

Informationsveranstaltung zur Bundesrahmenempfehlung IPReG (RE-REHA) der Verbände der GKV in Niedersachsen 04., 08. und 09.07.2025

Was verändert sich?



Agenda 04.07.2025

- | | |
|---------------------|--|
| • 10.00 – 10:30 Uhr | Empfang |
| • 10.30 – 10.45 Uhr | Begrüßung durch Eike Washausen, AOK Niedersachsen
Begrüßung durch Dr. Hans-Heinrich Aldag, VdPkn |
| • 10.45 – 12.15 Uhr | Allgemeine Regelung der Bundesrahmenempfehlung RE-REHA, AOK Niedersachsen
Regelung zur Thematik Versorgungsvertrag, AOK Niedersachsen, MD Niedersachsen |
| • 12.15 – 12.45 Uhr | Mittagsimbiss |
| • 12.45 – 13.45 Uhr | Regelungen zur Thematik Vergütungsvereinbarung,
vdek Landesvertretung Niedersachsen |
| • 13.45 – 14.15 Uhr | Podiumsdiskussion und Beantwortung der Fragen aus dem Plenum
Eike Washausen, AOK Niedersachsen
Christian Bumiller, vdek Landesvertretung Niedersachsen
Dr. Hans-Heinrich Aldag, VdPkn
Detlef Bätz, VdPkn |
| • 14.15 – 14.30 Uhr | Abschluss durch Eike Washausen, AOK Niedersachsen |

Agenda 08.07.2025

- | | |
|---------------------|---|
| • 10.00 – 10:30 Uhr | Empfang |
| • 10.30 – 10.45 Uhr | Begrüßung durch Eike Washausen, AOK Niedersachsen
Begrüßung durch Thomas Bruns, VdPkn |
| • 10.45 – 12.15 Uhr | Allgemeine Regelung der Bundesrahmenempfehlung RE-REHA, AOK Niedersachsen
Regelung zur Thematik Versorgungsvertrag, AOK Niedersachsen, MD Niedersachsen |
| • 12.15 – 12.45 Uhr | Mittagsimbiss |
| • 12.45 – 13.45 Uhr | Regelungen zur Thematik Vergütungsvereinbarung,
vdek Landesvertretung Niedersachsen |
| • 13.45 – 14.15 Uhr | Podiumsdiskussion und Beantwortung der Fragen aus dem Plenum
Eike Washausen, AOK Niedersachsen
Christian Bumiller, vdek Landesvertretung Niedersachsen
Antje Krause, AG Müttergenesung der LAG FW
Thomas Bruns, VdPkn |
| • 14.15 – 14.30 Uhr | Abschluss durch Eike Washausen, AOK Niedersachsen |

Agenda 09.07.2025

- 11.00 – 11.20 Uhr Begrüßung durch Eike Washausen, AOK Niedersachsen
Begrüßung durch Dr. Hans-Heinrich Aldag, VdPkN
- 11.20 – 12.20 Uhr Allgemeine Regelung der Bundesrahmenempfehlung RE-REHA, AOK Niedersachsen
Regelung zur Thematik Versorgungsvertrag, AOK Niedersachsen, MD Niedersachsen
- 12.20 – 13.15 Uhr Regelungen zur Thematik Vergütungsvereinbarung,
vdek Landesvertretung Niedersachsen
- 13.15 – 13.45 Uhr Podiumsdiskussion und Beantwortung der Fragen aus dem Plenum
Eike Washausen, AOK Niedersachsen
Christian Bumiller, vdek Landesvertretung Niedersachsen
Dr. Hans-Heinrich Aldag, VdPkN
Detlef Bätz, VdPkN
- 13.45 – 14.00 Uhr Abschluss durch Eike Washausen, AOK Niedersachsen

Begrüßung durch Eike Washausen, AOK Niedersachsen

Zielsetzung der Informationsveranstaltungen

1. **Transparenz zu den Inhalten der RE-REHA –**
basierend auf den aktuell vorliegenden Informationen
2. **Harmonisierung des Wissensstandes aller Beteiligten**
3. **Darstellung prozessuale Ausrichtung GKV/MD ab 01.07.2025**
4. **Kanalisation des Prozesses ab 01.07.2025**
5. **Ggf. Identifikation weiterer Auslegungsfragen**

Haben Sie zwischendurch Fragen, dann folgen Sie bitte der nachstehenden Darstellung und nutzen unser digitales Fragetool.

Ihre Fragen werden gesammelt, geclustert, priorisiert und im TOP der Podiumsdiskussion von den Teilnehmenden beantwortet.

1. Öffnen Sie den Browser Ihres Endgeräts.



2. Geben Sie in die Adresszeile „**tedme.com**“ ein.



3. Am oberen Bildschirmrand finden Sie folgendes Eingabefeld:

Sie möchten an einer Session teilnehmen?

Raumnummer

➔ beitreten

Geben Sie die Raumnummer „**IPREG**“ ein und klicken Sie auf „beitreten“.

IPREG

➔ beitreten

04. und 09.07.2025

Begrüßung durch Dr. Hans-Heinrich Aldag, VdPkn

08.07.2025

Begrüßung durch Thomas Bruns, VdPkn

Allgemeine Regelung der Bundesrahmenempfehlung (RE-REHA)

Auslegung der RE-Reha der LV der GKV NDS mit Stand
09.07.2025

Allgemeine Regelung der Bundesrahmenempfehlung (RE-REHA)

Gesetzliche Grundlage

Geltungsbereich

Verbindlichkeit

Vorrang der RE-REHA vor anderen Dokumenten

Übergangsvorschriften

Grundsätze in der RE-REHA

Allgemeine Regelung der Bundesrahmenempfehlung (RE-REHA)

Gesetzliche Grundlage

§ 111 Abs. 7 SGB V

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 8 in Rahmenempfehlungen

1. das Nähere zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen nach Absatz 1,
 2. Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen [...] und
 3. die Anforderungen an das Nachweisverfahren nach Absatz 5 Satz 4.
- [...] Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Versorgungsverträgen nach Absatz 2 und den Vergütungsverträgen nach Absatz 5 zugrunde zu legen.

(Neuregelung IPreG 10/2020)

Beginn der Verhandlungen ab 2021

Über 60 Verhandlungstermine

Mehr als 150 Termine innerhalb der GKV

Scheitern der Verhandlungen Herbst 2024

Schiedsverfahren Ende 03/2025

Inkrafttreten zum 01.07.2025

Allgemeine Regelung der Bundesrahmenempfehlung (RE-REHA)

Geltungsbereich

Kapitel 1 - Gegenstand und Anwendungsbereich der RE-REHA

Die Inhalte der vorliegenden Rahmenempfehlungen sind gemäß §§ 111 Abs. 7 Satz 3, 111a Abs. 1 Satz 2, 111c Abs. 5 Satz 3 SGB V den Versorgungs- und Vergütungsverträgen nach:

- §§ 111 Abs. 2, 5,
- 111a Abs. 1 Satz 2,
- 111c Abs. 1, 3 SGB V

zugrunde zu legen.

- Öffentlich-rechtlicher Vertrag
- Gesetzgeberisches Ziel:

„Um mehr Transparenz und eine angemessene Leistungsorientierung, insbesondere für die Vergütungsvereinbarungen, zu erreichen, schließen Krankenkassen und Leistungserbringer Rahmenempfehlungen auf Bundesebene, um einheitliche und verbindliche Vorgaben zu schaffen.“

Quelle:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/R/Rreferentenentwurf_RISG.pdf

Allgemeine Regelung der Bundesrahmenempfehlung (RE-REHA)

Verbindlichkeit

Kapitel 1 - Gegenstand und Anwendungsbereich der RE-REHA

Die Inhalte der vorliegenden Rahmen**empfehlungen** sind gemäß §§ 111 Abs. 7 Satz 3, 111a Abs. 1 Satz 2, 111c Abs. 5 Satz 3 SGB V **den Versorgungs- und Vergütungsverträgen** nach:

- §§ 111 Abs. 2, 5,
- 111a Abs. 1 Satz 2,
- 111c Abs. 1, 3 SGB V

zugrunde zu legen.

