

Erläuterungen

zur Anlage 1 zur Anspruchsermittlung bei geplanter Inbetriebnahme sowie zur Rechenhilfe zum TI-Zuschlag für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 381 Absatz 1 und 2 SGB V

Auch bei Einrichtungen, die sich unter verschiedenen Adressen eine IT teilen, ist je Einrichtung eine Anlage 1 auszufüllen.

Verfügen Einrichtungen unter einer Adresse über mehrere Verträge, ist insgesamt nur eine Anlage 1 auszufüllen.

1. Eigene Einrichtungen:

- 1.1 Anzahl der Vertragsbetten/Behandlungsplätze der hier ausfüllenden Einrichtung gemäß § 1 Abs. 5. Die Anzahl bezieht sich gemäß § 9 Abs. 2 auf alle Vertragsbetten/Behandlungsplätze für alle Kostenträger einschließlich Selbstzahler. Diese Behandlungskapazitäten beziehen sich allein auf Vertragsbetten/Behandlungsplätze für die Rehabilitanden der medizinischen Rehabilitation (somit nicht auf die Betten/Plätze für z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) und Leistungsberechtigten der stationären medizinischen Vorsorge; Betten/Plätze für Begleitpersonen einschließlich Kinder im Rahmen von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen sind hier nicht anzugeben.
- 1.2 Anzahl der Fachabteilungen/Indikationsgruppen der folgenden möglichen Fachabteilungsschlüssel (DRV)/Indikationsgruppen (GKV¹):
- Kardiologie
 - Nephrologie
 - Onkologie (inkl. Hämatologie und onkologisch-urologische Erkrankungen)
 - Stoffwechselerkrankungen (Endokrinologie inkl. Diabetologie)
 - Gastroenterologie
 - Rheumatologie
 - Pädiatrie (Kinder- und Jugendrehabilitation)
 - Abhängigkeitserkrankungen
 - Krankheiten der Atemorgane/Lungen- und Bronchialheilkunde
 - Orthopädie
 - Gynäkologische Erkrankungen/Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - Störungen der Sinnesorgane (inkl. Hals-, Nasen-, Ohren- und Augenheilkunde)
 - Neurologie
 - Psychosomatik/Psychische Erkrankungen (inkl. RPK)

¹ Die Angabe der Fachabteilungen ist für die Anzahl der notwendigen Kartenterminals erforderlich. Wie im Bereich Krankenhäuser, soll die Ausstattung nach Fachabteilungen eine räumliche facharztbezogene Nähe des Kartenterminals ermöglichen. Die hier genannten Indikationen/Fachabteilungen orientieren sich daher an den in Rehabilitationseinrichtungen gängigen Aufteilungen. Für Kinder- und Jugend- sowie Vorsorgeeinrichtungen gibt es in der Regel keine räumliche Unterteilung der Behandlungsschwerpunkte. Daher gelten diese als eine Fachabteilung. Eine Mehrfachausstattung mit Kartenterminals ergibt sich für diese Einrichtungen ggf. über die Bettenanzahl.

- Dermatologie
- Angiologie (inkl. Lymphologie)
- Geriatrie
- Vorsorge (inkl. Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge)
- Gesonderte Bereiche für ganztägig ambulante Rehabilitation können als eigene Fachabteilung gezählt werden
- Unterschiedliche Fachabteilungen innerhalb von Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitationseinrichtungen können analog der oben dargestellten Fachabteilungen unterschieden werden

1.3 Anzahl erbrachter Abrechnungstage im Vorjahr der Anspruchsfeststellung. Hier ist die Gesamtanzahl der für die DRV, GKV, Landwirtschaftliche Alterskasse und PKV erbrachten Abrechnungstage in der medizinischen Rehabilitation², getrennt nach ambulant und stationär und der stationären medizinischen Vorsorge anzugeben; dabei sind An- und Abreisetage bei stationären Maßnahmen nur als ein Tag anzugeben (vgl. § 9 Abs. 3). Der Anspruch auf Kostenausgleich entsteht frühestens ab dem Zeitpunkt, ab dem die technische Inbetriebnahme erfolgt und die jeweilige Einrichtung die Nutzung erklärt. Sofern die Inbetriebnahme in 2022 und 2023 erfolgt, sind für diese Anträge die Abrechnungstage aus 2019 anzugeben. Diese werden durch die zuständige Stelle gemäß § 9 Abs. 4 Satz 2 gekürzt; damit werden Schwankungen der Belegungszahlen durch die Corona-Pandemie berücksichtigt. Es sind nur die Abrechnungstage für die Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation und Leistungsberechtigten der stationären medizinischen Vorsorge, d. h. ohne Begleitpersonen, anzugeben.

