

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

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 Suchthilfe e. V. (bus.),  
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.

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b>Gegenstand und Anwendungsbereich der Rahmenempfehlungen</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Regelungen zum Versorgungsvertrag</b>	<b>5</b>
2.1	Vorsorge- und Rehabilitationskonzept	5
2.2	Definition Vorsorge und Definition Rehabilitation	7
2.3	Behandlungselemente	9
2.4	Vorsorge- und Rehabilitationsteam	10
2.4.1	Qualifikationen	10
2.4.2	Ärztliche Leitung	10
2.4.3	Personalkorridore	12
2.4.4	Umgang mit versorgungsrelevanten Problemfällen	13
2.4.5	Outsourcing und Kooperationen	13
2.5	Strukturelle Anforderungen	14
2.6	Dauer von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	14
2.7	Indikationen, Patientengruppen und Größe der Einrichtung	15
2.8	Nachweisverfahren	15
2.8.1	Personalstatistik	16
2.8.2	Belegungsstatistik	16
2.8.3	Nachweis über erbrachte Leistungen	17
2.9	Aufnahme und Durchführung	17
2.9.1	Unterbrechung und Beurlaubung	17
2.9.2	Verlängerung	18
2.10	Beendigung	19
2.10.1	Vorzeitige Beendigung	19
2.10.2	Versorgungs- und Entlassmanagement	19
2.11	Entlassungsbericht	19
2.12	Änderung zur Struktur der Einrichtung oder der Trägerschaft	20
2.13	Qualität	21
2.13.1	Qualitätssicherung	21
2.13.2	Qualitätsmanagement	21
2.14	Begehungen	22

<b>3</b>	<b>Regelungen zur Vergütungsvereinbarung</b>	<b>22</b>
3.1	Leistungsbezug und Wirtschaftlichkeit	22
3.2	Strukturen der Vergütung	23
3.3	Vergütungsverhandlungen	24
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	26
<b>4</b>	<b>Kündigung von Versorgungsverträgen</b>	<b>28</b>
<b>5</b>	<b>Inkrafttreten und Übergangsregelungen</b>	<b>28</b>
<b>6</b>	<b>Kündigung</b>	<b>29</b>
	Anlagen	31
	Anlage 1.a) bis 1.k) Indikationsspezifische Leistungsbeschreibungen	31
	Anlage 2 Personalkorridore	31
	Anlage 3.1 Personalstatistik regulär (Kapitel 2.8.1 Absatz 4)	31
	Anlage 3.1.1 Ausfüllanleitung zur Personalstatistik regulär (Kapitel 2.8.1 Absatz 4)	31
	Anlage 3.2 Personalstatistik 10%-Regelung (Kapitel 2.8.1 Absatz 6)	31
	Anlage 3.2.1 Ausfüllanleitung zur Personalstatistik 10%-Regelung (Kapitel 2.8.1 Absatz 6)	31
	Anlage 4 Belegungsstatistik	31
	Anlage 4.1 Ausfüllanleitung zur Belegungsstatistik	31
	Anlage 5 Nachweis über erbrachte Leistungen	31
	Anlage 5.1 Ausfüllanleitung zum Nachweis über erbrachte Leistungen	31
	Anlage 6 Kalkulationsschema	31

## Präambel

Um eine Krankheit zu verhüten, Krankheitsfolgen zu verhindern oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, erbringen die gesetzlichen Krankenkassen Vorsorgeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Sinne des sozialgesetzlichen Grundsatzes „Rehabilitation-vor-und-bei-Pflege“. Ein wesentliches Ziel ist dabei, die individuelle Selbstbestimmung und Teilhabe der häufig älteren Patientinnen und Patienten so lange und so weit wie möglich vollständig und umfassend zu fördern und zu erhalten. Dies entspricht insoweit auch der Zielsetzung nach dem SGB IX.

Unter anderem vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der damit einhergehenden älter werdenden Gesellschaft geht der Gesetzgeber davon aus, dass der Bedarf an medizinischer Rehabilitation im Bereich der GKV in den nächsten Jahren deutlich zunehmen wird. Der Gesetzgeber hat darauf u. a. mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz reagiert. Gemäß §§ 111 Abs. 7, 111a Abs. 1 und 111c Abs. 5 SGB V haben der GKV-Spitzenverband und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene gemeinsame Rahmenempfehlungen für die Bereiche der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation und der stationären medizinischen Vorsorge zu schließen, die den Versorgungs- und Vergütungsverträgen auf Einrichtungsebene verbindlich zugrunde zu legen sind.

Mit diesen Rahmenempfehlungen werden 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.

Neben den hier vorliegenden Rahmenempfehlungen existieren die Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation zu Corona-Sonderregelungen vom 14.07.2021 sowie die Ergänzungsvereinbarungen vom 21.02.2022 und vom 09.05.2022. Nach §§ 111 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2, 2. Halbsatz, 111a Abs. 1, 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 sollten. Der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Leistungserbringerverbände auf Bundesebene haben sich aufgrund des seinerzeitigen termingebundenen Auftrags auf die vorgenannten Papiere verständigt, die im Verhältnis zu den hier vorliegenden Rahmenempfehlungen unberührt bestehen bleiben.

## 1 Gegenstand und Anwendungsbereich der Rahmenempfehlungen

- (1) Die vorliegenden Rahmenempfehlungen umfassen gemäß §§ 111 Abs. 7 Satz 1, 111a Abs. 1 Satz 2, 111c Abs. 5 Satz 1 SGB V das Nähere zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen nach §§ 23 Abs. 4, 24, 40, 41 SGB V<sup>1</sup>, Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen sowie Anforderungen an das Nachweisverfahren nach §§ 111 Abs. 5 Satz 4, 111a Abs. 1 Satz 2, 111c Abs. 3 Satz 4 SGB V. Die Inhalte der vorliegenden Rahmenempfehlungen sind gemäß §§ 111 Abs. 7 Satz 3, 111a Abs. 1 Satz 2, 111c Abs. 5 Satz 3 SGB V den Versorgungs- und Vergütungsverträgen nach §§ 111 Abs. 2, 5, 111a Abs. 1 Satz 2, 111c Abs. 1, 3 SGB V zugrunde zu legen.
- (2) Diese Rahmenempfehlungen gehen allen anderen Dokumenten und Vereinbarungen<sup>2</sup> im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation auf der Landes- und Bundesebene vor. Diese behalten weiterhin ihre Geltung, soweit sie keine abweichenden Regelungen enthalten. Sollten einzelne Regelungen anderer Dokumente und Vereinbarungen von einzelnen Regelungen dieser Rahmenempfehlungen abweichen, berührt dies die Gültigkeit der übrigen Regelungen der anderen Dokumente und Vereinbarungen nicht. Eine Abweichung besteht, wenn Anforderungen oder Leistungen unterschiedlich definiert sind, so dass Regelungen dieser Rahmenempfehlungen verändert oder in Frage gestellt würden.
- (3) Die Vereinbarung zur externen Qualitätssicherung und zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Rehabilitation und der stationären Vorsorge zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der stationären Vorsorge, der ambulanten und der stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen nach § 137 d Absatz 1, 2 und 4 SGB V gilt unverändert.

## 2 Regelungen zum Versorgungsvertrag

### 2.1 Vorsorge- und Rehabilitationskonzept

- (1) Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen müssen über ein strukturiertes Vorsorge- und Rehabilitationskonzept verfügen, das den spezifischen Anforderungen der zu behandelnden Patientengruppen der GKV sowie ggf. mitaufgenommenen, begleitenden oder behandlungsbedürftigen Angehörigen gerecht wird. In Bezug auf die Patientengruppen sind Angaben zu den Indikationen und spezifischen Zuweisungskriterien, z. B. ethnischer bzw. kultureller Hintergrund, Geschlecht, Komorbiditäten, Rehabilitierende mit höherem Pflegegrad, Pflegepersonen vorzunehmen.

---

<sup>1</sup> Regelungen zur ambulanten Leistungsform schließen die mobile Leistungsform ein. Dies gilt nicht, wenn oder soweit hierfür explizit unterschiedliche Festlegungen in diesen Rahmenempfehlungen getroffen werden.

<sup>2</sup> Versorgungsverträge nach §§ 111 Abs. 2, 111a Abs. 1, 111c Abs. 1 SGB V und Vergütungsvereinbarungen §§ 111 Abs. 5, 111a Abs. 1 Satz 2, 111c Abs. 3 SGB V stellen insoweit keine Vereinbarungen in diesem Sinne dar.

- (2) Bei der Auswahl und Durchführung der einzusetzenden Maßnahmen und Behandlungselemente steht das Ziel einer selbstbestimmten und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Vordergrund. Das Vorsorge- und Rehabilitationskonzept stellt sicher, dass die spezifischen Bedarfe der Patientinnen und Patienten in der Vorsorge oder Rehabilitation mit Blick auf die individuellen Teilhabeziele adäquat erfasst und im Therapieplan umgesetzt werden können. Grundlegend ist, dass das Konzept die Indikationsbereiche sachgerecht und zielorientiert abbildet. Dabei ist der Grundsatz der Komplexität (interdisziplinärer und mehrdimensionaler Ansatz) in der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation darzustellen sowie auf eventuell bestehende Co- bzw. Multimorbiditäten einzugehen. Der Krankheitsverarbeitung und der Selbstbefähigung werden in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung beigemessen.
- (3) Das Vorsorge- und Rehabilitationskonzept ist 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. 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.

