

Info-Reihe GKV-IPReG

Modul 4: Vergütung und Vergütungsverhandlungen

Erstellt von BV Geriatrie, DEGE MED, BamR

Modul 1 - Grundlagen, Struktur, Leistungen

Termin: 28.08., 10.00 – 12.00 Uhr

Modul 2 - Personalkennzahlen und deren Nachweise

Termin: 02.09., 10.00 – 12.00 Uhr

Modul 3 - Nachweisverfahren und Umsetzung in Excel

Termin: 09.09., 10.00 – 12.00 Uhr

Modul 4 - Vergütung und Vergütungsverhandlung

Termin: 16.09., 10.00 – 12.00 Uhr

Modul 1 - Grundlagen, Struktur, Leistungen

Termin: 28.08., 10.00 – 12.00 Uhr

Modul 2 - Personalkennzahlen und deren Nachweise

Termin: 02.09., 10.00 – 12.00 Uhr

Modul 3 - Nachweisverfahren und Umsetzung in Excel

Termin: 09.09., 10.00 – 12.00 Uhr

Modul 4 - Vergütung und Vergütungsverhandlung

Termin: 16.09., 10.00 – 12.00 Uhr

- Grundsätze
- Einrichtungsvergleiche
- Verhandlungsverfahren
- Kalkulationsmatrix

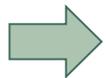
3. Regelungen zur Vergütungsvereinbarung

3.1 Leistungsbezug und Wirtschaftlichkeit

3.2 Strukturen der Vergütung

3.3 Vergütungsverhandlungen

3.4 Nachweise im Bereich der Vergütung einschließlich des Nachweisverfahrens nach §§ 111 Abs. 5 Satz 4, 111a Abs. 1 Satz 2 sowie 111c Abs. 3 Satz 4 SGB V



Anlage 6: Kalkulationsschema bzw.-matrix

- Rahmenempfehlungen als Grundlage der Vergütungsvereinbarungen
 - erstmaliger Regelungsauftrag des Gesetzgebers bzgl. der Vergütungsebene
- Ziel der LE: Verknüpfung von Kosten und Vergütung – Refinanzierung der notwendigen **Gestehungs**kosten (ungleich Selbstkosten)
- Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen



3.1 Leistungsbezug und Wirtschaftlichkeit

- Monistische Finanzierung durch die Krankenkassen → Entgelte sind prospektiv zu ermitteln
- Vergütung leistungsgerecht → bei wirtschaftlicher Betriebsführung muss ausreichende, zweckmäßige und den Qualitätsanforderungen entsprechende Leistung möglich sein
- Selbstkostendeckungsprinzip gilt nicht (Selbstkosten \neq notwendige Gestehungskosten)
- externer Vergleich (zur Bewertung der wirtschaftlichen Angemessenheit) zulässig
 - Parameter sind transparent darzulegen
 - Personalkosten: ggf. können Kosten bis zur Höhe vom Tariflohn beim Vergleich abgezogen werden → Aber falls über bzw. unter Tariflohn ggf. relevant für Vergleichbarkeit



RE: „Die dem Einrichtungsvergleich zugrundeliegenden Parameter werden vom jeweiligen Vertragspartner transparent dargelegt.“

→ wichtig: aktiv einfordern!

→ ggf. ein zentraler Ansatz im Rahmen einer Schiedsstellenentscheidung

3.2 Strukturen der Vergütung

Insbesondere Gegenstand der Vergütung:

- Personal- und Personalnebenkosten (A),
- Sachkosten (B) unter Einschluss der betrieblichen Investitionskosten (D) und Kapitalkosten (E)
- evtl. ein angemessener Ausgleich des Unternehmerrisikos (F)
 - einzelfallabhängig und vom Unternehmer darzulegen und zu begründen
 - Krankenkassen waren strickt gegen die Aufnahme
 - In anderen Bereich der sozialen Sicherung üblich
 - Rechtsprechung des Bundessozialgericht: ... auch im Bereich der ambulanten Pflege muss bei der Preisfindung eine „angemessenen Vergütung des Unternehmerrisikos“ gegeben sein.



Kalkulationsmatrix bildet alle
Positionen ab (A-F)

Für Darlegung und Begründung
nutzen!

