



Die Zukunft der medizinischen Rehabilitation: Reha im Reform-Stress

Thomas Bublitz, 30. April 2026

BDPK: Interessenvertretung privater Klinikträger



750
Krankenhäuser



581
Reha-/Vorsorge-
einrichtungen



7 Mio.
Patient:innen jährlich

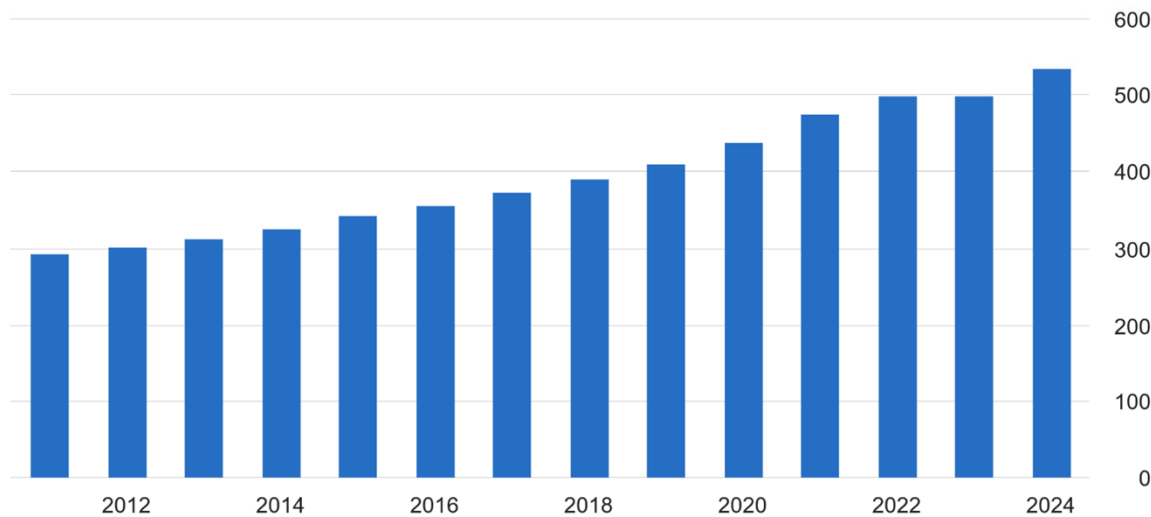


282.000
Mitarbeiter:innen

Ungebremster Kostenanstieg

Mit dieser Gesundheitspolitik kein Ende in Sicht

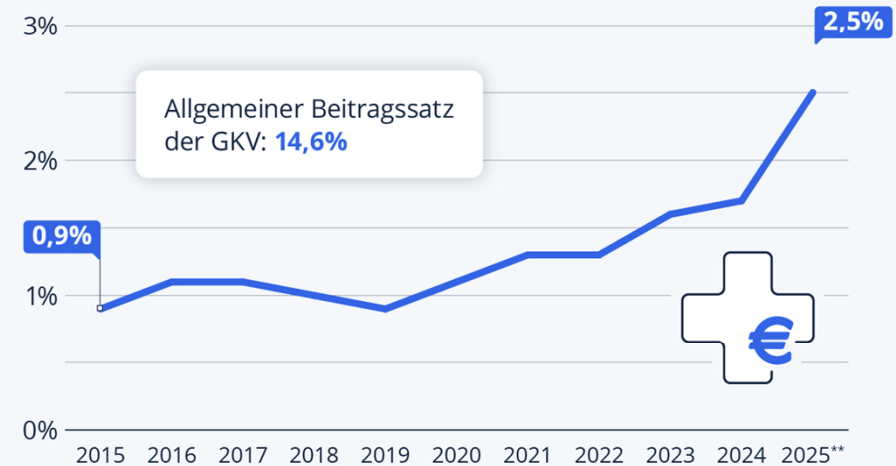
Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland (nominal)
in Milliarden EUR



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2026

Zusatzbeitrag zur GKV steigt so stark wie noch nie

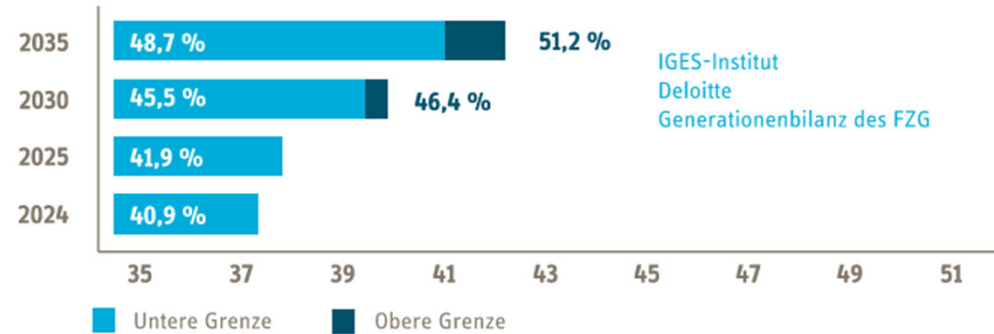
Entwicklung des rechnerischen durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes zur gesetzlichen Krankenkasse*



* vom Bundesgesundheitsministerium festgelegter Zusatzbeitrag ** voraussichtlich
Quellen: BAS, TK



Sozialabgaben (GKV, Soziale Pflegeversicherung, Gesetzl. Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung) in % des beitragspflichtigen Einkommens



Herausgeber:

RWI – Leibniz-Institut für
Wirtschaftsforschung
Hohenzollernstr. 1-3
45128 Essen/Germany
Fon: +49 (0) 201-8149-0

Redaktion:
Alexander Bartel
Niels Oelgart

Layout und Design:
Magdalena Franke
Nicole Feller

© RWI Mai 2025

Quelle: Karagiannidis, Christian, Boris Augurzky, and Mark Dominik Alscher. 2025. Die Gesundheit der Zukunft: Wie wir das System wieder fit machen. Stuttgart: Hirzel Verlag GmbH.