Alle wesentlichen Änderungen oder Anpassungen sind den vertragsschließenden Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich mitzuteilen, um gemeinsam ggf. eine Neuausfertigung oder Änderung des Versorgungsvertrages zu prüfen.

- (4) Zu folgenden Aspekten sind Angaben im Vorsorge- und Rehabilitationskonzept vorzunehmen, zu quantifizieren und zu qualifizieren (ggf. durch entsprechende Anlagen):
- I. Allgemeine Angaben zur Struktur der Einrichtung und der Fachabteilung oder den Fachabteilungen
    - a) Allgemeine Angaben zur Einrichtung und ggf. zu den Fachabteilungen (u. a. zur Gesamtbettenanzahl sowie der Anzahl an GKV-Betten bzw. Gesamttherapieplätzen sowie GKV-Therapieplätzen, Lage, örtliche Erreichbarkeit, Barrierefreiheit/-armut, Gewaltschutz, Aufnahmeverfahren, Mitaufnahme von Begleitpersonen<sup>3</sup> [Elternteil oder andere Bezugsperson, Begleitkinder], Versorgung von Pflegebedürftigen)
    - b) Räumliches Angebot (u. a. Räume für Diagnostik und Therapie, Sport- und Gymnastikhalle bzw. Gymnastikraum, Speisesaal, Umkleide- und Ruheräume)
    - c) Medizinisch-technische Ausstattung (u. a. zu Notfallausstattung, EKG, Labor)

---

<sup>3</sup> Mit Begleitpersonen sind Personen gemeint, die entweder nach § 11 Abs. 3 SGB V aus medizinischen Gründen mitaufgenommen werden oder bei denen eine Mitaufnahme durch anderweitige Gründe angezeigt ist.

## II. Indikationsbezogene Angaben

- a) Medizinisch-konzeptionelle Grundlagen (insbesondere Indikationen, indikationsspezifische Ausrichtung und Schwerpunkte, Vorsorge- bzw. Rehabilitationsziele und Kontraindikationen)
  - b) (Geplante) Personalausstattung zu den jeweiligen Berufsgruppen auf Grundlage der Personalkorridore und Qualifikation für den ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich in Bezug auf die mit der GKV zu vereinbarenden Betten bzw. Therapieplätze. Die darin ausgewiesenen Stellenanteile dürfen nur der GKV zugerechnet werden. Die Vertragsparteien können im Konzept auch die Gesamtbetten- bzw. Gesamttherapieplatzzahl der Fachabteilung zugrunde legen.
  - c) Medizinisch-technische bzw. therapeutische Ausstattung (u. a. Spiro-, Ergometrie, computergestütztes Hirnleistungstraining, UV-Phototherapie)
  - d) Rehabilitationsablauf und -inhalte (insbesondere Vorsorge- und Rehabilitationsdiagnostik, ärztliche Aufgaben, Behandlungselemente, Mustertherapiepläne, Notfallmanagement)
  - e) Externe Qualitätssicherung und internes Qualitätsmanagement
- (5) Wenn sich Nachfragen zum Konzept ergeben oder ein Nachbesserungsbedarf gesehen wird, so sollen diese Fragen bzw. der Änderungsbedarf vollständig mitgeteilt werden.

## 2.2 Definition Vorsorge und Definition Rehabilitation

- (1) Medizinische Vorsorge und Rehabilitation verfolgen auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells der WHO einen ganzheitlichen Ansatz.
- (2) Je nach Leistung stehen im Vorsorgebereich beeinflussbare Risikofaktoren, Entwicklungs- oder Gesundheitsstörungen, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können, im Fokus. Ferner soll bei bereits bestehenden Erkrankungen längerfristigen Beeinträchtigungen der Aktivitäten, einem Wiederauftreten oder dem Fortschreiten der Krankheit selbst entgegengewirkt werden.
- (3) Mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollen eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abgewendet bzw. bereits eingetretene Beeinträchtigungen der Teilhabe beseitigt, vermindert oder deren Verschlimmerung verhütet werden. Dies beinhaltet auch die Berücksichtigung des Grundsatzes „Rehabilitation vor und bei Pflege“.
- (4) Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V erfolgen fachlich-medizinisch unter ärztlicher Leitung und Verantwortung nach einem Behandlungsplan in Einrichtungen nach §§ 111, 111a und 111c SGB V. Die Leistungen werden als Komplexleistung erbracht, indem Behandlungselemente (siehe Kapitel 2.3) aus dem medizinischen, therapeutischen, pädagogischen und sozialen Bereich in unterschiedlicher Kombination und Intensität und unter Einbezug diverser Professionen auf den individuellen Bedarf der Patientin oder des Patienten angepasst zur Anwendung kommen.

- (5) Bei der Durchführung einer stationären Leistung zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation kann die Mitaufnahme einer Begleitperson aus medizinischen Gründen oder psychosozialen Aspekten erforderlich sein. Im Vorsorge- und Rehabilitationskonzept sind daher Ausführungen zu treffen, wie Begleitpersonen eingebunden werden. Dies kann z. B. die Betreuung und Versorgung der Patientin oder des Patienten umfassen oder Beratung und Schulung sowie Einweisung in nach der stationären Behandlung weiterhin notwendige Übungen sein.
- (6) Bei einer Leistung zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für Kinder und Jugendliche besteht grundsätzlich die Möglichkeit einer Begleitung. Für Kinder ab dem 12. Lebensjahr kommt bei medizinischer Notwendigkeit die Mitaufnahme einer Begleitperson ebenfalls in Betracht. Begleitpersonen werden während der Rehabilitation zum Umgang mit der Erkrankung beraten und geschult.
- (7) Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter können als Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahme in Betracht kommen, wenn psychosoziale Gründe<sup>4</sup> oder weitere sonstige Gründe<sup>5</sup> bestehen oder eine eigene Behandlungsbedürftigkeit des Kindes vorliegt. Hierzu sind entsprechende Betreuungs- oder Behandlungsangebote für Kinder vorzuhalten. In diesem Zusammenhang sind die Regelungen der Anforderungsprofile nach § 111a SGBV zu berücksichtigen.
- (8) Bei der Familienorientierten Rehabilitation werden die Angehörigen eines schwerst chronisch kranken Kindes in den Rehabilitationsprozess immer miteinbezogen, da mit der Erkrankung eine besondere familiäre Belastung einhergeht, Alltagsaktivitäten z. B. stark beeinträchtigt sind und die Mitaufnahme der Familienangehörigen (Eltern bzw. Erziehungsberechtigte und Geschwister) wichtig für den Rehabilitationserfolg des erkrankten Kindes ist. Die Familienangehörigen werden beraten und geschult sowie medizinisch-psychologisch betreut.
- (9) Bei einer stationären Vorsorge oder Rehabilitation von Pflegepersonen i. S. d. § 19 Satz 1 SGB XI können nach §§ 23 Abs. 5a, 24 Abs. 2, 40 Abs. 3a und 41 Abs. 2 SGB V die pflegebedürftigen Personen für die Versorgung in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Der Anspruch auf Mitaufnahme der pflegebedürftigen Person in derselben Vorsorgeeinrichtung nach §§ 23 Abs. 5a und 24 Abs. 2 SGB V besteht gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt (vgl. § 42a Abs. 4 Satz 1 SGB XI). Der Anspruch auf Mitaufnahme der pflegebedürftigen Person in derselben Rehabilitationseinrichtung nach §§ 40 Abs. 3a und 41 Abs. 2 SGB V besteht gegenüber der Krankenkasse der Pflegeperson (vgl. § 42a Abs. 1 Satz 2 SGB XI, Nachrangigkeit der Pflegekasse). Im Falle der Leistungszuständigkeit der Krankenkasse nach §§ 40 Abs. 3a und 41 Abs. 2 SGB V umfasst die Versorgung neben der Unterkunft und Verpflegung auch die pflegerische Versorgung (Grund- und Behandlungspflege) der pflegebedürftigen Personen.

---

<sup>4</sup> Psychosoziale Gründe liegen vor, wenn zu befürchten ist, dass eine Trennung des Kindes oder der Kinder von Mutter oder Vater zu psychischen Störungen des Kindes oder der Kinder führen kann.

<sup>5</sup> Weitere sonstige Gründe liegen vor, wenn z. B. eine anderweitige Versorgung des Kindes oder der Kinder nicht möglich ist.



