



## **Kleine Anfrage**

**des Abgeordneten Dr. Heiner Garg (FDP)**

**und Antwort**

**der Landesregierung – Ministerin für Soziales, Jugend, Familie,  
Senioren, Integration und Gleichstellung (MSJFSIG)**

### **Umsetzung und Auswirkungen des neuen Vergütungssystems für Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach dem SGB VI**

#### Vorbemerkung des Fragestellers:

Die Deutsche Rentenversicherung führt zum 01. Januar 2026 ein neues produktbezogenes Vergütungssystem für Leistungen der medizinischen Rehabilitation ein, dessen Grundsätze sich aus § 15 Absatz 3 Satz 4 SGB VI ergeben: „Zur Ermittlung und Bemessung einer leistungsgerechten Vergütung der Leistungen hat die Deutsche Rentenversicherung Bund ein transparentes, nachvollziehbares und diskriminierungsfreies Vergütungssystem bis zum 31. Dezember 2025 zu entwickeln, wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren.“<sup>1</sup>

#### Vorbemerkung der Landesregierung

Ein Anbieter von Rehabilitationsleistungen (Leistungserbringer), der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung erbringen möchte, muss über einen Basisvertrag nach § 38 SGB IX verfügen. Die Anerkennung des Vergütungssystems der Deutschen Rentenversicherung ist auch Voraussetzung für die Zulassung einer Einrichtung gem. § 15 Abs. 2 bis 5 SGB VI (vgl. § 15 Abs. 3 S. 1 Nummer 3 SGB VI). Dieser Basisvertrag wird mit dem

---

<sup>1</sup> § 15 Absatz 3 Satz 4 SGB VI, abrufbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_6/\\_\\_\\_15.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/___15.html)

federführenden Rentenversicherungsträger geschlossen. Der federführende Rentenversicherungsträger führt mit der Einrichtung die Vergütungssatzverhandlungen und übernimmt für die Einhaltung der Struktur- und Qualitätsanforderungen der Rentenversicherung in der Einrichtung die primäre Verantwortung. Die Festlegung der Federführung erfolgt im Rahmen eines Abstimmungsprozesses der beteiligten Rentenversicherungsträger.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) ist aufgrund § 15 Abs. 3 S. 4 i.V.m. Abs. 9 S. 1 Nr. 2 SGB VI im Rahmen Ihrer Zuständigkeit für Grundsatzangelegenheiten der Rehabilitation nach § 138 Abs. 1 S. 2 Nr. 4a SGB VI ausdrücklich beauftragt, bis zum 31.12.2025 ein verbindliches, transparentes, nachvollziehbares und diskriminierungsfreies Vergütungssystem zu entwickeln. In § 15 Abs. 9 S. 1 Nr. 2 SGB VI sind unter a) bis c) diejenigen Merkmale definiert, die dabei besonders zu berücksichtigen sind, z.B. ein Konzept der Bewertungsrelationen zur Gewichtung der Reha-Leistungen. Außerdem müssen vergaberechtliche Vorgaben berücksichtigt werden. Die Rentenversicherungsträger sind verpflichtet, erforderliche Informationen zu liefern. Ab 1.1.2026 sollen die Leistungen nach diesem Vergütungssystem von allen Reha-Einrichtungen erbracht werden.

Die Aufsicht des Landes Schleswig-Holstein über die Deutsche Rentenversicherung Nord (DRV Nord) beschränkt sich auf die Überwachung der Beachtung von Gesetzen und sonstigen Rechtsvorschriften, die für den Rentenversicherungsträger maßgebend sind (vgl. § 87 Abs. 1 SGB IV). Soweit im Rahmen der Mitwirkung an der Erstellung des neuen Vergütungssystems und dessen Umsetzung keine Anhaltspunkte für Verstöße gegen geltendes Recht bestehen, hat das Ministerium für Soziales, Jugend, Familie, Senioren, Integration und Gleichstellung (MSJFSIG) auch keine Möglichkeiten, auf die DRV Nord einzuwirken.

Da das geltende Recht keine Anzeige- oder Genehmigungspflichten gegenüber der Aufsichtsbehörde im Zusammenhang mit der Erstellung oder Umsetzung des neuen Vergütungssystems vorsieht, war das MSJFSIG auch nicht an diesem Prozess beteiligt. Um die Fragen aus Sicht der gesetzlichen Rentenversicherung beantworten zu können, hat das MSJFSIG die DRV Nord um Rückmeldung zu den Fragen gebeten. Die nachfolgenden Antworten gehen ganz überwiegend auf die Rückmeldung der DRV Nord zurück.

