

# Was bedeuten die Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation (RE-REHA) für die mobile Rehabilitation

Dr. Rudolf Siegert



# Gliederung

- Historie
- Was war in der MoRe bereits vorher „anders/besonders“
- Was regeln die RE-REHA (wesentliches)
- Was bleibt gleich, was ändert sich
- Divergente Vorstellungen zur Umsetzung der RE-REHA
- „Alles für die Katz“?



# Der vorherige Rechtsrahmen

- Gemeinsame Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur mobilen Rehabilitation vom 01.06.2021 (lösten die Rahmenempfehlung mobile geriatrische Rehabilitation vom 01.05.2007 ab)
- BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation , 01.03.2021
- Rahmenempfehlungen des GKV-SV zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation , aktuell 02.01.2018
- Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation des GKV-SV und des MDS vom 11.11.2023
- Rehabilitations-Richtlinie des G-BA, Version 15.05.2025
- Umsetzungshinweise zur mobilen geriatrischen Rehabilitation des GKV-SV vom 10.05.2010



# Was war in der MoRe „besonders“

- Exklusivitätsvorbehalt (oder auch Notlösung)
- Bis 2021 sehr restriktive Zugangsregelungen
- Regelungen zur Personalbemessung mit Anhaltszahlen
- Beobachtung der Leistungsentwicklung durch Meldung von Prozess- und Strukturdaten an das Kompetenzzentrum Geriatrie (KCG) : Die „gläserne mobile Rehabilitation“
- Nach ca. 20 Jahren wenig umgesetzt (aktuell 27 Städte)
- Vergleich ca. 350 – 400 SAPV-Teams, ca. 64 MZEB



# Verhandlung RE-REHA - viel Arbeit

- RE-REHA gelten für ca. 2.100 Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit ca. 3.700 Indikationen, alles in einem Werk
- Über 4 Jahre, 50 AG-Sitzungen, 13 Plenumsitzungen
- GKV-SV und Kassenverbände auf Bundesebene unterstützt durch Med. Dienst, 14 Leistungserbringer-Verbände (LEV)!
- Öffentlich-rechtlicher Vertrag
- Viele Einigungen im Verhandlungsprozess und auch noch in der mündlichen Verhandlung
- Und viel verbleibender Dissens (2 Tage Schiedsstellenverhandlung)



# Ein umfangreiches Werk

- Rahmenempfehlungstext (31 S.)
- Indikationsspezifische Leistungsbeschreibungen (je 29-96 S.)
- Personalkorridore (16 S.)
- Reguläre Personalstatistik mit Ausfüllanleitung
- Besondere Personalstatistik (10%) mit Ausfüllanleitung
- Belegungsstatistik mit Ausfüllanleitung
- Nachweis der erbrachten Leistungen mit Ausfüllanleitung
- Kalkulationsmatrix
- Schiedsspruch vom 28.03.25 (netto 34 S.)



# Grundsätzliches

- Erstmals bundeseinheitliche Regelungen zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen und Grundsätze der leistungsgerechten Vergütung in Vorsorge und Rehabilitation
- Einheitliche Anforderungen an diverse Nachweisverfahren (Personal, Belegung, Leistungsmengen und Nachweis der Zahlung tarifvertraglicher Vergütung)
- Sind den Versorgungs- und Vergütungsverträgen zugrunde zu legen!
- Gehen allen anderen Vereinbarungen und Dokumenten auf Bundes- oder Landesebene vor
- Diese behalten weiterhin ihre Geltung, soweit sie keine abweichenden Regelungen enthalten (GE MoRe gelten weiter)
- Fußnote: Regelungen zur ambulanten Leistungsform schließen die mobile Leistungsform ein. Dies gilt nicht, wenn oder soweit hierfür explizit unterschiedliche Festlegungen in den Rahmenempfehlungen getroffen werden.



# Versorgungsvertrag

## Rehabilitationskonzept

- ... ist Grundlage für den Abschluss eines Versorgungsvertrages und wird diesem als Anlage beigefügt.
- ... wird Bestandteil des Versorgungsvertrages und gilt zwischen den Vertragspartnern als vereinbart.
- ... ist regelmäßig zu überprüfen und bei Bedarf zu aktualisieren. Alle wesentlichen Änderungen oder Anpassungen sind den vertragschließenden Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich mitzuteilen, um gemeinsam ggf. eine Neuausfertigung oder Änderung des Versorgungsvertrages zu prüfen.



# Behandlungselemente

Deziierte indikations- und zielgruppenspezifische Beschreibung (im Sinne von Mindestanforderungen) von Inhalten, Leistungsart, Therapiezielen, Empfehlungen zur Dauer und Frequenz sowie Angabe der Berufsgruppen (z.B. Physiotherapie einzeln, im Bewegungsbad, in der Gruppe usw.).