Indikationsspezifische Tagessätze

- ggf. mit Zuschlägen
 - mobile Rehabilitation: auch nach Therapie- bzw. Leistungseinheiten
-
- Begleitpersonen (Verhandlung, wenn im Konzept vorgesehen)

+

Zuschläge

- Kurtaxe als Beispiel
 - auch Isolierpflicht usw. verhandelbar
- Kosten für teure Medikamente

und/
oder

Fallpauschalen

- Mit zeitlichen Korridor definiert
 - Behandlung unterhalb oder oberhalb des Korridors → Tagessätze vergütet
- Wir lehnen Fallpauschalen ab!

Wichtig:
Anker setzen!



Bezug im Konzept und in der
Kalkulation!

→ Mit der Vergütung sind die im Konzept bzw. Versorgungsvertrag vereinbarten Leistungen abgegolten

Kosten für teure Medikamente:

- die drei Tagessätzen übersteigen, werden nach Antragstellung und Prüfung zusätzlich zur regulären Vergütung gezahlt (Summe der Medikamente)
- Kosten für Medikamente werden für bestimmte Krankheitsbilder vollständig erstattet:
 - onkologisch-hämatologische Krankheitsbilder (Immuntherapien, antineoplastische Medikamente, Immunsuppressiva, ggf. supportive medikamentöse Therapie)
 - rheumatische Erkrankungen (zum Beispiel Biologica-TNF-alpha-Inhibitoren)
 - chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (Biologica-TNF-alpha-Inhibitoren)
 - neurologische Erkrankungen (z. B. Interferone, monoklonale Antikörper)
 - HIV-Infektionen (antiretrovirale Kombinationstherapie)
 - Hämophilie A und B (Gerinnungspräparate, Gentherapie)
 - Virushepatitiden (z. B. Interferone)
 - Organtransplantation (z. B. Immunsuppressiva)

Theorie: Regelmäßig benötigte Medikamente (nicht reha-bezogen) sind vom Patienten mitzubringen bzw. Kostenübernahme durch die KK.

→ In der Praxis oft anders gelebt!

Unaufschiebbar Behandlung interkurrenter Erkrankungen:

- die mit den Mitteln der stationären Einrichtung behandelt werden können sind Bestandteil der vereinbarten Vergütung (Keine Zuschläge)
- einschließlich der hierfür notwendigen Medikamente



Erkrankungen, die während der Behandlung in der Einrichtung auftreten

Aufnahme- und Entlassungstag:

- Stationär: Zusammen ein Tag (Aufnahmetag berücksichtigt)
- Ambulant: Je ein Tag

Verlegung:

- Stationär: Verlegungstag wird nicht vergütet
(Wenn Auf- und Verlegung zusammenfallen = 1 Tag)

Unterbrechung/ Urlaub:

- Stationär: Urlaubsantritt und -rückkehr zählen als 1 Tag
(Wiederaufnahmetag zählt), Tage dazwischen werden nicht gezählt.

Fahrtkosten:

- Stationär/ Ambulant: kein Bestandteil der Vergütung
 - separate Vereinbarungen zur An- und Abreise möglich
- Mobil: Bestandteil der Vergütung

Stationär: Aktuelle, individuelle Regelungen, die jeweils einen Tag vorsehen, sind nicht mehr möglich!



3.3 Vergütungsverhandlungen

- prospektive Verhandlung für einen zukünftigen Vereinbarungszeitraum
- Bezug und Ausgangsgröße: aktuelle Vergütungssatz als Basiswert für eine prozentuale Vergütungsanpassung



Großer Streitpunkt in den Verhandlungen: Kassen sehen keine „grundlegende Neukalkulation“

→ aber diese ergibt sich „faktisch“ von selbst: Wenn die Darlegung der – nach dem Abschluss des neuen Versorgungsvertrages – zu erwarteten Aufwände für die Erbringung der Leistungen nach dem neuen Versorgungskonzept bzw. Versorgungsvertrag eine erhebliche Differenz zu dem bisherigen Vergütungssatz ergibt, ergibt sich „indirekt“ eine Neukalkulation

- Gehälter bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen → inkl. aller Entgeltbestandteile
- Darlegungs- und Substantiierungslast in vollem Umfang bei der Einrichtung

Ablauf der Verhandlungen

Forderung einer Vergütungsanpassung:

- zugrundeliegende Kostenentwicklung muss im ersten Schritt (nur) schriftlich erläutert werden

→ **Kalkulationsschema** bereits zu diesem Zeitpunkt in die Verhandlung als „Erläuterung“ der Forderung einbringen! 

