

—
Vereinbarung

zwischen

**dem GKV-Spitzenverband
(Spitzenverband Bund der Krankenkassen)**

—
und der

Deutschen Krankenhausgesellschaft

**zur Finanzierung der
bei den Krankenhäusern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten
im Rahmen der Einführung und des Betriebs der
Telematikinfrastruktur gemäß § 377 Abs. 3 SGB V**

zum 01.01.2025

Inhalt

Präambel	3
§ 1 Betroffene Leistungsbereiche des Krankenhauses	3
§ 2 Einrichtungen ohne organisatorische Anbindung an ein Krankenhaus.....	4
§ 3 Berechnung des TI-Zuschlags.....	4
§ 4 Notwendige Anwendungen, Komponenten und Dienste	5
§ 5 Ermittlung des Telematikzuschlags	6
§ 6 Ermittlung des Abschlages bei Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur	7
§ 7 Anpassung und Kündigung.....	8
§ 8 Salvatorische Klausel	9
§ 9 Inkrafttreten	9

Präambel

Gemäß § 377 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 376 SGB V erhalten die Krankenhäuser zum Ausgleich der erforderlichen Ausstattungskosten, die ihnen aufgrund von Anforderungen an die Ausstattung nach dem SGB V in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrasturuktur (TI) sowie der erforderlichen Betriebskosten, die ihnen im laufenden Betrieb der TI entstehen, einen Zuschlag von den Krankenkassen (Telematikzuschlag).

Diese Vereinbarung knüpft an die zwischen der DKG und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) geschlossene TI-Finanzierungsvereinbarung in der Fassung vom 01.04.2022 an und entwickelt diese für die nächste Ausbaustufe der Telematikinfrasturuktur weiter.

§ 1

Betroffene Leistungsbereiche des Krankenhauses

- (1) Die Finanzierung der bei einem Krankenhaus durch die Einführung der Telematikinfrasturuktur verursachten Investitions- und Betriebskosten bezieht sich auf Organisations- bzw. Leistungsbereiche des Krankenhauses, in denen stationäre und stationsäquivalente Krankenhausbehandlung i. S. d. § 39 SGB V einschließlich belegärztlicher Behandlung nach § 121 SGB V erbracht wird. Die Finanzierung bezieht sich auch auf die spezielle sektorgleiche Vergütung nach § 115f SGB V.
- (2) Zusätzlich einbezogen sind folgende ambulante Organisations- und Leistungsbereiche, insoweit sich diese an einem Krankenhaus befinden oder diesem organisatorisch zugeordnet sind:
 1. ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b Abs. 2 und Abs. 8 SGB V,
 2. Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1-3, Abs. 3b SGB V
 3. psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V,
 4. geriatrische Institutsambulanzen nach § 118a SGB V,
 5. sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V,
 6. medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V,
 7. Kinderspezialambulanzen nach § 120 Abs. 1a SGB V,
 8. Notfallambulanzen und die medizinische Erbringung von Notfalleistungen nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V, § 2 Abs. 2 Ziff. 4 BMV-Ä,
 9. ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V,
 10. die Ermächtigungsambulanzen der persönlich ermächtigten Krankenhausärzte nach § 116 SGB V, § 4 Abs. 1 BMV-Ä, §§ 31, 31a Abs. 1 Ärzte-ZV,

11. Erbringung von ambulanten Leistungen bei Unterversorgung nach § 116a SGB V

- (3) Medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen nach § 311 SGB V sowie Notfallambulanzen nach § 75 Abs. 1b SGB V erhalten ihre Finanzierung dauerhaft von der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nach den hierzu getroffenen Regelungen.
- (4) Falls für Einrichtungen nach § 1 Abs. 2 schon eine Finanzierung über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung in Anspruch genommen wurde, werden diese ab 01.01.2021 in die Betriebskostenpauschale des jeweiligen Krankenhauses übernommen und erhalten die Betriebspauschalen nur bis zu diesem Zeitpunkt von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Ein Ausgleich der Ausstattungspauschalen wird nicht vorgenommen.

