

**Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation
nach §§ 111 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2, 2. Halbsatz,
111a Abs. 1,
111c Abs. 5 Satz 1 Nr. 2, 2. Halbsatz SGB V**

(Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation zu Corona-Sonderregelungen)
vom 14.07.2021

zwischen dem GKV-Spitzenverband

und

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

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

Präambel

Auf der Grundlage von §§ 111 Abs. 7, 111a Abs. 1, 111c Abs. 5 SGB V haben der GKV-Spitzenverband und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene (im Folgenden Vereinbarungspartner) in Rahmenempfehlungen das Nähere zu Inhalt, Umfang und Qualität der medizinischen Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation, Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen sowie die Anforderungen an das Nachweisverfahren zur Zahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen durch die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu vereinbaren. Aktuell erarbeiten die Vereinbarungspartner entsprechende Regelungsinhalte zu den vorgenannten Themen. Aufgrund der durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) mit kurzfristiger Terminsetzung verbundenen erweiterten gesetzlichen Regelung in §§ 111 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2, 2. Halbsatz, 111a Abs. 1 und 111c Abs. 5 Satz 1 Nr. 2, 2. Halbsatz SGB V, die vorsieht, dass in den Rahmenempfehlungen zur Vorsorge und Rehabilitation bis zum 15.07.2021 Grundsätze für Vereinbarungen nach §§ 111 Abs. 5, 111c Abs. 3 SGB V zu vereinbaren sind, haben sich die Vereinbarungspartner darauf verständigt, in einem ersten Schritt zunächst ausschließlich diesem termingebundenen gesetzlichen Auftrag nachzukommen. Die Beratungen über die weitergehenden Regelungen der Rahmenempfehlungen werden unverzüglich nach Abschluss der ersten Teilfassung fortgesetzt. Die Regelungen der ersten Teilfassung haben keine präjudizierende Wirkung für die noch zu vereinbarenden Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen im Sinne von §§ 111 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2, 1. Halbsatz, 111a Abs. 1 und 111c Abs. 5 Satz 1 Nr. 2, 1. Halbsatz SGB V.

§ 1

Regelungsgegenstand und Anwendungsbereich

- (1) Nach §§ 111 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2, 2. Halbsatz, 111a Abs. 1 und 111c Abs. 5 Satz 1 Nr. 2, 2. Halbsatz SGB V sind bundesweit einheitliche Grundsätze zu treffen, die für die Anpassung der Vergütungsvereinbarungen an die durch die COVID-19-Pandemie bedingte (nachfolgend auch coronabedingte) besondere Situation der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu Grunde gelegt werden sollen. Die Vereinbarungspartner regeln auf dieser Grundlage die nachfolgenden Grundsätze. Sofern bereits vor Inkrafttreten dieser Rahmenempfehlungen Vereinbarungen nach §§ 111 Abs. 5 Satz 5, 111a Abs. 1 in Verbindung mit § 111 Abs. 5 Satz 5 oder 111c Abs. 3 Satz 5 SGB V geschlossen wurden, wird den Partnern der Vergütungsvereinbarungen empfohlen, die bestehenden Regelungen auf Landesebene unter Berücksichtigung der Inhalte dieser Rahmenempfehlungen zu überprüfen und ggf. anzupassen.
- (2) Die Grundsätze verfolgen das Ziel, die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung – aufgrund der durch die COVID-19-Pandemie bedingten besonderen

Situation – weiterhin zu gewährleisten. Die nach der gesetzlichen Regelung zu berücksichtigende pandemiebedingt veränderte Situation der Einrichtungen bezieht sich auf coronabedingt entstehende Mehraufwände und Mindererlöse aufgrund coronabedingter Minderbelegungen.

- (3) Die Grundsätze gelten für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach den §§ 111, 111a SGB V und ambulante – einschließlich der mobilen – Rehabilitationseinrichtungen nach § 111c SGB V. Sie gelten für den Zeitraum vom 01.10.2020 bis 31.12.2021.
- (4) Mit diesen Grundsätzen wird das Ziel verfolgt, eine gemeinsame Grundlage für eine einheitliche, dem gesetzlichen Auftrag entsprechende und für die Partner der Vergütungsvereinbarungen möglichst verwaltungseffiziente Umsetzung zu schaffen. Sofern im Einzelfall eine Einrichtung aufgrund ihrer coronabedingt individuell besonderen Situation angibt, selbst bei Anwendung dieser Grundsätze in eine existenzielle finanzielle Notlage mit Gefährdung ihres Bestandes zu geraten, sind zeitnah Einzelverhandlungen zwischen den Partner der Vergütungsvereinbarungen aufzunehmen.
- (5) Die Zahlung der Hygienezuschläge nach § 2 sowie der Minderbelegungszuschläge nach § 3 haben keinen Einfluss auf die Belegung der Einrichtungen durch die Krankenkassen.
- (6) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen können Ansprüche auf finanzielle Ausgleiche in Anwendung der Grundsätze dieser Rahmenempfehlungen längstens bis zum 31.03.2022 geltend machen.