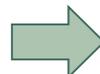


Krankenkasse kann Nachweise zur Plausibilisierung anfordern (Kapitel 3.4)

→ Es gibt natürlich keine „Nachweise“ für zukünftige Zeiträume, es geht um Unterlagen, auf deren Basis die Prognose der Kosten erfolgt ist (Plausibilisierung der kalkulatorischen Annahmen für die Zukunft)



Falls Unterlagen nicht ausreichend: indikationsbezogene und differenzierte Kostenaufstellung auf Anforderung der Krankenkasse



Anlage 6: Kalkulationsschema bzw. -matrix

Anlage 6: Kalkulationsschema bzw.-matrix



Direkte Verknüpfung der Aufwendungen mit den daraus abgeleiteten Vergütungsforderungen

→ belastbare Basis für Vergütungsverhandlungen

Schiedsstelle:

- Matrix fördere die einheitliche Umsetzung der Rahmenempfehlung und bedeute für die Vertragspartner auf Landesebene eine wertvolle, ressourcensparende Hilfe für die Verhandlungen des Versorgungsvertrages und für den Abschluss von Vergütungsverträgen.
- Vielzahl von z. T. kleinteiligen Bestimmungen zur Vergütung in den Rahmenempfehlungen damit überflüssig

➔ Anlage 6: Kalkulationsschema bzw.-matrix



Grundlage für „weiterführende Diskussionen“ seitens der Krankenkassen

Schiedsstelle:

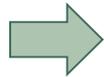
- Text der Rahmenempfehlung und Aufbau der Kalkulationsmatrix nicht vollumfänglich deckungsgleich (Folge der Verhandlung vor der Schiedsstelle)
- Aufgabe der Partner der Rahmenempfehlung in weiteren Verhandlungen die Muster-Kostenkalkulationsgrundlage entsprechend anzupassen/nachzubessern und weiterzuentwickeln
- ➔ Keine Kompromissbereitschaft seitens der GKV
- Dissens mit den GKV-Verbänden zu erwarten
- ➔ „... Dabei ist sich die Schiedsstelle bewusst, dass die Leistungserbringer-Muster-Kostenkalkulation nicht in allen Punkten mit den RE-REHA übereinstimmt und es sich auch Widersprüche ergeben können, ...“
- ➔ Schiedsamt hat in Kenntnis der Abweichungen die Kalkulationsmatrix als Teil des offiziellen Schiedsspruchs aufgenommen!

GKV-IPReG

Vergütung und Vergütungsverhandlung



BUNDESVERBAND
GERIATRIE



Anlage 6: Kalkulationsschema bzw.-matrix

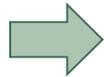
A	B	C	D	E	F	G	H
1 Kalkulation für eine Pflegesatz-/Schiedsstellenverhandlung für Rehabilitationseinrichtungen gemäß §§ 111, 111a und 111c SGB V							
2							
3 vertraglich vereinbarte Betten/Plätze:						Datum:	
4 kalkulierte Belegungstage bzw. TE/LE:							
5 kalkulierte Auslastung:							
6 kalkulierte Ø VVD bzw. Anzahl TE/LE pro Patient:							
7 kalkulierte Fallzahl:							
8							
						Tarifstruktur:	
9	A	Personalkosten (inkl. Fremdpersonal):	kalkulatorischer Stellenschlüssel:	kalkulatorische VK:	Ø PK pro VK in €:	Gesamt-aufwand in €:	Aufwand (€ je BT bzw. je TE/LE):
10	1	Ärztlicher Dienst (Zeile 10 bis 14: Bereiche aus den indikationsspezifischen Personalkorridoren)	1: x				
11	2	Psychologen	1: x				
12	3	Sozialdienst	1: x				
13	4	Pflegender Dienst	1: x				
14	5	Therapeutischer Dienst (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Masseur und medizinischer Bademeister)	1: x				
15	7	Verwaltungsdienst					
16	8	Wirtschafts- und Versorgungsdienst					
17	9	Technischer Dienst					
18	13	Sonstiges Personal					
19	14	Option Honorarkräfte separat ausweisen (zusammengefasst in einer Zeile oder separat je Bereich)					
20	15						
21	16						
22	17	Personalkosten gesamt:	--		--	--	0,00
23							
24	B	Sachkosten:		kalkulatorische Kosten je BT in €:	Ø SK des Vorjahres in €:		Forderung (€ je BT):
25	1	Konsiliarleistungen für medizinische Diagnostik und Therapie (Fremdpersonal)	--	#DIV/0!	--	--	
26	2	Medizinischer Bedarf	--	#DIV/0!	--	--	
27	3	Speisenversorgung	--	#DIV/0!	--	--	
28	4	Energiekosten (Strom, Wasser, Heizung)	--	#DIV/0!	--	--	
29	5	Wirtschaftsbedarf	--	#DIV/0!	--	--	
30	6	Verwaltungsbedarf (u. a. Steuern, Abgaben)	--	#DIV/0!	--	--	
31	7	Sonstige Sachkosten	--	#DIV/0!	--	--	
32	8	Miet- und Pachtkosten	--	#DIV/0!	--	--	
33	9		--	#DIV/0!	--	--	
34	10	Sachkosten gesamt:	--	--	--	--	
35							
36	C	Zwischensumme (Summe aus A17 und B10):					0,00
37	D	Betriebliche Investitionskosten:					Forderung (€ je BT):

