

Wolfram Pfeiffer, Marlies Hartung, Mechthild Sperling

Zur wachsenden Bedeutung der Rehabilitation...

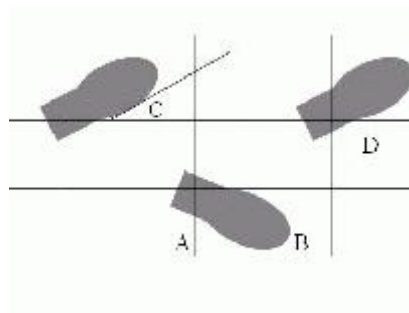
Abschlussbericht

Auf einen Blick...

- Die politische Orientierung - ambulant vor stationär - erweist sich wenig ergebnisorientiert. Ambulante und stationäre Rehabilitation sollten verzahnt werden, nicht zuletzt auch deshalb, um das im stationären Reha-Bereich akkumulierte Spezialwissen auch weiterhin verfügb- und einsetzbar zu behalten.
- Von der regionalen Verteilung her betrachtet, sind stationäre Reha-Kapazitäten weiter weg von den Orten zu finden, wo der wachsende Reha-Bedarf auftreten wird.
- Im Zusammenhang mit der Entwicklung von Gesundheitswirtschaften als Regionalwirtschaften könnte die angesprochene Verzahnung von ambulanter und stationärer Reha trotz räumlicher Distanz zwischen der entsprechenden Kapazität im Interesse des Patienten schon gut bewältigt werden;
- Darüber hinaus sollten die in Deutschland - im Vergleich zu Skandinavien oder auch Großbritannien - (noch) vorhandenen stationären Reha-Kapazitäten gezielt genutzt werden, um vom Patiententourismus zu partizipieren. Dadurch könnte ein merkbarer Beitrag zur gegenwärtig noch notwendigen Verbesserung der Auslastung vorhandener stationärer Reha-Kapazitäten erbracht werden.

Zur wachsenden Bedeutung der Rehabilitation...

Kurzstudie im Auftrag
der Hans-Boeckler-Stiftung,
Düsseldorf



Oktober 2006

October 2006

Project-Team / Projekt-Team:

Dr. Wolfram Pfeiffer

Dr. Marlies Hartung

Dr. Mechthild Sperling

Institute for European Research and Projects
Institut für Europäische Forschungen und Projekte

IEFP

IEFP

Office / Büro Sachsen- Anhalt
in TEC / im TGZ Bitterfeld/ Wolfen

Gliederung

0	Vorbemerkungen	4
1.	Zum wachsenden Bedarf von Rehabilitation	6
1.1	Zu Ursachen	6
1.1.1	Demographische Veränderungen und Arbeitsmarkt	6
1.1.2	Alter und Krankheit	8
1.2	Zur quantitativen und qualitativen Seite des wachsenden Reha-Bedarfs	22
1.2.1	<i>Erste</i> Überlegungen zur Größe des voraussichtlichen Reha-Bedarfs in Deutschland	22
1.2.2	Zu veränderten, an die Durchführung von Rehabilitation gestellten, Anforderungen	26
2.	Schlaglichter auf gegenwärtige Anpassungsprozesse im Reha-Bereich	32
2.1	Zur Analyse des Reha-Marktes	32
2.1.1	Die Reha-Wettbewerbsdynamik und die Stellung der Leistungsträger	32
2.1.2	Intensivierung des Verdrängungswettbewerbs durch neue Anbieter	42
2.1.3	Funktionen des Akut-Krankenhauses im Reha-Markt	49
2.2.	Erste Schlussfolgerungen	57
3.	Zur wachsenden Bedeutung von Rehabilitation	64
3.1	Bezug nehmend auf die Überlegungen unter 2. und alternativ dazu themenbezogen angelegt	64
3.2	Thesen zur Zukunft der Rehabilitation	68
4	Zu Defiziten bei der rechtzeitigen Reaktion auf Auswirkungen erkennbarer Entwicklungen als die Aktivierung eines (potentiell) wachsenden Reha-Bedarfs hemmende Faktoren	75
5	Literaturverzeichnis	88

Darstellungsverzeichnis

1	Arbeitsunfähigkeit nach Altersgruppen: Fallhäufigkeit und Falldauer, 2001 (VA Gewerbe), D, A	9
2	Krankenstand nach Altersgruppen, 2001 (VA Gewerbe) D,A	10
3	AU- Tage nach Altersgruppen und Falldauerklasse, 2003	11
4	Krankenstand nach Alter und Stellung im Beruf, 2001 (VA Gewerbe), D, A	12
5	Krankenstand nach Alter und Berufsgruppen, AU-Tage /100 Beschäftigte	13
6	Arbeitsunfähigkeitstage nach Alter und Krankheitsarten (ICD- Kapitel), 2003	15
7	Muskel-/ Skeletterkrankungen nach Alter und Geschlecht, AU- Fälle und – Tage je 100 Beschäftigte, 2001	16
8	Herz-/ Kreislauferkrankungen nach Alter und Geschlecht, AU- Fälle und –Tage je 100 Beschäftigte, 2003	18
9	Psychische Störungen und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht, AU-Fälle und –Tage je Beschäftigte, 2003	20
10	Inanspruchnahme pro 1.000 Aktiv-Versicherte (Medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI* - BfA 2002)	23
11	<i>Prognose der Antragsentwicklung bis 2008 (Medizinische Rehabilitation</i>	26
12	Hauptdiagnosegruppen in verschiedenen Altersgruppen (Medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI* - BfA 2002)	27
13	Bettenzahl je Ort ab einer Größenklasse von 1000 Betten	35
14	Anzahl Kliniken je Ort	36
15	Geografische Verteilung von Reha-Kliniken nach Größenclustern	37
16	Verteilung der Reha-Kliniken nach Trägerstatus	41
17	Aufwendung zur medizinischen Rehabilitation	48
18	Bewertung der Leistungen im Gesundheitsmarkt	59
19	Sanierungsstrategien im Krisenfall	60

Tabellenverzeichnis

1	Berufsgruppen mit hohen AU- Raten in den höheren Altersgruppen, Beschäftigte im Alter von 60-64 Jahren, 2003	14
2	Arbeitsunfähigkeit durch Muskel-/ Skeletterkrankungen nach Berufsgruppen, Beschäftigte im Alter von 60-64 Jahren, 2003	17
3	Versicherte und erbrachte Rehabilitationsleistungen nach Altersgruppen – BfA 2002	22
4	Darstellung der Größencluster bei Reha-Kliniken	33
5	Veränderungen der Bettenzahlen je Größenklasse der Kliniken	34
6	Darstellung der Größencluster bei Reha-Orten	35
7	Darstellung der Träger nach Größenklassen	38
8	Unterscheidung der Träger nach Zugehörigkeit (sortiert nach Bettenzahl)	39
9	Stationäre Reha- und Akut-Betten in Großstädten ab 250 000 Einwohner, sortiert nach Einwohnerzahlen	46
10	Bettenauslastung in den einzelnen Bundesländern und Stadtstaaten	47
11	Zusammenfassung geografische Analyse	52
12	Zusammenfassung der Kennzahlen	53

0 Vorbemerkungen

Welche Überlegungen lagen *unserem Herangehen an die Realisierung* der Kurzstudie und der Konzipierung ihrer Struktur *zugrunde*?

- Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung.

In diesem Zusammenhang haben für uns *Auswirkungen der Anhebung der Lebensarbeitszeit* Bedeutung.

Deutschland ist, im Vergleich mit anderen Industrieländern, was den Anteil älterer Arbeitnehmer im Wertschöpfungsprozess betrifft, nicht in den vorderen Reihen zu finden. Zu lange wurde u. a. das „Instrumentarium“ Vorruhestand genutzt, *um sich von älteren Arbeitnehmern zu „verabschieden“*... Diese Praxis hängt *auch* damit zusammen, dass nach wie vor eine gesellschaftliche Voreingenommenheit gegenüber Älteren besteht, die z. T. auf *unhaltbaren Thesen basiert, ganz davon abgesehen, dass die Ausprägung einer Kultur des Alters/Alterns ebenfalls viel zu langsam voranschreitet*...

Unter dem Aspekt der Schaffung von notwendigen Voraussetzungen, um die Anhebung der Lebensarbeitszeit überhaupt realisieren zu können, sind vielfältige Probleme zu lösen.

In dem Maße, wie das biologische Altern „Zustände“ mit sich bringt, die medizinisch als chronisch Krank eingestuft werden, viele chronisch Kranke im Rahmen der Verlängerung der Lebensarbeitszeit aber im Wertschöpfungsprozess integriert bleiben, kommt der *Prävention eine wachsende Bedeutung zu. Bei chronisch Kranken muss diese Aufgabe die Rehabilitation übernehmen*. Dieses Erfordernis reflektiert sich letztlich in der gesellschaftlichen Orientierung – *Reha vor Rente* - .

- In dem Maße, wie der Funktionsmechanismus gesellschaftlicher Strukturen/Teilsysteme, wenn er *nicht rechtzeitig an qualitative Veränderungen in den Wachstums- und Existenzbedingungen angepasst wird*, auch zu Finanzierungsproblemen führt, liegen *solche*, für das gesellschaftliche Teilsystems Gesundheit zutreffenden Orientierungen, wie - *ambulant vor stationär, teilstationär vor stationär - in der Konsequenz*...

Auslastungsprobleme bei denjenigen, die über stationäre Kapazitäten verfügen, sind *eine Folge*... Die wiederum bringt Kapazitätsreduzierung sowie Personalabbau mit sich und sind sowohl mit einer forcierten *Umverteilung vorhandener Betten-Kapazitäten* als auch der Liquidation vorhandener *stationärer Kapazitäten* verbunden...

Ergo:

Die Realisierung der Orientierung - *Reha vor Rente* - erfordert *das Vorhalten ausreichender und spezialisierter stationärer Betten-Kapazitäten*, auch und gerade im Bereich der medizinischen Rehabilitation.

Der Realisierung dieser Erfordernisse stehen aber solche gesellschaftlichen Orientierungen, wie *ambulant bzw. teilstationär vor stationär, entgegen ...*

Letztlich kommt es auf eine ergebnisorientierte Synergie von Akutmedizin und stationärer sowie ambulanter Rehabilitation an, die auch die Spezifik der älter werdenden Beschäftigten berücksichtigt.

In dem Maße, wie Ältere morgen und übermorgen einen Beitrag zur Sicherung von Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit erbringen werden/müssen, stehen sowohl Unternehmen als auch die Gesellschaft in der Pflicht, Voraussetzungen zu schaffen, die das auch ermöglichen!

Mit unserer Kurzstudie wollen wir

- Transparenz darüber schaffen, *wie es um den Gesundheitszustand älterer Beschäftigter bestellt ist*, (vgl. dazu 1.1)
- einen erkennbaren, sich aus der wachsenden Bedeutung aktiv tätigen Älterer im Wertschöpfungsprozess ergebenden, Bedarf von Reha quantifizieren, der zugleich aber auch unter qualitativen Aspekten gesehen werden muss, (vgl. dazu 1.2)
- sich im Reha-Bereich vollziehende Anpassungsprozesse transparent machen und charakterisieren, (vgl. dazu 2)
- ein Plädoyer für eine wachsende Bedeutung von Rehabilitanden formulieren, (vgl. dazu 3.)
- exemplarisch Auswirkungen von Defiziten bei der Ausgestaltung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen diskutieren, die sich nicht fördernd auf die notwendige Entwicklung einer Kultur des Alters/Alters auswirken (vgl. dazu 4.)

Im Rahmen dieser Kurzstudie können nicht die sich aus dem wachsenden Bedarf und der wachsenden Bedeutung von Reha einerseits und den sich aus der Richtung der sich im Reha-Bereich vollziehenden Anpassungsprozesse andererseits ergebenden Diskrepanz erörtert werden, was letztlich auch auf die Diskussion der Frage zu, ob bzw. in wie weit die gegenwärtig strukturierte Rehabilitation den wachsenden, qualitativ veränderten, an ihre Durchführung gestellten, Anforderungen überhaupt Rechnung tragen kann, zutrifft...??

Unabhängig davon haben wir uns darum bemüht, wichtige Grundlagen und gedankliche Weichenstellungen für notwendige weiterführende Betrachtungen zur Rehabilitation vorzunehmen.

1 Zum wachsenden Bedarf von Rehabilitation

1.1 Zu Ursachen

1.1.1 Demographische Veränderungen und Arbeitsmarkt

Bereits im Oktober 1992 hatte der Deutsche Bundestag eine Enquete-Kommission zum Thema „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ eingesetzt. Im Schlussbericht, der im März 2002 vorgelegt wurde, sind die Probleme, die sich auf die Gesellschaft, insbesondere aber auch auf die Arbeitswelt, die Unternehmenskultur sowie die Auswirkungen auf Gesundheits- und Alterssicherungssystem beziehen, ausführlich erörtert.

Auch die 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes¹ zeigt die kommenden Entwicklungen auf. Derzeit hat Deutschland rd. 82,5 Millionen Einwohner. Nach der „mittleren Variante“ der Vorausberechnung (Annahmen: konstante Geburtenhäufigkeit von 1,4 Kindern pro Frau, zunehmende Lebenserwartung für Jungen und Mädchen, jährlicher positiver Wanderungssaldo von 200\$000 Personen) *wird die Bevölkerungszahl zunächst bis zum Jahr 2012 auf 83 Millionen zunehmen, anschließend bis zum Jahr 2050 auf etwa 75 Millionen Einwohner sinken. Gleichzeitig ist mit einer zunehmenden Alterung der Bevölkerung zu rechnen, die bereits in den kommenden zwei Jahrzehnten eine Herausforderung darstellen wird.*

In den letzten 160 Jahren war ein *linearer Zuwachs der Lebenserwartung von jährlich drei Monaten zu verzeichnen*. Während das anfangs durch geringere Säuglingssterblichkeit und Behandlung von Infektionskrankheiten vor allem die jüngeren und mittleren Altersstufen betraf, *setzt sich dieser Trend inzwischen auch im „dritten und vierten Alter“ (jenseits des 60. Lebensjahres) fort.*

Mittel- und langfristig werden weniger junge Menschen in das Erwerbsleben eintreten als aus dem Erwerbsleben ins Rentenalter wechseln!! Der Altenquotient, der die Relation der Bevölkerung im Rentenalter zur Bevölkerung im Erwerbsalter misst², zeigt die zu erwartende Altersverschiebung deutlich an. Bleibt das durchschnittliche Rentenzugangsalter bei 60 Jahren, wird sich der Altenquotient von 2001 bis 2010 nur geringfügig von 44 auf 46 verändern, dann aber bis 2020 deutlich auf 55 und bis 2030 auf 71 zunehmen. Auch bei einer Verschiebung der Abgrenzung zwischen Erwerbs- und Rentenalter auf 65 Jahre wäre die stärkste Zunahme *zwischen 2020 und 2030 zu erwarten* (2010: 33, 2020: 36, 2030: 47).

Bereits seit der Mitte des letzten Jahrhunderts hat sich die Bevölkerungsstruktur Deutschlands kontinuierlich in Richtung „Alterung“ verschoben. *Der Anteil der über 60-Jährigen nahm bis heute von 15% auf 24 % zu.*

Die Prognosen sagen, dass im Jahr 2030 jeder dritte Bewohner älter als 60 Jahre sein wird. Der Anteil der Personen im Erwerbsalter (20 bis 59 Jahre) wird zwischen 2001 und 2030 von 55% auf 49% zurückgehen.

¹ Statistisches Bundesamt (2003): Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; www.destatis.de (22.12. 2002).

² Beispiel: Bei einem Altenquotienten von 44 mit der Abgrenzung bei 60 Jahren stehen 100 Personen im erwerbsfähigen Alter 44 Personen im Rentenalter (ab 60 Jahren) gegenüber.

Etwa bis zum Jahr 2015 werden die geburtenstarken Jahrgänge dazu beitragen, dass die Auswirkungen auf das zahlenmäßige Arbeitskräfteangebot trotz einer geringeren Anzahl jüngerer Erwerbspersonen und zunehmender interner Alterung gering bleiben. Erst wenn diese Altersjahrgänge aus dem Erwerbsleben ausscheiden, steht ein wesentlicher Teil des heutigen Arbeitskräfteangebotes nicht mehr zur Verfügung und wird auch künftig nicht vollständig ersetzt werden!

Die beschriebenen, seit langem absehbaren, demographischen Veränderungen stehen aber in deutlichem Widerspruch zur bisherigen, zum Teil paradoxen, Entwicklung in der Arbeitswelt.

Während die Bevölkerung insgesamt altert, sind die Belegschaften immer jünger geworden.

So hat sich in der Industrie gerade in den letzten Jahren der Anteil der Älteren an den Beschäftigten durch die „altersselektive“ und jugendzentrierte Personalpolitik der Betriebe drastisch vermindert.

Bis dato ist die Frühverrentung auch ein – von der Politik durchaus gewünschtes – Mittel der Arbeitsmarktpolitik gewesen, um die bestehende Arbeitslosigkeit in gesellschaftlich akzeptabler Form zu mindern. Arbeitsmarktbedingte Frühverrentungen haben in den vergangenen Jahrzehnten einen beträchtlichen Umfang eingenommen.

Durch den weitgehend verschlossenen Teilzeitarbeitsmarkt lag ihr Anteil im Jahr 2000 bei über 36 % der bewilligten Frührenten. Insbesondere Menschen mit teilweise eingeschränktem, aber nicht aufgehobenem qualitativen und quantitativen, Leistungsvermögen haben bei fehlendem Arbeitsplatz von dieser Möglichkeit, aus dem Erwerbsleben auszuschneiden, in den letzten Jahren erheblichen Gebrauch gemacht. Und das, obwohl sie zum Zeitpunkt der vorzeitigen Berentung aus sozialmedizinischer Sicht häufig noch über ein Restleistungsvermögen verfügt haben, das ihnen eine Erwerbstätigkeit unter anderen Arbeitsmarktbedingungen zweifellos noch erlaubt hätte!!

Gleichzeitig hat sich das Zugangsalter der Frührentner seit den achtziger Jahren deutlich nach unten verschoben, und zwar von durchschnittlich 54,2 Jahren (Männer: 54,9 Jahre, Frauen: 53,7 Jahre) auf 51,1 Jahre (Männer: 51,9 Jahre, Frauen: 50,7 Jahre) im Jahr 2002.

Seit In-Kraft-Treten der gesetzlichen Neuordnung der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit³ zum 1.1. 2001 sind Bewilligungen von Frührenten (aufgrund des verschlossenen Teilzeitarbeitsmarktes) rückläufig (2002: 10,43%)⁴.

Zugleich scheint die vorzeitige Berentung als Instrument der betrieblichen Personalanpassung im Rahmen von Vorruhestandsregelungen an Attraktivität verloren zu haben, während die gesetzlichen Regelungen zur Altersteilzeit verstärkt genutzt werden.

Es ist aber absehbar, dass der demographische Wandel vor den Betrieben nicht halt machen wird.

Die Arbeitgeber stehen vor der Herausforderung, ihre bisherigen personalpolitischen Strategien überdenken und eine qualitative Antwort auf die Alterung der Belegschaften finden zu müssen. Aufgrund

³ Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EM-ReformG) vom 20.12. 2002.

⁴ Moll, Stichnoth (2003): Die quantitative Entwicklung der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Eine vergleichende Betrachtung der Jahre 2000 bis 2002. DAngVers 8/9: 1– 8.

des demographischen Wandels müssen die Unternehmen überprüfen, ob sie es sich wie bisher leisten können, das in den älteren Arbeitskräften schlummernde Humankapital ungenutzt zu lassen.

Ergo:

In dem Maße, wie sich die Erwerbsbiographien aber nach hinten verlängern, erscheint es unausweichlich, Strategien zur Förderung und Erhaltung der Leistungsfähigkeit bzw. Arbeitsproduktivität der älteren Arbeitskräfte zu entwickeln.

Schon in wenigen Jahren wird es einen großen Bedarf an Arbeitskräften geben, der nur durch ältere Menschen zu decken ist.

(In fast allen westlichen Ländern ist das Rentenalter im letzten Vierteljahrhundert um etwa fünf Jahre nach unten verschoben worden, auch dort, wo Arbeitslosigkeit kein zentrales Problem ist.)

1.1.2 Alter und Krankheit

Wir haben untersucht:

- *Welchen Einfluss die Altersstruktur auf die krankheitsbedingten Fehlzeiten hat?*
- *Welche Faktoren neben dem Alter für die Höhe des Krankenstandes bedeutsam sind?*
- *Welche Krankheitsarten in den höheren Altersgruppen die meisten Fehlzeiten verursachen?*

⇒ Einfluss der Altersstruktur auf den Krankenstand

Statistisch gesehen resultiert die Höhe des Krankenstandes aus zwei Komponenten: der Häufigkeit der Krankmeldungen und deren Dauer.

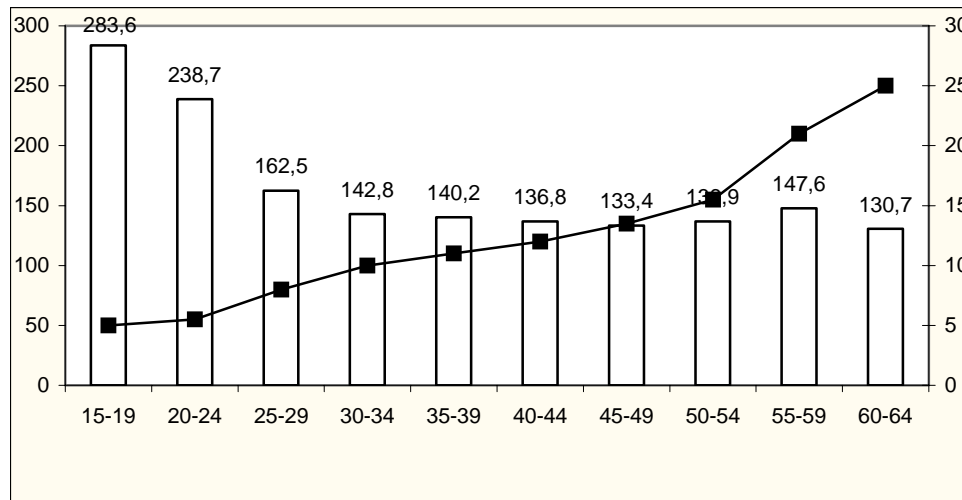
Darstellung 1 zeigt die Entwicklung dieser Parameter in Abhängigkeit vom Alter.

Die Säulen stehen für die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle, die Linie steht für die durchschnittliche Dauer der Fälle.

Die Zahl der Krankmeldungen geht mit zunehmendem Alter zurück.

Die meisten Arbeitsunfähigkeitsfälle sind bei den jüngeren Altersgruppen zu verzeichnen. *Bei den 15-19 Jährigen ist die Zahl der Krankmeldungen mehr als doppelt so hoch wie bei den 45-49 Jährigen.* Bis zum Alter von 29 Jahren geht die Häufigkeit der Krankheitsfälle deutlich zurück. In allen Altersgruppen zwischen 30 und 64 Jahren verändert sich die Fallhäufigkeit dann nicht mehr wesentlich.

Darstellung 1: Arbeitsunfähigkeit nach Altersgruppen: Fallhäufigkeit und Falldauer, 2003 (VA Gewerbe), D, A



□ AU-Fälle je 100 Beschäftigte

▪ Tage je Fall

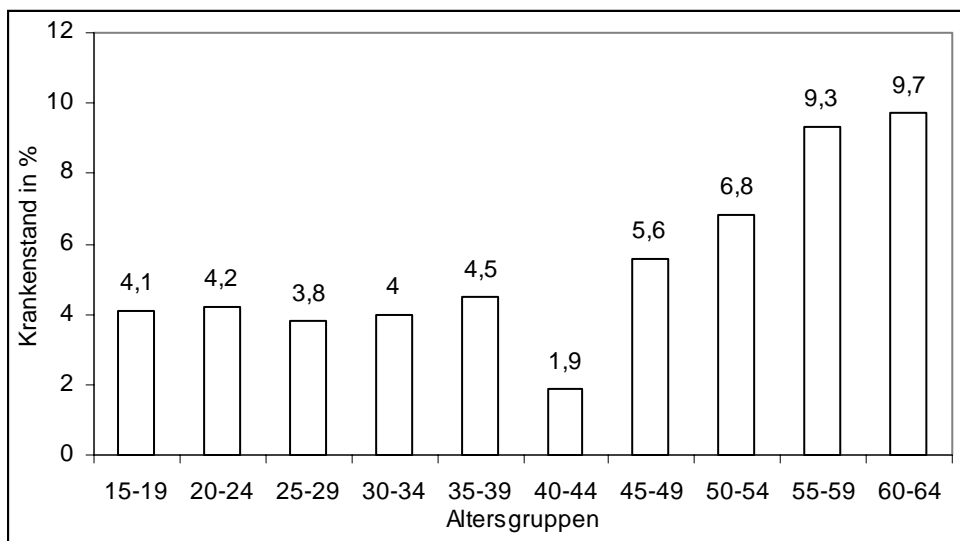
Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage von Informationen des Instituts der Deutschen Wirtschaft (Köln, Berlin)

Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeitsfälle steigt dagegen mit zunehmendem Alter kontinuierlich an.

Ältere Mitarbeiter sind also zwar seltener krank als ihre jüngeren Kollegen, fallen aber, wenn sie erkranken, in der Regel wesentlich länger aus. Bei den 60-64 Jährigen dauert ein Arbeitsunfähigkeitsfall im Durchschnitt mehr als fünfmal so lange wie bei den 15-19 Jährigen.

Der starke Anstieg der Falldauer hat zur Folge, dass der Krankenstand, trotz der Abnahme der Krankmeldungen, mit zunehmendem Alter deutlich ansteigt (Darstellung 2).

Darstellung 2: Krankenstand nach Altersgruppen, 2003 (VA Gewerbe) D,A



Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage von Informationen des wissenschaftlichen Instituts der AOK, Bonn

Während er bei den 15-19 Jährigen noch bei 4,1% liegt, erreicht er bei den 60-64 Jährigen schließlich einen Wert von 9,7%.

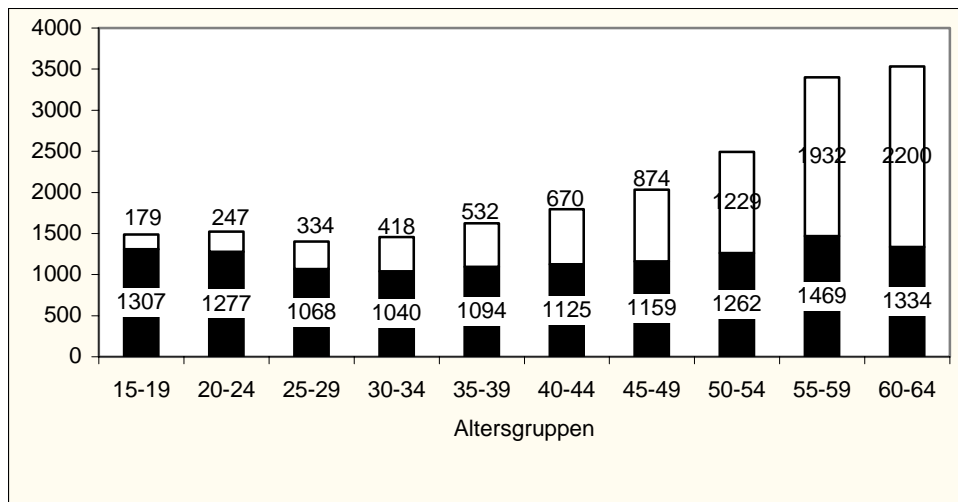
Hinzu kommt, dass ältere Arbeitnehmer im Unterschied zu ihren jüngeren Kollegen häufiger von mehreren Erkrankungen gleichzeitig betroffen sind (Multimorbidität).

⇒ **Bedeutung der Langzeiterkrankung**

Verantwortlich für die steigenden Krankenstände in den höheren Altersgruppen sind vor allem Langzeitfälle.

In *Darstellung 3* ist dargestellt, welche Anteile der krankheitsbedingten Fehlzeiten auf AU- Fälle mit einer Dauer von bis zu 6 Wochen und Langzeitfälle mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen zurückgehen.

Darstellung 3: AU- Tage nach Altersgruppen und Falldauerklasse, 2003



□ AU-Tage je 100 der Langzeitfälle ab 42 Tagen

■ AU-Tage je der Fälle mit 1- 42 Tagen

Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage von Informationen des wissenschaftlichen Instituts der AOK, Bonn

Die Darstellung zeigt sehr deutlich, wie die Langzeitfälle mit zunehmendem Alter immer mehr an Bedeutung gewinnen und bei den Beschäftigten ab 55 Jahren schließlich den Krankenstand dominieren. In den Altersgruppen der 55-59 und der 60-64 Jährigen entfallen auf die Langzeitfälle 58% bzw. 61% der krankheitsbedingten Ausfalltage.

Ergo:

Der hohe Krankenstand in den höheren Altersgruppen ist also in erster Linie auf die Zunahme schwerer Erkrankungen, die mit langen Ausfallzeiten verbunden sind, zurückzuführen. Langzeitkrankschreibungen sind häufig die Vorstufe zur Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit.

Weitere Einflussfaktoren

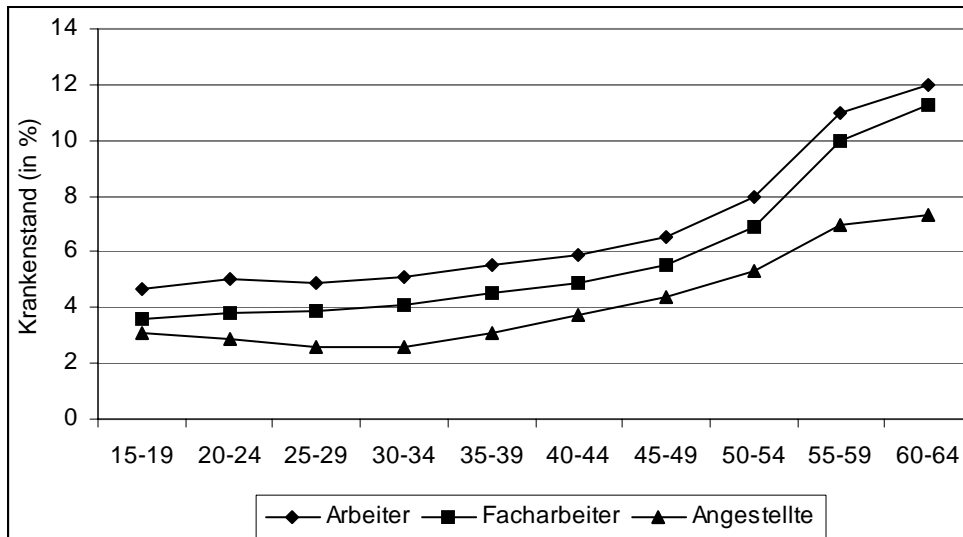
Der Zusammenhang zwischen Alter und Krankenstand ist jedoch keine konstante, sondern eine von einer Vielzahl von Einflussfaktoren abhängige variable Größe.

Wichtige Faktoren, die mit darüber bestimmen, wie hoch der Krankenstand im Alter ausfällt, sind insbesondere die Schichtzugehörigkeit, die berufliche Stellung, die Art der ausgeübten Tätigkeit sowie das Qualifikationsniveau⁵.

⁵ Die Krankenstände von Männern und Frauen unterscheiden sich dagegen nur geringfügig. Allerdings lassen sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Verteilung der Krankheitsarten feststellen. Darauf wird im Folgenden noch eingegangen.

Darstellung 4 zeigt die Entwicklung des Krankenstandes in Abhängigkeit vom Alter und von der Stellung im Beruf.

Darstellung 4: Krankenstand nach Alter und Stellung im Beruf, 2003 (VA Gewerbe)

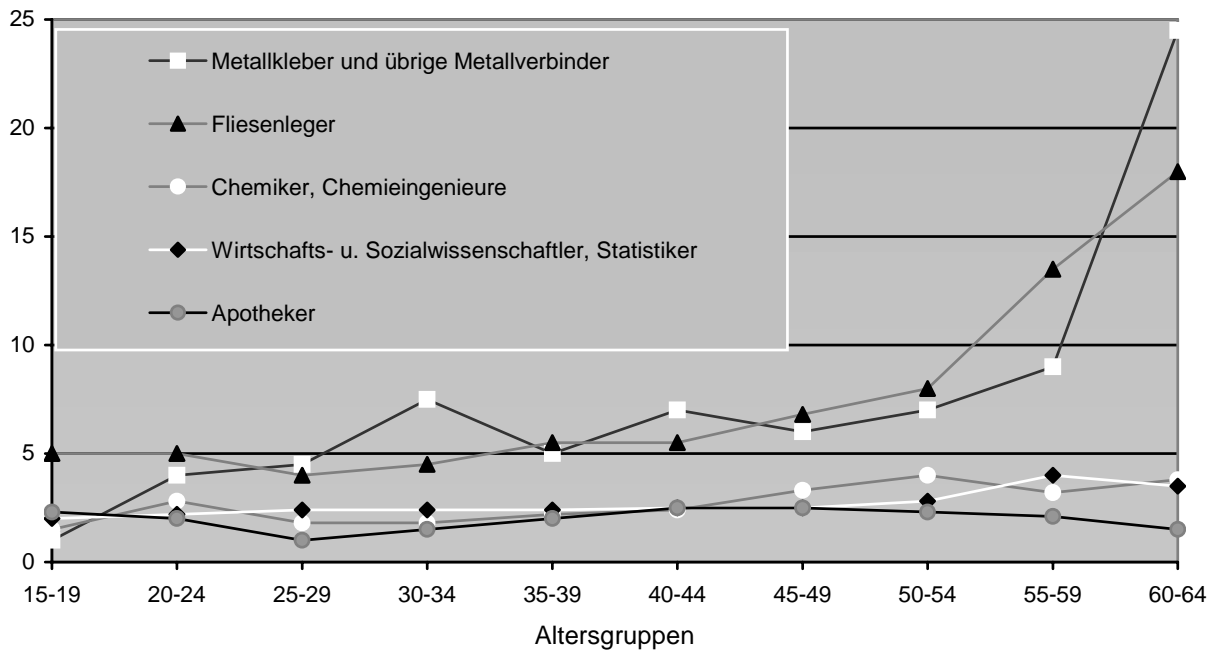


Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage von Informationen des Statistischen Bundesamtes D, Bonn/Wiesbaden

Bei allen Statusgruppen steigt der Krankenstand mit zunehmendem Alter deutlich an, wobei Arbeiter und Facharbeiter in sämtlichen Altersgruppen höhere Krankenstandswerte aufweisen als Angestellte. Auffällig ist, dass bei Arbeitern und Facharbeitern ab 55 Jahren ein wesentlich steilerer Anstieg zu verzeichnen ist als bei den Angestellten.

Noch stärker variiert der Krankenstand zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen. Darstellung 5 zeigt die Krankenstände für einige Berufsgruppen mit hohen und niedrigen Krankenständen in Abhängigkeit vom Alter.

Darstellung 5: Krankenstand nach Alter und Berufsgruppen, AU-Tage /100 Beschäftigte



Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage von Informationen des wissenschaftlichen Instituts der AOK, Bonn

Aus der Darstellung ist ersichtlich, dass die Werte, die bis zum Alter von 49 Jahren in den verschiedenen Berufsgruppen noch relativ eng beieinander liegen, in den Altersgruppen ab 50 Jahren immer stärker voneinander abweichen. Bei einigen Berufsgruppen, wie z. B. den Gerüstbauern, erreichen sie bei den 60-64 Jährigen schließlich extreme Werte von mehr als 20 Prozent, während sie bei anderen Berufsgruppen wie Apothekern oder Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlern auch in den höheren Altersgruppen die 5%- Marke nicht überschreiten.

Die vorgestellten Daten zeigen deutlich, dass das Risiko der Arbeitsunfähigkeit im Alter in erheblichem Maße von der Stellung im Beruf, der ausgeübten Tätigkeit und den damit verbundenen Arbeitsanforderungen und -belastungen abhängt. Es gibt durchaus viele Berufsgruppen, wozu insbesondere die höher qualifizierten Gruppen gehören, die auch im Alter nur in relativ geringem Maße von Arbeitsunfähigkeit betroffen sind.

Die höchsten AU- Raten finden sich bei Berufsgruppen aus gewerblichen Bereichen und Branchen mit hohen körperlichen Anforderungen, belastenden Arbeitsbedingungen und/ oder einer hohen Unfallgefährdung, wie z. B. dem Baugewerbe und der Metallindustrie.

In Tabelle 1 sind Berufsgruppen aufgelistet, die in den höheren Altersgruppen besonders hohe Krankenstände aufweisen. Ausgewiesen werden die Krankenstandskennzahlen für die Altersgruppe der 60-64 Jährigen. Bei fast allen der in der Tabelle aufgeführten Berufsgruppen beträgt die durchschnittliche Dauer eines Arbeitsunfähigkeitsfalls mehr als einen Kalendermonat. Bei vielen dieser Berufs-

gruppen ist auch das Risiko der Frühberentung besonders hoch. Ein erheblicher Teil der in diesen Tätigkeitsfeldern Beschäftigten ist aus gesundheitlichen Gründen nicht dazu in der Lage, seine Tätigkeit bis zum Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze auszuüben. So scheiden beispielsweise bei Berufsgruppen wie den Maurern, Schweißern und Rohinstallateuren mehr als die Hälfte der Arbeitnehmer wegen verminderter Leistungsfähigkeit vorzeitig aus dem Erwerbsleben aus.

