

FAQ zu den Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 111 Abs. 7, 111a Abs. 1 und 111c Abs. 5 SGB V vom 28.03.2025

Die nachfolgende FAQ-Liste basiert auf den Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 111 Abs. 7, 111a Abs. 1 und 111c Abs. 5 SGB V vom 28.03.2025 und ihren Anlagen. Die Fragen und Antworten dieser Liste sind nach den Gliederungseinheiten der Rahmenempfehlungen strukturiert. Diese Anlehnung an die Gliederung der Rahmenempfehlungen kann dazu führen, dass einzelne Fragen mehrfach auftauchen oder dass in bestimmten Kapiteln keine Fragen enthalten sind. Die Zusammenstellung ist nicht als abschließend zu betrachten, vielmehr sollen solche Fragen Eingang in die Liste finden und beantwortet werden, die sich bei der Überführung und Anpassung der Rahmenempfehlungen in die Versorgungspraxis stellen. In diesem Sinne wird diese Liste kontinuierlich weiterentwickelt, gepflegt und aktualisiert.

Gemeinsam erarbeitet von den für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene

- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.,
- Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V.,
- Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e. V.,
- Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren e.V.,
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.,
- Bundesverband Suchthilfe e. V. (bus.),
- Bundesverband Geriatrie e. V.,
- Deutschen Caritas Verband e. V.,
- Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED) e. V.,
- Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband – Gesamtverband – e. V.,
- Deutschen Roten Kreuz – Generalsekretariat - e. V.,
- Elly Heuss-Knapp-Stiftung -Deutsches Müttergenesungswerk,
- Evangelischen Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.,
- Fachverband Sucht+ e. V.

Inhaltsverzeichnis

1.	Gegenstand und Anwendungsbereich der Rahmenempfehlungen	4
2.	Regelungen zum Versorgungsvertrag	5
2.1.	Vorsorge- und Rehabilitationskonzept	6
2.2.	(Stand: 23.09.2025)Definition Vorsorge und Definition Rehabilitation	11
2.3.	Behandlungselemente (inkl. Anlagen 1a bis 1k - Leistungsbeschreibungen).....	11
2.4.	Vorsorge- und Rehabilitationsteam	12
2.4.1.	Qualifikationen.....	13
2.4.2.	Ärztliche Leitung	13
2.4.3.	Personalkorridore (inkl. Anlage 2 – Personalkorridore).....	13
2.4.4.	Umgang mit versorgungsrelevanten Personalausfällen	17
2.4.5.	Outsourcing und Kooperationen	20
2.5.	Strukturelle Anforderungen	20
2.6.	Dauer von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen	20
2.7.	Indikationen, Patientengruppen und Größe der Einrichtung.....	20
2.8.	Nachweisverfahren.....	20
2.8.1.	Personalstatistik (inkl. Anlage 3.1 reguläre und Anlage 3.2 10%-Regelung)....	23
2.8.2.	Belegungsstatistik (inkl. Anlage 4 – Belegungsstatistik)	25
2.8.3.	Nachweis über erbrachte Leistungen (inkl. Anlage 5 – Nachweis über erbrachte Leistungen)	25
2.9.	Aufnahme und Durchführung	25
2.9.1.	Unterbrechung und Beurlaubung	25
2.9.2.	Verlängerung	25
2.10.	Beendigung	25
2.10.1.	Vorzeitige Beendigung	25
2.10.2.	Versorgungs- und Entlassmanagement	25
2.11.	Entlassungsbericht	25
2.12.	Änderung zur Struktur der Einrichtung oder der Trägerschaft.....	26
2.13.	Qualität.....	26
2.13.1.	Qualitätssicherung	26
2.13.2.	Qualitätsmanagement	26
2.14.	Begehungen	26
3.	Regelungen zur Vergütungsvereinbarung	26
3.1.	Leistungsbezug und Wirtschaftlichkeit.....	27
3.2.	Strukturen der Vergütung	27
3.3.	Vergütungsverhandlungen (inkl. Anlage 6 – Kalkulationsschema)	31

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.....	36
4. Kündigung von Versorgungsverträgen.....	38
5. Inkrafttreten und Übergangsregelungen.....	38
6. Verschiedenes (z. B. Vertragsstrafen,..)	38

Indikationsspezifische Fragestellungen

I. Geriatrie	39
II. Kinder- und Jugendrehabilitation	41
III. Mutter-Vater-Kind	43
IV. Neurologie.....	44

1. Gegenstand und Anwendungsbereich der Rahmenempfehlungen

Der Deutsche Bundestag hat im Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) vom 23.10.2020 den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die maßgeblichen Verbände der Leistungserbringer in den Bereichen der stationären medizinischen Vorsorge und medizinischen Rehabilitation mit der Vereinbarung von Rahmenempfehlungen zu Inhalt, Qualität und Umfang dieser Leistungen in der Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beauftragt (§ 111 Absatz 7 Satz 1 Nr. 1 SGB V).

Weitere Inhalte der Rahmenempfehlungen betreffen Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen (Nr. 2) sowie Anforderungen an das Nachweisverfahren für Tariflöhne oder vergleichbare Löhne im Sinne des § 111 Absatz 5 Satz 4 SGB V (Nr. 3). Damit sollen nach dem Willen des Gesetzgebers erstmals bundesweite Rahmenempfehlungen für die medizinische Vorsorge und Rehabilitation geschaffen werden. Entsprechende Regelungen für die medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter finden sich in § 111a Absatz 1 Satz 2 SGB V (mit Verweis auf § 111 Absatz 7 SGB V) sowie für ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in § 111c Absatz 5 SGB V.

Mit dem GKV-IPReG reagiert der Gesetzgeber auf die Annahme eines steigenden Bedarfs an medizinischer Rehabilitation im Bereich der GKV in den nächsten Jahren – unter anderem vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der damit einhergehenden älter werdenden Gesellschaft. So werden mit den Rahmenempfehlungen erstmals bundeseinheitliche Regelungen zu Inhalt, Umfang und Qualität der genannten Leistungen sowie Grundsätze der leistungsgerechten Vergütung vereinbart. Des Weiteren werden einheitliche Anforderungen an diverse Nachweisverfahren geregelt. Ziel ist es dabei, auf diesem Wege flächendeckend mehr Transparenz zu erreichen.

Die Rahmenempfehlungen wurden in einem Schiedsverfahren zwischen den Rahmenempfehlungspartnern durch die Schiedsstelle nach § 111b Absatz 6 SGB V am 28.03.2025 festgesetzt.

Frage 1. Wann treten die Rahmenempfehlungen in Kraft?

Die Rahmenempfehlungen sind zum 01.07.2025 in Kraft getreten. Damit einhergehend gilt ab sofort die Verpflichtung zur Überprüfung von Versorgungsverträgen und Vorsorge- und Rehabilitationskonzepten. Anwendung finden die Rahmenempfehlungen jedoch nur auf Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen, die ab diesem Datum neu abgeschlossen bzw. angepasst werden. Darüber hinaus gilt im Rahmen von Vergütungsverhandlungen, dass auf Anforderung der Krankenkasse zur Plausibilisierung der Forderung zur Vergütungsanpassung anlassbezogen mehrere Nachweise und Belege vorzulegen sind (Kap. 3.4 Abs. 2). Sofern die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtregelungen geltend macht, sind auch hierfür Nachweise zu erbringen (Kap. 3.4 Abs. 3). Innerhalb von drei Jahren sind gemäß der Rahmenempfehlungen Beratungen zur Überprüfung der bestehenden Versorgungsverträge zwischen den Vertragspartnern aufzunehmen. Bis zum Abschluss eines neuen Vertrages behält der bestehende Vertrag seine Gültigkeit. Das Nachweisverfahren bezieht sich inhaltlich auf die neu vereinbarten Vorgaben zur Überprüfung von Versorgungsverträgen und Vorsorge- und Rehabilitationskonzepten. Insofern muss die einzelne Einrichtung den

Nachweis der Personalstatistik erst erbringen, wenn die Umstellung des Versorgungsvertrages und damit verbunden die Anpassung des Versorgungskonzeptes an die neuen Vorgaben erfolgt ist. Eine vorher beginnende Übermittlungspflicht ist kaum sachgerecht, da noch keine einrichtungsindividuelle konzeptionelle Umsetzung vorliegt.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 2. In welchem Maße sind die Rahmenempfehlungen verbindlich?

Auf Seiten der vereinbarungsbeteiligten Leistungserbringerverbände und der Krankenkassenverbände besteht dahingehend weitestgehend Übereinstimmung, dass die Rahmenempfehlungen nebst Anlagen eine umfassende verbindliche Geltung für die Verhandlungen von Versorgungs- und Vergütungsverträgen haben. Dieser Umstand ergibt sich bereits aus der Intention des Gesetzgebers und der Formulierung des § 111 Abs. 7 SGB V, wonach die Rahmenempfehlungen den Versorgungs- und Vergütungsverträgen „zugrunde zu legen“ sind.

Die Schiedsstelle nach § 111b Abs. 6 SGB V hat sich die Auffassung zu eigen gemacht, dass Rahmenempfehlungen antizipierte Regelungen für eine typische Fallkonstellation sind, von denen aber bei Vorliegen eines sachlichen Grundes in den Verträgen im Einzelfall abgewichen werden darf. Das Vorliegen eines solchen sachlichen Grundes als zwingende Voraussetzung für derartige Abweichungen wirkt sich dabei nur auf vertragliche Abweichungen von einzelnen Regelungsinhalten der Rahmenempfehlungen aus und stellt nicht die Geltung der Rahmenempfehlungen in ihrer Gesamtheit in Frage.

Gemäß der Rahmenempfehlungen gilt zudem, dass diese allen anderen Dokumenten der Vorsorge und Rehabilitation auf Landes- und Bundesebene vorgehen. Dabei behalten Regelungen unterhalb der Rahmenempfehlungen ihre Gültigkeit nur, wenn sie von den Rahmenempfehlungen nicht abweichen.

Das einrichtungsübergreifende und vergleichende Qualitätssicherungsverfahren für Einrichtungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (QS-Reha®-Verfahren) bleibt hiervon unberührt und gilt unverändert.

(Stand: 30.10.2025)

Frage 3. Wer sind die Ansprechpartner – und wo finde ich die Kontaktdaten der zuständigen Schiedsstellen bzw. der Landesverbände der GKV und der Ersatzkassen?

Ansprechpartner und Adressaten der ausgefüllten Dokumente der Nachweisverfahren sind die jeweiligen Vereinbarungspartner auf der Landesebene.

Die Kontaktdaten der zuständigen Schiedsstellen finden sich z. T. im Internet und können zudem bei den beteiligten Leistungserbringerverbänden erfragt werden.

(Stand: 23.09.2025)

2. Regelungen zum Versorgungsvertrag

Frage 1. Gibt es einen Musterversorgungsvertrag bzw. wird es einen solchen geben?

Nein, ein Musterversorgungsvertrag besteht bislang nicht. Der Vorschlag der Leistungserbringerverbände zur gemeinschaftlichen Entwicklung eines solchen

Musterversorgungsvertrages wurde vom GKV-SV entschieden abgelehnt. Die Krankenkassenverbände befinden sich aktuell in der Abstimmung, um einseitig einen Musterversorgungsvertrag zu entwickeln. Diese einseitig entwickelten Vertragsmuster sind sehr skeptisch zu betrachten und auf jeden Fall ist zu prüfen, ob sie den Vorgaben der RE-REHA entsprechen

(Stand: 30.01.2026)

Frage 2. Wie ist mit den Checklisten der Krankenkassen umzugehen?

Die von den Krankenkassen veröffentlichten Checklisten wurden nicht im Rahmen der RE-REHA konsentiert und sind daher kein verpflichtender Bestandteil der RE-REHA. Es handelt sich bei diesen Dokumenten um einseitig entwickelte Unterlagen der Kostenträger – wie auch von der AOK bezeichnet – die ausschließlich als „Hilfsangebot“ verstanden werden können, jedoch nicht als Anlagen zu den Rahmenempfehlungen zu betrachten sind und somit keine versorgungsvertragsrelevanten Geltungen haben können.

Die vereinbarungsbeteiligten Leistungserbringerverbände empfehlen übereinstimmend und aus den dargelegten Gründen, von einem unaufgeforderten und proaktiven Ausfüllen und Zurverfügungstellen der Checklisten gegenüber den Kostenträgern abzusehen. Gleichwohl ist damit zu rechnen, dass kostenträgerseitig Aufforderungen zur Anwendung der Checklisten erfolgen werden. Eine Verpflichtung diese auszufüllen besteht auch nach Aufforderung der Kassen nicht.

Zugleich möchten wir Sie abermals ermutigen, bei anstehenden Vergütungsverhandlungen und deren Vorbereitung das „Kalkulationsschema“ (Anlage 6) als verbindlichen Bestandteil der Rahmenempfehlungen anzuwenden und seine Berücksichtigung gegenüber den Krankenkassen einzufordern.

(Stand: 30.01.2026)

2.1. Vorsorge- und Rehabilitationskonzept

Die Rahmenempfehlungen weisen dem einrichtungsindividuellen Vorsorge- und Rehabilitationskonzept eine maßgebliche Rolle zu: So ist das Konzept Grundlage für den Abschluss eines Versorgungsvertrages und wird diesem als Anlage beigelegt. Insofern wird das Konzept mit den dort beschriebenen Leistungen Bestandteil des Versorgungsvertrages und gilt zwischen den Vertragspartnern als vereinbart. Das Konzept ist regelmäßig zu überprüfen und bei Bedarf zu aktualisieren

Frage 1. Welche Elemente muss das Konzept beinhalten?

Gemäß Kap. 2.1 Abs. 4 der Rahmenempfehlungen sind zu folgenden Aspekten Angaben im Vorsorge- und Rehabilitationskonzept vorzunehmen:

I. Allgemeine Angaben zur Struktur der Einrichtung und der Fachabteilung oder den Fachabteilungen

a) Allgemeine Angaben zur Einrichtung und ggf. zu den Fachabteilungen

b) Räumliches Angebot

c) Medizinisch-technische Ausstattung

II. Indikationsbezogene Angaben

- a) Medizinisch-konzeptionelle Grundlagen
- b) (Geplante) Personalausstattung zu den jeweiligen Berufsgruppen auf Grundlage der Personalkorridore und Qualifikation für den ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich
- c) Medizinisch-technische bzw. therapeutische Ausstattung
- d) Rehabilitationsablauf und -inhalte
- e) Externe Qualitätssicherung und internes Qualitätsmanagement

Alle Elemente des Konzeptes sollten auch im Rahmen späterer Vergütungsverhandlungen berücksichtigt werden. Eine vom MD Niedersachsen erstellte Orientierungshilfe kann von den Leistungserbringerverbänden zur Verfügung gestellt werden.

Die aufgeführten Punkte sind nicht abschließend. Einrichtungen können – sofern medizinisch, pädagogisch oder therapeutisch begründbar – ergänzende Leistungen in ihr Konzept aufnehmen. Wichtig ist, dass dabei auf wissenschaftliche Evidenz oder praktisch erprobte Erfahrungswerte verwiesen wird, um die fachliche Fundierung und Nachvollziehbarkeit des Konzepts zu sichern.

Die von den Krankenkassen veröffentlichten Checklisten, wie auch einseitig erstellte Orientierungshilfen, stellen lediglich ein zusätzliches Hilfsangebot seitens der Krankenkasse oder des MD dar. Sie wurden nicht im Rahmen der RE-REHA konsentiert und sind daher kein verpflichtender Bestandteil der RE-REHA.

