

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 Inboxkonnektor (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.