rehabilitationsmaßnahme führt nach dieser Zielsetzung immer dann zu Einsparungen, wenn die durch sie verursachten Ausgaben (Punkte a) und b)) geringer sind als die durch sie eingesparte Summe bei Erwerbsminderungsrenten und Beitragszahlungen (Punkte c) und d)). Bei der Evaluation verschiedener Interventionsalternativen für eine festgelegte Indikation ist aus der Sicht eines RV-Trägers nach dem Ausgabenziel diejenige Intervention vorzuziehen, die langfristig zu den größten Einsparungen führt.

7. Diskussion: Gesellschaftliche und Rentenversicherungsträger-Perspektive im Vergleich

In diesem Beitrag wurde die Perspektive der RV-Träger bei der Evaluation von Rehabilitationsleistungen herausgearbeitet. Dabei wurde eine Unterscheidung in eine normative und eine positive Betrachtungsweise vorgenommen. Als Leitlinie für die Beurteilung der tatsächlichen (positiven) Perspektive und des gesetzlichen Auftrags (als Teil der normativen Perspektive) dient die gesellschaftliche Perspektive. Im folgenden Abschnitt wird deshalb diskutiert, inwieweit die einzelnen Komponenten der Perspektive der RV-Träger von diesem gesellschaftlichen Referenzsystem abweichen.

Der gesetzliche Kernauftrag der RV-Träger besteht in der Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und bezieht sich damit auf eine wichtige Dimension der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität*, die das Effektivmaß in Kosten-Nutzwert-Studien aus gesellschaftlicher Perspektive liefert. Er beschränkt sich jedoch auf diese eine Dimension und deckt damit nur einen – wenn auch bedeutenden – Teil der gesamten gesundheitsbezogenen Lebensqualität ab. Die positive Beeinflussung der Erwerbsfähigkeit wird je nach Interpretation des gesetzlichen Auftrags nur auf der Effektseite oder nur auf der Seite der indirekten Kosten festgemacht – wobei sich beim Vergleich von Reha-Maßnahmen unterschiedliche Schlussfolgerungen ergeben können. Bei den sog. „sonstigen Leistungen“, die nicht (direkt) die Erwerbsfähigkeit der Patienten tangieren, ist demgegenüber der Erfolg der Rehabilitation an einer Besserung der „Gesundheit“ bzw. „Behinderung“ festgemacht. Dies sind Größen, die der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sehr nahe stehen.

Zwar ist nach dem Grundsatz der Sparsamkeit unter verschiedenen Reha-Maßnahmen mit identischem Zielerreichungsgrad die kostengünstigste auszuwählen, die Abwägung von Zielerreichungsgrad und Kosten von rehabilitativen Leistungen ist jedoch grundsätzlich nicht durch das Gesetz gedeckt. Somit ergibt sich ein Widerspruch innerhalb des SGB VI: Auf der einen Seite werden zwar makroökonomische Vorgaben wie die strikte Budgetierung der Reha-Ausgaben gemacht, auf der anderen Seite stehen aber Regeln zur Umsetzung der Budgetierung im Widerspruch zum gesetzlichen Kernauftrag der RV-Träger. Dieser Widerspruch gilt auch für die Bildung von inkrementellen

Kosten-Effektivitäts-Verhältnissen als generelle Regel zur Aufteilung des Budgets. Aus normativer Sicht stellen sich deshalb zwei Aufgaben an die Gesundheitspolitik: Zum einen sollten die Zielkonflikte in den gesetzlichen Vorgaben gelöst werden; zum anderen sollte der gesetzliche Auftrag der RV-Träger (wie auch der anderer Sozialleistungsträger) stärker der gesellschaftlichen Perspektive angenähert werden. Aus dieser Perspektive sind im Zähler von Kosten-Effektivitäts-Verhältnissen sämtliche Kosten zu berücksichtigen (nicht nur die Ausgaben der RV-Träger) und im Nenner sämtliche Effekte (nicht nur die mit Erwerbsfähigkeit verbundenen). Die Evaluation aus gesellschaftlicher Sicht kann Informationen darüber liefern, in welchem Verhältnis die Kosten und Effekte verschiedener Interventionsalternativen im Vergleich stehen. Wenn die Versorgung ohne Rehabilitation eine dieser Alternativen ist, ist auch eine Aussage über die Effektivität des Rehabilitationssystems möglich. Diese wiederum kann analogen Studien im Akutbereich gegenübergestellt werden, so dass auch verschiedene Versorgungssysteme verglichen werden können. Ein solcher Vergleich wäre der ideale gesundheitsökonomische Maßstab zu einer gesellschaftlichen Beurteilung der Budgetierung. Entsprechende Studien liegen aber (noch) nicht vor.