(Stand: 30.01.2026)

Frage 2. Wie ist mit der Bettenanzahl bzw. der Anzahl der Therapieplätze im Rahmen einer Vertragsanpassung umzugehen, wenn bisher keine konkrete Kontingentvereinbarung mit der GKV getroffen wurde?

Mit Inkrafttreten der neuen Rahmenempfehlungen ist im Rahmen der Vertragsanpassung eine konkrete Vereinbarung zur Betten- bzw. Therapieplatzzahl erforderlich – und zwar sowohl zur Gesamtbettenanzahl bzw. Gesamttherapieplätzen sowie der Anzahl vertraglich vereinbarter GKV-Betten bzw. GKV-Therapieplätzen.

Wenn im bisherigen Versorgungsvertrag nur eine Gesamtbettenzahl ohne Differenzierung genannt ist, besteht Anpassungsbedarf. In diesem Fall ist im Rahmen der Übergangsfrist eine vertragliche Neugestaltung oder Klarstellung erforderlich.

Im Rahmen der Vertragsüberprüfung muss auch bei Einrichtungen, die bereits Betten- oder Therapieplätze vereinbart haben, geprüft werden, ob diese Angaben noch korrekt sind. Gegebenenfalls sind Anpassungen vorzunehmen, um den aktuellen Gegebenheiten gerecht zu werden.

Es kann auch versucht werden, einen „Betten-Korridor“ zu verhandeln. In den Rahmenempfehlungen gibt es dazu keine Ausführungen, bedeutet im Gegenzug, dass diese bisher noch nicht umgesetzte Option grundsätzlich aber auch nicht ausgeschlossen ist. Insbesondere im Konzept sollte ein Korridor oder eine Durchschnittszahl aufgenommen werden, damit bei schwankungsbedingten Anpassungen im Versorgungsvertrag nicht immer auch das Konzept angepasst werden muss.

(Stand: 23.10.2025)

Frage 3. Wie wird die GKV-spezifische Belegung festgelegt – und wie ist mit schwankender Belegung umzugehen?

Im Konzept bzw. im Versorgungsvertrag ist eine konkrete Angabe zur Anzahl der vertraglich vereinbarten GKV-Betten bzw. -Therapieplätze erforderlich. Diese bildet die Grundlage für Personalbemessung, Kostenkalkulation und spätere Vergütungsverhandlungen. Für die Festlegung kann der durchschnittliche GKV-Belegungsanteil im Jahresverlauf herangezogen werden – insbesondere bei schwankender Auslastung bietet dies eine belastbare Orientierung. Entscheidend ist dabei nicht die aktuelle Belegung, sondern die vorzuhaltende und belegbare Kapazität.

Die angegebene GKV-Kapazität beschreibt das strukturierte Versorgungsangebot, das dauerhaft für GKV-Versicherte bereitgestellt wird – und das im Rahmen der Vergütung durch eine entsprechende Kalkulation der Kosten auch refinanziert werden muss, unabhängig von kurzfristigen Schwankungen. Die festgelegte Zahl kann im Rahmen künftiger Vergütungsverhandlungen überprüft und angepasst werden – insbesondere bei häufiger Über- oder Unterschreitung der Belegung.

Bei Kapazitätsveränderungen (z. B. durch regelhafte höhere oder niedrigere Belegung) ist eine Anpassung der Vereinbarung im Versorgungsvertrag sowie im Konzept erforderlich. Ggf. können hier auch individuelle Regelungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen getroffen werden (z.B. Belegungskorridore).

(Stand: 23.09.2025)

Frage 4. Gibt es eine Mustergliederung bzw. ein Musterkonzept?

Eine Mustergliederung oder ein Musterkonzept existieren bislang nicht. Grundsätzlich gilt, dass das einrichtungsindividuelle Vorsorge- und Rehabilitationskonzept sämtliche in Kapitel 2 der RE-REHA genannten Aspekte abbilden und konkretisieren muss und Anlage des Versorgungsvertrages ist.

(Stand: 30.01.2026)

Frage 5. Welche Änderungen am Konzept muss ich melden?

Alle wesentlichen Änderungen oder Anpassungen müssen gemäß Rahmenempfehlungen (Kap 2.1 Abs. 3) den vertragsschließenden Krankenkassen unverzüglich mitgeteilt werden. Dies betrifft beispielsweise Änderungen, die die Struktur der Einrichtung (z. B. Bettenzahl, Fachabteilungen, bauliche Veränderungen), das Versorgungsangebot, den Leistungsumfang oder den Ablauf der Versorgung betreffen.

Nicht meldepflichtig sind rein interne, organisatorische Änderungen, die keine Auswirkungen auf die vertraglich vereinbarten Leistungen haben. Mit der Mitteilung einer Änderung soll gemeinsam geprüft werden, ob eine Neuausfertigung oder Änderung des Versorgungsvertrags erforderlich ist.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 6. Laut der Krankenkasse ergeben sich Nachfragen aus dem Konzept – Wie soll damit umgegangen werden?

Rückfragen der Krankenkasse zum Konzept sind zulässig und dienen der Klärung von Unklarheiten. Da das Konzept Bestandteil des Versorgungsvertrags ist, bildet dessen Zustimmung die Grundlage für spätere Vergütungsverhandlungen. Rückfragen dienen entsprechend der Klärung. Laut Rahmenempfehlungen sollen Nachfragen bzw. Änderungsbedarfe zum Konzept vollständig mitgeteilt werden. Mit dieser Regelung soll sichergestellt werden, dass zu ein und demselben Aspekt nicht immer wieder neue Fragen bzw. Änderungsbedarfe gestellt bzw. gefordert werden können.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 7. Welche Anker für die spätere Vergütung sollten im Konzept gesetzt werden (z.B. digitale Anwendungen)?

Im Konzept sollten alle Aspekte beschrieben werden, die für die Versorgung notwendig sind und im Rahmen der späteren Vergütungsverhandlungen eine Rolle spielen können. Die Darstellung bildet die Grundlage für eine sachgerechte Bewertung durch die GKV. Dabei kann es sich sowohl um verpflichtende Leistungsbestandteile als auch um ergänzende oder besondere Maßnahmen handeln, die über den Regelfall hinausgehen. Hier können Begründungsgrundlagen etwa im Zusammenhang mit spezifischen Patientenklientel geschaffen werden, welche später für die Personalkorridore und Vergütungsfragen relevant sein können.

Ebenso zu berücksichtigen sind beispielsweise der Einsatz digitaler Anwendungen, besondere Anforderungen an die IT- und Datensicherheit (Cybersecurity), notwendige Personentransporte, zusätzlich benötigtes Personal außerhalb der in den Rahmenempfehlungen beschriebenen Personalkorridore, der Einsatz von Honorarkräften oder auch Investitionen, etwa in Infrastruktur oder digitale Ausstattung.

Da die Gestaltung der Versorgung individuell erfolgen kann, ist keine abschließende Liste möglicher Vergütungsbestandteile vorgesehen. Entscheidend ist, dass die entsprechenden Inhalte im Konzept nachvollziehbar dargestellt und in ihrer Relevanz für die Versorgung begründet werden. Zu berücksichtigen sind daher insbesondere einrichtungsindividuelle Besonderheiten (z.B. Gebäudebestand, Denkmalschutz, Klimaanlage, Therapieangebote, etc.).

(Stand: 23.09.2025)

Frage 8. Wie sollte mein Konzept in Bezug auf Personaleinsatz ausgestaltet sein und welche Personalgruppen sollten noch im Konzept verankert werden?

Das Versorgungskonzept muss inhaltlich stimmig sein – das heißt: der Versorgungsauftrag und die beschriebenen Leistungen müssen realistisch mit dem vorgesehenen Personaleinsatz erbracht werden können.

Dabei gilt: Es darf kein Widerspruch zwischen dem Leistungsspektrum, dem Versorgungsauftrag und der personellen Ausstattung bestehen. Einrichtungsspezifische Besonderheiten (z. B. bauliche Gegebenheiten, Spezialisierung, Patientenklientel) können genutzt werden, um einen höheren oder abweichenden Personaleinsatz zu begründen.

Alle Angaben im Konzept sollten authentisch, realitätsnah und nachvollziehbar sein.

Im Konzept sollten alle für den Betrieb relevanten Personalgruppen benannt und beschrieben werden – nicht nur die ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Berufsgruppen, die in den Personalkorridoren der Rahmenempfehlungen aufgeführt sind. Für den dauerhaften und ordnungsgemäßen Betrieb sind auch weitere Beschäftigtengruppen unverzichtbar, für die keine individuellen Personalkorridore vereinbart wurden, z. B.: Verwaltung, Küche, Reinigung, Technik etc.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 9. Wie oft muss das Konzept aktualisiert werden – und wer veranlasst die Überprüfung?

Die Rahmenempfehlungen enthalten keine festen Fristen oder einen Ablauf zur Überprüfung des Konzepts. Vielmehr liegt die Verantwortung bei der Einrichtung selbst.

Laut Rahmenempfehlungen ist das Konzept regelmäßig zu überprüfen und bei Bedarf zu aktualisieren. Dabei sind insbesondere Erkenntnisse aus dem internen Qualitätsmanagement und der externen Qualitätssicherung, wissenschaftliche Entwicklungen, Veränderungen im Vorsorge- und Rehabilitationsbedarf der Patientengruppen sowie Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

Eine laufende, eigeninitiierte Überprüfung liegt im Interesse der Einrichtung, da das Konzept die Grundlage für den Versorgungsvertrag und somit auch die Vergütung darstellt. Änderungen sollten/müssen bei Bedarf an die Krankenkassen gemeldet werden.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 10. Müssen die Konzepte, entgegen der Vorgehensweise der DRV, getrennt nach stationären und ganztägig-ambulantem Leistungen erstellt werden?

Ob bei Einrichtungen mit stationären und ganztägig-ambulantem Leistungen getrennte Konzepte erforderlich sind, lässt sich nicht pauschal festlegen.

Nach der Vorgehensweise der DRV besteht grundsätzlich die Möglichkeit, Konzepte zusammenzuführen, sofern keine konzeptionellen Unterschiede zwischen den Leistungsbereichen bestehen. Daher gehen wir davon aus, dass eine analoge Zusammenführung grundsätzlich möglich ist.

Ob und in welcher Form eine Integration in bestehende Konzepte erfolgen kann, ist im Einzelfall zu prüfen und entsprechend mit den Kassen abzustimmen.

(Stand: 23.02.2026)

Frage 11. Was ist mit Personal, welches nicht in den Korridoren enthalten ist?

Die Personalkorridore beziehen sich lediglich auf bestimmte Berufsgruppen und decken nicht den gesamten Personalbedarf einer Einrichtung ab. Bereiche, die nicht in den Korridoren enthalten sind – etwa Patientenbegleitdienste, Verwaltung oder Küchenpersonal – sind ebenfalls unerlässlich für den Betrieb. Diese sollten als Teil des individuellen Einrichtungskonzepts verankert werden und müssen ebenfalls entsprechend finanziell berücksichtigt werden. (Kap. 2.4.3 Abs. 6)

(identisch mit Frage 6, Kapitel 2.4.3.)

2.2.(Stand: 23.09.2025)Definition Vorsorge und Definition Rehabilitation

2.3. Behandlungselemente (inkl. Anlagen 1a bis 1k - Leistungsbeschreibungen)

Mit indikationsspezifischen Leistungsbeschreibungen haben die Vereinbarungspartner – dem gesetzlichen Auftrag folgend – erstmals indikationsspezifische Behandlungselemente definiert, die das (mögliche) therapeutische Leistungsgeschehen von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen abbilden und potenziell zum Einsatz kommen können. Als Anlagen 1.a) bis 1.k) sind diese Leistungsbeschreibungen Bestandteil der Rahmenempfehlungen und somit bei der konzeptionellen Planung wie auch bei der individuellen Therapieplanung grundsätzlich zu berücksichtigen.

Welche Therapieelemente, die in den Leistungsbeschreibungen aufgeführt werden, konkret zum Einsatz kommen, richtet sich nach dem Konzept der Einrichtung bzw. dem individuellen Bedarf der jeweiligen Rehabilitanden.

Frage 1. Wie verbindlich sind die Angaben in den Leistungsbeschreibungen der Rahmenempfehlungen?

Die in den Leistungsbeschreibungen aufgeführten Behandlungselemente sind im Sinne von vorzuhaltenden Mindestanforderungen zu verstehen. „Soweit dabei Ausführungen zu unterschiedlichen Verfahren enthalten sind, müssen diese nicht alle von einer Einrichtung angeboten werden [...]. Von der Schwerpunktsetzung und dem einrichtungsbezogenen Therapiekonzept hängt es ab, welche Behandlungselemente einer Behandlungsgruppe routinemäßig zur Anwendung kommen. Auf der anderen Seite orientiert sich die Zusammenstellung der Behandlungselemente und in welcher Form (Einzel- oder Gruppentherapie) diese zur Anwendung kommen immer am individuellen Bedarf und der Belastungsfähigkeit der Rehabilitandin oder des Rehabilitanden.“ Zudem sind die Angaben zu Behandlungsdauer und -frequenz jeweils als Empfehlung zu verstehen. (Vorwort der Leistungsbeschreibungen, S. 4).

Somit sind das einrichtungsindividuelle Konzept sowie Bedarf und Belastbarkeit der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden maßgeblich für die Entscheidung über den Einsatz der in den Leistungsbeschreibungen aufgeführten Behandlungselemente.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 2. Gibt es in den Rahmenempfehlungen Vorgaben zur maximalen Quote digitaler Therapie – oder ist dies im Konzept bzw. Versorgungsvertrag zu regeln?

Nein, die Rahmenempfehlungen enthalten keine feste Vorgabe zur maximalen Quote digitaler Therapie. Gemäß Kapitel 2.3, Abs. 2 und 3, können digitale Behandlungselemente ausdrücklich eingesetzt werden. Der geplante Einsatz digitaler Formate sollte jedoch im Versorgungskonzept nachvollziehbar dargestellt und näher erläutert werden. Das Konzept ist Grundlage des Versorgungsvertrages, sodass auf diesem Weg die Thematik Eingang in die Vertragsgestaltung mit der GKV findet.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 3. Wie ist eine Kleingruppe definiert?

Aus den Leistungsbeschreibungen (Anlagen 1a bis 1k) ergibt sich, dass Kleingruppen sich aus drei bis fünf Rehabilitierenden zusammensetzen (Kategorie „Leistungsart“ der einzelnen Behandlungselemente). Zu unterscheiden ist die Leistungsart „Gruppentherapie“, die in einigen Behandlungselementen mit maximal neun Teilnehmenden oder auch mit maximal zwölf Rehabilitierenden angegeben ist.

Grundsätzlich gilt, dass auch bei der Entscheidung über die Leistungsart (Einzel- oder Gruppentherapie) der individuelle Bedarf und die Belastungsfähigkeit der Rehabilitandin oder des Rehabilitanden zu berücksichtigen sind.

(Stand: 28.10.2025)

Frage 4. Wie ist die Zählweise bei Gruppentherapien? Wird die Anzahl der Patienten gezählt, die an der Gruppentherapie teilnehmen oder wird die Anzahl der Gruppentherapien gezählt?

Zu zählen ist die Anzahl der Einheiten der Gruppentherapien nicht die Zahl der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden – analog zur Zählweise der Einzeltherapien.