Schwedischen Studien zufolge hat der Beruf nach dem Alter und der Gesundheit den größten Einfluss auf das Risiko einer Berentung wegen Erwerbsunfähigkeit.

Tabelle 1: *Berufsgruppen mit hohen AU- Raten in den höheren Altersgruppen, Beschäftigte im Alter von 60-64 Jahren, 2003*

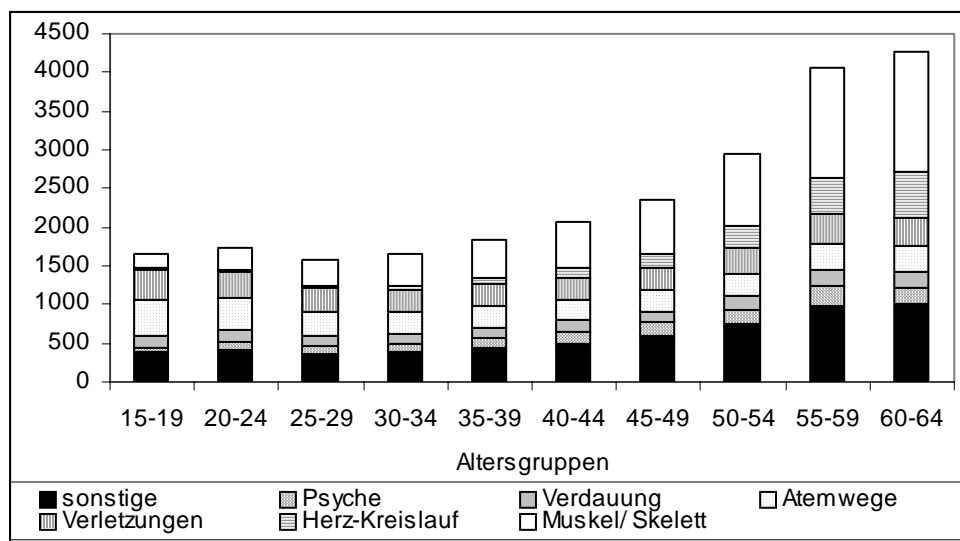
Tätigkeit	Krankenstand in %	AU- Fälle je 100 Beschäftigte	AU- Tage je 100 Beschäftigte	AU- Tage je Fall	AU- Quote in %
Metallkleber und übrige Metallverbinder	24,5	147,3	8938,1	60,7	70,0
Gerüstbauer	20,5	185,6	7473,7	40,3	71,3
Stukkateure, Gipser, Verputzer	19,7	156,6	7175,8	45,8	63,8
Fliesenleger	18,3	144,7	6671,2	46,1	63,0
Betonbauer	18,3	170,8	6662,8	39,0	63,3
Isolierer, Abdichter	18,1	169,2	6594,4	39,0	65,7
Behälterbauer, Kupferschmiede und verwandte Berufe	17,5	189,4	6384,2	33,7	66,7
Gleisbauer	17,3	174,7	6302,5	36,1	68,1
Dachdecker	17,3	162,5	6296,4	38,7	58,2
Maurer	16,8	147,5	6147,1	41,7	60,6
Textilfärber	16,5	181,5	6018,3	33,2	67,0
Former, Kernmacher	16,2	159,9	5922,6	37,0	64,8
Halbzeugputzer und sonstige Formgießerberufe	16,1	216,2	5870,9	27,2	75,4
Estrich-, Terrazzoleger	15,9	151,2	5809,0	38,4	61,3
Emailierer, Feuerverzinker und andere Metalloberflächenveredler	15,1	182,0	5504,0	30,2	70,1
Polsterer, Matratzenhersteller	15,0	161,2	5461,8	33,9	64,5
Kranführer	14,9	147,9	5420,8	36,7	62,9
Formstein-, Betonhersteller	14,6	164,6	5324,3	32,4	66,5
Glaser	14,5	154,1	5298,9	34,4	65,6
Zimmerer	14,5	144,6	5298,7	36,6	57,5
Galvaniseure, Metallfärber	14,5	182,5	5290,1	29,0	67,9
Pflasterer, Steinsetzer	14,5	154,4	5277,7	34,2	62,5
Flachglasmacher	14,4	192,0	5253,5	27,4	70,0
Blechpresser, -zieher, -stanzer	14,4	184,1	5247,2	28,5	68,6
Erbewegungsmaschinenführer	14,4	136,7	5237,2	38,3	61,8
Eisenbahnbetriebsregler, -schaffner	14,2	139,3	5196,3	37,2	60,4
sonstige Tiefbauer	14,1	140,3	5157,3	36,6	60,6
Baumaschinenführer	14,1	141,3	5151,0	36,4	60,2
Stauer, Möbelpacker	14,1	146,9	5139,9	35,0	56,8
Schweißer, Brennschneider	13,9	189,3	5068,1	26,7	68,5

Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage von Informationen des Instituts der Deutschen Wirtschaft, Köln

⇒ Entwicklung der Krankheitsarten in Abhängigkeit vom Alter

Darstellung 6 zeigt, welche Krankheitsarten für die Arbeitsunfähigkeitszeiten in den einzelnen Altersgruppen verantwortlich sind.

Darstellung 6: Arbeitsunfähigkeitstage nach Alter und Krankheitsarten (ICD- Kapitel), 2003



Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage von Informationen der Gesundheitsberichterstattung Deutschlands, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

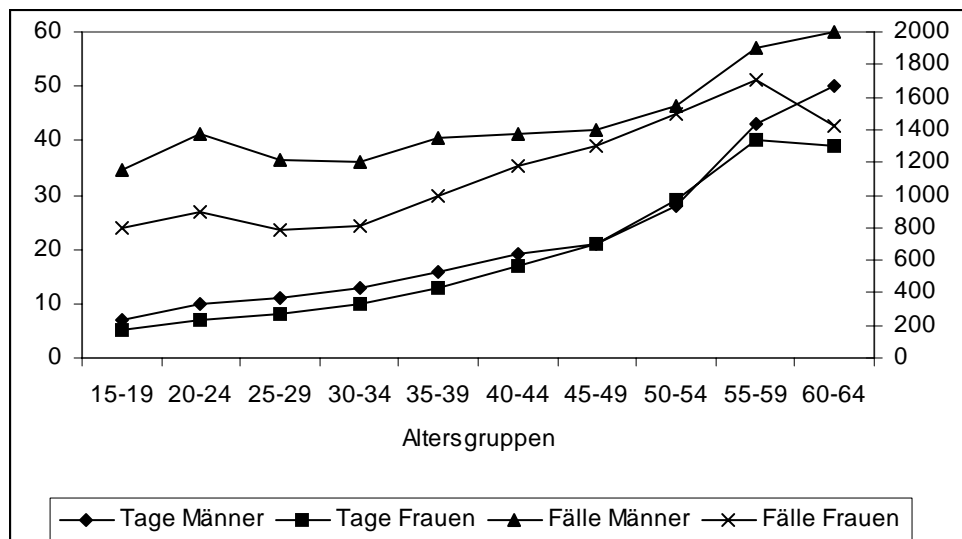
Aus der Darstellung ist sehr deutlich zu ersehen, dass die Zunahme der krankheitsbedingten Ausfalltage mit dem Alter vor allem auf den starken Anstieg der Muskel- und Skeletterkrankungen und der Herz- und Kreislauferkrankungen zurückzuführen ist. Während diese beiden Krankheitsarten bei den jüngeren Altersgruppen noch eine untergeordnete Bedeutung haben, verursachen sie in den höheren Altersgruppen die meisten Arbeitsunfähigkeitstage.

Bei den 60-64 Jährigen gehen bereits mehr als ein Drittel (36,5%) der Ausfalltage auf das Konto der muskuloskelettalen Erkrankungen. Muskel-/ Skeletterkrankungen und Herz-/ Kreislauferkrankungen zusammen sind bei dieser Altersgruppe für die Hälfte des Krankenstandes verantwortlich. Neben diesen beiden Krankheitsarten führen auch psychische Erkrankungen in den höheren Altersgruppen vermehrt zu Fehlzeiten, allerdings (noch) in deutlich geringerem Ausmaß.

Bei Atemwegserkrankungen, Erkrankungen der Verdauungsorgane und Verletzungen gehen die Fallzahlen dagegen mit dem Alter zurück.

⇒ Muskel-/ Skeletterkrankungen

Darstellung 7: Muskel-/ Skeletterkrankungen nach Alter und Geschlecht, AU- Fälle und –Tage je 100 Beschäftigte, 2001



Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage von Informationen der Gesundheitsberichterstattung Deutschlands, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Auffallend bei den muskuloskelettalen Erkrankungen ist der bereits in jüngeren Jahren beginnende kontinuierliche Anstieg der Ausfallzeiten. In den Altersgruppen ab 50 Jahren ist dann ein sprunghafter Anstieg der Fehlzeiten zu verzeichnen.

Muskel- und Skeletterkrankungen entwickeln sich häufig über viele Jahre hinweg in einem schleichen- den Prozess, bei dem die beruflichen Beanspruchungen und Belastungen im Verlauf der Erwerbsbio- graphie eine entscheidende Rolle spielen. Da viele Erkrankungsfälle einen chronisch- degenerativen Verlauf nehmen, nimmt mit zunehmendem Alter die durchschnittliche Falldauer erheblich zu. Während ein Arbeitsunfähigkeitsfall bei den 15-19 Jährigen im Durchschnitt lediglich 6,2 Tage dauert, erstreckt er sich bei den 60-64 Jährigen über 30,6 Tage. Bei den Männern ist vor allem in den jüngeren und middle- ren Altersgruppen die Zahl der durch muskuloskelettale Erkrankungen bedingten AU- Fälle und –Tage höher als bei den Frauen, was zu einem wesentlichen Teil auf unterschiedliche Tätigkeitspektren und die damit verbundenen Arbeitsbelastungen zurückzuführen sein dürfte.

Die einzelnen Berufsgruppen sind in sehr unterschiedlichem Ausmaß von Muskel- und Skeletterkran- kungen betroffen (vgl. Tabelle 2). Insbesondere bei den Berufen mit hohen AU- Raten (vgl. Tabelle 1) ist meist der Anteil der durch diese Krankheitsart bedingten Fehlzeiten in den höheren Altersgruppen besonders hoch. Bei einigen Berufsgruppen, wie z. B. den Fliesenlegern, gehen in der Altersgruppe der 60-64 Jährigen mehr als 50% des Krankenstandes ausschließlich auf muskuloskelettale Erkran- kungen zurück.

Tabelle 2: Arbeitsunfähigkeit durch Muskel-/ Skeletterkrankungen nach Berufsgruppen, Beschäftigte im Alter von 60-64 Jahren, 2003

Tätigkeit	AU- Fälle je 100	AU- Tage je 100	AU- Tage je
	Beschäftigte	Beschäftigte	Fall
Metallkleber und übrige	79,3	4622,0	58,3
Metallverbinder			
Behälterbauer, Kupferschmiede und verwandte Berufe	94,2	4434,4	47,1
Fliesenleger	77,3	4289,1	55,5
Stukkateure, Gipser, Verputzer	83,4	4139,4	49,7
Gerüstbauer	88,6	3826,8	43,2
Isolierer, Abdichter	83,7	3575,3	42,7
Dachdecker	84,3	3512,3	41,7
Betonbauer	83,7	3507,2	41,9
Maurer	74,3	3444,0	46,3
Former, Kernmacher	74,8	3206,0	42,9
Nieter	78,7	3078,0	39,1
Estrich-, Terrazzoleger	71,9	3041,8	42,3
Pflasterer, Steinsetzer	76,3	3027,7	39,7
Flachglasmacher	87,6	2908,5	33,2
Zimmerer	74,0	2885,6	39,0
Formstein-, Betonhersteller	80,3	2827,2	35,2
Fertiggerichte-, Obst-, Gemüsekonservierer, -zubereiter	68,8	2808,6	40,8
Straßenbauer	73,9	2762,6	37,4
Sonstige Tiefbauer	70,1	2738,2	39,1
Glaser	71,2	2735,6	38,4

Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage von Informationen des Instituts der Deutschen Wirtschaft, Köln

Muskuloskeletale Erkrankungen verursachen in den höheren Altersgruppen nicht nur die meisten AU-Tage, sie sind auch der häufigste Grund für Frühberentungen. Im Jahr 2000 war jeder vierte Rentenzugang wegen verminderter Erwerbsfähigkeit darauf zurückzuführen (n= 54.094). Auch in der Frühberentungsstatistik ist der Anteil der Männer, die aufgrund von Muskel-/ Skeletterkrankungen aus dem Berufsleben ausscheiden, etwas höher als bei den Frauen (Männer: 27%, Frauen: 25%)⁶].

Der größte Anteil der Muskel- und Skeletterkrankungen entfällt auf Rückenerkrankungen. Auf sie gingen im Jahr 2001 mehr als die Hälfte der durch diese Krankheitsart verursachten Krankmeldungen zurück (58% der Arbeitsunfähigkeitsfälle und 55% der –tage). Daneben spielen vor allem Arthropathien und Krankheiten der Weichteilgewebe eine Rolle. Der Rest entfällt auf sonstige Erkrankungen.

Bei der Genese muskuloskelettaler Erkrankungen spielen arbeitsbedingte Risikofaktoren eine erhebliche Rolle. Neben ungünstigen physischen Arbeitsbedingungen, wie schweres Heben, ständiges Sit-

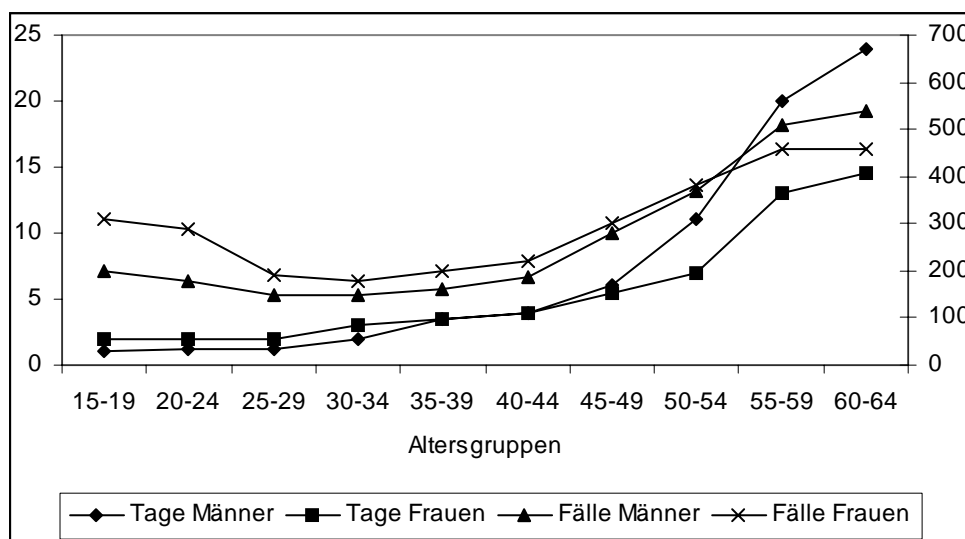
⁶ VDR Statistik, Rentenzugang, Bd. 137, F. a. M., 2001

zen, bestimmte Zwangshaltungen (z. B. gleichzeitiges Bücken und Verdrehen), Vibrationen oder einseitige, repetitive Tätigkeiten, sind auch psychische und psychosoziale Faktoren wie Stress durch Zeitdruck, hohe Arbeitsintensität, Konflikte am Arbeitsplatz, mangelnde Anerkennung von Unterstützung sowie die Angst um den Verlust des Arbeitsplatzes von großer Bedeutung.

Ein erheblicher Teil der Muskel- und Skeletterkrankungen kann durch präventive Maßnahmen am Arbeitsplatz verhindert werden. Bödeker et al.⁷ [3] kommen in einer Studie zu den Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen zu dem Ergebnis, dass allein durch eine Reduzierung des Belastungsfaktors „Arbeitsschwere/ Lastenheben“ bereits 11% der Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen potenziell vermieden werden könnte.

⇒ Herz-/ Kreislauferkrankungen

Darstellung 8: Herz-/ Kreislauferkrankungen nach Alter und Geschlecht, AU- Fälle und –Tage je 100 Beschäftigte, 2003



Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage von Informationen der Gesundheitsberichterstattung Deutschlands, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Neben den Muskel- und Skeletterkrankungen nimmt die Häufigkeit der Herz-/ Kreislauferkrankungen mit dem Alter am stärksten zu. Allerdings ist bei dieser Krankheitsart ein deutlicher Anstieg der darauf zurückgehenden Fehlzeiten erst bei Arbeitnehmern ab 45 Jahren zu verzeichnen. Dies ist insbesondere auf die in den mittleren Altersgruppen einsetzende Zunahme ischämischer Herzerkrankungen, wozu beispielsweise der Herzinfarkt gehört, zurückzuführen.

Bei den Erwerbstätigen ab 55 Jahren verursachen die Herz-/ Kreislauferkrankungen nach den Muskel- und Skeletterkrankungen die meisten Arbeitsunfähigkeitstage.

⁷ Arbeit & Ökologie- Briefe 04/ 2002: „Arbeitsbedingte Erkrankungen kosten jährlich mindestens 28 Milliarden Euro“.

Herz-/ Kreislauferkrankungen sind häufig sehr langwierig. Bei den 60-64 Jährigen liegt die Krankheitsdauer je Fall bei über vier Wochen. Zum Vergleich: die durchschnittliche Dauer aller Arbeitsunfähigkeitsfälle des gesamten Krankheitsspektrums beläuft sich auf knapp zwei Wochen. Bei den Männern sind in den Altersgruppen ab 45 Jahren deutlich mehr Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Herz-/ Kreislauferkrankungen zu verzeichnen als bei den Frauen. Auch das Risiko der vorzeitigen Berentung aufgrund von Herz-/ Kreislauferkrankungen ist bei Männern erheblich höher als bei Frauen. 1999 z. B. waren diese Erkrankungen bei den Männern für 20% der Berentungen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit verantwortlich, bei den Frauen waren es dagegen nur 9%⁸.

Bei den Herz- und Kreislauferkrankungen entfallen anteilmäßig die meisten Krankheitstage auf ischämische Herzkrankheiten und Hypertoniefälle. Auf diese beiden Diagnosegruppen gingen im Jahr 2001 knapp die Hälfte (47%) der durch Krankheiten des Kreislaufsystems verursachten Arbeitsunfähigkeitstage zurück. Den dritten und vierten Rangplatz nahmen sonstige Formen der Herzkrankheit sowie Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten ein. Der Rest entfiel auf sonstige Erkrankungen.

Zu den Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten gehören die Hyperlipidämie (Zunahme der Blutfettwerte), Hypertonie (Bluthochdruck), das Rauchen, Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), körperliche Inaktivität und psychosozialer Stress. Arbeitsbedingungen, die durch hohe Anforderungen in Kombination mit geringem Entscheidungsspielraum gekennzeichnet sind, und Arbeitsbedingungen, die zu hoher beruflicher Verausgabung herausfordern, ohne entsprechende Belohnungen zu gewähren, können ebenfalls das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen erhöhen⁹.

Das Risiko für Herz- Kreislauferkrankungen kann durch betriebliche Präventionsprogramme deutlich reduziert werden. Gerade bei Herz-/ Kreislauferkrankungen bestehen noch beachtliche Präventionspotentiale¹⁰. Die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität ist in den letzten Jahren bereits zurückgegangen. Durch eine Intensivierung der Prävention könnte dieser positive Trend aber noch deutlich beschleunigt werden¹¹.

⇒ *Psychische Störungen und Verhaltensstörungen*

Ähnlich wie bei den Muskel- und Skeletterkrankungen nehmen auch die Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen und Verhaltensstörungen bereits in den jüngeren und mittleren Altersgruppen kontinuierlich zu (Darstellung 9).

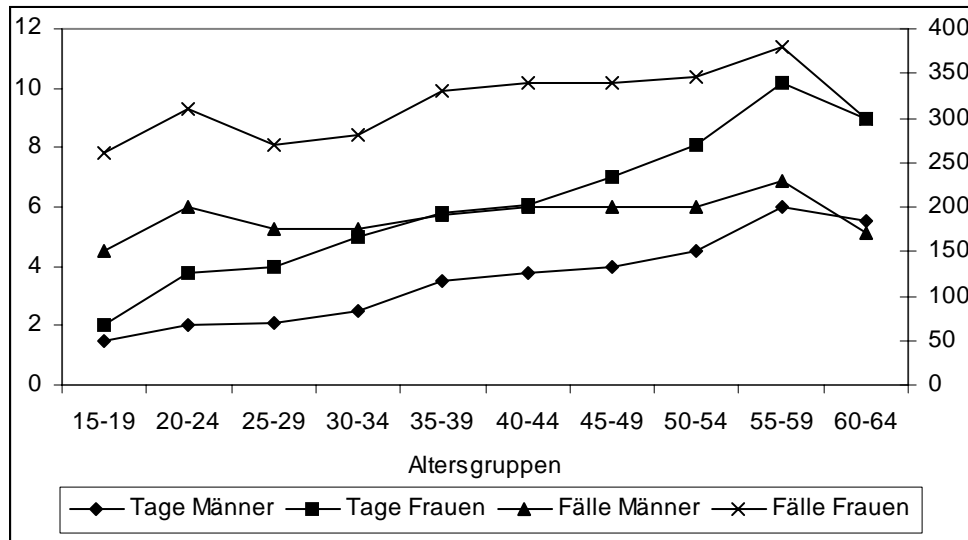
⁸ Sozialpolitische Umschau, Ausgabe 15, Berlin 05.06.2001

⁹ Siegrist, J.: Psychosoziale Arbeitsbelastungen und Herz-Kreislauf-Risiken, in: Fehlzeiten-Report 1999, Berlin 1999

¹⁰ Walter, U.: Präventionspotentiale für ein gesundes Altern, GGW 1/2001, 1. Jahrgang

¹¹ Enquete-Kommission demographischer Wandel, Deutscher Bundestag, DS 12/7876

Darstellung 9: Psychische Störungen und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht, AU-Fälle und –Tage je Beschäftigte, 2003



Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage von Informationen der Gesundheitsberichterstattung Deutschlands, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Mit dem Alter steigt nicht nur die Zahl der Fälle, sondern auch die durchschnittliche Falldauer erheblich an. Während in der Altersgruppe der 15-19 Jährigen 2003 durchschnittlich 51,0 Tage je 100 Beschäftigte anfielen, waren es bei den 55-59 Jährigen 203,1 Tage, also mehr als das fünffache.

Bei den Frauen ist sowohl die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle als auch der –tage aufgrund psychischer Erkrankungen deutlich höher als bei den Männern mit zunehmend größerem Abstand in den höheren Altersgruppen.

Bei den psychischen und Verhaltensstörungen dominieren affektive Störungen, bei denen insbesondere Depressionen eine wichtige Rolle spielen, sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, zu denen u. a. Phobien und andere Angststörungen gehören. Auf diese beiden Diagnosegruppen entfiel im Jahr 2003 ein Anteil von 36% der auf psychische Erkrankungen zurückgehenden Arbeitsunfähigkeitstage. Auf psychische und Verhaltensstörungen durch Substanzen, wie z. B. die Alkoholabhängigkeit, gingen 15% der Krankheitstage zurück. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen waren für 3% der Fehltagstage verantwortlich. Der Rest entfiel auf sonstige Erkrankungen.

Krankmeldungen aufgrund psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen haben in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Im Dienstleistungsbereich sind sie bereits heute für einen erheblichen Teil des Krankenstandes verantwortlich.

Inzwischen sind nicht mehr die Herz-/ Kreislaufkrankungen, sondern die psychischen Erkrankungen nach den Muskel- und Skeletterkrankungen der zweithäufigste Grund für den Eintritt von Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit. Bei den Frauen stehen sie sogar an der Spitze der Frühverrentungsstatistik!!!

Nach Schätzungen der in Bilbao ansässigen Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz ist Stress nach Rückenschmerzen das zweitgrößte berufsbedingte Gesundheitsproblem. Nach Angaben der Agentur sind rund 28 Prozent der Beschäftigten davon betroffen. *Etwa 41 Millionen EU Beschäftigte geben an, unter Stress zu leiden.* 50 bis 60 Prozent der Fehlzeiten werden mit Stress am Arbeitsplatz in Verbindung gebracht. Die Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme sind erheblich: Schätzungen zufolge sind 16 Prozent der Herz- Kreislauf- Erkrankungen bei Männern und 22 Prozent bei Frauen eine unmittelbare Folge von Stress am Arbeitsplatz. Es wird angenommen, dass arbeitsbedingter Stress die EU jährlich mindestens 20 Milliarden Euro kostet¹².

Ergo:

Aufgrund der demographischen Entwicklung *wird der Anteil älterer Mitarbeiter in den Betrieben deutlich zunehmen.*

Zwar sind ältere Arbeitnehmer nicht häufiger arbeitsunfähig als jüngere Erwerbstätige, sie sind aber in höherem Maße von langwierigen und von Mehrfacherkrankungen betroffen. Damit gehen höhere Krankenstände einher.

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen wird in den höheren Altersgruppen vor allem durch chronische Erkrankungen bestimmt. Dabei kommt den Muskel- und Skeletterkrankungen und den Herz-/ Kreislauf-erkrankungen besondere Bedeutung zu. Es zeichnet sich ab, dass in Zukunft die psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen weiter an Bedeutung gewinnen werden (vgl. dazu auch 1.2.1; S. 29ff).

Auch wenn die Wahrscheinlichkeit, zu erkranken, mit dem Alter steigt, sind hohe Krankenstände bei älteren Arbeitnehmern keine zwangsläufige Erscheinung!! Gerade bei den Krankheitsarten, die bei älteren Arbeitnehmern im Vordergrund stehen, bestehen gute Präventionsmöglichkeiten. Da arbeitsbedingte Risikofaktoren bei der Genese chronischer Erkrankungen eine wichtige Rolle spielen, sind (betriebliche) Präventionsprogramme besonders erfolgsversprechend.

Ein beachtlicher Teil der chronischen Erkrankungen ist einerseits durch entsprechende präventive Maßnahmen vermeidbar. Andererseits können *negative Folgeerscheinungen bereits eingetretener Erkrankungen können durch rechtzeitig eingeleitete rehabilitative Maßnahmen reduziert werden!*

Angesichts der zu erwartenden demographischen Veränderungen kommen also sowohl einer langfristige und präventiv angelegten betrieblichen Gesundheitspolitik als auch der Rehabilitation eine wachsende Bedeutung zu!!

¹² Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, arbeitsbedingter Stress, ISSUE 22, 22.05.2002

1.2 Zur quantitativen und qualitativen Seite des wachsenden Reha-Bedarfs

1.2.1 Erste Überlegungen zur Größe des voraussichtlichen Reha-Bedarfs in Deutschland

- Die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen wird wesentlich *vom Krankheitsvorkommen in der Bevölkerung und von der Geschlechts- und Altersstruktur sowie der Zahl der anspruchsberechtigten Versicherten bestimmt.*

Das Durchschnittsalter der Rehabilitanden hat sich in den letzten Jahrzehnten kaum verändert. Es lag im Jahr 2002 für (pflicht- und freiwillig versicherte) Rehabilitanden mit Leistungen nach § 15 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) bei durchschnittlich 48,1 Jahren (Männer: 49,8 Jahre, Frauen: 47,1 Jahre).

Tabelle 3 stellt die Versichertenzahlen (der AV) den erbrachten Rehabilitationsleistungen für Erwerbstätige (Pflicht- und Freiwilligversicherte),¹ aufgeschlüsselt nach Altersgruppen, gegenüber.

Tabelle 3: Versicherte und erbrachte Rehabilitationsleistungen nach Altersgruppen – BfA 2002

Altersgruppen	Aktiv-Versicherte 2001		Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2002 (§ 15 SGB VI)*	
	Zahl	Anteil	Zahl	Anteil
Bis 39 Jahre	9 800 352	53 %	63 848	18 %
40 bis 49 Jahre	4 720 993	26 %	105 075	31 %
50 bis 59 Jahre	3 373 435	18 %	146 159	43 %
60 bis 65 Jahre	627 148	3 %	26 038	8 %
Alle Altersgruppen	19 521 928	100 %	341 120	100 %

* Für Pflicht- und Freiwilligversicherte.

Quelle: lt. Informationen des VDR, F. a. M.; VDR Statistik Versicherte 2001/2002

Die *Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen wird hier nicht – wie sonst üblich – über die Zahl der Bewilligungen, sondern über die tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation* des Jahres 2002 thematisiert.

Nur auf dieser Ebene der Datenerfassung (Entlassungsberichte der Rehabilitationseinrichtungen) sind letztlich Auswertungen nach Versichertenstatus, Altersgruppen und medizinischen Diagnosen möglich...

Während in den Altersgruppen *bis 60 Jahre weit über die Hälfte der Versicherten Frauen sind*, kehrt sich das Geschlechterverhältnis bei den älteren Versicherten (über 60 Jahre) zugunsten der Männer um.

Wie darüber hinaus der Tabelle 3 (S. 22) zu entnehmen ist, *waren im Jahr 2001 etwas weniger als die Hälfte der Versicherten der BfA älter als 40 Jahre*. Etwa ein Viertel gehörte der zahlenmäßig stärksten Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen an.

Obwohl nur knapp jeder fünfte Versicherte zwischen 50 und 59 Jahre alt war, nahmen diese mit einem Anteil von 43% mit Abstand die meisten Leistungen in Anspruch.

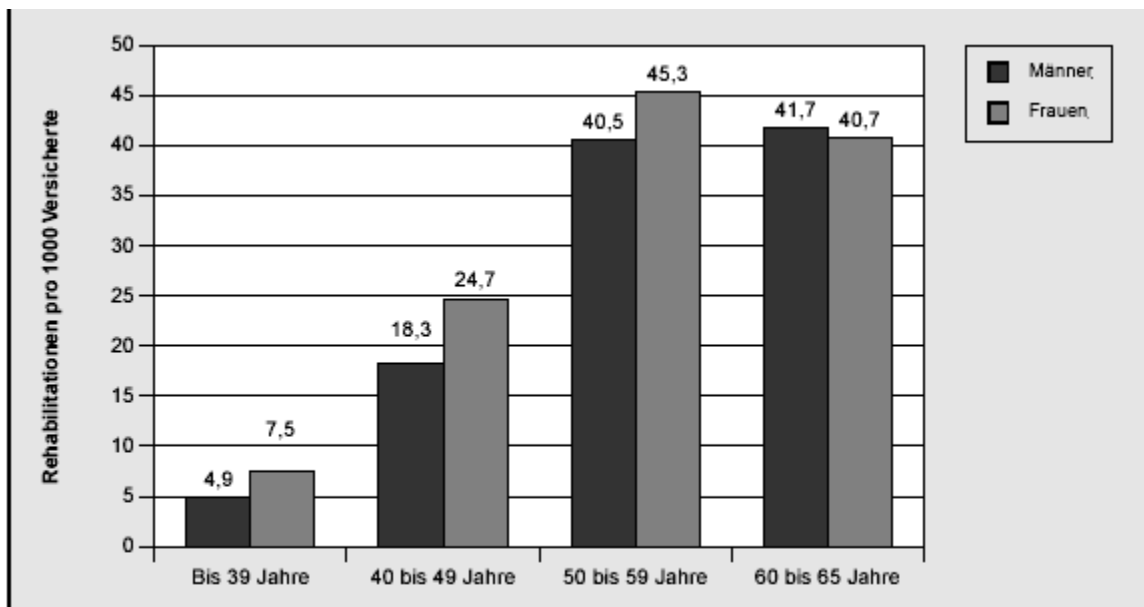
Zur Altersgruppe der 60-Jährigen und Älteren zählten 3% der Versicherten, für sie wurden 8% der medizinischen Rehabilitationsleistungen nach § 15 SGB VI erbracht.

- Eine weitere Möglichkeit, die *Rehabilitationsinanspruchnahme* abzubilden, ist die *Berechnung von Inanspruchnahmeraten bezogen auf 1\$000 Versicherte der jeweiligen Altersgruppe*.

Um für die Erwerbstätigen in höheren Altersgruppen realistische Inanspruchnahmeraten berechnen zu können, werden hier nur (erbrachte) medizinische Rehabilitationsleistungen für Pflicht- und Freiwilligversicherte nach § 15 SGB VI berücksichtigt.

Darstellung 10 zeigt die kontinuierlich steigende Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit zunehmendem Alter.

Darstellung 10: Inanspruchnahme pro 1.000 Aktiv-Versicherte (Medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI* - BfA 2002)



* Pflicht- und Freiwilligversicherte.
Quelle: VDR Statistik Versicherte

Während in den Altersgruppen bis 59 Jahre Frauen mehr Leistungen in Anspruch nehmen als gleichaltrige Männer, liegt bei den 60-Jährigen und Älteren die Inanspruchnahme bei den Männern etwas höher.

Am häufigsten werden die 50- bis 59-Jährigen in der Rehabilitation behandelt, aber auch die Älteren ab 60 Jahre haben einen hohen Rehabilitationsbedarf.

Nach den vorliegenden Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung sind diese Altersgruppen diejenigen, die mittel- und langfristig sowohl zahlen- als auch anteilmäßig zunehmen werden!! (vgl. dazu auch 1.1.1)

Schon allein bei gleich bleibendem Inanspruchnahmeverhalten wird diese Bevölkerungs-(Versicherten-)Gruppe mit intensivem Rehabilitationsbedarf entscheidend zur Bedarfssteigerung der kommenden Jahre beitragen!!!

Der Bedarf an Rehabilitationsleistungen ist dazu ab etwa 40 Jahren – wie aus Darstellung 10 ersichtlich – deutlich höher als für jüngere Menschen.

Die prognostizierte demographische Entwicklung (vgl. dazu die Überlegungen unter 1.1.1) führt zu einer wachsenden Anzahl *und* zu einem höheren Anteil von Menschen *in diesen „Risiko“-Altersgruppen. Demzufolge ist künftig allein auf der Basis der demographischen Entwicklung mit einer Steigerung des Rehabilitationsbedarfs zu rechnen!!*

Eine Anhebung des Rentenzugangsalters erhöht diesen Bedarf weiter.

Weitere Faktoren, wie konjunkturelle und Arbeitsmarktfaktoren, Veränderungen des Morbiditätsspektrums in der Bevölkerung im Sinne einer Zunahme chronischer Erkrankungen, können bei einer Projektion nicht beachtet werden, da sie nur bedingt quantifiziert werden können oder auf nicht vorhersagbaren externen Effekten beruhen. (Hierzu gehören u. a. konjunkturelle und Arbeitsmarktfaktoren oder Veränderungen des Morbiditätsspektrums in der Bevölkerung im Sinne einer Zunahme chronischer Erkrankungen.)

Auch Entwicklungen innerhalb der Akutversorgung (Verkürzung der Krankenhausliegedauer, Einführung von Disease-Management-Programmen) können Auswirkungen auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zur Rehabilitation haben.

Generell ist zu bedenken, dass die Annahmen, die der Projektion der Bevölkerung und Beschäftigung zugrunde liegen, mit erheblichen Unsicherheiten einhergehen, die Prognosen mit zunehmendem Abstand zum Basisjahr weniger genau werden lassen...

Neben den persönlichen, arbeitsmarktbezogenen und wirtschaftlichen Einflussfaktoren werden sich insbesondere die medizinisch-technologischen Entwicklungen und die Veränderungen der Lebensbedingungen signifikant auf den künftigen Bedarf an Rehabilitationsleistungen auswirken. Wie und in welchem Ausmaß, lässt sich bislang allerdings kaum bzw. schwer beziffern.

Zum voraussichtlichen Reha-Bedarf:

- *Die optimistische Variante bei der Projektion zur Abschätzung des voraussichtlichen medizinischen Behandlungs- und Rehabilitationsbedarfs geht davon aus, dass die Verlängerung der*

Lebens- bzw. Lebensarbeitszeit auch mit einem altersmäßigen Hinausschieben schwerer gesundheitlicher Beeinträchtigungen verbunden ist (Kompression der Morbidität).

Nach dieser These bleiben die Menschen aufgrund eines gesünderen Lebensstils, verbesserter Hygiene, besserer und gesünderer Ernährung, effektiverer Arbeitsschutzbestimmungen und der Nutzung medizinisch-technisch besserer Verfahren und Behandlungsmethoden für die Zeit ihrer Erwerbstätigkeit länger oder sogar ganz von funktionalen Einschränkungen verschont.

Für diese These spricht, dass 60- bis 80-Jährige in den letzten 25 Jahren durchschnittlich fünf gute Jahre gewonnen haben!

Der heute 65-Jährige ist körperlich und geistig eher mit einem 60-Jährigen von damals vergleichbar und damit auch in der Lage, seine Arbeitskraft für einen längeren Zeitraum zu nutzen.

- *Die pessimistische Variante (Medikalisierungsthese) geht davon aus, dass die gewonnenen Lebensjahre nicht in Gesundheit verbracht werden.*

Da es immer häufiger gelingt, lebensbedrohliche Erkrankungen in jüngeren Jahren zu verhindern oder zu heilen, erreichen immer mehr Menschen ein Alter, in dem Krankheiten mit einer langen Latenzzeit sowie chronische Beeinträchtigungen zunehmen (Tumorerkrankungen, Verschleißerscheinungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, geistige Abbauprozesse). Demnach wären die „letzten“ Berufs- und Lebensjahre vermehrt von Multimorbidität und funktionalen Einschränkungen begleitet und würden darum zwangsläufig durch einen erhöhten Behandlungs-, Rehabilitations- und Pflegebedarf auch höhere Kosten verursachen.