Zur Legitimierung der Rehabilitation verweisen die RV-Träger vor allem auf die Einsparungen von Sozialausgaben, die durch rehabilitative Leistungen erreichbar sind. Die Ausgaben der RV-Träger weichen von den gesellschaftlichen Kosten in mehrerer Hinsicht ab:

- Die direkten Ausgaben der RV-Träger für rehabilitative Maßnahmen entsprechen im allgemeinen tagesgleichen Pflegesätzen, die an die Rehabilitationseinrichtungen gezahlt werden. Je nach Ergebnis der Pflegesatzverhandlung sowie Wirtschaftlichkeit und Auslastung der Rehabilitationseinrichtung können sie die tatsächlich entstandenen Kosten sowohl über- als auch unterschreiten. Direkte Folgekosten, die andere Kostenträger wie die Krankenkassen tragen, bleiben im Ausgabenkalkül der RV-Träger unberücksichtigt.
- Aufgrund der Erwerbsminderung eines Versicherten entstehen einem RV-Träger neben den direkten Ausgaben auch Ausgaben für Übergangsgeld (als Lohnersatzleistung) und für Erwerbsminderungsrenten sowie ein Ausfall bei den Beitragszahlungen des Versicherten. Diese Ausgaben spiegeln die tatsächlichen indirekten Kosten nicht – oder nur zufällig – korrekt wider: Nach dem Humankapitalansatz entspricht der gesellschaftliche Ressourcenausfall, der der Gesellschaft durch die Erwerbsunfähigkeit eines Mitglieds entsteht, 100% des Bruttoeinkommens inklusive sämtlicher Lohnnebenkosten und Lohnersatzleistungen. (Soviel hätte das Mitglied während seiner Restlebenszeit bei voller Erwerbsfähigkeit zum Volkseinkommen beigetragen.) Da das Übergangsgeld und die Erwerbsminderungsrenten zuzüglich des Ausfalls an Beitragszahlungen nur einen kleineren Prozentsatz des Bruttoeinkommens abdecken, zahlen die RV-Träger nach diesem Ansatz weniger als den volkswirtschaftlichen Ressourcenausfall. Bei Verwendung des Friktionkostenansatzes zur Abschätzung des Ressourcenausfalls sind die Ausgaben der RV-Träger dagegen im allgemeinen höher als die gesellschaftlichen indirekten Kosten der Erwerbsminderung.

Je mehr Sozialleistungsträger in das Ausgabenkalkül einbezogen werden, umso genauer wird abgebildet, in welcher Höhe Sozialausgaben durch rehabilitative

Maßnahmen eingespart werden können. Aus gesellschaftlicher Sicht sollte die Überzeugungskraft der RV-Träger hinsichtlich der Legitimation der Rehabilitation am größten sein, wenn alle Kostenträger – auch die Rehabilitanden selbst – im Ausgabenkalkül berücksichtigt werden. So können die gesamten gesellschaftlichen Kosten abgebildet werden, die im Zusammenhang mit einer rehabilitativen Intervention anfallen. Werden zusätzlich alle (physischen, psychischen und sozialen) Effekte der Rehabilitation berücksichtigt – auch diejenigen, die nicht mit Erwerbsfähigkeit zu tun haben – gelangt man zu einer vollständigen gesundheitsökonomischen Evaluation aus einer gesellschaftlichen Sichtweise. In der empirischen Durchführung ist eine Evaluationsstudie aus gesellschaftlicher Perspektive im Vergleich zur reinen Ausgabenanalyse der RV-Träger jedoch sehr komplex: Bei der reinen Ausgabenanalyse ist es beispielsweise unerheblich, ob der Humankapitalansatz oder der Friktionskostenansatz den indirekten Ressourcenausfall besser widerspiegelt und mit welchem Verfahren die gesundheitsbezogene Lebensqualität am besten erfasst und bewertet werden kann.¹⁴ Daraus darf jedoch nicht der Schluss gezogen werden, dass auf die gesellschaftliche Perspektive verzichtet werden sollte. Vielmehr sollten ökonomische Evaluationsstudien auf einem transparenten und möglichst standardisierten Studiendesign beruhen und Sensitivitätsanalysen beinhalten, damit beispielsweise verschiedene Verfahren zur Ermittlung der indirekten Kosten abgedeckt werden. Wenn ökonomische Evaluationsstudien aus einer gesellschaftlichen Perspektive belegen können, dass der Einsatz (zusätzlicher) finanzieller Mittel in der Rehabilitation zu einem hohen (zusätzlichen) gesellschaftlichen Nutzen führt, so kann dies die Budgetierung in Frage stellen. Die ökonomische Evaluation soll aber nicht den gesellschaftlichen Entscheidungsprozess ersetzen – auch wenn sie aus einer gesellschaftlichen Perspektive durchgeführt wird. So ist es beispielsweise möglich, dass Studienergebnisse mit gesellschaftlichen Gerechtigkeitsvorstellungen konfliktieren. Die ökonomische Evaluation reflektiert per definitionem eine ökonomische, insbesondere alloкатive Sichtweise; sie kann aber aus diesem Blickwinkel mit wichtigen Informationen zur gesellschaftlichen Entscheidungsfindung beitragen.

