

—  
**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  
Telematikinfrastuktur gem. § 377 Abs. 3 SGB V**

**zum 01.01.2024**

## Inhalt

Präambel .....	3
§ 1 Betroffene Leistungsbereiche des Krankenhauses .....	3
§ 2 Einrichtungen ohne organisatorische Anbindung an ein Krankenhaus.....	4
§ 3 Berechnung des TI-Zuschlags.....	5
§ 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 .....	8
§ 9 Inkrafttreten .....	8
Anlage 1 .....	10
Anlage 2 .....	12

## 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 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 Leistungserbringers 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.

### **§ 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 Erstausrüstungskosten nach der bis zum Inkrafttreten dieser Festlegung geltenden Finanzierungsvereinbarung bereits erhalten hat, erhält während einer Dauer von dreißig Monaten nach der Erstausrüstung 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 ab Version 3.0 (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 (Einboxkonnektor, Rechenzentrumskonnektor, Highspeedkonnektor inkl. gSMC-K und VPN-Zugangsdienst, ggf. in Rechenzentrum gehostet, sofern dort zugelassene Komponenten und Dienste zum Einsatz kommen, oder TI-Gateway in Verbindung mit Nutzung eines Rechenzentrum-Konnektors)

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 (Bettenzahl, teilstationäre Plätze<sup>1</sup>) 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 die den Tag der Installation und die Version der Anwendung erkennen lassen) 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 aktuellen Vereinbarungszeitraum wie folgt berücksichtigt: Fehlt eine

---

<sup>1</sup> 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.

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.

- (3) Der Zuschlag unterliegt nicht der Begrenzung der Pflegesätze durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Er geht nicht in den Gesamtbetrag nach § 3 BPfIV, 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. Unschädlich ist, wenn die Nutzung wegen mangelndem Interesse oder Mitwirkung des Versicherten unterbleibt. Der Zuschlag ergibt sich aus der Division des jährlichen krankenhausesindividuellen Finanzierungsvolumens nach Abs. 1 oder 2 durch die vereinbarte Fallzahl der voll- und teilstationären Krankenhausesfälle. 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 BPfIV: abgerechnete Höhe der bewerteten PEPP und die Zusatzentgelte (§ 7 Satz 1 Nummern 1 und 2 BPfIV) sowie auf die krankenhausesindividuellen Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 4 BPfIV

und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Unberücksichtigt bleiben Zu- oder Abschläge im Rechnungsbetrag.

- (3) Nach Ablauf der Frist gemäß § 1 Abs. 2c dieser Vereinbarung i. V. m. § 291b Abs. 5 Satz 3 SGB V, wird die Vergütung vertragsärztlicher Versorgung 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 Abs. 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.

## **§ 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 Telematikinfrastruktur 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 Telematikinfrastuktur 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:*