



Fachbereich WD 5

**Das sog. Reha-Budget in der allgemeinen Rentenversicherung im
Kontext der Bevölkerungsentwicklung im rehabilitationsintensiven
Alter**

**Das sog. Reha-Budget in der allgemeinen Rentenversicherung im
Kontext der Bevölkerungsentwicklung im rehabilitationsintensiven Alter**

Aktenzeichen: WD 5 - 3000 - 115/25
Abschluss der Arbeit: 3. Februar 2026
Fachbereich: WD 5: Wirtschaft, Energie und Klima

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einführung und Fragestellung	4
2.	Die Entwicklung der Bevölkerung im rehabilitationsintensiven Alter vor dem Hintergrund der Demografiekomponente im Reha-Budget	5
2.1.	Einführung der Demografiekomponente als Bestimmungsgröße für das Reha-Budget	5
2.2.	Entwicklung der Bevölkerung im rehabilitationsintensiven Alter in den Bevölkerungsprognosen im Vergleich	6
2.2.1.	Fragestellung und methodische Hinweise	6
2.2.2.	Vergleich der Bevölkerungsvorausberechnungen von 2011 und 2025	7
3.	Volkswirtschaftliche Effekte der medizinischen Rehabilitation	8
3.1.	Studie der Deutschen Rentenversicherung (2025)	8
3.2.	Studie der Prognos AG (2024)	8
4.	Zusammenfassung und Fazit	9
5.	Anlage: 12. und 16. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes für die 45 bis 67-Jährigen	11
5.1.	12. Bevölkerungsvorausberechnung, Datenstand 31.12.2008, veröffentlicht 2011	11
5.2.	16. Bevölkerungsvorausberechnung, Datenstand 31.12.2024, veröffentlicht 2025	11

1. Einführung und Fragestellung

Die Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zielen darauf ab, dass Versicherte mit akuten oder chronischen Erkrankungen wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren oder in einen anderen Beruf wechseln können. Eine Rehabilitation kann sich dabei von einer medizinischen Leistung über die Umschulung bis hin zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben erstrecken.¹

Für Rehabilitationsleistungen hat die Rentenversicherung im Jahr 2024 insgesamt rd. 8,3 Mrd. Euro aufgewendet (ein Plus von rd. 0,6 Mrd. Euro im Vergleich zum Vorjahr).² Mit 6,7 Mrd. Euro entfielen rd. 80% dieser Ausgaben auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation.³ Insgesamt wurden im Jahr 2024 über 1 Million Leistungen der medizinischen Rehabilitation erbracht (ein Plus von knapp 6% im Vergleich zum Jahr 2023).⁴

Das Budget der Rentenversicherung für Rehabilitationsleistungen (sog. Reha-Budget) bemisst sich gemäß § 220 und § 287b des Sechsten Buches Sozialgesetzbuches (SGB VI) an der voraussichtlichen Bruttolohnentwicklung sowie der demografischen Entwicklung. Letzterer Bestimmungsfaktor wurde im Jahr 2014 mit dem Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungsgesetz) auf Grundlage der damaligen Bevölkerungsprognosen eingeführt und als sog. Demografiekomponente bis ins Jahr 2050 fortgeschrieben (vgl. hierzu im Einzelnen Abschnitt 2).

Die Bundesregierung schätzt, dass im Jahr 2025 die Ausgaben der Rentenversicherung für Rehabilitationsleistungen rd. 100 Mio. Euro über dem eigentlich hierfür vorgesehenen maximalen Budget von 8,5 Mrd. Euro gelegen haben.⁵ Dies implizierte eine entsprechende Minderung des zulässigen maximalen Reha-Budgets um 100 Mio. Euro im Jahr 2027 nach § 220 Absatz 1 Satz 2 SGB VI (sog. Sanktionsmechanismus).