Schließlich besitzt die Landesregierung keine Zuständigkeit für die Planung oder Errichtung von Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Die Träger zahlreicher Kliniken agieren bundesweit und verhandeln direkt mit den Kostenträgern.

1. Wie unterscheidet sich das neue Vergütungssystem im Vergleich zum noch bestehenden Vergütungssystem und welche Differenzen ergeben sich hinsichtlich der Vergütungssätze pro Tag für stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem SGB VI? Bitte um detaillierten Vergleich differenziert nach Fachabteilungsschlüsseln (0300 Kardiologie, 0400 Nephrologie, 0700 Gastroenterologie, 0900 Rheumatologie, 1400 Lungen-

und Bronchialheilkunde, 2300 Orthopädie, 2800 Neurologie, 3400 Dermatologie) und Darstellung der Berechnung der Vergütungssätze.

Antwort:

Das neue Vergütungssystem besteht aus einer einrichtungsübergreifenden Komponente (EÜK) und einer einrichtungsspezifischen Komponente (ESK). Die Summe beider Komponenten ergibt den Vergütungssatz. Die Vergütung wird dann mit vollpauschalierten, tagesgleichen Vergütungssätzen erfolgen.

Die Erläuterung zur Berechnung der Vergütungssätze folgen in der Antwort zur Frage 2.

2. Welche einheitlichen Standards für die personelle, räumliche und medizinisch-technische Ausstattung liegen der Berechnung der sogenannten Einrichtungsübergreifenden Komponente (EÜK) zu Grunde und durch welches Verfahren wurden diese Standards definiert? Bitte um detaillierte Erläuterung differenziert nach Fachabteilungsschlüsseln (0300 Kardiologie, 0400 Nephrologie, 0700 Gastroenterologie, 0900 Rheumatologie, 1400 Lungen- und Bronchialheilkunde, 2300 Orthopädie, 2800 Neurologie, 3400 Dermatologie).

Antwort:

Die zentrale Größe der EÜK ist der indikations- und durchführungsformübergreifende Basissatz. Dieser entspricht der Vergütung für eine Rehabilitationsleistung ohne einrichtungsspezifische und konzeptionelle Besonderheiten.

Damit ist der Basissatz eine technische Größe im neuen produktbezogenen Vergütungssystem. Er stellt die rechnerische Bezugsgröße für alle weiteren Vergütungsbestandteile, z.B. indikationsspezifische Basissätze, Vergütungsrelevante Behandlungskonzepte und die einrichtungsspezifische Komponente dar. Durch die Bezugnahme auf den Basissatz wird eine einfache und automatische Anpassung aller weiteren Vergütungsbestandteile ermöglicht.

Der Basissatz wird mit einer Bewertungsrelation multipliziert, die sich aus den folgenden Aspekten zusammensetzt:

- medizinische Reha-Indikation (z.B. Orthopädie),
- Reha-Form (ganztägig ambulant oder stationär) und
- ggf. einem vergütungsrelevanten Behandlungskonzept (z.B. im Falle einer medizinisch-beruflich-orientierten Rehabilitation).

Im Ergebnis gibt es für jedes Reha-Produkt einen einrichtungsübergreifenden Vergütungssatz, der für alle Rehabilitationseinrichtungen gleich sein wird.

Die Bewertungsrelationen setzen die Reha-Indikation und die Durchführungsform in ein festes Verhältnis zum Basissatz und in der Folge zueinander. Die Bewertungsrelation von 1,0 entspricht dem indikationsübergreifenden Basissatz.

Die indikationsspezifischen Basissätze setzen sich aus dem Basissatz und den indikationsspezifischen Bewertungsrelationen je Durchführungsform zusammen.

Die Datengrundlage für die indikationsspezifischen Basissätze bei Einführung des Vergütungssystems 2026 sind die Marktpreise 2024 – also die Vergütungssumme aller von allen Rentenversicherungsträgern vergüteten Pflergetage der medizinischen Reha für das gesamte Kalenderjahr. Die indikationsspezifischen Basissätze sind als Teil des durchschnittlichen Marktpreises zu verstehen. Zur Bestimmung der indikationsspezifischen Basissätze 2026 werden die auf Grundlage der Daten von 2024 ermittelten Werte mit den Richtwerten für die Jahre 2025 und 2026 angepasst.

