

TI-Hinweise 2.1

Finanzierung und Fristen Version 2.1 vom 30.9.2021

Inhalt

1	Änderungsverlauf.....	2
2	Einleitung.....	2
3	Erläuterungen zu den geplanten Feldtests für eHealth-Konnektoren	2
4	Inhalte der Finanzierungsvereinbarung	5
4.1	Präambel	5
4.2	§ 1 Feldtest	5
4.3	§ 2 Produktivbetrieb	6
4.4	§ 3 Leistungsbereiche	6
4.5	§ 3a Einrichtungen ohne organisatorische Anbindung an ein Krankenhaus	10
4.6	§ 4 Konnektor und SMC-B	10
4.7	§ 5 Kartenterminals für VSDM	11
4.8	§ 6 Kartenterminals für medizinische Anwendungen	12
4.9	§ 7 Anpassungen der Infrastruktur	12
4.10	§ 8 Anpassungen der Organisation	12
4.11	§ 9 Betrieb	13
4.12	§ 10 Transaktionen	13
4.13	§ 11 Zuschlag	14
4.14	§§ 12-14	14
5	Änderungen zur Vereinbarung vom 28.3.2018	14
6	Aktuelle Aktivitäten und Ausblick	16

1 Änderungsverlauf

Es wurden in der Version 2.1 vorwiegend Aktualisierungen und redaktionelle Anpassungen vorgenommen.

Nr.	Datum	Kapitel	Änderung
1	30.9.2021	1, 3.3, 3.4.4, 3.4.7	Aktualisierungen (Datum, Zeitablauf)
2	30.9.2021	3.4, 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3, 4	Anpassungen an neue §§
3	30.9.2021	3.2	Anpassungen an neue FinV 3.2: Ergänzung ePA-Feldtest-Pauschale 3.8: Anpassung Anzahl Kartenterminals 3.9: Aktualisierung Softwareanpassung 3.11: Ergänzung Wartung Software
4	30.9.2021	3.1, 3.8	Technischen Ausführungen zur Verwendung des HBA werden herausgenommen
5	30.9.2021	5	Offene Punkte wurden gestrichen
6	30.9.2021	6	Aktuelle Aktivitäten und Ausblick wurden aktualisiert; Verweis auf Abschlagsregelungen nach § 5 Abs. 3e KHEntgG

2 Einleitung

Diese Hinweise erläutern die aktualisierte Finanzierungsvereinbarung zum Telematik-Zuschlag mit Wirkung ab dem 1.10.2020 und greifen die Fragen zu den Fristen und Entscheidungskorridoren auf. Grundkenntnisse zur Telematikinfrastruktur werden vorausgesetzt. Die Finanzierungsvereinbarung der DKG mit dem GKV-SV und auch der TI-Hinweis 3.1 der DKG sollte bekannt sein.

Die Hinweise beginnen mit einem Exkurs zu den Feldtests, da diese einen Teil der Finanzierungsvereinbarung ausmachen und auch den Beginn der Ausstattungsphase für die Krankenhäuser beginnen. Danach werden die Elemente der Finanzierungsvereinbarung erläutert, bevor in einem abschließenden Kapitel eine aktuelle Übersicht über die Fristen und die dadurch vorgegeben Entscheidungskorridore erläutert werden.

3 Erläuterungen zu den geplanten Feldtests für eHealth-Konnektoren

Die gematik hat generell beschlossen, neue Produkte in Form eines Marktmodells einzuführen. Dabei entwickelt die gematik die Spezifikationen und Anbieter setzen diese um und beantragen eine Zulassung ihrer Produkte. Die zugelassenen Produkte dürfen dann

verkauft und in der TI eingesetzt werden. Um zumindest im kleinen Umfang prüfen zu können, ob die Produkte nicht nur die Spezifikationen erfüllen, sondern auch in realen Umgebungen interoperable und praktisch einsetzbar sind, wurden die Feldtests entwickelt. Dabei erhält ein Hersteller eines Produktes eine Zulassung mit der Auflage, das Produkt in einem Feldtest mit beschränkten Teilnehmern zu erproben. Bei einem erfolgreichen Feldtest wird die Auflage gelöscht und die Zulassung für das Produkt ist damit unbeschränkt. Erst nach einem erfolgreichen Feldtest kann ein Produkt in der Breite vertrieben werden.

Der erste dieser Feldtests soll die medizinischen Anwendungen eMP/AMTS (elektronischer Medikationsplan bzw. Daten für die Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung) und NFDM (Notfalldatenmanagement) einführen. Dazu müssen die entsprechenden Fachmodule in den Konnektoren entwickelt und die Primärsysteme angepasst werden. Da die Anpassung der Primärsysteme außerhalb der Hoheit der gematik erfolgt und diese dafür nur ein Konformitätsverfahren anbietet, richtet sich der Feldtest mit den genannten Anwendungen nur an die Hersteller von Konnektoren. Ein Konnektor, der die beiden genannten Anwendungen unterstützt, wird im Folgenden „eHealth-Konnektor“ genannt. Er unterscheidet sich nur auf Ebene der Software von einem „VSDM-Konnektor“ und die Umstellung kann durch einen Software-Update erfolgen.

Parallel wird erhoben, wie die Nutzung der Anwendungen in der Versorgungspraxis funktioniert. Dies ist keine Frage, die den Herstellern als Auflage gegeben werden kann, da dies keine Zulassungsvoraussetzung des Konnektors ist. Daher wird parallel eine wissenschaftliche Evaluation durchgeführt, an der sich in der ersten Stufe Leistungserbringer beteiligen, die ebenfalls an den Feldtests teilnehmen. Für diese Feldtestteilnehmer sieht die Finanzierungsvereinbarung Erstattungen vor, damit die Aufwände für die Teilnahme am Feldtest und der Evaluation abgedeckt werden.