Vor diesen Hintergründen wird im nachfolgenden Abschnitt 2 der Frage nachgegangen, inwieweit es Abweichungen zwischen den Bevölkerungsvorausberechnungen der Jahre 2014 und 2025 für die relevante Bevölkerungsgruppe (d.h. die rehabilitationsintensiven Altersklassen) gibt. Abweichungen könnten Hinweise auf etwaigen gesetzgeberischen Handlungsbedarf geben, wenn die zum Zeitpunkt der Erstellung des Gesetzesentwurfs vorliegende Bevölkerungsvorausberechnung zur Entwicklung der rehabilitationsintensiven Altersklassen und in der Folge die daraus

1 Vgl. Webseite der DRV, <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Warum-Reha/warum-reha.html>.

2 Vgl. DRV (2025a), Reha-Bericht 2025, Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2025.pdf?__blob=publicationFile&v=9, S. 90.

3 Vgl. Ebda., S. 11.

4 Vgl. Ebda., S. 6.

5 Vgl. BMAS (2025), Rentenversicherungsbericht 2025, https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Rente/rentenversicherungsbericht-2025.pdf?__blob=publicationFile&v=2, S. 63.

abgeleitete Demografiekomponente als ein Bestimmungsfaktor des Reha-Budgets sich als nicht mehr hinreichend präzise erwies.

Im Anschluss werden in Abschnitt 3 die volkswirtschaftlichen Effekte der medizinischen Rehabilitation anhand zweier Studien beschrieben. Diese Effekte entstehen, wenn Menschen schneller und leistungsfähiger wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren können, als dies ohne Reha-Maßnahme der Fall wäre. In der Folge können staatliche Transferleistungen eingespart und die Bruttowertschöpfung der Unternehmen erhöht werden.

Abschnitt 4 fasst die wesentlichen Ergebnisse dieser Arbeit zusammen und zieht Schlussfolgerungen.

2. Die Entwicklung der Bevölkerung im rehabilitationsintensiven Alter vor dem Hintergrund der Demografiekomponente im Reha-Budget

2.1. Einführung der Demografiekomponente als Bestimmungsgröße für das Reha-Budget

Mit dem Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungsgesetz)⁶, das am 1. Juli 2014 in Kraft getreten ist, wurden die jährlichen Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe nach § 220 Absatz 1 Satz 1 SGB VI (sog. Rehabilitations- oder Reha-Budget) an die demografische Entwicklung angepasst. Der entsprechende Gesetzesentwurf vom 25. März 2014 hält hierzu fest:

„Die Berücksichtigung der demografischen Entwicklung bei der Festsetzung der jährlichen Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe ab dem 1. Januar 2014 führt entsprechend der zunächst zunehmenden, längerfristig aber wieder abnehmenden Anzahl der Versicherten in rehabilitationsintensiven Altersklassen zu entsprechenden Veränderungen bei den für Rehabilitationsleistungen bereitgestellten Mitteln.“⁷

Nachfolgende Tabelle zeigt diese Veränderung der für das Reha-Budget bereitgestellten Mittel infolge der Berücksichtigung der demografischen Entwicklung auf Grundlage des RV-Leistungsverbesserungsgesetzes ab dem Jahr 2014.

Jahr	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2025	2030
Mehr-/Min- derausgaben (in Mrd. Euro)	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0	-0,3

Tabelle 1: Veränderung des Rehabilitationsbudgets infolge der Berücksichtigung der demografischen Entwicklung (in Mrd. Euro, in Preisen von 2014); Quellen: Gesetzesentwurf zum RV-Leistungsverbesserungsgesetz, [BT-Drucksache 18/909](#), S. 3; eigene Darstellung.

6 Vgl. https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//*/%5b@attr_id=%27bgbl114s0787.pdf%27%5d#/switch/tocPane?ts=1769504047676.

7 Vgl. BT-Drucksache 18/909, S. 17, <https://dserver.bundestag.de/btd/18/009/1800909.pdf>.

Es zeigen sich ab 2014 ansteigende Mehrausgaben, dann bis zum Jahr 2025 auf Null absinkende Mehrausgaben und bis 2030 Minderausgaben in Höhe von 300 Mio. Euro.