- *Als Synthese dieser beiden theoretischen Modelle mit extremen Positionen gilt das sog. bimodale Konzept.*

Es prognostiziert, dass sich der Gesundheitszustand der nachkommenden Generationen zwar langfristig verbessert, gleichzeitig aber auch der Anteil, gesundheitlich beeinträchtigter und/oder pflegebedürftiger älterer Menschen zunehmen wird.

Sozialepidemiologische Untersuchungen zur sozialen Ungleichheit bei Morbidität und Mortalität in angelsächsischen und skandinavischen Ländern legen nahe, dass sowohl Kompressions- als auch Medikalisierungsthese für sich genommen feststellbar sind, allerdings für unterschiedliche soziale Schichten zutreffen. Für die obere Mittelschicht ist die Kompression von Krankheit schon weitestgehend eine Realität. Das untere Fünftel der Gesellschaft hingegen hat am Fortschritt in der Medizin in den letzten Jahren nur in geringem Umfang teilgenommen.

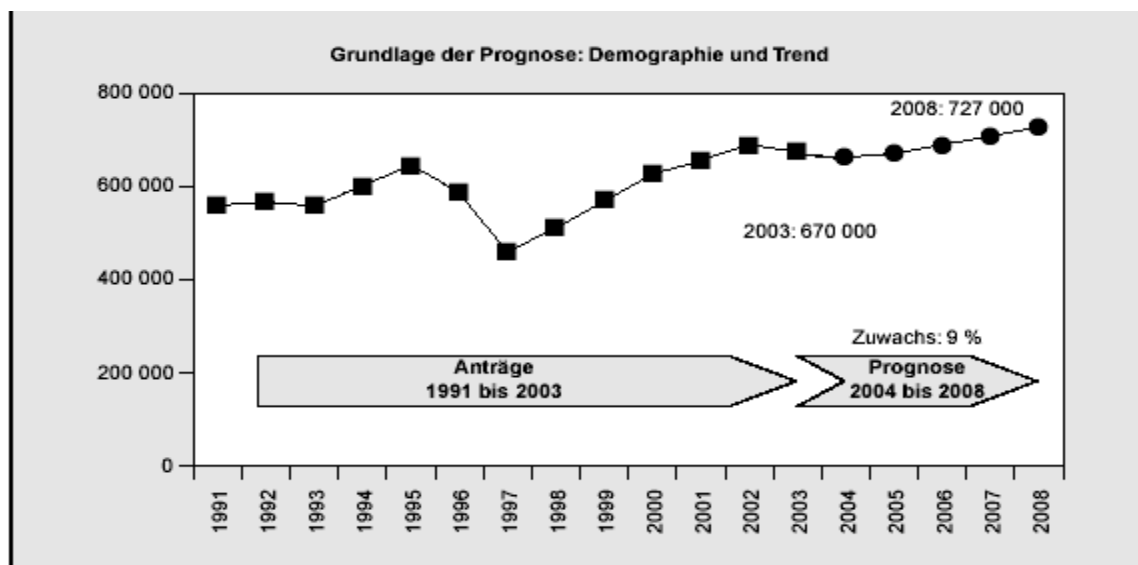
Die Auswirkungen dieser Tendenzen auf den quantitativen Rehabilitationsbedarf lassen sich nur schwer abschätzen.

Einerseits kann langfristig damit gerechnet werden, dass sich Gesundheitsprobleme und Funktionseinschränkungen der Arbeitnehmer im Schnitt erst in einem signifikant höheren Lebensalter bemerk-

bar machen. Andererseits haben gerade jüngere Arbeitnehmer, die unter Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit leiden, bei einer – im Vergleich zu heute – längeren Lebensarbeitszeit einen *intensiven Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bzw. zur Teilhabe am Arbeitsleben, um im Erwerbsleben bestehen zu können.*

Zu unseren Projektionsergebnissen:

Darstellung 11: Prognose der Antragsentwicklung bis 2008 (Medizinische Rehabilitation)



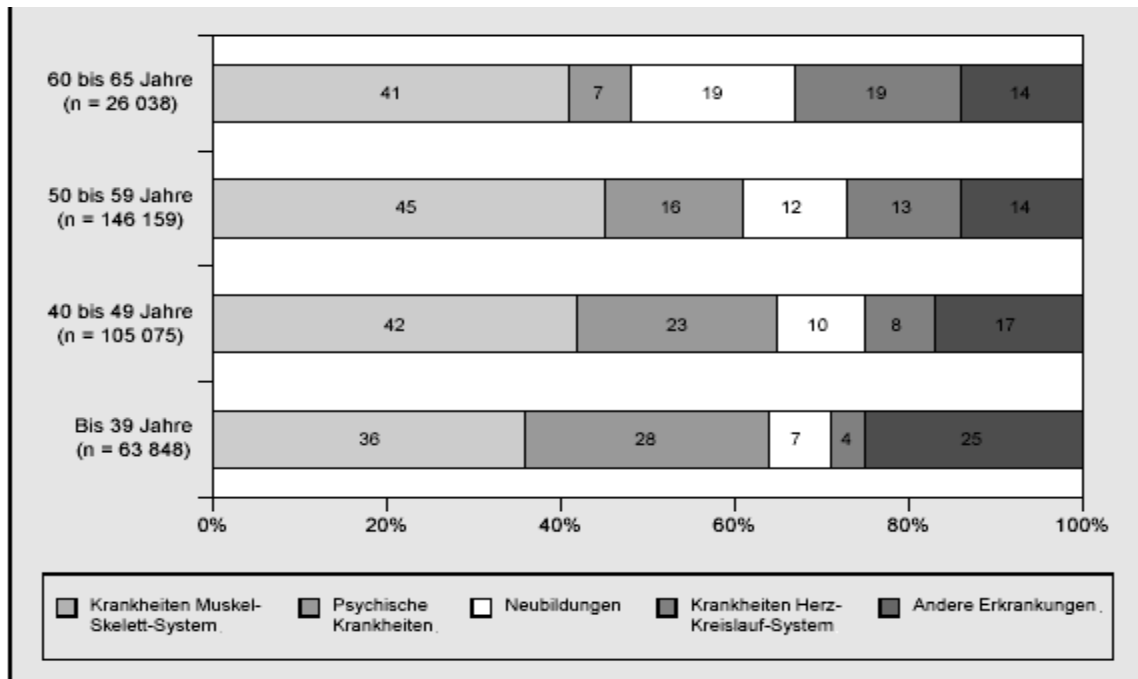
Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage von Informationen der BfA

Der Rehabilitationsbedarf ergibt sich *hier* aus der Zahl der pro Jahr in der BfA gestellten Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

1.2.2 Zu veränderten, an die Durchführung von Rehabilitation gestellten, Anforderungen

Bei der Betrachtung des *gegenwärtigen Indikationsspektrums der medizinischen Rehabilitation* fällt auf, dass *Herz- und Gefäßerkrankungen – aber auch Krebserkrankungen – mit zunehmendem Lebensalter* einen höheren Stellenwert haben, *während psychische Störungen, zumindest Anfang 2002, noch nicht so ins Gewicht fielen, was aus nachfolgender Darstellung deutlich erkennbar wird.*

Darstellung 12: Hauptdiagnosegruppen in verschiedenen Altersgruppen (Medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI* - BfA 2002)



* Pflicht- und Freiwilligversicherte, Alter 18 bis 65 Jahre

Quelle: lfd. Information des VDR, F a. M.

Letzteres stimmt mit anderen epidemiologischen Daten überein, die von der im höheren Alter zunehmenden psychischen Widerstands- und Anpassungsfähigkeit im Sinne einer „adaptiven Ich-Plastizität“¹³ zeugen.

Sowohl hinsichtlich des Zeitpunktes ihres Auftretens als auch hinsichtlich ihrer Schwere und ihres Verlaufs können die in den höheren Altersgruppen dominierenden körperlichen Erkrankungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation langfristig durch gesundheitsbewusste Lebensführung erheblich beeinflusst werden. Sekundärprävention und Gesundheitstraining werden damit künftig auch zentrale Aufgaben der medizinischen Rehabilitation darstellen. Die medizinische Rehabilitation wird sich in ihrem konzeptionellen Ansatz weiter in dieser Richtung profilieren müssen, um den Einzelnen zur erforderlichen Lebensstiländerung zu befähigen.

Der gesundheitliche Zustand älterer Menschen – und das gilt für das „jüngere, höhere und höchste Alter“ (Kruse) in gleicher Weise – ist aber nicht nur von körperlichen Faktoren abhängig. Unter psychologischen Aspekten betrachtet, fällt es älteren Menschen schwerer, Neues zu lernen. Die Umstellungsfähigkeit als Bestandteil der „mechanischen“ Intelligenz ist sicherlich eine Domäne jüngerer Altersgruppen; sie nimmt bereits ab dem dritten Lebensjahrzehnt ab.

¹³ Baltes: Das Alter – mehr Bürde als Würde, in: Max Planck Forschung 2/2003.

Die pragmatische Intelligenz einschließlich sprachlicher Fähigkeiten und Kulturtechniken nimmt dagegen mit höherem Alter eher zu. In diesem Zusammenhang sind auch die Begriffe „Weisheit“, „Besonnenheit“, „Serenität“ und „emotionale Intelligenz“ zu nennen.

Ältere verfügen im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen über eine deutlich bessere soziale und kommunikative Kompetenz, die auch im Erwerbsleben zum Ausdruck kommt.

Einschlägige empirische Befunde liefern zudem keinen Hinweis darauf, dass zwischen Lebensalter und Leistungsfähigkeit ein eindeutig negativer Zusammenhang besteht. Menschen im Alter zwischen 50 und 64 Jahren sind zumindest im Durchschnitt nicht weniger leistungsfähig als jüngere.

Mit dem Alter findet allenfalls ein Wandel in der Art der Leistungsfähigkeit im Sinne einer Verschiebung zwischen altersspezifischen Stärken und Schwächen statt.

Untersuchungen in altersgemischten Unternehmen konnten zudem zeigen, dass Lernfähigkeit und Innovationsbereitschaft sehr viel mehr von den Erfahrungen der Mitarbeiter im Umgang mit neuen Herausforderungen und unsicheren Situationen als mit dem Lebensalter zu tun haben.

Vielfach verfügen gerade ältere Mitarbeiter über spezifische Erfahrungen, die für den Erfolg von Unternehmen unverzichtbar sind. Sie verlieren nur dann an Flexibilität und Leistungsfähigkeit, wenn sie lediglich mit Routineaufgaben betraut und mit ihrer Arbeit unterfordert sind. Umgekehrt können Flexibilität und Innovationsfähigkeit durch entsprechende Fördermaßnahmen und Strukturen erhalten und sogar erweitert werden.

Sowohl die körperliche als auch die kognitive Leistungsfähigkeit sind stark von der subjektiven Bewertung eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten – und damit vom Selbstkonzept – beeinflusst.

Ältere Menschen tendieren dazu, ihre geistige Leistungsfähigkeit – vor allem ihre Leistungen im Bereich des Lernens und des Gedächtnisses – zu unterschätzen.

In mehreren psychologischen Untersuchungen konnten Lern- und Gedächtnisleistungen aber schon nachhaltig verbessert werden, dass Rückmeldungen über die tatsächlich erzielten Leistungen erteilt wurden und damit eine realistische Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit gefördert wurde.

Weiterhin zeigen auch Untersuchungen aus dem Bereich der Rehabilitationsforschung¹⁴, in denen subjektive Krankheitstheorien sowie Kontrollüberzeugungen (Überzeugung, die Situation verändern zu können) erfasst wurden, dass ältere Menschen eher dazu tendieren, mögliche Rehabilitationserfolge zu unterschätzen. Ein negatives Selbstkonzept trägt dazu bei, dass die tatsächlich gezeigten Leistungen (Performanz) die potenzielle Leistungsfähigkeit (Kompetenz) erkennbar unterschreiten.

Somit können die Erkenntnisse der Rehabilitationsforschung bei ihrer Umsetzung dazu beitragen, dass ältere Menschen zu einer realistischen Einschätzung ihrer körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit gelangen.

¹⁴ Kaschel: Neuropsychologische Rehabilitation von Gedächtnisleistungen. Weinheim: Psychologie Verlags Union Beltz-Verlag 1994.

Ein Forschungsprojekt unter der Leitung von Prof. Manfred Beutel¹⁵ zeigte, dass ältere Menschen in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik ein hohes Maß an Belastungen im Zusammenhang mit der Einführung bzw. Umstellung von EDV-Technologien aufwiesen. Durch die Teilnahme an einem berufsbezogenen Behandlungsschwerpunkt mit einem speziell auf die Besonderheiten älterer Arbeitnehmer zugeschnittenen Trainingsprogramm gelang es den Rehabilitanden, *ihr Vermeidungsverhalten und ihre Ängste erfolgreich abzubauen*. Dieses Programm eignet sich gut zur Übertragung in das *Routineangebot der medizinischen Rehabilitation, die sich mit der Problematik des älteren Arbeitnehmers bislang nur am Rande auseinandergesetzt hat*. Innerhalb eines geschützten Rahmens besteht hier für den Rehabilitanden die Möglichkeit zum „Probearbeiten“, ohne dass gleich gravierende negative Konsequenzen befürchtet werden müssen.

Beim Blick auf die Entwicklung des Arbeitsmarktes, *für den künftig rehabilitiert werden muss, dürfen die tief greifenden Wandlungen nicht übersehen werden*.

Änderungen in den Produktions- und Fertigungsverfahren, zunehmende Automatisierung und Rationalisierung sowie die veränderte Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen haben zur Ausweitung des tertiären Sektors geführt. Die Zahl der Erwerbstätigen in der Industrieproduktion und in der Landwirtschaft wird weiter schrumpfen, während für die sozialen, personenbezogenen und unternehmensnahen Dienstleistungen höhere Wachstums- und Beschäftigungspotentiale vorausgesagt werden.

Zudem geht der Trend zu immer anspruchsvolleren Tätigkeiten mit der Folge weiter steigender Qualifikationsanforderungen. So wird der Bedarf an Hoch- und Fachhochschulabsolventen in Deutschland auch weiterhin wachsen.

Die Qualifizierung aller Erwerbspersonen und lebenslanges Lernen (vgl. dazu auch die Überlegungen unter 4.) werden zu Schlüsselgrößen für die künftige Wirtschafts- und Arbeitsmarktentwicklung, die sowohl in der medizinischen Rehabilitation, als auch bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verstärkt berücksichtigt werden müssen!!

Nicht nur der Arbeitsmarkt, sondern auch die gesamte Arbeitstätigkeit und das Lebensumfeld unterliegen einem tiefgreifenden Wandel.

Die gegenwärtig noch übliche, individuell planbare, Arbeitskarriere wird eher zur Ausnahme werden.

Berufsaus- und -weiterbildungen mit entsprechender psychomentaler Belastung entwickeln sich zu lebensbegleitenden Forderungen. Konventionelle Anstellungsverhältnisse werden durch berufliche Selbstständigkeit mit für den Erwerbstätigen wechselnden Arbeitsumständen ergänzt. Das führt möglicherweise zum Verlust von Identifikationen der Betriebsangehörigen, was mit Verunsicherungsgefühlen einhergehen kann. Mit der Einführung von Produktionsphilosophien, wie sie unter dem Etikett „just in time“ oder „outsourcing“ zusammengefasst werden, dürften die von den Arbeitnehmern wahrgenommenen Abhängigkeiten steigen. Hieraus kann leicht das Gefühl der mangelnden Beeinflussbarkeit und des Ausgeliefertseins resultieren...

¹⁵ Beutel et al.: Berufsbezogene Therapiegruppen für ältere Patienten im Rahmen der tiefenpsychologisch orientierten psychosomatischen Rehabilitation, in: Gruppenpsychotherapie Gruppendynamik 2002, 38: 313–334.

Die vom Einzelnen kaum zu beeinflussende Spirale von Produktinnovation und rasanter Marktwirksamkeit kann neben zunehmender Variabilität und Komplexität auch einen permanenten psychischen Druck zur Folge haben. Die Internationalisierung der Wirtschaft und verminderte Ressourcen fördern diesen Prozess, auf den der einzelne Arbeitnehmer zunächst nicht vorbereitet ist.

Arbeitslosigkeit, Tele- oder Heimarbeit und virtuelle Teams bergen zudem die Gefahr, soziale Unterstützungsnetze zu zerstören, die einen wesentlichen präventiv-gesundheitsfördernden Faktor darstellen.

Bei der Berufstätigkeit wird es künftig vermutlich zu einer stärkeren Polarisierung kommen.

Auf der einen Seite spielen Partizipation und aktives Gefordertwerden in Gruppen- und Teamarbeit eine wesentliche Rolle. Auf der anderen Seite werden soziale Kontakte für den Einzelnen eingeschränkt; die Arbeit wird entpersonalisiert. Die einen sind seltener zu Hause, die anderen häufiger.

Der Dresdner Arbeitsmediziner Klaus Scheuch¹⁶ befürchtet, dass die Auflösung traditioneller Karriereentwicklungen sowie traditioneller betrieblicher und sozialer Strukturen möglicherweise Persönlichkeitseigenschaften fördert, die aus dem für die Herz-Kreislauf-Epidemiologie wichtigen Typ A-Verhalten als Risikofaktoren übrig geblieben sind: Aggressivität und Erholungsunfähigkeit.

Es ist nichts Neues, dass auch innerhalb des Arbeitslebens erworbene Verhaltensweisen die Umgebung sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Die sich explosionsartig entwickelnde Internationalisierung der Wirtschaft eröffnet neue Chancen für Arbeitgeber, aber auch für Arbeitnehmer. Risiken durch das Aufeinanderprallen unterschiedlicher Kulturen sowie sozialer Destruktionsprozesse werden dabei oft unterschätzt.

Das Auseinanderbrechen sozialer Unterstützungsnetze in Arbeit und Umwelt vermindert die Widerstandsfähigkeit gegenüber Unsicherheit und erhöht das Belastungserleben in Arbeit und Freizeit. All das sind Problembereiche, die künftig verstärkt in der Rehabilitation Beachtung finden müssen¹⁷.

Neben dem abzusehenden quantitativ höheren Rehabilitationsbedarf der durchschnittlich älter werdenden anspruchsberechtigten Versicherten ist in Zukunft auch mit einem höheren Bedarf an Berufs- und arbeitsbezogenen Leistungen zu rechnen.

Vor dem Hintergrund eines längeren Verbleibs im Erwerbsleben und sich verändernder Arbeitsbedingungen ist es gerade für ältere Arbeitnehmer von großer Bedeutung, dass berufliche Elemente in der medizinischen Rehabilitation stärkere Berücksichtigung finden und eine bessere Vernetzung medizinischer Rehabilitationsangebote mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stattfindet.

Die Notwendigkeit für Rehabilitationsleistungen mit arbeitsbezogener Ausrichtung muss frühzeitig erkannt werden, um eine rechtzeitige Inanspruchnahme zu ermöglichen. Hierzu ist nicht nur das entsprechende Angebot in den Rehabilitationseinrichtungen vorzuhalten, sondern auch die enge Kooperation mit Betrieben, Rehabilitationsberatern und Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation ist erforderlich.

¹⁶ Scheuch: Psychomentale Belastung und Beanspruchung im Wandel von Arbeitswelt und Umwelt. In: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 32, 8, 1997: 289–296.

¹⁷ Zwerenz, Knickenberg, Schattenburg, Beutel: Berufliche Belastungen und Ressourcen berufstätiger Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. In: Rehabilitation 2004, 43, 10–16.

Im Rahmen des indikativen Gruppenangebotes hat sich hier in den letzten Jahren bereits ein erfreulicher Trend ergeben, indem die Arbeitsplatzproblematik zunehmend Eingang in das therapeutische Angebot der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen gefunden hat. Das gilt für Stressbewältigung und Entspannungstraining in gleicher Weise wie z. B. für indikative Gruppen zur Bewältigung von psychosozialen Konflikten am Arbeitsplatz. Auch das rehabilitative Angebot für sozialmedizinisch stark gefährdete Risikogruppen hat sich erfreulicherweise in den letzten Jahren erweitert...

Ergo

Erwerbsarbeit wird künftig noch stärker mit Qualifizierung und Nichterwerbsarbeit wechseln. Vorübergehende Arbeitslosigkeit wird für viele ebenso wie vermehrte berufliche Selbstständigkeit zum normalen Bestandteil der Lebensarbeitszeit gehören. Diese Veränderungen in der Arbeitswelt können zu einem Anstieg des psychosozialen Drucks auf die Erwerbstätigen führen. *Dabei muss gerade älteren Menschen bei potenziell wachsender Belastung die Möglichkeit gegeben werden, im Arbeitsprozess bestehen zu können!!*

Die bisherige „Verschwendung des Humankapitals“ wird sich bei künftig steigenden Anforderungen des Arbeitsmarktes nicht dauerhaft rechtfertigen lassen. *Nicht nur bei der Prävention, sondern auch bei den Leistungen zur Teilhabe muss verstärkt auf die Erfordernisse älterer Arbeitnehmer eingegangen werden. Hier stellt sich die Aufgabe, „Investitionen“ in den Gesundheitszustand des älteren Arbeitnehmers durch ein entsprechend angepasstes Behandlungsangebot zu erbringen!!*

Die Frage, wie dieser Anspruch inhaltlich eingelöst werden kann, wird uns in den nächsten Jahren weiter beschäftigen.

Von gesellschaftlicher Seite aus gilt es, die – bislang nur *in Ansätzen erkennbare* – „Kultur für den älteren Arbeitnehmer“ weiterzuentwickeln. (Weiterführende Überlegungen unter 4.)

2. Schlaglichter auf gegenwärtige Anpassungsprozesse im Reha-Bereich

2.1 Die Analyse des Reha-Marktes

2.1.1 Die Reha-Wettbewerbsdynamik und die Stellung der Leistungsträger

Wettbewerbsdynamik im Reha-Markt hat *erst durch die Einführung des WFG eingesetzt*.

Wie die Daten des Statistischen Bundesamtes zeigen, lagen die durchschnittlichen Auslastungsquoten bis zur Gesetzeseinführung konstant bei mehr als 85 Prozent. Nach der Einführung sanken sie auf durchschnittlich 65 Prozent. *Dieser Sachverhalt ist für sich genommen, bereits ein Indiz dafür, wie stark der Verdrängungswettbewerb in der Reha-Branche zur Zeit ist.* Eine wirtschaftliche Betriebsführung ist auf Grundlage einer Auslastung von 65 Prozent nicht vorstellbar¹⁸, zumal der Personalbereich als kostenintensivster Bereich in der Rehabilitation nicht den gesunkenen Auslastungszahlen angepasst wurde¹⁹ *Darüber hinaus konkurrieren die Reha-Kliniken um eine stark gesunkene Nachfrage nach Reha-Leistungen bei einem gleichzeitig annähernd konstanten Angebot von Reha-Betten.*

Neben dem WFG als dem eigentlichen Auslöser sind die Leistungsträger, mit ihrer Verantwortung für die Durchführung von Reha-Leistungen, wie sie in den einzelnen Sozialgesetzbüchern jeweils bestimmt sind, als wesentliche Dynamikfaktoren des Wettbewerbs anzusehen. Sie führen die Entgeltverhandlungen mit den Reha-Kliniken durch, bestimmten die Qualitätsstandards der medizinischen Rehabilitation und kontrollieren deren Einhaltung. Die Wahrnehmung dieser Aufgaben ermöglicht den Leistungsträgern einen Überblick über das Leistungsgeschehen und die Preispolitik der einzelnen Reha-Kliniken. Auch wenn für die medizinische Rehabilitation kein leistungsträgerunabhängiges Qualitätssicherungsprogramm existiert, geben sie dem Träger einen transparenten Einblick in die Struktur- und Prozessqualität der Kliniken²⁰.

Bezüglich der Transparenz auf Seiten der Leistungsträger gilt Gleiches für die Leistungsentgelte. Eine Preisdifferenzierung in Abhängigkeit von dem Leistungsträger und der in der Rehabilitation verfolgten Zielsetzung ist für die Reha-Klinik unrealistisch, da der von dem anderen Leistungsträgern nicht akzeptiert wird. Folglich herrscht im Entgeltbereich für die Leistungsträger Preistransparenz für Rehabilitationsleistungen der von einem Leistungsträger belegten Kliniken ist unter Berücksichtigung der o. g. Qualitätsmerkmale unkritisch, so dass der Leistungsträger aufgrund seiner Markttransparenz einen Preisdruck auf die durch ihre belegten Reha-Kliniken ausüben kann.

Dem Preisdruck durch die Leistungsträger werden sich Reha-Kliniken nur entziehen können, wenn einzelne Reha-Kliniken oder Klinikketten eine außergewöhnliche Marktstellung haben, z. B. eine marktbeherrschende Stellung einnehmen und von den Leistungserbringern als unverzichtbar angese-

¹⁸ Vgl. Die Welt (2001).

¹⁹ Im Akut-Krankenhaussektor beträgt der Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten eines Akut-Krankenhauses ca. 67 Prozent. Vgl. DKG (2001), S. 44. Für die Reha-Kliniken dürften der Personalkostenanteil an den Gesamtkosten vermutlich höher sein, da dort weniger Sachmittel (Gebrauchs- und Verbrauchsgüter) eingesetzt werden.

²⁰ Zur Erläuterung der Struktur- und Prozessqualität vgl. Donabedian, A. (1980), S. 83f.

hen werden bzw. der Austausch einer bislang präferierten Reha-Klinik für den Leistungsträger schwierig oder nur mit erheblichem organisatorischem Aufwand zu realisieren ist.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen zur Marktmacht der Reha-Kliniken wird im Folgenden die Fragmentierung des Reha-Marktes als Ausdruck der Wettbewerbsdynamik untersucht.

Je höher der Grad der Fragmentierung des Reha-Marktes auf der Angebotsseite ist, um so einfacher können Leistungsträger bei der Vergabe von Reha-Leistungen die Reha-Kliniken durch Entgeltvergleiche auf Kosten der Rentabilität der gesamten Branchen gegeneinander ausspielen, da ein Wechsel von einer Reha-Klinik zu einer anderen aufgrund der geringen Auslastung von Reha-Kliniken unproblematisch ist.

Zwei Fragestellungen bilden den Rahmen der folgenden Analyse:

- *Wie stark ist des Reha-Markt auf der Angebotsseite fragmentiert?*
- *Gibt es Anbieter, die über eine marktbeherrschende Stellung verfügen?*

Die Fragmentierung des Reha-Marktes zeigt sich in der *relativ großen Zahl an Kliniken mit wenigen Betten im Verhältnis zur gesamten Bettenkapazität.*

Tabelle 4: Darstellung der Größencluster bei Reha-Kliniken

Größenklassen der Reha-Kliniken	Anzahl Kliniken je Klasse	Anteil der Klasse an der Gesamtzahl in %	Anzahl der Betten je Klasse	Anteil der Klasse an der Gesamtkapazität in %
Kliniken mit mehr als 1000 Betten	1	0,07%	1.000	0,15%
Kliniken mit 751 - 999 Betten	2	0,15%	1.818	0,94%
Kliniken mit 501 - 750 Betten	14	1,03%	8.588	4,42%
Kliniken mit 251 - 500 Betten	144	10,60%	44.771	23,04%
Kliniken mit 201 - 250 Betten	159	11,71%	36.144	18,60%
Kliniken mit 151 - 200 Betten	225	16,57%	39.871	20,52%
Kliniken mit 101 - 150 Betten	213	15,68%	26.979	13,89%
Kliniken mit 51 - 100 Betten	359	26,44%	26.842	13,82%
Kliniken mit 1 - 50 Betten	241	17,75%	8.275	4,26%
Summe	1.358	100,00%	194.288	100,00%

Quelle: MediMedio (Stand 2002), eigene Berechnung²¹

²¹ Die Daten der Reha-Kliniken wurden der Firma MediMedio aus Neu-Isenburg zur Verfügung gestellt. Die Datenbank von MediMedio beinhaltet aktuell ca. 1400 Vorsorge- und Reha-Einrichtungen. Eine Trennung in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen ist nicht möglich, weil viele Kliniken in beiden Leistungssegmenten tätig sind, so dass sich die Analyse im Folgenden auf Vorsorge- und Reha-Einrichtungen bzw. Vor- und Nachsorgeeinrichtungen beziehen. Gleiches gilt für das Statistische Bundesamt, welches ebenfalls nicht nach Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen unterscheidet. Vgl. Statistisches Bundesamt (2000), S. 416. Inhaltlich werden die Begriffe Vorsorge- und Reha-Einrichtungen bzw. Vor- und Nachsorgeeinrichtungen synonym verwendet. Der Begriff Reha-Klinik ist in diesem Zusammenhang synonym zu sehen mit dem Begriff Vorsorge- und Reha-Klinik. Insgesamt wurden von der Firma MediMedio 1358 Vorsorge- und Reha-Kliniken berücksichtigt.

So liegt, wie aus Tabelle 4 erkennbar wird, der kumulative Anteil der Kliniken mit einer Bettenzahl bis zu 200 Betten bei ca. 52 Prozent der Gesamtbettenkapazität, der Anteil dieser Gruppe an der Gesamtzahl der Kliniken sogar bei über 76 Prozent.

Kliniken mit großem Bettenangebot bilden die Ausnahme, obwohl in den letzten 10 Jahren insbesondere in den Klassen mit mehr als 200 Betten erhebliche Bettenkapazitäten neu geschaffen wurden, worüber die nachfolgende Tabelle 5 Auskunft gibt.

Tabelle 5: Veränderungen der Bettenzahlen je Größenklasse der Kliniken

Betten bei Reha-Kliniken mit . . .	Zuwachs der Betten je Größenklasse von 1991 bis 1998
Unter 50 Betten	- 0,59 Prozent
51 bis 100 Betten	7,83 Prozent
101 bis 150 Betten	28,74 Prozent
151 bis 200 Betten	17,40 Prozent
201 bis 250 Betten	64,50 Prozent
251 und mehr Betten	50,45 Prozent

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen²²

Nicht nur die Betten je Klinik zeigen die Zersplitterung des gesamten Reha-Marktes, sondern auch die große Zahl unterschiedlicher Klinikstandorte. Diese Problematik versucht Tabelle 6 (S. 35) transparent zu machen.

Daraus wird ersichtlich, dass es viele Orte mit wenigen Reha-Kliniken und geringen Bettenkapazitäten gibt.

Andererseits gibt es 32 Orte mit mehr als 1000 Betten.

Diese Orte vereinen mehr als ein Viertel des gesamten Bettenpotenzials im Reha- und Vorsorgebereich auf sich. Die Verteilung der Betten auf diese Orte zeigt Darstellung 13, auf Seite 35.

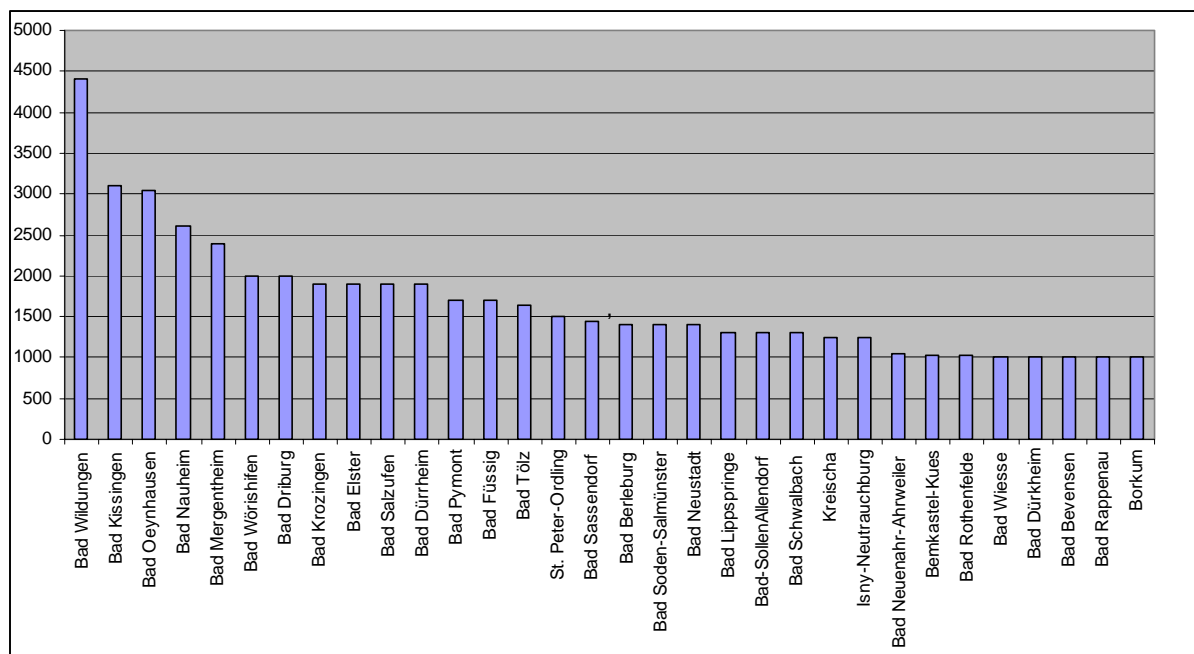
²² Beim Vergleich der Bettenanteile je Größenklassen sind aufgrund der unterschiedlichen Datenquellen und Berechnungsjahre leichte Abweichungen möglich, die allerdings die generellen Tendaussagen nur unerheblich beeinträchtigen.

Tabelle 6: Darstellung der Größencluster bei Reha-Orten

Größencluster der Reha-Orte	Anzahl Orte je Klasse	Anzahl der Betten je Klasse	Anteil der Betten je Klasse in %
Orte mit mehr als 1.000 Betten	32	52.476	27,01 %
Orte mit 750 - 999 Betten	26	22.164	11,41 %
Orte mit 500 - 749 Betten	56	32.426	16,69 %
Orte mit 250 - 499 Betten	111	38.444	19,79 %
Orte mit 100 - 249 Betten	212	36.643	18,86 %
Orte mit 50 - 99 Betten	128	8.941	4,60 %
Orte mit 1 - 49 Betten	104	3.194	1,64 %
Summe	669	194.288	100,00%

Quelle: MediMedio (Stand 2003), eigene Berechnungen

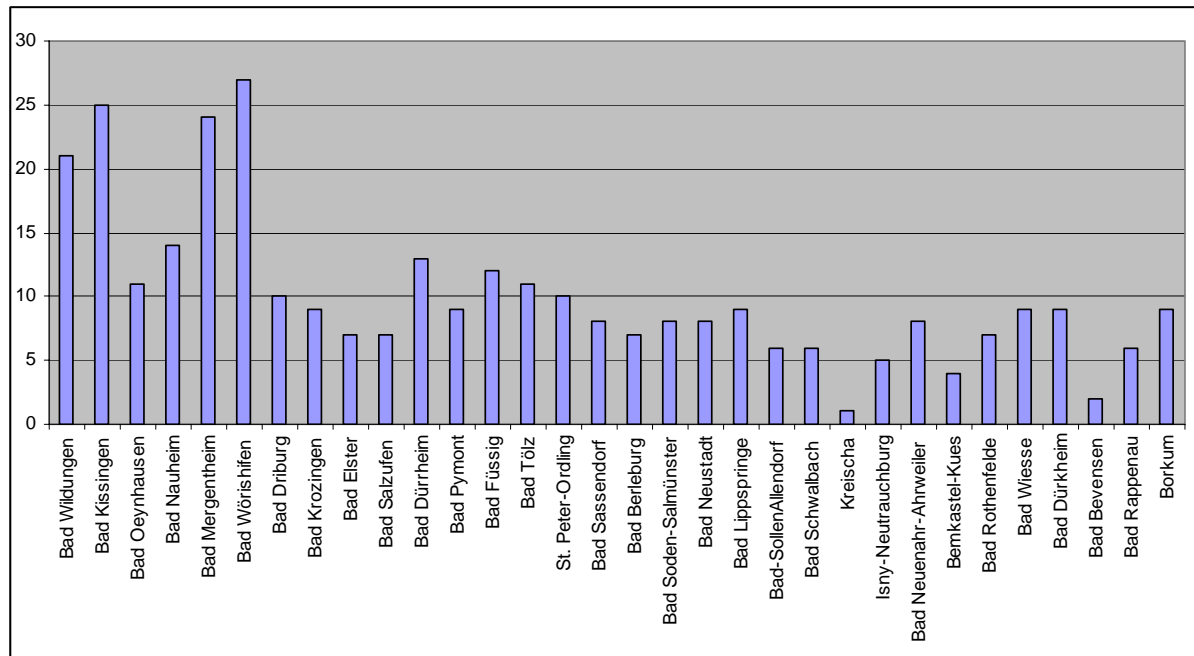
Darstellung 13: Bettenzahl je Ort ab einer Größenklasse von 1000 Betten



Quelle: MediMedio (Stand 2003), eigene Berechnungen

Allerdings ist die Anzahl der Kliniken in diesen Orten sehr unterschiedlich, wie das aus Darstellung 14 zum Ausdruck kommt.

Darstellung 14: Anzahl Kliniken je Ort



Quelle: MediMedio (Stand 2003), eigene Berechnungen

In diesen 32 Klinikstandorten sind ca. 2 Prozent aller Reha-Kliniken zu finden.