Bewertung der Verbände der GKV in Niedersachsen:

- Zwar ist der Begriff „Empfehlung“ formal nicht gleichzusetzen mit dem Begriff „Vertrag“.
- Aber durch die Formulierung „zugrunde zu legen“ hat der Gesetzgeber bewusst geregelt, dass die Inhalte der RE-REHA im Grundsatz den Versorgungs- und Vergütungsverträgen und Vergütungsvereinbarungen zu berücksichtigen sind.
- Abweichungen: Nur aufgrund „sachlichem Grund“, dem beide Parteien zustimmen.
- Im Falle einer Nichteinigung kann die Schiedsstelle nach § 111b SGB V angerufen werden

Allgemeine Regelung der Bundesrahmenempfehlung (RE-REHA)

Vorrang der RE-REHA vor anderen Dokumenten

Kapitel 1 - Gegenstand und Anwendungsbereich der RE-REHA

- Diese Rahmenempfehlung geht allen anderen Dokumenten und Vereinbarungen im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation auf der Landes- und Bundesebene vor.
- Diese behalten weiterhin ihre Geltung, soweit sie keine abweichenden Regelungen zur RE-REHA enthalten. D.h. auch die nds. Konkretisierungen zu den Anforderungsprofilen MVK gelten weiter.
- Sollten einzelne Regelungen anderer Dokumente und Vereinbarungen von einzelnen Regelungen dieser Rahmenempfehlungen abweichen, berührt dies die Gültigkeit der übrigen Regelungen der anderen Dokumente und Vereinbarungen nicht.
- Eine Abweichung besteht, wenn Anforderungen oder Leistungen unterschiedlich definiert sind, so dass Regelungen dieser Rahmenempfehlungen verändert oder in Frage gestellt würden.

Allgemeine Regelung der Bundesrahmenempfehlung (RE-REHA)

Übergangsvorschriften

Kapitel 5 - Inkrafttreten und Übergangsregelungen

- Die RE-Reha ist zum 01.07.2025 in Kraft getreten.
- D.h. ab dem 01.07.2025 muss sie zugrunde gelegt werden, sofern ein neuer Vertrag geschlossen oder angepasst wird.
- Dieses gilt sowohl für den Versorgungsvertrag als auch für die Vergütungsvereinbarung.
- Bis zur Anpassung oder Neuausstellung gilt der bisherige Vertrag bzw. die bisherige Vereinbarung fort.
- Erst danach ergeben sie die entsprechenden Rechte und Pflichten aus der RE-Reha.

Abs. 3:

„Beratungen zur Überprüfung der bestehenden Versorgungsverträge sind innerhalb von drei Jahren ab Inkrafttreten aufzunehmen.“

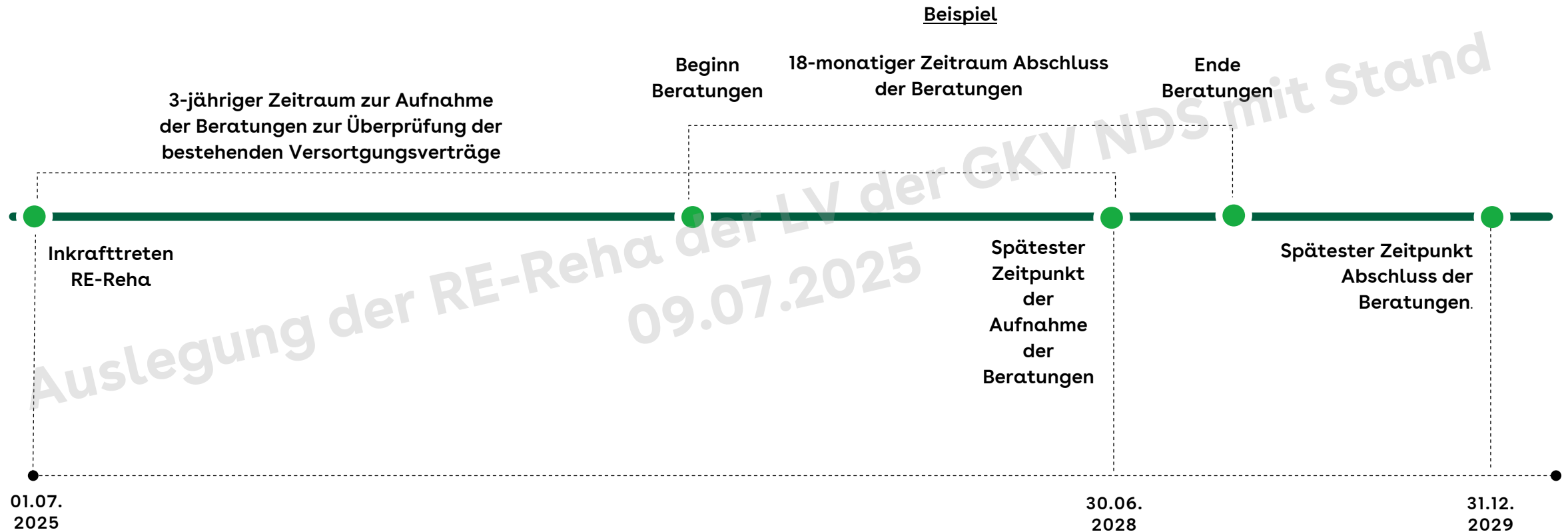
„Nach Aufnahme der Beratungen sollen diese innerhalb von 18 Monaten abgeschlossen sein.“

„Die Vertragsparteien bestimmen gemeinsam den Zeitpunkt des Beginns der Verhandlungen.“

Allgemeine Regelung der Bundesrahmenempfehlung (RE-REHA) Übergangsvorschriften



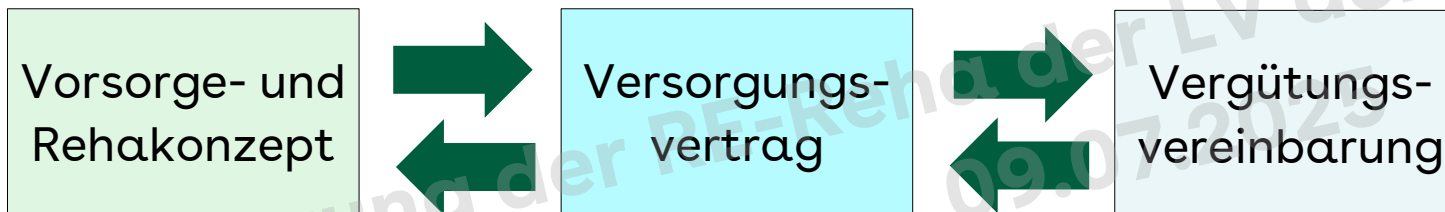
Allgemeine Regelung der Bundesrahmenempfehlung (RE-REHA) Übergangsvorschriften



Allgemeine Regelung der Bundesrahmenempfehlung (RE-REHA)

Grundsätze in der RE-REHA

Kapitel 2.1 – Vorsorge- und Rehabilitationskonzept
in Verbindung mit
Kapitel 3.1 – Leistungsbezug und Wirtschaftlichkeit



Die RE-REHA definiert eine direkte Verknüpfung zwischen:

- a. dem Vorsorge- und dem Rehabilitationskonzept mit
- b. dem Versorgungsvertrag und
- c. der Vergütungsvereinbarung.

Merke: Aus dieser Verknüpfung entstehen ableitbare Rechte und Pflichten.

Auf den Folgeseiten wird hierauf detailliert eingegangen.

Regelung zur Thematik Versorgungsvertrag

Auslegung der RE-Reha der LV der GKV NDS mit Stand
09.07.2025

2. Versorgungsvertrag

Vorsorge- und Rehabilitationskonzept

Kapitel 2.1, Absätze 1-3 – Vorsorge- und Rehabilitationskonzept

- Grundlage für Abschluss eines Versorgungsvertrages sowie als Anlage beizufügen
- Konzept ist regelmäßig zu überprüfen + bei Bedarf zu aktualisieren
- Alle wesentlichen Änderungen / Anpassungen sind den LV GKV unverzüglich mitzuteilen

→ Für NDS grundsätzlich nicht neu

→ Die RE-REHA liefert keine Konkretisierung zum Begriff „regelmäßig“.