§ 2

Einrichtungen ohne organisatorische Anbindung an ein Krankenhaus

- (1) Einrichtungen gemäß § 1 Abs. 2 lit. 1 bis 11, die nicht an ein Krankenhaus angebunden sind und mit den Krankenkassen direkt abrechnen, haben zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur Anspruch auf eine TI-Pauschale nach § 3 Abs. 10 der Festlegung des Bundesministeriums für Gesundheit gemäß § 378 Abs. 2 Satz 2 SGB V in Höhe von 192,80 Euro pro Monat. Pro Mitarbeitenden des Leistungserbringenden mit einem elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) erhöht sich die Pauschale um 7,20 Euro pro Monat.
- (2) Einrichtungen gemäß § 1 Abs. 2 lit. 1 bis 11, die zwischen dem 01.01.2021 und dem 31.12.2023 erstmals an die TI angebunden worden sind und eine Erstattung der Erstausstattungskosten nach der bis zum Inkrafttreten dieser Vereinbarung geltenden Finanzierungsvereinbarung bereits erhalten haben, erhalten während einer Dauer von dreißig Monaten ab dem Zeitpunkt der Erstausstattung (Tag des TI-Anschlusses) monatlich eine jeweils um fünfzig Prozent reduzierte Pauschale gemäß Abs. 1 und 2.
- (3) Die Refinanzierung der TI-Pauschale gemäß den Abs. 1 und 2 wird durch die zuständigen Vertragsparteien auf Landesebene vereinbart.
- (4) Wird von den Krankenkassen festgestellt, dass eine Anwendung nach § 4 Abs. 1 ganz oder teilweise im Vereinbarungszeitraum nicht vorgehalten wurde, wird die TI-Pauschale nach Abs. 1 oder 2 anteilig für diese Monate gekürzt. Die Kürzung wird im aktuellen Vereinbarungszeitraum wie folgt berücksichtigt: Fehlt eine Anwendung nach § 4 Abs. 1 wird die TI-Pauschale nach Abs. 1 oder 2 pro fehlender Anwendung um fünfzig Prozent gekürzt. Bei mindestens zwei fehlenden Anwendungen oder fehlender Anbindung an die TI wird keine TI-Pauschale gezahlt.
- (5) Wenn eine Einrichtung nach Absatz 1 bestimmte Anwendungen nicht benötigt, da die Anwendungsfälle (beispielsweise das Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Verordnungen) auch in der Vergangenheit nicht verwendet wurden, und die Bereitstellung damit unnötige Aufwände verursacht, können die Vereinbarungspartner auf der Landesebene entsprechende Ausnahmen vorsehen.

§ 3 Berechnung des TI-Zuschlags

- (1) Das Krankenhaus erhält im Rahmen der Budgetverhandlungen, beginnend mit dem Vereinbarungszeitraum ab dem 01.01.2024 die folgenden jährlichen Telematikzuschläge. Für die Vereinbarungszeiträume vor dem 01.01.2024 gelten die Regelungen der Finanzierungsvereinbarungen in ihrer jeweils gültigen Fassung.
- pro Krankenhaus: 40.000,00 Euro
 - pro Bett/Platz: 168,60 Euro.
- (2) Ein Krankenhaus, das zwischen dem 01.07.2021 und dem 31.12.2023 erstmals an die TI angebunden worden ist und eine Erstattung der Erstausstattungskosten nach der bis zum Inkrafttreten dieser Festlegung geltenden Finanzierungsvereinbarung bereits erhalten hat, erhält während einer Dauer von dreißig Monaten nach der Erstausstattung folgende Telematikzuschläge. Ab dem einunddreißigsten Monat erhält das Krankenhaus die jährlichen Telematikzuschläge nach Abs. 1.
- pro Krankenhaus: 7.000,00 Euro
 - pro Bett/Platz: 90,06 Euro.
- (3) Die Anpassung der Höhe der Telematikzuschläge erfolgt jährlich zum 01.01., erstmalig zum 01.01.2025, nach Maßgabe des Veränderungswertes gemäß § 9 Abs. 1b Satz 1 KHEntgG.

§ 4 Notwendige Anwendungen, Komponenten und Dienste

- (1) Voraussetzung für den Erhalt des Telematikzuschlags ist der Nachweis durch das Krankenhaus, dass die folgenden Anwendungen in der jeweils aktuellen Version verfügbar sind:
1. Notfalldatenmanagement (NFDM) / elektronischer Medikationsplan (eMP)
 2. elektronische Patientenakte (ePA) der Version 3.0 sechs Monate nach dem 01.10.2025; weitere funktionserweiternde Versionen der ePA jeweils spätestens 6 Monate nach Zulassung der ersten Aktensysteme der jeweiligen Version
 3. Kommunikation im Medizinwesen (KIM)
 4. elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)
 5. elektronische Verordnungen ab 01.01.2025
- (2) Voraussetzung für den Erhalt des Telematikzuschlags ist die Ausstattung mit den folgenden Komponenten und Diensten:

1. Konnektor (bspw. Einboxkonnektor, Rechenzentrums-konnektor, Highspeedkonnektor, ggfs. in Rechenzentrum gehostet, sofern dort zugelassene Komponenten und Dienste zum Einsatz kommen oder TI-Gateway) inkl. gSMC-K und VPN-Zugangsdienst, wenn notwendig
 2. eHealth-Kartenterminal(s) inkl. gSMC-KT
 3. HBA Smartcard oder Digitale Identität mit gematik-Zulassung für Ärzte
 4. SMC-B Smartcard oder SM-B oder Digitale Identität mit gematik-Zulassung für Krankenhäuser
- (3) Wenn ein Krankenhaus die Anwendungen nach Abs. 1 nicht benötigt, da die Anwendungsfälle (beispielsweise das Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Verordnungen) auch in der Vergangenheit nicht verwendet wurden, und die Bereitstellung damit unnötige Aufwände verursacht, sehen die Vereinbarungspartner nach § 18 Abs. 2 KHG Ausnahmen vor.
- (4) Die TI-Pauschale umfasst auch die aktuellen und zukünftigen Kosten für Anwendungen, Komponenten und Dienste wie z. B.:
- des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM)
 - den elektronischen Arztbrief (eArztbrief)
 - der E-Rechnung
 - die mobilen Kartenterminals
 - Telematikinfrastruktur-Messenger (TI-Messenger)
 - elektronische Hinweise auf Erklärungen zur Organ- und Gewebespende
 - elektronische Hinweise auf Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen

§ 5 Ermittlung des Telematikzuschlags

- (1) Die Kostenträger nach § 18 Abs. 2 KHG vereinbaren mit jedem Krankenhaus das krankenhausindividuelle Finanzierungsvolumen nach Maßgabe von § 3. Die für die Berechnung der Pauschalen notwendigen Grunddaten (Bettenzahl, teilstationäre Plätze¹) sind in den Budgetverhandlungen mit geeigneten Nachweisen z. B. aus der Krankenhausplanung, vorzulegen. Die erforderlichen Anwendungen, Komponenten und Dienste nach § 4 sowie das Datum des Betriebsbeginns können auf Verlangen der Krankenkassen mit dem Formblatt „Erforderliche Anwendungen und Betriebsbeginn“ (Anlage 1) nachgewiesen werden. Dieses Formblatt ist im Rahmen der Budgetverhandlungen aktuell ausgefüllt bezogen auf das Vorjahr vorzulegen. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG sind berechtigt, weitere Nachweise (Protokolle oder (Zahlungs-)Belege, die den Tag der Installation und die

¹ In dieser Vereinbarung maßgeblich ist die laut Krankenhausplan ausgewiesene Anzahl der Planbetten. In Bundesländern mit einer Krankenhausplanung ohne Ausweis von Planbetten ist auf die in der Pflegesatz-/ Entgeltvereinbarung zugrunde gelegte Anzahl der aufgestellten Ist-Betten abzustellen. Im Krankenhausplan ausgewiesene teilstationäre Plätze werden wie Planbetten gezählt.

Version der Anwendung erkennen lassen) – beginnend mit dem Nachweis für die Anwendung ePA 3.0 – anzufordern.

- (2) Wird im Rahmen der Budgetverhandlung festgestellt, dass eine Anwendung nach § 4 Abs. 1 ganz oder teilweise im Vereinbarungszeitraum nicht vorgehalten wurde, wird der TI-Zuschlag nach § 3 Abs. 1 und 2 anteilig für diese Monate gekürzt. Die Kürzung wird im Vereinbarungszeitraum wie folgt berücksichtigt: Fehlt eine Anwendung nach § 4 Abs. 1 wird der TI-Zuschlag nach § 3 Abs. 1 und 2 pro fehlender Anwendung um fünfzig Prozent gekürzt. Bei mindestens zwei fehlenden Anwendungen oder fehlender Anbindung an die TI wird keine TI-Pauschale gezahlt. Kürzungen der TI-Pauschalen nach diesem Absatz im Abrechnungszeitraum 2024 sind ausgeschlossen. Kürzungen werden erstmalig im Abrechnungszeitraum 2025 (Formblatt gemäß Anlage 1 für 2024) berücksichtigt.
- (3) Der Zuschlag unterliegt nicht der Begrenzung der Pflegesätze durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Er geht nicht in den Gesamtbetrag nach § 3 BPflV, das Erlösbudget nach § 4 KHEntgG und die Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG ein und wird bei der Ermittlung der entsprechenden Erlösausgleiche nicht berücksichtigt. Weicht die Summe der für den Vereinbarungszeitraum tatsächlich abgerechneten Zuschlagsbeträge von dem Finanzierungsvolumen aus Abs. 1 ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen, indem sie mit dem Finanzierungsvolumen für das nächstmögliche Kalenderjahr verrechnet werden.
- (4) Die Finanzierung erfolgt anteilig über den Telematikzuschlag nach § 377 SGB V, d. h. fallbezogen im Abrechnungszeitraum, für den eine Budget- und Entgeltvereinbarung nach Einführung der jeweiligen Anwendungen durch das Krankenhaus geschlossen wird. Die erste Finanzierung erfolgt ab Verfügbarkeit und Nutzung der Anwendungen des eHealth-Konnektors (VSDM, eMP/AMTS und NFDm). Unschädlich ist, wenn die Nutzung wegen mangelndem Interesse oder Mitwirkung der Versicherten unterbleibt. Der Zuschlag ergibt sich aus der Division des jährlichen krankenhausindividuellen Finanzierungsvolumens nach Abs. 1 oder 2 durch die vereinbarte Fallzahl der voll- und teilstationären Krankenhaufälle. Der Telematikzuschlag wird in den Rechnungen der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses jeweils gesondert ausgewiesen.