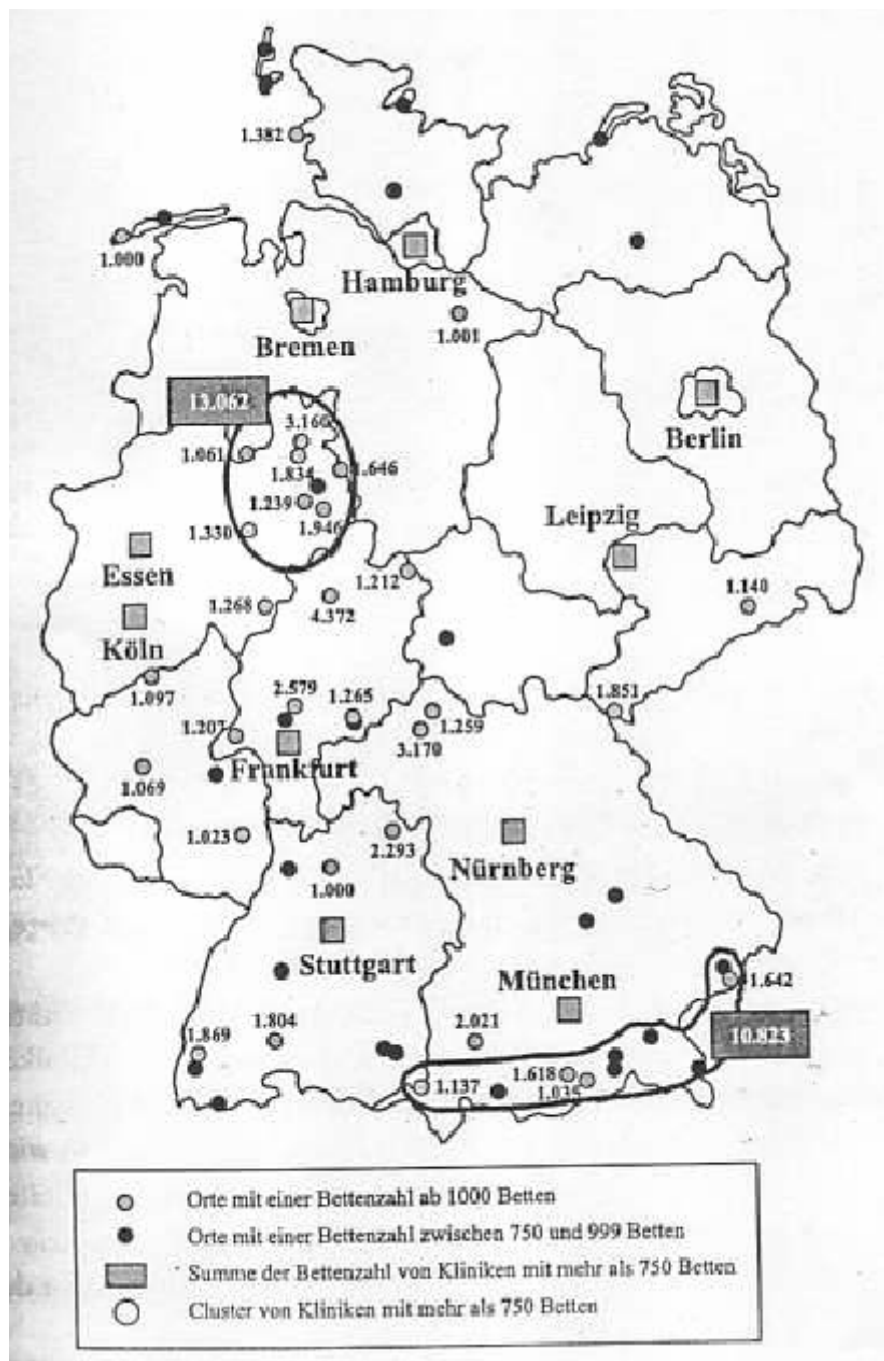
Auffallend ist, dass fast alle Orte entweder klassische Bade- und Kurorte oder Orte in Meereslage sind²³.

Zur besseren Einordnung der geografischen Lage der 32 Kliniken und der Kliniken der nächsten Gruppe (Orte mit 751 bis 999 Betten) werden diese in einer Deutschlandkarte dargestellt²⁴. Jeder Reha-Ort wird mit einem Punkt auf der Karte in *Darstellung 15* angezeigt.

²³ Ausnahmen bilden lediglich die Orte Kreischa und Isny- Neutrauchburg. Bei dem Ort Kreischa ist zu beachten, dass dort eine Klinik mit einem Bettenangebot von über 1000 Betten vor einigen Jahren gebaut wurde.

²⁴ Bei der Gruppe über 1000 Betten steht die Bettenzahl neben der Markierung des entsprechenden Ortes. Aus Gründen der Übersichtlichkeit und wegen der geringeren Bettensvariation in der Klasse zwischen 751 und 999 Betten wird auf die Bettenzahl bei diesen Orten in der Grafik verzichtet. Kleinere Standorte bleiben unberücksichtigt.

Darstellung 15: Geografische Verteilung von Reha-Kliniken nach Größenclustern



Quelle: MediMedio (Stand 2003), eigene Darstellung

Auffallend sind zwei große Clustergebiete (einfache Umrandung ohne graue Fläche). Das eine Clustergebiet liegt im Nord-Osten von Nordrhein-Westfalen (13062 Betten) und das andere Clustergebiet befindet sich im Süden von Bayern (1023 Betten). Letzteres hat jedoch eine größere geografische Ausdehnung. Gerade in dem geografisch begrenzten Nordrhein-Westfalen-Cluster mit mehr als 13000

Betten wird die Wettbewerbsintensität durch die große Dichte verschärft, zumal in diesem Cluster mehr als die Hälfte aller in Nordrhein-Westfalen aufgestellten Betten zu finden sind²⁵.

Unabhängig von den beiden gezeigten Clustergebieten wird ein intensiver Konkurrenzkampf zwischen den einzelnen Kur- und Bäderorten bzw. dem Ausbau von Marktanteilen entstehen, da die geografische Lage als ein Differenzierungsmerkmal bei der Auswahl einer Reha-Klinik fungieren wird. Auch der Verdrängungswettbewerb innerhalb der Cluster-Orte wird durch die Bettenkonzentration relativ scharf sein.

Neben der geografischen Zersplitterung - mit Ausnahme der oben dargestellten Reha-Cluster (insbesondere in Meeres- und Gebirgslage) - ist für die Intensität des Wettbewerbs die Konzentration von Bettenkapazitäten auf der Angebotsseite von Bedeutung. Diese ergibt sich aus der Zugehörigkeit der Kliniken zu einzelnen Trägern, vgl. dazu nachfolgende Tabelle 7.

Tabelle 7: Darstellung der Träger nach Größenklassen

Trägerklassen	Anzahl Träger je Klasse	Anzahl Betten je Klasse	Anteil Betten je Klassen in %	Anzahl Kliniken je Klasse	Anteil Kliniken je Klasse in %
Träger mit mehr als 20 Kliniken	5	26.266	13,52 %	133	9,79 %
Träger mit Kliniken zwischen 10 und 19	10	18.746	9,65 %	114	8,39 %
Träger mit Kliniken zwischen 5 bis 9	30	32.395	16,67 %	188	13,84 %
Träger mit Kliniken zwischen 2 und 4	96	41.933	21,58 %	259	19,07 %
Träger mit einer Klinik	96	12.277	6,32 %	96	7,07 %
Kliniken ohne Träger	568	62.671	32,26 %	568	41,83 %
Summe	805	194.288	100,00%	1.358	100,00%

Quelle: MediMedio (Stand 2003), eigene Darstellung

Aus der Aufschlüsselung der Trägerschaften wird die kaum vorhandene Bündelung von Bettenkapazitäten auf der Angebotsseite ersichtlich. Zurzeit gibt es nur wenige Träger mit großem Bettenangebot.

Der größte Teil der Kliniken (48,90 Prozent) mit einer Gesamtkapazität von 38,58 Prozent aller Betten ist der Klasse mit einem oder keinem Träger zuzuordnen. Von dieser Gruppe haben 41,83 Prozent keinen Träger.

Werden die Kliniken nach Trägern mit einheitlichem Rechtsstatus bzw. einheitlicher Trägerschaftsgruppe unterteilt (z.B. alle Kliniken mit dem Träger Landesversicherungsanstalt bzw. Bundesversicherungsanstalt werden dem Träger Rentenversicherung zugeordnet), so wird die bisher kaum stattgefundene Bündelung von Bettenkapazitäten unter einer einheitlichen Trägerschaftsgruppe deutlich.

²⁵ Eigene Berechnungen auf Basis der Zahlen des Statistischen Bundesamtes. Vgl. Statistisches Bundesamt (2000).

(vgl. dazu Tabelle 8, S. 39) *Private Träger dominieren den Reha-Sektor, wenn auch mit geringer Marktmacht des einzelnen Anbieters.*

Tabelle 8: Unterscheidung der Träger nach Zugehörigkeit (sortiert nach Bettenzahl)²⁶

Träger	Kliniken	Klinikanteil in Prozent	Betten	Bettenanteil in Prozent
LVA und BfA (22 Träger)	104	7,66 %	18.9259	9,74 %
Privater Träger	32	2,36 %	7.346	3,78 %
Privater Träger	26	1,91 %	5.828	3,00 %
Privater Träger	22	1,62 %	4.358	2,24 %
Privater Träger	27	1,99 %	3.420	1,76 %
Caritasverband, Caritas-Trägerwerk (17 Träger)	28	2,06 %	3.336	1,72 %
Arbeiterwohlfahrt (17 Träger)	40	2,95 %	3.267	1,68 %
Privater Träger	13	0,96 %	3.100	1,60 %
Privater Träger	7	0,52 %	2.645	1,36 %
Privater Träger	11	0,81 %	2.547	1,31 %
Privater Träger	11	0,81 %	2.142	1,10 %
Privater Träger	13	0,96 %	2.007	1,03 %
Privater Träger	9	0,66 %	1.965	1,01 %
Privater Träger	11	0,81 %	1.928	0,99 %
Privater Träger	8	0,59 %	1.787	0,92 %
Privater Träger	12	0,88 %	1.760	0,91 %
Privater Träger	6	0,44 %	1.692	0,87 %
Privater Träger	10	0,74 %	1.632	0,84 %
Deutsches Rotes Kreuz, Rotes Kreuz Landesverbände (11 Träger)	18	1,33 %	1.550	0,80 %
Privater Träger	6	0,44 %	1.535	0,79 %
Privater Träger	5	0,37 %	1.535	0,79 %
Privater Träger	3	0,22 %	1.487	0,77 %
Privater Träger	5	0,37 %	1.307	0,67 %
Privater Träger	6	0,44 %	1.298	0,67 %
Privater Träger	8	0,59 %	1.292	0,66 %
Privater Träger	2	0,15 %	1.140	0,59 %
Privater Träger	7	0,52 %	1.117	0,57 %
Privater Träger	3	0,22 %	1.111	0,57 %
Privater Träger	4	0,29 %	1.080	0,56 %
Privater Träger	10	0,74 %	1.035	0,53 %
Deutsche Angestellten Krankenkasse (1 Träger)	6	0,44 %	994	0,51 %
Allgemeine Ortskrankenkasse (1 Träger)	6	0,44 %	729	0,38 %
Barmer Ersatzkasse Hauptverwaltung (1 Träger)	4	0,29 %	695	0,36 %
Bahn-Betriebskrankenkasse (1 Träger)	3	0,22 %	440	0,23 %
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (1 Träger)	2	0,15 %	121	0,06 %
Summe	488	35,94 %	88.149	45,37 %

Quelle: MediMedio (Stand 2003), eigene Berechnungen

²⁶ Private Träger wurden bis zu einem Bettenanteil von 0,5 Prozent der gesamten Betten berücksichtigt. Andere öffentlich-rechtliche oder frei-gemeinnützig Träger mit einem größeren Bettenangebot konnten nicht ermittelt werden. Zur Verdeutlichung des Stellenwertes der Krankenkassen als Reha-Anbieter wurden diese unabhängig von dem Bettenangebot in die Analyse einbezogen. Die in der Tabelle aufgeführten Klinikträgern verfügen über 35,95 Prozent aller Kliniken und bieten 45,37 Prozent der Vorsorge- und Reha-Betten an.

Obwohl die Rentenversicherungsträger ca. 10 Prozent der Reha-Kapazitäten in Eigenregie betreiben, ist ihre Marktmacht auf 22 regional organisierte Landesversicherungsanstalten und die BfA (diese hält 2,74 Prozent der Betten) aufgeteilt.

Von einer Bündelung der Kapazitäten kann nicht gesprochen werden, da die Landesversicherungsanstalten selbstständige Körperschaften des öffentlichen Rechtes sind.

Im Vergleich dazu ist der Einfluss der Krankenversicherungsträger als Betreiber von Reha- Kliniken sogar noch geringer.

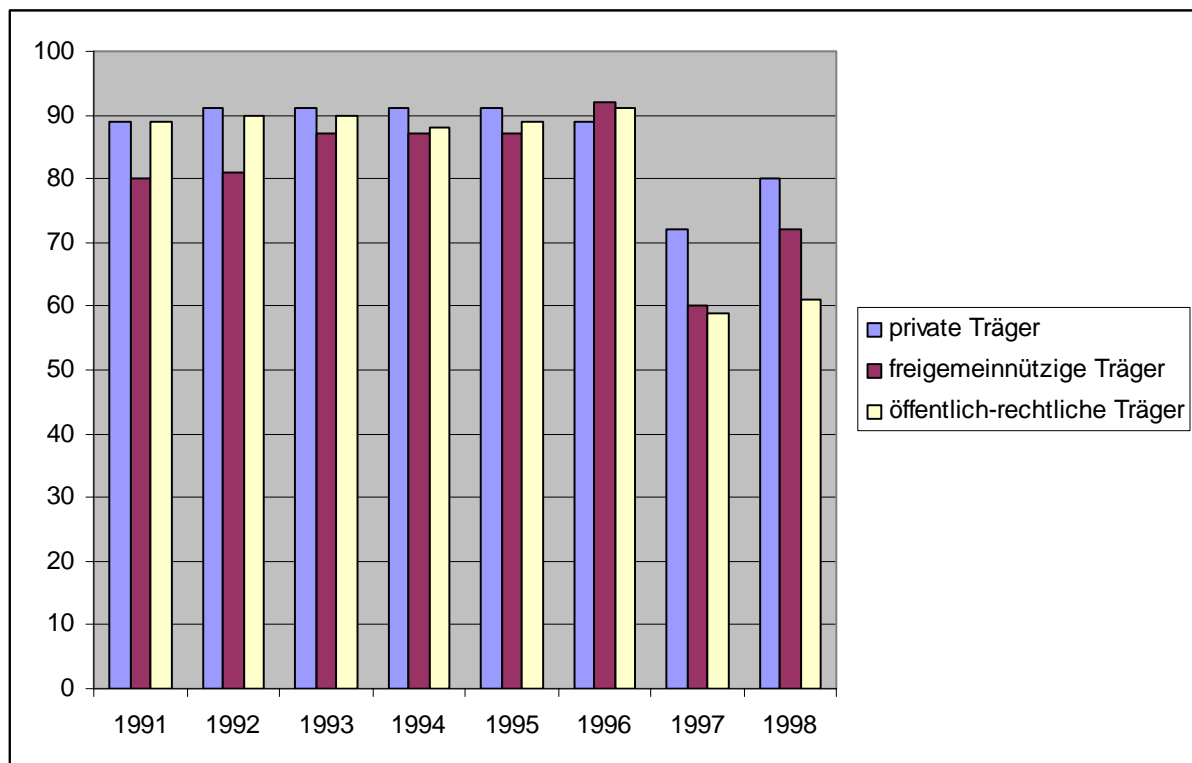
Bei der Vergabe von Reha-Leistungen haben die Träger der Rehabilitation (insbesondere die Rentenversicherungsträger) aber offensichtlich ihre eigenen Kliniken bevorzugt, vgl. dazu Darstellung 16, S. 41.

Bis zu dem Krisenjahr 1997 war die durchschnittliche Auslastung der Kliniken in privater und öffentlich-rechtlicher Trägerschaft annähernd gleich, vgl. dazu auch Darstellung 16.

Ab dem Krisenjahr 1997 ist eine deutlich höhere Auslastung der Kliniken in öffentlich- rechtlicher Trägerschaft im Vergleich zu Kliniken anderer Trägerschaften erkennbar. Im Jahr 1998 lag die durchschnittliche Auslastung der Kliniken in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft bei 80,1 Prozent, während die Kliniken in privater Trägerschaft durchschnittlich mit 61,7 Prozent ausgelastet waren. Sicherlich ist aus wettbewerblichen Gründen diese Vergabep Praxis abzulehnen, allerdings geht die Bedeutung der Reha-Anbieter in öffentlich- rechtlicher Trägerschaft bereits seit Jahren zurück.²⁷

²⁷ In diesem Zusammenhang ist zu beachten , dass sich in den letzten fünf Jahren die Anzahl der Kliniken nur um ca. 5 Prozent erhöht hat. Die Verschiebung innerhalb der Anbieterträgerschaften ist demnach nicht auf eine Erhöhung der absoluten Anzahl von privaten Kliniken bei einer gleichzeitigen Konstanz der Anzahl von Kliniken mit öffentlich- rechtlicher Trägerschaft zurückzuführen. Vgl. Statistisches Bundesamt (2000), eigene Berechnungen.

Darstellung 16: Veränderung der Auslastung der Reha-Kliniken nach Trägerstatus



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Der Anteil der Kliniken in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft ist von 22,3 Prozent im Jahr 1991 auf 14,7 Prozent im Jahr 1998 gesunken, was als Zeichen für die Strukturveränderung auf der Reha-Anbieter-Seite zu sehen ist (eigene Berechnungen auf Grundlage von Informationen des Statistischen Bundesamts).

Obwohl der Einfluss der Rentenversicherungsträger auf die Vergabe von Reha-Leistungen durch diese Entwicklung *nicht* abnimmt, wird offensichtlich, dass sich die öffentlich-rechtlichen Träger schon seit einigen Jahren aus dem Eigenbetrieb von Reha-Kliniken zurückziehen.

Ergo:

Für die Bewertung der Marktmacht der Leistungsträger kann festgestellt werden:

- Die Leistungsträger haben eine höhere Markttransparenz als die Anbieter, wodurch ihre Marktmacht eindeutig gestärkt wird.
- Der Wechsel von einer Reha-Klinik zu einer anderen Klinik bei der Leistungsvergabe ist für den Leistungsträger unproblematisch, was den Verdrängungswettbewerb unter den Reha-Kliniken zusätzlich verstärkt.

Die Analyse des Verdrängungswettbewerbs hat gezeigt:

- Der Bereich der medizinischen Rehabilitation ist auf der Angebotsseite stark zersplittert. Es existieren viele Kliniken mit wenigen Betten und eine Vielzahl unterschiedlichster Trägerschaften. Der Aufbau einer dominierenden Position auf der Angebotsseite ist bislang *keinem* Träger gelungen. Obwohl den Rentenversicherungsträgern ca. 10 Prozent der Reha-Betten gehören, ist wegen der rechtlichen Selbstständigkeit der einzelnen Versicherungsanstalten eine Bündelung von Angebotsmacht nicht zu erkennen, zumal der Anteil der Kliniken in öffentlich- rechtlicher Trägerschaft stark zurückgegangen ist.
- Der sog. Einweisungsautomatismus schützt die von den Rentenversicherungsträgern selbst betriebenen Reha-Kliniken vor dem Verdrängungswettbewerb.
- Die Reha-Landschaft wird durch ein konzentriertes Angebot in den Kur- und Bäderorten bzw. den Orten mit Meereslage dominiert. Allerdings sind diese meist in peripheren Regionen jenseits der Ballungszentren zu finden, weshalb der Wettbewerb innerhalb der Orte und zwischen den einzelnen Orten hart sein wird.

2.1.2. Die Intensivierung des Verdrängungswettbewerbs durch neue Anbieter

Im Allgemeinen lässt sich feststellen, *dass der Wettbewerb innerhalb einer Branche verschärft wird, wenn branchenfremde Unternehmungen in einen bestehenden Markt als neue Konkurrenten eindringen.*²⁸

Der mögliche Eintritt solcher Konkurrenten in den Reha-Markt wirft folgende vier Fragen auf:

- (a) Welche Gründe können branchenfremde Unternehmungen dazu veranlassen, in den (gesättigten) Reha-Markt einzudringen und sich dem dort bestehenden Verdrängungswettbewerb auszusetzen?*²⁹
- (b) Welche Eintrittsbarrieren gibt es für den Reha-Markt (ambulanter und stationärer Reha-Markt)?*
- (c) In welchen Bereichen erscheint der Markteintritt lohnend?*
- (d) Welche Reaktionen der bisherigen Marktteilnehmer sind bei einem Markteintritt zu erwarten?*

²⁸ Vgl. Porter, M.E. (1999), S. 422.

²⁹ Kennzeichen für gesättigte Märkte sind allgemein: Überkapazitäten, ruinöser Preiskampf, unproblematischer Wechsel der Nachfrager von einem zum nächsten Leistungsanbieter, hohe Marktaustrittsbarrieren wegen fehlender Verwertungsmöglichkeiten der bestehenden Ressourcen, hohe Fixkostenblöcke (z.B. Personal), Leistungstransparenz. Keller bezeichnet diesen Zustand einer Branche als "Branchenkrise". Vgl. Keller, R. (1999), S. 105.

Zu (a) Gründe für den Markteintritt neuer Leistungsanbieter

In den Reha-Markt werden "reha-fremde" Leistungsanbieter nur eintreten, wenn dieser Sektor bzw. das gesamte Gesundheitswesen vor grundlegenden Strukturveränderungen steht und Leistungsverschiebungen wahrscheinlich sind, von denen die neuen Anbieter profitieren können!!

Diese Strukturveränderungen und Leistungsverschiebungen lassen sich hier in zweierlei Hinsicht ableiten:

- Es wurde herausgearbeitet, dass die starke Fragmentierung des Reha-Marktes und die angespannte finanzielle Situation der gesamten Branche ideale Bedingungen dafür darstellen, auf der Angebotsseite Marktmacht aufzubauen.

Die Schaffung von Gesundheitskonzernen, u. U. über mehrere Versorgungsstufen hinweg, ist aufgrund der gesetzlichen Integrationsbemühungen der einzelnen Leistungssektoren im Gesundheitswesen die naheliegende Konsequenz!

- Neben der Integration werden die gesetzlichen Änderungen (Stärkung der Prävention und Betonung der ambulanten Versorgung) Strukturverschiebungen im Reha-Markt verursachen.

Eine Wachstumsperspektive für den Vor- und Nachsorgesektor ergibt sich durch die Notwendigkeit der Anpassung bisheriger Leistungsstrukturen (vorwiegend im ambulanten und wohnortnahen Bereich) an die politischen Anforderungen.

Darüber hinaus profitieren der Vor- und Nachsorgesektor von einer steigenden Nachfrage nach präventiven und rehabilitativen Leistungen aufgrund der demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen. *Die zu erwartende dauerhaft steigende Nachfrage nach solchen Leistungen stellt neben den veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen ein interessantes Motiv für ein externes Unternehmen dar, in den Reha-Markt vorzustoßen.*

Diesen Überlegungen folgend werden neue Anbieter primär versuchen,

- Leistungspartner eines Netzwerkes zu werden oder selbst vollständig integrierte Leistungsnetze zu strukturieren bzw.
- Vor- und Nachsorgeleistungen in ambulanter Form anzubieten.

Von branchenfremden Unternehmungen mit ausreichenden finanziellen Ressourcen wurde dieser günstige Zeitpunkt erkannt: Der z. B. im Jahr 2000 vollzogene Kauf der Wittgensteiner Klinikgruppe³⁰ durch die Firma Fresenius AG (ein Unternehmen der Pharma- und Medizintechnik-Branche) verdeutlicht das Interesse der branchenfremden Industrie, sich im Gesundheitsbereich zu engagieren.³¹ Die-

³⁰ Die Wittgensteiner-Klinikgruppe verfügt über 22 Reha-Kliniken, sieben Akut-Krankenhäuser und zwei Altenpflegeheime. Nach Auskunft des Vorstandes versucht die Klinikgruppe ins Ausland zu expandieren. Derzeit bestehen Beteiligungen an Kliniken in Tschechien und Finnland. Vgl. WKA (2001).

³¹ Vgl. Preusker, U.K. (2001), S. 41 f.

ser Kauf wird für den Fresenius-Konzern als Ausgangspunkt für eine internationale Expansion in den Gesundheitsbereich angesehen.³² Auch der Kauf der Hurrle-Gruppe mit dem Leistungsschwerpunkt Rehabilitation durch eine private Investorengruppe, die den neu geschaffenen Konzern unter dem Namen Mediclin AG im Dezember 2000 an die Börse gebracht hat, ist ein Indiz dafür, dass der Gesundheitsmarkt vor erheblichen Strukturveränderungen auf der Anbieterseite steht.³³

Bis vor einigen Jahren war ein Börsengang für Anbieter von Leistungen im Akut-, Reha- oder Pflege-sektor aufgrund wirtschaftlicher Überlegungen nicht verstellbar. Zurzeit werden zahlreiche Konzerne an der Börse notiert, die im Marktsegment Gesundheit (Akut-Kranken-häuser, Reha-Kliniken, Senioren- und Altenheime) tätig sind. Dabei sind die Strategien fast aller Konzerne in der grundsätzlichen Ausrichtung ähnlich: Es wird versucht, gleichzeitig in mehreren Versorgungssektoren präsent zu sein oder diese über Kooperationen zur Vervollständigung des eigenen Leistungsangebots abzudecken. Ausgehend von ihrem derzeitigen Leistungsangebot im Akut-, Reha- oder Altenheimbereich streben die Konzerne danach, in die vor- oder nachgelagerten Versorgungsstufen zu expandieren.³⁴ Das Ziel ist die Schaffung von integrierten und vernetzten Leistungsangeboten mit einer versorgungsstufenu-nabhängigen Behandlungsphilosophie. So hat der "Gesundheitskonzern" Mediclin AG einen für alle Kliniken der Gruppe einheitlichen Marktauftritt geschaffen. Es soll mit dem Namen Mediclin AG die Erwartung "gleich bleibend hochwertiger medizinischer Versorgung und Servicequalität" verbunden werden.³⁵ Das wäre die Voraussetzung zur Etablierung einer Gesundheitsmarke.³⁶

Zu (b) Markteintrittsbarrieren im Reha-Markt

Für den Eintritt branchenfremder Unternehmungen in den Reha-Markt ist neben der Unterscheidung des Marktsegments (ambulanter oder stationärer Reha-Markt) die Markteintrittsstrategie zu berücksichtigen.

Der Reha-Markt kann durch die Schaffung neuer Reha-Angebote (sowohl ambulant als auch stationär) oder durch den Kauf von bereits im Reha-Markt tätigen Reha-Kliniken erschlossen werden.

Somit sind neben regulatorischen Markteintrittsbarrieren (z. B. Zulassungsvoraussetzungen) bestimmte strategiespezifische Rahmenbedingungen zu beachten:

- Grundsätzlich ist für das Angebot von stationären Reha-Leistungen die Zulassung der Reha-Kliniken durch die Leistungsträger erforderlich.³⁷ *Der stationäre Vor- und Nachsorge-sektor ist gesättigt, so dass zusätzliche stationäre Reha-Angebote von den Leistungs-*

³² Vgl. Preusker, U. K. (2000), S. 62 f.

³³ Vgl. Mediclin (2000) und Comdirect (2001). Derzeit gehören 39 Kliniken, davon zehn Kliniken unter Managementvertrag zur Mediclin- Gruppe. Die 39 Kliniken verteilen sich auf 24 Reha-Kliniken, zehn Akut- Krankenhäuser und fünf Pflegeeinrichtungen. Vgl. Mediclin (2001).

³⁴ Einen Überblick über die börsennotierten Gesundheitskonzerne und deren Positionierungsstrategien gibt der Krankenhaus-report der Firma Dresdner Kleinwort Benson. O.V. (1999e).

³⁵ Mediclin (2000).

³⁶ Die vier Kerndimensionen einer Marke sind "Vertrautheit", "Ansehen", "Relevanz" und "Differenzierung". Vgl. zum Begriff der Marke im Dienstleistungsbereich Tomczak, T., Schögel, M., Ludwig, E. (1998).

³⁷ Unabhängig von der Zulassung einer Reha-Klinik können private Selbstzahler behandelt werden.

trägern nur in Ausnahmefällen eine Zulassung der Klinik erhalten. Als Ausnahmen sind Leistungsnischen in ausgewählten Krankheitsbildern (z. B. "Modeerkrankungen" wie Magersucht oder Bulimie) anzusehen, die derzeit nur unzureichend durch das bestehende Leistungsangebot von Reha-Kliniken abgedeckt werden.³⁸

Allerdings ist die Sättigungsgrenze des stationären Reha-Marktes überschritten, so dass die momentan im Reha-Markt tätigen Kliniken versuchen werden, solche Leistungsnischen in ihr bereits bestehendes Leistungsangebot aufzunehmen und dafür eine Zulassung zu erhalten. Die Neuzulassung einer stationären Reha-Klinik, selbst in Leistungsnischen, wird dadurch unwahrscheinlich.

Auch die Erschließung des Selbstzahlersegmentes im stationären Bereich als Nischenmarkt ist zurzeit nicht empfehlenswert, da die Komfortansprüche der Zielgruppe hohe Investitionen erfordern, und ein attraktiver Standort oder ein anderes herausragendes Differenzierungsmerkmal zwingende Voraussetzung für ein erfolgreiches Angebot sind. Selbst in dieser Leistungsnische sind ausreichend hotelähnliche Vor- und Nachsorgeangebote in den Kur- und Badeorten bzw. in den Orten mit Meereslage vorhanden.

Unabhängig von der Schaffung neuer Reha-Kapazitäten kann der Markteintritt in den Reha-Sektor für einen Externen über den Kauf von Kliniken oder ganzer Klinikketten (wie das Beispiel Fresenius und Mediclin zeigt) erfolgen. Durch die derzeit wirtschaftlich angespannte Situation der Kliniken ist die Realisierung dieser Markteintrittsstrategie unproblematisch.

Eine Markteintrittsbarriere für den stationären Reha-Markt besteht somit grundsätzlich nicht, da die Zulassung der Reha-Klinik für das Angebot von Reha-Leistungen unabhängig von der Übernahme der Klinik durch einen Dritten ist. *Der zügige Aufbau von Marktmacht auf der Angebotsseite wird realisierbar, da eine generell hohe Verkaufsbereitschaft auf Seiten der Reha-Kliniken besteht.³⁹*

- Die oben gemachten Ausführungen *reduzieren die Möglichkeit der Schaffung zusätzlicher Reha-Kapazitäten im Schwerpunkt auf den ambulanten Bereich.* Auch hier bedarf es der Zulassung durch die Leistungsträger.

Insbesondere die Krankenkassen sind aber aus Kostengesichtspunkten an der Neugründung entsprechender Reha-Zentren interessiert, zumal langfristig die Nachfrage- und Wachstumsperspektiven für den Ambulanzsektor viel versprechen sind. Auch die Rentenversicherungsträger beabsichtigen zukünftig vermehrt Leistungen zur Rehabilitation in ambulanten Reha-Zentren erbringen zu lassen.⁴⁰

Die erklärte Bereitschaft der Leistungsträger, ambulante Reha-Angebote zu nutzen, wird die Bestrebung zur Gründung von ambulanten Reha-Zentren fördern. Dabei sind die spe-

³⁸ Früher waren von beiden Krankheitsbildern fast ausschließlich Frauen betroffen (ca. 85 Prozent). Allerdings ist in jüngster Zeit auch bei Männern eine Zunahme der krankhaft veränderten Nahrungsaufnahme festzustellen. Vgl. AOK (2001).

³⁹ Vgl. Mediclin (2000).

⁴⁰ Vgl. o. V. (2001 h), S. 112.

zifischen Zulassungsvoraussetzungen der Leitungsträger zu beachten.⁴¹ Der Kauf von ambulanten Reha-Anbietern als Markteintrittsstrategie ist derzeit nur eingeschränkt möglich, da kaum ambulante Reha-Zentren am Markt existieren.⁴²

Zu (c) Attraktive Reha-Marktsegmente

Inbesondere Ballungszentren eignen sich für einen Markteintritt externer Interessensgruppen, da dort kaum Angebote in der medizinischen Vor- und Nachsorge vorhanden sind.

Die derzeitige Versorgungssituation für stationäre Reha-Betten im Verhältnis zu Akut-Krankenhausbetten in ausgewählten Ballungsgebieten der Großstädte veranschaulicht die nachfolgende Tabelle 9

Tabelle 9: Stationäre Reha- und Akut-Betten in Großstädten ab 250 000 Einwohner, geordnet nach Einwohnerzahlen

Ort	Einwohner	Reha- Betten	Akut- Betten	Reha- Betten je 10 000 Einwohner	Akut- Betten je 10 000 Einwohner	Akut- Betten je Reha- Betten
Berlin	3398 822	320	27 332	0,94	80,42	85,41
Hamburg	1 700 089	56	14 992	0,33	88,18	267,71
München	1 188 897	15	13 802	0,13	116,09	920,13
Köln	962 580	50	8 697	0,52	90,35	173,94
Frankfurt	643 857	32	7 475	0,50	116,1	233,59
Essen	603 194	592	6 450	9,81	106,93	10,90
Dortmund	591 733	0	5 433	0	91,82	0
Stuttgart	581 961	85	5 957	1,46	102,36	70,08
Düsseldorf	568 440	54	6 459	0,95	113,63	119,61
Bremen	543 279	100	5 414	1,84	99,65	54,14
Duisburg	523 311	146	5 100	2,79	97,46	34,93
Hannover	516 157	20	5 969	0,39	115,64	298,45
Nürnberg	487 145	0	3 923	0	80,53	0
Dresden	452 827	0	3 965	0	87,56	0
Leipzig	437 101	0	4 350	0	99,52	0
Bochum	393 236	0	3 636	0	92,46	0
Wuppertal	372 218	180	2 917	4,84	78,37	16,21
Bielefeld	321 831	198	6 177	6,15	191,93	31,20
Mannheim	308 903	66	3 272	2,14	105,92	49,58
Bonn	304 639	365	4 882	11,98	160,26	13,38
Karlsruhe	276 187	0	3 274	0	118,39	0
Wiesbaden	267 187	740	2 370	27,70	88,70	3,20
Mönchengladbach	264 662	0	2 466	0	93,18	0
Münster	264 489	16	4 924	0,60	186,17	307,75
Halle	260 838	0	3 128	0	119,92	0

⁴¹ Zur Zulassung von ambulanten Reha-Zentren vgl. die Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

⁴² Vgl. o.V. (1999e), S. 708. Dort wird ausgeführt, dass die Zulassung des in dem Artikel erwähnten ambulanten Reha-Zentrums eine der ersten Einrichtungen dieser Art ist.

Augsburg	254 610	56	3 237	2,20	127,14	57,80
Chemnitz	251 903	100	2 684	3,97	106,55	26,84
Bundesdurchschnitt:				32,2	69,7	2,99

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand 2002), Deutsches Krankenhausverzeichnis (Stand 2002) und MediMedio (Stand 2003), eigene Berechnungen

In Großstädten mit einer Einwohnerzahl von mehr als 250.000 Einwohner leben ca. 20 Prozent der gesamten Bevölkerung Deutschlands.

Die in Großstädten aufgestellten Akut-Betten stellen ca. 29 Prozent des gesamten Akut-Betten-Angebotes dar, wo hingegen die stationären Reha-Betten nur ca. 1,6 Prozent des gesamten Bestandes an Reha-Betten ausmachen. Bis auf die Reha-Betten-Versorgung in Wiesbaden liegt diese weit unter dem Bundesdurchschnitt, bezogen auf die Versorgungsdichte je 10 000 Einwohner in allen Großstädten deutlich über dem Bundesdurchschnitt.

Damit liegt auch das Verhältnis von Akut- zu Reha-Betten (meist erheblich) über dem Bundesdurchschnitt, wodurch die Unterversorgung mit stationären Reha-Betten in den Ballungszentren deutlich wird.

Als Indiz für die Erfolgsaussichten stationärer Reha-Betten in Ballungsgebieten können die Reha-Kliniken in den Stadtstaaten (Berlin, Bremen, Hamburg) dienen. Deren Auslastung liegt im Durchschnitt auch nach der Einführung des WFG, deutlich über den Auslastungszahlen der Kliniken in anderen Bundesländern, was aus Tabelle 10 erkennbar wird.