(Stand: 28.10.2025)

Frage 5. Sollten alle Behandlungselemente im Konzept verankert werden?

Grundsätzlich sollten alle Behandlungselemente im einrichtungsindividuellen Konzept benannt werden, die – in Abhängigkeit vom Bedarf und der Belastbarkeit der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden – potenziell angeboten werden können. Schließlich ist das damit verknüpfte Leistungsspektrum einer Einrichtung auch im Zusammenhang mit Vergütungsvereinbarungen relevant.

(Stand: 23.09.2025)

2.4. Vorsorge- und Rehabilitationsteam

Kap. 2.4 „Vorsorge- und Rehabilitationsteam“ benennt eine Vielzahl von Berufsgruppen und -abschlüssen, die auf Grundlage der Rahmenempfehlungen – entsprechend den indikationsspezifischen Anforderungen – in der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation zum Einsatz kommen können. Ferner sind (indikations-)spezifische Anforderungen an die fachliche medizinische Leitung und deren Stellvertretung beschrieben.

Frage 3. Bezieht sich die Begrifflichkeit „andere medizinische Fachkräfte“ ausschließlich auf formal qualifizierte Pflegeassistenten (z. B. KPH), oder ist auch der Einsatz von angelernten Pflegehilfskräften ohne formale medizinische Ausbildung zulässig?

Grundsätzlich ist diese Begrifflichkeit begrenzt auf medizinisches Personal (bspw. auch MFA). Abweichungen hiervon müssen im Einzelfall mit den Kostenträgern abgestimmt werden und sind Einzelfallentscheidungen.

(Stand: 23.09.2025)

2.4.1. Qualifikationen

2.4.2. Ärztliche Leitung

Frage 1. Muss auch die Vertretung der ärztlichen Leitung die sozialmedizinische Kompetenz vollumfänglich erfüllen?

Es muss entweder über die ärztliche Leiterin oder den ärztlichen Leiter oder deren Stellvertretung die sozialmedizinische Kompetenz sichergestellt sein. Die leitende Ärztin oder der leitende Arzt oder deren Stellvertretung muss über eine der folgenden Voraussetzungen verfügen:

- Zusatz-Weiterbildung Rehabilitationswesen oder
- Zusatz-Weiterbildung Sozialmedizin oder
- Fachärztin / Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin.

Kap. 2.4.2 Abs. 3 sieht vor, wenn keine der beiden Zusatzbezeichnungen oder die Facharztqualifikation vorliegt, muss die vollständige Teilnahme am Aufbau- und Grundkurs einer der Weiterbildungen nachgewiesen werden. Zusätzlich können im Ausnahmefall zwischen den Vertragspartnern einvernehmliche Übergangsregelungen zur vollständigen Erfüllung einer der vorgenannten Vorgaben vereinbart werden .

(Stand: 30.01.2026)

Frage 2. Welche Anforderungen an die Qualifikation der ärztlichen Leitung gelten für den Bereich der ambulanten Rehabilitation?

Diesbezüglich sind keine spezifischen Anforderungen an die Qualifikation der ärztlichen Leitung vorgesehen. Insofern gelten die Anforderungen an die Qualifikation der ärztlichen Leitung für die stationäre Rehabilitation im gleichen Umfang auch für die ambulante Rehabilitation.

(Stand: 23.09.2025)

2.4.3. Personalkorridore (inkl. Anlage 2 – Personalkorridore)

Die Rahmenempfehlungspartner haben indikationsbezogene Personalkennzahlen in Form von Korridoren für verschiedene Personal- und Tätigkeitsbereiche vereinbart. Diese Personalkorridore werden für die Leistungsformen der ambulanten, mobilen und stationären Rehabilitation getrennt dargestellt (Anlage 2 der Rahmenempfehlungen). Die mit den Rahmenempfehlungen vereinbarten Personalkorridore sind von den Vertragspartnern auf Landesebene den Verhandlungen über Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen zu Grunde zu legen. Ferner muss laut Rahmenempfehlungen die personelle Besetzung der Einrichtung die Umsetzung des Vorsorge- und Rehabilitationskonzeptes gewährleisten. Davon ausgehend konkretisieren die Vertragspartner die Personalkorridore durch Verständigung auf das Vorsorge- und Rehabilitationskonzept.

Frage 1. Was ist der Bezugspunkt für die Personalkorridore – auf welcher Basis wird der Personalbedarf berechnet?

Der Personalbedarf wird grundsätzlich auf Basis der im Vertrag vereinbarten GKV-Betten und GKV- Therapieplätze ermittelt. Dabei gibt der Personalkorridor das Verhältnis Beschäftigte/Beschäftigter zu Patientin/Patient in Bezug auf GKV-Therapieplätze bzw. - Betten lt. Versorgungsvertrag an (Kap. 2.4.3. Abs. 5). Die Forderung der

Leistungserbringerverbände, den Personalbedarf auf Basis der tatsächlichen Belegung zu melden, wurde von der GKV abgelehnt und auch in der Schiedsstelle nicht berücksichtigt. Die GKV geht davon aus, dass die im Vertrag vereinbarten Betten und Plätze real belegt sind.

Hieraus folgt, dass eine vertraglich vereinbarte Personalvorhaltung auch bei nicht voll belegten Plätzen als notwendig angesehen wird, um die Versorgung sicherzustellen. Bei einer dauerhaft abweichenden Belegung ist demnach der Vertrag entsprechend anzupassen.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 2. Wie wird der Personalbedarf im Detail berechnet – welche Aspekte wie Arbeitszeit oder Krankheitsausfälle werden dabei berücksichtigt?

Die Korridore werden im Format 1:x – 1:y dargestellt. Das bedeutet, dass eine Beschäftigte bzw. ein Beschäftigter für eine bestimmte Anzahl von Patientinnen und Patienten zuständig ist – wobei x die niedrigere und y die höhere Anzahl beschreibt.

Die im Personalkorridor genannten Vollkräfte beziehen sich auf Brutto-Personalstellen – das heißt, Abwesenheiten wie Krankheit, Urlaub oder andere Ausfälle werden in der Berechnung nicht individuell berücksichtigt. Auch längerfristige krankheitsbedingte Ausfälle, die über die Lohnfortzahlung hinausgehen, finden hierbei keine gesonderte Berücksichtigung.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 3. Müssen alle Berufsgruppen laut Rahmenempfehlungen verpflichtend vertreten sein?

Grundsätzlich sind alle je Indikation vorgesehenen Qualifikationen vorzuhalten. Mit dem Konzept begründete Abweichungen können zwischen den Vereinbarungspartnern vereinbart werden.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 4. Gibt es die Forderung Personal aller Disziplinen vorzuhalten oder bedeuten Korridore 0:x die „Möglichkeit des Einsatzes?“

Ja. Die Angabe 0:x bedeutet, dass auf den Einsatz von Personal aus dieser Kategorie verzichtet werden kann, unabhängig vom Leistungsspektrum der Einrichtung und den angebotenen Behandlungselementen.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 5. Wie wird eine Vollkraft (VK) definiert und wie viele Arbeitsstunden umfasst eine Vollkraft im Rahmen der Personalbemessung?

Im Rahmen der Personalbemessung wird eine Vollkraft (VK) als eine volle, ungekürzte Arbeitsstelle definiert. Grundlage ist eine Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden. Teilzeitkräfte oder abweichende Arbeitszeitmodelle werden anteilig in VK umgerechnet.

Beispiel:

- Mitarbeiterin mit 30 Stunden Wochenarbeitszeit entspricht

→ 30 Stunden ÷ 38,5 Stunden = 0,78 VK

(Stand: 23.09.2025)

Frage 6. Was ist mit Personal, welches nicht in den Korridoren enthalten ist?

Die Personalkorridore beziehen sich lediglich auf bestimmte Berufsgruppen und decken nicht den gesamten Personalbedarf einer Einrichtung ab. Bereiche, die nicht in den Korridoren enthalten sind – etwa Patientenbegleitsdienste, Verwaltung oder Küchenpersonal – sind ebenfalls unerlässlich für den Betrieb. Diese sollten als Teil des individuellen Einrichtungskonzepts verankert werden und müssen ebenfalls entsprechend finanziell berücksichtigt werden. (Kap. 2.4.3 Abs. 6)

(identisch mit Frage 11, Kapitel 2.1.)

(Stand: 23.09.2025)

Frage 7. Werden Therapiehelfer innerhalb der Korridore als Therapeuten gezählt?

Der Einsatz von Therapiehilfskräften ist in den Rahmenempfehlungen und in den Personalkorridoren nicht ausdrücklich vorgesehen (im Unterschied zu pflegerischem Personal und Pflegehilfskräften). Somit entsprechen all jene Mitarbeitenden den Anforderungen an die therapeutischen Berufsgruppen, die eine staatliche Prüfung erfolgreich absolviert haben (im Sinne des Ergotherapeutengesetzes, des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes oder nach der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPrO)).

Damit ist der zusätzliche Einsatz von Therapiehelfern „außerhalb“ der Personalkorridore nicht ausgeschlossen. In jedem Fall sollte zusätzliches, nicht in den Personalkorridoren explizit aufgeführtes Personal und damit einhergehende Personalkosten kalkulatorisch und mit Blick auf Vergütungsverhandlungen zwingend berücksichtigt werden. Dazu ist eine entsprechende Erläuterung im Konzept (Umfang, Aufgaben, usw.) unabdingbar.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 8. Welche Regelungen gelten, wenn Pflegehelfer im Personalmix die Quoten von einem Drittel (stationär) bzw. 50 % (ambulant und MVK) überschreiten?

Bei Nichteinhalten der in Anlage 2 genannten Verhältnisgrößen (ein Drittel/zwei Drittel, 50 %) – bezogen auf den genannten konkreten Personalkorridor – sind die Personalkorridore nicht erfüllt. Wird die geforderte Quote bezogen auf den Korridor erreicht und darüber hinaus weitere Helfer eingesetzt, könnten diese im Rahmen von unterstützenden Berufsgruppen im Konzept verankert werden. In diesem Fall sind sie ggf. auch vergütungsrelevant, obwohl sie außerhalb des Korridors liegen.

Anlage 2:

„Bezüglich des Pflegepersonals in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen besteht die Anforderung, dass mindestens zwei Drittel desselben examinierte Pflegefachkräfte sein müssen, während ein Drittel durch andere medizinische Fachkräfte, wie Pflegehelferinnen und Pflegehelfer oder Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer gestellt werden kann. Im Bereich der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, sowie der stationären Vorsorge- und Rehabilitation MVK (§§24 und 41 SGB V) sind 50% des Pflegepersonals examinierte Pflegefachkräfte.“

(Stand: 23.09.2025)

Frage 9. Gibt es eine Frist, bis wann die Personalkorridore erreicht werden müssen?

Ja, nach erfolgter Vertragsanpassung und mit Inkrafttreten des neuen bzw. angepassten Versorgungsvertrags müssen die vereinbarten Personalkorridore erfüllt werden können. Individuelle Vereinbarungen während der Anpassungszeit von 18 Monaten nach Vertragsabschluss sind möglich.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 10. Was bedeutet Konkretisierung und wann sollte ich über eine Konkretisierung nachdenken?

Die Konkretisierung der Personalkorridore ist verpflichtend und erfolgt im Rahmen der Verhandlungen über Versorgungsverträge. Grundlage dafür sind die bundeseinheitlich vereinbarten Personalkorridore aus den Rahmenempfehlungen.

Auf Basis des individuellen Versorgungskonzepts verständigen sich die Vertragspartner darauf, wie diese Personalkorridore konkret für die Einrichtung ausgestaltet werden. Die Konkretisierung kann dabei sowohl eine unveränderte Übernahme der bundeseinheitlichen Korridore als auch eine Anpassung innerhalb dieser Korridore beinhalten. Eine Verengung auf feste Zahlenwerte ist ausdrücklich nicht vorgesehen, in jedem Fall ist ein Korridor im Sinne einer Spannbreite zu vereinbaren.

Ergibt sich aus dem Versorgungskonzept die Notwendigkeit, von den bundesweiten Korridoren abzuweichen, kann eine Ausnahmeregelung vereinbart werden.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 11. Wann und warum sollte eine Einrichtung eine Verengung der Personalkorridore vornehmen?

Eine Verengung der Personalkorridore – also die Festlegung auf engere Personalschlüssel als im bundeseinheitlichen Korridor vorgesehen – ist grundsätzlich nicht verpflichtend und wird seitens der Leistungserbringerverbände nicht empfohlen. Die bundesweiten Korridore wurden von den Vertragspartnern der Rahmenempfehlungen als fachlich angemessen abgestimmt und bilden die Grundlage für die Konkretisierungen im Versorgungsvertrag. Konkretisierung meint, dass auch eine exakte Übernahme der von Rahmenempfehlungspartnern vereinbarten Korridore aus Anlage 2 möglich ist.

Wichtig: Eine spätere Unterschreitung eines selbst verengten Korridors kann meldepflichtig sein. Einrichtungen binden sich durch eine solche Festlegung vertraglich enger als notwendig – was insbesondere im Fall von Personalausfällen zu zusätzlichen Nachweispflichten führen kann

Nur in fachlich klar begründbaren Einzelfällen, z.B. aufgrund eines sehr spezifischen Versorgungskonzepts, kann eine Verengung sinnvoll sein – sollte dann aber gut abgewogen werden.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 12. Ist eine Ausnahmeregelung in meiner Einrichtung sinnvoll?

Ob eine Ausnahmeregelung sinnvoll ist, muss individuell geprüft werden und ist abhängig von der Einrichtung und ihrem individuellen Versorgungskonzept. Eine Abweichung von den bundesweiten Personalkorridoren ist in einzelnen zu begründenden Ausnahmefällen möglich, wenn insbesondere zur Verwirklichung eines einrichtungs- oder fachabteilungsspezifischen Vorsorge- oder Rehabilitationskonzepts dargelegt ist, dass eine andere Personalbemessung in einer Fachabteilung oder Einrichtung für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Leistungserbringung notwendig ist. Dies kommt z.B. bei besonderer Zielgruppengruppenzusammensetzung, innovativen Therapiekonzepten, regionalen Besonderheiten oder speziellen Fachkräftesituationen/-konstellationen in Frage. In diesen Fällen vereinbaren die Vertragspartner gemäß §§ 111 Abs. 2, 111a, 111c Abs. 1 SGB V einheitlich schriftlich verbindliche Personalkorridore als Anlage zum Versorgungsvertrag (Kap. 2.4.3 Abs. 6). Auf diese Anlage sollte im Versorgungsvertrag verwiesen werden.

(Stand: 16.10.2025)

Frage 13. Kann ich Ausnahmen in einzelnen Bereichen der Korridore vornehmen?

Ausnahmen und Abweichungen von den in Anlage 2 „Personalkorridore“ vorgesehenen Vorgaben sind grundsätzlich zulässig und vereinbarungsfähig („in einzelnen zu begründenden Ausnahmefällen“, Kap. 2.4.3 Abs. 6).

(Stand: 23.09.2025)

Frage 14. Was passiert, wenn es bei den Konkretisierungsverhandlungen zu Personalkorridoren zu keiner Einigung zwischen Krankenkasse und Einrichtung kommt?

Kommt es in den Verhandlungen zur Konkretisierung des Personalkorridors zu keiner Einigung zwischen den Vertragspartnern, ist dies ein Fall für die Schiedsstelle. Diese entscheidet auf Antrag einer der Parteien über die Ausgestaltung des Personalkorridors im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben. Die Entscheidung der Schiedsstelle ist verbindlich.

