

Der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen), K.d.ö.R., die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Alterskasse (SVLFG)¹ und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)

– einerseits –

und

die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene

– andererseits –

schließen die nachstehende

**Vereinbarung zum Ausgleich
der bei den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des
Betriebes der Telematikinfrastuktur gemäß
§ 381 Absätze 1 und 2 SGB V**

¹ Die Beteiligung der SVLFG als Landwirtschaftliche Alterskasse an dieser Finanzierungsvereinbarung erfolgt in Ausführung des Beitrittsrechts gemäß § 381 Abs. 4 SGB V.

Präambel

Mit der Telematikinfrastuktur wird eine technisch sichere Basis geschaffen, mit der Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen durch die Nutzung von Informations- und Telekommunikationstechnik weiterentwickelt werden können. Diese soll die Grundlage für die Digitalisierung eines modernen Gesundheitssystems bilden.

Zur Finanzierung der in § 376 Satz 1 SGB V genannten Ausstattungs- und Betriebskosten erhalten Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach §§ 111 Absatz 2 Satz 1, 111a Absatz 1 Satz 1 oder § 111c Absatz 1 SGB V besteht, ab dem 01. Januar 2021 gemäß § 381 Absatz 1 Nr. 1 SGB V einen Ausgleich von den Krankenkassen. Dies gilt auch für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 3, § 111a Absatz 2 und § 111c Absatz 4 SGB V als abgeschlossen gilt.

Rehabilitationseinrichtungen, die Leistungen nach den §§ 15, 15a oder § 31 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI erbringen, erhalten zur Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten gemäß § 376 Satz 1 SGB V ab dem 1. Januar 2021 gemäß § 381 Absatz 1 Nr. 2 SGB V einen Ausgleich von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung sowie der Landwirtschaftlichen Alterskasse (§ 381 Absatz 4 SGB V).

Diese Vereinbarung regelt das Verfahren zum Ausgleich dieser Kosten gemäß § 381 Absatz 2 Satz 1 SGB V.

Die nach dieser Vereinbarung im Wege des TI-Zuschlages zu erstattenden Aufwendungen der vorgenannten Einrichtungen für die Ausstattung und den laufenden Betrieb der Telematikinfrastuktur können von den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gegenüber privat Versicherten bei der Abrechnung der Leistungserbringung im gleichen Umfang wie gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen, der Landwirtschaftlichen Alterskasse und den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung geltend gemacht werden.

§ 1 Vereinbarungsgegenstand

(1) Diese Vereinbarung regelt einen Ausgleich der Ausstattungs- und Betriebskosten, die den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen der Einführung und des Betriebs der Telematikinfrastuktur entstehen. Ausgleichsfähig sind die Kosten im Zusammenhang mit der Anschaffung, Installation und Einbindung in die einrichtungsinterne Hard- und Software der in §§ 2 - 4 genannten, durch die gematik zugelassenen Komponenten sowie die in den §§ 5 - 7 aufgeführten Finanzierungstatbestände.

(2) Mit der Anbindung an die Telematikinfrastuktur soll den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen die Nutzung folgender derzeitiger Anwendungen und Funktionalitäten nach Maßgabe der auf der Website der gematik veröffentlichten Release-Dokumente in der jeweils gültigen Fassung² ermöglicht werden:

² Dies gilt nicht bezüglich Ziffer 6.

1. Basisdienst QES einschließlich Komfort-Signatur,
2. Notfalldatenmanagement (NFDM),
3. elektronischer Medikationsplan/Arzneimitteltherapie-Sicherheitsprüfung (eMP/AMTS),
4. Kommunikation im Medizinwesen (KIM),
5. elektronische Patientenakte (ePA),
6. elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU),
7. elektronische Verordnungen.

(3) Als Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieser Vereinbarung gelten die in § 381 Absatz 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB V genannten Einrichtungen sowie die Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 3, § 111a Absatz 2 und § 111c Absatz 4 SGB V als abgeschlossen gilt.

