

—
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 Abschlags bei Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur	7
§ 7 Anpassung und Kündigung	8
§ 8 Salvatorische Klausel	9
§ 9 Inkrafttreten	9
Anlage 1	11
Anlage 2	14

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 Telematikinfrastuktur (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 Telematikinfrastuktur weiter.

§ 1

Betroffene Leistungsbereiche des Krankenhauses

- (1) Die Finanzierung der bei einem Krankenhaus durch die Einführung der Telematikinfrastuktur 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 krankenhausesindividuelle Finanzierungsvolumen nach Maßgabe von § 3. Die für die Berechnung der Pauschalen notwendigen Grunddaten (Bettenszahl, 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 Abschlags 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 krankenhausindividuellen 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.

Anlage 1
zur Vereinbarung zwischen dem

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

und der

Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

zur

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

- Formblatt Erforderliche Anwendungen und Betriebsbeginn

Name des Krankenhauses:

IK bzw. BSNR (Ambulanz):

Voraussetzung für den Erhalt des vollen TI-Zuschlags ist der Nachweis durch das Krankenhaus, dass es bestimmte Anwendungen in der jeweils aktuellen Version unterstützt. Liegen die Voraussetzungen nicht vor, wird der TI-Zuschlag gekürzt.

Die folgenden Anwendungen werden unterstützt (Jeweiliger Verfügbarkeitsstartzeitpunkt der Anwendung nur bei der ersten Nutzung ausfüllen.)

1. Notfalldatenmanagement (NFDM)/elektronischer Medikationsplan (eMP),

Ja/Nein

Seit (Monat/Jahr):

2. elektronische Patientenakte (ePA) „für alle“,

Ja/Nein

Seit (Monat/Jahr):

3. Kommunikation im Medizinwesen (KIM)

Ja/Nein

Seit (Monat/Jahr):

4. elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)

Ja/Nein

Seit (Monat/Jahr):

5. elektronische Verordnungen

Ja/Nein

Seit (Monat/Jahr):

Für die Finanzierung der Erstausrüstung und des Betriebes wurde bereits in der Vergangenheit ein TI-Zuschlag vereinbart. Welcher Betriebsbeginn wurde dabei zugrunde gelegt:

Datum

Anlage 2

– *vormals Anlage 4*

Anlage 4 zur Vereinbarung zwischen dem

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

und der

Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

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

- Formblatt Anschluss Telematikinfrastruktur

Name des Krankenhauses:

IK bzw. BSNR (Ambulanz):

Die Krankenhäuser haben sich mit den für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte erforderlichen Komponenten und Diensten auszustatten und sich an die Telematikinfrastruktur nach § 306 anzuschließen. Kommen sie der Verpflichtung zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach Satz 1 nicht nach, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG für die Zeit ab dem 01.01.2022 einen Abschlag in Höhe von 1 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall.

Für den Nachweis des Anschlusses an die Telematikinfrastruktur ist eine Aussage zu den folgenden Fragen erforderlich:

- Ist ein Internetanschluss vorhanden?*
- Liegt eine freigeschaltete SMC-B oder SM-B oder Digitale Identität mit gematik-Zulassung vor?*
- Ist ein Konnektor vorhanden?*
- Ist ein E-Health-Kartenterminal vorhanden?*
- Das Primärsystem hat erfolgreich die Konnektorversion zur Anzeige gebracht?*

Wurden alle Fragen mit „ja“ beantwortet, ist kein Abschlag in Höhe von 1 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall zu vereinbaren.

Für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungsbereiche muss zudem bestätigt werden:

- Kann eine Online-Prüfung der Versichertenstammdaten durchgeführt werden:*

„Anlage 3

Vereinbarung

gemäß § 5 Absatz 3h KHEntgG und § 5 Absatz 7 BPfIV

zur Umsetzung der Abschlüsse

bei fehlender Bereitstellung und Nutzung der digitalen Dienste

gemäß § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6

der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

(Digitalisierungsabschlüsse-Vereinbarung)

vom

03.07.2023XX.XX.2024

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin,

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

§ 1 Geltungsbereich und Grundsätze

(1) Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG vereinbaren für die Zeit ab dem 01.01.2025 einen Abschlag in Höhe von bis zu 2 Prozent des Rechnungsbetrages für jeden voll- und teilstationären Fall, sofern ein Krankenhaus nicht sämtliche in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung genannten digitalen Dienste zur Nutzung bereitstellt.