Aus Sicht eines eHealth-Konnektorherstellers muss nach der Entwicklung des Produktes zuerst das Zulassungsverfahren der gematik durchlaufen werden. Ist dies erfolgreich, erhält er eine Zulassung mit der Auflage, einen Feldtest durchzuführen. Dafür muss eine Feldtestregion gefunden werden, in der genügend Anwender zusammenarbeiten und er muss die Primärsystemhersteller gewinnen, die entsprechenden Anwender mit angepassten Produkten auszustatten. Da der Feldtest ein sehr wichtiger Schritt ist, werden die Konnektorhersteller die Teilnahme an den Feldtests sowohl mit den Anwendern, als auch mit den anderen Herstellern vertraglich absichern. Nach der Ausstattung der Anwender und deren Schulung kann der Feldtest beginnen. Während des Feldtests werden die Transaktionen gezählt, bis die notwendige Anzahl erreicht ist. Nach Abschluss des Feldtests und Aufhebung der Feldtest-Auflage von der gematik kann das Produkt deutschlandweit vertrieben werden.

Aus Sicht eines Primärsystemherstellers wird man entweder von einem Konnektorhersteller oder einem Anwender angesprochen, ob man eine Produktversion für die Nutzung der neuen Anwendungen anbieten kann. Alternativ könnte man selber Anwendergruppen aktivieren, um eine Feldtestregion zu definieren und damit dann auf einen Konnektorhersteller zugehen. Auf jeden Fall muss die Softwareanpassung entwickelt und kann optional durch das Konformitätsverfahren der gematik geschickt werden. Es ist davon auszugehen, dass die Primärsystemhersteller vertraglich zusichern müssen, dass die Software zum Testbeginn bei den entsprechenden Anwendern installiert und geschult ist. Ein

Ausrollen des Produktes ist zwar nicht an den Feldtest gebunden, aber die Funktionen sind erst nutzbar, wenn ein entsprechender Konnektor vorhanden ist.

Da die Anwender über die Finanzierungsvereinbarung nicht unerhebliche Mittel für die Durchführung der Feldtests bekommen, müssen diese sicherstellen, dass ein Feldtest erfolgreich verläuft und die Teilnahme an der Evaluation durchgeführt wird. Daher werden Verträge geschlossen werden müssen, die bei erfolgreicher und bei nicht erfolgreicher Durchführung der Tests klar definieren, wer welche Ansprüche hat. Dabei ist darauf zu achten, dass insbesondere Krankenhäuser keine Zahlungsverpflichtungen eingehen sollten, wenn nicht sichergestellt ist, dass diese auch bei einem nicht erfolgreichen Zulassungsverfahren kompensiert werden. Dazu gehört auch, dass eine Rücknahmepflicht des Konnektorherstellers vereinbart werden sollte, falls der Konnektor keine finale Zulassung erhält. Da Krankenhäuser meist schon über ein gutes Netzwerk mit den umgebenden Ärzten pflegen, könnten Krankenhäuser auch für einen Konnektorhersteller die Koordination eines Feldtests ganz oder teilweise übernehmen. Der erste Schritt wird immer die Verhandlung der notwendigen Vereinbarungen und Projektmittel sein. Alle genutzten Produkte müssen erworben werden und werden nach den Regeln der Finanzierungsvereinbarung nachträglich erstattet. Während des Feldtests müssen die Anwender dazu beitragen, dass die Mengengerüste eingehalten werden und technische Fehler schnell von den Herstellern behoben werden. Zusätzlich müssen Daten für die Evaluation geliefert werden, evtl. sogar schon vor Beginn der Testung. Am Ende des erfolgreichen Tests müssen dann die evtl. vereinbarten Bezahlungen für Testunterstützung oder Koordinationsaufwände an die Hersteller geleistet werden.

Der Hersteller des Konnektors muss den Feldtest innerhalb von 6 Monaten nach Erhalt der Zulassung durchführen, wobei für den eigentlichen Test 8 Wochen kalkuliert sind. Die Mengengerüste sind in den entsprechenden Dokumenten der gematik im Detail aufgeschlüsselt. In einer Feldtestregion beteiligen sich 1 bis 2 Krankenhäuser, 70 bis 75 niedergelassene Ärzte und 8 bis 16 Apotheken, wobei die Apotheken nur in den Bereich eMP/AMTS eingebunden sind.

In einer Feldtestregion können Rechenzentrumskonnektoren im Krankenhaus parallel zu Inboxkonnektoren bei den niedergelassenen Ärzten und Apotheken erprobt werden. Dabei werden die Mengengerüste nicht verdoppelt, sondern gelten dann für beide Konnektorvarianten. Theoretisch wäre es sogar möglich, dass die beiden Konnektorvarianten von unterschiedlichen Herstellern kommen – dies ist aber wegen der hohen Komplexität der aufeinander abzustimmenden Verträge und der notwendigen zeitlichen Koordination deutlich erschwert. Wenn ein Rechenzentrumskonnektor erprobt wird, gibt es eine hohe Sonderfinanzierung, um dem Konnektorhersteller zur Entwicklung von zwei Konnektoren parallel motivieren zu können. Falls zwei Krankenhäuser an der Erprobung teilnehmen, wird diese Summe auf beide Krankenhäuser verteilt.

Insgesamt wird deutlich, dass ein Feldtest ein komplexes Projekt mit vielen Beteiligten wird, das unbedingt eine koordinierende Stelle benötigt. Dies könnten Hersteller der Primärsysteme oder des Konnektors sein oder auch ein Krankenhaus oder eine vom Krankenhaus beauftragte Person. Diese Koordination muss vertraglich abgesichert werden.

Berichte über Feldtests und Feldtestregionen werden erst dann substantiell, wenn die erste Zulassung mit Auflagen eines eHealth-Konnektors vorliegt. Anfragen zur Teilnahme an einem Feldtest müssen an die Konnektorhersteller gerichtet werden. Dabei sollte bedacht werden, dass man sich mit dem Feldtest auch verpflichtet, die Ausstattung mit

diesem Konnektor durchzuführen. Wenn man danach den Konnektor wechseln will, gibt es dafür keine zusätzlichen Pauschalen.

4 Inhalte der Finanzierungsvereinbarung

In den folgenden Abschnitten soll nicht die Finanzierungsvereinbarung wiedergegeben werden, sondern nur die Kernpunkte herausgegriffen und in Hinblick auf ihre Umsetzung beleuchtet werden. Die Finanzierungsvereinbarung ist indirekt auch eine Strukturierung der Ausstattung eines Krankenhauses zur Teilnahme an der TI.