§ 2

Zuschlag für coronabedingte Mehraufwendungen

- (1) Coronabedingte Mehraufwendungen der Einrichtungen im Sinne dieser Grundsätze umfassen Sach- und Personalkosten aufgrund der zusätzlichen Hygiene- und Organisationsvorgaben. Zum Ausgleich dieser Aufwände wird empfohlen, im Zeitraum nach § 1 Abs. 3 pauschale Zuschläge in Höhe von
 - 8 Euro pro Tag pro Person für stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation,
 - 6 Euro pro Tag pro Person für ambulante bzw. mobile Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
 - 8 Euro bei Mitaufnahme von Begleitpersonen für stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation pro Tag und pro Begleitpersonzu leisten (Hygienezuschläge).
- (2) Diese Hygienezuschläge sollen ohne vorherige Antragstellung im Rahmen der fallbezogenen Abrechnungen geltend gemacht und gewährt werden. In Fällen des § 1 Abs. 4 Satz 2 hat die

Einrichtung durch Vorlage von geeigneten Nachweisen (insbesondere Rechnungen für Schutzmaterialien und Nachweise über erforderliche Sach- und Personalkosten zur Umsetzung von coronabedingten Organisationsvorgaben) die Notwendigkeit von Einzelverhandlungen darzulegen. Entsprechende Verhandlungen sollen innerhalb von 2 Wochen nach Vorlage der Antragsunterlagen aufgenommen werden.

§ 3

Pandemiebedingter Minderbelegungszuschlag

- (1) Für Mindererlöse aufgrund der durch die COVID-19-Pandemie bedingten besonderen Situation kann auf Antrag und Nachweis der jeweiligen Einrichtung ein Minderbelegungszuschlag entsprechend den nachfolgenden Regelungen geleistet werden.
- (2) Für Zeiträume, für die Ausgleichszahlungen nach § 111d SGB V beantragt werden konnten, ist die Zahlung von Minderbelegungszuschlägen nach diesen Grundsätzen ausgeschlossen. Minderbelegungszuschläge kommen demnach
 - für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in den Zeiträumen vom 01.10.2020 bis 17.11.2020 und vom 16.06.2021 bis 31.12.2021 sowie
 - für ambulante Rehabilitationseinrichtungen im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 31.12.2021 in Betracht.¹
- (3) Die Minderbelegung wird in analoger Anwendung des § 111d SGB V und der dazu von den Vereinbarungspartnern nach § 111d Abs. 5 SGB V getroffenen Regelungen ermittelt.² Die Minderbelegung in der jeweiligen Einrichtung wird danach aus dem Referenzwert 2019 und der tatsächlichen Minderbelegung für die Zeiträume nach Absatz 2 in Verbindung mit Absatz 7 und 8 berechnet. Tage, an denen die Einrichtung regulär nicht geöffnet war, werden nicht berücksichtigt.³ Ausnahmen bilden hier geschlossene Tage an Regelöffnungstagen, wenn diese im Hygienekonzept dargestellt und mit dem zuständigen Gesundheitsamt abgestimmt sind. Tage, an denen die Einrichtung pandemiebedingt nicht belegt war, jedoch regulär geöffnet gewesen wäre, sind zu berücksichtigen.⁴ Für die Feststellung des Zuschlages sind die – auf Basis der Ausgleichszahlungsvereinbarung nach § 111d Abs. 5 SGB V angepassten – Anlagen 1, 2, 3 und 4 durch die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung auszufüllen und

¹ Sofern nach Inkrafttreten dieser Rahmenempfehlungen die bis zum 15.06.2021 geltenden gesetzlichen Regelungen nach § 111d SGB V im maßgeblichen Zeitraum gesetzlich erneut in Kraft gesetzt oder vergleichbare Regelungen eingeführt werden, sind die hier genannten Zeiträume entsprechend anzupassen.

² https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/2021_01_25_Ausgleichszahlungsvereinbarung_111d_SGB_V_vom_11.01.2021_ohne_US.pdf

³ Beispiel: Ambulante Einrichtung ist an 5 Tagen in der Woche geöffnet. An Samstagen, Sonntagen und Feiertagen ist sie geschlossen. Eine Minderbelegung bestand vom 01.11.2020 bis 28.02.2021 (120 Tage). Von den Tagen im Gesamtzeitraum sind Samstag, Sonntag und Feiertage abzuziehen, sodass insgesamt 83 Tage berücksichtigungsfähig sind (120 Tage – 37 Tage).