Bei der Ermittlung der indikationsspezifischen Basissätze 2025 wurden die neuen Strukturanforderungen, die zum 01.01.2025 verbindlich in Kraft getreten sind, berücksichtigt. Dazu wurden die personellen Anpassungen im stationären Bereich monetär bewertet und bei den entsprechenden Indikationen berücksichtigt.

Zudem ist zu beachten, dass im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen nur noch eine Belegung der Fachabteilungen möglich sein wird, die über ein anerkanntes Konzept einer beruflich orientierten, medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA-Konzept) verfügen. Daher wurde in der diesjährigen Auswertung der rentenversicherungseinheitliche BORA-Zuschlag von 4,72 Euro pro Tag für 2025 bei den indikationsspezifischen Basissätzen berücksichtigt. Der bisherige BORA-Zuschlag ist somit ab dem 01.01.2026 ein fester Bestandteil der indikationsspezifischen Basissätze der Fachabteilungen für Entwöhnungsbehandlungen.

Zur Ermittlung der indikationsspezifischen Basissätze werden die Marktpreise bereinigt. Die Bereinigung erfolgt dabei in zwei Schritten. Zunächst werden im ersten Schritt die durchschnittlichen Vergütungssätze je Indikation (z.B. Orthopädie) und Durchführungsform (z.B. stationär) bestimmt. Hierzu werden die Marktpreise um sogenannte Filterkriterien z.B. Datensätze, die nicht Teil des neuen Vergütungssystems sind (u.a. RPK, Prävention) oder die nicht vollständig sind, bereinigt. Danach folgen die Datensätze, für die ein vergütungsrelevantes Behandlungskonzept hinterlegt ist. Diese Daten gehen nicht in die Analyse zum Basissatz ein.

Damit wurden folgende Anteile bei der Bereinigung der Marktpreise 2023 (stationär) herausgerechnet:

- Filterkriterien: 4,5 % des Marktpreisvolumens
- Anteil für vergütungsrelevante Behandlungskonzepte: 11 % des Marktpreisvolumens

Zur Bestimmung der indikationsspezifischen Basissätze werden im zweiten Schritt die durchschnittlichen Vergütungssätze um den einrichtungsspezifischen Anteil bereinigt. Folgende Anteile für die ESK werden auf Grundlage der Erhebung der ESK 2024 herausgerechnet:

- Anteil für Struktur, Innovation & Nachhaltigkeit : 5%
- Anteil für Tarif: 3.6 %
- Kurtaxe, stationäre Leistungen: 1,94 Euro
- Kurtaxe, stationären Leistungen Abhängigkeitserkrankungen: 0,24 Euro

Der Basissatz 2025 beträgt 169,34 Euro.

Die Veröffentlichung des Basissatzes 2026 erfolgt nach der Richtwertanpassung im Herbst 2025.

Die folgenden Tabellen bieten eine zusammenfassende Übersicht bezüglich:

- indikationsspezifische Basissätze und Bewertungsrelationen für stationäre Leistungen
- indikationsspezifische Basissätze und Bewertungsrelationen für ganztägig ambulante Leistungen

Fachabteilungsschlüssel (FASO)	Bezeichnung des Fachabteilungsschlüssels	Indikationsspezifische Basissätze 2025	Bewertungsrelation 2025
1	2	3	4
0300	Kardiologie	171,34 €	1,0118
0400	Nephrologie	176,82 E	1,0442
0500	Hämatologie und internistische Onkologie	169,27 E	0,9996
0600	Endokrinologie (und Diabetologie)	162,67 E	0,9606
0700	Gastroenterologie	167,92 E	0,9916
0900	Rheumatologie	159,26 E	0,9405
1400	Lungen- und Bronchialheilkunde	171,14 E	1,0106
2200	Urologie	158,89 E	0,9383
2300	Orthopädie	162,80E	0,9614
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	172,30E	1,0175
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	187,53 E	1,1074
2700	Augenheilkunde	188,36E	1,1123
2800	Neurologie	222,19E	1,3121
3100	Psychosomatik/Psychotherapie	175,89E	1,0387
3400	Dermatologie	167,51 E	0,9892