## 2.3 Behandlungselemente

- (1) Zu den Behandlungselementen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation können neben der ärztlichen Behandlung und Betreuung, Planung, Überwachung und Anpassung des Therapieplans und Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln abhängig vom Indikationsbereich insbesondere folgende Bestandteile zählen:
  - Physiotherapie einschließlich Physikalischer Therapie und Sporttherapie
  - Ergotherapie
  - Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
  - Psychologische Beratung und Therapie
  - Entspannungsverfahren
  - Neuropsychologische Therapie
  - Psychotherapie
  - Ernährungsberatung
  - Sozialarbeit
  - Psychosoziale Beratung und Betreuung
  - Suchttherapeutische Leistungen (in der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen)
  - Gesundheitsinformation und Patientenschulung (indikationsspezifisch und zur Förderung einer gesundheitsbewussten Lebensweise)
  - Krankenpflegerische Leistungen und rehabilitative Pflege u. a. mit Anleitung und Schulung der Patientin oder des Patienten und ggf. unter Einbezug von Angehörigen
  - Pädagogische Betreuung und sozialpädagogische Leistungen (in der Vorsorge und Rehabilitation von Kindern sowie Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation oder -Vorsorge)
  - Eltern-Kind-Interaktionsangebote (in der Vorsorge und Rehabilitation von Kindern sowie Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation oder -Vorsorge)
  - Angebote für psychosoziale Problemsituationen von Familien (in der Vorsorge und Rehabilitation von Kindern sowie Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation oder -Vorsorge).
- (2) Bei der Auswahl der o. g. Behandlungselemente wird die jeweils spezifische Zielsetzung der Leistung berücksichtigt. Dabei können beispielsweise auch digitale Gesundheitsanwendungen im Sinne von § 33a SGB V ergänzend zum Einsatz kommen.
- (3) Die einzusetzenden Behandlungselemente werden als Einzeltherapie oder in Gruppen angeboten, ggf. können dabei unter Berücksichtigung praktischer Erfahrungen und wissenschaftlicher Evidenz z. B. aus Modellprojekten auch digitale Formate unter therapeutischer Anleitung genutzt werden. Die Einzelheiten ergeben sich aus dem Konzept.
- (4) Bei der Anwendung der Behandlungselemente stehen aktive Therapiemaßnahmen im Vordergrund. Das Verhältnis von Einzel- zu Gruppentherapien ist einerseits von der Leistungsart (Vorsorge, Rehabilitation oder Anschlussrehabilitation) sowie der Durchführung (ambulant oder stationär) unter Berücksichtigung indikationsspezifischer Besonderheiten und andererseits von der körperlichen und psychisch-kognitiven Belastbarkeit und den Kontextfaktoren der einzelnen Patientin oder des einzelnen Patienten abhängig. Dies ist bei der individuellen Therapieplanung zu berücksichtigen.

- (5) Die therapeutischen Leistungen werden im Sinne von Mindestanforderungen in den indikations- bzw. zielgruppenspezifischen Leistungsbeschreibungen definiert, die als Anlagen 1.a) bis 1.k) beigelegt und Bestandteil dieser Rahmenempfehlungen sind.

## **2.4      Vorsorge- und Rehabilitationsteam**

Das Vorsorge- und Rehabilitationsteam setzt sich entsprechend den indikationsspezifischen Anforderungen aus Ärztinnen und Ärzten und nicht-ärztlichen Fachkräften, wie z. B. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten bzw. Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Masseurinnen und Medizinischen Bademeisterinnen oder Masseuren und Medizinischen Bademeistern, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden bzw. Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten, klinischen Psychologinnen und Psychologen, approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern bzw. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Sportlehrerinnen und Sportlehrern bzw. Sportwissenschaftlerinnen und Sportwissenschaftlern bzw. Sporttherapeutinnen und Sporttherapeuten, Diätassistentinnen und Diätassistenten bzw. Ökotrophologinnen und Ökotrophologen, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern sowie Erzieherinnen und Erziehern sowie Kinderpflegerinnen und Kinderpflegern zusammen.

### **2.4.1    Qualifikationen**

Hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen an das Personal sind die Anforderungen des QS-Reha®-Verfahrens zu Grunde zu legen<sup>6</sup>.

### **2.4.2    Ärztliche Leitung**

- (1) Die medizinische Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung muss unter fachlich medizinischer Leitung und Verantwortung einer Ärztin oder eines Arztes mit Gebietsbezeichnung der Indikation der Einrichtung bzw. Fachabteilung und ggf. entsprechender Schwerpunktbezeichnung stehen. Im Bereich der orthopädischen Rehabilitation gilt zudem im Ausnahmefall, dass die ärztliche Leitung die Facharztbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin führen kann, soweit im Rahmen dieser Facharztweiterbildung mindestens zwei Jahre Unfallchirurgie/Orthopädie nachgewiesen wurden. Im Bereich der geriatrischen Rehabilitation gilt abweichend von Satz 1, dass die ärztliche Leitung die Facharztbezeichnung in einem der Gebiete Innere Medizin, Allgemeinmedizin oder Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie führt sowie zusätzlich über eine der Bezeichnungen Schwerpunkt Geriatrie, Zusatz-Weiterbildung Geriatrie oder Fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie verfügt oder die ärztliche Leitung führt die Facharztbezeichnung für Innere Medizin und Geriatrie. Im Bereich Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge gilt, dass die ärztliche Leitung auch durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Allgemeinmedizin möglich ist; im Bereich Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitation in der Indikation Psychosomatik gilt, dass die ärztliche Leitung auch durch

---

<sup>6</sup> Für die ärztliche Leitung gelten bis zur deren Anpassung im QS-Reha-Verfahren die abweichenden Anforderungen unter 2.4.2.

eine Fachärztin oder einen Facharzt für Allgemeinmedizin in Kooperation mit Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten übernommen werden kann.

- (2) Die ärztliche Leiterin oder der ärztliche Leiter und die Stellvertreterin oder der Stellvertreter müssen zusammen über mindestens zweijährige (in Vollzeit) rehabilitative oder sozialmedizinische Erfahrungen in Rehabilitationseinrichtungen verfügen. Davon verfügt die ärztliche Leiterin oder der ärztliche Leiter über mindestens ein Jahr dieser Erfahrungen in Rehabilitationseinrichtungen. Im Bereich der geriatrischen Rehabilitation gilt stattdessen, 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.
- (3) Zusätzlich muss entweder über die ärztliche Leiterin oder den ärztlichen Leiter oder deren Stellvertretung die sozialmedizinische Kompetenz sichergestellt sein, weshalb ergänzend zu den in Absatz 1 genannten fachlichen Qualifikationen die leitende Ärztin oder der leitende Arzt oder deren Stellvertretung außerdem über folgende Voraussetzungen verfügen soll:
  - Zusatz-Weiterbildung Rehabilitationswesen oder
  - Zusatz-Weiterbildung Sozialmedizin oder
  - Fachärztin/Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin.Liegt keine der beiden Zusatzbezeichnungen oder die Facharztqualifikation vor, muss die vollständige Teilnahme am Aufbau- und Grundkurs einer der Weiterbildungen nachgewiesen werden. Sollte auch dies nicht gewährleistet sein, können im Ausnahmefall zwischen den Vertragspartnern einvernehmliche Übergangsregelungen zur vollständigen Erfüllung einer der vorgenannten Vorgaben vereinbart werden.
- (4) Die leitende Ärztin oder der leitende Arzt oder deren Stellvertretung muss den überwiegenden Anteil der Therapie- bzw. Behandlungszeiten der Einrichtung präsent sein. In der mobilen Rehabilitation bedeutet dies entsprechend, für die Einrichtung im Einsatz und somit unmittelbar verfügbar zu sein.
- (5) Für Einrichtungen, die ausschließlich Leistungen nach §§ 23, 24 SGB V erbringen, gilt
  - a) abweichend von Absatz 2, dass eine Berufserfahrung in der Vorsorge als gleichwertig gilt;
  - b) abweichend von Absatz 3, dass die ärztliche Leitung ihre sozialmedizinische Kompetenz, z. B. über Fortbildungen, nachweisen muss;
  - c) abweichend von Absatz 4, dass die verantwortliche Ärztin oder der verantwortliche Arzt oder die benannte ständige Vertretung zur Erbringung der ärztlichen Aufgaben in der Einrichtung präsent und darüber hinaus bei Bedarf kurzfristig verfügbar sein muss.