Vorab sei darauf hingewiesen, dass es sich um Pauschalen handelt, die für das Jahr der Ausstattung und alle folgenden Jahre über einen Zuschlag ausgezahlt werden. Es gibt kein Antragsverfahren und keine Beschränkung, dass Kosten nicht schon vorher entstanden sein dürfen.

4.1 Präambel

Die Präambel stellt im Prinzip drei Einigungen vor die eigentliche Vereinbarung. Erstens wird hiermit die Ausstattung und der Betrieb für medizinische Anwendungen geregelt – die Krankenhäuser überspringen also die nicht notwendige Stufe der reinen VSMD-Prüfung. Zum Zweiten wird festgelegt, dass die Vereinbarung überarbeitet werden muss, wenn die Pflicht zur Nutzung eines elektronischen Heilberufsausweises (HBA) innerhalb des Krankenhauses entfällt. In diesem Falle könnte auf eine große Anzahl von Kartenterminals verzichtet werden.

4.2 § 1 Feldtest

Da die Feldtests durchgeführt werden müssen, bevor eHealth-Konnektoren flächendeckend zur Verfügung stehen und damit die Ausstattung der Krankenhäuser beginnen kann, sind die Vereinbarungen zum Feldtest an den Anfang gesetzt. Es muss dabei aber beachtet werden, dass der Beginn des Feldtests immer die Ausstattung des Krankenhauses mit eHealth-Komponenten voraussetzt. Diese werden über die Pauschalen der §§ 2 ff finanziert und nicht über den § 1. Wenn hier Komponenten beschafft werden, die nach Abschluss der Feldtests nicht verwendet werden können oder sollen, wird es keine zusätzliche Finanzierung geben.

Der größte Betrag steht für die Testung mit Rechenzentrumskonnektoren (RZK) bereit. Hierbei ist zu beachten, dass das Krankenhaus von seiner Größe so gestaltet sein muss, dass mindestens zwei RZK eingesetzt werden müssen (ab 100 Kartenterminals) und diese auch in Betrieb genommen werden. Der Betrag soll die Testung mit RZK ermöglichen. Wie dieses Geld eingesetzt wird, um z. B. die Parallelisierung der Zulassungsverfahren zu unterstützen, liegt in der Verantwortung des Krankenhauses und muss vertraglich fixiert werden. Wenn ein Krankenhaus Leistungen für die Koordination des Feldtests erbringt, die eigentlich der Konnektorhersteller hätte erbringen müssen, z. B. die Organisation der weiteren Anbieter und der zugehörigen Primärsystemhersteller, so sollte dies in der entsprechenden vertraglichen Regelung berücksichtigt werden. Die Anforderungen an den RZK sind in einer Anlage beschrieben und müssen nicht im Zulassungsverfahren nachgewiesen werden, sondern im Rahmen der Finanzierungsvereinbarung und damit vom Konnektorhersteller gegenüber dem Krankenhaus. Dies kann über eine

Eigenerklärung mit einer entsprechenden Risikoübernahme geschehen, die Krankenhäuser sollten die Eigenschaften aber auch im Rahmen des Feldtests prüfen.

Die zweite Pauschale in Abs. 2 Nr. 4a ist für den Gesamtaufwand bei der Erprobung der Anwendungen NFDM und eMP/AMTS vorgesehen. Es müssen beide Anwendungen erprobt werden und es muss auch für beide Anwendungen an der wissenschaftlichen Evaluation teilgenommen werden. Falls in der gleichen Region auch KIM erprobt wird, kann sich ein Krankenhaus entscheiden, auch an diesem Feldtest teilzunehmen, muss dafür aber andere vertragliche Bindungen eingehen. Dafür erhält es die Pauschale aus Abs. 2 Nr. 4b. Für die Erprobung der elektronischen Patientenakte wird eine Pauschale in Abs. 2 Nr. 4c vorgesehen. Für alle drei Bereiche ist in Abs. 4 noch jeweils eine Pauschale für die organisatorischen Maßnahmen zur Testdurchführung vorgesehen. Hierunter fällt die interne Auswahl, Motivation und Schulung der an den Erprobungen teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, die Überwachung der Termine der wissenschaftlichen Evaluation und die interne Überwachung des Testfortschritts in Bezug auf die Erfüllung der Mengengerüste.

Falls es zu einem Testabbruch des Krankenhauses kommt, wird automatisch von der Pauschale auf einen Kostennachweis gewechselt und der GKV-SV kann über die reale Auszahlung entscheiden. Hier wird es sehr wahrscheinlich auch darauf ankommen, ob der Abbruch gut begründet werden kann.

4.3 § 2 Produktivbetrieb

Dieser einleitende Paragraph wiederholt die Aussage der Präambel, dass die Vereinbarung auf der Nutzung medizinischer Anwendungen basiert, und führt die von der Vereinbarung umfassten Anwendungen und Funktionalitäten auf.

4.4 § 3 Leistungsbereiche

Dieser Paragraph ist eine zentrale Stelle der Vereinbarung, da hier die Schnittstelle zur Vereinbarung der KBV für den vertragsärztlichen Bereich definiert wird. Die größte Gruppe der genannten Leistungsbereiche ist direkt durch den Gesetzgeber im § 377 Abs. 5 vorgegeben worden:

Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für Leistungserbringer, wenn sie Leistungen nach §115b Absatz 2 Satz 1, § 116b Absatz 2 Satz 1 und § 120 Absatz 2 Satz 1 erbringen sowie für Notfallambulanzen in Krankenhäusern, wenn sie Leistungen für die Versorgung im Notfall erbringen. Die Aufzählung der in § 377 SGB V genannten Leistungsbereiche umfasst nicht explizit alle Leistungsbereiche, die heute organisatorisch einem Krankenhaus zugeordnet sein können. Daher wurde in Abstimmung mit der KBV eine Liste von Leistungsbereichen definiert, die zum Krankenhaus gehören insoweit sich diese an einem Krankenhaus befinden oder diesem organisatorisch zugeordnet sind:

Nr.	Bezeichnung	Begründung
1	ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b Abs. 2 und Abs. 8 SGB V	Direkt in § 2377 Abs. 5
2	Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1-3 SGB V	Indirekt in § 120 Abs. 2 Satz 1, dies umfasst mit Abs. 3 auch die Psychotherapeutische Ausbildungsambulanzen
3	psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V	Indirekt in § 120 Abs. 2 Satz 1, allerdings ohne die psychosomatischen Institutsambulanzen
4	geriatrische Institutsambulanzen nach § 118a SGB V	Nicht genannt – wären aber analog zu der Liste in § 120 zu betrachten
5	sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V	Indirekt in § 120 Abs. 2 Satz 1
6	medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V	Indirekt in § 120 Abs. 2 Satz 1
7	Kinderspezialambulanzen nach § 120 Abs. 1a SGB V	Nicht genannt – wären aber analog zu der Liste in § 120 zu betrachten
8	Notfallambulanzen und die medizinische Erbringung von Notfalleleistungen nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V, § 2 Abs. 2 Ziff. 4 BMV-Ä	Direkt in § 377 Abs. 5 genannt, obwohl der Begriff Notfallambulanzen in der gesetzlichen Grundlage nicht definiert ist
9	ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V	Direkt in § 377 Abs. 5
10	die Ermächtigungsambulanzen der persönlich ermächtigten Krankenhausärzte nach § 116 SGB V, § 4 Abs. 1 BMV-Ä, § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV	Nicht genannt
11	Erbringung von ambulanten Leistungen bei Unterversorgung nach § 116a SGB V	Nicht genannt

Die in der Vereinbarung vom 23.8.2018 vorgesehene Möglichkeit, für einzelne ambulante Leistungsbereiche im Krankenhaus sogenannte „Verzichtserklärungen“ gegenüber der zuständigen KV abzugeben, wenn eine Ausstattung und Finanzierung des Krankenhauses als Gesamtkonzept beabsichtigt ist, musste gestrichen werden. Hintergrund ist, dass die KBV es ablehnte, diese zu akzeptieren und in ihrer Finanzierungsvereinbarung mit dem GKV-SV festgeschrieben hat, dass die persönlichen Ermächtigungsambulanzen in den Krankenhäusern nicht über das KV-System finanziert werden. Im Ergebnis sind daher Finanzierung und Ausstattung dieser Ambulanzen durch das Krankenhaus vorzunehmen. Dies wurde in der vorliegenden Finanzierungsvereinbarung berücksichtigt.

Nachfolgend werden die in der Fortschreibung der Finanzierungsvereinbarungen festgelegten Änderungen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die einzelnen ambulanten Bereiche im Krankenhaus dargestellt. Für alle Einrichtungen der fünf differenzierten Gruppen

sind die Verfahren und Auswirkungen jeweils einheitlich. Änderungen gegenüber der bisherigen Vereinbarung sind grau hinterlegt:

Gruppe	Frist	Zusätzliche Karten-terminals	Finanzierungs-weg	Anbindungs-weg ¹
1 Persönlich ermächtigte Ärztinnen und Ärzte	Wie KH	Je eins	Über KH	Über KH
2 Notfallversorgung nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V	Keine	Je drei	Über KH	Über KH
3 MVZ und Einrichtungen nach § 400 SGB V in mehrheitlichem Besitz des Krankenhauses	Wie KH, mit Rest-un-sicherheit	Nach KV-Rege-lung	Über KV	Wahlfrei
4 Notfallambulanzen nach § 75 Abs. 1b SGB V mit Kooperationsvertrag in organi-satorischer Leitung des Krankenhauses	Wie KH	Nach KV-Rege-lung	Über KV	Wahlfrei
5 Alle weiteren Einrichtungen der ambulan-ten Versorgung am Krankenhaus	Wie KH	Keine, Ausstat-tung aus „1 KT je 25 Betten“	Über KH	Über KH

4.4.1 Gruppe 1: Persönliche Ermächtigungen

Nach Maßgabe der Finanzierungsvereinbarung zwischen GKV-SV und KBV besteht für persönliche Ermächtigungen dort keine Möglichkeit der Refinanzierung. Diese Gruppe ist daher über das Krankenhaus zu finanzieren. Über den neu gefassten § 291b Abs. 5 Satz 3 SGB V ist sichergestellt, dass für persönlich Ermächtigte die für die Krankenhäuser gültige Sanktionsfrist gemäß § 341 Abs. 7 zur Anwendung kommt.

4.4.2 Gruppe 2: Notfallversorgung nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V

Diese war schon immer den Krankenhäusern zugeordnet und muss über das Krankenhaus finanziert und ausgestattet werden. Pro Notfallambulanz bzw. Notaufnahme, in der diese Fälle versorgt werden, werden drei zusätzliche Kartenterminals in die Pauschalen eingerechnet. Dies hat dann auch Auswirkungen auf die Betriebspauschalen. In der Frage der Sanktionsfrist geht die Geschäftsstelle davon aus, dass es sich hierbei nicht um vertragsärztliche Versorgung handelt und daher auch keine Pflicht zur Prüfung nach § 291b Abs. 2 SGB V zum Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte besteht. Da die Abrechnung jedoch gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) erfolgt, kann nicht ausgeschlossen werden, dass aufgrund unterschiedlicher Rechtsauffassung nach Ablauf der Ausstattungsfrist für die Krankenhäuser Mittel gemäß der Sanktionsregelung einbehalten werden. Es wird daher empfohlen, diese Bereiche zusammen mit den weiteren Bereichen des Krankenhauses auszustatten.

4.4.3 Gruppe 3: MVZ und Einrichtungen nach § 400 SGB V

Durch den zusätzlichen Verweis auf den § 400 SGB V sind Polikliniken und weiteren Ambulanzformen, die dort den MVZ gleichgestellt werden, von der Finanzierungsvereinbarung umfasst. Da der mehrheitliche Besitz durch ein Krankenhaus nur kompliziert nachweisbar ist und sich jederzeit ändern kann, wurde eine Lösung gesucht, den Prozess zu vereinfachen. Im Einzelfall ist immer prüfbar und häufig offensichtlich, dass eine solche

¹ Beim Anbindungsweg über das Krankenhaus, wird ein Mandant auf den dort vorhandenen Konnektoren eingerichtet. Alternativ kann ein eigener Konnektor und, damit verbunden, ein eigener VPN-Zugangsdienst verwendet werden.