8. Literatur

- [1] Russell L.B./Gold M.R./Siegel J.E./Daniels N./Weinstein M.C. (1996): The role of cost-effectiveness analysis in health and medicine. *Journal of the American Medical Association* 276, 1172-1176.
- [2] Drummond M.F./O'Brien B./Stoddart G.L./Torrance G.W. (1997): *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press.
- [3] Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) (1997): *Guidelines for economic evaluation of pharmaceuticals: Canada*. 2nd ed. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment.
- [4] Konsensgruppe „Gesundheitsökonomie“ (1999): *Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation – Revidierte Fassung des Hannoveraner Konsens*. In: Leidl R., Schulenburg J.-M. Graf vd, Wasem J. (Hrsg.) *Ansätze und Methoden der ökonomischen Evaluation – eine internationale Perspektive*. Health Technology Assessment Band 9. Baden-Baden: Nomos, 148-155.

14 Eine theoretische Diskussion über Empfehlungen des *Panels on Cost-Effectiveness* zur Kostenmessung findet sich z.B. in [34].

- [5] Müller W. (1998): Ausgaben für Gesundheit 1996. *Wirtschaft und Statistik* 11, 915-923.
- [6] AG Reha-Ökonomie im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften (Hessel F., Kohlmann T., Krauth C., Nowy R., Seitz R., Siebert U., Wasem J.), (1999a): Gesundheitsökonomische Evaluation in der Rehabilitation. Teil I: Prinzipien und Empfehlungen für die Leistungserfassung. *DRV-Schriften* 16, 106-194.
- [7] Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR). *Kommentar zum Recht der Gesetzlichen Rentenversicherung – SGB VI, Loseblatt-Ausgabe*. Weinheim: Beltz.
- [8] Hauck K.: *Kommentar Sozialgesetzbuch – SGB VI, Loseblatt-Ausgabe*. Berlin: Schmidt.
- [9] Tiedt G. (1998): Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation. In: Delbrück H., Haupt E. (Hrsg.) *Rehabilitationsmedizin: ambulant, teilstationär, stationär*. 2. Aufl.. München: Urban & Schwarzenberg, 45-67.
- [10] Neubauer G./Birkner B./Moos G. (1991): Anwendbarkeit gesundheitsökonomischer Steuerungselemente auf das System der medizinischen Rehabilitation in der Rentenversicherung. Abschlussbericht VII, Teilband 1 zu: VDR (Hrsg.) (1992): *Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung: Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger*. Frankfurt: VDR.
- [11] Schuntermann M.F. (1988): Konzepte zur Beurteilung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen durch die Rentenversicherungsträger. *Deutsche Rentenversicherung* 4-5, 238-265.
- [12] Burger S. (1996): *Ökonomische Analyse der medizinischen Rehabilitation*. Frankfurt/ New York: Campus.
- [13] Leidl R. (1998): Der Effizienz auf der Spur: Eine Einführung in die ökonomischen Evaluation. In: Schwartz F.W., Badura B., Leidl R., Raspe H., Siegrist J. (Hrsg.) *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban & Schwarzenberg, 346-369.
- [14] Downs A. (1957): *An economic analysis of democracy*. New York: Harper&Row.
- [15] Frey B.S. (1977): *Moderne politische Ökonomie*. München: Piper.
- [16] Weber M. (1971): *Parlament und Regierung im neugeordneten Deutschland*. In: *Gesammelte politische Schriften*. 3. Aufl. Tübingen: Mohr, 306-443.
- [17] Widmaier H.P. (1989): *Gesellschaftliche Allokation politischer Güter – Zur Theorie und Praxis politischer Institutionen*. In: Ramser H.J., Riese H. (Hrsg.) *Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung*. Berlin: Springer, 153-172.
- [18] Tullock G. (1965): *The politics of bureaucracy*. Washington, D.C.: Public Affairs Press.
- [19] Downs A. (1967): *Inside bureaucracy*. Boston: Little, Brown and Co.
- [20] Niskanen W.A. (1971): *Bureaucracy and representative government*. Chicago: Aldine. Atherton.
- [21] Migué J.L./Bélanger G. (1974): *Toward a general theory of managerial discretion*. *Public Choice* 17, 27-43.
- [22] Williamson O.E. (1964): *The economics of discretionary behavior. Managerial objectives in a theory of the firm*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- [23] Schliehe F. (1997): *Rehabilitation unter ökonomischen Gesichtspunkten aus der Sicht der gesetzlichen Rentenversicherung*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 30, 456-468.
- [24] Hansmeier T./Müller-Fahmow W./Klosterhuis H./Spyra K. (1997): *Kosten-Nutzen-Bewertung der medizinischen Rehabilitation der RV und die Auswirkungen des WFG*. *DAngVers* 5, 226-233.
- [25] Zielke M./Dehmow A. (1998): *Wiederherstellung und Sicherung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen nach stationärer medizinischer Rehabilitation*. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 44, 77-86.