In der Leistungsbeschreibung 1e-Geriatrie sind zu allen Leistungen Spezifika der MoRe angeführt.

Es können auch digitale Gesundheitsanwendungen im Sinne von § 33a SGB V ergänzend zum Einsatz kommen (Digas).

Außerdem können ggf. unter Berücksichtigung praktischer Erfahrungen und wissenschaftlicher Evidenz z.B. aus Modellprojekten auch andere digitale Formate unter therapeutischer Anleitung genutzt werden. Die Einzelheiten ergeben sich aus dem Konzept (Perspektive Telerehabilitation).



# Rehabilitationsteam

- Entspricht in etwa GE MoRe (sieh auch Folie 19, Personalkosten)
- Die leitende Ärztin oder der leitende Arzt oder deren Stellvertretung muss den überwiegenden Anteil der Therapie- bzw. Behandlungszeiten in der Einrichtung präsent sein. In der mobilen Rehabilitation bedeutet dies entsprechend, für die Einrichtung im Einsatz und somit unmittelbar verfügbar zu sein.



# Personalkorridore

- Für die MoRe kein Neuland, sind jetzt teilweise weiter gespreizt
- Auf Landesebene den Versorgungsverträgen sowie Vergütungsvereinbarungen zu Grunde zu legen.
- Werden durch die Vertragspartner durch Verständigung auf das Vorsorge- und Rehabilitationskonzept konkretisiert (als Korridor)
- In einzelnen zu begründenden Ausnahmefällen abweichende Korridore möglich. Müssen dann vereinbart werden.
- Neben den genannten Bereichen gibt es weitere Beschäftigtengruppen, die für die dauerhafte Aufrechterhaltung des Betriebs der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen notwendig sind (zum Beispiel Verwaltung, Küche).



# Personalkorridore MoGeRe

Bereich	Personalkorridor: Verhältnis Beschäftigte/Beschäftigter zu Patientin/Patient in Bezug auf Therapieplätze lt. Versorgungsvertrag
Ärztlicher Bereich	1 : 20 – 1 : 28
Psychologischer Bereich	1 : 40 – 1 : 100
Pflege	1 : 15 – 1 : 40
Logopädie (fehlt noch in finaler Version)	1 : 20 – 1 : 50
Physiotherapie	1 : 10 – 1 : 20
Physikalische Therapie	1 : 0 – 1 : 50
Sporttherapie	1 : 0 – 1 : 100
Ergotherapie	1 : 10 – 1 : 20
Ernährungsberatung	1 : 80 - 1 : 150
Sozialberatung	1 : 30 – 1 : 80



# Personalausfälle

Innerhalb des Korridors: sicherstellen, dass die Durchführung der medizinischen  
Vorsorge und Rehabilitation nicht beeinträchtigt wird.

Überschreiten des Personalkorridors aufgrund von fehlenden Arbeitsverträgen:  
unaufgefordert und unverzüglich informieren

.....aus anderen Gründen: wenn(z. B. Langzeit-Arbeitsunfähigkeit) die erforderlichen  
Personalkapazitäten tatsächlich langfristig nicht verfügbar sind und diese Ausfälle  
nicht kompensiert werden, ist schnellstmöglich - spätestens nach 6 Wochen - eine  
Meldung erforderlich

In beiden Konstellationen führen die Vertragspartner bei Bedarf diesbezüglich  
Gespräche, um geeignete Maßnahmen abzustimmen, die eine Durchführung der  
medizinischen Vorsorge/Rehabilitation sicherstellen



# Outsourcing / Kooperationen

- Das vollständige oder teilweise Outsourcing des Personals z. B. im Rahmen einer Personalverlagerung in eine Tochter- oder Servicegesellschaft ist zulässig.
- Einzelne Personalstellen können über Kooperationen abgedeckt werden. Im Bereich der ärztlichen Leitung gilt dies nur, wenn die im Kapitel 2.4.2 genannten Voraussetzungen, insbesondere auch die überwiegende Präsenz während der Therapie- und Behandlungszeiten, sichergestellt sind.
- Sofern einzelne Leistungen durch Kooperationspartner oder im Rahmen des Outsourcing erbracht werden, ist vertraglich sicherzustellen, dass personelle Kontinuität innerhalb des Behandlungsteams sowie die fachliche Weisungsbefugnis gegenüber den outgesourcten Kräften bzw. den Kooperationskräften und umgekehrt bestehen.