→ **Vorschlag der LV GKV NDS: eine geplante Überprüfung der Konzepte im Intervall zwischen 3-5 Jahren.**

→ **Die LV der GKV NDS sehen hier den wesentlichen Impuls zur Überprüfung bei den LE selbst.**

2. Versorgungsvertrag

Vorsorge- und Rehabilitationskonzept

Kapitel 2.1, Abs. 4-5 – wesentliche Inhalte des Konzeptes

I. Allgemeine Angaben

- Allgemeine Angaben zur Einrichtung
- Räumliches Angebot
- Medizinisch-technische Ausstattung

II. Indikationsbezogene Angaben

- Insbesondere (geplante) Personalausstattung der jeweiligen Berufsgruppen inkl. Angabe Qualifikationen
- Bezugsgröße: GKV-Betten / -Plätze
- Parteien können auch Gesamtbetten (-plätze) zugrunde legen
- Nachfragen oder Änderungen am Konzept sollen vollständig mitgeteilt werden

→ Für NDS grundsätzlich nicht neu. Durch die RE-REHA erfolgt jedoch eine Konkretisierung der Inhalte

→ Merke: Nach 2.4.3 Abs. 3 Konkretisierung der Personalkorridore durch Verständigung auf das Vorsorge- u. Rehakonzept

→ **Vorschlag der LV GKV NDS:**

1. **Einrichtungs-Konzept sowie**
2. **GKV-indikationsspezifisches Konzept unter Berücksichtigung**
3. **einer einheitlichen Mustergliederung**



Microsoft
Excel-Arbeitsblatt

2. Versorgungsvertrag

Behandlungselemente

Kapitel 2.3 - Behandlungselemente

- Die therapeutischen Leistungen werden im Sinne von Mindestanforderungen in den indikations- bzw. zielgruppenspezifischen Leistungsbeschreibungen definiert.

- ➔ Entsprechen den Basiskriterien des QS-Reha-Verfahrens
- ➔ Beispiel: Behandlungselemente in der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter



Adobe
Acrobat-Dokumen

- ➔ Beispiel: Behandlungselemente in der kardiologischen Rehabilitation



Adobe
Acrobat-Dokumen

2. Versorgungsvertrag

Vorsorge- und Rehabilitationsteam

Kapitel 2.4.1 - Qualifikationen

- Hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen an das Personal sind die Anforderungen des QS-Reha®-Verfahrens zu Grunde zu legen
- ➔ Für die ärztliche Leitung gelten bis zur deren Anpassung im QS-Reha-Verfahren die abweichenden Anforderungen unter 2.4.2

2. Versorgungsvertrag

Vorsorge- und Rehabilitationsteam

Kapitel 2.4.2 – Ärztliche Leitung

- Abs. 1: Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung muss unter **fachlich medizinischer Leitung und Verantwortung** eines Arztes mit **Gebietsbezeichnung der Indikation** und ggf. **entsprechender Schwerpunktbezeichnung** stehen.
 - Im **Bereich Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge** gilt, dass die ärztliche Leitung auch durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Allgemeinmedizin möglich ist;
 - Im **Bereich Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitation** in der Indikation Psychosomatik gilt, dass die ärztliche Leitung auch durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Allgemeinmedizin in Kooperation mit Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten übernommen werden kann.
 - Abs. 2: Ärztliche Leitung **und** Stellvertretung müssen **zusammen über mindestens zweijährige** (in Vollzeit) rehabilitative oder sozial-medizinische Erfahrungen in Rehabilitationseinrichtungen verfügen.
 - **Davon** verfügt die ärztliche Leitung **über mindestens ein Jahr** Erfahrung in Rehabilitationseinrichtungen.
- ➔ für die anderen Indikationen der Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitation gelten die Bedingungen der Rehabilitation
 - ➔ Für Einrichtungen, die ausschließlich Leistungen nach §§ 23, 24 SGB V erbringen, gilt abweichend nach Absatz 5, a) eine Berufserfahrung in der Vorsorge als gleichwertig.

2. Versorgungsvertrag

Vorsorge- und Rehabilitationsteam

Kapitel 2.4.2 – Ärztliche Leitung

- Abs. 3: Zusätzlich muss entweder über die ärztliche Leitung **oder** deren Stellvertretung die sozialmedizinische Kompetenz sichergestellt sein, weshalb diese über zusätzlich folgende Voraussetzungen verfügen sollen:
 - Zusatz-Weiterbildung Rehabilitationswesen oder
 - Zusatz-Weiterbildung Sozialmedizin oder
 - Fachärztin/Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin.
- Abs. 4: Die ärztliche Leitung **oder** deren Stellvertretung muss den überwiegenden Anteil der Therapie- bzw. Behandlungszeiten der Einrichtung präsent sein.
- Querverweis auf Kapitel 2.4.5
 - Einzelne Personalstellen können über Kooperationen abgedeckt werden
 - Bei der ärztlichen Leitung nur wenn Voraussetzungen gem. Kap. 2.4.2 sichergestellt sind

- ➔ Für Einrichtungen, die ausschließlich Leistungen nach §§ 23, 24 SGB V erbringen, gilt abweichend:
- ➔ Zu Abs. 3 nach Absatz 5, b) dass die ärztliche Leitung ihre sozialmedizinische Kompetenz, z.B. über Fortbildungen, nachweisen **muss**.
- ➔ Zu Abs. 4 nach Absatz 5, c) dass die ärztliche Leitung oder Stellvertretung zur Erbringung der ärztlichen Aufgaben in der Einrichtung präsent und darüber hinaus bei Bedarf kurzfristig verfügbar sein **muss**.

2. Versorgungsvertrag

Personalkorridore

Kapitel 2.4.3 - Personalkorridore

- Getrennte Darstellung der Personalkorridore für die ambulante, mobile und stationäre Rehabilitation

1	Ambulante Rehabilitation (§ 40 Absatz 1 SGB V)	5
1.1	Ambulante Orthopädie	5
1.2	Ambulante Kardiologie	5
1.3	Ambulante Pneumologie	6
1.4	Ambulante Psychosomatik	6
1.5	Ambulante Onkologie	7
1.6	Ambulante Neurologie	7
1.7	Ambulante Geriatrie	8
1.8	Mobile Geriatrie	8
2	Stationäre Rehabilitation (§ 40 Absatz 1 SGB V)	9
2.1	Stationäre Orthopädie	9
2.2	Stationäre Kardiologie	9
2.3	Stationäre Neurologie Phase D	10
2.4	Stationäre Neurologie Phase C	10
2.5	Stationäre Pneumologie	11
2.6	Stationäre Gastroenterologie (Stoffwechselerkrankungen/Nephrologie)	11
2.7	Stationäre Psychosomatik	12
2.8	Stationäre Onkologie	12
2.9	Stationäre Geriatrie	13
2.10	Stationäre Dermatologie	13
3	Kinder- und Jugendrehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V)	14
3.1	Kinder- und Jugendrehabilitation / Somatik	14
3.2	Kinder- und Jugendrehabilitation / Psychosomatik	15
4	Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (§§ 24, 41 SGB V)	16

- Die Personalkorridore sind den Versorgungsverträgen und den Vergütungsvereinbarungen zu Grunde zu legen.
- Die personelle Besetzung der Einrichtung muss die Umsetzung des Vorsorge- und Rehabilitationskonzeptes gewährleisten.
- Keine Vereinbarung bisher für die Neurologie Phase C
- Die Vertragspartner auf Bundesebene sollen in den nächsten drei Jahren Personalkorridore für die Phase C definieren

2. Versorgungsvertrag

Personalkorridore

Kapitel 2.4.3 - Personalkorridore

4 Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (§§ 24, 41 SGB V)

Bereich	Personalkorridor: Verhältnis Beschäftigte/Beschäftigter zu Patientin/Patient in Bezug auf Betten lt. Versorgungsvertrag <i>(Ergänzung: Der Korridor unterliegt der Annahme, dass im Durchschnitt 1,5 Kinder bei Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen mit aufgenommen sind.)*</i>
Ärztlicher Bereich (inkl. Kinderärzte)	1 : 22 – 1 : 41
Psychologischer Bereich (inkl. Psychotherapeuten)	1 : 20 – 1 : 50
Pflege*	1 : 9 – 1 : 13
Physiotherapie	1 : 25 – 1 : 50
Physikalische Therapie	1 : 33 – 1 : 100
Sporttherapie	1 : 33 – 1 : 50
Ergotherapie	bei Bedarf in Abhängigkeit der spezifischen Ausrichtung
Logopädie	bei Bedarf in Abhängigkeit der spezifischen Ausrichtung
Ernährungsberatung	1 : 28 – 1 : 66
Sozialberatung**	1 : 20 – 1 : 33