In der konkreten gesetzlichen Ausgestaltung wurde zur Berücksichtigung der demografischen Entwicklung bei der jährlichen Festsetzung des Reha-Budgets eine sog. Demografiekomponente eingeführt und bis ins Jahr 2050 fortgeschrieben⁸. Die genaue Konzeption dieser Komponente wird im Gesetzesentwurf nicht näher erläutert. Der Gesetzesentwurf führt hierzu aus:

„Die Einführung einer Demografiekomponente stellt sicher, dass der demografisch bedingte temporäre finanzielle Mehrbedarf bei der Festsetzung der jährlichen Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe berücksichtigt wird. Die Demografiekomponente in der Fortschreibung des Reha-Deckels bemisst sich an der Veränderung des Anteils der Bevölkerung im rehabilitationsintensiven Alter (45 bis 67 Jahre) an der Bevölkerung.“⁹

2.2. Entwicklung der Bevölkerung im rehabilitationsintensiven Alter in den Bevölkerungsprognosen im Vergleich

2.2.1. Fragestellung und methodische Hinweise

Nachfolgend wird untersucht, wie sich für die Jahre 2025 und 2030 die Bevölkerung im rehabilitationsintensiven Alter (45 bis 67 Jahre) in der aktuell vorliegenden Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Destatis) im Vergleich zur Bevölkerungsprognose darstellt, die zum Zeitpunkt der Vorlage des Entwurfs des o.g. RV-Leistungsverbesserungsgesetzes vom 25. März 2014 vorgelegen hatte. Dabei werden sowohl Anteil als auch Anzahl der relevanten Bevölkerungsgruppen betrachtet, da der Gesetzesentwurf mit beiden Größen argumentiert (vgl. oben).

Verglichen werden somit im Folgenden die 12. und die 16. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnungen (BVB). Die 12. BVB basiert auf dem Datenstand vom 31. Dezember 2008 und wurde im Jahr 2011 veröffentlicht.¹⁰ Der 16. BVB liegt der Datenstand vom 31. Dezember 2024 zu Grunde und wurde im Dezember 2025 veröffentlicht.¹¹

Die 12. BVB umfasst 6 Varianten, die 16. BVB 27 Varianten. Die Varianten unterscheiden sich hinsichtlich der getroffenen Annahmen u. a. bezüglich Lebenserwartung, Wanderungssaldo und

8 Vgl. BT-Drucksache 18/909, a.a.O., Ziffer 12, S. 9f.; § 287b Abs. 3 SGB VI.

9 Vgl. BT-Drucksache 18/909, a.a.O., S. 23.

10 Die 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung mit Datenstand des 31.12.2013 wurde im Jahr 2015 und somit nach Inkrafttreten bzw. nach Vorlage des o.g. Gesetzesentwurfs veröffentlicht. Sie kann somit nicht die Grundlage für die mit diesem Gesetzesentwurf eingeführte Demografiekomponente sein. Die 12. Bevölkerungsvorausberechnung findet sich hier: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publikationen/Downloads-Vorausberechnung/bevoelkerung-deutschland-2060-5124202099005.xlsx?blob=publicationFile&v=4>.

11 Vgl. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publikationen/Downloads-Vorausberechnung/statistischer-bericht-bvb-deutschland-2070-5124202249005.xlsx?blob=publicationFile&v=3>.

Geburtenrate. Da nicht bekannt ist, welche Variante der Demografiekomponente des Gesetzesentwurfs des RV-Leistungsverbesserungsgesetzes zu Grunde liegt, und da des Weiteren die Varianten der 12. und 16. BVB nicht vergleichbar sind, werden – einem methodischen Hinweis des Statistischen Bundesamtes folgend – die Spannen der einzelnen Varianten beider BVB verglichen.

2.2.2. Vergleich der Bevölkerungsvorausberechnungen von 2011 und 2025

Die Anlage in Abschnitt 5 zeigt Anzahl und Anteil der Bevölkerung im rehabilitationsintensiven Alter für die Jahre 2025 und 2030 gemäß der beiden Bevölkerungsvorausberechnungen (BVB) der Jahre 2011 bzw. 2025. Die jeweiligen höchsten bzw. niedrigsten Werte in den einzelnen Spalten sind violett bzw. grün markiert. Es zeigt sich:

- Gemäß 12. BVB wurde im Jahr 2011 erwartet, dass im Jahr 2025 die Bevölkerung im rehabilitationsintensiven Alter zwischen 26,2 und 26,3 Mio. Personen liegt. Das entspricht einem Anteil zwischen 32,8% und 33,5% der Gesamtbevölkerung.
- Gemäß 16. BVB wurde im Jahr 2025 erwartet, dass im Jahr 2025 die Bevölkerung im rehabilitationsintensiven Alter bei rd. 26,5 Mio. Personen liegt, also um rd. 200.000 bis 300.000 Personen höher, als im Jahr 2011 angenommen. Dies entspricht einer Abweichung von 0,8% bis 1,2% zur im Jahr 2011 für das Jahr 2025 erwarteten Anzahl der Bevölkerung im rehabilitationsintensiven Alter. Der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe an der Gesamtbevölkerung wird auf zwischen 31,7% und 31,8% geschätzt. Er liegt damit zwischen 1,0 und 1,8 Prozentpunkten niedriger als in 2011 erwartet.
- Gemäß 12. BVB wurde im Jahr 2011 erwartet, dass im Jahr 2030 die Bevölkerung im rehabilitationsintensiven Alter zwischen 24,6 und 24,7 Mio. Personen liegt. Das entspricht einem Anteil zwischen 31,2% und 32,2% der Gesamtbevölkerung.
- Gemäß 16. BVB wurde im Jahr 2025 erwartet, dass im Jahr 2030 die Bevölkerung im rehabilitationsintensiven Alter zwischen 25,5 und 25,7 Mio. Personen liegt, also um rd. 800.000 bis 1,1 Mio. Personen höher, als im Jahr 2011 angenommen. Dies entspricht einer Abweichung von 3,2% bis 4,5% zur im Jahr 2011 für das Jahr 2025 erwarteten Anzahl der Bevölkerung im rehabilitationsintensiven Alter. Der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe an der Gesamtbevölkerung wird auf zwischen 30,6% und 31,1% geschätzt. Er liegt damit zwischen 0,1 und 1,6 Prozentpunkten niedriger als im Jahr 2011 erwartet.

Insgesamt wird deutlich, dass beim anteiligen Vergleich der relevanten Bevölkerungsgruppen an der Gesamtbevölkerung für die Jahre 2025 und 2030 die 12. BVB aus dem Jahr 2011 zu höheren Anteilen kommt als die 16. BVB.

Beim zahlenmäßigen Vergleich ist es umgekehrt: Nach der 16. BVB aus dem Jahr 2025 wurden für 2025 um 0,8% bis 1,2% bzw. für 2030 um 3,2% bis 4,5% mehr Menschen im rehabilitationsintensiven Alter erwartet als gemäß der 12. BVB aus dem Jahr 2011. Näherungsweise entspricht diese Abweichung im Jahr 2025 einer um etwa 145.000-218.000 bzw. im Jahr 2030 einer um etwa 580.000-800.000 höheren Anzahl an Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung im rehabilitationsintensiven Alter als im Jahr 2011 angenommen.¹² Bei einer durchschnittlichen Reha-

12 Für diese näherungsweise Abschätzung wurde einer Versichertenquote von 72,6% angenommen, vgl. DRV (2025b), Rentenversicherung in Zahlen 2025, S. 30. Die Versichertenquote ergibt sich, indem die Gesamtanzahl der gesetzlich Rentenversicherten in Relation zur Gesamtbevölkerung im Alter von 15-64 Jahre gesetzt wird.

Quote von rd. 2,5%¹³ entspricht diese Abweichung bis zu 5.450 zusätzlichen Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Jahr 2025, mit denen im Jahr 2014 nicht gerechnet wurde, und entspräche im Jahr 2030 bis zu rd. 20.000 zusätzlichen Leistungen.