Tabelle 10: Reha-Bettenauslastung in den einzelnen Bundesländern und Stadtstaaten, exemplarisch betrachtet von 1991 bis 1998

Reha-Bettenauslastung	im	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Durchschnitt		86,8 %	89,0 %	88,8 %	87,3 %	88,7 %	83,2 %	62,3 %	66,1 %
Baden-Württemberg		89,4 %	90,7 %	90,2 %	89,9 %	91,2 %	84,2 %	62,5 %	65,8 %
Bayern		84,1 %	85,9 %	84,8 %	83,0 %	84,1 %	78,0 %	58,0 %	63,2 %
Brandenburg		70,8 %	94,6 %	96,9 %	81,1 %	87,2 %	77,8 %	64,9 %	69,9 %
Hessen		92,3 %	93,4 %	93,3 %	93,3 %	91,9 %	86,9 %	61,4 %	60,5 %
Mecklenburg-Vorpommern		57,1 %	70,8 %	73,6 %	67,9 %	85,8 %	79,4 %	59,4 %	58,5 %
Niedersachsen		85,3 %	88,8 %	88,1 %	83,8 %	87,3 %	84,3 %	66,0 %	68,9 %
Nordrhein-Westfalen		93,8 %	96,1 %	96,6 %	94,0 %	93,0 %	84,2 %	66,3 %	71,8 %
Rheinland-Pfalz		89,7 %	90,3 %	89,7 %	89,2 %	87,8 %	85,2 %	64,8 %	74,6 %
Saarland		94,8 %	94,4 %	89,4 %	89,0 %	93,2 %	92,1 %	69,3 %	73,5 %
Sachsen		72,0 %	89,0 %	86,6 %	91,3 %	92,3 %	89,6 %	65,1 %	70,8 %
Sachsen-Anhalt		64,6 %	76,6 %	76,4 %	91,7 %	85,5 %	77,9 %	57,0 %	70,1 %
Schleswig-Holstein		82,5 %	84,1 %	84,1 %	1,8 %	84,1 %	81,6 %	63,3 %	66,9 %
Thüringen		68,9 %	76,4 %	82,2 %	84,2 %	88,9 %	85,6 %	56,1 %	59,9 %
Stadtstaaten (Berlin, Bremen,		96,9 %	97,7 %	97,0 %	95,5 %	94,7 5	98,7 %	86,1 %	92,9 %

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnung

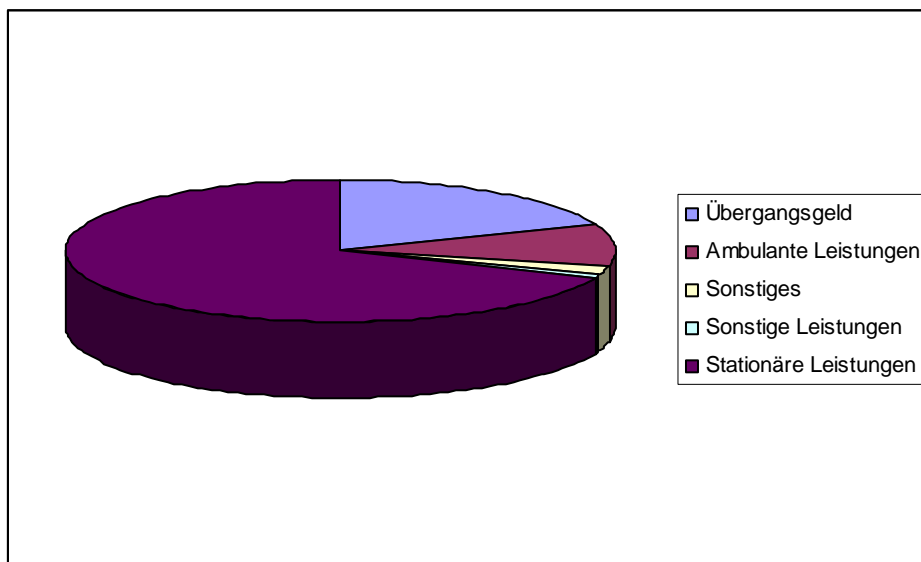
Selbst in dem Krisenjahr 1997 ist die Auslastung der Kliniken in den Großstädten nicht unter 85 Prozent gesunken. Im Jahr 1998 lag die Auslastungszahl der Reha-Kliniken in den Stadtstaaten nur knapp unter den Spitzenwerten der vergangenen Jahre, die meist über 95 Prozent lagen.

Allerdings ist durch das derzeitige Überangebot von stationären Reha-Kliniken die Zulassung zusätzlicher stationärer Reha-Betten selbst in Ballungsgebieten auszuschließen. Um so größer ist das Potential für ambulante Reha-Leistungen.

Das heutige Leistungsspektrum der Rentenversicherungsträger ist ein Hinweis darauf, wie unbedeutend der Stellenwert der ambulanten Rehabilitation bislang war, und welche Perspektiven für die ambulante Rehabilitation daraus abzuleiten sind, was durch Darstellung 17 deutlich wird.

Zurzeit erbringen die Rentenversicherungsträger fast ausschließlich stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.⁴³

Darstellung 17: Aufwendung zur medizinischen Rehabilitation 2002



Quelle: Bundesministerium für Bildung und Forschung, eigene Berechnungen⁴⁴

⁴³ Allerdings wollen gemäß den Aussagen des Zentralverbandes ambulanter Therapieeinrichtungen die Rentenversicherungsträger sich vermehrt bei der ambulanten Rehabilitation engagieren. Vgl. o. V. (2001h), S. 112. Diese Absichtserklärung wurde vor kurzem umgesetzt. Als erste ambulante Gesundheitseinrichtung bietet im Rheinland die Klinik Reha Krefeld die ambulante-teilstationäre Rehabilitation als Vertragspartner der BfA an. Vgl. Reha-Krefeld (2001).

⁴⁴ Vgl. BMBF (2002), S. B 30.

Dieses Beispiel zeigt, dass die Voraussetzungen für das Angebot ambulanter Reha-Leistungen viel versprechen sind, wenn die Leistungsträger vermehrt ambulante Reha-Leistungen zu Lasten der stationären Rehabilitation nutzen werden. Unabhängig davon sind die Erfolgsaussichten für ambulante Vor- und Nachsorgeleistungen aufgrund der demografischen Veränderungen und die dadurch zu erwartende steigende Nachfrage gut.

Zu (d) Reaktionen der bisherigen Marktteilnehmer

Beim Eintritt eines Externen in einem neuen Markt sind die Reaktionen der bisherigen Marktteilnehmer zu bedenken.

Da auf der Angebotsseite zurzeit kein Marktteilnehmer über entsprechender Marktmacht verfügt, die Reha-Kliniken über wenig finanzielle Ressourcen verfügen, und die Leistungsträger auf der Nachfrageseite wenig Interesse haben, regulierend in den Wettbewerb einzugreifen, sind die Reaktionen der übrigen Marktteilnehmer hinsichtlich der Verhinderung eines Markteintritts zu vernachlässigen.

Ergo:

Die heutige Situation in der Reha-Branche ist für den Markteintritt branchenfremder Investoren interessant. Für eine Markteintrittsstrategie in den Gesundheitsmarkt werden präferiert:

- der Kauf von stationären Reha-Kliniken. Selbst die Schaffung von Reha-Klinikketten mit der Bündelung von Angebotskapazitäten gestaltet sich durch die wirtschaftlich schwierige Situation der gesamten Branchen einfach.
- Die Neugründung von ambulanten Reha-Zentren in Ballungsgebieten, zumal die gesetzlichen Bestimmungen diese Expansionsentwicklungen begünstigen und die Bereitschaft zur Nutzung ambulanter Reha-Angebote durch die Leistungsträger signalisiert wurde.

2.1.3 Funktionen des Akut-Krankenhauses im Reha-Markt

Das Akut- Krankenhaus nimmt bei der Branchenanalyse eine besondere Position ein:

(a) Das Akut- Krankenhaus als "Lieferant":

Im Rahmen des gesamten Versorgungsprozesses in der medizinischen Rehabilitation fungiert *das Akut- Krankenhaus als Zuweiser für die Reha-Kliniken und übt somit eine Lieferantenfunktion aus.* Bei der Überleitung *der Patienten in den nachgelagerten Reha-Sektor hat das Akut-Krankenhaus ein Vorschlagsrecht.* Eine Wahl zwischen verschiedenen Reha- Kliniken ist möglich, da ausreichen viele Reha-Kliniken mit freien Bettenkapazitäten zur Verfügung stehen. Eine zwingende Bindung an eine Reha-Klinik seitens des Akut-Krankenhauses besteht

nicht, so dass die Akut-Krankenhäuser ihre Marktmacht als Zulieferer gegenüber den Reha-Kliniken ausspielen können. Sie werden Patienten so frühzeitig wie möglich verlegen, zumal die zurzeit geltenden pauschalisierten Entgelte (Fallpauschalen mit einer durchschnittlichen Verweildauer und einer maximalen Grenzverweildauer) und auch das neue DRG-Vergütungssystem diese Verlegungspraxis nahe legen.⁴⁵⁹

(b) Das Akut-Krankenhaus als Anbieter alternativer Reha-Leistungen:

*Zukünftig wird das Akut-Krankenhaus als Konkurrent für die Reha-Kliniken auftreten, wenn es darum geht, ambulante Rehabilitationsleistungen anzubieten. Diese können als Substitut für die bisherige vollstationäre Rehabilitation angesehen werden. Gerade die gesetzlichen Änderungen lassen das Akut-Krankenhaus zum Hauptkonkurrenten der Reha-Kliniken bei ambulanten Vor- und Nachsorgeleistungen werden, da ca. 85 Prozent der Krankenhäuser in Balungszentren angesiedelt sind und diese daher ideal Erfolgsvoraussetzungen für ambulante Leistungsangebote haben.*⁴⁶

Anknüpfend an den letztgenannten Punkt ist zu bedenken, *dass die Erfolgchancen alternativer Leistungsangebote allgemein hoch sind, wenn*

- das bisher bestehende Preis-Leistungs-Verhältnis verbessert wird, also zu einem vergleichbaren Preis eine höhere Leistungsqualität erbracht wird oder ein vergleichbares Leistungsergebnis zu einem günstigeren Preis erzielt wird.

Letzeres entspricht dem Angebot der ambulanten Rehabilitation. Auch bei ambulanten Reha-Leistungen müssen die Ziele der medizinischen Rehabilitation gemäß den gesetzlichen Bestimmungen gewahrt werden. Dadurch ist das Leistungsergebnis der Rehabilitation unabhängig davon zu sehen, ob eine stationäre oder ambulante Rehabilitation durchgeführt wird;

- die Anbieter der Alternativleistung gute Gewinnaussichten haben oder ihre Marktstellung in einem wettbewerbsintensiven Umfeld durch die Alternativleistung festigen.

Unabhängig von der Möglichkeit der Gewinnerzielung wird durch ein ambulantes Angebot die Marktposition, z. B. eines Akut-Krankenhauses, in einem Gesundheitsnetzwerk oder einer Gesundheitsregion (z. B. einer Stadt) gestärkt;

- die Anbieter der Alternativleistung ungehindert und schnell in einem Marktsegment Angebotsmarktmacht aufbauen können.

In der ambulanten Rehabilitation sind die Ausgangsvoraussetzungen für Akut-Krankenhäuser exzellent, da räumliche und personelle Ressourcen ausreichend zur Ver-

⁴⁵ Durch die DRG werden entsprechende Anreize gesetzt, Patienten so früh wie möglich in die nächste Versorgungsstufe überzuleiten, da die fallpauschalisierten Entgelte unabhängig von der Verweildauer des Patienten im Akut Krankenhaus sind. Dies gilt derzeit bereits für die Fallpauschalen. Zur Fallpauschalensystematik vgl. BMG (1995), Eichhorn, S. (1995), S. 15.

⁴⁶ Vgl. Bruckenberger, E. (1998), S. 820. Als wesentliche Voraussetzung für die Durchführung einer ambulanten Rehabilitation ist die geografische Nähe zwischen Wohn- und Behandlungsort herausgestellt worden.

fügung stehen und derzeit ambulante Reha- Leistungen durch die Leistungsträger wegen des fehlenden Angebots kaum in Anspruch genommen werden.

In den vorhergehenden Überlegungen sind folgende Sachverhalte herausgestellt worden, die in dem hier skizzierten Zusammenhang die *Marktmacht der Akut-Krankenhäuser ergänzend stärken werden*:

- *Im Rahmen der integrierten Versorgung besteht die Notwendigkeit der geografischen Nähe zwischen den Leistungspartnern.*

Dies ist ein elementarer Bestandteil für ein Erfolg versprechendes Leistungsnetzwerk unterschiedlicher Versorgungsstufen. Neben dem Hausarzt nimmt das Akut- Krankenhaus dabei eine besondere Stellung ein. Diese gesetzlichen Vorgaben unterstützen die Bestrebungen der Akut-Krankenhäuser, vor- und nachgelagerte Versorgungsstufen an das Akut-Krankenhaus zu binden.

- *Die Priorisierung ambulanter vor stationärer Versorgungsformen, die nur bei einer räumlichen Nähe zwischen Wohn- und Behandlungsort sinnvoll ist. Gerade dies begünstigt die Akut-Krankenhäuser, da sie meist in Ballungszentren zu finden sind.*
- Die Erhöhung des Stellenwertes der Prävention, einschließlich der Betonung der Dauer und Intensität (Nachhaltigkeit der Prävention) als die wesentlichen Erfolgsfaktoren für die Präventionsbemühungen. *Eine geografische Nähe zwischen Wohn- und Behandlungsort ist hierfür zwingende Voraussetzung. Dies ist meist in Ballungszentren bei den Akut-Krankenhäusern gegeben.*

Auf Basis dieser Überlegungen (Akut-Krankenhaus als "Lieferant", Akut-Krankenhaus als Anbieter von "Alternativeleistungen" in Form der wohnortnahen ambulanten Vor- und Nachsorge, Marktmacht der Akut- Krankenhäuser durch die gesetzlichen Entwicklungen) wird im *Folgenden eine geografische Analyse von Reha-Kliniken und Akut-Krankenhäusern in Form einer visuellen Gegenüberstellung der Standorte durchgeführt.*

An anderer Stelle ist bereits die Bedeutung des geografischen Standorts der einzelnen Leistungsanbieter hervorgehoben worden, so dass aus dieser Form der Analyse wichtige Anhaltspunkte für Strukturverschiebungen im Vor- und Nachsorgesektor abgeleitet werden können.

Zusammenfassende Erkenntnisse

Einen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse, nach Bundesländern unterteilt, gibt die folgende Tabelle.

Tabelle 11: Zusammenfassung geografische Analyse

Baden-Württemberg	<ul style="list-style-type: none"> - tendenzielle Überversorgung mit Reha-Betten, insbesondere in den Randregionen, - keine geografische Nähe zwischen den Akut- und den Reha-Cluster.
Bayern	<ul style="list-style-type: none"> - besonders große Reha-Cluster liegen im südlichen, grenznahen Bereich, - es sind kaum Reha-Kapazitäten in der direkten Nähe der Großstädte (insbesondere München, Augsburg, Nürnberg) zu finden.
Brandenburg/ Berlin	<ul style="list-style-type: none"> - kaum Reha-Kapazitäten im Ballungsraum Berlin/ Potsdam.
Hessen	<ul style="list-style-type: none"> - ein größerer Reha- Cluster im Main- Taunus- Gebiet, - kaum Reha-Kliniken im direkten Einzugsgebiet der Großstädte, - Reha-Bettendichte stark über Bundesdurchschnitt.
Mecklenburg-Vorpommern	<ul style="list-style-type: none"> - große Reha-Cluster befinden sich in den Küstenregionen, - Reha-Bettendichte je 10 000 Einwohner erheblich über dem Bundesdurchschnitt, - es gibt keine Reha-Kliniken in Großstädten
Niedersachsen, Hamburg und Bremen	<ul style="list-style-type: none"> - Reha- Cluster existieren auf den Nordseeinseln und in der Küstenregion sowie im Südwesten von Niedersachsen, - nur vereinzelt sind Reha-Standorte in den Großstädten (Bremen und Hamburg) und den ländlichen Gebieten (z. B. Emsland) auszumachen.
Nordrhein-Westfalen	<ul style="list-style-type: none"> - relativ hohe Krankenhausbetten- und niedrige Reha- Betten-Anzahl je 10 000 Einwohner, - größere Reha-Cluster liegen im Nordosten an der Grenze zu Niedersachsen, - Reha-Kapazitäten in Ballungszentren (Ruhrgebiet, Düsseldorf, Köln) gibt es kaum.
Rheinland-Pfalz und Saarland	<ul style="list-style-type: none"> - Reha-Cluster rund um Koblenz und Saarbrücken, - Geografisch gleichmäßige Verteilung von Reha- Kliniken, - Reha-Bettendichte im Saarland liegt deutlich über dem Bundesdurchschnitt.
Sachsen	<ul style="list-style-type: none"> - relativ geringe Reha-Bettendichte (stark unter dem Bundesdurchschnitt), - es gibt keine Reha-Angebote in der Nähe von Ballungszentren.
Sachsen-Anhalt	<ul style="list-style-type: none"> - ebenfalls keine Reha-Angebote im Ballungsgebiet bei den Großstädten, - sehr geringe Reha-Bettendichte im Vergleich zum Bundesdurchschnitt.
Schleswig- Holstein	<ul style="list-style-type: none"> - große Reha-Cluster sind auf den Inseln bzw. in den Küstenregionen zu finden, - Reha- Kapazitäten im Landesinneren sind die Ausnahme, - ein geografischer Zusammenhang zwischen Akut- und Reha-Kliniken ist nicht herzustellen, - die Reha-Bettendichte liegt weit über dem Bundesdurchschnitt.
Thüringen	<ul style="list-style-type: none"> - gleichmäßige Verteilung der Reha-Standorte über das gesamte Bundesland, - die Bettendichte (Akut- und Reha- Betten) liegt leicht über dem Bundesdurchschnitt, - Reha-Standorte in der Nähe von Großstädten (Bsp. Erfurt, und Jena) sind selten.

Quelle: eigene Darstellung

Einen zusammenfassenden Überblick über die landesspezifischen Merkmale gibt folgende Tabelle 12. Hieraus wird insbesondere die stark schwankende Versorgung mit Akut- und Reha-Betten deutlich.

Tabelle 12: Zusammenfassung der Kennzahlen

	Baden- Württemberg	Bayern	Branden- burg	Hessen	Mecklenburg- Vorpommern	Nieder- Sachsen	Nordrhein- Westfalen	Rheinland- Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen- Anhalt	Schleswig- Holstein	Thüringen
Einwohner gesamt	10426000	12066500	5989200	6035100	1798700	10233900	17975500	4025000	1074200	4489400	2674500	2766100	2462800
Bettenzahl Akut je 10000 Einwohner	62,80	69,80	64,20	67,70	64,90	62,70	77,10	70,10	75,30	66,20	69,80	59,50	74,50
Bettenzahl Reha je 10000 Einwohner	31,20	31,20	22,10	35,50	52,90	25,30	11,50	20,50	31,00	19,60	12,60	45,70	27,30
Anzahl Akut- Kliniken je Reha- Klinik (Ø 1,62 Klini- ken)	1,30	1,19	1,90	1,35	0,64	1,24	3,42	1,71	1,33	2,34	3,28	1,27	1,33
Anzahl Akut- Betten je Reha- Bett (Ø 2,99 Bet- ten)	2,01	2,24	2,91	1,91	1,23	2,47	6,71	3,42	2,43	3,38	5,54	1,30	2,70

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Insgesamt wird durch die geografische Analyse für die Strategiebewertung deutlich:

- *Die meisten Reha-Kliniken befinden sich nicht in Ballungszentren, in denen aber sehr viele Akut-Krankenhäuser liegen.*
- *Es existieren in Deutschland Reha-Cluster-Gebiete, die sich in Kurorten oder geografisch attraktiven Gebieten (Meer- oder Gebirgslage) befinden. Dies betrifft insbesondere die Randlagen in Bayern, Nordrhein- Westfalen bzw. Niedersachsen und die Küstengebiete an Nord- und Ostsee.*

Es zeigt sich, dass vernetzte und integrierte Leistungsstrukturen aufgrund der räumlichen Distanz zwischen den Akut-Krankenhäusern und Reha-Kliniken nur schwer realisierbar sind!

Umgekehrt wird ersichtlich, dass vernetzte bzw. integrierte Rehabilitationsangebote insbesondere in den Ballungsgebieten viel versprechende Erfolgsaussichten haben.⁴⁷

Dadurch das gesetzliche Handlungsprimat "ambulant vor teilstationär und teilstationär vor vollstationär" werden ambulante Versorgungsangebote in der Vor- und Nachsorge entstehen, zumal immer häufiger der Ruf nach ambulanter Rehabilitation bei der Gleichwertigkeit der ambulanten und stationären Konzepte bei den beteiligten Fach- und Berufsgruppen laut wird.⁴⁸

Als neue Anbieter auf dem Rehabilitationsmarkt (sowohl stationäre als auch ambulante Rehabilitation) befinden sich speziell Akut-Krankenhäuser in einer guten Ausgangsposition.

Der Zugang zu dem notwendigen therapeutischen und medizinischen Know-how auf Seiten der Akut-Krankenhäuser ist durch die Einstellung von Personal aus bereits geschlossenen oder finanziell angeschlagenen Reha-Kliniken ohne Schwierigkeiten herzustellen. Darüber hinaus verfügen die Akut-Krankenhäuser über langjährige Kontakte zu den Leistungsträgern und über die "Vertriebsstrukturen", auf die eine Reha-Klinik als nachgelagerter Wertschöpfungspartner angewiesen ist. Selbst die gesetzlich gewünschte Schaffung von vernetzten und integrierten Leistungsprozessen ist für Akut-Krankenhäuser leichter zu realisieren als für wohnortferne Reha-Kliniken.⁴⁹

Gerade der geografische Standort der Akut- Krankenhäuser in den Ballungszentren bevorteilt diese beim Aufbau ambulanter Versorgungsangebote.⁵⁰ Zusätzlich verfügen die Akut- Krankenhäuser über die oben bereits beschriebene Marktmacht als "Lieferant" der vorgelagerten Versorgungsstufe. Obwohl die Leistungsträger über die Durchführung der Leistung zur Rehabilitation entscheiden, werden sie ambulante Reha-Angebote bei mit stationärer Rehabilitation vergleichbarer Qualität nutzen, zumal

⁴⁷ So ist z. B. die Betreuung bzw. Versorgung von Schlaganfallpatienten im häuslichen Umfeld im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation möglich. In dem Demonstrationsprojekt "Schlaganfall- Teleservice Saar" unter der Federführung des Fraunhofer- Instituts für Biomedizinische Technik wird der Patient in ein Netzwerk aus Akut- Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und ambulanten Diensten eingebunden. Vgl. Martin, G. (1998), S. 25.

⁴⁸ Vgl. Stein, R. (2001), S. N3. So wurde auf dem Deutschen Ärztetag vom 2. - 4. Juni 2000 der Grundsatz " So viel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig" laut. Die gesamten Forderungen des Ärztetages sind zu finden bei: Grigoleit, H., Schliehe, F., Wenig, M. (2000), Kapitel 2, S. 140-149.

⁴⁹ Vgl. Späth, M. (2001), S. 416 und siehe auch Gliederungspunkt 5.2.1. Dies haben die Betreiber von Vor- und Nachsorgeeinrichtungen ebenfalls erkannt. Allerdings beklagt der Präsident des Heilbäderverbandes Manfred Steinbach in diesem Zusammenhang, dass viele Akut- Krankenhäuser sich auf das Argument der Gesundheitspolitiker und Krankenkassen nach der Stärkung der wohnortnahe Rehabilitations- und Gesundheitszentren vernachlässigt wird. Vgl. Ärztezeitung (2001d).

⁵⁰ Vgl. Dresdner Kleinwort Benson (1999), S.25.

die ambulante Rehabilitation finanziell attraktiver ist als ein voll-stationärer Aufenthalt in einer Reha-Klinik.⁵¹ Krankenhäuser werden bei der Abgabe einer Einweisungsempfehlung die von ihnen selbst betriebenen Einrichtungen bevorzugen, sofern eine ambulante Rehabilitation angezeigt ist.⁵²

Das erforderliche rehaspezifische Fachwissen zum Aufbau von Rehabilitationseinrichtungen durch Akut-Krankenhäuser, um den von den Leistungsträgern geforderten medizinischen und therapeutischen Anforderungen einer ganzheitlichen Behandlungsphilosophie gerecht zu werden, stellt keine unüberwindliche Markteintrittsbarriere dar, wie folgende Beispiele zeigen:

- Der Zusammenschluss mehrere Akut-Krankenhäuser unter dem Gesichtspunkt der Kooperation zur Erschließung neuer Geschäftsfelder in einem regionalen Versorgungsgebiet ist bereits Realität. Im bayerischen Ingolstadt haben 17 Krankenhäuser die Bundesarbeitsgemeinschaft der Akut- Krankenhäuser mit Abteilungen der fachübergreifenden Frührehabilitation e. V. gegründet. Ziel dieser Gemeinschaft ist es, die medizinische Rehabilitation umfassend im Akut-Krankenhaus zu integrieren. Darüber hinaus soll die Sicherung einer geschlossenen Reha-Kette im Anschluss an den Akut- Krankenhausaufenthalt durch die nahtlose Weiterversorgung in einer angegliederten tagesklinischen und ambulanten Rehabilitationsabteilung bzw. Fachklinik sichergestellt werden.⁵³
- Das Zentrum für ambulante Rehabilitation in Münster (Westfalen) hat die oben gezeigte Entwicklungsperspektiven für die ambulante Rehabilitation frühzeitig erkannt. Es wurde unter Zusammenschluss von zwei Akut- Krankenhäusern und einer Reha-Klinik im Jahr 1999 gegründet.⁵⁴ Letztere liegt nicht im engeren Einzugsgebiet der Stadt. Daraus lässt sich die Intention einer Beteiligung am ambulanten, stadtnahen Reha-Zentrum unmittelbar ableiten: Es wird ein neuer Leistungsbereich (ambulante Rehabilitation) mit Kooperationspartnern erschlossen; für Patienten, die einer stationären Rehabilitation bedürfen, wird das bestehende wohnortferne Rehabilitationsangebot vorgehalten.
- Das zweite Beispiel berücksichtigt darüber hinaus den Integrationsgedanken in geographischer Hinsicht. So ist das Alfred Krupp Zentrum für Medizin und Rehabilitation im Oktober 1999 im Park des Alfred Krupp Krankenhaus eröffnet worden. Das neue Zentrum erbringt ambulante und teilstationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Enge Kooperationen sind bereits mit der AOK Rheinland und den Betriebskassen durch individuelle Verträge über die ambulante Rehabilitation geschlossen worden. Weitere Krankenkassen haben bereits ihre Zusage erteilt, die Kosten im Rahmen von Einzelfallentscheidungen zu

⁵¹ "Der Ausbau des ambulanten/ teilstationären Rehabilitation wird schon aus wirtschaftlichen Gründen ihren Schwerpunkt vor allem in Ballungsgebieten haben müssen", so ein Vertreter des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Schliehe, F. (2000), S. 89.

⁵² So forderte Haack, Mitglied des Bundestages in der SPD- Fraktion, bereits 1997, dass in der Nähe von Ballungsräumen in verstärktem Maße Angebote für ambulante/ teilstationäre Rehabilitation und Prävention bereitgestellt werden sollten. Vgl. AHG (2001). Für Schliehe als Vertreter des VDR müssen u.a. folgende Voraussetzungen für die ambulante Rehabilitation erfüllt sein: (a) es muss ein ganzheitliches und interdisziplinäres Leistungskonzept in der Rehabilitation vorliegen, (b) der spezifische Auftrag der Rentenversicherung muss erfüllt sein. Vgl. Schliehe, F. (2000), S. 89.

⁵³ Vgl. o. V. (1999g), S. 806.

⁵⁴ Vgl. o. V. (1999^g), S. 708.

übernehmen. Medizinisch notwendige Zusatzuntersuchungen werden über die medizinische Rehabilitation hinaus vom Akut-Krankenhaus erbracht.⁵⁵

Von den derzeitigen Leistungsanbietern in der medizinischen Rehabilitation verfügen nur wenige Reha-Kliniken über die notwendigen finanziellen Ressourcen, um den ambulanten Reha-Markt selbst zu erschließen. Dies wird in besonderem Maße auf die zahlreichen Kliniken zutreffen, die nur einen Standort haben und nicht einem größeren Träger oder einer Klinikette angehören, so dass überregionale Interessen auszuschließen sind.

Die Klinikketten werden bemüht sein, Reha-Angebote im Ambulanzbereich zu schaffen, um sich in dem neuen Marktumfeld aussichtsreich zu positionieren. Unabhängig davon werden alle Anbieter von ambulanten Reha-Leistungen die Kooperation mit einem Akut-Krankenhaus oder die Anlehnung an ein solches suchen.

2.2 Erste Schlussfolgerungen

Der Markt für medizinische Rehabilitation war zum Zeitpunkt des Eintritts der Krise durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Es fehlten aufstrebende neue Geschäftsbereiche. Bis zu diesem Zeitpunkt war der Reha-Rehabilitationssektor durch hohe Auslastungszahlen in den Kliniken gekennzeichnet, so dass für die Etablierung neuer Leistungsbereiche keine Notwendigkeit bestand.
- Bis zur Einführung des WFG gab es keine wesentliche Veränderung des gesetzlichen Umfeldes, die den Wettbewerb im Reha-Sektor betrafen.

Durch das WFG wurden verschieden Fehlentwicklungen im Reha- Bereich sichtbar:

- Der Markt für gesundheitliche Vor- und Nachsorgeleistungen (Rehabilitation und Kur) in der bis dahin bestehenden Struktur ist gesättigt, im Kerngeschäft bieten sich kaum Expansionsfelder, die Einführung ergänzender Kerngeschäftsleistungen stellt sich als schwierig dar bzw. das Angebot neuartiger Dienstleistungen ist höchstens in Nischenbereichen denkbar.
- Es existierte kein anerkanntes eigenständiges Berufsbild und kein eigenständiger Forschungsbereich der medizinischen Rehabilitation, insbesondere die Akzeptanz der Rehabilitationsmedizin im Akut- Sektor fehlt.

⁵⁵ Vgl. o. V. (1999f), S. 806.

- *Der Verdrängungswettbewerb im Nachsorgebereich wird durch die gesetzlichen Änderungen und die Expansionsbestrebungen der Akut-Krankenhäuser verschärft, da diese vermehrt Präventions- und Rehabilitationsleistungen im Vor- und Nachsorgebereich anbieten (wollen).*
- *In der öffentlichen Meinung ist eine fehlende Kenntnis und Akzeptanz der medizinischen Rehabilitation festzustellen, es wird weithin nicht zwischen Rehabilitation und Kur unterschieden.*

Neben diesen Entwicklungen ist festzustellen, dass es für den Vor- und Nachsorgebereich im Wesentlichen vier Leistungsangebote gibt:

⇒ **Leistung 1** -Allgemeine stationäre medizinische Rehabilitation:

Für diesen Leistungsbereich, der nicht von einem Akut- Krankenhausaufenthalt abhängt, ist, wie gezeigt, der Markt eingebrochen und wird aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen weiter an Attraktivität verlieren.

⇒ **Leistung 2** -Vollstationäre Anschlussheilbehandlung: Solche Leistungen haben in den letzten Jahren stark zugenommen und werden *weiterhin von einer intensiveren Nachfrage seitens der Leistungsträger und den gesetzlichen Integrationsbemühungen der einzelnen Leistungssektoren profitieren.*

Wohnortferne Angebote werden nur mit außergewöhnlichen Alleinstellungsmerkmalen zu vermarkten sein. Dabei wird neben qualitativen (insbesondere medizinischen) Leistungsmerkmalen die geografische Lage ausschlaggebend für eine erfolgreiche Positionierung sein.

Es ist jedoch zu bedenken, dass wohnortferne Leistungsangebote nur für ausgewählte medizinische Indikationen in Frage kommen, bei denen die geografische Nähe zwischen Behandlungs- und Wohnort keine Rolle spielt bzw. diese erwünscht ist.

Eine Abnahme der Inanspruchnahme dieser Leistungen (1 und 2) durch die Leistungsträger ist um so wahrscheinlicher, je mehr ambulante Angebote in Wohnortnähe existieren und diese medizinisch sinnvoll sind.

⇒ **Leistung 3** - Vor- und Nachsorgeleistungen in ambulanter, wohnortnaher Form:

Sie werden durch die gesetzlichen Bestimmungen gestärkt. Das größte Nachfragepotenzial ist im Bereich der ambulanten Prävention und der ambulanten medizinischen Rehabilitation zu erwarten!!

Die geografische Analyse hat gezeigt, welches Wachstumspotenzial insbesondere in Ballungsgebieten für ambulante Vor- und Nachsorgeleistungen zu vermuten ist. Die Errichtung ambulanter Reha-Zentren in den Ballungsgebieten, möglichst in räumlicher Nähe und/ oder in Kooperation mit einem Akut-Krankenhaus, ist die Konsequenz der gesetzlichen Vorgaben der Integration. Darüber hinaus wird die ambulante Rehabilita-

tion durch die gesetzlichen Bestimmungen zu einer Leistungsalternative „ambulant vor stationär“ als Ersatz für eine stationäre Rehabilitation (Leistung 1 + 2).

Der weitere voranschreitende Bettenabbau im Akut- Krankenhaus schafft räumliche Kapazitäten für alternative Verwendungsmöglichkeiten der bestehenden Gebäude, so dass die Akut-Krankenhäuser für ambulante Vor- und Nachsorgeangebote einer gute Ausgangsbasis haben und sich in vor- und nachgelagerte Bereiche des gesamten Versorgungsprozesses von Patienten ausdehnen können. Das fachliche Know-how stellt durch die Freisetzung von Personal im Rehabilitationsbereich oder durch kooperationswillige Reha-Kliniken erst einmal keine Markteintrittsbarriere dar (siehe das Beispiel Zentrum für ambulante Rehabilitation in Münster oder das Alfried Krupp Zentrum für Medizin und Rehabilitation, S. 55/56). Auch Präventionsangebote werden infolge der Erfolgsvoraussetzungen (Dauerhaftigkeit und Intensität der Präventionsleistung) vermehrt durch das Akut-Krankenhaus oder andere ambulante, wohnortnahe Dienstleister angeboten.

⇒ **Leistung 4 -Wohnortferne Kur- oder Wellnessangebote:**

Solche Leistungen werden zukünftig vermehrt Urlaubscharakter vorweisen. Die Wachstumsperspektiven hängen hier hauptsächlich von der privaten Zahlungsbereitschaft der Nutzer ab.

Zusammenfassend sind die Entwicklungen der dargestellten Leistungsfelder u. E. wie folgt zu bewerten⁵⁶:

⁵⁶ Es werden lediglich Tendenzaussagen auf Basis der bisherigen Untersuchungsergebnisse getroffen. Diese werden durch die Pfeile ausgedrückt. Folgende Bedeutung der Pfeile bezüglich der zukünftigen Nachfrage nach den Leistungen 1- 4 ist zu beachten: Wachstumsperspektiven werden durch einen senkrechten (starkes Wachstum) bzw. leicht ansteigenden (gemäßigtes Wachstum) Pfeil signalisiert. Eine stagnierende Nachfrage ist bei einem waagerechten Pfeil zu erwarten. Eine sinkende Nachfrage wird durch einen leicht abwärts gerichteten Pfeil angedeutet.

Darstellung 18: Bewertung der Leistungen im Gesundheitsmarkt⁵⁷

Leistungsfeld	Tendenz		Anmerkung
	lang- mittel- fristig	kurz-/ fristig	
Leistung 1: Stationäre medizinische Rehabilitation	➔	↘	Größtes gefährdungspotenzial durch Anschlussheilbehandlung u. ambulante Versorgung; Chance besteht im Angebot von Spezialprogrammen in attraktivem Umfeld
Leistung 2: Anschlussheilbehandlung	↗	↗	Relative Wohnortnähe wird bevorzugt; Gefahr der Substitution durch ambulante Versorgung.
Leistung 3: Ambulante Prävention und Rehabilitation	↑	↑	Starker Wachstumsmarkt, Krankenhaus als größter Konkurrent.
Leistung 4: Kur und Wellness	➔	↘	Wohnortfern dauerhaft mit Urlaubscharakter möglich, Trend zu hotelähnlichem Zimmer- und Freizeitangebot auf gehobenem Komfortniveau; Konkurrenz: vereinigtes Europa; Chance: steigende Selbstbeteiligung

Quelle: Eigene Darstellung

Für den Reha-Markt sind - schon allein wegen der gesetzlichen Bestrebungen - neue Leistungsstrukturen zu erwarten.

Der Verdrängungswettbewerb zwischen den Reha-Kliniken wird momentan zwar noch durch den Antragsstau bei den Leistungsträgern entschärft, wird zukünftig aber drastisch zunehmen. Dies hat zwei Gründe:

- (a) Der Akut-Bereich wird sein Leistungsangebot auf den Nachsorgebereich aus strategischen Gründen zur Absicherung und Stärkung seiner eigenen Marktstellung ausdehnen. *Ein großer Teil des Nachfragepotenzials nach Vor- und insbesondere Nachsorgeleistungen im wohnortfernen stationären Rehabilitationsbereich wird dadurch dauerhaft abgeschöpft.*
- (b) *Die Schließungswelle bei den Reha-Kliniken ist bisher durch die Kreditmoratorien der Kreditinstitute aufgrund der fehlenden Verwertungsalternativen der Gebäude künstlich verhindert bzw. nur auf einen späteren Zeitpunkt verschoben worden. Eine Stay-or-Exit-Entscheidung ist für viele Betreiber von Reha-Kliniken unumgänglich und wird spätestens akut, wenn Erhaltungs- oder Erweiterungsinvestitionen in Gebäude o. Ä. anstehen, die durch neue Kredite o-*

⁵⁷ Unberücksichtigt bleiben Pflegeleistungen, die aufgrund der demografischen Entwicklung in ambulanter und wohnortnaher Form ein hohes Nachfragepotenzial vermuten lassen. Wohnortferne Angebote im Bereich der Pflege sind abhängig von besonderen Leistungsmerkmalen und der Mobilität der Patienten.