(4) Diese Vereinbarung gilt nicht für ambulante Rehabilitationseinrichtungen, die ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen erbringen und nicht für Rehabilitationseinrichtungen, die Leistungen zur Adaption als externe Einrichtung erbringen. Für diese Einrichtungen wird eine gesonderte Vereinbarung zwischen den Kostenträgern und den betroffenen Leistungserbringerverbänden abgeschlossen.

(5) Als Bemessungsgrundlage für den Ausgleichsanspruch gemäß § 8 wird der jeweilige Standort einer Einrichtung nach Absatz 3 berücksichtigt. Sofern mehrere dieser Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen über eine gemeinsam genutzte IT-Infrastruktur verfügen, gelten diese in Bezug auf die Ansprüche nach §§ 2, 5 Abs. 3 Nr. 1 und 7 Abs. 2 Nr. 1 als ein Standort. Ab dem Zeitpunkt, ab dem diese Einrichtungen über keine gemeinsame IT-Infrastruktur mehr verfügen, ist eine neue Anzeige unter Angabe der anspruchsbegründenden Tatsachen durch die Einrichtung, die eine eigene Anbindung an die TI benötigt, an die zuständige Stelle erforderlich.

(6) Die im Rahmen dieser Vereinbarung finanzierte Ausstattung nach den §§ 2, 3 und 4 darf von den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für weitere Anwendungen genutzt werden. Sofern die Einführung weiterer Anwendungen der Telematikinfrastruktur einen Austausch, eine Anpassung oder eine Ergänzung bereits finanzierter Ausstattung erfordert, vereinbaren die Vertragspartner den diesbezüglichen Ausgleichsanspruch erneut.

§ 2 Konnektor und Institutionskarten (SMC-B-Reha)

(1) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung hat Anspruch auf eine mandantenfähige Konnektorerlösung inklusive zugehöriger gSMC-K Smartcards zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur. Hierfür kommen nach derzeitigem Kenntnisstand als Lösungen entweder

1. Einboxkonnektoren der neuesten Generation oder

2. im begründeten Einzelfall Konnektorenverbundlösungen auf Basis von Rechenzentrumskonnektoren mit einheitlicher Administrationsoberfläche

in Betracht. Die Anzahl der der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung zustehenden Einboxkonnektoren oder Rechenzentrumskonnektoren (Konnektorenverbundlösung) ergibt sich aus dem aufzurundenden Ergebnis der Division der anzubindenden Kartenterminals durch die nach Herstellerangabe maximale Anzahl der jeweils pro Einboxkonnektor oder Rechenzentrumskonnektor unterstützten Kartenterminals. Verfügt die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung über mehrere Standorte, bezieht sich der Anspruch auf jeden einzelnen Standort, sofern dieser eine eigene IT-Infrastruktur hat.

(2) Bestandteil jeder Konnektorlösung nach Absatz 1 ist die Ausstattung aller der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung zustehenden Konnektoren mit einer Institutionskarte (SMC-B-Reha), die unter anderem die berechtigte Institution gegenüber dem VPN-Zugangsdienst gemäß dem Konzept „Architektur der TI-Plattform“ in der jeweils gültigen Fassung ausweist. Einrichtungen, die aufgrund von gemeinsamer IT mit anderen Einrichtungen als ein Standort im Sinne dieser Vereinbarung gelten und sich einen Konnektor teilen, haben jeweils einen Anspruch auf 1 SMC-B-Reha.

(3) Im Regelfall erhalten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Einboxkonnektoren der neuesten Generation. Abhängig von der hausinternen IT-Infrastruktur und der Anzahl der verfügbaren Vertragsbetten/Vertragsplätze besteht im begründeten Einzelfall Anspruch auf Ausstattung mit einem Rechenzentrumskonnektor. Die Einrichtung hat durch Vorlage von geeigneten Nachweisen die Notwendigkeit zur Ausstattung mit einem Rechenzentrumskonnektor darzulegen.

(4) Zur Gewährleistung einer hinreichenden Ausfallsicherheit und Redundanz erhält die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung einen zusätzlichen Einbox-Ersatzkonnektor.