Einrichtungen zu einem Krankenhaus gehört. Daher wurden diese Einrichtungen in der vorliegenden Finanzierungsvereinbarung dem Krankenhaus zugeordnet. GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und DKG stimmen darin überein, dass für diese Einrichtungen auch unter die Frist für Krankenhäuser anzuwenden ist. Da seitens der KBV keine analoge Formulierung in die Finanzierungsvereinbarung für den vertragsärztlichen Bereich aufgenommen wurde, bestehen für KVen keine expliziten Vorgaben hinsichtlich der Auslegung der Sanktionsfrist. KVen könnten daher in der Abrechnung entsprechender Einrichtungen die Fristen für die vertragsärztliche Versorgung anwenden.

Zur Vereinfachung der Zuordnung der Zahlungsflüsse konnte mit dem GKV-SV vereinbart werden, diese Einrichtungen über die KVen und nach dem dort vorgegeben Regelwerk zu finanzieren, auch wenn diese über das Krankenhaus ausgestattet werden. MVZ erhalten daher automatisch die nach den Regeln der KBV-Vereinbarung zu berechnende Pauschale, sobald der erste Prüfnachweis an die KV übermittelt wird. Auch die Betriebspauschalen werden auf Dauer von der KV bereitgestellt. Bei diesem Verfahren besteht die Option, zunächst einen eigenen Konnektor für das MVZ zu beschaffen und nach Ausstattung des Krankenhauses durch die Anbindung an den Krankenhauskonnektor zu ersetzen. Daher wird empfohlen, die MVZ so schnell wie möglich auszustatten, auch wenn die Frist zur Bestellung verpasst wurde, um weitere Sanktionen zu vermeiden.

4.4.4 Gruppe 4: Notfallambulanzen nach § 75 Abs. 1b SGB V mit Kooperationsvertrag

Da die gesetzlichen Vorgaben zur Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen unterschiedliche Ausgestaltungen zulässt, von der Bereitstellung eines Raumes bis zur vollen Erbringung aller Leistungen durch das Krankenhaus, ist die Feststellung der Zugehörigkeit einer solchen Ambulanz zu einem Krankenhaus nicht ohne weiteres möglich. In der Finanzierungsvereinbarung wird für die Zuordnung dieser Ambulanzen hinsichtlich der Anbindung auf die organisatorische Leitung abgestellt. Dies würde eine Prüfung im Einzelfall voraussetzen. Zur Aufwandsvermeidung wurde daher an dieser Stelle ebenfalls eine Zuordnung zum Krankenhaus vorgesehen, die Finanzierung erfolgt analog den MVZ über die KV. Trotz der eindeutigen Regelung des § 291 Abs. 5 Satz 3 SGB V, dass diese Ambulanzen unter die Frist des Krankenhauses fallen, ist aufgrund des KV-Finanzierungsweges eine Refinanzierung der Ausstattung und des Betriebs mit bereits verfügbaren VSDM-Konnektoren möglich und kann daher vorgezogen werden.

4.4.5 Gruppe 5: Alle weiteren Einrichtungen des Krankenhauses

Alle weiteren Einrichtungen des Krankenhauses werden über das Krankenhaus ausgestattet und finanziert. Allerdings hat die Anzahl dieser Einrichtungen keinen Einfluss auf die Höhe der Ausstattungs- und Betriebspauschalen. Für diese Einrichtungen gilt die Fristenregelung für die Krankenhäuser.

4.4.6 Übergangsregelung

Da die KVen vereinzelt Einrichtungen der Krankenhäuser die Ausstattungspauschalen ausgezahlt haben, obwohl dies nach der neuen Vereinbarung nicht vorgesehen ist, muss eine Übergangsregelung für die Betriebspauschalen geschaffen werden. Diesen Einrichtungen werden die Betriebskosten bis zum 31.12.2020 weiter durch die KVen im Rahmen der Abrechnung erstattet. Rückzahlungen sind nicht vorgesehen. Ab dem 1.1.2021 können diese Einrichtungen bei der Berechnung der Betriebspauschalen in den Budgetverhandlungen des Krankenhauses berücksichtigt werden.

4.4.7 Generelle Anmerkungen zu den Fristen

Die Frist für den vertragsärztlichen Bereich ist gesetzlich so gefasst, dass bei einer Bestellung bis zum 1.4.2019 die Wirksamkeit der Sanktionen bis zum 30.6.2019 ausgesetzt werden. Dies bedeutet, dass in der Abrechnung des dritten Quartals der erste Prüfnachweis an die KV geschickt werden muss und nachweisbar sein muss, dass die Bestellung vor dem 1.4.2019 erfolgte. Anderenfalls werden die Abzüge für die ersten beiden Quartale nachträglich einbehalten. Wird bis zum 30.6. ausgestattet und die rechtzeitige Bestellung nachgewiesen, werden keinerlei Abzüge einbehalten. Die Frist für die Einrichtungen der Krankenhäuser liegt aktuell auf dem 31.12.2021 und bedeutet für die zur vertragsärztlichen Versorgung gerechneten Einrichtungen des Krankenhauses (Gruppen 1, 4 und die Teilbereiche in Gruppe 5, die mit der KV abrechnen), dass diese spätestens ab dem 1.1.2022 Prüfnachweise erzeugen können müssen, sonst würde beginnend ab dem ersten Quartal 2022 die Sanktion einbehalten.

4.5 § 3a Einrichtungen ohne organisatorische Anbindung an ein Krankenhaus

Für Einrichtungen, die direkt mit den Kassen abrechnen und keinem Krankenhaus zugeordnet sind (z. B. einige psychotherapeutische Ausbildungsambulanzen), wurde in § 3a die Finanzierung einer Basisausstattung (ein Konnektor, ein Kartenterminal und eine SMC-B) aufgenommen. Die SMC-B ist für diese Einrichtungen von der KV zu beziehen. Sowohl die Ausstattungs- als auch die Betriebskosten können dann mit den Krankenkassen in den Verhandlungen vor Ort vereinbart werden.