(2) Diese Anlage 3 (im Folgenden: Vereinbarung) regelt das Nähere zur Umsetzung der Abschlüsse gemäß § 5 Absatz 3h KHEntgG und § 5 Absatz 7 BPfIV.

§ 2 Verfügbarkeit und tatsächliche Nutzung der digitalen Dienste

(1) Zu den digitalen Diensten nach § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6 zählen:

- Fördertatbestand 2:

Patientenportale für ein digitales Aufnahme-, Behandlungs- und Entlassmanagement (§ 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung),

□ Fördertatbestand 3:

Systeme zur digitalen Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen (§ 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung),

□ Fördertatbestand 4:

digitale Entscheidungsunterstützungssysteme

(§ 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung),

□ Fördertatbestand 5:

Systeme für ein digitales Medikationsmanagement

(§ 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung),

□ Fördertatbestand 6:

Systeme zur digitalen Anforderung von Leistungen

(§ 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung).

(2) Maßgeblich für die Festlegung der konkreten Höhe eines Abschlags ist die Anzahl der bereitgestellten Dienste und die Häufigkeit der tatsächlichen Nutzung der digitalen Dienste an einem Krankenhausstandort. Es gilt die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG in Verbindung mit dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V.

(3) Die Anforderungen an die Verfügbarkeit der digitalen Dienste nach Absatz 1 werden in den MUSS-Kriterien der Richtlinie zur Förderung von Vorhaben zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes von Patientinnen und Patienten nach § 21 Absatz 2 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (Version 03 vom 03.05.2021) des Bundesamtes für Soziale Sicherung definiert. Diese sind zur Operationalisierung der Nachweisführung nach dieser Vereinbarung in einem Erhebungsinstrument (Anhang 1) konkretisiert.

(4) Die Anforderungen an die tatsächliche Nutzung der digitalen Dienste nach Absatz 1 sind ebenfalls in Anhang 1 der Vereinbarung definiert.

§ 3 Bewertungskonzept und Berechnung für den Abschlag

(1) Das Bewertungskonzept basiert auf einem Soll-Ist-Abgleich im Rahmen der Erhebung (Anhang 1). Jede MUSS-Anforderung erhält einen Punktwert. Die Nutzung wird jeweils mit einem Prozentwert angegeben. Die Nutzung kann nur angegeben werden, wenn die korrespondierenden Muss-Anforderungen zur Verfügbarkeit (siehe Anhang 1) erfüllt sind.

(2) Die digitalen Dienste nach § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (Fördertatbestände = FTB) werden absteigend priorisiert:

1. FTB 3: Systeme zur digitalen Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen
2. FTB 2: Patientenportale für ein digitales Aufnahme- und Entlassmanagement
3. FTB 5: Systeme für ein digitales Medikationsmanagement
4. FTB 6: Systeme zur digitalen Anforderungen von Leistungen
5. FTB 4: digitale Entscheidungsunterstützungssysteme.

(3) Der maximale Abschlagswert beträgt 2 Prozent und wird in einem jährlich festzulegenden Verhältnis auf die Kategorien Verfügbarkeit und Nutzung verteilt.

(4) Für die Jahre 2025 und 2026 gilt ein Verhältnis von 100 Prozent Verfügbarkeit zu 0 Prozent Nutzung. Voraussetzung ist, dass zumindest die Antwortoption „beauftragt“ bei allen Anforderungen der Kategorie „Verfügbarkeit“ angegeben und durch Belege nachgewiesen wurde.

Digitaler Dienst	Verfügbarkeit	Nutzung	Summe
FTB 3	0,6 %	0 %	0,6 %
FTB 2	0,5 %	0 %	0,5 %
FTB 5	0,4 %	0 %	0,4 %
FTB 6	0,3 %	0 %	0,3 %
FTB 4	0,2 %	0 %	0,2 %
	2 %	0 %	2 %
Verteilung	100 %	0 %	100 %

Für das Jahr 2027 gilt ein Verhältnis von 80 Prozent Verfügbarkeit zu 20 Prozent Nutzung. Es ergeben sich somit 1,6 Prozent für die Kategorie Verfügbarkeit und 0,4 Prozent für die Kategorie Nutzung. In der Kategorie Nutzung erfolgt kein Abschlag bei einer Nutzung von über 60 Prozent.