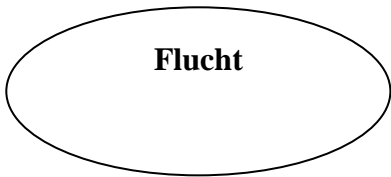
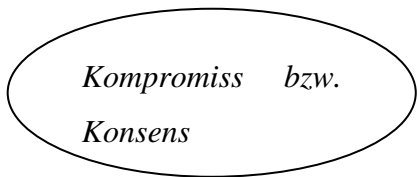

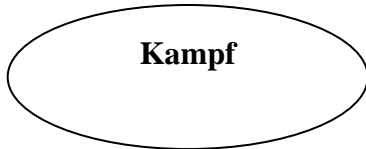
der weiteres Eigenkapital der Träger bzw. Betreiber refinanziert werden müssen. *Die niedrigen Auslastungszahlen von zurzeit zwischen 65-75 Prozent stellen dauerhaft die wirtschaftliche Existenz der Reha-Kliniken in Frage.*

Seit dem Ausbruch der Reha-Krise gibt es im Wesentlichen nur zwei Handlungsmöglichkeiten.

Kurzfristig liegt der Fokus der geschäftlichen Bemühungen auf der Optimierung des Cash-Flows bzw. des Liquiditätsmanagements. "Gesund schrumpfen" und aktives Kostenmanagement stehen im Vordergrund (Grundgedanke: Risiken begrenzen, Chancen erhalten). *Langfristig geht es um die Frage, ob das bestehende Leistungsportfolio den zukünftigen Anforderungen des Rehabilitationsmarktes entspricht und wie es weiterentwickelt werden kann.*

Darstellung 19 zeigt, *welche strategischen Entwicklungsrichtungen sich grundsätzlich unterscheiden lassen.*

Darstellung 19: Sanierungsstrategien im Krisenfall

Bedrohungsausmaß	
<p>Flucht</p>  <p>Die Fluchtstrategie ist gleichzusetzen mit dem Rückzug aus dem Rehabilitationsmarkt oder der Streichung bestimmter Leistungsangebote. Die Extremform der Flucht ist die Veräußerung bzw. Liquidation der Reha-Klinik.</p>	<p><i>Kompromiss bzw. Konsens</i></p>  <p>Das strategische Ziel ist die Kooperation oder Fusion mit einem Mitbewerber oder mehreren Mitbewerbern (andere Reha-Kliniken oder Akut-Kliniken) zur Stärkung der eigenen Wettbewerbsposition. Dies gelingt nur, wenn man selbst eine relativ starke Ausgangsposition hat, die allerdings das alleinige dauerhafte Überleben in der Zukunft nicht sichert.</p>
<p>Delegation</p>  <p>Die Delegationsstrategie ist primär auf Verbesserung des Abwehrpotenzials in Form neuer finanzieller Mittel gerichtet. Die Delegation kann erfolgen durch den Eigentümer (Kapitalzufuhr), einen Interessenten (Anteilskauf), die Gläubiger (Kreditstundung, Vergleich, Ausgleich) oder die Gemeinschaft (Subvention).</p>	<p>Kampf</p>  <p>Das wichtigste Merkmal der Kampfstrategie ist die Differenzierung. Ziel der Reha-Kliniken ist es, sich deutlich von den Mitbewerbern abzuheben. Ein Image der Einmaligkeit muss geschaffen werden. Die dauerhaft Erfolgsvoraussetzung ist jedoch die Existenz eines Alleinstellungsmerkmals als Differenzierungsmöglichkeit.</p>
<i>Niedrig</i>	<i>Hoch</i>
Abwehrpotenzial	

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Turnheim, G. (1996), S. 125

Für viele Reha-Kliniken wird die strategische Grundrichtung aufgrund des Bedrohungspotenzials in *der Flucht* (Exit-Entscheidung) *oder der Suche nach dem Kompromiss bzw. dem Konsens mit einem oder mehreren Mitbewerbern* (horizontale Integration über den gesamten Versorgungsprozess bzw. vertikale Integration innerhalb der eigenen Branchen) *liegen*. Eine grundsätzliche Entscheidung über das Verbleiben im oder Ausscheiden aus dem Reha-Markt (Stay-or-Exit-Entscheidung) ist unumgänglich. Ein frühzeitiger Exit ermöglicht den Verkauf der Klinik z. B. an größere Klinikketten, die an dem Aufbau von Angebotskapazitäten interessiert sind (siehe zum Beispiel der Verkauf der Wittgensteiner Klinikgruppe an die Firma Fresenius AG). Die geringe Auslastung der privat betriebenen Kliniken wird die Bestrebungen zum Zusammenschluss oder den Verkauf von Kliniken allein aus wirtschaftlichen Existenzgründen fördern.⁵⁸ Die Möglichkeit zur Kettenbildung bzw. zur Bündelung von Marktmacht auf der Angebotsseite gegenüber den Leistungsträgern wird durch diese Entwicklung begünstigt, zumal direkt Verträge zwischen großen Reha-Anbietern und den Leistungsträgern wirtschaftlich sinnvoll und gesetzlich möglich sind.

Unabhängig von dem Verbleib im Reha-Markt wird der Verdrängungswettbewerb zukünftig über die Differenzierung der eigenen Klinik von anderen Wettbewerbern ausgetragen werden. Die eigentliche Qualität der medizinischen Rehabilitationsleistung stellt jedoch kein Differenzierungsmerkmal dar. Zukünftig ist ein nachgewiesenes Mindestmaß an Qualität die Grundvoraussetzung für die Berücksichtigung einer Reha-Klinik bei Einweisungsentscheidungen der Leistungsträger, Kliniken, die diesen Anforderungen nicht gerecht werden, werden in den Auswahlprozess von den externen Entscheidungsträgern (Krankenhaus und Leistungsträger) nicht einbezogen, wodurch ihnen der Marktzugang versperrt ist. Differenzierungsmerkmale im Verdrängungswettbewerb können außerordentliche Leistungsangebote sein, z. B. Spezialistenwissen bei Standard-Indikationen (Alleinstellungsmerkmal: Expertenposition), Leistungsangebote bei seltenen Indikationen (Alleinstellungsmerkmal: Spezialisierung auf eine Angebotsnische)⁵⁹ oder das Angebot von außergewöhnlichen Rahmenbedingungen (Alleinstellungsmerkmal: geografische Lage, herausragende Freizeit- oder luxusangebote etc.). Letztlich sind die Positionierungsstrategien abhängig vom Einzelfall.⁶⁰

Es bleibt die Frage, welche Positionierungsmöglichkeiten die Reha- Kliniken insbesondere in den an anderer Stelle bereits angesprochenen Reha-Clustern haben, da eine geografische Verschiebung der Reha-Angebote in Ballungszentren nicht möglich ist.

Für Reha-Cluster ergeben sich unter dem Aspekt des Konsenses bzw. der Kooperation folgende Perspektiven:

- *Die Vermarktung von Gesundheitsregionen ist eine Chance zur Positionierung verschiedenster Leistungspartner im Leistungssegment Gesundheit.*

Voraussetzung ist, dass die Reha-Kliniken, die Träger der Standorte (z. B. Kurverwaltung) und mögliche andere Leistungspartner des Clusters sich einer *einheitlichen Positionie-*

⁵⁸ Vgl. Schwarz, R., Jendges, T. (2001), S. 36.

⁵⁹ So hat sich eine Reha- Klinik in Bad Oeynhausen auf die besonderen kulturellen und religiösen Bedürfnisse von muslimischen Patienten eingestellt. Dies zeigt sich u. a. darin, dass die Mitarbeiter deutsch und türkisch sprechen und in religiösen Belangen bewandert sind. Vgl. o. V. (2000f), S. 962.

⁶⁰ Als Beispiel für ein Stärken-/ Schwächen- Profil einer Reha- Klinik wird verwiesen auf Kühnle, S. (2000), S. 251.

rungsstrategie anschließen, um nach außen ohne Wahrnehmungsverluste als Gesundheitsregion auszutreten.

Vorstellbar ist auch, dass verschiedene Orte oder Reha-Kliniken sich auf bestimmte Kernkompetenzen (z.B. ausgewählte medizinische Indikationen etc.) fokussieren, die in den anderen Orten oder Reha-Kliniken nicht vorgehalten werden. Dies stärkt die Attraktivität des gesamten Clusters.

- *Die Vermarktung eines gesamten Standortes* (z. B. eines Kurortes) im Zusammenhang mit dem eigenen Leistungsspektrum einer Klinik, insbesondere bei attraktiven geografischen Lagen. Die Nachfrage hängt in diesem Fall im Wesentlichen von der Attraktivität des geografischen Umfeldes ab.⁶¹
- Eine ernste Bedrohung der Existenz vieler Kliniken gibt es in den Orten abseits der Balnuzentren, wo nur eine kleine Anzahl von Kliniken mit geringen Bettenkapazitäten existieren (im Extremfall ist dort nur eine einzelne Klinik). Das langfristige Überleben ist *nur bei einem besonderen Alleinstellungsmerkmal des Ortes oder der einzelnen Klinik vorstellbar*. Eine Vermarktung des Standortes als Gesundheitscluster ist nur schwer realisierbar, da zu wenige Kliniken mit entsprechender Bettenkapazität und unterschiedlichen Reha-Angeboten vorhanden sind.

Unabhängig von den identifizierten Reha-Clustern wird der Kampf um Marktanteile auf der Ebene der einzelnen Kur- und Bäderorte bzw. der Orte mit Meereslage hart sein, da die geografische Lage als Differenzierungsmerkmal zwischen den Orten dienen wird. Zwischen den einzelnen Orten sowie den Kliniken in den Orten wird der Wettbewerb existenziell sein, wenn innerhalb eines geografischen begrenzten Raumes ein konzentriertes Angebot an Reha-Betten zu finden ist. Allerdings ist zu bedenken, dass diese Art von Verdrängungswettbewerb in einem Reha-Clusters, gerade in nicht herausragenden geografischen attraktiven Regionen, ein von allen Kliniken des Clusters getragenes Positionierungskonzept erfordert. Zwingende Erfolgsvoraussetzung ist die Vielfalt des Gesundheits- oder Reha-Angebotes (z. B. Behandlungsmöglichkeiten von vielen differenzierten Indikationen). Sollte der Verdrängungswettbewerb innerhalb des Clusters dazu führen, dass zahlreiche Vorsorge- und Reha-Kliniken schließen, würden damit die Attraktivität des Clusters, und letztlich die Erfolgsaussichten aller Beteiligten, *gemindert*.

⁶¹ So spielen gerade im Gesundheitstourismus Wellness und Erholung eine immer zentralere Rolle bei der Wahl eines Urlaubsortes. Vgl. OTS (2001a). Der Präsident des Heilbäderverbandes Prof. Steinbach hat z.B. auf dem 97. Deutschen Bädertag im Jahr 2001 hervorgehoben, dass die Wachstumschancen der Kurorte in einem soliden und modernen Angebot für Gesundheitsurlauber liegen Vgl. Ärztezeitung (2001b). Zum Beispiel hat der Kurort Bad Salzuflen mit den Unternehmungen der Stadt, den Bürgern und den Kommunen eine Marketing AG zur Vermarktung des gesamten Kurortes geschaffen. Langfristig ist sogar der Börsengang der neu gegründeten AG vorgesehen. VGL. Freitag, M. (2000), S. 14.

3. Zur wachsenden Bedeutung von Rehabilitation

3.1 Bezug nehmend auf die Überlegungen unter 2. und alternativ dazu themenbezogen angelegt

Stationäre oder ambulante Therapie in der Rehabilitation ... Das sollte eigentlich nicht alternativ diskutiert werden

Wir haben es hier mit einer paradoxen Situation zu tun, denn einerseits baut man großflächig Rehabilitationskapazitäten ab, gleichzeitig wächst der Bedarf an genau diesen Leistungen, weil der Anteil der älteren Menschen an der Bevölkerung steigt ständig. Chronische Erkrankungen, die häufig erst im zweiten Lebensabschnitt auftreten, nehmen ebenso kontinuierlich zu.

Die Nachfrage nach Rehabilitation steigt.

Es besteht ein erhebliches Ungleichgewicht zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Während im stationären Bereich seit langem ein umfassendes Rehabilitationsangebot mit etablierten Strukturen und einer entsprechenden Qualität zur Verfügung stand, gibt es im ambulanten Bereich erhebliche Defizite. Der Grund liegt darin, dass es sich um einen noch recht jungen Versorgungsbe- reich handelt, der erst in den letzten Jahren konsequent weiterentwickelt wurde. Es liegen aber durch- aus erfolgversprechende Konzepte beispielsweise in der Orthopädie und Traumatologie vor. Dort wird nach der „erweiterten ambulanten Physiotherapie“ (EAP) gearbeitet. Solch ermunternde Ansätze sind jedoch Einzelfälle.

Bislang ist es noch nicht gelungen, flächendeckend eine einheitliche Angebots- und Qualitätsstruktur an ambulanten Reha-Maßnahmen zu schaffen.

Dabei sollte es nicht darum gehen, ambulanten oder stationäre Rehabilitationskonzepte gegenein- ander auszuspielen. Beide haben eine hohe Bedeutung in der Nachsorge. Die jeweils notwendigen Maßnahmen, ob ambulant oder stationär therapiert wird, sind für den einzelnen Patienten individuell zu treffen. Es ist jedoch dringend erforderlich, eine klare Definition der Ziele zu formulieren. Dazu be- darf es eines abgestuften Konzeptes, das die Verzahnungen von ambulanter und stationärer Rehabili- tation zum Ziel hat!!

Erhalten von Know-how

Der Gesetzgeber setzte, wie an anderer Stelle bereits konstatiert, in der Vergangenheit seine Förder- akzente in der ambulanten Rehabilitation, indem er die Reha- und Kurkliniken zum Aufgeben zwang.

Die Folge davon ist, dass etablierte und erfolgreich arbeitende stationäre Therapien dem ambulanten Bereich mit seinen teilweise unkoordinierten Entwicklungen und oft sehr viel weniger qualitätsgesi- cherten Leistungen weichen mussten.

Wir haben große Vorbehalte gegen eine solche Entwicklung, *gerade bei Patienten mit chronischen Erkrankungen.*

Ergebnisse einer dänischen Studie zur Auswertung von Schulungsprogrammen wegen akuter Rückenschmerzen stützen diese Einschätzung.

Die Forscher des Projektes „Health Technology Assessment“ kommen zu dem Schluss, dass ein sechswöchiges Schulungsprogramm für Hochrisikopatienten außerhalb der gewohnten Umgebung mit intensiver Behandlung über 36 Wochenstunden zu besseren Ergebnissen führt als zwei kürzere Programmeinheiten unter ambulanten Bedingungen am Wohnort der Patienten.

Zwölf Monate nach Abschluss des Programms ergab eine wissenschaftliche Überprüfung, dass die Patienten aus dem stationären Intensivprogramm deutlich weniger Fehltag an ihrem Arbeitsplatz aufzuweisen hatten und bei ihnen insgesamt deutlich weniger Schmerzen auftraten als bei der Vergleichsgruppe.

Die Studie wies nach, dass das stationäre Rückenschulprogramm, trotz der zehnfach höheren Kosten – volkswirtschaftlich betrachtet – günstiger ist.

Warum? 46 bis 48 Prozent der Patienten, die durch ihre Rückenprobleme überwiegend sehr langfristig arbeitsunfähig sind, konnten nach der stationären Therapie in den Arbeitsprozess zurückkehren.

Diese Studie ist deshalb so interessant, weil sie auf ein außerordentliches Einsparpotenzial im deutschen Gesundheitswesen hinweist. Wegen unspezifischer Rückenbeschwerden werden jährlich für ambulante Leistungen anderthalb Milliarden Euro aufgewandt, hinzu kommt noch einmal die Hälfte davon für Erwerbsunfähigkeitsrenten. Komplettiert wird diese immense Summe durch Zahlungen für Arbeitsunfähigkeit, die mit 4 Milliarden Euro zu Buch schlagen. 40 Prozent dieser Ausgaben sind auf die Behandlung von Menschen zurückzuführen, die zu einer Hochrisikogruppe gezählt werden müssen.

Wenn es gelänge, speziell für diese Gruppe gezielte Maßnahmen in Angriff zu nehmen, könnte dieser Ausgabenblock deutlich reduziert werden. Die Einsparungen lägen bei mehreren Milliarden.

Kosten-Nutzen-Analyse von stationärer Rehabilitation und Berentung

Eine über acht Jahre angelegte wissenschaftliche Kosten-Nutzen-Analyse zur stationären Rehabilitation von chronisch Kranken hat Aufschluss über ihre Effektivität gebracht.

Die Autoren Rademacher und Zielke führen die Untersuchung *seit 1997* in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen und anderer Krankenkassen durch. Die Ergebnisse dieser Analyse sprechen für sich: Der volkswirtschaftliche Folgeschaden konnte für jeden chronisch Kranken jährlich um 12.500 Euro verringert werden, wenn die Kostenträger für seine Rehabilitation unter fachärztlicher Leitung durchschnittlich 5000 Euro im Zeitraum von 12 Monaten aufwendeten. Der Gesamtgewinn ergibt sich durch folgende Einsparungen:

- *weniger Behandlungen im Akutkrankenhaus, ein Minus von 70 Prozent*

- *Wegfall von Fehlversorgung bei niedergelassenen Ärzten*
- *Reduzierung von Krankengeld und Lohnfortzahlungen um 70 Prozent*
- *Hinausschieben des Rentenbeginns um sieben Jahre*

Stellt man nun auf der Basis dieser Ergebnisse eine volkswirtschaftliche Hochrechnung an, bei der die Leistungen aller Sozialversicherungsträger für Rehabilitationsmaßnahmen berücksichtigt werden, kommt man auf ein Plus von weit über 10 Milliarden Euro. Dieser Betrag würde unmittelbar den Kassen der Sozialversicherungsträger zugute kommen können.

Für alle Überlegungen im Zusammenhang mit einer Kostenreduktion ist diese Kosten-Nutzen-Analyse ein sehr guter Ausgangspunkt. Denn auch da, wo sie als Einsparungen außerhalb des Gesundheitswesens als Gewinne anfallen, sind sie volkswirtschaftlich als Positiva zu verbuchen.

Ein anderes Reha-Konzept für Chroniker ergibt sich durch das zeitliche Hinausschieben des Eintritts in die Rente. Eine Studie des VDR (Verband der Rentenversicherer) zeigt, wie krankheitsgefährdete Menschen länger im Arbeitsprozess verbleiben können. Bei Patienten *mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen kann durch einen gezielten Einsatz von Reha-Maßnahmen der Zeitpunkt ihrer Berentung um bis zu 9,2 Jahre hinausgeschoben werden.* Diesen Befund bestätigen auch die bereits erwähnten Forscher Rademacher und Zielke in einer Untersuchung, die vom Hamburger Weltwirtschaftsinstitut durchgeführt wurde. Durch eine qualifizierte Rehabilitation konnte bei einem Drittel aller Rentenbewerber der Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Berufsleben im Durchschnitt um 2,5 Jahre aufgeschoben werden.

Es liegt auf der Hand, dass ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen weiter auszubauen sind und keinesfalls gestrichen werden dürfen. Entscheidend dabei ist, dass man auf bestehende stationäre Konzepte zurückgreift. Dafür sprechen nicht nur medizinische Gründe. Auch ökonomische, strukturelle und arbeitsmarktrelevante Überlegungen spielen eine Rolle.

Statt Menschen in die Arbeitslosigkeit zu schicken, könnte zusammen mit den Versicherungsträgern ein Konzept zur Vernetzung von Akutmedizin, ambulanter und stationärer Reha entwickelt werden. Der Mangel an Fachkräften aufgrund demographischer Verschiebungen in den nächsten 15 Jahren wird diese Entwicklung unumgänglich machen; mit Zuwanderung allein ist das Problem allenfalls vorübergehend zu lösen.

Durch die Bündelung der Kräfte wäre auch die Qualität der medizinischen Leistung um ein Vielfaches zu steigern, mit dem positiven Nebeneffekt, dass der Kranke sehr viel früher wieder an seinen Arbeitsplatz zurückkehrt.

Man braucht kein Experte zu sein, um nachvollziehen zu können, dass Reha-Maßnahmen, volkswirtschaftlich gesehen, günstiger sind als jährliche Rentenzahlungen in vielfacher Höhe. Aus der Sicht der Betriebe stellen kranke Arbeitnehmer, die über lange Zeitabstände nicht verfügbar sind, ein echtes Problem dar. Die Auswirkungen der Volkskrankheiten bedeuten für die industrielle Produktion in unserem Land jährliche Verluste von etwas 44 Milliarden Euro im Jahr 2002.

Kostenreduktion durch medizinische Rehabilitation

Die Rehabilitation soll die Arbeitsfähigkeit des Patienten nach einem Unfall oder einer Erkrankung wiederherstellen. Wird auf Reha-Maßnahmen verzichtet oder zeigen sie keinen Erfolg, droht Frühverrentung. Dieser Umstand hat für alle Beteiligten weitreichende finanzielle Auswirkungen. Der Betroffene wird Rentner und hat dadurch in der Regel weniger Geld für seinen Lebensunterhalt und ganz generell als Konsument zur Verfügung. Aus gesellschaftlich-ökonomischer Sicht fällt er als Beitrags- und Steuerzahler weitgehend, ja meist ganz aus. Die Finanzierung seines Lebensunterhalts muss nun durch Institutionen wie Arbeitsamt, Rentenversicherung oder Sozialamt übernommen werden. Stellt man vor diesem Szenario eine Kosten-Nutzenrechnung auf, gilt es, die Vollkosten im Bereich der Sozialversicherung im Auge zu behalten.

Oft werden Kur und Rehabilitation verwechselt, weil die Definitionen nicht klar genug sind. Grundsätzlich muss zwischen einer klassischen Kur, die dazu dient, die Leistungsfähigkeit eines meist noch im Arbeitsprozess befindlichen Angestellten zu sichern oder sie zu steigern⁴, und der Rehabilitation unterschieden werden. Durch Reha-Maßnahmen soll die Rückkehr von zumeist langfristig arbeitsunfähigen Menschen in den Berufsalltag erreicht werden.

Viele europäische Nachbarländer verfügen nicht über Einrichtungen und Konzepte zur Rehabilitation ihrer Einwohner. *Medizinische Rehabilitation könnte darüber ein bedeutender Exportartikel werden und den Standort Deutschland sichern.* Warum sollte eine speziell zugeschnittene Rehabilitation nicht auch für ausländische Patienten und Arbeitgeber interessant sein, wenn diese Leistungen im eigenen Land nicht angeboten werden oder unzureichend sind?

Ergo:

- Akutmedizin und Rehabilitation sind nicht zu trennen.
- Es geht immer um die Rehabilitation des Menschen und *nicht* um die Rehabilitation der Erkrankung. Das Recht auf Rehabilitation haben alle, die körperlich, geistig oder seelisch erkrankt sind.
- Rehabilitation ist nur durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der einzelnen Therapeuten zu leisten.
- Am häufigsten erfolgen Rehabilitationsmaßnahmen im Bereich der Muskel- und Skeletterkrankungen sowie bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Das zeigt, wie wichtig bei den großen Volkskrankheiten ein durchgängiges Rehabilitations- und Präventionskonzept ist.

Reha-Einrichtungen zu schließen, ist u. E. absolut kontraproduktiv.

⁴ Dabei muss man unterscheiden, ob die anschließende Behandlung den Genesungsprozess im Akutkrankenhaus verkürzen und die Behandlung effektiver gestalten kann. Gerade bei schweren Erkrankungen ist dies häufig der Fall. Zutreffender wäre es, künftig bei einem solchen Fall von *Anschlussrehabilitation* zu reden. Diese Bezeichnung könnte die Notwendigkeit der Integration von Akutmedizin und Rehabilitation – um Patienten kurzfristig wieder in den Arbeitsprozess zurückzuführen – deutlicher vor Augen führen. Gleichzeitig käme die Tatsache zum Ausdruck, dass beide Prozesse eng miteinander verknüpft sind.

- Rehabilitation ist gleichzeitig auch Prävention vor einem erneuten Erkrankungsfall.
- Arbeitsunfähigkeit hat 2002 in Deutschland zu 491,05 Millionen Fehltagen geführt. Dies bedeutet ein Ausfallvolumen des Produktionsfaktors Arbeit von über 44,15 Milliarden Euro. Es ist also äußerst sinnvoll, ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen zu integrieren.
- Rehabilitation verkürzt Krankheiten.
- Rehabilitation ist kostengünstiger als der Rentenfall.
- Ausländische Gäste könnten für Rehabilitationszentren eine neue Kundenzielgruppe werden. Arbeitsplätze für qualifiziertes Personal, die in der Medizin abgebaut werden, stünden so an anderer Stelle zur Verfügung. Für uns hat das Erhalten und Schaffen von qualifizierten Arbeitsplätzen höchste Priorität.

3.2 Thesen zur Zukunft der Rehabilitation

1. These - Zur Zukunft der Rehabilitation:

Was wir zukünftig an Rehabilitation nicht mehr bedarfsgerecht/bedarfsbezogen in den vorhandenen Strukturen erbringen wollen/können, werden wir zunehmend wohnortnah aufbauen müssen, entweder bereits im Krankenhaus oder teilstationär oder in ambulant-stationärer Schnittstelle, völlig unabhängig davon, ob das so sinnvoll ist oder nicht. (vgl. dazu 3.1)

Ist es nicht erstaunlich, dass die „Zerschlagung“ der Rehabilitation von der Bevölkerung und den Medien so willig hingenommen wurde?

Der Wahlkampf hat z.B. gezeigt, dass es glaubhaft gelingt, diesen "Reinigungsprozess" im Kurwesen, die hohen Zuzahlungen und zusätzlichen Urlaubstagen, die jetzt vom Patienten abgefordert werden, als eine positive Leistung einer Partei zu verkaufen, mit dem Argument, endlich mit diesem Unsinn des Kurwesens aufgeräumt zu haben. Und wenn wir uns selber fragen, merken wir, dass wir uns in ähnlichen Gedanken ertappen, einfach deswegen, weil die Verärgerung über die eindeutig vorhandenen Missnutzung unserer sozialen Strukturen auf Kosten der Solidargemeinschaft Emotionen schürt und den Blick auf die sachlichen Gegebenheiten verstellt.

So wie es war, war es nicht optimal, so wie es jetzt ist, ist es aber vom Optimum weiter entfernt als je zuvor.

Und spätestens hier sollte man sich fragen, warum diese Argumentation so griffig war?

Es zeigt sich, dass die Aufgaben der Rentenversicherungsträger zwar unvorstellbare Mengen an Milliarden verschlungen haben, aber diese Milliarden aufgrund der Gesetzgebung und der Verteilung der Machtbefugnisse zur Ausgabe dieser Gelder *häufiger am Bedarf vorbei und auch am Bürger vorbei und auch am Kranken vorbei erfolgten und die Bedürfnisse der Rehabilitation nicht nur von medizinischen Gesichtspunkten,*

sondern, ähnlich den der Naturheilkunde zugrundeliegenden träumerischen Schwärmereien einer allumfassenden Volksseelsorge, von einem Kurwesen pervertiert wurden, in dem fast jeder eine gute Möglichkeit sah, den eigenen Urlaub um ein paar schöne Wochen zu verlängern.

Dass dies dann real längst nicht so häufig gelang, wie die Politiker uns glauben lassen wollen, steht hier nicht zur Diskussion. Aber allein, dass dies in der Grundstimmung der Bevölkerung so verankert ist, ist schmerzlich, aber man muss diesen Realitäten nun ins Auge sehen.

Und genauso muss man die Statistiken der Rentenversicherer beachten, die eindeutig nachweisen, dass diejenigen, die eine wirkliche Rehabilitation bräuchten, aufgrund der Verunsicherungen durch die Politik und der Befürchtung von Drangsalierungen am Arbeitsplatz, immer weniger einen Rehabilitationsantrag stellen, so dass wir neben dem Problem der sogenannten Overuser ein wahrscheinlich größeres Problem der Underuser haben, mit entsprechender Verteuerung der Sozialleistungen durch viel zu frühe Berentung!!

Insofern muss klar festgestellt werden: Die Zerstörung des Kurwesens wird uns weder medizinisch noch finanziell, *weder effizient noch effektiv die erhoffte Entlastung bringen, denn die Probleme liegen woanders!* Sie liegen zum einen im durch die Qualität der gegenwärtigen gesamtwirtschaftlichen Entwicklung bedingten *verminderten Beitragsaufkommen der arbeitenden Bevölkerung und zum anderen, dass die*

Verantwortlichen Versicherungsträger für ihre zuletzt durch die besser werdende Medizin älter werdenden Versicherten keine oder nicht ausreichender Rückstellungen vorgenommen hatten. In den Wirtschaftsspalten der Zeitungen tauchen vereinzelt Bericht von Renten-Versicherungsträgern auf, deren Liquidität angeblich nur noch für maximal ein Jahr ausreicht...

Aber, und das ist das Gute der Botschaft, *die gesamte Kostendiskussion hat einen unerwarteten und für die Rehabilitation ganz entscheidend positiven Effekt:* Zum ersten Mal setzen sich sowohl die Ärzte als auch deren Ärztekammern und Ärzteparlamente mit dem Begriff der "Rehabilitation" auseinander. Dies gilt auch für Politiker und vor allem für die Medien. *Zum ersten Mal wird der Begriff "Rehabilitation" überhaupt hinterfragt: Was ist Rehabilitation, wie wirkt sie? Durch wen wird sie erbracht? Was kann man überhaupt damit erreichen? Wann wird sie überhaupt eingesetzt, wer setzt Rehabilitation ein, und wer bezahlt dafür? Und wie unterscheidet sich z. B. präventive Kurmaßnahme von rehabilitativen Heilverfahren?*

Entscheidend ist, dass wir *nicht* den Umgang mit der Rehabilitation an sich verbessern müssen, *entscheidend wird die Schnittstellenproblematik sein, dass wir zu einer sogenannten geschlossenen Rehabilitationskette kommen. Nicht die Zerschlagung der Strukturen, sondern die Koordination der Strukturen ist Weg, und die vielen inzwischen von verschiedenen Leistungsträgern geförderten Modelle ambulant-stationärer Verzahnung, zeigen, dass die Zukunft in der Rehabilitation längst begonnen hat!*

2. These - Zur Zukunft der Rehabilitation:

Die Rehabilitation wird ihren Stellenwert als dritte Säule der Medizin erhalten und weiter ausbauen!

Was kann ein Bechterew-Kranker dafür, dass er ständig Krankengymnastik braucht und nicht nur 6 mal pro Quartal, was kann eine Osteoporose-Patientin dafür, dass sie Massagen braucht, was kann das chronisch asthmakranke Kind dafür, dass es Ständig Atemgymnastik braucht?

Niemand sucht sich diese Krankheiten freiwillig aus, warum wird der Patient durch eine progressive zunehmende Selbstbeteiligung für seine chronisch Erkrankung auch noch bestraft?

Der zuweilen zynisch anmutende Satz: "Jeder soll das bekommen, was medizinisch notwendig ist" greift so lange nicht, wie wir gar nicht definiert haben, was medizinisch notwendig ist. Hier sind alle Bereiche gefragt, Ärzte, Kassen und Politiker. Hilfreich ist die Evidence-based Medicine (EBM) sowie die jetzt endlich auch in der Rehabilitation vermehrt durchgeführten Outcome-Studien. Sie werden zeigen, dass wie eh und je die Medizin weiterhin aus drei Säulen aufgebaut ist, *der Prävention, Kuration und der Rehabilitation*.

Bis jetzt haben wir auf die Kuration das Hauptaugenmerk geleitet, wir beginnen zu verstehen, dass allein durch die *epidemiologischen Veränderungen unserer Bevölkerung die Rehabilitation des chronisch Kranken bzw. des Patienten mit sogenannten Defektheilungen in den nächsten 20 bis 30 Jahren weit überproportional zunehmen wird*.

Zur Zeit ist davon auszugehen, dass der Rehabilitationspatient der Kassen ca. 25 Jahre älter ist als der Rentenversicherungspatient. Das heißt, die Rehabilitation der gesetzlichen Krankenkassen wird ohne die Steigerung des Fachwissens in diesem Gebiet bei allen Ärzten nicht nur keinen Bestand haben, sondern weiterhin solch unsinnigen Verordnungen wie 6 mal Massage oder 6 mal Krankengymnastik zulassen, pauschaliert, anstatt qualitätsgesichert auf den Patienten bezogen.

Immerhin hat auch die deutsche Ärzteschaft ihre Defizite in diesem Bereich erkannt und 1992 mit großer Mehrheit ein neues ärztliches Fachgebiet geschaffen, den Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin. Inzwischen gibt es bereits über 1.000 solcher Fachärzte, weitere 12.000 haben die Zusatzbezeichnung "Rehabilitationswesen", die ebenfalls neu eingeführt wurde. Insofern sind inzwischen gut 20.000 Ärzte im Fachbereich Physikalische und Rehabilitative Medizin tätig. Dazu kommen die vielen Ärzte aus dem Bereich der Kurkliniken, der Sanatorien und der etablierten Rehabilitationskliniken, die inzwischen in Richtung Rehabilitation durch Seminare, Kongresse und Qualitätssicherungsveranstaltungen erheblich geschult wurden.

Aber nach wie vor leistet sich unser Staat noch etwas Unvorstellbares: Obwohl wir Milliarden jedes Jahr in der Rehabilitation ausgeben, *weigern sich die Hochschulen und der Gesetzgeber immer noch, das Fachgebiet in seiner ganzen Breite, und nicht etwa nur auf orthopädische oder neurologische Bereiche eingengt, Wissen in der Rehabilitation als Pflichtveranstaltung an die Studenten weiterzugeben!*

Nach wie vor kann heute jedermann Arzt werden, ohne auch nur eine Vorlesung in irgendeinem rehabilitativen Gebiet oder über die Möglichkeiten der Rehabilitation selber gehört zu haben, geschweige denn in diesem Fach geprüft worden zu sein. Es gibt zwar zur Zeit noch fünf Lehrstühle, aber deren Neubesetzung ist fraglich, wobei nur zwei Lehrstühle das so wichtige Gebiet der Frührehabilitation richtig an die Studenten weitergeben können, da nur diese über eine eigene Bettenstation verfügen. Vielleicht ändert sich das ja nun mit der Genehmigung der neuen Approbationsordnung, wobei die neue Regierung ja in ihren Grundsatzpapieren vor der Wahl das Schlagwort "Rehabilitation vor Pflegeversicherung" ausgegeben hat und intensiv sich der Förderung der Rehabilitation widmen will.

So ist zu fürchten, dass wir weiterhin Milliarden ausgeben für eine insuffiziente Rehabilitation, gleichzeitig ebenfalls sehr viel Geld ausgeben zur Schaffung neuer rehabilitativer Strukturen und zusätzlich viel Geld ausgeben zur Zerschlagung gewachsener Strukturen, ganz abgesehen von den Ausgaben für unterlassene Rehabilitation und vermehrte Pflegeversicherungsfälle...

Was heißt Rehabilitation wirklich?

Viele werden sagen, na klar, Rehabilitation heißt, wieder gesund zu werden, und genau das heißt Rehabilitation nicht!

Wer das bisher so gedacht hat, braucht sich nicht zu grämen. Egal, ob aus den Medien, ob aus Politiker-mund, leider auch in mannigfaltigen Kommentaren sogenannter Experten, ja und leider auch in einer Vielzahl von Stellungnahmen bis hin zu Vorträgen und Veröffentlichungen. *Auf Schritt und Tritt erleben wir, dass Kuration mit Rehabilitation verwechselt wird.*

Rehabilitation ist über die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eindeutig definiert. Wir verweisen hier auf die daraus abgeleitete Konsensuskonferenz der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Die unzulässige Vermischung mit der Kuration beruht auf einer willkürlichen Ausweitung des WHO-Begriffes in eine eigene Definition der Rentenversicherungsträger. Es handelt sich dabei allerdings um ein Spezifikum, das nur wir uns hier in Deutschland leisten und das deutlich zeigt, wie viel Sachverstand bei uns in der Rehabilitation noch aufzubauen ist.

Derzeit ist die Situation leider so, dass jedes Kniegelenk, das bei uns bei einem Tennisstar endoskopiert wird, und jede Meniskusoperation, die beim Fußballer der ersten Liga durchgeführt wird, angeblich hinterher wieder rehabilitiert wird, und siehe da, schon nach kurzer Zeit sehen wir dann diesen Tennisstar oder diesen Fußballer - oh Wunder der Medizin - wieder mit vollem Einsatz dem Ball hinterherjagen. *In Wirklichkeit hat es sich hier um eine kurative Maßnahme gehandelt, die dazu geführt hat dass eine Restitutio ad integrum möglich war und der Patient im wahrsten sinne des Wortes geheilt werden konnte. Die Mittel und Maßnahmen, die hier eingesetzt wurden, waren nicht die der Rehabilitation, sondern die der Physikalischen Therapie, denn genau diese wird kurativ eingesetzt. Hier von Rehabilitation zu sprechen, wäre sachlich völlig falsch. Rehabilitation heißt frei übersetzt:*

Einen Menschen mit einer gegebenen Erkrankung, die nicht mehr zu einer Restitutio ad integrum zu führen ist, also nicht mehr ausgeheilt werden kann, z.B. chronische Erkrankungen oder Defektheilungen, so zu behandeln, dass sie dennoch eine möglichst hohe individuelle Lebensqualität und soziale Wertigkeit bekommen!!