GKV-IPReG

Vergütung und Vergütungsverhandlung



BUNDESVERBAND
GERIATRIE



Anlage 6: Kalkulationsschema bzw.-matrix

A	Personalkosten (inkl. Fremdpersonal):
17	Personalkosten gesamt:
B	Sachkosten:
10	Sachkosten gesamt:
C	Zwischensumme (Summe aus A17 und B10):
D	Betriebliche Investitionskosten:
1	Betriebliche Investitionskosten gesamt:
E	Kapitalkosten:
2	Kapitalkosten gesamt:
F	Ausgleich des Unternehmerrisikos:
2	Ausgleich des Unternehmerrisikos gesamt:
G	Gesamtsumme - Vergütungssatz von (Summe aus C, D, E und F):

Gegenstand der
Vergütung

Anlage 6: Kalkulationsschema bzw.-matrix

A	Personalkosten (inkl. Fremdpersonal):
1	Ärztlicher Dienst (Zeile 10 bis 14: Bereiche aus den indikationsspezifischen Personalkorridoren)
2	Psychologen
3	Sozialdienst
4	Pflegerischer Dienst
5	Therapeutischer Dienst (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Masseur und medizinischer Bademeister)
7	Verwaltungsdienst
8	Wirtschafts- und Versorgungsdienst
9	Technischer Dienst
13	Sonstiges Personal
14	Option Honorarkräfte separat ausweisen (zusammengefasst in einer Zeile oder separat je Bereich)
15	
16	
17	Personalkosten gesamt:

Outsourcing von Personal:

- Zulässig, muss jedoch im Kalkulationsschema berücksichtigt werden und am besten im Konzept verankert sein
- Zuordnung in der Matrix ist nicht entscheidend → Buchführung idR Sachkosten
- Externer Vergleich: zwingend Transparenz, um Verzerrungen zu vermeiden!

Anlage 6: Kalkulationsschema bzw.-matrix

B	Sachkosten:
1	Konsiliarleistungen für medizinische Diagnostik und Therapie (Fremdpersonal)
2	Medizinischer Bedarf
3	Speisenversorgung
4	Energiekosten (Strom, Wasser, Heizung)
5	Wirtschaftsbedarf
6	Verwaltungsbedarf (u. a. Steuern, Abgaben)
7	Sonstige Sachkosten
8	Miet- und Pachtkosten
9	
10	Sachkosten gesamt:

C	Zwischensumme (Summe aus A17 und B10):
D	Betriebliche Investitionskosten:
	Investition 1...
	Investition 2...
1	Betriebliche Investitionskosten gesamt:

E	Kapitalkosten:
1	Summe der Kapitalkosten
2	Kapitalkosten gesamt:

F	Ausgleich des Unternehmerrisikos:
1	unternehmerischer Gewinn sowie Wagniszuschlag
2	Ausgleich des Unternehmerrisikos gesamt:

G	Gesamtsumme - Vergütungssatz von (Summe aus C, D, E und F):

- Viele Punkte können und sollten im Konzept verankert werden
- Prospektive Ausgaben können über den derzeitigen liegen → „Nachweise“ (Plausibilisierung) notwendig

- Verankerung im Konzept
- „Ansparphase“

- Fremd- und Eigenkapital

- Alle Punkte, die ein Unternehmerrisiko darstellen (z.B. ausbleibende Belegung, Unterbrechung, usw.)