- Die Darstellung erfolgt in der Form 1: x – 1: y
- Definition indikationsbezogener Personalkorridore unterschiedlicher Berufsgruppen.
- Die zugrunde gelegte Wochenarbeitszeit beträgt bei den Berechnungen 38,5 Stunden.
- Bezugspunkt sind die vertraglich vereinbarten GKV-Betten bzw. GKV-Therapieplätze.
- In begründeten Ausnahmefällen durchschn. belegte Betten / Plätze der letzten vollen 12 Monate
- Hinweis: Der Korridor unterliegt der Annahme, dass im Durchschnitt 1,5 Kinder bei Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen mit aufgenommen sind

2. Versorgungsvertrag

Personalkorridore

Kapitel 2.4.3 - Personalkorridore

4 Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (§§ 24, 41 SGB V)

Bereich	Personalkorridor: Verhältnis Beschäftigte/Beschäftigter zu Patientin/Patient in Bezug auf Betten lt. Versorgungsvertrag <i>(Ergänzung: Der Korridor unterliegt der Annahme, dass im Durchschnitt 1,5 Kinder bei Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen mit aufgenommen sind.)*</i>
Pädagogischer Bereich i.S. der Betreuung (Kinder) (Das Personal für die medizinische und psychosoziale Therapie für Kinder wird auf den Personalbedarf in der pädagogischen Arbeit nicht angerechnet.)	ab 3 Jahre: 24 Kinder mind. 1 Erzieherin oder Erzieher und 1 geeignete Zweitkraft (z. B. Kinderpflegerin oder Kinderpfleger) 0 – 3 Jahre: 10 Kinder mind. 2 Betreuerinnen oder Betreuer, davon mind. 1 Fachkraft (z. B. Kinderpflegerin oder Kinderpfleger)

* Im Bereich der medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter besteht für das Pflegepersonal die Anforderung, dass mindestens die Hälfte examinierte Pflegefachkräfte sein müssen

** Sofern Mitarbeitende aus diesem Bereich mit entsprechenden fachlichen Kompetenzen anteilig Tätigkeiten im Bereich der Behandlungsgruppe Klinische Psychologie erbringen, sind diese dem Stellenanteil des Psychologischen Bereichs zuzuordnen.

- Die RE-Partner haben konkretisierende Vorgaben definiert bzgl.
- des pädagogischen Bereichs für Kinder von:
 - 0 – 3 Jahren und für
 - ab 3 Jahre sowie
- im Bereich der med. Vorsorge einen Anteil von mind. 50% examinierter Pflegefachkräfte

2. Versorgungsvertrag

Personalkorridore

Kapitel 2.4.3 - Personalkorridore

- Abs. 5: In einzelnen, zu begründenden Ausnahmefällen können die Vertragspartner abweichende Korridore festlegen, wenn das einrichtungsspezifische Behandlungskonzept für bedarfs-/leistungsgerechte, wirtschaftliche Versorgung notwendig ist
- Bedingung zu Abs. 5: Vereinbarung verbindliche Personalkorridore als Anlage zum Versorgungsvertrag

2. Versorgungsvertrag

Personalkorridore

Kapitel 2.4.3 - Personalkorridore

- Getrennte Darstellung der Personalkorridore für die ambulante, mobile und stationäre Rehabilitation

1	Ambulante Rehabilitation (§ 40 Absatz 1 SGB V)	5
1.1	Ambulante Orthopädie	5
1.2	Ambulante Kardiologie	5
1.3	Ambulante Pneumologie	6
1.4	Ambulante Psychosomatik	6
1.5	Ambulante Onkologie	7
1.6	Ambulante Neurologie	7
1.7	Ambulante Geriatrie	8
1.8	Mobile Geriatrie	8
2	Stationäre Rehabilitation (§ 40 Absatz 1 SGB V)	9
2.1	Stationäre Orthopädie	9
2.2	Stationäre Kardiologie	9
2.3	Stationäre Neurologie Phase D	10
2.4	Stationäre Neurologie Phase C	10
2.5	Stationäre Pneumologie	11
2.6	Stationäre Gastroenterologie (Stoffwechselerkrankungen/Nephrologie)	11
2.7	Stationäre Psychosomatik	12
2.8	Stationäre Onkologie	12
2.9	Stationäre Geriatrie	13
2.10	Stationäre Dermatologie	13
3	Kinder- und Jugendrehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V)	14
3.1	Kinder- und Jugendrehabilitation / Somatik	14
3.2	Kinder- und Jugendrehabilitation / Psychosomatik	15
4	Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (§§ 24, 41 SGB V)	16

- Die Personalkorridore sind den Versorgungsverträgen und den Vergütungsvereinbarungen zu Grunde zu legen.
- Die personelle Besetzung der Einrichtung muss die Umsetzung des Vorsorge- und Rehabilitationskonzeptes gewährleisten.
- Keine Vereinbarung bisher für die Neurologie Phase C
- Die Vertragspartner auf Bundesebene werden in den nächsten drei Jahren Personalkorridore für die Phase C definieren

2. Versorgungsvertrag

Personalkorridore

Kapitel 2.4.3 - Personalkorridore

- Abs. 3 regelt zudem: Davon ausgehend konkretisieren die Vertragspartner die Personalkorridore durch Verständigung auf das Vorsorge- und Rehabilitationskonzept.

- ➔ keine Ermessensregelung
- ➔ Personalkorridore der RE-REHA sind eine generalistische „Vorgabe“.
- ➔ Individuelle Überprüfung der Korridore auf spezifische Einrichtungssituation, insb. bei „großen“ Korridoren

d.h., es gibt zwei Zeitpunkte:

1. **Einseitige** Meldung der geplanten Personalausstattung seitens der Rehaeinrichtung im Rehakonzept (siehe 2.1 Abs. 4, Nr. II. b.) und
2. **Beidseitige** Konkretisierung der Personalkorridore bei Abschluss des Versorgungsvertrages.

2. Versorgungsvertrag

Personalkorridore

2.4.3 Personalkorridore

- Getrennte Darstellung der Personalkorridore für die ambulante, mobile und stationäre Rehabilitation

1	Ambulante Rehabilitation (§ 40 Absatz 1 SGB V)	5
1.1	Ambulante Orthopädie	5
1.2	Ambulante Kardiologie	5
1.3	Ambulante Pneumologie	6
1.4	Ambulante Psychosomatik	6
1.5	Ambulante Onkologie	7
1.6	Ambulante Neurologie	7
1.7	Ambulante Geriatrie	8
1.8	Möbde Geriatrie	8
2	Stationäre Rehabilitation (§ 40 Absatz 1 SGB V)	9
2.1	Stationäre Orthopädie	9
2.2	Stationäre Kardiologie	9
2.3	Stationäre Neurologie Phase D	10
2.4	Stationäre Neurologie Phase C	10
2.5	Stationäre Pneumologie	11
2.6	Stationäre Gastroenterologie (Stoffwechselerkrankungen/nephrologie)	11
2.7	Stationäre Psychosomatik	12
2.8	Stationäre Onkologie	12
2.9	Stationäre Geriatrie	13
2.10	Stationäre Dermatologie	13
3	Kinder- und Jugendrehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V)	14
3.1	Kinder- und Jugendrehabilitation / Somatik	14
3.2	Kinder- und Jugendrehabilitation / Psychosomatik	15
4	Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (§§ 24, 41 SGB V)	16

26 01.07.2025 Informationsveranstaltung BRE IPReG



- Die Personalkorridore sind den Versorgungsverträgen und den Vergütungsvereinbarungen zu Grunde zu legen.
- Die personelle Besetzung der Einrichtung muss die Umsetzung des Vorsorge- und Rehabilitationskonzeptes gewährleisten.
- Keine Vereinbarung bisher für die Neurologie Phase C
- Die Vertragspartner auf Bundesebene werden in den nächsten drei Jahren Personalkorridore für die Phase C definieren

- ➔ Die RE-Reha gibt dabei keine weitergehenden formalen Vorgaben, wie eine solche Konkretisierung vorzunehmen ist.