(5) Zur Beschaffung der geeigneten Konnektorlösung nebst Institutionskarten (SMC-B-Reha) erhält die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung einen pauschalen Kostenausgleich, der sich an dem günstigsten Marktpreis orientiert und auf Bruttopreisen einschließlich der gesetzlichen Umsatzsteuer beruht. In die Berechnung des TI-Zuschlages fließen folgende Pauschalen ein:

1. eine Pauschale i. H. v. 1.794,00 EUR pro Einboxkonnektor,
2. eine Pauschale i. H. v. 3.000,00 EUR pro Rechenzentrumskonnektor,
3. eine einmalige E-Rezept-Integrationspauschale i. H. v. 120 EUR je kalkuliertem Einboxkonnektor.

§ 3 Stationäre eHealth-Kartenterminals

(1) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung hat für je angefangene 25 Vertragsbetten/Vertragsplätze, mindestens jedoch für jede Fachabteilung/Indikationsgruppe einen Anspruch auf Ausstattung mit einem eHealth-Kartenterminal inklusive zugehöriger gSMC-KT Smartcard.

(2) Zur Gewährleistung einer hinreichenden Ausfallsicherheit und Redundanz erhält die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung mindestens jedoch zwei stationäre eHealth-Kartenterminals.

(3) Zur Beschaffung und Inbetriebnahme fließt in die Berechnung des TI-Zuschlages für jedes stationäre eHealth-Kartenterminal eine Pauschale in Höhe von 595,00 EUR ein.

§ 4 Mobile eHealth-Kartenterminals

Die Vertragspartner sind sich einig, dass für die mobile Leistungserbringung derzeit keine technischen Komponenten verfügbar sind³. Sobald die hierfür notwendigen mobilen eHealth-Kartenterminals am Markt erhältlich sind, nehmen die Vertragspartner zeitnah Verhandlungen über die Beschaffungs- und Betriebspauschalen auf. Das Ergebnis der Verhandlung wird in § 4 dieser Vereinbarung integriert.

§ 5 Anpassung der IT-Infrastruktur der Vorsorge- und Rehaeinrichtungen

(1) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung erhält einen Ausgleich für den zur Anpassung der einrichtungsinternen IT-Infrastruktur erforderlichen Aufwand zur Nutzung der bereitgestellten TI-Anwendungen und Funktionalitäten.

(2) Der in Absatz 1 genannte Aufwand umfasst

1. den Investitionsaufwand zur Bereitstellung der für die Anbindung der eHealth-Kartenterminals an die Konnektorklösung erforderlichen Netzwerkports etc. und
2. den Investitionsaufwand zur Anpassung der einrichtungsinternen Software, insbesondere die Anbindung des einrichtungsinternen Informationssystems an die TI (u. a. Lizenzkosten für neue Module) und die Anpassung des Informationssystems an die Erfordernisse der eGK.

(3) Zum Ausgleich der Aufwände nach Absatz 2 fließen

1. eine Pauschale i. H. v. 11.000,00 EUR pro Inbox- bzw. Rechenzentrums-konnektor und
2. eine Pauschale i. H. v. 33.000,00 EUR pro Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung für die Anwendungen QES, NFDM, eMP/AMTS, KIM, ePA und E-Rezept

in die Berechnung des TI-Zuschlages ein. Sobald weitere Anwendungen von der gematik zugelassen werden, die für die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen relevant sind und zusätzliche Aufwände nach sich ziehen, werden die Verhandlungen zu einer Pauschale analog Absatz 3 lit. 2 aufgenommen.

³ Zu berücksichtigen ist hier, dass die mobile Rehabilitation keine Leistung der Deutschen Rentenversicherung ist.

§ 6 Aufwand der organisatorischen Umstellung

- (1) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung erhält einen Ausgleich für den zur Umsetzung des Betriebs erforderlichen internen Planungsaufwand. Dieser Aufwand umfasst insbesondere die Planung für die Implementierung der Telematikinfrastruktur sowie die Anpassung der Ausfallkonzepte.
- (2) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung erhält einen Ausgleich für Aufwendungen für die internen Schulungen der Mitarbeitenden für den Umgang mit den Diensten, Anwendungen sowie Komponenten der Telematikinfrastruktur. Hierzu gehören Schulungen für IT- Mitarbeitende der Einrichtung, für die Anwenderbetreuung durch IT-Mitarbeitende sowie für medizinische und administrative Mitarbeitende der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung. Hierbei gehen die Vertragspartner von einem Schulungskonzept (train the trainer) aus, bei dem überwiegend Multiplikatoren geschult werden.
- (3) In die Berechnung des TI-Zuschlages fließt der Aufwand der organisatorischen Umstellung nach Abs. 1 und 2 als Pauschale i. H. v. 2.500,00 EUR je Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung ein.