Für das Jahr 2027 stellt sich die Verteilung und Gewichtung wie folgt dar:

Digitaler Dienst	Verfügbarkeit	Nutzung	Summe
------------------	---------------	---------	-------

FTB 3	0,5 %	0,16 %	0,66 %
FTB 2	0,4 %	0,09 %	0,49 %
FTB 5	0,35 %	0,06 %	0,41 %
FTB 6	0,2 %	0,05 %	0,25 %
FTB 4	0,15 %	0,04 %	0,19 %
	1,6 %	0,4 %	2 %
Verteilung	80 %	20 %	100 %

Für das Jahr 2028 gilt ein Verhältnis von 60 Prozent Verfügbarkeit zu 40 Prozent Nutzung. Es ergeben sich somit 1,2 Prozent für die Kategorie Verfügbarkeit und 0,8 Prozent für die Kategorie Nutzung. In der Kategorie Nutzung erfolgt kein Abschlag bei einer Nutzung von über 70 Prozent.

Für das Jahr 2028 stellt sich die Verteilung und Gewichtung wie folgt dar:

Digitaler Dienst	Verfügbarkeit	Nutzung	Summe
FTB 3	0,38 %	0,32 %	0,70 %
FTB 2	0,3 %	0,18 %	0,48 %
FTB 5	0,26 %	0,12 %	0,38 %
FTB 6	0,15 %	0,1 %	0,25 %
FTB 4	0,11 %	0,08 %	0,19 %
	1,2 %	0,8 %	2 %
Verteilung	60 %	40 %	100 %

Für das Jahr 2029 gilt ein Verhältnis von 50 Prozent Verfügbarkeit zu 50 Prozent Nutzung. Es ergeben sich somit 1,0 Prozent für die Kategorie Verfügbarkeit und 1,0 Prozent für die Kategorie Nutzung. In der Kategorie Nutzung erfolgt kein Abschlag bei einer Nutzung von über 80 Prozent.

Für das Jahr 2029 stellt sich die Verteilung und Gewichtung wie folgt dar:

Digitaler Dienst	Verfügbarkeit	Nutzung	Summe
FTB 3	0,32 %	0,4 %	0,72 %
FTB 2	0,25 %	0,23 %	0,48 %
FTB 5	0,22 %	0,15 %	0,37 %
FTB 6	0,12 %	0,12 %	0,24 %
FTB 4	0,09 %	0,1 %	0,19 %
	1,0 %	1,0 %	2 %
Verteilung	50 %	50 %	100 %

Für das Jahr 2030 gilt ein Verhältnis von 40 Prozent Verfügbarkeit zu 60 Prozent Nutzung. Es ergeben sich somit 0,8 Prozent für die Kategorie Verfügbarkeit und 1,2 Prozent für die Kategorie Nutzung. In der Kategorie Nutzung erfolgt kein Abschlag bei einer Nutzung von über 80 Prozent.

Für das Jahr 2030 stellt sich die Verteilung und Gewichtung wie folgt dar:

Digitaler Dienst	Verfügbarkeit	Nutzung	Summe
FTB 3	0,25 %	0,48 %	0,73 %
FTB 2	0,2 %	0,27 %	0,47 %
FTB 5	0,17 %	0,18 %	0,35 %
FTB 6	0,1 %	0,15 %	0,25 %
FTB 4	0,08 %	0,12 %	0,2 %
	0,8 %	1,2 %	2 %
Verteilung	40 %	60 %	100 %

Für das Jahr 2031 gilt ein Verhältnis von 20 Prozent Verfügbarkeit zu 80 Prozent Nutzung. Es ergeben sich somit 0,4 Prozent für die Kategorie Verfügbarkeit und 1,6 Prozent für die Kategorie Nutzung. In der Kategorie Nutzung erfolgt kein Abschlag bei einer Nutzung von über 80 Prozent.