# Nachweisverfahren

Jetzt bundeseinheitliche Regelung

- zum 01.02., 01.06. und 01.10. Personalstatistik (VK-Zahlen)
- einmal jährlich zum 01.02. Belegungsstatistik des Vorjahres
- Nachweis der erbrachten therapeutischen Leistungen für das vorangegangene Kalenderjahr
- Alle 3 Nachweisverfahren bis 31.12.2028 erfüllt durch Teilnahme an KCG Basisdokumentation
- Zusätzlich melden jährlich bis zu 10 % der Einrichtungen in einem Jahr je Bundesland pseudonymisierte Angaben zu allen Beschäftigten unterteilt nach Eigen- und Fremdpersonal, deren Qualifikation, jeweilige individuelle Soll-Wochenarbeitszeit und deren Beschäftigungszeitraum. Auswahl erfolgt über die GKV.



# Qualität

- Ein einrichtungsinternes QM-System ist vorzuhalten und durchzuführen (QM-Handbuch etc.)
- Fort- und Weiterbildungskonzept für alle Professionen. Pro Profession (ärztlicher Dienst, therapeutisches Team, Pflegedienst) mindestens eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter jährlich in einer Fort- oder Weiterbildung.
- Die Teilnahme an der extern-vergleichenden Qualitätssicherung (QS-Reha) ist aktuell (aufgrund der Anzahl der Einrichtungen) nicht vorgesehen, aber in den RE-REHA vorgeschrieben
- Basisdokumentation des Kompetenzzentrums Geriatrie (KCG) HH ist kein Instrument des QM oder QS, aber sehr aussagefähige „Beobachtung“ der Leistungsentwicklung der MoRe-Einrichtungen. Endet 2028



# Vergütungsvereinbarung

- Sie bezieht sich auf die im Versorgungsvertrag niedergelegten Leistungen
- Die Vergütung muss leistungsgerecht sein und die Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung in die Lage versetzen, eine ausreichende, zweckmäßige und den Qualitätsanforderungen entsprechende Leistung zu erbringen.
- Ein Vergleich mit den Vergütungen anderer vergleichbarer Einrichtungen ist zulässig
- Vergleichsparameter müssen klar benannt werden, d.h. (aus Sicht der LEV)
- Rehabilitationskonzepte vergleichbar?
- Strukturen identisch?
- Rahmenbedingungen vergleichbar? ( Bundesland, regionale Verortung, Größe der Einrichtung
- Gehaltsstrukturen vergleichbar?
- Klientel vergleichbar?
- Zugangsvoraussetzungen vergleichbar?
- Bezug der Vergütungssätze auf die gleichen Zeiträume



# Strukturen der Vergütung

Insbesondere

- die Personal- und Personalnebenkosten,
- die Sachkosten unter Einschluss der betrieblichen Investitionskosten und Kapitalkosten
- evtl. ein angemessener Ausgleich des Unternehmerrisikos
- Fahrtkosten sind in der stationären und ambulanten Rehabilitation – mit Ausnahme der mobilen Rehabilitation – kein Bestandteil der Vergütung. Im gesetzlichen Rahmen können die Einrichtungen mit den Krankenkassen Vereinbarungen zur An- und Abreise schließen.

Vergütungsformen:

- Indikationsspezifische Tagessätze und/oder
- Fallpauschalen
- ggfls. mit Zuschlägen (z. B. Kurtaxe)
- Ausschließlich in der mobilen Rehabilitation kann auch nach Therapie- bzw. Leistungseinheiten vergütet werden.



# Personalkosten

Für die Kostenart der Personal- und Personalnebenkosten ist eine Differenzierung mindestens nach folgenden Berufsgruppen unter Angabe der zugrunde liegenden Vollkräfte (VK) erforderlich (angepasst an MoRe):

- Ärztlicher Bereich
- (Neuro-)Psychologischer Bereich
- Pflegerischer Bereich
- Physiotherapie
- Physikalische Therapie
- Sporttherapie
- Ergotherapie
- Logopädie
- Ernährungsberatung
- Sozialberatung
- Verwaltung
- Wirtschafts- und Versorgungsdienst
- Technischer Dienst



# Sach- und Investitionskosten

Für die Kostenart der Sach- und Investitionskosten ist eine Differenzierung nach folgenden Kostenpositionen erforderlich:

- Kosten für fremdbezogenes Personal
- Konsiliarleistungen
- Wasser Energie, Brennstoffe
- Wirtschaftsbedarf
- Verwaltungsbedarf
- Steuern, Abgaben, Versicherungen
- Miet- und Pachtkosten
- Instandhaltungskosten
- Abschreibungen
- Zinsen und ähnliche Aufwendungen

Diese Aufzählung ist nicht abschließend und kann individuell angepasst werden.