3. Volkswirtschaftliche Effekte der medizinischen Rehabilitation

3.1. Studie der Deutschen Rentenversicherung (2025)

Eine Studie der DRV aus dem Jahr 2025¹⁴ quantifiziert die volkswirtschaftlichen Effekte der medizinischen Rehabilitation in Deutschland. Mittels verschiedener statistischer Verfahren kommt die Analyse zu dem Ergebnis, dass die Wahrscheinlichkeit einer Beschäftigung sich in den zwei Jahren nach der Rehabilitation um 15 bis 20 Prozentpunkte erhöht.¹⁵ Diese erhöhte Beschäftigung wirke in zweierlei Weise positiv auf die Volkswirtschaft: Durch die Arbeit des Rehabilitierten im Unternehmen sowie infolge seines vergleichsweise erhöhten Konsums werde die Wertschöpfung gesteigert. Außerdem würden staatliche Transferzahlungen (Krankengeld, Übergangsgeld, Erwerbsminderungsrente, Arbeitslosengelder) eingespart. In Relation zu den Aufwendungen für die Rehabilitation ergebe sich ein Mehrfaches an volkswirtschaftlichem Nutzen:

„Eine Investition in die Rehabilitation der Rentenversicherung von 1 Euro entfaltet im ersten Jahr einen volkswirtschaftlichen Nutzen von 2,22 Euro bzw. 2,95 Euro. Dieser Nutzen steigert sich in der 2-Jahresbetrachtung auf 4,60 Euro bzw. 5,28 Euro. Eine finanzielle Investition in die Rehabilitation der Rentenversicherung führt also zu einem fünffach höheren gesellschaftlichen Nutzen in den zwei Jahren danach.“¹⁶

3.2. Studie der Prognos AG (2024)

Eine Studie der Prognos AG¹⁷ untersucht die mit einer medizinischen Rehabilitation verbundenen volkswirtschaftlichen Effekte für fünf Indikationsbereiche (Kardiologie, Pneumologie, Rückenschmerzen, Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen). Hierzu werden die Wirkungen einer erfolgreichen Reha in Form von gewonnenen Arbeitszeiten quantifiziert.¹⁸ Auf dieser Grundlage kommt die Studie u.a. zu folgenden Ergebnissen: Für das Jahr 2023 wurden im Vergleich zu einer Situation ohne Reha-Maßnahmen 63.250 zusätzliche Arbeitsjahre erzielt. Anders

13 Insgesamt wurden im Jahr 2024 1.018.164 medizinische Reha-Leistungen erbracht, vgl. DRV (2025b), a.a.O., S. 84. Im Verhältnis zu den 40.114.022 aktiv Versicherten zum 31.12.2023 (vgl. DRV (2025b), a.a.O., S. 29), ergibt sich eine durchschnittliche Reha-Quote von rd. 2,5%.

14 Vgl. DRV (2025c), Wirksamkeit und volkswirtschaftlicher Nutzen der Rehabilitation in Deutschland, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/reha_wirksamkeitsreport.pdf?__blob=publicationFile&v=4

15 Vgl. Ebda., S. 3, 9.

16 Vgl. Ebda., S. 11

17 Vgl. Prognos AG (2024), Reha wirkt – Volkswirtschaftliche Effekte der medizinischen Rehabilitation. Beitrag zu Beschäftigung und Wertschöpfung; https://www.prognos.com/sites/default/files/2026-01/2025-07-29_Studie_Reha_wirkt_Prognos.pdf

18 Vgl. Ebda., S. 8f.

ausgedrückt habe Reha zu einem Netto-Beschäftigungszuwachs von 63.250 Erwerbstätigen geführt.¹⁹ Diese zusätzlichen Arbeitsplätze generierten durch die hinzugewonnene produktive Arbeitszeit zusätzliche Bruttowertschöpfung und damit einen direkten volkswirtschaftlichen Effekt von 5,3 Mrd. Euro.²⁰

Neben diesen direkten volkswirtschaftlichen Wirkungen bzw. Primärimpulsen ergäben sich aus der wirtschaftlichen Aktivität der Rehabilitierten sogenannte Multiplikatoreffekte.²¹ So fließe den Rehabilitierten für ihre zusätzliche Arbeitszeit Lohn zu, den sie wiederum entsprechend ihrer Konsumquote verausgabten und in den Wirtschaftskreislauf einspeisten (Einkommensmultiplikator). Damit werde ein neuer gesamtwirtschaftlicher Impuls in Form zusätzlicher Wertschöpfung ausgelöst. Gleiches gelte für die Produktionsgewinne der Unternehmen, die ihren Gewinnanteil an der zusätzlich generierten Bruttowertschöpfung anteilig investierten (Investitionsmultiplikator) und damit ebenfalls für zusätzliche Impulse sorgten.