Für das Jahr 2031 stellt sich die Verteilung und Gewichtung wie folgt dar:

Digitaler Dienst	Verfügbarkeit	Nutzung	Summe
FTB 3	0,13 %	0,64 %	0,77 %
FTB 2	0,1 %	0,36 %	0,46 %
FTB 5	0,08 %	0,24 %	0,32 %
FTB 6	0,05 %	0,2 %	0,25 %
FTB 4	0,04 %	0,16 %	0,20 %
	0,4 %	1,6 %	2 %
Verteilung	20 %	80 %	100 %

(5) Die Muss-Anforderungen werden bei der Berechnung in der Kategorie Verfügbarkeit zu gleichen Teilen bewertet. Bei der Nutzung werden die Items in den einzelnen FTB ebenfalls zu gleichen Teilen bewertet. Die Items zur Nutzung verteilen sich wie folgt:

FTB 2: 3 Items zur Nutzung

FTB 3: 2 Items zur Nutzung

FTB 4: 1 Item zur Nutzung

FTB 5: 4 Items zur Nutzung

FTB 6: 1 Item zur Nutzung

(6) Auf Basis der Festlegungen in Absatz 1 bis 4 werden die jeweiligen Abschlagslevel für Verfügbarkeit und Nutzung gebildet und einem Abschlagswert zugeordnet. Zur Erfassung der Items und zur Berechnung der jeweiligen Abschlagshöhe ist das Erhebungsinstrument nach Anhang 1 zu verwenden.

(7) Die Vereinbarungspartner überprüfen spätestens im Jahr 2029 Gewichtung und Abschlagslevel und legen die jeweiligen Werte für die Folgejahre fest.

§ 4 Ausnahmen

(1) Kann das Krankenhaus ein Kriterium für den digitalen Dienst nicht umsetzen, weil es die fachlichen Voraussetzungen nicht erfüllt [Beispiel: Ein Terminmanagement für ASV muss nicht umgesetzt werden, wenn das Krankenhaus keine ASV anbietet.], gibt das Krankenhaus in dem Erhebungsinstrument „Trifft nicht zu“ an. Das Kriterium wird dann bei der Berechnung des Punktwertes mit einem Punkt berücksichtigt.

(2) Weist ein Krankenhaus gemäß Anhang 3 nach, dass es im Jahr der Nachweisführung den Wechsel seines Krankenhausinformationssystems (KIS) oder des Klinischen Arbeitsplatzsystems (KAS) für das gesamte Krankenhaus oder einzelne

Standorte beauftragt hat oder sich mit einem entsprechenden Projekt in der Umsetzung befindet, entfällt für das gesamte Krankenhaus oder den betroffenen Standort die Verpflichtung zur Vereinbarung einer Abschlagshöhe nach § 5 und zur Nachweisführung nach § 6 dieser Vereinbarung.

(3) Weist ein Krankenhaus mit einer Erklärung gemäß Anhang 4 nach, dass das gesamte Krankenhaus oder einzelne Standorte im Jahr, das auf die Nachweisführung folgt geschlossen werden, oder ein maximal 24 Monate andauernder Schließungsprozess startet, entfällt für das gesamte Krankenhaus oder den betroffenen Standort die Verpflichtung zur Vereinbarung einer Abschlagshöhe nach § 5 und zur Nachweisführung nach § 6 dieser Vereinbarung.

§ 5 Vereinbarung der Abschlagshöhe

(1) Die Abschlagshöhe wird von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG auf Basis der Berechnungen nach § 3 und Nachweise nach § 6 standortbezogen ermittelt und im Rahmen der Budgetverhandlungen vereinbart.

(2) Die vereinbarte Abschlagshöhe gilt standortbezogen (entlassender Standort) ab dem 1. des Monats, der auf die Genehmigung durch die Landesbehörde folgt (§ 14 KHEntgG, § 14 BPfIV) bis zum Inkrafttreten der nächsten Genehmigung (Geltungszeitraum).

(3) Grundlage für die zu ermittelnde Abschlagshöhe sind die Nachweise und Berechnungen zu den im Vorjahr bereitgestellten Diensten. Unter Vorjahr ist das Kalenderjahr zu verstehen, das unmittelbar vor einem Geltungszeitraum liegt.

