

Anlage 4.1

Ausfüllanleitung zur Belegungsstatistik

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

1 Allgemeine Regelungen

Die Belegungsstatistik nach Kapitel 2.8.2 der Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 111 Abs. 7, 111a Abs. 1 und 111c Abs. 5 SGB V ist von der Einrichtung fachabteilungsbezogen und differenziert nach Versorgungsform - mobil, ambulant und stationär – auszufüllen. Für die einzelnen Versorgungsformen sowie für den Bereich der Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen sind einzelne Tabellenblätter vorgesehen.

Die Einrichtung übermittelt den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die Belegungsstatistik einmal jährlich zum 01.02. eines Jahres. Die Statistik umfasst den Zeitraum 01.01. bis 31.12. des jeweiligen Vorjahres. Es sind alle für in dem Berichtszeitraum abgeschlossenen Fälle zu erfassen. Die Zuordnung zum Berichtszeitraum erfolgt nach dem Entlassdatum des jeweiligen Falles.

Aus den eingegebenen Daten werden in allen Tabellenblättern automatisch die durchschnittliche Verweildauer berechnet. Im Bereich der stationären Rehabilitation sowie für den Bereich der Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen erfolgt zusätzlich eine automatische Berechnung der Gesamtfallzahl sowie der Summe der Abrechnungstage.

Im Bereich der ambulanten (nicht ganztägigen) Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen (ARS) gilt abweichend zu diesem Nachweisverfahren für die Vertragspartner auf der Landesebene der bereits von DRV und GKV vorgegebene Meldebogen zur Mitteilung des Personalstands, der behandelten Teilnehmenden und der erbrachten Leistungen.

Die von der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung auszufüllenden Felder sind gelb markiert.

Es ist die Anlage 4 in der aktuellen Version in maschinenlesbarer Form zu verwenden.

2 Inhaltliche Regelungen

2.1 Basisangaben – für alle Versorgungsformen identisch (Zeilen 2–10)

- Zeile 2, Spalte B: Die Einrichtung trägt den Namen der Einrichtung ein.
- Zeile 4, Spalte B: Die Einrichtung trägt die Adresse der Einrichtung ein.
- Zeile 6, Spalte B: Die Einrichtung trägt das IK der Einrichtung bzw. Fachabteilung gemäß GKV-Versorgungsvertrag ein.
- Zeile 8, Spalte B: Die Einrichtung wählt per Dropdown-Feld die Indikation aus. Sofern eine Einrichtung mehrere Indikationen vertraglich vereinbart hat, muss für jede Indikation ein eigenes Tabellenblatt ausgefüllt werden.
- Zeile 10, Spalte C und E: Die Einrichtung gibt den Berichtszeitraum der Statistik im Format JJJJ-MM-TT an. Der Zeitraum umfasst den 01.01. bis 31.12. des jeweiligen Vorjahres.
- Zeile 12, Spalte C und E: Die Einrichtung trägt den Erstellungszeitpunkt mit Angabe des Datums im Format JJJJ-MM-TT und der Uhrzeit ein.