### 2.4.3 Personalkorridore

- (1) Personalkennzahlen sind ein wichtiger struktureller Baustein für eine sachgerechte Umsetzung des Rehabilitations- und Vorsorgekonzeptes der jeweiligen Einrichtung. Die Partner dieser Rahmenempfehlungen vereinbaren indikationsbezogene Personalkennzahlen in Form von Korridoren für verschiedene Personal- und Tätigkeitsbereiche. Die Personalkorridore werden für die Leistungsformen der ambulanten, mobilen und stationären Rehabilitation getrennt dargestellt.
- (2) Die mit diesen Rahmenempfehlungen vereinbarten Personalkorridore sind von den Vertragspartnern auf Landesebene den Verhandlungen über Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen zu Grunde zu legen.
- (3) Die personelle Besetzung der Einrichtung muss die Umsetzung des Vorsorge- und Rehabilitationskonzeptes gewährleisten. Davon ausgehend konkretisieren die Vertragspartner die Personalkorridore durch Verständigung auf das Vorsorge- und Rehabilitationskonzept.
- (4) Die in diesen Rahmenempfehlungen beschriebenen Personalkorridore bilden nur einen Teil der Beschäftigten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ab. Neben den genannten Bereichen gibt es weitere Beschäftigtengruppen, die für die dauerhafte Aufrechterhaltung des Betriebs der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen notwendig sind (zum Beispiel Verwaltung, Küche).
- (5) Die vereinbarten Korridore geben das Verhältnis Beschäftigte zu GKV-Betten bzw. GKV-Therapieplätzen (alle Krankenkassen) einer Fachabteilung bzw. Einrichtung an und sind nach dem folgenden Schema in der Anlage 2 abgebildet:

<b>Indikation: xxx</b>	
<b>Bereich*</b>	<b>Personalkorridor: Verhältnis Beschäftigte/Beschäftigter zu Patientin/Patient in Bezug auf GKV-Therapieplätze bzw. -Betten lt. Versorgungsvertrag</b>
Ärztlicher Bericht	1 : x – 1 : y
Psychologischer Bericht	1 : x – 1 : y
Pflege	1 : x – 1 : y
Physiotherapie	1 : x – 1 : y
Physikalische Therapie	1 : x – 1 : y
Sporttherapie	1 : x – 1 : y
Ergotherapie	1 : x – 1 : y
Logopädie	1 : x – 1 : y
Pädagogisches Personal	1 : x – 1 : y
Ernährungsberatung	1 : x – 1 : y
Sozialberatung	1 : x – 1 : y

\* Die Bereiche sind ggf. je nach Indikation unterschiedlich.

- (6) Die Partner des Versorgungsvertrages können in einzelnen zu begründenden Ausnahmefällen von den in der Anlage 2 genannten Personalkorridoren abweichen, 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. In diesen Fällen vereinbaren die Vertragspartner gemäß §§ 111 Abs. 2, 111a, 111c Abs. 1 SGB V einheitlich schriftlich verbindliche Personalkorridore als Anlage zum Versorgungsvertrag.
- (7) Bei der Anwendung der Personalkorridore wird auf die vertraglich vereinbarten GKV-Betten bzw. GKV-Therapieplätze Bezug genommen. In begründeten Ausnahmefällen kann auf die von der GKV (alle Krankenkassen) durchschnittlich belegten Betten oder Therapieplätze der letzten vollen 12 Monate Bezug genommen werden.

#### **2.4.4 Umgang mit versorgungsrelevanten Problemfällen**

- (1) Bei Personalengpässen oder -ausfällen innerhalb des Korridors hat die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Durchführung der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nicht beeinträchtigt wird.
- (2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind bei Unterschreiten des Personalkorridors aufgrund von fehlenden (arbeits-)vertraglich vereinbarten Personalkapazitäten unaufgefordert und unverzüglich zu informieren.
- (3) Sofern erkennbar ist, dass aus anderen Gründen (z. B. Langzeit-Arbeitsunfähigkeit) die zur Erfüllung des Korridors erforderlichen Personalkapazitäten tatsächlich langfristig nicht verfügbar sind und diese Ausfälle nicht kompensiert werden, ist schnellstmöglich - spätestens nach sechs Wochen - eine Meldung gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erforderlich.
- (4) In den Konstellationen nach den Absätzen 2 und 3 führen die Vertragspartner bei Bedarf diesbezüglich Gespräche, um geeignete Maßnahmen abzustimmen, die eine Durchführung der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation sicherstellen.

#### **2.4.5 Outsourcing und Kooperationen**

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

## 2.5 Strukturelle Anforderungen

Hinsichtlich der räumlichen und apparativen Anforderungen an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind die Kriterien des QS-Reha®-Verfahrens zu Grunde zu legen.

## 2.6 Dauer von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

- (1) Die Dauer von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V ist nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls durch die Krankenkasse zu bestimmen.
- (2) Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden von vornherein wegen den medizinischen und entwicklungsspezifischen Besonderheiten in der Regel für vier bis sechs Wochen erbracht (§§ 23 Abs. 7, 40 Abs. 3 Satz 17 SGB V).
- (3) Stationäre Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 4 SGB V werden grundsätzlich für die Dauer von drei Wochen erbracht.
- (4) Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter nach §§ 24 und 41 SGB V wird ausschließlich stationär und grundsätzlich für die Dauer von drei Wochen erbracht.
- (5) Ambulante Rehabilitationsleistungen einschließlich Anschlussrehabilitationen nach § 40 Abs. 1 SGB V sollen für längstens 20 Behandlungstage erbracht werden.
- (6) Leistungen der ambulanten geriatrischen Rehabilitation sollen in der Regel für 20 Behandlungstage erbracht werden.
- (7) Stationäre Rehabilitationsleistungen einschließlich Anschlussrehabilitationen nach §§ 40 Abs. 2, 41 SGB V sollen für längstens drei Wochen erbracht werden. Leistungen der stationären geriatrischen Rehabilitation sollen in der Regel für drei Wochen erbracht werden.
- (8) Ist erkennbar, dass wegen Art und Schweregrad der Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe das Rehabilitationsziel nicht innerhalb des vorgegebenen Zeitraums erreichbar sein wird, kann von vornherein eine längere Dauer in Betracht kommen. Häufig ist dies bei Abhängigkeitserkrankungen, psychischen, psychosomatischen und neurologischen Erkrankungen zu erwarten.
- (9) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V können sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden. Durchführungsart und Intensität der eingesetzten Therapieelemente hängen von den Beeinträchtigungen, dem Unterstützungsbedarf und den jeweiligen Kontextfaktoren ab und sollten so gewählt werden, dass die Leistung mit dem größtmöglichen Erfolg durchgeführt wird. Es gilt der Grundsatz ambulant vor stationär<sup>7</sup>. Beide Formen der Leistungserbringung basieren

---

<sup>7</sup> Dem Kontextfaktor „Pflege von Angehörigen“ trägt der Gesetzgeber dahingehend Rechnung, dass für diese spezielle Zielgruppe der Grundsatz ambulant vor stationär nicht gilt (§ 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V).

auf einem ganzheitlichen, bio-psycho-sozialen Rehabilitationsansatz und sind hinsichtlich Komplexität und Teilhabeorientierung der Leistungen gleichwertig.

- (10) Stationäre medizinische Rehabilitation kann unter Berücksichtigung des individuellen Bedarfs im Sinne der Flexibilisierung auch in Kombination mit der ambulanten Form – ausgenommen der mobilen Rehabilitation – erbracht werden. Der Transfer von Rehabilitationsergebnissen kann so im Einzelfall erleichtert und deren Nachhaltigkeit unterstützt werden. Flexibilisierung kann auch bedeuten, dass zum Erreichen und Festigen des Rehabilitationszieles die bewilligten Behandlungstage der ambulanten Leistung zur medizinischen Rehabilitation aus (sozial-) medizinischen Gründen ggf. über einen längeren Zeitraum gestreckt erbracht werden. Dies ist zwischen Leistungserbringer und Leistungsträger im Einzelfall abzustimmen.

## **2.7 Indikationen, Patientengruppen und Größe der Einrichtung**

- (1) Der Versorgungsvertrag der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung hat Angaben zu den Indikationen und zu den zu behandelnden Patientengruppen zu enthalten.
- (2) Hinsichtlich der Größe der Einrichtung sind bei stationären Einrichtungen indikationsbezogene Angaben zur Gesamtbettenanzahl vorzunehmen; zusätzlich ist die für die gesetzliche Krankenversicherung vorgesehene Anzahl an Betten auszuweisen.
- (3) Bei ambulanten Rehabilitationseinrichtungen sind indikationsbezogene Angaben zur Gesamtanzahl der Therapieplätze anzugeben; zusätzlich ist die für die gesetzliche Krankenversicherung vorgesehene Anzahl an Therapieplätzen auszuweisen.

## **2.8 Nachweisverfahren**

- (1) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung stellt 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.
- (2) Zur Sicherstellung einer einheitlichen Anwendung der Personal- und Belegungsstatistik sowie des Nachweises über die erbrachten Leistungen haben die Vereinbarungspartner Ausfüllanleitungen erstellt, die Teil der Anlagen 3 bis 5 sind.
- (3) Die Partner des Versorgungsvertrags sind berechtigt, die Daten aus den Nachweisverfahren den Partnern der Vergütungsverträge, d. h. den Krankenkassen, zugänglich zu machen. Die Weitergabe der im Wege der Nachweisverfahren nach den Kapiteln 2.8.1 bis 2.8.3 erhobenen Daten der Einrichtungen an Dritte ist nur mit der ausdrücklichen Zustimmung der jeweiligen Einrichtung zulässig.