Reformmaßnahmen mit hoher Wirksamkeit		Fristigkeit des Effekts		
		kurz	mittel	lang
1	Eigenbeteiligung bis 1 % des beitragspflichtigen Einkommens: Krankenversicherung wird zur Vollkasko mit Selbstbeteiligung.	X		
2	Verpflichtendes Primärarztmodell unterstützt durch eine digitale Leitstelle.		X	
3	Notfallreform mit integrierter ambulanter und stationärer Versorgung sowie Reform des Rettungsdienstes. Digitale Leitstelle steuert Notfälle bereits vor der Klinik.		X	
4	Pflegfachpersonen behandeln eigenverantwortlich. Klare Regelung von Berufs- und Leistungsrecht.			X
5	Preisgrenze für Arzneimittel richtet sich nach ihrem Nutzen in qualitätsadjustierten Lebensjahren.		X	
6	Moderne ePatientenakte als Basis für mehr Effizienz. KI nutzt ePA-Daten, um Risiken früh zu erkennen und ermöglicht Frühinterventionen.			X
7	Gesundheitssicherstellungsgesetz : Macht das Gesundheitswesen krisenfest und bündnisfähig für den NATO-Bündnisfall.		X	

| research with impact

Wir sichern Versorgung

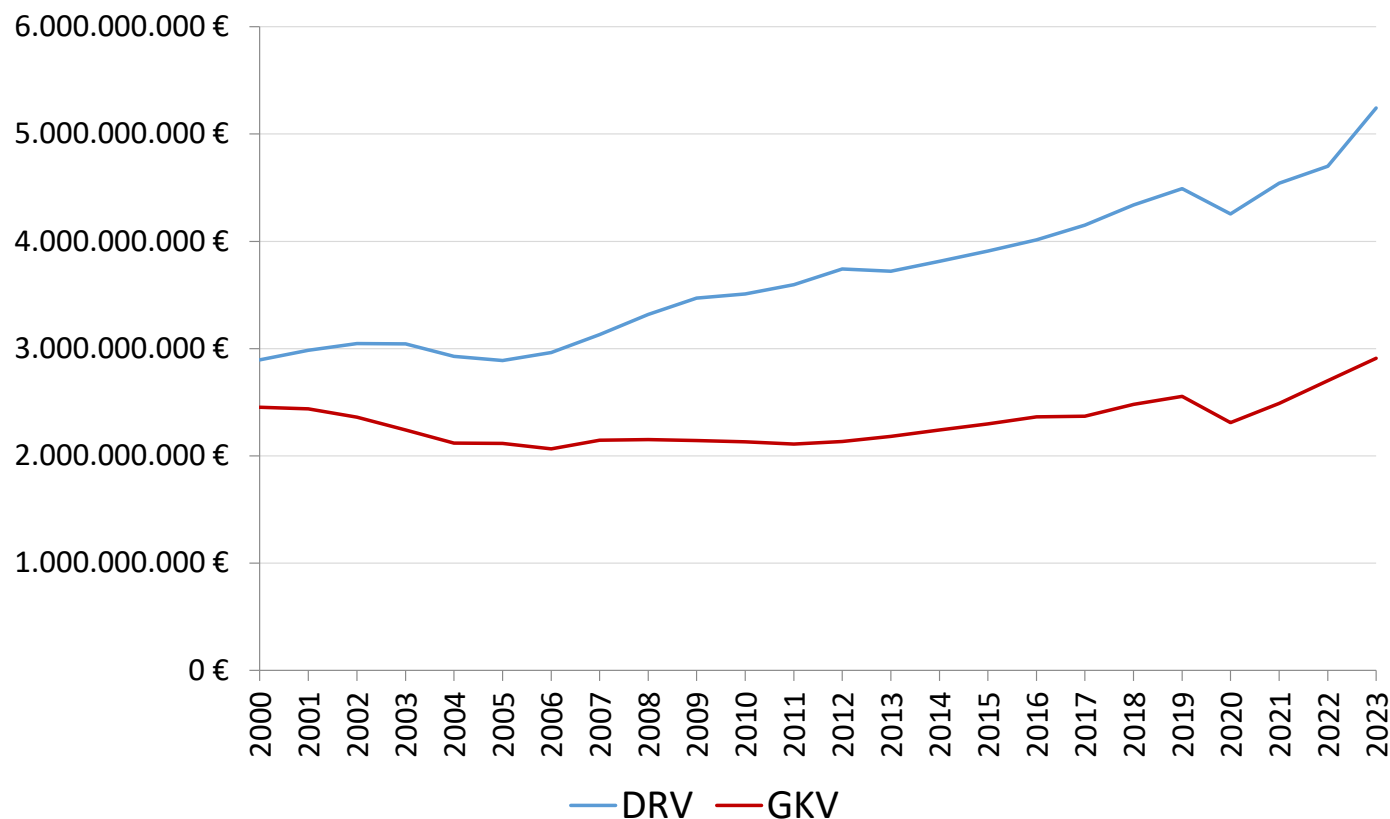
Reha wird gebraucht, Reha wirkt! gibt's aber nur nach Kassenlage!