Fachabteilungsschlüssel (FASO)	Bezeichnung des Fachabteilungsschlüssels	Indikationsspezifische Basissätze 2025	Bewertungsrelation 2025
3710	Lymphologie	187,14 E	1,1051
3750	Angiologie	179,79 E	1,0617
8501	Entwöhnungsbehandlungen - Alkohol / Medikamente	170,81 E	1,0087
8502	Entwöhnungsbehandlungen - Illegale Drogen / Cannabis	169,20 E	0,9992
8504	Entwöhnungsbehandlungen - Nicht stoffgebundene Süchte	173,56 E	1,0249
8506	Entwöhnungsbehandlungen - Adaption	141,01 E	0,8327
1000/1090	Pädiatrie	178,86 E	1,0562
1010/1011	Pädiatrie Psychosomatik	191,95 E	1,1335
1020/1021	Pädiatrie Sprach- und Sprechstörungen	187,27 E	1,1059
1028/1029	Pädiatrie Schwerpunkt Kindeneurologie	296,41 E	1,7504
1030	Pädiatrie Abhängigkeitserkrankungen	191,27 E	1,1295

Fachabteilungsschlüssel (FASC)	Bezeichnung des Fachabteilungsschlüssels	Indikationsspezifische Basissätze 2025	Bewertungsrelation 2025
1	2	3	4
0300	Kardiologie	126,60 E	0,7476
0400	Nephrologie	139,94E	0,8264
0500	Hämatologie und internistische Onkologie	131,24E	0,7750
0600	Endokrinologie (und Diabetologie)	125,77 E	0,7427
0700	Gastroenterologie	131,04 E	0,7738
0900	Rheumatologie	122,37 E	0,7226
1400	Lungen- und Bronchialheilkunde	146,60E	0,8657
2200	Urologie	121,99 E	0,7204
2300	Orthopädie	124,79 E	0,7369
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	135,40E	0,7996
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	150,64E	0,8896
2700	Augenheilkunde	151,46E	0,8944
2800	Neurologie	188,78E	1,1148
3100	Psychosomatik/Psychotherapie	146,04 E	0,8624
3400	Dermatologie	130,63 E	0,7714
3710	Lymphologie	150,26E	0,8873
3750	Angiologie	142,89E	0,8438
8501	Entwöhnungsbehandlungen - Alkohol / Medikamente	142,60E	0,8421
8502	Entwöhnungsbehandlungen - Illegale Drogen / Cannabis	141,91 E	0,8380
8504	Entwöhnungsbehandlungen - Nicht stoffgebundene Süchte	136,66E	0,8070
8506	Entwöhnungsbehandlungen - Adaption	104,11 E	0,6148
1000/1090	Pädiatrie	168,32E	0,9940
1010/1011	Pädiatrie Psychosomatik	155,06E	0,9157
1020/1021	Pädiatrie Sprach- und Sprechstörungen	150,37 E	0,8880
1028/1029	Pädiatrie Schwerpunkt Kinderneurologie	259,53 E	1,5326
1030	Pädiatrie Abhängigkeitserkrankungen	154,37E	0,9116

3. Welche anererkennungsfähigen Merkmale der sogenannten einrichtungsspezifischen Komponente (ESK) existieren mit welchen Bemessungsgrößen und durch welches Verfahren wurden diese Standards definiert? Bitte um Auflistung der konkreten anererkennungsfähigen Merkmale

differenziert nach Strukturkomponente (z.B. besondere standort- und lagebedingte Faktoren), Innovations- und Nachhaltigkeitskomponente (z.B. Patienten-App, Zertifizierungen), Tarifkomponente und Zuschläge für erstattungsfähige Sachverhalte (z.B. Kurtaxe, Telematikinfrastuktur).

Antwort:

Die ab dem 1. Januar 2026 geltenden einrichtungsspezifischen Zuschläge werden erstmalig in diesem Jahr zwischen den Rehabilitationseinrichtungen und dem federführenden Rentenversicherungsträger (im folgenden „Federführer“) vereinbart. Die Deutsche Rentenversicherung hat dafür anerkennungsfähige Merkmale definiert, die im Rahmen von Verhandlungen geltend gemacht werden können.