4.6 § 4 Konnektor und SMC-B

In jedem Einzelfall sollte geprüft werden, ob die Beschaffung von eHealth-Konnektoren in Form von sogenannten „Einbox-Konnektoren“ oder in Form von „Rechenzentrums-konnektoren (RZK)“ wirtschaftlicher ist, insbesondere dann, wenn mehr als 50 Kartenterminals angebinden werden sollen. Zu jedem Standort können jeweils für die dort vorgesehenen Kartenterminals die erforderlichen Konnektoren geplant werden. Dabei ist ggf. die Anzahl der gemäß Finanzierungsvereinbarung nachgewiesenen Standorte der bestimmende Faktor für die Anzahl zu installierender Konnektoren und für den Ersatzkonnektor je Standort. Maßgeblich für die Anzahl der Standorte ist das Standortverzeichnis gemäß § 293 Abs. 6 SGB V, das zum 1.1.2020 die entsprechenden Angaben enthalten muss. Hierzu müssen Krankenhäuser Angaben über ihre Standorte spätestens bis 31.8.2019 an die Verzeichnisstelle übermittelt haben, um ihren Anspruch auf eine rechtzeitige Zuteilung der insbesondere auch für die stationäre Abrechnung notwendigen Standortkennzeichen zu sichern. Da die Anzahl der Standorte bei der Berechnung der oben genannten Pauschalen zugrunde gelegt wird, sollte die Eintragung im Standortverzeichnis so früh wie möglich vorgenommen werden. Hierzu wird auf die relevanten Festlegungen in der Vereinbarung nach § 2a Abs. 1 S. 1 KHG verwiesen.

Die Pauschale für einen Einbox-Konnektor ist in den Finanzierungsvereinbarungen der DKG sowie der KBV mit dem GKV-SV immer einheitlich anzupassen. Die Pauschale für den RZK kann in Fortschreibungen der Finanzierungsvereinbarung von DKG und GKV-SV ggf. angepasst werden. Zur Verwaltung einer größeren Anzahl von RZK sollen herstellerseitig geeignete Benutzeroberflächen bereitgestellt werden. Falls mehr als ein RZK aktiv genutzt wird, ist auch für diese Management-Software eine Pauschale vorgesehen.

Wird nur ein RZK eingesetzt wird oder aber EBKs, so muss das Krankenhaus die Kosten für diese Management-Software selber übernehmen.

Die Anzahl der anzuschaffenden SMC-B hängt von der Mandaten-Einteilung ab, also von den einzeln zu identifizierenden Rechtseinheiten, die in der Telematikinfrastruktur erkennbar sein sollen oder einzeln verschlüsselt kommunizieren können müssen. Im Prinzip ist für jede abrechnende Stelle eine SMC-B vorzusehen. In Bundesländern, in denen von Seiten des Datenschutzes gefordert wird, dass jede Fachabteilung für verschlüsselte Nachrichten erreichbar sein muss, erhöht sich die Anzahl der SMC-B entsprechend. Diese Regelungen sind föderal unterschiedlich geregelt und müssen im Zweifel direkt mit den für Datenschutzfragen zuständigen Stellen geklärt werden. Zusätzlich ist je Krankenhaus (nicht je Standort) eine Ersatz-SMC-B vorgesehen.

Weitere Konnektor- oder SMC-B-Entwicklungen in Form von modularen Konnektoren, die Anwendungs- und Firewall-Komponenten trennen, oder Hardware-Sicherheitsmodule, die SMC-Bs ersetzen können, sind mangels aktueller Verfügbarkeit in der Finanzierungsvereinbarung noch nicht vorgesehen, aber auch nicht ausgeschlossen. Sollten entsprechender Produkte verfügbar werden, sind entsprechende Anpassungen der Vereinbarung notwendig.

4.7 § 5 Kartenterminals für VSDM

In diesem Dokument werden die Begriffe „eHealth-Kartenterminal“ und „Kartenterminal“ synonym verwendet. Abweichend davon werden mobile Kartenterminals, die eine eigene Bauform und Anbindungstechnik haben, als mobile Kartenterminals bezeichnet. Es dürfen gemäß Finanzierungsvereinbarung grundsätzlich nur Komponenten beschafft werden, die seitens der gematik für den Online-Produktivbetrieb zugelassen sein und entsprechend in den (online verfügbaren) Zulassungslisten der gematik geführt werden.

Die Anspruchsgrundlage der Ausstattung für das Versichertenstammdatenmanagement entspricht grundsätzlich der Regelung aus dem Basis-Rollout, mit einer vereinfachten Rechenregel auf Basis der Bettenzahl. Dabei spielt es keine Rolle, ob diese Betten dann von Belegärzten genutzt werden oder vom Krankenhaus selbst. Sollte es Probleme mit dem Nachweis der Betten geben, so muss dieses im Einzelfall geklärt werden. Werden an einem Standort eines Krankenhauses, z. B. einer Tagesklinik, keine Betten vorgehalten, sind ggf. dort notwendige Kartenterminals aus dem Kontingent des Hauptsitzes finanziert. Der Anspruch auf mindestens einen Konnektor und einen Ersatzkonnektor an diesem Standort besteht unabhängig von der Bettenzahl.

Die bereits im Rahmen des Basis-Rollout aufgestellten Kartenterminals müssen durch eHealth-Kartenterminals ersetzt werden. Allerdings müssen diese über das IP-Protokoll an den Konnektor angebunden werden. Dies erfordert im Normalfall eine direkte Ethernet-Verbindung oder aber eine Geräteform, die auf anderem Wege die IP-Verbindung ermöglicht. Für eine sichere TI-Architektur sollte darauf geachtet werden, dass die Verbindungen zwischen dem Konnektor und den Kartenterminals möglichst in einem eigenen Netzwerksegment gehalten werden. Dies kann auch die Schaffung von zusätzlichen Ethernet-Ports bedingen. Der hierfür ggf. entstehende Aufwand für die Anbindung der eHealth-Kartenterminals ist unter § 7 berücksichtigt.

Zusätzlich zu den eHealth-Kartenterminals „je 25 Betten“ sind weitere Pauschalen vorgesehen, um die Ausstattung der Arbeitsplätze in Ermächtigungsambulanzen sowie in Notfallambulanzen sicherzustellen.

Die Höhe der Pauschale je eHealth-Kartenterminal beinhaltet auch die Inbetriebnahmekosten.

