



Telematikinfrastruktur

Mit Zuschlägen rechnen

Der Vertrag über die Finanzierung der Telematikinfrastruktur (TI) in Reha-Kliniken steht: Es sei den Partnern gelungen, eine bürokratiearme und auskömmliche Regelung zu finden, schreibt unser Autor. Die Kliniken verpflichten sich zu einem gewissen Leistungskatalog – die Kostenträger verpflichten sich, über eine bestimmte Laufzeit einen TI-Zuschlag zu bezahlen. Wofür es das Geld gibt, schlüsselt der Text auf.

Von Georg M. Freund

Der Vertrag über die Finanzierung der Telematikinfrastruktur (TI) in Reha-Kliniken wurde endlich von den Verbänden der Leistungserbringer und Kostenträger unterschrieben. Wir wissen nun, was auf uns Reha-Kliniken zukommt und welche Schritte wir gehen müssen, damit wir die TI in unsere IT-Infrastrukturen integrieren können. Die TI ist eine IT-Struktur, in der deutschlandweit die Daten zwischen Patienten und Dienstleistern ausgetauscht werden können. Die Zahl der angeschlossenen Praxen und Kliniken steigt stark an. Sie besteht aus einer Vielzahl von Applikationen, welche über ein gemeinsames gesichertes Netzwerk, das VPN, kommunizieren.

Welche TI-Applikation für die Rehabilitation am Ende die werthaltigste sein wird, ist derzeit offen. Allerdings scheint die Kommunikation im Medizinwesen (KIM) einige offensichtliche Vorteile für Kliniken zu bieten (f&w-Artikel „Telematikinfrastruktur: Nie mehr Post und Fax“ in Ausgabe 05/21). KIM kann das Fax überflüssig machen und uns endlich in die Lage versetzen, mit unseren klinischen und ambulanten Partnern über eine digitale Plattform zu kommunizieren. KIM ist ein E-Mail-System über und innerhalb der gesicherten Netze in der TI-Infrastruktur.

In der vergangenen Legislatur wurde von Jens Spahn stark auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen fokussiert; in dieser Zeit wurde auch die Rehabilitation per Gesetz in die TI-Gemeinde aufgenommen. Es dauerte lange, leider viel zu lange, bis diese gesetzliche Regelung in einer Vereinbarung niedergeschrieben wurde. Es ist den Partnern aber gelungen, eine bürokratiearme und auskömmliche Regelung für die Reha zu finden. Während sich die Klinik verpflichten muss, einen gewissen Leistungskatalog nach der Anbindung an die TI anbieten zu können, verpflichten sich die Kostenträger, über eine Laufzeit von zwei und fünf Jahren einen TI-Zuschlag zu bezahlen. Dieser Zuschlag wird von Klinik und Federführer anhand festgelegter Kriterien ermittelt und ist für alle anderen Kostenträger bindend. Er wird in einer Datenbank veröffentlicht, auf deren Inhalt die Kostenträger Zugriff haben.

Voraussetzung für den Anschluss an die TI

Zunächst einmal ist sicherzustellen, dass das Primärsystem der Klinik (das KIS-System) TI-fähig sein oder der Anbieter über einen Drittanbieter eine TI-Schnitt-

stelle anbieten muss. Dazu kann am kompetentesten der Hersteller Auskunft erteilen. Einen guten Überblick über die verfügbaren Systeme gibt die Seite der Gematik: <https://fachportal.gematik.de/hersteller-anbieter/primaersysteme>.

Bevor man jedoch mit dem Antrag beginnen kann, benötigt ein Arzt der Reha-Klinik einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA). Dieser kann über die Ärztekammer des Arztes beantragt werden. Es empfiehlt sich, den Arzt beim Antrag vonseiten der Klinikleitung zu unterstützen und die Kosten für den eHBA zu übernehmen. Dies ist vorteilhaft, da man so den Trust Service Provider (TSP) selbst auswählen kann, was die Beantragung der zweiten unbedingt notwendigen Karte deutlich vereinfacht.

Dabei handelt es sich um die SMC-B Reha, welche die Reha-Klinik gegenüber der TI ausweist. Diese Karte ist eine digitale Version des DRV- oder § 111 SGB V-Versorgungsvertrages. Die TI funktioniert wie ein System verschiedener Schlüssel und Schlösser. So hat der Arzt einen Schlüssel, die Klinik hat einen Schlüssel und der Patient hat einen Schlüssel. Außerdem gibt es noch Schlüssel im Konnektor und in den Kartenlesegeräten. Gerade der Schlüssel des Konnektors hat in letzter Zeit bun-

Foto: Getty Images/domin_domin

Berechnungsbeispiel

für eine Klinik mit 200 Betten:
 200 Plätze: $25 = 8 \approx 8$ Terminals
 8 Terminals: $25 = 0,32 \approx 1$ Konnektor
 + 1 Redundanz-Konnektor = 2 Konnektoren

desweit Schlagzeilen gemacht. Für dieses Thema sind diese beiden letzten Schlüssel aber – da von rein technischer Natur – völlig irrelevant und sollen hier keine größere Rolle spielen.