Ab wann gelten die neuen Regelungen?

Ab der Umstellung des
Versorgungsvertrages auf die
Vorgaben der
Rahmenempfehlung



Ab dem 01.07.2025

- Klar ist: keine „Mischform“ (bis zur Forderung in Höhe der Veränderungsrate alte Regelungen, bei höheren Forderungen Anwendung der neuen Regeln)
- Flexibilität – muss sich in der Praxis einspielen

Empfehlung:
Muss individuell abgewogen werden.
Neues Recht enthält mehr Möglichkeiten.

3.4 Nachweise im Bereich der Vergütung einschließlich des Nachweisverfahrens nach §§ 111 Abs. 5 Satz 4, 111a Abs. 1 Satz 2 sowie 111c Abs. 3 Satz 4 SGB V

Bei Vergütungsverhandlungen sind auf Anforderung zur Plausibilisierung anlassbezogen einer oder mehrere der folgenden Nachweise und Belege vorzulegen:

geltende Tarifverträge, kirchliche Vergütungsordnungen oder sonstige Vergütungsmaßstäbe

Haustarife/ einrichtungsspezifische Vereinbarungen: Schriftliche, rechtsverb. Erklärung

verbindliche Erklärung des Trägers zur Einhaltung der Vergütung (-sstruktur)

Differenzierung des prozentualen (Ist-)Anteils der Personalkosten, Sach- und Investitionskosten an den Gesamtkosten der Einrichtung (GKV-Anteil).

Pseudonymisierte gültige Personalliste mit Angabe:

- Einstufung und Funktion bzw. Qualifikation
- Eintritt und evtl. Austritt
- jeweiligen wöchentlichen Arbeitszeit in den einzelnen Monaten

→ Keine regelhafte Übermittlung zu bestimmten Stichtagen / Keine vorgefertigte Excel
→ Ausschließlich im Zusammenhang mit Vergütungsverhandlungen

- konkretisierende Belege/Verträge für Sach-/Investitionskosten (z. B. Erhöhungsmittelungen Energieversorger)

3.4 Nachweise im Bereich der Vergütung einschließlich des Nachweisverfahrens nach §§ 111 Abs. 5 Satz 4, 111a Abs. 1 Satz 2 sowie 111c Abs. 3 Satz 4 SGB V

Bei Vergütungsverhandlungen sind auf Anforderung zur Plausibilisierung anlassbezogen einer oder mehrere der folgenden Nachweise und Belege vorzulegen:

geltende Tarifverträge, kirchliche Vergütungsordnungen oder sonstige Vergütungsmaßstäbe

Haustarife/ einrichtungsspezifische Vereinbarungen: Schriftliche, rechtsverb. Erklärung

verbindliche Erklärung des Trägers zur Einhaltung der Vergütung (-sstruktur)

Differenzierung des prozentualen (Ist-)Anteils der Personalkosten, Sach- und Investitionskosten an den Gesamtkosten der Einrichtung (GKV-Anteil)

Pseudonymisierte gültige Personalliste mit Angabe:

- Einstufung und Funktion bzw. Qualifikation
- Eintritt und evtl. Austritt
- jeweiligen wöchentlichen Arbeitszeit in den einzelnen Monaten



10 % als
oberste
Grenze?!

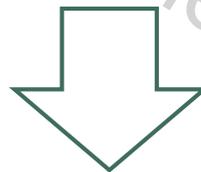
→ Keine regelhafte Übermittlung zu bestimmten Stichtagen / Keine vorgefertigte Excel
→ Ausschließlich im Zusammenhang mit Vergütungsverhandlungen

- konkretisierende Belege/Verträge für Sach-/Investitionskosten (z. B. Erhöhungsmittelungen Energieversorger)

Was passiert wenn keine Einigung möglich? Schiedsstelle!

§111 Abs. 5, Satz 6:

„Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Die Landesschiedsstelle ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.“



Nutzen Sie die Möglichkeiten, die der Gesetzgeber geschaffen hat –
rechtzeitig und mit klarem Ziel.

- Schiedsstelle ist ein klar geregelter Weg, wenn Verhandlungen scheitern
→ aber auch mit Risiken verbunden
- Zeigen Sie Verhandlungsstärke & Lassen Sie sich bei Bedarf beraten!