4.8 § 6 Kartenterminals für medizinische Anwendungen

Ergänzend zu den primär für das Versichertenstammdatenmanagement vorgesehenen Kartenterminals können gemäß Finanzierungsvereinbarung weitere eHealth-Kartenterminals an Arbeitsplätzen für medizinische Anwendungen aufgestellt werden. Die Größenordnung dieser ergänzenden Ausstattung ergibt sich aus der Anzahl der ärztlichen Beschäftigten (Vollzeit-Äquivalente) geteilt durch zwei. Belegärzte sollten die medizinischen Anwendungen in ihren jeweiligen Praxen nutzen können, zusätzliche Kartenterminals im Krankenhaus sind dafür nicht vorgesehen.

Für jedes Team der stationsäquivalenten Behandlung ist ein mobiles Kartenterminals vorgesehen. Die dafür angesetzte Pauschale deckt auch die Inbetriebnahmekosten ab.

4.9 § 7 Anpassungen der Infrastruktur

Je eingesetztem RZK erhält das Krankenhaus eine Pauschale für den Aufwand der Anbindung von eHealth-Kartenterminals und die weiteren Kosten im Rahmen der Anpassung der internen Infrastruktur. Für einen eingesetzten Inbox-Konnektor wird, entsprechend der Anzahl der unterstützten Kartenterminals, eine um 50 % verringerte Pauschale vorgesehen.

Für die in Abs. 3 b) genannten Anwendungen sind 95.000,00 Euro zur Anpassung der krankenhausinternen Software und nach Abs. 3 c) 50 € je Planbett für die Integration der Anwendungen vorgesehen.

Aus der Finanzierungsvereinbarung ergibt sich hochgerechnet über die Anzahl der Krankenhäuser ein Volumen von fast 200 Millionen Euro, das unter den Herstellern aufgeteilt wird.

4.10 § 8 Anpassungen der Organisation

Die TI-Einführung muss gemäß der Relevanz für den Krankenhausbetrieb in einem Projekt behandelt werden, das mit ausreichenden Projektmitteln ausgestattet ist. In diesem Zusammenhang wurde eine Pauschale erreicht für

- Projektplanung und -durchführung,
- Anpassung der Notfallpläne und Ausfallkonzepte (bis zum Business Continuity Management),
- Schulungen für IT-Personal und Endanwender.

Nach den Pauschalen, die aus den Anpassungen der Infrastruktur und der Software hergeleitet werden, ist für den „Aufwand der organisatorischen Umstellung“ der drittgrößte Betrag vorgesehen. Hier muss auf jeden Fall darauf geachtet werden, dass diese Mittel

auch zweckgebunden eingesetzt werden, da insbesondere die Schulungen und die Anpassungen der Notfallkonzepte evtl. nur mit externen Dienstleistern umzusetzen sind, aber für einen reibungslosen Betrieb eine Grundvoraussetzung darstellen.

4.11 § 9 Betrieb

Im laufenden Betrieb entstehen dem Krankenhaus Aufwände und Kosten, die gemäß Finanzierungsvereinbarung als jährliche Pauschale abgegolten werden. Dabei ist die Pauschale unabhängig von der Rechnungsstellung der unterschiedlichen Produkte und Dienstleistungen. So werden SMC-Bs häufig für den Gültigkeitszeitraum der enthaltenen Zertifikate, z. B. fünf Jahre, erworben, bei den Kosten für die VPN-Anbindungen könnten monatliche Abrechnungen üblicher werden.

Im Bereich der SMC-B sollten leichte Mehrkosten über der angegebenen Pauschale erwartet werden, da diese auf Basis der Kosten der Anbieter festgelegt wurde und die herausgebende Stelle noch die Identitätsprüfung übernehmen muss.

Für die Hardware-Wartung der Konnektoren sind 20 % der Ausstattungspauschale als Betriebspauschale angesetzt – es sind aber keine Kosten für den Ersatz eines Konnektors bei Ausfall vorgesehen.

Die Betriebspauschale für das Management der Kartenterminals wird für Blöcke von je 25 Kartenterminals gewährt. Für den ersten Block gibt es eine geringere Pauschale, da davon ausgegangen wird, dass in kleinen Installationen die Aufwände ähnlich überschaubar sind, wie in einer großen Arztpraxis. Ab dem zweiten Block von 25 Kartenterminals gilt dann die höhere Pauschale allerdings mit einer Obergrenze, ab der man davon ausgeht, dass keine weiteren Kosten mehr entstehen.

Bei den Betriebskosten werden auch die Wartungskosten der Softwaremodule ePA und elektronische Verordnung einschließlich der Komfort-Signatur berücksichtigt. Bei den Wartungskosten wird anhand der Bettenanzahl unterschieden.

Zu beachten ist, dass Betriebskosten gemäß Finanzierungsvereinbarung erst dann angesetzt werden können, wenn zugelassene eHealth-Konnektoren verfügbar sind. Im Jahr der Konnektor-Inbetriebnahme werden die Pauschalen proportional zur Anzahl der angefangenen Betriebsmonate angesetzt. Dies wird für 2019 erwartet. Eine Ausstattung mit „VSDM-Konnektoren“ würde bedeuten, dass ggf. anfallende Kosten für ein Konnektor-Update auf die eHealth-Ausbaustufe auf anderem Weg finanziert werden müssten. Wenn sich ein Krankenhaus mit VSDM-Konnektoren ausstatten würde, könnten die Betriebspauschalen gemäß Finanzierungsvereinbarung erst ab dem Datum der Zulassung des ersten eHealth-Konnektors angesetzt werden.

4.12 § 10 Transaktionen

Nutzungsbezogene Kosten, die bei Durchführung von Transaktionen in den medizinischen Anwendungen erstattet werden sollten, z. B. bei der Aktualisierung eines Notfalldatensatzes, werden nicht über den hier betrachteten Telematikzuschlag abgebildet. Über die weitere Entwicklung wird die DKG informieren.