§ 7 Kosten im laufenden Betrieb

- (1) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung erhält einen Ausgleich für die Aufwendungen, die während des laufenden Betriebs der Telematikinfrastruktur entstehen, insbesondere für
1. den Zugang zur Telematikinfrastruktur mittels VPN-Zugangsdienst,
 2. den Betrieb des Konnektors inklusive Wartung, Support, Updates und Konfiguration sowie Erhalt der Funktionsfähigkeit der gSMC-K,
 3. den Betrieb der eHealth-Kartenterminals inklusive Wartung, Support, Updates und Konfiguration sowie Erhalt der Funktionsfähigkeit der gSMC-KT,
 4. die Wartungsgebühren für die angepassten Softwaremodule und
 5. den Erhalt der Funktionsfähigkeit der SMC-B-Reha der Konnektorlösung.
- (2) Die in Absatz 1 genannten Aufwendungen für die medizinischen Anwendungen fließen ab dem Tag der Anbindung an die Telematikinfrastruktur als jährliche Pauschalen in die Berechnung des TI-Zuschlags wie folgt ein:
1. für jeden Konnektor 20 % der Ausstattungspauschale nach § 2 Absatz 5 für Hardwarewartung,
 2. eine Pauschale von 792,00 EUR für jeden in Nutzung befindlichen VPN-Zugangsdienst,
 3. eine Betriebspauschale pro Block von 25 Kartenterminals i. H. v. 100,00 EUR für den ersten Block und 1.800,00 EUR für alle weiteren Blöcke,
 4. für jedes eingesetzte Zertifikat (SMC-B-Reha) eine Pauschale i. H. v. 93,00 EUR,
 5. laufende Wartungskosten für die Softwaremodule ePA und elektronische Verordnung einschließlich der Komfort-Signatur i. H. V. 4.000,00 EUR je Einrichtung und 6,00 EUR je Vertragsbett/Vertragsplatz.

(3) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erhalten pro 100 Vertragsbetten/Vertragsplätze anteilig einen Ausgleich der Aufwendungen für sechs elektronische Heilberufsausweise (HBA) in Höhe von pauschal 46,50 EUR pro Jahr im Rahmen des TI-Zuschlages. Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung gewährleistet im Innenverhältnis die Weiterleitung des Betrags an die jeweiligen ärztlichen Mitarbeitenden.

(4) Die Betriebskosten können frühestens ab Verfügbarkeit von zugelassenen eHealth-Konnektoren angesetzt werden.

§ 8 Anspruch auf Kostenausgleich

(1) Anspruch auf Kostenausgleich für die erforderliche Ausstattung gemäß §§ 2, 3 und 4, des erforderlichen Aufwands für die Anpassung der IT-Infrastruktur und der organisatorischen Umstellung gemäß §§ 5 und 6 und der für die Nutzung der Telematikinfrastruktur relevanten Betriebskosten gemäß § 7 hat jede Einrichtung, solange sie an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist, die Zugriffsmöglichkeit mittels einer SMC-B-Reha besteht und die vertraglich festgelegten Komponenten und ggf. Dienste vorhanden sind.

(2) Der Anspruch auf Kostenausgleich entsteht frühestens ab dem Zeitpunkt, ab dem die technische Inbetriebnahme erfolgt und die jeweilige Einrichtung die Nutzung erklärt. Zuständig ist entweder der auf Seiten der Krankenkassen⁴ für die Versorgungsverträge federführende Landesverband der Krankenkassen oder auf Seiten der Deutschen Rentenversicherung der federführende Rentenversicherungsträger. Die Abgrenzung der Trägerbereiche richtet sich danach, welcher Trägerbereich, d. h. DRV oder GKV, regelhaft Hauptbeleger der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ist.