### **2.8.1 Personalstatistik**

- (1) Die Personalstatistik ist das Nachweisverfahren für das in Kapitel 2.4 beschriebene Vorsorge- und Rehabilitationsteam und somit für die Versorgungs- und Vergütungsverträge relevant.
- (2) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung hat indikationsbezogene Angaben zu Vollkräften (VK) als Soll-VK, tatsächlichen VK, zur Gesamtbeschäftigtenzahl der Fachabteilung sowie zu dem Anteil der Fremdbeschäftigten bezogen auf die Personalkorridore vorzunehmen.
- (3) Die Bezugsgröße sind dabei die mit der GKV (alle Krankenkassen) vertraglich vereinbarten Betten bzw. Therapieplätze.
- (4) Der Nachweis der Personalausstattung ist auf der Grundlage der Anlage 3.1 in maschinell verwertbarer Form vorzunehmen. Die Angaben in der Anlage sind abschließend, d. h. darüber hinausgehende Angaben bzw. Nachweise können insoweit nicht gefordert werden.
- (5) Im Zusammenhang mit dem Vorsorge- und Rehabilitationskonzept ist vor Abschluss oder Änderung (aufgrund veränderter Betten- bzw. Therapieplatzzahl oder Indikation) des Versorgungsvertrages die personelle Besetzung ebenfalls in Form der Personalstatistik nach Anlage 3.1 anzugeben. Diese Meldung erfolgt unabhängig von den dreimal jährlich vorgesehenen Personalmeldungen.
- (6) Zusätzlich werden jährlich bis zu 10 % der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen je Bundesland Meldungen auf der Grundlage der Personalstatistik nach Anlage 3.2 abgeben, die qualifizierte pseudonymisierte Angaben zu den Beschäftigten je Fachabteilung unterteilt nach Eigen- und Fremdpersonal, deren jeweilige individuelle Soll-Wochenarbeitszeit und deren Beschäftigungszeitraum<sup>8</sup> 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. Eine Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung, die das Verfahren nach Satz 1 durchlaufen hat, kann frühestens nach Ablauf von drei Jahren erneut dieser Prüfung unterzogen werden. Anlassbezogene Prüfungen bleiben davon unberührt.

### **2.8.2 Belegungsstatistik**

- (1) Die Mitteilung erfolgt am 01.02. eines jeden Jahres gegenüber den Partnern des Versorgungsvertrags und umfasst den Zeitraum 01.01. bis 31.12. des jeweiligen Vorjahres. Die Meldung erfolgt indikationsbezogen und umfasst die Summe aller Abrechnungstage und die Anzahl der Fälle (und daraus abgeleitet die Verweildauer) unter Berücksichtigung der Versorgungsform (Vorsorge, ambulante und stationäre Rehabilitation inklusive Anschlussrehabilitation) sowie Begleitpersonen bzw. Mitaufnahme Pflegebedürftiger in der Leistungszuständigkeit der GKV und differenziert nach Kassenarten.

---

<sup>8</sup> Ruhende Beschäftigungsverhältnisse gelten insoweit nicht als Beschäftigungszeitraum.



- (2) Die Meldung umfasst außerdem die Summe der Abrechnungstage und die Anzahl der Fälle (und daraus abgeleitet die Verweildauer) der weiteren Leistungsträger unterteilt nach DRV und Sonstigen, differenziert nach den Versorgungsformen Vorsorge und Rehabilitation inklusive Anschlussrehabilitation. In der mobilen Rehabilitation treten an die Stelle der Abrechnungstage die Therapieeinheiten und die Behandlungstage (und daraus abgeleitet die durchschnittliche Anzahl der Therapieeinheiten und der Behandlungstage).
- (3) Für den Nachweis der Belegung ist die Tabelle nach Anlage 4 in maschinell verwertbarer Form zu verwenden.

### **2.8.3 Nachweis über erbrachte Leistungen**

- (1) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung hat fachabteilungsbezogen entsprechend den in den indikationsspezifischen Leistungsbeschreibungen enthaltenen Behandlungsgruppen (siehe Anlagen 1.a) bis 1.k), hier Spalte A) die Summe aller erbrachten Leistungen für GKV-Versicherte gegenüber den Vertragspartnern des Versorgungsvertrages anzugeben, wenn im Versorgungsvertrag mindestens fünf GKV-Betten bzw. GKV-Therapieplätze vereinbart sind. Hierbei ist eine Differenzierung nach der Erbringungsform in Einzeltherapie, Kleingruppe und Gruppentherapie zu berücksichtigen. Bei der Erfassung der Therapie in Form von Kleingruppe und Gruppentherapie wird die Anzahl der Teilnehmenden ausgewiesen. Ziel ist der Nachweis der erbrachten Leistungen. Insoweit dient er den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zur Plausibilisierung der Erfüllung des im Versorgungsvertrag festgelegten Versorgungsauftrages und zu keinem anderen Zweck, z. B. zu Einrichtungsvergleichen.
- (2) Implausibilitäten sind mit den Einrichtungen zu erörtern.
- (3) Der Nachweis ist nicht für die Ableitung qualitativer Aspekte oder vertraglicher Konsequenzen geeignet.
- (4) Für den Nachweis über die erbrachten Leistungen ist die Tabelle nach Anlage 5 in maschinell verwertbarer Form zu verwenden.

## **2.9 Aufnahme und Durchführung**

Die Aufnahme der Patientin oder des Patienten in der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung kann erst erfolgen, wenn der Einrichtung die Kostenübernahmeerklärung, einschließlich der für die im Einzelfall erforderlichen Begleitperson(en), der zuständigen Krankenkasse vorliegt.

### **2.9.1 Unterbrechung und Beurlaubung**

- (1) In medizinisch begründeten Fällen kann eine Unterbrechung der Leistung zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation angezeigt sein. Hierzu zählen insbesondere interkurrente Erkrankungen, die nicht mit den Mitteln der stationären Einrichtung behandelt werden können und bei denen eine medizinische Versorgung außerhalb der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für in der Regel mindestens einen Tag erforderlich wird. Eine Unterbrechung kann auch bei einer temporären

Verlegung aufgrund einer akuten Verschlechterung der rehabilitationsbegründenden Diagnose gegeben sein. Die Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme kann im Anschluss an die Unterbrechung fortgesetzt werden. Dauert die Unterbrechung länger als sieben Kalendertage, ist ein Abbruch der Maßnahme durch die Einrichtung ärztlicherseits zu prüfen. Dies gilt in der ambulanten Rehabilitation dann, wenn innerhalb einer Behandlungswoche kein Behandlungstermin zustande kommt.

- (2) Wenn eine interkurrente Erkrankung mit Mitteln der stationären Einrichtung behandelt werden kann, ist ebenfalls nach sieben Kalendertagen ein Abbruch der Maßnahme durch die Einrichtung ärztlicherseits zu prüfen.
- (3) Mit der Notwendigkeit einer Leistung zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation ist eine Beurlaubung regelmäßig nicht vereinbar. Beurlaubungen dürfen nur bei besonderem Anlass (z. B. persönliche Gründe) mit Zustimmung der leitenden Ärztin oder des leitenden Arztes oder ihrer bzw. seiner Vertretung ausgesprochen werden und sind der zuständigen Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen. Beurlaubungen sind auf die unbedingt notwendige Dauer zu beschränken und führen nicht zur Verlängerung der Leistung. Vorübergehende Abwesenheitszeiten, die Bestandteil des Therapiekonzeptes sind (z. B. Belastungserprobung mit dem Ziel der Rückführung in die gewohnte soziale Umgebung), gelten nicht als Beurlaubung.

### **2.9.2 Verlängerung**

- (1) Unter dem Gesichtspunkt einer individualisierten und ergebnisorientierten Leistung ist eine Verlängerung aus dringenden medizinischen Gründen möglich, sofern Vorsorge- bzw. Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit sowie eine positive Prognose weiterhin gegeben sind. Ist über die in der Kostenübernahmeerklärung angegebene Dauer hinaus eine Verlängerung der Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme erforderlich, beantragt die Einrichtung rechtzeitig, spätestens fünf Arbeitstage (Werktage außer Samstag) vor Ablauf der Kostenübernahme bzw. des Bewilligungszeitraums schriftlich die Verlängerung. Diese kann bei Unterbrechungen durch interkurrente Erkrankungen oder einer verzögerten Erreichbarkeit des angestrebten Vorsorge- oder Rehabilitationsziels ggf. erforderlich sein.
- (2) Die Begründung umfasst Angaben zu nachfolgenden Sachverhalten:
  - (Funktions-) Diagnose(n),
  - zu den zu Beginn der Leistung und zum Zeitpunkt der Beantragung der Verlängerung bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten bezüglich alltäglicher Verrichtungen,
  - zu den bisher erreichten Vorsorge- oder Rehabilitationszielen,
  - zu den individuell alltagsrelevanten Vorsorge- oder Rehabilitationszielen, die bis zum Ende des Verlängerungszeitraums erreicht werden sollen, und zu den Gründen, warum diese vorher voraussichtlich nicht erreicht werden können,
  - zur voraussichtlichen weiteren Dauer der Leistung,
  - zu Art und Häufigkeit der bisher durchgeführten Maßnahmen,
  - zum Vorsorge- oder Rehabilitationsplan bis zum beantragten Ende der Leistung,
  - bei stationären Rehabilitationsleistungen eine kurze und prägnante Begründung, warum die Maßnahme nicht als ambulante Rehabilitation wohnortnah fortgeführt werden kann,

- eine kurze und prägnante Begründung, warum Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung nicht ausreichend sind.
- (3) Die Krankenkasse entscheidet anhand der vollständigen Angaben der in Absatz 2 aufgeführten Sachverhalte unter Einbezug des Medizinischen Dienstes schnellstmöglich über den Verlängerungsantrag. Wurde der Antrag von der Rehabilitationseinrichtung innerhalb der in Absatz 1 genannten Frist an die Krankenkasse übermittelt, unterrichtet die Krankenkasse die Einrichtung spätestens zwei Arbeitstage vor Ablauf des laufenden Bewilligungszeitraums über die Entscheidung zum Verlängerungsantrag.