4.13 § 11 Zuschlag

Die Vereinbarung des Telematikzuschlags ist ab dem Jahr der Ausstattung regelmäßig Bestandteil der Budget- und Entgelt-Verhandlungen. Im ersten Jahr nach der Ausstattung geht sowohl die Investitionspauschale, als auch eine anteilige Betriebspauschale in das Finanzvolumen ein. In den Folgejahren berechnet sich das Finanzvolumen aus dem Korrekturbetrag aus dem Vorjahr und der vollen Betriebspauschale. Sollte prospektiv verhandelt werden, werden der Abschluss der Ausstattung und das Datum des Betriebsbeginns mit terminlichen Risiken behaftet sein. In diesem Fall kann es ratsam sein, noch nicht die Betriebspauschale zu vereinbaren, oder von einem konservativen Ansatz auszugehen.

Die Nachweise für die unterschiedlichen Basiszahlen für die Berechnung der Pauschalen sollten mit wenig Aufwand bereitzustellen sein. Beim Nachweis der Vollzeitäquivalente ist die Zeile 72, bzw. die Nummer „999“ aus der Meldung an die statistischen Landesämter zu liefern. Die Inhalte des Standortverzeichnisses sind für die Kassen zum Abgleich zugänglich. Falls es für die Berechnung der SMC-B notwendig ist, die Anzahl der Fachabteilungen nachzuweisen, ist noch kein generelles Verfahren ausgearbeitet – hier muss im Einzelfall ein Verfahren entwickelt werden.

Anpassungen der Berechnungsgrundlage für die Betriebskosten sind bisher nicht vereinbart.

4.14 §§ 12-14

Diese Paragraphen regeln u. a. die Kündigungsfristen und das rückwirkende Inkrafttreten zum 1.1.2019.

5 Änderungen zur Vereinbarung vom 28.3.2018

Im Folgenden sind die wesentlichen Änderungen zur ersten Finanzierungsvereinbarung aufgelistet:

1. Es wurde eine Anlage 3 eingeführt, die das Verfahren der Rechnungsstellung für die an Feldtests teilnehmenden Krankenhäuser erläutert.
2. Es wurde die Liste der umfassten Leistungsbereiche im Krankenhaus überarbeitet. Diese wird auch in der KBV-Finanzierungsvereinbarung berücksichtigt werden.
 - Medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen nach § 400 SGB V, sowie Ambulanzen nach § 75 SGB V gehören zum Krankenhaus insoweit sich diese an einem Krankenhaus befinden oder diesem organisatorisch zugeordnet sind.
 - Es wurde eine Übergangsregelung aufgenommen, falls Einrichtungen vorseitend von der KV finanziert wurden, aber unter die Regelungen der Krankenhäuser fallen. Diese werden bis zum 31.12.2020 weiter von der KV finanziert. Danach gehen diese in die Berechnung der Betriebskostenpauschale für das Krankenhaus auf.

- Es wurde eine Klarstellung aufgenommen, dass für alle Einrichtungen des Krankenhauses die Frist nach § 291 Abs. 1b Satz 17 (31.12.2019) gilt.
- Es existieren auch Einrichtungen, wie z. B. psychotherapeutische Ausbildungsambulanzen oder Zahnkliniken, ohne Anbindungen an Krankenhäuser und mit einer Direktabrechnung bei den Kassen. Um diesen einen Zugang zur TI zu ermöglichen, wurde eine Regelung für Einrichtungen ohne Anbindungen an ein Krankenhaus aufgenommen. Diese erhalten einen Anspruch auf eine Basisausstattung aus Konnektor, Kartenterminal, VPN-Zugangsdienst und SMC-B zugesprochen. Die Finanzierung erfolgt durch die Kassen vor Ort, wobei auch eine Ausweitung der Ausstattung möglich ist.

3. Ausstattung weiterer Leistungsbereiche

- Es wurde deutlicher formuliert, dass die meisten Bereiche des Krankenhauses in der Regelung „ein Kartenterminal pro 25 Betten“ enthalten sind. Einzige Ausnahme sind nun die Notfallambulanzen nach § 76 SGB V und die persönlichen Ermächtigungsambulanzen.
- MVZ und Einrichtungen nach § 400 SGB V sowie Ambulanzen nach § 75 SGB V werden über die jeweilige KV nach den Regeln des KV-Systems finanziert, sollen aber über das Krankenhaus ausgestattet werden.
- Zahnambulanzen und Zahnkliniken wurden diskutiert, benötigten aber keine zusätzlichen textuellen Änderungen, da diese entweder Hochschulambulanzen sind oder es sich um Einzelfälle handelt, die direkt mit den Krankenkassen im Sinne des § 3a verhandeln können.

4. Verzichtserklärung wird es nicht mehr geben

- Alle ermächtigten Ärztinnen und Ärzte müssen über das Krankenhaus ausgestattet werden und können daher keine Verzichtserklärung abgeben.
- Wie oben beschrieben entfällt die Notwendigkeit einer Verzichtserklärung für die MVZ und die Einrichtungen nach § 400 SGB V, da diese immer über die KV finanziert werden – unabhängig vom Anbindungsweg.

5. Klarstellung zur Aufnahme der Verhandlung zum TI-Zuschlag

- Da sehr häufig gefragt wurde, wie der § 11 zu verstehen sei und ab wann der Zuschlag verhandelt werden darf, wurde klargestellt, dass die erste Finanzierung ab Verfügbarkeit und Nutzung der Anwendungen des eHealth-Konnektors (VSDM, eMP/AMTS und NFDM) erfolgen soll. Vorher besteht kein Anspruch auf die Aufnahmen von Verhandlungen über den TI-Zuschlag, dies ist aber auch nicht ausgeschlossen

Negativ zu bewerten ist die weggefallene Wahlfreiheit bei den Ermächtigungsambulanzen und die noch immer bestehende Unsicherheit in Bezug auf die Fristen im Bereich der MVZ. Positiv zu bewerten ist die einfachere Entscheidung über die Finanzierungswege und die Elimination einiger Unsicherheiten bei den Zuordnungen der Einrichtungen.

6 Aktuelle Aktivitäten und Ausblick

Nach § 5 Abs. 3e KHEntgG vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 für die Zeit ab dem 1. Januar 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 Absatz 7 Satz 1 SGB V nicht nachkommt. Das Nähere zur Umsetzung des Abschlages wird in der Finanzierungsvereinbarung nach § 377 Absatz 3 Satz 1 SGB V geregelt.

Die Finanzierungsvereinbarung und diese TI-Hinweise 2.1 werden bis zum Jahresende entsprechend angepasst.