(3) Zur Sicherstellung des Anspruches nach den Absätzen 1 und 2 meldet die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung spätestens sechs Wochen vor der geplanten technischen Inbetriebnahme mittels des Anzeige- und Berechnungsformulars aus Anlage 1 die zur Ermittlung des TI-Zuschlages notwendigen Daten an die zuständige Stelle. Der Nachweis der technischen Inbetriebnahme und die Erklärung zur Nutzung erfolgen unmittelbar gegenüber der zuständigen Stelle unverzüglich nach der technischen Inbetriebnahme

(4) Die zuständige Stelle nach Absatz 2 prüft die Anspruchsberechtigung der Einrichtung gemäß dieser Vereinbarung und die Angaben zur Berechnung des TI-Zuschlages gemäß § 9, legt den Zeitpunkt fest, ab dem der TI-Zuschlag zur Abrechnung gebracht werden kann und unterrichtet die übrigen Kostenträger über die Höhe der beiden Zuschläge sowie über den Zeitraum, in dem diese zur Abrechnung gebracht werden können. Die zuständige Stelle ist berechtigt den übrigen Kostenträgern auf Anforderung im Sinne der Datensparsamkeit die Daten aus Anlage 1, aus denen die TI-Zuschläge ermittelt wurden, zur Verfügung zu stellen. Die Zahlung des TI-Zuschlages beginnt nach Ablauf eines Kalendermonats nach der Inbetriebnahme nach Abs. 2 Satz 1 und nach dem Monat der Anzeige dieser bei der zuständigen Stelle, ohne dass

⁴ Für die Ersatzkassen nehmen die Landesvertretungen des Verbandes der Ersatzkassen die entsprechenden Aufgaben wahr.

für den zurückliegenden Zeitraum Nachzahlungen erfolgen. Der Zeitraum, für den die Zuschläge gezahlt werden (vgl. hierzu Absatz 6), bleibt hiervon unberührt.

(5) Die ausgleichsfähigen Aufwendungen nach §§ 5 und 6 werden jeweils für einen Zeitraum von zwei Jahren beginnend ab dem Zeitpunkt des Anschlusses der Einrichtung an die Telematikinfrastruktur berechnet und der Berechnung des TI-Zuschlages zu Grunde gelegt.

(6) Die ausgleichsfähigen Aufwendungen nach §§ 2, 3, 4 und 7 werden jeweils für einen Zeitraum von fünf Jahren berechnet und der Berechnung des TI-Zuschlages zu Grunde gelegt. Nach Ablauf der fünf Jahre wird auf Grundlage der dann geltenden Anforderungen der Telematikinfrastruktur der TI-Zuschlag für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erneut vereinbart.

§ 9 Ermittlung des Telematikzuschlags

(1) Der Kostenausgleich nach § 8 wird in Form eines tagesbezogenen Telematikzuschlags (TI-Zuschlag) pro Fall auf den geltenden Vergütungssatz geleistet.

(2) Der Umfang der ausgleichsfähigen Ausstattung gemäß Absatz 1 wird nach der Anzahl der Behandlungskapazitäten (stationäre und/oder ganztägig ambulante Behandlungsplätze gem. § 1 Absatz 4 für Rehabilitanden sowie stationäre Plätze für Leistungsberechtigte der medizinischen Vorsorge)⁵, der Anzahl der Fachabteilungen/Indikationsgruppen und Standorte der jeweiligen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung berechnet. Die Einrichtung ist verpflichtet, diese Grunddaten der zuständigen Stelle nach § 8 Absatz 2 S. 2 (gemäß Anzeigeformular nach Anlage 1) mitzuteilen. In die Anzahl der Behandlungskapazitäten werden auch die Kapazitäten einbezogen, die von anderen Kostenträgern oder Selbstzahlern belegt werden.

