

**Stellungnahme der  
Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.  
(DEGEMED)**

**zum**

**Entwurf eines Gesetzes über die Auszahlung der  
Erwerbsminderungsrenten-Bestandsverbesserung  
(EM-Bestandsrentenverbesserungsauszahlungsgesetz)**

**A. Vorbemerkung:**

Die DEGEMED unterstützt die im Koalitionsvertrag vom 24.11.2021 vereinbarten Ziele der Bundesregierung, längeres, gesünderes Arbeiten zu einem Schwerpunkt der Alterssicherungspolitik zu machen und den Grundsatz „Prävention vor Reha vor Rente“ zu stärken. Dazu gehört auch, die Zugänge zu Leistungen der Prävention und zur Rehabilitation und Teilhabe zu vereinfachen und das Reha-Budget der Deutschen Rentenversicherung (DRV) bedarfsgerecht auszugestalten.

Das EM-Bestandsrentenverbesserungsauszahlungsgesetz bietet die Chance, Prävention und Rehabilitation der DRV zu stärken, indem der Gesetzgeber grundlegende Verbesserungen im Sozialgesetzbuch – Sechstes Buch (SGB VI) verankert, die die Zugänge zu diesen Leistungen vereinfachen und deren bedarfsgerechte Finanzierung durch das Reha-Budget sicherstellen. Prävention und Rehabilitation werden entscheidend dazu beitragen, Erwerbspotenziale von Beschäftigten dauerhaft zu erhalten oder bei Erwerbsminderungsrentnern sogar wieder zu aktivieren. Sie helfen dadurch bei der Eindämmung des Fachkräftemangels und leisten einen wesentlichen Beitrag für die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen in Deutschland.

## **B. Stellungnahme im Einzelnen**

### **I. Regelhafte Präventionsangebote!**

#### **1. Problem:**

Präventionsleistungen der DRV nach § 14 SGB VI sind auch sieben Jahre nach ihrer gesetzlichen Einführung kaum verbreitet. Im Jahr 2022 hat die DRV Bund nur etwa 22.000 Leistungen zur Prävention auf der Basis ihres Präventionsprogramms „RV Fit“ erbracht. Dieses Programm ist immer noch in weiten Teilen unbekannt und die Nachfrage danach sehr gering. Ein Grund dafür liegt darin, dass die zuständigen Träger der DRV die Leistungen nur selten aktiv anbieten.

#### **2. Aktuelle gesetzliche Regelung:**

Leistungsberechtigt sind „Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden“ (§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB VI). Der Gesetzgeber hat mit dieser Formulierung die Voraussetzung für einen Leistungsanspruch bewusst sehr niedrigschwellig formuliert und damit den Kreis der Leistungsberechtigten stark ausgeweitet. Ein aktives Angebot durch die Träger der DRV sieht die aktuelle gesetzliche Regelung aber nur dann vor, wenn sie zuvor eine medizinische Rehabilitation abgelehnt haben, weil der Antragsteller noch keinen ausreichenden Rehabilitationsbedarf hat (§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB VI). Der Kreis der Leistungsberechtigten für Prävention ist aber deutlich größer und umfasst alle Beschäftigten mit ersten gesundheitlichen Einschränkungen, auch wenn sie noch keinen Antrag auf Rehabilitationsleistungen gestellt haben.

#### **3. Vorschlag:**

Der Kreis derjenigen, die die Träger der DRV über Präventionsleistungen aktiv und regelhaft beraten sollen, muss auf alle Beschäftigten ausgeweitet werden, die von Präventionsleistungen profitieren können. Da erste gesundheitliche Einschränkungen, die sich auf die ausgeübte Beschäftigung auswirken können, erfahrungsgemäß etwa ab dem 40. Lebensjahr gehäuft auftreten, sollten die Träger der DRV diesen Versicherten regelhaft einmal jährlich Informationen über ihr Präventionsprogramm RV Fit anbieten. Dies kann zusammen mit der jährlich versandten Renteninformation nach § 109 Abs. 1 SGB VI erfolgen.

**Entsprechend sollte § 14 Abs. 1 um folgenden Satz 3 ergänzt werden:**

*„ ... . Der Träger der Rentenversicherung informiert außerdem alle Versicherten ab Vollendung des 40. Lebensjahres zusammen mit der Renteninformation auch über Leistungen zur Prävention und bietet ihnen Beratung dazu an. ...“*

## **II. Regelhafte Reha-Angebote für Erwerbsminderungsrentner!**

### **1. Problem:**

Erwerbsminderungsrentner erhalten heute kein regelhaftes Angebot einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

### **2. Aktuelle gesetzliche Regelung:**

Renten wegen Erwerbsminderung werden grundsätzlich nur auf Zeit geleistet (§ 102 Abs. 2 Satz 1 SGB VI). Die Befristung erfolgt für längstens 3 Jahre nach Rentenbeginn. Vor Fristablauf überprüft der Träger der DRV, ob die Erwerbsminderung aus medizinischen Gründen fortbesteht und entscheidet dann über den weiteren Rentenbezug. Er prüft aber nicht, ob durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise wieder hergestellt werden kann.