(Stand: 23.09.2025)

2.4.4. Umgang mit versorgungsrelevanten Personalausfällen

Frage 1. Welche Meldepflichten bestehen bei längerfristigen Personalausfällen oder beim Unterschreiten von Personalkorridoren?

Die Einrichtungen sind aufgefordert, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bei Unterschreiten des Personalkorridors aufgrund von fehlenden (arbeits-)vertraglich vereinbarten Personalkapazitäten unaufgefordert und unverzüglich zu informieren. Bei absehbaren längerfristigen Personalausfällen und sofern diese Ausfälle nicht kompensiert werden können, ist schnellstmöglich - spätestens nach sechs Wochen - eine Meldung gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erforderlich (Kap. 2.4.4 „Umgang mit versorgungsrelevanten Personalausfällen“).

Hinweis:

Personalwechsel in zulassungsrelevanten Leitungsfunktionen gelten als vertragsrelevante Änderungen und sind gesondert nach Kap. 2.12 Abs. 1 zu behandeln.

(Stand: 30.01.2026)

Frage 2. Bezieht sich die Meldepflicht bei Unterschreitung auf den Bundeskorridor oder auf den konkretisierten Korridor nach Konzept?

Die Meldepflicht bei Unterschreitung bezieht sich immer auf den im Versorgungsvertrag vereinbarten individuellen, konkretisierten Korridor.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 3. Unter welchen Bedingungen ist eine Meldung bei Personalausfällen aufgrund der Unterschreitung des Personalkorridors erforderlich?

Eine Meldung an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen ist nur dann erforderlich, wenn der vereinbarte Personalkorridor tatsächlich unterschritten wird und die notwendigen Personalkapazitäten (arbeits-)vertraglich nicht mehr zur Verfügung stehen.

Keine Meldung ist erforderlich, solange die Vorgaben des Personalkorridors erfüllt sind – auch wenn dies kurzfristig durch Maßnahmen wie Leasing oder Zeitarbeit geschieht. Entscheidend ist, dass die notwendige Personalausstattung dauerhaft gesichert bleibt und die medizinische Versorgung nicht beeinträchtigt wird.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 4. Kann eine Überschreitung der Personalkorridore in einzelnen Fachbereichen durch Unterdeckungen in anderen Bereichen ausgeglichen werden (Gesamtbudget-Logik)?

Nein, eine Meldung erfolgt bereichsspezifisch und die Personalkorridore gelten für jede Fachabteilung separat. Ein Ausgleich zwischen Bereichen nach dem Prinzip eines „Gesamtbudgets“ ist nicht vorgesehen.

Es ist jedoch zulässig, mit Personal zu unterstützen, das nicht spezifisch einer Indikation zugeordnet ist, solange dadurch nicht die Personalkorridore der anderen Indikation beeinträchtigt werden.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 5. Kann Personal, das einer anderen Indikation zugeordnet ist, zur Kompensation der Personalkorridore bei einer Indikation herangezogen werden?

Ja, eine solche Kompensation ist grundsätzlich möglich – beispielsweise kann Pflege- oder therapeutisches Personal aus einem anderen Fachbereich unterstützend eingesetzt werden, sofern dieses fachlich geeignet ist und die Personalkorridore der unterstützenden Indikation dabei nicht unterschritten werden. Wichtig ist, dass der Einsatz sachgerecht, nachvollziehbar dokumentiert und im Rahmen des Versorgungskonzepts vertretbar ist. Eine solche Kompensation entbindet jedoch nicht von der Pflicht, die vereinbarten Korridore insgesamt einzuhalten – auch nicht temporär.

Entscheidend ist, dass die Gesamtlogik der Personaleinsatzplanung stimmig bleibt und für jede Indikation ausreichend Personal nachgewiesen werden kann. Dies ist insbesondere im Falle einer Abfrage im Rahmen der 10%-Regelung relevant: Es dürfen sich keine Widersprüche zwischen regulärer Personalstatistik und tatsächlichem Personaleinsatz ergeben.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 6. Wann muss eine Meldung langfristiger Abwesenheit erfolgen?

Langfristige Ausfälle – etwa durch Langzeit-Erkrankung – sind zu melden, wenn klar wird, dass der Personalkorridor dadurch nicht mehr eingehalten werden kann und keine Kompensation möglich ist. Die Meldung muss schnellstmöglich erfolgen, spätestens jedoch sechs Wochen nachdem diese Situation erkennbar ist.

Keine Meldung ist erforderlich, wenn trotz des Ausfalls durch geeignete Maßnahmen (z. B. internes Umverteilen) weiterhin ausreichend Personal zur Verfügung steht und der vereinbarte Korridor eingehalten wird.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 7. Wie können Gespräche bezgl. Personalunterschreitung mit den Krankenkassen aussehen?

Kommt es zu einer Meldung wegen Unterschreitung des Personalkorridors, sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen verpflichtet, bei Bedarf Gespräche mit der Einrichtung zu führen. Ziel dieser Gespräche ist es, gemeinsam Maßnahmen zu erörtern, um die medizinische Vorsorge oder Rehabilitation trotz der Personalengpässe weiterhin sicherzustellen.

Wie diese Gespräche konkret ablaufen und gestaltet werden, muss die Praxis der nächsten Jahre zeigen.

Wichtig: Ziel ist nicht die Sanktionierung, sondern die Sicherstellung der Versorgung.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 8. Hat die Krankenkassen Sanktionsmöglichkeiten, wenn Personalkorridore nicht eingehalten werden?

Vorgesehen ist, dass bei Unterschreitung der (individuellen) Personalkorridore die Einrichtung die KK unverzüglich informiert und bei Bedarf Gespräche geführt werden, um geeignete Maßnahmen abzustimmen. Einseitig kann die KK keine Maßnahmen treffen. Bei den Gesprächen und möglichen Maßnahmen sollte auch auf die Ergebnisqualität der Einrichtung geschaut werden, z.B. eigene Erhebungen. Die Schiedsstelle führt hierzu aus: „Die Definition eines Personalengpasses obliegt letztlich den Vertragspartnern auf Landesebene.“

(Stand: 23.10.2025)

2.4.5. Outsourcing und Kooperationen

Frage 1. Sind Outsourcing und Kooperationen möglich und wie werden diese Kosten berücksichtigt?

Ja, die Rahmenempfehlungen erkennen Outsourcing und Kooperationen ausdrücklich als zulässig an. Entsprechend können auch die dabei entstehenden Kosten als Personalkosten anerkannt werden – vorausgesetzt, die in den Rahmenempfehlungen genannten Voraussetzungen sind erfüllt.

Dazu zählen insbesondere:

- die personelle Kontinuität innerhalb des Behandlungsteams,
- eine vertraglich geregelte fachliche Weisungsbefugnis gegenüber den ausgelagerten bzw. kooperierenden Kräften und umgekehrt,
- sowie im ärztlichen Bereich die Sicherstellung der überwiegenden Präsenz während der Therapie- und Behandlungszeiten.

(identisch mit Frage 15, Kapitel 3.3.)

(Stand: 30.01.2026)

2.5. Strukturelle Anforderungen

Frage 1. Wie sind die unter Kapitel 2.5 „Strukturelle Anforderungen“ genannten Vorgaben zu den räumlichen und apparativen Voraussetzungen im Zusammenhang mit dem QS-Reha®-Verfahren zu verstehen? Müssen die Konzepte, entgegen der Vorgehensweise der DRV, getrennt nach stationären und ganztägig-ambulanten Leistungen erstellt werden?

Für die räumliche und apparative Ausstattung sind die Kriterien des QS-Reha®-Verfahrens zu Grunde zu legen. Einrichtungen, die bereits das QS-System der Deutschen Rentenversicherung (DRV) anwenden, sollten ihre bestehenden Standards lediglich mit den Kriterien des QS-Reha® abgleichen und nachvollziehbar darlegen, wie diese erfüllt oder gleichwertig umgesetzt werden. Eine verpflichtende Teilnahme am QS-Reha®-Verfahren der GKV ist damit nicht verbunden.

(Stand: 16.10.2025)

2.6. Dauer von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

2.7. Indikationen, Patientengruppen und Größe der Einrichtung

2.8. Nachweisverfahren

Frage 1. Wann müssen die regulären Meldungen zu Personal, Belegung und therapeutischen Leistungen erstmals erbracht werden – betrifft das auch zurückliegende Zeiträume?

Die regulären Meldungen zu Personal, Belegung und therapeutischen Leistungen sind erstmalig ab dem Zeitpunkt zu erbringen, ab dem der jeweilige neue Versorgungsvertrag mit Bezug auf die Rahmenempfehlungen gilt. Die Meldungen müssen ab Vertragsabschluss zu den festgelegten Terminen erfolgen.

Auch die 10%-Statistik kann erst nach Umstellung auf den neuen Vertrag erhoben werden.

Wichtig: Eine rückwirkende Prüfung oder Meldung für Zeiträume vor Vertragsunterzeichnung ist ausgeschlossen. Wird der Vertrag im laufenden Jahr unterzeichnet, ist im Folgejahr eine anteilige Meldung für den Zeitraum vorzunehmen, in denen die neue Vertragsgrundlage galt.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 2. Müssen bis zur Unterzeichnung eines neuen Versorgungsvertrags auf Grundlage der neuen Rahmenempfehlungen weiterhin die bisherigen Nachweisverfahren, wie z. B. die Belegungsstatistik, erbracht werden?

Ja, bis zur Unterzeichnung eines neuen Versorgungsvertrags auf Grundlage der neuen Rahmenempfehlungen gelten weiterhin die bisherigen vertraglichen Regelungen. Das bedeutet, dass auch bisher vereinbarte Nachweisverfahren – wie etwa die Übermittlung einer Belegungsstatistik – weiterhin vollständig verpflichtend sind.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 3. Wann müssen die Meldungen nach Vertragsunterzeichnungen regelhaft stattfinden und welche Fristen gelten?

Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung muss den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen regelmäßig folgende Nachweise bereitstellen:

- Personalstatistik:

Innerhalb von vier Wochen zum 01.02., 01.06. und 01.10. eines jeden Jahres.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 4. Belegungsstatistik und Nachweis der erbrachten therapeutischen Leistungen:

Einmal jährlich zum 01.02. für das vorangegangene Kalenderjahr.

Für die „10 %-Personalstatistik“ gibt es keine festgelegten Zeiträume.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 5. Handelt es sich bei den Meldungen um eine Stichtagsbetrachtung?

Die Meldung zur Personalstatistik erfolgt als Stichtagsbetrachtung zu den festgelegten Terminen (01.02., 01.06., 01.10.). Erfasst wird der Personalbestand zu genau diesem Stichtag. Die Übermittlung muss jeweils innerhalb von vier Wochen nach dem Stichtag erfolgen – also zum Beispiel bis spätestens 29. Februar bzw. 01. März für den Stichtag 01. Februar.

Die Belegungsstatistik und der Nachweis der therapeutischen Leistungen beziehen sich hingegen auf das vorangegangene Kalenderjahr und stellen entsprechend keine Stichtagsbetrachtung dar. Beide sind einmal jährlich zum 01.02. zu melden.

Die 10 %-Personalstatistik für Personal bezieht sich ebenfalls auf einen Zeitraum und fordert die Daten der letzten zwölf Monate/des vorangegangenen Jahres.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 6. Gibt es eine Mindestanzahl an Vertragsbetten, ab der das Verfahren angewendet werden muss?

Teilweise. Für den Nachweis der Personal- und Belegungsstatistik gibt es keine Mindestanzahl an Betten. Eine Meldung ist verpflichtend, sobald ein entsprechender Versorgungsvertrag auf Grundlage der Rahmenempfehlungen abgeschlossen wurde. Auch die Auswahl als Einrichtung im Rahmen der 10% Abfrage ist unabhängig von der Betten-/Therapieplatzzahl.

Beim Nachweis der erbrachten Leistungen hingegen besteht ein Quorum: Eine Meldung ist nur dann erforderlich, wenn im Versorgungsvertrag mindestens fünf GKV-Betten oder GKV-Therapieplätze vereinbart sind. Nur in diesem Fall greift das verpflichtende Verfahren zum Nachweis der Leistungen je Behandlungsgruppe.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 7. Beziehen sich die Nachweise zu Personal, Belegung und therapeutischen Leistungen auf die mit der GKV (alle Kassenarten) vertraglich vereinbarten Betten bzw. Therapieplätze oder auch auf weitere Leistungsträger?

Die Nachweise zu Personal und therapeutischen Leistungen beziehen sich ausschließlich auf die mit der GKV vertraglich vereinbarten Betten und Therapieplätze. Die Belegungsstatistik umfasst dagegen neben GKV-Patienten auch weitere Leistungsträger wie die DRV. Diese Gesamtbetrachtung ermöglicht zu erkennen, wer der Hauptbeleger einer Einrichtung ist.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 8. An wen haben die Meldungen jeweils zu erfolgen?

Die Meldungen haben gegenüber den Ansprechpartnern der jeweiligen Vertragsparteien der Einrichtungen zu erfolgen (Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen).

(Stand: 23.09.2025)

Frage 9. Können in künftigen Verträgen zusätzliche Datenlieferungen über die Rahmenempfehlungen hinaus verlangt/vereinbart werden?

Die Rahmenempfehlungen sehen keine zusätzlichen regelmäßigen Datenlieferungen über die Meldungen zu Personal (regulär und 10%), Leistungen und Belegung hinaus vor. Lediglich im Rahmen der Vergütungsverhandlungen können gemäß Kapitel 3.4 weitere Nachweise zur Plausibilisierung angefordert werden. Für darüberhinausgehende regelmäßige Datenmeldungen besteht keine vertragliche oder rechtliche Grundlage.

Einrichtungen sollten daher keine zusätzlichen Dokumentationspflichten akzeptieren, die über die Rahmenempfehlungen hinausgehen. Das betrifft auch Teile der bisherigen Praxis zur täglichen Übermittlung von Therapien im ambulanten Bereich (interne Dokumentation ist weiterhin empfehlenswert).

(Stand: 23.09.2025)

Frage 10. Stehen die Excel-Anlagen zu den Reha-Rahmenempfehlungen bereits zur Verfügung?

Teilweise. Die Excel-Vorlage des Kalkulationsschemas wurde bereits veröffentlicht und ist öffentlich zugänglich. Die Excel-Anlagen der Nachweisverfahren gemäß Abschnitt 2.8 befinden sich noch in der finalen Abstimmung zwischen den Rahmenempfehlungspartnern und stehen derzeit noch nicht endgültig zur Verfügung.

Sobald eine abgestimmte Fassung vorliegt, werden die finalen Anlagen über die maßgeblichen Verbände zur Verfügung gestellt.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 11. Müssen die Belegungs- und Leistungsstatistik und/oder die Angaben zur Einhaltung der Personalkorridore durch ein Wirtschaftsprüfertestat belegt werden?

Nein, dies ist nicht vorgesehen und kann nicht verlangt werden.

(Stand: 23.09.2025)

2.8.1. Personalstatistik (inkl. Anlage 3.1 reguläre und Anlage 3.2 10%-Regelung)

Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung sind mit den Rahmenempfehlungen aufgefordert, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen innerhalb von vier Wochen zum 01.02., 01.06. und 01.10. eine Personalstatistik nach Kapitel 2.8.1 und jeweils einmal jährlich zum 01.02. eine Belegungsstatistik nach Kapitel 2.8.2 sowie einen Nachweis der erbrachten therapeutischen Leistungen für das vorangegangene Kalenderjahr nach Kapitel 2.8.3 zur Verfügung zu stellen (Anlagen 3 bis 5). Dabei sollten die Ausfüllanleitungen zu den Nachweisverfahren berücksichtigt werden.