(4) Der vereinbarte Abschlag ist auf jeden voll- und teilstationären Fall anzuwenden, der im betroffenen Jahr im Geltungszeitraum in das Krankenhaus aufgenommen wird. Für die Ermittlung des Abschlagsbetrages werden folgende Entgelte herangezogen:

a. für den gemäß § 5 Absatz 3 KHEntgG vereinbarten Abschlag die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 KHEntgG) sowie die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a KHEntgG.

b. für den § 5 Absatz 7 BPfIV vereinbarten Abschlag die abgerechnete Höhe der bewerteten PEPP und die Zusatzentgelte (§ 7 Satz 1 Nummern 1 und 2 BPfIV) sowie die krankenhausindividuellen Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 4 BPfIV.

Unberücksichtigt bleiben die in § 5 Absatz 3h Satz 2 KHEntgG und § 5 Absatz 7 Satz 2 BPfIV genannten Zu- oder Abschläge im Rechnungsbetrag. Der ermittelte Abschlagsbetrag ist jeweils gesondert in der Rechnung auszuweisen.

§ 6 Nachweis

(1) Der Krankenhausträger übermittelt den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG jeweils zum 31.12. eines Jahres, erstmalig zum 31.12.2025, die Krankenhaus- und standortbezogenen Angaben gemäß Anhang 1 in maschinenlesbarer Form. Die erforderlichen (obligatorischen) Belege oder Konformitätserklärungen sind jeweils in elektronischer Form mitzuliefern.

(2) Krankenhausträger, die für ihre Standorte erstmals den Nachweis gemäß Absatz 1 erbracht haben, können Nachweise in den Folgejahren dadurch erbringen, dass sie nur die Veränderungen zum Vorjahr angeben und entsprechende neue oder aktualisierte obligatorische Beleg- oder Konformitätsdokumente in elektronischer Form übermitteln.

(3) Der Krankenhausträger hat für seine Standorte zusätzliche Belege zum Nachweis einzelner MUSS-Anforderungen bereitzuhalten. Diese sind im Erhebungsinstrument (Anhang 1) konkretisiert und den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG auf deren Verlangen im Rahmen der Plausibilisierung der mit Hilfe des Erhebungsinstruments übermittelten Daten zu übermitteln. Nach Anforderung sind die Dokumente vom Krankenhaus innerhalb von sechs Wochen bereitzustellen. Werden keine Dokumente geliefert, gilt die jeweilige Anforderung als nicht erfüllt, das heißt ein Dienst als nicht bereitgestellt oder nicht genutzt.

(4) Übermittelt ein Krankenhaus die Nachweise nach Absatz 1 bis 3 nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht, wird für das Krankenhaus oder den jeweiligen Standort angenommen, dass die nicht nachgewiesenen Muss-Anforderungen oder digitalen Dienste nicht umgesetzt wurden oder der digitale Dienst nicht genutzt wurde.

§ 7 Kündigung

(1) Diese Vereinbarung kann unabhängig von der Geltung der Vereinbarung zur Finanzierung der bei den Krankenhäusern entstehenden Ausbildungs- und Betriebskosten im Rahmen der Einführung und des Betriebs der Telematikinfrastruktur gemäß § 377 Absatz 3 SGB V durch eine der Vertragsparteien mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende (Kündigungstermin) schriftlich gekündigt werden.

(2) Die Vertragsparteien verpflichten sich, die Verhandlungen über eine Neuvereinbarung nach erfolgter Kündigung unverzüglich aufzunehmen. Im Falle der Kündigung gelten die gekündigten Inhalte der Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung oder einer Festsetzung durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG fort.

(3) Eine Kündigung dieser Vereinbarung lässt die Geltung der Vereinbarung zur Finanzierung der bei den Krankenhäusern entstehenden Ausbildungs- und Betriebskosten im Rahmen der Einführung und des Betriebs der Telematikinfrastruktur gemäß § 377 Absatz 3 SGB V unberührt.

§ 8 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Klauseln oder eine Bestimmung dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Die Vertragsparteien werden die ungültige Bestimmung durch eine wirksame Bestimmung ersetzen, die dem Zweck der ungültigen Bestimmung möglichst nahekommt.