3. These - Zur Zukunft der Rehabilitation:

Ein Rehabilitand ist definitionsgemäß krank! Es stellt sich hier nicht die Frage, ob eine Behandlung medizinisch notwendig ist. Es stellt sich lediglich die Frage, wann, wo und wie wer einer möglichst sinnvollen Rehabilitationsmaßnahme „zugeführt“ werden kann.

Aus dieser These wird bereits deutlich, dass der berufliche Aspekt, nämlich die Wiedereingliederung in die Arbeit, die bis auf den heutigen Tag als Aufgabe den Rentenversicherungsträgern vorbehalten ist, dem Begrifflichen zuwider läuft.

Liegen keine chronischen Erkrankungen oder Defektheilungen vor, dann hat das nichts mehr mit Rehabilitation zu tun, sondern mit Kuration. Unter Kuration wird seit Hippokrates die Behandlung eines bisher gesunden oder eines zumindest an dieser Erkrankung nicht leidenden Patienten verstanden. Die Krux ist, dass in unseren Hochschulen auch noch bis heute gelehrt wird, dass es die Aufgabe des Arztes sei, durch die medizinische Kunst den Patienten wieder zu einer möglichst vollständigen Heilung zu bringen.

Auch die Begriffe der Prävention und Prophylaxe sind hier zu hinterfragen, weil sie häufig im Zusammenhang mit der Rehabilitation genannt werden.

Wir erklären den Unterschied zwischen Prävention und Prophylaxe an folgendem Beispiel: Führt jemand eine ältere Dame am Arm vorsichtig um ein Loch im Bürgersteig herum, so hat er, sollte es gelungen sein, dass die alte Dame nicht in das Loch fällt, *Prävention* betrieben. Geht er anschließend mit einem Eimer Sand zu dem Loch und gleicht es aus, hat er *Prophylaxe* betrieben. Aus diesem Beispiel wird deutlich, dass es sich bei der *Prävention immer um eine Vorsorge handelt*, die immer schon im Hinblick auf ein spezielles Individuum durchgeführt wird, *um dieses vor Schaden zu schützen*. Bei der Prophylaxe dagegen handelt es sich um allgemeine Ratschläge zur Vorsorge für jedermann, ohne dass ich den Adressaten in irgendeiner Form kenne oder kennenlernen werde.

Unter diesen Gesichtspunkten ist es einfach absurd, z.B. von "Präventiver Rehabilitation" zu sprechen, wie man das häufig liest, denn dies ist einfach vom Sinn her schon nicht mehr möglich, da in der Rehabilitation bereits eine chronische Erkrankung eingetreten ist. Der Begriff der "Präventiven Rehabilitation" ist eindeutige und „reinrassige“ Kuration!

Es handelt sich also bei der Rehabilitation immer um einen schon vorhandenen, aber weder von der Bevölkerung noch von den Medizinern ernstgenommenen Teil der Medizin, der aber groteskerweise gerade durch die Fortschritte der Medizin immer wichtiger wird, nämlich das Befassen mit dem chronisch Kranken oder mit dem, der durch ärztliche Kunst mit einer Defektheilung versehen ist und aufgrund dieser gegebenen Tatsachen nicht mehr gesund werden kann.

Als ein typisches Beispiel der Defektheilung kann z.B. die Organtransplantation genommen werden. Ein Patient, dem ein neues Herz transplantiert wurde, wird, selbst wenn das neue Herz einwandfrei funktioniert, nie mehr kardial so funktionell flexibel sein wie ein Gesunder, da es nicht gelingt, das Herz an die vegetative Steuerung des Organismus anzuschließen. Außerdem ist die lebenslange Einnahme von immunsuppressiven Substanzen notwendig, um eine Abstoßungsreaktion zu verhindern. Wir können aber auch den posttraumatologischen Patienten nehmen, der nach schwersten Unfällen beim Sport oder Autofahren wiederhergestellt werden konnte, es aber dennoch eine Vielzahl von Funktionsdefiziten bestehen bleiben. *Solche Patienten nehmen exzessiv zu, einmal wegen der epidemiologischen Veränderungen, das heißt, dass aufgrund medizinischer Erkenntnisse immer mehr Menschen älter werden als früher, und wegen der verbesserten medizinisch möglichen Eingriffe bei Erkrankungen, die sonst zwangsläufig zum Tode geführt hätten, aber auch verbesserter medikamentöser Strategien bei schweren zerstörenden Prozessen im Bereich des Muskel- und Knochenapparates sowie insbesondere funktionellen Störungen durch Tumoren im Bewegungssystem usw.*

4. These - Zur Zukunft der Rehabilitation:

Die Rehabilitation wird exponentiell anwachsen und einen erheblichen Stellenwert in unserer Medizin bekommen, weil die Patienten, denen medizinisch geholfen wurde, die Gesellschaft mit dem Anspruch konfrontieren (werden), ihnen zu helfen, mit diesem neugewonnenen Leben bestmöglich fertig zu werden.

Das geht allein schon aus der Tatsache hervor, dass der Trend zum kürzeren Aufenthalt im Krankenhaus immer stärker zunimmt. Aufgrund der diagnosebezogenen Entgelte wird sich dieser Trend zum einen noch weiter steigern und zum anderen so beträchtliche zusätzliche Kosten für die ambulante Medizin nach sich ziehen.

Die Zahl der Krankenhäuser hat abgenommen. Im gleichen Zeitraum sank die Bettenzahl um 4,5 %. In der gleichen Zeit stieg *aber die Zahl der Behandlungsfälle.*

Auf Grund der diagnosebezogenen Entgelte ist mit noch erheblich kürzeren Verweildauern zu rechnen, da das Geld ja dann bereits mit der Durchführung der Operation verdient ist, unabhängig davon, wie viele Tage der Patient anschließend im Krankenhaus bleibt.

Was hat das mit der Rehabilitation zu tun? Ganz einfach, damit können die Krankenhäuser elegant die Kosten auf den ambulanten Sektor abwälzen, der dann die längere Weiterbehandlung bei frühzeitiger Entlassung der Patienten übernehmen muss. Alleine schon von daher ist an fünf Fingern abzuzählen, dass der Bereich der Rehabilitation und hier insbesondere die geschlossene Rehabilitationskette von einer stark zunehmenden Dynamik geprägt sein wird.

Es handelt sich also um Aufgaben, die erst dann greifen, wenn die Kuration am Ende ist.

Es wäre aber fatal zu glauben, dass immer so lange gewartet werden sollte, bis eine Kuration nicht mehr möglich ist.

Vielmehr muss sofort nach Eintritt des Schadensfalles überprüft werden, ob eine Restitutio ad integrum in diesem Fall überhaupt noch möglich ist. Daher ist der Begriff der Frührehabilitation richtig und auch ausgesprochen notwendig, und Kuration durchaus eine gemeinsame Wegstrecke haben können, sofern das Outcome des Patienten für eine kürzere oder längere Zeit nicht sicher determiniert werden kann. Dies bietet sich sowie insofern an, als dass eine Vielzahl der Methoden der Physikalischen Therapie auch in der Rehabilitation angewendet werden können und müssen, so dass die Therapeuten den Schicksalsweg in Richtung Kuration und Rehabilitation häufig mitgestalten. Entscheidend ist aber, dass so früh wie möglich Spezialisten an den Patienten herankommen, die aufgrund ihres Erfahrungsschatzes und aufgrund qualitätsgesicherter Normen entscheiden und im Falle der Rehabilitation bereits frühzeitig sinnvolle Maßnahmen vorschlagen können.

Häufigster Anlass für stationäre Reha- Maßnahmen waren Erkrankungen des Skeletts und der Muskeln und des Bindegewebes mit 40 % aller stationären Heilmaßnahmen.

Entscheidend ist, dass es die Einwirkung engagierter Verfechter der Rehabilitation geschafft hat, dass bundesweit Modelle entstanden, um die sogenannte Schnittstellenproblematik in der Rehabilitation zu mindestens versuchsweise anzugehen. Insbesondere sollte der sogenannte "Drehtür-Effekt" vermieden werden, nämlich dann, wenn der Patient aus der stationären Krankenhausbehandlung erst verzögert in die stationäre Rehabilitationsmaßnahme und dann noch weiter verzögert in die hausärztliche Weiterbetreuung entlassen wird, die aber größtenteils den spezifischen Anforderungen der Rehabilitation nicht genügend kann. Der Patient landet dann oft wieder im Krankenhaus landet, wo er gerade hergekommen ist.

Alle inzwischen erdachten Modelle haben insbesondere zum Ziel, dass der Hausarzt qualitativ verbessert, entweder durch eigene Schulung oder Zusammenarbeit mit Fachkräften, den Patienten, weiter behandelt

und vor allem sein Outcome kontrolliert. Der Vorteil liegt auf beiden Seiten: Für den Hausarzt, dass Weiterbehandlung und Kontrolle in seiner Hand bleiben und der enge persönliche Kontakt erhalten bleiben kann, und für die Kostenträger, dass sich durch eine sogenannte "wohnnah" Rehabilitation die Kosten deutlich verringern sollten, da die stationäre Unterbringung erspart wird.

4. Zu Defiziten bei der rechtzeitigen Reaktion auf Auswirkungen erkennbarer Entwicklungen als die Aktivierung des potentiell wachsenden Reha-Bedarfs hemmender Faktor

These: *Es sind weniger die demographischen Alterungsprozesse, die es notwendig machen, lebenslang zu lernen, als vielmehr die Erfordernisse einer Ökonomie, die auf Wachstum setzt. Dieses kann nur durch permanente Innovation erreicht werden.*

Kulturelle Konzepte von Innovation und von Alter schließen sich aber erst einmal (noch) tendenziell aus. *Hieraus erwächst eine eigentliche Dramatik der bevorstehenden Bevölkerungsimplosion.*

Lebenslanges Lernen *erscheint* auch aufgrund der demographischen Schrumpfung besonders wichtig. *Es ist jedoch keine Anforderung, die ursächlich aus dieser Entwicklung erwächst.*

Historisch gesehen ist lebenslanges Lernen alles andere als neu. Es handelt sich um eine grundlegende menschliche Fähigkeit und keine Erfindung von modernen Gesellschaften. Menschen auf allen Kontinenten, in allen Epochen der Menschheitsgeschichte haben oder hatten diese Fähigkeit. Sie gilt als wesentliches Gattungsmerkmal (z. B. Kingdon 1997). Wenn heute in gesellschaftspolitischen Diskursen über diese menschliche Universalie geschrieben, gestritten und philosophiert wird, so kann es also nur vordergründig darum gehen, lebenslanges Lernen in der Bevölkerung und in Unternehmen zu etablieren. Gegenstand dieser Diskurse ist vielmehr die Frage, *wie bestehende Praxen des lebenslangen Lernens verändert und an die Erfordernisse von spätmodernen Gesellschaften (Giddens 1990) angepasst werden können, in denen ein hohes Interesse an gut ausgebildeten kreativen Wissensarbeitern besteht, um mit Innovationen im globalen Wettbewerb wirtschaftlich konkurrenzfähig zu bleiben.*

Weil Wissen zunehmend zur Ressource von modernen Ökonomien wird (Stehr 2001), kann im globalen Wettbewerb nur derjenige bestehen, der permanent aktuelle Wissensentwicklungen und Technologietrends aufnimmt *und* in Waren und Dienstleistungen umsetzt. Die gegenwärtigen Entwicklungen hin zur Wissensgesellschaft, skizziert der skandinavische Wirtschaftswissenschaftler Peter Maskell (Maskell 1998) als einen Prozess, der eng mit der Wirtschaftsweise im Kapitalismus zusammenhängt. Um permanentes wirtschaftliches Wachstum zu produzieren, das zur inhärenten Logik dieser Wirtschaftsweise gehöre, sei ständige Innovation oder Erfindung von neuen Gütern bzw. Dienstleistungen notwendig, weil sich die Zuwachsraten von bestehenden Waren früher oder später erschöpfen.

Dass das Konzept zum lebenslangen Lernen im Diskurs zur demographischen Entwicklung seit einiger Zeit als Strategie zur Gestaltung des Wandels offeriert wird, liegt demnach vor allem in der besonderen Bedeutung begründet, die Lernen in der Entwicklung hin zu wissensbasierten Ökonomien und Gesellschaften gewinnt.

Die rasche Aufwertung des lebenslangen Lernens im Demographie-Diskurs wird zusätzlich dadurch begünstigt, dass die Tendenzen in den Unternehmen und in der Bevölkerungsentwicklung im Hinblick auf die ausreichende Verfügbarkeit von hoch qualifizierten Wissensarbeitern diametral zueinander verlaufen. Einerseits nimmt der Anteil an jungen Menschen und damit auch an Hochschulabsolventen, die mit neuem Wissen aus den Hochschulen und aufgrund der noch nicht bestehenden familiären Bindungen mit hoher Flexibilität in die Unternehmen kommen, permanent ab. Andererseits sind in den global konkurrierenden Firmen Innovations- und Flexibilitätsanforderungen gewachsen, deren Personal jedoch ein zunehmend steigendes Durchschnittsalter und damit eine lange zurückliegende (Hochschul-) Ausbildung aufweist.⁶²

Mit der Dynamisierung der Innovation in den letzten Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts, die durch die Entwicklung und Verbreitung der neuen Informations- und Kommunikationstechnologien weiter beschleunigt wurde, ist diese Gegenläufigkeit drastisch genug, um ins allgemeine Bewusstsein vorzudringen.⁶³

Heute haben ständiger Wissenszuwachs und technische Innovation dazu geführt, dass niedrige Qualifikationsprofile am Arbeitsmarkt immer weniger gefragt sind, weil inzwischen Maschinen die Arbeit erledigen oder diese im Ausland billiger einzukaufen ist und deswegen die Produktion verlagert wird. Hochqualifizierte haben hier bessere Aussichten, die in dem Maße steigen, wie sie bereits sind, die Dynamik mit zu vollziehen und immer wieder Neues zu erlernen.⁶⁴ Dabei gilt das bundesdeutsche Bildungssystem derzeit nur als beschränkt in der Lage, junge Menschen ausreichend zu qualifizieren. Stattdessen prägen nach den Ergebnissen der in den letzten Jahren entstandenen Schulstudien frühzeitige Selektion, fehlende Problemlösungskompetenz und vergleichsweise niedrige Abiturientenquoten die deutsche Schulausbildung⁶⁵ (OECD 2001; Prenzel/Baumert et al. 2003).

Nach Einschätzung von Ernst Kistler vom Internationalen Institut für Sozialökonomie liegt die eigentliche Problematik weniger im Arbeitskräftemangel, hiervon könne zumindest bis 2020 keine Rede sein. *Die Alterung des Erwerbsspersonspotenzials berge unter den gegebenen Umständen das weitaus dringendere Problem.* Erst ab 2010 (im Osten schon heute) stehe, wie schon in den 1980er Jahren, ein Rückgang beim Nachwuchs bevor. Bis mindestens 2008/09 nehme die Zahl der Berufsanfänger zu. Kistler kommt zu dem Schluss, dass eine mittelfristige Humankapitalücke unwahrscheinlich sei.⁶⁶ Er widerspricht damit der Hartz-Kommission, die in ihrem Abschlussbericht davon ausgeht, dass im

⁶² Zwar sind derzeit vielfältige gesellschaftliche Bemühungen spürbar, das negative Bild des Alters in der Gesellschaft zu revidieren, allerdings lassen sich die tatsächlichen Veränderungen nicht wegdiskutieren, die Menschen im Laufe ihres Lebens durchlaufen. Letztlich ist es dann eine Frage der gesellschaftlichen Bewertung, ob diese Eigenschaften positiv oder negativ bewertet werden. Bilder des Alters und deren gesellschaftliche Bewertung werden im folgenden Kapitel noch ausführlich thematisiert.

⁶³ Der Arbeitskräftemangel in den 1960er Jahren wurde noch unhinterfragt durch Zuwanderung von so genannten Gastarbeitern gelöst, die gering qualifizierte Tätigkeiten übernahmen, während die qualifizierten Berufe durch heimische Bildungsaufsteiger besetzt werden konnten. Auch das Konzept des lebenslangen Lernens ist in dieser Zeit entstanden (Faure 1972; Faure 1973).

⁶⁴ Wie umfassend diese Bereitschaft zum permanenten Lernen heute sein muss, wird schon daran deutlich, dass häufig die Inhalte eines ursprünglich einmal absolvierten Studiums kaum mehr relevant sind für den später ausgeübten Beruf oder dass sich die Tätigkeiten aufgrund der technischen Innovation völlig verändert haben, man denke nur an den Informatiker, der die Programmierung mit Lochkarten erlernt hat. Insofern gehört lebenslanges Lernen bereits seit längerem zum Alltag in hoch qualifizierten Berufen und in allen Arbeitswelten, in denen wissensintensive Tätigkeiten ausgeübt werden.

⁶⁵ Die Kritik, die in diesen unter Federführung der OECD entstandenen Studien am deutschen Schulsystem geübt wird, sollte nicht darüber hinweg täuschen, dass die OECD selbst - wie oben dargestellt - bereits mit einem deutlich schmaler angelegten Konzept des lebenslangen Lernens, das strukturellen und institutionellen Dimensionen, nicht aber humanistischen und emanzipatorischen Leitlinien folgt, als Ausgangspunkt der Studien antritt.

⁶⁶ Allerdings nehmen nach dieser Prognose Mismatches, Ausbildungsabbrüche und Neuorientierungen zu.

ungünstigen Fall im Jahr 2015 rund 7 Millionen Erwerbspersonen fehlen, wenn man von einem Arbeitskräftebedarf von knapp 3 Millionen ausgeht (Kistler 2003). Auch wenn die Prognosen zum Arbeitskräftebedarf widersprüchlich sind (und sich daraus für die Bewältigung des demographischen Wandels unterschiedliche Strategien ergeben müssen), so besteht doch Einigkeit darin, *dass die Alterung des Erwerbspersonals ein Problem darstellt, das nur durch lebenslange Bildung behoben werden kann* (Buck/ Kistler/ Mendius 2002).

Lebenslanges Lernen, verstanden als hohe Bereitschaft, sich während des gesamten (Erwerbs-) Lebens weiterzubilden, *das hier als eine zentrale Strategie zur Gestaltung des demographischen Wandels propagiert wird*, wurde jedoch angestoßen, lange bevor der demographische Trend zur alternenden Gesellschaft als Bedrohung für die wirtschaftliche Entwicklung wahrgenommen wurde. Der von der UNESCO 1972 veröffentlichte Faure-Report gilt als Startpunkt dieser Bildungsidee,⁶⁷ die in folgenden Jahren weiterentwickelt, von anderen internationalen Organisationen wie etwa der OECD oder der EU aufgegriffen und entsprechend der jeweiligen Zielsetzungen modifiziert wurde.⁶⁸

Der Faure-Report entstand als Reflex auf die so genannte Weltbildungskrise, die P.H. Coombs, damals Direktor des Instituts für Bildungsplanung der UNESCO, konstatierte, weil Lerninhalte und -formen nicht mehr mit den Anforderungen der Arbeitswelt übereinstimmten. Er sah insbesondere als kritisch an, dass Bildungsinstitutionen den sprunghaften Andrang von Bildungswilligen nicht aufnehmen können, dass Ressourcen zur Bildungsfinanzierung fehlen, dass Zugangsbedingungen nicht für alle Bildungswilligen bestehen und dass Bildungssysteme und Gesellschaften zu träge sind, um sich auf veränderte Bedingungen einzustellen (Coombs 1969).

"Unsere letzte Annahme ist, dass die Erziehung nur global und permanent sein kann, um diesen ganzen Menschen zu bilden, dessen Erscheinen umso notwendiger wird, als immer härtere Zwänge jeden einzelnen zu treffen beginnen. Es geht auch nicht mehr darum, punktuell und ein für alle Mal Wissen zu erwerben, sondern sich darauf einzustellen, während des ganzen Lebens ein sich ständig entwickelndes Wissen zu erarbeiten und dadurch, leben zu lernen" (Faure 1973:22).

Nicht eine abstrakte Anhäufung von Wissen soll das Ziel sein, sondern eine enge Verbindung von Erziehung und realem Leben. Das Motto, "learning to be", drückt das umfassende Verständnis von Lernen aus, das im Faure-Report propagiert wird. Eine wesentliche Methode dafür ist nach Einschätzung der von Faure geleiteten Kommission die Demokratisierung des Bildungswesens. Dabei wird Chancengleichheit neu definiert. Sie wird nicht mehr uniformistisch und formal verstanden, sondern individualistisch formuliert als Notwendigkeit, sich auf individuelle Ausgangslagen, Fähigkeiten und Bedürfnisse einzustellen. Bildung wird emanzipatorisch gedacht. Sie soll dazu genutzt werden, um die Unterschiede zwischen armen und reichen Ländern zu verkleinern, da diese Unterschiede erheblichen

⁶⁷ "Der Grundgedanke, Lernen als einen lebenslangen Prozeß zu betrachten, ist nicht erst durch den Faure-Report entwickelt worden. Jedoch stellte sich erstmalig eine Bildungskonzeption dar, in der jegliche Form von Lernen in einer Gesamtkonzeption aufeinander bezogen dargestellt wird. Demzufolge ist der innovative Anspruch vorwiegend in inhaltlichen und terminologischen Definitionen der vom Faure-Report angesprochenen Bereiche zu suchen" (Gerlach 2000:14f.).

⁶⁸ Einen systematisierenden Überblick über die terminologische Vielfalt und die wesentlichen Konzepte des lebenslangen Lernens gibt Gerlach (2000). Zur Übernahme des Konzepts in Deutschland siehe Dohmen (Dohmen 1997).

Konfliktstoff in sich bergen. Die UNESCO schafft damit ein maximalistisches, an humanistischen Werten orientiertes Konzept des lebenslangen Lernens, das im Laufe der vergangenen Jahrzehnte im Rahmen von mehreren Konferenzen weiter ausgearbeitet und populär gemacht wurde (Faure 1972; Faure 1973; Dohmen 1997; Knoll 1997; Günther 1982).

Lebenslanges Lernen ist ein Thema, das als Reflex auf die von P. H. Coombs diagnostizierte Weltbildungskrise von der UNESCO auf die Agenda genommen und im Verlauf von vielen Jahren popularisiert wurde. Lange bevor der Schreckensgeist "demographische Schrumpfung" durch die Medien ging, wurden Konzepte für das lebenslange lernen entwickelt, diskutiert und in nationale Bildungsstrategien übersetzt. *Beide Entwicklungen hängen nicht ursächlich zusammen.*

Erst im Schnittpunkt mit den neuen Anforderungen in wissensbasierten Ökonomien kommen das Konzept des lebenslangen Lernens und die demographische Entwicklung zusammen. Auch wenn die bundesrepublikanische Gesellschaft nicht schrumpfen, sondern sich auf einem Nullwachstum einpendeln und nur ein moderater Alterungsprozess aufgrund steigender Lebenserwartung stattfinden würde, so müssten die Menschen dennoch lebenslang lernen, um den rasanten technologischen Wandel mit zu vollziehen und um durch eigene Wissenszuwächse neue konkurrenzfähige Produkte zu entwickeln.

Es ist also die Dynamik von Wissenschaft und Wirtschaft, die diese Anforderung an das Individuum formuliert, unabhängig davon, ob die Gesellschaft altert oder nicht.

Alterung und Innovation stehen als kulturelle Konzepte aber diametral zueinander, d.h. schließen sich tendenziell gegenseitig aus. Aus dieser Gegensätzlichkeit erwächst die eigentliche Dramatik der gegenwärtigen demographischen Entwicklung. Sie könnte deutlich entschärft werden, wenn die Wissenschaft Wege findet, wie die kulturellen Konzepte Innovation und Alter zusammen gedacht werden können.

Nun gilt es die Forschung in diesem Bereich zu intensivieren und Altersbilder in verschiedenen Gesellschaften und ihre Wirkung auf das Erwerbsleben zu untersuchen, empirisch fundierte Kenntnisse über die Zusammenarbeit von altem und jungem Personal zu gewinnen, Wissen für eine Alten gerechte Gestaltung von Innovation zu schaffen, und andere Themen mehr in diesem Feld zu problematisieren und zu erforschen. Auch Konzepte, die versuchen, sozio-ökonomische Alternativen zur permanenten Innovation zu entwickeln, wären ein denkbarer Beitrag zu dieser Thematik!

These

Es ist eine Reintegration von älteren Menschen in alle gesellschaftlichen Lebensbereiche notwendig und auch die kulturell dominierenden Bilder vom Alter müssen sich wandeln, damit das Lernen von Älteren nicht zur "Beschäftigungstherapie" verkommt, sondern sozialen Sinn erhält.

Der Zusammenhang von Lernen und Alter hat bereits Seneca beschäftigt. Auf die Frage, ob es im Leben eine Zeit gibt, in der man nicht mehr lernen muss, kommt er in seinen Briefen über die Ethik zu folgendem Schluss: "Durchaus nicht: aber wie in allen Lebensjahren wissenschaftlich zu arbeiten eh-

renwert ist, so doch nicht in allen, sich unterweisen zu lassen. Schimpflicher und lächerlicher Anblick ist ein alter Mann als Klippschüler: ein junger Mann muss erwerben, ein alter benutzen" (L. Annaeus Seneca, An Lucilius, Briefe über die Ethik 36,4).⁶⁹

Seneca sah also durchaus eine Lernfähigkeit im Alter gegeben, allerdings hielt er nicht alle Lern-Situationen für angemessen in dieser Lebensstufe, sondern behält den Älteren bestimmte, qualitativ hochwertige Formen des Lernens vor. Das Erlernen von völlig neuen Wissensgebieten und -formen, das den alten Mann in die Rolle eines "Klippschülers" versetzt, wurde als entwürdigend empfunden. Das Zitat verweist zusätzlich darauf, dass das Thema des lebenslangen Lernens offensichtlich nicht neu ist und dass es auch bereits seit langem Tätigkeiten wie etwa das wissenschaftliche Arbeiten gibt, die permanente Bereitschaft zum Lernen und geistige Flexibilität erfordern. Sie sind keine Neuerung der Wissensgesellschaft, sondern bereits in der Antike üblich gewesen. Anscheinend wurde eine solche Lernfähigkeit damals Älteren auch ohne weiteres zugetraut bzw. geradezu als prädestinierte Tätigkeit für diese Altersgruppe angesehen. Eine völlige Neuorientierung, so wie sie heute notwendig wird, wenn Berufssparten aufgrund der technischen Innovation wegfallen⁷⁰ und die dafür erlernten Kompetenzen nutzlos sind, galt Seneca als Zumutung.

Heute werden Lernfähigkeit und Alter eher als Gegensätze angesehen.

Körperliche und geistige Beweglichkeit gilt als eingeschränkt bei älteren Menschen. *Dieses vorherrschende Bild vom Alter hat sich gegen Ende des 19. Jahrhunderts in medizinischen, psychologischen und psychiatrischen Altersdiskursen herausgebildet.* Hier wurde zunehmend der Gedanke der "Involution", der Rückbildung, wissenschaftlich thematisiert, der eine Kategorienpolarität zur Evolution assoziiert.

Die Involution bezeichnet die Phase des Abstiegs oder des Verfalls als natürliche Folge der Evolution. Dieser Verfall wird in medizinischen Studien in eine Fülle von Einzelindikatoren, wie die Abnahme der Körperlänge, die Senkung der Atemkapazität bei Anstrengung, die mangelnde Regulierung des Blutdrucks u. a. m., zerlegt. Allerdings stellte sich im Laufe der Zeit heraus, dass sich solche Erscheinungen bereits bei den Körpern von 40- bis 50-jährigen fanden. Die Lebensspanne zwischen dem fünften und sechsten Jahrzehnt erfuhr damit eine grundsätzliche Umbewertung. Sie verlor ihre Qualität als Lebensmitte und mutierte zum Vorstadium des Alters, in dem erste Verfallserscheinungen an Körper und Geist sichtbar werden (Kondratowitz 2000).

Bis dahin galt das fünfzigste Lebensjahr als Kulminationspunkt, an dem der Mensch im Zenit des Lebens steht. Diese Vorstellung vom Leben und seinen Abschnitten des Aufstiegs und Verfalls findet ihren bildlichen Ausdruck in der Darstellung der Lebenstreppe, die europaweit in der langen Zeitspanne vom ausgehenden 16. Jahrhundert bis zum Ende des 19. Jahrhunderts ausgesprochene Popularität genoss (Ehmer 2009). Merkwürdigerweise, die den bildlichen Darstellungen der Lebenstreppe beigegeben wurden, verdeutlichen diese Sichtweise auf das Alter:

⁶⁹ Zitiert nach: Forschung & Lehre 10/2003, S. 529.

⁷⁰ Ein Beispiel dafür ist der Beruf des Schriftsetzers, der in Druckereien von Hand die Druckvorlagen für Zeitungen, Bücher usw. erstellt hat. Im Zuge der Digitalisierung der Medienproduktion ist dieser Beruf ersetzt worden durch Digital- und Printmediengestalter, die mit dem traditionellen Schriftsatz nur noch wenig gemeinsam haben. Zudem ist ein erheblicher Rationalisierungseffekt eingetreten, da die digitale Gestaltung von Druckvorlagen ungleich schneller anzufertigen ist.

Zehn Jahr ein Kind,
Zwanzig Jahr ein Jüngling,
Dreißig Jahr ein Mann,
Vierzig Jahre wohlgetan,
Fünzig Jahre stillestahn,
Sechzig Jahr geht's Alter an,
Siebzig Jahr ein Greis,
Achtzig Jahr schneeweiß,
Neunzig Jahr der Kinder Spott,
Hundert Jahr: Gnad' dir Gott (Schenda 1984:11).

Die Einteilung des Lebens in zehn Alterstufen ist ein Produkt der Neuzeit. Ältere Bildschemen für die Darstellung des Lebenslaufs sind das Rad, mit einer kreisförmigen Anordnung der menschlichen Lebensphasen und lineare Darstellungen der Lebensalter, die auch nicht notwendig in 10er Schritte eingeteilt wurden. "Das Alter in zehnmal zehn Abschnitte zu zergliedern, ist also keineswegs ein uraltes Verfahren, und wir könnten, wollten wir uns bei den Ethnologen und in ihren Studien zu Altersgruppen-Systemen umsehen, noch eine ganze Reihe von durchaus anderen Lebens-Aufteilungen kennen lernen" (Schenda 1984:12). Die Vielfalt und soziale Wirkmacht von kulturellen Vorstellungen des Alters, wird in kulturvergleichender Perspektive sichtbar (Dracklé 1998; Schmoll 2002). Welche Vorstellungen vom Alter wirksam sind, hängen nach Einschätzung des Kulturwissenschaftlers Rudolf Schenda jeweils nicht nur von Naturgegebenheiten und mythischen Lehren, sondern auch von den wirtschaftlichen Gegebenheiten einer Gesellschaft ab (Schenda 1984). Das gilt ohne Frage auch für Vorstellung vom Alter, wie sie in der gegenwärtigen Debatte um die demographische Entwicklung sichtbar werden. Im Kontext von Demographie und lebenslangem Lernen werden diese gesellschaftlichen Paradigma thematisiert. *Kompetenzen für Arbeit und Beruf stehen im Vordergrund. Davon abgekoppelt bleiben Fragen nach dem Lebenssinn, dem Lebensglück und der Unbeständigkeit des menschlichen Seins (Liebe, Sterben, Tod) ebenso wie Fragen nach ungelebten oder versäumten Lebensformen, stellt Thomas Leithäuser, Professor am Institut für Sozialforschung und Psychologie der Universität Bremen, fest. Er sieht es als viel versprechende Option an, lebenslanges Lernen mit Sinnfragen zu verknüpfen.*

Wenn solches philosophisches, vielleicht auch religiöses und künstlerisches, Denken überhaupt stattfindet, dann beim Älterwerden meist nach der Verrentung oder Pensionierung. Dann ist man auf dem Wege zur Altersweisheit, einer neuen Perspektive, die Dinge und Erfahrungen rückwärtsgewandt zu reflektieren und neu zu verstehen druchaus im Lichte einer gewissen Abgeklärtheit. Wenn heute von Altersweisheit so wenig die Rede ist, so weil sie als romantisch abgewertet gilt und weil es kein soziales Feld ihrer Verwertung und Reproduktion gibt. Altersweisheit bleibt bestenfalls literarischkommunizierbar⁷¹ (Leihäuser 2004).

⁷¹ Auch hier ist vor Idyllisierungen zu warnen. Gerne wird ein positiver Umgang mit dem Alter und den Alten für die Vergangenheit unterstellt. Dass dies keinesfalls den Realitäten entspricht und Altersweisheit auch damals nur in spezifischen Kreisen Wertschätzung fand, beschreibt Schenda anhand von vielfältigen historischen Beispielen (Schenda 1999).

Stattdessen häufen sich die eingangs beschriebenen, warnenden Stimmen, die angesichts des steigenden Durchschnittsalters von Belegschaften fehlende Flexibilität, mangelnde Innovativität und auch die geringere Belastbarkeit der älteren Menschen problematisieren.

Alter wird als Variable gesehen, die die Leistungsfähigkeit entscheidend herabsetzt. Wer eine bestimmte Altersgrenze überschritten hat, gilt auf dem Arbeitsmarkt als nicht mehr vermittelbar. Zu negativ ist das Bild, das von älteren Arbeitnehmern dort besteht und das auch viele alte Menschen selbst von sich verinnerlicht haben. Die Grenze, wann man als älterer Arbeitnehmer gilt, ist dabei überaus flexibel und tendiert dazu, weiter nach unten zu sinken.

In relativ jungen Branchen wie dem IT-Sektor gehört man mit Anfang vierzig bereits zum alten Eisen. Auch dort, wo ein ausreichendes Angebot an Arbeitskräften verfügbar ist, sinken Altersgrenzen. Doch nicht nur in der Privatwirtschaft, auch im öffentlichen Sektor nehmen solche Einschätzungen zu; so sind kritische Äußerungen zur Altersentwicklung von Lehrkräften in Schulen an der Tagesordnung. Wissenschaftler, die eine bestimmte Altersgrenze überschritten haben, kommen für die Besetzung von Professuren nicht mehr infrage. Wertschätzende Worte für die Erfahrung von älterem Personal sind selten zu hören. Angesichts dessen spreche die moderne feministische Theorie gar von "ageism" in Parallele zu "raceism" oder "sexism", wirft der Kulturwissenschaftler Rudolf Schenda in den Diskurs um das Alter ein. "Greisismus' wäre dann die Summe der heute grassierenden Vorurteile und Diskriminierungen in Bezug auf alte Menschen - eine lange Liste des Elends" (Schenda 1999).

Dass das Alter einen derart schlechten Ruf genießt, ist eigentlich erstaunlich, hat doch die von der Berlin-Brandenburger Akademie der Wissenschaften initiierte Berliner Altersstudie BASE ergeben, dass sich der körperlich und geistige Gesundheitsstatus von älteren Menschen im Vergleich zu früheren Jahren wesentlich verbessert haben (Mayer/ Baltes 1996; www.base-berlin.mpg.de).

Das Bild vom Alter scheint also schlechter zu sein als die Wirklichkeit, in jedem Fall aber ist das öffentliche Bild vom Alter zu undifferenziert. Starre Vorstellungen von Altersphasen und entsprechende Zuschreibungen entsprechen nicht der gesellschaftlichen Realität, vielmehr kann von einem Strukturwandel des Alters ausgegangen werden. Nach Einschätzung des Altersforschers Hans Joachim von Kondratowitz befindet sich die bundesrepublikanische Gesellschaft derzeit in einem komplexen Suchprozess nach neuen Altersnormierungen, die einem normativen Konzept vom "neuen Alten" folgen, der eben nicht mehr nur hilflos und krank ist sondern häufig auch lebenslustig und rüstig ist und spezifische Bedürfnisse hat, die aus spezifischen Lebensstilen, Bedarfslagen und Artikulationsformen erwachsen.

Alter ist, folgt man der Sichtweise der Gerontologie, kein homogener Zustand, sondern ein Konzept mit erheblichen Differenzierungen. Quintessenz der gegenwärtigen sozialpolitischen Fachdiskurse ist nach Kondratowitz eine *Wiedereinbindung des Alters in das gesellschaftliche Leben* (Kondratowitz 2000). *Dieses differenzierte Bild vom Alter, wie es in der Gerontologie entfaltet wird, ist jedoch im Allgemeinverständnis noch lange nicht etabliert.* Im Diskurs zum demographischen Wandel finden sich immer wieder Stimmen, die gegen das traditionelle Bild vom Alter argumentieren und versuchen, gängige Meinungen zu verändern. Beispielsweise werden inzwischen neuere Erkenntnisse zur Lernfähigkeit von älteren Menschen eingebracht (z.B. Spitzer 2002), um zu verdeutlichen, dass manche Spitzenleistung gerade erst durch die Feinjustierung des in langen Jahren gesammelten Wissens möglich

wird und somit Alter und Erfahrung kein Hindernis, sondern geradezu Voraussetzung für exzellente Ergebnisse sind.

Damit soll Wertschätzung für ältere Menschen und ihre Leistungen in den Betreibern erreicht werden und auf die spezifischen Bedingungen aufmerksam gemacht werden, unter denen Menschen ihre Fähigkeiten zum Nutzen des Unernehmens einbringen (Buck/ Kistler et al. 2002). Erst zaghaft entfalten sich solche Positionen, die über die Rolle der Älteren in der herannahenden Wissensgesellschaft nachdenken. Wie diese ihre Erfahrungen und Kompetenzen auch nach dem Erwerbsalter in die Gesellschaft einbringen könnten, bleibt dabei derzeit noch weitgehend in traditionellen Vorstellungen des Alters befangen.