Zusätzlich werden jährlich bis zu 10 % der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen je Bundesland Meldungen auf der Grundlage der Personalstatistik nach Anlage 3.2 abgeben, die qualifizierte pseudonymisierte Angaben zu den Beschäftigten je Fachabteilung unterteilt nach Eigen- und Fremdpersonal, deren jeweilige individuelle Soll-Wochenarbeitszeit und deren Beschäftigungszeitraum für den gesamten Meldezeitraum unterteilt in verschiedene Personal- bzw. Tätigkeitsbereiche enthalten. Die Auswahl der meldepflichtigen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erfolgt über die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (Kap. 2.8.1 Abs. 6).

Frage 1. Was bedeutet die Vorgabe, dass der Nachweis der Personalausstattung „in maschinell verwertbarer Form“ vorzunehmen ist?

Das bedeutet, dass die Daten oder Dokumente in einem Format vorliegen müssen, das von Computersystemen automatisch gelesen, verarbeitet und ausgewertet werden kann – ohne manuelles Abtippen oder Umwandeln. Es muss sich daher um ein strukturiertes Format handeln, z. B. eine Excel-Datei oder ein vergleichbares tabellarisches Format mit klar definierten Spalten und Zeilen. Nur so ist eine automatisierte Auswertung oder ein Import der Angaben möglich. Nicht gemeint sind: eingescannte PDFs, Bilder, handschriftliche Listen oder gescannte Tabellen als Bilddateien.

(Stand: 16.10.2025)

Frage 2. Was ist der Unterschied zwischen „Tatsächliche Vollkräfte (VK) am Stichtag für die mit der GKV vertraglich vereinbarten Therapieplätze“ (Spalte H) und „Insgesamt Beschäftigte der Fachabteilung in VK am Stichtag“ (Spalte I) in der regulären Personalstatistik?

Spalte H erfasst ausschließlich das Personal, das direkt für die mit der GKV vereinbarten Therapieplätze eingesetzt wird. Das betrifft also das Personal, das tatsächlich in der Rehabilitation für GKV-Rehabilitandinnen und Rehabilitanden arbeitet.

Spalte I umfasst hingegen alle Beschäftigten der Fachabteilung zum Stichtag, unabhängig davon, ob sie für GKV-Therapieplätze tätig sind oder nicht.

Wichtig: Bei Mischstationen oder bei Personal, das sowohl in der Rehabilitation als auch in anderen Bereichen arbeitet, ist eine klare Abgrenzung erforderlich.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 3. Welchen Zweck erfüllt die 10%-Regelung bei den Meldungen – dient sie nur als zusätzliche Information?

Durch die 10%-Regelung haben die Krankenkassen die Möglichkeit, die personelle Ausstattung im Detail nachzuvollziehen und zu kontrollieren, ob die Korridore tatsächlich durchgehend eingehalten wurden.

Die 10%-Personalstatistik wurde durch das Schiedsstellenverfahren als Kompromiss eingeführt. Ursprünglich forderten die Krankenkassen eine regelhafte Meldeverpflichtung aller Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Stattdessen wurde eine stichprobenartige Meldung von 10 % je Bundesland vereinbart, um den Aufwand zu begrenzen.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 4. Gibt es einen Kontrollmechanismus, der sicherstellt, dass nur 10 % der Einrichtungen für die vertiefte Personalmeldungen angefragt werden?

Nein, ein formaler Kontrollmechanismus ist nicht vorgesehen.

Die Rahmenempfehlungen legen lediglich fest, dass eine Einrichtung frühestens alle drei Jahre erneut für die vertiefte Personalstatistik (10 %-Personalstatistik) herangezogen werden darf.

Ein Nachweis über die ausgewählten Einrichtungen ist in den Rahmenempfehlungen nicht vorgesehen.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 5. Wie verläuft die Auswahl der Einrichtungen für die 10 %-Personalstatistik und wie ist die zeitliche Gestaltung der Nachweiserbringung?

Die Auswahl der Einrichtungen, die im Rahmen der 10%-Regelung eine erweiterte Personalstatistik abgeben müssen, erfolgt auf Landesebene durch die jeweiligen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Die 10 % beziehen sich auf die Gesamtzahl der Einrichtungen pro Bundesland.

Zur zeitlichen Ausgestaltung der Nachweiserbringung enthalten die Rahmenempfehlungen keine konkreten Vorgaben. Die Umsetzung in der Praxis – insbesondere der genaue Zeitpunkt der Auswahl und Abfrage – wird daher voraussichtlich zwischen den Vertragspartnern abgestimmt.

(Stand: 23.09.2025)

2.8.2. Belegungsstatistik (inkl. Anlage 4 – Belegungsstatistik)

2.8.3. Nachweis über erbrachte Leistungen (inkl. Anlage 5 – Nachweis über erbrachte Leistungen)

Frage 1. Werden in der Leistungsstatistik auch Leistungen berücksichtigt, die zwar geplant, aber kurzfristig abgesagt oder verweigert wurden?

Ja, in der Leistungsstatistik werden alle erfassten Leistungen einer Fachabteilung zusammengefasst – unabhängig davon, ob es überholende Ereignisse gab, die zu kurzfristigen Absagen oder Verweigerungen durch Rehabilitandinnen und Rehabilitanden geführt haben.

Das bedeutet: Auch wenn eine Leistung nicht tatsächlich erbracht wurde, kann sie Teil der Statistik sein, wenn sie im Voraus geplant und vom Personal entsprechend vorgehalten wurde. Wichtig ist hierbei der zeitliche Bezug: Personalressourcen sind für diese Leistungen eingeplant und können kurzfristig nicht anderweitig eingesetzt werden. Änderungen, die mehrere Tage vorher bekannt sind, sind hingegen nicht in die Statistik aufzunehmen.

(Stand: 23.09.2025)

2.9. Aufnahme und Durchführung

Frage 1. Kann die Aufnahme der Patienten erst erfolgen, wenn der Einrichtung eine Kostenübernahmeerklärung vorliegt?

So steht es in den Rahmenempfehlungen. Es wird empfohlen, dass Einrichtungen, die regelmäßig/häufig Behandlungen beginnen, bevor eine Kostenübernahmeerklärung vorliegt, im Versorgungsvertrag eine entsprechende Regelung aufnehmen.

(Stand: 22.10.2025)

2.9.1. Unterbrechung und Beurlaubung

2.9.2. Verlängerung

2.10. Beendigung

2.10.1. Vorzeitige Beendigung

2.10.2. Versorgungs- und Entlassmanagement

2.11. Entlassungsbericht

Frage 1. Ist eine Übermittlung des Entlassungsberichts an die Krankenkasse nach den Vorgaben in Kapitel 2.11 „Entlassungsbericht“ zulässig?

Eine Übermittlung des Entlassungsberichts an die Krankenkasse ist nicht zulässig. Gemäß den Bestimmungen des Rahmenvertrags Entlassmanagement-Reha (§ 13) ist eine Übermittlung an die Kostenträger weder vorgesehen noch datenschutzrechtlich erlaubt. Der Entlassungsbericht dient ausschließlich der weiterführenden medizinischen Versorgung und

ist an die nachbehandelnden Leistungserbringer (z. B. Vertragsärztinnen und -ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten) zu übermitteln. Eine Weitergabe an die Krankenkasse ist nach Aussage des Bundesdatenschutzbeauftragten auch bei einer Einwilligung des Rehabilitanden ausgeschlossen.

(Stand: 16.10.2025)

2.12. Änderung zur Struktur der Einrichtung oder der Trägerschaft

Frage 1. Sind chefärztliche Personalien und Übergangsregelungen zu Stellenbesetzungen künftig vorab mit den Krankenkassen zur Erfüllung formeller Anforderungen zu besprechen?

Nein, es besteht lediglich eine Mitteilungspflicht. Gemäß Kap. 2.12 Abs. 1 gelten „Personalwechsel (in zulassungsrelevanten Leitungsfunktionen)“ als „vertragsrelevante Änderungen des Betriebes“, die die Einrichtungen „den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich mitzuteilen [haben], um eine Neuausfertigung oder Änderung des Versorgungsvertrages abzustimmen.“

Nähere Anforderungen hinsichtlich chefärztlicher Leitungspositionen oder Vorabgespräche zur Erfüllung formeller Anforderungen bei Stellenbesetzungen einzelner Berufsgruppen sind damit nicht spezifiziert.

(Stand: 30.01.2026)

2.13. Qualität

2.13.1. Qualitätssicherung

2.13.2. Qualitätsmanagement

2.14. Begehungen

Frage 1. In den Versorgungsverträgen wird teilweise durch die Krankenkasse geregelt, dass zur Qualitätssicherung Begehungen durch den Medizinischen Dienst möglich sind mit Einsicht von Patientenakten und Patientengesprächen. Ist das zulässig?

Begehungen mit Einsicht von Patientenakten und Patientengesprächen sind vom Gesetz weder für die Krankenkassen noch für den Medizinischen Dienst vorgesehen und verstoßen somit gegen den Datenschutz. Solche Regelungen sollten nicht aufgenommen werden.

Die Befugnisse des MDs sind in den § 275ff SGB V abschließend geregelt. In einem begründeten Einzelfall könnte allenfalls § 276 Abs. 4 SGB V eine Ermächtigung für den MD darstellen. Da die Notwendigkeit und die Dauer von der Krankenkasse bestimmt wird und die Vergütung vorher vereinbart wurde, kann dieses Begehungsrecht faktisch nicht in Frage kommen.

(Stand: 22.10.2025)

3. Regelungen zur Vergütungsvereinbarung

Die Rahmenempfehlungen beschreiben eine systematisch-typische Vorgehensweise zur Vorbereitung und Durchführung von Vergütungsverhandlungen: Fordert die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung eine Vergütungsanpassung, hat sie der Krankenkasse die

zugrundeliegende Kostenentwicklung im Vorfeld der Vergütungsverhandlungen schriftlich zu erläutern. Nach Erhalt dieser schriftlichen Erläuterungen kann die Krankenkasse Nachweise (siehe Kapitel 3.4 der Rahmenempfehlungen) zur Plausibilisierung der Forderung zur Vergütungsanpassung anfordern.

3.1. Leistungsbezug und Wirtschaftlichkeit

3.2. Strukturen der Vergütung

Frage 1. Inwiefern war die Kurtaxe bisher Bestandteil der Vergütung – und ist im Rahmen der neuen Regelungen eine Bereinigung erforderlich?

Ob die Kurtaxe bislang Bestandteil der vereinbarten Vergütung war, muss einrichtungsindividuell geprüft werden. Es kann nicht pauschal davon ausgegangen werden, dass die Kurtaxe automatisch im Tagessatz enthalten war. Entsprechend ist von einer standardisierten Bereinigung der bisherigen Tagessätze abzuraten.

Grundsatz: Wenn keine ausdrückliche Regelung im bisherigen Versorgungsvertrag zur Abrechnung der Kurtaxe besteht, muss im Zweifel die Krankenkasse nachweisen, dass die Kurtaxe bereits Bestandteil der bestehenden Vergütung war.

Mit den neuen Rahmenempfehlungen wird klargestellt, dass die Kurtaxe gesondert abgerechnet werden kann (Kap. 3.2 Abs. 2, Abs. 15). Daher sollte sie künftig als Zuschlag außerhalb des Tagessatzes verhandelt werden.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 2. Was gilt, wenn bestehende Vergütungsverträge Regelungen enthalten, die von den Rahmenempfehlungen abweichen – z. B. zur Vergütung von Aufnahme- und Entlasstag im stationären Bereich?

Die Rahmenempfehlungen haben Vorrang vor abweichenden Regelungen in bestehenden Vergütungsverträgen. Das bedeutet, dass abweichende Vereinbarungen grundsätzlich durch Vertragsanpassungen auf Grundlage der Rahmenempfehlungen ersetzt werden, sofern keine individuellen Ausnahmeregelungen vereinbart wurden.

Beispiel Aufnahme- und Entlasstag: Aufnahme- und Entlassungstag werden im stationären Bereich zusammen als ein Tag (Aufnahmetag wird berücksichtigt) und im ambulanten Bereich als je ein Tag vergütet (Kap. 3.2 Abs. 10).

(Stand: 23.09.2025)

Frage 3. Ist die Vergütung von Begleitpersonen zu verhandeln?

Ja. Wenn im Vorsorge- und Rehabilitationskonzept die Aufnahme von Begleitpersonen vorgesehen ist, wird eine separate Vergütung für diese Begleitpersonen verhandelt (Kap. 3.2 Abs.4).

(Stand: 23.09.2025)

Frage 4. Sind Fahrkosten zu verhandeln?

Es ist in den Rahmenempfehlungen geregelt, dass Fahrtkosten nicht Bestandteil der Vergütung sind (mit Ausnahme der mobilen Reha). Fahrtkosten sollten aber im Zuge der Vergütungsverhandlung betrachtet und kalkuliert werden.

Im gesetzlichen Rahmen können Einrichtungen jedoch mit den Krankenkassen Vereinbarungen zur An- und Abreise treffen. Eine Verpflichtung zur Verhandlung besteht nicht, ist aber möglich. Damit sind die Fahrtkosten nicht isoliert schiedsstellenfähig.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 5. Ist die Vergütung von interkurrenten Erkrankungen separat zu verhandeln?

Nein. Bestandteil der vereinbarten Vergütung sind ebenso unaufschiebbare Behandlungen interkurrenter Erkrankungen, die mit den Mitteln der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung behandelt werden können einschließlich der hierfür notwendigen Medikamente (Kap. 3.2 Abs. 6). Somit ist eine solche Vergütung nicht separat zu verhandeln, sollte aber kalkulatorisch berücksichtigt werden, zumal – so die Ausführungen der Schiedsstelle – die Refinanzierung bei der Festlegung der pauschal zu vereinbarenden Vergütung zu berücksichtigen ist.

(Stand: 16.10.2025)

Frage 6. Wird ein höherer Personalstand innerhalb des Korridors bei den Vergütungsverhandlungen berücksichtigt? Kann auch Personal oberhalb der Korridore vergütet werden?

In den Rahmenempfehlungen ist nicht ausdrücklich vorgesehen, dass ein Personalstand oberhalb der vereinbarten Personalkorridore regelhaft vergütet wird. Zugleich ist damit nicht grundsätzlich ausgeschlossen, dass ein höherer Personalstand berücksichtigt wird.

In jedem Fall sollte ein höherer Personalstand – der als Abweichung von den vereinbarten Korridoren gemäß Anlage 2 von den Vertragsparteien vereinbart werden muss – kalkulatorisch berücksichtigt werden und Eingang in die Vergütung finden.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 7. Bezieht sich die Angabe zu den Medikamentenkosten auf ein einzelnes Medikament oder auf die Summe aller verordneten Medikamente?

Die Angaben zu Medikamentenkosten sind grundsätzlich fallbezogen und beziehen sich auf die Kosten einzelner Medikamente: „Sofern die fallbezogenen Kosten für einzelne besonders teure Medikamente die Höhe von drei Tagessätzen übersteigen, werden die diesbezüglichen Aufwendungen nach Antragstellung durch die Einrichtung und Prüfung durch die Krankenkasse entsprechend zusätzlich zur regulären Vergütung gezahlt.“ (Kap. 3.2 Abs. 9).