Insgesamt werde der Multiplikatoreffekt konservativ auf den Faktor 1,5 geschätzt. Damit ergäbe sich insgesamt ein volkswirtschaftlicher Nutzen von 7,9 Mrd. Euro im Jahr 2023.²²

Der gesamtwirtschaftliche Effekt in Höhe von 7,9 Mrd. Euro für das Jahr 2023 beinhaltete zusätzliche Bruttolöhne und -gehälter, Sozialabgaben, Lohnsteuern und Aufkommen aus der Mehrwertsteuer aufgrund des gestiegenen Konsums. Die zusätzliche Bruttowertschöpfung, die von den Rehabilitierten erwirtschaftet werde, stärke damit die direkten Steuereinnahmen sowie die Einnahmen der Sozialversicherungen.²³

4. Zusammenfassung und Fazit

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV) erhebliche volkswirtschaftliche Effekte generiert. Diese entstehen, wenn Menschen schneller und leistungsfähiger wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren können, als dies ohne Rehabilitations-Maßnahme der Fall gewesen wäre. In der Folge können staatliche Transferleistungen eingespart und die Wertschöpfung der Unternehmen erhöht werden. Dabei werden auch die direkten Steuereinnahmen sowie die Einnahmen der Sozialversicherungen gestärkt. Nach einer Studie der DRV führte eine finanzielle Investition in die Rehabilitation der Rentenversicherung bis zu einem fünffach höheren volkswirtschaftlichen Nutzen in den zwei Jahren nach Abschluss der Rehabilitation.

Seit dem Jahr 2014 wird das für Rehabilitationszwecke zur Verfügung stehende maximale Budget der gesetzlichen Rentenversicherung neben der Bruttolohnentwicklung auch an der Entwicklung

19 Vgl. Ebda., S. 21.

20 Vgl. Ebda., S. 21.

21 Vgl. Ebda., S. 23.

22 Vgl. Ebda., S. 23.

23 Vgl. Ebda., S. 24.

der Bevölkerung im rehabilitationsintensiven Alter bestimmt. Hierzu wurde im Jahr 2014 eine sogenannte Demografiekomponente eingeführt und bis ins Jahr 2050 fortgeschrieben.

Es zeigt sich jedoch, dass gemäß der aktuellen 16. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes die Bevölkerung im rehabilitationsintensiven Alter im Jahr 2025 um 200.000 bis 300.000 Personen höher lag, als noch im Jahr 2014 – dem Jahr der gesetzlichen Einführung der Demografiekomponente – angenommen. Bis zum Jahr 2030 wird diese Abweichung voraussichtlich auf bis zu 1,1 Mio. Personen anwachsen. Bezogen auf die gesetzlich Versicherten (von 100 Personen der Gesamtbevölkerung im Alter zwischen 15 und 67 Jahren sind etwa 73 Personen gesetzlich rentenversichert) lag diese Abweichung im Jahr 2025 bei bis zu 218.000 Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung im rehabilitationsintensiven Alter. Bis zum Jahr 2030 wird diese Abweichung voraussichtlich auf bis zu rd. 800.000 Versicherten dieser Altersgruppe anwachsen. Bei einer durchschnittlichen Reha-Quote von rd. 2,5% (von 100 Versicherten nehmen knapp 3 Personen pro Jahr eine medizinische Rehabilitationsleistung in Anspruch) ist dies gleichbedeutend mit etwa 5.500 (für das Jahr 2025) bzw. 20.000 (für das Jahr 2030) Leistungen der medizinischen Rehabilitation, mit denen im Jahr 2014 nicht gerechnet wurde.