(3) Für die Berechnung des einrichtungsindividuellen Zuschlages auf jeden Behandlungstag gemäß Absatz 1 wird die Gesamtanzahl der für die DRV, GKV, Landwirtschaftliche Alterskasse und PKV in der Einrichtung im Vorjahr der Anspruchsfeststellung nach § 8 erbrachten Abrechnungstage (für Rehabilitanden und Leistungsberechtigte der stationären medizinischen Vorsorge) als Basisbelegung zugrunde gelegt. Die Einrichtung ist verpflichtet, diese Anzahl der zuständigen Stelle nach § 8 Absatz 2 S. 2 (gemäß Anzeige- und Berechnungsformular nach Anlage 1) mitzuteilen. Die Einrichtung ist verpflichtet, die Anzahl der erbrachten Abrechnungstage der zuständigen Stelle getrennt nach ambulant, stationär und Trägergruppe auszuweisen. An- und Abreisetag gelten bei stationären Maßnahmen als ein Tag im Sinne dieser Vorschrift.

(4) Der Ausgleich der Kosten gemäß § 8 Absatz 5 erfolgt pauschal über einen Zeitraum von zwei Jahren. Der Zuschlag errechnet sich für alle Einrichtungen, die sich im Jahr 2022 anbinden, indem die Kosten nach §§ 5 und 6 geteilt durch zwei und – abweichend von Absatz 3 Satz 1 – anschließend durch die um 5 % gekürzte Basisbele-

⁵ Die Definition der Behandlungskapazitäten in der mobilen Rehabilitation wird zurückgestellt und erfolgt im Rahmen der Verhandlungen des § 4

gung des Jahres 2019 dividiert werden. Der Zuschlag errechnet sich für alle Einrichtungen, die sich im Jahr 2023 anbinden, indem die Kosten nach §§ 5 und 6 geteilt durch zwei und – abweichend von Absatz 3 Satz 1 – anschließend durch die um 5 % gekürzte Basisbelegung des Jahres 2019 dividiert werden. Cent-Beträge werden kaufmännisch gerundet. Der Zuschlag ist für jeden für die Krankenkassen, PKV, Landwirtschaftliche Alterskasse oder die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung als Kostenträger durchgeführten Behandlungstag (für Rehabilitanden und Leistungsberechtigte der stationären medizinischen Vorsorge) in diesem Zeitraum zu zahlen.

(5) Der Ausgleich der Kosten gemäß § 8 Absatz 6 erfolgt pauschal über einen Zeitraum von fünf Jahren. Der Zuschlag errechnet sich für alle Einrichtungen, die sich im Jahr 2022 anbinden, indem die auf 5 Jahre summierten Kosten nach §§ 2, 3, 4 und 7 geteilt durch fünf und – abweichend von Absatz 3 Satz 1 – anschließend durch die um 5 % gekürzte Basisbelegung des Jahres 2019 dividiert werden. Der Zuschlag errechnet sich für alle Einrichtungen, die sich im Jahr 2023 anbinden, indem die auf 5 Jahre summierten Kosten nach §§ 2, 3, 4 und 7 geteilt durch fünf und – abweichend von Absatz 3 Satz 1 – anschließend durch die um 5 % gekürzte Basisbelegung des Jahres 2019 dividiert werden. Cent-Beträge werden kaufmännisch gerundet. Der Zuschlag ist für jeden für die Krankenkassen, PKV, Landwirtschaftliche Alterskasse oder die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung als Kostenträger durchgeführten Behandlungstag (für Rehabilitanden und Leistungsberechtigte der stationären medizinischen Vorsorge) in diesem Zeitraum zu zahlen.

(6) Der TI-Zuschlag für die ersten beiden Jahre nach der Anbindung an die TI umfasst die Summe der Zuschläge nach Absatz 4 und 5.