§ 9 Inkrafttreten (und Geltungsdauer)

Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung zum XX.XX.2024 in Kraft.

Anhänge:

- 1) Excel-Datei (XLS) zur Erfassung der MUSS-Anforderungen und Berechnung der krankenhausesindividuellen Abschlagshöhe (Erhebungsinstrument)
- 2) Konformitätserklärung (inklusive Berechtigung nach § 21 Absatz 5 Satz 1 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)
- 3) Nachweisformular für Ausnahme nach § 4 Absatz 2 der Vereinbarung
(Wechsel des KIS/KAS-Systems)
- 4) Nachweisformular für Ausnahme nach § 4 Absatz 3 der Vereinbarung
(Krankenhaus-/Standortschließung)

Anhang 1 zur Digitalisierungsabschlags-Vereinbarung vom 03.07.2023

Excel-Datei (XLS) zur Erfassung der MUSS-Anforderungen und Berechnung der krankenhausesindividuellen Abschlagshöhe (Erhebungsinstrument); hier: exemplarische Abbildung der in der Excel-Datei enthaltenen Übersichtsseite

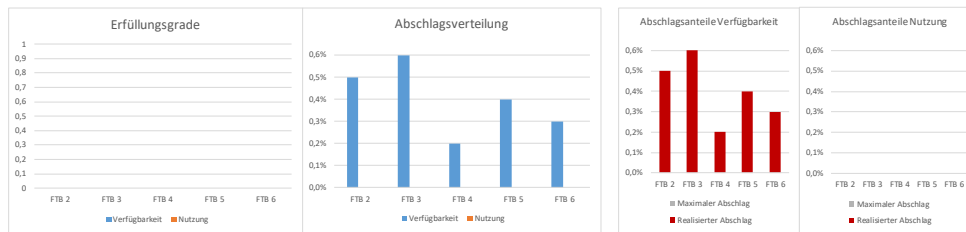
Prozentuale Abschlagshöhe insgesamt **2,00%** **Jahr* 2025**
*Bitte wählen

Übersicht

	Erfüllungsgrad		Abschlagsverteilung		Σ
	Verfügbarkeit	Nutzung	Verfügbarkeit	Nutzung	
FTB 2	0%	0%	0,50%	0,00%	0,50%
FTB 3	0%	0%	0,60%	0,00%	0,60%
FTB 4	0%	0%	0,20%	0,00%	0,20%
FTB 5	0%	0%	0,40%	0,00%	0,40%
FTB 6	0%	0%	0,30%	0,00%	0,30%

Gewichte gemäß Vereinbarung

	Verfügbarkeit		Σ
	Verfügbarkeit	Nutzung	
FTB 2	0,50%	0,00%	0,50%
FTB 3	0,60%	0,00%	0,60%
FTB 4	0,20%	0,00%	0,20%
FTB 5	0,40%	0,00%	0,40%
FTB 6	0,30%	0,00%	0,30%
Verteilung	100%	0%	100%
Abschlagsgrenze Nutzung			0%



Antwortübersicht: Die Antworteingabe erfolgt auf den nachfolgenden Tabellenblättern pro Förderatbestand. Durch Anklicken des Fragecodes oder der Ausprägung gelangen Sie direkt zum jeweiligen Item.