Theoretisch muss die Reha-Klinik dann einen Antrag bei der Deutschen Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG) stellen. Das hört sich viel komplizierter an als es ist. Dieser startet zwar auf der Webseite des DKTIG (<https://dktig.de/checklisten-hinweise-smc-b/>) in der Sektion „SMC-B Reha“, findet dann aber hauptsächlich auf der Seite eines der beiden TSP-Dienstleister (D-Trust oder SHC+Care) statt. Dann muss lediglich ein Identitätsnachweis (zum Beispiel Postident) für die handelnde Person und ein Nachweis über ihre Zulassung als Rehabilitationsklinik angehängt und an das DKTIG versendet

werden. Vor und während dieses Prozesses sollte stets Kontakt mit dem Hersteller des Primärsystems gehalten werden.

Der Vertrag basiert auf der ersten Einigung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Der Antrag erfolgt über den Federführer der Klinik. Die Vereinbarung umfasst die Dienste: Basisdienst QES, einschließlich Komfortsignatur, Notfalldatenmanagement (NFDMM), elektronischer Medikationsplan/Arzneimitteltherapie-Sicherheitsprüfung (eMP/AMTS), Kommunikation im Medizinwesen (KIM), elektronische Patientenakte (ePA), elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU), elektronische Verordnungen. Es ist wichtig, darauf zu achten, dass mit dem Schnittstellenanbieter diese Dienste vertraglich vereinbart werden. Die Einrichtung hat ein Anrecht auf ein Kartenleseterminal je 25 Vertrags-

plätze/-betten, einen Konnektor (PTV 5) je 25 Kartenleseterminals und einen weiteren Konnektor zur Redundanz. Darüber hinaus noch einige kleinere Pauschalen für SMC-B Reha, eHBAs, eRezepte und weitere (siehe Berechnungsbeispiel).

Für die Berechnung gibt es als Anlage zum Vertrag eine Exceldatei, die gemäß der Antragsunterlagen (ebenfalls Anlage zum Vertrag) vom Federführer ausgefüllt wird sowie alle Werte und Zuschläge automatisch berechnet. Diese Informationen sind auch auf den Webseiten der Verbände zu finden.

Finanziert werden durch die Vereinbarung über die Laufzeit von zwei Jahren vor allem die Anbindungs- und Organisationskosten: 35.500 Euro pro Reha-Klinik, 11.000 Euro pro Konnektor, wobei erst ab 626 Plätzen ein weiterer Konnektor finanziert wird und der Redundanz-Konnektor nicht zählt. Insgesamt also 46.500 Euro.

Ergebnis der Berechnungstabelle

Mitteilung der zuständigen Stelle an die übrigen Kostenträger:	
IK-Nr der Einrichtung:	0
Zuschlags-Start:	01.09.2022
TI-Zuschlag pro Belegungstag in den ersten 2 Jahren:	0,54 €
TI-Zuschlag pro Belegungstag ab dem 3. bis zum 5. Jahr:	0,15 €

Tab.

Zuschüsse richtig beantragen

Über die Laufzeit von fünf Jahren werden die Anschaffungskosten für Konnektor, Terminals sowie die Wartungs- und Betriebskosten finanziert. Hierbei handelt es sich um eine große Menge unterschied-

Rechenhilfe (Anlage zum Vertrag)

zu finden auf <https://dktig.de/checklisten-hinweise-smc-b/>

Rechenhilfe zum TI-Zuschlag für Rehaeinrichtungen nach § 381 Absatz 1 und 2 SGB V
 Gültig bis: **31.12.2023**

Name der Einrichtung:
 Institutionskennzeichen der Einrichtung:

Eingabebereich	Berechnung	2-Jahres-Pauschale (§§ 5,6)	5 Jahres-Pauschale (§§ 2,3,4,7)
Eigene Einrichtung			
Anzahl Vertragsbetten/ Vertragsplätze	Anzahl KT 8	Anpassung IT pro KON: 11.000,00 €	Konnektorpauschale 3.588,00 €
Anzahl Fachabteilungen/ Indikationsgruppe	Ersatz-KT 0	Anpassung IT pro Einrichtung: organisatorische Umstellung: 2.500,00 €	eRezept-Pauschale 240,00 € Kartenterminals 4.760,00 €
amb. Abrechnungstage stat. Abrechnungstage	Anzahl KT über alle Einrichtungen: 8 Anzahl SMC-B 1 Anzahl HBA: 12 Abrechnungstage eig. Einrichtung gesamt: 62050	Summe 46.500,00 €	KON-Wartung 1.795,00 € VPN-ZD 3.960,00 € Betrieb 500,00 €
bei gemeinsam genutzter IT kumulierte Daten aller Einrichtungen	EBK 2 RZK 2		SMC-B 465,00 € lfd. Wartung I 20.000,00 € lfd. Wartung II 6.000,00 € HBA 2.790,00 €
Anzahl Einrichtungen mit gem. genutzter IT (0; ≥2)			SUMME 44.098,00 €
Anzahl Betten/Plätze			
Anzahl Fachabteilungen			
Nutzung RZK (ja/nein)			
geplante Inbetriebnahme: Zuschlags-Start		TI-Zuschlag I 0,39 €	TI-Zuschlag II 0,15 €

Abb.

licher Pauschalen, welche aber über die Exceldatei berechnet werden können. Insgesamt erhält eine Reha-Klinik mit 200 Betten über fünf Jahre für Hardware:

- Konnektoren: 3.588 Euro,
- eRezept-Pauschale: 240 Euro,
- Kartenterminals: 4.760 Euro.

Und für Wartung und Betriebskosten erhält eine Klinik mit 200 Betten über fünf Jahre:

- ePA: 26.000 Euro,
- VPN: 3.960 Euro,
- eHBA: 2.790 Euro,
- Konnektor: 1.795 Euro,
- SMC-B Reha: 465 Euro,
- Betriebspauschale: 500 Euro;
- insgesamt also circa 44.000 Euro.

Über die gesamte Laufzeit von fünf Jahren erhält die Reha-Klinik mit 200 Plätzen/Betten also aus allen Bereichen der Vereinbarung circa 90.000 Euro. Nun werden die beiden Gesamtbeträge durch die jeweilige Laufzeit und die Pflegetage des Vorjahres (bei Anträgen in 2023 pandemiebedingt des Jahres 2019 reduziert um einen Pandemiefaktor von 5 Prozent) geteilt und man erhält den pfelegetagsbe-

zogenen TI-Zuschlag. Für die 200-Betten-Reha-Klinik bedeutet das bei einer angenommenen Auslastung von 85 Prozent in 2019: 200 Betten x 365 Tage x 85 Prozent Belegung = circa 62.000 Belegungstage. Damit ergibt sich für Hardware/Wartung (fünf Jahre): 44.000 Euro: 5:(62.000-5 Prozent) = 0,15 Euro und Anbindung (zwei Jahre): 46.500 Euro: 2:(62.000-5 Prozent) = 0,39 Euro. In den ersten beiden Jahren erhält die Klinik beide Zuschläge: 0,54 Euro pro Pflegetag. In den Jahren drei bis fünf erhält sie 0,15 Euro pro Pflegetag. Dies ist auch das Ergebnis in der Berechnungshilfe.

Die Abrechnung erfolgt bei der GKV über den Entgeltschlüssel 99051492. Bei der DRV gibt es einen neuen Tagesatz, in den der entsprechende TI-Zuschlag eingepreist wurde. Bei der PKV wird der Zuschlag auf der Abrechnung ausgewiesen. Der Anspruch auf Zahlung des Zuschlages entsteht einen Monat nach Inbetriebnahme, wenn die Einrichtung den Federführer mindestens sechs Wochen vorher informiert hat.

Für Gruppen mit mehreren Standorten gibt es die Besonderheit, dass die 11.000 Euro für den Konnektor auf alle Betten

verteilt werden, wenn die IT-Infrastruktur des Unternehmens gemeinsam genutzt wird. Dies bezieht sich sowohl auf Hardware (Rechenzentrum versus lokale) als auch auf Software (gleiche versus unterschiedliche Schnittstelle zur TI). Nur bei einer Installation in einem Rechenzentrum und bei Nutzung der gleichen Software ist wohl von einer gemeinsam genutzten IT-Infrastruktur auszugehen. Dies kommt aber letztlich im Einzelfall auf die Diskussion mit den Federführern an.

Die Klinikleitung muss die Entscheidung treffen, ob sie einen Anschluss an die TI will und ob es sinnvoll ist, dies im Jahr 2023 mit den Zahlen aus 2019-5 Prozent zu tun, oder ob man besser wartet und 2024 die Belegungszahlen aus 2023 nimmt. In jedem Fall sollte man darauf achten, dass mit den Zahlungen über diese Vereinbarung alle Kosten der TI inklusive Steuern gedeckt sind.

Georg M. Freund
 Geschäftsführer
 Kliniken Küppelsmühle
 Bad Orb GmbH & Co. KG
 E-Mail: g.freund@kueppelsmuehle.de