Nachweis Bezahlung entsprechend Tarifvertrag

vorzulegende Nachweise bei Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen/Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtregelungen (einer oder mehrere):

pseudonymisierte
Gehaltsabrechnungen

oder

pseudonymisierte
Personalkosten-
aufstellung

oder

Bestätigung des
Steuerberaters oder
Jahresabschlussprüfers

- höchstens für die letzten zwölf Monate
- Richtigkeit ist rechtsverbindlich zu erklären

Die Einrichtung trägt die Kosten der zu führenden Nachweise einschließlich der Kosten des Steuerberaters oder Jahresabschlussprüfers.

→ Auf Verlangen der Krankenkassen

5. Inkrafttreten und Übergangsregelungen

1. Juli 2025 Inkrafttreten



Zeitraum für Beginn der Verhandlungen



Abschluss der Verhandlungen



Übergangszeit für Anpassungen

Innerhalb 3 Jahre
muss Verhandlung
beginnen
(bis 30.06.2028)

Spätestens 18 Mo
nach Beginn der
Verhandlungen

max. 18 Monate

- Anpassungsbedarf prüfen (Einrichtung sowie GKV)
- Neue/ angepasste Versorgungs- und Vergütungsverträge müssen Inhalte berücksichtigen
- Bestehende Verträge bleiben gültig, müssen aber ggf. angepasst werden
- Vertragsparteien bestimmen gemeinsam den Zeitpunkt des Beginns der Verhandlungen

01.07.2025

30.06.2028

31.12.2029

30.06.2031

2025

2026

2027

2028

2029

2030

2031

Was ist zu tun?

- Passt die Vergütungsforderung zu den Personalkorridoren?
- Welche „wirtschaftlichen Anker“ müssen im Konzept gesetzt werden, damit diese verhandelt werden?
 - Beachte: Diese müssen ggf. nachgewiesen werden
- Ist eine Vergütungsanpassung nötig?
- Welche Kosten steigen nächstes Jahr (gibt es hierzu nutzbare Belege zur Plausibilisierung)?
- Strategien überlegen!
z. B. Vergütungsvereinbarung mit „Anpassungsschritten“ koppelbar (schrittweise Erhöhung)!
- Merkposten: einzelne Kosten müssen kalkulatorisch über das Gesamtjahr auf den Vergütungssatz aufgeschlagen werden

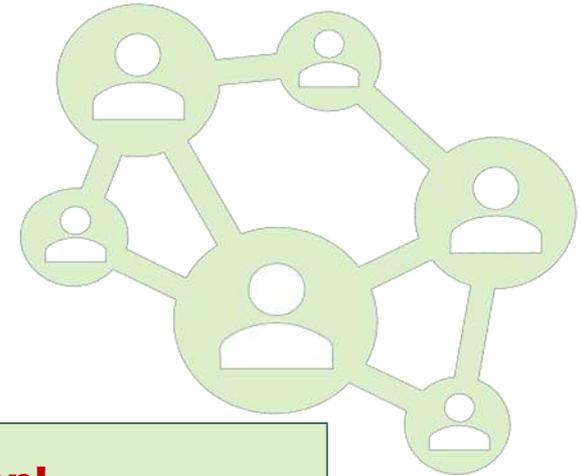
Was ist zu tun?

- Passt die Vergütungsformel?
- Welche „wirtschaftlichen“ Gründe gibt es, um das geltende Gesetz zu ändern?
damit dies

Wichtig!
Keine Präzedenzfälle schaffen!

Wichtig!
Enger Austausch zwischen den Einrichtungen!

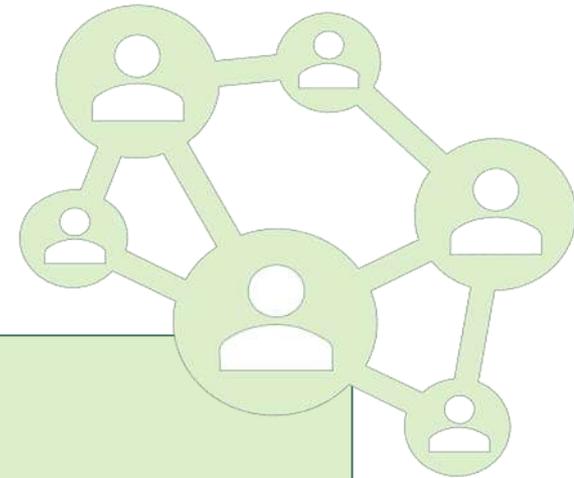
Wichtig: Austausch und gemeinsames Vorgehen



Enger Austausch zwischen den Einrichtungen!