FTB 2 - Patientenportale				FTB 3 - Digitale Dokumentation				FTB 4 - Entscheidungsunterstützungssysteme				FTB 5 - Digitales Medikationsmanagement				FTB 6 - Leistungsanforderung			
Verfügbarkeit		Nutzung		Verfügbarkeit		Nutzung		Verfügbarkeit		Nutzung		Verfügbarkeit		Nutzung		Verfügbarkeit		Nutzung	
Code	Ausprägung	Code	Ausprägung	Code	Ausprägung	Code	Ausprägung	Code	Ausprägung	Code	Ausprägung	Code	Ausprägung	Code	Ausprägung	Code	Ausprägung	Code	Ausprägung
2.S3	0	2.N1	0%	3.S3	0	3.N1	0%	4.S3	0	4.N1	0%	5.S3	0	5.N1	0%	6.S3	0	6.N1	0%
2.V1	0	2.N2	0%	3.V2	0	3.N2	0%	4.S4	0			5.V1	0	5.N2	0%	6.V1	0		
2.V2	0	2.N3	0%	3.V3	0			4.V1	0			5.V2	0	5.N3	0%	6.V2	0		
2.V3	0			3.V4	0			4.V2	0			5.V3	0	5.N4	0%	6.V3	0		
2.V4	0			3.V5	0			4.V3	0			5.V4	0			6.V4	0		
2.V5	0			3.V6	0			4.V4	0			5.V5	0			6.V5	0		
2.V6	0			3.V7	0			4.V5	0			5.V6	0			6.V6	0		
2.V7	0			3.V8	0			4.V6	0			5.V7	0			6.V7	0		
2.V8	0			3.V8.1	0			4.V7	0			5.V8	0			6.V8	0		
2.V9	0			3.V8.2	0			4.V8	0			5.V9	0			6.V9	0		
2.V10	0			3.V8.3	0			4.V9	0			5.V10	0			6.V10	0		
2.V11	0			3.V8.4	0			4.V10	0			5.V11	0						
2.V12	0			3.V8.5	0			4.V11	0			5.V12	0						
2.V13	0			3.V8.6	0														
2.V14	0			3.V8.7	0														
2.V15	0			3.V8.8	0														
2.V16	0			3.V8.9	0														
2.V17	0			3.V8.10	0														
2.V18	0			3.V8.11	0														
2.V19	0			3.V8.12	0														
				3.V8.13	0														
				3.V8.14	0														
				3.V8.15	0														
				3.V9	0														
				3.V9.1	0														
				3.V9.2	0														
				3.V9.3	0														
				3.V9.4	0														
				3.V9.5	0														
				3.V10	0														
				3.V11	0														
				3.V12	0														
				3.V13	0														
				3.V14	0														
				3.V15	0														
				3.V16	0														
				3.V17	0														
				3.V18	0														
				3.V19	0														

Eingabebeinweise:
 - Fehlwerte sind nicht zulässig. Nicht ausgefüllte Antwortfelder führen zu einer Erhöhung der Abschlags (d.h. Fehlwerte werden so behandelt, als wäre das entsprechende Kriterium nicht erfüllt bzw. der digitale Dienst nicht genutzt worden).
 - Bitte wählen Sie die Antworten für jede Frage einzeln aus. Copy & Paste kann die Funktionalität der Auswertungsberechnung stören.
 - Bei bestimmten Fragebogen-Items ist die Antwortkategorie "Trifft nicht zu" wählbar. Diese Option ist für Muss-Anforderungen vorgesehen, die an einem Standort z.B. aufgrund des Leistungsspektrums nicht sinnvoll umgesetzt werden können. Die Auswahl dieser Option führt zu keiner Erhöhung der Abschlags. Die entsprechenden Antwortfelder sind farblich in hellblau hervorgehoben.
 - Digitale Dienste können "in Betrieb" sein (siehe Antwortoptionen auf den folgenden Seiten), wenn auch nur ein Teil der Muss-Anforderungen bezüglich der Verfügbarkeit erfüllt sind. Die Nutzung hingegen bezieht sich auf einen voll funktionsfähigen Dienst, bei dem alle Muss-Anforderungen umgesetzt sind.
 - Erscheint anstelle der prozentualen Abschlagshöhe insgesamt ein "UNGÜLTIG", sind trotz Eingabebestriktion in den Antwortfeldern eine oder mehrere unzulässige Antworten enthalten (z. B. ein "Ist umgesetzt" bei einer Muss-Anforderungen, obwohl der entsprechende digitale Dienst als "Nicht verfügbar" angegeben wurde). In der Antwortübersicht wird dann angezeigt, bei welchen Items dies der Fall ist.