Auch scheinbar innovative Ideen wie die Senioren-Universität sind in ihrer derzeitigen Konzeption noch keine wirklichen Neuerungen. So lange das Wirken der Älteren dort als philanthropisches Angebot gilt, ohne Rückbindung in gesellschaftliche Zusammenhänge und ohne Funktion im sozialen Umfeld, bleiben das Lernen, die Erfahrungen und die Arbeit der Älteren folgenlos und damit ohne Nutzen für die Gemeinschaft. Lernformen, die derzeit für ältere Menschen bereit stehen, muten vielfach wie Beschäftigungstherapien für diese Altersgruppe an, weil ihr Lernen ohne Rückbindung an das gesellschaftliche Geschehen stattfindet. Zwar werden solche Initiativen, wie etwa die so genannten Senioren-Universitäten hoch gelobt, weil hier junge und ältere Menschen miteinander in Dialog kommen, doch dabei geht es in der Regel nicht darum, das Wissen der Älteren gezielt in die universitäre Wissensproduktion einzubetten. So sind solche Bildungsinitiativen derzeit eher eine Überbrückungshilfe für berufliche Lücken oder Sinnkrisen denn eine gesellschaftliche Einrichtung, die Erfahrungen und Kenntnisse der älteren Menschen als wichtige Ressource wertschätzt.

Das Verständnis vom Lernen, das sich in diesen Bildungsformen für Ältere dokumentiert, ist nahe am humanistischen Bildungsideal, das ohne ökonomisches Interesse die Menschwerdung des Individuums in den Vordergrund stellt, aber heute wegen seiner mangelnden gesellschaftlichen Relevanz wenig Ansehen genießt. *Solange das Lernen von älteren Menschen gesellschaftlich folgenlos bleibt, wird sich diese Bewertung nicht ändern und die Erfahrung der Älteren der Gesellschaft nicht nutzen. Damit deren Wissen Beachtung finden kann, müssen sich kulturell dominierende Bilder vom Alter wandeln.* Wo ein solcher Wandel ansetzen kann, ist nicht nur durch kognitionswissenschaftliche Forschungen zur Lernfähigkeit von älteren Menschen zu erfahren, sondern erfordert darüber hinaus Wissen zum Umgang mit dem Alter und kulturellen Praxen des Wissenstransfers zwischen den Generationen.

These

Lebenslanges Lernen als weitgehend an ökonomischen Erfordernissen orientierte Strategie greift zu kurz. Denn zukünftige Herausforderungen werden zum einen nicht ausschließlich ökonomisch bestimmt sein und sind zum zweiten bedingt plan- bzw. vorhersehbar. Es ist notwendig, die Strategie des lebenslangen Lernens in einem breiteren Verständnis als bisher zu verorten.

Von dem humanistischen Bildungsideal, das einst dem Konzept des lebenslangen Lernens zugrunde lag, ist in der heutigen Debatte um das lebenslange Lernen allerdings nur noch wenig wieder zu finden. Hier stehen insbesondere strukturelle und institutionelle Dimensionen im Vordergrund, wie die Koordination, die Methoden, die Didaktik, die Evaluation oder auch die Finanzierung, mit dem Ziel, internationale Konkurrenzfähigkeit zu erlangen. Die Fokussierung auf diese Themen wurde wesentlich von der OECD (Organization for Economic and Cultural Development) favorisiert, die einer wesentlichen Akteure in den Diskursen und der konzeptionellen Gestaltung des lebenslangen Lernens ist⁷² (OECD/CERI 1973, 1978; Schütze 1995; OECD 1996). Bildung wird von der OECD als Ressource in der globalen Konkurrenz konzeptualisiert und damit weitgehend aus einer ökonomischen Perspektive definiert.

Die Dilemmata dieser Konzentration auf die institutionellen und strukturellen Aspekte des lebenslangen Lernens sind vielschichtig und unübersehbar. Der universalen Messung von Bildungsergebnissen liegt das Postulat der Vergleichbarkeit und der Standardisierbarkeit von Lerninhalten und Qualifikationen zugrunde. *Bildung als Sozialisation in eine kulturelle Gemeinschaft mit kulturspezifischen Wissensgebieten und Sinnwelten erfährt hingegen wenig Wertschätzung. Nur wenn die Enkulturation so gestaltet ist, dass sie förderlich ist, um positive Ergebnisse in internationalen Vergleichstests zu liefern, gilt sie in dieser Perspektive als sinnvoll und richtig.* Erst als funktionale Grundlage für den Wettbewerb gewinnt sie ihren Wert. Kompetenzen, die in einem spezifischen kulturellen Umfeld zum Überleben benötigt werden, sind aus dieser an den globalen Standards orientierten Perspektive lediglich eine notwendige Voraussetzung. Wissen wird voll und ganz unter dem Paradigma der ökonomischen Verwertbarkeit (in Industrienationen) betrachtet.

Diese Sichtweise auf Bildung täuscht darüber hinweg, dass häufiger gar nicht klar ist welches Wissen für Probleme in der Zukunft gebraucht wird. Es suggeriert, dass fleißiges Lernen der richtigen Inhalte und der gefragten Kompetenzen zu einer sicheren Zukunft führt, die lediglich durch Lesefähigkeit, Sprachfähigkeit und naturwissenschaftlich-technisches Wissen gesichert werden kann. Lebensweisen und Wissen (auch Erfahrungswissen und Intuition) von indigenen Völkern, die unwirtliche Gegenden wie Lappland oder den Urwälder besiedeln und dort seit Jahrhunderten als Teil eines ökonomischen Systems auf traditionelle Weise ihren Lebensunterhalt erwirtschaften, haben in dem jeweiligen Lebensumfeld zwar unschätzbaren Wert, für internationale Gesellschaften häufig eine geringe Bedeutung, weil mit den Erfahrungen, die im Laufe von Generationen gesammelt wurden, soziale Konstellationen, kulturelle Form und Wirtschaftsweisen entwickelt wurden, die eine weitgehend optimale Anpassung an die Lebensbedingungen und auch soziale Kohärenz erreichen. Es soll hier kein idyllisches Bild von solchen traditionellen Gesellschaften gezeichnet werden, die häufig unter härtesten Bedingungen ihr Überleben sichern. Dennoch sind sie ein Beispiel dafür, dass Wissen auch jenseits von internationalen Vergleichstests ausreichend sein kann, um menschliche Grundbedürfnisse nach Sicherheit, Gemeinschaft und ausreichender Nahrung zu gewährleisten. Freilich nutzen Zufriedenheit und kompetenter Umgang mit lokalem Wissen den jeweiligen Völkern wenig, wenn internationale Konzerne Interesse an ihren Gebieten gewinnen, weil dort Bodenschätze, wertvolle Medizinpflanzen

⁷² Zu den aktuellen Aktivitäten der OECD im Bildungsbereich siehe http://www.oecd.org/topic/0,2686,en_2649_37455_1_1_1_1_37455,00.html (Stand: 22. Februar 2005). Bemerkenswert ist, dass die OECD die Themen "Ageing Society" und "Education" nicht als "Related Areas" auf ihrer Website verlinkt hat.

oder auch einzelne Arten in großer genetischer Vielfalt zu finden sind, deren Patentierung erhebliche Gewinne versprechen. Hier können indigene Völker in der Tat nur dann ihre Interessen wahren, wenn sie kompetent mit nationalen und internationalen Institutionen agieren. Ohne das in den internationalen Vergleichstests abgefragte Basiswissen wird das schwer möglich sein. Vor dem Hintergrund dieser Macht-Asymmetrien von verschiedenen Wissensformen ist die Ausrichtung der OECD an Strukturen und Institutionen pragmatisch. Sie reproduziert damit jedoch die bestehenden Asymmetrien und unterstützt einen Anschluss aller Länder an die Wissensformen und an den Bildungskanon der westlichen Welt.⁷³

Doch selbst wenn man die Industriegesellschaften nicht verlässt, wird rasch deutlich, *dass überwiegend strukturelle und institutionelle Fokussierungen auf das lebenslange Lernen⁷⁴ in der alternden Gesellschaft zu kurz greifen müssen. Fachwissen und gute soziale Kompetenzen führen nicht zwangsläufig zu guten Chancen auf dem Arbeitsmarkt, wenn die erlernten Inhalte nicht nachgefragt werden.* Das wird an einer ganzen Reihe an hoch qualifizierten Wissenschaftlern Deutlich, die eine lange Ausbildung durchlaufen haben, ihre Karriere gut geplant und engagiert voran getrieben haben, aber dennoch arbeitslos sind (Flaig 2005; Schlim 2005). Jahrelange Qualifizierung ist hier offensichtlich ins Leere gelaufen. Gleiches gilt für zahlreiche Erwerbslose, die nach ihrem Arbeitsplatzverlust lange Umschulungen oder Weiterbildungen durchlaufen haben, ohne je auch nur eine Aussicht auf eine qualifizierte Arbeit zu erlangen.

Bildung ist, glaubt man den aktuellen Diskursen ein Wundermittel, mit dem man die Leiden von Wirtschaft und Gesellschaft kurieren kann. Ihr intensiver "Gebrauch" soll Arbeitslosigkeit verringern, Innovation und Konkurrenzfähigkeit erhöhen, Sinnkrisen bewältigen helfen, mehr Flexibilität schaffen, eine tolerante, demokratischere Gesellschaft schaffen, Probleme mit Migranten bewältigen oder eben auch die Probleme der demographischen Entwicklung lösen. Zeitweise mutet der diskursive Bildungsboom an wie die Internet-Euphorie während des New Economy Hypes - hohe Investitionen werden mit un-

⁷³ Selbst Wissen, das gelehrt wird, um für eine der ältesten Universitäten der Welt, die 972 gegründet und in der islamischen Welt hoch geachtet Al-Azhar Universität in Kairo, zu qualifizieren, würde wohl nur bedingt den von der OECD gesetzten Standards genügen. Es wird in weltweit sechzehn Azhar-Grund- und -Oberschulen vermittelt und ist eng an den Wertend es islamischen Glaubens orientiert. Damit soll ein ethisch korrekter Umgang mit Wissen gewährleistet werden - eine Forderung, die in der westlichen Welt immer wieder an die Wissenschaft gerichtet wird. Zugangsvoraussetzung für ein Studium an der Al-Azhar-Universität ist der Besuch von Azhar-Grund- und Oberschulen. Die enge Verknüpfung von Forschen und Lernen mit islamischen Werten wird von Daniel Steinvorth und Charlotte Wiedemann in ihrem Artikel über die Al-Azhar-Universität in DIE ZEIT Nr. 5 (27. Januar 2005) beschrieben: "Der Dekan der Dawa Fakultät definiert Rechtgläubigkeit so: "Man kann jede Meinung akzeptieren, außer sie verstößt gegen den Koran und die Aussprüche Mohammeds." Was dies bedeutet, darüber sind sich die Azhar-Gelehrten allerdings keineswegs immer einig. Die Gefährten des Propheten haben Coitus Interruptus praktiziert, das ist 1400 Jahre später durchaus von Bedeutung. Weil die Sitte in den Hadithen erwähnt ist, den überlieferten Gebräuchen und Aussagen Mohammeds, ist die Verhütung aus islamischer Sicht legitim. Diese Auffassung an der Azhar durchzusetzen war indes ein langer Kampf, bis in die späten neunziger Jahre gab es jede Menge Widerstand, erinnerte sich der Gynäkologe Gamal Serour. Er leitet das islamische Zentrum für Bevölkerungsstudien."

Oder: "Demütigend das Gefühl, dem Westen stets hinterher laufen zu müssen - zumal in einer Lehranstalt, deren Alter an die einstige Überlegenheit der islamischen Zivilisation erinnert. Bei einigen radikalen Dozenten ist die Kritik an der Einführung säkularer Fächer nie verstummt. Die Azhar habe dadurch ihre Renommee verloren. Andere treibt die Sehnsucht, Wissen und Glauben auf moderne Weise zu versöhnen, etwa durch eine "islamische Psychologie". Sie setzt in der Analyse auf klassische Methoden, in der Therapie auf den religiösen Faktor. Wenn junge Frauen an Schuldgefühlen leiden, würden entspannende Koranverse Depressionen vorbeugen" (Steinvorth/ Wiedemann 2005:14f.).

⁷⁴ Wie ausgeprägt die Fokussierung auf die organisatorischen Aspekte des Lernens sind, wird deutlich, wenn man in das Programm des wissenschaftlichen Kolloquiums blickt, das das Statistische Bundesamt gemeinsam mit der Deutschen Statistischen Gesellschaft zum Thema "Demographischer Wandel - Auswirkungen auf das Bildungssystem" im November 2004 veranstaltet hat. Sechs der zehn Vorträge signalisieren bereits im Titel, dass sie sich ausschließlich budgetären Fragen, organisatorischen Konsequenzen oder quantitativen Prognosen widmen. Die übrigen vier Titel sind offener formuliert, bilden dann aber doch lediglich ein Dach für weitere institutionen- bzw. strukturzentrierte Perspektiven, die weitgehend ohne Verbindung zu inhaltlichen Bildungsdebatten oder Konzepten für die Zukunft präsentiert werden. Weitere Informationen zum Programm unter http://kollog.destatis.de/2004/abstr_ueb.htm (14.November 2005).

gewissem Ausgang getätigt. Nicht selten wird Bildung zur Füllung von arbeitsbiographischen Lücken gebraucht, auch wenn die Erfolgsaussichten für den Anschluss an die Erwerbstätigkeit vage sind.⁷⁵

Kann es also ein zuviel an Bildung geben? Aus humanistischer Sicht kann Bildung nicht zuviel sein, wenn sie der persönlichen Entwicklung dient. Ist die Bildung lediglich mit der Absicht verbunden, eine ökonomische Verbesserung oder mehr Konkurrenzfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt zu erlangen, wie das von beruflichen Qualifizierungen erwartet wird, so kann jedoch eindeutig ein Zuviel an Bildung vorhanden sein. Wenn nämlich das auf dem Arbeitsmarkt geforderte Ausbildungsniveau niedriger ist, als das angebotene Ausbildungsniveau wird Bildung zum "positional good", das heißt dass eine höhere Bildung die Chance auf einen Arbeitsplatz erhöht. Der Wert von Bildung sinkt allerdings, weil viel höher Qualifizierte bereit sind, einen Job auf niedrigerem Niveau zu übernehmen. Der Verzinsungssatz der Ausbildung wäre dann relativ gering und die Frage berechtigt, ob es sich lohnt, eine hochwertige Qualifikation zu haben. Individuell ist der Vorsprung gegenüber der Konkurrenz ein Vorteil, volkswirtschaftlich jedoch sind hohe Bildungsinvestitionen vergeudet, da diese eigentlich nicht notwendig gewesen wären, um den Bedarf zu bedienen (Meer/ Glebbeek 2001). Zudem stellt sich häufig die Hoffnung, dass Bildung zum Aufstieg führen könnte, als Illusionen heraus. Zum einen ist die Herkunft für den beruflichen Aufstieg noch immer wichtiger, als die tatsächlich erbrachte Leistung (Schölling 2003; Mayer-Kuckuk 2004). Zum zweiten sind gute Noten und hervorragendes Fachwissen nur eine von mehreren relevanten Variablen der Konkurrenzfähigkeit; kulturelles Kapital im Sinne von Pierre Bourdieu ist eine weitere, wenn auch weitaus schwieriger zu messende und insbesondere zu erwerbende Einflussgröße.

Angesichts dieser Befunde ist es zweifelhaft, ob eine bloße Effizienzsteigerung und Intensivierung von institutionalisierten Formen der Bildung eine sinnvolle Strategie ist, um die Probleme des demographischen Wandels zu lösen.

Schon heute, also bevor die politischen Strategien zur Etablierung des lebenslangen Lernens vollständig umgesetzt wurden, ist Bildung ein wesentlicher Bestandteil des Lebensalltags. Die Hälfte der jüngeren Generation in Deutschland verbringt bereits ein Viertel ihrer Lebenszeit in Bildungsinstitutionen (Müller/ Steinmann 1977). *Auch scheinen die gesellschaftlichen Erwartungen, die an die Intensivierung der Bildung geknüpft werden, reichlich überfrachtet.* "Ein bisschen mehr arbeiten. Ein bisschen mehr Bildung. Ein bisschen mehr Innovation. Ein bisschen flexibler sein" (Irlé 2004:74).

Diese Strategie zur Lösung des globalen Arbeitsproblems greift nach Ansicht des Philosophen Frithjof Bergmann zu kurz, weil das Problem damit individualisiert wird und strukturelle Dimensionen in diesem Ansatz nicht mitgedacht werden.

Auch auf das lebenslange Lernen, wie es im Kontext der demographischen Entwicklung thematisiert wird, kann diese Feststellung übertragen werden. *Es zielt weniger auf persönliche Entfaltung, menschenswürdiges Altern oder internationale Gerechtigkeit - Aspekte, die im ursprünglichen Konzept der UNESCO eine wesentliche Rolle spielen - sondern auf ökonomisch verwertbare Kompetenzen im*

⁷⁵ So gehen inzwischen die Meinungen über Sinn und Nutzen von lebenslanger Bildung in verschiedenen sozialen Gruppen auseinander. "Citizens in different countries and in different circumstances think differently about whether it helps to improve the quality of people's lives, especially for the disadvantaged. For example, people who are unemployed are less likely to think that lifelong learning helps to avoid unemployment - but managers are more likely to think this" (Cedefop 2006:6).

Zeichen einer globalen Konkurrenzfähigkeit. Lernen erscheint dabei als wesentliche Ressource, die Individuen im Wettbewerb um Arbeitsplätze entwickeln und einsetzen müssen. *Diese ökonomische Zentrierung ist als gesellschaftliches Ziel unhinterfragt. Nur wenig kritische Stimmen weisen auf die damit verbundene Engführung des Bildungsbegriffs hin* (z. B. Bowman 1997; Griese 1998). Inhalte und Qualitäten von Bildung werden stets relational zu den im Berufsleben erforderlichen Kompetenzen gedacht.

Lernen und insbesondere das lebenslange ist nahezu unhinterfragt zur ökonomischen Ressource geworden. Durch den Kulturvergleich mit einer an einer (religiösen) Ethik orientierten Hochschulausbildung, wie sie etwa an der Al-Azhar-Universität in Kairo üblich ist, wird diese ökonomische Zentrierung gut deutlich.⁷⁶ Aber auch die bildungspolitischen Debatten im 19. Jahrhundert sind ein Kontrast, der diese Ausprägung sichtbar werden lässt. Damals bestand ein Dissens zwischen humanistischen Idealen, wie sie Alexander von Humboldt vertrat, und solche Bildungsideen, die sich an der "realen" Welt der Industrie orientierten, die auf eine praxisbezogene Schulbildung zielte und zur Gründung von so genannten Realschulen führt (Kunze 1981). In dieser Zeit wurde die Basis für die heute dominierende Sichtweise gelegt, die somit als Reflex der Erfordernisse in industriell geprägten Gesellschaften gelesen werden kann.

Gerade das Wissen, das im Zuge der "Reorientierung" der Schulen wegoptimiert wurde, scheint (bis) heute häufig den entscheidenden Vorsprung im Wettbewerb auf den Arbeitsmärkten zu erbringen: kulturelles Kapital und starke, selbstbewusste Persönlichkeiten. Auch wenn die Anforderung, lebenslang zu lernen, zunächst relativ schlicht und eindeutig klingt, so ist die Erfolgsaussicht des lebenslangen Lernens als Strategie zur Bewältigung der Herausforderungen der Wissensgesellschaft eher vage und schwer einzuschätzen, da hier in hohem Maße auch strukturelle Aspekte (Arbeitsmarktentwicklung, Entstehung von neuen Wissensfeldern und Berufen usw.) eine zentrale Rolle spielen. Welches Wissen in Zukunft gebraucht wird, ist heute schwer kalkulierbar. Bereits mittelfristige Prognosen, etwa zu potentiellen Berufsaussichten von heutigen Studienanfängern in einzelnen Fächern, sind selten treffgenau. Lernen wird derzeit gebetsmühlernartig in vielen Diskursen als Allheilmittel für viele gesellschaftliche Probleme thematisiert und damit in die persönliche Verantwortung gelegt.

In den gegenwärtigen Diskursen wird Lernen als Strategie mit Erwartungen überfrachtet. Lernen wird, will man es als individuelle und kollektive Ressource in der Konkurrenz um Arbeit und Wohlstand nutzbar machen, nur dann Erfolg haben, wenn es strategisch ausgerichtet und eingesetzt wird. *Wie das individuell und kollektiv sinnvoll geschehen kann, ist derzeit unbekannt. Aktuelle Konzepte setzen lediglich an strukturellen Aspekten zur Effizienzsteigerung des Bildungswesens an, wie etwa der Standardisierung von Bildungswegen und -abschlüssen, der Verkürzung von Ausbildungszeiten, der Qualitätskontrolle usw. Damit ist allerdings noch wenig über den Erfolg dieser Anstrengungen in der internationalen Konkurrenz gesagt.* Denn in der Tat waren bisher Gesellschaften mit sehr unterschiedlichen Bildungssystemen im globalen Wettbewerb erfolgreich, so dass man davon ausgehen kann, dass die derzeitig ökonomisch-strukturell-orientierten Policies zu kurz greifen.

Es scheint also geraten, darüber hinaus weitere Faktoren wie soziale Verhältnisse, geographische Gegebenheiten und kulturelle Traditionen zu berücksichtigen. Eine kulturvergleichende Untersuchung

⁷⁶ Vgl. Fußnote 29.

von Lern- und Arbeitsbiographien und ihrer historischen Veränderung könnte hier ein erster Beitrag sein. Auch die Fragen, welche kulturellen Bilder von Lernen in den verschiedenen Ländern verankert werden, ob diese lebenslanges Lernen beeinflussen oder verändern, sind geeignet, die Forschungen über ihre derzeitige strukturelle Fokussierung hinaus hin zu inhaltlichen und qualitativen Themen zu erweitern.

Ergo

Will Lebenslanges Lernen zu einer ernstzunehmenden Strategie mit Gestaltungsanspruch für die alternde Gesellschaft werden, so ist zunächst noch erheblicher Forschungsbedarf zu decken. In der derzeitigen Fokussierung sind strukturelle und ökonomische Faktoren deutlich überbetont. Inhaltliche Fragen nach adäquaten Lerninhalten etwa oder kulturelle Themenstellungen wie Bilder vom Alter oder vom Lernen und auch soziale Aspekte werden derzeit zu wenig problematisiert.

5 Literaturverzeichnis

- [1] Höög, J./ Stattin, M.: Who becomes a disability pensioner? – The Swedish Case in Work and Health, Arbetslivsinstitutet, 1997.
- [2] Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): VDR Statistik, Rentenzugang des Jahres 2000, Band 137, Frankfurt am Main, 2001.
- [3] Arbeit & Ökologie- Briefe 4/2002: Arbeitsbedingte Erkrankungen kosten jährlich mindestens 28 Milliarden Euro.
- [4] Sozialpolitische Umschau, Ausgabe 15, Berlin, 5. Juni 2001.
- [5] Siegrist, J.: Psychosoziale Arbeitsbelastungen und Herz- Kreislauf- Risiken. In: Fehlzeiten- Report 1999, Psychische Belastung am Arbeitsplatz. B. Badura/ M. Litsch, C. Vetter (Hrsg.), Berlin, Springer, 1999.
- [6] Walter, U.: Präventionspotentiale für ein gesundes Altern, GGW 1/ 2001 (Juli), 1. Jg.
- [7] Enquete- Kommission demographischer Wandel, Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.), Drucksache 12/ 7876.
- [8] Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz: Arbeitsbedingter Stress, Factsheets, Issue 22, 22. Mai 2002.
- AHG (2001) http://www.ahg.de/faktum_online_2_98/html/b_dertag.html vom 17. Februar 2001
- AOK (2001) <http://www.versicherungsnetz.de/06/psg2296.htm> vom 24. Mai 2001.
- Arbeit & Ökologie- Briefe 04/ 2002: „Arbeitsbedingte Erkrankungen kosten jährlich mindestens 28 Milliarden Euro“.
- Ärztezeitung (2001b) <http://www.aerztezeitung.de/docs> vom 3. Mai 2001.
- Ärztezeitung (2001d) <http://www.aerztezeitung.de/docs> vom 6. März 2001.
- Badura, Bernhard; Schellschmidt, Henner; Vetter, Christian, in: „Fehlzeiten Report“, div. Jahrgänge, Springer Verlag, 2004/2005
- Baltes: Das Alter – mehr Bürde als Würde, in: Max Planck Forschung 2/2003.
- BAR (2000), Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen, o.O.2000.
- BAR (2000a), Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation, o. O. 2000.
- BAR (2000b), Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation, o. O. 2000.
- Beutel et al.: Berufsbezogene Therapiegruppen für ältere Patienten im Rahmen der tiefenpsychologisch orientierten psychosomatischen Rehabilitation, in: Gruppenpsychotherapie Gruppendynamik 2002, 38: 313–334.
- BMBF (2000), Forschung in der Rehabilitation, Frankfurt am Main 2000.

- BMG (1995), Kalkulation von Fallpauschalen und Sonderentgelten für die Bundespflegesatzverordnung, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 45, Baden- Baden 1995.
- Bowman, M. J. (1997): Verbindungen zwischen allgemeiner und beruflicher Bildung: Verbessert die eine die andere?, in: Schaack, K./Tippelt, R. (Hrsg.): Strategien der internationalen Berufsbildung. Ausgewählte Aspekte, Frankfurt, S. 51-77
- Bruckenberg, E. (1998), Regionalisierung oder Europäisierung - der künftige Krankenhaus- und Reha- Markt, in: Krankenhaus- Umschau, Heft 11/ 1998, S. 820-827.
- Buck, H./ Kistler, E./ Mendius, H.G. (2002): Demographischer Wandel in der Arbeitswelt - Chancen für eine innovative Arbeitsgestaltung, Stuttgart
- Cedefop, The European Centre for the Development of Vocational Training (2003):
 Lifelong Learning: Citizens Views, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg
- Comdirect (2001) <http://informer2.comdirect.de/de/quick/deutschland/index.html?sid=&nop=0> vom 17. April 2001.
- Coombs, P. H. (1996): Die Weltbildungskrise, Stuttgart
- DKG (2001), Zahlen, Daten, Fakten 2000, Düsseldorf 2001.
- Dohmen, G. (1997): Hamburger Erwachsenenbildungskonferenz der UNESCO vom 14.-18.7.1997. Wende oder Pirouette?, in: Grundlagen der Weiterbildung, Zeitschrift für Weiterbildung und politische Bildung im In- und Ausland, 8, S. 197
- Donabedian, A. (1980), Explorations in quality assessment and monitoring, Volume I: The definition of quality and approaches to its assessment, Ann Arbor 1980.
- Dracklè, D. (Hrsg.) (1998): Alt und Zahm? Alter und Älterwerden in unterschiedlichen Kulturen, Berlin
- Dresdner Kleinwort Benson (1999), Krankenhausreport, Frankfurt am Main 1999.
- Ehmer, Josef (2009): Lebenstreppe, in: Enzyklopädie der Neuzeit, Band 9: Landrecht Mündlichkeit, Stuttgart, S. 50-53, Online-Dokument unter <http://www.enzyklopaedie-der-neuzeit.de>
- Eichhorn, S. (1995), Leitfaden zur Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten gemäß Bundespflegesatzverordnung 1995; Datenbedarf, Kalkulationsgrundlagen, Abrechnungsmodalitäten, Kostenausgliederung, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 44, Baden-Baden 1995.
- Enquete-Ko Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, arbeitsbedingter Stress, ISSUE 22, 22.05.2002
- Faure, E. (1972): Learning to Be. The World of Education Today and Tomorrow, Paris
- Faure, E. (1973): Wie wir leben lernen. Der UNESCO-Bericht über Ziele und Zukunft unserer Erziehungsprogramme, Hamburg
- Flaig, G. (2005): Ursachen der Arbeitslosigkeit, in: Forschung und Lehre, 1, S. 8-11

- Freitag, M. (2000), Börsen- Kur für Bad Salzuflen, in: Handelsblatt, 20.12.2000, S. 14.
- Gerlach, C. (2000): Lebenslanges Lernen. Konzepte und Entwicklungen 1972 bis 1997, Köln et al.
- Giddens, A. (1990): The Consequences of Modernity, Stanford
- Grigoleit, H., Schliehe, F., Wenig, M. (2000), Handbuch Rehabilitation und Vorsorge, 4. Ergänzungslieferung, Sankt Augustin 2001.
- Grise, H. M. (1998): Bildung versus Qualifikation - Zur Kritik "lebenslänglichen" Lernens, in: Brödel, R. (Hrsg.): Lebenslanges Lernen - lebensbegleitende Bildung, Neuwied/ Kriftel, S. 132-142
- Günther, U. (192): Erwachsenenbildung als Gegenstand der internationalen Diskussion. Dargestellt am Beispiel der UNESCO Recommendation on the Development of Adult Education und den Überlegungen zum Prinzip des lebenslangen Lernens, Köln
- Kaschel: Neuropsychologische Rehabilitation von Gedächtnisleistungen. Weinheim: Psychologie Verlags Union Beltz-Verlag 1994.
- Keller, R. (1999), Unternehmenssanierung: außergerichtliche Sanierung und gerichtliche Sanierung: Beratungs- und Gestaltungsschwerpunkte unter Berücksichtigung der Insolvenzreform, Berlin 1999.
- Kingdon, J. (1997): Und der Mensch schuf sich selbst. Das Wagnis der menschlichen Evolution, Frankfurt/ Leipzig
- Kistler, E. (2003): Alternde Erwerbsbevölkerung und Arbeitsmarkt - Trends, Probleme, Lösungsansätze. Folien zum Referat bei der Veranstaltung "Demografie und Arbeitsmarkt" (03.06.2003), Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Berlin
- Knickenberg, Schattenburg, Beutel: Berufliche Belastungen und Ressourcen berufstätiger Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. In: Rehabilitation 2004, 43, 10 –16.
- Knoll, J. H. (1997): Globale Bildungsoffensive. Die Ergebnisse der Delors-Kommission und erste Reaktionen in: Grundlagen der Weiterbildung, 8 (2)
- Kondratowitz, H. J. von (2000): Konjunkturen des Alters: Die Ausdifferenzierung der Konstruktion des "höheren Lebensalters", Regensburg
- Kruse: Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Baden-Baden: Nomos 2002; Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 146.
- Kühnle, S. (2000), Lernende Organisationen im Gesundheitswesen, Wiesbaden 2000.
- Kunze, A. (Hrsg.) (1981): Die Arbeiterjugend und die Entstehung der industriebetrieblichen Arbeiterausbildung. Fünf Schriften 1877-1944 (Paedagogica: Quellenschriften zur Arbeiterausbildung), Vaduz
- Kunze, D. (1996), Ambulante medizinische Rehabilitation in Krankenhäusern, in: Management und Krankenhaus, Heft 9/1996, S. 2.

- Leithäuser, T. (2004): Lifelong Learning und Altersweisheit, Vortrag auf der Tagung "Horizonte des Alterns" im Institut für Kommunikation im Berufsleben und Psychotherapie der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, Online-Dokument unter: http://www.zuibk.ac.at/zwiko/altern/kurzbeschreibung_vortraege.html.
- Maskell, P. (1998): Competitiveness, Localised Learning and Regional Development: Specialisation and Prosperity in Small Open Economies, London
- Martin, G. (1998), Schlaganfallpatienten werden Online zu Hause betreut, in: Handelsblatt, 17.11.1998, S.25.
- Mayer-Kuckuk, F. (2004): Mythos Chancengleichheit. Soziale Herkunft schlägt Leistung, Spiegelonline
- Mayer, K. U./ Baltes, P. B. (Hrsg.) (1996): Die Berliner Altersstudie, Berlin
- Mediclin (2000) <http://www.mediclin.de/archiv/Presse2000/krankenhausaktie.html> vom 24. Februar 2001.
- Meer, P. H. van der/ Glebbeek, A. C. (2001): The Return to Formal Overschooling: Filling a Research Gap, in: The Netherlands` Journal of Social Sciences, 37 (2), S. 108-131
- Moll, Stichnoth (2003): Die quantitative Entwicklung der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Eine vergleichende Betrachtung der Jahre 2000 bis 2002. DAngVers 8/9: 1– 8.
- Müller, W./ Steinmann, S. (1997): Bildung in Europa, in: Hradil, S. / Immerfall, S. (Hrsg.): Die westeuropäischen Gesellschaften im Vergleich, Opladen, S. 177-245
- OECD (1996): Lifelong Learning for All. Meeting of the Education Committee at Ministerial Level, Paris
- OECD (2001): Lernen für das Leben. Erste Ergebnisse der internationalen Schulleistungsstudie PISA 2000, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Berlin
- OECD/ CERI (Hrsg.) (1973): Recurrent Education. A Strategy for Lifelong Learning. A Clarifying Report, Paris
- OTS (2001a) <http://www.rehaklinik.com/Kliniken/Presseanzeige.asp?rsID=27> vom 5. März 2001.
- OTS (2001b) <http://www.rehaklinik.com/Kliniken/Presseanzeige.asp?rsID=27> vom 30. April 2001.
- o.V. (1999e), Neues Zentrum für ambulante Reha, in: Krankenhaus- Umschau, Heft 10/1999, S. 708.
- o.V. (1999f), Ambulante Rehabilitation eröffnet, in: Krankenhaus- Umschau Heft 11/1999, S.806.
- o.V. (1999g), Medizinische Rehabilitation integrieren, in Krankenhaus- Umschau, Heft 11/1999, S. 806.
- o.V. (2000f), Reha- Angebot für muslimische Patienten, in: Krankenhaus- Umschau, Heft 11/2000, S. 962.
- Porter, M. E. (1999), Wettbewerbsstrategie, 5. Auflage, Frankfurt am Main/ New York 1999.
- Preusker, U. K. (2000), Wittgensteiner Kliniken AG beteiligt sich an finnischem Hüftendoprothetik-Zentrum, in: Klinik- Management aktuell, Heft 11/2000, S. 62-63.

- Preusker, U. K. (2001), Der Fresenius- Wittgensteiner- Deal, in: Klinik- Management aktuell, Heft 1/2001, S. 40-41.
- Reha- krefeld (2001) <http://www.reha-krefeld./kunden/hoever/www.nsf> vom 31. Mai 2001.
- Schenda, R. (1984): Die Alterstreppe - Geschichte einer Popularisierung, in: Joerißen, P./ Will, C. (Hrsg.): Die Lebenstreppe. Bilder der menschlichen Lebensalter, Köln, S. 11-24
- Schenda, R. (1999): Altersgeschichten in alten Geschichten, in: Uni Magazin. Zeitschriften der Universität Zürich, 1, Online-Dokument unter: <http://www.unicom.unizh.ch/unimagazin/archiv/1-99/altersgeschichten.html>
- Scheuch: Psychomentale Belastung und Beanspruchung im Wandel von Arbeitswelt und Umwelt. In: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 32, 8, 1997: 289–296.
- Siegrist, J.: Psychosoziale Arbeitsbelastungen und Herz-Kreislauf-Risiken, in: Fehlzeiten-Report 1999, Berlin 1999
- Schliehe, F., (2000), Rechtliche und strukturelle Weiterentwicklung der Rehabilitation, in: Deutsche Rentenversicherung, Heft 1-2/ 2000, S. 82-92.
- Schlim, P. (2005): Trotz Bildung und Qualifikation arbeitslos, in: Forschung und Lehre, 1, S. 16-17
- Schmoll, F. (Hrsg.) (2002): Grauzone. Ethnographische Variationen über die letzten Lebensabschnitte. Ein Studienprojekt, Tübingen
- Schölling, M. (2003): Soziale Herkunft, Lebensstil und Studienfachwahl: eine Typologie, Fachbereich Gesellschaftswissenschaften., Bergische Universität Gesamthochschule Wuppertal, Wuppertal (Ms.)
- Sozialpolitische Umschau, Ausgabe 15, Berlin 05.06.2001
- Schütze, H. G. (1995): Weiterbildung im bildungspolitischen Kontext der OECD. Grundlagen der Weiterbildung - Praxishilfen 1.20.30
- Schwarz, R., Jendges, T. (2001), Privatisierungstendenzen im deutschen Krankenhauswesen, in: Klinik- Management aktuell, Heft 1/2001, S. 36-38.
- Späth, M (2001), Integrationsversorgung - Gewinner und Verlierer, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 9/2001, S. 414-416.
- Spitzer, M. (2002): Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens, Heidelberg/
- Statistisches Bundesamt (2000), Statistisches Jahrbuch, Wiesbaden 2000.
- Statistisches Bundesamt (2003): Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; www.destatis.de (22.12. 2002).
- Stein, R. (2001), Ambulant vor stationär- auch bei der Rehabilitation, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 2.5.2001, S. N3. Berlin
- Steinvorth, D./ Wiedemann, C. (2005): Die letzte Instanz, in: Die Zeit, 5, S. 13-16

Tomczak, T., Schögel, M., Ludwig, E. (1998), Markenmanagement für Dienstleistungen, St. Gallen 1998.

VDR Statistik, Rentenzugang, Bd. 137, F. a. M., 2001

Walter, U.: Präventionspotentiale für ein gesundes Altern, GGW 1/2001, 1. Jahrgang

WKA (2001) <http://www.wka.de/2001/index.htm> vom 24. Mai 2001.