### **3. Vorschlag:**

Die Träger der DRV sollten jedem Bezieher einer Erwerbsminderungsrente einmal jährlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aktiv anbieten und prüfen, ob die Voraussetzungen dafür, insbesondere die Rehabilitationsfähigkeit bestehen.

**Entsprechend sollte § 15 Abs. 1 um folgenden Satz 3 ergänzt werden:**

*„ ... . Die Träger der Rentenversicherung informieren alle Bezieher einer Rente wegen Erwerbsminderung einmal jährlich über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und prüfen von Amts wegen, ob die Voraussetzungen für die Erbringung dieser Leistungen nach § 9 bestehen. ...“*

### III. **Begrenzung des Reha-Budgets aufheben und Sanktionsmechanismus beseitigen!**

#### 1. **Problem:**

Die jährlichen Ausgaben der Träger der DRV für Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation orientieren sich an den Bruttolöhnen der Arbeitnehmer und sind dadurch begrenzt (so genanntes „Reha-Budget“). Die deutliche Ausweitung der Erwerbsbeteiligung älterer Jahrgänge und die längere Lebensarbeitszeit sowie Nachholeffekte nach der Corona-Pandemie lassen aber den Reha-Bedarf und damit den Aufwand für Leistungen zur Rehabilitation gegenwärtig stärker steigen als die Bruttolöhne.

#### 2. **Aktuelle gesetzliche Regelung:**

Budgetüberschreitungen wirken sich aber gem. § 220 Abs. 1 Satz 2 SGB VI nachteilig auf das Reha-Budget im zweiten Folgejahr aus. Der Betrag, um den das Budget im Ausgangsjahr überschritten wurde, wird dann abgezogen, das Reha-Budget also gekürzt. Dieser Sanktionsmechanismus zwingt die Träger der DRV faktisch, die Begrenzung des Budgets einzuhalten. Er sollte gestrichen werden, so dass das Reha-Budget nur noch eine Orientierungslinie darstellt.

#### 3. **Vorschlag**

Das Reha-Budget sollte für die Ausgaben der Träger der DRV nur noch eine Orientierungslinie darstellen, deren Überschreitung nicht mehr den Sanktionsmechanismus in § 220 Abs. 1 Satz 2 SGB VI auslöst.

**Entsprechend sollte § 220 Abs. 1 Satz 2 SGB VI vollständig entfallen.**

#### **IV. Begrenzung des Reha-Budgets durch Demografiekomponente aufheben!**

##### **1. Problem:**

Zusätzlich limitiert die 2013 eingeführte Demografiekomponente seit dem Jahr 2018 den Anstieg des Reha-Budgets.

##### **2. Aktuelle gesetzliche Regelung:**

Die in § 287b Abs. 2 SGB VI geregelte Demografiekomponente ist neben den Bruttolöhnen der Arbeitnehmer ein zusätzlicher Dynamisierungsfaktor für das Reha-Budget der DRV. Sie basiert auf einer Prognose der Zusammensetzung der Erwerbsbevölkerung in Deutschland aus dem Jahr 2013. In den Jahren 2014 bis 2018 führte sie zu einem zusätzlichen Anstieg des Reha-Budgets. Seit 2018 führt sie zu seiner Verknappung. Vor allem die starke Zuwanderung in den Jahre nach 2015 hat aber die Anzahl der Bevölkerung und die Gesamtzahl der Erwerbstätigen in Deutschland stark ansteigen lassen. Dieser starke Anstieg wird sich in den kommenden Jahren auch auf die Reha-Bedarfe auswirken und die Zahl der Leistungsberechtigten deutlich stärker wachsen lassen als bei der Berechnung der Demografiekomponente im Jahr 2013 angenommen. Sie ist damit nicht mehr geeignet für die bedarfsgerechte Ausgestaltung des Reha-Budgets.

##### **3. Vorschlag:**

Da die im Jahr 2013 beschlossene Demografiekomponente auf einer inzwischen überholten Prognose der Erwerbsbevölkerung beruht, ist sie für die Ausgestaltung des Reha-Budgets ungeeignet.

**Entsprechend sollte § 287b Abs. 2 SGB VI vollständig entfallen.**

\*\*\*

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED) ist der Spitzenverband der medizinischen Rehabilitation und vertritt in ganz Deutschland indikationsübergreifend die Interessen stationärer und ambulanter Reha-Einrichtungen in öffentlicher, frei-gemeinnütziger und privater Trägerschaft.