2.2 Tabellenblatt „stationär“ (Tabelle ab Zeile 16)

- Spalte A und B listet die Kostenträger unterteilt nach der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung und Sonstigen (andere Kostenträger oder Selbstzahler) auf. Für den Bereich der GKV ist eine Differenzierung nach Kassenart vorgesehen. Nach dieser Differenzierung der Kostenträger sind die nachfolgend beschriebenen Daten von den Einrichtungen anzugeben.
- Spalte C bis E: Die Angaben beziehen sich auf den Bereich der stationären Vorsorge.
 - Spalte C (Zeilen 20-27): Die Anzahl der behandelten Fälle ist anzugeben.
 - Spalte D (Zeilen 20-27): Die Anzahl der Abrechnungstage ist anzugeben. Bei der Angabe der Abrechnungstage ist zu beachten, dass Aufnahme- und Entlassungstag als ein Tag abgerechnet werden (vgl. Kapitel 3.2 Abs. 10 der Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation). Diese Regelung gilt auch, wenn als Vergütung eine Fallpauschale abgerechnet wurde.
 - Spalte E: Hier wird automatisiert die durchschnittliche Verweildauer je Fall errechnet; eine Eintragung ist nicht erforderlich.
- Spalte F bis H: Die Angaben beziehen sich auf den Bereich der stationären Rehabilitation.
 - Spalte F (Zeilen 20-27): Die Anzahl der behandelten Fälle ist anzugeben.
 - Spalte D (Zeilen 20-27): Die Anzahl der Abrechnungstage ist anzugeben. Bei der Angabe der Abrechnungstage ist zu beachten, dass Aufnahme- und Entlassungstag als ein Tag abgerechnet werden (vgl. Kapitel 3.2 Abs. 10 der Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation). Diese Regelung gilt auch, wenn als Vergütung eine Fallpauschale abgerechnet wurde.
 - Spalte E: Hier wird automatisiert die durchschnittliche Verweildauer je Fall errechnet; eine Eintragung ist nicht erforderlich.

- Spalte I bis K: Die Angaben beziehen sich auf die Begleitpersonen, die im Zusammenhang mit der Leistung zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation mitaufgenommen und durch die GKV finanziert werden.
 - Spalte I (Zeilen 20-27): In der Spalte „Fälle“ ist die Anzahl der mitaufgenommenen Begleitpersonen anzugeben.
 - Spalte J (Zeilen 20-27): Die Anzahl der entsprechenden Abrechnungstage ist anzugeben. Bei der Angabe der Abrechnungstage ist zu beachten, dass Aufnahme- und Entlassungstag als ein Tag abgerechnet werden (vgl. Kapitel 3.2 Abs. 10 der Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation). Diese Regelung gilt auch, wenn als Vergütung eine Fallpauschale abgerechnet wurde.
 - Spalte K: Hier wird automatisiert die durchschnittliche Verweildauer je Fall errechnet; eine Eintragung ist nicht erforderlich.
- Spalte L bis N: Die Angaben beziehen sich auf Pflegebedürftige, die aufgrund des Anspruchs der Pflegeperson nach § 40 Abs. 3a SGB V von der Einrichtung versorgt und durch die GKV finanziert werden.
 - Spalte L (Zeilen 20-27): In der Spalte „Fälle“ ist die Anzahl der mitaufgenommenen Pflegebedürftigen anzugeben.
 - Spalte M (Zeilen 20-27): Die Anzahl der entsprechenden Abrechnungstage ist anzugeben. Bei der Angabe der Abrechnungstage ist zu beachten, dass Aufnahme- und Entlassungstag als ein Tag abgerechnet werden (vgl. Kapitel 3.2 Abs. 10 der Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation). Diese Regelung gilt auch, wenn als Vergütung eine Fallpauschale abgerechnet wurde.
 - Spalte N: Hier wird automatisiert die durchschnittliche Verweildauer je Fall errechnet; eine Eintragung ist nicht erforderlich.

Automatisierte Ermittlung der Fallzahl und der Abrechnungstage

- Spalten O bis S: Auf der Grundlage der angegebenen Fallzahlen und Abrechnungstage werden automatisiert Summenwerte zur Gesamtfallzahl sowie zu den Abrechnungstagen jeweils unterteilt nach den Kostenträgern GKV, DRV und Sonstige berechnet. Aus diesen Summenwerten wird automatisiert die durchschnittliche Verweildauer je Fall berechnet.

2.3 Tabellenblatt „ambulant“ (Tabelle ab Zeile 16)

In den Tabellenzeilen 19 bis 27, Spalte A und B sind die Kostenträger unterteilt nach der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung und Sonstigen (andere Kostenträger oder Selbstzahler) aufgelistet. Für den Bereich der GKV ist eine Differenzierung nach Kassenart vorgesehen. Nach dieser Differenzierung der Kostenträger sind in den Zeilen 20 bis 27 die nachfolgend beschriebenen Daten von den Einrichtungen anzugeben.