- Vermeidung von Frühberentung
- Längere Lebensarbeitszeit
- Vermeidung von Kosten der Krankenbehandlung
- Vermeidung von Pflege
- Funktionierender Mikrokosmos im ansonsten zergliederten Versorgungssystem
- Aber: die Reha kommt in die „Systemmühle“
- Was bleibt übrig? Ein patientenorientiertes Versorgungssystem mit ganzheitlichem Blick oder „one size fits all“?
- Qualität und Zukunftskonzepte spielen keine Rolle!

Reha-Branche: Gesamtüberblick

Zahlen zu...	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Vorsorge- & Rehaeinrichtungen	1 112	1 103	1 092	1 089	1 079	1 067
Betten	163 336	162 384	162 014	161 725	161 430	160 697
Bettenauslastung	84,9 %	67,8 %	71,8 %	74,9 %	81,5 %	83,8 %
Durchschnittliche Verweildauer in Tage	25,4	25,7	26,1	25,4	25,5	25,6
Fallzahlen	1 993 585	1 570 800	1 624 140	1 739 246	1 886 876	1 927 482
Vollkräfte im Jahresdurchschnitt - davon Ärzte	92 084 8 912	89 975 8 873	88 085 8 664	86 846 8 580	87 642 8 760	89 188 9 093

Leistungsausgaben med. Rehabilitation in Euro / Jahr



DRV:

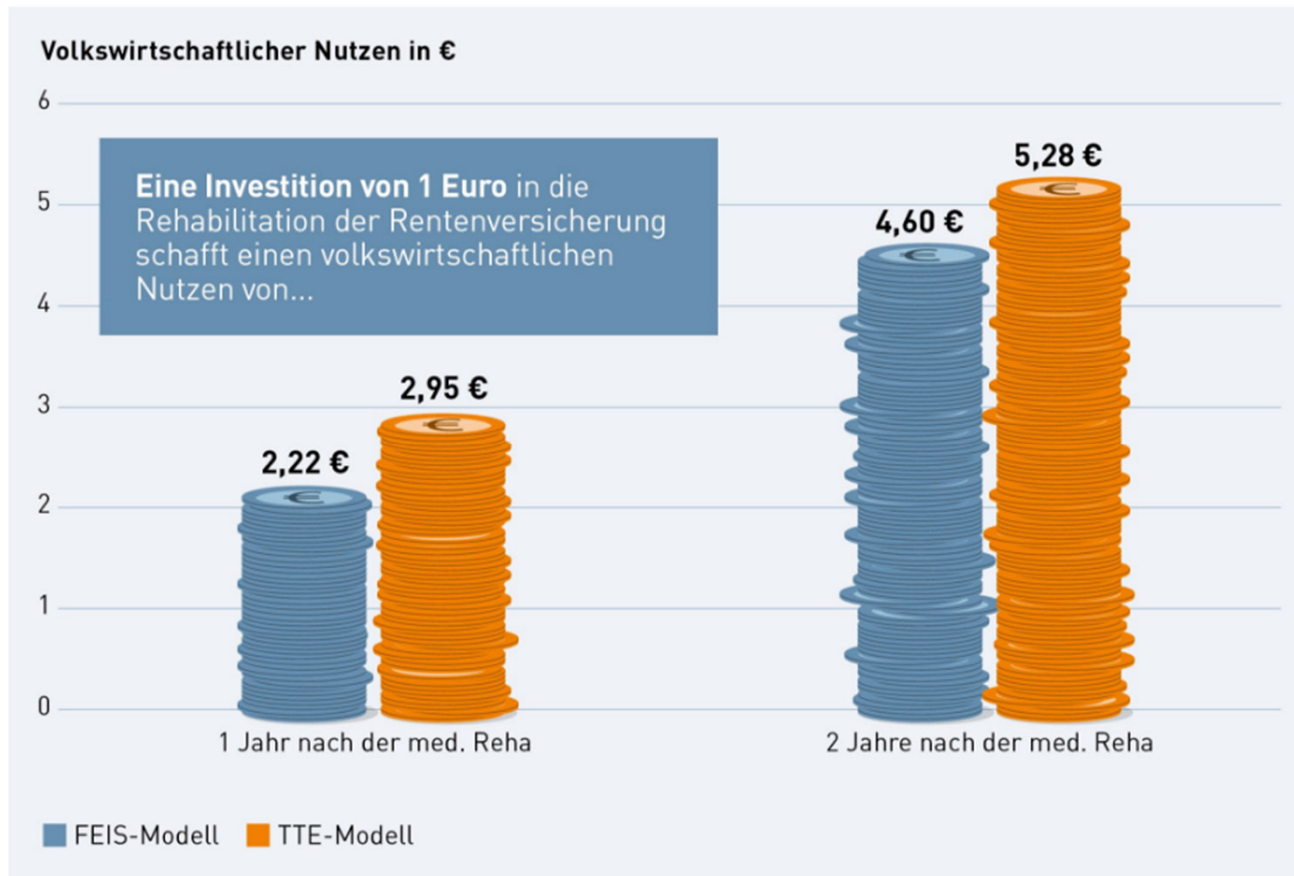
- Ausgaben: 5,2 Mrd. €
- Fälle: 993.775

GKV:

- Ausgaben: 2,9 Mrd. €
- Fälle: 732.701

Nutzen der Rehabilitation

Return on Investment (ROI)



Die Investition von 1 Euro in die Reha schafft einen gesellschaftlichen Nutzen von **5 Euro** in den zwei Jahren danach!