Der vorgenannte Befund dürfte zumindest teilweise erklären, warum nach Angaben der Bundesregierung im Jahr 2025 das maximal für Rehabilitation zur Verfügung stehende Budget im Jahr 2025 voraussichtlich um 100 Mio. Euro überschritten wurde²⁴ (und im Jahr 2027 gemäß des Sanktionsmechanismus nach § 220 Absatz 1 Satz 2 SGB VI das Reha-Budget entsprechend mindern wird). Angesicht dieses Befunds erscheint es zudem fraglich, ob – wie im Jahr 2014 angenommen – infolge der Berücksichtigung der demografischen Entwicklung im Jahr 2030 Minderausgaben im Reha-Budget in Höhe von 300 Mio. Euro zu erwarten sind (vgl. Tabelle 1).

Vor dem Hintergrund der erheblichen positiven volkswirtschaftlichen Effekte der medizinischen Rehabilitation erscheint es sinnvoll, die Kalibrierung der Demografiekomponente als Bestimmungsfaktor des Reha-Budgets nach § 287b Abs. 3 SGB VI auf Grundlage der 16. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für die Jahre ab 2026 zu überprüfen. Es sollte das Ziel sein, zu vermeiden, dass volkswirtschaftlich positive Effekte in erheblichem Umfang nicht realisiert werden können, weil das für Rehabilitation vorgesehene Budget infolge nicht mehr aktueller demografischer Prognosen nicht mehr ausreicht.

24 Vgl. BMAS (2025), Rentenversicherungsbericht 2025, https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Rente/rentenversicherungsbericht-2025.pdf?__blob=publicationFile&v=2, S. 63.

5. Anlage: 12. und 16. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes für die 45 bis 67-Jährigen

5.1. 12. Bevölkerungsvorausberechnung, Datenstand 31.12.2008, veröffentlicht 2011

Variante	2025		2030	
	zahlenmäßig	anteilig	zahlenmäßig	anteilig
1	26.210	33,3%	24.631	31,8%
2	26.259	33,1%	24.691	31,6%
3	26.210	32,9%	24.631	31,4%
4	26.259	32,8%	24.691	31,1%
5	26.210	33,5%	24.631	32,2%
6T	26.259	33,3%	24.691	31,9%

Tabelle 2: 45-bis-67-Jährige (in 1.000) in der 12. Bevölkerungsvorausberechnung; XXX=niedrigster Wert, XXX=höchster Wert; Quellen: Destatis, eigene Darstellung.

5.2. 16. Bevölkerungsvorausberechnung, Datenstand 31.12.2024, veröffentlicht 2025

Variante	2025		2030	
	zahlenmäßig	anteilig	zahlenmäßig	anteilig
1	26.501,2	31,8%	25.501,5	31,0%
2	26.509	31,8%	25.569,5	30,9%
3	26.517	31,8%	25.637,5	30,8%
4	26.502	31,8%	25.519,8	31,1%
5	26.516	31,8%	25.618,7	30,7%
6	26.509	31,8%	25.569,5	31,0%
7	26.509	31,8%	25.569,5	30,8%
8	26.508	31,8%	25.550,8	31,0%
9	26.510	31,8%	25.587,8	30,9%
10	26.500	31,8%	25.483	31,1%
11	26.518	31,7%	25.656,1	30,6%
12	26.501	31,8%	25.501,5	31,1%
13	26.500	31,8%	25.483,0	31,1%
14	26.502	31,8%	25.519,8	31,0%
15	26.508	31,8%	25.550,8	31,0%
16	26.510	31,8%	25.587,8	30,9%
17	26.508	31,8%	25.550,8	30,8%
18	26.510	31,8%	25.587,8	30,7%
19	26.516	31,8%	25.618,7	30,8%
20	26.518	31,8%	25.656,1	30,8%
21	26.517	31,8%	25.637,5	30,6%
22	26.500	31,8%	25.483,0	30,9%
23	26.501	31,8%	25.501,5	30,9%
24	26.502	31,8%	25.519,8	30,9%
25	26.516	31,8%	25.618,7	30,9%
26	26.517	31,8%	25.637,5	30,8%
27	26.518	31,8%	25.656,1	30,8%

Tabelle 3: 45-bis-67-Jährige (in 1.000) in der 16. Bevölkerungsvorausberechnung; XXX=niedrigster Wert, XXX=höchster Wert; Quellen: Destatis, eigene Darstellung.