Referenzziel zur Oder-Regelung in FTB2:
 1

Anhang 2 zur Digitalisierungsabschlags-Vereinbarung vom 03.07.2023

Konformitätserklärung

(inklusive Berechtigung nach § 21 Absatz 5 Satz 1 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Hersteller/Dienstleister

Name, Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort), Ansprechpartner

Betrifft: Anforderungen gemäß Fördertatbestand (FTB) nach § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) Nummern 2 bis 6:

- FTB 2: Patientenportale für ein digitales Aufnahme-, Behandlungs- und Entlassmanagement
- FTB 3: Systeme zur digitalen Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen
- FTB 4: digitale Entscheidungsunterstützungssysteme
- FTB 5: Systeme für ein digitales Medikationsmanagement
- FTB 6: Systeme zur digitalen Anforderung von Leistungen

Bezeichnung und Kurzbeschreibung des Produktes/der Dienstleistung/der digitalen Anwendung

Für die hier bezeichnete digitale Anwendung/das hier bezeichnete Produkt und ihre/seine Verfügbarkeit am Krankenhaus/Krankenhausstandort

Name Krankenhaus, Institutionskennzeichen, Anschrift

Name Standort, Standortkennzeichen, Anschrift

wird die Einhaltung der entsprechenden MUSS-Kriterien des jeweiligen FTB gemäß der Richtlinie zur Förderung von Vorhaben zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes von Patientinnen und Patienten nach § 21 Absatz 2 KHSFV (Version 03 vom 03.05.2021) des Bundesamtes für Soziale Sicherung bestätigt.

oder

wird die Einhaltung folgender MUSS-Kriterien des jeweiligen FTB gemäß der Richtlinie zur Förderung von Vorhaben zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes von Patientinnen und Patienten nach § 21 Absatz 2 KHSFV (Version 03 vom 03.05.2021) des Bundesamtes für Soziale Sicherung bestätigt:

Auflistung der entsprechenden MUSS-Anforderungen gemäß Anhang 1 der Vereinbarung

- ...
- ...
- ...
- ...

Diese Erklärung bezieht sich auf das Produkt, die Dienstleistung oder den digitalen Dienst zum Zeitpunkt der Beauftragung bzw. der erstmaligen Abnahme durch das Krankenhaus (TT/MM/JJJJ). Nachträglich vom Krankenhaus veranlasste oder vorgenommene Eingriffe bleiben unberücksichtigt.

Ort, Datum
Hersteller/Dienstleister

Unterschrift Geschäftsführung

Anlage:

Nachweis(e) gemäß § 22 Absatz 2 Nummer 10 KHSFV über die Berechtigung nach § 21 Absatz 5 Satz 1 KHSFV.

Anhang 3 zur Digitalisierungsabschlags-Vereinbarung vom 03.07.2023XX.XX.2024

Nachweisformular für Ausnahme nach § 4 Absatz 2 der Vereinbarung
(Wechsel des KIS/KAS-Systems)

Hersteller/Dienstleister

Name, Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort), Ansprechpartner

Hiermit bestätigen wir, dass

für das gesamte Krankenhaus mit seinen Standorten (bitte einzeln nennen)

Name Krankenhaus, Institutionskennzeichen, Anschrift

Name Standort, Standortkennzeichen, Anschrift

oder

für den Standort

Name Standort, Standortkennzeichen, Anschrift

der Wechsel des Krankenhausinformationssystems (KIS) oder des Klinischen Arbeitsplatzsystems (KAS) mit Datum vom [TT/MM/JJJJ] beauftragt wurde. Die geplante Umsetzungszeit beträgt

[...] Monate.

Ort, Datum
Hersteller/Dienstleister

Unterschrift Geschäftsführung

Anlage: Auftrag, ggf. mit Projektplan (Zeitplanung)

Anhang 4 zur Digitalisierungsabschlags-Vereinbarung vom 03.07.2023XX.XX.2024

Nachweisformular für Ausnahme nach § 4 Absatz 3 der Vereinbarung
(Krankenhaus-/Standortschließung)

Träger

Name, Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort)

Hiermit erklären wir, dass das Krankenhaus/der Krankenhausstandort

Name, Institutionskennzeichen, Standortkennzeichen, Anschrift (Straße, Haus-Nr.,
Postleitzahl, Ort)

zum [MM/JJJJ] die medizinische Versorgung einstellen wird. Damit wird das
Krankenhaus/

der Krankenhausstandort geschlossen und aus dem Landeskrankenhausplan
herausgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift Geschäftsführung (Träger)

Anlage: ggf. Feststellungsbescheid, Auszug Landeskrankenhausplan“