Quelle: DRV eigene Darstellung, Wirksamkeit und volkswirtschaftlicher Nutzen der Rehabilitation in Deutschland, Oktober 2025

Kosten-Nutzen-Verhältnis

Nutzen der orthopädischen Rehabilitation

Rehabilitation führt zu Einsparung durch ...

... weniger krankheitsbedingte AU-Tage

bis einschl. 1. Reha-Jahr:	14,8 Tage	4.470 €¹
bis einschl. 2. Reha-Jahr:	13,8 Tage	4.168 €¹

... Einsparungen im stationären Bereich (Krankenhaus)

bis einschl. 2. Reha-Jahr:	1.653 €
----------------------------	----------------

¹ Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2015: Kosten/Tag AU = 302,- € durch Ausfall Produktion und Bruttowertschöpfung

Prognos Studie 2024:

Volkswirtschaftliche Effekte der Reha



Quelle: Eigene Berechnungen mit Prognos Reha-Nutzen-Modell

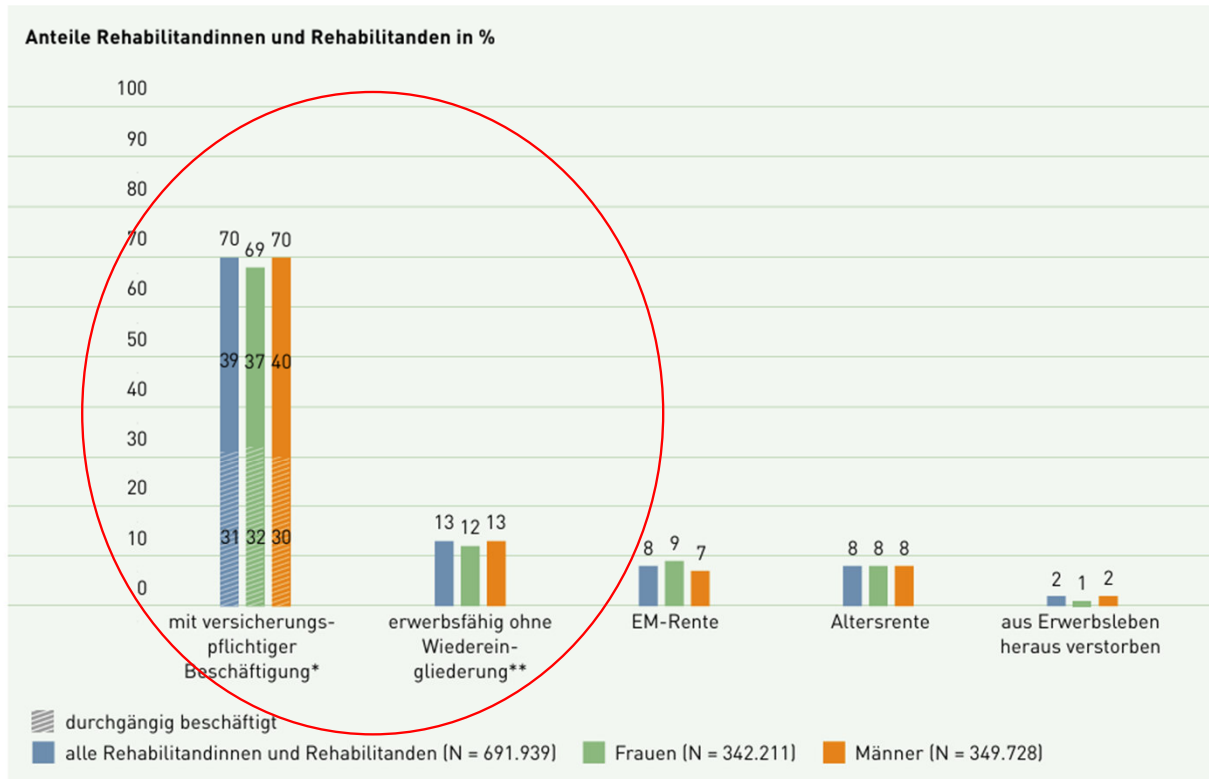
© Prognos 2024

Schon 2009 errechnete Prognos

1 Euro für die Reha = 5 Euro für die Volkswirtschaft

Sozialmedizinischer Zwei-Jahres-Verlauf

Return to work rate: 2 Jahre nach Reha 83 % erwerbsfähig



* mindestens für einen Monat Beiträge aus versicherungspflichtiger Beschäftigung

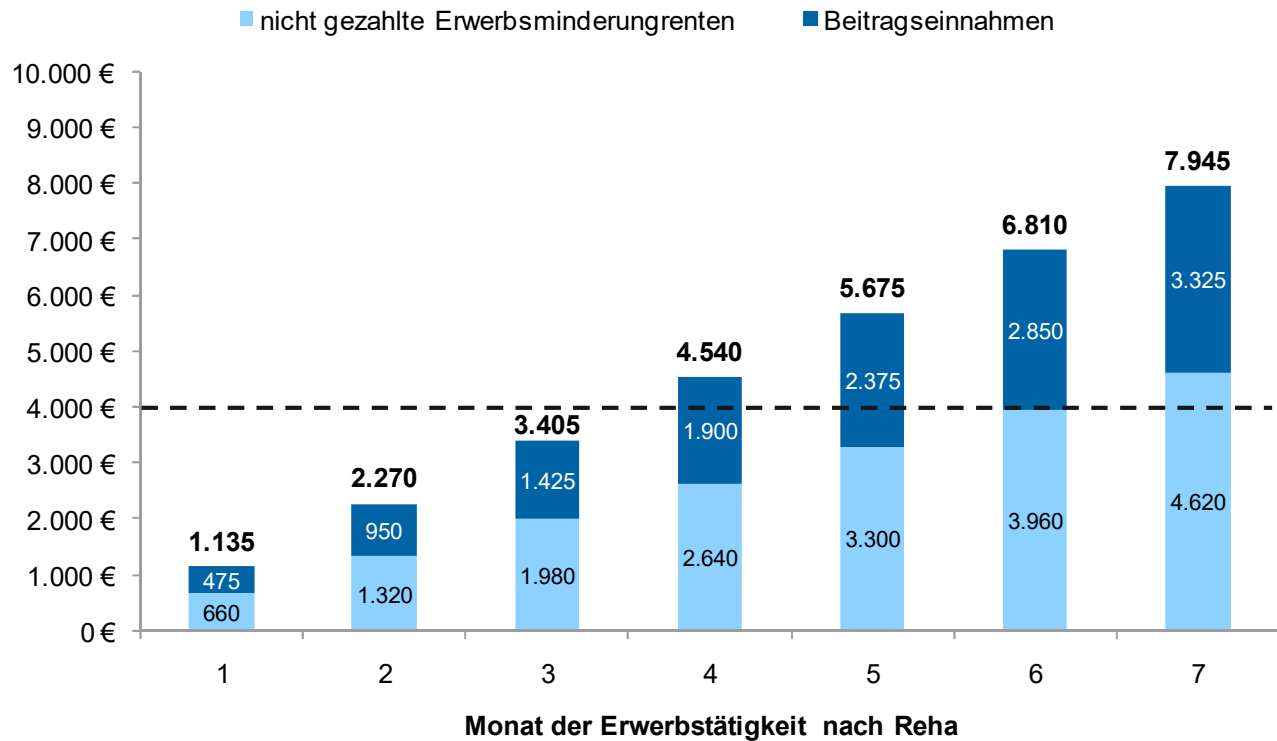
** Beiträge z. B. aus Arbeitslosigkeit, langfristiger Arbeitsunfähigkeit oder ohne Beiträge

Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern dem weiblichen Geschlecht zugeordnet.

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2015–2022

DRV-Amortisationsmodell für medizinische Reha

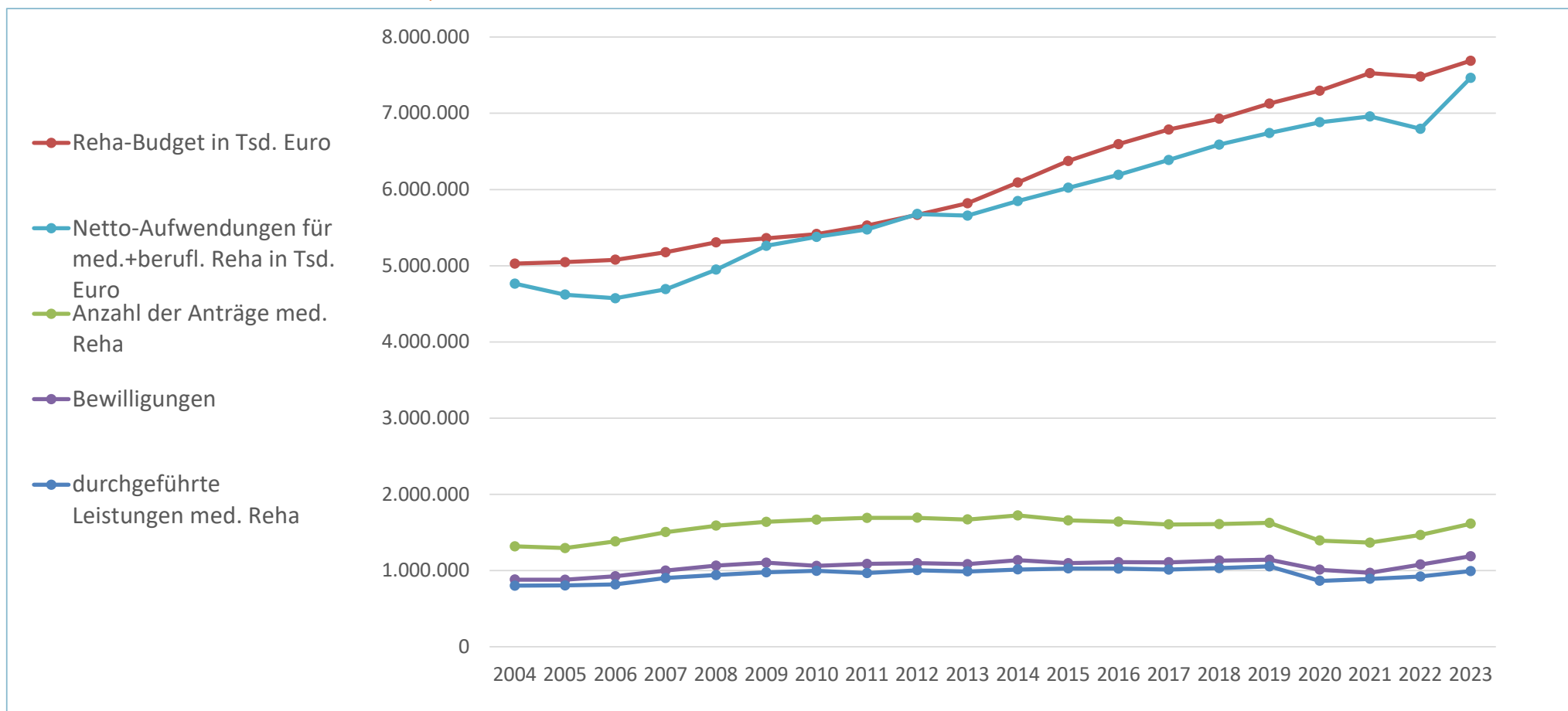
Die Reha amortisiert sich bereits nach 4 Monaten!