(Stand: 28.10.2025)

Frage 8. Wie erfolgt die Beantragung der Medikamentenkosten – in welcher Form ist der Antrag zu stellen und erfolgt eine Prüfung durch den MD?

Die Rahmenempfehlungen enthalten keine konkreten Vorgaben zur Form des Antrags. Hierzu können individuelle Vereinbarungen während der Verhandlungen getroffen werden. Ein Antrag auf Zusatzvergütung ist möglich, wenn die Kosten für einzelne besonders teure Medikamente je Fall die Höhe von drei Tagessätzen übersteigen.

Die Prüfung wird durch die Krankenkassen durchgeführt – eine Beteiligung des Medizinischen Dienstes (MD) ist nicht vorgesehen.

Zudem sieht Abschnitt 3.2 Abs. 9 der Rahmenempfehlungen für bestimmte Krankheitsbilder eine vollständige Erstattung der Medikamentenkosten ohne Antragstellung vor.

(Stand: 28.10.2025)

Frage 9. Welche Größe/welcher Rahmen ist für das Unternehmerrisiko anzusetzen?

Eine pauschale Antwort ist hier kaum möglich. Zu berücksichtigen sein sollten auch die Trägerschaft (Einzelunternehmen, Konzern, städtischer Träger etc.), die Wettbewerbssituation der Einrichtung in der jeweiligen Region und einrichtungsspezifische Besonderheiten, die Risikoabwägungen berücksichtigen.

Grundsätzlich ist die Forderung zur Berücksichtigung eines Unternehmerrisikos durch die Rahmenempfehlungen, sowie das Kalkulationsschema gedeckt und dringend anzuraten.

Auch in diesem Zusammenhang ist auf die einschlägige Rechtsprechung zu verweisen: „Mit seinem Urteil B 3 P 1/18 R, Rn. 27 vom 26.09.2019 hat das BSG entschieden, dass „die begehrten Pflegesätze grundsätzlich dann [plausibel sind], wenn sie bei wirtschaftlicher Betriebsführung die voraussichtlichen Gestehungskosten der Einrichtung unter Zuschlag einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos und eines etwaigen zusätzlichen persönlichen Arbeitseinsatzes sowie einer angemessenen Verzinsung ihres Eigenkapitals decken.“

Zu einer ähnlichen Einschätzung gelangt das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen in seinem Urteil L 12/15 P 51/19 KL vom 25. März 2021. So verweist das Urteil auf § 82 Abs. 1 Nr. 1, § 84 Abs. 2 Satz 1 und 4 SGB XI. Demnach müssen die Pflegesätze für vollstationäre Leistungen leistungsgerecht sein und es einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung seines Unternehmerrisikos zu erfüllen.

Laut Ausführungen der Schiedsstelle können auch Auslastungsquoten oder alternative Refinanzierungsmodelle von Ausfalltagen vereinbart werden.

(Stand: 16.10.2025)

Frage 10. Zählen Kosten für ausgelagertes Personal zu den Sachaufwendungen?

Die Zuordnung von Kosten für ausgelagertes Personal kann unterschiedlich gehandhabt werden: Sie können sowohl unter den Personalkosten als auch unter den Sachkosten aufgeführt werden. In der klassischen Buchführung werden solche Aufwendungen in der Regel als Sachkosten erfasst, da sie nicht aus einem direkten Beschäftigungsverhältnis resultieren.

Unabhängig von der Verortung innerhalb der Kalkulationsmatrix ist die vollständige Aufführung dieser Kosten unerlässlich.

Wichtig für Einrichtungsvergleiche: Entscheidend ist nicht die interne Zuordnung, sondern die transparente Ausweisung solcher Kosten. Nur so kann Vergleichbarkeit gewährleistet und Verzerrungen vermieden werden.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 11. Wann ist ein Bestandteil schiedsstellenfähig?

Alles, was gemäß Rahmenempfehlungen Bestandteil der Vergütung ist, kann bei Uneinigkeit der Vertragsparteien durch die Schiedsstelle entschieden werden.

Bestandteile, die nur im gesetzlichen Rahmen freiwillig vereinbart werden können (z.B. Fahrtkosten), sind nicht isoliert schiedsfähig.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 12. Können Bestandteile verhandelt werden, die nicht in der Vergütungsvereinbarung enthalten sind (z.B. IT-Security)?

Die Rahmenempfehlungen treffen hierzu keine Ausschlusskriterien, grundsätzlich sollten jedoch alle Bestandteile, die vergütungsrelevant sind, eindeutig im Vorsorge- und Rehabilitationskonzept benannt und beschrieben werden. Die Kalkulationsmatrix erlaubt es, neben Personalkosten auch sämtliche anfallenden Sachkosten abzubilden.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 13. Wie ist mit neuen Anforderungen umzugehen, die im bisherigen Vergütungssatz noch nicht berücksichtigt wurden?

Neue Anforderungen, die im bisherigen Vergütungssatz noch nicht enthalten sind, können im Rahmen der Vergütungsverhandlungen geltend gemacht werden, sofern sie für die sachgerechte Umsetzung des Rehabilitations- und Vorsorgekonzeptes der jeweiligen Einrichtung notwendig sind.

Daher sollten diese neuen Anforderungen bereits im Konzept verankert werden, um die Grundlage für deren Notwendigkeit darzustellen. Mit der Annahme des Konzepts durch die Krankenkasse wird die Akzeptanz der Notwendigkeit bestätigt. Im ersten Verhandlungsschritt müssen alle zusätzlichen Kostenpunkte von der Einrichtung plausibel und nachvollziehbar dargelegt werden.

Dabei kann die Kalkulationsmatrix als Grundlage zur Darstellung der Kosten herangezogen werden.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 14. Werden bei Vergütungsverhandlungen nur Tarifsteigerungen berücksichtigt oder auch Personalsteigerungen?

Tarifsteigerungen sind eine wichtige Grundlage für Vergütungsverhandlungen. Darüber hinaus können aber auch zusätzliche Personalbedarfe verhandelt werden, wenn sie plausibel begründet werden.

Wichtig: Wenn die Einrichtung der Ansicht ist, dass bestehende Personalkosten oder Tarifsteigerungen nicht ausreichend abgebildet sind, können diese ebenfalls über die reine Tarifsteigerung hinaus eingebracht werden.

Kommt es zu keiner Einigung, kann im Zweifelsfall die Schiedsstelle angerufen werden.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 15. Ab wann darf bei Verlegung am Aufnahmetag ein Tag abgerechnet werden?

Hierzu ist nichts spezifiziert. Wenn eine Aufnahme des Patienten erfolgt ist, sollte ein Tag abgerechnet werden können.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 16. Sollte bei einer dauerhaften Unterbelegung die vereinbarte Betten-/ Platzzahl angepasst werden, um Nachteile bei der Vergütung zu vermeiden?

Auf dieses Problem haben wir auch hingewiesen. Die GKV wollte partout keine tatsächliche Belegung und ging davon aus, dass vereinbarte Plätze und Belegung nahezu identisch sein sollte. Gleichzeitig war auch keine Bereitschaft vorhanden, dass dann Vorhaltekosten übernommen werden müssen. Hier ist der Konflikt leider vorprogrammiert. In der Praxis wird man die vereinbarten Plätze wahrscheinlich zukünftig eher etwas unter der durchschnittlichen Belegung halten. Hierzu gibt es aber noch keine praktische Erfahrung.

(Stand: 23.09.2025)

3.3. Vergütungsverhandlungen (inkl. Anlage 6 – Kalkulationsschema)

Frage 1. Treffen die Rahmenempfehlungen Vorgaben zu Laufzeiten und Fristen für Vergütungsverhandlungen?

Besteht ein Versorgungsvertrag auf Basis der Rahmenempfehlungen, obliegt es den Vertragsparteien, die Vergütungsvereinbarung zu kündigen und neu zu verhandeln. Hierzu sind keine festen Fristen vorgesehen. Meist wird die Laufzeit der Vergütungsvereinbarung hierfür maßgeblich sein. Die Laufzeit sollte im Regelfall nicht länger als ein Jahr sein.

Die strukturellen Vorgaben und Nachweispflichten aus den Rahmenempfehlungen finden im Übrigen grundsätzlich erst dann Anwendung, wenn der Versorgungsvertrag angepasst ist. Die Begründung dafür findet sich in Kap. 3 Abs. 2 der Rahmenempfehlungen, wonach die Vergütung auf Grundlage des Versorgungsvertrags vereinbart wird. Ist der Versorgungsvertrag während der Konvergenzphase noch nicht den Rahmenempfehlungen angepasst, werden die Vergütungsverhandlungen auf der Grundlage des bestehenden Versorgungsvertrags geführt.

(Stand: 03.11.2025)

Frage 2. Kann die Kalkulationsmatrix (Anlage 6) für Verhandlungen genutzt werden?

Ja, die Schiedsstelle hat die Kalkulationsmatrix als festen Bestandteil der Rahmenempfehlungen festgesetzt. Sie dient daher als Grundlage in Vergütungsverhandlungen. Die Anwendung der Kalkulationsmatrix stellt sicher, dass die relevanten Kostenbestandteile Eingang in die Kalkulation des Vergütungssatzes finden.

Die Kalkulationsmatrix (Anlage 6) kann bereits in kommenden Vergütungsverhandlungen genutzt werden, unabhängig von einer noch ausstehenden Anpassung des Versorgungsvertrages. Die Berücksichtigung einrichtungsspezifischer und -individueller Kosten und Kostenarten, die als solche nicht explizit in der Kalkulationsmatrix benannt sind, ist durch die Rahmenempfehlungen nicht ausgeschlossen.

Die Kalkulationsmatrix ist als Anlage verbindlicher Bestandteil der Rahmenempfehlungen und wurde auf Initiative der Leistungserbringerverbände durch die Schiedsstelle in der

vorliegenden Form festgesetzt. Im Schiedsspruch der Schiedsstelle ist festgehalten, dass es Aufgabe der Rahmenempfehlungspartner ist, in weiteren Verhandlungen die Kalkulationsmatrix anzupassen. Versuche, eine solche Anpassung der Kalkulationsmatrix vorzunehmen, sind bislang gescheitert.

Die Kostenträger führen inzwischen sogenannte „Kostenaufstellungen“ in die Vergütungsverhandlungen ein. Dies wird damit begründet, dass die Kalkulationsmatrix (Anlage 6) keine Kostenentwicklung darstelle. Diese Kostenaufstellungen sind keine systematische Kalkulationsmatrix und es fehlt in ihnen z.B. die Berücksichtigung des unternehmerischen Risikos. Verbindlich ist die Kalkulationsmatrix (siehe oben).

(Stand: 30.01.2026)

Frage 3. Was ist unter einer prozentualen Vergütungsanpassung zu verstehen und welche Rolle spielt die bisherige Vergütung dabei?

Die Vergütung wird prospektiv, also für einen zukünftigen Zeitraum, neu verhandelt – auf Basis der neuen Anforderungen der Rahmenempfehlungen. Der bisherige Tagessatz dient dabei als Orientierungswert für eine prozentuale Anpassung, ersetzt aber nicht die eigenständige Kalkulation der neuen Vergütung.

Grundsatz: Neue Anforderungen bzw. ein neuer Rahmen bedeuten eine neue Berechnung, mit Abgleich zu den bisherigen Tagessätzen – nicht deren bloße Fortschreibung.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 4. Was ist zu tun, wenn die Krankenkasse die Annahme der Kalkulationsmatrix verweigert?

Kommt keine Einigung über die Kalkulationsmatrix zustande – z. B. bei Ablehnung durch die Krankenkasse –, kann der Vorgang der Schiedsstelle zur Entscheidung vorgelegt werden.

Rechtsgrundlage ist § 111b Abs. 1 SGB V.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 5. Sind Einrichtungsvergleiche zulässig und welche Parameter können einem Einrichtungsvergleich zugrunde gelegt werden?

Einrichtungsvergleiche sind grundsätzlich zulässig: „Um die wirtschaftliche Angemessenheit zu bewerten, ist ein Vergleich mit den im Bereich der GKV bestehenden Vergütungen anderer vergleichbarer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zulässig (externer Vergleich). Die dem Einrichtungsvergleich zugrundeliegenden Parameter werden vom jeweiligen Vertragspartner transparent dargelegt.“ (Kap. 3.1 Abs. 5). Insbesondere im Zuge des Schiedsstellenverfahrens haben die Leistungserbringerverbände auf die bundessozialgerichtliche Rechtsprechung zur Vergütung stationärer Pflegeeinrichtungen verwiesen, wonach die von einer stationären Pflegeeinrichtung beanspruchte Vergütung leistungsgerecht, „wenn die von dem Heimträger zugrunde gelegten voraussichtlichen Gestehungskosten nachvollziehbar sind (Plausibilitätskontrolle) und sie im Vergleich mit der Vergütung anderer Einrichtungen (externer Vergleich) den Grundsätzen wirtschaftlicher Betriebsführung entspricht.“ (Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) B 3 P 7/08 R vom 29.01.2009).

Mit dem Urteil B 6 KA 20/14 R vom 13.05.2015 hat das BSG im Zusammenhang mit Vergleichen von Pflegeheimen festgestellt, dass es sachgerecht ist, „in erster Linie darauf abzustellen, ob die jeweiligen Einrichtungen nach ihrem Leistungsspektrum, ihrer personellen und sächlichen Ausstattung und dem örtlichen Kostenniveau vergleichbar sind. Nur auf diese Weise wird dem Zweck des externen Vergleichs, der als Kontrollmechanismus für die wirtschaftliche Betriebsführung der betroffenen Einrichtung dienen soll, Rechnung getragen.“ Das Urteil fordert daher, „einen möglichst passgenauen Vergleich (ausreichende Anzahl der Einrichtungen, ähnlicher Leistungsumfang, Lage etc.) zu ermöglichen.“

(Stand: 23.09.2025)

Frage 6. Müssen Personalkosten bis zur Höhe tarifvertraglicher Vereinbarungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtregelungen im Rahmen eines Vergleichs abgezogen werden?

Grundsätzlich gilt: Personalkosten können bis zur Höhe tarifvertraglicher Vereinbarungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtregelungen abgezogen werden.

Werden höhere Zahlungen geleistet, kann dies im Einzelfall dennoch sachgerecht und zulässig sein – insbesondere, wenn regionale Gegebenheiten (z. B. regionale Lohnniveaus, Wettbewerbssituation) dies erforderlich machen. In solchen Fällen kann eine Abweichung vom Tarif im Rahmen eines Vergleichs relevant sein. Hierbei ist wichtig auf die Transparenz des Vergleichs zu bestehen.

(Stand: 21.10.2025)

Frage 7. Wie soll eine Einrichtung einen Vergleich anstellen, ohne dass diese auf eine Datenbasis wie sie der GKV vorliegt zurückgreifen kann?

Systemimmanent verfügen die Krankenkassen hier über einen Vorteil, der sich kaum aufwiegen lässt. Insofern ist nur zu empfehlen, bei Einrichtungsvergleichen auf die oben ausgeführte Rechtsprechung und im Austausch mit benachbarten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen eine größtmögliche Transparenz herzustellen.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 8. Gibt es eine Positionierung der Krankenkassen hinsichtlich der Vergütungsverhandlungen? Gibt es separate Verhandlungen mit den einzelnen Krankenkassen, werden die Krankenkassen sich zukünftig untereinander vertreten oder treten die Krankenkassen "zusammen" als Verhandlungspartner auf?