2. Versorgungsvertrag

Personalkorridore

Kapitel 2.4.4 – Umgang mit versorgungsrelevanten Personalausfällen

I. Personalengpässe oder –ausfälle **innerhalb** des Korridors

Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung hat durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Durchführung der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nicht beeinträchtigt wird.

II. Personalengpässe oder –ausfälle und **Unterschreitung** des Korridors

a. Fehlende **arbeitsvertragliche** Personalkapazitäten

Unaufgeforderte und unverzügliche Information an die LV der GKV NDS

b. Fehlende **tatsächliche** Personalkapazitäten

Sofern erkennbar ist, dass Personalkapazitäten langfristig nicht verfügbar sind bzw. nicht kompensiert werden können, spätestens nach 6 Wochen, Meldung an LV der GKV NDS

→ **Meldung per Mail an den Mailverteiler der Landesverbände der GKV NDS**

→ Folge: Gemeinsame Gespräche, um geeignete Maßnahmen abzustimmen, die die Durchführung sicherstellen.

2. Versorgungsvertrag

Nachweisverfahren

Kapitel 2.8.1 - Personalstatistik

a) Personalstatistik:

- 3x p.a. innerhalb von 4 Wochen zum 01.02., 01.06. und 01.10. und
- Vor Abschluss oder Änderung des Versorgungsvertrages
- indikationsbezogene Angaben zu Vollkräften (VK) als Soll-VK, tatsächlichen VK, zur Gesamtbeschäftigtenzahl der Fachabteilung sowie zu dem Anteil der Fremdbeschäftigten
- Bezugsgröße sind die mit der GKV (im Versorgungsvertrag) vereinbarten Betten / Plätze
- Der Nachweis ist in maschinell verwertbarer Form vorzunehmen

b) Personalstatistik (Absatz 6):

- Zusätzlich werden jährlich bis zu 10 % der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen je Bundesland Meldungen auf der Grundlage der Personalstatistik nach Anlage 3.2 abgeben
- Die Auswahl der meldepflichtigen Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen erfolgt über die Landesverbände
- frühestens nach Ablauf von drei Jahren erneute Lieferung
- Anlassbezogene Prüfungen bleiben davon unberührt

→ Die Personalstatistik ist das Nachweisverfahren für das in Kapitel 2.4 beschriebene Vorsorge- und Rehabilitationsteam

→ **Meldung per Mail an den Mailverteiler der Landesverbände der GKV NDS im Excelformat**



Microsoft
Excel-Arbeitsblatt

→ **Meldung per Mail an den Mailverteiler der Landesverbände der GKV NDS im Excel-Format**



Microsoft
Excel-Arbeitsblatt

→ **Ausfüllanleitungen nach Anlage 3.1.1 und 3.2.1**



Adobe
Acrobat-Dokumen



Adobe
Acrobat-Dokumen

2. Versorgungsvertrag

Nachweisverfahren

Kapitel 2.8.2 - Belegungsstatistik

Belegungsstatistik:

- 1x p.a. innerhalb von 4 Wochen zum 01.02.
- Für den Zeitraum 01.01. – 31.12. des Vorjahres
- Indikationsbezogene Darstellung
- U.a. Angabe der Abrechnungstage
- Der Nachweis ist in maschinell verwertbarer Form vorzunehmen

➔ **Meldung per Mail an den Mailverteiler der Landesverbände der GKV NDS im Excel-Format**



Microsoft
Excel-Arbeitsblatt

➔ **Ausfüllanleitungen nach Anlage 4**



Adobe
Acrobat-Dokumen

2. Versorgungsvertrag

Nachweisverfahren

Kapitel 2.8.3 – Nachweis über erbrachte Leistungen

Nachweis über erbrachte Leistungen:

- 1x p.a. innerhalb von 4 Wochen zum 01.02.
- Für den Zeitraum 01.01. – 31.12. des Vorjahres
- Voraussetzung: im Versorgungsvertrag sind mindestens fünf GKV-Betten bzw. GKV-Therapieplätze vereinbart
- Implausibilitäten sind mit den Einrichtungen zu erörtern
- Der Nachweis ist nicht für die Ableitung qualitativer Aspekte oder vertraglicher Konsequenzen geeignet
- Der Nachweis ist in maschinell verwertbarer Form vorzunehmen

Für alle drei Nachweise aus den Kapiteln 2.8.1 – 2.8.3 gilt:

Weitergabe der Daten an Dritte nur mit Zustimmung der

Einrichtung. Eine Weitergabe innerhalb der Vertragspartner des Versorgungsvertrages oder der Vergütungsvereinbarungen ist ohne Zustimmung der Einrichtung möglich.

→ **Meldung per Mail an den Mailverteiler der Landesverbände der GKV NDS im Excel-Format**



Microsoft
Excel-Arbeitsblatt

→ **Ausfüllanleitungen nach Anlage 5**



Adobe
Acrobat-Dokumen

2. Versorgungsvertrag

Aufnahme- und Durchführung

Kapitel 2.9 - Aufnahme und Durchführung

Die Aufnahme des Rehabilitanden kann erst erfolgen, wenn der Einrichtung die Kostenübernahmeerklärung der zuständigen Krankenkasse vorliegt

Kapitel 2.9.2 - Verlängerung

- Die Einrichtung beantragt rechtzeitig, spätestens fünf Arbeitstage (Werktage außer Samstag) vor Ablauf der Kostenübernahme bzw. des Bewilligungszeitraums schriftlich die Verlängerung.
- Die Krankenkasse entscheidet schnellstmöglich über den Verlängerungsantrag. Wurde der Antrag von der Rehabilitationseinrichtung innerhalb der genannten Frist an die Krankenkasse übermittelt, unterrichtet die Krankenkasse die Einrichtung spätestens zwei Arbeitstage vor Ablauf des laufenden Bewilligungszeitraums über die Entscheidung zum Verlängerungsantrag.

2. Versorgungsvertrag

Änderung zur Struktur der Einrichtung oder der Trägerschaft

Kapitel 2.12 - Änderung zur Struktur der Einrichtung oder Trägerschaft

- Sind vertragsrelevante Änderungen des Betriebes konkret vorgesehen, sind diese den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich mitzuteilen, um eine Neuausfertigung oder Änderung des Versorgungsvertrages abzustimmen
- Abstimmung der Vertragspartner im Einzelfall, ob eine Neuausfertigung oder Änderung des Versorgungsvertrages notwendig ist
- die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung hat unverzüglich über die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens durch das Insolvenzgericht zu informieren.

➔ Wesentliche Änderungen sind insbesondere:

1. Änderung des Standortes,
2. Wechsel des Betreibers bzw. Trägers,
3. Änderung der Bettenzahl bzw. Anzahl der Therapieplätze,
4. Änderung oder Ergänzung des Leistungsangebotes (z. B. Wegfall oder Hinzunahme von Indikationen),
5. Personalwechsel (in zulassungsrelevanten Leitungsfunktionen).

2. Versorgungsvertrag

Qualität

Kapitel 2.13 - Qualität

- Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung ist verpflichtet, sich an Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung zu beteiligen (§ 135a Abs. 2 Nr. 1 SGB V).
 - Wenn ambulante und stationäre Einrichtungen bzw. Fachabteilungen von den gesetzlichen Krankenkassen hauptbelegt werden, haben sie sich nachweislich am QS-Reha®-Verfahren zu beteiligen (§ 137d SGB V i. V. m. § 37 SGB IX).
 - Zusätzlich sind die Einrichtungen nach § 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen
- siehe Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes und der Träger der DRV vertreten durch die Deutsche Rentenversicherung Bund über die weitere Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation vom Oktober 2013

2. Versorgungsvertrag

Begehungen

Kapitel 2.14 - Begehungen

- (1) Unabhängig vom QS-Reha®-Verfahren werden anlassbezogen und im Sinne eines kooperativen Austauschs Gespräche zwischen den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie den Landesverbänden der Krankenkasse und den Ersatzkassen im Rahmen einer Begehung durchgeführt. Diese dienen dem Ziel einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung und können insbesondere folgende Sachverhalte umfassen:
1. Antrag auf Abschluss oder Änderung des Versorgungsvertrages und
 2. wiederholte wesentliche Beschwerden von Versicherten.
- (2) Für die Begehung werden der Grund und der Prüfgegenstand mitgeteilt und gemeinschaftlich ein Termin vereinbart. In begründeten Ausnahmefällen kann eine Begehung auch ohne vorherige Terminvereinbarung erfolgen. Nach der Begehung wird ein Protokoll abgestimmt.