- Spalte C: Die Anzahl der behandelten Fälle ist anzugeben.
- Spalte D: Die Anzahl der Abrechnungstage ist anzugeben.

- Spalte E: Es erfolgt eine automatisierte Berechnung der durchschnittlichen Verweildauer je Fall; eine Eintragung ist nicht erforderlich.

Automatisierte Ermittlung der Fallzahl und der Abrechnungstage

- Spalten F bis I: Auf der Grundlage der angegebenen Fallzahlen (Spalte C) und Abrechnungstage (Spalte D) werden automatisiert Summenwerte zur Gesamtfallzahl sowie zu den Abrechnungstagen jeweils unterteilt nach den Kostenträgern GKV, DRV und Sonstige sowie die jeweiligen prozentualen Anteile berechnet.

2.4 Tabellenblatt „mobil“ (Tabelle ab Zeile 16)

In den Tabellenzeilen 17 bis 25, Spalte A und B sind die Kostenträger unterteilt nach der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung und Sonstigen (andere Kostenträger oder Selbstzahler) aufgelistet. Für den Bereich der GKV ist eine Differenzierung nach Kassenart vorgesehen. Nach dieser Differenzierung der Kostenträger sind in den Zeilen 19 bis 26 die nachfolgend beschriebenen Daten von den Einrichtungen anzugeben.

- Spalte C (Z. 20-26): die Anzahl der behandelten Fälle
- Spalte D (Z. 20-26): die Anzahl der Therapieeinheiten; über 45 Minuten hinausgehende Therapieeinheiten sind entsprechend anteilig abzubilden
- Spalte E: automatisierte Berechnung der durchschnittlichen Anzahl der Therapieeinheiten je Fall; eine Eintragung der Einrichtung ist nicht erforderlich
- Spalte F: die Anzahl der Behandlungstage
- Spalte G: automatisierte Berechnung der durchschnittlichen Anzahl der Behandlungstage je Fall; eine Eintragung der Einrichtung ist nicht erforderlich.

Automatisierte Ermittlung der Fallzahl, der Therapieeinheiten und der Behandlungstage

- Spalte H bis M: Auf der Grundlage der Angaben zu den behandelten Personen, den Therapieeinheiten sowie den Behandlungstagen werden jeweils automatisiert Summenwerte sowie der prozentuale Anteil unterteilt nach den Kostenträgern GKV, DRV und Sonstige berechnet.

2.5 Tabellenblatt „Vorsorge, Reha für Mütter und Väter“ (Tabelle ab Zeile 16)

- Spalte A und B listet die Kostenträger unterteilt nach der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung und Sonstigen (andere Kostenträger oder Selbstzahler) auf. Für den Bereich der GKV ist eine Differenzierung nach Kassenart vorgesehen. Nach dieser Differenzierung der Kostenträger sind die nachfolgend beschriebenen Daten von den Einrichtungen anzugeben.