Es wird voraussichtlich so bleiben, dass die Vergütungsverhandlungen mit den jeweiligen Krankenkassenverbänden auf der Landesebene und den Ersatzkassen zu führen sind.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 9. Was ist der Unterschied in der Kalkulationsmatrix zwischen kalkulatorischer Stellenschlüssel und kalkulatorischer VK?

Im Idealfall ist beides gleich. Die VK ergeben sich aus dem Stellenschlüssel. Da der Stellenschlüssel aber in Form eines Korridors vorliegen kann, muss die tatsächliche VK noch zusätzlich angegeben werden.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 10. Zählen entschuldigte Fehltage zu den Abrechnungstagen – z.B. analog zur DRV – oder nur tatsächlich durchgeführte Behandlungstage?

Entschuldigte Fehltage wollten wir analog zur DRV geregelt wissen. Auch dieses Vorhaben konnte sich in der Schiedsstelle nicht durchsetzen. Es sind also im ambulanten Bereich nur die tatsächlich durchgeführten Behandlungstage abrechnungsfähig.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 11. Auf welcher Basis laufen aktuelle Vergütungsverhandlungen, bis die Verträge angepasst sind?

Bis zur Aufnahme der Verhandlungen zur Anpassung der Versorgungsverträge an die neuen Rahmenempfehlungen gilt eine Übergangsfrist von drei Jahren. In dieser Zeit besteht kein fester Rahmen für Vergütungsverhandlungen – maßgeblich bleibt der bestehende Versorgungsvertrag.

Damit bestehen grundsätzlich zwei Optionen:

- Verhandlungen auf Basis des bestehenden Vertrags
- Verhandlungen auf Basis der neuen Rahmenempfehlungen

Eine Mischform ist unzulässig – d.h. es darf nicht teilweise nach alten und teilweise nach neuen Regeln verhandelt werden.

Hinweis: Verhandlungen auf Basis der neuen Rahmenempfehlungen ermöglichen eine vollständige Neuberechnung. Dies kann vorteilhaft sein – z.B. bei der Berücksichtigung von Tarifgehältern, Strukturkosten oder neuen Zuschlägen – erfordert aber eine erhöhte Plausibilisierungspflicht.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 12. Muss die Vergütungsvereinbarung fristgerecht gekündigt werden, um die Verhandlungen aufzunehmen?

Die Rahmenempfehlungen sehen eine Kündigung bestehender Versorgungsverträge als Voraussetzung für die Aufnahme von Verhandlungen für Neuabschlüsse oder Anpassungen von Verträgen auf Grundlage der Rahmenempfehlungen nicht ausdrücklich vor.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 13. Kann die Kalkulationsmatrix schon jetzt angewendet werden, unabhängig davon ob bereits eine neue Vereinbarung/ein neuer Versorgungsvertrag geschlossen wurde?

Ja, auch wenn die Anwendung seitens der Krankenkassen ggf. abgelehnt werden kann.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 14. Wie sollen im Kalkulationsformular Sonstige Erlöse oder Erstattungen (z.B. Stromsteuer) abgebildet werden (saldiert in der Kostenposition oder in einer separaten Position)?

Hierzu gibt es keine Vorgaben. Beides ist denkbar und liegt im Ermessen der Einrichtung. Wenn es ein einmaliger Effekt ist, sollte dieser separat dargestellt werden, um im Folgejahr nicht eine große Kostensteigerung erklären zu müssen.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 15. Sind Outsourcing und Kooperationen möglich und wie werden diese Kosten berücksichtigt?

Ja, die Rahmenempfehlungen erkennen Outsourcing und Kooperationen ausdrücklich als zulässig an. Entsprechend können auch die dabei entstehenden Kosten als Personalkosten anerkannt werden – vorausgesetzt, die in den Rahmenempfehlungen genannten Voraussetzungen sind erfüllt.

Dazu zählen insbesondere:

- die personelle Kontinuität innerhalb des Behandlungsteams,
- eine vertraglich geregelte fachliche Weisungsbefugnis gegenüber den ausgelagerten bzw. kooperierenden Kräften und umgekehrt,
- sowie im ärztlichen Bereich die Sicherstellung der überwiegenden Präsenz während der Therapie- und Behandlungszeiten.

(identisch mit Frage 1, Kapitel 2.4.5.)

(Stand: 30.01.2026)

Frage 16. Ist eine Ablehnung der Refinanzierung mit dem Hinweis auf das fehlende Selbstkostendeckungsprinzip berechtigt – und was kann man dagegen tun?

Unstrittig ist, dass ein Selbstkostendeckungsprinzip nicht zur Anwendung kommt (Kap. 3.1 Abs. 4). Zugleich gilt grundsätzlich, dass alle im Konzept beschriebenen Leistungen und Elemente der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation einer Einrichtung refinanziert werden müssen – das Konzept ist als Anlage Bestandteil des Versorgungsvertrags.

Der Verweis auf die Nichtgeltung des Selbstkostendeckungsprinzip ist somit nicht geeignet, eine Ablehnung der Refinanzierung zu begründen. Bei Streitigkeiten zur Refinanzierung ist die Anrufung der Landesschiedsstelle für Versorgungs- und Vergütungsvereinbarungen nach § 111b SGB V zu empfehlen.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 17. In welcher Anlage findet man den Nachweis der Tarifentgelte?

Hierzu wurde keine Anlage abgestimmt, da dieser Nachweis zu individuell ist. Die Regelungen dazu finden sich in Punkt 3.4 der Rahmenempfehlungen.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 18. Wofür stehen im Kalkulationsschema die Abkürzungen TE/LE und BT, VWD?

- TE/LE = Therapieeinheit/Leistungseinheit (mobile Reha)
- BT = Behandlungstag (amb. und stat. Reha)
- VWD = Verweildauer

(Stand: 16.10.2025)

Frage 19. Kann während der Übergangsfrist von 18 Monaten eine stufenweise Anpassung der Vergütung vereinbart werden?

Ja, das ist möglich und wird ausdrücklich empfohlen. Dies kann insbesondere dann sinnvoll sein, wenn Veränderungen – z. B. strukturelle Änderungen oder Personalbedarfe – nicht sofort, sondern schrittweise umgesetzt werden.

(identisch mit Frage 2, Kapitel 5.)

(Stand: 23.09.2025)

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

Kap. 3.4 Abs. 2 der Rahmenempfehlungen sieht vor, dass im Rahmen der Vergütungsverhandlungen auf Anforderung der Krankenkasse zur Plausibilisierung der Forderung zur Vergütungsanpassung insbesondere einer oder mehrere der folgenden Nachweise und Belege vorzulegen sind:

- geltende Tarifverträge, kirchliche Vergütungsordnungen oder sonstige Vergütungsmaßstäbe in der aktuellen Fassung.
- Bei sogenannten Haustarifen bzw. einrichtungsspezifischen Vergütungsrichtlinien bzw. -vereinbarungen ist als Nachweis die schriftliche und rechtsverbindliche Erklärung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung erforderlich. Die Einbindung der Arbeitnehmervertretung ist im Einzelfall nachzuweisen.
- Verbindliche Erklärung des Trägers, dass und ggf. für welche Bereiche die tarifliche oder einrichtungsspezifische Vergütung bzw. Vergütungsstruktur eingehalten wird.
- Eine Differenzierung des prozentualen (Ist-)Anteils der Personalkosten, Sach- und Investitionskosten an den Gesamtkosten der Einrichtung (GKV-Anteil).
- Pseudonymisierte gültige Personalliste mit Angabe:
 - der Einstufung und Funktion bzw. Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
 - zum Eintritt und evtl. Austritt von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in die und ggf. aus der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung,
 - der jeweiligen wöchentlichen Arbeitszeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den einzelnen Monaten.
 - Konkretisierende Belege und/oder Verträge für den Bereich der Sach- und Investitionskosten, beispielsweise zur näheren Darlegung der Energiekosten Rechnungen oder verbindliche Erhöhungsmitteilungen durch den jeweiligen Energieversorger.

Somit besteht – anders als bei den Nachweisverfahren zu erbrachten Leistungen, Personal- und Belegungsstatistik – hinsichtlich der Nachweise im Zusammenhang mit der Vergütung keine Regelmäßigkeit zu festen Übermittlungsterminen oder zu den exakten Umfängen der

zu übermittelnden Nachweise. Ebenso liegt keine Vorlage in Form eines Excel-Dokuments vor.

Macht die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen geltend, hat sie zum Nachweis der tatsächlichen Zahlung dieser Gehälter auf Verlangen der Krankenkasse zudem

- pseudonymisierte Gehaltsabrechnungen oder
- pseudonymisierte Personalkostenaufstellung in einem maschinell verwertbaren Format oder
- die Bestätigung des Steuerberaters oder Jahresabschlussprüfers, dass die in die Vergütung eingeflossenen tarifvertraglichen Löhne und Gehälter respektive entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen tatsächlich gezahlt wurden und aus der hervorgeht, inwieweit die zusätzlichen Mittel zweckentsprechend für die vereinbarte Maßnahme verwendet wurden

vorzulegen.

Frage 1. Müssen Nachweise über die Zahlung von Tariflohn bereits vor der Umstellung auf einen neuen Versorgungsvertrag erbracht werden?

Falls während der Verhandlungen geltend gemacht wird, dass Zahlungen in Höhe des Tariflohns nicht als unwirtschaftlich gelten und entsprechend durch die Vergütung refinanziert werden sollen, kann die Krankenkasse eine Plausibilisierung der Tariflohnzahlungen gemäß Rahmenempfehlungen Kapitel 3.4 verlangen.

Wenn diese Regelung nicht in Anspruch genommen wird, besteht keine Pflicht, Nachweise oder Plausibilisierungen vor der Vertragsumstellung vorzulegen.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 2. Wann ist der volle Umfang der Darlegungspflicht erreicht?

Ein voller Umfang der Darlegungspflicht ist erreicht, wenn die geplanten Aufwendungen – insbesondere für zukünftige Zeiträume – nachvollziehbar und plausibel dargelegt werden. Wann dies genau erreicht ist, ist nicht in den Rahmenempfehlungen geregelt.

Es gilt: Für zukünftige Zeiträume können keine „Nachweise“ vorgelegt werden. Stattdessen ist eine Plausibilisierung erforderlich: Es muss erkennbar sein, auf welcher Basis die Kostenkalkulationen erfolgen (z. B. Ankündigung für Preissteigerungen, Tarifsteigerungen). Es gibt keine starren Vorgaben, welche Unterlagen im Einzelnen vorzulegen sind. Maßgeblich ist, ob die Angaben nachvollziehbar und sachlich begründet sind.

Im Bereich Personal vertreten die Leistungserbringerverbände die Auffassung, dass die Nachweiserbringung nicht den Inhalt der Personalstatistik (10 %-Personalstatistik) übersteigen darf.

(Stand: 23.09.2025)

4. Kündigung von Versorgungsverträgen

5. Inkrafttreten und Übergangsregelungen

Frage 1. Welche Fristen gelten für die Umsetzung der Rahmenempfehlungen?

Ab dem 01.07.2025 sind die Inhalte der Rahmenempfehlungen bei neu abgeschlossenen oder angepassten Versorgungs- und Vergütungsverträgen verpflichtend zugrunde zu legen.

Bestehende Versorgungsverträge behalten zunächst ihre Gültigkeit. Die Vertragsparteien müssen innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Rahmenempfehlungen (bis spätestens 30.06.2028) ggf. Verhandlungen zur Überprüfung aufnehmen, ob aufgrund der Rahmenempfehlungen Anpassungsbedarf besteht. Diese müssen innerhalb von 18 Monaten nach Verhandlungsbeginn (bis spätestens 31.12.2029) abgeschlossen werden.

Gegebenenfalls können Übergangsregelungen zur Umsetzung personeller oder struktureller Anforderungen vereinbart werden – jedoch mit einem maximalen Übergangszeitraum von 18 Monaten (bis längstens zum 30.06.2031).

(Stand: 28.10.2025)

Frage 2. Kann während der Übergangsfrist von 18 Monaten eine stufenweise Anpassung der Vergütung vereinbart werden?

Ja, das ist möglich und wird ausdrücklich empfohlen. Dies kann insbesondere dann sinnvoll sein, wenn Veränderungen – z. B. strukturelle Änderungen oder Personalbedarfe – nicht sofort, sondern schrittweise umgesetzt werden.

(identisch mit Frage 19, Kapitel 3.3.)

(Stand: 23.09.2025)

6. Verschiedenes (z. B. Vertragsstrafen,...)

Frage 1. Können die Krankenkassen die Aufnahme von Vertragsstrafen im Versorgungsvertrag fordern?

Regelungen zu Vertragsstrafen wurden von der Schiedsstelle abgelehnt und nicht in die Rahmenempfehlungen aufgenommen. Sie sind bewusst weggelassen worden, so dass diese auch nicht auf Klinikebene aufgenommen werden sollten.

(Stand: 22.10.2025)

Indikationsspezifische Fragen:

I. Geriatrie

Frage 1. In welchem Umfang muss die ärztliche Leiterin oder der ärztliche Leiter und die Stellvertreterin oder der Stellvertreter über einschlägige rehabilitative oder sozialmedizinische Erfahrungen in Rehabilitationseinrichtungen verfügen?

Im Bereich der geriatrischen Rehabilitation gilt, dass die ärztliche Leiterin oder der ärztliche Leiter und die Stellvertretung über eine vollzeitige klinische Berufserfahrung von 12 Monaten in einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V, in einem geriatrischen Fachkrankenhaus oder in einer selbständigen geriatrischen Fachabteilung unter fachärztlich geriatrischer Leitung in einem Allgemeinkrankenhaus mit einem Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V verfügt.

Die sozialmedizinische bzw. rehabilitative Kompetenz regelt Kap. 2.4.2 Abs. 3. Danach muss die ärztliche Leitung oder deren Stellvertretung die Zusatzweiterbildung Sozialmedizin oder Rehabilitationswesen oder den Facharzt PRM führen, es reicht auch das Absolvieren der Grund- und Aufbaukurse dieser Zusatzweiterbildungen. Übergangsregelungen bis zum Vorliegen der Voraussetzungen sind ausdrücklich vorgesehen.

(Stand: 08.11.2025)

Frage 2. Welche Regelungen der Rahmenempfehlungen gelten für die mobile Rehabilitation und sind die Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation vom 01.06.2021 (GE MoRe) jetzt außer Kraft gesetzt?

Alle Regelungen der Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation gelten auch für die mobile Rehabilitation. Es sei denn, dass in den Rahmenempfehlungen explizit abweichende Regelungen für die mobile Rehabilitation getroffen werden.

Die Rahmenempfehlungen gehen anderen Vereinbarungen/Empfehlungen vor. Diese gelten aber subsidiär, wenn und soweit in den Rahmenempfehlungen keine abweichenden Regelungen getroffen werden. Die GE MoRe behalten in diesem Umfang also ihre Bedeutung und Anwendbarkeit.

(Stand: 08.11.2025)

Frage 3. Was bedeutet die Aussage zur gestreckten Erbringung der Therapieeinheiten in der mobilen geriatrischen Rehabilitation, speziell die Mindestanforderung von „insgesamt mindestens 5 Therapieeinheiten aller Professionen pro Woche“?