§ 10 Abrechnungsverfahren

Der TI-Zuschlag wird im Rahmen der Abrechnung für die Vergütung der Vorsorge- und Reha-Leistungen als Bestandteil der Rechnung geltend gemacht. Der TI-Zuschlag ist für die GKV, die Landwirtschaftliche Alterskasse und die PKV gesondert auf der Rechnung auszuweisen. Im Bereich der Deutschen Rentenversicherung erfolgt die Abrechnung im maschinellen Verfahren zusammen mit den Pflegekosten als ein Betrag, d. h. es erfolgt kein gesonderter Ausweis des TI-Zuschlags bei der Abrechnung. Die Abrechnungen des TI-Zuschlages zulasten von privat Versicherten stellen Versicherungsleistungen dar. Klarstellend sind damit die Ausstattungs- und Betriebskosten der jeweiligen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen der Leistungserbringung gegenüber privat Versicherten abgegolten; zusätzliche Einzelabrechnungen und/oder höhere Entgelte der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für diese Kosten sind insoweit ausgeschlossen. Für die GKV und die Landwirtschaftliche Alterskasse soll im Rahmen der Abrechnung der Entgeltschlüssel 99051492 – TI-Zuschlag (gemäß den Regeln zum Datenaustausch nach § 301 Absatz 4 SGB V) für den TI-Zuschlag verwendet werden.

§ 11 Inkrafttreten und Anpassung

(1) Diese Vereinbarung tritt zum 01.01. 2022 in Kraft. Die Vertragspartner sind sich einig, dass spätestens im Januar 2026 erneute Verhandlungen aufgenommen werden, um die Betriebsbereitschaft der technischen Komponenten zum Anschluss der Einrichtungen an die Telematikinfrastuktur sicherzustellen.

(2) Sofern sich die Notwendigkeit ergibt, die unter §§ 2 - 5 genannten Komponenten aufgrund von Änderungen der Anforderungen der Telematikinfrastuktur, insbesondere aufgrund von Änderungen des Datenschutzes oder der Datensicherheit, notwendiger Hardwareupgrades und weiterer für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen relevanter Anwendungen auszutauschen, zu ändern oder zu ergänzen, sind zur Finanzierung der daraus entstehenden Kosten umgehend Verhandlungen der Vertragspartner aufzunehmen.

§ 12 Kündigung

Diese Vereinbarung kann von den für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene gemeinsam und dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Rentenversicherung Bund und der PKV gemeinsam insgesamt oder in Teilen gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt sechs Monate zum Schluss eines Kalenderjahres. Die Kündigung hat durch eingeschriebenen Brief zu erfolgen. Im Fall der Kündigung gelten die Inhalte der gekündigten Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort. Die Vertragsparteien können diese Vereinbarung auch im ungekündigten Zustand einvernehmlich ändern.

§ 13 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Klauseln oder Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung soll eine Bestimmung gelten, die dem in zulässiger Weise am nächsten kommt, was die Vertragspartner gewollt haben oder gewollt hätten, wenn sie die Regelungsbedürftigkeit bedacht hätten.

Anlage 1:

Angaben zur Anspruchsermittlung bei geplanter Inbetriebnahme

Die nachfolgenden Angaben sind spätestens sechs Wochen vor der geplanten technischen Inbetriebnahme in der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung zur Ermittlung des TI-Zuschlages an die zuständige Stelle nach § 8 Abs. 2 zu übermitteln:

1. Name und Adresse der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung:

.....

.....

.....

.....

alle Institutionskennzeichen:

.....

2. Eigene Einrichtung:

2.1 Anzahl der Vertragsbetten/Behandlungsplätze (gem. § 1 Abs. 5 sowie § 9 Abs. 2 für alle Kostenträger):

.....

2.2 Anzahl der Fachabteilungen/Indikationsgruppen (siehe Erläuterungen):

.....

2.3 Anzahl der erbrachten Abrechnungstage:

ambulante Abrechnungstage (Belegungsjahr gem. § 9 (DRV, GKV, Landwirtschaftliche Alterskasse und PKV)):

.....

stationäre Abrechnungstage (Belegungsjahr gem. § 9 (DRV, GKV, Landwirtschaftliche Alterskasse und PKV)):

.....

3. Bei Einrichtungen mit gemeinsamer IT Infrastruktur

3.1 Anzahl der Einrichtungen, die an die IT Infrastruktur angebunden sind:

.....

Bei Einrichtungen mit gemeinsamer IT Infrastruktur kumulierte Daten aller Einrichtungen:

3.2 Anzahl der Fachabteilungen/Indikationsgruppen (siehe Erläuterungen):

.....

3.3 Anzahl Vertragsbetten/Behandlungsplätze (gem. § 1 Abs. 5 sowie § 9 Abs. 2 für alle Kostenträger):

.....