- [26] Knieps F. (1998): Gesundheitsökonomische Evaluationen – Standortbestimmung aus Sicht des AOK-Bundesverbandes. In: Schöffski O., Glaser P., Schulenburg J.-M. Graf vd (Hrsg.) Gesundheitsökonomische Evaluationen. Berlin: Springer, 226-284.
- [27] Stillfried D. Graf v/Glaeske G. (1998): Ökonomische Evaluation der medizinischen Versorgung – Standortbestimmung aus Sicht der BARMER Ersatzkasse. In: Schöffski O., Glaser P., Schulenburg J.-M. Graf vd (Hrsg.) Gesundheitsökonomische Evaluationen. Berlin: Springer, 285-306.
- [28] Schleert D./Kaesbach W. (1998): Gesundheitsökonomische Evaluationen – Grundlagen und Standortbestimmung aus Sicht der Betriebskrankenkassen. In: Schöffski O., Glaser P., Schulenburg J.-M. Graf vd (Hrsg.) Gesundheitsökonomische Evaluationen. Berlin: Springer, 307-330.
- [29] Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) (Hrsg. in Zusammenarbeit mit dem VDR) (1995): Rehabilitation in der Rentenversicherung, Band 1, 3. Aufl. Berlin.
- [30] Lipscomb J./Weinstein M.C./Torrance G.W. (1996): Time Preference. In: Gold M.R. et al. (Eds.) Cost-Effectiveness in Health and Medicine. New York, Oxford: Oxford University Press, 214-246.
- [31] Koopmanschap M.A./Rutten F.F./van Ineveld B.M./van Roijen L. (1995): The friction cost method for measuring indirect cost of disease. *Journal of Health Economics* 14, 171-189.
- [32] Schaub E. (1999): Rehabilitation zwischen Bedarf und Budget – Zukunftsperspektiven für die Rentenversicherung. *Deutsche Rentenversicherung* 4, 181-195.
- [33] AG Reha-Ökonomie im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften (Burchert H., Hansmeier T., Hessel F., Krauth C., Nowy R., Seitz R., Wasem J.), (1999b): Gesundheitsökonomische Evaluation in der Rehabilitation. Teil II: Bewertung von Ressourcenverbräuchen. *DRV-Schriften* 16, 195-246.
- [34] Meltzer D./Johannesson M. (1999): Inconsistencies in the "societal perspective" on costs of the Panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine (including comments by Garber A.M., Russell L.B., Weinstein M.C. and response). *Medical Decision Making* 19, 371-384.

Dipl.-Volksw. Robert Seitz, Universität Ulm, Abteilung Gesundheitsökonomie, 89069 Ulm

Prof. Dr. Jürgen Wasem, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Lehrstuhl für Allgemeine BWL und Gesundheitsmanagement, Friedrich-Loeffler-Str. 70, 17489 Greifswald

Dr. Christian Krauth, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, 30623 Hannover