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

Reha-Deckel in der DRV aufheben

Wer eine Reha braucht, muss sie erhalten!



Reha-Deckel in der DRV aufheben

Wer eine Reha braucht, muss sie erhalten!



- 83% aller Rehabilitand:innen im erwerbsfähigen Alter verbleiben innerhalb der nächsten zwei Jahre nach einer Reha im Berufsleben¹
- Reha-Maßnahmen der DRV amortisieren sich ab dem 4. Monat nach Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit²
- Reha-Maßnahmen bewirken weniger AU-Tage, Einsparungen im ambulanten und stationären Bereich, verzögerte/vermiedene EM-Renteneintritte und Pflegebedürftigkeit

Lösung:

Die Deckelung des Reha-Budgets verhindert die Ausschöpfung des Erwerbspotenzials und mindert damit die volkswirtschaftliche Leistungsfähigkeit.

- **Streichung der §§ 220 Abs. 1 und 287b SGB VI**

Reha-Einrichtungen als Pflegeausbildungsträger zulassen

Reha-Einrichtungen sind sehr gut für die Pflegeausbildung geeignet

- In über 1.000 Einrichtungen der medizinischen Reha arbeiten ca. 21.000 Pflegevollkräfte
 - Reha-Einrichtungen dürfen keine Pflegekräfte ausbilden...
 - ... obwohl Pflege eine große Rolle auch in der Reha spielt
 - ... obwohl Pflegeprozesse in der Reha gut planbar und evaluierbar sind
 - ... obwohl der Bedarf an Pflegekräften jedes Jahr weiter ansteigt
- **in 10 Jahren fehlen 90.000 Pflegekräfte¹**

Lösung:

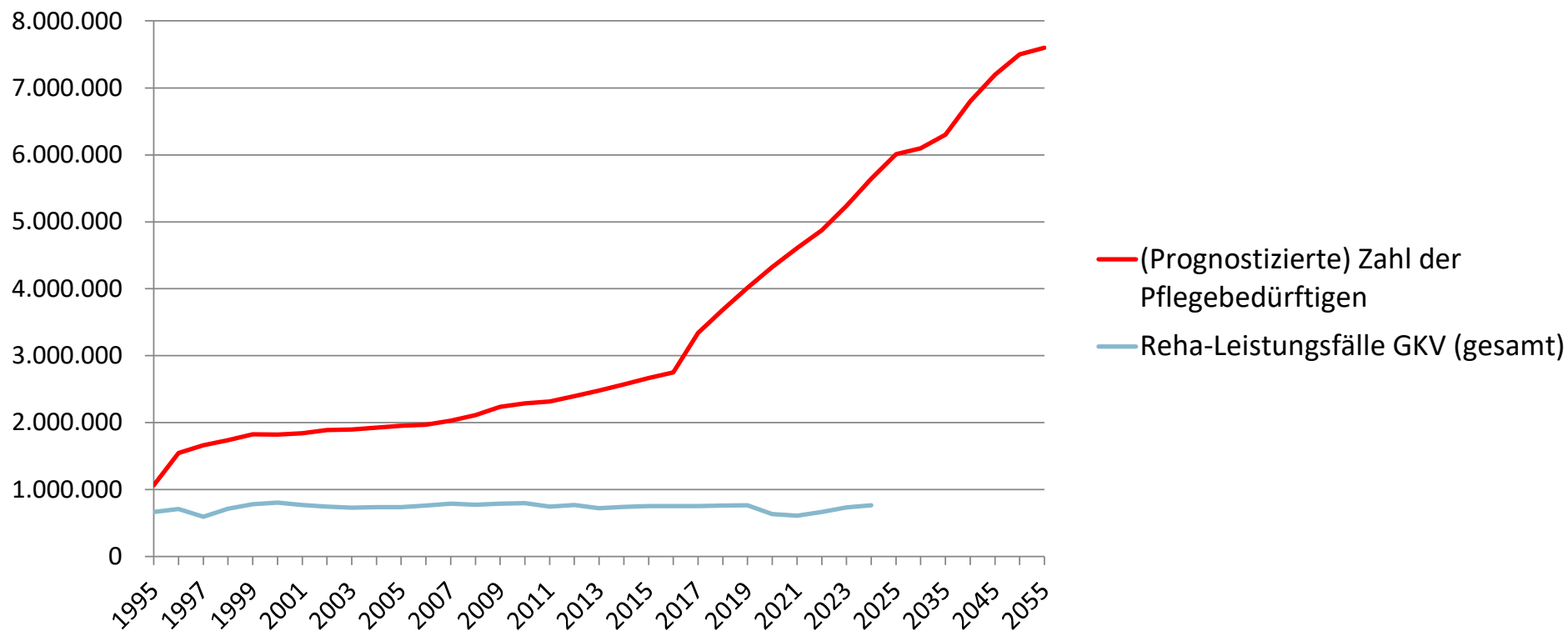
Reha-Einrichtungen müssen als Träger der Praktischen Ausbildung sowohl für die Pflegeassistenten-/Pflegehilfskräfte- als auch für die Pflegeausbildung zugelassen werden.