4. Angabe ob Einboxkonnektor (EBK) oder Rechenzentrumskonnektoren (RZK)

.....

(bei geplanten Rechenzentrumskonnektoren sind geeignete Nachweise zur Notwendigkeit dieser Ausstattung beizufügen (vgl. § 2 Abs. 3))

5. Datum der geplanten Inbetriebnahme

.....

(Der Nachweis der technischen Inbetriebnahme, z. B. durch Inbetriebnahme-Protokoll und die Erklärung zur Nutzung haben unverzüglich nach der technischen Inbetriebnahme unmittelbar gegenüber der zuständigen Stelle zu erfolgen. Nachweis des VPN-Zugangsdienstes nach Inbetriebnahme.)

6. Anzahl der erbrachten Abrechnungstage nach Trägergruppen (Belegungsjahr gem. § 9) zur Ermittlung der zuständigen Stelle gem. § 8 Abs. 2:

GKV:

DRV:

Name und Vorname der Verwaltungsleiterin/des Verwaltungsleiters der Einrichtung:

.....

Dienstanschrift:

.....

dienstliche Telefonnummer (Durchwahl):

.....

dienstliche E-Mail-Adresse:

.....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die wahrheitsgemäße Angabe der oben genannten Daten und mache hiermit den Anspruch auf Kostenausgleich gemäß § 8 der „Vereinbarung zum Ausgleich der den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der Telematikinfrastuktur gemäß § 381 Absätze 1 und 2 SGB V“ geltend.

Datum:

.....

eigenhändige Unterschrift der Einrichtungsleitung:

.....

Ergänzender Hinweis:

Bei Abrechnungen mit den Trägern der Rentenversicherung ist selbstständig der geltende TI-Zuschlag anzugeben und, auf Nachfrage, die Entscheidung der zuständigen Stelle vorzulegen.

Berlin, den 13. 02. 2023

GKV-Spitzenverband



Berlin, den



Deutsche Rentenversicherung Bund

Brigitte Gross
Direktorin

Köln, den 02.03.2023



Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Postfach 51 10 40 50946 Köln
Gustav-Heinemann-Ufer 74c 50968 Köln

Kassel, den 22.02.2023



SVLFG als Landwirtschaftliche Alterskasse

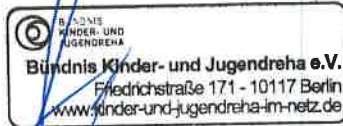
Claudia Lex

Berlin, den

Birgitte Döcker

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.

Berlin, den 14.02.2023



Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V.

T1- Vereinbarung

Bad Kreuznach, den 17.02.23

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'R. C. J.', is written over a horizontal line.

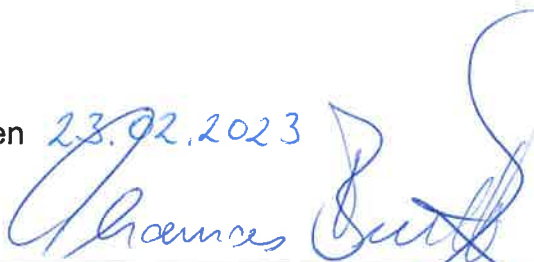
Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e. V.

Berlin, den 27.02.2023




Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren e. V.

Berlin, den 23.02.2023

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Thomas Bunt', written over a horizontal line.

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.

Berlin, den 15.02.2023



Bundesverband Geriatrie e. V.

Kassel, den 15.02.2023



Bundesverband Suchthilfe e. V.

Freiburg, den 27.02.2023

Ere dt. Caritasverband

Deutscher Caritasverband e. V.

Berlin, den 07.03.2023



Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED) e. V.

Berlin, den
20.2.2023



Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband – e. V.

Berlin, den

C. Reute

Deutsches Rotes Kreuz – Generalsekretariat – e. V.

Berlin, den 28.03.2023

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'S. Bover', written over a horizontal line.

Elly Heuss-Krapp-Stiftung – Deutsches Müttergenesungswerk

Berlin, den 21.02.2023

M. Lohndorff

Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.

Bonn, den



Fachverband Sucht+ e. V.