§ 6

Ermittlung des Abschlages bei Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur

- (1) Die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG vereinbaren gemäß § 5 Abs. 3e KHEntgG für die Zeit ab dem 01.01.2022 einen Abschlag in Höhe von 1 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall, sofern ein Krankenhaus seiner Verpflichtung zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 341 Abs. 7 Satz 1 SGB V nicht nachkommt. Der Anschluss an die Telematikinfrastruktur kann auf Verlangen der Krankenkasse mit einem Formblatt „Anschluss Telematikinfrastruktur“ (Anlage 2) nachgewiesen werden. Haben die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Abschlag vereinbart, stellt das Krankenhaus dies im Rahmen seiner Abrechnung nach § 301 Abs. 1 SGB V als Abzugsbetrag in Rechnung. Erfolgt dies nicht, ist die Krankenkasse berechtigt, den Abschlagsbetrag durch Übermittlung in einem Zahlsatz umzusetzen.

- (2) Für die Ermittlung des Abschlagsbetrages nach Abs. 1 werden von dem Brutto-Rechnungsbetrag, sofern darin enthalten, folgende Entgelte herangezogen:
- a. im Anwendungsbereich des KHEntgG: abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nummern 1 und 2 KHEntgG) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG, oder
 - b. im Anwendungsbereich der BpflV: abgerechnete Höhe der bewerteten PEPP und die Zusatzentgelte (§ 7 Satz 1 Nummern 1 und 2 BpflV) sowie auf die krankenhausesindividuellen Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 4 BpflV und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Unberücksichtigt bleiben Zu- oder Abschläge im Rechnungsbetrag.
- (3) Die in § 291b Abs. 5 Satz 3 SGB V geregelte Frist findet auf alle in den § 1 Absätzen 2 und 3 sowie in § 2 dieser Vereinbarung genannten, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen Einrichtungen Anwendung. Die Vergütung vertragsärztlicher Versorgung wird solange um 2,5 Prozent gekürzt, bis sich die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen an die Telematikinfrastruktur angeschlossen haben und über die für die Prüfung nach § 291b Absatz 2 SGB V erforderliche Ausstattung verfügen. Das Krankenhaus stellt dies im Rahmen seiner Abrechnung nach § 301 Abs. 1 SGB V als Abzugsbetrag (ohne Berücksichtigung des Abschlagsbetrages selbst) in Rechnung. Ein Nachweis, dass sich die Einrichtungen an die Telematikinfrastruktur angeschlossen haben und über die für die Prüfung nach § 291b Abs. 2 SGB V erforderliche Ausstattung verfügen, kann auf Verlangen der Krankenkasse durch das Formblatt „Anschluss Telematikinfrastruktur“ (Anlage 2) erfolgen.
- (4) Für die Abrechnung der Abschläge sind die dafür vorgesehenen Entgeltschlüssel gemäß der Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V zu verwenden.

§ 7

Anpassung und Kündigung

- (1) Die Vereinbarungspartner prüfen, ob die Anpassung nach § 4 Abs. 1 dieser Vereinbarung zur Finanzierung der Aufwände für die Bereitstellung der neuen Anwendungen und die Ausstattungen mit den neuen Komponenten noch angemessen ist und verhandeln über Anpassungen dieser Vereinbarung, sofern dies erforderlich ist.
- (2) Dieser Vertrag kann vom GKV-Spitzenverband oder der DKG insgesamt oder in Teilen mit einer Frist von sechs Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Im Falle der Kündigung gelten die gekündigten Inhalte der Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung oder einer Festsetzung durch die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes fort.
- (3) Die Anlage 3 kann unabhängig von der Geltung dieser Vereinbarung von den Vereinbarungspartnern einvernehmlich angepasst oder unter Anwendung der in

Anlage 3 genannten Kündigungsfrist separat gekündigt werden. Eine Anpassung oder Kündigung der Anlage 3 lässt die Geltung dieser Vereinbarung unberührt.

§ 8 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, wird hiervon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung soll eine Bestimmung gelten, die in zulässiger Weise dem Willen der Vertragspartner am nächsten kommt.

§ 9 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2024 in Kraft und ersetzt die am 01.04.2022 in Kraft getretene Vereinbarung.

Berlin, den

GKV-Spitzenverband

Berlin, den

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.