2. Bei Einrichtungen mit gemeinsamer IT-Infrastruktur:

Einrichtungen, die unter verschiedenen Adressen eine gemeinsame IT-Infrastruktur nutzen (wie z. B. häufig bei Klinikgruppen/-verbänden), können und sollen den Konnektor/die Konnektoren gemeinsam nutzen. Dadurch entstehen die pauschalen Konnektorkosten bei den antragstellenden Vertragseinrichtungen jeweils nur anteilig.

Für die Berechnung des anteiligen pauschalen Kostenausgleichs durch die zuständige Stelle ist deshalb die Angabe der Anzahl der Einrichtungen, die sich eine IT-Infrastruktur teilen, erforderlich (2.1). Außerdem wird die Gesamtanzahl aller Fachabteilungen/Indikationsgruppen (2.2) sowie der Vertragsbetten/Behandlungsplätze (2.3) von allen betreffenden Einrichtungen benötigt. Bei der Angabe der Fachabteilungen/Indikationsgruppen werden gleiche Fachabteilungen/Indikationsgruppen an verschiedenen Standorten wie verschiedene Fachabteilungen/Indikationsgruppen gezählt.

² Somit nicht die Abrechnungstage für andere Leistungen zur Teilhabe z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in RPK-Einrichtungen,...)

3. Inbox- oder Rechenzentrums-konnektoren

Bei der Berechnung des TI-Zuschlags werden entweder Inboxkonnektoren oder Rechenzentrumskonnektoren berücksichtigt. In der Rechenhilfe ist anzugeben, ob ein Rechenzentrumskonnektor/Rechenzentrumskonnektoren genutzt wird/werden, sofern dies wirtschaftlich sinnvoll ist. Wirtschaftlicher ist ein Rechenzentrumskonnektor ab 50 Kartenterminals.

4. Inbetriebnahme Start:

Hier ist der geplante Inbetriebnahme-Termin anzugeben.

5. Anzahl der erbrachten Abrechnungstage nach Trägergruppe:

Die Angabe dient zur Ermittlung der zuständigen Stellen gemäß § 8 Abs. 2. Die zuständige Stelle kann nur eine Institution der GKV oder der DRV sein, daher sind nur die Abrechnungstage dieser beiden Kostenträgergruppen entscheidend. Zuständig ist entweder der auf Seiten der Krankenkassen für die Versorgungsverträge federführende Landesverband der Krankenkassen bzw. vdek-Landesvertretung oder auf Seiten der Deutschen Rentenversicherung der federführende Rentenversicherungsträger. Die Anlage 1 ist an den jeweiligen Federführer des Trägerbereiches zu richten, der nach den Angaben unter 5 als Hauptbeleger der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung gilt.

Angaben zur Verwaltungsleitung und Erklärung zur wahrheitsgemäßen Angabe

Für eventuelle Rückfragen sind die Kontaktdaten der Einrichtungsleitung anzugeben. Die Geltendmachung des Anspruchs bedarf der Unterschrift der Einrichtungsleitung, die damit zugleich die wahrheitsgemäße Angabe der Daten erklärt.

Die zuständige Stelle übernimmt die angegebenen Daten in die Berechnungshilfe und meldet der Einrichtung folgende Angaben zurück:

- TI-Zuschlag pro Belegungstag in der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation und der stationären medizinischen Vorsorge für die ersten beiden Jahre
- TI-Zuschlag pro Belegungstag in der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation und der stationären medizinischen Vorsorge für das dritte bis zum fünften Jahr
- Datum, ab dem die Zuschläge in die Rechnungsstellung einfließen dürfen.

Außerdem informiert sie die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der privaten Krankenversicherung.