## **2.10 Beendigung**

### **2.10.1 Vorzeitige Beendigung**

- (1) Die Leistung zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation ist auch vor Ablauf der genehmigten Dauer in Abstimmung mit der leistungspflichtigen Krankenkasse aus medizinischen Gründen zu beenden, wenn
- das Vorsorge- oder Rehabilitationsziel erreicht ist oder
  - sich erst während der Vorsorge oder Rehabilitation zeigt, dass eine kurative Versorgung ausreicht oder
  - die medizinischen Voraussetzungen (entsprechend der jeweils gültigen Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation) nicht mehr vorliegen.
- (2) Daneben können ohne Abstimmungsnotwendigkeit nichtmedizinische Beendigungsgründe vorliegen, dies sind insbesondere
- disziplinarische Gründe oder
  - schwerwiegende persönliche Gründe.

### **2.10.2 Versorgungs- und Entlassmanagement**

Generell gilt für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V. Bei stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfolgt grundsätzlich ein Entlassmanagement nach § 40 Abs. 2 Satz 6 SGB V i. V. m. § 39 Abs. 1a SGB V zum Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche, um das Behandlungsergebnis ggf. durch geeignete und im Rahmenvertrag aufgeführte Maßnahmen zu sichern. Die Einzelheiten sind dem Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha vom 01.02.2019 in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

## **2.11 Entlassungsbericht**

- (1) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung erstellt für jede Patientin und jeden Patienten einen Entlassungsbericht. Für die stationären Rehabilitationseinrichtungen gelten die Regelungen im Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha (§ 13). Die dort vereinbarten inhaltlichen Angaben für die

Erstellung des Entlassungsberichts sind in gleicher Weise für die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen zugrunde zu legen.

(2) Der Entlassungsbericht für eine stationäre Vorsorge umfasst die folgenden Angaben:

- Verlauf der Vorsorgeleistung unter Angabe der durchgeführten Behandlungselemente und
- den abschließend erreichten Vorsorgeerfolg bezogen auf die individuellen Vorsorgeziele einschließlich
- einer sozialmedizinischen Beurteilung,
- zum Grad der Selbständigkeit im Alltagsleben und zum diesbezüglichen Hilfebedarf,
- zur Leistungsfähigkeit im Alltag, ggf. Erwerbsleben unter Bezugnahme,
- relevanter Kontextfaktoren, z. B. Krankheitsbewältigung, Einstellung des Leistungsberechtigten zu Gesundheit und Krankheit sowie Hilfen bzw. Motivation zur Lebensstiländerung,
- zur Frage der Vermeidung der Pflegebedürftigkeit,
- Empfehlungen zur Sicherung des Vorsorgeerfolges, z. B. Präventionsangebote nach § 20 Abs. 4 SGB V, Rehabilitationssport und Funktionstraining, Heilmittel, Arzneimittel und zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld bzw. zur psychosozialen Betreuung.

(3) Liegt zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung noch kein endgültiger Entlassungsbericht vor, wird der oder dem Versicherten ein vorläufiger Bericht mitgegeben, aus dem

- Aufnahme- und Abschlussbefund,
- Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen und Medikation sowie
- ggf. die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei erwerbsfähigen Versicherten

hervorgehen müssen (vgl. § 13 Abs. 4 Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha).

## **2.12 Änderung zur Struktur der Einrichtung oder der Trägerschaft**

(1) Sind vertragsrelevante Änderungen des Betriebes seitens der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen konkret vorgesehen, sind diese den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich mitzuteilen, um eine Neuausfertigung oder Änderung des Versorgungsvertrages abzustimmen. Wesentliche Änderungen sind insbesondere

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

Ob auf der Grundlage der angezeigten Sachverhalte auf eine Neuausfertigung oder Änderung des Versorgungsvertrages verzichtet werden kann, stimmen die Vertragspartner des Versorgungsvertrages im Einzelfall ab.

- (2) Darüber hinaus sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen durch die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung unverzüglich über die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens durch das Insolvenzgericht zu informieren.

## **2.13 Qualität**

### **2.13.1 Qualitätssicherung**

- (1) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung ist verpflichtet, sich an Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung zu beteiligen (§ 135a Abs. 2 Nr. 1 SGB V). Wenn ambulante und stationäre Einrichtungen bzw. Fachabteilungen von den gesetzlichen Krankenkassen hauptbelegt werden (siehe Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes und der Träger der DRV vertreten durch die Deutsche Rentenversicherung Bund über die weitere Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation vom Oktober 2013), haben sie sich nachweislich am QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren zu beteiligen (§ 137d SGB V i. V. m. § 37 SGB IX).
- (2) Das QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren beinhaltet eine externe, einrichtungsvergleichende Prüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und der Patientenzufriedenheit. Es stellt sicher, dass die Qualität der ärztlichen sowie der von anderen Berufsgruppen erbrachten therapeutischen und pflegerischen Behandlung, die Versorgungsabläufe sowie die Behandlungsmaßnahmen und -ergebnisse jederzeit nachvollziehbar sind und einer Prüfung zugänglich gemacht werden können. Für die Bewertung der Ergebnisse des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens wurden allgemeine Grundsätze vereinbart. So können anhand bestimmter Parameter auffällige Qualitätsergebnisse festgestellt werden, die zu einem Qualitätsdialog als Instrument der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung führen. Im Qualitätsdialog arbeiten die Vertragspartner kooperativ – und mit dem Ziel, in einem offenen Dialog eine gemeinsame Lösung zu finden – zusammen.

### **2.13.2 Qualitätsmanagement**

- (1) Neben der gesetzlich geforderten Beteiligung an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung sind ambulante sowie stationäre Rehabilitationseinrichtungen und stationäre Vorsorgeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach §§ 111, 111a oder 111c SGB V auch verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen (§ 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V; vgl. Vereinbarung zur externen Qualitätssicherung und zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement nach § 137d Abs. 1, 2 und 4 SGB V und Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 37 Abs. 3 SGB IX).
- (2) Die Einrichtung weist ein Fort- und Weiterbildungskonzept für alle Professionen (ärztlicher Dienst, therapeutisches Team, Pflegedienst) aus. Die Einrichtungsleitung stellt sicher, dass pro Profession (ärztlicher Dienst, therapeutisches Team, Pflegedienst) mindestens eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter jährlich an mindestens einer Fort- oder Weiterbildung teilnimmt.

## **2.14 Begehungen**

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

## **3 Regelungen zur Vergütungsvereinbarung**

### **3.1 Leistungsbezug und Wirtschaftlichkeit**

- (1) Die Finanzierung der Erbringung von medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen erfolgt monistisch durch die Krankenkassen. Die Entgelte sind prospektiv, das heißt für die Zukunft, zu ermitteln.
- (2) Die Vergütung wird jeweils auf Grundlage der in diesen Rahmenempfehlungen definierten inhaltlichen und qualitativen Anforderungen an die Leistungserbringung zwischen den Krankenkassen und der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung gemäß §§ 111 Abs. 5, 111a Abs. 1 i. V. m. 111 Abs. 5, 111c Abs. 3 SGB V vereinbart. Sie bezieht sich damit auf die im Versorgungsvertrag gem. §§ 111 Abs. 2, 111a Abs. 1, 111c Abs. 1 SGB V sowie im jeweiligen Vorsorge- und Rehabilitationskonzept niedergelegten Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen der Einrichtungen.
- (3) Die Vergütung muss leistungsgerecht sein und die Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung in die Lage versetzen, eine ausreichende, zweckmäßige und den Qualitätsanforderungen entsprechende Leistung zu erbringen. Bei der Vereinbarung der Vergütung sind insgesamt die Grundsätze der notwendigen und wirtschaftlichen Versorgung und Leistungserbringung gemäß §§ 2 Abs. 4, 12 und 111 Abs. 2, 111a Abs. 1 i. V. m. 111 Abs. 2, 111c Abs. 1 SGB V zu beachten.
- (4) Das Selbstkostendeckungsprinzip gilt nicht.
- (5) 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.