- Spalte C bis E: Die Angaben beziehen sich auf die stationäre Vorsorge für Mütter und Väter.
 - Spalte C (Zeilen 21-27): Die Anzahl der behandelten Fälle (Mütter/Väter nach § 24 SGB V) ist anzugeben.
 - Spalte D (Zeilen 21-27): Die Anzahl der Abrechnungstage ist anzugeben. Bei der Angabe der Abrechnungstage ist zu beachten, dass Aufnahme- und Entlassungstag als ein Tag abgerechnet werden (vgl. Kapitel 3.2 Abs. 10 der Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation). Diese Regelung gilt auch, wenn als Vergütung eine Fallpauschale abgerechnet wurde.
 - Spalte E: Hier wird automatisiert die durchschnittliche Verweildauer je Fall errechnet; eine Eintragung ist nicht erforderlich.
- Spalte F bis H: Die Angaben beziehen sich auf die stationäre Rehabilitation für Mütter und Väter.
 - Spalte F (Zeilen 21-27): Die Anzahl der behandelten Fälle (Mütter/Väter nach § 41 SGB V) ist anzugeben.
 - Spalte D (Zeilen 21-27): Die Anzahl der Abrechnungstage ist anzugeben. Bei der Angabe der Abrechnungstage ist zu beachten, dass Aufnahme- und Entlassungstag als ein Tag abgerechnet werden (vgl. Kapitel 3.2 Abs. 10 der Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation). Diese Regelung gilt auch, wenn als Vergütung eine Fallpauschale abgerechnet wurde.
 - Spalte E: Hier wird automatisiert die durchschnittliche Verweildauer je Fall errechnet; eine Eintragung ist nicht erforderlich.
- Spalte I bis K: Die Angaben beziehen sich auf nicht-behandlungsbedürftige Kinder, die im Zusammenhang mit der Leistung zur Vorsorge oder Rehabilitation für Mütter und Väter mitaufgenommen werden.
 - Spalte I (Z. 21-27): In der Spalte „Fälle“ ist die Anzahl der nicht-behandlungsbedürftigen Kinder anzugeben.
 - Spalte J (Z. 20-27): Die Anzahl der entsprechenden Abrechnungstage ist anzugeben. Bei der Angabe der Abrechnungstage ist zu beachten, dass Aufnahme- und Entlassungstag als ein Tag abgerechnet werden (vgl. Kapitel 3.2 Abs. 10 der Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation). Diese Regelung gilt auch, wenn als Vergütung eine Fallpauschale abgerechnet wurde.
 - Spalte K: Hier wird automatisiert die durchschnittliche Verweildauer je Fall errechnet; eine Eintragung ist nicht erforderlich.
- Spalte L bis N: Die Angaben beziehen sich auf behandlungsbedürftige Kinder, die im Zusammenhang mit der Leistung zur Vorsorge oder Rehabilitation für Mütter und Väter mitaufgenommen werden.
 - Spalte L (Zeilen 20-27): In der Spalte „Fälle“ ist die Anzahl der behandlungsbedürftigen Kinder anzugeben.
 - Spalte M (Zeilen 20-27): Die Anzahl der entsprechenden Abrechnungstage ist anzugeben. Bei der Angabe der Abrechnungstage ist zu beachten, dass Aufnahme- und Entlassungstag als ein Tag abgerechnet werden (vgl. Kapitel 3.2 Abs. 10 der Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation). Diese Regelung gilt auch, wenn als Vergütung eine Fallpauschale abgerechnet wurde.
 - Spalte N: Hier wird automatisiert die durchschnittliche Verweildauer je Fall errechnet; eine Eintragung ist nicht erforderlich.

- Spalte O bis Q: Die Angaben beziehen sich auf Pflegebedürftige, die aufgrund des Anspruchs der Pflegeperson nach § 41 Abs. 2 SGB V von der Einrichtung versorgt und durch die GKV finanziert werden.
 - Spalte L (Zeilen 20-27): In der Spalte „Fälle“ ist die Anzahl der mitaufgenommenen Pflegebedürftigen anzugeben.
 - Spalte M (Zeilen 20-27): Die Anzahl der entsprechenden Abrechnungstage ist anzugeben. Bei der Angabe der Abrechnungstage ist zu beachten, dass Aufnahme- und Entlassungstag als ein Tag abgerechnet werden (vgl. Kapitel 3.2 Abs. 10 der Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation). Diese Regelung gilt auch, wenn als Vergütung eine Fallpauschale abgerechnet wurde.
 - Spalte N: Hier wird automatisiert die durchschnittliche Verweildauer je Fall errechnet; eine Eintragung ist nicht erforderlich.

Automatisierte Ermittlung der Fallzahl und der Abrechnungstage

- Spalten R bis V: Auf der Grundlage der angegebenen Fallzahlen und Abrechnungstage werden automatisiert Summenwerte zur Gesamtfallzahl sowie zu den Abrechnungstagen jeweils unterteilt nach den Kostenträgern GKV, DRV und Sonstige berechnet. Aus diesen Summenwerten wird automatisiert die durchschnittliche Verweildauer je Fall berechnet.