⁴ Beispiel: Einrichtung war pandemiebedingt vom 01.10.2020 bis 15.10.2020 geschlossen. 15 Tage sind mit einer Minderbelegung von 100 Prozent zu berücksichtigen.

an den federführenden Landesverband der Krankenkassen bzw. der federführenden Vertragspartei gem. § 111 Abs. 5 SGB V bzw. § 111c Abs. 3 SGB V im jeweiligen Bundesland zu übermitteln. Zur Plausibilisierung dieser Angaben in den vorgenannten Anlagen sind geeignete Belege, z. B. Belegstandsmeldungen für den Anteil aller GKV-Patientinnen und Patienten – im Sinne einer Belegungsstatistik zu den genannten Zeiträumen, beizufügen. Das Nähere dazu ist auf Landesebene zu klären. Der federführende Landesverband stellt den Einrichtungen die auszufüllenden Formulare im Excel-Format zur Verfügung. Die Gesamtzahl der so ermittelten Minderbelegungstage im Ausgangszeitraum ist mit den jeweils nach Absatz 4 geltenden Ausgleichssätzen und dem durchschnittlichen Vergütungssatz zu multiplizieren und durch die Anzahl der tatsächlichen Belegungstage im Bereich der medizinischen Rehabilitation bzw. Vorsorge im berücksichtigungsfähigen Zeitraum zu teilen. Das Ergebnis entspricht dem Vergütungszuschlag pro Tag pro belegtem Bett bzw. Behandlungsplatz.

- (4) Folgende Ausgleichssätze sind bei der Berechnung des Minderbelegungszuschlags nach Absatz 3 anzuwenden:
- a) Für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in der Zeit vom 01.10.2020 bis 17.11.2020: 60 Prozent.
 - b) Für ambulante Rehabilitationseinrichtungen in der Zeit vom 18.11.2020 bis 31.12.2021: 50 Prozent.
 - c) Für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in der Zeit vom 16.06.2021 bis 31.12.2021: 50 Prozent.
- (5) Der für die Einrichtung bestimmte federführende Landesverband der Krankenkassen bzw. die federführende Vertragspartei gem. § 111 Abs. 5 SGB V bzw. § 111c Abs. 3 SGB V im jeweiligen Bundesland stellt die Höhe des Minderbelegungszuschlages und den berücksichtigungsfähigen Zeitraum fest und informiert anschließend schriftlich die anderen Landesverbände der Krankenkassen über den Zuschlagsbetrag und den vorgesehenen Abrechnungszeitraum. Zudem informiert der federführende Landesverband die Einrichtung über den ermittelten Zuschlag und überwacht die Bestätigung der Einrichtung, dass diese mit dem Zuschlag einverstanden ist.
- (6) Die ermittelten Minderbelegungszuschläge können für den vereinbarten Abrechnungszeitraum für die tatsächlich belegten Betten bzw. Behandlungsplätze nachträglich durch die Einrichtungen abgerechnet werden.
- (7) Für die stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind die Minderbelegungszuschläge für den Zeitraum vom 01.10.2020 bis 17.11.2020 unmittelbar nach Festlegung der Zuschlagshöhe nach Absatz 5 abrechnungsfähig. Die Minderbelegungszuschläge ab dem 16.06.2021 sind jeweils für die Zeitintervalle
- 16.06.2021 bis 30.09.2021 und
 - 01.10.2021 bis 31.12.2021

zu beantragen und unmittelbar nach Festlegung der Zuschlagshöhe nach Absatz 5 über eine Nachtragsrechnung abrechnungsfähig.

- (8) Für die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen sind die Minderbelegungszuschläge für die Zeit vom 01.10.2020 bis 17.11.2020 und die Zeit vom 18.11.2020 bis 31.05.2021 unmittelbar nach Festlegung der Zuschlagshöhe nach Absatz 5 über eine Nachtragsrechnung abrechnungsfähig. Die Minderbelegungszuschläge ab dem 01.06.2021 sind für die Zeitintervalle
- 01.06.2021 bis 30.09.2021 und
 - 01.10.2021 bis 31.12.2021

zu beantragen und unmittelbar nach Festlegung der Zuschlagshöhe nach Absatz 5 abrechnungsfähig.

- (9) In Fällen des § 1 Abs. 4 Satz 2 hat die Einrichtung durch Vorlage von geeigneten Nachweisen, z. B. durch begründete Darlegung/Glaubhaftmachung der Geschäftsführung oder eines Wirtschaftsprüferstatus, die Notwendigkeit von Einzelverhandlungen darzulegen. Entsprechende Verhandlungen sollen innerhalb von 2 Wochen nach Vorlage der Antragsunterlagen aufgenommen werden.

§ 4

Inkrafttreten

Die Rahmenempfehlungen treten zum 15.07.2021 in Kraft.

§ 5

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Rahmenempfehlungen nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Rahmenempfehlungen im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Partner der Rahmenempfehlungen unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.

Anlagen (jeweils für die ambulanten und stationären Einrichtungen):

- Anlage 1: Ermittlung des Referenzwertes 2019: Ermittlung der im Jahresdurchschnitt pro Tag behandelten Patientinnen und Patienten im Jahr 2019 analog § 2 der VB nach § 111d Abs. 5 SGB V
- Anlage 2: Berechnung des durchschnittlichen Vergütungssatzes analog § 4 der VB nach § 111d Abs. 5 SGB V
- Anlage 3: Ermittlung der Anzahl der nicht erbrachten Behandlungstage durchschnittlich pro Tag analog § 3 der VB nach § 111d Abs. 5 SGB V
- Anlage 4: Nachberechnung aufgrund Vergütungsanpassung