### 3.2 Strukturen der Vergütung

- (1) Insbesondere nachfolgende Kostenarten sind Gegenstand der Vergütung:
  - die Personal- und Personalnebenkosten,
  - die Sachkosten unter Einschluss der betrieblichen Investitionskosten und Kapitalkosten,
  - evtl. ein angemessener Ausgleich des Unternehmerrisikos.
- (2) Die Vergütung wird einrichtungsbezogen in Form von indikationsspezifischen Tagessätzen und/oder Fallpauschalen – ggf. mit Zuschlägen (z. B. Kurtaxe) – vereinbart. Ausschließlich in der mobilen Rehabilitation kann auch nach Therapie- bzw. Leistungseinheiten vergütet werden.
- (3) Fallpauschalen sind mit einem zeitlichen Korridor definiert. Wenn eine Behandlung unterhalb oder oberhalb des Korridors erfolgt, werden insoweit Tagessätze vergütet.
- (4) Wenn im Vorsorge- und Rehabilitationskonzept die Aufnahme von Begleitpersonen vorgesehen ist, wird eine Vergütung für Begleitpersonen verhandelt.
- (5) Mit der Vergütung sind die im Vorsorge- und Rehabilitationskonzept bzw. Versorgungsvertrag vereinbarten Leistungen abgegolten.
- (6) 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 (unter Berücksichtigung der Regelungen in Absatz 9).
- (7) Bescheinigungen und Berichte, welche die zuständige Krankenkasse und der Medizinische Dienst (MD) zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben sowie die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt im Zusammenhang mit der Weiterbehandlung der Patientin und des Patienten benötigen, sind mit der Vergütung abgegolten.
- (8) Nicht erfasst von der Vergütung ist die Versorgung mit Hilfsmitteln einschließlich deren Verordnung und Anpassung sowie zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz sowie die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Dialyse.
- (9) 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.

Die Kosten der Medikamente für die Behandlung insbesondere folgender Krankheitsbilder werden vollständig erstattet:

- onkologisch-hämatologische Krankheitsbilder (Immuntherapien, antineoplastische Medikamente, Immunsuppressiva, ggf. supportive medikamentöse Therapie)
- rheumatische Erkrankungen (zum Beispiel Biologica-TNF-alpha-Inhibitoren)

- chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (Biologica-TNF-alpha-Inhibitoren)
- neurologische Erkrankungen (z. B. Interferone, monoklonale Antikörper)
- HIV-Infektionen (antiretrovirale Kombinationstherapie)
- Hämophilie A und B (Gerinnungspräparate, Gentherapie)
- Virushepatitiden (z. B. Interferone)
- Organtransplantation (z. B. Immunsuppressiva)

Kosten für die Lieferung, einrichtungsinterne Zubereitung (z. B. Infusionslösungen und Infusionsmaterial) oder Aufbewahrung von Medikamenten werden nicht erstattet.

Bei der Beschaffung der Medikamente hat die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten.

- (10) Aufnahme- und Entlassungstag werden im stationären Bereich zusammen als ein Tag (Aufnahmetag wird berücksichtigt) und im ambulanten Bereich als je ein Tag vergütet.
- (11) Bei einer Verlegung der Patientin oder des Patienten in eine andere stationäre Einrichtung wird der Verlegungstag nicht vergütet. Fallen Aufnahme- und Verlegungstag zusammen, so wird ein Tag vergütet.
- (12) Für die Dauer der Unterbrechung oder Beurlaubung (siehe Kapitel 2.10.1) werden die Tage, an dem die Patientin oder der Patient den Urlaub antritt und aus dem Urlaub zurückkehrt, zusammen als ein Tag vergütet. Der Tag der Wiederaufnahme ist zu berücksichtigen. Dazwischenliegende Tage werden nicht vergütet.
- (13) Die Vergütungsvereinbarung gem. §§ 111 Abs. 5, 111a Abs. 1 i.V.m. 111 Abs. 5, 111c Abs. 3 SGB V beinhaltet damit die Höhe des Vergütungssatzes für die Patientin oder den Patienten, ggf. die Höhe des Vergütungssatzes für Begleitpersonen, ggf. vereinbarte Zuschläge sowie verfahrenstechnische Regelungen.
- (14) Fahrtkosten sind in der stationären und ambulanten Rehabilitation – mit Ausnahme der mobilen Rehabilitation – kein Bestandteil der Vergütung. Im gesetzlichen Rahmen können die Einrichtungen mit den Krankenkassen Vereinbarungen zur An- und Abreise schließen.
- (15) Kurtaxe wird gesondert abgerechnet.

### **3.3 Vergütungsverhandlungen**

- (1) Die nachfolgende Systematik in Bezug auf die Vergütungsverhandlungen gilt für Einrichtungen bzw. Fachabteilungen, mit denen ein GKV-Versorgungsvertrag besteht. Bei neu zugelassenen Einrichtungen bzw. Fachabteilungen sind die Regelungen sinngemäß anzuwenden.
- (2) Die Vergütung wird prospektiv, d. h. für einen zukünftigen Vereinbarungszeitraum, verhandelt. Bezug und Ausgangsgröße für die Verhandlung der Vergütung ist – soweit vorhanden – der aktuelle



Vergütungssatz der laufenden Vergütungsvereinbarung, der als Basiswert für eine prozentuale Vergütungsanpassung dient.

- (3) Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Zu den Gehältern gehören auch alle im Tarifvertrag bzw. in kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen vorgesehenen Entgeltbestandteile (wie z. B. Aufwendungen für betriebliche Altersvorsorge). Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen (siehe Kapitel 3.4).
- (4) Die Darlegungs- und Substantiierungslast liegt in vollem Umfang bei der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung.
- (5) 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) zur Plausibilisierung der Forderung zur Vergütungsanpassung anfordern.
- (6) Reichen diese Unterlagen zur Erläuterung der Vergütungsforderung nicht aus, hat die Einrichtung auf Anforderung der Krankenkasse eine indikationsbezogene und differenzierte Kostenaufstellung, kalkulatorisch abgegrenzt unter Berücksichtigung der Gesamtkosten sowie der anteiligen Kosten für die in der GKV vorgesehene Anzahl an Betten bzw. Therapieplätzen, vorzulegen. Im Rahmen der Kostenaufstellung ist die Kostenentwicklung in Abhängigkeit von dem von den Vertragspartnern eingebrachten Verhandlungsgegenstand nach folgenden Kostenarten strukturiert plausibel darzulegen:
  - Personalkostenentwicklung und
  - Sachkostenentwicklung (einschließlich der Investitionskostenentwicklung).Ergänzend zur Kostenaufstellung kann die Krankenkasse Nachweise (siehe Kapitel 3.4) zur Plausibilisierung der Forderung zur Vergütungsanpassung anfordern.
- (7) Die Kostenentwicklung ergibt sich aus dem Vergleich der dem laufenden Vereinbarungszeitraum zu Grunde liegenden Kosten mit den plausibel dargelegten Kosten, die dem zukünftigen Vereinbarungszeitraum zu Grunde liegen sollen.
- (8) Für die Kostenart der Personal- und Personalnebenkosten ist eine Differenzierung mindestens nach folgenden Berufsgruppen unter Angabe der zugrunde liegenden Vollkräfte (VK) erforderlich:
  - Ärztlicher Bereich
  - (Neuro-)Psychologischer Bereich
  - Pflegerischer Bereich
  - Physiotherapie
  - Physikalische Therapie
  - Sporttherapie
  - Ergotherapie

- Logopädie
- Ernährungsberatung
- Pädagogisches Personal (nur Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge oder -Rehabilitation, Kinder- und Jugendrehabilitation)
- Medizinisch-technischer Dienst (z. B. Labor)
- Sozialberatung
- Verwaltungsdienst
- Wirtschafts- und Versorgungsdienst
- Technischer Dienst
- Hauswirtschaftlicher Dienst

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

- Kosten für fremdbezogenes Personal (differenziert nach den o. g. Berufsgruppen und VK)
- Konsiliarleistungen
- Medizinischer Bedarf (ausgeschlossen sind die unter Kapitel 3.2 Absatz 9 genannten Kosten für besonders teure Medikamente)
- Speisenversorgung
- Wasser, Energie, Brennstoffe
- Wirtschaftsbedarf
- Verwaltungsbedarf
- Steuern, Abgaben, Versicherungen
- Miet- und Pachtkosten
- Instandhaltungskosten
- Abschreibungen für betriebliche Investitionskosten für die Leistungserbringung
- Zinsen und ähnliche Aufwendungen

Diese Aufzählungen sind nicht abschließend und können im Einzelfall individuell angepasst werden.

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

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

### **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**

(1) In Ergänzung zu den in Kapitel 3.1 bis 3.3 angeführten Grundsätzen einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen sind nachfolgende Regelungen zum Nachweisverfahren im Bereich der Vergütung maßgebend.