Die Rehabilitationseinrichtungen konnten über einen Meldebogen die Merkmale im Zeitraum vom 17. März bis 30. Mai 2025 geltend machen. Der Meldebogen dient als Verhandlungsgrundlage für die ESK.

Die ESK bildet die besonderen Bedingungen einer Rehabilitationseinrichtung bei der Erbringung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ab, die nicht durch die EÜK, also den indikationsspezifischen Basissatz und ggf. die Zuschläge für die vergütungsrelevanten Behandlungskonzepte, abgedeckt werden. Anerkennungsfähig bei der ESK sind grundsätzlich solche Besonderheiten einer Einrichtung, die nicht bereits in den Strukturanforderungen (belegungsrelevant und strukturelevant) als einheitliche Standards an die personelle, räumliche und medizinisch-technische Ausstattung gefordert werden.

Die einrichtungsspezifischen Besonderheiten der Rehabilitationseinrichtungen wurden 2024 durch die Rentenversicherung erhoben. Um das gesetzliche Ziel der Diskriminierungsfreiheit zu erfüllen, und gleichzeitig möglichst viele Besonderheiten im Sinne einer bedarfsgerechten Rehabilitation berücksichtigen zu können, wurden die Ergebnisse der Erhebung ausgewertet und kategorisiert. Darauf aufbauend wurden anerkennungsfähige Merkmale definiert, die durch die Reha-Einrichtungen über den Meldebogen geltend gemacht werden können.

Auf Grundlage der Meldung dieser Merkmale sowie der dazugehörigen Aufwendungen werden die Zuschläge für die ESK dann zwischen Einrichtung und Federführer verhandelt.

Während sich die Tarifkomponente auf den indikationsspezifischen Basissatz bezieht, beziehen sich alle weiteren ESK-Zuschläge auf den Basissatz. Der gesamte Zuschlag für die ESK wird dann für jeden Pflage-tag der Einrichtung auf die einrichtungsübergreifende Vergütung addiert, sodass sich der Gesamtvergütungssatz pro Pflage-tag ergibt.

Auf der Homepage der DRV Bund ist eine FAQ Seite eingerichtet worden, die zu ausgewählten Punkten des Meldebogens Antworten zur Anrechenbarkeit für die ESK gibt:

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Anbieter/verguetungssystem/faq\\_verguetungssystem.html#\\_lyi6iv79t](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Anbieter/verguetungssystem/faq_verguetungssystem.html#_lyi6iv79t)

Einen abschließenden Katalog gibt es (bisher) nicht.

4. Wie gestaltet sich der Verhandlungsprozess zur erstmaligen Einigung über die Höhe der ESK und der angestrebten Vergütungssatzvereinbarungen zwischen dem federführenden Träger der Rentenversicherung und den Rehabilitationseinrichtungen in Schleswig-Holstein im Allgemeinen und im Besonderen hinsichtlich der Berücksichtigung regionaler Faktoren?

Antwort:

Die Vergütung umfasst ab dem 1. Januar 2026 eine produktbezogene, EÜK sowie eine ESK. Die ab dem 1. Januar 2026 geltenden einrichtungsspezifischen Zuschläge werden im 4. Quartal 2025 zwischen der DRV Nord und den Einrichtungen vereinbart. Die Deutsche Rentenversicherung hat dafür anerkennungs-fähige Merkmale definiert, die im Rahmen von Verhandlungen geltend gemacht werden können. Alle federgeführten Einrichtungen der DRV Nord haben den Meldebogen als Verhandlungsgrundlage für die ESK fristgemäß eingereicht. Anhand der durch die DRV Bund definierten Merkmale und die durch die Einrichtungen nachgewiesenen Aufwände erfolgt die Verhandlung. Die Angaben und die eingereichten Nachweise werden von den Federführern geprüft. Bei Bedarf können weitere Nachweise von diesem eingefordert werden. Nach Einigung erhält die Rehabilitationseinrichtung eine schriftliche Mitteilung über die Höhe der ESK. Die Verhandlung ist damit abgeschlossen. Für das laufende Jahr ist grundsätzlich keine Nachverhandlung mehr möglich.

5. Welche Konsequenzen ergeben sich, sofern der Verhandlungsprozess zur erstmaligen Einigung über die Höhe der ESK und der angestrebten Vergütungssatzvereinbarung bis zum angestrebten Verhandlungsabschluss am 14. November 2025 keine Einigung erzielt?