# Kalkulation / Geltungsdauer

Kalkulationsschema:

Die Darstellung der Positionen für die Verhandlung erfolgt auf Basis des Kalkulationsschemas (Anlage 6)

RE-Text (Entwurf GKV) und Kalkulationsschema (Entwurf LEV) sind nicht deckungsgleich. Das war beim Schiedsspruch bekannt. Im Nachgang konnte eine Harmonisierung unter den RE-Partnern nicht erreicht werden

Verzögerte Vergütungsverhandlungen:

Bis zum Abschluss der Verhandlungen für eine neue Vergütungsvereinbarung gelten die bisher bestehenden Vergütungssätze unverändert fort. Die neue Vergütungsvereinbarung soll ab Wirksamkeit der Kündigung gelten. Die Vereinbarungspartner können einen davon abweichenden Termin der Wirksamkeit festlegen



# Vertragsverstöße

Im Entwurf noch Kapitel 4

Vollkommen herausgenommen

Bisher war es gängige Praxis, in den Versorgungsverträgen Vertragsverstöße nur einseitig für die Leistungserbringer zu definieren. Dies widerspricht dem bürgerlichen Recht. Ein Vertrag ist eine zweiseitige Vereinbarung, die auch von beiden Seiten verletzt werden kann.

„Es gibt durch die RE-REHA also keine Grundlage, in den Versorgungsverträgen einseitige Vertragsverstöße festzulegen. Die Regelungen des bürgerlichen Rechtes sind ausreichend anwendbar.“ Zukünftige Umsetzung??



# Inkrafttreten/Übergangsregelungen

Bestehende Versorgungsverträge behalten ihre Gültigkeit und werden entsprechend der Übergangsvorschriften an die Rahmenempfehlungen angepasst. Die Regelungen der RE-REHA gelten also erst ab Anpassung des Versorgungsvertrages!!

Beratungen zur Überprüfung der Versorgungsverträge sind innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Rahmenempfehlungen aufzunehmen. Die Vertragsparteien bestimmen gemeinsam den Zeitpunkt des Beginns der Verhandlungen. Nach Aufnahme der Beratungen sollen diese innerhalb von 18 Monaten abgeschlossen sein. Es sind dann noch Übergangsbestimmungen für einen Zeitraum von bis zu 18 Monaten möglich.



# Was bleibt gleich, was ändert sich?

- Verbindliche Regeln (öffentlich-rechtlicher Vertrag) zu Versorgungsverträgen (Art, Umfang und Qualität der Leistung) und Vergütungsvereinbarungen
- Die GE MoRe empfahlen schon einiges, Regelungen zur Vergütung gab es aber nicht
- Verbindliche Regeln zu Nachweisverfahren
- Spezifika der MoRe berücksichtigt (z.B. Fahrtkosten, Leistungsbeschreibung)
- Outsourcing und Kooperation sind geklärt
- Über 60 % noch keine konkreten Pläne oder Kontakte zur Anpassung
- Regelmäßiger Austausch einiger Verbände mit ihren Einrichtungen
- FAQ-Listen auf beiden Seiten
- Wenig bis kein Austausch zwischen der GKV und LEV-Seite zu den Umsetzungsschritten



# Divergente Sichtweisen LEV und GKV

- Musterversorgungsverträge
- Checklisten
- Bayern Mittelwerte als Mindestpersonalbesetzung
- LEV fordern für alle Einrichtungen eine neue „Erstvergütung“, kalkuliert auf der Basis der RE-REHA



# „Alles für die Katz?“

## GKV Beitragsstabilisierungsgesetz

- Verabschiedung noch vor der Sommerpause geplant
- Vollständige Re-Finanzierung von Tariflöhnen wird gestrichen
- Vergütungssteigerung nur i.H. der Grundlohnsummenentwicklung (2027 -2029 -1%)
- RE-REHA regeln jedoch neue Qualitäts-, Struktur- und Personalvorgaben, die refinanziert werden müssen. Bisher haben nur 15% mit Verhandlungen begonnen, das bedeutet: Begrenzung der Vergütungssteigerung auf der Basis alter Vergütung hebelt die RE-REHA aus
- Regelungen zur Tarif-Refinanzierung sind in RE-REHA enthalten, also Anpassung RE-REHA oder sogar Kündigung?
- Die Absicht des PNOG, durch Prävention und Rehabilitation Pflegebedürftigkeit zu verhindern... wird konterkariert



# Was bedeuten die Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation (RE-REHA) für die mobile Rehabilitation

- Ein höheres Maß an Rechtssicherheit im Vergleich zu den GE MoRe
- Stärkung einer gleichberechtigten Verhandlungsposition?
- Erstmals Regeln zur Vergütungsverhandlung
  
- Wir werden sehen, wie die Umsetzung vor Ort erfolgt
- Wir werden sehen, ob nicht alles für die Katz war
  
- Herzlichen Dank fürs Zuhören