- **Änderung § 7 Absatz 1 Pflegeberufegesetz**
- **Änderung § 6 Absatz 1 PflAssG bzw. PflHilfEinfG**



Genehmigungsvorbehalt in der GKV abschaffen

Reha vor Pflege?



Genehmigungsvorbehalt in der GKV abschaffen

Wer eine Reha braucht, muss sie erhalten: schnellstmöglich und ohne bürokratischen Aufwand!



- die Zahl der pflegebedürftigen Menschen hat sich innerhalb von 20 Jahren verdoppelt auf 5 Millionen, bis 2055 kann die Zahl auf 6,8 Millionen ansteigen¹
- Reha kann Pflegebedürftigkeit aufschieben und/oder verhindern
- Reha-Leistungen zur Verhinderung von Pflege stagnieren, weil die Krankenkassen Leistungen ablehnen, obwohl diese von Ärzt:innen verordnet werden

Lösung:

Der Zugang zu medizinischen Reha-Leistungen muss bürokratiarm gestaltet und vereinfacht werden, um schnell und vor allem bedarfsgerecht Leistungen zu ermöglichen.

- **Änderung in § 40 Abs. 3 SGB V**

Reha- und Vorsorgeeinrichtungen zur Gründung von MVZs zulassen

... um die Gesundheitsversorgung in unterversorgten Gebieten zu sichern

- Nach Angaben der KBV sind immer weniger Mediziner bereit, sich als Vertragsarzt, vor allem in ländlichen Gebieten, niederzulassen¹
- mehr als 1.100 Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, die sich hauptsächlich in ländlichen Gebieten befinden, beschäftigen rund 5.000 Ärzte (Vollzeitkräfte) und könnten sich somit an der ambulanten Versorgung beteiligen

Lösung:

Die derzeitige Formulierung in § 95 Abs. 1a SGB V schließt die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen als Gründungsmitglieder von Medizinischen Versorgungszentren aus.

➤ **Änderung § 95 Abs. 1a SGB V**



Schiedsstelle als Konfliktlösungsmechanismus

... für Vertragsstreitigkeiten mit der DRV schaffen

- Jede Reha-Einrichtung schließt mit den Reha-Trägern Versorgungs- und Vergütungsverträge zur Leistungserbringung
- In allen Bereichen des Gesundheitssystems helfen Schiedsstellen, Vertragskonflikte zu lösen
- Auch im Vertragsverhältnis mit den Krankenkassen existiert für die Reha-Einrichtungen die Möglichkeit die Schiedsstelle anzurufen
- **Warum nicht in der DRV?**



Wir sichern Versorgung

Lösung:

Schaffung einer gesetzlichen Grundlage, welche die verbindliche Beteiligung der Leistungserbringer und ihrer Verbände bei der Erstellung von Vorgaben zur Beschaffung von Leistungen der medizinischen Reha in der Kostenträgerschaft der DRV festschreibt

➤ **Ergänzung im SGB VI**

DRV: Neues Vergütungssystem 2026 - das Trio-Gesetz



Zulassung

SGB VI Artikel 3 Absatz 6



Vergütung

SGB VI Artikel 8, Artikel 9 Nr. 2



Einrichtungsauswahl

SGB VI Artikel 3 Absatz 9 Nr. 3



Public Reporting

SGB VI Artikel 3 Absatz 7

Nach §15 a Abs. 3 Satz 4 SGB VI hat die DRV Bund ein **transparentes, nachvollziehbares und diskriminierungsfreies** Vergütungssystem bis zum 31. Dezember 2025 zu entwickeln, wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren.

DRV: Neues Vergütungssystem

Zeitplan



07.02.2025

Veröffentlichung des vorläufigen Basissatzes und Bewertungsrelationen 2025

10.03.2025

DRV-Infoveranstaltung zum neuen Vergütungssystem

17.03. bis 31.05.2025

Erhebung der Einrichtungsspezifischen Komponente (ESK)*

Mai 2025

Veröffentlichung des finalen Basissatzes 2025 (auf Basis der Vergütungsdaten 2024+Richtwert)



* Ohne ESK-Antragstellung wird 2026 nur der indikationsspezifische Basissatz bezahlt!

Spätester Einigungstermin zwischen Einrichtung und Federführer

Laufende Verhandlungen zwischen Einrichtung und Federführer

DRV: Neues Vergütungssystem ab 2026

Aktueller Sachstand

Konsentierete Eckpunkte

- DRV: Systemweiterentwicklung (Basispreis neu für ambulant und Prüfung ESK)
- BDPK: Akzeptanz des DRV-Vergütungssystems (Basispreis+ESK), wenn ESK umfassende Verhandlungskomponente wird
- DRV sieht das positiv und nimmt das mit. Tarifkomponente muss aber bleiben
- BDPK schlägt ESK-Verhandlung nach dem Prinzip der kommunizierenden Röhren vor
- DRV lehnt das nicht ab, macht aber weiter wie bisher!