Regelungen zur Thematik Vergütungsvereinbarung

Christian Bumiller

vdek-Landesvertretung

Allgemeine Regelungen aus der Bundesrahmenempfehlung

Leistungsbezug und Wirtschaftlichkeit Punkt 3.1

Strukturen der Vergütung Punkt 3.2

Vergütungsverhandlungen Punkt 3.3

Nachweise Punkt 3.4

Leistungsbezug und Wirtschaftlichkeit 3.1

Grundlage aus den RE-Reha

Finanzierung der med. Vorsorge- und Reha-Leistungen erfolgt monistisch durch die Krankenkassen

Vergütung auf Basis Versorgungsvertrag - es wird nur das vergütet, was auch im Versorgungsvertrag vereinbart ist

Die Vergütung muss leistungsgerecht und wirtschaftlich sein
– Einrichtungen die Möglichkeit geben, eine ausreichende, zweckmäßige und den Qualitätsanforderungen entsprechende Leistung zu erbringen

Externe Vergleiche sind möglich und zulässig

Leistungen aus Versorgungsvertrag, Betriebskosten und Investitionen sind mit der Vergütung abgedeckt

Erbrachte Leistungen sind direkt mit der Vergütung oder dem Ressourceneinsatz verknüpft

Erst Abschluss Versorgungsvertrag auf Basis RE-Reha dann Vergütung

Prospektive Ermittlung der Entgelte

Kein Selbstkostendeckungsprinzip

Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 2 Abs. 4 SGB V und § 12 SGB V ist von allen Beteiligten zu beachten

Strukturen der Vergütung 3.2

Grundlage aus den RE-Reha

Gegenstand der Vergütung **sollen**

- Personal- und Personalnebenkosten
- Sachkosten unter Einschluss von Investitionen und Kapitalkosten

sein

Gegenstand der Vergütung **kann**

- eventuell angemessener Ausgleich eines Unternehmerrisikos

sein

Einigkeit, das Personal- und Sachkosten unter Berücksichtigung von Investitionen und Kapitalkosten Bestandteil der Vergütung sein können

Strukturen der Vergütung 3.2

Kostenarten

Ausgleich des Unternehmerrisikos

Keine pauschale Berücksichtigung von Wagnis- oder Gewinnzuschlägen

Abhängig von den Umständen des Einzelfalls

Regelung über Auslastungsquote denkbar

Kann-Regelung – ergebnisoffene Verhandlung auf Landesebene

Kein pauschaler prozentualer Ausgleich

Individuelle Prüfung und Begründung nach ständiger Rechtsprechung erforderlich

Keine Refinanzierung eines pauschalen Gewinns

Strukturen der Vergütung 3.2

Tagessätze und Fallpauschalen

Vereinbarung einrichtungsbezogener und indikationsspezifischer Tagessätze

Vergütung nach Therapie- und Leistungseinheiten bei mobiler Rehabilitation weiterhin zulässig

Fallpauschalen sind rechtlich zulässig zur Steigerung der Eigenverantwortung der Einrichtungen und Beitrag zur Minderung des bürokratischen Aufwands

Aber: nur regelbar, wenn beide Seiten dies akzeptieren

Regelungen wie bisher – keine bindenden Vorgaben durch den Gesetzgeber hinsichtlich der Form der Vergütung

Tagessätze

Fallpauschalen

Leistungseinheiten

Zuschläge

Strukturen der Vergütung 3.2

Zuschlag: Kurtaxe

Bisher Bestandteil des Vergütungssatzes - künftig als Zuschlag abrechenbar

Bereinigung bisheriger Tagessatz und prospektiv als Zuschlag vereinbarungsfähig

Die Vergütungsvereinbarung darf mit dem aktuell gültigen Versorgungsvertrag nicht im Widerspruch stehen: Wo und wie sind Kurtaxen bisher geregelt?

Anforderung gilt auch für Medikamente.

Kurtaxen künftig klar geregelt

Abrechnung künftig als Zuschlag

Korrektur der bisherigen Tagessätze erforderlich

Problem: saisonale und kurspezifische Regelungen sind zu berücksichtigen

Mischkalkulation möglich

Entgeltschlüssel nach DTA wird vergeben

Strukturen der Vergütung 3.2

Kosten für Begleitpersonen

Die Aufnahme von medizinisch notwendigen Begleitpersonen muss im Vorsorge- oder Rehabilitationskonzept vorgesehen sein

Vereinbarung einer Vergütung erfolgt dann auf dem Verhandlungsweg

Position LV GKV NDS:

- Orientierung an stationärer Akut-Versorgung
- Keine Unterscheidung zwischen gesunden und behandlungsbedürftigen Begleitpersonen

Strukturen der Vergütung 3.2

Kosten für besonders teure Medikamente

Unaufschiebbare Behandlungen interkurrenter Erkrankungen einschließlich der notwendigen Medikamente sind Bestandteil der rehabilitativen Versorgung und gehören in den Versorgungsauftrag der Reha-Einrichtung

Ausnahme: besonders teure Medikamente

Hier: Bezahlung erfolgt im Erstattungsverfahren nach Prüfung durch die Krankenkasse
Medikamentenkosten übersteigen das 3fache des Tagessatzes

Wirtschaftlichkeitsgebot ist bei der Beschaffung zu beachten

Regelung analog bisheriger Vorgehensweise aber Bezug auf Kosten vs. Tagessatz

Definition von Krankheitsbildern:
Onkologisch-hämatolog. Krankheiten
Rheumatische Erkrankungen
Chron. Darmerkrankungen
HIV-Infektionen
Immunsuppressiva

Teure Medikamente dürfen nicht Bestandteil des Tagessatzes sein (s. Kap. 3.3 Abs. 8)

Position LV GKV NDS:

Anzeige während Reha-Fall vornehmen

Strukturen der Vergütung 3.2

Aufnahme – Entlassung – Verlegung - Unterbrechung

Aufnahme- und Entlassungstag bei § 111 =
1 Abrechnungstag – Vergütung des Aufnahmetages

Bei ambulanter Reha wird jeder Behandlungstag
vergütet

Bei Unterbrechung/ Beurlaubung/ Erkrankungen keine
Vorhaltekosten durch die GKV sondern Abrechnung
analog Aufnahme/Entlassung als 1 Tag

Keine Vergütung bei Verlegung in stat. Einrichtung

Regelungen analog bisheriger
Vorgehensweise bei Aufnahme und
Entlassung

Vermeidung von struktureller
Doppelfinanzierung

Berücksichtigung durch
Auslastungsquote 95 %

Berücksichtigung bei Revision der RE-Reha

Strukturen der Vergütung 3.2

Grundsätze der Verhandlung

Nicht Bestandteil der Vergütung sind:

Fahrkosten

Hilfsmittelversorgung

Dialysebehandlungen

Zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz

Versorgung erfolgt auf dem Verordnungsweg

Fahrkosten für Hol- und Bringdienste können separat vereinbart werden

Leistungen sind Bestandteil zahnärztlicher Versorgung

Vergütungsverhandlungen 3.3

Grundsätze der Verhandlung

Vergütungen sind prospektiv zu vereinbaren

Basis ist der bisher vereinbarte Vergütungssatz

Kostenentwicklung ist Grundlage für eine prozentuale Anpassung

Darlegungs- und Substantiierungslast liegt in vollen Umfang bei der Einrichtung

Mehrstufiges Verhandlungsverfahren - Kaskade

Vergütungen für zukünftigen
Vereinbarungszeitraum

Vorjahresbindung statt Neukalkulation

Keine Basisbereinigung

Transparenz ist notwendig

Aufbau von Verhandlungskaskaden

Vergütungsverhandlungen 3.3

Grundsätze der Verhandlung

Darlegung von Kostenentwicklungen im Bereich von Personal- und Sachkosten durch die Einrichtung

Schriftliche Erläuterung der Vergütungsanpassung

Nachweise können durch die Krankenkasse angefordert werden – und müssen vorgelegt werden

Bei Nichtausreichen der Nachweise: Vorlage indikationsbezogener differenzierter Kostenaufstellungen unter Berücksichtigung der Vorgaben im Versorgungsvertrag - GKV-Betten

Wichtig: Vergleich der prospektiven Kosten mit dem Vereinbarungszeitraum

Einrichtungen sind in der Nachweispflicht

Rechtsverbindliche Erklärung der Einrichtung

Mehrstufige Verhandlungskaskaden

Personal- und Sachkosten differenziert darzustellen

Widerspruch Text RE-Reha zur Kalkulationstabelle der LE

Vergütungsverhandlungen 3.3

Grundsätze der Verhandlung - Verhandlungskaskade

1. Schritt

vereinfachte und pauschale Vergütungsfindung

2. Schritt

Anforderung gezielter Nachweise zu bestimmten Aspekten der Forderung der Einrichtung um die Plausibilität zu überprüfen.