- Rahmenempfehlungen sind in dieser Art und Form „Neuland“
- Deutungs- und Interpretationshoheit darf nicht nur seitens der Krankenkassen liegen
- in NRW gibt es eine Arbeitsgruppe, die den aktuellen Prozess begleitet
- Anregung: vergleichbare Arbeitsgruppen in anderen Bundesländern?
- bundesweiter Austausch sinnvoll und erstrebenswert

Wichtig: Austausch und gemeinsames Vorgehen



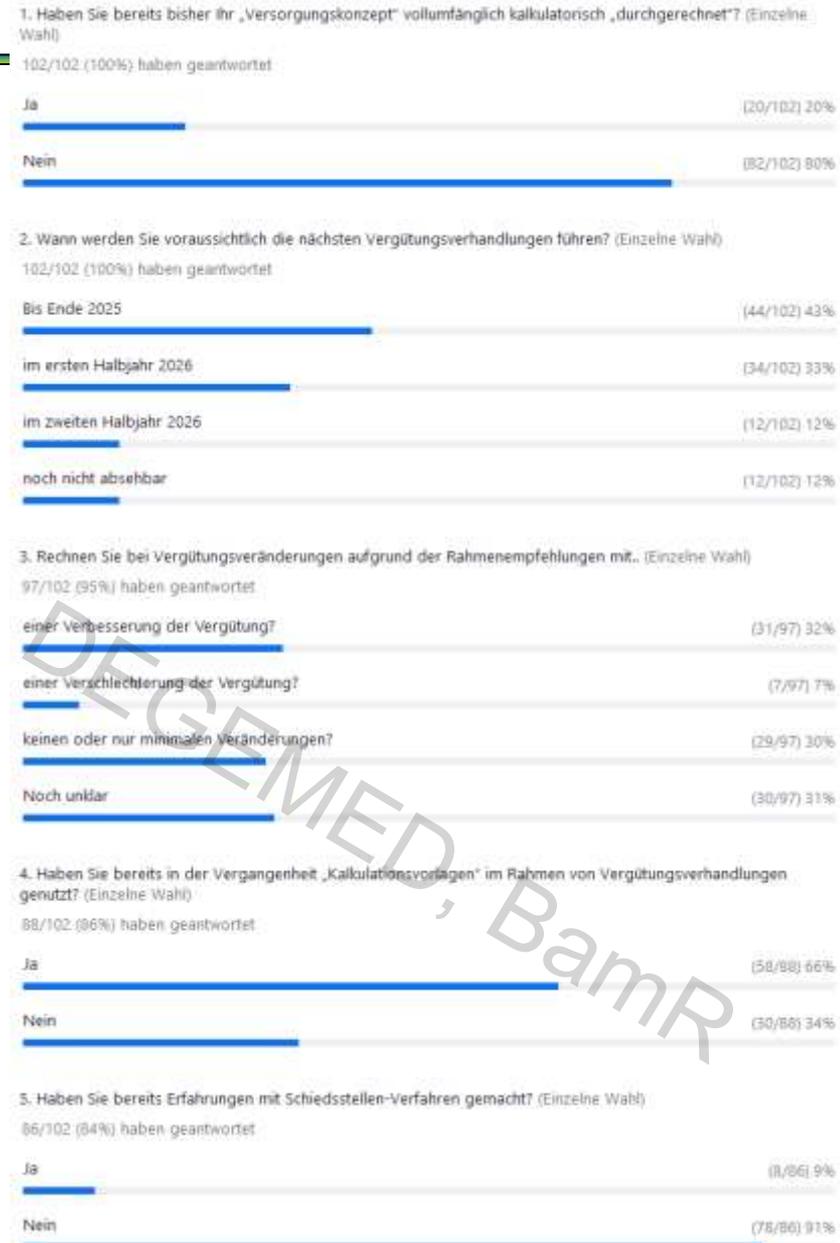
Regelmäßiger Austausch Frequenz?

Auftakt: 25.11.2025
10-12 Uhr

Teilnahme für Mitglieder
der BamR, DEGEMED und BV Geriatrie

Was sagen Sie?

Kurze Umfrage zu Vergütung und Vergütungsverhandlungen





Gelegenheit zum allgemeinen
Austausch

Erstellt von BV Geriatrie, DEGEMED, BamR