Aus BDPK-Sicht relevante Punkte

- Personalkosten/Sachkosten für die Leistungserbringung (ohne Tarifvertrag, z.B. ausgegliederte Therapie/Service) sind vergütungsrelevant
- Kapitalkosten (Finanzierungskosten, Investitionen)
- nicht Insellage oder Denkmalschutz oder sonstiges Kleinzeug

DRV: Neues Vergütungssystem ab 2026

DRV-Vergütungssystematik



Angebot DRV:
Indikationsspezifischer Basissatz +
ESK (nach festgelegten Kriterien)

BDPK-Vorschlag Vergütungsverhandlung ESK

Vollkostenkalkulation:

- Personalkosten
- Sachkosten
- Kapitalkosten
- Investitionskosten

Vergütungssatz 2027

abzüglich
indikationsspezifischer
Basissatz

zu verhandelnde
ESK

DRV: Neues Vergütungssystem ab 2026

ESK-Verhandlungen

ESK-Angebot DRV:

4 Euro

ESK-Forderung Reha-Einrichtung:

14 Euro



Ergebnis: z.B. 10 EUR ESK + Basispreis

Wenn wir nicht zueinander finden, regiert die betriebswirtschaftliche Realität.
What you pay, is what get: Basispreis führt zur Basisleistung

GKV-Rahmenempfehlungen (RE-REHA)

Umsetzung auf Landesebene



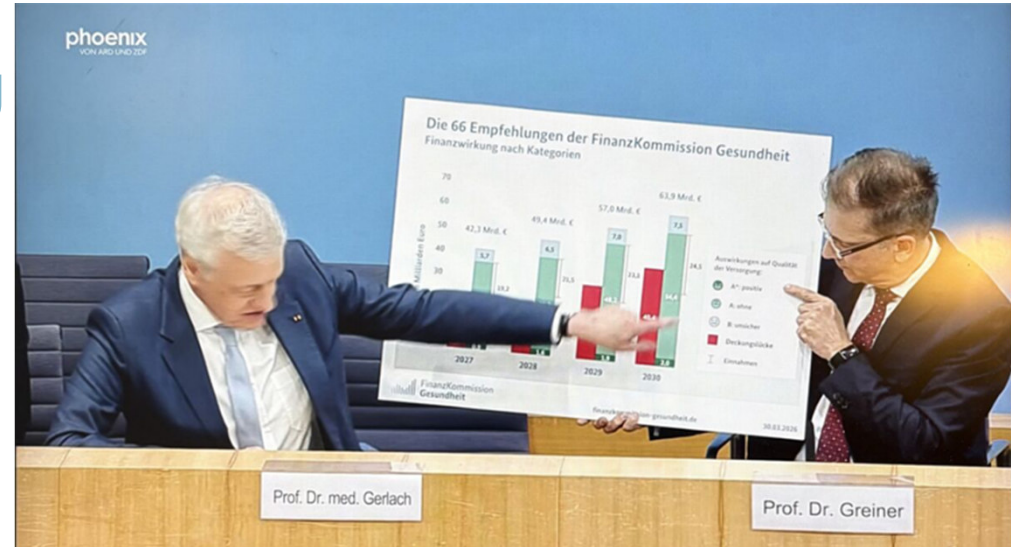
- RE-REHA sind zum 01.07.2025 in Kraft getreten, Umsetzung auf Landesebene teilweise begonnen
- RE-REHA haben keine Allgemeingültigkeit, sondern müssen in Versorgungs- und Vergütungsverträgen umgesetzt werden, um Anwendung zu finden
- GKV-SV lehnt eine gemeinsame Erarbeitung Muster-Versorgungsvertrag mit den Leistungserbringer ab
 - KK-Verbände eigenständig Musterversorgungsverträge entwickelt mit Regelungsinhalten (u.a. Sanktionen), die kein Eingang in die RE-REHA gefunden haben
- Empfehlung: Rehabilitationseinrichtungen sollten jetzt keine Versorgungsverträge abschließen! BDPK und seine Landesverbände verhandeln mit den Kassen auf Landesebene.

GKV-Beitragssatzstabilisierung


Reha-Inhalte Referentenentwurf

- Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege
 - **Bindung an Grundlohnrate**
 - **keine Ausnahmemöglichkeiten mehr!**
 - **2027, 2028 und 2029 Abzug 1 Prozentpunkt**
 - **Streichung der vollen Tarifrefinanzierung gemäß § 111 (5) SGB V und § 111c (3) SGB V**
- Neuregelung der Mitwirkungspflichten beim Krankengeld
 - § 51 SGB V: Fristverkürzung von 10 auf 4 Wochen für Antrag auf Leistung med. Reha / Teilhabe am Arbeitsleben / Bezug Regelaltersrente
- DRV will Tarifverträge für die Tarifkomponente, GKV bezahlt sie nicht mehr!!

Wir sichern Versorgung



Erfolgsfaktoren Zukunft der Reha:

- Fachkräfte sichern und gewinnen: Modellversuche Pflegeausbildung
- Entlastung durch KI: Anträge, Diagnostik, Therapie, Dokumentation
- Weiterentwicklung der Therapie: wie erreichen wir Reha-medizinische Fortschritte (mit weniger kostenintensivem Personal)?
- Qualitätsmessungen und –Vergleiche:  **DAS REHAPORTAL**
FINDE DEINE REHAKLINIK
- Zukunftsfähige Strukturen als Rehabilitationseinrichtung? Liegt die Zukunft der Reha in den sozialen Sicherungssystemen?
- Behandlungszentrum für chronisch Kranke
- Longevity

Vielen Dank!