3. Schritt

Vorlage vollständiger, nach festgelegten Kriterien erstellte Kostenaufstellung und Darstellung der Kostenentwicklung

1. Schritt

Vertragsparteien prüfen, ob eine Einigung auf eine angemessene leistungsgerechte Vergütung allein auf Basis der schriftlichen Forderungsbegründung der Einrichtung möglich ist

2. Schritt

Ermöglicht eine differenzierte Betrachtung einzelner Kostenarten, ohne sofort eine umfassende Kostenaufstellung zu verlangen.

3. Schritt

Bewertung der Kostenentwicklung durch die Krankenkasse. Die Kostenentwicklung aus dem Vergleich der dem laufenden Vereinbarungszeitraum zu Grunde liegenden Kosten mit den plausibel dargelegten prospektiven Kosten

ABER

Kalkulationsmatrix ersetzt keine Nachweise sondern dient der Darstellung der Position

Nachweise 3.4

Nachweise sind beispielhaft:

Tarifverträge – Geltung, Auswirkung, Inhalt

Haustarifverträge und Einstufungstabellen mit rechtsverbindlicher Erklärung

%-Anteil der Kostenart an den Gesamtkosten

Pseudon. Personallisten – keine Lohnjournale

Bei Sachkosten ist die Kostenentwicklung in geeigneter Form nachzuweisen

Die Transparenz muss die Einrichtung herstellen

Grundsatz IPreG gilt: Tarifröhne dürfen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden

Kosten für die Nachweise trägt die Einrichtung

Geeignet ist bspw. nicht eine Einzelrechnung sondern die Entwicklung der Kosten in Abhängigkeit des Verbrauchs

Geeignete Belege und Verträge sind vorzulegen

Kalkulationsmatrix ersetzt keine Nachweise

Kurze Pause



Podiumsdiskussion und Beantwortung der Fragen aus dem Plenum

AOK Niedersachsen, Eike Washausen

vdek Landesvertretung Niedersachsen, Christian Bumiller

04. und 09.07.2025

VdPkN, Dr. Hans-Heinrich Aldag

VdPkN, Detlef Bätz

08.07.2025

AG Müttergenesung der LAG FW, Antje Krause

VdPkN, Thomas Bruns

Abschluss der Veranstaltung

Auslegung der RE-Reha der LV der GKV NDS mit Stand
09.07.2025

Zusammenfassung der wesentlichen Aspekte

- Die RE-Reha gilt ab dem 01.07.2025 sofern ein neuer Vertrag bzw. Vereinbarung geschlossen oder angepasst wird
- Bis zur Anpassung oder Neuausstellung gilt der bisherige Vertrag bzw. die bisherige Vereinbarung fort.
- Die Vergütungsvereinbarung folgt dem Versorgungsvertrag und dem Rehakonzept
 - D.h. in der Vergütungsvereinbarung können nur die Sachverhalte berücksichtigt werden, für die keine Anpassung des Versorgungsvertrages notwendig ist, z.B. Verhandlungskaskade
- Für Regelungen, die bisher weder im Versorgungsvertrag noch in der Vergütungsvereinbarung niedergelegt waren, entsteht keine direkte Wirkung der RE-REHA auf die Landesverträge, z.B. Anlagen 2.8.1 – 2.8.3
- Spätester Abschluss der Umsetzung zum 31.12.2029

Wichtige Aspekte aus Sicht der Landesverbände der GKV in Niedersachsen:

- Wir alle gemeinsam sollten im Sinne eines lernenden Systems an die RE-REHA herantreten
- Unklarheiten etc. im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses angehen
- Fortsetzung des „niedersächsischen Weges“ mit Augenmaß und Besprechung auf Augenhöhe

Zielsetzung der Informationsveranstaltungen

1. **Transparenz zu den Inhalten der BRE –**
basierend auf den aktuell vorliegenden Informationen
2. **Harmonisierung des Wissensstandes aller Beteiligten**
3. **Darstellung prozessuale Ausrichtung GKV/MD ab 01.07.2025**
4. **Kanalisation des Prozesses ab 01.07.2025**
5. **Ggf. Identifikation weiterer Auslegungsfragen**



Wir möchten Sie um Ihre unverbindliche Einschätzung bitten.

Wann glauben Sie, beabsichtigen
Sie Ihren **Versorgungsvertrag**
anpassen zu lassen?

- a. In den nächsten 6 Monaten
- b. In 6 bis 12 Monaten
- c. In größer als 12 Monaten
- d. Keine Angabe aktuell möglich

1. Öffnen Sie den Browser Ihres Endgeräts.



2. Geben Sie in die Adresszeile „**tedme.com**“ ein.



3. Am oberen Bildschirmrand finden Sie folgendes Eingabefeld:

Sie möchten an einer Session teilnehmen?

Raumnummer

beitreten

Geben Sie die Raumnummer **Reha** ein und klicken Sie auf „beitreten“.

Reha

beitreten

Quellen

Links zu den Seiten Download Ausfüllanleitungen, Nachweisdokumente etc.

AOK: <https://www.aok.de/gp/reha-vorsorge/rahmenempfehlung-vorsorge-und-rehabilitation>

vdek: <https://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation.html>

GKVS: RS2025/381



Verbände der GKV in Niedersachsen



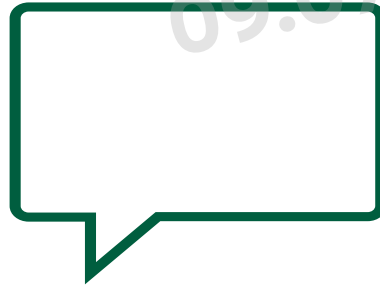
Fragen aus dem Plenum

Auslegung der RE-Reha der LV der GKV NDS mit Stand
09.07.2025

„Wann ist mit der Fertigstellung der Mustermatrix für die Konzepte und der Übermittlung an die Kliniken zu rechnen?“



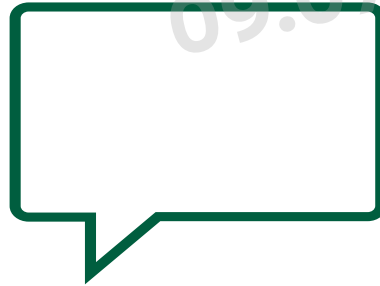
Auslegung der RE-Reha der LV der GKV NDS mit Stand
09.07.2025



„Mit den RE-REHA wird dann nun vollumfänglich ein gegenüber dem REHA-QS-Verfahren der DRV abgegrenztes System geschaffen? Die Ansprüche des RE-REHA grenzt sich in durch GKV/DRV gemeinsam belegte Fachabteilungen deutlich ab. Sprich, Fachabteilungen mit aktueller QS-Führerschaft bei der DRV müssen jetzt an beiden Verfahren teilnehmen, da ansonsten keine transparente Aussage getroffen werden kann?“



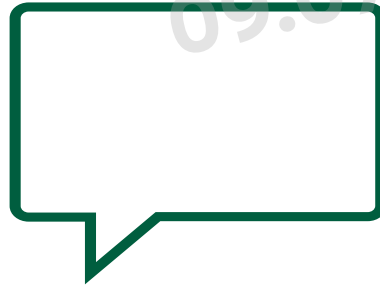
Auslegung der RE-Reha der LV der GKV NDS mit Stand
09.07.2025



„Das QS-Verfahren des Hauptbelegers gilt weiter - Durch die deutlich unterschiedlichen Qualitätsanforderungen an Struktur und Prozesse sind ggf. Nachteile zu befürchten. Wie will man gegenseitig eine transparente Bewertung realisieren?“