Antwort:

Durch die DRV Nord erfolgt in jedem Fall ein Vergütungsangebot an die Anbieter von Rehabilitationsleistungen, die Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung anbieten möchten, auf Grundlage des eingereichten Meldebogens an die Einrichtungen, da die bisher vereinbarten Vergütungssätze bis 31.12.2025

befristet sind. Konsequenzen auf Seiten der Einrichtungen bei Nicht-Einigung bleiben abzuwarten.

6. Welche Möglichkeiten für eine Konvergenz- und Transformationsphase im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Vergütungssystems gibt es und welche Haltung vertritt die Landesregierung hinsichtlich der Notwendigkeit einer entsprechenden Konvergenz- oder Transformationsphase? Bitte detailliert erläutern.

Antwort:

Die Notwendigkeit einer Transformationsphase anlässlich der Einführung des neuen produktbezogenen Vergütungssystems wurde innerhalb der Deutschen Rentenversicherung rechtlich geprüft und diskutiert. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe Teilhabe haben in ihrer Sondersitzung am 26.11.2024 in Berlin unter Berücksichtigung der rechtlichen Bewertung beschlossen, keine Transformationsphase einzuführen.

Der Landesregierung liegen keine Informationen zu Problemen bei der Umstellung des Vergütungssystems vor. Die Aushandlung der Modalitäten für den Übergang obliegen den Einrichtungsträgern und den Kostenträgern, die entweder überhaupt nicht der Aufsicht des Landes unterstehen oder bei denen sich die Aufsicht auf die Einhaltung des geltenden Rechts (Rechtsaufsicht) beschränkt.

7. Liegen der Landesregierung Erkenntnisse zu den wirtschaftlichen Auswirkungen des neuen Vergütungssystems auf Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation nach dem SGB VI vor, zum Beispiel in Form einer Auswirkungsanalyse? Wenn ja, welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung vor und welche Handlungsbedarfe ergeben sich hieraus?

Antwort:

Die Leistungserbringer haben keine Verpflichtung der Landesregierung Auswirkungen der Umstellung des Vergütungssystems mitzuteilen. Daher ist eine systematische Analyse nicht möglich. Viele Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sind nicht aus Schleswig-Holstein. Eine systematische Erhebung zu Bedarfen und deren Erfüllung kann daher nicht aus Landesperspektive erfolgen. Die Verteilung ergibt sich häufig aus der Bewilligung der Rehabilitation durch die Kostenträger, die häufig auch Träger der Einrichtungen sind.

Auch aus Eingaben oder Beschwerden über die Deutsche Rentenversicherung Nord als federführender Rentenversicherungsträger für Verhandlungen mit Erbringern von Leistungen der medizinischen Rehabilitation über den Abschluss eines Basisvertrages sind an das MSJFSIG als Aufsichtsbehörde keine Probleme herangetragen worden.

8. Welches Monitoring ist für die Einführung des neuen Vergütungssystems ab dem Jahr 2026 vorgesehen und mit welchem Zeitablauf sind gegebenenfalls notwendige systematische Anpassungen, z.B. der Innovations- und Nachhaltigkeitskomponente, des Verfahrens zur Bereinigung der Marktpreise oder der Weiterentwicklung der ESK, realistisch? Bitte detailliert erläutern.

Antwort:

Zunächst findet innerhalb der Deutschen Rentenversicherung ein Monitoring der ESK für die Jahre 2026 und 2027 statt. Bis Ende 2026 werden die Daten aus dem Monitoring zur ESK ausgewertet. Im Sinne eines lernenden Systems wird auf Grundlage der Monitoring-Ergebnisse geprüft, ob Anpassungen notwendig sind. Mögliche Anpassungen werden dann in den Gremien der Rentenversicherung abgestimmt.

Ab dem 1. Januar 2026 können Anpassung der ESK jährlich über den Meldebogen geltend gemacht werden. Dieser muss bis zum 30. September des laufenden Jahres eingereicht werden. Anpassungen bei der ESK umfassen entfallene, veränderte oder neue Sachverhalte. Veränderte und neue Sachverhalte müssen neu verhandelt werden. Die Verhandlungsergebnisse werden regelhaft zu Beginn des Folgejahres berücksichtigt.