„Bei den Frequenzempfehlungen der Behandlungselemente sind in der mobilen geriatrischen Rehabilitation die über einen längeren Zeitraum gestreckte Erbringung der Therapieeinheiten zu berücksichtigen, die als Minimum insgesamt nur 5 Therapieeinheiten aller Professionen zusammen pro Woche vorsieht.“: Diese Formulierung berücksichtigt neben der längeren Dauer von Therapieeinheiten in der mobilen geriatrischen Rehabilitation (45 Minuten, s.o.) die Unterscheidung zwischen den regelhaften Dauern geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen im stationären (drei Wochen) und ambulanten Bereich (20 Tage).

„Unter dem Gesichtspunkt einer Flexibilisierung des zeitlichen Ablaufs der mobilen geriatrischen Rehabilitation bei gleichwertigem Rehabilitationsprogramm können die

unterschiedlichen Rehabilitationskomponenten zum Erreichen des Rehabilitationszieles ggf. über einen längeren Zeitraum gestreckt erbracht werden, wenn es die individuelle Situation des Rehabilitanden erfordert“. Die Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation vom 01.06.2021 lassen im Einzelfall (z.B. Dialysepflicht) sogar eine geringere Therapiedichte als 5 x 45 Minuten oder insgesamt 225 Minuten pro Woche bei gleichzeitiger Verlängerung der Behandlungswochen zu.

(Stand: 08.11.2025)

Frage 4. Warum gibt es scheinbar unterschiedliche Vorgaben zur Minstdauer der Therapieeinheiten in der mobilen geriatrischen Rehabilitation – zum Beispiel zwischen mindestens 45 Minuten und maximal 30 Minuten?

Maßgeblich sind die Ausführungen auf S. 5 (Hinweise zur mobilen geriatrischen Rehabilitation) der Anlage 1e „Behandlungselemente in der geriatrischen Rehabilitation“: Demnach sollten einzelne Therapieeinheiten einen Umfang von mindestens 45 Minuten haben. „Die Leistungserbringung im unmittelbaren Lebensumfeld der zu Rehabilitierenden unter besonderem Einbezug pflegender An- und Zuhöriger begründet die Vorgabe einer generell mindestens 45-minütigen Dauer der einzelnen Therapieeinheiten. Entsprechend des tages-aktuellen individuellen Bedarfs können innerhalb dieser 45 Minuten durch eine Profession auch unterschiedliche Behandlungselemente aus ihrer Behandlungsgruppe erbracht werden (z.B. Anteile von Krankengymnastik, Koordinations- und Gleichgewichtstraining und klassische Massage).“

Diese Vorgabe beruht wesentlich auf den „Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation vom 01.06.2021“. Darin heißt es: „Die Dauer der mobilen geriatrischen Rehabilitation beträgt in der Regel 20 Behandlungstage und beinhaltet mindestens 30 Therapieeinheiten. Pro Behandlungstag sind mindestens eine Therapieeinheit à 45 Minuten und durchschnittlich 5 Therapieeinheiten pro Woche zu erbringen. Pro Behandlungstag über 45 Minuten hinausgehende Therapiezeiten können zusätzlich als anteilige Therapieeinheiten (bezogen auf die Regeltherapieeinheit von 45 Min.) dokumentiert und den Therapieeinheiten pro Woche zugerechnet werden.“ (S. 33).

Somit ist die Vorgabe von 45-minütigen Therapiedauern als vorrangig gegenüber den Empfehlungen zur Dauer in den einzelnen Behandlungselementen (überwiegend 30 Minuten) zu betrachten, diese Angaben beziehen sich auf die stationäre und die ambulante Rehabilitation. Für die mobile geriatrische Rehabilitation ist eine regelhafte Dauer von Therapieeinheiten mit einem Umfang von 45 Minuten vorgesehen.

(Stand: 23.09.2025)

Frage 5. Müssen Einrichtungen der mobilen Rehabilitation neben den Nachweisverfahren zu Personal, Belegung und erbrachten Leistungen auch weiterhin an der Basisdokumentation des Kompetenzcentrums Geriatrie teilnehmen?

Die Nachweisverfahren nach Kap. 2.8 sind nach Abschluss eines Versorgungsvertrages auf Basis der Rahmenempfehlungen auch für Einrichtungen der mobilen Rehabilitation verpflichtend. Allerdings regeln die Übergangsbestimmungen in Kap. 5 Abs. 7, dass die Nachweise bis einschließlich 31.12.2028 durch die Teilnahme an der KCG-Basisdokumentation als erbracht gelten, also erst ab 2029 zu erbringen sind. Hierdurch wird

ein doppeltes Meldeverfahren vermieden. Ab 2029 wird es keine KCG-Basisdokumentation mehr geben.

(Stand: 08.11.2025)

II. Kinder- und Jugendrehabilitation

Frage 1. Sind im Rahmen der Anforderungen an ein strukturiertes Vorsorge- und Rehabilitationskonzept auch Begleitpersonen oder mitaufgenommene Angehörige zu berücksichtigen?

Ja. Die Vorgabe umfasst ausdrücklich auch mitaufgenommene Begleitpersonen bzw. Angehörige, soweit deren Einbeziehung medizinisch oder durch anderweitige Gründe erforderlich ist.

Entsprechende Ausführungen im Konzept sind insbesondere dann wichtig, wenn eine Vergütung für Begleitpersonen vereinbart werden soll. Begleitpersonenkonzepte bilden hierbei die Grundlage, um Art, Umfang und Zielsetzung der Mitaufnahme nachvollziehbar zu begründen und diese im Rahmen der Zulassung sowie der Vergütungsverhandlung gegenüber den Kostenträgern darzulegen.

In diesem Zusammenhang können die bereits etablierten „Begleitpersonenkonzepte“ aus dem Bereich der Deutschen Rentenversicherung (DRV) entsprechend angepasst und auch im Rahmen der GKV-Anforderungen Anwendung finden. Sofern es sich bei den Begleitpersonen um pflegende Angehörige handelt, sind darüber hinaus die „Gemeinsamen Empfehlungen über die Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson nach § 42a Absatz 7 Satz 1 SGB XI“ zu berücksichtigen.

(Stand: 23.10.2025)

Frage 2. Welche Elemente muss das indikationsspezifische Vorsorge- und Rehabilitationskonzept gemäß den Rahmenempfehlungen beinhalten, insbesondere im Hinblick auf die medizinisch-konzeptionellen Grundlagen, die indikationsspezifische Ausrichtung und Schwerpunkte?

Die Konzeptdarstellung ist ein zentraler Bestandteil für die Zulassung der Einrichtung. Sie sollte indikationsspezifisch, strukturiert und praxisnah erfolgen und die medizinisch-konzeptionellen Grundlagen umfassen – z.B. bezogen auf therapeutische Schwerpunkte und Altersgruppen, aber auch mögliche Kontraindikationen. Darüber hinaus sind – je nach Patientengruppe – ergänzende Begleitpersonenkonzepte und gegebenenfalls pädagogische Inhalte zu berücksichtigen. Eine nachvollziehbare und konsistente Darstellung dieser konzeptionellen Elemente ist entscheidend, um die fachliche Eignung, Qualität und indikationsspezifische Ausrichtung der Einrichtung im Rahmen des Zulassungsverfahrens darzulegen und diese bei der Vergütungsverhandlung transparent belegen zu können.

(Stand: 16.10.2025)

Frage 3. Wie können digitale oder Online-Formate in das Vorsorge- und Rehabilitationskonzept eingebunden werden?

Digitale Formate unter therapeutischer Anleitung können als ergänzende Behandlungselemente eingesetzt werden – sowohl in der Einzel- als auch in der

Gruppentherapie. Hierüber besteht die Möglichkeit, Online-Schulungen oder digitale Informations- und Trainingsangebote – beispielsweise für Angehörige, Familien oder Eltern von alleinreisenden Jugendlichen – geltend zu machen. Wichtig ist, dass solche Formate im Vorsorge- und Rehabilitationskonzept ausdrücklich aufgeführt und fachlich begründet werden, z.B. durch Verweis auf praktische Erfahrungswerte, wissenschaftliche Evidenz oder Modellprojekte.

(Stand: 16.10.2025)

Frage 4. Welche ergänzenden Angaben können im Rahmen von Kapitel 2.7 „Indikationen, Patientengruppen und Größe der Einrichtung“ sinnvollerweise aufgenommen werden?

Zusätzlich zu den Angaben zu Indikationen, Patientengruppen und der Größe der Einrichtung empfiehlt es sich, auch die Aufnahmemöglichkeit/Einbindung von nicht behandlungsbedürftigen Kindern (gesunde Geschwisterkinder) und Begleitpersonen darzustellen. Dies kann im Hinblick auf die Leistungsbeschreibung und die spätere Vergütungsverhandlung von Bedeutung sein, da so der tatsächliche Versorgungsumfang und das spezifische Angebot der Einrichtung transparent abgebildet werden.

(Stand: 16.10.2025)

Frage 6. Wie ist die Vorgabe in Kapitel 2.9 „Aufnahme und Durchführung“ zu verstehen, wonach die Aufnahme erst nach Vorliegen der Kostenübernahmeerklärung erfolgen darf?

Diese Regelung ist in der praktischen Umsetzung problematisch und sollte in den Versorgungsverträgen für bestimmte Indikationen entsprechend relativiert werden – insbesondere dann, wenn Kostenzusagen regelmäßig erst nach der Aufnahme der Patientinnen und Patienten eingehen. Dies gilt z.B. auch für Begleitpersonen, wenn deren Kostenübernahmeerklärungen häufig zeitlich verzögert bei den Einrichtungen eintreffen.

Eine flexible vertragliche Ausgestaltung kann hier zur Vermeidung von Versorgungsabbrüchen oder organisatorischen Verzögerungen beitragen.

(Stand: 16.10.2025)

Frage 7. Welche Gestaltungsspielräume ergeben sich aus den in Kapitel 3.2 „Strukturen der Vergütung“ genannten Kostenarten?

Die genannten Kostenstrukturen lassen Raum für Zuschläge, beispielsweise für individuelle Begleitpersonenkonzepte oder einen erhöhten Therapie-, Behandlungs- oder Betreuungsbedarf. Dabei ist sicherzustellen, dass entsprechende Leistungsbestandteile im Vorsorge- und Rehabilitationskonzept eindeutig beschrieben und in der Kalkulation transparent und nachvollziehbar ausgewiesen sind, um eine sachgerechte Berücksichtigung im Rahmen der Vergütungsverhandlungen zu ermöglichen.

(Stand: 16.10.2025)

III. Mutter-Vater-Kind

Frage 1. Wie werden behandlungsbedürftige Kinder in den Personalkorridoren berücksichtigt?

Grundlage ist der Erwachsenenschlüssel, der 1,5 Kinder pro Erwachsenen einschließt. Hierbei wird nicht zwischen behandlungsbedürftigen und Begleitkindern unterschieden. Zusätzlicher Personalbedarf, der aus konzeptioneller Sicht erforderlich ist, muss auf Landesebene individuell mit den Kostenträgern vereinbart werden.

Dieser Schlüssel gilt auch für die reinen Mütterkliniken.

(Stand: 13.11.2025)

Frage 2. Werden Kinder in der Kalkulation berücksichtigt? Wird zwischen behandlungsbedürftigen Kindern und Begleitkindern unterschieden?

In der Kalkulationsmatrix wird nicht zwischen behandlungsbedürftigen Kindern und Begleitkindern unterschieden. Der Personalkorridor für den MVK-Bereich bezieht sich auf behandlungsbedürftige Kinder und Begleitkinder.

(Stand: 13.11.2025)

Frage 3. Kann die ärztliche Leitung auch durch PsychotherapeutInnen übernommen werden?

Nein, die ärztliche Leitung kann nicht durch Psychologische PsychotherapeutInnen ersetzt werden. (siehe Rahmenempfehlungen Kap. 2.4.2)

Im Bereich Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge gilt, dass die ärztliche Leitung auch durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Allgemeinmedizin möglich ist. Für MVK-Reha 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."

(Stand: 13.11.2025)

Frage 4. Formuliert die RE neue Fortbildungsverpflichtungen auch für den MVK-Bereich?

Aus 2.13.2 Qualitätsmanagement erwächst eine neue Fortbildungsverpflichtung für alle Einrichtungen, die der RE unterliegen, also auch dem MVK-Bereich: Es ist ein Fort- und Weiterbildungskonzept für alle Professionen (ärztlicher Dienst, therapeutisches Team, Pflegedienst) zu erstellen. Mindestens 1 MA pro Profession und pro Jahr muss an mindestens einer Fort- und Weiterbildung teilgenommen haben.

(Stand: 13.11.2025)

Frage 5. Welche Regelungen gelten für den Entlassungsbericht im MVK-Bereich?

Die Frage kann mit Bezug auf die Rahmenempfehlungen Kap. 2.11. beantwortet werden. Es gibt verpflichtende Angaben für den Entlassungsbericht: Für die stationären Rehabilitationseinrichtungen gelten die Regelungen im Rahmenvertrag Entlassmanagement (§ 13). Die Angaben für die Entlassungsberichte der stationären Vorsorgeeinrichtungen werden in Kap. 2.11 Abs. 2 aufgeführt.

Muss dem Patienten bzw. der Patientin ein vorläufiger Entlassungsbericht mitgegeben werden, da der endgültige Bericht zum Zeitpunkt der Entlassung noch nicht vorliegt, so muss er die in RE 2.11 Abs. 3 formulierten Aussagen enthalten.

(Stand: 13.11.2025)

Frage 6. Wie lassen sich die Vorgaben aus QS-Reha® (z. B. Kinderbetreuung) mit den Rahmenempfehlungen vereinbaren?

Diese Rahmenempfehlungen gehen 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 zu den Rahmenempfehlungen enthalten.

(Stand: 13.11.2025)

Frage 7. Fallen QS-Reha®-Vorgaben weg, wenn sie in den Rahmenempfehlungen nicht geregelt sind?

Die QS-Reha®-Vorgaben gelten weiterhin, solange sie nicht im Widerspruch zu den Rahmenempfehlungen stehen. Regelungen, die von den Rahmenempfehlungen abweichen, werden entsprechend angepasst. Explizit werden bei den Qualifikationsanforderungen an das Personal die Qualifikationsanforderungen des QS-Reha®-Vorgaben zugrunde gelegt (vgl. Rahmenempfehlungen Kap. 2.4.1). Dies gilt auch für die räumlichen und apparativen Anforderungen (vgl. Rahmenempfehlungen Kap. 2.5). QS-Reha®-Vorgaben fallen also nicht weg, wenn sie in den Rahmenempfehlungen nicht geregelt sind.

Des Weiteren ist in den Rahmenempfehlungen (Kap. 5 Abs. 6) formuliert: „Die Partner dieser Rahmenempfehlungen vereinbaren, die Vorgaben des QS-Reha®-Vorgaben auf Kompatibilität in Bezug auf die Inhalte dieser Rahmenempfehlungen zu prüfen und zeitnah entsprechend anzupassen“.

(Stand: 13.11.2025)

IV. Neurologie

Frage 1. Wie ist mit Personalkorridoren für den Indikationsbereich Neurologie/Phase C umzugehen?

Für die neurologische Rehabilitation der Phase C gibt es derzeit keine Bundespersonalkorridore in den Rahmenempfehlungen. Die Partner der Rahmenempfehlung vereinbaren innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Rahmenempfehlungen unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der Fachgesellschaften Personalkorridore für die „Stationäre Neurologie Phase C“. Bis zur Vereinbarung gelten die bestehenden Versorgungsverträge insoweit weiter.

(Stand: 23.10.2025)