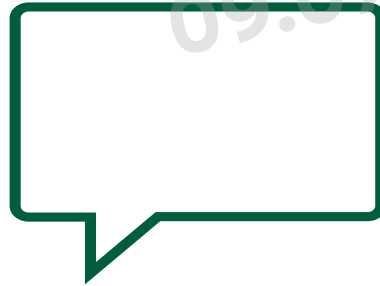
Auslegung der RE-Reha der LV der GKV NDS mit Stand 09.07.2025



„Aktuell wird für die gesamte Einrichtung ein VV die Gesamtbetten ohne Beachtung der Kostenträgerstruktur geschlossen. Sind jetzt konkretere Vereinbarungen/Versorgungsverträge mit zum Beispiel GKV 80/DRV 40 Betten zu schließen? Eine zu hohe Bettenkapazität ist für die Rehaeinrichtung ggf. nachteilig, da sich die Strukturqualitätsanforderungen teilweise zwischen GKV und DRV deutlich unterscheiden.“



Auslegung der RE-Reha der LV der GKV NDS mit Stand 09.07.2025



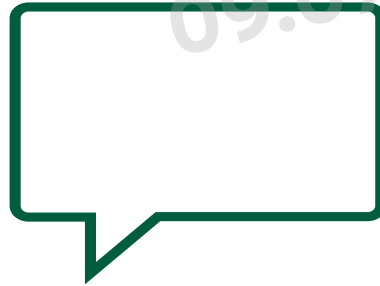
„Wie sind Behandlungselemente zu kodieren. Zum Beispiel im Konzept ist eine immer wiederkehrende textliche Namensnennung irritierend und nicht eindeutig. Soll eine Kodierung in Konzepten ähnlich KTL verwendet werden. Zum Beispiel mittels der im § 301.4 bereits festgelegten Leistungskodierungen im Datenaustausch?“



„Kodierung von Behandlungselementen zum Beispiel entsprechend Katalog des § 301.4-Verfahrens? Im Konzept ist eine immer wiederkehrende Nennung gleicher Titel trotz inhaltlicher Abweichungen irreführend.“



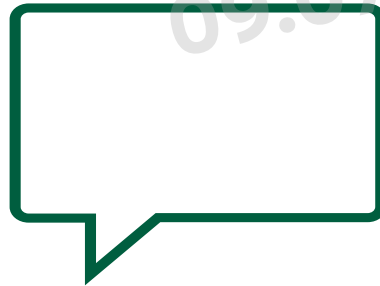
Auslegung der RE-Reha der LV der GKV NDS mit Stand 09.07.2025



„ Nachweis der erbrachten Leistungen: diese werden doch mit den Abrechnungen der Rehaleistungen mit entsprechendem Code im DTA übertragen. Warum nun ein zusätzlicher Nachweis?“



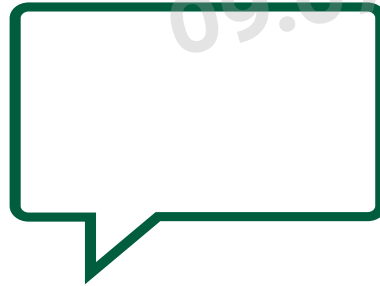
Auslegung der RE-Reha der LV der GKV NDS mit Stand 09.07.2025



„Behandlungselemente sind in der RE-REHA benannt. Umfang (Menge, Dauer etc.) je Patient am Tag/in der Woche sind aber offen und Bestandteil des Konzeptes? Oder gibt es hier Qualitätsanforderungen der GKV? “



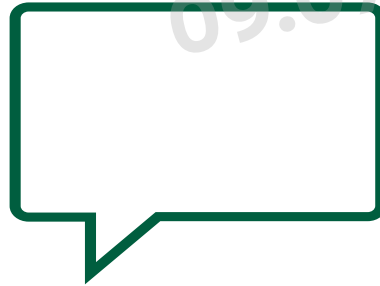
Auslegung der RE-Reha der LV der GKV NDS mit Stand 09.07.2025



„Gibt es eine Vorgabe zur zeitlichen Begrenzung von Beurlaubungen / Unterbrechung?“



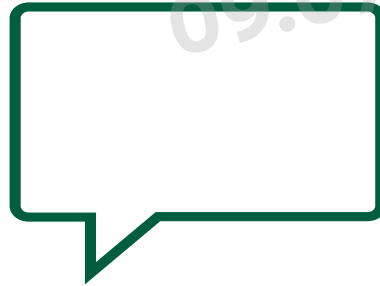
Auslegung der RE-Reha der LV der GKV NDS mit Stand 09.07.2025



„Was passiert, wenn ein Träger keine Bereitschaft zum Abschluss eines neuen Versorgungsvertrages zeigt? Wie lange gilt der bestehende Vertrag weiter?“



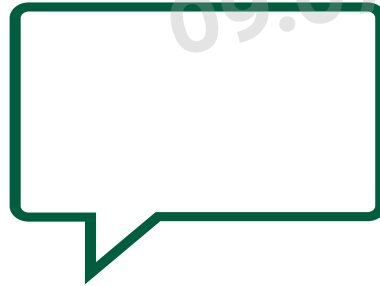
Auslegung der RE-Reha der LV der GKV NDS mit Stand 09.07.2025



„Stichwort externer Vergleich - wie kann eine Einrichtung hinsichtlich der Vergütung verglichen werden mit Einrichtungen, die noch keinen neuen Versorgungsvertrag auf Basis der RE abgeschlossen haben?“



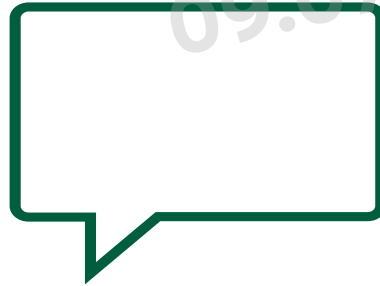
Auslegung der RE-Reha der LV der GKV NDS mit Stand 09.07.2025



„Notwendigkeit neuer Konzepte? Alte Konzepte sind also nichts wert, bisherige Rehaleistungen sind doch wohl auch qualitativ erbracht worden, oder?“



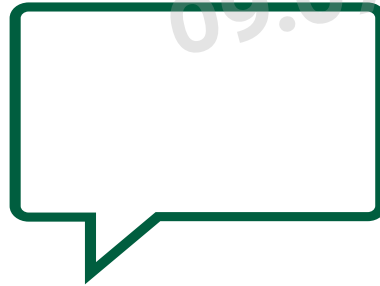
Auslegung der RE-Reha der LV der GKV NDS mit Stand 09.07.2025



„Wie soll die Trennung bei der Personalstatistik bei einer Belegung durch GKV und DRV durchgeführt werden?
Quasi nicht möglich.“



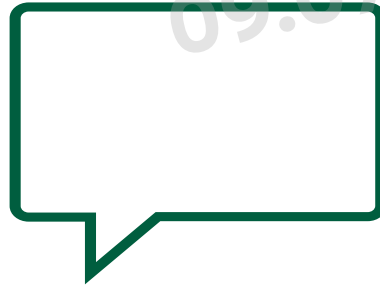
Auslegung der RE-Reha der LV der GKV NDS mit Stand 09.07.2025



„Was passiert mit den abgegebenen Statistikmeldungen
und wo liegt der Mehrwert zu den bereits abzugebenden maschinellen
Meldungen?“



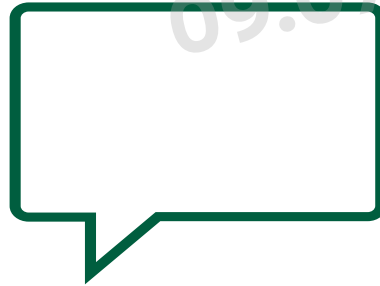
Auslegung der RE-Reha der LV der GKV NDS mit Stand
09.07.2025



„Gibt es demnächst eine GKV-qualitätsorientierte Rehabilitanden-
Zuweisung?“



Auslegung der RE-Reha der LV der GKV NDS mit Stand
09.07.2025



„Erhalten die Einrichtungen auch Einsicht in den externen Vergleich der Vergütungssätze?“



Auslegung der RE-Reha der LV der GKV NDS mit Stand 09.07.2025