- (2) Im Rahmen der Vergütungsverhandlungen sind auf Anforderung der Krankenkasse zur Plausibilisierung der Forderung zur Vergütungsanpassung anlassbezogen (siehe Kapitel 3.3) insbesondere einer oder mehrere der folgenden Nachweise und Belege vorzulegen:
- a) Die geltenden Tarifverträge, kirchlichen Vergütungsordnungen oder sonstigen Vergütungsmaßstäbe in der aktuellen Fassung.
  - b) 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.
  - c) Verbindliche Erklärung des Trägers, dass und ggf. für welche Bereiche die tarifliche oder einrichtungsspezifische Vergütung bzw. Vergütungsstruktur eingehalten wird.
  - d) Eine Differenzierung des prozentualen (Ist-)Anteils der Personalkosten, Sach- und Investitionskosten an den Gesamtkosten der Einrichtung (GKV-Anteil).
  - e) 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.
  - f) Konkretisierende Belege und/oder Verträge für den Bereich der Sach- und Investitionskosten, beispielsweise zur näheren Darlegung der Energiekosten Rechnungen oder verbindliche Erhöhungsmittelungen durch den jeweiligen Energieversorger.
- (3) Macht die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen geltend, hat sie gemäß §§ 111 Abs. 5 Satz 4, 111a Abs. 1 Satz 2 und 111c Abs. 3 Satz 4 SGB V auf Verlangen der Krankenkasse neben den Unterlagen von Absatz 2 a) bis c) zum Nachweis der tatsächlichen Zahlung dieser Gehälter vorzulegen:
- a) pseudonymisierte Gehaltsabrechnungen (deren Pseudonymisierung der Personalliste nach Absatz 2 Buchstabe e) entspricht) oder
  - b) pseudonymisierte Personalkostenaufstellung (deren Pseudonymisierung der Personalliste nach Absatz 2 Buchstabe e) entspricht), in einem maschinell verwertbaren Format oder
  - c) Die Bestätigung des Steuerberaters oder Jahresabschlussprüfers, dass die in die Vergütung eingeflossenen tarifvertraglichen Löhne und Gehälter tatsächlich gezahlt wurden und aus der hervorgeht, inwieweit die zusätzlichen Mittel zweckentsprechend für die vereinbarte Maßnahme verwendet wurden.

Für a) und b) gilt:

- Die Nachweise sind höchstens für die letzten zwölf Monate vorzulegen.
- Die Richtigkeit ist auf einem Ausdruck rechtsverbindlich zu erklären.

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

## 4 Kündigung von Versorgungsverträgen

- (1) In den Versorgungsverträgen nach §§ 111 Abs. 2, 111a Abs. 1, 111c Abs. 1 SGB V sind Regelungen zur ordentlichen Kündigung vorzusehen.
- (2) Sollte der Versorgungsvertrag mit dem Ziel Vertragsinhalte zu verändern, ordentlich gekündigt werden, gilt der Versorgungsvertrag auch nach Beendigung der Laufzeit bis zum Abschluss oder der in einem Schiedsverfahren erfolgten Festsetzung des Versorgungsvertrages fort.
- (3) Anpassungen des Versorgungsvertrages können auch ohne vorherige Kündigung vereinbart werden.
- (4) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen des Versorgungsvertrages, einschließlich der Anlagen, bedürfen zu ihrer Wirksamkeit ebenfalls der Schriftform (§ 126 Abs. 1 BGB).
- (5) Der Versorgungsvertrag kann auch ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist mit sofortiger Wirkung (außerordentlich) gekündigt werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt, der ein Festhalten am Versorgungsvertrag unzumutbar macht. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor bei:
  - strafrechtlicher Verurteilung wegen Abrechnungsbetrug oder Korruption im Gesundheitswesen (§§ 299a bis 300 StGB),
  - wiederholter Abrechnung nachweislich nicht erbrachter Leistungen.

## 5 Inkrafttreten und Übergangsregelungen

- (1) Diese Rahmenempfehlungen treten am 01.07.2025 in Kraft. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Versorgungs- und Vergütungsverträgen nach §§ 111 Abs. 2 und 5, 111a Abs. 1 Satz 2, 111c Abs. 1 und 3 SGB V, die ab diesem Zeitpunkt neu geschlossen oder angepasst werden, verpflichtend zugrunde zu legen.
- (2) Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Rahmenempfehlungen bestehende Versorgungsverträge behalten ihre Gültigkeit und werden entsprechend der Übergangsvorschriften gemäß Absatz 4 an die Rahmenempfehlungen angepasst.
- (3) Beratungen zur Überprüfung der zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Rahmenempfehlungen bestehenden Versorgungsverträge sind zwischen den Partnern der o. g. Versorgungsverträge innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Rahmenempfehlungen aufzunehmen. Nach Aufnahme der Beratungen sollen diese innerhalb von 18 Monaten abgeschlossen sein. Die Vertragsparteien bestimmen gemeinsam den Zeitpunkt des Beginns der Verhandlungen.
- (4) Sofern bei den Verhandlungen nach Absatz 3 festgestellt wird, dass Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsverträgen nach Absatz 2 nicht die Voraussetzungen nach diesen Rahmenempfehlungen erfüllen, vereinbaren die Partner des Versorgungsvertrages Übergangsregelungen zur Anpassung an die Rahmenempfehlungen. Dabei soll ein Übergangszeitraum

für die erforderlichen personellen und strukturellen Anpassungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen von 18 Monaten nicht überschritten werden. Sofern in diesem Kontext personelle und strukturelle Änderungen vorgenommen werden, die sich finanziell auf die Einrichtungen auswirken, werden diese Sachverhalte von den Vertragspartnern in die Vergütungsverhandlungen eingebracht.

- (5) Die Vereinbarungspartner können nach Inkrafttreten der Rahmenempfehlungen einen Musterversorgungsvertrag entwickeln, um die Umsetzung auf Landesebene zu erleichtern.
- (6) Die Partner dieser Rahmenempfehlungen vereinbaren, die Vorgaben des QS-Reha®-Verfahrens auf Kompatibilität in Bezug auf die Inhalte dieser Rahmenempfehlungen zu prüfen und zeitnah entsprechend anzupassen.
- (7) Die Nachweisverfahren zu Personal, Belegung und erbrachten Leistungen (Kapitel 2.8.1 bis 2.8.3) werden in der mobilen Rehabilitation bis zum 31.12.2028 durch die Teilnahme an der Basisdokumentation Mobile Geriatrische Rehabilitation ersetzt. Sofern eine mobile Rehabilitationseinrichtung die Anpassung oder den Neuabschluss eines Versorgungsvertrages nach § 111c SGB V beantragt, ist – in diesem Zusammenhang einmalig - abweichend von Satz 1 die personelle Besetzung in Form der Personalstatistik anzugeben (vgl. Kapitel 2.1 Abs. 4 II. b) i. V. m. Kapitel 2.8.1 Abs. 4).

## 6 Kündigung

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieser Rahmenempfehlungen unwirksam sein oder werden, bleiben die Rahmenempfehlungen im Übrigen dennoch gültig. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen haben die Partner eine solche Ersatzregelung zu vereinbaren, die dem ursprünglichen Regelungsziel möglichst nahekommt.
- (2) Die Vereinbarungspartner dieser Rahmenempfehlungen werden in angemessenen Zeitabständen überprüfen, ob die Rahmenempfehlungen inklusive ihrer Anlagen aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen und neuer Erkenntnisse oder anderer gesetzlicher-, Versorgungs- und Kostenentwicklungen angepasst werden muss. Wird von einem Vereinbarungspartner ein Anpassungsbedarf mitgeteilt, erklären sich die Vereinbarungspartner bereit, unverzüglich an der Verabschiedung der entsprechend zu ändernden Rahmenempfehlungen mitzuwirken.
- (3) Diese Rahmenempfehlungen können von jedem Vereinbarungspartner zum Schluss eines Kalenderjahres mit einer Frist von einem halben Jahr schriftlich unter Angabe von Gründen gegenüber den Rahmenempfehlungspartnern gekündigt werden. Für diesen Fall erklären sich die Partner bereit, unverzüglich Gespräche über eine ggf. notwendige Änderung der Rahmenempfehlungen aufzunehmen. Bis zur Neuvereinbarung oder Festsetzung durch die Bundesschiedsstelle nach § 111b Absatz 6 SGB V gelten die bisherigen Rahmenempfehlungen fort.

- (4) Die Vereinbarungspartner können die Rahmenempfehlungen auch im ungekündigten Zustand einvernehmlich ändern.
- (5) Die Vereinbarungspartner bemühen sich, Auslegungsfragen zu klären und die Erkenntnisse ggf. in die Verhandlungen über die Anpassung der Rahmenempfehlungen einzubringen.

## Anlagen

Anlage 1.a) bis 1.k)	Indikationsspezifische Leistungsbeschreibungen
Anlage 2	Personalkorridore
Anlage 3.1	Personalstatistik regulär (Kapitel 2.8.1 Absatz 4)
Anlage 3.1.1	Ausfüllanleitung zur Personalstatistik regulär (Kapitel 2.8.1 Absatz 4)
Anlage 3.2	Personalstatistik 10%-Regelung (Kapitel 2.8.1 Absatz 6)
Anlage 3.2.1	Ausfüllanleitung zur Personalstatistik 10%-Regelung (Kapitel 2.8.1 Absatz 6)
Anlage 4	Belegungsstatistik
Anlage 4.1	Ausfüllanleitung zur Belegungsstatistik
Anlage 5	Nachweis über erbrachte Leistungen
Anlage 5.1	Ausfüllanleitung zum Nachweis über erbrachte Leistungen
Anlage 6	Kalkulationsschema